



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة باتنة 1- الحاج لخضر-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية



قسم: علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

الرقم التسلسلي: .....

رقم التسجيل: 2018/LMD3/PSY/064

عنوان الأطروحة

**علاقة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية باضطراب  
التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري**

دراسة ميدانية في ظل إستراتيجيات التعامل مع المرض كمتغير  
وسيط

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه LMD في: علم النفس

تخصص : علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة:

أ.د مزوز بركو

إعداد الطالبة :

بوز غاية نهاد

أعضاء لجنة المناقشة			
الصفة	الجامعة	الدرجة العلمية	الإسم و اللقب
رئيسا	جامعة باتنة 1	أستاذ	جبالي نور الدين
مشرفا ومقررا	جامعة باتنة 1	أستاذ	مزوز بركو
عضوا	جامعة باتنة 1	أستاذ	عدوان يوسف
عضوا	جامعة قسنطينة 2	أستاذ	رواق عبلة
عضوا	جامعة سطيف 2	أستاذ محاضر أ	طباع فاروق

السنة الجامعية : 2022/2021





الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة باتنة 1 - الحاج لخضر-

كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية



قسم: علم النفس و علوم التربية والأرطفونيا

الرقم التسلسلي: .....

رقم التسجيل: 2018/LMD3/PSY/064

## عنوان الأطروحة

### علاقة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بإضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري

دراسة ميدانية في ظل إستراتيجيات التعامل مع المرض كمتغير  
وسيط

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه LMD في : علم النفس

تخصص : علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة:

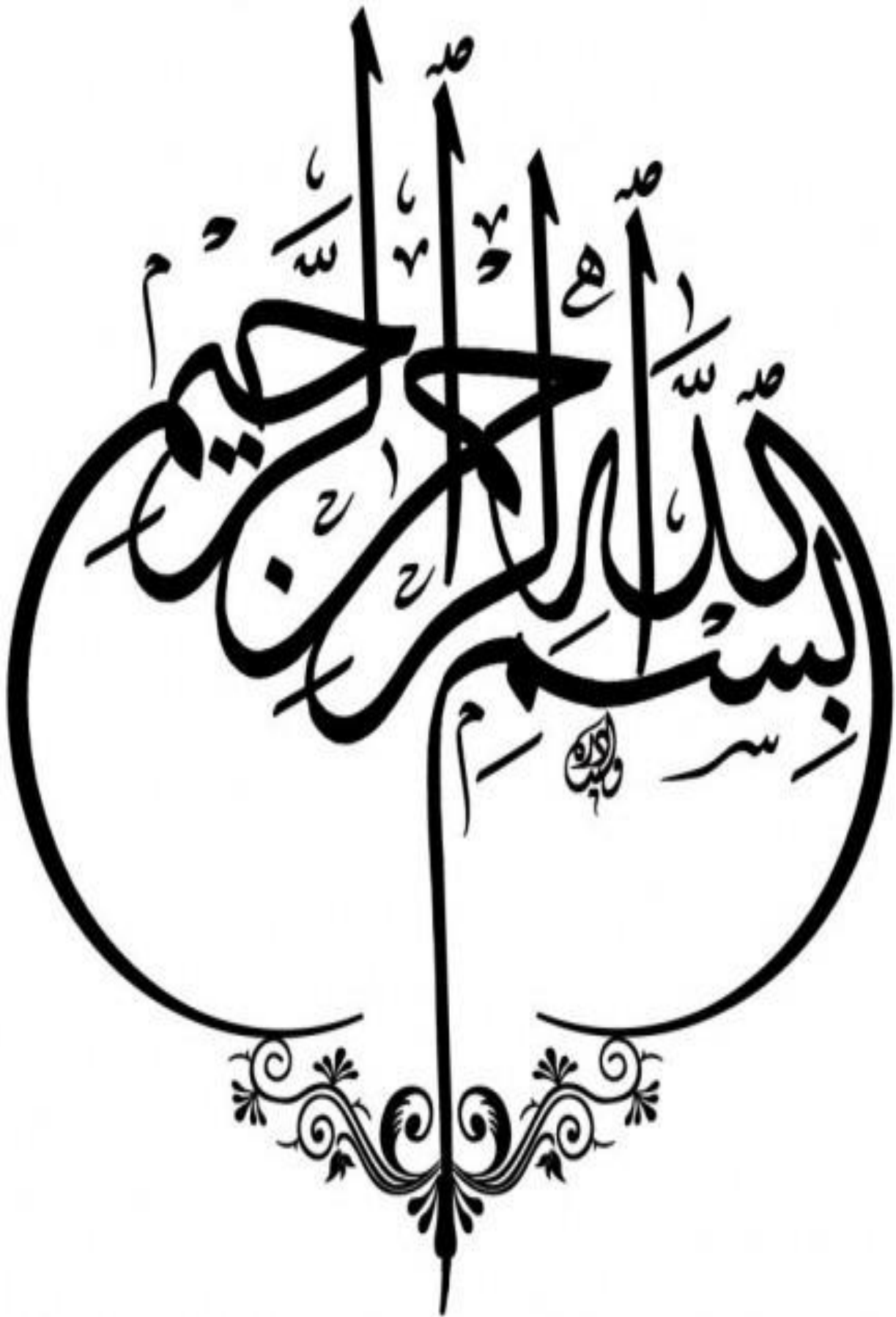
أ.د مزوز بركو

إعداد الطالبة :

بوز غاية نهاد

أعضاء لجنة المناقشة			
الصفة	الجامعة	الدرجة العلمية	الإسم و اللقب
رئيسا	جامعة باتنة 1	أستاذ	جباري نور الدين
مشرفا ومقررا	جامعة باتنة 1	أستاذ	مزوز بركو
عضوا	جامعة باتنة 1	أستاذ	عدوان يوسف
عضوا	جامعة قسنطينة 2	أستاذ	رواق عبلة
عضوا	جامعة سطيف 2	أستاذ محاضر أ	طباع فاروق

السنة الجامعية : 2022/2021



## شكر وعرفان

"وَإِذْ تَأَذَّنَ رَبُّكُمْ لَئِن شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ "

سورة إبراهيم الآية : 07

أرفع كفي تضرعا وخشوعا لله العزيز القدير وأشكره على ما أهداني من صبر وإرادة في إنجاز هذا العمل وأسأله أن يلهمني البصيرة وحسن التدبير و أن يكمل هذا العمل بالنجاح والتوفيق .

أتقدم بخالص الشكر وخالص الإمتنان إلى الأستاذة الدكتورة " مزوز بركو " على ما تفضلت به من إشراف على هذه الأطروحة من خلال توجيهاتها المنهجية وملاحظاتها العلمية، فقد كانت مثالا للجد والتفاني.

كما أتقدم بأسمى معاني الشكر والعرفان إلى Pr. Joseph F. Hair الذي أفادني كثيرا في مجال الإحصاء لإنجاز هذه الأطروحة، والشكر الموصول إلى كل المراهقين وأسرهם والعاملين في القطاع الصحي من أطباء وممرضين على تعاونهم الكامل معي خلال فترة جمع البيانات، وكل من ساعدني في إنجاز هذه الأطروحة . وأخص شكري وتقديري لمن وهبني الوفاء و التفاؤل لمن وقفند لجانبي تساعدي في كل لحظات حياتي وتدفعني لما يرضاه الله ويحببه، فلكي أسمى عبارات الحب والشكر الجليل .

كما أشكر أبي العزيز الداعم لي في كل خطوة أخطوها فهو مثلي وقدوتي في الحياة، وأسمى عبارات الشكر لأخواتي العزيزات ( أسماء ، نبيلة ، بثينة ) على تشجيعهن الدائم لي، فألفه شكر لكن و ليجلكن الله في حمايته وحفظه.

وفي الختام أسأل الله أن يوفقني لما يحبه ويرضاه ويجعل عملي منلما للعلم والمعرفة .

نهاد بوزخاية



## علاقة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بإضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب

بالسكري - دراسة ميدانية في ظل إستراتيجيات التعامل مع المرض كمتغير وسيط -

### ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى تشخيص إضطراب التأقلم لدى المراهقين المصابين بالسكري، ومن ثم بناء نموذج نظري يصف العلاقة السببية بين متغيرات الدراسة (العوامل الخمسة الكبرى للشخصية - إضطراب التأقلم - إستراتيجيات التعامل مع المرض)، والتحقق من صحته من خلال:

- تحديد العوامل الخمسة الكبرى للشخصية التي لها تأثير مباشر في ظهور إضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري.

- تحديد العوامل الخمسة الكبرى للشخصية التي لها تأثير مباشر في إختيار إستراتيجيات التعامل مع المرض لدى المراهق المصاب بالسكري، والتأثير المباشر لإستراتيجيات التعامل مع المرض في ظهور إضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري.

- تحديد العوامل الخمسة الكبرى للشخصية التي لها تأثير غير مباشر في ظهور إضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري من خلال إستراتيجيات التعامل مع المرض كمتغير وسيط (التكيفية - غير التكيفية).

وقد تم إنتهاج أسلوب النمذجة البنائية بالمربعات الصغرى الجزئية ضمن تصميم البحث السببي، وتكونت عينة الدراسة من 72 مراهق مصاب بالسكري لديهم إضطراب التأقلم، وتم الإعتماد على ثلاثة مقاييس مترجمة من قبل الباحثة تمثلت في: مقياس إضطراب التأقلم - الوحدة الجديدة 20 (Maercker et al.)، قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبرج المصغرة، مقياس التعامل مع مرض السكري (Welch) تم التأكد من خصائصها السيكومترية. وقد أشارت نتائج تحليل المسار إلى أن العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (العصابية، الإنبساطية، الإنفتاح على الخبرة، الطيبة ويقظة الضمير) تؤثر بشكل مباشر في ظهور إضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري، كما تؤثر بشكل مباشر في إختيار إستراتيجيات التعامل (التكيفية - غير التكيفية) لدى المراهق المصاب بالسكري.

وأوضحت النتائج أيضا أن إستراتيجيات التعامل (التكيفية - غير التكيفية) تؤثر بشكل مباشر في ظهور إضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري، وأنها تلعب دور الوسيط في العلاقة بين معظم العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم، وكان هذا التوسط جزئيا، كما أظهرت النتائج أن إستراتيجيات التعامل التكيفية لا تتوسط العلاقة بين عامل العصابية وإضطراب التأقلم، وإستراتيجيات التعامل غير التكيفية لا تتوسط العلاقة بين عامل الإنفتاح على الخبرة وإضطراب التأقلم.

**الكلمات المفتاحية:** المراهق، مرض السكري، العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، إضطراب التأقلم،

إستراتيجيات التعامل.

## **The relationship between the big five personality traits and the adjustment disorder in adolescents with diabetes – a field study within the framework of coping strategies with illness as a mediator variable.**

### **Abstract :**

The aim of this thesis is to diagnose the adjustment disorder in adolescents with diabetes and to build a theoretical model that describes the causal relationship between the study variables (the big five personality traits – adjustment disorder – coping strategies with illness), then to verify its validity through:

Determining the big five personality traits that have a direct effect on the emergence of adjustment disorder in adolescents with diabetes.

Determining the big five personality traits that have a direct effect on the selection of coping strategies with illness in adolescents with diabetes. As well as assigning the direct impact of these strategies on the emergence of adjustment disorder in these adolescents.

Determining the big five personality traits that have an indirect effect on the emergence of adjustment disorder in adolescents with diabetes through coping strategies with illness as a mediating variable (adaptive and non-adaptive).

The partial least squares structural equations modeling within the causal research design is used. The sample consisted of 72 diabetes adolescents with adjustment disorder. This study relies on three scales translated by the researcher: Adjustment Disorder – New Module 20 (Maercker et al.), International Personality Item Pool-Five-Factor Model measure (Goldberg), Diabetes Coping Measure (Wech) and all its psychometric properties have been confirmed.

The path analysis results indicate that the big five personality traits (neuroticism, extraversion, openness to experience, agreeableness and conscientiousness) affect directly the emergence of adjustment disorder in adolescents with diabetes. In addition, it affects directly the selection of coping strategies (adaptive and non-adaptive) in adolescents with diabetes. The results also show that coping strategies (adaptive and non-adaptive) directly affect the emergence of adjustment disorder in adolescents with diabetes, and it plays a partial mediating role between most of the big five personality traits and the adjustment disorder. Besides, the results indicate that the adaptive coping strategies do not mediate the relationship between the factor of neuroticism and the adjustment disorder, and the non-adaptive coping strategies do not mediate the relationship between the factor of openness to experience and the adjustment disorder.

**Key words:** Adolescent, diabetes, the big five personality traits, adjustment disorder, coping strategies.



<b>فهرس المحتويات</b>	
رقم الصفحة	العنوان
أ	شكر و عرفان
ب	ملخص الدراسة باللغة العربية
ج	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
د	فهرس المحتويات
ط	فهرس الجداول
ن	فهرس الأشكال
ع	فهرس المخططات والصور
ع	فهرس الملاحق
ف	قائمة الإختصارات
<b>الفصل الأول : إشكالية الدراسة ومنطلقاتها</b>	
1	1/ مقدمة إشكالية
12	2/ فرضيات الدراسة
12	3/ النموذج النظري للدراسة
13	4/ أهداف الدراسة
14	5/ أهمية الدراسة
15	6/ التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة
<b>الجانب النظري</b>	
<b>الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري</b>	
20	تمهيد
20	1/ المراهقة ماهيتها وديناميتها



21	1-1/ تعريف المراهقة
25	1-2/ مراحل المراهقة
32	1-3/ أشكال المراهقة
34	1-4/ الخصائص النفسية والسلوكية في مرحلة المراهقة
38	2/ مرض السكري ماهيته وفيسيولوجيته
39	2-1/ تعريف مرض السكري
41	2-2/ فيسيولوجية مرض السكري
45	2-3/ أنواع مرض السكري وأسبابه
53	2-4/ أعراض مرض السكري، تشخيصه وعلاجه
59	2-5/ المعاش النفسي للمراهق المصاب بالسكري
61	خلاصة الفصل
<b>الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم</b>	
63	تمهيد
63	1/ إستراتيجيات التعامل
64	1-1/ تعريف إستراتيجيات التعامل
66	1-2/ وظيفة إستراتيجيات التعامل وتصنيفها
66	1-2-1/ وظيفة إستراتيجيات التعامل
67	1-2-2/ تصنيف إستراتيجيات التعامل
70	1-3/ إستراتيجيات التعامل في مرحلة المراهقة
74	1-4/ إستراتيجيات التعامل والتأقلم مع المرض المزمن



78	5-1/ تأثير إستراتيجيات التعامل على الصحة النفسية للفرد
81	2/ اضطراب التأقلم
81	2-1/ تاريخ تطور مفهوم اضطراب التأقلم
82	2-2/ تعريف اضطراب التأقلم
85	2-3/ الإجهاد النفسي و اضطراب التأقلم
87	2-4/ أشكال اضطراب التأقلم
90	2-5/ أسباب اضطراب التأقلم وأعراضه
90	2-5-1/ أسباب اضطراب التأقلم
92	2-5-2/ أعراض اضطراب التأقلم
94	2-6/ مضاعفات اضطراب التأقلم
94	2-7/ تشخيص وعلاج اضطراب التأقلم
95	2-7-1/ تشخيص اضطراب التأقلم
102	2-7-2/ علاج اضطراب التأقلم
106	خلاصة الفصل
<b>الفصل الرابع: العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها</b>	
108	تمهيد
108	1/ الشخصية
108	1-1/ تعريف الشخصية
113	2-1/ طبيعة الشخصية

115	3-1/ محددات الشخصية
119	4-1/ نظريات الشخصية
130	5-1/ التوجهات البحثية في دراسة الشخصية
131	2/ العوامل الخمسة الكبرى للشخصية
131	2-1/ تاريخ العوامل الخمسة الكبرى للشخصية
136	2-2/ تعريف العوامل الخمسة الكبرى للشخصية
145	2-3/ قياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية
148	2-4/ شمولية العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وعموميتها عبر الثقافات
150	2-5/ مزايا و مأخذ على نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية
153	3/ سمات الشخصية بين المرض وإستراتيجيات التعامل والتأقلم مع الإجهاد
159	خلاصة الفصل
<b>الجانب الميداني</b>	
<b>الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها</b>	
161	تمهيد
162	1/ الدراسة الإستطلاعية
163	1-1/ الدراسة الإستطلاعية (الجزء الأول)
163	1-1-1/ المرحلة الأولى: إستطلاع الميدان
163	1-1-1-1/ أهداف المرحلة الأولى
163	1-1-1-2/ ظروف المرحلة الأولى وإجراءاتها
165	1-1-1-3/ الصعوبات التي تم رصدها

165	2-1-1 المرحلة الثانية: إضطراب التأقلم بين المعيار الذهبي والاختبار التشخيصي
165	1-2-1-1 أهداف المرحلة الثانية
166	2-2-1-1 مكان وزمان إجراء الدراسة
166	3-2-1-1 عينة المرحلة الثانية (المشاركون)
170	4-2-1-1 أدوات المرحلة الثانية
225	2-1 الدراسة الإستطلاعية (الجزء الثاني)
225	1-2-1 أهداف الدراسة الإستطلاعية (الجزء الثاني)
225	2-2-1 مكان وزمان الدراسة الإستطلاعية (الجزء الثاني) وعينتها
226	3-2-1 أدوات الدراسة الإستطلاعية (الجزء الثاني)
258	2 الدراسة الأساسية
258	1-2 أسلوب الدراسة المتبع
259	2-2 مكان وزمان الدراسة الأساسية
260	3-2 عينة الدراسة الأساسية (المشاركون)
263	4-2 أدوات الدراسة الأساسية
263	5-2 إجراءات الدراسة الأساسية
265	6-2 النموذج البنائي للدراسة
284	7-2 الوساطة
288	خلاصة الفصل
<b>الفصل السادس : مناقشة نتائج الدراسة</b>	
289	تمهيد

289	1/إضطراب التأقلم بين المعيار الذهبي والإختبار التشخيصي
293	2/ النموذج القياسي والبنائي للدراسة
294	3/ مناقشة نتائج فرضيات دراسة
294	3-1/ مناقشة نتائج الفرضية الأولى
298	3-2/ مناقشة نتائج الفرضية الثانية
302	3-3/ مناقشة نتائج الفرضية الثالثة
306	3-4/ مناقشة نتائج الفرضية الرابعة
308	4/ مناقشة عامة
316	4-1/ قيود الدراسة
316	خلاصة الفصل
317	الخاتمة
320	قائمة المراجع
346	قائمة الملاحق

فهرس الجداول		
الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
25	مظاهر النمو خلال مرحلة المراهقة المبكرة	01
28	مظاهر النمو خلال مرحلة المراهقة المتوسطة	02
31	مظاهر النمو خلال مرحلة المراهقة المتأخرة	03
42	أنواع خلايا لنجر هانس الموجودة في البنكرياس	04
54	أعراض أنواع مرض السكري	05

55	كيفية تشخيص أنواع مرض السكري	06
56	المعايير الطبيعية والمتبعة في تشخيص مرض السكري	07
57	طرق علاج مرض السكري	08
88	أشكال اضطراب التأقلم في DSM-IV و CIM-10	09
89	أشكال اضطراب التأقلم	10
97	المعايير التشخيصية لاضطراب التأقلم حسب DSM 5/CIM-10/ CIM-11	11
101	الصورة العيادية التوصيفية لاضطراب التأقلم	12
104	ملخص لأهم العلاجات المناسبة لاضطراب التأقلم	13
126	مراحل نمو الشخصية تبعاً لألبورت	14
135	تاريخ تطور نموذج العوامل الخمسة الكبرى لدى علماء النفس.	15
138	السمات الستة المميزة لعامل العصابية ومستوياتها لدى Costa & McCrae	16
139	السمات الستة المميزة لعامل الإنبساطية ومستوياتها لدى Costa & McCrae	17
140	السمات الستة المميزة لعامل الإنفتاح على الخبرة ومستوياتها لدى Costa & McCrae	18
141	السمات الستة المميزة لعامل الطيبة ومستوياتها لدى Costa & McCrae	19
142	السمات الستة المميزة لعامل يقظة الضمير ومستوياتها لدى Costa & McCrae	20
142	عوامل الشخصية الكبرى والسمات المميزة لها	21
167	توزيع المراهقين المصابين بالسكري حسب متغير (الجنس، نوع مرض السكري، المستوى الدراسي، تاريخ الإصابة بمرض السكري)	22
172	محتوى المقابلة التشخيصية لاضطراب التأقلم (DIAD)	23
172	معايير اضطراب التأقلم مع خوارزمية التشخيص، محددة وفقاً لـ DSM-IV وتم تعديلها / تفعيلها من قبل مؤلفيها ومجموعة من الباحثين (CORNELIUS et all , 2014)	24
178	عدد الأسئلة التي إتفق وإختلف فيها المقيمين في المقابلة التشخيصية (DIAD= 29)	25
179	تفسير معامل كبا (Kappa coefficient)	26
180	الحالات التي إتفق وإختلف عليها الباحثة والفاحص في تشخيصهما بالمقابلة التشخيصية لاضطراب التأقلم (DIAD)	27
183	عدد المراهقين المصابين بالسكري الذين تم مقابلتهم في كل شهر	28
184	التوزيع الشهري للمقابلات مع المراهقين المصابين بالسكري	29
187	توزيع المراهقين المصابين بالسكري على معيار الدرجات الخاص بتقييم الأعراض السريرية المتعلقة بالضيق النفسي في المقابلة التشخيصية	30

	إضطراب التأقلم (DIAD)	
188	توزيع المراهقين المصابين بالسكري على معيار الدرجات الخاص بتقييم الأعراض السريرية المتعلقة بالضعف في الأداء الإجتماعي المهني أو الدراسي في المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم (DIAD)	31
189	مخرجات عملية التشخيص النفسي بالمقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم (DIAD)	32
191	توزيع البنود على أبعاد مقياس إضطراب التأقلم - الوحدة الجديدة 20 (ADNM-20)	33
194	عدد البنود التي إتفق وإختلف فيها المقيمين في مقياس (ADNM= 20)	34
196	مصفوفة نتائج حساب الحساسية والنوعية بين الإختبار التشخيصي والمعيار الذهبي	35
197	المفاهيم والمعادلات خاصة بالحساسية والنوعية للإختبار	36
199	نتائج التشخيص المشترك بين الإختبار التشخيصي (ADNM -20) والمعيار الذهبي المقابلة التشخيصية (DIAD)	37
200	قيم الدقة التشخيصية لمقياس إضطراب التأقلم - الوحدة الجديدة 20 (ADNM -20) المحسوبة يدويا	38
201	قيم الدقة التشخيصية لمقياس إضطراب التأقلم - الوحدة الجديدة 20 (ADNM -20) المحسوبة ببرنامج Medcalc	39
203	يوضح نتائج المنطقة الواقعة تحت منحنى ROC (Area under the ROC curve)	40
204	الدقة التشخيصية للإختبار التشخيصي عن طريق قيم المسافة الواقعة تحت منحنى ROC	41
208	بعض الخصائص الأساسية لنمذجة المعادلات الهيكلية بالمربعات الصغرى الجزئية (PLS-SEM)	42
210	خطوات تقييم النموذج القياسي الإنعكاسي حسب التحليل التوكيدي المركب	43
212	نتائج التوزيع الطبيعي للبيانات الخاصة بمتغير إضطراب التأقلم (مخرجات برنامج SPSS)	44
214	قيم التحييلات الخارجية (موثوقية المؤشرات) لمقياس إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20 الدرجة الأولى (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	45
216	قيم الثبات أو موثوقية البناء (الإتساق الداخلي) لمقياس إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة -20 من الدرجة الأولى والثانية (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	46
218	مقارنة مخرجات Smart PLS والحساب اليدوي للباحثة لقيم الثبات أو موثوقية البناء (الإتساق الداخلي) لمقياس إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20 من الدرجة الثانية (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	47
219	قيم متوسط التباين المستخرج (AVE) لمقياس إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة -20 الدرجة الأولى والثانية (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	48
221	قيم الصدق التمايزي (معيار Fornell-Larcker) لمقياس إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - الدرجة 20 الدرجة الأولى (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	49

222	قيم الصدق التمايزي (HTMT) لمقياس إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20 الدرجة الأولى والثانية (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	50
224	الفرق بين مخرجات برنامج Smart PLS وحساب الباحثة يدوبا للصدق التمايزي من الدرجة الثانية لإضطراب التأقلم الوحدة الجديدة -20	51
226	توزيع البنود على أبعاد قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (The Mini-IPIP Scales) لجولديبيرج المصغرة	52
228	عدد البنود التي إتفق وإختلف عليها المقيمين في قائمة (The Mini-IPIP Scales)	53
230	التوزيع الطبيعي للبيانات الخاصة بمتغير العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (مخرجات برنامج SPSS)	54
231	قيم التحميلات الخارجية (ثبات المؤشرات) لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبيرج المصغرة (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	55
233	قيم ثبات البناء (الإتساق الداخلي) لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبيرج المصغرة (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	56
234	قيم متوسط التباين المستخرج (AVE) لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبيرج المصغرة (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	57
234	قيم الصدق التمايزي (مقياس Fornell-Larcker) لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبيرج المصغرة (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	58
235	قيم الصدق التمايزي (HTMT) لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبيرج المصغرة (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	59
237	قيم التحميلات الخارجية (ثبات المؤشرات) وثبات الإتساق الداخلي والصدق التقاربي (قيم AVE) لقائمة أرون بيك الثانية للإكتئاب (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	60
239	قيم الصدق التمايزي (مقياس Fornell-Larcker، مقياس HTMT) لقائمة أرون بيك الثانية للإكتئاب (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	61
240	معاملات مسار نموذج الشبكة الإسمية (العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ← الإكتئاب) (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	62
241	قيمة معامل التحديد ( $R^2$ ) لقائمة بيك الثانية للإكتئاب (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	63
242	قيم ( $f^2$ ) حجم تأثير العوامل الخمسة الكبرى للشخصية على الإكتئاب (BDI-II) (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	64
242	قيم الملائمة التنبؤية ( $Q^2$ ) لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبيرج المصغرة (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	65
243	توزيع البنود على أبعاد مقياس التعامل مع مرض السكري (Diabetes Coping Measure)	66
245	عدد البنود التي إتفق وإختلف فيها المقيمين في مقياس (DCM Scales)	67
247	التوزيع الطبيعي للبيانات الخاصة بمتغير التعامل مع مرض السكري (مخرجات برنامج SPSS)	68
247	قيم التحميلات (ثبات المؤشرات) الخارجية لمقياس التعامل مع مرض السكري	69





249	الثبات أو موثوقية البناء (الإتساق الداخلي) لمقياس التعامل مع مرض السكري (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	70
250	قيم متوسط التباين المستخرج (AVE) لمقياس التعامل مع مرض السكري (مخرجات برنامج Smart PLS)	71
251	الصدق التمايزي (معيار Fornell-Larcker) لمقياس التعامل مع مرض السكري (مخرجات برنامج Smart PLS)	72
251	الصدق التمايزي (HTMT) لمقياس التعامل مع مرض السكري (مخرجات برنامج Smart PLS)	73
254	معاملات مسار نموذج الشبكة الإسمية (إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري ← الإكتئاب) (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	74
255	قيمة معامل التحديد ( $R^2$ ) لقائمة بيك الثانية للإكتئاب (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	75
255	قيم حجم تأثير ( $f^2$ ) إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري على الإكتئاب (BDI-II) (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	76
256	قيم الملائمة التنبؤية ( $Q^2$ ) لمقياس التعامل مع مرض السكري (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	77
262	توزيع المراهقين المصابين بالسكري والذين تظهر عليهم أعراض اضطراب التأقلم حسب متغير (الجنس، نوع مرض السكري، المستوى الدراسي، تاريخ الإصابة بمرض السكري)	78
265	خطوات تقييم النموذج البنائي للدراسة	79
269	التوزيع الطبيعي للبيانات الخاصة بمتغير التعامل مع مرض السكري (مخرجات برنامج SPSS)	80
270	قيم معامل تضخيم التباين (VIF) لتقييم العلاقة الخطية المتداخلة في النموذج البنائي (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	81
272	معاملات المسار بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	82
275	معاملات المسار بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإستراتيجيات التعامل مع مرض السكري (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	83
277	معاملات المسار بين إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري وإضطراب التأقلم (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	84
279	قيم معامل التحديد ( $R^2$ ) للمتغيرات التابعة الممثلة في النموذج البنائي (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	85
280	قيم حجم التأثير ( $f^2$ ) لنموذج الدراسة (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	86
281	قيم الملائمة التنبؤية ( $Q^2$ ) لنموذج الدراسة (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	87
283	قيم حجم التأثير ( $q^2$ ) لنموذج الدراسة (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	88
285	معاملات المسار للتأثير غير المباشر الناتجة عن المتغير الوسيط إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري (التكيفية، غير التكيفية) (مخرجات برنامج Smart PLS 3)	89

فهرس الأشكال		
الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
13	النموذج النظري للدراسة (إعداد الباحثة)	01
77	النموذج العملي للتأقلم مع المرض المزمن	02
157	النماذج التي فسرت العلاقة بين الشخصية والمرض والتأقلم مع مواقف الإجهاد	03
162	المخطط الميداني للدراسة الإستطلاعية التي قامت بها الباحثة	04
162	المخطط العملي للدراسة الإستطلاعية التي قامت بها الباحثة	05
169	توزيع المراهقين المصابين بالسكري على الحدود المكانية 1 (أماكن الرعاية الصحية) الخاصة بالدراسة الإستطلاعية	06
169	توزيع المراهقين المصابين بالسكري على الحدود المكانية 2 الخاصة بالدراسة الإستطلاعية	07
175	خوارزمية التشخيص التي إعتمدها الباحثة في تشخيصها لإضطراب التأقلم لدى المراهقين المصابين بالسكري (إعداد الباحثة)	08
186	توزيع محتوى المقابلات مع المراهقين المصابين بالسكري خلال الشهر	09
190	مخرجات عملية التشخيص النفسي بالمقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم (DIAD)	10
205	منحنى ROC لمقياس إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20 (ADNM - 20)	11
205	منحنى ROC لمقياس إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20 (ADNM - 20) عند أفضل نقطة من نقاط المنحنى	12
209	نماذج القياس في النمذجة بالمعادلة الهيكلية	13
212	التوزيع الطبيعي للبيانات الخاصة بمتغير إضطراب التأقلم (مخرجات برنامج SPSS)	14
213	النموذج الإنعكاسي - الإنعكاسي من الدرجة الثانية لمقياس إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20 حسب أسلوب المؤشرات المتكررة (إعداد الباحثة ، مخرجات برنامج Smart PLS)	15
215	قيم التحميلات الخارجية لنموذج المكون الهرمي (الدرجة الثانية) لإضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20 (إعداد الباحثة ، مخرجات برنامج Smart PLS)	16
232	قيم التحميلات الخارجية لنموذج المكون الهرمي لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولدبيرج المصغرة (إعداد الباحثة ، مخرجات برنامج Smart PLS)	17
238	قيم التحميلات الخارجية لنموذج المكون الهرمي لقائمة آرون بيك الثانية للإكتئاب (إعداد الباحثة ، مخرجات برنامج Smart PLS)	18

239	الشبكة الإسمية لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبيرج المصغرة (إعداد الباحثة ، مخرجات برنامج Smart PLS)	19
249	قيم التحميلات الخارجية لنموذج المكون الهرمي لمقياس التعامل مع مرض السكري (إعداد الباحثة ، مخرجات برنامج Smart PLS)	20
253	الشبكة الإسمية لمقياس التعامل مع مرض السكري (إعداد الباحثة، مخرجات برنامج Smart PLS)	21
266	النموذج البنائي للدراسة الأساسية (إعداد الباحثة، مخرجات برنامج Smart PLS)	22
267	توزيع نسب القيم المفقودة على مستوى مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ومتغيراته والمشاركين في الدراسة الأساسية	23
273	معاملات المسار المباشرة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم (إعداد الباحثة ، مخرجات برنامج Smart PLS)	24
279	معاملات المسار في النموذج البنائي للدراسة (إعداد الباحثة، مخرجات برنامج Smart PLS)	25
287	الفرق في المعاملات بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم قبل وبعد العزل الإحصائي لمتغير إستراتيجيات التعامل المرض (المتغير الوسيط)	26
312	التأثير المباشر للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية في ظهور إضطراب التأقلم لدى المراهق بعد تشخيصه بمرض السكري	27
315	يوضح تأثير العوامل الخمسة الكبرى للشخصية غير المباشر في ظهور إضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري في ظل إستراتيجيات التعامل كمتغير وسيط	28

## فهرس الصور والمخططات

الصفحة	العنوان	الرقم
<b>المخططات</b>		
44	آلية عمل الأنسولين في حالة نقصه وفي حالة الإصابة بمرض السكري	01
264	إجراءات الدراسة الأساسية	02
<b>الصور</b>		
41	موضع البنكرياس في الجهاز الهضمي	01
177	الشبكة المستخدمة لتفسير نتائج المقيمين	02

## فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
346	المقابلة التشخيصية السريرية لإضطراب التأقلم	01
351	المقابلة التشخيصية السريرية لإضطراب التأقلم (المعدلة)	02
355	المعيار التشخيصي لإضطراب التأقلم حسب الدليل الأمريكي التشخيصي الإحصائي الرابع والخامس	03
357	جدول الملاحظة العيادية	04
358	المقابلة النصف الموجهة لأباء / أمهات المراهقين المصابين بالسكري	05
359	مقياس إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20	06
361	قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبيرج المصغرة	07
363	قائمة أرون بيك الثانية للإكتئاب	08
366	مقياس التعامل مع مرض السكري	09

## قائمة الاختصارات

### List of Abbreviations

AD:	Adjustment Disorder	إضطراب التأقلم
ADNM-20:	Adjustment Disorder – New Module 20	إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20
AjD:	Adjustment Disorder	إضطراب التأقلم
ALD	Association Luxembourgeoise du Diabète	جمعية لوكسمبورغ للسكري
APA :	American Psychological Association	الجمعية الأمريكية للطب النفسي
AVE:	Average variance extracted	متوسط البتاتين المستخرج
BFT :	Big Five Traits	العوامل الخمسة الكبرى للشخصية
BHS	Behavioral Health Solutions	خدمات الصحة السلوكية
CB SEM :	Covariance-based Structural Equation Modeling	نمذجة المعادلة البنائية بالتباين المشترك
CCA:	Confirmatory Composite Analysis	التحليل المركب التوكيدي
CFA:	Confirmatory Factor Analysis	التحليل العاملي التوكيدي
CIDI :	Composite International Diagnostic Interview	مقابلة التشخيص الدولي المركبة
CIS:	The Clinical Interview Schedule	جدول المقابلة السريرية
CR :	composite reliability	الثبات المركب
DMC:	Diabetes Coping Measure	مقياس التعامل مع مرض السكري
DSM :	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية
HbA1c :	Hemoglobin A1c Test	إختبار الهيموغلوبين المتعسلن
HLA :	Human Leukocyte Antigen	مستضد الكريات الدموية البيضاء
HPA :	Hypothalamic–pituitary–adrenal axis	المحور الوطائي النخامي الكظري
ICD :	International Classification of Diseases	التصنيف العالمي للأمراض
IDDM :	Insulin-Dependent Diabetes Mellitus	داء السكري المعتمد على الأنسولين
IDF :	International Diabetes Federation	الإتحاد الدولي للسكري
IPIP :	International Personality Item Pool	القائمة العالمية للشخصية
M.I.N.I	mini international neuropsychiatric interview	المقابلة المصغرة الدولية للأمراض العصبية والنفسية
NAFLD:	Non-alcoholic fatty liver disease	مرض الكبد الدهني غير الكحولي
NEO:	Neuroticism, Extraversion ,Openness	العصابية، الإنبساطية، الإنفتاح على الخبرة
NEO-PI-R:	NEO Personality Inventory	إستخبار (قائمة) الشخصية المنقح

		للعصابية والإنبساطية والإنفتاح على الخبرة
NEO- FFI :	NEO five factor Inventory	قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية
NIDDM :	noninsulin-dependent diabetes mellitus	داء السكري غير المعتمد على الأنسولين
OCEAN:	Openness, Conscientiousness, Extroversion, Agreeableness, and Neuroticism	الإنفتاح على الخبرة، يقظة الضمير، الإنبساطية، الطيبة، العصابية
PF16	personality factors 16	عوامل الشخصية 16
PLS SEM :	partial least squares structural equation modeling	نمذجة المعادلة البنائية بالمربعات الصغرى الجزئية
PTSD :	Post-traumatic stress disorder	إضطراب كرب ما بعد الصدمة
T1DM :	type 1 diabetes mellitus	السكري نوع 1
T2DM :	type 2 diabetes mellitus	السكري نوع 2

# الفصل الأول : إشكالية الدراسة ومنطقاتها

• مقدمة إشكالية	1
• فرضيات الدراسة	2
• النموذج النظري للدراسة	3
• أهداف الدراسة	4
• أهمية الدراسة	5
• التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة	6

1/ مقدمة إشكالية:

تعد الأمراض المزمنة أحد أبرز أسباب الإصابة بالعجز والوفاة في العالم، وهذا راجع إلى تغير النظام الغذائي وتغير نمط المعيشة بأكمله، والضغوطات التي يصادفها الفرد في حياته، ولعل من بين أشهر الأمراض المزمنة وأكثرها إنتشارا في العالم مرض السكري الذي يعد مشكلة عالمية واسعة تمس كل المجتمعات دون إستثناء الغنية منها والفقيرة .

وحسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة (OMS) فقد إرتفع عدد الأشخاص المصابين بالسكري من 108 مليون شخص في عام 1980 إلى 422 مليون شخص في عام 2014، مع إزدياد مستمر في السنوات القادمة، وهذا ما يعكس لنا خطورة المرض وسرعة تفشيه في المجتمعات . (OMS, 2016, p 6) أما في عام 2019، فمرض السكري يؤثر على أكثر من 463 مليون شخص في جميع أنحاء العالم، أما في شمال إفريقيا والشرق الأوسط، فيقدر عدد المصابين به في نفس العام بـ 55 مليون مصاب، ويتوقع الإتحاد الدولي للسكري (IDF) أن عدد المصابين بالسكري في العالم في عام 2030 يقدر بـ 578 مليون مصاب، أما في شمال إفريقيا والشرق الأوسط فيقدر بـ 76 مليون مصاب بنسبة زيادة تقدر بـ 96 بالمئة . (IDF, 2019, pp 4-5)

أما في الجزائر فوزير الصحة عبد الرحمان بن بوزيد، في كلمة له خلال إشرافه على فعاليات إحياء اليوم العالمي لداء السكري (2020/11/14)، فقد أدلى بالإحصاءات الرسمية والتي تفيد بأن نسبة إنتشار داء السكري في الجزائر لدى البالغين بلغت نسبة 14.4 بالمائة، أي حوالي 2.8 مليون شخص.(بن طاهر، 2020)

ومرض السكري لا يعتبر مرض حديث الإستكشاف إذ عرفته الشعوب قديما، ولكنها إختلفت في طرق تفسيره وعلاجه، لكن التطور الطبي الحديث كشف بشكل أدق عن ماهية هذا المرض وأنواعه العديدة وكيفية علاجه. فمرض السكري هو متلازمة إستقلابية (Metabolic) تتميز بإرتفاع مزمن في سكر الدم؛ إذ ينجم فرط سكر الدم عن النقص المطلق أو النسبي للأنسولين.(المرزوقي، 2008، ص19) ، إذ هو فشل تام في إفراز الأنسولين كما في النوع الأول من السكري، أو فشل جزئي في إفراز الأنسولين المصحوب بإنخفاض في إستجابة الجسم للهرمون كما في النوع الثاني.(بيلوس، 2015، ص4) ، ويعد البنكرياس الغدة المسؤولة عن الإصابة بمرض السكري، فهو المسؤول عن إنتاج إنزيمات الهضم وهرموني الأنسولين والجلوكاغون في الجسم على مستوى جزر لانجرهانس من خلال خلايا ألفا (الجلوكاغون) وخلايا بيتا (الأنسولين) . (المرزوقي، 2008، ص 19).



## الفصل الأول : إشكالية الدراسة ومنطلقاتها

وتجدر الإشارة بأن الإصابة بمرض مزمن (السكري) معناه يتابع المريض طول حياته ويستلزم متابعة علاجية مستمرة وتكاليف مادية، بالإضافة إلى الهموم الصحية المستقبلية المرتبطة بمضاعفات المرض كالإصابة بتصلب الشرايين والبتير والغيبوبة وغيرها، وهذه المشاغل الصحية تزيد من شدة الضغط النفسي وسوء التوافق لدى المرضى على العموم والمراهق على الخصوص . (ميرود، آيت حمودة، 2014، ص224)

لأن مرحلة المراهقة مرحلة مهمة في حياة الإنسان وذلك لما يرتبط بها من تغيرات في مظاهر النمو المختلفة التي قد يكون لها تأثير على سلوك المراهقين، ولذلك يطلق عليها البعض مرحلة التغيرات. (النمر، 2016، ص143)، كما يطلق عليها بالمرحلة الإنتقالية. ولكن النمو لا ينتقل من مرحلة إلى أخرى فجأة، وإنما بشكل تدريجي ومستمر ومتصل، فالمراهق لا يترك عالم الطفولة ويصبح مراهقا بين عشية وضحاها، ولكنه ينتقل إنتقالا تدريجيا، و يتخذ هذا الإنتقال شكل نمو وتغير في جسمه و عقله ووجدانه. (الجبالي ، 2016 ، ص03)، فمرحلة المراهقة ليست مستقلة بذاتها إستقلالاً تاماً، وإنما هي تتأثر بما مر به الطفل من خبرات في المرحلة السابقة. (محمود، 2016)، وهي زمنياً فترة إمتداد تبدأ من حوالي السنة الحادية عشرة أو الثانية عشرة تقريبا حتى العشرينات من حياة الفرد متأثرة بعوامل النمو البيولوجية والفيسيولوجية والمؤثرات الإجتماعية والحضارية. (النمر، 2016، ص143)، ومن الواضح أن الطفل في أول سنوات المراهقة يكون مشغولاً بالتخلص من قيود الطفولة وتصورات وسلوكيات الأطفال، وحين يبلغ السادسة عشر أو السابعة عشر، فإنه يشرع في التخلص من تقلبات المراهقة حيث يبدأ بإدراك الوضعية الفضلى التي ينبغي أن يكون عليها. (بكار، 2011، ص13)، وباعتبار أن مرحلة المراهقة هي مرحلة التقلبات والتغيرات النمائية؛ فوفقاً لدولتو (F. Dolto) فإنه لا توجد مرحلة مراهقة دون مشاكل ودون معاناة، لأنها مرحلة الصراعات التي ستنشأ منها الهوية الجنسية. (Arezki, s.d, p149) . ومع ذلك فإن الحديث عن المراهقة وعن مشكلاتها مازال أمراً نسبياً يخضع لقيم وعادات وتقاليده كل مجتمع فإن الملاحظات الدقيقة والأبحاث العلمية أشارت بوضوح إلى وجود إختلافات من فرد إلى فرد، ومن عائلة إلى أخرى، ومن بلد إلى بلد، لذلك يجب أن نأخذ المراهق من حيث هو كذلك، ونتذكر دائماً أنه نتاج بيئته المادية الحاضرة والماضية وبيئته النفسية الحاضرة والماضية أيضاً ...، وكذا تتحدد المراهقة من غير ظواهرها الجسمية والعضوية بالأنماط الثقافية السائدة. (عطية، 2010، ص08)

ومع ذلك، يواجه المراهقون المصابون بالسكري ضغوطاً نفسية إجتماعية خاصة بمرض السكري تتعلق بالإلتزام بالأنظمة الطبية المزممة التي تتطلب مراقبة متكررة لنسبة الجلوكوز في الدم، وإدارة الأنسولين، والقيود الغذائية، التوترات المتكررة مع أفراد الأسرة المعنيين فيما يتعلق بإدارة مرض السكري

## الفصل الأول : إشكالية الدراسة ومنطلقاتها

والخوف من المضاعفات قصيرة وطويلة الأجل (بما في ذلك نقص السكر في الدم)، حيث تجتمع التغيرات الهرمونية في سن البلوغ مع التحديات النفسية والإجتماعية للمراهقة،...، لتخلق للمريض ومقدم الرعاية بيئة يمكن أن يكون فيها التحكم الجيد في مرض السكري هدفا يصعب الوصول إليه. (Lyons et al.,2013)

لأنه غالبا ما تكون علاجات السكري وعوامل الخطر الصحية المرتبطة به شديدة التعقيد وتتطلب قدرا كبيرا من تثقيف المريض والمراقبة الطبية المتكررة. في الوقت نفسه، يحمل مرض السكري معه قدرا كبيرا من التوتر. حيث يمكن أن يؤدي الضغط المستمر الناتج عن الحفاظ على التحكم الدقيق في نسبة السكر في الدم إلى نوعين من الضيق النفسي: أولا؛ الضائقة العاطفية شبه سريرية ، ثانيا؛ الإضطرابات النفسية القابلة للتشخيص. (Tuncay et al., 2008,p 02)

وانطلاقا لما جاء به بلاس (Pless) بدراسة إحصائية في كل الولايات المتحدة الأمريكية وإنجلترا حول الأطفال والمراهقين المصابين بالأمراض المزمنة، فوجد حوالي 6% إلى 20% من العينة المختبرة مصابين بأمراض نفسية هامة، وكانت هذه الإضطرابات موجودة بنسبة 14 % إلى 17% عند الأطفال والمراهقين المصابين بالأمراض المزمنة. (زلوف، 2006، ص220)

كما وجد (Fettahoglu et al.) زيادة بنسبة 40% في خطر الإصابة بأي نوع من الإضطرابات النفسية لدى مرضى السكري، ووجد (Gülseren et al.) أن الإكتئاب والقلق مسؤولان عن 45% من الإضطرابات النفسية لدى مرضى السكري، تظهر هذه النتائج التأثير السلبي الذي يمكن أن يحدثه مرض السكري على التأقلم النفسي الإجتماعي للفرد. (Tuncay et al., 2008,p02)

أيضا أفاد (Harris & Lustman) أن ما يقرب من ثلث مرضى السكري يعانون من مشاكل نفسية يمكن تشخيصها في مرحلة ما خلال حياتهم. ويمكن أن تتراوح المشاكل النفسية من المشاكل العاطفية والقلق والإكتئاب إلى إضطرابات الأكل والتغيرات السلوكية، خاصة عند الأطفال والمراهقين. (Deeb et al.,2018, p02)

وهذا لأن مرض السكري من الأمراض المزمنة، وطبيعة المرض طويل المدى تؤثر على نوعية حياة المصاب، وتحدث في نفس المريض مشاعر القلق والخوف، وتجعله ينظر إلى كل خطوة من خطوات العلاج بمزيد من اليأس وعدم الرضا، خصوصا إذا شعر المريض بعدم قدرته على القيام بوظائفه ومسؤولياته المعتادة أو عيش حياته بصورة طبيعية، مما يعكس سلبا على مفهوم الذات لديه. ( طشطوش والقسار، 2017، ص134). وقد تسوء حالته النفسية، إلا أن الأفراد يختلفون في ردود أفعالهم، فمنهم من

## الفصل الأول : إشكالية الدراسة ومنطلقاتها

يتكيف مع المرض ونمط الحياة الجديد، ومنهم من ينكر المرض ولا يتعامل معه بجدية، الأمر الذي قد ينتج عنه بعض الإضطرابات النفسية إلى جانب مرض السكري .(المرزوقي ، 2008 ، ص14)

وقد أثبتت دراسة (Malik & Koot, 2009) في هذا الصدد أن الإجهاد المرتبط بالسكري هو مؤثر مهم في تطور سوء التكيف لدى المراهقين . (Pisula & Czaplinska, 2010, p115)

فسوء تكيف المراهق مع الإصابة بمرض السكري ومتطلباته العلاجية ورفضه لهذا المرض قد ينجم عنه مجموعة من الأعراض التي قد تكون حسب الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) للجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) إضطراب التأقلم (AD).

وهو إضطراب معترف به لعقود، لكن ميدان البحث فيه لم يبلغ المستوى الذي بلغته الإضطرابات النفسية الأخرى، فهو إضطراب بالأحرى يفهم معناه من تسميته. فهو متلازمة الإستجابة للضغط، ويعد كرد فعل غير متكيف مع الضغوط. (Zelviene & Kazlauskas, 2018, p375)

ومن أهم ملامح إضطراب التأقلم وأنواعه الفرعية في الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية (DSM-5) هي أن تظهر الأعراض إستجابة لحدث مجهود، و تبدأ هذه الأعراض في غضون 3 أشهر من التعرض للعوامل المسببة للإجهاد. (Casey, 2014, p 451)

ولطالما كان إضطراب التأقلم مثيرا للجدل، فقد تمت الإشارة إليه على أنه سلة مهملات التشخيص. (casey et al.,2001, p479) . وهذا عند مواجهة الحالات التي تبدي فيها أعراض عدم التأقلم مع الحدث الضاغظ، والأمر لا يتوقف عند هذا الحد، فنظرا لاتساع وتعقد ميدان تشخيص إضطراب التأقلم، وتداخل جدولته الإكلينيكي مع جداول إكلينيكية خاصة ببعض الإضطرابات؛ كالقلق والإكتئاب وإضطرابات المسلك، نجد من يخلط في تشخيصه لحالة ما مصابة بإضطراب التأقلم على أنها مصابة بهذه الإضطرابات.

فمعايير إضطراب التأقلم ليس لها ملف تعريف واضح للأعراض يحدد الحالة. (Pelkonen et al.,2007, p288)

الأمر الذي يجعل قياسه من خلال مقابلة منظمة أمرا صعبا لأنه غير مدرج في العديد من الأدوات، وفي حالات أخرى، لا يمكن تشخيصه بمجرد الوصول إلى عتبة اضطراب آخر. (Casey & Jabbar,2013, p99)

وفي إطار الحديث عن إضطراب التأقلم وتشخيصه نجد أن هناك من يصاب بهذا الإضطراب النفسي أوغيره من الإضطرابات وهناك من لا يصاب به، وفسر (Hampson & Friedman,2008) ذلك؛ أن

## الفصل الأول : إشكالية الدراسة ومنطلقاتها

هناك بعض الأفراد يكونون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض العقلية والإضطرابات النفسية بسبب خصائصهم وسماتهم الشخصية. (Salehinezhad, 2012, p461).

وهذا لأن الشخصية ودراستها تحتل المصدر الرئيس لمعرفة مظاهر السلوك البشري وجوهر الإنسان، كما ترتبط إرتباطا وثيقا بإستجابة الآخرين، وتمثل تألقا ونظاما لجميع الأشكال المختلفة من السلوك الذي يمارسه الفرد. وركزت معظم الدراسات التي تناولت الشخصية على السؤال الآتي؛ ماهي المكونات الأساسية التي تشتمل عليها الشخصية ؟ وأوجب عن هذا السؤال إجابات عديدة، واختلفت وجهات نظر علماء علم نفس الشخصية من حيث عدد العوامل التي يمكن في ضوءها وصف أي شخصية، فقد بلغ عدد هذه العوامل عند كاتل (Cattell) ستة عشر وعند إيزنك (Eysenck) ثلاثة أنماط . (محمد، 2011، ص ص 314-315). أما عند كوستا وماكري (Costa & McCrae) فقد تضمن نموذجهما خمسة عوامل للشخصية (الإنتفاع على الخبرة، يقظة الضمير، الإنبساطية، الطيبة والعصابية). (Vazsonyi et al., 2015, p 234)

ونموذج العوامل الخمسة الكبرى يرقى إلى مرتبة النظرية النفسية، وتتوافر للنموذج معظم معايير وشروط النظرية الجيدة، فالنموذج يتصف بالملائمة ولا يتعارض مع نظريات مقبولة في الوقت الراهن، ويتضمن نوعا من التصنيف العلمي (Taxonomy)، وهو قابل للتطبيق العملي، ويتصف النموذج بالعالمية. وأضافت راضي والموافي (2007) أنه يجب النظر إلى العوامل الخمسة الكبرى للشخصية على أنها أكثر النماذج وصفا وشمولية للشخصية الإنسانية مقارنة بنموذجي "كاتل، وأيزنك " فهي ذات مدى متوسط، ليست قليلة العدد كعوامل "إيزنك" ولا كثيرة العدد كعوامل "كاتل". (الأحمدي ، 2013، ص 945)

ويشير مصطلح العصابية إلى الضعف تجاه عدم الإستقرار العاطفي والوعي الذاتي، و يتسم الإنتفاع على الخبرة بالإبداع والجماليات، ويعكس الإنبساط الميل إلى أن يكون الفرد إجتماعيا، متحمسا، حازما يبحث عن الإثارة، بينما يشير عامل الطيبة إلى ميل الفرد إلى أن يكون ودي، طيب القلب، لطيف وموثوق، بينما يقظة الضمير تفهم على أنها الميل نحو الولاء والكفاءة. (shi et al., 2018, pp 01-02).

بالإضافة إلى سلوك المثابرة والتنظيم والسلوك الموجه نحو الهدف. (Kim et al., 2016, p 02)

ويعد نموذج العوامل الخمسة من النماذج التي أثبتت دورها في تشخيص ودراسة الحالات السوية والمضطربة، وهذا إنطلاقا من تقييمات الصحة النفسية القائمة على نظرية العوامل الخمسة الكبرى للشخصية التي تعتبر أكثر كفاءة؛ ومرده إلى أن الشخصية هي واحدة من أهم العوامل النفسية التي ترتبط بالصحة النفسية، وأثبتت ذلك العديد من الدراسات، فقد عمد بعض الباحثين إلى فحص العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية والصحة النفسية، وأظهرت الأبحاث السابقة أن عامل العصابية هو

## الفصل الأول : إشكالية الدراسة ومنطلقاتها

العامل الرئيسي المرتبط بسوء الصحة النفسية، ومع ذلك كانت النتائج مختلطة فيما يتعلق بالعلاقة بين عوامل الإنبساط والانفتاح وبقظة الضمير والطيبة والصحة النفسية للفرد. وقد إرتبطت هذه العوامل في معظمها بالصحة النفسية الجيدة، ولكن بدرجات مختلفة إعتقاداً على طبيعة الدراسة. (Kananifar & al., 2019, p193) كما يعتقد معظم الباحثين أن سمات الشخصية، مثل العصابية والإنبساطية، قد تكون مهمة في تطوير مشاكل التأقلم. (Lung et al., 2006, p 78) وهذا يعد بحد ذاته معياراً يؤكد لنا على دور هذه العوامل الخمسة الكبرى للشخصية في التأثير المباشر على الصحة النفسية للفرد وإصابته بالإضطرابات النفسية.

فحسب (DeNeve & Cooper 1998, Goodwin & Engstrom 2002, Argyle & Lu 1990, Costa & McCrae 1980, Lu & Snih 1997, Pavot et al. 1990, Steel et al. 2012, Ožura et al. 2008) ، ارتبطت العصابية ارتباطاً سلبياً بالصحة والرفاهية بينما يرتبط الإنبساط وبقظة الضمير والطيبة والانفتاح بشكل إيجابي. ولقد ثبت بشكل متكرر أن العصابية هي سمة الشخصية الأساسية المرتبطة بمجموعة من الأمراض النفسية، وأبرزها أشكال القلق المختلفة والإكتئاب، جنباً إلى جنب مع إنخفاض مستويات الإنبساط. (Mirnics et al.,2013, p 380)

كما توصلت دراسة (Vallejo-Sánchez & Pérez-García, 2017) أن الأشخاص المصابين بإضطراب التأقلم أبلغوا عن عصابية أكبر وإنبساطية أقل مقارنة بمجموعة الأشخاص غير مشخصين بإضطراب التأقلم، لكن لم تكن هناك فروق بين المجموعتين في عوامل الطيبة وبقظة الضمير والانفتاح على الخبرة. (Vallejo-Sánchez & Pérez-García, 2017)

فشخصية الفرد وخصائصها حسب جريدانو (Gridano) تعتبر عاملاً وسيطاً تخفف أو تزيد من وطأة الموقف الضاغط على الفرد، وفي ضوء إختلاف شخصيات الأفراد فإنهم يختلفون في ردود فعلهم للمواقف الضاغطة، فشخصية الفرد لها دور في تحديد نوعية الإستجابة لمصادر الضغوط. (آيت حمودة ، 2006، ص03). إذ أن خصائص الشخصية حسب (Mischel, 2004) ترتبط بأنماط مميزة من الأفكار والمشاعر والأفعال التي تحدث إستجابةً لمتطلبات ظرفية معينة. (Lincoln, 2008, p224)، أو بالأحرى هذه السمات الخمسة العامة أو الأبعاد المزاجية الأساسية تؤثر على الطرق التي يتكيف بها الناس مع العالم. وبشكل أكثر تحديداً، يفترض أنها تشكل أفكار الناس ومشاعرهم وأفعالهم، وكيف يتعاملون مع التحديات التي يواجهونها. فالأفراد المصابين بأمراض مزمنة (مثل الربو والسرطان وأمراض القلب الخلقية)، وجد أن سمات الشخصية الخمسة الكبرى مرتبطة بعدة مؤشرات للتكيف مع المرض مثل نوعية الحياة والصحة الجسدية والنفسية المتصورة، وفي الواقع هناك بعض سمات الشخصية التي قد تساعد

المرضى في التعامل مع مختلف الضغوطات، وهناك سمات شخصية أخرى قد تعرض المرضى لخطر ضعف التكيف مع المرض. (Rassart et al.,2014, p05)

وباعتبار أن الشخصية في ظل سماتها تعتبر مصدرا يحدد طبيعة إستجابة الفرد للضغوط. فقد ركزت التحقيقات (Hooker, Fra- zier, & Monahan, 1994; McCrae & Costa, 1986) في الروابط بين الخمسة الكبار والعمليات المرتبطة بالإجهاد. (Penley&Tomaka,2002, p1216)، وبالتحديد الكيفية التي ترتبط بها العوامل الخمسة للشخصية بإستراتيجيات التعامل.

فإستراتيجيات التعامل بشكل عام تشير حسب (Endler & Parker, 1990; Lazarus & Folkman, 1984) إلى الجهود المعرفية والسلوكية لتعديل المتطلبات الداخلية والخارجية التي تم تقييمها على أنها تتجاوز الموارد الشخصية.(Smith et al., 2016, p 318). وقد حدد (Lazarus & Folkman,1984) تصنيفين رئيسيين لإستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي هما: إستراتيجيات التي تركز على المشكلة وإستراتيجيات تركز على الإنفعال، وتتمثل الأولى وظيفتها في أن الفرد يقوم بجمع معلومات حول ما يجب القيام به وإتخاذ إجراءات لتغيير واقع العلاقة المضطربة بين الشخص والبيئة، أما الثانية فوظيفتها تتمثل في تنظيم المشاعر المرتبطة بحالة التوتر. ويمكن أن يشمل ذلك تجنب التفكير في التهديد أو إعادة تقييمه، دون تغيير واقع الموقف المجهد. (Rabenu & Yaniv, 2017, p 08)، وتم توسيع تسمية إستراتيجيات التعامل التي تركز على المشكلة وعلى الإنفعال لاحقا إلى أسلوب التعامل الإيجابي (PC) وأسلوب التعامل السلبي (NC)، على التوالي. ويتضمن أسلوب التعامل الإيجابي إستخدام إستراتيجيات إيجابية للتعامل مع المشكلات، مثل التفكير في طرق مختلفة لحل المشكلات والبحث عن الدعم الإجتماعي، بينما يتضمن أسلوب التعامل السلبي إستخدام إستراتيجيات سلبية، مثل الإنكار والإكتئاب، للهروب من حل المشكلات.( Xu et al.,2017, p 03)

وفي هذا الصدد تشير الأبحاث حسب (Endler & Parker, 1994; Parker & Endler, 1992) إلى أن بعض إستراتيجيات التعامل تخفف من التوتر وتعزز النتائج النفسية الإيجابية، في حين أن البعض الآخر يفاقم التوتر ويعزز النتائج النفسية السلبية. (Smith et al., 2016, p 318)

كما خلصت مجموعة من الدراسات (Revenson & Aldwin,1987; Moos & Billings,1984; Lazarus & Folkman,1985 ; Rohde et al.,1990) إلى أنه ليست كل إستجابات الضغط تحدث نتائج مرغوبة فيها، فهناك إستجابات مواجهة غير وظيفية منها توبيخ الذات، والتفكير الخيالي والتهرب - التجنب والإنكار، مثل هذه الإستراتيجيات من النوع التجنبي تعمل ضد الفرد

## الفصل الأول : إشكالية الدراسة ومنطلقاتها

وصحته وتوافقه وليس لصالحه، وهناك عددا من الأدلة التي توضح أن إستعمال مواجهة نشطة فعالة للتعامل مع الحياة وضغوطها تعزز عموما الحالة الصحية للفرد وسعادته. (آيت حمودة وآخرون، 2018، ص119)

وحسب (Taylor & Stanton 2007) تؤثر عمليات المواجهة على الصحة النفسية والبدنية بطريقة تؤدي فيها إستراتيجية المواجهة النشطة والفعالة إلى نتائج إيجابية، وتؤدي إستراتيجية التجنب إلى زيادة الضيق والمرض والوفيات. (Mirnics et al.,2013, p 379)

فإدراك المريض وتفسيره الذاتي للضغوط المصاحبة لداء السكري، وكيفية تعامله معها يعتمد على مخزونه الشخصي و مهارات التعامل مع (مواجهة) الضغوط التي يمتلكها، وتوجد إختلافات بين مرضى داء السكري في طريقة التعامل مع المرض وهذا ما أكدته العديد من الدراسات وقد أشار (Lazarus,1981) إلى أن هناك إختلاف في ردود الأفعال لدى الأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة، حيث أن البعض منهم بعيد إلى حد ما عن الإنزعاج من المرض على عكس البعض الآخر، وهو الشيء الذي يعكس وجود تباين في مدى التوافق السيكولوجي مع المرض بين المصابين به، هذا الإختلاف في التوافق السيكولوجي مع المرض، مرتبط بشكل كبير حسب (Lazarus) بخصوصية الإستجابة للضغط الذي يكون المرض مصدرا له. فهناك من يعيش وضعية المرض على أنها وضعية حياتية عادية، وهناك من لا يتقبلها بتلك الصفة. (بن سكيريفة و بن زاهي، 2015، ص 235) وهذا ما يفسر تعرض بعض المراهقين المصابين بمرض السكري لإضطراب التأقلم دون غيرهم من المراهقين المصابين بهذا المرض المزمن.

ويرجع الإختلاف في خصوصية الإستجابة لضغط مرض السكري بين المراهقين، إلى تفاعل سمات شخصيتهم مع ضغط هذا المرض وكيفية التجاوب معه. وهذا لأن مواجهة الأحداث الضاغطة تختلف من فرد لآخر نتيجة لإختلافهم في العوامل أو سمات الشخصية بإعتبار أن الشخصية عبارة عن جملة التنظيم المتكامل من العوامل والصفات التي تميز الفرد وتحدد أسلوب تعامله مع البيئة فهي بذلك جملة الخصائص التي تشمل الحاجات والمخاوف والإهتمامات وأساليب الإستجابة للضغوط وصورة الشخص نفسه والتي تميزه عن غيره.(فراحي و آخرون ، 2018 ، ص30)

حيث يرى كل من (Bolger & Zuckerman ,1995) في هذا الشأن أن الشخصية قد تؤثر على عملية الإجهاد بثلاث طرق: الأولى؛ في التعرض للضغوط، الثانية؛ في التفاعل مع الضغوط، و الثالثة؛ في كليهما. أيضا، قد تؤثر الشخصية على التفاعل مع الضغوطات التي تؤثر على إختيار أسلوب

التعامل، أو درجة فعالية إستراتيجية التعامل المختارة ، أو كليهما. (Leandro & Castillo, 2010, p 1563)

وقد تم النظر في العلاقة بين سمات الشخصية وإستراتيجيات التعامل في العديد من الدراسات، وقد أظهرت بعض الدراسات أن سمات الشخصية التكيفية ترتبط إرتباطاً إيجابياً بشكل كبير بإستراتيجيات التعامل النشطة، بينما سمات الشخصية غير القادرة على التكيف (العصابية) ترتبط إرتباطاً إيجابياً بالتعامل مع التجنب، كما ترتبط بزيادة التعرض لأحداث الحياة المجهدة ومن المرجح أن تجعل الأفراد عرضة لتجربة المشاعر السلبية والإحباط، بينما كانت سمات الشخصية التكيفية (مثل الإنبساط العالي وبقطة الضمير) أقل تأثراً بالضغوط اليومية. (Afshar et al., 2015, pp 353-354)، في حين يرتبط الإنفتاح على الخبرة بإستراتيجيات التعامل النشطة، مثل طلب الدعم الإجتماعي. (Pereira-Morales et al., 2018, p 02)

كما تشير نتائج بحث (Costa et al, 1996) والتي تؤكد على أن كيفية تعامل الفرد مع المشكلات المختلفة قد تتأثر بسمات الشخصية، وقد تم إثبات ذلك حسب كل من (Kardum and Krapić, 2001; Connor-Smith and Flachsbart, 2007) أن سمات شخصية "الخمس الكبار" العصابية (مقابل الإستقرار العاطفي)، والإنبساط (مقابل الانطواء)، والإنفتاح على الخبرة (مقابل الإنغلاق على الخبرة)، وبقطة الضمير (مقابل إنعدام الإتجاه)، والطيبة (مقابل العدائية)، يرتبط باختيار إستراتيجية التعامل. فعلى سبيل المثال حسب ماورد عند كل من (Costa and McCrae, 1987; Penley and Tomaka,2002) يميل الأفراد العصائبيون إلى تجربة التفاعل العاطفي والفسولوجي الأكثر حدة تجاه الإجهاد وتقييم الضغوط على أنها شديدة الخطورة. (Leszko et al., 2020, p 02)

كما وجدت بعض التحقيقات أن سمات شخصية معينة مرتبطة بإستراتيجيات تعامل معينة، فالأشخاص العصائبيون (المنتميزون بفاعلية عالية للتوتر) يظهرون بشكل عام إستراتيجيات تعامل عاطفية أو تحنبية، من ناحية أخرى، فقد ثبت أن الأفراد الذين لديهم تفاعل منخفض الضغط، مثل الأشخاص الذين حصلوا على درجات عالية في سمات بقطة الضمير والإنفتاح يفضلون إستراتيجيات التعامل الموجهة نحو المهام. (Pereira-Morales et al.,2018, p 22)

فشخصية الفرد لها دور في نوعية الإستجابة لمصادر الضغوط، وتظهر إستجابات التعامل (المواجهة) من خلال التفاعل بين العوامل الحالية للظرف وبين المزاج الشخصي. ويرى كل من (Cooper,1991) و(Friedman, 1990) أن تأثير الشخصية على أسلوب التعامل (المواجهة) هو حقيقة لا جدال فيها، فلا يمكن للفرد أن يواجه بشكل منفصل عن سمات شخصيته التي تشكل دافعه للمواجهة، فأسلوب التعامل (المواجهة) الذي يختاره الفرد يحدد في جزء منه بالشخصية، ويرى الأطباء والمعالجون النفسيون



الشخصية وإستراتيجيات التعامل (المواجهة) يمضيان جنباً إلى جنب، فقد بين كل من (Costa & McCare, 1990 ; Parks, 1986) أن متغيرات الشخصية أساسية في تحديد كيفية إدراك الناس للضغوط وفي تحديد إستراتيجيات التعامل (المواجهة) التي يتبنوها وفي صحتهم النفسية أيضاً، وحاولت دراستهما فحص تأثير الشخصية على أسلوب التعامل (المواجهة) وتأثير هذا الأخير على الصحة النفسية وتوصلا إلى أن المدى الذي تستخدم فيه أساليب التوافق، لا تعتمد فقط على الأحداث التي تمثل بؤرة المواجهة وإنما أيضاً على معيار الشخصية وقدرات الفرد نفسه. (آيت حمودة، 2006، ص 03). فالشخصية هي عامل مهم لإدراك الأحداث المسببة للضغط وتعتبر أساسية لإملاك الموارد اللازمة للتعامل مع موقف غير متوقع. (Pereira-Morales et al. , 2018, p 02)

فحسب (Lazarus) فإن سمات الشخصية تؤثر على عمليات تحمل الفرد (Coping Processes) في مواجهة مصادر الضغوط إما بطريقة مباشرة عن طريق ما يمتلكه الفرد من قدرات، أو بطريقة غير مباشرة عن طريق تقييم الفرد للموقف المهدد. (جودة ، 2004 ، ص 673) فبالنظر إلى أن سمات الشخصية حسب (Diehl et al., 2012) يمكن أن تفسر بعض التباين في إستراتيجيات التعامل لدى الأفراد وأن إختيار إستراتيجية التعامل المناسبة قد يزيد من مرونة الفرد، في حين أن التعامل غير القادر على التكيف قد يزيد من الضعف ويؤدي إلى نتائج سلبية على الصحة النفسية. (Leszko et al., 2020, p 02)، حيث يشير الارتباط بين الشخصية وإستراتيجيات التعامل إلى أن الأفراد الذين يعانون من شخصيات غير قادرة على التكيف معرضون بشكل أكبر لخطر المعاناة من الضغوط النفسية، لأنهم ربما يستخدمون أسلوباً غير قادر على التكيف مثل إستراتيجيات التجنب. (Afshar et al., 2015, p 354)

كما تفترض نظرية الشخصية - التعامل - النتيجة أنه عندما يواجه المرء مواقف مرهقة، فإن الشخصية تؤثر على أسلوب التعامل بشكل مختلف، وهذا بدوره يؤثر بشكل أكبر على نتائج التأقلم لدى الفرد. (Xu et al., 2017, p 03)

وقد إقترح (Bolger & Zuckerman, 1995) في هذا الصدد طرقاً متعددة يمكن من خلالها أن تؤثر الشخصية والتعامل معا في التأقلم، وأحد الإحتمالات هو الوساطة: تؤثر الشخصية على إختيار إستراتيجية التعامل، والتي بدورها تؤثر على النتائج، الإحتمال الآخر هو الأسلوب: تؤثر الشخصية على كيفية عمل إستراتيجية معينة بشكل جيد لدى الفرد. (Mirnics et al., 2013, p 380)

أما في الدراسة الحالية، وإنطلاقاً من مرض السكري وتأثيره النفسي الكبير على الفرد عموماً والمراهق خصوصاً، وصولاً إلى إمكانية الإصابة بإضطراب التأقلم الذي أكد تراثه النظري عدم وضوح ملامحه

## الفصل الأول : إشكالية الدراسة ومنطلقاتها

كإضطراب وعدم وجود أدوات دقيقة تمكن من تشخيصه، فإن هذه الدراسة تسعى نحو تحديد أدوات حساسة إكلينيكية تمكن من تشخيص هذا الإضطراب وتميز الإصابة من عدم الإصابة به لدى أفراد الدراسة.

وفي إطار تشخيص إضطراب التأقلم والأدلة التي تم الإستشهاد بها في هذا الطرح حول العلاقات بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم، فقد تبين أن إستراتيجيات التعامل يمكن أن تكون متغيرا وسيطا في العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم، وهذا طبعاً إذا تم تبني إقتراح (Bolger & Zuckerman) وبالتحديد الإحتمال الأول المتمثل في الوساطة؛ أي تتوسط إستراتيجيات التعامل العلاقة بين الشخصية والصحة النفسية، أضف إلى ذلك بين الطرح أعلاه أن شخصية الفرد بسماتها لها دور كبير في التأثير عليه عند التعرض للضغوط؛ من خلال تحديد الأسلوب المناسب لإدارة تلك الضغوط، والتي ينتج عنها تبني إستراتيجيات تعامل معينة، تكون لهذه الأخيرة دور كبير في مواجهة الفرد للضغوط، ولكن إستراتيجيات التعامل التي يعتمدها الفرد ليس من شأنها دائماً التخفيف من ضغوط الحدث المرهق الذي يعيشه الفرد والتعزيز لصحته النفسية، لأنها قد تكون تكيفية أو غير تكيفية، بالتالي يمكن أن يكون لها دور في وقوع الفرد في مشكلات نفسية تصل لحد الإضطراب النفسي، وهذا يتوقف طبعاً حسب سمات الشخصية الأكثر سيطرة في تنظيمها.

وبالرغم من سعي العديد من الدراسات إلى تحديد طبيعة العلاقات بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم، وإيضاح دور إستراتيجيات التعامل كمتغير وسيط في العلاقة، إلا أن معظم هذه الدراسات لم تجمع بين متغيرات الدراسة (في حدود إطلاع الباحثة)، ومن هذا المطلق وبنظرة بحثية لما سبق طرحه، جاءت هذه الدراسة لتكشف لنا طبيعة التأثير بين متغيرات الدراسة، وهذا من خلال تصور نموذج سببي مقترح مفاده أن إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري تتوسط العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم لدى المراهقين، مع إبراز دور هذه العوامل الخمسة الكبرى للشخصية في التأثير المباشر وغير المباشر في هذه العلاقة، وفي ضوء هذا الطرح يمكن صياغة إشكالية الدراسة في التساؤلات التالية :

1 - هل تؤثر العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بشكل مباشر في ظهور إضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري؟ .

2 - هل تؤثر العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بشكل مباشر في إختيار إستراتيجيات التعامل مع المرض (التكيفية - غير التكيفية) لدى المراهق المصاب بالسكري؟ .

3 - هل تؤثر إستراتيجيات التعامل مع المرض (التكيفية - غير التكيفية) بشكل مباشر في ظهور اضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري؟ .

4 - هل تتوسط إستراتيجيات التعامل مع المرض (التكيفية - غير التكيفية) العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري؟ .

## 2/ فرضيات الدراسة:

1 - تؤثر العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بشكل مباشر في ظهور اضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري.

2 - تؤثر العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بشكل مباشر في إختيار إستراتيجيات التعامل مع المرض (التكيفية - غير التكيفية) لدى المراهق المصاب بالسكري.

3 - تؤثر إستراتيجيات التعامل مع المرض (التكيفية - غير التكيفية) بشكل مباشر في ظهور اضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري.

4 - تتوسط إستراتيجيات التعامل مع المرض (التكيفية - غير التكيفية) العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري.

## 3/ النموذج النظري للدراسة :

يتضمن النموذج النظري للدراسة الحالية ثلاث متغيرات ممثلة في مايلي :

المتغير المستقل: العوامل الخمسة الكبرى للشخصية .

المتغير التابع: اضطراب التأقلم .

المتغير الوسيط: إستراتيجيات التعامل مع المرض.

إعتمادا على أدبيات الدراسة من تراث نظري وبحوث ودراسات سابقة، والتي أكدت على أن هناك علاقة تأثيرية بين متغيرات الدراسة (العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، اضطراب التأقلم، التعامل مع المرض) ولكن ليس بصورة تجمع هذه المتغيرات الثلاث في نموذج واحد، وبناءا على فرضيات الدراسة تم إقتراح هذا النموذج النظري الذي يمثل العلاقات التفاعلية الموضحة في الشكل أدناه، والمتمثلة في :

- تأثير العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بشكل مباشر في ظهور اضطراب التأقلم والذي يرمز له ب:

ف1

- تأثير العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بشكل مباشر في إختيار إستراتيجيات التعامل مع المرض

والذي يرمز له ب: ف2

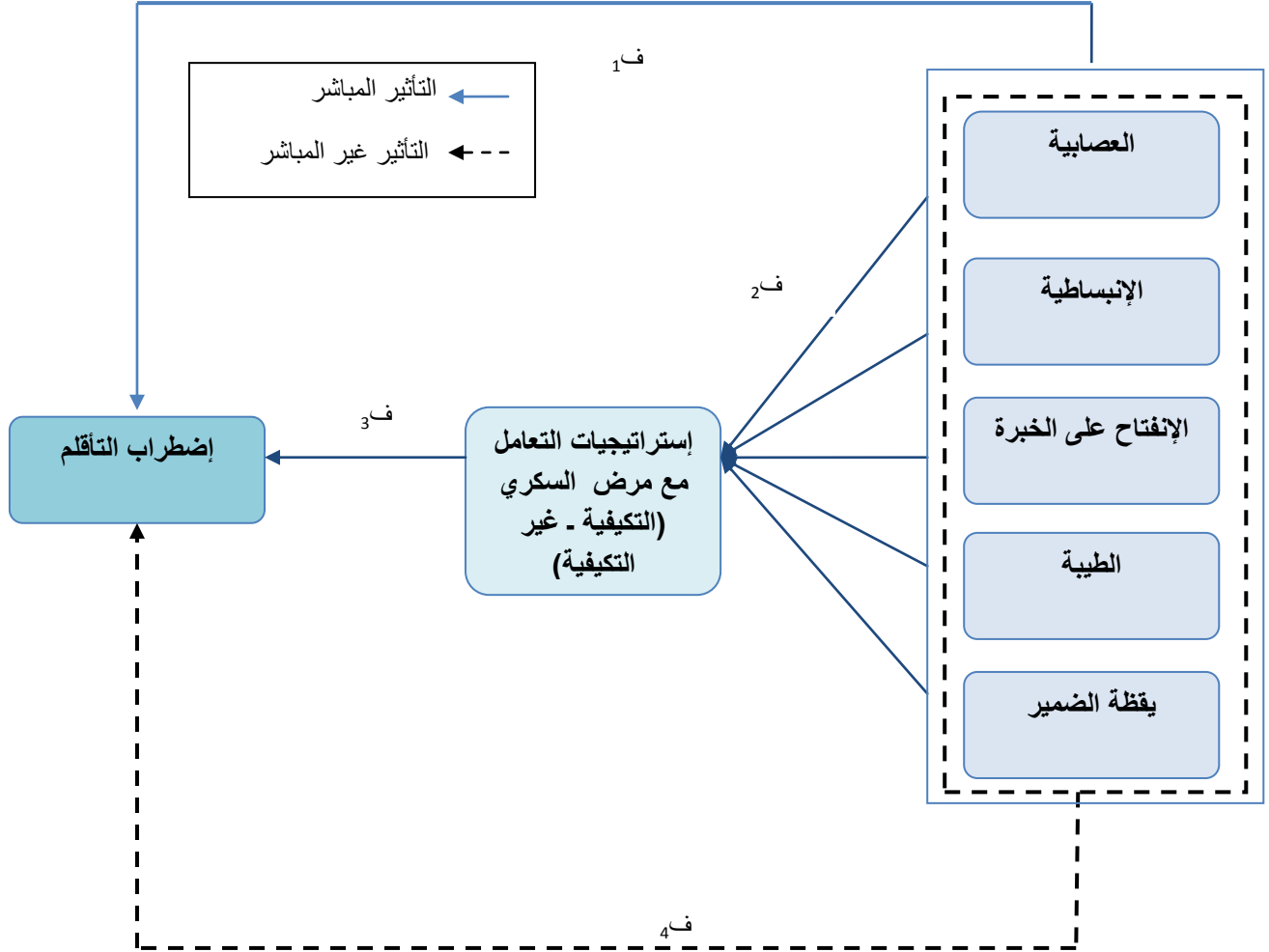
## الفصل الأول : إشكالية الدراسة ومنطلقاتها

- تأثير إستراتيجيات التعامل مع المرض بشكل مباشر في ظهور اضطراب التأقلم والذي يرمز له بـ:

ف3

- تأثير إستراتيجيات التعامل مع المرض كمتغير وسيط في العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى

للشخصية وظهور اضطراب التأقلم (التأثير غير المباشر) والذي يرمز له بـ: ف4



الشكل رقم (01) : يوضح نموذج النظري للدراسة (إعداد الباحثة)

### 4/ أهداف الدراسة :

تتمحور هذه الدراسة في هدفين أساسيين :

1- تشخيص اضطراب التأقلم لدى المراهقين المصابين بالسكري بأسلوب التشخيص التصنيفي الوصفي والتأكد عن طريق هذا الأسلوب من صلاحية أداة التشخيص إكلينيكيًا.

2 - تصميم نموذج نظري متكامل يحاكي متغيرات الدراسة (العوامل الخمسة الكبرى للشخصية -

إضطراب التأقلم - إستراتيجيات التعامل لدى المراهق المصاب بالسكري ) ويصف مسار العلاقات السببية

فيما بينها، وهذا من خلال:

## الفصل الأول : إشكالية الدراسة ومنطلقاتها

- تحديد العوامل الخمسة الكبرى للشخصية التي لها تأثير مباشر في ظهور اضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري.

- تحديد العوامل الخمسة الكبرى للشخصية التي لها تأثير مباشر في إختيار إستراتيجيات التعامل مع المرض لدى المراهق المصاب بالسكري، والتأثير المباشر لإستراتيجيات التعامل مع المرض في ظهور اضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري.

- تحديد العوامل الخمسة الكبرى للشخصية التي لها تأثير غير مباشر في ظهور اضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري من خلال إستراتيجيات التعامل مع المرض كمتغير وسيط (التكيفية - غير التكيفية).

وفي ضوء هذه الأهداف، سيتم إختبار هذا النموذج وتحديد التأثير السببي بين متغيرات الدراسة عن طريق أسلوب النمذجة البنائية وبالتحديد منهجية النمذجة البنائية بالمربعات الصغرى الجزئية (PLS - SEM).

### 5/ أهمية الدراسة :

إن إنتشار مرض السكري ونفسيه في أوساط فئة المراهقين، اقتضى من العاملين في مجال الصحة من أطباء وأخصائيين نفسانيين الإهتمام بكل ما يخص هذه الفئة، وهذا من خلال الإتجاه بالدراسة العلمية لكل جوانب وحيثيات هذا المرض، ودراسة العوامل التي ساهمت في ظهوره لدى المراهق، والعوامل التي قد تؤدي إلى تدهوره أو تحسنه، وكذلك الأثار التي يخلفها مرض السكري على المراهق والتي تعقد من توافقه مع نفسه وبيئته، وذلك من أجل مساعدة هذه الفئة في التحكم والسيطرة على هذا المرض المزمن والتأقلم معه، وبالتالي تكمن أهمية هذه الدراسة وموضوعها فيمايلي :

- جاءت هذه الدراسة من أجل معرفة عوامل الشخصية التي يتصف بها المراهقون المصابون بالسكري وعلاقتها بإضطراب التأقلم لديهم، وهذا وفق نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية الذي يعد من أهم النماذج وأكثرها إتساقا في تفسير الشخصية .

- جاءت هذه الدراسة من أجل إلقاء الضوء على وضعية المراهق المصاب بمرض السكري، الذي يجد نفسه بين متطلبات مرحلة المراهقة ومشكلته الصحية (مرض السكري) التي يعاني منها والتي تستلزم منه متابعة علاجية مستمرة.

- جاءت هذه الدراسة لتحديد لنا أهمية الدور الوسيطي الذي يلعبه متغير إستراتيجيات التعامل في العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري.

## الفصل الأول : إشكالية الدراسة ومنطلقاتها

- جاءت هذه الدراسة لتبين لنا مدى أهمية استخدام تقنية النمذجة بالمعادلة البنائية (منهجية النمذجة بالمربعات الصغرى الجزئية)، في هذا النوع من الدراسات، وهذا من خلال وضع نموذج بنائي مقترح يحدد لنا مسار العلاقات بين متغيرات الدراسة وتحديد التأثيرات المباشرة وغير المباشرة فيما بينها .

- جاءت هذه الدراسة من أجل إثراء الميدان العلمي والنظري في دراسة اضطراب التأقلم كإضطراب قائم بحد ذاته وكيفية تشخيصه وعلاقته بسمات الشخصية لدى المراهق المصاب بالسكري، وذلك لقلّة الدراسات التي تناولت أولاً؛ اضطراب التأقلم نظرياً وميدانياً، ثانياً؛ الدراسات التي تناولت العلاقة بينه وبين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، وثالثاً الدور الذي تقوم به إستراتيجيات التعامل في العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري كمتغير وسيط.

- تفيد هذه الدراسة الباحثين في استخدام أسلوب نمذجة المعادلات البنائية بالمربعات الصغرى الجزئية (PLS SEM) في البحوث والدراسات.

- تأكيد مدى أهمية التنظير بالنماذج في الدراسات النفسية عن طريق أسلوب النمذجة بالمعادلات البنائية.

- يقدم هذا البحث للأخصائيين النفسيين و الباحثين في مجال علم النفس ويسهم في مساعدتهم على إيجاد تصور نظري لسمات الشخصية التي يحملها نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى المراهقين المصابين بداء السكري وكذلك التنبؤ من خلاله بإمكانية إصابتهم بالإضطرابات النفسية أو التعرف على العوامل الممهدة (كإستراتيجيات التعامل الإحجامية المنتهجة) لإصابة المراهق المريض بالسكري بإضطراب التأقلم أو أي اضطراب نفسي آخر، ومن ثم الإرتقاء بالجانب التشخيصي والعلاجي لتصميم برامج علاجية ملائمة، كما يقدم أيضاً هذا البحث لكل العاملين بمجال الصحة وحتى الأباء، الأمهات والمراهقين المصابين بداء السكري أيضاً، وهذا للتعرف على التداعيات النفسية لهذا المرض المزمن وتأثيره النفسي الكبير على المراهق، خصوصاً وأنه في مرحلة نمائية مهمة.

### 6/ التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة:

#### 6-1/ إضطراب التأقلم :

إضطراب التأقلم هو رد فعل غير متكيف مع حدث مجهود أو غير متوقع لدى الفرد، تنتج عنه أعراض عاطفية وسلوكية تسبب ضعفاً في الأداء اليومي والإجتماعي، في مدة لا تتجاوز ثلاثة إلى ستة أشهر بداية من تعرض الفرد للحدث الضاغط.

## الفصل الأول : إشكالية الدراسة ومنطلقاتها

وهو الدرجة التشخيصية (أكبر من 48 درجة) التي يحصل عليها المراهق المصاب بالسكري على إختبار إضطراب التأقلم - الوحدة الجديدة 20 (ADNM-20) التشخيصي لـ (Maercker et al.) المترجم من قبل الباحثة.

### 6-2/ العوامل الخمسة الكبرى للشخصية :

#### 6-2-1/ الشخصية :

من الصعوبة جدا الوقوف على تعريف واحد يمثل مفهوم الشخصية، ولكن من أقرب التعاريف التي تمثلها نجد تعريف ألپورت "Allport": الشخصية هي ذلك التنظيم الديناميكي عند الفرد للأنظمة السيكوجسمانية، التي تحدد سلوكه المميز وأفكاره. (Beckmann & Wood, 2017, p 01)

#### 6-2-2/ سمات الشخصية :

عادة ما يتم تعريف سمات الشخصية على أنها أوصاف الأشخاص من حيث أنماط السلوك والأفكار والمشاعر المستقرة نسبيا. (Leduc et al.,2014, p 03)

### 6-2-3/ العوامل الخمسة الكبرى للشخصية :

العوامل الخمسة الكبرى للشخصية هي تنظيم هرمي لمجموعة من السمات المرتبة في خمسة أبعاد كبرى تتمثل في: العصابية، الإنبساطية، الإنفتاح على الخبرة، الطيبة، ويقظة الضمير.

#### 6-2-3-1/ عامل العصابية:

بعد الإنفعالات السلبية، أو التوجه نحو العواطف غير السارة كالقلق والغضب والتوتر والإكتئاب في مقابل التوافق والإستقرار العاطفي.

وهي الدرجة التي يحصل عليها المراهق بعد إصابته بمرض السكري في عامل العصابية على قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبرج المصغرة (The Mini-IPIP Scales) المترجمة من قبل الباحثة.

بالنسبة للمراهق المصاب بالسكري فقد حدد عمره ما بين 11 إلى 21 سنة، وهذا التحديد العمري لمرحلة المراهقة تم إعتماده من الجمعية الأمريكية لطب الأطفال (2014) التي ترى المراهقة فترة تمتد ما بين 11-21 سنة. (Curtis, 2015, p12)

بالنسبة لمصطلح إضطراب التأقلم قد يتساءل البعض لماذا لم يسمى الإضطراب بإضطراب التكيف، أو لا التسمية لم أقم بترجمتها بل أخذتها من ترجمة الدكتور أنو الحمادي للدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي للإضطرابات النفسية الطبعة الخامسة، ثانيا يوجد فرق بين التكيف والتأقلم، فبعد الإطلاع المكثف لهذين المصطلحين وجدت أن التكيف مصطلح إيكولوجي يمكن أن نطلقه على جميع الكائنات الحية إنسان، حيوان، نبات، أما التأقلم فهو يخص الإنسان وهو مصطلح نفسو إجتماعي، كما أن التكيف يشير إلى أن الكائنات الحية تحتاج وقتا طويلا للتوافق مع البيئة الجديدة أو المتغيرة، أما التأقلم فتوافق الإنسان مع التغيير أو التعديل أو التجديد لا يتطلب منه وقتا طويلا.

6-2-3-2/ عامل الإنبساطية:

بعد المشاعر الإيجابية والرغبة في التواصل ومشاركة الآخرين والبحث عن التحفيز في مقابل الإنطوائية والإستقلالية التامة.

وهي الدرجة التي يحصل عليها المراهق بعد إصابته بمرض السكري في عامل الإنبساطية على قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبيرج المصغرة (The Mini-IPIP Scales) المترجمة من قبل الباحثة.

6-2-3-2/3 عامل الإنفتاح على الخبرة:

بعد الإهتمام بالتجديد والإبتكار وحب المغامرة والجرأة والفضول الفكري في مقابل سلوك حب المألوف والمحافظة على الروتين.

وهي الدرجة التي يحصل عليها المراهق بعد إصابته بمرض السكري في عامل الإنفتاح على الخبرة على قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبيرج المصغرة (The Mini-IPIP Scales) المترجمة من قبل الباحثة.

6-2-3-2/4 عامل الطيبة:

بعد التعاطف مع الآخرين والتسامح والثقة وحب التعاون والمساعدة في مقابل الشك في نوايا الآخرين والأناية.

وهي الدرجة التي يحصل عليها المراهق بعد إصابته بمرض السكري في عامل الطيبة على قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبيرج المصغرة (The Mini-IPIP Scales) المترجمة من قبل الباحثة.

6-2-3-2/5 عامل يقظة الضمير :

بعد العزيمة والإرادة والتنظيم والترتيب الجيد والتخطيط والحزم وضبط النفس والحكمة وقوة الإرادة ووضع الأهداف والعمل على تحقيقها في مقابل التعصب في تحقيق الأهداف أو اللاهدفية والإهمال.

وهي الدرجة التي يحصل عليها المراهق بعد إصابته بمرض السكري في عامل يقظة الضمير على قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبيرج المصغرة (The Mini-IPIP Scales) المترجمة من قبل الباحثة.



3-6/ إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري :

مجموعة من الأساليب المعرفية والسلوكية التي يستخدمها المراهق عقب إصابته بمرض السكري للتحكم في ضغوط مرضه وتداعياته الصحية ومستلزماته العلاجية لأجل تخفيف التوتر الناجم عنه وتتمثل هذه الإستراتيجيات فيمايلي:

1-3-6/ الإستراتيجيات التكيفية :

1-1-3-6/ الروح المعنوية (الصياغة الإيجابية للموقف): قيام المراهق بدور فعال في إدارة مرض

السكري بموقف متفائل.

وهي الدرجة التي يحصل عليها المراهق المصاب بالسكري في إستراتيجية الروح المعنوية على مقياس

التعامل مع مرض السكري (DCM) لـ (G.Welch) المترجم من قبل الباحثة.

2-1-3-6/ دمج مرض السكري (التقبل النشط لمرض السكري): تقبل المراهق إصابته بمرض

السكري والتأقلم معه من خلال الإندماج والتعايش مع المرض وإعتباره جزءا من الذات دون أن يخل ذلك بالتوازن النفسي للمراهق.

وهي الدرجة التي يحصل عليها المراهق المصاب بالسكري في إستراتيجية دمج مرض السكري على

مقياس التعامل مع مرض السكري (DCM) لـ (G.Welch) المترجم من قبل الباحثة.

2-3-6/ الإستراتيجيات غير التكيفية:

1-2-3-6/ التجنب: إلهاء المراهق نفسه وتوجيه إنتباهه بعيدا عن المسؤوليات الهامة لإدارة مرض

السكري.

وهي الدرجة التي يحصل عليها المراهق المصاب بالسكري في إستراتيجية التجنب على مقياس التعامل

مع مرض السكري (DCM) لـ (G.Welch) المترجم من قبل الباحثة.

سبب إختياري لمصطلح التعامل بدل المواجهة، لأنه بعد البحث الدلالي للمصطلحين، وجدت أنه لا يمكن أن أعتبر إستراتيجية التجنب أو الإستسلام أو التقبل إستراتيجيات مواجهة، لأن مصطلح المواجهة لا يتوافق مع هذه الإستراتيجيات، بالتالي من الأحسن أن نقول إستراتيجيات التعامل بدلا من إستراتيجيات المواجهة، وقد تعتبر هذه الأخيرة إستراتيجية ضمن إستراتيجيات التعامل، فالمواجهة لغويا هي المقاومة و التصدي، ولهذا قد لا يتصدى الفرد لكل الضغوط التي يواجهها قد يتصدى للبعض وقد يتقبل البعض ويتجنب البعض... وهكذا، لذا أرى أن تسمية إستراتيجيات المواجهة تسمية غير صحيحة (طبعاً حسب رأي الباحثة) ومن الأحسن أن يتم إعتقاد مصطلح إستراتيجيات التعامل، لأن المواجهة باللغة الأجنبية (confrontation).

6-3-2-2/الإستسلام: تصور المراهق نفسه على أنه عاجز عن التعامل مع نظام العلاج اليومي

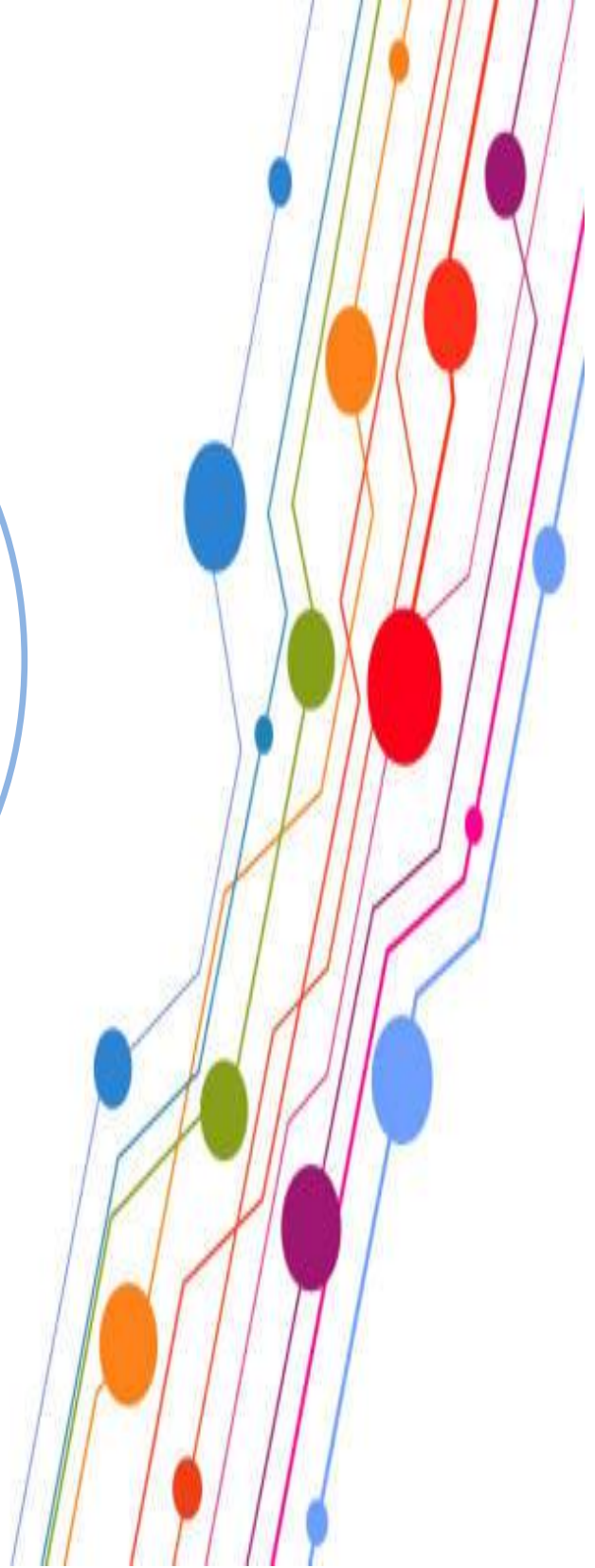
والتحديات العديدة التي يفرضها مرضه (مرض السكري).

وهي الدرجة التي يحصل عليها المراهق المصاب بالسكري في إستراتيجية الإستسلام على مقياس

التعامل مع مرض السكري (DCM) لـ (G.Welch) المترجم من قبل الباحثة.

المتغير الوسيط: تحدث الوساطة عندما يتدخل متغير ثالث، يشار إليه بالمتغير الوسيط، بين بنائين آخرين مرتبطين. بتعبير أدق، يؤدي التغيير في البنية الخارجية إلى تغيير المتغير الوسيط، والذي بدوره يغير البنية الداخلية. ويسمح تحليل قوة علاقات المتغير الوسيط مع التركيبات الأخرى بإثبات الآليات التي تكمن وراء علاقة السبب والنتيجة بين البنية الخارجية والبنية الداخلية. (Hair et al., 2017)

الجانب  
النظري



# الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

- تمهيد .

1/ المراهقة ماهيتها و ديناميتها .

1-1/ تعريف المراهقة .

1-2/ مراحل المراهقة ومظاهرها .

1-3/ أشكال المراهقة .

1-4/ المشكلات النفسية والسلوكية في مرحلة المراهقة .

2/ مرض السكري ماهيته و فيسيولوجيته .

2-1/ تعريف مرض السكري .

2-2/ فيسيولوجية مرض السكري .

2-3/ أنواع مرض السكري و أسبابه .

2-4/ أعراض مرض السكري تشخيصه وعلاجه .

2-5/ المعاش النفسي للمراهق المصاب بالسكري .

- خلاصة الفصل .

### تمهيد:

إن المرور بمرحلة الطفولة والإنسلاخ من مظاهرها والتأسيس والتحضير لحياة الرشد يعد مرحلة نمائية مهمة في حياة الإنسان ويطلق عليها بمرحلة المراهقة؛ فالمراهقة مرحلة النضج والإرتقاء الإنساني لما لها من خصوصيات، التي يمر فيها نمو الفرد بتحولات عميقة ومختلفة تنعكس بدورها على النواحي المختلفة للشخصية؛ فالمراهق في هذه المرحلة يتميز بعدم الإستقرار الإنفعالي والتقلب المزاجي بالإضافة إلى الرغبة في التحرر من كل رمز يمثل السلطة، كما تتعدد طموحاته ويسعى جاهدا لبناء هويته وتحديد دوره الإجتماعي، ولهذا إعتبرها الكثير من العلماء والباحثين على أنها أزمة عمرية، ولهذا أي تغير في هذه المرحلة يجعل المراهق يتأثر بهذا التغير، ولعل أكثر ما يتأثر به المراهق ويؤثر على صحته النفسية هو تدهور صحته الجسدية وإصابته بالأمراض المزمنة، التي تقف حائلا أمام قدرته على تحقيق كامل متطلبات هذه المرحلة النمائية الخاصة، ولعل أكثر الأمراض المزمنة إنتشارا بين أوساط المراهقين هو مرض السكري الذي يعد مرض العصر وهو يعرف بتأثيره على الطريقة التي يستخدم بها الجسم الجلوكوز في الدم، وبإعتبار مرحلة المراهقة هي مرحلة التحولات والتغيرات الحاسمة في حياة الفرد، بالتالي فالمراهق يجد صعوبة في التوفيق بين متطلبات هذه المرحلة النمائية الحساسة والإلتزامات الصحية والمتابعة العلاجية التي يفرضها عليه مرض السكري، بالتالي يجب عليه التعامل مع هذه الضغوط حتي يحقق لذاته التوافق النفسي و يجتاز عبئ مطالب مرض السكري.

وقد جاء هذا الفصل ليوضح لنا بإسهاب ماهية مرحلة المراهقة وديناميكتها، مرورا بمرض السكري وتداعياته والمعاش النفسي للمراهق المصاب بمرض.

### 1/ المراهقة ماهيتها وديناميكتها:

تتميز مرحلة المراهقة بأنها المرحلة الإنتقالية في حياة الإنسان؛ إنتقال من الطفولة سن الإعتماد على الغير إلى الرشد سن الإعتماد على النفس، وهذه الفترة ما بين الطفولة والرشد هي مرحلة مليئة بالصراعات والقلق، وتتحدد من خلالها إتجاهات وميول جديدة تدفع بالمراهقين إلى آفاق مختلفة ومتباينة، وإذا كانت هذه المرحلة من مراحل النمو في حياة الإنسان تتصف بأنها مرحلة التحولات السريعة المتفاجئة، خصوصا على صعيدي التفكير والعلاقات الإجتماعية، فإنها أيضا المرحلة التي تصبح فيها مراكز الإهتمام أكثر بعدا وإرتباطا إجتماعيا، وتنمو فيها الدوافع بإتجاه النقد والنقاش والتحليل وتفهم القيم والأمور التي قد تتعارض مع نموه السريع والمفاجئ، ومع قلة خبرته ومحدوديتها. (معاليقي، 2010، ص11)، وهذا ما يجعل مرحلة المراهقة مركز إهتمام الكثير من الأبحاث والدراسات العلمية والتجريبية، فأهمية هذه

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

المرحلة تفرضها مسؤولية التعرف على ماهيتها وأهميتها حتى يتمكن الباحثون من تحديد خصائصها وعملياتها وضبط مثيراتها وهذا بإعتبارها مرحلة حاسمة في حياة الفرد، فالتعرض لمفهوم المراهقة يفتح أفاق التعرف على الإتجاهات النظرية المفسرة لهذه المرحلة، والمراحل والتقسيمات الزمنية لهذه المرحلة، التي يمر المراهق خلالها بالعديد من التغيرات المركبة والمتسارعة في شتى الجوانب الجسدية والنفسية والإجتماعية والإنفعالية وغيرها والتي تسهم في تشكيل شخصيته وأبعادها، ويأتي هذا الجزء من الفصل الأول يطرح ويعرض ماهية المراهقة من حيث تداعياتها وديناميكيته.

### 1-1/ تعريف المراهقة:

تعددت تعريفات مرحلة المراهقة بتعدد الباحثين والمختصين في مجال علم النفس وعلم الإجتماع وعلماء البيولوجيا والوراثة والأطباء وغيرها من المجالات العلمية، و أصبح من الصعب تحديد مفهوم دقيق وشامل للمراهقة، فهي عملية التغير الأعمق في مسيرة النمو نحو النضج، إذ تمثل نهاية مرحلة الطفولة وتمهيدا لمرحلة الرشد، وهذا النضج والنمو يشمل كل جوانب شخصية المراهق وتأثير هذه الجوانب فيه؛ الجسمية والعقلية والإنفعالية والوجدانية، إضافة إلى التأثير المتبادل بين هذه الجوانب، وهذا ما صعب الحسم في تعريف المراهقة، لكن قبل الشروع في تعريف المراهقة إصطلاحا نتطرق لهذا المفهوم لغويا. حيث يفيد المعنى اللغوي للمراهقة الإقتراب أو الدنو، إذ يقال راهق الغلام، فهو مراهق إذا قارب الإحتلام، أما كلمة Adolescence الفرنسية التي تعني المراهقة فهي مشتقة من الفعل اللاتيني Adollescere الذي يعني التدرج نحو النضج الجسمي والجنسي والعقلي والإنفعالي، وهو نفس الفعل الذي إشتقت منه لفظة Adulte " الراشد ". (أوزي، 2011، ص15)

وبعد تحديد المعنى اللغوي للمراهقة، نعد إلى تحديد معناها الإصطلاحي في ضوء التيارات البحثية المختلفة، وبإعتبار أن هناك العديد من الآراء المختلفة حول تعريف المراهقة، إلا أننا نجد بعض الدارسين والباحثين يعرفون مرحلة المراهقة على أنها المرحلة التي يكتمل فيها نمو الكائن الجسمي، وفي معجم ليطريه ( Littré ) نقلا عن المعاليقي فتعرف المراهقة أنها المرحلة التي ينتقل فيها الكائن من الطفولة إلى الرشد، أي أن المراهقة هي الإنتقال من مرحلة الإتكالية إلى مرحلة الإعتماد على الذات. (معاليقي، 2010، ص19)

كما يستخدم مصطلح المراهقة في علم النفس عامة وعلم النفس النمو خاصة وكما هو شائع عند كل الباحثين والسيكولوجيين بأنها مرحلة الإنتقال من الطفولة (مرحلة الإعداد لمرحلة المراهقة) إلى مرحلة الرشد والنضج، فالمراهقة هي مرحلة التأهب لمرحلة الرشد، وتمتد في العقد من حياة الفرد من الثالثة عشر

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

إلى تسعة عشر تقريبا أو قبل ذلك بعام أو بعامين أو بعد ذلك بعام أو بعامين (أي بين 11-21 سنة) ولذلك تعرف المراهقة أحيانا بإسم The teen years ويعرف المراهقون أحيانا بإسم Teen agers ومن السهل تحديد بداية المراهقة ولكن من الصعب تحديد نهايتها ويرجع ذلك إلى أن بداية المراهقة تتحدد بالبلوغ الجنسي، بينما تتحدد نهايتها بالوصول إلى النضج في مظاهر النمو المختلفة. (زهران، 1987، ص289)، فكما يلاحظ من هذا التعريف هو تحديد الفترة الزمنية لمرحلة المراهقة .

