

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي.

جامعة محمد خيضر - بسكرة.

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.

قسم العلوم الاجتماعية



الرقم التسلسلي: 66

رقم التسجيل: 07/PG/D/LMD/PSY/13

عنوان الأطروحة

استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري.

-دراسة ميدانية ببلدية سكيكدة-.

أطروحة نهاية الدراسة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في: علم النفس

التخصص: علم النفس المرضي للراشد.

إشراف الأستاذة:

✦ عائشة نحوي

إعداد الطالبة:

✦ وسام بوفج

أعضاء لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
محمد بلوم	أستاذ	بسكرة	رئيسا
عائشة نحوي	أستاذ	بسكرة	مشرفا ومقررا
فطيمة دبراسو	أستاذ محاضر (أ)	بسكرة	عضوا مناقشا
سماح بشقة	أستاذ محاضر (أ)	باتنة	عضوا مناقشا
خميسة قنون	أستاذ محاضر (أ)	المركز الجامعي - بركة.	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2017-2018.



شكر وتقدير

كأستهل شكري أولاً لـ "الله" رب العالمين الذي ألهمني القوة والصبر، ووفقني لإتمام هذا العمل، وما توفيقني إلا على من توكلت عليه نعم المولى ونعم النصير، ميسر الصعاب، مفرج الكربات، منير الظلمات، لك الحمد حمدا كثيرا طيبا كما يليق لجلال وجهك وعظيم سلطانك، حمدا لا نحصي به نعمك ولا نستوفي به حقك، وانما نثمن به لطفك، وروائع فضلك، وحسن كرمك، وجزيل عطائك.

ومن تمام شكره تعالى شكر كل من كان له الفضل علي، لأرفع شرع سفينتي في عرض بحر الود والثناء، أجمع نظم اللؤلؤ والمرجان لأنثر عبقها على منهم سندي، وقوتي وملاذي في الحياة بعد الله "والديا الكريمين" حفظهما الله، وجميع أفراد أسرتي.

وأرفع قلمي لأخط أسمى معاني الشكر، وخالص عبارات العرفان، وعظيم الامتنان، الى صاحبة الاحسان، الأستاذة الحنون، مشرفتي الموقرة "عائشة نحوي عبد العزيز"؛ على توجيهاتها ودعمها المتواصل، وصبرها اللامتناهي طيلة فترة الاشراف.

ولا يفوتني في هذا المقام تقديم آيات الشكر الجزيل الى الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة الذين كلفوا أنفسهم عناء قراءة ومناقشة هذا البحث.

وبين تراحم الكلمات والقواني لتنظيم عقد الشكر على مر السنين، لاحت في سمائي نجوم رافقني ضيائها وبريقها طيلة مشواري العلمي، منهم من علمني وأثار لي درب الأمل يوم الفشل، ومنهم من أغدقني بفيض علمه ولم يزل، من بينهم "خالدي كوثر"، "بوزيد ابراهيم"، "معمرية بشير"، "بلوم محمد"، "رابحي اسماعيل"، عدوان يوسف"...

كما أوجه شكري الخاص لمديري المؤسسات التربوية بمدينة سكيكدة الذين فتحوا لي أبواب مؤسساتهم، وكل الاساتذة المصابون بالسكري والأمراض المزمنة المتعاونون معي.

وأختتم لأرسو بسفينتي على ضفاف نسائم الطيب والعود أحيي وجدان كل من ساعدني من قريب أو بعيد.

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري في مختلف الأطوار التعليمية الثلاث (ابتدائي، متوسط وثانوي) على مستوى بلدية سكيكدة، والكشف عن بعض الفروق الدالة احصائيا بين أفراد العينة تعزى لبعض المتغيرات السوسيو ديمغرافية والصحية (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، التخصص، الأقدمية المهنية، ومدة الإصابة بمرض السكري).

ولتحقيق ذلك قسمت الدراسة الى جزأين: الجزء الأول يتعلق بالدراسة الكمية التي استخدمت فيها المنهج الوصفي بطريقتي الارتباط والفروق، وتم الاستعانة ببعض الأدوات: مقياس أساليب المواجهة، والمقياس المؤي لجودة الحياة (WHOQOL-100)، واستبيان لجمع البيانات الشخصية. وتكونت عينة الدراسة من (74 معلم ومعلمة) مصابون بالسكري يعالجون بصفة منتظمة تم اختيارهم بطريقة قصدية. أما الجزء الثاني فهو يتعلق بالدراسة الكيفية التي استخدم فيها المنهج العيادي، ودراسة الحالة، بتطبيق المقابلة النصف توجيهية وتقنية تحليل المضمون، واستبيان ادراك الضغط ومقياس الاحتراق النفسي على ثلاث معلمين (معلمتين من الطور الابتدائي والمتوسط وأستاذ من الطور الثانوي) مصابون بالسكري.

وقد أسفرت الدراسة الكمية عن جملة من النتائج نستعرضها فيما يلي:

1- توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا موجبة بين الدرجة الكلية لاستراتيجيات مواجهة الضغوط والدرجة الكلية لجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري.

2- توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا موجبة بين الدرجة الكلية لنوعية استراتيجيات المواجهة الايجابية / السلبية والدرجة الكلية لجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري.

3-1- عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الجنس لدى المعلمين المصابين بالسكري.

3-2- عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات استراتيجيات المواجهة تعزى الى متغير السن لدى المعلمين المصابين بالسكري.

3-3- عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات استراتيجيات المواجهة تعزى الى متغير تخصص المعلمين المصابين بالسكري.

3-4- عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات استراتيجيات المواجهة تعزى الى متغير الأقدمية المهنية لدى المعلمين المصابين بالسكري.

4-1- عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات جودة الحياة تعزى الى متغير الجنس لدى المعلمين المصابين بالسكري.

4-2- عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات جودة الحياة تعزى الى متغير السن لدى المعلمين المصابين بالسكري.

4-3- عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات جودة الحياة تعزى الى متغير الحالة الاجتماعية للمعلمين المصابين بالسكري.

4-4 عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات جودة الحياة تعزى الى متغير مدة الاصابة بالمرض لدى المعلمين المصابين بالسكري.

أما الدراسة الكيفية فقد كشفت لنا عن عدم وجود اختلافات جوهرية في مستويات كل من ادراك الضغط النفسي، والاحترق النفسي، واستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة، ونجد اختلافات بسيطة في استجابات المعلمين المصابين بالسكري (من النمطين الأول والثاني) المتعلقة بأنواع استراتيجيات المواجهة المستخدمة من قبل كل حالة، على الرغم من المستوى المتوسط لجودة الحياة وأساليب المواجهة، والادراك المرتفع للضغط، ومستوى الاحتراق النفسي المرتفع، الا ان كل حالة تستخدم مجموعة من المهارات والاستراتيجيات بصورة متنوعة للتعاش مع مختلف الضغوط التي يتعرضون لها سواء كانت مرتكزة حول الانفعال، أو السلوك، أو معرفية، نشطة، أو تجنبية، وبشكلياتها الإيجابية والسلبية، وهذا راجع الى دور عوامل الخطر والجروحية، والمناعة النفسوعصبية، والجسدية، وخصوصية البروفيل النفسي وتقبل المرض، ومصادر الضبط الصحية لدى كل حالة، وهو ما جعل نمط واسلوب حياة كل حالة مختلف عن الأخرى وانعكس على جودة الحياة العامة رغم ممارستهم لنفس المهنة التعليمية.

مصطلحات الدراسة الاجرائية:

الضغط النفسي - الاحتراق النفسي - استراتيجيات مواجهة الضغوط - جودة الحياة - الأمراض السيكوسوماتية المزمنة - مرض السكري.

Abstract: -

The present study aims to identify the nature of the relationship between coping strategies and the quality of life of teachers with diabetes in three educational levels (primary, intermediate and secondary) at the municipal level of SKIKDA Revealing, and to detect some statistical significant differences between teachers, the sample is attributed to some social and demographic factors (gender, age, Social situation, experience, duration of disease –diabetes-).

To achieve these but, the study was divided into two parts: The First part relates to the quantitative study in which the descriptive method (correlation and differentiation), and we used some tools: The Scale of Strategies Coping, the measures of Quality of Life WHOQOL-100 Standard), and a questionnaire for the collecting personal data. The study samples (74 teacher's diabetes) were treated regularly and were selected in a very specific manner. The second part relates to the qualitative study in which we used the clinical method, the case study, by applying the semi-directive interview and technical analysis of the content, also some measure: The Perceived Stress Inventory, The Burn Out Scale, the survey of the pressure on three teachers (two primary and middle-level instructors and one teacher secondary school).

After the research process and answering of the study questions, the results of the quantitative study obtained were as follows:

- 1. There is positive correlation statistically significant at the levels of 0.01 between the total degree of coping strategies and the total degree of quality of life for teacher's diabetes.*
- 2. There is positive correlation statistically significant at the levels of 0.05 between the total degree of quality of coping strategies (positive/negative) and the total degree of quality of life for teachers with diabetes.*
- 3.1. There are no statistically significant differences between the averages of coping strategies due to the gender variable of teachers with diabetes.*

3.2. *There are no statistically significant differences between the averages of coping strategies due to the age variable of teachers with diabetes.*

3.3. *There are no statistically significant differences between the averages of coping strategies due to the professional experience variable of teachers with diabetes.*

3.4. *There are no statistically significant differences between the averages of coping strategies due to the different specialization variable among teachers with diabetes.*

4.1. *There are no statistically significant differences between averages of quality of life due to the gender variable of teachers with diabetes.*

4.2. *There are no statistically significant differences between averages of quality of life due to the gender variable of teachers with diabetes.*

4.3. *There are no statistically significant differences between averages of quality of life due to the social situation variable of teachers with diabetes.*

4.4. *There are no statistically significant differences between averages of quality of life due to the variable duration of disease among teachers with diabetes.*

The results of the qualitative study reached that the three study cases there were slight different strategies type of coping used by teachers with diabetes (type I and type II), despite the average level of quality of life and coping strategies, a high perception of stress, high level of burn out, but each case has a variety of skills and methods to cope with the various pressures that are negative or positive strategies, emotion or problem-focused coping strategies. This is result due to the role of the risk and injury factors, the degree of psychological and physical immunity, the specificity of the psychological profile and the degree of acceptance of the disease, and the source of health control in each case. The style of life of their situation is different from the other and reflected on the quality of general life despite their practice of the same education profession.

Terms of Study: *Stress – Burn out –Coping strategies– Quality of Life – Psychosomatics and Chronic Diseases – Diabetes Diseases.*

مخطط شامل لعناصر الدراسة النظرية والتطبيقية

البناء النظرى للدراسة

مقدمة

فرضيات الدراسة

اهمية الدراسة

عرض الدراسات السابقة ومناقشتها

اشكالية

أهداف الدراسة

التحديد الاجرائي، لمتغيرات الدراسة

الفصل الأول: طرح موضوع الدراسة

ج1: الضغوط والاحتراق النفسي لدى المعلمين

أنواع الضغوط النفسية

تعريف الضغوط النفسية

الضغوط النفسية وجودة حياة المعلمين المرضى بالاضطرابات السيكوسوماتية

السيرورة المناعية السيكوفيزيولوجية للمعلم المحترق نفسياً.

الاحتراق النفسي

الفصل الثاني: استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المعلمين

ج2: استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المعلمين

استراتيجيات المواجهة وبعض المصطلحات

تعريف استراتيجيات المواجهة

تصنيف استراتيجيات المواجهة

المقاربات النظرية للمواجهة

العوامل والمحددات المؤثرة في استراتيجيات المواجهة

العوامل والمتغيرات المحددة لجودة الحياة

نمط جودة حياة مرضى السكري بالجزائر

مجالات وأبعاد جودة الحياة

كيفية تحقيق جودة الحياة لدى المعلم السكري

تعريف جودة الحياة

المقاربات النظرية المفسرة لجودة الحياة

مؤشرات جودة الحياة المعلم المصاب بالسكري

مقومات ومعوقات تحقيق جودة الحياة المعلم السكري

قياس جودة الحياة

الفصل الثالث: جودة حياة المعلمين المصابين بالسكري.

مخطط شامل لعناصر الدراسة النظرية والتطبيقية

البناء النظري للدراسة

الفصل الرابع: مرض السكري كمرض سيكوسوماتي مزمن لدى المعلمين.

تعريف مرض السكري

الاضطرابات السيكوسوماتية والأمراض المزمنة

تصنيف مرض السكري

المقاربة الطبية المفسرة لمرض السكري.

عوامل الخطر الاصابة بمرض السكري.

الأعراض المرضية لـ السكري

بعض الخصائص النيروسيكلوجية المميزة
لبروفيل المعلمين المصابين بالسكري.

مراحل الاصابة بالسكري

مضاعفات السكري

التطور الكرونولوجي لمرض السكري
كمرض مزمن في العالم والجزائر.

الوقاية وعلاج السكري

الاطار التطبيقي للدراسة

الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية.

التذكير بفرضيات للدراسة

الدراسة الكمية

الدراسة الأساسية

منهج الدراسة

الدراسة الاستطلاعية

المعالجة الاحصائية لبيانات الدراسة

الأدوات الاجرائية لجمع البيانات

الدراسة الكيفية

حدود الدراسة الكيفية

المنهج الاكلينيكي

دراسة الحالة

الأدوات الاجرائية لجمع المعلومات

حالات الدراسة

نتائج الدراسة الكمية

مناقشة وتحليل نتائج الدراسة الكمية

عرض نتائج الدراسة الكمية

الاستنتاج العام لنتائج الدراسة الكمية

نتائج الدراسة الكيفية

عرض نتائج الحالة الثانية

عرض نتائج الحالة الأولى

المناقشة العامة لنتائج الدراسة الكيفية

عرض نتائج الحالة الثالثة

خاتمة

فهرس المحتويات

المحتوى	رقم الصفحة
ملخص الدراسة.....	**
مخطط شامل لعناصر الدراسة النظرية والتطبيقية.....	**
فهرس المحتويات.....	**
قائمة الجداول.....	**
قائمة الأشكال.....	**
مقدمة.....	أ-

مدخل عام نظري لمتغيرات الدراسة

الفصل الأول: طرح موضوع الدراسة

1- الإشكالية.....	-7-
2- فرضيات الدراسة.....	-15-
3- أهداف الدراسة.....	-16-
4- أهمية الدراسة.....	-17-
5- التحديد الاجرائي لمتغيرات الدراسة.....	-19-
6- عرض الدراسات السابقة ومناقشتها.....	-21-

الفصل الثاني: استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المعلمين

تمهيد.....	**
1- الضغوط والاحتراق النفسي لدى المعلمين.....	-50-
1-1- تعريف الضغوط النفسية.....	-50-
1-2- أنواع ومصادر الضغوط النفسية لدى المعلمين.....	-53-
1-3- الضغوط وجودة حياة المعلمين المرضى باضطرابات سيكوسوماتية (السكري).....	-56-
1-4- الاحتراق النفسي لدى المعلمين.....	-60-
1-5- السيورة المناعية السيكو فيزيولوجية للمعلم المتعرض للاحتراق النفسي.....	-62-
2- استراتيجيات المواجهة الضغوط.....	-66-
1-2- تعريف استراتيجيات المواجهة.....	-66-
2-2- استراتيجيات المواجهة وبعض المصطلحات.....	-68-
2-3- المقاربات النظرية المفسرة لاستراتيجيات المواجهة.....	-76-
2-4- تصنيف استراتيجيات المواجهة الضغوط النفسية.....	-86-

- 2-5- العوامل والمحددات المؤثرة في استراتيجيات مواجهة الضغوط -91
 خلاصة..... **

الفصل الثالث: جودة حياة المعلمين المصابين بالسكري.

- تمهيد..... **
 1- تعريف جودة الحياة -101
 2- العوامل والمتغيرات المحددة لجودة حياة مرضى السكري..... -106
 3- المقاربات النظرية المفسرة لجودة الحياة -109
 4-مجالات وأبعاد جودة الحياة -118
 5-مؤشرات جودة حياة المعلم المصاب بالسكري في الجزائر -124
 6- نمط جودة حياة مرضى السكري في الجزائر -125
 7- كيفية تحقيق جودة الحياة لدى المعلم المصاب بالسكري..... -129
 8- مقومات ومعوقات تحقيق جودة حياة المعلم المصاب بالسكري..... -134
 9- قياس جودة الحياة..... -136
 خلاصة..... **

الفصل الرابع: مرض السكري كمرض سيكوسوماتي مزمن لدى المعلمين.

- تمهيد..... **
 1- الاضطرابات السيكوسوماتية والأمراض المزمنة -143
 2-تعريف مرض السكري -149
 3- المقاربة الطبية المفسرة لمرض السكري -151
 4- التصنيف الاكلينيكي لمرض السكري -156
 5- الأعراض المرضية لمرض السكري..... -159
 6- عوامل الخطر والجروحية للإصابة بمرض السكري -160
 7- مراحل الإصابة بمرض السكري -164
 8- بعض الخصائص النيوروسيكولوجية المميزة لبروفيل المعلمين المصابين بالسكري..... -170
 9- التطور الكرونولوجي لمرض السكري كمرض مزمن في العالم والجزائر..... -173
 10- مضاعفات مرض السكري..... -175
 11-الوقاية وعلاج مرض السكري..... -177
 خلاصة..... **

اجراءات الدراسة واطارها الميداني

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية الدراسة الميدانية

**	تمهيد
-184-	أولاً: التذكير بفرضيات الدراسة
-185-	ثانياً: الدراسة الكمية
-185-	1- منهج الدراسة
-186-	2- الدراسة الاستطلاعية
-191-	3- الدراسة الأساسية
-203-	4- الأدوات الاجرائية لجمع البيانات
-207-	5- المعالجة الاحصائية لبيانات الدراسة
-208-	ثالثاً: الدراسة الكيفية
-208-	1- المنهج الاكلينيكي
-209-	2- دراسة الحالة
-210-	3- حدود الدراسة الكيفية
-210-	4- حالات الدراسة
-210-	5- الأدوات الاجرائية لجمع المعلومات
**	خلاصة

الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة الميدانية

-220-	أولاً: نتائج الدراسة الكمية
-220-	1- عرض نتائج الدراسة الكمية
-231-	2- مناقشة وتحليل نتائج الدراسة الكمية
-250-	3- النتيجة العامة للدراسة الكمية
-251-	ثانياً: نتائج الدراسة الكيفية
-251-	1- عرض نتائج الحالة الأولى
-278-	2- عرض نتائج الحالة الثانية
-308-	3- عرض نتائج الحالة الثالثة
-340-	4- النتيجة العامة للدراسة الكيفية
-342-	خاتمة
-**-	قائمة المراجع
-**-	الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	المعايير الفارقية بين الضغط النفسي والاحتراق النفسي.	62
02	الفروق بين استراتيجيات المواجهة، وميكانزمات الدفاع وفقا لـ "hann , Vaillant"	71
03	مجالات جودة الحياة وأبعادها حسب نموذج شالوك.	112
04	مجالات جودة الحياة حسب Craig.	123
05	معوقات تحقيق جود الحياة وما يقابلها من امكانيات.	135
06	مقومات جودة حياة المعلم الذاتية والموضوعية.	135
07	تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية حسب Dongier	146
08	مراحل تقبل مرض السكري حسب "Keipes. M"	166
09	احصائيات المؤمنين على السكري في ولاية سكيكدة خلال الثلاث سنوات الأخيرة.	175
10	أنواع مرض السكري وميكانزماتها وعلاجها.	179
11	عدد ونسبة أفراد عينة الدراسة حسب الأطوار التربوية.	194
12	نسبة أفراد العينة حسب الجنس.	196
13	عدد ونسبة أفراد العينة حسب السن.	197
14	عدد ونسبة أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية	198
15	نسبة أفراد العينة حسب التخصص	199
16	عدد ونسبة أفراد العينة حسب الطور التعليمي والجنس	200
17	عدد ونسبة أفراد العينة حسب سنوات الأقدمية المهنية	201
18	عدد ونسبة أفراد العينة حسب مدة الإصابة بالمرض.	202
19	نتائج قيمة معامل الارتباط بيرسون بين اساليب المواجهة وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري.	220
20	نتائج قيم معامل الارتباط بيرسون بين نوعية اساليب المواجهة (ايجابية/ سلبية) وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري	221
21	نتائج الفروق بين متوسطات اساليب المواجهة لدى المعلمين المصابين بالسكري تعزى الفروق فيها لمتغير (الجنس).	223
22	نتائج الفروق بين متوسطات اساليب المواجهة لدى المعلمين المصابين بالسكري تعزى لمتغير (السن).	224
23	نتائج الفروق بين متوسطات اساليب المواجهة لدى المعلمين المصابين بالسكري تعزى لمتغير (التخصص).	225
24	نتائج الفروق بين متوسطات اساليب المواجهة لدى المعلمين المصابين بالسكري تعزى لمتغير (الأقدمية المهنية).	226
25	نتائج الفروق بين متوسطات جودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري تعزى الفروق فيها لمتغير (الجنس).	227

228		نتائج الفروق بين متوسطات جودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري تعزى الفروق فيها لمتغير (السن).	26
229		نتائج الفروق بين متوسطات جودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري تعزى لمتغير (الحالة الاجتماعية).	27
230		نتائج الفروق بين متوسطات جودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري تعزى الفروق فيها لمتغير (مدة الاصابة بالسكري).	28
256		"يمثل الأبعاد المشكلة والفئات التي تمثلها الناتجة عن تحليل المقابلة الاكلينيكية النصف توجيهية مع الحالة الأولى - أ.	29
263		نتائج مقياس ادراك الضغط لدى الحالة الأولى - أ.	30
265		نتائج مقياس الاحتراق النفسي لدى الحالة الأولى - أ.	31
266		نتائج مقياس أساليب مواجهة الضغوط لدى الحالة الأولى - أ.	32
268		بوضوح نتائج مقياس جودة الحياة لدى الحالة الأولى - أ.	33
283		يمثل الأبعاد المشكلة والفئات التي تمثلها الناتجة عن تحليل المقابلة الاكلينيكية النصف توجيهية مع الحالة الثانية- ب.	34
292		نتائج مقياس ادراك الضغط لدى الحالة الثانية - ب.	35
293		نتائج مقياس الاحتراق النفسي لدى الحالة الثانية - ب.	36
295		نتائج مقياس أساليب مواجهة الضغوط لدى الحالة الثانية - ب.	37
296		نتائج مقياس جودة الحياة لدى الحالة الأولى - ب.	38
313		يمثل الأبعاد المشكلة والفئات التي تمثلها الناتجة عن تحليل المقابلة الاكلينيكية النصف توجيهية مع الحالة الثالثة- ج.	39
322		نتائج مقياس ادراك الضغط لدى الحالة الثالثة - ج.	40
323		نتائج مقياس الاحتراق النفسي لدى الحالة الثالثة - ج.	41
324		نتائج مقياس أساليب مواجهة الضغوط لدى الحالة الثالثة - ج.	42
326		نتائج مقياس جودة الحياة لدى الحالة الثالثة - ج.	43

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
55	نوعا الضغط النفسي الايجابي والسلبي.	01
57	العلاقة بين الضغوط والامراض العضوية والاضطرابات النفسية.	02
58	نموذج وصف الدورة الفيزيولوجية للضغط حسب بن سبت	03
65	الاستجابة الفيزيولوجية للضغط.	04
82	حلقة سيوروات التقييم واعادة التقييم	05
83	سيوروة عملية التقييم الثنائي للحدث الضاغط وفقا لنموذج لازاروس وفولكمان (1984)	06
88	أصناف المواجهة حسب بعض العلماء.	07
89	أنواع استراتيجيات المواجهة حسب Cotton	08
96	مراحل والعوامل المحددة لسيوروات المواجهة (التأثيرات الأساسية، التفاعلية، الوسيطة، وردود الفعل الانعكاسية).	09
104	مفهوم جودة الحياة حسب أندرسون	10
111	جودة الحياة المدركة وفقا لمفهوم تأثير البيئة.	11
115	النظرية التكاملية لجودة الحياة.	12
116	أنموذج أبو سريع وآخرون لمحددات جودة الحياة.	13
118	مجالات جودة الحياة حسب Marilou Bruchon-Schweitzer	14
119	مجالات جودة الحياة حسب Nordenfelt .	15
119	مجالات جودة الحياة حسب Marilyn Bergner	16
120	مجالات جودة الحياة حسب "Schalock"	17
121	مجالات جودة الحياة حسب Rosen	18
122	مجالات جودة الحياة وفقا ل Webster & al	19
122	انموذج الثلاثة ب The 3B's	20
125	مؤشرات جودة الحياة حسب Theofilou	21
125	مؤشرات جودة الحياة حسب Nordenfelt	22
134	كيفية تحقيق جودة الحياة	23
151	غدة البنكرياس وبعض الأعضاء المجاورة.	24
152	تشريح الفيزيولوجي لغدة البنكرياس	25
153	خلايا البنكرياس	26
158	أنواع مرض السكري	27
164	عوامل الخطر المتسببة في الاصابة بالسكري	28
169	مراحل تقبل مرض السكري.	29
196	نسب أفراد العينة حسب الجنس	30
197	نسب أفراد العينة حسب السن.	31

198	تكرارات أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية	32
199	تكرارات افراد العينة حسب التخصص.	33
200	عدد أفراد العينة حسب الطور التعليمي والجنس.	34
201	نسبة أفراد العينة حسب سنوات الأقدمية المهنية.	35
202	نسب أفراد العينة حسب مدة الإصابة بالمرض.	36

مقدمة

مقدمة:

ان مهنة التعليم من أعظم المهن التي شرف الله الانسان بها عن باقي مخلوقاته، وليؤديها على أحسن وجه كرمه بالعقل وامتعه بالصحة، وخصه بنعم لا تعد ولا تحصى تساعده في نشر وخدمة العلم، وتيسر له اتمام تبليغ رسالته الانسانية السامية عبر الأجيال.

والمأمل في محطات سيرورة عملية هذه المهمة الراقية عبر الأجيال، يجد المعلم الحجر الأساس فيها الى جانب المتعلم؛ فهو يقاوم، ويناضل، ويتعب، ويواجه، ويجلد، ويصبر على مكابدة معضلات الحياة اليومية، وصراعات عديدة أقلها شأننا صراع التكيف مع البيئة الفيزيقية والفضاء المدرسي، التي قد تمتد من بضع سنوات أو نيف الى أكثر من عقدين أو ثلاث، ويتخلل طوال هذه الفترة الزمنية محاولات وحقبات من المواجهة والتعايش، والضغط، والتوتر والفشل، لذلك فاحتمال وقوعه في دائرة المرض وارد وبقوة، لأن قواه انهمكت، وطاقته استنزفت، ومناعته النفس عصبية ضعفت بفعل استمرارية التعرض لمصادر الضغوط عبر الزمن ومحاولات المواجهة، ليصبح ضحية للضغط والاحتراق النفسي داخل القسم وخارجه، ويمسي فريسة للأمراض السيكوسوماتية والمزمنة، هذه الأخيرة التي يتحدد صنفها لدى كل فرد حسب معايير كثيرة منها نوع العضو الهش، طبيعة اضطراب تتاغم الايقاع الكرونوبولوجي، مستوى الجروحية والهشاشة النفسية والجسدية، بنية ونمط الشخصية، وأسلوب ونمط الحياة العام... الخ، ولعل مرض السكري واحد من بين أبرز هذه الأمراض السيكوسوماتية المزمنة التي تصيب المعلمين، خصوصا بعد الاحصائيات المسجلة على الصعيد الوطني والتي تقيد بإصابة حوالي 10% من المجتمع الجزائري مصاب به. (أنظر الفصل الرابع)

ومما لا شك فيه، أن احتدام الصراع والمنافسة، وحروب المعلومات، والتطور التكنولوجي، والتدفق المعلوماتي، والسرعة، والتغير الاجتماعي، والانفتاح الالكتروني والحضاري وما تبعه من تغير في أسلوب العيش ونمط الحياة، كلها مؤشرات تسم هذا العصر، وساهمت بشكل أو بآخر في ظهور البعض من الاضطرابات النفسية كالقلق الوجودي، والضغط والاحتراق النفسي، وتسببت في أمراض مزمنة متعددة على غرار السيكوسوماتية منها، ونخص بالذكر هنا مرض السكري الذي أضحى مسجلا بين جميع فئات المجتمع الكبار، والصغار وحتى الرضع، وقد أكد العديد من الباحثين في الميدان البيونفس عصبي Bio-psycho-neurologique، والحيوي النفس اجتماعي Bio-psycho-social دور وأثر عوامل الخطر

الوراثية والنفسية، والاجتماعية، والسلوكية في ظهور مرض السكري، واعتبروا الضغوط النفسية بمثابة العوامل المفجرة للمرض خصوصا تلك المرتبطة بالصددمات.

وقد أثبت "والتر كانون Cannon W" (1928-1935) نظريته المتعلقة بالنموذج الفيزيولوجي للضغط، و"سيلي هانس Selye Hans" (1929-1936) الذي عرض لأول مرة نموذج الشهير في مفهوم التوازن الحيوي "التناذر العام للتكيف العام Syndrome general d'adaptation"، وبعدها تهافت الكثير من الباحثين لدراسة آثار وعلاقة الضغوط بمتغيرات عديدة خاصة الأمراض المهنية لدى عينات متباينة على غرار العمال. وفي الوقت الذي عرفت فيه أبحاث الطب السيكوسوماتي نهضة من خلال أعمال الأطباء "دنبار Dunbar Flanders" (1943) و"فرانز Franz Alexander" (1950) بكشفهما عن منشأ الاضطرابات السيكوسوماتية، ودور الانفعالات، والبنية النفسية الصراعية والآليات اللاشعورية في ظهور هشاشة الاعضاء عند توفر العوامل المساعدة، وتوضيح نماذج الشخصية السيكوسوماتية، لتليها أبحاث "بيار مارتي Marty pierre" التي دافع من خلالها بشدة عن دور الآليات الدفاعية الجسدية المناعية في تحقيق التوازن النفس جسدي، ودراسات "كلي Kelly" (1955-1963) التي تناولت دور أنظمة البنى الشخصية والمعالجة وتناسقها مع البنى الظرفية، وقدرة الملاءمة بين التصورات العقلية والعالم الواقعي في تحدد أنماط الاستجابة. فقد كانت دراسات "كوبازا Kobasa" (1982) بعدها تؤكد على فكرة الوجودية المتضمنة لوجودية الضغوط في حياة الانسان واعتبارها ظاهرة حياتية وجودية ترتبط بسيرورة الحوادث التي تعتريه. وكان "لازاروس Lazarus. S" (1984) يطرح فروضه المتعلقة بعمليات تكيف الفرد مع الضغوط، وطرق التقييم، وأساليب المواجهة Coping، ويبحث بمعية "فولكمان Folkman" (1984)، و"كوهن Kohen" (1989) عن تفسيرات لطرق تقييم الفرد لإمكاناته وقدراته أمام مختلف الضغوط التي تواجهه، والأساليب المستعملة سواء كانت مرتكزة على الانفعال أو السلوك للتعايش مع المشكلات البسيطة، والمعقدة ودور البيئة في مساندته لتجاوز وطأة متغيرها، أو فرض حملها على كاهله ليزداد ضغطه، مما ينتج عنها اضطرابات سيكوسوماتية وأمراض نفسية متعددة. وهنا يستعرض "غانون وزملاؤه Gannon & al" (1989) نتائج دراستهم التي تتم عن وجود علاقات دالة بين الضغوط البيئية وتطور الأعراض الامراضية الجسدية والنفسية. وفي منحى آخر توقع "باندورا Bandure" (1988) دور الفعالية الذاتية، والادراك أو الاعتقاد مع التوقع الايجابي بنجاح في تحقق الأهداف الصحية، والقدرة على الرقي بها من خلال المثابرة على النشاط والسلوكات الصحية.

أما "هولاهان وموس Holahan & Moos" (1986) و "روتر Rutter" (1990)، و"روجرز وماسلو Rogers & Masslo"، و"ماسلاش وزملاؤها Maslach & al"، و"هورنو Horner" (1998) فقد أشاروا إلى ضرورة التعرّيج إلى الدراسات التي تتناول الضغوط على المتغيرات المرتبطة بالصحة ومؤشرات الحياة أكثر من المرض، ودعموا طرح "باندورا" بالاهتمام فيها على المؤشرات النفسية، والاجتماعية والبيئة المهنية الايجابية أكثر لمحاولة تعزيز التوازن النفسي، والتوافق الاجتماعي والمهني، والتكيف البيئي، وتبني سلوكيات وممارسات وقائية صحية بتركيز الجهود على دراسات تعنى باستراتيجيات مواجهة الضغوط والاحتراق النفسي، ودور كل من الصلابة، والجلد والمرونة والمناعة العصبية، ومراكز الضبط الذاتية والخارجية الصحية والنفسية التي تتدخل في سيرورات المواجهة وتحدد نوعية الحياة العامة التي يعيشها الفرد، وفي هذا السياق أثبتت دراسات "أنو Anaut" (2004) و"سيريلينيك Cyrulnik" دور الرجوعية وإدارة الضغوط في الوقاية من التظاهرات الامراضية، أو النفس جسدية عند التعرض للصدمات، أو مختلف الصراعات داخل العمل أو خارجه، ومن ثم التأثير على جودة وأسلوب الحياة.

كل هذه الأبحاث العلمية السابقة الذكر؛ دعمت بشكل جيد المشروع الذي رسمه "مارتن سيلجمان وسيكزينتميهالي Seligman & Ceakszintmihali" (2000) في تسعينات القرن العشرين، عند معالجتها التوجه الجديد لعلم النفس الذي ينتهج منحى ايجابي يخص دراسة فضائل النفس الانسانية، ولا ينحصر فقط في المرض بقدر ما يتعداها إلى الخوض في سياقات، ومتفرقات الحياة الايجابية كالسعادة، والصلابة، والمواجهة والتفاؤل، والمرونة، والرضا عن الحياة، والمساندة الاجتماعية، والسلوك الصحي ... وغيرها، بغرض تحرير مواضيع علم النفس من النظرة المرضية السلبية التي كانت سائدة من قبل هذا من جهة، والرقي بتناول مواضيع ايجابية متنوعة حديثة تهتم بنوعية ونمط اسلوب الحياة، بغية الوصول إلى النظرة التكاملية لعلم النفس التي تعنى بوجود الانسان من جهة أخرى، وفي هذا المسار الايجابي أبدع العديد من العلماء في دراساتهم أمثال "فالوفاليد Fallowfield" (1990)، "نوردنفلت Nordenfelt" (1994)، و"دودسون Dodson" (1994)، و"ساندرز وزملاؤه Sanders & al" (1998)، و"روجرسون Rogreson" (1999)، و"بريشون شويتزو Bruchon-Schweitzer" (2002) في بحوثهم عن التفاعلات الديناميكية الموجودة بين عناصر البروفيل النفسي، وطرق التكيف، واساليب الادارة، واستراتيجيات المواجهة ومركبات أسلوب الحياة ونمط العيش، ومقومات فرص وجودة الحياة الحسنة، ومدعمات الرفاهية الانسانية، ومدى إتاحة الخدمات العامة، والاجتماعية، والتعليمية، والصحية

للرقي بجودة حياة الأفراد والتعايش مع مجرياتها، وتحقيق الصحة العامة التي أضحت الغاية الأسمى التي تنشدها الدول المتقدمة، وتسعى جاهدة الي بلوغها سواء مع الأسوياء، أو المرضى باضطرابات نفسية، أو أمراض مزمنة عضوية، أو سيكوسوماتية.

انطلاقا مما سبق عرضه، نستشف أن استراتيجيات مواجهة الضغوط تعد بمثابة السيرورات الوسيطة بين وضعية الصراع النفسي الناجم عن الضغط أو الاحتراق النفسي الذي يعيشه المعلم ومستوى جودة حياته العامة بما فيها الصحية والنفسية والمهنية ... وغيرها، وسنبين ذلك في دراستنا التي تهدف للكشف عن العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بمرض السكري في الأطوار التعليمية الثلاثة (الابتدائي، المتوسط والثانوي)، هذا وسنتطرق الى الفروق بين المعلمين في المواجهة وجودة الحياة وفقا لمجموعة من المتغيرات السوسيو اقتصادية والصحية، ونحاول البحث اكلينيكي بدراسة بعض الحالات، متبعين في ذلك تقسيم دراستنا الى جزأين: الأول يتضمن الدراسة الكمية وتم فيها الاعتماد على المنهج الوصفي بأسلوبي الارتباط والفروق لنتمكن من التعرف على العلاقات والفروق في استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة، وسنطبقها على عينة قصدية من معلمي وأساتذة التعليم (الابتدائي، والمتوسط والثانوي) بمدينة سكيكدة مصابون بمرض السكري. أما الثاني: فتضمن الدراسة الكيفية واتبع فيها المنهج العيادي وطريقة الحالة، وبعض الادوات الاجرائية كالملاحظة، وبعض المقاييس النفسية التي طبقت أثناء المقابلة الاكلينيكية النصف موجهة.

وللوقوف على محطات الدراسة بصورة أكثر تفصيل، فانه يتعين استعراض خطتها بدقة وشمول، حيث قسمت الى اطارين: نظري وآخر تطبيقي تضمنا عدة فصول، اضافة الى مقدمة البداية وخاتمة النهاية ويمكن الاطلاع عليها في فهرس المحتويات او مخططات الدراسة.

مدخل عام نظري

لمتغيرات الدراسة

الفصل الأول:

طرح موضوع الدراسة

- 1- الاشكالية.
- 2- فرضيات الدراسة.
- 3- أهداف الدراسة.
- 4- أهمية الدراسة.
- 5- التحديد الاجرائي لمتغيرات الدراسة.
- 6- عرض الدراسات السابقة ومناقشتها.

1- الإشكالية:

يطراً على العالم في عصرنا الحالي جملة من التغيرات العالمية المستمرة، التي لحقت جميع المجالات والأصعدة، والملاحظ للوضع الصحي العالمي الراهن يدرك أنه رغم التطور التكنولوجي والتراكم المعرفي الحاصل، والثورات العلمية التي تشهدها مختلف التخصصات بما فيها الطبية، حقيقة جعلت من العالم قرية مفتوحة، ويسرت العديد من الصعوبات، وسهلت التكفل بالعديد من المعضلات الصحية، إلا أن الانسان يبقى عاجزاً عن وضع حد نهائي للعديد من الامراض المزمنة التي أضحت في تطور مستمر تفتك بأجساد الصغار والكبار، وتبعاً لهذا التغير عرفت الخريطة الصحية العالمية هي الأخرى تغيراً جذرياً في التصنيف والتكفل؛ بتغير أنماط الأمراض من المعدية الى الأمراض المزمنة، هذه الأخيرة التي أضحت تشكل أكبر سبب للوفاة في البلدان المتقدمة والنامية على حد سواء، فهي حسب بعض الاحصائيات تؤدي الى وفاة 38 مليون نسمة سنوياً و28 مليون اصابة جديدة تسجل في البلدان متوسطة الدخل. (قوراح يمينه، صالي محمد، 2017، ص 50) ويصنف مرض السكري واحداً من بين أكثر الأمراض المزمنة والسيكوسوماتية انتشاراً في جميع بلدان العالم على غرار الجزائر التي سجلت وفقاً لآخر الاحصائيات الصادرة عن الفدرالية الوطنية لمساعدة المصابين بداء السكري تم إحصاء أكثر من ثلاثة ملايين جزائري مصاب به سنة (2013)، وحوالي 200 الف معروضون لبتز أحد أطرافهم السفلى بسبب قرحة قدم السكرية، ومصادر اخرى تحصي ما يقارب 5 ملايين خلال سنة (2016)، (موقع الاذاعة الجزائرية، 2013، 2016) ليمثل بذلك مرض السكري المرض الثاني من حيث الأمراض المزمنة في الجزائر بنسبة 2.9% سنة 2013. (MSPRH , UNICEF, 2015, p233)

انطلاقاً من هذه الاحصائيات الهامة التي تعكس نوعية الخدمات الصحية المتاحة أمام المرضى، ونوعية نمط وأسلوب الحياة *qualité de mode et style de vie* الذي يتبعونه، إضافة الى مستوى المناعة والهشاشة *Fragilité* والجروحية النفسية والجسدية *vulnérabilité psychologique corporelle*، كما تبين بوضوح حجم الرفاهية المتاحة، ونوعية حياتهم التي يتضمن تحقيقها جملة من المؤشرات الصحية، والنفسية والاجتماعية، والاقتصادية، والسياسية... الخ، واصبحت شعار تتغنى به جميع الدول المتطورة التي لا تسعى فقط الى تحقيق إشباع لحاجات مواطنيها بل تتوق الى تحقيق المعاش الأفضل، والسعادة، والاستمتاع بالحياة، والرضا عنها، والرفاهية كمحاولة لتخطي العجز الذي

تتسبب فيه هذه الأمراض المزمنة من مضاعفات صحية، ومشاكل نفسية وعقلية.

ويعرف مرض السكري اكلينيكيًا بأعراضه المرضية الناجمة عن اختلال عمل البنكرياس في إنتاجه للأنسولين أو عجزه عن استعماله بشكل صحيح (توشيت نانسي، 2001، ص536)، ويعتمد تشخيصه انطلاقًا من عدة أعراض اكلينيكية، أهمها حسب "هدام وزملاؤه Haddam & al (2015, p17)" قياس نسبة الجلوكوز في الدم التي إذا تجاوزت 1.26 غ/ل صباحًا، وبين 1.40 و 2.0 غ/ل بعد مرور ساعتين من تناول الغذاء، إضافة إلى الأعراض المتعلقة بكثرة الجفاف والعطش، والتبول، ونقص الوزن والشعور المستمر بالعياء النفسي والجسدي. ويضيف "Martel Jacques" (1996) أنه يسبب الحزن، والأسى المتكرر، وعواطف الحزن المكبوتة، وفقدان الحيوية، والبشاشة من بروفييل مرضى السكري بسبب الحرمان والألم المزمن. (Martel Jacque, 1996, p303)

وقد حظي مرض السكري باهتمام متزايد من طرف العديد من الباحثين والأطباء في السنوات الأخيرة خصوصًا من ناحية العلاج والتكفل بمرضاه، أو مختلف انعكاساته النفسية، والاجتماعية، لأن باب الصيد يكمن في توجه الدراسات نحو النموذج الحيوي السيكواجتماعي Bio-psychosocial model والابتعاد عن النموذج الحيوي الطبي الذي يعزو المرض إلى عوامل بيولوجية فقط، والنظر إلى الفرد كوحدة متكاملة من نفس وجسد وبيئة محيطة، يتطلب فحص إيقاع منظومة متعددة الأبعاد شاملة لنظم العلاقات المتداخلة بين العوامل البيولوجية، والنفسية والاجتماعية عند البحث في الصحة والمرض (شويخ هناء، 2007، ص8)، إضافة إلى ذلك؛ يصنف كمشكل جسيم للصحة العمومية حيث تؤكد الاحصائيات الوبائية العالمية أنه مرض يصيب الكثير نظرا لمعدل انتشاره وشيوعه في أوساط جميع فئات المجتمع بما فيهم المعلمين. واعتبارا منا بأن المعلمين هم الممثلون الحقيقيون للمجتمع المدرسي الذي هو في الأساس صورة مصغرة من المجتمع الانساني، يتطلب الاحاطة بهذه الفئة التي تواجه العديد من المشاكل الخاصة علاوة على مشاكلها العامة التي يشترك فيها الجميع، سواء تعلق بمصادر ضغوط الحياة اليومية الاجتماعية، أو النفسية، أو المهنية، أو حتى المرتبطة بحالتهم الصحية، وهنا نشير إلى دراسات أكد فيها العديد من الباحثين على غرار "Solonska" (1986) أن الإصابة بالسكري تشكل وضعية ضغط تؤثر على مواقف المرضى وسلوكياتهم اليومية، بل وتتجاوز ذلك إلى وضعه في

حالة مواجهة شبه دائمة مع صعوبات في التعامل اليومي مع ظروف الحياة والمواقف المختلفة (رمالي حبيبة، 2012، ص169)، أما "شايفر Schafer" (1992) فقد توصل الى أن الضغط يؤثر على حياة الفرد النفسية والجسمية والاجتماعية، كما أن الكثير من الأمراض السيكوسوماتية المزمنة وغير المزمنة كالقولون، والقرحة، والتهاب المفاصل، وضغط الدم، والسكري... ترتبط بالضغوط النفسية. (حداد عفاف، أبو سليمان بهجت، 2003، ص119) وهناك البعض الآخر من يعتبر مهنة التعليم هي في حد ذاتها عامل خطر تساهم في مختلف الاضطرابات النفسية أو الجسدية، وتترجع حسب "منظمة العفو الدولية" مع مجموعة من المهن أعلى هرم المهن الخدماتية الأكثر معاناة من الضغوط (معوش عبد الحميد، ونزيم صرداوي، 2016، ص460)، وفي هذا المنوال بينت بعض الدراسات على غرار دراسة "الأحسن حمزة" (2015) أن معاناة معلمي المرحلة الابتدائية من ضغوط مهنية مرتفعة لدى (66.08%) منهم، تعلقت مصادرها بأعباء المهنة، وظروف المعلم، والتلاميذ وأولياءهم، والسياسة التعليمية، والأجر والحوافز، والعلاقات المهنية، والانجاز المهني والمكانة الاجتماعية. كما تؤكد عدة بحوث أجريت على المعلمين مثل دراسة "ميلر وزملاؤه Miller & al (1999) أن (21%) من المعلمين استقالوا من التعليم بعد سنتين من العمل، أو حولوا الى عمل آخر في المجال التربوي بسبب الاحتراق النفسي والضغوط. (الظفيري والقريوتي، 2010، ص177) ولهذه الوضعيات التي يجد فيها المعلم نفسه مخيرا ما بين البقاء وتحمل عبء العمل، أو الاستقالة انعكاسات عديدة على آدائه، ورضاه المهني وجودة حياته الوظيفية، والنفسية، والاجتماعية، وحتى الجودة الصحية وابداعه التربوي في ما بعد، وقد أثبت "منصوري مصطفى" (2010، ص4) في دراسته على عينة من المعلمين الجزائريين، أن (55.31%) من المعلمين تمنوا لو أنهم مارسوا مهن أخرى غير التعليم، وهذا نتيجة للضغوط المرتفعة التي يعيشونها يوميا وباستمرار، كما بينت دراسة "زدي نصر الدين" (2007) وجود نسبة معتبرة من المعلمين لجأوا الى الغياب عن العمل، والاستقالة كحل للهرب من الصعوبات التي تواجههم أبرزها الضغوط، وعدم القدرة على التوافق والانسجام مع مهنة التدريس الصعبة، وحالتهم الصحية والجسمية التي ترتبط بالإصابة بأمراض سيكوسوماتية ومزمنة.

(مهدي بوعسلة فتيحة، 2010، 321)

والجدير بالذكر أن مرض السكري بنمطيه المعتمد على الانسولين، او غير المعتمد على الانسولين يرتبط بصورة وطيدة ومتبادلة بالضغوط النفسية وهو ما أشار اليه "ويلسون Wilson" (1979) عند وجوده علاقة خاصة بين الفرد والبيئة التي يقيمها على أنها مرهقة، وتفوق مصادره، وتخاطر برفاهيته

وصحته النفسية. (طه عبد العظيم حسين وسلامة، 2006، ص21) وهذا التقييم الذاتي هو في الأساس يخضع الى كيفية ادراك الفرد للمرض والأحداث التي يعيشها، ويحتمل أن يلاحظ اختلاف في استجابات المرضى المصابين بأمراض مزمنة، حيث البعض منهم ينزعج من المرض والبعض الآخر نقيضهم تماما، وينبئ هذا التباين في الردود عن نوع التقييم، ومصدر التحكم الصحي للمرض، وحجم تقبله ورفضه ومدى التوافق النفسي، ووفقا للنموذج المعرفي التفاعلي لـ "لازاروس وفولكمان" (1984) الذي يطرحان فيه فرضيتهما التي تقر بأن الأفراد ليسوا مجرد ضحايا للتوتر والضغط، لكن الطريقة التي يقدر بها المواقف والأحداث، وكيفية تقييمها مع مقارنتها بمصادر قدراتهم على المواجهة والتعامل، هما من تحدد نوعية الموقف المؤثر وطبيعة استجابة الضغط. (مريم رجاء، 2007 ص148) ويمكننا أن نبرهن من هذا المنطلق أن استراتيجيات المواجهة، وآليات التحكم أو الضبط ما هي الا عوامل وسيطية بين المواقف الحياتية التي يتم تقييمها على أنها مواقف ضاغطة، أو صادمة واستجابة الضغط الحادة التي يرافقها تنشيط وتنشيط نشاط بعض الأجهزة مثل: السيمبثاوي، والبراسيمبثاوي والمعوي مما ينتج عنه اختلال عمل البنكرياس وافراز للأنسولين، والجلوكوز في الدم بغية المقاومة والتكيف، وما يصاحبها من تغيرات في تنظيم التوازن الداخلي بسبب الاستجابة الفيزيولوجية للعضوية الداخلية والخارجية وما ينجم عنها من تغيرات واستجابات جسمية حركية، وهرمونية وعصبية ونفسية، أطلق عليها "سيلي Selye. H" (1950) بـ"سيرورة التناذر العام للتكيف SAG"، الذي يشمل ثلاث مراحل أساسية وهي استجابة الانذار، ثم المقاومة وأخيرا الانهالك التي تتميز باستنفاد قدرات وطاقات الفرد وعجزه عن المواجهة، وحسب "هولفورد Holford. P" (2011) فان التعرض للضغوط النفسية تجعل العضوية تفرز هرموني "الأدرينالين Adrenaline" ذو المفعول السريع المباشر، و"الكورتيزول Cortisol" ذو المفعول طويل الأمد غير المباشر، ويعملان معا على الرفع من معدل الجلوكوز في الدم، لتحصل عليه خلايا العضلات والدماغ من أجل المواجهة والمقاومة، هذا؛ وينشطان كذلك الكبد لتفكيك مخزون الغلوكوجين وتحويله الى جلوكوز وتحريره في مجرى الدم، ويكبح هذا الاخير قدرة الانسولين على اعادة تخزين الكلوكوز مجددا، مما ينجر عنه رفع معدل الجلوكوز في الدم وتهيئة الجسم لرفع حالة الطوارئ والمقاومة، وإذا استمر الضغط النفسي لأسابيع تبقى معدلات الكورتيزول مرتفعة مما يزيد من مقاومة الانسولين، ويضطرب انتاجه، وتنخفض معدلات تركيز الهرمونات الثلاث الأساسية للاسترخاء، وهي GABA التي تعطل الأدرينالين، والسيروتونين المسؤول عن السعادة، وDHEA الذي تفرزه الغدة الكظرية المحافظ على الحيوية والنشاط،

وينتج عنه سوء المزاج والنوم، كما تزداد اختلالات معدلات الجلوكوز في الدم ما بين الارتفاع والانخفاض أكثر فأكثر، ويضطرب انتاج الانسولين مع مقاومته مما يجعل العضوية في حالة انذار وارهاق متواصلين. (Holford, P, 2011, pp204,206) وكلما استمر التعرض للأحداث الضاغطة كلما تتواصل حالة الاستنزاف مع الزمن حتى يصل المعلم الى مرحلة الاحتراق النفسي Burn out، هذا الأخير الذي تطرق اليه أولا "فريدنبرجر Freudenberger" (1974)، ثم استأنفت "ماسلاش وزملاؤها Maslach & al" بحوثها حوله، وشخصته مع "جackson" (1974) أنه حالة من الانهك العام، ينجم عنها تبدل عاطفي وتبني اتجاهات سلبية حول الذات وضعف في الانجاز الشخصي (Brouwers & Tomic, 1999, p234). ويفسر "دينهايم وفارما Dunham. L & Varma" (1998) سيرورة تطور الضغوط والاحتراق وصولا الى المرض السيكوسوماتي عند المعلم، بداية بتعرض المعلم لمواقف ضاغطة متنوعة، تظهر على اثر هذه المواجهة ردود فعل متنوعة تشخص كأعراض مبكرة أولية مثل: القلق والتوتر، ضعف التركيز، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات، ثم تليها مرحلة المقاومة التي يستعمل فيها عدة أساليب وميكانيزمات لاشعورية أو شعورية لمواجهةها والتصدي، وعند فشلها يمر المعلم الى مرحلة الانهك التي تتزامن معها الأعراض النفس-جسدية، ثم يزداد شعوره بالإرهاق والاستنفاد الكلي ليصل في نهاية المطاف الى مرحلة الاحتراق النفسي، ونشير الى أن هذه السيرورة المرضية لا تحدث في فترة وجيزة، بل تمتد مع الزمن، وتستمر تظاهرات الاحتراق واختلال التوازن في غياب التكفل لأن تقع العضوية في الامراض النفسوجسدية. كما أنه في الغالب لا يبقى المعلم مستسلما في المراحل الأولى لهذه السيرورة انما يحاول استخدام مجموعة من استراتيجيات المواجهة والآليات للتعايش، وإعادة التكيف في كل مرة يتعرض فيها للضغوط، مستعملا مجموعة من الأساليب سواء تلك المتعلقة بميكانيزمات الدفاع اللاشعورية أو الشعورية، أو الاستراتيجيات المرتكزة حول الانفعال، أو السلوك، أو المعرفية، وبصنفيها الايجابية والسلبية، ويؤكد في هذا الصدد "تايلور Taylor" (2012) أن المواجهة ليست فعل يتخذ لمرة واحدة ثم ينتهي، انما مجموعة من الطرق والاستجابات التي تحدث عبر الزمن، يؤثر بها في البيئة المحيطة ويتأثر بها. وتؤكد فرضية صلاحية استراتيجية المواجهة على وجود علاقة بين طريقة التقييم المعرفي (الأولي / الثاني) وادراك السيطرة (مركز التحكم) وادراك المرض (مصدر الضبط الصحي) لتقبل المرض والتوافق والتعايش (كفافي علاء الدين وعلا الدين جهاد، 2006، ص253)، ويتوقف اعتماد صنف استراتيجية في

المواجهة دون أخرى حسب "فريدمان" (1990)، و"كوبر" (1991) على سمات البروفيل الشخصي الموجهة للفرد لتعديل قطبي المعادلة التالية:

مثيرات << ← سمات البروفيل ← جروحية عضوية << ← استجابة ضغط حاد / احتراق نفسي

نستشف أن المثيرات لا تنتج مباشرة حالة ضغط، أو احتراق نفسي من دون توفر عوامل مساعدة وسيطية كالجروحية والهشاشة العضوية، وتأثير البيئة المدرسية، والعوامل المحيطة الدخيلة وما تتضمنه من عوامل خطر وحماية في آن واحد، ومدى الكفاءة المهنية، والخبرة في التعامل مع التلاميذ، ومصدر التحكم، وسمات الشخصية. ونشير الى أن أهم الاستراتيجيات الايجابية المستعملة من قبل المعلمين وفقا لما أسفرت عنه دراسة "زكي نجاة، وعبد الفضيل مديحة" (1998) التركيز على حل المشكلات، العمل بجهد، اللجوء الى المساندة الاجتماعية (الأصدقاء والزملاء)، والبحث عن الدعم الروحي، والتركيز على الايجابيات، وهي أساليب تجنب التعرض للاحتراق النفسي مستقبلا، أما الاستراتيجيات السلبية، فهي في عمومها غير فعالة ترتبط بالضغوط والاحتراق منها استراتيجيات انفعالية كالقلق وتأنيب الضمير بسبب مركز الضبط الذاتي الداخلي، والتقييم السلبي الموجه نحو الذات، وتجاهل المشاكل (اللامبالاة)، واستراتيجيات سلوكية كالتفاني في انجاز العمل التدريسي. في حين بينت دراسة "بن سكيريفة وبن زاهي" (2015، ص231) ان مرضى السكري من النوع الثاني يستخدمون بشكل كبير أساليب مقاومة الضغوط النفسية المرتكزة على الانفعال مقارنة بالأساليب المرتكزة على حل المشكل.

ونشير الى أن المعلم في الآونة الأخيرة، وبفعل التغيير الاجتماعي والقيمي، أصبحت أهدافه تتأرجح بين تبليغ رسالته العلمية، والمطالبة بحقوقه المهذورة، والبحث عن العيش الكريم الذي يتيح له فرص الابداع المهني والتربوي، وأداء مهامه بكل حرية واحترام، ورد الاعتبار لمهنة التعليم بعد تدني مكانتها الاجتماعية والمهنية في السنوات الفارطة لعوامل عديدة نذكر منها لا الحصر: تشوه تصور الرأي العام لكفايته المادية بسبب ضعف الراتب، وعدم قدرته على إشباع حاجاته وحاجات أسرته، ناهيك عن وضعه الحالي الذي يشهد امتعاض من القرارات التربوية المستمرة خصوصا تلك المتعلقة بعدم ادراج مهنة التدريس ضمن لائحة الاعمال الشاقة، وسن قوانين تأخير سن التقاعد والتقاعد المسبق. علاوة على ذلك الشكوى والتذمر من التغييرات المستمرة للمقررات التعليمية دون الحسم في أمرها، أو تكليف لجان مختصة أكاديمية محلية تراعي المجال، والسياق الخاص للمتعلم والمعلم الجزائري، لذلك أضحي هذا الأخير يعيش

حالة من الاضطراب النفسي، والاحباط، والضغط والتوتر لأسباب عدة مهنية وادارية متعلقة بالمنظومة التربوية، وصحية، واجتماعية، ووصل به الامر الى الامتناع عن التدريس والدخول في اضطرابات بين الحين والآخر لطرح قضاياها، والمطالبة بمعالجة البعض من المشاكل على غرار تسوية معضلة ضعف الدخل والمردودية، والرفع من الأجور لحفظ كرامته، والمطالبة بتوفير الأمن والجو الدراسي الملائم.

ومما لا شك فيه أن هذه المتغيرات السابقة الذكر تؤثر سلبيًا على نمط، وأسلوب ونوعية حياة

المعلم، ورضاه، ورفاهيته واستمتاعه، في الوقت الذي تمثل مؤشرات هامة للعيش الأفضل Well-Being كما انها تتدرج ضمن المنحى الجديد لعلم النفس الايجابي الذي قاده "مارتن سيلجمان Martin Seligman" (1998) بعد أن اقترحه ابراهام ماسلو Maslow، واعتبر أن سعادة الأفراد تتحقق بالأبعاد الثلاثة: الحياة الممتعة Pleasant life التي تهدف الى النجاح نحو الانفعال الايجابي في الماضي والحاضر والمستقبل، والحياة الطيبة Good life التي تسعى الى الحصول عن الرضا من خلال استعمال القدرات، والقيام بمختلف الأنشطة المحبوبة والمرتبطة بنسق حياته، وأخيرا الحياة ذات المعنى Meaningful life الهادفة التي يستخدم فيها كل قدراته وفضائله لبلوغ غاياته، وخدمة قضايا كبرى (Seligman. M, 2002, p249). ويرى من جانب آخر أن المرونة النفسية والجلد مفتاحها الفضائل والقوى الايجابية، والقدرات والكفاءة، والفاعلية الذاتية التي تعبر عن وظائف نفسية هامة لمقاومة المشاكل والضغوط ومختلف الاضطرابات النفسية، فالسعادة النفسية حاجة ترتبط بادراك الحياة الممتعة والاعتدال Temperance، واشباع الحاجات وبلوغها أعلى الهرم من خلال تقدير الذات واثباتها، لتحفيز العديد من الانفعالات الايجابية لمواجهة المرض. (ديزن بول وآخرون، 2016، ص ص 3-4)، كما أنها تعزز الانفعالات الايجابية للعيش النفسي الأفضل، والصحة النفسية الايجابية التي حسب "لومب وآخرون Lamb & al" (1988) تتعدى في مفهومها مجرد الغياب من المرض او العجز، لتشمل "الكمال والاداء الكامل"، والكفاءة العقلية، والنفسية والجسدية في التعامل مع مواقف الحياة الضاغطة، والرفاهية والتعايش بمعناه العام، اضافة الى اللياقة والصحة البدنية. (بولنج آن، 2007، ص 32) ومن جانب آخر فان الحالة الصحية الايجابية للمعلم، وجودة الحياة الصحية ما هما الا جزء من جودة الحياة العامة التي تضم حسب "باتريك Patrick" (2003) وضعيته الصحية، والمظاهر الوسيطة التي يمكن أن تتأثر أولا بالصحة، اضافة الى التقييم الشامل عن الحياة.

وفي ذات السياق أكدت عدة أبحاث أن الوضعيات الضاغطة لها انعكاسات على الراحة النفسية، والرضا والاستمتاع بالحياة التي حسب "فونهوفر Veenhover. R (1996, p03) أهم مؤشرات جودة الحياة بما فيها النفسية، والصحية، والعقلية، إضافة إلى أسلوب العيش خاصة بالنسبة للمرضى بأمراض مزمنة كالسكري الذي يتطلب توفر العلاج اليومي، واتباع حمية غذائية، ونظام عيش خاص خال من العناصر المسببة، ومحدود السعرات الحرارية، وهو ما لا نجدهم في العادة يلتزمون به لأنه يتسبب في حرمانهم من اشباع حاجتهم البيولوجية "الغذاء"، والتي تقبع في قاعدة هرم "ماسلو Maslow" للحاجات من جهة، وحرمانهم من اشباع لذة شبقية فمية مرتبطة بالطعام من جهة أخرى، لذلك نجد الكثيرون من مرضى السكري لا يتبعون الحمية الا بعد بلوغهم مراحل حرجة من المرض وهو ما أسفرت عنه عدة دراسات مثل "جيفنولا لفاسن Gevenola le vassen (2007) و"تحوي وبوفج" (2017) و"علة وبوفج" (2017) أن مرضى السكري خصوصا نمط الثاني لا يعتبرون أنفسهم مرضى الا بعد بداية العلاج بالأنسولين فقط، وعند تطور المضاعفات، كما أن الأعراض الانفعالية والعقلية المصاحبة لارتفاع نسبة الجلوكوز في الدم لديهم تؤثر على قدراتهم العقلية، ومشاعرهم، والاحساس بالتعب الجسدي، والعياء أو الانهالك النفسي. كما أن لإزمان المرض دور في فقدان الحيوية، والنشاط والرغبة، وتناول الدواء لفتترات له آثار جانبية تضاف الى المضاعفات الصامتة للسكري، هذه الأخيرة التي قد تنتهي اما الى الإصابة بالغرغرينة ثم بتر الأطراف، أو الى إثارة امراض أخرى كتلك المتعلقة باعتلالات العين والشبكية، وأمراض الكلى والبنكرياس التي قد تتطور الى الديلزة، أو الضغط الدموي، أو اضطرابات القلب والشرابين، أو الدخول في غيبوبة قد تفضي الى الموت... وغيرها.

ونؤكد أن هذه المؤشرات تحيل المعلم المصاب بالسكري عن تحقيق مستويات جيدة أو مرتفعة من الرفاهية، وجودة الحياة العامة، والمهنية، والنفسية والصحية، وهذا ما بينته دراسة "قواطمية محمد" (2017، ص451) أن اساتذة التعليم الابتدائي بولاية مستغانم لديهم مستوى متوسط من جودة الحياة، يرجع ذلك لبعض الدلائل والمؤشرات المنضوية تحت المتغيرات السوسيو اقتصادية، والديموغرافية التي تطرق اليها "كونتريل Contri (1965) باعتبار أن البلدان الأكثر غنى هم الأكثر سعادة، ويضيف "غالوب Gallop (1976) أن وضعية الفقر والحاجة الاقتصادية لها تأثير على الذهن والجسم، والأشخاص الذين بلدانهم تعيش رفاهية اقتصادية هم الذين نجد جودة حياتهم مرتفعة ، إضافة الى شعورهم بالأمن والراحة النفسية والقدرة على الاستمتاع بالحياة. (céline Mercier & al, 1987, P139)

وبناء على ما تم تناوله في الورقات السابقة، ارتأينا الخوض في اجراء دراسة استكشافية واكاديمية معمقة نطبقها على المعلمين المصابين بالسكري ببلدية سكيكدة، نحاول فيها دراسة استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لديهم، محددين نقطة الانطلاق بالبحث عن اجابات للتساؤلات البحثية التالية:

■ الدراسة الكمية:

❖ هل توجد علاقة ارتباطية دالة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري؟

❖ هل توجد علاقة ارتباطية دالة بين نوع استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية (ايجابية/ سلبية) وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري؟

❖ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية بين المعلمين المصابين بالسكري تعزى لمتغيرات (الجنس، السن، التخصص، الأقدمية المهنية)؟

❖ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري تعزى لمتغيرات (الجنس، السن، الأقدمية المهنية، مدة الإصابة)؟

■ الدراسة الكيفية:

❖ ما مستوى ادراك الضغط، والاحترق النفسي، واستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري؟

❖ هل توجد فروق في التحليل الاكاديمي الكيفي بين المعلمين المصابين بالسكري حالات الدراسة؟

2 - فرضيات الدراسة:

يتم صياغة الفرضيات في البحوث كطول مبدئية، واجابات مؤقتة يقترحها الباحث للإجابة عن التساؤل الاشكالي والتساؤلات الفرعية، وفي دراستنا هذه تمكنا من صياغة الفرضيات التالية:

■ الدراسة الكمية:

❖ توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري.

❖ توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوعية استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية (ايجابية/ سلبية) والدرجة الكلية لجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري.

- ❖ توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تعزى لمتغيرات (الجنس، السن، التخصص، الأقدمية المهنية).
- ❖ توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في جودة الحياة تعزى لمتغيرات (الجنس، السن، الأقدمية المهنية، مدة الإصابة).

▪ الدراسة الكيفية:

- ❖ يوجد اختلاف في مستويات (ادراك الضغط النفسي والاحتراق النفسي واستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة) لدى المعلمين المصابين بالسكري.
 - ❖ توجد فروق في التحليل الاكينيكي الكيفي للمعلمين المصابين بالسكري حالات الدراسة.
- ولتحقيق هذه الدراسة ميدانيا قسمت الى جزأين: الأول تعلق بالدراسة الكمية تم اتباع المنهج الوصفي فيها وطبقت على عينة من المعلمين المصابين بالسكري في الاطوار التعليمية الثلاث بمدينة سكيكدة، أما الثاني فتعلق بالدراسة الكيفية وتم انتهاج المنهج العيادي وفقا لطريق الحالة وطبقتها الباحثة على ثلاث حالات.

3 - أهداف الدراسة:

- نسعى من خلال هذه الدراسة لإنجاز دراسة علمية نفسية استكشافية، وفي ذات الوقت معمقة على مستوى بلدية سكيكدة، موسومة بـ "استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري"، كما نرمي من خلالها إلى تحقيق الأهداف التالية:
- ❖ توضيح العلاقة القائمة بين جودة الحياة واستراتيجيات المواجهة لدى المعلمين المصابين بالسكري.
 - ❖ توضيح العلاقة القائمة بين نوع استراتيجيات المواجهة (سلبية/ ايجابية) وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري.
 - ❖ محاولة معرفة اذا كانت هناك فروق لدى المعلمين المصابين بالسكري من حيث نوع استراتيجيات المواجهة الموظفة وجودة الحياة وفقا لبعض خصائص عينة البحث (الجنس، السن، التخصص، الأقدمية المهنية، ومدة الإصابة بالسكري).
 - ❖ الوقوف على مستوى ادراك الضغط النفسي، والاحتراق النفسي، واستراتيجيات مواجهة الضغوط وجودة الحياة لدى بعض الحالات من المعلمين المصابون بالسكري على مستوى بلدية سكيكدة.

❖ التعرف عن قرب عن الفروق الاكلينيكية والمعاش النفسي، والصحي للمعلمين المصابين بالسكري باعتباره واحد من أهم الأمراض المزمنة والسيكوسوماتية التي يصاب بها المعلمون، وتوضيح أساليب التعايش معه في ظل نوعية الحياة التي يعيشونها.

❖ اثراء البحوث العلمية ببناء نظري علمي، وارساء معلومات جديدة حول الموضوع، والالمام بالجديد حوله، واعتمادها كدراسة أساسية سابقة لبحوث مستقبلية تهتم بدراسة أو بناء برامج ارشادية ووقائية خاصة بالمعلمين المصابين بالأمراض المزمنة على غرار السكري.

4- أهمية الدراسة:

ان أهمية أي دراسة تتجلى في مدى مساهمتها في ابراز المشكلة المطروحة، وهذا بعد تحديد كل متغيراتها تحديدا دقيقا، يسمح لها بتشكيل "الوحدة البحثية لمتغيراتها"، هذه الأخيرة التي بدورها تسمح بتسهيل معرفة القيمة العلمية والتطبيقية للبحث، وتكمن أهمية دراستنا الحالية في النقاط الأساسية التالية:

❖ صنفت منظمة الصحة العالمية مرض السكري Diabète كمرض مزمن غير معد Maladie Chronique non transmissible، وحسب آخر تقرير MICS لوزارة الصحة واصلاح المستشفيات الصادر سنة (2012-2013) فان السكري يحتل المرتبة الثانية بعد ارتفاع الضغط الشرياني من حيث وبائية انتشار الامراض المزمنة في الجزائر (MICS, 2015, p234)، ويعتبر السبب الرابع في الوفيات، وقدرت نسبة انتشاره سنة 2013 بحوالي أزيد من 300 مليون مصاب به في العالم، وحوالي 4 مليون جزائري يعاني منه، نسبتهم تمثل حوالي تقريبا 10% من مجموع سكان الجزائر - حسب رئيس الفدرالية الوطنية لمساعدة المصابين بداء السكري "نور الدين بوستة"- (موقع الإذاعة الجزائرية، 2013). ويصاب به جميع افراد المجتمع من مختلف الشرائح؛ سواء كانوا أطفال أو شباب أو مسنين، أغنياء أو فقراء، لهذا يوصف بتسونامي القرن الواحد والعشرون -حسب البروفيسور "محمد بلحاج" رئيس مصلحة الطب الداخلي والسكري في مستشفى أول نوفمبر بوهران-.

(Zahaf Loubna, 2011, p24)

❖ وانطلاقا من هذه الاحصائيات المتزايدة كل سنة، تستمد دراستنا أهميتها النظرية والتطبيقية من خلال تسليط الضوء على مرض السكري لدى شريحة هامة من المجتمع والتي لا يستهان بها؛ ألا وهم المعلمون المصابون به من مختلف الأطوار الثلاث الابتدائي، المتوسط والثانوي، والذين يعاني البعض منهم من مشاكل جمة متعلقة بالصحة الجسدية، والاضطرابات النفسية نظرا لما يواجهون من ضغوط،

وصراعات متنوعة تتعلق بظروفهم الشخصية، والأسرية والمهنية، والتي لا يتم التكفل بها لا نفسياً، ولا اجتماعياً بشكل منظم من خلال البرامج العلاجية الإرشادية أو المخططات الوقائية.

❖ كما تتبع أهمية هذا البحث في تناولها لتختلف طرق التعايش التي يوظفها المعلمون المصابون بالسكري كمحاولة منهم للتعايش مع المرض، وإدارة الضغوط للتكيف مع متطلبات المهنة ومستلزمات الحياة في إطار النسق البيئي والاجتماعي الذي يعيشون فيه، وخصائص بروفيلهم، والتي تعتبر معايير هامة في تحديد نمط ونوعية الحياة التي يعيشونها في ظل معاناتهم النفسية والعضوية المتعلقة بالمرض وتبعاته؛ خاصة وأنه يلزمهم إتباع نظام غذائي معين "حمية غذائية" يحرمهم من الاستمتاع بلذة بيولوجية (تناول الطعام)، ويفرض عليهم التبعية للدواء باعتبار ان المرض مزمن، بالإضافة الى اضطراب بعض أنماطهم السلوكية كنقص النوم، الأرق والتأخر في النوم لمنتصف الليل بسبب المراجعة والأعمال المنزلية، والنهوض باكراً للعمل؛ وهذا ما أكدته نتائج الدراسة الميدانية ان معظمهم لا يلتزم بالحمية بسبب الجوع وعدم تناول وجباتهم بانتظام لسبب من الأسباب مرتبطة بالعمل، وضيق الوقت، أو بعد المسافة، ومن ثمة تعرضهم للتعب والضغط واختلال الإيقاع الكونوبولوجي - السردي، هذا الأخير الذي له انعكاس على جودة حياتهم العامة.

❖ ان موضوع استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة يندرجان ضمن المنحى الجديد لعلم النفس، وهو علم النفس الايجابي Psychologie Positive الذي تم تأسيسه سنة 1998 على يد عالم النفس الأمريكي (مارتن سيلجمان Martin Seligman) والذي يهدف من خلاله الى البحث عن المظاهر الايجابية للنمو النفسي والسلوكي، والعيش في حياة أفضل مع الشعور بالسعادة، والرضا النفسي عن الذات والآخرين، وتمكين الفرد من بلوغ الصحة النفسية الايجابية، (أبو حلاوة محمد السعيد، 2014، ص14) وهو الهدف المنشود حالياً لجميع الدول المتقدمة، وعليه فقد تسمح استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية للمعلمين المصابين بالسكري بالتعايش مع مختلف الضغوط والقدرة على ادارتها سواء كانت صحية أو مهنية أو اجتماعية او مهنية ومن ثمة تحقيق القدرة على الانجاز والعمل والتطوير الذاتي، وتقدير الذات، وتكوين علاقات بين شخصية Relations Interpersonnelles، والتوافق مع الآخرين بشكل عام.

5-التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

ان التحديد الاجرائي لمتغيرات الدراسة الخطوة الأساسية الاولى التي لابد على أي باحث ضبطها بدقة متناهية، باعتبارها قاعدة صناعة البحث ويتضمن تحديد الاجراءات التي يمكن أن تقيس، أو تشمل عناصر الخاصة محل الدراسة يستطيع الباحثين الاتفاق عليها لأنها ذات معنى واضح، ومحدد لا جدال فيه تتوقف عليه الدراسة الميدانية اللاحقة فيما بعد، ويمكننا ضبط متغيرات دراستنا اجرائيا فيما يلي:

1-1- الضغط النفسي Stress:

يعرف الضغط النفسي إجرائيا بأنه حالة التوتر والشدة التي يشعر بها المعلم المريض بالسكري عند تعرضه لمواقف ووضعيات مثيرة سواء كانت مرتبطة بمرض السكري أو لا، تشكل ضواغط تؤثر على توازنه الداخلي، وتكيفه الخارجي وتوافقه البيئي سواء داخل بيئته المهنية أو العائلية، أو صحية أو نفسية، ويمثل الدرجة الكلية التي يتحصل عليها المعلم المريض بالسكري عند إجابته على بنود مقياس ادراك الضغط النفسي لـ لفنستاين وآخرون Levenstein and al الذي يضم 30 عبارة.

2-2- الاحتراق النفسي Burn out:

يعرف الاحتراق النفسي اجرائيا بأنه حالة نفسية يشعر بها المعلم المريض بالسكري بعد أن وصل الى مرحلة من الاستنزاف الكلي لطاقته النفسية، والجسدية، والفكرية، يشعر فيها بالإرهاك العاطفي، والتبليد، وعدم الرغبة، وضعف الانجاز الشخصي، اضافة الى تكوين أفكار وتقييمات سلبية نحو الذات، كما يمثل بالدرجة التي يتحصل عليها المعلم المريض بالسكري عند اجابته على بنود مقياس "ماسلاش وآخرون Maslach & al" للاحتراق النفسي والذي يضم 22 بند موزعة على 3 أبعاد رئيسية.

3-3- استراتيجيات مواجهة الضغوط Coping Strategies:

تعرف استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية اجرائيا بأنها مختلف الأساليب والطرق التي يستعملها ويوظفها المعلم المريض بالسكري عند تعامله مع الأحداث، والمواقف التي يواجهها في حياته اليومية، وهي تمثل الدرجات التي يتحصل عليها المعلم المريض بالسكري عند اجابته على بنود مقياس

أساليب المواجهة لـ كارفر وشايرر ووينتروب Carver, Scheier & Weintraub والذي يضم خمسة عشر محورا يشمل كل محور أربع بنود.

4-5 - جودة الحياة Quality of Life:

تعرف جودة الحياة اجرائيا بأنها ادراك المعلم المصاب بالسكري للوضع التي يعيشها ومكانته في الحياة في اطار السياق الثقافي، والبيئي، والنفسي والصحي والتنظيم القيمي، وعلاقته بحاجاته وأهدافه وتطلعاته وآماله في الحياة. وهي تشمل مجموعة من المؤشرات نختصرها في: رضا المعلم المصاب بالسكري عن ذاته رغم المرض المزمن (السكري) والرضا عن الحياة في بيئته بما تتضمنه من معايير وقيم، وشعوره بالسعادة الشخصية، والإحساس بالإيجابية والشعور بالتحسن لما هو أفضل نفسيا وجسديا، والتقدير الذاتي المتزن والايجابي، والقدرة على الانجاز والتطور الى الأفضل باستمرار، وتحقيق قدر كاف من التوافق والتكيف والاستقلالية وإقامة علاقات اجتماعية مرضية مع الآخرين، كما يعبر عنها بالدرجة التي يتحصل عليها المعلم المصاب بالسكري عند إجابته على بنود مقياس جودة الحياة المئوي لمنظمة الصحة العالمية والذي يضم مئة عبارة.

5-5 - الأمراض السيكوسوماتية المزمنة Chronic Psychosomatic Diseases:

هي صنف من الأمراض الدائمة التي تدعى كذلك بالأمراض النفسوجسدية المزمنة، وهي أمراض نفسية المنشأ عضوية الأعراض، بحيث تساهم في ظهورها وتطورها العوامل النفسية، والنفسواجتماعية -خصوصا القلق والتوتر والضغط- الى جانب عوامل الخطر الأخرى كالوراثة وضعف المناعة الجسدية، تتسم أعراضها الاكلينيكية المرضية بالاستمرارية مدى الحياة، وتجعل المعلم المصاب بها في حالة تبعية دائمة للعلاج الدوائي، وتجبره على الالتزام بسلوكات نظام صحي معين، كما تحيله عن الاستمتاع الجيد بالحياة، وتنعكس سلبا على جودة حياته العامة بما فيها الصحية، والنفسية والعقلية، والاجتماعية والمهنية، ومن بين هذه الامراض التي نعنى بدراستها "مرض السكري".

5-6- مرض السكري Diabetes Mellitus:

يعرف مرض السكري طبيًا واجرائيًا بأنه مرض مزمن ناجم عن اضطراب في عملية التمثيل الأيض، يتسبب عنها نقص في إفراز الأنسولين على مستوى البنكرياس، مما يسجل ارتفاع في نسبة الجلوكوز في الدم عن المعدل الطبيعي لـ الإنسان العادي إلى أكثر من 140 ملغ/دسل، ويتم تشخيصه من طرف طبيب مختص في الميدان بعد عدة إجراءات تحليلية طبية، ويصاحبه بعض الأعراض الاكلينيكية الأساسية مثل: كثرة التظاهرات الثلاث التبول والشرب والاكل، وفقدان الوزن، وآلام حادة في الرأس، والشعور بالتعب، وفي الحالات الحرجة والخطيرة تتطور إلى الغيبوبة السكرية التي قد تقضي إلى الموت، وتتدخل في ظهوره مجموعة من العوامل كالوراثة، والبيئة الاجتماعية، وضغوط الحياة والصدمات النفسية، لذلك فإنه يصنف ضمن الاضطرابات السيكوسوماتية المزمنة، إضافة إلى نمط وأسلوب العيش الخاطئ، وسلوكات التغذية الغير صحية والسمنة.

5-7- المعلم المصاب بالسكري Teacher's Diabetes:

حسب دراستنا هو المعلمة أو المعلم المصاب بمرض السكري مهما كان نمطه الأول أو الثاني، تم تشخيصه من طرف طبيب مختص، ويتناول جرعات الدواء بصورة منتظمة يوميًا، ويزاول مهنة التدريس في الأطوار التعليمية الثلاث (الابتدائية، والمتوسط والثانوي) على مستوى بلدية سكيكدة.

6 - عرض ومناقشة الدراسات السابقة:

تشكل الدراسات السابقة التراث العلمي التراكمي الذي يمهد الطريق للباحث للشروع في تخيل تصميم لهيكل بحثه، بناء على ما توصلت إليه جهود الباحثون الذين سبقوه في الميدان، وذلك من خلال الاطلاع على آخر ما كتب في البحوث والدراسات الاكاديمية المتخصصة الحديثة والأصيلة التي تناولت متغيرات الدراسة، بل والتمعن فيها ومعالجتها معالجة نقدية فاحصة، حتى يمكن مناقشتها لاحقًا.

وسنحاول عرض بعض الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع دراستنا على شكل محاور رئيسية وفقا لتسلسلها الزمني من الاقدم إلى الأحدث، ومن الأجنبية إلى المحلية العربية، مع التعليق عليها ومناقشتها في ضوء خصوصية دراستنا الحالية.

1-6- عرض الدراسات السابقة:

✓ **المحور الأول: دراسات خاصة بالضغط، الاحتراق النفسي واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى عينات متباينة.**

❖ دراسة "ليسي كوث Lucie Cote, PH. D" (2004)

تمت الدراسة بجامعة كيبيك بأوتاوا بكندا، والمعنونة بـ "استراتيجيات المواجهة عند المعلمين ذوي مستويات مختلفة من الضغط النفسي (الضعيفة-الشديدة)"، هدف ممن خلالها الباحث الى التعرف على الأحداث والمواقف الضاغطة المدركة ومختلف استراتيجيات التكيفية وانعكاس الضغط النفسي لدى المعلمين باستخدام منهجية التقاطع الكمية والنوعية، وقد طبقها الباحث على عينة مقدره بحوالي 20 معلم، ومن أبرز نتائج الدراسة: تصريح المعلمون ذوي الضغط النفسي المرتفع بعدم قدرتهم على الاعتماد على زملائهم في العمل وانخفاض توظيف استراتيجيات الدعم الاجتماعي، في المقابل المعلمون ذوي الضغط النفسي المنخفض يقررون بأن الدعم الانفعالي والتقني الذي يتلقونه من زملائهم في العمل يساعدهم على مواجهة المواقف الضاغطة. وخلصت الدراسة الى أن التوازن بين الحياة المهنة والحياة الشخصية يمثلان حماية للمعلم من الضغط النفسي وذلك من خلال الالتزام بالنشاطات الابداعية والاجتماعية والرياضية، ويمكن أن تتطور استراتيجيات المواجهة وفقا لتجارب الحياة التي يكتسبونها منها.

❖ دراسة "لوجا و بريشون شويزر Didier Laugaa et Bruchon-Schweitzer" (2005)

والمعنونة بـ "مواجهة الضغط المهني لدى المعلمين الفرنسيين من الدرجة الأولى" وقد طبقت على عينة (410) من المعلمين في فرنسا، وهدف الباحثان من خلالها الى معرفة نوع استراتيجيات مواجهة الصعوبات التي يتلقاها المعلمون أثناء تأديتهم لمهنة التدريس، واعراض الاحتراق النفسي، وقد أسفرت أهم النتائج المتحصل عليها: استخدام المعلمين لأربع استراتيجيات مواجهة للضغوط النفسية تمثلت في استراتيجيات طلب الدعم الاجتماعي، استراتيجيات متركزة حول المشكلة، واستراتيجيات تجنبية، وأخيرا استراتيجيات الميل الى التفاعل مكيف وفقا لأسلوب التعليم القديم.

(Laugaa & Bruchon-Schweitzer, 2005, p499)

❖ دراسة "بغاغصي وحمامصي Bagceci Birsen & Hamamci Zeynep" (2012)

والموسومة بـ"مساهمة في العلاقة بين الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى المعلمين في تركيا" والتي هدفت الى الكشف عن العلاقة بين الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى المعلمين في تركيا" حيث استخدمت فيها مجموعة من الأدوات استمارة لجمع المعلومات الديمغرافية، واختبار ماسلاش للاحتراق النفسي، ووجد حل المشكلات، ومقياس اساليب المواجهة، وتم تطبيقها على عينة قوامها (159 معلم و79 معلم و83 معلمة" يدرسون في الأطوار التعليمية الثلاث الابتدائي، والمتوسط والثانوية، وتوصلا الى أن للمعلمين مستويات عالية من الاحتراق النفسي، والارهاق العاطفي، وضعف في الانجاز الشخصي، واستخدامهم للبعض الاستراتيجيات التكيف الايجابية كالتفاؤل، والثقة بالنفس، والبحث عن الدعم الاجتماعي لمواجهة المواقف الضاغطة، اضافة الى بعض استراتيجيات المواجهة المحدودة والمرتبطة بشكل ايجابي بالاستنفاد العاطفي من زملائهم المعلمين، واستنتجوا أن هؤلاء المعلمون يؤدي بهم هذا الاستنفاد الانفعالي الى استخدام مواجهات أكثر عجزا بشكل جلي، واستنتجوا أن استراتيجيات المواجهة الذاتية الواثقة هي مشر للتنبؤ الشخصي بالإنجاز والارتباط السلبي بالإنجاز الشخصي، كما بينت أهمية نتائج استراتيجيات المواجهة على مستويات الاحتراق النفسي لدى المعلمين.

(Bagceci, Hmamci, 2012, p67)

❖ دراسة "الشقيرات محمد عبد الرحمان" (2001)

عنون الباحث دراسته بالـ"الضغوط النفسية وتأثيرها على الصحة النفسية والصحة الجسمية وعلاقتها ببعض العوامل الديمغرافية عند أعضاء هيئة التدريس في جامعة مؤتة-الأردن". وكان يسعى من خلالها الى دراسة الضغوط النفسية وتأثيرها على الصحة النفسية والجسمية وعلاقتها ببعض العوامل الديمغرافية عند أعضاء هيئة التدريس في جامعة مؤتة، ود أجريت الدراسة على عينة قدرت بحوالي (240 عضو في هيئة التدريس) واستخدم فيها مقياس مصادر الضغوط النفسية ومياس الأعراض النفسية المرتبطة بالعمل، وقائمة الأعراض الجسمية والنفسية المرتبطة بالضغوط النفسية، وأسفرت النتائج عن وجود علاقات ارتباطية موجبة بين الضغوط النفسية والأعراض الجسمية والنفسية المرتبطة بها، كما أكدت على وجود فروق دالة احصائيا بالنسبة الى شدة الضغوط النفسية والأعراض المترتبة عنها وفا لنوع الكلية، المؤهل العلمي، الرتبة الأكاديمية، الخبرة والحالة الاجتماعية، اضافة الى وجود فروق دالة احصائيا في شدة الضغط النفسي ترد الى متغير السن.

(سعود ناهد، 2014، ص242)

❖ دراسة "المشيخي غالب بن محمد علي" (2013)

والموسومة بـ "الاحتراق النفسي وعلاقته بجودة الحياة لدى معلمي المرحلة الابتدائية بمحافظة الطائف"، وتهدف الدراسة لمعرفة طبيعة العلاقة بين الاحتراق النفسي وجودة الحياة لدى معلمي المرحلة الابتدائية بمحافظة الطائف بالمملكة العربية السعودية، ومعرفة الفروق بين متوسطات درجات المعلمين في الاحتراق النفسي تبعاً لسنوات الخبرة والمؤهل العلمي، وقد اتبع الباحث المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدم مقياس الاحتراق النفسي للمعلمين وجودة الحياة كأدوات للدراسة، وطبقها على عينة قوامها 420 معلم في المرحلة الابتدائية من مراكز عدة بإدارة التعليم بمحافظة الطائف، ومن بين أهم النتائج المتحصل عليها، نجد: تسجيل زيادة الاحتراق النفسي لدى المعلمين يرافقه انخفاض في جودة الحياة أي وجود علاقة ارتباطية سالبة، وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطات درجات المعلمين تعزى لصالح الأقل خبرة، مما يشير إلى أن الاحتراق النفسي يحدث بالتدرج للمعلمين خلال فترات زمنية مستمرة، ونجده أكثر ارتباطاً عند المعلمين الذين تجاوزت خبرتهم في المجال التعليمي لسنوات أكثر نتيجة الضغوط المهنية والاحباطات التي تعرضوا لها، كما لا توجد فروق ذات دلالة بين درجات الاحتراق النفسي لديهم تعزى لاختلاف المؤهل العلمي، وهذا ما يدل على أن مستويات الاحتراق النفسي متقاربة بين حاملي الشهادات العليا والباكالوريوس نستنتج أن المؤهل العلمي ليس له دور بارز للتأثير على مستوى الاحتراق النفسي.

(المشيخي غالب بن محمد علي، 2013، ص15)

❖ دراسة "غريب نرمين" (2014)

هدفت الباحثة من دراستها الموسومة بـ "استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري" إلى الكشف عن مجالات الضغوط النفسية التي تواجه مرضى السكري، ومختلف استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تبعاً لمتغيرات (الجنس، نمط السكري)، وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (345 مريض من بينهم 95 من النمط الأول، و250 من النمط الثاني)، واعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي وصممت استبيانين للضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية من اعدادها، ومن بين أهم النتائج المتحصل عليها تعرض مرضى السكري للعديد من الضغوط النفسية تأتي الضغوط المتعلقة بالعلاج في المرتبة الأولى لتليها بقية الضغوط مرتبة على النحو التالي: الضغوط الجسدية، الضغوط النفسية، والضغوط المالية، ثم الضغوط الأسرية لتأتي الضغوط الاجتماعية في المرتبة الأخيرة،

كما بينت الدراسة أن مرضى السكري النمط الأول يستعملون استراتيجيات مواجهة سلبية، في حين يستخدم مرضى السكري من النمط الثاني استراتيجيات مواجهة ايجابية. (غريب نرمين، 2014، ص305)

❖ دراسة "بوعافية نبيلة" (2008)

عنونت الباحثة موضوعها بـ "نمط شخصية المديرين وعلاقته بالضغط المهني واستراتيجيات المواجهة"، وهدفت الدراسة الى الكشف عن نمط شخصية المدراء، ومستوى الضغط النفسي لديهم، ونوع استراتيجيات المواجهة الأكثر استعمالاً، والفرق بين انماط شخصيتهم والضغط المهني واستراتيجيات المواجهة المستعملة، واتبعت فيها على المنهج الوصفي مستعينة بمقياس أنماط الشخصية ABC، ومقياس مصادر الضغط في مكان العمل، ومقياس المواجهة لـ Paulhan & al (1994) طبقته على عينة قدرت بـ (14 مدير)، وأظهرت النتائج أن المديرين يتسمون بصفات نمط شخصية "أ"، وادراك فوق المتوسط للضغوط المهنية، وأهم استراتيجيات المواجهة المستعملة كانت مرتبة على النحو التالي: استراتيجيات حل المشكلات، اعادة التقييم الايجابي، التجنب والتفكير الايجابي، البحث عن الدعم الاجتماعي، واخيرا استراتيجيات التأنيب الذاتي، وبالتالي فانهم يميلون الى استعمال استراتيجيات تعتمد على حل المشكل، ويتسمون بروح المواجهة والمبادرة ومحاولة التغيير، ومعالجة المشاكل، كما توصلت الدراسة الى عدم وجود فروق دالة احصائيا بين انماط شخصية المديرين ودرجات الضغط في مصادره الستة، وبين أنماط شخصية المديرين في استعمال استراتيجيات حل المشكل، وكل من نوو النمط "أ" والنمط "ب" يميلون الى استخدام اساليب حل المشكلات. (بوعافية نبيلة، 2008، ص248)

❖ دراسة "باهي سلامي" (2008)

والموسومة بـ "مصادر الضغوط المهنية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدرسي الابتدائي والمتوسط والثانوي" أجريت الدراسة على عينة قوامها 816 معلم مختارين بطريقة عشوائية من أربع ولايات جزائرية (غرداية، الأغواط، المدية والجلفة) من جميع مدرسي الأطوار التعليمية الابتدائي والمتوسط والثانوي، واعتمد فيها على المنهج الوصفي ومقياس الضغوط المهنية للمدرسين، ومقياس الاضطرابات السيكوسوماتية من اعداد الباحث، ومن أهم النتائج المحصل عليها أن مدرسي المراحل الثلاث يعانون من مستوى عال من الضغوط وتبين أن الذكور أكثر شعورا بالضغوط، بالإضافة الى المعاناة من الاضطرابات

السيكوسوماتية، ووجود فروق دالة بين الفئات الثلاث على مستوى الضغط لصالح أساتذة التعليم المتوسط الذين أبدوا شعورا بالضغط أكثر، وفروق دالة بين فئات الخبرة المهنية بالنسبة للأعراض السيكوسوماتية حيث أن ذوي الخبرة الطويلة أكثر عرضة للاضطرابات السيكوسوماتية تليها فئة الخبرة المتوسطة ثم فئة الخبرة القصيرة. ولا توجد فروق دالة بين مدرسي الابتدائي والمتوسط والثانوي على مقياس الضغط ومصادره والاضطرابات السيكوسوماتية، ولا توجد فروق بين المعلمين في المراحل الثلاث ولا يؤثر عامل المرحلة في تحديد مصادر الضغوط ولا نوعية الاضطرابات السيكوسوماتية، وكذا وجود علاقة بين مصادر الضغوط المهنية حسب ما تقيسه أداة الدراسة وأعراض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدرسي الابتدائي والمتوسط والثانوي. (باهي سلامي، 2008، ص 228)

❖ دراسة "رمالي حبيبة" (2012)

والموسومة بـ "استراتيجيات المواجهة ومركز التحكم لدى مرضى السكري"، وهدفت الدراسة الى التعرف على نوعية كل من استراتيجيات المواجهة ومركز التحكم لدى مرضى السكري لتقديم الكفالة النفسية المناسبة لهم، وانتهجت الباحثة في دراستها المنهج العيادي من خلال دراسة الحالة، مستعملة المقابلة العيادية التي طبقت أثناءها مقياسي استراتيجيات المواجهة لـ "Paulhan" ومقياس مركز التحكم لـ "Rotter" لجمع المعلومات عن ثمانية حالات (4 رجال و4 نساء)، وبينت نتائج الباحثة أن مرضى السكري يستخدمون عدة استراتيجيات لمواجهة الضغوط كتقبل المرض المزمن، والمرضى ذوو التحكم الخارجي يستعملون استراتيجيات اعادة التقييم الايجابي، واستراتيجيات المواجهة المرتكزة حول الانفعال، وهم اضعف مواجهة للعوامل الضاغطة، وادراكهم مشوه لعدم قدرتهم على التحكم، أما الذين يستخدمون مركز التحكم الداخلي يستعملون استراتيجيات مواجهة مرتكزة حول المشكل وتشمل: مضاعفة الجهود، التخطيط للمواجهة، وجمع معلومات حول المرض لتقبله وايجاد حلول للتعايش به والتكيف مع الوضعيات الضاغطة. كما يستعمل المرضى الدعم الاجتماعي، ووجود تباين في بين الجنسين في استخدام استراتيجيات المواجهة حسب ادراكه وتوقعاتهم والتحكم في الضغوط. (رمالي حبيبة، 2012، ص 167)

❖ دراسة "حربوش سمية" (2014)

هدفت الباحثة من دراستها الموسومة بـ "المهارات الاجتماعية وعلاقتها بتقبل داء السكري" الى محاولة الكشف عن علاقة المهارات الاجتماعية بتقبل داء السكري، لدى عينة من المصابين بالسكري قدرت بـ(100 مصاب)، واعتمدت فيها على المنهج الوصفي وبعض الادوات كقياس المهارات الاجتماعية ومقياس تقبل داء السكري لجمع البيانات، ومن أظهرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية قوية بين المهارات الاجتماعية وتقبل داء السكري، كما كشفت أن كل الجنس والمستوى التعليمي كمتغيرين يعبان دور المتغير الثالث المعدل في هذه العلاقة، كما بينت نتائجها وجود اختلاف في العلاقة القائمة بين المهارات الاجتماعية وتقبل داء السكري بين الرجال والنساء ما بين مرتفعي ومنخفضي التعليم. (حربوش سمية، 2014، ص 30)

❖ دراسة "بن سكيريفة مريم وبن زاهي منصور" (2015)

تم عنوانها بـ "أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المصابين بالداء السكري النوع الثاني"، والتي هدفا من خلالها الي التعرف على مختلف أساليب مقاومة الضغوط النفسية التي يعتمد عليها المصابون بداء السكري من النوع الثاني، حيث طبا الدراسة على عينة قوامها (202 مصاب منهم 93 ذكر و 109 أنثى) يعالجون بمصلحة دار مرضى السكري التابعة للمؤسسة الاستشفائية بورقلة، وقد اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي، ومقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي لـ كارفر (1997)، واشتملت نتائج الدراسة عن استخدام المرضى المصابون بالسكري نمط الثاني لأساليب مقاومة الضغط النفسي المتمركزة حول الانفعال بشكل كبير حيث قدرت درجاتها بالمرتفعة والمتوسطة والتي تشمل: اللجوء الى الإنكار، والدعم الانفعالي، التنفيس، لوم الذات، التدوين، التقبل، وتشنت الانتباه ومقارنة بأساليب مقاومة الضغط النفسي المرتكزة حول حل المشكل تم تسجيل درجات منخفضة. (بن سكيريفة مريم، بن زاهي منصور، 2015، ص ص 231، 250)

✓ **المحور الثاني: دراسات خاصة بجودة الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى فئات متنوعة.**

❖ **دراسة "سبازيك وآخرون Spasic Ana & al (2014)"**

والموسومة بـ "جودة الحياة لمرضى السكري نمط الثاني" والتي تهدف الى الكشف عن مستوى جودة حياة مرضى السكري نمط 2 والعوامل المؤثرة فيها، وطبقت الدراسة على عينة قوامها (86 مصاب بالسكري نمط 2 منهم 35 انثى، و 51 ذكر) تتراوح أعمارهم ما بين (19 الى 91 سنة) من اقليم نيش الصربي، واستعمل فيها الباحثون المنهج الوصفي وكأدوات للدراسة تم بناء استبيان لجمع البيانات السوسيوديمغرافية الى جانب مقياس جودة الحياة المرتبط بالصحة الصادر عن منظمة الصحة العالمية (SF-36)، وكشفت النتائج عن مستوى جودة حياة مرتفع لدى مرضى السكري الذين مدة اصابتهم بالمرض أقل من 10 سنوات، والذين تقل أعمارهم عن 65 سنة، وأن مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري الذكور أحسن من مستواها لدى الاناث في نفس العينة خاصة على مجالات الحيوية والألم، وأكدت أيضا نتائجها على أنه لا يوجد فروق دالة احصائيا وهام في مستوى جودة الحياة تعزى الى المؤهل العلمي، كما أن العوامل المتعلقة بانخفاض مستوى جودة الحياة هي الأكبر في العمر، والجنس الأنثوي، ووجود أمراض مصاحبة للسكري، والمرضى أصحاب السكري غير منضبط لديهم مستوى جودة الحياة أقل من مرضى السكري المسيطر عليه. (Spasic ana & al, 2014, p193)

❖ **دراسة "شينك وآخرون Schunk. M & al (2015)"**

والموسومة بـ "الصحة وعلاقتها بجودة حياة النساء والرجال لديهم سكري نمط الثاني- دراسة مقارنة"، وهدفت الدراسة الى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري النمط الثاني بألمانيا، والفروق فيها تبعا للجنس، ومدة الاصابة، وطبقت الدراسة على عينة قدرت بـ (846) من كلا الجنسين (399 امرأة و 447 رجل)، تراوحت أعمارهم ما بين (50-63 سنة)، أما مدة الاصابة بالمرض فتراوحت بين (8- الى 10 سنوات) واتبع الباحثون لجمع البيانات في دراستهم المنهج الوصفي، مستخدمين مقياس جودة الحياة المختصر (SF-12/ 36)، وأسفرت الدراسة عن وجود فروق في مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور، ووجود فروق في مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري تعزى لمدة الاصابة بالسكري لصالح الفئة الأقل مدة (8 سنوات)، كما وضحت النتائج

وجود علاقة ارتباطية موجبة بين العوامل الاجتماعية، والاقتصادية، وعوامل الخطر وبين مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري. (Schunk. M & al, 2015, p 203)

❖ دراسة أحمد حسانين أحمد محمد (2011)

والمعنونة بـ الخصائص القياسية للمقياس المئوي لنوعية الحياة (WHOQOL-100) الصادر عن منظمة الصحة العالمية على عينات من المجتمع الليبي". وكان الهدف من هذه الدراسة تقديم ترجمة عربية لواحد من أشهر المقاييس العالمية التي تستخدم لقياس نوعية الحياة وهو المقياس المئوي لنوعية الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHOQOL-100) مع تبيان معالمه على عينات من المجتمع الليبي، وقد طبق على عينة مكونة من 150 فردا منهم 100 اسوياء (60 أنثى، و40 ذكرا)؛ موظفون بمؤسسات الدولة (جامعات، معاهد، مدارس، مؤسسات خدمتية) وتراوح المعدل العمري لهم ما بين 26-60 عام بمتوسط عمري (44،69) وانحراف معياري (11،06)، و50 مريضا بالسرطان من المترددين على معهد علاج السرطان بمصراته (28 أنثى و22 ذكرا)؛ تراوح المدى العمري ما بين (20-70) بمتوسط حسابي (39،46) وانحراف معياري (15،28)، أدوات الدراسة تمثلت في المقياس المئوي لنوعية الحياة (WHOQOL-100) ومن أهم نتائج المعالجة التحليلية الاحصائية الى ان المقياس يتمتع بخصائص قياسية جيدة، حيث تراوحت قيمة معامل ثبات ألفا بالنسبة لعينة المرضى الأسوياء (0،60-0،90)، و(0،68-0،95) بالنسبة لعينة مرضى السرطان، وما بين (0،61-0،91) للعينة الكلية، ومؤشرات صدق الارتباط بالمحك والصدق التمييزي كانت هناك فروق دالة احصائيا عند مستوى دلالة 0،01 و0،05 . (أحمد حسانين أحمد محمد، 2011، ص106-107)

❖ دراسة "وفاء الجياوي Wafae Lyahyaoui" (2011)

تناولت الباحثة موضوع "تقييم جودة الحياة المرتبط بالصحة لدى مرضى السكري نمط 2"، وكانت تهدف الدراسة الى ايضاح تأثير مرض السكري نمط 2 على جودة حياة المرضى، ولتحقيق الدراسة قامت الباحثة بدراسة أفقية بمصلحة السكري والغدد والأمراض الاستقلابية خلال الفترة من فيفري الى سبتمبر (2009)، مستعملة فيها المنهج الوصفي وبعض المقاييس كأدوات لجمع البيانات كمقياس جودة الحياة الصحية النسخة العربية للمغرب (أورو-كول) وسلم التحليل البصري، على عينة قدرت بـ 175 مريض (112 امرأة و63 رجل)، ومن أهم نتائج الدراسة أن اغلبية المرضى كانوا يعانون من

مضاعفات السكري بمعدل 74,6%، إضافة الى وجود بعض العوامل كالسن وقدم الاصابة بالمرض وقلة النشاط البدني تؤثر على تنقل ونشاط المرضى السكريين، كما أن الاعتماد على النفس يتأثر بالسن وتوازن المرض، والأنشطة الاعتيادية والألم تتأثر بالمستوى الدراسي ومضاعفات المرض، كما أن الانطواء والاكئاب والجنس لا يؤثر على جودة الحياة الصحية لهم. والمستوى الدراسي والمهنة هما عاملان يؤثران ايجابيا على جودة حياة المرضى وهذا راجع لاستيعابهم لخصوصية المرض والمداومة على العلاج، والمرضى المعالجون بالأنسولين والأقراص لهم جودة حياة افضل مقارنة بالمرضى الذين يعالجون بالحمية، وهذا راجع الى الاعتقاد أنهم يتلقون علاجاً مدعماً أحسن. (Wafae Layaoui, 2011, p98)

❖ دراسة "وفاء عبد العزيز ومحمد يوسف" (2012)

الموسومة بـ "توعية الحياة لدى المصابين بالسكري من النوع الثاني في الموصل"، وقد تم اختيار المنهج الوصفي الارتباطي، وشملت الدراسة حوالي 300 مريض، طبق عليهم مقياس نوعية الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية (WHOQOL Bref)، واتبع المنهج الوصفي الارتباط في الدراسة، وبينت النتائج أن 13% من المرضى يعانون من انخفاض نوعية حياتهم، و46% درجتهم متوسطة و41% يتمتعون بنوعية حياة مرتفعة. وتظهر النتائج الى ان مرضى السكري يتمتعون بمتوسط نوعية حياة مرتفع نسبياً مقارنة مع الأمراض الأخرى، والانات أكثر تأثراً من الذكور.

❖ دراسة "العجوري أحمد حسين ابراهيم" (2013)

المعنونة بـ "الذكاء الاجتماعي وعلاقته بجودة الحياة لدى المعلمين والمعلمات بمحافظة شمال غزة"، التي تهدف لتبين مستوى الذكاء الاجتماعي وجودة الحياة لدى المعلمين والمعلمات، والفروق في الذكاء الاجتماعي وجودة الحياة حسب المتغيرات التصنيفية (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية والمستوى الاقتصادي)، والفروق في جودة الحياة التي تعزى لمستوى الذكاء الاجتماعي (منخفض، مرتفع)، ومدى تأثير التفاعل بين الجنس والذكاء الاجتماعي على مستوى جودة الحياة. واعتمد الباحثان على المنهج الوصفي التحليلي، وطبقا مقياس الذكاء الاجتماعي، ومقياس جودة الحياة على 420 معلم ومعلمة وتم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية العنقودية. ومن أهم نتائج الدراسة: تسجيل مستوى جيد ل الذكاء الاجتماعي وجودة الحياة لدى المعلمين أفراد العينة، وكذا وجود علاقة موجبة بين الذكاء الاجتماعي وجودة الحياة، ووجود فروق دالة احصائياً في بعد تناول المعلومات الاجتماعية تعزى لمتغير الجنس

لصالح المعلمين، في حين لم تسجل فروق في المهارات الاجتماعية والوعي الاجتماعي، ولا فروق في جميع أبعاد الذكاء الاجتماعي والدرجة الكلية تعزى للعمر، الحالة الاجتماعية، والمستوى الاقتصادي، ووجدت فروق دالة احصائيا في أبعاد جودة الصحة العامة، وجودة الحياة النفسية، وجودة إدارة الوقت والفروق لصالح المعلمين، ولا توجد فروق في جودة الحياة الأسرية والبيئية، ووجود فروق في بعد جودة الصحة العامة تعزى لمتغير العمر، في حين لا توجد فروق في باقي الأبعاد. (العجوري أحمد ابراهيم، 2013)

❖ دراسة "أبو عثمان سليمة Salima Abouothman" (2014)

تطرقت الباحثة الى موضوع "تقييم جودة الحياة مرضى السكري نمط 2 على مستوى منطقة مراكش"، حيث تهدف الدراسة الى الكشف عن جودة الحياة لدى المرضى بالسكري نمط 2، وشملت عينة الدراسة حوالي (135 مريض) متوسط أعمارهم 30 سنة، وتم الاستعانة بالمنهج الوصفي وبعض الادوات تمثلت في استبيان عام SF-12 واستبيان خاص بجودة حياة مرضى السكري "السكري-9-د-39"، وأظهرت النتائج أن مرض السكري يؤثر تأثيرا سلبيا علي جودة حياة المصابون به، وأما العوامل المرتبطة به والتي توجد فيها اختلافات فهي متعددة: عوامل متعلقة بالخصائص الاجتماعية للمرضى (العمر والجنس)، عوامل اجتماعية واقتصادية (مستوى التعليم، المهنة، التغطية الصحية، والأمراض المصاحبة)، وعوامل متعلقة بمرض السكري (الرعاية الذاتية، ونظام المعالجة) ومضاعفاته.

❖ دراسة "عمران لخضر" (2009)

قام الباحث بدراسة حول "الاصابة بداء السكري وعلاقتها بتدهور جودة الحياة لدى المصابين" التي هدف من خلالها الى دراسة العلاقة بين الاصابة بداء السكري وتدهور جودة الحياة من خلال التقدير الذاتي للمصابين باستخدام مقياس SF-4 المقابلة العيادية المقننة في شكل استبيان، وقد أجريت الدراسة على عينة قدرت بـ40 مريض بالسكري (20 منهم مرضى بنمط الأول و20 مريض بالسكري نمط الثاني)، وأسفرت نتائج الدراسة عن تسجيل تقدير ضعيف ومنخفض لجودة الحياة لدى افراد العينة من النمطين الأول والثاني تراوحت على التوالي بـ 33.78، و35.90، عدم وجود فروق دالة في جودة الحياة تعزى لمغير نمط السكري، والحالة الاجتماعية (عزاب ومتزوجين)، ووجود فروق دالة احصائيا بين تقديرات المرضى المصابين بأمراض مصاحبة وغير مصاحبة لصالح غير المصابين، اضافة الى وجود

علاقة سلبية دالة احصائيا بين مدة الاصابة وتقدير جودة الحياة لدى السكريين حيث قدر معامل الارتباط بـ (-0.48) دال عند مستوى دلالة 0.01. (عمران لخضر، 2009، ص10)

❖ دراسة "زعطوط رمضان" (2014)

تم عنونة الدراسة بـ "توعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات" الهدف منها استكشاف نوعية الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات الحيوية النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين، واشتملت عينة الدراسة على 200 شخص منهم 100 مصابون بالسرطان و100 أسوياء، وقد انتهج الباحث المنهج الوصفي الارتباطي، واستعمل كأدوات: مقياس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية (F36(WHOQOL Bref)، ومقياس الكرب النفسي (GHQ12)، ومقياس الدعم الاجتماعي لـ Zimet، ومقياس الكفاءة الذاتية لـ Schwarzer، ومقياس الوظائف النفسية لـ Coolidge، ومقياس التدخين لزعطوط رمضان، وتقنية تحليل الدم لقياس تعداد الخلايا المناعية، واختبر صدق نموذج تفسير العلاقة بين متغيرات الدراسة عن طريق نمذجة تحليل المسار بواسطة برنامج AMOS، ومن أهم النتائج المستخلص لها: ارتفاع نسبة نوعية الحياة المتوسطة والجيدة لدى المرضى بنسبة (88%) مقارنة بالأصحاء (99%)، وبالرغم من ان حوالي (12%) سجل لديهم نوعية حياة منخفضة الا أن الفروق بين المرضى بالسرطان والأصحاء لم تكن دالة احصائيا، ولم تسجل فروق بينهما في الوظائف التنفيذية، في حين الكفاءة الذاتية المدركة لدى المرضى منخفضة مقارنة بالأصحاء.

كما توصلت الى انخفاض مستوى الدعم الاجتماعي لدى العينتين ولم يرتبط بنوعية الحياة لدى المرضى بعكس الاصحاء، وارتبط الكرب النفسي سلبا بنوعية الحياة لدى المرضى (-0.74) ولدى الأصحاء (-0.56) والفرق دال لصالح المرضى، وسجل انخفاض عدد الخلايا المناعية لدى المرضى لكنه لم يرتبط بنوعية الحياة لدى العينتين. والدور الفعال للمتغيرات التصنيفية الديمغرافية والاجتماعية ومدة الازمان في العلاقة بين نوعية الحياة ومتغيرات الدراسة باستثناء المستوى الاقتصادي. وقدر ارتباط التدخين بنوعية الحياة بحوالي (0.30) لدى المرضى، و(0.34) لدى الاصحاء، لكن تحليل النموذج المقترح لم يظهر الدور الوسيط بين نوعية الحياة والمتغيرات الاخرى كما افترض، وارتباط الكرب النفسي بنوعية الحياة والكفاءة الذاتية والوظائف التنفيذية، والوضع الأسري عند المرضى، والتدخين كمتغير مستقل

لدى الاصحاء، لذا اعتبر الكرب النفسي متغير مفتاحي وهدف رئيسي للتدخل العلاجي للرفع من مستوى نوعية الحياة لدى المرضى اضافة الى دور المتغيرات الفاعلة الاخرى.(زعطوط رمضان، 2014، ص150)

❖ دراسة "عدودة صليحة" (2015)

والموسومة بـ "الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام بالعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي"، وهدفت الباحثة من خلالها الى الكشف عن العلاقة بين الكفاءة الذاتية وكل من الالتزام بالعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، وتمت الدراسة على عينة قوامها 129 فرد، تراوحت أعمارهم بين 16 الى 80 سنة، وتم الاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدم مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ "Schwarzer Ralf" ترجمة سامر جميل رضوان، واستبيان الالتزام بالعلاج لـ عدودة صليحة، ومقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة SF36، وأهم نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الكفاءة الذاتية ومحاور جودة الحياة المتعلقة بالصحة(القيود المرتبطة بالصحة البدنية، الألم الجسدي، الاداء الاجتماعي، الصحة النفسية، الطاقة، الصحة المدركة) لدى المرضى، باستثناء الوظائف البدنية، والقيود التي تسببها الاضطرابات الانفعالية. وتوصلت الى عدم وجود فروق دالة احصائيا في جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا للمتغيرات التالية (السن، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض) ويستثنى من هذه النتيجة القيود المرتبطة بالصحة البدنية فيما يخص الجنس، والفرق لصالح الذكور، كما أكدت عدم قدرة الكفاءة الذاتية على التنبؤ بجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي. (عدودة صليحة، 2015، ص3)

❖ دراسة "بوفج وسام وعلة عيشة" (2017)

والموسومة بـ "واقع جودة حياة مرضى السكري ومدى استمتاعهم بالحياة"، وقد هدفت من خلالها الباحثتين الى التعرف على الفروق في درجات جودة الحياة والاستمتاع بها لدى مرضى السكري، وفقا لمجموعة من العوامل السوسيوديمغرافية (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، طبيعة المرض، نمط السكري) وطبقت الدراسة على عينة قوامها (94 مريض) اختيروا بطريقة عشوائية، وتم اتباع المنهج الوصفي، واختباري الاستمتاع بالحياة وجودة الحياة الخاص بالسكريين، ومن أبرز النتائج المحصل عليها وجود اختلاف في درجات جودة الحياة والاستمتاع بها لدى عينة الدراسة تبعا لمتغير الجنس، عدم وجود

اختلاف في جودة الحياة والاستمتاع بها لدى مرضى السكري تبعاً لمتغير (السن والحالة الاجتماعية)، ووجود اختلاف في جودة الحياة تبعاً للوضع المعيشي ونمط السكري، وعدم وجود اختلاف في الاستمتاع بالحياة وفقاً لمتغير الوضع المعيشي ونمط السكري، وعدم وجود اختلاف في جودة الحياة تبعاً لمتغير طبيعة المرض، ووجود اختلاف في الاستمتاع بالحياة لدى المرضى وفقاً لطبيعة المرض. (بوفج وسام، علة عيشة، 2017، ص 88)

❖ دراسة "فواظمية محمد" (2017):

والمعروفة بـ "واقع جودة الحياة لدى أساتذة التعليم الابتدائي-دراسة ميدانية بالمؤسسات التربوية للتعليم الابتدائي بولاية مستغانم". وتهدف دراسة الباحثة الى ايجاد مستوى جودة الحياة لدى أساتذة التعليم الابتدائي، ومعرفة ما اذا كانت توجد فروق ذات دلالة احصائية في جودة الحياة ترجع الى الجنس، السن والخبرة. واعتمدت على المنهج الوصفي، ومقياس جودة الحياة المثنوي المعد من طرف منظمة الصحة العالمية طبقت على عينة من الأساتذة قدر عددهم بـ(300 من كلا الجنسين) بولاية مستغانم، وأسفرت نتائج الدراسة عن تمتع اساتذة التعليم الابتدائي بمستوى جودة حياة بمستويات متوسطة، وعدم وجود فروق دالة ا في جودة الحياة ترجع الى الجنس والسن والخبرة. (فواظمية محمد، 2017، ص541)

❖ دراسة "بيروق هناء وعلايقة سميرة" (2017)

تم عنوانها بـ "جودة الحياة لدى مريض السكري مبتور القدم -دراسة ميدانية بولاية قالمة"، وهدفت من خلالها الباحثين الى التعرف على تأثير مرض السكري، ومختلف مضاعفاته على جودة الحياة المرضى، والكشف عن المعاناة النفسية للسكريين مبتوري القدم من الأعراض المرضية للقلق والاكتئاب، وطبقت الدراسة على حالتين، وتم انتهاج المنهج العيادي وفقاً لطريق الحالة، مستعينين ببعض الأدوات كالمقابلة العيادية أثناءها تم تطبيق مقياس هاملتون للقلق، وبيك للاكتئاب، وأسفرت الدراسة عن مجموعة من النتائج كانت أهمها تأثير مرض السكري تأثير سلبي على جودة حياة المرضى، الذي أدى الى بتر أحد أطرافهم السفلى (القدم)، إضافة الى معاناة مرضى السكري مبتوري القدم من درجات عالية من القلق بسبب الخوف من التعفنات اللاحقة، والخوف من استمرار البتر وفقدان الرجل بالكامل، وتحولهم من أفراد عاديين الى ذوي الحاجات الخاصة بعد البتر الكلي للقدم والساق، معاناة مرضى السكري مبتوري القدم من الاكتئاب بسبب الشعور بالعجز والدونية والنقص، وتشوه صورة الذات، وعدم الاستقلالية الذاتية.

✓ المحور الثالث: دراسات خاصة بالضغط واستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى

عينات متباينة.

❖ دراسة "حطاملو وبابابور K. J. Babapour, S. M. Hatamloo" (2012)

عنون الباحثان دراستهما بـ "مقارنة بين جودة الحياة واستراتيجيات المواجهة لدى المصابين وغير المصابين بالسكري"، وتهدف الدراسة الى الكشف عن جودة الحياة لدى مرضى السكري ومقارنتهم مع غير المرضى، ونوعية استراتيجيات المواجهة الموظفة والفروق بين المجموعتين، واستعمل الباحثان المنهج الوصفي المقارن، وطبقا مقياسي جودة الحياة (SF-36) ووجد استراتيجيات المواجهة، واستعمال طريقة انوفا في تحليل البحث، وطبقت على عينة قوامها من (120 فرد منهم 30 رجل و30 امرأة مصابون بالسكري، و30 امرأة و30 رجل غير مصابون بالسكري)، وأظهرت نتائج الدراسة أن مستويات جودة حياة لدى الافراد غير المصابين بالسكري أعلى بكثير من المرضى المصابين بالسكري وهي دالة احصائيا، وجود فروق بين الأفراد غير المصابين بالسكري الذين استخدموا أساليب المواجهة المرتكزة على المشكل والمصابين بالسكري، في حين نجد هؤلاء استخدموا أكثر اساليب مرتكزة حول العواطف وتجنبها، ونجد فروق بين الاناث والذكور في استراتيجيات المواجهة المرتكزة على حل المشكل تعزى لصالح الذكور الذين استعملوا استراتيجيات اكثر من الاناث، أما الاستراتيجيات المرتكزة على الانفعال فكانت لصالح الاناث على عكس الذكور، كما بينت الدراسة وجود ارتباط بين استراتيجيات المواجهة والتجنب العاطفي مع انخفاض في جودة الحياة لدى مرضى السكري، في حين أن الاساليب المرتكزة على المشكل عززت من جودة الحياة لديهم.

(Hatamloo, Babapour, 2012, p592)

❖ دراسة "كالكا Dorota Kalka" (2014)

تهدف الدراسة الحالية الموسومة بـ "جودة الحياة، وأعراض الاكتئاب واستراتيجيات المواجهة مع الضغوط بين الأفراد ذوي السكري نمط الثاني -دراسة استكشافية-" الى مقارنة جودة الحياة وأعراض الاكتئاب واستراتيجيات مواجهة التعامل مع الضغوط بين المصابين بداء السكري النمط الثاني، والأصحاء في منتصف العمر، والكشف عن العلاقات بين المتغيرات السابقة، وقد طبقت على عينة قوامها (87 فرد؛ 42 مصاب بالسكري نمط الثاني، و45 فرد يتمتعون بصحة جيدة)، وتم الاستعانة بـ 4 مقاييس سيكومترية "مقياس جودة الحياة الصحية المختصر" لمنظمة الصحة العالمية، و"مقياس الاكتئاب لبيك"

وجرد استراتيجيات المواجهة الضاغطة (CISS)، ووجد المواجهة الاستباقية (PCI)، وأسفرت النتائج عن وجود اختلافات كبيرة دالة في انخفاض مستوى جودة الحياة، والرضا عن الصحة والمجال المادي، وشدة أعراض الاكتئاب والاستجابات في التعامل مع الضغوط، التي تركز أساساً على الانفعال والتجنب لصالح المصابون بالسكري النمط الثاني، مع استعمال كلتا المجموعتين نمط مواجهة إلى الانجاز بنفس التردد في وضعيات الضاغطة، كما أن المصابون بالسكري يستعملون أساليب المواجهة المرتكزة حول الانفعال أكثر من الأفراد الأصحاء، بينما الفئة الأخيرة تستعمل أساليب التجنب، وتستعمل كلتا المجموعتين استراتيجيات التكيف الاستباقية المختلفة. (Dorota. K, 2014, p931)

❖ دراسة "سليمان مجدي صالح حنان" (2009)

قامت الباحثة بدراسة حول "المساندة الاجتماعية، وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكري النمط الأول-دراسة سيكومترية إكلينيكية-" وهدفت من خلالها إلى التعرف على أثر جنس المريض في شعوره بجودة الحياة، وأنواع المساندة التي يمكن تقديمها لمرضى السكري، وكيفية إدراك المساندة الاجتماعية وفقاً لمتغير الجنس، شملت عينة الدراسة (101) مصاب بالسكري ذكور وإناث، تراوحت أعمارهم ما بين (13-21 سنة)، واعتمدت على المنهج الوصفي، كما صممت مقياس المساندة الاجتماعية لمرضى السكري، ومقياس جودة الحياة لمرضى السكري المراهق، وأسفرت نتائج دراستها عن عدم وجود تأثير دال احصائياً لعامل الجنس (ذكور وإناث) في الشعور بجودة الحياة، بينما وجدت فروق دالة بين الذكور والإناث من مرضى السكري في الشعور بجودة الحياة النفسية لصالح الإناث، يمكن لبعض أنواع المساندة الاجتماعية (المساندة الأسرية بالمعلومات، المساندة النفسية من الأصدقاء)، أن تمنح بعض مصادر المساندة أن تتنبأ بالدرجة الكلية لجودة الحياة وأبعادها، ووجود بعض العوامل المؤثرة في شعور مرضى السكري بجودة الحياة، ووجود فروق دالة بين الذكور والإناث من مرضى السكري في إدراك المساندة من قبل الأصدقاء لصالح الإناث. (سليمان مجدي صالح حنان، 2009، ص5-7)

❖ دراسة "محمد علاء عبد الرحمن" (2013)

هدفت دراسة الباحث المعنونة بـ "فعالية برنامج تدريبي لإكساب بعض أبعاد التفكير الإيجابي لدى المعلمات برياض الأطفال وتأثيره على جودة الحياة لديهن" إلى إعداد برنامج لتنمية مجموعة من أبعاد التفكير الإيجابي لمعلمات الروضة وهي: التوقعات الإيجابية والتفاؤل، الضبط الانفعالي والتحكم العقلي في الانفعال، التقبل الإيجابي للاختلاف عن الآخرين، تقبل المسؤولية الشخصية، وتقبل الذات

غير المشروط، ومعرفة أثر هذا البرنامج على جودة حياتهن من خلال تصميم مقياس للتفكير الايجابي خاص بهن، معتمدا فيها على المنهج التجريبي باستخدام التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة، واتباع القياس القبلي والبعدي على مجموعة واحدة التي تمثلت في 30 معلمة من رياض الأطفال بمحافظة القاهرة، وطبق عليهن مقياس التفكير الايجابي للمعلمات، مقياس جودة الحياة (اعداد منظمة الصحة العالمية)، وبرنامج التفكير الايجابي للمعلمات من اعداد الباحث، ومن أبرز نتائجها: فاعلية أثر برنامج التفكير الايجابي بجميع أبعاده في تنمية التفكير الايجابي لدى أفراد العينة وفاعليته في تحسين الشعور بالرضا، والسعادة وجودة الحياة من خلال احساسهن بالتفاؤل، والتوقعات الايجابية للمستقبل، الايمان بالله، التقبل الذاتي، والوقوف على الجوانب الايجابية، والعلاقات السوية مع الآخرين وتقبلهم اجتماعيا، والمرونة في التعامل مع سياقات البيئية مما أدى الى جودة حياة عامة متوازنة بما فيها الصحية، والنفسية، والعقلية والاجتماعية.

(محمد علاء عبد الرحمن، 2013، ص ص 69، 27)

❖ دراسة " النجار يحي والطلاع عبد الرؤوف " (2015)

تهدف دراسة الباحثان الموسومة بـ "التفكير الايجابي وعلاقته بجودة الحياة لدى العاملين بالمؤسسات الأهلية بمحافظة غزة" الى التعرف على مستويات التفكير الايجابي وعلاقته بجودة الحياة لدى العاملين بالمؤسسات الأهلية بمحافظة غزة، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي، وتطبيق كل من مقياس التفكير الايجابي لعبد الستار ابراهيم (2008)، ومقياس جودة الحياة للباحثين على عينة مكونة من 100 فرد (64 ذكر و36 أنثى) من العاملين بالمؤسسات الأهلية بمحافظة غزة، ومن أبرز نتائج الدراسة التي توصلت لها: ان التفكير الايجابي لدى العاملين قدر بنسبة 73% والشعور بالرضا قدر بالدرجة الأولى بن 84%، ومجال المجازفة حظي بالدرجة الأخيرة بنسبة 48.5%. والشعور بجودة الحياة بـ 73.6%، وأثبتت وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين التفكير الايجابي والشعور بجودة الحياة، ووجود فروق دالة في مجالات التفكير الايجابي وعلى مقياس جودة الحياة بالنسبة للجنس لصالح الذكور والدخل لأكثر من (1500 شيقل)، والخبرة لأكثر من خمس سنوات مقارنة بأصحاب الخبر الأقل منها، وأوصت أرباب العمل على تنمية التفكير الايجابي للعاملين بالمؤسسات لإكسابهم أساليب التعامل الايجابي مع الآخرين لتنعكس على تحسين جودة حياتهم.

(النجار يحي، الطلاع عبد الرؤوف ، 2015، ص 209)

❖ دراسة "أبركان الصالح" (2015)

وسومة بـ "إدراك المرض، أساليب المواجهة وجودة الحياة لدى المصاب بالمرض المزمن: دراسة ميدانية بولاية باتنة". وتهدف الدراسة الى الكشف عن العلاقة بين إدراك المرض، أساليب المواجهة وجودة الحياة من خلال تطبيق نموذج المعنى المشترك، حيث تلعب أساليب المواجهة دورا وسيطا في تأثير إدراك المرض على جودة الحياة، وقدرت عينة الدراسة بحوالي (158) مصابا بأمراض مزمنة (السكري، الربو، القصور الكلوي وضغط الدم) ومن القاطنين بولاية باتنة، الجزائر، ومتوسط أعمارهم قدر بـ 43,93، وانحراف معياري 15,73، واستعمل المنهج الوصفي الارتباطي، أما أدوات الدراسة فتمثلت في: المقياس المعدل لإدراك المرض (IPQ-R)، مقياس أساليب المواجهة (CPCI-41)، مقياس جودة الحياة (SF36v2) وتم تحليل البيانات بالمعالجة الاحصائية للحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وباستخدام أسلوب معامل الارتباط بيرسون وتحليل الانحدار الخطي المتعدد (المتدرج) والوسيط، ومن أهم نتائج الدراسة المتوصل إليها: وجود علاقة بين أبعاد إدراك المرض، أساليب المواجهة وجودة الحياة لدى أفراد العينة. اضافة الى وجود تأثير لإدراك هوية المرض، والعزو لعوامل خارجية وطبية على جودة الحياة (الدور، الوظيفة البدنية، الدور الانفعالي، والصحة النفسية المدركة) في اختيار كل من: أسلوب طلب المساعدة، اسلوب التجنب وأسلوب اللاحاح في النشاط.

(أبركان الصالح، 2015، ص أ ب)

❖ دراسة "بن طراد زينة وكوش ليلي" (2017)

والموسومة بـ "الضغوط النفسية لمرضى السكري وعلاقتها بجودة الحياة- دراسة ميدانية بمستشفى بوضياف- ورقلة". وتهدف الى التعرف على مستوى الضغوط وجودة الحياة لدى مرضى السكري المقيمين بالمستشفى، والكشف عن العلاقة بين الضغوط النفسية وجودة الحياة، والفروق في الضغوط وجودة الحياة لديهم، وقد طبقت الدراسة على (66 مريض سكري) واستعمل المنهج الوصفي الارتباطي، واستبنياني "الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري" من اعداد الباحثين، وأسفرت النتائج عن ارتفاع مستوى الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري المقيمين بالمستشفى، ووجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين بين الضغوط النفسية وجودة الحياة لديهم، في حين لا توجد فروق دالة احصائيا في الضغوط النفسية لدى مرضى السكري تعزى الى متغيري النوع أو العمر.

(بن طراد زينة، بكوش ليلي، 2017، ص320)

6-2- مناقشة الدراسات السابقة:

بناء على ما تم عرضه من دراسات علمية تناولت متغيرات الدراسة (الضغط النفسي، الاحتراق النفسي واستراتيجيات المواجهة، والامراض السيكوسوماتية المزمنة كالسكري وجودة الحياة لدى المعلمين وعينات أخرى)، وعلى الرغم من اختلافها في تناول المنهجي من حيث الطريقة والأدوات المستخدمة في جمع البيانات وعرضها وتحليلها الا أنها أظهرت نتائج ذات دلالة قيمة نوضحها كما يلي:

❖ **من حيث النوع:** يتبين لنا أن كل هته الدراسات كمية وصفية احصائية، وأن معظمها تناولت العلاقة بين احدى متغيرات الدراسة أو كلهم سواء ضغط واحتراق نفسي واستراتيجيات المواجهة، و/ أو جودة الحياة لدى عينات متباينة مرضى بأمراض مزمنة، أو أصحاء، من فئة المعلمين او غيرهم، وأشارت الى وجود علاقات ارتباطية بينهم، ووجود أو عدم وجود فروق تبعا لمجموعة من المتغيرات، لكن في العموم بينت ان جل مرضى الامراض المزمنة السيكوسوماتية يعانون من ضغوط متعددة تؤثر على نوعية حياتهم بشكل عام أو خاص. وهذا ما سنشير اليه بشكل دقيق في النقاط الموالية.

❖ **من حيث متغيرات الدراسة:** تنوعت متغيرات الدراسات السابقة على اختلاف أهدافها، وسياق طرحها العام، فمنها من تشابه في معالجة نفس المتغيرات، وهناك من اختلف والسمة الأبرز فيها التنوع حيث تناولت عدة مواضيع ذات أهمية تصب كلها في منحى دراستنا، يمكن ذكرها في ما يلي: الضغوط النفسية، الاحتراق النفسي، أساليب المواجهة، جودة الحياة، جودة الحياة الصحية، المساندة الاجتماعية، التفكير الايجابي، تقبل المرض، مصدر الضبط، مركز التحكم، ادراك المرض، أعراض الاكتئاب، الكفاءة الذاتية، الالتزام بالعلاج، نمط الشخصية، الاستمتاع بالحياة، الصحة، الاصابة بالسكري، مرض السكري "النمط الاول والثاني"، الاضطرابات السيكوسوماتية، الأمراض المزمنة.

❖ **من حيث الهدف:** تنوعت أهداف وغايات الدراسات السابقة التي عرضناها سابقا ما بين وصف المتغيرات، والتعرف على مستويات كل من الضغط النفسي، والاحتراق النفسي، واستراتيجيات المواجهة لدى المعلمين أو مرضى السكري كدراسة كل من "Lucie Cote, PH. D" (2004)، و"Didier Laugaa et Branchon-Schweizer" (2005)، و"غريب نزمين" (2010)، و"بوعافية سلمية" (2008)، و"رمالي حسبية" (2012)، و"بن سكيريفة مريم وبن زاهي منصور" (2015)، واهتمت دراسات أخرى بالكشف عن مصادر الضغوط ومستوياتها ونوع الاضطرابات السكوسوماتية التي يمكن أن

يصاب بها المعلمون كدراسة "سلامي باهي" (2008)، ودراسات أخرى هدفت الى للكشف عن مستويات جودة الحياة لدى المعلمين ومرضى السكري (النمط الاول أو الثاني) مثل دراسات "Spasic Ana & al" (2014)، و"Schunk & al" (2015)، و"أحمد حسانين أحمد محمد" (2011)، و" Wafae Yahyaoui" (2011)، و"وفاء عبد العزيز ومحمد يوسف" (2012)، "أبو عثمان سليمة" (2014)، و"فواظمية محمد" (2012)، و"بن طراد زينة وبكوش ليلي" (2017).

وتوجد دراسات أخرى هدفها كان محاولة الكشف عن العلاقات والفروق بين الضغوط والاحترق النفسي، واستراتيجيات المواجهة لدى المعلمين أو مرضى السكري كدراسة كل من "Bagcice Birsen & Hamamci Zevnep" (2012)، و"حربوش سمية" (2014).

وسعت دراسات أخرى الى توضيح العلاقة بين جودة الحياة وبعض المتغيرات الأخرى (الاحترق النفسي، الصحة، الذكاء الاجتماعي الاصابة بالسكري، الكفاءة الذاتية، الالتزام بالعلاج والاستمتاع بالحياة) لدى المعلمين المصابين بالسكري، أو الامراض المزمنة أو الاصحاء مثل دراسة "المشيخي غالب بن محمد علي" (2013)، "Schunk & al" (2015)، "العجوري أحمد حسين ابراهيم وحمدونة أسامة سعيد" (2013)، "عمران لخضر" (2009)، و"زعطوط رمضان" (2014)، "عدودة صليحة" (2015)، و"بوفج وسام وعلة عيشة" (2017).

توجد البعض من الدراسات الأخرى التي هدفت للكشف عن العلاقة بين جودة الحياة واستراتيجيات المواجهة بشكل عام مثل دراستنا الحالية التي نحن بصدد دراستها، وهناك من الدراسات من تطرقت الى بعض اساليب المواجهة بشكل منفرد مثل المساندة الاجتماعية، التفكير الايجابي، اضافة الى ادراك المرض والضغوط النفسية لدى مرضى السكري أو / و المعلمين، أو المصابون بأمراض مزمنة مثل دراسة "سليمان مجدي صالح حنان" (2009)، "النجار يحيى وعبد الرؤوف الطلاع" (2015)، "أبركان الصالح" (2015)، "بن طراد زينة وبكوش ليلي" (2017).

ونجد دراسات أخرى هدفت الى اعداد مقارنة بين جودة الحياة ونوع استراتيجيات المواجهة بين مرضى السكري والأصحاء كدراسة كل من "Hatamloo. S. M, Babapon. K. J" (2012)، وأضافتمتغير الاكتئاب في المقارنة دراسة "Dorota Kalka" (2014).

وفي منحنى آخر هدفت بعض الدراسات الى معرفة الآثار والانعكاسات مثل الضغوط النفسية على الصحة النفسية والجسمية لدى المعلمين بالنسبة لدراسة "الشقيرات محمد عبد الرحمن" (2001)، ودراسة "بيروق هناء وعلايقة سمية" (2017) التي سعت الى معرفة آثار ومضاعفات مرض السكري لدى بعض الحالات مبتوري القدم، في حين نجد دراسة "سليمان مجدي صالح حنان" (2009) تكشف عن أثر النوع (ذكور واناث) مرضى السكري في الشعور بجودة الحياة.

وهدفنا دراسة "محمد علاء عبد الرحمن" (2013) الى اعداد برامج لتممية استراتيجيات المواجهة والتفكير الايجابي وتأثيره على جودة الحياة لدى المعلمين.

❖ من حيث العينة: تعددت عينات دراساتنا السابقة الذكر بين عينات من المعلمين التي نجد الكثير ن الدراسات اعتمدت عليهم مثل: "Lucie Cote, PH. D" (2004)، "Didier Laugaa et al" (2012)، "Bruchon-Schweizer" (2012)، "الشقيرات محمد عبد الرحمن" (2011)، "العجوري أحمد حسين ابراهيم وحمدونة أسامة سعيد" (2013)، "سليمة أبو عثمان" (2014)، و"محمد علاء عبد الرحمن" (2013)، و"يحي النجار وعبد الرؤوف الطلاع" (2015).

أما دراسات أخرى فقد طبقت على عينة من مرضى السكري بنمطيه الاول والثاني مثل/ "غريب نرمين" (2014)، "رمالي حسيبة" (2012)، "حريوش سمية" (2014)، "بن سكريفة مريم وبن زاهي منصور" (2015)، "Spasic Ana & al" (2014)، و"Schunk & al" (2015)، و"Lyahyaoui Wafae" (2011)، و"وفاء عبد العزيز ومحمد يوسف" (2012)، و"عمران لخضر" (2009)، و"بوفج وسام وعلة عائشة" (2017)، و"بيروق هناء وعلايقة سميرة" (2017)، و"سليمان مجدي صالح حنان" (2009)، و"بن طراد زينة وبكوش ليلي" (2017).

في حين نجد دراسات أخرى تناولت في عينتها مرضى السكري والأصحاء للمقارنة بينهما مثل "Hatamloo. S. M, Babapour. K. J" (2012). ودراسات ركزت على عينات من مرضى الأمراض المزمنة كدراسة "زعطوط رمضان" (2014)، و"أبركان الصالح" (2015)، ومرضى قصور الشريان التاجي بالنسبة لـ"عدودة صليحة" (2015)، اضافة الى عينة مختلطة من المجتمع بالنسبة لدراسة "أحمد حسانين أحمد محمد" (2011).

وقدر حجم العينات ما بين (14) مفردة بالنسبة لدراسة "بوعافية نبيلة" (2008) و(20) معلم بالنسبة لدراسة "Lucie cote, PH, D" (2014) كأصغر عينة و (399:846) مرض سكري و447 مريضة سكري نمط الثاني) في دراسة "Schunk & al" (2015)، أما بالنسبة للدراسات الاكلينيكية فشملت حالتين في دراسة "بيروق هناء وسميرة علاقة" (2017)، و8 حالات (4 رجال و4 نساء) بالنسبة لدراسة "رمالي حسيبة" (2012).

وتناولت دراستنا الحالية عينة (74 معلم مصاب بالسكري) من الجنسين في شقها الكمي، وثلاث حالات في شقها الكيفي ويلاحظ التنوع في عينة دراستنا لدى كلا الجنسين من المعلمين مرضى السكري النمط الأول أو الثاني، الشباب والكبار، المرضى بأمراض اخرى مهنية أو مزمنة أو سيكوسوماتية، اضافة الى وجود عينات في الدراسات السابقة من الاصحاء والمرضى، والعاملون بقطاع التعليم أو مهن أخرى، وهي ميزة ايجابية تحسب لصالح دراستنا وتخدمها بالدرجة الأولى.

❖ **من حيث المنهج:** جل الدراسات كمية اعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي، أو الارتباطي، أو المقارن لغرض وصف واستكشاف مستويات الضغوط والاحتراق النفسي، واستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة، والمساندة الاجتماعية، أو لدراسة العلاقات و/ أو الفروق بين مختلف المتغيرات كاستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة مثل دراستنا، أو المقارنة بين مرض السكري والأصحاء، ومرضى الامرا المزمنة والأصحاء، ودراستين فقط اعتمدتا على المنهج العيادي ودراسة الحالة، وتصنف دراستنا من الدراسات التي اعتمدت على المنهجين في جانبها الميداني لنضيف من خلالها لمسات خاصة بالتناول النوعي في التحليل الاكلينيكي الكيفي للدراسة الكمية التي تفتقر الى الكثير من التحليل النوعي العيادي، علاوة على ذلك نوعية الدراسات التي تتناول جودة الحياة واستراتيجيات المواجهة في المعالجة النفسية المرضية تتطلب التفكير التحليلي لجوانب عدة كالتاريخ المرضي، والوضعية المفجرة أو المسببة للمرض، كيفيات توظيف أليات المواجهة واستراتيجيات التكيف والتعايش، دون أن ننسى أن جودة الحياة التي ترتبط ارتباطا وثيقا بالمعاش النفسي النوعي لكل فرد وهي كمفهوم يشمل جميع العناصر السالفة الذكر، وعناصر أخرى تطرقنا اليها في الجانب التطبيقي لدراستنا بشكل مستفيض.

ونجد دراسة واحدة فقط تبنت المنهج التجريبي باستخدام التصميم التجريبي ذو المجموعة

الواحدة لـ "محمد علاء عبد الرحمن" (2013).

❖ من حيث الأدوات: تعددت الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة عرضها، فمنها من اعتمدت على مقياس واحد فقط سواء للكشف عن استراتيجيات المواجهة لدى المعلمين او مرضى السكري، كدراسة "بن سكيريفة مريم وبن زاهي منصور" (2015)، ولدى المعلمين كدراسة " Didier Laugaa et Bruchon-Schweizer" (2005)، أو استخدمت مقاييس جودة الحياة لدى مرضى السكري كدراسة "Spasic Ana & al" (2014)، و"وفاء عبد العزيز ومحمد يوسف" (2012)، و"عمران لخضر" (2009)، أو مقاييس جودة الحياة لدى عينة متباينة من المجتمع بالنسبة لدراسة "أحمد حسانين أحمد محمد" (2011).

وهناك من الدراسات من استعملت أداتين او مقياسين في جمع بياناتها مثل "مقياس الكشف عن الضغط وأساليب المواجهة لدى المعلمين" بالنسبة لدراسة "Lucie Cote. PH. D" (2004)، و"ريب نرمين" (2014) لدى مرضى السكري، وأخرى تناولت مقياسي الاحتراق النفسي وأساليب المواجهة "Bagaceci Brisen & Hamamci Zeynep" (2012)، أو مقياسي "الضغط النفسي وقائمة الاضطرابات السيكوسوماتية" بالنسبة لدراسة "سلامي باهي" (2008)، و مقياسي "الضغط النفسي وجودة الحياة" بالنسبة لـ "بن طراد زينة وبكوش ليلي" (2017)، أو مقياسي الاحتراق النفسي وجودة الحياة بالنسبة لـ "المشيخي غالب بن محمد علي" (2013)، ومقياسي أساليب المواجهة وجودة الحياة خاصة بدراسة "Hatamloo. S. M. Babaour. K. J" (2012) وهي تتفق مع دراستنا التي تناولت في شقها الكمي تطبيق لمقياسي استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لكن على عينة مختلفة وبصورة أخرى للاختبارات، ومقياسي "المساندة الاجتماعية وأساليب المواجهة في دراسة "سليمان مجدي صالح حنان" (2009)، ومقياسي "التفكير الإيجابي وجودة الحياة الخاص بمرضى السكري واستبيان عام SF-12 في دراسة "أبو عثمان سليمة" (2014)، وأخرى تناولت مقياسي جودة الحياة الصحية والصحة الجسمية والنفسية مثل "Schunk & al" (2015)، وهناك من اعتمدت على مقياسي استراتيجيات المواجهة ومركز التحكم كدراسة "رمالي حسية" (2012)، وأخرى تبنت مقياسي المهارات الاجتماعية وتقبل داء السكري كـ "حربوش سمية" (2014)، إضافة الى دراسات أخرى قامت على مقياسين كدراسة كل من "العجوري أحمد حسين إبراهيم، وحمدونة أسامة سعيد" (2013).

والبعض من الدراسات من اعتمدت على ثلاث مقاييس مثل دراسة كل من "بوعافية نبيلة" (2008)، و"عدودة صليحة" (2015)، و"أبركان الصالح" (2015).

توجد دراسات اعتمدت على اربع أدوات أو مقاييس كدراسة "Dorota Kalka" (2014)، ودراستنا الكيفية التي تبيننا فيها أربع مقاييس "ادراك الضغط النفسي" و"الاحترق النفسي" و"استراتيجيات المواجهة" و"جودة الحياة". ونجد دراسة "زعطوط رمضان" (2013) التي اعتمدت على ست مقاييس.

❖ **من حيث النتائج:** تنوعت نتائج الدراسات السابقة العرض بتنوع أهدافها ومناهجها وأدواتها، واتفقت جل الدراسات التي تناولت الضغوط والاحترق النفسي على وجود مستويات مرتفعة جدا لدى المعلمين أو مرضى السكري مثل ما توصلت اليه دراسة كل من "Lucie Cote, PH. D" (2004)، و"Bagceci Birsen & Hamamci Zeynep" (2012)، و"المشيخي غالب بن محمد علي" (2013)، و"غريب نرمين" (2014)، و"بن طراد زينة وبكوش ليلي" (2017)، وهي تتفق مع نتائج دراستنا العيادية حيث ابدى كل المعلمين الذين طبقنا عليهم "سلم ادراك الضغط" و"الاحترق النفسي" عن وجود مستويات مرتفعة جدا من ادراك للضغط والاحترق النفسي.

كما توصلت بعض الدراسات الى التعدد في استعمال استراتيجيات المواجهة، وأثبتت تسجيل مستوى مرتفع الى متوسط للمواجهة لدى المعلمين "Bagceci Birsen & Hamamci Zeynep" (2012)، و"Hatamloo, S. M, Babapour, K. J" (2012)، و"رمالي حسبية" (2012)، و"حربوش سمية" (2014)، و"بن سكريفة مريم وبن زاهي منصور" (2015)، وهي تتفق مع نتائج دراستنا حيث أعرب جل المعلمين عن تنوع استخدامهم لأساليب المواجهة سواء المرتكزة حول الانفعال أو السلوك أو العقلانية منها سواء كانت إيجابية أو سلبية برض التكيف مع الضغوط والتعايش مع المرض.

في حين أكدت بعض الدراسات على تسجيل مستوى مرتفع لجودة الحياة لدى مرضى السكري والمعلمين مثل دراسة "Spasic Ana & al" (2014)، و"العجوري أحمد حسين إبراهيم، وحمدونة أسامة سعيد" (2013)، و"زعطوط رمضان" (2014)، و"بن طراد زينة وبكوش ليلي" (2017)، ودراسات أخرى كشفت عن مستوى متوسط لجودة الحياة لدى مرضى السكري كدراسة "وفاء عبد العزيز ومحمد يوسف" (2012)، و"فواظمية محمد" (2017)، في حين توصلت دراسات أخرى عن مستوى ضعيف لجودة الحياة لدى مرضى السكري مثل دراسة كل من "Dorota Kalka" (2014)، و"المشيخي غالب بن محمد علي"

(2013)، و"عمران لخضر" (2009) ونتائج هذه الدراسات تتوافق مع نتائج بعض الحالات التي تطرقنا لها في الجانب الكيفي.

وأكدت نتائج جميع الدراسات التي تناولت العلاقة بين الضغوط النفسية أو استراتيجيات المواجهة، أو التفكير الإيجابي، وجودة الحياة عن وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بينهما مثل دراسة كل من "يحي النجار وعبد الرؤوف الطلاع" (2015)، و"أبركان الصالح" (2015)، و"بن طراد زينة وبكوش ليلي" (2017)، وهي تتوافق مع نتائج دراستنا الكمية حيث أثبتت وجود علاقة ارتباطية بين جودة الحياة واستراتيجيات مواجهة الضغوط بنوعها الإيجابية والسلبية.

أثبتت العديد من الدراسات عن وجود فروق في استراتيجيات المواجهة تعزى الى متغير (نمط الشخصية أ وب، الجنس، والمستوى التعليمي، ونوع استراتيجيات المواجهة) لدى المعلمين ومرضى السكري بالنسبة الى الدراسات على التوالي "بوعافية نبيلة" (2008)، "رمالي حسيبة" (2012)، "حريوش سمية" (2014)، و"العجوري أحمد حسين إبراهيم، وحمدونة أسامة سعيد" (2013)، و" Hatamloo & Babapour" (2012) لصالح الذكور بالنسبة للاستراتيجيات المرتكزة حول حل المشكل، ولصالح الاناث بالنسبة للاستراتيجيات المرتكزة حول الانفعالات، و" Dortota Kalka" (2014) لصالح المصابون بالسكري النمط الثاني في نوع المواجهة المرتكزة حول الانفعال.

واكدت دراسات أخرى عن وجود فروق دالة في التفكير الايجابي تعزى الى متغير (الجنس، والخبرة) كما هو مع دراسة "يحي النجار، وعبد الرؤوف الطلاع" (2015). وكل هذه الدراسات تتعارض مع نتائج دراستنا التي توصلت الى عدم وجود فروق في استراتيجيات المواجهة ترجع الى متغيرات (الجنس، السن، التخصص والأقدمية المهنية).

توصلت دراسات أخرى الى وجود فروق دالة احصائيا في جودة الحياة تعزى الى متغير (الجنس، مدة الإصابة، والسن، وقلة النشاط البدني، والمستوى الدراسي، ونوع المهنة ونمط السكري، والوضع المعيشي، والخبرة) في الدراسات التالية على الترتيب "Spasic Ana & al" (2014) و"Schunk. M & al" (2015) لصالح الذكور والفئة الأقل من (8 سنوات)، و"العجوري أحمد حسين إبراهيم، وحمدونة أسامة سعيد" (2013) لصالح المعلمين، و"Lyahaoui Wafae" (2011)، و"يوفج

وسام وعله عيشة" (2017)، و"سليمان حنان" (2009)، و"يحي النجار وعبد الرؤوف الطلاع" (2015) لصالح الذكور، والخبرة لأكثر من 5 سنوات وهي معارضة لنتائج دراستنا الكمية.

ومن ناحية أخرى أكدت دراسات أخرى عن عدم وجود فروق في جودة الحياة تعزى الى متغير (المؤهل العلمي، والجنس، والحالة الاجتماعية، والمستوى الاقتصادي، ونمط السكري، السن، وطبيعة المرض، والخبرة) كدراسة "Lyahaoui Wafae" (2011)، و"العجوري أحمد حسين إبراهيم، وحمدونة أسامة سعيد" (2013)، و"عمران لخضر" (2009)، و"بوفج وسام وعله عيشة"، و"فواظمية محمد" (2017)، و"عدودة صليحة" (2015) التي أسفرت نتائج دراستها عن عدم وجود فروق في جودة الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي تعزى الى متغيرات السن، الجنس، المستوى التعليمي ودة الإصابة بالمرض). وتتفق نتائج هذه الدراسات مع نتائج دراستنا الكمية التي خلصت الى عدم وجود فروق في جودة الحياة تعزى الى متغيرات (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية ومدة الإصابة بالمرض).

كما أكدت دراسات أخرى عن عدم وجود فروق دالة بين المعلمين في الضغط النفسي، والاضطرابات السيكوسوماتية وفقا لمتغير (الطور التعليمي) بالنسبة لدراسة "سلامي باهي" (2008).

3-6- مكانة الدراسة الحالية بالنسبة للدراسات السابقة:

تعد دراستنا من الدراسات الحديثة تناولت حيث تطرقت الى دراسة استراتيجيات مواجهة الضغوط وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري، تناولت الباحثة من خلالها في شقها النظري ضبط دقيق لمصطلحات دراستها، وعالجت في جانبها الميداني دراسة كمية وصفية وأخرى كيفية للإلام أكثر بمتغيراتها، ووصف الواقع المعيشي لنمط وأسلوب حياة المعلمون المرضى بالسكري وبعض الأمراض الأخرى المزمنة، وهي من الدراسات القليلة التي تناولت في طرحها الجانب العيادي المرضي والنفسي الايجابي، واهتمت بطرح هذا الموضوع مستعملة في معالجة بياناتها طريقتين، على حسب علم الباحثة والتي بعد بحث طويل تحصلت على دراسة واحدة فقط تناولت متغير جودة الحياة لدى معلمي الطور الابتدائي دون التطرق الى المرض، في حين لا نجد أي دراسة محليا اشتملت على جميع متغيرات دراستنا وطبقت على المعلمين المصابين بالسكري على الرغم من وجود العديد من الدراسات التي تناولت الأمراض المزمنة، والمهنية، والسيكوسوماتية لدى المعلمين على غرار دراسة "باهي سلامي" (2008)،

والكثير من تناولت مواضيع الضغط والاحترق النفسي واستراتيجيات المواجهة، او اساليب التكيف لدى المعلمون أو مرضى السكري على انفراد، مثل دراسة كل من "Hatamloo. S. M, Babapour. K. J (2012) ، "ابركان صالح" (2015)، و"بن طراد زينة وبكوش ليلي" (2017)... وغيرهم.

ويتضح لنا من جل الدراسات السابقة التي تم تناولها أنها تطرقت في منحاها العام الاهتمام بمتغيرات عديدة ومتشعبة تشترك مع دراستنا في نفس المتغيرات مثل: الضغط النفسي، الاحراق النفسي، استراتيجيات المواجهة، أو مهارات المواجهة، جودة الحياة، وجودة الحياة الصحية. أو تعتبر كمؤشرات هامة تدرج ضمن الموضوع العام لمتغيرات دراستنا كالمساندة الاجتماعية، تقبل المرض، الالتزام بالعلاج، مصدر الضبط، مركز التحكم، التظاهرات الاكتئابية، التفكير الايجابي.

كما تعتبر دراستنا الحالية دراسة استكشافية وتكميلية لمختلف الدراسات السابقة العرض، حيث تتسم بالشمول والخصوصية في آن واحد، من خلال تناولها للمعلمين المصابين بالسكري على مستوى بلدية سكيكدة والمتعاونون معنا، كما أنها تركز على التعدد في منهجها وادواتها، وحاولت الجمع بين عدة متغيرات في الطرح، ومعالجة متغيرين اساسيين استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة" في شقها الكمي، وهو ما يميزها عن غيرها من الدراسات، وهي لا تقتصر على وصف حالة الضغط أو الاحترق النفسي للمعلمين المصابين بالسكري بقدر ما تغوص في عمق التحليل الضمني العيادي للمعاش النفسي، وكيفية الاستجابة باستراتيجيات لمواجهة مشاكل الحياة، والتعايش مع المرض، مع التركيز على نمط وأسلوب الحياة العامة المحددة لجودتها، وتبيين دور العلاقات الاجتماعية في تعزيز المساندة الاجتماعية كأساليب ايجابية لمواجهة الضغوط، وتأثيرها في نوعية الحياة باعتبارها مؤشر هاماً في تحديد البعد الاجتماعي للجودة الاجتماعية، ودور الافكار الايجابية في تعزيز سلوكيات التعامل الايجابية والمواجهة النشطة، وانعكاس الأفكار والمعتقدات الدينية على السلوكيات والانفعال ومن ثم على استراتيجيات المواجهة الدينية بأشكالها السلوكية أو الانفعالية أو العقلية، وتأثيرها بذلك على جودة الحياة الدينية ... وغيرها.

الفصل الثاني: استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية

لدى المعلمين المصابين بالسكري.

تمهيد

- 1- الضغوط والاحتراق النفسي لدى المعلمين
 - 1-1- تعريف الضغوط النفسية.
 - 1-2- أنواع ومصادر الضغوط النفسية لدى المعلمين.
 - 1-3- الضغوط وجودة حياة المعلمين المرضى باضطرابات سيكوسوماتية (السكري).
 - 1-4- الاحتراق النفسي لدى المعلمين.
 - 1-5- السيورة المناعية السيكو فيزيولوجية للمعلم المتعرض للاحتراق النفسي.
- 2- استراتيجيات المواجهة.
 - 1-2- تعريف استراتيجيات المواجهة.
 - 2-2- استراتيجيات المواجهة وبعض المصطلحات.
 - 2-3- المقاربات النظرية المفسرة لاستراتيجيات المواجهة.
 - 2-4- تصنيف استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية.
 - 2-5- العوامل والمحددات المؤثرة في استراتيجيات مواجهة الضغوط.

خلاصة

تمهيد:

تتجه الدراسات الحديثة السلوكية والمعرفية نحو رصد متغيرات الشخصية الانسانية وتفاعلها مع أحداث الحياة اليومية، وتتضمنه من مواقف ضاغطة، وصادمة أحيانا، والضغوط النفسية لا يكاد يخلو منها أي مجتمع، وأي فئة منه، وتتنوع الضغوط بتعدد الوضعيات الضاغطة، فمنها الصحية، والنفسية، والاجتماعية، والدراسية، والمهنية... التي تخص الموظفون في جميع القطاعات، الانتاجية، والخدماتية، والمساعدة، ولعل مهنة التدريس واحدة من أكثر المهن التي تتسم بكثرة التعرض للضغوط حسب ما أفادت به عدة دراسات في الميدان، ويلجأ المعلمون الى استخدام مجموعة من الأساليب والاستراتيجيات الشعورية، واللاشعورية، المرتكزة حول الانفعال، أو السلوك، أو العقلية للمواجهة والمقاومة قبل أن يقعوا ضحايا للاحتراق النفسي، والأمراض السيكوسوماتية، لذلك فان التخطيط السليم للكفاءات الانسانية يتوقف على مدى تحكم المعلم في مثل هذه المواقف الضاغطة، وطريقة تقييمه لها، ومدى تقبله للمرض ان أصابه خصوصا ان كان مزمنا، وسمات شخصيته الايجابية المحفزة على المقاومة، ومناعته النفسوعصبية، والعضوية. وعلى العموم فإننا في هذا الفصل سنحاول التطرق الى التعرف على الضغوط النفسية لدى المعلمين، والاحتراق النفسي، وكيفية سيرورة المناعة السيكوفيزيولوجية، ثم التعرّيج على استراتيجيات المواجهة لدى المعلمين، ومختلف المقاربات المفسرة لها، وتصنيفاتها، وسمات بروفيل شخصية المعلمين واستجابات المواجهة لديهم.

1- الضغوط والاحتراق النفسي لدى المعلمين:

1-1- تعريف الضغوط النفسية:

1-1-1- التعريف اللغوي:

الضغط مصدر مشتق من الفعل ضَغَطَ، يَضْغَطُ، ضَغْطًا، بمعنى: أكد وشدد (زهرا محمد عبد السلام، 1972، ص496) أو عصر الشيء إلى الشيء، زحمه إلى الحائط ونحوه، وضيق عليه وقهره.(ابن منظور، 1997، ص 128)، والضغطة: بالضم الزحمة، الشدة، والمشقة، والضغطة: بالفتح الضيق، القهر الاضطرار . (جبران مسعود، 2005، ص751)

ونشير الى أن مصطلح Stress مشتقة من الفعل اللاتيني Stringere الذي يعني الضيق على، ضغط، شد، وغالبا ما يرافقها جهد Strain أو ضغط مفرد، وهو مصطلح شاع استعماله في عدة تخصصات الهندسة، الفيزياء، والطب، وعلم النفس.. الخ. ويعتبر "هانس سيلبي Hans Seley" أول من وضع المفهوم حيز التطبيق بكندا سنة (1956-1974) في دراساته الطبية، خصوصا كتابه الموسوم بـ «The Stress of Life» حيث قام بأبحاث عن أثر التغيرات الجسدية، والانفعالية غير السارة الناجمة عن الاحباط والضغوط. (Jacques, Nollet D, 2001, p193)

1-1-2- التعريف الاصطلاحي:

انصب اهتمام عدد كبير من العلماء بموضوع الضغط النفسي، لهذا فقد أسهبوا في تعريفه، لكن كل واحد حسب وجهته، وكمصطلح عرف ثلاث توجهات نظرية، فمنهم من عرفه بالمشير "Pettegrew & Wolf" (1982) وآخرون تطرقوا له كاستجابة، وهناك من عرفوه بالتفاعل بين الفرد وبيئته (Cox, 1978 & Kasl, 1984)، وعلى العموم سنخوض في غمار ذكر البعض منها بإيجاز فيما يلي:

❖ مثير:

يعرف "دفيدوف Davidov" الضغوط النفسية بأنها مجموعة من المؤثرات غير سارة، التي يقيمها الفرد على أنها تفوق مصادر التكيف لديه، وتؤدي إلى اختلال الوظائف النفسية، والفيزيولوجية، والجسمية لديه. (السيد عبيد ماجدة بهاء الدين، 2008، ص21)

وفي ذات السياق نجد "ولف Wolf" يرى أن الضغط النفسي حالة ديناميكية تحدث عند الكائن الحي بسبب وضعية ضغط أعلى من الحد العادي أو أقل منه، توقعه في حالة نفسية مستمرة توحى له بعدم إمكانية تحاشيها. (أبو دلو جمال، 2009، ص172)

وحاول كل من "حسن شحاتة وزينب النجار" وضع تعريف للضغط النفسي على أنه يشير إلى وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد سواء بكميته أو جزء منه، بدرجة توجد لديه الإحساس بالتوتر، والتشوه في تكامل شخصيته، فحينما تزداد هذه الضغوط فان ذلك قد يفقده قدرته على التوازن، ويغير نمط سلوكه عما هو عليه إلى نمط جديد". (شحاتة حسن والنجار زينب، 2001، ص207) ويضيف "شاكر قنديل" وللضغوط النفسية آثار جلية على الجهاز البدني والنفسي للفرد، وهو حالة يعانيتها الفرد حين يواجه بمطالب ملحة فوق حدود استطاعته، أو حين يقع في موقف صراع حاد".

(فرج عبد القادر طه وآخرون، 1993، ص256)

إذن نستنتج أن الضغوط النفسية حسب هؤلاء المنظرين هي مجموعة من المؤثرات والعوامل الخارجية التي تجعل الفرد في حالة عدم التكيف والتوازن، ينتج عنها ظهور تغيرات على عدة مستويات كمحاولات لإيجاد حل للتوافق معها.

❖ استجابة:

تطرق "سيلبي هانس Seley Hans" (1956) في كتابه «The Stress of Life» الى مفهوم الضغط النفسي الذي اقترح تعريفا على أنه "استجابة غير محددة، تمنح العضوية بما يتطلب القيام به (Bryan Hiebert, 1985,p10) ويضيف بأنه ردود فعل العضوية لتهديدات المحيط، هي دفاعية تنذر الجسم بوجود خطر، وتظهر عدة مظاهر جسدية غير خاصة للاستجابة للعدوان الجسدي، ويتطور وفق ثلاث مراحل وهي مرحلة الإنذار بوجود عدوان يهدد الجسم، وبعده لمواجهته، ومرحلة مقاومة هذا العدوان، وأخيرا مرحلة الإنهاك التي فيها الجسم يفقد قدرته على تحقيق التكيف." (Laurent. Guillet, 2012, p12)

وفي ذات الاتجاه نجد "سيلامي نوربار Sillamy Norbert" أشار في موسوعته الى أن "الضغط النفسي مصطلح انجليزي، يعني الحالة التي توجد عليها العضوية وهي مهددة بفقدان التوازن تحت تأثير العوامل، أو الشروط التي تضع آليات الضبط الذاتي في خطر، فكل العوامل التي يحتمل أن

تخرب التوازن والتي في أصلها إما فيزيقية (كالصدمات، البرد...)، أو كيميائية (التسمم...)، أو نفسية (العواطف...) تسمى هذه العوامل بالعوامل الضاغطة. ان مصطلح الضغط يعني أحيانا نشاط العامل العدوانى، وأحيانا أخرى رد فعل الجسم حسب H. Selye، هذه الاستجابة ليست خاصة، وهي مرتبطة بآليات عصبية صماء (الدماغ الأوسط الغدي النخامي)، والعديد من الملاحظات العلمية تبين أن الصدمات العاطفية كفقدان الزوج تثير الضغط نظرا لهدم دوافع الجسم ضد الأمراض، ومن بين نتائجها تطور الأمراض الخطيرة كالسرطان". (Sillamy N, 1999, p-p 153-154)

أما "غيبسون وزملاؤه Gibson & all" فانهم يرون أن الضغط النفسى يمثل استجابة سلبية غير متكيفة تعدلها الفرو الفردية و/ أو العمليات النفسية، وتتسأ نتيجة لعمل، أو مموف، أو حدث يفرض على الفرد مطالب نفسية و/ أو جسدية عالية. (حريم حسين، 2004، ص284)

إذن نستشف من رواد هذا الاتجاه أن الضغط النفسى استجابة عن أحداث مهددة، تخل بتكيف وتوازن الفرد، ينتج عنها عدة تغيرات فيزيولوجية، وانفعالية، وسلوكية لمحاولة التكيف مع الوضعية الضاغطة المنذرة.

❖ تفاعل ما بين الفرد والبيئة:

يبرز "سكينر Skinner" مفهوم الضغط النفسى على أنه أحد المكونات الطبيعية في الحياة اليومية للفرد، ينتج عن تفاعله مع البيئة ولا يمكن تجنبه، ومعظم الأفراد يواجهون الضغوط النفسية بفاعلية إلى الدرجة التي تفوق شدة قدرتهم على المواجهة، فيشعرون بتأثيراتها البيئية عليهم.

(خليفة وليد، عيسى مراد، 2007، ص128)

ويرى كل من "لازاروس Lazarus" و"فولكمان Folkman" أن مصطلح الضغط ظهر لأول مرة سنة (1944)، وأكدوا أن الضغط النفسى ليس المثير ولا الاستجابة كما كان يعتقد من قبل، ولكنه تفاعل خاص بين المثير والاستجابة، وهو يمثل ادراك للعلاقة الخاصة بين الفرد والبيئة التي يقدرها الفرد على أنها شاقة ومرهقة، أو أنها تفوق مصادر التعامل معها وتعرض صحته للخطر، ويكون الادراك للعوامل الشخصية، والسياقات والبيئة المحيطة". (Laurent Guillet, 2014, p3)

وفي نفس السياق أكد "كندلر Candler" أن الضغط النفسي حالة من التوتر العاطفي لأحداث الحياة غير المرضية، وهو حالة الانضغاط Strain التي تحدث من خلال سيرورة ديناميكية، وفيزيولوجية وسيكولوجية ناتجة عن إدراك حوادث خطيرة، مهددة، ومعيقة عن إشباع الحاجات وتحقيق الأهداف، ووجود أعباء لا يستطيع تحملها، ومتطلبات تفوق قدرة الفرد، فيبدل الجهاز الفيزيولوجي والنفسي جهود لتفادي الاجهاد والتغلب عليها. (الرشيدي هارون توفيق، 1999، ص22)

نستشف من التعاريف السابقة الذكر، أن الضغط النفسي له عدة تناولات مفاهيمية تختلف حسب مشارب العلماء وتوجهاتهم النظرية، فمنهم من اعتبره مثير ضاغط، ومنهم من اعتبره استجابة، وهناك من جمع بينهما واعتبره "تفاعل بين المثير - الاستجابة، ويمكن أن نضع تعريف جامع بسيط باعتبار "الضغط النفسي هو حالة من اختلال التوازن ناجمة بسبب وضعية مهددة لاستقرار الفرد، تتطلب استجابة طارئة لإعادة التكيف."

1-2- أنواع ومصادر الضغوط النفسية لدى المعلمين:

أدى تعدد مصادر الضغوط النفسية لدى المعلمين الى تنوع أشكالها، حيث نجد وفقا لـ "Sely" (1936) و "Blocker.W. P" (1985) نوعين أساسيين للضغط هما الضغط الايجابي Eustress، والضغط السلبي Distress، وبين هذين القطبين توجد نقطة التمرکز التي تمثل المستوى المثالي Optimal أو الاعتدالي من الصحة النفسية والجسدية، وفي هذا الاطار يتطرق "Csikszentmihalyi" (1994) في كتابه الموسوم بـ "حالة التدفق" أن متعة العمل عندما تظهر في الحدود بين الملل والقلق، فالتحديات تكون في حالة توازن مع القدرة على انجاز العمل، فالحدود الفاصلة بين الجانب الايجابي والسلبي هي النقطة التي يحدث فيها النمو الشخصي، ويطلق على هذا الحير بنقطة الخبرة المثالية والانتاجية Point of optimal experience and productivity، ويطلق البعض على هذه الحالة جملة أعراض مركز المطافئ Firehouse Syndrom نسبة الى رجال المطافئ اللذين يزيد عملهم في حالات الخطر والاجهاد (عسكر علي، 2003، ص34) وهذا ما يحدث كذلك مع المعلمين الذين يزداد مردودهم الانتاجي التدريسي في الوضعيات التي يصرح فيها التلاميذ بعدم فهم واستيعاب الدروس، أو باقتراب الامتحانات المصيرية، لتكثف حصص المراجعات والدعم لبلوغ الأهداف المسطرة والتي على

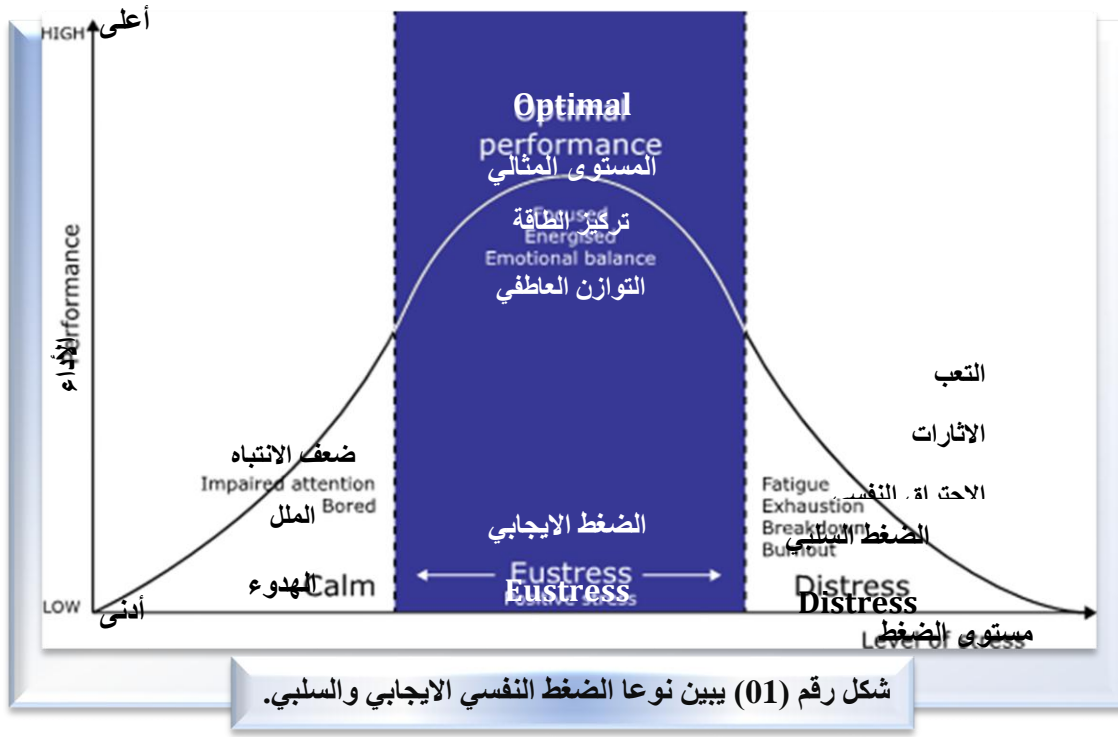
رأسها الحصول على أعلى نسب النجاح. ويمكن ان نستعرض هذين النوعين بإيجاز فيما يلي:

1-2-1- الضغط الايجابي (Stress Positif):

قد يكون الضغط في بعض الأحيان نافعاً وإيجابياً، يدفع إلى الارتقاء في الأداء، ويكون ضروري للنمو الفردي، وتحقيق الذات، ودافع لإنجاز بعض الأعمال، لكن يتوقف على شرط تتناسب الاستجابات التكيفية للفرد مع درجة الحدث الضاغط، ويرى "هلجارد Halguard" ان "سيلي" أكد على فكرة التعرض للضغط لمدة قصيرة قد يكون ايجابيا لكن التعرض الطويل قد يتحول إلى سلبي، ويصفه "Bloker W.P" (1985) بـ "ملح الحياة" نظراً للدور الذي يلعبه بتنشيط الجهاز الفيزيولوجي للعضوية التي يتيح لها ان تستجيب للتهديد. (الهاشمي لوكيا، بن زروال فتيحة، 2001) كما يضيف "Pépin. R" أن الضغط نافع اذا كانت معايير لا تتجاوز قدرات التكيف العامة للفرد، فالضغط الايجابي يشجع على بلوغ الأهداف الغير محدودة، ويسمح لنا بإيجاد معنى لحياتنا العمل الذي نقوم به، فهو بمثابة أسطورة للمواجهة، عكس المعتقد الشائع الذي يجب إنكاره، لأنه يعمل على تحسين الأداء اذا لم تتجاوز المستوى الاعتدالي التوازني، ويؤكد نفس الفكرة " غوسلن Eric Gosselin" أن البعض من الأبحاث تثبت أن العمل في وضعيات مجهدة وتوتر تزيد من فرص العمل، لكنها تقلل من نسبة الأداء الوظيفي. (Rogers caroline, 2009)

1-2-2- الضغط السلبي (Stress Négatif):

يعرفه "Blocker w.P" بالضغط الذي يبلغ مستوى معين من الحدة، ويتسبب في اضرار معتبرة جسمية أو نفسية. ويشترط أن يكون مستوى الضغط مفرط لا تقوى دفاعات الفرد على تحمله بسبب التعرض لعوامل ضاغطة كبيرة الشدة، أو أحداث مستمرة، أو ضغوط لها تأثيرات سلبية، وتذكر "ألان Allen" أن الأحداث الضاغطة اذا كانت بمثابة الحاجز عن تحقيق الأهداف، وعن التفاعل مع الآخرين، فإنها تساهم في ظهور الأعراض النفسية والجسمية كالصداع، آلام المعدة والظهر، التشنجات العضلية، عسر الهضم، أرق وارتفاع الضغط الدموي. (وليد السيد خليفة، مراد علي عيسى، 2007، ص137) وتبقى عملية التقييم ومستوى الإدراك الشخصي هي العامل الأساسي والمحدد لنوعية الضغط ان كان سلبياً أو ايجابياً، لأن الفرد عند تعرضه لمصدر ضاغط فالمثيرات الحسية المشبعة التي يحملها هذا العامل تتوقف على تتوقف على نوعية الفترة التقييمية الخاصة بالمثيرات الحسية ومستوى الألم الذي يتسبب فيه، اضافة الى تأثير المعتقدات والتصورات الاجتماعية الشائعة حوله. (Bio Rics, 2015, p1)



ووضع "سويننجين Swearingen" (1985) تقسيم آخر للضغوط النفسية كالتالي:

1-2-1-1 ضغوط مؤقتة: وهي التي يتعرض لها المعلم لمدة وجيزة ثم تزول بزوال العوامل الضاغطة، تكون غير مستمرة كمشاغبة أو تشويش أثناء الدرس، أو زيارة مفاجئة من طرف المفتش أو المدير.

1-2-2-1 ضغوط مزمنة: هي الضغوط التي تستمر مع الزمن سواء كانت شديدة أو متوسطة، لكنها تدوم لفترة طويلة نسبيا مثل: الآلام المرضية المزمنة التي يعاني منها البعض من الاساتذة، الضغوط المهنية بسبب العبء، ونقص فترات الراحة.

وحاول "Schefman. R & Wildman. S" تقسيم الضغوط إلى ثلاث أشكال كالاتي:

1-2-1-1 حوادث الحياة الكبرى: وهي تلك الحوادث التي تكون حادة، لكنها قصيرة المدى مثل: التعرض لمرض خطير، موت شخص عزيز، الفصل من التدريس لمشكل معين، ... الخ.

1-2-2-1 مشكلات الحياة اليومية: وهي مختلف المشكلات التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية مثل: المشاحنات بين المعلمين، العمل والانتظار الطويل للحصول على راتب، ضغوط العمل اليومية بالنسبة للمعلم داخل الفصل، والضغوط التي تحدث داخل الأسرة ... الخ.

1-2-3- ضغط طويل ومزمن ومتواصل: تشمل كل الضغوط التي تستمر لفترات طويلة مثل الضغوط المرتبطة بأداء الأدوار الاجتماعية كالمعلم الأب، أو الأم لديهم مسؤوليات كبيرة وكثيرة داخل البيت، وخارجه في المدرسة والذي يعرضهم الى الاحتراق النفسي.

أما "لازاروس وكوهن" اقترحا أنموذجهما للضغوط الذي ينقسم الى ثلاث مجموعات رئيسية:

1-2-1- الحوادث المفاجئة: هي مختلف الحوادث المفاجئة والعنيفة، التي لها تأثير حتى على أعداد كبيرة من الأشخاص مثل الحروب، الكوارث الطبيعية بما فيها من زلازل، عواصف، ... الخ.

1-2-2- الضغوط الشخصية: هي ضغوط شديدة تتطلب مواجهة تكيفية فعالة، وتؤثر على أفراد قليلين يكون مصدرها وفاة شخص، مرض بمرض مزمن، الطلاق، الفصل من العمل، ... الخ.

1-2-3- الضغوط العامة: وتمثلها المضايقات اليومية والمشاحنات، وهي ذات شدة منخفضة لكنها مستمرة، ولا تفرض تهديدا مباشرا على الفرد، لكن بسبب تكرارها اليومي تصبح آثارها سلبية تراكمية تؤثر في الفرد وتساهم في ظهور اضطرابات نفسوجسدية.

1-3- الضغوط وجودة حياة المعلمين المرضى باضطرابات سيكوسوماتية (السكري):

تعتبر مهنة التعليم من المهن التواصلية التي تتطلب التفاعل الايجابي مع الاخرين، وتصنف عالميا ضمن المهن الأكثر ضغطا ومشقة لما تتطلبه من نشاط معرفي، ومهام تربوية، وتفاعلات وتواصل مع عدة أطراف داخل الفضاء المدرسي وخارجه، مما يحيز المعلم على التعامل بسلوكات معينة ويتطلب منه بدل جهدا أكبر في أداء مهامه خصوصا ان كان الجو المدرسي العام غير ملائم، حيث يزيد من احتمال اصابته بالضغوط، والانهاك، والشعور بالإحباط، والصراعات الداخلية، وقد حصر "المكتب الدولي للعمل" بناء على دراسات لعدة دول مختلفة أن أهم مصادر ضغوط مهنة التعليم تتجلى في أربع مصادر أساسية وهي:

❖ **عوامل محيطية:** كالاكتظاظ داخل الاقسام، عدم تهيئة الأقسام ونقص الوسائل التعليمية.

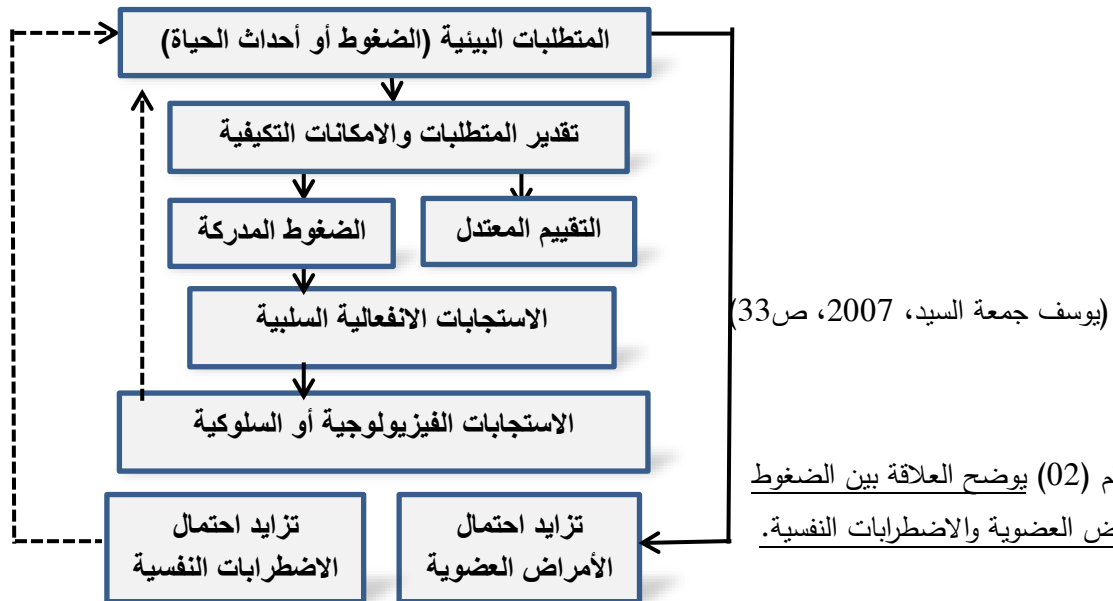
❖ **عوامل ادارية:** تتمثل خاصة في المسؤولية الجزائية التي تقع دائما على عاتق المدرس، الأمر الذي يجعله يحد من تصرفاته اتجاه التلاميذ المشاكسين والمشاغبيين.

❖ **عوامل علائقية:** تكون مع الادارة، الزملاء المعلمين، والتلاميذ وأولياهم.

❖ **عوامل تربوية:** مثل المقررات والمناهج التربوية الغير مكيفة، أو المناسبة، وزيارات المفتشين التي ترعب وتسبب ضغوطا للمعلمين. (أيت حمودة واخرون، 2008، ص 8)

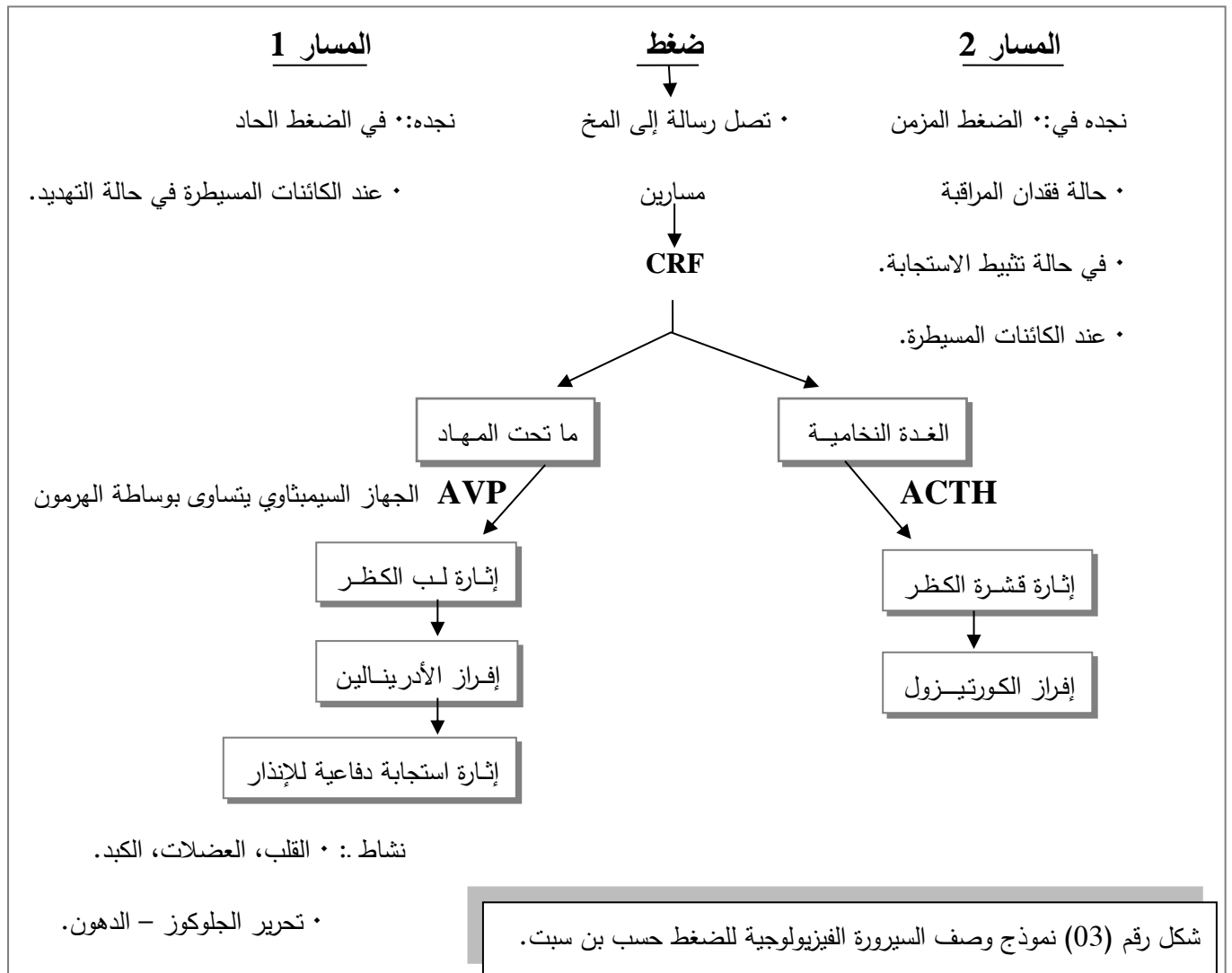
بينت عدة دراسات أن المعلمين يتعرضون لضغوط عديدة تنعكس على صحتهم العامة، فمثلا "Pratt" (1978) أكد وجود خمس مصادر قاعدية تسبب الضغوط لدى المعلمين وهي : عدم قدرته على التغلب على المشكلات التدريسية، التلاميذ غير المتعاونين داخل الفصل، التلاميذ العدوانيين، المناهج وطرق التدريس المستخدمة، والعلاقة بين المدرسين. (يوسف عبد الفتاح محمد، 1999، ص 201) هذا وقد أكدت "أيت حمودة، وخطار وبوشدوب" (2008) أن مهنة التدريس تشكل حقيقة مصدر ضغط لدى جميع المعلمين، وتختلف مستوياته من معلم الى اخر كما تتنوع مصادره بين الضغوط الطلابية والعلائقية، اضافة الى الضغوط التدريسية والادارية كانت لصالح مرتفعي الضغوط التي ترجع الى سوء تسييرهم للمهام التربوية الموكلة لهم، ومكانتهم، ومدى تجاوبهم للدرس، وتعسف استعمال السلطة من طرف المدير والزيارات التقنيشية المباغثة.

لذلك فلاريب ان جودة الحياة العامة للمعلمين تتأثر بالأحداث الضاغطة التي يعيشونها، خصوصا الجودة المهنية والعلائقية الاجتماعية، والنفسية والصحية، لأن الاضطرابات السيكوسوماتية والكثير من الأمراض المهنية الخاصة بالمعلمين كارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب والشرابين والسكري ترتبط ارتباطا وثيقا بالضغوط التي يتعرض لها المعلم، وفي هذا الاطار يؤكد "Cranwell-Ward" (1987) أنه من المهم التنبيه الى ارتباط عدة أمراض بالضغوط لكن ليس كلها، يمكن توضيح العلاقة بين الضغوط والأمراض العضوية والاضطرابات النفسية في الشكل الموالي:



وتعمل الانفعالات الحادة خاصة السلبية على تنشيط نظام انذار العضوية للاستجابة والتصدي للضغوط كمحاولة للتكيف العام مع الوضعية الجديدة، ونجد في هذا الاطار "بن سبت Ben Sabat" يوضح في نموذج الفيزيولوجي أن الضغوط النفسية التي يمكنها أن تتحو منحنيين، فتنشط الضغوط النفسية الحادة جهاز ما تحت المهاد -السيمبثاوي- الأدرينالييني -Axe Hypothalamo-Sympathico- Adrénergique لإدارة الاستجابة المهددة، أما الضغوط النفسية المزمنة التي تظهر في حالة فقدان المراقبة أو التثبيط، فتستثير استجابة جهاز ما تحت المهاد - النخامي - الكظري -Axe Hypothalamo-Hypophyso-Surrénal.

ونلخص السيرورة الفيزيولوجية للضغوط حسبها وفقا لهذا المخطط:



(Graziani, Swendsen, 2005, pp25-26)

وتؤثر الضغوط على عمليات تمثيل الأيض والهضم بسبب التغيرات الكيميائية على مستوى الخلايا الحية المؤمنة للطاقة الحيوية والتي لها انعكاسات على مستويات الجلوكوز المحرر في الدم والكولسترول، بحيث تؤدي إلى تثبيط أو تنشيط مجموعة من النواقل العصبية والافرازات الهرمونية للغدد الصماء، وتعمل هذه المواد البيوكيميائية دورا فعالا في التركيبة الفيزيولوجية للجسم سواء بنقص افراز الهرمونات أو زيادتها، وتتمظهر في العديد من الأعراض أو الاضطرابات الواضحة على شكل سلوكيات مضطربة مثل: زيادة افرازات الغدة الدرقية التي يصاحبها سرعة الاستثارة والأرق، ويتسبب اضطراب افرازها بالنقصان في ظهور أعراض كالشعور بالإرهاق، والكسل، والرغبة في النوم... الخ. وعند اضطراب افرازات الغدة الكظرية يحرر الانسولين بكميات تتجاوز الكمية العادية اللازمة لنشاط الجسم، مما يقلل من نسبة الجلوكوز في الدم مما ينجر عنه الاحساس بالعياء والتعب على مستوى العضلات خاصة والجسم بشكل عام، وبصاحبه في العادة اضطرابات في هرموني الادرينالين والنورأدرينالين، مما يخل نشاط نظام المخ الذي يحتاج الى الجلوكوز والاكسجين لعمله لذلك يؤثر على مستوى يقظة وادراك المعلم، وأدائه العام، فينجم عنه مشاكل في الرؤية في حالة الزيادة وبعض التشنجات العضلية والعصبية. أما في حالة انخفاض نسبة تحرير الانسولين يؤدي الى زيادة نسبة الجلوكوز في الدم ليصبح بعدها الكبد غير قادر على الاحتفاظ به، فيتسبب في تأثيرات عديدة على مستوى سلوك الفرد، حيث تزيد الانفعالات حدة، ويضطرب التفكير، وتختلط الصور التذكيرية. (الدهري صالح، العبيدي كاظم، 1999، ص126) لذلك فإننا نجد جميع المصابون بالسكري يشكون من الضبابية في الرؤية عند التعرض للضغوط وعدم القدرة على التركيز والتفكير، وحتى الاستيعاب بالنسبة للمعلمين لأن التعليم يتطلب مجهودات تفكيرية عالية ونشاط جميع القدرات العقلية. وفي هذا المضمار يستدل "Chalvin" (1991) أن "المكتب الدولي للعمل" اعتبر الضغط عند المعلمين ظاهرة عالمية، أعراضه الكلاسيكية تشمل: الغضب، الانهاك، ارتفاع الضغط الشرياني، القرحة، أمراض الكلى، والسكري... الخ. ويؤكد "باتمان" (1993) أن الصدمات النفسية، أو الانفعالات المرهقة يمكن أن تؤدي إلى استجابات مفرطة الزيادة أو النقصان للغدة الكظرية، خصوصا عند الذين يمتلكون استعدادات طبيعية، مما يؤثر بدوره ويؤدي إلى افراز مجموعة الخلايا للمفاوية التي تعمل دور المولد للمرض. (الدهري صالح حسين، العبيدي ناظم هاشم، 1999، ص 127)

وقد أفادت عدة دراسات "سلامي باهي" (2008)، و"شويطر خيرة ومنصوري عبد الحق" (2013) و"زبيدي نصر الدين" (2007) عن دور الضغوط في تطور الآليات المرضية للاضطرابات السيكوسوماتية، أو علاقة الضغوط النفسية بالاضطرابات السكوسوماتية المزمنة كالسكري وضغط الدم، وأمراض القلب والشرابين، والربو والحساسية والتي تصنف ضمن الأمراض المهنية المزمنة التي تصيب المعلمين وتؤثر على أدائهم المهني ونوعية حياتهم المهنية والصحية والعامّة. واستشرف "تاراني شانديولا" على دراسة تدرس العلاقة بين الضغوط المهنية ومتلازمة الأيض وخلص الى أن الافراد الذين يتعرضون للضغوط باستمرار سجلت لديهم "متلازمة التمثيل الغذائي Metabolic Syndrome" وزيادة فرص احتمال اصابتهم بأمراض القلب والسكري وارتفاع ضغط الدم مستقبلا عند توفر عوامل الخطر كالبداية، وارتفاع نسب الكولستيرول، وتوفر عوامل الوراثة.

1-4-1- الاحتراق النفسي لدى المعلمين:

1-4-1-1- تعريف الاحتراق النفسي:

الاحتراق النفسي L'épuisement Professionnel/ Burnout تعرفه "ماسلاش Maslach" (1982) على أنه مجموعة من الأعراض التي تشمل الاجهاد العصبي، استنزاف الطاقة الانفعالية، والتجرد من النواحي الشخصية، والاحساس بعدم الرضا عن الكفاءة الذاتية، والانجاز في المجال المهني، ويمكن أن تظهر لدى الأفراد الذين يؤدون نوعا من الأعمال التي تقتضي التعامل المباشر مع الناس.

(القريوتي أمين، الخطيب مصطفى، 2006، ص13)

يقترح "بفرلي وبوتر Beverly. A, Potter, Ph. D" (1987) تعريفا للاحتراق النفسي بأنه المحصلة النهائية، أو المرحلة المأساوية المتطرفة للضغوط، ويعتبره عرض من أعراض الضغوط النفسية، أهم نتائجه عدم القدرة على الحركة، وتعقد الوضعية يوم بعد يوم، ويبدأ بحرب داخلية ذاتية، تتمثل أهم أعراضه في الشعور بالإحباط، انفعالات الغضب، الاحساس بالعجز، الانزعاج، نقص الأداء، الزيادة في استعمال الأدوية والكحول.

(Beverly, Potter, 1987, P1)

يشير "اسبانيول وكابتو" في تفسيره للاحتراق النفسي بأنه عدم قدرة العامل على التكيف مع ضغوط العمل والحياة الشخصية، وهو لا يتسبب في اذى للشخص الذي يتعرض للإصابة به فقط، بل يلحق كذلك الى المستفيدين الذين يتلقون الخدمة أيضا، ويقلل الطاقة المتوفرة لمتطلبات العمل والحياة الشخصية بشكل كبير. (دبابي بويكر، لعيس اسماعيل، 2013، ص14)

ويؤكد كل من "Schanfeli, Leiter & Kalimo" (1995) على وجود ثلاث أعراض أساسية تبدو على المعلمين المحترقين نفسيا، وهي: الانهاك أو العياء، التشاؤم وتدني الكفاية الذاتية أو الانجاز الشخصي. إذن الاحتراق النفسي هو حالة نفسية سلبية ناتجة عن التعرض لضغوط مهنية مستمرة، ومتكررة لفترة طويلة المدى، والضغط النفسي المزمن (سابق) وسبب حدوث الاحتراق النفسي (النتيجة).

1-4-2- الفرق بين الضغط والاحتراق النفسي:

ان الضغط النفسي وفقا لـ "Gamelch" حالة ناجمة عن التوقع الذي يكونه الفرد حيال عدم قدرته على الاستجابة المناسبة لما يتعرض له من أحداث، أو عوارض، قد تكون نتائج استجابات غير موفقة أو غير مناسبة، (الطريبي عبد الرحمان، 1994، ص10) وبذلك فهو نظام للتكيف العام للجسم والعقل، ولا يمثل نقطة معينة لأنه مدى ما بين الضعيف والشديد، ويتوقف على ردود الفعل، وتختلف اشكاله مصادره، حيث نجد الضغوط الصحية، النفسية، والاجتماعية، والمدرسية، والمهنية، .. الخ، وينتج الاحتراق النفسي كاستجابة عن التعرض المستمر للأحداث الضاغطة، ومعايشة حالة الضغط بصورة مزمنة ومستمرة مع الزمن، مما يضاعف من حجم الاحساس بالضغط المادي والنفسي، والاحتراق النفسي حسب "Maslach" (1982) هو اضطراب خاص بالعاملين الذين يشتغلون في وظائف مرهقة ومتعبة، ووضع المركز القومي للصحة والأمن الوظيفي الأمريكي معايير فارقية نوضحها في الجدول الموالي:

جدول رقم (01) يوضح المعايير الفارقة بين الضغط النفسي والاحتراق النفسي.

الاحتراق النفسي	الضغط النفسي
- يشعر الفرد بالضغط المستمر.	- يشعر الفرد بالتعب.
- يعاني من التوتر الشديد.	- يعاني من القلق.
- يؤدي للشعور بالملل والضيق من العمل.	- يؤدي للشعور بعدم الرضا الوظيفي.
- يؤدي لانهاء الولاء الوظيفي.	- يؤدي لانخفاض الولاء الوظيفي.
- يؤدي الى فقدان الصبر، وعدم الرغبة في الحديث مع الآخرين.	- يؤدي الى تقلب المشاعر.
- يؤدي الى الشعور بالاحباط الذهني.	- يؤدي الى صعوبة التركيز ونسيان أمور كثيرة.
- يؤدي الى عدم شعور الفرد بأنه كثير النسيان.	- يؤدي الى تزايد التغيرات الفيزيولوجية كضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم.
- يؤدي الى اضطرابات نفسية.	

(الصيرفي محمد، 2008، ص50)

1-5- السيرة المناعية السيكوفيزيولوجية للمعلم المتعرض للاحتراق النفسي:

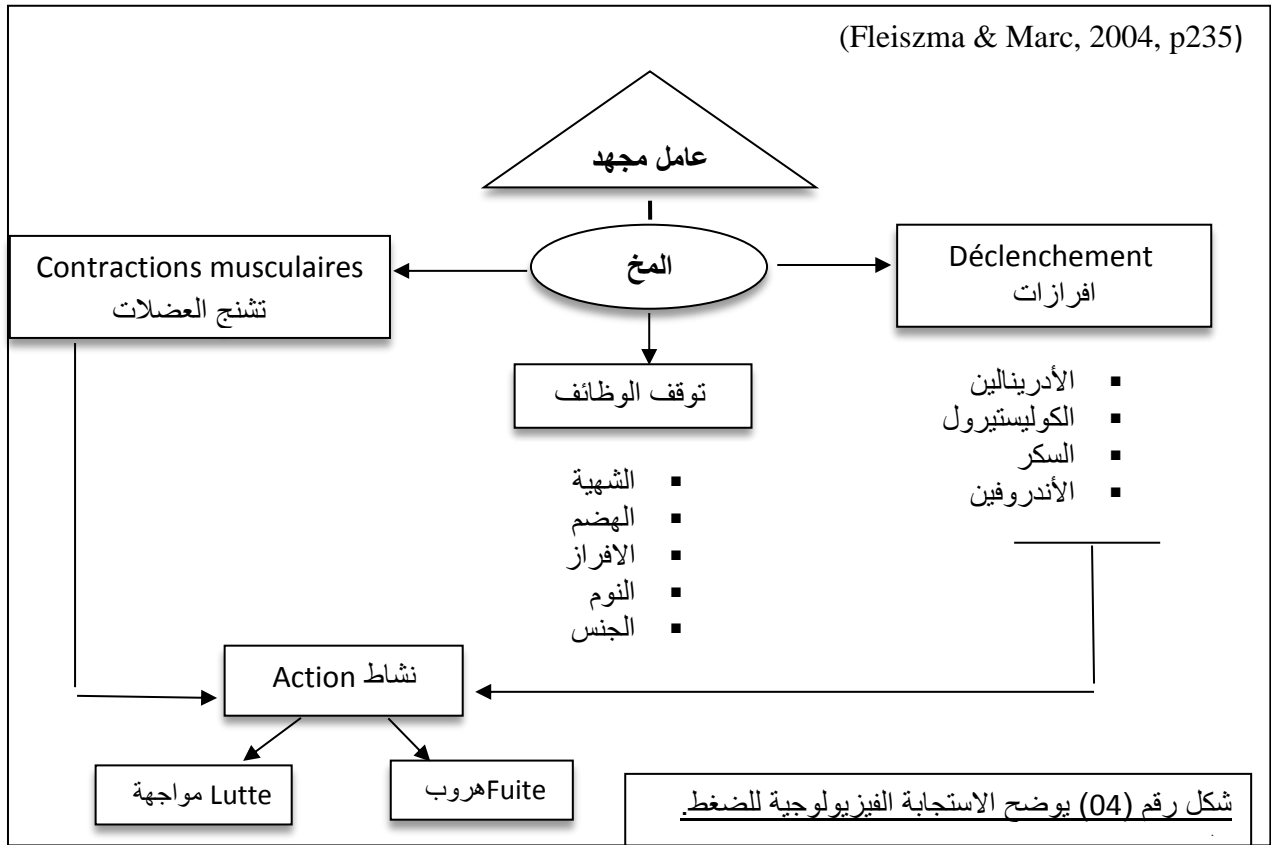
يوصف العصر الحالي بعصر الضغوط والأزمات النفسية، والمفارقات والتناقضات، وتكشف عدة دراسات على غرار "Powell & Enright" (1990) المنشورة في كتابهما "القلق وإدارة الضغط" أن الاحصاءات الحديثة تشير الى أن حوال (80%) من أمراض العصر ترتبط بالضغط مثل: النوبات القلبية، وتقرحات المعدة، وضغط الدم، والسكري ... وغيرها (النوايسة فاطمة عبد الرحمن، 2013، ص17) وتوصلت العديد من البحوث أن مهنة التعليم تتطلب التفاعل المباشر مع التلاميذ والبيئة الفضائية المحيطة الخاصة بالمدرسة، هذا التفاعل هو في الحقيقة لا يخلو من الضغوط، والمشاكل في أحداثه اليومية، الأمر الذي يحتم عليهم التعرض المستمر ومواجهتها، وينجم عنها غالبا استجابات جسمية معينة معتمدة على نقطة الضعف يطلق عليها بـ "حلقة الضعف" حسب "Cranwell-Ward" (1987) ويقصد بها ضعف الأجهزة العضوية (المعدة، الأمعاء والجهاز التنفسي ... وغيرها). (يوسف جمعة سيد، 2007، ص33) وتوصلت دراسات أخرى الى أن الكثير من المعلمين يعانون من المشاكل والعوامل الضاغطة التي لها انعكاسات جمة على صحتهم وتوازن سلوكياتهم، وبالتالي التأثير على رضاهم وأدائهم الوظيفي، والمردودية التعليمية بشكل عام، ومن بين هذه الدراسات نذكر دراسة "هيبرمان Huberman" (1989) التي توصل الى أن المناخ الاجتماعي العاطفي داخل المؤسسة المدرسية يلعب دورا هاما في ظهور الاحتراق النفسي، فمثلا هو عامل وقائي قد يكون عاملا مفعرا أيضا. (زبيدي نصر الدين، 2007، ص19)

ويشكل معيار استمرارية التعرض عامل هام في تطور الضغط لدى المعلم الى حالة أخطر وهي الاحتراق النفسي، فبعد أن يفقد الجسم السيطرة على ضبط التحكم في مصادر الضغوط، وعمليات الضغط يقع ضحية اما لاضطرابات عضوية، أو نفسية، أو سيكوسوماتية، أو الاستنزاف الطاقوي الحاد. وتبدأ السيرورات النوروبولوجية، والفيزيولوجية - النفسية بالمرور الدينامي الطاقوي عبر مراحل التناذر العام للتكيف (SGA) الذي اقترحه "Sely" (1936) عند التعرض للضغوط والذي يعتبر الضغط رد فعل العضوية، ومجهود تكيفي، (Filliozat. I, 2006, p48) حيث تبدأ المرحلة الأولى بردود الفعل الانذارية: تظهر فيها ردود الفعل الفيزيولوجية (زيادة نبض القلب، وارتفاع ضغط الدم، وضيق التنفس، وارتعاش..)، والمعرفية الإدراكية (انخفاض القدرة على الانتباه والتركيز، تثبيط النشاط الفكري العقلي العميق والتحليلي)، والانفعالية (التوتر، القلق، الخوف، الغضب) والسلوكية (عادة تتعلق بسلوكيات مضادة فجائية ومباشرة لمثيرات الحادث) (باهي مصطفى حسين وآخرون، 2002)، وتحدث بسبب استثارة الأجهزة الثلاث المتعلقة بالمحور ما تحت المهادي-الودي-الأدريناليني، والمحور تحت المهادي-النخامي-الكَظري، والجهاز العصبي المركزي، حيث يحفز الجهاز السيمبثاوي Sympathique قائد الجوق الدفاعي الانعكاسي ليستثير مجموعة من الأعضاء كالجهاز الدوري (القلب والاعوية الدموية)، والجهاز التنفسي (الرئتين والقصبات الهوائية)، والجهاز الطاقوي (الكبد والبنكرياس) بهدف توليد الطاقة، اضافة الى النواقل العصبية كالكاتيكولامين Catecholamine المتمثل في الأدرينالين Adrenaline، والنورأدرينالين Noradrenaline والكورتيزول Cortisol، والأسيتيل كولين Acetylcholine، وعدة مناطق كخلايا نخاع الكظر، والنخاع الشوكي، والهيپوثالاميس، والقشرة الدماغية وبعض أعضاء الجهاز اللمبي، ثم بعد هذه الحركية الطاقوية يبدأ التقييم الأولي الذي اقترحه "لازاروس وفولكمان" عند وضعهما لنظرية التقييم والرؤيا المعرفية التفاعلية للضغوط، ويحدث فيها تقدير للحدث ومختلف المثيرات التابعة له ومصادره، ثم تبدأ المرحلة الثانية حسب "سيلي" وهي المقاومة: يتم فيها اختيار نوع اسلوب المواجهة سواء من خلال المواجهة النشطة أو الهروب، ويتوقف هذا الاختيار على حسب تقديره لطبيعة الموقف او الوضعية الضاغطة، وتقييمه لقدراته وامكاناته ومهاراته للتصدي، ويسمى بالتقييم الثانوي) واثناء هته السيرورة الدينامية تستثار عدة أجهزة أخرى في

الجهاز السيمبثاوي ويثبط الجهاز البراسيمبثاوي Parasympathique لتييح فرصة المواجهة والتصدي لأعضاء الجسم، تضاف الى الدينامية السابقة عدة سيرورات داخلية وخارجية ترتكز أساسا على دور الجهاز اللمبي Système Limbique مركز التفاعل الانفعالي الذي يضم اللوزة L'amygdale cérébrale التي تعطي فقيمة انفعالية لبعض المثيرات، وحصان البحر l'hippocampe

والحاجز Septum اللذين يعدلان السلوكيات المرتبطة باقتراب الخطر، ومعرفة سلوكيات اليقظة، التوتر والخوف والانداز... الخ، والقشرة الدماغية والهيپوثالاميس والغدة النخامية الذين يعتبرون بداية التنظيم البيولوجي، ويستثار بعض النواتج الكيميائية مثل (Corticotrophin Releasing Factors) المنشط للغدة النخامية، (Pull Henri, 2004, pp21-22) ويتبعه نشاط (ACTH) الذي يعتبره "سيلي" (1993) المنبئ عن حالة الاستثارة والضغط التي يتحكم فيها هرمون (ACTH) لاستثارة قشرة الغدة الأدرينالية، هي وضعية تتوقف على قدرة الكائن الحي على حفظ التوازن الدائم لبيئته الداخلية. (عبد المقصود أماني وعثمان تهانى، 2007، ص13) كما يحرر الكورتيزول و(Déhydroépiandrosterone) وتحرر الهرمونات القشرية Corticostéroïdes التي تضم الكورتيزول والكورتيزون لنتج الجلوكوز وتثبط النواقل المقاومة للهستامين Histamine، ويحرر (CRF) ليثبط افراز هرمون Prolactine، كما يتم تحرير نواقل عصبية أخرى (Vasopressine) ليزيد ضغط الدم، ويحفز الكبد على تنشيط الدورة الدموية، والأندروفين لتثبيط الاحساس بالألم، ويثبط نشاط الهرمونات الجنسية ونشاط الجهاز التناسلي والهضمي لإحداث التوازن الداخلي بين مختلف الاعضاء الحيوية.

وتعتبر هذه الاستجابة المناعية النشطة التي يديرها الجهاز الليمفاوي لمواجهة الضغوط بمثابة الاستراتيجيات الفيزيولوجية والنوروعصبية المناعية المدافعة عن العضوية، تتبعها مجموعة من الاستراتيجيات السلوكية، والعقلية المعرفية، والانفعالية. واستمرار التعرض للضغوط يستمر معه هذا النشاط التثبيط الدينامي كما قد يصاحبه تنشيط خاص للوزة والحصين بإستنارات تذكارية لبعض المواقف وطرق المواجهة السابقة، أو لتحيز معرفي تقييمي، واستثارة انفعالات حادة كالغضب والقلق، والحزن والخوف، والاحباط.. وغيرها، ويعمل كل من الأدرينالين على ردود الفعل المباشرة محدثا مجموعة من الاضطرابات كاختلالات القلب والشرابين (الجروح، ارتفاع ضغط الدم، هجمات شوكية، الحبسة...)، والصداع النصفي، واضطرابات هضمية كالاسهال، الأرق واضطرابات جنسية، والحصر (هجمات الهلع، الوسواس القهري)، أما الكورتيزول Cortisol فنشاطه تقدمي تطوري يظهر في حالة الاحتراق النفسي حيث الافراط في تنشيطه يسبب (اضطرابات الهضمية (القرحة، القولون، المغص والامساك)، تسارع الشيخوخة، والاضطرابات الجلدية (الاكزيما) والاكنتاب، واضطرابات الذاكرة، والارق. (Pull, 2004, p24)



هذا ويبقى الجسم والدماغ في طلب مستمر لعناصر الطاقة خصوصا الجلوكوز والأوكسيجين لنشاط الأعضاء والتفكير. ثم يمر المعلم الى المرحلة الثالثة وهي مرحلة الانهاك والاستنزاف الطاقوي: ويصل اليها بعد أن خارت جميع قواه، واستنزفت طاقته، وتحصل بعد مدة مستمرة من التعرض للضغوط لسنوات، ليصل في الاخير الى مرحلة من الانهاك التام، واستنفاد جميع مصادر الطاقة والمواجهة لديه وهنا اذا توفرت بعض العوامل المفجرة للمرض العضوي، أو السيكوسوماتي مع الهشاشة والجروحية العضوية، قد يتم تطور المرض، أو يمر مباشرة الى مرحلة الاحتراق النفسي من دون تطور مرض عضوي، لكن يتم تسجيل معاناة شديدة من التعب، والعياء النفسي والعصبي، والعضوي، والشعور بانخفاض الطاقة، والدوافع مما يتسبب في انخفاض الانجاز العملي والشخصي، كما يتبعه مشاعر من التبلد واللاشخصانية، عبرت عنه Maslach & Jackson بأنه تناذر يتميز بالإنهاك الانفعالي، واللاشخصانية، وانخفاض الانجاز الفردي التي تظهر أمام الموظفين الآخرين". (Truchot, 2004, p13)

وإذا استمرت مرحلة الضغوط من دون أخذ التدابير الوقائية، أو العلاجية تفقد اعضاء الجسم قدرتها على المواجهة والنشاط الفعال، وتبدأ في التراجع مع الوقت الى ان يصل المعلم الى مرحلة الاحتراق النفسي التي تؤثر فيما بعد على أسلوب حياته ونمطها بصورة عامة، و جودة حياته الصحية أكثر بصورة خاصة، وتزيد من معاناته النفسية والجسدية.

ونشير الى أن مدة مرحلة المقاومة تختلف من معلم الى اخر على حسب نمط وسمات شخصيته والتي تضم فاعلية الذات، القدرة على الجلد، والصلابة النفسية، والمرونة النفسية، ومصدر الضبط، والكفاءة الذاتية، والتقبل والدعم الاجتماعي، والسياق العام لمجريات الأحداث الضاغطة، وطرق المواجهة الاستباقية، واساليب الادارة.

2- استراتيجيات المواجهة

1-2- تعريف استراتيجيات المواجهة:

1-1-2- التعريف اللغوي:

المواجهة لفظة مشتقة من الفعل "واجه"، يواجهه، واجهه، بمعنى لقيه وجها لوجه ولقيه مواجهة، (أحمد رضا، 1960. 713) ويقال ينبغي مواجهة الحقيقة أي بمعنى مجابتهها وجها لوجه، واجهه بالحقيقة بمعنى صارحه بها، واجه العدو: صارعه بالقول أو الفعل، جابهه وقاومه، واعترضه مواجهة بالقول أو الفعل.

(مجمع اللغة العربية، 2008)

ويرجع أصل مصطلح المواجهة الى اللفظ الانجليزي Coping المشتق من الفعل "To Cope with" أي "Faire Face à" بالفرنسية أو "Faire Front" (Charson Camilo & al, 2007, p30) والتي تعني التخلص من الوضعية بشجاعة. (Gilles le Gardinal, 2003, p45)

2-1-2- التعريف الاصطلاحي:

نجد العديد من الباحثين الذين تطرقوا الى مصطلح لمواجهة، سواء بصيغته الحالية، أو بصيغ اخرى للإشارة الى نفس المعنى، وبالرغم من اختلاف توجهاتهم ومشاربهم النظرية الا أننا سنحصر في هذا العنصر التعاريف الاصطلاحية الهامة وذلك من خلال الآتي:

ان مصطلح المواجهة Coping يعود الى كل من "لازاروس ولونيني Lazarus & Launier" (1978) حيث عرفها على أنها مجموعة السيرورات التي يستخدمها الفرد حيال الوضعيات التي يدركها أنها مهددة لكيانه ولبينته، بغية ادارتها، أو التحكم، أو التقليل من آثارها على صحته الجسمية والنفسية.

(Paulhan Isabelle, 1992, p545)

ويضع كل من "لازاروس وكوهن Lazarus & Kohen" (1979) تعريف مشابه للتعريف السابق للمواجهة لكن بصورة أكثر شمولية حيث يشمل الجهود المبذولة معرفيا وسلوكيا، للسيطرة، أو تحمل، أو التقليل من الأعباء المرهقة، أو التي تغطي على طاقات الفرد، وهنا إشارة إلى أن المواجهة كل جهد مبذول للسيطرة على الضغط النفسي بشكل عام. (الشرقاوي، 1993، ص183)

ويعرفها كل من "لازاروس وفولكمان Lazarus & Folkman" (1984) في موضع آخر أنها مجموع المجهودات المعرفية والسلوكية المتغيرة باستمرار الهادفة إلى معالجة المطالب الداخلية و / أو الخارجية الخاصة، المدركة أنها مهددة أو تتجاوز إمكانيات الفرد. (Lazarus & Folkman, 1984, p141)

ويتناول "ماتيني وآخرون Matheny & al" (1986) تعريفها من وجهة نظر أخرى حيث يقررون أن المواجهة هي أي جهد صحي أو غير صحي، شعوري أو لا شعوري، لمنع أو تقليل، أو إضعاف الضغوط، والمساعدة على تحمل تبعاتها بأقل طريقة مؤلمة. (يوسفي حدة، 2016، ص 71)

أما "شرويدر وشوش Schroeder & Scheuch" (1990) فيعرفانها أنها مجموعة من العمليات المعرفية، والخبرانية، والسلوكية، والفيزيولوجية، والغددية، والمناعية، والنفسية العصبية التي ترتبط بالمحيط الاجتماعي للشخص المعني في علاقة نشطة متبادلة. (رضوان سامر جميل، 2002، ص169)

وفي ذات الأطار تطرق لها "ستيبو Steptoe Andrew" (1991) موضحا أنها جميع الأساليب التي يتبناها الفرد عند مواجهة مواقف ضاغطة قد تكون طبيعية معرفية، أو انفعالية، وقد تتخذ أشكالا مباشرة، أو تكون على شاكله سلوك تجنبية. (Steptoe A, 1991, p41)

ويعرفها فونتاننا دفيد (1993) بأنها أساليب يمارسها الفرد للتعامل مع الأحداث التي يعيشها، وهي تمثل التدريب الذاتي لتطابق التقييمات المدركة للحدث مع الاستجابة له، وتكون أكثر ايجابية في مواجهة الموقف الضاغط، وعندما تكون التقييمات المدركة صحيحة تجعل تفكير الفرد ومعتقداته أكثر فاعلية، وأقرب للواقعية في مواجهة الموقف الضاغط الذي يواجهه ويعايشه. (فونتاننا، 1993، ص134)

كما يذكر "سبيلرجر Spilperger" أن المواجهة هي أساسا عملية وظيفتها خفض أو إبعاد المنبه الذي يدركه الفرد على أنه مهدد له. (النوايسة فاطمة، 2013، ص 82)

أما حسب Sylvie Angel فالمواجهة سيرورة نشطة Processus actif يقوم بها الفرد لتقدير

ذاته وقدراته الخاصة، ودوافعه، لمواجهة الحياة وخصوصا الوضعية المجهددة و قدرته على النجاح في إدارة استجابته أمام موقف ضاغط يختلف حسب كل شخص: الخبرات الذاتية، التقدير الذاتي لخبراته الشخصية، والدافعية تثير هذه السيرورة النشطة التكيفية،... وهي ميكانيزم نفسي قبل كل شيء يثير استجابات الجهاز الغدي الأصم *Système endocrinien*، يمكن تحسينها بالتعلم، وتكرار نفس المثير الضاغط حتى يتعود على الشدة والاستجابات الهرمونية تتخفف. (Sylvie Angel, 2005, p692)

وبناء على ما تم ذكره سابقا؛ فان استراتيجيات المواجهة هي مجموعة من الأساليب التي تستعمل من قبل الفرد بهدف التكيف مع نواتج التفاعل ما بين الفرد ومحيطه الاجتماعي والمادي، ويشترط في ذلك توفر عنصر التعرض لموقف أو مواقف ضاغطة تؤثر على طاقته وامكانياته وقدرته على التوازن، فهي بذلك مجمل الطرق التي تتضمن استجابة الفرد بغرض تخفيف شدة المواقف الضاغطة سواء كانت داخلية او خارجية، وحل المشاكل والتعايش معها أو معالجتها نهائيا، من خلال مجموعة من الأساليب السلوكية، و/ أو المعرفية، و/ أو الانفعالية سواء كانت ايجابية أو سلبية.

2-2- استراتيجيات المواجهة وبعض المصطلحات:

2-2-1- اشكالية مصطلح "المواجهة":

عند البحث في الأدبيات العلمية الخاصة بنظريات الضغوط واستراتيجيات مواجهتها؛ نجد العديد من المصطلحات التي تناولت أو أشارت الى مصطلح المواجهة *Coping* بمعناها الدقيق أو العام، لتدل على استعمال الفرد لمجموعة من العمليات للتعامل مع الاحداث والمشاكل، والتغلب على الضغوط، وقد طرح كمصطلح حسب نموذج علم النفس الأنا *la Psychologie du moi* الذي يرتبط بعلم النفس التحليلي ومصطلحاته الفرويدية حيث يشكل مفهوم الدفاع وميكانيزماته *mécanismes de défenses* نظام دفاعي أولي لا واعي، اعتبره كل من "Freud. S" (1933) و "Anna Freud" أنه مخفف لشدة القلق والمثيرات الضاغطة، وتختلف آلياته وفقا لنوع الاضطراب، و السوي ينوع نمط الدفاع لديه حسب ما تقتضيه المشكلة، ونميز بين مفهوم المواجهة الذي يطرح بقوة في المجال المعرفي - السلوكي الذي يعتبر أعمق من الدفاع الذي اقترحه "Freud" وابنته حسب مجالهم التحليلي. (Grebot, E & al, 2006, p316)

ويفضل البعض من الباحثون في الادبيات العلمية الانجلوسكسونية تسميتها باستراتيجيات التعامل، أما الأدبيات العلمية الفرانكوفونية نجد استراتيجيات التوافق Stratégie d'ajustement. (Dantchv, 1989, Dantzer, 1989) وأثناء التقصي النظري الذي قامت به الباحثة في مراجع مختلفة وجدت أن المواجهة Coping ترادفها وتقابلها عدة مصطلحات في اللغة الفرنسية مثل Méthode ou style de confrontation طرق أو أساليب المواجهة، و Stratégie de d'adaptation استراتيجيات التكيف، أما في الانجليزية وجدنا: Coping Styles بمعنى أساليب المواجهة، و Ways of Coping طرق المواجهة، ومهارات ادارة الضغوط Coping Mechanisms ، Management Skills بمعنميكانيزمات المقاومة، و Coping reactions بمعنى ردود أفعال المواجهة، أما في اللغة العربية فهناك عدة دراسات تناولت المدلول العام لاستراتيجيات المواجهة بمسميات اخرى كاستراتيجيات مقاومة الضغوط، التوافق، التكيف، اساليب التعامل، والتدبر والتسيير.

ويرجع مصطلح المواجهة Coping الى كل من أعمال "لازاروس ولونبي Lazarus et Launier" (1978) حيث عرفها على أنها مجموعة السيرورات التي يستخدمها الفرد حيال الوضعيات التي يدركها أنها مهددة لكيانه ولبنيته، بغية ادارتها، أو التحكم، أو التقليل من آثارها على صحته الجسمية والنفسية. (Paulhan Isabelle, 1992, p545) ثم عرفت البحوث تطور حول هذا الموضوع والمتعلقة بالنظرية التفسيرية للروابط الموجودة بين الحوادث الضاغطة ونتائجها مثل: الحصر، والاكتئاب، والمعاناة النفسية والتظاهرات الجسدية في أعمال كل من Billings & Moos (1981, 1984) Coyne, Aldwin & Lazarus (1981), Endler (1988), Endler & Parker (1990), Pearlin & Mariage,) Lazarus (2000, 2002) و Schooler (1978), Ray, Lindop & Gibson (1982) (2001, p47) حيث اختتمت جميع الدراسات فيما بعد بالجانب التفاعلي ما بين الجانب المعرفي والسلوكي والبيئة التي تمثل السياق الذي يتوفر فيه الفرد ومحددات الموقف الضاغط، ثم طور الاتجاه التكاملي الذي يضيف أصحاب التوجه التفاعلي بعض المعايير كسمات الشخصية والحالة الصحية خصوصا بعد ظهور التوجه الجديد لعلم النفس الايجابي، وظهرت عدة مصطلحات حديثة كالصلابة، الجلد، المرونة النفسية، التمكين النفسي، والتهبؤ أو المواجهة الاستباقية ... وغيرها.

2-2-2- المواجهة وبعض المصطلحات:

❖ ميكانيزمات الدفاع *Mécanismes de défense*:

تمثل ميكانيزمات الدفاع حسب كل من "Laplanche et pantalis" أنماط مختلفة من العمليات التي يمكن للدفاع التخصص فيها، وتتنوع الآليات السائدة الاستعمال حسب نمط الإصابة موضوع البحث، والمرحلة التكوينية ودرجة ارضان الصراع النفسي. (Laplanche & pontalis, 1981, p148) ويعتبرها DSM IV سيرورات نفسية آلية، وظيفتها حماية الفرد من القلق، أو ادراك الخطر، أو عوامل الضغط الداخلية أو الخارجية، وهي عموماً لا واعية. (Perry Christopher & al, 2004, p6) اقترحها "Freud. S" (1926) الذي صنفها كمفهوم نموذجي لـ نظرية التوجه الكلي التحليلي، ويميز بين عدة ميكانيزمات دفاعية، لكنه في الأخير يقر بأنها ترتبط بقاعدتين أساسيتين هما ضغط الصراع القمعي بين أركان الجهاز النفسي، والتماهي. (Krohne, 2001). وصنفها "Anna Freud" (1936) إلى:

✓ حيل دفاعية سوية: تساعد الفرد في حل مشاكله.

✓ وحيل دفاعية فغير سوية: لها علاقة مع الاضطرابات النفسية،

وتعتبر "آنا فرويد" أن الدفاع مولد للمرض النفسي. ويمكن التمييز بين عشر أنواع للدفاع هي الكبت، والنكوص، والتكوين العكسي، والالغاء، والعزل، والاسقاط، والاسترجاع، والاجتياف، والنقلة المضادة والاعلاء او التسامي.

وتعمل هذه السيرورات اللاواعية حسب "Haan" (1977) ، و "Vaillant" (1971) و "Lonescu & coll" (1997) على خفض، أو الغاء الآثار غير المرغوبة الناجمة عن المخاطر الحقيقية أو الخيالية بتعديل الواقع الداخلي و/أو الخارجي، وعليه تغيير التظاهرات السلوكية، والفكرية، أو العاطفية - التي يمكن أن تكون واعية أو لا واعية. (Perry, JChristopher., 2004, p6)، ويقترح "Vaillant" فرضية انقسام ميكانيزمات الدفاع الى أربع أشكال:

✓ دفاعات ذهانية: وتضم الاسقاط الهذيانى، الالتواء، الانكار الهذيانى.

✓ دفاعات غير ناضجة: تضم الاسقاط، الخيال الفصامي، الوسواس المرضي، العدوانية السلبية، التطرف والانفصال.

✓ دفاعات عصابية: تضم الكبت، التحويل، التكوين العكسي واخيرا العزل.

✓ دفاعات ناضجة: تشمل الاثار، الدعابة، القمع، الجنس والتسامي.

وحاول كل من "Hann & Vaillant" التمييز بين ميكانيزمات الدفاع التي تتدرج ضمن المنحى السيكودينامي أو ما يطلق عليه بـسيكولوجية الأنا لـفرويد، واستراتيجيات المواجهة التي طورها كمفهوم ونظرية كل من "Lazarus" (1966)، و "Folkman" (1984) في المجال المعرفي-السلوكي- البيئي التفاعلي، وكانت اهم الفروقات موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (02) يوضح الفروق بين استراتيجيات المواجهة، وميكانيزمات الدفاع وفقا لـ "hann , Vaillant"

استراتيجيات المواجهة	ميكانيزمات الدفاع
✓ عملية شعورية.	✓ عملية لا شعورية
✓ صادرة عن رغبة واردة الفرد.	✓ تولد أكثر الأعراض المرضية.
✓ يتفطن الفرد لها.	✓ جامدة.
✓ أكثر توافقية	✓ متصلبة.
✓ مرنة، هادفة وواقعية.	✓ موجهة نحو الانفعال بدل التوجه نحو المشكل
✓ تستجيب لمطالب البيئة والتفضيلات الشخصية للفرد.	✓ لاعقلانية
✓ موجهة نحو المستقبل	
✓ تتيح للفرد التعبير عن انفعالاته ومشاعره.	

(طه وسلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص87)

ومن جانب أخرى أكدت "Hann" (1977) أن استراتيجيات المواجهة عادة ما تتسم بالمرونة، والتوجه نحو الواقع وشعورية، تختلف وتتغير حسب متطلبات الموقف، وموجهة نحو الواقع، داخليا أو خارجيا، وظيفتها تسمح للفرد لتسيير وتخفيض حمل الضغوط، وتختص بالمشاكل الآنية الحالية، وعلى نقيضتها نجد ميكانيزمات الدفاع الخاضعة لدينامية لا شعورية تتسم بالصلابة، واللاشعورية، وترتبط بالصراع النفسي الداخلي القديم بين اركان الجهاز النفسي وأقطاب مركبات الشخصية، ضعيفة المقاومة وغير مخطط لها، غير قابلة للتغيير، وتشوه الواقع، وهي مرضية أكثر منها آلية للحد من الضغط والقلق.

❖ مهارات ادارة الضغوط Management Skills:

يشير مصطلح مهارات ادارة الضغوط Management Skills الى مجموعة من الأساليب البرامج والتقنيات التي يستخدمها الفرد لتسيير الضغوط التي يحتمل التعرض لها او تمت معاشتها، بهدف التخفيف من حملها أو التغلب عليها، أو التعايش معها، وبالرجوع الى مختلف الأدبيات والبحوث العلمية التي تناولت الموضوع نجدها تخلط بين ادارة الضغوط واستراتيجيات المواجهة أو أساليب التعامل، وتعتبرهما نفس الشيء، خصوصا الدراسات الفرنكوفونية التي لا نجد فيها ما يقابل مصطلح Coping المواجهة، ويعوضونها ب Stratégies d'ajustement أو confrontation، أو la Gestion du stress هته الاخيرة التي تقابلها باللغة العربية تسيير وتدبر الضغوط، وهي كلها مصطلحات تتحدر ضمن الهدف الاساسي هو التكيف L'Adaptation، ويرتبط التكيف بالمعنى البيولوجي والفيزيولوجي والتفسيرات النوروعصبية لتحقيق التوازن الداخلي للجسم، أما استراتيجيات المواجهة فهي ذات المنحى معرفي سلوكي انفعالي تفاعلي، في حين نجد ادارة الضغوط أو تسييرها ذو بعد مهني اداري متعلق أكثر بفتيات وتقنيات الادارة في مجالات العمل، ويقر "Luthans" (1992, p413) أن اغلب استراتيجيات المواجهة فردية تمثل كفتيات واساليب يستعملها الفرد للتعامل مع الضغوط التي حدثت فعلا، في حين مهارات ادارة الضغوط تشمل البرامج والتقنيات التي تقدم بشكل عام للأفراد، أو لمجموعات معينة تشترك في أحداث أو وضعيات ضاغطة، ومن المعروف ان تعلم مهارات ادارة الضغوط يكون من خلال اعداد برامج وورشات للعمل، ودورات تدريبية. (Taylor, 1999, p230)، كما تؤكد كل الحوث التي اجريت في مجال أساليب ادارة الضغوط المهنية أنها تدعم الانشغال على المستوى الفردي، ووجود ما يسمى بالمنهج الذاتي في مواجهة الضغوط، الذي يقوم مفهومه على أنه ينبغي على الفرد مواجهة الضغوط فرديا من خلال التصدي الى الجزء الأكبر من مسؤولية ادارة الضغوط بنفسه، لذلك فاننا في أغلب البرامج المصممة لذلك غالبا ما تتضمن في جدول أنشطتها ادراج تعليم مجموعة من التقنيات والتي تساعد على التعامل والمواجهة بنفسه، ونقف فاعليتها ومدى نجاحها على قناعة الفرد ورغبته وعزمه في التخفيف والحد من معاناته بسبب الضغوط. (مكتبة البخاري، دس، ص150) ويرى البعض من الباحثين أن ادارة الضغوط Stresser Management تهدف الى خفض مصادر الضغوط، وزيادة أساليب المواجهة، وهي استراتيجيات مواجهة مباشرة لإحداث تغيير في الوضعيات الضاغطة، بواسطة تخفيف مطالب البيئة

الداخلية والخارجية وترتكز ادارة الضغوط على ادارة ردود الفعل الصادرة عن الفرد، من خلال عدة مهارات وفنيات للتعامل والمساندة التي تدعمها التغذية الراجعة والتمارين المنتظمة، كما تتيح له امكانية ادارة ردود الفعل ان لم تكن لديه التهيؤ للمواجهة، أو القدرة على التعامل أو تجنبه الحادث، وتغير مهارات ادارة الضغوط ردود الفعل الفيزيولوجية، والانفعالية، والمعرفية والسلوكية اتجاه الموقف بدلا من تأثيرها المباشر في الحادث، أو تغييرها في مصادر الفرد لمواجهة الضغوط. (طه وسلامة حسين عبد العظيم، 2006 ص 76)

❖ التهيؤ للمواجهة أو المواجهة الاستباقية *Proactive coping*

يعتبر اول من تطرق الى هذا المصطلح "أسبينوال وتايلور" "Aspinwall. & Taylor." (1997) وهما من أثارا نظرية المواجهة الاستباقية *Proactive coping* أو التهيؤ المستقبلي لمواجهة الضغوط التي تشير الى امكانية تحديد المصادر المحتملة للضغوط في وقت مبكر، واتخاذ الاجراءات الوقائية. ويعتقد "Schwarzer & Taubert" (2002) أن المواجهة الاستباقية هو عملية تحديد للأهداف وتنفيذها مثل الميل الشخصي والقدرة على التحضير لتحديات الحياة المستقبلية، ويقترح "Greenglasse" (2002) أن التهيؤ للمواجهة متعدد الأوجه واستراتيجية مواجهة مستقبلية اذا اقترنت بالتخطيط والهدف المستقبلي ووضع استراتيجيات ثم ادارة هذه الحياة الشخصية التي سوف تكون عملية التنفيذ قادرة على الاندماج، وباختصار يمكن أن يساعد التعامل الاستباقي الافراد على الاستمرارية ومتابعة تحقيق الأهداف الشخصية. ويمكن للتنبؤ الاستباقي من تنبؤ نتائج ايجابية مسبقة، وتعزيز الصحة والرفاهية، لأن التهيؤ للتعرض الاستباقي حسب أصحاب هذا التوجه قدرة وسلوك تدييري وقائي في آن واحد، قد تكون باستخدام مجموعة من الاستراتيجيات المواجهة الاستباقية لتنفيذ الوقاية، وتخفيف الآثار العلاجية المختلفة، ويمكن أنها تساعدهم على وضع وتحقيق الأهداف، وبالتالي التخطيط المبكر للمستقبل واتخاذ اجراءات عملية.

(Lee & al, 2014, p1766)

ويقترح "Aspinwall. LG & Taylor. SE" (1997) وجود خمس مراحل للتكيف الاستباقي:

- تراكم الموارد، - التعرف على العوامل الضاغطة المحتملة، - التقييم الأولي، - جهود التأقلم الأولية،
- وأخيرا، استخدام ردود الفعل بشأن الجهود الأولية، وتلعب الفروق الفردية والمهارات والموارد الضاغطة دور في كل مرحلة، وتهتم بالتوقعات الفردية التي يتيحها التعايش الاستباقي وأهمية فهم كيفية تجنب

الأخرين لمستويات الضغوط المحتملة وتعويضها. (Aspinwall & Taylor, 1997, p417) ويعتبر موضوع التهيؤ لمواجهة الضغوط في العمل حديث النشأة مقارنة بالمواجهة Coping التي اشار لها "Lazarus" (1966) و "Folkman" (1984) و "Moos" في عدة أبحاث له، أما التهيؤ للمواجهة فقد عامل عليها كل من "Aspinwall & Taylor" (1997)، ثم "Greenglass & Schwarzer" (2002) المهتمين بالصحة النفسية وعلم النفس الايجابي، وهي استراتيجيات وقائية أولية احتمالية مقارنة باستراتيجيات المواجهة التي تحدث سيرورتها بعد وقوع الحدث، لأنها استعدادات تهيؤ لحل المشاكل بعد التنبؤ مباشرة بحدوثها بشرط قبل وقوعها، على عكس المواجهة، والتهيؤ للمواجهة يكون أكثر في المجال المهني كقدرة العامل على استيعاب الأوضاع الضاغطة في المجال الادراكي باستعمال ما يتناسب ومقدار التهديد الضاغط، والاساليب المعتاد استعمالها في المواجهة للتغلب على الاوضاع السيئة السلبية والتكيف معها. ومن بين استراتيجيات المواجهة الاستباقية نجد: حسب "Greenglass Esther" سبع اشكال صاغها في قائمته: التهيؤ للمواجهة، التأمل للمواجهة، التخطيط الاستراتيجي، المواجهة الوقائية، البحث عن الدعم الواسلي، البحث عن الدعم الوجداني وأخيرا التجنب. (الحسين فايز خليف، 2015، ص392)

❖ التحصين ضد الضغوط النفسية Stress Inoculation:

التحصين ضد الضغوط النفسية مصطلح مأخوذ من العلوم الطبية، وهو يسعى لإعطاء المريض احساس بالسيطرة على مخاوفه عن طريق تعليمه مهارات متنوعة لمواجهةها، وتعزيز سلوكيات مرغوبة ومنع انتكاسه الى سلوكياته المرضية السابقة. (النوايسة فاطمة، 2013، ص80)

ويعتبر أسلوب التحصين ضد الضغوط النفسية تقنية علاجية ضمن العلاج للتعديل السلوكي المعرفي الذي طوره "ميكنبوم D. Meichenbaum" (1995) يتم فيه تصحيح التشوهات المعرفية بإعادة تنظيم "النولوج الذاتي -حديث الذات Self-Talke-" الذي يسمح بتعديل السلوك المعرفي فيما بعد، والتعريض التدريجي لمواقف الضغط من خلال الاشارات المنفر أو الاجرائي وتقديم ارشادات مباشرة والتكرارات السلوكية، والتدريب على حل المشكلات والتحصين ضدها. (فايد حسين، 2005، ص97)، ويهدف من العملية العلاجية الى تعديل السلوك المعرفي من خلال التدريب على التعلم الذاتي لإعادة البناء المعرفي بانتهاء مجموعة من الخطوات تقوم على:

❖ تقديم شروحات لمفهوم الضغط النفسي وما ينتج عنه من انفعالات، وأفكار وردود الفعل الفيزيولوجية المستثارة.

❖ التدريب على استعمال الاساليب السلوكية والمعرفية أثناء الجلسة لتمرينهم على مواجهة الضغط.

❖ التوجيه والتحفيز لتطبيق اجراءات العلاج ومهاراته في المواقف الحياتية اليومية فعليا بالتركيز

على اعادة ضبط وتعديل الحوار الذاتي الداخلي والتعزيز, (فايد حسين، 2005، ص95-96)

ويقوم اسلوب التحصين ضد الضغوط في العملية العلاجية على ثلاث مراحل:

✓ **مرحلة التعليم:** تمثل المرحلة الاولى ويؤكد البعض من الباحثين على غرار "Cottraux"

(2011) على ضرورة تزويد الفرد بتصور عن ردود افعاله حيال وضعيات الضغط، ليساعده على بلورة

رؤية واضحة وجديدة تتسم بالعقلانية والمنطقية حول المشكل، ليتمكن من معرفة كل الافكار التي تسببت

له في تلك الوضعية التي تستثير وتنشط الجهاز العصبي المستقل، وتحليل النواتج، والانفعالات المرتبطة

بالغضب، والقلق والاكتئاب. والتركيز على مساعدته لضبط الاستثارة الداخلية الفيزيولوجية لديه، وتغيير

حواره الذاتي الداخلي الذي كان يردده اثناء مرحلة معايشة الضغوط.

✓ **مرحلة التكرار:** يزود فيها الفرد بأساليب مواجهة الضغوط وتقديم شروحات كافية حول الجوانب

المعرفية ليدرك الحوار السلبي.

✓ **مرحلة التدريب التطبيقي:** وهي اخر مرحلة في العملية العلاجية يدرب فيها الفرد ليكتسب

تقنيات العلاج ومهارات مواجهة الضغوط الصحيحة. والوصول الى التعاقد السلوكي الذي يبلغه بعد

التعاقد الذاتي وتنظيم ذاته من دون تدخل الاخرين، وتوجيه تعليمات للذات "الضبط الذاتي".

وقد بين "ميكنبوم" (2001) في كتابه "تعديل السلوك المعرفي" انه بالرغم من ان الدراسات

النفسية الاجتماعية التي تناولت الضغط النفسي لم تتعرض للتوضيحات الذاتية لكنها تشير الى كيفية

استجابة الفرد للضغوط متأثرة كثيرا بما يشعره من اثاره، ومتأثرة بالكيفية التي يقوم بها بالاستجابة، وقدرته

على الجلد والمواجهة، فالضبط الذاتي والقدرة على المواجهة تؤثر في سلوك الفرد وردود افعاله

الفيزيولوجية، وهي مؤشرات دالة عن استخدامه لأساليب المواجهة التي درب عليها.

(الخياط ماجد محمد والسليحات ملوح مفضي، 2012، ص6)

مما سبق نستشف أن التحصين ضد الضغوط هو أسلوب علاجي يندرج ضمن العلاج المعرفي السلوكي الذي اقترحه "ميكنبوم"، يقوم على مجموعة من التقنيات التي تتضمن منها التدريب على اساليب المواجهة المعرفية والسلوكية في مرحلة التكرار والتدريب التطبيقي كالتعلم على التخطيط ووضع المخططات للتعامل مع المشاكل المسببة للضغط، والمواجهة المباشرة المتدرجة، وحل المشكلات واعداء التقييم المعرفي، بواسطة اسلوب المنولوج الذاتي، والاسترخاء مع التنفس العميق. كما ان اسلوب التحصين ضد الضغوط أشمل ويعتمد على تبني بعض الاشكال الايجابية للمواجهة، أو التعامل مع الضغوط بصورة شعورية، وهو اسلوب تدريبي لتعليم بعض اساليب للمواجهة وليس كلها.

2-3- المقاربات النظرية المفسرة لاستراتيجيات المواجهة.

تنوعت المقاربات النظرية التي تطرقت الى مفهوم المواجهة سواء بصورة مباشرة لنفس المصطلح، أو في اشارة الى مصطلحات مرتبطة بصورة غير مباشرة، وعلى العموم نجد مجموعة من النماذج تختلف حسب التناول الكرونولوجي حيث ينطرق التناول التقليدي الى النموذج الحيواني والتحليلي أو ما يدعى بنموذج بسلوكية الانا، ونموذج سمات الشخصية، أما بالنسبة للتناول التفاعلي حيث يشمل اعمال مجموعة من الباحثين الذين دعوا اليها، وسنحاول التطرق اليها كالاتي:

2-3-1- المقاربة التقليدية للمواجهة:

أ- الأنموذج الحيواني:

يقر أصحاب هذا النموذج ان مفهوم المواجهة الفعلي يقتصر على الاستجابات السلوكية الفطرية، أو المكتسبة، المستخدمة عند مواجهة الخطر، (Bruchon-Shweitzer & Dantzer, 1994, p101) وبالتالي يوجد صنفين فقط من الآليات التكيفية لدى الفرد في حالة التهديد الحيوي، وهي باختصار:

❖ ميكانيزمات تجنبية أو هروبية تستخدم في حالة الخوف.

❖ وميكانيزمات هجومية أو المواجهة تستخدم في حالة الغضب.

ويعتبر "دانتزر" (Dantzer) (1989) أن "البقاء على الحياة La Survie" المعيار الاساسي

لنجاح المواجهة عند الحيوان حسب أصحاب هذا النموذج، (Paulhan, 1992, p546) سواء من خلال

التحكم أو خفض النشاط الفيزيولوجي، الامر الذي يحول عن فهم الاستراتيجيات الاخرى المصنفة ضمن استراتيجيات المواجهة.

ب- الأنموذج التحليلي أو سيكولوجية الأنا:

بالرجوع الى التناول الكرونولوجي للمصطلحات نجد أن مفهوم المواجهة الحديث نسبيا له امتداد بمفهومين سابقين له هما:

❖ المواجهة واليات الدفاع les Mécanismes de défense

❖ المواجهة والتكيف l'Adaptation

وقد كرس اصحاب النظرية التحليلية وعلى رأسهم "فرويد Freud. S" منذ البدايات الأولى على تحديد، وفهم ما يعرف حاليا بأشكال المواجهة لكن بمنظور خاص به تمحور حول الميكانيزمات اللاشعورية Mécanismes inconscients، والتي أطلق عليها فيما بعد وسائل الدفاع الأولية، وافترض لأول مرة في سنة (1894) مفهوم خاص للدفاع defense، حيث اقترح فيما بعد أنه تسمية عامة لكل التقنيات التي يستخدمها الأنا لمواجهة الصراعات Conflits المحتملة التي يمكن أن تؤدي الى العصاب. أما ابنته "أنا فرويد Anna Freud" وسعت مجال وظائف الدفاع لتشمل كافة الانفعالات والمثيرات المهدة للمحيط. (رضوان سامر جميل، 2002، ص162)

وحسب "فرويد" فان عجزت أو فشلت الانا عن توظيف ميكانيزمات الدفاع لحل الصراعات القائمة بينها وبين ومختلف الاجهزة الاخرى فانه يتطور اما العصاب أو الذهان حسب بنية الفرد. ويفترض أن يكون القلق هو العنصر المثير لاستثارة ميكانيزمات الدفاع بغية خفض مستوى الاستثارة او ازالة كل ما يستثير الضغط والقلق، ومن ثم تحقيق التوازن داخل الجهاز النفسي، بعد ان حدث خلل بين المطالب والنزوات الغير مشبعة، مما ينجم عنها تطور الصراع (التهديد الداخلي) داخل اركان الجهاز النفسي. الامر الذي يستدعي تدخل وحدات دفاع الأنا التي تشبه المواجهة، وتعرف انها مجموعة من العمليات المعرفية اللاشعورية غايتها تعديل السياقات اللاشعورية، وتسيير الضغط، وتخفيف مستوى القلق ومن ثم وطأة الصراعات الداخلية.

وحسب "Paulhan & Bourgeois" (1995) المواجهة عند اصحاب هذا التيار تتصل بدفاعات الانا خصوصا "الانكار" الذي وصفه "فرويد" بالميكانيزم الذي يرفض به الفرد ادراك الواقع ويحدث عند عدم استطاعته على الهروب أو مواجهة مصدر التهديد، (شويخ هناء أحمد، 2007، ص62)، اضافة الى "العقلنة Rationalisation" التي تعتبر تبرير منطقي لكنه يتضمن تحايل واخفاء غير واضح للفرد الذي يستعملها، فحقيقة الأجزاء (اللاعقلانية واللاشعورية) لبعض القضايا الخاصة بسلوكاته، واحاسيسه، لأن الاجزاء الحقيقية لا يمكن التعرف عليها من دون حصر (Ionescu Serban & al, 2003, p24)، كما بينت ابحاث "Vaillant" (1977) أن دفاعات الأنا غرضها تخفيف اثار القلق الناجم عن الصراع من خلال "ميكانيزم الانكار" حيث يكون الفرد فيه واع بكل ما يحدث في عالمه الخارجي لكنه ينفي بعض أجزائه خصوصا تلك المسببة لتجنب اعادة إحياء الصراع، أو بتوظيف "ميكانيزم العقلنة" الذي يعتمد فيه على التفسير المنطقي والعقلي لمجريات الصراع، أو استعمال "ميكانيزمات أخرى كالعزل Isolation" الذي يتم فيه عزل الفكر عن تفسير وفهم الموضوع الاساسي لب الصراع، والاقرار بعدم القدرة على اعطاء تفسيرات أو فهم واضح لمجريات ما يحدث خلال تلك الفترة.

ان ما يؤخذ على هذا النموذج هو اقتصار تفسيراته على الجانب اللاشعوري في منحاه الجنسي، واعتبار اساليب المواجهة مجرد انظمة دفاعية تقتصر غايتها على تقليل حدة الضغط والقلق الناجم عن صراع المثيرات الخارجية التي تغطي على دفاعات الأنا وتخل انظمة الجهاز النفسي، أو تحقيق التوازن الانفعالي لا غير، دون اي اعتبار لأساليب المواجهة القائمة على التفسير المنطقي للجانب الشعوري، أو تلك المعرفية أو حل المشكلات.

ج- أنموذج سمات الشخصية:

ينطلق اصحاب هذا الأنموذج الذي ينضوي تحت المقاربة الدفاعية من فرضية اساسية مفادها أن المواجهة ما هي الا سمة من سمات الشخصية Trait de personnalité، والسمات الثابتة في الشخصية تهيئ الفرد الى مواجهة الضغوط بصورة معينة، فمثلا الصفات التالية: كانعكاس الحساسية حسب "Byrne" (1961) تمثل ميزات ثابتة في شخصية الفرد، أو الحتمية "Wheaton" (1983)، أو التحمل بالنسبة لـ "Kobasa, Maddi & Khan" (1982)، وقد أكدت عدة دراسات على غرار ابحاث

"Folkman & al" (1986) و "Cohen & Lazarus" (1979) أن المقاييس المعتمدة في قياس سمات الشخصية ما هي الا مجرد محددات ضعيفة تنبئ عن استراتيجيات المواجهة المستعملة، وذلك بسبب مجموعة من الأدلة، يمكنها أن شرحها فيما يلي:

❖ الطبيعة المتعددة الابعاد لسيرورة المواجهة الحالي *La nature multidimensionnelle*

du processus actuel de coping: وهي تشير الى الوضعية التي يتواجد عليها الفرد مع نمط مصادر الضغط التي يتعرض لها وقدرته على المحافظة على تكيفه العام، وتوازنه الانفعالي، والاسري والاجتماعي، وبناء علاقات اسرية تفاعلية مع الاخذ بعين الاعتبار قدراته الشخصية وامكاناته المادية فمثلا حالة الاصابة بمرض عضوي، المريض يستلزم عليه مواجهة مختلف مصادر الضغوط: الالام، العجز، الشروط الاستشفائية، وفي نفس الوقت يجب عليه المحافظة على توازنه العاطفي، وصورة الذات الراضية، مع مراعاة مصادره المادية، وعلاقات حسنة مع الأسرة، وهذه المصادر المتعددة الاهتمامات ضرورية تتطلب توظيف استراتيجيات مواجهة جد متنوعة ومتعددة الابعاد، ولا يكفي التنبؤ عنها باستخدام مقياس احادي البعد مثل المقاييس الخاصة بسمة معينة.

❖ الطابع المتحرك المتغير لسيرورة المواجهة *Le Caractère mouvant, changeant du*

processus de coping: في هذه الخاصية بالمواجهة يتبين لنا أنه من الاجحاف ان نتبنى رؤيا ثابتة لاستراتيجيات المواجهة، لأنها في دينامية متفاعلة ما بين السياق الوضعي العام الذي ظهرت فيه مصادر الضغط، والواقع الذي يتواجد فيه الفرد، واستعماله لعدد من استراتيجيات المواجهة كالمعرفية التي تهدف الى فهم الأفكار الخاصة بمصدر الضغط، وتقويمه ومن ثم التقليل من حدة الضغط، ونجد استعمالها اكثر في المواقف التي لا يمكن التحكم فيها كالموت، الاصابة بمرض معين نادر او خطير، وقوع حوادث مرور وكوارث ... الخ، أما استراتيجيات المواجهة السلوكية فهي تقوم على مبدأ اساسي وهو البحث عن حل للمشكل، وهي تستخدم في الوضعيات التي تكون فيها امكانية ايجاد حلول للوضعيات الضاغطة وارد بعد استعمال استراتيجيات معينة كإيجاد حلول ومقترحات لبعض الازمات المادية بالتوظيف في مرتبة جيدة، أو ايجاد حلول للتعايش مع مرض مزمن كالسكري. ويؤكد كل من "لازاروس وفولكمان" (1984) ان سمات الشخصية معيار غير كاف للتنبؤ بأساليب المواجهة ضد الضغوط المستعملة من طرف الفرد، مما يحيلنا للاهتمام بـ "ماذا يفعل؟" أكثر "مما يكون؟"

اذن فمفهوم المواجهة يتضمن في الحسبان أحيانا التنظيمات الشخصية الثابتة (المصادر) والأشكال السلوكية الفعلية في مختلف وضعيات الضغط (الاستجابات). (Paulhan, 1992, p547-548)

2-3-2- المقاربة التفاعلية للمواجهة:

مما لا شك فيه ان المقاربة المعرفية التفاعلية هي المرجع القاعدي في تفسير الضغوط واستراتيجيات المواجهة مع المواقف، ونجد ثلاث نماذج اساسية نذكرها فيما سيلي:

أ- أنموذج نظرية التعاملات التقييمية "لازاروس وفولكمان Transactional appraisal processes Lazarus & Folkman"

ويعتمد هذا الأنموذج على تطوير الأبحاث النظرية المعرفية للضغط والمواجهة Stress and coping التي تعتبر القاعدة الاساسية لكل الأبحاث الموالية التي تطرقت الى معالجة الضغط النفسي والمواجهة، ويرجع الفضل فيها الى "Lazarus" (1966) عند اعطائه أهمية للتفسيرات المعرفية للمواقف الضاغطة، وتقييمها من حيث نوع مصادرها، وخصائصها التهديدية، وسيرورة عملياتها، وقدراته على التفاعل مع محيطه الداخلي أو الخارجي ومثيراتها، والأساليب المتبعة لمواجهة الضغوط وكيفية حدوثها، لذلك يشير في تعريفه للضغط بالظرف الداخلي أو الخارجي يسبب للفرد اعباء ومتطلبات قائمة، ويهده ويعرضه للخطر بشكل أو بآخر. (القدافي محمد رمضان، 1998، ص115)

اما المواجهة حسب تعريفها فهي تشير الى مجموعة من الأساليب التي تتصدى للمثيرات والمتطلبات البيئية الداخلية والخارجية. والفرد عندما يعجز عن استخدام الاستراتيجية المناسبة اثناء عملية المواجهة يقع ضحية للضغط النفسي نظرا لطريقة ادراكه وتقييمه لموضوع الموقف الضاغط، وطريقة ردود افعاله نحوه التي تمثل استراتيجيات المواجهة. ولتوضيح سيرورة الضغط والمواجهة أكثر سنتناول مراحلها بشيء من التفصيل فيما يلي:

عند التعرض لحوادث ضاغطة ستكون هته السيرورات إما داخلية أو خارجية، بحيث يقصد بالداخلية ما يحدث من تغيرات وردود فعل للعضوية، أما الخارجية فهي التي تظهر على شاكلة سلوكيات يمكن ملاحظتها، ونبدأ بالمرحلة الأولى وهي:

❖ **مرحلة التعرض للموقف الضاغط:** قد تكون المواقف الضاغطة داخلية تتبع من داخل الفرد وتتشكل من طرق ادراكه للعالم الخارجي، أو قد تكون خارجية تشمل الاحداث التي يصادفها في بيئته المحيطة.

❖ **مرحلة التقييم المعرفي:** حيث يمثل التقييم المعرفي مفهوما مركزيا في هذا التوجه التفاعلي، ويتم فيه تقدير الخصائص المعرفية المتداخلة مع دينامية الضغوط المتفاعلة بين الفرد وبيئته، وما تحله هته الضغوط من حدة، وتهديد، وتحدي وامكانية الاستجابة لها، ويقوم على نمطين اساسيين، حسب النظرية التفاعلية لـ "لازاروس وفولكمان" (1984) هما:

✓ **التقييم الأولي:** فيه يتعرف الفرد على الموقف الضاغط ويحدد عناصره، وشدة مستوى تهديده، والسياق العام الذي يتواجد فيه الفرد اثناء حدوث الموقف، معتمدا في تقييمه هذا على نضج قدراته واسلوبه المعرفي، وخبراته الشخصية. (بخلف، 2001، ص52) ويختلف هذا التقييم من ايجابي الى سلبي حسب ما يحمله من مثيرات، وما يخلفه من آثار قد تفوق امكاناته وقدراته على مواجهتها في حالة التقييم السلبي، اضافة الى بعض خصائص الشخصية والمعتقدات العامة، والخاصة التي تدرج ضمن مركز الضبط الذي يصنفه "روتر Rotter" (1966) الى صنفين مركز الضبط الداخلي فيه يعزى الفرد اسبابه الى عوامل داخلية، أو مركز الضبط الخارجي الذي يعزى فيه الى عوامل خارجية وقوى تفوق قدراته الشخصية، تتحكم فيها البيئة وعناصرها المتفاعلة، ويحدث هذا التقييم بشكل سريع وتلقائي ومؤقت، وفيها الفرد يركز على معنى الحدث والوضعية الممكنة اتجاهه. (Lewis, 2001)

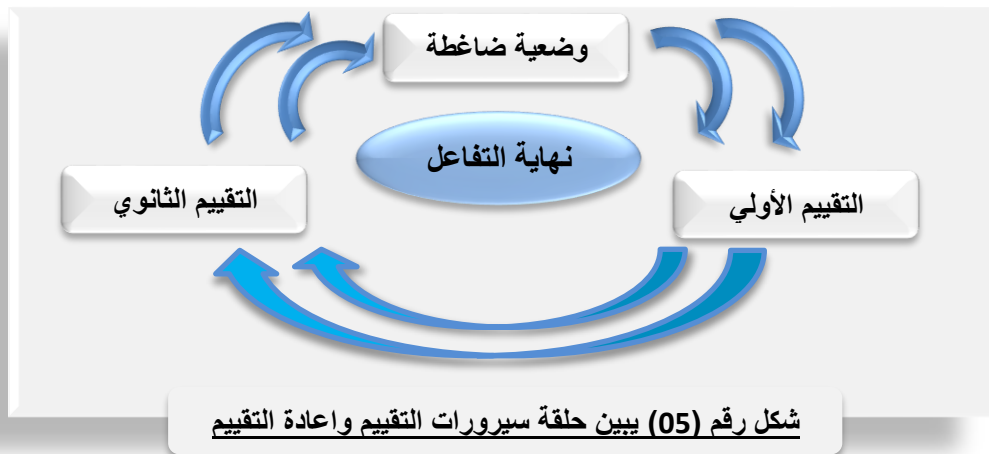
✓ **التقييم الثانوي:** فيه يتم تقييم الاجراءات والاساليب التي يتبناها لاختيار نوع استراتيجية المواجهة التي يمكن اتباعها حسب الامكانات والقدرات المتاحة لدى الفرد للتعامل مع مثيرات الموقف الضاغط، وهذا التقدير لأنواع مهارات المواجهة حسب "لازاروس" (1999) يهيئ علاقات الافراد، ليس بالضرورة بعد التقييم الاولي للضغوط. لكن هذا التقييم يختلف حسب المدخلات الذاتية للحدث الضاغط (التقييم الاولي) وطرق ادراك الفرد لمصادرها والتصدي لها (التقييم الثانوي). (Matthieu. MM, Ivanoff. A, 2006, p342) وهي عملية معقدة تتداخل فيها المكونات المعرفية للفرد، ومتطلبات الحدث الضاغط، والنتائج الدينامي عن تفاعل عناصر الحدث والبيئة وسياقه العام، ليتحدد نمط المواجهة الممكنة. وحسب "ماك كراي Mc Crae" (1984) تمر مرحلة التقييم الثانوي بثلاث مراحل فرعية اساسية، وهي:

م "أ": يحدد فيها الفرد امكانياته، وما يمكنه فعله للمواجهة.

م "ب": يضع تصور لأنماط المواجهة الممكنة.

م "ج": يحدد فيها الآلية الأكثر ملاءمة حسب ادراكه للحدث.

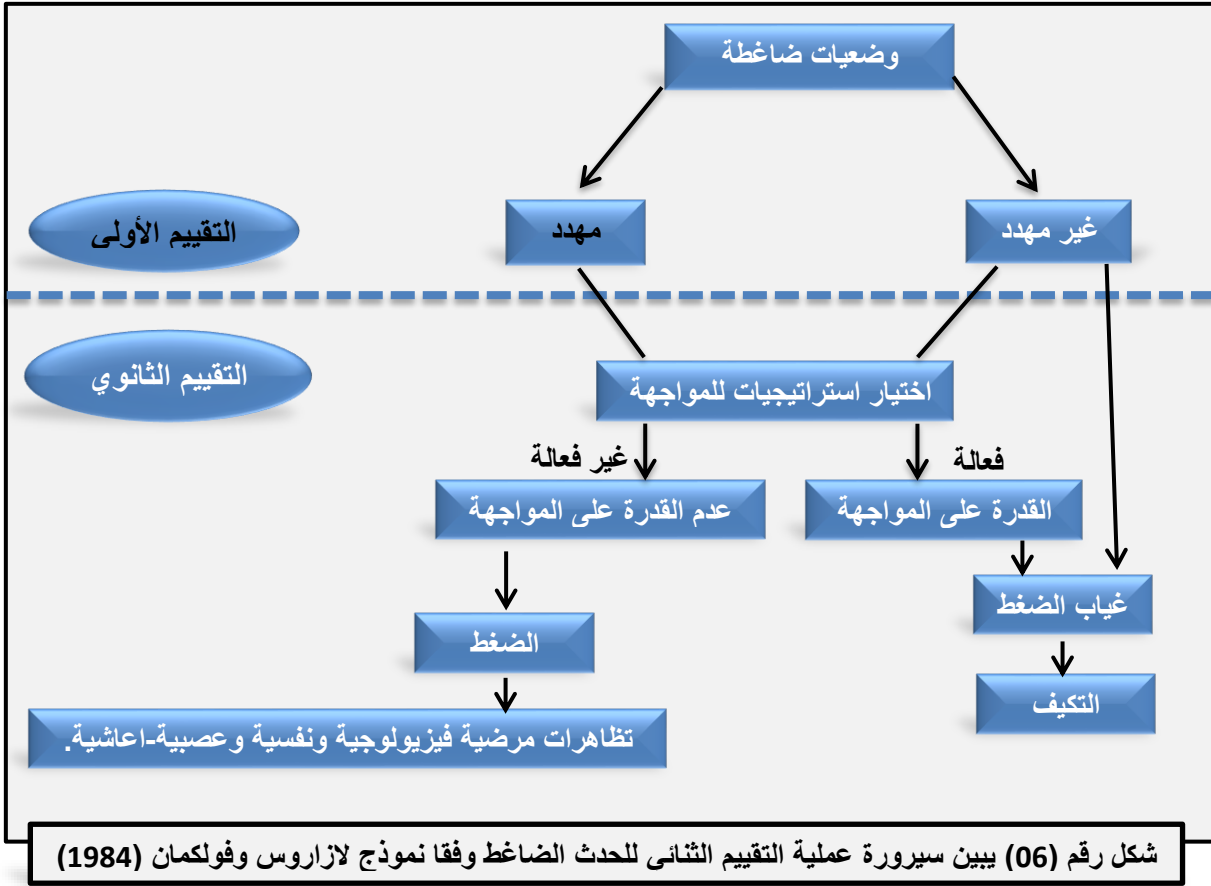
وباستمرار التعرض للضغوط تتعاقب سلسلة من عمليات التقييم الأولي والثانوي، واستعمال استراتيجيات المواجهة في شكل حلقة تفاعلية، تنتهي عند إدراك الفرد لمصادر تتيح له التحكم المدرك في مثيرات الوضعية الضاغطة بتبني استراتيجيات لحل المشكل أو المواجهة، في حين ان عجز الفرد عن ادراك مصادر تسمح له بالتحكم فانه يحاول استخدام اساليب لتغيير المعنى الذاتي للوضعية أو الانفعالات الناجمة عنها. (Grazian. P & Swendsen. J, 2005, P 55-56) وسنوضحها اكثر فيما يلي:



لذلك فان استطاع الفرد التحكم في الحدث الضاغط فيشير الى اعتماده على استراتيجيات مواجهة فعالة، ولديه قدرات وامكانيات ضبط وتحكم جيدة، وتقييمه ايجابي وتتبعه حالة من التوازن والاستقرار والتكيف، أما ان كانت مثيرات الموقف الضاغط تتجاوز قدراته، وامكانياته نلمس استخدامه لاستراتيجيات مواجهة غير فعالة، وتبنيه لتقييم سلبي يزيد من حدة الضغط لديه، ويتسبب حسب "لازاروس" (2000) الضغط في سيرورة ضغط اخرى. (Dewe, Philip & al, 2012, p23)

ويمكن اختصار عملية التقييم في الشكل الموالي الذي وضعتة الطالبة، اعتمادا على تقييم

"لازاريس وفولكمان" (1984) المدرج في (Dominique Servant, 2005, p10)



❖ **مرحلة المواجهة:** تتسم بتبني الفرد مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية للتصدي للموقف المهدد، والحفاظ على توازنه الداخلي والخارجي، ولها حسب "لازاروس وفولكمان" (1984) وطيفتين هما تنظيم الضيق الانفعالي الناجم عن حالة الضغط والحدث الضاغظ، وتسيير المشكل المسبب للضيق الانفعالي، ويمكن تصنيفها وفقا لـ"لازاروس" الى شكلين هما:

✓ **المواجهة المتمركزة حول المشكل Coping Strategies focused problem:** تتمثل في الأساليب والاستراتيجيات السلوكية والمعرفية التي يتبناها الفرد عند مواجهة وضعية الضغط، وفقا لـ "دانتشيف Dantchev. N" (1989, p28) المواجهة المتمركزة حول المشكل تغير العوامل المباشرة المسببة للحدث، مما ينتج عنها بأسلوب غير مباشر تعديلات في الحالة الانفعالية المرتبطة به. وهي استراتيجيات تقوم على الادراك المناسب للحدث، ومن ثم التخطيط له، واقتراح الاستراتيجيات المناسبة لحل المشكل، وطلب الدعم الاجتماعي ان تطلب الامر.