أما **جودناف (Goudenough)** فيرى أن المراهقة هي مرحلة إنتقال من الطفولة إلى سن الرشد. (أوزي، 2011، ص16)

وينضح من التعريفات الثلاث السابقة لا تقدم شرحا دقيقا ومفصلا عن المراهقة بقدر ما تضعها في سياق زمني محدد بالرغم من أنها مرحلة نمو ونضج لها مطالب ومظاهر متميزة، وبالتالي لا بد من الإطلاع على وجهات العلماء والباحثين في مختلف التخصصات العلمية في تعريفهم للمراهقة، فنسجد إختلافات كبيرة في الآراء والأفكار تبين أهمية هذا المفهوم، وسنورد بعضا منها كالتالي:

### 1-1-1/ المراهقة من المنظور البيولوجي :

وتعتمد هذه التعريفات على تفسير المراهقة في ضوء خصائصها العضوية والبيولوجية، بالتركيز على البلوغ والإخصاب الجنسي خصوصا، أي أن هذه التعريفات تركز على الجانب الجسمي وما يعتريه من تغيرات داخلية وخارجية، ومن بين أهم التعريفات التي قدمت في المجال البيولوجي نجد تعريف **فريد وبيتش (Fread & Beach)** للمراهقة في موسوعة العلوم الإجتماعية بأنها تلك الفترة التي تمتد ما بين البلوغ والوصول إلى النضج المؤدي إلى الإخصاب الجنسي، حيث ستصل الأقسام المختلفة للجهاز الجنسي إلى أقصاها في الكفاءة، وفي المراحل المختلفة لدورة الحياة، وفي الحقيقة سوف لا تكتمل مرحلة المراهقة إلا عندما تصبح جميع العمليات الضرورية للإخصاب والحمل والإفراز ناجحة. (الزعيبي، 2010، ص19)

كما عرف **أوسبل (Ausbel,1955)** المراهقة بأنها الوقت الذي يحدث فيه التحول في الوضع البيولوجي للفرد. كما نجد في قاموس المصطلحات النفسية تعريفا للمراهقة صاغها **إنجلش (English)** حيث يعتبر المراهقة مرحلة تبدأ من البلوغ الجنسي حتى سن النضج، فهي مرحلة إنتقالية يتحول خلالها الشاب إلى رجل بالغ أو امرأة بالغة. (الزعيبي، 2010، ص ص18 - 19)

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

من خلال الإطلاع على تعريف كل من **أوسبل وإنجلش وفورد وبيتش** نجد أن التركيز في هذه التعاريف على مصطلح البلوغ وكثيرا ما يستخدمان على أنهما مترادفين ولكن ثمة إختلاف في معنى اللفظين، فالبلوغ هو الشكل أو المظهر البيولوجي لمرحلة المراهقة.

والواقع أن البلوغ يشير إلى الجانب العضوي للمراهقة وخاصة بظهور التغيرات العضوية، والقيام بالوظائف الجنسية، فالبلوغ إذ يشير إلى نضج الغدد التناسلية وإكتساب معالم جنسية جديدة تنتقل بالطفل من فترة الطفولة إلى فترة الإنسان الراشد. (أوزي، 2011، ص ص16-17)

والبلوغ أيضا يعني بلوغ المراهق القدرة على الإنسال أي: إكمال الوظائف الجنسية عنده، وذلك بنمو الغدد الجنسية، وقدرتها على أداء وظيفتها، وعلى ذلك فالبلوغ ما هو إلا جانب واحد من جوانب المراهقة، كما أنه من الناحية الزمنية يسبقها، فهو أول دلائل دخول الطفل مرحلة المراهقة. (روبي، 2013، ص148)

### 1-1-2/ المراهقة من المنظور النفسي :

إذا كان التعريف البيولوجي يركز على الجانب الجسمي للمراهق ونموه الجنسي وما يصاحبه من تغيرات، فإن التعريف النفسي لا يهمل الجانب البيولوجي من المراهقة بل يؤكد على أهميته وما يصاحب هذا التغير البيولوجي من إنفعالات وتوترات، إضافة إلى الغموض الذي تكتسيه هوية المراهق وميوله المتناقضة وصراعات النفسية التي يتعايشها المراهق في تلك الفترة، ومن بين أهم التعريفات التي تصب في المظهر النفسي للمراهقة نجد كالتالي:

ستانلي هول (Stanley Hall,1956) فقد عرف المراهقة بأنها مرحلة من العمر تتميز فيها تصرفات الفرد بالعواصف والإنفعالات الحادة والتوترات العنيفة. (الزعيبي، 2010، ص18)

كما تعرف المراهقة في **المعجم التربوي وعلم النفس**: أنها فترة من العمر تقع بين البلوغ وسن الرشد، تختلف بحسب الأفراد ولكنها تمتد عادة من سن الثانية عشر إلى العشرين، وتتميز بالقلق وبظهور دوافع جنسية وبالتوق إلى الإستقلال. (روبي ، 2013 ، ص148)

### 1-1-3/ المراهقة من المنظور الإجتماعي :

وإن المراهقة تختلف في شكلها و سيرورتها ومضمونها من مجتمع إلى آخر وأن شخصية المراهق تعكس لنا الظروف الإجتماعية التي يعيشها في مجتمعه، لذا فإن التعريف الإجتماعي للمراهقة يركز على دور التفاعل الإجتماعي بشتى أشكاله وصوره في التأثير على شخصية المراهق، ومن بين هذه التعاريف نجد تعريف **هروكس** (Harrocks,1962): بأنها الفترة التي يكسر فيها المراهق شرنقة الطفولة ليخرج



## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

إلى العالم الخارجي، ويبدأ في التفاعل معه والإندماج فيه. (الزعيبي، 2010، ص18). وبالتالي يتضح من هذا التعريف أن الطفل يخرج من مرحلة الإعتدالية إلى مرحلة إلى العالم الخارجي الذي يتأقلم ويتفاعل فيه إجتماعيا مع أفراداه.

أما جلال فيرى أن المراهقة هي فترة زمنية في مجرى حياة الفرد تتميز بالتغيرات الجسمية والفيسيولوجية التي تتم تحت ضغوط إجتماعية معينة تجعل لهذه المرحلة مظاهرها النفسية المتميزة وتساعد الظروف الثقافية في بعض الثقافات على تميز هذه المرحلة . (الزعيبي، 2010، ص19).

### 1-1-4/ المراهقة من المنظور التكاملي :

إن التعريف التكاملي للمراهقة لا يقتصر على جانب واحد من الجوانب سابقة الذكر وإنما يركز على الجوانب الثلاث في تعريف المراهقة، فالعوامل الثلاث سالفة الذكر من بيولوجية ونفسية وإجتماعية تتفاعل فيما بينها لتشكل مرحلة متميزة ومتميزة بنموها الجسمي والنفسي والإجتماعي وتساهم في تشكيل شخصية المراهق وتعيين هويته، ومن بين هذه التعريفات نجد:

فيعرفها أكرم رضا (2000) هي مرحلة الإقتراب من النضج الجسمي والعقلي والنفسي والإجتماعي.

(روبي، 2013، ص147)

كما تعرف أيضا بأنها فترة عبور وانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد والرجولة وبالتالي هي مرحلة الإهتمام بالذات والمرأة والجسد على حد سواء، ومرحلة إكتشاف الذات والغير والعالم، ومن ثم تتخذ المراهقة أبعادا ثلاثة: البعد البيولوجي (البلوغ) والبعد الإجتماعي (الشباب) والبعد النفسي (المراهقة). (حمدوي، د.س، ص6)

إنطلاقا من التعريفات السابقة والمتعددة بتعدد التخصصات العلمية، نجد أن هناك من الباحثين من حددوا المراهقة في كونها مرحلة من مراحل النمو الإنساني أكثر من أنها ظاهرة بيولوجية نفسية وإجتماعية ثقافية، في حين نجد البيولوجيون إختزلوا المراهقة بعلامات النضج الجسمي والجنسي دون التعرض إلى نواحي النمو الأخرى، كما جعلوها مرادفة لمصطلح البلوغ، فحين المراهقة هي ظاهرة بيو نفسية إجتماعية، بينما البلوغ هي ظاهرة بيو - نفسية، وهذا يجعل من المراهقة مصطلح أعم من البلوغ، أما الأخصائيون النفسانيون فقد حصروا المراهقة في زاوية التوتر والتضارب في العواطف ومرحلة الإنفعالات الحادة، وبالتالي هم يرون بأن مرحلة المراهقة هي مرحلة أزمة؛ وهذا من خلال أن المراهق واقع تحت تأثير الإختيارات؛ كإختيار الذات والقيم وبناء هوية وسلوكه الإنفعالي المتمسم بالتعارض والتناقض بين الحب والكره والحنان والقسوة، أما النظرة الإجتماعية للمراهقة فتري أن للعوامل والظروف

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

الإجتماعية دور في صقل شخصية المراهق من خلال تفاعله مع أفراد المجتمع، أما التكامليون فقد أرجعوا مرحلة المراهقة فقد أكدوا بأن مرحلة المراهقة هي مرحلة الانتقال من الطفولة إلى الرشد تتمظهر في البلوغ وتنتهي بالنضج العقلي والإنفعالي والإجتماعي والجسمي.

### 1-2/ مراحل المراهقة ومظاهرها

يمر الفرد خلال فترة المراهقة بثلاث مراحل قسمها العلماء والباحثون، ولكل مرحلة من هذه المراحل مظاهر ومتطلبات تخصها وتجعلها مميزة عن المرحلة التي سبقتها، وسيتم عرضها فيما يلي:

**1-2-1/ مرحلة المراهقة المبكرة من (12-14 سنة):** أبرز مظاهر النمو في هذه المرحلة هو النمو الجنسي المتأجج، وتأخذ مظاهر النمو الجنسي والعقلي والإنفعالي والإجتماعي و اللغوي والفيزيولوجي والحركي والحسي والديني نموا سريعا جدا.(الهنداوي، 2016، ص259) ، وسنعرض فيما يلي بعض مظاهر النمو لهذه المرحلة:

#### الجدول رقم (01) : يوضح مظاهر النمو خلال مرحلة المراهقة المبكرة

مظاهر النمو في مرحلة المراهقة المبكرة (12 - 14 سنة )	
<b>النمو الجسمي</b>	إن أجزاء جسم المراهق تختلف في سرعة نموها، فالنمو يكون سريعا في مناطق إنتهاء الأعصاب، ثم بعد ذلك يسرع في الجذع ويطلق عليه النمو الذنبي ثم تنمو أيدي المراهق ورجليه وتكون متساوية لما هي عند الراشد، ويصل النمو إلى الفخذين ثم السواعد، ويحدث نمو سريع للأجهزة الداخلية وتشمل القلب والرئتان والمعدة والكليتان والجهاز العضلي، ويزداد حجم الدم ليغذي جميع الأجهزة، ويستمر الوجه في النمو ليصبح الفك والأنف أكبر عن ذي قبل، ويتأثر النمو في هذه المرحلة بالمحددات الوراثية والتغذية وإفرازات المعدة، وكذلك وضع الأسرة الإقتصادي والثقافي والبيئة المناخية والإجتماعية.
<b>النمو العقلي</b>	تعتبر هذه المرحلة فترة النمو العقلي السريع، حيث يصبح فيها الفرد قادرا على التفسير والتوافق مع ذاته ومع بيئته، وفي هذه المرحلة يبدأ المراهق بالتفكير والتأمل وتبرز قدرته على الإبداع و التخطيط للمستقبل، إلا أن نمو الذكاء العام في هذه المرحلة تهدأ سرعته حتى أنه يكاد أن يتوقف وهذا لا يعني توقف القدرات العقلية المتميزة، وفي هذه المرحلة يزداد الإنتباه من حيث مداه وعدد مثيراته، ويزيادته تزداد قدرة الفرد على التذكر، ويكون التذكر قائما على الفهم، ويتحول خياله من

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

<p>الخيال القائم على معالجة صور الأشياء إلى الخيال القائم على معالجة مفاهيم الفرد عن الأشياء، أي أنه يصبح في مرحلة التفكير المجرد حسب بياجيه، وتظل هذه القدرات تزداد بإطراد في نموها خلال فترة المراهقة.</p>	
<p>تمتاز إنفعالات المراهق في هذه المرحلة بأنها إنفعالات مرهفة عنيفة منطلقة متهورة، ولا يستطيع التحكم فيها، وإنفعالاته متذبذبة وهي مزيج من إنفعالات طفولية وإنفعالات راشد كبير في آن واحد، ومتناقضة تتراوح بين الحب والكره و التدين والإلحاد والإنعزال و الإجتماعية، وتمتاز إنفعالاته بالسيولة وشدة حساسيته، ويسعى للإستقلال الإنفعالي أو الفطام النفسي والإعتماد على الذات وتكوين شخصية مستقلة كما تتميز المراهقة في هذه المرحلة بالحياء و الخجل والإنزوائية بسبب التغيرات الجسمية.</p>	<p><b>النمو الإنفعالي</b></p>
<p>من أهم أنماط السلوك الإجتماعي في فترة المراهقة المبكرة التقليد والمحاكاة، إذ أنها تنشأ من الشعور بعدم الأمن في المواقف الإجتماعية الجديدة، والعلاقات الإجتماعية للمراهقين تكون أكثر تعقيدا وتشعبا عن الأطفال الأصغر سنا، وفي هذه المرحلة يتخلص المراهق من بعض مظاهر الأنانية، ويحاول الأخذ والرد والتعاون مع الآخرين، وبذلك تتأكد لديه مظاهر الثقة بالنفس، فهو يظهر أما الآخرين أهميته كفرد له كيان مستقل و أنه أصبح كبيرا وليس طفلا، وعلى الآخرين أن يعاملوه كشخص كبير، وتجد المراهق يتحدث كثيرا عن نفسه وعن قدرته وعن تفوقه في أي نشاط يتقنه، ويثور على مراكز السلطة، ويميل إلى الإرتياح مع الأصحاب لأنها تعطيه دورا فيها، في حين يتجاهل المنزل، بالتالي يميل المراهق في هذه المرحلة إلى الإستقلالية والميل للزعامة والميل للجنس الآخر والخضوع لجماعة الرفاق وإتساع دائرة التفاعل الإجتماعي والتمرد والسخرية من الحياة الواقعية.</p>	<p><b>النمو الإجتماعي</b></p>
<p>يمكن القول بأن اللغة تصل تقريبا إلى مرحلة إكمال النمو في نهاية الطفولة المتأخر، فطول الجملة تتراوح بين أربع إلى ست مفردات، ويملك عددا من المفردات بين 38 ألف إلى 40 ألف مفردة، ويصبح المراهق قادر على التعبير الشفوي والتعبير التحريري عن أي موضوع يملى عليه.</p>	<p><b>النمو اللغوي</b></p>

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

<p>تصل الحواس مع نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة إلى النضج الكامل، ولا يحدث إلا تغير طفيف في درجة الإحساس بجميع الحواس الخمس، وتزداد الحساسية الإنفعالية عند المراهق في هذا العمر نتيجة زيادة الإحساس في شبكة الوصلات العصبية المنتشرة عبر سطح الجلد، فيظهر الخجل وإحمرار الوجه، وتغيرات داخلية وخارجية عنده إلا أنها تبقى ضمن مجموع الإنفعالات العادية التي تحدث لديه.</p>	<p><b>النمو الحسي</b></p>
<p><u>بالنسبة للذكر</u> : تبدأ الخصية عند معظم الذكور في النمو السريع في سن الحادية عشر تقريبا ويتضاعف حجمها عشرة مرات تقريبا فيما بين سن (12 - 19) عاما ويزداد طول العضو الذكري عند المراهق في هذه المرحلة ويتبعه بعد عامين ظهور شعر الإبطين والوجه والعانة وتغيرات في نبرات الصوت، كما يكثر في هذه المرحلة عند المراهق الإحتلام الليلي.</p> <p><u>بالنسبة للإناث</u> : تطور في حلمات الثدي والأعضاء التناسلية وظهور شعر خفيف فوق العانة وبداية الطمث، وإتساع ملحوظ في الأرداف، نمو الثديين، ونضج الرحم والمهبل في نفس الوقت.</p>	<p><b>النمو الجنسي</b></p>

(الهنداوي، 2016، ص ص259- 277)

من خلال ما تم سرده في هذا الجدول فيما يتعلق بمظاهر النمو خلال فترة المراهقة المبكرة؛ يتضح أنه في هذه المرحلة يتضاءل السلوك الطفلي وتبدأ المظاهر الجسمية والفيزيولوجية والجنسية والإنفعالية والإجتماعية المميزة لهذه المرحلة بالنضج والتطور كما أنها تتصف بالتغيرات البيولوجية السريعة، بالإضافة إلى التغيرات الأولية والثانوية المصاحبة للنمو الجنسي، تنمو وتطور أيضا في هذه المرحلة أعضاء المراهق الجسمية الداخلية والخارجية، وتنمو القدرات والوظائف العقلية وتتميز هذه المرحلة بالتفكير المجرد، وتتصف الإنفعالات في بأنها حادة عنيفة لا تتناسب مع مثيراتها ولا يستطيع المراهق التحكم فيها، كما يلاحظ في هذه المرحلة مشاعر الغضب والتمرد نحو مصادر السلطة في الأسرة والمدرسة والمجتمع، وروية المراهق في التحرر وإستقلال والزعامة، بالتالي يمكننا الرد مرة ثانية والتأكيد على من يرى بأن المراهقة هي البلوغ فهذا خاطئ، إذ أن المراهقة لا تتجلى في النمو الجنسي والبلوغ فقط أو تبدأ به، بل يعد هذا الأخير أحد متطلبات النمو في هذه المرحلة ومظهر من مظاهرها، التي قد يسبق ظهوره فترة المراهقة المبكرة أو قد يظهر خلالها.

1-2-2/ المرحلة المراهقة المتوسطة من 15 إلى 17 سنة :

تعتبر هذه المرحلة همزة وصل بين المراهقة المبكرة والمتأخرة علما بأنه لا يمكن وضع خط فاصل الفرد بذاته وكيانه ، وفي ظهور القدرات الخاصة لديه وفيما يلي أهم المظاهر التي يمر بها الفرد خلال

هذه المرحلة :

الجدول رقم (02) يوضح مظاهر النمو خلال مرحلة المراهقة المتوسطة

مظاهر النمو في مرحلة المراهقة المتوسطة (15-17 سنة)	
النمو الجسمي	تتميز هذه المرحلة بنمو جسمي سريع نوعا ما، ويلاحظ إستمرارية عند الذكور والإناث معا، كما يتميز النمو بعدم الإنتظام، فالطول يزداد زيادة سريعة نوعا ما، وتتسع المنكبين ويزداد طول الجذع والذراعين والساقين، ونمو الذراعين يسبق نمو الرجلين، وتسبق الأطراف العليا الأطراف السفلى في النمو، وذلك وفقا لقانون النمو الذي ينص على أن النمو يسير من الأعلى إلى الأسفل ومن المركز إلى الأطراف.
النمو العقلي	تبدأ القدرات الخاصة تظهر بوضوح وتمايز في مرحلة المراهقة المتوسطة أي حوالي السن (16) عشر، وتعتبر هذه المرحلة مرحلة توجيه مدرسي، وأهم القدرات التي تنمو خلال هذه المرحلة هي: القدرات العددية والحفظ والقدرة المكانية واليدوية والفنية وغيرها، وإمتلاك هذه القدرات يعبر عن إستعداد يؤهل المراهق للتكيف مع الحياة، ويستمر نمو الخيال الخصب في النمو والذي يساعده على التفكير المجرد، كما تزداد إمكانية الذاكرة نوعا وكما، ويتسع المدى الزمني بين التعلم والتذكر، ويصبح تذكر المراهق بعيد المدى ومعنوي مبني على الفهم والإستعاب.
النمو الإنفعالي	تستمر إنفعالات المراهق في هذه المرحلة بالحدة، إذ تجتاحه ثورة من القلق والضيق والتبرم، فهو تائر على الأوضاع متمرد على الكبار كثير النقد لهم، تعود إنفعالاته لكونه يتوق إلى الإستقلال كالكبار، فحين أنه مازال يعتمد على الآخرين، وهذا يوقعه في تناقضات كبيرة، كما تظهر مشاعر الحب في هذه المرحلة والميل إلى الجنس الآخر، وتستمر لديه سلوكيات التمرد على مصادر السلطة (الوالدين / المعلمين...)، يشره الغضب بالظلم والحرمان وشعوره بأن الآخرين لا يفهمونه، ويقلق المراهق من ظهور حب الشباب، والنقص في نمو أعضاء الجسم.
النمو الإجتماعي	يميل المراهق في هذه المرحلة إلى مسايرة جماعة الرفاق، وهو يحاول تحقيق

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

<p>ذاته من خلال إحساسه بالألفة والمودة، فهو يلتقي بالثلة والأقران ويخضع لأساليب أصدقاءه ومسالكتهم ومعاييرهم، وهو يتحول من الولاء للأسرة إلى جماعة الأقران، ثم يخفف من هذا الولاء، كما يقوم بأعمال تلتفت نظر الآخرين كالمبالغة في الحديث وذكر مستوى تحصيله وغرامياته والعناية الفائقة بمظهره الخارجي ليجذب إنتباه الناس له، ويظهر لديه الشعور بالمسؤولية الإجتماعية؛ أي محاولة فهم ومناقشة المشكلات الإجتماعية والسياسة العامة و التعاون والتشاور مع الزملاء، وتعتبر المنافسة واحدة من مظاهر العلاقات الإجتماعية في هذه المرحلة؛ حيث يؤكد المراهق مكانته بمنافسة زملاءه في تحصيلهم ونشاطهم، كما يحاول المراهق التحرر من سلطة الأسرة ليشعرها بفرديته ونضجه وإستقلاله خصوصا الذكور، أما الإناث فتتميل إلى قبول سلطة الأسرة.</p>	
<p>خلال هذه المرحلة تصل ساعات النمو إلى حوالي ثماني ساعات وهي أقل مما كانت عليه، تزداد الشهية على الطعام نتيجة تمدد وإتساع المعدة والأمعاء، وتصبح قوة دفع الدم في الشرايين عالية مما يؤدي إلى إرتفاع في ضغط الدم.</p>	<p><b>النمو الفيزيولوجي</b></p>
<p>مرحلة المراهقة المتوسطة هي من المراحل التي تكون فيها قدرة الدماغ والحواس والوصلات العصبية وصلت إلى مرحلة النضج وقادرة على أداء وظيفتها على أكمل وجه.</p>	<p><b>النمو الحسي</b></p>
<p>يبلغ وزن الغدد الجنسية الأنثوية عند المراهقات اللواتي تتراوح أعمارهن ما بين (15-17 سنة) حوالي 50 % من وزنها الكامل، ثم يطرد نموها حتى تصل إلى وزنها الكامل في الرشد، وتتمو الغدد الجنسية الذكرية نموا سريعا فيما بين عمر (14-15 سنة)، ثم يكتمل نضجها في الرشد. ويزداد ميل المراهق/المراهقة للحب، وتزداد الإنفعالات الجنسية في شدتها (الجنسية الغيرية)، ويزداد في هذه المرحلة الإكثار من الأحاديث الجنسية والمشاهدات والقراءات والنكت الجنسية، ويزداد التعرض للمثيرات الجنسية، ويميل المراهق إلى الإهتمام بأعضاء الجنس الآخر والحديث عنهم والإطلاع على حياتهم الخاصة، وتصل الفتاة إلى قمة طاقتها الجنسية في مرحلة اللاحقة، أما الفتى فيصل إلى قمة طاقته الجنسية في نهاية هذه المرحلة. وتحقق القدرة على التنازل عند الجنسين ويصبح الدور الجنسي لكل منهما أكثر دقة وتحديدا، ويمكنهم الزواج والإنجاب في هذه المرحلة.</p>	<p><b>النمو الجنسي</b></p>

(الهنداوي، 2016، ص ص 285-300)

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

إنطلاقاً لما ورد في هذه المرحلة، نصل بأن جل مظاهرالنمو في هذه المرحلة هي إمتداد للمرحلة السابقة (مرحلة المراهقة المبكرة ) فالنمو في هذه المرحلة كان كمياً أكثر منه نوعياً لأنها مرحلة إكمال التغيرات البيولوجية بإمتياز، فقد تمايز النمو في الجانب الجسمي والجنسي والفيزيولوجي والحسي كمياً لكن بوتيرة أقل سرعة من المرحلة السابقة لكن كان أكثر تمايزاً ونضجاً مما سبق، أما النمو الإجتماعي والإنفعالي فقد كان إمتداد لمرحلة المراهقة المبكرة لأن الفرد على طول فترة المراهقة يتميز بالعاطفة الجياشة وضعف الإلتزان الإنفعالي وصعوبة التحكم في الغضب، والتناقض في المشاعر والرغبة الكبيرة في الإستقلالية ومعارضة كل مصادر السلطة، كما تتميز هذه المرحلة بالنضج الكمي والنوعي معا في مظهر النمو العقلي حيث يصبح العقل أكثر وعياً للأمور التي تحصل معه والتغيرات التي تطرأ عليه، فيصبح تفكير المراهق أكثر نضجاً من فكر الطفل، وأقل نضجاً من فكر الشباب، وهذا ما يجعله يشعر ببعض الضياع في حالات كثيرة، في حين أنه يجيد التأقلم مع بعض الأمور والأحداث التي تحصل.

بالتالي تعد مرحلة المراهقة المتوسطة قلب مرحلة المراهقة وفيها تتضح كل المظاهر المميزة لمرحلة المراهقة، كما أنها هي الفترة التي يقف فيها المراهق أمام نفسه ويرى التغيرات باتت واضحة على جسمه ويلاحظ التغير في تفكير وطريقة تعامله مع المواقف المختلفة، فهي مرحلة إكمال النضج، وتمتع الفرد بقيمة الصحة والحيوية والنشاط، كما أنها مرحلة إتخاذ القرارات، كإختيار التخصص المدرسي.

### 1-2-3/ مرحلة المراهقة المتأخرة من 18 إلى 21 سنة :

في هذه المرحلة يبدأ الفرد يجرب نفسه في تحمل مطالب الشباب، وهي تقابل مرحلة التعليم الجامعي، وتمتاز بمحاولة الفرد التغلب على المصاعب التي تواجهه، ويتميز أفراد هذه المرحلة بنمو عقلي يهيئهم لمواجهة المشكلات الحياتية بالطرق المثلى، وفي نهاية هذه المرحلة تهدأ سرعة النمو تماماً، بل يمكن القول أن جميع مظاهر النمو تصل إلى أعلى مستوياتها ، وبهذا يصل الفرد إلى الإستقرار والهدوء.(الهنداوي، 2016 : 307)

وفيما يلي نعرض أهم مظاهر النمو المميزة في هذه المرحلة :

الجدول رقم (03) : يوضح مظاهر النمو خلال مرحلة المراهقة المتأخرة

مظاهر النمو في مرحلة المراهقة المتأخرة (18 - 21 سنة )	
النمو الجسمي	تتضح السمات الجسدية للفرد، وفي نهاية هذه المرحلة يتم النضج الهيكلي له، وتستمر الزيادة في الطول عند الذكور إلى حوالي سن 19 سنة، والإناث إلى حوالي 21 سنة، ويصل الفرد في هذه المرحلة إلى التوازن الغدي، وتتعدل نسب الوجه، ويتعدل حجم الأنف، وتكتمل الأسنان الدائمة بظهور بعض أو كل أضراس العقل، وينضج الجسم مع وصول الفرد إلى نهاية هذه المرحلة، ويتأثر النمو الجسمي في هذه المرحلة بالتغذية والراحة والنوم والعمل والدراسة والرياضة تأثيراً مباشراً.
النمو العقلي	في هذه المرحلة الذكاء يصل إلى أقصى مداه وذلك ما بين (18- 20 عام)، أما القدرات العقلية الخاصة فإنها تعتمد على مستوى قدرات الفرد العقلية العامة ومهاراته الشخصية وعلى طبيعة مهنته، وبشكل عام القدرات الخاصة مستمرة عند بعض المراهقين، ويميل المراهق في حل مشكلاته العملية والعقلية إلى المنهج العلمي الذي يقوم على فرض الفروض وتحليل للمواقف تحليلاً منطقياً، تزداد سرعة المراهق على التحصيل والإحاطة بمصادر المعرفة، ويميل المراهق للتفكير في المستقبل، وتتأثر ميوله بمعايير الجماعة وبالمستوى الإقتصادي والثقافي للأسرة، ويرتبط التخيل بالتفكير إرتباطاً وثيقاً، ويستمتع المراهق بالنشاط العقلي، ويشعر بمتعة في قضاء وقت طويل في التفكير العميق بكل ما يحيط به، فتزداد لديه طول فترة الإنتباه ، وتزداد قدرته على التفكير، مما يزيد قدرته على الحفظ والتذكر القائم على الفهم والإستنتاج.
النمو الإجتماعي	يظهر في هذه المرحلة الإتزان الإجتماعي عند الجنسين، فيحاول المراهقون التخلص مما كانوا يتصفون به من عصيان وإندفاع وتهور عبر المراحل السابقة وينظرون إلى تلك الأفعال بأنها أعمال صبيانية طائشة، ويحاول المراهق الإبتعاد عن العزلة، ويحرص على الأخذ والعطاء والتعاون مع الآخرين، مما يؤدي إلى إتساع علاقاته الشخصية ، كما يزداد تقبله لعادات الكبار اليومية وإتجاهاتهم النفسية وممارستها ، وتظهر لدى المراهق الرغبة في توجيه الذات، ويسعى المراهق إلى بلوغ الإستقلال عن الأسرة، ويزداد إهتمامه بالتعرف على المهن، وتتم لدى المراهق القيم المتنوعة نتيجة تفاعله مع البيئة الإجتماعية، ويزداد الإهتمام بالزواج في هذه المرحلة، كما



## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

يزداد تفكير المراهق في تعاليم الدين ومبادئه التي تعلمها في صغره.	
وصل الإحساس عند المراهقين إلى مستوى النضج الكامل خلال المراحل السابقة من النمو، ولذا فجميع الحواس الخمسة قد إكتملت وظيفتها، وتقوم بها على أكمل وجه، خاصة أن الإحساس مرتبط بالإدراك الذي وصل في هذه المرحلة إلى مستوى عال جدا.	<b>النمو الحسي</b>
تكون قدرة المراهقين على التنازل في هذه المرحلة في أجلى صورها، وتتمثل الجنسية الغيرية لدى كل من الذكور والإناث، وتتجلى السيول الإنفعالية لدى المراهقين من الجنسين، وتزداد المشاعر الجنسية عمقا؛ وتتمثل تلك المشاعر في الحب والتقدير من كلا الطرفين ويتعلق كل من الذكور والإناث بأفراد الجنس الآخر ويلاحظ الإتجاه نحو الزواج والإستقرار الأسري وقد تحدث الخطوبة عند الإناث بنسبة أكبر بكثير منها عند الذكور في هذه المرحلة.	<b>النمو الجنسي</b>

(الهنداوي، 2016، ص ص307- 320)

إنطلاقا لما ورد في مظاهر النمو المميزة لمرحلة المراهقة المتأخرة؛ نصل بأن مرحلة المراهقة المتأخرة هي المرحلة التي يتحول فيها الفرد إلى إنسان راشد مظهرا وتصرفا وهو ما يجعل هذه المرحلة مرآة للرشد المبكر، وهذا كله مرده إلى إكتمال النضج في كل مظاهر النمو وخاصة الجانب الكمي منه في هذه المرحلة، فهي المرحلة التي تبرز فيها علامات النضج النفسي والفكري والإجتماعي والجسمي، كما تتبلور في هذه المرحلة الهوية الفكرية للمراهق وتحول العلاقة بينه وبين والديه من علاقة طفل ووالد إلى علاقة بين بالغ وبالغ، وينحسر جزئيا أو كليا تأثير جماعات الأقران، وتحول العلاقة بين أفرادها إلى علاقات صداقة فردية، ويصبح المراهق في هذه المرحلة قادرا على حل مشكلاته، ميالا للتفكير في مستقبله وشريك حياته، وتمتاز هذه المرحلة بثبات الذكاء وتأخذ الخبرة والتجربة طريقها في حياة الفرد ليكسب المهارات والمعلومات، فهذه المرحلة يتم فيها صقل شخصية الفرد وبلورتها وتحديدها، حتى يصبح فردا كامل العضوية من حيث حقوقه وواجباته في المجتمع، وهنا نجزم أن المراهقة تتميز بدايتها بالنمو والتطور النفسي - الجنسي وتنتهي بالنضج الإجتماعي.

### 1-3/ أشكال المراهقة

يشير طه عبد العظيم (2004) أنه لا يوجد في الحقيقة نمط واحد من المراهقين، فالمراهقة تأتي في أشكال متعددة وأساليب. (روبي ، 2013، ص158)، وقد حددها لنا صامويل مغربوس في أربعة أشكال

هي:

**1-3-1 / المراهقة المتكيفة :**

ويمتاز هذا النوع من المراهقة بالهدوء النفسي والإتزان الإنفعالي والعلاقة الإيجابية الإيجابية مع الآخرين داخل الأسرة والمدرسة والمجتمع، ويجتاز المراهق فترة المراهقة دون معاناة شديدة، إهتماماته الكثيرة التي يحقق من خلالها ذاته ووجوده، موفق في دراسته، يدرك مسؤولياته جيدا، منقبل لذاته، واع للتغيرات التي تحدث له ولما يجري حوله، ويقف وراء هذه المراهقة المتزنة المعاملة المنزلية القائمة على الإتزان وتفهم حاجات المراهق والنجاح المدرسي والصدقات الموفقة، وتوفير فرص تعلم الإستقلال وتحمل المسؤولية. (حسن، 2005، ص62)

**1-3-2 / المراهقة المنسحبة الإنطوائية :**

المراهقة في هذا الشكل تميل للعزلة والإنطواء، والشعور بالنقص، وليس للمراهق في هذا الشكل مخارج ومجالات خارج نفسه، عدا أنواع النشاط الإنطوائي مثل قراءة الكتب الدينية وغيرها، وكتابة المذكرات أغلبها حول إنفعالاته ونفده للصور المحيطة، والمراهق مشغول بذاته ومشكلاته، كثير التأمل في القيم الروحية والأخلاقية وإلى نقد النظم الإجماعية والثورة على تربية الوالدين، وتشابه الهواجس الكثيرة وأحلام اليقظة التي تدور حول موضوعات حرمانه من اللبس أو المأكل أو المركز المرموق، وهو يسرف في الإستمناة تخلصا لما يشعر به من ضيق وكبت نتيجة لعدم ميله إلى مجالات عملية خارج نفسه كالرياضة أو النشاط الإجماعي. (الأشول، 2008، ص510)

**1-3-3 / المراهقة العدوانية المتمردة :**

كثيرا ما تكون لدى المراهق إتجاهات عدوانية ضد الأسرة والمدرسة وأشكال السلطة، وتتسم كذلك بالمحاولات الإنتقامية والأساليب الإحتيالية في تنفيذ الرغبات، وقد يلجأ المراهق إلى التدخين وتصنع الوقار في المشي والكلام، وإختراع قصص المغامرات، والهروب من المدرسة، والمحاولات الجريئة مع الجنس الآخر، ويفترن بذلك شعور المراهق بأنه مظلوم، وبأنه شخص مواضب وقدراته غير مقدرة ممن يحيطون به، وسبب هذا الشكل من المراهقة هو التربية الضاغطة المتمرمة. (الأشول، 2008، ص510-511)

**1-3-4 / المراهقة المنحرفة :**

وهو النمط الذي لم ينجح في تطوير معايير الأخلاقية وبناء الضمير، وتكون علاقاتهم بالآخرين باردة غير مكنثرة وتخلو من الحساسية لمشاعر الآخرين أو للمبادئ الأخلاقية العامة، ويشتركون مع الشكل

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

العدائي في بحثهم عن المتعة الشخصية، إلا أنهم لا يشعرون بما يشعر به أصحاب الشكل العدوانى من شعور بالذنب أو الخجل. (روبي، 2013، ص ص 159 - 160)

وأن أحد أسباب وقوع المراهق في الإنحراف؛ هو مروره بخبرة شاذة مريرة أو صدمة عاطفية عنيفة، بالإضافة إلى إنعدام الرقابة الأسرية وتخاذلها وضعفها والقسوة الشديدة في معاملة المراهق وتجاهل رغباته وحاجاته والتدليل الزائد، وتكاد الصحبة السيئة أن تكون عاملا مشتركا، وإقترن التوحد مع جماعة الرفاق بعيوب التربية في المنزل والمدرسة. (الأشول، 2008، ص 511)

إنطلاقا لما جاء، يمكن القول أنه فعلا المراهقين يمرون بنفس مراحل النمو الثلاث سائلة الذكر في العنصر الثاني (مراحل المراهقة ومظاهرها ) ولكن هذا لا يعني أنهم يحملون نمطا واحد يسلكون به خلال هذه الفترة، فالمراهقين يختلفون عن بعضهم البعض في إتجاهاتهم وميولهم، وهذا الاختلاف مرده والمواقف التي تواجه المراهقين، ومتطلبات هذه المرحلة النمائية إضافة إلى مفهوم الذات لدى المراهق وأزمة الهوية وإثبات الدور، وعلاقاته مع الآخرين وأسرته ودورها في تنشئته كلها عوامل تساهم في إظهار أنماط مختلفة من المراهقة؛ فالمراهقة المتكيفة هي تكون هادئة نسبيا، تميل إلى الإستقرار العاطفي وتكاد تخلو من التوترات الإنفعالية، وقد تكون علاقه المراهق بالمحيطين به علاقه متزنة طيبة غير عدائية، يكون فيها المراهق ميالا إلى التفوق والإستقرار والنجاح في حياته، أما المراهقة المنسحبة الإنطوائية؛ فهي تميل إلى الانطواء والعزلة والسلبية والشعور بالنقص وعدم التوافق الإجتماعى، ويستهلك جانب كبير من صرف تفكيره إلى نفسه وحل مشكلاته والإستغراق في أحلام اليقظة، أما المراهقة العدوانية؛ وفيها يكون المراهق متمردا على السلطه، يميل إلى تأكيد ذاته بالسلوك العدوانى الصريح والعناد، أما المراهقة المنحرفة؛ فهي تعني التطرف عن المعايير الإجتماعية وإلحاق الأذى والضرر بالآخرين، ويغيب الشعور بالذنب لديهم، بالتالي يمكن القول بأنه من يعتبر أن المتمرد والعدوانى والمنحرف هو المراهق، والشخص الملتزم أخلاقيا ونظاميا ليس بمراهق فهذا خاطئ، فالمراهقة أشكال تعكس لنا صفات شخصية المراهق التي تصقلها الوراثة والبيئة المحيطة.

### 1-4/ المشكلات النفسية والسلوكية في مرحلة المراهقة

إن خصائص المراهقين النفسية والعاطفية والإجتماعية، لا تعطينا صورة صحيحة عن خصوصية هذه الجماعة، والعمر وحده لا يفسر كل الخصوصيات، كون تأخر النمو وسرعته يتداخلان بشكل أساسى، والمحيط يشكل عاملا مهما كما أنه لا يمكن تجاهل أهمية الإنتماء الإجتماعى. (معاليقي، 2010، ص 183)

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

إنطلاقاً لما تقدم؛ فإن ما يمر به المراهق من مظاهر ومتطلبات في هذه المرحلة؛ من صراعات مع الأهل والكبار، والإنخراط في جماعات الرفاق والإستقلالية في الوقت ذاته من سلطة الأسرة، كما أنها مرحلة البحث عن الهوية الذاتية، والرفض للقيم والبحث عن التقويم الذاتي كلها، كل هذا قد يؤدي بالمراهق إلى الإنعراج إلى مسار سوء التكيف، وقد يؤثر هذا على صحته النفسية والجسدية خصوصاً في غياب الإهتمام والرعاية والتنشئة الأسرية الجيدة، وفيما يلي سيتم عرض مجموعة من المشاكلات السلوكية والنفسية المؤثرة في النمو خلال فترة المراهقة:

### 1-4-1 / مشكلة تدني مفهوم الذات لدى المراهق :

إن ما يطرأ على المراهق من تغيرات جسمية، عقلية ونفسية يؤثر في شخصيته بصفة عامة، وبمفهوم المراهق لذاته بصفة خاصة، هذا المفهوم يؤثر بدوره في تنظيم مدركاته وخبراته مما يحدد سلوكه، ويشير العالم بيمر في مقالة عن التغيرات النمائية في مفهوم الذات لدى الأطفال والمراهقين؛ بأن سلوك المراهق يكون حسب مدركاته و مفهومه لذاته، وعادة يزداد وعي المراهق بذاته مع زيادة الحساسية من حيث تقييم هذه الذات، والسبب في ذلك كأن عملية البلوغ والنضج الجسمي تحدث تغيرات في إتجاهات المراهق نحو ذاته ونحو الآخرين، مما يؤدي إلى تعديل مفهوم الذات وإعادة تنظيمه، وزيادة تكامله مع نمو المراهق، ومن العوامل المؤثرة في مفهوم الذات صورة الجسم وما يترتب على ذلك من مشكلات، وصورة الجسم هي الصورة العقلية التي يكونها الفرد عن جسمه كما يستحضرها في الذهن سواء عن طريق تكوين صورة حقيقية سابقة أم صورة تخيلية، مما يترتب عن إدراك المراهق لجسمه بعض الإنحرافات عن الواقع أو السوء، وهذا قد يؤثر في مدركاته أو سلوكه. (روبي، 2013، ص153)

### 1-4-2 / القلق والإكتئاب لدى المراهق :

إن التغيرات التي تطرأ على المراهق من الناحية الجسمية، النفسية والإجتماعية تجعل بعض المراهقين غير مستقرين، وتظهر لديهم أعراض القلق وبعض الأعراض الأخرى كالدوار، الصداع، الأرق والإحساس بالتعب، وقد يكون من عوامل القلق لدى المراهق إضطراب العلاقة مع والديه، أو الخوف من زيادة الميول العاطفية نحو الجنس الآخر، وأحياناً يشعر المراهق بأنه قد فقد القدرة على العودة إلى الطفولة السابقة وإلى الوالدين، وبما أن عملية المراهقة تمثل مرحلة الإنفصال الحقيقي عن الوالدين، لذا نجد بعض المراهقين ينتابهم إحساس عميق بالحزن والوحدة، وأحياناً تستولي عليهم فكرة الموت أو الإنتحار أو الجنوح، أو نجد المراهق يختار بديلاً عن الوالدين مثل العم، العمة، الأستاذ أو جماعة الأصدقاء.

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

كذلك قد يواجه المراهق مشاعر الإكتئاب، ويسعى إلى التخفيف منها بواسطة إندفاعات سلوكية من خلال القيام بأفعال جانحة مثل تعاطي الخمر، الممارسات الجنسية، وقد يشكو المراهق من الإحساس بالفراغ وهذا يؤدي إلى الحزن، الضجر وإلى إرتفاع مستوى القلق، من دون القدرة على التعبير أو تفسير ما يعانیه من أحزان، وإذا تعرض المراهق لخبرات الفشل والإحباط ولم يستطيع حل مشاكله فإنه يلجأ إلى الإكتئاب والإنطواء والسلبية.(روبي ، 2013، ص ص 154 - 155)

### 1-4-3/ مشكلة اضطراب الدور :

يسعى المراهق في هذه المرحلة إلى تحديد من هو؟ ما هي أهدافه؟ ما هي الأدوار التي يمكن أن يلعبها خلال حياته المستقبلية؟ بعبارة أخرى إنه يسعى إلى تحديد هويته، فالمهمة التي يسعى لها هي أن يطور إحساسا متكاملًا ووعيا بالذات يشعره بالرضا ويشعره بالإستقلالية والتميز عن الآخرين فلكي يحل المراهق أزمة الهوية بشكل ناجح لأن يتخذ القرارات التي تخص حياته بنفسه مثل إختيار المهنة، الدراسة، الأصدقاء والمواقف المختلفة، أما المراهق الذي لا يحل أزمة الهوية بشكل ناجح فإنه يعني اضطراب الدور، وهذا يظهر على شكل إنسحاب وعزلة عن الرفاق والأسرة أو تبني آراء ومواقف وقرارات الأسرة.(روبي،2013، ص158)

### 1-4-4/ الإدمان على الأنترنت وبرامج التلفاز لدى المراهق:

إن الإفراط في إستخدام الأنترنت والكمبيوتر يؤثر سلبا على صحة الإنسان الجسمية والنفسية والعقلية والإجتماعية وينعكس سلبا على الأسرة والمجتمع والمهنة والواجبات الدراسية والعلاقات وغيرها، ومن أبرز السلبيات المترتبة على الإستخدام الخاطئ للأنترنت توحد الفرد مع الآلة، وزيادة عزلته عن باقي الأفراد، ومع التكرار تظهر عادة الإدمان أو الإعتماد على الأنترنت، بالإضافة إلى هدر الوقت، ونسيان الواجبات اليومية، والإبتعاد عن الأنشطة الإجتماعية مثل العلاقة مع الأصدقاء، كما تظهر أعراض ضعف الحواس، وخاصة حاسة البصر، ومن الطبيعي أن كل ذلك يؤثر على صحة الفرد النفسية والعقلية، خاصة إذا إستمر الفرد على عاداته في إستخدام الأنترنت، لهذا تظهر أهمية الأسرة والمدرسة في التربية والتوجيه والإرشاد لهؤلاء المراهقين.

أما فيما يتعلق بالمسلسلات التلفزيونية وبرامج الفضائيات فهي لا تقل خطورة عن الأنترنت، خاصة إذا أخذنا بعين الإعتبار أن ما يعرض في هذه المسلسلات والفضائيات وغيرها يعتبر وسيلة تعلم للمراهقين، عن طريق التلقين المباشر، أو عن طريق المحاكاة والتقليد والنمذجة، وكذلك عن طريق الملاحظة.

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

ومن المؤسف أن الإعلام العربي والفضائيات العربية والبرامج المعدة سخرت كلها لخدمة أغراض التعريب، فأفلام العنف والجريمة والإغتصاب والقتل، والأفلام المدبلجة وغيرها والأفلام الإباحية والإعلانات المغرضة وحتى الأخبار أصبحت كلها موجهة لخدمة التعريب، مما يساعد على تكوين أفكار غير متكيفة مع المجتمع المحلي، وبذلك يحدث ما يسمى بالتناقض الفكري لدى المراهق.(روبي، 2013، ص ص156- 157)

### 1-4-5/ سوء التكيف :

إن عملية التكيف في مرحلة المراهقة هي عملية صعبة وشاملة فالمراهق الذي ينتقل من الطفولة يتوجب عليه التكيف بصورة مستمرة ومتجددة مع عالم جديد، لذلك فالمراهقون غير المتكيفون كثيرون، ويتخذ سوء تكيفهم أشكالاً مختلفة، صنفها روبين لافوت (Robert Lafon) حسب الترتيب التالي:

#### 1- عدم التكيف البيولوجي :

✓ إعاقات وعاهات .

✓ اضطرابات حسية .

✓ اضطرابات حركية .

✓ اضطرابات في الكلام .

✓ اضطرابات جسمية وظيفية .

#### 2- عدم التكيف النفسي:

✓ اضطرابات في المزاج والطبع .

✓ اضطرابات سلوكية .

#### 3. عدم التكيف الإجتماعي :

✓ فقدان العاطفة العائلية .

✓ عدم التكيف المدرسي .

✓ الجنوح والانحراف .(المعالقي، 2010، ص ص192- 193)

إنطلاقاً لما تقدم، تعد مرحلة المراهقة من المراحل الهامة والحاسمة في حياة الفرد، ففيها تبرز شخصية المراهق وتتشكل وتبرز ملامحها في جميع جوانبها الجسمية والعقلية والوجدانية والخلقية، وفي هذه المرحلة يتحدد بشكل كبير مدى السواء أو الإضطراب في شخصيته، إذ تعتبر المراهقة مرحلة محددة لما سيكون عليه، ومشكلات المراهقة متنوعة ومتعددة كما تتبين البعض من اضطرابات نفسية وسلوكية يعاني منها

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

المراهق كالقلق والإكتئاب والإدمان على المخدرات والأنترنت وبرامج التلفاز، إضافة إلى اضطراب الدور وصعوبة تحديد الهوية، ولهذا يجب الوقوف عليها وعلى أسبابها وطرق علاجها، حتى يستفيد الآباء والمربون منها لتقويم سلوك أبنائهم، فالتعامل مع المراهقين ليست بالصعوبة التي يدركها الآباء؛ فإنشاء العلاقات القائمة على الثقة مع المراهق والتعاطف معه وإبداء الإهتمام وعرض المساعدة عليه ورعايته، كلها أساليب والدية قد تساعد المراهق على تجاوز هذه المرحلة من دون مشاكل ومعوقات تعترض المتطلبات النمائية لهذه المرحلة.

من خلال ما تقدم في عنصر المراهقة؛ نصل بالقول أن المراهقة تعتبر كمرحلة نمو أكثر حساسية وخطورة من جميع مراحل الطفولة السابقة، حيث يبلى المراهق في هذه المرحلة؛ الصيغة النهائية لشخصيته وبيحث عن الشكل الذي سيظهر من خلاله أمام المجتمع، هذا بالإضافة لتمييز هذه المرحلة بحصول العديد من التغيرات البيولوجية في جسد المراهق؛ لكن هذا التميز لا يتوقف عند هذا الحد؛ فالمراهقة هي مرحلة التغيرات الجذرية التي لا تقتصر على الجانب العضوي والفيزيولوجي فقط وإنما تشمل جميع جوانب الشخصية (النفسية والإنفعالية والإجتماعية والعقلية...)، هذا سينعكس بالتأكيد على نفسيته وطريقة تفكيره ومن ثم على تصرفاته وردود أفعاله وحكمه على الأمور .

ونظرا لما تتصف به هذه المرحلة من خصائص ومستويات متميزة للنمو، أبرزها مرحلة تغير جذري وسريع ينسحب على كافة مظاهر النمو، وأنها مرحلة إنتقالية حرجة، إلا أنها مرحلة نمو بامتياز فبالرغم ما يعترى المراهق من مشكلات ومعوقات تعيق نمو إلا أنها متطلبات نمائية منظمة للنمو وأزمات يجب على المراهق تجاوزها بطرق تسمح له تأكيد ذاته وبناء هويته، وهذا لا يتأتى لوحده وإنما لابد من أن تكون التنشئة الأسرية جيدة ودور الوالدين يجب أن لا يقتصر فقط في الطفولة وإنما يمتد إلى المراهقة، فيجب على الوالدين مصاحبة المراهق ومعرفة مشاعره ومشكلاته ومساعدته على حلها، لأن إهمال المراهق وعدم الإهتمام به يلقي هذا به إلى دهاليز الإضطرابات النفسية والسلوكية والانحرافات، وقد ينتهي به الأمر إلى الجريمة والإنتحار .

## 2/ مرض السكري ماهيته و فيسيولوجيته

مرض السكري ليس بمرض جديد فقد عرفه الإنسان منذ القدم، الصينيون منهم واليونانيون والفارسيون، وقد وصفه ابن سينا وصفا دقيقا رائعا، ويقال أنه لاحظ أن بول مريض السكر حلو المذاق، وفي تلك الأيام كان الأطباء عاجزين عن مساعدة مرضاهم إلا بالنظام الغذائي الصارم، وكان تشخيص هذا

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

المرض نذيرا بالموت أو بتخفيض سنوات العمر الباقية، إلى أن نجح طبيبان من كندا في عام 1931 هما **بانتيج ويست** في إستخلاص الأنسولين من بنكرياس الحيوانات.

وتأكد هذا التقدم الطبي في أوائل جانفي من العام الثاني؛ عندما حقن مريض بالسكر عمره 14 سنة بمستشفى **تورنكو** بكندا وفي حالة غيبوبة عميقة نتيجة إرتفاع سكر الدم إلى خمسة أضعاف المستوى العادي، ثم تم حقنه بالأنسولين فإنخفض السكر في دمه وإستعاد وعيه وإسترد قواه، وكان هذا هو أول مريض في العالم يعطى مادة الأنسولين التي أنقذت حياة الملايين، بعد ذلك ومنذ ذلك الحين أنتت البحوث الطبية بإكتشافات هامة في مجال مرض السكر منها الأنسولين طويل المفعول الذي خفض عدد الحقن اللازمة للمريض إلى واحدة فقط في اليوم وظهرت العقاقير فيما بعد التي تأخذ عن طريق الفم . وتوصل العلماء إلى معلومات أفضل وكثيرة فيما يتعلق بالأساليب الطبيعية والأساسية لمكافحة المرض بواسطة تنظيم الغذاء وتدريبات الرياضية.(رفعت، 1981، ص ص7 - 8)

إنطلاقا لما تقدم يأتي هذا العنصر ليوضح لنا ماهية مرض السكري وكل ما يتعلق به من فيسيولوجيته وأنواعه ووبائته وأعراضه وأسبابه، وكل ماله شأن بهذا المرض.

### 1-2 / تعريف مرض السكري:

إن الإسم العلمي للسكر هو "سكروز" ونستعمله يوميا للتحلية وهو يتحول في الجسم إلى الجلوكوز، أما الجلوكوز فهو موجود في دم كل واحد منا، وأهميته لنا مثل أهمية البنزين للسيارة، فيحرقه الجسم ليحصل على الطاقة التي بها نؤدي كافة أنشطتنا، وتناول السكر والنشويات بشكل زائد يؤدي هذا إلى زيادة الجلوكوز في الدم ولكن بنسب محددة والباقي قد يحوله الجسم إلى دهون تترسب في أجزاء المختلفة فتزداد الدهون وتؤدي إلى ما نسميه بالسمنة، وإن نسبة الجلوكوز في دم الإنسان يجب أن لا تقل عن 80 ملغ في كل 100 ملل من الدم و أن لا تزيد عن 120 ملغ، وجسمنا يعمل دائما على إبقاء النسبة 80 / 120 ملغ ثابتة.(ولى وخليفة، 2005، ص34)

وفيما يلي سنعرض بعض التعاريف التي تخص مرض السكري:

بما أن مرض السكري من أقدم الأمراض البشرية المعروفة، فقد إنحدر إسمه الكامل Diabetes mellitus- من الكلمتين اليونانيتين Syphon و Sugar ويصف هذا الإسم بشكل أكبر الأعراض الواضحة للسكري غير المضبوط التي تتمثل بكميات كبيرة من البول الذي يحتوي على السكر (خصوصا الغلوكوز). (بيلوس، 2015، ص02)



2-1-1/ التعاريف الطبية لمرض السكري:

مرض السكر (Diabetes) كما عرفته منظمة الصحة العالمية في جنيف عام 1979 هو حالة مرضية مزمنة تحدث بسبب عوامل وراثية أو مكتسبة أو نتيجة عوامل أخرى، وهي تعني نقصا مطلقا أو نسبيا في كمية الأنسولين التي تفرزها غدة البنكرياس؛ مما ينتج عنه إرتفاع في نسبة السكر في الدم والبول، واضطراب في أكسدة الدهون و البروتينات و الكربوهيدرات. (الشريف، 2017، ص28)

كما عرفته منظمة الصحة العالمية في سنة (2013): بأنه مرض مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج الأنسولين بكمية كافية، أو عندما يعجز الجسم عن الإستخدام الفعال للأنسولين الذي ينتجه، والأنسولين هو هرمون ينظم مستوى السكر في الدم، ويعد فرط السكر في الدم أو إرتفاع مستوى السكر في الدم من الآثار الشائعة التي تحدث جراء عدم السيطرة على مرض السكري، مما يؤدي مع الوقت إلى حدوث أضرار وخيمة في العديد من أجهزة الجسم، خصوصا في الأعصاب والأوعية الدموية. (طشطوش والقفار، 2017، ص01)

كما يعرفه منير لطفي أنه حالة مرضية مزمنة (تحتاج لعلاج مدى الحياة) غير معدية، ناتجة عن عوامل وراثية وبيئية مختلفة، وتحدث بسبب نقص نسبي أو مطلق في إفراز هرمون الأنسولين الذي يقوم بنقل السكر من الدم إلى خلايا الجسم، وهذا بدوره يؤدي إلى عجز الجسم عن الإستفادة من السكر في توليد الطاقة بصورة فعالة، عند ذلك يتراكم السكر في الدم ويتسرب إلى البول عن طريق الكليتين. (لطفي، 2015، ص21)

يعرفه الحميد (2008) بأنه إختلال في عملية أيض السكر الذي يؤدي إلى إرتفاع مستوى السكر (الجلوكوز) في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية أو عضوية أو بسبب الإفراط في تناول السكريات، أو بسبب عوامل وراثية، ويحدث نتيجة وجود خلل في إفراز الأنسولين من البنكرياس فقد تكون كمية الأنسولين التي تم إفرازها أقل من المطلوب أو يكون هناك توقف تام عن إنتاجه، ويطلق على هذه الحالة "قصور الأنسولين"، أو أن الكمية المفرزة كبيرة في بعض الحالات كالأفراد المصابين بالسمنة ولكن هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعيق وظيفة الأنسولين ويطلق على هذه الحالة "مقاومة الأنسولين". (الحميد ، 2008، ص ص 19 - 20)

2-1-2/ التعريف السيكولوجي لمرض السكري :

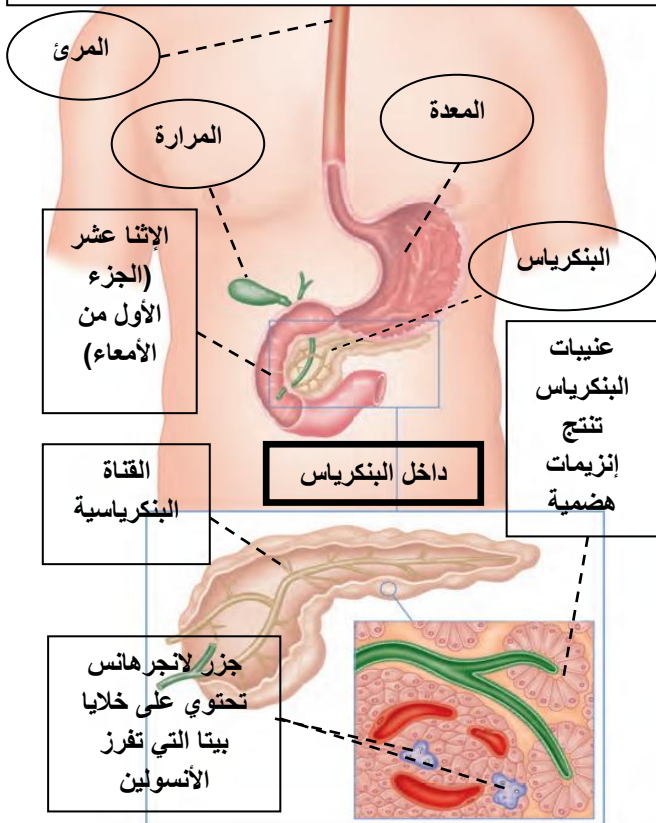
فالتعريف السيكولوجي لمرض السكري حسب ما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

الأمريكية للطب النفسي؛ فمرض السكري هو أحد الإضطرابات الجسمية الحقيقية والتي تسهم العوامل السيكولوجية بدور هام في بداية الإصابة بها أو في تقاوم الحالة المرضية للفرد. (عطية، 2017، ص125)

إنطلاقا لما تقدم في تعاريف مرض السكري والتي تناولها الباحثون والعلماء في الشق الطبي بشكل كبير مأكدين على دور الأنسولين في تنظيم السكر في الدم وفي الإصابة بهذا المرض من حيث النقص المطلق أو النسبي في كمية إفرازه، أما الشق السيكولوجي في تعريف مرض السكري فقد تناوله الدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي من حيث أنه مرض جسدي تعد العوامل النفسية منشأه، لكن بالنظر إلى تعريف الدليل التشخيصي نجده ركز على الجانب النفسي مهملا كميائية هذا المرض وإستقلابيته، فحين تعريف الحميد (2008) كان تعريفا تكامليا ركز فيه على كميائية المرض والعوامل المؤدية إلى الإصابة به والتي كان تكامليا في تحديدها (نفسية أو عضوية أو بسبب الإفراط في تناول السكريات، أو بسبب عوامل وراثية)موضحا في تعريفه أنواع هذا المرض التي سنتطرق لها في عنصر قادم، بهذا نصل بأن مرض السكري هو عبارة عن مرض مزمن و شائع ناتج عن إزدياد مستوى السكر في الدم، ويحدث عندما لا يستطيع الجسم إفراز كمية كافية من الأنسولين، أو عندما تكون كمية الأنسولين الطبيعية غير فعالة،

الصورة رقم (01): توضح لنا موضع البنكرياس في الجهاز الهضمي (بيلوس، 2015، ص 03)



أو قلة إستقباله من قبل خلايا الجسم المختلفة، تسببه العديد من العوامل منها العضوية والوراثية والنفسية والبيئية وغيرها من العوامل.

### 2-2/ فيسيولوجية مرض السكري

داء السكري متلازمة إستقلابية (Metabolic) تتميز بإرتفاع مزمن في سكر الدم، حيث تحدث هذه المتلازمة في سياق عدد من الأمراض والأحوال المختلفة سريريا ومرضيا، إذ ينجم فرط سكر الدم عن النقص المطلق أو النسبي للأنسولين وليس المقصود بالنقص نقصا في إنتاج الأنسولين فقط، وإنما يشمل أيضا كل الإضطرابات التي تؤدي إلى خلل في الفعالية الحيوية للهرمون في أي مرحلة

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

من المراحل العمرية، فإن نقص الأنسولين في الدم يؤدي إلى حدوث اضطرابات عديدة في إستقلاب الشحوم والبروتينات والمكونات الخلوية وغير الخلوية، هذا يؤدي إلى إختلالات حادة ومزمنة، ويعد البنكرياس الغدة المسؤولة عن الإصابة بمرض السكري، وذلك من خلال نقص إفراز مادة الأنسولين اللازمة لتنظيم إستفادة الجسم من المواد الغذائية، حيث تقع غدة البنكرياس خلف المعدة مباشرة، وتقوم بإنتاج إنزيمات الهضم وهرموني الأنسولين هرمون يفرزه البنكرياس عن طريق جزر لانجرهانس، وذلك من خلال خلايا ألفا ( $\beta$ ) الذي يعمل على تقليل مستوى الجلوكوز في الدم ومساعدة الجسم على إستخدام الجلوكوز، أما الجلوكاجون هرمون يفرزه البنكرياس عن طريق جزر لانجرهانس، وذلك من خلال خلايا ألفا (A)، وهو هرمون يعمل عكس هرمون الأنسولين، فهو يطرح الجلوكوز في الدم . (المرزوقي، 2008، ص 19-20)

والجدول التالي يوضح لنا أنواع خلايا لانجرهانس الموجودة في البنكرياس.

الجدول رقم (04) : يوضح أنواع خلايا لانجرهانس الموجودة في البنكرياس

نوع الخلية	الهرمون الذي تفرزه
بيتا ( $\beta$ )	الأنسولين (70% - 80%)
ألفا (A)	جلوكاجون (15% - 20%)
دلتا (D)	سوماتوستاتين (5%)
ب.ب (P.P)	عديد الببتيد البنكرياسي

وتعتبر خلايا بيتا ( $\beta$ ) من أكثر الخلايا إنتشارا في جزر لانجرهانس من بين الخلايا الأربعة حيث تشكل ما يقرب (80%) من حجم جزر لانجرهانس. (المرزوقي، 2008، ص20)

### سكر الدم والأنسولين :

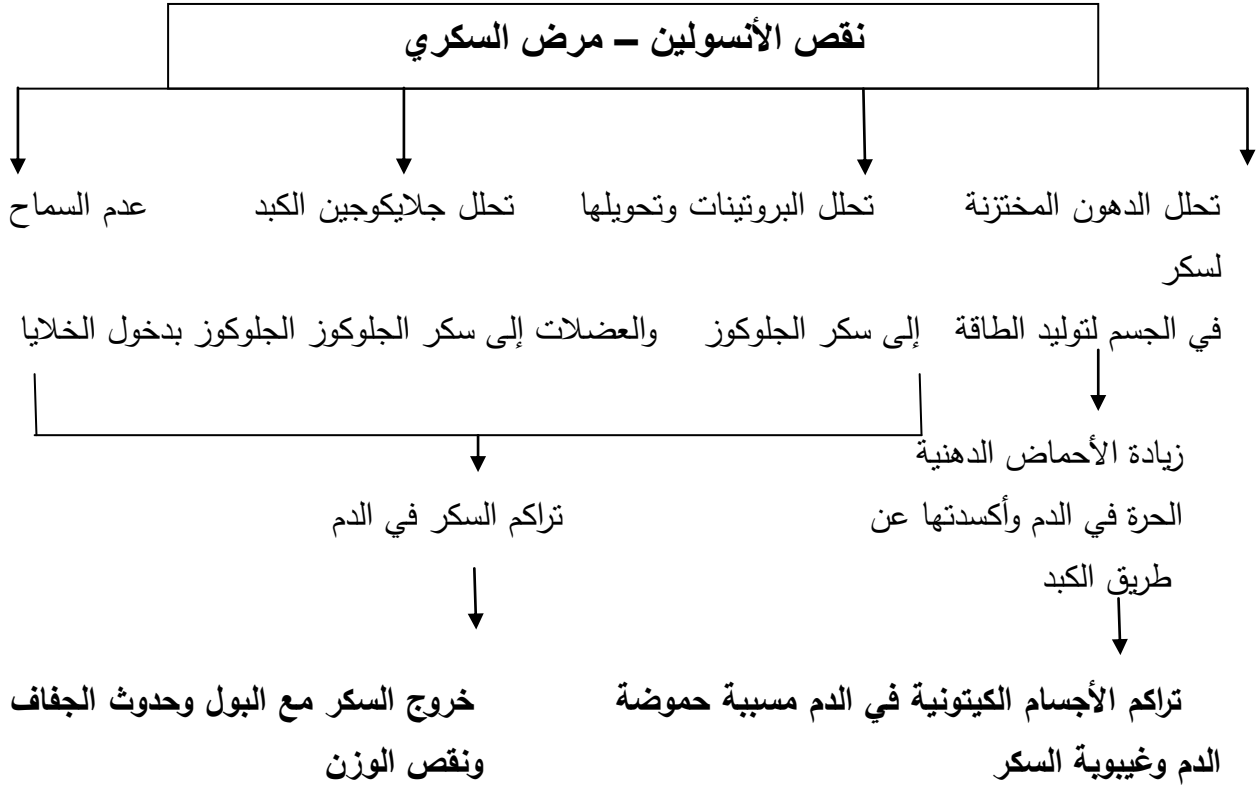
ينتج الجلوكوز الموجود في دمنا عن هضم الطعام، وبعدها يتعرض لتغيرات كيميائية في الكبد حيث يجري تخزين بعضا منه فيما يستخدم الآخر لإنتاج الطاقة، وللأنسولين شكل فريد حيث يطبق على جيوب أو مستقبلات خاصة موجودة على سطح الخلايا في أنحاء الجسم جاعلا إياها تمتص الجلوكوز من الدم فيما يمنعها من تكسير البروتينات والدهون .

ويعد هذا الهرمون الوحيد الذي بإمكانه خفض مستوى الجلوكوز في الدم بطرق عديدة تشمل :

✓ رفع كمية الجلوكوز المخزن في الكبد على شكل عليكوجين.

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

- ✓ منع الكبد من إفراز كميات كبيرة من الجلوكوز.
  - ✓ تحفيز الخلايا في مختلف أنحاء الجسم على إمتصاص الجلوكوز.
  - ✓ منع الخلايا في مختلف أنحاء الجسم من تكسير البروتين والدهون من أجل الحصول على الطاقة وإجبارها بدلا من ذلك على إستخدام الجلوكوز.
- وتعمل آليات أخرى في الجسم مع الأنسولين للحفاظ على مستوى صحيح للجلوكوز في الدم، فحين يعتبر هذا الهرمون الوسيلة الوحيدة التي يمتلكها الجسم لخفض مستويات السكر في الدم، وبالتالي يتسبب أي خلل في كميات الأنسولين بخلل في توازن النظام بأكمله، فبعد تناول مريض السكري وجبة طعام، لا تكبح كميات الجلوكوز الممتصة من الطعام ، فيبدأ مستواها في الدم في الإرتفاع، وعندما تتخطى مستوى محدد يبدأ الجلوكوز بالتدفق من مجرى الدم في إلى البول. (بيلوس، 2015، ص ص4-5)
- ففي حال غياب الأنسولين أو إذا حدثت مشكلة في مستقبلات الأنسولين؛ تراكم الجلوكوز في الدم وعجز عن دخول الخلية التي تحتاجه كوقود وإزداد منسوبه على الطبيعي، وظهر داء السكري وما ينتج عنه من مضاعفات مرضية خطيرة، كما أن غياب الأنسولين يؤدي إلى زيادة تحلل الأحماض الأمينية وتحويلها إلى سكر الجلوكوز، وهذا يزيد من نسبة السكر في الدم، كما أن غياب الأنسولين يؤدي إلى زيادة تحلل الدهون وزيادة نسبة الأحماض الدهنية الحرة في الدم، وهذا قد يؤدي إلى حموضة الدم وزيادة الكبتونات وإمكانية حدوث الغيبوبة السكرية الكيتونية. (الحميد، 2008، ص ص23 - 24) والمخطط التالي يوضح ذلك:



**المخطط رقم (01) يوضح لنا آلية عمل الأنسولين في حالة نقصه وفي حالة الإصابة بمرض السكري**

بناء على ما جاء في عنصر فيزيولوجية مرض السكري، نصل بالقول إلى أن مرض السكري من الأمراض المزمنة التي تصيب الإنسان نتيجة لخلل في عمل البنكرياس، فالبنكرياس هو عضو يقع خلف المعدة له دور كبير في عملية الهضم، أما دوره الأكبر والأهم إفرازه لهرمونات تساعد الجسم على إستخدام السكر (الجلوكوز) وتنظيمه في الدم؛ يتم إفرازها من جزر لا نجرهانس التي تتواجد على مستوى البنكرياس؛ أهمها خلايا ألفا التي تفرز الجلوكاجون الذي يرفع أو يزيد من نسبة السكر في الدم وخلايا بيتا التي تفرز الأنسولين الذي يعمل على تخفيض نسبة السكر في الدم، وبما أننا نتحدث عن مرض السكري فلهرمون الأنسولين دور كبير في إصابة الفرد بهذا المرض؛ فإذا حدث خلل على مستوى البنكرياس في خلايا لانجرهانس وبالتحديد خلايا بيتا؛ فهذا سيؤدي حتما إلى عجز الجسم عن إفراز كميات من الأنسولين المناسبة أو أن خلايا جسمه لا تستجيب بشكل سليم للأنسولين، وهذا سينتج عنه حتما تراكم السكر (الجلوكوز) في الدم وعجزه عن دخول الخلية لتغذيتها وبالتالي وخروجه في النهاية مع البول وحدوث الجفاف ونقص في الوزن ومنه إصابة الفرد بمرض السكري.

## 2-3/ أنواع مرض السكري و أسبابه:

لو سألت أي أحد مريض بالسكري أو غير مريض بالسكري عن ماهي أنواع السكري؟ فستكون إجابتهم مباشرة؛ وهي أن السكر نوعان؛ نوع أول ونوع ثان، لكن في الحقيقة مرض السكري ليس نوعان بل هناك عدة أنواع منه سنوردها فيما يلي:

### 2-3-1/ النوع الأول (النمط 1 ) من مرض السكري (Type1):

داء السكري من النوع الأول هو حالة لا ينتج فيها البنكرياس ما يكفي من الأنسولين، الأنسولين هو هرمون يسمح للجسم بالتحكم في نسبة الجلوكوز في الدم (مستويات السكر في الدم)، في حالة عدم وجود الأنسولين، الجلوكوز يتراكم في الدم بدلا من استخدامها لإنتاج الطاقة. (Association canadienne du diabète, 2014, p 01)

هو النوع الذي يعتمد علاجه على الأنسولين، وغالبا يصيب الأطفال، اليافعين، الشباب ومن هم دون الأربعين عاما و غالبا يصيب الأشخاص غير البدناء، ويحصل نتيجة لفقدان أو تحطيم خلايا بيتا في غدة البنكرياس، وخلايا بيتا هي المسؤولة عن إنتاج الأنسولين. (الشريف، 2017، ص ص54-55)

و قديما كان يسمى بالسكر المعتمد على الأنسولين (IDDM)، يقصد به مرضى السكر الذين يعتمدون في علاجهم على الأنسولين وكان هذا النوع يسمى كذلك بسكر الصغار (Juvenile diabetes) لأنه عادة ما تظهر أعراضه في سن الخامسة عشر، ولكن هذه التسمية ألغيت لأن النوع الأول من مرض السكر يصيب الشباب والمسنين على حد سواء، وهذا النوع في الغالب يصيب الأطفال والبالغين أقل من ثلاثين عام وذروة بدء النمط الأول بين عمر 11 و 13 سنة، لكنه قد يبدأ في أي فئة عمرية بما فيها الشيخوخة. (الحميد، 2008، ص27)

### ➤ أسباب مرض السكري النوع الأول (النمط 1) :

#### 1 - نقص في كفاءة الجهاز المناعي :

هو في المقام الأول مرض مناعي Autoimmue disease وتفقد فيه خلايا بيتا القدرة على إنتاج الأنسولين، وغير معروف بالتأكيد لماذا يحدث السكري نمط 1 (النوع الأول) وماهي مسبباته الحقيقية، على الرغم من أن هناك العديد من الإفتراضات والأسباب الغير مؤكدة منها مثلا أن السبب الرئيسي هو خلل في الجهاز المناعي والذي يهاجم فيه الجهاز المناعي خلايا بيتا في البنكرياس. (عفيفي، 2016، ص59)

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

فنقص كفاءة الجهاز المناعي للجسم والتي صاحبها ظهور أجسام مضادة تهاجم بروتينات الأنسولين وخلايا لانجرهانس وتسبب تلف خلايا بيتا في البنكرياس التي تفرز الأنسولين، ولكن هناك دراسات تشير بأن العامل الوراثي، والإصابة بالفيروسات قد تكون السبب في حدوث نقص في كفاءة الجهاز المناعي للجسم. (الحميد ، 2008 ، ص28)

### 2- العوامل الوراثية :

لا يزال الاستعداد الوراثي موجودا في تفسير الإصابة بمرض السكري النوع الأول، رغم أنه في 85% من الحالات المصابة، لا يوجد لديهم تاريخ عائلي لمرض السكري نمط 1 (النوع الأول). (CEEDMM, 2011, p05)

وتكون احتمالية الإصابة بهذا النوع 0.3 %، وتزداد الإحتمالية بزيادة درجة القرابة فمثلا تكون احتمالية الإصابة من الأم 4 %، والأب يورث لأبنائه المرض بنسبة تقدر بـ 6 %، والأبوان مجتمعان يورثان المرض بنسبة 10 %، أما في حالات التوأم غير المتطابق فتكون نسبة حدوث السكري عند الآخر 6 %، أما في حالة التوأم المتطابق فتزداد احتمالية الإصابة لتصل إلى 50 %.

ويمكن تحديد غالبية الأفراد الذين هم على درجة عالية من القابلية للإصابة بهذا النوع من السكري من خلال تحديد وجود الأجسام المضادة الذاتية في بلازما الدم التي قد تكون السبب في تحطيم خلايا بيتا مناعيا، وتوجد هذه الأجسام المضادة بنسبة تفوق 90 % في تلك الشريحة من النوع الأول للسكري، ولهذا النوع متلازمة قوية وراثية مع عوامل التوافق النسيجي (HLA) وإرتباط مع DQA ومورثات بيتا(β)، وتكون سرعة تحطم خلايا بيتا(β) المصنعة لهرمون الأنسولين في البنكرياس متفاوتة، فعند الأطفال تكون سرعة تحطمها كبيرة مما يؤدي إلى إنتكاسات سريرية سريعة وحادة، أما البالغين فقد تكون سرعة تحطم الخلايا عندهم بطيئة ومنهم من يصاب في البداية بإحمضاض الدم الكيتوني، والبعض الآخر بإرتفاع متفرد في مستوى سكر الدم مع ما يصاحبه من كثرة التبول وفقدان الوزن والعطش. (الدليل الإرشادي لعلاج السكري في مراكز الرعاية الصحية الأولية ، 2016 ، ص07)

### 3- الفيروسات :

يعتقد الباحثون أن الإصابة ببعض الفيروسات مثل تلك المسببة للحصبة الألمانية والنكاف (mumps)، وفيروسات أخرى من فصيلة كوكس ساكي (Coxsackie)، وخاصة في الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي، قد يكون سببا في حدوث النوع الأول من السكري، وهذه الفيروسات تهاجم بعنف خلايا بيتا في البنكرياس المفترزة للأنسولين وتدمرها، كما أن بنية هذه الفيروسات تماثل بنية البروتينات

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

الموجودة في خلايا بيتا في البنكرياس، وتعمل على خداع جهاز المناعة ( لدى الأشخاص الذين يكون جهازهم المناعي معرض وراثيا)، فيعتقد جهاز المناعة أن خلايا بيتا هي جزيئات الفيروس، ويقوم بتكوين أجسام مضادة للتصدي إلى خلايا بيتا بدلا من التصدي للفيروسات، وبذلك تدمر خلايا بيتا بفعل الأجسام المضادة الموجهة لتوجيهها خاطئا بفعل الفيروسات، وقد تهاجم الفيروسات خلايا بيتا وتدمرها بشكل مباشر وتؤدي إلى نقص سريع في الأنسولين، أو تؤدي إلى فقدان تدريجي لوظائف خلايا بيتا وحدوث داء السكري بعد عدة سنوات من الإصابة بالفيروسات، وهذا النوع يمثل 5- 10 % فقط من مرضى السكري.(الحميد، 2008، ص29)

### 4- نقص فيتامين د Vitamin D:

تشير الدراسات إلى أن انخفاض مستوى فيتامين (د) قد يرتبط بزيادة خطر الإصابة بالنوع الأول من مرض السكري ، حيث أن هناك علاقة تربط فيتامين (د) بمرض السكري، ففيتامين (د) هو الذي ينظم مستوى السكر في الدم، حيث يدخل في تكوين خلايا بيتا، والتي بدورها تعمل على إنتاج الأنسولين، لذلك فإن نقص فيتامين (د) يؤدي إلى تقليل إفراز الإنسولين، كما أنه له دور في تنشيط مستقبلات الأنسولين، لذلك يعتبر تناول فيتامين (د) من العوامل الوقائية لمرض السكري، وفي هذا الصدد ظهرت دراسة من بين الدراسات التي تناولت بالحديث عن فيتامين (د) والسكري والتي أجرتها (Zipitis et al) أن إعطاء مكملات فيتامين (د) في مرحلة الطفولة المبكرة تقلل من خطر الإصابة بالنوع الأول من السكري بنسبة 29% مقارنة بالأطفال الذين لم يتلقوا مكملات فيتامين (د)، ومن المجالات الأخرى المثيرة للإهتمام حاله فيتامين (د) أثناء الحمل والرضاعة، فنقص فيتامين (د) أثناء فترة الحمل يلعب دورا في تطوير مرض السكري لدى الطفل، وقد أشار في هذا الصدد غريغوري وآخرون (Gregory et al)؛ إلى أن النساء الحوامل والأمهات المرضعات يجب أن تأخذن المكملات الغذائية المتعلقة بفيتامين (د)، لأن فيتامين (د) يعد معدلا قويا لجهاز المناعة ويساعد على تنظيم تكاثر الخلايا وتمايزها، وقد أظهرت أبحاثهم أن وضع فيتامين (د) الكافي لدى الأمهات كان له تأثير على الحد من تطور مرض السكري من النوع 1 في أطفالهم، ويبدو واضحا أن فيتامين (د) يمكن أن يلعب دورا في الوقاية من مرض السكري من النوع الأول.(Martin et al., 2011, pp115-116)

### 5. حليب البقر :

يمكن للرضاعة الطبيعية ( من 3 أشهر حتى 18 شهر) أن تحمي من أخطر إصابة الأطفال بمرض السكري ، لأن إرضاع الطفل الصغير (الرضيع ) بحليب البقر منذ الأشهر الأولى، يعد عاملا خطيرا



## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

لإصابته فيما بعد بمرض السكري، لأن جسم الإنسان يحتوى على أجسام مضادة تخص بروتينات موجودة في حليب البقر ، وهي مماثلة مع بعض بروتينات خلايا بيتا. (Philips & Radermecker,2012, p 322)

فقد بينت الدراسات أن الأطفال الذين تم تشخيصهم بالنوع الأول من السكر حديثا، غالبا تكون لديهم معدلات عالية من الأجسام المضادة لنوع معين من البروتينات الموجودة في حليب البقر، والتي تعرف بإسم "بروتين مصلى حليب البقر BSA" وهو يشبه أحد البروتينات الموجودة في خلايا بيتا، وأن معدة الأطفال الرضع لا تستطيع هضم الأطعمة بما فيها البروتينات بصورة جيدة، فإن البروتينات الكبيرة غير المهضومة تمر عبر جدران الأمعاء إلى الدم، ويعتبر الجسم هذه البروتينات بما فيها BSA، مواد غريبة فيقوم بإفراز الأجسام المضادة لمهاجمتها، وقد يحصل خطأ في التعرف على خلايا بيتا، فنقوم تلك الأجسام بمهاجمتها، لأنها تشبه بروتين BSA وتدمرها. (الحميد، 2008، ص ص 31 - 32)

بالإضافة إلى أسباب أخرى نورها :

- إدخال القمح ومشتقاته في غذاء الأطفال في الشهور الستة من عمر الطفل الرضيع (الشريف، 2017، ص 55).

- كبر سن الأم.

- إصابة الأم بمرض السكري النوع الأول.

- إصابة الأم بارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل. (الحميد، 2008، ص 30)

2-3-2/ النوع الثاني (النمط 2) من مرض السكري (TYPE2) :

كان قديما يسمى بمرض السكري الذي لا يعتمد على الأنسولين (NIDDM) ويقصد به مرضى السكري الذين لا يعتمدون على الأنسولين في علاجهم، وكان يسمى كذلك بسكر الكبار، لأنه عادة يبدأ بعد سن الأربعين. (الحميد، 2008، ص 32)

مرض السكري من النوع الثاني هو النمط الأكثر شيوعا، حيث يشكل حوالي 90 % من مرضى السكري، ويصيب هذا المرض غالبا البالغين، لكنه لوحظ أنه يصيب الأطفال والمراهقين الذين يعانون من السمنة. (International Diabetes Federation,2017, p 18)

فهو النوع غير المعتمد على دواء الأنسولين، ولكن علاجه يعتمد على الحمية و الحبوب، غالبا يصيب الأشخاص البدناء فوق الأربعين عاما، لكنه من الممكن أن يصيب الأطفال والشباب البدناء، حيث أن البدانة (السمنة) من أكبر المسببات الأساسية لهذا النوع، ويحصل إما لنقص الأنسولين (ليس فقده)

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

المفروز من خلايا بيتا، أو بسبب أن خلايا الجسم لا تنتبه لوجود الأنسولين رغم توفره بكثرة (أي مقاومة خلايا الأنسولين). (الشريف، 2017، ص 55)

فداء السكري من النوع الثاني يعرف بأنه متلازمة أيضية تتميز بفرط سكر الدم المزمن، وهو نوع يتميز بمقاومة فيزيولوجية متزايدة لعمل الأنسولين من الكبد، العضلات والأنسجة الدهنية. (Braillard, 2017, p 02)

ففي هذا النوع يفرز البنكرياس كمية من الأنسولين، ولكنها قد تكون غير كافية أو أن هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعيق وظيفة الأنسولين، بسبب نقص مستقبلات الأنسولين، أو لوجود أجسام مضادة لهذه المستقبلات تمنع الأنسولين وتنافسها على الوصول إليها، مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر في الدم. (الحميد، 2008، ص32)

وينقسم مرض السكري من النوع الثاني إلى قسمين هما :

2-3-2-1 / مرض السكري من النوع الثاني غير مصحوب بالسمنة: ويشكل المصابون به أقل (10%) من مرضى السكري غير المعتمد على الأنسولين .

2-3-2-2 / مرض السكري من النوع الثاني المصحوب بالسمنة: ويشكل المصابون بهذا النوع من السكري أكثر من (90%) من مرضى السكري النوع الثاني . (المرزوقي، 2008، ص25)

➤ أسباب مرض السكري النوع الثاني (نمط 2) :

### 1- الوراثة :

إذا كان أحد أو كلا الوالدين مصابا بالسكري من النوع الثاني، فإن هناك زيادة في احتمالية الإصابة

عند

أحد أبنائهم أو أحفادهم، بينما تتضح الصورة أكثر في التوائم المتشابهة؛ حيث أن تمة احتمال بنسبة 30-50% لإصابة أحد التوأمين إذا أصيب التوأم الآخر بالنوع الأول من السكري، لتزيد الإحتمالية إلى نسبة 75-90% في حال إصابة أحدهما بالنوع الثاني من السكري. (لطفى، 2015، ص29)

2- السمنة :

إن السمنة كانت السبب الرئيسي والأول لخطر الإصابة بالنوع الثاني من مرض السكري، فزيادة الدهون تلعب دورا مهما في مقاومة الأنسولين، ولكن أيضا طريقة توزيع الدهون في الجسم أيضا مهمة، فزيادة الوزن حول البطن والجزء العلوي من الجسم (شكل التفاحة) له علاقة بمقاومة الأنسولين وحدث مرض السكر، ومرض القلب وزيادة ضغط الدم والجلطة الدماغية، وزيادة معدلات الكوليسترول غير الصحية، بينما الدهون التي تكون على شكل إحصاة (Pear – Shape) حول الأوراك قد لا يكون لها علاقة بالأمراض المذكورة، وتجدر الإشارة هنا إلى أن السمنة وحدها قد لا تشرح جميع حالات السكري من النوع الثاني والذي ينتشر أيضا في بلدان أخرى معروفة بقلّة الوزن في قارة آسيا. (الحמיד، 2008، ص34)

فهناك شبه إجماع على أن العامل الرئيسي الأول والمسبب لمقاومة الأنسولين، هو زيادة الوزن وخاصة حول البطن والتي تنتج عن أكل الكربوهيدرات السريعة التأثير في سكر الدم ، هذه الدهون تجعل الأنسولين يعمل بأقل كفاءة . (عفيفي، 2017، ص61)

3- الحالة النفسية : القلق والتوتر يعجلان بظهور أعراض الإصابة، ولكنهما لا يعتبران من الأسباب المباشرة للإصابة. (لطفی، 2015، ص ص 29 - 30)

4- التدخين :

أثبتت الدراسات الحديثة أن المدخنين (بصرف النظر عن أنواع التدخين المختلفة) أكثر عرضة للإصابة بالنوع الثاني من مرض السكري عن سواهم من غير المدخنين بنسبة تبلغ 30 - 40 % وذلك للأسباب التالية :

- التأثير المباشر للمواد السامة الناتجة عن التدخين على البنكرياس المفرز للأنسولين.
- التأثير السلبي للمواد الكيميائية الموجودة في مواد التدخين على إستجابة الخلايا للأنسولين.
- الدور التحفيزي الذي يسببه التدخين لهرمونات التوتر التي تزيد من مقاومة الخلايا للأنسولين. (لطفی،

2015، ص ص 30-31)

5- نقص الوزن عند الولادة :

لقد أظهرت الأبحاث أن نقص الوزن عند الولادة يشكل عامل خطورة لحدوث الإصابة بالنوع الثاني من مرض السكري، ويرجع العلماء سبب ذلك إلى سوء التغذية عند المرأة الحامل، والذي قد يؤدي إلى

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

إختلال في عمليات الأيض في الأطفال الناشئين، وإمكانية الإصابة بداء السكري. (الحميد، 2008،

ص 38)

### 2-3-3 / مرض السكري الثانوي (Secondary DM) :

ويحدث نتيجة لوجود علة مرضية تؤثر على الخلايا المفرزة للأنسولين في البنكرياس، وأهم هذه

العلل:

- الإلتهاب المزمن للبنكرياس.

- أورام الغدة فوق الكلوية (Pheochromocytoma).

- إستئصال البنكرياس في حالة ظهور أورام سرطانية مثلاً.

- بعض أمراض الغدد الصماء: كمرض العملاقة (Acromegaly) بسبب زيادة إنتاج هرمون النمو،

وفرط إفراز الغدة الدرقية (Hyperthyroidism)، كما يحدث في حالات التسمم الدرقي، ومتلازمة

كوشينغ (Cushing's Syndrome) والتي تؤدي إلى زيادة معدلات الكورتيزون.

- نتيجة أخذ بعض الأدوية، مثل: هرمون الغدة الدرقية (Thyroid hormone)، والكورتيزون

(الحميد، 2008، ص ص 40-41).

### 2-3-4 / سكري الحمل (Gestational DM) :

هو السكري الذي يشخص لأول مرة خلال الحمل، وعلى الأغلب يتم التشخيص في الأشهر الثلاثة

الأخيرة من الحمل، حيث يكون تركيز الهرمونات المضادة للأنسولين، التي تفرز من المشيمة في أعلى

تركيز لها، وعادة يختفي سكري الحمل بعد الولادة، ولكن تبقى الأم مرشحة للإصابة مرة ثانية بسكري

الحمل أو السكري من النوع الثاني (نمط 2). (الدليل الإرشادي لعلاج السكري في مراكز الرعاية الصحية الأولية،

2016، ص 07)

#### ➤ أسباب سكري الحمل :

1- زيادة الوزن والسمنة قبل الحمل.

2- زيادة الوزن السريعة بفترة الشهور الأولى من الحمل.

3- تاريخ عائلي لمرض السكري (الأب - الأم - الإخوة).

4- زيادة عمر الأم عن خمسة وثلاثين عام.

5- إذا كانت الأم تعاني من تكيس المبايض.

6- إذا سبق للأم إنجاب طفل وزنه أكثر من 4.5 كيلو غرام.

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

7- إذا سبق للأم إنجاب طفل ميت أو بعيوب خلقية.

8 - إذا سبق للأم أن عانت من سكر الحمل في حمل سابق.

9 - إذا كانت الأم تعاني من زيادة بسوائل الجنين.

مع العلم أن هناك نساء يعانين من سكر الحمل ولايعانون من أي سبب من الأسباب المذكورة

أعلاه.(التوني وآخرون، د.س، ص03)

وإنطلاقاً لما جاء في هذا الجزء؛ نستنتج أن مرض السكري أنواع وهذه الأنواع كلها تعتمد على كمية الأنسولين التي يتم إفرازها من خلايا بيتا على مستوى البنكرياس؛ فالنوع الأول من مرض السكري (النمط 1) هو مرض مناعي الرغم من تعدد عوامل الخطر التي تسببه كالوراثة والفيروسات ونقص فيتامين (د) وحليب البقر، إلا أن العلماء والباحثين اعتبروه مرض ذاتي المناعة، حيث يهاجم جهاز المناعة خلايا "بيتا" المسؤولة عن إنتاج الأنسولين في البنكرياس ويقوم بتدميرها، فتقوم خلايا بيتا بإنتاج كمية قليلة جداً من الأنسولين، أو قد لا تقوم بذلك إطلاقاً، لذلك يكون الفرد المصاب بالنوع الأول من مرض السكري بحقن مادة الإنسولين يومياً طوال حياته، ولهذا يطلق على هذا النوع السكري بمرض السكري المعتمد على الأنسولين، وهذا النوع من المرض شائع لدى الأطفال والمراهقين وبالرغم من تعدد أسباب الإصابة به وأنه مرض مناعي لكن تبقى هذه الأسباب فرضيات لدى بعض الباحثين والعلماء، أما النوع الثاني من مرض السكري (نمط 2)، فهو عكس النوع الأول ويطلق عليه مرض السكري غير المعتمد على الأنسولين يعتبر النوع الثاني من مرض السكري، وهو أكثر الأنواع إنتشاراً بين الناس، وهو يحتل نسبة تتراوح بين 90 بالمائة من إجمالي المرضى المصابين بمرض السكري، وإعتبر العلماء أن للوراثة والسمنة والتقدم في السن سبب في الإصابة بهذا النوع من السكري، وهذا النوع يحدث إما بسبب نقص إفراز الأنسولين وليس فقده، أو بسبب أن خلايا الجسم بمقاومة الأنسولين الذي يتم إنتاجه، أما النوع الثالث؛ فهو السكري الثانوي الناتج عن وجود أمراض عضوية ترفع نسبة السكر في الدم، أو تناول عقاقير مثل الكورتيزون، أو إعتلالات هرمونية في الغدد الصماء، أما النوع الرابع فهو سكري غير مزمن مقارنة بالأنواع السابقة؛ وهو مرض تصاب به الأم خلال فترة الحمل فقط، لكن يمكن أن يتطور فيما بعد ويتحول إلى النوع الثاني، حيث خلاله فترة الحمل تقوم الهرمونات التي تفرزها المشيمة بمقاومة عمل الأنسولين، وبالتالي يصبح جسم الأم غير قادر على حرق السكريات في الدم، فيرتفع مستوى السكر في الدم وتصاب الأم الحامل بسكري الحمل.

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

بالتالي يمكن القول بأن مرض السكري من أكثر الأمراض المزمنة إنتشارا في العالم بين الناس، بحيث يصيب جميع الفئات العمرية ومن كلا الجنسين، وعادة ما ينتج عن عدم إنتظام واخلل في عمل غدة البنكرياس ، وتعددت أنواعه وأسبابه بتعدد الفئات العمرية المصابة به ونسبة إنتشاره ووبائيته في العالم.

### 2-4/ أعراض مرض السكري تشخيصه وعلاجه:

أعراض مرض السكري البارزة يمكن تقسيمها إلى فئتين: الأولى أعراض ناتجة عن المرض نفسه، والثانية أعراض ناتجة عن المضاعفات التي قد تنشأ عنه إن لم يسعف المريض بالعلاج المناسب.(الشريف، 2017، ص56) وأعراض مرض السكري متنوعة ومتعددة ومختلفة بإختلاف أنواع المرض، وهذا ما جعل كل نوع له تشخيصه وعلاجه الخاص به وفيما يلي سنعرض جداول (5-6-7-8) تلخص لنا أعراض أنواع مرض السكري وكيفية تشخيص وعلاج كل نوع من أنواع مرض السكري.

الجدول رقم (05) : يوضح أعراض أنواع مرض السكري

أنواع مرض السكري	مرض السكري النوع الأول	مرض السكري النوع الثاني	سكري الحمل
أعراضه	<ul style="list-style-type: none"> <li>- عطش</li> <li>- كثرة الرغبة في التبول (التبول).</li> <li>- فقدان الوزن الكبير في وقت قصير.</li> <li>- جفاف الفم.</li> <li>- التعب.</li> <li>- رائحة الأسيتون في التنفس.</li> <li>- غيبوبة. (ALD, 2018, p 07)</li> <li>- التعب وضعف التحفز.</li> <li>- جفاف البشرة والحكة المهيجة.</li> <li>- اضطراب الرؤية.</li> <li>- سوء إلتئام الجروح</li> <li>- إلتهابات المجاري البولية.</li> <li>(Hoffmann et al.,2013, p18)</li> <li>ظهور الأعراض المرضية يكون بشكل فجائي. (الحميد، 2008، ص 40)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- الإلتهابات المتكرر كإلتهابات الفطرية (mycoses) وإلتهابات المسالك البولية.</li> <li>- التعب.</li> <li>- جفاف الفم.</li> <li>- كثرة التبول. (ALD,2018, p07)</li> <li>- إرتفاع ضغط الدم .</li> <li>- إضطراب شحوم الدم (dyslipidémie)</li> <li>- الشواك الأسود وهو زيادة التصبغ في الجلد ( Acanthosis nigricans)</li> <li>- مرض الكبد الدهني غير الكحولي (NAFLD). (Van Hulst et al.,2017, p 27)</li> <li>- التراخي .</li> <li>- العطش المتزايد.</li> <li>- الإغماء (فقدان التوازن).</li> <li>- نقص الوزن.</li> <li>- الحكة المهيجة .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- العطش .</li> <li>- زيادة التبول .</li> <li>- فقدان الوزن بالرغم من زيادة الشهية.</li> <li>- الإرهاق .</li> <li>- الغثيان والقيء المتكرر .</li> <li>- إلتهابات متكررة بالببول والمهبل والجلد.</li> <li>- عدم وضوح الرؤية .</li> <li>(التوني وآخرون، د.س، ص 04)</li> </ul>
		الأعراض غالبا ما تكون خفيفة، ومرض السكري نمط 2 يبقى	

	فترة طويلة في الخفاء ولا يظهر إلا بعد حدوث أضرار متأخرة. (Hoffmann et al.,2013, p 18)	
--	--	--

الجدول رقم (06) : يوضح كيفية تشخيص أنواع مرض السكري

أنواع مرض السكري	السكري النوع الأول والثاني	سكري الحمل
التشخيص	<p>يشخص داء السكري بفحص البول والدم في الغالب، حيث يغمر شريط الإختبار في البول فيتلون، ويمكن بناءا على السلم اللوني كشف وجود الجلوكوز في البول وكميته ، كما يمكن معرفة قيمة السكر في الدم بوضع قطرة من الدم على شريط الإختبار الذي يتغير لونه تبعا لتركيز الغلوكوز في الدم ، ويقوم الطبيب بإجراء فحوص دم أخرى ويفيد جهاز فحص سكر الدم في المراقبة الذاتية.(المعهد البيولوجرافي الألماني، 2006، ص656)</p> <p>يكون مستوى جلوكوز الدم للإنسان الطبيعي أقل من 100ملغ/ دل في حالة الصيام و أقل من 140 ملغ / دل بعد الأكل بساعتين أو خلال فحص تحمل السكر، وهناك ما يسمى بالسكري الكامن حيث يتراوح مستوى سكر بلازما الدم في حالة الصيام بين 100- 125ملغ / دل أو يتراوح بين 140 -199 ملغ / دل خلال فحص تحمل السكر أو بعد الأكل بساعتين، وفي توصيات جمعية السكري الأمريكية لعام 2010 تم اعتماد الهيموجلوبين المتعسلن (HbA1c) في تشخيص السكري الكامن بحيث أن الأشخاص المصابين بالسكري الكامن تكون لديهم النسبة</p>	<p>لا يوجد إتفاق عالمي محدد على تشخيص سكر الحمل، فالنساء اللواتي عرضة للإصابة بسكري الحمل عليهن أن يخضعن لفحص سكر في أقرب وقت ممكن متى علمت المرأة بأنها حامل، وإذا كانت النتيجة سليمة فعليها إعادة الفحص مرة أخرى بين 24 . 28 أسبوع من الحمل، أما باقي السيدات فعليهن إجراء فحص الفحص ما بين 24 - 28 أسبوع، ويتم فحص سكر الدم لجميع الحوامل بعد ساعتين من تناول 75 جرام من الجلوكوز، وإذا كانت النتيجة مرتفعة أو إذا وجدت أكثر من 140 ملغ/ 100 ملل دم،</p>



<p>فتعتبر الأم مصابة بسكر الحمل حسب تقرير المنظمة العالمية للصحة. (التوني وآخرون، د.س، ص 04)</p>	<p>ما بين 5.7 و 6.4 ويتم تشخيص السكري إذا تجاوز أو تساوى تركيز الجلوكوز في البلازما الصباحي (في حالة الصيام ) 126ملغ/ دل، أو إذا تجاوز تركيز الجلوكوز 200 ملغ / دل بعد ساعتين من تناول السكر لدى إجراء فحص تحمل الجلوكوز بالفم (OGTT)، بإعطاء 75 غرام من الجلوكوز المذاب في الماء، والجدول رقم (07) يوضح ذلك. (الدليل الإرشادي لعلاج السكري في مراكز الرعاية الصحية الأولية ، 2016، ص ص8-9)</p>	
--	---	--

الجدول رقم (07) : يوضح المعايير الطبيعية والمتبعة في تشخيص مرض السكري

مرض السكري	إختلال تحمل الجلوكوز	الحدود الطبيعية	نوع الفحص
126 ملغ/دل أو أكثر	من 100 ملغ/دل أقل من 126ملغ/ دل	100 ملغ / دل	الجلوكوز في حالة الصيام
200 ملغ/دل أو أكثر	من 140ملغ/دل أقل من 200ملغ/دل	أقل من 140ملغ / دل	الجلوكوز : بعد ساعتين من تناول 75 غ جلوكوز لدى فحص تحمل الجلوكوز بالفم
أعراض السكري مع تركيز الجلوكوز العرضي 200 ملغ/دل أو أكثر			الفحص العشوائي لسكر البلازما

(الدليل الإرشادي لعلاج السكري في مراكز الرعاية الصحية الأولية ، 2016 ، ص 09 )

الجدول رقم (08) : يوضح لنا طرق علاج مرض السكري

أنواع مرض السكري	مرض السكري النوع الأول	مرض السكري النوع الثاني	سكري الحمل
العلاج المقدم لكل نوع	<p>- العلاج الرئيسي لمرضى السكري النوع الأول هو حقن الأنسولين وهو علاج دائم. (CEEDMM, 2011, p18)</p> <p>- إتباع نظام غذائي صحي ومتوازن . (ALD, 2018, p07)</p> <p>- ممارسة الرياضة. (الحמיד، 2008، ص 90)</p> <p>- زراعة البنكرياس لدى الأشخاص المعتمدين على الأنسولين والذين لا يستجيبون بصورة جيدة للعلاج بالأنسولين وفي نفس الوقت لديهم مضاعفات خطيرة؛ بسبب عدم التحكم بمستوى السكر في الدم. (الحמיד، 2008، ص 95)</p> <p>- زراعة خلايا بيتا؛ وهذه الطريقة تعتبر بديل عن زراعة البنكرياس لتلافي معيقات التبرع الكامل بالبنكرياس، وتهدف هذه العملية إلى</p>	<p>- ممارسة الرياضة .</p> <p>- إتباع نظام غذائي صحي ومتوازن .</p> <p>- إنقاص الوزن في حالة زيادته. (ALD, 2018, p 07)</p> <p>- الأقرص الخافضة للسكر؛ وتوصف هذه الأدوية عندما تفشل الحمية الغذائية والرياضة في خفض مستوى السكر في الدم لديهم بشكل جيد، وهذه الأدوية لا تستخدم في علاج المرض المصابين بالنوع الأول من السكري، لأن آلية عمل هذه الأدوية تعتمد أساسا على إفراز الأنسولين من البنكرياس، وتعطى هذه الأدوية عن طريق الفم مرة واحدة في اليوم (صباحا)، مع أن بعض الأشخاص قد تحتاج إلى جرعتين أو ثلاث، ومن أمثلتها الميتفورمين وهو دواء يزيد من إستجابة الجسم للأنسولين. (الحמיד، 2008، ص ص 136-137)</p>	<p>- إتباع نظام غذائي متزن؛ حيث يحتوى النظام الغذائي على سعرات حرارية لازمة للحامل والتي تكون عادة ما بين 1800 و 2000 سعرة حرارية .</p> <p>- ممارسة التمارين الرياضية بشكل منتظم ثلاث مرات أسبوعيا على الأقل.</p> <p>- العلاج بالأنسولين في حالة عدم التحم في السكر بالرياضة والحمية الغذائية. (التوني وآخرون، د.س، ص ص 10-11)</p>

<p>- في حال عدم القدرة على ضبط مستوى السكر في الدم عن طريق التغذية وإنقاص الوزن والرياضة أو الأقراص الخافضة للسكر، يتم حقن الأنسولين في العلاج.(الحميد، 2008، ص105)</p>	<p>إعطاء مريض السكر خلايا جديدة قادرة على إنتاج الأنسولين، ويتم ذلك عن طريق إستخلاص تلك الخلايا من بنكرياس شخص متطوع، وزراعة خلايا بيتا لا تتطلب إجراء عملية كبيرة، ويحتاج المريض إلى تخزين موضعي فقط، وتتم هذه الطريقة بحقن خلايا بيتا بإبرة دقيقة في الوريد السري في البطن للشخص المريض أو بعمل فتحة في البطن يتم من خلالها تمرير أنبوبة إلى الوريد الكبدي، ويتم حقن تلك الخلايا عن طريق ذلك الأنبوب.(الحميد، 2008، ص100)</p>	
---	---	--

إنطلاقاً لما تقدم في هذا العنصر الذي لخص لنا أعراض مرض السكري تشخيصه وعلاجه، نصل بأن هناك تشابه في أعراض مرض السكري بأنواعه؛ حيث جميعها تضمنت العطش و كثرة الرغبة في التبول، جفاف الفم، التعب والوهن، نقص الوزن، سوء التئام الجروح، إلا أن بعض الأعراض قد يكون مميّزا لدى نوع معين دون الآخر، وهذا راجع لخصوصية نوع المرض والشخص المصاب به؛ فمثلا النوع الأول من مرض السكري تظهر أعراضه فجأة أما النوع الثاني فتتميز أعراضه بالبطء والتأخر في الظهور، أما سكري الحمل فأعراضه تظهر خلال فترة الحمل، أما فيما يتعلق بتشخيص مرض السكري؛ فيشخص بناءا على

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

126 الأعراض سالفة الذكر بالإضافة إلى إجراء التحاليل الطبية لدم وبول الفرد؛ حيث وضح لنا الجدول (07) ذلك من خلال قياس مستوى الجلوكوز في الدم أثناء فترة الصيام والتي تقدر نسبته في حال مرض السكري بـ ملغ / دل فأكثر، وقياس مستوى الجلوكوز في الدم بعد ساعتين من تناول 75 غ من جلوكوز والتي نسبته بـ 200 ملغ / دل فأكثر، أما مستوى الجلوكوز في القياس العشوائي فيقدر بـ 200ملغ/دل فأكثر، أما علاج مرض السكري بأنواعه يتوقف على أعراضه، فكما كان التشابه بين أعراض مرض السكري، فالعلاج أيضا متشابه بين أنواع مرض السكري؛ وهذا من حيث إتباع نظام غذائي متوازن وإنقاص الوزن وممارسة الرياضة، أما الإختلاف يكمن في الدواء المناسب مع كل نوع؛ فمرضى السكري النوع الأول؛ يعتمدون على حقن الأنسولين كعلاج دائم ويمكن إعتقاد الجراحات الطبية كزرع البنكرياس أو خلايا بيتا في حالة عدم الإستجابة الجيدة لدواء الأنسولين، أما مرضى السكري النوع الثاني فيعتمد علاجهم على الأقراص الخافضة للسكر والتي تزيد من إستجابة الجسم للأنسولين، أما في حالة سكري الحمل فإذا لم يتم ضبط السكري لدى الحامل بممارسة الرياضة و النظام الغذائي المتوازن فقد يلجأ الطبيب إلى إعطاء للأم حقن الأنسولين.