✓ المواجهة المتمركزة حول الانفعال Coping Strategies focused emotional: تتمثل

في الأساليب والاستراتيجيات السلوكية والمعرفية التي تستخدم بغرض تخفيف الضغط، والضيق النفسي، وتنظيم والتحكم في الانفعالات والمشاعر المصاحبة للمواقف الضاغطة، وحسب "كومباس واخرون (1988) Compas. B. E & al" يعتبرها "لازاروس وفولكمان" أنها تشمل جميع الجهود التي تبذل لتعديل الحالة الانفعالية المصاحبة للوضعيات الضاغطة. وهي بمثابة الميكانزمات ذات التأثير المرهلي المتدرج، بحيث يبدأ الفرد باستخدام استراتيجيات اقل فاعلية اثناء عملية المواجهة الى استخدام الأقوى فاعلية في المواجهة، أو اللجوء الى الهروب والتجنب التام للحادث، وهي انواع منها المواجهة النشطة مع التطلع والرغبة في حل المشكلة، اعادة التقييم والتركيز على الادراك الفعال والنقاط الايجابية. التحكم (الضبط) الذاتي، الانسحاب والابتعاد، التجنب والهروب الكلي من المواجهة، تكوين اتجاهات عدوانية.

❖ وترتكز المواجهة بشكل واضح على مدى فاعلية المواجهة المرتكزة حول المشكلة أو الانفعالات بتحديد ثلاث تصنيفات دقيقة في البحث: (Biggs. A & al, 2017, p349)

❖ يجب أن تكون العوامل واضحة من الناحية المفاهيمية، ومتنافية بشكل متبادل، وشاملة. وتناقش مدى جودة (أو انعدامها) تركيز التصنيف الذي يركز على المشكلة والتركيز على العواطف مع هذه المعايير.

❖ يجب مراجعة التصنيفين البديلين للمواجهة: "Edward & Baglioni" (1993، 2000) و "Skinner, Edge, Altman and Sherwood" (2003) التصنيف الهرمي للمواجهة Hierarchical classification of coping وفقا للوظيفة التكيفية.

❖ مناقشة التحسينات الحديثة لنظرية المعاملات خصوصا التكيف المستقبلي. نستشف مما سبق، ان استخدام اي نوع من استراتيجيات المواجهة المرتكزة على المشكل أو الانفعال ترجع الى عدة عوامل منها خصوصية المثير الحادث الضاغط، وسمات شخصية الفرد، والسياق العام وما يتضمنه من بيئة اجتماعية ومحيطة بالفرد والحادث، كما تبقى مدى فاعليتها متوقفة على خصوصية المثيرات التي تحملها الوضعية الضاغطة بالدرجة الاولى سواء من حيث الشدة أو الاستمرارية أو صنفها وحتى ظروف الحادث، وسمات البروفيل النفسو-عصبي، والهشاشة النفسية او العضوية، وسمات العامة لشخصية الفرد.

ب- أ نموذج التعامل لـ " كوهن Cohen" (1994):

اقترح "كوهن" (1994) انموذجه التفاعلي الذي يقوم على مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية للتعامل مع الضغوط، نختصرها فيما يلي:

❖ التفكير العقلاني المنطقي: يتضمن نشاط عقلي فعال، يقوم على الراحة والسلامة العقلية والتفكير لمعالجة اسباب ومصادر الأحداث الضاغطة.

❖ حل المشكلة: تمثل نشاط عقلي معرفي، وتشمل مجموعة من الافكار الاستراتيجية والمخططة للتعامل مع الضغوط وفقها.

❖ التخيل: يستعان به لفهم المشكلة واستيعاب حيثياتها، ومن ثمة القدرة على التفكير المستقبلي فيها، والكشف عن الاساليب الممكن اتخاذها لمواجهة المشاكل والاحداث مستقبلا.

❖ الإنكار: وهو استراتيجية تجاهلية سلوكية أو معرفية عقلانية متبوعة بلامبالاة واضحة، وعدم اكثرات لمسببات الاحداث الضاغطة مع عدم الاعتراف بحدوثها أو معاشتها.

❖ الفكاهة: يقصد به التعامل بعفوية ودعابة وروح مرحة عند التعرض للأحداث الضاغطة.

❖ اللجوء الى الدين: يقصد بها الرجوع الى العبادات والسلوكات الدينية التي تعتبر مصدر روحي

- معرفي (عقلاني) - وانفعالي - وسلوكي شامل لعدة استراتيجيات على عدة اصعدة عند مواجهة الاحداث الضاغطة.

ج- أ نموذج التعامل حسب " هيجنز واندلر Higgins & Endler" (1995):

يرتكز هذا النموذج على افتراض تفاعلي في التعامل مع الضغوط وفقا لثلاث استراتيجيات

اساسية اقترحها "هيجنز واندلر" (1995) يمكن اختصارها فيما يلي: (Khat . Henry, 2013, p1-2)

❖ استراتيجيات التوجه الانفعالي: وتشمل مختلف ردود الفعل الانفعالية التي يستجيب بها الفرد

ازاء الحوادث الضاغطة مثل الشعور بالتوتر، والحصر، والضيق الانفعالي... الخ، وتتأثر عملية اختيار اساليب التعامل مع المشكل بها.

❖ استراتيجيات التوجه نحو التجنب: هي طرق احجامية تجنبيهة، أثناءها ينسحب الفرد ويتجنب

❖ **استراتيجيات التوجه نحو الذات:** وتشمل مختلف الاساليب السلوكية النشطة للمواجهة المباشرة مع المشكل بصورة منطقية وفعالية في نفس الوقت، وفيها يتم الكشف عن الاسباب الكامنة وراء المشكل، وتحليلها، وتوظيف عامل الخبرة في التعامل مع احداث سابقة مشابهة، وطرح بدائل ان تطلب الامر في المواجهة للتمكن من التعامل والقدرة على حلها بطرق ايجابية. (Higgins, Endler, 1995, p254)

❖ **مرحلة نتائج المواجهة:** فيها يتم فيها التعرف على مدى فعالية استراتيجيات المواجهة المختارة التي استخدمت في مرحلة المواجهة، وتتوقف ردود افعال المتوازنة الفرد على قدراته التكيفية والتعايش، واستجابته المعرفية العقلانية، الانفعالية، والفيزيولوجية العصبية، والسلوكية.

2-4- تصنيف استراتيجيات مواجهة الضغوط:

تعددت تصنيفات استراتيجيات المواجهة التي يتبناها الفرد للتعامل مع الضغوط التي تصادفه حيث منها الفردية، ومنها البيئشخصية الناجمة عن تفاعل الفرد وبيئته الاجتماعية، لذلك قد نجد البعض من الكثير من التصنيفات لاستراتيجيات المواجهة فمنها النشطة الإقدامية واخرى تجنبية إجمالية، أو المرتكزة حول المشكل أو الانفعال، وأخرى مرتكزة حول طرق التقييم أو الادراك... الخ، ويمكن عرضها باستفاضة في ما يلي:

2-4-1- تصنيف "Moss & Billings" (1981): اشتمل ثلاث اشكال رئيسية، وهي:

❖ **الاستراتيجيات السلوكية النشطة *Active Behavioral Strategies*:** وتتمثل في مختلف المحاولات والمجهودات السلوكية الميينة للتفاعل المباشر مع المشكل.

❖ **الاستراتيجيات المعرفية النشطة *Active Cognitive Strategies*:** وتتمثل في مختلف المحاولات والمجهودات المعرفية النشطة المتعلقة بطريقة تقييم الحدث أنه ضاغط.

❖ **الاستراتيجيات التجنبية *Avoidance Strategies*:** وتتمثل في المحاولات والمجهودات المبدولة لتجنب الحدث الضاغط أو المشكل، أو مواجهة المشكل بصورة غير مباشرة مع تقليل الضغط بالقيام بسلوكات أخرى تعويضية غالبا ما تكون سلبية كالإفراط في الأكل. (Holahan & Moos, 1987, p946)

وقد وضع كل من "Schooler & Pearlin" تصنيف مشابه لكن أطلق عليه المواجهة المرتكزة حول الادراك.

2-4-2- تصنيف "Grapha" (1983): قدم صنفين من اساليب المواجهة، نختصرهما في:

❖ **أساليب مواجهة لاشعورية:** وتشمل ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية التي توظف لخفض القلق، والصراعات النفسية لدى الافراد التي تطرق اليها "Freud" في نظرية التحليل النفسي التي وضعها بناء عند اشارته لكيفية تطور المرض النفسي، وتأثيرات الخبرات السابقة في ظهور المرض أو السواء.

❖ **أساليب المواجهة الشعورية:** وتشمل السيرورات الشعورية التي يستعملها الفرد للتعامل مع مصادر الضغوط والمشاكل من خلال تبني عدة محاولات سلوكية ومعرفية للتغلب على الضغوط.

(طه عبد العظيم حسين وسلامة، 2006، ص238)

2-4-3- تصنيف "Lazarus & Folkman" (1984): هو التصنيف البارز والاساسي

لاستراتيجيات المواجهة، وتبناه عدة باحثين، حيث تم تصنيفها الى صنفين رئيسيين، هما:

❖ **المواجهة المرتكزة حول المشكل:** وتتمثل في مجموعة من الاستراتيجيات التي تعالج الحادث الضاغطة، وفيها يتم معالجتها من خلال تغيير أو تعديل الحوادث الضاغطة، وعزل مصادرها والتعامل مع نتائجها، ومن اشكالها نجد: تقصي المعلومات وطلب النصح والمساعدة، حل المشكل، التخطيط لإيجاد حلول بديلة.

❖ **المواجهة المرتكزة حول الانفعال:** وتتمثل حسب "لازاروس" (1995) مجموعة الاستراتيجيات التي تهدف الى ابراز دور التقييم المعرفي وضبط الانفعالات والتحكم فيها، للحفاظ على التوازن الداخلي الانفعالي، وتوظف في الحالات التي يستعصى حلها، وتكون مصاحبة لها انفعالات ومشاعر سلبية شديدة، ومن بينها: التنظيم الوجداني، التقييم المعرفي واعادة التقييم، التقبل الانهزامي، التفريغ الوجداني.

2-4-4- تصنيف "Suls & Fletcher" (1985): قاما بتحليل الدراسات التي تناولت المواجهة

خلال الفترة الممتدة ما بين (1960-1985) واستنتجا نوعين أساسيين من المواجهة هما:

❖ **المواجهة التجنبية:** وتتمثل في مجموعة من الاستراتيجيات الانهزامية السلبية **Stratégies Passives** التي يتخذها الفرد في وضعيات معينة بعيدة عن الحل الامثل له، وقد تكون على شكل: الهروب، أو تفادي المواجهة، أو الإنكار، أو التقبل المرغم ... الخ.

❖ **المواجهة اليقظة أو الحذرة:** وتشمل الاستراتيجيات النشطة **Actives** وعادة ما تكون ايجابية فعلى سبيل المثال: البحث عن المعلومات الخاصة بالمشكلة، أو اقتراح مخططات لحل المشكلة، أو الدعم الاجتماعي .. الخ. (Paulhan & al, 1994, p294)

2-4-5- تصنيف "Holahan & Moos" (1985): يشمل هذا التصنيف صنفين من المواجهة هما: **المواجهة الاقدامية والمواجهة التجنبية**، ويعتمد "Moos & cronkite" (1984) و "Steptoe" (1991) على تصنيف المواجهة الى **استراتيجيات الاقتراب** في مقابل **التجنب**.

2-4-6- تصنيف "Thoists" (1986): وضع مصفوفتين تتضمنان كل واحدة مجموعة من الاستراتيجيات مقابلة لأخرى، بحيث:

❖ **المصفوفة الأولى:** تضم المواجهة المرتكزة حول المشكلة في مقابل المواجهة المرتكزة على الانفعال لتمثل البعد الأول.

❖ **أما المصفوفة الثانية:** فهي تضم استراتيجيات المواجهة السلوكية في مقابل المواجهة المعرفية لتمثل البعد الثاني.

2-4-7- تصنيف "Seiffge-Krenk & Compas" (1987): ويتمثل في نوعين هما:

❖ **استراتيجيات التقرب السلوكي:** وهي تضم مجموعة من الطرق الخاصة بجمع البيانات أو البحث عن الدعم.

❖ **استراتيجيات التقرب المعرفي:** وهي تضم الطرق المتعلقة بوضع مخططات لحل المشكل.

وهناك العديد من التصنيفات الاخرى التي وضعها الباحثون كتصنيف "Mc Crae & Costa" الذي اشتمل على شكلين رئيسيين هما: **المواجهة الناضجة والمواجهة العصابية**.



2-4-8- تصنيف Cotton (1990): يرتكز هذا التصنيف على عدة اشكال نذكرها باختصار:

❖ **استراتيجيات فيزيولوجية تركز حول المشكلة:** تستعمل مع مصادر الضغوط الفيزيولوجية، مثل الاصابة بمرض مزمن كالسكري وضغط الدم، عندها تتضمن الاستراتيجية الفيزيولوجية المرتكزة حول مشكلة تعديل أسلوب حياة الفرد.

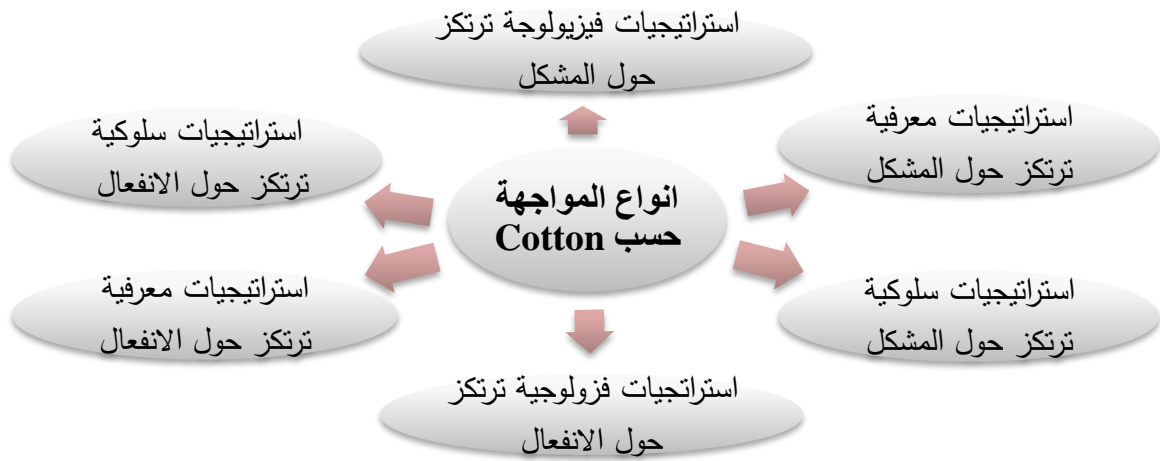
❖ **استراتيجيات معرفية تركز حول المشكلة:** تعمل على تعديل ادراك الفرد للوضعية الضاغطة، وفي عملية التقييم المعرفي لها، ومن تقنياتها نجد ايقاف التفكير الخاطئ الغير منطقي، واختيار الفرضيات وحل المشكلات.

❖ **استراتيجيات سلوكية تركز حول المشكلة:** تعمل على تعديل طبيعة المواقف الضاغطة، مثل توحيد الذات، ادارة الوقت واكتساب مهارات جديدة.

❖ **استراتيجيات فيزيولوجية تركز حول الانفعال:** تعمل على تعديل التغيرات الفيزيولوجية الصادرة عن الضغوط، وتشمل عدة تقنيات للإدارة، وهي: التدريب على الاسترخاء، تعديل أسلوب الحياة لدى الفرد مما يساعد على خفض الاستجابات الفيزيولوجية الناتجة عن الضغوط.

❖ **استراتيجيات معرفية تركز حول الانفعال:** تعمل على تغيير وخفض الاستجابات الانفعالية والمعرفية الناجمة عن الضغوط، مثل: استراتيجيات اختيار الفصيات المعرفية ومواجهة الأفكار السلبية، والخطئة واستبدالها بأفكار ومعارف أكثر ايجابية ومنطقية.

❖ **استراتيجيات سلوكية تركز حول الانفعال:** تعمل على تعديل استجابات الضغط، وتتضمن أنماط سلوكية جديدة كاستخدام الدعاية، والمرح في التخفيف من استجابة الضغط.



شكل رقم (8) يوضح أنواع استراتيجيات المواجهة حسب Cotton

ونجد تصنيف "Carver & al" (1989) يتضمن أربع اشكال: **المواجهة النشطة، والانكار، والتقبل الطوعي والبحث عن الدعم الاجتماعي للتنفيس عن الانفعالات.**

أما "Parker & Endler" (1990) يعتمد على تصنيف "Lazarus & Folkman" **لاستراتيجيات المواجهة المرتكزة حول المشكل والانفعال،** ويضيف استراتيجية ثالثة وهي **المواجهة التجنبية.** أما "Atkinson & al" (1990) فميز بين **استراتيجيات المواجهة السلوكية والمعرفية.**

2-5- العوامل والمحددات المؤثرة في استراتيجيات مواجهة الضغوط:

تعددت توجهات الباحثين في تحديد المصادر والعوامل المؤثرة في المواجهة، حيث يشير "ويتنجتون وكسلر Wethington & Kesler" (1991) أنه توجد عدو عوامل يختلف على أساسها الأفراد في اختيارهم لاستراتيجيات المواجهة ازاء الاحداث الضاغطة، فأصحاب الاتجاه الأول الذي يتمثل في كل من "شولر وبييرلن Schooler & Pearlin" (1978) على طبيعة الحوادث الضاغطة وخصوصيتها، في حين طرح أصحاب الاتجاه الثاني الذي يمثل كل من "كوباسا Kobassa" (1979) و"هان Haan" (1977) و"بروشور وآخرون Brosschor & al" (1994)، و"ريس وكوبر Rees & Cooper" (1992)، فتطرقوا الى تأثير عوامل شخصية الفرد، أما منظرو الاتجاه الثالث فمثلهم "لازاروس وفولكمان" (1984-1985) و"ماك كراي Mc Crae" (1984) و"بيكناييل Piquenal" (2001) فقد اهتموا بتأثير التقييم المعرفي، في حين هناك من اهتم بعوامل أخرى كالاقتصادية والتي عمدت اساسا على المساندة الأسرية والدعم الاجتماعي، أو العوامل الفطرية بالنسبة لـ "كوستا وآخرون Costa & al" (1996)، اضافة الى العوامل البيوغرافية الاجتماعية، ويمكن أن نشير اليها بشيء من الشرح فيما سيلي:

2-5-1- العوامل الموقفية والتقييمية: طبيعة خصوصية الحدث الضاغط وطرق التقييم:

تشير العوامل الموقفية الضاغطة Les Facteurs Stressants إلى العوامل والمثيرات التي تستثير استجابة الضغط نفسي لدى الفرد، وتسبب تغيرات في جوانب عدة جسمية ونفسية، تختلف حسب شدتها ونوعها، ويعتبر التصنيف الذي وضعه "ايتون" سنة 1999 من أبرز التصنيفات بحيث صنفها حسب شدتها إلى : أ- حوادث صدمية مفاجئة، ب- أحداث الحياة اليومية، ج- أحداث ضاغطة ومزمنة (طه وسلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص 23-26) وأي حادث يتطلب لتصنيفه بالمجهد يشترط وجود عنصر الاختلاف بحسب خصائصه وطريقة إدراك الفرد له، ويمكن حسب Appley & Trumbull تصنيفه على حسب الشروط التي تنتجها الاستجابات النفسية: حداثتها، حداثتها، سرعة التغيير، المفاجئية، وغير توقع حدوثه، ومدى تسامح الفرد. والعوامل المجهدة ضرورية في بعض الأحيان لإحداث التغيير. (Moser. G, 2009, p126) ويذكر الريماوي محمد عودة وآخرون (2006) أن الانفعال Emotion استجابة قد تكون ايجابية أو سلبية لموضوع مدرك، أو متذكر، أو شيء، أو ظرف مصحوب بمشاعر

ذاتية، ويتكون من ثلاث عناصر: المكون الفيزيولوجي: كضربات القلب، المكون السلوكي: كالهروب، المكون المعرفي: كالأفكار والشاعر، ومن أمثلة عن الانفعالات: الخوف، الفرح، الحزن...الخ. (الريماوي محمد عودة وآخرون، 2006، ص236) لذلك عند التعرض لأحداث ضاغطة نسجل عدة أشكال من الانفعالات، وما يتبعها من آثار نفسوعصبية واعاشية تهيء العضوية للاستجابة الانذارية، ولان الفرد وليد بيئته فقد يتعرض لحوادث ضاغطة تختلف شدتها وطبيعتها، ويستجيب لها في كل مرة بردود افعال متباينة، وحسب رواد هذا الاتجاه فان السر يكمن في خصوصية الموقف الضاغط بدرجة أولى فالتعرض لحوادث ذات شدة متباينة، أو بوتيرة معينة، أو بشكل مستمر كفيل بأن يكون عامل هام يؤثر في استخدام، واختيار الفرد لنوع معين من استراتيجيات المواجهة دون غيرها، كما تلعب طريقة التقييم، وادراك الضغوط دورا اساسيا في اعتبارها مواقف ضاغطة مهددة للعضوية مقابل مواقف اخرى قد يغيب فيها عنصر التهديد لذلك تعد اقل خطورة أو عادية، ويستجاب لها باستراتيجيات بسيطة فقط.

2-5-2- العوامل الشخصية:

يؤكد العديد من الباحثين ان العوامل الشخصية بمثابة العوامل الوسيطة التي قد تخفف أو تزيد من تأثير الموقف الضاغط على الأفراد، لذلك تختلف استجاباتهم وردود فعلهم نحو الحادث الضاغط، وقد بينت عدة دراسات في هذا الاطار على وجود علاقة بين سمات الشخصية وأساليب التعامل مع الضغوط لكل من "حكيمة أيت حمودة، رجب علي شعبان، مايسة محمد شكري، و Kardum & Zang a Yang"، وسنتطرق الى البعض من سمات الشخصية في النقاط الموالية:

أ- **تقدير الذات**: يؤثر تقدير الذات على عدة أصعدة سواء الصحة النفسية وما يرتبط بها من اضطرابات نفسية كاضطراب المزاج، والاكتئاب، والمشاعر كالقلق والاحباط والضغط. كما نجد له انعكاسات على التوافق النفسي والمهني والقدرة على الانجاز، وبينت نتائج عدة دراسات أن الافراد ذوي تقدير الذات المرتفع أكثر قدرة على المواجهة، وردود أفعالهم متوازنة وأقل استثارة جسمية وانفعالية مقارنة بأصحاب تقدير الذات المنخفض، ومن بينها نذكر دراسة "Fleishman" (1984)، و "Halahan & Moos" (1987)، و "Appelberg" (1996)، و "Piquemal-Vieu" (1999) التي اسفرت عن وجود علاقة موجبة بين تقدير الذات والمواجهة النشطة المتمركزة حول المشكلة، واستراتيجيات التحكم في الموقف الضاغط وله علاقة سلبية مع المواجهة المرتكزة حول الانفعال.

كما بينت دراسة "كارير Caruer" أن تقدير الذات المرتفع له علاقة موجبة مع استراتيجيات المواجهة الفعالة واسلوب التخطيط، وله علاقة سالبة مع استراتيجية الإنكار. (يوسفي حدة، 2016، ص79)

ب- مركز التحكم (الضبط): يشير مصطلح مركز التحكم حسب "شويتزر Schweitzer" (1994) الى المحددات المعرفية في طريقة ادراك وتقييم الأفراد للحوادث الضاغطة، فالذين ينسبون ما يقع لهم الى سلوكياتهم وقدراتهم -أسباب داخلية-، ولديهم القدرة على تحمل مسؤولية أفعالهم نصفهم ذوو مركز تحكم داخلي، أما الافراد الذين ينسبون ما يحدث لهم الى اسباب خارجية متعلقة بالحظ، والصدفة، و القدر فانهم يستعملون مركز تحكم خارجي ويستخدمون استراتيجيات مواجهة مرتكزة على المشكل مقارنة بالأشخاص الذين لديهم مركز الضبط خارجي. ويؤكد "روتر Rotter" (1989) أن مركز التحكم هو سمة شخصية تشير كمدخلا للتنبؤ بالسلوك الذي سيحدث والتوقعات العامة في أي موقف. (المتولي محمد نبيه بدير، 1990، ص210) وبينت دراسة كل من "بروشور وبخرون Brosschor & al" (1994) أن الأشخاص الذين لديهم مركز التحكم الداخلي يستعملون اساليب مواجهة فعالة ايجابية كحل المشكلة، والتفيس عن الغضب، أما اصحاب مركز التحكم الخارجي يستعملون اساليب مواجهة سلبية كالتجنب، الذي يولد لديهم مشاعر محبطة واكتئاب وقلق. أما دراسة "ريس وكوبر Rees & Cooper" (1992) فقد اثبتت أن الافراد الذين مركز تحكمهم داخلي يستعملون استراتيجيات فعالة كالسعي نحو المساندة، والمواجهة المتمركزة على المشكل، اضافة الى تمتعهم بمستويات مرتفعة من الصحة النفسية والجسمية وعلاقات اجتماعية جيدة وواسعة مع المحيطين، لذلك لهم القدرة على حل المشكلات، ويميلون الى التقييم الايجابي لقدراتهم وامكاناتهم الداخلية عند المواجهة

ت- فاعلية الذات: تنطلق نظرية فاعلية الذات حسب ما ذكر في "مارياج Mariage" (2001) من فكرة اساسية أن الاعتقاد بالفاعلية تنعكس على انماط النشاط المنتقى لانغماس فيها، واقترح "باندورا Bandura" (1977) في نظريته حول التعلم الاجتماعي مسلمات مفادها أن مدركات الأفراد لقدراتهم تنعكس على طرق المواجهة لديهم، ودافعيتهم، وعمليات تفكيرهم واستجاباتهم الانفعالية، والفاعلية الذاتية حسب اعتقاد الفرد بقدرته وامكانيته التحكم في الأحداث وصولا الى الغايات، وتنبؤ فاعلية الذات في المواجهة في عدة مؤشرات أو سمات تشير الى أهمها: الثقة بالنفس، التقييم الذاتي للقدرات والكفاءات الشخصية، ومركز التحكم في مركبات الضغوط وخصوصيتها (يوسفي حدة، 2016، ص 81-82).

كما أن ذوي المستويات المرتفعة من فاعلية الذات يوظفون أكثر استراتيجيات المواجهة المرتكزة على المشكل، اين تزيد من قدراتهم التكيفية وتتيح لهم التحكم في الأحداث ومن ثمة الشعور بالتمكن والاقتدار مما يرفع مستوى الفاعلية وتهيؤهم الى المزيد من المواجهة، أما ذوي المستويات المنخفضة من الفاعلية الذاتية فهم يلجؤون الى التجنب، والهروب، ولا يتمكنوا من التحكم في الأحداث، مما يزيد قابليتهم للتعرض والتأثر بالأحداث الضاغطة. (طه و سلامة حسين عبد العظيم، 2006، ص 133)

ث- الصلابة النفسية: تشير غالبية البحوث التي أجريت بخصوص الصلابة النفسية الى أعمال "كوباسا Kobasa Suzan" التي بنتها على افتراضات المدرسة الانسانية، وقد أكدت ان مفهوم الصلابة يدل على الاحساس بالتماسك والترابط، لأن الفرد يمتلك جملة من السمات التي تساعده على مواجهة الضغوط القدرة على توقع الازمات وحلها، وأثبتت أن الافراد الذين يتسمون بدرجات عالية من الصلابة النفسية لديهم تحكم داخلي حيث ينسبون انجازاتهم واخفاقاتهم، وقراراتهم الى جهودهم وقدراتهم الشخصية، وفي المقابل ذوي مركز التحكم الخارجي ينسبونهم الى الحظ، والصدفة وسلطة الآخرين،(مليحة ايهاب محمد، 2010، ص 70، 71) كما بينت دراسات أخرى أن ذوي التحكم الداخلي يتمتعون بدرجة عالية من الرضا الوظيفي وأكثر قدرة على مواجهة الضغوط. (عسكر علي، 1998، ص131) اذا فالصلابة النفسية إحدى السمات المساعدة على المواجهة الجيدة مع الضغوط، الرامية الى تحقيق الصحة الجسمية والنفسية، وتجنب الاضطرابات السيكوسوماتية التي تلعب فيها العوامل الضاغطة عوامل مفجرة أو جروحية.

ج- المعتقدات: تمثل جميع المعتقدات الثقافية والاجتماعية، والشخصية التي تدرج تحت مفهوم مركز الضبط أو التحكم الذي يعني مجموع الافكار التي يدركها الفرد وتتعلق بقدرته على التحكم، والمعتقدات العامة التي تضم عدة معتقدات كاجتماعية، الاخلاقية، والدينية التي تعتبر مجموع الأفكار التي يدركها الفرد حول مواضيع ترتبط بالدين التي يعتنقها، كأسلوبي الجزاء والعقاب الرباني،الذي يجنيهما بعد معايشة احداث صادمة، أو ضاغطة، أو المرض، والشخص المتدين نجده يعتمد على استراتيجيات انفعالية معرفية وأخيرا سلوكية، لأن الدين يتطلب اقرار عقلي وانصياع وجداني، ورضا نفسي يصدر عن التقبل اللاشرطي، ويؤكد التدين الذي هو مجموعة من السلوكات التي تشير لديانة معينة، وقد بينت بعض الدراسات لـ "Billings & Moos" (1984)، و"Nezu" (1986) أن المكتئبين أقل اعتمادا على استراتيجيات حل المشكلات لغياب الميول والرغبة لديهم في المواجهة وبالتالي تنخفض لديهم مستويات الثقة في الذات، والتحكم والتعامل مع الأحداث الضاغطة.

ح- **نمط سمات الشخصية:** يؤكد العديد من الباحثين على غرار "فريدمان وروزنمان Friedman & Rosenman (1974)" ان أنماط معينة من الشخصية يتسم بها البروفيل الشخصي للبعض تساعد على التكيف والتوازن، واستخدام استراتيجيات معينة في مواجهة الحوادث، فمثلا الافراد ذوي نمط الشخصية (أ) لهم سمات خاصة كسرعة الاستثارة والقابلية لها، الاحساس بالضغط، والصراع المستمر، والاحساس بضيق الوقت، العجز عن الصبر، والقيام بسلوكات عنيفة وعدوانية، في حين نجد المتمسكون بنمط شخصية (ب) كتومين، ويستخدمون التجنب، والصبر، والمواجهة السلوكية كالاسترخاء، والتقبل. أما "Carver & al" (1989) أن ذوي النمط الشخصية (أ) يستخدمون اساليب لمراقبة وضبط بيئتهم، والتعامل مع المشكل وادارته، والتخطيط، والمواجهة الفعالة وبذل جهود أكثر للمقومة. (Terry, 1994, p897)، كما تؤثر بعض سمات الشخصية على اختيار نوع المواجهة كالعصابية وسمة الفلق، واختلالات المزاج كالتشاؤم والانبساط كلها عوامل تؤثر على التقييم، ومركز التحكم الداخلي أو الخارجي وتنشط الفرد على المواجهة الفعالة، او التجنب السلبي للحدث الضاغط، وهو ما أكدته دراسات "Bolger & Weintraub" (1986)، و"Costa & Mc crae" (1988)، و"Negro" (1996)، "Bruchon-Schweitzer & Dantzer" (1996)، و"Thompson & Charlton" (1996)، و"Litman" (2006) ... وغيرها.

2-5-3- عوامل المساندة الاجتماعية:

تتمحور في "المساعدة أو الدعم الاجتماعي" الذي يتلقاه الفرد عند حدوث الموقف الضاغط، ويشمل ما توفره البيئة الأسرية، والمهنية، وجماعة الأصدقاء والمقربون من مساعدات وتفاعل وتماسك اجتماعي يعزز التفاعل الاجتماعي، ويدعم بناء شبكة علائقية متينة ترفع من مستوى الضبط المدرك الخارجي الموجب لصالح الفرد، ليكون مهيباً للمواجهة بأساليب عقلانية ومقبولة اجتماعية، وتعتبر طبيعة المساندة الاجتماعية عاملاً هاماً محدد ومؤثر في المواجهة، وتصنف من اشكال المواجهة البناء الايجابية لما لها من تأثير وقائي معقد بين الصحة الجسمية والنفسية (Bruchon-Schweitzer, 2000, p11) يحمي قبل وقوع الضغوط في اطار الدعم الاجتماعي المدرك، واستراتيجية فعالة بعد وقوعه وهي في حد ذاتها أشكال منها: المساندة التقييمية تؤهل الى اختيار افضل الاستراتيجيات، والمساندة المعرفية التي تسمح

بترتيب الأولويات واختيار التغذية الراجعة المناسبة، المساندة المادية والمساعدات المادية، واخيرا المساندة العاطفية التي تتضمن المشاركة الوجدانية L'empathie والتقبل، وقد بينت البعض من الدراسات أن ضعف المساندة الاسرية يؤدي الى استخدام المواجهة المرتكزة على الانفعال، أو التجنب وهو ما توصلت اليه دراسة "Moos & Cronkilte" (1984) أن النساء فقيرات المساندة الأسرية يستخدمن المواجهة التجنبية أكثر. (Terry, 1994, P897)

2-5-4- العوامل السوسيو ديموغرافية:

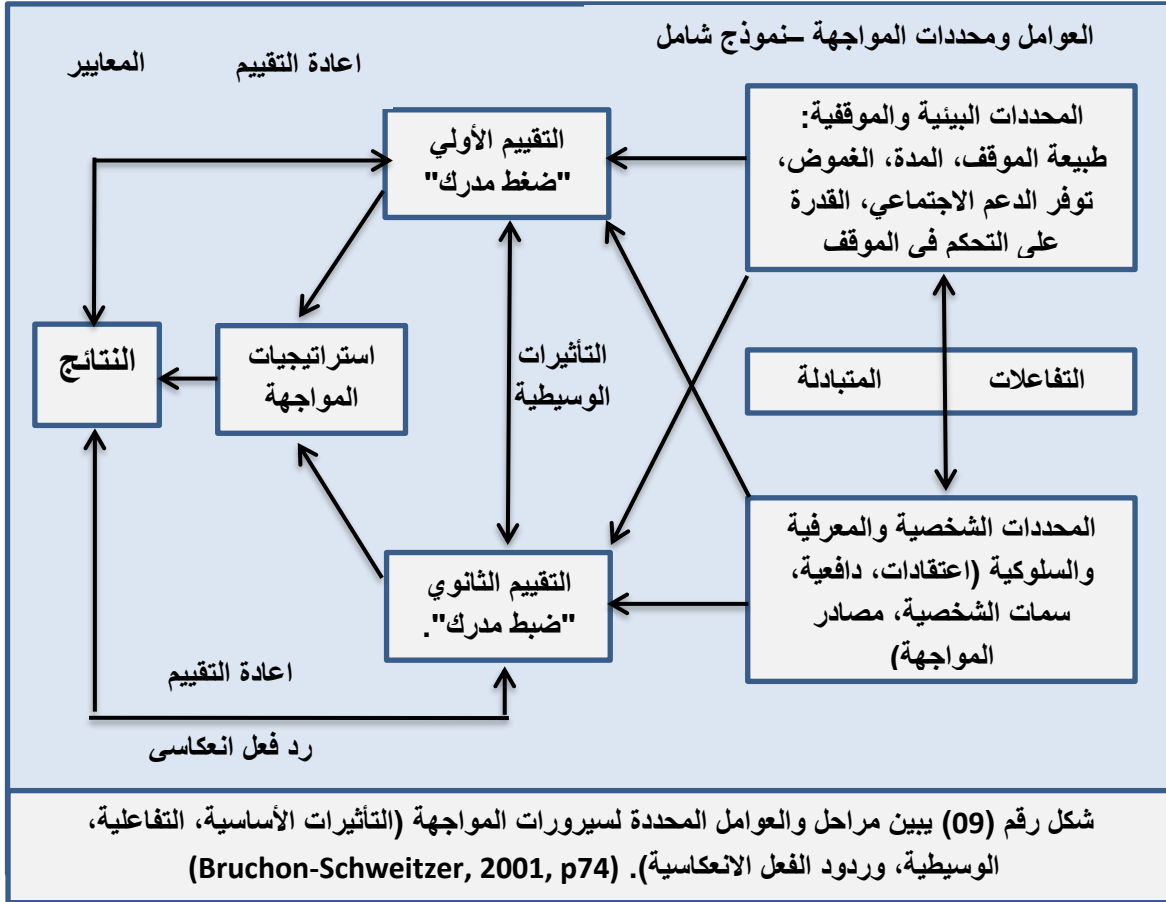
وتشمل الجنس Gender، والعمر Age، والمستوى الاقتصادي، والثقافي، والدراسي، والحالة الاجتماعية، حيث بينت عدة دراسة كل من "Grossman & al" (1987) و"Baron & Byme" (1994) و"Billings & Moos" (1981) أن الاناث يستعملن أكثر من الذكور استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال، والتقرب السلوكي، والتفكير الخيالي، وطلب السند الاجتماعي، والتجنب، ولوم الذات والمواجهة السلبية عند التعرض للضغوط. أما الذكور فيميلون الى استخدام استراتيجيات حل المشكلة، والتخطيط، والمواجهة الفعالة، وسلوكات العنف والغضب، ومحاولات اثبات الذات. كما أشارت العديد من الدراسات أن استراتيجيات التعامل تتطور وتتغير وفقا للنمو العمري، وتطور المستوى التعليمي والثقافي، فالخبرة بفعل اقدمية التعرض تكسب الفرد ميكانيزمات وآليات جديدة للمواجهة، كما أن التقدم في السن بالنسبة للراشدين يزيد من استخدام اساليب أكثر فاعلية، ونشاط، وتخطيطا، مقارنة بالصغار الذين يستخدمون استراتيجيات انفعالية، أو سلبية أو الهروب والتجنب.

كما توصلت البعض من الدراسات "Menaghan" (1983) الى أن المستوى الاجتماعي الاقتصادي للفرد يؤثر كثيرا في اختياراته لنوع استراتيجية المواجهة التي يستخدمها، بحيث تعمل هذه العوامل -الاجتماعية الاقتصادية- على زيادة الثقة بالنفس أو انخفاضها، الأمر الذي يؤثر على التقييم الذاتي للفرد، وإدراكه لمركز التحكم لديه، ومن ثم على ثقته بنفسه، وفاعلية الذات، واعتقاداته وميوله، حيث ذكر البعض من الباحثون أمثال "Holahan & Moos" (1987) أن الأشخاص ذوي المستوى الاجتماعي والاقتصادي المرتفع يميلون الى استخدام المواجهة النشطة، أما ذوي المستوى الاجتماعي والاقتصادي المنخفض فيستعملون التجنب والانسحاب عند التعرض لمواقف ضغط، أما " Pearl & Schooler" (1978) فتصلا الى أن ذوي المستوى التعليمي الجيد يميلون الى استعمال "مواجهات

التظاهر " للتصدي للمشاكل الزوجية والمهنية، والمواجهة المرتكزة على المشكل. كما يوجد ارتباط ايجابي مرتفع بين المستوى التعليمي والمواجهة السلوكية النشطة. (Piquemal-Vieu, 2001, p91)

ويمكننا تلخيص مجمل العوامل المؤثرة والمحددة في اختيار نوع وعمليات المواجهة التي نطرقنا

لها في الشكل التالي:



خلاصة:

وختاماً لهذا الفصل، نذكر أننا تطرقنا فيه الى التعريف بالضغوط النفسية، وأهم مصادرها وأنواعها لدى المعلمين، و شرحنا بالتفصيل دور سيرورة الضغوط النفسية في تقجير الاضطرابات السيكوسوماتية المزمنة (السكري) وانعكاسها على جودة حياة المعلمين المصابين بها، كما عرجنا فيه على مفهوم الاحتراق النفسي لدى المعلمين ووضحنا السيرورة المناعية السيكوفيزيولوجية للمعلم المتعرض للاحتراق النفسي، ثم عالجتنا موضوع استراتيجيات المواجهة لدى المعلمين المصابين بالسكري بشكل مستقيض من خلال التعريف بها، وضبطها اصطلاحيا والتفريق بينها وبين بعض المصطلحات المشابهة كميكانيزمات الدفاع، وادارة الضغوط، والتهيؤ للمواجهة، والتحصين الذاتي، وتناولنا أهم المقاربات النظرية المفسرة لها بوجهتيها التقليدية والحديثة التفاعلية، كما عرضنا وصف مستقيض كرونولوجي لمختلف التصنيفات النظرية الهامة لاستراتيجيات المواجهة التي اقترحها الباحثون، ووفي الأخير تم التطرق لأهم العوامل والمحددات المؤثرة في استراتيجيات المواجهة.

الفصل الثالث:

جودة حياة المعلمين المصابين بالسكري.

تمهيد

- 1- تعريف جودة الحياة.
- 2- العوامل والمتغيرات المحددة لجودة حياة مرضى السكري.
- 3- المقاربات النظرية المفسرة لجودة الحياة.
- 4- مجالات وأبعاد جودة الحياة.
- 5- مؤشرات جودة حياة المعلم المصاب بالسكري في الجزائر.
- 6- نمط جودة حياة مرضى السكري في الجزائر.
- 7- كيفية تحقيق جودة الحياة لدى المعلم المصاب بالسكري.
- 8- مقومات ومعيقات تحقيق جودة حياة المعلم المصاب بالسكري.
- 9- قياس جودة الحياة.

خلاصة

تمهيد:

تعددت تصورات الباحثين الدارسين لموضوع جودة الحياة بتعدد مشاربهم النظرية، ويعود أصل المفهوم الى استعماله في شتى المجالات الاقتصادية، والسياسية، والطبية، والصحية، والاجتماعية والنفسية، والمهنية ... وغيرها، وعلى الرغم من أن الازهاصات الأولى لهذا المفهوم انبثقت من المحاولات السياسية والاقتصادية الا ان تطوره الحقيقي تم بالإسهامات الاقتصادية والطبية الصحية والنفسية أكثر، خصوصاً وأن هذه العلوم الأخيرة أضحت تهتم بالعيش الأفضل للفرد، وتحسين مستوى العيش بمحاولة التقليل من الألم والفقر، والسعي للسعادة وطول الأمل في الحياة. ولأن المنظرين في علم النفس الايجابي اهتموا أكثر بكل ما هو ايجابي وما يحقق السعادة والرضا عن الحياة، والتطور والمناعة النفسية والرفاهية للإنسان، فإننا في دراستنا هذه سنحاول تسليط الضوء على هذا المفهوم بتناوله لدى المعلمين المصابين بالسكري، محاولين التطرق اليه بداية من الضبط الاصلاحى، وعرض مختلف النظريات التي تناولته ومختلف العوامل والمؤشرات الخاصة به، ثم التعرّيج على خصوصية جودة الحياة لدى المعلم المصاب بالسكري في الجزائر مع ذكر مختلف مجالاتها وأبعادها وطرق تحققها، لننتهي في الأخير الى الإشارة لبعض المقاييس العامة والمتخصصة في قياسها.

هذا ويشير العديد من العلماء الى أن مصطلح جودة الحياة مفهوم مركب ومعقد في آن واحد، حيث نجد "Boyle & al" (2002) يعتبره من "المصطلحات الزئبقية" الغامضة نسبياً، وذلك لتداخله وتعدد مجالات استعماله من طرف المختصين والعوام، مما يعكس تنوع دلالاته ومعانيه، ويضيف "ساندرز وآخرون Sanders & al" (1998) أن جودة الحياة أضحت اهتمام العديد من الأبحاث في الميدان الاكلينيكي، ومع ذلك فانه لا يزال غامض، ومبهم ومحير في ذات الوقت، وبتشعب تعريفاته في العديد من المجالات وقف حائل أمام تحديد تعريف واضح جامع شامل، وسنستعرض البعض من التعاريف الهامة والمتعلقة بالمجال النفسي أكثر من أي مجال آخر في العنصر الموالي.

1- تعريف جودة الحياة:

1-1- لغة: الجودة من الفعل لثلاثي جَوَدَ، بمعنى الجيد: نقيض الرديء، وجاد بالشيء جَوْدَه، وجودة أي صار جيداً. (ابن منظور، 1993، ص215) لذلك عادة ما يرتبط مفهوم الجودة بالتميز excellence والاتساق coherence والحصول على محكات Critères ومستويات standards محددة مسبقاً. ويرجع أصل الجودة Quality الى اللفظة اللاتينية Qualitas التي تعني طبيعة الفرد، أو طبيعة الشيء، والدقة والاتقان. (سلاف مشري، 2014، ص224-225) وقد تم استعمال مصطلح Quality of life كترجمة لجودة الحياة في عدة بحوث عربية وجزائرية مثل "البهادلي" (2005)، "عكاشة" (2007)، "أبو حلاوة" (2009)، "عمران لخضر" (2008)، "بوعشة أمال" (2014)، "الصالح أبركان" (2015)، ... الخ.

1-2- اصطلاحاً:

ان الباحث عن مفهوم جودة الحياة يجده مصطلح شامل ومركب ومعقد في آن واحد لارتباطه بعدة مصطلحات اقتصادية ونفسية وصحية لأن الجذور التاريخية لفلسفة المصطلح تعود الى تنوع استخداماته في عدة مجالات اقتصادية وسياسية، اجتماعية وصحية ونفسية... وغيرها، ومن بينها نجد: التنمية، السعادة، الرضا، الرفاهية، القدرة على اشباع الحاجات، الخدمات المادية والاجتماعية، العلاقات، الصحة الجسمية وظروف العيش، ... الخ، ونلاحظ أنه منذ ظهور علم النفس الايجابي في النصف الثاني من القرن العشرين حظي باهتمام كبير من طرف المختصين والباحثين في المجال النفسي، لينتقل بذلك من العمومية الشاملة الى الدراسة النفسية العلمية المتخصصة الدقيقة. وبالرغم من تنوع اتجاهات الباحثين في تحديده كمصطلح علمي دقيق الا أنه حسب "ماديس كجنديس Madis Kajandis" يوجد اتجاهين تتبثق عنهما جل محاولات تعريفها، يمكن ذكرهما بايجاز:

❖ **الدراسات الامبريقية:** وهي التي جمع فيها الباحثون بعض المعطيات من المختصين، أو عينات من المجتمع لغرض التعرف على ما يمكن أن يتضمن ويعنيه هذا المفهوم.

❖ **الدراسات الافتراضية:** فيها استوحى الباحثون تعريف شامل وموضوعي لجودة الحياة مستمد من آراء العلماء في ميدان علم النفس والفلسفة. (Good David & al, 1994, p23)

وهناك من الباحثين من يعتبر جل التعاريف التي تطرقت لمصطلح جودة الحياة تضمنت مداخلها أو أبعاد تقيس مؤشراتها، سواء كانت مؤشرات ذاتية أو موضوعية وهناك من يضيف الوجودية (عبد المعطي، 2005، ص20)، وفي هذا المضمار سنستعرض أبرزها كآتي:

عرفت منظمة الصحة العالمية (OMS) جودة الحياة بأنها "إدراك الفرد لوضعه المعيشي في سياق الحياة ومحيطه الثقافي، والنظم القيمية التي يعيش فيها، وعلاقته مع أهدافه وتوقعاته ومعاييرها وشؤونها، وتنعكس في النظرة الواسعة للعافية التي تشمل رضا الشخص عن حالاته الصحية، والروحية، والنفسية، والبيئية والاجتماعية، وترتبط بعدة مفاهيم تتعلق بالصحة النفسية كالمقاومة، والمرونة، والرضا والاستقلالية عن الآخرين". (منظمة الصحة العالمية، 2004، ص 27)

وتدرج موسوعة علم النفس تعريفا شاملا لجودة الحياة تصفه بالمفهوم ذو الأبعاد المتعددة التي يمكن تلخيصها في سبعة محاور بغية تيسير البحث والقياس، و المجموع الكلي يمثل جودة الحياة، وهي: التوازن الانفعالي الذي يشمل ضبط الانفعالات الايجابية والسلبية كالحزن، الكآبة والقلق والضغوط النفسية... الخ، واحالة الصحية لجسم الفرد، والاستقرار المهني الذي يتمثل في الرضا عن العمل أو الدراسة الذي يعد بعدا هاما فيها، وكذا الاستقرار الأسري وتواصل العلاقات الاجتماعية المتعدية لخارج نطاق الأسرة، والاستقرار الاقتصادي الذي يرتبط بدخل الفرد واسرته التي تعينه على العيش، اضافة الى التواءم أو التوازن الجنسي الذي يرتبط بما يتعلق بصورة الجسم وحالة الرضا عن المظهر والشكل العام.

(حسن عبد الحميد، والمحرزي راشد بن سيف، 2006، ص 290)

ويبين "روجرسون Rogerson" (1999) أن جودة الحياة ترتبط ببيئة الفرد من جهة والعلاقة القائمة بين الفرد وبيئته، والتي تتوسطها مدركاته وأحاسيسه ومشاعره، وتلعب العوامل البيئية والثقافية دورا بارزا في محددات لجودة الحياة". (Rogerson, R, 1999, p986)

من ناحية أخرى يؤكد "دونفان Donvan" (1998) أن جودة الحياة مفهوم متعدد الجوانب فهي كما تتضمن وظائف جسمية تشمل انجاز الأنشطة اليومية، تتضمن أيضا وظائف نفسية تشمل مجموع الأفكار والانفعالات، والنشاط الاجتماعي البيئي، بالإضافة الى الرضا عن الحياة بشكل عام".

(Donvan. J, 1998, p11)

يختصر "دودسون Dodson" (1994) جودة الحياة في الشعور الشخصي بالكفاءة الذاتية وجودة التعامل مع التحديات. أما "جود Good" (1990) فيرى أن جودة الحياة تشير الى درجة كبيرة من امتلاك الفرد للفرص لتحقيق أهداف ذات معنى. في حين "أندالمان وزملاؤه Andalman" (1999) يتجاوزها الى الشعور بالسعادة والرضا عن الذات والحياة الجيدة. (كاظم علي مهدي، والبهادلي عبد الخالق نجم، 2006، ص 253) وفي هذا المنحى يرى أيضا كل من "تايلور وروجان Taylor & Rogdan" (1990) أن جودة الحياة دراسة احصائية لقياس مدى شعور الفرد بالراحة المتوفرة من خلال خبرته الحياتية في العالم، ومن ثم فهي تتمحور حول رضا الفرد بقدره في الحياة والشعور بالراحة والسعادة.

(نعيسة رغداء علي، 2012، ص 150)

يرى كل من "هانشيزوم وكاناغواك Hanshizume et Kanagwak" (2001) ان جودة الحياة تمثل درجة شعور الفرد بالسعادة النفسية الناتجة عن رضاه بظروف حياته اليومية.

(مبارك بشرى عناد، 2012، ص 720)

وحاولت "رايف و كايس Ryff et Keyes" (1995) تقديم تعريفا نفسيا شاملا لجودة الحياة والذي ينضوي على المؤشرات التالية: التقدير الحسن للذات والتقييم الايجابي للحياة، العلاقات الجيدة مع الآخرين، الاحساس بالقدرة على ادارة حياته ومحيطه، الاحساس بالقدرة على اتخاذ القرارات والاستقلالية الذاتية، اعطاء معنى للحياة، الاحساس بالقدرة على الاستمرارية لتحقيق التطور الشخصي.

(Ryff., Keyes., 1995, p-p 719-720)

ومن جهة أخرى حددها "نتز وكول Netz et Coll" (2005) في أربعة مؤشرات أساسية:

✓ الشعور بالأفضل انفعاليا (سمة وحالة الحصر، الاجهاد والتوتر، حالة وسمة الاكتئاب، القلق، الارتباك، الطاقة والقوة، التعب والعواطف والتفاؤل).

✓ التصورات الذات (المهارات، إدراك الذات، التقدير الشامل للذات، صورة الجسد، إدراك الحالة الجسدية وادارة الذات، المرجعية السببية...)

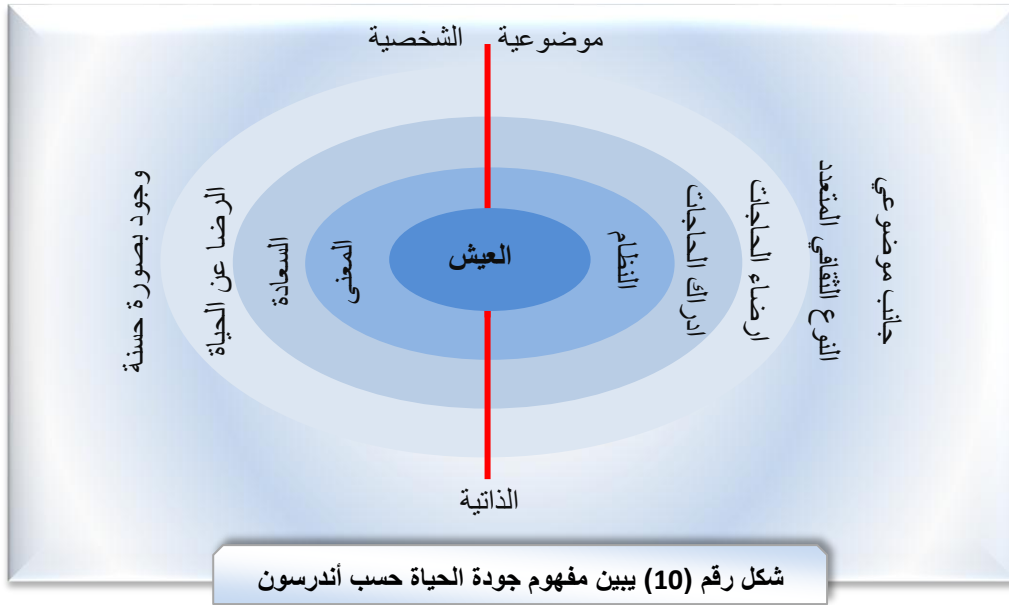
(Netz. Y et al, 2005, p 273)

✓ الشعور بالأفضل نفسيا (الألم، وأدراك الاضطرابات السيكوسوماتية....)

✓ الشعور بالأفضل المدرك (جودة الحياة، الشعور بالسعادة الذاتية...)

كما يقر البعض أن مفهوم جودة الحياة مرتبط ارتباطا وثيقا بالجانب الصحي أو ما يطلق عليه بجودة الحياة الصحية، وفي هذا الصدد نجد "غوتاي & al (1992)" الذي يضع تعريفا لها أنها "حالة من الشعور بالأفضل والسعادة يرافقها على الأقل مكونين: القدرة على انجاز أعمال ونشاطات الحياة اليومية التي تنعكس كذلك على السعادة الجسمية، والنفسية وحتى الاجتماعية، وشعور المريض بالرضا مع مراعاة مستواه الوظيفي ومراقبة المرض". (Gotay C, & al, 1992, p8)

في نفس السياق اقترح "اندرسون Anderson" (2003) و"أوليفر Oliver" وآخرون مفهوم تكاملي لجودة الحياة يشمل السعادة، ومعنى الحياة، ونظام المعلومات البيولوجية biological information system، والحياة الواقعية، فضلا عن تحقيق الحاجات والعوامل الموضوعية الأخرى. (Joseph & al, 1996, p32) ويبين الشكل الموالي اختصار تعريف أندرسون لجودة الحياة.



(مبارك بشرى، 2012، ص 728)

تشير "زينب الشقير" (2009) أنها تسمح للفرد بالعيش في حالة جيدة متمتعاً بصحته البدنية والعقلية والانفعالية، على حالة من القبول والرضا، وأن يكون قوي الإرادة صامداً أمام الضغوط التي تواجهه، وذو كفاءة ذاتية واجتماعية عالية راضياً عن حياته الأسرية والمهنية والاجتماعية".

(شقير زينب محمود، 2009، ص 6)

يذكر "أحمد عبد الخالق" (2011) أن جودة الحياة "هي المستوى الذي يعيش فيه الانسان في اطار البيئتين المادية والاجتماعية، ومدى رضاه عنها، وسعادته بها، وتشمل جودة الحياة على مؤشرات موضوعية مثل: الدخل، العمل، معدل الوفاة، الأمراض، الخدمات المتاحة في البيئة كالصحة والمواصلات، ومؤشرات ذاتية مثل: رضا الفرد عن هذا المستوى وسعادته به، ويتراوح مستوى نوعية الحياة بين المرتفع والمخفض مع درجات بينهما." (الغازمي أحمد سعيدان مهدي، 2013، ص99)

وفي السياق ذاته يوجز "الأشول" (2005) تعريفها بأنها تمثل درجة الرقي ومستوى الخدمات المادية، والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، ومدى ادراكهم لتلك الخدمات المقدمة لهم لإشباع حاجاتهم المختلفة، كما لا يمكن أن يدرك الفرد جودة الخدمات بمعزل عن الأفراد الذين يتفاعل معهم (المقربين كالأهل والاخوة والأصدقاء أو الزملاء) وفي كل الأحوال فان جودة الحياة ترتبط بالبيئة المادية والبيئة النفسية الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد". (منسي محمود، وكاظم علي مهدي، 2010، ص 34)

من خلال التعاريف السابقة لجودة الحياة نستشف أنه بالرغم من اختلاف مشارب العلماء والباحثين الى أن معظمهم ارتكز في تعريفها على مداخلها بما فيها من مؤشرات موضوعية أو ذاتية، أو وجودية، لذلك نستطيع التمييز بين ثلاث أبعاد لجودة الحياة:

❖ **جودة الحياة الموضوعية:** تمثلها الجوانب الاجتماعية والمتطلبات المادية التي يسهر المجتمع على توفيرها والتي تسمح للفرد بحياة أفضل.

❖ **جودة الحياة الذاتية:** يمثلها رضا الفرد عن ذاته، ومختلف العواطف الايجابية التي تسمح له بالنمو والتطور وتحقيق ذاته، ليصل الى تحقيق السعادة النفسية والشعور بالعيش الأفضل.

❖ **جودة الحياة الوجودية:** ترتبط الى حد كبير بالبعدين السابقين، وتمثل قدرة الفرد على الانجاز والاستقلالية في اتخاذ القرار للتطلع الى ما هو أفضل، واشباع مختلف حاجات الفرد التي تهيه له الوضع لتحقيق التوازن البيولوجي، والتوافق النفس اجتماعي، وتحقيق ذاته مع التطور والتطلع المستمر لما أفضل والرضا الداخلي الذاتي والخارجي نحو البيئة والمجتمع.

وفي الأخير؛ يمكننا وضع تعريف نهائي لجودة الحياة، على أنها حالة تشمل جوانب متعددة انفعالية نفسية كالرضا عن الحياة، الشعور بالسعادة، والشعور بما هو أفضل، وادراك الفرد لقدراته وكفاءته، وجوانب اجتماعية تبرز من خلال القدرة على بناء علاقات بين شخصية واجتماعية قوية،

وجوانب صحية تمثلها المعافاة من الأمراض الخطيرة الفتاكة، والتعايش مع مختلف الاضطرابات السيكسوماتية المزمنة، والآلام، والرضا عن الحالة الصحية بشكل عام، علاوة على ذلك الجوانب المادية التي تشمل اشباع مختلف الحاجات المادية، والقدرة على اتخاذ القرار والاستقلالية الذاتية، وادارة أحداث الحياة بما يتوافق مع القدرات المتاحة والبيئة الاجتماعية.

2- العوامل والمتغيرات المحددة لجودة حياة مرضى السكري:

لاحظنا سابقا أن جودة الحياة تصور دينامي نسبي، تتباين من شخص الى آخر، ومن معلم مصاب بالسكري الى آخر وفقا لمختلف الاحتياجات النفسية والعقلية، والجسدية، والروحية في اطار النواحي الاجتماعية والصحية والاقتصادية، ويمكننا أن نجد مجموعة من العوامل المتحكمة فيها كالصحة الجسمية والعقلية، نوع العلاقات الاجتماعية، التفاعل الاجتماعي، القدرة على التفكير والتحكم، نوعية القيم الثقافية والحضارية، الأوضاع الاقتصادية. (الجوالده عيد فؤاد، 2013، ص 394)

ترتبط جودة حياة مرضى السكري بعدة مؤشرات منها الوجودية والموضوعية والذاتية كعوامل الرضا النفسي، والشعور بالسعادة حيث نجد "تايلور وروجان Tylor & Rogdan" (1990) يؤكدان على رضا الفرد بقدره والراحة والسعادة. (نعيسة رغداء، 2012، ص 150) والواقع أو الوضع الصحي للمريض الذي يرتبط بأمل الحياة والفجوة Gap بين توقعاته وتطلعاته المستقبلية وقدراته الحالية ووضعياته الآتية، كما يحدد نسبة الرغبة في العيش ومعنى والرضا عن حياته رغم الاصابة بالمرض وتبعاته ومضاعفاته التي نجدها لدى البعض قد تتطور لمنحى خطير الى حد الاعاقة وبتر بعض الاعضاء كأصابع اليدين، أو الأقدام، أو الأيدي، وأحيانا تتسبب ويصاحبها أمراض مزمنة اخرى كضغط الدم، ضعف الرؤية وفي الحالات الخطيرة فقدانه، أمراض الكلى والذي يتطور لدى البعض الى ضرورة تصفية الكلى... الخ.

وتلعب الخدمات الصحية المتاحة والتكفل الطبي، والرعاية النفسية والاجتماعية، والتثقيف الصحي والغذائي للمريض كعوامل أساسية دور كبير في الوعي واكتساب السلوكات الصحية، وإدراك حجم المرض، وبعث جرعة أمل جديدة لحياتهم، لأن الكثير يجهل ماذا وكيف ومتى يأكل؟ وكيف يتصرف عند اضطراب مستوى الجلوكوز؟ وعدم تقبلهم للمرض خصوصا في المراحل الاولى مراحل المقاومة، وتشوه مصدر التحكم الصحي.

كما أن القدرة على انجاز النشاطات اليومية بنفس القدرة المعتادة والتي بفعل ازمان المرض تقل تدريجيا بسبب اما الأعراض المرضية و/أو مضاعفاته، وما يتبعها من استقلالية وقدرة على اتخاذ القرار والنجاح، تصنف كعامل أساسي في شعور المرضى بالراحة والرضا والاحساس بجودة الحياة، أو تعزز احباطاتهم لذلك يرى "كيث Keith" (1990) أن جودة الحياة فيها يشعر الفرد بالاستقلال والرضا الذاتي، ويدعمه "ستارك وجولدسبيرى Stark & Goldsbury" (1990) أن جودة الحياة تتبلور في الشعور العام بالراحة والرضا، والسعادة، والسرور، والنجاح. (نعيسة رغداء علي، 2012، ص 152) ويقر العديد من الباحثين أن الشعور بالسعادة هو غاية الصحة النفسية، (سهير كامل أحمد، 2001، ص 21) دون أن ننسى متغيرات أخرى كمنظ الشخصية، وكفاءتهم الذاتية التي تتجسد في قدرتهم على التعايش مع المرض والمثيرات الحياتية، ومختلف الاحداث التي يتعرضون لها، والمرونة النفسية ومصادر الضبط لديهم اما خارجية أو داخلية، وادراكهم لمستقبل صحتهم وما سيكونون عليه ومدى تطلعهم لمستقبلهم وآمالهم. وهذا ما بينته دراسات "Seligman & Csikszentmihaly" (2002) أن البعض من الخبرات الذاتية الايجابية والسمات الشخصية تحول دون الأعراض الإمبراضية التي تنشأ عندما يفقد الأفراد معنى لحياتهم، ومن ثم تساهم بقدر في تحديد جودة الحياة، وتعطيها قيمة ومعنى دال، هذا ما جعلنا نقر أن هذه المحددات تعمل كمتغيرات في تحسن جودة الحياة الفرد أو عوامل جروحية وهشاشة.

نضيف الى المتغيرات المذكورة سابقا، العوامل الاجتماعية حيث يرى "كيمين وكار Cummins, B & Carr, A" ان جودة الحياة تشمل عدة متغيرات بما فيها من اقبال على الحياة، ورغبة في العيش، وبناء شبكة من العلاقات الاجتماعية مع المحيطين يزيد من الشعور بالأمن والطمأنينة والثقة في القدرات للمضي لتحقيق الأهداف. (خميس ايمان أحمد، 2010، ص 158) فالقدرة على بناء علاقات اجتماعية تسمح اذا بالتكيف والتوافق الاجتماعي، وبناء علاقات متينة مع الآخرين ينمي شعور المريض بالدعم والمساندة الاجتماعية التي تعمل كالإسفننج في امتصاص حدة الأحداث الضاغطة اليومية، لأن تبادل الأفكار وتقاسم المشاعر السلبية مع الآخرين والتصغير من حجمها يؤثر على نوعية حياة المرضى ويكسبهم مشاعر ايجابية ومناعة نفسية تتيح لهم القدرة على التعايش و المرونة في التعامل ومواجهة المواقف، لهذا نجد "دودسون Dodson" (1994) يربط في تناوله لجودة الحياة الشعور الشخصي بالكفاءة وحسن التعامل مع التحديات والعقبات الحياتية. (خميس ايمان أحمد، 2010، ص 157).

ويصرح "رينيه وزملاؤه" Reine, G et al (2003، ص297) أن جودة الحياة تتأثر بظروف الحياة الحالية، وأحداثها، وتغير من الوجدان والشعور بواسطة الاستبصار. وللجانِب الروحي والاعتقادات الدينية دور أساسي في جودة حياة الأفراد، فتبني الاستراتيجية الدينية واللجوء الى العبادات كالصلاة والصوم... وغيرها من السلوكيات التي تدعّمها أفكار واعتقادات دينية كالتوكل على الله القادر لحل جميع المشكلات، تساعد في تفريغ شحنات الطاقة السلبية، وتجديد المشاعر الايجابية، وتنمي القيم والأخلاق الحسنة وتحيي الطيبة في النفوس ومشاعر الرضا والسعادة، وهذا ما تناوله "فلس" Felce, D عندما أكد أن جودة الحياة رغم تعدد مفاهيمها ومحدداتها الا أنها ترتبط بالقيم الشخصية لكل فرد، والتي تحدد معتقداته حول كل ما يحيط به، وما تواجهه من مشكلات حياتية لتحقيق الرضا الذاتي".

(منسي محمود وكاظم علي مهدي، 2010، ص 44)

وفي نفس المنوال يرى "ليتوين Litwin" (1999، P211) أن جودة الحياة في جوهرها لا تقتصر فقط على تذليل الصعاب، والتصدي للعقبات والمشاكل السلبية، بل تتعداها الى تنمية جميع النواحي الايجابية، المساهمة في الرقي بحياة الأفراد. لذلك نجد كل من "مارشال وهونت Marshall & Hunt" (1995) يؤكدان على حجم المهارات الاجتماعية التي يملكها الأفراد والتي تعمل على تحسين مستوى نوعية حياتهم، وتكسبهم نوع من المرونة في مواجهة الضغوط والمواقف الصعبة، والتي تعتمد على قدر كبير من الذكاء الاجتماعي والانفعالي، ومن أهم هذه المهارات نجد أسلوب الحوار، واستخدام النبذة المناسبة للصوت، التساؤل بهدف التوضيح، والمطالبة بالحقوق بأسلوب راق ومهذب، اللطافة في كيفية التفاوض والنقاش، الاعتماد على اسلوب المرح والدعابة في بعض المرات، واستخدام الثناء على سلوكيات الآخرين والتشجيع بين الحين والآخر لكسب ودهم، الاهتمام بالملبس وطريقة الجلوس، وانجاز المهام وتتبع التعليمات والتوجيهات. أما العوامل المادية فتشمل على سبيل المثال المستوى الاقتصادي والدخل الفردي للمريض أو أسرته لأنه يحدد القدرة الشرائية وتوفير الدواء والغذاء المناسب، ويكسبه الحرية في الاقتناء الشخصي حسب الرغبة والحاجة لأن جودة الحياة حسب "الغندور العارف بالله" (1999، ص66) تمثل بناء يتكون من مجموعة المتغيرات التي تهدف الى اشباع الفرد، والمؤشرات الذاتية تقيس مقدرا الاشباع الذي تحقق.

ونذكر أنه توصل البعض من الباحثين في دراساتهم الحديثة حول جودة الحياة لدى مرضى السكري في الجزائر ونخص بالذكر هنا دراسة "الخضر عمران" (2009، ص10) الى أن مرضى السكري

لديهم تقدير ضعيف ومنخفض لجودة الحياة حسب ما أسفرت نتائج اجابات أفراد عينة دراسته، وتراوحت تقديراتها حوالي (33,80) حيث أن السكريين من النمط الأول قدر بـ (33,78)، في حين (35,90) بالنسبة للسكريين من النمط الثاني، اضافة الى عدم وجود اختلافات في جودة الحياة ترجع الى الوضعية الاجتماعية بين العزاب والمتزوجين ومدة الاصابة بالمرض.

كما أشارت دراسة "أبركان صالح" (2015، ص ص 92، 95) أن مرضى الامراض المزمنة على غرار مرضى السكري يتأثر ادراكهم للمرض وجودة الحياة نتيجة لجملة من العوامل خارجية (كالدور والوظيفة البدنية، الدور الانفعالي والصحة النفسية المدركة)، ناهيك عن اعتمادهم على بعض أساليب المواجهة المرتكزة حول الانفعال، كطلب المساعدة، التجنب، والالاحاق للقيام بالنشاط والعمل لمواجهة المرض وممارسة بعض الهوايات والنشاطات الترويحية، في حين تم اهمال الاساليب المرتكزة حول المشكل لأن المرضى يحاولون يشعرون بتهديد صحي يتعرضون له يجيب عليهم تحمله ولا يمكنهم اخضاعه لفعل مباشر ويجب عليهم محاولة تعديل انفعالاتهم نحو الايجابية، زيادة على ذلك وجود علاقة سالبة بين أساليب المواجهة وجودة الحياة فسرها بتأثرات المرض المزمّن على أداء المرضى ومعاناتهم من الألم، وفقدان الحيوية، وضعف النشاط الجسمي المرتبط بأداء الدور وضعف الصحة العامة.

3- المقاربات النظرية المفسرة لجودة الحياة:

تختلف المشارب النظرية للباحثين في ميدان جودة الحياة ويرجع الاختلاف بالأساس الى تنوع التوجهات النظرية للباحثين كل حسب اختصاصه ومذهبه، لذلك فمعظم تفسيراتهم تستند اليها، ويمكننا اختصارها في المقاربات التالية:

3-1- المقاربة المعرفية:

ترتكز المقاربة المعرفية في تفسير جودة الحياة من وجهة نظر معرفية أساسا على أبحاث كل من "لاوتن M, P Lawton" التي طرحها في مؤلفاته ومقالاته خلال سنوات (1973, 1975, 1983) من أعمال "شالوك R. L Schalok" المدونة حول جودة الحياة في مجلديه المعنونان بـ "جودة الحياة: تطبيق على الأشخاص ذوي الاعاقة" (1996)، وقد طرحا فكرتين أساسيتين تمثلان معيارا مركزيا تدور حوله هذه المقاربة حيث المعيار الأول: يقترح أن طبيعة الادراك هي التي تحدد درجة

الشعور بجودة الحياة، أما المعيار الثاني: فان طبيعة الاختلاف الإدراكي بين الافراد في درجة شعورهم بجودة الحياة تتأثر بدرجة كبيرة بالعوامل الذاتية أكثر من العوامل الموضوعية، وبناء على هذين المعيارين تبلور لدينا أنموذجين حديثين في تنظير التفسير النموذجي لجودة الحياة، يمكن عرضهما بإيجاز كالآتي:

3-1-1- أنموذج لاوتن Lawton (1997):

اقترح في البداية "لاوتن وناهمو Lawton, M. P & Nahemow (1973) مفهوم أساسيا يقوم على فكرة ناسب الفرد والبيئة، وافترض أن ادراك الفرد لقدراته وقدرة البيئة تحدد مستوى جودة الحياة لأنها تسمح لهم باكتشاف العلاقة بين القدرات والبيئة (Abel Steve, 2017)، وتتيح هذه الأخيرة بفعل عوامل الزمن للفرد التكيف مع مطالبها، ويمكن أن تتيح الدعم البيئي الذي يسمح له بالتوافق، والاستيعاب والتكيف المتبادل من خلال جملة من العناصر:

- ❖ الفرد - البيئة الصالحة
- ❖ التقييم الموضوعي
- ❖ الاستيعاب
- ❖ علاقة البيئة (الفيزيكية والاجتماعية)
- ❖ التنظيم الانفعالي
- ❖ علاقة الفرد (بالسلوك والخبرة). (Lawton, M. P, 1991, p8)

هذا وقد طور "لاوتن Lawton" سنة (1997 و 1991) أفكاره المرتبطة بجودة الحياة وطرح تفسيرات أكثر وضوحا لقاعدته، مفادها الدور الهام لمفهوم العلاقة بين "الفرد - والبيئة الصالحة"، و" بصمة البيئة" Environmental Press التي يتواجد بها، باعتبار أن ادراكه لجودة حياته يتأثر بأحد الطرفين التاليين:

❖ **الظرف المكاني:** تؤثر طبيعة البيئة المحيطة بالفرد على جودة حياته، سواء بشكل مباشر مثل الصحة الجسمية، أو بشكل غير مباشر إلا أن هذا التأثير يحمل البعض من المؤشرات الايجابية كالرضا عن بيئته التي يعيش بها.

❖ **الظرف الزمني:** يفترض أن ادراك الفرد يتأثر تبعاً لانعكاس طبيعة البيئة على جودة حياته، فيكون أكثر ميلاً للاتجاه الإيجابي كلما تقدم في العمر، وبالمقابل كلما تقدم عمر الفرد كلما كان أكثر سيطرة على البعض من ظروف بيئته، ومن ثمة يحرز تأثير أكثر إيجابية على شعوره بجودة الحياة.

(Argyle. M, 1999, p354-356)

يمكن توضيح تأثير البصمة التي تتركها البيئة في ادراك الفرد لجودة حياته، وتكيفه، وانعكاساتها على قدراته السلوكية، الصحية والنفسية في الشكل الموالي رقم (11) الذي يؤكد فيه "لاوتن" عن الزام ادراج القياس الموضوعي للبيئة وادراك نوعيتها في نمودجه للعيش الجيد. (Brown Patrick, 2009, p25)



3-1-2- انمودج شالوك (Schalok 1996):

استنتج "شالوك" (Schalok 1996) نمودج تحليلي مفصل لمفهوم جودة الحياة، وعرضه في كتابه "جودة الحياة: تطبيق على الأشخاص ذوي الإعاقة"، حيث اقترح أنه مفهوم مركب يضم ثمانية مجالات، بحيث كل مجال يحتوي على ثلاث مؤشرات، وتنطلق جميعها من الفرضية القائلة بوجود تأثير الكبير للأبعاد الذاتية في تحديد شعور الأفراد بجودة الحياة من الأبعاد الموضوعية، ويؤكد على وجود نسبة من شعور الفرد بجودة الحياة يرجع إلى عامل حاسم يتجلى في طبيعة ادراك الفرد لجودة حياته.

ويمكننا اختصار النمودج التحليلي لشالوك في اتجاهين مركزيين:

❖ **الاتجاه الذاتي:** ويشمل التقييم الوظيفي، التفاعلات النشطة اليومية، الملاحظة المشاركة، الأحداث اليومية، تقارير المصير، واستبيانات الظروف المختلفة، أوضاع الأدوار كالتعليم والمهنة والمسكن.

❖ **الاتجاه الخارجي:** ويشمل مختلف المثيرات والأحداث الاجتماعية، مستويات المعيشة والعمل.

(عبد الرحمن سعيد، عبد الرحمن محمد، 2007، ص339)

جدول رقم (03) **يبين مجالات جودة الحياة وأبعادها حسب نموذج شالوك.**

الأبعاد			الجالات	
انخفاض الضغوط	مفهوم الذات	الرضا		السعادة الوجدانية
الاسناد	العلاقات	التفاعلات		العلاقات بين شخصية
المسكن	العمل	الحالة المادية		السعادة المادية
الأداء	الكفاءة الشخصية	التعليم		النمو الشخصي
وقت الفراغ	الأنشطة اليومية	الصحة		السعادة البدنية
الاختيار	تحقيق الأهداف	الاستقلالية		تقرير المصير
الأدوار المجتمعة	الترباط الاجتماعي	التكامل		الاندماج الاجتماعي
القانون والعمليات الواجبة	حقوق الجماعة	الحقوق الفردية		الحقوق البشرية والقانونية

3-2- المقاربة الإنسانية:

يؤكد المنظرون الانسانيون أن مفهوم جودة الحياة يستوجب وجود ارتباط بين شرطين ضروريين لتحقيق توازن الفرد في الحياة وهما: توفر الكائن الحي الملائم، وتوفير البيئة الجيدة الملائمة للعيش فيها، لأن الحياة بأبسط مظاهرها تفرض التأثير المتبادل مع تواجد الكائن الحي سواء بما تزخر به من مقومات البيئة الطبيعية والتي تشكل مقومات حياة الفرد، أو من مقومات البيئة الاجتماعية التي تنظم وتخضع سلوكيات الافراد والجماعات الى مختلف المعايير السائدة في مجتمعهم، وتتوقف نسبة تحقيق جودة بيئتهم الاجتماعية بمقدار امتثالهم لهذه المعايير. وهناك أيضا البيئة الثقافية التي تقدر جودتها بمدى كفاءة الفرد وقدرته على انجاز صرح حضاري وصناعة وبناء بيئة ماديا أو معنويا. (فوقية رضوان، 2006، ص 96-99)

من هذا المنطلق يؤكد منظرو هذه المقاربة في تفسيراتهم لجودة الحياة على مفهوم الذات Self concept، وبينوا في هذا الإطار ما تخفيه حقيقة الحياة الانسانية من امكانيات هائلة تساهم في تحقيق أفضل المستويات للارتقاء والتطور المعيشي، ومن أهم النماذج الحديثة التي تناولت هذا الاتجاه نجد:

3-2-1- نموذج رايف Ryff Carol D (1989):

انطلقت "رايف وآخرون" (1989) من فكرة اساسية تتم بأن احساس الفرد بجودة الحياة ينعكس على درجة شعوره بالسعادة النفسية التي حصروها في ستة أبعاد محورية وكل بعد يتضمن ستة صفات، ويحدد معنى السعادة النفسية عند اجتماع هذه الصفات متجسدة في تعزيز الصلابة والمناعة النفسية لدى الفرد، والشعور بالسعادة، والتي تساعد في تحسين النمو عبر مراحل حياته والتطور الايجابي (Van Dierendonck, D. & al, 2007, p474)، وتتضح هذه الابعاد في:

❖ **بعد تقبل الذات Self-Acceptance:** وتتمثل في الصفات الآتية: اظهار التوجه الايجابي نحو الذات، قبول السمات المكونة للذات (السلبية والايجابية)، الشعور الايجابي نحو الحياة الماضية، التفكير الايجابي نحو الذات المستقبلية، الشعور بخصائص الذات المميزة، ظهور النقد الايجابي للذات.

❖ **بعد العلاقات الايجابية مع الآخرين Positive relation with others:** وتشمل الصفات والقدرات التالية: رضا الفرد عن علاقاته الاجتماعية، التعاطف مع الآخرين، الثقة بالآخرين، الاقتناع برفاهية الآخرين، الاهتمام بالتبادل الاجتماعي، السلوك التواصلية مع الآخرين.

❖ **بعد الاستقلالية Autonomy:** وتشمل صفات قدرة الفرد على: تقرير المصير الشخصي، الاستقلالية الذاتية، القدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية، التصرف بطرق مناسبة، تنظيم السلوكات الشخصية، التقييم الذاتي وفقا لما يتناسب والقدرات الشخصية.

❖ **بعد التمكن البيئي Environmental mastery:** ويشمل الصفات التالية من القدرة على: الكفاية الذاتية للفرد، الاستفادة من الفرص المتاحة، التحكم وادارة الأنشطة الشخصية وبيئته، اتخاذ القرار الملائم تبعا للحاجات الفرد النفسية والاجتماعية، اختبار القيم الشخصية، التصرف بما يتناسب ومعايير المجتمع المتواجد فيه. (Sagone, E, De caroli, M. E, 2014, p882)

❖ **بعد النمو الشخصي Personal Growth:** ويشمل الصفات التالية: الشعور بالنمو والارتقاء المستمر، إدراك الفرد لتطور ذاته، الانفتاح عن التجارب الجديدة، الاحساس الواقعي بالحياة، الشعور بالتحسن الذاتي والتطور السلوكي المستمر، تغيير السلوك مقارنة بالمعرفة والفاعلية الذاتية.

❖ **بعد الهدف من الحياة Purpose in life:** وتتمثل في القدرات التالية: اكتساب الفرد لمعتقدات راسخة تمنحه معنى للحياة الحاضرة والماضية، وضع أهداف ذات معنى لتحقيقها في الحياة. السعي لتحقيق غايات في الحياة، القدرة على توجيه أهداف الحياة، إدراك أهداف الحياة بصورة واضحة، إدراك أن الصحة النفسية الشخصية تكمن في الاحساس بمعنى الحياة. (Ryff Carol, 1989, p1071, 1072) يتبين لنا أن فكرة جودة الحياة وفقا "رايف" تقتضي قدرة الفرد على مواجهة أحداث الحياة وأزماتها والتعايش معها عبر مختلف مراحل حياته، والتطور الذي يحرزه فيها ما هو الا النتيجة التي تحقق له الشعور بالسعادة النفسية التي تنعكس طرديا على مختلف أبعاد جودة حياته.

3-3- المقاربة التكاملية:

حاول اصحاب الاتجاه التكاملية وضع شرح تكاملي لمفهوم جودة الحياة؛ يضم كل العوامل الخاصة بقدرات الأفراد والمؤثرات البيئية المحيطة، ومن النماذج المعتمدة في هذه المقاربة نجد:

3-3-1- نموذج أندرسون Anderson (2003)

اقترح كل من "فونتغود وأندرسون ومريك Ventegodt. S, Merrick. J, Andersen N. J (2003) فرضية تكاملية يفسرون من خلالها مفهوم جودة الحياة من ناحية تكاملية شاملة، تضم جملة من المعطيات كالسعادة، ومعنى الحياة، والتنظيم المعلوماتي البيولوجي biological information system، والحياة الواقعية، وتحقيق الحاجات، اضافة الى العديد من العوامل الموضوعية التي تشكل اطار نظري تكاملي تشرح مفهوم جودة الحياة ومختلف العوامل المركبة له، وقد بينوا أن قدرة الفرد على ادراك حياته بكيفية تجعله يقيم بنفسه ذاته وما يدور حوله، فضلا عن قدرته على تكوين أفكار تحفز شعوره بالرضا عن الحياة Life satisfaction. (Ventegodt. S & al, 2003, p1004)

هذا وقد أشار "أندرسون وزملاؤه" الى وجود ثلاث خصائص عند اجتماعها تؤدي الى الشعور بمشاعر ايجابية بجودة الحياة، وهي:

❖ **السمة الأولى:** ترتبط بالأفكار والمعتقدات المتعلقة بالهدف الشخصي الذي يسعى كل فرد الى تحقيقها.

❖ **السمة الثانية:** ترتبط بمعنى الوجود الذي يتوسط العلاقة بين الأفكار والأهداف.

❖ **السمة الثالثة:** ترتبط بالشخصية والعمق الداخلي.

وبناء على هذه السمات فان المقاربة التكاملية تضع المؤشرات التالية الدالة على جودة الحياة:

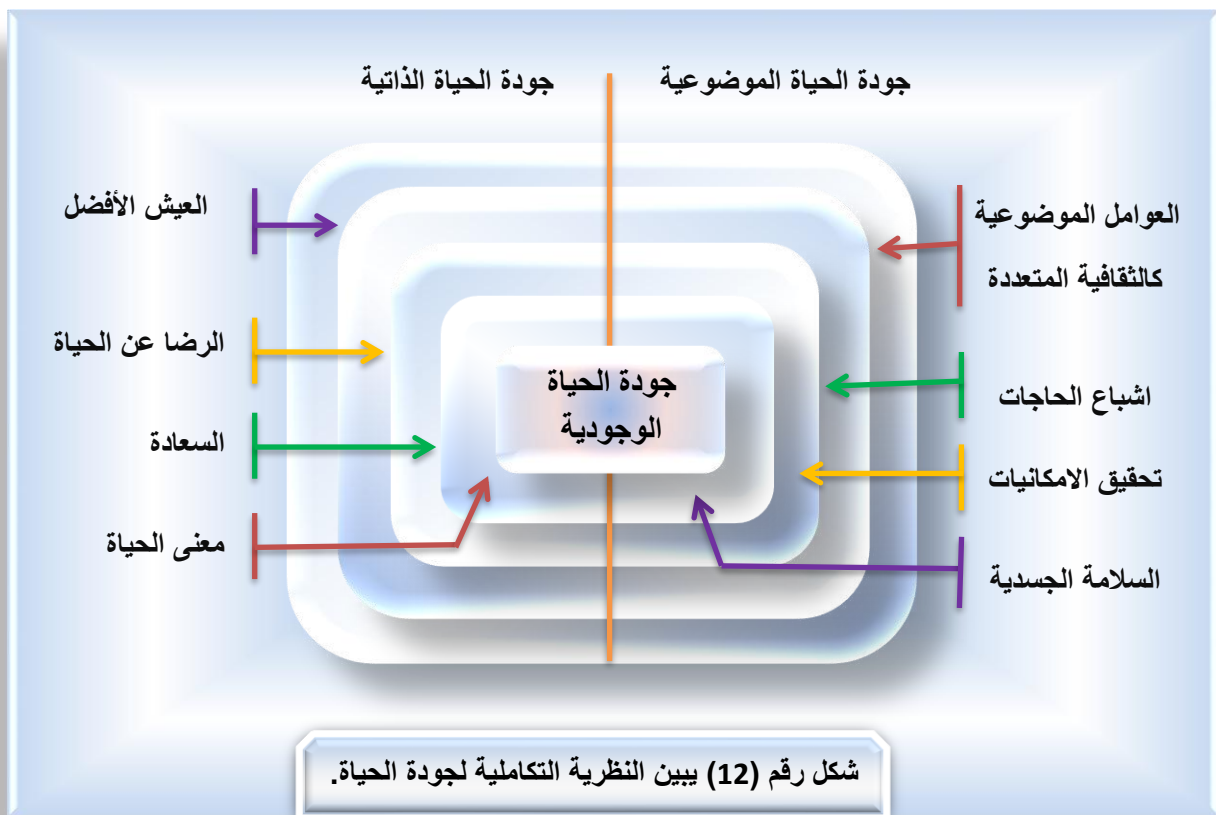
➤ شعور الفرد بالرضا يشعره بجودة حياته، وهذا الشعور يتحقق ب: وضع أهداف واقعية يكون قادر على تحقيقها، السعي مضيا نحو تغيير التدريجي للبيئة المحيطة للتمكن من ملاءمتها مع الأهداف المنشودة.

➤ اشباع الحاجات لا يرمي بالضرورة الى رضا الفرد والشعور الجيد أو تحسن جودة الحياة، لأنها في جوهرها نسبية وتختلف باختلاف الفروق بين الأفراد والمرجعية الثقافية التي تحتكم اليها فضلا عن خصوصية المعايير الاجتماعية السائدة داخل الجماعة.

➤ استغلال الفرد لإمكانياته الذاتية في نشاطات ابداعية، وعلاقات اجتماعية حسنة، اضافة الى الأهداف الواضحة المعنى والمغزى، والعائلة الايجابية التي تحيي في أعضائها الاحساس بالحياة.

(مبارك بشرى عناد، 2012، ص728)

ويمكن أن نختصر أفكار المقاربة التكاملية لـ "أندرسون وزملاءه" حول جودة الحياة في الشكل الموضح التالي.



(Susniene. D, Jurkauskas. A, 2009, p59)

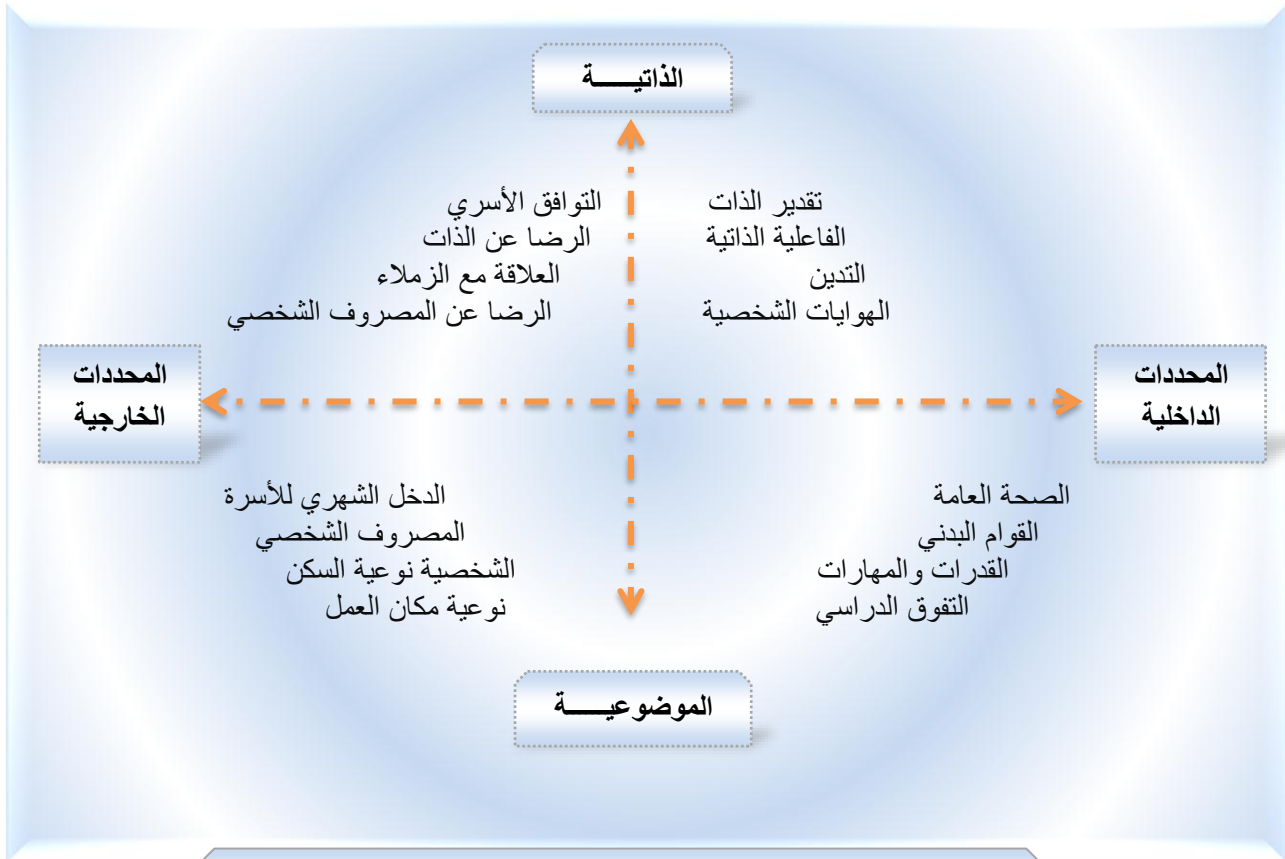
يتبين لنا من الشكل السابق أن المقاربة التكاملية لأندرسون وزملاءه (2003) تعتمد على:

❖ **جودة الحياة الذاتية:** تشمل المؤشرات الفرعية الذاتية: الرفاهية الشخصية، الاحساس بحسن الحال، الرضا عن الحياة، السعادة والحياة ذات المعنى.

❖ **جودة الحياة الموضوعية:** تشمل المؤشرات الفرعية الموضوعية: المعايير الثقافية، اشباع الحاجات، تحقيق الامكانيات والسلامة البدنية.

3-4- المقاربة العربية لجودة الحياة:

طرح "أبو سريع وآخرون" (2006) نموذج يبين من خلاله تقدير وتفسير مفهوم جودة الحياة الذي يعتمد على تقسيم وتصنيف العوامل المؤثرة في جودة الحياة، وقد تم توزيعها طبقاً لبعدين أساسيين متعامدين موضحان وفق الشكل رقم (13).



شكل رقم (13) يبين أنموذج "أبو سريع وآخرون" لمحددات جودة الحياة.

وفقا لما تم ذكره في الشكل رقم (13) فإنه يمكن تفسير المخطط التفاعلي لـ "أبو سريع وزملائه"

بناء على:

❖ **البعد الأفقي:** يشمل قطبي توزيع محددات متغيرات جودة الحياة، باعتبارها داخلية تخص الفرد وسماته الشخصية أو في المقابل خارجية تخص العوامل والسمات الخارجية المؤثرة فيها.

❖ **البعد العمودي:** تشمل توزيع محددات المتغيرات بما يتناسب ومقاييسها وتحققها، متوزعة بين قواعد الذاتية تبعا لمنظور الشخصي للفرد، والقواعد الموضوعية المشتملة على الاختبارات والمقاييس السانحة لمقارنة سماته الذاتية بغيره، أو مقارنته بمتوسط الجماعة المعيارية المنتمي لها.

وبالنظر الى هذا النموذج فإن مصطلح جودة الحياة يعتبر مفهوم شامل ومتعدد الجوانب سواء كانت اقتصادية، أو سياسية، أو صحية، أو اجتماعية ونفسية تتأثر بنظم الجماعة السائدة، اضافة الى مفاهيم كالرفاهية والمعتقدات الاجتماعية، علاوة على ذلك فان جودة الحياة تشمل اشباع الحاجات الانسانية المادية أو غير المادية، اضافة الى اعتمادها على بعض المتغيرات غير المادية كالرضا عن الحياة والقناعة، التوافق النفسي والصحي، والأسري والاجتماعي، مفهوم الذات والوعي بها، درجة مستوى الولاء والانتماء للأسرة والوطن.

(الشثيري أمل، 2006، ص20)

ان المطلع على مختلف المقاربات النظرية التي حاولت وضع تفسير لمفهوم جودة الحياة يستشف أنه موضوع حديث ويتسم بالدينامية والزبئية في آن واحد، اضافة الى أنه واسع ومركب، حيث اختصت كل مقاربة بتناول مؤشرات ومتغيرات معينة مساهمة في تحديدها كالاتية الشخصية أو الصحية أو النفسية أو الاجتماعية البيئية وما يتبعها من معايير وضوابط اجتماعية سائدة داخل الجماعة أو معايير اقتصادية... وغيرها، ويتبين لنا أن المقاربة التكاملية والاقتراح العربي التكاملية وفقا الى حد كبير في تحديدها لأنها تشمل مجموعة متكاملة من المتغيرات والمعايير الذاتية والموضوعية.

4- مجالات وأبعاد جودة الحياة:

مما لا شك فيه ان جودة الحياة تشمل مجموعة من المجالات والأبعاد اختلف العلماء والباحثين في تحديدها بشكل دقيق لكن حصروها اما في المنظور الذاتي والموضوعي أو بشكل اخر نفسية وصحية واجتماعية، لذلك فإننا نجد البعض منهم يختصرها في ثلاثة الى ست مجالات وهناك من اقترح اكثر لتتعداها، وسنبين هذا الاختلاف في الآتي:

4-1- حسب "ماريلو بريشون شويتزر Marilou Bruchon-Schweitzer" (2002, p52) فان جودة الحياة تنقسم الى ست مجالات، وهي:

- ❖ الحالة العاطفية الايجابية وغياب الانفعالات السلبية والرضا عن العيش والسعادة.
- ❖ العلاقات والنشاطات الاجتماعية.
- ❖ الكفاءات الوظيفية.
- ❖ الراحة المادية.
- ❖ المكانة الاجتماعية.
- ❖ الوضعية الاقتصادية.

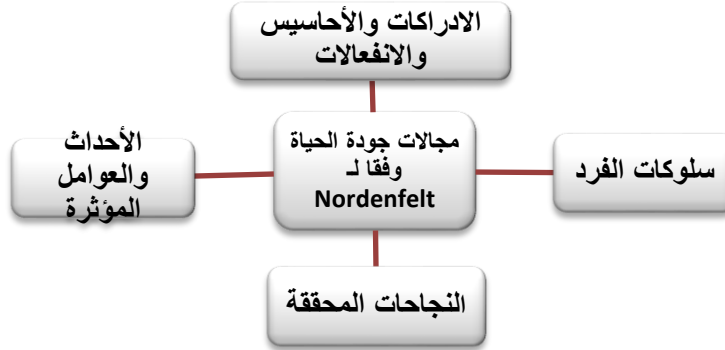


4-2- حسب "نوردنفالت Nordenfelt" (1994) فان مجالات جودة الحياة أربع، وهي:

- ❖ الادراكات والأحاسيس والانفعالات والأفكار لدى فرد معين.
- ❖ جميع الأنشطة والأفعال والسلوكيات التي يقوم بها الفرد.

❖ جميع النجاحات المحققة.

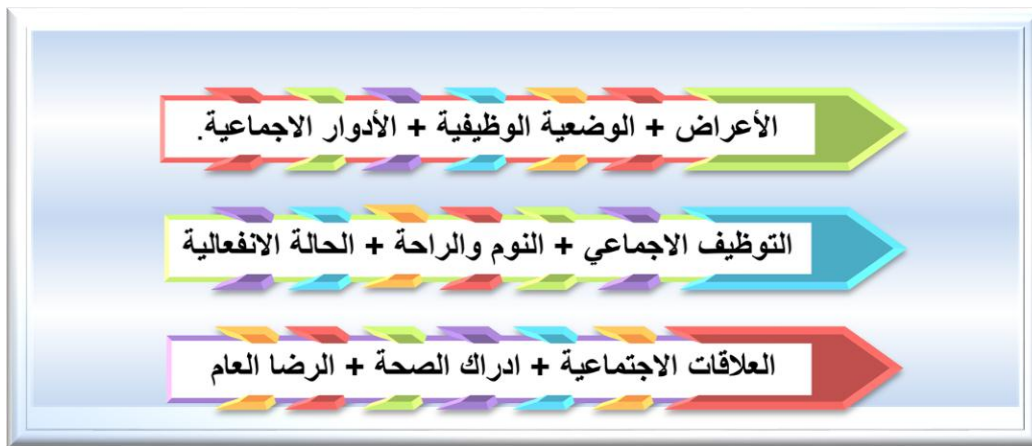
❖ جميع الأحداث والعوامل التي يمكن أن تؤثر فيها.



شكل رقم (15) يوضح مجالات جودة الحياة حسب Nordenfelt.

3-4- حسب "مارلين برجنر Marilyn Bergner" (1989) مجالات جودة الحياة تسعة، هي:

- ❖ الأعراض
- ❖ الوضعية الوظيفية.
- ❖ الأنشطة المرتبطة بالأدوار الاجتماعية.
- ❖ التوظيف الاجتماعي.
- ❖ النوم والراحة.
- ❖ الحالة الانفعالية.
- ❖ العلاقات الاجتماعية مع الأقارب والمعارف.
- ❖ ادراك الصحة.
- ❖ الرضا والاشباع العام لحاجات الفرد في الحياة.



شكل رقم (16) يوضح مجالات جودة الحياة حسب Marilyn Bergner

4-4- حسب "شالوك" (Schalock, 2002, P52) جودة الحياة العامة تتضمن ثمانية مجالات وكل مجال يحتوي على ثلاثة أبعاد، وهي:

- ❖ السعادة الوجدانية: وتتكون من الأبعاد: الرضا، مفهوم الذات وانخفاض الضغوط.
 - ❖ العلاقات بين الشخصية: وتتكون من الأبعاد: التفاعلات، العلاقات والمساندة.
 - ❖ السعادة المادية: ويندرج عنها الأبعاد: الحالة المادية، العمل والمسكن.
 - ❖ النمو الشخصي: وتتكون من الأبعاد: التعليم، الكفاءة الشخصية والأداء.
 - ❖ السعادة البدنية: وتشمل الأبعاد: الصحة، الأنشطة اليومية ووقت الفراغ.
 - ❖ تقرير المصير: ويندرج عنها الأبعاد: الاستقلالية، الأهداف والاختبارات.
 - ❖ الاندماج الاجتماعي: وتتكون من الأبعاد: التكامل، الترابط الاجتماعي والأدوار المجتمعة.
 - ❖ الحقوق البشرية والقانونية: وتشمل الأبعاد: الحقوق الفردية، الجماعة والقانون والعميات الواجبة.
- (عبد الرحمن سعيد، عبد الرحمن محمد، 2007، ص339)



شكل رقم (17) يوضح مجالات جودة الحياة حسب "Schalock"

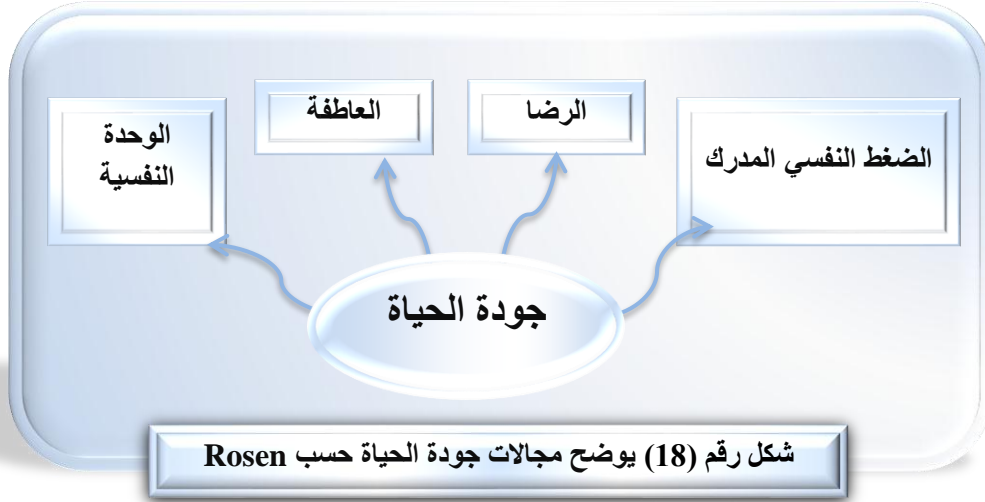
4-5- حسب "فيلس وبيري" (Fleiss and Bieri, 1995) فان جودة الحياة يمكن أن تطرح في أنموذج ثلاثي لمجالات جودة الحياة يعكس التفاعل بين عناصرها، وهي:

- ❖ ظروف الحياة: ويشمل الأبعاد: الوصف الموضوعي للأفراد وظروفهم المعيشية.
- ❖ الرضا اشخصي عن الحياة: ويشمل الاحساس بحسن الحال، والرضا عن ظروف وأسلوب الحياة.

❖ **القيم الشخصية والطموح الشخصي:** وتشمل الأبعاد التالية: القيمة أو الأهمية النسبية التي يمنحها الفرد لمختلف الظروف الموضوعية للحياة، أو جودة الحياة الذاتية.

4-6- حسب "روزن Rosen" (1995) تتضمن جودة الحياة أربع مجالات استنتجها عند اعداده مقياس لجودة الحياة، وهي:

- ❖ الضغط النفسي المدرك.
- ❖ العاطفة.
- ❖ الوحدة النفسية.
- ❖ الرضا.



4-7- حسب "ويبستر وآخرون Webster & al" (1999) فإنها تشمل سبع محاور تكاملية:

- ❖ التوازن الانفعالي: يضم الأبعاد التالية: ضبط الانفعالات الايجابية والانفعالات السلبية كالحزن، الكآبة، القلق والضغوط النفسية... الخ.
- ❖ الحالة الصحية للعضوية.
- ❖ الاستقرار المهني ويشمل الرضا عن العمل أو الدراسة وله انعكاس هام على جودة الحياة
- ❖ الاستقرار الأسري وجودة التفاعل والعلاقات داخل النسق الاسري.
- ❖ استمرارية العلاقات الاجتماعية والتفاعلات خارج نطاق الأسرة.
- ❖ الاستقرار الاقتصادي وكل ما يرتبط بدل الأفراد. (المحرزي راشد وآخرون، 2006، ص 290).
- ❖ التواءم الجنسي وما يتعلق بصورة الجسم والرضا عن المظهر العام للفرد.



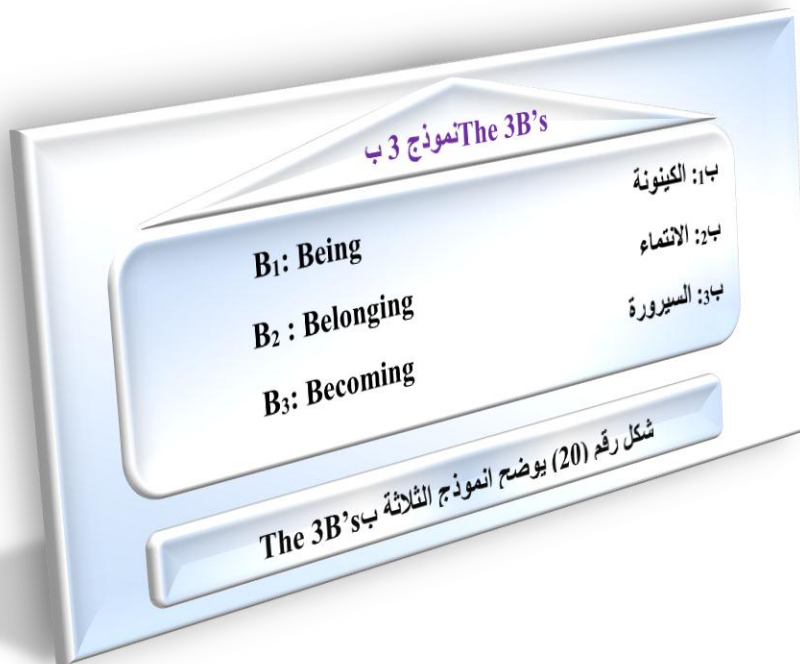
شكل رقم (19) يوضح مجالات جودة الحياة وفقاً لـ "Webster & al"

4-8- حسب "Craig Jackson & Lawton" (2010) فان لجودة الحياة مجالات يمكن صياغتها ضمن النموذج المسمى الثلاثة بـ The 3B's على النحو الموالي:

ب₁: الكينونة.

ب₂: الانتماء.

ب₃: السيرورة.



ويمكن اختصار مجالات جودة الحياة في الجدول الموالي الشامل لمجالاتها وما يندرج عنها من

أبعاد فرعية.

جدول رقم (04) يوضح مجالات جودة الحياة حسب "Craig".

المجال	الأبعاد الفرعية	الأمثلة
الكيونة (الوجود) Being	الوجود البدني Physical Being	1- القدرة البدنية على التحرك وممارسة الأنشطة الحركية 2- أساليب التغذية وأنواع المأكولات المتاحة.
	الوجود النفسي Psychological Being	1- التحرر من القلق والضغوط. 2- الحالة المزاجية العامة للفرد (ارتياح/ عدم ارتياح).
	الوجود الروحي Spiritual Being	1- وجود أمل في المستقبل (التفاؤل). 2- أفكار الفرد الذاتية عن الصواب والخطأ.
الانتماء Belonging	الانتماء المكاني (البدني) Physical Belonging	1- المنزل أو الشقة التي أعيش فيها. 2- نطاق الجيرة التي تحوي الفرد.
	الانتماء الاجتماعي Social Belonging	1- القرب من أعضاء الأسرة التي أعيش فيها. 2- وجود أشخاص مقربين أو أصدقاء (شبكة، علاقات اجتماعية)
	الانتماء المجتمعي Community Belonging	1- توافر فرص الحصول على الخدمات المهنية المتخصصة 2- الأمان المالي.
السيروية Becoming	السيروية العملية Practical Becoming	1- القيام بأشياء حول منزلي. 2- العمل في وظيفة أو الذهاب الى المدرسة.
	السيروية الترفيهية Leisure Becoming	1- الأنشطة الترفيهية الخارجية (التنزه والتريض). 2- الأنشطة الترفيهية داخل المنزل (وسائل الاعلام والترفيه)
	السيروية التطورية (الارتقائية) Growth Becoming	1- تحسين الكفاءة البدنية والنفسية. 2- القدرة على التوافق مع تغيرات وتحديات الحياة.

(أبو حلاوة محمد سعيد، 2010، ص7)

5- مؤشرات جودة حياة المعلم المصاب بالسكري في الجزائر:

يقر العديد من الباحثين على غرار "تيوفيلو Theofilou, P (2013) أن جودة الحياة مفهوم شامل، وتكاملي واسع لكيفية قياس مجموعة من المؤشرات: كالمسماط الطيبة، والايجابية المتعددة في حياة الأفراد متضمنة تقييمات لردود الأفعال العاطفية اتجاه حوادث الحياة، والاحساس بالحياة، والرضا عن العمل والعلاقات الشخصية. (Theofilou, 2013, p151) ونستشف بعض المؤشرات الدالة لجودة الحياة يمكننا اختصارها في:

❖ إدراك أو الاحساس بجودة الحياة: تمثل حالة شعورية، أثناءها يرى المعلم المصاب بالسكري نفسه قادرا على اشباع حاجاته المختلفة سواء كانت فطرية او مكتسبة، والاستمتاع بالظروف المحيطة.

❖ المؤشرات النفسية: تتضح في شعور المعلم المصاب بالسكري بالقلق، الاكتئاب، أو التوافق مع المرض، التعايش مع المرض وتقبله، أو الشعور بالسعادة والرضا.

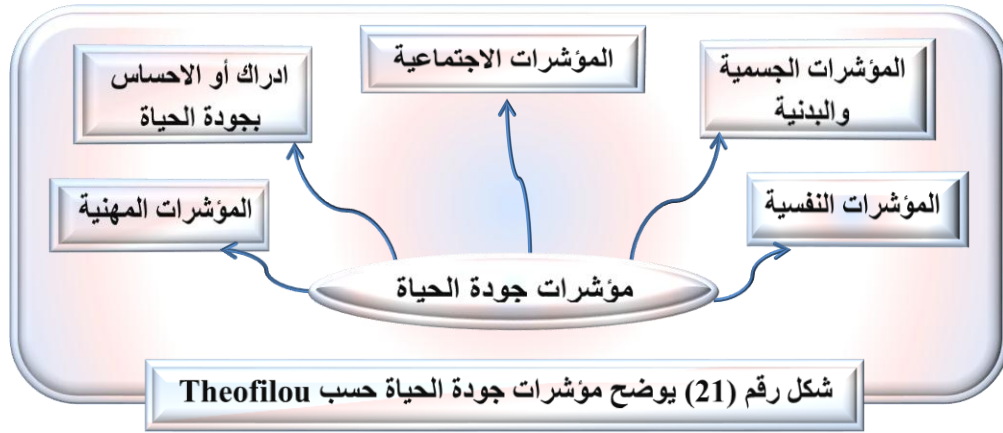
❖ المؤشرات الاجتماعية: وتتبدى في العلاقات الشخصية والاجتماعية ونوعيتها التي يكونها المعلم المصاب بالسكري، ومختلف العمليات التفاعلية والتلاميذ داخل أسرته مع أفراد عائلته، وداخل بيئته المهنية مع المعلمين والطاخم الاداري والمدير، بحيث أنه في كل مرة يتفاعل مع جيل جديد من الأطفال ويقوم بعمليتي التربية والتعليم، فضلا عن ممارسته لمختلف الأنشطة الاجتماعية والترفيهية.

❖ المؤشرات المهنية: تتمحور حول درجة رضا المعلم المصاب بالسكري عن مهنته وحبها لها، وأهم معيار فيها هو قدرته على انجاز المهام الموكلة اليه والتي يفرضها المنصب الوظيفي الذي يشغله، والقدرة على اتخاذ القرارات، والتوافق مع الواجبات والالتزامات الملقاة على عاتقه، لأنه عادة ما يشتكى عض المعلمين بعد اصابتهم بالمرض من عدم القدرة على الانجاز مقارنة بنفس القدرة على الانجاز السابقة قبل الاصابة بالمرض.

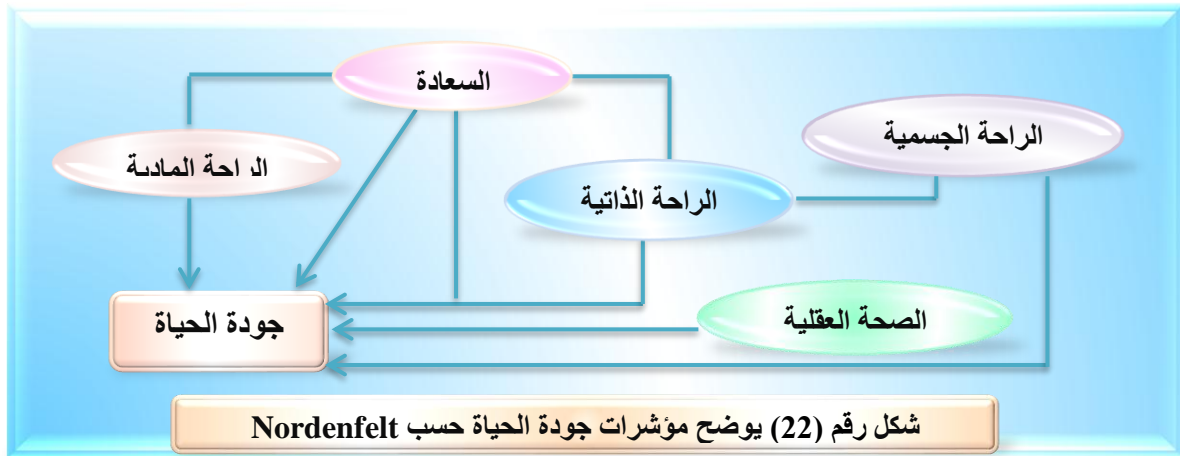
❖ المؤشرات الجسمية والبدنية: وتتعلق برضا المعلم المصاب بالسكري عن مهنته، وحبها لها، والقدرة على تنفيذ مهام وظيفته على أكمل وجه، والقدرة على التوافق مع واجبات عمله.

ويمكن توضيح كل المؤشرات السالفة الذكر الي طرحها "تيوفيلو Theofilou, P" في الشكل

الموالي.



من جانب آخر افترض "نوردنفالت Nordenfelt" (1994) اقتراحه الذي عبر من خلاله أن جودة الحياة مفهوم يدمج مجموعة من المؤشرات المعتبرة مثل السعادة، الراحة المادية والوجود الذاتي ذو الجذور النفسية والاجتماعية، الصحة العقلية والصحة الجسمية، ويمكن تمثيلها في الشكل رقم (22).



6- نمط جودة حياة مرضى السكري في الجزائر:

على الرغم من التطور التكنولوجي الحاصل، والتدفق المعلوماتي، والانفتاح الحضاري النسبي الذي يعيشه الفرد الجزائري، إلا أن نمط حياته، وأسلوب عيشه لا يحقق له الصحة العامة بما فيها الصحية، والنفسية، والرضا عن الحياة، والسعادة، والرفاهية العامة باعتبارها المؤشرات الضرورية لنمط الحياة الجيد، وإذا ما ألقينا بنظرة خاطفة على عدد المصابين بالأمراض المزمنة، والمضاعفات المتسببة فيها والوفيات الناجمة عنها، فإننا ندرك حقيقة حجم الضرر الصحي الذي يهدد حياة الفرد الجزائري، والتي

بدورها تنعكس سلبا على نمط عيشه وجودة حياته العامة، فحسب احصائيات رئيس جمعية الأمراض المزمنة في الجزائر "عبد الحميد بوعلاق" فان 38% من المجتمع الجزائري حامل لأمراض مزمنة. (ق. م، الشروق، 2013) ويتربع مرض السكري المرتبة الثانية من حيث الامراض المزمنة في الجزائر بنسبة 2.9%، ويصيب ما يقارب 5 ملايين جزائري، ويمثل نسبة 12% من مجموع تعداد سكان الجزائر، منهم 100 ألف طفل مصاب بالسكري، وحوالي 200 ألف مصاب بقرحة القدم السكرية معرضون للبت، ويتم تسجيل حوالي 15 ألف اصابة جديدة بداء السكري سنويا في الجزائر. (انظر الاحصائيات)

كما يشير العديد من الخبراء الجزائريين الى أن السبب الكامن وراء هذه الأرقام راجع خصوصا الى اختلال نمط التغذية الذي يتبلور في العادات الغذائية الخاطئة التي طغت على النظام الغذائي الغير سليم لدى الفرد الجزائري، بالإضافة الى جملة من السلوكات الغير صحية كقلة النشاط الحركي، والاقبال على مطاعم الأكل السريع، والمواد الغذائية الصناعية الغير صحية، والمعلبات المسرطنة التي تصنع بمواد كيميائية ومهدجة أحيانا تكون محضورة دوليا، أو غير مطابقة لمعايير السلامة الغذائية العالمية. ناهيك عن ضعف الثقافة الصحية بشكل عام لدى المواطن الجزائري والتي انعكست على أسلوب حياته ونمط سلوكاته الغذائية بشكل خاص والصحية عموما. ويؤكد العديد من الأطباء خلال السنوات الأخيرة أن اختيار المرضى الخاطي للأحذية المقلدة والغير مناسبة، لها دور كبير في التسبب في تقرحات القدم السكرية والبت لدى عينة هامة من المجتمع. كما نشير الى عامل هام نجده لدى فئة معتبرة داخل المجتمع يتعلق بإقبال البعض على الطب التقليدي والبديل للتداوي بالأعشاب أو غيرها، وعدم المتابعة الطبية، أو اهمال الالتزام بتناول الدواء في الوقت المحدد.

وعموما فان الملاحظ لـ مخططات التنمية المستدامة التي تسهر عليها الهيئات الوصية، والمقومات التي تزخر بها الجزائر من امكانيات، وموارد اقتصادية، ومادية كغناها بالثروات الطبيعية من غاز وبتترول، والعديد من المعادن النفيسة، والمساحة الشاسعة، وتنوع التضاريس، والمناخ، اضافة الى الطاقة البشرية التي يمثلها الشباب بأكثر نسبة، والمشاريع الانمائية في بنيتها التحتية الا أنها واقعا لا تزال لا تحقق تكافئ ما بين الامكانيات المتاحة وما تحتله من مراتب على الصعيد العربي، أو الافريقي، أو العالمي، وفي آخر تصانيف لـ العيش الأفضل وجودة الحياة العالمية قبعت في المراكز المتوسطة القريبة من المتأخرة، في حين صنفت وفقا لـ المؤشرات العالمية للتنمية في مراتب مرتفعة، ومراتب متوسطة في التنافسية، وهي في تحسن طفيف مقارنة بالسنوات الفارطة، فعلى سبيل المثال:

❖ تقرير جودة الحياة *Quality of living*، والسعادة العالمي وأفضل المدن العيش:

أصدرت مجلة International Living تقرير حول جودة حياة الدول حيث يقوم على معايير ككلفة المعيشة الثقافة والترفيه، الاقتصاد، البيئة، الحرية، الصحة، البنية التحتية، الأمن والسلامة، واحتلت الجزائر في نسخته الصادرة في ففيري 2010 المرتبة 146 (مركز الخليج للدراسات الاستراتيجية، 2010) وفي سنة 2011 تقدمت للمرتبة 139.

كما سجلت الجزائر المرتبة 68 من بين 158 دولة في الاحصائيات العالمية للسعادة Ranking of Happiness سنة (2012-2014) والتي تعتمد على عدة معايير منها مستوى دخل الفرد، الرفاهية والرضا، والحرية على اتخاذ القرار الشخصي، الدعم الاجتماعي، جودة الصحة المتوقعة، القدرة الايجابية والطيبة، إدراك الفساد والرشوة، الفقر. (Helliwell, J, H & al, 2015, p27)

وصنف تقرير أفضل مدن العالم جودة للعيش الصادر عن مكتب المجلس الاداري والمالي للموارد البشرية Merce Management consulting سنة 2011 الجزائر العاصمة المرتبة 185 من بين 221 هذه المرتبة الاخيرة التي احتلتها بغداد، ويرجع هذا التصنيف الى عدة معايير منها الاستقرار الأمني، والسياسي، والاقتصادي، والتطور التكنولوجي، والنمو والرفاهية الاجتماعية... الخ.

(<http://www.siwel.info/>, 14/03/2016/)

أما تصنيف القدرة على العيش الصادر سنة 2014 فقد قبعت العاصمة في المرتبة 135 من بين 140 مدينة (AL Huffington Post, 06/03/2015)، وفي مارس 2015 و 2016 بقيت مصنفة العاصمة الجزائرية في المرتبة 187 من اصل 230 مدينة، (Mercer, 2016, p2) في حين أحرزت تونس المركز 113. (Elkhadra. Com, 19/08/2016)

❖ التقرير العالمي للتغذية 2016:

تضمن التقرير العالمي للتغذية (2016) Rapport Mondial de la Nutrition الصادر سنة 2016 بعض الاحصائيات المتعلقة ببعض المشاكل الصحية والأمراض التي تقف عائق أمام تحقيق الصحة الجسمية كالسمنة لدى الراشدين التي حققت المرتبة 132 بمعدل انتشار 24,8%، أما مرض السكري فقدرت مرتبة الجزائر عالميا بـ 159 بمعدل انتشار 14,2% من أصل 190 بلد في تطور مرض

السكري لدى الراشدين وهي في المنحى السيء لتطورات المرض، أما انتشار الأنيميا لدى النساء المتقدمين في السن فإن اتجاه المنحى يزداد سوء حيث أحرزت المرتبة 137 بمعدل 32,7%.

(I. F. P, R. I, 2016, p, p123, 128, 131)

❖ تقرير التنافسية العالمي (2015-2016):

احتلت الجزائر المرتبة 87 في مؤشر التنافسية العلمي لعام 2015-2016، في حين العام الذي سبقه أحرزت المرتبة 79 من بين 144 دولة، فالصحة والتعليم الابتدائي أحرزت المرتبة 81، جودة التعليم الابتدائي والتعليم الجامعي والبحث العلمي المرتبة 121، و127 على الترتيب، وجودة النظام التربوي على المرتبة 114، المتطلبات الأساسية (59%) 65، المؤسسات 101، البنية التحتية 106، القدرة على الكفاءة 125، التعليم العالي والتدريب 98، كفاءة سوق العمل 139، تطوير السوق المالية 137، حجم السوق 47، كفاءة سوق السلع 136، الجاهزية التكنولوجية 129، الابتكار وعوامل التطور 133. ومعدل أمل الحياة المرتبة 90، أما بالنسبة لوفيات الرضع في الالف 83، متوسط عمر الفرد الجزائري المتوقع 70 سنة... وغيرها من المؤشرات التصنيفية. (G.C.R, 2014, p106-107)

ومقارنة بالسنوات التي سبقتها حيث كانت تحتل المرتبة 89 من بين 133 دولة، ويرتكز هذا التقرير على جملة من المؤشرات كالإصلاحات الهيكلية في البنية التحتية، والاستقرار الجيوسياسي والاقتصادي، والتطور الصحي والتعليم، وتعزيز كفاءة الابتكار لتمكين القطاع الخاص على النمو، وتحسين بيئة الأعمال، والقضاء على البطالة وتوفير الوظائف. (تقرير التنافسية العالمي، 2014، ص3)

❖ تقرير التنمية البشرية العالمي 2015:

كما سجلت مراتب مرتفعة في تقرير التنمية البشرية سواء الصادر سنة 2013 حيث احتلت مرتبة مرتفعة قدرت بـ 93 تليها تونس مباشرة في تقرير التنمية البشرية، (تقرير التنمية البشرية، 2013، ص207) في حين تحصلت سنة 2014 على المرتبة 83 وهي تشير الى مرتبة مرتفعة في تقرير التنمية البشرية الصادر سنة 2015، (التقرير العالمي للتنمية البشرية، 2015، ص31) والذي يعتمد على مؤشرات أساسية تصنيفية كتحسين الامكانيات البشرية والذي يشمل معايير المستوى المعيشي اللائق، المعرفة الحياة المديدة والصحية، اضافة الى مؤشر ظروف التنمية والذي يشمل معايير المشاركة في الحياة السياسية وفي المجتمع، الاستدامة البيئية، الأمن البشري وحقوق الانسان، وتعميم المساواة والعدالة الاجتماعية بي جميع فئات افراد المجتمع.

وقد بينت أبحاث كل من " تيلوين حبيب وايستنتس ريشارد Tiliouine. H , & Estes. R " سنة (2013)، ودراسة " تيليوين ومحمد مزيان Tiliouine. H & Meziane. M " الصادرة سنة (2012) أن الجزائر كدولة عربية اسلامية وصلت نسبة الفقر فيها الى حوالي 23% وقد خصت أموال لتحسين مستوى العيش والنمو الاقتصادي الا أن الفساد الاداري والاقتصادي أثر على فاعلية تلك الأموال في الواقع اليومي للناس. كما بينا في جانب آخر هو عند قياسهما لمؤشر الرفاه باستعمال مؤشر الفاهية العالمي (IWI) ومقارنته بمؤشر الرفاهية الشخصي (PWI) وهو يستند أساسا على جودة الحياة الأفراد ومؤشر الرفاهية الوطني (NWI) وقد توصلا الى أن متوسط درجة الرفاهية الشخصية (PWI) في الجزائر هو 65.19 وانحراف معياري 17.7، وارتبطت الدرجات المنخفضة بـ أبعاد كالأمن والوضع الاجتماعي... وغيرها.

وتطرق أيضا "حبيب تيليوين" (2012) في الملتقى الوطني الأول حول "واقع وطرق الارشاد في تسيير الصراعات النفسية في الجزائر" عند قائمه لمداخلة موسومة بـ "جودة الحياة والصراعات النفسية" عند تأكيد على أن مؤشر الدخل الخام كمؤشر للنمو الاقتصادي في الجزائر غير كافي، ودعا الى تبني الاعتماد على مؤشر الدخل الخام من السعادة كمؤشر نفسي مكمل للمؤشرات الاقتصادية.

(<http://www.elitihadonline.com>, 13/11/2016)

7- كيفية تحقيق جودة الحياة لدى المعلم المصاب بالسكري:

يمكن تحقيق جودة الحياة بتوفير الظروف الملائمة، وتضافر مجموعة من العوامل المؤثرة فيها والتي تشمل عموما:

7-1- تحقيق المعلم لذاته وتقديرها:

يشير الباحثون المختصون في علم النفس على غرار "شالوك" (2004) أن جودة الحياة تتبى عن كيفية الاستمتاع بمجالات الحياة المتنوعة، ويستلزم الأمر فهم الفرد لذاته وقدراته، وامكاناته الذاتية (عراقي صلاح الدين، 2006، ص 219) فادراك المعلم لجوانب الطاقة لديه وتقييمه لقدراته وكفاءته ومهاراته يساعده على احترام ذاته والثقة بقدراته، وتحسين مكانم القوة ومهاراته، العمل على تحقيق الذات وتخطي العقبات والصعوبات حسب ما يتمتع به من امكانيات شخصية، وقدرات ذاتية، الاحساس بالرضا عن الذات، والقيام بالأدوار الاجتماعية المنوطة به داخل المؤسسة أو البيت، التواصل

والتفاعل مع الآخرين وفي مكان العمل، وبناء علاقات اجتماعية طيبة وحسنة، اشغار المراكز وفقا لمؤهلاته وكفاءته الشخصية التي ترفع من شعوره بجودة الحياة.

7-2- اشباع الحاجات الأساسية للمعلم المصاب بالسكري:

يؤكد بعض الباحثين في ميدان جودة الحياة على غرار "الغندور محمد" (1999) أن المكون الأساسي لجودة الحياة ولب موضوعها يتجلى في تحقيق اشباع الحاجات التي سبق وأن تطرق لها "ابراهيم ماسلو Maslow" في نظريته للحاجات سواء كانت بيولوجية قاعدية، أو انسانية، أو اجتماعية، أو اقتصادية، أو تعليمية وتحقيق الذات وتقديرها، أو ترفيهية، أو غيرها...، وتتفاوت درجة نسبة اشباع الحاجات لدى المعلمين المصابين بالسكري وفقا لعدة معايير منها ما يتعلق بمهنة التعليم ومخرجاته مقارنة بمدخلات المعلم، خصائص المرض المزمن، درجة تعايشه مع المرض وخصائص مهنة التعليم وقدراته ومهاراته، اضافة الى الدخل المادي الذي يحزره مقارنة بالمجهود المبذول وقدرته على تغطية كافة حاجاته بما فيها العلاج المستمر ومدى اشباع حاجات أفراد أسرته، ونشير بالذكر هنا الى ان معظم مرضى السكري انهم مطالبون باتباع حميات غذائية نوعية تخضع لنظام غذائي قاسي وكيفي لطبيعة الغذاء يتمثل أساسا في الابتعاد عن عدة أطعمة خاصة ان كانت مشبعة بالسكريات أو الدهون، مما يتسبب لدى العديد في الحرمان وعدم اشباع رغبة غريزية قد يضعفون عندها، وينجم عنها مخاطر عدة انتهت لدى بعض الحالات الشاذة بالوفاة بسبب كمية الطعام ونوعيته. لذلك فمن الضروري على المعلم اشباع حاجاته خصوصا البيولوجية والمرتكزة بالأساس على توفير الغذاء لكن وفقا لمعايير السلامة الغذائية الخاصة بمرضى السكري بنمطيه.

7-3- القدرة على اعطاء معنى ايجابي للحياة:

تقوم فكرة "Frankl V فرانكل" (1955-1976) على اقتراحه لتصور مفاده أن حياة الأفراد لها معنى متغير، ودائم ومستمر رغم كل الظروف والمطالب التي تواجهه في الحياة. (Frankl & Steger, 2005, p580) وافترض أن دافع ارادة المعنى هو المحرك الأساسي الذي يحفزه للسعي الدؤوب، وتحمل المعاناة ويرفع من قيمة الحياة واستحقاق البقاء للعيش. (خوج حنان أسعد، 2011، ص14) أبدى اهتماما شديدا بالمصطلح وما يرتبط به، لدرجة أنه يجب أن تكون للحياة معنى رغم كل الظروف المستمرة التي يمر بها

الفرد أو تصادفه، كما أنه بالرغم من التغيير المستمر إلا أنه يبقى محافظاً على وجوده، وللحفاظ على هذا الوجود وإعطاء قيمة إضافية مستمرة لمعنى حياته يتطلب توفر ثلاث شروط أساسية وهامة، وهي:

- ❖ القيام بشيء جديد أو عمل معين.
- ❖ القيام بتجارب وخبرات تحمل معنى وقيم سامية تدعم المثل والأخلاق الفاضلة كالخير.
- ❖ الالتقاء بفرد آخر عند أوج تفرده وعزله الإنسانية.

طرح "فرانكل" استناداً على مقارنته الوجودية ثلاثة موارد هامة تدعم تحقيق الفرد لمعنى حياته مرتكزة على المصادر المعرفية (ترتبط بإدراك الفرد لمعنى حياته) والمصادر السلوكية (ترتبط بالسلوكيات التي يقوم بها الفرد وتترجم إدراك الغاية من الحياة لتكون أكثر واقعية) وأخيراً المصادر الوجدانية (ترتبط بإحساس الفرد بقيمة حياته، ورضاه عنها وعن أهدافه). (أبو غزالة سميرة، 2007، ص 267) أخذة بالحسبان في ذلك كل ما بإمكانه القيام به سواء كان خاضعاً لـ:

- ❖ **القيم الخبرائية *Experiential Values***: ويندرج عنها كل ما يستطيع الفرد تحقيقه من خبرات حسية ومعنوية، أو عند محاولات البحث عن الحقائق، والاستمتاع بجمال ومدلولات الحياة ومركباتها المشبعة بالقيم الإنسانية والحب، والصدقة والقرابة.
- ❖ **القيم الاتجاهية *Attitudinal Values***: ويندرج ضمنها كل المواقف التي لا يمكن للفرد تجنبها كالمرض، القدر والموت... الخ.