بالتالي وإنطلاقا لما تقدم، مرض السكري ليس نوعا واحدا، بل هو عدة أنواع مختلفة ومتعددة بالإضافة إليها سكري الحمل، ولكل نوع خصوصيته من حيث الأعراض والأسباب والعلاج، أما تشخيصها يأخذ جميعها منحى واحد وهو تحليل سكر الدم.

### 5/ المعاش النفسي للمراهق المصاب بالسكري:

المراهقة هي مرحلة إنتقالية بين الطفولة و الرشد، وتمتاز هذه المرحلة بالتغيرات الجسدية والعاطفية والفكرية والنفسية، وكل هذه التغيرات لها وقع كبير على المراهق ، ويسعى جاهدا للتكيف معها، وتنمية إحساسه بالهوية، و بإعتبارها أنها مرحلة التغيرات والتوترات العنيفة والمختلفة في حياة المراهق.

فإن إعلانه بأنه مصاب بمرض مزمن (السكري)؛ يدخله في صدمة قوية، بالإضافة إلى أنه يمر بفترات صمت ولا يحبذ التواصل مع الآخرين، كما يمتاز المراهقون الذين إكتشفوا بأنهم مصابون بمرض السكري بالإحتفاظ بمشاعرهم حيال هذا المرض لأنفسهم، ويميلون دائما لطرح السؤال الممثل في لماذا أنا؟ (لماذا إختاره المرض). (Darnac,2008, p 31)

وكما نتطرقنا في أنواع مرض السكري، فتبين أن النوع الأول من هذا المرض يشيع في أوساط الأطفال والمراهقين ويخلف بذلك أثارا نفسية كبيرة، وفي هذا الصدد يشير ميرود وآيت حمودة (2014) بأن لمرض السكري تأثيرات معتبرة على المعاش النفسي للمراهق حيث تولد لديه العديد من المشاعر السلبية كالشعور بالدونية والنقص نظرا لما يفرضه عليه المرض من ممنوعات مقارنة بأقرانه من نفس سنه، بالإضافة إلى

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

مشاعر القلق والحزن بسبب المرض وعدم تقبله نتيجة التبعية للأنسولين والإرتفاع أوالإخفاض المفاجئ للسكر، كما قد ينجر عن الإصابة بهذا المرض لدى المراهق الإحساس باليأس لأن المرض مزمن ولا شفاء له و أن حياته في خطر بسبب التعرض لمضاعفات المرض الخطيرة، وهذا ما دفع ببعض الحالات لتكوين نظرة مستقبلية يمتزج فيها الشعور بالخوف والتشاؤم وخاصة الخوف من عدم الزواج و إنجاب أطفال مرضى بالسكري. (ميرود وآيت حمودة، 2014، ص 232)

ويشكل علاج السكري عند المراهقين مشكلة خاصة، حيث يواجه المرضى من المراهقين مسائل تتعلق بإستقلاليتهم وتطور مفهوم الذات لديهم، والسكري بما يفرضه من قيود لا تتسجم مع مثل هذه المتطلبات النمائية، فقد يرى المراهق في هذه القيود التي يفرضها الوالدان على طعامه؛ محاولة للسيطرة عليه، كما قد يعتبر الحاجة إلى متابعة الحمية وضرورة التتبع لحقن الأنسولين ومراقبتها على أنها تعليمات وقواعد مفروضة عليه من الخارج، بالإضافة إلى ذلك؛ فإن أي إختلاف عن الأقران في ضوء ثقافة المراهقين، قد يقود إلى الوصمة الإجتماعية، وعليه فقد يهمل المراهق المريض بداء السكري الرعاية الصحية، وذلك لتجنب الإختلاف عن غيره من المراهقين، وخوفا من رفضهم له.

ولا تقتصر مشكلات إدارة النمط الأول من السكري ومعالجته بين المراهقين على صعوبات خاصة بالمريض نفسه، بل تتعلق بتقبل القيود التي يفرضها المرض، وإنما قد تشمل أفراد الأسرة أيضا، بما في ذلك الوالدان اللذان قد يتصرفان بطرق تفشل الجهود الموجهة لإدارة المرض، فقد يعامل الوالدان إبنهما المراهق معاملة الطفل مثلا، وقد يضعان قيودا على أنشطته، فتقتصر على ما هو ضروري؛ مما يؤدي إلى تعزيز طفولته و إعتماديته، ومن ناحية أخرى، قد يحاول الوالدان إقناع المراهق بأنه سوي مثل رفاقه، فلا يلبث المراهق أن يدرك بأنه ليس كذلك.(تايلور، 2008، ص 629)

كما وضح (Ajuriaguerra.De,1980) معاناة المراهق المريض بداء السكري المرتبط بالأنسولين حيث يبقى رهينة الدواء المستمر المفروض عليه عن طريق حقن الأنسولين، وما يترتب عنها .كما يؤدي به المرض إلى إختلال التوازن النفسي له ولعائلته، مما يؤثر على نموه في أهم مراحلها وعلى العلاقة مع والديه. من جهة أخرى، فإن المرض يفرض تدعيما لهذه العلاقة على مستوى الجسد عن طريق الحقن والتحاليل البولية ومختلف التقليلات الغذائية. إن من أهم تأثيرات داء السكري المرتبط بالأنسولين أن يصاب المراهق بصدمة نفسية عنيفة، حيث يمكن أن يؤدي به الضغط النفسي إلى استجابات سلوكية مثل العدوانية أوحالات إكتئابية وأحيانا إلى الحصر وصعوبات في التفاعل مع الآخرين مما ينجم عنه غالبا الإطواء حول النفس وإهمال المرض وعدم تقبله، وفي بعض الأحيان وصوله إلى تهديم ذاته. وأيضا تحرض الإضطرابات الأيضية عند المريض بداء السكري المرتبط بالأنسولين على عدم التوازن النفسي

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

الذي يعتبر عاملا أساسيا في عملية التكيف الإجتماعي، وفي الإنجاز العادي للأعمال اليومية. (زلوف و سنوساوي، د.س، ص142)

في حين ذكرت إحدى الدراسات أن المراهقين الذين يعانون من مرض السكري النوع 2 (T2DM) الإبلاغ عن سوء في نوعية الحياة مقارنة بالمراهقين المصابين بالسكري النوع 1 (T1DM)، كما وجدت مسحية أن المراهقين المصابين بـ (T2DM) يعانون من معدلات عالية من الإكتئاب. (Jaser, 2010, p 05)

وإعتامادا على ما ورد في هذا العنصر فإن إصابة المراهق بمرض السكري يعتبر تحديا كبيرا له بإعتباره يمر بمرحلة حساسة يحقق من خلالها التأسيس الجيد لمرحلة الرشد بناء هوية ثابتة ومستقلة، فبمجرد علمه بأنه مصاب بالسكري فهذا سيكون بمثابة خبر سيئ وصادم له، يجعله فيما بعد يجد صعوبة في التأقلم مع هذا المرض الذي يفرض عليه العديد من الإلتزامات الصحية المختلفة، ممل يجعل المراهق المريض يعاني من مشكلات نفسية مختلفة يفرضها عليه هذا المرض كالقلق والخوف والتوتر والإنفعال الزائد والنظرة التشاؤمية المستقبلية لديه التي يرى من خلالها أن هذا المرض يعيق طموحاته وأهدافه، والأثار النفسية لمرض السكري لا يواجهها المراهق لوحده بل تمتد إلى باقي أفراد الأسرة وخصوصا الوالدين اللذان يجيدان هما أيضا صعوبة التأقلم والتعامل مع إبنهم المراهق المريض الذي من المفروض أصبح شخصا مستقلا غير إعتماذي، ولكن في نفس الوقت يعاملانه كطفل صغير من خلال الإهتمام الدائم به وبصحته، ويراقبانه دائما ولا يسمحان له بالقيام بأشياء قد يراه الوالدان مضررة له، هذا ما يجعل المراهق يلوم والداه جراء إصابته بمرضه وينظر إلى نفسه بشيء من الدونية ويشعر بأنه مختلف عن أقرانه كما قد يسبب له مرض السكري الإنطواء وقطع الإتصال مع الأقران والأصدقاء، ويعيش حبيس مرضه المزمن.

### خلاصة الفصل:

يتضح مما تقدم في هذا الفصل والذي تم عرض فيه كل من المراهقة ومرض السكري؛ بأن المراهقة هي مرحلة النضج والإرتقاء الإنساني لما لها من خصوصيات، فهي بوابة الإنتقال لعالم الرشد الذي يكتمل فيها نمو الإنسان من مختلف الجوانب الجسمية والعقلية - المعرفية والنفسية والإجتماعية وغيرها من الجوانب وفيها يكون الفرد قد إنتقل من إعتماذية مرحلة الطفولة إلى الإستقلالية التي تتميز بها مرحلة الرشد ويكون فيها الفرد ناضجا ومسؤولا، وبإعتبارها مرحلة التأسيس للرشد والتمايز والإرتقاء النمائي في كل مظاهر النمو إلا أنها مرحلة تتميز بتغيرات وتقلبات خصوصا على المستوى النفسي والسلوكي، يحاول فيها المراهق بإستمرار التأقلم معها، لكن دخول المرض لحياة المراهق، خصوصا إذا كان مزمنًا ويلزمه طوال حياته كمرض السكري الذي يستدعي منه متابعة علاجية وإلتزاما صحيا صارما؛ فبذل أن يهتم

## الفصل الثاني : المراهقة ومرض السكري

المراهق بتداعيات هذه المرحلة التي يمر بها وبناء هويته وصقل شخصيته، يجد نفسه أمام حدث صادم بالنسبة له وهو مرض السكري والذي يغير ويؤثر على معاشه النفسي وبالتالي يجد المراهق صعوبة في التأقلم مع مرض السكري والعيش تحت القيود والممنوعات التي يفرضها عليه المرض والذي يحد من نشاطاته ويؤثر على نظرتة المستقبلية، بالتالي الأمر الذي يحتم عليه أن ينتهج مجموعة من الإستراتيجيات التعاملية والتي يواجه بها ضغوط مرض السكري وتحدياته، والتي يتوقف عليها فيما بعد إما تحقيق التوافق النفسي للمراهق و تأقلمه الجيد مع المرض، أو سوء التوافق و إصابته بالإضطرابات النفسية كإضطراب التأقلم إلى جانب مرض السكري لديه.

# الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل

## وإضطراب التأقلم

- تمهيد .

### 1 / إستراتيجيات التعامل.

1-1 / تعريف إستراتيجيات التعامل.

1-2 / وظيفة إستراتيجيات التعامل وتصنيفها.

1-3 / إستراتيجيات التعامل في مرحلة المراهقة.

1-4 / إستراتيجيات التعامل والتأقلم مع المرض المزمن.

1-5 / تأثير إستراتيجيات التعامل على الصحة النفسية للفرد.

### 2 / إضطراب التأقلم.

2-1 / تاريخ تطور مفهوم إضطراب التأقلم .

2-2 / تعريف إضطراب التأقلم .

2-3 / الإجهاد النفسي و إضطراب التأقلم .

2-4 / أشكال إضطراب التأقلم .

2-5 / أسباب و أعراض إضطراب التأقلم .

2-6 / مضاعفات إضطراب التأقلم .

2-7 / تشخيص و علاج إضطراب التأقلم .

- خلاصة الفصل .



### تمهيد :

تؤثر أحداث الحياة المجهددة على صحة الفرد سواء كانت هذه الأحداث حادة أو أقل حدة، وهذا بحسب شخصية الفرد وطريقة تفكيره وظروف بيئته وإستراتيجيات التعامل التي يعتمدها، فمع التعقيدات الحياتية التي نعيشها الآن، جعلت منا طعاما سهلا للتوتر والإجهد النفسى، وأصبح بعضنا غير قادرا على التعامل (Coping) مع هذه التغيرات، وبالتالي عدم التأقلم مع الأوضاع المجهددة التي تؤدي إلى تغيرات نفسية هامة، تجعل من الفرد أكثر عرضة للإصابة بالإضطرابات النفسية، ولعل أكثر الإضطرابات النفسية علاقة بالإجهد والضغط النفسى، الإكتئاب و إضطرابات القلق أو تلك المتعلقة بالصدمة والإجهد كالإضطرابات الصدمية (كرب ما بعد الصدمة و الكرب الحاد) وإضطراب التأقلم، وفي هذا الفصل سنلقي الضوء على إستراتيجيات التعامل من خلال التركيز على مفهومها وخصائصها ووظائفها عند مواجهة الضغوط، وصولا إلى دورها عند إصابة الفرد بالأمراض المزمنة، وتأثيرها على صحته النفسية بشكل إيجابي أو سلبي، قد يصل إلى حد الإضطراب النفسى، وهذا العنصر الأخير يمهد لنا للدخول في حيثيات الجزء الثاني من هذا الفصل، و المتمثل في إضطراب التأقلم الذي بات يعد من أهم الإضطرابات النفسية دراسة وبحثا، ويعرف أيضا بإسم متلازمات التكيف، وهو إضطراب مظهره الأساسى المعاناة من الضيق الذاتى والعاطفى الناجم عن عواقب تغيرات الحياتية كبيرة، و يأتي هذا الفصل ليحدد لنا ماهية إستراتيجيات التعامل كما سيتم الفصل في ماهية إضطراب التأقلم وتاريخ إدراجه كإضطراب وعلاقته بالإجهد وأهم أعراضه وأسبابه ومضاعفاته ووصولاً إلى تشخيصه وعلاقته بالإضطرابات النفسية الأخرى وعلاجه.

### 1/ إستراتيجيات التعامل:

كل إنسان يتعرض للعديد من الضغوط في حياته اليومية، ولا يستطيع أن يهرب منها جميعا، لذا يجب عليه مواجهتها والتعامل معها بفاعلية حتى تسير الحياة بأمان وهدوء و إستقرار. والتعرض للضغوط المزمنة دون توفر مهارات تكيفية سليمة و أساسية يمثل عائقا للنجاح و السعادة، ويؤثر سلبا على الأداء الأكاديمي والصحة النفسية والبدنية، ويعرفها (Lazarus, 1974) بأنها جهود لحل المشكلة التي يقوم بها الفرد عندما ترتبط متطلبات الموقف بمصالحه و عندما تتجاوز هذه المتطلبات قواه التكيفية. (عبد الرحيم، 2016، ص ص47-48)

حيث خضعت نظرية الإجهد لـ (Lazarus) للعديد من التنقيحات الأساسية. و في الإصدار الأخير (Lazarus, 1993) ، ينظر إلى الإجهد كمفهوم علائقي، أي أن الإجهد لا يعرف على أنه نوع

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

معين من التحفيز الخارجي ولا نمط محدد من التفاعلات الفسيولوجية أو السلوكية أو الذاتية. بدلا من ذلك، ينظر إلى الإجهاد على أنه علاقة بين الأفراد وبيئتهم. ويشير الضغط النفسي إلى العلاقة مع البيئة التي يقدرها الشخص على أنها مهمة لرفاهيته والتي تتجاوز موارد المواجهة المتاحة، ويشير هذا التعريف إلى عمليتين وسيطتين مركزيتين في المعاملة بين الشخص والبيئة: التقييم المعرفي والتعامل. (Kumanova&Karastoyanov,2013)

وفي خضم الحديث عن التعامل (Coping) أصبح هذا الأخير مصطلحا ذا إستعمال متزايد في مجال علم النفس وبالطب العقلي و بالأخص في الدراسات حول الضغط، ولا يمكن أن نتحدث عن الضغوط دون أن نتحدث عن أساليب مواجهتها، لأن فهم طبيعة الضغوط و آثارها ترتبط دوما بفهم أساليب التغلب عليها، ولأن توفر وإستخدام آليات معينة و إستخدامها للتعامل (المواجهة) تؤثر بشدة على إستجابتنا النفسية والفسيولوجية للضغوط، فأساليب التعامل (المواجهة) يمكن أن تعبر عن الكيفية التي نفكر بها في الأحداث و الطريقة التي نستجيب بها للأحداث المسببة للتوتر وكل من الإستراتيجيات السلوكية والمعرفية للمواجهة تكون فعالة في تعديل آثار التوتر. (آيت حمودة وآخرون، 2018، ص03)

وبإعتبار أن الضغط وتداعياته له دور في إصابة الفرد بالأمراض و الإضطرابات النفسية، إلا أنه يظل حافظا، لأن خبرة هذا الضغط و طريقة تقييمه من قبل الفرد و كيفية التعامل معه هي العامل المهم في إصابة الفرد بالإضطرابات النفسية، ولهذا قمنا في هذه الدراسة وأيضا في هذا الجزء من الفصل الثاني بالتركيز على إستراتيجيات التعامل من خلال التطرق إلى تعريفها و وظائفها وتصنيفها وصولا إلى أهميتها في مرحلة المراهقة و تداعيتها في ظل الإصابة بالمرض المزمن وتأثيرها على الصحة النفسية للفرد.

### 1-1/ تعريف إستراتيجيات التعامل (المواجهة) :

. إن كلمة التعامل (Coping) لغويا حسب معجم Oxford تعني : التعامل مع شيء ما، رغم صعوبة ذلك (to cope with). (Oxford, 2015, p89) ، وقد وجد إختلاف كبير في ترجمة هذا المصطلح، فنجد في بعض المراجع يطلق على (Coping) مصطلح المواجهة، التعايش، التسوية، التحمل .

. أما كلمة إستراتيجية (Strategy) لغويا مشتقة من كلمة يونانية (Strategos) والتي تعني فن العموم (Art of the general). (عبد الحافظ، 2015، ص92)، و في اللغة العربية تعني فن القيادة. (قورة

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

وإيبولين، د.س، ص73)، وهي كلمة أعجمية، يقصد بها الأسلوب الهادف و إختيار البديل الأمثل من البدائل والإختيارات المتاحة. (إسماعيل، 2011، ص175)

أما إصطلاحا تعددت تعاريف التعامل (المواجهة) بتعدد الرواد والباحثين في علم النفس، ولعل من بين أبرز هذه التعاريف نورد منها مايلي:

يعرفه (Dewe , 2000) بأنه الجهود المعرفية و السلوكية التي يقوم بها الفرد بهدف السيطرة أوالتعامل مع مطالب الموقف الذي تم إدراكه و تقييمه بإعتباره يفوق طاقة الفرد ويرهق مصادره وقدراته ويمثل موقفا ضاعطا. (أشتيوي البطي، 2018، ص ص 74-75)

ويضيف كل (Moss & Cronkite, 1983) التعامل (المواجهة) تتألف من المعارف و السلوكيات التي يستعملها الفرد لتقييم الضغط و تقليصه و تعديل أو خفض التوتر الذي يصاحبه .(آيت حمودة وآخرون، 2018، ص 08)

وعرفه (Spelpreger) بأنه عملية وظيفتها خفض أو إبعاد المنبه الذي يدركه الفرد على أنه مهدد أما (Charles) فيعرفه على أنها أي جهد يبذله الفرد للسيطرة على الضغط . (علي إيبو، 2019، ص85) عرفه (Frydenberg & Lewis) على أنها مجموعة من الأفعال المعرفية والعاطفية التي تنشأ لقلق معين، فهي تمثل محاولة لإستعادة التوازن أو إزالة الإضطراب. (Gunther, 1994,p 05)

كما يعرف أيضا، بأنه القدرة على إدارة المواقف المهددة أو الصعبة أو التي يحتمل أن تكون ضارة وهي ضرورية من أجل تحقيق لرفاهية. (Townsend & Wells, 2019, p 354)

وترى (Patricia M. Franklin , 2014) أن إستراتيجيات التعامل هي أنماط نفسية يستخدمها الأفراد لإدارة الأفكار والمشاعر والأفعال التي يواجهونها خلال المراحل المختلفة من إعتلال الصحة والعلاج. (Franklin , 2014, p 677)

من خلال التعاريف المدرجة أعلاه، نرى بأن هناك إختلاف وتباين بين الباحثين في صياغة هذه التعاريف، لكن هذا الإختلاف لا يتعلق بمضمون إستراتيجيات التعامل كمفهوم سيكولوجي، وإنما يكمن هذا الإختلاف فيما يلي: أولا نجد بعض العلماء والرواد عمدوا إلى تعريف إستراتيجيات التعامل على أنها مجموعة من الوسائل، والبعض الآخر ارتأى بأنها أنماط نفسية أو إستجابات، أو مجموعة من الأفعال أو جهود معرفية وعاطفية، والبعض يرى بأنها عبارة عن معارف وسلوكيات، فحين يرى آخرون بأنها عملية أو قدرة منتهجة من قبل الفرد لمواجهة الضغوط، وبالتالي الإختلاف هنا لا يكمن في معنى كلمة التعامل (Coping) وإنما يرجع إلى تفسير كلمة إستراتيجيات (Strategy) من حيث إستدخالها كمصطلح في

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

علم النفس وبالتحديد في الدراسات التي تتعلق بالضغوط والإجهاد. إضافة إلى ذلك نجد أن هؤلاء أيضا إختلفوا في تعريفهم لإستراتيجيات التعامل من حيث وظيفتها مع الضغوط، فنجد من يرى بأنها إستراتيجيات تقوم بتقييم أو خفض شدة المنبه الضاغط، والبعض الآخر يرى بأنها أسلوب للسيطرة، إزالة الإجهاد، مواجهة المواقف، تسيير التكيف، إدارة الأفكار والمشاعر والأفعال، أما فيما يتعلق بالنتيجة التي تحققها إستراتيجيات التعامل التي ينتهجها الفرد عند مواجهة الضغوط ، فلم تختلف التعاريف فيما بينها؛ من حيث تحقيقها دورها في تحقيق التوازن النفسي.

بالتالي فإستراتيجيات التعامل؛ هي تلك الأساليب المعرفية والسلوكية التي يوظفها الفرد لتطويع المواقف المجهدة والتحكم فيها وضبطها، وهذا من أجل تخفيف التوتر الناجم عنها والإحتفاظ بحالة من التوازن النفسي وتحقيق التكيف الجيد.

### 1-2/ وظيفة إستراتيجيات التعامل و تصنيفها :

#### 1-2-1/ وظيفة إستراتيجيات التعامل :

أشار (Lazarus and Folkman) إلى أن التعامل (المواجهة) تنطوي على وظيفتين رئيسيتين وهما: التعامل بشكل مباشر مع المشكلة التي تسبب الضغوط وحث الفرد على القيام بمحاولات عدة عن طريق زيادة الجهد و إستثمار ما لديه من مصادر لحل المشكلة؛ بمعنى إدارة المشكلة التي تسبب الضيق، والوظيفة الثانية للتعامل (المواجهة) تنحصر في التنظيم والتخفيف من الإنفعالات السلبية المرتبطة بالمشكلة أو الموقف الضاغط بمعنى خفض الإنفعالات السلبية التي تسببها الأحداث الضاغطة. وأشار (Lazarus,1999) إلى أنه لا يوجد إجماع عالمي على أن هناك إستراتيجيات التعامل (مواجهة) فعالة وأخرى غير فعالة، وعلى هذا فإن نجاح التعامل (المواجهة) يعتمد على درجة التناغم بين إستراتيجية التعامل (المواجهة) المفضلة لدى الفرد وبين الظروف و العوامل الموقفية. (آيت حمودة و آخرون، 2018، ص37)

وفي هذا الصدد يصف (Lazarus and Folkman) إستراتيجيات التعامل في عدة خصائص تتمثل فيما يلي:

- إن التعامل (المواجهة) عملية و ليست سمة بمعنى إن العلاقة بين الشخص و البيئة علاقة متبادلة ودينامية فكل منهما تؤثر ويتأثر بالآخر وكل منهما يسهم بدور فعال في تحديد سلوك المواجهة لدى الفرد.

### الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

- إن كان هناك إختلاف بين التعامل (المواجهة) والسلوك التوافقي التلقائي، فالأفعال التلقائية التي يقوم بها الأفراد إزاء المواقف التي يتعرض لها لا يطلق عليها التعامل (المواجهة) فعندما يكون الموقف الذي يتعرض له الفرد مألوف، فإن الإستجابة تلقائية، ولكن إذا كان الموقف جديداً فإن إستجابات الفرد لا تكون تلقائية.

- إن عملية التعامل (المواجهة) هي نوعية موقفية وليست عامة.

- إن التعامل (المواجهة) تتحدد من خلال نتائجها وليس من خلال الإفتراضات القبلية التي تشكلها على أنها توافقية وغير توافقية وهذا يعني أن عملية التعامل قد تكون فعالة أو غير فعالة بناء على النتائج. (أشتيوي البطي، 2018، ص75)

وفي هذا الصدد يشير (Lazarus & Folkman) أنه لا يجب الخلط بين وظائف التأقلم ونتائج التأقلم. حيث تشير وظيفة التأقلم إلى الغرض الذي تقوم به الاستراتيجية؛ و تشير النتيجة إلى تأثير الإستراتيجية. فالإستراتيجية يمكن أن تكون لها وظيفة معينة، مثل التجنب، ولكنها لا تؤدي إلى التجنب. وبعبارة أخرى، لا يتم تعريف الوظائف من حيث النتائج، على الرغم من أننا نستطيع أن نتوقع أن تكون بعض الوظائف قد أعطت نتائج. كما قد حدد (Mechanic, 1974)، صاحب المنظور النفسوإجتماعي، ثلاثة وظائف خاصة بإستراتيجيات التعامل ممثلة فيما يلي: التعامل مع المتطلبات الإجتماعية والبيئية، وخلق الدافع للتعامل مع تلك المتطلبات، وأخيراً الحفاظ على حالة من التوازن النفسي من أجل توجيه الطاقة والمهارة نحو الخارج. (Lazarus & Folkman, 1984, p149)

فحين يرى كل من (Pearlin and Schooler, 1978) أن وظائف إستراتيجيات التعامل تتحدد فيما يلي: تغيير الموقف الذي تنشأ منه التجارب المجهدة، التحكم في معنى مثل هذه التجارب قبل أن تصبح مرهقة، والسيطرة على الإجهاد نفسه بعد ظهوره. (Lazarus & Folkman, 1984, p149)

### 3-2-2/ تصنيف إستراتيجيات التعامل :

إنطلاقاً من وظائف إستراتيجيات التعامل التي حددها بعض الباحثين والرواد، بما فيهم (Lazarus & Folkman, 1980) اللذان حددا أيضاً وظيفة إستراتيجيات التعامل في نقطتين مهمتين هما: التركيز على المشكلة، والتعامل مع الضغوطات نفسها وإدارة مطالبها، والتركيز على العاطفة، والتعامل مع ردود الفعل العاطفية المرتبطة بالضغوط. (Shiloh & Orgler-Shoob, 2006, p458)، بذلك تتم الإشارة إلى الأولى على أنها تعامل (مواجهة) يركز على المشكلة، والأخيرة على أنها تعامل (مواجهة) يركز على العاطفة. بالتالي نجد أن (Lazarus & Folkman) إنطلاقاً من وظائف إستراتيجيات التعامل قد حددا

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

تصنيف إستراتيجيات التعامل و المتمثلين في: إستراتيجيات التعامل التي تركز على المشكلة وإستراتيجيات التعامل التي تركز على العاطفة أو الإنفعال .

فالمواجهة نحو المشكلة، يحاول الفرد فيها وضع خطط واقعية متماسكة للتفاعل، ويجهد نفسه للتحكم المباشر في المشكلة قدر المستطاع . (إسماعيل، 2004، ص83)

ومن بين الإستراتيجيات التي تندرج تحت طريقة التعامل (المواجهة) على المشكلة مايلي:

1- مواجهة بالمجابهة: وهي عمليات إتخاذ خطوات إيجابية لمحاولة تغيير مصدر المشقة أو على الأقل تحسين نواتجه ، تتميز هذه الإستراتيجية بالتوجه المباشر للحدث وبالجهد المبذولة من قبل الفرد لتغيير الموقف.

2- طلب المساندة الأدائية: ومن خلالها يسعى الفرد للحصول على راحة وجدانية ومعلومات ومساعدات مادية من المحيطين به مثل تحدث الفرد مع الآخر لفهم الموقف بشكل أفضل .

3- التخطيط لحل المشكلة: ويسعى الفرد إلى بذل جهد عمدي وقصدي لحل المشكلة، وهو يشمل على عملية التفكير في كيفية التعامل (المواجهة) مع الحدث.

4- قمع النشاطات المتعارضة وطرح كافة النشاطات المتداخلة مع مصدر المشقة وذلك لتجنب التشتت بعيدا عن الحدث وذلك لزيادة التركيز والانتباه .

5- التعامل (المواجهة) بكبح مصدر المشقة: وهو إنتظار الفرصة المناسبة للتخلص من مصدر المشقة وبعد هذا الكبح إيجابي عندما يسعى الفرد سلوكيا لتوفير هذه الفرصة بينما يعد هذا الكبح سلبيا عندما لا يبذل الفرد أي جهد.

6- تطوير مكافآت أو إثابات بديلة: عن طريق تغيير أنشطة الفرد وإيجاد مصادر جديدة للرضا كبناء علاقات إجتماعية و تنمية وجهة ذاتية وإستقلالا ذاتيا أكبر . (أشتيوي البطي، 2018، ص ص 78-79)

أما الموجهة نحو الإنفعال، وفيها يحاول الفرد التحكم في مشاعره السلبية مثل الغضب والإحباط والخوف... ، التي تسببها الأحداث الضاغطة . (إسماعيل، 2004، ص83)

وتتمثل إستراتيجيات التعامل المرتكزة على الإنفعال فيما يلي:

1- التحكم الذاتي: وتحتوي هذه الإستراتيجية على المجهودات المبذولة من قبل الفرد لتنظيم مشاعره وإنفعالاته .

2- الإبتعاد: حيث يسعى الفرد إلى فصل نفسه أو عزلها عن موقف المشقة كمحاولته التفكير في أشياء أخرى غير المشكلة.

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

3- إعادة التأويل الإيجابي: وتمثل هذه الإستراتيجية المجهودات الخاصة بالفرد لمحاولة إيجاد معنى

إيجابي للخبرة المثيرة للمشقة، وهذا يعتمد على تطوير الفرد لشخصيته حتى تتلائم مع الموقف الجديد.

4- تقبل المسؤولية: وهنا يسعى الفرد لقبول الموقف كما هو دون محاولة تغييره، أي قبول الموقف

كحقيقة لا مفر منها.

5- الهروب و التجنب: ويلجأ الفرد إلى تجنب هذه المشكلة من خلال التدخين أو تعاطي العقاقير، أو

الأكل لنسيان المشكلة أو الهروب لكي لا يواجهها .

6- التوجه للدين : حيث يتجه الفرد للدين للحصول على الأمن و الطمأنينة من خلال علاقة الفرد بربه

وبذلك يزداد ميل الفرد للقراءة في الدين و الفرائض محاولا توفير السلوى لنفسه. (أشتيوي البطي، 2018،

ص79)

وتتدرج أيضا أساليب التعامل مع (مواجهة) الضغوط وفقا لمقياس ( CHARLES CARVZR ET ALL, )

(1989) إلى ثلاثة إستراتيجيات وهي:

1- إستراتيجيات التعامل (المواجهة) : وتضم أربعة أساليب للتعامل مع الضغوط (التعامل النشط أي إتخاذ

إجراءات حاسمة لحل مشكلة، التخطيط لحل المشكلة، إستبعاد التفكير في المشاكل الأخرى تركيزا وتفرغا

للجهد، التمهّل والتريث أي إنتظار اللحظة المناسبة للحل).

2- إستراتيجية إلتماس العون: وتشمل (إلتماس العون الإلهي، إلتماس المشاركة العملية أي الدعم

الإجتماعي، إلتماس الدعم العاطفي أي المشاركة الوجدانية، إلتماس التفريغ العاطفي ) .

3- الإستراتيجية السلبية: وتشمل (الإنكار و الرفض و الهروب من الموقف الضاغط ، التحرر الذهني

أي صرف الذهن عن التفكير في المشكلة والتحرر السلوكي والتقبل والمعاشية والإستسلام). (أشتيوي البطي،

2018، ص85)

أما فقد قسم (Mednick et al., 1975) ردود فعل التكيف للضغط إلى: رود الفعل الموجهة نحو

المشكلة، وردود الفعل الموجهة نحو الدفاع والإستجابات العصابية والذهانية. في حين صنفها (Morris,

1982) إلى المواجهة المباشرة و المواجهة الدفاعية، أما (Matheny and his associates , 1986)

صنفوا المواجهة إلى: المواجهة الوقائية والمواجهة القتالية، كذلك (Martine et al., 1992) قسمها إلى:

إستراتيجيات التعامل (المواجهة) الإنفعالية، لإستراتيجيات التعامل (المواجهة) المعرفية. في حين قسمها

(Cohen ,1994) إلى: التفكير العقلاني، التخيل، الإنكار، حل المشكلة، الفكاهة والرجوع للدين، في

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

حين قسمها (Zimbardo & Weiber, 1997) إلى المواجهة الموجهة نحو المشكلة، والمواجهة الموجهة نحو الإنفعال. (إسماعيل، 2004، ص 83)

إنطلاقاً لما ورد في هذا العنصر، نصل إلى فكرة مفادها أن معظم الباحثين إتفقوا على أن إستراتيجيات التعامل تتمثل وظيفتها الأساسية في إدارة المشكلة التي يصادفها الفرد والسعي لحلها لتخفيف التوتر الناجم عنها وتحقيق التوازن النفسي، وهذه الوظيفة تحققها مجموعة من الإستراتيجيات المختلفة والمتنوعة، التي إختلف الرواد و الباحثون حول تصنيفها، ولكن مع ذلك يمكننا القول أن تنوع التصنيف وإختلافه بين الباحثين، لايعني بالضرورة إختلاف في مضمون هذه الإستراتيجيات، لأن كل هذه التصنيفات هي توجي بالأخير إلى تصنيفين مهمين يتمثلان في وجود إستراتيجيات تعامل توافقية أو تكيفية تتمثل في السعي إلى التعامل والمواجهة المباشرة للمواقف الضاغطة، وإستراتيجيات تعامل سلبية غير توافقية أو تكيفية كالإستسلام والهروب، والتركيز على الجانب الإنفعالي والعاطفي أكثر من الموقف الضاغط في حد ذاته.

### 1-3/ إستراتيجيات التعامل في مرحلة المراهقة:

تعتبر المراهقة فترة التغيرات الشاملة، وفترة الإضطراب والتوتر. فهي مرحلة التغيرات الجسدية السريعة المصحوبة بتغيرات في القدرات المعرفية والعاطفية. في هذه المرحلة، يكبر المراهقون من سنوات طفولتهم ويطمحنون إلى مكانة شخص بالغ. و يجلب التطور من الطفولة إلى سن الرشد فرصاً وتوقعات ثقافية ومجتمعية جديدة. و يعاني المراهقون خلال مرحلتهم هذه من مشاكل الإحتياج والهوية المتزعزعة والمشاعر الغامرة. (Markovaa & Nikitskaya, 2013, p 36)

فعدد التغيرات التي تحدث في مرحلة المراهقة، مقارنة بمراحل النمو الأخرى، مرتفع بشكل غير عادي. المراهقة المبكرة والمتوسطة على وجه الخصوص هي فترة من التغيرات المعرفية والاجتماعية والعاطفية والجسدية السريعة . وأشار (Simmons et al.,1987) إلى أن العدد الهائل للتغيرات التي حدثت خلال هذا المرحلة تؤثر على الصحة. هذه الفترة من التطور المتسارع تجلب معها كميات متفاوتة من الإجهاد والتي قد تكون لها عواقب للتكيف اللاحق. قد تساهم الأحداث المجهدة التي حدثت في مرحلة المراهقة في حدوث مشاكل عاطفية أو سلوكية وبالتالي تعطل التطور العام الإيجابي. (Seiffge-Krenke,2000, p675 )

يلعب التعامل (المواجهة) دوراً مهماً جداً في مرحلة المراهقة حيث يساعد على إدارة عدد من الضغوطات والمتاعب في الحياة اليومية. أكثر هذه الأمور شيوعاً تتعلق بالمدرسة (على سبيل المثال، التمر من قبل الأقران، والمشاكل مع المعلمين والصعوبات الأكاديمية) والعلاقات الشخصية (مثل



## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

النزاعات أو المشكلات مع الوالدين والأشقاء والأقران)، و يعتمد تأثير الأحداث المجهدة على سمات الشخصية، وكذلك على التقييمات الذاتية للمراهقين، مثل تقييم التأثير المحتمل لحدث ما أو تهديد الرفاهية وإمكانية التحكم في الضغوطات، ويستجيب المراهقون للضغوط وفقا لتقديراتهم، وذلك بإستخدام إستراتيجيات نشطة، أو المثابرة، أو المجهود، أو حل المشكلات، أو الإلهاء المعرفي، أو طلب الدعم الإجتماعي. ويعد تطوير سلوك التعامل (المواجهة) الفعال والإيجابي إحدى طرق إدارة جميع الضغوطات أثناء التحول من الطفولة حتى المراهقة، وقد يصبح التعامل أكثر تعقيدا لأن الأطفال يواجهون المزيد من الفرص للتعلم الإجتماعي والنمذجة وبصبح الأطفال أيضا أكثر إهتماما ببناء صداقات داعمة طوال فترة المراهقة، مما يزيد من تعزيز ذخيرتهم في النمذجة الإجتماعية والتعلم، فتطوير سلوك المواجهة هو مطلب للانتقال الإيجابي من الطفولة إلى مرحلة البلوغ. فإستراتيجيات التعامل هي وسيط الإجهاد الذي قد يساعد أو يمنع التكيف الإيجابي للمراهقين ويقترح (Cichetti & Rogocsh, 2002) أنه إذا لم يتعامل الشخص بشكل فعال مع ضغوط الطفولة، فلن يكون قادرا على التعامل مع الضغط في مرحلة المراهقة بشكل فعال. وجدت (Seiffge-Krenke, 2000) أن سن 15 تقريبا يكون عادة نقطة تحول لتطوير وإستخدام مستويات أكثر تقدما من إستراتيجيات المواجهة. - (Markovaa & Nikitskaya, 2013, pp 38-39)

ووجدت الأبحاث المعاصرة في إستراتيجيات التعامل عند المراهقين أربعة عوامل وهي :

- 1- التعامل النشط أو الفعال (**Active Coping**): وهو يتضمن إستعمال وسائل الدعم الإجتماعي وأسلوب البدائل .
  - 2- التعامل التجنبي (**Avoiding Coping**): ويتضمن إنكار حدوث ذلك الموقف أو أن له تأثير الهرب عن طريق الإدمان على الكحول والعقاقير .
  - 3- التعامل المتمركز على الإنفعال (**Emotion- Focused Coping**): ويتضمن التخفيف من الإنفعالات و حدثها عن طريق الإستفادة من وسائل الدعم الإجتماعي و سلوكيات مثل البكاء .
  - 4- التعامل مع الضغط عن طريق التقبل (**Acceptance Coping**): عن طريق إبعاد الفرد ذاته عن الموقف بطريقة نفسية . ويتم هنا تقبل الموقف كما هو بعد أن يتم إعادة تعريف الموقف أو الحدث. (غيث وآخرون، 2012، ص ص 111-112)
- وهناك عدة عوامل تتحكم في إستراتيجيات التعامل خلال مرحلة المراهقة نوردتها فيما يلي:

1-3-1/ الفروق العمرية :

هناك عدة أسباب تشير إلى التنبؤ بحدوث تغييرات من المراهقة المبكرة إلى المتأخرة التي تؤثر على التعامل (المواجهة)، و يتم ذلك بالإستشهاد بجوانب التطور المعرفي كمصدر لهذه التغييرات، بما في ذلك زيادة المهارة في عمل إستنتاجات حول الذات؛ التعلم من خلال مراقبة الآخرين؛ زيادة الوعي بإستراتيجيات التعامل المختلفة الناتجة عن التطورات التنموية في قدرات حل المشكلات؛ زيادة التعقيد والنضج المعرفي؛ قدرات أكبر على التعاطف وتكوين وجهات النظر؛ وزيادة الوعي ما وراء المعرفي وزيادة تنظيم العواطف والمواقف والسلوكيات التي تحركها المشاعر، بالإضافة إلى التغييرات المعرفية لدى المراهق، تتغير جوانب البيئة الإجتماعية من مرحلة المراهقة المبكرة إلى أواخرها، ومن المحتمل أيضا أن تؤدي هذه التغييرات إلى إحداث تغييرات في أنواع إستراتيجيات التعامل المستخدمة. على سبيل المثال، يعاني المراهقون الأصغر سنا من إجهاد أكبر فيما يتعلق بالقضايا مع والديهم، في حين أن المراهقين الأكبر سنا غالبا ما يبلغون عن المشكلات الأكاديمية كعوامل ضغط بارزة. بالإضافة إلى ذلك، فإن طبيعة العلاقات الإجتماعية والدعم الإجتماعي تتغير بالتزامن مع التغييرات في الضغوطات، حيث تصبح المناقشات مع أولياء الأمور أقل بروزا وتقتصر على نطاق أضيق من القضايا، وتزداد أهمية مناقشة الأقران. أخيرا، قد يتعرض الأفراد في مرحلة المراهقة المبكرة للتوتر أكثر من المراهقين الأكبر سنا، ويرجع ذلك جزئيا إلى أن التحولات المتعددة التي تسبب الإجهاد تحدث في وقت واحد في سن مبكرة. ومن المرجح أن تختلف إستراتيجيات التعامل التي يستخدمها الأفراد خلال المراحل المختلفة من المراهقة باختلاف التطورات المعرفية ومتطلبات الحياة المعينة والدعم الإجتماعي الذي يتميز به في المراحل المبكرة والمتوسطة والمتأخرة من المراهقة، وتشير العديد من النتائج إلى أن أنواع إستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها المراهقون تتغير مع تقدم العمر. ووجد (Frydenberg & Lewis,1993) أن المراهقون الأكبر سنا إستخدموا تقنيات تقليل التوتر أكثر من المراهقين الأصغر سنا. وتتوافق هذه النتيجة مع إستنتاج (Compas, Orosan & Grant,1993) بأن إستراتيجيات التعامل التي تركز على العاطفة تزداد وتيرتها خلال فترة المراهقة. (Williams &McGillicuddy-De Lisi, 2000, pp 538-539)

1-3-2/ أنواع الأحداث المجهدة:

أحداث الحياة الرئيسية والمتاعب اليومية هما نوعان من الضغوطات التي يبدو أنها تؤثر على عمليات التعامل (المواجهة) لدى البالغين. والواقع أن المتاعب اليومية أقرب إلى ذلك، حيث تركز على الإضطرابات اليومية في حياة المرء، وهي تحدث بوتيرة أعلى من الأحداث الكبرى. وقد تبين أن المتاعب

### الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

اليومية هي مؤشر أفضل لصعوبات التكيف من أحداث الحياة الرئيسية، لكن يجب فحص كلا النوعين من الأحداث فيما يتعلق بالتكيف والتغيرات التي قد تحدث مع تقدم العمر خلال فترة المراهقة. وقد أكد كل من (Compas, Wagner, Slavin, & Vannatta, 1986) على أن تحولات الحياة هي فترات معينة ترتبط بالتعرض للأحداث المجهدة. والمراهقة تعتبر أحد فترات تحولات الحياة التي تنسم بالتغيير، وهذا لأن الأفراد يخضعون لتغييرات في المجالات المختلفة وبشكل متزامن، ويتعين عليهم معالجة العديد من القضايا الجديدة على أساس يومي، مما يجعل التأقلم أكثر صعوبة. كما ينظر أيضا إلى أحداث الحياة الكبرى على أنها أحداث حرجة أو صادمة وغالبا ما تكون غير طبيعية في طبيعتها. بالنسبة للمراهقين، قد تتضمن أحداث الحياة الكبرى هذه: طلاق أحد الوالدين، أو وفاة أحد أفراد أسرته، أو تغيير المدارس، وما إلى ذلك. على الرغم من أن الأحداث الرئيسية في الحياة تحدث في كثير من الأحيان أقل من المتاعب اليومية، إلا أنه يتم تصنيفها على أنها أكثر سلبية ويتم تقييمها على أنها أكثر تحديا وتهديدا لقدرات الفرد على التكيف. وإقتراح (Davis & Compas, 1986) إستنادا إلى استجابات الطلاب الذين تراوحت بين المراهقة المبكرة والمتأخرة، أن أحداث الحياة الكبرى ينظر إليها على أنها ضغوط صعبة بشكل خاص لأنها تحدث بشكل غير متكرر، وينظر إليها على أنها غير مرغوب فيها بشكل خاص.

كما أشار (Caspi, Bolger, & Eckenrode, 1987) إلى أن معظم الأبحاث حول الإجهاد والتعامل معه تركز على أحداث الحياة الرئيسية، لكنها تؤكد أن الضغوط اليومية لها تأثيرات دائمة وتضخم من صعوبة التعامل مع الأحداث الكبرى أيضا. (Williams & McGillicuddy-De Lisi, 2000, pp 539-540)

#### 1-3-3 / الجنس (الجندر / النوع الإجتماعي):

هناك العديد من الدراسات التي توصلت بأن المراهقات أبلغن عن مستويات أعلى من التوتر مقارنة بالمراهقين الذكور، فعلى سبيل المثال، وجد (Burke & Weir, 1978) أن المراهقات أبلغن عن ضغوط حياتية أكبر بكثير من الذكور وإجهادا أكبر بشكل عام متعلق بالمشكلة. (Faulkner, 1996, p 15)

درس (Frydenberg & Lewis, 1991) إستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها المراهقون الذين تتراوح أعمارهم بين 16 و 18 عاما. وذكروا أن الذكور والإناث لم يختلفوا عن بعضهم البعض في استخدامهم للاستراتيجيات التي تركز على تغيير البيئة أو على إيجاد حلول بديلة. ومع ذلك، كانت الإناث أكثر عرضة من الذكور لطلب الدعم الاجتماعي والإنخراط في التمني. فضلت الفتيات إستراتيجيات التجنب لأنهن اعتقدن أن الوضع ليس في نطاق سيطرتهم. كان الأولاد أكثر عرضة لمواجهة المشكلة

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

بفعالية في محاولة لحلها، وكانوا أكثر استعدادا لتحمل المخاطر، أو كانوا من المرجح أن يلقبوا الضوء على الموقف. (Williams & McGillicuddy-De Lisi, 2000, p 540)

تم الإبلاغ عن الفروق بين الجنسين في التكيف مع المراهقين من قبل (Patterson & McCubbin, 1987) اللذان وجدا أن الإناث يستخدمن الدعم الإجتماعي، ويقمن بحل المشاكل، ويستثمرن في الأصدقاء المقربين، وأكثر اعتمادا على الذات من الذكور. (Frydenberg & Lewis, 1991, p 121)، كما يستخدم الذكور المزيد من الإستسلام و التقبل. (Frydenberg & Lewis, 1993, p255).

### 1-4/ إستراتيجيات التعامل والتأقلم مع المرض المزمن:

الأمراض المزمنة هي حالة تستمر لفترة طويلة وتؤثر على قدرة الشخص على العمل بشكل طبيعي، تحتاج بعض الأمراض المزمنة (مثل إلتهاب المفاصل الروماتيزمي) إلى علاج دوائي طويل الأمد وغالبا ما يتميز بعجز جسدي وألم تدريجي. ويمكن السيطرة على آخرين (مثل مرض السكري) طبييا، ولكن فقط على حساب الإلتزام الصارم بأنظمة إدارة المرض، وبالتالي فإن المرض المزمن لديه القدرة على إحداث تغييرات عميقة في حياة الشخص، مما يؤدي إلى "تأرسلية على نوعية الحياة والرفاهية، فبعد التشخيص الطبي للأمراض المزمنة، يواجه المرضى مواقف جديدة تتحدى إستراتيجيات التعامل المعتادة، ونتيجة لذلك يجب أن يجدوا طرق تعامل جديدة للتأقلم مع حالتهم المتغيرة، ويصل معظم المرضى في نهاية المطاف إلى حالة من التأقلم النفسي الجيد، ولكن بنسبة 30 بالمئة من المرضى تكون مرحلة التأقلم مطولة وأحيانا غير ناجحة. (de Ridder et al.,2008, p 246)

فالحياة مع المرض المزمن تتطلب القدرة على التكيف مع عوامل الإجهاد الناتجة عن الأعراض التي لا تكل، مثل الألم، والتعب، والإكتئاب والقلق. ورغم أن التعافي هو النتيجة المرجوة من المرض، وبالنسبة لهؤلاء المصابين بأمراض مزمنة، فإن النتيجة التي يمكن تحقيقها قد تكون الحفاظ على رفاه النفسي والفسولوجي في مواجهة هذه المطالب المزمنة على اللياقة البدنية. و إن إستخدام إستراتيجيات فعالة للتعامل مع المشاكل، وآليات يستجيب بها الناس للإجهاد ويديرون الإجهاد، يشكل ضرورة أساسية لتحقيق هذه الديناميكية التكيفية، خاصة عندما يكون مسار المرض ونتائجه غير مؤكدة. (Eldred, 2011, p 02) إن التعامل مع تشخيص الأمراض المزمنة، يشبه نواح كثيرة من التعامل مع ضغوط الحياة الشديدة، فتقييم المرض المزمن بأنه مصدر تهديد وتحدي، من شأنه أن يقود المريض إلى القيام بمحاولات تهدف إلى التعامل من أجل التكيف. فمسألة تحديد إستراتيجيات التعامل الأكثر فعالية في إدارة الأمراض المزمنة،

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

هي مسألة معقدة؛ وهي تعتمد على أي من جوانب الموقف الضاغط يحاول الفرد التكيف معه، وبأي مرحلة من مراحل عملية التكيف. وعلى الرغم من هذا الحرص الشديد في فهمنا لطبيعة هذه المسألة، يمكننا أن نستنتج بصورة عامة أن التعامل النشط مع المرض يرتبط بالتكيف الجيد، بينما يرتبط النمط التجنبي بسوء التكيف. حتى مجرد إدراك الفرد لذاته على أنه شخص يجيد التعامل يمكن أن يحسن من التعامل مع المرض المزمّن. (تايلور، 2008، ص ص 525 - 526)

إن النموذج المستخدم لربط التقييم والتعامل مع التأقلم مع المرض و المقتبس من نظرية (Lazarus & Folkman, 1984) المعرفية للتوتر. فإنه وفقا لهذه النظرية، التكيف مع الضغوطات يتم بواسطة عاملين: (1) الأهمية الشخصية للضغوط والموارد التي يتعامل معها (التقييم) ، (2) الأفكار والسلوكيات المستخدمة لإدارة متطلبات الضغوطات (التأقلم). من الناحية النظرية، يستمد التعامل من عمليات التقييم لأن الأحكام حول إحتمالية تغيير عامل الضغط أو حدود الموارد التكيفية للفرد هي التي تحدد أشكال المواجهة التي سيتم التأكيد عليها. هناك أبحاث محدودة متاحة تبحث في دور التقييم أوالتعامل في التأقلم مع الحالات الطبية المزمنة، وقد تم العثور حسب (Holm, Holroyd, Hursey & Penzien, 1986) على أن الذين يعانون من الصداع المتكرر يستخدمون المزيد من الإستراتيجيات التي تركز على العاطفة (التجنب واللوم على الذات)، وتقييم الضغوطات الغامضة على أنها أكثر سلبية وأقل قابلية للتحكم من الضوابط الخالية من الصداع كما، ذكر كل (Turner, Clancy & Vitaliano, 1987) أنه من بين الأفراد الذين يعانون من آلام أسفل الظهر المزمنة، كان التعامل الذي يركز على العاطفة (اللوم الذاتي) مرتبطا سلبا بمتوسط معدل الألم الأسبوعي. أما في التصميم الطولي درس (Felton and Revenson, 1984) آثار التعامل على التأقلم النفسي اللاحق بين المرضى المصابين بأربعة أنواع من الأمراض المزمنة. بغض النظر عن التشخيص، أو القدرة على التحكم في المرض، فإن التعامل الذي يركز على العاطفة (التفكير بالتمني) كان له تأثير سلبي على التأقلم بينما كان للتعامل الذي يركز على المشكلة (البحث عن المعلومات) تأثير إيجابي. (Bombardier et all, 1990, p 297)

وفي دراسة أجراها كل (Felton, Revenson & hinrichsen) من بهدف فحص إستراتيجيات التعامل (المواجهة) وتقييمها لدى مجموعة من الراشدين يعانون من أمراض مزمنة مشخصة طبيا وهي: إرتفاع ضغط الدم والسرطان، إلتهاب المفاصل الروماتيزمي ومرض السكري بإستعمال مقياس لإستراتيجيات التعامل (المواجهة)، فأسفرت النتائج عن وجود إختلاف في إستعمال أساليب التعامل

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

(المواجهة) وعلاقتها بالتوافق النفسي، حيث إرتبطت إستراتيجية البحث عن معلومات (مواجهة فعالة) بوجودان إيجابي، في حين إرتبطت إستراتيجيات التجنب، والتوبيخ والتفريغ الإنفعالي بوجودان سلبي وتقدير واطئ للذات وتوافق ضعيف مع المرض. (آيت حمودة وآخرون، 2018، ص ص 134-135)

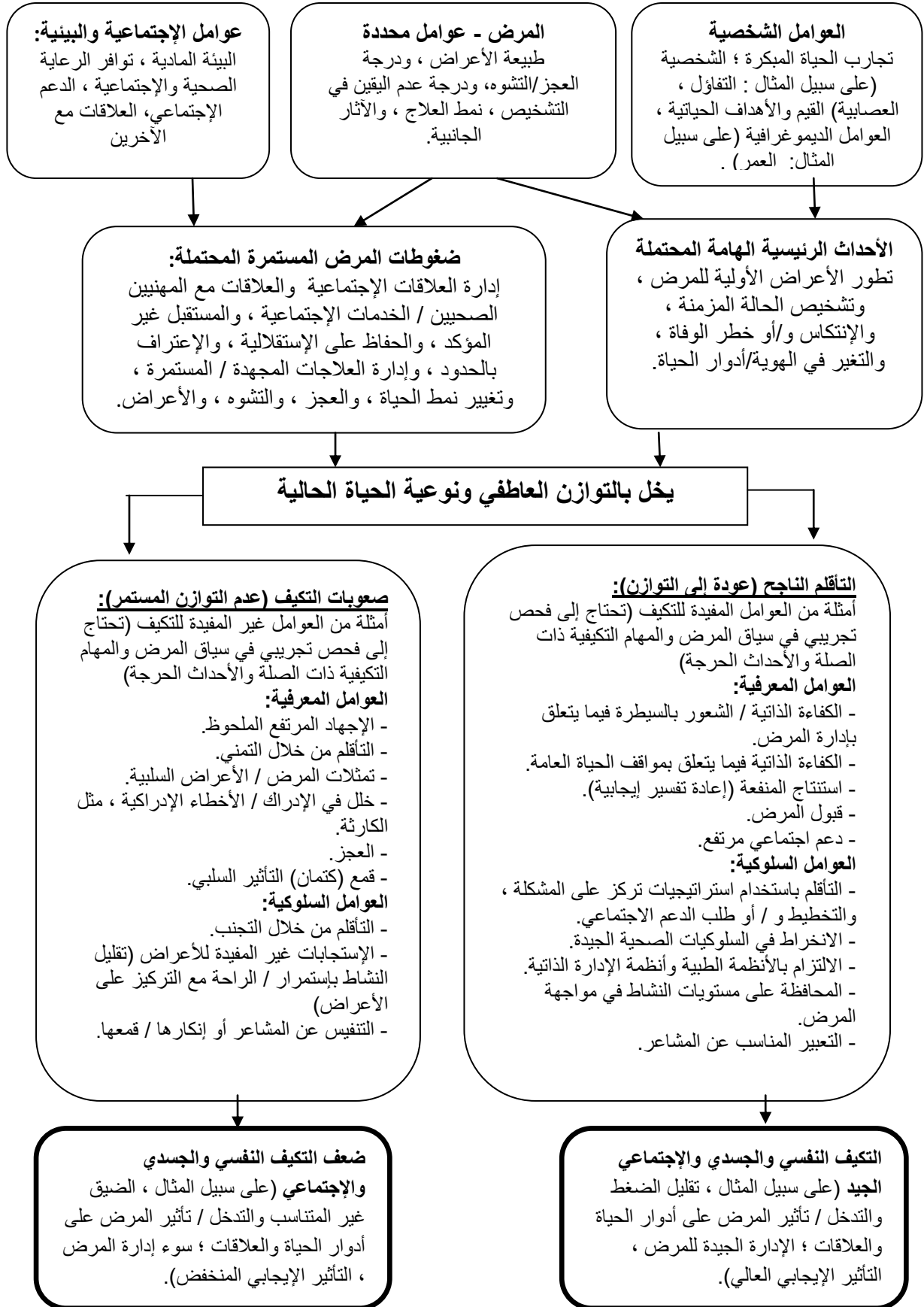
و كذلك دراسة (Peyrot Murry, 1992) التي تم إجرائها على مرضى مصابين بالنوع الأول والثاني للداء السكري، وهدفت هذه الدراسة لمعرفة دور أساليب مقاومة الضغط النفسي في التخفيف من حدة الضغط الذي يعانيه المريض. وتوصلت الدراسة إلى أن المستويات العالية من الضغط، مرتبطة بالنسب المرتفعة لنسبة السكر في الدم، لدى الأفراد الذين يستخدمون أساليب المقاومة غير فعالة في مواجهة الضغط، وأن الأفراد الذين يتميزون بأساليب مقاومة أكثر فعالية في مواجهة الضغط، لا تتأثر نسبة السكر في الدم لديهم بمستوى الضغط النفسي الناجم عن إصابتهم بالسكري. (بن سكيرفة و بن زاهي : 2015، ص 235)

لاحظ (DeRidder and Schreurs,2001) أن مرضى السكري على وجه الخصوص يميلون إلى إستخدام استراتيجيات التعامل التي تهدف إلى تقليل المشاعر السلبية المحيطة بالمرض. (Duangdao & Roesch, 2008, p293)

كما قام كل (Cachon ,Salvador & Dupain ,2005) بدراسة تهدف إلى فحص إستراتيجيات التعامل (المواجهة) التي يستخدمها مرضى داء السكري من النمط (02) تجاه مرضهم، وتوصلت هذه الدراسة إلى أن إستراتيجيات التعامل (المواجهة) التي يستخدمها مرضى داء السكري من النمط (02) ترتبط بسن ظهور المرض وبمتغير الجنس خاصة فيما يتعلق بإستراتيجيات التعامل (المواجهة) السلبية (الإنفعال Emotion، التجنب Evitement، اللهو Diversion والتسلية Distraction)، كما أظهر المرضى بعض المرضى الميل نحو إستخدام إستراتيجيات المواجهة المركزة على الفعل، كما تبين أن إستراتيجيات التعامل (المواجهة) التي تركز على التجنب و اللهو من أكثر الإستراتيجيات إستخداما تواترا لدى النساء الأكبر سنا، كما أن المستوى التعليمي المنخفض يزيد من خطر تعقد المرض وظهور مضاعفاته في حين يقلص المستوى التعليمي العالي هذه الأخطار، كما أسفرت الدراسة التي قام بها كل (Lyons & Kvan , 1991) من أن مرضى السكري الذين يصرحون بأنهم يتلقون دعما ضعيفا من أسرهم هم أكثر إستخداما للمواجهة الإنعزالية (الإنفصالية) (Detachment Coping). (آيت حمودة وآخرون، 2018، ص ص 138-139)

وقد إقتُرحت في هذا الصدد (Rona Moss-Morris) نموذجا يوضح العوامل الأساسية التي تسهم في تأقلم الفرد أو عدم تأقلمه مع المرض المزمن ، كما هو مبين في الشكل رقم (02) .

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم



الشكل رقم (02) : يوضح نموذج عملي للتأقلم مع المرض المزمن

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

إذ يقترح النموذج أعلاه (الشكل رقم 02) أن هناك عوامل خلفية تؤثر على كيفية إستجابة الناس والتكيف في النهاية مع ضغوطات المرض المختلفة. وتشمل العوامل الأساسية العوامل الشخصية مثل السمات الشخصية وتجارب الحياة المبكرة، والعوامل الإجتماعية والبيئية مثل توافر الدعم الإجتماعي والرعاية الصحية. وكذلك العوامل الخاصة بالمرض كطبيعة ضغوط المرض أو الأحداث الحرجة التي لديها القدرة على تعطيل التوازن العاطفي ونوعية الحياة الحالية، وتتخلص عملية التأقلم في العودة إلى التوازن في حالة الأحداث الحرجة وفي حالة الضغوطات المزمنة للحفاظ على التوازن. ويشمل التوازن التأقلم النفسي والإجتماعي والبدني ويشتمل على جوانب مثل: الحد من الكرب، والإدارة الجيدة للمرض، وتقليل تدخل المرض في أدوار الحياة والعلاقات، والقدرة على الحفاظ على التأثير الإيجابي. وتحدث صعوبات التأقلم عندما يكون هناك ضائقة مستمرة و/أو تدخل في أدوار الحياة، وسوء إدارة المرض، وتأثير إيجابي منخفض. ويتم تحديد التأقلم الناجح جزئياً من خلال عوامل الخلفية التي تمت مناقشتها بالإضافة إلى الإستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي يستخدمها الأفراد لإدارة الضغوطات المرضية كما هو مبين في الشكل 02. (Moss-Morris , 2013, pp 684-685)

من هذا العنصر، نستنتج أن تأقلم الفرد مع مرضه المزمن تتداخل فيه مجموعة من العوامل والمتغيرات الأساسية التي تتمثل في سمات الشخصية والمتغيرات الديمغرافية ونوعية الضغوط وطبيعتها، بالإضافة إلى العوامل البيئية والإجتماعية المحيطة بالفرد ، كل هذه العوامل تندمج مع بعضها البعض، لتحفز الفرد على إنتهاج إستراتيجيات تعاملية مع مرضه، والتي قد تسهم في تأقلمه أو عدم تأقلمه مع مرضه ومتطلباته الصحية والضغوطات الناجمة عنه. وقد أشارت معظم الدراسات والأبحاث أن إستراتيجيات التعامل التي تركز على المشكل لها دور كبير في تأقلم الفرد مع مرضه، عكس الإستراتيجيات التعاملية التي تركز على العاطفة، التي قد تدفع الفرد إلى رفض إلى مرضه وتعامله مع ضغوطه بمزيد من الإنفعال والقلق والتوتر وبالتالي عدم تأقلمه معه، كما قد تزيد من الحالة النفسية للفرد.

### 1-5/ تأثير إستراتيجيات التعامل على الصحة النفسية للفرد :

تعددت التعاريف التي وضعت لتوضيح المعاني التي يتضمنها مفهوم الصحة. فمنظمة الصحة العالمية (World Health Organization) قد إعتمدت التعريف التالي: الصحة النفسية هي تكيف الأفراد مع أنفسهم، ومع العالم عموماً إلى أقصى حد من النجاح و الرضا و الإنشراح و السلوك الإجتماعي السليم، والقدرة على مواجهة حقائق الحياة وقبولها. وهناك من يعرفها على أنها: تتمثل في شعور الفرد بالرضا والإستقرار مع نفسه والناس .. وتظهر الصحة النفسية في شكل إحساس يترجم إلى



## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

سلوك، من جانب الفرد بالسعادة والإيجابية والقدرة على مواجهة المواقف والمشكلات التي تواجهه في مختلف نواحي حياته والتوافق والتكيف السوي معه. (مختار، 2020)

ونلاحظ من هاذين التعريفين أن أساس الصحة النفسية هي التكيف الجيد للفرد مع بيئته، ولكن لو نتعمق جيدا في هاذين التعريفين نجد أساس التكيف الجيد للفرد يتوقف على قدرته على مواجهة مواقف الحياة ومشكلاتها، وهذه المواجهة لا تتأتى بدون إستعانة الفرد بإستراتيجيات التعامل، بالتالي نقول بأن الصحة النفسية للفرد تتوقف بدرجة كبيرة على الأسلوب الذي ينتهجه للتعامل مع المواقف الحياتية المختلفة التي قد تعيق توافقه الجيد مع البيئة التي يعيش فيها.

وقد حدد (Moss, 1988) من خلال نموذج الذي يساعد على فهم نمو تحولات الحياة وأزماتها ونتائجها على الفرد ثلاثة مجموعات متنوعة من العوامل المتفاعلة في التي تؤثر بصورة منفردة أو مجتمعة في رد الفعل المبكر للأزمة وهي:

- الخصائص الديمغرافية والشخصية للفرد.

- الخصائص البيئية الفيزيائية والاجتماعية.

- جوانب المواقف الضاغطة أو الأزمة و مكوناتها.

ويرى (Moss) أن ذلك له علاقة بالصحة الجسمية والتوافق النفسي ودورها في عملية تقدير الفرد المعرفي للأزمة وكيفية وصوله إلى مغزى الحدث والمهارات التوافقية والمهارات التي يوظفها الفرد أثناء الأزمة حتى يصل إلى حل مرض لها، وتجاوز آثارها الضارة، فبمجرد تلقي الفرد الموقف الضاغط والمرور به، يبدأ بإدراك الأزمة والشروع في تحديد أساليب مواجهتها والتكيف معها وتحديد طاقاته وقدراته الممكنة على تحمل الأزمة وتداعياتها عليه، ثم يدخل الفرد في مرحلة التعامل مع الموقف الضاغط معرفيا وسلوكيا لحشد طاقاته المعرفية وجهوده السلوكية والوجدانية للتكيف مع الموقف الضاغط، ومواجهته بحلول إيجابية كما تتضح نتائج الموقف وآثاره على الفرد، إذ يتضح فيها مدى التفاعل بين مكونات هذا النموذج ومدى التوافق الذي حققه الفرد في مواجهة الأزمة، فقد يكون تكيفا سويا في صورة حلول إيجابية وفعالة في مواجهة الموقف تثيري حياة الفرد القادمة عند مواجهته لأزمات حياته الحالية المشابهة، أو قد يكون تكيفا غير سوي يتضح في صورة حلول سلبية إنسحابية تؤثر في حالته الراهنة فتظهر عليه الأعراض الإضطرابية والتوترات التي تؤثر على صحته الجسمية والنفسية كما أنها تنذر بفشله في التوافق مع الأزمات التالية في حياته المستقبلية و تحولاته غير المتوقع. (الجنابي، 2019، ص ص 28- 29)

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

من خلال ماجاء به نموذج (Moss) يمكننا أن نقول بأن إستراتيجيات التعامل تتوقف على متغيرات الفرد الديمغرافية والشخصية و بيئته المعيشة وتغيراتها وصفات الموقف الضاغط، التي تلعب جميعها دورا في صقل أسلوب تعامل الفرد مع الموقف الضاغط، وهذا من خلال تبني إستراتيجيات يواجه بها الفرد والتي تتوقف عليها فيما بعد، توافقه النفسي من عدمه .

ويشير (Atkinson et al.,1990) أن كل أشكال السلوك المضطرب هي نتيجة للمواجهة غير الناجحة، وكذلك الحال بالنسبة لسوء توافق الفرد وبيئته وتعتبر النقطة الجوهرية في هذا الموضوع هي علاقة إستراتيجيات التعامل (المواجهة) المختلفة بالاضطرابات الجسمية والنفسية، ومن المعروف أن الأفراد عندما يواجهون مواقف مشقة أو ضغوط فإنهم قد ينجحون في تطبيق الموقف الضاغط وقد يفشلون في ذلك، وعندما يفشلون فقد يجدون طريقة لترويض أنفسهم لتقبل الموقف، أو قد يصابون من ناحية أخرى بإضطرابات جسمية أو بدرجة من القلق والإكتئاب. وما دامت إستراتيجيات التعامل (المواجهة) مهمة في تلطيف الضغوط فمن المفترض أنه سيكون لها تأثير في إحداث الإضطرابات النفسية أو ظهورها وإستمرارها، وفي هذا السياق، أيدت البحوث الإفتراض القائل بأن مواجهة أحداث الحياة ترتبط بإحتمال حدوث المرض الجسدي والإضطراب النفسي ومما لاشك فيه أن أسلوب التعامل (المواجهة) الرئيسيتين (المركزة على المشكل والتي تركز على الإنفعال) لا يستويا في علاقتهما بالإضطرابات الجسمية والنفسية.(آيت حمودة و آخرون، 2018، ص118)

كما وضحت العديد من الدراسات كأعمال (Folkman, Lazarus, Gruen & Delongis, 1986) بأن المواجهة التي تركز على المشكل على إرتباط إيجابي مع قياسات الصحة النفسية بينما أظهرت دراسات (Aldwin&Revenson, 1987) بأن إستراتيجيات المواجهة المركزة على الإنفعال تميل إلى الإرتباط بصحة نفسية سيئة. فالعديد من الباحثين يتفقون بأنه غالبا ما تكون المواجهة المركزة على المشكل أكثر توافقا من المواجهة المركزة على الإنفعال ويضيف البعض أمثال (Forsythe&Compas, 1987) و (Vitaliano et all, 1990) بأن المواجهة التي تركز على المشكل أكثر فعالية عند تقدير الحدث بأنه قابل الضبط، في حين تكون الإستجابات التي تركز على الإنفعال أكثر توافقية في الأحداث ذات قابلية ضعيفة للضبط. (آيت حمودة ، 2006 ، ص 194)

بالتالي يمكننا القول بأن إستراتيجيات التعامل هي أسلوب حياتي ذو حدين، وهذا لأنه قد تكون إقدامية تسمح للفرد بالتأقلم الجيد مع تغيرات الطارئة وفي الوقت نفسه تحقق له التوافق النفسي الجيد، أو قد تكون إستراتيجيات تعامل إجمامية لا تسمح للفرد بأن يتأقلم مع وضعه الجديد، وبالتالي قد يؤدي هذا إلى سوء

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

التوافق النفسي، وصولاً إلى حد الإضطرابات النفسية، أضف إلى ذلك أننا لا يمكن أن نجزم بأن الإستراتيجيات التي تركز على المشكل قد تكون فعالة في معظم المواقف والإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال دائماً تسوق إلى الإضطرابات النفسية أو سوء التوافق النفسي، لأن هذه الإستراتيجيات لا تعمل لوحدها و إنما تتداخل فيها مجموعة من العوامل التي تلعب دوراً كبيراً في تفعيلها كسمات الشخصية والسن و الجنس ونوعية الضغوط، إضافة إلى ذلك الخبرة السابقة التي يمتلكها الفرد إزاء ما مر به من ضغوط ، وكيف إستفاد من تجاربه السابقة، بالتالي نقول بأن إستراتيجيات التعامل هي أسلوب التعاطي مع الضغوط في إطار مجموعة إنسان، الذي جعل منها إما توافقية أو إيجابية وهذا حسب خبراته و متغيراته النفسية والديمغرافية .

### 2/ إضطراب التأقلم:

#### 2-1/ تاريخ تطور مفهوم إضطراب التأقلم :

ظهر أول وصف سريري لإضطراب التأقلم في القرن الحادي عشر في كتابات ابن سينا، لكن هذا الوصف لم يأخذ حقه في الظهور والتداول بين العلماء والباحثين إلا خلال الحرب العالمية الثانية وتطور نظرية التدخل في الأزمات، لكن معالم هذا الإضطراب قد ظهرت في الدليل الأمريكي التشخيصي الإحصائي للأمراض النفسية الأول (DSM I) سنة 1952 وكان يطلق على الإضطراب تسمية إضطراب الشخصية العابرة للحالات، أما في (DSM II) سنة 1968 فقد تم تغيير تسميته إلى إضطراب الحالة العابرة. (Patra & Sarkar, 2013, pp 4-5)، وقد إستخدم مصطلح إضطراب التأقلم أول مرة في (DSM III) سنة 1980 وفيه تم إضافة الأنماط الفرعية من الإضطراب المتمثلة في: إضطراب التأقلم مع مزاج إكتئابي، مع قلق، مع قلق ومزاج إكتئابي مختلط، مع إضطراب في المسلك، مع إضطراب مختلط في المسلك والإنفعالات، مع تثبيط العمل، مع الإنسحاب وغير المحدد. (DSM III, 1980, pp 302-301) ، وقد كان إضطراب التأقلم في الإصدارات الثلاثة من الدليل يعرف على أنه رد فعل غير متكيف لعامل ضاغط نفسي إجتماعي يظهر خلال ثلاثة أشهر الموالية لظهور هذا العامل الضاغط، أما في الدليل الرابع (DSM IV) سنة 1994 فيعرفه على أنه أعراض سلوكية إنفعالية ناجمة عن ردة فعل لعامل أو عوامل ضاغطة تظهر خلال ثلاثة أشهر الموالية لظهور العامل الضاغط وبمجرد إختفاء هذا الأخير لا تدوم الأعراض أكثر من 6 أشهر ، فإضطراب التأقلم في الدليل التشخيصي الرابع أصبح أكثر دقة وتحديدًا من حيث وصف المعايير التشخيصية، كما تم حذف نمطين من أنماط إضطراب التأقلم وهما إضطراب التأقلم مع تثبيط العمل وإضطراب التأقلم مع الإنسحاب، أما في الدليل الخامس

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

(DSM V) سنة 2013 لم يتم إدخال أي تغييرات مهمة على معايير تشخيصه وكان التغيير الرئيسي هو جمع إضطراب التأقلم مع الإضطرابات المتعلقة بالصدمة و الإجهاد ( إضطراب كرب مابعد الصدمة وإضطراب الكرب الحاد و إضطراب التعلق التفاعلي و إضطراب المشاركة الإجتماعية المتحللة)، أما في التصنيف الدولي للأمراض (ICD) التابع للمنظمة العالمية للصحة فقد أدرج إضطراب التأقلم لأول مرة في الطبعة الثامنة (ICD-8) من التصنيف الدولي للأمراض في عام 1965 تحت اسم "الإضطرابات الظرفية العابرة"، ثم تحديثه إلى "رد فعل التأقلم" في الطبعة التاسعة (ICD-9) في عام 1975، وقد ورد مصطلح إضطراب التأقلم في الطبعة العاشرة (ICD-10) في قسم "التفاعل مع الكرب الشديد واضطرابات التأقلم" جنبا إلى جنب مع رد فعل الكرب الحاد، إضطرابات ما بعد الصدمة، وغيرها من ردود الفعل على الإجهاد الشديد وردود الفعل على الإجهاد الشديد غير محدد. (Zelviene & Kazlauskas, 2018, pp 376-377)

وقد تم تعريف إضطراب التأقلم في (ICD-10) على أنه حالة من الضيق الشخصي والإضطراب الإنفعالي الذي يسبب تشويشا على النشاط والأداء الإجتماعيين، بما في ذلك تغيير كبير في الحياة، تتميز مظاهر إضطراب التأقلم بالضيق الذاتي والإضطراب العاطفي، وقد تشمل أيضا الإكتئاب والقلق وعدم القدرة على مواجهة المواقف . (ICD-10,1999, p 159)

أما في الطبعة الحادية عشر من التصنيف الدولي للأمراض (ICD-11) فقد قدم بنية جديدة لوصف إضطراب التأقلم في من خلال التعريف الواضح للأعراض مقارنة بالطبعة العاشرة (ICD-10)، فقد تم تعريفه في الطبعة 11 على أنه رد فعل غير متكيف، والذي يظهر عادة خلال شهر واحد من ضغوط الحياة المهمة، مثل المرض أو مشاكل الأسرة أو المشكلات المتعلقة بالوظيفة أو الصعوبات المالية، وكان أساس التشخيص في هذا التصنيف يعتمد على عرضين مهمين هما: الإنشغال بالضغط النفسي والفشل في التأقلم. (Kazlauskas et al. , 2017, p 02)

بالتالي نجد أن مفهوم إضطراب التأقلم قد ارتبط خلال تطوره بثلاثة مفاهيم أساسية تمثلت في؛ التأقلم adjustment ورد الفعل Reaction والصدمة Trauma، التي ساهمت في بلورة تسمية هذا الإضطراب، وتصنيفه في كتب والمراجع الخاصة بالأمراض والإضطرابات النفسية .

### 2-2/ تعريف إضطراب التأقلم :

يعتبر إضطراب التأقلم من الإضطرابات التي تتعلق بالصدمة والإجهاد وهذا إنطلاقا لما ورد في تاريخ تطور هذا المفهوم، وبالإطلاع على مراحل ومحطات سير هذا الإضطراب في كل من الدليل الأمريكي

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

الإحصائي للأمراض النفسية والديل التصنيفي العالمي للأمراض نجد أن كلا الدليلين قد إتفقا على تعريف هذا الإضطراب على أنه إستجابة إنفعالية وسلوكية ناتجة عن رد فعل غير متكيف مع الضغوط، وفي هذا الصدد نجد الكثير من العلماء والباحثين ومنظمات الصحة النفسية والطبية و معاجم علم النفس يعرفونه بما يلي:

يعرفه قاموس أوكسفورد لعلم النفس في طبعته الرابعة "oxford dictionary of psychology" بمايلي: بأنه إضطراب له علاقة بالضغط النفسي والقلق وأهم معايير تشخيصه وجود أعراض إنفعالية وسلوكية واضحة من الناحية العادية تعبر عن ضغط نفسي واضح، له إرتباط بمشاكل العمل، وتؤثر على حياة الشخص الإجتماعية والمهنية. (الزهراني، 2016، ص74)

يعرفه المركز الطبي لجورجيا الوسطى (2002) بأنه إستجابة سلوكية غير صحية لحدث أو ظرف مرهق. (Virginia Commission on Youth, 2017, p 01)

كما يعرف أيضا إضطراب التأقلم؛ بأنه تطور الأعراض العاطفية أو السلوكية كرد فعل لضغوط محددة. (Alaska Native Medical Centre, 2006, p 02)

يعرف إضطراب التأقلم بأنه ردود فعل الفرد، عندما يفشل في التعامل مع حدث إجهاد أو حالة يمكن تحديدها تتجاوز الاستجابة المتوقعة عادة وتؤدي إلى ضيق ذاتي وإضطراب عاطفي يتبعه إنقطاع العمل في الجهات والكيانات الإجتماعية والشخصية، إنها واحدة من الفئات التشخيصية الواردة في DSM و ICD-10 والتي تتميز بإستجابة عاطفية أو سلوكية لحدث ضاغط. (Lakshmi, 2017, p 01)

كما يعتبر بأنه إنها حالة من الضيق الذاتي والإضطراب العاطفي، والتي تنشأ أثناء التكيف مع ضغوط التغيرات الحياتية الهامة، أو أحداث الحياة المجهدة، أو المرض البدني الخطير، أو احتمال الإصابة بمرض خطير. (Patra& Sarkar, 2013, p 04)

كما يوصف إضطراب التأقلم بأنه رد فعل غير متكيف مع ضغوط نفسية إجتماعية محددة، أو العديد من الضغوطات التي عادة ما تظهر في غضون شهر بعد ظهور الإجهاد. (Maercker& Lorenz, 2018, p S3)

ويعرف أيضا إضطرابات التأقلم بأنه مجموعة من الحالات التي يمكن أن تحدث عندما يكون لديها صعوبة في التعامل مع أحداث الحياة المجهدة. ويمكن أن تشمل هذه الأحداث المجهدة؛ وفاة أحد أفراد الأسرة، أو مشاكل علائقية، أو الطرد من العمل..، ففي حين أن الجميع يواجه الإجهاد، هناك بعض الناس لديهم صعوبة في التعامل مع بعض الضغوط المجهدة، وعدم القدرة على التكيف مع الحدث

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

المجهد يمكن أن يسبب واحد أو أكثر من الأعراض النفسية الحادة وأحيانا حتى الأعراض الجسدية، و هناك ستة أنواع من إضطرابات التكيف، كل نوع له أعراض وعلامات مميزة، و يمكن أن تؤثر اضطرابات التكيف على كل من البالغين والأطفال، ويتم التعامل مع هذه الإضطرابات إما بالعلاج النفسي أو الدواء أو الإثنين معا، ولا يستمر هذا الإضطراب عادة أكثر من ستة أشهر، إلا إذا استمر الضغط النفسي. (Legg, 2019)

ويعرف أيضا بأنه عبارة عن ردود فعل غير متكيفة على المدى القصير لعوامل الإجهاد النفسي الاجتماعي حيث يشعر الفرد غير قادر على التعامل مع أحداث الحياة المجهدة، ويفشل في التكيف مع التغير في حالات الحياة، مما يسبب له ضائقة ذاتية وكبيرة ويضعف في الأداء الاجتماعي والمهني/الأكاديمي. (Lakshmi, 2017, p 01)

فهو إستجابة نفسية لضغوط محددة أو مجموعة من الضغوطات التي تسبب أعراض عاطفية أو سلوكية كبيرة، تتسبب الأعراض في ضيق شديد يزيد عن ما يمكن توقعه عادة كرد فعل على حدث حياة مرهق، وتحدث الأعراض في غضون 3 أشهر من الضغوطات ولا تتعلق بإضطراب نفسي آخر أو جزء من الحزن الطبيعي. (AFHSB , 2018, p 01)

إنطلاقا لما جاءت به هذه التعاريف المتنوعة كلها متشابهة من حيث تعريفها لإضطراب التأقلم بأنه رد فعل غير متكيف مع ضغوط نفسية واجتماعية، وبالتالي نصل بأن السبب الرئيسي لحدوث إضطراب التأقلم هو التعرض لأحداث الحياة المجهدة مع صعوبة شديدة في التأقلم معها ومن هذا يمكن القول بأن إضطراب التأقلم؛ هو عدم قدرة الفرد على التغلب على الإجهاد أو حدث كبير في الحياة، أو هو حالة تحدث نتيجة لضغط ناتج عن مشاكل و ضغوطات الحياة اليومية، مما تجعل الفرد يعاني التوتر أكثر من ماهو متوقع، أو ما يتجاوز المألوف، فوفاة أحد الأقارب أو مشاكل في العمل أو الدراسة أو المرض أو أي مواقف حياتية منهكة، قد تسبب التوتر للناس، لكن هناك من يتأقلم مع هذه التغيرات في غضون بضعة أسابيع أو أشهر، ولكن هناك من يجد صعوبة في التأقلم و يستمر في الشعور بالقلق والتوتر والإكتئاب نتيجة لردود فعله العاطفية والسلوكية المتجاوزة للموقف، وبما أن إضطراب التأقلم يندرج تحت راية إضطرابات الصدمة و الإجهاد، فيمكن الخروج بنتيجة مهمة بأنه رد فعل غير متكيف أو إستجابة غير متكيفة لحدث منهك و مجهود وغير متوقع، و هذا بإعتبار أن إضطرابات الصدمة و الإجهاد أساسها فجائية الحدث.

## 2-3/ الإجهاد النفسي وإضطراب التأقلم :

إن الإطلاع على التراث النظري و العلمي لمصطلح الإجهاد النفسي، نجد أنه لا يوحد تعريف أو تسمية محددة له، حيث يقول ريفوليان (Rivoliien) أن الضغط أو العبارات التي تشير إليها كالإجهاد، التوتر النفسي، الإحتراق النفسي ... إلخ مصطلحات صعبة التحديد لأنها تحتوي على مجموعة من المسببات التي تعيق نمط الجهاز النفسي والعقلي وحتى الفيزيولوجي، وبذهب سيلبي إلى أن الإجهاد هو إستجابة الجسم غير المحدد نحو أي مطلب يفرض عليه، إذ يربط سيلبي بين الإستجابات الفيسيولوجية وعملية التكيف، فالجسم يبذل مجهودا ليتكيف مع الظروف الخارجية والداخلية محدثا نمطا من الإستجابات غير النوعية التي تحدث حالة من السرور أو الألم. (بنين وبنين، 2016، ص 96)

يتأثر رد الفعل الفردي للضغط النفسي بمتغيرات فردية (العمر، الجنس، المستوى الصحي أو الإعتلال النفسي)، أو عوامل نسبية مثل مستوى التعليم؛ المعتقدات الأخلاقية والسياسية والدينية؛ ويمكن أن يتأثر أيضا بمتغيرات أخرى داخل البيئة الأسرية: وجود أو عدم وجود دعم عاطفي، القوة العلائقية، الوضع الإقتصادي. (Carta et al., 2009, p 07)

و إن إستجابات الإجهاد النفسي غير الطبيعية والمحددة زمنيا قد حصلت على إعتراف رسمي عندما تم إدراج مصطلح "إضطراب التأقلم" في التصنيف الدولي للأمراض -المراجعة التاسعة (CIM-9) في عام 1978 والدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية، الإصدار الثالث (DSM 3) في عام 1980. (Casey, 2018, p 02)

ومن وجهة علم النفس المرضي الإرتقائي، ينظر إلى عدم التأقلم والإضطراب النفسي كنتيجة للعوائق في تطور تنظيم الأنظمة البيولوجية والنفسية، مما يؤدي إلى تقويض الجهود المبذولة من أجل التكيف الفعال مع الضغط النفسي والمحن، ويعد التفاعل الديناميكي بين الأخطار والقوى الوقائية بمثابة عامل مؤثر على المسار الإرتقائي من خلال الأثر الذي يخلفه على جودة تنظيم الأنظمة البيولوجية والنفسية في عملية إرتقاء الفرد، ويؤكد أخصائيي علم النفس المرضي الإرتقائي أن ثمة إختلاف في نتائج العمليات الإرتقائية، ومن أمثلة ذلك أن الطريقة التي يستجيب ويتفاعل بها الأشخاص مع العوامل التي تزيد من قابلية الإصابة والعوامل الوقائية على كل مستوى من مستويات البيئة المحيطة (أي الثقافة، والمجتمع، والعائلة، والتفاعل بينهم) تسمح بالتنوع والإختلاف في نتائج العملية الإرتقائية، وقد يبدأ الأفراد في نفس المسار الإرتقائي الرئيسي، ومع ذلك تظهر عليهم نماذج مختلفة تماما من إضطراب التأقلم أو التكيف، وتتأثر رحلة الفرد إلى المرض النفسي أو المرونة والقدرة على التأقلم بمجموعة عوامل معقدة تشمل كل

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

من :مستوى الفرد في التنظيم البيولوجي والنفسي، والخبرات الحالية، والإختيارات المتاحة، والوسط الإجتماعي، وتوقيت التعرض للأحداث أو التجارب الشديدة، والتاريخ الإرتقائي للفرد. (Cicchetti, 2010, p145)

واقترح هورويتز (Horowitz,1997) أن إضطراب التأقلم يمكن أن يقع على خط إضطرابات الإستجابة للإجهاد، مثل إضطراب كرب ما بعد الصدمة.

و يتم افتراض أربع مراحل متتالية للإستجابة للإجهاد، بدءا بالمرحلة الأولى وهي مرحلة الإدراك عندما تظهر مشاعر مثل الخوف أو الحزن أو الغضب وتؤدي إلى الرغبة في تجنب أو الهروب من الأفكار التي تذكر بحدث الإجهاد، وتتميز المرحلة الثانية بإنكار ورفض مواجهة تداعيات الحدث المجهد، أما المرحلة الثالثة تشير إلى ظهور وتناوب الأفكار والصور المؤلمة وتتطور الذكريات المتطفلة (أي الشواغل) نظرا لأن المعلومات المجهدة لا تتوافق مع المخططات الحالية وبالتالي يتم تخزينها في الذاكرة النشطة ويتم الإنتهاء من عملية الإستجابة للإجهاد من خلال مرحلة العمل التي تؤدي إما إلى التأقلم مع الآثار المترتبة على ما حدث أو إلى الإصابة بإضطراب نفسي أو حدوث تغييرات في الشخصية، ومع ذلك فإن الدليل التجريبي لهذه المراحل المتتالية هو متناثر .

وإختار سيلبي (Selye,1956) منهجا بيولوجيا في تفسيره للإجهاد، حيث يعتبر الإجهاد كرد فعل غير محدد لأي نوع من المطالب البيئية وقد سلط نموذج سيلبي الضوء على الدور الرئيسي لمحور الغدة الكظرية تحت المهاد (HPA) في الإستجابة للإجهاد، وتتطور الأعراض المرضية عندما يكون هناك خلل في عمليات الإثارة والتنشيط مع آليات الغدة الكظرية تحت المهاد (HPA). (Bachem& Casey, 2018, p 249)

إنطلاقا لما تقدم نصل بأن إضطراب التأقلم هو إضطراب يمشي على خطي إضطراب كرب ما بعد الصدمة وإضطراب الكرب الحاد وذلك أنه يحمل تقريبا نفس الصورة الوصفية الإكلينية لإضطرابات الصدمة في ما يتعلق في الإستجابة للإجهاد ومراحله وصعوبة العودة إلى الحياة الطبيعية، وهذا ما جعله ينظم إلى عائلة إضطرابات الصدمة والإجهاد في الدليل التشخيصي الإخصائي الخامس (DSM-5) والتصنيف العالمي للأمراض (ICD-10)، فالإجهاد هو أحد العناصر الأساسية في تشكل إضطراب التأقلم، لكن هذا لا ينفي أن كل شخص تعرض لحدث مجهد بالضرورة يصاب بإضطراب التأقلم، فعدم القدرة على المضي مع روتين الحياة اليومي مثل الذهاب للدراسة أو العمل أو إمضاء الوقت مع الأسرة والأصدقاء وإتخاذ القرارات، هي كلها أوجه لإضطرابات نفسية مختلفة كالقلق والإكتئاب والتعلق التفاعلي وإضطرابات الصدمة وليست ميزة فقط لإضطراب التأقلم، كما أن النماذج التي جاء بها كل من سيلبي



## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

وأوروبتز هي نماذج مفسرة للإجهاد وتأثيره إما البيولوجي أو النفسي على الفرد، فما يحكم على الفرد بإصابته بإضطراب التأقلم أو غيرها من الإضطرابات النفسية أثناء تعرضه للضغط النفسي أو الإجهاد، هو سمات شخصيته وبنائه النفسي، لكن يبقى الإجهاد هو أحد أوجه الإصابة بهذا الإضطراب، وفي الوقت نفسه ليس ميزته الأساسية، وهذا ما جعل من إضطراب التأقلم إضطرابا يصعب تحديده ووصفه إكلينيكيًا.

### 2-4 / أشكال إضطراب التأقلم :

لكل إضطراب نفسي تقريبا مظاهر وأشكال يتجسدها عند الظهور في نفسية الفرد، كما هو الحال في إضطراب التأقلم فلقد حدد الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع والخامس للأمراض العقلية (DSM-5) (DSM-IV)، ستة أشكال عيادية لهذا الإضطراب ممثلة فيما يلي:

#### 2-4-1 / إضطراب التأقلم مع مزاج إكتابي:

وهو إضطراب تكون المظاهر المسيطرة أعراضا مثل المزاج المنخفض أو الحزن الدامع (Tearfulness) أو مشاعر اليأس .(الحنوتي، 2016، ص84)

أي أن هذا الإضطراب سمي هكذا؛ لأن أعراض الإكتئاب هي السائدة عند الشخص الذي يعاني من إضطراب التكيف، فيكون مزاجه منخفضا، أيضا يفقد إهتمامه بالأشياء التي كان يهتم بها، ويهمل أكثر أمور حياته، وقد يخسر عمله نتيجة عدم الإنتاجية والغياب، وأكثر الأعراض هو الشعور بفقدان الأمل وعدم وجود مساعدة من أي شخص أو أي جهة مساعدة .(الخضير، 2008)

#### 2-4-2 / إضطراب التأقلم مع مزاج القلق:

وتسيطر على المريض أعراض العصبية والقلق والإجهاد والجزع . (Shaffer & Krug, 1993, p132) إضافة إلى أن الأعراض المرتبطة باضطراب التكيف مع مزاج القلق تشمل الشعور بالإرهاق، قد يعاني الأشخاص المصابون بهذا الإضطراب أيضا من مشاكل في التركيز والذاكرة، أما بالنسبة للأطفال يرتبط هذا التشخيص عادة بقلق الانفصال عن الأهل والأحباء .(Legg, 2019)

#### 2-4-3 / إضطراب التأقلم مع قلق و مزاج إكتابي مختلط :

وهو إضطراب تسيطر عليه أعراض مشتركة من القلق والإكتئاب . (الحمادي، 2015، ص209)

#### 2-4-4 / إضطراب التأقلم مع إضطراب في المسلك:

وينطوي على هذا الشكل إنتهاك حقوق الآخرين وإغفال القوانين والقواعد المجتمعية أو سلوكيات

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

لاتتناسب مع سن الفرد، ومن أمثلة هذا السلوك؛ التغيب عن المدرسة، التخريب، القيادة المتهورية،

الضرب... (Fink , 2000, p 30)

### 2-4-5/ إضطراب التأقلم مع إضطراب مختلط في المسلك و الإنفعالات:

يكون الشخص في هذا الشكل من إضطراب التأقلم يعاني من مزيج من الإضطرابات الإنفعالية

(كالقلق والإكتئاب)، بالإضافة إلى إضطرابات في المسلك. (Ollendick & Schroeder, 2003, p 08)

### 2-4-6/ إضطراب التأقلم غير المحدد:

هي فئة متبقية لردود الفعل غير التكيفية ، وغير النمطية للإجهاد. (Sadock et al., 2007, p 244)

وفي هذا الصدد يرى الدليل الإحصائي التشخيصي الأمريكي الخامس أن إضطراب التأقلم غير محدد؛

هو ردود فعل سيئة التكيف لعوامل الشدة غير مصنفة على أنها واحدة من الأنماط الفرعية النوعية

لإضطراب التأقلم . (الحمادي، 2015، ص209)

و قد اختلف الدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي سواء بنسخته الرابعة أو الخامسة عن التصنيف

العالمي للأمراض فيما يتعلق بأشكال إضطراب التأقلم سنحددها في الجدول التالي :

### الجدول رقم (09) : يوضح أشكال إضطراب التأقلم في DSM-IV و CIM-10

CIM-10	DSM-IV
رد فعل إكتئابي وجيز . (F43.20)	مع مزاج إكتئابي . (309.0)
رد فعل إكتئابي مديد . (F43.21)	مع مزاج قلق . (309.24)
رد فعل مع قلق ومزاج إكتئابي مختلط . (F43.22)	مع قلق و مزاج إكتئابي مختلط . (309.28)
مع إضطراب في الإنفعالات الأخرى . (F43.23)	مع إضطراب في المسلك . (309.3)
مع إضطراب في المسلك . (F43.24)	مع إضطراب مختلط في المسلك و الإنفعالات . (309.4)
مع إضطراب مختلط في المسلك والإنفعالات . (F43.25)	غير المحدد . (309.9)
مع غيرها من الأعراض السائدة المحددة . (F43.26)	

(Casey & Bailey, 2011, p15)

من خلال هذا الجدول نرى بأنه توجد إختلافات بين DSM-IV و CIM-10 فيما يتعلق بأشكال

إضطراب التأقلم، حيث نجد أن DSM-IV تحدث عن إضطراب التأقلم المصحوب بمزاج إكتئابي،

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

فحين CIM-10 قسم هذا الشكل إلى صنفين هما إضطراب التأقلم المصحوب برد فعل إكتئابي وجيز ورد فعل إكتئابي مديد، كما أن CIM-10 لم يصنف إضطراب التأقلم إلى إضطراب التأقلم المصحوب برد فعل قلق على عكس DSM-IV الذي إشتهل تصنيفه على إضطراب التأقلم المصحوب بمزاج قلق، فحين CIM-10 إكتفى بجمعه مع مزاج الإكتئاب المتمثل في رد فعل مع قلق ومزاج إكتئابي مختلط ويقابله نفسه في DSM-IV، كما أضاف CIM-10 شكلا لم يصفه DSM-IV وهو مع إضطراب التأقلم مع إضطراب في الإنفعالات الأخرى، وقد إكتفى DSM-IV بضمه مع إضطرابات المسلك والذي يقابله نفسه في CIM-10 والمتمثل في إضطراب التأقلم مع إضطراب مختلط في المسلك والإنفعالات، وبالتالي هذه هي أبرز الإختلافات الموجودة بين CIM-10 و DSM-IV والتي يدور محورها، إما بتقسيم شكل من أشكال الإضطراب إلى صنفين كما حدث مع المزاج الإكتئابي، وإما بضم مزاجين معا أو عزلهما عن بعضهما كما حدث في مزاجي القلق والإكتئاب و الإضطرابات الإنفعالية والمسلك.

و الجدول التالي يلخص لنا أشكال إضطراب التأقلم وخصائصها الرئيسية حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للأمراض العقلية DSM-5.

### الجدول رقم (10) : يوضح أشكال إضطراب التأقلم

الأعراض	الخصائص الرئيسية	أشكال إضطراب التأقلم
مزاج الإكتئاب؛ البكاء، مشاعر اليأس.	أعراض الإكتئاب الطفيف.	مع مزاج إكتئابي
الهلع، القلق، العصبية، الخوف .	أعراض القلق هي المهيمنة.	مع مزاج قلق
مزيج من الأعراض من كلا النوعين أعلاه.	الأعراض هي مزيج من الإكتئاب والقلق.	مع قلق و مزاج إكتئابي مختلط
إنتهاك حقوق الآخرين و/ أو القواعد المجتمعية ، التغيب عن المدرسة، تدمير الممتلكات، القيادة المتهوره، الشجار.	تظهر الأعراض في السلوكيات التي تخرق القواعد الإجتماعية أو تنتهك حقوق الآخرين.	مع إضطراب في المسلك
مزيج من المزاج المكتئب والقلق وإضطرابات السلوك.	تشمل الأعراض الخصائص العاطفية والسلوكية مجتمعة مع السمات العاطفية المختلطة واضطراب السلوك.	مع إضطراب مختلط في المسلك و الإنفعالات
ردود فعل الإجهاد التي لا تتسجم	لا يصنف رد الفعل غير المتكيف	غير المحدد

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

مع الأنواع الفرعية الأخرى.	تحت اضطرابات التأقلم الأخرى ولكنه يحدث استجابة للإجهاد.
----------------------------	--

(Virginia Commission on Youth, 2017, p03)

من خلال ما ورد في هذا العنصر، نصل بأن الأشكال العيادية الستة لإضطراب التأقلم، تعكس لنا صورة تمثل لنا إشتراك إضطراب التأقلم في ظهوره مع إضطرابات نفسية أخرى، أي أن هذا الإضطراب قد يظهر في شكل إضطراب الإكتئاب أو القلق أو إضطرابات المسلك أو الإضطرابات الإنفعالية لكن في الحقيقة يمثل كل من مزاج القلق و إكتئاب و إضطرابات المسلك و الإضطرابات الإنفعالية سمات رئيسية في أشكال هذا الإضطراب ، وهذا ما يؤكد لنا خطورة هذا الإضطرابات على الفرد، وصعوبة تشخيصه كإضطراب كونه يبدو وكأنه يشترك في ظهوره مع إضطرابات نفسية أخرى، وهذا ما يصعب على الإخصائي تحديده ومعرفته إذا كان إضطراب التأقلم مصحوبا بشكل من الأشكال سالفة الذكر، أو أنه إضطراب نفسي آخر غير إضطراب التأقلم كالإكتئاب والقلق وإضطرابات المسلك، ومن هنا يمكن القول أن تشخيص إضطراب التأقلم يتطلب إهتمام و دراسة كبيرة للحالة المرضية قبل إسقاط التشخيص عليه .

### 2-5/ أسباب إضطراب التأقلم وأعراضه :

يحدث إضطراب التأقلم نتيجة التعرض لتغيرات كبيرة أو ضغوطات حياتية، ونتيجة لذلك تتغير الحالة المزاجية للفرد، و تظهر عليه أعراض و علامات تزيد من توتره و قلقه و تؤثر عليه بشدة، ومن بين أهم التغيرات الحياتية التي يتعرض لها الفرد، وما ينتج عنها من أعراض و علامات سنوردها في ما يلي:

#### 2-5-1/ أسباب إضطراب التأقلم:

الأسباب الكامنة وراء ردود الفعل و إضطراب التأقلم، محددة فيما يلي:

- الأحداث الضاغطة Stressful Events.

- الطبيعة الفطرية للفرد تجاه ردود فعله لمثل هذه الأحداث تميزه عن غيره Vulnerability.

- الخبرة السابقة لكيفية التعامل مع ظروف الشدة Previous Experience.(الحنوتي، 2016،

ص87)

ولعل أهم الأحداث المجهدة التي يمكن أن تسبب اضطراب التكيف للفرد وتأثر فيه، ممثلة فيما يلي

حسب سن المصاب:

#### 2-5-1-1/ أسباب تخص البالغين :

- وفاة أحد أفراد الأسرة أو صديق.

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

- مشاكل علائقية أو الطلاق.
- حدوث تغيرات رئيسية في الحياة.
- المرض أو مشكلة صحية (سواء في الفرد أو في شخص قريب منه).
- الانتقال إلى منزل جديد أو مكان جديد.
- الكوارث المفاجئة.
- مشاكل مادية أو المخاوف.

### 2-1-5/ أسباب تخص الأطفال و المراهقين:

- مشاكل عائلية .
  - مشاكل مدرسية .
  - مشاكل تخص سن المراهقة و بالتحديد البلوغ الجنسي . ( Legg,2019 )
- أما فيما يخص العوامل البيولوجية فلا يوجد دليل يؤكد أن لها دور في الإصابة بمرض التأقلم، ويبقى الفكر أكثر قبولاً هو أن الإجهاد هو نفسه عامل لتعجيل السبب بإضطراب التأقلم . (Virginia Commission on Youth, 2017, p02)
- فيما يخص أسباب هذا الإضطراب، نصل أولاً إلى مفادها أن هذه الأسباب لا يمكن إعتبارها أو الجزم بها على أن لها دور في الإصابة بإضطراب التأقلم، فهي تؤثر في أي شخص تتعرض له، وتراه يجد صعوبة في بداية الأمر على التأقلم معها، فأى فعل أو حدث مجهد أو مفاجئ يصادفه أي شخص أكيد سيسبب له الضيق والتوتر والقلق ولكن مع الوقت يتجاوزه، لكن هناك من يتعرض لحدث أو سبب من الأسباب سالفة الذكر و يستمر في معاشتها وينظر إليها على أنها نهاية الطريق ولا يقبلها ولا يمتلك القدرة على تجاوزها، ويعيش على خبراتها ولا يستطيع التأقلم معها، هنا يجب أن نعتبر هذه الأسباب فعلاً تسبب إضطراب التأقلم للفرد، وهذا مرده ليس الفعل المجهد في حد ذاته، وإنما الطبيعة النفسية للفرد، وبروفيله النفسي، وهنا يمكن القول بأن هذه الأسباب التي ذكرناها كوفاة أحد الأقارب أو مشاكل علائقية أو كوارث مفاجئة و غيرها ... ، كلها مسهلات للإصابة بالإضطراب التأقلم، لكن لو ندرس حالة المريض بإضطراب التأقلم بشكل أدق من خلال إجراء تحليلات و إختبارات والإطلاع على تاريخ حالته، يمكن أن نكشف عن السبب الرئيسي الذي جعله لا يتأقلم مع هذه العوامل المجهدة، و بالتالي هناك أسباب خفية تكون هي العامل الرئيسي للإصابة بإضطراب التأقلم، لا يمكن أن نحددها إلا بعد إجراء دراسة حالة دقيقة ومعقدة،

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

أما الأسباب التي ذكرناها هي أسباب مجهدة، والإجهاد هو العامل الرئيسي في تحريك الأسباب الخفية التي تؤدي بالفرد إلى الوقوع في شرك هذا الإضطراب.

### 2-5-2/ أعراض إضطراب التأقلم :

تبدأ أعراض هذا الإضطراب بالظهور في غضون ثلاثة أشهر من تعرض المرء لحدث يبعث على التوتر في حياته و نادرا ما تدوم أكثر من ستة أشهر، و قد تختلف أعراض إضطراب التأقلم إختلافا كبيرا من شخص لآخر، وقد تتأثر طريقة تفكير الشخص المصاب بهذا الإضطراب وشعوره تجاه الحياة أو تجاه نفسه بسبب الأعراض العاطفية للإضطراب . (الحانوتي، 2016، ص77)

و يقع إضطراب التأقلم على الحد الفاصل بين السلوك الطبيعي والمرض النفسي، وهذا يمثل مشكلة كبيرة في التشخيص، من حيث أنه إضطراب غير محدد بشكل جيد، ويتداخل مع مجموعات تشخيصية أخرى، ولديه أعراض غير محددة، و تتمثل هذه الأعراض فيما يلي :

- الإكتئاب .
- القلق .
- القلق المختلط مع الإكتئاب .
- السلوك الدرامي والهباجانات العنيفة .
- إضطرابات السلوك (السلوك العدوانى أو المعادي للمجتمع) .
- وإضطرابات السلوك تكون أكثر شيوعا عند الأطفال والمراهقين، فحين أن البالغين تظهر عليهم الأعراض الإكتئابية أكثر، أما أعراض القلق فتظهر على جميع الأعمار دون إستثناء . (Medical Services, s.d, p 07)

وقد حددت منظمة البحيرات الشمالية للصحة العقلية "Lakes Community Mental Health"

مجموعة من الأعراض الخاصة بإضطراب التأقلم ممثلة فيما يلي:

- ضائقة ملحوظة تتجاوز التي ما هو متوقع من التعرض للإجهاد.
- ضعف كبير في الأداء الإجتماعي .
- البكاء المتكرر .
- المزاج المكتئب الذي يؤثر على العمل و الأداء و العلاقات .
- هيجان .
- الإرتعاش .

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

- خفقان القلب .
- الإضطرابات السلوكية .
- الشكاوي الجسدية .
- الإنسحاب الإجتماعي . (Northern Lakes Community Mental Health, s.d, p19)
- فقدان الأمل .
- التفكير في الإنتحار .
- فقدان الشعور بالمتعة .
- صعوبات في التركيز .
- صعوبات في النوم .
- الشعور بالقهر .
- إعياء بدني / عقلي .
- أعراض جسمانية (صداع ، آلام في المعدة ، خفقان قلبي ) إنخفاض الشهية أو شراهة (نهم) لدى بعضهم.

وتتباين مظاهر إضطراب التأقلم، و تتضمن المزاج الإكتئاب والقلق والإنزعاج أو خليطا منها، والإحساس بعدم القدرة على الصمود، أو التخطيط للمستقبل، أو الإستمرار في الوضع الحالي، مع بعض الإختلال في الأداء اليومي، وقد يشعر الفرد بأنه معرض للسلوك الدرامي أو لإنفجارات من العنف ونوبات الغضب، ولكن هذه نادرا ما تحدث، ومع ذلك فقد تكون إضطرابات التصرف على سبيل السلوك العدوانى أو المعادي للمجتمع من الملامح المصاحبة للحالة، وخاصة والمراهقين، ولا يكون أي من الأعراض في حد ذاته على درجة من الشدة والبروز، بحيث يبرر تشخيصا أكثر تحديدا، أما في حالة الأطفال فتحدث ظواهر نكوصية قهقرية (**Regressive Phenomena**)، مثل العودة إلى مرحلة بدائية من مراحل النمو (التبول في الفراش أو التحدث بطريقة صبيانية أو مص الإبهام )، وهذه تكون في العادة جزءا من أعراض الحالة. (الحانوتي، 2016، ص ص 77-79)

و قد تختلف طول فترة بقاء أعراض إضطراب التأقلم كما يأتي:  
سنة أشهر أو أقل (حاد): إذا إتبع المرء و بنشاط إجراءات العناية الذاتية، فقد تتلاشى الأعراض من تلقاء نفسها.

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

أكثر من ستة أشهر (مزمن): حالما ينتهي عامل الشدة (أو الصعوبات) فإن الأعراض لا تدوم أكثر

من 6 أشهر إضافية. (الحنوتي، 2016، ص 86)

إنطلاقا لما تقدم نصل إلى أن أعراض و علامات إضطرابات التأقلم تعتمد على نوع أو شكل من أشكال إضطراب التأقلم السالفة الذكر، وهي تختلف من شخص لآخر وتؤثر على شعوره وتفكيره وتصرفاته ونظرة إتجاه ذاته وإتجاه محيطه، وتجعله حبيس أفكار، وتقوده إلى عدم القدرة على التجاوب مع الحدث المجهد وتجاوزه، إضافة يوصلنا عنصر أعراض إضطراب التأقلم إلى نفس النقطة التي وصلنا إليها في أشكال إضطراب التأقلم؛ بأن أعراض هذا إضطراب هي عبارات عن إضطرابات نفسية أخرى كالإكتئاب والقلق وإضطرابات المسلك، وهذا ما جعل إضطراب التأقلم من أصعب الإضطرابات النفسية تحديدا لصفته العيادية، ووضع تشخيص دقيق له، لإشترائه الكبير مع أعراض إضطرابات نفسية أخرى.

### 2-6/ مضاعفات إضطراب التأقلم :

تتحسن حالة معظم المصابين بإضطراب التأقلم خلال ستة أشهر دون التعرض لمضاعفات طويلة الأمد، إلا أن الأشخاص المصابين بإضطرابات نفسية أخرى، أو مشكلات إساءة إستخدام المواد، أو إضطراب التأقلم المزمن، هم أكثر عرضة للإصابة بمشكلات نفسية طويلة الأمد، التي تتضمن ما يأتي:

1- الإدمان على الكحول و المخدرات.

2- الإكتئاب.

3- الأفكار و السلوك الإنتحاري.

إن المراهقين المصابين بإضطراب التأقلم المزمن، الذين تظهر عليهم مشكلات سلوكية هم أكثر عرضة للمشكلات طويلة الأمد مقارنة بالبالغين، وإضافة إلى المضاعفات المذكورة سابقا، فإن المراهقين المصابين بإضطراب التأقلم معرضون للإصابة بأمراض نفسية كالإضطراب ثنائي القطب وإضطراب الشخصية المعادية للمجتمع. (الحنوتي، 2016، ص 88)

### 2-7/ تشخيص وعلاج إضطراب التأقلم :

يعتمد تشخيص أي إضطراب على محددة لابد من مراعاتها حتى يتم رسم خريطة الإضطراب وتحديد طرق التدخل المناسبة، وفي هذا الصدد يعتمد تشخيص إضطراب التأقلم على تحديد الضغوط الرئيسية التي تعرض لها الفرد و مدى تأثيرها عليه، وكيفية التجاوب مع محيطه أثناء الحدث الضاغط وبعده وغيرها من المعايير التي يجب الأخذ بها حتى يتم تحديد معالم إضطراب التأقلم، ومن ثم تقديم العلاج



## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

المناسب لهذا الإضطراب، وفي ما يلي سنعرض المعايير التشخيصية لهذا الإضطراب وطرق التدخل لعلاجه :

### 2-7-1/ تشخيص إضطراب التأقلم:

يجرى تشخيص رد فعل الإجهاد النفسي الذي يبرز عقب الأحداث التي لاتستوفي التعريف الكامل لحدث الصدمة النفسية، كإضطراب في التأقلم (التكيف)، وهذه الأحداث تشمل مثلا وفاة أحد الأقارب أو حالة توتر مرافقة للطلاق ...، وإضطراب التأقلم يقع بين إضطراب يمكن فهمه نظرا لصعوبة المعاشة لهذه الأحداث، وبين نزوع المريض نحو الإكتئاب والمخاوف. (الشرييني، 2018، ص56)

ويعتبر إضطراب التأقلم فئة تشخيصية تقع بين الصحة وعلم الأمراض، فإضطراب التأقلم يوجد على

سلسلة متصلة بين ردود الفعل الطبيعية للإجهاد و إضطرابات نفسية محددة. (Ali , 2015, p01)

وإضطراب التأقلم كما تم تعريفه أعلاه ؛ فهو تفاعل تكيفي لظرف ضاغط نفسيا وإجتماعيا أو لمجموعة ضغوط، ويحدث خلال ثلاثة أشهر من بدء هذا الظرف الضاغط، ويستمر لمدة لا تزيد عن ستة أشهر، وتتحدد الطبيعة التكيفية لهذا لتفاعل إما بحدوث خلل وظيفي أو إجتماعي أو ظهور أعراض تزيد عن التفاعل العادي والمتوقع للظرف الضاغط، وقد يكون الظرف الضاغط واحدا (مثل الانفصال) أو متعددا (مثل مشاكل العمل و الزواج) أو مترددا (مثل الضاغط المرتبط بتغيرات فصلية ) أو يكون متصلا (مثل ضاغط نفسي إجتماعي مصاحب بمرض مزمن)، وتصاحب بعض الضغوط أحداث نمو محددة كالذهاب للمدرسة أو ترك منزل الوالدين في زواج أو الفشل في تحقيق الأهداف الوظيفية أو بلوغ سن التقاعد، وإن شدة التفاعل لا تتحدد بشدة الظرف الضاغط، لأن الأمر مختلف حسب قابلية الناس، فقد يصاب بعضهم بإضطراب شديد بعد تعرضهم لظرف ضاغط بسيط و بعضهم الآخر يصاب بإضطراب خفيف بعد تعرضه لظرف ضاغط شديد جدا ومستمر، ويبدأ إضطراب التأقلم في أي مرحلة من العمر خلال ثلاثة أشهر من بدء وقوع الظرف الضاغط، وأحيانا يكون بدء هذا الإضطراب خلال أيام قليلة إذا كان الحادث الضاغط حادا ، مثل فصل الشخص من العمل، وكذلك تكون مدته قصيرة نسبيا، وفي بعض الحالات يبقى الظرف الضاغط لوقت طويل (كما في حالة الإصابة بمرض مزمن) حيث يحتاج المريض وقتا أطول لكي يصل إلى مستوى جديد من التكيف، ويتحسن المصاب بهذا الإضطراب بعد أخذ العلاج المناسب ويعود لسابق عهده وظيفيا و إجتماعيا خلال ثلاثة أشهر، وقد يحتاج المراهقون وقتا أكثر لإستعادة تكيفهم. (عواد، 2011، ص ص83-84 )

ويتم تشخيص إضطراب التأقلم وفقا لما يلي :

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

1- يتم تشخيص إضطراب التكيف عندما يصاب الفرد بأعراض النفسية أثناء التكيف مع الظروف الجديدة.

2- هناك خليط من الأعراض التي يمكن أن تشمل:

- ✓ الأعراض النفسية: وتشمل هذه الإكتئاب، والقلق، وضعف التركيز والتهيج .
- ✓ الأعراض الجسدية: وتشمل هذه الخفقان، والتنفس السريع، والإسهال والإرتعاش.
- ✓ الإضطرابات السلوكية: ويمكن أن تتكون هذه الحالات من العدوان، وإيذاء الذات المتعمد، وإساءة إستعمال الكحول، وإساءة إستعمال المخدرات، والصعوبات الإجتماعية، والمشاكل المهنية.

3- الأعراض تنشأ تدريجيا بعد أحداث مرهقة، وعادة ما تحدث في غضون شهر من ذلك ، و نادرا ما يستمر الاضطراب لأكثر من ستة أشهر.

4- الأفراد الذين يعانون من إضطراب التكيف سيواجهون صعوبات في الأداء الاجتماعي والمهني وفي العمل والعلاقات بسبب الضائقة المستمرة أو ضعف التركيز، غير أن هذه الصعوبات ستكون محدودة وقد لا تضر بحياته اليومية إلى حد كبير.

5- ومن الأمثلة على هذه الأحداث المجهدة تفكك العلاقات، والبطالة، والنزاع المهني والمرض، وغير ذلك من التغيرات الحياتية المهمة .

6- لا يجب أن يكون الحدث المجهد شديد الخطورة، على عكس حالة اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD)، ويذكر أن الضعف الشخصي في الإستجابة يلعب دورا كبيرا في تطور إضطراب التكيف، مقارنة بتطور الحالات النفسية المرتبطة بالإجهاد (مثل إضطراب كرب ما بعد الصدمة). (Wilson, 2008, p 05)

أما فيما يتعلق بالمعايير التي حددها كل من الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للإضطرابات العقلية والتصنيف الدولي للأمراض في نسخته العاشرة والحادية عشرة لتشخيص إضطراب التأقلم فهي ممثلة في الجدول التالي:

الجدول رقم (11) : يوضح المعايير التشخيصية لإضطراب التأقلم حسب DSM -5/CIM-10

CIM-11

التصنيف الدولي للأمراض في نسخته الحادية عشر CIM- 11	التصنيف الدولي للأمراض في نسخته العاشرة CIM-10	الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس للإضطرابات العقلية DSM-5
<p>- ينتمي إلى فئة الإضطرابات المرتبطة تحديدا بالإجهاد. 1/ الإستجابة لعوامل الضغط المحددة والتي تحدث خلال شهر واحد. (Maercker&amp;Lorenz, 2018, p S5) 2/ الانشغال المتعلق بالإجهاد أو العواقب في شكل واحد على الأقل من وفيما يلي: *القلق المفرط بشأن الإجهاد *الأفكار المتكررة والمحنة بشأن والإجهاد * التذمر المستمر حول الآثار المترتبة على الإجهاد. 3- تتسبب الأعراض في ضعف كبير في العلاقات الشخصية أو العائلية أو الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من المجالات الهامة. 4-الأعراض ليست ذات خصوصية أو شدة كافية لتبرير اضطراب عقلي آخر. 5/ عادة ما يحل الإضطراب</p>	<p>- تنتمي إلى فئة إضطرابات التفاعل للكرب الشديد وإضطراب التأقلم. - الأعراض إستجابة لإجهاد يمكن التعرف عليه. - يمكن أن تختلف الأعراض في شدتها وشكلها. - يحدث الإضطراب في غضون شهر واحد. - لا يحقق الإضطراب إضطراب عقلي آخر. أشكاله: - رد فعل إكتئابي وجيز. - رد فعل إكتئابي مديد. - رد فعل مع قلق ومزاج إكتئابي مختلط. - مع إضطراب في الإنفعالات الأخرى . - مع إضطراب في المسلك. - مع إضطراب مختلط في المسلك والإنفعالات. - مع أعراض أخرى معينة غالبية. (Maercker&amp;Lorenz, 2018, pS5)</p>	<p>- ينتمي إلى فئة الإضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد والإضطرابات ذات الصلة. 1/ الإستجابة لعوامل الإجهاد (الضغوطات) التي يمكن تحديدها وتحدث في غضون 3 أشهر. 2/ هذه الأعراض أو السلوكيات هامة سريريا، ويستدل عليها بواحد من التظاهرين التاليين: * إحباط صريح لا يقارن بحدة وكثافة الكرب. * إنخفاض مهم في الأداء الإجتماعي أو المهني و مجالات الأداء الهامة الأخرى. 3/ الإضطراب لا يفي بمعايير اضطراب عقلي آخر، ولا يعد فقط تقاوما لإضطراب عقلي سابق . 4/ لا تمثل الأعراض حالة الفقد (الحداد) 5/ بمجرد إنتهاء الإجهاد (أو عواقبه)، لا تستمر الأعراض لأكثر من 6 أشهر إضافية. أشكال الإضطراب: فرعية:</p>

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

<p>في غضون 6 أشهر، ما لم يستمر الإجهاد لمدة أطول . (O'Donnell et all,2019, p03) سوف تشمل "إضطراب الحزن (الكآبة) المستمر" أو إضطراب الإضطراب التفاعل الإكتئابي المستمر. (Maercker&amp;Lorenz,2018, p S5)</p>		<p>مع مزاج مكتئب/ مع القلق/ مع القلق و مزاج الإكتئابي مختلط/ مع إضطراب في السلوك/ مع اضطراب مختلط في السلوك والإنفعالات / غير محدد. (Maercker&amp;Lorenz,2018, p S5)</p>
---	--	--

كما حدد التصنيف الدولي للأمراض في نسخته العاشرة **CIM-10** دلائل تشخيصية لإضطراب التأقلم ممثلة فيما يلي:

1- شكل و مضمون و شدة الأعراض.

2- التاريخ السابق و الشخصية.

3- الحدث أو الموقف أو الأزمة الحياتية المسببة للكرب.

و يجب التأكد بوضوح من وجود العنصر الثالث الأخير، كما يجب أن يتوفر دليل قوي، حتى وإن كان إفتراضيا، على أن الإضطراب ما كان ليحدث لولاه، أما إذا كان الحدث صغيرا نسبيا، أو إذا لم يكن توضيح الصلة الزمنية (أقل من ثلاثة شهور) فعندئذ يجب تصنيف الإضطراب في موضع آخر، تبعا للملاحح الواضحة فيه. (ICD-10 ,1999, p 160)

كما يتم الإعتماد عند تشخيص إضطراب التأقلم إما على :

- التشخيص بإستخدام المقابلات المهيكلة:

القليل من المقابلات التشخيصية المنظمة تتضمن إضطراب التأقلم، ولا يتضمن جدول المقابلة السريرية (CIS) أو مقابلة التشخيص الدولي المركب (CIDI) إضطراب التأقلم، ويتضمن الجدول الزمني للتقييم السريري في الطب النفسي العصبي (SCAN) إضطراب التأقلم في القسم 13 الذي يتناول الإستدلالات والصفات، ويأتي ذلك بعد إستكمال معايير جميع الإضطرابات الأخرى، ولا توجد أسئلة محددة لمساعدة القائم بإجراء المقابلة في إجراء التشخيص، كما تتضمن المقابلة السريرية المهيكلة لـ (SCID DSM-IV) أيضا قسما يتعامل مع إضطراب التأقلم، ولكن التعليمات الموضوعة للقائمين على المقابلة تشخيصية، وتشتمل المقابلة المصغرة الدولية للأمراض العصبية والنفسية (M.I.N.I) أيضا على

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

قسم خاص بإضطراب التأقلم، ولكن كما هو الحال في (SCID)، يتم إلغاء تشخيص هذا الإضطراب إذا تم استيفاء معايير أي اضطراب نفسي آخر. (Casey,2009, p931)

### - التشخيص في الممارسة العيادية:

تشخيص إضطراب التأقلم قد يكون من الصعب في الممارسة العيادية نظرا لوجود تداخل في الأعراض بين الفئات الفرعية المختلفة لإضطراب التأقلم والأمراض النفسية الأخرى مثل الفلق العام والإكتئاب الشديد وما إلى ذلك، وقد ركزت معظم البحوث في التمييز بين الأنواع الفرعية لإضطراب التأقلم من الإضطرابات الأخرى وقد ركزت على إضطراب التكيف مع المزاج المكتئب والإكتئاب الشديد.

### الضغوطات: الشرط الأساسي لتشخيص إضطراب التأقلم هو أن الأعراض يجب أن تكون ناجمة عن

حدث مرهق وأن أقصى فترة تأخير في ICD-10 هي شهر واحد وفي DSM-IV هي 3 أشهر، في هذا الصدد فهو يشبه إضطراب كرب ما بعد الصدمة، وبالنسبة لجميع الإضطرابات النفسية الأخرى فإن الإجهاد ليس مطلبا ، على الرغم من وجود أدلة على أن أكثر من 80% من المصابين بالإكتئاب الشديد يعانون من حدث ضاغط في الحياة.

و فيما يتعلق بنوع الأحداث، لا يوجد ما يمكن أن يقدم مساعدة للأخصائي في التمييز بين إضطراب التأقلم والتشخيصات الأخرى، وحتى الأحداث ذات الحجم المرتبط عادة بتشخيص إضطرابات ما بعد الصدمة يمكن أن تؤدي أيضا إلى إضطراب التأقلم.

### الأعراض : في كل من CIM و DSM المعايير التشخيصية لإضطراب التأقلم غير ظاهرة فيما يتعلق

بالأعراض محددة، ومع ذلك هناك بعض الأعراض التي قد تكون مساعدة في التشخيص، ومع ذلك فإن فقدان التفاعل المزاجي، وجود تغيير في المزاج اليومي، وتاريخ عائلي من الإكتئاب كلها قد تشير إلى الإكتئاب بدلا من إضطراب التأقلم.

أما الحالة المزاجية لأولئك الذين يعانون من إضطراب التأقلم غالبا ما تعتمد أكثر على الوجود المعرفي لعامل الإجهاد بحيث يتم ملاحظة ضعف المزاج الفوري عند ذكر عامل الإجهاد، و نظرا للقيود في معايير تشخيص إضطراب التأقلم، يستند تشخيصه إلى وجود عامل إجهاد متعجل وعلى تقييم سريري يحتمل حل الأعراض عند زوال عامل الإجهاد. (Casey, 2009, pp 931-932)

### - التشخيص الفارقي:

### التمييز عن الإستجابات العادية:

يختلف إضطراب التأقلم عن الإضطرابات النفسية الأخرى لأن أحد عناصر التشخيص هو ما إذا

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

كانت الإستجابة للإجهاد مظهرا من مظاهر الضائقة المناسبة، وعدم التمييز بين ردود الفعل غير المرضية المناسبة للأحداث المجهدة وتلك المرضية يمكن أن يؤدي إلى سوء تشخيص الحزن الطبيعي على أنه إضطراب التأقلم أو الإكتئاب، لمجرد وجود الأعراض في غياب المعايير التي تميز العادي من إستجابات غير طبيعية، وهذه المعايير التي تميز إضطراب التأقلم عن الإستجابات العادية للإجهاد ممثلة فيما يلي:

- ✓ الظروف الشخصية وسياق الإجهاد.
- ✓ التناسب بين شدة الأعراض والحدث المجهد.
- ✓ الثبات إلى ما بعد المدة المتوقعة.
- ✓ المعايير الثقافية للاستجابة العاطفية / مدة التعبير وشدة الضعف الوظيفي.

إذ يجب أن يأخذ ذلك في الإعتبار الظروف الشخصية للفرد والتعبير عن الأعراض داخل ثقافة الشخص. فعلى سبيل المثال، قد يكون فقدان وظيفة لشخص ما مقبولا، بينما يمكن أن يؤدي ذلك بالنسبة لشخص آخر إلى زيادة الفقر على الأسرة، كما يجب أيضا مراعاة الإختلافات الثقافية في التعبير عن المشاعر، والمعرفة بالتعامل "الطبيعي" مع المرض وغيره من الأحداث المجهدة أمر ضروري وسيتم توجيه عملية التشخيص بالمدى الذي تحدده أعراض الفرد، سواء من حيث شدة والمدة، كما أن وجود ضعف وظيفي هو أيضا مؤشر على الإستجابة المرضية.

### التمييز عن الإضطرابات النفسية الأخرى : إن تداخل الأعراض بين إضطراب التأقلم وعدد من

اضطرابات المحور I مثل الإكتئاب الشديد والقلق العام ، يفرض وجوب النظر في إمكانية وجود هذه التشخيصات بدلا من إضطراب التأقلم ، وإن الفشل في تشخيص الإكتئاب يمكن أن يكون له عواقب وخيمة في العلاج، وبدلا من ذلك؛ فإن تشخيص مثل هذه الإضطرابات كالإكتئاب عندما يكون تشخيص إضطراب التأقلم أكثر ملاءمة، فيمكن أن يعزز هذا "ثقافة الوصفات العلاجية " حتى لو كان من المحتمل الشفاء التلقائي، وتتسأ مشكلة إذا تم تطبيق معايير تشخيص DSM (الدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي) بشكل صارم لأنه بمجرد الوصول إلى عدد الأعراض ومدتها، لا يمكن إجراء تشخيص إضطراب التأقلم في الممارسة العملية، ومن الأرجح أن يتم تشخيص إضطراب الإكتئاب على حساب إضطراب التأقلم أكثر من العكس، بسبب الوضوح التام للمعايير التشخيصية لإضطراب الإكتئاب، و يتطلب تشخيص إضطراب كرب ما بعد الصدمة وإضطراب الكرب الحاد وجود عامل ضاغط من الحجم الذي سيكون صدمة للجميع تقريبا ومجموعة محددة من الأعراض، ومع ذلك ليس كل شخص

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

يتعرض لمثل هذه الأحداث المؤلمة يصاب بإضطراب كرب ما بعد الصدمة وإمكانية حدوث إضطرابات أخرى، مثل إضطراب التأقلم. (Casey,2009, pp 932-933)

وهنا بعض الإعتبارات أو الخصائص التي تميز إضطراب التأقلم ويجب على الأخصائي النفسي أخذها بعين الإعتبار عند تشخيصه و الجزم بالإصابة بهذا الإضطراب وهي :

- أن إضطراب التأقلم يصاب به كلا الجنسين ذكورا أو إناث.

- قد تختلف الضغوط والأعراض، إعتادا على التأثيرات الثقافية.

- سمات الأطفال تختلف عن سمات البالغين .

- الأعراض أكثر ظهورا على المراهقين المصابين بهذا الإضطراب هي سلوكية، أما الأعراض

الأكثر التي ظهورا على البالغين هي أعراض الإكتئابية . ( Virginia Commission on Youth, 2017, p04)

و الجدول التالي يوضح الصورة العيادية التوصيفية لإضطراب التأقلم أو ملخص لإضطراب التأقلم

الجدول رقم (12) : يوضح الصورة العيادية التوصيفية لإضطراب التأقلم

الأعراض	سلوكية عاطفية	Emotional Behavioral
المؤثر	كرب نفسي إجتماعي	Psycho-Social Stressor
الإستجابة	ضيق مفرط	Excessive Distress
النتيجة	ضعف، تدن إجتماعي، مهني، أكاديمي.	Impairment
البداية	3 أشهر	Up to 3 months
سير الحالة	أقل من 6 أشهر	حاد Acute
	أكثر من 6 أشهر	مزمن Chronic

(الحانوتي، 2016، ص80)

إنطلاقا لما تقدم فيما يتعلق بتشخيص إضطراب التأقلم، نصل إلى فكرة مفادها أن تشخيص هذا الإضطراب فعلا يعتمد على هذه المعايير التي حددها كل من الدليل التشخيصي الإحصائي الإضطرابات العقلية والتصنيف العالمي للأمراض، لكن هذا لا يعني أن التشخيص يتوقف عندهما، فهي معايير يأخذ بها للحكم على المريض، لكن للوصول إلى هذه المعايير التشخيصية المحددة كنتيجة، لا بد أن يعتمد الأخصائي النفسي على أدوات ووسائل علمية بحثية دقيقة لتشخيص المريض من إجراء مقابلات ووضع جداول ملاحظة . وتطبيق إستبيانات وإختبارات نفسية، وهذا من أجل إجراء تقييم نفسي شامل و دقيق عن

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

الحالة، بالإضافة إلى ضرورة البحث عن تاريخ الحالة حتى يتم الإلمام بكل ما يتعلق الأمر بها ومعرفة الأسباب الحقيقية وراء الإصابة بإضطراب التأقلم، كما يجب أن أُنوه إلى نقطة مهمة، وهي أنه يجب إجراء مقابلات مع كل من لهم علاقة بالحالة و خاصة الأسرة (والدين - إخوة) و خاصة إذا كان المريض طفلاً أو مراهقاً، وهنا يمكن القول بأن تشخيص إضطراب التأقلم يحتاج إلى دقة كبيرة من أجل تحديده، لأنه إضطراب يظهر و وكأنه إضطرابات أخرى، وهذا كما رأينا أعلاه في كل من أشكال إضطراب التأقلم وأعراضه.

### 2-7-2/ علاج إضطراب التأقلم:

على الرغم من معدلات الإنتشار المرتفعة وحقيقة أن مرضى إضطراب التأقلم يعانون من إنخفاض كبير في نوعية الحياة وزيادة خطر السلوك الإنتحاري، إلا أنه لا يتوفر سوى عدد قليل من أساليب العلاج المحددة حتى الآن. قد يكون هذا جزئياً بسبب ندرة النماذج النظرية الواضحة لإضطراب التأقلم التي يمكن أن تستند إليها برامج التدخل. بالإضافة إلى ذلك، فإن معايير التشخيص غير المميزة لـ ICD-10 و DSM-IV قد تفسر عدم وجود تدخلات مثبتة تجريبياً. ومع ذلك، هناك نموذجان نظريان مناسبان لشرح تطور إضطراب التأقلم. ففي "نموذج الأزمة" ، إفترض كابلان (Caplan) المسارات النموذجية التي تحدث بعد الإجهاد الشديد والتي تززع إستقرار الفرد. يتم تعريف الأزمة الشخصية على أنها مشكلة غير قابلة للحل بالنسبة للفرد المعني، و إفترح كابلان (Caplan) أن الأعراض النفسية المرضية تتطور عندما يكون لدى الفرد آليات دفاع غير كافية أو غير مرنة للتعامل مع المشكلة. مثل هذه الأزمات الشخصية يمكن مقارنتها بأحداث الحياة الحرجة التي قد تسبب إضطراب التكيف. أما النموذج الثاني المفيد للعلاج النفسي لإضطراب التأقلم هو نموذج الإستجابة للتوتر الذي وضعه هورويتز (Horowitz). ضمن هذا النموذج، تم تصور إضطراب التأقلم، إلى جانب إضطراب ما بعد الصدمة وإضطراب الحزن المعقد، على أنه متلازمة إستجابة الإجهاد لأول مرة على حد علمنا، ويقترح النموذج أن الضغوط الشديدة تثير المشاعر السلبية الشديدة، والتي يتم الرد عليها في الخطوة التالية من خلال القمع أو التجنب أو السلوك غير الفعال. وبالتالي، تنشأ حلقة مفرغة من الذكريات المتطفلة وإستجابات التجنب في الفرد. وهذا يتوقف بمجرد من خلال الإعتماد ومع الشخص المعني على المعالجة المعرفية التي تمكن من تقليل الإنشغال والسلوكيات غير القادرة على التكيف. (Maercker et al., 2015, p 03)



## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

فحين هناك من يعتبر، أن حقيقة إضطرابات التأقلم هي إضطرابات قصيرة الأجل والشفاء منها يكون مع مرور الوقت وهذا ما يفسر ندرة الدراسات المتعلقة بعلاج إضطراب التأقلم . ( Carta et al., 2009, p10)

وفي هذا الصدد هناك عدد قليل من التجارب العلاجية الخاصة بإضطراب التأقلم؛ سواء النفسية أو الدوائية ولكن في الممارسة السريرية لهذا الإضطراب، فقد كان التركيز أساسا على التدخلات النفسية بشكل عام، والتي تعتبر كعلاجات قصيرة مناسبة، لأن إضطراب التأقلم يعد من الإضطرابات قصيرة الأجل، على الرغم من أن العلاجات المطولة قد تكون مطلوبة عندما تكون عوامل الإجهاد مزمنة أو عندما يكون هناك إضطرابات في الشخصية كامنة التي تزيد التعرض لمثل هذه الضغوط .

لكن كما هو الحال مع علاج جميع الأمراض النفسية، فإن أهداف العلاج هي تقليل أو القضاء على الأعراض وإستعادة وظائفها السابقة، أما مع إضطرابات التكيف فيتمثل الهدف النهائي للعلاج في مساعدة العميل بمستوى من التكيف يشبه مستوى أداء الشخص المصاب قبل الحدث المجهد.

وبناء على التجارب السريرية ومراجعة الأدبيات، يرى الإكلينيكيون و أخصائيو حلول الصحة السلوكية (BHS) أن السطر الأول من علاج اضطراب التكيف يتضمن العلاج النفسي، و يستخدم العلاج النفسي بشكل شائع مع هذه الاضطرابات، ويساعد الفرد على فهم كيفية تأثير الإجهاد على حياته، وكيفية التدريب على مهارات التأقلم، ويمكن أن يتم العلاج النفسي في شكل فردي و/ أو مجموعة؛ حيث تعتبر المجموعة في بعض الأحيان مثالية خصوصا للمراقبين الذين يتم تشخيصهم باضطراب التأقلم، حيث قد تساعدهم في تقليل شعورهم بالعزلة.

ويكون الإبطاء للحضور الجماعي مع اضطرابات التكيف إذا كان العميل خطيرا على نفسه أو غيره (مثل القتل أو الانتحار)، ويمكن الإشارة إلى العلاج الأسري للعملاء الذين يعانون من إضطرابات التكيف، والذين تتأثر علاقاتهم العائلية بالاضطراب أو إذا كانت ديناميات الأسرة تزيد من حدة الأعراض، وقد يحتاج بعض العملاء إلى إستخدام الدواء كوسيلة للعلاج من إضطراب التأقلم. ( Alaska Native Medical Center, 2006, p02)

حيث تستخدم الأساليب المعرفية والسلوكية لتحسين مهارات حل المشكلات الملائمة للعمر ومهارات الإتصال والتحكم في الدافع ومهارات إدارة الغضب ومهارات إدارة الإجهاد، بالإضافة إلى ذلك يساعد العلاج في تشكيل الحالة العاطفية وأنظمة الدعم لتعزيز التأقلم (التكيف).

وهناك أهداف محددة يجب تحقيقها أثناء العلاج النفسي من أجل أن تكون ناجحة للمريض، أثناء العلاج النفسي، يجب أن يحقق ما يلي:

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

- تحليل الضغوطات التي تؤثر على المريض.

- توضيح وتفسير معنى الإجهاد .

- محاولة لإعادة صياغة الإجهاد.

- إلقاء الضوء على مخاوف المريض .

- تشكيل خطة لتقليل الإجهاد؛ وزيادة مهارات التعامل مع المريض .

و كما تعد إدارة الإجهاد والعلاج الجماعي مفيدتين بشكل خاص في حالات الإجهاد المرتبط بالعمل

و/أو التوتر العائلي وكثيرا ما يستخدم العلاج الأسري، مع التركيز على إجراء التغييرات اللازمة داخل

نظام الأسرة. قد تتضمن هذه التغييرات تحسين مهارات الإتصال والتفاعلات العائلية وزيادة الدعم بين

أفراد الأسرة .(Virginia Commission on Youth, 2017, pp 05-06)

والجدول التالي يلخص ماورد أعلاه :

### الجدول رقم (13) : يوضح ملخص لأهم العلاجات المناسبة لإضطراب التأقلم

نوع العلاج	دوره و أهميته في علاج إضطراب التأقلم
العلاج النفسي بين الأشخاص Interpersonal psychotherapy (IPT)	يساعد الأطفال والمراهقين على التخلص من الأعراض الإكتئابية .
العلاج المعرفي السلوكي Cognitive behavioral therapy (CBT)	يستخدم لتحسين مهارات حل المشكلات المناسبة للمعمر ومهارات الإتصال ومهارات إدارة الإجهاد.
إدارة الإجهاد Stress management	إدارة الإجهاد، مفيد بشكل خاص في حالات الإجهاد العالي ويساعد الشباب على تعلم كيفية إدارة الإجهاد بطريقة صحية.
العلاج الجماعي Group therapy	يتم إعتماده مع الأفراد الذين يعانون من نفس الإضطراب، ومساعدة أعضاء المجموعة التعامل مع مختلف ملامح إضطرابات التكيف
العلاج الأسري Family therapy	العلاج الأسري مفيد لتحديد التغييرات المطلوبة داخل نظام الأسرة، وقد تتضمن هذه التغييرات تحسين مهارات الإتصال والتفاعلات العائلية وزيادة الدعم بين أفراد الأسرة.

(Virginia Commission on Youth, 2017, p05)

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

أما فيما يتعلق بالعلاج الدوائي لإضطراب التأقلم، فإنه يقوم على علاج أعراض الأرق والقلق ونوبات الهلع وإستخدام البنزوديازيبينات (benzodiazepines) لتخفيف هذه الأعراض، في حين أن هناك بعض مضادات الإكتئاب التي ينادي بها البعض كأدوية علاجية لإضطراب التأقلم، خاصة إذا لم يكن هناك أي تحسن من العلاج النفسي . ( Casey, 2009, pp 934-935 )

ونادرا ما يستخدم الدواء كعلاج وحيد لإضطرابات التأقلم وخصوصا مع الطفل لأنه يحتاج إلى مساعدة في التعامل مع الضغوطات، وكذلك رد فعله تجاهها، ومع ذلك فإن العلاج الدوائي المستهدف للأعراض للقلق والإكتئاب والأرق التي يمكن أن تحدث مع إضطراب التأقلم قد يكون فعال، لكن لا ينصح به كعلاج أساسي لإضطرابات التأقلم، حيث يجب أن تعالج أعراض الإضطراب من خلال العلاج النفسي بدلا من الصيدلة، على الرغم من أن التدابير الدوائية قد لا تكون الخيار المرغوب فيه عند علاج إضطرابات التأقلم، إلا أن هناك بعض خيارات العلاج الدوائي و المقبولة و موصحة أدناه:

✓ Benzodiazepines (lorazepam or clorazepate)

✓ مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الإنتقائية (SSRIs) أو مثبطات إمتصاص السيروتونين - نوريبينيفرين (SNRIs) (سيرتالين أو فينلافاكسين)

✓ مستخلصات نباتية (kava kava or valerian)

✓ بالإضافة إلى ذلك ، قد يكون الاستخدام قصير الأمد لمزيلات القلق والمنومات مفيدا.

تشير بعض نتائج البحوث أيضا إلى أن (SSRIs) قد تساعد في تخفيف الأعراض الإكتئابية، خاصة

عند المراهقين . (Virginia Commission on Youth, 2017, p 06)

من خلال ما جاء في علاج إضطراب التأقلم، يمكننا القول بما أن إضطراب التأقلم هو أحد أنواع الإضطرابات النفسية المرتبط بالإجهاد النفسي، فأكد أن المريض قد يشعر بالقلق أو الإكتئاب أو الإنفعال الزائد أو حتى المضي في التفكير في الانتحار، كما أنه يعاني من الشعور بأن روتينه اليومي مجهد ومرهق و يجد صعوبة في التأقلم معه ومتابعة حياته بشكل طبيعي و إتخاذ القرارات الصائبة، وبالتالي هذا له عواقب وخيمة تعود على المريض، وبالتالي فالمريض ليس مضطرا إلى الصمود أمام هذه الصعوبات مدام غير قادر على إعادة رسكلة نفسه و تعويدها على التأقلم مع الظروف الجديدة، ولهذا لابد من تلقي العلاج و الرعاية النفسية حتى يستطيع التأقلم مع ظروفه وتحسن أداءه الإجتماعي، وهنا يتوقف الأمر على دور العلاج النفسي وأهميته والذي يوفر للمريض الدعم العاطفي ويساعده في العودة لروتينه الطبيعي أو التأقلم مع ظروفه الجديدة، كما يمكن يساعده أيضا في معرفة السبب الذي يجعل

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

الحدث المجهد يؤثر عليه بهذا الشكل الكبير، و معرفة العلاقة بين السبب والحدث المجهد، كما يمكنه في تعلم مهارات تساعده على التأقلم من أجل التعامل مع الأحداث المجهدة الأخرى التي قد تظهر، وقد يلجأ المعالج النفسي إلى عدة أنواع من العلاج النفسي كالعلاج المعرفي السلوكي و العلاج الأسري والعلاج الجماعي وغيرها، ولكل نوع من هذه العلاجات سبب في انتهاجها ودور وأهمية في علاجه لإضطراب التأقلم، كما أنه في بعض الحالات يفيد العلاجي الدوائي كعلاجي مكمل للعلاج النفسي ولا يحبذ إستخدامه لوحده كعلاج لإضطراب التأقلم خصوصا مع الأطفال و المراهقين، ومع ذلك فهو يساعد في خفض أعراض القلق والإكتئاب والأرق وغيرها من الأعراض.

### خلاصة الفصل :

و في الأخير نصل بالقول؛ أن إضطراب التأقلم هو أحد الإضطرابات النفسية الأكثر شيوعا في العالم، إلا أن صعوبة تشخيصه وتحديد جدولته العيادي الدقيق وتقديم تشخيص خاطئ له، هو ما غيبه كإضطراب في كثير من الكتب والمراجع العلمية وحتى الدراسات والأبحاث النفسية، وإضطراب التأقلم كما أشرنا سلفا هو إضطراب يظهر لدى الأشخاص الذين يتغير وضعهم من حال إلى حال آخر، لكن هذا ليس بالضرورة السبب الرئيسي للإصابة بإضطراب التأقلم، وإنما إصابة الفرد بإضطراب التأقلم أو أي إضطراب نفسي آخر مرده الطبيعة الفطرية للفرد، وكيفية تلقيه وإستجابته مع الحدث المجهد من إستراتيجيات التعامل التي ينتهجها، والتي تقوم على نوعيين أساسيين هما إستراتيجيات التعامل التي تركز على المشكلة وإستراتيجيات التعامل التي تركز على الإنفعال، وقد يكون لهذه الأخيرة دور كبير في إصابة الفرد بإضطراب التأقلم، لكن هذا لا يعني بأن الأحداث الضاغطة وطريقة التعامل معها هي مسرعات للإصابة بهذا الإضطراب النفسي، فخبرات الطفولة، وعلاقة المريض ببيئته وسمات شخصيته قبل الإصابة تعتبر أيضا مسببات لهذا الإضطراب، وكما لإضطراب التأقلم أسباب متنوعة، أعراضه أيضا متنوعة ومتشابهة مع إضطرابات نفسية أخرى كالقلق والإكتئاب، وهذا كله مرده إلى أنواع إضطراب التأقلم المتنوعة التي يتميز فيها كل نوع بصفة إكلينيكية مختلفة كالمزاج الإكتئابي أو مع مزاج القلق أو حتى مع الإضطرابات الإنفعالية أو إضطرابات المسلك وصولا إلى غير المحدد، وهذا بالتأكيد سيجعل من الإضطراب يتداخل مع إضطرابات نفسية أخرى، وهذا ماصعب من وضع تشخيص دقيق لهذا الإضطراب وكما أشرنا في بداية الخلاصة أن أحد الأسباب التي صعبت تشخيصه وتحديد كإضطراب قائم بحد ذاته، هو تداخل أعراضه وأنواعه مع إضطراب الإكتئاب والقلق والمسلك والإضطرابات الإنفعالية، وتعدد هذه الأعراض، فإن إزالتها تتطلب برنامج علاجي نفسي دقيق حتى يتم السيطرة على هذا الإضطراب

## الفصل الثالث : إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم

ومساعدة المريض على تجاوز الحدث المجهد أو التأقلم معه، فقد أكد الكثير من الباحثين على فعالية العلاج النفسي بأنواعه التي أثبتت نجاعتها وفعاليتها في علاج إضطراب التأقلم، أما فيما يتعلق بالعلاج الدوائي فهذا لا يعني أن نهمله كعلاج بالرغم من بعض الباحثين الذي أكد أنه غير مهم مادام العلاج النفسي قائم ولهو دور كبير، إلا أن البعض أكد على دور العلاج الدوائي في خفض بعض الأعراض في إضطراب التأقلم كأعراض الإكتئاب والقلق لكن يجب أن لا يكون علاجاً منفرداً بنفسه بل لا بد من أن يصاحب العلاج النفسي، لأن العلاج الدوائي لن يمكن المريض من التعرف على المخاوف ونظرته السلبية الكبيرة لتغيرات حياته ومساعدته على التأقلم من جديد و تجاوز الماضي والعيش للمستقبل، ومن هنا يمكننا القول بأن إضطراب التأقلم هو لا يمس جانباً واحداً من جوانب الحياة، وإنما يمس كل حياة الفرد ويؤثر تأثيراً مباشراً وغير مباشر على الفرد كما أنه لا يختص بطبقة إجتماعية غير طبقة إجتماعية أخرى، ولا بمستوى تعليمي و سن محدد، فهو إضطراب يمس علاقة الإنسان مع نفسه و مع بيئته.

وفي إطار الحديث عن الضغوط هناك عوامل تلعب دوراً كبيراً في إدارتها، ألا وهي إستراتيجيات التعامل التي تمثل آليات توافق يتفاعل بها الفرد في ظل الضغوط ولكن قد تكون هذه الآليات تكيفية تؤدي إلى نتائج نفسية جيدة، أو غير تكيفية تزيد من تقاوم الوضع الضاغط وتؤدي إلى إضطرابات نفسية كإضطراب التأقلم، وهذا كله يتوقف على شخصية الفرد التي تلعب دوراً كبيراً في ذلك.

# الفصل الرابع: العوامل الخمسة الكبرى

## ماهيتها وأساسياتها

- تمهيد

### 1 / الشخصية .

1-1 / تعريف الشخصية .

2-1 / طبيعة الشخصية .

3-1 / محددات الشخصية .

4-1 / نظريات الشخصية .

5-1 / التوجهات البحثية في دراسة الشخصية .

### 2 / العوامل الخمسة الكبرى للشخصية .

1-2 / تاريخ العوامل الخمسة الكبرى للشخصية .

2-2 / تعريف العوامل الخمسة الكبرى للشخصية .

3-2 / قياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية .

4-2 / شمولية العوامل الخمسة الكبرى للشخصية و عموميتها عبر الثقافات .

5-2 / مميزات و مآخذ على نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية .

3 / سمات الشخصية بين المرض و إستراتيجيات التعامل والتأقلم مع الإجهاد .

- خلاصة الفصل

### تمهيد :

تعتبر دراسة الشخصية من أهم مصادر تحديد السلوك الإنساني ومظاهره وتفسيره بشكل صحيح، لأن تمثل الأساس في الإنسان أو جوهره، إلا أنها لازالت تعد من أعقد الظواهر في علم النفس عند دراستها وتحديدها وهذا لتعددتها وتشعبها، وهذا ما دفع الكثير من العلماء إلى البحث عن أقصر الطرق لتحديدها وتجميع مكوناتها حتى يسهل دراستها، ويعتبر نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، من أهم النماذج وأحدثها التي لخصت الشخصية من خلال جمع سماتها المتعددة والمتنوعة في خمسة أبعاد أساسية، كما أنه أحد أهم التطبيقات النفسية في وقتنا المعاصر، و أكفأ النماذج وصفا للشخصية الإنسانية، ويأتي هذا الفصل ليفصل لنا أكثر في ماهية هذا النموذج من خلال تطوره و مفهومه وعوامله وصولا إلى قياسه وعموميته ثم مزاياه و عيوبه، و لكن لا يتأتى فهم هذا النموذج إلا بعد الإطلاع على أراضيته البحثية وأساسه العلمي والتأسيسي ألا وهي الشخصية التي من خلالها نتعرف في أدبياتها على مفهومها وطبيعتها ومحدداتها ونظرياتها والتوجهات البحثية في دراستها والتي ساهمت في التأسيس لنموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية.

### 1/ الشخصية :

يعد موضوع الشخصية وكما أشرنا أعلاه من أهم المواضيع التي تركز عليها الكثير من الأبحاث وتتمحور حولها الكثير من المفاهيم النفسية، فهي تعد إطارا تفسيرا لمعظم الدراسات في علم النفس سواء في بدايتها البحثية أو في نهاياتها، وهذا لأهميتها كمفهوم سيكولوجي، نومجال بحثي ومفاهيمي الشاسع وغير محدد، و أساس قائم على دراسات ومجهودات تنظيرية جبارة جعلت من مفهوم الشخصية محطة لكثير من العلماء والباحثين والمنظرين .

### 1-1/ تعريف الشخصية :

إن تعريف الشخصية وتحديد مفهومها قد لاقى تضاربا كبيرا بين العلماء والباحثين، ولهذا نجد العديد من التعاريف المتنوعة والمختلفة لمفهوم الشخصية، وهذا التنوع والإختلاف في المعان والمفاهيم مرده تعدد الأطر النظرية والخلفية العلمية للعلماء والباحثين والأهداف المرجوة من دراسة هذا المفهوم، وفيما يلي سنعرض بعضا من هذه التعاريف:

يذهب جوردن ألبورت (Gordon Allport) إلى أن كلمة شخصية Personality أو Personnalité تشبه إلى حد كبير الكلمة باللغة اللاتينية Personalitas في العصور الوسطى أو اللاتينية القديمة، فقد كان لفظ Persona وحده هو المستخدم وأوضح ألبورت في كتابات "سيشرون" أربعة معانٍ مختلفة وهي:

- الفرد كما يظهر للآخرين .
- مجموع الصفات الشخصية .
- الدور الذي يقوم به الفرد في الحياة .
- الصفات التي تشير إلى المكانة والتقدير .

أما عبد الخالق (1979) فيقول: كلمة شخصية في اللغة العربية مشتقة من " شخص " والشخص كما جاء في مختار الصحاح للرازي سواء الإنسان أو غيره تراه من بعيد، وجمعه في القلة "أشخص" وفي الكثرة "شخوص" .

وذكر أسعد رزق (1979) أن كلمة (Persona) باللاتينية تعني الفناع أو الوجه المستعار الذي يلبسه الممثل. (الميلادي، 2016، ص31)

### 1-1-2 / اصطلاحاً :

يعرفها ألبورت (Allport) بأنها ذلك التنظيم الديناميكي عند الفرد للأنظمة السيكوجسمانية، التي تحدد سلوكه المميز وأفكاره. ( غريب ، 2017، ص19 )

ويعرفها جليفورد (Gullford) بأنها ذلك النموذج الفريد الذي يتكون منه سماته. (الحسيني، 2012، ص19)

أما إيزنك (Eysenck) والذي يعد رائداً في مجال الشخصية فهي بالسبب له؛ ذلك التنظيم الدقيق نوعاً ما والدائم للطبع والمزاج والذكاء و جسم الإنسان؛ وهذا التنظيم يحدد تلاؤمه مع الوسط. ( غريب، 2017، ص19)

وحسب زيمباردو وراش (Zimbardo & Ruch,1980) فإنهما يعرفان الشخصية بأنها؛ مجموع الصفات النفسية المنفردة (المتميزة) للشخص حيث تؤثر هذه الصفات في أنماط سلوكية خاصة متنوعة وذلك بطرق ثابتة نسبياً في حالات مختلفة عبر الزمن . (عشوي، 2016، ص480)



## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

فحين **مورتن برنس (Morton Prince)**؛ يرى أن الشخصية هي مجموع ما لدى الفرد من إستعدادات ودوافع ونزاعات وشهوات وغرائز فطرية وبيولوجية، كذلك ما لديه من نزاعات وإستعدادات مكتسبة . (ربيع، 2013، ص32)

أما **واطسن (Watson)** فيذهب في تعريفه للشخصية؛ إلى أنها كل ما يفعله الفرد من أنشطة يمكن ملاحظتها على مدى فترة طويلة من الزمن تكفي للوصول إلى معرفة ثابتة عنه، فحين يرى "جاثري" بأن الشخصية هي عادات أو نظام من العادات ذات الأهمية الإجتماعية والتي تكون ثابتة وتقاوم التغيير. (غنيم، 1975، ص ص51-52)

يعرفها **لارسن و باس (Larsen & Buss)** بأنها مجموعة من السمات والآليات النفسية داخل الفرد، المنظمة والدائمة نسبيا، والتي تؤثر على تفاعله وتكيفه بدنيا وإجتماعيا مع بيئته. (Larsen & Buss, 2008, p04)

أما **ريكمان (Ryckman)** فيرى بأن الشخصية؛ هي مجموعة الخصائص الديناميكية والمنظمة التي يمتلكها الشخص والتي تؤثر بشكل فريد على إدراكه ودوافعه وسلوكياته في المواقف المختلفة. (Ryckman, 2008, p04)

ويشير **أحمد زكي بدوي**؛ إلى الشخصية بأنها نظام متكامل من مجموعة من الخصائص الجسمية والوجدانية و النزاعية والإدراكية التي تعين هوية الفرد وتميزه عن غيره من الأفراد . (بدران، 2014، ص09)

ويعرف **شكشك** الشخصية؛ بأنها الصورة المنظمة المتكاملة لجميع مكونات الفرد ووظائفه الجسمية والنفسية والإجتماعية التي يشعر هو ذاته بها ويشعر الآخرون بتميزه من خلالها ويظهر فيها سلوك الفرد. (شكشك، 2008، ص133)

إنطلاقا لما تقدم من مختلف تعاريف العلماء والباحثين للشخصية، نصل بأن معنى الشخصية ومفهومها يعد من أشد المفاهيم تعقيدا وتركيبا في مجال علم النفس، وهذا من خلال ما تشمله الشخصية من مجموعة من الصفات المميزة والمركبة للفرد والثابتة نسبيا، بالتالي يمكن أن نعرف الشخصية بأنها تلك الحصيلة المعقدة التي تحتوي على مجموع الصفات الجسمية والدوافع والغرائز والإستعدادات الفطرية والمكتسبة والميول والإهتمامات والعواطف، مشكلة بذلك سمات تكون شخصية الفرد وتميزه عن غيره من الأفراد وتجعله قادرا على التكيف مع نفسه وبيئته، ومن هنا يمكننا القول بأن الشخصية هي ذلك الكل المتكامل المتفاعل بين قوى الفرد الداخلية ومؤثرات وعوامل البيئة الخارجية.

### ➤ الشخصية بين مفهوم المزاج والطبع و السمة

- مفهوم المزاج: يعرف "توربير سيلامي و آخرون" بأنه مجموعة من الخصائص البيولوجية

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

والسيكولوجية الفيزيولوجية التي تسهم في صياغة الشخصية . (سيلامي، 2001، ص2393)

وتبعاً لـ بوس و بولومان (Boss & Plomin)، فإن المزاج له أساس بيولوجي؛ وهو يمثل البعد العاطفي والوجداني للشخصية؛ وهو يبرز بشكل مبكر في الحياة ويستمر في ممارسة دوره في سن الرشد ويعرف هذان الباحثان المزاج، على أنه سمة فطرية للشخصية تبرز منذ الطفولة . (غريب، 2017، ص27)

- مفهوم الطبع : يعرف الطبع بأنه ذلك المضمون الثابت و الدائم الذي يشكل الخاصية النفسية لكل فرد.(مطرف ، 2004)

فالطبع هي تلك العلامة المميزة الخاصة بشخص أو بشيء وتطبق الكلمة بالمعنى المجرد على الطبيعة الخاصة بالفرد، ويطلق علماء النفس مصطلح الطبع على البنية السيكولوجية التي تكون قاعدة الشخصية . (سيلامي، 2001، ص1532)

ومصطلح الطبع ممثل بشكل جلي في اللغة اليومية، لكنه في الوقت الحالي لم يعد متناولاً بكثرة في القاموس العلمي السيكولوجي، طالما أصبح الطبع مرادفاً للشخصية؛ ولهذا قام العديد من الباحثين بحذف إستعماله، لأنه غالباً ما كان يرتبط بتضمينات أخلاقية؛ كفلان طبعه سيء أو فلان طبعه طيب، سواء كان مفهوم الطبع إيجابياً أو سلبياً؛ فهو يظل قبل كل شيء حكماً أخلاقياً؛ ولهذا السبب كان ألبورت "Allport" يستخدم مصطلح السمة على مصطلح الطبع، فبالنسبة إليه، تكتسي السمة إمتياز كونها مفهوماً يعد تضميناً أخلاقياً ويمثل أكثر مصطلحاً علمياً . (غريب، 2017، ص29)

- مفهوم السمة: يقصد بكلمة "سمة" الخاصية التي يختلف فيها الناس أو تتباين من فرد لآخر، مثال ذلك فلان مسيطر أو شجاع أو جريء، وقد تكون السمة إستعداداً فطرياً كالسمات المزاجية مثل شدة الإنفعال أو ضعفه و سرعته وبطنه، أو مكتسبة كالسمات الإجتماعية مثل: الأمانة أو الخداع والصدق أو الكذب والقسوة وغيرها، كذلك الميول والإتجاهات والعواطف، فالسمة هي صفة فطرية أو مكتسبة يمكن أن نفرق على أساسها بين فرد و آخر . (المليجي، 2001، ص41)

ويعرف ألبورت " (Allport) السمة بأنها تركيب نفسي له القدرة على أن يعيد المنبهات المتعددة إلى نوع من التساوي الوظيفي، وإلى أن يعيد إصدار وتوجيه أشكال متكافئة ومتسقة من السلوك التكيفي والتعبيري.(الميلادي، 2016، ص35)

أما كاتل (Cattel) فيرى أن السمة بأنها بنى عقلية هي مجموعة ردود الأفعال والإستجابات التي يربطها نوع من الوحدة التي تسمح لهذه الإستجابات أن توضع تحت إسم واحد و معالجتها بنفس الطريقة في معظم الأحوال، والسمة عنده كذلك؛ جانب ثابت نسبياً من خصائص الشخصية، وهي بعد عاملي

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

يستخرج بواسطة التحليل العاملي للإختبارات أي للفروق بين الأفراد وهي عكس الحالة .(عبد الخالق، 2016، ص 75)

فالسّمات عند كاتل (Cattel) هي وحدات بناء الشخصية والسمة أهم مفهوم في نظريته، حيث يعتقد كاتل مثل ألبورت أن السمات تشكل لب بنية الشخصية ومسؤولة وبشكل جوهري عما يفعله الشخص في موقف معين ويستدل على هذه السمات عن طريق قياس السلوك الظاهر . (الحسيني، 2012، ص27)

وسمات الشخصية هي كثيرة ومتعددة وقد صنفها العلماء إلى عدة تصنيفات؛ مثل السمات العقلية أوالمعرفية، السمة الوجدانية والإنفعالية والسمات الدافعية، والسمات الإجتماعية، ولكن السمات التي تدخل في بناء الشخصية وتميز الناس عن بعضها هي سمات ثابتة نسبيا ويظهر أثرها في عدد كبير من المواقف وقد تتغير و تتبدل خلال مراحل نمو الإنسان، فبعض السمات عند المراهقين تختلف عنها عند الأطفال وكذلك الحال بالنسبة للكبار، وتشير دافيدوف إلى أن السمات خصائص فريدة للشخصية.(البدري، 2017، ص56)

فالسمة هي صفة من صفات النفس، وهي التي تحدد سلوك الفرد في المواقف المختلفة وتميزة عن غيره في ردود الأفعال تجاه الموقف الواحد، وهي جماع الفطرة والخبرة معا، وهي لذلك ثابتة ثباتا نسبيا تبعا لتغير الخبرات التي يكتسبها الفرد، وهي تعطينا مؤشرات للسلوك المتوقع من الفرد في مواقف معينة بما يمكننا التنبؤ بإستجابات الفرد المستقبلية، لذا فإن السمة أشمل و أعم من الطبع، فالسمة تشمل ما هو فطري وما هو مكتسب، أما الطبع فهو ما يملكه الفرد من إستعدادات فطرية حصيلية ما يرثه الفرد عن آبائه وأجداده، فالطبع فطريا ولد مع الفرد وبيتعد عنه كل ما يكتسبه الفرد من تاريخه النفسي، فلا أثر للبيئة عن الطبع . (مليحة، 2010، ص35)

وفيما تقدم نصل بأن الشخصية هي المفهوم الأشمل والأعم لكل من المزاج والطبع والسمة؛ فالمزاج هو تلك اللبنة الموروثة والبيولوجية التي تمثل البعد العاطفي والوجداني والإنفعالي للشخصية، أما الطبع فبما أنه مصطلح بدأ التحلي عنه في مناحي اللغة السيكلوجية، وهذا من خلال إبتعاد العلماء عن إستخدامه، إلا أنه مازال يستخدم كمصطلح في مجتمعنا و لغتنا العامية، لكنه كان يمثل هذا المصطلح في علم النفس لدى بعض الباحثين بالأساس الأخلاقي الإجتماعي للشخصية، فحين السمة هي تلك البنية التي تشكل هوية الشخصية وتميزها عن غيرها وهذا من خلال دورها في تحديد سلوك الشخص، فهي الإطار المرجعي للسلوك وأكثر عمومية من المزاج والطبع فهي خاصة فردية مكتسبة أو موروثة.

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

وإنطلاقاً من تعاريف العلماء للشخصية، فإننا نسلم بأن مفهوم السمة هو المفهوم الأكثر تمثيلاً وتحديدًا لمفهوم الشخصية ومكوناتها؛ فيما أن المزاج هو النشاط العاطفي للشخصية والطبع هو النشاط الأخلاقي في الشخصية، فالسمة أشمل من ذلك، وهذا إنطلاقاً لما جاء في تعاريف العلماء للشخصية، التي تعرف بأنها مجموعة من السمات الجسمية والعقلية والإنفعالية والأخلاقية والاجتماعية وغيرها الموروثة منها والمكتسبة والمتفاعلة مع بعضها البعض، مشكلة بذلك وحدة نفسية متكاملة و متميزة أو بناءً خاصاً يمثل صفات الفرد وسلوكاته التي على أساسها يستجيب بها في المحيط الذي يعيش فيه.

### 1-2/ طبيعة الشخصية :

يرى الأمانة (2006) أن الشخصية عبارة عن مزيج معرفي نمائي يشمل جميع مكونات الذات، ويتحدد تأثير تلك المكونات حسب قوة الحاجة التي تتطلب الإشباع، حتى يتم التوازن في الشخصية ويؤدي هذا التوازن إلى النضج، وعكس ذلك فإن الإختلال يؤدي إلى فقدان التوازن والمتمثل في الإضطراب، كما تتأثر الشخصية بالبيئة وتؤثر فيها، وتتأثر كذلك بالوراثة، فضلاً عن تأثير قوة التكوين الذي ربما يعد العامل الأهم في هذه المعادلة لتكوين الشخصية، فالشخصية مكون متعدد الأصول والعوامل و المسببات والكل مؤثر بدرجات متفاوتة في أداؤها، لذا من الصعب إغفال إحدى هذه العوامل المؤسسة لنمط الشخصية، وليس خطأً أن نقول أن هناك ثلاثة عوامل أساسية تؤثر في الشخصية وتتأثر بها وهذه العوامل هي: العامل الوراثي والعامل البيئي والعامل التكويني، وعليه فإن الشخصية يتحدد سلوكها في السواء و اللاسواء من خلال تداخل بعض العوامل التي يمكن صياغتها في المعادلة التالية :

$$\text{سلوك الإنسان} = \text{الإستعداد} \times \text{الإعداد} \times \text{الدافعية}$$

فالسلك إذا يدفع الإنسان لأن يعمل بالإتجاه الذي تسير عليه نمط الشخصية، ويؤثر في هذا السلوك العامل الوراثي والبيئي والدافعية، وعلى هذا الأساس نجد أنماطاً من الشخصية، تتجه نحو تغيير البيئة، أو المحاولة في تعديل السلوك لكي يتناسب مع البيئة المراد التكيف معها. (غباري و أبو شعيرة، 2015، ص 17-18)

وفي هذا الصدد يخالف رواد التحليل النفسي ما تقدم؛ حيث يرون أن الشخصية تتبلور منذ الطفولة وتظل ثابتة لا تتغير مع الزمن ولكن بشكل نسبي، مما يؤكد الإستمرار والثبات في المعالم والتكوين الأساسي لها، فحين هناك رأي آخر يرى بأن الشخصية تتبدل من مظهر لآخر، وأن كل ذلك يتغير على وفق أثر الجانب الوراثي المحدد في التكوين الوراثي للفرد، ويرى كارل يونغ بأن شخصية الفرد وإستراتيجية

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

حياته تختلف في النصف الأول من الحياة، والذي فيه تتجه الشخصية نحو تأكيد الذات والعائلة والسعي من أجل توفير حاجاتها، بينما تتجه في النصف الثاني من الحياة نحو تأكيد الرغبات الداخلية الخاصة، فمعالم الشخصية تتسم بالثبات في الفترة الممتدة من بداية المراهقة وحتى نهايتها، وأمن الفترة التي تمتد بين أوائل سن الشباب (البلوغ) وحتى منتصف العمر، حيث تتضح بعض مظاهر الثبات في الشخصية في نسبة الذكاء التي يكون عليها الفرد وما يحققه، أما المزاج و أسلوب التعامل مع مواقف الحياة، فهي تتغير عبر مراحل العمر المختلفة التي يمر بها الإنسان؛ ففيها مرحلة البلوغ والعمل وتكوين الأسرة والأبوة والمسؤولية والعلاقات الإجتماعية والنضج في التعامل ثم التقاعد، فمكونات الشخصية هي الوراثة والبيئة والتكوين وهذه الثلاثية يجمعها عوامل متداخلة و مؤثرة في تكوين الشخصية، فأحيانا لا يمكن أن يكون أحد العوامل مؤثرا دون أن لا يكون الآخر له تأثير، فالكل يقل أو يزيد تأثيره في التكوين و لكن تبقى الغلبة أكثر لعامل التكوين النفسي. (مجيد، 2015، ص ص 28-29)

وكلما كانت الشخصية متكيفة مع البيئة التي تعيش فيها ومع داخلها كلما كانت أميل للثبات، والعكس غير صحيح، فالميل إلى التأثير على البيئة والميل إلى التأثر بها، يعني أنها تتمتع بثبات نسبي مرتفع رغم أن تغير الذات أو تحديدها هو وسيلة دفاعية وصفتها آنا فرويد (restriction of the ego) وهو في النهاية وسيلة للتكيف مع البيئة، فمظاهر الثبات في الشخصية تتضح في الأسلوب والسلوك في التعامل والذكاء، وهي دلالات تؤشر الثبات، وهناك دلالات أخرى تشير إلى الإستمرار في تطوير الشخصية هو أكثر وضوحا من ثباتها على حال واحد، و بأن ما يبدو من إستقرار للشخصية على طبيعة ما لا ينفى تغيرها مع الزمن، وهذا ما يحدث بالفعل في أدوار الحياة الطبيعية لاحقا في مراحل العمر في النضج وإقامة علاقات ثابتة وتكوين الأسرة والأبناء، ومهما اختلفت الآراء في ثبات أو تغير الشخصية، فإننا لا نستطيع أن نغفل الواقع، وهو أن شخصية الإنسان كما تتضح بسلوكه وتعامله وقدرته على التفاعل والإنسجام مع الآخرين، لها أن تتغير في الكثير لدى الناس حسب ما تفرضه ظروف الموائمة بين الفرد وبيئته التي يعيش فيها تبعا لإستجاباته وردود الأفعال التي يواجهها مع المجتمع مثل؛ التقبل، التسامح، الرفض، الإنصياع، الإذعان، وبهذا فإن الإنسان الواسع الإدراك له القدرة في التكيف مع البيئة مهما كانت صعبة ويستجيب لها كي يلعب دوره بنجاح على مسرح الحياة، لا سيما أن الشخصية قناع يلبسه الإنسان ليمثل دوره على مسرح الحياة الإجتماعية، لهذا فإننا يجب أن لا ننظر إلى هذا التحول والتغيير في السلوك أو بعض التغير في معالم الشخصية على أنها دلالة على تحول جذري في كيان الشخصية، وإنما دليل مرونة على ما توفر في شخصية الفرد وقدرة على التكيف تبعا لضرورات الحياة

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

وما يتطلبه الواقع المعاش وبهذا يكون التغيير مجرد تنويع أو قبول الجديد، لأن الجديد يولد من رحم القديم، وبهذا يكون الجديد في حدود الشخصية بكليتها وبعد جزءا منها لا غريبا عنها .(النوايسة،2015، ص303)

من خلال ما تقدم يمكننا القول بأن شخصية الفرد هي ذلك الجزء المتناغم والمنظم بين العوامل الوراثية والبيئية ، التي تلعب دورا كبيرا في تشكيل شخصية الفرد والتفاعل مع بيئته بشكل متكيف، مما قد يضمن للشخصية الثبات النسبي، أو قد يساهم في صقلها و تتميتها، ويبقى النظر إلى أن الشخصية بناء إنساني ثابت أو متغير فرضية مزال يتداولها علماء الشخصية ويسعون إلى تحقيقها، ويمكن أن نصل إلى فكرة مفادها أن هناك سمات في الشخصية تتغير وهناك سمات في الشخصية تميل إلى الثبات النسبي، هذا التغير أو الثبات مرده البنية المعقدة التي تتسم بها شخصية الفرد .

### 1-3/ محددات الشخصية :

إن سيكولوجيا الشخصية لا تنحصر في وصف سلوك الأفراد؛ بل تسعى أيضا إلى تفسير وتوقع سلوكياتهم .(غريب، 2017، ص50)، فإذا كانت الشخصية تعتبر أحد محددات سلوك الفرد، فلا بد من معرفة محددات هذه الشخصية؛ أي تحديد الأشياء التي تحدد الإطار الذي من خلاله تظهر سلوكيات الشخصية.(المغربي، 2016، ص33)

وفي هذا الصدد حدد **كلوكهوهن و موراي و شنيدر** ( Kluckohn, Murray & Schnider )

محددات أربعة متفاعلة للشخصية نوردتها فيما يلي :

- 1- المحددات التكوينية (البيولوجية ) وراثية بالدرجة الأولى .
- 2- محددات عضوية الجماعة .
- 3- محددات الدور الذي يقوم به الفرد في بيئته .
- 4- محددات الموقف . (هريدي، 2011، ص27)

### 1-3-1/ المحددات البيولوجية:

و المحددات البيولوجية للشخصية تتعلق بـ :

#### 1/ الوراثة :

ويطلق عليها بالمحددات الأولية؛ والتي تتضمن الخصائص الموروثة، وكما يعد كل من الجنس والسن

من المحددات الأولية المؤثرة في شخصية الفرد . (علي وعباس، 2016، ص28)

حيث يولد الفرد وهو يحمل جنات وراثية تنقل إليه بعض الصفات عن طريق الوراثة من والديه تحمل

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

هذه الجينات كثيرا من الصفات بعضها موجب والآخر سالب؛ فالصفات الموجبة هي التي تنتقل مباشرة من الوالدين، أما السالبة فهي التي تلتقي عند التزاوج بصفات سالبة أخرى، والصفات الوراثية تشمل الذكاء اللون والكثير من الصفات، التي يتعدد وجودها في الشخصية وتنتقل من جيل لآخر وتصبح صفات ملازمة للشخصية بحيث يصعب تجاوزها . (المغربي، 2016، ص ص33-34)

**2/ التكوين الغدي للفرد:** حيث تؤثر الغدد الصماء على الشخصية وهذه الغدد تصب إفرازاتها في الدم مباشرة ويسمى إفرازها بالهرمون، وكمية الهرمونات التي تفرزها صغيرة جدا ولكنها ذات تأثير كبير، وهذه الغدد تقوم بدور مهم في نمو الجسم وعمليات الهدم والبناء والنمو العقلي والسلوك الإنفعالي، ومن أهم هذه الغدد: الغدة النخامية والغدة الدرقية والغدة الكظرية والغدد الجنسية .

**3/ التكوين البيو كيميائي والغدي للفرد:** وتكشف دراسة الأشخاص الذين يعانون من الإختلال في إفرازات الغدد عن أدلة قاطعة على وجود تأثيرات واضحة للهرمونات في الشخصية بل إن بعض العلماء يغالون في هذا الموقف مغالاة شديدة على أساس أن الغدد هي المحدد الأول والوحيد للشخصية. (ربيع، 2013، ص64)

### 1-3-2/ محددات عضوية الجماعة:

للعوامل البيولوجية أثر في تحديد شخصية الفرد، كيف أن هذه العوامل تشمل الصفات الموروثة، الأجهزة العضوية ووظائفها، التركيب الكيميائي والغدي للفرد والتي تحدد إلى حد كبير الخصائص الجسمية والمزاجية وإلى حد ما الخصائص العقلية لشخصية الفرد، إلا أن هذا لا يعني أن الشخصية شيء ثابت لا يقبل التغيير منذ الميلاد، بل أن أهم الخصائص الإنسانية هي القدرة على التغيير نتيجة ما يمر به من خبرات وتعلم، وهذا أهم ما يميزه عن الحيوان، فدراسة سلوك الإنسان ونمو شخصيته لا يمكن أن يتم بصورة علمية سليمة إلا إذا توافرت لدينا معرفة تفصيلية عن خبرات الفرد الماضية وبيئته الثقافية التي نشأ فيها، وبدون هذه المعرفة يتعذر علينا فهم حتى أبرز الخصائص في شخصية الفرد، فاللغة التي يتحدثها الشخص هي نتاج مباشر لبيئته التي نشأ و تعلم فيها، وتعد اللغة من محددات الشخصية، كما أن للبيئة أثر واضح في تحديد شخصية الفرد، فالبيئة الطبيعية بما تحتويه من تضاريس ومناخ و موارد مائية و حيوانية ونباتية لها دور في تحديد شخصية الفرد فشخصية البدوي غير شخصية مواطن الإسكيمو، مواطن الإسكيمو شخصيته تختلف قاطن الساحل أو الوادي، أما للبيئة الثقافية دور أيضا في تحديد الشخصية، ويعتبرها البعض العامل الأساسي في تشكيل الشخصية بالمعنى الدقيق، ولعل أبلغ تعبير عن ذلك القول بأنه " بدون الحياة الثقافية لا يكون لدينا أفراد (أشخاص) ، بل كائنات حية عضوية

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

أو أدوات سيكوبولوجية، وبذلك تتنفي الصفة الإجتماعية عن الإنسان والتي تجعله كائنا سيكوسوسولوجيا من خلال عملية التنشئة الإجتماعية التي تعرف الميلاد الثاني للإنسان والتي تمنحه الكينونة الإجتماعية، أما البيئة الإجتماعية فقد أكد أكرمان (Ackerman) أن المجتمع هو الوسط الذي تنمو فيه وحدة الفرد وشخصيته بالتدرج فيصبح وحدة فردية وإجتماعية في آن واحد، وهذان المظهران يتمثلان في المظاهر الأكثر إستمرارا والأقل قابلية للتعديل في بناء الشخصية. (هريدي، 2011، ص ص33-35)

وفي خضم العراك الفكري و النظري بين أنصار الوراثة و أنصار البيئة، تظهر فئة من العلماء المعتدلين الموضوعيين في تقدير أهمية كمل عامل منهما، وفي مجال علم النفس الشخصية يبرز إسم ألبرت (Allport) الذي يرى أن الشخصية هي دالة أو وظيفة للعوامل الوراثية والبيئية معا، وأن العلاقة بين هذين العاملين هي علاقة ضرب (X) و ليست علاقة جمع (+) ؛ بمعنى لو كان أحد طرفي المعادلة يساوي صفرا لكان الناتج يساوي صفرا كذلك. (هريدي، 2011، ص29)

### 1-3-3/ محددات الدور الذي يقوم به الفرد في بيئته :

لا شك أن لكل وظيفة سلوكيات محددة تقتضي من شاغلها أن يؤديها، وبالتالي فإن الفرد حينما يشغل وظيفة، فكأنما يؤدي دورا محددًا تقتضيه هذه الوظيفة، ومن ثم يصبح هذا السلوك سلوكا وظيفيا، وكثيرا ما نلاحظ في واقع الحياة العملية تباينا وإختلافا في تصرفات المدير في نطاق العمل وتصرفاته الشخصية الأخرى. (المغربي، 2016، ص34)

فمحددات الدور هي إحدى المحددات الأساسية في تمايز شخصية الفرد، إذ تتأثر أنماط فمحددات الدور هي إحدى المحددات الأساسية في تمايز شخصية الفرد، إذ تتأثر أنماط الإستجابات إلى حد بعيد بأدوار الشخص، وبالتالي تتأثر شخصيته بهذه الأدوار، فالدور كما يعرف بأنه ما يتوقع من كل فرد أن يؤديه في موقف إجتماعي وما يعد معياريا، بالتالي يشير مفهوم الدور إلى كل من الفرد والمحيط الإجتماعي، وأنه لفهم سلوك فرد، فإنه ينبغي أن ننسب إلى خصائص شخصيته وإلى الموقف الإجتماعي الذي يوجد فيه، وقد يلعب أي فرد أدوارا مختلفة في جماعات مختلفة وبالتالي قد يمر بخبرة صراع الدور عندما تتصادم جماعتان معا، فالأدوار تمكننا من ربط السلوك الفردي بمعايير جماعة معينة، ويحدد كل مجتمع من المجتمعات الأدوار الإجتماعية التي يتوقع من أفرادها القيام بها في حياتهم الإعتيادية، ومثال ذلك الأدوار الخاصة بأفراد الأسرة، وتفاوت هذه الأدوار بتفاوت الثقافات، إضافة إلى تعدد الأدوار وتصارعها وتقبلها أم لا كله يلعب دور كبير في تحديد الشخصية. (هريدي، 2011، ص ص39-42)



يقصد بها المواقف غير الروتينية كتصرفات المدير في الحالات الطارئة والحوادث والحالات الإنسانية، فيتجاوز خلالها ضوابط اللوائح التي تنظم العمل ويأتي سلوكه وفق ما يقتضيه الموقف. (المغربي، 2016، ص34)

حيث ليس ثمة شيء يمكن أن يعد ذاتيا أو شخصا دون أن يكون في الوقت نفسه إنعكاسا للبيئة المادية والاجتماعية و الثقافية و المواقف التي يمر بها الفرد، و ليس من الشك أن سلوك الفرد قد يتعدل حسب ظروف الموقف الذي يوجد فيه .

وهناك ثلاثة حقائق أشار إليها بعض العلماء عند النظر في محددات الموقف هي :

1- أن أغلبية الناس عندما يتعرضون لمواقف جديدة أو غريبة عليهم يميلون إلى التحفظ في السلوك أو الإنسحاب، أو تجنب إتخاذ موقف إيجابي، أما في المواقف المألوفة فإنهم يكونون عادة أكثر فاعلية و نشاطا وتعبيرا عن أنفسهم و عن شخصياتهم .

2- أن معظم الناس يقومون بدور كبير في خلق المواقف التي يميلون إليها فالشخص الاجتماعي الودود مثلا يسعى إلى إقامة الحفلات وعقد اللقاءات التي يشارك ويتفاعل معها .

3- أن الأطفال الصغار "موقفيون" أكثر من الكبار، فهم يحبون المواقف المباشرة التي يمرون بها بتلقائية. ولقد ذكر جانب من العلماء بعض العوامل ذات التأثيرات المتبادلة والتي تساعدنا على التنبؤ بما يستطيع الفرد القيام به في موقف من المواقف وهي:

- خصائصه الشخصية .
- كيفية إدراكه للموقف الحاضر .
- الأساليب الدفاعية التي يستخدمها الفرد .
- دوره الفعلي الذي يقوم به في حياته أو في المواقف المشابهة . ( هيكل، 2005، ص ص23-24)

إنطلاقا لما جاء في هذا العنصر، نصل إلى فكرة مفادها أن الشخصية عبارة عن منظومة إنسانية متكاملة وهي نتاج أو محصلة لمجموعة من العوامل الوراثية و الجسمية و الاجتماعية والبيئية وحتى النفسية، والتي تسهم في تشكيل الشخصية الإنسانية وبلورتها في قالب متميز يميز كل فرد عن غيره، ويمكن أن نلخص هذه المحددات في جانبين مهمين هما؛ أن الشخصية مردها العامل البيولوجي والعامل الاجتماعي، فالعامل البيولوجي أساسه أولا الجانب الوراثي الذي يلعب جزءا كبيرا من الشخصية، فالخصائص العقلية كالذكاء و القدرات العقلية والخصائص الجسمية كلون البشرة و الطول، على حد

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

سواء موروثية، أما الجانب الثاني الذي يحدده العامل البيولوجي فهو الجانب الفيسيولوجي؛ الذي يتمثل في الغدد الصماء والهرمونات التي تفرزها هذه الغدد، و التي لها دور كبير في بناء شخصية الفرد من خلال تحديدها لسلوك الفرد و نشاطه و طريقة تفكيره، أما العامل الإجتماعي والذي يلعب دورا كبيرا في بناء الشخصية وتحديدها، يوضح لنا أن الشخصية لها جانبها المكتسب، فالعوامل والمواقف الإجتماعية التي يمر بها الفرد تحدد بناء ونمط شخصيته وتؤسس ملامحها، وكما هو معروف فالإنساني إجتماعي بطبعه، ولا يستطيع أن يعيش بمعزل عن المجتمع ومطالبه وما يستلزمه من مواقف تحدد سلوكه، فالشخصية نتاج تفاعل بين الموروث و المكتسب .

### 1-4/ نظريات الشخصية :

إن نظريات الشخصية عبارة عن محاولات هدف روادها إلى وصف البنين العام للشخصية التي تدل على فردية الشخص و تميزه في السلوك .(النوايسة، 2015، ص304)، فقد أسفر عن دراسة الشخصية العديد من النظريات والمقريات المتعددة والمتنوعة بتعدد وتنوع مدار علم النفس ووجهات نظر روادها، لدرجة يستحيل عرضها جميعا ، ومع ذلك نورد بعضا منها:

### 1-4-1/ نظرية التحليل النفسي :

تعد مقارنة التحليل النفسي متفردة ، لأنها ليست ممثلة إلا بباحث واحد، وهو فرويد ؛ ويمكن تلخيص أهم عناصر هذه المقاربة على النحو التالي: تمثل الشخصية مجموعة ديناميكية، تتشكل من مركبات في صراع دائم، وتهيمن عليها قوى لاواعية، وتلعب فيها الجنسانية دورا أساسيا، و إذا لم يكن لهذه المقاربة سوى ممثل واحد؛ فلأن فرويد كان دائما يتمظهر دوغمائيا إلى حد كبير، حول بعض النقاط؛ والذين انحازوا عن هذا الخط، لم يعد بوسعهم المطالبة بالتسمية الأم، أي التحليل النفسي .

وتوصل فرويد سنة 1890 إلى صياغة مقارنة دينامية أولى حول الشخصية، أسماها بالفئات العامة الأولى، و تركز بنيتها على ثلاثة عناصر؛ وهي اللاشعور، ما قبل الشعور والشعور. (غريب، 2017، ص 110-111)

ويعتبر كل من اللاشعور وما قبل الشعور والشعور من أهم الأسس التي تكون مفهوم الشخصية حسب فرويد، فالشعور هو مركز الوعي و الإدراك بالنسبة للشخص في زمان و مكان ما، أما ما قبل الشعور هو مستوى من مستويات الذهن دون مستوى الشعور، وهو مخزن المواضيع التي يمكن تذكرها بسرعة وبقليل من الجهد في أي وقت، أما اللاشعور؛ فهو الجزء الذي يقع تحت السطح دون مستوى الشعور وما قبل الشعور في المصطلح الفرويدي؛ فهو مخزن الذكريات المؤلمة والبواعث والدوافع الجنسية

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

وغيرها التي لا يمكن التعبير عنها صراحة، و التي تعرضت للقمع والكبت بهدف حماية الشخص في مرحلة من مراحل عمره، أما فيما يتعلق بمكونات الشخصية فيفترض فرويد أنها تتكون من ثلاث بنيات أساسية تمثلت في : الهو والأنا والأنا الأعلى . (عشوي، 2016، ص ص489-491)

فالهو هو خزان الطاقة النفسية، ومن جوهره النزوي يتطور الأنا والأنا الأعلى، حيث يحتوى الهو على الإستعدادات الوراثية والنزوات و كل ما تم كبته ويشغل الهو وفق مبدأ اللذة، ويهدف إلى إقصاء بسرعة التوترات الناتجة عن عدم الإشباع، وهو يمثل القطب البيولوجي في الشخصية، أما الأنا فهو يعد جزءا من الهو الذي يتطور تدريجيا نتيجة الإحتكاك بالعالم الخارجي، ويشغل حسب مبدأ الواقع، ويقع على صعيد الصيرورات الثانوية أي على صعيد الفكر الموضوعي و العقلاني، ويلعب دور الوسيط بين الهو لهو والأنا الأعلى والواقع، يتعرف على النزوات و يشبعها بصورة تتماشى مع الواقع من جهة ومتطلبات الأنا الأعلى من جهة أخرى ويدير الصراع ويراقب النشاط الوظيفي للنفسية وذلك بإستخدامه ميكانيزمات الدفاع، ويضمن الوظيفة التركيبية للشخصية، وهو يمثل القطب النفسي في الشخصية، أما المكون الثالث والذي يتمثل في الأنا الأعلى الذي يعد بنية تطورت إنطلاقا من الأنا و ذلك بتبطن الممنوعات والمتطلبات الوالدية في بادئ الأمر التي يصادفها الطفل خلال نموه، ويعد الأنا الأعلى ركن الممنوعات والمثاليات والمعايير، وهو بمثابة الركن الذي يحكم به الفرد على نفسه والآخرين، ويمثل القطب الإجتماعي في الشخصية.(مزوز، 2014، ص ص 112-113)

وقد بنى فرويد نظريته حول مراحل تطور شخصية الطفل معتمدا على اللذة التي يستشعرها الفرد من مناطق جسمه المختلفة في الأعمار المختلفة، والتي تقود في النهاية إلى الإشباع الجنسي في الحياة الناضجة البالغة، وفي ضوء ذلك يعتقد فرويد أن الفرد يجتاز عدة مراحل متميزة في مجرى تطور حياته وسيره إتجاه النضج، وهذه المراحل تكون متمركزة حول أجزاء مختلفة من الجسم (آل عبد الله، 2016، ص ص19-20) وهي ممثلة هي خمسة مراحل هي : المرحلة الفمية / الشرجية / القضيبية / الكمون والتناسلية ؛ التي سنلخصها فيما يلي :

إن البداية الأولى لإتصال الطفل مع العالم من خلال الفم، وأن السعادة المتمثلة في اللبيبدو تتم من خلال الرضاعة، حيث أن منطقة الفم هي مصدر السعادة، أما التفاعل الرئيسي للطفل مع الأم من منطقة الرضاعة وهي علاقة مقنعة لتطير الأمن، أما العلاقة غير المقنعة قد تقود إلى سلوك عدواني مثل سلوك العض، وهذا يقود إلى تطور شخصية ذات سلوك رجعي أو رمزي للمرحلة الشفوية، وقد فسر فرويد

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

وأتباعه السلوكيات اللاحقة لذلك مثل التدخين و قضم الأظافر وغيرها التي تعد كأشكال لتراجع المرحلة الفمية أو الشفوية .

ومع إستمرار نضوج الطفل و في سن السنة أو سنتين فإن منطقة الشرج تصبح مجال تركيز مركزي للعلاقة بين الطفل والآباء، حيث أن تدريب الطفل على إستخدام الحمام قد يقود إلى أنواع من التفاعل، أما الخبرة غير مقنعة قد تقود إلى تثبيت في هذه المرحلة، فمثلا إعتبر فرويد نظام الشفقة و السلوكيات الخسنة تعتبر من أنواع الشخصية ذات العلاقة بسلوكيات الشرج .(عبد الهادي، 2011، ص ص41-42)

أما المرحلة الثالثة فهي المرحلة القضيبية (الشرجية) ، فهي تبتدئ من أربعة إلى خمسة سنوات؛ وفي ظلها يرد الإشباع الجنسي بصفة مباشرة من الأعضاء الجنسية، أي القضيب لدى الولد و المهبل لدى البنت، فهي مرحلة حاسمة في النمو السيكولوجي للشخصية، وهي مهمة بشكل خاص؛ لأنها تمثل المرحلة الأخيرة من النمو السيكو جنسي للطفل، وفي هذه اللحظة تتموضع عقدة أوديب و قلق الإخصاء، وهي تشكل قاعدة التعرف على الأطفال، كما أنها تحدد الفارقية الجنسية ما بين الإناث و الذكور، وفي الأخير فهي تحدد نمو الأنا الأعلى .

أما المرحلة الرابعة فهي مرحلة الكمون؛ وهي تتميز بغياب هيمنة المناطق الحساسة الخاصة وتبرز ما بين السادسة والثانية عشر، وتتحول الغرائز الجنسية إلى سلوكيات مقبولة إجتماعيا. (غريب، 2017، ص116) ولذا يرى فرويد بأنها أنسب الفترات لإكتساب الطفل الأخلاقيات والمعايير الإجتماعية وأية تعاليم أخرى تراها الجماعة مهمة في تنشئة الأفراد، ومن ثم يمكن تسميتها بمرحلة الضبط الإجتماعي، ويراهها فرويد بأنها فترة الكبت والإحباط .

وتمثل المرحلة الأخيرة في نمو الشخصية وهي المرحلة التناسلية مرحلة المراهقة فهي تبدأ منها، وفي هذه المرحلة تنشط المشاعر الجنسية وتتكامل وتتوج بالتناسلية، وتصبح الأعضاء التناسلية الناضجة هي المصدر الأول للذة و الألم .(آل عبد الله، 2016، ص ص21-22)

### 1-4-2/ النظرية السلوكية :

تقوم النظرية السلوكية في الأساس على قوانين الإشرط وعلى الدراسات السلوكية التي أجريت في هذا الإطار إنطلاقا من دراسات بافلوف الفيسيولوجية إلى البحوث السلوكية التي قام بها واطسن وثوروندايك ثم إلى بحوث سكينز ودولارد و بندورا و ميشال ... ، وإذا كانت مدرسة التحليل النفسي إلى حد كبير تهتم بأعماق النفس من لا شعور ووجدان وطموحات ودوافع، فإن المدرسة السلوكية على عكس ذلك تماما،

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

حيث إهتمت أساسا بالسلوك الخارجي للإنسان القابل للملاحظة المباشرة أو غير المباشرة . (عشوي، 2016، ص ص 499- 500)

ومن بين أهم العلماء الذين إهتموا بموضوع الشخصية في المدرسة السلوكية هو سكينر، حيث ينظر للشخصية بوصفها تتكون من مجموعة من السلوكيات الملاحظة والظاهرة، التي لا تتضمن سمات أو أفكار داخلية، مثال على ذلك تشير ملاحظتنا لشخص إسمه سامي إلى أن سلوكه خجول ومتفوق تحصيليا و حذر، وهذه السلوكيات هي شخصية سامي من وجهة نظر السلوكية، ووفقا لما يراه سكينر، فقد تشكلت شخصية سامي بالمثبيات والمعاقبات في بيئة سامي على هذا النحو، خجول، منجز وحذر، ونتيجة لتفاعلاته مع أسرته وأصدقائه ومعلميه وغيرهم، ومن هذا تعلم سامي التصرف على هذا النحو. وقد يقول السلوكيون المؤيدون لوجهة نظر سكينر بأن سلوك خجل وتفوق سامي في التحصيل الدراسي وحذره، قد لا يكون ثابتا أو طويل الأمد، فلو أن سامي لم يكن معقبا في أيام الإجازات في جلسات السمر مع أصدقائه لما كان مدفوعا للإنجاز والتحصيل الدراسي، بمعنى تشكل شخصية سامي وفقا لقوانين التعلم الشرطي الإجرائي، من تعزيز وعقاب وإنطفاء .

وقد كان لمارك توين أحد المناصرين لسكينر تعليقا مفاده أننا مثل الحراوات، قد وهبنا نعمة سهولة تغيير سلوكنا، ويعتقد سكينر بأن ثبات الشخصية (السلوك)، إنما يأتي من الثبات في الخبرات البيئية، فإذا كان سلوك سامي الخجول، والمتفوق تحصيليا، والحذر مكافأ ومثابا عليه، حينئذ يمكن لنمط سلوكه أن يثبت، ويؤكد سكينر على أن سلوكنا لديه قدرة التغيير كلما تعرضنا لخبرات جديدة .

وفي ضوء ما تقدم تكون الشخصية متعلمة بصورة محضة، أي مكتسبة، وقابلة للتغير وفقا للخبرات والمواقف البيئية، ومن ثم يمكن إعادة تنظيم الخبرات والمواقف بهدف إحداث تغييرات في شخصية الفرد، فسلوك الخجل يمكن أن يتغير إلى سلوك الإحترام وسلوك العدوان يمكن أن يتغير إلى سلوك متعاطف، وسلوك اللامبالي والضجر يمكن أن يتحول إلى سلوك حماسي، وهذا ما يطلق عليه مصطلح تعديل السلوك.(هريدي ، 2011، ص ص 215-216)

### 1-4-3/ النظرية الإنسانية :

تخالف النظرية الإنسانية كلا من النظرية السلوكية والنفس التحليلية في فهم وتفسير الشخصية وسلوكها الإجتماعي، مؤكدة على أن السلوك الإنساني ما هو إلا سلسلة متتابعة من التصرفات التي يهدف بها الفرد إلى تطوير إمكاناته أو طاقاته الشخصية إلى أقصاها، أو بعبارة أخرى هو سلسلة متصلة

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

من السلوك التي يبادر بها الفرد، واختياراته و خبراته الذاتية لتحصيل تكيف بناء مع البيئة وتحقيق الذات التي يطمح لها. (حمدان ، 2015، ص90)

ومن بين أهم رواد المدرسة الإنسانية هو روجرز، الذي إهتم بدراسة الشخصية والدوافع الأساسية التي تؤثر في سلوك الفرد، وأن الذي يدفع الإنسان أو العضوية في تصور روجرز هو دافع تأكيد الذات أو تحقيق الذات، وحسب روجرز فإن دافع تأكيد الذات غالباً ما يصطدم ويتصارع مع حاجات إنسانية أخرى، وذلك كالحاجة إلى نيل قبول الآخرين، ورضاهم أو الحاجة إلى تكوين صورة إيجابية للذات لدى الشخص نفسه أو عند الآخرين. (عشوي، 2016، ص 496)

وتبعاً لروجرز فإنه ينبغي أن تجتمع ثلاثة شروط لكي يتحقق النمو الطبيعي للشخصية، وهي النظرة الإيجابية وتفهم الآخر والعلاقات المتوافقة. (غريب، 2017، ص163)

### 1-4-4/ النظرية المعرفية :

تركز النظرية المعرفية على السيرورات المعرفية دون إغفال للعالم الخارجي، وهذا الأمر يدرج رؤية جديدة في دراسة الشخصية. (غريب، 2017، ص186)، وتعرف نظرية كيلي (Kelly) بإسم النظرية المعرفية، لأنها تركز على الطريقة التي يفكر بها الناس، وتختلف هذه النظرية عن نظرية روجرز والتي تركز على المشاعر، إذ نجد أن نظرية كيلي معنية بالمشاعر، وبطريقة غير مباشرة بالدوافع، ولكن تأكيدها الأساسي يصب على الطريقة التي يفكر بها الناس. (هريدي، 2011، ص190)

ويرى كيلي (Kelly) أن الأفراد يحكمهم مبدأ داخلي؛ وهي الطريقة التي يقومون من خلالها بتوضيب أحداث العالم الخارجي؛ وبالرغم من أن هذه الآلية داخلية، فهي متأثرة بشدة بعنصر خارجي وهو العلاقات الإجتماعية، ويعتقد كيلي كذلك أن الأفراد أحرار في اختيارهم، من ضمن مختلف الترتيبات التي تنبثق من علاقاتهم بالآخرين للترتيب، الذي يحكمون بأنه أكثر ملاءمة، ويولي كيلي إهتماماً أقل للماضي، وبالنسبة إليه يتوجه الأفراد نحو المستقبل، إذ أن سلوكياتهم تتحدد في جزء كبير منها بتوقعاتهم للأحداث المستقبلية، ويعتبر كيلي أن السيرورات المعرفية تمثل الميزة المهيمنة في الشخصية. (غريب، 2017، ص186)

وقد حاول كيلي في نظريته التقريب بين و جهات النظر السلوكية والحدسية والإستدلالية للشخصية ومن المسلمات الأساسية في نظريته أن وجهة نظر الإنسان في العالم الذي يحيط به تكون هي الأساس الذي يحاول إستخدامه بإستمرار لتفسير ما يحدث حوله، وبهذه الطريقة فإن الإنسان يفسر أو يعيد تفسير عالمه الخبري الخاص، فالعمليات التي يقوم بها الشخص تتشكل سيكولوجياً بطرق توقعه للحوادث، وتعتبر نظرية كيلي مناقضة للنظريات الإستدلالية في الشخصية، لأن إعتقاد كيلي الأساسي هو أن

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

السلوك الإنساني سلوك توقعي أكثر من رد فعل للمثيرات، أي أننا لا نستجيب للمثير، ولكن للتفسير الذي نضعه للمثير، فإذا عثر شخص أثناء حفره على قطعة من المعدن، فإنه قد يفسرها على أنها شيء أو على أنها كتلة معدنية، أو قطعة عملة رومانية أو قطعة قيمة من عهد قسطنطين، أي تفسيره لها يتوقف على ما لديه من تكوينات خاصة بالرغم من تشابه الإحساس السطحي بالمثير لديه ولدى الآخرين. (عويضة، 1996، ص ص30-31)

وهذا ما أطلق عليه **كيلى** بالبنيات الذهنية التوقعية Constructs، وهذه البنيات تمكن إيجاد سريع للمعلومة الملائمة، ففي ظل وفرد المد اليومي للمعلومات التي من شأنها أن تغمر القدرات الإنتباهية للأفراد، تمكن هذه الوحدات المعرفية من إنتقاء المعطيات الملائمة لوحدها بهدف التوصل إلى توقعات وأحكام ناجعة، ويستشعر الفرد دائما الحاجة إلى توقع الأحداث، وتبعا للنتائج يصوغ بنياته الذهنية التوقعية الخاصة. (غريب، 2017، ص186)

كما أن الفكرة الرئيسية في نظرية جورج كيلى في الشخصية هي ما يشير إليها على النحو التالي : "إن تصنيفاتك العقلية هي شخصيتك"، فإذا فهمت كيف يفكر الناس، عندئذ تقوم شخصياتهم، وإذا عرفت التصنيفات الفئوية التي يستخدمونها لتصنيف خبراتهم، عندئذ تعرف هؤلاء الناس، وطريقتهم في تصنيف الناس أكثر أهمية من طريقتهم في تصنيف الأشياء، فالفروق الفردية تبدو أكثر وضوحا في تصنيفنا للناس مقارنة بتصنيفنا للأشياء، تلك هي الفكرة الرئيسية لنظرية كيلى في **الأبنية الشخصية (Personal Constructs)**. (هريدى، 2011، ص190)

### 1-4-5/ نظرية السمات :

يعتقد أصحاب نظريات السمات أن تحديدهم لسمات الشخص هي أحسن وسيلة لوصف الشخصية وتقييمها، فهم يذهبون إلى أن لكل شخصية نمطا المتميز و المتفرد من السمات، و أن هذه السمات هي التي تحدد بدقة سلوك الفرد، فتلك السمات كما أسلفنا هي أنماط سلوكية عامة ودائمة و ثابتة نسبيا والتي تصدر عن الفرد في مواقف الحياة المختلفة والتي تعبر عن توافقه مع البيئة والتي يستدل عنها من خلال هذا التوافق وفق فترة من الزمن . (أنصورة، 2015، ص318)، ومن أهم هذه النظريات:

### 1/ نظرية ألپورت "G.Allport"

من دون شك أن ألپورت كان أول من إستعمل مصطلح سمة الشخصية؛ ولقد تبنى موقفا فردانيا إذ بالنسبة إليه يبقى الشخص متفردا بسبب تشكل نوعي للسمات، ويعد مفهوم السمات مركزيا في مقارنة ألپورت، وتمثل السمات أفضل وحدة لتحليل الشخصية، وهي الإستعدادات للإستجابة بنفس الطريقة

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

لمثيرات مختلفة، وتؤمن السمات لدى الأفراد ثباتية السلوكات على إمتداد الزمن وعبر وضعيات حياتية ؛ وهي تؤثر بشدة في إدراك الأحداث. (غريب، 2017، ص ص 202 - 203)

وتقوم نظرية السمات عند ألبورت على فكرة أساسية هي وجود سمات مشتركة بين الناس جميعا، وهو يؤكد على أهمية التنظيم الداخلي للدوافع والسمات والأساليب الشخصية وهكذا يؤكد التفرد والتميز، ويرى أن السمات تنتظم في ترتيب هرمي مدرج تسوده إما سمة واحدة رئيسية أو عدة سمات مركزية ويتبع ذلك سمات ثانوية، فمن الأشخاص من يتميز عن غيره بسبب سمة رئيسية تتعكس في سلوكه، ويتخذ مثل هؤلاء الأشخاص كنماذج يوصف الآخرون بالإشارة إليهم؛ كأن نقول أن فلانا كريم كحاتم أو حليم كأحفن، وعدد الأفراد الذين تسيطر على سلوكهم سمة رئيسية قليل نسبيا، وبالإضافة إلى هذا يتميز كل فرد بسمات ثانوية تظهرها مجموعة من المثيرات المحدودة. (بلخير وماحي، 2018، ص 256)

وقد عد ألبورت السمة نظاما قابلا للقياس لأنها ذات وجود حقيقي، وقد تحدث ألبورت عن نوعين من السمات هي السمات العامة والفردية وهي كالتالي :

1. السمات العامة: وهي السمات المشتركة بين كثير من الناس بدرجات متفاوتة، وتكون موزعة بينهم توزيعا إعتداليا. (محمد، 2015، ص 61) ، والسمات المشتركة تحمل نفس الشكل لدى كل شخص، أي أنها توجد لدى الجميع و لكن بدرجات متفاوتة، والفارق كمي وليس كيفي. (ميلادي، 2016، ص 38)

2- السمات الفردية: وهي التي تخص فردا معينا، وهي السمات الحقيقية في نظر ألبورت والتي يمكن من خلالها وصف شخصيته بدقة، وتنقسم السمات الفردية إلى ثلاثة أنواع من السمات :

1-2/ السمات الرئيسية: وهي سمة واحدة تسيطر على شخصية الفرد وسلوكه . (محمد، 2015، ص 61)

2-2/ السمات المركزية: هذه السمة أقل عمومية و شمولية وهي موجودة لدى كل شخص بنسب متفاوتة و تمثل الميول التي يتميز الفرد بها عن غيره وتحدد بنحو (10-15) سمة عادة .

2-3/ السمات الثانوية: وهي أقل السمات أهمية وعمومية، وأقل وضوحا وأكثر عددا وأقل ثباتا في الدور الذي تؤديه عن السمات الرئيسية و المركزية وأسماها ألبورت بـ "الإتجاهات"؛ لأنها سمات هامشية وصفية لا يمكن الإعتماد عليها. (البدري، 2017، ص 57)

وقد أفرد ألبورت جزءا كبيرا من مؤلفاته لنمو الشخصية، واهتم بالأنا وبطريقة نموه عبر مراحل مختلفة؛ وفي هذا الصدد حدد ألبورت سبع مراحل نوردها ضمن الجدول الموالي على أن نتبعه بشرح مستوفي له.



## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

### الجدول رقم (14) : يوضح مراحل نمو الشخصية تبعاً لألبورت

مراحل نمو الشخصية	تعريفها
الطفولة المبكرة (0-6 أشهر)	غياب الوعي بالذات
الأنا الجسدي (6-12 شهر)	الوعي بالأحاسيس الجسدية
الهوية الذاتية (السنة الثانية )	إستمراية الذات
تقدير الذات (السنة الثالثة)	إتخاذ المبادرة
إتساع الأنا و صورة الذات (4-6 سنوات)	. يتضمن الأنا مظاهر مختلفة من المحيط . . تأسس الأمل و التطلع على إنتصارات الآخرين.
العقلانية (6-12 سنة)	الإستدلال وحل المسائل
بذل المجهود (12-18) سنة	التخطيط للمستقبل

(غريب، 2017، ص 204)

تتم المرحلة الأولى الطفولة المبكرة، وهي مرحلة لا يتواجد فيها أنا حقيقي، لأن الأطفال عاجزون عن التفريق ما بينهم وبين الآخرين، وهم واعون عندما يفعلون في الأشياء والأشخاص؛ لكنهم يعدمون وعياً شخصياً حقيقياً؛ وعندما يلحقهم ضرر لا يدركون أنهم هم موضوع الألم، ثم تبتدئ المرحلة الثانية أي الأنا الجسدي، حوالي الشهر السادس، بمعنى عندما تشرع الأعضاء الحسية الأجراءة. ثم تتموضع المرحلة الثالثة (التعرف الذاتي) خلال السنة الثانية من حياة الفرد و عندما تتشكل الأنظمة الذاكرية، و تشرع الإستمرارية في الإنتظام مع تعلم اللغة، ثم تليها المرحلة الرابعة أي تقدير الذات خلال السنة الثالثة؛ عندما يدأب الطفل على تكرار الطلب ( دعوني و شأني)، أما الخامس من هذه المراحل ؛ أي إتساع الأنا و صورة الذات، فهي تبرز وتتمظهر ما بين سن الرابعة و السادسة، حيث يبدأ الطفل في تشكيل رؤية خاصة عن المحيط كالبيت والأصدقاء و المدرسة، وفي ظل هذه المرحلة يشرع الطفل كذلك في بناء تطلعات وانتظارات على إثر تعليقات الآخرين على شخصه، ثم تتموضع المرحلة السادسة ما بين السادسة وثمانية عشر وهي مرحلة العقلانية وتمثل بداية الإستدلال، أما المرحلة السابعة والأخيرة أي بذل المجهود، فهي تستمر على إمتداد مرحلة المراهقة، حيث يتعلم الفرد أن النجاح يرتهن بالإعداد بيمشروع وأنه من المهم تسطير المرامي، وتستمر الشخصية بطبيعة الحال في أعقاب ذلك، وتتم ملاحظة شخصية ناضجة إذا كان الأفراد يتوافقون مع ستة معايير وهي كما يلي:

- الاستقلالية

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

- علاقة دفاء عاطفي مع الآخرين

- تقبل الإحباط

- إدراكات واقعية واستعدادات

- الاستبصار والحس الفكاهي

- تسطير مرامي في الحياة (عزم ذاتي) . (غريب، 2017، ص205)

### 2/ نظرية ريموند كاتل " R. CATTEL "

يعد عالم النفس الأمريكي ريموند كاتل من مؤسسي هذه النظرية في الثلاثينات من القرن العشرين، حيث جمع هو وزملاءه ما يقارب ثمانية آلاف كلمة تهتم بوصف الناس ومن ثم قام بحذف العديد من هذه الكلمات إما بسبب ضعف دلالتها اللغوية أو قلة إستخدامها أو أنها تعطي عدة معاني، حتى جعلها 200 كلمة، وقام بتحليل هذه الكلمات والتعبيرات المستخدمة بطريقة رياضية إحصائية تسمى التحليل العاملي (Factor analysis)، ثم قام بربط الكلمات والألفاظ ببعضها البعض لتدل على سمة معينة أو صفة عامة، وتمكن كاتل من تحديد ستة عشرة مجموعة وضعت لها عناوين وتعرف هذه الخصائص الست عشرة بالسمات المصدرية، وهي مستقرة نسبيا مدى الحياة، أما السمات الظاهرية (السطحية) فهي تأخذ الجانب الآخر من السمة المصدرية، و أستطاع كاتل أن يطور العديد من قوائم (إختبارات) التقدير الذاتي لتمييز الشخصيات عند بعض الأفراد وتصنيف درجة بعض السمات، فهي نظرية إستطاعت أن تقيس جوانب من الشخصية وتقديم وصف لها إعتقادا على ما تعطيه درجات القوائم (الإختبارات) التي تم تطبيقها وساعدت أيضا

في تفسير السلوك والتنبؤ به .(مخدوم، 2015، ص ص 36-37)

وقد قسم كاتل السمات إلى سطحية ومركزية، فالسمات السطحية بالنسبة له هي تجمعات من الوقائع السلوكية الملاحظة، وهي وصفية وأقل إستقرار وبالتالي هي أقل أهمية، أما سمات المصدر؛ فهي المؤثرات الحقيقية التي تساعد في تحديد السلوك الإنساني وتفسيره وهي سمات مستقرة ومهمة جدا، فهي أسباب السلوك وتشكل أهم جزء في بنية الشخصية وهي مسؤولة في النهاية عن جمع العناصر المتسقة في سلوك الفرد، ويمكن اعتبار سمات المصدر، عناصر الشخصية من حيث أن كل ما نعمله يتأثر بها، وينتهي كاتل إلى القول بأن جميع الأفراد يمتلكون نفس سمات المصدر و لكنهم يحوزونها بدرجات مختلفة.(الحسيني، 2012، ص ص 27-28)

وقد قسم كاتل سمات المصدر إلى ثلاثة أنواع :

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

1- السمات المعرفية: أو القدرات وطريقة الإستجابة للمواقف .

2- السمات الدينامية: وتتعلق بإصدار الأفعال السلوكية، وهي التي تتعلق بالإتجاهات العقلية أو بالدافعية أو الميول .