يشترط هذا الاتجاه أن يتخذ الفرد معنى لحياته حيال المواقف والوضعيات التي تواجهه في رحلة الحياة سواء كانت مؤلمة أو تتسبب له في معاناة يمكنه تجنبها بإعطاء قيمة إضافية لمعنى حياته. (الدسوقي محمد مجدي، 1998، ص 176-177)

بهذه النظرة للحياة يكون المعلم المصاب بالسكري معنى لوجوده في ظل معاناته المفروضة عليه، وتتوقف درجة إعطائه لمعنى حياته على مدى تقبله أولاً للمرض، وقدرته على التعايش مع المرض في ظل كفاءاته وقدراته ومهاراته الشخصية، وتساهم إشباع الحاجات بقدر في إعطاء معنى لحياته خصوصاً وأنه يقوم برسالة نبيلة لها معانٍ جد قيمة في جميع المجتمعات؛ وهي أعظم رسالة تكمن في تعليم وتلقين الأطفال العلم والتربية على مر الأجيال، فمهنته تتطلب التفاني والعمل بجد لنقوم نشئاً على مبادئ وقيم وتمدهم بمعارف وعلوم متنوعة تهيء لهم الأرضية للتعايش مع الحياة ومتغيراتها المتسارعة، فمهنة المعلم تحمل معانٍ عدة، ومرامٍ عظيمة وأهداف تتوج بالنجاح، وتكفل بالرضا عن الأداء رغم

المعوقات المتعددة كالمرض والتعب، وتحيي في نفسيته مشاعر الانتصار والسعادة، والتطلع لمستقبل زاهر عند نجاح وتفوق طلابه في مسارهم الدراسي، وقدرتهم على التعايش والتوافق مع مجربات الحياة.

4-7- التمتع بالجدد والمناعة النفسية:

أشار "سيريلنيك بوريس B. Cyrulnik" (2011, pXI) الى أن الجدد "Résilience" هو قدرة النظام النفسي على القيام بوظائفه بالرغم من تواجد غير طبيعي لواحد أو أكثر من العناصر البنائية. (Cyrulnik. B, 2011, pXI) فالفرد حسب Anaut Marie (2008, p12) الذي لديه الجدد لا يمكن أن لا يعاني من هشاشة بسبب مجموعة من العوامل، لكن يمكنه تجاوزها والنمو والتطور الى الأفضل والاحسن باستمرار. ومن جهة أخرى اعتبر Vanistendael في مؤلفه الموسوم بـ "le bonheur est toujours possible, construire la résilience" (السعادة دائماً ممكنة، بناء الجدد) أن الجدد ليس خاصية الفرد في المعنى الدقيق للمصطلح، لكن في تفاعل الفرد مع محيطه الانساني، ويمكن ادراكه انطلاقاً من الفرد وحلقة التركيز الواسعة جداً الى كافة المجتمع. (Theis. A, 2006, p35) لذلك فإنه يحتمل أن المعلم المصاب بالسكري يتمتع بخاصية الجدد رغم الجهود المبذولة أثناء العمل من جهة، والمرض المزمن والمؤثرات والعوامل المتنوعة التي قد تتسبب في معاناة معتبرة لديه وينجر عنها هشاشة صحية وجروحية نفسية، إلا أنه يستطيع المواجهة والتعايش والتكيف مع الوقت، بل وتطوير ذاته وقدراته في كل مرة مما يساهم في رفع طاقته ومناعته النفسية التي تدعم وتتعاكس بدورها على شعوره بالرضا عن الحياة، والسعادة واشباع حاجاته التقديرية لأنها أهم المؤشرات المحورية في جودة الحياة العامة بما فيها من جودة العمل التعليمي لدى المعلم والجودة الصحية والنفسية والاجتماعية، وفي السياق ذاته يؤكد البعض من المختصين في الميدان أن جودة الحياة هي أساساً شعور الفرد بالرضا والسعادة وقدرته على اشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة، ورفي الخدمات في المجالات الصحية والاجتماعية، والتعليمية والنفسية إضافة الى حسن إدارة الوقت والاستفادة منه. (أبو الرب محمد وفراس أحمد، 2013، ص 433)

5-7- التطلع نحو المستقبل

أكد الكثير من الباحثين على أن التطلع نحو الحياة ينعكس ايجاباً على جودة الحياة ويتماشيان طردياً، ومن بينهم نجد "حبيب عبد الكريم" (2006، ص81) الذي كشف عن توفر مجموعة من الخطوات الهامة التي تستخدم بغرض بلوغ جودة الحياة، يمكن تلخيصها في:

- ❖ تبني وعي الفرد لمبدأ الحاجة الضرورية والملحة على التطور والتحسين المستمر.
- ❖ تحديد أهداف التحسن المستمر للأداء، ومراجعتها والتحقق منها حسب ما تتطلب الأمر.
- ❖ تطبيق جوانب الجودة الحياتية في الواقع المعاش.

ويستلزم على المعلم المصاب بالسكري في هذه الحالة العزم على التحسن المستمر لتحقيق جودة الحياة، والذي يتعدى جوانب الحياة بأكملها الشخصية، النفسية، الاجتماعية، الرياضية، الثقافية، الصحية، والدينية، وتبني الاستراتيجيات والأساليب النفسية والاجتماعية لإشباع الحاجات والرغبات بمقدار متوازن، والمساعدة على توليد الأفكار والاهتمام بالإبداع والابتكار والتعلم التعاوني لتعزيز أكثر المهارات النفسية والاجتماعية. (الهنداوي محمد حامد ابراهيم، 2011، ص48،46)

ومعلوم لدى الممارسين من أهل التخصص أن جودة الحياة المرتبطة بالصحة (HRQOL) تعمل على تقييم جودة الحياة لدى الأفراد المصابين بأمراض صحية متنوعة منها السكري، حيث أجرى "تريف وزملاؤه" Trief and al (1999) دراسة على (129) عامل مصاب بالسكري يعالجون بصفة منتظمة، تناول من خلالها بعض المعطيات الخاصة بالمرضى (كالسن، والجنس، ونوع السكري، ومدة الإصابة والمضاعفات المرض) فتوصلوا الى جملة من النتائج الهامة تمحورت حول احساس وادراك المرضى العاملون بحالتهم الصحية مع عدم وجود علاقة مباشرة بين العمل وارتفاع مستوى السكر في الدم، لكن تأثير السكري يلحق مختلف الوظائف الرئيسية الثلاثة: النفسية خصوصا الرضا العام والتوافق، الاجتماعية كالتكيف الاجتماعي، والجسدية الصحية. (Trief. P & al, 1999, p570)

لهذا فمن المتعارف عليه بين المختصين في علم النفس أن قلق المستقبل يعتبر بمثابة المثبط لتطلع المعلم نحو مستقبله، وكل المشاعر الايجابية المساهمة في تحقيق جودة الحياة النفسية، والاجتماعية، لأن القلق في أبسط معانيه هو خوف من المجهول يرتبط كثيرا لدى المعلمين المصابين بالسكري بخوفهم من ارتفاع نسبة الجلوكوز في الدم وما ينجر عنه من مضاعفات سواء على المدى القريب أو البعيد، كما يعزز لديهم المشاعر السلبية من شعور بعدم الاستقرار والامن وتوقع الخطر وأمراض أخرى بسبب الجروح والتهابات العضوية عند تواجد المرض لمدة طويلة مع عدم القدرة على التحكم في نسبة الانسولين وارتفاعه المستمر، وضعف مناعة الجسم، واليأس من الشفاء التام منه، والاكنتاب لدى البعض خصوصا عند عدم تقبله والتعايش معه، اضطراب المزاج والتشاؤم، اضافة الى

توقعات سلبية ونتائج أخرى يمكنها أن تنعكس بالاضطراب على المعلم المريض بالسكري، وتقف عائقاً عن تحقيق جودة حياة جيدة أو حسنة لديه.



8- مقومات ومعيقات تحقيق جودة حياة المعلم المصاب بالسكري:

ينضوي البناء النفسي لكل فرد على مقومات تؤهله لاكتساب مواطن قوة، أو مواطن ضعف قد تتسبب له في تثبيط أو كمون مواطن القوة، وتعيقه عن تحقيق أحلامه وطموحاته، ومن المعلوم أن تحسين جودة الحياة الشخصية للمعلمين المصابين بالسكري يتطلب التركيز على جميع ابعاد الحياة، وتوظيف مواطن القوة وجميع الامكانيات المتوفرة، والمتاحة خدمة لتعويض المشكلات والصعوبات المنجرة عن نقاط الضعف، ويجب هنا التركيز على الظروف الخارجية الخاضعة لمراكز الضبط الخارجي المرتبطة بالعوامل الخارجية والتي يعجز المعلم المصاب بالسكري عن التحكم فيها، أو ادارتها أحيانا وهو في وضعية تأثر بها مثل مثيرات البيئة الخارجية التي يعيش فيها، الأحداث الضاغطة التي تواجهه سواء في بيئته المهنية أو الاجتماعية، انعكاس الظروف الاقتصادية والسياسية على مستوى العيش والقدرة الاستهلاكية وتوفير الحاجات الأساسية... الخ، أما الظروف الداخلية والتي يقصد بها كل الخصائص النفسية التي تخضع لمركز الضبط الداخلية ومجمل السمات الشخصية الجسمية، والعقلية والحالة الصحية، لتشمل طرق تفكير المعلم، شعوره بالرضا والسعادة، قدرته على ادارة مشاكله بأساليب صحيحة وراقية، احساسه بالاستقلالية، وقدرته على تكوين علاقات اجتماعية ايجابية... الخ، ويمكن اختصار المعوقات والامكانيات لتحقيق جودة الحياة وفقا للجدول الذي اقترحه "أبو حلاوة محمد" فيما يلي:

جدول رقم (05) يوضح معوقات تحقيق جود الحياة وما يقابلها من امكانيات.

الامكانيات أو القدرات	المعوقات والمنغصات	
<ul style="list-style-type: none"> ■ المهارات. ■ الخبرات الحياتية الايجابية. ■ الحالة المزاجية . ■ الذهنية الايجابية وروح الدعابة والمرح. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ المرض. ■ الاعاقات. ■ الخبرات الحياتية السلبية. 	الظروف الداخلية
<ul style="list-style-type: none"> ■ توافر مختلف مصادر المساندة الاجتماعية والانفعالية وتعدد المناحين لها. ■ توافر نماذج رعاية جيدة أو طبية. ■ وجود برامج توجيه وارشاد. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ نقص المساندة الاجتماعية والانفعالية. ■ ظروف الحياة أو المعيشة السيئة. ■ سوء الاختيار. 	الظروف الخارجية

(أبو حلاوة محمد السعيد، 2010، ص 25)

نستشف مما سبق أن مقومات جودة الحياة تتضمن جانبين رئيسيين يتضمنهما جوانب، أو فروع أخرى ثانوية تؤثر بشكل أو بآخر على التطور الايجابي وجودة حياة المعلم، وتتفاعل فيما بينها، يمكننا اختصارها في الجدول الموالي:

جدول رقم (06) يبين مقومات جودة حياة المعلم الذاتية والموضوعية



9- قياس جودة الحياة:

ان الباحث في تطور مصطلح جودة الحياة يجد رجوعه الى مجموع الدراسات التقييمية لنظام الصحة، الذي يلعب دورا هاما ومؤثر اساسي في القرار الصحي العلاجي والاقتصادي. (Gentile. S & al, 2003, p291) وقد حاول العديد من الباحثين اقتراح مجموعة من المقاييس الخاصة بجودة الحياة وأبعادها المختلفة، ويعتبر تقييم جودة الحياة من المواضيع المعقدة ويرجع هذا التعقيد الى تشابك عدة عوامل وجوانب تميز تفرده عن غيره من المواضيع، اضافة الى عدم وجود تعريف واضح وشامل يتفق حوله العلماء. وعموما اختلفت وجهات نظرهم انطلاقا من أربع توجهات أساسية تعلقت بالجانب الطبي أولا؛ وفيها تم التركيز على الأفراد ومختلف الأمراض العضوية سواء المزمنة أو غيرها التي يتعرضون لها، وفي هذا السياق نجد "شيبير وزملاؤه" Schipper & al (1990) يرون ان جودة الحياة ترتبط بشكل كبير بالصحة والجانب الفيزيولوجي، لأنها تمثل التأطير الوظيفي للمرض، وتبعات العلاج على المرض، وادراك نظرة المريض لها. كما أننا في ذات المضمار نلاحظ أيضا بعض الباحثين على غرار "بولينغ Bowling" (1991) الذي تمحورت وجهة نظره على بعض المواضيع المتعلقة بالصحة الخاصة لتكون بذلك أكثر شمولية ودقة من توجه "شيبير وزملاؤه"، لتعم جميع الجوانب الجسدية، والنفسية، والاجتماعية، والعقلية التي تربط بضرورة انتقال المريض من الوضعية المرضية السلبية الى الوضعية الايجابية الصحية، فمثلا الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، والذين يعانون من اضطرابات معيقة للنمو، وهنا يتعدى مفهوم الجودة الى القدرة على الاستقلالية واشباع مختلف الحاجات والرضا عن ظروف البيئة المحيطة والامكانيات المتاحة، والنمو والتطور الى الاحسن باستمرار. أما بالنسبة للجانب الثالث فهناك من الباحثين ووفقا لما اتى به "جرين وكروتر Green & Kreuter" (1991) الذين تناولوا دراسة جودة الحياة بغرض التشخيص الاجتماعي والتركيز على الافراد والمجتمعات، بحيث اقتصوا بشكل دقيق في التكيف الاجتماعي داخل الوسط البيئي المحيط، والرضا عن الحياة الشخصية والاجتماعية وربطوا مصطلح جودة الحياة بالتكيف والرضا عن الحياة وتغيير السلوك، وحاولوا وضع تفسيرات لفرضيهم هذه اذ أنه كلما ارتفع مستوى تكيف ورضا الفرد عن الحياة كلما ارتفعت طرديا جودة الحياة، وتتفق أفكارهما مع الطرح الذي اقترحه أصحاب توجه العاملين في ميدان الصحة، والتي تقوم على عناصر أساسية هي: منع المرض من التطور، الحالة الصحية، سلوك ونمط الحياة وأخيرا التنقيف الصحي.

أما باحثي الافتراضات الأخيرة نجدها مع "روتمان وزملاؤه Rootman & al (1992)" حيث ركزوا على تطوير الصحة لمختلف الأفراد، واهتموا أكثر بالتعرف على جودة الحياة و مستويات استمتاع الأفراد بمختلف الامكانيات، والقدرات والفرص المتاحة لديهم وتوظيفها للرفع من درجة جودة الحياة وتحسينها باستمرار.

كما هناك من صنف مقاييس تقدير جودة الحياة الى العالمية والعامية والخاصة ومنهم نجد "ويكلاند وزملاؤه Watkins, K. W & al (2000)" الذين اعتمدوا على حالة ومرضى المبحوثين، (Mc Dowell. I & Newell. C, 2000, p116) ففي الأولى العالمية يتم تصميم مقاييس بغرض قياس جودة الحياة بصورة متكاملة وشاملة ويضم مجموعة من الابعاد كالمقياس الميئيني لمنظمة الصحة العالمية المطور في عدة نسخ، وفي الثانية المقاييس العامة تقدر الحالة العامة مهما كانت امراضهم وتسمح بمقارنتهم مع الأسوياء والأصحاء، وتهدف الى جمع معلومات مشتركة بغية مهام وظيفية في الرعاية الصحية مثلا لمعرفة مدى أثير المرض وأعراض ومضاعفاته على جودة حياة المرضى، أما في الأخيرة المقاييس المتخصصة فانها تهتم بكشف مقدار جودة الحياة لدى فئة معينة مصابة بمرض معين كالقلب، داء المفاصل "الروماتيزم"، العقم، الربو، وهي في مجملها تهتم بتسليط الضوء على فئة معينة وتهمل الفئات الأخرى والمقارنة بينها.

نستنتج مما سبق الى أن العلماء حاولوا بناء مقاييس لجودة الحياة منها العامة والمتخصصة التي اتخذوا فيها المنحى الصحي مركزين على كل الجوانب الصحية، والسلامة الجسدية، والصحة النفسية تشخيصا أو علاجيا، وما يتعلق بها من عوامل في بناء مقاييس جودة الحياة أكثر من الجوانب الأخرى، وقاموا بتسخير ترسانة من البحوث في الميدان الطبي أكثر وهو يرد بالأساس الى الدور الذي تلعبه الصحة الجسمية والنفسية والعقلية على باقي العوامل والتأثير المتبادل بينها.

ولعل أبرز أهم أسباب اهتمام الباحثين بقياس جودة الحياة لدى عينات متباينة يرد الى ما افترضه " آرنولد Arnold" (1991) الى النقاط التالية:

- ✓ التعرف على أسباب الفروق في جودة الحياة بين مختلف الأفراد والجماعات.
- ✓ قياس تأثير الظروف الاجتماعية والبيئية في جودة الحياة.
- ✓ تقدير حاجات مجتمع معين.

✓ تقدير فعالية العلاجات الطبية وكفاءتها ونوعية نظم الرعاية الصحية.

✓ تحسين اتخاذ القرار في المجال الاكلينيكي. (عبد الخالق أحمد محمد، 2008، ص251)

ومن بين هذه المقاييس الأكثر شيوعا واستخداما نذكر على سبيل المثال لا الحصر نذكر:

❖ **مقياس تقدير جودة الحياة الـ MOS-SF-36** المختصر أعدته الهيئة الدولية لجودة الحياة ويطبق على جميع فئات المرضى.

❖ **مقياس منظمة الصحة العالمية المئوي WHOQOL** وهو المقياس الذي تم تطويره واعداده وتكييفه في 15 تحت اشراف منظمة الصحة العالمية، يتكون من 100 بند موزعة على ستة مجالات وكل مجال يضم أبعاد، وهو المعتمد في دراستنا هته، كما قد تم اعداد نسخة مختصرة منه تتكون من 26 عبارة فقط ويستخدم بكثرة في قياس الممارسات الطبية والبحوث الصحية لتقدير وتقديم العلاج، وفي البحوث النفسية الصحية تقييم جودة حياة المرضى بأمراض معينة.

❖ **مقياس "مانشستر المختصر لقياس جودة الحياة"** من اعداد "بريب Priebe" (1999) ومقياس "هوثروني Hawthorne" (1999) (الفرا اسماعيل صالح ، النواجحة عبد الحميد، 2012، ص77)

❖ **مقياس جودة الحياة لدى مرضى السرطان (QOL 30)** ل المنظمة الأوروبية للبحث وعلاج سرطان الرئة (EROTEC) وهو يتكون من 30 بند موزعة على تسع أبعاد، وقد عدل ليشمل جمع أنواع السرطانات.

❖ **مقياس تقدير أثر مرض المفاصل (Arthritis impact measurment)** L'AIMS أعدده Meenan & al (1982) بمركز الأبحاث بجامعة بوسطن، يحتوي على 57 بند شاملة ل تسعة مجالات، وقد تم تعديله في شكل مطول لتضم النسخة المعدلة 78 بندا موزعة على 12 مجال، ثم عدل مرة ثالثة في نسخة جديدة (L'AIMRS2. R) صدرت سنة (1995). ثم كیفه الفرنسيون على مرضى التهاب المفاصل واقترحوا صيغة جديدة له سلم أثر مرض المفاصل الروماتيزمي (L'EMIR) سنة (1997) وهو يتكون من 26 بند، ويسمح بتقدير جيد لجودة الحياة الجسمية التي تشمل المجالات الموضوعية المدركة وجودة الحياة النفسية أي المجالات الذاتية. (Agnene, 1999, p234)

❖ **مقياس الرضا عن جودة الحياة ل الهنداوي محمد حامد ابراهيم (2001)** وهو يتكون من 150 بند موزعة على ثمانية مجالات، وهو مخصص لقياس جودة حياة المعاقين، وقد أثبت أنه يقيس الخاصية

التي وضع من أجلها، ويتمتع بصدق وثبات عاليين.

❖ مقياس "بروفيل لانكاشير لجودة الحياة Lancashire Quality of life" (1997) من اعداد أوليفر وزملاؤه، يتكون من 24 بند تقيس جوانب ذاتية واخرى موضوعية، وهو يتمتع بقدر من الصدق والثبات المرتفعين.

❖ مقياس جودة الحياة لذوي صعوبات التعلم لـ Cummins (1997)، وهو يتكون من بعدين: موضوعي يضم 21 بند موزعة على سبع ابعاد فرعية، وبعد ذاتي ويضم سبع بنود مرتكزة على جانب الرضا عن الحياة.

❖ مقياس مكينا McKenna (2001) المعدل لجودة الحياة عند المسنين، وتوصل عند تطبيقهم عليهم الى وجود خمس ابعاد (تدخل المجتمع، الادراك الايجابي للصحة، والمصادر، الاستقلال والتبعية).

❖ مقياس جودة الحياة البسيط لفوكس Fox Simple QOL (2003) وضعه لتقويم تأثيرات العلاج والرعاية الصحية على جودة حياة الانسان.

(منسي محمود عبد الحليم وكاظم علي مهدي، 2006، ص ص 65-66)

اضافة الى هذه المقاييس توجد مقاييس أخرى متخصصة لعدة اضطرابات نفسية وأمراض عضوية كالقصور، الاكتئاب، الربو والقلب، وذوي الاحتياجات الخاصة ... وغيرها.

خلاصة:

وفي ضوء ما سبق، يمكننا ان نستنتج أن جودة الحياة مفهوم ديناميكي وزئبقي تتداخل فيه مجموعة من العوامل الذاتية والموضوعية الاجتماعية والبيئية، ورغم تعدد الابحاث والدراسات فيها الا أنها لم تتوضح بشكل جلي للباحثين فيه، كونه موضوع شامل يضم العديد من المتغيرات التي تساهم في تشكله، وتبقى جودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري في الجزائر نسبية لتظافر جملة من المؤشرات التي تحيل عن تحقيقها، بالرغم من الجهود المعتبرة لمواجهتها الا أنها غير كافية مقارنة بالإمكانيات والقدرات التي تزخر بها البلاد. كما بينا في هذا الفصل البعض من أهم المقاييس العامة والخاصة لجودة الحياة على غرار مقياس منظمة الصحة المئوي الذي تبنيه في دراستنا الميدانية، والتي سنستعرضها باستفاضة في الفصل الموالي.

الفصل الرابع:

مرض السكري كمرض سيكوسوماتي مزمن لدى المعلمين

تمهيد

- 1- الاضطرابات السيكوسوماتية والأمراض المزمنة.
- 2- تعريف مرض السكري.
- 3- المقاربة الطبية المفسرة لمرض السكري.
- 4- التصنيف الاكلينيكي لمرض السكري.
- 5- الأعراض المرضية لمرض السكري.
- 6- عوامل الخطر والجروحية للاصابة بمرض السكري.
- 7- مراحل الاصابة بمرض السكري.
- 8- بعض الخصائص النيوروسيكولوجية المميزة لبروفيل المعلمين المصابين بالسكري.
- 9- التطور الكرونولوجي لمرض السكري كمرض مومن في العالم والجزائر.

1- مضاعفات مرض السكري.

2- الوقاية وعلاج مرض السكري.

خلاصة

تمهيد:

مؤخرا، بينت العديد من التقارير الطبية المعتمدة في عدة هيئات وطنية ودولية عن اصابة عدد معتبر من الجزائريين بالاضطرابات السيكوسوماتية المزمنة، ومن بينها والتي نحن بصدد دراستها مرض السكري الذي عرف انتشارا لم يسبق له نظير، واصبح الاطباء والمختصون يدقون ناقوس الخطر الذي يهدد المجتمع الجزائري، لأنه يصيب جميع فئات المجتمع سواء الكبار البالغين او الأطفال الصغار، كما أطلق العديد منهم عليه بمرض العصر والمرض الوبائي الذي يجتاح العالم، وهو ليس بجديد لكن نسبة انتشاره هي من أحدثت ضجة على مستوى الساحة الصحية والطبية، وبما أن المعلمين من بين الشرائح التي تشكو من التعرض للعديد من الأمراض المزمنة والسيكوسوماتية على غرار مرض السكري، الذي يتسم باختلال في التمثيل الايضي يصاحبه مجموعة من الاعراض المرضية، والتي تؤثر على الأداء المهني للمعلم، والرضا الشخصي، ونمط حياته، وتحيل عن تحقيق الابداع المهني التربوي، كما أنه يرتبط ارتباطا وثيقا بالضغوط التي تعتبر عامل هام في تفجر المرض لدى الكثير من المعلمين.

وعلى العموم فاننا في هذا الفصل سنلقي الضوء على مختلف الأعراض، والمضاعفات والأنواع التي يمكن أن تصيبهم، مع التعرّيج على مختلف عوامل الخطر والجروحية التي يمكن أن تسببه، ونوضح بعض الخصائص النيوروسيكولوجية التي تميز بروفيلهم، بالإضافة الى استعراض بعض الاحصائيات على المستوى العالمي، والمحلي ولدى المعلمين بولاية سكيكدة، وفي الأخير سنبين أهم المضاعفات الخطيرة التي يمكن أن تؤدي الى بتر الأطراف بسبب الغرغرينة، أو الموت المفاجئ، أو الغيبوبة المميتة في حال غياب المرافقة الطبية والتدابير الوقائية والعلاجية.

1- الاضطرابات السيكوسوماتية والأمراض المزمنة:

1-1- تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية:

1-1-1- التعريف اللغوي:

السيكوسوماتية Psychosomatique مفردة إغريقية (Psukhésôma) يقابلها في اللغة العربية النفسوجسدية أو النفسية الجسدية، وهي كلمة تتكون من قسمين السيكو (Psycho) /Psukhé بمعنى النفس âme، وسوماتي (Sôma (Somatique) /Sôma بمعنى الجسد Corps، التي تخص الجسد والروح في نفس الوقت، وخصوصا الاضطرابات العضوية المرتبطة أساس بعوامل نفسية (كالصراعات...الخ).

(Dictionnaire Le Petit Larousse Illustré, 1990, p791)

1-1-2- التعريف الاصطلاحي:

حاول الاطباء خلال القرن الثامن عشر الشروع في البحث عن العلاقة القائمة بين الجسد والنفس، وفي سنة (1818) استخدم الطبيب النفسي الألماني "هينروث Heinroth" مصطلح البسيكوسوماتيك لأول مرة يتحدث فيها عن علاقة النفس بالجسد. (الطحان محمد خالد ، موسى محمد نجيب، 2008، ص198) وقبل سبعينيات القرن الماضي كان المصطلح الشائع "الأمراض السيكوسوماتية Maladies Psychosomatiques"، أما المصطلح الحديث المتداول حاليا هو "الاضطرابات الجسمية المظهر Troubles Somatoformes" (قاسم حسين صالح، 2008، ص367). ونذكر البعض من أهم التعاريف التي تطرقت لها كالاتي:

بينت منظمة الصحة العالمية (WHO) أن الخاصية الأساسية للاضطرابات الجسمية النفسية المنشأ هي الشكوى المتكررة لأعراض بدنية، مع إجراء فحوصات طبية باستمرار بالرغم من تأكيد الأطباء بانعدام وجود أساس جسمي لهذه الأعراض. (WHO, 1992, P161)

وتعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي العقلي (A.P.A) "الاضطرابات السيكوسوماتية بأنها اختلالات يمكن معاينتها في وظيفة أو تركيب عضو من الأعضاء، أو جهاز فيزيولوجي من أجهزة الجسم مثل: الجلد، الجهاز الهضمي، الجهاز الدموي القلبي، الجهاز التنفسي...الخ، تحتوي هذه الأجهزة على

عضلات ملساء لا إرادية يغذيها الجهاز العصبي المستقل، غير ان الجهاز العضلي الهيكلي المكون من العضلات المخططة الإرادية قد يصاب هو أيضا باضطرابات نفسجسمية مثل: الصداع وآلام الظهر. (أرون بيك، 2000، ص 2005). وتتطرق لها في موضع آخر لتصفها بأنها "تمط من الشكاوي الجسمية المتعددة والمتكررة، تكون أعراضها واضحة سريريا قبل سن الثلاثين، ولا يمكن تفسيرها على أنها ناجمة عن عوامل مرضية جسمية" (DSM-IV, 1994, P448)

ويقترح كل من العالمان "قايان. ل. روك ود. كوستيلو Fabien et Castillo" تعريف واضح للاضطرابات السيكوسوماتية أنها مجموعة الاضطرابات التي تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه، وتقاوم جميع اشكال العلاج الطبي- المعروفة التي تعجز عن مقاومتها او تخفيف حدتها.

(عطوف محمود ياسين، 1986، ص135)

ويرى "بلامتلان ولورا مالكنون" أن المريض باضطراب سيكوسوماتي "يشكو من وجود خلل في وظيفة عضو من أعضاء الجسم، ويؤدي الألم بالوظيفة إلى تغيرات فيزيولوجية أو بنائية، وتحدث الهجمات عادة في مواقف الشدة الانفعالية، أي أن المرض الذي يتطور أول مرة كنتيجة لأسباب عضوية يعود مرة أخرى من خلال الاضطراب الانفعالي، وعندما يحدث الاضطراب السيكوسوماتي كاستجابة لشدة انفعالية، فقد يكون التغير الوظيفي بسبب شدة الامتداد الاضطراب الانفعالي، أو بسبب كلا الاثنين، فان التغيرات الفيزيولوجية تكون شديدة وقاسية عما تكون عليه الحالة المادية، وقد يؤدي الألم بالوظيفة إلى تغيرات عضوية معتبرة.

وفي نفس السياق نجد "فلودرش Fleud Ruch" (1967) يقر بأن الاضطرابات السيكوسوماتية "نتيجة عن التوترات الانفعالية المهددة ، فالإنسان يصارع الحياة من اجل العيش والبقاء، والتغيرات التي تظهر في حالة الانفعال تنتهي بعد زوال المواقف، ولكن في بعض الأحيان المواقف المسببة للانفعال تستمر لفترة طويلة من الزمن، لذلك فقد يحتفظ الفرد بمستوى متطرف من النشاط الفيزيولوجي إذا استمر لفترة طويلة من الزمن لينجم عنه تلف في الأنسجة، وتوظيف مصطلح الاضطراب السيكوسوماتي يمتد ليشير إلى بعض الأعراض: كالنبض السريع، وضغط الدم المرتفع والتي تتضمن الاستجابة الدائمة للطوارئ". (الخالدي أديب محمد، 2006، ص462)

ونلاحظ أن "فلود رش" ميز بين أثر الانفعالات المؤقتة والمستمرة.

ويقدم "وايثون Weiten" تعريف للاضطرابات السيكوسوماتية على أنها "اعتلالات بدنية ذات إحساس عضوي حقيقي ناجمة عن عوامل نفسية وخاصة الاجهاد الانفعالي".

(قاسم حسين صالح، 2008، ص367)

وحسب "عطوف محمود ياسين" فالاضطراب السيكوسوماتي يحدث نتيجة اختلال شديد او مزمن في التوازن الهيموستازي في (كيمياء) الجسم نتيجة للتعرض لضغوط سيكولوجية، لأنه اضطراب جسمي ذو جذور نفسية، يظهر على شكل استجابات وردود أفعال عضوية في أحد الأجهزة الهضمية أو القلب، أو الرأتين، أو العضلات، أو الجلد، أو أي حاسة من الحواس، كما يشمل الغدد والعديد من الأجهزة مثل الدموي، والبولي والتناسلي.

(عطوف محمود ياسين، 1988، ص31-32)

من خلال التعاريف السابقة، نستنتج أن الاضطرابات السيكوسوماتية تشير إلى اختلالات وظيفية تلحق ضرر بالعضو الهش القابل للجروحية L'organe vulnérable لكنها ذات سببية نفسية المنشأ، وهي نتاج للتراكم المستمر لأحداث الحياة اليومية الضاغطة، ومن هذا التعريف يمكننا استخلاص مجموعة من المؤشرات الخاصة بالاضطرابات السيكوسوماتية نوردتها كالاتي:

- ❖ **اضطرابات وظيفية:** بمعنى وجود خلل في وظيفة الأعضاء، واستمراره يؤدي إلى خلل تشريحي وهذا ما يميزها عن الاضطرابات النفسية.
 - ❖ **الاضطرابات الانفعالية** تلعب دورا محوريا فيها، سواء بظهورها أو بعودة الأعراض، وهذا ما يميزها عن الأمراض العضوية.
 - ❖ **تتطور عبر مراحل** لتنتهي باضطرابات مزمنة.
 - ❖ **قد ترتبط باضطرابات سيكوسوماتية** أخرى تظهر على فترات مختلفة من حياة المريض، أو تتسبب كمضاعفات في ظهور أمراض واضطرابات أخرى.
 - ❖ **توجد فروق بين الجنسين في حدوثها**، فالربو يحدث لدى الأولاد والبنات بنسبة واحدة قبل البلوغ، وبعد ذلك يكون أقل لدى الرجال عن النساء، وقرحة القولون تكون أعلى لدى الرجال والغدة الدرقية لدى النساء ومن أشكال الاضطرابات السيكوسوماتية ارتفاع الضغط، قرحة المعدة، الحساسية وغيرها.
- (عبد الرحمن العيسوي، 2000، ص34)

- ❖ غالباً ما نجد تاريخ عائلي *Histoire Familial* للاضطراب النفسوجسدي (عوامل وراثية).
- ❖ العلاج الدوائي لا ينجح كعلاج لوحده للاضطراب السيكوسوماتي ويجب ارفاقه بالتكفل النفسي.

1-2- تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية:

بين العديد من العلماء مؤخراً أن الاضطرابات النفسوجسدية قد تصيب كافة الأجهزة العضوية رغم التشخيص الطبي الصحيح والعلاج الدوائي فإن الأعراض الجسدية تزول مؤقتاً ثم تعاود الظهور لترتكس من جديد، وميدانيا تثبت الملاحظة المتكررة في مثل هذه الحالات الى التعرض لحادث نفسي معتبر، أو موقف يحيي الصدمات المكبوتة لتكون السبب الرئيسي في معاودة ظهور المرض، في حين يكون الموقف الثاني الذي يعايشه المريض بمثابة العامل المفجر للمرض *Facteur Déclenchant*.

وفي هذا المضمار نجد عدة تصنيفات للاضطرابات السيكوسوماتية على غرار تصنيف "دونجبي *Dongier. M*" (1976) الذي وضعه بالاعتماد على الفحص الطبي وأجهزة عصرية موثوقة، يمكننا توضيحها في الجدول التالي:

جدول رقم (07) يبين تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية حسب *Dongier*.

الأجهزة	العناصر الفيزيولوجية العادية والاستجابات الانفعالية	الاضطرابات الوظيفية	الأمراض
جهاز الدوران	ارتفاع وانخفاض خفقان القلب وضغط الدم.	نفس الأعراض+ الإغماء، التعبير المفضل للمفحوص.	تأزم هذه الأعراض لتتطور إلى إصابة دائمة للجهاز.
الجهاز التنفسي	زيادة ونقص الوزن، اضطراب التنفس، سعال، تأوه (sourir).	ضغط صدري، ارتفاع وسرعة التنفس.	الربو والسل.
الجهاز الحركي	توتر وتلاشي العضلات.	تيبس العضلات، ألم قطني (lombalgie)، عياء (asthénie).	التهاب المفاصل المزمن التطوري.
الجهاز الهضمي	غثيان، جشاءة حموضة (rots)، فقدان الشهية (acides).	إمساك، إسهال، وألم معوي.	قرحة عدية، قرحة معوية نزيفية (RCH)، (RC44)

الغدي الجهاز	إفرازات فيزيولوجية مفرطة مختلفة ذات آثار عضوية متنوعة.	فرط الشهية، فقدان الشهية، اضطراب الحيض، تذبذب ارتفاع نسبة السكر في الدم.	القهم العقلي، البدانة أو السمنة، فقدان الحيض Aménorrhée، داء سكر الدم، فرط نشاط الغدة الدرقية Hyperthyroïdie
الجهاز التناسلي للذكر	عياء، تذبذب في الرغبة، إنهاك وصدمات، ميل جنسي مثلي.	اضطراب الانتصاب، قذف. سريع، ميل جنسي مثلي.	عجز كلي مع انعدام الرغبة.
الجهاز التناسلي للمرأة	نفور من الجماع، عدم النضج العاطفي، خوف وصدمات نفسية، ميل جنسي مثلي، اضطراب في الإفرازات المهرمونية.	اضطراب الحيض، منظومة هستيرية.	انحباس الحيض، برودة جنسية، انعدام الرغبة.
الجهاز الجلدي	حكة، بقع حب الشباب، عرق، إفراز مفرط للدهن (Séborrhée)	حساسية مفرطة للانفعال، استجابات جلدية متنوعة حسب السن، حساسية كيميائية.	الصدفية Psoriasis الاكزيما الحكة le la pelade prurit الثعلبة
الجهاز العصبي	ارتعاش، ألم مهم على مستوى أي عضو.	دوار vertige، آلام الرأس.	الصداع النصفي أو الشقيقة migraine.

(صالح معاليم، 2008، ص62)

1-3- تعريف الأمراض المزمنة:

يذهب "فورتين Fortin" (2007, p5) في تعريفه للأمراض المزمنة باننتشارها في جميع أنحاء المعمورة ، كما يعتبرها السبب الرئيسي للوفاة المسبق، وتتميز بالتطور التدريجي وفقا لمراحل معينة تنتهي بمرحلة ازمان المرض لمدة طويلة، وتعود لأسباب كثيرة وجد معقدة، ينجم عنها تعرض الفرد المصاب بخطر التأهيلية بمعنى العجز وفقدان الاستقلال الذاتي، لذلك فان اعادة التأهيل تتطلب دمج المريض، وتعزيز أنماط الحياة الصحية.

وفقا لمراكز الوقاية من الأمراض والسيطرة عليها في الوم أ (CDC) هي أمراض غير معدية، تتسم باستمراريتها على المدى الطويل، ولا يتماثل المصاب بها للشفاء من تلقاء نفسه، ونادرا ما يحدث

الشفاء التام منها، ويتم تشخيصها على أنها مزمنة يشترط تواجدها لمدة لا تقل عن ثلاثة اشهر أو اكثر.
(HCSP, 2009, p17)

وفي ذات السياق يقترح "شتاين وبيرن Stein et Perrin" تعريفا يأخذ في الاعتبار عواقب المرض، ويستند على معايير التصنيف الدولي وهما يؤكدان على وجود الضرر العضوي، النفسي أو المعرفي، لمدة ثلاثة أشهر الى سنة واحدة، أو ويفترض ان يرافقه تأثير على الحياة اليومية للأفراد الذين يعانون من الامراض المزمنة، التي يمكنها ان تقلل من النشاط الوظيفي او المشاركة، والتبعية للأدوية والنظام الغذائي، والتكنولوجيا الطبية والمعدات أو المساعدة الشخصية التي تتطلب رعاية طبية أو الطبيين، المساعدة النفسية للتكيف (Perrin. EC, & al, 1993, p787).

يشير مصطلح الأمراض المزمنة حسب منظمة الصحة العالمية الى الأمراض التي تتطلب رعاية طويلة المدى، لمدة عدة أشهر على الأقل، وتتصف بانتشار بعض الامراض المعدية كالايذز والتهاب لكبد... وغيرها، والأمراض غير المعدية التنكسية مثل السكري، أمراض القلب والاعوية الدموية، وارتفاع ضغط الدم، الربو، وأمراض الرئة المزمنة، السرطان وأمراض العضلات والعظام، ومن المسلم به ان تدرج في هذا الاطار جميع المشاكل الصحية التي لها نفس الحاجات لرعاية المرضى وتوفير الدعم والخدمات الصحية مثل الاضطرابات النفسية التي تستمر على المدى الطويل مثل الاكتئاب والفصام والاعاقة الجسدية الدائمة. (Lemire Louise , 2010, p6)

وفي ضوء الاعتبارات السالفة الذكر، فان مجلس الصحة العامة في تقريره الصادر في نوفمبر 2009، فانه اقترح التكفل برعاية وحماية المرضى الذين يعانون من مرض مزمن، ووضع خطط للتكفل لتحسين نوعية حياة المرضى، وحدد أهم الميزات التي يجب أن تتوفر لتشخيصها:

- ❖ وجود حالة مرضية ذات طبيعة جسدية، نفسية او معرفية، من المفترض استمرارها.
- ❖ أقدمية لا تقل عن ثلاثة اشهر، أو محتملة.
- ❖ تأثير على الحياة اليومية مع تواجد أحد هذه العناصر الثلاث التالية:
 - تحديد وظيفي للنشاطات أو المشاركة الاجتماعية.
 - التبعية الصريحة للدواء، الحمية والنظام الغذائي، التكنولوجيا الطبية والأجهزة، أو المساعدة الشخصية.

• الحاجة الى الرعاية الطبية أو شبه الطبية، والمساعدة النفسية، للتكيف ومراقبة أو الوقاية الخاصة

للاخراط في مسار الرعاية الطب-اجتماعية. (Agrinier, N, Rat A.C, 2010, p14)

اذن فالأمراض المزمنة هي امراض تتسم بالاصابة المحققة اما العضوية، أو النفسي أو المعرفية، ويتطلب استمرار تواجدها لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر الى سنة ليتحقق شرط الازمان، وتساهم في ظهورها عدة عوامل متضافرة: منها العادات الغذائية غير الصحية، ونمط الحياة وأسلوب العيش الحضري غير الصحي، الحوادث والصدمات، التدخين، التاريخ المرضي العائلي، البدانة ونقص النشاط الحركي، التقدم في السن، والضغط اليومية والمهنية، وهذه الأمراض تتطلب الرعاية المستمرة وتوفير الخدمات الصحة، والتبعية الدائمة للدواء، وتشمل عدة أمراض منها المعدي، ومنها غير المعدي، ومرض السكري يعد واحد من الأمراض المزمنة غير المعدية.

وسنحاول في العناوين الموالية التطرق باستفاضة الى مرض السكري كمرض مزمن وسيكوسوماتي في نفس الوقت لدى المعلمين، ونشير الى مختلف الاحصائيات العالمية والمحلية المتعلقة به، دون ان ننسى خصوصية البروفيل الشخصي للمعلمين مرض السكري.

2- تعريف مرض السكري:

1-2- لغة: السكري مشتق من السُّكَّر بالضم وشد الكاف، بمعنى زُطَبٌ طَيِّبٌ، وَعِنَبٌ يُصَيِّهُ المَرَقُ

فِيئْتَرُ، وهو من أحسن العنب. (الفيزر أبادي مجد الدين، 2007، ص434) أما مرض السكري فهو مرض من الأمراض التي تصيب البنكرياس، من أهم أعراضه زيادة إفراز السكر في البول. (جابر لمياء، 2008، 85)

ولفظ Diabète في اللغة الفرنسية يقابله السكري في اللغة العربية، وأصلها مشتق من اليونانية، وكلمة Diabetes تعود الى الطبيب الاغريقي "اريتاوس Aretaeus" (200 ق. م) الى ملاحظته لبعض المرضى الذين ظهرت عليهم أعراض كثرة التبول، والعطش الشديد، وأطلق عليها تسمية Diabetes التي تعني البوال أو كثرة الذهاب الى الحمام أو التبول، ومن ثم يكون المعنى البول السكري، كما أطلق عليه "توماس ويليس Thomas Willis" (1675) تسمية Mellitus، التي تعني حلو المذاق أو حلو كالعسل. (محمد بن سعد الحميد، 2007، ص 2)

2-2- اصطلاحا:

وضعت منظمة الصحة العالمية (OMS) تعريفا لمرض السكري (OMS) على أنه "حالة مزمنة من فرط السكر في الدم Hyperglycémie، بسبب عوامل وراثية وخارجية، وتفاعلهما المشترك".
(Violaine Llorca & al, 2008, p74)

ويشير L. Perlemuter & al (2003, p1) في تعريفه لمرض السكري أنه مرض يتسم بزيادة مرضية للجلوكوز في الدم، عند ظهوره يثير أعراض معروفة منذ القدم تستمر لمدة طويلة، وهي التعقيدات التي تؤدي إلى خطورة هذا المرض، وميدانياً يميز بين نوعين: السكري المرتبط بالأنسولين diabètes insulinodépendants وهو يمثل "سكري نمط I" يسجل فيه عجز مطلق للأنسولين. وسكري غير متعلق بالأنسولين Diabètes non insulinodépendants ويمثل "سكري نمط II" أين تكون السببية الإمرضية Pathogénie جد معقدة.

يعرف مرض السكري أيضا بارتفاع مزمن لنسبة السكر في الدم Hyperglycémie chronique ناجمة عن عدم قدرة الجسم على تمثيل الكربوهيدرات Les Hydrates de carbone كما ينبغي، وهذا ما يسبب اضطراباً ثانوياً في عملية الأيض المعقدة الخاصة بالدهون Lipides والبروتينات Protides كما أن نسبة السكر في الدم عند الإنسان العادي تتراوح بين 0,70 غ و 1,10 غ/ل، وعند المصاب بداء السكري فإنها تفوق ذلك". (مراد بوزيوت، 1994، ص8)

حسب "بلوم وايرلاند Bloom. A, Ireland. J (1981, p11) فإن السكري يمكن تعريفه على أنه اختلال مزمن يتسم بارتفاع نسبة الجلوكوز في الدم، وتتسبب في حدوثه عدة عوامل لها القدرة على الرفع من نسبة السكر في الدم، منها الوراثية، والمرتبطة بالمحيط، وأخرى هرمونية، والسكري سببه اختلال إنتاج الجلوكوز ولفهم جيد لأسبابه يشترط ضرورة مرافقة علاجية ذكية.

وينشأ مرض السكري كنتيجة مباشرة لزيادة نسب الجلوكوز في الدم كاستجابة لنقص أو غياب هرمون الأنسولين، الذي يترتب عنه عدم التوازن في تنظيم نسب جلوكوز الدم وذلك غالباً ما يسببه عدم إفراز البنكرياس للأنسولين، أو وجود مواد تثبط عمل هرمون الأنسولين، ويفقد المريض الكثير من وزنه

وتزداد كمية وعدد مرات التبول، إضافة إلى الإقبال الكبير والواضح على الطعام والشعور الدائم بالعطش.

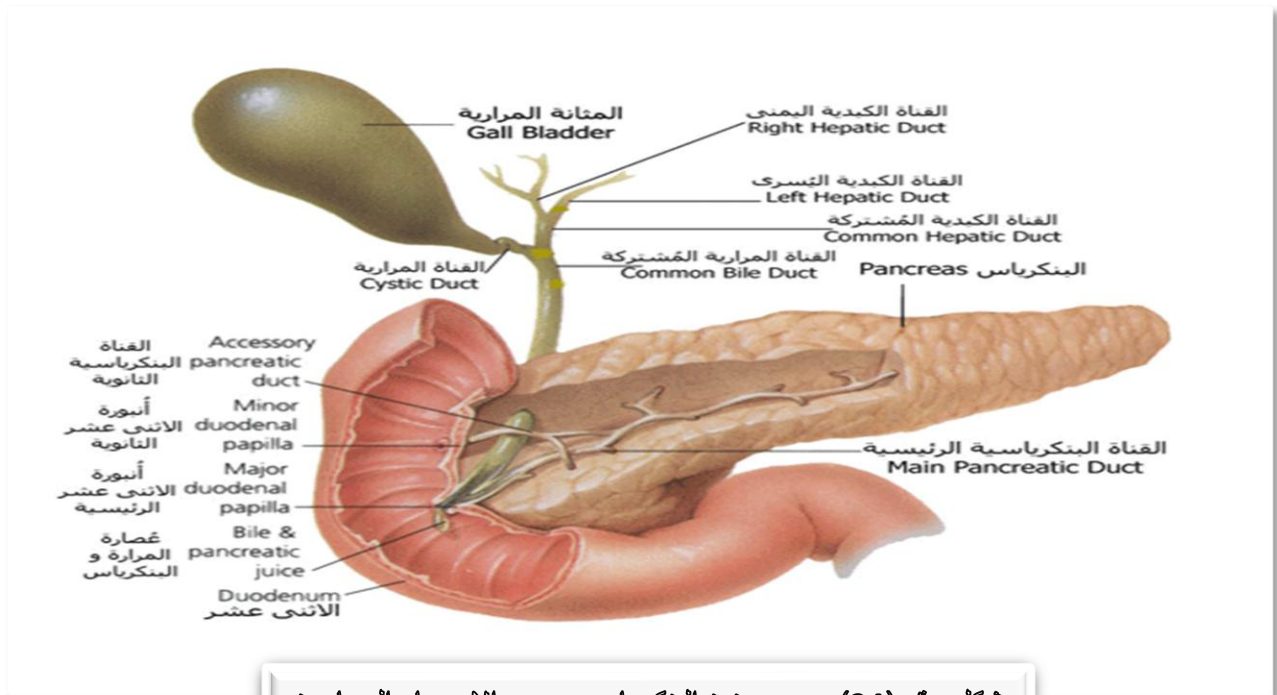
(علاء الدين محمد علي رشدي، 2008، ص 395، 396)

إذن نستنتج أن مرض السكري هو اضطراب مزمن ناتج عن خلل في عملية تمثيل الأيض يتسبب عنها نقص في إفراز الأنسولين على مستوى البنكرياس فتزيد نسبة السكر (الجلوكوز) في الدم والبول، وتتدخل فيه مجموعة من العوامل مثل الوراثة، وعوامل محيطية كأساليب غذائية خاطئة والسمنة إضافة إلى ضغوط الحياة اليومية.

3- المقاربة الطبية المفسرة لمرض السكري:

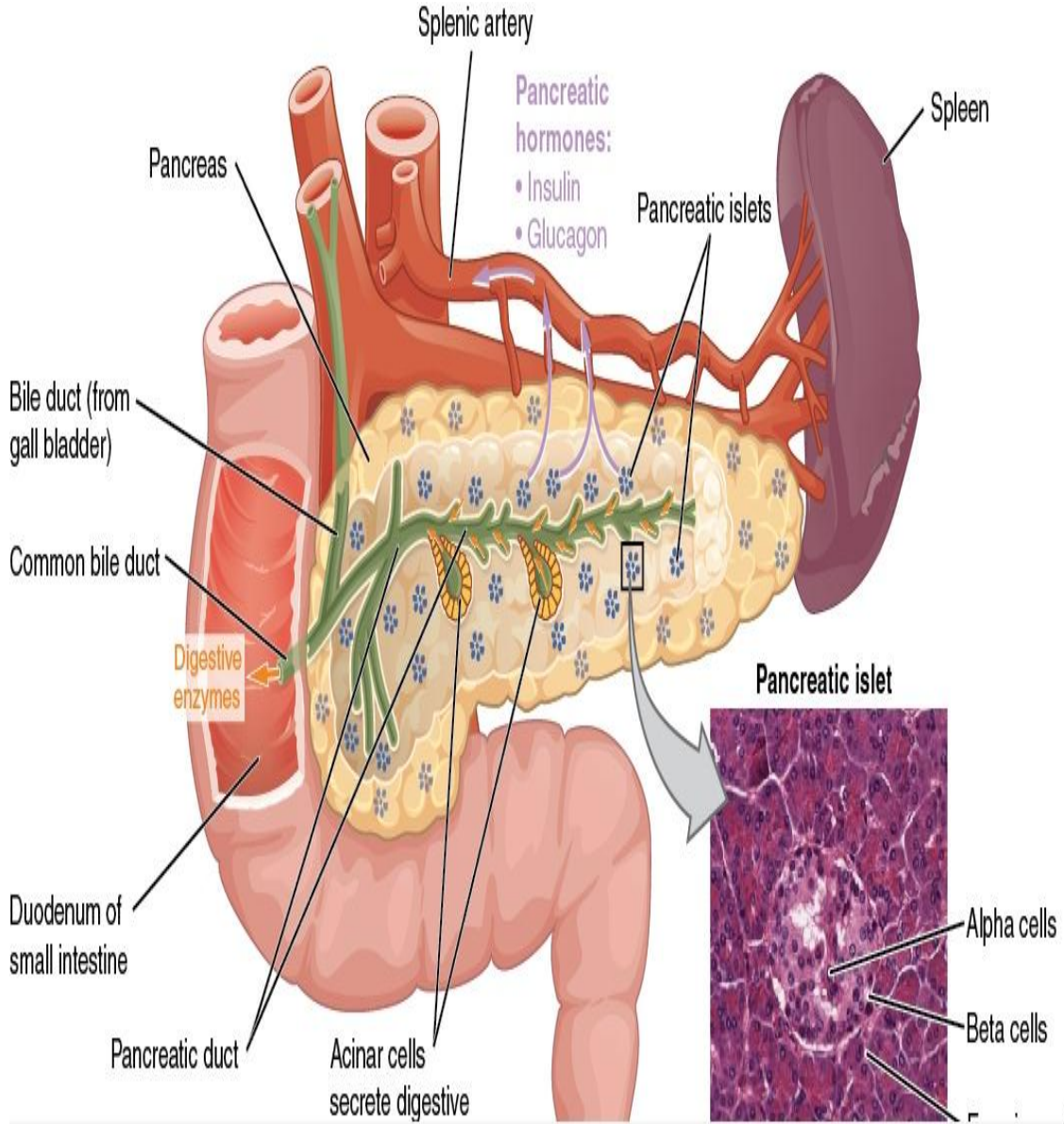
3-1- فيزيولوجيا البنكرياس:

البنكرياس غدة صفراء اللون تميل إلى الوردي، طولها يتراوح بين 15 و 20 سم، وسمكها 2.5 سم، تقع خلف المعدة، ويلتف الجزء الأول من الأمعاء الدقيقة (الاثنا عشر) على شكل حلقة حولها. وتفرز البنكرياس العصارات الهاضمة من خلال قناة خاصة إلى الأمعاء الدقيقة، ويحتوي الإفراز على ماء وأملاح تساعد على الهضم وتعادل الأحماض داخل المعدة، أما الإنزيمات الموجودة في الإفراز فتساعد على تمثيل الأيض للبروتينات والنشويات والدهون. (Fortin. J al, 2016, p111)



شكل رقم (24) يوضح غدة البنكرياس وبعض الأعضاء المجاورة

وتوجد في البنكرياس عناقيد صغيرة من الخلايا الخاصة كخلايا ألفا وخلايا بيتا تدعى بجزر لانجرهانز Iles de Langerhans (انظر شكلين رقم 25-26)،



Rjeem Magazine RJEEM.COM

شكل رقم (25) يوضح التشريح الفيزيولوجي لغدة البنكرياس.

3-2- الفيزيولوجيا المرضية لداء السكري:

حسب "La Rouse Médical" فان مرض السكري مرض يتميز بإفراز مفرط لمادة الجلوكوز في البول، ويتخذ عدة أنواع (La Rouse Médical, 2006, p293) أما "جون سترن Jean Sterne" فيرى أن مرض السكري يتميز بمجموعة من الأمراض الواضحة التي تشترك في اضطراب أيضي trouble métabolique أصله وراثي أو هرموني. (Delamarie, Jean et Delamare, Jaque, 1985, p232) ووفقا لما تم ذكره من العنصر السابق فخلايا بيتا الموجودة في البنكرياس هي المسؤولة عن إفراز هرمون الأنسولين الذي له تأثير على العناصر الثلاث الأساسية في الطعام والجسم وهي:

❖ السكريات: تساعد على عبور الجلوكوز من الدم الى الخلايا، وعمليات التمثيل الغذائي، وتنتهي بإنتاج الطاقة التي يستخدمها الجسم في نشاطاته المختلفة.

❖ البروتينات: تساعد للقيام بعمليات البناء في الجسم باستخدام الأحماض الأمينية الناتجة عن هضم الطعام في بناء البروتينات في الخلايا.

❖ الدهون: يقلل الانسولين من دهون الدم، لتخزينها في أماكن تخزين الدهون تحت الجلد وحل الكليتين والأمعاء. (الوكالة المساعدة للطب الوقائي، 2011، ص 21)

ويعد الجلوكوز مصدر الطاقة الرئيسي لنسيج العضو، وهو مصدر الطاقة الوحيد للمخ، ويجب أن يكون دائما متاح إفرازه بسرعة عند الحاجات المختلفة، ونسبة السكر في الدم يجب ان تتراوح ما بين 0.80g/L الى 1.30g/L والمعدل العادي يقدر بـ 1g/L. وفي معظم الحالات السكري يسجل عن نقص إفراز الأنسولين المحرر من طرف خلايا بيتا (β) في جزر لانجرهانز، ودوره الرئيسي تخزين المادة الطاقوية للدورة الدموية، وهو يتكون من سلسلتين بيبتيدي مرتبطة معا عن طريق نقطتي ثاني كبريتيد السلاسل A و B، ويتم التحفيز من قبل الجلوكوز الذي يقوم بالدوران وفقا لمرحلتين، مرحلة الافراج المبكر ولكن عابر ويحضر الحبيبات التخزين وترسل للقيام بتكوين فوري لحبيبات الأنسولين بواسطة خلايا البنكرياس، ومرحلة الافراز اللاحق لكن أكثر استدامة اذا استمرت الحاجة اليه. (Delloy Damiens, 1985, p16) وللوراثة دور في زيادة جروحته *Vulnérabilité* للإصابة به، وتهيئ خلايا بيتا للتدمير بالفيروسات أو بتفضيل توليد مضادات مناعية ذاتية ضد خلايا بيتا، فينجم عنها إتلافها كما يظهر في

حالات أخرى وجود استعداد وراثي لانتكاس خلايا بيتا. وللسمنة دور لا يقل أهمية، لأنها تخفض من عدد مستقبلات الأنسولين في الخلايا المستهدفة للأنسولين في أنحاء الجسم، فتحمل كمية الأنسولين المتوفرة أقل تأثيراً في تعزيز التأثيرات الاستقلابية. (غايتون آرتر وهول جون، 1997، ص 1169)

وكانوا قديماً يظنون أن جميع حالات مرض السكري نتيجة لنقص إفراز هرمون الأنسولين كما هو في النمط I المعتمد على الأنسولين في العلاج، لكن هناك بعض الأفراد الذين يصابون بالسكري في 40 من العمر، ويكون الأنسولين لديهم ضمن الحد الطبيعي أو مرتفع قليلاً وهم فئة النمط II الذي علاجه يكون غير الأنسولين. وتُعزى معظم المظاهر المرضية للسكري في واحد من التأثيرات الرئيسية الثلاثة لنقص الأنسولين:

❖ نقص استعمال الجلوكوز في خلايا الجسم مما يؤدي إلى زيادة في جلوكوز الدم إلى 300-1200 ملغم/دسل.

❖ الزيادة الكبيرة لاستقلاب الدهون وترسب الكوليسترول في جذران الشرايين مولداً التصلب العصيدي.

❖ نفاذ بروتينات أنسجة الجسم.

تطرح نسبة من الجلوكوز في البول في مرض السكري عندما ترتفع كمية الجلوكوز التي تدخل عنيات الكلية عند الترشيح الكلوي إلى أعلى مستوى من الخطورة، ولا يمكن عندها إعادة امتصاص نسبة كبير من الجلوكوز الفائض، فيتخلص منه بطرحه في البول، ويحدث هذا عادة عند ارتفاع تركيز جلوكوز الدم إلى أعلى من 180 ملغم/دسل، وهو مستوى يسمى بـ "عتبة" الجلوكوز في البول، وعند ارتفاع مستوى جلوكوز الدم إلى 300-500 ملغم/دسل -وهي القيم العادية لدى مرضى السكري غير المعالج- ومن الممكن أن يفقد من 100غ أو أكثر من الجلوكوز في البول يومياً. (غايتون آرتر وهول جون، 1997، ص 1181) وإذا لم يتم ضبط الجلوكوز في الدم فإنه يؤدي إلى زيادة الأحماض الكيتونية في الدم، مما يعني نقص تركيز الصوديوم وعند بلوغها نسبة معينة يؤدي إلى غيبوبة سكرية كيتونية قد تسبب الوفاة.

3-3- المعايير التشخيصية لمرض السكري:

نشير إلى أهم المعايير البيولوجية لتشخيص مرض السكري Diabète sucrés:

- ❖ ارتفاع سكر الدم Glycémie من 11,1 mmol/L(2g/L) في أي وقت من اليوم.
 - ❖ أن يكون سكر الدم صباحا ما بين 6 و7 ملغ/ل. وفرط السكر في الدم تأخذ عن طريق الفم (HGPO) ويسمح بإجراء تشخيص لمرض السكري: إذا كان السكر في الدم Glycémie بعد ساعتين من الفحص HGPO أكثر من 11,1 ملغ/ل (2غ/ل) التشخيص يتوفر على السكري. تحليل خضاب الدم HGPO يتحقق على الريق بعد 3 أيام مضبوطة السكر normoglycémique، عندما نجد 75 غ من الغلوكوز في 250 إلى 300 مل من الماء. وتشخيص السكري يطرح عند الأفراد اللذين في وضعية خطر. (Llorca. V, 2008, p75) في حين منظمة الصحة العالمية تعتبر أن القيمة التشخيصية لداء السكري قيمتها 140 ملغ/100 مل³ فمل فوق، أما القيمة الطبيعية لسكر الدم فتتراوح ما بين (70-109 و8 ملغ/ 100 مل³).
- (المرزوقي جاسم، 2008، ص30)

4- التصنيف الاكلينيكي (أنواع) لمرض السكري

عياديا يشكو مرضى السكري من أعراض تختلف باختلاف نوع السكري الذي يعانون منه، ويمكن تصنيف مرض السكري الى:

4-1- سكري النمط I Diabete Mellitus:

يطلق عليه النوع المعتمد على الانسولين Diabète Insulinodépendant (DIDM) Mellitus ويعرف كذلك بسكري الأطفال والمراهقين (juvéniles) لأنه يظهر في سن مبكرة (عادة قبل 15 سنة)، ونسبته تقدر بحوالي 10% من مجموع مرضى السكري، وفيه لا يتم انتاج أي كميات من الأنسولين بسبب التلف الشديد لخلايا بيتا، لأنه يصيب المناعة الذاتية auto-immune، وتدمر خلايا بيتا (β) الموجودة بجزر لانجرهانز في الغدة الكظرية والبنكرياس pancréas بشكل خاطئ ومختار من طرف الكريات اللمفاوية Lymphocytes T النشطة بشكل خاطئ (Sherwood, 2006, p567). ويقوم الأنسولين بدور قاعدي في المحافظة على التوازن الداخلي للجسم بالمحافظة على نسبة الجلوكوز في الدم

بمنع تكسير البروتينات الموجودة في أنسجة العضلات والدهون، وفي حالة عدم إنتاجه تتكون في الدم جسيمات جديدة ثانوية ناتجة عن تدمير الدهون والبروتينات الموجودة في العضلات، الأمر الذي يؤدي إلى إنتاج مواد جديدة تدعى بالكيتونات Ketones، وعند عدم وقف إنتاجها يرتفع مستوى هذه المواد إلى مستوى يتسبب في غيبوبة الحمض الكيتوني. (رودي بيلوس، 2013، ص7) ولا يفيد العلاج في هذا النمط عن طريق الأقراص وإنما يتطلب العلاج حقن الأنسولين اليومية لمنع تكوين وارتفاع الأجسام الكيتونية في الدم بالإضافة إلى الحماية، وتلعب العوامل الوراثية والمناعية والبيئية دور مهم في ظهوره.

4-2-سكري نمط II Diabete Mellitus:

يدعى السكري غير المعتمد على الأنسولين Diabète Non Insulinodépendant Mellitus (DNIDM)، ويعرف كذلك بسكري الكبار لأنه يصيب الكبار عادة بعد سن 40 سنة، ولا يحتاج غالبية المصابين به إلى حقن الأنسولين اليومية ويتطلب علاجه بالأقراص الدوائية فقط، وفي الحالات الخاصة جدا ولظروف معينة يدعم بحقن الأنسولين، وتقدر نسبة انتشاره ما بين 80% إلى 90% من مجموع مرضى السكري، وينقسم إلى نوعين:

❖ مرض السكري من النمط II المصحوب بالسمنة: Diabétique

obèse لأن الوزن الزائد هو الذي يؤدي إلى فقدان التوازن بين كمية الجلوكوز Glucose في الدم وعدد العناصر الحساسة المستقبلية Récepteurs للأنسولين على سطح خلايا الجسم، والعلاج يكون بتقليل الوزن الزائد لتعتدل نسبة السكر في الدم من خلال الحماية، والرياضة البدنية وتناول الأقراص الدوائية.

❖ مرض السكري من النمط II غير المصحوب بالسمنة: يطلق عليه سكري الأفراد غير

البدنين Diabète du sujets sans surpoids سببه يعود إلى عدم الاستجابة الكلية لخلايا بيتا (β) عند ارتفاع مستوى السكر في الدم خاصة عند تناول الوجبات، ويفرز الأنسولين بكمية قليلة، كما نجد مقاومة بعض العناصر الحساسة المستقبلية له الموجودة على سطح الخلايا مما ينجر عنها ارتفاع نسبة السكر في الدم، والعلاج يستلزم أحيانا إخضاع المريض لحمية مع تناول الأدوية للحد من ارتفاع السكر. (مراد بوزيت، 1994، ص12)

اقترحت منظمة الصحة العالمية نوعين آخرين من مرض السكري اضافة الى الصنفين

السابقين، وهما:

3-4- السكري المقترن بأمراض:

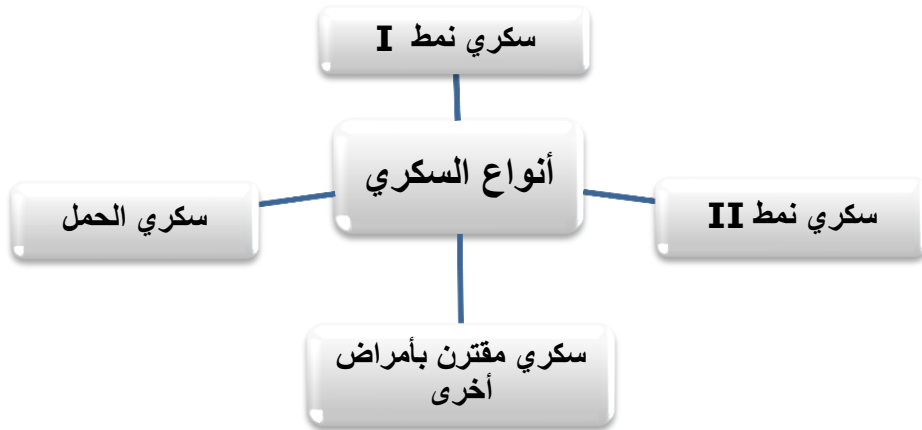
ويدعى بمرض السكري الثانوي Diabète Secondaire ينشأ بسبب أمراض أخرى ويكون السكري نتيجة تالية لاختلاط المرض الأساسي، كأمراض البنكرياس والاضطرابات الهرمونية، وأورام الغدة الكظرية والنخامية، والأمراض الناتجة عن استعمال الأدوية الستيرويدية وبعض العقاقير والمواد الكيميائية، أو أدوية إدرار البول والعصبية. (نجيم أنطوان، 2003، ص89)

4-4- سكري الحمل Diabète Gestationnel:

يصيب الحوامل بسبب عدم قدرة البنكرياس على التخلص من الجلوكوز، والوزن الزائد، ويمثل 90% من حالات السكري المسجلة أثناء الحمل، وتجري لهن فحوصات عادة بين الأسبوع الرابع والعشرين والسادس والعشرين من الحمل، وعدم معالجته يؤدي إلى مشاكل للأجنة وزيادة احتمال الإصابة بالسكري خلال خمس سنوات من اكتشاف سكري الحمل. (جاسم المرزوقي، 2008، ص26)

وعموما نلاحظ أن النوعين سكري النمط I المعتمد على الأنسولين والنمط II غير المعتمد على

الأنسولين هما الأكثر انتشارا وشيوعا.



شكل رقم (27) يوضح أنواع مرض السكري.

5- الأعراض المرضية لمرض السكري:

تختلف أعراض مرض السكري باختلاف نوعه، وغالبا ما نسجل الربع أعراض الأولى الأساسية والتي يبني على أساسها التشخيص العيادي لمرض السكري، سنحاول ذكرها بإيجاز:

◀ الارتفاع (المزمن) لنسبة السكر في الدم *Hyperglycémie chronique*.

◀ كثرة التبول وكميته *Polyurie*.

◀ كثرة العطش والشرب *Polydipsie*، جفاف الحلق واللسان.

◀ فقدان الوزن والنحافة *Perd de poids*.

◀ زيادة الشهية لتناول الطعام *Polyphagie*.

◀ الصداع وآلام حادة في الرأس *Céphalées*.

◀ الشعور بالإعياء العام *Asthénie générale* بما فيها العجز التناسلي *Impuissance Génitale* والضعف وعدم القدرة على تحمل المجهود العضلي.

◀ زيادة الأجسام الكيتونية في بول المصاب لتراكم المواد الدهنية في دمه، مما قد يترتب عنها غيبوبة كيتونية *Diabétique Ketoacidosis* التي يمكن أن تفضي إلى الموت. (الرشيدي علاء الدين محمد، 2008، ص396) لكن نتيجة لإنتاج كمية قليلة من الأنسولين عند المصابين بالنوع الثاني من السكري فإن الغيبوبة السكرية الكيتونية لا تسجل.

إضافة إلى هذه الأعراض نسجل مجموعة من التظاهرات النفسية لدى المصابين بالسكري: كالشعور بالقلق الدائم من تفاقم المرض، الاجهاد والضغط النفسي بسبب الغيبوبة السكرية والتبعية الدوائية المستمرة، الخوف في البداية من المرض، الإحباط والاكتئاب، وسرعة الإثارة واليأس من الحياة، الأرق واضطرابات النوم وضعف الذاكرة والانتباه، إضافة الى التصورات السلبية المتعلقة بحقن الأنسولين والاعتقاد الخاطئ عن الإصابة بأمراض خطيرة كالقلب والأوعية الدموية، وما يسببه من قلق وخوف من نقص حول انخفاض الجلوكوز في الدم أو ارتفاعه، والعزوف عن الدواء.

(Al-Auqbi, Tawfeeq, Al-Kirwi. Esam, 2007, p319)

وهناك العديد من الأعراض التي يشكو منها مريض السكري كتنميل القدمين أو اضطرابات أخرى تعتبر كمضاعفات لعدم ضبط السكر في الدم سنوضحها في الأسطر الموالية.

6- عوامل الخطر والجروحية للإصابة بمرض السكري

في السابق لم يكن معروف السبب الحقيقي الكامن وراء الإصابة بداء السكري خاصة النوع الثاني، إلا بعد استنتاجات من العالم "أوسكار مينكوسكي Oscar Minkowski" الذي أول من ربط بين مرض السكري وغدة البنكرياس التي أزيلت لكلب أثناء الجراحة، وهناك بعض الفرضيات والأدلة الحديثة التي تثبت أن جهاز مناعة العضوية هو المسؤول عن تدمير خلايا بيتا (β) المسؤولة عن مرض السكري نمط الأول. (جاسم المرزوقي، 2008، ص30)

لكن هناك بعض عوامل الخطر *Facteurs de risques* التي تهيؤ أو تعجل ظهور مرض السكري لدى بعض الأفراد، وتجمع كل الدراسات أن للحالات إما تاريخ عائلي مرضي، أو اضطرابات نفسية، أو اختلالات هرمونية ومناعية، أو يعانون من البدانة، أو عوامل أخرى كتأخر السن، هي كلها تهيء أو تساعد في ظهور المرض، يمكننا التطرق الى ذلك في ما يلي:

6-1- التاريخ العائلي المرضي (الوراثة):

تفيد التقارير الطبية من خلال ملاحظات العديد من الأطباء ومتابعاتهم للمرضى توارث المرض خصوصا السكري من النمط الثاني ويحتمل خبير التغذية العلاجية "باتريك هولفورد Patrick Holford" (2011,p36) أن نسبة الإصابة به يمكن أن تصل الى 40% عند إصابة أحد الوالدين، و80% عند إصابة كليهما، ويتوقع انتقاله عبر الأجيال *Transmission intergénérationnelle* لكن تبقى آليات انتقاله وراثيا مجهولة ولا يمكن تأكيد ذلك قطعا لظهور المرض لدى حالات ترجع لأسباب أخرى نظرا لتضافر مجموعة من العوامل تتحكم في المرض، إلا أنه يمكننا القول أن الإصابة بالمرض في العائلة عامل خطر واستعداد لظهوره مرة أخرى في الأجيال اللاحقة.

6-2- السمنة:

أثبتت عدة دراسات علمية طبية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية أن نسبة 82% من المصابين بالسكري بين البالغين مصابون بالبدانة، كما أكدت وجود صلة وطيدة بين السمنة وزيادة الوزن وظهور مرض السكري من النوع الثاني، ويحتمل زيادة السرعات الحرارية لفترة طويلة يضعف من قدرة خلايا بيتا (β) على إفراز الأنسولين في البنكرياس مما ينجر عنه تطور ظهور المرض، بسبب ارتفاع نسبة الدهون المخزنة في نسيج الجسم لمدة طويلة واضطرار الخلايا المفرزة للأنسولين لزيادة إفرازه لتعويض النقص. (منظمة الصحة العالمية، 2013، ص97) كما أن انجاب طفل بوزن زائد عند الولادة يحتمل إصابته بالسكري مستقبلاً خصوصاً الأطفال الذين يولدون بوزن 4 كغ فما فوق (شيلي تايلور، 2008، ص761)

6-3- الإصابة بالتهابات فيروسية أو اضطرابات مناعية:

تؤدي بعض الفيروسات غير الملحوظة إلى تلف خلايا بيتا (β) حيث تهاجم الفيروسات خلايا (β) المحررة للأنسولين، وتتجح في تخريبها وتدميرها، وعلى سبيل المثال نجد فيروسات الغدة النكفية (Mumps) وداء الكوكزاعي Coxakie الذي يكون فيروس الكوكزاعي مسؤول عن تخريب جزر لانجر هانز، وعندما يلتحم الفيروس بالشفرة الوراثية المناعية يحاول خداعها وهي المسؤولة عن صنع المضادات الحيوية ضد الأجسام الخطيرة والفيروسات، لكنه في هذه الحالة يقوم بتوجيهها لتحرير الأجسام المضادة داخل الخلايا المناعية لمواجهة خلايا بيتا المفرزة للأنسولين عوض مواجهة الأجسام الغريبة والخطيرة، مما ينجم عنه تدميرها بشراكة الخلايا المناعية المتخصصة في قتل الخلايا المعادية، وهذه العملية تحدث لدى معظم المصابين بالسكري النمط الأول ويمكن الكشف عن هذه المضادات المحررة ضد خلايا بيتا المفرزة للأنسولين في أجسامهم، وتتفرد بالعمل فيما بعد خلايا ألفا (الخلايا الملاصقة) بإنتاج هرمون الجليكوجان في غياب، أو فقدان الأنسولين ولها نشاط عكسي تسمح بتحرير زيادة كبيرة للجلوكوز في الدم. (محمد صلاح الدين ابراهيم، 1993، ص34-35) إضافة الى وجود خلل في عملية اتاج الجلوكوز بسبب الأمراض المتعلقة بالكبد. (عيدروس عقيل حسين، 1993، ص43)

4-6- عامل السن:

تأكد الاحصائيات الوبائية حول الأمراض المزمنة ومرض السكري خصوصا، ووفقا للمتابعات الطبية الميدانية للأطباء فان نسبة وبائية المرض بين الكبار في السن أضعاف انتشارها عند الأطفال، وتزداد نسبتها مع التقدم في العمر. (الحسين أيمن، 1995، ص9)

5-6- الجنس:

بينت عدة دراسات أجريت على مرضى السكري من كلا الجنسين احتمال الإصابة تقريبا من كلا الجنسين الى سن البلوغ بالنسبة للسكري نمط الأول الخاص بالأطفال والشباب، أما بالنسبة للراشدين فقد وضحت أنه في سن الثلاثين تزداد نسبة احتمال الإصابة لدى النساء أكثر مقارنة بالرجال، في حين تصبح نسبة احتمال الإصابة عند النساء مضاعفة مرتين مقارنة بنسبة الإصابة عند الرجال في الفترة العمرية ما بين (40 الى 65 سنة)، علاوة على ذلك فاننا نجد صنف خاص بالجنس الانثوي وهو المتعلق بسكري الحمل الذي يظهر أثناء فترة الحمل، ثم يختفي بمدة أو مباشرة بعد الولادة، لكنه يعد مؤشرا قويا على احتمال الإصابة بسكري النمط الثاني مستقبلا. (بن سكريفة وبن زاهي ، 1993، ص238)

6-6- بعض أنواع الأدوية:

قد تساهم بعض الأصناف من الأدوية في ظهور مرض السكري كالكروتينويدات والأقراص المانعة للحمل، اضافة الى الأدوية الكظرية (الكورتيزون) ومضادات بيتا (β -blockers) التي تستخدم في علاج أمراض القلب.

7-6- الإصابة بالأمراض:

وبالأخص الأمراض المعدية كمرض البنكرياس الكحولي، التشمع الكبدي، الحمى القرمزية التي قد ترفع من مستوى السكر في الدم، وسبب ارتفاع السكر ليس المرض المعدى في حد ذاته إنما الحمى المرافقة له، وقد يزول باختفائها، كذلك أمراض الغدد (الكظرية، والنخامية، والغدة الدرقية) والزيادة المفرطة لبعض الهرمونات كالكورتيزون نتيجة لاستخدامه كعقار أو زيادة افرازه داخل الجسم، هرمون الغدة الدرقية

الذي يتسبب في التسمم الدرقي Thyrotoxication ، فرط انتاج هرمون النمو يصاحبه ارتفاع السكر في الدم، هرمون الأدرينالين زيادة فيه تتبعها زيادة في السكر في الدم، (فكري حسن منصور، 2007، ص14) علاوة عن بعض الأورام السرطانية التي تصيب البنكرياس مما يستدعي إزالتها.

6-8- الاضطرابات النفسية والانفعالات الشديدة:

يجمع العديد من الباحثين على اعتبار بعض الانفعالات والاضطرابات النفسية عوامل مفرجة للمرض *Facteurs déclenchants* مثل القلق، نوبات الذعر والفرع، التعرض ل الضغوط النفسية باستمرار والأحداث الصدمية المفاجئة والقوية، الاكتئاب واضطرابات النوم والمزاج، ونذكر من بين هؤلاء الباحثين "وليد سرحان" (2011) الذي يؤكد على أن بعض الاضطرابات النفسية على غرار الاكتئاب تشكل عوامل خطورة لحدوث السكري من النوع الثاني، وهو يزيد من احتمال الإصابة بالسكري والمتابعة للمرضى أكدت تواجد المرض لديهم ضعف انتشاره في المجتمع، حيث تصل نسبة السكريين المصابين بالاكتئاب الى 20%، كما أن السر وراء عدم تجاوب المرضى مع العلاج خصوصا من النوع الأول بسبب هذه الاضطرابات حيث يختل أسلوب غذاءهم ويقل أكلهم وينخفض وزنهم في العادة لانعدام الرغبة وفقدان الشهية، أو قد يحدث العكس ويزيد وزنهم مما يؤثر على الاستعداد للسكري. (سرحان وليد، 2011، ص 45)، ويفسرها بعض الباحثين أن تعرض فرد لديه استعداد مسبق للسكري لأحداث ضاغطة أو صادمة يضع الجسم في حالة انذار وتوقع الخطر، فيزيد من تأهبه للمواجهة بتضاعف نشاط الأدرينالين ويرافقه ارتفاع نسبة الجلوكوز في الدم واضطرابات التمثيل الأيضي واختلالات تخص الجهاز السمبثاوي والبراسيمبثاوي تؤدي الى التهيؤ للمواجهة وزيادة افراز الجلوكوز في الدم والأحماض وقد حتى تؤدي الى غيبوبة في المواقف الحرجة.

وفي نفس المنحى بينت عدة دراسات نفسية علاقة الضغوط النفسية بمرض السكري، وأكدت احتمال الإصابة بارتفاع نسبة السكر تزيد طرديا مع تزايد الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد، كما بينت دراسات أخرى أن نمط حياة وخاصة السكن في المدينة والأماكن الحضرية يزيد من احتمالات الإصابة بمرض السكري من النوع الثاني. (جاسم المرزوقي، 2008، ص31-32)



شكل رقم (28) بوضوح عوامل الخطر المتسببة في الإصابة بالسكري.

7- مراحل الإصابة بالسكري

هناك العديد من المراحل التي يمر بها المصاب بمرض السكري وقد حاول البعض من الباحثين على غرار "Marc Keipes" اقتراح مجموعة من المراحل التي تخص المرضى المصابون بالسكري بحيث هناك من يتجاوزها بسهولة الى ان يصل الى مرحلة التقبل وهناك من لا يتجاوزها، وهي:

7-1- المرحلة الأولى "الصدمة":

وهي اول مواجهة فعلية للمريض بعد مرحلة تشخيص اصابته بالسكري، وتقوم على اعلامه بالمرض ونمطه، ويستجيب على إثرها بمجموعة من السلوكات اللاشعورية، ويتسبب خبر الإعلان عن المرض في صدمة نفسية له بسبب عدم تهيئته المسبقة، والاصابة المفاجئة بالمرض التي تكون غير متوقعة، وتغير مجريات حياته بشكل كبير وغير مهين له مما يتسبب في حالة من اللاتكيف المؤقت.

7-2- المرحلة الثانية "الانكار":

وهي التي تلي مباشرة بعد مرحلة الصدمة، حيث يرفض المصاب حديثا بالسكري حقيقة وضعه الجديد واصابته بالمرض، ويحاول انكاره متخذا عدة سلوكات لفظية، أو جسدية، أو عدم تناول جرعات

الدواء في أوقاتها المخصصة، أو عدم معاينة الطبيب وقد يمكنه تجاوزها بعد فترة وجيزة، كما قد تمتد لسنوات حسب نمط شخصية كل فرد.

7-3- المرحلة الثالثة "التمرد":

وهي ترتبط بالمرحلة السابقة التي تلي مرحلة التشخيص والتأكد من الإصابة، فيها يعبر المريض عن رفضه له، وعدم تقبله ورضاه عن حالته الصحية، وتبدأ تظهر الشكاوي من عدم تقبل المرض والسلوكات غير الصحية، والعدوانية، وعادة ما يربطه بقدر غير عادل أو محيط مفجر للمرض، لذلك فالسلوك التمردى هذا بالأساس ناجم عن نظرتة الضبابية غير الواضحة، ويكون تمرده كاستجابة طبيعية للاحباط الذي أصبح يعيشه

7-4- المرحلة الرابعة "المفاوضات":

يبدأ فيها مريض المصاب بالسكري باستيعاب فكرة مرضه، ويزور الطبيب المختص ويبدأ في اتباع نصائحه وتعليماته مع محاولات التفاوض معه على وضعه الصحي بين الحين والآخر، ويحاول ابداء رأيه وأفكاره المتعلقة بالمرض والأدوية، وطرق تعاطيها ومواعيدها ... وغيرها.

7-5- المرحلة الخامسة "الاكتئاب":

بعد استيعاب المريض لوضعه الصحي، تبدأ تظهر لديه مجموعة من الانفعالات السلبية كالأحباط والقلق، الضغط النفسي، وحتى الاكتئاب، وهو حالة مرضية يتخللها شعور بالتنشيط الانفعالي، والعجز النفسي والجسدي، واللامبالاة اتجاه الحياة العامة والشخصية، وعدم القدرة النفسية والحركية، وقد يحضر العجز المعرفي، لتصبح الاضطرابات المعرفية واضحة وجلية، مع فقدان معنى الحياة والتواجد في المحيط الأسري الضيق، أو في المحيط الاجتماعي الكبير.

7-6- المرحلة السادسة "التقبل":

فيها يتعود المريض على وضعه الصحي، وتبدأ تظهر مجموعة من سلوكات التعايش مع المرض، والتكيف مع تبعات ونتائج المرض، تتخللها مرحلة من الهدوء الذي يعبر عن تقبل المصاب بالسكري للمرض ويبيدي تعاوننا واضحا مع الطبيب بخصوص وضعه المرضي ومختلف تظاهرات

المرض، ويصبح يصرح ويعترف باصابته بالمرض، ويسأل الآخرين عن طرق التداوي او التعايش معه، ويتقبله كوضع جديد في حياته، وبعد هذه المرحلة ينتقل المريض الى المرحلة الموالية.

7-7- المرحلة السابعة "الخضوع":

يبيد فيها المريض بالسكري خضوعا تاما، واستسلام كلي لحالته، مع انصياع مطلق لتعليمات الطبيب، حيث ينظم مواعيد الفحص وتناول الدواء، لكن قد تتخللها بين الفترات والأخرى حالة انقطاع أو تأخير مفاجئ عن تناول ثم العودة الى تناول بشكل منتظم وهذه السلوكيات ترتبط بنوع التقبل، أو التمرد عن الالتزام، أو الاشتهاء المفاجئ لبعض الأطعمة أو العادات الغير صحية، لذلك يرى "Keipes" أن هناك مرحلة طارئة يمكن أن تأتي بعد مرحلة الخضوع أو التقبل نذكرها في الموالية.

7-8- المرحلة الثامنة "التقبل الزائف":

وهي مرحلة تتسم برفض المريض بالسكري الإحساس بالمرض، وتنتابه حالة من التخوف الشديد من مضاعفاته، ويحدث ذلك بعد معرفته الكلية وادراكه التام بنوع مرضه.

ويمكن تلخيص هذه المراحل السابقة الذكر في الجدول الموالي الذي اقترحه الاخصائي النفسي "Lacroix" والتي يبين فيها مراحل تقبل مريض السكري لمرضه. (حريوش سمية، 2015، ص ص 8-9)

جدول رقم (08) يوضح مراحل تقبل مرض السكري حسب "Keipes. M"

المرحلة	المريض	مثال	الموقف المناسب
الصدمة	المفاجئة والصدمة	لست متصورا الفكرة	مساعدة المريض لعل يستوعب الموقف.
الانكار	انفصال عن الذات، وتغيير الموقف أو تشويه الحقيقة.	هناك امراض أكثر خطورة	خلق جو ثقة، والبحث عن عوامل التهديد.
التمرد	عدوان او ادعاء.	إنه خطأ ...	البحث في موضوع التمرد.
المفاوضة	كثير المساعدة والتهيمن	لا أقبل حقنة رابعة.	المفاوضة حول النقاط الثانوية.
الاكتئاب	حزن وتأمل.	أدرك أنني سأبقى خاضعا للدواء.	تقوية الاستماع للمريض.

التقبل	هدوء وتعاون.	أعيش مع مرضي وليس بالرغم منه.	تقوية التوعية.
الخضوع	طائع ومستسلم.	أفوض أمري لك يا دكتور.	تفادي تأزم المرض.
التقبل الزائف	الرفض الواعي بالاحساس بالمرض	أرفض أن أكون معاقا.	محاولة إعادة المستوى الانفعالي اللازم.

وعموما يمكننا أن نستخلص المراحل التي يمر بها المصاب بالسكري منذ اختلال تمثيل الأيض لديه إلى مرحلة العلاج المنتظم متجاوزا لسبع مراحل أساسية يمكننا ايجازها فيما يلي:

1-7- المرحلة الأولى:

تسبق الإصابة بمرض السكري، وتشمل مختلف الاضطرابات التي تلحق عملية التمثيل الأيض *Métabolisme* للكربوهيدرات، وتظهر أكثر لدى الأفراد اللذين لديهم تاريخ عائلي مع مرض السكري، أو يعانون من السمنة (عوامل خطر).

2-7- المرحلة الثانية:

يتم فيها التأكد من الإصابة بمرض السكري من خلال إجراء العديد من الفحوصات والتحليل الطبية، وتنتم بإنكار مباشر للتشخيص، و على اثرها يحاول إجراء العديد من الفحوصات بغرض التأكد من حقيقة الإصابة، كما قد يرفض العلاج في البداية لأنه لم يتقبل حالته الجديدة وإصابته بالمرض هو بالذات "أنا ينكر" وعادة ما تتبعها اضطرابات مزاجية كالحزن والشعور بالكآبة و الاحباط والقلق.

3-7- المرحلة الثالثة:

هي من الحالات الشائعة غير المركز عليها حيث يتسلل مرض السكري بهدوء عضوية المصاب ويكون مستوى الجلوكوز في الدم في مستواه العادي، لكنه يسجل ارتفاعه بعد تناول الوجبات، وهنا قد يتبعها إنكار ويحاول المصاب يقنع نفسه والآخرين بأنه غير مريض ومن الطبيعي زيادة نسبة السكر بعد تناول الطعام.

4-7- المرحلة الرابعة:

فيها تكون نسبة السكر في الدم قليلة ولكن تزداد نسبته بعد تناول الوجبات حتى تصل إلى نسب عالية تتطلب تدخل علاجي سريع، وهنا المريض تنتابه مشاعر وتظاهرات مختلفة من الضغط النفسي، الغضب، القلق وحزن واكتئاب "لماذا أنا بالذات وليس غيري؟" وخوف من المرض في حد ذاته، وهنا يبدأ في إدراك حقيقة إصابته بالمرض.

5-7- المرحلة الخامسة:

تسمى بالمرحلة الكيتونية، (والكيتونات عبارة عن مواد كيميائية يتم إنتاجها عندما يقوم الجسم بتحليل الدهون للحصول على الطاقة في حالة عدم وجود الأنسولين الكافي للسماح للجلكوز بالدخول إلى خلايا لإمدادها بالطاقة، أو عند ارتفاع مستوى هرمون الضغط النفسي في الدم، وتظهر الأجسام الكيتونية في البول، ويؤدي إلى ارتفاع نسبة تركيز السكر في الدم)، و هي مرحلة المساومة فيساوم الأطباء بقبوله العلاج وتناول الدواء في مقابل عدم خضوعه للحمية، وهي أولى خطوات العلاج.

6-7- المرحلة السادسة:

يزداد في هذه المرحلة ظهور الأجسام الكيتونية في البول، ويصاحبها تراكم حمض الكيتون في البلازما (الدم) كما يكون الدم أكثر ميلا إلى الحمضية، وتظهر لدى المريض أعراض الضغط والقلق النفسي لعدم تعوده على الحياة السكرية والدوائية الجديدة، وحتى الاكتئاب فينطوي المريض على ذاته ويعتمد على محيطه والأطباء ويتقبل العلاج والحمية الغذائية (قد يلجأ البعض إلى الكذب في إتباع الحمية أو يعارضونها لأن المرضى السكري لا يعانون من نفس نمط الداء ولا يستجيبون لتعليمات الأطباء بنفس الكفية وتتدخل عدة عوامل أخرى كعمر المصاب، الدعم الاجتماعي، طبعه وسمات شخصيته فالخوافي نجده يتبع إرشادات الطبيب بشكل جيد ويحترم الجرعات، أما المتوهم المرض فقد يستمر في العلاج كما قد يتوقع تطور مرضه لما هو أكثر ويغير الطبيب بحجة عدم اقتناعه أو البحث عن الطبيب المفيد كما قد يشكو من أعراض لاضطرابات أخرى كمضاعفات السكري بعد مدة قصيرة من الإصابة، أما الطفل فقد يشتهي أكل الحلويات).

7-7- المرحلة السابعة:

في هذه المرحلة إذا لم تضبط نسبة السكر في الدم بشكل جيد وعدم احترام الحمية يحتمل اشتداد تآزم حالة مريض السكري التي تؤدي إلى الغيبوبة الكيتونية، (جاسم المرزوقي، 2008، ص36) والتي تعقد الوضعية الصحية للمصاب، كما قد تفضي للموت.

وما يمكن الإشارة إليه ان هذه المراحل لا يجب أن تمر بها كل حالة مصابة بمرض السكري، فقد تظهر مرحلة دون أخرى، كما أنها لا تتم في سيرورة مرضية متسلسلة ومتتابعة لدى البعض خصوصا ان توفر عامل تقبل المرض، ومركز الضبط الصحي، وبعض سمات المقاومة والجلد، كما أنها تختلف حسب عمر الاصابة فالأطفال خصوصا الصغار لا يعون المرض، ولا نجد لديهم التعود في اسلوب الحياة كالكبار، كما أنه قد تتعرض بعض الحالات الى الانتكاسة من مرحلة إلى مرحلة تسبقها، كما قد تتجاوز مراحل لتقبل المرض ولا يتم الوصول إلى المرحلة السابعة رغم طول مدة الإصابة.



شكل رقم (29) يوضح مراحل تقبل مرض السكري.

8- بعض الخصائص النيروسيكولوجية المميزة لبروفيل المعلمين المصابين بالسكري:

يقصد ببروفيل شخصية المعلمين المصابين بالسكري عادة هو تقديم ملمح شامل عن شخصيتهم، وأثبتت عدة دراسات ان مرضى السكري باعتبارهم يعانون من مرض سيكوسوماتي مزمن له خصوصية عن باقي الاضطرابات السيكوسوماتية المزمنة، بحيث يتسمون بسمات شخصية تميزهم عن غيرهم من حيث الهشاشة الوراثية، الفيزيولوجية والنفسية، فالكثير من التقارير الطبية تبين أن المرضى الذين يصنفون ضمن سكري النمط الثاني يرثونه من آبائهم كما أكد "بابلو روبنشتين Pablo Rubinstein" في المقابل أهمية الجينات بالنسبة للسكري النمط الأول عند الاطفال الصغار، لأن الرابطة بين نظام (HLA) وهذا النمط يظهر بصورة مفاجئة كما لو كان أحد عوامل البيئة، وعلامات نظام (HLA) الموجودة في العائلات تسمح لنا بالتنبؤ بفرص إصابة أصدقاء الطفل المريض بالسكري، حيث قدرت أعلى نسبة خطر واحد من اثنين. (هارسنياي زولت وهتون ريشارد، 1990، ص163، 162)

كما يصنفون ضمن شخصيات النمط "A" كغيرهم من أمراض القلب والشرابين وضغط الدم، ويتفرد سلوك النمط "A" حسب كل من Rosenman & Friedman (1959) برغبة ملحة للتنافس والتقدم، والاستغراق في العمل والسرعة، وتعدد الوظائف وإلحاح الوقت والضغط النفسي والجسمي، وتكثيف استخدام الوظائف العقلية". (عادل شكري محمد كريم، 2006، ص35)

ويرى weiten (2001) أن شخصيتهم تميزها ثلاث عناصر:

❖ الميل وتوجيه القوى نحو المنافسة.

❖ انجاز الأعمال بأسرع وقت، وعدم القدرة على الصبر والتسارع والتسابق مع الزمن.

❖ الغضب والعدوان. (العيسوي عبد الرحمن، 2006، ص256)

علاوة على هته الخصائص يضيف "هار ولامب Harre et lamb" (1987) التلمل وسرعة الاستثارة العصبية والعضلية، التي تظهر في عضلات الوجه، والشعور بعدم الاستقرار وهذا ما تبين حقيقة مع حالات الدراسة الميدانية التي نحن بصدد عرضها. كما بين "أفار Avard" (1984) أربع مستويات من الأساليب التي تشكل مجتمعة التركيب المميز لنمط سلوك شخصية (أ). (الزروق فاطمة الزهراء، 2015، ص 63، 64) نتوقع أنها تتوافق الى حد معتبر مع شخصية العديد من المعلمين المصابين بالسكري، وهي:

❖ الأسلوب الشخصي Style Personnel

الذي غالبا ما يتسم بالانتظام، الثقة بالنفس، الطموح، نفاذ الصبر، الاحساس بضغط الوقت، الميل للوم الذات، كبح الانفعالات، الانكار (وهي مرحلة تلي الصدمة عند تشخيص المرض) وهناك من يحدث له تثبيت في هذه المرحلة ليبقى منكر اصابته لفترة طويلة قد تستمر لعدة سنوات كما هو مع بعض حالات الدراسة، بعض الوسوس المتعلقة بالأعداد والأرقام، وحتى الكلمات.

❖ الأسلوب العلائقي Style Relationnel

يميزه سرعة الاستثارة العصبية، والعدوانية، التدفق اللفظي الانفجاري والتوتر، أو الشد العضلي.

❖ التفاعل مع المحيط Interaction avec l'environnement

يتسم بالحاجة الى السيطرة والتحكم في الأحداث، الانهماك الشديد في العمل والحرص على اتمامه، عدم الرضا عن الأداء، ونضيف الى أن مرضى السكري عادة ما يتسمون بالتفاعل واشراك الآخرين، واقامة علاقات اجتماعية متنوعة.

❖ مستوى اليقظة Niveau de vigilance

يتسم بالإيقاع السريع في الأداء، والنشاط والحركية لأن طبيعة المهنة (التعليم) تفرض عليه القيام بمهمته داخل القسم والمراجعة والتدريب خارجه، كما أن ازمان المرض يقلل من مستوى النشاط لديهم. كما يقر العديد من المعلمين حالات الدراسة أن سبب اصابتهم بمرض السكري راجع بالأساس الى نمط وأسلوب الحياة الذي يعيشونه، ونوعية حياتهم التي تتسم بكثرة وباستمرار للأحداث الضاغطة، والصادمة أحيانا خصوصا منها المهنية، والاجتماعية نتيجة للتطور الحضاري والتكنولوجي الرقمي، وسرعة التدفق المعلوماتي، لذلك يتوقع ظهور المرض لديهم لاضطراب الآليات الفيزيولوجية واختلال التوازن الداخلي Homeostasie نظرا لاستمرار نشاط السيرورات الفيزيولوجية للجهاز السمبثاوي، واختلال وظيفة الجهاز الباراسمبثاوي، وزيادة انداز الجسم واجهزته، والافرازات الهرمونية وتعطل وظائف الهضم وتمثيل الأيض، مما يختل إفراز الجلوكوز في الدم وتضعف مناعة أعضاء الجسم، وعند توفر عوامل الهشاشة العضوية المسبقة يتفجر مرض السكري وهذا ما تطرق اليه الطبيب النفسي "ويلسون Wilson. B" (1976) في مؤلفه حول "الطب السيكوسوماتي" للعلاقة الوطيدة بين مرض السكري والعوامل النفسية، لذلك نجد جل الاطباء ينصحون مرضى السكري بالابتعاد قدر الامكان عن الانفعالات.

بالإضافة الى ما سبق يتميز البعض من المعلمون المصابون بالسكري بانكار Déni اصابتهم بالمرض، أو يحاولون إنكار هذه الأعراض، أو إجهاد أنفسهم بتحدي أعراض المرض والقيام بسلوكات لا مبالاة أو اهمال، أو أي نشاط ضد انخفاض جلوكوز الدم، وبين "كوكس وآخرون Cox & al (1987)" ان انخفاض جلوكوز الدم يؤدي إلى أعراض يكرهها مرضى السكري سواء من الناحية المعرفية أو السلوكية أو الفيزيولوجية مثل: الشعور بالجوع، الإحساس بالتعب، صعوبة المشي، والعجز عن القيام بالحركات الدقيقة.

ويتميز كذلك بروفيل شخصيتهم بأنا هش وضعيف غير قادر على الاستقرار والالتزان، وللكبت دور هام في تعقيل العاطفة أحيانا والرغبة في طلب الدعم والمساندة العاطفية من الآخرين، والنكوص لتثبيات ماضية، وعدم القدرة للتعبير عن العاطفة بشكل جيد، وتعويضه بحوارات طبية حول المرض لسد الفراغ والنقص العاطفي، أو التعبير عنها من خلال الأعراض الجسدية كارتفاع نسبة السكر في الدم، والتوتر والضغط النفسي، الحصر والقلق نحو المستقبل، والخوف من الموت، وقد أثبتت دراسة قام بها "إرفان وآخرون Irvan & al (1992)" حول العلاقة بين الخوف وانخفاض جلوكوز الدم وبعض الأعراض النفسية والفيزيولوجية لدى عينة من مرضى السكري النمط I ووجد أن الانفعالات الناتجة عن المرض تتراوح ما بين عدم السعادة إلى التهديد بالموت، كما توجد علاقة دالة بين الخوف من انخفاض جلوكوز الدم والضغط النفسية. (بطرس حافظ بطرس، 2008، ص 444) وهذا ما أكدته أيضا عدة دراسات جزائرية حيث يعتري العديد من مرضى السكري الجزائريين خوف دائم إما من ارتفاع أو انخفاض السكر في الدم، ونشير الى دراسة كل من "عويش وقاسمي Aouiche et Guesmi (2014)" التي توصلت نتائجها ان نصف مرضى السكري بنسبة (54%) من عينة الدراسة تزداد مخاوفهم من انخفاض مستوى السكر في الدم، في حين صرح حوالي ربعهم (25%) أن تعرضهم لانخفاض مستوى الجلوكوز في الدم أثناء الليل أثر على نومهم وحياتهم اليومية. وانخفاض الجلوكوز في الدم كان له أثر سلبي على القدرة العملية، والنشاط والانتاجية في العمل، والتأخر في العمل أو الخروج في وقت مبكر.

ونجد لدى البعض منهم صراع داخلي شديد، يتجسد في مصدر الضبط الخارجي وتبرير كل الأسباب بتحويلها واسقاطها على الاخرين خصوصا المشاكل المهنية وظروف التدريس والتلاميذ، أو يظهر في سلوكات اما اللامبالاة أو التمرد على العلاج، ولا يتبعون التعليمات الصحية، وقد تظهر لديهم

سلوكات مضادة للمجتمع كالعدوانية اتجاه التلاميذ (سادية)، أو مازوشية اتجاه أنفسهم، وفي المقابل قد نجد شخصيات البعض الآخر تصبح أكثر اتكالية واعتمادا على الآخرين في توفير البعض من متطلباتهم خاصة الكبار في السن، والتبعية للأدوية كما أن البعض تزداد حدة الاضطرابات النفسية عندهم كاضطرابات المزاج والاكتئاب لانخفاض تقدير الذات وتشوه صورة الجسم، وما يميز كذلك بروفيل المعلمين هو اعتمادهم على مجموعة من أساليب المواجهة لإدارة مختلف الضغوط التي يعيشونها، والتي يتعرضون لها باستمرار سواء كانت مهنية، أو اجتماعية أو نفسية، تتعلق باستراتيجيات تتعلق بالمعتقدات الدينية والصلاة والعبادة، وكذا استراتيجيات مرتكزة على حل المشكلة، والانفعالات، واستراتيجيات التجنب، (Heurier, A, 1999, p51) التي تعزز المناعة النفسية والجلد لديهم، وتضيف بعض الدراسات من سمات مرضى السكري التردد والاتكال، ونادرا ما يقومون بعمل شيء دون أخطاء أو تملل. (الزراد فيصل، 2000، ص389)

9- التطور الكرونولوجي لمرض السكري كمرض مزمن في العالم والجزائر

شهدت مؤخرا الأمراض المزمنة تزايدا خطيرا بشكل رهيب مقارنة بسنوات القرن الماضي، حتى أصبح الخبراء والمختصون يحذرون من الخطر الذي يجتاح الصحة الجسدية والنفسية للأفراد، وتوصل بهم الأمر الى اعتبار مرض السكري كمرض وبائي نظرا لـ الاحصائيات المتزايدة باستمرار سواء على المستوى العالمي او المحلي، وهنا تشير الى الكرونولوجيا لتطور الاحصائيات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية المسجلة خلال سنة 2005 اين احتل المرتبة الخامسة في قائمة الامراض المزمنة الفتاكة المميتة والتي راح ضحيتها 35 مليون شخص منهم أكثر من 1,125,000 متوفي مصاب بالسكري بنسبة 2%. (OMS, 2006, p3) وحسب احصائيات الفدرالية العالمية لمرض السكري تم تسجيل سنة 2011 حوالي 360 مليون مصاب بالسكري، 90% منهم من النمط الثاني، ويمثلون 5% من سكان العالم، وفي سنة 2013 عرفت الارقام ارتفاعا حيث قدر عدد المصابين به حوالي 382 مليون شخص المستوى العالمي، يتوزع منهم 35 مليون حول المشرق العربي وشمال افريقيا، كما يتوقع أن يصل عدد المصابين به سنة 2035 حوالي 592 مليون شخص. (FID, 2013, p12) كما تشير احصائيات منظمة لصحة العالمية أن 80% من هؤلاء المرضى ينتمون الى بلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، كما تتعرض أقدام 15% الى الاصابة بتقرحات تؤدي الى البتر، أي يتم بتر قدم كل ثانية في العالم، كما يتعرض ما

بين 50% الى 80% من المصابين والذين تم بتر قدمهم الى بتر القدم الثانية خلال 5 السنوات الموالية لعملية البتر الأولى، وهذا المؤشر هو مؤشر بلوغ المصاب حالة الوفاة. ويحتل مرض السكري المرتبة السابعة من أسباب الوفاة في العالم بحلول عام 2030. (خباد ايمان، 2014)

أما محليا وعلى مستوى الجزائر فان التطور الوبائي للمرض شهد تزايدا غير مسبوق منذ سنة 2010، حيث بين تقرير منظمة الصحة العالمية الصادر سنة 2006 أن الجزائر أحصت ما يقارب 462.000 مصاب سنة 2000، (محمد بن سعيد الحميد، 2007، ص2)، ويحتمل سنة 2030 إصابة 1.203.000 جزائري، لكن في الواقع تجاوزت الأرقام ما كان متوقعا بكثير سنة 2010 حيث تم احصاء حوالي أكثر من مليون ونصف (1.639.550) بنسبة انتشار 6.6% واحتلت على اثرها المركز الخامس على مستوى دول شمال افريقيا والشرق الأوسط سنة 2013، وهذا ما أثبتته الإحصائيات أين أعلن فيها عن احصاء أكثر من 3 ملايين جزائري مصاب سنة 2013، في حين توجد مصادر أخرة تتكلم عن ما يقارب 4 ملايين جزائري مصاب وهم يمثلون 10% من سكان الجزائر. (Sanhadji Kamel, 2015, p8) وتحصي الجزائر 15 اصابة بمرض السكري سنويا، وأكد البروفيسور "مصطفى خياطي" رئيس الهيئة الوطنية لترقية الصحة وتطوير البحث العلمي أن السجل الوطني الذي تم وضعه منذ 5 سنوات أحصى 100 ألف طفل مصاب بالسكري في الجزائر خلال سنة 2016، ويضيف البروفيسور "اسماعيل بولبينة" ان الجزائر تحصي حاليا 5 ملايين مصاب بالسكري. (موقع الاذاعة الجزائرية، 2016) ويمثل مرض السكري المرض الثاني من حيث الأمراض المزمنة في الجزائر بنسبة 2.9% سنة 2013. (MSPRH, UNICEF, 2015, p233) وحوالي 200 ألف معرضون لبتر أحد أطرافهم السفلى بسبب قرحة القدم السكرية، كما- حسب رئيس الفدرالية الوطنية لمساعدة المصابين بداء السكري "نور الدين بوسنة" (موقع الإذاعة الجزائرية، مقال حول: في اليوم العالمي للداء ... ثلاثة ملايين مصاب بالسكري في الجزائر، 2013/12/9).

وحسب قراءة آخر الاحصائيات المتعلقة بمرض السكري لـ الثلاث سنوات التي تم تسجيلها على مستوى مراكز الضمان الاجتماعي للجزائر فانه تم احصاء ما يقارب 390493 سنة 2014، و 497576 سنة 2015، و 628379 سنة 2016، وتم تسجيل سنة 2016 حوالي 82641 مؤمن متعلق بالأمراض المزمنة على مستوى ولاية سكيكدة من بينهم 1616 مؤمن موظف على مستوى القطاع التربوي، أما بالنسبة لـ الاحصائيات المتعلقة بمرض السكري على مستوى ولاية سكيكدة فقد سجل سنة 2016 حوالي

35908 مؤمن على مرض السكري، و 1129 مؤمن عامل في قطاع التعليم. ويمكن توضيح هذه الاحصائيات أكثر في الجدول رقم (09)

جدول رقم (09) يوضح احصائيات المؤمنين على السكري في ولاية سكيكدة خلال الثلاث سنوات الأخيرة.

مرضى السكري (القطاع التريوي)	مرضى السكري (ولاية سكيكدة)	مرضى الامراض المزمنة (القطاع التريوي)	مرضى الامراض المزمنة (ولاية سكيكدة)
السنة	المجموع	السنة	المجموع
2014	818	2014	27557
2015	1013	2015	32437
2016	1129	2016	35908
		المجموع سنة 2016	82641

(CNAS SKIKDA, 2016)

وهذه الأرقام تكلف المرضى الكثير من المشاكل الصحية والخطرة أولا ومعاناة نفسية وعضوية تنعكس سلبا على نوعية ونمط حياتهم، كما تكلف خزينة الدولة الكثير من الأموال للإنفاق على توفير الدعم للدواء بصورة مستمرة، دون أن ننسى ما ينجم عن هذه الأمراض من أمراض مزمنة أخرى كالكصور الكلوي والقلب والشرايين وضعف البصر وحتى العمى والبتير.

10- مضاعفات مرض السكري:

أهم ما يجب على مريض السكري معرفته كيفية السيطرة على مرضه بالمحافظة على نسبة طبيعية للسكري، وإلا فان المرض يتطور وقد يصل المريض لغيوبوبة سكرية، وإزمان السكري يسبب مشاكل ومضاعفات خطيرة قد تفضي الى إتلاف بعض أعضاء، نوضحها في الآتي:

- < أمراض الكلى والفشل الكلوي.
- < اصابة شبكية العين أو امراض أخرى قد تتطور الى فقدان البصر عند غياب التكفل المبكر.
- < إتلاف الأعصاب الخاصة بالأطراف (اليدين والقدمين) وفقدان الإحساس.

◀ ضعف الدورة الدموية وتأخر النئام الجروح والالتهابات، الذي قد يتحول الى تعفن الجروح أو الأطراف فمثلا مشاكل القدم السكرية Pied diabétique التي عادة ما تنتهي بتطور خطير للتقرحات والغرغرينة تستوجب بيتر الجزء المتعفن، وإذا لم تشفى بشكل جيد يتم بتر العضو بأكمله.

◀ تصلب الشرايين وأمراض القلب والضغط الدم والسكتة الدماغية، وقد أثبتت عدة دراسات علمية استباقية وتتبعية متميزة (Landmark olinical trials) العلاقة السببية بينهما أجريت في المملكة البريطانية (U. K. Prospective diabetes study, UKPDS trial) لمدة عشرين سنة، ونشرت ما يزيد عن 80 بحث ما بين (1988-2008)، كما طوروا نماذج حسابية ساعدت على معرفة عوامل خطر الاصابة به، (جنيد عبد الله أحمد، 2011، ص32)، وحسب بعض الاحصائيات فانها تسبب وفاة ما يقارب 10% من المصابين بالسكري في العالم.

◀ التهاب الأعصاب وتلفها ويحتمل اصابة 10% من مرضى السكري بها، ومن بين أعراضها الشائعة الوخز، أو الألم، أو الخذر أو ضعف في الأطراف. (المجلس الاعلى للصحة، 2010، ص6)

◀ مضاعفات الحمل السكري على صحة الأم مستقبلا ورضيعها.

◀ المضاعفات الحادة (الحمض الكيتوني السكري، انخفاض السكر الحاد أو ارتفاعه أو اضطرابه وعدم انتظامه ما بين مرتفع ونخفض جدا، ارتفاع نسبة لزوجة الدم المصاحب لارتفاع الجلوكوز في الدم) (اللجنة الخليجية لمكافحة داء السكري، 2008، ص 12)

اضافة الى ذلك يشير "باتريك هولفورد (2013) الى أن مرض السكري خلف كل أربع وفيات مبكرة في الدول النامية، ويرتبط هو والسمنة بازدياد خطر الاصابة بأنواع مختلفة من الأمراض السيكوسوماتية المزمنة كالسرطان (سرطان الثدي والقولون)، والتهاب المفاصل والعظام، الشقيقة، الصدفية، الربو وغيرها من الالتهابات، ويتسبب في اصابة عدد متزايد من المرضى بالاكنتاب والزهايمر وما تخلفه مضاعفات المرض والتأثيرات الجانبية لأدويته. (هولفورد باتريك، 2013، ص6)

وكما لمرض السكري مضاعفات على الصعيد العضوي، لديه أيضا مضاعفات وانعكاسات على الصعيد النفسي، فاستمراره لمدة زمنية رغم تقبل واعتياد المريض عليه، إلا أن العديد من الدراسات أكدت تأثيراته السلبية على الناحية النفسية والانفعالات، وبالأخص اضطرابات المزاج كالحزن وبعض الأعراض الإكتئابية، الشعور بالضغط النفسي والإنهاك والإعياء النفسي والعضوي، الإحباط والعجز النفسي والجنسي، عدم القدرة على التكيف النفسي والمهني والاجتماعي مع الأسرة، والمحيط الاجتماعي خاصة

في أوقات معينة عند المناسبات مثلا لأن طبيعة المرض يفرض عليه التزام بالحمية الغذائية، وتناول الطعام في وقت معين مع الدواء، هذا الحرمان قد يدفعه أحيانا إلى التخلي المؤقت عن الالتزام بالرجيم الغذائي الخاص به، والاندفاع والقيام بسلوكات مخالفة لتعليمات والتوصيات الصحية مما قد تشكل خطرا على صحته.

كما يلاحظ عياديا أن لمضاعفاته الجسدية الأمراضية أعراض نفسية أيضا منها زيادة حدة الشعور بالضغط، والتوتر، والقلق والاكتئاب، وتشوه صورة الذات والجسم مما ينعكس على سوء تقدير الذات، بالإضافة تسجيل مشاعر كره لجسده المضطرب وعدوانية اتجاه ذاته تتجسد سلوكيا في الرغبة في الانتحار أو عدم تناول الدواء، ويفقد الأمل في الحياة الجيدة وينطوي بعض المصابون بالسكري عن محيطهم الاجتماعي لتسوء نوعية حياتهم، في حين قد يشعر البعض من المرضى بعض هذه المشاعر لكنهم يحاولون التعايش ويستعملون أساليب للتخفيف من حدة مشاعرهم السلبية.

11- الوقاية وعلاج مرض السكري

تبدأ الوقاية من مرض السكري بمختلف التدابير الوقائية الفعالة التي تسمح بتقليل ظهور مرض السكري واحتواء آثاره السلبية، وتكاليفه الضخمة، وذلك بإدماج هيئات وتنظيمات مدتي خاصة بالمتطوعين للتعاون مع مرضى السكري وذويهم وجميع الأفراد المعرضون للإصابة به، والنشاط الاعلامي المستمر والموجه للوقاية والتشخيص المبكر الذي يتيح المعالجة السريعة والتقليل من آثاره، (جمعية السكري الإيطالية، 2009، ص8) وذلك من خلال حملات التثقيف الصحي، والتوعية الفعالة والنشطة لجميع أفراد المجتمع بما فيهم الأطفال في المدارس، والكبار في جميع المجالات من خطورة السمنة والمرض ومضاعفاته، إضافة إلى العمل المكثف والتحسيبي والجواري لمختلف المؤسسات الصحية والجمعيات الصحية على شكل عمل جماعي شبكي Travail en groupe et réseaux يتدخل فيه أطباء مختصين وأخصائيين نفسانيين واجتماعيين، ومرشدين وجمعيات، وحتى إن تطلب الأمر تخصيص أيام تحسيسية حول المرض في الأماكن العمومية ليستفيد منها جميع شرائح المجتمع، وتنتهي بتوعية المرضى المصابين به عن المرض وتقديم إرشادات صحية حول السلوكات الصحية الواجب القيام بها، والسلوكات غير الصحية التي يجب عليهم تفاديها وحتى تقديم لهم معلومات تحص الأدوية التي يتناولونها وأعراضها الجانبية وتأثيراتها السلبية، إضافة إلى مضاعفات المرض المختلفة البسيطة والخطيرة لمحاولة تجنبها.

أما العلاج فيكون مقدم من طرف أطباء مختصين ويتمثل في العلاج عن طريق الأقراص والعلاج بالأنسولين، إضافة إلى إتباع حمية غذائية وممارسة أنشطة رياضية، وتهدف إلى:

- ❖ تصحيح فرط السكر في الدم ولبول والاقتراب إلى أقصى حد ممكن من النسبة العادية للسكر في الدم.
- ❖ تفادي مخاطر ومضاعفات ارتفاع السكر في الدم .Hyperglycémie.
- ❖ تفادي مخاطر انخفاض السكر في الدم .Hypoglycémie.
- ❖ تأخير المضاعفات الانحلالية للمرض.

◀ العلاج عن طريق الأنسولين: بعد تشخيص نوع السكري وعادة نمط I هو الذي يستلزم علاجه حقن الأنسولين اليومية مدى الحياة، ومراقبة معدل السكر في الدم من خلال فحوصات بولية ودموية تكون أربع مرات في اليوم يقوم بها المريض بنفسه، مع إتباع حمية خاصة والمتمثلة في تجنب أكل السكريات إلا في حالات انخفاضه لتعديله، مع ضرورة ممارسة أنشطة رياضية أو المشي لفترة معينة في اليوم.

◀ العلاج عن طريق الأقراص: عادة ما يكون المصابون بنمط II هم من توصف لهم الأقراص، ويفترض أن يخضع هؤلاء أيضا لحمية خاصة وغذاءهم تراقب فيه كمية المواد الكربوهيدرات، وتعمل الأقراص على خفض نسبة السكر في الدم للعمل على رفع إفراز نسبة الأنسولين، ومن أمثلة عن بعض هذه الأدوية: Dolipol, Glucidoral, Diabinese, Diamicron, Glutril, Daonil, Hemi-Daonil. (بوزيت مراد، 1994، ص33)

ومؤخرا حسب عدة أبحاث ودراسات قام بها مختصون وعلماء في الميدان أثبتوا أنه يمكن زراعة بعض الخلايا الجذعية في البنكرياس، أو الزراعة الكلية الطيبة للبنكرياس، أو زراعة مضخة محررة للأنسولين لتجديد إنتاج الانسولين في الجسم، كما بعض الأبحاث توصلت الى علاج بديل للأنسولين عن طريق خلطات من الأعشاب في اطار العلاج البديل وتبقى هته الاخيرة غير مؤكد نجاعتها الفعلية المطلقة لعدم اخضاعها للتجارب العلمية، وغير مصرحة أو معتمدة من قبل منظمات ومخابر الصحة.

لكن بين هذا وذاك تبقى الوقاية خير من العلاج، ويفترض أن الحمية الغذائية الصحية وممارسة الرياضة أهم شرطين لحماية الجسم من السكري أو لتفادي مضاعفاته، ويجب على كل مريض بالسكري أن يلتزم بها على الرغم من أن الملاحظات الحقيقية لواقعا تثبت غير ذلك، إذ أن الكثير يعتمد على

الدواء وإهمالهما بشكل كلي ظنا أن الدواء كاف، أو تهاونا خاصة وأن من أعراض المرض التعب والشعور بالقلق والحصر، أو تحججا أن الوقت غير كاف.

الجدول التالي الذي سنعرضه يلخص نوع مرض السكري والميكانيزمات المستعملة لكل نوع، مع

وصف العلاج لكل واحد منهما. (زبيدي نصر الدين، 2007، ص 135)

جدول رقم (10) يوضح أنواع مرض السكري وميكانيزماتها وعلاجها

نوع السكري	الميكانيزم	السبب	العلاج
السكري الخاضع للأنسولين D.I.D	استجابة مناعية ذاتية تؤدي إلى غياب كامل للأنسولين لتحطيم الجسم المضادة "جزر لانجهانس"	<ul style="list-style-type: none"> ▪ الفيروس ▪ المحيط ▪ الوراثة 	<ul style="list-style-type: none"> • حقن الأنسولين.
السكري غير الخاضع للأنسولين D.N.I.D	إنتاج الأنسولين يكون عادة معتدلا وأحيانا يرتفع لكنه غير فعال وغير مكيف. وجود مقاومة للأنسولين.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ الوراثة ▪ زيادة الوزن 	<ul style="list-style-type: none"> • غذاء مراقب من الكربوهيدرات • Hypocalorique + • أدوية مخفضة لنسبة السكر (الأقراص).
السكري الثانوي 1- غذائي 2- أمراض الغدد	Toxicité de certains aliments, Alcool marioc إنتاج الهرمون يرفع من نسبة السكر في الدم وهو مضاد لعمل الأنسولين.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ سوء التغذية ▪ 1 cromégalie de cusling Glugagone 	<ul style="list-style-type: none"> • الأنسولين
أمراض الغدة البنكرياسية	تهديم البنكرياس (غياب كامل للأنسولين)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ زيادة مادة قاتلة للبنكرياس ▪ تهديم بطيء للبنكرياس ▪ تناذر Klinefelter 	<ul style="list-style-type: none"> • الأنسولين

خلاصة:

من خلال ما تم عرضه يتضح لنا أن مرض السكري كمرض سيكوماتي مزمن يصيب المعلمين، تختلف أنماطه وأعراضه وأسبابه لكنها تشترك في الآثار الوخيمة، والمضاعفات الخطيرة على الجانب العضوي والنفسي، الامر الذي ينعكس على نوعية حياتهم وأسلوب عيشهم، لكن رغم ذلك الا أنه يمكن التعايش معه وادارته، وعن نمط سيرورة حياتهم، التي يغزوها القلق والشعور بالضغط النفسي خوفا من تطور المرض أو الموت المفاجئ على اثر غيبوبة سكرية، لهذا يجب على المريض الاحترام الصارم لتعليمات الطبيب حتى يتجنب ارتفاع نسبة الجلوكوز في الدم، وحتى يتجنب مضاعفاته الخطيرة التي يمكن أن تؤدي إلى الموت، والتي يستحيل عدم إصابة مريض السكري بها لكونه مرض مزمن ويفتك بأعضاء الجسم في صمت، وعليه "فقطار وقاية خير من ألف علاج" لذلك يجب تكثيف الجهود وتعزيز طرق الوقاية ونشرها بين العامة، وتوعيتهم بمخاطر المرض ومضاعفاته لتجنيبهم الإصابة به.

اجراءات الدراسة
واطارها الميداني

الفصل الخامس:

الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية.

تمهيد

أولاً: التذكير بفرضيات الدراسة.

ثانياً: الدراسة الكمية.

1- منهج الدراسة.

2- الدراسة الاستطلاعية.

3- الدراسة الأساسية.

4- الأدوات الاجرائية لجمع البيانات.

ثالثاً: الدراسة الكيفية.

1- المنهج الاكليينكي.

2- دراسة الحالة.

3- حدود الدراسة الكيفية.

4- حالات الدراسة.

5- الأدوات الاجرائية لجمع المعلومات.

خلاصة

تمهيد:

ترتكز أي دراسة اجرائية على جانبها الميداني، خصوصا في المجال النفسي، لأن الهدف الرئيسي للدراسة هو اما اثبات الفروض التي تم اقتراحها، أو نفيها، أو اتيان ما هو جديد واستكشاف الواقع، وخصائص متغيرات الدراسة، وجمع مختلف البيانات المتعلقة بها من خلال أدوات بحثية معينة، وارتأينا في هذا الفصل المعنون بـ الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية أن نستعرض أهم الخطوات التي تم اتباعها سواء في الدراسة الكمية أو الكيفية بدءا من مرحلة الاستطلاع الى الدراسة الأساسية، مع التطرق الى المنهج المتبع في كل دراسة، حيث تم اعتماد المنهج الوصف في الدراسة الكمية، والمنهج العيادي في الدراسة الكيفية، كما قمنا باعداد وصف لخصائص العينة وكيفية انتقاؤها، مع التركيز على أدواتها الاجرائية المستعملة فيها لجمع البيانات، وتوضيح خطوات تطبيقها، وخصائصها السيكمترية، حيث تم الاعتماد على اربع مقاييس تمثلت في سلم ادراك الضغط، ومقياس الاحتراق النفسي، ومقياس اساليب المواجهة ومقياس جودة الحياة المئيني، كما اعتمدنا على بعض الأدوات الأخرى كاستمارة مصغرة لجمع البيانات السوسيوديمغرافية لعينة الدراسة، والمقابلة وتحليل المضمون بالنسبة لدراسة الحالات، وفي الأخير تم التطرق الى مختلف الأساليب الاحصائية التي سنتبها لمعالجة البيانات الكمية.

أولاً: التذكير بفرضيات الدراسة:

تشكل فروض الدراسة الجانب الابداعي من مشروع البحث، (العزاوي رحيم يونس كرو، 2008، ص43) لأنها نتاج اعمال فكري يترجم في اجابات محتملة عن أسئلة البحث تمهد الطريق للباحث للانطلاق فيه، وتتمحور دراستنا الميدانية حول الفرضيات التالية:

▪ الدراسة الكمية:

- ❖ توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري.
- ❖ توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوعية استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية (ايجابية/ سلبية) والدرجة الكلية لجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري.
- ❖ توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تعزى لمتغيرات (الجنس، السن، التخصص، الأقدمية المهنية).
- ❖ توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في جودة الحياة تعزى لمتغيرات (الجنس، السن، الأقدمية المهنية، مدة الإصابة بالسكري).

▪ الدراسة الكيفية:

- ❖ يوجد اختلاف في مستويات (ادراك الضغط النفسي والاحتراق النفسي واستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة) لدى المعلمين المصابين بالسكري.
- ❖ توجد فروق في التحليل الاكلينيكي الكيفي للمعلمين المصابين بالسكري حالات الدراسة.

ثانياً: الدراسة الكمية:**1- منهج الدراسة "المنهج الوصفي":**

يعتبر منهج الدراسة العمود الأساسي الذي يقوم عليه أي مخطط لإجراء البحوث النفسية، لأنه يشكل الطريقة التي يمكن بواسطتها الإجابة على السؤال المطروح "كيف يمكن حل مشكلة البحث؟" (فوال صلاح، 1980، ص26)، وتكمن هذه الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة من خلال تقصي الحقائق والمعلومات بكل دقة متناهية، وموضوعية علمية، لذلك فهو في أبسط معانيه "فن التنظيم لسلسلة من الأفكار العديدة إما من أجل الكشف عن الحقيقة حين نكون بها جاهلين، وإما من أجل البرهنة عليها للأخريين حين نكون بها عارفين". (بوحوش عمار، الذنبيات محمود، 2007، ص 99)

كما أن اختيار المنهج البحثي في أي دراسة لا يأتي وليد الصدفة، أو العشوائية الاعتبائية أو تلبية لرغبة الباحث، بقدر ما طبيعة موضوع البحث المطروح هي التي تفرض إتباع أسلوب علمي معين دون آخر لذلك نجد "أحمد حافظ نجم وآخرون (1980) يقررون أن الهدف من مجموعة الخطوات العملية والفكرية التي يسلكها الباحث هي حل مشكلة معينة، التي بدورها تحدد نوع المنهج المختار.

(أحمد حافظ نجم وآخرون، 1988، ص13)

إذن انطلاقاً مما سبق، وبغية الوصول إلى الأهداف المنشودة لبحثنا الحالي، والإجابة عن تساؤلاته والفرضيات المصاغة، استخدمنا "المنهج الوصفي لدراسة الارتباط والفروق" لأنه المنهج الأكثر ملائمة لموضوع الدراسة الحالية، وقدرة على رصد وتفسير معطياتها، كما يسمح بدراسة العلاقات الارتباطية بين متغيرات البحث من جهة والفروق بين أفراد العينة من جهة أخرى، فضلاً عن ذلك فهو من أساليب التحليل المركز على معلومات كافية ودقيقة عن موضوع محدد، من أجل الحصول على نتائج علمية، يمكن تصويرها على أشكال نوعية أو كمية رقمية معبرة، يمكن تفسيرها بطرق موضوعية بما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة. (عبيدات ذوقان وآخرون، 1992، ص176)

وقد مرت دراستنا هذه بمجموعة من المراحل الأساسية أثناء بنائها، يمكن عرضها في:

- ❖ **المرحلة الأولى:** مرحلة التأصيل النظري والاطلاع على ما كتب حول الموضوع من مراجع ومصادر بيبيولوجرافية، حتى نتيج لنا فرصة جمع اكبر قدر من المعلومات المتعلقة بمتغيرات الموضوع، وجمع الدراسات السابقة حتى يمكن صياغة واقتراح موضوع جيد.
- ❖ **المرحلة الثانية:** مرحلة استطلاع الميدان وبناء واختيار واستخبار أدوات الدراسة الاجرائية، والمتمثلة في دراستنا في مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية المئوي، ومقياس أساليب المواجهة لكارفر وزملاؤه، واختيار عينة الدراسة ومكان تطبيقه بعد عدة محاولات.
- ❖ **المرحلة الثالثة:** مرحلة تأسيس الدراسة، والانطلاق الفعلي فيها وتطبيق المقاييس على العينة، ثم جمع المقاييس وتفرغ النتائج ومعالجتها احصائيا، حتى نتمكن من مناقشتها وتفسيرها وتحليلها وفقا لما تم طرحه في الفرضيات ودراسات سابقة.

2- الدراسة الاستطلاعية:

بمجرد طرح سؤال البحث كمرحلة أولى من تحديد المشكلة، لا يبقى على الباحث سوى الانتقال إلى "عملياتية مشكلة البحث"، وذلك من خلال تمثيلها في إطارها العملياتي الميداني، هذا الأخير الذي يعد عنصرا هاما في البحث باعتباره المحدد لما نصبوا إليه لتحليله بدقة والتحقق من فرضياتنا، وسواء تعلق الأمر بالتحقيق من الفرضية أو من الاستدلال العلمي عليها، لذا فلا بد من انجازه بأكبر دقة ومنطق ممكنين.

(أنجرس موريس، 2006، ص151)

إذا فقبل أن يقوم الباحث في علم النفس العيادي بعمل بحث ميداني، ينبغي عليه التعرف على البيئة موضوع الدراسة، والقيام بـ"حركة استطلاعية" عامة واسعة النطاق للوقوف على حدودها (سلطانية بلقاسم والجيلاني حسان، 2007، ص134)، والتعرف على العلاقة الغير مدركة التي ربما قد تكون موجودة أو غير موجودة في المجتمع الذي سوف تطبق فيه الدراسة. (الضحيان بن ضحيان سعود، 2011، ص6) وبما أن هذه الخطوة مهمة جدا وأساسية في هندسة مشروع بناء البحث العلمي، وعلى ضوءها يستطيع الباحث تحديد الميدان الذي سوف يعمل فيه، وتقييم إمكانية انجاز بحثه، قبل البدء في البحث الأساسي لمعرفة مدى إمكانية تطبيق البحث وتطوره لنسبة مدى نجاحه، إضافة الى إمكانية اعتماده على الأدوات الإجرائية القياسية الموضوعية المقترحة والمتاحة.

2-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية:

ترتكز دراستنا الاستطلاعية على تسطير جملة من الأهداف نلخصها في النقاط التالية:

* نحاول من خلالها الإجابة عن التساؤلات المطروحة في إشكالية البحث، والتي تتلخص في معرفة "وجود علاقة بين استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري"، و"وجود فروق بين المعلمين المصابين بالسكر في استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة تعزى لجملة من المتغيرات سنحددها لاحقاً.

* استطلاع مكان اجراء البحث، ومختلف الظروف المحيطة به.

* استقصاء الجانب الميداني لتفادي الصعوبات الممكن الوقوع فيها، أو التي ستصادفنا، ومختلف جوانب القصور في اجراءات التطبيق.

* تقصي وضبط أفراد عينة الدراسة.

* التأكد من امكانية تطبيق أدوات الدراسة، وقدرتها على جمع المعطيات اللازمة بدقة وموضوعية.

* ضبط فرضيات الدراسة ومتغيراتها الأساسية.

* الوقوف على إمكانية انجاز البحث وفقاً للمدة الزمنية المتاحة، والوسائل المادية والجهد المبذول.

* إثراء الدراسة الأساسية بالمعلومات الميدانية والاحصائيات المتعلقة بمرض السكري، والتقرب المباشر من المبحوثين للتعرف أكثر على خصوصية المرض وأسلوب ونمط حياتهم.

2-2- إجراءات الدراسة الاستطلاعية:**2-2-1- الحدود الزمانية:** امتدت من 2014/10/22 إلى غاية 2016/02/13.

كانت على فترات متقطعة حيث قامت اثناءها الطالبة بزيارة عدة مؤسسات صحية ومدرسية بغرض اختيار مكان اجراء الدراسة وجمع بيانات حول الحالات واحصائيات متعلقة بمرض السكري في مدينة سكيكدة. هذا وقد تم تعديل موضوع الدراسة وفقا وما يتماشى مع متغيرات البحث وامكانية انجازه، ويمكن تقسيمها الى مراحل:

❖ **المرحلة الاولى:** ما قبل تعديل الموضوع من 2014/10/22 إلى غاية 2015/11/03.

❖ **المرحلة الثانية:** فترة طرح تعديل الموضوع "الموضوع الحالي" من 2015/11/15 إلى 2016/09/13.

2-2-2- الحدود المكانية:

* **المرحلة الاولى:** تم خلالها زيارة العديد من المؤسسات الصحية والتربوية، وهي كما يلي:

❖ **العيادة الطبية المتخصصة في أمراض الغدد والسكري لـ الدكتورة "أسيا اسماعيل":**

من 2014/10/22 إلى 2014/11/20، والمتواجدة بحي الامل - مدينة سكيكدة، تم خلالها الاتصال مع الطبيبة التي بدورها سمحت لنا بإجراء الدراسة في عيادتها، وتعد المحاولة الاولى للاستطلاع اراء وتوجهات العينة "مرضى السكري"، كما اختيرت بعض الادوات كمقاييس الدراسة واعداد محاور المقابلة مع المرضى، ومحاولة تمهيد مكان اجراء الدراسة الا اننا لم نستطع جمع عدد العينة لأسباب عديدة: المكان غير مهيب لتطبيق البرنامج داخل قاعة الاستقبال، كما ان المرضى يأتون بعد تحديد موعد كل ثلاثة اشهر ومن ثم يتعذر تواجدهم طوال مدة التطبيق، والعديد منهم خصوصا الكبار في العمر لم يفتتخوا بفكرة المختص النفسي لأنه لا يصف الدواء. وعليه توجهنا الى المؤسسة الاستشفائية لمدينة سكيكدة.

❖ المؤسسة الاستشفائية لمدينة سكيكدة مصلحة الطب للرجال والنساء

من 2014/12/16 الى 2015/01/16، يتواجد بقلب مدينة سكيكدة، وخلالها تم القيام بتربص ميداني لمدة شهر، والتواصل ببعض الاخصائيين النفسانيين القائمين على مساعدة وتوفير الخدمة النفسية للمرضى، كما زدونا بالمعلومات الخاصة بالمرضى السكريين ووفروا لنا الجو المناسب على الرغم من ان مرضى السكري لا يمكثون مدة طويلة داخل المستشفى ولا يرجعون للأخصائي النفسي الا في الحالات الحرجة والخطيرة، كما انهم يقطعون فترة العلاج ولا يستمرون بها؛ لذلك تم الغاء اجراء الدراسة داخل المستشفى وغيرنا الوجهة لدار السكري.

❖ دار السكري لبلدية سكيكدة المتواجدة على مستوى العيادة المتعددة الخدمات - حي 8 ماي

1945 سكيكدة:

خلال الفترة 2015/01/28 الى غاية 2015/02/28، يقوم فيها المختصون النفسانيون بأدوار متعددة ما بين المساعدة للطبيب والممرضة والمختص النفسي، كما انهم أخبرونا ان المرضى لا يرجعون الا كل ثلاثة اشهر لوصف الدواء، لكن يمكننا التواصل معهم واختيار عينة الدراسة لإجراء البحث، وسمحت لنا باختيار بعض ادوات الدراسة الاجرائية، واختبار تطبيقها على عينة من المرضى المصابون بالسكري، وقمت ببناء خطة مبدئية لتصميم البرنامج الذي كنت بصدد القيام به ، تم بعد ذلك بسبب صدور تعليمة وزارية في شهر مارس تمنع تواجد المختص النفسي داخل دار مرضى السكري تم تفعيلها في شهر أفريل الغي مكان اجراء الدراسة نظرا لعدم توفر مكتب المختص النفسي.

❖ مستشفى النهار "دار السكري" بلدية الحروش سكيكدة

من 17 ماي الى 17 جوان 2015، والمتواجد مقرها بجوار المؤسسة العمومية الاستشفائية - الحروش العايب الدراجي، أجريت عدة مقابلات مع المختصة النفسانية "يحياوي حميدة" لمحاولة تطبيق الدراسة لكن خصوصية المجتمع والمعتقدات، والعادات، وقيم الأفراد في تلك المنطقة حال دون تحقيقها؛ باعتبار ان المرض مهما كان نوعه التصريح به امر شخصي جدا، ويتسم بالخطورة نوعا ما داخل المجتمع لأنه يلحق اضرار وسمعة سيئة بالمرضى وافراد اسرته حاضرا ومستقبلا، الامر الذي جعلني اتوجه الى اجراء تعديل على موضوع الدراسة الذي كان يتضمن تصميم خطة علاجية لتحسين جودة الحياة. (علما أنه حاولنا في الفترة الممتدة من 2015/10/21 الى 2015/11/03 الاتصال بدار السكري المتواجدة بمدينة بسكرة لكن لم نستطع اجراء الدراسة لعدم توفر بعض الامكانيات للباحثة متعلقة

بخصوصية المجتمع كالمعتقدات السائدة، نمط العيش والغذاء والمستوى الاقتصادي الذي لا يمكن التحكم فيه حسب ما أفادتنا به المختص النفسية والطبية، كما ان امكانيات اجراء الدراسة من حيث الوقت والقدرة لا تسمح بتطبيق الخطة العلاجية النفسية واجراء التطبيق التتبعي).

❖ جمعية زهرة لمرضى السكري - سكيكدة:

يتواجد مقرها بساحة الشهداء لمدينة سكيكدة بجانب العيادة المتعددة الخدمات، حاولنا خلالها التواصل مع مديرة الجمعية لتوفر لنا امكانية الالتقاء مع المرضى السكريين، لكن اكدت لنا ان الجمعية ليس لديها مختص نفسي يتابع ويوجه المرضى بصفة منتظمة، وتتواصل معهم مختصة تابعة للمؤسسة الاستشفائية احيانا، ومهام الجمعية تتلخص في تزويد المرضى بالأدوية المتوفرة، وتقديم نصائح وارشادات، والقيام احيانا برحلات ترفيهية او طبية للمرضى.

* المرحلة الثانية: محاولة طرح تعديل موضوع الأطروحة وهو الذي نحن بصدد دراسته حاليا، وتغيير مكان اجراء الدراسة.

❖ مركز التوجيه والتكوين-مديرية التربية لبلدية بسكرة وزيارة بعض المدارس والمتوسطات:

من 2015/11/15 الى 2015/12/7: قابلت خلالها الطالبة مدير مركز التوجيه والتكوين، الذي سمح بإجراء الدراسة في حدود السنة الدراسية 2015-2016، وبعد اخذ اذن بالموفقة تم التوجه بإجراء الدراسة على عينة من الاساتذة المصابون بمرض السكري، وبالفعل وزعت الباحثة المقاييس على بعض الاساتذة المتواجدون على مستوى 5 مدارس ابتدائية و 3 متوسطات بمدينة بسكرة، لكن تعذر اكمال اجراء الدراسة لعدم احاطتها بكافة أماكن تواجد المؤسسات التربوية داخل مدينة بسكرة، الأمر قد يستغرق وقت اطول ما بين توزيع وجمع المقاييس عليهم، لذلك تم تغيير مدينة بسكرة بمدينة سكيكدة. وتم ضبط محاور المقابلات مع الاساتذة والاختبارات بصورة نهائية.

❖ الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لولاية سكيكدة - مركز الدفع حسين لحول:

تم التواصل مع مصلحة الاحصائيات بمديرية الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي -مركز الدفع حسين لحول بمدينة سكيكدة، والذي بدوره زودنا رئيس المصالحة بإحصائيات تتعلق بعدد مرضى السكري المؤمنين وعدد المعلمين المؤمنين على المستوى الوطني وولاية سكيكدة خلال سنوات 2014-2015-2016.

2-3- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

يمكننا تلخيص أهم نتائجها في:

* مكنتنا من ضبط فرضيات الدراسة بشكل دقيق.

* مكنتنا من ضبط أدوات الدراسة، والمتمثلة في مقياسي:

✓ مقياس أساليب المواجهة لـ كارفر وشايبير ووينتروب ، ترجمة زيزي السيد ابراهيم.

✓ مقياس جودة الحياة المئوي لمنظمة الصحة العالمية.

* الحصول على بعض المعلومات والمعطيات القيمة من أشخاص ثقة، وعلى اطلاع بالمجال

لتواجههم المستمر مع المعلمين المصابين بالسكري، وعلى إحصائيات هامة حول مرض السكري في ولاية سكيكدة.

* الانطلاقة الفعلية لتطبيق البحث باختيار مكان إجراءه، والإحاطة بمجمل الصعوبات الممكن

مصادفتها في ظل خصوصاً مكان التطبيق.

3- الدراسة الأساسية:

بعد مرحلة الاستطلاع تأتي مرحلة "التطبيق الميداني الفعلي" كإجابة عن التساؤلات البحثية التي

تدور حولها المشكلة البحثية، ومن خلالها توجب على الباحثة تحديد بدقة:

3-1- حدود الدراسة الأساسية:

3-1-1- الحدود الزمانية: من 2016/03/11 إلى غاية 2017/03/15.

كانت على فترات متقطعة حيث قامت اثناءها الطالبة بزيارة مركز التوجيه والتكوين -بمديرية

التربية لولاية بسكرة، وجميع المؤسسات التربوية في الأطوار الثلاث على مستوى بلدية سكيكدة، وتم

خلالها توزيع واسترجاع المقاييس اضافة الى تطبيق المقابلات مع البعض منهم.

3-1-2- الحدود المكانية:**❖ مركز التوجيه والتكوين - مديرية التربية لبلدية سكيكدة:**

حيث توجهت الباحثة لمركز التوجيه والتكوين بمديرية التربية لولاية سكيكدة لتسوية الاجراءات الادارية، وتم خلالها مقابلة مدير المركز الذي باشر بالموافقة، وبذلك الانطلاق الفعلي في الدراسة الميدانية على مستوى المؤسسات التعليمية لولاية سكيكدة.

❖ المؤسسات التربوية لولاية سكيكدة:

قدر عدد المؤسسات التربوية التي زارتها الطالبة والمتواجدة على مستوى بلدية سكيكدة بـ 12 ثانوية، و 23 متوسطة، و 55 ابتدائية (أنظر ملحق رقم 07)، وتم خلالها التواصل مع المديرين وبعض المعلمين الأصحاء والمصابين ببعض الامراض السيكوسوماتية المزمنة على غرار السكري موضوع البحث، وتوزيع حوالي 160 نسخة من المقاييس ليجيب 74 معلم مصاب بالسكري فقط، واسترجع 21 نسخة كانت اما فارغة أو غير مكتملة البيانات.

3-2- عينة الدراسة:

ان عملية انتقاء عينة البحث ليس عملا عشوائى، بقدر ما هو طريقة علمية تتم وفق معايير محددة، بموجبها تكسب صفة العلمية ومن ورائها تتحدد الدراسة ككل، ومن بينها نجد:

3-2-1- تحديد مجتمع البحث العلمي:

يتمثل في كل المعلمين المصابين بمرض السكري المتواجدين على مستوى مؤسسات التربية ببلدية سكيكدة في مختلف الأطوار التدريسية الثلاث (ابتدائي، متوسط، وثانوي)، والذي تم تقدير عددهم وفقا لإحصائيات صندوق الضمان الاجتماعي بـ 1129 خلال سنة 2016 لكن نشير الى ان هذا العدد ليس مقتصر على المعلمين فقط بل هو شامل لجميع العاملين بالقطاع التربوي بما في ذلك المعلمين المتقاعدين والمساعدين ومشرفي التربية... وغيرهم، ولم نستطع حصر عدد المعلمين فقط لعدم توفر احصائيات دقيقة حولهم لاعتبارات عدة منها عدم وجود مصلحة خاصة بالأمراض المزمنة للمعلمين تابعة للقطاع التربوي، وعدم انتساب البعض منهم لصندوق الضمان الاجتماعي وانتساب البعض منهم أثناء

مرحلة التقاعد، وجهل بعض مديري المؤسسات التربوية وعدم تصريح البعض الآخر بعدد المعلمين المصابين بأمراض مزمنة داخل مؤسساتهم لاعتبارات كثيرة؛ أهمها والذي رده لنا معظم المديرين أنه ليس من صلاحيات المدير معرفة نوع أمراض المعلمين، كما لا يمكن التدخل في الشأن الصحي للمعلم، إلا القلة من أقرؤا لنا بمعرفتهم الجيدة للظروف الشخصية والاجتماعية والصحية لكل معلم داخل مؤسسته.

3-2-2- تحديد وحدة المعاينة:

تشمل جميع الوحدات التي قسمنا على أساسها المجتمع عند انتقاء العينة (مصباح عامر، 2008، ص 212)، وفي دراستنا نجد وحدات المعاينة تتمثل في (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية، سنوات الأقدمية، التخصص، نمط مرض السكري، مدة الإصابة بالسكري) مع اختيارنا لجميع الحالات المتوفرة والمتعاونة معنا، بغية الحصول على أكبر عدد ممكن من الأفراد لتسهيل الدراسة والوصول الى نتائج دقيقة نثري بها البحث.

3-2-3- نوع العينة:

بما اننا اعتمدنا في دراستنا الكمية المنهج الوصفي؛ فقد تم اختيار جميع المعلمين المصابين بالسكري في جميع الأطوار التعليمية الثلاث ببلدية سكيكدة، وقد اختارت الباحثة شريحة المعلمين المصابين بالسكري عن غيرها من شرائح المجتمع بطريقة "قصدية" بهدف تسليط الضوء عن جودة حياة وأساليب التعايش لدى المعلمين بالأخص المصابين بمرض السكري لأن مثل هذه الدراسات مع المعلمين قليلة جدا في الجزائر (حسب البحوث التي قامت بها الطالبة)، اضافة الى ذلك فهي خطوة علمية معتبرة للاهتمام بشريحة هامة داخل المجتمع "المعلمين" الذين يعانون من العديد من الامراض المزمنة، فهي تتناسب والموضوع المطروح ومتغيراته المضبوطة. (وقد تم اختيار جميع أفراد المجتمع الأصلي لقلّة العدد ولم يستثنى أي معلم مصاب بالسكري تم تشخيصه من طرف طبيب مختص ويعالج بصفة دورية، وننوه الى أنه تم التطبيق سوى مع المعلمين المصريحين لمدراء المؤسسات التربوية، أو الذين أبدوا رغبتهم في التعاون معنا من دون تحفظ، لأن هناك من المعلمين لم يعلنوا عن مرضهم لأسباب عدة منها نمط شخصيتهم كتومة، أو لعدم تقبلهم اصابتهم بالمرض "مرحلة مقاومة المرض" أو التحفظ خوفا من التشهير بهم داخل المؤسسة بين الأساتذة والعمال والتلاميذ.

3-2-4- تحديد حجم العينة:

حجم العينة الاجمالية التي تعاونت معنا في انجاز البحث الميداني قدر بـ 74 مفردة وهي نفسها التي تم توزيع عليها المقاييس وجمعها، والمقدرة بـ 40 معلم على مستوى الطور الابتدائي، 22 معلم على مستوى الطور المتوسط، و12 معلم على مستوى الطور الثانوي.

جدول رقم (11) يوضح عدد ونسبة أفراد عينة الدراسة حسب الأطوار التربوية.

الطور التعليمي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	المجموع
عدد المعلمين	40	22	12	74
النسبة المئوية	54.05%	29.72%	16.21%	100%

يتبين لنا من الجدول السابق رقم (11) أن عدد المعلمين المصابين بالسكري على مستوى الطور الابتدائي احتل المرتبة الاولى بتكرار قدره 40 معلم، وهذا راجع لتوزيعهم على 55 ابتدائية بنسبة قدرت بحوالي 54,05% من المجموع الكلي للعينة. ويأتي في المرتبة الثانية المعلمين المصابين بالسكري على مستوى التعليم المتوسط بعدد اجمالي قدر بـ 22 معلم، موزعين على حوالي 23 متوسطة بنسبة قدرت بحوالي 29,72%، واحتل المعلمون المصابون بالسكري على مستوى الثانويات المرتبة الثالثة والأخيرة بتعداد قدر بـ 12 معلم موزعون على مستوى 112 ثانوية بنسبة مئوية مقدرة بحوالي 16,21%.

ملاحظة:

هذا المجموع لا يعكس العدد الحقيقي لـ المعلمين المصابين بمرض السكري ببلدية سكيكدة، وهو عدد الحالات المتعاونة معنا في الدراسة فقط لأنه يوجد بعض المعلمين المصابين المرضى الذين ابدوا تحفظهم وعدم رغبتهم أو قدرتهم على الاجابة على المقاييس، وهناك من ارتفع أو انخفض لديه مستوى الجلوكوز في الدم لظرف صحي معين، أو مؤقتا فقط، وحاليا لا يعالج ولا يتناول الدواء بانتظام، لذلك لم نصنفه ضمن المعلمين المصابين بالسكري، والشرط الوحيد الذي تم على اساسه اختيار العينة هم المعلمين المصابين حقيقة بمرض السكري وتم تشخيص المرض لديهم من قبل طبيب مختص، ويعالجون بصفة دورية ويتناولون الدواء. وننوه الى أننا لم نستطع تحديد اجمالي عدد المعلمين المصابين بالسكري

ببلدية سكيكدة على مستوى جميع الأطوار وذلك لاعتبارات منها:

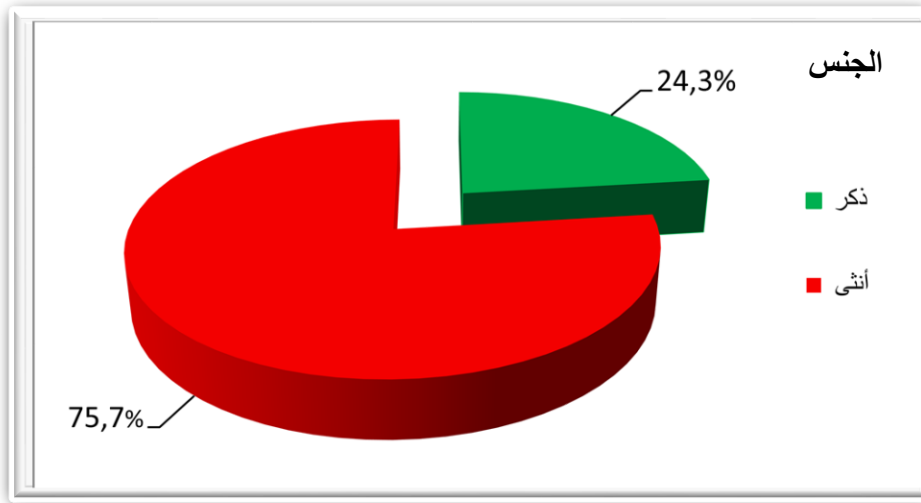
- تحديث التعليم بجيل جديد من المعلمين الصغار الأصحاء، واحالة العديد من المعلمين (الجيل القديم) المصابين بالأمراض المزمنة والسكري على التقاعد بصنفيه.
- اخفاء بعض المعلمين اصابتهم بمرض السكري سواء عن المدير والادارة أو عن حتى زملائهم المعلمين.
- ابداء عدد قليل جدا من المعلمين عدم رغبتهم في الاجابة عن المقاييس على حسبهم ما فائدة الاجابة على المقياس وتضييع الوقت من دون فائدة. (وصرحوا أنهم أجابوا من قبل على مقاييس لعدة طلبة من دون فائدة).
- مقاومة بعض المديرين وعدم رغبتهم في اعطائنا الأرقام الحقيقية للمعلمين المصابين بالسكري، واعتبارها من جهة كشف لخصوصية المعلمين وأنها من الأسرار الشخصية للمعلم ومن جهة أخرى تمثل من الأسرار المهنية الخاصة بالمؤسسة وسمعتها (حتى أن مدير "متوسطة" لم يبدي أي رغبة في التعاون معنا وتحذانا ولو بإحضار وثيقة رسمية من الوزارة فلن يسمح لنا القيام بالدراسة داخل المؤسسة، اضافة الى مدير ثانوية أخرى الذي لم يوافق على اجرائها واعتبرها تجسس على مؤسسته)، وهناك من المديرين من تعاملوا معنا بحيل من خلال ابداء تعاون شكلي فقط وأبلغونا عند استرجاع المقاييس بعدم وجود حالات مرضية داخل المؤسسة (بعد توزيعها لعدة مرات بسبب فقدانها، ولمدة تجاوزت ثلاثة أشهر من توزيعها لدى البعض، ووصلت حتى لمدة 7 أشهر وبعد تقريبا عدة زيارات واتصالات أخبرونا بعدم وجود معلمين مرضى بالسكري) في حين بعض الاساتذة الذين تواصلنا معهم داخل نفس المؤسسات أكدوا لنا وجود بعض الحالات، لكننا لم نجري معهم الدراسة وذلك حتى نتصف الدراسة بالنزاهة والقيمة العلمية، وحرصنا على الالتزام بالأخلاق العلمية بكل مصداقية وموضوعية.

3-2-5- خصائص عينة الدراسة:

❖ خصائص العينة حسب الجنس:

جدول رقم (12) يوضح نسبة أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	ذكر	أنثى	المجموع
التكرار	18	56	74
النسبة	%24,3	%75,7	%100

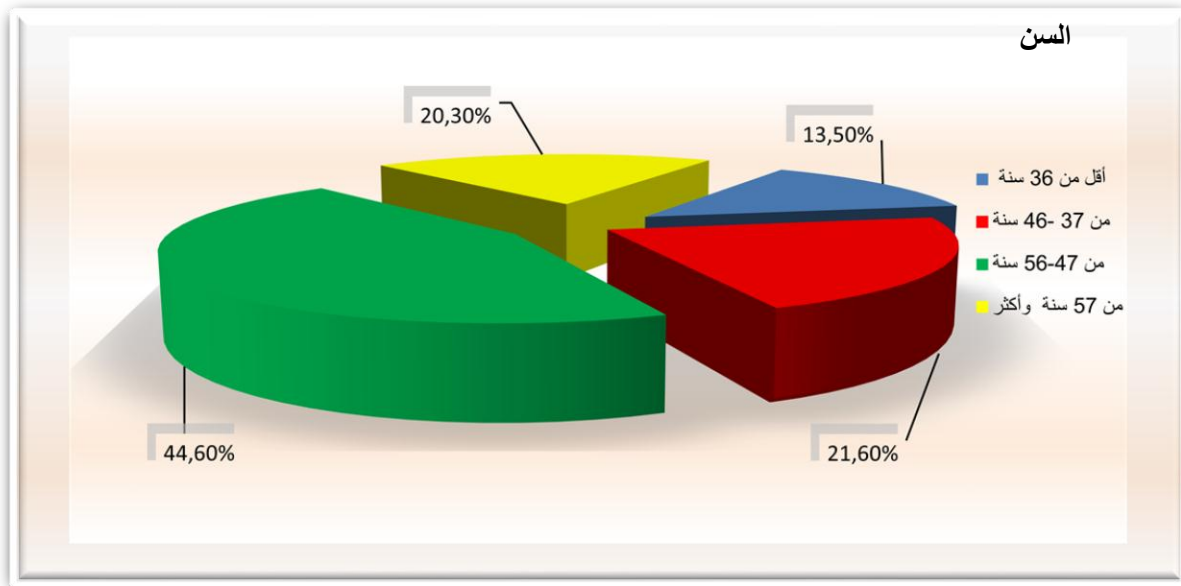


شكل رقم (30) يوضح نسب أفراد العينة حسب الجنس.

❖ خصائص العينة حسب السن:

جدول رقم (13) يوضح عدد ونسبة أفراد العينة حسب السن.

السن	أقل من 36 سنة	من 37-46 سنة	من 47-56 سنة	من 57 سنة وأكثر	المجموع
التكرار	10	16	33	15	74
النسبة	13.5	21,6%	44,6%	20,3%	%100

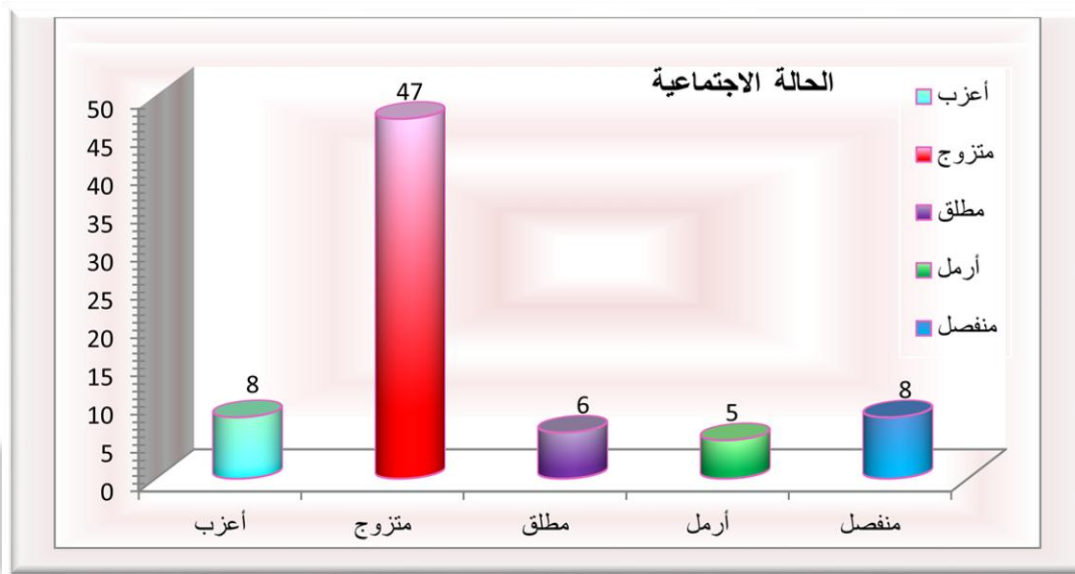


شكل رقم (31) يوضح نسب أفراد العينة حسب السن.

❖ خصائص العينة حسب الحالة الاجتماعية:

جدول رقم (14) يوضح عدد ونسبة أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية.

الحالة الاجتماعية	أعزب	متزوج	مطلق	أرمل	المجموع
التكرار	8	47	10	9	74
النسبة المئوية	10,8%	63,5%	13.51%	12.16%	100%

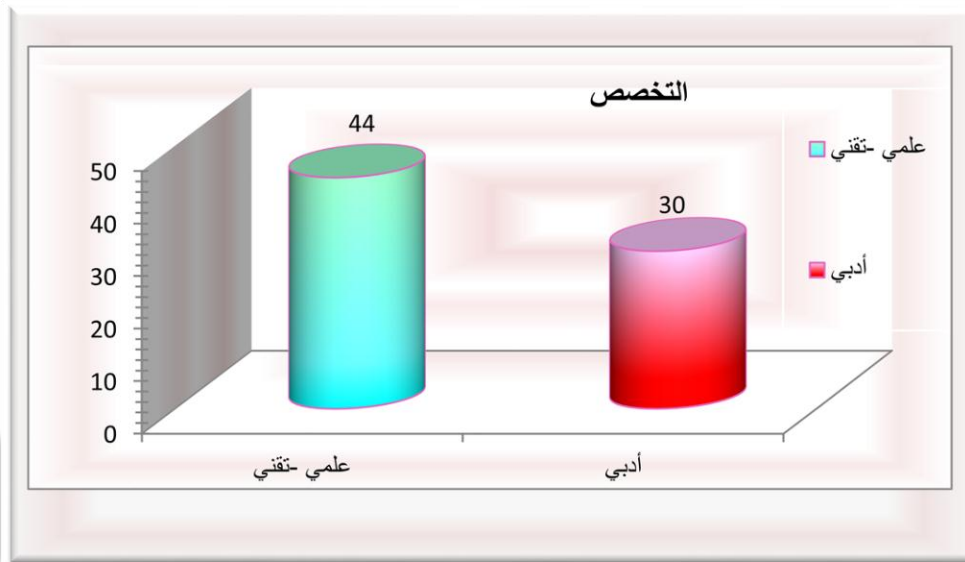


شكل رقم (32) يوضح تكرارات أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية.

❖ خصائص العينة حسب التخصص:

جدول رقم (15) يوضح نسبة أفراد العينة حسب التخصص.

التخصص	علمي - تقني	أدبي	المجموع
التكرار	44	30	74
النسبة	%59,45	%40,54	%100

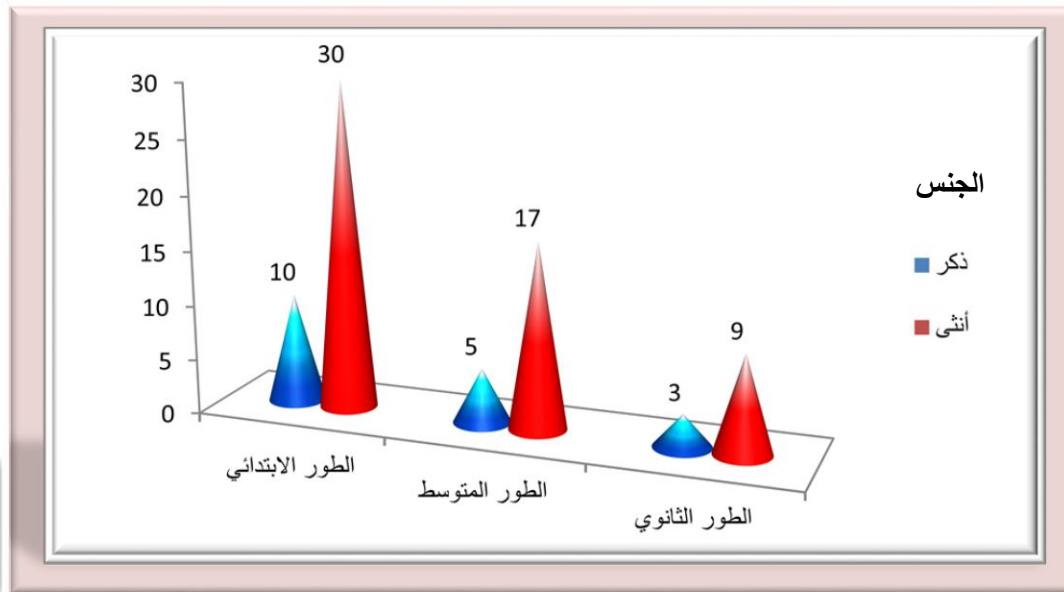


شكل رقم (33) يوضح تكرارات أفراد العينة حسب التخصص

❖ خصائص العينة حسب الطور التعليمي:

جدول رقم (16) يوضح عدد ونسبة أفراد العينة حسب الطور التعليمي والجنس.

النسبة	المجموع	النسبة	التكرار	الجنس	السن
%54,1	40	%13,51	10	ذكر	الطور الابتدائي
		%40,54	30	أنثى	
%29,7	22	%6,75	5	ذكر	الطور المتوسط
		%22,97	17	أنثى	
%16,2	12	%4,05	3	ذكر	الطور الثانوي
		%12,16	9	أنثى	
%100	74	%24,3	18	ذكر	المجموع
		%75,7	56	أنثى	

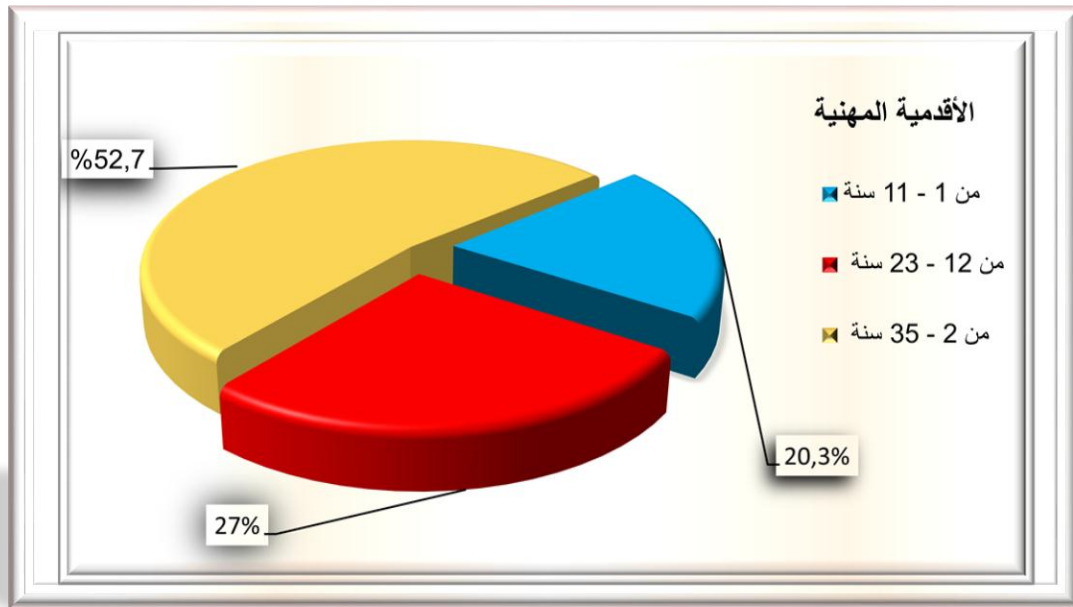


شكل رقم (34) يوضح عدد أفراد العينة حسب الطور التعليمي والجنس.

❖ خصائص العينة حسب سنوات الأقدمية المهنية:

جدول رقم (17) يوضح عدد ونسبة أفراد العينة حسب سنوات الأقدمية المهنية.

المجموع	من 22 سنة فما أكثر	من 11-21 سنة	أقل من 10 سنوات	سنوات الخبرة
74	39	20	15	التكرار
%100	%52,7	%27	%20,3	النسبة المئوية



شكل رقم (35) يوضح نسبة أفراد العينة حسب سنوات الأقدمية المهنية.

❖ خصائص العينة حسب مدة الاصابة بالسكري:

جدول رقم (18) يوضح عدد ونسبة أفراد العينة حسب مدة الاصابة بالسكري.

مدة الاصابة	أقل من 5 سنوات	من 5 سنوات فما فوق	المجموع
التكرار	43	31	74
النسبة المئوية	58,1%	41,9%	100%



شكل رقم (36) يوضح نسب أفراد العينة حسب مدة الاصابة بالسكري.

4- الأدوات الاجرائية لجمع البيانات:

4-1-1- المقاييس النفسية:

تم الاعتماد في دراستنا الكمية على مقياسين لجمع البيانات، نستعرضها فيما يأتي:

4-1-1-1- مقياس اساليب المواجهة: « Cope » Strategies Assessing coping

يسمى COPE، قام ببنائه كل من "كارفر وشاير ووينتروب & Carver, Scheier & Weintraub" (1989) وهو يستند الى نظريتين: الأولى تتعلق بنظرية "لازاروس" حول الضغوط والواجهة، والثانية بنموذج التنظيم الذاتي السلوكي الذي وضعه "كارفر وزملاءه" كما اعتمدوا على نتائج البحوث الميدانية في هذا الميدان، وقامت بترجمته وتقنيته زيزي السيد ابراهيم مع مجموعة من الباحثين وتكييفه على البيئة المصرية، كما طبق في دراسات أخرى على بيئات كالسعودية من طرف (نورة ابراهيم سليمان 2011)، و(نبيلة أحمد أبو حبيب 2010) حيث نسبت تعريبه وتقنيته الى (عليان والكحلوت)، وطبق على البيئة الجزائرية في دراسة (حنصالي مريامة 2014) التي قامت بحساب الخصائص السيكومترية له، و من المتوقع أن المقياس يتسم بصدق وثبات عاليين حسب معديه ومستخدميه. ويتكون المقياس من (60 بند) موزعة على 15 بعد (اختبار فرعي)، ويضم كل بعد 4 فقرات، (زيزي السيد ابراهيم، 2006، ص 98) وهي كما يلي:

- ❖ **اعادة التفسير الايجابي *Positive re-interpretation and growth***: تضم الفقرات (1-16) ويمثل القدرة على تغيير أفكار الفرد حول ما يعتقد عن الوضعية الضاغطة، والتحكم فيها والسيطرة عليها وتعديلها برويتها من الجانب الايجابي، باعتبار التغيير على مستوى التفكير يؤثر على الاستجابة الانفعالية اتجاه الضغط.
- ❖ **الابتعاد الذهني أو الشرود العقلي *Mental disengagement***: ويضم الفقرات (2-17-32-47)، وتتضمن هذه الاستراتيجية التخفيض من الجهد المبذول للتعامل مع الموقف الضاغط بإشغال الذهن بأحداث أخرى أو أشياء أخرى للتخفيف أو ازالة الآثار الانفعالية الناتجة عن الموقف الضاغط.

- ❖ **التركيز على الانفعالات واظهارها: Focus on venting of emotion:** ويضم الفقرات (3-18 -33 -48) وتمثل هذه الاستراتيجية وعي الفرد بحالته الانفعالية من خلال التركيز عليها والتعبير عنها لأنها ناجمة عن الموقف المثير.
- ❖ **الاستعمال الاجرائي للدعم الاجتماعي Use of instrumental social support:** ويضم الفقرات (4-19 -34-49) ويمثل مختلف الأنشطة والسلوكات التي يقوم بها الفرد بغرض طلب المساعدة والنصيحة من المحيطين لمحاولة فهم الموقف الضاغط، وتتوقف على شبكة ونوعية علاقاته التي تربطه بالآخرين.
- ❖ **المواجهة النشطة Active coping:** وتضم الفقرات (5-20 -35 -50) تضم مختلف المحاولات السلوكية النشطة التي يمارسها الفرد بغية التعامل والتسوية المباشرة والعقلانية الواقعية مع المشكل المطروح، وتتضمن معرفة الأسباب الكامنة وراء المشكلة، والاستفادة من الخبرات السابقة، واقتراح البدائل للتعامل معها واختيار أفضلها، مع اقتراح خطة فورية لمواجهتها.
- ❖ **الانكار Denial:** ويضم الفقرات (6-21 -36 -51) يمثل استراتيجية سلبية وعدم الاقرار بالمشكلة يهدف تجاهل الأخطار الناجمة عنها، والتخفيف من المشاعر والانفعالات السلبية الضاغطة.
- ❖ **المواجهة الدينية Religious coping:** ويضم الفقرات (7-22 -37-52) وتشكل مصدر للعدم الروحي والانفعالي في آن واحد ، وهي تشمل جميع السلوكات والممارسات الدينية التي يمارسها الفرد بعد تعرضه لأحداث ضاغطة كالصلاة والدعاء وفعل الخير ... الخ.
- ❖ **السخرية أو الدعابة Humor:** وتضم الفقرات (8-23-38-53) وهي استراتيجية تعتمد على الفكاهة والدعابة والضحك للتخفيف من شدة المواقف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد.
- ❖ **الابتعاد السلوكي Behavioral disengagement:** وتضم الفقرات (9-24-39-54) وتشمل مختلف السلوكات والممارسات لتأجيل أو تجنب مواجهة الحادث الضاغط والانشغال بأنشطة ومهام أخرى كمشاهدة التلفاز، تغيير المكان أو التخيل.
- ❖ **التريث أو الامتناع Restrain:** ويضم الفقرات (10-25-40-55) ويمثل القدرة على ضبط النفس والتحكم في الانفعالات، والسيطرة على الذات لانتظار الوقت المناسب لاتخاذ القرار أو المواجهة.

- ❖ استعمال الدعم الاجتماعي الانفعالي *Use of emotional social support*: يضم البنود (11-26-41-56) وهو استراتيجية تعتمد على طلب المساندة والدعم من الأصدقاء والأشخاص المقربين، ومناقشة الاحاسيس والمشاعر معهم.
- ❖ تعاطي المواد النفسية *Substance use*: وتضم الفقرات (12-27-42-57) يعتمد فيها على الادوية والعقاقير النفسية للتخفيف من الاحساس بالضغط .
- ❖ التقبل *Acceptance*: يضم الفقرات (13-28-43-58) وهي استراتيجية تنم عن تقبل الواقع كما هو، والتعايش والاعتراف به وعدم انكاره.
- ❖ قمع الأنشطة المنافسة *Suppression of competing activities*: يضم الفقرات (14-29-44-59) خلالها يتم التركيز على الاحداث الضاغطة والابتعاد وتجنب كل ما يمكن أن يشتت الذهن، لتكوين رؤية واضحة تمكن من ايجاد حل للمشكلة.
- ❖ التخطيط *Planning*: يضم الفقرات (15-30-45-60) وهي استراتيجية تتضمن على المهارات المرتبطة بالقدرة على حل المشكلات الشخصية كتحديد المشكلة وجمع أكبر قدر من المعلومات حولها، واقتراح مجموعة من البدائل لحلها.
- الخصائص السيكومترية للمقياس:

قامت "مريامة حنصالي" (2014) بحساب الخصائص السيكومترية لمقياس المواجهة عند تطبيقه على عينة من أساتذة الجامعة الجزائرية وقد تمكنت من حساب الخصائص السيكومترية للمقياس بحيث أنه يتمتع بدرجة دالة من صدق الاتساق الداخلي تراوحت بين قيم معامل الارتباط لأبعاده والدرجة الكلية (من 0,30 الى 0,51) عند مستوى دلالة 0,05 و 0,01، أما الثبات فقد تم حسابه عن طريق التجزئة النصفية ووجدت أنه يتمتع بدرجة عالية من الثبات قدرت عند حساب معامل الارتباط بين بنود المقياس الزوجية والفردية بـ 0,69 وهي دالة عند مستوى 0,01، ثم التصحيح بمعادلة سبيرمان-براون قدرت بـ 0,82 وهي دالة عند مستوى 0,01. كما تم حساب الثبات من خلال معامل ألفا كرونباخ الذي بلغت قيمته بحوالي 0,83، لذلك فان مؤشرات ثبات المقياس جيدة، وتقيس الخاصية محل القياس.

(حنصالي مريامة، 2014، ص ص181، 183)

4-1-2- المقياس المئوي لجودة الحياة (WHOQOL-100)

يطلق عليه "المقياس المئوي لنوعية الحياة"، لمنظمة الصحة العالمية تم اعداده كمشروع بحثي من 15 دولة سنة (1991) لذلك فهو يتمتع بخصوصية العالمية، ويغطي مختلف جوانب نوعية الحياة التي تناولتها الأدوات التقليدية لتقدير نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، وقد طور عدة مرات أثناء اجراء بحوث ميدانية لـ 15 مراكز تابعة لمنظمة الصحة العالمية بـ 12 لغة، لينتهي في الأخير بصيغته النهائية واختبار أفضل 100 بند وعليه تمت تسميت هذه الصيغة بالمقياس المئوي لنوعية الحياة -WHOQOL-100، وقد بني المقياس على ستة مجالات أساسية، تضم أربعة وعشرين بعدا أو مقياسا فرعيا، وهي:

❖ **المجال الجسمي:** ويضم ثلاثة أبعاد فرعية وهي: الألم والطاقة والنوم.

❖ **المجال النفسي:** ويتضمن خمسة أبعاد فرعية وهي: الشعور الايجابي، التفكير والتعلم، تقدير الذات، صورة الجسم، الشعور السلبي.

❖ **مجال الاستقلال:** ويضم أربعة فرعية وهي: القدرة على الحركة، النشاط اليومي، الاعتماد على الأدوات والقدرة على العمل.

❖ **مجال العلاقات الاجتماعية:** ويضم ثلاث أبعاد فرعية وهي: العلاقات الشخصية، الدعم الاجتماعي، النشاط الجنسي.

❖ **المجال البيئي:** ويضم ثمانية أبعاد فرعية، وهي: الأمن والأمان الجسمي، البيئة المنزلية، الموارد المالية، الرعاية الصحية والاجتماعية، اكتساب مهارات ومعلومات جديدة، الترفيه، البيئة الطبيعية والمواصلات.

❖ **المجال الديني:** ويضم مقياسا بعدا واحدا يتمثل في المعتقدات الدينية.

وكل مقياس فرعي تقيسه اربع بنود، وعليه فعدد البنود الكلي 96 بند، اضافة الى أربع عبارات تقيس جودة الحياة العامة والصحة العامة، وهذا البعد لا يدرج ضمن مجالات نوعية الحياة ويتم الاجابة على بنود المقياس وفقا لخمس بدائل مفتوحة لتقدير الشدة وتكرار أبعاد جودة الحياة.

(أحمد حسانين أحمد محمد، 2011، ص 94)

▪ الخصائص السيكومترية للمقياس:

قام كل من أحمد حسانين أحمد محمد (2011) بتطبيق المقياس على البيئة الليبية، وبشير معمرية (2015) على البيئة الجزائرية ووجدا أن المقياس يتمتع بقدر عال من الصدق والثبات بحيث طبق المقياس على عينة قدرها (74 فرد) من الذكور تراوحت أعمارهم بين 55 سنة الى 80 سنة، وقام بحساب الصدق التمييزي بأسلوب المقارنة الطرفية، والصدق الاتفاقي ما بين مقياس نوعية الحياة ومقياس الرضا عن الحياة من اعداد "Diner. E" وقدر معامل الارتباط بـ 0,743 وهو دال عند مستوى 0,01، (ن=37). أما الصدق التعارضي بين نوعية الحياة وقائمة القلق من اعداد أحمد محمد عبد الخالق؛ فقد بلغ معامل الارتباط بـ -0,539 وهو دال احصائيا عند مستوى دلالة 0,01، (ن=37)، أما الارتباطات الداخلية بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية فقد تراوحت معاملات الارتباط بين الأبعاد الأربع والعشرون والدرجة الكلية لنوعية الحياة بين 0,286 الى 0,780 وهي دالة احصائيا، في حين قدر معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لنوعية الحياة والدرجة على بعد نوعية الحياة والصحة العامة بـ 0,872 وهو دال عند مستوى دلالة 0,01. وقدرت معاملات الارتباط بين المجالات الأساسية الستة والدرجة الكلية لنوعية الحياة بين 0,278 الى 0,881 وهي دالة عند مستوى 0,01 حيث (ن=99).

وتم حساب الثبات بطريقتي التجزئة النصفية الذي قدر بـ 0,873 بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون، وقدر معامل الفا كرونباخ بـ 0,938. (معمرية بشير، 2015، ص 83)

5- المعالجة الاحصائية لبيانات الدراسة:

استعانت الباحثة لإنجاز المعالجة الاحصائية ببرنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS21) وتم حساب الأساليب الاحصائية التالية:

- ❖ مقاييس النزعة المركزية ومقاييس التشتت (المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري).
- ❖ النسب المئوية وتكرارات أفراد العينة حسب بعض خصائص متغيرات العينة.
- ❖ معامل الارتباط Pearson لتحديد العلاقات الارتباطية بين (جودة الحياة واساليب المواجهة)
- ❖ اختبار T. Test لعينتين مستقلتين بغية التعرف على دلالة الفروق بالنسبة لبعض المتغيرات كالجنس، نمط السكري. واختبار تحليل التباين الأحادي Anova للتعرف على دلالة الفروق الاحصائية بالنسبة لبعض المتغيرات كالسن، الحالة الاجتماعية، الخبرة المهنية.

ثالثا: الدراسة الكيفية:

حاولنا من خلال الدراسة الكيفية تسليط الضوء على بعض الحالات لدراستها بطريقة تقنية عيادية، لنكون أقرب للواقع المعاش، وأكثر الماما بالمعاش النفسي للمعلم المصاب بالسكري الذي له دور كبير في تحديد جودة الحياة، هذه الأخيرة التي تحددها عوامل متعددة بما فيها المعاش النفسي-اجتماعي، والحالة الصحية والبيئية والمادية، مع التركيز على سيرورة مختلف الأساليب السلوكية الاجرائية والانفعالية التي يقوم بها المعلم السكري عند مواجهته للضغوط وأحداث الحياة اليومية الأسرية والمهنية، والعلائقية الاجتماعية... وغيرها. كما تتيح لنا هذا النوع من الدراسات -الكيفية- البحث في الجانب الاكلينيكي وهو ميدان اختصاصنا بالطبع، من حيث اكلينيكية لغة الجسد والحوار والانفعالات، التي تكشف لنا عن المشاعر والانفعالات الحقيقية التي يعيشها المريض ومن ثم فهي تساعدنا على دراسة كل حالة كحالة فريدة، بما يميزها من خصائص وسمات شخصية، وتاريخ مرضي ونفسي شخصي وعائلي، وأسلوب ونمط حياة كل فرد على حدى مراعين الفروق الفردية بين المعلمين المصابين بالسكري.

1- المنهج الاكلينيكي:

استخدمنا المنهج الاكلينيكي في دراستنا الكيفية والذي يعتبر حسب "دارن رونلد Ronald Daron" (1991, p21) بمثابة الملاحظات العميقة والمستمرة لحالات معينة ويتميز بدراسته لكل حالة على انفراد. وفي نفس السياق يشير "نوربار سيلامي Norbert sillamy" الى أن المنهج الاكلينيكي يهتم بدراسة الفرد دراسة معمقة لكل من أحاديثه بغرض فهم سلوكاته، وانشغالاته، بواسطة الملاحظة الدقيقة لجميع تصرفاته، والكشف عن مختلف الصراعات المحركة لها، لمحاولة إيجاد حلول.

(Sillamy, N, 2003, p 67)

واخترنا "المنهج الإكلينيكي" في هذا الشق من الدراسة الكيفية لملائمته لما نصبوا الي تحقيقه لأننا بصدد البحث في موضوع سيكولوجي تطبيقي، يهدف الى دراسة بعض الحالات بغية الوصول الى فهم جيد ومعمق لشخصية والمعاش النفسي والصحي للمعلم المصاب بالسكري، وسيرورات دفاعه، وآليات المواجهة التي يوظفها للتعايش والتوافق مع مرض السكري ومختلف أحداث الحياة الضاغطة، كما أنه أكثر الأساليب قدرة على رصد وتفسير معطيات الدراسة الإكلينيكية للحالات، ويتسم بخصوصية دراسته الفرد

ككل فريد من نوعه Chaque cas est un cas، ودراسة كل فرد كحالة وكوحدة متكاملة متميزة عن غيرها. اضافة الى أنه يتيح ملاحظة أساليب سلوكية معينة واستخلاص سمات شخصية خاصة، لأن هدفه فهم شخصية فرد معين بالذات وتقديم المساعدة له. (المليجي حلمي، 2001، ص30)

2- دراسة الحالة:

تمت الاستعانة بطريقة الحالة لأن المنهج الوصفي يقتصر على وصف الحالات ككل من دون الكشف والتقصي العميق لكل حالة، أو البحث عن سببية الصراعات النفسية والعوامل المؤثرة في سلوكات المعلمين المصابين بالسكري بدقة وموضوعية، لاستخلاص النتائج الخاصة بكل حالة وصولاً من خلالها إلى تعميمات، وقوانين عامة توجه وتحكم السلوك مراعين في ذلك الفروق الفردية والخواص الشخصية لكل حالة لأن كل حالة هي حالة في ذاتها، فضلاً عن انها منهج تمدنا ببيانات وتحليلات لا يوفرها لنا أي منهج آخر، لأنها ببساطة تمثل استقصاء نفسي اجتماعي للفرد، ومسح حالته الصحية وسجله الدراسي، ومشكلاته المتنوعة في جميع المراحل: المهد، الطفولة، سجله الدراسي والمهني، نموه الجسمي والنفسي، العقلي والجنسي وحتى الاجتماعي العلائقي. (شحاتة محمد ربيع، 2010، ص95)

كما تسمح دراسة الحالة بإثراء دراستنا من الناحية العيادية النفسية والطبية لـ المرضى من خلال جمع معلومات هامة عن السلوك الحالي لـ المعلم الذي يعاني من اضطرابات على المستوى الانفعالي او السلوكي بسبب ضغوط الحياة، وتأثيرها على جوانب متعددة أسرية، مدرسية واجتماعية، ومهنية كما يتم جمع المعطيات من خلال الاتصال بهم وجه لوجه وإجراء مقابلات معهم، والاستعانة بملاحظات أصدقائهم، كما يستعان ببعض الوثائق الطبية، بهدف تشخيص السلوك الحالي.

(أسامة فاروق مصطفى، 2011، ص67)

إذن فدراسة الحالة لا تتم بمعزل عن المجتمع المحيط بالحالة، وإنما يجب الاستعانة بها لإثراء البحث بالمعلومات، وتحري الصدق والنزاهة للكشف عن مدى صدقها مع ما تقره الحالة من معلومات عن نفسها، ومن الصعب الاعتماد عليها فقط في انجاز الدراسة إلا في حالات معينة، ويجب جمع معلومات متنوعة من مصادر متعددة لمقارنتها، وكشف المتناقض منها للوصول إلى استقصاء علمي دقيق ليسمح وصفها بدراسة حالة علمية وموضوعية في نفس الوقت.

3- حدود الدراسة الكيفية:

3-1- الحدود الزمانية:

امتدت من تاريخ 2016/10/21 الى غاية 2017/05/28. وكانت على فترات متقطعة بسبب انشغال المعلمين، وفترات العطل.

3-2- الحدود المكانية:

تم اجراء المقابلات بانفراد مع المعلمين المصابين بالسكري داخل المؤسسات التربوية في عدة أماكن حسب طابع المؤسسة وهياكلها وتوجيهات المديرين وهي: قاعة المعلمين بالنسبة لمعلمي الابتدائي ومكتب مستشار التوجيه، ومكتب مستشار التربية بالنسبة لمعلمي المتوسط والثانوي، للحفاظ على سرية المعلومات الشخصية التي يدلون بها.

4- حالات الدراسة:

اشتملت الدراسة الكيفية على ثلاث حالات من المعلمين المصابين بالسكري (أستاذتين وأستاذ)، تم اختيارهم بطريقة قصدية لإبداء رغبتهم في التعاون معنا وايجاد حل لمختلف المشاكل التي يعانون ويشكون منها خصوصا تلك المهنية والاجتماعية الاسرية.

5- الأدوات الاجرائية لجمع المعلومات:

5-1- الملاحظة الإكلينيكية:

تعتبر الملاحظة الإكلينيكية عن فعل انتباه مركز acte d'attention، وفعل ذكي acte intelligent بالتركيز على الحقيقة عند النشاط الإدراكي، لهذا يقر "Pédinielli" (2005) بأنها القاعدة في معرفة العالم، الآخرون والنشاطات العلمية. فهي تعتمد على الاهتمام المركز حول موضوع ما والقدرة على عزل بعض المتغيرات عن الظواهر المراد دراستها. إضافة الى أنها تعبر عن فعل المشاهدة مع الانتباه لمختلف الأشياء، الأحداث والظواهر من اجل دراستها، مراقبتها لمعرفة شكل أفضل، ومن ثم

استخلاص النتيجة. وفعل الملاحظة يوسع من الادراكات حول المواضيع، ونتمكن بواسطتها من جمع عدد هام، وكمن المعلومات الضرورية من بين الكم الهائل للمعلومات المتحصل عليها.

(Pédinielli. J, Fernandey. J, 2005, p9)

فالملاحظة الإكلينيكية حسب كل من "Bénony & Pédinielli" هي "رصد للظواهر السلوكية، الفكرية، اللغوية، الانفعالية والمعرفية الدالة بهدف إعطائها معنى. بالإضافة إلى أنها تهتم بمجموعة السلوكيات اللفظية وغير اللفظية وبالتفاعلات، فالاهتمام إذن مركز ومنصب حول الشخص، وتحليل تأثير الملاحظ على الملاحظة، فالسلوكيات الدلالية تعبر عن شيء ما داخلي، يشير إلى حياته النفسية من خلال إكلينيكية النظر، وإكلينيكية الإصغاء تصل إلى عمل فكري تحليلي تفسيري، وإكلينيكية الحوار، ولغة الجسد.

(Pédinielli. J, Fernandey. J, 2005, p p11-14)

يرى "Ciccone" أن الملاحظة الإكلينيكية هي ميزة البعد التجريبي للحياة الإنسانية، تهتم بالمجتمع والتفاعلات الاجتماعية بشكل عام، وبذاتية الفرد وباطنه بشكل خاص، لذلك اخترناها في دراستنا لأنها تسمح لنا بملاحظة العديد من المظاهر السلوكية واللاسلوكية التي تتدرج ضمن لغة الجسد لتشمل السلوكيات الدلالية كالتربيت على كتف التلاميذ، أو تقديم الدعم والتحفيز المعنوي والمادي، أو العقاب والضرب أو الاكتفاء باللامبالاة أو الصمت، ولأن هذا الأخير في حد ذاته لغة وحوار يوظفها المعلمون بشكل اما ذكي او عفوي للتواصل مع التلاميذ أو غيرهم، والتي عادة ما تكون ناتجة عن حالتهم النفسية والمزاجية، وانفعالاتهم، وتفاعلاتهم وعلاقاتهم الشخصية والأسرية والاجتماعية مع التلاميذ، أو المدير وموظفي الادارة، أو زملاءهم المعلمون. اضافة الى التوتر والضغط التي يعانون منها سواء كونهم مرضى بالسكري الذي يعيق في العديد من الأحيان عملهم المهني حسب تصريح بعض افراد العينة ويشبطهم معنويا لأنهم يبذلون مجهودا فكريا كبير أثناء عملية التدريس، وتقريبا كلهم تعرض لارتفاع أو لانخفاض مستوى الجلوكوز في الدم والدوخة وحتى من نقل الى المستشفى على اثرها، أو أنهى الدرس لعدم قدرته على اتمامه خلال مساره التدريسي بعد اصابته بمرض السكري. أو سواء وضعيتهم المهنية والاجتماعية التي تفرض عليهم أداء أدوار متعددة بصفة يومية داخل المؤسسة التربوية والأسرة.

5-2- المقابلة الإكلينيكية النصف موجهة بهدف البحث:

تتشكل المقابلة من خلال المحادثة الهادفة كشرط أساسي لقيام علاقة حقيقية بين الباحث والمبحوث. (دويدار عبد الفتاح ، 2006، ص 95) وتعتبر المقابلة الإكلينيكية حسب "Bénony. H" (1999) الأداة الرئيسية في تقييم الأعراض من أجل تحقيق تدخل للتشخيص والتقييم الجيد، وتسمح لنا برصد معلومات عيادية كثيرة وملثمة، وتأسيس علاقة علاجية واضحة الأهداف وخلق جو من الثقة والأمان بين الطرفين. (Bénony. H & Chahraoui. K, 1999, p15)

تنقسم المقابلة الإكلينيكية إلى ثلاث أنماط، وفي بحثنا تم الاستعانة بالمقابلة النصف موجهة بهدف البحث التي تتراوح ما بين المقابلة الموجهة والغير موجهة، حيث فيها يقوم المختص النفسي أو الباحث بطرح أسئلة على المفحوص لكن يترك له حرية التعبير في كل سؤال يطرح، ويستطيع أن يحدد له حول أي محور يتحدث، أو يتركه يختار أي محور يريد الحديث عنه.

(Guéguen. Nicolas, 2007, p96)

واستعملنا هذا النمط من المقابلات لأنها تتناسب مع بحثنا وتخدمنا في جمع معلومات كثيرة وثرية في آن الوقت حول المعلمين المصابين بالسكري. كما تسمح لنا بملاحظة العديد من السلوكيات الظاهرة والإيماءات، والهيئة والخارجية، إضافة الى اكلينيكية الحوار التي تثبتتها، وتساعد على إقامة علاقة حقيقية من المشاركة الوجدانية مع حالات الدراسة التي لمسناها حتى فيما بعد بطلب أساليب وكيفيات علاجية، والبوح الصادق من دون كذب لما يتعرضون له من ضغوط مهنية من طرف المديرين والمفتشين التربويين أو التلاميذ أو ضغوط أسرية وعلائقية.

كما كان تركيزنا متيقظ وإصغائنا لكل ما تعبر عنه الحالات، أو ما لا يقولونه مع إبدائنا التقبل لشخصهم كما هم، هذا ما أتاح لنا فرصة جمع أكبر قدر من المعلومات حولهم.

وقمنا بمقابلات تمهيدية كقاعدة لجمع معلومات مبدئية تخص الحالات التي وُجّهنا لها من المديرين أو المعلمين الذين طلبوا بالتطبيق معهم، الأمر الذي سهل لنا إجراء دراسة الحالات، كما ساهم

تذكيرنا لسرية معلوماتهم الشخصية واستعمالها لأغراض علمية لا غير ضاعف من نسبة ثقتهم فينا واستجابوا لأسئلتنا بكل أريحية وتعاونوا رغم التعب وضيق الوقت أحيانا.

أما في ما يخص عدد المقابلات فقد تراوحت ما بين ست الى ثمانية مقابلات مع المعلمين، تم خلالها توضيح العبارات المبهمة للمقاييس وطرح مجموعة من الأسئلة التي أدرجناها ضمن محاور المقابلات النصف توجيهية المعتمد عليها انطلاقا من موضوع وفرضيات البحث- (أنظر ملحق رقم 06)- ونوضحها فيما يلي:

- المحور الأول: المعلومات الشخصية والسوابق المرضية (الشخصية أو الأسرية).
- المحور الثاني: كيفية اكتشاف مرض السكري والعوامل المسببة وأعراضه الإكلينيكية.
- المحور الثالث: الضغط النفسي أعراضه ومصادره لدى المعلمين
- المحور الرابع: طرق مواجهة الضغوط وكيفية التعايش مع المرض.
- المحور الخامس: آثار المرض على الصحة الجسدية والنفسية ل المعلم السكري.
- المحور السادس: جودة حياة المعلمين ورضاهم عن الحياة وتطلعاتهم المستقبلية.

3-5- تحليل المضمون:

تعتبر تقنية تحليل المحتوى من أهم التقنيات التي يتبعها الباحث في المجال النفسي العيادي بهدف الوصف الموضوعي، النسقي والكيفي لمضمون رسالة الفرد، وقد تم الاعتماد عليها في دراستنا لأنها تقدم تقييما وتحليلا معمقين لمحتوى الحوار اللفظي الذي يعبر عنه المعلم المصاب بالسكري أثناء المقابلة، وهي عبارة عن مجموعة من الأدوات المنهجية الأكثر دقة، التي تعمل على فك شفرات مضمون خصوصية حوار المعلم المتنوع الدلالات، ويصفها "موريس انجرس Maurice Angers" (1997) أنها تقنية غير مباشرة تستعمل في إنتاج مكتوب او سمعي أو سمعي بصري، صادرة عن افراد أو مجموعة، أو عنهم، ليظهر محتواها في شكل مرقم". (Angers, M, 1997, p157)، ويضيف "بردين Bardin" (1977) أنها محاولة لتفسير التآرجح بين قطبين من جهة الموضوعية الصارمة، ومن جهة أخرى الذاتية الخصبة التي تبرز في مضمون محتوى حوار الفرد. وتتمحور حول ثلاث مراحل زمنية وهي ما قبل التحليل، استغلال المعدات ومعالجة النتائج، والاستدلال والتفسير.

ان تحليل البيانات النوعية وفقا لـ "تيسش Tesch" (1990) عملية تنطوي ضمنا على جهد تحديد المواضيع، وبناء فرضيات (الافكار) البارزة البيانات وتوضيح العلاقات بين البيانات، المواضيع والفروض المترتبة عنها، وبالتالي فان هذه السيرورة حسب "Savoie-Zajc" (2000) تضم مرحلتين متباينتين لكنهما متكاملتين وهما: تنظيم البيانات وتتضمن التقسيم segmatisation وتؤدي الى "تجزئة النص décontextualisation من جهة، وترجمتها أو تصنيفها، مما يؤدي الى اعادة صياغة نصها recontextualisation من جهة أخرى. (Wanlin, philippe, 2007, p249-251)

وعليه فإننا نتفق مع "Bardin. L" (1977, p52) الذي بين أن تحليل المحتوى تقنية تهدف لقراءة ثانية للرسالة المشفرة التي في محل تفسير بديهي أو فطري، وبناء على هذا التفسير فانه يتم القضاء على الغموض لتحقيق الأهداف من المعالجة التحليلية، من خلال تحليل الكلام اللفظي للمعلم أو الكتابي، العفوي، أو الاستفزازي، أو القصدي، اضافة الى تحليل الرموز اللغوية الغير ظاهرة، المتحركة والساكنة، في مضمونها وشكلها التي تمثل في مجملها بناء محتوى صريح وواضح هادف تمت معالجته بأسلوب علمي منهجي.

وتشكيل وحدات التحليل يعتمد أساسا على اصطفاء العبارات أو الجمل أو الكلمات التي ذات معنى بطريقة موضوعية لبعده معين من أبعاد استراتيجيات المواجهة أو جودة الحياة لدى المعلمين، وبعد مرحلة تحديد وتقسيم الفئات بشكل دقيق وواضح لكل بعد، تأتي العملية الاجرائية لتكميمها بحساب تواتر هذه الفئات من خلال حساب العدد الكلي للوحدات التي تتدرج ضمن كل فئة لنصل في النهاية الى حسابات وقياس كمي تقيمي دقيق ومحدد للمعطيات الكيفية التي تم جمعها أثناء المقابلة مع المعلمين تمثلها درجات تكرارات معينة خاصة بالوحدات المشكلة لكل بعد أو فئة مع حساب نسبتها المئوية.

4-5 - استبيان ادراك الضغط النفسي Perceived stress questionnaire:

تم الاعتماد على استبيان ادراك الضغط النفسي وقد طبق على ثلاث حالات فقط بغية جمع معلومات ومعطيات أكثر عنها والتي أجريناها معها في اطار دراسة الحالة.

قام بوضع هذا المقياس "لفنستاين وآخرون Levenstein et al" سنة (1993) وأكدت على أنه أداة ثمينة اضافة لأدوات البحوث النفسجسدية، كما يكن اعتباره عاملا تنبؤيا بالوضعية الصحية للفرد

مستقبلاً، بهدف قياس مؤشرات ادراك الضغط النفسي الذي يشعر به ويدركه الفرد، ويتكون الاستبيان من (30 بند) منها المباشرة وتضم 22 بند وتنقط من (درجة 1 الى 4 درجات) من اليمين الى اليسار (تقريباً أبداً - عادة)، وهي تدل على وجود مؤشر ادراك ضغط مرتفع عند الاجابة بالقبول نحو الحدث، أما غير المباشرة فتضم 8 بنود تنقط عكس البنود المباشرة من (4 درجات الى 1 درجة) بحيث من اليمين (تقريباً أبداً) الى اليسار (عادة).

❖ **البنود المباشرة:** وتضم 2، 3، 4، 5، 6، 8، 9، 11، 12، 14، 15، 16، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 26، 27، 28، 30. بحيث تعطى (1 درجة لتقريباً ابداً ، 2 درجتين أحياناً، 3 درجات كثيراً، 4 درجات عادة)

❖ **البنود غير المباشرة:** وتضم 1، 7، 10، 13، 17، 25، 29. تنقيطها (4 درجات تقريباً ابداً، 3 درجات أحياناً، 2 درجتين كثيراً، 1 درجة عادة)

يحسب مؤشر ادراك الضغط وفقاً للمعادلة التي اقترحتها Levenstein & al، وهي كما يلي:

مؤشر ادراك الضغط = مجموع القيم الخام - 30

90

ولإيجاد القيم الخام تجمع كل نقاط المتحصل عليها في الاستبيان سواء من خلال اجابتهم على البنود المباشرة او غير المباشرة، وبعد حساب مؤشر ادراك الضغط نحصل على الدرجة الكلية التي تتراوح ما بين الدرجة صفر (0) والتي تدل على أدنى مستوى من إدراك الضغط الى الدرجة واحد (1) لتدل على أعلى مستوى ممكن من إدراك الضغط.

▪ الخصائص السيكومترية لـ الاستبيان ادراك الضغط:

قامت "حكيمة آيت حمودة" (2006) بحساب الصدق الظاهري للمقياس بعد ترجمته الى العربية وعرضه على مجموعة من الاساتذة (10) وحدد تكافؤ معنى البنود في اللغتين (العربية والانجليزية) وتناسبها لقياس إدراك الضغط والمواجهة، كما تم حساب الصدق التلازمي ومقارنته مع مقاييس أخرى للضغط حيث بين وجود ارتباط قوي مع مقياس سمة القلق قدر بـ 0,75، ومقياس ادراك الضغط لـ "كوهن

Cohen" قدر بـ 0,73، كما أحرز ارتباط معتدل مع مقياس الاكتئاب قدر بـ 0,56، في حين سجل ارتباط ضعيف مع مقياس "القلق الحالة" قدر بـ 0,35.

أما الثبات فتم حسابه من خلال طريقة التطبيق وإعادة التطبيق، باختباره على عينة قوامها 28 فرد من طلاب علم النفس بجامعة عنابة، وقدر معامل الارتباط بين درجات التطبيقين بحوالي 0.69 وهو دال عند 0.01، مما يدل على أن الاستبيان استوفى شروط الثبات والثقة في نتائجه وصلاحيته استخدامه في البحث الحالي. (أيت حمودة حكيمة، 2006، ص 225-226)

كما قام "المسيلي وفاضلي" (2008) بحساب الثبات من خلال التطبيق وإعادة التطبيق وقام بتطبيقه على مجموعة من طلاب قسم علم النفس بجامعة البليدة، وبلغ معامل الارتباط بين درجات التطبيقين حوالي 0.51 وهو دال عند مستوى دلالة 0.01، كما تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية وحساب لارتباط بين البنود الزوجية والفردية وبلغ معامل الارتباط بيرسون 0.76 وهو دال عند مستوى دلالة (0.01). (المسيلي رشيد، فاضلي أحمد، 2013، ص 316) ليدل بذلك على ان المقياس يتمتع بخصائص سيكومترية ذات ثقة ويمكن الاعتماد على نتائجه.

5-5- مقياس الاحتراق النفسي لـ "ماسلاش Maslach. M":

وضعت "ماسلاش كريستينا وزملاؤها Maslach Christina & al" مقياسا للاحتراق النفسي، نجده بثلاث نسخ، وفي دراستنا سنعتمد على النسخة الأولى المتعلقة بمهن الخدمات الانسانية (MBI- Human Services Survey HSS) (1981) التي أعدتها بمعينة Susan. E. Jackson، وهي تتكون من (22 عبارة) موزعة على ثلاث محاور اساسية، نختصرها في ما يلي:

- ❖ **الانهك العاطفي:** يحتوي هذا البعد على 9 عبارات (1، 2، 3، 6، 8، 13، 14، 16، 20)
 - ❖ **تبلد المشاعر:** يحتوي هذا البعد على 5 عبارات تشمل (5، 10، 11، 15، 22)
 - ❖ **الانجاز الشخصي:** ويحتوي هذا البعد على 8 عبارات تشمل (4، 7، 9، 12، 17، 18، 19،
- (Maslach. C, & al, 1996) (21)

▪ الخصائص السيكومترية لـ المقياس:

تمت ترجمة المقياس وتكييفه وتقنيته على البيئة الجزائرية من قبل "نصراوي صباح، وبن زروال فتيحة" (2017) بتطبيقه على عينة من الاساتذة الجزائريين، وتم حساب الخصائص السيكومترية حيث تراوحت قيم درجات بنود المقياس ما بين (0.41- 0.97) وقدرت الدرجة الكلية لمعامل صدقه (0.85)، أما ثبات المقياس فقد تم حسابه من خلال طريقة التجزئة النصفية لمعامل الارتباط بين نصفي المقياس وفقا لمعادلة "Guttman"، والذي قدر معاملته بـ (0,90)، كما حسب الثبات من خلال طريقة الاتساق الداخلي وفقا لمعامل الفا لكرونباخ وتراوحت قيم البنود ما بين (0.9 الى 0.96) أما القيمة الثبات الكلي لدرجات المقياس قدرت بـ (0.9). واستنادا الى ما سبق فان المقياس مشبع ويتمتع بخصائص سيكومترية ذات ثقة يمكن الاعتماد عليها لقياس الخاصية التي وضع من أجلها. (نصراوي، بن زروال، 2017، ص ص 249-250) ويصحح المقياس المترجم والمكيف على البيئة الجزائرية بالاعتماد على طريقة الربيع الثالث (Q3) حيث نجد:

البعد الأول: الانهاك العاطفي/ اذا كان مجموعه 15 أو أقل يعني مستوى منخفض،

اذا كان مجموعه يتراوح من 16-18 يعني مستوى متوسط،

اذا كان مجموعه يفوق 19 يعني مستوى مرتفع.

البعد الثاني: تبدل المشاعر/ اذا كان مجموعه 8 أو أقل يعني مستوى منخفض.

اذا كان مجموعه يتراوح بين 9 و22 يعني مستوى متوسط،

اذا كان مجموعه يفوق 23 يعني مستوى مرتفع.

البعد الثالث: الانجاز الشخصي/ اذا كان مجموعه 14 أو أقل يعني مستوى مرتفع.

اذا كان مجموعه يتراوح بين 15 و34 يعني مستوى متوسط،

اذا كان مجموعه يفوق 35 يعني مستوى منخفض.

وتنقيط الاجابة يكون على مجموعة من الاحتمالات التي تمثل ميزان سباعي متصل، بحيث أبدا تنفي وجود الخاصية مطلقا، ويوميا تثبت وجودها باستمرار وتندرج بينهما خمس احتمالات تخص توفر خاصية الاحتراق في السنة أو الشهر أو الاسبوع. (نصراوي، بن زروال ، 2017، ص ص 253، 256)

خلاصة:

في الأخير، تناولنا في هذا الفصل عرض مختلف الاجراءات المنهجية التي انتهجتها الباحثة للخوض في الدراسة الميدانية، حيث يتضح ذلك بتحديد صنفين من الدراسة أدرجناهما فيها ليغطي كل شق منها نقائص الدراسة الأخرى لأن الدراسة الكمية تركز على المعطيات السطحية بحيث انتهجنا خلالها المنهج الوصفي لدراسة الارتباط والفروق، ثم أشرنا الى الدراسة الاستطلاعية واجراءاتها التي تمت في عدة أماكن من مدينتي سكيكدة وبسكرة بسبب تعديل الموضوع الا أنها ساهمت في تمهيد الطريق للانطلاق في الدراسة الاساسية، هذه الأخيرة التي تم تحديد فيها بدقة العينة وخصائصها، وأدوات جمع البيانات التي تمثلت بالأساس في مقياسي الجودة والمواجهة، واستبيان لجمع أكبر قدر من المعطيات والبيانات المتعلقة بالعينة، وختمناها بمختلف الأساليب الاحصائية التي سنستعملها في معالجة البيانات. اضافة الى الدراسة الكيفية التي انتهجنا فيها الأسلوب العيادي ودراسة الحالة بغية التعمق في دراسة حالات معينة مراعين الخصوصية الشخصية والفروق بين المعلمين التي تعد كلها عوامل محددة لجودة الحياة، واستخدمنا كأدوات لجمع البيانات الملاحظة الاكلينيكية والمقابلات اكلينيكية نصف موجهة بهدف البحث، والتي تم فيها الاستعانة بتقنية تحليل المضمون، ومقياسي ادراك الضغط والاحتراق النفسي بغرض جمع أكبر قدر من المعطيات والبيانات المتعلقة بالحالات، وسنقوم بعرض نتائج الدراستين الكمية والكيفية في الفصل الموالي.

الفصل السادس:

عرض ومناقشة نتائج الدراسة الميدانية.

أولاً: نتائج الدراسة الكمية.

- 1- عرض نتائج الدراسة الكمية.
- 2- مناقشة وتحليل نتائج الدراسة الكمية.
- 3- النتيجة العامة للدراسة الكمية.

ثانياً: نتائج الدراسة الكيفية.

- 1- عرض نتائج الحالة الأولى.
- 2- عرض نتائج الحالة الثانية.
- 3- عرض نتائج الحالة الثالثة.
- 4- النتيجة العامة للدراسة الكيفية.

أولاً: نتائج الدراسة الكمية:

1- عرض نتائج الدراسة الكمية:

بعد جمع وتفرغ البيانات المتعلقة بإجابات عينة الدراسة على المقياسين، سنحاول في هذا الفصل عرضها بعد معالجتها احصائياً وفق الاختبارات المحددة في الفصل السابق، لنتمكن فيما بعد من مناقشتها وتحليلها على ضوء الفرضيات والدراسات السابقة.

1-1- عرض نتائج الفرضية الأولى:

الفرضية الأولى: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب قيمة معامل الارتباط بيرسون Pearson بين الدرجة الكلية لأساليب المواجهة والدرجة الكلية لجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري. وبعد المعالجة الاحصائية باستخدام النظام الاحصائي (SPSS21)، تم التوصل الى النتائج الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (19) يبين نتائج قيمة معامل الارتباط بيرسون بين اساليب المواجهة وجودة الحياة

لدى المعلمين المصابين بالسكري.

مستوى الدلالة Sig	عدد أفراد العينة N	الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة.	مقياس جودة الحياة مقياس اساليب المواجهة
0.01	74	0.407 **	الدرجة الكلية لمقياس اساليب المواجهة.

** معامل الارتباط ذو دلالة احصائية عند مستوى الدلالة 0.01

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه رقم (19) أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية لمقياس أساليب المواجهة والدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة لدى أفراد العينة أنها بلغت حوالي (** 0.407) وهي ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة 0.01. وهذا ما يشير الى وجود علاقة ارتباطية

دالة موجبة بين كل من الدرجة الكلية لاستراتيجيات المواجهة والدرجة الكلية لجودة الحياة لدى أفراد العينة. وتفسر هذه النتائج على أنه كلما زاد توظيف المعلمون المصابون بالسكري لاستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية كلما ارتفعت جودة الحياة لديهم، لأنها تعد بمثابة الميكانيزمات الدفاعية الوقائية لمواجهة أحداث الحياة الضاغطة، وأساليب التعامل والادارة تسمح لهم بالتعايش سواء مع الأحداث اليومية، أو المرض باعتباره مرض مزمن وله آثار وانعكاسات صحية على المدى البعيد.

الفرضية الثانية: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوعية استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية (إيجابية/ سلبية) والدرجة الكلية لجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري.

للتأكد من صدق هذه الفرضية تم حساب قيمة معامل الارتباط بيرسون Pearson بين الدرجة الكلية لنوعية استراتيجيات المواجهة (إيجابية/ سلبية) والدرجة الكلية لجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري. وبعد المعالجة الاحصائية باستخدام النظام الاحصائي (SPSS21)، تحصلنا على النتائج المبينة في الجدول الموالي:

جدول رقم (20) يبين نتائج قيم معامل الارتباط بيرسون بين نوعية اساليب المواجهة (إيجابية/ سلبية) وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري.

مستوى الدلالة Sig	عدد أفراد العينة N	الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة.	مقياس جودة الحياة
			مقياس أساليب المواجهة
0,030	74	0.353 *	الدرجة الكلية لأساليب المواجهة الايجابية
0.030	74	0.352 *	الدرجة الكلية لأساليب المواجهة السلبية.

* معامل الارتباط ذو دلالة احصائية عند مستوى الدلالة 0,05

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه رقم (20) أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين نوعية اساليب المواجهة (إيجابية/ سلبية) وجودة الحياة لدى أفراد العينة أنها بلغت حوالي (0.353*) بالنسبة للاستراتيجيات الايجابية وهي دالة احصائيا عند مستوى دلالة 0.05. وهذا ما يدل على وجود علاقة

ارتباطية دالة موجبة بين كل من الدرجة الكلية لأساليب المواجهة الايجابية والدرجة الكلية لجودة الحياة لدى أفراد العينة، يمكن تفسيره على أن المعلمون يستخدمون بعض الاستراتيجيات الايجابية التي تمكنهم من التوافق والتكيف مع الضغوط وبالتالي ترفع من جودة الحياة لديهم.

كما تشير النتائج في شقها الثاني الى ان قيمة معامل الارتباط بيرسون التي تراوحت حوالي (0.352^*) بالنسبة لأساليب المواجهة السلبية هي ذو دلالة احصائية عند مستوى دلالة 0.05 وهذا ما يدل على وجود علاقة ارتباطية دالة موجبة بين كل من الدرجة الكلية لأساليب المواجهة السلبية والدرجة الكلية لجودة الحياة لدى أفراد العينة. وتفسر هذه النتائج على أنه كلما زاد توظيف المعلمين المصابين بالسكري لاستراتيجيات المواجهة السلبية كلما ارتفعت جودة الحياة لديهم، لأنها تعد بمثابة الميكانيزمات الإيجابية التجنبية التي تسمح لهم بتفادي المواجهة مع الأحداث اليومية الضاغطة، أو أعباء العمل، او المواقف الصراعية والتقليل من حدتها.

1-3- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

الفرضية الثالثة: توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تعزى لمتغيرات (الجنس، السن، التخصص، الأقدمية المهنية).

أ- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري على مقياس اساليب المواجهة تعزى لمتغير الجنس.

للكشف عن الدلالة الاحصائية للفروق بين متوسطات اساليب المواجهة لدى المعلمين والمعلمات المصابين بالسكري، تم حساب اختبار (ت) T. test لمجموعتين مستقلتين. وبعد المعالجة الاحصائية باستخدام النظام الاحصائي (SPSS21)، تحصلنا على النتائج موضحة في الجدول الموالي رقم (21).

جدول رقم (21) يبين نتائج الفروق بين متوسطات اساليب المواجهة لدى المعلمين المصابين بالسكري تعزى الفروق فيها لمتغير (الجنس).

درجة الحرية df	مستوى الدلالة Sig	اختبارات T. Test	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الجنس	مقياس أساليب المواجهة
59	غير دالة 0.112	1.083-	10.71	61.06	18	ذكر	
			14.84	65.16	56	أنثى	

يتبين لنا من خلال الجدول رقم (21) أن قيمة اختبار (ت) T. Test المقدر بـ (-1.083) غير دالة عند مستوى (0.112) ويتضح أكثر بالتقارب النسبي بين متوسطي الذكور والاناث المقدر على الترتيب بـ (61.06) و (65.16) وانحراف معياري (10.71) و(14.84). وبالتالي فإنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي اساليب مواجهة الضغوط تعزى لمتغير الجنس بين المعلمين المصابين بالسكري. مما يدل على أن الجنس ليس عامل تصنف من خلاله اساليب المواجهة الموظفة من قبل المعلمين المصابين بالسكري، ويشير الى وجود اتفاق نسبي بين أفراد العينة على مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط.

ب- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري على مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تعزى لمتغير السن.

للكشف عن الدلالة الاحصائية للفروق بين متوسطات أساليب المواجهة لدى المعلمين والمعلمات المصابين بالسكري التي ترجع الى متغير السن؛ تم حساب اختبار تحليل التباين الأحادي Anova للمتغير المستقل السن. وبعد المعالجة الاحصائية باستخدام النظام الاحصائي (SPSS21)، حصلنا على النتائج الموضحة في الجدول الموالي رقم (22).

جدول رقم (22) يبين نتائج الفروق بين متوسطات اساليب المواجهة لدى المعلمين المصابين بالسكري تعزى لمتغير (السن).

مستوى الدالة Sig	اختبار F	درجة الحرية df	متوسط المربعات	مجموع المربعات	مصدر التباين	مقياس اساليب المواجهة
غير دالة 0.87	2.621	2	17,425	34.85	بين المجموعات	
		135	6,646	897,26	داخل المجموعات	
		137	24.071	932,11	المجموع	

يتبين لنا من خلال الجدول اعلاه رقم (22) أن قيمة اختبار تحليل التباين أحادي المتغير Anova (2.621) هي غير دالة عند مستوى دلالة (0.87) ودرجة حرية (137)، بالتالي فإنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في مقياس اساليب المواجهة تعزى لمتغير السن. مما يدل على أن السن ليس عامل فارق في استراتيجيات المواجهة الموظفة بين المعلمين المصابين بالسكري سواء كانوا صغار أو كبار رغم فارق السن بينهم، وهذا راجع الى استفادة المعلمين الجدد صغار السن من مختلف برامج التكوين والرسكلة التي طبقتها وزارة التربية ضمن الاصلاحات الجديدة الخاصة بالأساتذة في مختلف الأطوار التعليمية، والاستفادة من مختلف الوسائل والتقنيات التكنولوجية الحديثة التي سخرت لهم لإكسابهم خبرة في التدريس والتعامل.

ج- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري على مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تعزى لمتغير التخصص.

للكشف عن الدلالة الاحصائية للفروق بين متوسطات اساليب المواجهة لدى المعلمين المصابين بالسكري ذوو التخصص العلمي -تقني، أو الأدبي، تم حساب اختبار (ت) T. test لمجموعتين مستقلتين. وبعد المعالجة الاحصائية باستخدام النظام الاحصائي (SPSS21)، تحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (23) يبين نتائج الفروق بين متوسطات اساليب المواجهة لدى المعلمين المصابين بالسكري تعزى لمتغير (التخصص).

مقياس اساليب المواجهة	التخصص	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبارات T. Test	مستوى الدلالة Sig	درجة الحرية df
	علمي - تقني	44	72.75	5.34	1.23	غير دالة 1.98	75
	أدبي	30	71.42	5.78			

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (23) أن قيمة اختبار تحليل (ت. Test. T) (1,23) لمجموعتين مستقلتين هما (مجموعة المعلمين العلميين والتقنيين، والمعلمين الأدبيين)، وهي غير دالة عند مستوى دلالة (1.98) ودرجة حرية (75)، بالتالي فإنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في مقياس اساليب المواجهة تعزى لمتغير تخصص الذي يدرس فيه المعلم. مما يدل على أن التخصص ليس عامل فارق في استراتيجيات المواجهة الموظفة بين المعلمين المصابين بالسكري عينة الدراسة سواء كانوا أصحاب تخصصات علمية -تقنية أو أدبية ، لأن توظيفهم للأساليب المواجهة يرتبط بعوامل متعددة تتعلق بجملة من النقاط أهمها: نمط شخصية المعلم، وكفاءته الذاتية، ونوع استراتيجيات التكيف في حد ذاتها التي يستعملها، وحجم المثيرات الضاغطة التي يتلقاها يوميا، ومصادر الضبط الخاصة به، وكيفيات التعايش مع المرض من جهة ومحاولات التكيف المهني والتوافق الاجتماعي من جهات اخرى.

د- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري على مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تعزى لمتغير الأقدمية المهنية.

للتأكد من الدلالة الاحصائية الفارقة بين متوسطات اساليب المواجهة لدى المعلمين المصابين بالسكري التي ترد الى متغير الأقدمية المهنية ؛ تم حساب اختبار تحليل التباين الأحادي Anova للمتغير المستقل الأقدمية المهنية الذي تم تقسمه الى (أقل من 10 سنوات، من 11 - 21 سنة، أكثر من 22 سنة). وبعد المعالجة الاحصائية باستخدام النظام الاحصائي (SPSS21)، حصلنا على النتائج الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (24) يبين نتائج الفروق بين متوسطات اساليب المواجهة لدى المعلمين المصابين بالسكري تعزى لمتغير (الأقدمية المهنية).

مستوى الدلالة Sig	اختبار F	درجة الحرية df	متوسط المربعات	مجموع المربعات	مصدر التباين	مقياس اساليب المواجهة
غير دالة 0.98	2.614	3	12.42	37.28	بين المجموعات	
		213	4,75	1012	داخل المجموعات	
		216	17.17	1049,28	المجموع	

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (24) أن قيمة اختبار تحليل التباين أحادي المتغير Anova (2.614) وهي غير دالة عند مستوى دلالة (0.98) ودرجة حرية (0.98)، بالتالي فإنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في مقياس اساليب المواجهة تعزى لمتغير الأقدمية المهنية. مما يدل على أن الأقدمية المهنية ليس عامل فارق في اساليب المواجهة الموظفة بين المعلمين المصابين بالسكري عينة الدراسة سواء كانوا قد امتهنوا التعليم لمدة زمنية طويلة، أو حديثي التنصيب في الوظيفة، وذلك لتوفر عوامل عدة تساعد المعلمين على اكتساب المعلومات، والخبرات سواء من خلال التكوينات التي يتلقونها، أو الاستفادة من تقنيات التكنولوجيا الحديثة التي أصبحت تختصر السرعة في البحث عن المادة العلمية، وتوفر لهم الجهد والوقت في آن واحد، اضافة الى الشبكة العنكبوتية وما

تتضمنه من مواقع التواصل الاجتماعي التي تطرح فيها الكثير من القضايا المتعلقة بالتعليم، وطرق التعامل مع التلميذ أو غيرها.

1-4- عرض نتائج الفرضية الرابعة:

الفرضية الرابعة: توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في جودة الحياة تعزى لمتغيرات (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، مدة الإصابة بالمرض).

أ- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري على مقياس جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس.

للكشف عن الدلالة الاحصائية للفروق بين متوسطات جودة الحياة لدى المعلمين والمعلمات المصابين بالسكري؛ تم حساب اختبار (ت) T. Test لمجموعتين مستقلتين. وبعد المعالجة الاحصائية باستخدام النظام الاحصائي (SPSS21)، حصلنا على النتائج الموضحة في الجدول الرقم (25).

جدول رقم (25) يبين نتائج الفروق بين متوسطات جودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري تعزى الفروق فيها لمتغير (الجنس).

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار ت T. Test	مستوى الدلالة Sig	درجة الحرية df	مقياس جودة الحياة
ذكر	18	138.86	18,03	0.03	غير دالة 0.97	72	
أنثى	56	157,64	18.12				

يتبين لنا من خلال الجدول اعلاه رقم (25) أن قيمة اختبار (ت) T. Test المقدره بـ (0.03) غير دالة عند مستوى (0.97) ويتضح أكثر بالتقارب النسبي بين متوسطي الذكور والاناث المقدر على الترتيب بـ (138.86) و (157.64) وبانحراف معياري (18.03) و(18.12). وبالتالي فانه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس بين المعلمين والمعلمات المصابون بالسكري. مما يدل على أن الجنس ليس عامل تصنف من خلاله جودة الحياة لدى المعلمين

المصابين بالسكري، ويدل على وجود اتفاق نسبي بين أفراد العينة على مقياس جودة الحياة، ويمكن تسيير ذلك على ضوء اشتراك كليهما في الوظيفة وملزمون بتأدية مجموعة من المهام داخل المؤسسة التعليمية وخارجها، وانتمائهم لنفس الفئة داخل المجتمع "فئة المثقفون" ومعاناتهم من نفس المرض على ختلاق نمطه، واصابة الكثير منهم بأمراض خاصة بمهنة التدريس أو مضاعفات السكري، أو تسجيل تاريخ مرضي السابق.

ب- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري على مقياس جودة الحياة تعزى لمتغير السن.

للكشف عن الدلالة الاحصائية للفروق بين متوسطات جودة الحياة لدى المعلمين والمعلمات المصابين بالسكري التي ترجع الى متغير السن؛ تم حساب اختبار تحليل التباين الأحادي Anova للمتغير السن. وبعد المعالجة الاحصائية باستخدام النظام الاحصائي (SPSS21)، حصلنا على النتائج الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (26) يبين نتائج الفروق بين متوسطات جودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري تعزى لمتغير (السن).

مستوى الدلالة Sig	اختبار F	درجة الحرية df	متوسط المربعات	مجموع المربعات	مصدر التباين	مقياس جودة الحياة
غير دالة 0.39	2.41	5	84.786	423,93	بين المجموعات	
		29	35,08	1017,58	داخل المجموعات	
		34	119.866	1441.51	المجموع	

يتبين لنا من خلال الجدول اعلاه رقم (26) أن قيمة اختبار تحليل التباين أحادي المتغير Anova قدرت بحوالي (2.41) وهي غير دالة عند مستوى دلالة (0.39) ودرجة حرية (34)، بالتالي فإنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في مقياس جودة الحياة تعزى

لمتغير السن. مما يدل على أن العمر ليس عاملاً تختلف حبه جودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري أفراد عينة الدراسة على اختلاف مجموعاتهم العمرية، ويمكن ارجاع ذلك الى أن جودة الحياة تتطلب تظافر مجموعة من العوامل والمعايير التي تكون نمط وأسلوب حياة المعلمين، إضافة الى خصوصيات متعلقة بالمرض وكيفية التعايش.

ج- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري على مقياس جودة الحياة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

للكشف عن الدلالة الاحصائية للفروق بين متوسطات جودة الحياة لدى المعلمين والمعلمات المصابين بالسكري التي ترجع الى متغير الحالة الاجتماعية؛ تم حساب اختبار تحليل التباين الأحادي Anova للمتغير الحالة الاجتماعية. وبعد المعالجة الاحصائية باستخدام النظام الاحصائي (SPSS21)، تحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول الموالي.

جدول رقم (27) يبين نتائج الفروق بين متوسطات جودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري تعزى الفروق فيها لمتغير (الحالة الاجتماعية).

مستوى الدلالة Sig	اختبار F	درجة الحرية df	متوسط المربعات	مجموع المربعات	مصدر التباين	مقياس جودة الحياة
غير دالة 0.48	0.623	5	22.654	113,27	بين المجموعات	
		29	36,32	1053,30	داخل المجموعات	
		34	98.974	1166.57	المجموع	

يتبين لنا من خلال الجدول اعلاه رقم (27) أن قيمة اختبار (ف) المقدره بـ (0.623) غير دالة عند مستوى دلالة (0.48)، ودرجة حرية (34). وبالتالي فانه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في جودة الحياة تعزى الحالة الاجتماعية بين المعلمين والمعلمات المصابون بالسكري. مما يدل على أن الحالة الاجتماعية ليست عامل تصنيفي فارقي دال احصائيا في جودة حياة المعلمين المصابين بالسكري

عينة الدراسة. وتفسر النتائج على أنه مهما كانت حالتهم الاجتماعية عزاب، أو متزوجون، أو مطلوقون، أو أرامل الموزعون على مختلف الأطوار التعليمية الثلاث فإن نوعية حياتهم لا تختلف كثيرا لديهم، ويرد السبب في ذلك أن المعلمين على اختلاف حالتهم الاجتماعية يعيشون نفس الظروف المهنية التي تؤثر على حياتهم، ويعتبرون طبقة مثقفة في المجتمع يحاولون التعامل مع متغيرات الحياة والتعايش مع المرض بطرق واساليب واعية رغم حجم مشاكل الحياة اليومية التي يعيشها كل منهم، كما ان المتغيرات التي تتداخل في تكوين جودة الحياة متعددة ولا يمكن اعتبار الحالة الاجتماعية معيار فارق وحيد في تحديد نوعية حياتهم لأنها ترتبط بعدة معايير أخرى.

د- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري على مقياس جودة الحياة تعزى لمتغير مدة الاصابة بالسكري.

يبحث هذا الفرض عن الدلالة الاحصائية للفروق بين متوسط جودة الحياة لدى المعلمين والمعلمات المصابين بالسكري التي ترجع الى متغير مدة الاصابة بالمرض؛ وللتحقق من ذلك تم حساب اختبار (ت) T. Test لمجموعتين مستقلتين. وبعد المعالجة الاحصائية باستخدام النظام الاحصائي (SPSS21)، تحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (28) يبين نتائج الفروق بين متوسطات جودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري تعزى

لمتغير (مدة الاصابة بالمرض).

مقياس جودة الحياة	مدة الاصابة بالسكري	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبارات T. Test	مستوى الدلالة Sig	درجة الحرية df
	أقل من (5 سنوات)	43	47,28	9.77	0.62	غير دالة 0.54	17
	من (5 سنوات) فأكثر	31	48,14	9.85			

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (28) أن قيمة اختبار (ت) المقدره بـ (0.62) غير دالة عند مستوى دلالة (0.54) ودرجة حرية (17)، بالتالي فإنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في مقياس جودة الحياة تعزى لمتغير مدة الاصابة بالسكري. مما يدل على أن مدة

الاصابة بالمرض ليس عامل فارقي في تحديد جودة حياة المعلمين المصابين بالسكري عينة الدراسة سواء كانت مدة اصابتهم أقل من 5 سنوات، ومن 5 سنوات فأكثر، وبالطبع هذا يفسر على أن جودة الحياة مركب تتداخل فيه عدة عوامل اخرى منها الاصابة بأمراض سواء سجلت في التاريخ المرضي الشخصي أو مضاعفات السكري، وهو ما وجدناه عند عدد معتبر من عينة دراستنا لذلك لا تقتضي مدة الاصابة بالسكري بشكل أساسي لدى المعلمين لتحديد الفروق الحاصلة بينهم.

2- مناقشة وتحليل نتائج الدراسة الكمية:

2-1- مناقشة وتحليل النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

بعد التناول الاحصائي لمعطيات الدراسة الكمية من خلال معالجتها باستخدام النظام الاحصائي (SPSS21) تبين لنا أنه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط ل بيرسون بين الدرجة الكلية لهما حوالي (** 0.407) وهي دالة احصائيا عند مستوى دلالة 0.01، مما تشير الى وجود علاقة ارتباطية دالة موجبة لدى المعلمين المصابين بالسكري، ويمكن تفسير هذه النتيجة بناء على أنه كلما استخدم المعلمون استراتيجيات مواجهة الضغوط متنوعة كلما ارتفعت جودة الحياة لديهم، لأنها أساليب يستخدمونها للتكيف مع ضغوط الحياة اليومية التي يتعرضون لها سواء داخل الفضاء المدرسي، أو في البيت، أو في علاقاتهم مع الاخرين هذا من جهة، كما تسمح لهم هذه الاستراتيجيات بالتعايش مع المرض "السكري" وتقبله من جهة اخرى سواء بتوظيف الاستراتيجيات الايجابية، أو السلبية بشكليهما المرتكزة حول الانفعال، أو السلوك، أو العقلية، والتي بدورها تنعكس على جودة حياتهم الكلية بما فيها من جودة حياتهم الصحية، أو النفسية، أو الاجتماعية والاستقلالية عن الآخرين، أو البيئية والدينية، كما تسمح لهم بتقبل المرض الذي عبر عنه "Amar. L" (2005) بالاستجابات النفسية، والمعرفية، والسلوكية المنبئة عن قدرة المريض على التكيف مع المتغيرات الحياتية الجديدة، وأسلوب العيش المفاجئ الحديث، وتطبيع كل الأحداث الطارئة وفقا لما يتلاءم مع قدراته وامكاناته، وفي هذا المنوال نشير الى دراسة "حربوش سمية" (2014) التي كشفت عن العلاقة القائمة والقوية ما بين المهارات الاجتماعية وتقبل داء السكري (حربوش سمية، 2014، ص30).

ان استعمال الاساتذة لاساليب المواجهة الايجابية المرتكزة على الانفعال كاستعمال الاجرائي للدعم الاجتماعي، والتقبل والتحكم التي يتدخل فيها العديد من المحددات والعوامل كمتغيرات الشخصية ، طريقة التقييم الاول والثانوي الذي اشار اليه "لازاروس وفولكمان" (1987) حيث يكون التقييم الاولي لمثيرات المرض وما يحمله من آلام تسبب وضعية ضغط، والتقييم الثانوي الذي يشير الى الاستراتيجية التي سيتعملونها للتعامل في مثل هته الوضعية، اضافة الى انمط الشخصية والذكاء الانفعالي، ومصدر الضبط الذاتي، والتحكم الصحي، ترتبط ارتباطا وثيقا بين بعضها، اضافة الى المعتقدات والمساندة الاجتماعية المتوفرة، التي تؤثر في الصحة العامة الايجابية للمعلم اذا كانت مؤشرات مرتفعة.

وفي هذا الخضم يرى "Frank & al" (2003, p675) أن جودة الحياة تشمل حسن امكانية توظيف الفرد لقدراته العقلية، ومهارته لاثراء وجدانه ليتسامى بعواطفه ومشاعره، وقيمه الانسانية، لتكوين محصلة جودة الحياة وجودة المجتمع بفضل الأسرة، والمدرسة، والجامعة ومحيط العملي. لهذا فاننا نجد عدة دراسات توصلت الى مثل دراسة "قريط آمنة" (2006) التي أظهرت وجود علاقة دالة بين نوعية الحياة والقدرة على التكيف لدى مرضى السكري، وجود علاقة بين نوعية الحياة واساليب الدعم المقدمة من طرف الأهل والأقارب كالزوج والزوجة، والاخوة والاجداد اضافة الى الزملاء في العمل والأصدقاء، كما أكدت دراسة "سليمان حنان" (2009) أنه توجد علاقة ارتباطية دالة بين جميع أنواع المساندة الاجتماعية المقدمة لمرضى السكري وجودة الحياة لديهم، وفي نفس المضمار أثبت "Strikland-Debs-Kinsht" أن التحكم الذاتي يحسن الصحة، وبينت دراسة "Leitman" (1999) وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الاتزان الانفعالي وجودة الحياة، معتبر أن الذي جودة حياته حسنة يمتلك شخصية متزنة، بحيث يقوم باستجابا متناسقة مع طبيعة المواقف التي تعترضها، ولها القدرة على مواجهة الجديد، كما تصف بالمرونة ولها القدرة على التحكم الانفعالي. (الكبيسي عبد الكريم، 2016، ص428)، كما توضح بعض الدراسات في مجال جودة حياة العمل أن المرونة الذاتية والرجوعية، والتقبل، والكفاءة الذاتية هي مؤشرات ايجابية وعوامل حماية للمعلم وتبرز اساليب المواجهة لديه، لذلك فان "Van Yperen" (1998) أثبت أن الانخفاض في كفاءة الذات المدركة للعامل وتدني مستويات نوعية الحياة هي مؤشرات كفيلة بزيادة الاحتراق النفسي الى حد تك الوظيفة نهائيا. ويقر في ذات السياق كل من "Schwarzer & Hallum" (2008) أن ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لدى العاملين من عوامل الحماية النفسية التي

تعينهم على مواجهة ضغوط العمل، ويؤكد نتائجهم "Betoret" (2006) حيث يرى أن الكفاءة الذاتية المرتفعة تساعدهم في زيادة القدرة على التعايش مع ضغوط بيئة العمل وخفض الشعور بالاحترق النفسي. (حسين منال، محمد سعد، 2010، 218) وأسفرت دراسة "بن سكريفة مريم وبن زاهي منصور" (2015) التي طبقت على مرضى السكري نمط الثاني أنهم يوظفون بشكل كبير لأساليب المقاومة المرتكزة حول الانفعال سواء الايجابية أو السلبية كالدعم الانفعالي، والانكار، التنفيس ولوم الذات، والتقبل ونشتت الانتباه أكثر من تلك الاستراتيجيات المرتكزة حول المشكلة. (بن سكريفة مريم، بن زاهي منصور، 2015، ص250)، وفي نفس السياق توصل "عمران أبركان" (2015) الى وجود علاقة بين أبعاد ادراك المرض وأساليب المواجهة وجودة الحياة لدى عينة من مرضى الأمراض المزمنة بما فيها السكري.

2-2- مناقشة وتحليل النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

بعد التناول الاحصائي لمعطيات الدراسة الكمية من خلال معالجتها باستخدام النظام الاحصائي (SPSS21) تبين لنا أنه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوعية استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية (ايجابية/ سلبية) والدرجة الكلية لجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري. حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بيرسون بين نوعية استراتيجيات المواجهة الايجابية وجودة الحياة لدى أفراد العينة أنها بلغت حوالي (0.353^*) وهي دالة احصائيا عند مستوى دلالة 0.05. مما يشير الى أن المعلمون يستعملون العديد من الاستراتيجيات الايجابية التي تسمح لهم من التكيف مع الضغوط التي يواجهونها، والتعايش مع وضعهم الصحي، وبالتالي ترفع من جودة الحياة العامة لديهم.

كما تبين نتائج هذه الفرضية في جانبها الثاني الى ان قيمة معامل الارتباط بيرسون تراوحت حوالي (0.352^*) بالنسبة لعلاقة جودة الحياة بأساليب المواجهة السلبية وهي ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة 0.05 وهذا ما يفسر على وجود علاقة ارتباطية دالة موجبة بين كل من الدرجة الكلية لأساليب المواجهة السلبية والدرجة الكلية لجودة الحياة، وتشير هذه النتائج الى ان المعلمين المصابين بالسكري يوظفون كلا الشكلين من استراتيجيات المواجهة بمعدلات متقاربة بغية مواجهة والتكيف والتعايش مع الأحداث الضاغطة التي يتعرضون لها، ولا يهم صنف الاستراتيجية سواء كانت ايجابية أو سلبية مرتكزة حول الانفعال او السلوك لأن الغاية الأولى والاخيرة هي محاولة المقاومة والتعايش، ويحتمل

ارجاع سببية هذا التفكير الى درجات الاحتراق النفسي وكثرة الضغوط التي يعانون منها بشكل مستمر، فتوظيف المعلمين لذكائهم ومهاراتهم السلوكية أو الانفعالية للتعايش والتكيف يتيح لهم القدرة على المرونة النفسية، ويعزز لديهم الصلابة والمناعة النفسوعصبية، وهو ما تطرق اليه دراسة "غولمان Golman" باعتبار الذكاء الانفعالي أحد مؤشرات المواجهة الايجابية مفتاح للحياة الانفعالية والتعايش من خلال ادارة الضغوط، والتعامل معها وتعديلها، ومواجهة الصراعات باختيار الاستراتيجية الفعالة والمناسبة للتكيف مع الضغوط ودعم الصحة، كما يؤكد "غاردرن Gardner" أن الذكاء الوجداني كمتغير من متغيرات الشخصية عند استعماله في حل المشكلات والصراعات يحقق النجاح المهني بدرجة تفوق نظيره الذكاء الأكاديمي (سعاده رشيد، 2012، ص158)، وفي نفس المنحى تؤكد لنا دراسة "بن سكريفة مريم" (2008) من وجود علاقة ارتباطية سلبية دالة بين مستوى الذكاء الانفعالي واستخدام المعلمين لأساليب التكيف السلبية مع مواقف الحياة الضاغطة، وعلاقة ارتباطية موجبة دالة بين مستوى الذكاء الانفعالي واستراتيجيات التكيف الايجابية مع مواقف الحياة الضاغطة. (بن سكريفة مريم، 2008، ص198). كما تشير العديد من الدراسات أن استراتيجيات المواجهة تتباين حسب نمط السكري لدى المرضى، نمط السكري هو من يحدد نوعية استراتيجيات المواجهة التي يستعملها المرضى، وللبرهنة أكثر نستشهد بدراسة كل من "نرمين غريب" (2015) التي توصلت الى ان مرضى السكري النمط الأول يستخدمون استراتيجيات المواجهة السلبية في حين مرضى السكري من النمط الثاني يوظفون استراتيجيات مواجهة ايجابية، اضافة الى دراسة "تنكاي وآخرون Tuncay. T & al" (2008) أن مرضى السكر النمط الأول استعملوا استراتيجيات انفعالية سلبية أكثر منها ايجابية تعلقت بالتنفيس الانفعالي، الدعم العاطفي والفكاهة، في المقابل اعتمد مرضى السكري نمط الثاني على الاستراتيجيات المرتكزة حول المشكلة. (Tuncay. T & al, 2008, p1)

2-3- مناقشة وتحليل النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:

بعد التناول الاحصائي لمعطيات الدراسة الكمية من خلال معالجتها باستخدام النظام الاحصائي (SPSS21) تبين لنا أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تعزى لمتغيرات (الجنس، السن، الخبرة، التخصص) بحيث:

❖ الفرضية الجزئية الثالثة - الأولى:

بينت نتائجها عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تعزى لمتغير الجنس، وتفسر هذه النتائج الى الاشتراك في الدور المهني الذي يفرض متطلبات عمل واحدة بين كلا الجنسين، ولا توجد قوانين أو مراسيم تفرق في أداء الوظيفة تبعاً للجنس، لذلك فكليهما يتماثل في طبيعة الدور التعليمي، والبيئة والفضاء المدرسي الخاص بالمؤسسة، رغم الاختلاف في البيئة الاجتماعية والشخصية العلائقية، والبيئة الأسرية، كما أن الانخراط في جماعة التدريس غالباً ما يحتم عليهم الامتثال للجماعة، والخضوع أو الالتزام بمعاييرها، إضافة الى العدوى التي تؤثر على ادراكاتهم ونفسياتهم المرتبطة بالمناخ النفسي السائد داخل المؤسسة بحيث يشكوا جلهم من انفعالاتهم السلبية وتدهور مستوى الانجاز، وينقلون لزملائهم بفعل العدوة النفسية مختلف الجوانب السلبية التي تتعلق بالضغوط، والاستنزاف النفسي، وعبء الأعمال والمسؤوليات داخل المؤسسة وخارجها، والفوضى، والتعب في أداء المهنة بسبب السكري أو غيره. وهذه النتيجة هي تتفق مع دراسة "محمود يوسف سيد" (1993)، و"مساعيد" (1998)، و"العارضة معاد" (1998)، و"صبري أنعام" (1993)، و"Pullis. M" (2000)، و"جودة أمال" (2004)، و"Murray. H" (2003) التي هدفت الى معرفة تأثير المواقف الضاعمة لمهنة التدريس على اختيار استراتيجيات التكيف مع المشكلات الصفية لدى المعلمين وأظهرت النتائج الى عدم وجود فروق بين المعلمين في استراتيجيات المواجهة تعزى الى متغير الجنس، وبذلك فان متغير الجنس لا يؤثر في اختيار نوعية استراتيجيات المواجهة المختارة سواء كانت سلبية او ايجابية، وفي نفس المنحى نجد دراسة"رياش سعيد ويعوني نجاه" (2016) التي أثبتت عدم وجود اختلاف دال احصائياً في المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري تعزى الى متغير السن والجنس. و"بن سكريفة مريم" (2008) التي لم تجد فروق بين المعلمين منخفضي السن (أقل من 37 سنة) والمعلمين

مرتفعي السن (أكثر من 37 سنة) في بعض أشكال استراتيجيات التكيف الايجابية كاعادة التفسير الايجابي والتقييم للموقف الضاغط، والاسترخاء والتأمل، والتكيف مع الواقعية، والبحث عن المساعدة، والتدين، اضافة الى بعض استراتيجيات التكيف السلبية كالتقبل السلبي للوضعية، والانكار، والالغاء والتجنب، والتنفيس الانفعالي، والبحث عن اثبات بديلة بغرض المكافأة، والاسناد الذاتي للمسؤولية، وتضخيم الكفاءة الذاتية، والبحث عن المواساة والشفقة. في حين نجدها تتعارض مع دراسة كل من "زياد بركات" (2010)، و "Sedgwick. L" (2002)، و "Durgin. S" (2001) التي توصلت الى وجود فروق جوهرية بين المعلمين في استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف المعلمين تعزى الى متغير الجنس لصالح المعلمات الاناث، كما نجد دراسة "Billings A & Moos. RH" (1984) التي توصلت الى ان الجنس الانثوي اكثر استخداما لاستراتيجية التحمل المرتكزة على الانفعالات وميلهن الى استخدام استراتيجيات اقل فاعلية. وفي النقيض لدراستنا نشير الى دراسة "Pack Gary" (2004) الهادفة الى التعرف على استراتيجيات التعامل مع المشكلات الصفية، والاستراتيجيات المتبعة للتخفيف من الضغط النفسي أو التخلص منه لدى المعلمين، وتنوعت استراتيجيات المتبعة مرتبة من الأكثر استخداما لاساليب التخفيف من الضغوط الاجتماعية فالنفسية وأخير الجسمية وتوجد فروق في استعمالها تبعا لمتغير الجنس لصالح المعلمين الذكور. (بركات زياد، 2010، ص33)

اذن، يمكن ان نستنتج أن الجنس ليس عاملا مؤثر في اختيار صنف استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المعلمين مرضى السكري على اختلاف نمطه، ويرجع ذلك الى اشتراك المعلمين مهما كان جنسهم في عدة نقاط تجعل منهم عرضة لنفس المثيرات الضاغطة الحياتية: فنجد الاشتراك في نفس المهنة وخصوصياتها وتبعاتها، والتعرض لنفس ضغوط البيئة الاجتماعية لأنهم من نفس المدينة، والمعاناة من نفس المرض على اختلاف نمطه الا أنهم يحرمون من نفس السلوكات وملزمون باتباع نفس نظام عيش الذي يميزه السلوك الصحي سواء الاستهلاكي، أو الغذائي، أو الدوائي، أو الحياتي يشكل عام.

❖ الفرضية الجزئية الثالثة - الثانية:

أثبتت هذه الفرضية انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تعزى لمتغير السن، وتفسر هذه النتائج على أن السن ليس عامل تصنيفي لاستراتيجيات المواجهة لدى المعلمون المصابون بالسكري، لأنه توجد عدة عوامل أخرى تؤثر في ادراك الضغوط، ووقوع المعلمين ضحايا للاحتراق النفسي، وأثناءها يقومون بجملة من التدابير الوقائية للتقليل من الضغوط، ثم يلجأون الى اتباع أساليب للمقاومة، وأليات للتعایش مع مختلف الضغوط التي يعيشونها سواء تلك المتعلقة بالحياة اليومية، أو المهنية، أو الصحية المرتبطة بمرض السكري، ومما لا ضير فيه أن مرض السكري يتأثر بحجم الضغوط التي يواجهونها على اختلاف نمطه، لذلك فاننا نجد سن المعلم غير هام في التفرقة بين المعلمين لأنهم طبقة مثقفة فهم يوظفون اساليب متنوعة تخضع لعدة عوامل كنفس البيئة المهنية، ومعايشة نفس الظروف الفيزيائية، المرور بتجارب أو سماع عن خبرات الاخرين، المعاناة من نفس المرض السكري ولو اختلف نمطه ما بين الاول والثاني الا ان الكثير منهم يعاني من امراض اخرى كمضاعفاته، أو أمراض مهنية أخرى، اضافة الى نمط الشخصية A أو B أو C، وكذا سمات الشخصية كمصدر الضبط الداخلي أو الخارجي، المرونة والصلابة النفسية، وذكاءهم الاجتماعي والانفعالي، وهذه النتيجة تتوافق مع دراسة "عبد الرواق العارضة(1998)، و"Steno" (2000)، و"Farwell Jean" (2003)، و"Pack G" (2004)، والتي بينت عدم وجود فروق لدى المعلمين في اساليب مواجهة الضغوط اليومية التي يوظفها المعلمون تعزى لعامل السن مهما كان صنفها، ويمكن ارجاع السبب في ذلك الى الكفاءة في التعامل لدى المعلمين، ودورات التكوين التي استفاد منها الاساتذة مؤخرًا خصوصًا الجدد، اضافة الى تغيير المناهج والمقررات الدراسية والذي يحث المعلمين على رسكلة وتجديد معارفهم كل مرة، ونفس النتائج تحصل عليها "لطي عبد الباسط ابراهيم" (1994) حيث لم يجد أثر لعامل السن او الجنس على العمليات السلوكية الموجهة نحو الانفعال، أو العليات المعرفية الموجهة نحو السلوك أو العمليات السلوكية العرفية المختلطة لدى المعلمين، وأكدت دراسة "رجب علي شعبان" (1995) عدم وجود فروق عمرية دالة بين متوسطات المجموعات في كل من أساليب المواجهة الاحجامية والاقدامية، واستبعد وجود تفاعل بين الجنس والعمر في علاقتهما بجل اساليب المواجهة سواء كانت احجامية او اقدامية. ونجد في النقيض لنتائج دراستنا نجد دراسة "بن طاهر بشير"

(2004) التي توصلت الى أن الفئة العمرية للمعلمين الأصغر (21-30) هي الأكثر استخداما لاستراتيجيات التكيف مع مواقف الحياة الضاغطة سواء كانت ايجابية كالتحليل المنطقي للمشكل، والبحث العقلي عن الحل، والتكيف مع الواقعية و الاسترخاء، أو استراتيجيات التكيف مع مواقف الحياة الضاغطة السلبية كالالغاء، التجنب، والمغالاة في الشرب وتناول المهدئات. كما تتعارض مع دراسة "Moos" (1984) التي نوصل من خلالها الى أن الراشدين الأكبر سنا أكثر استخداما لأساليب فعالة وأقل استعمالا للتفيس الانفعالي والتعبير الانفعالي والاستجابات السلوكية العدوانية، ونجد في نفس المنوال دراسة "فولكمان آخرون" (1987) التي بينت أن الراشدين الأكبر سنا هم الأكثر احتمالا للاعتماد على بعض أساليب التكيف مع ضغوط الحياة خصوصا التجنب، واساليب الاقدام، واعداد التقييم الايجابي للمشكل، وأقل استخداما لاستراتيجيات التكيف الاقدامية السلوكية مثل البحث عن المعلومات والمساعدة الاجتماعية. وعليه؛ يمكن تفسير نتائج هته الفرضة باعتبار أن الاختلاف بين المعلمين في العمر ليس عاملا مؤثرا في اختيارهم لاستراتيجيات المواجهة، والكبر بالسنوات للمعلمين المصابين بالسكري ليس مؤشر على استخدامهم المتعدد لاستراتيجيات المواجهة، لأن الكبر بالسن بالنسبة لبعض المعلمين قد تبني، وتصل خبرتهم في التعامل مع المشاكل، لكن من جهة أخرى التعرض المستمر للضغوط ومواجهتها المستمرة تؤدي الى الشعور بالملل، التعب، واستنفاد الطاقة النفسية، والجسمية، والعقلية، مما يجعل المعلمين في حالة من الاحباط، الشعور بفقدان الرغبة في المواجهة بسبب الملل، وحتى اللامسؤولية أو المبالاة اتجاه بعض المثيرات، أو الوقوع ضحايا للاحتراق النفسي اين تستنفد طاقة المعلمون خصوصا انهم يعانون من مرض مزمن عادة ما تصاحبه امراض مزمنة، هنا يصبحون عاجزون تماما عن المواجهة ونجد تبدل المشاعر، وفقدان تام للرغبة في المواجهة، وفي هذا المضمار نشير الى نتائج بعض الدراسات التي توضح أن المعلمين كلما كبروا في السن كلما قل نشاطهم، وتوظيفهم الفعال لاستراتيجيات المواجهة على عكس ما هو متوقع أن المعلمين الجدد قد يكونوا حقيقة اقل اقدمية مهنية لكن قد تكون لديهم هم بعض الخصائص الشخصية التي تجعلهم أكفاء في حل المشاكل كالكبار فعلى سبيل المثال نجد لديهم الحيوية والقدرة على المقاومة سواء مع المرض، أو ضغوط العمل، أو المشاكل الحياتية، وهذا ما بينته دراسة "صبري" (1993) وجود تشابه بين المعلمين في اختيار استراتيجيات المواجهة بين مختلف مجموعات المعلمين العمرية. (بركات زياد، 2014، ص10)، وسنوضح ذلك بشكل من التفصيل في مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الموالية.

❖ الفرضية الجزئية الثالثة - الثالثة:

أثبتت نتائج الدراسة انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تعزى لمتغير الأقدمية المهنية، ويمكن تفسير هذه النتيجة بارجاعها الى ان المعلمين المصابين بالسكري في مختلف الأطوار التعليمية يستعملون استراتيجيات مواجهة تختلف بالضرورة صنفها حسب عدة اعتبارات أهمها اشتراكهم جميعهم في نفس المرض، ونفس المهام المهنية، والمعاناة لدى جلهم من امراض مصاحبة، اضافة الى تعرضهم الى مشاكل متنوعة يوميا سببها التغير الاجتماعي من جهة، والعالمي من جهة أخرى، اضافة الى استفادة كلهم من التريصات والتكوين المتعلق باعادة رسكلة المعلمين القدم، وتكوين الجدد، واستفادتهم من التطور المعلوماتي والتكنولوجي، حيث اصبحت خدمات الانترنت توفر لدى العديد منهم المعلومات الكافية حول كل ما يتعلق بالتدريس، كما سهلت المواقع والمدونات الخاصة بالاساتذة التواصل مع بعض، وتبادل الخبرات المهنية خاصة بالنسبة للجدد، اضافة الى ارتفاع مستوى الوعي بالجانب النفسي للتلميذ مقارنة بالعقود السابقة، وأصبح العديد منهم يعتمد مثلا على مواقع الفيسبوك واليوتيوب التعليمية، والموقع البيداغوجي "الاستاذ"، وبعض المدونات كمدومنة "أ. بن زغاية" كمراجع هامة سواء للحصول على آخر مستجدات قطاع التربية، أو الكتب التعليمية والمقرارات الدراسية الخاصة بكافة الأطوار التعليمية، اضافة الى النصوص والتمارين، أو الاختبارات والحوليات والحلول السابقة، أو ماتعلق بطرق التعامل مع التلاميذ والتنقيف بخصائص مراحل الطفولة والمراهقة ومختلف حاجاتهم، هي كلها عوامل استفاد منها خصوصا الاساتذة الحديثي التوظيف، وأكسبتهم خبرات في التعامل قد لا نجدها عند البعض من الأساتذة أصحاب الأقدمية المهنية لأنهم بفعل الأقدمية والعمل لسنوات، أو أكثر من عقدين فانه يحتمل تراجع مهاراتهم وقدراتهم على مواجهة مصادر الضغوط الحديثة خصوصا تلك المتعلقة بصراع الأجيال ما بين أجيال التلاميذ الحالية وجيل المعلمين الكبار. وهو ما بينته نتائج دراسة كل من "فوزي عزت، ونور جلال" (1997)، و"الزيودي محمد حمزة" (2007) فكلما زادت سنوات الأقدمية التدريسية كلما زاد الشعور بمستوى الضغط النفسي الى أن يصل المعلم الى مرحلة الاحتراق النفسي، لهذا فان النتائج المتحصل عليها باعتبار الأقدمية المهنية هي ليست عامل فارق بين المعلمين في استراتيجيات المواجهة، كما تتفق دراستنا مع دراسة كل من "العارضة معاذ" (1998) التي خلصت الى ان الاقدمية ليست عامل فارق في تحديد استراتيجيات التكيف المستخدمة لمواجهة الضغوطات النفسية سواء بدرجة كبيرة او متوسطة او قليلا. كما نجد في نفس المضمار دراسة

"الخرابشة وعربيات" (2005)، و"داودي محمد وشرفي أبو بكر" (2017، ص 254) التي استشفا من خلالها انه لا توجد فروق بين المعلمين تعزى الى متغير سنوات الأقدمية والخبرة في الضغوط والمشاكل التربوية التي يواجهونها، وتفسر النتائج على ضوء شيوع الضغوط والمشاكل التربوية بين فئة المعلمين سواء كانوا حديثي التدريس، او ذوو اقدمية مهنية، اضافة الى الاتفاق الضمني والعلني بين المعلمين على معايشة بعض المشاكل المهنية والصحية وطرق مواجهتها، اضافة الى نقل واستفادة المعلمين حديثي التدريس من خبرات التعامل ومقاومة المشاكل والضغوط التي يتعرضون لها منذ بداية التعيين في المهنة وذلك من خلال طلب النصيحة والتوجيه، والبحث عن المساعدة الاجتماعي من الزملاء القداماء، كما نجد دراسة "انعام صبري" (1993) التي انتهت الى وجود تشابه بين المعلمين في اختيار الاستراتيجيات رغم اختلافهم في سنوات الخبرة والأقدمية. في حين تتعارض جزئيا مع دراسة "معروف محمد" (21)، و"العمرى والشديفات وأبو نبعة" (2008)، والتي خلصوا الى وجود فروق في الاحتراق النفسي والضغوط تعزى الى متغير الأقدمية المهنية مما يشير الى ضعف التوظيف الفعال من طرف المعلمين لاستراتيجيات مواجهة الضغوط باختلاف سنوات أقدميتهم التدريسية، كما توصلت دراسة "Bagececi & Hamamci" (2012) الى أن الأساتذة الأتراك الأكثر أقدمية يتسمون بقدر عال من الاجهاد الانفعالي والضعف في استعمال استراتيجيات المواجهة. (Bagececi. B & Hamamci Z, 2012, p71) كما تتفق مع هذه الاخيرة دراسة "sarason" (1972) التي توصلت الى ان المعلم كلما زادت فترة تدريسه كلما اصبح اقل حيوية ل احساسه بالملل وانخفاض داعيته لانه يستخدم استراتيجيات اقل. في حين اثبتت دراسة "بن طاهر بشير" (1998) وجود علاقة ارتباطية سالبة بين العمر والاقدمية المهنية لدى المعلمين، ويمكن تفسيره على ان الخبرة والسن هما عاملان متلازمان وتوجد فروق لصالحهما لدى المعلمين في المؤشر العام لادراك الضغوط المهنية، ويمكن ن خلالهما التنبؤ بمستوى العامل الضاغط، والتقدم في العمر والزيادة في الخبرة يسمح للمعلم بالنضج والتحكم العقلي اكثر. ويمكن رد هذا الاختلاف في بعض النتائج الى الخلط الذي لمسناه عند بعض المعلمين بين مصطلحي الخبرة المهنية، والأقدمية المهنية، بحيث تشير الأولى الى الخبرات ومهارات التعامل والتواصل التي اكتسبها وطورها المعلم خلال آداءه لمهنته التدريسية، في حين تشير الأقدمية المهنية الى سنوات العمل ضمن قطاع التعليم، لذلك يمكن اعتبار الخبرة المهنية هي نتاج لتوظيف مجموعة من المهارات والأساليب الفعالة في ادارة المشاكل، وتوظيف جيد لاستراتيجيات المواجهة سواء المرتكزة حول الانفعال أو السلوك، او العقلية أو المزج بينها، كما أن هذه الخبرة ترتكز بالأساس

على فعالية الأنا، والكفاءة الذاتية، ومراكز الضبط وسمات الشخصية خصوصا تلك المتعلقة بالذكاء الانفعالي والاجتماعي، في حين الأقدمية هي تمثل سنوات العمل التي قد تنعكس سلبا على شخصية المعلم كلما زادت فانه يزداد تعرضا للضغوط، وبالتالي تقل مقاومته وقدراته المناعية النفسية والعصبية، خصوصا وأنه مصاب برض مزمن يتأثر كثيرا بالضغوط، كما يعتبر سيكوسوماتيا تساهم في ارتفاع نسبه الانفعالات الشديدة والسلبية.

❖ الفرضية الجزئية الثالثة - الرابعة:

أثبتت نتائج الدراسة انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تعزى لمتغير التخصص، ويمكن تفسير هذه النتيجة انطلاقا من عدة جوانب أهمها: ان المعلمين المصابين بالسكري في مختلف الأطوار التعليمية يستعملون استراتيجيات مواجهة قد تختلف في صنفها الا أن مهما كان تخصصهم علمي تقني أو أدبي لا يؤثر ولا يعد عامل فارق بينهم في اختيار استراتيجيات المواجهة، ويمكن وضع تفسيرات لهذه النتائج بحيث رغم اختلاف الحالة الاجتماعية للمعلمون الا أن اشتراكهم في نفس: الوظيفة وأعبائها في مختلف الاطوار التعليمية، وظروف بيئتهم باعتبارهم يدرسون كلهم في نفس المدينة ومن قاطنيها، وتكوينهم لعلاقات اجتماعية متنوعة، ومعايشتهم لمرض السكري المزمن، والتعرض للعديد من الضغوط باختلاف مصادرها وتعدد استجاباتهم لها التي قد تتضمن المواجهة الفعالة النشطة، أو السلبية، أو حتى اللامبالاة واللامسؤولية أحيانا، الا أنهم لا يختلفون في اختيار استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية للتعيش والتكيف وفقا لتخصصهم، وتتفق نتائج دراستنا مع ابحاث كل من "مساعد" (1998)، و"Steen" (2000)، حيث توصلنا في نتائج بحثنا الى عدم وجود فروق بين المعلمين في مصادر الضغوط واستراتيجيات التكيف التي يستخدمها المعلمون للتكيف مع المشكلات الصفية في ضوء متغير التخصص العلمي المدرس وفقا لمرحلة التدريس. هذا ونجد في نفس المنحى اتفاق نتائج الدراساتين السالفتين مع دراسة كل من "Sedgwick" (2002)، و"Muray" (2003)، و"Farwell" (2003)، و"بركات زياد" (2014)، التي توصلت الى ان استراتيجيات التعامل مع المشكلات المهنية التي تواجه المعلمون لا تختلف باختلاف تخصص المعلم علمية، نفسية، أو أدبية، وتعزى هذه النتائج الى تشابههم في الظروف، ووضعيتهم الاجتماعية، والنفسية، والجغرافية التي تؤثر على المعلمين في المدارس، وتتعارض هذه النتيجة مع واقع

الحياة المهنية لهؤلاء المعلمين في التخصصات العلمية التي يفترض ان يكون معلومها يعانون من مستويات ضغط واحترق كبير نظرا لبدلهم جهد مضاعف، مما ينجر عنه الزيادة في صعوبة التعامل مع المشكلات التي تعترضهم، (بركات زياد، 2014، ص ص 45-46) وفي هذا المضمار نتطرق الى دراسة "راضي" (1999) التي تتعارض كليا مع نتائج دراستنا، والتي توصلت الى ان المعلمات اكثر انهماكا من المعلمين الذكور، ومعلموا التخصصات العلمية اكثر انهماكا وتوترا من معلمي التخصصات العلمية، وبالتالي يوجد اختلاف في استراتيجيات التكيف الموظفة من قبل المعلمين لصالح معلمي التخصص الادبي لان طبيعة التخصص لا تفرض بدل نفس المجهود والتعب الذي يبذله معلموا التخصصات العلمية ، مما يسمح لهم بتوظيف استراتيجيات افضل للتكيف مع الضغوط المهنية التي يتعرضون لها، وفي نفس المنحى اسفرت نتائج دراسة "Durgin" (2001) ان استراتيجيات التعامل التي يستخدمها المعلمون للتعامل مع الضغوط والمشاكل التي تواجههم تختلف بينهم وفقا لمتغير التخصص والجنس لصالح المعلمات الاناث في التخصصات العلمية حيث استراتيجيات الموظفة من قبلهم تقوم على الاساليب المرتكزة على السلوك والتفكير اكثر منها الانفعالية. هذا وقد نجد في المقابل بعض الدراسات التي تنفق جزئيا فقط مع الدراستين السابقتين لكن تثبت عكس نتائجها من حيث نوع التخصص ومنها دراسة "Pack" (2004) التي بينت نتائجها وجود فروق دالة احصائيا تبعا لمتغير التخصص في درجة تعامل المعلمين مع الضغوط والمشاكل التي يواجهونها، لصالح المعلمون في التخصصات النظرية الادبية، وكانت الاستراتيجيات المتبعة مرتبة وفقا لمعدل الاكثر استخداما كالتالي: الاستراتيجيات الاجتماعية، فالنفسية واخيرا الجسمية على التوالي. وتبين مع هذه النتائج، نتائج دراسة "Pullis" (2000) التي كشفت عن وجود فروق دالة احصائيا بين المعلمين في استعمالهم للاستراتيجيات التكيفية تبعا لمتغير التخصص ولصالح المعلمين من فئة التخصصات النظرية.

اذن يمكن أن نستشف أن متغير التخصص (علمي- تقني، أو أدبي) ليس عامل مؤثر دال احصائيا عن وجود فروق بين المعلمين المصابين بالسكري عينة الدراسة، ويمكن ارجاع ذلك الى نوعية الحياة التي يعيشها المعلمون ونمط اسلوب عيشهم المشحون بالضغوط، والمشاكل الناجمة عن تفاعلهم مع فئات عمرية في مراحل حرجة وغير ناضجين، اضافة الى معيشتهم لنفس الظروف المهنية والفيزيائية المتعلقة بالفضاء المدرسي، ومعاناتهم من نفس المرض المزمن ولدى الكثير منهم امراض اخرى،

واستفادتهم من برامج التكوين، والندوات العلمية الخاصة بالتثقيف السلوكي في كفايات التعامل وتوجيه سلوكيات التلاميذ، إضافة الى التطرق الى نقطة هامة لمسناها ميدانيا وهي محاولات جميع المعلمين من مختلف التخصصات بدل الجهد بتطوير استراتيجيات التعامل سواء مع التلاميذ، أو التكيف مع المشاكل التي يتعرضون لها داخل وخارج المؤسسة التعليمية، وكذا استخدام اساليب تكيفية للتوافق مع البيئة الاجتماعية و بناء علاقات اجتماعية سليمة، والتعايش مع المرض وتقبله.

2-4- مناقشة وتحليل النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة:

بعد التناول الاحصائي لمعطيات الدراسة الكمية من خلال معالجتها باستخدام النظام الاحصائي (SPSS21) تبين لنا أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في جودة الحياة تعزى لمتغيرات (الجنس، السن، والأقدمية المهنية، ونمط السكري).