3- السمات المزاجية: وتختص با لإيقاع والشكل والثابرة وغيرها... فقد يتسم الفرد مزاجيا بالبطء أو المرح أو التهيج أو الجرأة وهكذا. (الميلادي، 2016، ص37)

### 3/ نظرية إيزنك "H.Eysenck"

فصل إيزنك نظريته في الشخصية في كتب متعددة، وأوضح فيها تصوره الشامل الموضوعي لدراسة الشخصية، وقد أثبتت نظريته من أبحاثه التي أجراها على المرضى العقليين في مستشفى مودزلي بلندن، ولإتجاه المدرسة الإنجليزية في تصور بنية الذكاء ووضع إيزنك تصوره الهرمي للشخصية، حيث على قمة الهرم توجد أنماط الشخصية الثلاث التي وضعها وهي : (الإنبساط - الإنطواء)، (العصابية - الإلتزان)، (الذهانية - السواء)، كما إعتقد إيزنك أن الذكاء يمثل البعد الرابع، ولقد رأى أن الناس يتوزعون إعتداليا على هذه الأبعاد، بحيث يكون لدى غالبية الناس خليط من الصفات التي تتدرج تحت هذه الأنماط، ولذلك فإنهم يحصلون غالبا على درجات تدور حول درجة المتوسط على هذا البعد.(عويضة، 1996، ص 24)

و فيما يلي سنورد شرح هذه العوامل الثلاثة لنظرية إيزنك :

#### 1/ العصابية :

هو الإسم الذي أعطاه إيزنك للبعد الذي يمتد مداه من الأشخاص المتمتعين بهدوء عادي معتدل، ورباطي الجأش إلى أولئك الأشخاص الذين يميلون إلى أن يكونوا عصبيين بصورة شديدة، وقد أوضح بحثه أن هؤلاء الأشخاص العصبيون أظهروا على الدوام معاناة من الإضطرابات العصابية، ومن هنا جاءت تسمية هذا البعد. (هريدي، 2011، ص 172)

#### 2/ الإنبساطية - الإنطوائية:

يتميز المنبسط بإستخدام تعبيرات إيزنك؛ بأنه منطلق وأقل عرضة للكف، مغرم بالأنشطة التي تحقق له الإتصال بالآخرين، يبحث عن الإستثارة، عدواني لا يمكن الإعتماد عليه، سهل المعاشرة متفائل، أما المنطوي فإنه يتميز بعكس صفات السابقة، ولحسن الحظ فإن لدى غالبيتنا كثيرا من الصفات و لكن بدرجات متفاوتة، أي أن غالبيتنا ليسوا بالمنطوين أو المنبسطين، وإنما نجمع بين خصال كل منهما.(عويضة، 1996، ص26)

وصل إيزنك إلى الإعراف بأنه وبالرغم أنه إستعان بعينات كبيرة في بحثه، إلا أن هناك بعض العينات من البشر لم تكن في متناوله، فبدأ بتوجه بدراساته إلى المؤسسات العقلية بإنجلترا، حيث تتوافر تلك البيانات العائلة التي أخضعها للتحليل العاملي، الذي أسفر بدوره عن عامل ثالث هو ما أسماه إيزنك بالذهانية، وكالعصابية فإن الذهانية المرتفعة لا تعني أنك شخص مختل عقليا أو شخص ملعون، فحتى تصبح كذلك يتحتم أن تصدر عنك بعض التصرفات النوعية الأكثر شيوعا بين مرضى العقليين، كما أنك ربما تكون حساسا بدرجة أكثر، وأن تكون معرضا لبنية خاصة، حتى تصبح مريض العقل .(هريدي، 2011، ص 176)

من خلال ما ورد في هذا العنصر، نجد أنه قد وضعت تيارات ونظريات المختلفة ونماذج متعددة لتفسير الشخصية، وكانت لهذه المساهمات دور كبير في فهم الشخصية الإنسانية وتحديدها، حيث يرى فرويد صاحب نظرية التحليل النفسي أن الشخصية تمر بخمس مراحل لنموها و تطورها وهي المرحلة الفمية، الشرجية، القضيبية، الكمون والتناسلية ولكل مرحلة تداعيات، مؤكدا فرويد على أهمية سنوات الطفولة في بناء شخصية الفرد، أما فيما يتعلق بتكوين الشخصية، فقد حدد فرويد أن أساس الشخصية ومحددها يتمثل في الشعور وما قبل الشعور و اللاشعور، أما مكونات الشخصية تتمثل في الهو والأنا والأنا الأعلى، والتي تتمثل في مكونات مترابطة لكل منها وظيفة مميزة في إدارة الشخصية، أما النظرية السلوكية فهي عكس نظرية التحليل النفسي، فإذا كانت هذه الأخيرة تهتم بأعمق النفس، فإن النظرية السلوكية تهتم بالسلوك الإنساني، حيث يرى رواد النظرية كسكينر وواطسون أن الشخصية هي ذلك النشاط أو السلوك الذي يمكن ملاحظته، فالسلوك لديهم نتيجة لتأثير المحيط الخارجي ولا يعترفون بتاتا بوجود اللاشعور أو الجهاز النفسي، فالشخصية هي نتاج تأثيرات العالم الخارجي في السلوك الإنساني، أما المدرسة الإنسانية ترى بأن الشخصية من زاوية تختلف فيها مع النظرية السلوكية والتحليلية، حيث ركز روجرز على الدوافع العليا التي تنظم و تحرك الشخصية كتقدير الذات وتحقيقها، أما النظرية المعرفية فهي تفسر الشخصية من مبدأ العمليات المعرفية للفرد، حيث يرى كيللي أن شخصية الفرد تتوقف على الطريقة التي يفكر بها الفرد، أما نظرية السمات التي تعدد روادها بتعدد وجهات النظر، فقد فسروا الشخصية من منطلق أن لكل شخصية نمطها الفريد من السمات، وأن هذه السمات تلعب دورا رئيسيا في تحديد سلوك الفرد، وإعتمدت هذه النظرية على عدد كبير من السمات وضعها ألبورت، والتي

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

يفترض أنها مشتركة بين الناس جميعا، كما أنها تصف لنا الكثير من الفروق بين الأفراد وهذا الفرق على حد قول إيزنك فرق كمي و ليس كيفي .

### 1-5/ التوجهات البحثية في دراسة الشخصية :

حدد بيرفن (Pervin ,1996) ثلاث توجهات بحثية في مجال الدراسة العلمية للشخصية، نلخصها فيما يلي:

#### 1-5-1/ المدخل الإكلينيكي Clinical:

يتضمن هذا المدخل أو التوجه الدراسة المنظمة والمتعمقة للأفراد، ويفضل هذا التوجه الأطباء النفسانيون مثل: فرويد والأطباء أمثال موري و الإكلينيكيون مثل: روجرز وكيلى، وجوانب القوة الواضح في هذه الطريقة هو ثروة الملاحظات الغنية التي تنتج عنها، وبعضها حدسي أو بدهي، وبعضها غير ذلك، ولكن حدود هذه الطريقة تتلخص في مدى ثبات هذه الملاحظات، وإمكانية إختبار الفروض، التي لا تمثل الإهتمام الحقيقي عادة للمعالج الممارس، فضلا عن ذلك فإن كثيرا منهم يركز على عمليات الشخصية غير السوية أكثر من السوية.(عبد الخالق، 2016، ص46)

#### 1-5-2/ المدخل التجريبي Experimental :

يتضمن هذا المدخل التحكم المنظم في المتغيرات في محاولة إيجاد علاقات سببية، ويحاول أصحاب هذا المدخل إكتشاف القوانين العامة للوظائف النفسية ووصفها، والأبوان المؤسسان لهذا المدخل هما " فنت وسكينر "، ولهذا المدخل كل المزايا والعيوب التي تكمن في المدخل التجريبي، مع أن كليهما ليس من أصحاب نظريات الشخصية، وتلازم كل الأعمال التجريبية مشكلات الصدق البيئي، وتحيز المجرب، وآثار التوقع، الفهم التقويمي، ومع ذلك فإن هذا المدخل يعد أفضل منهج لبحث العلاقات السببية، وإختبار فروض معينة.(عبد الخالق، 2016، ص ص46-47)

#### 1-5-3/ المنهج الإرتباطي Correlational :

يتلخص هذا المدخل في النظر إلى العلاقات الإحصائية بين مختلف المقاييس التي تم تحديدها موضوعيا، والتي ظهر أن الأفراد يختلفون بالنسبة لها، ومن أكثر الأسماء شهرة في هذا المجال " جولتون وإيزنك وكاتل " ويسمون عادة بأصحاب القياس النفسي، ومن الواضح أن هذا المدخل علمي صرف، يستلزم القياس الدقيق للسلوك، ويعتمد غالبا على إستخبارات التقرير الذاتي والطرق الإحصائية المتقدمة التي يمكن أن تستكشف الأنماط المركبة التي تكمن خلف السلوك، ويشير كثير من الباحثين إلى أن الإحصاءات متعددة المتغيرات مثل التحليل العاملي، خادم جيد و لكنها سيد سيئ، ومن ناحية أخرى فإذا

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

كانت المقاييس سطحية أو متحيزة أو تافهة فلا يمكن لأي قدر من الإحصاءات المتقدمة أن تعوض ذلك النقص. (عبد الخالق، 2016، ص46)

وأجريت منذ بداية التسعينات من القرن العشرين دراسات كثيرة أسفر عنها، أحد النماذج التي تم وضعها وتحديدها من قبل علماء المدخل الإرتباطي، والتي إعتد في العلماء على التحليل العاملي لتحليل الإستجابات على مقاييس تقدير الشخصية وإستخباراتها، وظهرت إختلافات حول عدد الوحدات أو العوامل الأساسية للشخصية وأسماء هذه الوحدات، وقد بزغ ما يشبه الإجماع بين مؤيدي المنحى الإرتباطي للشخصية على وجود خمسة عوامل أو أبعاد أساسية للشخصية عرفت بإسم نموذج العوامل الخمسة الكبرى الشخصية لـ كوستا و ماكري (Costa & McCrea). (برفين ، 2010 ، ص 55)

إنطلاقا لما جاء، نرى بأن دراسة الشخصية لم تعتمد على أسلوب واحد، فقد درسها العلماء والباحثين بواسطة طرق بحثية مختلفة، وكل طريقة بحثية ساهمت في تحديد الشخصية وبلورة أبعادها، حيث إختلفت طرق دراسة الشخصية باختلاف المصادر التي يتم الحصول عليها من المعلومات، وكيفية أخذ عينات من تلك المعلومات، وأنواع الأدوات المستخدمة في جمع البيانات، وقد كانت الدراسات الإكلينيكية والتجريبية والإرتباطية من أهم الدراسات وأكثرها إستخداما تداوليا في دراسة الشخصية، وهذا من خلال ما أثبتته هذه الدراسات من نتائج، ساهمت من تطور دراسة الشخصية، وتراكمية العملية في مجال علم النفس الشخصية.

### 2/ العوامل الخمسة الكبرى للشخصية :

يمثل نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، أحد أهم التطبيقات البحثية في دراسة الشخصية وتحديدها في وقتنا المعاصر سواء في علم النفس عامة و علم النفس الشخصية خاصة، وأهم النماذج التفسيرية للشخصية في نظرية السمات، فهو يجمع بين سمات الشخصية العديدة والمتعددة ويدرسها ويحددها في خمسة عوامل أساسية، تقدم وصفا شاملا للشخصية .

ففي هذا الصدد أشار إيوين (Ewen,2003) إلى أن نظرية السمات هي واحدة من أهم نظريات الشخصية، وتمثل العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (BFT) قلب نظرية سمات الشخصية لقدرتها على وصف وتفسير والتنبؤ بسلوك الإنسان. (Abood, 2019, p160)

### 2-1/ تاريخ العوامل الخمسة الكبرى للشخصية :

يهدف نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، إلى تجميع أشتات السمات المتناثرة في فئات أساسية، وهذه الفئات مهما أضفنا عليها أو حذفنا تبقى محافظة على وجودها كصفات (عوامل) لا يمكن

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

الإستغناء عنها بأي حال في وصف الشخصية الإنسانية.(كاظم،2002، ص18)

ونموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ينتمي إلى عائلة النماذج التي درست الشخصية، كالعوامل الستة عشر لكاتل ونموذج إيزنك، والتي إعتمدت هذه الأخيرة على مراجعة معاجم اللغة لإعداد قوائم بالسمات الملائمة لوصف شخصية الأفراد التي بدأها عالما النفس الألمانيان ألبرت وأودبيرت عام 1936.(الأحمدي، 2013، ص945)

ومرت نظرية العوامل الخمسة الكبرى بتاريخ طويل من الجهود في سبيل الوصول إلى العوامل الأساسية في الشخصية، وبدأت بطريقة تحليل السمات المحددة عن طريق المعاجم اللغوية ( Lexical approach ) على يد ألبرت (Allport)، وأودبرت (Odbert) في الثلاثينات من القرن الماضي، وتلاها لإسهامات عديدة منها كاتل (Cattel) ؛ فيسك (Fiske)؛ وبورقاتا (Borgatta)؛ وسميث (Smith).(الرويتع ، 2007 ، ص101)

وقبل فيسك (Fiske) وسميث (Smith) يعد مكوجل (McDougall) أول من إفترض بأن الشخصية يمكن أن تحرز تقدما بتحليلها إلى خمسة عوامل واسعة ومميزة وقابلة للإفصال وذلك عام 1933، ومن ثم أشار بعد ذلك ثيرستون(Thurston)عام 1934 من خلال تحليله لـ 20 سمة إلى خمسة عوامل أساسية مستقلة، أشار إلى أن قائمة الصفات (السمات) الستين من الممكن التعبير عنها بإفتراض خمسة عوامل مستقلة، وعلى الرغم من أن جذور هذا النموذج يعود إلى الثلاثينات من القرن الماضي، إلا أن إهماله يعود لأسباب حددها دجمان عام 1994 فالسبب الأول؛ أن التحليل العملي تم تنفيذه قبل ظهور الحاسوب، أما السبب الثاني أن ثرستون واحد من من الرواد الأوائل لنموذج العوامل الخمسة لم يتابع نتائج بحثه في الميدان، بل تحول إلى السعي نحو مجال الذكاء، والسبب الثالث أن ميدان الشخصية خلال الخمسين سنة الماضية كان يهتم بالنظريات أكثر من إهتمامه بالبحوث المنهجية المنظمة وأن معظم هذه البحوث تناولت جوانب معينة في الشخصية، كالكتب في نظرية فرويد والنمو النفسي الإجتماعي في نظرية إيريكسون، وقد إستغرق 50 عام قبل أن يأخذ المنظرون هذا النموذج بجدية بوصفه إطارا نظريا جديرا بالإهتمام في بحثهم .(محمد، 2011، ص323)

فحين يعد فيسك (Fiske) هو المكتشف الأول لبنية العوامل الخمسة؛ حيث قام بدراسة ثلاث مجموعات؛ إثنان بإستخدام تقديرات أعضاء هيئة التدريس، ومجموعة ثالثة تضم تقديرات الذات. (محيسن، 2013، ص3-4) معتمدا في ذلك سنة 1949 على نموذج كاتل (Cattel)، وإعتمد في دراسته على أسلوب التحليل العملي وصيغة سبيرمان براون الإحصائية، و توصل بذلك إلى خمسة عوامل للشخصية

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

متمثلة في: التكيف الاجتماعي (تلاؤم الاجتماعي)، الضبط الإنفعالي، العقل الباحث، الرغبة في الإنجاز والإمتثالية. (Bennett & English, 2011, p 04)

كما توصل كل من توبس وكريستال (Tupes & Christal, 1961)، ويعمل 8 دراسات تحليلية تضمنت هذه الدراسات تحليل متغيرا كاتل، وقد توصلنا إلى وجود خمسة عوامل للشخصية متكررة وثابتة نسبيا. (John & Srivastava , 1999, p 06)

حيث إتمد توبس (Tupes) سنة 1961 في دراسته الأولية على 30 مقياس من مقاييس كاتل طبقها على عينة من الجنود الأمريكيان وتوصل من خلال نتائجه إلى وجود خمسة عوامل أساسية كبرى للشخصية. (صالح، 2012، ص34)

وتوصل كل من نورمان (Norman) وبورقاتا (Borgatta) وسميث (Smith) إلى نفس الخلاصة، وهي خمسة عوامل؛ وما بين سنوات الثمانينات والتسعينات، شهد البحث في هذا المجال إتساعا بأدوات ملائمة، وبعده لغات و باحثين مختلفين. (غريب، 2017، ص219)

ومع بداية الثمانينات و بالتحديد 1981 قام جولديبرغ (Goldberg)، بصياغة مصطلح العوامل الخمسة الكبرى للشخصية "big five"، إلا أن أبحاث جولديبرغ (Goldberg) حول نموذج العوامل الخمسة لم تظهر بشكل جدي إلى حتى 1990، وهذا حسب قول جولديبرغ (Goldberg) أنه هو ونورمان (Norman) كانا مشككين في هيكله نموذج العوامل الخمسة. (Johnson, 2017, pp 10-11)

لكن قبل هذا، كان إهتمام جولديبرغ (Goldberg) بالعوامل الخمسة الكبرى قبل الثمانينات من القرن الماضي ففي عام 1978 إشتراك جولديبرغ و نورمان في فحص المجال الأول من دراسة نورمان التي أجراها 1967، وإشتمل هذا المجال على السمات الثابتة وعددها 2797 سمة، خفضت إلى 1566 سمة، وهذا بعد حذف الكلمات الصعبة و المتعلقة . هامشيا وطرفيا- بالتقدير الذاتي، والكلمات العامية، وإستقر هذا الفحص على 1431 سمة، صنفت إلى فئات تبعا لتشابهها في المعنى والإتساق الداخلي بينها، وإستخرجت منها 5 أبعاد كبرى، قسمت إلى 75 فئة وتشمل 371 تجمعا للمترادفات المتقاربة جدا، ثم قام جولديبرغ عام 1982 بتقويم محدد لتصنيف السمات النفسية وصفاتها، وبدأ بالمجال الأول في دراسة نورمان الذي يتضمن كلمات تشير إلى سمات ثابتة وشملت 2797 كلمة خفضها إلى 1710 كلمة، وبعد إستبعاد الصفات شديدة الصعوبة و الكلمات الهامشية، ويبقى بعد هذا الإستبعاد 893 كلمة أساسية، صنفت إلى سمات ثنائية القطب (مثل سريع - بطيء ، مندفع - متروي...) وتبعا لهذا التحديد صنفت



## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

الكلمات إلى فئات أساس تشابهها في المعنى ، وتوصل جولديبرغ إلى 42 فئة، قسمت إلى خمسة أبعاد كبرى .(عبد الخالق، 2016، ص ص 146-147)

وأكد جولديبرغ (Goldberg) أن كل عامل مستقل تماما عن العوامل الأخرى، بحيث تلخص هذه العوامل مجموعة كبيرة من سمات الشخصية المميزة، وقد يعكس ترقيم العوامل من واحد إلى خمسة إتفاق الباحثين على ظهور العوامل الخمسة في دراساتهم الإمبريقية، فيندرج تحت العاملين الأول و الثاني السمات ذات الطابع التفاعلي، فحين يصف العامل الثالث المطالب السلوكية و التحكم في الدوافع، وكان العاملان الأخيران أصغر العوامل من ناحية عدد السمات المدرجة تحتها، فقد يكون العامل الرابع من السمات المرتبطة بالإتزان الإنفعالي كالهدهوء والثقة مقابل العصبية والتوتر والمزاج المتقلب... إلى القلق والحزن، ويصف العامل الخامس التكوين العقلي للفرد، ومدى عمقه و نوعيته بالإضافة إلى الخبرة الذاتية.(أبو هاشم، 2010، ص285)

ونتيجة للبحوث التي قام بها كل من كوستا و ماكري (Costa et McCrae) في الثمانينات إستطاعا أن يعدا قائمة للشخصية (NEO Personality Inventory) لقياس ثلاثة أبعاد مهمة في الشخصية وهي : العصائية neuroticism، الإنبساطية والإنتفاح على الخبرة Extraversion and openness to experiments، وقد إعتد كل من الباحثين في الوصول إلى هذه العوامل الثلاثة على نموذج كاتل معتمدين في ذلك على الدراسة المعجمية (travail lexical)، وفي 1983 أدرك كل من كوستا و ماكري أن (NEO) أن العوامل الثلاثة قريبة من نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية فقررا إضافة عاملي هما المرغوبية الإجتماعية وبقظة الضمير . (Plaisant et al., 2010, p 483)

ثم قام كل من كوستا و ماكري (Costa et McCrae) بتطوير المقياس في سنة 1989 ليضاف إليه عاملي المرغوبية الإجتماعية وبقضة الضمير، وبذلك تغير الرمز الذي يستدل منه على الصورة المعدلة والمطولة لتصبح القائمة مسماة بـ (NEO-PI-R) والتي تتكون في صورتها النهائية من 240 بند موزعة على خمسة عوامل يشمل كل منها على 48 بند، وخلال تلك الفترة أيضا ظهرت صيغة مختصرة تراعي وقت الباحث، أطلق عليها قائمة العوامل الخمسة للشخصية (الصورة المختصرة) (NEO- FFI)، وإختزلت عدد بنود القائمة إلى 60 بند موزعة بالتساوي على العوامل الخمسة للشخصية نفسها في الصورة المطولة.(الأنصاري وسليمان، 2014، ص97)

وفي الأخير فقد أكد كل من كوستا و ماكري (Costa et McCrae) أن كل ما يعنيه علماء النفس

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

بمصطلح الشخصية فقد لخص في نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية. (يفيدسون وستير نبييرغ،

2013، ص129)

والجدول التالي يوضح تاريخ تطور بعض نماذج عن العوامل الكبرى الخمسة للشخصية عند بعض

رواده حسب تلخيص عبد الخالق والأنصاري ( 1996 ).

**الجدول (15) : يوضح تاريخ تطور نموذج العوامل الخمسة الكبرى لدى علماء النفس.**

العامل الخامس	العامل الرابع	العامل الثالث	العامل الثاني	العامل الأول	الباحث
العقل الباحث	الضبط الإنفعالي	الرغبة في الإنجاز	المسايرة	منبسط	فيسك (Fiske ,1949)
الثقافة الأم	الإلتزان الإنفعالي	الإتكالية	الطيبة	الإنبساط	توب و كريستال (Tupes & Christal,1961)
الثقافة	الإلتزان الإنفعالي	يقظة الضمير	الطيبة	الإندماج التفاعلي	نورمان (Norman ,1963)
الذكاء	الإنفعالية	الإهتمام بالعمل	المحبة	الإندماج الإجتماعي	بروجاتا (Brojata,1964)
التفتح	العصابية	يقظة الضمير	الطيبة	الإنبساط	كوستا وماكري (Costa &Macrae ,1985)
الذكاء/ الفطنة	العصابية	الرغبة في الإنجاز	المطاوعة/ الصدقة	الإنبساط	ديجمان (Digman ,1988)
الذكاء	الوجدان	العمل	المحبة	الإنبساط	بيبودي و جولدرج (Peabody & Goldberg, 1989)

(الحيصة، 2018)

ولكن رغم الزخم الكبير من الدراسات الأجنبية، فإن الدراسات العربية نادرة جدا و لا يكاد يرصد سوى دراسة واحدة، تم إجرائها على المجتمع الكويتي، ثم رصدت بعض الدراسات العربية التي بحثت حول الموضوع إلا أن مساحتها العلمية بما تناولته من مفاهيم وقياس مازالت ضيقة. (الأنصاري وسليمان، 2014،

ص ص92- 93)

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

وإنطلاقاً لما تقدم نصل بأن تاريخ ظهور العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، كان أساسه مجهودات بحثية جبارة قام بها العلماء و الباحثون إنطلاقاً من أبحاث فيسك وصولاً إلى نتائج كوستا وماكري، وقد كانت المنصة البحثية التي قادت لهذا النموذج، هي نظرية كاتل في السمات ونموذجه للعوامل الستة عشر، والتي شكلت منعرجاً بحثياً مهماً في دراسة الشخصية وفي إكتشاف نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، فإنطلاقاً من نموذج كاتل فقد إعتد العلماء و الباحثون في دراساتهم على أسلوب التحليل العاملي والمنحى النفسي اللغوي المعجمي (psycho lexical) في تحليل سمات الشخصية وتجميعها، والتي بها إتفق العلماء والباحثون على وجود خمسة عوامل ذات معنى لوصف الشخصية، بغض النظر عن أسلوب كل باحث و كيفية إستخراجه لهذه العوامل، التي أصبحت أهم و أحدث نموذج يتكلم عن الشخصية و يتناولها بشكل كامل، إلا أنه لو أطلعنا أكثر على أدبيات الأبحاث و الدراسات التي تناولت هذا النموذج وخصوصاً مناقضيه، نجد بأنهم يرون بأن بعض أبعاده لا تمثل الشخصية الإنسانية خصوصاً في بعض المجتمعات، ومع بقاء نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ذلك النموذج العالمي والرائد في فهم بنية الشخصية وتحديد سماتها بدقة، خصوصاً بفضل قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية المنقحة التي طورها كل من كوستا وماكري (NEO- PI- R) والتي أعطت مفهوماً جديداً في تسهيل دراسة الشخصية وتحديدتها.

### 2-2/ تعريف العوامل الخمسة الكبرى للشخصية :

إن تعريف العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، لم يلقى تضارباً كبيراً بين العلماء والباحثين في تحديد مفهومها على عكس مفهوم الشخصية الذي تتنوع تعاريفه بتنوع التوجهات النظرية، أما تعريف العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، فقد كانت معظم التعاريف التي تحدد مفهومه صادرة من علماء والباحثين انتهجوا نفس الأسلوب والطرق البحثية في تحديدها، إضافة أنهم كلهم ينتمون لنفس التوجه النظري ألا وهو نظرية السمات التي يمثلها كل من ألبورت وكاتل وإيزنك .

وقبل أن نتعرض لتعاريف الباحثين والعلماء لمعنى العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، لابد من التطرق لمعنى البعد أو العامل كمصطلح في علم النفس الشخصية.

تعرف عوامل الشخصية أو أبعادها بأنها سمات الشخصية الأساسية، وتنطوي تحتها مجموعة من السمات الأولية والتي تشكل السمة الأساسية، ويعرف البعد (Dimension) بأنه مفهوم رياضي؛ يعني الإمتداد الذي يمكن قياسه، ويشير مصطلح البعد أصلاً إلى الطول والعرض والإرتفاع (الأبعاد الفيزيائية)، ولكن معناه إتسع الآن ليشمل أبعاداً سيكولوجية، فأى إمتداد أو حجم يمكن قياسه فهو بعد، وكثير من

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

سمات الشخصية توصف بمركزها على بعد ثنائي القطب: كاستيطرة والخضوع، الإندفاع والتروي، الهدوء والقلق. (هلال و حلبية، 2018، ص03)

وفيما يلي سنورد بعض التعاريف الخاصة بمفهوم العوامل الخمسة الكبرى للشخصية:

يعرفها كولدبرج (Goldberg,1989): بأنها أبعاد أساسية في الشخصية إذ أن كل عامل فيها عبارة عن عامل مستقل تماما عن العوامل الأخرى، بحيث يلخص هذا العامل مجموعة كبيرة من سمات الشخصية المميزة. (مصطفى و بتو : د.س)

يعرفها ديجمان و كوستا (Digman & Costa,1990): بأنه تصنيف لسمات الشخصية وفقا إلى خمسة أبعاد موسعة، وهي الخمسة الكبرى الممثلة في العصابية، الإنبساطية، الإنفتاح على الخبرة، حسن المعشر وحيوية الضمير. (السلطان والسبعاوي، 2012، ص322)

و يعرفها أيضا كولدبرج (Goldberg,1994) : بأنها نموذج يهدف إلى تجميع أشتات السمات المتناثرة للشخصية في فئات أساسية. (محمد، 2011، ص319)

يعرفها ماكري وجون (McCrae & John,1992)؛ بأنها نموذج يقوم على تصور مؤداه أنه يمكن وصف الشخصية وصفا إقتصاديا كاملا من خمسة عوامل أساسية وهي: العصابية والإنبساطية والإنفتاح على الخبرة والمقبولية ويقضة الضمير. (قمر، 2015، ص10)

عرفها جرجيس: بأنها خمسة عوامل أو أبعاد أساسية تنظم الشخصية وكل عامل يحتوي على مجموعة من السمات التي توصل إليها من خلال التحليل العاملي، وهذه العوامل هي (العصابية، عامل الإنبساطية، عامل الإنفتاح على الخبرة، عامل حسن المعشر وحيوية الضمير). (حسين، 2011، ص06)

تعرف أيضا بأنها تنظيم هرمي لسمات الشخصية يتكون من خمسة أبعاد وهي: الإنبساطية، العصابية، الإنفتاح على الخبرة، الطيبة (المرغوبية الإجتماعية) ويقضة الضمير. (McCrae & John,1992,p175)

يعرفها ملحم 2009 بأنها خمس تجمعات لأبرز سمات الشخصية، يمثل كل عامل منها تجريدا لمجموعة من السمات المتناغمة، وتتكون من خمسة أبعاد فرعية وهي: الإنبساطية، العصابية، الإنفتاح على الخبرة، الطيبة ويقظة الضمير. (خرنوب، 2015، ص293)

وبما أن نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية يعد من أهم النماذج التي فسرت الشخصية وأحدثها.(العواد، 2015، ص113) فسنورد فيما يلي العوامل الخمسة الرئيسية و وفقا لنموذج كوستا و ماكري The big five personality traits Model (OCEAN Model) التي تعد إختصارا للأحرف الأولى من العوامل الخمسة .

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

### 1-2/ العصابية Neuroticism (N): ويعكس هذا العامل الميل إلى الأفكار والمشاعر السلبية

أو الحزينة، فالدرجة المرتفعة تدل على أن الأفراد يتميزون بالعصابية فهم أكثر عرضة لعدم الأمان والأحزان، بينما تدل الدرجة المنخفضة على أن الأفراد يميزون بالإستقرار الإنفعالي، وأكثر مرونة وأقل عرضة للأحزان وعدم الأمان. (العنزي والأنصاري، 2018، ص83)، وعامل العصابية قد ظهر مبكرا في دراسات الشخصية مثل دراسة كاتل، والعصابية هي الصفحة المجردة التي تميز الأعصبة، فالمرتفعين درجاتهم في هذا البعد وكما أشرنا سابقا يميلون إلى المبالغة في إستجاباتهم الإنفعالية ولديهم صعوبة في العودة إلى الحالة السوية بعد مرورهم بالخبرات الإنفعالية ويصف كل من كوستا وماكري (Costa & McCrae) أن الشخص العصبي بأنه شخص لديه خبرات غضب عالية وإشمئزاز وحزن وإرتباك وإنفعالات سالبة، وأن عامل العصابية يتشابه مع عدم الإلتزان الإنفعالي، فالأفراد الذين يقعون عند طرف بعد العصابية يميلون للتعرض للقلق ويسهل إستثارتهم، ويحتمل أن يشكوا من الصداع و الأرق وفقدان الشهية، على الرغم من زيادة إحتمال تعرضهم للإضطرابات العصابية في ظل الظروف الضاغطة المتكررة، والعصابية بنية أولية، وليست مجرد جملة من الأعراض، وهي مشتقة من إستثارة الجهاز العصبي المستقل، وسلوك العصابي ليس واضحا كالإنبساطي، كما أنها عامل ثنائي القطب يقابل بين مظاهر حس التوافق والنضج أو الثبات الإنفعالي وبين إختلال هذا التوافق، والعصابية ليست العصاب بل الإستعداد للإصابة به عند توفر شروط العصاب، أي عندما يتعرض الإنسان لضغوط ومواقف حياتية عصبية. (نيب، 2013، ص485) ولعامل العصابية ستة أوجه حددها كوستا وماكري (Costa & McCrae) سنة 1992 نوردها في الجدول التالي:

الجدول رقم (16) : يوضح السمات الستة المميزة لعامل العصابية ومستوياتها لدى Costa &

#### McCrae

السمات الستة لعامل العصابية	مرن (N-)	معتدل (N)	إنفعالي (N+)
القلق	أكثر هدوءا	قلق / هادئ	أكثر قلقا
العدوانية الغاضبة	بطئ الغضب	بعض الغضب	سريع الغضب
التثبيط و الإكتئاب	نادرا ما يحزن	يحزن أحيانا	حزين في كثير من الأحيان
لوم الذات	نادرا ما يشعر بالإحراج	يحرج أحيانا	يسهل إحراجه
الإندفاعية	نادرا ما يستسلم	يستسلم أحيانا	يسهل إستثارته
التعصب و الجروحية	مقاومة الضغوط	بعض الضغوط	صعوبة تحمل الضغوط

(Howard & Howard, 1995, p 11)

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

### 2/ الإنبساطية **Extraversion** : الإنبساطية هي مجموع السمات الشخصية التي تركز على كمية

وقوة العلاقات والتفاعلات الشخصية والمخالطة الإجتماعية والسيطرة. (السهلي، 2016، ص27)

وهي أحد العوامل الأساسية في الشخصية التي تبرز توجهها إيجابيا لدى الفرد نحو الحياة ومقدرة على توكيد الذات، والعمل بحزم ونشاط و حيوية ، والتمكن من التواصل الإيجابي، و إنشاء علاقات ودية حميمية و دافئة مع الآخرين، الأمر الذي ينعكس إيجابيا على إنجازاته وصحته النفسية. (خرنوب، 2015، ص293)

فكما حدد كوستا و ماكي (Costa & McCrae) فالأشخاص المنبسطين هم أشخاص إجتماعيون نشطون يسعون إلى الإثارة، في المقابل توجد الإنطوائية التي يتصف أفرادها بغياب وإنخفاض في وتيرة العلاقات الإجتماعية، والهدوء، التحفظ والإعتماد على الذات . ( Dale &Harrison , 2017, p 13 ) ولعامل الإنبساطية ستة أوجه حددها كوستا و ماكري (Costa & McCrae) سنة 1992 نوردتها في الجدول التالي:

### الجدول رقم (17) : يوضح السمات الستة المميزة لعامل الإنبساطية ومستوياتها لدى Costa &

#### McCrae

السمات الستة لعامل الإنبساطية	إنطوائي (E-)	متكافئ (E)	إنبساطي (E+)
الدفء أو المودة	متحفظ	يقظ	ودي
النزعة الإجتماعية (العشرة و الألفة)	يفضل الوحدة	الوحدة / الإختلاط	يفضل المشاركة
توكيد الذات	البقاء في المؤخرة	في المقدمة	القيادة
النشاط	متروي	بين التروي و النشاط	نشط و مفعم بالحيوية
البحث عن الإثارة	قليل الحاجة للإثارة	أحيانا ما يحتاج للإثارة	يشتهي الإثارة ويتوق لها
الإنفعالات الإيجابية	نادرا ما يندفع	متوسط الحيوية و الإندفاعية	مرح و متفائل

(Howard & Howard, 1995, p 11)

### 3/ الإنفتاح على الخبرة **Openness to Experience**: وتعني النضج العقلي والإهتمام بالثقافة،

والتفوق، وحب الإستطلاع وسرعة البديهة، و السيطرة والطموح والمنافسة، والدرجة المرتفعة تدل على أن

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

الأفراد خياليون، إبتكاريون، يبحثون عن المعلومات بأنفسهم، بينما تدل الدرجة المنخفضة على أن الأفراد يولون إهتماما أقل بالفن، وأنهم عمليون في الطبيعة. (عبد الجواد ، د.س، ص91)

وقد حدد كل من كوستا و ماكري (Costa & McCrae) السمات المميزة لهذا العامل و الممثلة في: الخيال، النشاط، الجماليات، القيم والأفكار الجديدة (الفضول الفكري)، أما الذين يسجلون إنخفاضا في هذا البعد يظهرن السلوك التقليدي والمحافظ ويحبون المؤلف، ويتجاهلون الأحاسيس والمشاعر. (Bruck & Allen, 2003, p462)

ولعامل الإنفتاح على الخبرة ستة أوجه حددها كوستا و ماكري (Costa & McCrae) سنة 1992 نوردتها في الجدول التالي:

الجدول رقم (18) : يوضح السمات الستة المميزة لعامل الإنفتاح على الخبرة ومستوياتها لدى

### Costa & McCrae

السمات الستة لعامل الإنفتاح على الخبرة	متحفظ (O-)	معتدل (O)	منفتح (O+)
الخيال	هنا و الآن	خيالي أحيانا	حالم
الجماليات	غير مهتم بالفن	متوسط الإهتمام بالفن	محب للفن
المشاعر	يتجاهل المشاعر	يتقبل المشاعر	يهتم ويقدر كافة المشاعر و الأحاسيس
الأفعال	يحب المؤلف	يجمع ما بين المؤلف و الجديد و المنوع	يحب التنوع و التجديد
الأفكار	التفكير الضيق	متوسط الفضول و الإهتمام	الفضول و الإهتمام الفكري الواسع
القيم	التحفظ	معتدل	منفتح للقيم الجديدة

(Howard & Howard, 1995, p11)

### 4/ الطيبة (المرغوبة الإجتماعية) Agreeableness :

وهي الميل إلى الثقة والمسايرة والرعاية وبراغي مشاعر الآخرين، وكريم ومعطاء معتدل ولطيف، وهؤلاء الأفراد لديهم نظرة متفائلة عن الطبيعة البشرية، وهم متعاطون مع الآخرين ولديهم رغبة في المساعدة وهم مقبولين اجتماعيا. (الدبابي وآخرون، 2019، ص51)

حيث يعكس هذا العامل كيفية التفاعل مع الآخرين، فالدرجة المرتفعة تدل على أن الأفراد يكونون أهل للثقة، ويتميزون بالود والتعاون والإيثار ويحترمون مشاعر وعادات الآخرين، بينما تدل الدرجة المنخفضة

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

على العدوانية وعدم التعاون، وقد حدد كوستا وماكري (Costa & McCrae) السمات المميزة للمرجعية الإجتماعية (الطيبة) في: الثقة، الإستقامة، الإثارة، الإذعان، التواضع والمرونة أو الإعتدال في الرأي. (الأنصاري وسليمان، 2014، ص 106)

ولعامل الطيبة ستة أوجه حددها كوستا وماكري (Costa & McCrae) سنة 1992 نوردتها في الجدول التالي:

الجدول رقم (19) : يوضح السمات الستة المميزة لعامل الطيبة ومستوياتها لدى Costa & McCrae

السمات الستة لعامل الطيبة	متحدي (A-)	مفاوض (A)	متكيف (A+)
الثقة	مشكك	الحذر	يثق في الآخرين
الإستقامة	حذر	لبق	صريح
الإيثارة	غير مشارك	على إستعداد لمساعدة الآخرين	حريص على تقديم المساعدة
الإذعان أو القبول	عدواني	ودود	يذعن للصراع
التواضع	يشعر بالتميز و التفوق (متعالي)	متكافئ	متواضع
معتدل الرأي	واقعي و عقلاني	مستجيب	مرن و متعاطف

(Howard & Howard,1995, p11)

### 5/ يقظة الضمير Conscientiousness :

المتأمل لمكونات هذا العامل يلاحظ أن هناك تداخل بين مكوناته ومكونات عاملي الطيبة والعصابية، ويقظة الضمير مصطلح يشير إلى المسابرة والتحكم في الإندفاعات. (ذيب، 2013، ص 489) ولعل أهم السمات المميزة لهذا العامل تتمثل في: سلوك هادف (موجه نحو الهدف)، مصمم، التصرف بإخلاص، الإنبساط الذاتي، إتباع القوانين والقواعد، التخطيط و التنظيم. (Zaidi et al., 2013, p1346)

كما يعتقد الباحثون أن يقظة الضمير تتسم أيضا بالكفاءة والنظام والسعي إلى تحقيق الأهداف

والإنبساط الذاتي والتروي. ( Pourmazaherian et al., 2017, p50)

فالشخص المتفاني له هدف وإرادة قوية واضحة، ويتجلى التفاني في التوجه للإنجاز والمسؤولية والحذر والنظام، ويجب الأخذ في عين الإعتبار أن الدرجة العالية في التفاني قد تؤدي إلى الحساسية الإنفعالية والدقة القهرية والجدية الشديدة في العمل، كما أن الدرجة المنخفضة فيه لا تعني بالضرورة غياب



## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

المبادئ الأخلاقية ولكن أقل حرصاً على تطبيقها. (عبد الكريم و مبارك، 2016، ص319)

ولعامل يقظة الضمير ستة أوجه حددها كوستا و ماكري (Costa & McCrae) سنة 1992 نوردها

في الجدول التالي:

الجدول رقم (20) : يوضح السمات الستة المميزة لعامل يقظة الضمير ومستوياتها لدى Costa &

### McCrae

مركز (C+)	معتدل (C)	مرن (C-)	السمات الستة لعامل يقظة الضمير
يشعر بأنه قادر وفعال	مستعد	غير مستعد	المهارة و الكفاءة
منظم بشكل جيد	منظم قليلا	غير منظم	النظام
ضمير قوي	يغطي الأولويات	غير مهتم بالالتزامات	الإلتزام بالواجبات
السعي القوي و المكافحة في تحقيق النجاح	جاد في تحقيق النجاح	حاجة قليلة لتحقيق النجاح	المناضلة في سبيل الإنجاز
يركز على العمل	مزيج من العمل و اللعب	متشنتت وغير مكترث	ضبط الذات
التفكير المتأنى و الدقيق	التفكير الرصين	غير مركز	التروي و التأنى

(Howard & Howard,1995, p11)

وفيما يلي سنعرض السمات النموذجية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية والتي حددها كل من كوستا

وماكري (Costa & McCrae, 1992) والتي تلخص الجداول السابقة .

الجدول رقم (21) : يوضح عوامل الشخصية الكبرى والسمات المميزة لها

العوامل	السمات المميزة لها
العصابية Neuroticism	- القلق Anxiety: الخوف، النرفزة، الهم والإنتشغال، الخوف، سرعة التهيج. - العدوانية الغاضبة Hostility Anger: حالة الغضب الناتجة عن الإحباطات. - الإكتئاب Depression: إنفعالي، منقبض أكثر منه مرح ويؤدي ذلك إلى الهم والكرب والقلق والانفعالية الدائمة والحالة المزاجية القابلة للتغير. - الشعور بالذات Self-consciousness: الشعور بالإثم والحرص والخجل

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

<p>والقلق الاجتماعي الناتج عن عدم الظهور أمام الآخرين في صورة مقبولة.</p> <p>- <b>الإندفاع Impulsiveness</b>: عدم القدرة على ضبط الدوافع وفيه يشعر الفرد بالتوتر والقلق وسرعة الإستثارة.</p> <p>- <b>التعصب Stress والحساسية Vulnerability</b> : عدم قدرة الفرد على تحمل الضغوط، وبالتالي يشعر الفرد بالعجز أو اليأس و الإتكال وعدم القدرة على إتخاذ القرارات في المواقف الضاغطة.</p>	
<p>- <b>الدفء أو المودة Warmth</b>: ودود، حسن المعشر، لطيف، يميل إلى الصداقة .</p> <p>- <b>الإجتماعية Gregariousness</b>: يحب الحفلات، له أصدقاء كثيرون، يحتاج إلى أناس حوله، يتحدث معهم، يسعى وراء الإثارة، يتصرف بسرعة دون تردد.</p> <p>- <b>توكيد الذات Assertiveness</b> : حب السيطرة والسيادة والخشونة وحب التنافس وكذلك الزعامة، يتكلم دون تردد، واثق من نفسه مؤكد لها.</p> <p>- <b>النشاط Activity</b>: الحيوية وسرعة الحركة وسريع في العمل محب له، وأحياناً ما يكون مندفعاً.</p> <p>- <b>البحث عن الإثارة Excitment- Seeking</b>: مغرم بالبحث عن المواقف المثيرة الإستنزائية ويحب الألوان الساطعة والأماكن المزدحمة أو الصاخبة</p> <p>- <b>الإنفعالات الإيجابية Positive Emotions</b> : الشعور بالبهجة والسعادة والحب والمتعة وسرعة الضحك .</p>	<p><b>الإنبساطية Extraversion</b></p>
<p>- <b>الخيال Fantasy</b> : لديه تصورات قوية وكثيرة وحياة مفعمة بالخيال، عنده أحلام كثيرة وطموحات غريبة، كثرة أحلام اليقظة ليس هروبا من الواقع وإنما بهدف توفير بيئة تناسب خيالاته، ويعتقد بأن هذه الخيالات تشكل جزءاً مهماً في حياتهم وتساعد على البقاء والإستمتاع بالحياة.</p> <p>- <b>المشاعر Feelings</b> : التعبير عن الحالات النفسية أو الإنفعالات بشكل أقوى من الآخرين، والتطرف، في هذه الحالة حيث يشعر الفرد بقمة السعادة ثم ينتقل فجأة إلى قمة الحزن، كما تظهر عليه علامات الإنفعالات الخارجية، كالمظاهر الفيزيولوجية، المصاحبة للإنفعال في</p>	<p><b>الخبرة على الانفتاح Openness</b></p>

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

<p>أقل المواقف الضاغطة أو المفاجئة.</p> <p>- <b>الأفعال Actions</b>: الرغبة في تجديد الأنشطة والإهتمامات والذهاب إلى أماكن لم يسبق زيارتها في السابق، ويحب أن يجرب وجبات جديدة وغريبة من الطعام والرغبة في التخلص من "الروتين اليومي والمغامرة".</p> <p>- <b>الأفكار Ideas</b>: الإنفتاح العقلي والفتنة وعدم الجمود والتجديد أو الابتكار في الأفكار والدهاء .</p> <p>- <b>القيم Values</b>: الميل لإعادة النظر في القيم الإجتماعية والسياسية والدينية، فالفرد المتفتح للقيم نجده يؤكد القيم التي يعتمقها ويناضل من أجلها على حين نجد العكس بالنسبة للفرد غير المتفتح للقيم فإنه مساير للأحزاب السياسية على سبيل المثال ويقبل جميع التشريعات التقليدية.</p> <p>- <b>الجمال beauty</b>: محب للفن والأدب، متحمس، يقدر الشعر والموسيقى، يتذوق الفن وليس بالضرورة أن يمتلك موهبة فنية.</p>	
<p>- <b>الثقة trust</b>: يشعر بالثقة تجاه الآخرين، واثق من نفسه، جذاب من الناحية الإجتماعية، غير متمركز حول ذاته، يثق في نوايا الآخرين.</p> <p>- <b>الإستقامة Straightforwardness</b>: مخلص، مباشر، صريح، مبدع جذاب.</p> <p>- <b>الإيثار Altruism</b>: حب الغير والرغبة في مساعدة الآخرين، متعاون، المشاركة الوجدانية في السراء والضراء مع الآخرين.</p> <p>- <b>الإذعان أو القبول Compliance</b>: قمع المشاعر العدوانية والعفو والنسيان تجاه المعتدين، والإعتداد واللفظ، والتروي في المعاملة مع الغير أثناء الصراعات.</p> <p>- <b>التواضع Modesty</b>: متواضع غير متكبر، لا يتنافس مع الآخرين.</p> <p>- <b>معتدل الرأي Tender- Mindedness</b>: متعاطف مع الآخرين ومعين لهم ويدافع عن حقوق الآخرين وبالذات الحقوق الإجتماعية أو السياسية.</p>	<p>الطيبة <b>Agreeableness</b></p>
<p>- <b>الإقتدار أو الكفاءة Competences</b>: بارع، كفء، مدرك، متبصر أو حكيم، ويتصرف بحكمة مع المواقف الحياتية المختلفة.</p> <p>- <b>منظم Order</b>: مرتب، مهذب، أنيق، يضع الأشياء في مواضعها الصحيحة.</p> <p>- <b>ملتزم بالواجبات Dutifulness</b>: ملتزم لما يمليه ضميره ويتقيد بالقيم الأخلاقية بصرامة</p>	<p>يقظة الضمير <b>Consciousness</b></p>

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

- **مناضل في سبيل الإنجاز Achievement striving**: مكافح، طموح، مثابر، مجتهد، ذو أهداف محددة في الحياة، مخطط، جاد.
- **ضبط الذات Self- Discipline**: القدرة على البدء في عمل ما أو مهمة ومن ثم الإستمرار حتى إنجازها دون الإصابة بالكلل أو الملل، القدرة على التدعيم الذاتي من أجل انجاز الأعمال دون الحاجة إلى التشجيع من قبل الآخرين.
- **التأني أو الروية Delibration** : النزعة إلى التفكير قبل القيام بأي فعل ولذلك يتسم الفرد بالحذر والحرص واليقظة والتروي قبل إتخاذ القرار أو القيام بأي فعل.

(الأنصاري، 2002، ص ص 712-715)

ومن خلال ما جاء من تعاريف تخص العوامل الخمسة الكبرى للشخصية و سماتها، نصل بأنه مفهوم مركب؛ و هذا لأنه يشمل على عدة سمات من الشخصية تتجمع في مجموعات فتشكل كل منها عاملا، فهو نموذج يصف الشخصية وصفا مفصلا ومختصرا في الوقت ذاته، من خلال إختصاره وتجميعه لسمات ألبورت و إيزنك و عوامل كاتل في مجموعات كبرى منفصلة، وهذا ما يؤكد أهميته البحثية في دراسة الشخصية، من خلال وصفه لتركيب الشخصية في إطار نظري محدد ومنظم ، كما يعد مرجعا أساسيا ومهما في تفسير الفروق الفردية في أبعاد الشخصية، وبالتالي يمكن أن نعرف العوامل الخمسة الكبرى للشخصية؛ بأنها ذلك النموذج الذي يشتمل على خمسة تجمعات أساسية أو أبعاد لأبرز سمات الشخصية و أهمها، وكل بعد فيها يلخص مجموعة كبيرة من سمات الشخصية، وتتمثل هذه الأبعاد في: الإنبساطية والعصابية والإنفتاح على الخبرة والطيبة (المرغوبية الإجتماعية) ويقظة الضمير، و من خلال كل ما تقدم نصل إلى نقطة مفادها أن تعريف العوامل الخمسة الكبرى للشخصية هو الصورة المختصرة و المرآة العاكسة لمفهوم الشخصية؛ فكما ورد في معظم تعاريفها على أنها مجموعة من السمات المنظمة داخل الفرد والتي تمكنه من التكيف مع بيئته، فقد جاء نموذج العوامل الخمسة ليوضح هذه السمات محددًا إيها في خمسة عوامل منها لها دور كبير في شخصية الفرد .

### 2-3/ قياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية :

تنوعت مقاييس دراسة الشخصية بتنوع الباحثين والعلماء الذين خاضوا في دراستها، ولعل من بين أهم المقاييس التي قاست الشخصية وقامت بتحديدتها بشكل دقيق و بوجه جديد، هي المقاييس أو القوائم

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

التي تستند على نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، التي تنوعت و تميزت بتنوع رواد هذا النموذج، أشهر هذه القوائم هي :

### **The (NEO-FFI-S) Personality /1-3-2 قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية : 1992 Inventory**

قدم كوستا و ماكري (Costa & McCrae) هذا النموذج سنة 1985، وبدءا بتطوير هذا النموذج بثلاثة عوامل هي العصابية، الإنبساطية والإفتتاح على الخبرة، وذلك إستنادا على تحليل إختبار كاتل للشخصية (عوامل الشخصية الستة عشر PF16)، وفي وقت لاحق تم إضافة عاملان للمقياس هما الطيبة (المقبولية) و يقظة الضمير، وأطلق على هذا المقياس إسم إستخبار الشخصية المنقح للعصابية والإنبساطية والإفتتاح على الخبرة The Revise Neuroticism Extraversion and Openness Personality Inventory (NEO – PI-R) والذي يتكون يتكون من 180 بند عن طريق التحليل العاملي، كما قاما بتطوير قائمة من الصفات التي تقيس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية والتي إشتقت أساسا من قائمة جولدبرج (Goldberg) للصفات ثنائية القطب، ويتكون من أربعين صفة أضافا إليها ضعف العديد من الصفات فأصبحت القائمة المعدلة تحتوي على ثمانين صفة حيث إستخرجا من هذه القائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، وذلك من خلال طرق التقدير الذاتي و تقدير الملاحظين، ثم نشرا بعد ذلك قائمة العوامل الخمسة (NEO-FFI-S) في أصلها الإنجليزي كوستا و ماكري سنة 1989 ثم صدرت الصيغة الثانية لنفس القائمة لكوستا و ماكري سنة 1992. (ذيب، 2013، ص492)

وتعد قائمة كوستا و ماكري (Costa & McCrae) للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية (NEO-FFI-S) أول أداة موضوعية تهدف إلى قياس العوامل الأساسية الكبرى للشخصية بواسطة مجموعة من البنود (60 بندا)، تم إستخراجها عن طريق التحليل العاملي لوعاء بنود مشتقة من عديد من إستخبارات الشخصية، وتختلف هذه القائمة عن القوائم الأخرى التي تهدف إلى قياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، في أن الأخيرة إعتمدت أساسا على منهج المفردات اللغوية المشتقة من معاجم اللغة، في حين إعتمدت هذه القائمة على منهج الإستخبارات التي تعتمد على عبارات في قياسها للشخصية، وتشمل هذه القائمة على خمسة مقاييس فرعية هي العصابية، الإنبساطية، الإفتتاح على الخبرة، الطيبة ويقظة الضمير، ويضم كل مقياس فرعي 12 عبارة، يجاب عن كل منها بإختيار بديل من خمسة، وقد ورد في دليل التعليمات تأثير كل من العمر والجنس والمستوى التعليمي في درجات المقاييس، فوجد أن النساء أكثر عصابية من الرجال، كما وجد أن العصابية والإنبساطية والإفتتاح على الخبرة (الصفاءة) تتناقص مع

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

تقد العمر، في حين تزيد الطيبة ويقظة الضمير مع تقدم العمر، وقد برهن الباحثان على وجود علاقة طردية بين المستوى التعليمي والانفتاح على الخبرة (الصفاءة). (الأنصاري، 2002، ص ص 710-711) و تعد قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية التي أعدها كوستا و ماكري 1992 أشهر دوات قياس العوامل الخمسة في العالم. (محمد، 2011، ص 317)

### 2-3-2/ قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لـ جولدبرغ (Goldberg):

وضع هذا المقياس جولدبرج عام 1992 و يتكون من 100 بند و لكل عامل من العوامل الخمسة 20 بندا ويعتمد هذا المقياس على منهج للمفردات اللغوية المشتقة من معاجم اللغة. (ذيب، 2013، ص 493) وفي سنة 1999 أعد جولدبرغ (Goldberg) قائمة تتكون من 50 عبارة لقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بواقع (10) عبارات لكل عامل: (الطيبة، الضمير الحي، الإنبساطية، العصابية والانفتاح على الخبرة) ، وهي نوع من التقرير الذاتي يجيب عنها الأفراد في ضوء مقياس خماسي التدرج (لا تنطبق على الإطلاق . تنطبق على قليلا . تنطبق على أحيانا . تنطبق على كثيرا . تنطبق على تماما) وتعطى الدرجات (1-2-3-4-5) في حالة العبارات الموجبة والعكس في حالة العبارات السالبة. (أبو هاشم، 2007، ص 249)

### 2-3-3/ المقاييس العربية المعروفة و التي تقيس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية :

وقام الأنصاري سنة 1997 بترجمة قائمة (NEO-FFI-S) (صورة 1992 المكونة من 60 فقرة) إلى اللغة العربية، وعرضها على متخصصين في علم النفس، واللغة الإنجليزية للتأكد من سلامة الترجمة، وطبقها على عينات مختلفة (طلاب جامعة ، موظفين ) من المجتمع الكويتي يبلغ حجمها 3789 فردا، وأوصى بإجراء المزيد من الدراسات لإعادة التحقيق من المعالم السيكومترية للقائمة، وتركيبها العملي بالنسبة للمجتمع العربي. (كاظم، 2002، ص 27)

وطور كاظم قائمة لقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لكن في بيئة عربية واحدة سنة 2001 وهي البيئة الليبية. (محمد، 2011، ص 317)، حيث أجرى دراسته هذه في ليبيا على طلبة قاريونس، وإختار منهم عينة بلغت 1053 طالب وطالبة. (سعيد، 2016، ص 63)، وقد توصلت الدراسة إلى أن نموذج العوامل الخمسة يتمتع بالصدق والثبات، كما كشف التحليل العملي عن وجود خمسة عوامل للشخصية. (محيسن، 2013، ص 06)

إنطلاقا لما تقدم، يوضح لنا هذا العنصر أهم المقاييس و القوائم الخاصة بنموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية والتي أثبتت فعاليتها في قياس الشخصية، وتعتبر قائمة كوستا و ماكري أول أداة

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

موضوعية، تميزت بصدقها و ثباتها، وقدرتها على قياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية من وجهة نظر الكثير من العلماء والباحثين، بالإضافة إلى قائمة جولديبرغ التي ساهمت هي الأخرى في قياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وأثبتت موضوعيتها في قياس الشخصية، أما فيما يتعلق بالمقاييس العربية التي درست الشخصية إنطلاقاً من نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، فيعتبر الأنصاري من الأوائل الذين عربوا قائمة كوستا و ماكري نسخة 1992 وقنوها في المجتمع الكويتي، وقد أثبتت أيضاً النسخة المعربة للأنصاري موضوعيتها و شموليتها في قياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وحتى القوائم المذكورة أعلاه في المجتمع العربي ككل .

### 2-4/ شمولية العوامل الخمسة الكبرى للشخصية و عموميتها عبر الثقافات:

يبدو أن نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية يرقى إلى مرتبة النظرية النفسية، حيث تتوافر للنموذج معظم معايير وشروط النظرية الجيدة، فالنموذج يتصف بالملائمة ولا يتعارض مع نظريات مقبولة في الوقت الراهن، يتضمن نوعاً من التصنيف العلمي، قابل للتطبيق العملي، كما يتصف النموذج بالعالمية، ولقد أصبح من المعروف حديثاً أن نموذج العوامل الخمسة الكبرى يتلاءم مع النظريات النفسية المعروفة وليس فقط النظريات المتعلقة بالتحليل العاملي، فعلى سبيل المثال، وهي محاولة من جانب بعض الباحثين لسد الفجوة بين نموذج العوامل الخمسة الكبرى ونظريات فرويد (Freud) في التحليل النفسي أوضحت النتائج؛ إرتباط مفهوم الأنا Ego عند فرويد (Freud) بنموذج العوامل الخمسة الكبرى، كما إتضح من أحد التجارب التي أجراها هواي ووييز (Huey & Weisz, 1997) والتي ركزت على بعدين من أبعاد الشخصية هما مرونة الأنا (Ego Resiliency)، وضبط الأنا (Ego Control) لدى المراهقين الذكور، وأن مرونة الأنا تعكس جزئياً كل عامل من العوامل الخمسة، بينما يعكس ضبط الأنا إنبساط مرتفع، طيبة ويقظة ضمير أقل، ولذلك يعد الإرتباط بين عوامل نظرية فرويد (Freud) في التحليل النفسي (المعرفة بقابليتها للتطبيق العملي) والعوامل الخمسة الكبرى برهاناً على ملائمة النموذج (الموافي وراضي، 2006، ص 03).

و بالرغم من أن نموذج العوامل الخمسة قد تم إكتشافه من قبل باحثين أمريكيين بإستخدام أدوات مرتكزة على مصطلحات السمات باللغة الإنجليزية، إلا أن محاولات عديدة أجريت لتقييم قابلية تعميم هذا النموذج عبر الثقافات (محيسن، 2013، ص 393).

وقد نجح بالفعل عدد من الباحثين في التحقق من صدق نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية عبر الثقافات واللغات المختلفة، مثل الثقافة: البلغارية، الصينية، الكرواتية، الدنمركية، الهولندية، الفنلندية،

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

الفرنسية، الألمانية، اليونانية، العبرية، الهنغارية، الإيسلندية، الأندونيسية، الإيطالية، اليابانية، الكورية، الليتوانية، الماليزية، النرويجية والروسية ... ، كما تم التحقق من صدق نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية من خلال دراسات عربية منها: الأنصاري 1997 ، كاظم 2001 ، أبو هاشم 2007 ، الرويتع 2007 . (الأحمدي، 2013، ص946)

كما قد قدمت الدراسات العديد من الأدلة على صدق نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى الأطفال و المراهقين، وكما أوضحت الدراسات صدق النموذج عبر عدد كبير من اللغات، وأصبحت النتائج في هذا المجال معززة لفكرة اللغة العالمية في الشخصية. (محمد، 2011، ص 316) وهذا ما يؤكد شمولية نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية و عالميتها.

لكن هناك من له رأي مخالف في شمولية العوامل الخمسة وعالميتها حيث يرى ترايدنز وساه (Triandis& Suh) أن هناك ثلاث أو أربع عوامل قد أثبتت عالميتها و ظهورها الدائم في جميع الثقافات، إلا أن عامل الإنفتاح على الخبرة لم يتم تحديده بوضوح أو ظهوره في الثقافات. (Triandis& Suh, 2002, p151)

وفي هذا الصدد وجد أن هناك فشل في إيجاد نفس العوامل، مما يدل على الأرجح أن تلك العوامل قد تكون غائبة في بعض الثقافات، و يشير شونغ و لونغ أنه عند دراسة العوامل الخمسة يجب وضع جانبين في الاعتبار:

➤ أولاً: الحقيقة التي مفادها أن العوامل الخمسة شاملة لا يعني بالضرورة أنه لا يوجد عوامل شخصية إضافية خاصة بثقافات الآخرين .

ثانياً: عندما يتم تطبيق لإستبيان الشخصية المعدل فإن جميع العوامل قد لا تكون مهمة، فعلى سبيل المثال؛ الفروق الفردية في الإنفتاح على الخبرة قد يكون لها نتيجة قليلة في الثقافات التقليدية، حيث خيارات الحياة محدودة جداً . (جبر، 2012، ص23)

ومع ذلك يبقى نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، يعد على أنه من أهم النماذج التي طرحت لوصف الشخصية وتفسيرها، وذلك لشموله على وصف وتصنيف العديد من المصطلحات والمفردات التي تصف وتصنف سمات الشخصية التي تميز الأفراد، وتصف الفروق الفردية في الشخصية. (الأحمدي، 2013، ص947)

وبذلك يعد نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية من أهم التصنيفات في وقتنا الحاضر في دراسة ووصف جوانب متعددة للشخصية، وتحديدها لدى الإنسان بشكل ملائم، لتحديد الإضطرابات و معالجتها



## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

ولتحسين الفهم العام للشخصية فضلا عن ذلك فإنه يقدم نموذجا يتصف بالثبات العالي والشمولية، كما يتصف بالأصالة من حيث إعماده في دراسات كثيرة عبر حضارات متعددة ومواقف مختلفة. (السلطان والسبعوي، 2012، ص363)

وبذلك يعد مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية من المقاييس العالمية، ذلك أن هذه العوامل التي تم تحديدها في العديد من الثقافات واللغات تقدم مزيدا من عالمية هذه العامل بصرف النظر عن أصولها الإنجليزية، حتى أنه غدا النموذج المهيمن في علم نفس الشخصية، لأنه يظهر باستمرار عبر الثقافات المختلفة، وهذا مؤشر على عالميته. (سعيد، 2016، ص64)

من خلال ما تقدم، نصل إلى فكرة مفادها إلى أن نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية قد أثبت شموليته وموضوعيته في كل المجتمعات والبيئات والثقافات مختلفة التي قننت وإشتقت معاييرها منها، وهذا ما يؤكد لنا عالمية هذا النموذج وأهميته وسيطرته في ما يتعلق بقياس الشخصية، وما ساهم في إنتشار هذا النموذج؛ هو ترجمته إلى عدة لغات متعددة وكثيرة، بالإضافة إلى لغته البسيطة والسهلة والمفهومة و الشائعة بين جميع الأفراد، بالإضافة إلى قدرة هذا النموذج إلى تجميع العديد من السمات والخصائص الكثيرة والمكونة للشخصية في خمسة أبعاد أساسية، يشترك فيها جميع الأفراد.

### 2-5/ مزايا و مأخذ على نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية:

يعد نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية من أكثر النماذج التي تناولتها ميادين علم النفس المختلفة والمتنوعة في دراسة الفروق الفردية، وهذا لأنه من أوسع نماذج الشخصية وأكثرها إنتشارا ولهذا النموذج مزايا ومأخذ سنوردها فيما يلي:

#### 2-5-1/ مزايا العوامل الخمسة الكبرى للشخصية :

تمتاز العوامل الخمسة الكبرى عن ما توصل إليه كاتل و جليفورد وإيزنك وغيرهم، بشموليتها لوصف الشخصية، و إحتوائها على أعداد كبيرة من السمات الشخصية للأفراد، وأثبتت نتائج الدراسات التي أجريت بهدف إستخراج العوامل الخمسة الكبرى، توافر بناء عام لأبعاد الشخصية على المقاييس الخاصة بهذه العوامل التي إمتازت بدرجة كبيرة من الصدق و الثبات، كما أن العوامل الخمسة الكبرى إعتمدت في بنائها لغة مبسطة و مفهومة لدى الناس بصورة عامة، فقد تضمنت أعدادا كبيرة من السمات المألوفة والمتداولة في اللغة المستخدمة في التعامل اليومي بين الناس. (العواد، 2015، ص117)

وفي هذا الصدد يقدم كل من كوستا وماكري، أربعة براهين لمصلحة هذا النموذج؛ ففي المقام الأول بينت دراسات طولية أنجزت من قبل العديد من الملاحظين، أن العوامل الخمسة تشكل إستعدادات حقيقية

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

للتصرف بطريقة نوعية في ظل وضعيات معينة، ثانيا تتواجد العوامل الخمسة في اللغة المتداولة والإستمارات الرئيسية للشخصية؛ وثالثا تتواجد هذه العوامل في مختلف الثقافات ولا تتأثر بالسن والجنس. في المقام الأخير لهذه العوامل أساس بيولوجي، ثم إن نموذج العوامل الخمسة يعتبر كونيا. (غريب، 2017، ص ص 221-222) و هو يسهل الإتصال بين الباحثين من توجهات كثيرة ومختلفة، فهو شامل يقدم قاعدة للكشف النظامي عن العلاقات بين الشخصية والظواهر الأخرى، وهو كفاء يقدم و صفا عاما للشخصية عن طريق خمس درجات فقط، وبدون نموذج شامل تصبح الدراسات التي تستخدم سمات الشخصية كمنبئات ليست قاطعة أو جازمة، إذ تكون معظم السمات المناسبة قد تم إغفالها، وذلك غير وارد الحدوث عندما تستخدم دراسة مقاييس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، كما يقدم هذا النموذج وصفا شاملا للعوامل الأساسية المكونة للشخصية، مما يساعد على تقديم تصنيف شامل لإضطرابات الشخصية، مما يجعله يساعد على حل جدل كبير حول بحوث إضطرابات الشخصية، كما أنه يقدم لغة مشتركة لعلماء النفس من خلفيات مختلفة، ويعد ظاهرة أساسية يهتم منظرو الشخصية بتفسيرها، ويعد إطار عملي طبيعي لتنظيم البحث، وموجه لتقييم شامل للأفراد مما يفيد علماء النفس التربوي والصناعي والطبي، ويساعد هذا النموذج أن أبعاده لها منبئات مهمة في فهم السلوك الإنساني، كما يمكن إستخدامه في التنبؤ بإضطرابات الشخصية. (الأنصاري والعلي، 2018، ص 380)

ومن أهم سمات نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية فيما يلي :

- نجاح نموذج العوامل الخمسة في تحديد الأبعاد الرئيسية للشخصية مما يجعله قد يقدم لغة مشتركة لدراسة الشخصية، وشرحا و تفسيريا لهذه الأبعاد في إطار واضح ومنظم .
- يعتبر نموذج العوامل الخمسة إمتدادا لنظريات الشخصية ،حيث أثبت التحليل العملي لعوامل كاتل الستة عشر وجود العوامل الخمسة مما يعتبره البعض نهاية لهذه العوامل الستة عشر، كذلك يتوافق مع نموذج إيزنك حيث يشمل بعد الذهانية كل من (الموافقة ويقظة الضمير) بالإضافة إلى الإنبساطية والعصابية. (الحسيني، 2012، ص 89)
- **الفروق الفردية:** قدرة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية على تحديد الفروق الفردية بين الأشخاص، مما يؤكد ذلك تطبيق هذه العوامل على الأمي والمتعلم و الكبير والصغير، وكذلك إنتشارها بين الثقافات.
- **الثبات و الصدق:** مقاييس هذه العوامل على درجة عالية من الصدق و الثبات كما رهننت العديد من الدراسات.

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

- **سهولة اللغة:** يضم نموذج العوامل الخمسة عددا كبيرا من السمات الشائعة و الدارجة في اللغة والمستخدم في الحياة اليومية مما يجعل النموذج يمتاز بوضوح لدى عامة الناس .
- **الشمولية:** مقارنة بالنظريات السابقة تعتبر هذه النظرية من أفضل النظريات من حيث الوصف والشمولية للشخصية الإنسانية، حيث توفر للدارسين و الباحثين نظاما متكاملًا للبحث في الشخصية.
- **متوسطة المدى:** والمقصود هنا بأنها ليست كثيرة كعوامل كاتل و ليست في نفس الوقت قليلة كعوامل إيزنك.

- تعتمد النظرية على تراث ممتد وله جذوره الراسخة عبر فترة زمنية غير قصيرة.
- يعتبر نموذج العوامل الخمسة ذا فائدة في البحث و التعلم؛ حيث يشير مؤيدو نموذج العوامل الخمسة إلى أن التحليل العاملي يعتبر جسرا مساعدا بين النظريات الإكلينيكية والنظريات السلوكية.(الشمالى،2015، ص ص 59-60)

### 2-5-2/ مآخذ على نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية:

بالرغم من أن نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية يفرض نفسه بقوة في مجال سيكولوجيا الشخصية، إلا أنه في الوقت ذاته يواجه العديد من إنتقادات، تمثلت فيما يلي:

يعد كل من كاتل وإيزنك من أكبر المعارضين لنموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية. حيث يعترض كاتل على نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ويرى وجود أبعاد أساسية للشخصية أكثر بكثير من الأبعاد الخمسة، فحين يؤكد إيزنك على أن العوامل الخمسة كثيرة في عددها، وبالتالي لا بد من تقليصها إلى عدد أقل من الأبعاد، كما يرى أن بعد الطيبة و يقظة الضمير من الأبعاد الخمسة الكبرى التي نتدرج تحت بعد الذهانية. (محيسن، 2013، ص394)

ويرى دارك داودا (Darek Dawda,1997) ، مصطلح الشخصية أوسع من ذلك المشار إليه من قبل المؤيدين لنموذج العوامل الخمسة الجديدة ، فنظرية السمات بصورة عامة ونموذج العوامل الخمسة بصورة خاصة لها مكان محدود في بحوث و نظريات الشخصية، وأن فائدة هذا النموذج محدودة لوصف الفروق الفردية في الخصائص الشاملة لبناء الشخصية أو التنبؤ بالسلوك، وإن مثل هذا النموذج يعالج بصورة طفيفة التنظيم الدينامي لخصائص الشخصية، ونتيجة لذلك فإن نموذج العوامل الخمسة له فائدة قليلة في المجال الإكلينيكي، حيث من الضروري إجراء تقييم للفرد من حيث الشخصية والوضع الإجتماعي بصورة شاملة.(الشمالى، 2015، ص ص 60-61)

و كذلك من بين أهم الإنتقادات الموجهة لهذا النموذج هي :

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

➤ تشير العديد من الكتابات والدراسات إلى أن العوامل الخمسة غير كافية لمعرفة الفروق الفردية في الشخصية، فقد أشار كل من تايموتو و ديجمان ( Taemuto & Digman,1981 )، إلى وجود ستة عوامل بإضافة عامل القيم، الأمانة و الأخلاق كعامل أساسي، ولكن يرى كل من ماكري و جون 1992 أن هذه العوامل لم تظهر في الدراسات التجريبية، كما أن عامل القيم يظهر كعامل يرتبط بجميع العوامل الخمسة ولا يعتبر عاملاً مستقلاً عن الشخصية، بينما أظهر كل من تيلجن و ولار سبعة عوامل حيث أضافا التقويم السالب والتقويم الموجب إلى العوامل الخمسة، لكن يرى كل من ماكري وجون 1992، أن هذين العاملين يمكن إعتبارهما من جوانب مفهوم الذات والذي يرتبط بالعوامل الخمسة، حيث يرتبط المنخفض في تقدير الذات بالعصابية ويرتبط الإهتمام بالذات بكل من الإنبساطية و المنخفض في عامل الطيبة .

➤ يرى بعض الباحثين أنها عوامل كثيرة ولا نحتاجها جميعاً، فقد أظهر زكرمان (Zukerman ،1988) ثلاثة عوامل مثل إيزنك، وأشار ديجمان 1985 إلى وجود عاملين هما الإجتماعية يشمل الطيبة والضمير والعصابية المنخفضة و تحقيق الذات تشمل الإنبساط و النفتح للخبرات و العصابية المنخفضة. (الحسيني، 2012، ص ص 89-90)

إنطلاقاً لما ورد في هذا العنصر، نصل لفكرة مفادها أنه بالرغم من عالمية وشمولية وموضوعية وسهولة وبساطة لغة واستخدام نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإمكانية تطبيقه على كل الفئات العمرية، ودوره الكبير في وصف الشخصية وإختصار سماتها الكثيرة في خمسة عوامل رئيسية، إلا أنه لا يخلو من عيوب يراها فيه الباحثون، خصوصاً فيما يتعلق بتقليصه لسمات الشخصية الكثيرة في خمسة عوامل فقط وإهماله لعوامل أخرى، بإعتبار أنهم يرون أن مفهوم الشخصية أوسع بكثير من خمسة عوامل، وبالتالي عدم قدرته على دراسة الشخصية دراسة شاملة، وهناك من يراه بأنه نموذج مطول ولا بد من إختصاره إلى ثلاثة أبعاد أو عوامل رئيسية، وهناك من يرى أنه لا يقدم فائدة كبيرة فيما يتعلق بالدراسات الإكلينيكية، ومع ذلك يبقى نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية من أهم النماذج التي درست الشخصية وأكثره استخداماً.

### 3/ سمات الشخصية بين المرض وإستراتيجيات التعامل والتأقلم مع الإجهاد:

جرى الحديث عن علاقة إستراتيجيات التعامل (المواجهة) بالشخصية من منظور العلاقة التفاعلية إذ يفترض (Cooper & Payne , 1991) أن هناك علاقة بين إستجابات الضغط النفسي والعوامل النفسية مثل التعامل (المواجهة) والشخصية، و ذلك لأن الفروق الفردية وثيقة الصلة بإستجابات الضغط النفسي

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

لأنها تلعب دور التغيير أو تعديل الطريقة التي يواجه بها الأفراد الحاجات البيئية وتظهر إستجابات التعامل (المواجهة) من خلال التفاعل بين العوامل الحالية للظرف، وبين المزاج الشخصي أو العادات الشخصية للفرد، فلعوامل الشخصية أهمية كبيرة في تحديد قدرة الفرد على التحكم والتعامل مع الضغوط ومواجهتها، ويؤكد (Lazarus, 1993) ضرورة فحص أبعاد الشخصية وسلوكيات التوافق ذلك لأن الطرق و الإستراتيجيات المفضلة للمواجهة تتبع من أبعاد الشخصية، ويؤكد (Parks, 1984) بأن المدى الذي تستخدم فيه أساليب التعامل (المواجهة) والتوافق لا يعتمد فقط على الأحداث التي تمثل بؤرة المواجهة، وإنما أيضا على المحددات البيئية والموارد الشخصية وحاجات الفرد نفسه وقدراته لذلك إتجهت بعض الدراسات لبحث علاقة التعامل (المواجهة) ببعض سمات الشخصية، وتوصلت إلى أن إستراتيجيات التعامل (المواجهة) ترتبط بالسمات الشخصية . (آيت حمودة وآخرون، 2018، ص ص59-61)

حيث أشارت دراسات كل من (Obrien & Delongis, 1996; Penely & Tomaka, 2002; Fickova, 2009; Marnie Barow, 2008; Leandro & Castilo, 2010) إلى أن العصابية إرتبطت بشكل إيجابي بإستراتيجيات التعامل التي تركز على العاطفة مثل: الهروب والتجنب والإستجابات العدائية والتنفيس العاطفي وإستراتيجيات التعامل التي تركز على المشكلات مثل التخطيط بشكل سلبي. ويتنبأ يقظة الضمير بإستراتيجيات التعامل التي تركز على العاطفة، ولا سيما التجنب السلبي وإستراتيجيات التعامل التي تركز على المشكلة مثل العمل المباشر والتخطيط الإيجابي. علاوة على ذلك، إرتبط الإنبساط بشكل إيجابي حسب (Watson & Hubbard, 1996) بإستراتيجيات التعامل التي تركز على العاطفة مثل التجنب السلبي وإستراتيجيات التعامل النشطة والبحث عن الدعم الاجتماعي، أما الإنفتاح على الخبرة حسب (Macrae & Casta, 1986) فإرتبط بشكل إيجابي بإستراتيجيات التعامل التي تركز على العاطفة مثل رد الفعل العدائي والإسترخاء والتقييم المتكرر. من ناحية أخرى، فإن عامل الطيبة حسب (Obrien & Delongis, 1996; Watson & Hubbard, 1996). لها علاقة إيجابية مع إستراتيجيات التعامل التي تركز على العاطفة مثل الدعم الاجتماعي وإعادة التقييم الإيجابي وإستراتيجيات التعامل التي تركز على المشكلات مثل التخطيط. (karimzade & besharat, 2011, p798)

واقترح الباحثون عدة طرق للتفكير في كيفية إرتباط الشخصية بالصحة، ويمكن أن تأخذ هذه النماذج شكل رسوم بيانية للمتغيرات الرئيسية، مع العلاقات السببية بين تلك المتغيرات التي تصورها الأسهم. النماذج مفيدة للباحثين في توجيه تفكيرهم حول متغيرات محددة، وخاصة في التفكير في كيفية تأثير هذه

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

المتغيرات على بعضها البعض (Iebe & Smith, 1997). في معظم النماذج التي سيتم مناقشتها، سيكون متغير واحد . الإجهاد . مهما، والإجهاد هو الشعور الذاتي الناتج عن أحداث لا يمكن السيطرة عليها أو تهديدها، وفي هذا الصدد يوجد نموذج يصف العلاقة بين الشخصية والإجهاد و التأقلم؛ يسمى **بالنموذج التفاعلي** (الشكل 2-1) ويشير هذا النموذج إلى أن الأحداث الموضوعية تحدث للناس ، ولكن عوامل الشخصية تحدد تأثير تلك الأحداث من خلال التأثير على قدرة الناس على التأقلم. في هذا النموذج، للشخصية تأثير على إستجابات التأقلم؛ أي كيفية استجابة الناس للحدث، ويطلق عليه النموذج التفاعلي لأنه يفترض أن الشخصية تؤثر على العلاقات بين الإجهاد والمرض. وبعبارة أخرى، فإن أحداثا مثل التعرض للميكروبات أو الإجهاد المزمن تسبب المرض، ولكن عوامل الشخصية تجعل الشخص أكثر أو أقل عرضة لتلك الأحداث ، فالشخصية تؤثر على كيفية تعامل الشخص مع أحداث الإجهاد. على سبيل المثال، إذا كان الشخص مصابا بفيروس الزكام ولكن كان لديه شخصية تنافسية صعبة القيادة، بحيث لا يرتاح الشخص، ولن يأخذ إجازة من العمل، ولن يفعل السلوكيات الأخرى اللازمة للتعافي بسرعة من البرد، فقد يصاب هذا الشخص بمرض كبير، ربما مع تحول الزكام إلى إلتهاب رئوي، لأن شخصية الشخص أثرت على مدى تأثيره بالعدوى.

على الرغم من أن النموذج التفاعلي كان مفيدا في الأبحاث المبكرة، لكن سرعان ما وجد علماء النفس الصحي حدوده. وتتمثل إحدى المشاكل في أن الباحثين لم يتمكنوا من تحديد إستجابات ثابتة للتكيف تكون متكيفة أو غير متكيفة بإستمرار. وفي وقت لاحق، تم تطوير النموذج التفاعلي إلى نموذج أكثر تعقيدا وربما أكثر واقعية سمي بـ **نموذج المعاملات**، المبين في (الشكل 2-2) ، وفي هذا النموذج؛ للشخصية ثلاثة تأثيرات محتملة: (1) يمكن أن تؤثر على التأقلم ، كما في النموذج التفاعلي ، (2) يمكن أن تؤثر على كيفية تقدير أو تفسير الأحداث ؛ و (3) يمكن أن تؤثر على الأحداث نفسها. (Larsen & Buss , 2008, p589)

وهذا النموذج تم اقتراحه من قبل الدكتور ريتشارد لازاروس (Richard Lazarus, 1966)، وفقا للنظرية، يعتقد أن التجارب المجهدة ستنتج من المعاملات بين الأفراد والبيئة. تعتمد المعاملات على تأثير الضغط الذي يتم بواسطة تقييم الفرد للضغوط وموارد التأقلم المتاحة. (Margaret et al., 2018, p 19)

ففي نموذج المعاملات، ليس الحدث نفسه هو الذي يسبب الإجهاد، بل بالأحرى كيف يتم تقييم الحدث أو تفسيره من قبل الشخص، على سبيل المثال الوقوع شخصين في زحمة المرور على الطريق، ومع ذلك يمكن للشخصين تفسير الحدث بشكل مختلف، وبالتالي تجربته بشكل مختلف، قد يفسر و يواجه شخص

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

مازحمة المرور بإحباط كبير، وبالتالي قد يستجيب بقدر كبير من القلق والتوتر. قد يفسر الآخر الوقوع في حركة المرور على أنه فرصة للإسترخاء، والإستمتاع ببعض الموسيقى على الراديو، والتخطيط بشأن كيفية إعادة جدولة مقابلة العمل، لا يعاني هذا الشخص من نفس المستوى من التوتر الذي يعانيه الشخص الأول.

أما النقطة الثالثة في نموذج المعاملات، أنه يمكن أن يكون للشخص تأثير على الأحداث والمواقف. أي أن الناس لا يستجيبون فقط للمواقف، بل يخلقون مواقف من خلال إختياراتهم وأفعالهم . (Larsen & Buss , 2008, p589)

هذان الجزءان من نموذج المعاملات - التقييم وتأثير الشخص على الأحداث - هما السبب في أن النموذج يسمى المعاملات، يشير هذان العنصران إلى أن الأحداث المجهدة لا تؤثر فقط على الأشخاص؛ بل أيضا تأثير الأشخاص على الأحداث. ويأتي هذا التأثير من خلال أحداث التقييم، وكذلك إختيار وتعديل الأحداث. هذا التأثير المتبادل للأشخاص والأحداث يجعل هذا نموذجا أكثر تعقيدا، على الرغم من أنه ربما أكثر النماذج واقعية .

والنموذج التفاعلي والمعاملات للشخصية والصحة متشابهة وتم تطويرها مبكرا في البحث في هذا المجال. وهما متشابهان في أن كلاهما يفترض دورا سببيا للشخصية في التعامل مع الإجهاد. ومع ذلك، يضيف نموذج المعاملات دورين إضافيين للشخصية في التأثير: أولا، تؤثر الشخصية على أنواع المواقف التي يواجهها المرء في الحياة، والثانية تؤثر الشخصية على كيفية تفسير المرء للمواقف. و في كلا النموذجين، يعتقد أن الشخصية تؤثر بشكل مباشر على العلاقة بين الأحداث المجهدة والمرض.

أما النموذج الثالث، نموذج السلوك الصحي (الشكل 2-3) فيرى؛ أن الشخصية لا تؤثر بشكل مباشر على العلاقة بين الإجهاد والمرض. بدلا من ذلك، تؤثر الشخصية في هذا النموذج على الصحة بشكل غير مباشر، من خلال السلوكيات المعززة للصحة أو الضارة للصحة. يعلم الجميع أن السلوكيات الصحية السيئة، مثل تناول الكثير من الدهون، والتدخين، وممارسة الجنس غير الآمن، تزيد من خطر الإصابة بأمراض معينة. ويشير هذا النموذج إلى أن الشخصية تؤثر على الدرجة التي ينخرط بها الشخص في السلوكيات المختلفة التي تعزز الصحة أو تضر الصحة، فعلى سبيل المثال، يرتبط الإنسباط بميل إلى التدخين والتدخين بالطبع مرتبط بعدد من المشاكل الصحية، بما في ذلك سرطان الرئة وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب. (Larsen & Buss , 2008, p591)

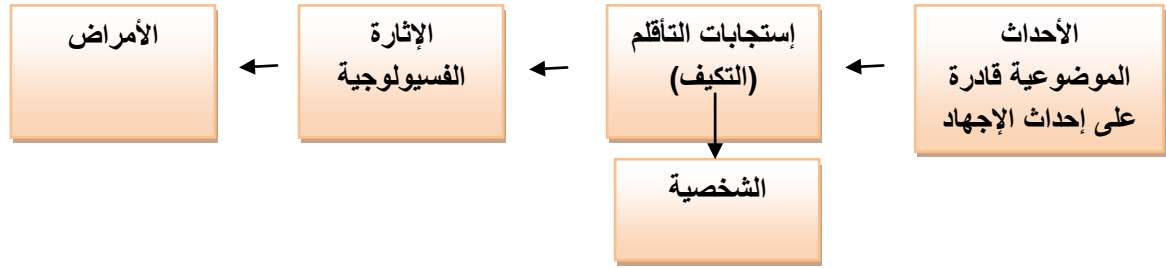
وإنطلاقا من النموذج الثلاثة السابقة، يتأكد لنا أن الشخصية تلعب أيضا دور المتغير وسيط. حيث

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

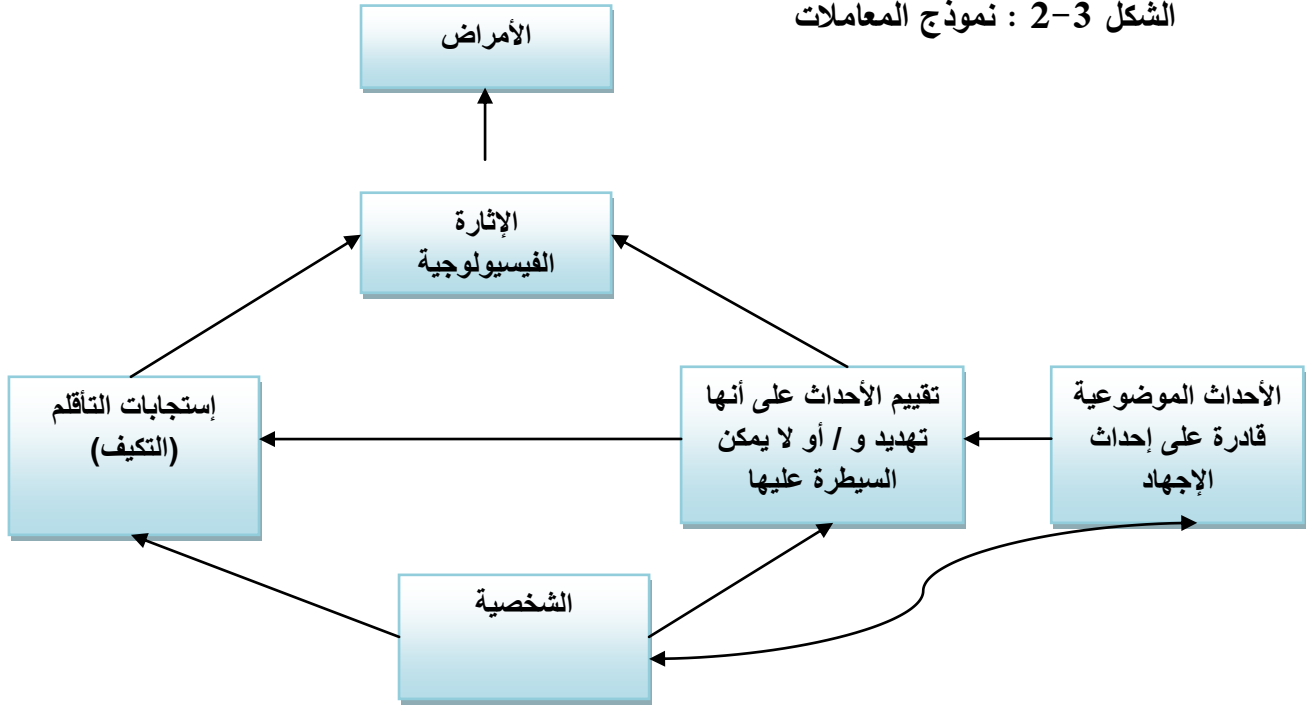
ينظر إلى أن الشخصية على أنها تعتبر تنظيمًا داخليًا ديناميكيًا يتوسط المثبرات التي يتعرض لها الفرد من الإستجابات التي يصدرها عن طريق سلوكيات قابلة للملاحظة الموضوعية، كما أنها التنظيم الأكثر أو الأقل ثباتًا وإستمرارًا لخلق الفرد ومزاجه وعقله وجسمه والذي يحدد توافقه المميز للبيئة التي يعيش فيها. (الرابغي، 2013، ص124)

والشكل رقم 03 يصف النماذج الثلاث في المخططات التالية : (Larsen & Buss , 2008, p590)

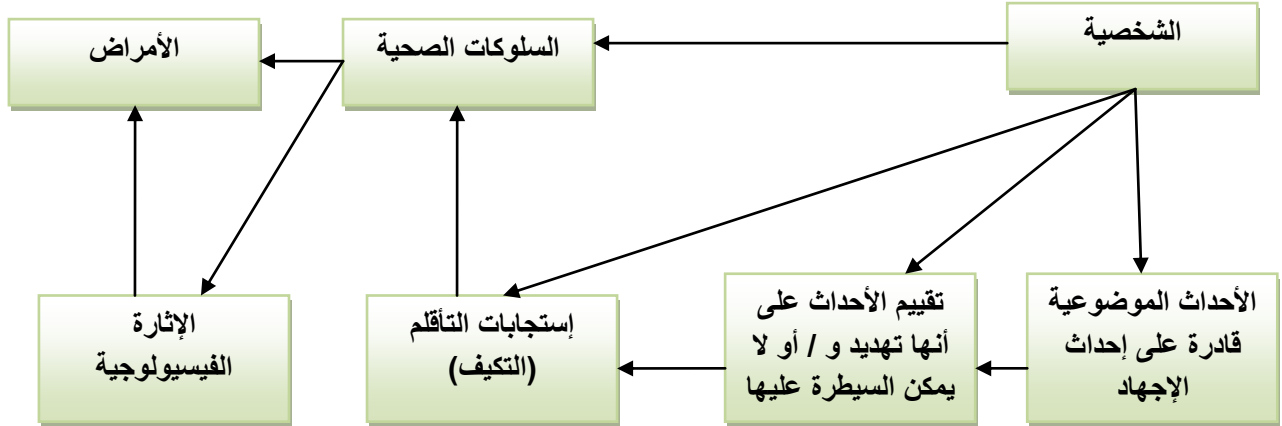
### الشكل 3-1 : النموذج التفاعلي



### الشكل 3-2 : نموذج المعاملات







الشكل رقم (03) : يوضح النماذج التي فسرت العلاقة بين الشخصية والمرض و التأقلم مع مواقف الإجهاد

الشكل رقم (02): يلخص لنا ثلاث نماذج: (1) النموذج التفاعلي الذي يحدد لنا دور الشخصية في التأثير على كيفية تعامل الفرد مع مواقف الإجهاد، (2) نموذج المعاملات الذي يحدد أن الشخصية تؤثر على كيفية تعامل الناس مع مواقف الإجهاد، وكذلك التقييم وتأثير الشخص على الأحداث، (3) نموذج السلوك الصحي الذي يحدد أن الشخصية تؤثر على الأشخاص في التأقلم مع المواقف وتقييمها والتأثير عليها، إلى جانب التأثير على السلوكيات الصحية المحتملة التي يمارسها الأشخاص (التأثير غير المباشر للشخصية).

كما أن هناك بعض المتغيرات التي تلعب دورا مهما بين الشخصية والإجهاد و التأقلم معه ممثلة فيما يلي:

**1- السن :** يكون الأطفال وكبار السن . عادة- أقل قدرة على التكيف مع الضغوط، ويعزى ذلك لدى الأطفال؛ إلى نقص الخبرة، وضعف التحمل و عدم النضج الإنفعالي؛ أما عند الكبار، فلإن الأمل في البدء من جديد أمر صعب عليهم، فهم دائما ينشدون الإستقرار ويتجنبون المغامرة التي قد تلقى عليهم بضغوط يصعب التكيف معها .

**2- النوع:** لا يعد النوع عاملا مهما في مواجهة الضغوط والتكيف معها، فهناك ضغوط تحتملها المرأة أكثر من الرجل، مثل قدرتها على العيش منفردة بعد فقد شريك العمر؛ بينما يصعب ذلك للرجال، وإن كان هناك بعض البيئات الإجتماعية، التي تركز على التنمية الإقتصادية لدى المرأة؛ بما يجعلها أضعف في مواجهة الضغوط والتكيف معها .

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

**3- النضج:** وهو قدرة الشخص على إعمال عقله بدرجة فعالة، والسيطرة على إنفعاله، مع تحمله المسؤولية، والتصرف بواقعية تجاهها بما يجعله إيجابيا في موقعه، ولاشك أن الشخص الناضج بهذا المعنى، أقدر على التكيف مع الضغوط من غيره.

**4- الثقة بالنفس:** ينجح الشخص الواثق من نفسه بدرجة مناسبة، في تكيفه مع الضغوط، بينما الذي تزيد ثقته بنفسه بصورة مرضية، كمريض الهوس، أو جنون العظمة، وهو ما يطلق عليه علميا بالإضطراب الضلالي، فلا يستطيع التكيف، ويسئ التصرف في مواجهة الضغوط، وتبنى الثقة بالنفس لدى الأسوياء -عادة . على رصيد الخبرة لديهم، وقوة الإرادة، وغياب الصراعات الداخلية، وخاصة العدوان الداخلي ضد النفس، الذي يضعف ثقة الشخص بنفسه، ويجعله يهزم في مواجه الأحداث . (الغريز وأبو أسعد، 2008، ص ص55-56)

إنطلاقا لما ورد في هذا العنصر، الذي يفسر لنا علاقة الشخصية بمواقف الإجهاد والمرض والتأقلم، نصل إلى فكرة مفادها أن الشخصية هي ذلك المتغير السيكولوجي المهم في إدارة الأزمات النفسية وكيفية مواجهتها من خلال دورها المباشر في التأثير على كيفية إدراك الموقف المجهد و التأقلم معه أم لا، والتي قد ينجم عنها الإصابة بالمرض، والتأثير غير مباشر لها من خلال الطريقة التي يقيم بها الفرد الموقف المجهد والطريقة التي يسلكها في التعامل معه، والتي تنطوي تحت مسمى إستراتيجيات التعامل التي ينتهجها الفرد لمواجهة مواقف الإجهاد، والتي قد تلعب دورا كبيرا في التأثير الإيجابي أو السلبي على سلوك الفرد وصحته النفسية والجسدية، وبالرغم من الدور الأساسي للشخصية في التأثير على الفرد من حيث إدراكه للموقف الضاغط وإستجابته بالتأقلم مع أم لا، إلا أن هناك مجموعة من العوامل الأساسية التي تلعب دورا معدلا يتضح من خلال التأثير على كيفية إدراك الفرد لمواقف الإجهاد والتأثير على الشخصية وصلها ألا وهي؛ الجنس (النوع الإجتماعي) والسن والنضج .

### خلاصة الفصل :

وختما لهذا الفصل، نصل بالقول بأن الشخصية مفهوم واسع وغير محدود وهذا ما جعلها موضوعا غامضا لدى الكثيرين، وهذا بإعتبارها بنية تتشكل من عدد كبير من السمات أكسبها طابعا معقد التركيب، ولهذا لم يتم الإتفاق بين العلماء والباحثين على وضع تعريف دقيق ومحدد لها، وبالرغم من محاولات العلماء والمنظرين في تفسير هذا التركيب البالغ التعقيد، إلا أن مفهوم الشخصية مازال مكتسبا خصوصية بحثية صعبة وغير محصورة في مفهوم محدد، مما دفع العلماء والباحثين في علم النفس الشخصية إلى تقديم محاولات جادة في تحديد الأبعاد أوالمكونات الأساسية للشخصية، ومع ذلك لم يتوصل العلماء

## الفصل الرابع : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ماهيتها وأساسياتها

والباحثين إلى حصر مفهوم الشخصية، إلى أن جاء العلماء أمثال كوستا وماكري وجولديبيرغ وغيرهم ممن قدموا محاولات جادة حاولوا من خلالها حصر مفهوم الشخصية في خمسة أبعاد أو عوامل كبرى تمثلت في: العصابية، الإنبساطية، يقظة الضمير، الطيبة (المقبولية الإجتماعية) والانفتاح على الخبرة، بعدما كان مفهوم الشخصية محصورا في الكثير والعديد من السمات، لكن نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية الذي قدمه كل من كوستا و ماكري ومن تبعهم من الباحثين والعلماء أمثال جولديبيرغ ، قد ساهم في ضبط مفهوم الشخصية كما سهل على الكثيرين، دراسة شخصية الأفراد، بالإضافة إلى شمولية هذا النموذج وعموميته من خلال إعماده في دراسات كثيرة عبر الثقافات والمجتمعات من خلال موضوعيته ومصداقيته في قياس الشخصية وتلخيصها وتنظيمها في خمسة عوامل رئيسية، وبالرغم من عمومية هذا النموذج وشموليته إلا أن هناك مأخذ عليه، حيث إعتبره الكثيرون على أن مفهوم الشخصية ومجالها أوسع من ذلك، إلا أنه يبقى نموذجا قادرا على تصنيف الأفراد وتحديد الفروق الفردية والتمييز بين الأفراد، بالإضافة إلى قدرته على التنبؤ بنتائج بحثية معينة بمستوى عال من الثبات والدقة، وبهذا يعد أهم النماذج البحثية في مجال دراسة الشخصية، وأكثرها تداولاً في علم نفس الشخصية خصوصا وعلم النفس عموما.



# الجانب الميداني

# الفصل الخامس: منهجية الدراسة وإجراءاتها

## الميدانية ونتائجها

- تمهيد

### 1/ الدراسة الإستطلاعية

1-1 / الدراسة الإستطلاعية (الجزء الأول)

1-1-1 / المرحلة الأولى: إستطلاع الميدان

1-1-1-1 / أهداف المرحلة الأولى

1-1-1-2 / ظروف المرحلة الأولى وإجراءاتها

1-1-1-3 / الصعوبات التي تم رصدها

1-1-2 / المرحلة الثانية: إضطراب التأقلم بين المعيار الذهبي والاختبار التشخيصي

1-1-2-1 / أهداف المرحلة الثانية

1-1-2-2 / مكان وزمان إجراء الدراسة

1-1-2-3 / عينة المرحلة الثانية (المشاركون)

1-1-2-4 / أدوات المرحلة الثانية

1-2 / الدراسة الإستطلاعية (الجزء الثاني)

1-2-1 / أهداف الدراسة الإستطلاعية (الجزء الثاني)

1-2-2 / مكان وزمان الدراسة الإستطلاعية (الجزء الثاني) وعينتها

1-2-3 / أدوات الدراسة الإستطلاعية (الجزء الثاني)

### 2/ الدراسة الأساسية

1-2-1 / أسلوب الدراسة المتبع

1-2-2 / مكان وزمان الدراسة الأساسية

1-2-3 / عينة الدراسة الأساسية (المشاركون)

1-2-4 / أدوات الدراسة الأساسية

1-2-5 / إجراءات الدراسة الأساسية

1-2-6 / النموذج البنائي للدراسة

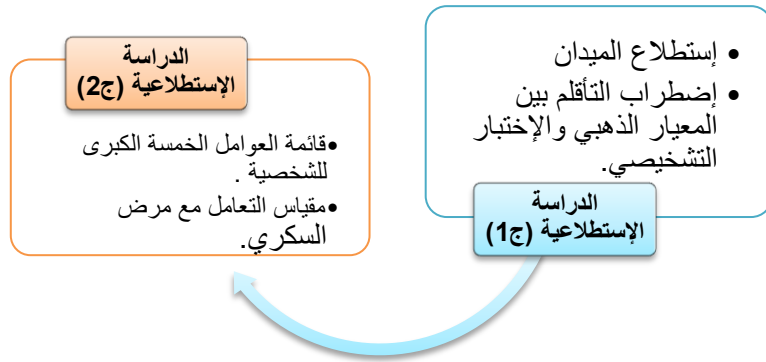
1-2-7 / الوساطة

- خلاصة الفصل

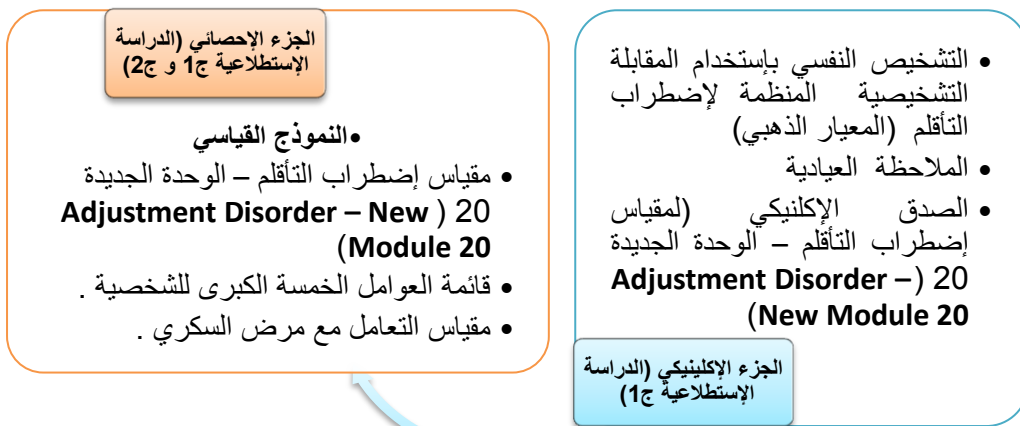
إن الهدف من هذا الفصل هو عرض مختلف الخطوات المنهجية التي تم الإعتماد عليها لتحقيق الأهداف المذكورة سابقا من هذه الدراسة، فبعد الإلمام بالجانب النظري، ستتطرق الباحثة في هذا الفصل إلى إجراءات الدراسة الميدانية التي قامت بها بدءا بالدراسة الإستطلاعية، مرورا إلى الدراسة الأساسية التي تتضمن وصفا لتصميم البحث المتبع ومكان وزمان إجراء الدراسة، ومعايير تحديد المشاركين فيها وأدواتها، وصولا إلى النموذج البنائي الذي سيتم التأكد من قدرته على محاكاة متغيرات الدراسة وإنطلاقا منه سيتم الإجابة على فرضيات الدراسة وعرض النتائج المتوصل إليها.

1/ الدراسة الإستطلاعية :

في إطار الدراسة حول علاقة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بإضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري "دراسة ميدانية في ظل إستراتيجيات التعامل مع المرض كمتغير وسيط" قامت الباحثة بإجراء دراسة إستطلاعية؛ حتى يتم تأكيد موضوع الدراسة ميدانياً وتحديد الإطار العام لإشكالية الدراسة، بالإضافة إلى جمع أوصاف ومعلومات دقيقة عن الظاهرة المراد دراستها بما فيها وضعية المراهق في ظل مرضه المزمن (مرض السكري) وإصابته بإضطراب التأقلم (عينة الدراسة)، وصولاً إلى التعرف على ظروف الميدان ومحيطه، وتقدير مدى صلاحية أدوات الدراسة، وفي هذا الصدد قامت الباحثة بإجراء دراسة إستطلاعية مقسمة كما يلي :



الشكل رقم (04) : يوضح المخطط الميداني للدراسة الإستطلاعية التي قامت بها الباحثة



الشكل رقم (05) : يوضح المخطط العملي للدراسة الإستطلاعية التي قامت بها الباحثة

## 1-1 / الدراسة الإستطلاعية (الجزء الأول) :

وتنقسم إلى مرحلتين :

### 1-1-1 / المرحلة الأولى : (إستطلاع الميدان)

في هذه المرحلة قامت الباحثة بجمع معلومات عن موضوع الدراسة وظروفها، وعن المجتمع المعني بها.

#### 1-1-1-1 / أهداف المرحلة الأولى :

هدفت الدراسة الإستطلاعية إلى مايلي:

- التعرف على الحدود المكانية التي سيتم إجراء فيها الدراسة الأساسية وتحديدها.
- التعرف على ظروف الميدان ومشكلاته وصعوباته لتفاديها في الدراسة الأساسية.
- التعرف على عينة الدراسة ومحاولة تحديد حجمها وأهم خصائصها (تاريخ الإصابة، نمط مرض السكري، السن، الجنس، المستوى الدراسي ...).

#### 1-1-1-2 / ظروف المرحلة الأولى و إجراءاتها:

سنقوم بعرض مجريات الدراسة الإستطلاعية الأولى و أهم ما ورد فيها :

#### ✓ مكان وزمان المرحلة الأولى :

بالنظر إلى موضوع الدراسة المتمثل في علاقة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بإضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري " دراسة ميدانية في ظل إستراتيجيات التعامل مع المرض كمتغير وسيط"، فإن وجهة البحث من حيث حدوده المكانية واضحة، وتتمثل في زيارة الباحثة للمراكز والمؤسسات الإستشفائية والعيادات، وهذا راجع إلى عينة الدراسة التي تتمثل في المراهق المصاب بالسكري، فبعد حصول الباحثة على التصاريح من كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية جامعة باتنة 1، فقد توجهت الباحثة أولاً إلى مديريةية الصحة السكان - باتنة، ثم إتجهت بعدها إلى المركز الإستشفائي الجامعي "بن فليس التهامي باتنة" وبالتحديد إلى مصلحة أمراض الغدد الصماء وداء السكري، وبعض توجهت إلى العيادات



## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

المتخصصة في أمراض السكري والغدد (عيادتين خاصتين)، وقد دامت هذه الدراسة الإستطلاعية زمنيا من 13 جانفي إلى 25 جانفي 2019.