❖ الفرضية الجزئية الرابعة - الأولى:

أثبتت نتائج الدراسة انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس، ويمكن تفسير هذه النتيجة بناء على نوعية الحياة التي يعيشها المعلمون، فبالرغم من اختلاف نوع الجندر الى أنهم لا توجد فروق بينهم في جودة الحياة، فمن الواضح والجلي أن المعلمون المصابون بالسكري عينة الدراسة يعتبرون فئة واحدة تشترك في عدة خصائص منها المهنة التعليمية، والاصابة بالسكري ... وغيرها -تطرقنا لها في مناقشة الفرضيات السابقة- حيث لا توجد فروق بينهم تعزى لنوع الجنس سواء كانوا معلمات او معلمون في جودة حياتهم، وهذا لأنها وفقا لمنظمة الصحة العالمية (1995 ينظر اليها ضمن السياق الثقافي السائد داخل المجموعة ما تحمله من انساق القيم التي يعيشونها، ومدى تطابقها مع أهدافهم، وتوقعاتهم، وقيمهم، واهتماماتهم المتعلقة بصحتهم البدنية، وحالتهم النفسية، ومستوى استقلاليتهم، وعلاقاتهم الاجتماعية، واعتقاداتهم الشخصية، وعلاقاتهم بالبيئة بصفة عامة، وعليه يمكننا القول أن جودة الحياة بهذا المعنى تشير الى تقييمات المعلمون التي يكونونها حول ذاتهم، وظروف حياتهم. (جمال شفيق أحمد، 2016، ص20) لذلك فان الجودة مفهوم شامل يضمن عدة مؤشرات موضوعية وذاتية شاملة الجانب الصحي، والنفسي، والجسمي، والاجماعي، والدراسي، والمهني، والترفيهية، والقدرة على الانجاز والتطور وما تكشف عنه الصلابة النفسية والقدرة على

الرجوعية والمرونة، والجانب الاخلاقي والروحي والرفاهية المادية والرضا العام والاستقلالية، هي كلها متغيرات قاعدية لجودة الحياة بمفهومها الواسع، اضافة الى الأدوار الاجتماعية والمهنية المنوطة بهم الى جانب اصابتهم بمرض السكري، لذلك في العموم نجد نتائج دراستنا تتفق مع نتائج بعض الأبحاث التي أجريت على المعلمين، والمرضى المصابين بالسكري، فعلى سبيل المثال نذكر دراسة "شيخي مريم" (2014) التي استشفت انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في جميع مجالات جودة حياة الأساتذة الجامعيين تعزى الى متغير نوع الجنس ماعدا المجالين الجسمي والاستقلالية التي ترجع سببية الاختلاف الى التركيب الفيزيولوجي للذكور الذي يمكنهم من المواجهة والقدرة على تحمل الأعباء، اضافة الى الثقافة السائدة والمجتمع يؤثر على نوعية حياة الأساتذة مهما كانت مكانتها المهنية الجامعية، كما تؤثر على حرية استقلاليتها واقامتها لعلاقات محدودة نوعا ما مقارنة بالرجال. كما نجد في ذات السياق دراسات "محمد عبد الله ابراهيم" (2006)، و"فواظمية محمد" (2017) التي توصلت الى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في جودة الحياة تبعا لمتغير الجنس لدى معلمي التعليم الابتدائي بولاية مستغانم. (فواظمية محمد، 2017، ص451) في حين نجد نتائج دراسة "Ryffe" (1989) أن النساء لديهن قدرة على الاحساس بجودة الحياة افضل من الرجال اذا توفرت لهن الظروف البيئية والاجتماعية المناسبة. وفي نفس المنحى خلصت دراسة "Flazon" (1989) الى أن المعلمون أكثر معاناة من المعلمات الاناث، وتدعم فكرته دراسات كل من "مجدي" (2009)، "ابراهيم" (2011)، و"اسماعيل" (2011) التي استنتجوا فيها عدم وجود فروق دالة في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس، وتفسر هته النتائج الى الشعور بجودة حياة متشابهة نوعا ما مهما اختلف نوع جنسهم ذكورا أو اناثا، لتقاسمهم عدة نقاط كالعامل والظروف المهنية المشتركة، والمعاناة من نفس الوضعية والضغط الملقاة على كاهلهم بسبب تعدد مصادر الضغوط النفسية، والاصابة بنفس المرض المزمن وبعض الأمراض المهنية والمزمنة، اضافة الى المستوى الثقافي والتفكري كون جلهم متخرج من الجامعات أو المدارس العليا للأساتذة.

وفي المقابل نجد من توصل الى نقيض نتائج دراستنا حيث تبين من خلال دراسة "الكبيسي عبد الكريم عبيد" (2016) أنه توجد فروق في مستويات جودة الحياة حسب متغير النوع لصالح الاناث بدلالة احصائية قدرت ب (0,01)، (الكبيسي عبد الكريم، 2016، ص427، 452) ودراسة "شلبي" (2006) التي يقر فيها بوجود اختلافات لصالح الذكور، لأن الاناث عادة ما تجد صعوبة في التوفيق بين متطلبات المهنة

والحياة الاسرية والاجتماعية، لذلك تنعكس على مستويات جودة حياتهن. كما أثبت كل من " Schunk. " و "M & al" (2015)، و "Spasic & al" (2014) انه توجد فروق في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري وفقا لمتغير الجنس ولصالح الذكور، ويشير "طشطوش رامي، والقشار محمد" (2017) الى وجود فروق دالة احصائيا في نوعية الحياة تبعا لمتغير الجنس، حيث كانت لصالح مجموعة الذكور. مما يدل على أن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري الذكور أفضل من مستوى الاناث لأن عبء العمل وكثرة وتنوع المسؤوليات يشعر المرأة ذات البنية الجسمية الهشة مع اخذ فترات قليلة من الراحة مما ينعكس سلبا على نفسيها وصحتها ويزيد من ارتفاع مستوى الجلوكوز بسبب الضغوط، في المقابل نجد الذكور أقل عبئا في تحمل مسؤولياتهم المحددة.

❖ الفرضية الجزئية الرابعة - الثانية:

أثبتت نتائج الدراسة انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في جودة الحياة تعزى لمتغير السن، ويمكن تفسير هذه النتيجة بناء على عدة نقاط، أهمها تتعلق بنوعية المتغير الذي نحن بصدد دراسته "جودة الحياة" الذي حسب "Veenhoven" (2001) يتمثل في كونها تقويم شامل لنقاط متعددة في حياة المعلم كظروف المعيشة، فرص العمل المتاحة التي تمنحهم الشعور الشخصي بالكفاءة المهنية، والقدرة على التعامل مع المشكلات التي تواجههم ومختلف التحديات التي يتبنوها لمواجهة ضغوط الحياة اليومية، اضافة الى انها تقوم على فكرة تبني اسلوب حياة يشبع رغباتهم واحتياجاتهم، يكسبهم الشعور بالمعنى الوجودي الذي تحدث عنه "Frankl" (1997) ويشير في عدة دراسات الى وجود علاقة مباشرة بين العمل الذي يهدف الى تحقيق غاية ومعنى حياة الاشخاص، وما يمنح معنى لحياة المعلمين على اختلاف سنهم هو هدفهم في الحياة الذي يرتبط خصوصا بمهنتهم المتمثلة في تبليغ رسالة نبيلة يسهرون على ادائها "التعليم"، مما ينجم عنه تعزيز شعورهم بالثقة والتقدير على اختلاف فئاتهم العمرية، كما يرفع مستوى طموحهم ورضاهم عن الحياة، ولعلنا نجد بعض الابحاث التي تتفق مع نتائج دراستنا كنتائج دراسة كل من "سهيلة محمد عباس وآخرون" (2006) التي اسفرت عن عدم وجود فروق دالة احصائيا بين جميع اعضاء هيئة التدريس في جودة الحياة تعزى الى متغير الفئة العمرية سواء كانوا أقل من 30 سنة، أو من 30 سنة فما أكثر، كما بين "عبد اشتيوي محمد" (2015) في نتائج بحثه عن عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية تعزى الى مغير العمر في مستوى

جودة حياة العمل لأن اتجاهاتهم وقناعاتهم بغض النظر عن اعمارهم متقاربة جدا، سيما وأنهم يعيشون الظروف الوظيفية نفسها.(عبد اشتوي، 2015، ص48) وفي ذات المنحى أكدت نتائج دراسة "عباس والزالمي" (2006) أنه لا توجد فروق دالة احصائيا بين اعضاء هيئة التدريس ترجع الى مغير الفئة العمرية (أقل من 30 سنة، أو من 30 سنة فما اكثر).

كما تتفق نتائجها مع دراسة كل من "عمران لخضر" التي توصلت الى عدم وجود فروق دالة بين العزاب والمتزوجين المصابين بالسكري، ونفس النتيجة مع "عود صليحة"، و"بوفج وعة" (2017) عدم وجود اختلاف في جودة حياة مرضى السكري تبعا لمتغير الفئات العمرية، اضافة الى دراسة طشطوش والقشار" (2017) التي تأكد عدم وجود فروق دالة في مستوى نوعية الحياة تعزى الى متغير العمر ويرجع ذلك الى أن المجتمعات اعتادت على التعايش مع مرض السكري سواء مع الكبار في السن أو الصغار لأن معدل انتشاره في تزايد ومعظم العائلات لديهم احد افراد الاسرة او الاقارب مصاب به، اضافة الى ذلك فان المعلم المصاب بالسكري يمكنه تادية مهامه اذا ما اتبع نظامه الدوائي بصفة منتظمة، والالتزام بالسلوكات الصحية كممارسة النشاط الرياضي والمحافظة على الحمية الغذائية، في حين نجدها تتعاض مع نتائج ابحاث "العجوري وحمدونة" (2013) التي تفر بوجود فروق دالة في جودة الحياة تعزى الى متغير العمر، و"Gholami & al" (2013) التي انتهت الى وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى نوعية الحياة لدى المصابين بالسكري تبعا لمتغير العمر، لصالح مجموعة مرضى السكري الاقل عمرا. وتتوافق نتائج هذه الاخيرة مع دراسة "Mostafa, Almkhtar" (2012) التي سجلت اختلاف في مستويات جودة الحياة تبعا للعمر لدى مرضى السكري لصالح الفئات الصغيرة في العمر، حيث تنخفض مستويات جودة الحياة الصحية كلما زاد متوسط العمر لدى المرضى، ونتائج تماثل دراسة " Alshehri. " A & al" (2008) التي وضحت هي الاخرى انخفاض جودة الحياة لدى مرضى السكري نمط الثاني كلما زاد عمر المريض. في وتفسر هته النتائج الى امتعاض جميع المعلمين المصابين بالسكري من نمط وأسلوب حياتهم المهنية، ونوعية حياتهم الصحية التي تتخللها المواجهة المستمرة مع المشاكل والضغط لأنهم يدرسون من جهة أطفال يمرون بمرحلة نمو حرجة وغير ناضجين فكريا ونفسيا، مما يتطلب حسن تدبير لتهديب سلوكياتهم والتعامل معهم بحنكة، واستخدام اساليب الذكاء الانفعالي لادارة مشاكلهم، اضافة الى ادراكهم للضغط الناجم عن الحرمان الغذائي بالدرجة الأولى، والالتزام بنظام عيش جديد. والتبعية المزمنة للدواء.

❖ الفرضية الجزئية الرابعة - الثالثة:

أثبتت نتائج الدراسة انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في جودة الحياة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، ويمكن تفسير هذه النتيجة انطلاقا من نوعية الحياة المعلمون، وبالرغم من اختلاف في نوع الحالة الاجتماعية ما بين العزاب، والمتزوجون، والمطلقون والأرامل الا أنه لا توجد اختلافات في مجموعاتهم في جودة الحياة، لأن جودة الحياة هي حسب "Ontario social development council" نتاج التفاعل بين الظروف الاجتماعية، والصحية، والاقتصادية، والبيئية التي تؤثر على التنمية البشرية والاجتماعية. (مرزاقه وليدة، وبن زطة بلدية، 2017، ص333) لذلك فهي تتضمن الاشباع الشخصي للمعلم، وشعوره بالسعادة، والرضا عن الحياة، والقدرة على التطور ومواجهة مرض السكري، والمرور بمراحل عدم التقبل الى مراحل التقبل والرضا عن الصحة، لذلك فان الحالة الاجتماعية لاتعد عامل فارق أساسي لدى عينة دراستنا تصنف على اساسه جودة الحياة، لأنه يضمهم نسيج اجتماعي واحد حيث تسود البيئة الاجتماعية علاقات اجتماعية وانسانية متينة تربطها عدة معايير اجتماعية وثقافية سائدة داخل المجتمع يميزها الاحترام المتبادل رغم الاختلافات احيانا لكونهم طبقة مثقفة، اضافة الى الدعم الاجتماعي والتعاطف الذي يتلقاه المعلم المصاب بمرض مزمن من طرف الأسرة المهنية والزملاء، أو الأصدقاء، أو أعضاء العائلة والأقارب، فمهما كانت حاله الاجتماعية عازب او متزوج أو غيره لا يحدث اختلاف هام في جودة الحياة، وفي هذا الصدد نجد العديد من الدراسات التي تتوافق نتائجها مع دراستنا حيث بينت "شيخي مريم" (2014) أنه لا توجد فروق دالة في جودة الحياة بجميع ابعادها لدى الاساتذة الجامعيين تعزى الى الحالة الاجتماعية، وتوضح دراسة كل من "Al-Shehri Amer & al" (2008) و"Al-Aboudi. I. S & al" (2015, P4) أنه لا توجد فروق دالة احصائيا في جودة الحياة المرضى الصابين بالسكري تبعا للحالة الاجتماعية لكن أحرز المتزوجون نتائج أفضل من المرضى غير المتزوجون. على مقياس جودة الحياة من المرضى. كما تتفق مع دراسة "لخضر عمران" (2015) التي بين خلالها عدم وجود فروق بين العزاب والمتزوجين المصابين بالسكري، و"بوفج وعلة" (2017) التي أكدت من خلالها عدم وجود فروق دالة احصائيا في جودة الحياة والاستماع بها لدى مرضى السكري، في حين نجدها تتعارض مع دراسة "العجوري وحمدونة" (2013) التي تثبت وجود فروق دالة في عينة الدراسة تعزى الى الحالة الاجتماعية.

وقد بينت كذلك دراسة "Mostafa Wafa, Almokhtar Mohammad" (2012) وجود اختلافات في مستويات جودة حياة مرضى السكري تعزى الى الحالة الاجتماعية لصالح الأرامل الذين حصلوا على درجات جيدة على مقياس جودة الحياة بنسبة (50%)، يليها مرضى السكري المتزوجون (46%)، ثم يصنف بعدهم العزاب بنسبة قدرت بـ(33.3%)، وأخيرا يقبع المطلقون في الرتبة الأخيرة بنسبة قدرت بـ(16%). (Mostafa, Almokhtar, 2012, p22)

❖ الفرضية الجزئية الرابعة - الرابعة:

أثبتت نتائج الدراسة انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في جودة الحياة تعزى لمتغير مدة الاصابة، ويمكن تفسير هذه النتيجة انطلاقا من العوامل المتداخلة والمحددة لنمط وأسلوب الحياة الذي يعيشها المعلمون، فبالرغم من اختلاف مجموعات المعلمين حسب مدة أو سنوات الاصابة بمرض السكري الا أنه لا توجد فروق بينهم في جودة الحياة، لأن جميع المعلمين سواء مدة اصابتهم أقل من (5 سنوات) أو (من 5 سنوات فأكثر) يعيشون نفس ظروف المهنية، ويشاركون في خصوصيات اجتماعية وثقافية وتكوينية، كما أن المرض في بداية الاصابة به يعيش المريض حالة من الصدمة وعدم التقبل، وهناك من يتغلب عليها بحيث تدوم لفترة وجيزة كمرحلة انتقالية في حياة المعلم، وهناك من لا يستطيع تجاوزها ويبقى مثبت في تلك المرحلة لعدة سنوات، ويصل به الى انكار الاصابة وكتمان الاعلان عنه لعدة سنوات وهو ما لمسناه مع بعض الحالات التي تجاوزت فيما بعد معنا، وحالات أخرى لم تتجاوز ولم تطبق معها وتصنف ضمن السكري نمط 2، وهذا راجع الى مدى تقبل المعلم المصاب بالسكري لمرضه ومستوى ادراك المرض في حد ذاته، وكفاءته الذاتية، وقدرته على الجلد والمرونة النفسية بالدرجة الأولى ونوعية استراتيجيات المواجهة التي يوظفها للتعايش مع المشاكل الصحية، كما أن ازمان المرض يفرض ذاته من الأول لأن طبيعة المرض تستوجب ايقاع حياة جديد لم يعود عليه المريض وحتى وان تعود على المرض الا أن ما وقفنا عليه في دراستنا هو عدم الالتزام بالنظام العلاجي الخاص بمرض السكري من طرف جميع الفئات العمرية سواء بالتهاون والامبالاة نحو المرض وامتعاضهم من تناول اليومي للأدوية التي حسبهم أثرت على قدرتهم العقلية خصوصا ان كانوا يعانون من أمراض أخرى سواء عضوية مزمنة، أو مهنية، أو نفسوعصبية ويتناولون الأدوية أو المهدئات والمنومات، حيث يصرحون بانخفاض مستويات التركيز والانتباه منذ السنوات الأولى من تعاطيها لأنهم

يدركون الاختلاف ما بين المرحلة الطبيعية التي كانوا عليها قبل الإصابة والمرحلة المرضية، إلا أن هذا لا يعني أن جميع المعلمون سلوكياتهم الصحية سلبية، لأننا وجدنا منهم الملتزم بالنظام الصحي المثالي، ومن يتناول دواءه في وقته، وهو ما أكدته دراسة "عليوة سمية" (2015، ص هـ) عدم وجود علاقة بين السلوك الصحي ومدة الإصابة بمرض السكري والعمر لدى مرضى السكري النمط الأول، ويوضح أكثر "زعطوط رمضان" (2017) أن الفرق في السلوك الصحي بين مرضى السكري ومرضى ضغط الدم بالنسبة لمدة الإزمان غير دال، مع أن مرضى السكري ذوو اتجاه سواء طال الإزمان أو قصر عكس مرضى ضغط الدم (زعطوط رمضان، 2017، ص 61) وتتفق نتائج دراستنا مع ما توصلت له "بوفج وعلة" (2017) حيث أظهرت عدم وجود اختلافات دالة احصائياً في جودة الحياة لدى المرضى المصابين بالسكري تبعا لمدة ازمان المرض. كما نجد في ذات المنوال دراسة كل من "Lloyd. A & al" (2001) و "Al-Shehri Amer & al" (2008, p356) التي وضحت عدم وجود فروق دالة احصائية في جودة حياة مرضى السكري تعزى الى مدة الإصابة بالمرض. وفي المقابل نجد البعض من الدراسات الأخرى التي تتعارض مع دراستنا فعلى سبيل المثال لا الحصر أشارت دراسة "طشوطوش والقشار" (2017، ص 148) الى وجود فروق ذات دلالة احصائية تعزى الى متغير مدة الإصابة بالسكري، حيث سجلت نوعية حياة أفضل لدى المرضى الذين تراوحت مدة اصابتهم بالمرض (5 سنوات فما دون)، مقارنة بنوعية حياة مرضى السكري الذين تراوحت مدة اصابتهم بالمرض (6- 15 سنة)، ولصالح هذه المجموعة مقارنة بالمرضى الذين تجاوزت مدة اصابتهم بالسكري (16 سنة فما فوق). وقدم الباحثين تفسيرات في ذلك الى ان المصابين حديثا بالمرض لا يزالوا يتمتعون بصحة جيد مقارنة بالذين اصابتهم قديمة، لأن المرض ينهك البنكرياس ويؤثر على اعضاء الجسم الأخرى، والاعراض بداية تكون بسيطة ثم تتفاقم بفعل المضاعفات المرض، اضافة الى رغبة حديثي الإصابة في الشفاء والاعتنا بأنفسهم والقيام بسلوكات صحية أكثر من القدماء، وتؤكد على نفس النتائج أبحاث كل من "Spasic & al" (2014, p195) الذين توصلوا الى استخلاص فروق في مستويات جودة الحياة لدى مرضى السكري حسب مدة الإصابة حيث سجلوا مستويات مرتفعة لصالح المرضى الذين نقل مدة اصابتهم بالمرض عن 10 سنوات مقرنة بالفئتين العمريتين التي تتراوح أعمارهم بين (11-15 سنة) ومن هم (أكبر من 16 سنة فما فوق)، والذين نقل أعمارهم عن 65 سنة، وفي نفس الضمار نتطرق الى دراسات أخرى مشابهة توصلت الى نتائج منافية لنتائج دراستنا مثل "Mostafa et Mokhtar" (2012) وبيننا خلالها وجود

علاقة بين انخفاض مستوى جودة الحياة وطول مدة الإصابة بالسكري، لأنه على الأرجح يتأوم ويتعد المرض بسبب ظهور المضاعفات مع مرور الزمن. كما أكد "Schunk. M & al" (2015) الذين استنتجوا وجود فروق دالة احصائيا في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري تبعا لمدة الإصابة بالمرض لصالح فئة المرضى الذين اصابتهم كانت الأقل مدة، وترتفع مستويات جودة الحياة لدى مرضى السكري كلما انخفضت مدة الإصابة به.

3- النتيجة العامة للدراسة الكمية:

سعت الدراسة الحالية الى الكشف عن العلاقة بين استراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى المعلمين المرضى بالسكري في مختلف الأطوار التعليمية الابتدائي والمتوسط والثانوي على مستوى بلدية سكيكدة، واستنادا على ما سبق التوصل اليه خلال معالجة البيانات احصائيا، وعرض ومناقشة وتحليل نتائج الدراسة الكمية على ضوء التساؤلات الاشكالية للدراسة، والبرهنة على اتفاقها مع بعض الدراسات وتعارضها مع دراسات اخرى، نستشف أن الفرضيتين الأولى والثانية قد تحققتا بحيث تم التأكد من:

❖ وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري.

❖ وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوعية استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية (ايجابية/ سلبية) والدرجة الكلية لجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري.

في حين أسفرت نتائج الدراسة عن عدم تحقق الفرضية الثالثة والرابعة بحيث تم التأكد من:

❖ عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تعزى لمتغيرات (الجنس، السن، التخصص، الأقدمية المهنية).

❖ عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في جودة الحياة تعزى لمتغيرات (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، مدة الإصابة بالسكري).

وفي الأخير، نشير الى ان نتائج دراستنا هته المطبقة على عدد معتبر من المعلمين المصابون بالسكري ببلدية سكيكدة تخضع لعدة عوامل ومحددات أهمها مهنة التعليم، وبروفيل شخصية المعلم وخصوصية تميزه عن باقي شرائح المجتمع، اضافة الى المعايير نفسو اجتماعية، مرفولوجية صحية، وثقافية وفكرية، واقتصادية وبيئية، وزمانية.

ثانياً: نتائج الدراسة الكيفية:

1- عرض نتائج الحالة الأولى

1-1- البطاقة الاكلينيكية للحالة الأولى:

الاسم: - الحالة أ-	العمر: 48.
الرتبة: السادسة (الصغرى بين ثلاث ذكور وأختين)	المستوى الدراسي: ليسانس أدب عربي.
الأب والأم: متوفيان.	الوضعية الاجتماعية: متزوجة وأم لبنتين وطفل.
الوضعية الاقتصادية: حسنة.	نوع السكن: شقة.
القرب من مصانع: مصنع تكرير البترول وتمبيع الغاز.	وراثة المرض: من الوالدان والاختوة.
الطور التعليمي: الثاني.	الخبرة: عملت لـ 20 سنة
مهنة الزوج: موظف في شركة عمومية.	مشاركة الزوج أعمال المنزل: لا.
تاريخ الإصابة بالسكري: منذ 11 سنة (37 سنة)	نوع السكري: نمط II
أمراض أخرى: الحساسية والاكزيما (32 سنة) + آلام أسفل الظهر (7 سنوات).	

1-2- التاريخ المرضي للحالة الأولى "أ" وظروفها المعيشية:

الحالة "أ" معلمة في الطور الثاني "أستاذة لغة عربية" تبلغ من العمر 48 سنة، كانت تعيش داخل أسرة ميسورة الحال مكونة من ثمانية أفراد، عاشت طفولة عادية كمدللة العائلة، تعرضت لعدة حوادث وأمراض منذ الصغر نقلت على اثرها الى المستشفى منها:

- ❖ عند سن 5 سنوات سقطت من أعلى الشرفة وكسر رجلها ويدها، وبقيت في المستشفى لمدة 10 أيام.
- ❖ عند سن 7 سنوات تعرضت لنزلات برد وانفلونزا حادة ونقلت على اثرها في المستشفى لمدة ثمانية ايام ثم أرجعت للبقاء فيه خمس عشرة يوم بسبب سوء وضعية المنزل "بيت قصديري غير مؤهل".
- ❖ عند بلوغها سن 16 سنة بدأت معاناتها مع الحساسية والاكزيما على مستوى الأطراف الى يومنا هذا وتعالج بانتظام.

- ❖ عند سن 20 سنة توفيت الوالدة بسبب ارتفاع مرض السكري والتهابات الغرغرينة على مستوى القدم.
- ❖ عند سن 23 سنة توفي الوالد بعد معاناة مع مرض السكري وضغط الدم والسرطان.
- ❖ عند سن 37 سنة تعرضت لعملية اجهاض، وبعدها بشهرين قام زوجها بحادث مرور وعند سماعها صدمت وأخذت الى المستشفى بعد ارتفاع معدل السكري الى 4 غ، وضغط الدم، ومن بعدها مباشرة بدأت العلاج من مرض السكري بحقن الانسولين والأقراص لمدة 7 أشهر، ثم بعد انتظام معدل الجلوكوز في الدم اكتفت بالعلاج عن طريق الأقراص.
- ❖ عند سن 41 سنة ظهر عندها انزلاق غضروفي في العمود الفقري مما تسبب لها في آلام مزمنة على مستوى أسفل الظهر تعالجها باستمرار، وتزدادا حالتها سوء دائما في الشتاء بسبب البرد والرطوبة لأنها تثير لديها الحساسية والاكزيما.
- ❖ وراثه المرض بالنسبة للوالدين وأحد الاخوة اضافة الى الأقارب من الأبوين.
- ❖ أطفالها الثلاث ولدوا من خلال عملية قيصرية، وعانت كثيرا حسب تصريحها في ولادتها الأخيرة بسبب عدم انتظام معدل الجلوكوز في الدم الأمر الذي جعل طبيبها يستعين بالأنسولين لمدة خمسة أشهر الأخيرة، وقد أصيبت الطفلة بمرض السكري وهي في عمر ثلاث سنوات ونصف بعد تعرضها لصدمة عنيفة "انفجار المفرعات بقربها في أحد مناسبات الجيران" وبعدها مباشرة أغمي عليها وارتفع معدل السكري لمعدلات مرتفعة حوالي 5 غ، وبقيت تحت عناية الأطباء لمدة تسع أيام ومن بعدها بدأت في علاج المرض عن طريق حقن الانسولين.

1-3-1- نتائج تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الاولى:

1-3-1- المرحلة الاولى:

نص المقابلة مع الحالة الاولى:

1/ عندي 11 سنة وأنا مريضة بـ Diabète، 2/ عياني بزاف بزاف، 3/ نمط 2، 4/ في البداية كنت بـ les comprimés et l'insuline ومن بعد 7 أشهر ولتني الطبيبة لـ les comprimés فقط. 5/ نعم عندي الأبوين مراض بالسكري، 6/ وأمي توفات بسبب عملية جراحية فاشلة عن la gangrène، 7/

وأنا خيفة تصرالي gangrène بسبب الاكزيما الي عندي مرة أخرى، 8/ وعندي أنا ثاني الاكزيما، 9/ والحساسية منذ حوالي 32 سنة بالتقريب منذ سن 16 سنة، 10/ تعذبت معاها بزاف، 11/ جريت لكل الاطباء باش نعالجها تتقصلي شوي ومن بعد ترجع، 12/ خسرت العام الأول نتع الباك بسببها، 13/ توجعني حتى يدي يجفو ويتقشروا ويوجعوني بزاف، 14/ حتى القلم ما نقدرش نشدو، 15/ وأحيانا نشعر بالخلج، 16/ والحشمة كي يعودو مشقين وحممر خصوصا امام زملائي، 17/ وعندي مؤخر منذ سبع سنوات انزلاق غضروفي في العمود الفقري يتسبب في آلام حادة، 18/ ما قدرتش نقري التلاميذ لمدة شهرين، شهر كامل وانا راقدة في الفراش، 19/ السطر يوجعني بزاف، 20/ وماعدتش نقدر نوقف كيما عوايدي. 21/ دخت طلغوني لـ Hôpital قاسلي الطبيب السكر والضغط لقاها مرتفعين حوالي 4 غ السكر، 22/ تصدمت كي خبروني بلي زوجي دار Accident وطلعلي الضغط 23/ والسكر لأكثر من 4 غ، 24/ وزادني الضغط نتع التلاميذ 25/ والمدير، 26/ كنت نتوقع أني نمرض في أي وقت، 27/ الاساتذة الي معاي تقريبا كامل مراض بيهم. 28/ زيدلها الوراثة عندي والديا في زوج، 29/ والاخت تاعي، 30/ والأقارب من الجهتين. 31/ لا علاقة لأنني عندي الاكزيما، 32/ والحساسية سببها دارنا كنا نعشوا في بيت قصديري، 33/ قريب من مركب تكرير البترول وتمييع الغاز، le produit الي يطلقوه تدخل ريحته حتى لبيوتنا ومانحلمش نتنفسه. 34/ أما الانزلاق الغضروفي بسبب الوقوف لساعات عند تدريسي، 35/ والعمل داخل البيت وخارجه 36/ وحتى الزوج ما يعاوني في الو، 37/ والاكزيما والحساسية زادوا علي الضغط لازم كل شيء يكون نظيف 38/ ما تقبلتوش، 39/ تصدمت، 40/ اسبوعين ما رحتش نقري، 41/ من بعد بديت نتألم شوي، 42/ واتصلوا بيا الأساتذات صديقاتي ودعموني نفسيا، 43/ وماديا أكثر من عائلتي. 44/ الجفاف والعطش الزائد، 45/ كثرة التبول، 46/ انخفاض الوزن، 47/ عدم التئام الجراح بسرعة، 48/ القلق، 49/ والانهاك، 50/ والشعور الدائم تقريبا بالضغط مع التلاميذ خاصة، 51/ اضطرابات النوم عندي أرق. 52/ عندي ضغط أكثر مما تتصوري، 53/ نحس بالتوتر، 54/ والضغط، 55/ كوية في الحلق، 56/ سرعة الاثارة، 57/ والغضب أحيانا لأسباب تافهة داخل القسم، 58/ الخوف من المستقبل، 59/ والموت، 60/ عبء العمل، 61/ التعب، 62/ والانهاك، 63/ كثرة المسؤولية، 64/ والزوج لا مبال جدا، 65/ لا يساعدي في اي شيء داخل البيت، 66/ حتى الأطفال ما يعاونيش في تربيتهم، 67/ ضيق الوقت بسبب بعد المتوسطة عن المنزل تقريبا تبعد عنها بساعة، 68/ الشعور بالإحباط كثيرا، 69/ وغالبا من كثرة الهموم، 70/ والتفكير الزائد

في مستقبل الأولاد. /71 /الأرق، /72 /وعدم القدرة على الاسترخاء. /73 /الحمد لله ميسورة وقانعة، /74 / وقادرة على توفير كل ما يطلبه أفراد أسرتي بمساعدة زوجي ماديا بالطبع، /75 /نحاول نظم انشغالاتي حسب الأولوية، /76 /ونتفادى كل المسببات على قدر المستطاع /77 /أحيانا اتواصل مع صديقتي المختصة نفسانية ترشدني لبعض الطرق كالاسترخاء، /78 /سماع الموسيقى، /79 /التنزه من فترة لأخرى في العطل، /80 /الاستماع للتلاميذ وتفهيم ظروفهم الاجتماعية، /81 /تجنب مقابلة المدير والأساتذة المثيرين للضغط، /82 /الانشغال بتربية اطفالي، /83 /ومهام بيتي وبزوجي. /84 /المطالعة اليومية في الليل لساعات متأخرة، /85 /أحيانا نصبر روجي بان المسلم مصاب، /86 /ونقارن روجي بالأساتذة الي أصيبوا بالمرض قبلي، /87 /ونقارن روجي ضرك ببنتي الي راهي خمس سنوات ومريضة بالسكري، /88 /ودايما ندعي رب يعطيني القدرة حتى نكبرها ونبقى عايشه ليها، /89 /وأحيانا نقوم بالتمارين الخاصة بيا لأنني مازلت نتبع الطبيب بسبت آلام الظهر ولازمي نقوم بيها، /90 /وانا كنت محافظة جدا على لياقتي /91 /وأمارس الرياضة بانتظام ولو أنني ضعفت بسبب السكر. /92 /ونحاول نتكيف مع كل الظروف رغم اعتراضي على بعضها، /93 /وأتناول الدواء بالساعة ولو داخل القسم، /94 /ومنتظمة في الريجيم، /95 /ومن طبيعتي مانحبش الحلويات بزاف، /96 /واذا كليت حاجة نحبها بزاف نحاول أنني نمشي، /97 /مانقدرش نتحكم في أعصابي دايمًا خصوصًا في القسم مع التلاميذ عندي 39 في القسم، /98 /أو نعود مع بنتي الصغيرة تسرق الشوكولاتة أو الحلويات بدون علمي تاكلها ومن بعد يطلعها السكر، وأنا الي نديها للطبيبة، /99 /حتى الزوج يقلقني ببرودة اعصابه /100 /ولامبالاته، /101 /ومعاملته السيئة أحيانا، /102 /ومرات نحولها بكاء كي تغيضني روجي ونكون مريضة أو تعبانة، /103 /ومرات نشد أعصابي نحاول نتحكم في الأمور، /104 /لكن الأغلبية نغضب، وننفعل، /105 /ونحولها نمشي باش نحرق الطاقة السلبية هذي، /106 /أو نروح نفرغ لعند أستاذة صديقتي، /107 /أو نخرج نقضي شغالي نهارات نكون ما يوجعني والو، /108 /أو ندير ménage للدار ولو كانت نظيفة، /109 /وعندي المطالعة نحب نطالع في الليل، /110 /أثر مرض السكري كثيرا على حياتي كاملة، /111 /عدت نتعب أكثر من قبل المرض، /112 /ننسى المواعيد، /113 /وننسى حتى مع التلاميذ، /114 /أثرلي على شبكية العين لأنني دائما أطلع وأكتب وأصحح حسب آخر فحص، /115 /وعلى نفسي، /116 /عدت مكتئبة، /117 /دايمًا مقلقة، /118 /كي نتفكر بنتي نعود مضغوطة ومنثبطة، /119 /عايشه في احباط كبير، /120 /أحيانا نقاوم /121 /نحمد رب أنني نخدم ونوفرها كل ما تطلبه، /122 /ونصلي، /123 /وندعي رب يشفيها ويشفيني،

124/ ونحاول نشرب ونعطيها دواها بانتظام وفي الوقت، 125/ d'ailler راني مدايرته rappel في portable، 126/ عندي تشتت الانتباه، 127/ ضعف التركيز، 128/ الاحساس بالتعب الدائم، 129/ الحمد لله، 130/ لكن لست راضية تماما لا عن حياتي الشخصية الأسرية، 131/ أو المهنية خصوصا مع المدير، 132/ أو مع الأقارب والأهل بسبب الأمراض الي نعاني منها تحرمت منهم. 133/ ولست راضية عن صحتي اطلاقا، 134/ علاقتي مع زوجي حسنة، ولو أني جد متغافلة على وش قاعد يعمل، 135/ وعلاقتي مع اخوتي جيدة، 136/ وأهل زوجي نوعا ما لوجود بعض المشاكل، 137/ وانقطعت علاقتي بالكثير خصوصا بعد مرضي بالعمود الفقري، 138/ نعم لدي القدرة على اتخاذ قراراتي، 139/ ومسؤولة على أطفالي، وزوجي، وأقوم بكافة مسؤوليتي اتجاه تلاميذي 140/ وظروفي المعيشية بسيطة جدا، 141/ وأبدل كل ما في وسعي لدرجة أني أدرسهم جيدا ولا تلميذ منهم يقوم بدروس خصوصية في مادتي. 142/ وحتى المدير يمنحني الا تلاميذ النهائي وفي السنوات الاخيرة أصبحت لا أستطيع تحمل مسؤولية نجاحهم كثيرا، 143/ ماضي كله تعب، 144/ وآلام وأمراض، 145/ رغم ذلك الحمد لله أفضل من البعض وأسوء من البعض، 146/ ان شاء أفضل، ولو أني كل ما تتقدم بي السنوات كلما تزيد حالتي سوء، 147/ كيما يقلك رانا ماشيين وتزيد تقسى الدنيا مش تتيسر. 148/ ان شاء الله نكبر أولادي، 149/ وينجحوا في دراستهم وخصوصا الصغرى، 150/ ويخترع دواء لمرضى السكري يشفي بنتي، 151/ وينجح جميع تلاميذي لأنهم أولادي الثانئين في المتوسطة، 152/ نوعا ما منظمة وقتي جيدا، 153/ هوايتي المفضلة المطالعة ليلا، 154/ وأرفه أحيانا عن اولادي وزوجي أيام العطلة الأسبوعية بأخذهم في نزهة، 155/ وزيارة الأقارب أحيانا، 156/ القيام ببعض الأعمال مع الاولاد لكسر الروتين اليومي.

1-3-2- المرحلة الثانية:

الجدول رقم (29) يمثل الأبعاد المشكلة والفئات التي تمثلها الناتجة عن تحليل المقابلة الإكلينيكية النصف

توجيهية مع الحالة الأولى - أ.

النسب المئوية	تواتر الفئات (ك)	الفئات الممثلة (ف)	الأبعاد (د)
%32.14	9	التاريخ المرضي الشخصي: 13/11/9/8/1 /20/19/17/14/	التاريخ المرضي وظروف المعيشة
%17.85	5	التاريخ المرضي العائلي: 30/29/28/6/5	
%32.14	9	الظروف المعيشية: 34/33/32/27/18/12 /140/36/35/	
%17.85	5	المعاش النفسي قبل الإصابة بالسكري: /26/16/15/10/2	
%17.72	ك = 28	ف = 4	
%5.55	2	كيفية اكتشاف مرض السكري: 23/21	الإصابة بمرض السكري
%5.55	2	نمط السكري: 4/3	
%8.33	3	عدم تقبل المرض: 40/39/38	
%22.22	8	أعراض مرض السكري: 47/46/45/44 /51/50/49/48	
%11.11	4	العوامل المسببة لمرض السكري: 24/22 /28/25	
%41.66	15	آثار مرض السكري: 112/111/110/52/7 /119/118/117/116/115/114/113 /128/127/126	
%5.55	2	علاقة السكري بأمراض أخرى: 32/31	
%22.78	ك = 36	ف = 7	
%38.46	10	أعراض الضغط النفسي: /72/71/68/62/61/57/56/55/54/53	الضغط النفسي
%61.53	16	مصادر الضغوط النفسية: 69/67/66/65/64/63/60/59/58/37	

/101/100/99/98/142/70/			
%16.45	ك=26	ف=2	
%10.25	4	محاولات تقبل المرض: /120/43/42/41	طرق مواجهة الضغوط النفسية والتعايش مع مرض السكري
%79.48	31	استراتيجيات التعايش الايجابية: /85/84/83/82/80/79/78/77/76/75 95/94/93/92/91/90/89/88/87/86 /109/108/107/106/105/103/96/ /125/124/123/122	
%10.25	4	استراتيجيات التعايش السلبية: 104/102/97/81	
%24.68	ك=39	ف=3	
%3.44	1	الرضا عن الحياة: /129	جودة الحياة
%13.79	4	عدم الرضا عن الحياة (الشخصية والاجتماعية والأسرية والصحة): 133/132/131/130	
%13.79	4	العلاقات الاجتماعية: 137/136/135/134	
%24.13	7	الرفاهية والقدرة المادية: /153/152/74/73 /156/155/154	
%13/79	4	الاستقلالية والقدرة على اتخاذ القرار: /121/140/139/138	
%10.34	3	النظرة الماضية عن الحياة: 145/144/143	
%20.68	6	التطلع للمستقبل: 149/148/147/146 /151/150/	
%18.35	ك=29	ف=7	

الأبعاد = 5، الفئات = 23، عدد العبارات = 158.

النسبة المئوية = $\frac{\text{ك} \times 100}{\text{عدد العبارات}}$

عدد العبارات

1-3-3- المرحلة الثالثة:

من خلال تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الاولى نستنتج النقاط التالية:

تبلورت لدينا خمس أبعاد أساسية مرتبة على النحو التالي:

❖ **التاريخ المرضي وظروف المعيشة:** وهذا البعد يمثل محور جوهر في حياة المريضة، ومعاشها الماضي وتاريخها المرضي وما يتضمنه من أحداث ذات أهمية في حياتها، عبرت عنها أثناء المقابلة لتشير الى المعاناة النفسية والجسدية والوضعية المساهمة في ظهور وتطور مرض السكري لديها، وقد قدرت نسبته بحوالي 17.72%، وهو الآخر اشتمل على خمس فئات، مرتبة على النحو التالي:

• **التاريخ المرضي الشخصي:** والتي قدرت نسبتها بـ 32.14% وفيها تطرقنا الى معظم الأحداث الصحية والأمراض التي عانت منها الحالة -أ- من مرض الاكزيما والحساسية وانزلاق الغضروفي للعمود الفقري.

• **التاريخ المرضي العائلي:** والتي قدرت نسبتها بـ 17.85% والتي تبين مختلف الأمراض التي تعرض لها أهل الحالة سواء المقربون كوالديها واخوتها، أو الأقارب من الأب والأم، ونخص بالذكر هنا الذين عانوا من مرض السكري، حيث استنتجنا من حوار الحالة أن الأم توفيت وهي مصابة بالسكري وبالضبط بمضاعفات السكري أين أصيبت بغرغرينة على مستوى القدم، وفشلت العملية الجراحية وتوفيت على اثرها، كما أن الأب مصاب به، اضافة الى احد الاخوة، والأقارب من الجهتين الأعمام والأخوال.

• **الظروف المعيشية:** تراوحت نسبتها حوالي 32.14% وفيها تم التطرق الى الوضعية المعيشية للحالة، وظروفها الاجتماعية، والسكنية ومكان اقامتها، وعملها داخل البيت وخارجه.

• **المعاش النفسي قبل الإصابة بمرض السكري:** قدرت نسبتها بـ 17.85% تطرقنا فيه الى المعاناة النفسية والصحية للحالة بسبب مرضها منذ الصغر بالإكزيما والحساسية، والجرح النفسي الذي تركته لها آلام الاكزيما خصوصا في مرحلة المراهقة والشباب، وعجزها عن الشفاء التام.

❖ **الإصابة بمرض السكري:** اشتمل هذا البعد الأساسي الذي يكشف عن كيفية اكتشاف المعلمة لإصابتها بمرض السكري، والعوامل المساهمة في ظهوره، وانعكاسه على الصحة النفسية والجسدية لها، وارتباطه بمختلف الأمراض السابقة التي عانت منها أو تسبب فيها كمضاعفات لمرض السكري، و قدرت

نسبة هذا البعد بـ 36% ويضم 7 فئات والتي بدورها تحتوي على 36 عبارة، مرتبة على النحو الموالي:

- **كيفية اكتشاف مرض السكري:** تمثل طريقة تلقي المعلمة الاعلان عن الاصابة بمرض السكري، بعد صدمة تلقي اعلان خبر وقوع حادث مرور لزوجها حيث أصابها ارتفاع مستوى الضغط الدموي ارتفاع مستوى الجلوكوز في الدم، والذي ظهر لديها في سن 37 قبل 11 وقدرت نسبت هذه الفئة بـ 5.55%.

- **نمط السكري:** مثلت نسبتها بـ 5.55%، تشير الى معاناة المعلمة من سكري نمط الثاني، لكن في البداية عالجت بالأنسولين معية الأقراص الى أن انتظم السكري لديها، لتستقر بالعلاج عن طريق الأقراص فقط.

- **عدم تقبل المرض:** تراوحت نسبتها بـ 8.33% وتمحورت حول مدى تقبل الحالة لمرض السكري، وبينت من خلال اجابتها على الأسئلة عدم تقبلها مرحليا في البداية لمرض السكري لدرجة عدم قدرتها على العمل وغيابها لمدة أسبوعين، وفيما بعد بدأت تستسلم لواقعها، وساعدها على ذلك مساندة صديقاتها المعلمات المصابات بنفس المرض، ثم اصابة ابنتها الصغيرة زاد من تقبلها للمرض وحتمية علاجه لتحافظ على صحتها خدمة لابنتها حسب رأيها.

- **أعراض مرض السكري:** بينت نسبتها بـ 22.22% صارتنا الحالة بأهم أعراض السكري المتواجدة لديها كالأعراض الجسدية والأساسية في المرض مثل الجفاف وكثرة الشرب، والتبول، وانخفاض الوزن، والدوخة أحيانا خصوصا عند ارتفاعه، وعدم التئام الجروح بسرعة، وأخرى نفسية وفكرية متعلقة بالقلق والشعور الدائم بالتور والضغط النفسي خصوصا في اوقات التدريس وتواجدها داخل المدرسة، اضافة الى الانهالك والتعب الجسدي الذي ينعكس سلبا على الجانب النفسي والشعور بالإحباط وعدم القدرة على القيام بالواجبات العادية بسبب مرضها بأمراض أخرى (انزلاق غضروف العمود الفقري، والاكزيما) وبسبب حالتها النفسية تعاني الحالة من اضطرابات النوم والأرق منذ سنوات.

- **العوامل المتسببة في مرض السكري:** قدرت نسبتها بـ 11.11% تمحورت حول الظروف الاجتماعية التي مرت بها والمتمثلة في العامل المفجر وهو تعرضها لصدمة نفسية اثر خبر تعرض زوجها لحادث مرور خطير، اضافة الى عوامل اخرى كالصحية والشعور الدائم بالتعب والانهالك الجسدي بسبب العمل الدائم والمستمر داخل المنزل وتأدية مهامها كزوجة وأم لطفلين، وداخل المؤسسة التربوية.، اضافة الى دور العامل الوراثي المتسبب فيه خصوصا وان كلا الوالدين مصابين به وبعض الاخوة

والاقارب من كلا الجهتين.

• **آثار مرض السكري:** قدرت نسبت هذه الفئة بـ 41.66% وهي أعلى نسبة موجودة في بعد مرض السكري، تعلق بمضاعفات مرض السكري والآثار الناجمة عنها ونخص بالذكر هنا تأثيره على الكليتين، وشبكية العين ونقص وزن الحالة، إضافة الى بعض التأثيرات النفسية كالإحباط والضغط النفسي، التوتر، الانهك والتعب النفسي والجسدي، النسيان وضعف التركيز وتشتت الانتباه، واضطرابات النوم.

• **علاقة السكري بأمراض أخرى:** نسبتها 5.55% وتبين منها أن المعلمة على الرغم من معاناتها الحقيقية من بعض الأمراض المزمنة "الحساسية والاكزيما وآلام أسفل الظهر الناجمة عن انزلاق غضروفي في العمود الفقري"، إلا أنها لا صلة لها مباشرة بمرض السكري، لكن هناك آثار غير مباشرة ساهمت بقدر ما في زيادة معاناة الحالة من التعب النفسي والجسدي، والآلام الجسدية، وآلة الضغط الناجمة عن الآلام.

❖ **الضغط النفسي:** يعد الضغط النفسي لدى المعلمة — حالة نفسية ناجمة لحجم المعاناة الصحية التي تعاني منها منذ أكثر من 25 سنة بداية من ظهور الاكزيما لديها في فترة الشباب وعجزها عن علاجها التام ثم بعد مرضها بالعمود الفقري، إضافة الى انها تعتبر عامل مساهم في ارتفاع معدل نسبة الجلوكوز في الدم وظهور مرض السكري، كما أنه أثر ناتج عن الوضعية المهنية والاجتماعية التي تعيشها لذلك يتدخل في ظهوره مجموعة من العوامل الصحية المتعلقة بالأمراض التي تعاني منها، ومهنتها التي تقتض التعامل مع تلاميذ في فترة المراهقة، وتوجيهات وأوامر المدير المتعلقة بتدخله في عملية التدريس، وأخرى اجتماعية كونها مسؤولة عن توفير احتياجات أسرتها وتربية أبنائها والسهر على ابتها المصابة هي الأخرى بالسكري. لذلك فإن هذا البعد أحرز نسبة قدرت بـ 16.45% وتضمن فئتين بارزتين وهما أعراض الضغوط النفسية ومصادرها، سنوضحها فيما يلي:

• **أعراض الضغط النفسي:** تراوحت نسبة هذه الفئة بـ 38.46% وهي تمثل أعراض الضغط النفسي التي تعاني منها المعلمة لعدة أسباب سنذكرها في الفئة الموالية، كالشعور بالتوتر، وسرعة الاثارة والغضب داخل القسم، الخوف من المستقبل والموت، كويرة في الحلق، الاحباط والارق، والتفكير الزائد في مستقبل أطفالها، الانشغال الزائد وعدم القدرة على الاسترخاء، كل هذه الاعراض عانت منها الحالة لفترة سنوات حسب ما صرحت لفترات متقطعة، لكن لها تأثير سلبي على شخصيتها وعلى نمط حياتها الماضية.

• **مصادر الضغوط النفسية:** نسبة هذه الفئة مثلت بـ 61.53% وهي نسبة مرتفعة في هذا البعد تتمحور حول المصادر الصحية وتتعلق بالظروف المرضية التي تعاني منها الحالة، والمصادر الاجتماعية بدورها ترتبط بوضعيتها الاجتماعية وعبء المسؤولية الاجتماعية الملقاة عليها وسوء العلاقة مع الزوج في بعض الأوقات وأهله، والمصادر المهنية متعلقة بوظيفتها المهنية كمعلمة تدرس تلاميذ في فترة حرجة تتسم بالخصوصية "المراهقة" تتطلب بدل مجهودات كبيرة، علاوة على ذلك مدة تدريسها لهم لفترة تجاوزت العشرين سنة، مما يجعلها عرضة لاستنزاف جميع طاقتها وضعف مناعتها النفسية والجسدية، وبلوغ ذروة الاحتراق النفسي.

• **طرق مواجهة الضغوط النفسية والتعايش مع مرض السكري:** يمثل هذا البعد الأساليب التي تستخدمها المعلمة سواء في مواجهة الضغوط النفسية أو التعايش مع مرض السكري الايجابية منها أو السلبية، السلوكية أو الانفعالية، وتحاول من خلالها التكيف مع بيئتها المحيطة والتوافق النفسي والمهني، وقد تراوحت نسبة هذا البعد بحوالي 24.68% وهي النسبة الأعلى مقارنة ببقية الأبعاد، وتعلقت أساسا بثلاث فئات أساسية نشير إليها على الترتيب فيما يلي:

• **محاولات تقبل المرض:** قدرت نسبة هذه الفئة بـ 10.25% المحاولات التي تقوم بها المعلمة لتقبل وضعها الحالي واصابتها بمرض السكري، خصوصا وأنها في بداية المرض صدمت ولم تقبل المرض وبقيت للمدة أزيد من سنة تحاول تقبل وضعها الصحي الجديد، وتعلقت كلها بأساليب مواجهة دينية، وانفعالية وعقلانية تركز على محاولة اقناع نفسها بوجوب تسليم أمرها لله، ووجوب رضاها عن كل ما قدره واختاره لها الله، إضافة الى دور المساندة الاجتماعية التي تلقتها من طرف بعض صديقات الأستاذات اللواتي يعانين من نفس المرض.

• **استراتيجيات التعايش الايجابية:** قدرت نسبتها بـ 79.48% ويقصد بها مختلف الاستراتيجيات التي توظفها الحالة للتعامل مع الضغوط والتعايش مع مرض السكري الايجابية سواء كانت مرتكزة حول الانفعال أو السلوك، أو العقلانية كالمواجهة النشطة والفعالة عند التعرض لضغوط معينة واشغال وقتها بأعمال مفيدة عوض التفكير فيها لأكثر مما تستحق من وقت، والتخطيط لكل مشكلة والتمهل في حلها الى حين الأوقات المناسبة، وكذا الدعم الاجتماعي الذي تتلقاه من المحيطين بها، والرجوع الى الذين والصلاة والدعاء والصبر على الضغوط عند الاستنطاعة، والتقبل النسبي لمرضها في السنوات الأخيرة ومحاولة تنظيم أوقاتها واتباع أسلوب عيش يتلاءم ومرضها وانتظام أوقات تناول الدواء واتباع الحمية الغذائية بصورة حسنة.

• **استراتيجيات التعايش السلبية:** قدرت نسبتها بـ 10.25% وتتجسد في مختلف الأساليب التي توظفها الآلة للتعايش مع مرض السكري وضغوط الحياة اليومية، وتتمثل بالأساس في تجنب المواجهة الذي توظفه الحالة كميكانيزم أساسي في كل ما يؤدي إلى شعورها بالضغط والتوتر بالقدر المستطاع حيث تتجنب اللقاء مع المدير لأنه حسبها يتسبب في توترها في كل مرة تلتقي به، وتجنب التواصل المستمر مع كل شخص يزيد من حدة الضغط لديها، واستعمال الدعم الاجتماعي الانفعالي خصوصا من طرف صديقاتها لأنهم حسبها معينها على الحياة أكثر من زوجها، وكذا الاعتماد الكبير على الأدوية والمهدئات وأحيانا المنومات للنوم، وعدم القدرة على التحكم في الانفعالات في كثير من الأوقات خاصة داخل القسم وسرعة الاثارة والغضب لأسباب صغيرة.

• **جودة الحياة:** يرتكز هذا البعد على جملة من المؤشرات الأساسية التي تحدد نمط وأسلوب حياة الحالة -أ- وقدرتها على الرضا عن الحياة، والتوافق والتطور والتعايش مع الوضعية التي تعيشها في ظل السياق الاجتماعي المحيط بها، والثقافة السائدة لديهم بما تتضمنه من مركبات عقائدية وقيمية وتنظيمية، ومكونات نفسية وصحية، ومختلف الأهداف والتطلعات المستقبلية، وقد تراوحت نسبة هذا البعد بـ 18.35% ويضم سبع فئات، موزعة على النحو التالي:

• **الرضا عن الحياة:** قدرت نسبة هذه الفئة بـ 3.44% تعلق بالرضا النسبي للحالة عن حياتها العامة ليتبين لنا في العنصر الموالي أن نسبة رضاها عن الحياة منخفض مقارنة بعدم الرضا.

• **عدم الرضا عن الحياة الشخصية والاجتماعية والأسرية والصحة:** تراوحت نسبة هذه الفئة بـ 13.79% وهي نسبة مرتفعة مقارنة بنسبة رضا الحالة عن الحياة بسبب الوضعية الاجتماعية والمعاناة النفسية والآلام الجسدية التي خلفتها الأمراض التي أصيبت بها، لذلك انعكس عدم رضاها عن صحتها على رضاها العام عن حياتها سواء الشخصية أو الاجتماعية والأسرية.

• **العلاقات الاجتماعية:** نسبة هذه الفئة قدرت بـ 13.79% تعلق بمختلف العلاقات التفاعلية بينها وبين أفراد أسرتها وبالأخص زوجها التي تباينت بين الحسنة والسيئة أحيانا، وزميلاتها المعلمات خصوصا المصابات بالسكري والتي تربطها بهن علاقات قوية وإيجابية، والعلاقة السيئة مع المدير.

• **القدرة المالية والرفاهية:** قدرت نسبتها بـ 24.13% وهي أكبر نسبة في هذا البعد، تتعلق بالقدرة المالية للمعلمة وكفايتها على توفير حاجاتها وحاجات أسرتها، إضافة إلى الرفاهية التي تمثل الأساليب التي تتبعها المعلمة لممارسة هواياتها والتنفيس والترفيه عنها وعن أطفالها في أوقات الفراغ والراحة، كالمطالعة ليلا، التنزه وزيارة الأقارب مع الأطفال خلال العطل.

• **الاستقلالية والقدرة على اتخاذ القرار:** تراوحت نسبة هذه الفئة بـ 13.79% يتبين من خلالها ان المعلمة لها القدرة على اتخاذ القرارات الشخصية، والمهنية والأسرية بحرية خصوصا الأسرية لأن الزوج نوعا ما لا يمارس البعض من واجباته كأب وزوج اتجاه أسرته، مما جعلها تتخذ العديد من القرارات من دون حتى علمه، والاستقلالية في اتخاذها. أما بالنسبة للاستقلالية في الدراسة فإنها محدودة نوعا ما بسبب محاولات المدير التدخل لكن تجنب المعلمة له.

• **النظرة الماضية عن الحياة:** نسبتها قدرت بـ 10.34% تتضمن اتجاهات ونظرة المعلمة السابقة للحياة والماضي التي تشير الى حجم المعاناة النفسية والجسدية بسبب الآلام والتعب الناجمين عن المرض، والأدوار التي تقوم بها داخل المتوسطة كمعلمة والبيت كزوجة وكأم.

• **التطلع للمستقبل:** نسبتها حوالي 20.68% تبين الآمل والتطلعات المستقبلية للمعلمة نحو حالتها الصحية والوضعية الصحية لابنتها، ونجاح أطفالها وتلاميذها مستقبلا، ومختلف أهدافها المقبلة في المستقبل.

1-4-4- عرض ومناقشة نتائج تطبيق المقاييس مع الحالة الأولى -أ-

1-4-4-1- استبيان إدراك الضغط (P.S.Q) Perceived stress questionnaire:

بعد تطبيقنا الاستبيان مع الحالة الأولى -أ- أثناء المقابلة تحصلنا على النتائج التالية الموضحة في الجدول أدناه.

جدول رقم (30) يوضح نتائج مقياس ادراك الضغط لدى الحالة الأولى -أ-.

Σ	الإجابة	العبارات	الإجابة	العبارات	الإجابة	العبارات	الإجابة	العبارات	الإجابة	العبارات
100	4	25	3	19	3	13	3	7	3	1
	4	26	2	20	4	14	4	8	4	2
	4	27	2	21	2	15	3	9	4	3
	4	28	4	22	4	16	3	10	4	4
	3	29	3	23	3	17	4	11	2	5
	2	30	3	24	4	18	4	12	4	6

يحسب مؤشر إدراك الضغط وفقا للمعادلة التالية:

$$م إض = \frac{100 - 30}{90} = 0.77$$

، ويفسر على أنه مؤشر مرتفع من إدراك الحالة للضغط.

بناء على المعطيات والنتائج الواردة في الجدول المذكور سابقا رقم (30) نستشف أن الحالة الأولى -أ- لديها ادراك مرتفع للضغط حيث قدر مؤشر إدراك الضغط بـ 0.77% وذلك بإجابتها تقريبا على العديد من العبارات بدرجات مرتفعة، وهي على واعي تام به، لأنها منذ الانطلاقة في الاجابة على الاستبيان وأثناء المقابلة صرحت بأنها تعاني من ضغط نفسي مرتفع، لدرجة أنها كلما يرتفع لديها الضغط خصوصا داخل القسم كلما تشعر بارتفاع معدل السكري، وارتفاع ضغط عينيها لدرجة نزول الدموع، ومؤخرا ارتفاع معدل الضغط الدموي، وتثبت من ذلك بعد قياسه على الفور، ويتبين لنا أن الحالة تقريبا أجابت بالموافقة على جل العبارات، ليتأكد لنا أنها تدرك حقيقة مختلف مصادر الضغط الذي تعاني منه المعلمة سواء المتعلقة بكثرة الأعمال والمسؤوليات الملاقاة على كاهلها وتحملها لوحدها تربية أبنائها دون اشراك زوجها للمساعدة في أعمال البيت أيضا، والمرض من جهة أخرى الذي عانت منه منذ أكثر من عشرين سنة، وانعكاساته على شخصيتها التي حسب تصريحها أثناء اجابتها على بنود الاستبيان تقول: "عانيت من صغري من المرض حتى شخصيتي عادت تعيسة ونكدية" وضاعف مرض السكري من المعاناة لديها حيث عند اجابتها على العبارة (8 و 12 و 14) والمتضمنة لـ "الشعور بالتعب والتوتر والاحباط" أجابت عليها بالدرجة المرتفعة وصرحت لنا بقولها "هنا نحط أعلى درجة لأنني زادني السكر تعب على تعب وإذا كاين أكثر من الاحباط فأنا فيه"، ولعبت المخاوف المستقبلية دور هام في ارتفاع حدة الضغط لديها حيث في كل عبارة تصادفها في المقياس حول الخوف كالعبارتين رقم (18 و 22) ان خوفها متمركز حول فكرة المستقبل والموت وترك أطفالها بدون معين، كما أجابت عن العبارة رقم (3) انها تعاني مؤخرا من سرعة الغضب فقط وليس ضيق الخلق، في اشارة الى عدم القدرة على التحكم في الانفعالات وسرعة الاثارة وهذا نتيجة للضغط الكبير الذي أصبحت تعانيه بسبب إزمان المرض وعدم قدرتها على التحمل لعبء المسؤولية وهذا ما تأكد لنا عند أجابتها عن العبارة رقم (9 و 28) بدرجة مرتفعة جدا وفي هذا الصدد نجد "Pierre-Eric Sutter et all" (2008,p10) يرون "أن وضعية الضغط تنتج بسبب اختلال التوازن بين إدراك الفرد لصعوبات يفرضها المحيط وبين إدراكه لموارده التي تسمح له مواجهة هذه الصعوبات".

1-4-2- عرض ومناقشة نتائج مقياس الاحتراق النفسي:

تم تطبيق مع الحالة ب- مقياس الاحتراق النفسي لـ ماسلاش، وقد تحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول الموالي.

جدول رقم (31) يوضح نتائج مقياس الاحتراق النفسي لدى الحالة الأولى أ-.

الرقم	البعد	العبارات								Σ
1	الانهك العاطفي	01	02	03	06	08	13	14	16	20
		6	4	5	6	1	5	4	6	3
2	تبلد المشاعر	05	10	11	11	15	22	23	23	23
		4	2	6	6	5	6	6	6	6
3	الانجاز الشخصي	04	07	09	12	17	18	19	21	20
		4	4	3	0	3	2	3	1	1

يتبين لنا من الجدول المذكور أعلاه رقم (31) المتضمن لنتائج الحالة الثالثة ج- على مقياس الاحتراق النفسي لـ "ماسلاش"، أن مستوى الاحتراق النفسي لديها مرتفع حيث سجلت درجات مرتفعة جدا على بعد الانهك العاطفي والذي قدر بـ (40)، وهذا ما يشير الى أن المعلمة ب- استنزفت كل طاقتها النفسية والجسمية، حيث اجابت على البنود (1، 3، 6، 13 و 16) بأقصى درجة (5 و 6) وذلك بسبب تعرضها المستمر لمصادر ضاغطة عديدة صحية، وأسرية، ومهنية واجتماعية علائقية، اضافة الى تعدد الأدوار والمسؤوليات، والذي زاد من حجم الجهد المبذول تدريسها للتلاميذ المقبلين على شهادة التعليم الابتدائي، كما سجلت نتائج مرفعة على بعد تبلد المشاعر، حيث قدرت درجة البعد الكلية بـ (23)، وتتجسد مظاهر تبلد المشاعر لدى المعلمة خاصة في البنود (11، 15، 22) التي اجابت عنها بدرجات مرتفعة تقريبا عدة مرات في الاسبوع ويوميا، والتبلد العاطفي لديها نظرا لوقوعها في اللامبالاة، وضعف علاقاتها الاجتماعية، ومحاولة معالجة مشاكلها وظروفها الصحية والاسرية والمهنية التي تعيشها بصورة شخصية، مما نجم عنها استنفاد للطاقة الجسدية والنفسية لكثرة الضغوط الأسرية والمهنية المتعلقة بالتلاميذ والمدير، ومرض ابنتها الصغيرة بالسكري، أما البعد الأخير والذي يمثل الانجاز الشخصي، فإننا نجد درجة (20) وهي متوسطة مقارنة بالبعدين السابقين، حيث عبرت فيها المعلمة عن انطباعاتها ومشاعرها اتجاه الآخرين واحتكاكها بالتلاميذ، وقدرتها على التعايش معهم والتأثير فيهم بايجابية، اضافة الى مختلف انجازاتها العملية التي لم تستطع انجازها بسبب كثرة المهام وضيق الوقت وتراجع استطاعتها

الجسدية، ومشاكلها الزوجية الي أثرت على السير الحسن لعملها، وهذا ما أكدته درجاتها المنخفضة جدا على البنود (12، 18، 21) والتي أجابت عنها بـ (0، 2، 1) والتي تشير الى عدم قدرة المعلمة على التفاعل وحل المشكلات الانفعالية بهدوء تام، أو الشعور بالحيوية والنشاط اليومي مع التلاميذ، وفي المقابل كانت أعلى الدرجات في هذا البعد للتدوين (4 و 7) اللذان يتعلقان بتفهم التلاميذ والتعامل معهم لأنها بفعل الأقدمية والخبرة المهنية في مجال التدريس أصبحت لامبالية وغير مهتمة احيانا لمشاكل تلاميذها، كما أنها لا تستطيع حل جميع مشاكلهم لأنها تخطت مرحلة استنفاد الطاقة، ناهيك عن لطبيعة العمل وتدريسها للتلاميذ في الطور الابتدائي، وما يتسبب به من فرط النشاط والحركة جعلها تفقد الكثير من هدونها في عملها رغم ادراكها لوضعها، ورغبتها في تجاوزه والتحكم فيه خاصة مع التلاميذ الفوضويين أو مع المدير، كما أن لعامل السن والخبرة في الميدان مع معاناتها الصحية من عدة أمراض لعدة سنوات، ومعاناة ابنتها مع السكري أفقدها الشعور بالحيوية والنشاط.

ونستنتج في الأخير أن كل هذه المؤشرات توحى بعدم استعمال المعلمة لأساليب مواجهة فعالة مما جعلها تعاني من مستوى احتراق مرتفع.

1-4-3- عرض ومناقشة نتائج مقياس أساليب مواجهة الضغوط:

طبقتنا مقياس اساليب المواجهة مع الحالة الأولى أثناء المقابلة تحصلنا على النتائج التالية المبينة في الجدول الموضح أدناه.

جدول رقم (32) يوضح نتائج مقياس أساليب مواجهة الضغوط لدى الحالة الأولى -أ-

الرقم	البعد	العبارات	الدرجات	Σ
1	اعادة التفسير الايجابي	1 - 16 - 31 - 46 .	2 + 2 + 2 + 1	7
2	الابتعاد الذهني أو الشرود العقلي	2 + 17 - 32 - 47 .	0 + 1 + 0 + 2	3
3	التركيز على الانفعالات واطهارها	3 - 18 - 33 - 48 .	2 + 2 + 2 + 2	8
4	الاستعمال الاجرائي للدعم الاجتماعي	4 - 19 - 34 - 49 .	2 + 1 + 2 + 2	7
5	المواجهة النشطة	5 - 20 - 35 - 50 .	2 + 2 + 2 + 2	8
6	الانكار	6 - 21 - 36 - 51 .	1 + 1 + 1 + 1	4
7	المواجهة الدينية	7 - 22 - 37 - 52 .	2 + 2 + 2 + 2	8
8	السخرية أو الدعابة	8 - 23 - 38 - 53 .	0 + 0 + 0 + 0	0
9	الابتعاد السلوكي.	9 - 24 - 39 - 54 .	0 + 1 + 1 + 1	3

10	التريث أو الامتناع	55 - 40 - 25 - 10	2 + 2 + 1 + 1	6
11	استعمال الدعم الاجتماعي الانفعالي	.56 - 41 - 26 - 11	2 + 2 + 2 + 2	8
12	تعاطي المواد النفسية	.57 - 42 - 27 - 12	2 + 1 + 0 + 2	6
13	التقبل	.58 - 43 - 28 - 13	2 + 2 + 2 + 1	7
14	قمع الأنشطة التنافسية	.59 - 44 - 29 - 14	1 + 2 + 2 + 1	6
15	التخطيط	.60 - 45 - 30 - 15	2 + 2 + 2 + 2	8

كانت الحالة الأولى -أ- أثناء المقابلة عند اجابتها على بنود مقياس أساليب المواجهة في حالة قلق وضغط بسبب ارتفاع معدل الجلوكوز وسوء النتائج الفصلية للتلاميذ، وقد تبين لنا من خلال النتائج الواردة في الجدول السابق رقم (32) أنها تستعمل العديد من استراتيجيات المواجهة خصوصا السلبية والمرتكزة حول الانفعالات بدرجة مرتفعة جدا كبعد التركيز على الانفعالات واطهارها حيث أجابت بالايجاب على كل البنود (3-18-33-48) ومنحها الدرجة (2) دليل على فعلها كثيرا، ونفس الشيء بالنسبة لبعد استعمال الدعم الاجتماعي الانفعالي حيث أجابت على كل البنود (11-26-41-56) بأعلى درجة (2) كدليل على فعلها كثيرا، لتأتي بعد ذلك الاستراتيجيات المرتكزة حول السلوك في مرتبة مرتفعة تضم كل الأبعاد التالية: قمع الأنشطة التنافسية، والتريث أو الامتناع، وتعاطي المواد النفسية وتحصل على الدرجة (6) لتتبنى عن الاستعمال المرتفع من الحالة لأساليب المواجهة السلبية المرتكزة حول السلوك. وتأتي في المرتبة المتوسطة والأخيرة أساليب المواجهة السلبية المرتكزة حول التفكير والأنشطة العقلية لتضم كل من أبعاد المواجهات الابتعاد الذهني أو الشرود العقلي، الإنكار إضافة الى المواجهة السلوكية المتمثلة في الابتعاد السلوكي حيث تحصلت الحالة على هته الأبعاد ما بين الدرجة (4 الى 3) كاستخدام متوسط الى ضعيف لها من قبل الحالة.

أما بالنسبة الى استراتيجيات المواجهة الايجابية فقد بينت لنا نتائج المقياس أنها تستخدم ستة أساليب من ضمن سبعة أساليب بحيث أنها أحرزت درجات مرتفعة جدا عليها كلها سواء كانت مرتكزة حول الانفعالات أو السلوك أو العقلي منها لتشمل بذلك كل الأبعاد التالية: إعادة التفسير الايجابي، الاستعمال الاجرائي للدعم الاجتماعي، المواجهة النشطة، والمواجهة الدينية، التقبل وأخيرا التخطيط، وقد أجابت على كل بنودها بدرجات مرتفعة لتحرز النتيجة (من 7 الى 8) على كل بعد، مما يبنى على أن الحالة واعية ومدركة لحقيقة الضغط الذي تعانيه، وتحاول قدر الامكان توظيف استراتيجيات ايجابية

لمواجهته والتعايش مع مرضها في آن الوقت، كما أنها تستعمل استراتيجيات متنوعة لمواجهة تشير الى مدى الذكاء الانفعالي الذي توظفه للمواجهة ومرونتها للتكيف مع أوضاعها، وقدرتها على الجلد رغم الجروحية النفسية والجسدية وضعف المناعة الجسدية لديها الا أنها تحاول المقاومة واعتمادها على مراكز الضبط الداخلية والخارجية معا.

1-4-3- عرض ومناقشة نتائج مقياس جودة الحياة المنوي لمنظمة الصحة العالمية:

بعد تطبيق مقياس جودة الحياة تحصلنا على النتائج المبينة في الجدول الموضح أدناه.

جدول رقم (33) يوضح نتائج مقياس جودة الحياة لدى الحالة الأولى - أ - .

المحاور	البنود	المحاور	البعد
9	G1 - G2 - G3 - G4	نوعية الحياة العامة والصحة العامة	المجال الجسدي
18	F1.1 - F2.1 - F3.1 - F4.1	الالم وعدم الراحة	
14	F1.2 - F2.2 - F3.2 - F4.2	الطاقة والتعب	
10	F1.3 - F2.3 - F3.3 - F4.3	النوم والاسترخاء	
42		Σ درجات البعد	
12	F1.4 - F2.4 - F3.4 - F4.4	الشعور الايجابي	المجال النفسي
10	F1.5 - F2.5 - F3.5 - F4.5	التفكير والتعلم	
13	F1.6 - F1.6 - F3.6 - F4.6	تقدير الذات	
14	F1.7 - F2.7 - F3.7 - F4.7	صورة الجسم	
17	F1.8 - F2.8 - F3.8 - F4.8	الشعور السلبي	
66		Σ درجات البعد	
12	F1.9 - F2.9 - F3.9 - F4.9	القدرة على الحركة	مستوى الاستقلال
14	F1.10 - F2.10 - F3.10 - F4.10	انشطة الحياة اليومية	
18	F1.11 - F2.11 - F3.11 - F4.11	الاعتماد على الأدوية والعلاج	
14	F1.12- F2.12 F3.12 F4.12	القدرة على العمل	
58		Σ درجات البعد	
14	F1.13 - F2.13 - F3.13 - F4.13	العلاقات الشخصية	العلاقات الاجتماعية
14	F1.14 - F2.14 - F3.14 - F4.14	الدعم الاجتماعي	
13	F1.15 - F2.15 - F3.15 - F4.15	النشاط الجنسي	
41		Σ درجات البعد	

13	F1.16 – F2.16 – F3.16 – F4.16	الأمن والامان الجسمي	البيئة
12	F1.17 – F2.17 – F3.17 – F4.17	البيئة المنزلية	
15	F1.18 – F2.18 – F3.18 – F4.18	المصادر المالية	
12	F1.19 – F2.19 – F3.19 – F4.19	الرعاية الصحية والاجتماعية	
15	F1.20 – F2.20 – F3.20 – F4.20	القدرة على اكتساب معلومات ومهارات جديدة	
14	F1.21 – F2.21 – F3.21 – F4.21	الترفيه	
12	F1.22 – F2.22 – F3.22 – F4.22	البيئة الطبيعية	
11	F1.23 – F2.23 – F3.23 – F4.23	وسائل المواصلات	
104		Σ درجات البعد	
18	F1.24 – F2.24 – F3.24 – F4.24	المعتقدات الدينية	
18		Σ درجات البعد	الديني
329		Σ الأبعاد	

انطلاقاً من الجدول المذكور اعلاه رقم (33) المتضمن لنتائج الحالة الأولى على المقياس المؤي لجودة الحياة نستشف أن لديها جودة حياة متوسطة قدرت بـ (329 درجة) وزعت على مجموعة من الأبعاد حيث تحصلت على أكبر درجة (18) في المجال الديني الذي يشير الى المعتقدات الدينية في المقابل نجدها تحصلت على أضعف درجة (9) في بعد نوعية الحياة العامة والصحة العامة، هذا الأخير الذي ينبئ عن جودة حياة صحية وعامة سيئتين، كما قد تحصلت على بعد المجال الجسمي والذي يمثل الجودة الجسمية ثلاث محاور رئيسية الألم وعدم الراحة حيث تحصلت على الدرجة (18) حيث في البند رقم F1.1 المتضمن عبارة "كم مرة عانيت فيها من ألم بدني" و "هل أنت منزعج من ألمك وعدم راحتك" أجابت بدرجة كبيرة جداً (5) ليتوافق لنا مع معاناتها الحقيقية من الأمراض السيكوسوماتية المزمنة التي تعاني منها، أما بالنسبة الى محور الطاقة والتعب فقد أحرزت نتيجة متوسطة وكذا نفس النتيجة مع محور النوم والاسترخاء حيث أجبت على البند رقم F2.3 "هل لديك أي صعوبات متعلقة بنومك" وكانت اجابتها بالدرجة (5) بدرجة كبيرة جداً) والبند رقم F1.3 "هل نومك جيد" أجابت بالدرجة (1 سيء جداً) لذلك فان النتيجة المحصلة على هذا المحور "النوم والاسترخاء" قدرت بالدرجة (10) تنبئ عن حجم الضغوط التي تعاني منها المعلمة والتي تحول عن النوم الجيد والهدوء، أما بعد المجال النفسي فدرجاته متوسطة ليشير

الى جودة حياة نفسية متوسطة حيث تحصلت على محور الشعور الايجابي درجة (12)، ونتيجة مقارنة بالنسبة لتقدير الذات وصورة الجسم (13 و 14 على التوالي) في حين أُرزت درجة مرتفعة من الشعور السلبي (17 درجة)، أما بالنسبة لبعده مستوى الاستقلال تحصلت على درجة متوسطة حيث أحرزت أضعف درجة على محور القدرة على الحركة (12) وذلك بسبب التعب الناجم عن مرض التهاب الغضروف في العمود الفقري إضافة الى عبء المسؤولية الملقاة على عاتقها، أما محور الاعتماد على الأدوية والعلاج فقد تحصلت على الدرجة الكلية نظرا لاعتماد المعلمة على المهدئات للتخفيف من حدة الآلام، والمنومات في بعض الأحيان إضافة الى تبعيتها المزممة للأدوية الخاصة بالآلام العمود الفقري، والحساسية والاكزيما ومرض السكري، هذا ما انعكس كذلك على ممارسة أنشطتها اليومية وقدرتها على العمل لتحصل على نتائج متوسطة في العموم.

نلاحظ كذلك أنها سجلت درجة متوسطة (41) على بعد جودة العلاقات الاجتماعية الذي تضمن ثلاث محاور أساسية هي جودة العلاقات الشخصية والدعم الاجتماعي والنشاط الجنسي، حيث صرحت أثناء اجابتها على بنود هذه المحاور أن زوجها غير مهتم كثيرا بها، ولا يساعدها في تربية أطفالهما أو تعليمهم، ولا يساندها كثيرا، وقليل التواصل والحوار داخل البيت، لذلك فهي تجد المساندة ويد المساعدة من طرف إخوتها، وصديقاتها المعلمات المصابات بالسكري أكثر من زوجها، ومؤخرا أصبحت تزور الأخصائية النفسانية وكونت علاقة طيبة معها.

أما بالنسبة لبعده جودة البيئة فدرجاته متوسطة ويضم مجموعة من المحاور التي تراوحت درجاتها ما بين (11 الى 15) فمثلا وسائل المواصلات كانت درجته (11) وهي أضعف درجة في هذا المحور بسبب بعد مكان المؤسسة التي تدرس بها المعلمة عن منزلها ولا يمكن وصولها الا باستعمال وسيلة نقل، أما محاور الأمن والأمان الجسمي والبيئة المنزلية والبيئة الطبيعية هاتين الأخيرتين أقرت أنهما يؤثران كثيرا على صحتها خصوصا وأنها تسكن بالقرب من مصنع تكرير البترول وتمييع الغاز الذي له افرازات غازية سامة مضرّة بالصحة وهي السبب في مرضها واصابتها بالحساسية، أما محور الرعاية الصحية والاجتماعية فكانت درجة (12)، أما الترفيه والمصادر المالية فهي على التوالي (14 و 15) وهي متوسطة لأن الحالة مستواها المادي متوسط لأنها معلمة وزوجها موظف فهي قادرة على توفير حاجاتها وحاجات عائلتها المادية، أما الترفيه فالحالة تطبق البعض من نصائح الأخصائية النفسية حيث تأخذ كل

نهاية أسبوع رحلة للتنزه، وزيارة الأقارب، كما أنها محافظة على تمضية أوقات فراغها في التنزه، أو ممارسة بعض هواياتها سواء المطالعة، أو طبخ الحلويات وكل ما يشتهيها أفراد أسرته التي تعتبره متنفس لها عن الضغوط التي تواجهها.

1-5- التحليل العام لنتائج الحالة الأولى-أ-:

استنادا على النتائج المحصل عليها من الأدوات الاجرائية المطبقة على الحالة الأولى من "مقاييس: ادراك الضغط، أساليب المواجهة وجودة الحياة، اضافة الى تقنية تحليل المحتوى" التي تم تطبيقها أثناء المقابلة النصف موجهة؛ يتبين لنا أن المعلمة -أ- تعاني من العديد من الأمراض السيكوسوماتية المزمنة كالحساسية، والاكزيما ثم اصيبت بالسكري النمط الثاني، وكانت لكل هذه الأمراض في تاريخها المرضي بصمة هامة في تشكل هشاشتها المناعية العضوية، وظهر السكري لديها من النمط الثاني على اثر صدمة انفعالية قوية بعد سماعها خبر تعرض زوجها لحادث مرور خطير، حيث ارتفعت لديها نسبة الجلوكوز الى أكثر من 3 غ/ل، ويشخص طبيا مرض السكري بعد ارتفاع مستوى الجلوكوز في الدم الى اكثر من 1,30 غ/ل نتيجة لعدم قدرة الجسم على تمثيل الأيض إثر تضرر خلايا بيتا الجزئي بسبب المناعة الذاتية، فينجم عنه اضطراب في كمية تحرير الانسولين عن المستويات الطبيعية على مستوى البنكرياس وهذا لا يعني التوقف الكلي عن افرازه. (زيدان حيدر كامل، حمادي على مالك، 2013، ص1540) نستنتج ان العوامل النفسية كانت بمثابة عوامل مفجرة وخطر للإصابة بالسكري، وفي هذا المضمار توصلت بعض الدراسات على غرار دراسة "روبنسون" (1983) لتي تمت المقارنة فيها بين مرضى السكري والأصحاء، وتوصلت الى أن الكثير من حالات الدراسة صرحوا بظهور السكري بعد التعرض فجأة لصدمة انفعالية قوية. (Damien, Delloye, 1985) وفي نفس السياق يصرح "جرالتان Grallatin" (1982) أن الضغوط النفسية هي أحد أبرز العوامل الرئيسية في ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية" (العيوي عبد الرحمن، 2000، ص271) حيث تجد الشحنة السلبية للطاقة النفسية تصريفها حسب "Nacht" في احد المسلكين إما عن طريق التجسيد، أو عن طريق الجهاز العصبي ("معالم صالح، 2008، ص128). كما أن للعوامل الوراثية دور بارز في حدوث الهشاشة المناعية عند الحالة فقد توفيت والدتها بعد اجراء عملية جراحية لغرغرينة القدم بسبب مرض السكري التي أصيبت به بعد تعرضها لصدمة انفعالية هي الأخرى، واصابة الوالد والاخوة به، وبعض الأقارب من الجهتين، فالتاريخ العائلي المرضي للحالة يثبت دور الوراثة في تطور المرض، وهو ما أكدته دراسة "روبنسون" السالفة الذكر وأثبتت

وجود زيادة هامة سريريا في عدد حوادث الحياة الصادمة قبل ظهور السكري والوراثة عند أصول ونسل المريض. (ميرود محمد، أيت حمودة حكيمة، 2014، ص227).

وقد سجلنا لدى المعلمة إدراك مرتفع للضغوط النفسية قدر بالدرجة (0,77) على استبيان ادراك الضغط، وهذه الضغوط تضافرت في ظهورها مجموعة من العوامل الصحية الجسدية متعلقة بـ:

- جملة الأمراض التي تعاني منها، والتي تكون أعراضها ومضاعفاتها الضغط؛ فالحساسية والاكزيما تسببت لديها في الشعور بالضغوط والخجل نظرا لما تخلفه من تشوهات مؤقتة على مستوى الأعضاء المصابة، وحدة آلام مرض انزلاق الغضروف على مستوى العمود الفقري نجم عنها الشعور بالتوتر والضغط النفسي والجسدي والقلق، كما أن مرض السكري هو الآخر ناتج عن صدمة نفسية حادة تلقتهما أدى الى ارتفاع مستوى الجلوكوز والضغط الدموي، كما كان لعدم تقبلها جميع الأمراض التي أصيبت بها في البداية وازمانها، وعدم شفاؤها منها دور هام في ظهور وتطور الضغوط النفسية كمضاعفات عن هذه الأمراض وهو الأمر الذي انعكس كذلك على جودة حياتها الصحية والنفسية.

- نوع العمل المهني التي تمارسه الحالة، وطريقة ادراكها له حيث يركد "المشعان" (2000، ص205) عن أن ثلث المعلمين يصرحون بأن مهنة التعليم مهنة ضاغطة، وهو ما تأكد عند تحليل محتوى مضمون المقابلة مع الحالة التي تصرح بأنها تدرس في المرحلة المتوسطة تتعامل مع تلاميذ في مرحلة جد حرجة ألا وهي مرحلة المراهقة التي تتسم بالنشاط والحيوية، والاضطراب واللاتزان في نفس الوقت، وتتطلب منها قدرات معينة وحسن ادارة التعامل معهم، وكفاءة مهنية جيدة، وهو الذي تعجز عنه المعلمة أحيانا نتيجة لظروفها الصحية الصعبة، مما يوقعها في دائرة الضغوط واستنزاف الطاقة والاحترق النفسي، وهنا نذكر الى انه بينت عدة دراسات وجود علاقة بين الاصابة بالضغط النفسي وبعض المهن التي تتسم بالرتابة والمسؤولية على الغير كالأستاذة . (عبدوني عبد الحميد، 1994، ص215)

- من جهة أخرى تعاني المعلمة -أ- من علاقات مضطربة وتفاعلات متوترة داخل محيطها المهني التعليمي والتي أثرت كثيرا على صحتها النفسية والجسدية، وجودة حياتها العامة، وأدائها المهني ترتبط بالضغوط المهنية ومختلف الممارسات الضاغطة التي يقوم بها المدير اتجاهها نظرا لشخصيته التسلطية حسبها وتدخله حتى في طرق التدريس والبرنامج، وهنا نشير الى ما استنتجه "Wallius" (1982) أن أبرز مصادر الضغوط في مهنة التعليم هي نوعية العلاقة مع الآخرين خاصة مع الزملاء،

والادارة والتلاميذ. لذلك فإننا نلاحظ أن المعلمة -أ- تواجه ضغوط أخرى متعلقة بكيفية التعامل مع التلاميذ، وحالة الفوضى والمشغبة التي يقومون بها داخل القسم والتي تزيد من حدة الاستثارة والتوتر لديها خاصة وأنها تعاني من آلام عدة أمراض جسدية، وفي هذا المنوال نجد "فاخر عاقل" يقر أن مصادر الضغوط بعضها ينجم من المجتمع، والبعض الآخر صادر من العلاقات المهنية مع المدرسين والإداريين، والبعض الآخر من الطلاب.

• اضافة الى العاملين السابقين نسجل العوامل الأسرية العلائقية وفي هذا المنحى بين "كاستنبوم Kastenbaum" (1984, p374) أن الضغوط النفسية تسجل بصورة أكثر شيوعا لدى الأفراد الذين يتفاعلون ويتعاملون مباشرة مع الأفراد. حيث أن المعلمة -أ- تواجه ضغوط أخرى أسرية متعلقة بتربية الأطفال، وتدريسهم بسبب ضيق الوقت، وأعباء مسؤولية البيت من دون مشاركة زوجها الغير مهتم بما يجري داخله، فمواجهة كثرة أعباء المسؤوليات داخل البيت وخارجه في المتوسطة جعل طاقتها تستنزف بشكل كبير وتقع ضحية للاحتراق النفسي، وقد أكدت عدة دراسات على غرار دراسة "Adamson" (1975) أن المسؤوليات المتزايدة، والعبء الوظيفي أحد أهم الأسباب المؤدية الى ضغوط العمل عند المعلمين في المؤسسات التعليمية. (عيس اسماعيل، 2012، ص14) كما أن لنوعية علاقتها بأهل زوجها المضطربة قليلا لأسباب عدة عواقب وخيمة انعكست سلبا على تصرفاتها وعلاقتها بزوجها، وعلاقة زوجها بأطفالهما.

كل هذه العوامل السابقة جعلت المعلمة -أ- تعاني من عدة ضغوط صحية، وجسدية، ونفسية، واجتماعية وأخرى مهنية ساهمت بقدر كبير في تطور وضعيتها الى حالة الاحتراق النفسي، كما عززت بشكل سلبي هشاشتها وجروحيتها النفسية والصحية، واثرت على جودة حياتها العامة؛ بما فيها الصحية، الجسمية، النفسية، والاجتماعية وتكيفها المهني. الأمر الذي أجبرها على التواصل مع مختصة نفسية السنة الفارطة كمحاولة لتدارك أوضاعها، والقيام بعدة محاولات للتكيف معها. فنجدها تستخدم عدة استراتيجيات لمواجهة الضغوط النفسية والتعايش مع مرض السكري التي حسب "لازاروس وفولكمان" تشير الى التغيير المستمر في الجهود المعرفية والذهنية لإدارة المطالب الداخلية والخارجية للضغوط التي يعتقد الفرد أنها متجاوزة لإمكاناته". (عبد الحميد حسن والمحززي راشد، 2006، ص290)

كما تشير وفقا لـ "Paulhan & al" (1995) الى الأنظمة الدفاعية التي تسمح بإعادة التوازن النفسي مع ما يدركه الفرد من حدث ضاغط، وتتجلى استراتيجيات التكيف بشكل عام متزامن في مرحلة التقييم المعرفي للموقف حيث تتمظهر في عدة أفعال وسلوكيات، وهذه الاخيرة تحيل الى جملة من الانشطة السلوكية الملاحظة، أو غير الملاحظة، او المستدخلة كطرق التقييم، والفهم والتفسير والتحليل وإعادة التقييم، وما يتبعها من عمليات ذهنية وتصورات عقلية، لذلك فعلى الرغم من عدم تقبلها في المرحلة الأولى لمرض السكري الا أن مساندة البعض من صديقاتها المعلمات المصابات به، ودعمهن لها المعنوي والمادي جعلها تتقبله أكثر مع الوقت، وترجع للعمل بعد انقطاعها عنه لمدة أسبوعين بعد معرفة اصابتها بالسكري، لأن حجم الضغط النفسي الناجم عن صدمة الاعلان عن المرض تسبب لها في جرح نرجسي مع شعور بالضيق، واللامبالاة، وقلة الدافعية للعمل. لكنها حاولت تجاوز مرحلة الصدمة والانكار واستطاعت ان تصل الى مرحلة المقاومة للمرض وقامت بتوظيف آليات المواجهة لإعادة التكيف والتوازن النفسي والاجتماعي والجسدي، ويرى العديد من الباحثين أن استراتيجيات المواجهة لها عدة وظائف أساسية أهمها وظيفة الحفاظ على التوازن الانفعالي بحيث اذا وجد أثر مباشر على الوضعية الضاغطة في حد ذاتها للمعلمة؛ فانها هنا تستعمل استراتيجيات تدعى بـ"استراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال"، واما إن حدث تغيير في عناصر الوضعية الضاغطة وبالتالي يؤثر بشكل غير مباشر في الحالة الانفعالية لها؛ فانه هنا تم استعمال "استراتيجيات المواجهة المرتكزة على المشكلة"، واذا أثرت بشكل ايجابي على الوضعية الضاغطة وسنحت لها بالتعايش، والقدرة على النمو والتطور نسميها "استراتيجيات المواجهة الايجابية"، أما اذا أثرت بشكل سلبي، أو ايجابي على الوضعية الضاغطة، وسمحت لها بالهروب أو تفادي فقط الوضعية الضاغطة من دون وجود حل لها، أو عززت لديها المشاعر السلبية تسمى في هذه الحالة "استراتيجيات المواجهة السلبية".

ويمكن توضيحها بشكل أكثر استفاضة وفقا لما استخلصناه من نتائج تحليل مضمون المقابلة ونتائج تطبيق مقياس أساليب المواجهة مع المعلمة حيث تبين أن:

- استراتيجيات المواجهة الايجابية: وهي وفقا لـ "Dunkley & al" (2000, p437) مجموعة من الأساليب المرنة التي يتعامل بها الفرد في مواجهة الضغوط النفسية من خلال توظيف أفكاره وانفعالاته الايجابية، أو طلب الدعم الاجتماعي، أو البحث عن المعلومات التي تثود شخصيته الى التوافق والنمو مع بيئته، لذلك يمكن اعتبارها مختلف طرق المواجهة البناءة سواء كانت مرتكزة على السلوك، أو الانفعال

أو التفكير مثل: المواجهة النشطة والفعالة للمشاكل ولا تنريث الا في مشاكلها الاسرية على حسب ما ذكرت، أما إعادة التفسير الايجابي فهي عادة ما تقرنه مع المواجهة الدينية حيث تركز على التفاوض بالخير رغم المعاناة والآلام وتتوقع الايجابية حيث تقول: "أن ديننا حثنا على التفاوض عند الشدائد، فتفاءلوا خيرا تجدوه، كما ان الصدقة تدفع البلاء وتشفى من الأسقام"، كما نجدها تعتمد كثيرا على التخطيط والتدوين في كل شيء لأنها تدرس وكل معلم تتطلب منه المهنة تنظم وقته، وتدون واعداد مذكراته اليومية، كما أن حالتنا حسب تصريحها تنسى كثيرا اذا لم تدون ما يجب عليها القيام به خلال اليوم بما فيها قائمة مقتنياتا اليومية، وتستعمل استراتيجية الاستعمال الاجرائي للدعم الاجتماعي، والتقبل بشكل عام خاصة مع التلاميذ كونهم في مرحلة حرجة ولا يتطلب الصرامة والقسوة، وقد تحصلت على درجات مرتفعة جدا (7-8) لكل بعد، وهذا ما يشير الى حجم المقاومة والمواجهة التي تبذلها المعلمة رغم ظروفها الصحية الصعبة والأسرية والمهنية السيئة.

• استراتيجيات المواجهة السلبية: وهي مختلف أساليب المواجهة التي تستعملها المعلمة سواء كانت مرتكزة حول الانفعال، أو السلوك، أو التفكير لكنها في جميع الحالات لا توصلها الى حل نهائي للمشكلة بقدر ما تزيد من تعقيد، أو تؤدي في الأغلب الى تفاقم الضغوط ومستوى الاحتراق النفسي مع الزمن، ومن بين هذه الاستراتيجيات التي توظفها نجد: التركيز على الانفعالات وإظهارها من غضب، وعصبية وتوتر، وقلق مع التلاميذ وأولادها، يضاف لها التبدل والبرود العاطفي، والتكتم والاحباط مع الزوج، اضافة الى استراتيجية استعمال الدعم الاجتماعي الانفعالي واعتمادها كثيرا على بعض افراد أسرتها وزميلاتها، وتعاطي الأدوية كثيرا والعقاقير المهدئة والمسكنة للآلام، قمع الأنشطة التنافسية والترفيهية خصوصا أيام التدريس لعدم كفاية الوقت، والتريث السلبي أو الامتناع أحيانا عن القيام ببعض الاجراءات التي تستدعي المواجهة النشطة خاصة مع الزوج وتلجأ الى التفكير والتكتم والكبت. كل هذه الأساليب توظفها المعلمة بدرجات من المرتفعة الى المرتفعة جدا حيث تراوحت ما بين (6-8) اضافة الى بعض الأساليب السلبية الأخرى لكن بدرجة متوسطة ومنخفضة كالاتباع السلوكي أو التجنب، الانكار، والابتعاد الذهني أو الشرود العقلي غالبا تتابها بعد الخلافات.

كما أن الحالة تستعمل عدة ميكانيزمات دفاعية للتعايش والتكيف كالكبت خصوصا ما تعلق برغباتها الشخصية، والعديد من المشاكل والأحداث المرتبطة بزوجها حيث تقول "لا أريد التفكير أكثر حتى مانتوسوش ومانحيش الماضي، لأنني اذا كثرت التحقيقات والتحريات مباشرة نطلقه، وماحباش

يتعدوا ولادي ومانعطيهم فرصة أخرى"، هذا ما يشير الى اضطراب علاقتها مع زوجها، كما تحاول كبت جميع مشاكلها الأسرية دون التصريح بها لأي شخص حتى لا تتطور وتأخذ منحى آخر، وتحصرها في عدم اشتراك زوجها وتحمل المسؤولية وتربية الأولاد، من ناحية أخرى توظف ميكانيزم التجنب أحيانا مع بعض الأشخاص كمدبرها في العمل وتتجلى مظاهره في تجنب مواجهته ومقابلته بهدف تفادي تدخله في كيفية التدريس، وتجنب الوقوع في مشاكل معه لأنها لا تتفق كثيرا معه، وتجنب أهل الزوج من خلال عدم زيارتهم الا في المناسبات لتفادي المشاكل وما ينجم عنها، كما تحاول عقلنة مشاكلها واعطاء كل مصدر للضغط حقه. الا أنها في أغلب الأحيان وبسبب الانفعال تفقد اتزانها الانفعالي خاصة في السنوات الأخيرة الأمر الذي جعلها تترد على المختصة النفسية بغرض التحكم في أعصابها وفقا لما صرحت به، كما توظف ميكانيزم التسامي الذي يدل على استثمار الطاقة نحو أهداف عقلية ايجابية، انسانية وفنية يتحول فيها التعبير المباشر للغرائز الجنسية والعدوانية الى أنماط سلوكيات مقبولة اجتماعيا وغير عدوانية بتغيير الموضوع أو الوسيلة المخففة للتوتر. (كفن هال، 1994، ص ص 97-98) وتتمثل سلوكيات التسامي واشغال الطاقة في استغلال أوقات فراغها بالمطالعة، وصناعة الحلويات في نهاية الأسبوع وأيام العطل، وكتابة القصص والنصوص لتلاميذها.

نستشف مما سبق أن المعلمة -أ- لديها جودة حياة في عمومها متوسطة وهذا راجع وفقا لدراسة "Bruchon-Schweitzer" (2002) الى توظيف مجموعة من الاستراتيجيات المرتكزة حول المشكلة الوظيفية ترتبط بمؤشرات الصحة النفسية الايجابية. (Coté Lucie, 2013, p41) لكن بالنظر الى نتائج أبعاد جودة حياتها الصحية والجسدية والنفسية نجدها متوسطة الى سيئة ويرد هذه النتائج الى مختلف الأمراض المزمنة اتي تعاني منها وانعكست سلبا على سيرورة حياتها، اضافة الى سوء جودة حياتها البيئية المحيطة بمنزلها لتلوث محيطها بإفرازات مركب تكرير البترول وتمييع الغاز، في المقابل نجد مؤشرات أخرى لجودة الحياة كالقدرة المالية والترفيه والاستقلالية المادية، واكتساب المعلومات والمعرفة درجتها حسنة لأنها ميسورة ماديا بحكم مهنتها كأستاذة في متوسطة وزوجها موظف، أما بالنسبة لمؤشري العلاقات الاجتماعية والدعم الاجتماعي فان علاقتها جيدة بصديقاتها وأخوتها، وسيئة نوعا ما مع البعض من أقاربها خصوصا زوجها؛ والتي بدورها انعكست سلبا على صحتها النفسية والجسدية، وفي هذا الصدد نجد دراسات "دانييل جولمان Daniel Golman" يقر أن الاحساس بعدم وجود انسان يمكن أن يشاركك مشاعرك الخاصة، أو يبني علاقات وثيقة معك يضاعف الاحساس بفرص المرض أو الموت". (جولمان دانييل، 2000، ص 253) أما جودة الحياة الدينية فهي مرتفعة جدا لدى المعلمة لأنها

توظف عدة استراتيجيات مواجهة مرتكزة على الدين الاسلامي سواء كانت سلوكية أو انفعالية، أو معرفية، وما يميز الاستراتيجيات الدينية هي أنها كلها ايجابية لذلك يصرح العديد من المعلمين الذين اجرينا معهم الدراسة أن ممارسة سلوكات الدين الاسلامي، والالتزام بالصلاة والدعاء يساعدهم على تخطي الكثير من الصعوبات والتعامل مع الكثير من مواقف الحياة الضاغطة بصورة ايجابية. لذلك نجد "Alport. G" يصرح أن الدين يحصن الفرد ضد الضغوط، وغزو القلق، ولشك، والبؤس، ويمده بالعزم الذي لايمكنه في كل مرحلة من مراحل نموه من أن يربط نفسه ربطا ذا معنى، ومغزى بالوجود كله. (دويدار عبد الفتاح محمد، 1991، ص50)، ومن بين الممارسات والسلوكات الدينية الممارسة من قبل حالتنا نجد الصلاة، الدعاء، الصدقة ومساعدة المحتاجين، والصوم، ويؤكد في هذا المضمار كذلك "وليام جيمس William James" "أننا بالصلاة نستطيع أن نلج باب ذخيرة كبيرة من النشاط العقلي لا نستطيع الوصول اليها في الظروف العادية". (نجاتي محمد عثمان، 993&، ص 290)

2- عرض نتائج الحالة الثانية:

2-1- البطاقة الاكلينيكية للحالة الثانية:

الاسم: -الحالة ب-	العمر: 55.
الرتبة: الكبرى (بين خمس ذكور وأخت واحدة)	المستوى الدراسي: ليسانس.
الأب : متوفي/ والأم: معلمة متقاعدة.	الوضعية الاجتماعية: متزوجة وأم لأربع أولاد.
الوضعية الاقتصادية: حسنة.	نوع السكن: شقة.
القرب من مصانع: مصنع تكرير البترول وتمبيع الغاز.	وراثة السكري: الوالد والاخت والاقارب.
الطور التعليمي: الأول.	الخبرة: عملت لـ 27 سنة
مهنة الزوج: موظف في شركة عمومية.	مشاركة الزوج أعمال المنزل: لا.
تاريخ الإصابة بالسكري: منذ 10 سنة (45 سنة)	نوع السكري: نمط I.
أمراض أخرى: الربو والحساسية (42 سنة) + آلام أسفل الظهر(14 سنوات) + التهاب المفاصل (الروماتيزم) + ارتفاع ضغط الدم (10سنوات).	

2-2- التاريخ المرضي للحالة الثانية "ب" وظروفها المعيشية:

الحالة "ب" معلمة في الطور الأول من التعليم الابتدائي تبلغ من العمر 55 سنة، ميسورة الحال كانت تعيش داخل أسرة تربية كلا الوالدين كانا ضمن قطاع التعليم فالأب مدرس لغة فرنسية والأم معلمة طور ابتدائي كذلك، اسرتها مكونة من ثمانية أفراد، عاشت طفولة عادية كأخت كبرى مدبرة ومسؤولة عن الاخوة في غياب الوالدة التي كانت تدرس طيلة النهار الى المساء، وحسب ما تذكر الحالة أنها كانت تعمل في بلدية نائية، تعرضت لعدة حوادث وأمراض في الصغر اثرت على حالتها الصحية، ونذكر أبرز الأحداث:

❖ في سن 3 سنوات تعرضت لحروق خطيرة على مستوى اليد والرجل بعد احتراق حقل وبيت جدها، وبقيت في المستشفى لمدة 20 يوم.

❖ عند سن 13 سنوات تعرضت لأزمات ربو حادة توقفت عن الدراسة بسببها لمدة أسبوع ومنذ ذلك الحين وهي تعالج مرض الربو الى يومنا هذا.

❖ في سن 18 سنة تطورت لديها نوع من الحساسية الغذائية لبعض المواد الغذائية ومنتجات اللاكتوز ومشتقاته حرمت منها لمدة 14 سنة ثم عالجتها جزئياً، لكن بقيت تعاني من الحساسية لبعض المواد الأخرى كالعسل وغيرها.

❖ توفي أخاها الصغير في حادث مرور وهي في سن 31 سنة على اثره أصابها بعض الاضطرابات النفسية كالأرق، واكتئاب متوسط بسبب حداثها عليه التزمت بالعلاج الدوائي والنفسي لمدة سنة ونصف ثم شفيت.

❖ توفي والدها وهي في سن 38 سنة بعد معاناة مع مجموعة من الأمراض السكري نمط 1 والسرطان والقلب، ثم انتكست الى حالتها الإكتئابية السابقة وداومت على العلاج مدة سنة الى أن شفيت.

❖ في سن 41 سنة بدأت معاناتها مع التهاب المفاصل والتهاب فقرات العمود الفقري، وآلام اسفل الظهر التي لم تشفى منها بعد وهذا بسبب هشاشة العظام ونقص الكالسيوم في جسمها لأنها عانت في الصغر من الحساسية الغذائية للاكتوز ومشتقاته.

❖ في سن 45 سنة تعرضت لصدمة نفسية حادة جراء سرقة منزلها، وسلب منها مبلغ مالي والبعض من ممتلكاتها الثمينة وخرب أثاث المنزل، مما أدى الى ارتفاع مستوى الضغط والسكري الى درجات عالية جداً أكثر من 4 غ، ونقلت الى المستشفى الذي مكثت به 3 أيام بسبب عدم انخفاض وانتظام مستوى السكري والضغط، ومنذ ذلك الحين وهي تعالج بالأنسولين والأقراص وتم تحديده مباشرة بالنمط 1.

❖ عايشة الحالة العديد من المشاكل الزوجية والأسرية طيلة الفترة التي كانت تعاني فيها من أمراض عضوية، كما تعرضت للبعض محاولات الخيانة الزوجية من طرف الزوج الذي كان يرغب في التعدد وهي رافضة للفكرة.

❖ وراثية المرض بالنسبة للوالد والأخت اضافة الى الأقارب من الأبوين.

❖ عانت كثيراً حسب تصريحاتها في ولادتها الأخيرة التي كانت متأخرة بسبب عدم انتظام مستوى الضغط الدموي والسكري الذي فاق 3 غ، مما أدى الى تأخير موعدها بيومين، واختار الطبيب الولادة القيصرية لحمايتها وحماية مولودها أن الأخير تعرض لمضاعفات صحية خطيرة أهمها نقص الأوكسجين مما نجم عنه ضمور في خلايا المخ وعدم قدرته على الحركة أو تلبية حاجاته الأساسية وهو في سن سبع سنوات، وعلى اثرها توقفت عن العمل لمدة سنة ونصف حيث كانت تقل ابنها الى أطباء عبر الوطن لمحاولة تشخيص مرضه وعلاجه لكن دون جدوى، وحالياً تتكفل به والدتها في غيابها

للذهاب الى العمل، وتقول أن وضعيته الصحية تؤثر فيها كثيرا وهي سبب تعاستها.

2-3- نتائج تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الثانية:

2-3-1- المرحلة الأولى:

نص المقابلة مع الحالة الثانية:

1/ أصبت بـ Diabète منذ حوالي 10 سنة، 2/ 10 سنة من المعاناة، 3/ نمط 1، 4/ من البداية بديت مباشرة بـ les comprimés et l'insuline مع بعض. 5/ oui malheureusement بابا وأختي مراض بالسكري والضغط، 6/ والأب توفي بسبب القلق والضغط بعد مرضه بالسرطان عاد السكري دائما مرتفع، 7/ أنا كيفه دائما مرتفع، 8/ اما أختي دائما يطيحها، 9/ وأنا سبيلي جفاف جلد أطرافي. 10/ نستعمل في الأحذية الطبية والصحية. 11/ لكن مانيش مطمئة خلاص نخاف من la gangrène، 12/ عندي الربو حوالي 42 سنة مصابة به، 13/ عذني بزاف، 14/ وسبيلي عقدة نفسية في البداية كنت صغيرة. 15/ وحساسية غذائية اتجاه بعض الأطعمة كالعسل، الفراولة، اللاكتوز ومشنقاته أصبت بها في عمري 18 سنة، 16/ بسبابها تحرمت من أصناف كثيرة من الأكل. 17/ وكانت وضعيتنا المعيشية متوسطة وأتبع نظام غذائي، 18/ في اوقات نحس بالخجل والحشمة خصوصا من أهل زوجي لكن من بعد شفيت منها، 19/ وأصبت باضطرابات نفسية متنوعة 20/ ضغط نفسي، 21/ واكتئاب متوسط حسب الطبيب، 22/ واضطرابات النوم أرق حاد وكوابيس. 23/ وبوفاة خويا الصغير دارلي Choc صدمة كبيرة، 24/ واصبت منذ 14 سنة الأخيرة بالتهاب المفاصل (Rhumatisme) بسبب التكبير للتدريس في تمالوس، 25/ 5 سنوات وانا نعاني من البرد في القسم طيلة فصل الشتاء، 25/ وعندي التهاب في فقرات العمود الفقري والرقبة، 26/ وبعد وفاة الوالد انتكست ورجعتي الاكتئاب، 27/ صحيح عشت فترة تعاسة، 28/ لكن الحمد لله بالثقة في الله شفيت. 29/ تعرضت لسرقة في داري تصدمت. 30/ وطلعتي ضغط الدم و Diabète لأكثر من 4 غ دخلت لـ Hôpital بسبابها، 31/ عملت التحاليل الطبية للسكر لقيته طالع. 32/ وعندي مشاكل كثيرة خصوصا الأسرية مع الأقارب، 33/ وزادني الزوج شحال من مرة يشدوه خيانة زوجية. 34/ فكرت في الطلاق لكن من بعد تفكر بعقلي في أطفال صغار ما زالهم يحتاجوا باباهم. 35/ وكمل علي ضغط التلاميذ. 36/ وسياسة المدير يوجهني الا الى أقسام سنة الخامسة، 37/ لازمني نبذل

جهدي ونتعب معاهم حتى يتحصلوا على شهادة التعليم الابتدائي، 38/ عام كامل وأنا تحت تأثير ضغط المدرسة. 39/ وتعبني وليدي مريض بضمور في المخ ما يتحركش خلاص. 40/ بسبابه ماتقبلتش السكري 41/ يفضلني ومانقدرش نقيم بيه. 42/ وظروفي سيئة بزاف. 43/ وزميلاتي كانوا مساعفيني أحسن من الجدد، 44/ نعم وراثي عندي بابا مصاب بيه. 45/ أختي كذلك، 46/ والأقارب من الأب والأم. 47/ الأمراض الي نعاني منها كامل عندها علاقة ببعض. 48/ كانت عندي حساسية غذائية للكثير من الأطعمة تسببلي في انخفاض مستوى السكر، 49/ واياهم لا استطيع الاكل باليومين هذا عنده تأثير قوي، 50/ كنت متوقعة نمرض بالسكر عندي مشاكل صحية وضغوط أسرية ومهنية. 51/ وتأكدت بنسبة كبيرة بعد اصابة اختي الأصغر مني، 52/ عادي تقبلته لأنني عانيت من العديد من الامراض قبله. 53/ والحمد لله هو ولا مرض أخطر. 54/ راضية على حياتي. 55/ فقدت الشهية. 56/ أعراض السكري كاملة من ارتفاع مستواه ما ينزلش خلاص. 57/ الجفاف والعطش، 58/ التبول، 59/ نقص الوزن، 60/ عدم التئام الجروح بسرعة، 61/ العياء النفسي. 62/ الانهالك الجسدي. 63/ التوتر. 64/ الضغط داخل المدرسة، 65/ صعوبة الاسترخاء أحيانا. 66/ الاحساس بكويرة في الصدر، 67/ والخوف على مستقبل أولادي، 68/ الأرق وصعوبة النوم، 69/ اضطراب المزاج، 70/ والانهالك، 71/ ضيق الوقت بسبب بعد المدرسة عن المنزل. 72/ كثرة المسؤوليات، 73/ عب العمل. 74/ هي الي مرات ماتخلينيش نتقبله، 75/ وزوجي لا يساعدني في اي صغيرة داخل البيت. 76/ حتى الأطفال ماكلفش نفسه ويدرسهم أو يساعدني في تربيتهم، 77/ يسببلي هذا الوضع الاحباط والخيبة. 78/ الغضب وعدم القدرة على ضبط النفس، 79/ نحاول نتحكم في نفسي بالايمان بالله. 80/ عندي أمل في رب، 81/ نحاول التقرب دائما له بأي شيء الصدقة، الصوم، الصلاة والدعاء. 82/ وعندي مختصة نفسية تقريبا كل ما تكون ضغوط نتفاهم معاها على حصص في ايام نهاية الاسبوع نزورها، 83/ علمتني أنشطة كثيرة كعدم التركيز على المشاكل والسلبيات والمحبطات. 84/ الاسترخاء النفسي 85/ الاهتمام بنفسني وأولادي. 86/ ساعدتني في وضع برنامج لتنظيم وقتي ما بين العمل والأسرة. 87/ أتواصل معاها عبر الفيسبوك وفي كل مرة تزودني بنصائح وتدابير. 88/ أصبحت كصديقة أبوح لها جميع أسراري. 89/ أنظم أعمالني بدقة، 90/ والوالدة معاونتني متكفلة بالطفيل. 91/ نجاهد باش نتفادي كل مسببات المشاكل مع زوجي. 92/ نسكت ونتجنب الصراع والتشاجر معاها ولو أنو أحيانا يثيرني. 93/ عندي صديقاتي الأساتذة كالأخوات فيهم المصابات بالسكري أيضا، 94/ نسمع الموسيقى الهادئة والقرآن يريحني كثيرا. 95/ أحيانا

لا أخفي عليك ما نتكلمش مع زوجي لمدة طويلة لأتقادي الصراع أمام بناتي. 96/ ولا أهتم بوجوده حتى منضغطش على نفسي وننساه. 97/ مرات نأنب نفسي على عدم انفصالي عنه. 98/ وأحيانا نفرغ ضغطي في تكسير أي شيء أمامي. 99/ ودايما أخفي مشاكلي أمام الغير ولا أحد يعرفها ماعدا والدتي. 100/ نخرج للتسوق مع أختي وصديقاتي، 101/ الذهاب في عطل صيفية نستكشف ولايات بلادي مع زميلاتي. 102/ نتفهم ظروف تلاميذي الاجتماعية والنفسية، 103/ ونعاونهم بأي شيء المهم ينجحولي. 104/ أعتبرهم أولادي وأنا الوحيدة الاستاذة داخل المؤسسة التي لا تستعمل الضرب والعقاب مع التلاميذ. 105/ أتقادي المدير والادارة ككل قدر الامكان لأنه يحب يفرض سلطته على الأساتذة، 106/ ولا أرغب في التواصل مع أي شخص من أقارب عائلة زوجي. 107/ الحمد لله كافييتي لابي، 108/ وموفرة لأولادي وأمي كل ما يطلبوه. 109/ وكلما أتفكر مرضى السرطان يزيد تقبلي لمرضي. 110/ الحمد لله حياتي راضية بيها ولو أكي تعرفي القلب Plein. 111/ كنت ولا زلت مخصصة وقت للمطالعة الليلية، 112/ أعشق الرسم والطرز على الحرير. 113/ دايما ندعي رب يعطيني القوة لمواجهة مشاكلي. 114/ ونكبر أبنائي ونفرحهم، 115/ نمارس البعض من التمارين الرياضية الخاصة بالروماتيزم والتهابات فقرات العمود الفقري لأنني مازلت مع طبيبي الخاص بإعادة التأهيل الحركي بسبب آلام الظهر، 116/ أمارس المشي اليومي ذهابا وايابا الى المدرسة ولا أستعمل المواصلات الا قليلا. 117/ نحاول ضبط انفعالي رغم المشاكل، 118/ أتناول الدواء في الوقت، 119/ ومنظمة في الرجيم، 120/ ومتقبلة مرضي عادي، 121/ ونحمد رب ونشكره رغم أنني عانيت ومازلت لدي الحساسية لبعض المواد الغذائية. 122/ وقادرة ماديا على شراء الأحذية أو الأكل الخاص بمرضى السكري، 123/ أستطيع التحكم في نفسي ولا أفرط في الأكل. 124/ علاقتي بتلاميذي رائعة لدي 26 تلميذ فقط 125/ لكن أنا من النوع الكتوم ومانشكيش. 126/ نعم أخرج للتسوق والتنزه مع زميلاتي. 127/ أتواصل مع المختصة النفسية. 128/ أشتري ملابس جديدة. 129/ أتابع وأستفيد من البرامج التلفزيونية الايجابية والهادفة. 130/ ايه أثر علي بالزيادة. 131/ دايما السكر عندي مستواه مرتفع. 132/ أثرتي على شبكية العينين. 133/ سببت لي الأدوية تشنت الانتباه، 134/ ضعف التركيز، 135/ الاحساس الدائم بالتعب، 136/ نقص وزني، 137/ ضعفت ذاكرتي وعدت نساية كثير. 138/ malgré tous راضية عن حياتي. 139/ ومتقائلة بالقادم، 140/ ولو أنني حياتي الأسرية مش راضية عليها تماما. 141/ خاصة علاقتي بزوجي. 142/ وعلاقتي مع أهله. 143/ دايما اختلاق للمشاكل بأي طريقة وعلى أبسط الأمور. 144/ أما حياتي المهنية راضية عليها لأنني أقوم بعملتي على اكمل وجه رغم المرض. 145/ وضغط الدم يؤثر لي بزاف

على السكر. 146/ لكن لست راضية عن صحتي اطلاقا، 147/ علاقتي مع اخوتي جيدة، 148/ أما زملائي فهي رائعة لدي خمس زميلات في العمل كاخواتي. 149/ حقيقة لا أحب كثرة العلاقات لأنها تجني المشاكل. 150/ وأفضل العزلة الاجتماعية لأتقدها. 151/ نعم لدي القدرة على اتخاذ قراراتي، 152/ ومسؤولة على بيتي، 153/ وأقوم بجميع مسؤولياتي اتجاه تلاميذي. 154/ وأنجز أعمالتي بحرية تامة. 155/ وأجاهد بكل ما في وسعي لينجحوا ويتميزوا. 156/ وأنا مسؤولة عن قسيمي. 157/ حياتي الماضية متعبة جدا، 158/ تعاقبت علي فيها فترات من الحزن والأسى، 159/ والعطاء والنجاح. 160/ وبالطبع آلام وأمراض. 161/ وان شاء الله ما زلت أقدم الأفضل، 162/ وآمل أن يشفي الله ابني. 163/ ولا أرى مكروها في أولادي وجميع تلاميذي. 164/ وينجحوا في دراستهم ويتميزوا، 165/ ويشفييني الله حتى استطيع اكمال المسيرة، 166/ وينجح جميع تلاميذي ويتفوقوا. 167/ كانت لدي هوايات كثيرة العزف على العود تعلمتها على جدي. 168/ الطبخ. 169/ المطالعة. 170/ الخروج في العطل الى التنزه. 171/ أتابع بعض البرامج التثقيفية والتعليمية على النت أو التلفزيون.

2-3-2- المرحلة الثانية:

الجدول رقم (34) يمثل الأبعاد المشكلة والفئات التي تمثلها الناتجة عن تحليل المقابلة الاكلينيكية النصف

توجيهية مع الحالة الثانية - ب -.

النسب المئوية	تواتر الفئات (ك)	الفئات الممثلة (ف)	الأبعاد (د)
34.48%	10	التاريخ المرضي الشخصي: 1/12/15/16/19/ 21/22/24/25/26/	التاريخ المرضي وظروف المعيشة
20.68%	6	التاريخ المرضي العائلي: 5/6/8/44/45/46/	
17.24%	5	الظروف المعيشية: 17/42/43/51/90/	
27.58%	8	المعاش النفسي قبل الاصابة بالسكري: 13/14/18/20/23/27/25/28/	
16.86%	ك = 29	ف = 4	
5%	2	كيفية اكتشاف مرض السكري: 30/31/	الاصابة بمرض السكري
5%	2	نمط السكري: 3/4/	
2.5%	1	عدم تقبل المرض: 40/	
25%	10	أعراض مرض السكري: 7/55/56/57/58/	

20%	8	العوامل المسببة لمرض السكري: /131 /62/61/60/59	
30%	12	آثار مرض السكري: 2/9/10/11/130/41/39/38/37/36/35/33/32/29	
12.5%	5	علاقة السكري بأمراض أخرى: 47/48/49/50/145	
23.25%	ك = 40	ف = 7	
60%	9	أعراض الضغط النفسي: /78/77/69/68/67/66/65/64/63	الضغط النفسي
40%	6	مصادر الضغوط النفسية: /76/75/73/72/71/70	
8.72%	ك = 15	ف = 2	
12.19%	5	محاولات تقبل المرض: /121//120/53/52/109/	طرق مواجهة الضغوط النفسية والتعايش مع مرض السكري
63.41%	26	استراتيجيات التعايش الايجابية: /89/86/85/84/83/82/81/80/79/34 /115/113/112/111/101/100/94/91 /128/127/123/119/118/117/116 /129	
24.39%	10	استراتيجيات التعايش السلبية: /125/106/105/99/98/97/96/95/92 /150	
23.83%	ك = 41	ف = 3	

8.51%	4	الرضا عن الحياة: 144/138/110/54/	جودة الحياة
10.63%	5	عدم الرضا عن الحياة (الشخصية والاجتماعية والأسرية والصحة): 142/141/140/146/143/	
25.53%	12	العلاقات الاجتماعية: 102/93/88/87/74/149/148/147/124/114/104/103/	
19.14%	9	الرفاهية والقدرة المادية: 122/108/107/171/170/169/168/167/126/	
12.76%	6	الاستقلالية والقدرة على اتخاذ القرار: 156/155/154/153/152/151/	
8.51%	4	النظرة الماضية عن الحياة: 158/157/160/159/	
14.89%	7	التطلع للمستقبل: 163/162/161/139/166/165/164/	
27.32%	ك=47	ف=7	

الأبعاد = 5، الفئات = 23، عدد العبارات = 172.

النسبة المئوية = $\frac{\text{ك} \times 100}{\text{عدد العبارات}}$

عدد العبارات

2-3-3- المرحلة الثالثة:

من خلال تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الثانية نستشف النقاط التالية:

تبلورت لدينا خمس أبعاد أساسية مرتبة على النحو التالي:

❖ **التاريخ المرضي وظروف المعيشة:** يمثل هذا البعد محور جوهرى في حياة الحالة، ومعاشها

الماضي، وتاريخها المرضي وما يتضمنه من أحداث، ومواقف هامة في حياتها، عبرت عنها أثناء

المقابلة لتشير الى المعاناة النفسية، والجسدية، والوضعية المساهمة في ظهور وتطور مرض السكري لديها، وقد قدرت نسبته بحوالي 16.86%، وهو الآخر اشتمل على خمس فئات، مرتبة كالتالي:

• **التاريخ المرضي الشخصي:** قدرت نسبة هذه الفئة بـ 34.48% وفيها تطرقنا الى معظم الأحداث الصحية والأمراض التي أصابت الحالة بـ من مرض الربو والحساسية الغذائية لبعض المواد الغذائية واللاكتوز ومشتقاته، اضافة الى مرض التهاب العمود الفقري والروماتيزم، ومختلف الاضطرابات النفسية اتي عانت منها كالاكتئاب، والضغط، والقلق واضطرابات النوم.

• **التاريخ المرضي العائلي:** قدرت نسبته بـ 20.68% والتي تشمل مختلف الأمراض التي تعرض لها أهل الحالة سواء المقربون كوالديها واخوتها، أو الأقارب من الأب والأم، ونخص بالذكر هنا الذين عانوا من مرض السكري، حيث استنتجنا من حوارها أن الأب توفي مصاب بالسكري، كما أن الأخت مصابة به لكن ينخفض مستواه، اضافة الى تسجيله لدى الأقارب من الجهتين الأعمام والأخوال.

• **الظروف المعيشية:** تراوحت نسبتها حوالي 17.24% وفيها تم التطرق الى الوضعية المعيشية للحالة وظروفها الاجتماعية، وعملها داخل البيت وخارجه.

• **المعاش النفسي قبل الإصابة بمرض السكري:** قدرت نسبتها بـ 27.58% تطرقنا فيه الى المعاناة النفسية والصحية للحالة بسبب مرضها منذ الصغر بالربو والحساسية الغذائية، والجرح النفسي الذي تسبب لها من حرمان من الأكل خصوصا في مرحلة المراهقة والشباب، والشعر بالحرج والخجل أمام أهل زوجها، وعجزها عن الشفاء التام من التهابات العمود الفقري والروماتيزم.

❖ **الإصابة بمرض السكري:** اشتمل هذا البعد الأساسي على 7 فئات، وقدرت نسبته بـ 23.25% وهو يكشف عن كيفية اكتشاف الحالة لإصابتها بمرض السكري، والعوامل المساهمة في ظهوره، وانعكاسه على الصحة النفسية والجسدية لها، وارتباطه بمختلف الأمراض السابقة التي عانت منها أو تسبب فيها كمضاعفات لمرض السكري، ويحتوي على 40 عبارة، مرتبة على التوالي:

• **كيفية اكتشاف مرض السكري:** نلخصها في الصدمة المفاجئة التي تلقته الحالة بعد تعرض بيتها الى السرقة، وأخذت منها ممتلكاتها ومبالغ مالية كما تم تخريب اثاثه، الامر الذي صدمها وأدى الى ارتفاع مستوى السكري الى أكثر من 4 غ وصاحبه ارتفاع في ضغط الدم، وبقيت في المشفى لمدة يومين الى أن تم تعديل مستواه، وشخص لديها سكري نمط الأول الذي يعتمد على الانسولين، وأضاف لها الطبيب العلاج بالحبوب لضبط مستواه أكثر، وقد ظهر لديها في سن 40 وقدرت نسبة عباراتها بـ 5%.

• **نمط السكري:** مثلت نسبتها بـ 5%، تشير الى معاناة المعلمة من سكري نمط الأول، ومنذ البداية وصف لها الطبيب استلزام معالجته بالأنسولين معية الأقرص ليستقر مستوى السكري لديها، اضافة الى اتباع حمية غذائية خاصة.

• **عدم تقبل المرض:** تراوحت نسبتها بـ 2.5% وتمحورت حول مدى تقبل الحالة لمرض السكري، وبينت من خلال اجابتها على الأسئلة أنها متقبلة للمرض منذ البداية، واعتبرته كغيره من الأمراض، وأجابت على عبارة واحدة تدل على عدم تقبلها له بسبب عدم قدرتها على التوفيق بين العمل دخل المنزل وخارجه. وبعد معرفتها بمرض طفلها المستعصي عن العلاج والذي يتطلب الى رعاية خاصة يومية، كما ساهمت مساندة أختها الصغرى التي أصيبت قبلها، اضافة الى زميلاتها المعلمات المصابات كذلك بالسكري على تقبله أكثر.

• **أعراض مرض السكري:** بينت نسبتها بـ 25% أخبرتنا الحالة بأهم أعراض السكري التي سجلتها، وكانت تتمثل أساسا في الأعراض الاكلينيكية الأساسية التي تشمل ارتفاع مستوى السكري حي يتراوح ما بين (4-2,5 غ) ونادرا ما يكون أقل من 2 غ حسبها، الجفاف وكثرة الشرب والتبول، انخفاض وزنها بـ 13 كلف من اصابتها بالسكري، والشعور بالإرهاك والتعب الجسدي والعياء النفسي خصوصا عند ارتفاعه، وعدم التنام الجروح بسرعة، وأعراض أخرى نفسية وفكرية متعلقة بالقلق والشعور الدائم بالتور والضغط النفسي خصوصا أثناء الصراعات مع الزوج في المنزل، والمدير في العمل. وعدم قدرتها على القيام بالواجبات العادية بسبب مرضها بالتهابات العمود الفقري، والروماتيزم.

• **العوامل المتسببة في مرض السكري:** قدرت نسبتها بـ 20% تمحورت حول الظروف الاجتماعية التي مرت بها المعلمة وتمثل العامل المفجر في تطور أو ظهور مرض السكري هو تعرضها لصدمة نفسية اثر تعرض بيتها لحادث سرقة خطير، سرقت على اثره الكثير من ممتلكاتها وأموالها كما تم تخريب بيتها، هذا الحادث الخطير أدى الى ارتفاع مستوى ضغط الدموي والسكري معا لدرجات مرتفعة جدا بقيت على اثره في المشفى يومين الى أن استقرت حالتها، كما أن اضافة الى عوامل اخرى كالصحية والشعور الدائم بالتعب والانهاك الجسدي بسبب العمل الدائم والمستمر داخل المنزل وتأدية مهامها كزوجة وأم لطفلين، وداخل المؤسسة التربوية.. اضافة الى دور العامل الوراثي المتسبب فيه خصوصا وان كلا الوالدين مصابين به وبعض الاخوة والاقارب من كلا الجهتين.

• **آثار مرض السكري:** قدرت نسبة هذه الفئة بـ 30% وهي أعلى نسبة موجودة في بعد مرض السكري، تعلقت بمختلف مضاعفات مرض السكري والآثار الناجمة عنها لدى الحالة ونخص بالذكر هنا تأثيره على شبكية العين ونقص الوزن، ضعف الذاكرة وتشتت الانتباه والتركيز بسبب الأدوية، إضافة الى بعض التأثيرات النفسية كالإرهاك والتعب والضغط النفسي، التوتر، النسيان وضعف، وعدم الشعور بالأمن والطمأنينة بسبب الخوف مستقبلا من الغرغرينة.

• **علاقة السكري بأمراض أخرى:** نسبتها قدرت بـ 12.5% وهي تتعلق بمختلف الأمراض التي أصيبت بها المعلمة ولها علاقة بالسكري كالحساسية الغذائية نحو العديد من الأطعمة، وأثارها من عدم القدرة على تناول الطعام لمدة يومين مما يؤثر على معدل الجلوكوز في الدم وجميع العناصر الغذائية الأخرى، إضافة الى الأنيميا مما كان يتسبب في انخفاض مستواه، إضافة الى التعرض للعديد من المشاكل والضغط اليومية أسرية كانت أو مهنية كانت تؤثر على مستويات الضغط الدموي لديها، وهذا الأخير بدوره يؤثر على السكري عند ارتفاعه حسب ما صرحت لنا به.

❖ **الضغط النفسي:** يعد الضغط النفسي لدى المعلمة ب- حالة نفسية ناجمة كانعكاس للمعاناة الصحية التي تعاني منها منذ أكثر من 30 سنة بداية من ظهور الربو لديها وبعدها الأمراض الأخرى و التي سنذكرها بالتفصيل في فئة مصادر الضغوط، إضافة الى العبء المهني والمسؤولية الاجتماعية الملقاة على كاهلها، واضطراب بعض علاقاتها الأسرية والاجتماعية كلها عوامل جعلتها تقع تحت وطأة الضغوط، وقد سجل هذا البعد نسبة قدرت بـ 8.72% ، وهو يتضمن فئتين بارزتين وهما أعراض الضغوط النفسية ومصادرها، سنوضحها فيما يلي:

• **أعراض الضغط النفسي:** تراوحت نسبة هذه الفئة بـ 60% وهي النسبة المرتفعة في هذا البعد، تمثل مختلف أعراض الضغط النفسي التي تعاني منها المعلمة مثل الشعور بالتوتر، وسرعة الاثارة والغضب أحيانا، العياء، الخوف من المستقبل والموت، كوية في الصدر، الاحباط والارق، اضطراب المزاج، الشعور بالخيبة، والتفكير الزائد في مستقبل أطفالها خصوصا ولدها المريض والانشغال الدائم به، عدم القدرة على الاسترخاء، كل هذه الاعراض عانت منها الحالة لفترة سنوات حسب ما صرحت به، وكان لها تأثيرات سلبية على شخصيتها وعلى نمط حياتها بصورة عامة.

• **مصادر الضغوط النفسية:** نسبة هذه الفئة مثلت بـ 40% تتعلق بالمصادر الصحية للضغوط والظروف المرضية التي تعاني منها الحالة منذ الطفولة حيث أصيبت بالربو ثم الحساسية الغذائية اتجاه

اللاكتوز في فترة المراهقة والشباب وعجزها عن علاجها التام منها، وكذا الالتزام بحمية غذائية صارمة، وبعد اصابتها بآلام أسفل الظهر، والتهاب المفاصل، وضغط الدم الذي كان عادة ما يصاحبه ارتفاع مستوى السكري. اضافة الى العوامل الصحية نجد العوامل المهنية والاجتماعية فالوضعية المهنية والاجتماعية التي تعيشها الحالة خصوصا تلك المتعلقة بأهل زوجها وزوجها الغير الذي لا يقوم بأدواره ومسؤولياته اتجاه أسرته، وتحمل هي بمفردها مسؤولية التكفل بأبنائها وتربيتهم وتعليمهم داخل المنزل ورعاية ولدها المريض، كما أن مسؤوليتها المهنية التي تفترض التعامل مع تلاميذ يمرون بمرحلة انتقالية وسنة تتطلب الجد والاجتهاد وبذل مجهودات لتدريسهم لينالوا شهادة التعليم الابتدائي، اضافة الى خصوصية الطفولة التي تعرف بالحيوية والنشاط والحركة، ناهيك عن ما تواجهه من ضغوط مع مدير المدرسة، علاوة على ذلك مدة خبرتها في التدريس لحوالي سبعة وعشرين سنة، مما يجعلها عرضة للإرهاك واستنزاف جميع طاقتها، وضعف مناعتها النفسية والجسدية، وبلوغها ذروة الاحتراق النفسي.