### ✓ مجتمع الدراسة :

كانت نقطة البداية في الدراسة الإستطلاعية؛ هي معرفة تقديرات أو إحصاءات تفيد بعدد المراهقين المصابين بمرض السكري في مدينة باتنة، فعند زيارة مديرية الصحة والسكان، قصد الإطلاع على بعض البيانات والإحصاءات الرسمية، تعذر على الباحثة الحصول على الإذن من المديرية للقيام بذلك، لذا قامت الباحثة بالإطلاع على ماورد في المجلات والجرائد المكتوبة والإلكترونية لمعرفة عدد المراهقين المصابين بمرض السكري في ولاية باتنة، لكن لم تجد أيضا أي معلومة تفيد بذلك سوى عدد المصابين بمرض السكري من جميع الفئات في الولاية ككل، فحسب تصريح رئيس الجمعية الولائية لمرضى السكري بباتنة فإن إحصائيات سنة 2019 تقارب 300 ألف حالة عبر الولاية وبمناطقها وبلدياتها الـ 61 والمسجلة لدى الجمعية فقط .

كما سجلت الجزائر 42500 حالة بين الأطفال والمراهقين في الجزائر المصابين بالسكري النوع الأول في عام 2017.

وبعد الإطلاع على هذه الإحصائيات المسجلة والتحدث مع موظف متقاعد كان يعمل في مديرية الصحة والسكان حول إحصاء المراهقين المصابين بمرض السكري، ومحاولة البحث عن أي بيانات إحصائية قد تفيد في الدراسة، توصلت الباحثة إلى سببين قد يكون لهما دور في صعوبة حصولها على إحصاءات دقيقة تخص عدد المراهقين المصابين بمرض السكري؛ وتتمثل هذه الأسباب فيما يلي:

- عدم وجود إحصاءات دقيقة نظرا لوجود العديد من الحالات التي لديها إرتفاع في نسبة سكر الدم لكنها تجهل ذلك.

- دمج فئة المراهقين في الإحصاءات مع فئة الأطفال وفئة البالغين؛ أي الإحصاءات تجمع المراهقين مع الأطفال (أطفال مادون 17 و 18 سنة) وإحصاءات تجمع المراهقين مع البالغين (18 و 20 سنة فما فوق).

**1-1-1-3/ الصعوبات التي تم رصدها من قبل الباحثة :**

بعد هذا الإستطلاع الذي قامت به الباحثة في المركز الإستشفائي الجامعي والعيادتين الخاصتين، لاحظت الباحثة بعض الصعوبات التي ستواجهها في المرحلة الثانية من هذه الدراسة الإستطلاعية وتتمثل فيما يلي:

- قدوم المراهقين إلى الطبيب لإجراء الفحوصات الدورية كل شهر أو ستة أشهر وهذا حسب الحالة الطبية لديهم، وهذا سيعيق عمل الباحثة في إجراء التشخيص النفسي (الإصابة بإضطراب التأقلم).

- بسبب المعطيات الإحصائية غير الدقيقة المتوفرة لدى الباحثة حول عدد المراهقين المصابين بمرض السكري المترادين إلى المركز الإستشفائي الجامعي وخصائصهم، لاحظت الباحثة أنها ستواجه صعوبة كبيرة تتمثل في إيجاد مراهقين لا تتجاوز مدة إصابتهم بمرض السكري من ستة أشهر إلى سنة أو سنتين فقط؛ لأن متطلبات تشخيص إضطراب التأقلم (مدة بقاء الأعراض) حسب الإختبار التشخيصي المعتمد في الدراسة (أقل من شهر واحد إلى سنتين) وأيضا حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس (DSM5) الذي تم الإعتماد عليه أيضا، حيث حددت مدة الأعراض كما يلي :

✓ حادا : إذا إستمر الإضطراب أقل من ستة أشهر .

✓ مزمنًا : إذا إستمر الإضطراب لستة أشهر أو أكثر . (الحمادي، 2015، ص 119)

- بعض الصعوبات التي يمكن أن تواجهها الباحثة، هو قد يرفض بعض المراهقين المصابين بمرض السكري إجراء مقابلات مع الباحثة .

**1-1-2/ المرحلة الثانية : (إضطراب التأقلم بين المعيار الذهبي والإختبار التشخيصي )**

**1-1-2-1/ أهداف المرحلة الثانية :**

أجريت الدراسة الإستطلاعية الأولى في شقها الثاني بهدف تحقيق مايلي :

- تشخيص المراهقين المصابين بمرض السكري بإضطراب التأقلم بإستخدام المعيار الذهبي (المقابلة التشخيصية السريرية المنظمة).

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

- الكشف عن ما إذا كان مقياس اضطراب التأقلم - الوحدة الجديدة 20 (Adjustment Disorder - New Module 20) قادر على تشخيص اضطراب التأقلم لدى المراهقين المصابين بالسكري.

- الكشف عن ما إذا كان مقياس اضطراب التأقلم - الوحدة الجديدة 20 (Adjustment Disorder - New Module 20) يتمتع بخصائص قياسية تمكنا من استخدامه في الدراسة الأساسية.

### 1-1-2-2/مكان وزمان الدراسة:

#### ➤ مكانيا :

تم إجراء هذه الدراسة الإستطلاعية في أماكن متنوعة تمثلت فيما يلي:

- في المستشفى الجامعي الإستشفائي بن فليس التهامي باتنة "مصلحة أمراض الغدد الصماء وداء السكري .

- جمعيتين تخص مرضى السكري بولاية باتنة وولاية أم البواقي .

- في العيادات الخاصة " أمراض الغدد والسكري " (6 عيادات) .

- في منازل بعض المراهقين المصابين بمرض السكري .

- في فضاء جامعة باتنة 01 "الحاج لخضر" وجامعة باتنة 02 " الشهيد مصطفى بن بولعيد" أين

يتواجد بعض المراهقين المصابين بالسكري .

#### ➤ زمان إجراء الدراسة :

تم إجراء هذه الدراسة الإستطلاعية في حدود زمنية: من فيفري 2019 إلى غاية مارس 2020 .

### 1-1-2-3/ عينة المرحلة الثانية (المشاركون):

تمثلت عينة الدراسة الإستطلاعية في 69 مراهق مصاب بالسكري، وقد تم إختيار هذه العينة بطريقة

قصدية، وهذا بسبب معايير ومتطلبات تفرضها الدراسة (معايير تشخيص اضطراب التأقلم)، وتتمثل هذه

المعايير فيمايلي:

- مراهقين مصابين بمرض السكري .

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

- لا يعاني المراهق من إعاقات جسمية أو اضطراب عقلي أو يعاني من أمراض أخرى.

- أن لا يكون أصيب بمرض السكري في مرحلة الطفولة.

- مصاب بمرض السكري منذ ثلاث سنوات، سنتين أو أقل بداية من تاريخ التشخيص النفسي الذي

ستقوم به الباحثة (فيفري 2019).

وقد تم إستبعاد 06 مراهقين مصابين بالسكري تتوفر فيهم هذه الشروط ولكن تم الإستبعاد بسبب

مايلي :

- وفاة أحد الوالدين منذ سنة ونصف سنة لمراهقين (02) منذ تاريخ بداية التشخيص .

- مرافقة توفرت فيها شروط إختيار العينة، وتم إجراء معها مقابلة لكننا لم نستطيع إكمالها بسبب

إجراء والدها حادث سيارة .

- ثلاثة مراهقين أيضا توفرت فيهم شروط إختيار العينة، لكن تم إستبعادهم بسبب تأخرهم الدائم وعدم

إلتزامهم بمواعيد المقابلة .

بعد إستبعاد 06 مراهقين مصابين بمرض السكري بسبب ظروفهم من أصل 69 مراهق مصاب

بالسكري توفرت فيهم شروط إختيار العينة المطلوبة لهذه الدراسة الإستطلاعية، فقد أصبحت العينة تقدر

63 مراهق مصاب بالسكري .

الجدول رقم (22) : يوضح توزيع المراهقين المصابين بالسكري حسب متغير (الجنس ، نوع مرض

السكري ، المستوى الدراسي ، تاريخ الإصابة بمرض السكري)

المتغيرات	عدد المراهقين	النسبة المئوية
جنس المراهق المصاب بالسكري		
ذكر	29	46.03%
أنثى	34	53.96%
المجموع	63	100%
نوع مرض السكري لدى المراهق		

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

النوع الأول (خاضع للأنسولين)	42	66.66%
النوع الثاني (غير الخاضع للأنسولين)	21	33.33%
المجموع	63	100%
<b>المستوى الدراسي للمراهق المصاب بالسكري</b>		
متوسط	04	6.34%
ثانوي	31	49.20%
جامعي	28	44.44%
المجموع	63	100%

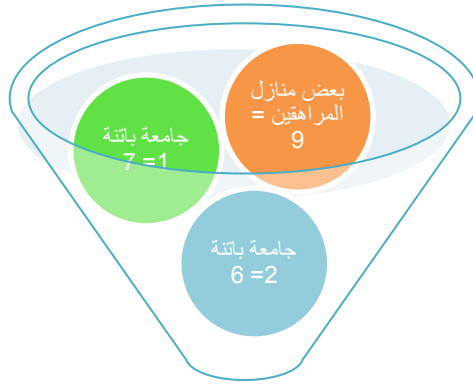
يتضح من الجدول رقم (22) توزيع المراهقين المصابين بالسكري حسب متغير (الجنس ، نوع مرض السكري، المستوى الدراسي، تاريخ الإصابة بمرض السكري)، ونجد المراهقين المصابين بمرض السكري بالنسبة لمتغير الجنس حسب العينة المتحصل عليها ؛ أن الإناث أكبر من الذكور بنسبة تقدر بـ 53.96%، أما فئة الذكور من المصابين بالسكري فقدت بـ 46.03%، فحين كانت نسبة مرضى السكري النوع الأول أكبر من النوع الثاني بنسبة تقدر بـ 66.66%، و النوع الثاني قدرت نسبة الإصابة به في هذه العينة بـ 33.33% ؛ ويمكننا القول إنطلاقا لما ورد في التراث النظري الخاص بالفصل الثاني الموسوم بالمراهق والسكري؛ أن النوع الأول من السكري سمي قديما سكري الصغار لأنه يصيب كثيرا فئة الأطفال والمراهقين؛ بالتالي هذا قد يفسر هذه الإحصائيات، ومع ذلك لا يمكننا أن نجزم أن عدد المراهقين المصابين بالسكري النوع الأول أكبر من النوع الثاني في مدينة باتنة وضواحيها، نظرا لعدم القدرة على الحصول على إحصائيات ومعطيات دقيقة، بالإضافة إلى عينتنا غير عشوائية (قصدية)، أما بالنسبة للمستوى التعليمي، فقد تباينت النسب كالتالي؛ في المستوى المتوسط قدرت النسبة بـ 6.34%، المستوى الثانوي قدرت بـ 49.20% والمستوى الجامعي قدرت بـ 44.44%، وهذه المستويات التعليمية الثلاثة يكون فيها الفرد مراهقا أو يمر بمرحلة المراهقة، ولهذا لم يتم إدراج مرحلة الإبتدائي (مرحلة الطفولة) .

والشكل التالي يبين توزيع المراهقين المصابين بالسكري على الحدود المكانية المرتبطة بأماكن الرعاية الصحية.



الشكل رقم (06) : يوضح توزيع المراهقين المصابين بالسكري على الحدود المكانية 1 (أماكن الرعاية الصحية) الخاصة بالدراسة الإستطلاعية

كما أجرت الباحثة أيضا هذه الدراسة الإستطلاعية في حدود مكانية أخرى، توزع فيها المراهقين كما يلي :



الشكل رقم (07) : يوضح توزيع المراهقين المصابين بالسكري على الحدود المكانية 2 الخاصة بالدراسة الإستطلاعية

لم يتم ذكر أسماء الحدود المكانية (الجمعيتين - العيادات الخاصة)، لأن الأماكن التي أجريت فيها هذه الدراسة الإستطلاعية، ساعدني فيها مجموعة من الأطباء والمرضى... وهذا لأنني وجدت صعوبات تمثلت في :

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

- رفض بعض الحدود المكانية إجراء الدراسة لديهم .

- بعض الحدود المكانية تفرض علي أن أقوم بإجراء دراستي الإستطلاعية في مدة لا تتجاوز شهر والبعض 15 يوم، وهذا الأمر مستحيل؛ سواء من ناحية بروتوكول البحث العلمي، أو من ناحية العينة غير المتوفرة وصعوبة الحصول عليها والتي تأخذ وقت .

- أضف إلى ذلك وجود بعض الحدود المكانية (كفضاء الجامعة) التي تبدو غير مناسبة لطبيعة الدراسة ولكن يرجع سبب إختيار هذا المكان إلى أنه تم لقاء بعض المراهقين المصابين بالسكري على مستوى بعض العيادات ولكن لم أستطيع إجراء المقابلات معهم في العيادة لأسباب تخص في بعض الأحيان المراهقين وأحياناً صاحب العيادة، وبالتالي تم ترتيب لقاءات معهم على مستوى الكليات التي يدرسون فيها في الجامعة (باتنة 1 - 2) .

### 1-1-2-4/ أدوات المرحلة الثانية :

تمثلت أدوات هذه المرحلة فيمايلي:

#### 1. المقابلة السريرية المنظمة (Structured Clinical Interview for DSM ; SCID) :

تم الإعتماد في هذه الدراسة الإستطلاعية على المقابلة السريرية المنظمة، وتعرف هذه الأخيرة بأنها؛ "مقابلة تتكون من ... أسئلة محددة مسبقاً مقدمة بترتيب محدد" تحدد الأعراض والمتلازمات التي تستوفي معايير تشخيصية محددة". و ظهرت المقابلات المنظمة كجزء من الثورة العملية في الطب النفسي، في السعي لتحسين موثوقية التشخيص. وقد دافع عنها بقوة شخصية رئيسية في مشروع DSM-III، روبرت سبيتزر (R. Spitzer) في مقال أساسي بعنوان "هل الأطباء ما زالوا ضروريين؟". (Nordgaard et al., 2012, p 181)

تهدف إلى تحديد ما إذا كان الفرد يفي بمعايير أي اضطراب في DSM . أحدث الإصدارات من هذا القياس موازية DSM-IV (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 1994) تشخيصات المحور الأول والثاني و DSM-5 (الجمعية الأمريكية للطب النفسي 2013). (Glasofer et al., 2015, p 01)

وفيما يلي سنقوم بالتطرق إلى المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم من حيث تعريفها وأهم مجريات عملية التشخيص النفسي للمراهقين المصابين بالسكري.

**1.1 / التعريف بالمقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم : (Diagnostic Interview Adjustment Disorder ; DIAD) (المعيار الذهبي)**

تم تطوير DIAD بواسطة إثنين من الباحثين (JvdK ،BC)، وهي مقابلة منظمة لتشخيص إضطراب التأقلم بناء على معايير (DSM-IV) وتم تعديلها وفقا لتوصيات (Baumeister et al., 2009) .

(Cornelius et al., 2014, pp194-195)

وقبل عرض هذه المقابلة، يجب التوضيح بأن الباحثة قد تواصلت مع مؤلفي هذه المقابلة وأحد المساهمين في مشروعها (Pro. Jac J.V van der Klink & Pro. Sandra Brouwer) وفي نفس الوقت أحد مؤلفي مقال Development and validation of the Diagnostic Interview Adjustment Disorder (DIAD) مع باحثين آخرين، والذي أخذت منه المقابلة؛ وقد إستأذنت بشأن إستخدام هذه المقابلة التي يمنع إستخدامها إلا بإذن من أصحابها، وقد قبل الباحثين (Pro. Jac J.V van der Klink & Pro. Sandra Brouwer) طلب الباحثة بشأن إستخدام المقابلة في دراستها .

وتتضمن 29 سؤال وتهدف إلى تحديد الأعراض المرتبطة بالضغط، وتقييم مستويات الضيق والضعف الوظيفي المرتبط بهذه الأعراض. (O'Donnell et al., 2019, p 06)

تبدأ المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم (DIAD) بثلاثة أسئلة لتحديد وتمييز الأحداث الحياتية المجهدة التي حدثت في السنوات الثلاث الماضية، حيث يطلب من المستجيبين إختيار واحد أو أكثر من عوامل الضغط من قائمة الضغوطات، متبوعة بثلاثة أسئلة لتقييم التاريخ الذي حدث فيه الضغط (الضغوط) لأول مرة، وما إذا كان عامل الضغط لا يزال موجودا في لحظة المقابلة، وإذا لم يكن الأمر كذلك، فمتى توقف عامل التوتر عن الوجود. ثم تقوم DIAD بتقييم مستويات الضيق النفسي التي تسببها الضغوطات المبلغ عنها من خلال 16 سؤالا. ثم تسأل DIAD متى بدأت أعراض الضيق وما إذا كانت هذه الأعراض هي رد فعل على الأحداث المجهدة المذكورة سابقا في المقابلة. أخيرا، تركز الأسئلة الخمسة الأخيرة من DIAD على مستويات الضعف نتيجة لأعراض الضيق المبلغ عنها. (أنظر الملحق رقم 01) والجدول التالي يعرض لنا مكونات المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم (DIAD) .

(Cornelius et al. , 2014, p196)



الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

الجدول رقم (23) : يوضح محتوى المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم (DIAD)

العامل	البند	ماذا تقيم ؟
عامل الضغط	3-1	تحديد عوامل الإجهاد أو الضغط (الضغوط) .
	6-4	بداية ومدة الضغط (الضغوط) .
الكرب (أعراض الضيق النفسي)	22-7	مجال الضائقة (4DSQ <sup>أ</sup> ) .
	23	بداية الضائقة .
الكرب - الضغط	24	علاقة الكرب (الضيق النفسي) _ بعوامل الإجهاد
الضعف	-25	الضعف : تأثير الأعراض على الأنشطة اليومية
	29	(SDS <sup>ب</sup> )

(Cornelius et al. , 2014, pp 194-196)

(أ) 4DSQ : إستبيان الأعراض رباعي الأبعاد هو إستبيان هولندي ؛ يهدف إلى تقييم الأعراض النفسية الشائعة لدى مرضى الرعاية الأولية ، و الميزة الخاصة لـ 4DSQ هي قدرتها على التمييز بين الضيق العام والإكتئاب والقلق والجسدية. (Terluin, 2006, p 02) ، تم الإعتماد عليه في بناء هذه المقابلة.

(ب) SDS : مقياس شيهان (Sheehan) للعجز عبارة عن إستبيان مكون من خمسة عناصر مصمم لقياس مدى تداخل عجز المريض بسبب مرض أو مشكلة صحية مع العمل / المدرسة ، والحياة الإجتماعية / الأنشطة الترفيهية ، ومسؤوليات الحياة الأسرية / المنزلية. (Coles et al., 2014, p 889) تم الإعتماد عليه في بناء هذه المقابلة.

الجدول رقم (24) يوضح : معايير إضطراب التأقلم مع خوارزمية التشخيص ، محددة وفقاً لـ DSM-IV

وتم تعديلها / تفعيلها من قبل مؤلفيها ومجموعة من الباحثين ( Cornelius et al., 2014 )

DIAD	DSM-IV
<b>1 / الضغوط</b>	
مجموعة من الضغوطات التي يمكن تحديدها في فترة استدعاء مدتها ثلاث سنوات	الضغوط يمكن تحديدها .
<b>2 / معيار الحد الزمني الأول</b>	
يمكن أن يقوم المستجيبون بالإبلاغ عن أكثر من حدث واحد مرهق في الحياة، أي مجموعة من الضغوطات، وقد يكون لكل ضغط تواريخ	A : الأعراض العاطفية / السلوكية استجابة لضغط يمكن تحديده (ها) . تحدث في غضون 3 أشهر

الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

<p>مختلفة للظهور والإنتهاء. ولقد تم الأخذ بمعيار الحد الزمني المتمثل في بداية ظهور الأعراض في غضون ثلاثة أشهر من ظهور أحد عوامل الضغط على الأقل داخل المجموعة.</p>	
<p><b>3/ معيار الدلالة السريرية (الضيق النفسي ، الضعف في الأداء الإجتماعي والمهني)</b></p>	
<p>تتطلب وجود ضائقة ملحوظة وضعف كبير. لتفعيل الكرب والضعف، ويشتمل DIAD على مقياسين موثوقين وصالحين هما: إستبيان الأعراض رباعي الأبعاد (4DSQ) ومقياس شيهان للعجز (SDS)، وتم تحديد مجموع الدرجات 10 فأكثر على (4DSQ) حتى يمكننا أن نقول أن هناك ضائقة ملحوظة، وأكثر أو تساوي 4 درجات على (SDS) في مجالين على الأقل كإنخفاض هام في الأداء الإجتماعي أو المهني .</p>	<p>B : أعراض مهمة سريريا تتضح من خلال: (1) ضيق يتجاوز ما يمكن توقعه من التعرض للعامل المجهد (العوامل المجهدة) . (2) ضعف كبير في الأداء الإجتماعي أو المهني (الأكاديمي) .</p>
<p><b>4/ معيار الإستبعاد (DSM-IV المحور الأول / الثاني)</b></p>	
<p>لم يتم الإعتماد على هذا المعيار في هذه المقابلة (DIAD) .</p>	<p>C : الاضطراب - لا يفي بمعايير اضطراب آخر من المحور 1 وليس مجرد تفاقم لإضطرابات المحور الأول / المحور الثاني الموجودة مسبقا.</p>
<p><b>5/ معيار إستبعاد حالة الفقد (الحداد)</b></p>	
<p>قمنا بتعديل معيار الفجعة في الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية الرابع ليشمل فقط الأشخاص الذين يعانون من أعراض تمثل الحداد أو الفقد بعد وفاة أحد أفراد أسرته أو أنواع مماثلة من الخسارة وتستمر لمدة</p>	<p>D : الأعراض لا تمثل حالة الفقد (الحداد) .</p>

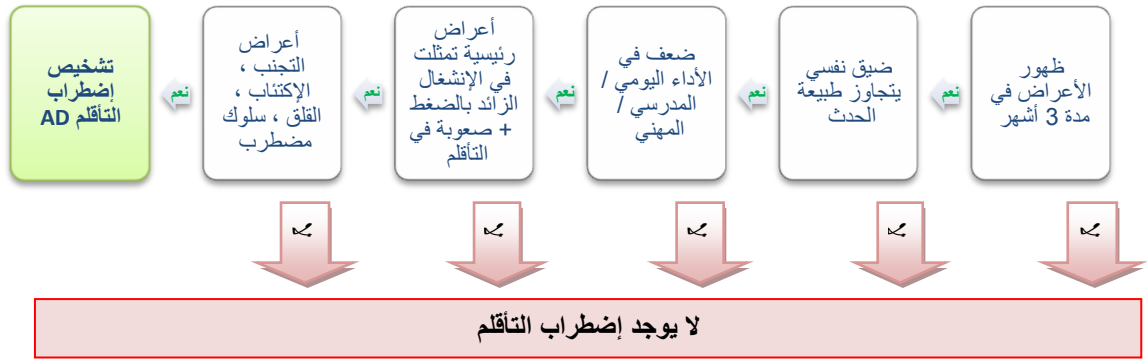
## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

تزيد عن 12 شهرا.	
<b>6/ معيار الحد الزمني الثاني</b>	
E: حالما ينتهي عامل الشدة (أو عواقبه) لا تعتمد مقابلة (DIAD) على هذا المعيار فإن الأعراض لا تدوم أكثر من ستة أشهر إضافية . والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-IV)	لا تعتمد مقابلة (DIAD) على هذا المعيار الزمني المنصوص في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-IV)
<b>17/ الأنواع الفرعية لإضطراب التأقلم</b>	
309.0 مع مزاج إكتئابي . 309.24 مع قلق. 309.28 مع قلق ومزاج إكتئابي مختلط. 309.3 مع إضطراب في السلوك . 309.4 مع إضطراب مختلط في العواطف والسلوك . 309.9 غير محدد.	لم يتم توسيع مقابلة (DIAD) لتحتوي على أسئلة تهدف إلى تصنيف اضطراب التأقلم (AD) مع مزاج إكتئابي أو قلق أو إضطراب في السلوك أو مزيج من ذلك.
<b>خوارزمية التشخيص</b>	
المعيار 1 و 2 و 3 (الضيق النفسي أو الإنخفاض الهام في الأداء الإجتماعي أو المهني) ، و 4 و 5 و 6 و 7 .	المعيار 1 و 2 و 3 و 5 .

( Baumeister et al. , 2009, p 24 ; Cornelius et al., 2014, pp 194 - 196)

**ملاحظة :** في عملية التشخيص النفسي وبالاعتماد على المقابلة التشخيصية المنظمة (DIAD) القائمة على معايير (DSM-IV) ، لم تعتمد الباحثة فقط على هذه المعايير، بل أيضا إطلعت على معايير الدليل التشخيصي الخامس (DSM5) والذي لا يختلف في معايير التشخيصية عن الدليل الرابع، ماعدا في معيار الدلالة الإكلينيكية (المعيار B) الذي يقوم على أن الأعراض هامة سريريا يستدل عليها بالتظاهرات التالية (الضائقة التي لاتقارن بحدة وشدة الكرب والضعف الهام في الأداء الإجتماعي و المهني) وليس أحدهما مقارنة ب (DSM-IV) ، وبالإطلاع على المقابلة نجدها هي أيضا قد حددت الدلالة الإكلينيكية للإضطراب بهذين التظاهرين (الضائقة التي لاتقارن بحدة وشدة الكرب والضعف الهام في الأداء الإجتماعي والمهني) وليس أحدهما . وستعرض الباحثة خوارزمية التشخيص التي حددتها من المقابلة التشخيصية + معايير (DSM-IV)، (DSM5) + ما تم إستخلاصه من عنصر تشخيص إضطراب التأقلم من الفصل الثالث .

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها



الشكل رقم (08) : يوضح خوارزمية التشخيص التي إعتدتها الباحثة في تشخيصها لإضطراب

التأقلم لدى المراهقين المصابين بالسكري (إعداد الباحثة)

وإعتمدت الباحثة على المقابلة السريرية المنظمة (المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم) لعدة أسباب من بينها:

- إعداد مقابلة تشخيصية يستغرق وقتا ويتطلب خبرة كبيرة في التشخيص النفسي، بالإضافة إلى تشخيص سابق لحالات مصابة بإضطراب التأقلم .

- تجنب صياغة أسئلة قد تكون صعبة وغير مفهومة للعميل، وتجنب عدم الإتساق والترتيب في أسئلة المقابلة .

- المقابلة التشخيصية المنظمة قائمة على أبحاث ودراسات تشخيصية جادة، ألفها متخصصين في مجال علم النفس والطب (الجمعية الأمريكية للطب النفسي)، كما أن هذه المقابلة المنظمة قائمة ومستندة على الدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي، أضف إلى ذلك المقابلات المنظمة أثبتت دورها الكبير في تشخيص الإضطرابات النفسية في العديد من الدراسات النفسية حتى باتت معيارا ذهبيا في التشخيص النفسي.

✓ بما أن الباحثة إعتمدت في تشخيصها لإضطراب التأقلم على المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم (DIAD) القائمة على معايير DSM-IV ؛ فيمكننا القول بأن الإستراتيجية المعتمدة في التشخيص هي التشخيص التصنيفي الوصفي (وهذه الإستراتيجية في التشخيص قائمة على معايير التصنيفات الدولية، والمقابلات المنظمة ؛ /SCAN /SCID /CIDI) .

1-2/ ترجمة المقابلة و صلاحيتها (DIAD) :

تم إتخاذ الخطوات التالية لترجمة المقابلة :

1- قامت الباحثة بعرض المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم (DIAD) على متخصصين في الترجمة، وهذا من أجل ترجمة المقابلة من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية (الترجمة الأولية) كما قامت الباحثة أيضا بترجمتها، تم التوصل إلى توافق في الآراء بشأن ترجمة كل عنصر بعد إجراء مقارنة بين الترجمات.

2- بعد ترجمتها إلى اللغة العربية من قبل الباحثة ومتخصصي الترجمة، تم إعادة تدوير ترجمة المقابلة من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية (الترجمة العكسية) من قبل أستاذة متخصصة في الترجمة، للتأكد من عدم تغير محتوى المقابلة بعد الترجمة؛ حيث تم تقييمها ومقارنتها مع الأصل مع الأستاذة المترجمة لتحديد بعض الإختلافات التي كانت طفيفة.

3- ولغرض التأكد أيضا من دقة وصحة وسلامة محتوى المقابلة المترجمة (من الإنجليزية إلى العربية) قامت الباحثة بعرض النص الأصلي للمقابلة مع الترجمة على الأستاذة المشرفة على هذه الأطروحة؛ من أجل معرفة مدى ملائمة أسئلة المقابلة ودقتها ومناسبتها من حيث الصياغة التركيبية واللغوية، كما ناقشت أيضا فقرات المقابلة مع أخصائي نفسي ممارس (ف.ر)، وقد قامت الباحثة بإجراء التغيرات التي طلبها منها المقدرين (المقيمين)، وبعدها تم المصادقة عليها، لكن قبل المصادقة قامت الباحثة بحساب ثبات الإتفاق بين المقدرين (Inter-rater reliability) عن طريق حساب معامل كبا (Kappa coefficient) وهو إحصاء يستخدم لقياس الإتفاق أو درجة الثبات بين إثنين من الملاحظين أو المقدرين على البيانات الإسمية، ويمكن أن يستخدم أيضا لتقييم الإتفاق بين طريقتين بديلتين للتشخيص، ويعرف على أنه الإتفاق خارج نطاق الصدفة مقسوما على مقدار الإتفاق المحتمل خارج نطاق الصدفة، ومن ثم يقيس إحصاء كبا الإتفاق النسبي والذي تم تصحيحه بالصدفة؛ أي نسبة الإتفاقات على ما هو

$$K = \frac{Po - Pe}{1 - Pe} \quad \text{حيث } (K) \text{ هي :}$$

حيث Po هي إحتمال الظهور الملحوظ، و Pe هو إحتمال الإتفاق المتوقع أو بالصدفة، ويأخذ قيمة (1) حين يوجد إتفاق كامل وصفر حين يتساوى الإتفاق الملحوظ مع الإتفاق بالصدفة. (باهي والأزهري،

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

وفيما يلي ستعرض الباحثة خطوات حسابها لمعامل الإتفاق بين المقيمين (02) للمقابلة التشخيصية المنظمة (المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم) :

		Rater 2	
		Correct	Incorrect
Rater 1	Correct	A	B
	Incorrect	C	D

الصورة رقم (02): يوضح الشبكة المستخدمة لتفسير نتائج المقيمين (Pykes, 2020)

$A \leq$  إجمالي عدد الحالات التي قال فيها كلا المقيمين إنها صحيحة؛ المقيمون متفقون.

$B \leq$  العدد الإجمالي للحالات التي قال المقيم 2 (Rater 2) إنها غير صحيحة، لكن المقيم 1 (Rater 1) قال إنها صحيحة. هذا يعد إختلاف بين المقيمين.

$C \leq$  العدد الإجمالي للحالات التي قال المقيم 1 (Rater 1) إنها غير صحيحة، لكن المقيم 2 (Rater 2) قال إنها صحيحة. هذا أيضا يعتبر إختلاف بين المقيمين.

$D \leq$  العدد الإجمالي للحالات التي قال فيها كلا المقيمين إنها غير صحيحة. المقيمون متفقون.  
(Pykes, 2020)

الخطوة الأولى :

قامت الباحثة بمقارنة تقييم المقيم 1 مع المقيم 2 على أسئلة المقابلة التشخيصية التي تتكون من 29 سؤال، والجدول التالي يوضح نتائج التقييم التي تم تفرغها من قبل الباحثة .

الجدول رقم (25) : يوضح عدد الأسئلة التي إتفق وإختلف فيها المقيمين في المقابلة التشخيصية (DIAD= 29)

		المقيم 2	
		مقبول	غير مقبول
المقيم 1	مقبول	(A) 23	(B) 01
	غير مقبول	(C) 03	(D) 02

يتضح من الجدول رقم (25)، المقيم 1 والمقيم 2 إتفقا على أن 23 سؤال من أصل 29 سؤال في المقابلة مقبول من حيث الصياغة والترجمة، وسؤالين إتفقا على أنهما غير مقبولين، كما إختلفا المقيمين في بعض الأسئلة؛ حيث أن هناك 3 أسئلة يراها المقيم 2 مقبولة، ولكن المقيم 1 يراها غير مقبولة، وسؤال واحد يراه المقيم 2 غير مقبول و المقيم 1 يراه مقبول .

#### الخطوة الثانية :

في هذه الخطوة ستقوم الباحثة بحساب إحتمال الظهور الملحوظ (الإتفاق النسبي الملحوظ (Po حيث :

$$P_o = \text{number in agreement} / \text{total} , \quad P_o = \frac{A+D}{A+B+C+D}$$

$$P_o = \frac{23+2}{23+1+3+2} ; P_o = \frac{25}{29} , P_o = 0.86$$

#### الخطوة الثالثة :

في هذه الخطوة قامت الباحثة بحساب إحتمال الإتفاق المتوقع أو بالصدفة (إحتمال الإتفاق العشوائي

(Pe

$$P_{(\text{correct})} = (A+B/A+B+C+D) \times (A+C/A+B+C+D) ; P_{(\text{correct})} = 0.82 \times 0.89 = 0.72$$

$$P_{(\text{incorrect})} = (C+D/A+B+C+D) \times (B+D/A+B+C+D) , P_{(\text{incorrect})} = 0.17 \times 0.10 = 0.01$$

$$P_e = P_{(\text{correct})} + P_{(\text{incorrect})} ; P_e = 0.72 + 0.01 = 0.73$$

في هذه الخطوة ، قامت الباحثة بحساب معامل كبا (Kappa coefficient) :

$$K = P_o - P_e / 1 - P_e , K = \frac{0.86-0.73}{1-0.73} ; K = 0.48$$

و إنطلاقاً من جدول تفسير معامل كبا :

الجدول رقم (26) : تفسير معامل كبا (Kappa coefficient)

قوة الإتفاق	قيمة K
ضعيف	0.20 >
مقبول	0.40 - 0.21
معتدل	0.60 - 0.41
جيد	0.80 - 0.61
جيد جداً	0.80 <

(Henry et al., 2017)

قدر معامل الإتفاق بين المقيمين الذي تم التوصل إليه بـ 0.48، وإنطلاقاً من معايير الجدول رقم (26) الذي يوضح تفسير معامل كبا، فإن قوة الإتفاق بين المقيمين معتدلة (0.41 - 0.60)، وبما أن قيمة الإتفاق معتدلة، بالتالي يمكن الإعتماد على هذه المقابلة.

4- بعد التأكد من قوة الإتفاق بين المقيمين للمقابلة التشخيصية المنظمة، قامت الباحثة بتطبيقها على 03 مراهقين مصابين بمرض السكري للتأكد من أنها مفهومة ولا تحمل أي تفسيرات أو تأويلات أخرى، بالإضافة إلى التدريب على إستخدام هذه المقابلة التشخيصية المنظمة لتشخيص اضطراب التأقلم. (أنظر الملحق رقم 01)

5- وللتأكد من قدرة الباحثة على الحصول على نفس نتائج التشخيص التي يحصل عليها الأخصائي النفسي بإستخدام هذه المقابلة المنظمة (DIAD)، بالإضافة إلى قدرة هذه المقابلة المنظمة على إعطاء نتائج مماثلة عند إستعمالها في التشخيص على نفس الأفراد؛ فقد قامت الباحثة بتشخيص 07 مراهقين مصابين بالسكري وقد قام الأخصائي النفسي بتشخيصهم أيضاً (وهذا طبعا بعد إقناعه وطلب الإذن منه



## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

أكثر من مرة)، فقد إعتمدت الباحثة على معامل كبا للمتغيرات الفئوية ذات المستويات المتعددة وتمثلت

$$K = \frac{P_o - P_e}{1 - P_e} : \text{معادلة هذا المعامل كالتالي}$$

حيث :

$$K = \frac{\sum_{i=1}^k P_{ii} - \sum_{i=1}^k P_{i+} P_{+i}}{1 - \sum_{i=1}^k P_{i+} P_{+i}} \quad (\text{Tang et al., 2015, p 64})$$

### الخطوة الأولى :

قامت الباحثة بمقارنة تشخيصها (بالمقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم) مع تشخيص الأخصائي النفسي، والجدول التالي يوضح نتائج المقارنة التي تم تفريغها من قبل الباحثة .

الجدول رقم (27) : يوضح الحالات التي إتفق وإختلف عليها الباحثة والفاحص في تشخيصهما

### بالمقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم (DIAD)

الفاحص						
		AD	AD <sub>s</sub>	NO.AD	n <sub>i+</sub>	P <sub>i+</sub>
الباحثة	AD	1	0	0	1	0.14
	AD <sub>s</sub>	0	1	0	1	0.14
	NO. AD	0	1	4	5	0.71
	n <sub>+i</sub>	1	2	4	N=07	
	P <sub>+i</sub>	0.14	0.28	0.57		
	P <sub>i+</sub> · p <sub>+i</sub>	0.01	0.03	0.40		

المراهق ليس لديه إضطراب التأقلم = NO.AD، المراهق لديه أعراض الإضطراب = AD<sub>s</sub>، المراهق لديه إضطراب التأقلم = AD

### الخطوة الثانية :

في هذه الخطوة ستقوم الباحثة بحساب إحتمال الظهور الملحوظ (الإتفاق النسبي الملحوظ (P<sub>o</sub>) حيث :

$$p_o = \sum_{i=1}^k P_{ii} \quad , \quad p_o = \frac{1}{7} + \frac{1}{7} + \frac{4}{7} ; p_o = 0.14 + 0.14 + 0.57 = 0.85$$

### الخطوة الثالثة :

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

في هذه الخطوة قامت الباحثة بحساب إحتمال الإتفاق المتوقع أو بالصدفة (إحتمال الإتفاق العشوائي (Pe):

$$p_{i+} = \frac{n_{i+}}{N} ; p_{i+} = \frac{1}{7} ; \frac{1}{7} ; \frac{5}{7} ; p_{i+} = 0.14 ; 0.14 ; 0.71$$

$$p_{+i} = \frac{n_{+i}}{N} ; p_{+j} = \frac{1}{7} ; \frac{2}{7} ; \frac{4}{7} ; p_{+i} = 0.14 ; 0.28 ; 0.57$$

$$P_{i+} p_{+i} = 0.14 \times 0.14 ; 0.14 \times 0.28 ; 0.71 \times 0.57$$

$$P_{i+} p_{+i} = 0.01 ; 0.03 ; 0.40$$

$$p_e = \sum_{i=1}^k p_{i+} p_{+i} ; p_e = 0.01+0.03+0.40 ; p_e = 0.44$$

### الخطوة الرابعة :

في هذه الخطوة ، قامت الباحثة بحساب معامل كابا (Kappa coefficient) :

$$K = P_o - P_e / 1 - P_e , K = \frac{0.85-0.44}{1-0.44} ; K = 0.73$$

إنطلاقاً من معامل الإتفاق الذي قدر بـ 0.73، وبالرجوع إلى معايير الجدول أعلاه رقم (26) الذي يوضح تفسير معامل كابا، فإن قوة الإتفاق بين الباحثة والفاحص في تشخيص المراهقين المصابين بالسكري بالمقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم (DIAD) جيدة (0.61 – 0.80)، وبما أن قيمة الإتفاق جيدة، بالتالي يمكن أن نرجح أن الباحثة قد تحصل على نتائج مماثلة للنتائج التي يحصل عليها فاحص ممارس وذو خبرة في ميدان التشخيص، أضف إلى ذلك قدرة هذه المقابلة المنظمة على إعطاء نتائج مماثلة عند إعادة إستعمالها من قبل فاحصين آخرين عند تشخيص نفس الأفراد مرة أخرى .

### 3-1/ تعديل المقابلة بما يتناسب مع أهداف الدراسة :

في هذه المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم (DIAD)، قامت الباحثة بالإستغناء عن التساؤلات الثلاثة الأولى من المقابلة (أنظر الملحق رقم 01) الخاصة بتحديد عوامل الضغط (أنظر الجدول رقم 23) وذلك راجع إلى أن القائم بالمقابلة (الأخصائي النفساني) يقوم بتوجيه مجموعة من الأسئلة؛ تتمثل في ما إذا كان العميل عانى في العام الماضي من مشكلات سببت له التوتر، وإذا لم يتذكر العميل يحاول القائم بالمقابلة تذكيره عما إذا حدث له شيء خلال السنوات الثلاثة الماضية، أما السؤال الثالث؛ فهو

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

يتعلق بقائمة يتم تقديمها للعميل تحتوي على مجموعة من المشكلات (طلاق، مرض، حادث ...)، ويطلب منه أن يختار منها ما ينطبق مع حالته، ويمكن أن يختار أكثر من مشكلة .

الأمر الذي دفع بالباحثة إلى عدم الإعتماد على هذه التساؤلات الثلاثة وهذا مرده إلى مجموعة من الإعتبارات التي تفرضها هذه الدراسة أهمها؛ الأفراد الذين سيتم تشخيصهم، قد حددت الباحثة خصائصهم وأحد أهم خصائصهم؛ مراهقين مصابين بمرض السكري، بالتالي لا يمكن توجيه السؤال الثالث للعميل (الإختيار من القائمة) ، وبما أن أحد أهداف الدراسة ومحورها وأساسها هو تداعيات وتأثير مرض السكري على الجانب النفسي على المراهق وبالتحديد إصابته بالأمراض النفسية جراء هذا الداء المزمن، لا يمكن توجيه السؤال الأول والثاني، لأن الباحثة تهدف في جزء من دراستها إلى دور مرض السكري في إصابة المراهق بإضطراب التأقلم.

بالتالي لا يجب أن توجه الأسئلة الثلاث الأولى للعميل؛ لأنها قد توجه مسار التشخيص إلى إتجاهات أخرى لن تكون في صالح الباحثة خصوصا من ناحية الوقت، إضافة إلى ذلك هذه المقابلة التشخيصية تم إستخدامها لغرض البحث العلمي وفرز أفراد الدراسة (المراهقين المصابين بالسكري) في مجموعتين (مصابين بإضطراب التأقلم، غير مصابين بإضطراب التأقلم)، أضف إلى ذلك النص الثاني من المقابلة وبداية من السؤال 7 أ إلى السؤال 29 (أنظر الملحق رقم 01 أو الملحق رقم 02) من خلاله تستطيع الباحثة أن تحدد ما إذا كان مرض السكري قد أدى بالمراهق إلى إصابته بإضطراب التأقلم أم لا .

### 1-4/ إجراءات تطبيق المقابلة (عملية التشخيص النفسي) :

مرت عملية تطبيق المقابلة السريرية المنظمة (المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم)، بمجموعة من

الإجراءات ممثلة فيما يلي :

### 1-4-1/ سير مقابلات التشخيص :

تمت المقابلات التشخيصية المنظمة في فترة زمنية ممتدة من شهر فيفري 2019 إلى غاية شهر مارس 2020 ويبدو للوهلة الأولى أن هذه المدة الزمنية طويلة جدا، وهذا راجع أولا؛ إلى صعوبة الحصول على عينة تتمتع بالمعايير المذكورة أنفا (أنظر الصفحة 166)، بالإضافة إلى أن الباحثة كانت أيضا في فترة التكوين الدكتورالي، ثالثا لاقبت الباحثة صعوبة في ضبط مواعيد دقيقة مع عينة الدراسة (المراهقين المصابين بالسكري) لأن أغلبهم كانوا في فترة دراسة، أما في أيام العطل الأسبوعية (الثلاثاء

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

مساء - الجمعة - السبت) كان لدى البعض منهم الدروس الخصوصية، والبعض الآخر لديه بعض النشاطات الخاصة .

والجدول التالي يوضح توزيع أفراد الدراسة على المدة الزمنية الخاصة بالدراسة الإستطلاعية في جزئها الأول (فيفري 2019 إلى مارس 2020) .

الجدول رقم (28) : يوضح عدد المراهقين المصابين بالسكري الذين تم مقابلتهم في كل شهر

الأشهر	توزيع المراهقين المصابين بالسكري	الأشهر	توزيع المراهقين المصابين بالسكري
فيفري	5	سبتمبر	5
مارس	4	أكتوبر	4
أفريل	4	نوفمبر	5
ماي	5	ديسمبر	6
جوان	4	جانفي	5
جويلية	6	فيفري	2
أوت	5	مارس	3
<b>المجموع : 63</b>			

يتضح من الجدول رقم (28)؛ أن عدد المراهقين الذين تمت مقابلتهم شهريا يتراوح ما بين 4 إلى 6 مراهقين مصابين بالسكري، ماعدا شهري فيفري ومارس 2020 فتراوح عدد المراهقين 2 و 3 على الترتيب.

حيث قامت الباحثة بإجراء ستة إلى سبع أو ثمانية مقابلات تقريبا مع المراهقين المصابين بالسكري أسبوعيا (وهذا طبعا حسب كل حالة وظروفها)، بمعدل مقابلة واحدة أو مقابلتين مع كل مراهق خلال الأسبوع، أي حوالي 5 إلى 7 مقابلات مع كل مراهق خلال شهر واحد، وفيما يلي سيوضح الجدول التالي توزيع المقابلات مع المراهقين المصابين بالسكري في أحد الأشهر .

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

### الجدول رقم (29) : يوضح التوزيع الشهري للمقابلات مع المراهقين المصابين بالسكري

أيام الأسبوع	توزيع المقابلات خلال الأسبوع الأول	توزيع المقابلات خلال الأسبوع الثاني	توزيع المقابلات خلال الأسبوع الثالث	توزيع المقابلات خلال الأسبوع الرابع
السبت	/	/	/	/
الأحد	/	/	/	/
الاثنين	x	x	x	x
الثلاثاء	x	x	x	x
الأربعاء	x	x	x	x
الخميس	/	/	/	/
الجمعة	/	/	/	/

x بكل الألوان (المراهقين المصابين بالسكري الذين تم مقابلتهم خلال الشهر) ، x بكل الألوان مقابلة مع أحد والدي المراهق المصاب

بالسكري

#### 1-4-2 / التشخيص النفسي :

مرت الباحثة في عملية التشخيص النفسي بثلاثة خطوات تمثلت فيما يلي:

#### ➤ جمع المعلومات (Input Stage) :

وهذه الخطوة تتمثل في المقابلات التشخيصية التي تمر بمراحل إعمدها الباحثة وتمثلت فيما يلي :

- المرحلة الأولى (المقابلة الإفتتاحية): وتتضمن التعرف على المراهق المصاب بالسكري (الإسم، العمر، المستوى الدراسي، نوع مرض السكري، تاريخ الإصابة بالمرض)، ثم بعد ذلك تم الإنطلاق في المقابلة التشخيصية المنظمة (المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم) والتي تم الإعتماد فيها حوالي على أربعة أسئلة (من السؤال 4 إلى السؤال 7) لأن الأسئلة الثلاثة الأولى تم الإستغناء عنها، وقد ذكرت الباحثة سبب ذلك (أنظر الصفحة 181-182)، وإستغرقت هذه المقابلة حوالي 35 إلى 40 دقيقة .

- المرحلة الثانية: وفي هذه المرحلة تم إستكمال المقابلة التشخيصية المنظمة (المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم) وتم الإعتماد فيها على حوالي 7 إلى 8 أسئلة (من السؤال 8 إلى السؤال 14، 15)، وإستغرقت هذه المقابلة حوالي 40 دقيقة .

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

- المرحلة الثالثة: مازالت الباحثة مع المقابلة التشخيصية المنظمة (المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم) وتم الإعتماد فيها على حوالي 8 أسئلة (من السؤال 15 إلى السؤال رقم 22)، واستغرقت هذه المقابلة حوالي 40 دقيقة.

- المرحلة الرابعة: تم إكمال المقابلة التشخيصية المنظمة (المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم) من السؤال 22 إلى السؤال 29، واستغرقت هذه المقابلة حوالي 40 دقيقة .

- المرحلة الخامسة: قامت الباحثة بتطبيق مقياس إضطراب التأقلم - الوحدة الجديدة 20 (Adjustment Disorder – New Module 20) . (أنظر الملحق رقم ص06)

أضافت الباحثة مقابلة مع أولياء بعض المراهقين المصابين بالسكري خصوصا الذين تتراوح أعمارهم ما بين (14 إلى 17 سنة) واستغرقت حوالي 40 إلى 45 دقيقة واحتوت أسئلة هذه المقابلة على مايلي:  
- ردة فعل الوالدين عند معرفتهم بإصابة إبنهم/ إبنتهم بمرض السكري.

- ردة فعل الإبن/الإبنة مع خبر الإصابة بمرض السكري، وهل وجد صعوبة في التأقلم مع مرضه ومتطلباته العلاجية .

- هل ظهر على الإبن/الإبنة سلوكيات (كالقلق، الإنزعاج، الحزن، إهمال واجباته المدرسية،...).

- تأثير المرض على العلاقة بين الأباء والإبن/الإبنة ومع باقي أفراد الأسرة، وطبيعة معاملة الأب أو الأم له/ لها بعد إصابته/ها بمرض السكري .

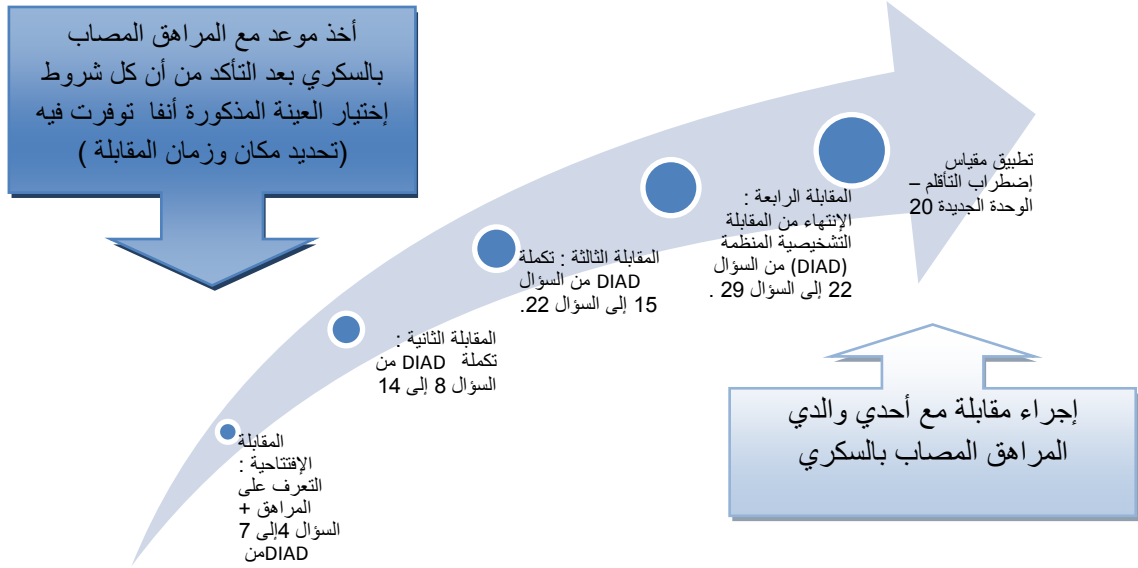
- دورهما في إحاطة مرض إبنهم/إبنتهم، ومساعدته/ها على إدارة مرضه/ها، وموقفه/ها من ذلك.

- إلتزام المراهق/المراهقة بالعلاج الخاص بالسكري .

- أداءه/ها المدرسي قبل وبعد الإصابة بمرض السكري . (أنظر الملحق 05)

والشكل التالي يوضح أكثر ماورد في خطوة جمع المعلومات :

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها



الشكل رقم (09) : يوضح توزيع محتوى المقابلات مع المراهقين المصابين بالسكري خلال الشهر

### الصدق العضوي :

قامت الباحثة في بداية كل مقابلة (إنطلاقاً من المقابلة الثانية حتى الأخيرة) بالتحقق من **الصدق العضوي**، وذلك من خلال مناقشة المبحوثين (المراهقين المصابين بالسكري)، حول إجاباتهم التي أدلوا بها (بيانات خام) في المقابلة الفاتئة وهذا أكيد بعد مراجعة الباحثة ماورد في تلك المقابلة، والعمل على تفسير ماورد فيها، ثم مناقشة ذلك مع المراهق المصاب بالسكري، للتأكد من إجاباته و توضيحها.

**والصدق العضوي يقصد به؛** إعادة المقابلة من قبل القائم بها، فعندما يحلل الباحث نصوص المقابلة، يعود الباحث فيعطي تفسيراته للمبحوثين وبالإستمرار في مقابلة التصحيح الذاتي يكون لدى المبحوثين فرصة للتعليق على تفسيرات المقابل هل كانت صحيحة أو خاطئة ليصوبها ويوضح ما يقصده من تصريحه أثناء المقابلة، وشرح عباراتهم الأصلية كشكل من أشكال صدق العضوية.(بوترعة، 2018، ص228)

### ➤ **مراجعة وتنظيم المعلومات الناتجة عن التشخيص النفسي (Processing Stage) :**

بعد الإطلاع على المعلومات والبيانات الناتجة عن المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم (DIAD)، وإتباع بروتوكول التشخيص وخوارزميته المعتمدة في هذه المقابلة (أنظر الجدول رقم 24 والشكل رقم 08)

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

قامت الباحثة في هذه الخطوة بتنظيم المعلومات التي تحصلت عليها من المقابلة، والجدولين التاليين يوضحان ذلك:

- عند إجراء التشخيص بالمقابلة السريرية المنظمة وبالاعتماد على معايير التشخيص في الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع والخامس (أنظر الملحق رقم 03)، تم التوصل إلى أن متوسط المدة بين الإصابة بمرض السكري وبداية ظهور أعراض إضطراب التأقلم هي 11 يوماً، ومتوسط مدة الإضطراب كانت 3 أشهر.

**الجدول رقم (30) : يوضح توزيع المراهقين المصابين بالسكري على معيار الدرجات الخاص بتقييم الأعراض السريرية المتعلقة بالضيق النفسي في المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم (DIAD)**

النسبة المئوية	عدد المراهقين المصابين بالسكري المشخصين	الأعراض السريرية الخاصة بالمقابلة (DIAD) فيما يتعلق بالضيق النفسي (4DSQ)
% 33.33	21	أكبر من 10 درجات
% 36.50	23	أقل من 10 درجات
% 30.15	19	لا توجد أعراض
% 100	63	المجموع

من خلال الجدول رقم (30) ؛ الباحثة خلالها تشخيصها باستخدام المقابلة المنظمة (DIAD) توصلت إلى 21 مراهق مصاب بالسكري تظهر عليهم أعراض الضيق النفسي (قلق - إنزعاج - مشاكل في النوم والتركيز- صعوبة في التأقلم ... ) أي بنسبة 33.33 % ، و 23 مراهق مصاب بالسكري بنسبة 36.50% قد سجلوا أقل من 10 درجات بالنسبة لأعراض الضيق النفسي، و 19 مراهق مصاب بالسكري بنسبة تقدر بـ 30.15 % لا توجد لديهم أعراض خاصة بالضيق النفسي .



## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

الجدول رقم (31) : يوضح توزيع المراهقين المصابين بالسكري على معيار الدرجات الخاص بتقييم الأعراض السريرية المتعلقة بالضعف في الأداء الإجتماعي المهني أو الدراسي في المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم (DIAD)

النسبة المئوية	عدد المراهقين المصابين بالسكري المشخصين	الأعراض السريرية الخاصة بالمقابلة (DIAD) فيما يتعلق بالضعف في الأداء الإجتماعي و المهني أو الدراسي (SDS)
36.50%	23	أكبر أو يساوي 4 درجات
34.92%	22	أقل من 4 درجات
28.57%	18	لا توجد أعراض
100%	63	المجموع

من خلال الجدول رقم (31)؛ فقد تم تشخيص 23 مراهق مصاب بالسكري بنسبة تقدر بـ 36.50 % تظهر عليهم أعراض الضعف في الأداء الإجتماعي والمهني أو الدراسي؛ أي بمعدل 4 درجات فأكثر حسب بروتوكول التشخيص المعتمد في هذه المقابلة (SDS) ، و 22 مراهق مصاب بالسكري سجلوا أقل من 4 درجات بنسبة تقدر بـ 34.92 %، و 18 مراهق مصاب بالسكري بنسبة تقدر بـ 28.57 % لا توجد لديهم أعراض تخص الضعف في الأداء المهني والإجتماعي .

### ➤ مرحلة مخرجات المقابلة Output Stage :

وفقا لخوارزمية التشخيص المعتمدة في المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم (DIAD) والمستندة على الدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي الرابع (أنظر الجدول رقم 24)، ومعايير التشخيص الممثلة في الشكل رقم (08)، فقد توصلت الباحثة في تشخيصها للمراهقين المصابين بمرض السكري إلى النتائج التالية :

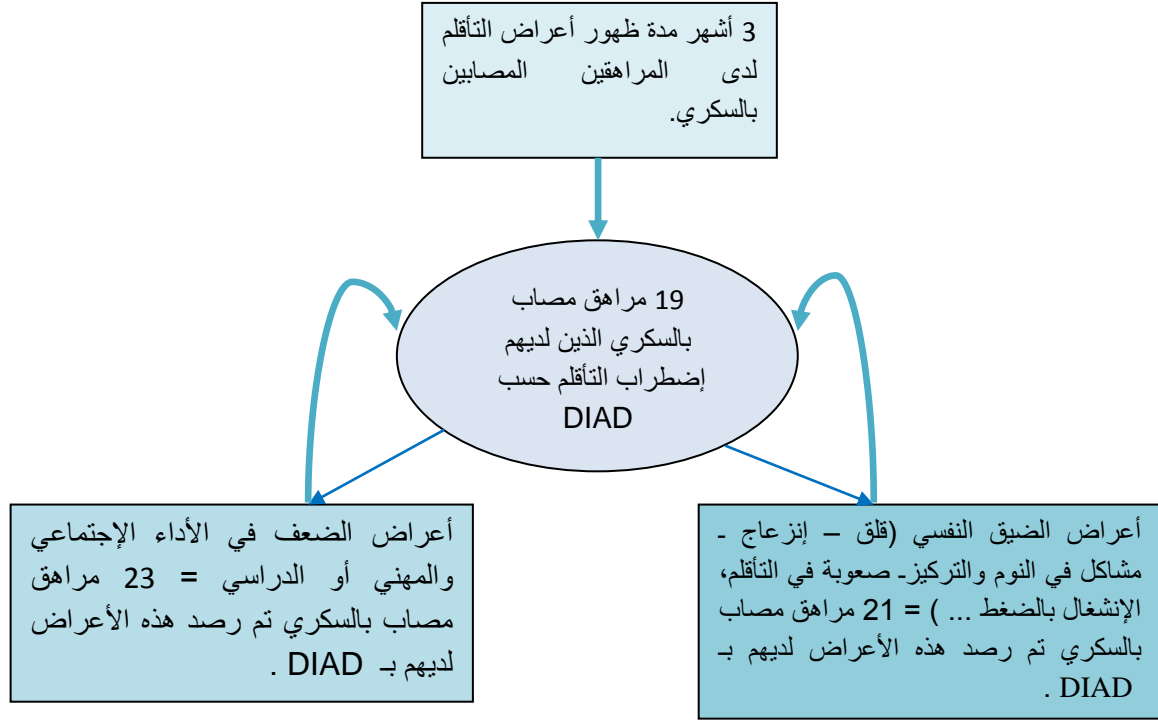
التأقلم (DIAD)

معايير خوارزمية التشخيص النفسي لإضطراب التأقلم	المحقق من خوارزمية التشخيص النفسي لإضطراب التأقلم	نتائج التشخيص النفسي
الضغوط	63 مراهق مصاب بالسكري	عند تشخيص المراهقين
الأعراض السريرية	21 مراهق مصاب بالسكري تظهر عليه أعراض الضيق النفسي حسب بروتوكول التقييم في (DIAD). 23 مراهق مصاب بالسكري تظهر عليه أعراض الضعف في الأداء الإجتماعي والدراسي حسب بروتوكول التقييم في (DIAD).	المصابين بمرض السكري بالمقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم (DIAD) وبالاعتماد على خوارزمتها التشخيصية ومعايير DSM5 / DSM4 ، توصلت الباحثة إلى وجود 19 مراهق مصاب بالسكري لديه إضطراب التأقلم تتوفر فيهم معايير تشخيص إضطراب التأقلم، في مدة 3 أشهر من ظهور الأعراض، من أصل 63 مراهق مصاب بالسكري .
مدة ظهور الأعراض	في مدة 3 أشهر إلى غاية 6 أشهر من الإصابة بمرض السكري .	

إنطلاقاً من الجدول رقم (32) نجد أنه قد تم التوصل إلى 19 مراهق مصاب بالسكري لديهم إضطراب التأقلم من أصل 63 مراهق مصاب بالسكري، وكما نلاحظ في الجدول رقم (30) والجدول رقم (31) نجد أن هناك 21 مراهق تظهر عليه أعراض الضيق النفسي و23 مراهق تظهر عليه أعراض الضعف في الأداء الإجتماعي والمهني أو المدرسي، لكن هناك منهم من لديه أعراض الضيق النفسي وليس لديه أعراض الضعف في الأداء الإجتماعي والمهني أو المدرسي، والعكس صحيح لدى البعض، ولهذا الباحثة توصلت إلى 19 مراهق مصاب بالسكري لديهم أعراض الضيق النفسي والضعف في الأداء اليومي، وهذا حسب بروتوكول المقابلة و(المعيار B في DSM 5)، بالإضافة إلى ظهور هذه الأعراض لدى

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

المراهقين في مدة 3 أشهر من التشخيص بمرض السكري (المعيار A في DSM 5) وليس لديهم أي حالة فقد (موت أحد أفراد الأسرة)، فقط تعرضوا لضغط واحد وهو الإصابة بمرض السكري (وقد تم توضيح عينة الدراسة كيف تم إختيارها بعناية كي يتم التشخيص بشكل جيد، أنظر الصفحة 166).



الشكل رقم (10) : يوضح مخرجات عملية التشخيص النفسي بالمقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم (DIAD)

### 2- الملاحظة العيادية :

إعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على الملاحظة العيادية عند إجراء المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم (DIAD) للمراهقين المصابين بالسكري، وهذا من أجل رصد ما يطرأ على المفحوصين من سلوكيات أثناء إجراء المقابلة التشخيصية، وقد قامت الباحثة بتصميم جدول خاص بالملاحظة العيادية. (أنظر الملحق رقم 04)

إجراء مقابلات مع أولياء بعض المراهقين المصابين بالسكري سببه التأكد من صدق المعلومات والبيانات التي يدلي بها المراهقون المصابون بالسكري خلال إجراء المقابلة البنائية المنظمة (DIAD) معهم .

3- مقياس اضطراب التأقلم – الوحدة الجديدة 20 ( Adjustment Disorder – New )

(Module 20)

3-1/ التعرف بمقياس اضطراب التأقلم – الوحدة الجديدة 20 ( Adjustment Disorder – )

(New Module 20)

مقياس اضطراب التأقلم - الوحدة الجديدة 20 ( Adjustment Disorder – New Module 20)

صممه كل من (Einsle, Kollner, Dannemann, & Maercker, 2010; Lorenz, Bachem,

& Maercker, 2016) وهو إستبيان لقياس أعراض اضطراب التأقلم . ( Dragan et al., 2021, p 03)

ADNM-20 هو مقياس للتقرير الذاتي يتكون من جزأين: قائمة الضغوطات وقائمة العناصر، قائمة

الضغوطات تحتوي على مجموعة واسعة من أحداث الحياة الحادة والمزمنة في العامين الماضيين،

وقائمة العناصر تقيس أعراض الإستجابة لأكثر الأحداث المؤلمة، يشير المشاركون على مقياس ليكرت

المكون من 4 نقاط، والذي يتراوح من 1 (أبدا) إلى 4 (غالبا)، ليحددوا كم مرة عانوا فيها من الأعراض

المختلفة لـ AjD خلال الأسبوعين الماضيين، ويتكون ADNM-20 من ستة مقاييس فرعية: الإنشغال

(4 عناصر) والقلق في التأقلم (4 عناصر)، والتجنب (4 عناصر)، والمزاج الإكتئابي (3 عناصر)،

والقلق (عنصران)، واضطراب الإندفاع (3 عناصر). (Lorenz et al., 2016, p 216)

والجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (33) : يوضح توزيع البنود على أبعاد مقياس اضطراب التأقلم – الوحدة الجديدة 20

(ADNM-20)

أرقام البنود	أبعاد ADNM-20	
15 - 13 - 4 - 2 .	الإنشغال (preoccupations)	الأعراض الرئيسية (Core_symptoms)
20 - 19 - 17 - 10 .	فشل في التأقلم (failure_to_adapt)	
14 - 11 - 7 - 3 .	التجنب (Avoidance)	الأعراض الثانوية (Accessory_symptoms)
18 - 5 - 1 .	مزاج إكتئابي (Depressive_mood)	
16 - 6 .	القلق (Anxiety)	
12 - 9 - 8 .	اضطراب الإندفاع (Impulse_disturbance)	

وهناك طريقتين لتقييم الفرد بهذا المقياس وتتمثل فيما يلي :

- الطريقة الأولى:

تعتمد هذه الطريقة على خوارزمية الأعراض الأساسية، حيث يتم تشخيص AjD إذا حدد الفرد حدثاً مرهقاً في الحياة، وكان هناك عرض واحد قيمته 3 درجات أو أكبر وعنصران على الأقل تم تقييمهما بـ درجتين أو أكبر في كلا المقياسين الفرعيين للأعراض الأساسية، كما تتطلب الخوارزمية أيضاً تصنيفاً يعتمد على 3 درجات أو أكبر على معيار الضعف الوظيفي (البند 20: بشكل عام، تسبب لي هذا الموقف المجهد في انخفاض هام في الحياة الإجتماعية أو المهنية، ووقت فراغي، وغيرها من مجالات العمل المهمة). (Ben-Ezra et al., 2020, p 04 ; Lorenz et al., 2016, p217) (أنظر الملحق رقم 06)

- الطريقة الثانية:

وفي هذه الطريقة يمكن تقييم شدة الأعراض من خلال مجموع نقاط جميع البنود (مجموع نقاط ADNM-20)، ويتراوح مجموع النقاط من 20 إلى 80 نقطة،  $\leq 48$  نقطة تشير إلى مخاطر عالية للإصابة بإضطراب التأقلم. (Belz et al., 2021). وهذا الإختبار يتضمن مقياس ليكرت المكون من 4 نقاط (1 = أبداً، 2 = نادراً، 3 = أحياناً، 4 = غالباً)

✓ إعتمدت الباحثة على هذا المقياس؛ لأنه إختبار تشخيصي وتصميم إختبار تشخيصي يتطلب مدة زمنية ليست قصيرة، إضافة إلى فريق بحث متخصص في ميدان التشخيص والعلاج النفسي، و معرفة سابقة بحالات تعاني من إضطراب التأقلم، أو حالات عدم التأقلم، إضافة إلى ذلك قد تم إعتداد هذا الإختبار التشخيصي في بعض الدراسات والأبحاث لتشخيص إضطراب التأقلم ودراسته وأثبت فعاليته في التشخيص.

✓ إعتمدت الباحثة على الطريقة الثانية في مقياس إضطراب التأقلم – الوحدة الجديدة 20 لتقييم المراهقين المصابين بالسكري، وهذا لأن الطريقة الأولى ركزت فقط على الأعراض الأساسية (الإنشغال بالحدث المرهق والفتل في التأقلم)، لكن الطريقة الثانية (المجموع الكلي لبنود المقياس) هي الطريقة التي تراها الباحثة مناسبة لأنها تشمل أعراض أساسية وثنائية، أضف إلى ذلك تعتمد الباحثة في هذه الدراسة على الدليل الأمريكي التشخيصي الإحصائي الرابع و الخامس و وفقاً للمعيار A في الدليلين (تطور أعراض إنفعالية أو سلوكية كإستجابة لضغط أو الضغوطات يمكن تحديدها ...) والقلق والتجنب والمزاج الإكتئابي وإضطرابات الإندفاع (الأعراض الثانوية) هي أعراض إنفعالية و السلوكية؛ وبالتالي لايمكن أن نتجاوزها عند تشخيص إضطراب التأقلم، وبالتالي لا بد من إعتدادها ضمن التشخيص، وبالتالي الطريقة الثانية حسب رأي الباحثة هي الأنسب للحكم على المراهق المصاب بالسكري بإضطراب التأقلم أم لا .

3-2/ ترجمة المقياس ADN-20 :

تم إتخاذ الخطوات التالية لترجمة المقياس :

1- بعد أخذ الإذن من أصحاب المقياس، قامت الباحثة بعرض مقياس اضطراب التأقلم - الوحدة الجديدة 20 (Adjustment Disorder – New Module 20) على متخصصين في الترجمة، وهذا من أجل ترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية (الترجمة الأولية)، كما قامت الباحثة أيضا بترجمتها، وبعد مطابقة الترجمتين لم تجد الباحثة مع أحد المترجمين إختلاف بين الترجمتين من الناحية التركيبية وحتى اللغوية للترجمة.

2- بعد ترجمة المقياس إلى اللغة العربية من قبل الباحثة ومتخصصي الترجمة، تم إعادة تدوير ترجمة المقياس من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية (الترجمة العكسية) من قبل أستاذة متخصصة في الترجمة، وهذا للتأكد من عدم تغير محتوى المقياس بعد الترجمة؛ حيث تم تقييمها ومقارنتها مع المقياس الأصل (باللغة الإنجليزية) لتحديد بعض الإختلافات والعمل على تعديلها.

3- ولغرض التأكد أيضا من دقة وصحة وسلامة محتوى المقياس المترجم (من الإنجليزية إلى العربية) قامت الباحثة بعرض النص الأصلي للمقياس مع الترجمة على الأستاذة المشرفة على هذه الأطروحة؛ من أجل معرفة مدى ملائمة بنود المقياس ودقته ومناسبته من حيث الصياغة التركيبية واللغوية، كما قامت الباحثة بعرض المقياس على أخصائي نفسي ممارس (ف.ر)، وقد قامت الباحثة بإجراء التغيرات التي طلبها منها المقدرين (المقيمين)، وبعدها تم المصادقة عليها، لكن قبل ذلك قامت الباحثة بحساب ثبات الإتفاق بين المقدرين (Inter-rater reliability) عن طريق حساب معامل كبا (Kappa)

$$K = \frac{Po-Pe}{1-Pe} ؛ \text{coefficient}$$

وفيمايلي ستعرض الباحثة خطوات حسابها لمعامل الإتفاق بين المقيمين (02) لمقياس اضطراب التأقلم - الوحدة الجديدة 20، وهي نفس الخطوات المعتمدة سابقا في حساب ثبات الإتفاق بين المقدرين للمقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم.

الخطوة الأولى :

قامت الباحثة بمقارنة تقييم المقيم 1 مع المقيم 2 على بنود المقياس الذي يتكون من 20 بند، والجدول التالي يوضح نتائج التقييم التي تم تفرغها من قبل الباحثة .

الجدول رقم (34) : يوضح عدد البنود التي إتفق وإختلف فيها المقيمين في مقياس (ADNM=

20)

		المقيم 2	
		مقبول	غير مقبول
المقيم 1	مقبول	(A) 17	(B) 01
	غير مقبول	(C) 00	(D) 02

يتضح من الجدول رقم (34)، المقيم 1 والمقيم 2 إتفقا على أن 17 بند من أصل 20 بند في المقياس مقبول من حيث الصياغة والترجمة، و(02) بندين إتفقا على أنهما غير مقبولين، كما إختلفا المقيمين في بند واحد ؛ حيث يراه المقيم 2 بند غير مقبول من حيث طريقة صياغته، والمقيم 1 يراها مقبول، أما فيما يتعلق بالبنود التي قد يراها المقيم 2 مقبولة والمقيم 1 يراها غير مقبولة، فقد لم يتم رصد أي إختلاف بينهما وبالتالي 0 .

الخطوة الثانية :

في هذه الخطوة ستقوم الباحثة بحساب إحتمال الظهور الملحوظ (الإتفاق النسبي الملحوظ (Po) حيث :

$$P_o = \text{number in agreement} / \text{total} , \quad P_o = \frac{A+D}{A+B+C+D}$$

$$P_o = \frac{17+2}{17+1+0+2} ; P_o = \frac{19}{20} , P_o = 0.95$$

الخطوة الثالثة :

في هذه الخطوة قامت الباحثة بحساب إحتمال الإتفاق المتوقع أو بالصدفة (إحتمال الإتفاق العشوائي

(Pe

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

$$P_{(\text{correct})} = (A+B/A+B+C+D) \times (A+C/A+B+C+D) ; P_{(\text{correct})} = 0.9 \times 0.85 = 0.76$$

$$P_{(\text{incorrect})} = (C+D/A+B+C+D) \times (B+D/A+B+C+D) , P_{(\text{incorrect})} = 0.1 \times 0.15 = 0.01$$

$$P_e = P_{(\text{correct})} + P_{(\text{incorrect})} ; P_e = 0.76 + 0.01 = 0.77$$

### الخطوة الرابعة :

في هذه الخطوة ، قامت الباحثة بحساب معامل كبا (Kappa coefficient) :

$$K = P_o - P_e / 1 - P_e , K = \frac{0.95 - 0.77}{1 - 0.77} ; K = 0.78$$

قدر معامل الإتفاق بين المقيمين بـ 0.78، وبالنظر إلى معايير الجدول رقم (26) الذي يوضح تفسير معامل كبا، فإن قوة الإتفاق بين المقيمين جيدة (0.61 - 0.80) ، وبما أن قيمة الإتفاق جيدة، بالتالي يمكن الإعتماد على هذا المقياس المترجم .

4- بعد التأكد من قوة الإتفاق بين المقيمين لمقياس إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20، قامت الباحثة بتطبيقه على 06 مراهقين مصابين بمرض السكري للتأكد من أن البنود مفهومة ولا تحمل أي تفسيرات أو تأويلات أخرى.

### 3-3/ الصدق الإكلينيكي (Clinical validity) لمقياس إضطراب التأقلم - الوحدة الجديدة (ADNM -20)

لتحقيق الهدف الثاني في المرحلة الثانية من هذه الدراسة الإستطلاعية؛ والمتمثل في الكشف عن ما إذا كان مقياس إضطراب التأقلم - الوحدة الجديدة 20 (Adjustment Disorder – New Module 20) قادر على تشخيص إضطراب التأقلم لدى المراهقين المصابين بالسكري، قامت الباحثة بحساب الحساسية والنوعية لمقياس إضطراب التأقلم - الوحدة الجديدة (ADNM -20)؛ وهذا للتأكد من قدرته كإختبار تشخيصي في تحديد الأفراد المعرضين لخطر الإصابة بإضطراب التأقلم، وهذا من خلال مقارنته بالمعيار الذهبي (المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم (DIAD)، وهذا لأن الباحثة لا تستطيع الإعتماد على



## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

المقابلة التشخيصية في الدراسة لأنها تأخذ وقتاً وجهداً كبيرين ولهذا تم الإعتماد عليها كمعيار ذهبي في الدراسة.

وللتحقق من الدقة مقياس إضطراب التأقلم - الوحدة الجديدة (ADNM -20) على تحديد المراهقين المصابين بمرض السكري المعرضين لخطر إضطراب التأقلم وقدرته التشخيصية، فقد تم إستخدام برنامج Medcalc (حزمة إحصائية مصممة للعلوم الطبية الحيوية يتضمن إجراءات ورسوم بيانية إحصائية بارامترية وغير بارامترية)، والذي من خلاله سيتم إستخدام نموذج (ROC) المنحنى المميز لأداء المستقبل من أجل حساب الدقة التنبؤية لمقياس إضطراب التأقلم - الوحدة الجديدة (ADNM -20) .

وقبل حساب الحساسية والنوعية للإختبار التشخيصي (ADNM -20) ستقوم الباحثة أولاً؛ بتقديم عرض عن الحساسية والنوعية ومعادلات حسابها، ثانياً؛ ستعرض جدول يوضح نتائج التشخيص بالمعيار الذهبي (المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم، DIAD) ونتائج مقياس (إضطراب التأقلم - الوحدة الجديدة ADNM -20) ، ومواطن الإتفاق والإختلاف بين الأداتين في النتائج .

الجدول رقم (35) : يوضح مصفوفة نتائج حساب الحساسية و النوعية بين الإختبار التشخيصي

### والمعيار الذهبي

		المرض على النحو الذي يحدده المعيار الذهبي		المجموع
		وجود المرض +	غياب المرض -	
الإختبار التشخيصي	إيجابي +	True positive (TP) (a) الإيجابية الحقيقية	False positive (FP) (b) الإيجابية الخاطئة	TP + FP
	سلبي -	False negative (FN) (c) السلبية الخاطئة	True negative (TN) (d) السلبية الحقيقية	TN + FN
المجموع		TP + FN	TN + FP	TN + FN+ TP + FP

(Florkowski , 2008, p s83)

الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

الجدول رقم (36) : يوضح المفاهيم والمعادلات خاصة بالحساسية و النوعية للاختبار التشخيصي

التعريف		
	الشخص مصاب بالمرض والاختبار إيجابي. ( Swift et al. , 2020, p 03)	الإيجابية الحقيقية (True positive)
	الشخص غير مصاب بالمرض والاختبار سلبي. (Swift et al., 2020, p 03)	السلبية الحقيقية ( True negative)
	الشخص غير مصاب بالمرض والاختبار إيجابي. ( Swift et al., 2020, p03)	الإيجابية الخاطئة (False positive)
	الشخص مصاب بالمرض والاختبار سلبي. ( Swift et al., 2020, p 03)	السلبية الخاطئة ( False negative)
<b>Sensitivity = TP / (TP + FN)</b> (Florkowski ,2008, p s83)	قدرة الاختبار على التعرف بشكل صحيح على المرضى المصابين بمرض ما. (Swift et al., 2020, p 03)	الحساسية (Sensitivity)
<b>Specificity = TN / (TN + FP)</b> (Florkowski ,2008, p s83)	قدرة الاختبار على تحديد الأشخاص غير المصابين بالمرض بشكل صحيح. ( Swift et al.,2020, p 03)	النوعية (Specificity)
<b>Positive predictive value (PPV) = TP / (TP + FP)</b> (Florkowski ,2008, p s83)	أو معدل الدقة وهي نسبة الأشخاص الذين لديهم نتيجة اختبار إيجابية وهم في الواقع يعانون من المرض . (Stojanoviü et al., 2014, p 1063)	التنبؤ الإيجابي (Positive predictive value)
<b>Negative predictive value (NPV) = TN / (TN + FN)</b> (Florkowski ,2008, p s83)	الأشخاص الذين لديهم نتيجة اختبار سلبية والذين لا يعانون بالفعل من المرض. (Stojanoviü et al., 2014, p 1064)	التنبؤ السلبي (negative predictive value)
<b>Prevalence = (TP+FN)/(TN+TP+FN+FP)×100</b>	نسبة الحالات (الذين لديهم مرض معين) في مجتمع معين . (Geekymedics,s.d)	الانتشار (Prevalence)

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

<p><b>Accuracy = (TN + TP)/(TN+TP+FN+FP) ×100</b></p> <p>بالإضافة إلى المعادلة الموضحة التالية ، يمكن تحديد الدقة أيضا من الحساسية والنوعية، والإنتشار كالتالي :</p> <p><b>Accuracy = (sensitivity) (prevalence) + (specificity) (1 - prevalence).</b></p> <p>(Zhu et al., 2010, p 02)</p>	<p>هي نسبة النتائج الحقيقية ، سواء كانت إيجابية أو سلبية حقيقية ، في مجموعة معينة؛ أي يقيس درجة صحة إختبار تشخيصي لحالة ما.</p> <p><b>(Zhu et al., 2010, p 02)</b></p>	<p><b>الدقة (Accuracy)</b></p>
<p><b>Positive likelihood ratio (LR+) = sensitivity / (1 – specificity)</b></p> <p>(Baratloo et al., 2015, p 170)</p>	<p>هي نسبة إحتمال وجود مريض مصاب بمرض ولديه نتيجة إختبار إيجابية مقسومة على إحتمال وجود مريض غير مصاب بالمرض ولكن لديه نتيجة إختبار إيجابية.</p> <p><b>(Baratloo et al., 2015, p 170)</b></p>	<p>نسبة الأرجحية الإيجابية <b>Positive ) (likelihood ratio</b></p>
<p><b>Negative likelihood ratio (LR-) = (1 – sensitivity) / specificity</b></p> <p>(Baratloo et al., 2015, p 170)</p>	<p>إحتمالية وجود مريض مصاب بالمرض ولديه نتيجة إختبار سلبية مقسومة على إحتمال وجود مريض غير مصاب بالمرض ولديه نتيجة إختبار سلبية .</p> <p><b>( Klipstein , s.d, p 04)</b></p>	<p>نسبة الأرجحية السلبية <b>Negative ) (likelihood ratio</b></p>

الجدول رقم (37) : يوضح نتائج التشخيص المشترك بين الإختبار التشخيصي (ADNM -20)

والمعيار الذهبي المقابلة التشخيصية (DIAD)

		المقابلة التشخيصية (DIAD)		المجموع
		وجود المرض +	غياب المرض -	
الإختبار التشخيصي (ADNM -20)	إيجابي +	True positive (TP) الإيجابية الحقيقية (18)	False positive (FP) الإيجابية الخاطئة (04)	TP + FP (22)
	سلبي -	False negative (FN) السلبية الخاطئة (01)	True negative (TN) السلبية الحقيقية (40)	TN + FN (41)
المجموع		TP + FN (19)	TN + FP (44)	(63)

من خلال الجدول رقم (37) نوضح مايلي :

- **الإيجابية الحقيقية (TP) :** (18) المراهقون المصابون بالسكري الذين حددهم الإختبار التشخيصي (ADNM -20) على أن لديهم إضطراب التأقلم وهم مشخصون بالمقابلة التشخيصية (DIAD) على أنهم مصابون بإضطراب التأقلم .

- **السلبية الحقيقية (TN) :** (40) المراهقون المصابون بالسكري الذين حددهم الإختبار التشخيصي (ADNM -20) على أن ليس لديهم إضطراب التأقلم وهم مشخصون بالمقابلة التشخيصية (DIAD) على أنهم غير مصابين بإضطراب التأقلم .

- **الإيجابية الخاطئة (FP) :** (04) المراهقون المصابون بالسكري الذين حددهم الإختبار التشخيصي (ADNM -20) على أنهم مصابون بإضطراب التأقلم، لكن المقابلة التشخيصية (DIAD) شخصتهم على أنهم غير مصابين بإضطراب التأقلم.

- **السلبية الخاطئة (FN) :** (01) المراهق المصاب بالسكري الذي حدده الإختبار التشخيصي (ADNM -20) على أنه غير مصاب بإضطراب التأقلم، فحين المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم (DIAD) شخصته على أنه مصاب بإضطراب التأقلم.

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

وفيما يلي سنعرض جدول يوضح نتائج الدقة التشخيصية للإختبار التشخيصي الخاص بإضطراب التأقلم (ADNM -20) والتي تم حسابها يدويا بالإعتماد على معادلات الجدول رقم (36) توصلنا إلى مايلي :

الجدول رقم (38) : يوضح قيم الدقة التشخيصية لمقياس إضطراب التأقلم - الوحدة الجديدة 20

### (ADNM -20) المحسوبة يدويا

النتائج	الدقة التشخيصية
$0.94 = 19/18$ ، 94 %	الحساسية (Sensitivity)
$0.90 = 44/40$ ، 90 %	النوعية (Specificity)
$0.81 = 22/18$ ، 81 %	التنبؤ الإيجابي (Positive predictive value)
$0.97 = 41/40$ ، 97 %	التنبؤ السلبي (negative predictive value)
$30.15 = 100 \times 63/19$ %	الانتشار (Prevalence)
$92.06 = 100 \times 63/58$ %	الدقة (Accuracy)
$9.4 = 0.90 - 1 / 0.94$	نسبة الأرجحية الإيجابية (Positive likelihood ratio)
$0.06 = 0.90 / 0.94 - 1$	نسبة الأرجحية السلبية (Negative likelihood ratio)

إنطلاقا من الجدول رقم (38):

- الحساسية (Sensitivity) : وهي قدرة الإختبار التشخيصي (ADNM -20) على تحديد المراهقين الذين لديهم مرض السكري على أنهم مصابون بإضطراب التأقلم، والذين أثبت التشخيص (DIAD) على أنهم مصابون بإضطراب التأقلم .

- النوعية (Specificity) : وهي قدرة الإختبار التشخيصي (ADNM -20) على تحديد المراهقين الذين لديهم مرض السكري على أنهم ليسوا مصابين بإضطراب التأقلم، والذين أثبت التشخيص (DIAD) على أنهم غير مصابين بإضطراب التأقلم .

- التنبؤ الإيجابي (Positive predictive value) : نسبة المراهقين المصابين بمرض السكري الذين لديهم نتيجة إيجابية على الإختبار التشخيصي (ADNM -20)، وهم في الواقع يعانون من المرض حسب التشخيص (DIAD).

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

- **التنبؤ السلبي (negative predictive value)** : نسبة المراهقين المصابين بالسكري الذين لديهم

نتيجة سلبية على الإختبار التشخيصي (ADNM -20)، وهم في الواقع لا يعانون من المرض حسب التشخيص (DIAD).

- **الانتشار (Prevalence)** : نسبة إنتشار المراهقين المصابين بالسكري والذين يعانون من اضطراب

التأقلم بين جميع حالات الدراسة .

- **الدقة (Accuracy)** : دقة الإختبار التشخيصي (ADNM -20) في تحديد المراهقين المصابين

بمرض السكري على أن لديهم اضطراب التأقلم وغير المصابين باضطراب التأقلم .

- **نسبة الأرجحية الإيجابية (Positive likelihood ratio)** : نسبة إحصائية وجود مراهق مصاب

بالسكري يعاني من اضطراب التأقلم ولديه نتيجة إيجابية على الإختبار التشخيصي (ADNM -20)

مقارنة بإحتمال وجود مراهق مصاب بمرض السكري وليس لديه اضطراب التأقلم ولكن لديه نتيجة إيجابية

على الإختبار التشخيصي (ADNM -20) .

- **نسبة الأرجحية السلبية (Negative likelihood ratio)**: نسبة إحصائية وجود مراهق مصاب

بالسكري يعاني اضطراب التأقلم ولديه نتيجة سلبية على الإختبار التشخيصي (ADNM -20) مقارنة

بإحتمال وجود مراهق مريض بالسكري ولايعاني من اضطراب التأقلم ولديه نتيجة سلبية على الإختبار

التشخيصي (ADNM -20) .

أما بالنسبة عن طريق Medcalc الحزمة البيوتبية الإحصائية، فكانت نتائج نتائج الدقة التشخيصية

للإختبار التشخيصي الخاص باضطراب التأقلم (ADNM -20) كما يلي :

الجدول رقم (39) : يوضح قيم الدقة التشخيصية لمقياس اضطراب التأقلم – الوحدة الجديدة 20

### Medcalc (ADNM -20) المحسوبة ببرنامج

النتائج	الدقة التشخيصية
أكبر من 48	المعيار التشخيصي (Associated criterion)
%94,74	الحساسية (Sensitivity)
%90,91	النوعية (Specificity)

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

%81,8	التنبؤ الإيجابي (Positive predictive value)
%97,6	التنبؤ السلبي (negative predictive value)
%30,2	الإنتشار (Prevalence)
10,42	نسبة الأرجحية الإيجابية (Positive likelihood ratio)
0,058	نسبة الأرجحية السلبية (Negative likelihood ratio)

من خلال الجدول رقم (39): نجد بأن النتائج مماثلة للنتائج التي قامت الباحثة بحسابها يدويا عن طريق معادلات الدقة التشخيصية، كما نلاحظ من هذا الجدول أن المعيار التشخيصي قدر بـ 48 درجة فأكثر، وكما أشرنا سلفا في التعريف بالمقياس؛ أن الذين حصلوا 48 درجة فأكثر يكونوا معرضين للإصابة بإضطراب التأقلم أو مصابين به. ففي دراسة أجراها مصممي المقياس (Lorenz, Bachem, & Maercker, 2016)؛ كشف تحليل ROC عن درجات القطع المثالي (cut-off) عند 47.5. يشير هذا إلى أن كل شخص يسجل 48 درجة أو أعلى في ADNM-20 معرض لخطر كبير للإصابة بإضطراب التأقلم (AjD). (Lorenz et al.,2016, p 219).

ومن خلال الجدولين رقم (38) ورقم (39)؛ يتضح أن جميع قيم الدقة التشخيصية لمقياس إضطراب التأقلم - الوحدة الجديدة 20 (ADNM -20) تتراوح ما بين 80 إلى 90 %، حيث بلغت حساسية الإختبار التشخيصي بـ 0.94 ونوعيته قدرت بـ 0.90 أي بنسبة 94 % و 90 % على الترتيب وهذه القيم ممتازة، وتدل على قدرة الإختبار التشخيصي على التمييز بين المصابين بإضطراب التأقلم وغير المصابين به. وفي هذا الصدد قالت هوفمان (Hoffman)؛ أن الإختبار الذي يتمتع بحساسية ونوعية تبلغ حوالي 90% سيعتبر أنه يتمتع بأداء تشخيصي جيد. (health news review,s.d)

بالتالي يمكننا القول بأن مقياس إضطراب التأقلم - الوحدة الجديدة 20 يتمتع بقدرة عالية على التمييز والتشخيص فيما يتعلق بإضطراب التأقلم، كما تشير النتائج إلى أن قيمة التنبؤ الإيجابي قدرت بـ 0.81 والتنبؤ السلبي قدرت بـ 0.97 أي بنسبة 81 % و 97 % وهي قيم عالية و تقترب من النسبة (100%) على التنبؤ الإيجابي والسلبي المثالي؛ وهذا يدل على دقة الإختبار التشخيصي في تحديد المصابين بإضطراب التأقلم وغير المصابين به لدى المراهقين المرضى بالسكري، كما قدرت قيمة الإنتشار 30.15 %، وتؤثر قيمة الإنتشار على قيمة التنبؤ الإيجابي والسلبي؛ أي يؤثر الإنتشار على القيمة التنبؤية الإيجابية (PPV) والقيمة التنبؤية السلبية (NPV) للإختبارات. فمع زيادة الإنتشار، يزداد PPV أيضا ولكن NPV ينخفض. وبالمثل، مع إنخفاض معدل الإنتشار، ينخفض PPV بينما يزيد NPV. (Tenny & Hoffman, 2021)

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

كما بلغت قيمة دقة الإختبار التشخيصي وقدرته على التشخيص وتحديد المصابين بإضطراب التأقلم وغير المصابين به فقد قدرت بـ 92.06% وهذه القيمة عالية، أما فيما يتعلق بنسبة الأرجحية الإيجابية فقد قدرت بـ 10.42 حسب برنامج **Medcalc**، أما يدويا فقد كانت تقدر بـ 9.4، لكن سنعتمد في النتيجة على الذكاء الإصطناعي وبالتالي على نتيجة حزمة **Medcalc** لأنها ستكون أكثر دقة، أما نسبة الأرجحية السلبية فقد قدرت بـ 0.058 حسب **Medcalc**، أما يدويا فقد قدرت بـ 0.06، لكن سنعتمد على النتيجة 0.058، وهذه القيم المتوصل إليها جيدة وتعبر عن الدلالة الإكلينيكية للإختبار، حيث أن  $LR^+$  عندما يكون أكبر من 10 و  $LR^-$  أصغر من 0.1 فالإختبار التشخيصي جيد وله دور كبير في عملية التشخيص. (Simundic , 2009, p05)

ولزيادة التأكد من القدرة التشخيصية لمقياس إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20 (ADNM -20) تم حساب المنحنى المميز لأداء المستقبل (ROC Curve) الذي يظهر العلاقة بين الحساسية والنوعية في نقاط قطع محتملة (cut-off). ولتحليل هذا المنحنى وتحديد أفضل نقطة قطع، نستخدم المنطقة الواقعة تحت منحنى (AUC) للمنحنى (ROC) كمعيار لقياس القدرة التمييزية للإختبار التشخيصي، أي مدى جودة الإختبار في حالة سريرية معينة. (Ekelund,2011)

وقد توصلت الباحثة إلى النتائج التالية :

### الجدول رقم (40) : يوضح نتائج المنطقة الواقعة تحت منحنى (Area under the ROC curve)

العناصر	النتائج
المسافة أسفل المنحنى Area under the ROC curve (AUC)	0.971
الخطأ المعياري (الإنحراف المعياري) Standard Error	0.017
مجال الثقة 95 % 95% Confidence interval	من 0.894 إلى 0.997

و لتقدير أقصى مسافة بين إحدى نقاط المنحنى ونقاط القطر تم الإعتماد على معامل يودن (Youden Index)

ويتم حسابه عن طريق هذه المعادلة :

$$J = \text{sensitivity} + \text{specificity} - 1 \quad (\text{Hicks , 2009, p 295})$$



$$J = 0.94 + 0.90 - 1 = 0.84$$

وبالنسبة لحزمة Medcalc فقد قدرت معامل يودن (Youden Index) بـ : 0.85، بالتالي هذه أقصى مسافة بين إحدى نقاط المنحنى و نقاط القطر.

وللتأكد من أن مسافة المنحنى مقبولة وتعتبر على القدرة التشخيصية للاختبار التشخيصي، فقد إعتمدت الباحثة على جدول القيم التالي:

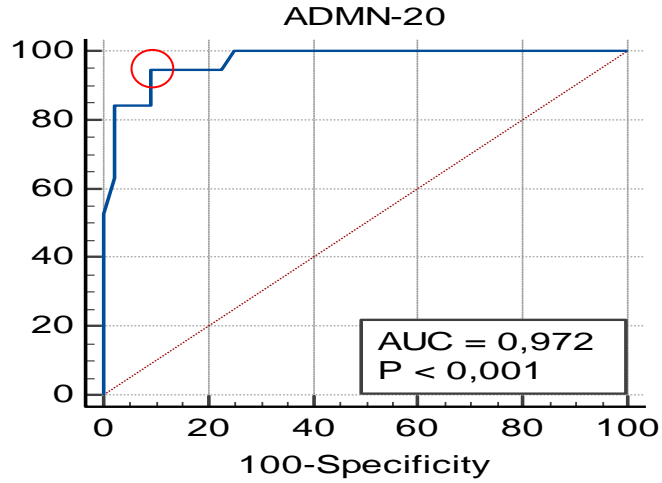
الجدول رقم (41) : يوضح الدقة التشخيصية للاختبار التشخيصي عن طريق قيم المسافة الواقعة

#### تحت منحنى ROC

التصنيف	نطاق AUC
تصنيف ممتاز	$0.9 < AUC < 1.0$
تصنيف جيد جدا	$0.8 < AUC < 0.9$
تصنيف مقبول	$0.7 < AUC < 0.8$
تصنيف معتدل	$0.6 < AUC < 0.7$
تصنيف ضعيف	$0.5 < AUC < 0.6$
تصنيف سيئ	$0.00 < AUC < 0.5$

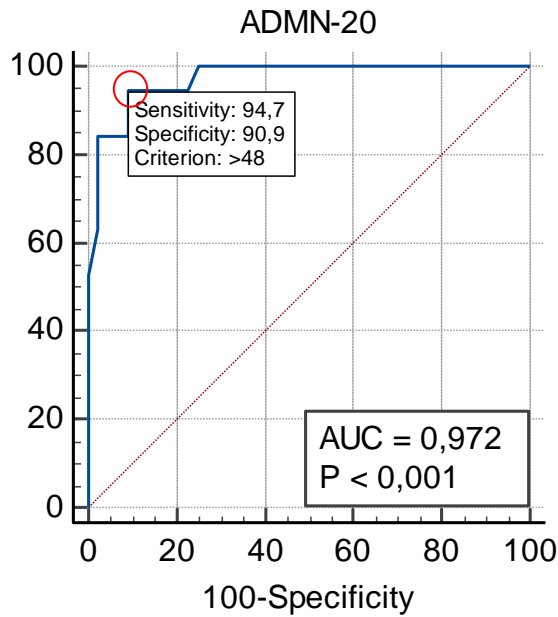
(Arai et al.,2020, p 778)

وإنطلاقا من نتائج الجدول رقم (40)؛ توصلت الباحثة إلى أن المسافة أسفل المنحنى تقدر بـ 0.971، وهذه المسافة عالية جدا وهي حسب الجدول رقم (41) للحكم على دقة الاختبار التشخيصي تتراوح بين  $0.9 < AUC < 1.0$  وهذا النطاق تصنيفه ممتاز لأنه كلما اتسعت المسافة أسفل المنحنى كلما كان الاختبار التشخيصي أكثر دقة من حيث التشخيص والتمييز، بالتالي مقياس اضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20 (ADNM -20) يتصف بدقة تشخيصية عالية. والمنحنيين التاليين يوضحين ذلك أكثر:



الشكل رقم (11) يوضح منحنى ROC لمقياس اضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20

(ADNM -20)



الشكل رقم (12) : يوضح منحنى ROC لمقياس اضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20

(ADNM -20) عند أفضل نقطة من نقاط المنحنى

من خلال الشكلين رقم (12) و رقم (13) نلاحظ أنهما قد حددا لنا أفضل قيمة لـ  $AUC = 0.972$ .

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

ففي منحنى المميز لأداء المستقبل (ROC)، يتم رسم المعدل الإيجابي الحقيقي (الحساسية) في مقابل المعدل الإيجابي الخاطئ (100- النوعية) في نقاط قطع مختلفة (cut-off)، وتمثل كل نقطة على منحنى ROC زوج من الحساسية / النوعية في مقابل عتبة قرار معينة، والإختبار ذو التمييز المثالي له منحنى ROC يمر عبر الزاوية اليسرى العليا (حساسية 100% ، نوعية 100%). لذلك كلما إقترب منحنى ROC من الزاوية اليسرى العليا، زادت الدقة الإجمالية للإختبارات. (Medcalc,s.d)

ومن خلال المنحنى المميز لأداء المستقبل (ROC) الذي تم توصل إليه نجد بأنه إبتعد إلى أقصى اليسار؛ وهذا ما يؤكد لنا أن مقياس إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20 له القدرة على تحديد وتشخيص المراهقين المرضى بالسكري المعرضين وغير المعرضين للإصابة بإضطراب التأقلم .

### النموذج القياسي (measurement model)

قبل إكمال الجزء الإحصائي الخاص بمقياس اضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20، لابد أن نشير إلى أنه قد تم الاعتماد في الدراسة الإستطلاعية والأساسية على النمذجة بالمعادلة الهيكلية (SEM)، وبالتحديد نمذجة المعادلات الهيكلية بالمربعات الصغرى الجزئية (PLS-SEM).

تم تطوير PLS في الأصل بواسطة Wold (1974، 1980، 1982)، وهو أسلوب SEM (النمذجة بالمعادلة الهيكلية) يعتمد على أسلوب تكراري يزيد من التباين الموضح للمتغيرات الكامنة، على عكس CB-SEM (النمذجة بالمعادلة الهيكلية القائمة على التباين المشترك)؛ الذي يهدف إلى تأكيد النظريات من خلال تحديد مدى قدرة النموذج على تقدير مصفوفة التغيرات لبيانات العينة، تعمل PLS-SEM مثل أسلوب تحليل الانحدار المتعدد، تجعل هذه الخاصية PLS-SEM ذات قيمة خاصة لأغراض البحث الإستكشافي. (Hair et al., 2014, p 107)

ويسمى أيضا بنمذجة المسار وتستخدم أساسا لتطوير النظريات في البحوث الإستكشافية، وذلك من خلال التركيز على شرح التغيرات في المتغيرات التابعة عند فحص نموذج البحث. (هار وآخرون، 2020، ص ص 23-24)

PLS هو نمذجة ناعمة لـ SEM مع عدم وجود إفتراضات حول توزيع البيانات. (Wong, 2013, p 03) ، لكن من المفيد النظر في التوزيع البياني، وللنظر في توزيع البيانات، يمكن للباحثين تطبيق الإختبارات الإحصائية المتعددة مثل إختبار كولموغوروف - سميير نوف وإختبار شابيرو ويلك، كما يمكن للباحثين دراسة مقياسين للتوزيعات وهما الإنحراف والتفرطح من أجل تقييم مدى إنحراف البيانات عن التوزيع الطبيعي. (هار وآخرون ، 2020، ص 32)

كما يمكن أن يؤثر حجم العينة على عدة جوانب في نمذجة المعادلات البنائية بما فيها تقديرات المعلمات، ومؤشرات المطابقة، والقوة الإحصائية، ومع ذلك يمكن إستخدام أحجام عينات صغيرة في PLS-SEM بعكس CB-SEM، حتى وإن كانت النماذج معقدة جدا، في هذه الحالة تحقق PLS-SEM مستويات ذات قدرة إحصائية عالية ومؤشرات جيدة. (ساوس وفودو، 2019، ص 185)

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

والجدول التالي يوضح بعض الخصائص الأساسية لنمذجة المعادلات الهيكلية بالمربعات الصغرى الجزئية (PLS-SEM):

الجدول رقم (42) : يوضح بعض الخصائص الأساسية لنمذجة المعادلات الهيكلية بالمربعات الصغرى الجزئية (PLS-SEM)

خصائص البيانات	
حجم العينة	- إشكالات صغر حجم العينة غير مطروحة . - عادة ما يمكن الحصول على قوة إحصائية معتبرة بعينة ذات حجم صغير. - العينات ذات الأحجام الكبيرة تزيد في دقة تقديرات النمذجة (كالإتساق) .
توزيع البيانات	- لا تحتاج إلى إفتراضات توزيع البيانات لأن نمذجة المعادلات الهيكلية القائم على المربعات الصغرى الجزئية هي طريقة غير معلمية .
القيم المفقودة	- التوزيع يكون متينا جدا بشرط أن تكون القيم المفقودة لا تتعدى المستوى المقبول .
سلم القياس	- يعمل مع بيانات قياسية ، شبه قياسية (ترتيبية – رتبية) ، بيانات مقيسة، بيانات مرقمة ثنائيا (مع بعض القيود) . - بعض القيود عند استعمال بيانات تصنيفية لقياس متغيرات داخلية كاملة .
خصائص النموذج	
عدد العناصر في كل مبنى من مباني نموذج القياس	- يعالج مباني متعددة العناصر أو أحادية العناصر .
العلاقات بين المباني وبين مؤشراتها	- يقبل بإدراج متغيرات عاكسة أو متغيرا تكوينية بسهولة في نماذج القياس.
تعقيد النموذج	- يعالج نماذج معقدة بعدة متغيرات والعلاقات بينهما .
إنشاء النموذج	- لا يعالج علاقات تحتوي على حلقات سببية أو دائرية في نماذج الهيكل .

(هار وأخرون ، 2020 ، ص 43)

✓ إنطلاقا لما ورد أعلاه، أوضح أن أحد الأسباب الرئيسية التي دفعتني لإختيار نمذجة المعادلات البنائية بالمربعات الصغرى الجزئية (PLS-SEM) بدل النمذجة بالمعادلات البنائية القائمة على التباين المشترك (CB-SEM) في معالجة البيانات إحصائيا سواء في الدراسة الإستطلاعية والأساسية هو وضعية عينة الدراسة التي لا يمكن ضبطها عشوائيا و(CB-SEM) يتطلب معاينة عشوائية وذات حجم كبير أكبر 100 مفردة، وقد لا تستطيع الباحثة الحصول على هذا الحجم نظرا لخصوصية العينة (مراهقين مصابين بالسكري منذ سنتين أو ثلاث سنوات على الأقل) ، وعدم وجود مجتمع دراسة محدد، أضف إلى ذلك فقد أشار البرفيسور Joe Hair (PLS-SEM)، بأنه لا توجد أي مشكلة إذا تم الإعتماد على العينة غير العشوائية مع (PLS-SEM) .

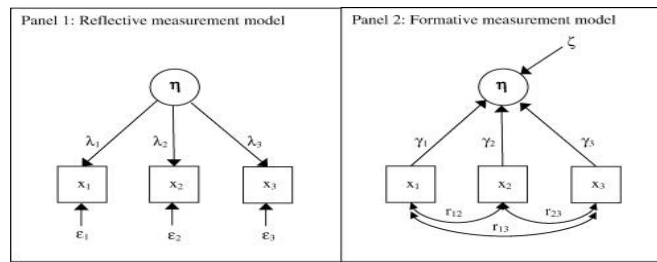
## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

وسيتم الإعتماد على التحليل المركب التوكيدي (Confirmatory Composite Analysis) في معالجة نماذج القياس .

**التحليل المركب التوكيدي (CCA):** إبتكره Jörg Henseler و Theo K. Dijkstra، وهي مجموعة مبتكرة من الإجراءات لتحديد وتقييم النماذج المركبة. وهي طريقة مطورة بالكامل لأغراض تأكيدية تقوم بتقييم النماذج المركبة بنفس دقة التحليل العاملي التوكيدي (CFA) لنماذج العوامل المشتركة. في الواقع، تم تصميم CCA بشكل مشابه لـ CFA. الفرق الوحيد بين الإثنين هو أنه بينما يساعد CFA في تقييم بنية المتغيرات الكامنة للمتغيرات التي يمكن ملاحظتها، ويساعد CCA في تقييم بنية المتغيرات الناشئة. (Henseler & Schuberth, 2020, pp 147-148)

(CCA) هو نهج بديل تم إقتراحه مؤخرا يطبق لتأكيد نماذج القياس عند إستخدام نمذجة المعادلة الهيكلية للمربعات الصغرى الجزئية (PLS-SEM) وهو عبارة عن سلسلة من الخطوات التي يتم تنفيذها بإستخدام PLS-SEM لتأكيد كل من نماذج القياس الإنعكاسية والتكوينية للقياسات المحددة التي يتم تحديثها أو تكيفها في سياق مختلف. (Hair et al., 2020, p 101)

وسيتم الإعتماد على التحليل التوكيدي المركب (CCA) للتأكد من صدق وثبات أدوات الدراسة في النموذج القياسي (measurement model)، وهناك مراحل يتم إعتمادها في ذلك تخص النماذج العاكسة (Reflective model) والتكوينية (Formative model) .



الشكل رقم (13) : يوضح نماذج القياس في النمذجة بالمعادلة الهيكلية (Diamantopoulos et al., 2008, p 1205)

ويتطلب تطبيق PLS-SEM أولاً تقييم نموذج القياس بإستخدام التحليل المركب التوكيدي عندما يتم إستيفاء أو تنفيذ جميع قواعد (CCA) الأساسية، ثم ينتقل الباحث بعد ذلك إلى تقييم النموذج الهيكلية. فالخطوة الأولى في تطبيق PLS-SEM هي تقييم نموذج القياس (CCA) المتمثل في تقييم موثوقية وصلاحية نموذج القياس. ففي CB-SEM، تتم إحالة هذه الخطوة إلى التحليل العاملي التوكيدي

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

(CFA). أما هذه الخطوة في PLS-SEM تمثل التحليل المركب التوكيدي (CCA). والسبب الرئيسي للإشارة إلى هذه الخطوة بإسم (CCA) هو أن PLS-SEM يعتمد على تقييم المتغيرات الكامنة المركبة التي تستخدم التباين الكلي، والذي يتناقض مع عوامل CB-SEM الشائعة بإستخدام التباين المشترك فقط. (Manley et al., 2020)

والنماذج المعتمدة في الدراسة هي نماذج عاكسة (Reflective models)، بالتالي سنعرض الخطوات التي حددها (Hair et al., 2020) للنموذج العاكس بالنسبة للنموذج القياسي .

التحليل المركب التوكيدي هو عملية منهجية لتأكيد نماذج القياس في PLS-SEM. وتختلف الخطوات بناء على ما إذا كان نموذج القياس عاكسا أم تكوينيا. بالنسبة لنماذج القياس العاكسة، تكون الخطوات على النحو التالي: (1) تقييم تحميلات البند (item loadings) وتقييم الدلالة، (2) تقييم ثبات المؤشر، (3) تقييم ثبات الإتساق الداخلي، (4) فحص متوسط التباين المستخرج (AVE)، (5) تأكيد الصدق التمايزي بإستخدام طريقة HTMT، (6) تقييم صدق الشبكة أو النسيج المفاهيمي، و(7) تقييم الصلاحية التنبؤية. (Manley et al., 2020)

الجدول رقم (43) : يوضح خطوات تقييم النموذج القياسي الإنعكاسي حسب التحليل التوكيدي

### المركب

تقييم نموذج القياس (CCA) - الإنعكاسي	
الخطوات	القاعدة الرئيسية
الخطوة 1 : تقييم تحميلات البند (item loadings) وتقييم الدلالة	Loadings > 0.708, and t-statistic > ± 1.96
الخطوة 2 : تقييم ثبات المؤشر (indicator reliability).	تربيع تحميلات المؤشر (indicator loadings)
الخطوة 3 : تقييم ثبات البناء (الإتساق الداخلي).	Cronbach's alpha (ألفا كرومباخ) , composite reliability (الثبات المركب) , or rho_A > 0.70
الخطوة 4 : الصدق التقاربي عن طريق فحص متوسط التباين المستخرج (AVE)	AVE ≥ 0.50
الخطوة 5 : تأكيد الصدق التمايزي بإستخدام طريقة HTMT .	HTMT < 0.85
الخطوة 6 : تقييم صدق الشبكة الإسمية أو النسيج المفاهيمي (Nomological validity).	إرتباط نتيجة البناء لكل بناء مع واحد أو أكثر من البنى الأخرى في الشبكة النصية (ولكن ليس في النموذج الذي يتم إختباره).
الخطوة 7 : تقييم الصدق التنبؤي .	(معاملات التحديد R <sup>2</sup> ) ، (حجم التأثير f <sup>2</sup> ) (الملائمة التنبؤية Q <sup>2</sup> ) .

(Manley et al., 2021 ; smartpls,s.d)

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

### للتوضيح :

موثوقية الإتساق الداخلي : يجب أن تكون الموثوقية المركبة أكبر من 0.70 (في البحوث الإستكشافية يمكن إعتبار القيم بين 0.60 إلى 0.70 مقبولة) وتتراوح القيم بين 0.70 و 0.90 من "مرضٍ إلى جيد". تعتبر القيم التي تبلغ 0.95 وما فوق مشكلة ، لأنها تشير إلى أن العناصر زائدة عن الحاجة ، مما يقلل من صلاحية الإتساق ، النظر في ألفا كرونباخ بإعتباره الحد الأدنى (تعد ألفا كرونباخ مقياساً أقل دقة للموثوقية) و الموثوقية المركبة بإعتبارها الحد الأعلى من موثوقية الإتساق الداخلي، وإقتراح (Dijkstra and Henseler, 2015) rho A كمقياس دقيق لموثوقية الإتساق، والتي تقع عادة بين Cronbach's alpha والموثوقية المركبة. ومن ثم، قد يمثل rho A حلاً وسطاً جيداً إذا إفترض المرء أن نموذج العامل صحيح. (Hair et al., 2018, p 09) ، (هار وآخرون ، 2020 ، ص 172)

موثوقية المؤشرات : يجب أن يكون التحميل الخارجي للمؤشر أكبر من 0.70، المؤشرات التي تحتوي على تحميل خارجي بين 0.40 و 0.70 ينبغي النظر في إزالتها فقط إذا أدى الحذف إلى زيادة في الموثوقية المركبة وقيمة متوسط التباين المستخرج (AVE) فوق قيمة العتبة المقترحة . (هار وآخرون ، 2020 ، ص 172)

المصادقية التقاربية : يجب أن يكون قيمة AVE أكبر من 0.50. (هار وآخرون ، 2020 ، ص 172) . والمصادقية التقاربية تعتمد على قيمة التحميل الخارجي للمؤشر، والسبب في أن تكون أكبر من 0.50، لأنه عند حسابها يجب تربيع التحميلات (تحميلات المؤشر) التي إشتراط أن تكون أكبر من 0.70 (0.70 × 0.70 = 0.50) و جمعها وتقسيمها على عدد المؤشرات . [مجموع الأحمال التربيعية مقسوما على عدد المؤشرات. (Hair et al., 2017) ] . ولهذا فإن الغرض من الخطوة الثانية (تقييم ثبات المؤشر) من حساب CCA هي؛ "توفير قياس متري لموثوقية العنصر الفردي، ويتم استخدام موثوقية العنصر الفردي لحساب مقياس AVE؛ فالمصادقية التقاربية تعتمد على موثوقية المؤشرات ". (JF.Hair , personal communication, July 25 , 2021)

المصادقية التمايزية : استخدام معيار HTMT لتقييم المصادقية التمايزية في PLS-SEM، يجب أن لا يتضمن مجال الثقة في إحصائية HTMT القيمة 1 بالنسبة لجميع تركيبات المباني، وتشير قيمة HTMT أعلى من 0.90 إلى عدم وجود صلاحية تمييز. ولكن عندما تكون البنى أكثر تميزاً من الناحية المفاهيمية، يتم إقتراح قيمة حدية أقل، وأكثر تحفظاً، مثل 0.85. (Hair et al., 2018, p 09)

مصادقية الشبكة الإسمية : وهي إحدى طرق تقييم مصادقية الإتساق الداخلي أو البناء، وتتلخص عملية قياس مصادقية الشبكة الإسمية في ربط النتيجة البنائية لكل بناء مع واحد أو أكثر من البنى الأخرى (المفاهيم) في الشبكة الإسمية إن الشبكة الإسمية (nomological network) عبارة عن تمثيل للمفاهيم التي تشكل محور الدراسة فضلاً عن العلاقات المتبادلة بين المفاهيم ، تمثل التركيبات الأخرى العلاقات الرئيسية وغالباً ما تكون متغيرات تصنيف مثل عمر الموظف، وسنوات الخبرة، وبدوام جزئي مقابل العاملين بدوام كامل، وما إلى ذلك. قد تكون التركيبات الأخرى أيضاً مفاهيم غير مدرجة في النموذج النظري الذي يتم إختياره. وتستخدم نتائج البحث السابق لتحديد ما إذا كانت العلاقة النظرية مع التركيبات الأخرى إيجابية أم سلبية، كما تقترح النظرية. (Hair et al., 2020, pp 104-105)

المصادقية التنبؤية : إلى أي مدى تتنبأ درجات البناء بدرجات مقياس محك . (Hair et al., 2020, p105)

في حالة البحوث الإستكشافية لا يمكن أن نقوم بإجراء مصادقية الشبكة الإسمية و المصادقية التنبؤية ، لأنهما يستندان على فرضيات و أساس نظري. وهذا ما أكدده لي البروفيسور Hair بعد التواصل معه عبر الإيميل : "الخطوتان الأخيرتان من التحليل المركب التوكيدي، الصلاحية الإسمية والتنبؤية، كما أشرت إلى صعوبة حسابهما إذا كان العمل على نطاق إستكشافي وبالتالي لا يمكن تضمينهما. (JF.Hair , personal communication , Avril 16 , 2021)



3-4 / التحليل المركب التوكيدي (Confirmatory Composite Analysis) لمقياس

إضطراب التأقلم - الوحدة الجديدة (ADNM-20)

قبل حساب التحليل المركب التوكيدي لمقياس إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20، لابد من التأكد

من بعض الشروط الأساسية لإجراء التحليل المركب التوكيدي .

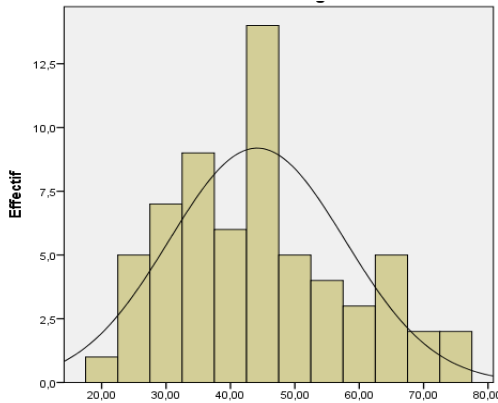
➤ القيم المفقودة و المتطرفة :

لم يتم تسجيل أي قيم مفقودة و متطرفة في بيانات إختبار إضطراب التأقلم - الوحدة الجديدة .

➤ التوزيع الطبيعي للبيانات :

سيتم التأكد من التوزيع الطبيعي للبيانات عن طريق إختبار كولموغوروف- سميرنوف (Test de

Kolmogorov-Smirnov) والجدول التالي والشكل يوضحان ذلك :



الجدول رقم (44) : يوضح نتائج التوزيع الطبيعي

للبيانات الخاصة بمتغير إضطراب التأقلم (مخرجات

برنامج SPSS)

إختبار كولموغوروف- سميرنوف ( Test )

(de Kolmogorov-Smirnov)

إحصاءه	درجة الحرية	الدلالة
0.171	63	0.000

الشكل رقم (14) : يوضح التوزيع الطبيعي

للبيانات الخاصة بمتغير إضطراب التأقلم

(مخرجات برنامج SPSS)

إنطلاقاً من الجدول رقم (44) ، نجد بأن قيمة الدلالة تقدر بـ 0.000 وهذه القيمة أقل من 0.05،

وبالتالي بيانات متغير إضطراب التأقلم لا تتبع التوزيع الطبيعي والشكل رقم (14) يوضح عدم إعتدالية

التوزيع وقد يعود عدم إعتدالية التوزيع إلى صغر حجم العينة، ومع ذلك يمكن إعتداد النمذجة البنائية

للمربعات الصغرى الجزئية لأنها لا تفترض التوزيع الطبيعي للبيانات.

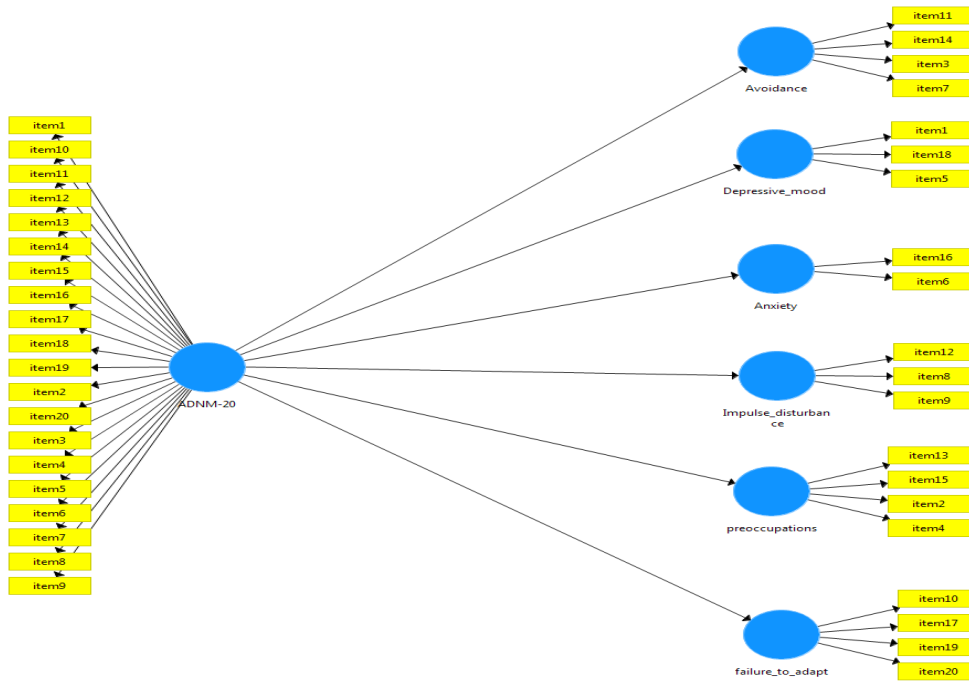
## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

### ➤ العينة :

قبل الشروع في التحليل المركب التوكيدي، هل العينة المقدره بـ 63 فرد قادرة على إعطاء قيم إحصائية جيدة ومقبولة من جهة معادلات النمذجة السببية ؟ .

وفي هذا الصدد نجد أن كوهن (Cohen ,1992) يوصي لتحليل الإنحدار المتعدد OLS أو إجراء تحليل للطاقة باستخدام برنامج  $G * Power$ ، سيحتاج المرء فقط إلى 54 مشاهدة لإكتشاف قيم  $R^2$  بحوالي 0.25، بإفتراض مستوى أهمية 5% و قوة إحصائية 80%. (Hair et al., 2017)

لتقييم صدق وثبات مقياس إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20، سيكون نموذج الدراسة من الدرجة الثانية (وهذا لأن الدرجة الكلية للمقياس لها معنى قياسي) (إنعكاسي - إنعكاسي-reflective) (The repeated reflective) وسنعمد في تقييمنا لهذا النموذج على أسلوب المؤشرات المتكررة (The repeated indicators approach) وسيتم توضيح ذلك فيما يلي :



الدرجة الثانية (higher-order component)

الدرجة الأولى (lower-order components)

الشكل رقم (15) : يوضح النموذج الإنعكاسي - الإنعكاسي من الدرجة الثانية لمقياس إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20 حسب أسلوب المؤشرات المتكررة (إعداد الباحثة، مخرجات برنامج

(Smart PLS)

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

### 3-4-1/ ثبات البناء (الإتساق الداخلي) :

سيتم عرض نتائج ثبات المؤشرات وثبات الإتساق الداخلي (ألفا كرومباخ، قيم rho\_A والثبات المركب). وقد تم معالجة البيانات ببرنامج Smart PLS 3 ، والجدول التالية توضح ذلك :

### 3-4-1-1/ ثبات المؤشرات :

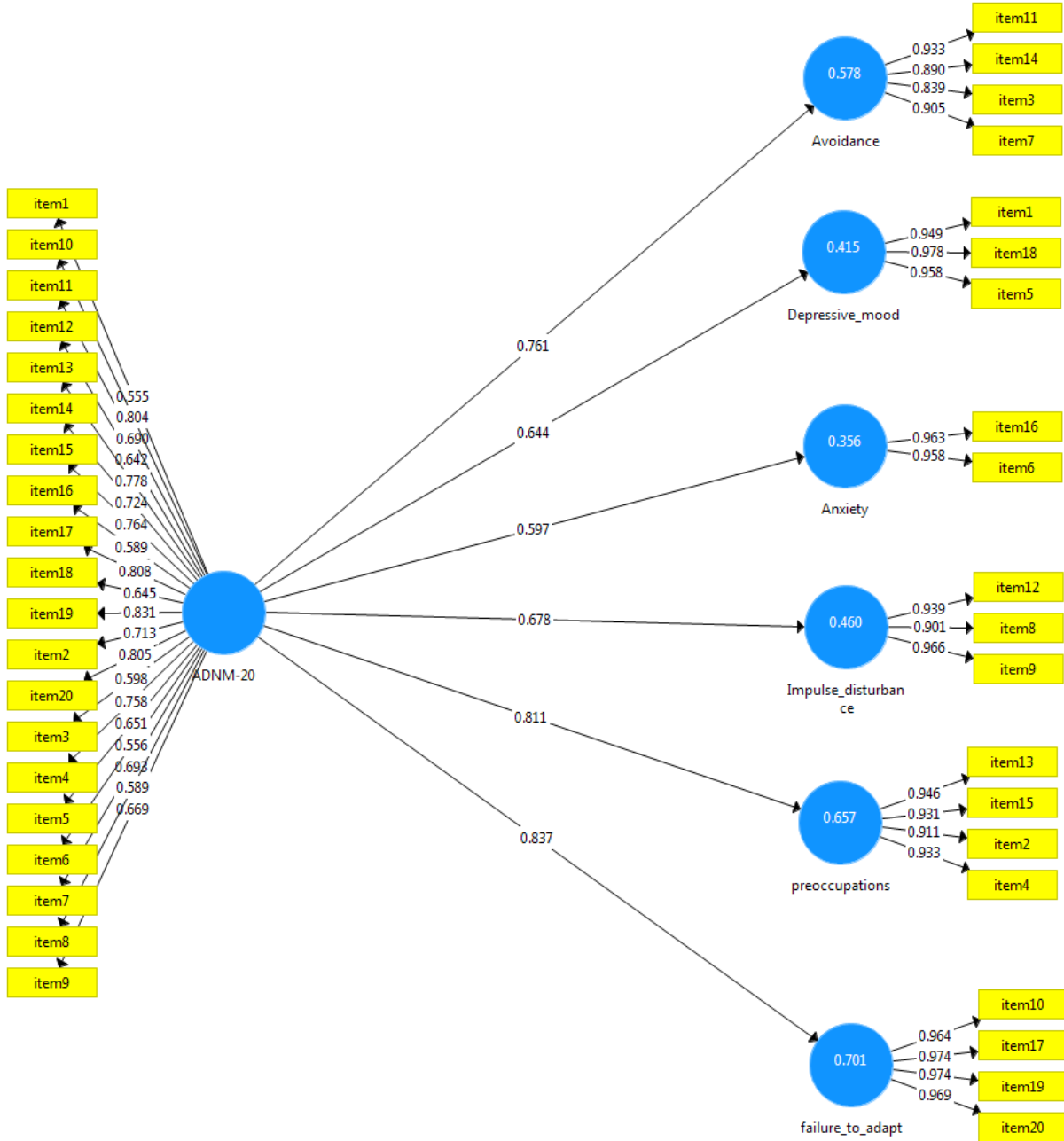
الجدول رقم (45) : يوضح قيم التحميلات الخارجية (موثوقية المؤشرات) لمقياس إضطراب التأقلم

### الوحدة الجديدة - 20 الدرجة الأولى (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

إضطراب الإندفاع	القلق	مزاج إكتسابي	التجنب	فشل في التأقلم	الإنشغالات	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	أبعاد البناء / المؤشرات
								<b>الإنشغالات</b>
					0.911	0.93	3.10	البند 2
					0.933	0.96	3.10	البند 4
					0.946	0.92	3.11	البند 13
					0.931	0.95	3.16	البند 15
								<b>فشل في التأقلم</b>
				0.964		0.93	3.35	البند 10
				0.974		0.93	3.35	البند 17
				0.974		0.88	3.32	البند 19
				0.969		0.88	3.34	البند 20
								<b>التجنب</b>
			0.839			0.86	2.90	البند 3
			0.905			0.97	2.79	البند 7
			0.933			1.01	2.90	البند 11
			0.890			1.00	2.89	البند 14
								<b>مزاج إكتسابي</b>
		0.949				0.79	3.31	البند 1
		0.958				0.97	3.06	البند 5
		0.978				0.95	3.10	البند 18
								<b>القلق</b>
	0.958					0.77	3.18	البند 6
	0.963					0.88	3.27	البند 16
								<b>إضطراب الإندفاع</b>
0.901						0.69	3.32	البند 8
0.966						0.77	3.31	البند 9
0.939						0.81	3.23	البند 12

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

إنطلاقاً من الجدول رقم (45) ؛ يتضح أن جميع قيم التحميلات الخارجية للمؤشرات أكبر من 0.70 فقد تراوحت ما بين (0.890 - 0.978)، بالتالي فإن هذه القيم مقبولة وتدل على أن مؤشرات البناء تتمتع بموثوقية أو ثبات جيد، والشكل التالي يوضح ما ورد في الجدول أعلاه :



الشكل رقم (16) : يوضح قيم التحميلات الخارجية لنموذج المكون الهرمي (الدرجة الثانية)

لإضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20 (إعداد الباحثة ، مخرجات برنامج Smart PLS)

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

نلاحظ من خلال النتائج التي يظهرها الشكل رقم (16) ؛ أن قيم تحميلات المؤشرات لكل بعد من الأبعاد قد تجاوزت قيمة 0.70، و كما أشرنا سلفاً (تعليق الجدول رقم 45) وبالتالي تحقق ما هو مطلوب (ثبات المؤشرات)، كما نلاحظ أن معامل التحديد  $R^2$  وإنطلاقاً من تفسير (Chin , 1998) لتقييم معامل التحديد فإنه إذا كان معامل التحديد أكبر من 0.67 فقيمة المعامل عالية، وإذا كانت بين 0.33 و 0.67 فالقيمة معتدلة، بينما إذا كانت بين 0.19 و 0.33 فهي قيمة ضعيفة، وإنطلاقاً من نتائج الشكل أعلاه فالقيم تتراوح بين العالية (فشل في التأقلم = 0.701) والمعتدلة، (الإنشغالات = 0.657، التجنب = 0.578، اضطراب الإندفاع = 0.460، المزاج الإكتئابي = 0.415، القلق = 0.356، كما وأن معاملات المسار (فشل في التأقلم = 0.837، الإنشغالات = 0.811، اضطراب الإندفاع = 0.678، القلق = 0.597، المزاج الإكتئابي = 0.644، التجنب = 0.761) كلها دالة عند 0.05 .

### 3-4-1-2/ ثبات البناء :

يعتمد تقييم ثبات البناء الأعلى لرتبة ADNM-20 على علاقته بمكوناته ذات الترتيب الأدنى ويتم تفسير العلاقات الإنعكاسية بين بنية ADNM-20 ومكوناتها ذات الترتيب الأدنى (الإنشغالات، فشل في التأقلم، التجنب، مزاج إكتئابي، القلق وإضطراب الإندفاع) على أنها تحميلات على الرغم من أنها تظهر كمعاملات مسار في نموذج المسار. ينتج عن التحليل تحميلات قدرها (فشل في التأقلم = 0.837، الإنشغالات = 0.811، اضطراب الإندفاع = 0.678، القلق = 0.597، المزاج الإكتئابي = 0.644، التجنب = 0.761) و التي سيتم إعتماها فيما يلي :

الجدول رقم (46) : يوضح قيم الثبات أو موثوقية البناء (الإتساق الداخلي) لمقياس اضطراب التأقلم

الوحدة الجديدة -20 من الدرجة الأولى و الثانية (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

المركب	الثبات (CR)	rho_A	ألفا كرومباخ	أبعاد البناء
	0.949	0.946	0.943	الدرجة الثانية اضطراب التأقلم الوحدة الجديدة -20
	0.963	0.949	0.948	الدرجة الأولى الإنشغالات
	0.985	0.979	0.979	فشل في التأقلم
	0.940	0.919	0.914	التجنب
	0.974	0.967	0.960	مزاج إكتئابي
	0.960	0.918	0.916	القلق
	0.955	0.933	0.928	اضطراب الإندفاع

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

إنطلاقاً من الجدول رقم (46) ؛ يتضح لنا أن البناء من الدرجة الأولى (الإنشغالات، فشل في التأقلم، التجنب، مزاج إكتئابي، القلق، اضطراب الإندفاع) يتمتع بثبات الإتساق الداخلي، وهذا لأن قيم الثبات المركب وألفا كرومباخ وقيم  $\rho_A$  في كل أبعاد البناء (مقياس اضطراب التأقلم الوحدة الجديدة -20) أكبر من 0.70 (أكثر من 0.900) .

أما بالنسبة للبناء من الدرجة الثانية، فنلاحظ أن قيم الثبات المركب وألفا كرومباخ وقيم  $\rho_A$  (0.948، 0.949، 0.963 على الترتيب) هي قيم مقبولة وهذا لأنها أكبر من 0.70، لكن هذه القيم لا يمكن إعتماها أو قبولها في حالة النموذج من الدرجة الثانية وبأسلوب المؤشرات المتكررة، لأن برنامج Smart PLS لا يستطيع أن يميز أو يحدد أن اضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20 هو مكون من الدرجة الثانية أو مكون عادي، أضف إلى ذلك نموذج القياس للمكون ذي الترتيب الأعلى يكرر مؤشرات المكونات الستة من الدرجة الدنيا، وبالتالي تلك القيم سواء كانت مقبولة إحصائياً أو غير مقبولة، لا بد من إعادة حسابها يدوياً، كمايلي :

### 1- أولاً سيتم حساب الثبات المركب (The composite reliability) :

$$\rho_c = \frac{(\sum_{i=1}^M l_i)^2}{(\sum_{i=1}^M l_i)^2 + \sum_{i=1}^M \text{var}(e_i)}$$

ونعتمد في حسابه على قيم المسارات من الدرجة الثانية إلى

الدرجة الأولى. (أنظر الشكل رقم 16)

$P_c$

$$= \frac{(0.597 + 0.761 + 0.644 + 0.678 + 0.837 + 0.811)^2}{(0.597 + 0.761 + 0.644 + 0.678 + 0.837 + 0.811)^2 + (1 - 0.597^2) + (1 - 0.761^2) + (1 - 0.644^2) + (1 - 0.678^2) + (1 - 0.837^2) + (1 - 0.811^2)}$$

$$P_c = \frac{18.731}{18.731 + 0.643 + 0.420 + 0.585 + 0.540 + 0.299 + 0.342} = \frac{18.731}{21.56}$$

**The composite reliability = 0.868**

### 2- سيتم حساب ألفا كرومباخ (Cronbach's $\alpha$ ) :

$$\text{Cronbach's } \alpha = \frac{M \cdot \bar{r}}{(1 + (M - 1) \cdot \bar{r})}$$

$$\text{Cronbach's } \alpha = \frac{6 \cdot 0.443}{1 + (6 - 1) \cdot 0.443} = \frac{2.662}{3.215} = 0.827$$

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

للتوضيح : إن  $r^- = 0.443$  وهو متوسط الارتباط بين مكونات الترتيب الأدنى ، و نظرا لأن البنية ذات الترتيب الأعلى تحتوي على 6 مكونات من الدرجة الأدنى (أي  $M = 6$ ) ، فإن متوسط الارتباط يساوي الارتباط بين درجات البناء فشل في التأقلم ، الإنشغالات، اضطراب الإندفاع، القلق، المزاج الإكتئابي و التجنب (أي 0.443).

3- حساب قيمة rho\_A :

$$\rho_A := (\hat{w}'\hat{w})^2 \cdot \frac{\hat{w}'(S - \text{diag}(S))\hat{w}}{\hat{w}'(\hat{w}\hat{w}' - \text{diag}(\hat{w}\hat{w}'))\hat{w}}$$

لحساب قيمة rho\_A يجب تحويل الدرجات كلها إلى درجات معيارية، بالإضافة إلى حساب الأوزان بين التركيبات ذات الترتيب الأدنى للبناء وذات الترتيب الأعلى (التي تتطلب في ذلك مصفوفة درجات المتغير الكامن للمكونات ذات الترتيب الأدنى ودرجات المتغير الكامن للمكونات ذات الترتيب الأعلى)، بالإضافة إلى ذلك، يتم استخدام درجات المتغير الكامن للمكونات ذات الترتيب الأدنى لإنشاء مصفوفة التباين (S).

ونظرا للتطبيق المطول لإجراء هذه المعادلة، تم حساب هذه المعادلة بواسطة برنامج excel وكانت

$$\rho_A = 0.735$$

نتيجة كالتالي :

بالتالي سنقارن بين النتائج التي قام برنامج Smart PLS بحسابها، والنتائج التي قامت الباحثة

بحسابها في الجدول التالي:

الجدول رقم (47) : مقارنة مخرجات Smart PLS والحساب اليدوي للباحثة لقيم الثبات أو

موثوقية البناء (الاتساق الداخلي) لمقياس اضطراب التأقلم الوحدة الجديدة -20 من الدرجة الثانية

(مخرجات برنامج Smart PLS 3)

الثبات المركب (CR)	rho_A	ألفا كرومباخ	إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة -20	الدرجة
0.949	0.946	0.943	مخرجات برنامج Smart PLS 3	الثانية
X	X	X	النتائج التي قامت الباحثة بحسابها يدويا	
0.868	0.735	0.827		
✓	✓	✓		

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

من خلال نتائج هذا الجدول نجد بأن هناك فرق كبير بين نتائج التي أسفر عنها برنامج **Smart PLS** والنتائج التي قامت الباحثة بحسابها، والتي تعد صحيحة ومقبولة إحصائياً، في حين نتائج البرنامج **Smart PLS** هي نتائج مرفوضة حتى ولو كانت مقبولة من الناحية الإحصائية.

### 3-4-2/ صدق البناء (الإتساق الداخلي) :

سيتم عرض نتائج صدق البناء في التحليل المركب التوكيدي على نتائج الصدق التقاربي (متوسط التباين المستخرج)، والصدق التمايزي. وقد تم معالجة البيانات ببرنامج **Smart PLS 3**، والجدول التالي توضح ذلك :

### 3-4-2-1/ الصدق التقاربي :

لحساب الصدق التقاربي لابد من إستخراج قيم متوسط التباين المستخرج (AVE) والجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (48): يوضح قيم متوسط التباين المستخرج (AVE) لمقياس إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة -20 الدرجة الأولى و الثانية (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

قيم (AVE)	أبعاد البناء	
0.488	إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة -20	الدرجة الثانية
0.866	الإنشغالات	الدرجة الأولى
0.941	فشل في التأقلم	
0.796	التجنب	
0.925	مزاج إكتنابي	
0.923	القلق	
0.875	إضطراب الإندفاع	

يتضح من الجدول رقم (48) أن جل قيم متوسط التباين المستخرج (AVE) أكبر من 0.50 في كل أبعاد البناء (الدرجة الأولى) ، وهذا طبيعي لأن البناء يتمتع بقيم تحميلات أكبر من 0.70 (أنظر الجدول رقم 45)، وقيم متوسط التباين المستخرج يقوم على تربيع هذه التحميلات؛ بالتالي البناء يتمتع بالصدق التقاربي .



## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

أما بالنسبة للبناء من الدرجة الثانية فقيمة متوسط التباين المستخرج أقل من 0.50 وبالتالي هي غير مقبولة إحصائياً، لكن هذه القيمة حتى لو كانت أكبر من 0.50 فتبقى قيمة لا يمكن إعتماؤها، وبالتالي يجب إعادة حسابها يدوياً للتأكد من صدق التقاربي للبناء من الدرجة الثانية، بالتالي سيتم تطبيق المعادلة التالية :

$$AVE = \frac{(\sum_{i=1}^M R_i^2)}{M}$$

يعتمد أيضاً تقييم الصدق التقاربي الأعلى لرتبة ADNM-20 على علاقته بمكوناته ذات الترتيب الأدنى ويتم تفسير العلاقات الإنعكاسية بين بنية ADNM-20 ومكوناتها ذات الترتيب الأدنى الإنشغالات، فشل في التأقلم، التجنب، مزاج إكتئابي، القلق و اضطراب الإندفاع، على أنها تحميلات على الرغم من أنها تظهر كمعاملات مسار في نموذج المسار. ينتج عن التحليل تحميلات قدرها (فشل في التأقلم = 0.837، الإنشغالات = 0.811، اضطراب الإندفاع = 0.678، القلق = 0.597، المزاج الإكتئابي = 0.644، التجنب = 0.761) ، بالتالي سيتم تقييم المعادلة على النحو التالي :

$$AVE = \frac{0.837^2 + 0.811^2 + 0.678^2 + 0.597^2 + 0.644^2 + 0.761^2}{6}$$

$$AVE = \frac{0.700 + 0.657 + 0.459 + 0.356 + 0.414 + 0.579}{6}$$

$$AVE = \frac{3.165}{6} = 0.527$$

بالتالي فإن قيمة متوسط التباين المستخرج للبناء من الدرجة الثانية تقدر بـ 0.527 وهي أعلى من القيمة المقبولة 0.50 وبالتالي البناء من الدرجة الثانية يتمتع بالصدق التقاربي .

### 3-4-2/ الصدق التمايزي :

سيتم عرض نتائج الصدق التمايزي معيار **Fornell-Larcker** و **HTMT**، وقد تم معالجة البيانات ببرنامج **Smart PLS 3**، والجدول التالي يوضح ذلك :

الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

الجدول رقم (49) : يوضح قيم الصدق التمايزي (معيار Fornell-Larcker) لمقياس اضطراب

التأقلم الوحدة الجديدة - الدرجة 20 الدرجة الأولى (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

أبعاد البناء/ المؤشرات	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	القلق	التجنب	مزاج إكتنابي	إضطراب في الإندفاع	فشل في التأقلم	الإنشغالات
القلق	5.98	1.63	0.961					
التجنب	12.24	3.36	0.218	0.892				
مزاج إكتنابي	9.40	2.32	0.786	0.143	0.962			
إضطراب في الإندفاع	6.79	2.28	0.794	0.248	0.815	0.935		
فشل في التأقلم	12.47	2.53	0.201	0.709	0.291	0.285	0.970	
الإنشغالات	13.58	2.11	0.160	0.718	0.227	0.263	0.799	0.930

بالنسبة للجدول رقم (49)؛ فقد قامت الباحثة أيضا بعرض نتائج معيار فورنيل لاركر (Fornell-Larcker Criterion) لقياس الصدق التمايزي أيضا، وبالرغم من أنه لم يذكر ضمن معايير التحليل التوكيدي المركب، لكن من أجل تأكيد نتائج الصدق التمايزي أرادت الباحثة أن تضيفه، ويعتبر معيار Fornell-Larcker من الطرق التقليدية لتقييم الصدق التمايزي في النمذجة بالمعادلات الهيكلية بالمربعات الجزئية الصغرى .

وقد كانت قيم تحميل كل بعد من أبعاد البناء أكبر من جميع التحميلات المتقاطعة للأبعاد الأخرى (أي قيمة بعد القلق 0.891 أكبر من قيمة بعد التجنب، المزاج الإكتنابي، اضطراب الإندفاع، فشل في التأقلم والإنشغالات 0.080 ، 0.316 ، 0.184 ، 0.052 ، -0.042 على الترتيب) وهكذا مع باقي الأبعاد .

الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

الجدول رقم (50) : يوضح قيم الصدق التمايزي (HTMT) لمقياس إضطراب التأقلم الوحدة

الجديدة -20 الدرجة الأولى و الثانية (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

أبعاد البناء	إضطراب التأقلم -20	القلق	التجنب	مزاج إكتسابي	إضطراب في الإندفاع	فشل في التأقلم	الإنشغالات
إضطراب التأقلم -20							
القلق	0.663						
التجنب	0.813	0.236					
مزاج إكتسابي	0.691	0.839	0.150				
إضطراب في الإندفاع	0.742	0.794	0.266	0.815			
فشل في التأقلم	0.854	0.211	0.745	0.296	0.298		
الإنشغالات	0.843	0.171	0.767	0.234	0.280	0.829	

بالنسبة لنتائج الجدول رقم (50) ؛ فقد تم تسجيل قيم (HTMT) كلها أقل من 0.85 في كل أبعاد البناء وهذه القيم مقبولة، بالتالي يتم مقياس إضطراب التأقلم الوحدة - 20 في درجته الأولى بالصدق التمايزي .

أما فيما يتعلق بالصدق التمايزي للبناء في درجته الثانية فهنا أيضا لايمكننا أن نقبل الدرجات التي قام البرنامج بحسابها وحتى وإن كانت مقبولة و لا تتجاوز عتبة 0.85 (فشل في التأقلم = 0.854) ، وهذا كما أشرنا سلفا يعود إلى أن نموذج القياس للمكون ذي الترتيب الأعلى يكرر مؤشرات المكونات الستة، وبالتالي لا نأخذ بعين الإعتبار هذا الصدق التمايزي للمكون ذي الترتيب العالي (إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20)، وبالتالي سيتم حسابها من قبل الباحثة ولحساب قيمة HTMT للدرجة الثانية سنعتمد على مبدأ المعادلة التالية :

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

$$HTMT_{ij} = \underbrace{\frac{1}{K_i K_j} \sum_{g=1}^{K_i} \sum_{h=1}^{K_j} r_{ig,jh}}_{\text{average heterotrait-heteromethod}} \div \underbrace{\left( \frac{2}{K_i(K_i-1)} \sum_{g=1}^{K_i-1} \sum_{h=g+1}^{K_i} r_{ig,ih} \cdot \frac{2}{K_j(K_j-1)} \sum_{g=1}^{K_j-1} \sum_{h=g+1}^{K_j} r_{jg,jh} \right)^{\frac{1}{2}}}_{\text{geometric mean of the average mono-trait-heteromethod correlation of construct } \xi_i \text{ and the average mono-trait-heteromethod correlation of construct } \xi_j}$$

بمعنى متوسط الارتباط بين عناصر البناء الأول وعناصر البناء الثاني قسمة جذر (متوسط الارتباط بين عناصر البناء الأول ضرب متوسط الارتباط بين عناصر البناء الثاني).

ولحساب قيم للدرجة الثانية سنحتاج إلى مخرجات برنامج فيما يتعلق بـ إرتباطات المؤشرات (Indicator correlations) والتحميلات المتقاطعة (cross loadings.)

وإنطلاقاً من ذلك كانت النتائج كالتالي:

$$HTMT (ADNM - 20 . Anxiety) = \frac{0.368}{\sqrt{0.443 * 0.845}} = \frac{0.368}{0.608} = \mathbf{0.605}$$

$$HTMT (ADNM - 20 . Avoidance) = \frac{0.432}{\sqrt{0.443 * 0.727}} = \frac{0.432}{0.567} = \mathbf{0.761}$$

$$HTMT (ADNM - 20 . Depressive_mood) = \frac{0.369}{\sqrt{0.443 * 0.887}} = \frac{0.369}{0.626} = \mathbf{0.589}$$

$$HTMT (ADNM - 20 . Impulse_disturbance) = \frac{0.402}{\sqrt{0.443 * 0.812}} = \frac{0.402}{0.599} = \mathbf{0.671}$$

$$HTMT (ADNM - 20 . failure_to_adapt) = \frac{0.468}{\sqrt{0.443 * 0.921}} = \frac{0.468}{0.638} = \mathbf{0.733}$$

$$HTMT (ADNM - 20 . preoccupations) = \frac{0.458}{\sqrt{0.443 * 0.820}} = \frac{0.458}{0.602} = \mathbf{0.760}$$

إنطلاقاً من هذه النتائج سنعيد صياغة جدول الصدق التمايزي لإضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20

(الدرجة الثانية):

الجدول رقم (51) : يوضح الفرق بين مخرجات برنامج Smart PLS وحساب الباحثة يدوبا

للصدق التمايزي من الدرجة الثانية لإضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20

إضطراب التأقلم -20 حساب الباحثة يدوبا	إضطراب التأقلم -20 مخرجات Smart PLS	أبعاد البناء (الدرجة الثانية)
0.605	0.663	القلق
0.761	0.813	التجنب
0.589	0.691	مزاج إكتنابي
0.671	0.742	إضطراب في الإندفاع
0.733	0.854	فشل في التأقلم
0.760	0.843	الإنشغالات

إنطلاقاً من هذا الجدول نجد أن هناك إختلاف بين قيم Smart PLS والقيم التي تم حسابها يدوبياً، حيث تعد القيم التي تم حسابها يدوبياً قيم مقبولة، وبما أنها أقل من 0.90، فالنموذج من الدرجة الثانية يتمتع بالصدق التمايزي .

- ✓ بالنسبة للخطوة السادسة والسابعة من التحليل المركب التوكيدي المتمثلة في قياس صدق الشبكة الإسمية والصدق التنبؤي، فلا يمكن إجراءهما مع مقياس إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة -20، وهذا نظراً لغياب دراسات سابقة حول هذا الإختبار التشخيصي تمكننا من إجراء هاذين القياسين، ولهذا تم الإكتفاء فقط بالخطوات الخمسة من التحليل المركب التوكيدي، وتم التوصل إلى أنه يتمتع بثبات وصدق جيدين .
- ✓ كل المعادلات المذكورة في حساب ثبات وصدق الإتساق الداخلي موجودة في المقالين التاليين تساعدك على فهمها وكيفية إجرائها

-M. Sarstedt, J.F. Hair Jr and J.-H. Cheah et al., How to specify, estimate, and validate higher-order constructs in PLS-SEM, Australasian Marketing Journal, <https://doi.org/10.1016/j.ausmj.2019.05.003>

-Jörg Henseler & Christian M. Ringle & Marko Sarstedt , A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling , J. of the Acad. Mark. Sci , DOI: [10.1007/s11747-014-0403-8](https://doi.org/10.1007/s11747-014-0403-8)

➤ نتيجة الدراسة الإستطلاعية (الجزء الأول) :

في نهاية هذه الدراسة نصل بأن إختبار إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20 هو إختبار تشخيصي يتمتع بحساسية تقدر بـ 94.74 % ونوعية تقدر بـ 90.91 %، وإنطلاقاً من هاتين النتيجتين فالإختبار قادر على التشخيص والتمييز بين المصابين وغير المصابين بإضطراب التأقلم .

كما تم التوصل بأن هذا الإختبار التشخيصي يتمتع بصدق وثبات، وهذا بعد التأكد من البنية المركبة له بإستخدام التحليل المركب التوكيدي الذي تم توصل من خلاله إلى تمتع المقياس بثبات المؤشرات وثبات الإتساق الداخلي (ألفا كروباخ و الثبات المركب و قيم  $\rho_A$ )، كما أثبتت النتائج المعلنة أعلاه بتمتع المقياس بالصدق التقاربي (AVE) والصدق التمايزي (HTMT) .

وإنطلاقاً من هذه النتائج يمكن الإعتماد على إختبار إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20 في الدراسة الأساسية .

1-2 / الدراسة الإستطلاعية (الجزء الثاني) :

1-2-1 / أهداف الدراسة الإستطلاعية (الجزء الثاني):

أجريت هذه الدراسة الإستطلاعية في جزئها الثاني بهدف تحقيق مايلي :

- الكشف عن ما إذا كانت قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبرج المصغرة (The Mini-IPIP Scales) تتمتع بخصائص قياسية تمكنا من إستخدامها في الدراسة الأساسية .

- الكشف عن ما إذا كان مقياس التعامل مع مرض السكري (Diabetes Coping Measure DCM) يتمتع بخصائص قياسية تمكنا من إستخدامه في الدراسة الأساسية .

1-2-2 / مكان و زمان الدراسة الإستطلاعية (الجزء الثاني) وعينتها:

مكان وزمان وعينة الدراسة الإستطلاعية في جزئها الثاني هو نفسه في الجزء الأول من الدراسة الإستطلاعية المذكورة أعلاه، لأن هذا الجزء من الدراسة الإستطلاعية هو تكملة للجزء الأول .

1-2-3/ أدوات الدراسة الإستطلاعية (الجزء الثاني):

تمثلت أدوات هذه الدراسة الإستطلاعية فيمايلي:

1- قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبيرج المصغرة (The Mini-IPIP Scales)

1-1/ التعريف بالقائمة (The Mini-IPIP Scale):

تم تطوير مقياس الشخصية Mini-IPIP المصغر المكون من 20 بنداً من مقياس الشخصية لجولديبيرج (IPIP-FFM, Goldberg, 1999) المكون من 50 بنداً وكان الأساس المنطقي هو توفير مقياس يمكن استخدامه في حالات قد لا تتطلب وقتاً. (Cooper et al., 2010, p 688) ، عبر سلسلة من الدراسات (Donnellan et al., 2006) وهناك خمسة مقاييس فرعية مكونة من 4 بنود، تتوافق مع كل مجال من المجالات الخمسة الرئيسية للشخصية. المتمثلة في العصابية، الإنبساطية، الطيبة وبقظة الضمير، الإنفتاح على الخبرة (الفكر الخيال) ، والقياس يتم عن طريق مقياس ليكرت الخماسي (1 غير موافق بشدة ... 5 موافق بشدة) . (Li et al., 2012, pp 642- 643) والجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (52) : يوضح توزيع البنود على أبعاد قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية

لجولديبيرج المصغرة (The Mini-IPIP Scales)

الأبعاد	رقم البنود	رقم البنود في المقياس الأصلي لجولديبيرج IPIP-FFM (Goldberg, 1999)
العصابية (Neuroticism)	4 - 9 س - 14 - 19 س .	9 - 39 س - 29 - 19 س .
الإنبساطية (Extraversion)	1 - 6 س - 11 - 16 س .	1 - 6 س - 31 - 16 س .
الإنفتاح على الخبرة (Openness)	5 - 10 س - 15 - 20 س .	15 - 20 س - 10 - 30 س .
الطيبة (Agreeableness)	2 - 7 س - 12 - 17 س .	17 - 22 س - 42 - 32 س .
بقظة الضمير (Conscientiousness)	3 - 8 س - 13 - 18 س .	23 - 28 س - 33 - 18 س

س = البنود السلبية. تتوفر قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبيرج (IPIP-FFM, Goldberg, 1999) على :

[https://ipip.ori.org/New\\_IPIP-50-item-scale.htm](https://ipip.ori.org/New_IPIP-50-item-scale.htm)

1-2/ ترجمة القائمة (The Mini-IPIP Scales) :

تم إتخاذ الخطوات التالية لترجمة المقياس :

1- قامت الباحثة بعرض قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبيرج المصغرة (The Mini-IPIP Scales) على متخصص في الترجمة (أحد اللذين ساعداها في ترجمة المقابلة التشخيصية ومقياس اضطراب التأقلم)، وهذا من أجل ترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية (الترجمة الأولية)، كما قامت الباحثة أيضا بترجمتها، ولم يتم إيجاد إختلاف بين المترجمين من الناحية اللغوية.

2- بعد ترجمة القائمة إلى اللغة العربية من قبل الباحثة والمتخصص في الترجمة، تم إعادة تدوير ترجمة القائمة من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية (الترجمة العكسية) من قبل متخصص في الترجمة والباحثة، وهذا للتأكد من عدم تغير محتوى القائمة بعد الترجمة؛ حيث تم تقييمها ومقارنتها مع المقياس الأصلي (باللغة الإنجليزية) لتحديد بعض الإختلافات والعمل على تعديلها .

3- ولغرض التأكد أيضا من دقة وصحة وسلامة محتوى القائمة المترجمة (من الإنجليزية إلى العربية) قامت الباحثة بعرض النص الأصلي للقائمة مع الترجمة على الأستاذة المشرفة على هذه الأطروحة؛ من أجل معرفة مدى ملائمة بنود القائمة ودقتها ومناسبتها من حيث الصياغة التركيبية واللغوية، كما قامت الباحثة بعرض القائمة على أخصائي نفسي ممارس (ف.ر)، وقد قامت الباحثة بإجراء التغيرات التي طلبها منها المقدرين (المقيمين)، وبعدها تم المصادقة عليها، لكن قبل ذلك قامت الباحثة بحساب ثبات الإتفاق بين المقدرين (Inter-rater reliability) عن طريق حساب معامل كبا (Kappa)

$$K = \frac{Po - Pe}{1 - Pe} \text{ ؛ coefficient}$$

وفيمايلي ستعرض الباحثة خطوات حسابها لمعامل الإتفاق بين المقيمين (02) لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبيرج المصغرة (The Mini-IPIP Scales)، وهي نفس الخطوات المعتمدة سابقا في حساب ثبات الإتفاق بين المقدرين للمقابلة التشخيصية ومقياس اضطراب التأقلم (أنظر الصفحة 177 - 178 - 179) .



قامت الباحثة بمقارنة تقييم المقيم 1 مع المقيم 2 على بنود القائمة التي تتكون من 20 بند، والجدول التالي يوضح نتائج التقييم التي تم تفرغها من قبل الباحثة .

الجدول رقم (53) : يوضح عدد البنود التي إتفق وإختلف فيها المقيمين في قائمة (The Mini-IPIP Scales)

		المقيم 2	
		مقبول	غير مقبول
المقيم 1	مقبول	(A) 15	(B) 02
	غير مقبول	(C) 01	(D) 02

يتضح من الجدول رقم (53)، المقيم 1 والمقيم 2 إتفقا على أن هناك 15 بند من أصل 20 بند في القائمة مقبول من حيث الصياغة والترجمة، و(02) بندين إتفقا على أنهما غير مقبولين، كما إختلفا المقيمين في بند واحد؛ حيث يراه المقيم 2 بند مقبول من حيث طريقة صياغته، والمقيم 1 يراها غير مقبول، أما فيما يتعلق بالبنود التي يراها المقيم 2 غير مقبولة والمقيم 1 مقبولة، فقد تم إختلاف بينهما في بندين.

الخطوة الثانية :

في هذه الخطوة ستقوم الباحثة بحساب إحتمال الظهور الملحوظ (الإتفاق النسبي الملحوظ (Po) حيث :

$$P_o = \text{number in agreement} / \text{total} , \quad P_o = \frac{A+D}{A+B+C+D}$$

$$P_o = \frac{15+2}{15+1+2+2} ; P_o = \frac{17}{20} , P_o = 0.85$$

الخطوة الثالثة :

في هذه الخطوة قامت الباحثة بحساب إحتمال الإتفاق المتوقع أو بالصدفة (إحتمال الإتفاق العشوائي

(Pe

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

$$P_{(\text{correct})} = (A+B/A+B+C+D) \times (A+C/A+B+C+D) ; P_{(\text{correct})} = 0.85 \times 0.8 = 0.68$$

$$P_{(\text{incorrect})} = (C+D/A+B+C+D) \times (B+D/A+B+C+D) , P_{(\text{incorrect})} = 0.15 \times 0.2 = 0.03$$

$$P_e = P_{(\text{correct})} + P_{(\text{incorrect})} ; P_e = 0.68 + 0.03 = 0.71$$

الخطوة الرابعة :

في هذه الخطوة ، قامت الباحثة بحساب معامل كبا (Kappa coefficient) :

$$K = P_o - P_e / 1 - P_e , K = \frac{0.85-0.71}{1-0.71} ; K = 0.48$$

قدر معامل الإتفاق بين المقيمين بـ 0.48، وفي إطار معايير الجدول رقم (26) الذي يوضح تفسير معامل كبا، فإن قوة الإتفاق بين المقيمين معتدلة (0.41 - 0.60)، وبما أن قيمة الإتفاق معتدلة وتجاوزت القيم المقبولة، بالتالي يمكن الإعتماد على هذه القائمة المترجمة.

4- بعد التأكد من قوة الإتفاق بين المقيمين لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبرج المصغرة (The Mini-IPIP Scales)، قامت الباحثة بتطبيقه على 09 مراهقين مصابين بمرض السكري للتأكد من أن البنود مفهومة عندهم ولا تحمل أي تفسيرات أو تأويلات أخرى.

### 1-3/ التحليل المركب التوكيدي لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبرج المصغرة (The Mini-IPIP Scales)

قبل إجراء التحليل المركب التوكيدي لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبرج المصغرة، لابد من توضيح مايلي:

➤ القيم المفقودة و المتطرفة:

- عدم وجود قيم مفقودة ومتطرفة في بيانات المستجيبين على قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبرج المصغرة.

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

### ➤ التوزيع الطبيعي للبيانات :

سيتم التأكد من التوزيع الطبيعي للبيانات عن طريق إختبار كولموغوروف-سميرنوف (Test de Kolmogorov-Smirnov) والجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (54) : يوضح التوزيع الطبيعي للبيانات الخاصة بمتغير العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (مخرجات برنامج SPSS)

إختبار كولموغوروف-سميرنوف (Test de Kolmogorov-Smirnov)			
الدلالة	درجة الحرية	إحصاءه	العوامل
0.003	63	0.142	العصابية
0.000	63	0.186	الإنبساطية
0.000	63	0.164	الإنفتاح على الخبرة
0.001	63	0.157	الطبية
0.000	63	0.162	يقظة الضمير

إنطلاقاً من الجدول رقم (54)، نجد بأن قيم الدلالات الخمسة أقل من 0.05، بالتالي بيانات متغير العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لا تتبع التوزيع الطبيعي، وقد يرجع سبب ذلك إلى صغر حجم عينة الدراسة، لكن يمكن إعتقاد بيانات العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لأن النمذجة البنائية بالمربعات الجزئية الصغرى لا تفترض التوزيع الطبيعي .

### 1-3-1 / ثبات البناء (الإتساق الداخلي) :

في التحليل المركب التوكيدي يقوم ثبات البناء على ثبات المؤشرات وثبات الإتساق الداخلي (ألفا كرومباخ، قيم rho\_A والثبات المركب) ، وقد تم معالجة البيانات ببرنامج Smart PLS 3، والجدول التالي يوضح ذلك:

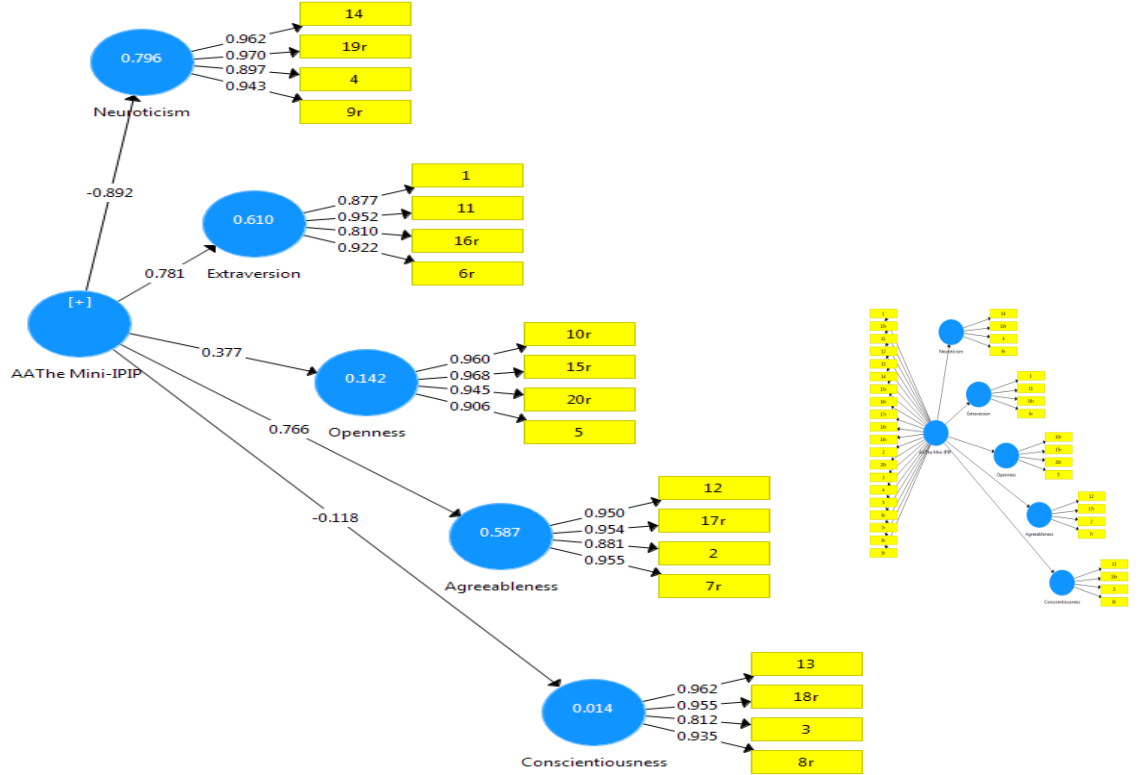
الجدول رقم (55) : يوضح قيم التحميلات الخارجية (ثبات المؤشرات) لقائمة العوامل الخمسة

الكبرى للشخصية لجولديبيرج المصغرة (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

أبعاد البناء / المؤشرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العصابية	الإنبساطية	الإنفتاح على الخبرة	الطيبة	يقظة الضمير
العصابية							
البند 4	3.44	1.25	0.897				
البند 9	3.29	1.16	0.943				
البند 14	3.31	1.31	0.962				
البند 19	3.42	1.28	0.970				
الإنبساطية							
البند 1	2.42	1.30		0.877			
البند 6	2.61	1.25		0.922			
البند 11	2.48	1.19		0.952			
البند 16	2.76	1.10		0.810			
الإنفتاح على الخبرة							
البند 5	3.39	1.37			0.906		
البند 10	3.42	1.17			0.960		
البند 15	3.32	1.13			0.968		
البند 20	3.39	1.16			0.945		
الطيبة							
البند 2	3.31	1.19				0.881	
البند 7	3.40	1.11				0.955	
البند 12	3.39	1.26				0.950	
البند 17	3.39	1.21				0.954	
يقظة الضمير							
البند 3	3.45	1.35					0.812
البند 8	3.61	1.18					0.935
البند 13	3.63	1.22					0.962
البند 18	3.47	1.21					0.955

يتضح من الجدول رقم (55) ؛ أن قيم التحميلات الخارجية للمؤشرات عالية جدا لأنها أكبر من 0.70 وهذه القيم ممتازة ومقبولة تدل على أن مؤشرات البناء تتمتع بثبات جيد. والشكل رقم (17) يوضح ذلك :

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها



الشكل رقم (17) : يوضح قيم التحميلات الخارجية لنموذج المكون الهرمي لقائمة العوامل الخمسة

الكبرى للشخصية لجولديبرج المصغرة (إعداد الباحثة ، مخرجات برنامج Smart PLS)

- ✓ أحد أهم الأسباب التي دفعتني لإختيار قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبرج المصغرة، هو الأساس التنظيري المهم للقائمة في علم النفس عامة وعلم نفس الشخصية خاصة وهذا ما أعطى لهذه القائمة خصوصية وأهمية كبيرة في مجال البحث في الشخصية، كما وقد أثبتت الدراسات العديدة في مختلف قارات العالم صدق القائمة وعالميتها، بالإضافة إلى أنها قائمة محررة ثقافيا وبالتالي تصلح في كل البيئات والثقافات وتتمتع بالشمولية.
- ✓ هذه القائمة قادرة على تحقيق أهداف الدراسة لأنها تشمل، أولا ؛ العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، ثانيا وإنطلاقا من التراث النظري؛ تحوي أهم العوامل الخمسة في الشخصية (العصابية، الإنبساطية، الإنفتاح على الخبرة، الطيبة ويقظة الضمير) التي تلعب دورا كبيرا في مجال الصحة النفسية للفرد وتفسير سلوكه.
- ✓ إضافة إلى ذلك إختيار هذه القائمة من بين العديد من القوائم الخاصة بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية، يعود إلى أنها مصغرة تحتوي على 20 بند (ولكن بنودها شاملة للعوامل الخمسة للشخصية) مقارنة بـ (NEO-FFI- S) التي تحتوي على 60 بند ، وهذا خوفا من طول القائمة الذي قد يؤثر على إجابات المراهق عليها وشعوره بالملل. (مع العلم أنه لتحقيق أهداف الدراسة ككل سيجيب المراهق أيضا على مقياس إضطراب التأقلم وإستراتيجيات التعامل مع مرض السكري بالإضافة إلى قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية) .

الجدول رقم (56) : يوضح قيم ثبات البناء (الإتساق الداخلي) لقائمة العوامل الخمسة الكبرى

للشخصية لجولديبرج المصغرة (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

أبعاد البناء / المؤشرات	ألفا كرومباخ	rho_A	الثبات المركب (CR)
العصائية	0.959	0.959	0.970
الإنبساطية	0.914	0.928	0.939
الإنفتاح على الخبرة	0.960	0.963	0.971
الطيبة	0.952	0.952	0.965
يقظة الضمير	0.940	1.007	0.955

من خلال الجدول رقم (56) نجد بأن البناء يتمتع بثبات الإتساق الداخلي، وهذا لأن قيم الثبات المركب وألفا كرومباخ في كل أبعاد قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية أكبر من 0.70، أما بالنسبة لمعيار rho\_A فقد تم تسجيل قيمة عالية جدا (1.007) في بعد يقظة الضمير .

### 1-3-2/ صدق البناء (الإتساق الداخلي) :

سيتم عرض نتائج صدق البناء الذي يقوم في التحليل المركب التوكيدي على نتائج الصدق التقاربي (متوسط التباين المستخرج)، والصدق التمايزي، صدق الشبكة الإسمية، الصدق التنبؤي. وقد تم معالجة البيانات ببرنامج Smart PLS 3، و الجداول التالية توضح ذلك :

الجدول رقم (57) : يوضح قيم متوسط التباين المستخرج (AVE) لقائمة العوامل الخمسة الكبرى

للشخصية لجولديبيرج المصغرة (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

أبعاد البناء / المؤشرات	العصابية	الإنبساطية	الإنفتاح على الخبرة	الطيبة	يقظة الضمير
قيم (AVE)	0.890	0.795	0.894	0.875	0.842

من خلال نتائج الجدول رقم (57) ؛ فإن قيم متوسط التباين المستخرج (AVE) أكبر من 0.50 في كل أبعاد البناء، وبالتالي فإن البناء يتمتع بصدق تقاربي .

1-2-3-2 / الصدق التمايزي :

سيتم عرض نتائج الصدق التمايزي معيار Fornell-Larcker و HTMT وقد تم معالجة البيانات ببرنامج Smart PLS 3، و الجداول التالية توضح ذلك :

الجدول رقم (58) : يوضح قيم الصدق التمايزي (معيار Fornell-Larcker) لقائمة العوامل

الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبيرج المصغرة (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

أبعاد البناء	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الطيبة	يقظة الضمير	الإنبساطية	العصابية	الإنفتاح على الخبرة
الطيبة	13.48	4.46	0.935				
يقظة الضمير	14.16	4.56	-0.185	0.918			
الإنبساطية	10.27	4.32	0.325	-0.017	0.892		
العصابية	13.45	4.72	-0.525	-0.014	-0.727	0.943	
الإنفتاح على الخبرة	13.52	4.56	0.330	0.024	0.052	-0.139	0.945

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

بالنسبة للجدول رقم (58) ؛ فقد كانت قيم تحميل كل بعد من أبعاد القائمة أكبر من جميع التحميلات المتقاطعة للأبعاد الأخرى، وبالتالي قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية تتمتع بالصدق التمايزي.

الجدول رقم (59) : يوضح قيم الصدق التمايزي (HTMT) لقائمة العوامل الخمسة الكبرى

للشخصية لجولديبيرج المصغرة (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

أبعاد البناء	الطبية	يقظة الضمير	الإنبساطية	العصابية	الإنفتاح على الخبرة
الطبية					
يقظة الضمير	0.153				
الإنبساطية	0.342	0.081			
العصابية	0.550	0.043	0.759		
الإنفتاح على الخبرة	0.342	0.075	0.053	0.142	

بالنسبة لنتائج الجدول رقم (59) ؛ فقد تم تسجيل قيم (HTMT) كلها أقل من 0.85 في كل أبعاد البناء وهذه القيم مقبولة وبالتالي القائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبيرج المصغرة (The Mini-IPIP Scales) يتمتع بالصدق التمايزي.

### 1-3-2-3/ صدق الشبكة الإسمية :

للتأكد من أن المقياس يتمتع بصدق الشبكة الإسمية لابد أن تكون لدينا نظرية أو دراسة لها علاقة بمتغيرات الدراسة تؤكد الشبكة الإسمية لدينا وفي هذه الدراسة الإستطلاعية إعتدنا على دراسة " نضال عبد اللطيف الشمالي (2015) بعنوان : العوامل الخمسة للشخصية وعلاقتها بالإكتئاب لدى المرضى المترددين على مركز غزة المجتمعي - برنامج غزة للصحة النفسية " ، وقد أثبتت هذه الدراسة بأنه وجود إرتباط موجب دال إحصائيا بين عامل العصابية والإكتئاب، ووجود إرتباط سالب دال إحصائيا بين عامل الإنفتاح على الخبرة، الإنبساط ،الوداعة و التفاني، والإكتئاب، كما تم الإعتماد على دراسة " **Jardim et al., 2019** بعنوان "العلاقة بين سوء المعاملة في مرحلة الطفولة وإكتئاب الشيخوخة -التأثير الوسيط لسمات الشخصية- " وإعتمدت هذه الدراسة على منهجية النمذجة بالمعادلة البنائية في معالجة



## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

البيانات، وتوصلت هذه الدراسة إلى وجود ارتباط موجب دال إحصائياً بين عامل العصابية والإكتئاب ( $\beta = 0.66$ ) وارتباط سالب بين عامل الإنبساطية والانفتاح على الخبرة والطيبة ويقظة الضمير ( $\beta = -0.36$  ،  $\beta = -0.14$  ،  $\beta = -0.16$  ،  $\beta = -0.27$ )

وقد اعتمدت الباحثة على قائمة أرون بيك الثانية للإكتئاب (the Beck Depression Inventory ;BDI-II) وسبب اعتماد الباحثة على هذا المقياس؛ هو أن الدراسة تهدف إلى تحديد طبيعة مسار العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم، ومقياس بيك للإكتئاب يقيس درجة الإكتئاب كما أنه يستخدم عادة كأداة تشخيصية لتشخيص إضطراب الإكتئاب، و بالتالي أردنا أن نعرف مدى تمتع مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بصدق البناء من خلال تقدير حجم الروابط السببية بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية والإكتئاب .

وقبل عرض نتائج صدق الشبكة الإسمية، لابد أولاً أن نتأكد من صدق وثبات قائمة أرون بيك الثانية للإكتئاب (BDI-II). وهذه القائمة تتكون من 21 مجموعة، في كل مجموعة توجد أربعة خيارات مدرجة على مقياس من 0 إلى 3. (GarcõÂa-Batista et al., 2018, p 03) ، وقد تم الإعتماد على قائمة أرون بيك الثانية المترجمة من قبل أ.د. معمرية بشير . (أنظر الملحق رقم 08)

ولتحليل قائمة أرون بيك الثانية للإكتئاب لابد أن يتم وضعها في برنامج Smart PLS على شكل نموذج، وقد بحثت الباحثة في هذا الشأن عن الدراسات السابقة التي نمذجت قائمة أرون بيك الثانية للإكتئاب، وقد وجدت دراسة (García-Batista et al., 2018) التي تحدثت عن وجود أبحاث سابقة نمذجت القائمة ومنها من يفترض نموذج الإكتئاب كبنية واحدة؛ أي تم السماح لجميع عناصر BDI-II بالتحميل في عامل واحد (الإكتئاب) ؛ و نموذج آخر يفترض نموذج ثنائي العامل يتكون من " العامل المعرفي - الإنفعالي" و " العامل الجسدي" ، وهناك نموذج آخر وهو النموذج الأصلي المكون من عاملين والذي حدده (Beck et al.)، وهما "العامل الجسدي - الإنفعالي" و"العامل الإدراكي" ، ونموذج آخر يتضمن ثلاثة عوامل تتمثل في "العامل المعرفي" و"العامل الإنفعالي" و"العامل الجسدي"، وإختبر نموذج آخر بديلاً ثلاثي العوامل يتكون من "عامل الموقف السلبي" و"عامل الصعوبة" و"العامل الجسدي". (García-Batista et al., 2018, pp 04-05)

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

وقد إعتمدت الباحثة في ذلك على النموذج الأصلي المكون من عاملين والذي حدده (Beck et al.) "العامل الجسدي - الإنفعالي" و"العامل الإدراكي"، وهذا لأن هذا النموذج يعود لصاحب القائمة، وفيما يلي نعرض ثبات المؤشرات وصدق وثبات ( البناء أو الإتساق الداخلي) الأداة:

الجدول رقم (60): يوضح قيم التحميلات الخارجية (ثبات المؤشرات) وثبات الإتساق الداخلي والصدق التقاربي (قيم AVE) لقائمة آرون بيك الثانية للإكتتاب (مخرجات برنامج Smart PLS)

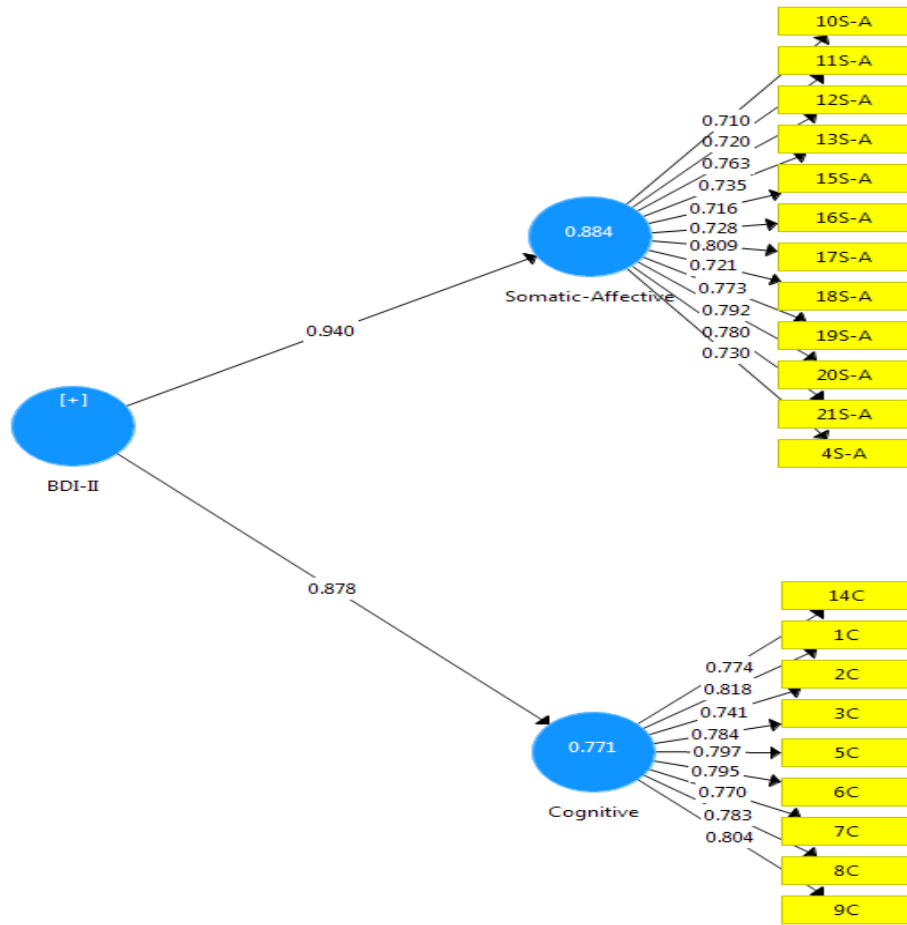
(3)

الأبعاد	البنود	قيم التحميلات	ألفا كرومباخ	rho_A	الثبات المركب (CR)	قيم (AVE)					
المعرفي	1- الحزن .	0.818	0.922	0.923	0.935	0.617					
	2- التشاؤم.	0.741									
	3- الفشل السابق .	0.784									
	5- مشاعر الإثم .	0.797									
	6- الشعور بالتعرض للعقاب.	0.795									
	7- عدم حب الذات.	0.770									
	8 - نقد الذات ولومها .	0.783									
	9 - الأفكار أو الرغبات الإنتحارية.	0.804									
	14 - إنعدام القيمة.	0.774									
	الجسدي - العاطفي	4 - فقدان الإستمتاع بالحياة .					0.730	0.929	0.931	0.939	0.560
		10 - البكاء .					0.710				
		11 - الهيجان و الإثارة .					0.720				
		12 - فقدان الإهتمام أو الإنسحاب الإجتماعي .					0.763				
		13 - التردد في إتخاذ القرارات .					0.735				
15- فقدان الطاقة عن العمل .		0.716									
16 - تغيرات في نظام النوم.		0.728									
17 - القابلية للغضب أو الإنزعاج .		0.809									
18 - تغيرات في الشهية .		0.721									
19 - صعوبة في التركيز .		0.773									
20 - الإرهاق.		0.792									
21 - فقدان الإهتمام بالجنس .		0.780									

إنطلاقاً من الجدول أعلاه؛ نجد بأن قائمة آرون بيك الثانية للإكتتاب تتمتع بثبات المؤشرات وهذا لأن قيم التحميلات الخارجية للمؤشرات عالية جداً لأنها أكبر من 0.70، كما نجد بأن البناء يتمتع بثبات

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

الإتساق الداخلي، وهذا لأن قيم الثبات المركب في كل بعد من أبعاد القائمة أكبر من 0.70، كما أنه تم تسجيل قيم عالية جدا أكبر من 0.90 بالنسبة لألفا كرومباخ وقيم  $\rho_A$ ، وبما أن قيم تحميلات الخارجية للبنود تتمتع بالثبات هذا لأنها أكبر من 0.70، بالتالي فالمقياس يتمتع بالصدق التقاربي لأن القيم أكبر من 0.50. والشكل التالي يوضح قيم التحميلات (ثبات المؤشرات) لقائمة آرون بيك الثانية للإكتئاب.



الشكل رقم (18) : يوضح قيم التحميلات الخارجية لنموذج المكون الهرمي لقائمة آرون بيك

الثانية للإكتئاب (إعداد الباحثة ، مخرجات برنامج Smart PLS)

وفيما يلي سنعرض نتائج الصدق التمايزي لقائمة آرون بيك الثانية للإكتئاب، والجداول التالية توضح

ذلك :

الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

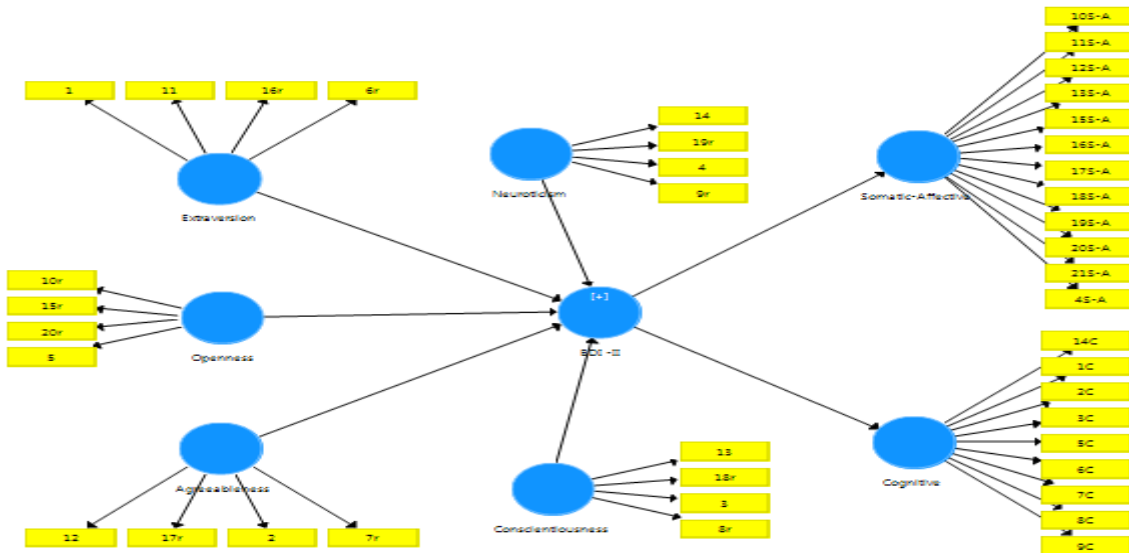
الجدول رقم (61) : يوضح قيم الصدق التمايزي (معياري Fornell-Larcker، معيار HTMT)

لقائمة آرون بيك الثانية للإكتئاب (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

أبعاد البناء	المعرفي	الجسدي - العاطفي
<b>معياري Fornell-Larcker</b>		
المعرفي	0.786	
الجسدي - العاطفي	0.758	0.749
<b>معياري HTMT</b>		
المعرفي		
الجسدي - العاطفي	0.821	

من خلال الجدول التالي؛ تم التوصل إلى أن قائمة آرون بيك الثانية للإكتئاب تتمتع بالصدق التمايزي وهذا لأن قيم معياري Fornell-Larcker أكبر من جميع التحميلات المتقاطعة للأبعاد الأخرى، وقيمة معياري HTMT أقل من 0.85.

- بما أنه تم التأكد من صدق وثبات البناء (الإتساق الداخلي) وثبات المؤشرات لقائمة آرون بيك الثانية للإكتئاب، بالتالي يمكن التأكد من صدق الشبكة الإسمية لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبيرج المصغرة.



الشكل رقم (19) : يوضح الشبكة الإسمية لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبيرج

المصغرة (إعداد الباحثة ، مخرجات برنامج Smart PLS)

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

إنطلاقاً من الشبكة الإسمية التالية ونتائج دراسة " نضال عبد اللطيف الشمالي (2015)، ودراسة

"Jardim et al., 2019" سنقوم بصياغة الفرضيات التالية:

العلاقات البنائية	الاتجاه	الفرضيات
العصابية ← الإكتئاب	+	ف 1: يوجد ارتباط موجب بين عامل العصابية والإكتئاب.
الإنبساطية ← الإكتئاب	-	ف 2: يوجد ارتباط سلبي بين عامل الإنبساطية والإكتئاب.
الإنفتاح على الخبرة ← الإكتئاب	-	ف 3: يوجد ارتباط سالب بين عامل الإنفتاح على الخبرة والإكتئاب .
الطيبة ← الإكتئاب	-	ف 4 يوجد ارتباط سالب بين عامل الطيبة والإكتئاب .
يقظة الضمير ← الإكتئاب	-	ف 5: يوجد ارتباط سالب بين عامل يقظة الضمير والإكتئاب .

إنطلاقاً من الفرضيات أعلاه سيتم عرض نتائج الشبكة الإسمية وقد تم معالجتها بتقنية Bootstrapping (طريقة المعاينة التكررة في PLS – SEM):

الجدول رقم (62) : يوضح معاملات مسار نموذج الشبكة الإسمية (العوامل الخمسة الكبرى

للشخصية ← الإكتئاب ) (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

الفرضيات	العلاقات البنائية	معامل (β) Original sample	الخطأ المعياري STDEV	معامل T	قيمة P
ف 1	العصابية ← الإكتئاب	0.099	0.042	2.337	*0.020
ف 2	الإنبساطية ← الإكتئاب	-0.641	0.082	7.782	**0.000
ف 3	الإنفتاح على الخبرة ← الإكتئاب	-0.352	0.086	4.087	**0.000
ف 4	الطيبة ← الإكتئاب	-0.410	0.107	3.819	**0.000
ف 5	يقظة الضمير ← الإكتئاب	-0.613	0.106	5.803	**0.000

Significant at P\*\* < 0.01 , P\* < 0.05

معامل T = معامل β / الخطأ المعياري I.

إنطلاقاً من نتائج الجدول المدونة أعلاه نلاحظ أن عامل العصابية يرتبط بشكل إيجابي ودال إحصائياً بالإكتئاب ( Std β =0.099 , P\* < 0.05 )، أما بالنسبة لعامل العامل الإنبساطية، الإنفتاح على

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

الخبرة، الطيبة ويقظة الضمير فقد وضحت النتائج وجود ارتباط سلبي ودال إحصائياً بالإكتئاب ( $\beta$  Std) ( $P^{**} < 0.01$ ,  $-0.613$ ,  $-0.410$ ,  $-0.352$ ,  $-0.641$ ), بالتالي فقد تحققت جميع الفرضيات التي

قد تم صياغتها، كما وأن النتائج لها نفس إتجاه نتائج دراسة " نضال عبد اللطيف الشمالي (2015) بعنوان: العوامل الخمسة للشخصية وعلاقتها بالإكتئاب لدى المرضى المترددين على مركز غزة المجتمعي - برنامج غزة للصحة النفسية"، ودراسة "Jardim et al. , 2019" بعنوان "العلاقة بين سوء المعاملة في مرحلة الطفولة وإكتئاب الشيخوخة - التأثير الوسيط لسمات الشخصية-"، بالتالي فالمقياس (قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولدبيرج المصغرة) يتمتع بصدق الشبكة الإسمية.

### 1-3-2-4/ الصدق التنبؤي :

للتأكد من الصدق التنبؤي لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولدبيرج المصغرة إعتدنا أيضاً على قائمة بيك الثانية للإكتئاب، وقد طبقناه بعد مدة شهر ونصف تقريبا من تطبيقنا لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ويتم الإعتماد على (معاملات التحديد  $R^2$ )، (حجم التأثير  $f^2$ ) و (الملائمة التنبؤية  $Q^2$ ) لتقييم الصدق التنبؤي، والجداول التالي توضح لنا ذلك :

الجدول رقم (63) : يوضح قيمة معامل التحديد ( $R^2$ ) لقائمة بيك الثانية للإكتئاب (مخرجات برنامج

### (Smart PLS 3

قيمة معامل التحديد $R^2$	الإكتئاب (BDI-II)
0.664	

من خلال نتيجة هذا الجدول، الذي يوضح لنا نسبة التباين في الإكتئاب (المتغير التابع) الذي يمكن التنبؤ به من خلال العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (المتغير المستقل)، نجد أن معامل التحديد  $R^2$  مقبول وهذا حسب تقييم (Chin , 1998) إذا كان بين 0.33 و 0.67 فالقيمة معتدلة، بالتالي فالتأثير معتدل بالرغم من أنه يقترب من قيمة التأثير العالي 0.67.

الجدول رقم (64) : يوضح قيم  $f^2$  حجم تأثير العوامل الخمسة الكبرى للشخصية على الإكتئاب

(BDI-II) (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

قيم $f^2$ حجم تأثير العوامل الخمسة للشخصية على الإكتئاب (BDI-II)	أبعاد البناء (The Mini-IPIP Scales)
0.327	العصابية
0.344	الإنبساطية
0.281	الإنفتاح على الخبرة
0.694	الطيبة
0.512	يقظة الضمير

وفقا لتقييم (Cohen 1988) لمعاملات حجم التأثير  $f^2$  فإنه إذا كانت القيم أكبر من 0.35 فهي عالية وإذا كانت تتراوح بين 0.15 إلى 0.35 فهي متوسطة، أما إذا كانت تتراوح بين 0.02 إلى 0.15 فالتأثير ضعيف، أما أقل من 0.02 فالنتيجة مرفوضة. وإنطلاقا من النتائج المدونة في الجدول رقم (64) الذي يوضح لنا نسبة تباين المتغير التابع (الإكتئاب) إنطلاقا من المتغير المستقل (العوامل الخمسة الكبرى للشخصية)، نجد بأن قيم حجم تأثير كل عامل من هذه العوامل الخمسة الكبرى للشخصية على الإكتئاب مقبولة؛ حيث أن عامل الطيبة وعامل يقظة الضمير لهما تأثير عالي على الإكتئاب بحجم قدره (0.649، 0.512 على الترتيب) أما باقي العوامل (العصابية والإنبساطية والإنفتاح على الخبرة) فحجم تأثيرهما متوسط .

الجدول رقم (65): يوضح قيم الملائمة التنبؤية ( $Q^2$ ) لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية

لجولديبيرج المصغرة (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

الملائمة التنبؤية $Q^2$	متوسط الخطأ المطلق MAE	جذر التربيعي لمتوسط الخطأ RMSE	مقياس بيك للإكتئاب (BDI-II)
0.594	6.125	7.594	

إنطلاقا من نتائج هذا الجدول؛ فقد بلغ الجذر التربيعي لمتوسط الخطأ 6.015، في حين متوسط الخطأ المطلق فقد بلغ 4.031 أما قيمة الملائمة التنبؤية  $Q^2$  لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

فقد بلغت 0.594 وهذه القيمة مقبولة لأنها أكبر من الصفر وبالتالي نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية له قدرة تنبؤية.

إنطلاقاً من نتائج الجداول الثلاثة والتي تمثل جميعها قيم مقبولة إحصائياً نصل بأن قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبيرج المصغرة (The Mini-IPIP Scales) تتمتع بالصدق التنبؤي .

### 2- مقياس التعامل مع مرض السكري (Diabetes Coping Measure)

#### 1-2 / التعريف بمقياس التعامل مع مرض السكري (DCM):

هو مقياس يقيس إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري صممه (Welch, 1994)، تم إستخدامه لتحديد التعامل السلوكي والمعرفي لدى الفرد، يتكون من 20 بند وله أربعة مقاييس فرعية: روح المعالجة (5 عناصر) ، والإستسلام (5 عناصر) ، والتجنب (5 عناصر) ، ودمج مرض السكري (5 عناصر). (G.Welch, personal communication , August 19 , 2021)

يعتمد على مقياس ليكرت الخماسي في تقييمه من (موافق بشدة إلى غيرموافق بشدة) والجدول التالي يوضح توزيع البنود على أبعاد المقياس :

الجدول رقم (66) : يوضح توزيع البنود على أبعاد مقياس التعامل مع مرض السكري (Diabetes Coping Measure)

أبعاد مقياس (DCM)	أرقام البنود
الروح المعنوية (Tackling spirit)	1- 4 - 9 - 12 - 19 .
التجنب (Avoidance)	2- 3 - 5 - 6 - 8 .
الإستسلام (Passive resignation)	7- 10 - 11 - 13 - 14 .
دمج مرض السكري (Diabetes integration)	15 - 16 - 17 - 18 - 20 .

✓ يعود سبب الإعتماد على قائمة آرون بيك الثانية للإكتئاب، إلى وجود تراث نظري يؤكد لنا العلاقة بين هذين المتغيرين (العوامل الخمسة الكبرى للشخصية والإكتئاب) ، أضف إلى ذلك إضطراب التأقلم يحمل في تشخيصه ملامح الإكتئاب .



2-2/ ترجمة مقياس التعامل مع مرض السكري (DCM):

2-2-1/ إجراءات ترجمة مقياس (DCM) :

تم إتخاذ الخطوات التالية لترجمة المقياس :

1- من أجل إستخدام المقياس قامت الباحثة بطلب الإذن من صاحب المقياس، ثم بعد ذلك قامت بعرض مقياس التعامل مع مرض السكري (Diabetes Coping Measure) على متخصص في الترجمة (أحد اللذين ساعدها في ترجمة مقياس المقابلة التشخيصية وإضطراب التأقلم وقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية)، وهذا من أجل ترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، كما قامت الباحثة أيضا بترجمتها.

2- بعد ترجمة المقياس إلى اللغة العربية من قبل الباحثة والمتخصص في الترجمة، تم إعادة تدوير ترجمة المقياس من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية من قبل متخصص في الترجمة والباحثة، وهذا للتأكد من عدم تغير محتوى المقياس بعد الترجمة؛ حيث تم تقييمها ومقارنتها مع المقياس الأصلي (باللغة الإنجليزية) لتحديد بعض الإختلافات والعمل على تعديلها .

3- ولغرض التأكد أيضا من دقة وصحة وسلامة محتوى المقياس المترجم (من الإنجليزية إلى العربية) قامت الباحثة بعرض النص الأصلي للمقياس مع الترجمة على الأستاذة المشرفة على هذه الأطروحة؛ من أجل معرفة مدى ملائمة بنود المقياس ودقته ومناسبته من حيث الصياغة التركيبية واللغوية، كما قامت الباحثة بعرض المقياس على أخصائي نفسي ممارس (ف.ر)، وقد قامت الباحثة بإجراء التغييرات التي طلبها منها المقدرين (المقيمين)، وبعدها تم المصادقة عليها، ولكن قبل ذلك قامت الباحثة بحساب ثبات الإتفاق بين المقدرين (Inter-rater reliability) عن طريق حساب معامل كبا (Kappa)

$$K = \frac{Po - Pe}{1 - Pe} \text{ ؛ coefficient}$$

وفيمايلي ستعرض الباحثة مرة أخرى خطوات حسابها لمعامل الإتفاق بين المقيمين (02) لمقياس التعامل مع مرض السكري (Diabetes Coping Measure).

الخطوة الأولى :

قامت الباحثة بمقارنة تقييم المقيم 1 مع المقيم 2 على بنود المقياس الذي يتكون من 21 بند، والجدول

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

التالي يوضح نتائج التقييم التي تم تفريغها من قبل الباحثة .

الجدول رقم (67) : يوضح عدد البنود التي إتفق وإختلف فيها المقيمين في مقياس (DCM Scales)

		المقيم 2	
		مقبول	غير مقبول
المقيم 1	مقبول	(A) 16	(B) 01
	غير مقبول	(C) 02	(D) 02

يتضح من الجدول رقم (67)، المقيم 1 والمقيم 2 إتفقا على أن هناك 16 بند من أصل 21 بند في القائمة مقبول من حيث الصياغة والترجمة، و(02) بندين إتفقا على أنهما غير مقبولين، كما إختلفا المقيمين في بندين؛ حيث يراها المقيم 2 بندين مقبولين من حيث طريقة صياغتهما، والمقيم 1 يراها غير مقبولين، أما فيما يتعلق بالبنود التي يراها المقيم 2 غير مقبولة والمقيم 1 يراها مقبولة، فقد تم الإختلاف بينهما في بند واحد.

### الخطوة الثانية :

في هذه الخطوة ستقوم الباحثة بحساب إحتمال الظهور الملحوظ (الإتفاق النسبي الملحوظ (Po) حيث :

$$P_o = \text{number in agreement} / \text{total} , \quad P_o = \frac{A+D}{A+B+C+D}$$

$$P_o = \frac{16+2}{16+1+2+2} ; P_o = \frac{18}{21} , P_o = 0.85$$

### الخطوة الثالثة :

في هذه الخطوة قامت الباحثة بحساب إحتمال الإتفاق المتوقع أو بالصدفة (إحتمال الإتفاق العشوائي

(Pe)

$$P_{(\text{correct})} = (A+B/A+B+C+D) \times (A+C/A+B+C+D) ; P_{(\text{correct})} = 0.76 \times 0.85 =$$

0.64

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

$$P_{(\text{incorrect})} = (C+D/A+B+C+D) \times (B+D/A+B+C+D) , P_{(\text{incorrect})} = 0.19 \times 0.14 = 0.02$$

$$P_e = P_{(\text{correct})} + P_{(\text{incorrect})} ; P_e = 0.64 + 0.02 = 0.66$$

### الخطوة الرابعة :

في هذه الخطوة ، قامت الباحثة بحساب معامل كبا (**Kappa coefficient**) :

$$K = P_o - P_e / 1 - P_e , K = \frac{0.85-0.66}{1-0.66} ; K = 0.55$$

قدر معامل الإتفاق بين المقيمين بـ 0.55 ، وإنطلاقاً من معايير الجدول رقم (26) الذي يوضح تفسير معامل كبا، فإن قوة الإتفاق بين المقيمين معتدلة (0.41 - 0.60)، وبما أن قيمة الإتفاق معتدلة وتجاوزت القيم المقبولة، بالتالي يمكن الإعتماد على هذا المقياس المترجم.

4- بعد التأكد من قوة الإتفاق بين المقيمين، قامت الباحثة بتطبيق المقياس على 09 مراهقين مصابين بمرض السكري للتأكد من أن البنود مفهومة عندهم ولا تحمل أي تفسيرات أو تأويلات أخرى.

### 2-3 / التحليل المركب التوكيدي لمقياس التعامل مع مرض السكري (Diabetes Coping Measure)

قبل إجراء التحليل المركب التوكيدي لمقياس التعامل مع مرض السكري ، لابد من توضيح مايلي :

➤ القيم المفقودة و المتطرفة :

عدم وجود قيم مفقودة ومتطرفة في بيانات المستجيبين على مقياس التعامل مع مرض السكري.

➤ التوزيع الطبيعي للبيانات :

سيتم التأكد من التوزيع الطبيعي للبيانات عن طريق إختبار كولموغوروف- سميزنوف ( Test de )

(Kolmogorov-Smirnov) والجدول التالي و المخطط يوضحان ذلك :

الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

الجدول رقم (68) : يوضح التوزيع الطبيعي للبيانات الخاصة بمتغير التعامل مع مرض السكري

(مخرجات برنامج SPSS)

إختبار كولموغوروف- سميرنوف (Test de Kolmogorov-Smirnov)			
الدلالة	درجة الحرية	إحصاءه	العوامل
0.000	63	0.235	الروح المعنوية
0.000	63	0.176	التجنب
0.000	63	0.299	الإستسلام
0.000	63	0.321	دمج مرض السكري

إنطلاقاً من الجدول رقم (68) ، نجد بأن قيم الدلالات الأربعة أقل من 0.05، وبالتالي بيانات متغير التعامل مع مرض السكري لا تتبع التوزيع الطبيعي، مع ذلك يمكن إعتداد البيانات في التحليل المركب التوكيدي لأن منهجية المربعات الصغرى الجزئية لا تفترض التوزيع الطبيعي للبيانات لأنها أسلوب معالجة غير معلمي .

### 2-3-1 / ثبات البناء (الإتساق الداخلي) :

سيتم عرض نتائج ثبات المؤشرات و ثبات الإتساق الداخلي (ألفا كرومباخ، قيم rho\_A والثبات المركب). وقد تم معالجة البيانات ببرنامج Smart PLS 3، والجدول التالية توضح ذلك :

### 2-3-1-1 / ثبات المؤشرات :

الجدول رقم (69) : يوضح قيم التحويلات (ثبات المؤشرات) الخارجية لمقياس التعامل مع مرض

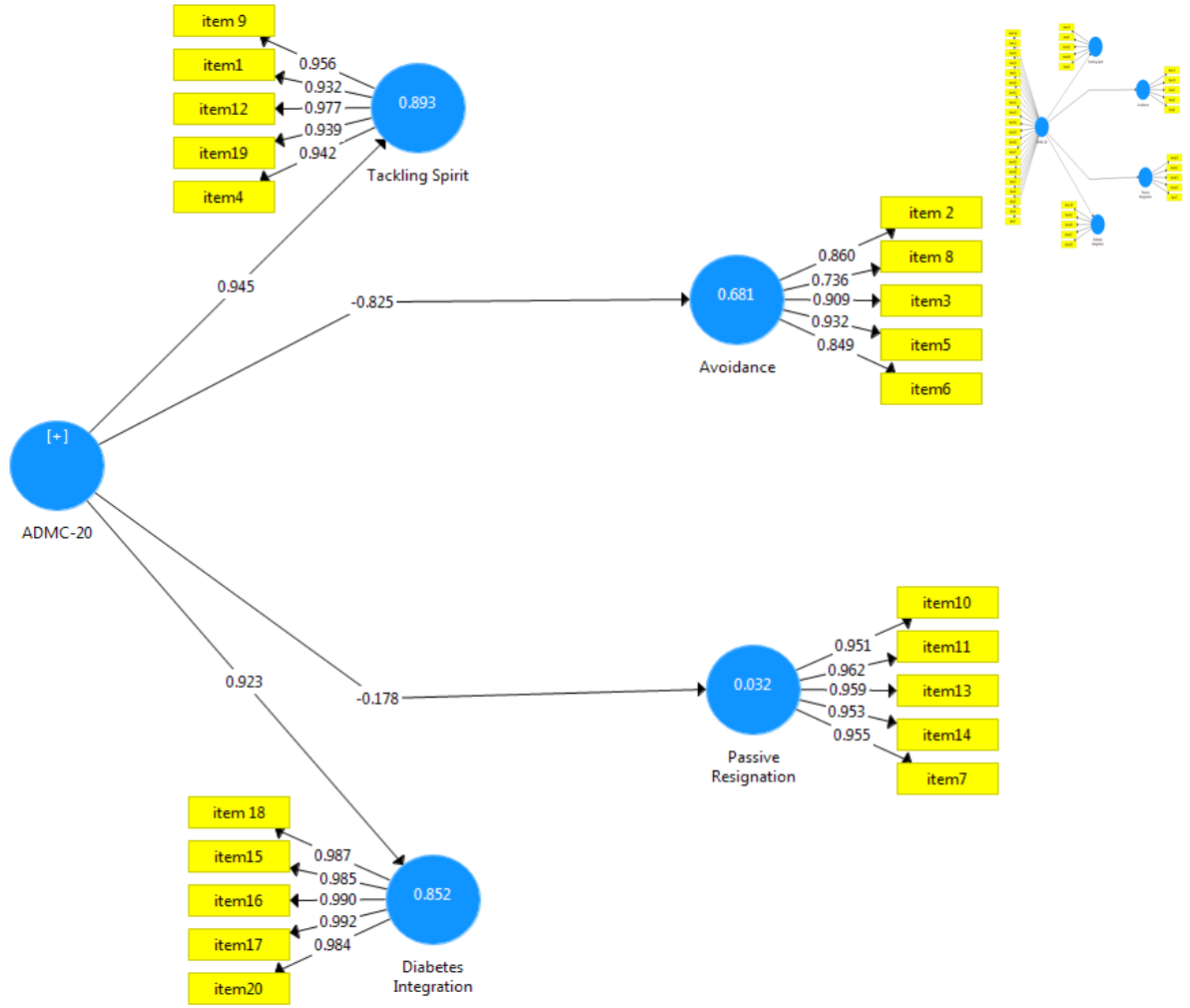
السكري (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

أبعاد البناء / المؤشرات	المتوسط الحسابي	الإتحراف المعياري	إعادة التأويل الإيجابي	التجنب	الإستسلام	رفض المرض	إلتماس الدعم الإجتماعي	طلب المعرفة
الروح المعنوية								
البند 1	3.39	1.16	0.932					
البند 4	3.24	1.15	0.942					
البند 9	3.24	1.32	0.956					
البند 12	3.37	1.27	0.977					
البند 19	3.44	1.21	0.939					

الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

				0.860		1.30	2.42	التجنب
				0.909		1.25	2.61	البند 2
				0.932		1.19	2.48	البند 3
				0.849		1.09	2.74	البند 5
				0.736		1.18	2.85	البند 6
								البند 8
				0.955		1.57	3.29	الإستسلام
				0.951		1.52	3.34	البند 7
				0.962		1.59	3.31	البند 10
				0.959		1.52	3.31	البند 11
				0.953		1.54	3.37	البند 13
								البند 14
								دمج مرض
				0.985		1.21	2.90	السكري
				0.990		1.28	2.90	البند 15
				0.992		1.27	2.94	البند 16
				0.987		1.24	2.90	البند 17
				0.984		1.26	2.89	البند 18
								البند 20

إنطلاقاً من الجدول رقم (69) ؛ يتضح أن جميع قيم التحميلات الخارجية للمؤشرات أكبر من 0.70 وهذه القيم مقبولة وتدل على أن مؤشرات البناء تتمتع بموثوقية أو ثبات جيد. والشكل التالي يعيد طرح ماورد في هذا الجدول (ثبات أو موثوقية المؤشرات) .



الشكل رقم (20) : يوضح قيم التحميلات الخارجية لنموذج المكون الهرمي لمقياس التعامل مع مرض السكري (إعداد الباحثة، مخرجات برنامج Smart PLS)

2-3-1-2 / ثبات البناء :

الجدول رقم (70) : يوضح الثبات أو موثوقية البناء (الإتساق الداخلي) لمقياس التعامل مع مرض السكري (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

أبعاد البناء	ألفا كرومباخ	rho_A	الثبات المركب (CR)
الروح المعنوية	0.973	0.973	0.979
التجنب	0.912	0.932	0.934
الإستسلام	0.976	0.985	0.981
دمج مرض السكري	0.994	0.994	0.995

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

إنطلاقاً من الجدول رقم (70) ؛ يتضح لنا أن البناء يتمتع بثبات الإتساق الداخلي، وهذا لأن قيم الثبات المركب في كل أبعاد البناء (مقياس التعامل مع مرض السكري) عالية وأكبر من القيمة المعيارية 0.70، أما بالنسبة لقيم  $\rho_A$  وألفا كرومباخ فقد تم تسجيل أيضاً قيم عالية جداً، ومقاربة بين كل أبعاد المقياس.

### 2-3-2 / صدق البناء (الإتساق الداخلي) :

سيتم عرض نتائج صدق البناء الذي يقوم في التحليل المركب التوكيدي على نتائج الصدق التقاربي (متوسط التباين المستخرج)، والصدق التمايزي، صدق الشبكة الإسمية، الصدق التنبؤي. وقد تم معالجة البيانات ببرنامج Smart PLS 3، والجدول التالية توضح ذلك :

### 2-3-2 /1 الصدق التقاربي :

الجدول رقم (71): يوضح قيم متوسط التباين المستخرج (AVE) لمقياس التعامل مع مرض

السكري (مخرجات برنامج Smart PLS)

أبعاد البناء	قيم (AVE)
الروح المعنوية	0.901
التجنب	0.740
الإستسلام	0.914
دمج مرض السكري	0.975

من خلال نتائج الجدول رقم (71) ؛ فإن قيم متوسط التباين المستخرج (AVE) أكبر من 0.50 في كل أبعاد البناء، وبالتالي فإن البناء يتمتع بصدق تقاربي .

### 2-2-3-2 / الصدق التمايزي :

سيتم عرض نتائج الصدق التمايزي معيار Fornell-Larcker و HTMT وقد تم معالجة البيانات

ببرنامج Smart PLS 3، والجدول التالية توضح ذلك :

الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

الجدول رقم (72) : يوضح الصدق التمايزي (مقياس Fornell-Larcker) لمقياس التعامل مع

مرض السكري (مخرجات برنامج Smart PLS)

أبعاد البناء/ المؤشرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التجنب	دمج مرض السكري	الإستسلام	الروح المعوية
التجنب	13.19	5.14	0.860			
دمج مرض السكري	16.63	7.30	-0.620	0.987		
الإستسلام	19.94	8.91	0.075	-0.101	0.956	
الروح المعوية	13.61	6.74	-0.708	0.832	-0.106	0.949

بالنسبة للجدول رقم (72)؛ فقد كانت قيم تحميل كل بعد من أبعاد القائمة أكبر من جميع التحميلات المتقاطعة للأبعاد الأخرى، وبالتالي مقياس التعامل مع مرض السكري يتمتع بالصدق التمايزي .

الجدول رقم (73) : يوضح الصدق التمايزي (HTMT) لمقياس التعامل مع مرض السكري

(مخرجات برنامج Smart PLS)

أبعاد البناء	التجنب	دمج مرض السكري	الإستسلام	الروح المعوية
التجنب				
دمج مرض السكري	0.635			
الإستسلام	0.085	0.100		
الروح المعوية	0.721	0.846	0.108	

بالنسبة لنتائج الجدول رقم (73) ؛ فقد تم تسجيل قيم (HTMT) كلها أقل من 0.85 في كل أبعاد البناء وهذه القيم مقبولة وبالتالي مقياس التعامل مع مرض السكري يتمتع بالصدق التمايزي.