❖ طرق مواجهة الضغوط النفسية والتعايش مع مرض السكري: يتمحور هذا البعد حول الأساليب

والاستراتيجيات التي تستخدمها المعلمة سواء لمواجهة الضغوط النفسية، أو لـ التعايش مع مرض السكري الايجابية منها أو السلبية، السلوكية او الانفعالية، وتحاول من خلالها التكيف مع بيئتها المحيطة والتوافق النفسي والمهني، وقد تراوحت نسبة هذا البعد بحوالي 23.83% وهي نسبة مرتفعة مقارنة ببقية الأبعاد، وتعلقت أساسا بثلاث فئات أساسية تشير اليها على الترتيب فيما يلي:

• محاولات تقبل المرض: قدرت نسبة هذه الفئة بـ 12.19% وتتعلق بالمحاولات التي تقوم بها

المعلمة لتقبل وضعها الحالي واصابتها بمرض السكري، وما لاحظناه أن الحالة منذ بداية اصابتها تقبلت السكري واعتبرته كباقي الأمراض التي أصيبت بها، لأنها من جهة كانت متوقعة اصابتها خصوصا بعد تعرضها عدة مرات في شبابها الى انخفاض مستواه، ومعرفتها بوراثة المرض حيث أصيبت أختها ووالدها واقاربها به، لكن مؤخر ظهر لديها نوع من الرفض المتأخر للمرض كنتيجة لحمل المشاكل الثقيل الذي تعرضت له خاصة بعد معرفتها بمرض ولدها الذي يعجزه عن الحركة، وهي ليس بإمكانها القيام بجميع الأعمال. كما أن ايمان الحالة وتسليمها بقضاء الله ساهم بقدر كبير في تقبلها للمرض، واعتمادها على طرق المونولوج الذاتي العقلاني واقناع نفسها بوجود تسليم أمرها لله، والرضا بمشيئته، اضافة الى دور المساندة الاجتماعية التي تلقاها من والدتها المقيمة معها وبعض الأستاذات اللواتي يعانين من نفس المرض والمشاكل.

• **استراتيجيات التعايش الإيجابية:** بلغت نسبتها حوالي 63.41% وهي أعلى نسبة في هذا البعد،

ويقصد بها مختلف الاستراتيجيات التي توظفها الحالة للتعامل مع الضغوط والتعايش مع مرض سواء كانت مرتكزة حول الانفعال أو السلوك، أو العقلانية كالمواجهة النشطة والفعالة عند التعرض لضغوط معينة دون التركيز على الجانب السلبي للمشكلة، اشغال وقتها بأعمال مفيدة عوض التفكير فيها لأكثر مما تستحق من وقت، التخطيط لكل مشكلة والتمهل في حلها الى حين الأوقات المناسبة، وكذا الدعم الاجتماعي الذي تتلقاه من المحيطين بها، والرجوع الى الدين والصلاة، والدعاء، والصبر على الضغوط عند الاستطاعة، والتقبل الكلي لمرضها منذ الاصابة به، ومحاولة تنظيم أوقاتها، واتباع أسلوب عيش يتلاءم ومرضها، وانتظام أوقات تناول الدواء، واتباع الحمية الغذائية بصورة حسنة، اضافة الى اتباع أساليب للترفيه والتتزه في كل عطة.

• **استراتيجيات التعايش السلبية:** نسبتها قدرت بحوالي 24.39% تتجسد في مختلف الاساليب

السلبية التي توظفها الحالة للتعايش مع مرض السكري وضغوط الحياة اليومية، وتتمثل بالأساس في آلية الكبت النشطة التي توظفها بشكل كبير، وميكانيزم التجنب الذي يعتبر كاستراتيجية سلبية فعالة تقيها من المواجهة المباشرة مع ما يثير شعورها بالضغط والتوتر، حيث تتجنب الحوار والنقاش مع زوجها، واللقاء ببعض الأشخاص والأقارب والمدير لأنهم حسبها يتسببون لها في توتر والضغط وحتى ارتفاع مستوى السكري وضغط الدم، اضافة الى تجنب التواصل مع كل شخص لا ترغب في مقابلته وعدم قدرتها أحيانا على ضبط ذاتها أو التحكم في انفعالاتها والغضب من التلاميذ وأبنائها، والاعتماد على الدعم الاجتماعي الانفعالي خصوصا من طرف صديقاتها لأنهم حسبها معينها على الحياة أكثر من زوجها، وكذا اللجوء الى الأدوية والمهدئات والمنومات أحيانا.

❖ **جودة الحياة:** يرتكز هذا البعد على جملة من المؤشرات الأساسية التي تحدد نمط، وأسلوب حياة

الحالة ب- وقدرتها على الرضا عن الحياة، والتوافق والتطور، والتعايش مع الوضعية التي تعيشها في ظل السياق الاجتماعي المحيط بها، والثقافة السائدة لديهم بما تتضمنه من مركبات عقائدية وقيمية وتنظيمية، ومكونات نفسية وصحية، ومختلف الأهداف والتطلعات المستقبلية، وقد تراوحت نسبة هذا البعد ب 27.32% وهي أعلى نسبة مقارنة بالأبعاد الأخرى، ويضم سبع فئات موزعة كما يلي:

• **الرضا عن الحياة:** قدرت نسبة هذه الفئة ب 8.51% وهي تعلق بالرضا النسبي للحالة عن

حياتها العامة التي هي انعكاس لمدى تقبلها لوضعها الصحي والمعيشي، ويتبين لنا في العنصر الموالي أن نسبة رضاها عن الحياة منخفضة مقارنة بعدم الرضا.

- **عدم الرضا عن الحياة الشخصية والاجتماعية والأسرية والصحة:** تراوحت نسبة هذه الفئة بـ 10.63% وهي نسبة مرتفعة مقارنة بنسبة رضاها عن الحياة ويرجع ذلك الى الوضعية الاجتماعية، والمعاناة النفسية والآلام الجسدية الناجمة عن الأمراض التي أصيبت بها، لذلك انعكس عدم رضاها عن صحتها مؤخرا بسبب عدم قدرتها على التوفيق ما بين عملها ومهامها ورعاية ابنها، وانعكس ذلك سلبا على رضاها العام عن حياتها سواء الشخصية أو الاجتماعية والأسرية.
- **العلاقات الاجتماعية:** نسبة هذه الفئة قدرت بـ 25.53% وهي أعلى نسبة في هذا البعد وتشمل مختلف العلاقات التفاعلية النوعية مع الآخرين والمحيطين بها، سواء كانت ايجابية أو سلبية فمثلا مع أفراد أسرتها نسجل علاقاتها بزوجها متباينة بين الحسنة والسيئة والقطيعة أحيانا لفترات طويلة تصل الى الشهر، وعلاقتها الجيدة مع والدتها واهلها وأبنائها، أما زميلاتها المعلمات فتربطها بهم علاقات صداقة قوية وطيبة منذ عقود، اضافة الى علاقتها المضطربة مع مديرتها في الابتدائية.
- **القدرة المادية والرفاهية:** قدرت نسبتها بـ 19.14% وهي ثاني أكبر نسبة في هذا البعد، تتعلق بالقدرة المالية للمعلمة وكفايتها على توفير حاجاتها وحاجات أسرتها، اضافة الى الرفاهية التي تشمل مختلف الأساليب التي تتبعها المعلمة لممارسة هواياتها، والتنفيس والترفيه عنها وعن أطفالها أوقات الفراغ والراحة، كالمطالعة ليلا، التنزه في العطل وزيارة الأقارب.
- **الاستقلالية والقدرة على اتخاذ القرار:** تراوحت نسبة هذه الفئة بـ 12.76% وهي تتعلق بقدرة المعلمة على اتخاذ القرارات الشخصية، والمهنية والأسرية بحرية خصوصا الأسرية لأن الزوج لا يمارس الكثير من واجباته كأب وزوج اتجاه أسرته، مما جعلها تتخذ العديد من القرارات من دون علمه وتتكفل بجميع مشاكل وحيثيات اسرتها دون اشراكه، اضافة الى الاستقلالية والقدرة على اتخاذ القرارات المهنية في المدرسة خلال عملية التدريس مما ساعدها في التمكن من انجاح جميع تلاميذ صفها.
- **النظرة الماضية عن الحياة:** قدرت نسبتها بـ 8.51% وهي تتضمن اتجاهات، ونظرة المعلمة السابقة للحياة والماضي وما تخللها من معاناة نفسية وجسدية سببتها الآلام والتعب الناجمين عن المرض، وبعض الأدوار التي تقوم بها داخل المدرسة كمعلمة والبيت كزوجة والدة.
- **التطلع للمستقبل:** نسبتها حوالي 14.89% وهي تتعلق بمختلف الآمال، والتطلعات المستقبلية للمعلمة نحو حالتها الصحية والشفاء من أمراضها، والوضعية الصحية لولدها، ونجاح أبنائها وتلاميذها مستقبلا في الدراسة وحياتهم بصورة عامة، وتحقيق البعض من أهدافها التي تتوق اليها مستقبلا.

4-2- عرض ومناقشة نتائج تطبيق المقاييس مع الحالة الثانية -ب-

1-4-2- استبيان إدراك الضغط (P.S.Q) Perceived stress questionnaire:

بعد تطبيقنا الاستبيان مع الحالة الثانية -ب- تحصلنا على النتائج التالية الموضحة في الجدول أدناه.

جدول رقم (35) يوضح نتائج مقياس ادراك الضغط لدى الحالة الثانية - ب-.

Σ	الإجابة	العبارات	الإجابة	العبارات	الإجابة	العبارات	الإجابة	العبارات	الإجابة	العبارات
108	4	25	4	19	2	13	3	7	4	1
	4	26	3	20	4	14	4	8	4	2
	4	27	4	21	3	15	2	9	3	3
	4	28	4	22	4	16	4	10	4	4
	4	29	4	23	3	17	4	11	2	5
	3	30	4	24	4	18	4	12	4	6

يحسب مؤشر ادراك الضغط وفقا للمعادلة التالية:

$$م إض = \frac{108 - 30}{90} ، مؤشر إدراك الضغط = 0.86 ، ويفسر على أنه مؤشر مرتفع من إدراك الحالة للضغط.$$

انطلاقا من المعطيات والنتائج الواردة في الجدول المذكور أعلاه رقم (35) نستشف أن الحالة الأولى -ب- لديها ادراك مرتفع للضغط وهي على وعية به، لأنها منذ بداية الاجابة على عبارات الاستبيان وأثناء المقابلة صرحت بأنها تعاني من ضغط نفسي مرتفع واحتراق نفسي كبير، لدرجة أنها كلما يرتفع لديها الضغط تشعر بارتفاع معدل ضغط الدم والسكري، واشتداد الضغط على مستوى رأسها وأذنيها وحتى عينيها، وتتأكد من ذلك بعد قياسهما على الفور، ويتبين لنا أن الحالة تقريبا أجابت على جل العبارات بدرجات مرتفعة جدا، مما يتأكد لنا أنها تدرك جيدا مصادر الضغط لديها والتي تتعلق بكثرة الأعمال والمسؤوليات الملقاة على كاهلها وتحملها بمفردها سواء كانت تربية أطفالها دون اشراك زوجها في المساعدة في أبسط الأعمال كأخذ بانها المريض الى الطبيب، اضافة الى معاناتها من عدة أمراض

من جهة أخرى حيث عانت منذ أكثر من ثلاثين سنة من أمراض متنوعة وآخرها كان ضغط الدم والسكري منذ عشر سنوات، وأثارها على صحتها العامة وشخصيتها، والتي حسب تصريحها أثناء اجابتها على بنود الاستبيان تقول: "عانيت بزاف في حياتي من المرض حتى تغيرت سلبي، كنت متفائلة أصبحت مكتئبة وحزينة ومحطمة نفسياً"، وساهم مرض السكري بشكل كبير في تشكل معاناتها حيث عند اجابتها على العبارة (1 و 8 و 19 و 26) والمتضمنة لـ "الشعور بالتعب والراحة" أجابت عليها بدرجات مرتفعة وصرحت بقولها "عندي سنوات لم أشعر فيها بالراحة أو الهدوء، حياتي كلها يمكن اختصارها في كلمتين تعب وانهاك"، وسجلنا لدى الحالة بعض المخاوف المستقبلية التي لها دور هام في ارتفاع حدة الضغط حيث في كل عبارة تصادفها في المقياس حول الخوف كالعبارتين رقم (18 و 22) ان خوفها متمركز حول قلق المستقبل والموت وترك أطفالها خاصة الصغير بدون كفيل لأن والدهم غير مهتم أو مسؤول عنهم، كما أجابت عن العبارة رقم (3 و 10 و 14 و 27) انها تعاني مؤخرًا من سرعة الاثارة والتوتر وعدم القدرة على الاسترخاء اضافة الى الشعور الدائم بالضغط بسبب الانشغال المستمر حتى أثناء فترات راحتها، لذلك نجد اجابتها بدرجة مرتفعة على البند (30) الذي يتضمن الشعور بالضغط المميت.

2-4-2- عرض ومناقشة نتائج مقياس الاحتراق النفسي:

تم تطبيق مقياس الاحتراق النفسي لـ ماسلاش مع الحالة ب-، وقد تحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول الموالي.

جدول رقم (36) يوضح نتائج مقياس الاحتراق النفسي لدى الحالة الثانية ب-.

الرقم	البعد	العبارات									Σ
1	الانهك العاطفي	01	02	03	06	08	13	14	16	20	42 مرتفع جدا
		6	5	6	6	1	5	4	6	3	
2	تبلد المشاعر	05	10	11	11	15	22	23 مرتفع			
		3	2	6	6	6					
3	الانجاز الشخصي	04	07	09	12	17	18	19	21	25 متوسط	
		6	5	3	0	4	2	4	1		

يتبين لنا من الجدول السابق رقم (36) المتضمن لنتائج الحالة الثانية ب- على مقياس الاحتراق النفسي لـ "ماسلاش"، أن مستوى الاحتراق النفسي لديها مرتفع حيث سجلت درجات مرتفعة جدا على بعد الانهالك العاطفي والذي قدر بـ (42)، وهذا ما يشير الى أن المعلمة ب- استنفذت طاقتها النفسية العصبية والجسمية، وذلك بسبب تعدد مصادر الضغط لديها، حيث اجابت على البنود (1، 3، 6، و 16) بأقصى درجة (6) التي تتضمن التعرض المستمر للضغوط، وبدل جهدا كبيرا في التعامل مع التلاميذ مما نجم عنه وقوعها في الاجهاد والتوتر، أما بعد تبدل المشاعر فقد كانت نتائجه هي مرتفعة لديها، حيث قدرت درجته الكلية بـ (23)، وتتجسد مظاهر تبدل المشاعر لدى المعلمة خاصة في البنود (11، 15، 22) التي أجابت عنها بدرجات مرتفعة تقريبا عدة مرات في الاسبوع، والتبدل العاطفي لديها كان نتيجة للامباتها بالآخرين، وتوقعها حول مشاكلها وظروفها الصحية والاسرية والمهنية التي تعيشها باستمرار يوميا، وما ترتب عنها من استنفاد للطاقة الجسدية والنفسية خصوصا كثرة الضغوط الأسرية والمهنية المتعلقة بالتلاميذ والمدير، أما البعد الأخير والذي يمثل الانجاز الشخصي، فإننا نجد درجة (25) وهي متوسطة مقارنة بالبعدين السابقين، حيث عبرت فيها المعلمة عن انطباعاتها ومشاعرها اتجاه الآخرين وتفاعلها مع بقية التلاميذ، وقدرتها على التعايش معهم والتأثير فيهم بايجابية، اضافة الى مختلف انجازاتها العملية التي لم تستطع انجازها بسبب كثرة المهام وضيق الوقت وتراجع استطاعتها الجسدية، وهذا ما أكدته درجاتها المنخفضة جدا على البنود (12، 18، 21) والتي أجابت عنها بـ (0، 2، 1) والتي تشير الى عدم قدرتها على التعامل وحل المشكلات الانفعالية بهدوء تام، أو الشعور بالحيوية والنشاط اليومي مع التلاميذ، وفي المقابل كانت أعلى الدرجات في هذا البعد للبندين (4 و 7) اللذان يتعلقان بتفهم التلاميذ والتعامل معهم بفعالية لأنها بفعل الأقدمية والخبرة المهنية يمكنها معرفة شخصية ومشاكل تلاميذها، لكن في عملها لا تستطيع حل جميع مشاكلها بهدوء تام وهذا يرجع الى طبيعة عملها بحكم تعاملها وتدريسها لمراهقين في مرحلة حرجة، كما أن معاناتها الصحية من عدة أمراض كالسكري وضغط الدم أفقدتها الشعور بالحيوية والطاقة والنشاط اليومية، لنستخلص في الأخير أن المعلمة لا توظف الكثير من استراتيجيات المواجهة المرتكزة حول الانفعال في تعاملها مع مصادر الضغوط لذلك تعاني من مستوى احتراق نفسي مرتفع.

2-4-3- عرض ومناقشة نتائج مقياس أساليب مواجهة الضغوط:

طبقتنا مقياس اساليب المواجهة مع الحالة وتحصلنا على النتائج التالية المبينة في الجدول أدناه.

جدول رقم (37) يوضح نتائج مقياس أساليب مواجهة الضغوط لدى الحالة الثانية ب-.

الرقم	البعد	العبارات	الدرجات	Σ
1	اعادة التفسير الايجابي	1 - 16 - 31 - 46 .	2 + 2 + 2 + 2	8
2	الابتعاد الذهني أو الشرود العقلي	2 + 17 - 32 - 47 .	1 + 0 + 0 + 2	3
3	التركيز على الانفعالات واطهارها	3 - 18 - 33 - 48 .	2 + 1 + 2 + 2	7
4	الاستعمال الاجرائي للدعم الاجتماعي	4 - 19 - 34 - 49 .	1 + 1 + 1 + 1	4
5	المواجهة النشطة	5 - 20 - 35 - 50 .	2 + 2 + 1 + 1	6
6	الانكار	6 - 21 - 36 - 51 .	2 + 2 + 1 + 1	6
7	المواجهة الدينية	7 - 22 - 37 - 52 .	.2 + 2 + 2 + 2	8
8	السخرية أو الدعابة	8 - 23 - 38 - 53 .	.0 + 0 + 1 + 0	1
9	الابتعاد السلوكي.	9 - 24 - 39 - 54 .	.1 + 1 + 0 + 0	2
10	التريث أو الامتناع	10 - 25 - 40 - 55 .	.1 + 2 + 2 + 2	7
11	استعمال الدعم الاجتماعي الانفعالي	11 - 26 - 41 - 56 .	.2 + 2 + 2 + 2	8
12	تعاطي المواد النفسية	12 - 27 - 42 - 57 .	.2 + 1 + 1 + 2	6
13	التقبل	13 - 28 - 43 - 58 .	.2 + 1 + 2 + 1	6
14	قمع الأنشطة التنافسية	14 - 29 - 44 - 59 .	.1 + 2 + 2 + 1	6
15	التخطيط	15 - 30 - 45 - 60 .	.2 + 2 + 2 + 2	8

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (37) أن اجابة الحالة الثانية ب- على بنود مقياس أساليب المواجهة أنها تستخدم الكثير من استراتيجيات المواجهة السلبية مقارنة بالإيجابية المركزة حول الانفعال بدرجة مرتفعة جدا كبعد التركيز على الانفعالات واطهارها حيث أجابت بالإيجاب على جل البنود (3- 18-33-48) ومنحها الدرجة (2)، ثم تصنف الاستراتيجيات المركزة حول السلوك في مرتبة ثانية مرتفعة تضم كل الأبعاد التالية: قمع الأنشطة التنافسية، والتريث أو الامتناع، وتعاطي المواد النفسية حيث انحصرت درجاتها ما بين (6 الى 7 درجات) لتشير الى استخدام الحالة المرتفع لاستراتيجيات المواجهة السلبية المركزة حول السلوك. ثم تأتي في المرتبة المتوسطة والأخيرة أساليب المواجهة السلبية المركزة حول التفكير والأنشطة العقلية لتضم كل من أبعاد المواجهات السالبة مثل الانكار الذي كانت درجته (6)، وقد سجلت على كل من بعد الابتعاد الذهني أو الشرود، والابتعاد السلوكي درجات متوسطة تراوحت على

التوالي بين (3 و 4) لتشير الى أن الحالة عقلانية في حل مشاكلها كما انها توظف التجنب السلوكي عند مواجهة بعض المشاكل خصوصا ما تعلق بأسرتها وهذا ما أكدته لنا عند اجابتها على البند (39) في أنها لا تكلف نفسها البحث عن كل ما تريده من زوجها لأنها لو تقف عند كل صغيرة أو كبيرة تتطور المشاكل الى الطلاق، لذلك تمارس التجنب السلوكي والانفعالي معه.

أما بالنسبة الى استراتيجيات المواجهة الايجابية فقد بينت لنا نتائج المقياس أنها تستخدم ستة أساليب من ضمن سبعة أساليب بحيث أنها أحرزت درجات مرتفعة جدا عليها كلها سواء كانت مرتكزة حول الانفعال أو السلوك أو عقلانية لتشمل بذلك كل الأبعاد التالية: إعادة التفسير الايجابي، الاستعمال الاجرائي للدعم الاجتماعي، المواجهة النشطة، المواجهة الدينية، التقبل وأخيرا التخطيط، وقد أجابت على كل بنودها بدرجات مرتفعة تراوحت ما بين (7 الى 8) على كل بعد، مما ينبئ على أن الحالة واعية ومدركة حقيقة للواقع الذي تعيشه ومختلف مصادر الضغط لديها، وهي تحاول قدر الامكان توظيف استراتيجيات ايجابية لمواجهتها والتعايش مع مرضها، وهذا التنوع في استراتيجيات المواجهة يعكس خبرة المعلمة ومرونتها في التعامل، ومستوى الذكاء الانفعالي الذي توظفه، ومرونتها للتكيف مع أوضاعها، وقدرتها على الجلد رغم الجروح النفسية والجسدية، وضعف المناعة الجسدية الا أنها تحاول المقاومة والاعتماد على مراكز ضبط داخلية وخارجية. ونلاحظ ان الحالة لا تستعمل تقريبا مطلقا الدعابة والسخرية في مواجهة مشاكلها لأنها عملية وجادة.

2-4-3- عرض ومناقشة نتائج مقياس جودة الحياة المئوي لمنظمة الصحة العالمية:

بعد تطبيق مقياس جودة الحياة تحصلنا على النتائج المبينة في الجدول الموضح أدناه.

جدول رقم (38) يوضح نتائج مقياس جودة الحياة لدى الحالة الثانية - ب-.

المحاور	البنود	المحاور	البعد
8	G1 - G2 - G3 - G4	نوعية الحياة العامة والصحة العامة	المجال الجسدي
19	F1.1 - F2.1 - F3.1 - F4.1	الالم وعدم الراحة	
17	F1.2 - F2.2 - F3.2 - F4.2	الطاقة والتعب	
12	F1.3 - F2.3 - F3.3 - F4.3	النوم والاسترخاء	
	56	Σ درجات البعد	
11	F1.4 - F2.4 - F3.4 - F4.4	الشعور الايجابي	ع

14	F1.5 – F2.5 – F3.5 – F4.5	التفكير والتعلم		
14	F1.6 – F1.6 – F3.6 – F4.6	تقدير الذات		
16	F1.7 – F2.7 – F3.7 – F4.7	صورة الجسم		
17	F1.8 – F2.8 – F3.8 – F4.8	الشعور السلبي		
72		Σ درجات البعد		
12	F1.9 – F2.9 – F3.9 – F4.9	القدرة على الحركة	مستوى الاستقلال	
14	F1.10 – F2.10 – F3.10 – F4.10	انشطة الحياة اليومية		
16	F1.11 – F2.11 – F3.11 – F4.11	الاعتماد على الأدوية والعلاج		
10	F1.12 – F2.12 F3.12 F4.12	القدرة على العمل		
52		Σ درجات البعد		
18	F1.13 – F2.13 – F3.13 – F4.13	العلاقات الشخصية	العلاقات الاجتماعية	
16	F1.14 – F2.14 – F3.14 – F4.14	الدعم الاجتماعي		
4	F1.15 – F2.15 – F3.15 – F4.15	النشاط الجنسي		
38		Σ درجات البعد		
10	F1.16 – F2.16 – F3.16 – F4.16	الأمن والامان الجسمي	البيئة	
12	F1.17 – F2.17 – F3.17 – F4.17	البيئة المنزلية		
15	F1.18 – F2.18 – F3.18 – F4.18	المصادر المالية		
12	F1.19 – F2.19 – F3.19 – F4.19	الرعاية الصحية والاجتماعية		
15	F1.20 – F2.20 – F3.20 – F4.20	القدرة على اكتساب معلومات ومهارات جديدة		
10	F1.21 – F2.21 – F3.21 – F4.21	الترفيه		
7	F1.22 – F2.22 – F3.22 – F4.22	البيئة الطبيعية		
7	F1.23 – F2.23 – F3.23 – F4.23	وسائل المواصلات		
88		Σ درجات البعد		
17	F1.24 – F2.24 – F3.24 – F4.24	المعتقدات الدينية		المجال الديني
18		Σ درجات البعد		
324		Σ الأبعاد		

يتضح من الجدول السابق رقم (38) المتضمن لنتائج الحالة الثانية على المقياس المتوي لجودة الحياة أن لديها جودة حياة متوسطة قدرت بـ (324 درجة) شاملة لمجموعة الأبعاد حيث تحصلت على أكبر درجة (19) في مجال الألم وعدم الراحة وهو يعكس الألم العضوي والنفسي الذي تعاني منه الحالة لتعرضها الى عدة لأمراض خلال مراحل حياتها أخرها التهاب المفاصل والام اسفل الظهر والسكري وضغط الدم، مما انعكس على جودة حياتها العامة التي سجلت عليها درجات منخفضة الى متوسطة قدرت في مجملها (8 درجات)، وهذه الحالة المرضية جعلتها في تبعية مستمرة للأدوية لا يمكنها الاستغناء عنها وهذا ما تجلى في درجتها المرتفعة على مجال الاعتماد على الادوية والعلاج والتي قدرت بـ (16 درجة)، كما أنه يرتبط كذلك هذا الأخير بمجال النوم والاسترخاء الذي كانت نتيجته متوسطة (12 درجة) حيث لا تستطيع النوم الا بعد أخذ المهدئات ومسكنات الألم خاصة في فصل الشتاء، ومن جانب أخر سجلت درجة متوسطة على مجالي القدرة على الحركة (12 درجة)، والقدرة على العمل (10) لأنها لم تعد قادرة على انجاز أشغالها بمثل القوة والقدرة التي كانت عليه من قبل وذلك بسبب الهشاشة المناعية الجسدية والنفسية التي أضعفتها الأمراض المزمنة السابقة الذكر، وتأكد لنا ذلك من اجابتها على مجال الطاقة والتعب الذي كانت درجته جد مرتفعة قدرت بـ (17 درجة)، كما أثرت وضعيتها المرضية على نفسياتها حيث سجلت نفس الدرجة على مجال الشعور السلبي (17 درجة) وهي درجة مرتفعة جدا مقارنة بدرجة المشاعر الايجابية المتوسطة (11 درجة) التي تعلقنا كلها بأطفالها وأبنائها لا أكثر، وتشير النتائج الى الدرجات المرتفعة للمعتقدات الدينية (17) وهي ترد الى إيمانها ويقينها القوي بأن الله سيساعدها لحل مشاكلها طالما توكلت عليه وتقربت اليه بالعبادات، أما بالنسبة لبعدها المجال النفسي وما تضمن من مجال تقدير الذات وصورة الجسم والتفكير والتعلم فان درجاتها كانت من متوسطة الى مرتفعة وهي تعكس تقدير المعلمة لذاتها وثقتها بنفسها رغم المرض الذي تعتبره منحة وهدية من الله يختبرها به لا محنة رغم عدم رضاها التام عن صحتها. ونجدها أجابت بدرجات مرتفعة وجيدة على بعد العلاقات الاجتماعية وهنا نخص العلاقات الشخصية التي تأكد أثناء اجابتها أن علاقتها محدودة لكنها طيبة ومتينة جدا ماعدا زوجها وهذا ما أثبتته نتائج مجال النشاط الجنسي الذي اجابت على جميع عباراته بسيء جدا ليحرز الدرجة (4) وهي أضعف درجة لها على المقياس، ويفسر ذلك الى سوء العلاقة الزوجية وحالة الطلاق العاطفي الذي تعيشه لسنوات، والحوار الجاف والصراعي القائم بينهما.

ونلاحظ تسجيلها لدرجات متوسطة وضعيفة نوعا ما على بعد جودة البيئة الذي يضم مجموعة من المجالات التي تراوحت درجاتها ما بين (7 الى 15) فمثلا وسائل المواصلات والبيئة كانت درجته (7) وهي أضعف درجة على هذا المحور بسبب بعد مكان المؤسسة التي تدرس بها المعلمة عن منزلها وقلة مرافق التهيئة، والمراكز الحيوية بالقرب من سكنها أثر كثيرا عليها وعلى أطفالها لتسجل بذلك درجة متوسطة على مجال الترفيه (10 درجات)، أما محاور الأمن والأمان الجسمي والبيئة المنزلية هاتين الأخيرتين أقرت أنهما يؤثران كثيرا على صحتها خصوصا وأنها تسكن بالقرب من مصنع تكرير البترول وتمييع الغاز الذي يلوث المحيط البيئي بغازاته السامة المضرة بالصحة، ومحور القدرة على اكتساب المعلومات والموارد المالية فهي كانت درجاتها مرتفعة لأن وضعيتها المادية جيدة وعدد أفراد اسرتها قليل فراتبها يكفيها لإعالة اسرتها مع الاعانة التي يمنحها اياها زوجها في بعض الفترات لتوفير حاجاتها وحاجات عائلتها المادية، كما أنها تقر أنها أحيانا تقترض من صديقاتها عند الحاجة لعلاج ابنها، أما اكتساب المعلومات والمهارات فهي تؤكد أن تصفحها على شبكة الانترنت لبعض المواقع التعليمية أغناها عن العديد من الكتب الورقية وأكسبها العديد من المهارات وطور قدراتها في التعامل مع تلاميذها وأطفالها وحتى علاج ابنها الذي أصبحت تتواصل مع طبيبه عبر مواقع التواصل الاجتماعي.

2-5- التحليل العام لنتائج الحالة الثانية-ب:-

استنادا الى النتائج المحصل عليها من الأدوات الاجرائية المطبقة مع الحالة الثانية من "مقاييس: ادراك الضغط، أساليب المواجهة وجودة الحياة، وتقنية تحليل المحتوى" المطبقة أثناء المقابلة النصف موجهة يتضح لنا أن المعلمة ب- تعاني من عدة أمراض أصيبت بها خلال مراحل حياتها، كانت أهمها بعض الأمراض السيكوسوماتية المزمنة كالربو، وضغط الدم، والسكري نمط الأول الذي شخصه الطبيب بعد ارتفاعه الى مستويات خطيرة جدا حوالي أكثر من 4.5 غ، ويتسم هذا النمط من السكري باعتماد المريض كليا على حقن الانسولين يوميا ليعوض العجز التام للبنكرياس لأن خلايا بيتا الموجودة على مستوى جزر لانغرهانس مخربة ولا يمكنها اطلاقا افراز كمية الأنسولين والا تدخل المريضة في غيبوبة سكرية التي قد تفضي الى الموت. (الطيارة بسام خالد، أنور نعمه، 1998، ص20)، وقد ظهر لديها على اثر صدمة نفسية حادة تعرضت لها، لتشكل بذلك العوامل النفسية العامل المفجر Facteur déclenchant للمرض الذي ظهر برفقة مرض ضغط الدم، وتؤكد دراسة "دوجور Dejours" (1977)

الذي يقر بأن مرض السكري عادة ما يكون ظهوره بعد التعرض لصدمة انفعالية أو عاطفية خاصة وعنيفة، وهناك ارتباط هام بين نسبة السكر في الدم أثناء التعرض للانفعالات العنيفة والوضعيات الضاغطة. (ميرود محمد، أيت حمودة حكيمة، 2014، ص227) وهذا ما اتضح جليا في الدور الهام للضغوط النفسية، والانهك والتعب النفسي الذي تعيشه في تشكيل هشاشة مناعتها النفسية لأن السيرورة الآلية الفيزيولوجية تفسر وفقا لشدة هذه الانفعالات النفسية السلبية التي تنبه الجهاز العصبي الاعاشي، والجهاز العصبي السيمبثاوي، هذا الأخير الذي يعمل كمثبط لإفرازات الانسولين في خلايا بيتا (Beta)، ويستثير افراز سكر الجلوكوز من الغليكوجين، ويعمل الأدرينالين على مضاعفة مستوى السكر في الدم من خلال اثاره الكبد على افراز سكر الجلوكوز المنتج من الغليكوجين. كما ننوه الى تسجيل السكري مع الحالة سابقا في فترة الشباب لمدة قصيرة عندما كانت مصابة بالحساسية الغذائية، حيث ينخفض مستواه الى أقل من 0.40 غ بسبب أسلوبها الغذائي غير المنتظم، ولكن بعد تنظيمه لم تعد تشكو الحالة من انخفاض مستوى الجلوكوز في الدم، وتعتبر هذه الاصابة في تاريخها المرضي بمثابة هشاشة مناعية عضوية ساهمت في احداث اضطراب التوازن الداخلي للجسم بشكل عام. اضافة الى عوامل الخطر السابقة النفسية والجسدية المرضية نجد العوامل الوراثية حيث توفي والدها بعد صراع طويل مع السكري النمط الأول والقلب والسرطان، واصابة أختها الصغرى بالسكري وبعض الأقارب، وتبين في هذا الاطار العديد من الدراسات أن علاقة الأليات المناعية بالوراثة من جهة أين يتم ضبط مورثات الزوج الصبغي 6 بالمستضادات والاستجابة المناعية، والعوامل البيئية من جهة أخرى التي يشترط توفرها ليتطور السكري، وهي تشمل الخماج infections، البدانة، اضطراب نظام التغذية وغيرها، وهذه المورثات ينجم عنها استجابة الخلايا للمفاوية (تآزر للمفاويات T و B) ضد العوامل البيئية، مما يتسبب في تدمير لخلايا بيتا إما مباشرة، أو توظيف آليات مناعية مختصة. (ابراهيم محمد صلاح الدين، 1993) و(أبو خطوة نبيل، القصيمي ، 1989).

وقد سجلنا لدى المعلمة إدراك مرتفع جدا للضغوط النفسية قدر بحوالي (0,86) وفقا لاستبيان ادراك الضغط، وهذه النتيجة هي انعكاس لتظافر مجموعة من المصادر المرضية والجسدية والمهنية التي كان لها دور في ظهورها، يمكن ذكرها في ما يلي بشيء من التفصيل:

- التاريخ المرضي الشخصي للحالة التي كانت تعاني من عدة أمراض مثل الربو حيث كانت تسبب لها ازمات الربو قلق، وضغط نفسي، وخجل كبير لأنها أصيبت به في مرحلة المراهقة وهي فترة جد

حرجة تعرف بأزمة الهوية والتغير والاضطراب المؤقت، ثم بعدها أصيبت بالحساسية الغذائية للاكتوز ومشتقاته وبعض الأغذية الأخرى مما تسبب لها في اضطراب النظام الغذائي، وحرمان غذائي شديد لدرجة عدم تناولها للطعام باليومين لفقدان الشهية، مما جعل جسمها يفتقر الى العناصر الأساسية للبناء، والصيانة، والحماية كالكالسيوم، والحديد، والزنك والفيتامينات، والبروتينات، ونجم عنه اصابتها بالأنيميا، وانخفاض معدل الجلوكوز في الدم الى أقل من 0.40 غ، مما أجبرها على تدارك الوضع باتباع حمية غذائية منتظمة صارمة لرفضها الاصابة وخوفها من ازمان انخفاض مستوى السكري لديها خصوصا وهي تعلم مسبقا بعامل الوراثة، كما أن الحساسية للاكتوز وبعض الأغذية كانت تثير لديها أزمات الربو احيانا. ثم بعدها أصيبت بمرض آلام أسفل الظهر المزمن والتهابات المفاصل وكانت لها علاقة وثيقة بجروحية مناعتها العضوية وعبء مسؤوليتها الأسرية والمهنية، وهنا يؤكد العديد من الباحثين أن الفرد الذي يئن من التهاب المفاصل والام الظهر هو في الحقيقة يئن من نفسه المكظومة الحزينة، فالجسم يستغيث ويردد صدى النفس من خلال الأعراض" (صادق عادل، 1988، ص173)، وهو ما اتضح مع المعلمة التي اصيبت بالاكنتاب والأرق والحداد على وفاة أباها ثم الشفاء بعد الالتزام بالعلاج الدوائي لمدة سنة ونصف، ثم الارتكاس مرة أخرى والاصابة بالاكنتاب بعد وفاة والدها وشفائها ثانية أين دام العلاج لحوالي سنة، ويحتمل أن ترجع اصابتها بالاكنتاب في المرة الأولى الى انخفاض العناصر الغذائية وسوء التغذية خصوصا المغنيزيوم، والكالسيوم والأحماض الأمينية كالترينتوفان Tryptophane، والأحماض الدهنية عديدة الروابط غير المشبعة Polyunsaturated Fatty Acid، والفيتامينات المضادة للأكسدة، وحمض الفوليك وفيتامين ب12، وفي هذا السياق أكدت عدة دراسات أجريت على مرضى الاكنتاب الأساسي، والاكنتاب طويل الأمد والاكنتاب الانتحاري أن سوء التغذية المستمر، والفقر في الأحماض الأمينية والدهنية أوميغا 3 Omega، والمغنيزيوم والكالسيوم وفيتامين ب 12 يحتمل أن يؤثر على المستقبلات العصبية والنواقل خصوصا السيروتونين Sérotonine لدى المكتئبين والذي يتكون من الحمض الأميني تريبتوفان. (مجمع الأمل للصحة النفسية، 2017) وتؤكد بعض الأبحاث أن التعرض للضغوط خصوصا المزمنة يحدث عواطف وانفعالات تؤدي الى تنشيط الهيپوثلاميس، والذي بدوره يفرز وينشط عدة افرازات غددية تؤثر على الجهاز العصبي السيمباثاوي، ومن ثم فان التنشيط المتتالي لهذه السيرورة الفيزيولوجية العصبية تؤدي الى التأثير السلبي على جهاز المناعة الذاتي عن طريق تحفيز افراز مادة الكورتيزول من الغدة الادرينالينية، كما يحفز الخلايا العصبية الطرفية التي تنتهي في الغدد اللمفاوية والصنوبرية،

ونخاع العظم مما تؤثر مباشرة على مخرجات الجهاز المناعي (القاعود خالد محمد، دس، ص 107) وفي المقابل نجدها تؤثر على معدلات تحرير الجلوكوز في الدم لحفظ التوازن والمواجهة أمام هته الانفعالات. ومن المؤكد أن كل هذه المراحل المرضية جعلتها تعيش مخاوف لاشعورية دائمة حسب "رودولف Rudolf" يتطور أثناءها مرض السكري وفقا لسيرورة دينامية نفسية عضوية ينتج عنها ارتكاس في المواجهة أو الهروب مصحوب عادة بارتفاع لمستويات الجلوكوز في الدم، وعندما لا تكبح مصادر التوتر يبقى مرضى السكري يعانون من ارتفاع هام للجلوكوز في الدم. (حجار، 1995) وهذا ما تجلى مع حالتنا التي تسجل ارتفاع معتبر لمستويات الجلوكوز لديها وعدم انخفاضه اطلاقا الى مستويات متوسطة بسبب ظروفها ووضعية الضغط التي تواجهها استمرار.

• من جهة أخرى تعاني المعلمة ب- من علاقات اجتماعية وتفاعلات بين شخصية متوترة داخل محيطها الأسري مع الزوج وبعض الأقارب، وتواجه شكل آخر من الضغوط الأسرية متعلقة بتربية الأطفال، وكثرة المسؤوليات وتحمل أعباءها لوحدها خارج البيت وداخله من دون مشاركة زوجها الغير مهتم بما يجري وهو الأمر الذي جعلها تعيش ضغط نقص التأييد الأسري الناجم عن عدم اشباع حاجاتها الى الانتماء، وولد لديها شعور بفقدان السند والشريك، وعدم الرضا عنه لعدم الاستقرار الأسري والشعور بالعزلة الاجتماعية (الرشيدي هارون توفيق، 1999، ص69)، ونجدها تحاول التكفل بمفردها في رعاية ولدها المريض الذي يزيد من معاناتها كل ما رأته حسب ما صرحت "كل مين نشوفو قلبي يوجعني، ونحس بالذنب لأنني ما عطيته حق بسبب العمل" وهو ما تطرق اليه "Meconachite Mitter" (1983) الذي يعتبر عدم قدرة الأم على التوفيق ما بين العمل ورعاية الابن المعاق من اهم الأحداث الضاغطة المؤثرة على عليها والتي جعلها تشعر بالإحباط والتوتر. (عبد المنعم عبد الله حسيب، 2006، ص10)، كما تضيف بقولها في موضع آخر "حتى باباه ما يشوف معاه، حاقره مسكين" شعورها هذا بالتمييز بين أولادها، ونبذ ولدها الصغير وعدم اهتمامه به كون لديها مشاعر سلبية اكثر اتجاه الزوج وزاد من التصدع والتفكك الأسري وهذا ما تطرق اليه Dominique (2005, p130) الذي اعتبر مجمل الخلافات الأسرية والمرض العضوي لأحد أفراد الأسرة والحرمان، وعدم العدالة والأحداث المؤلمة كلها مسببات للضغوط.

• كما سجلت علاقات اجتماعية مهنية سيئة نوعا ما في وسطها المهني التعليمي مع الادارة التربوية والمدير بوجه خاص أثرت كثيرا على صحتها النفسية والجسدية، وجودة حياتها العامة، وأدائها المهني، وهي ترتبط بالضغوط المهنية والممارسات الضاغطة التي يقوم بها المدير اتجاهها نظرا لشخصيته

الصعبة غير المتفهمة وتدخله في مهام الأساتذة داخل القسم وطرق التعامل مع التلاميذ حسب ما ذكرت في المقابلة، وفي هذا الصدد بينت دراسة مديرية التقييم والتنبؤ التابعة لوزارة التربية الوطنية بفرنسا (2005) التي خلصت الى أن اجبار المعلم على انجاز بعض المهام، وصعوبة الالتقاء بالزملاء وعدم ملاءمة المواعيد الزمنية تشكل مصادر تساهم في تعقيد مهنة التعليم ورفع الضغط الى مستويات عالية. (حمزة الأحسن، 2015، ص191)، اضافة الى معاناتها من ضيق الوقت، وبعد المدرسة، والظروف الفيزيائية التي تعمل بها، والاصلاحات المتجددة بعد فترة الاستقرار التعليمي الذي شهده التدريس في الجزائر والقرارات الوزارية الأخيرة المستمرة التي أثارت حفيظة المعلمة بخصوص محتوى المقررات والمناهج الدراسية التي اعتادت عليها لعقدين، وما تعلق بالنظام الداخلي للمدرسة والإدارة التربوية التي تلزمهم العمل وفق قوانين تجربها كثيرا على اهمال أسرتها وطفلها المريض، وتدريس كل سنة الصف النهائي المقبل على شهادة التعليم الابتدائي، وفي هذا المنحى توصلت دراسة "ريد وويسمان Rudd & Wisman" (1977) الى الكشف عن مصادر الضغوط المهنية لدى معلمي المراحل الدراسية في كندا التي تمحورت حول قلة الرواتب، ضعف الروابط بين أعضاء هيئة التدريس، والظروف الفيزيائية المحيطة، والعبء الدراسي واكتظاظ الصفوف وما ينجر عنه من فوضى وعدم انصياع للتلاميذ. ويضيف "شان وأخرون Chan Alan.H.S & al" (2010,P17) في دراستهم التي أجروها على معلمي المدارس الابتدائية والثانوية في "تايوان" الوقت، والاصلاحات المستمرة في التعليم والمراجعة الخارجية للمدرسة.

والجدير بالذكر أن كل هذه العوامل الضاغطة السابقة جعلت المعلمة ب- تعيش وضعية ضغط مستمر لعدة سنوات أنهكتها نفسيا وصحيا، وساهمت بقدر كبير في هشاشتها وجروحيتها النفسية والصحية مما انعكست سلبا على جودة حياتها العامة بما فيها الصحية، الجسمية، النفسية، والاجتماعية، وتكيفها المهني وفي ذات السياق أثبتت دراسة أجريت بمديرية التعليم الابتدائي (DEP) التابعة لقسم التعليم العام بسويسرا الى أن التعرض المستمر لمستوى مرتفع من الضغوط منها المهنية يعرض حتما المعلمين الى الاصابة بداء السكري، وآلام المفاصل واستهلاك المهدئات. (حمزة الأحسن، 2015، ص191) وهذا ما وقع فعلا للحالة ب- التي تعاني من آلام أسفل الظهر والتهاب المفاصل وتعتمد غالبا على تعاطي المهدئات ومسكنات الآلام للنوم. لكن رغم كل الضغوط والأمراض والمشاكل العويصة التي تعرضت لها الا أنها تحاول المواجهة في كل مرة والتعايش معها، ويشير في هذا المضمار "باترسون Paterson" (1997) أن الأفراد ليسوا دائما ضحايا مستسلمون وسلبيون اتجاه المواقف الضاغطة التي

يواجهونها، لأنهم عادة ما يحاولون تقليل، أو تخفيف الضغوط بواسطة التفكير والشعور، أو السلوك بطرق محددة لمواجهتها. (مسيلي رشيد، فاضلي أحمد، 2013، ص308) وهذا ما تجسد فعلا مع حالتنا التي رغم تعرضها الى كم من الضغوط والاضطرابات والأمراض الا أنها لم تسلسم لها بل كانت في كل مرحلة تواجه وتحاول التعايش معها، وهنا نشير الى بعض الأساليب والميكانيزمات التي كانت توظفها لتجنب الوقوع في الضغوط والمشاكل الأسرية والمهنية خاصة الكبت الذي والتجنب اللذان يتجليان في سلوكيات التهرب من التفاعل والتعامل مع المدير، والزوج وأهله وكانت تتجنب محاورتهم لتفادي المشاكل حسب ما صرحت والمحافضة على علاقة الاحترام المتبادلة بينهم، ويتجلى الكبت أكثر في التكتم على مشاكلها الزوجية عن جميع الأفراد المحيطين بها ما عدا المختصة النفسية. مما أجبرها على التواصل مع مختصة نفسية السنة الفارطة كمحاولة لتتدارك أوضاعها والقيام بعدة محاولات للتعايش معها، وقد بينت عدة دراسات على وجود علاقة بين الاصابة بالضغط النفسي وبعض المهن التي تتسم بالرتابة والمسؤولية على الغير كالأساتذة (عبدوني عبد الحميد، 1994، ص215) وفي ذات المنحى بين "كاستنبوم Kasternbaum" (1984, p374) أن الضغط النفسي يسجل بصورة أكثر شيوعا لدى الأفراد الذين يتفاعلون ويتعاملون مباشرة مع الأفراد.

وتستخدم عدة استراتيجيات لمواجهة الضغوط النفسية والتعايش مع مرض السكري التي حسب "لازاروس وفولكمان" تشير الى التغيير المستمر في الجهود المعرفية والذهنية لادارة المطالب الداخلية والخراجية للضغوط التي يعتقد الفرد أنها متجاوزة لإمكاناته" (عبد الحميد حسن والمحرزي راشد، 2006، ص290) كما تشير وفقا لـ"Paulhan" الى الأنظمة الدفاعية التي تسمح بإعادة التوازن النفسي مع ما يدركه الفرد من حدث ضاغط، لذلك فعلى الرغم من عدم تقبلها في المرحلة الأولى الا أن مساندة البعض من صديقاتها المعلمات المصابات بالسكري ودعمهن لها المعنوي والمادي جعلها تتقبل أكثر مرضها، وترجع للعمل بعد انقطاعها عنه لمدة أسبوعين بعد معرفة اصابتها بالسكري، لأن حجم الضغط النفسي الناجم عن صدمة الاعلان عن المرض تسبب لها في الشعور بالضيق واللامبالاة وقلة الدافعية للعمل. لكنها حاولت تجاوزت مرحلة الصدمة ومرحلة الانكار الى مرحلة المقاومة للمرض وحاولت توظيف آليات المواجهة لإعادة التكيف والتوازن النفسي والاجتماعي والجسدي باستعمال عدة استراتيجيات المواجهة التي يمكن توضيحها وفقا لما استخلصناه من المقابلة ومقياس أساليب المواجهة في:

• استراتيجيات المواجهة الايجابية: وهي مختلف أساليب المواجهة البناءة سواء كانت مرتكزة على السلوك أو الانفعال مثل: المواجهة النشطة، وإعادة التفسير الايجابي، والمواجهة الدينية، والتخطيط، والاستعمال الاجرائي للدعم الاجتماعي والتقبل، والتي تحصلت على درجات مرتفعة جدا (7-8) لكل بعد، فمثلا بالنسبة للدعم الاجتماعي الذي تتلقاه من زملائها في العمل واخوتها ساعدها على تجاوز مراحل رفض المرض، وتقبل ذاتها رغم اصابتها بعدة امراض والتخفيف من حدة الضغوط احيانا نظرا لمشاركتهم الوجدانية لها حيث يشير "Punch and Tuettemen" (1996) أن الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المعلم من زملائه يساعده في تخفيف الضغط. (العامري وليد، 2008، ص109)

• استراتيجيات المواجهة السلبية: وفقا لـ "Ryan" (1989) هي اساليب صحية قائمة على استعمال استراتيجيات توافقية متعلمة ومكتسبة، تشمل محتوى السلوك تستخدم للسيطرة على مشاكل الحياة وظروفها الضاغطة. (Ryan, 1989, p110) مختلف أساليب المواجهة التي تستعملها المعلمة سواء كانت مرتكزة حول الانفعال أو السلوك لكنها في كلا الحالتين لا توصلها الى حل نهائي للمشكلة بقدر ما تزيد من تعقيده وتؤدي في الأغلب الى تفاقم الضغوط لها مع الوقت، ومن بين هذه الاستراتيجيات التي توظفها نجد: التركيز على الانفعالات وإظهارها، استعمال الدعم الاجتماعي الانفعالي، وتعاطي المواد النفسية، وقمع الأنشطة التنافسية، والتزيت أو الامتناع كل هذه الأساليب توظفها المعلمة بدرجة مرتفعة جدا الى المرتفعة حيث تراوحت درجاتها ما بين (8-6) اضافة الى بعض الأساليب السلبية الأخرى لكن بدرجة متوسطة ومنخفضة كالاتباع السلوكي أو التجنب، الانكار والابتعاد الذهني أو الشرود العقلي. وتعتبر أساليب المواجهة السلبية اساليب آنية مرحلية تعمل على تقادي المواجهة لكنها تزيد من حدة الضغط فيما بعد، ولا تنتهي بحلول فعلية للتعايش والتكيف المعلم مع الضغوط، بل قد تزيد من حدتها أيضا بفعل عامل التأجيل وهي التي توقعه ضحية للاحتراق النفسي بسبب عدم القدرة على التعامل مع مصادر الضغوط ووضع حلول نهائية لها، وفي هذا الاطار تكشف دراسة "Salo" أن المعلمون قد يستعملون اساليب التأقلم الايجابية والسلبية لكن هذه الاخيرة لا تعتبر فعالة في تخفيف الضغوط بالقدر الذي تخففه الأولى الايجابية لأنها تزيد من الضغط، وتؤدي الى تخفيف الضغط على المدى القصير ولكنها ضارة على المدى البعيد لأن تفريغ الشحنة العصبية والعاطفية للمعلم للوهلة الاولى يفيد لكن نتائجه البعيدة الامد غير مفيدة. كما أن استعمال المعلم لنفس الاساليب للمواجهة دون تنويع يفرضي به الى عدم التأقلم لأن كل مصدر للضغط يتوجب طريقة أو طرق للمواجهة. (العامري وليد، 2008، ص114)

كما أن الحالة تستعمل عدة ميكانيزمات دفاعية للتعايش والتكيف كالكبت خصوصا ما تعلق برغباتها الشخصية، والعديد من المشاكل والأحداث المرتبطة بزوجها حيث تقول "لا أريد التفكير أكثر حتى مانتوسوش ومانحيش الماضي، لأنني اذا كثرت الريش نروح نطلقو، وماحباش يتعقدو ولادي ومانعطيهش فرصة أخرى" هذا ما يشير الى اضطراب العلاقة مع زوجها وتحاول كبت جميع المشاكل الداخلية دون التصريح بها لأي شخص حتى لا تتطور وتأخذ منحى آخر، وتحصرها في عدم تحمل المسؤولية وتربية الأولاد، من ناحية أخرى توظف ميكانيزم التجنب أحيانا مع البعض من الأشخاص كمدير المتوسطة التي تدرس بها بتجنب مواجهته ومقابلته بهدف تفادي تدخله في كيفية التدريس، وتجنب حتى الوقوع في مشاكل معه لأنها لا تتفق كثيرا معه، وتجنب أقارب الزوج من خلال تقليل التواصل معهم لتفادي المشاكل، وتستعمل استراتيجيات اللامبالاة والاهتمام كأساليب عقلية المرتبطة بالتحكم الانفعالي في بعض المواقف، ويقر "Roger and Hudson" (1997) ان اللامبالاة العاطفية لها نتائج غير صحية على المدى البعيد. (العمرى وليد، 2008، ص120) كما نجدها تحاول عقلنة مشاكلها واعطاء كل مصدر للضغط حقه الا أنها في غالب الأحيان بسبب الانفعال والعصبية تفقد اتزانها وتقع ضحية للاحتراق النفسي خصوصا في السنوات الأخيرة حسب ما تصرح الأمر الذي جعلها تتردد على المختصة النفسية للتحكم في أعصابها وانفعالاتها، كما توظف ميكانيزم التسامي الذي يدل عن استثمار الطاقة نحو أهداف عقلية ايجابية، انسانية وفنية يتحول فيها التعبير المباشر للغرائز الجنسية والعدوانية الى أنماط سلوكيات مقبولة اجتماعيا وغير عدوانية بتغيير الموضوع أو الوسيلة المخففة للتوتر. (كفن هال، 1994، ص ص97-98) من خلال اشغال أوقات فراغها بالمطالعة وصناعة الحلويات في نهاية الأسبوع وأيام العطل، وكتابة القصص والنصوص لتلاميذها.

نستشف مما سبق عرضه ومن نتائج المقياس الميئني لجودة الحياة أن المعلمة ب- لديها جودة حياة في عمومها متوسطة، وهي تتوافق مع دراسة "قواطمية محمد" (2017) التي خلصت الى ان مستوى جودة حياة معلمي التعليم الابتدائي متوسط، وتتعارض مع دراسة "الكبيسي عبد الكريم" (2016) التي توصل الى ان مستوى جودة الحياة لدى المعلمون منخفض، ويفسر ذلك الى توظيف المعلمة الى استراتيجيات المواجهة التي تم التطرق لها سابقا، لكن هذا لا يشير الى ان جميع نتائج أبعاد جودة حياتها متوسطة المستوى، فقد سجلت جودة الحياة الصحية والجسدية والنفسية متوسطة الى سيئة وهو يرجع الى ما تعانيه من أمراض مزمنة أثرت سلبا على سيرورة حياتها، كما سجلت سوء جودة حياتها البيئية المحيطة

بمنزلها لتلوث محيطها بمخلفات مركب تكرير البترول وتمييع الغاز، في المقابل نجد مؤشرات أخرى لجودة الحياة كالقدرة المالية والترفيه والاستقلالية المادية، اكتساب المعلومات والمعرفة درجاتها حسنة لأنها ميسورة ماديا بحكم مهنتها ك معلمة في المتوسطة وزوجها موظف، أما بالنسبة لمؤشرات العلاقات الاجتماعية والدعم الاجتماعي فان علاقتها جيدة بصديقاتها وأخوتها، ومضطربة نوعا ما مع أقارب زوجها التي اثرت سلبيا على صحتها النفسية والجسدية وفي هذا الاطار نجد "Gray and Freeman" يؤكدان بأن وجود الدعم الاجتماعي من خلال التحدث مع الزملاء يؤدي الى تقليل الضغط، وفي حالة عدم وجود دعم اجتماعي يشعر المعلم بالعزلة ويؤدي الى تعزيز الاحساس بالضغط". (العامري وليد، 2008، ص 117). أما جودة الحياة فهي مرتفعة لديها نظرا لتوظيفها استراتيجيات مواجهة مرتكز على الدين الاسلامي كالصلاة، الدعاء، الصدقة ومساعدة المحتاجين، وفي هذا الاطار يؤكد "يخلف عثمان" (2001) أن "سلوك التدين لا يقل تأثيرا عن العوامل البيولوجية والبيئية في صحة الانسان"، كما يشير " Moayad & al" (2012) الى أهمية التدين في السلوكات الصحية لدى المسلمين والمسيحيين في الأردن، لأن المعتقدات الدينية والممارسات الشعائرية تؤثر على نمط العيش خاصة السلوكات السلبية المضارة بالصحة مثل تناول المخدرات والكحول، والتدخين، والتحكم في سلوكات العنف والعدوان. (زعطوط رمضان، 2017، ص54) لذلك فان ممارسة الشعائر الدينية يؤثر على المناعة النفسية، والجسمية، ويخفف من وطأة الشعور بالضغط النفسية ان حدثت لأن هذه الممارسات تتحول الى استراتيجيات تؤثر على كيفية ادراك، وفهم، وتفسير وتحليل المواقف الضاغطة، وتعمل كمعززات وأساليب دفاعية تحصينية تكبح وتخفف من شدة الضغوط، وتسمح بالقدرة على التحكم الذاتي فيها والتعامل معها بمهارة مع الوقت.

3- عرض نتائج الحالة الثالثة:

3-1- البطاقة الاكلينيكية للحالة الثالثة:

الاسم: -الحالة ج-	العمر: 49.
الرتبة: الثامن (بين سبع اناث 3 ذكور)	المستوى الدراسي: ليسانس.
الأب والأم: متوفيان.	الوضعية الاجتماعية: متزوج وأب لثلاث اطفال.
الوضعية الاقتصادية: حسنة.	نوع السكن: فيلا (مشارك مع الاخوة).
القرب من مصانع: مصنع تكرير البترول وتمييع الغاز.	وراثة السكري: الوالد والام والاقارب.
الطور التعليمي: الثالث.	الخبرة المهنية: 21 سنة
مهنة الزوجة: موظف في مؤسسة خاصة.	مشاركته أعمال المنزل: لا.
تاريخ الإصابة بالسكري: منذ 31 سنة (18 سنة)	نوع السكري: نمط I.
أمراض أخرى: الحساسية (9 سنوات) + آلام أسفل الظهر(13 سنوات) + الدوالي (8 سنوات)+ سرطان البروستات (1سنة).	

3-2- التاريخ المرضي للحالة الثالثة "ج" وظروفه المعيشية:

الحالة "ج" معلم في الطور الثالث من التعليم الثانوي يبلغ من العمر 49 سنة، ميسور الحال عاش مع أفراد أسرته المكونة من 12 فرد طفولة عادية كأخ وابن مدلل لأنه أصغر الذكور، وحاليا هو رب لأسرة مكونة من أربع أفراد، زوجته موظفة في القطاع الخاص، تعرض لعدد من الحوادث والأمراض خلال مسار حياته، نشير اليها فيما يلي:

- ❖ عند بلوغه السنتين تعرض لارتفاع درجة الحرارة وحمى أثرت على عينه اليسرى، وبعدها وضع نظارات لتصحيح الرؤية واتجاه العين.
- ❖ في سن 7 سنوات كسرت رجله اليسرى على مستوى الفخذ بعد سقوطه من أعلى شجرة الزيتون لمحاولته جني ثمارها، ولم يبقي الجبيرة الا 15 يوم من 45 يوم، وبعدها بـ 21 سنة أصبح يعاني من آلام على مستوى المنطقة.

- ❖ كان مهذب ومطيع في الصغر مما عرضه الى العديد من الصراعات مع أقرانه خصوصا الكبار الذين كانوا يستهزؤون به وبنظاراته.
- ❖ أخذه والده الى فرنسا لعلاج عينه وهو في سن 12 سنة، ومكث بها ثلاث اشهر، وبقي مواظب كل فترة على العلاج الى بلوغه 15 سنة، حيث تعافت عينه تماما، ونزع النظارات الطبية.
- ❖ في سن 18 سنة اصيب بمرض السكري نمط الأول بعد زيارته لبيت عمه في الصيف في ورقلة، حيث اصيب بالتهابات حادة على مستوى اللوزتين، والشقيقة وحمى حادة لمدة أسبوع، بعدها رجع وبقي وضعه الصحي سيء لمدة اسبوعين، ثم شفي من الحمى والتهابات اللوزتين الا أن وضعه الصحي لم يستقر رغم العلاج، ولم يتفطن الطبيب الى مرض السكري الا بعد معاينة عدة أطباء اخرين لأن وضعه الصحي لم يستقر واجراء التحاليل الطبية.
- ❖ لم يتقبل مرض السكري في البداية، واثّر ذلك على مردوده الدراسي مما جعله يعيد البكالوريا خصوصا وأنه كان شعبة رياضيات، وبعدها أخذها وتحصل على الرتبة الثانية في الثانوية بمعدل 20/ 14.38، اختار شعبة العلوم الطبية لكنه لم يستطع مواصلة الدراسة بسبب سوء الخدمات في الاقامة الجامعية خصوصا وهو مصاب بالسكري، فغير التخصص الى العلوم البيطرية.
- ❖ في سن 25 فتح عيادة بيطرية لكنه مع الوقت لم تعجبه المهنة، فغيرها الى استاذ علوم الطبيعة والحياة في الثانوية في سن 28، ومنذ ذلك الحين وهو استاذ في الطور الثانوي، وفي أوقات الفراغ يعمل في عيادة التحليل المخبري مع صديقه.
- ❖ في سن 36 تعرض لحادث سقوط من الدرج في الثانوية وبعده مباشرة بدأ العلاج من آلام أسفل الظهر.
- ❖ وبعدها بـ 4 سنوات أصبح يعاني من الدوالي بسبب الوقوف الكثير.
- ❖ كما يعاني من الحساسية للطباشير خصوصا وأنه كان يستعمله بكثرة في عملية التدريس.

❖ تعرض مؤخرًا لسرطان البروستات وتمكن من اكتشافه في بدايته، ويقوم بالمتابعة العلاجية في الخارج، ويعتقد أن سببه هو نمط التغذية غير الصحية التي يتناولها حيث يعتمد بشكل رئيسي على الوجبات السريعة واكل المطاعم في الغذاء، وحتى العشاء احيانا لأن زوجته موظفة ولا يمكنها تدبر كل امورها المنزلية.

❖ تم تسجيل مرض السكري لكلا الوالدين قبل الوفاة، اضافة الى بعض الأقارب، ومرض السرطان لدى اقاربه من الأب.

❖ الحالة ملتزم بتناول الدواء في الوقت، لكنه كثيرا ما لا يلتزم بالحمية، ويمارس الرياضة أو المشي لحرق السعرات الحرارية، وضبط مستوى الجلوكوز الذي يرتفع الى مستوى 3 غ في حالة عدم الالتزام بالحمية الغذائية، أو ممارسة الرياضة.

3-3- نتائج تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الثالثة:

3-3-1- المرحلة الأولى:

نص المقابلة مع الحالة الثالثة:

1/ حوالي 31 سنة وأنا مريض بـ Le Diabète، 2/ عمر وانا عايش بيه، 3/ عندي Type 1، مرضت بيه وأنا صغير مانعرفش صلاح، 4/ جنابي طابت من L'insuline Piquage، 5/ ومانقبلتوش كيما شخصهولي الطبيب، 6/ اه، معاناة كبيرة في هذيك الفترة، 7/ أزمة نفسية عشتها صح، 8/ malgrais كنا ماديا مكفيين في هذاك الوقت، 9/ oui عندي La maman et le père les deux مساكن ماتوا بيه، 10/ وضيفيلها La Famille les deux cotés، 11/ في وقتي من قبل كان un tabou، 12/ حاجة grève الي يمرض بيه dans la société، 13/ mais à ce moment c'est comme des blessures normal خلاص، 14/ كنت قبل ما نمرض بيه Calme بزاف، 15/ نعم، عندي كانت une myope كي كنت صغير، 16/ وعقدوني منها صحابي في صغري، 17/ على هاذ بابا عالجني في L'étranger منها، 18/ كان مدللي بزاف لأنني مربي ومطيع، 19/ j'ai aussi des douleurs chroniques du dos، 20/ عالجت في الخارج عليها، نقصت mais مايريتش منها complètement، 21/ عندي تاني Les Varices بسبب الوقوف، 22/ والكسر الي طحت في

صغري لأنني نحيت Plâtre بشهر قبل ما يجبر العظم، /23 L'allergie من la crie و la le malheur dernièrement depuis un an exacte j'ai découvrir un /24، poussières cancer du prostate، /25، j'ai traité et le suivre à l'étranger، /26 الحمد لله كيما يفلك الي اكتشفته في Les premiers phases، /27 وين كنت وكيف وليت، /28 رحيت في زيارة الي دار عمي بورقلة ومرضت بـ l'angine d'amygdales، /29 وحكمتي la migraine من الضغط الساخنة، ماموالفش بيها، /30 داويت مي اسابيع وانا نحس روجي pas normal، /31 جريت لعند شحال من طبيب واحد ماعرفلي المرض، /32 ومابانتش علي الاعراض كنا في الصيف، /33 مرة قريت عليه في موسوعة comme par hazard، /34 رحيت لطبيب وقتله اعطيني تحاليل الخاصة بالسكري، /35 لقيت روجي مريض Diabétique، /36 ما تقبلتهاش خلاص كنت صغير، /37 أنا شكيت في le changement de style de vie ماخرجش علي تاع الصحراء، /38 وكي مرضت semaine كاملة ماكلت والو عندهم، /39 وكي جيت هنا ناكل الا في العسل والاكلات الحلوة ربما هي السبب، /40 لأنو صحتي كانت جيدة من قبل، /41 وماعندي حتى معاناة نفسية أو مرض، /42 Oui، malheureusement، /43 عندي آلام أسفل الظهر، /44 والدوالي، /45 الحساسية، /46 ومؤخرًا Cancer du prostate، /47 Non، ماشكيتش، /48 صاعقة، /49 ماتوقعتش روجي نمرض بيه خلاص، /50 كارثة بكل المقاييس، /51 و a cause cette situation je redouble le BAC، /52 وبقيت سنوات مامنقلوش، /53 ماقدرتش، /54 في البداية مابان علي والو، /55 نحس le corps تاعي pas normal، /56 la fabless قاتلتني، /57 و les mots de tête، /58 ودايما تعبان، /59 la vertige والدوخة، /60 ومن بعد قستو لقيت مستوى الجلوكوز 3.65 غ، /61 و actuellement عادت عندي القلقة، /62 التعب النفسي، /63 الاحساس بالعطش، /64 تذبذب في الوزن، /65 القلق، /66 التوتر النفسي، /67 طول امد التأم الجراح، /68 عندي le Stress عالي بزاف، /69 مادامنا في مهنة التدريس الضغط هو الوحيد القاسم المشترك بيناتنا، /70 ضعف الذاكرة بسبب الاثار الجانبية للانسولين وحبوب Gullible، /71 مانكذبش نعود هايج، /72 في حالة غليان من التلاميذ الي يجو باش يعكبو الوقت في المخبر، /73 ودايما رانا في صراع نفسي مع الوقت مع تلاميذ البكالوريا، /74 وعندي احباط من قوانين الادارة، /75 كثرة الانشغالات تسببلي النسيان، /76 الأرق أحيانا، /77 وبعد اصابتي بالسرطان عدت اشعر بضغط أكثر، /78 نعود vibrer، /79 مشوش التفكير، /80 الحمد لله،

81/ عايشين مهنيين بالمتوسط، 82/ القناعة هي كل شيء، 83/ زوجتي تاني خدامة يعني مكفينتا الشهرية، 84/ والله انا ضغطي أهم اسبابه الثانوية وما تحوي، 85/ ولكن نشغل روجي باي عمل جانبي باش ننسى التفكير، 86/ نخدم مع شريكي في مخبر التحاليل بعد التدريس، 87/ نمارس الرياضة بانتظام، 88/ نجدد معارفنا ومعلوماتنا بزاف، 89/ je voyage à l'étranger avec ma famille toutes les vacances semestrielles j'ai un voyage à le sud et sahra chez la famille chaque année، 90/ نخرج مع صحابي نسهروا نقص من الضيقة، 93/ ولا نتبحر ونصيد خصوصا في الصيف، 94/ pas toujours نتحكم في انفعالاتنا والله parfois oui la situation التي نتحكم فيها، 95/ ونهارات السكر يعود مرتفع واحد ما يحكي معاي موصيهم في الدار ولا التلاميذ، 96/ حتى الاكل والله نعود قلقان نخلطها مانقدرش نتحكم خلاص، 97/ لكن الدواء نشربه في الوقت بانتظام، 98/ بالطبع اي مرض عندو les effets تاو على le corp de malade، 99/ عدت دايمًا fatigué، 100/ ننسى بزاف، 101/ مقلق، 102/ مضغوط، 103/ نفقد التركيز بسرعة، 104/ سريع الغضب، 105/ عاجز نفسيا وجسديا، 106/ وكمل علي مع مرضي الاخير هلكوني بزاف مع آلام السرطان، 107/ آلام الرأس والصداع، 108/ عدم تناول جميع انواع الأغذية عامل ريجيم، 109/ mais des fois الريجيم بعد يعمل الضغط نتحرم بزاف، 110/ والحمد لله على كل شيء، 111/ الحمد لله راض على بلاء الله، 112/ ولا اعتراض على قضاءه، 113/ لكن انجازاتي وحياتي غير راضي عليهم 100%، 114/ علاقاتي مع la famille très bien، 115/ أني نروح نعكب les vacances عندهم في الخارج، 116/ وحتى باش دويت رحنت عند خويا واقاربي الي نثم، 117/ ماعنديش علاقات جيدة مع زملائي في العمل فقط، 118/ والمدير الجديد هذا جاي ضد الاستاذ، 119/ وانا مريض و diabétique مانخالطهم مانغلط فيهم، 120/ نقري تلاميذي علاقاتي معاهم رابعة ونروح، 121/ الباقي متجنبهم ماعنديش وقت ليهم، 122/ مادامني Professeur لازم نكون قادر على اتخاذ قراراتي المهنية، 123/ ونتحكم في قسمي من جهة، 124/ عندك مع المدير هذا فقط صلاحيتنا حنا الاساتذة كامل منتهكة وهذا عامل مهم خلاني نتجنبهم، 125/ وعندنا قراراتنا الاسرية، 126/ الماضي فيه المليح والحابر، 127/ مرضت بأمراض كثيرة بسباب مهنة التدريس، 128/ وعكبت عمري كامل مع diabète، 129/ وواجهت صعوبة في الزواج بسبابه، 130/ المهم عكبت une souffrance، 131/ نتمنى مستقبلا نشفى من la dernière maladie، 132/ وان شاء الله ما يكون الا الخير، 133/ ونتمنى نجاح تلاميذي في البكالوريا، 134/ ودوام الصحة

وتحسن أوضاعنا الحالية، 135/ نحب العمل المخبري والتحليل اعتبره أكثر من هواية، 136/ الصيد، 137/ المطالعة، 138/ السفر هو تغيير للوضع الراهن، 139/ وفي نفس الوقت هروب من المحيط المحبط بالنسبة لي، 140/ أنا لا أواجه مطلقا الا اذا كنت في وضعية هيجان، 141/ منظم وقتي ولو اني عايش في ضغط، 142/ ممارسة الرياضة بانتظام.

3-2-3- المرحلة الثانية:

الجدول رقم (39) يمثل الأبعاد المشكلة والفئات التي تمثلها الناتجة عن تحليل المقابلة الاكلينيكية النصف

توجيهية مع الحالة الثالثة - ج -.

النسب المئوية	تواتر الفئات (ك)	الفئات الممثلة (ف)	الأبعاد (د)
57.69%	15	التاريخ المرضي الشخصي: 1 / 15 / 17 / 19 / 20 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 42 / 43 / 44 / 45 / 46	التاريخ المرضي والمعيشة وظروف المعيشة
7.69%	2	التاريخ المرضي العائلي: 9 / 10	
19.23%	5	الظروف المعيشية: 2 / 8 / 11 / 12 / 20	
15.38%	4	المعاش النفسي قبل الإصابة بالسكري: 14 / 16 / 18 / 41	
16.35%	ك=26	ف=4	
16%	8	كيفية اكتشاف مرض السكري: 28 / 29 / 30 / 31 / 32 / 33 / 34 / 35	الإصابة بمرض السكري
2%	1	نمط السكري: 3	
18%	9	عدم تقبل المرض: 5 / 16 / 17 / 36 / 48 / 49 / 50 / 52 / 53	
28%	14	أعراض مرض السكري: 54 / 55 / 56 / 57 / 58 / 59 / 60 / 61 / 62 / 63 / 64 / 65 / 66 / 67	
6%	3	العوامل المسببة لمرض السكري: 37 / 38 / 39	
28%	14	آثار مرض السكري: 4 / 6 / 151 / 98 / 99 / 100 / 101 / 102 / 103 / 104 / 105 / 106 / 107 / 129	
2%	1	علاقة السكري بأمراض أخرى: 47	
31.44%	ك=50	ف=7	
68.75%	11	أعراض الضغط النفسي: 68 / 70 / 71 / 72 / 73 / 74 / 75 / 76 / 77 / 78 / 79	الضغط النفسي
31.25%	5	مصادر الضغوط النفسية: 69 / 74 / 77 / 84 / 109	
10.06%	ك=16	ف=2	

14.28%	4	محاولات تقبل المرض: 26 / 27 / 111 / 112	طرق مواجهة الضغوط النفسية والتعايش مع مرض السكري
57.14%	16	استراتيجيات التعايش الايجابية: 85 / 86 / 87 / 88 / 89 / 90 / 92 / 93 / 97 / 108 / 135 / 136 / 137 / 138 / 141 / 142	
28.57%	8	استراتيجيات التعايش السلبية: 91 / 94 / 95 / 96 / 121 / 124 / 139 / 140	
17.61%	ك=28	ف=3	
10.25%	4	الرضا عن الحياة: 80 / 81 / 82 / 110	جودة الحياة
2.56%	1	عدم الرضا عن الحياة (الشخصية والاجتماعية والأسرية والصحة): 113	
17.94%	7	العلاقات الاجتماعية: 114 / 115 / 116 / 117 / 118 / 119 / 120	
23.07%	9	القدرة المادية والرفاهية: 81 / 83 / 87 / 88 / 89 / 90 / 92 / 93 / 136	
12.82%	5	الاستقلالية والقدرة على اتخاذ القرار: 81 / 83 / 122 / 123 / 125	
23.07%	9	النظرة الماضية عن الحياة: 11 / 12 / 13 / 40 / 41 / 126 / 127 / 128 / 130	
10.25%	4	التطلع للمستقبل: 131 / 132 / 133 / 134	
24.52%	ك=39	ف=7	

الأبعاد = 5، الفئات = 23، عدد العبارات = 159.

النسبة المئوية = $\frac{\text{ك} \times 100}{\text{عدد العبارات}}$

عدد العبارات

3-3-3- المرحلة الثالثة:

من خلال تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الثالثة نستشف النقاط التالية:

اتضح لدينا خمس أبعاد أساسية مرتبة على النحو التالي:

❖ التاريخ المرضي وظروف المعيشة: يشمل هذا البعد محور جوهر في حياة الحالة، ومختلف

محطا معاشه وتاريخه الماضي والمرضي وما يتضمنه من مواقف هامة وأحداث تعرض لها في حياته،

أفصح عنها أثناء المقابلة لتشير الى المعاناة النفسية، والصحية، والأسباب المساهمة في ظهور وتطور مرض السكري لديه، وقد قدرت نسبته بحوالي 16.35% وهي رابع نسبة من حيث الترتيب، ويضم هذا البعد خمس فئات، مرتبة على النحو الموالي:

• **التاريخ المرضي الشخصي:** قدرت نسبة هذه الفئة بـ 57.69% وفيها تم التعرّيج على أهم الأحداث الصحية والأمراض التي أصابت الحالة -ج- مثل إصابته بـ la myope واضطر الى وضع نظارات طبية، ثم سافر الى فرنسا للعلاج بعد معاناة نفسية طويلة مع أصدقائه، كما تعرض لحادثة سقوط وكسر رجله اليسرى، والتي أصبح يعاني من أثارها بعد أكثر من 20 سنة، كما عانى من مرض الدوالي بسبب مهنة التدريس والوقوف لساعات طويلة، إضافة الى الحساسية من الطباشير والغبار، ومؤخرا منذ حوالي سنة ظهر لديه سرطان البروستات وهو تحت المتابعة العلاجية.

• **التاريخ المرضي العائلي:** قدرت نسبته بـ 7.69% وتمثلها مختلف الأمراض التي تعرض لها أهل الحالة سواء المقربون كوالديه واخوته، أو الأقارب من الأب والأم، ونخص بالذكر هنا الذين عانوا من مرض السكري، حيث صرح لنا أن الأب والأم توفيا وهما مصابان بالسكري، كما أنه مرض موجود لدى الاقارب من الجهتين، علاوة على ذلك تسجيل مرض السرطان لدى الأقارب من الأب.

• **الظروف المعيشية:** تراوحت نسبتها حوالي 19.23% وفيها تم التطرق الى الوضعية المعيشية للحالة وظروفه الاجتماعية قبل الإصابة بالسكري وبعدها، ومختلف الوظائف التي مارسها من طبيب بيطري، ثم استاذ مادة العلوم الطبيعية في الثانوية، ومحلل مخبري في مخبر التحاليل.

• **المعاش النفسي قبل الإصابة بمرض السكري:** قدرت نسبتها بـ 15.38% تطرقنا فيه الى المعاناة النفسية والصحية للحالة بسبب مرضه منذ الصغر بـ la myope، وما نجم عنه من جرح نفسي تسبب له في عقدة نفسية بسبب اهانة أصدقائه خصوصا وأنه في مرحلة المراهقة وشعوره بالحرج والخجل أمام زملائه وأصدقائه، مما اضطر والده للسفر به خارج البلد للعلاج.

❖ **الإصابة بمرض السكري:** اشتمل هذا البعد الأساسي على 7 فئات، و قدرت نسبته بـ 31.44% وهو يمثل على نسبة مقارنة ببقية الأبعاد، ويبين كيفية اكتشاف الحالة إصابته بمرض السكري، والعوامل المساهمة في ظهوره، وانعكاسه على الصحة النفسية والجسدية له، وهو يحتوي على 50 عبارة تدرج ضمن 7 فئات، مرتبة على التوالي:

• **كيفية اكتشاف مرض السكري:** نلخصها في تعرض الحالة الى مرض التهاب اللوزتين بسبب

تغيير اقامته وعجزه عن تناول أي طعام لمدة اسبوع الامر الذي أدى الى اختلال مستوى الجلوكوز في الجسم، وبعدها اضطراب نمط الغذاء وتناول العسل والحلويات فقط، واضطر الى اقتراح اجراء التحاليل من الطبيب بعدما عجز عدة أطباء عن تشخيصه، وتم تشخيصه بعد أن أثبتت نتائج التحاليل انه مصاب بالسكري نمط الاول بمقدار حوالي 3 غ وهو في سن 18، واعتبرها صدمة ولم يتقبل المرض وبقي في هذه المرحلة سنوات، وقدرت نسبة عبارات هذه الفئة بـ 16%.

• **نمط السكري:** مثلت نسبتها بـ 2%، تشير الى معاناته من سكري نمط الأول لأنه أصيب به في سن صغير، وتطلبت معالجته بالأنسولين والأقراص ليستقر مستوى السكري لديه، مع اتباع حمية غذائية خاصة.

• **عدم تقبل المرض:** تراوحت نسبة هذه الفئة حوالي 18% وتمحورت حول عدم تقبل الحالة لمرض السكري حيث في البداية صرح انه صدم واعتبره صاعقة عند سماعه خبر الإصابة به، وتبين من خلال اجابته على الأسئلة أنه أمضى سنوات وهو في مرحلة الصدمة وعدم تقبل المرض، مما أثر علي مسار حياته واعاد تلك السنة الدراسية وفشل في شهادة البكالوريا، وعجزه عن التعايش معه ولم يستطع اختيار زوج له بسبب فقدان ثقته بالنفس، واعتبره عائق طيلة الست سنوات الأولى.

• **أعراض مرض السكري:** بينت نسبتها بـ 28% صرح لنا عن أهم أعراض السكري التي ظهرت لديه، وتشمل ارتفاع مستوى السكري حي يتراوح ما بين (2-3.8 غ) غالبا ما يكون مستواه في حدود 2 غ، الاحساس بالعطش والشرب والتبول، انخفاض في الوزن، والشعور بالانهاك والتعب الجسدي والعياء النفسي خصوصا عند ارتفاعه، وعدم التئام الجروح بسرعة، وأعراض أخرى نفسية متعلقة بالقلق، والشعور المستمر بالتور، والضغط النفسي خصوصا أثناء التواجد داخل المدرسة مع التلاميذ، والمدير في العمل. ضعف الانتباه والتركيز، والنسيان.

• **العوامل المتسببة في مرض السكري:** قدرت نسبتها بـ 6% تمحورت حول الظروف الصحية التي عاشها خلال زيارته لأقاربه في الصحراء وعدم قدرته على التكيف معها، واصابته بالتهاب اللوزتين أثرت عليه ولم يستطع ناول الطعام لمدة اسبوع ثم رجوعه الى منزله وتناوله سوى العسل والحلويات مما ادى الى اختلال مستوى الجلوكوز في الدم، وهو حسب العامل المفجر في ظهور مرض السكري لديه، اضافة الى عجز الاطباء عن تشخيص المرض ساهم بشكل كبير في صدمته لأنه لم يكن متوقع اصابته به لأن

الاطباء طمأنوه عن سلامته الصحية، اضافة الى دور العامل الوراثي المتسبب فيه خصوصا تواجد بعض الاقارب من الجهتين مصابين به.

• **آثار مرض السكري:** قدرت نسبة هذه الفئة بـ 28% وهي أعلى نسبة موجودة في بعد الاصابة بمرض السكري، تعلقت بمختلف انعكاسات ومضاعفات مرض السكري والآثار الناجمة عنه لدى الحالة ونخص بالذكر هنا تأثير مساره الدراسي في البداية واعادته لشهادة البكالوريا، عدم القدرة على التكيف الصحي والاجتماعي والتوازن النفسي، تذبذب في الوزن ونقصه، ضعف الذاكرة والنسيان، تفكير مضطرب، وتشتت الانتباه والتركيز بسبب الأدوية لمدة طويلة دامت اكثر من عشرين سنة من تعاطي الانسولين، آلام الرأس والشقيقة والصداع، اضافة الى بعض التأثيرات النفسية الاخرى كالإنهاك والتعب والضغط النفسي، التوتر، والقلق، والغضب مع عدم القدرة على التحكم في السلوك احيانا، اضطرابات النوم خصوصا الارق.

• **علاقة السكري بأمراض أخرى:** نسبتها قدرت بـ 2% وهي اضعف نسبة سجلت في هذا البعد، تتعلق بالجانب النفسي فقط من قلق وعصبية، وتوتر، كما انه صرح لنا بعدم وجود علاقة ما بين مختلف الامراض العضوية الي يعاني منها ومرض السكري.

❖ **الضغط النفسي:** حسب ما تم استنتاجه فان الضغط النفسي لدى المعلم -ج- هو حالة نفسية ناتجة كانعكاس للمعاناة الصحية التي يعاني منها منذ أكثر من 40 سنة بداية من ظهور la myope لديه الذي تسبب في حالة من الخجل والاحباط منذ الصغر بسبب معاكسات ومضايقات اترابه، ثم حالة الضغط التي عايشها دون معرفة تشخيص لمرضه، اضافة الى حالة التوتر والقلق الناجمة عن عدم تقبل المرض لفترة دامت سنوات، وبعدها فترة البطالة وتغيير الوظيفة، ثم ضغط التعب المهني الناجم عن التدريس، والاصابة ببعض الأمراض الأخرى والتي سنعرج عليها بالتفصيل في فئة مصادر الضغوط، وكإضافة الى العبء المهني والمسؤولية الاجتماعية الملقاة على كاهله، نجد اضطراب بعض علاقاته المهنية واصابته مؤخرا بالسرطان، كلها عوامل جعلته يعيش في دوامة لا تنتهي من الضغوط، و قدرت نسبة هذا البعد حوالي 10.06%، وهو يتضمن فئتين بارزتين وهما أعراض الضغوط النفسية ومصادرها، سنوضحها على النحو الموالي:

• **أعراض الضغط النفسي:** تراوحت نسبة هذه الفئة بـ 68.75% وهي النسبة المرتفعة في هذا البعد، تشمل مختلف أعراض الضغط النفسي التي يعاني منها المعلم مثل: الشعور بالتوتر، والعصبية والغضب

لحد الهيجان أحيانا، العياء النفسي والجسدي، الخوف من المستقبل أحيانا، الاحباط والارق، واضطراب المزاج، والتفكير في المستقبل خاصة بعد الاصابة بالسرطان، عدم القدرة على الاسترخاء في بعض الاحيان، كل هذه الاعراض عانى منها الحالة لفترة سنوات حسب ما صرح لنا به، وكان لها تأثيرات سلبية على شخصيته وعلى نمط حياته بصورة عامة، لكنه كان يواجهها بأساليب كالسفر.

• **مصادر الضغوط النفسية:** نسبة هذه الفئة قدرت بـ 31.25% وهي تتعلق بالمصادر الصحية للضغوط والظروف المرضية التي عانى منها منذ الطفولة حيث أصيب بقصر النظر ووضع نظارات طبية لكنه تلقى عدة اهانات وسخرية من اترابه وهو لم يتجاوز 12 سنة، مما جعله يعاني من عدة عقد نفسية، والخجل والخوف من سخرية واهانة المحيطين به، ثم اصيب بمرض السكري في سن المراهقة، فشل في امتحان البكالوريا بسبب عدم يتقبل المرض، وأعادته مرة اخرى، ثم تعرض لضغوط في اختبار شعبة التخصص وتغيير تخصص الطب الى البيطرة بسبب عدم تكيفه مع الإقامة الجامعية واصابته بالسكري، ثم الوقوع في احباطات البطالة وتغيير وظيفة العمل من بيطري الى استاذ تعليم ثانوي لمادة علوم الطبيعة والحياة، وبعدها معاناته من الضغوط المهنية الخاصة بالتلاميذ وادارة المؤسسة التربوية، ثم الضغوط الاجتماعية والمتعلقة برفض الفتيات الارتباط به للزواج لإصابته بالسكري، وبعدها تعرض الى عدة امراض اخرى ناجمة عن ظروف التدريس كالحساسية من الغبار والطباشير، والدوالي بسبب الوقوف لساعات طويلة دون الراحة في المخبر، ومرض السرطان الذي غير كثيرا من طباعه واضحى اكثر قلق وخوفا من الموت المفاجئ، ناهيك عن ارتفاع مستوى السكري لذي يتسبب له في الام الصداع النصفي. كل هذه العوامل الصحية، والمهنية والاجتماعية والنفسية جعلته يعيش حالة من استنزاف للطاقة والاحتراق والعياء النفسي والجسدي بعد خبرة تجاوز فيها عشرون سنة، مما عرض مناعته النفسية والجسدية للخطر وبلوغه ذروة الاحتراق النفسي.

❖ **طرق مواجهة الضغوط النفسية والتعايش مع مرض السكري:** يتمحور هذا البعد حول الأساليب والاستراتيجيات التي يستخدمها المعلم سواء لمواجهة الضغوط النفسية، أو لـ التعايش مع مرض السكري بشقيها الايجابية منها أو السلبية، السلوكية او الانفعالية، ويحاول من خلالها التكيف مع بيئته المحيطة، والتوافق النفسي والمهني، وقدرت نسبة هذا البعد حوالي 17.61% وهي ثالث اعلى نسبة مرتفعة مقارنة ببقية الأبعاد، وتعلقت أساسا بثلاث فئات أساسية تشير اليها على الترتيب فيما يلي:

• **محاولات تقبل المرض:** قدرت نسبة هذه الفئة بـ 14.28% وهي ادنى نسبة في هذا البعد، تتجلى في المحاولات التي يقوم بها المعلم لتقبل وضعه الحالي واصابته بمرض السكري، وما لاحظناه هو رفضه التام للمرض في البداية وبقي على هذه الوضعية لسنوات وكلما زاد تفكيره فيه كلما ارتفع مستوى الجلوكوز لديه على حسب قوله، كما انه الاول من اصيب به داخل اسرته الامر الذي زاد من حجم صدمته ورفضه، ولكن على الرغم من ذلك حاول تقبله نسبيا مع الوقت، وخضوعه للأمر الواقع ووجوب تناول الجرعات اليومية اللازمة لـ الانسولين، حيث نجده يتبع سلوكيات منتظمة في العلاج مستعملا المنبه، ومبرمج تطبيق اخذ الدواء في هاتفه المحمول وفق الساعات المحددة من الطبيب، اضافة الى ايمانه بقضاء الله والتسليم به ساهم بقدر كبير في تقبل للمرض، كما ان دور المساندة الاجتماعية التي تلقاها من اسرته وزوجته وبعض اصدقائه خصوصا ساعدته نوعا ما في تقبل وضعه الصحي، الا انه لايزال يرفض الحديث عنه، وغير مصرح بإصابته امام الجميع.

• **استراتيجيات التعايش الايجابية:** بلغت نسبة هذه الفئة حوالي 57.14% وهي أعلى نسبة في هذا البعد، ويقصد بها مختلف الاستراتيجيات التي يوظفها المعلم للتعامل مع الضغوط التي يتعرض لها من جهة، والتعايش مع مرضه من جهة اخرى، سواء كانت مرتكزة حول الانفعال أو السلوك، أو عقلانية مثل تنظيم الوقت، وطرق التدريس، والاستعانة بالتخطيط في كل الانشطة والاعمال بما فيها اقتناء حاجات البيت، واستعمال المواجهة النشطة الفعالة عند التعرض لضغوط معينة دون التركيز على الجانب السلبي للمشكلة، اشغال أوقات الفراغ بأعمال اخرى في مخبر التحليل برفقة صديقه، عوض التفكير في المشاكل والأمراض الي يعاني منها، التخطيط عند التعرض لأي مشكلة والترتيب في حلها، الاستفادة من الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه من المحيطين به خصوصا أصدقاءه وقضاء أوقات الراحة معهم، والتمتع باستراتيجيات ترفيهية كالقيام بخرجات والسفر وزيارة الاقارب، وممارسة الأنشطة الرياضية بصفة دورية و بانتظام، والذهاب للتبحر والصيد في جميع الفصول، توظيف استراتيجيات دينية والايمان بقضاء الله والصلاة، والصدقة، وتنظيم أوقات تناول الدواء بالساعة باستعمال المنبه وبرمجة تطبيق تناول الدواء في هاتفه، وتخصيص محفظة للأطعمة الصحية (فواكه ومكسرات) والدواء في سيارته يأخذها معه دائما، واتباع حمية غذائية خاصة بمرض السرطان وأسلوب عيش يتلاءم ومرض السكري بعد استشارة اخصائي تغذية، واحترام مواعيد الترفيه والتنزه.

• **استراتيجيات التعايش السلبية:** نسبتها قدرت بحوالي 28.57% تتعلق بمختلف الأساليب السلبية التي يوظفها المعلم للتعايش مع مرض السكري وضغوط الحياة اليومية، وتتمثل بالأساس في آلية الكبت النشطة التي يوظفها بشكل كبير، وميكانيزم التجنب الذي يعتبر كاستراتيجية سلبية فعالة يستعملها لتفادي المواجهة المباشرة مع ما يثير عصبية خصوصاً التلاميذ، أو الضغط لديه كالمدير وبعض الاساتذة الزملاء، حيث يتجنب الدخول معهم في الحوار والنقاش، ويتفادى لقاءهم لأنهم حسبه يتسببون له في التوتر وارتفاع مستوى السكري، إضافة عدم القدرة أحياناً على ضبط ذاته أو التحكم في انفعالاته والغضب من التلاميذ الى درجة وصوله الى الهيجان، الاعتماد كثيراً على الدعم الاجتماعي الانفعالي من الزوجة وبعض الأصدقاء خاصة صديقه في المخبر، وكذا الاعتماد الكلي على الادوية المسكنة لآلام الدوالي والسرطان، والمهدئات أحياناً للخلود الى النوم.

• **جودة الحياة:** يرتكز هذا البعد على مجموعة من المؤشرات الأساسية التي تحدد نمط، وأسلوب حياة الحالة -ج- وقدرة على الرضا عن الحياة، والتوافق والتطور، والتعايش مع الوضعية التي يعيشها في ظل السياق الاجتماعي المحيط به، والثقافة السائدة لديهم بما تتضمنه من مركبات عقائدية وقيمية وتنظيمية، ومكونات نفسية وصحية، ومختلف أهدافه وتطلعاته المستقبلية، و قدرت نسبة هذا البعد بـ 24.52% وهي ثاني أعلى نسبة مقارنة بالأبعاد الأخرى، ويضم سبع فئات موزعة كما يلي:

• **الرضا عن الحياة:** قدرت نسبة هذه الفئة بـ 10.25% حيث تعلقت بالرضا النسبي لدى المعلم عن حياته العامة، والتي هي انعكاس لمدى تقبله لوضعه الصحي، والاجتماعي، والنفسي، والمعيشي والمهني، ويتبين لنا في العنصر الموالي أن نسبة رضاه عن الحياة العامة مرتفعة مقارنة بعدم الرضا.

• **عدم الرضا عن الحياة الشخصية والاجتماعية والأسرية والصحة:** تراوحت نسبة هذه الفئة بـ 2.56% وهي أضعف نسبة في هذا البعد، حيث تعتمد المعلم عدم الخوض في هذا السؤال كثيراً لأنه بشكل عام غير راض عن حياته الشخصية والاجتماعية والأسرية والصحية وهي كلها بقضاء الله، وكذا عدم رضاه عن انجازاته واعماله لأنه لم يكن يتوقع حياته أن تكون على هذا النحو، كما أنه لم يرغب في الخوض في ذكر الكثير من معاناته النفسية وآلامه الجسدية الناجمة عن الأمراض التي أصيب بها حتى ينسى ويجني أجرها عند مولاه على حسب تعبيره.

• **العلاقات الاجتماعية:** نسبة هذه الفئة حوالي 17.94% وهي ثاني أعلى نسبة في هذا البعد، وتشمل مختلف العلاقات التفاعلية النوعية داخل الاسرة، وأقاربه، وأصدقائه والمحيطين به، سواء كانت

إيجابية أو سلبية فمثلا مع أفراد أسرته نسجل علاقات جيدة مع أسرته وزوجته وأصدقائه، وعلاقات متباينة بين الحسنة والسيئة والقطيعة أحيانا مع البعض كالزملاء والمدير.

• **القدرة المادية والرفاهية:** قدرت نسبتها بـ 23.07% وهي أكبر نسبة في هذا البعد، تتعلق بالقدرة المادية للمعلم على توفير حاجاته وحاجات أسرته، وقدرته على الانفاق لشراء دواءه ومصاريف علاجه في الخارج خصوصا وأنه يعاني من عدة امراض أخطرها السرطان، أما الرفاهية فتشمل قدرة المعلم على توفير بعض الحاجات الكمالية التي يستفيد منها المعلم لممارسة هواياته كالمطالعة التي تتطلب ميزانية خاصة، والتتفيس والترفيه عن نفسه وعن أسرته أوقات الفراغ والراحة كالتنزه في العطل وزيارة الأقارب، الذهاب الى البحر والصيد.

• **الاستقلالية والقدرة على اتخاذ القرار:** تراوحت نسبة هذه الفئة بـ 12.82% وهي ثالث أعلى نسبة في هذا البعد، تتعلق بقدرة المعلم على اتخاذ القرارات الشخصية، والمهنية والأسرية بحرية، اضافة الى الاستقلالية، والقدرة على خدمة ذاته بنفسه، وعدم الاعتماد على قرارات، أو مساعدات الاخرين في تلبية حاجاته الذاتية الشخصية، أو الاسرية، أو المهنية، والقدرة على القيام بأنشطة متعددة والعمل اليومي رغم اصابته بالسرطان .

• **النظرة الماضية عن الحياة:** قدرت نسبتها بـ 23.07% وهي تمثل أعلى نسبة في هذا البعد مساوية لفئة القدرة المادية والرفاهية، تتضمن اتجاهات، ونظرة المعلم السابقة للحياة والماضي وما تخللها من معاناة نفسية وآلام جسدية تسببت فيها عدة امراض كقصر النظر في الطفولة وما نجم عنه من عدم القدرة على التوافق مع اصدقائه، ومرض السكري فيما بعد الذي لم يتقبله، ثم مرض الدوالي والحساسية، ومؤخرا اصابته بالسرطان، كل هذه المحطات المرضية جعلته يسترجع بسلبية مراحل حياته السابقة، اضافة الى التعب والارهاق الجسدي والفكري الناجمين عن التدريس والعمل بالمخبر.

• **التطلع للمستقبل:** نسبتها حوالي 10.25% وهي تتعلق بمختلف الآمال، والتطلعات المستقبلية التي يرغب المعلم في تحقيقها مستقبلا والمرتكزة على الشفاء من مرض السرطان اولا، وبقية الامراض الاخرى، والقدرة على تحقيق بعض الاهداف والغايات المستقبلية الشخصية والاسرية.

3-4- عرض ومناقشة نتائج تطبيق المقاييس مع الحالة الثالثة -ج-:

3-4-1- استبيان إدراك الضغط (P.S.Q) Perceived stress questionnaire:

بعد تطبيقنا الاستبيان ادراك الضغط مع الحالة الثالثة -ج- تحصلنا على النتائج التالية الموضحة في الجدول أدناه.

جدول رقم (40) يوضح نتائج مقياس ادراك الضغط لدى الحالة الثالثة - ج-.

Σ	الإجابة	العبارات	الإجابة	العبارات	الإجابة	العبارات	الإجابة	العبارات	الإجابة	العبارات
99	4	25	4	19	3	13	3	7	4	1
	4	26	3	20	4	14	4	8	4	2
	3	27	2	21	2	15	2	9	4	3
	4	28	3	22	4	16	3	10	4	4
	4	29	3	23	3	17	3	11	2	5
	3	30	3	24	4	18	2	12	4	6

يحسب مؤشر ادراك الضغط وفقا للمعادلة التالية:

$$م\ إض = \frac{99 - 30}{90} ، \text{ مؤشر إدراك الضغط} = 0.76 ، \text{ ويفسر على أنه مؤشر مرتفع من إدراك الحالة للضغط.}$$

انطلاقا من المعطيات والنتائج الواردة في الجدول المذكور أعلاه نستشف أن الحالة الثالثة -ج- لديها ادراك مرتفع من الضغط النفسي حيث تحصل المعلم على نتيجة عامة قدرت بحوالي 0.76، حيث كان يصرح أثناء الاجابة على أسئلة المقابلة وعبارات المقاييس عن معاناته من العصبية المرتفعة كثيرا، والهيجان أحيانا لدرجة عدم القدرة على التحكم في انفعالاته، وسلوكاته وعادة ما يصاحبه ارتفاع لمستوى الجلوكوز مما يستوجب عليه حقن الانسولين في قاعة الاساتذة، وأوقات أخرى يحس باستنفاد طاقة جسمه، وآلام الصداع النصفي مع عياء جسدي يرهقه نفسيا وفكريا يضطره الى تناول بعض الفواكه والمكسرات داخل القسم، ويتبين لنا أن الحالة تقريبا أجاب على جل العبارات بدرجات مرتفعة جدا، ليتأكد أنه مدرك جيدا لجملة العوامل المسببة للضغط لديه، والتي كانت بسبب وضعه الصحي لأنه يعاني من عدة أمراض تسببت في آلام معتبرة لديه جعله في حالة ضغط وتوتر مستمر، وحتى الخوف من توقع حدوثها، حيث أجاب بدرجة مرتفعة جدا على عبارة رقم (6، 14، 25، 15، 26)، بدرجات مرفعة جدا،

لتدل على وقوعه ضحية لصراعات ومشاكل يدرك اسبابها، ونتائجها، وتحيله عن الراحة النفسية والجسدية والقدرة على الاسترخاء والهدوء، وهذا ما تثبته كذلك نتائج الدرجات المرفعة جدا على البنود (27، و28، 30، 10، 8) المتعلقة بالشعور بالتعب وعدم القدرة على الهدوء، وهذا بسبب الشعور بعبء المسؤولية من جهة، وعدم القدرة على اتخاذ القرارات المناسبة، كما يلعب دور الوقت عامل هام في ارتفاع مستوى الضغط لأن طبيعة مهنة التدريس يجب ان تخضع لعامل تنظيم الوقت، بالمقارنة فهو يعاني من تراكم الانشطة والمهام، لأنه عامل في المخبر اضافة الى التدريس، لذلك غالبا ما نجده في عجلة، هذا وقد سجلنا لدى الحالة بعض المخاوف المستقبلية المرتبطة بارتفاع حدة الضغط حيث سجل على العبارتين رقم (18 و22) درجات مرتفعة جدا تخص الخوف من مرض السرطان مستقبلا واصابته بارتفاع السكر الذي يؤثر على شفائه.

3-4-2- عرض ومناقشة نتائج مقياس الاحتراق النفسي:

تم تطبيق مقياس الاحتراق النفسي لـ ماسلاش مع الحالة -ج-، وقد تحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول الموالي.

جدول رقم (41) يوضح نتائج مقياس الاحتراق النفسي لدى الحالة الثالثة -ج-.

Σ	العبارات									البعد	
36 مرتفع جدا	20	16	14	13	08	06	03	02	01	الانهك العاطفي	1
	2	6	3	4	1	6	5	4	5		
23 مرتفع	22	15	11	10	05	05	05	05	05	تبلد المشاعر	2
	5	5	5	3	5	5	5	5	5		
33 متوسط	21	19	18	17	12	09	07	04	04	الانجاز الشخصي	3
	2	4	3	5	2	5	5	5	5		

يتبين من الجدول المذكور أعلاه، أن مستوى الاحتراق النفسي لدى المعلم مرتفع نوعا ما، حيث سجلت درجات مرتفعة جدا على بعد الانهك العاطفي والذي قدر بـ (36)، وهذا ما يشير الى أن المعلم استنفذت طاقته النفسية العصبية بسبب تعدد مصادر الضغط التي يتعرض لها، حيث اجاب على البندين (6 و16) بأقصى درجة (6) الذي يتضمن بدل جهدا كبيرا في التعامل مع التلاميذ ويسبب له في ضغط كبير جدا، أما بعد تبلد المشاعر فقد كانت نتائجه مرتفعة كذلك بدرجة قدرت بـ (23)، وتتجسد مظاهر

تبدل المشاعر لدى الحالة خاصة في البنود (5، 11، 15، 22) التي أجاب عنها بدرجات مرعة تقريبا عدة رات في الاسبوع، هذا التبدل العاطفي هو نتيجة للامبالاة والا احساس بالآخرين التي يعيشها المعلم ناجمة عن حالة استنزاف الطاقة الجسدية والنفسية بسبب كثرة الضغوط خصوصا المهنية والمتعلقة بالفوضى داخل القسم، وسوء الظروف الفيزيقية للعمل داخل المؤسسة، أما البعد الأخير والذي يمثل الانجاز الشخصي فاننا نجد درجة (33) وهي متوسطة مقارنة بالبعدين السابقين، حيث عبر فيها المعلم عن انطباعاته ومشاعره اتجاه الآخرين وخصوصا التلاميذ، وقدرته على التعايش معهم والتأثير فيهم، اضافة الى مختلف انجازاته العملية، وهذا ما أكدته درجاته المرتفعة نوعا على البنود (4، 7، 9، 17) والتي أجاب عنها ب(5)، وفي المقابل كانت أدنى الدرجات على هذا البعد للبندين (12 و 21) اللذان يتعلقان بالنشاط والحيوية والتعامل بهدوء مع المشاكل الانفعالية، مما يوحي الى أن المعلم لا يستعمل كثيرا استراتيجيات المواجهة المرتكزة حول الانفعال، كما أن الأمراض التي يعاني منها جعلته يشعر بفقدان النشاط والحيوية.

3-4-3- عرض ومناقشة نتائج مقياس أساليب مواجهة الضغوط:

طبقتنا مقياس اساليب المواجهة مع الحالة وتحصلنا على النتائج التالية المبينة في الجدول الموضح أدناه.

جدول رقم (42) يوضح نتائج مقياس أساليب مواجهة الضغوط لدى الحالة الثالثة -ج-.

الرقم	البعد	العبارات	الدرجات	Σ
1	اعادة التفسير الايجابي	46 - 31 - 16 - 1	2 + 2 + 1 + 1	6
2	الابتعاد الذهني أو الشرود العقلي	.47 - 32 - 17 + 2	1 + 1 + 0 + 0	2
3	التركيز على الانفعالات واطهارها	.48 - 33 - 18 - 3	2 + 1 + 2 + 2	7
4	الاستعمال الاجرائي للدعم الاجتماعي	.49 - 34 - 19 - 4	2 + 2 + 2 + 2	8
5	المواجهة النشطة	.50 - 35 - 20 - 5	1 + 2 + 2 + 2	7
6	الانكار	.51 - 36 - 21 - 6	1 + 2 + 0 + 1	4
7	المواجهة الدينية	.52 - 37 - 22 - 7	2 + 2 + 2 + 2	8
8	السخرية أو الدعابة	.53 - 38 - 23 - 8	0 + 0 + 0 + 0	0
9	الابتعاد السلوكي.	54 - 39 - 24 - 9	1 + 2 + 0 + 0	3
10	التريث أو الامتناع	55 - 40 - 25 - 10	1 + 2 + 2 + 2	7
11	استعمال الدعم الاجتماعي الانفعالي	56 - 41 - 26 - 11	2 + 2 + 2 + 2	8
12	تعاطي المواد النفسية	57 - 42 - 27 - 12	2 + 2 + 2 + 2	8

6	2 + 1 + 1 + 2	58 - 43 - 28 - 13	التقبل	13
8	2 + 2 + 2 + 2	59 - 44 - 29 - 14	قمع الأنشطة التنافسية	14
8	.2 + 2 + 2 + 2	.60 - 45 - 30 - 15	التخطيط	15

يتضح لنا من اجابة المعلم -ج- على بنود مقياس أساليب المواجهة أنه يستخدم استراتيجيات مواجهة متنوعة منها الايجابية والسلبية المرتكزة حول السلوك بدرجة مرتفعة جدا، حيث أجاب على بنود اساليب التخطيط، والمواجهة والاستعمال الاجرائي للدعم الاجتماعي بدرجات مرتفعة جدا تراوحت ما بين (7 و 8) لتحرز المرتبة الأولى، فمثلا بالنسبة للتخطيط أجاب على البند (15) الذي يتعلق بوضع خطط للمشكل للنظر فيه، وأقر أنه يفعلها دائما مع كل المشاكل والصعوبات الي تعثره ولديه مفكرات خاصة بالتخطيط، وتليها في المرتبة الثانية اساليب اعادة التفسير الايجابي للأحداث التي تعتمد على التفكير الايجابي والتقييم واعادة التقييم الايجابي للمشاكل التي يتعرض لها المعلم فمثلا أفصح على البند (46) المتعلق بتعلم أشياء جديدة من المشكل مهما كان نوعه لأننا خلقنا لنتعلم، واستراتيجيات التقبل والمواجهة الدينية بدرجات متوسطة (6) وما تتضمنان من اساليب متنوعة عقلية وانفعالية وسلوكية، حيث أجاب على بند (13) بدرجة مرتفعة والذي يتضمن الاعتقاد على فكرة أن المشكل قد حدث وسينتهي، وتشير هذه النتيجة الى أن المعلم لديه ادراك بحجم الضغوط التي يتعرض لها، ومحاولاته للمقاومة الايجابية السلوكية، والانفعالية والعقلانية، وقدرته على التعايش والجدل.

أما بالنسبة الى استراتيجيات المواجهة السلبية فقد تنوعت هي الاخرى لدى المعلم، فمثلا تصنف الاستراتيجيات المرتكزة حول السلوك في المرتبة الاولى تضم الأبعاد التالية: استعمال الدعم الاجتماعي الانفعالي، وتعاطي المواد النفسية، وقمع الأنشطة التنافسية، وكذا التريث أو الامتناع، والتركيز على الانفعالات واطهارها، حيث سجلت درجات مرتفعة جدا فيها (8 - 7 درجات) لتشير الى استخدام المعلم المرتفع لاستراتيجيات المواجهة السلبية المرتكزة حول السلوك. ثم تأتي في المرتبة الثانية استراتيجيات الانكار المرتكزة على السلوك والانفعالات بدرجة متوسطة (4)، حيث أجاب بالإيجاب على البند (36) بالدرجة (2) المتضمن لإنكار المشكلة والتصرف وكأنها لم تحدث. ثم تأتي في المرتبة الأخيرة أساليب المواجهة السلبية المرتكزة حول السلوك والمتمثلة في الابتعاد السلوكي، حيث قدرت ب (3 درجات). وعليه نتخلص من نتائج المعلم أنه يوظف استراتيجيات متنوعة عقلانية وانفعالية في حل مشاكله، تنوعت ما

بين الايجابية والسلبية تتعلق بالتنظيم النفسي، ومناعته ومرونته النفسية والجسدية، ومراكز ضبطه النفسية والصحية، ورغبته في المواجهة غالبا مع عدم استخدام استراتيجية السخرية والدعابة مطلقا التي تحصل على الدرجة (0)، وهذا ما يعكس نمط شخصيته الجادة والعملية.

3-4-3- عرض ومناقشة نتائج مقياس جودة الحياة المئوي لمنظمة الصحة العالمية:

بعد تطبيق مقياس جودة الحياة على الحالة الثالثة -ج- تحصلنا على النتائج المبينة في الجدول

الموالي.

جدول رقم (43) يوضح نتائج مقياس جودة الحياة لدى الحالة الثالثة - ج -

البعد	المحاور	البنود	Σ المحاور
المجال الجسمي	نوعية الحياة العامة والصحة العامة	G1 - G2 - G3 - G4	9
	الالم وعدم الراحة	F1.1 - F2.1 - F3.1 - F4.1	20
	الطاقة والتعب	F1.2 - F2.2 - F3.2 - F4.2	20
	النوم والاسترخاء	F1.3 - F2.3 - F3.3 - F4.3	10
	Σ درجات البعد	58	
المجال النفسي	الشعور الايجابي	F1.4 - F2.4 - F3.4 - F4.4	13
	التفكير والتعلم	F1.5 - F2.5 - F3.5 - F4.5	15
	تقدير الذات	F1.6 - F2.6 - F3.6 - F4.6	15
	صورة الجسم	F1.7 - F2.7 - F3.7 - F4.7	12
	الشعور السلبي	F1.8 - F2.8 - F3.8 - F4.8	10
Σ درجات البعد	65		
مستوى الاستقلال	القدرة على الحركة	F1.9 - F2.9 - F3.9 - F4.9	10
	انشطة الحياة اليومية	F1.10 - F2.10 - F3.10 - F4.10	14
	الاعتماد على الأدوية والعلاج	F1.11 - F2.11 - F3.11 - F4.11	18
	القدرة على العمل	F1.12 - F2.12 - F3.12 - F4.12	12
	Σ درجات البعد	54	
العلاقات الاجتماعية	العلاقات الشخصية	F1.13 - F2.13 - F3.13 - F4.13	18
	الدعم الاجتماعي	F1.14 - F2.14 - F3.14 - F4.14	20
	النشاط الجنسي	F1.15 - F2.15 - F3.15 - F4.15	12
	Σ درجات البعد	50	
	الأمن والامان الجسمي	F1.16 - F2.16 - F3.16 - F4.16	12

15	F1.17 – F2.17 – F3.17 – F4.17	البيئة المنزلية	
17	F1.18 – F2.18 – F3.18 – F4.18	المصادر المالية	
15	F1.19 – F2.19 – F3.19 – F4.19	الرعاية الصحية والاجتماعية	
17	F1.20 – F2.20 – F3.20 – F4.20	القدرة على اكتساب معلومات ومهارات جديدة	
16	F1.21 – F2.21 – F3.21 – F4.21	الترفيه	
13	F1.22 – F2.22 – F3.22 – F4.22	البيئة الطبيعية	
15	F1.23 – F2.23 – F3.23 – F4.23	وسائل المواصلات	
	120	Σ درجات البعد	
18	F1.24 – F2.24 – F3.24 – F4.24	المعتقدات الدينية	المجال الديني
	18	Σ درجات البعد	
	366	Σ الأبعاد	

يتضح من الجدول المذكور اعلاه رقم (43) المتضمن لنتائج الحالة الثالثة على المقياس المثوي لجودة الحياة أن لديه جودة حياته متوسطة قدرت بـ (366 درجة) شاملة لجميع الأبعاد حيث تحصل على أكبر درجة (20) في مجالي الألم وعدم الراحة والطاقة والتعب، وهو يعكس الألم العضوي والنفسي الذي يعاني منه المعلم بسبب الأمراض التي أصيب بها خلال مراحل حياتها كان أولها قصر النظر والسكري، آخرها سرطان البروستات، مما أثر على جودة حياته العامة التي سجل عليها درجات متوسطة نوعا ما قدرت في مجملها (9 درجات)، ووضعيته المرضية خصوصا مؤخرا بسبب آلام السرطان جعلته في تبعية مستمرة للأدوية لا يمكنه الاستغناء عنها وهذا ما تبين في الدرجة المرتفعة جدا على مجال الاعتماد على الادوية والعلاج والتي قدرت بـ (18 درجة)، كما أنه يرتبط كذلك هذا الأخير بمجال النوم والاسترخاء الذي كانت نتيجته متوسطة (10 درجة) حيث لا يستطيع النوم غالبا الا بعد أخذ المهدئات ومسكنات الألم، ومن جانب آخر سجل درجة متوسطة على مجالي القدرة على الحركة (10 درجة)، والقدرة على العمل (12) ويصرح بأنه لم يعد قادر على انجاز أشغاله بمثل القوة والقدرة التي كان عليه من قبل، وذلك بسبب الهشاشة المناعية الجسدية والنفسية التي أضعفتها الأمراض المزمنة السابقة كالدوالي والحساسية وانهكها السرطان، ويؤكد لنا ذلك اجابته على مجال الطاقة والتعب الذي كانت درجته جد مرتفعة قدرت بـ (20 درجة)، كما أثرت وضعيته المرضية على نفسيته حيث سجل درجة متوسطة على مجال الشعور السلبي

(10 درجة) وفي المقابل درجة متوسطة كذلك على الشعور الايجابي (13 درجة)، وتشير النتائج كذلك الى الدرجات المرتفعة للمعتقدات الدينية (18) التي ترتبط بإيمانه وبقينه القوي بأن المرض ابتلاء من الله والدنيا كلها اختبار وتجارب للصبر على حسب تعبيره، أما بالنسبة لبعد المجال النفسي وما تضمن من مجال تقدير الذات وصورة الجسم والتفكير والتعلم فان درجاتها كانت من متوسطة الى مرتفعة نوعا ما بين (12-15) وهي تعكس تقدير المعلم لذاته، وثقته بنفسه رغم عدم رضاه التام عن صحته وعدم تقبل السكري. كما سجل درجات مرتفعة وجيدة على بعد العلاقات الاجتماعية وهنا نخص العلاقات الشخصية التي أكد لنا رغم محدودية العلاقات الا مع أشخاص بارزين في حياه لكنها علاقات شخصية واجتماعية قوية ومتينة جدا سواء كانت مع زوجته وأفراد عائلته أو مع أصدقائه.

ونلاحظ كذلك تسجيل درجات مرتفعة ومتوسطة على بعد جودة البيئة الذي يضم مجموعة من المجالات التي تراوحت درجاتها ما بين (12 الى 18) فمثلا وسائل المواصلات والبيئة المنزلية درجتها متوسطة (15) وذلك راجع الى قدرته المادية الميسورة لأنه يعمل في التعليم والمخبر، يقيم بفيلا مع اهله في المدينة، ولديه سيارة، وهذا ما يتضح اكثر في بعد المصادر المالية (17)، وتوفر مرافق التهيئة، والمراكز الحيوية بالقرب من سكنه هذا ما انعكس على مجال الترفيه الذي أحرز عليه (17 درجة) وهي مرتفعة، أما محاور الأمن والأمان الجسمي والبيئة المنزلية هاتين الأخيرتين أقر أنهما يؤثران كثيرا على صحته خصوصا وأنه سكن بالقرب من مصنع تكرير البترول وتمييع الغاز الذي يلوث المحيط البيئي بغازاته السامة المضرة بالصحة، وسجل درجات مرتفعة على محور القدرة على اكتساب المعلومات والمهارات ويؤكد على أن تصفحه لشبكة الانترنت واشتراكه في بعض المواقع التعليمية سهل له الحصول على المعلومات أفضل من الكتب الورقية، وأكسبه العديد من الأصدقاء الجدد عبر الوطن وخارجه، اضافة الى تعلم بعض المهارات والحيل عند التعامل مع التلاميذ، واكتساب حتى معلومات ونصائح مفيدة متعلقة بمرض السكري والدخول في نوادي ومجموعات الاطباء والمرضى بالسكري للاستفادة من خبراتهم والتواصل.

3-5- التحليل العام للحالة الثالثة -ج-:

استنادا على النتائج المحصل عليها من الأدوات الاجرائية المطبقة على الحالة الثالثة من "مقاييس: ادراك الضغط والاحتراق النفسي، وأساليب المواجهة وجودة الحياة، وتقنية تحليل المحتوى" أثناء المقابلة النصف موجهة يتبين لنا أن المعلم يعاني من عدة أمراض أصيب بها خلال مراحل حياته، حيث عاش طفولة مضطربة عانى فيها من بعض الاحباطات والصراعات المتعلقة بصورة الجسم في مرحلة الطفولة بسبب "نقص النظر ووضعه لنظارات خاصة بتصحيح رؤية العين"، ثم اصابته بالصداع النصفي والتهابات اللوزتين، وفي سن 18 سنة اكتشف بالسكري نمط الأول الذي شخصه له بعد اجراء عدة فحوصات وارتفاعه الى مستويات مرتفعة جدا حوالي أكثر من 3.5 غ، ويصنف هذا النمط من السكري لدى الصغار، وفيه يعتمد المريض كليا على حقن الانسولين بشكل يومي ليتم تعديل الانسولين وتعويض العجز التام للبنكرياس لأن خلايا بيتا الموجودة على مستوى جزر لانغرهانس مخربة ولا يمكنها اطلاقا افراز كمية الأنسولين، ويتطلب تشخيص مرض السكري ارتفاع مستوى الجلوكوز الى أكثر من (1,26 غ/ل) في حالة الصوم وأكثر من (2 غ/ل) بعد ساعتين من الطعام. (DGPPS, 2015, p17) وقد ظهر لديه بعد تغييره لمناخ بيئته، وما نجم عنه من اختلال في تنظيم ايقاعات الجسم، واضطراب نظام غذائه حيث لم يتناول الطعام لمدة تجاوزت الاسبوع، ثم بعدها قام بالاكثار من تناول السكريات، هذا الاختلال في التوازن الناجم عن زيادة الجلوكوز في الدم واضطراب عليا استقلاب البروتينات والدهون يؤثر سلبا على كمية الانسولين لانعدام التوافق بين كمية الطعام الذي يحتوي على الجلوكوز، وحجم المجهود العضلي الذي يتطلبه الجسم، وما تبعها من حالة انفعالية سيئة بسبب التأخر في تشخيص المرض سواء بالقلق أو الضعور بالضغط خصوصا وانه في مرحلة مراهقة ومقبل على امتحان شهادة البكالوريا حيث يقر "Strongmaux" (1996) أن القلق يتضمن استجابة مبدئية لموقف ضاغط واذا حدث وأن تعقد الموقف لدرجة لا يمكن التحكم فيه يستبدل بالاكنتاب، (فايد حسين، 2001، ص112) اضافة الى الاستعداد الوراثي للاصابة به لأن كلا الوالدين مصابين به وبعض أقاربه فعامل الهشاشة الوراثية متوفرة، وهو ما بينته عدة داسات "Scholz & al" (1975) و "Petrides & al" (1980) أن احتمال الاصابة بالسكري قد تصل الى نسبة 30% في حالة اصابة كلا الوالدين بالسكري.

اذن يمكننا القول أن توفر كل هذه العوامل السابقة الذكر تزيد من احتمال وقوع اصابة المعلم

بالسكري فهي مؤشرات ايجابية تتدرج ضمن عوامل الخطر والمفجرة *Facteurs déclenchants* للمرض الذي ظهر بعد اصابته بمرض اللوزتين مباشرة والام الصداع النصفي، ويرى بعض الباحثون أن أحداث الحياة الضاغطة تزيد بشكل جوهري من معدل الخطر لنمو وتطور مرض السكري، ويضيف "الطيارة بسام" أن المرور بالوضعيات والأزمات العاطفية القوية يعتبر عامل خطر للإصابة بالسكري. (الطيارة بسام، 1998، ص48) وهو الأمر الذي تفسر من خلاله حالات الاختلال في التوازن الداخلي للجسم وافرازات النواقل العصبية والهرمونات، ويتبين أكثر في سيبرورة الضغوط النفسية و آثارها، ومرحل الانهك والاحتراق النفسي التي يصل اليها المعلم عبر مراحل حياته وما ينجم عن شدة هذه الانفعالات النفسية السلبية التي تستثير الجهاز العصبي الاعاشي، والجهاز العصبي السيمبثاوي الذي يعمل على كبح إفرازات الانسولين في خلايا بيتا (Beta)، ويستثير افراز سكر الجلوكوز من الغليكوجين، ويعمل الأدرينالين على مضاعفة مستوى السكر في الدم من خلال اثاره الكبد على افراز سكر الجلوكوز المنتج من الغليكوجين. ونشير الى مدة ازمان المرض لديه الذي تجاوز حوالي 31 سنة، حيث يرتفع مستواه الى أكثر من 3.65 غ بسبب حالة العصبية والقلق والضغط النفسي الذي يعيشه.

وقد سجلنا لدى المعلم إدراك مرتفع جدا للضغوط النفسية قدر بحوالي (0,76) وفقا لاستبيان ادراك الضغط، كما كان مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي على مقياس الاحتراق النفسي بحيث سجل مستوى مرتفع جدا من الانهك العاطفي وتبدل المشاعر في حين سجل مستوى متوسط من الانجاز الشخصي، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة "Murphy" التي بينت أن 83% من المعلمين يشعرون بمستويات مرتفعة من الضغط النفسي، وهي انعكاس لتظافر مجموعة من العوامل المرضية والجسدية والمهنية التي كان لها دور في ظهورها، يمكن ذكرها في ما يلي بشيء من التفصيل:

- التاريخ المرضي الشخصي للحالة الذي كان يغلب عليه الطابع المرضي العضوي حيث كان مصاب بنقص في النظر وهو ما انجر عنه عدة مشاكل نفسية كالشعور بالنقص، والخجل، والقلق، والصراعات الداخلية الناجمة عن السخرية التي كان يتلقاها من طرف المحيطين به خاصة من أقرانه في مرحلة الطفولة، وعاش هذه الوضعية طوال مرحلة الطفولة الى بداية مرحلة المراهقة اين سافر للخارج مع والده للعلاج مما نجم عنه كبت طوال تلك الفترة لكل المضايقات التي كان يتعرض لها وانعكست فيما بعد على شخصيته بالتوتر والعصبية ويعتبر الكبت في هذه الحالة حسب (1986) Bergeret و Bernner (in Ionescu & al, 2003, p23) ميكانيزم دفاعي امراضي يعرف بالاستجابة المفرطة والمعمنة مع

جميع المواقف الضاغطة وذلك بالتكثيف الغير فعال للتكيف بشكل سيء مع المثيرات الداخلية والخارجية، مما يعرقل مرونة الأداء العقلي وانسجامه مع تكيفه، وبالتالي فان المعلم كان يستعمل الكبت كاستراتيجية مواجهة سلبية يوظفها للتعايش مع بيئته، والتوافق مع أقرانه وله دور كبير في سيرورة عمل الاضطرابات السيكوسوماتية التي اصيب بها لاحقا سواء الصداع النصفي، أو السكري وحتى السرطان. ومن المعلوم ان مرحلة الطفولة وبداية المراهقة هي مرحلة جد حرجة تعترتها عدة أزمات واضطرابات متعلقة بصورة الجسم وتقدير الذات التي ترتبط بأزمة الهوية، لذلك كان الخجل والشعور بالنقص ميزتين هامتين في حياته، كما اصيب بعدها بالصداع النصفي والذي ويفسر البعض من الباحثين أن الصداع النصفي يشمل ثلاث عناصر هامة تتعلق بالأعصاب والنواقل العصبية كالسيروتونين، والأوعية الدموية، كما يرون أنه يصيب نوعا معينا من الأشخاص الذين يتسمون بالقلق والتوتر والاجهاد، والضمير المتيقظ، والطموح والفناء في العمل، لذلك نجدهم معرضون للتوتر والانفعالات الحادة أكثر من غيرهم، وهذا ما يؤدي الى اضطراب في تمدد الشرايين، الذي هو السبب المباشر في نوبات الصداع النصفي. (صادق عادل، 1988، ص175) وهو ما نلاحظه حقيقة في البروفيل النفسي للمعلم -ج-، وبعد ذلك أصيب بالتهاب اللوزتين وانقطاعه الكلي عن الاكل لمدة اسبوع ثم أكل سوى الحلويات والسكريات بكميات كبيرة أدى الى اختلال التوازن الداخلي للجسم، وظهر بعدها مباشرة مرض السكري نمط الثاني لديه، الذي أثر على مسار حياته حيث لم يتقبله في السنوات الاولى وبسبب عدم قدرته على التكيف معه أعاد سنته الدراسية الاصة بالكالوريا كما أنه بعد سنتين من دراسته الطب بالجامعة قام بتغيير التخصص نظرا لعدم قدرته على العيش وفقا لنظام الاقامات الجامعية وهو مصاب بالسكري، كل هذه المراحل عاشها تحت ضغط وتوتر قلق كبير وسبب له معاناة نفسية كان يصاحبها دوما ارتفاع في مستويات الجلوكوز، ويمكن ارجاعها الى عامل عدم التوقع وتقبل الاصابة بالمرض التي تفسر على ان المعلم عايش مرحلة نكران المرض لعدة سنوات ولم يستطع تجاوز تلك المرحلة بسبب ضعف اساليب التعايش التي يوظفها، وعلى الرغم من ازمان المرض لديه لفترة تجاوزت الثلاثين سنة الا انه يرفض المرض، وفي حالة عدم تقبله نتيجة لعدم توقع اصابته في تلك الفترة كونه صغير، ولم تظهر لديه مؤشرات سابقة متعلقة بالمرض، ونفسرها كذلك بسمات مصدر التحكم والضبط الصحي الذي يوظفه المعلم الذي لم يتوقع ان مرض السكري يحدث بسبب ظروف خارجة عن تحكمه، ويندرج مفهوم التوقع ضمن نظرية التوقع المفسرة في التعلم الاجتماعي

لمصدر الضبط الصحي الذي يصفه "Rotter" (1954) بالاحتمالية الموجودة لدى الفرد بان تعزيزا معيناً سيحدث كوظيفة لسلوك معين يصدر عنه في موقف او مواقف معينة.

(رشاد علي، موسى عبد العزيز، 1987، ص324)

والتوقع يحمل في طياته تطلع وتنبؤ الفرد بما سيحدث له مستقبلا او سيكون عليه، أو ما يصيبه سواء في المستقبل القريب او البعيد وهو الذي يهيؤه لتقبل المرض الذي يشير الى وعي وادراك المريض بمرضه، ويذكر "Amar" (2005) أنه ينعكس في استجابات نفسية، ومعرفية وأخرى سلوكية يبدي خلالها المريض قدرته على التكيف مع المتغيرات الحياتية، وتمكنه من التعامل مع كل الطوارئ وفقا ما يتمشى وحياته الخاصة، ولا تشكل له اي اعاقة في سير حياته النفسية والاجتماعية وغيرها. ويرتبط التقبل باصناف استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف المريض. وبعد ذلك أصيب بالحساسية من الطباشور، وآلام أسفل الظهر والدوالي وهي أمراض مهنية مرتبطة خاصة بمهنة التدريس التي تتطلب استعمال الطباشور، والوقوف لساعات خصوصا وأنه يدرس العلوم الطبيعية ومعظم ساعات عمله تكون في المخبر، ناهيك عن عمله الثاني في اوقات الفراغ في مخبر التحاليل الطبية، وقد أثبتت دراسة أجريت بمديرية التعليم الابتدائي (DEP) بسويسرا الى أن التعرض المستمر لمستوى مرتفع من الضغوط منها المهنية يعرض حتما المعلمين الى الاصابة بداء السكري، وآلام المفاصل واستهلاك المهدئات.(حمزة الأحسن، 2015، ص191) كما تقر العديد من دراسات الباحثين على غرار أبحاث "Hamberg & al" (1997) أن الأمراض المزمنة تؤدي الى الشعور بالضغوط النفسية والاجتماعية، وهو ما ينعكس على الأداء الوظيفي للعامل، ويتسبب في العجز والانسحاب من التفاعل والمشاركة مع الوسط المحيط به، كما يحد من القدرة على بناء علاقات اجتماعية داخل الاسرة أو المجتمع. (أبو الحسن وائل، نصر الله زياد، ص6) وأخيرا أصيب بسرطان البروستات الذي يرتبط بنمط عيشه المسبب للمرض، والحالة النفسية السيئة التي تعتبر المحور المركزي الهام حيث تتسم بالقلق، والضغط المستمر لتعدد مسببات الصراعات لديه، كما أن الاعلان عن اصابته بالسرطان هي في حد ذاتها شكلت لديه ضغوط وقلق من المستقبل في البداية لذلك نجد العصبية الزائدة، وعادة ما يرتبط لدى الجميع بالموت القريب وانتشار المرض داخل الجسم باعتبار الخصوصية المميزة للاورام السرطانية هي الانقسام اللامحدود للخلايا السرطانية والانتشار او الانتقال الى انسجة الخلايا المجاورة، وسجلنا لدى المعلم نوعا من التقبل للمرض وذلك بعد علمه بان وضعيته ليست بالخطيرة وقدرته على اجراء المتابعة الطبية والعلاج في الخارج اضافة الى المساندة والدعم الذي حظي به من

طرف اقاربه واصدقائه هناك ساعده على تجاوز مرحلة الصدمة، كما ان توقع نجاعة العلاج هناك خصوصا بعد ابلاغه بانه في المراحل الاولى للاصابة بالسرطان خفف لديه من حمل الضغوط، واشادة الاطباء بقدرتهم على العلاج في حال الالتزام بالبرامج العلاجية المقترحة.

• اضافة الى ذلك نوع العمل الذي يزاوله، حيث يعتبر العمل في قطاع التعليم من المهن الشاقة التي يميزها التعرض لكثرة الضغوط نظرا لتعامل المعلم مع فئة هشة "الأطفال والمراهقين" غير ناضجين ويمرون بمراحل متازمة، ويشير في هذا المنحى "Godt" (2006) الى أن مهنة التدريس واحدة من بين الخمس مهن الأكثر ضغطا في العالم، وورد في تقرير انجليزي خاص بضغوط العمل التي صنفت في المرتبة الأولى كأعلى مهنة ضاغطة. (مهدي بلعسله فتيحة، 2011، ص319) كما أنه قد يعيش مرحلة من الاحباط والمشاعر السلبية المتبعة بالانضغاط بسبب غموض، أو عدم تحقيقه لأهدافه المسطرة التي وضعها في بداية مشواره المهني. لذلك فان كل هذه المراحل التي مر بها المعلم -ج- عاشها بطابع مرضي جعلته يعيش قلق دائم وضغوط مرتبطة بصحته الجسدية، وهو ما انعكس على صحته العامة بما فيها النفسية، حيث صرح بتسجيل ارتفاع معتبر لمستويات الجلوكوز لديه، وعدم انخفاضه غالبا الى مستويات متوسطة بسبب ظروفه ووضعية الضغط التي يواجهها باستمرار، مع الخوف من المستقبل، والقلق من الموت احيانا، وارتفاع الاحساس بالالام العضوية، والاستعمال الدائم ل الادوية كاسلوب سلوكي ايجابي للتعايش مع مرض السكري الذي يتطلب المراقبة والمتابعة الدائمة عند تناول جرعات الدواء.

• سجلت لديه علاقات اجتماعية حسنة مع أسرته، وأقاربه، وأصدقائه، وتلاميذه الذي حسب تصريحه يبذل معهم كل جهده داخل القسم حتى يتفادوا الدروس الخصوصية خارج المؤسسة، في حين نجد علاقات مهنية سيئة نوعا ما في وسطه المهني التعليمي مع بعض زملاء العمل والمدير بوجه خاص أثرت كثيرا على صحته النفسية والجسدية، وجودة حياته العامة، وأدائه المهني، وهي ترتبط بالضغوط المهنية ومختلف الممارسات الضاغطة التي يقوم بها المدير اتجاهاه دون مراعاة الى الأمراض التي يعاني منه، كما أن عمله الثنائي داخل المؤسسة التعليمية وخارجها جعله يعيش حالة من الضغط سببها الاساسي ضيق الوقت، واختياره للعمل الثاني كان نتيجة لرغبته وعدم استقراره النفسي والمهني داخل الثانوية، اضافة الى عامل آخر وهو متعلق بعدم الاستقرار التعليمي وموجة الاصلاحات المتجددة بعد فترة الاستقرار التعليمي التي عرفها التدريس في الجزائر والقرارات الوزارية الأخيرة المستمرة التي أثارتهم خصوصا بتوفير بعض المطالب والحقوق التي يراها ضرورية ولازمة لتحسين أداء المعلمين وتحفظ

كرامتهم، أو المتعلقة بتعديلات محتوى المناهج الدراسية والدخول في اضطرابات مستمرة بسبب بعض قرارات النقابات، علاوة على ذلك ما تعلق بالنظام الداخلي للمدرسة والإدارة التربوية التي تلزمهم العمل وفق قوانين أحيانا تكون تعسفية وشخصية من طرف المدير، تجبره على على اتخاذ سلوكيات تجنب وهروب، أو الصمت خصوصا أثناء الاجتماعات، أو تجنب التفاعل الدائم مع زملاؤه لاحتراز الوقوع في صراعات مع زملاءه، وهذا السياق يرى "Mc Bride" (1983) ان مصادر الضغوط كثيرة أهمها كثافة عدد التلاميذ داخل الفصل، والمسؤوليات الاضافية، والراتب غير الكافي، والعلاقة المتعارضة مع المدير، والفجوة بين الادارة والمعلمين مما ينجر عنه تضاعف مشاكل التنسيق، والرقابة، وزيادة العبء على قنوات الاتصال، وصعوبة اتخاذ القرارات.

(العيس اسماعيل، 2012، ص14)

ان كل هذه العوامل الضاغطة السابقة جعلت المعلم -ج- يعيش وضعية ضغط مستمر لعدة سنوات أنهكته نفسيا وصحيا لذلك نجد مستويات الاحتراق النفسي لديه مرتفعة خصوصا ما تعلق بالانهاك العاطفي وتبدل المشاعر، وساهمت بقدر كبير في هشاشته وجروحته النفسية والصحية مما انعكست سلبا على مستويات جودة حياته العامة بما فيها الصحية، الجسمية، النفسية، والاجتماعية، وتوافق المهني حيث سجل مستوى متوسط، مع مستويات منخفضة في جودة الحياة الصحية، والنفسية والمهنية، حيث يقول أثناء المقابلة "مرضت بأمراض كثيرة بسباب مهنة التدريس خوتي يخدمو وما مراضش كيفي"، ويرجع هذا التصريح الى أسلوب التفكير الذي يستخدمه المعلم -ج- وفقا لنمط ادراكه الفكري، والبناءات المعرفية له، والمنولوج الذاتي المبني على خبرات سابقة، وتجارب الآخرين من حوله، وطرق العزو التي ترتبط بنوعية الآليات العقلية الموظفة في تفسير، وفهم وتحليل، والاستجابة بأساليب معينة اتجاه المواقف والأحداث الضاغطة التي يتعرض لها داخل المؤسسة التعليمية.

وقد أكدت عدة دراسات أن نوعية حياة مرضى السرطان تتأثر جراء المرض، وهذا ما أثبتته دراسة كل من "Ahmed. A. H et Abdulkhaleq. A. A" (2017) التي أجريت على مرضى السرطان وأثبتت أن سرطان البروستات يؤثر على نوعية الحياة بصورة متوسطة على الجودة الجسدية، والنفسية والبيئية، في حين يؤثر بصورة مرتفعة على جودة الحياة الاجتماعية، وأساء من ناحية العاطفة الزوجية والقدرة الجنسية، والندم على طريقة العلاج، ولديهم تقييمات مختلفة تماما في جودة الحياة العامة. (Ahmed & Abdulkhaleq, 2017, p35) وهو ما يتفق مع بعض نتائج حالتنا التي بينت جودة حياة صحية ونفسية وجسدية منخفضة، في حين نجدها لا تتوافق مع البعض من نتائج حالتنا الاخرى

خصوصا تلك المتعلقة بالاستقلالية والجودة الاجتماعية، وهذا راجع الى عدة نقاط أهمها معالجته ومتابعته مرض السرطان في أوروبا ولديه علاقات قرابة جيدة هم من ساندوه وساعدوه في العلاج وتقبل المرض، كما تلقى مساندات وتفهم كبير من طرف زوجته، وهو ما لمسناه لدى الحالة عندما عبر عن تقبله لمرض السرطان أكثر من

مرض السكري حيث يصرح: "السرطان اعتبرته ابتلاء ونتيجة حتمية لنمط الحياة الآنية، لكن السكري لم أتوقع اصابتي به"، ويرجع ذلك الى عامل توقع المرض، والتقبل، والنضج الفكري، والدعم والمساندة الاجتماعية ونمط التحكم، والكفاءة الذاتية، والمرونة النفسية مع حالة التبدل الانفعالي التي اكتسبها بعد اصابته بعدة أمراض.

لكن رغم معاناة المعلم -ج- من الامراض المزمنة، وكثرة الابعاء المهنية، والمشاكل وضغوط الحياة اليومية الا أنه يحاول التعايش معها حسب امكاناته، وقدراته وذلك بالاستعانة بمجموعة من أساليب المواجهة، وميكانيزمات الدفاع التي يوظفها للتعايش مع مرض السكري والامراض التي يعاني منها والتي حسب "Cohen et Lazarus" (1979) تشير الى الجهود البدنية، والنفسية، والمعرفية، والذهنية والوجدانية كاستجابات للتغلب على مظاهر الصراع بين ما يسعى الى تحقيقه، والصعوبات المواجهة له التي تتجاوز امكانياته الحالية. لذلك فيمكن اعتبارها آليات تعكس التفاعل القائم بين الفرد - وبيئته - وحالته الانفعالية، ويمكن طرحها في ثلاثة انماط اساسية ووفقا لـ "لازاروس وفولكمان" وهي استراتيجيات احجامية تغلبها سلوكيات البقطة والتجنب التي يعترف باتباعها في بعض الوضعيات الضاغطة وأثناء التفاعل مع المدير وزملاءه، وكذا استراتيجيات مواجهة ترتبط بنمط التقييم المعرفي للدلالة الذاتية لعلاقة القائمة ما بين المعلم وبيئته، المتضمنة لعدم تقبل واقعه المرضي واعادة تشكيله بعد اعادة تقييمه بصورة ايجابية وهو ما يتضح في كلامه عند عدم اهتمامه لما يجري بخصوص اضرابات الاساتذة، ولو انه يدرك حقيقة الوضع الا انه غير مكترث به، كما انه يعمل نشاط اخر ليؤمن نفسه ماديا اكثر، ولا يهتم بالمواضيع الجانبية او ما يجري داخل المؤسسة في حين يحاول تقبل جميع تلاميذه وهو الاساس عنده وتقديم رسالته بالصورة التي يراها موافقة لقدراتهم وكفاءتهم، وهذه الاستراتيجيات بفعل الزمن يصاحبها خفض للتوتر الانفعالي، وتعمل تحصين تدريجي على مواجهة الضغوط وفقا لنظرية "ميكنبوم" لأنه يتبها فهم، وتفسير وتحليل وتقييم واعادة تقييم، أما الصنف الاخير من استراتيجيات المواجهة هي التي تحدث تغيير مباشر في حيثيات العلاقة فرد- بيئة، وتحتوي على مجموعة من سيرورات المقاومة، والمرونة، والمواجهة المباشرة لتنفيذ التخطيط المباشر لحل المشكلات، وهي تسمح بتغيير علاقة المعلم بمحيطه

وبالفعل يتبعها تعديل وضبط ذاتي للتحكم في الانفعالات خصوصاً السلبية، وبالتالي تعزيز دور الأنظمة الدفاعية التي تسمح بإعادة التوازن النفسي مع ما يدركه الفرد من حدث ضاغط، لذلك نجده رغم رفض وعدم تقبل أو توقع إصابته بالسكري في المراحل الأولى، لكنه تقبل الأمراض الأخرى مثل الدوالي والسرطان، ويرجع ذلك إلى توظيفه مجموعة من الاستراتيجيات المتعلقة بإعادة التفسير الإيجابي والدعم الاجتماعي الذي حظي به سواء كان معنوي، أو مادي اتضح بتقديم مساعدات مالية من طرف الأصدقاء والأقارب للعلاج في الخارج، والدعم اللامحدود من طرف الأهل هناك حتى يستطيع مقاومة المرض، وتوفير الجو الصحي له، مما جعله يتجاوز مرحلة الصدمة وإنكار المرض بكل يسر في فترة وجيزة، ويقاوم السرطان، بل ويتعايش مع ألامه وجملة الأمراض الأخرى، ومن بين أساليب المواجهة التي استخدمها لإعادة التكيف والتوازن النفسي والاجتماعي والجسدي، والتي يمكن توضيحها وفقاً لما استخلصناه من نتائج تقنية تحليل مضمون المقابلة ومقياس أساليب المواجهة في:

- استراتيجيات المواجهة الإيجابية: وهي حسب "Seligman" (1975) أسلوب حياة يقوم على حل المشكلات بالاعتماد على المدركات المعرفية الإيجابية، والتعامل مع الضغوط بمرونة وانفعالات إيجابية مريحة. (صالح علي عبد الرحيم، 2017، ص2) وتشمل جميع استراتيجيات المواجهة البناءة سواء كانت مرتكزة على السلوك أو الانفعال مثل: أساليب التخطيط والمواجهة النشطة، وإعادة التفسير الإيجابي، والمواجهة الدينية، والتقبل، والاستعمال الاجرائي للدعم الاجتماعي التي سجل عليها درجات مرتفعة جداً إلى مرتفعة تراوحت ما بين (6-8) لكل بعد، وهي تشير إلى سمات نمط شخصية المعلم وتتضمن قدرته على التفكير الإيجابي وكيفية حل المشكلات، والتعامل بإيجابية مع مختلف مصادر الضغوط التي يتعرض لها، والتخفيف من حدتها، كما تساعده على تحقيق التوازن الشخصي والاجتماعي، وتمهد له عمليات مراقبة سلوكياته وانفعالاته والتحكم فيها والسيطرة عليها فيما بعد، في حين نجده لا يستعمل بتاتا استراتيجيات السخرية والدعابة لأن شخصيته جدية في المعاملة أكثر منها مرحة، ويتناول مواقف والمشاكل بكل حزم وعقلانية.

- استراتيجيات المواجهة السلبية: وهي مختلف أساليب المواجهة التي يستخدمها المعلم سواء كانت مرتكزة حول الانفعال أو السلوك لكنها في كلا الحالتين لا توصله إلى حل نهائي للمشكلة بقدر ما تزيد من حدتها مع الوقت، لأنها مجرد تجنب وهروب مؤقت، ومن بين هذه الاستراتيجيات التي وظفها نجد: استعمال الدعم الاجتماعي الانفعالي، وتعاطي المواد النفسية، وقمع الأنشطة التنافسية، والترتيب أو الامتناع، والتركيز على الانفعالات وإظهارها، وكل هذه الأساليب يستعملها بدرجة مرتفعة جداً حيث

تراوحت درجاتها ما بين (7-8) اضافة الى استخدامه لبعض الأساليب السلبية الأخرى بدرجة متوسطة ومنخفضة كالانكار والابتعاد السلوكي، والابتعاد الذهني أو الشرود العقلي، وتهدف هذه الاستراتيجيات الى التخفيف المؤقت السلوكي للتأثير السلبي للمواقف الضاغطة لكنها تبقى التأثيرات الانفعالية السلبية.

وفي نفس المنحى يستعمل عدة ميكانيزمات دفاعية للتعايش والتكيف كالكبت الذي يعبر عن حالة نزوع الى نسيان حوادث تؤلم الحالة عند تذكرها، لأنه هناك مواقف لا تتناسبه الظهور بها امام الآخرين خاصة الدوافع العدوانية أو العصبية والغضب امام المجتمع فيحاول كبت المشاكل من جهة، وتجنبها من جهة أخرى اين يوظف آلية التجنب خصوصا المشاكل والصراعات والمواقف التي ليس لها غايات، وتقادي التفاعلات والحوار مع بعض الأشخاص كالمدير والزملاء، كما يستعمل ميكانيزم الرفض أو الانكار المؤقت لمرض السكري عند الاصابة به ودامت مرحلته عدة سنوات، ونجد لديه أيضا العقلنة كثيرا بايجاد تبريرات واثباتات تبرر بصورة واعية ومنطقية لتصرفاته، وأفكاره ومشاعره اتجاه مواقف معينة حتى يقبلها وتستحسن اجتماعيا. وفي هذا المضمار نجد "المليجي حلمي" (2000) يقر أن العقلنة هي حيلة دفاعية يحاول الفرد بواسطتها اثبات أن سلوكه معقول، وله ما يبرره، وما يجبره لذا يستحق القبول من الذات ومن المجتمع. (بركو مزوز، 2014، ص 61) التسامي الذي يشير الى استثمار الطاقة السلبية نحو أهداف عقلية ايجابية، يحول فيها التعبير المباشر عن العدوانية والعصبية الى أنماط سلوكيات مقبولة اجتماعيا وغير عدوانية بتغيير الموضوع أو الوسيلة المخففة للضغوط حيث يشغل أوقات فراغه بالمطالعة، وممارسة الرياضة، والصيد في ايام العطل ونهاية الأسبوع. ونجد بعض الاستراتيجيات الايجابية الأخرى كالتنفيس الانفعالي والمساندة الاجتماعية التي يتلقاها خصوصا مع الأصدقاء والزوجة والأقارب والأهل، ورغم هذه الممارسات الترفيحية الا انه يصنف ضمن ذوي النمط السلوكي (أ) لما يتسم به أصناف هذا النمط من عصبية وقلق والاحساس بقيمة الوقت والسرعة في الأداء، والاحساس بعدم الكفاء عند انجاز الأعمال. لذلك نجد "Grant" (1985, p33) يؤكد على ان ذوو هذا النمط السلوكي (أ) يستجيبون للقلق، وينشط لديهم مما يزيد من توترهم، ويرفع من ضغط الدم والأمراض الجسمية لديهم. (عبدوني عبد الحميد، صياد نعيمة، 2013، ص 249) وهو ما يعكس حقيقة شخصية الحالة (ج) الذي نجد جدي في عمله ويحاول مواجهة مختلف الضغوط التي يصادفها ماعدا البعض فان يوظف نوعا من الذكاء الانفعالي في مواجهتها لكن ليس دائما لأنه لايستطيع التحكم كليا في انعالاته وعصبيته على حد تعبيره، أو نجده يتجنب كليا بعض الوضعيات المقلقة بالنسبة له، وقد بينت عدة دراسات أن الموظف أو القائد الذكي انفعاليا غالبا ما يكون ناجحا وله علاقات مميزة، والقدرة على ادارة الضغوط المهنية مرهونة

بامتلاكه الى جانب القدرات العقلية، مجموعة من المهارات الشخصية والاجتماعية ، وشعور بالكفاءة الذاتية، والقدرة على الانجاز الشخصي.

(سعادة رشيد، 2012، ص 158)

ونستنتج من نتائجه على مقياس جودة الحياة الميئني لمنظمة الصحة العالمية ان جودة حياته متوسطة وهو راجع الى توظيفه مجموعة من الاستراتيجيات المرتكزة حول المشكلة والانفعال خصوصا الايجابية التي ترتبط بمؤشرات الصحة النفسية الايجابية، وتؤثر على الصحة الجسدية، لكن بالنظر الى نتائج أبعاد جودة حياته الصحية والجسدية والنفسية، والبيئية نجدها متوسطة الى سيئة بسبب ما يعانيه من أمراض مزمنة انعكست سلبا على نمط حياته، ونجد مؤشرات أخرى لجودة الحياة كالقدرة المالية والترفيه والاستقلالية المادية، اكتساب المعلومات والمعرفة درجاتها حسنة لأنه ميسور ماديا لأنه يشتغل في مهنتين وزوجته عاملة كما يخصص مبلغا دائما للسفر والعلاج وقضاء العطل في الخارج ويعتبر السفر كاستراتيجية ايجابية للتخفيف من وقع الضغوط والمشاكل التي يواجهها يوميا، أما بالنسبة لمؤشرات العلاقات الاجتماعية والدعم الاجتماعي فان علاقته جيدة مع أقاربه وأهله وأصدقائه وتلاميذه، ماعدا في الجانب المهني لديه علاقات سيئة وجافة سطحية والتي بدورها انعكست على نوعية استراتيجيات المساندة الاجتماعية الفعالة لديه وقدرته على التكيف الاجتماعي مع المحيطين به.

وبالنظر الى جودة حياته الدينية نلاحظ لديه مستويات مرتفعة جدا لأنه يوظف العديد من استراتيجيات المواجهة المرتكزة على الدين الاسلامي الامر الذي أكته نتيجته على مقياس المواجهة المستعمل في دراستنا، وسواء كانت هذه الأساليب الدينية سلوكية أو انفعالية، أو عقلية أو مختلطة، لأن الممارسات الدينية كلها ايجابية ولها تأثير واضح على النفسية، ونوعية الحياة كما تسمح له بالتوافق الفكري الذي يتجلى في الاطمئنان النفسي، وتقبل المرض ومحاولة التعايش والتكيف مع الضغوط التي يتعرض لها، وقد اثبتت دراسة "Moayad & al" (2012) أن التدين يساهم في السلوكات الصحية والوقائية المرتبطة بالسرطان. "ومن بين أهم الأساليب الدينية التي يستخدمها الصلاة، الدعاء، الصدقة وتقديم المساعدات للمحتاجين أو المرضى أوالتلاميذ الفقراء، وفي هذا المضمار نجد عدة دراسات وضحت أن التدين له أثر على المستوى الدفاعي للجسم في حالة المرض، والمتدينون عادة ما يمتلكون تفكير ديني قوي، ويتسمون بالرضا والتكيف الايجابي مع مشكلات وأحداث الحياة وبالاخص الصحية لدرجة انخفاض التأثيرات السلبية للأحداث الصادمة، وتشير عدة دراسات في علم النفس العصبي المناعي أن الايمان والاعتقاد كقضايا عقلية مدركة لها تأثيرات من الناحية الفيزيولوجية، حيث تشكل

ممارسة الشعائر الدينية والمعتقدات الدينية آليات بيولوجية مناعية تحصينية تعمل على خفض الاجهاد، وتعكس على البناء المناعي للجسم، والتي تتظهر حليا في مقاومة الأمراض الجرثومية والخبیثة كالسرطان، و تقليل فترة الاصابة بالمرض ان وقع. وفي نفس الاطار يفيد "كارل بيونغ" أن المشكلات الصحية أساسها يرد الى الافتقار للنظرة الدينية في الحياة، والأفاد يكونون فريسة المرض لما يفقدوا الشيء الذي تمنحه الأديان القائمة في كل عصر، فالشفاء الحقيقي لا يكون الا بعد استعادة الفرد لنظرة الدينية في الحياة." (نجاتي محمد عثمانی، 1993، ص 290)

4- النتيجة العامة للدراسة الكيفية:

بناء على ما تم التوصل اليه من نتائج تحليل مضمون المقابلات للحالات الثلاث، وتطبيق مقاييس ادراك الضغط النفسي، والاحترق النفسي، واستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة، يمكننا الاجابة على الفرضيات الخاصة بالدراسة الكمية، والمتعلقة بمستويات كل من الضغط النفسي، والاحترق النفسي، واصناف استراتيجيات المواجهة ومستوى جودة الحياة لدى المعلمين على النحو الموالي:

❖ تسجيل مستويات مرتفعة من ادراك الضغط والاحترق النفسي لدى المعلمون المصابون بالسكري.
❖ تسجيل مستويات متوسطة لجودة الحياة واستراتيجيات المواجهة لدى المعلمون المصابون بالسكري.

❖ عدم وجود اختلافات (التقارب) في مستويات ادراك الضغط النفسي، والاحترق النفسي واستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى المعلمين المصابون بالسكري.

❖ وجود اختلافات بسيطة بين المعلمين من النمطين (الاول والثاني) في نوعية استراتيجيات المواجهة وكيفية التعامل مع الضغوط.

❖ وجود اختلافات في التحليل الاكلينيكي الكيفي للمعلمين المصابين بالسكري وترجع هذه الاختلافات الى التاريخ المرضي الشخصي، وعوامل ظهور المض السيكوسوماتي المزمن، وعوامل الخط والجروحية، ومستوى الهشاشة والمناعة النفسو عصبية والعضوية، وخصوصية البروفيل النفسي، واشتراكهم في نفس سمات الشخصية للنمط (أ)، ومصادر الضبط الصحية الداخلية والخارجية، والتقبل ونوعية المساندة الاجتماعية، ونمط وأسلوب العيش والقدرة المادية رغم ممارستهم لنفس المهنة التعليم باختلاف الاطوار التعليمية، ومستوى الرفاهية الذاتية لكل حالة.

❖ ونشير في الأخير الى ان نتائج الدراسة هي خاصة بحالات الداسة، ولا يمكن تعميمها على جميع المعلمين المصابين بالسكري في الجزائر لأنها تخضع لخصوصية السياق العام، والمكان والزمان، وعامل الفروق الفردية.

خاتمة

خاتمة:

وختاماً لهذه الدراسة التي طرحت موضوعاً جدياً هاماً مستوحى من البيئة الاجتماعية الجزائرية، فحواه "استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة حياة المعلمين المصابين بالسكري" والذي يمثل الواقع المعاش حالياً لدى فئة هامة داخل المجتمع، لذلك فإن دراستنا تعتبر محاولة علمية جادة تندرج ضمن الدراسات النفسية الهامة، حيث تطرقت في مضمونها الى طرح موضوعين بارزين جمعت فيهما بين المرض والصحة في آن واحد لكن بصيغة جديدة متأثرة بالمنحى الجديد الذي يخطوه علم النفس نحو علم النفس الايجابي والتكامل التفاعلي لمتغيرات الحياة، الذي يعنى بمعالجة مواضيع نفسية مرضية برؤيا ايجابية انسانية، منتقاة من الواقع الحقيقي لبيئة الباحثة، حيث تناولت الضغوط، والاحتراق النفسي، واستراتيجيات المواجهة، والاضطرابات السيكوسوماتية المزمنة "السكري أنموذجاً" لدى عينة وبعض الحالات من المعلمين في الأطوار التعليمية الثلاث ببلدية سكيكدة، وقد انطلقت فيها الباحثة من فرضيات استكشافية؛ سواء في جانبها الكمي أين كشفت فيها عن العلاقات والفروق بين متغيرين أساسيين هما استراتيجيات مواجهة الضغوط وجودة الحياة، وأعزت الاختلافات فيهما الى عدة متغيرات، أو في جانبها الكيفي الذي بحثت فيه عن مستويات متغيراتها: ادراك الضغط، والاحتراق النفسي، والمواجهة وجودة الحياة، كما حاولت التقصي في عمق الحياة النفسية لبعض الحالات بغية الوصول الى تحليل اكلينيكي يعكس سببية وسيرورات عملية المعاناة النفس عصبية، وتفاعلها مع الألم العضوي واختلالات التوازن الداخلي، وتأثره بالبيئة المحيطة. هذا، وحاولت أيضاً تبيين المعاش النفسي، والصحي والمهني لديهم خصوصاً وانهم في مواجهة مستمرة لضغوط الحياة والضغوط المهنية، وبلغ عدد معتبر منهم مرحلة "الاحتراق النفسي"، ومن جانب آخر خصوصية المهنة التي يشتغلونها حيث يتعاملون مع فئة هشة داخل المجتمع "الأطفال"، وفي نفس الوقت هم كذلك يعانون من المرض العضوي والمتمثل في "السكري" الذي عادة ما يكون لدى المصابون به أمراض أخرى، أو يعانون من مضاعفاته.

وقد حاولت الدراسة توضيح التأثير السلبي للأحداث الضاغطة والصادمة على مستقبل المعلمين حالات الدراسة، والتي كانت العامل المفجر للمرض لدى البعض منهم، وتوضيح انعكاساتها على نمط وأسلوب حياتهم، وتكيفهم العام، وتواصلهم العلائقي، وتفاعلهم الاجتماعي وحتى على الاشتغال المهني والدراسي ومختلف نشاطاتهم واهتماماتهم، وأحالت عن تحقيق الرضا عن الحياة، والصحة، وجودة الحياة

الحسنة التي تضمن لهم العيش الأفضل، والابداع التربوي المهني، وذلك بسبب عدم قدرتهم على استخدام استراتيجيات المواجهة الفعالة أثناء تعرضهم للمواقف الضاغطة، أو لاستعمال استراتيجيات سلبية أو الهروب، التي تزيد من حدة وطأة الضغوط في كل مرة يتم تأجيلها، أو توظيف ميكانيزمات دفاعية مرضية كالكبت والتجنب.

- وعلى العموم فإن دراستنا كأى دراسة لها نتائج ومخرجات، حيث أسفرت نتائج الدراسة الكيفية عن:
- ❖ وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري.
 - ❖ وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوعية استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية (إيجابية/ سلبية) والدرجة الكلية لجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري.
 - في حين توصلت نتائج الدراسة عن عدم تحقق الفرضية الثالثة والرابعة بحيث تم التأكد من:
 - ❖ عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تعزى لمتغيرات (الجنس، السن، التخصص، الأقدمية المهنية).
 - ❖ عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المعلمين المصابين بالسكري في جودة الحياة تعزى لمتغيرات (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، مدة الإصابة بالسكري).
 - أما الدراسة الكيفية، فقد خلصت الى:
 - ❖ تسجيل مستويات مرتفعة من ادراك الضغط والاحترق النفسي لدى المعلمون المصابون بالسكري.
 - ❖ تسجيل مستويات متوسطة لجودة الحياة واستراتيجيات المواجهة لدى المعلمون المصابون بالسكري.
 - ❖ عدم وجود اختلافات (التقارب) في مستويات ادراك الضغط النفسي، والاحترق النفسي واستراتيجيات المواجهة وجودة الحياة لدى المعلمين المصابون بالسكري.
 - ❖ وجود اختلافات بسيطة بين المعلمين من النمطين (الاول والثاني) في نوعية استراتيجيات المواجهة وكيفية التعامل مع الضغوط.
 - ❖ وجود اختلافات في التحليل الاكينيكي الكيفي للمعلمين المصابين بالسكري، ويمكن ردها عوامل عديدة كالتاريخ المرضي الشخصي، وعوامل الخطر المرض السيكوسوماتي المزمّن، ومستوى الهشاشة

والمناعة النفس عصبية والعضوية، وخصوصية البروفيل النفسي، ومصادر الضبط الصحية الداخلية والخارجية، والتقبل ونوعية المساندة الاجتماعية، ونمط وأسلوب العيش والقدرة المادية، والرفاهية العامة، رغم ممارستهم نفس مهنة التعليم باختلاف الاطوار التعليمية.

وفي الأخير، يمكننا أن نشير الى ان نتائج دراستنا هته المطبقة على بعض الحالات من المعلمين المصابين بالسكري ببلدية سكيكدة تبقى خاصة بدراستنا، ولا يمكن تعميمها على جميع المعلمين عبر ربوع ولايات الوطن لأن الفئة المدروسة تتمتع بخصوصية تميزها عن باقي شرائح المجتمع، وتخضع لمعايير كثيرة في ظل الفروق الفردية.

وبناء عليه؛ فإننا نامل أن تكون نتائج دراستنا هته أرضية ممهدة، تفسح المجال لدراسات أخرى مستقبلية - (وقد انطلقت الباحثة في اطار مشاريع عمل جماعية وفردية بدراسة بعض المتغيرات المرتبطة بالصحة والمرض النفسي والسيكوسوماتي المزمّن داخل الفضاء المدرسي واستراتيجيات المواجهة كخطوة أولى تدعم الفكرة و) - تهتم بفئة المعلمين خصوصا الدراسات المتعلقة بالموالفة، والأمراض السيوكوسوماتية المزمّنة، وجودة الحياة، ونمط أسلوبها ومختلف المتغيرات الايجابية التي ترتبط بالصحة والمرض، وذلك بغية الوصول الى قواعد بيانات نفسية، وصحية، واجتماعية، ومهنية، علمية دقيقة تخص الحياة النفسية للمعلم في البيئة الجزائرية، ونستمد منها الانطلاقة الفعلية لاقتراح مشاريع نفسية اجتماعية صحية وقائية، وبناء خطط علاجية، وبرامج ارشادية توجيهية تخص هته الفئة -المعلمين- لأنهم لبنة المجتمع والطبقة المثقفة التي تشكل أساس البنية التحتية المهينة ل الأجيال المستقبلية..

كما ننوه في الأخير الجهات المختصة، والمسؤولة عن قطاع التربية والتعليم الى ضرورة تطوير هيكل "طب العمل" الخاص بالمعلمين، وادراج منصب المختص النفسي والاجتماعي ضمن الفريق الصحي، للعمل في اطار جماعي شبكي متعدد الأطراف بغية التكفل بالمعاناة النفسية والجسدية، والمشاكل الاجتماعية والمهنية التي يتعرض لها المعلمون باستمرار، والتخفيف من مستوى الضغوط التي يتعرضون لها باستمرار، وتمكينهم نفسيا من ادارتها والتحصن منها، والرقى بمستوى الخدمات الصحية والنفسية للمعلم لتحقيق مستويات مرتفعة وجيدة من جودة الحياة، والعيش الأفضل الكريم، التي تسمح لهم بالرضا الصحي والمهني والابداع التربوي داخل الأقسام.

قائمة المراجع

قائمة المصادر والمراجع

باللغة العربية:

1. ابن منظور، (1997)، لسان العرب. دار صادر، (م4)، (ط1)، لبنان.
2. أسامة، فاروق مصطفى، (2011)، مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية. (ط1)، دار الميسرة، الأردن.
3. الاذاعة الجزائرية، (2016)، 100 ألف طفل مصاب بداء السكري في الجزائر، (2016/4/6 - 15:47)، <http://www.radioalgerie.dz/news/ar/article/20160406/73789.html>
4. أبركان، الصالح، (2015)، ادراك المرض، أساليب المواجهة وجودة الحياة لدى المصاب بالمرض المزمن-دراسة ميدانية بولاية باتنة. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الحاج لخضر- باتنة، الجزائر.
5. أبو الرب، محمد عمر، وفراس، أحمد سليم، (2013)، جودة الحياة لدى امعاقين سمعياً مقارنة بغير المعاقين في المملكة العربية السعودية. المجلة التربوية الدولية المتخصصة، مج (2)، ع(5)، ص ص (431-455).
6. أبو الحسن، وائل، نصر الله، زياد، (2014)، الأثار الصحية المتعلقة بنوعية حياة مرضى آلام الظهر المزمنة بعد الحمامة: دراسة اكلينيكية استكشافية. مجلة الجامعة العربية الامريكية للبحوث، ع(تجريبي)، ص ص (1-21).
7. أبو حلاوة، محمد السعيد، (2010)، جودة الحياة: المفهوم والابعاد، المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية، جامعة كفر الشيخ - مصر.
8. أبو حلاوة، محمد السعيد، (2014)، علم النفس الايجابي ... ماهيته ومنطلقاته النظرية وأفاقه المستقبلية. ع(34)، شبكة العلوم النفسية والعربية: مؤسسة العلوم النفسية والعربية.
9. أبو دلو، جمال، (2009)، الصحة النفسية. دار أسامة للنشر، عمان- الأردن.
10. أبو غزالة، سميرة على جعفر. (2007)، أزمة الهوية ومعنى الحياة كمؤشرات للحاجة الى الارشاد النفسي-دراسة على طلاب الجامعة. المؤتمر الدولي الخامس: "التعليم الجامعي في مجتمع المعرفة: الفرص والتحديات" يومي: 11-12 جويلية، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة - مصر.
11. أحمد، حافظ نجم وآخرون، (1988)، دليل الباحث، دار المريخ، الرياض-المملكة العربية السعودية.
12. أحمد، حساسين أحمد محمد، (2011)، الخصائص القياسية للمقياس المنوي لنوعية الحياة (WHOQOL-100) الصادر عن منظمة الصحة العالمية على عينات من المجتمع الليبي. دورية دراسات نفسية، ع 4، مركز البصيرة، دار الخلدونية للنشر، الجزائر. ص ص (89-132).
13. أحمد، رضا، (1960)، معجم متن اللغة العربية-موسوعة لغوية حديثة. مج (5)، دار مكتبة الحياة، بيروت -لبنان.
14. الأحسن، حمزة، (2015)، الضغوط المهنية لدى معلمى المرحلة الابتدائية وانعكاساتها على مستوى تقدير الذات لديهم-دراسة ميدانية في البليدة وتيبازة. مجلة العلوم النفسية والتربوية، مج (01)، ع (01)، ص ص (188-215).
15. الجوالده، عيد فواد، (2013)، فاعلية برنامج تربوي قائم على نظرية العقل في تحسين جودة الحياة للأطفال ذوي الاعاقات التطورية والفكرية، مجلة دراسات العلوم التربوية، مجلد 40، ملحق 1. عمادة البحث العلمي/ الجامعة الأردنية، الأردن. ص ص (388-409).
16. الحسين، أيمن، (1995)، عززي مريض السكر، دار الهدى، عين مليلة-الجزائر.
17. الحسين، فايز خليف، (2015)، علاقة التهيؤ للمواجهة الضغوط النفسية مع بعض المتغيرات لدى عينة من الموظفين والعاملين في مدينة حلب. مجلة الدراسات التربوية والنفسية، مج(9)، ع(2)، ص ص (396-385).
18. الخالدي أديب محمد، (2006)، علم النفس الإكلينيكي (المرضى): الفحص والعلاج، ط1، دار وائل، عمان.
19. الخياط، ماجد محمد، السليحات، ملوح مفضي، (2012)، فاعلية برنامج تدريبي سلوكي - معرفي في خفض الضغوط النفسية لدى طلبة كلية الأميرة رحمة الجامعية. مجلة الجامعة الاسلامية للدراسات التربوية والنفسية، مج (20)، ع(2)، ص ص (1-22).
20. الدسوقي، محمد مجدي. (1998)، دراسة لأبعاد الرضا عن الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من صغار السن الراشدين، المجلة المصرية - للدراسات النفسية، مج (8)، ع(20)، ص ص (157-200). (158).
21. الدهري، صالح حسين، العبيدي، ناظم هاشم، (1999)، الشخصية والصحة النفسية. دار الكندي، الأردن.
22. الرشيد، هارون توفيق، (1999)، الضغوط النفسية: طبيعتها-نظرياتها-برنامج لمساعدة الذات في علاجها. (ط1)، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
23. الريماوي، محمد عودة وآخرون، (2006)، علم النفس العام. دار الميسرة، عمان - الاردن.
24. الزراد، فيصل محمد، (2000)، الامراض النفسية الجسمية - أمراض العصر، دار النفاثس للطباعة وانشور، بيروت.
25. الزروق، فاطمة الزهراء، (2015)، علم النفس الصحي: مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه. ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
26. السيد، كامل الشربيني منصور، (2012)، استراتيجيات الموجهة وتقدير الذات والانفعال الايجابي والانفعال السلبي منتببات للكمالية التكوينية. مجلة دراسات تربوية ونفسية، ع (77)، ص ص (51-120).
27. السيد عبيد، ماجدة بهاء الدين، (2008)، الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية. (ط1)، دار صفاء، الأردن.
28. الشنفريري أمل، (2006)، دورة وزارة التنمية الاجتماعية في تحين جودة حياة الأسرة العمانية، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة يوم (17-19 ديسمبر)، جامعة السلطان قابوس، مسقط.

29. الصيرفي، محمد، (2008)، الضغط والقلق الإداري. مؤسسة حورس الدولية، الاسكندرية.
30. الطحان، محمد خالد، موسى، محمد نجيب، (2008)، فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مستوى الاضطرابات السيكوسوماتية وتقدير الذات لدى النساء في فلسطين، مجلة البصائر، فلسطين، مج 12، ع 2.
31. الطيارة، بسام خالد، (1998)، السكري مرض العصر. مؤسسة المعارف، بيروت-لبنان.
32. الطريري، عبد الرحمن سليمان، (1994)، الضغط النفسي: مفهومه، تشخيصه وطرق علاجه ومقاومته. ط(1)، مطبعة شكرة الصفحات الذهبية الرياض.
33. الضحيان، بن ضحيان سعود، (2011)، الأخطاء المنهجية أو منهجية الأخطاء، الملتقى العلمي الاول: تجويد الرسائل والأطروحات العلمية وتفعيل دورها في التنمية الشاملة والمستدامة، جامعة الملك سعود، كلية الآداب، الرياض - المملكة العربية السعودية.
34. الظفيري، سعيد، القريوتي، ابراهيم، (2010)، الاحتراق النفسي لدى معلمات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم في سلطنة عمان. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مج (6)، ع(3)، ص ص (175-190)
35. العازمي، أحمد سعيدان مهدي. (2013)، نوعية الحياة وعلاقتها بالضغط النفسية لدى عينة من طلبة جامعة الكويت. مجلة العلوم التربوية، مج (21)، ع (3)، جامعة الأمير سطاتم بن عبد العزيز، ص (95-129).
36. العامري، وليد، جمل، محمد جهاد، (2008)، الضغط والقلق لدى المعلمين. دار الكتاب الجامعي، غزة - فلسطين.
37. العجوري، أحمد حسين ابراهيم، (2013)، الذكاء الاجتماعي وعلاقته بجودة الحياة لدى المعلمين والمعلمات بمحافظة شمال غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر (غزة) - فلسطين.
38. العزاوي، رحيم يونس كرو، (2008)، مقدمة في مناهج البحث العلمي، ط(1)، دار دجلة، عمان- الأردن.
39. العيسوي عبد الرحمن، (2000)، الاضطرابات النفسوجسمية، ط1، دار الراتب الجامعية، بيروت - لبنان.
40. العيسوي عبد الرحمن، (2006)، الطب السيكوسوماتي - دراسة في اضطراب السمنة وتناول الطعام، الدار الجامعية.
41. الغندور، العارف بالله محمد، (1999)، أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة. المؤتمر الدولي السادس لمركز الارشاد النفسي: جودة الحياة، جامعة عين شمس، القاهرة. ص ص (1-177)
42. الفراء اسماعيل صالح والنواجحة، زهير عبد الحميد، (2012)، الذكاء الوجداني ولاقته بجودة الحياة والتحصيل الأكاديمي لدى الدارسين بجامعة القدس المفتوحة بمنطقة خان يونس. مجلة جامعة الأزهر بغزة، سلسلة العلوم الانسانية، (مج 14)، (ع2)، ص (57-90).
43. الفيروزأبادي مجد الدين، (2007)، القاموس المحيط، ط(2)، دار الكتب العلمية، بيروت-لبنان.
44. القاعد، خالد محمود، (دس)، الأثر السلبي للقلق والاكئاب على جهاز المناعة والصحة. دار فيلادلفيا الثقافية، جامعة اليرموك.
45. القريوتي، ابراهيم أمين، الخطيب، فريد مصطفى، (2006)، الاحتراق النفسي لدى عينة من معلمي الطلاب العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة بالأردن. مجلة كلية التربية، مج (21)، ع(23)، ص ص (131-154).
46. القدافي، محمد رمضان، (1998)، الصحة النفسية والتوافق. ط(1)، المكتب الجامعي الحديث، مصر.
47. الكبيسي، عبد الكريم عبيد جمعة، (2016)، قياس مستوى جودة الحياة لدى أعضاء هيئة التدريس في الجامعة (دراسة ثقافية مقارنة) لعينات (ليبية، عراقية ومصرية). مجلة البحوث التربوية والنفسية، ع(49)، ص ص (427-460).
48. اللجنة الخليجية لمكافحة داء السكري، (2008)، تقرير الخطة الخليجية التنفيذية لمكافحة السكري 2008-2018، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون الخليجي. ص (1-27)
49. المتولي، محمد نبيه بدير، (1990)، وجهة الضبط الداخلي -الخارجي وعلاقتها بأساليب الاستجابات المتطرفة-المعتدلة لدى الجنسين. ملة كلية التربية بدمياط، مج (1)، ع (13)، ص ص (206-241)
50. المجلس الاعلى للصحة، (2010)، تقرير ماذا تعرف عن مرض السكري؟، قطر.
51. المحرزي راشد بن سيف، حسن، عبد الرحمن سعيد، ابراهيم محمود محمد، (2006)، جودة الحياة وعلاقتها بالضغط النفسية واستراتيجيات مقاومتها لدى طلبة جامعة السلطان قابوس. ندوة علم النفس وجودة الحياة : أيام (17-19 ديسمبر)، جامعة السلطان قابوس. مسقط - عمان.
52. المرزوقي جاسم، (2008)، الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر (السكر)، ط(1)، دار العلم والإيمان، مصر.
53. المشعان، عويد سلطان، (2000)، مصادر الضغوط النفسية في العمل لدى المعلمين الكويتيين وغير الكويتيين في مرحلة المتوسطة. مجلة جامعة دمشق، مج (16)، ع(1)، ص ص (203-241).
54. المشيخي، غالب بن محمد علي، (2013)، الاحتراق النفسي وعلاقته بجودة الحياة لدى معلمي المرحلة الابتدائية بمحافظة الطائف. مجلة عالم التربية، مج (4)، ع (41)، ص ص (15-61).
55. المليجي، حلمي، (2001)، مناهج البحث في علم النفس. ط(1)، دار النهضة العربية، لبنان.
56. النجار، يحي، الطلاع عبد الرؤوف. (2015)، التفكير الإيجابي وعلاقته بجودة الحياة لدى العاملين بالمؤسسات الأهلية بمحافظة غزة. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الانسانية)، مج (29)، ع (2)، فلسطين، ص ص (209-246)
57. النوايسة، فاطمة عبد الرحيم، (2013)، الضغوط والأزمات النفسية وأساليب المساعدة. ط (1)، دار المناهج للنشر، عمان - الأردن.
58. الهاشمي، لوكيا، بن زروال فتيحة، (2001)، الاجهاد Stress. دار الهدى، عين مليلة- الجزائر.
59. الهنداوي، محمد حامد ابراهيم، (2011)، الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظة غزة، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر، غزة - فلسطين.

60. الوكالة المساعدة للطب الوقائي، (2011)، المرجع الوطني لتتقيف مرضى داء السكري، أنجرس، موريس، (2006)، منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية -دريبا علمية-. ترجمة: بوزيد، صحراوي وآخرون، (ط2)، دار القصبية، الجزائر.
62. آيت حمودة، حكيمة، (2006)، دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية -دراسة ميدانية بمدينة عنابة-. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر، الجزائر.
63. آيت حمودة، حكيمة، خطار، زهية، بوشدوب، شهرزاد، (2008)، أهمية مركز الضبط في ادارة الضغوط المهنية لدى مدرسي التعليم الثانوي. مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، مج (6)، ع (2)، ص ص (2-45).
64. باهي، مصطفى حسين، حشمت، حسين أحمد، حسن نبيل السيد، (2002)، المرجع في علم النفس الفيزيولوجي: نظريات- تحليلات وتطبيقات. ط (1)، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
65. بركات، زياد، (2010)، الاستراتيجيات التكيفية مع الضغوط المهنية لدى معلمى المدارس الحكومية في محافظة طولكرم بفلسطين. مجلة جامعة الخليل لبحوث، مج (5)، ع (1)، ص ص (25-48).
66. بطرس، حافظ بطرس، (2008)، التكيف والصحة النفسية للطفل، ط1، دار الميسرة، عمان -الأردن.
67. بوحوش، عمار، الذنبيات، محمد محمود، (2007)، مناهج البحث العلمي وطرق اعداد البحوث. (ط4)، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
68. بوزيت، مراد، (1994)، مرض السكري (Diabète)-أعراضه، أسبابه، طرق الوقاية وعلاجه، دار الهدى، عين مليلة-الجزائر.
69. بولنج، أن، (2007)، قياس الصحة: عرض لمقاييس جودة الحياة. ترجمة: حشمت حسين، (ط1)، مجموعة النيل العربية، القاهرة.
70. بوفج، وسام، علة، عيشة، (2017)، واقع جودة حياة مرضى السكري ومدى استمتاعهم بالحياة، سلسلة دراسات في جودة الحياة لدى مرضى السكري. منشورات جامعة محمد بوضياف -مسيلة. الجزائر. ع(2)، ص ص (88-100).
71. بوعافية، نبيلة، (2008)، نمط شخصية المديرين وعلاقته بالضغوط المهني واستراتيجيات المواجهة. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر 2، الجزائر.
72. بن سكريفة، مريم، (2008)، استراتيجيات التكيف مع مواقف الحياة الضاغطة وعلاقتها بالذكاء الانفعالي للمعلم. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة قاصدي مرباح -ورقلة، الجزائر.
73. بن سكريفة، مريم، وبن زاهي، منصور، (2015)، أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المصابين بداء السكري النوع الثاني. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، ع(18)، ص ص (231-254).
74. بن طاهر، بشير، (1998)، اشكالية مفهوم الضغط في الدراسات النفسية المعاصرة-عرض تحليلي الايام الثالثة لعلم النفس وعلوم التربية. منشورات جامعة الجزائر، ج2، الجزائر.
75. بن طراد، زينة، بكوش، ليلي، (2017)، الضغوط النفسية لمرضى اسكري وعلاقتها بجودة الحياة-دراسة ميدانية بمستشفى بوضياف-ورقلة. سلسلة دراسات في جودة الحياة لدى مرضى السكري. منشورات جامعة محمد بوضياف -مسيلة. الجزائر. ع(2)، ص ص (320-331).
76. ببروق، هناء، علافة، سميرة، (2017)، جودة الحياة لدى مريض السكري مبتور القدم-دراسة ميدانية بولاية قالمة. سلسلة دراسات في جودة الحياة لدى مرضى السكري. منشورات جامعة محمد بوضياف -مسيلة. الجزائر. ع(2)، ص ص (124-131).
77. بيك، آرون، (2000)، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ط1، دار النهضة العربية، لبنان.
78. تقرير التنافسية العالمي، (2014)، تقرير التنافسية العالمي 2014-2015: النمو العالمي في خطر جراء التقدم البطيء في الإصلاحات، المنتدى الاقتصادي العالمي، جنيف سويسرا.
79. تقرير التنمية البشرية. نهضة الجنوب تقدم بشري في عالم متنوع، (2013)، برنامج الأمم المتحدة الانمائي، كندا.
80. تقرير التنمية البشرية 2015، (2015)، برنامج الأمم المتحدة الانمائي، الولايات المتحدة الأمريكية.
81. توشيت، نانسي، (2001)، مرض السكري. (ط1)، الدار العربية للعلوم، لبنان.
82. الموسوعة العربية العالمية الالكترونية، الصادرة في (2004).
83. جبران، مسعود، (2005)، الرائد: معجم الفبائي في اللغة والأعلام. (ط3)، دار الملايين، لبنان.
84. جابري لمياء، (2008)، معجم المصطلحات السيكولوجية فرنسي-عربي، ط1، مطبعة دار الأمين، البلدة-الجزائر.
85. جمال، شفيق أحمد، (2016)، دور الأخصائي النفسي في تحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. ط1، شركة الأمل للطباعة، مصر.
86. جمعية السكري الإيطالية، (2009)، بيان حقوق مريض السكري، الجمعية البرلمانية من اجل حماية ونشر الحق في الوقاية. DAWN.
87. جنيد، عبد الله أحمد، (2011)، الوقاية من الأمراض القلبية الوعائية عند مرضى السكري .. الدروس العلمية المستفادة من الدراسات العلمية الفارقة. الصحة والسكري، المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة، ع(7)، ص ص (32-33).
88. جولمان، دانييل، (2000)، الذكاء العاطفي. ترجمة: الجبالي ليلي، مجلة عالم المعرفة، ع (262)، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والآداب.
89. حبيب، مجدي عبد الكريم، (2006)، فعالية استخدام تقنيات المعلومات في تحقيق أبعاد جودة الحياة لدى عينات من الطلاب العمانيين، ندوة علم النفس وجودة الحياة أيام: 17-19 ديسمبر، جامعة السلطان قابوس، عمان.

90. حداد، شكري عفاف، أبو سليمان، بهجت، (2003)، فاعلية برنامج ارشاد جمعي في التدريب على الضبط الذاتي في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من طلبة المرحلة الثانوية. مجلة العلوم التربوية، ع (3)، ص ص (117-141)
91. حريوش، سمية، (2014)، المهارات الاجتماعية وعلاقتها بتقبل داء السكري. مجلة العلوم الاجتماعية، ع(6)، ص ص (30-50).
92. حريم، حسين، (2004)، السلوك التنظيمي: سلوك الأفراد في المنظمات. دار زهران للنشر، الأردن.
93. حسن عبد الحميد سعيد ، والمحرزى راشد بن سيف، (2006)، جودة الحياة وعلاقتها بالضغوط النفسية واستراتيجيات مقاومتها لدى طلبة جامعة السلطان قابوس، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، كلية التربية، جامعة السلطان قابوس، البحرين.
94. حسين، منال زكريا، محمد، محمد سعد، (2010)، كفاءة الذات العامة المدركة كمتغير معدل للعلاقة بين نوعية حياة العمل والاحترق النفسى لدى عينة من النساء العاملات. مجلة دراسات نفسية، مج (20)، ع(2)، ص ص (197-225)
95. حنصالي، مريامة، (2014)، إدارة الضغوط النفسية وعلاقتها بسمتى الشخصية المناعية (الصلابة النفسية والتوكيدية) في ضوء الذكاء الانفعالى. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة محمد خيرصر –بسكرة، الجزائر.
96. حوحو، هدى، (26/03/2014)، تسجيل 7 ملايين إصابة بارتفاع ضغط الشرايين في الجزائر. جريدة الفجر، ع (7291)، <http://www.al-fadjr.com/ar/realite/270866.html>
97. خباد، ايمان، (2014)، ضريبة داء السكري .. بتر قدم كل 30 ثانية فى العالم، جريدة الفجر، (2014/11/14 - 22:22)، <http://www.djazair.com/alfadjr/290312>
98. خليفة، وليد السيد، وعيسى، مراد علي، (2007)، الضغوط النفسية والتخلف العقلى في ضوء علم النفس المعرفى: المفاهيم-النظريات-البرامج. (ط1)، دار الوفاء، مصر.
99. خميس، ايمان أحمد. (2010)، جودة الحياة وعلاقتها بكل من الرضا الوظيفى وقلق المستقبل لدى معلمات رياض الأطفال. المؤتمر العلمي الثالث: تربية المعلم العربي وتأهيله: رؤى معاصرة – كلية علوم التربية، جامعة جرش الخاصة.
100. خوج، حنان أسعد، (2011)، معنى الحياة وعلاقتها برياضا عنها لدى طالبات الجامعة بالمملكة العربية السعودية. مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، مج (3)، ع (2)، ص ص (11-44).
101. داودي، محمد، شرفي، ابو بكر، (2017)، المهمة المستحيلة لمعلم المرحلة الابتدائية فى الجزائر. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، ع (28)، ص ص (245-255)
102. دويدار، عبد الفتاح محمد، (1991)، العوامل المحددة لدافعية الانجاز فى ضوء بعض المتغيرات لدى الموظفين والموظفات فى المجتمع المصرى-دراسة عاملية مقارنة. بحوث خاصة بالمؤتمر السابع لعلم النفس فى مصر، المكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
103. دبابي، بوبكر، لعيس، اسماعيل، (2013)، البرامج الارشادية كإحداثهم الاستراتيجيات للتخفيف من حدة الاحتراق النسي فى مهنة التدريس. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، ع (12)، ص ص (13-21)
104. ديزن، بول وآخرون، (2016)، مارتن سيلجمان ... حياته ومفاهيمه واعماله النظرية (السعادة، أساليب الحياة، المعنى والتدفق، الايثارية). ترجمة: صالح علي عبد الرحيم، شبكة العلوم النفسية العربية. <http://www.arabpsynet.com/Documents/DocAliPsychoMartinSeligman.pdf>
105. رشاد علي، موسى عبد العزيز، (1987)، العجز النفسى. دار النهضة العربية، القاهرة، مصر.
106. رضوان، سامر جميل، (2002)، الصحة النفسية: دار المسيرة. ط(1)، عمان –الأردن.
107. رمالي، حبيبة، (2012)، استراتيجيات المواجهة ومراكز التحكم لدى مرضى السكري. مجلة دراسات، مخبر الدراسات الصحراوية، جامعة بشار، ع(2)، ص ص (167-180)
108. رودى، بيلوس، (2013)، مرض السكري، ترجمة: مزيودي هنادي، (ط1)، دار المؤلف، الرياض.
109. رياش، سعيد، بعوني، نجاه، (2016)، المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري. حوليات جامعة الجزائر 1، مج (1)، ع (30)، ص ص (180-195).
110. زبدي، نصر الدين، (2007)، سيكولوجية المدرس-دراسة وصفية تحليلية. ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
111. زعطوط، رمضان، فريشي، عبد الكريم، (2014)، نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، ع(11)، ص ص (251-267).
112. زعطوط، رمضان، (2017)، السلوك الصحى وعلاقته بالتدين دراسة مقارنة بين مرضى السكري ومرضى ضغط الدم المرتفع بورقلة. سلسلة كتب جامعة محمد بوضياف-المسيلة، الجزائر، ص ص (49-66).
113. زكي، نجاه، عبد الفضيل مديحة، (1998)، أساليب مواجهة المشكلات فى علاقتها بكل من الضغوط النفسية والاحتراق النفسى لد عينة من معلمى المدارس الثانوية بمدينة المنيا: دراسة تنبؤية. مجلة البحث فى التربية وعلم النفس، ع (1)، مج (12)، ص ص (461-491).
114. زهران، محمد عبد السلام، (1972)، علم النفس الاجتماعى. عالم الكتاب، القاهرة.
115. زيدان ، حيد كامل، علي، مالك حمادي، (2013)، مستويات هرمون اليتين لدى مرضى داء السكري غير المعتمد على الانسولين وعلاقتها ببعض المتغيرات الفيزيولوجية. مجلة جامعة بابل ، مج (21)، ع (5)، ص ص (1-7)
116. زيزي، السيد ابراهيم، (2006)، العلاج المعرفى للاكتئاب-أسسه النظرية وتطبيقاته العملية وأساليب المساعدة الذاتية، دار غريب، القاهرة – مصر.
117. سرحان، وليد، (2011)، مرض السكري والاكتئاب، مجلة الصحة والسكري، المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة، ع (7)، عمان الأردن، ص ص (45-46).

118. سعادة، رشيد، (2012)، الذكاء الانفعالي وعلاقته بإدارة الضغوط المهنية لدى مديري المؤسسات التعليمية. مجلة العلوم الانسانية، ع (38)، ص ص (155-175).
119. سعود، ناهد (2014)، أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بمستوى الاضطراب النفسى الجسدى (السيكوسوماتى) -دراسة ميدانية على عينة من المرضى المراجعين مستشفى الأمراض الجلدية والزهرية بجامعة دمشق. مجلة جامعة دمشق، مج (30)، ع (2)، ص ص (237-270).
120. سلاطنية، بلقاسم، الجيلاني، حسان، (2007)، محاضرات فى المنهج والبحث العلمى. (ج1)، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
121. سلامي، باهي، (2008)، مصادر الضغوط المهنية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى مدرسى الابتدائى والمتوسط والثانوى - دراسة ميدانية على عينة من أربع ولايات جزائرية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر، الجزائر.
122. سليمان، مجدى صالح حنان، (2009)، المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكرى المراهق-دراسة سيكومترية اكلينيكية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الزقازيق، مصر.
123. سهير، أحمد كامل، (2001)، الصحة النفسية للأطفال، مركز الاسكندرية للكتاب، مصر.
124. شحاتة، حسن، النجار زينب، (2001)، معجم المصطلحات التربوية والنفسية. (ط2)، دار المعرفة اللبنانية، لبنان.
125. شحاتة، محمد ربيع، (2010)، علم النفس الصناعى والمهنى. ط(1)، دار الميسرة، الأردن.
126. شقير زينب محمود، (2009)، مقياس معايير تشخيص جودة الحياة، المكتبة الأنجلو سكسونية، القاهرة.
127. شيلي، تابلور، (2008)، علم النفس الصحى. ترجمة: بريك درويش وسام، دار حامد للنشر، الأردن.
128. شويخ، أحمد هناء، (2007)، أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية مع تطبيقات على حالات أورام المثانة السرطانية. ط (1)، ايتراك للنشر والتوزيع، مصر.
129. شويطر، خيرة، منصورى، عبد الحق، (2013)، مستويات الضغوط المهنية بين المدرسات والممرضات. مجلة دراسات نفسية وتربوية، ع(10)، ص ص(85-102).
130. صادق، عادل، (1988)، الطب النفسى. الدار السعودية للنشر والتوزيع، جدة -السعودية.
131. صالح، علي عبد الرحمن، (2017)، المواجهة الايجابية الطريق الى السكينة النفسانية. شبكة علوم النفس العربية، ص ص (1-8).
132. طشطوش، رامي، القشار، محمد، (2017)، نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكرى فى الأردن. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مج (13)، ع (2)، ص ص (133-151).
133. طعيلي، محمد الطاهر، (2010)، ضغوط العمل لد معلم المدرسة الابتدائية واستراتيجية التكفل بها. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، ع (3)، ص ص (56-83).
134. طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، (2006)، استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية، دار الفكر، الأردن.
135. عادل شكري محمد كريم، (2006)، سلوك النمط (أ) دراسة فى علم النفس الصحة، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
136. عبد اشتوي، محمد، (2015)، اتجاهات العاملين نحو جودة حياة العمل فى بلدية غزة. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات الادارية والاقتصادية، مج (1)، ع (3)، ص ص (15-57).
137. عبد الخالق، أحمد محمد (2008) الصيغة العربية لمقياس نوعية الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية : نتائج أولية. مجلة دراسات نفسية، مج (18)، ع (2)، ص ص (247-257).
138. عبد الرحمن سعيد، عبد الرحمن محمد، (2007)، استخدام بعض استراتيجيات التعايش فى تحسين جودة الحياة لدى المعوقين سمعياً، الندوة العلمية الثامنة للاتحاد العربي للهيات العاملة فى رعاية الصم، تطوير التعليم والتأهيل للأشخاص الصم وضعاف السمع.
139. عبد العال، تحية محمد، ومصطفى علي مظلوم، (2013)، الاستمتاع بالحياة فى علاقته ببعض متغيرات الشخصية الايجابية "دراسة فى علم النفس الايجابى". مجلة كلية التربية، جامعة بنها، ع (24)، (93)، مصر، (79-163).
140. عبد العزيز، وفاء مصطفى، المختار، محمد يوسف، (2012)، جودة حياة مرضى السكرى نمط الثانى فى الموصل. مجلة طب الموصل، مج (38)، ع (1)، ص ص (14-18).
141. عبد المعطى، حسن مصطفى. (2005). الارشاد النفسى وجودة الحياة فى المجتمع المعاصر. ورقة عمل منشورة فى وقائع المؤتمر العلمى الثالث للإنماء النفسى والتربوي للإنسان العربى فى ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق، مصر، ص ص (13-23).
142. عبد المقصود، أماني عثمان، تهناني، (2007)، الضغوط الأسرية والنفسية- الأسباب والعلاج. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
143. عبد المنعم، عبد الله حسيب، (2006)، مقدمة فى الصحة النفسية، دار الوفاء، الاسكندرية.
144. عبدونى عبد الحميد، صياد، نعيمة، (2013)، برنامج ارشادى لتعديل خصائص نمط سلوك (أ) فى تخفيض قلق الامتحان لدى عينة من طلاب البكالوريا. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، ع (10)، ص ص (245-259).
145. عبيدات ذوقان وآخرون، (1992)، البحث العلمى، دار الفكر، عمان -الأردن.
146. عراقى، صلاح الدين محمد. (2006)، فعالية برنامج ارشادى للبناء لتحسين جودة الحياة لدى أبنائهم ذوى الاحتياجات الخاصة، مجلة كلية التربية- جامعة بنها، مج (16)، ع (66)، ص ص (218-258).
147. عدودة، صليحة، (2015)، الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالتزام العلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجى. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الحاج لخضر -باتنة، الجزائر.

148. عسكر، علي، (2003)، ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها. (ط3)، دار الكتاب الحديث، الكويت.
149. عطوف، محمود ياسين، (1986)، علم النفس العيادي، دار العلم للملايين، ط2، لبنان بيروت.
150. عطوف، محمود ياسين، (1988)، الأمراض السيكوسوماتية (الأمراض النفسجسمية)، منشورات يحسون الثقافية، ط1، لبنان بيروت.
151. عليوة، سمية، (2015)، علاقة كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الحاج لخضر-باتنة، الجزائر.
152. عمران، لخضر، (2009)، الإصابة بداء السكري وعلاقتها بتدهور جودة الحياة لدى المصابين، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر-باتنة، الجزائر.
153. عيروس، عقيل حسين، (1993)، مرض السكري بين الصيدلي والطبيب. (ط1)، دار الكتاب العلمية، بيروت.
154. غايتون، آرثر وهول جون، (1997)، المرجع في الفيزيولوجيا الطبية، ترجمة: صادق الهاللي، ط(9)، دار الفجر العالمية.
155. غريب، نزمين، (2014)، استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية- سلسلة الآداب والعلوم الانسانية، مج (36)، ع(3)، ص ص (305-324).
156. فاخر، عاقل، (1989)، معجم علم النفس. ط(3)، دار العلم للملايين، لبنان.
157. فاروق، السيد عثمان، (2001)، القلق وادارة الضغوط النفسية. ط (1)، دار الفكر، القاهرة.
158. فايد، حسين علي، (2005)، العلاج النفسي: أصوله - تطبيقاته وأخلاقياته. مؤسسة طبية، القاهرة.
159. فرج، عبد القادر طه وآخرون، (1993)، معجم علم النفس والتحليل النفسي. (ط1)، دار النهضة العربية، مصر.
160. فكري، حسن منصور، (2007)، كل شيء عن مرض السكري، دار لبحيرة، مصر. وزارة الصحة والادارة العامة للأمراض غير المعدية، المملكة العربية السعودية.
161. فواظمية، محمد، (2017)، واقع جودة الحياة لدى أساتذة التعليم الابتدائي. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، ع(31)، ص ص (451-462).
162. فوزي، عزت، نور، جلال، (1997)، الضغوط النفسية لمعلمي المرحلة الابتدائية وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية. المجلة المصرية للدراسات النفسية، مج (7)، ع(16).
163. فوقية رضوان، حسين عبد الحميد، (2006)، علم النفس التطبيقي وجودة الحياة، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة يوم (17-19 ديسمبر)، جامعة السلطان قابوس، مسقط.
164. فونتانا، دفيد، (1993)، الضغوط النفسية: تغلب عليها وابدأ الحياة. ترجمة: الفرماوي حمدي وأبو سريع رضا، دار الأنجلو مصرية، القاهرة.
165. قاسم حسين صالح، (2008)، الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية: أسبابها وأعراضها وطرائق علاجها، عمان: دار دجلة- العراق.
166. ق. م، (2013)، 38 بالمئة من الجزائريين يعانون من أمراض مزمنة، بوابة الشروق، (2013/2/4 - 12:54)، <http://www.echoroukonline.com/ara/articles/155909.html>
167. قوراح، يمينة، وصالي، محمد، (2017)، الأمراض المزمنة في الجزائر الواقع والآفاق. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، ع(28)، ص ص (49-68).
168. كاظم علي مهدي، البهادلي عبد الخالق نجم. (2006). جودة الحياة لدى طلبة الجامعة العمانيين والليبيين -دراسة ثقافية مقارنة-. وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، 17-19 ديسمبر، عمان.
169. كفاقي، علاء الدين، علاء الدين، جهاد، (2006)، علم النفس التاهيلي. مج (4)، ط (1)، دار الفكر العربي، القاهرة..
170. كلفن، هال، (1994)، أصول علم النفس الفرويدي. ترجمة: محمد فتحي الشنيطي، دار النهضة العربية، بيروت.
171. مبارك بشرى عناد، (2012)، جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج. مجلة كلية الآداب، ع(99)، جامعة بغداد، ص ص (714-771).
172. مجمع اللغة العربية (2008)، المعجم الوسيط. ط (4)، مكتبة الشروق الدولية، مصر.
173. محمد، بن سعد الحميد، (2007)، مرض السكر أسبابه، ومضاعفاته وعلاجه، ط1، الرياض: المكتبة الالكترونية- موقع القدم السكرية.
174. محمد، صلاح الدين ابراهيم، (1993)، السكر: أسبابه، ومضاعفاته وعلاجه، مركز الأهرام للترجمة والنشر، القاهرة.
175. محمد، علاء عبد الرحمن، (2013)، فعالية برنامج تدريبي لاكساب بعض أبعاد التفكير الإيجابي لدى المعلمات برياض الأطفال وتأثيره على جودة الحياة لديهن. مجلة علوم التربية، مج (21)، ع(4)، ص ص (19-74).
176. مرزاق، وليدة، بن زطة، بلدية، (2017)، نموذج التنظيم الذاتي لسلوك المرض لـ Leventhal et all كأحد النماذج المفسرة لجودة الحياة المرتبطة بالصحة. سلسلة منشورات جامعة المسيلة، ص ص (332-337).
177. مركز الخليج للدراسات الاستراتيجية، (2010/03/11)، جريدة أخبار الخليج: قراءة في تقرير "جودة الحياة" لعام 2010، ع (11675)، البحرين. <http://www.akhbar.com/11675/article/374285.html>
178. مريم، رجاء، (2007)، الاستراتيجيات التي يستخدمها الطلبة للتعامل مع الضغوط النفسية في كلية التربية بجامعة دمشق. مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، مج (5)، ع(1)، ص ص (145-172).
179. مزوز، بركو، (2014)، مدخل الى علم النفس المرضي. ط(1)، دار قانة، باتنة-الجزائر.

180. مسيلي، رشيد، وفاضلي، أحمد، (2013)، الضغوط النفسية المدركة وعلاقتها بمعاودة المحاولة الانتحارية -دراسة مقارنة بين أساليب التعامل على مستوى الشعور بالاكنتاب واليأس-. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، ع (13). ورقلة - الجزائر. ص ص (331-305)
181. مشري، سلاف. (2014، سبتمبر). جودة الحياة من منظور علم النفس الايجابي (دراسة تحليلية). مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، ع (8)، جامعة الوادي، الجزائر، ص ص (237-215)
182. مصباح، عامر، (2008)، منهجية البحث في العلوم السياسية والاعلام. ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
183. مصطفى مفتاح الشقماني ومحمد أحمد الفقي، (2006)، أحداث الحياة والضغوط النفسية ودورها في الإصابة بالأورام السرطانية -دراسة ميدانية-، مجلة سائل، ليبيا.
184. مصمودي، زين الدين وباشا، فاتن. (2016، جوان). علم النفس الايجابي: تناول مفاهيمي. مجلة علوم الانسان والمجتمع، ع (19)، ص ص (324- 303)
185. معاليم صالح، (2008)، محاضرات في الأمراض النفسية والجسدية، دط، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
186. معمريّة، بشير، (2011)، علم النفس الايجابي-اتجاه جديد لدراسة القوى والفضائل الانسانية. دار الخلدونية، الجزائر.
187. معمريّة، بشير، (2015)، جودة الحياة لدى المتقاعدین والمسنين وفق المقياس المنوي لمنظمة الصحة العالمية: بحث ميداني على عينات جزائرية، المجلة العربية للعلوم النفسية، ع (46)، ص ص (75-86).
188. معوش، عبد الحميد، سرداوي، نزيه، (2016)، الضغوط المهنية لدى عينة من مفتشي التعليم الابتدائي -دراسة ميدانية بولاية مسيلة-. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، ع (27). ص ص (477-459).
189. مكتبة البخاري، (دس)، ادارة الوقت وضغوط الحياة، <https://www.makktababa.com/2012/08/Bookmanagement-time-and-pressures-of-life.html>
190. مليحة، ايهاب محمد، (2010)، السمات النفسية لضباط الشرطة. مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
191. منسي، محمود عبد الحليم، وكاظم، علي مهدي. (2010). تطوير وتفتين مقياس جودة الحياة لدى طلبة الجامعة في سلطنة عمان. مجلة أمارابك . مج(1)، ع(1)، الأكاديمية العربية الأمريكية للعلوم والتكنولوجيا، ص ص (60-41).
192. منصور، مصطفى، (2010)، الضغوط النفسية والمدرسية. (ط1)، دار قرطبة، الجزائر
193. منظمة الصحة العالمية، (2003)، النظام الغذائي والوقاية من الأمراض المزمنة: سلسلة التقارير الفنية لمنظمة الصحة العالمية، جنيف.
194. الصحة العالمية. (2005). التقرير المختصر: تعزيز الصحة النفسية: المفاهيم، البيانات المستجدة والممارسة. شركة توشكي: طبعة عربية، مصر.
195. مهدي بوعسلة، فتيحة، (2010)، أساتذة التعليم الثانوي ومدى معاناتهم من الضغط النفسي جراء مهنة التعليم ومتطلباتها (دراسة ميدانية). مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، ع(3)، ص ص (347-319)..
196. ميرود محمد، آيت حمودة حكيم، (2014)، الأثار النفسية والدراسية للاصابة بداء السكري من النوع الأول (الخاضع للانسولين) على المراهق المتمدرس -دراسة 8 حالات. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، ع (15)، ص ص (233-223)
197. ميسون، سميرة، محمدي، فوزية، (2014)، ادراك مصادر الضغوط المهني وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى المعلمين بالمرحلة الابتدائية بورقلة. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، عدد خاص بملتقى الدولي حول المعاناة في العمل، ص ص (302-290)
198. نجيم، أنطوان، (2003)، موسوعة المعارف الكبرى، د ط، Maison de Nobilis، بيروت-لبنان.
199. نعيسة، رغداء علي، (2012). جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين، مجلة جامعة دمشق، مجلد 28، ع (1)، جامعة دمشق، سوريا.
200. نجاتي، محمد عثمان، (1985)، علم النفس في حياتنا اليومية. ط(3)، دار الشروق للطباعة، بيروت.
201. نحوي، عائشة، بوفج، وسام، (2017)، التوظيف النفسي لاستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى حالة مريضة بالسكري. مجلة علوم الانسان والمجتمع، ع(22)، ص ص (281-251).
202. نصراوي، صباح، بن زروال، فتيحة، (2017)، تكييف مقياس (ماسلاش) للاحتراق النفسي (MBI-HSS) على الأستاذ الجامعي الجزائري. مجلة العلوم النفسية والعصبية، مج (5)، ع(1)، ص ص (256-247).
203. هارسنياي، زولت، هتون، ريتشارد، (1990)، التنبؤ الوراثي، ترجمة: مصطفى، ابراهيم فهمي، عالم المعرفة، الكويت.
204. هولفورد، باتريك، (2013)، وداعا لمرض السكري. شركة دار الفراشة للطباعة، بيروت-لبنان.
205. يخلف، عثمان، (2001)، علم النفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة. ط (1)، دار الثقافة للطباعة، الدوحة، قطر.
206. يوسف، عبد الفتاح محمد، (1999)، الضغوط النفسية لدى المعلمين وحاجاتهم الارشادية. مجلة مركز البحوث التربوية، ع (5)، ص ص (227-195).
207. يوسف، جمعة السيد، (2007)، ادارة الضغوط. ط(1)، مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث في العلوم الهندسية. القاهرة.
208. يوسف، حدة، (2016)، الاستراتيجيات الارشادية لتخفيف الضغوط النفسية وتنمية الصحة النفسية. ط(1)، دار اسامة، عمان - الأردن.

قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

1. Abel, Steve, (2017), **Revising three models of quality of life Lawton model of four sectors of good life**. Collection Life in old age. Article on line view: (12/09/2017)<https://www.doctorabel.us/life-in-old-age/revisiting-three-models-of-quality-of-life-lawtons-model-of-four-sectors-of-good-life.html> .
2. Abouothman, Salima. (2014). **Evaluation de la qualité de vie des patients diabétiques de type 2 au niveau de la région de Marrakech**. thèse de doctorat en médecine non publiée, université Cadi Ayad- Marrakech. Maroc.
3. Agrinier, Nelly, Rat, Anne-Christine, (2010), **Quelles définitions pour la maladie chronique ?**, Dossier sur les maladies chroniques, ADSP, N(72), pp(11-14).
4. Ahmed. A. H, Abdulkhaleq. A. A, (2017), **A New Measurement scale for evaluating health-related quality of life in men with prostate cancer**. Iraqi National of Nursing Specialties, Vol(30), N(2), pp (35-46)
5. Al- Shehri Amer. H. & al, (2008), **Health – related quality of life in type 2 diabetics patients**. Ann Saudi Med, Vol(28), N(5), pp (352-360)
6. Al-Aboudi. Ibrahim. S, & al, (2015), **A cross-sectional assessment of health-related quality of life among type 2 diabetes patients in Riyadh- Saudi Arabia**. Sage Open Medicine, N (3), pp (1-6)
7. Al-Auqbi, Twafeeq, Al-Kirwi, Esam, (2007), **Introduction of biphasic insulin therapy for the poorly controlled type 2 diabetics can help in achieving recommended glycemic targets**, Iraqi Journal, com Med, Vol(2), N(20), pp (319-324).
8. Anaut, Marie, (2008), **La résilience : surmonter les traumatismes**, Dunaud: 2^{ème} éd, Paris.
9. Angers, Maurice, (1997), **Initiation à la méthodologie des sciences humaines**. Casbah, Algérie.
10. Aouiche. S, Guesmi. K, (2014), **The Impact of day time and nocturnal non –server hypoglycemic events on people with diabetes in Algeria**, poster presented at ISPOR 19th Annual international meeting, Canada, PDB 112.
11. Argyle. M, (1999), **Causes and correlates of happiness** in Kahneman. D, Diener. E, Schawarz, N, **Well-being: the foundations of hedonic psychology**. Russell Sage foundation, New York, pp (353-373)
12. Aspinawall. L G, & Taylor. SE, (1997), **A Stitch in time: Self-Regulation and proactive coping** , Psychological Bulletin, Vol(121), N(3), pp(417-436).
13. Bagceci, Birsen, Hamamci, Zeynep, (2012), **An investigation into the relationship between burnout and coping strategies among teachers in Turkey**. International Journal of humanities and Social Science, center for promoting ideas, Vol(2), N(12), USA. pp(67-72).
14. Bardin, Laurence, (1977), **L'analyse de contenu**, P.U.F, Paris.
15. Bénony. Hervé, Chahraoui Khadija, (1999), **L'entretien clinique**, (2^{ème} éd) Dunod, Paris.
16. Beverly. A, Potter. Ph.D, (1987), **Preventing job Burnout- transforming work pressures into productivity**. Library of Congress, USA.
17. Biggs. Amanda, Brough. Paula, Drummond, Suzie, (2017), **Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory**. In Handbook of stress and health: a guide to research and practice, pp(349-364).
18. BioRICS, (2015), **Positive and negative stress**. (site internet).
19. Bloom, Arnold, Ireland, John, (1981), **Atlas en couleurs du diabète**, Maloine S. A, Paris.

20. Bowling. Ann, (1997), **Measuring health: a review of life measurement scales**. 2 Ed, Open university press, Philadelphia.
21. Brouwers. K, & Tomic. A, (1999), **A Longitudinal study of teacher burnout and perceived self-efficacy**. In classroom management, teachers and teachers education in America. Vol(4), N(35), pp (234-235).
22. Brown. Patrick, (2009), **Quality of life and affect across the adult lifespan**, Washington University, Saint Louis, Missouri.
23. Bruchon-Schweitzer Marilou, & Boujut. Emilie, (2014), **Psychologie de la santé-concept, méthodes et modèles**. Dunod, Paris.
24. Bruchon-Schweitzer Marilou, & Dantzer Robert, (1994), **Introduction à la psychologie de la santé**. Puf, Paris.
25. Bruchon-Schweitzer Marilou, & Dantzer Robert, (1996), **Introduction à la psychologie de la santé**. Science sociales et santé, Vol (14), N(3), pp (117-121).
26. Bruchon-Schweitzer Marilou, (2000),
27. Bruchon-Schweitzer Marilou, (2001), **Le Coping et les stratégies d'ajustement face au stress**. Recherche en soins infirmiers, N(67), pp (68-83).
28. Bryan, A, Hiebert, (1985), **Stress and teachers –the Canadian scene**. Canadian Education Association, Canada.
29. Céline, Mercier, & al, (1987), **La qualité du vie: perspectives théorique et empiriques**. Santé mentale au Québec, Vol (12), N(1), pp (135-143)
30. Chan, AHS, & al, (2010), **Work stress of teachers from primary and secondary schools in Hong Kong**. Proceedings of the international Multi conference of Engineers and computer scientists, vl (3). Hong Kong.
31. Charson, Camilo & al, (2007), **La Psychologie de A à Z**. Dunod, Paris.
32. Coté Lucie, (2013), **Améliorer ses stratégies de coping pour affronter le stress au travail**. Psychologie Québec, Vol(30), N(5) , pp (41-43).
33. Cyrulnik, Boris, (2011), in Serban IONESCO, **préface dans traité de résilience assistée**, PUF: 1^{ère} éd, Paris.
34. Dantchev. N, (1989), **Stratégies de coping et pattern a chronogène. Revue de médecine psychosomatique**. Vol(17), N(18), pp(21-30).
35. Delloy, Damiens, (1985), **Diabète et nutrition : (collection de l'infirmière)**. Edition Vigot, Paris.
36. Dewe. Philip J, O'driscoll. Michael. P, Cooper. Cary. L, (2012), **Theories of psychological stress at work**. In Gatchel. RJ, Schultz. I. Z, Handbook of Occupational Health and Wellness. Hundbook in Health. Work and Disability, Springer, Ne Yourk. pp (23-38).
37. (D.G. P. P. S), (2015), **Guide de Bonnes pratiques en Diabétologie à l'usage des praticiens**. Comité d'experts en Diabétologie, Ministère Générale de la prévention et de la Promotion de la santé, Algérie
38. Didier Laugaa & Bruchon-Scheitzer, (2005), **L'ajustement au stress professionnel chez les enseignants français du premier degré**. Journal OpenEdition, Vol(4), N(34), pp (499-519).
39. Dominique, Servant, (2005), **Gestion du stress et de l'anxiété**. Masson, Paris.
40. Donvan. J, (1998), **Reporting on quality of life in randomized controlled trials**, British Medical Journal, Vol(317), pp (1191-1195).
41. Dorota. Kalka, (2014), **The quality of life symptoms of depression and coping with stress among individuals with type 2 diabetes-Preliminary study**. Psychiatria Polska, Vol(48), N(5), pp (931-940).
42. Dunkley, David. M, & al, (2000), **The relation between perfectionism and distress: Hassles, coping and perceived social support as mediators and moderators**. Journal of counseling psychology, N(47), pp (437-453).
43. Durgin. Sanders, (2001), **Association of teacher stress with coping strategies and leisure participation and satisfaction among special education teachers in elementary and middle schools**. Journal of academy of child adolescence, Vol(56), N(4), pp (820-828).

44. Elkhadra. Com, **la capitale algérienne demeure en bas du classement 2015 de Mercer sur la qualité de vie**,<http://www.elkhadra.com/fr/la-capitale-algerienne-demeure-en-bas-du-classement-2015-de-mercer-sur-la-qualite-de-vie>,(19/08/2016), H: 11:30.
45. Elodie Speyer, (2010), **Activité physique et qualité de vie liée à la santé de l'enfant et de l'adolescent : approche en population générale et en milieu hospitalier**, Thèse de doctorat publier, Nancy- université Henri Poincaré, France.
46. Filliozat. Isabelle, (2006), **Utiliser le stress pour réussir sa vie**. Dervy, Paris.
47. Flaiszman. Nadine, Marcy. Mona, (2004), **No Stress-Respirez, vous n'êtes plus stressé**. Dunod, Paris.
48. Fortin, Dominique. (2007), **Les Maladies chronique au Québec : situation actuelle et évolution anticipée**, les journées annuelles de santé publique le 22 novembre 2007, Ministère de la santé et services sociaux, Service de la surveillance de l'état de santé.
49. Fortin. Jacque & al, (2016), **Le Corps humain comprendre notre organisme et son fonctionnement**. Ed : Québec-Amérique, Canada.
50. Frank. Baker, Samuel. C. Haffer, Maxine. Denniston, (2003), Health (related quality of life of cancer and noncancer patients in Medicare managed care. American Cancer Society, pp(674-681).
51. Frankl. V, Steger. M, (2005), **Meaning life: one link in the chain from religiousness well-being**, Journal of counseling psychology, Vol(52), N(4), pp (574-582).
52. Gentile. S & al, (2003), **Qualité de vie et insuffisance rénale chronique terminale : le point sur les différents questionnaires existants**, Revu Néphrologie, Vol 24, N° 6, (291-299).
53. Gholami. Ali & al, (2013), **Quality of life in patients with type 2 diabetes: Application of WHOQOL-BREF scale**. Shiraz E-Medical journal, vol(14), N(3), pp (162-171).
54. Gilles, Le Gardinal, (2013), **Du désastre au désir**. Harmattan, Paris-France.
55. Good Daved, Ghislain Margerotte, Raymond Leblanc, (1994), **La Qualité de vie pour les personnes présentent un handicap: perspectives internationales**, De Boeck université, Paris.
56. Gotay. CC, & all, (1992), **Quality of life assessment in cancer treatment protocols: research issues in protocol development**, Natl, Cancer Inst, p 8.
57. Grazian. Pierluigi, Sewndsen. Joel, (2005), **Le Stress émotions et stratégies d'adaptation**. Armand Colin, Paris.
58. Grebot. E, Paty. B, Girard Dephanix. N, (2006), **Styles défensifs et stratégies d'ajustement ou coping en situation stressante**. L'encéphale, Vol(32), N(3), pp (15-324).
59. Green. L. W, Kreuter. M. W, (1991), **Health promotion planning**. Toronto, Canada.
60. Guéguen, Nicolas, (2017), **Méthodologie en psychologie en 30 fichiers**. Dunod, Paris.
61. Haddam. AEM, & al, (2015), **Le Syndrome métabolique**. Office des publications universitaires, Algérie.
62. Hatamloo, S. M, Babapour. K. J, (2012), **Comparison of quality of life and coping strategies in Diabetic and non-diabetic people**. Journal of Schahid Sadoughi, Vol (20), N (5), pp (581-592).
63. HCSP (Haut Conseil de la Santé Publique), (2009), **Rapport ; La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique**, France.
64. Helliwell, J, Layard, R, Sachs, J, (2015), **The Geography of world happiness**, World Happiness Report 2015, New York: Sustainable Development solutions network.
65. Heurtier, A, (1999), **comment les patients s'adaptent au stress créé par leur maladie: lien avec l'équilibre glycémique**, Journal du D. E. S. C de langue française, Européen association for the study of diabetes, Vol (9), N(3).
66. Higgins. June. E, Endler. Norman, (1995), **Coping life stress and psychological and somatic distres**. European journal of personality, Vol(9), N(4), pp(253-270).Holahan. C J, & Moos.
67. RH, (1987), **Personal and contextual determinants of coping strategies**. Journal of personality and social psychology, N(52), pp(946-955).
68. Holford, Patrick, (2011), **Say No to Diabetes**, Piatkus, Great Britain.

69. [http://www.siwel.info/Alger 185eme au classement mondial de la qualite de vie parmi 221 grandes villes a2610.html](http://www.siwel.info/Alger%20185eme%20au%20classement%20mondial%20de%20la%20qualite%20de%20vie%20parmi%20221%20grandes%20villes%20a2610.html), (14/03/2016), H:12:32.
70. <http://www.elitihadonline.com>, (13/11/2016), H : 18 :55.
71. <https://www.biorics.com/background-information-stress>.
72. Hunt, N, Marshal, K, (1995), **Exceptional Children and youth: An Introduction to special Education**, Houghton Mifflin Company, Boston.
73. I. F. P, R. I, (International Food Policy Research Institute), (2016), **Rapport mondial de Nutrition: des promesse aux impacts éliminer la malnutrition d'ici 20130**, Washington: DC.
74. Ionescu, s, Jacquet. M. M, Lhote. C, (2003), **Les Mécanismes de défense théorie et clinique**. Ed:Nathan Université, France.
75. Jacques, Thomas, Nollet, Daniel, (2001), **Dictionnaire de psychothérapie cognitive et comportementale**, Ellipses, France.
76. John Delamarie & Jacque Delamare, (1985), **Dictionnaire des Termes Techniques de Médecine**, Majoine S.A, Paris.
77. Khiat. Henry, (201), **A Qualitative study of coping strategies in secondary level mathematics learning : a psycho-analytic perspective**. Turkish online journal of qualitative inquiry. Vol(4), N(4), pp(1-18).
78. Krohne, H. W, (2001), **Stress and Coping theories**. The international Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences, N(22), pp (15163-15170).
79. Laplanche. Jean, Pontalis. Jean-Bertrand, (1981), **Vocabulaire de la psychanalyse**. PUF, France.
80. **Larousse Médical**, (2006), Larousse, Paris.
81. Laurent. Guillet, (2012), **Le Stress**. De Boeck, Bruxelles.
82. Laurent. Guillet, (2014), **Stress, modèles et application**. Research Gate, <https://www.researchgate.net/publication/2556543292>, pp(1-8).
83. Lawton, M. P, (1983), **Environment and other determinants of well-being in older people**. Gerontologist, N(23), pp(349-357).
84. Lawton, M. P, (1991), **A multidimensional view of quality of life in frail elders**. In Birren, J. E, and al, The Concept and Measurement so quality of life in the Frail Elderly, Elsevier, Academic Press, pp (3-27).
85. Lawton, M. P, (1997), **Assessing quality of life in Alzheimer disease research**. Alzheimer disease and associated disorders, N(11), (suppl 6), pp (91-99).
86. Lazarus, Richard S, Folkman, Susan, (1984), **Stress, Appraisal and coping**. Springer publishing company, New York.
87. Lazarus. Richard. S, (1995), **Cognition and emotion from the ret viewpoint**. Journal of Rational-Emotive & Cognitive- Behavior Therapy, Spring. Vol(13), N(1) pp (29-40),
88. Lee. Ya-Hui, Lu. Ching-Yi, ei. Hui-Chuan, (2014), **The Relative between Proactive coping and Well-Being: An Example of middle-aged and older learners from Taiwan**. International Journal of educational and pedagogical sciences. Vol(8), N(6), pp(1766-1770).
89. Lemire, Louise, (2010), **Les Facteurs de Risque associés aux maladies chroniques**, DECEMBRE, Québec.
90. Lewis. Ramon, (2001), **Classroom discipline and student responsibility: the student's view**. Pergamon, Teaching and Teacher education. Vol(17), pp(3307-319)
91. Litwin, M, (1999), **Measuring Quality of life after Prostate Cancer Treatment**, Cancer Journal, Vol(5), N(4), pp (211-214).
92. Luthans. F, (1992), **Organizational Behavior**, 6thed, Mc Graw-Hill Book Comp, New Yourk.
93. Magazine AL HUFFINGTON Post, (06/03/2015), **La Capitale algérienne demeure en bas du classement 2015 de Mercer sur la qualité de vie**, [http://www.huffpostmaghreb.com/2015/03/06/alger classement qualité 6816192.html](http://www.huffpostmaghreb.com/2015/03/06/alger%20classement%20qualité%206816192.html).
94. Mariage, Andre, (2001), **Stratégie de coping et dimensions de la personnalité : étude dans un atelier de couture**. In Le travail humain, PUF, vol (64), pp (45-59).

95. Marilou Bruchon –Schweitzer, (2002), **Psychologie de la santé**, Dunod, Paris.
96. Martel, Jacques, (1996), **Le grand dictionnaire des malaises et des maladies**. Ed ATMA internationales, Canada.
97. Maslach. C, Jackson. S, Leiter. M. L, (1996), **Maslach burnout inventory Manual-3rd ed, consuling psychology press**, California-USA, pp (191- 218).
98. Mathieu. Monica. M, Ivanoff. André, (2006), **Using Stress, Appraisal, and coping theories in clinical practice: Assessments of coping strategies after disasters**. Brief treatment and crisis intervention, Vol (6), N(4), pp (337-348).
99. Mc Dowell. I & Newell. C, (2000), **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**, Springer Science, vol: 49, issue 1, pp(115-120).
100. MERCER LLC, (2016), **Quality of living rankings- 2016 City Rankings**. Canada.
101. MICS, (2015), **Enquête par Grappes à indicateurs multiples (MICS) 2012-2013**. Unicef, MSPRH, Algérie.
102. Moser. Gabriel, (2009), **Psychologie environnementale, les relations home-environnement**. De Boeck, Bruxelles.
103. Mostafa, Wafaa. A. A, Almkhtar, Mohammad. Y, (2012), **Quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus in Mosul**. Annales of the College of Medicine, Vol (38), N (1), pp (20-26).
104. MSPRH (Ministère de la Santé de la Population et de Réforme Hospitalière), UNICEF, (2015), **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) 2012-2013: Suivi de la situation des enfants et des femmes**, Algérie.
105. Netz Yael, Wu M J, Becker BJ, Tenenbaum G, (2005), **Physical activity and psychological well-being in advanced age: a meta – analysis of intervention studies**, Psychology and Aging, Vol (20), N (2), pp (272-284).
106. OMS (Organisation mondial de la santé), (2006), **Les Maladies chroniques et leurs Facteurs de risque Communs**, Genève.
107. Paulhan, Isabelle, (1992), **Le Concept de Coping**. L'Année psychologique, Vol(92), N(4), pp (545-557).
108. Pédinielli, J, Fernandez, J, (2005), **l'observation clinique et l'étude clinique**. Admand colin, paris.
109. Perlemuter. L, Collin de l'hortet. G, Sélam. J-L, (2003), **Diabète et maladies métaboliques**. 4^{ème} éd, Masson, France.
110. Perrin EC, and al, (1993), **Issues Involved in the definition and classification of chronic health conditions**, Pediatrics Journal, Vol (91), N(4), PP (787-793).
111. Perry. J Christopher, & al, (2004), **Echelles d'évaluation des mécanismes de défense**. Masson, Paris.
112. **Petit Larousse Illustré 1990**, (1990), Larousse, paris.
113. Pierre-Eric Sutter & al, (2008), **Livre blanc sur le stress au travail comment l'appréhender, comment le mesurer ?**. Paris : SRM Consulting.
114. Piquemal-Vieu. Laurence, (2001), **Le Coping une ressource à identifier dans le soin infirmier**. Recherche en soins infirmiers, N(67), pp (84-89).
115. Pull. Henri, (2004), **Stress comment reconnaître et soigner vos 150 stress quotidiens**. Grancher, Paris.
116. Reine, G. Lancon. C, tucci, S, sapin. C, and Auquier p, (2003), **depression and subjective Quality of life in chronic phase schizophrenic patients**. Act psychiatrica scandinavica. Vol (108). PP (297-303).
117. Rodgers, Caroline, (2009), **Le Stress positif, mythe ou réalité?**. Macres. <http://affaires.lapresse.ca/economie/sante/200903/23/01-839154-le-stress-positif-mythe-ou-realite.php> .
118. Rogerson. R, (1999), **Quality of life and city competitiveness, urban studies**, Vol(36), pp (969-986).
119. Ronald, Deron, (1991), **Dictionnaire du psychologie**, Presse universitaire, 1^{ère} éd, Paris.

120. Rootman. I, & al, (1992), **Development of an approach and instrument package for measure quality of life of persons with developmental disabilities**. Center for health promotion, Univ-Toronto.
121. Ryff Carol D, (1989), **Happiness in everything or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being**, Journal of personality and social psychology, Vol(5), N(6), pp(1069-1081).
122. Ryff. Carol D, Keyes Corey Lee M, (1995), **The Structure of psychological well-being revisited, Journal of Personality and Social Psychology**, The American Psychological Association, Vol(69), N(4), pp (719-727).
123. Sagone, Elisabetta, De Caroli, Maria. E, (2014), **Relationships between psychological Well-Being and resilience in middle and late adolescents**. Elsevier, procedia social and behavioral sciences, N(141), pp (881-887).
124. Sanhadji Kamel, (2015), **Le Diabète : le dépister, le comprendre**, Journal La Soir d'Algérie, Edition du Centre-ISSN, N(7627), pp (8-9).
125. Schalock, Robert L, (1996), **Quality of life: Application to persons with disabilities**. Vol(1 & 2), Amazon, France.
126. Schalok, Rt. L, Verdugo Alonso, M. A, (2002), **Handbook on quality of life for human service practitioners**. American Association on Mental Retardation, Washington.
127. Schanfeldi. W, Leiter. M, & Kalimo. R. (1995). **General burnout questionnaire. Cross-national development and validation**. Paper presented at the APA/ NIOSH. Congress work, stress and health. Greeting healthier Washington, D.C.
128. Schipper. H, Clinch. J, Powell. V, (1990), **Definitions and conceptual issues**. In Spiker. B (Ed), **Quality of life in clinical trials**. Raven Press, New York.
129. Schunk. M & al, (2015), **Health-related quality of life in women and men with type 2 diabetes: a comparison across treatment groups**. Journal of Diabetes and complications, Vol(2), N(1), pp (203-211).
130. Sedgwick, Lou, (2002), **Teacher burnout, stressful student misbehavior and the strategies teachers use to influence that misbehavior**. Dissertation abstracts international, Vol(102), N(2), pp (802-815).
131. Seligman, Martin, (2002), **Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment**. NY Free Press, New York.
132. Sherwood, **Physiologie Humaine**, 2^{ème} éd, De Boeck, Espagne.
133. Sillamy, Norbert, (1999), **Dictionnaire de la psychologie**. Larousse, Paris.
134. Sillamy, Norbert, (2003), **Dictionnaire Psychologie**, Larousse, Paris.
135. Spasic, A & al, (2014), **Quality of life in type 2 diabetic patients**. Acta facultatis medicae naissensis, vol(3), N(31), pp (193-200).
136. Steptoe, Andrew, (1991), **Psychologie de la réaction au stress**. Collection scientifique Stablon, France.
137. Susniene. Dalia, urkauskas. Algiadas, (2009), **The Concepts of quality of life and happiness-correlation and differences**. Inzinerine ekonomika-Engineering economics, Work Humanism, N(3), pp(58-66)
138. Sylvie Angle,(2005), **Petit Larousse de la psychologie-Grandes Questions. Notions essentielles**, Larousse, Paris.
139. Taylor. E. Shelley, (2012), **Health Psychology**, 8th ed, McGraw-Hill, New York.
140. Terry. Deborah J, Hynes. Gloria J, (1998), **Adjustment to a Low-control situation: reexamining the role of coping responses**. Journal of Personality and Social Psychology, Vol(74), N(4), pp (1078-1092).
141. Theis, Amandine, (2006), **Approche psychodynamique e la résilience, thèse de doctorat en psychologie clinique**, université de Nancy 2.
142. Theofilou, Paraskevi. (2013), **Quality of life: Definition and Measurement**, Europe's Journal of psychology, Vol(1), N(9), pp(150-162).

143. Tiliouine, Habib & Meziane, Mohamed, (2012), **The Quality of life of Muslim populations: The case of Algeria**. In land & al (2012), Handbook of social indicators and quality of life research, Springer Science + Business Media, B. V, pp(499-527)
144. Tiliouine. Habib, Estes. J, Richard, (2013), **Development trends in Islamic societies: from collective wishes to concerted actions**, Springer Science +Business Media, V(5), N(10), pp(223-271).
145. Trief. PM, & al, (1999), **Impact of the work environment on glycemie control and adaptation to diabetes**, Diabetes care, vol (4), N(22), pp (569-574).
146. Truchot. Didier, (2004), **Epuisement professionnel et burnout**. Dunod, Paris.
147. Tuncay. Tarik & al, (2008), **The relation between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes**. Health and quality of life outcomes, Turkey: BioMed Central, vol (6), N (79), pp (1-9).
148. Van Dierendonck. D, & al, (2007), **Ryff's Six – factor model of psychological well – being, A Spanish exploration**. Springer Science, N(87), pp(473-479)
149. Veenhoven, R & al, (1996). **A Comparative Study of Satisfaction With Life In Europe**. eotvos university press, isbn.9634630812.
150. Ventegodt. Soren, Merrick Joav, Andersen Niels Jorgen, (2003), **Measurement of quality of life V. How to use the SEQOL, QOL5, QOL1, and other global and generic questionnaires for research**, the scientific world journal, N(3), pp(1002-1014).
151. Violaine Llorca & al, (2008), **Endocrinologie Nutrition- Clinique et soins infirmiers**, Lamarre, France.
152. Wanlin, Philippe, (2007), **L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens: une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels**. Actes du colloque bilan et perspectives de la recherche qualitative, Recherches qualitatives – Hors Série- N(3), pp(243-272).
153. Watkins, Ken. W, & al, (2000), **Effect of adults' Self-regulation of diabetes on quality-of-life outcomes**. Diabetes care, vol(23), N(10), pp (1511-1515).

الملاحق

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي.

جامعة محمد خيضر - بسكرة.



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.

قسم العلوم الاجتماعية.

استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة
لدى المعلمين المصابين بالسكري.
- دراسة ميدانية ببلدية سيكدة -

تحت إشراف الأستاذة:

+ د/ نحوي عائشة.

من إعداد الطالبة:

+ بوفج وسام

السنة الجامعية: 2017-2018.

مقياس اساليب المواجهة « Cope » Strategies Assessing coping

التعليمة: فيما يلي مجموعة من العبارات التي تصف تصرفات الناس عند تعرضهم لمشكلات، ويشعرون إزاءها بضغوط مؤلمة فيلجئون إلى أساليب لمواجهتها، اقرأ كل عبارة جيدا، ثم أجب عنها بوضع علامة (x) تحت واحد من الاختيارات التالية: لا أفعل، أفعل ذلك قليلا، أفعل ذلك كثيرا. وذلك حسب الأسلوب الذي تلجأ إليه لمواجهتها، مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة.

العبارات	لا افعل ذلك (0)	أفعل ذلك قليلا (1)	أفعل ذلك كثيرا (2)
1- أحاول أن أتطور شخصيا نتيجة لهذه المشكلة.			
2- أتجه إلى العمل أو أنشطة ثقافية أخرى بديلة لأبعد ذهني عنه.			
3- أتضايق وأعبر عن ذلك بالتعبير عن انفعالاتي.			
4- أحاول أن أحصل على نصيحة من شخص ما حول ما يجب عمله			
5- أركز جهدي على عمل شيء ما بخصوصها.			
6- أقول لنفسي: هذا ليس صحيحا.			
7- أضع ثقتي في الله.			
8- أضحك على المشكلة.			
9- أعترف لنفسي أنني لا أستطيع التعامل مع المشكلة وأوقف المحاولة.			
10- أوقف نفسي عن عمل أي شيء متسرع.			
11- أناقش مشاعري مع شخص آخر.			
12- أتناول الأدوية لأجعل نفسي تشعر بتحسن.			
13- أصبح معتادا على فكرة أنها قد حدثت.			
14- أحاول ألا أصبح مشتتا بالأفكار أو الأنشطة الأخرى.			
15- أقوم بوضع خطة عمل.			
16- أحاول أن أنظر إليها من جوانب أخرى لأجعلها تبدو أكثر ايجابية.			
17- أتخيل أحلاما يقظة عن أشياء أخرى.			
18- أتضايق وأكون واعيا بذلك فعلا.			
19- أتحدث مع شخص آخر لأعرف أكثر عن المشكلة.			
20- أبذل مزيدا من الجهد لأحاول التخلص من المشكلة.			
21- أرفض أن أصدق أن ذلك قد حدث.			
22- أطلب المساعدة من الله.			
23- أقوم بعمل فكاهات ونوادير حوله.			
24- أتوقف عن محاولة الوصول إلى هدي.			
25- أتجنب عمل أي شيء بخصوصها حتى تسمح الظروف.			
26- أحاول الحصول على مساندة وجدانية من الأصدقاء والأقارب.			
27- أحاول نسيانها مؤقتا بتناول الأدوية.			

			28- أتقبل أن هذا قد حدث وانه لا يمكن تغييره.
			29- أركز على التعامل مع هذه المشكلة وأضع كل الأنشطة جانبا.
			30- أحاول أن أجد طريقة لتنفيذ ما يجب عمله.
			31- أبحث عن شيء جيد فيما حدث.
			32- أنام أكثر من المعتاد.
			33- أعبر عن مشاعري.
			34- أتحدث إلى شخص يمكنه عمل شيء محدد حول المشكلة.
			35- أقوم بنشاط مباشرة لحل المشكلة.
			36- أتظاهر بأنها لم تحدث.
			37- أحاول ان أجد راحة في ديني.
			38- أتناولها بالهزل والفكاهة.
			39- أتوقف عن محاولة الحصول على ما أريده.
			40- أتباطأ في التصرف حتى لا أجعل الأمور تزداد سوءا.
			41- أحاول أن أحصل على تعاطف وفهم من شخص آخر.
			42- أتناول الأدوية لكي لا أفكر فيها كثيرا.
			43- أتقبلها حقيقة وواقعية أنها قد حدثت.
			44- أحاول منع الأنشطة الأخرى من التداخل مع جهودي لحل المشكلة.
			45- أفكر في كيفية التعامل مع المشكلة.
			46- أتعلم شيئا من هذه المشكلة.
			47- أشاهد التلفزيون لأقلل من تفكيري فيها.
			48- أشعر بكثير من الضيق الانفعالي.
			49- أسأل الناس الذين لديهم مشكلات مشابهة.
			50- أفعل ما يجب فعله خطوة بخطوة.
			51- أتصرف كما أنها لم تحدث.
			52- أصلي أكثر من المعتاد.
			53- أسخر من المشكلة (أتعامل معها بسخرية).
			54- أقلل من مقدار الجهد الذي أبذله لحل المشكلة.
			55- أجبر نفسي على الانتظار حتى يأتي الوقت المناسب للتصرف.
			56- أتحدث إلى شخص ما عما اشعر به.
			57- أتناول الأدوية لتساعدني على التعامل مع المشكلة.
			58- أتعلم أن أتعايش مع ذلك.
			59- أضع الأنشطة الأخرى جانبا لكي أركز في المشكلة.
			60- أفكر بجدية في الخطوات التي يجب أن أتخذها.

المقياس المنوي لجودة الحياة (WHOQOL-100)

التعليمات: تدور أسئلة هذا الاستبيان حول المشاعر المتعلقة بنوعية الحياة (الصحية، الاجتماعية، المواصلات، وجوانب أخرى مختلفة في الحياة)، من فضلك أجب عن جميع الأسئلة وإذا كنت في حيرة من أمرك في الإجابة عن بعض هذه الأسئلة، اختر الإجابة التي تبدو ملائمة بالنسبة لك ومن فضلك حاول وضع في اعتبارك أننا نسألك عن مشاعرك واهتماماتك وأمنياتك العادية.

(كما يجب أن تتذكر أننا نسألك عن مشاعرك خلال الأسبوعين الماضيين)

العبارة	لا على الإطلاق ①	قليلا ②	بدرجة متوسطة ③	كثيرا ④	بدرجة كبيرة جدا ⑤
F 1.2* - هل أنت مزعج من ألمك وعدم راحتك؟					
F 1.3 - ما مقدار الصعوبات التي تواجهك في التعامل مع الألم أو عدم الراحة؟					
F 1.4 - إلى أي مدى تشعر بأن ألمك الجسدي يمنعك من عمل الأشياء التي تريد عملها؟					
F 2.2 - هل تتعب بسهولة؟					
F 2.4 - ما مقدار الانزعاج الذي يسببه لك تعبك؟					
F 3.2 - هل لديك أي صعوبات متعلقة بنومك؟					
F 3.4 - ما هو كم المشاكل التي تواجهك في نومك؟					
F 4.1 - ما مقدار استمتاعك بالحياة؟					
F 4.3 - ما مقدار المشاعر الإيجابية التي تشعر بها نحو مستقبلك؟					
F 4.4 - ما مقدار المشاعر الإيجابية التي تخبرها في حياتك؟					
F 5.3 - كيف تقدر قدرتك على التركيز؟					
F 6.1 - ما مقدار تقديرك لنفسك؟					
F 6.2 - ما مقدار ثقتك بنفسك؟					
F 7.2 - هل تشعر بالضيق اتجاه مظهرك؟					
F 7.3 - هل يوجد جزء من مظهرك يجعلك تشعر بعدم الراحة؟					
F 8.2 - ما هو كم الانزعاج الذي تشعر به؟					
F 8.3 - هل تعربأن الحزن والاكتئاب يؤثران في وظائفك اليومية؟					
F 8.4 - ما مقدار الضيق الذي يسببه لك شعورك بالاكتئاب؟					
F 10.2 - إلى أي مدى تعاني من صعوبات متعلقة بالأنشطة التقليدية؟					
F 10.4 - ما مقدار الضيق الذي تشعر به من تقصيرك في أداء أنشطة الحياة اليومية؟					
F 11.2 - ما مقدار حاجتك لأي أدوية تساعدك على أداء أعمالك اليومية؟					
F 11.3 - ما مقدار حاجتك لأي علاج طبي يساعدك على أداء أعمالك اليومية؟					
F 11.4 - إلى أي مدى تعتمد نوعية حياتك على استخدام وسائل طبية (عكاز، كرسي متحرك)؟					
F 13.1 - ما مقدار الوحدة التي تشعر بها في حياتك؟					
العبارة	لا على الإطلاق ①	قليلا ②	بدرجة متوسطة ③	كثيرا ④	بدرجة كبيرة جدا ⑤
F 15.2 - كيف تقدر مستوى إشباعك لاحتياجاتك الجنسية؟					
F 15.4 - هل تشعر بالضيق بسبب صعوبات تواجهك في حياتك الجنسية؟					

					F16.1- ما مقدار الأمن الذي تشعر به في حياتك اليومية؟
					F 16.2- هل تشعر بأنك تعيش في بيئة سليمة وآمنة؟
					F 16.3- ما مقدار الانزعاج الذي تشعر به فيما يتعلق بسلامتك وأمنك؟
					F 17.1- ما مقدار الراحة التي تشعر بها في المكان الذي تعيش فيه؟
					F 17.4- ما مقدار حيك للمكان الذي تعيش فيه؟
					F 18.2 - هل لديك صعوبات مالية؟
					F 18.4- هل تشعر بالقلق تجاه النواحي المالية؟
					F 19.1- ما مقدار قدرتك في الحصول على رعاية طبية جيدة وبطريقة سهلة؟
					F 21.3- ما مقدرا تمتعك بأوقات فراغك؟
					F 22.1- ما مدى صحة بيتك الطبيعية؟
					F 22.2- هل تنشغل بالضوضاء المحيطة بالمنطقة التي تعيش فيها؟
					F 23.2- إلى أي مدى تواجهك مشكلات متعلقة بوسائل المواصلات؟
					F23.4- إلى أي مدى تقيدك الصعوبات المتعلقة بوسائل المواصلات في حياتك؟

هذه الأسئلة تسأل عن قدرتك على القيام ببعض الأنشطة اليومية (بشكل كامل) خلال الأسبوعين الماضيين مثل (الاستحمام، ارتداء الملابس، تناول الطعام)، فإذا كنت قادرا على القيام بهذه الأنشطة، وبشكل كامل ضع دائرة حول الرقم (5)، وإذا لم تكن قادرا على الإطلاق ضع دائرة حول الرقم (1)، (تذكر أن الأسئلة تسأل عن الأسبوعين الماضيين).

العبارة	لا على الإطلاق ①	أقله قليلا ②	بدرجة متوسطة ③	كثيرا ④	بدرجة كبيرة جدا ⑤
F 7.1- هل أنت قادر على تقبل مظهرك الجسي؟					
F 10.1- إلى أي مدى أنت قادر على القيام بنشاطاتك اليومية؟					
F 11.1- ما مقدار اعتمادك على الأدوية؟					
F 14.1- هل تحصل على الدعم الذي تريده من الآخرين؟					
F 14.2- إلى أي مدى يمكنك الاعتماد على أصدقائك عندما تحتاجهم؟					
F 17.2- إلى أي مدى تعتقد أن طبيعة بيتك تلي احتياجاتك؟					
F 18.1- هل لديك مال كاف يلي احتياجاتك؟					
F 20.1- ما مدى توافر المعلومات التي تحتاج إليها في حياتك؟					
F 20.2- إلى أي مدى تتوفر لك الفرصة في الحصول على ما تريده؟					
F 21.1- إلى أي مدى تتاح لك الفرصة في ممارسة النشاطات؟					
F 21.2- ما مقدار قدرتك على الاسترخاء والتمتع؟					
F 23.1- هل لديك وسائل مواصلات كافية؟					

الأسئلة الآتية تسأل (ما هو مقدار رضاك) عن بعض السمات المختلفة في حياتك خلال الأسبوعين الماضيين على سبيل المثال (حياتك العائلية، طاقتك اليومية) قرر إلى أي مدى أنت راض أو مستاء عن كل سمة من السمات المذكورة في الأسئلة ثم ضع دائرة حول الرقم الذي يمثل الإجابة التي تصف شعورك، (تذكر أن الأسئلة تسأل عن الأسبوعين الماضيين)

العبارة	سيء جدا ①	سيء ②	لست مستاء أو راضيا ③	راض ④	راضي جدا ⑤
G3- ما مقدار رضاك عن نوعية حياتك بشكل عام؟					
G4- ما مقدار رضاك عن صحتك؟					
F 2.3- ما مقدار رضاك عن مستوى طاقتك؟					
F 3.3- ما مقدار رضاك عن مستوى طاقتك؟					
F 5.2- ما مقدار رضاك عن قدرتك على تعلم معلومات جديدة؟					

					F5.4- ما مقدار رضاك عن قدرتك على اتخاذ القرار؟
					F6.3- ما مقدار رضاك عن نفسك؟
					F6.4- ما مقدار رضاك عن قدراتك الشخصية؟
					F7.4- ما مقدار رضاك عن الطريقة التي يبدو عليها جسمك؟
					F10.3- ما مقدار رضاك عن قدرتك على أداء أنشطة حياتك اليومية؟
					F13.3- ما مقدار رضاك عن علاقاتك الشخصية؟
					F15.3- ما مقدار رضاك عن حياتك الجنسية؟
					F14.3- ما مقدار رضاك عن الدعم الذي تحصل عليه من عائلتك؟
					F14.4- ما مقدار رضاك عن الدعم الذي تحصل عليه من أصدقائك؟
					F13.4- ما مقدار رضاك عن قدرتك على تقديم الدعم أو تحمل أعباء الآخرين؟
					F16.4- ما مقدار رضاك عن أمنك وسلامتك البدنية؟
					F17.3- ما مقدار رضاك عن ظروف المكان الذي تعيش فيه؟
					F18.3- ما مقدار رضاك عن وضعك المالي؟
					F19.3- ما مقدار رضاك عن حصولك على الخدمات الصحية؟
					F19.4- ما مقدار رضاك عن خدمات الرعاية الاجتماعية؟
					F20.3- ما مقدار رضاك عن الفرص المتاحة لك في اكتساب المهارات؟
					F20.4- ما مقدار رضاك عن الفرص المتاحة لك في تعلم معلومات جديدة؟
					F21.4- ما مقدار رضاك عن أساليب قضائك لأوقات الفراغ؟
					F22.3- ما مقدار رضاك عن بيئتك الطبيعية (التلوث، المناخ، الضوضاء، الجاذبية)؟
					F22.4- ما مقدار رضاك عن مناخ المكان الذي تتواجد فيه؟
					F23.3- ما مقدار رضاك عن وسائل المواصلات الخاصة بك؟
سعيد جدا ⑤	سعيد ④	لست حزينا أو سعيدا ③	حزين ②	حزين جدا ①	F13.2- هل تشعر بالسعادة تجاه علاقاتك مع أعضاء العائلة؟
					G1- كيف تقدر نوعية الحياة بالنسبة لك؟
جيد جدا ⑤	جيد ④	لا سيء أو جيد ③	سيء ②	سيء جدا ①	العبارات
					F15.1- كيف تقدر حياتك الجنسية؟
					F3.1- هل نومك جيد؟
					F5.1- كيف تقدر ذاتك؟
					F19.2- كيف تقدر مستوى الخدمات الاجتماعية المتوفرة لك؟

الأسئلة الآتية تشير إلى (عدد المرات) التي شعرت أو واجهت فيها مثل هذه الخبرات خلال الأسبوعين الماضيين على سبيل المثال (الدعم من عائلتك، أو أصدقائك أو خبرات سلبية مثل شعورك بعدم الأمان)، فإذا لم تكن واجهت مثل هذه الخبرات على الإطلاق خلال الأسبوعين الماضيين ضع دائرة حول الرقم (1)، وإذا كنت واجهت مثل هذه الخبرات طوال الأسبوعين الماضيين ضع دائرة حول الرقم (5) ، (وتذكر أن الأسئلة تسألك عن خبراتك خلال الأسبوعين الماضيين).

دائما ⑤	كثيرا في أغلب الأحيان ④	غالبا إلى حد ما ③	نادرا ②	أبدا ①	العبارات
					F1.1- كم مرة عانيت فيها من ألم بدني؟
					F4.2- هل أنت تشعر بالرضا بشكل عام؟

					F8.1- كم عدد المرات التي كانت لديك فيها مشاعر سلبية مثل (القلق، الاكتئاب، الأرق)؟
--	--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------

الأسئلة الآتية تشير إلى أي (عمل) تقوم به والعمل الذي نسألك عنه هنا هو أي نشاط أساسي تقوم به في حياتك مثل: (عمل تطوعي، أن تدرس طوال الوقت، أن ترعى المنزل، أن تراعي أطفالا، أو أي عمل مدفوع الأجر أو غير مدفوع الأجر) لذلك فكلما (عمل) المستخدمة في الأسئلة تشير إلى أي نشاط تشعر أنه يحتل الجز الأكبر من وقتك وطاقتك اليومية. (وتذكر أن الأسئلة تسألك عن الأسبوعين الماضيين).

العبارة	لا على الإطلاق ①	قليلًا ②	بدرجة متوسطة ③	أغلب الأحيان ④	بدرجة كبيرة جدًا ⑤
F12.1- هل أنت قادر على القيام بأعمالك اليومية؟					
F12.2- هل أنت قادر على القيام بالتزاماتك أو واجباتك؟					
F12.3- كيف تقدر قدرتك على العمل؟					
F12.4- هل أنت راضي عن قدرتك على العمل؟					

الأسئلة الآتية تسألك عن قدرتك على الحركة (هل أنت قادر على التحرك على نحو جيد) خلال الأسبوعين الماضيين، وهذه الأسئلة تشير إلى قدرتك الطبيعية على تحريك جسمك بالطريقة التي تسمح لك بالتنقل والقيام بالأشياء التي تود أن تقوم بها، (تذكر أن الأسئلة تسألك عن الأسبوعين الماضيين).

العبارة	لا على الإطلاق ①	قليلًا ②	بدرجة متوسطة ③	بدرجة كبيرة ④	بدرجة كبيرة جدًا ⑤
F9.1- كيف تقدر قدرتك على الحركة بسهولة؟					
F9.3- ما مقدار الضيق الذي تشعر به من وجود أي صعوبات في الحركة؟					
F9.4- إلى أي مدى تؤثر أي صعوبات في الحركة على طريقة حياتك؟					
F9.2- ما مقدار رضاك فيما يتعلق بقدرتك على الحركة بسهولة؟					

الأسئلة القليلة الآتية تتعلق (بمعتقداتك الشخصية) وكيف أن هذه المعتقدات تؤثر على نوعية حياتك، هذه الأسئلة تشير إلى المعتقدات الدينية والروحانية وأي معتقدات أخرى تؤمن بها، (ومرة أخيرة تذكر أن الأسئلة تسألك عن الأسبوعين الماضيين).

العبارة	لا على الإطلاق ①	قليلًا ②	بدرجة متوسطة ③	بدرجة كبيرة ④	بدرجة كبيرة جدًا ⑤
F24.1- هل معتقداتك الشخصية تعطي معنى لحياتك؟					
F24.2- إلى أي مدى تشعر بأن حياتك ذات مغزى؟					
F24.3- إلى أي مدى تعطيك معتقداتك الشخصية القوة لمواجهة المشاكل؟					
F24.4- إلى أي مدى تساعدك معتقداتك الشخصية في فهم صعوبات الآخرين؟					

من فضلك املأ البيانات الآتية والتي تتعلق بك:

الجنس: ذ أنثى

السن:

نوع التعليم: تعليم ثانوي جامعي ماستر دراسات عليا
الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج منفصل مطلق أرمل

G1.2- ما هي حالتك الصحية؟

سوء جدا ①	سوء ②	لست سيء أو جيد ③	جيد ④	جيد جدا ⑤

ما هي المشاكل الصحية التي تعاني منها في الوقت الواهن؟

- مشاكل في القلب - ضغط الدم المرتفع - روماتويد أو روماتيزم
- سرطان - وذمة هوائية أو التهاب شعبي - مرض السكري
- إعتام عدسة العين - سكتة دماغية - كسر أو خلع في العظام
- مشاكل مزمنة في الجهاز العصبي أو مشاكل عاطفية. - مشاكل في القدم (مثل التهابات أو مشاكل الأظفار الغائرة)
- بواسير أو نزيف. - داء بارك

أي مرض آخر (من فضلك أذكره)

.....
.....
.....

- هل أنت حاليا مريض؟ لا

- إذا كانت إجابتك بنعم ما هو التشخيص؟

.....
.....
.....

استبيان إدراك الضغط النفسي (P.S.Q)perceived stress questionnaire

التعليمية: لكل عبارة من العبارات التالية ضع علامة (X) في الدائرة التي تصف أكثر ما ينطبق عليك عموماً، وذلك من خلال السنة أو السنتين الماضيتين، أجب بسرعة دون أن تزج نفسك بمراجعة إجابتك.

الرقم	العبارات	تقريباً 1	أحياناً 2	كثيراً 3	عادة 4
1	تشعر بالراحة.				
2	تشعر بوجود متطلبات كثيرة لديك.				
3	أنت سريع الغضب.				
4	لديك أشياء كثيرة للقيام بها.				
5	تشعر بالوحدة أو العزلة.				
6	تجد نفسك في مواقف صراعية.				
7	تشعر بأنك تقوم بأشياء تحمها فعلاً.				
8	تشعر بالتعب.				
9	تخاف من عدم استطاعتك إدارة الأمور لبلوغ أهدافك.				
10	تشعر بالهدوء.				
11	لديك عدة قرارات لاتخاذها.				
12	تشعر بالإحباط.				
13	أنت مليء بالحيوية.				
14	تشعر بالتوتر.				
15	تبدو مشاكلك أنها ستتراكم.				
16	تشعر أنك في عجلة من أمرك.				
17	تشعر بالأمن والحماية.				
18	لديك عدة مخاوف.				
19	أنت تحت ضغط مقارنة بأشخاص الآخرين.				
20	تشعر بفقدان العزيمة.				
21	تمتع نفسك.				
22	أنت خائف من المستقبل.				
23	تشعر بأنك قمت بأشياء ملزماً بها وليس لأنك تريدها.				
24	تشعر بأنك موضع انتقاد وحكم.				
25	أنت شخص خال من الهموم.				
26	تشعر بإرهاك وتعب فكري.				
27	لديك صعوبة للاسترخاء.				
28	تشعر بعبء المسؤولية.				
29	لديك الوقت الكافي لنفسك.				
30	تشعر أنك تحت ضغط مميت.				

مقياس "ماسلاش" للاحتراق النفسي (MBI-HSS).

اليوميا	عدة مرات في الاسبوع	مرة في الاسوع	عدة مرات في الشهر	مرة في الشهر	عدة مرات في السنة	أبدا	البند
							أشعر بأن عملي أنهكني نفسيا.
							ينفذ صبري في نهاية يوم العمل.
							أشعر بالتعب عندما أستيقظ في الصباح، وعلى مواجهة يوم آخر في العمل.
							أقدر بسهولة أن أفهم ما يشعر به طلبتي.
							أشعر أنني أعامل بعض الطلبة بغير انسانية كما لو كانوا أشياء.
							العمل مع الطلبة طوال اليوم يتطلب قدرا كبيرا من الجهد.
							أتعامل مع مشاكل طلبتي بفعالية.
							أشعر أن عملي هو من يحطمني.
							من خلال عملي أشعر ان لدي تأثير ايجابيا على الناس
							أصبحت أكثر قسوة اتجاه الناس منذ أن بدأت هذا العمل.
							أخشى أن هذا العمل يجعلني شخصا غير مكترث.
							أشعر بأنني مفعم الحيوية
							أشعر أنني محبط بسبب عملي.
							أشعر بأنني أعمل بصعوبة جدا في وظيفتي.
							حقيقة لا يهمني ما يحدث للبعض من طلبتي.
							أشعر بالانتعاش عندما أكون قريبا من طلبتي في العمل
							أنجز الكثير من الأشياء القيمة في هذا العمل.
							أشعر وكأنني أقترب من نهايتي.
							في عملي أتعامل مع المشاكل الانفعالية بكل هدوء.
							لدي انطباع بأن بعض طلبتي يحملونني مسؤولية البعض من مشاكلهم.

استبيان البيانات الشخصية

تعليمية: أجب من فضلك على الأسئلة التالية:

- 1- الجنس: ذكر أنثى
- 2- السن: أقل من 36 سنة من 36-46 سنة من 47-56 سنة من 57 سنة فما فوق
- 3- الحالة المدنية: أعزب متزوج مطلق أرمل منفصل
- 4- المستوى التعليمي: ثانوي جامعي ماستر ماجستير ودراسات عليا
- 5- الطور التعليمي؟ ابتدائي متوسط ثانوي
- 6- سنوات الخبرة التدريسية: أقل من 10 سنوات من 11-21 سنة أكثر من 22 سنة

7- عدد أفراد العائلة:

- 8- الوضعية الحالية للوالدين: يعيشان معا
-
- مطلقان
-
- منفصلان
-
- وفاة الأب
-
- وفاة الأم
-

- 9- مع من تسكن: في بيت الأسرة
-
- سكن منعزل عنهم
-
- عند أحد الأقارب
-

شيء آخر حدده:

- 10- المستوى الاقتصادي للأسرة: ضعيف
-
- متوسط
-
- جيد
-

- 11- نوع السكن: فيلا
-
- شقة
-
- منزل ريفي
-
- منزل مأجور
-
- منزل غير مئوئ
-

- 12- هل تسكن قرب مصانع معينة: نعم
-
- لا
-

- إذا كان جوابك بنعم ما هي:

- 13- مدة الإصابة بالمرض: من 1-8 سنة
-
- من 9-16 سنة
-
- من 17-24 سنة
-
- من 25-32 سنة
-

- 14- نوع السكري: النمط الأول
-
- النمط الثاني
-

15- وما السبب في إصابتك حسب رأيك به؟

.....

- 16- هل تعاني من أمراض أخرى؟ نعم
-
- لا
-

- في حالة الإجابة بنعم ما هي هذه الأمراض؟

.....

- 17- هل ترى أن مرض السكري هو السبب في ظهورها؟ نعم
-
- لا
-

- 18- هل أحد أفراد عائلتك مصاب بمرض معين: نعم
-
- لا
-

- إذا كان جوابك بنعم، من هو الفرد من أسرتك الذي يعاني من المرض وما نوعه؟

الأب نوع المرض الأخوة نوع المرض

الأجداد نوع المرض الأم نوع المرض

الأقارب نوع المرض.

19- هل هناك مرض معين متوارث في العائلة: لا

- إذا كان جوابك بنعم، ما نوع هذا المرض حدده:

20- هل تعاني من مشاكل معينة سواء على المستوى العائلي أو المهني؟ لا

- إذا كان جوابك بنعم، حدد نوعها ومدى تأثيرها عليك؟

دليل المقابلات مع الحالات:

✓ المحور الأول: المعلومات الشخصية والسوابق المرضية:

- س1: متى أصبت بالسكري؟
س2: كيف كانت حياتك قبل الإصابة بالسكري؟
س3: هل أصبت بأمراض من قبل؟
س4: هل أصبت بأمراض نفسية؟
س5: هل لديكم أمراض متوارثة ما بين الأقارب من كلا الأبوين؟
س6: هل تعيش في بيئة صحية؟
س7: كيف كانت علاقة بالمحيطين بك قبل الإصابة بالسكري؟

✓ المحور الثاني: كيفية اكتشاف والعوامل المسببة للمرض، وأهم أعراضه.

- س8: كيف اكتشفت إصابتك بمرض السكري؟
س9: كيف تصرفت بعد معرفتك إصابتك بمرض السكري؟
س10: بماذا شعرت في تلك اللحظة (عند تلقيك إعلان إصابة بالسكري)؟
س11: ماهي أسباب إصابتك بمرض السكري حسب رأيك؟
س12: ما نمط السكري الذي تعاني منه؟
س13: ما هي أعراض السكري التي ظهرت معك؟
س14: بماذا أصبحت تشعر بعد إصابتك بالسكري؟
س15: كيف أصبحت حياتك بعد الإصابة بالسكري؟

المحور الثالث: الضغط النفسي وأعراضه ومصادره لدى المعلمين:

- س16: هل تشعر بالضغط النفسي؟
س17: ما مستواه حسب رأيك؟
س18: أين ينتابك الشعور بالضغط؟
س19: ما هي أسباب الضغط النفسي لديك؟
س20: ماهي أعراض الضغط النفسي التي تظهر عليك؟
س21: هل تسبب لك الضغط في مشاكل؟ ماهي؟
س18: هل أثرت الضغوط على عملك وعلاقاتك داخل المدرسة؟ والبيت؟

المحور الرابع: طرق مواجهة الضغوط، وكيفية التعايش مع المرض

س19: هل تواجه الضغوط التي تصادفك، أم تتجنبها؟

س20: كيف تتعامل مع الضغوط التي تتعرض لها؟

س21: هل تتحكم في مشاعرك وسلوكك عند التعرض لأحداث ضاغطة؟

س22: هل تقوم بأعمال معينة عند الشعور بالضغط؟

س23: هل تقبلت مرض السكري؟

س24: كيف تحاول التعايش مع مرض السكري؟

س25: هل تقوم بالمتابعة الطبية وتأخذ الدواء بانتظام؟

س26: هل تتبع سلوكيات صحية وقائية كحمية غذائية؟ والرياضة؟

س27: هل لديك هوايات تقوم بها في أوقات الترفيه؟

المحور الخامس: آثار ومضاعفات مرض السكري على الصحة الجسدية والنفسية للمعلم.

س 28: هل أثر مرض السكري عليك؟ ، ماهي؟

س29: هل تعاني من أمراض أخرى أصبت بها بعد السكري؟

س30: هل هذه الأمراض التي تعاني منها لها علاقة بالسكري، أو تسبب السكري فيها؟

س31: هل قدراتك المعرفية تراجعت بعد اصابتك بمرض السكري؟

س32: هل أداؤك المهني تأثر بعد اصابتك بمرض السكري؟

س33: هل أثر مرض السكري على علاقاتك مع المحيطين بك؟

س34: هل يسبب لك ارتفاع أو انخفاض معدل الجلوكوز الشعور بالضغط النفسي؟

المحور السادس: جودة حياة المعلمين ورضاهم عن الحياة وتطلعاتهم المستقبلية:

س35: هل أنت ميسور ماديا؟

س36: هل أنت راض عن حياتك بصورة عامة؟

س37: كيف هي علاقتك مع أهلك، واقاربك وأصدقائك؟

س38: هل لديك القدرة على انجاز أعمالك وانشطتك اليومية كالمعتاد؟

س 39: هل لديك القدرة على اتخاذ القرارات بمسؤولية؟

س39: هل أنت راض عن الخدمات الصحية المتاحة لك؟

س40: هل أسلوب ونظام عيشك صحيين؟

س41: ماهي نظراتك للماضي؟

س39: ماذا تأمل أو تتطلع تحقيقه مستقبلا؟

07: P. Boudia

STATISTIQUES DES MALADES CHRONIQUE « DIABETE » SKIKDA

TOTAL MALADE CHRONIQUE SKIKDA	TOTAL MALADE CHRONIQUE EDUCATION	TOTAL DIABETE SKIKDA			TOTAL DIABETE EDUCATION		
		2014	2015	2016	2014	2015	2016
82641	1616	27557	32437	35908	818	1013	1129

Skikda, le 27/10/2016
Responsable de la cellule

A. ELKHATOUBI


مديرية التربية لولاية مكندة

مصلحة التكوين و التفتيش و الأرشيف

مكتب التكوين

مدير التربية

إلى

السادة/

إرسال رقم: كورجرامات اجرات 16

- مديري الثانويات و الشافق لبلدية مكندة

- مديري المتوسطات لبلدية مكندة

- مديري الابتدائيات لبلدية مكندة

الموضوع: ترخيص باجراء مسح ميداني بالمؤسسات التعليمية

المرجع: مراسلة جامعة محمد خيضر بسكرة - كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية

رقم: 2015/326 بتاريخ: 2015/12/07

بشأنه على المرجع المذكور أعلاه . يشرفني أن أطلب منكم تقديم الشهادات اللازمة للطلبة : بفتح رساء

مخصص علم النفس بجامعة بسكرة ، بغرض إجراء مسح ميداني بمؤسساتكم ، و ذلك في حدود ما يسمح به النظم الساري

مفعول

جدد: تقديم الطلبة وجوبا بطاقة الهوية عند كل اقتضاء.

مكندة لي: 26 01 2016