2-3-3/ صدق الشبكة الإسمية :

سيتم الإعتماد في قياس الشبكة الإسمية لمقياس التعامل مع مرض السكري على قائمة أرون بيك الثانية للإكتئاب (the Beck Depression Inventory ;BDI-II)، التي تم الإعتماد عليها سابقاً



## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

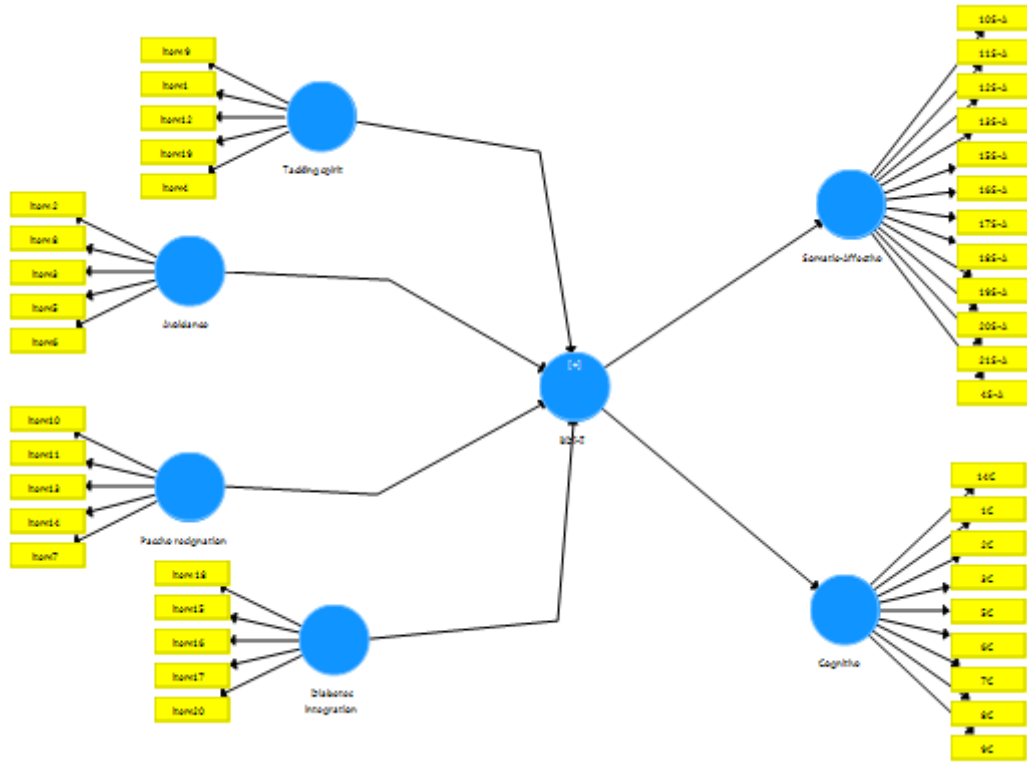
في التأكد من صدق قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبرج المصغرة، وسبب الإعتماد على قائمة بيك الثانية للإكتئاب مع مقياس التعامل مع مرض السكري؛ هو السبب نفسه الذي تم ذكره في صدق الشبكة الإسمية لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبرج المصغرة، أضف إلى ذلك أن إستراتيجيات التعامل ستكون كمتغير وسيط في العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم، وبالتالي هناك إحصائية وجود علاقة أو تأثير بين إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم، ولهذا تم الإعتماد على قائمة أرون بيك الثانية للإكتئاب، لأن إضطراب التأقلم فيه أعراض الإكتئاب، أضف إلى وجود إضطراب التأقلم ذو المزاج الإكتئابي، وتستخدم قائمة الإكتئاب (BDI-II) في تشخيص الإضطرابات الإكتئابية. (لقد تم التأكد من مصداقية وموثوقية قائمة أرون بيك الثانية للإكتئاب أنظر الجدول 60 - 61)

يشير التراث النظري من دراسات سابقة تم الإشارة إليها في دراسة (Daniela Almeida, Diogo Monteiro and Filipe Rodrigues, 2021) بعنوان : الرضا عن الحياة: الدور الوسيط في العلاقة بين أعراض الاكتئاب وآليات التعامل؛ إلى أن الأفراد الذين يستخدمون آليات أو إستراتيجيات التعامل التكيفية، أو التعامل المركز على المشكلة، يتجهون نحو التكيف بشكل أفضل مع الأحداث المجهدة، ويظهر هؤلاء الأشخاص أعراض إكتئاب أقل. على العكس من ذلك، فإن الأفراد الذين يستخدمون آليات التعامل غير القادرة على التكيف، أو التعامل الذي يركز على العاطفة، هم أقل عرضة للنجاح في المواقف العصيبة، مما يشير إلى أن أولئك الذين يلجأون إلى آليات التعامل غير القادرة على التكيف يقدمون مؤشرات أكثر سلبية للصحة العقلية (على سبيل المثال، أعراض الإكتئاب والتوتر والقلق). لذلك، يمكن أن تلعب آليات التعامل التكيفية، أو التأقلم المركز على المشكلة، دوراً رئيسياً في الحد من أعراض الإكتئاب، كما وتشير هذه الدراسة إلى أن استخدام إستراتيجيات التعامل التكيفية أكثر فائدة من استخدام إستراتيجيات التعامل غير القادرة على التكيف، وهو ما ينعكس في انخفاض مستويات أعراض الإكتئاب. بعبارة أخرى، تشير هذه الدراسة إلى أنه يمكن للأفراد التحكم بشكل فعال في المشاعر السلبية المرتبطة بأعراض الإكتئاب في الحياة اليومية من خلال إختيار إستراتيجيات التعامل المناسبة، أي تلك التي تركز على التعامل التكيفي بشكل أفضل مع الموقف والحفاظ على التوازن العقلي المثالي. (Almeida et al., 2021, p10)

ومقياس التعامل مع مرض السكري (DMC) الذي سيتم استخدامه في هذه الدراسة يحتوي على

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

إستراتيجيات تكيفية (الروح المعنوية - دمج مرض السكري) وإستراتيجيات غير تكيفية (التجنب - الإستسلام)



الشكل رقم (21) : يوضح الشبكة الإسمية لمقياس التعامل مع مرض السكري (إعداد الباحثة ،

مخرجات برنامج Smart PLS)

إنطلاقاً من الشبكة الإسمية التالية ونتائج دراسة " Daniela Almeida, Diogo Monteiro and Filipe Rodrigues, 2021) بعنوان : الرضا عن الحياة: دور الوسيط في العلاقة بين أعراض الاكتئاب وآليات التعامل " سنقوم بصياغة الفرضيات التالية :

العلاقات البنائية	الاتجاه	الفرضيات
الروح المعنوية ← الاكتئاب	-	ف 1: يوجد ارتباط سالب بين الروح المعنوية والاكتئاب.
التجنب ← الاكتئاب	+	ف 2: يوجد ارتباط موجب بين التجنب والاكتئاب.
الإستسلام ← الاكتئاب	+	ف 3: يوجد ارتباط موجب بين الإستسلام والاكتئاب .
دمج مرض السكري ← الاكتئاب	-	ف 4 يوجد ارتباط سالب بين دمج مرض السكري والاكتئاب .

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

إنطلاقاً من الفرضيات أعلاه سيتم عرض نتائج الشبكة الإسمية التي تم معالجتها بتقنية Bootstrapping (طريقة المعاينة التكررة في PLS – SEM):

الجدول رقم (74) : يوضح معاملات مسار نموذج الشبكة الإسمية (إستراتيجيات التعامل مع مرض

السكري ← الإكتئاب ) (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

الفرضيات	العلاقات البنائية	معامل (β) Original sample	الخطأ المعياري STDEV	معامل T	قيمة P
ف1	الروح المعنوية ← الإكتئاب	-0.398	0.092	4.300	**0.000
ف2	التجنب ← الإكتئاب	0.569	0.078	7.792	**0.000
ف3	الإستسلام ← الإكتئاب	0.835	0.030	27.683	**0.000
ف4	دمج مرض السكري ← الإكتئاب	-0.380	0.098	3.876	**0.000

Significant at  $P^{**} < 0.01$

معامل  $I = T \div \beta$  الخطأ المعياري  $I$ .

إنطلاقاً من نتائج الجدول المدونة أعلاه نلاحظ أن إستراتيجية التجنب والإستسلام ترتبطان بشكل إيجابي ودال إحصائياً بالإكتئاب (  $P^{**} < 0.01$  ,  $0.835$  ,  $\text{Std } \beta = 0.596$  )، أما بالنسبة لإستراتيجية الروح المعنوية و دمج مرض السكري فقد وضحت النتائج وجود إرتباط سلبي ودال إحصائياً بالإكتئاب (  $P^{**} < 0.01$  ,  $-0.380$  ,  $\text{Std } \beta = -0.398$  ) ، بالتالي فقد تحققت جميع الفرضيات التي قد تم صياغتها، كما وأن النتائج لها نفس مبدأ نتائج دراسة " Daniela Almeida, Diogo Monteiro and Filipe Rodrigues, 2021) بعنوان: الرضا عن الحياة: الدور الوسيط في العلاقة بين أعراض الاكتئاب وآليات التعامل"، بالتالي فالمقياس يتمتع بصدق الشبكة الإسمية .

### 1-3-2-4/ الصدق التنبؤي :

للتأكد من الصدق التنبؤي لمقياس التعامل مع مرض السكري، فقد تم الإعتماد أيضاً على قائمة بيك الثانية للإكتئاب، وقد طبقناه بعد مدة شهر و 20 يوماً تقريباً من تطبيقنا لمقياس التعامل مع مرض السكري وللتأكد من الصدق التنبؤي سيتم الإعتماد على (معاملات التحديد  $R^2$ )، (حجم التأثير  $f^2$ ) (والملائمة التنبؤية  $Q^2$ ) لتقييم الصدق التنبؤي، والجدول التالي توضح لنا ذلك :

الجدول رقم (75) : يوضح قيمة معامل التحديد ( $R^2$ ) لقائمة بيك الثانية للإكتئاب (مخرجات برنامج

(Smart PLS 3)

قيمة معامل التحديد $R^2$	
0.909	الإكتئاب (BDI-II)

من خلال نتيجة هذا الجدول، الذي يوضح لنا نسبة التباين في الإكتئاب (المتغير التابع) الذي يمكن التنبؤ به من خلال إستراتيجيات التعامل الأربعة (المتغير المستقل)، نجد أن معامل التحديد  $R^2$  مقبول وهذا حسب تقييم (Chin , 1998) إذا كان  $R^2$  أكبر من 0.67 فالقيمة عالية، بالتالي التأثير عال .

الجدول رقم (76) : يوضح قيم حجم تأثير ( $f^2$ ) إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري على

الإكتئاب (BDI-II) (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

أبعاد البناء (DMC)	قيم حجم تأثير ( $f^2$ ) إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري على الإكتئاب (BDI-II)
الروح المعنوية	0.043
التجنب	1.736
الإستسلام	5.968
دمج مرض السكري	0.077

وفقا لتقييم (Cohen, 1988) لمعاملات حجم التأثير  $f^2$  ونتائج الجدول رقم (75) ؛ فإنه إذا كانت القيم أكبر من 0.35 فهي عالية وهذا ينطبق مع إستراتيجية (التجنب و الإستسلام) التي تم تسجيل في كل منهما قيم عالية تتجاوز 0.35 (1.736 - 5.968 على الترتيب). وإذا كانت تتراوح قيمة  $f^2$  بين 0.15 إلى 0.35 فهي متوسطة وفي الجدول أعلاه لم نسجل أي إستراتيجية تأثيرها متوسط. أما إذا كانت تتراوح قيمة  $f^2$  بين 0.02 إلى 0.15 فالتأثير صغير وهذا ما تم رصده في الإستراتيجيتين (الروح المعنوية ودمج مرض السكري) فقد كانت قيمهما التأثيرية ضعيفة (0.043 - 0.077 على الترتيب) ولكنها قيم مقبولة لأنها ليست أقل من 0.02. وإنطلاقا من هذه النتائج التي توضح لنا نسبة تباين المتغير التابع (الإكتئاب) إنطلاقا من المتغير المستقل (إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري)، نجد

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

بأن كل إستراتيجية من هذه الإستراتيجيات الأربعة للتعامل مع مرض السكري لها تأثير على الإكتئاب بقيم مقبولة حسب (Cohen 1988).

الجدول رقم (77) : يوضح قيم الملائمة التنبؤية ( $Q^2$ ) لمقياس التعامل مع مرض السكري

(مخرجات برنامج Smart PLS 3)

الملائمة التنبؤية $Q^2$	متوسط الخطأ المطلق MAE	جذر التربيعي لمتوسط الخطأ RMSE	مقياس بيك للإكتئاب (BDI-II)
0.884	2.735	4.241	

إنطلاقاً من نتائج هذا الجدول؛ فقد بلغ الجذر التربيعي لمتوسط الخطأ 4.241، في حين متوسط الخطأ المطلق فقد بلغ 2.735 أما قيمة الملائمة التنبؤية  $Q^2$  لمقياس التعامل مع مرض السكري فقد بلغت 0.884 وهذه القيمة مقبولة لأنها أكبر من الصفر وبالتالي نموذج التعامل مع مرض السكري له قدرة تنبؤية.

إنطلاقاً من نتائج الجداول الثلاثة نصل بأن مقياس التعامل مع مرض السكري (DMC) يتمتع بالصدق التنبؤي .

✓ الإعتقاد على مقياس التعامل مع مرض السكري (DMC) يرجع إلى بعض الأسباب الممثلة كالتالي:

- وجود مقياس يقيس إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري ، يتناسب مع عينة الدراسة وبالتالي لا داعي للتصميم .
- هذا المقياس يتناسب مع أهداف الدراسة ، ويتناول أهم الإستراتيجيات التي تؤثر على الصحة النفسية للفرد، و أيضاً أهم الإستراتيجيات التي يمارسها أي فرد عقب إصابته بمرض السكري (إنطلاقاً من الأدبيات و التراث النظري) .
- هناك من يرى أنه لا يغطي كل الإستراتيجيات الخاصة بالتعامل ، ولكن كل المقاييس لم تغطي جل إستراتيجيات التعامل، لأن الإنسان يتفاعل بالعديد من الإستراتيجيات ولا يمكن أن يغطيها أي مقياس يقيس هذه الخاصية (إستراتيجيات التعامل) .
- هذا المقياس غير معتمد في الدراسات العربية السابقة من قبل (في حدود إطلاع الباحثة) ، وبالتالي يمكن أن نعتبر أن هذه أول ترجمة عربية للمقياس، لأن جل الدراسات التي درست إستراتيجيات التعامل لدى مرض السكري إعتمدت على الصيغة المختصرة من مقياس توجهات التعامل مع المشكلات المعاشة (Cope Brief)

بالنسبة لقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبرغ المصغرة ومقياس التعامل مع مرض السكري لم يتم حساب الدرجة الثانية لكلا المقياسين، وهذا لأن الدرجة الكلية للمقياسين لا تحمل أي معنى قياسي، ولهذا لم نشير إلى قيم الدرجة الثانية للمقياسين في جميع الجداول المعروضة أعلاه، وقد إعتدنا على أسلوب المؤشرات المتكررة لتحديد هوية النموذج وتحديد قيم ومعاملات صدق وثبات مكونات الدرجة الأولى .

➤ نتيجة الدراسة الإستطلاعية (الجزء الثاني)

في هذا الجزء من الدراسة الإستطلاعية تم التوصل بأن قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبرج المصغرة ومقياس التعامل مع مرض السكري يتمتعان بمصداقية وموثوقية جيدة، فقد تم التأكد من البنية المركبة لكليهما بإستخدام التحليل المركب التوكيدي، الذي من خلاله تم الكشف عن ثبات المؤشرات وثبات الإتساق الداخلي، بالإضافة إلى تمتع كلا المقياسين بدلالات الصدق التقاربي والصدق التمايزي وصدق الشبكة الإسمية والصدق التنبؤي.

وبناء على هذه النتائج يمكن إعتقاد كلا المقياسين (قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبرج المصغرة ومقياس التعامل مع مرض السكري ) في الدراسة الأساسية.

## 2-1 / أسلوب الدراسة المتبع :

بما أن الدراسة تهدف إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري، والدور الوسيط لإستراتيجيات التعامل مع المرض في هذه العلاقة وفق نموذج سببي مفترض، بالتالي سيتم الإعتماد على تصميم البحث السببي (Casual Research Design) الذي من خلاله سيتم التوصل إلى نموذج سببي يحدد التأثير المباشر وغير المباشر للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية في علاقتها بإستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري .

والبحوث السببية تعد هدفا رئيسيا لإكتشاف العلاقة بين المتغيرات والتي تظهر في صورة سبب ونتيجة Cause and Effect Relationship. وعادة مايسبق هذه البحوث بعض البحوث الإستطلاعية أو الوصفية حتى يمكن تحديد طبيعة العلاقة بين المتغيرات موضع الدراسة. (الوادي وزعبي، 2011، ص102)

ولتأكيد أسلوب البحث السببي في دراستنا لابد أن نشير إلى مايلي :

### ✓ التأكد من وجود السببية :

وقد أثبت ذلك التراث النظري من أبحاث ودراسات معمقة وجادة في إطار هذه الدراسة من وجود علاقة سبب ونتيجة بين متغيرات الدراسة .

### ✓ الترتيب الزمني :

بين التراث النظري من أبحاث ودراسات معمقة الأسبقية لمن بين متغيرات الدراسة، حيث تم إيضاح بأن العوامل الخمسة الكبرى للشخصية تؤثر في الصحة النفسية للفرد، كما وأنها تؤثر في إختيار إستراتيجيات التعامل التي ينتهجها المصاب بالسكري وهذه الأخيرة تؤثر على الصحة النفسية للفرد بالسلب أو الإيجاب، بالتالي يمكننا أن نستنتج أي المتغير هو الأسبق زمنيا، كما وقد أوضحت نتائج الدراسة الإستطلاعية في جزءها الثاني (نتائج تحليل الشبكة الإسمية والصدق التنبؤي) الأسبقية الزمنية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية (المتغير المستقل) بالنسبة لباقي متغيرات الدراسة .

✓ المعالجة الإحصائية :

للإجابة على أسئلة الدراسة والتأكد من صحة فرضياتها، بالإضافة إلى الإعتماد على أسلوب البحث السببي، فقد تم التوصل إلى أن منهجية النمذجة بالمعادلات البنائية هي الأنسب والأفضل في معالجة بيانات الدراسة، لأنها تسمح بمعالجة وتفسير نموذج بنائي مفترض يمثل ويصف العلاقات السببية بين متغيرات الدراسة، بأسلوب أكثر شمولية وموضوعية .

2-2/ مكان وزمان الدراسة الأساسية :

تمثلت حدود الدراسة الأساسية فيما يلي :

2-2-1/ مكان إجراء الدراسة الأساسية :

تم إجراء الدراسة الأساسية في حدود مكانية متنوعة :

- المركز الإستشفائي الجامعي باتنة .

- 14 عيادة خاصة بمرض السكري والغدد (باتنة - أم البواقي - الجزائر) .

- منازل بعض المراهقين المصابين بمرض السكري .

- فضاء جامعة باتنة 01 "الحاج لخضر" و جامعة باتنة 02 " الشهيد مصطفى بن بولعيد" أين يتواجد

المراهقين المصابين بمرض السكري .

- المؤسسات التعليمية (متوسطة الشهيد مصطفى بخوش - متوسطة صابة بلقاسم - متوسطة الشهيدين

أحمد ومحمد قريزي)

- الفضاء الإلكتروني وبالتحديد في بعض الصفحات الجزائرية الخاصة بمرض السكري، أين تم

التواصل مع بعض المراهقين المصابين بالسكري .

2-2-2/ زمن إجراء الدراسة الأساسية :

تم إجراء الدراسة زمنيا في مدة تمتد بين أكتوبر 2020 إلى ماي 2021 ومن أوت 2021 إلى أكتوبر

2021، وللوهلة الأولى من يرى هذه المدة الزمنية قد يقول بأنها طويلة جدا، ولكن يرجع هذا إلى صعوبة

إيجاد العينة نظرا لغياب الإحصائيات الدقيقة، والعينة لا تجدها دائما في الحدود المكانية أعلاه

(المستشفى/ العيادة ) لأنها تجري إستشارات طبية كل شهر أو ثلاثة أشهر أو ستة أشهر وغيرها من



## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

الصعوبات الميدانية، وأحيانا موجودة وتتوفر فيها بعض الشروط، ولكن لانستطيع أن نحقق بها أهداف الدراسة وهذا بسبب غياب أعراض اضطراب التأقلم لديها حسب الإختبار التشخيصي (إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20).

### 2-3/ عينة الدراسة الأساسية (المشاركون):

بسبب صعوبة تحديد حجم مجتمع الدراسة نظرا لغياب إحصائيات تمكنني من تحديده بشكل جيد بالتالي سيتم تقدير حجم عينة الدراسة كالتالي :

لوعدنا قليلا إلى الجزء الأول من الدراسة الإستطلاعية أين تم التأكد من صدق وثبات إختبار اضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20، وبالتحديد جزء الصدق الإكلينيكي أين تم حساب الحساسية والنوعية الخاصة بهذا المقياس، ونظرا لأننا سنعتمد على هذا المقياس في الدراسة الأساسية، بالإضافة إلى غياب حجم مجتمع دراسة محدد، أضف إلى ذلك بما أن عينة الدراسة تشمل مراقبين مصابين بالسكري ولديهم أعراض اضطراب التأقلم، بالتالي سيتم الإعتماد على قيم الحساسية الناتجة من الدراسة الإستطلاعية (الحساسية تعبر عن الأشخاص الذين أثبت الإختبار التشخيصي أنهم مصابون بإضطراب التأقلم والمعيار الذهبي أثبت كذلك) وانتشار المرض لتحديد حجم العينة لهذه الدراسة.

سنعيد التذكير بالقيم :

$$0.94 = (\text{Sensitivity}, S_N)$$

$$0.30 = (\text{Prevalence})$$

إضافة إلى ذلك نحتاج إلى :

$$(0.05) 0.95 = (\text{confidence interval})$$

$$0.10 = (\text{absolute precision}, L^2)$$

وبالإستناد على المعادلة التالية:

$$\text{Sample size } (n) \text{ based on sensitivity} = \frac{Z_{1-\alpha}^2 \times S_N \times (1 - S_N)}{L^2 \times \text{Prevalence}}$$

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

حيث  $z_{1-\alpha}^2$  تشير إلى القيمة الحرجة لهامش الخطأ ، وعند مجال الثقة 95% ، تكون قيمته 1.96

بتطبيق المعادلة التالية :

$$\begin{aligned} NS_N &= \frac{1.96^2 \times 0.94 \times (1 - 0.94)}{0.1^2 \times 0.30} \\ &= \frac{3.84 \times 0.94 \times 0.06}{0.01 \times 0.30} \\ &= \frac{0.216}{0.003} = 72 \end{aligned}$$

بالتالي بلغ حجم العينة حسب قيمة الحساسية والإنتشار في الدراسة الإستطلاعية بالإضافة إلى مجال الثقة 0.05 و دقة مطلقة 0.10 بـ 72 مراهق يعاني من مرض السكري ولديه أعراض إضطراب التأقلم.

لكن لا بد أن نأخذ بعين الإعتبار بأننا سنعتمد على النمذجة السببية بالمرجعات الجزئية الصغرى (PLS – SEM) في معالجة البيانات، و (PLS – SEM) قادر على التعامل بشكل جيد مع العينات ذات الأحجام الصغيرة.

### ➤ خصائص عينة الدراسة :

إن أهم ما يميز عينة الدراسة :

- مراهقين مصابين بمرض السكري.

- لا يعاني المراهق من إعاقات جسمية أو إضطراب عقلي أو يعاني من أمراض أخرى.

- أن لا يكون أصيب بمرض السكري في مرحلة الطفولة.

- أصيب بمرض السكري منذ خمس أو أربع، ثلاث سنوات، سنتين أو أقل بداية من الدراسة الأساسية

التي ستقوم بها الباحثة (أكتوبر 2020)، وهذا راجع لأهم إعتبارات الدراسة وهو إضطراب التأقلم ومعايير تشخيصه.

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

وفيما يلي سيم عرض جدول يوضح الخصائص الديمغرافية للمراهقين المصابين بالسكري والذين تظهر عليهم أعراض اضطراب التأقلم (أكبر من الدرجة 48 كمييار الحكم في الإختبار التشخيصي لإضطراب التأقلم) .

الجدول رقم (78) : يوضح توزيع المراهقين المصابين بالسكري و الذين تظهر عليهم أعراض

إضطراب التأقلم حسب متغير (الجنس ، نوع مرض السكري ، المستوى الدراسي ، تاريخ

الإصابة بمرض السكري)

المتغيرات	عدد المراهقين	النسبة المئوية
<b>جنس المراهق المصاب بالسكري</b>		
ذكر	35	48.61%
أنثى	37	51.38%
المجموع	72	100%
<b>نوع مرض السكري لدى المراهق</b>		
النوع الأول (خاضع للإنسولين)	53	73.61%
النوع الثاني (غير الخاضع للإنسولين)	19	26.38%
المجموع	72	100%
<b>المرحلة العمرية التي أصيب فيها المراهق بمرض السكري</b>		
المراهقة المبكرة (12 - سنة 14)	14	19.44%
المراهقة المتوسطة (15 - 17 سنة)	25	34.72%
المراهقة المتأخرة (18 - 21 سنة)	33	45.83%
المجموع	72	100%
<b>المستوى الدراسي للمراهق المصاب بالسكري</b>		
متوسط	21	29.16%
ثانوي	28	38.88%
جامعي	23	31.94%
المجموع	72	100%

من خلال هذا الجدول نجد أن نسبة الإناث المصابات بالسكري واللواتي تظهر عليهن أعراض اضطراب التأقلم (51.38%) أكبر من نسبة الذكور (48.61%)، كما أن نسبة المصابين بمرض السكري النوع الأول كانت أكبر من المصابين بالنوع الثاني بفارق يقدره (47.23%)، أما بالنسبة للمرحلة

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

العمرية التي يمر بها المراهق المصاب بالسكري فنجد أن عدد المصابين بمرض السكري في مرحلة المراهقة المتأخرة (بنسبة قدرت بـ 45.83%) أكبر من عدد المراهقين المصابين بالسكري في مرحلتي المراهقة المتوسطة والمبكرة (بنسب قدرت بـ 34.72% ، 19.44% على الترتيب)، أما فيما يتعلق بالمستوى الدراسي فقد كانت نسبة المتدرسين في الثانوي أكبر من الجامعيين والمتدرسين في الطور المتوسط بنسبة تقدر بـ (38.88%) بالنسبة للمستوى الثانوي، (31.94%) بالنسبة للمستوى الجامعي و(29.16%) بالنسبة للمستوى المتوسط.

### 2-4 / أدوات الدراسة الأساسية :

تم الإعتماد في الدراسة الأساسية على المقاييس التالية :

- مقياس اضطراب التأقلم - الوحدة الجديدة (ADNM -20) .

- قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبيرج المصغرة (The Mini-IPIP Scales).

- مقياس التعامل مع مرض السكري (Diabetes Coping Measure).

وكل هذه المقاييس تم إثبات صلاحيتها وموثوقيتها كنموذج قياسي بواسطة إجراءات التحليل التوكيدي المركب (CCA) في الدراسة الإستطلاعية.

### 2-5 / إجراءات الدراسة الأساسية :

إجراء الدراسة الأساسية لم يكن بالأمر الهين وهذا يعود إلى خصوصية العينة التي يصعب الحصول عليها، ولكن مع ذلك تمت مساعدتي في جمع المشاركين في الدراسة من قبل أطباء وممرضين وعاملين في قطاع مديرية الصحة والسكان، وبهذا إستطعت الحصول على العينة التي وجب الحصول عليها (n= 72) ، وقد تتطلب ذلك حوالي 11 شهرا للحصول على هؤلاء المشاركين في الدراسة، وقد تم إجراء الدراسة الأساسية وفق مايلي:

✓ عينة الدراسة التي تم الحصول عليها لا تتضمن مراقبون فقط بل تشمل أيضا مشاركين وهم في مرحلة الرشد (22 إلى 24 سنة) ، لأن هؤلاء الأفراد لديهم 3 إلى أربع سنوات منذ أن أصيبوا بمرض السكري، بالتالي أصيبوا بمرض السكري خلال فترة المراهقة، وتم تضمين هؤلاء المشاركين في الدراسة لصعوبة الحصول على مشاركين بمعايير دقيقة كما هي مذكورة سلفا، ومع ذلك تم الحرص على أن تتوفر تلك المعايير في عينة الدراسة .

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

1

- البحث عن مصاب بالسكري تتوفر فيه الشروط التالية :
- مصاب بمرض السكري في مرحلة المراهقة .
  - لايعاني من أمراض مزمنة أخرى وإعاقات جسمية .

2

بعد التحقق من تلك الشروط ، سيتم لقاء المصاب بمرض السكري والتعرف عليه حول ( لكن قبل التعرف على بياناته الشخصية فقد تم إخباره بأنه سيتم التعامل معه لغرض البحث العلمي ) :

- السن .
- المستوى الدراسي .
- نوع مرض السكري .
- تاريخ إصابته بمرض السكري (في أي سنة) .

مابين هذين الخطوتين (3و4) بدأت عملية تحديد المصابين بإضطراب التأقلم حسب المعايير التشخيصية للإختبار التشخيصي إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20 حتى تم التحصل على 72 حالة.

3

بعد التأكد من أن مدة إصابته لا تتجاوز على أقل 5 سنوات، تم طلب الإذن منه ليجيب على مقياس إضطراب التأقلم .

عند إنتهاءه من الإجابة على المقياس، سيتم تحديد موعد سابق معه لإستكمال الدراسة، وسبب عدم إعطاء باقي المقاييس الأخرى (قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية + التعامل مع مرض السكري) للمصاب، حتى تتمكن الباحثة من تفريغ بياناته المستجيب على الإختبار التشخيصي لإضطراب التأقلم والتأكد ما إن كان لديه أعراض الإضطراب أم لا.

4

في الموعد الثاني قمت بإعطاء باقي المقاييس (قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية + مقياس التعامل مع مرض السكري للمشاركين في الدراسة سواء الذين سجلوا أكبر من 48 درجة وأقل منها على الإختبار التشخيصي لإضطراب التأقلم، وبعد ذلك تم فرز المصابين بمرض السكري في مجموعتين: مقاييس المصابين بإضطراب التأقلم ومقاييس غير مصابين بإضطراب التأقلم ولتحقيق هذا الإجراء قمت بترميز المشاركين حتى يسهل فرزهم .

### توضيح

بالنسبة للأشخاص الذين تم التواصل معهم عبر مواقع التواصل الإجتماعي فقد تم إجراء نفس تلك الخطوات لكن بطريقة افتراضية عبر Skype- Messenger – instagram - Gmail

المخطط رقم (02) : يوضح إجراءات الدراسة الأساسية

## 2-6/ النموذج البنائي للدراسة (Structural Model) :

### 2-6-1/ خطوات تقييم النموذج البنائي للدراسة :

لتقييم نموذج الدراسة الأساسية سيتم الإعتماد على مايلي :

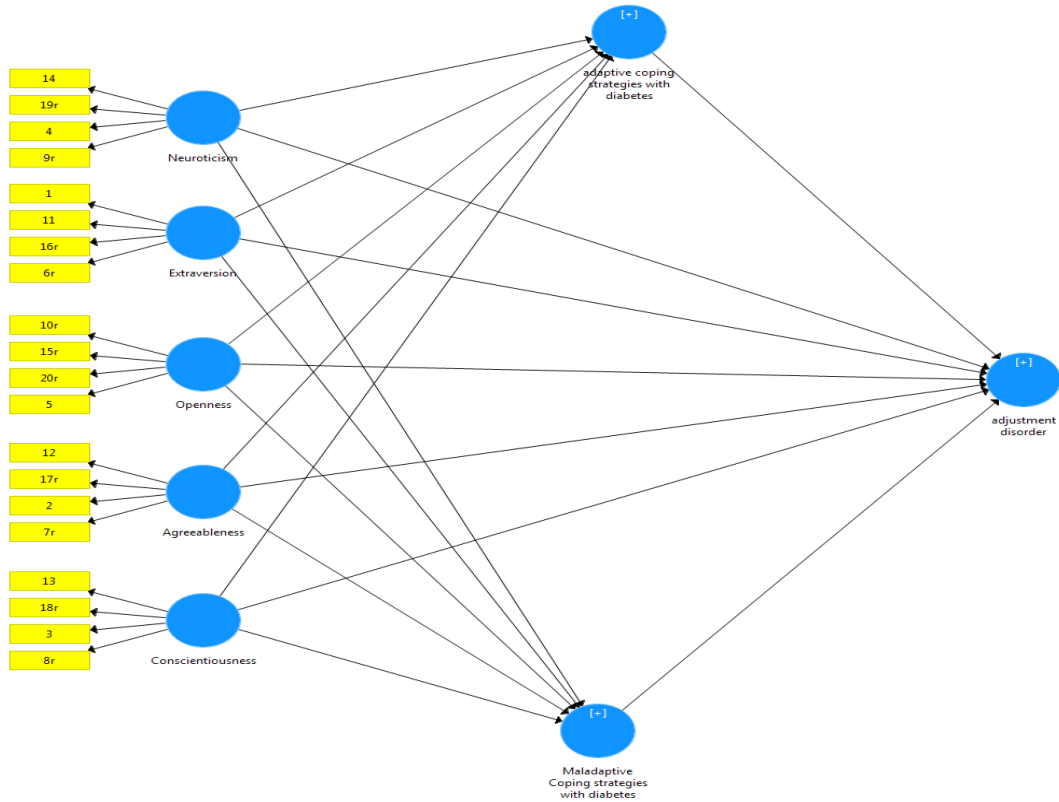
الجدول رقم (79) : يوضح خطوات تقييم النموذج البنائي للدراسة

تقييم نموذج البنائي	
الخطوات	القاعدة الرئيسية
الخطوة 1 : تقييم العلاقة الخطية المتداخلة بين تركيبات المتغيرات المستقلة للنموذج البنائي .	قيمة $VIF > 3.0$
الخطوة 2 : فحص الحجم والدلالة الإحصائية لمعاملات المسار.	دلالة إحصائية $\geq 0.05$
الخطوة 3 : التأكد من قيمة معامل التحديد $R^2$ .	تتراوح قيمة $R^2$ من 0 إلى 1 ، وتشير المستويات الأعلى إلى مستويات أعلى من الدقة التنبؤية.
الخطوة 4 : تحديد حجم التأثير $f^2$ .	$0.02 < f^2 < 0.15$ قيمة $f^2 > 0.15$ التأثير صغير . $0.15 < f^2 < 0.35$ قيمة $f^2 > 0.35$ التأثير متوسط . قيمة $f^2 < 0.35$ التأثير عالي .
الخطوة 5 : الملائمة التنبؤية $Q^2$ .	قيمة $Q^2 < 0.0$ مقبولة . $0.25 < Q^2 < 0.50$ قيمة $Q^2 > 0.50$ متوسط . قيمة $Q^2 < 0.5$ أهمية تنبؤية كبيرة .
الخطوة 6 : تحديد حجم التأثير $q^2$	تحسب يدويا ، و تشير قيم $q^2$ البالغة 0.02 و 0.15 و 0.35 على التوالي إلى أن البناء الخارجي له أهمية تنبؤية صغيرة أو متوسطة أو كبيرة لبناء داخلي معين.

(Hair et al., 2017 ; Manley et al. , 2021)

2-6-2/ نموذج الدراسة الأساسية (structural model):

يعد النموذج النظري الموضح في الشكل رقم (01) المقترح تصميمه بناءً على فرضيات الدراسة والذي يمثل لنا العلاقة المباشرة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وظهور أعراض اضطراب التأقلم من جهة والعلاقة غير المباشرة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وظهور أعراض اضطراب التأقلم من خلال إستراتيجيات التعامل مع المرض (التكيفية - غير التكيفية) كمتغير وسيط لدى المراهق المصاب بالسكري، نمودجا عاكسا (Reflective model)، يتكون من ثلاثة أنواع من المتغيرات (المتغير المستقل : العوامل الخمسة الكبرى للشخصية)، (المتغير التابع : اضطراب التأقلم )، (المتغير الوسيط : إستراتيجيات التعامل)، هذه المتغيرات تربطها مجموعة من العلاقات المفترضة وإنطلاقاً من أدبيات الدراسة، وبالإعتماد على برنامج (Smart PLS3) ستقوم الباحثة بمعالجة فرضيات الدراسة إنطلاقاً من النموذج المفترض الذي توصلت إليه الباحثة.



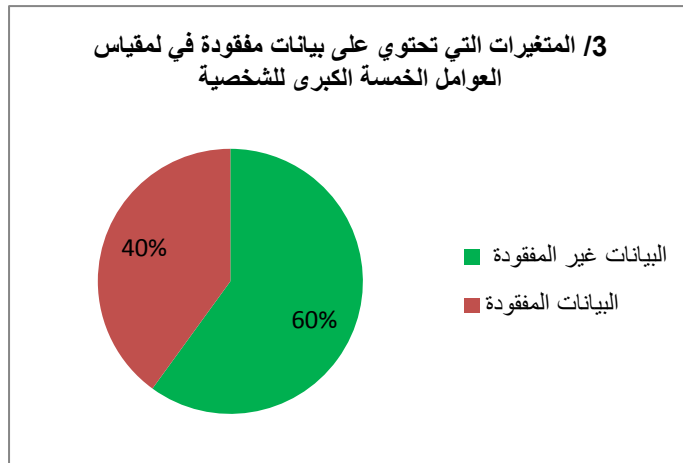
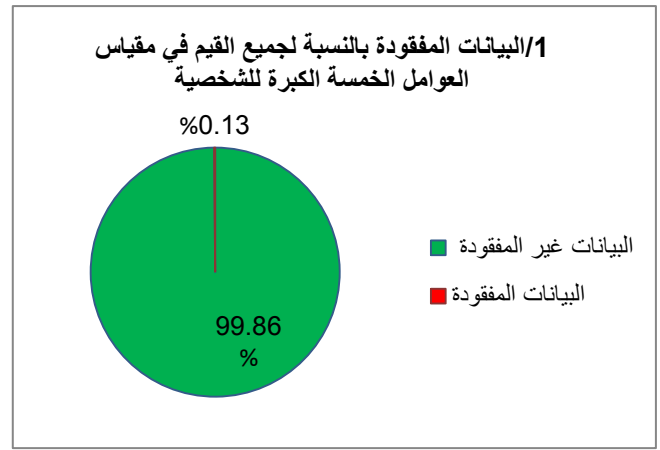
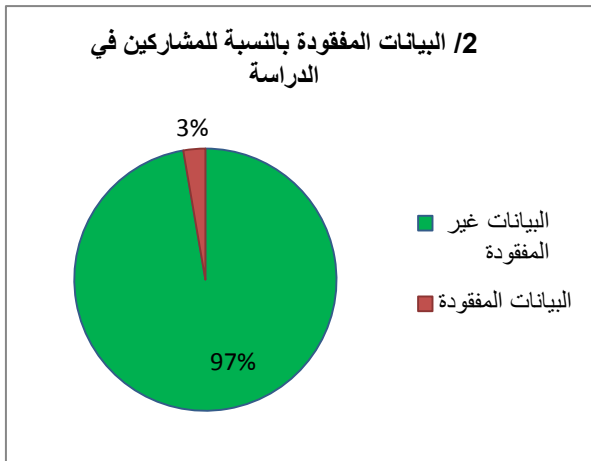
الشكل رقم (22) : يوضح النموذج البنائي للدراسة الأساسية (إعداد الباحثة، مخرجات برنامج

(Smart PLS

قبل الشروع في تقييم النموذج البنائي لابد من التحقق مما يلي :

➤ القيم المفقودة:

تم رصد قيم مفقودة في الدراسة الأساسية ولكن ليست معتبرة، فقد بلغت قيمتين مفقودتين (على مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وبالتحديد قيمة واحدة على بعد الإنفتاح على الخبرة وقيمة واحدة على بعد الطيبة) أي بنسبة (1.38%) لكل قيمة مفقودة، وهذه النسب أقل من 5% لكل مؤشر (الإنفتاح على الخبرة، الطيبة)، وفيما يلي ستعرض الأشكال البيانية التالية توضيحاً للبيانات المفقودة في الدراسة الأساسية.



الشكل رقم (23) : يوضح توزيع نسب القيم المفقودة على مستوى مقياس العوامل الخمسة الكبرى

للشخصية ومتغيراته والمشاركين في الدراسة الأساسية



## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

إنطلاقاً من الشكل أعلاه نجد بأن نسبة البيانات المفقودة بالنسبة لجميع القيم على مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية قد قدرت بـ 0.13% فحين قدرت قيم البيانات غير المفقودة بـ 99.86%، فحين قدرت نسبة القيم المفقودة لدى المشاركين في الدراسة بـ 3% أي بمعنى لدينا مشاركين (2) في الدراسة تم رصد لديهما قيم مفقودة (قيمة مفقودة واحدة لكل مشارك) ، فحين قدرت نسبة المشاركين الذين لم يتم رصد قيم مفقودة لديهم بـ 97%، أما فيما يتعلق بعدد المتغيرات التي تحتوي على قيم مفقودة بالنسبة لكل متغيرات المقياس فقد قدرت بـ 40% أي ما يعادل متغيرين (الإنفتاح على الخبرة و الطيبة)، أما باقي المتغيرات (العصابية، الإنبساطية ويقظة الضمير) فلم يتم رصد أي قيم مفقودة على مستواها وقدرت نسبتها بـ 60% .

لكن قبل إختيار الأسلوب الصحيح لمعالجة تلك البيانات المفقودة، لابد من معرفة نوعها (بيانات مفقودة بصورة عشوائية تامة - بيانات مفقودة بصورة عشوائية - بيانات مفقودة بصورة غير عشوائية)، ولتحقيق ذلك سيتم إجراء Little's MCAR test للتأكد ما إذا كانت البيانات المفقودة ذات طبيعة عشوائية تامة أو عشوائية فقط أو غير عشوائية .

عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية (SPSS-20) تم التحصل على النتائج التالية:

Little's MCAR test: Chi-Square =3.237, DDL=02, Sig. = .198

إنطلاقاً من النتائج المتوصل إليها فإن مستوى الدلالة للبيانات (Sig. = .198) أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، بالتالي البيانات مفقودة بشكل عشوائي تام ولا توجد فيها أخطاء تحيز، بالتالي سيتم الإعتماد على طريقة الإستبدال بالقيمة المتوسطة بدلا من طريقتي حذف بيانات الحالة أو الحذف الزوجي، وسبب إختيار هذه الطريقة لأنه إذا إعتدنا على حذف بيانات الحالة ربما سيتم الوقوع في خطأ من النوع الأول أو الثاني، أما إذا إختارنا الحذف الزوجي فيمكن أن يؤثر ذلك على صدق النتائج، ولمعالجة البيانات المفقودة سيتم الإعتماد على برنامج (Smart PLS 3) .

### البيانات المفقودة بطريقة عشوائية تامة (MCAR) :

في هذا النوع يتضح أن البيانات المفقودة لا تعتمد على المتغير نفسه - الذي يحتوي على هذه القيم المفقودة - أو أي متغير آخر في قاعدة البيانات، فعلى سبيل المثال ، تعتبر القيم المفقودة من متغير دخل الفرد من نوعية البيانات المفقودة بطريقة عشوائية تامة في حالة عدم ارتباط القيم المفقودة بمتغير الدخل نفسه أو أي متغير في قاعدة البيانات . (هيبه، 2013، ص11)

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

### ➤ القيم المتطرفة (الشاذة):

لم يتم رصد قيم متطرفة أو شاذة في بيانات الدراسة الأساسية.

لكن لا بد من توضيح فكرة أساسية وهي؛ معالجة القيم الشاذة في حال ظهورها، هو أمر عائد لتقدير الباحث كما ويوصى بترك القيم الشاذة على حالها خاصة في بحوث علوم الإدارة والعلوم السلوكية والنفسية وخاص التي تعتمد على الإستبانة كأسلوب رئيسي لجمع البيانات، وذلك لأن ظهور تلك القيم الشاذة يُمَثَّل ببساطة آراء المستجيبين ولايوصى بتحويلها بإستخدام طريقة تحويل البيانات (Data Transformation) حيث أنه وبإستخدام تلك الطريقة يكون الباحث قد لجأ إلى تشويه البيانات ومن ثم عدم الحصول على بيانات صادقة وذلك بغية الحصول على توزيع طبيعي. (هزي، 2015، ص 93)

### ➤ التوزيع الطبيعي لبيانات الدراسة :

سيتم التأكد من التوزيع الطبيعي للبيانات عن طريق إختبار كولموغوروف- سميرونوف ( Test de Kolmogorov-Smirnov) والجدول يوضح ذلك :

الجدول رقم (80) : يوضح التوزيع الطبيعي للبيانات الخاصة بمتغير التعامل مع مرض السكري

(مخرجات برنامج SPSS)

إختبار كولموغوروف- سميرونوف (Test de Kolmogorov-Smirnov)			
الدالة	درجة الحرية	إحصاءه	العوامل
العوامل الخمسة الكبرى للشخصية			
0.001	72	0.141	العصابية
0.000	72	0.165	الإنبساطية
0.002	72	0.135	الإنفتاح على الخبرة
0.007	72	0.125	الطيبة
0.006	72	0.127	يقظة الضمير
التعامل مع مرض السكري			
0.000	72	0.196	الروح المعنوية
0.000	72	0.150	التجنب
0.000	72	0.260	الإستسلام
0.000	72	0.266	دمج مرض السكري
إضطراب التأقلم			
0.034	72	0.109	

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

إنطلاقاً من نتائج الجدول رقم (80) نجد بأن قيم الدلالات الإحصائية لمتغيرات الشخصية الخمسة ومتغيرات إستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم أقل من 0.05 وبالتالي فإن طبيعة البيانات لهذه المتغيرات لا تتبع التوزيع الطبيعي، ومع ذلك يمكن الإعتماد على منهجية النمذجة بالمربعات الصغرى الجزئية لأنها طريقة غير معلمية.

### 2-6-3-1/ تقييم العلاقة الخطية المتداخلة في النموذج البنائي:

لتقييم العلاقة الخطية المتداخلة للمباني المتنبأة في النموذج البنائي يجب النظر في قيم معامل تضخيم التباين (VIF) التي يجب أن تكون أقل من القيمة 3.00 حتى 5.00، والجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (81) : يوضح قيم معامل تضخيم التباين (VIF) لتقييم العلاقة الخطية المتداخلة في

### النموذج البنائي (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

إضطراب التأقلم كمتغير تابع		إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري غير التكيفية كمتغير تابع		إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري التكيفية كمتغير تابع	
VIF	المتغيرات	VIF	المتغيرات	VIF	المتغيرات
3.036	العصابية	2.467	العصابية	2.426	العصابية
2.351	الإنبساطية	1.986	الإنبساطية	2.012	الإنبساطية
1.351	الإنفتاح على الخبرة	1.125	الإنفتاح على الخبرة	1.213	الإنفتاح على الخبرة
2.306	الطبية	1.568	الطبية	1.593	الطبية
1.301	يقظة الضمير	1.047	يقظة الضمير	1.115	يقظة الضمير
2.743	إستراتيجيات التعامل التكيفية				
2.135	إستراتيجيات التعامل غير تكيفية				

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

يشير الجدول رقم (81) إلى عدم وجود مشاكل التعدد الخطي (multicollinearity)، حيث تقل جميع قيم معامل تضخيم التباين (VIF) عن عتبة 3.00 ما عدا عامل العصابية مع إضطراب التأقلم كمتغير تابع فقد كانت أكبر من عتبة 3.00 وقدرت بـ 3.036 ومع ذلك هذه القيمة مقبولة لأنها لا تتخطى العتبة 5.00 كحد مسموح به وليست بعيدة عن القيمة 3.00 .

### 2-3-6-2/ فحص الحجم والدلالة الإحصائية لمعاملات المسار (إختبار الفرضيات ف 1 . ف 2 .

ف3):

#### ➤ الفرضية العامة الأولى :

ف1- تؤثر العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بشكل مباشر في ظهور إضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري ( $\alpha = 0.05$ ) .

#### الفرضيات الفرعية :

- ف1<sub>1</sub>: يؤثر عامل العصابية بشكل إيجابي في ظهور إضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري ( $\alpha = 0.05$ ) .

- ف1<sub>2</sub>: يؤثر عامل الإنبساطية بشكل سلبي في ظهور إضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري ( $\alpha = 0.05$ ) .

- ف1<sub>3</sub>: يؤثر عامل الإنفتاح على الخبرة بشكل سلبي في ظهور إضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري ( $\alpha = 0.05$ ) .

- ف1<sub>4</sub>: يؤثر عامل الطيبة بشكل سلبي في ظهور أعراض إضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري ( $\alpha = 0.05$ ) .

- ف1<sub>5</sub>: يؤثر عامل يقظة الضمير بشكل سلبي في ظهور إضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري ( $\alpha = 0.05$ ) .

لتقييم نتائج نموذج المسار، ينبغي إختبار الدلالة الإحصائية لجميع العلاقات النموذجية البنائية بإستخدام قيم T وقيم P ومجالات الثقة (Bootstrap Confidence Intervals)، وفيما يلي سنعرض

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

نتائج معاملات المسار التي تعالج الفرضيات الفرعية للفرضية العامة الأولى، وقد تم معالجتها بأسلوب Bootstrapping طريقة المعاينة التكررة والجدول التالي يوضح ذلك :

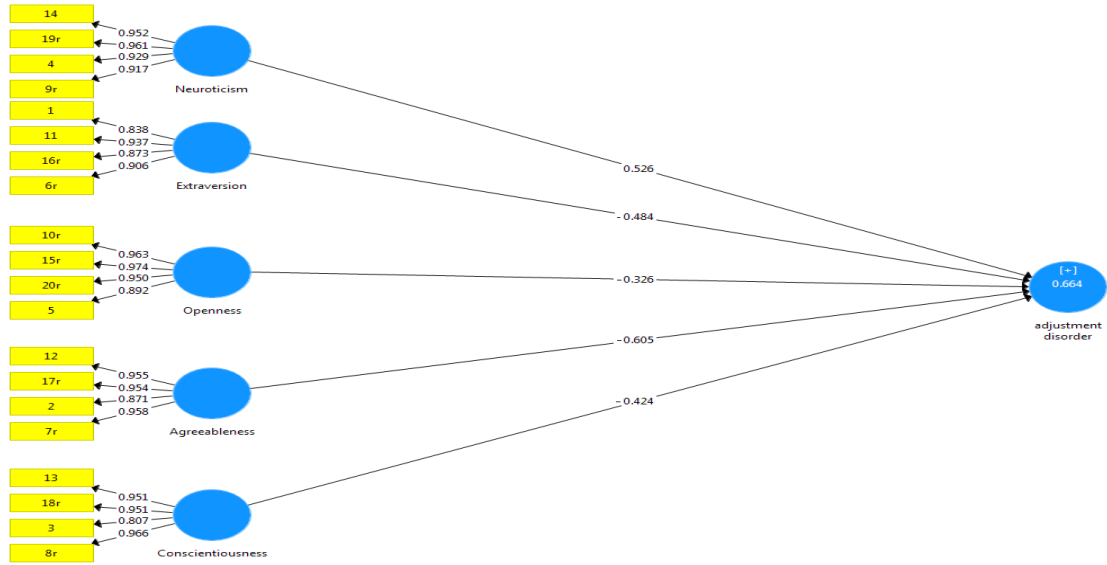
الجدول رقم (82) : يوضح معاملات المسار بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب

التأقلم (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

الدلالة الإحصائية P<0.05	مجالات الثقة		قيمة P	معامل T	الخطأ المعياري STDE V	معامل المسار Original sample	العلاقات البنائية	الفرضيات
	%2.5	%97.5						
قبول	[0.102; 0.723]		0.00 1	3.391	0.155	0.526	العصابية ← إضطراب التأقلم	ف 1
قبول	[-0.141; -0.685]		0.00 1	3.380	0.143	-0.484	الإنبساطية ← إضطراب التأقلم	ف 2
قبول	[-0.114; -0.516]		0.00 1	3.248	0.100	-0.326	الإنفتاح على الخبرة ← إضطراب التأقلم	ف 3
قبول	[-0.386; -0.782]		0.00 0	5.745	0.105	-0.605	الطيبة ← إضطراب التأقلم	ف 4
قبول	[-0.258; -0.598]		0.00 0	5.094	0.083	-0.424	يقظة الضمير ← إضطراب التأقلم	ف 5

إنطلاقاً من النتائج المدونة في الجدول أعلاه نجد بأن جميع قيم P أقل من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي قيم معامل المسار دالة إحصائياً، وبالتالي تؤثر العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بشكل مباشر في ظهور إضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري، والشكل التالي يوضح ماورد في الجدول رقم (82).

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها



الشكل رقم (24) : يوضح معاملات المسار المباشرة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية

وإضطراب التأقلم (إعداد الباحثة، مخرجات برنامج Smart PLS)

➤ الفرضية العامة الثانية :

ف2- تؤثر العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بشكل مباشر في إختيار إستراتيجيات التعامل مع المرض (التكيفية - غير التكيفية) لدى المراهق المصاب بالسكري ( $\alpha = 0.05$ ).

الفرضيات الفرعية :

ف12- يؤثر عامل العصابية بشكل سلبي في إختيار إستراتيجيات التعامل مع المرض التكيفية لدى المراهق المصاب بالسكري ( $\alpha = 0.05$ ).

ف12- يؤثر عامل العصابية بشكل إيجابي في إختيار إستراتيجيات التعامل مع المرض غير التكيفية لدى المراهق المصاب بالسكري ( $\alpha = 0.05$ ).

ف22- يؤثر عامل الإنبساطية بشكل إيجابي في إختيار إستراتيجيات التعامل مع المرض التكيفية لدى المراهق المصاب بالسكري ( $\alpha = 0.05$ ).

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

- ف2: يؤثر عامل الإنبساطية بشكل سلبي في إختيار إستراتيجيات التعامل مع المرض غير التكيفية لدى المراهق المصاب بالسكري ( $\alpha = 0.05$ ) .

- ف3: يؤثر عامل الإنفتاح على الخبرة بشكل إيجابي في إختيار إستراتيجيات التعامل مع المرض التكيفية لدى المراهق المصاب بالسكري ( $\alpha = 0.05$ ) .

- ف3: يؤثر عامل الإنفتاح على الخبرة بشكل سلبي في إختيار إستراتيجيات التعامل مع المرض غير التكيفية لدى المراهق المصاب بالسكري ( $\alpha = 0.05$ ) .

- ف4: يؤثر عامل الطيبة بشكل إيجابي في إختيار إستراتيجيات التعامل مع المرض التكيفية لدى المراهق المصاب بالسكري ( $\alpha = 0.05$ ) .

- ف4: يؤثر عامل الطيبة بشكل سلبي في إختيار إستراتيجيات التعامل مع المرض غير التكيفية لدى المراهق المصاب بالسكري ( $\alpha = 0.05$ ) .

- ف5: يؤثر عامل يقظة الضمير بشكل إيجابي في إختيار إستراتيجيات التعامل مع المرض التكيفية لدى المراهق المصاب بالسكري ( $\alpha = 0.05$ ) .

- ف5: يؤثر عامل يقظة الضمير بشكل سلبي في إختيار إستراتيجيات التعامل مع المرض غير التكيفية لدى المراهق المصاب بالسكري ( $\alpha = 0.05$ ) .

لتقييم نتائج نموذج المسار، ينبغي إختبار الدلالة الإحصائية لجميع العلاقات النموذجية البنائية بإستخدام قيم T وقيم P ومجالات الثقة (Bootstrap Confidence Intervals)، وفيما يلي سنعرض نتائج معاملات المسار التي تعالج الفرضيات الفرعية للفرضية العامة الثانية، بتقنية Bootstrapping (طريقة المعاينة التكررة في PLS – SEM) والجدول التالي يوضح ذلك :

الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

الجدول رقم (83) : يوضح معاملات المسار بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإستراتيجيات

التعامل مع مرض السكري (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

الدلالة الإحصائية P<0.05	مجالات الثقة		قيمة P	معامل T	الخطأ المعياري STDEV	معامل المسار Original sample	العلاقات البنائية	الفرضيات
	%2.5	%97.5						
رفض	[-0.048; 0.508]		0.093	1.682	0.151	0.253	العصابية ← الإستراتيجيات التكيفية	ف 12
قبول	[0.191; 0.874]		0.001	3.493	0.171	0.597	العصابية ← الإستراتيجيات غير التكيفية	ف 12
قبول	[0.037; 0.490]		0.041	2.048	0.130	0.266	الإنبساطية ← الإستراتيجيات التكيفية	ف 22
قبول	[-0.134; - 0.680]		0.000	3.559	0.133	-0.473	الإنبساطية ← الإستراتيجيات غير التكيفية	ف 22
قبول	[0.050; 0.544]		0.009	2.630	0.118	0.310	الإنفتاح على الخبرة ← الإستراتيجيات التكيفية	ف 32
رفض	[-0.195; 0.293]		0.608	0.513	0.126	-0.065	الإنفتاح على الخبرة ← الإستراتيجيات غير التكيفية	ف 32
قبول	[0.294; 0.710]		0.000	4.822	0.107	0.517	الطيبة ← الإستراتيجيات التكيفية	ف 42
قبول	[-0.314; - 0.815]		0.000	4.862	0.122	-0.594	الطيبة ← الإستراتيجيات غير التكيفية	ف 42
قبول	[0.136; 0.547]		0.001	3.234	0.109	0.351	يقظة الضمير ← الإستراتيجيات التكيفية	ف 52
قبول	[-0.002; -0.433]		0.037	2.097	0.108	-0.227	يقظة الضمير ← الإستراتيجيات غير التكيفية	ف 52



## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

أظهرت النتائج أن معظم قيم P أقل من مستوى الدلالة 0.05، بالتالي قيم معامل المسار دالة إحصائياً، ماعدا قيم معامل المسار بين عامل العصابية وإستراتيجيات التعامل التكيفية وعامل الإنفتاح على الخبرة وإستراتيجيات التعامل غير التكيفية فقد كانت القيم  $Pvalue = 0.093, 0.608 > 0.05$  (على الترتيب) غير دالة إحصائياً، ولو كررنا العملية أكثر من 500 مرة ستبقى قيمة الخطأ تزيد عن 5%، وهذا يدل على أن عامل العصابية لا يؤثر بشكل مباشر في إختيار إستراتيجيات التعامل التكيفية، وعامل الإنفتاح على الخبرة لا يؤثر بشكل مباشر في إختيار إستراتيجيات التعامل غير التكيفية.

### ➤ الفرضية العامة الثالثة :

ف3- تؤثر إستراتيجيات التعامل مع المرض (التكيفية - غير التكيفية) بشكل مباشر في ظهور اضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري ( $\alpha = 0.05$ ).

### الفرضيات الفرعية :

- ف13: تؤثر إستراتيجيات التعامل مع المرض التكيفية بشكل سلبي في ظهور اضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري ( $\alpha = 0.05$ ).

- ف23: تؤثر إستراتيجيات التعامل مع المرض غير التكيفية بشكل إيجابي في ظهور اضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري ( $\alpha = 0.05$ ).

لتقييم نتائج نموذج المسار ، ينبغي إختبار الدلالة الإحصائية لجميع العلاقات النموذجية البنائية بإستخدام قيم T وقيم P ومجالات الثقة (Bootstrap Confidence Intervals)، وفيما يلي سنعرض نتائج معاملات المسار التي تعالج الفرضيات الفرعية للفرضية العامة الثالثة، وقد تم معالجتها بتقنية Bootstrapping (طريقة المعاينة التكررة في PLS – SEM) والجدول التالي يوضح ذلك :

الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

الجدول رقم (84) : يوضح معاملات المسار بين إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري وإضطراب

التأقلم (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

الدلالة الإحصائية P<0.05	مجالات الثقة		قيمة P	معامل T	الخطأ المعياري STDEV	معامل المسار Original sample	العلاقات البنائية	الفرضيات
	%2.5	%97.5						
قبول	[-0.220; -0.545]		0.000	4.797	0.079	-0.377	الإستراتيجيات التكيفية ← إضطراب التأقلم	ف 13
قبول	[0.185; 0.528]		0.000	4.165	0.081	0.338	الإستراتيجيات غير تكيفية ← إضطراب التأقلم	ف 23

يتضح من الجدول رقم (84) أن جميع قيم P أقل من مستوى الدلالة 0.05، بالتالي قيم معامل المسار دالة إحصائياً، وبالتالي تؤثر إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري (التكيفية - غير التكيفية) بشكل مباشر في ظهور إضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري.

إنطلاقاً من نتائج الجداول الثلاث (81 - 82 - 83) لمعاملات المسار بين متغيرات الدراسة (العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ← إضطراب التأقلم، العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ← إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري ← إضطراب التأقلم) يتضح مايلي :

- قيم معاملات المسار الموجبة والدالة إحصائياً عند (0.05) بين عامل العصابية وإضطراب التأقلم من جهة وعامل العصابية وإستراتيجيات التعامل مع مرض السكري غير التكيفية من جهة أخرى، بالإضافة إلى معامل المسار بين إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري غير تكيفية وإضطراب التأقلم، تدل على وجود علاقة تأثير طردية، وبالتالي الفرضيات (ف 1 - ف 2 - ف 23) مقبولة.

- قيم معاملات المسار السالبة والدالة إحصائياً عند (0.05) بين عامل (الإنبساطية - الطيبة - يقظة الضمير) وإستراتيجيات التعامل مع مرض السكري غير التكيفية ومعاملات المسار بين عامل (الإنبساطية - الإنفتاح على الخبرة - الطيبة - يقظة الضمير) وإضطراب التأقلم من جهة، ومعامل المسار بين إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري التكيفية وإضطراب التأقلم من جهة أخرى، تدل على وجود علاقة

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

تأثير عكسية، وبالتالي الفرضيات (ف21 - ف2 - ف31 - ف41 - ف42 - ف51 - ف52 - ف13) مقبولة.

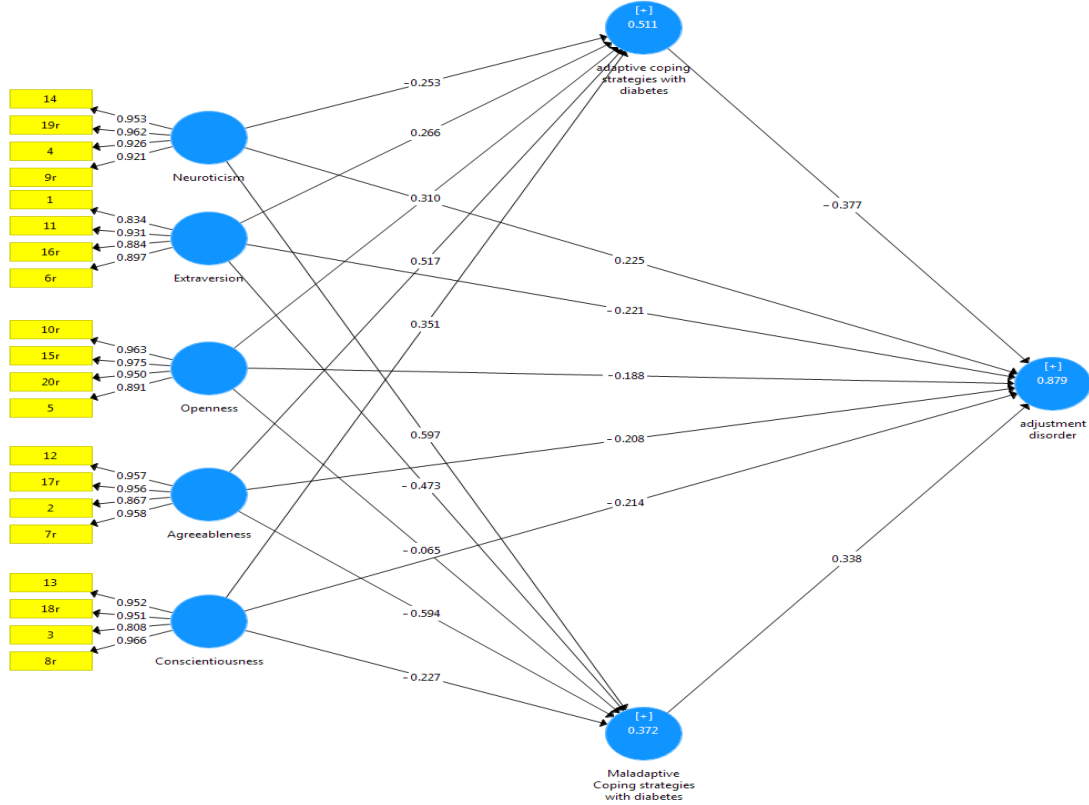
- قيم معاملات المسار الموجبة والدالة إحصائياً عند (0.05) بين (عامل الإنبساطية - الإنفتاح على الخبرة - الطيبة - يقظة الضمير) وإستراتيجيات التعامل مع مرض السكري التكيفية، تدل على وجود علاقة تأثير طردية، وبالتالي الفرضيات (ف22 - ف32 - ف42 - ف52) مقبولة.

- أما معامل المسار الذي يمثل العلاقة بين عامل العصابية وإستراتيجيات التعامل مع مرض السكري التكيفية وعامل الإنفتاح عن الخبرة وإستراتيجيات التعامل مع مرض السكري غير التكيفية فلم يحقق وجود علاقة تأثير بين المتغيرين لأن قيمة P في كلا المتغيرين أكبر من 0.05، ومنه الفرضيتين (ف12 - ف32) غير دالتين إحصائياً وبالتالي غير مقبولتين.

- وفيما يتعلق بحدود الثقة العليا والدنيا (Bootstrap Confidence Intervals)، نجد أن جميع قيم التأثير المباشر (العوامل الخمسة الكبرى للشخصية على إضطراب التأقلم وإستراتيجيات التعامل مع مرض السكري وتأثير هذه الأخيرة على إضطراب التأقلم) كلها تقع ضمن مجال لا يتضمن القيمة المعدومة وبالتالي هذا ما يؤكد لنا علاقة هذه المتغيرات ببعضها البعض، وأهمية التأثير الحاصل فيما بينها، ما عدا العلاقة المباشرة بين عامل العصابية وإستراتيجيات التعامل التكيفية فقد كانت القيمة المعدومة موجودة ضمن مجال الثقة [0.508; -0.048] وهذا يؤكد لنا أن هذه العلاقة غير دالة إحصائياً، وكذلك هو الأمر عند العلاقة المباشرة بين الإنفتاح على الخبرة وإستراتيجيات التعامل غير التكيفية فقد كانت القيمة المعدومة تقع ضمن مجال الثقة [0.293; -0.195] وهذا يؤكد لنا عدم أهمية هذه العلاقة.

الشكل التالي يوضح ماورد:

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها



الشكل رقم (25) : يوضح معاملات المسار في النموذج البنائي للدراسة (إعداد الباحثة ، مخرجات برنامج Smart PLS)

2-3-3/ التأكيد من قيمة معامل التحديد R<sup>2</sup> (التنبؤ داخل العينة) :

للتعرف على نسبة التباين في المتغيرات التابعة (إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري - إضطراب التأقلم) التي يمكن التنبؤ بها من خلال المتغيرات المستقلة (العوامل الخمسة الكبرى للشخصية - إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري) سيتم التأكيد من قيم معامل التحديد R<sup>2</sup> والجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (85) : يوضح قيم معامل التحديد (R<sup>2</sup>) للمتغيرات التابعة الممثلة في النموذج البنائي (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

التقييم حسب (Chin , 1998)	قيمة معامل التحديد R <sup>2</sup>	
القيمة معتدلة	0.511	إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري التكيفية
القيمة معتدلة	0.372	إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري غير التكيفية
القيمة عالية	0.879	إضطراب التأقلم

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

حسب تقييم (Chin , 1998) وإطلاقاً من نتائج هذا الجدول نجد بأن جميع معاملات التحديد  $R^2$  مقبولة إحصائياً، بحيث نجد بأن العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (العصابية - الإنبساطية - الإنفتاح على الخبرة - الطيبة - يقظة الضمير) قامت بشرح 51.1 % من إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري التكيفية و 37.2 % من إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري غير التكيفية وهذه القيم تتراوح بين (0.67 - 0.33) بالتالي فالتفسير معتدل، في حين نجد مقدار التباين في متغير اضطراب التأقلم بواسطة متغير إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري (التكيفية - غير التكيفية) قدر بـ 0.879 أي أن إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري (التكيفية - غير التكيفية) قامت بشرح 87.9 % من متغير اضطراب التأقلم وهذه القيمة تفسرها عال جداً لأنها تتجاوز عتبة (0.67) . (أنظر الشكل رقم 25) لأنه يوضح قيم  $R^2$ .

### 2-6-3-4/ تحديد حجم التأثير $f^2$ :

للتأكد من قوة العلاقة بين مباني نموذج الدراسة، يجب تحديد حجم تأثير المتغيرات المستقلة (العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإستراتيجيات التعامل مع مرض السكري) على المتغيرات التابعة (إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري وإضطراب التأقلم) عن طريق معامل  $f^2$ ، والجدول التالي يعرض لنا نتائج حجم التأثير:

الجدول رقم (86): يوضح قيم حجم التأثير ( $f^2$ ) لنموذج الدراسة (مخرجات برنامج Smart PLS)

المتغيرات	حجم التأثير $f^2$ (إستراتيجيات التعامل التكيفية متغير التابع)	التقييم حسب (Cohen 1988)	حجم التأثير $f^2$ (إستراتيجيات التعامل غير التكيفية متغير التابع)	التقييم حسب (Cohen 1988)	حجم التأثير $f^2$ (اضطراب التأقلم متغير تابع)	التقييم حسب (Cohen 1988)
العصابية	0.053	التأثير ضعيف	0.230	التأثير متوسط	0.139	التأثير متوسط
الإنبساطية	0.073	التأثير ضعيف	0.179	التأثير متوسط	0.173	التأثير متوسط
الإنفتاح على الخبرة	0.175	التأثير متوسط	0.182	التأثير متوسط	0.217	التأثير متوسط
الطيبة	0.349	التأثير عال	0.358	التأثير عال	0.156	التأثير متوسط
يقظة الضمير	0.241	التأثير متوسط	0.079	التأثير ضعيف	0.293	التأثير متوسط
إستراتيجيات التعامل التكيفية	/				0.431	التأثير عال
إستراتيجيات التعامل غير تكيفية	/		/		0.443	التأثير عال

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

يتضح من خلال نتائج هذا الجدول أن حجم تأثير عامل العصابية والإنبساطية على إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري التكوينية ضعيفة وهذا لأن القيم تراوحت ما بين (0.02 و 0.15)، نفس الأمر حدث مع متغير يقظة الضمير وحجم تأثيره على إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري غير التكوينية التي كانت هي أيضا ضعيفة، أما فيما يتعلق بعامل الإنفتاح على الخبرة وعامل يقظة الضمير وتأثيرهما على إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري التكوينية فقد كان حجم التأثير متوسطا لأن القيم تراوحت ما بين (0.15 و 0.35)، والأمر تكرر أيضا مع عامل العصابية والإنبساطية والإنفتاح على الخبرة وتأثيرهم المتوسط على إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري غير التكوينية، أيضا تم تسجيل حجم تأثير متوسط للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية على اضطراب التأقلم، أما فيما يتعلق بعامل الطيبة فقد كان حجم تأثيره عاليا على إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري التكوينية وغير التكوينية لأن القيمتين تجاوزت (عتبة 0.35) أيضا تم التحصل على قيم تأثير عالية بين إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري التكوينية وغير التكوينية وإضطراب التأقلم وهذا كله حسب تقييم (Cohen, 1988)، بالتالي إنطلاقا من هذه القيم نصل بأن التركيبات الخارجية للنموذج ساهمت بفعالية في شرح البنى الداخلية المحددة للنموذج .

### 2-6-3-5/ الملائمة التنبؤية $Q^2$ :

في الخطوة الثالثة من تقييم النموذج البنائي للدراسة تم حساب معامل التحديد  $R^2$  الذي به قمنا بتحديد القوة التنبؤية داخل العينة، لكن في هذه الخطوة نحتاج إلى حساب قيمة  $Q^2$  الذي نستطيع به تحديد القوة التنبؤية خارج العينة وبالتحديد تقييم الأهمية التنبؤية للنموذج، وفيما يلي سنعرض نتائج الملائمة التنبؤية للنموذج البنائي، التي تم معالجتها بتقنية Blindfolding (هي تقنية لإعادة استخدام العينة، والتي تحذف نقاط البيانات بشكل منهجي وتوفر تنبؤا بقيمتها الأصلية). (Hair et al., 2017)

الجدول رقم (87) : يوضح قيم الملائمة التنبؤية ( $Q^2$ ) لنموذج الدراسة (مخرجات برنامج Smart

### (PLS 3

التقييم	الملائمة التنبؤية $Q^2$	
أهمية تنبؤية متوسطة	0.399	إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري التكوينية
أهمية تنبؤية متوسطة	0.298	إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري غير التكوينية
أهمية تنبؤية كبيرة	0.803	إضطراب التأقلم

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

إنطلاقاً من نتائج هذا الجدول يتضح بأن جميع معاملات قيم التنبؤ  $Q^2$  مقبولة من الناحية الإحصائية لأنها أكبر من الصفر حسب (Croutsch , 2009)، كما وأنها قريبة من نتائج معامل التحديد  $R^2$  (أنظر الجدول رقم 85)، بالتالي فالقيم الجيدة  $Q^2$  هي القيم القريبة من  $R^2$ ، مما يدل على أن متغيرات الدراسة في النموذج البنائي تتمتع بقدرة تنبؤية .

### 6-3-6-2/ تحديد حجم التأثير $q^2$ :

إنطلاقاً من نتائج الملائمة التنبؤية  $Q^2$  وإعتماداً عليها سيتم تحديد حجم التأثير  $q^2$  (الأهمية التنبؤية للبنية الخارجية لبناء داخلي محدد) والتي تحسب يدوياً إنطلاقاً من هذه المعادلة :

$$q^2 = \frac{Q^2_{included} - Q^2_{excluded}}{1 - Q^2_{included}}$$

حيث :

$q^2$ : القيمة التنبؤية .

$Q^2_{included}$ : قيمة  $Q^2$  لمتغير داخلي حيث يتم تضمين جميع المتغيرات الخارجية في النموذج .

$Q^2_{excluded}$ : قيمة  $Q^2$  لمتغير داخلي حيث يتم استبعاد المتغير الخارجي المحدد من النموذج .

حساب القيمة التنبؤية بين إستراتيجيات التعامل غير التكيفية و اضطراب التأقلم :

$Q^2_{included}$  لإضطراب التأقلم دون حذف إستراتيجيات التعامل غير التكيفية = 0.803 (أنظر

الجدول رقم 87)

$Q^2_{excluded}$  لإضطراب التأقلم مع حذف إستراتيجيات التعامل غير التكيفية = 0.772

بتطبيق المعادلة أعلاه :

$$q^2 (maladaptive - adj. disorder) = \frac{0.803 - 0.772}{1 - 0.803}$$

$$q^2 = \frac{0.031}{0.197} = 0.157$$

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

نكمل تطبيق المعادلة أعلاه مع جميع متغيرات الدراسة، والجدول التالي يوضح لنا ذلك:

الجدول رقم (88) : قيم حجم التأثير ( $q^2$ ) لنموذج الدراسة (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

المتغيرات	$Q^2$ included	$Q^2$ excluded	القيمة التنبؤية ( $q^2$ )	التقييم
<b>إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري التكيفية كمتغير تابع</b>				
العصابية	0.399	0.324	0.124	أهمية تنبؤية صغيرة
الإنبساطية	0.399	0.384	0.02	أهمية تنبؤية صغيرة
الإنفتاح على الخبرة	0.399	0.318	0.134	أهمية تنبؤية صغيرة
الطبية	0.399	0.216	0.304	أهمية تنبؤية متوسطة
يقظة الضمير	0.399	0.307	0.153	أهمية تنبؤية متوسطة
<b>إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري غير التكيفية كمتغير تابع</b>				
العصابية	0.298	0.148	0.213	أهمية تنبؤية متوسطة
الإنبساطية	0.298	0.187	0.158	أهمية تنبؤية متوسطة
الإنفتاح على الخبرة	0.298	0.266	0.04	أهمية تنبؤية صغيرة
الطبية	0.298	0.071	0.323	أهمية تنبؤية متوسطة
يقظة الضمير	0.298	0.271	0.038	أهمية تنبؤية صغيرة
<b>إضطراب التأقلم كمتغير تابع</b>				
العصابية	0.803	0.796	0.355	أهمية تنبؤية كبيرة
الإنبساطية	0.803	0.782	0.106	أهمية تنبؤية صغيرة
الإنفتاح على الخبرة	0.803	0.776	0.137	أهمية تنبؤية صغيرة
الطبية	0.803	0.778	0.126	أهمية تنبؤية صغيرة
يقظة الضمير	0.803	0.777	0.131	أهمية تنبؤية صغيرة
إستراتيجيات التعامل التكيفية	0.803	0.675	0.649	أهمية تنبؤية كبيرة
إستراتيجيات التعامل غير تكيفية	0.803	0.772	0.157	أهمية تنبؤية متوسطة



## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

يشير الجدول رقم (88) أن قيم  $q^2$  للأهمية التنبؤية للبنى الخارجية (العوامل الخمسة الكبرى للشخصية - إستراتيجيات التعامل مع المرض السكري التكيفية وغير التكيفية ) لبناء داخلي محدد (إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري التكيفية وغير التكيفية - إضطراب التأقلم) كلها قيم مقبولة لأنها تتراوح بين 0.02 - 0.15 - 0.35 والتي تشير إلى مستويات صغيرة - متوسطة - كبيرة من حيث الأهمية التنبؤية، ونلاحظ بشكل محدد من هذا الجدول أن العامل العصائبة وعامل إستراتيجيات التعامل التكيفية قد سجلا قيم تجاوزت عتبة 0.35، وهذا يؤكد لنا مدى المساهمة الكبيرة لهذين المتغيرين الخارجيين في قيمة الأهمية التنبؤية ( $Q^2 = 0.803$ ) لإضطراب التأقلم .

### 2-3-6 / مطابقة النموذج :

للتأكد من جودة مطابقة النموذج لابد من فحص مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي المعيارية (SRMR) وتم الإعتماد في تحديد ذلك على **مخرجات برنامج Smart PLS 3**، وقد كانت قيمة (SRMR) تساوي 0.066 وهذه القيمة أقل من القيمة 0.08 (المؤشر التقييمي حسب Hu & Bentler, 1999) ، وبالتالي القيمة (0.066) أقل من 0.08 فالنموذج يطابق بدرجة كبيرة بيانات العينة.

### 2-7 / الوساطة :

#### الفرضية العامة الرابعة :

ف4 - تتوسط إستراتيجيات التعامل مع المرض (التكيفية - غير التكيفية) العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري ( $\alpha = 0.05$ ) .

بعد التطرق إلى المسارات المباشرة بين متغيرات الدراسة، سيتم الآن تحديد المسارات غير المباشرة للتحقق من أن متغير إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري (التكيفية - غير التكيفية) يتوسط العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري، وقد تم معالجة فرضيات الوساطة بتقنية Bootstrapping (طريقة المعاينة التكررة في PLS - SEM) والجدول التالي يعرض نتائج الوساطة :

الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

الجدول رقم (89) : يوضح معاملات المسار للتأثير غير المباشر الناتجة عن المتغير الوسيط

إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري (التكيفية، غير التكيفية) (مخرجات برنامج Smart PLS 3)

الدلالة الإحصائية P<0.05	مجالات ثقة البسترة		قيمة P	معامل T	الخطأ المعياري STDEV	معامل المسار Original sample	العلاقات البنائية	الفرضيات
	2.5 %	%97.5						
رفض	[-0.021; 0.211]		0.099	1.650	0.058	0.096	العصابية ← الإستراتيجيات التكيفية ←إضطراب التأقلم	ف 14
قبول	[-0.018;- 0.198]		0.041	2.054	0.049	-0.100	الإنبساطية ← الإستراتيجيات التكيفية ←إضطراب التأقلم	
قبول	[-0.023;- 0.223]		0.026	2.234	0.052	-0.117	الإنفتاح على الخبرة ← الإستراتيجيات التكيفية ←إضطراب التأقلم	
قبول	[-0.080;- 0.308]		0.000	3.520	0.055	-0.195	الطيبة ← الإستراتيجيات التكيفية ←إضطراب التأقلم	
قبول	[-0.033;- 0.245]		0.013	2.492	0.053	-0.132	يقظة الضمير ← الإستراتيجيات التكيفية ←إضطراب التأقلم	
قبول	[0.066; 0.330]		0.004	2.934	0.069	0.202	العصابية ← الإستراتيجيات غير التكيفية ←إضطراب التأقلم	ف 24
قبول	[-0.042; -0.344]		0.004	2.862	0.056	-0.160	الإنبساطية ← الإستراتيجيات غير التكيفية	

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

						← اضطراب التأقلم
رفض	[-0.070; 0.094]	0.612	0.507	0.043	-0.022	الإنفتاح على الخبرة ← الإستراتيجيات غير التكيفية ← اضطراب التأقلم
قبول	[-0.073; -0.330]	0.004	2.933	0.068	-0.200	الطيبة ← الإستراتيجيات غير التكيفية ← اضطراب التأقلم
قبول	[-0.006; -0.165]	0.041	2.050	0.037	-0.077	يقظة الضمير ← الإستراتيجيات غير التكيفية ← اضطراب التأقلم

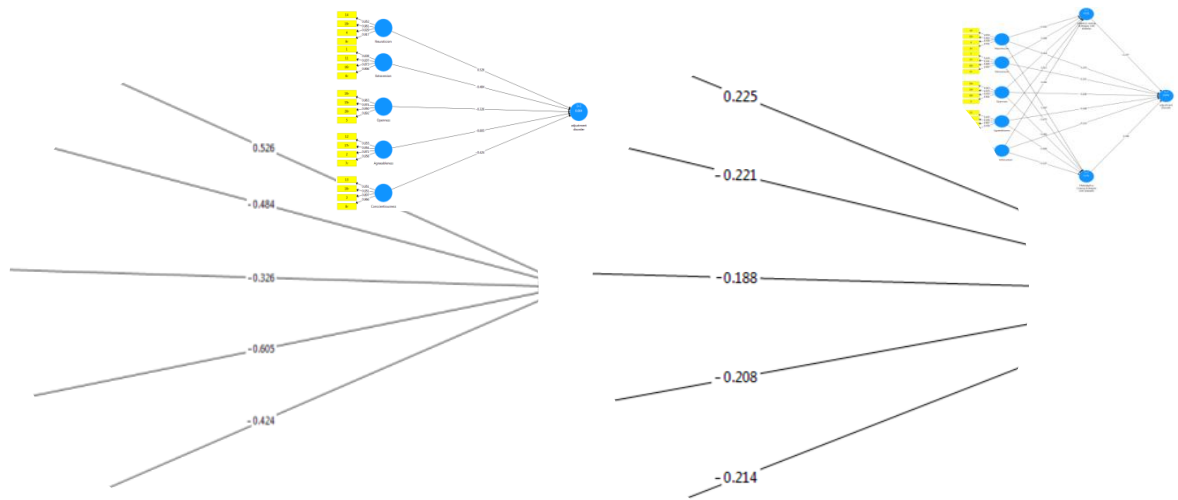
إنطلاقاً من نتائج الجدول أعلاه، نجد أن هناك معاملات مسار غير مباشرة سلبية ودالة إحصائياً ( $P < 0.05$ ) بين كل من (عامل الإنبساطية، الإنفتاح على الخبرة، الطيبة ويقظة الضمير) وإضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري في وجود إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري التكيفية حيث بلغت هذه المعاملات (-0.100 ، -0.117 ، -0.195 ، -0.132 على الترتيب)، كما تم التوصل إلى معاملات مسار غير مباشرة سلبية ودالة إحصائياً ( $P < 0.05$ ) بين (عامل الإنبساطية، طيبة، يقظة الضمير) وإضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري في وجود إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري غير التكيفية حيث قدرت بـ (-0.160 ، -0.200 ، -0.077 على الترتيب)، أيضاً تم التوصل إلى معامل مسار غير مباشر موجب ودالة إحصائياً ( $P < 0.05$ ) بين (عامل العصابية) وإضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري في وجود إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري غير التكيفية قدر بـ (0.202)، وهذه النتائج دليل على دور إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري في العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم كمتغير وسيط .

أما فيما يتعلق بإستراتيجيات التعامل مع مرض السكري التكيفية كمتغير وسيط في العلاقة بين عامل العصابية وإضطراب التأقلم فقد كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0.099) وهي أكبر من 0.05، ونفس

## الفصل الخامس : منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها

الأمر مع عامل الإنفتاح على الخبرة وعلاقته غير المباشرة بإضطراب التأقلم في وجود إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري غير التكوينية فقد قدرت الدلالة الإحصائية ب(0.612) وهي أكبر من 0.05 . أما فيما يتعلق بحدود الثقة العليا والدنيا (Bootstrap Confidence Intervals)، فنجد أن جميع قيم التأثير غير المباشر بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم كلها تقع ضمن مجال لايتضمن القيمة المعدومة (0)، وهذا يؤكد لنا أهمية المتغير الوسيط في ذلك ( إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري)، ماعدا العلاقة غير المباشرة بين عامل العصابية وإضطراب التأقلم في ظل إستراتيجيات التعامل التكوينية كمتغير وسيط فقد كانت القيمة المعدومة موجودة ضمن مجال الثقة [-0.021; 0.211] وهذا يؤكد لنا أن هذه العلاقة غير المباشرة غير دالة إحصائيا، والأمر لا يتوقف عند هذا الحد، فحتى العلاقة غير المباشرة بين الإنفتاح على الخبرة وإضطراب التأقلم فقد كانت القيمة المعدومة تقع ضمن مجال الثقة [-0.070; 0.094]، وهذا يؤكد لنا عدم أهمية إستراتيجيات التعامل غير التكوينية كمتغير وسيط ضمن هذه العلاقة .

وإنطلاقا من نتائج الشكل رقم (25) والشكل رقم (26) نجد بأن توسط إستراتيجيات التعامل في العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم توسط جزئي أو كانت الوساطة جزئية (Partial Mediation)؛ لأن قيم الأثر المباشر بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم قبل التوسط دالة إحصائيا (الشكل رقم 25) وبعد التوسط تغيرت القيم لكنها بقيت محافظة على دلالتها الإحصائية (الشكل رقم 26)؛ فمثلا قيمة معامل المسار المباشر بين العصابية وإضطراب التأقلم قبل التوسط تقدر ب 0.526، وبعد التوسط قدرت ب 0.225. والشكل التالي يعيد توضيح ماورد:



الشكل رقم (26): يوضح الفرق في المعاملات بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم قبل وبعد العزل الإحصائي لمتغير إستراتيجيات التعامل مع المرض (المتغير الوسيط)

خلاصة الفصل :

تمت منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية في جزئين؛ تمثل الجزء الأول في الدراسة الإستطلاعية أين قامت الباحثة بتشخيص اضطراب التأقلم عن طريق المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم DIAD (المعيار الذهبي) وإنطلاقاً من نتائج هذه المقابلة تم التأكد من الصلاحية التشخيصية لإختبار اضطراب التأقلم الوحدة الجديدة- 20 إكلينيكي عن طريق فحص حساسية ونوعية هذا الإختبار، وقد دلت النتائج على أن الإختبار يتمتع بحساسية ونوعية عالية تمكن من إعماده في الدراسة الأساسية كأداة تشخيصية لإضطراب التأقلم، بعد ذلك تم إعتقاد هذا الإختبار للتأكد من صدقه وثباته عن طريق التحليل المركب التوكيدي (CCA) الخاص بالنمذجة البنائية بالمربعات الجزئية الصغرى ونفس الإجراء تم مع قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية المصغرة لجولديبرغ ومقياس التعامل مع مرض السكري، وهذا طبعاً بعد ترجمة الأدوات وعرضها على الأستاذة المشرفة والأخصائي نفساني ومقارنة نتائج التحكيم على هذه الترجمة بواسطة معامل كبا، أما بالنسبة للتحليل المركب التوكيدي والذي تضمن إجراءات خطوات تمثلت في حساب ثبات المؤشرات وثبات الإتساق الداخلي (ألفا كرومباخ، قيم rho\_A والثبات المركب)، والصدق التقاربي والصدق التمايزي وتحديد صدق الشبكة الإسمية والصدق التنبؤي، فقد تمتعت النماذج القياسية الثلاثة بالصدق والثبات، ثم قامت الباحثة بإجراءات ميدانية تضمنت تطبيق هذه الأدوات الثلاثة في الدراسة الأساسية والتي إعتدنا فيها أسلوب البحث السببي ومنهجية النمذجة بالمربعات الصغرى الجزئية لمعالجة النموذج البنائي للدراسة والذي أثبتت معايير تقييمه أنه يتمتع بمطابقة جيدة لبيانات عينة الدراسة، كما قمنا بمعالجة فرضيات الدراسة إنطلاقاً من هذا النموذج عن طريق أسلوب معامل المسار وبتقنية Bootstrapping (طريقة المعاينة التكررة في SEM – PLS) تم التوصلن إلى وجود مسارات مباشرة وغير مباشرة (المتغير الوسيط) دالة إحصائياً بين جل متغيرات الدراسة، وفي الفصل اللاحق سيتم تفسير هذه النتائج التي تم التوصل إليها والتدقيق فيها في ظل الجانب الميداني لهذه الدراسة والتراث النظري لها.

## الفصل السادس: مناقشة نتائج الدراسة

- تمهيد

1/ إخطار ج التأقلو بين المعيار الذهبي والإختبار التهديبي.

2/ النموذج القياسي والبنائي للدراسة.

3/ مناقشة نتائج الفرضيات دراسة .

3-1 / مناقشة نتائج الفرضية الأولى.

3-2 / مناقشة نتائج الفرضية الثانية .

3-3 / مناقشة نتائج الفرضية الثالثة.

3-4 / مناقشة نتائج الفرضية الرابعة.

4 / مناقشة عامة.

4-1 / قيود الدراسة.

- خلاصة الفصل

**تمهيد :**

يتضمن هذا الفصل عرضاً للنتائج التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة، وفق الأهداف التي تم طرحها في الفصل الأول، ومناقشة تلك النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

**1- إضطراب التأقلم بين المعيار الذهبي والإختبار التشخيصي:**

بناءً على نتائج التشخيص النفسي لإضطراب التأقلم الذي تم الإعتماد فيه على المقابلة البنائية التشخيصية (DIAD) القائمة على معايير الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع (DSM-IV) بالإضافة إلى إعتماد الباحثة على معايير الدليل التشخيصي الخامس (DSM5) والذي لا يختلف كثيراً في معايير التشخيصية عن الدليل الرابع، وإنطلاقاً من خوارزمية التشخيص التي حددتها الباحثة في الشكل رقم (08) فقد تم التوصل إلى وجود 19 مراهق مصاب بالسكري لديهم إضطراب التأقلم من بين 63 مراهق مصاب بالسكري مشارك في الدراسة الإستطلاعية.

وقد يتساءل الكثير حول لماذا لم يتم الإعتماد على المقابلة التشخيصية الدولية المركبة (CIDI) كونها من أهم المقابلات التشخيصية في الأسلوب التشخيصي التصنيفي الوصفي كون الباحثة إعتمدت على هذا الأسلوب في عملية التشخيص النفسي، أضف إلى ذلك أنها من أهم وأشهر المقابلات التشخيصية وأثبتت كمعيار ذهبي في التشخيص النفسي، ويرجع سبب ذلك ببساطة إلى عدم إدراج هذا الإضطراب في هذه المقابلة البنائية التشخيصية، كما أوضح (Kessler & Üstün, 2004) في هذا الصدد بأن المقابلة التشخيصية الدولية المركبة (CIDI) هي أداة التشخيص الأكثر شيوعاً في البحوث الوبائية النفسية إلا أنها تفتقر إلى قسم يتناول إضطراب التأقلم. (Cornelius et al., 2014, p193) ، وأشارت (Casey & Bailey, 2011) أيضاً أنه لا يتضمن جدول المقابلة السريرية (CIS) والمقابلة التشخيصية الدولية المركبة (CIDI) إضطراب التأقلم على الإطلاق. (Casey & Bailey, 2011, p13)

أما فيما يتعلق بالمقابلة السريرية المنظمة للدليل التشخيصي الأمريكي (SCID) أيضاً لم يتم الإعتماد عليها لسببين، أولهما؛ عدم تناول الإضطراب في المقابلة بشكل الذي تم التطرق فيه مع الإضطرابات الأخرى، ثانياً؛ يسقط تشخيص هذا الإضطراب إذا تم إستقاء معايير تشخيص إضطراب آخر.

ففي الدراسات التي تستخدم SCID والتي يُزعم أنها تشمل إضطراب التأقلم، غالباً ما يحل الإكتئاب الشديد محل إضطراب التأقلم، بغض النظر عن السياق الذي ظهرت فيه الأعراض. (Casey & Bailey,

(2011, p13)، يمكن أن نستنتج من السببين أن هذه المقابلة التشخيصية (SCID) لا تعطي لإضطراب التأقلم أهمية كبيرة في كونه إضطراب قائم بحد ذاته وهذا لعدم تضمنها أسئلة تمكن القائم بالمقابلة على إجراء التشخيص، كما وأن تشخيصه في هذه المقابلة مدرج بعد إستكمال معايير الإضطرابات النفسية الأخرى، بالتالي لا يمكن الإعتماد على هذه المقابلة في تشخيص إضطراب التأقلم لأن تشخيصه يسبقه تشخيص العديد من الإضطرابات النفسية، بالتالي يمكنني أن أحكم على الحالة بأنها تستوفي أحد معايير إضطراب نفسي آخر، وأتجاهل أسئلة تشخيص إضطراب التأقلم في المقابلة لأن التعليمه تحدد أن هذا التشخيص لا يتم إذا تم إستيفاء معايير أي اضطراب نفسي آخر، وبالتالي قد يظلم تشخيص إضطراب التأقلم بسبب هذه المقابلة لأن لديه ملامح تشخيصية تشبه ملامح بعض الإضطرابات النفسية الأخرى (الإكتئاب، القلق، إضطرابات المسلك) ، فقد يقع القائمون بالمقابلة في خطأ التشخيص؛ إذ يشخصون حالة بإضطراب نفسي آخر بدل إضطراب التأقلم (المصاب به فعلا)، ويحدث هذا كثيرا مع الإضطرابات الإكتئابية (إضطراب المزاج المتقلب المشوش - إضطراب الإكتئاب الجسيم) ، وقد يقوم البعض الذين لم يستطيعوا تحديد الحالة التي أمامهم في أي معيار تشخيصي تنتمي هي، فيضعونها في خانة إضطراب التأقلم، ولهذا لم يتم الإعتماد على هذه المقابلة.

وقد يعود سبب قصور تشخيص إضطراب التأقلم في المقابلات البنائية سابقة الذكر إلى ملامح هذا الإضطراب لم يتم تحديدها بشكل جيد، مما جعل هذه المقابلات محدودة في تشخيصها لهذا الإضطراب أو لا تتضمنه.

بالتالي تم اللجوء إلى المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم (DIAD) لأنها مقابلة مستقلة بحد ذاتها، وتستوفي معايير الدليل التشخيص الأمريكي الرابع لتشخيص إضطراب التأقلم، وللتأكد من مدى دقة التشخيص النفسي لإضطراب التأقلم المتحصل عليها عن طريق (DIAD)، قامت الباحثة بمقارنة نتائج تشخيصها لسبعة مراهقين بمرض السكري بواسطة (DIAD) مع النتائج التي تحصل عليها الفاحص بواسطة المقابلة ذاتها و نفس المشاركين (7 مراهقين مصابين بالسكري)، وإنطلاقا من مؤشرات الجدول رقم (26)، ونتائج تطبيق معادلة معامل كبا الترتيبي تم التحصل على قيمة الإتفاق تقدر بـ 0.73 وهي قيمة مرتفعة وجيدة، وتعتبر على مدى دقة المقابلة في إعطاء نتائج مماثلة بين عدة فاحصين، لا يمكن أن أدم نتائج هذا العرض الإحصائي ومدى أهمية المقابلة في تشخيص إضطراب التأقلم، لأنه لا توجد دراسات عربية إعتمدت على هذه المقابلة، أما فيما يتعلق بالدراسات الأجنبية ففي ورقة بحثية لـ (O'Donnell et al., 2019) أشار بأنه حتى الآن لا توجد محاولات خارجية من قبل مؤلفين آخرين



للتحقق من صحة DIAD في أي تجارب أو دراسات إكلينيكية - لذلك من غير الواضح إلى أي مدى يعد المقياس في الواقع مؤشرا صالحا لإضطراب التأقلم في سياق سريري. (O'Donnell et al., 2019, p06)، ومع ذلك سنعتمد على نتائج مؤلفي المقابلة (L. R. Cornelius et al., 2014) فقد توصل فريق الخبراء الإستشاري بشأن صلاحية محتوى DIAD في إتفاق متوسط إلى جيد على معظم العناصر التي تم إستخدامها من قبل مؤلفي المقابلة لمفهوم إضطراب التأقلم (AD)، أما فيما يتعلق بصلاحية البناء، تم تأكيد فرضية التي أثبتت بأن الأشخاص الذين تم تشخيصهم بواسطة DIAD مع AD يسجلون درجات أعلى في مستويات الضيق والضعف، من الأشخاص غير المصابين بإضطراب التأقلم، كما في هذه الدراسة تم إستخدام DIAD بالإشتراك مع CIDI وتم التوصل إلى إنتشار إضطراب التأقلم بنسبة 7.4%. لذا تم الإعتقاد بأن نتائج الدراسة تشير إلى أن DIAD قادر على التفريق بين AD والإكتئاب، وتعد هذه النتائج هي أول مؤشر على أن DIAD بإستخدام معايير DSM-IV المعدلة هي أداة صالحة ومستقلة لتشخيص إضطراب التأقلم. (Cornelius et al., 2014)

كما يمكنني أن أشير إلى سبب قلة البحث في مجال دراسة وتشخيص إضطراب التأقلم و قصور في أدواته التشخيصية السريرية، يعود بدرجة كبيرة إلى النظرة التي ينظر بها إلى هذا الإضطراب أي؛ ينظر له على أنه حالة مؤقتة يمر بها أي فرد عند تعرضه لمواقف الشدة، بالتالي لا يمكن أن يطلق عليه إسم الإضطراب، والبعض يراه على أنه إكتئاب ظرفي (situational depression).

والمقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم (DIAD) في الدراسة الإستطلاعية لم يتوقف الإعتماد عليها فقط في التأكد ما إذا كان هناك مراهقون مصابون بمرض السكري لديهم إضطراب التأقلم، ومدى فعاليتها كأداة في التشخيص النفسي، وإنما تم الإعتماد عليها أيضا (إنطلاقا من مخرجاتها التشخيصية التي تم التحصل عليها) كمعيار ذهبي من أجل التأكد ما إذا كان مقياس إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20 قادرا على أن يكون أداة تشخيصية أم لا، لأنه لا توجد إختبارات تشخيصية قياسية ذهبية في سياق إضطراب التأقلم تمكننا من إعطاء حكم سريري حول ما إذا كان مقياس إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20 قادرا على تمييز المصابين بإضطراب التأقلم من غير المصابين به ، ولهذا تم اللجوء إلى المقابلة البنائية التشخيصية لإضطراب التأقلم (DIAD)، وقد أشارت نتائج الصدق الإكلينيكي في هذا الصدد وبالتحديد الجدول رقم (37)، إلى أن المقياس (ADNM - 20) إتفق مع المقابلة (DIAD) في 18 مراهق مصاب السكري لديهم إضطراب التأقلم (الإيجابيات الحقيقية) و 40 مراهق مصاب بالسكري ليس لديهم إضطراب التأقلم (السلبيات الحقيقية)، أما 5 الحالات الباقية فقد تم الإختلاف بين الأداةين

## الفصل السادس : مناقشة نتائج الدراسة

التشخيصيتين حول ما إذا كان لديها إضطراب التأقلم أم لا، وإنطلاقاً من الجدول رقم (38 - 39) فقد كانت قيم الحساسية والنوعية للإختبار التشخيصي ممتازة (0.94 . 0.90 على الترتيب) وهذه القيم العالية تؤكد قدرة الإختبار التشخيصي (ADNM - 20) على التشخيص والتمييز بين الحالات المريضة وغير المريضة، فالإختبار الجيد هو الإختبار الذي يتمتع بحساسية ونوعية عالية. (Zhu et al.,2010, p 02)

كما قدرت الدقة التشخيصية لهذا الإختبار بـ **92.06%** وهذه القيمة عالية وممتازة، ويرجع إرتفاع قيمة الدقة التشخيصية العالية لإختبار (ADNM - 20) هو قيم الحساسية والنوعية المرتفعة جداً. فكلما ارتفعت قيم حساسية ونوعية الاختبار (كل من 100%)، زادت دقة الإختبار في تشخيص المرض أو الحالة. (west & Kobokovich, 2020, p01)

كما تأكدت نتائج قدرة الإختبار التشخيصي (ADNM - 20) على التشخيص من خلال نتائج المنحنى المميز لأداء المستقبل (**ROC Curve**) وبالتحديد المسافة أسفل المنحنى (**AUC**) فقد قدرت بـ 0.972 وهذه القيمة عالية وتقع ضمن التصنيف الممتاز.

ويتم تطبيق تحليل منحنى ROC غالباً لقياس الدقة التشخيصية، لكن في دراستنا الإستطلاعية إستفدنا منه في مكسبين أساسيين هما : أولاً؛ الدقة التشخيصية للإختبار التشخيصي (ADNM - 20) وقيمة نقطة القطع المثلى (cut-off score)، والتي قدرت في الدراسة الإستطلاعية الجدول رقم (39) والشكل رقم (11) بـ أكبر من 48 درجة و هذه النتيجة قريبة لما جاءت به دراسة (Lorenz et al.,2016) والتي توصلت إلى درجة القطع المثلى 47.5 للتمييز بين الأشخاص المعرضين لخطر كبير للإصابة بإضطراب التأقلم والأشخاص المعرضين لخطر منخفض، بالتالي هذا يؤكد لنا مدى الصلاحية الإكلينيكية التي يتميز بها الإختبار التشخيصي .

ثانياً؛ تحليل منحنى ROC لم يتم الإستفادة منه في تحديد الدقة التشخيصية للإختبار التشخيصي (ADNM - 20) وقيمة نقطة القطع المثلى (cut-off score)، وإنما عندما ندقق في النتائج لا نجد فقط مدى دقة و تناسب الإختبار التشخيصي **ADNM -20** مع المعيار الذهبي، وإنما أيضاً مدى دقة المعيار الذهبي (المقابلة التشخيصية البنائية) في التشخيص، بمعنى بعض الدراسات إعتمدت على مقياس إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20 وإستندت على الدرجة 48 التي حددها (Lorenz et al. 2016)، أما في هذه الدراسة الإستطلاعية لم نستند على هذا المعيار، بل إعتدنا على خوارزمية

التشخيص التي تقوم عليها المقابلة التشخيصية (DIAD) في مقابل ADNM-20 لتحديدها عند تحليل منحني ROC، وحددت بأكبر من 48 درجة، والتي تناسبت مع ما جاء به مصممو المقياس (Lorenz et al.)، ولو إتمدنا على معيار 48 درجة التي حددها (Lorenz et al.) للحكم على نتائج الإيجابية الحقيقية والسلبية نجد أن المقابلة قد إنفقت مع المقياس (كما أشرنا سابقا) في 18 حالة مصابة بإضطراب التأقلم و40 حالة غير مصابة بمعيار الدرجة 48 فما فوق، هذا يشير لمدى الدقة التشخيصية التي تتميز بها هذه المقابلة البنائية المنظمة (DIAD) سواء في تحديدها للحكم التشخيصي لإضطراب التأقلم في المقياس (ADNM-20)، أي تناسب المقابلة مع معايير التشخيص المعتمد في الإختبار التشخيصي بالتالي يمكننا القول بأن الصدق الإكلينيكي في الدراسة الإستطلاعية لم يثبت فقط مدى الدقة التشخيصية التي يمتاز بها مقياس إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة - 20، و إنما مدى صلاحية المقابلة التشخيصية لإضطراب التأقلم على تحقيق التشخيص الدقيق .

## 2- النموذج القياسي والبنائي للدراسة:

تم الإعتماد على أسلوب أو منهجية النمذجة البنائية بالمربعات الصغرى الجزئية (PLS SEM) للتأكد من قياسية النماذج الثلاث (إضطراب التأقلم الوحدة الجديدة-20، العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، التعامل مع مرض السكري)، بواسطة أسلوب التحليل المركب التوكيدي (CCA)، وتقييم النموذج البنائي للدراسة أيضا، وقد تمت معالجة البيانات المتحصل عليها بواسطة برنامج (Smart PLS).

وتعد القوة الإحصائية العالية لخاصية PLS-SEM مفيدة جدا في البحث الإستكشافي الذي يدرس النظرية الأقل تطورا أو التي لا تزال قيد التطوير ...، ومع ذلك PLS-SEM ليس مناسباً فقط للبحث الإستكشافي ولكن أيضا للبحوث المؤكدة . (Hair et al.,2019, p07)

وقد قدمت النتائج الموضح أعلاه دليلا على أن أبعاد المقاييس تتمتع بالمصداقية والموثوقية . ففي الترتيب الأول، حققت المقاييس بأبعادها الفرعية مستويات جيدة ومقبولة من حيث قيم التحميلات (ثبات المؤشرات)، الثبات المركب، وألفا كرونباخ، وقيم rho\_A وكذا قيم الصدق التقاربي (AVE) والصدق التمايزي (معيار Fornell-Larcker ومعيار HTMT)، مما يؤكد صحة النماذج الإنعكاسية في الدراسة. في الترتيب الثاني، أكدت هذه الدراسة أيضا على الصلاحية الإسمية أو صدق الشبكة الإسمية للنموذجين (العوامل الخمسة الكبرى للشخصية والتعامل مع مرض السكري) وتم الإعتماد في ذلك على نموذج

(Beck et al.) للإكتئاب المكون من عاملين وتم التوصل بأن هناك تأثيراً (العوامل الخمسة الكبرى للشخصية والتعامل مع مرض السكري) على الإكتئاب، كما تم الإعتماد على نموذج (Beck et al.) للإكتئاب لإجراء الصدق التنبؤي، وقد أثبتت معاملات التحديد والتأثير والملائمة تنبؤية بمدى قدرة نموذج (العوامل الخمسة الكبرى للشخصية والتعامل مع مرض السكري) على التنبؤ بالإكتئاب، وإنطلاقاً من دلالات المصادقية والموثوقية تم الإعتماد على هذه النماذج القياسية في النموذج البنائي للدراسة.

وفيما يتعلق بالنموذج البنائي للدراسة فقد أوضحت النتائج عدم وجود مشاكل التعدد الخطي (multicollinearity) نظراً لمعامل تضخيم التباين (VIF) الذي لم يتجاوز العتبة المنصوص عليها 3.00، كما تم تسجيل قيمة مهمة في معاملات التحديد  $R^2$  والملائمة التنبؤية  $Q^2$  وقيم التنبؤ الخارجي  $q^2$  وتم التوصل إلى أن قيم حجم التأثير  $f^2$  مقبولة وقد ساهمت في تأكيد قوة العلاقة بين مباني نموذج الدراسة، وإنطلاقاً من قيمة مؤشر جذر متوسط مربعات البواقي المعيارية (SRMR) تبين أن النموذج البنائي يطابق بيانات عينة الدراسة.

### 3- مناقشة نتائج فرضيات الدراسة :

بعد عرض نتائج الدراسة في فصل "منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية ونتائجها" سيتم في هذا مناقشة هذه النتائج في ضوء فرضيات الدراسة .

#### 3-1/ مناقشة نتائج الفرضية الأولى: التأثير المباشر للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية في ظهور اضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري

أظهرت نتائج (الجدول رقم 82 والشكل رقم 25) إختبار معاملات المسار ومجالات الثقة (Bootstrap Confidence Intervals) تحقق الفرضية العامة الأولى بفرضياتها الفرعية (ف1-1 - ف2-1 - ف3-1 - ف4-1 - ف5-1)، بالتالي للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية (العصابية - الإنبساطية - الإنفتاح على الخبرة - الطيبة - يقظة الضمير) تأثير مباشر في ظهور اضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري.

فقد بينت لنا هذه النتائج أن لعامل العصابية لدى المراهق المصاب بالسكري تأثير مباشر وإيجابي في ظهور اضطراب التأقلم، أما عامل الإنبساطية، الإنفتاح على الخبرة، الطيبة ويقظة الضمير فقد كان لها دور مباشر في التأثير على المراهق المصاب بالسكري ولكن بشكل سلبي في ظهور اضطراب التأقلم،

## الفصل السادس : مناقشة نتائج الدراسة

ونعزي هذه النتيجة أولاً؛ إلى الدور الذي تلعبه سمات الشخصية في التأثير على الصحة النفسية للفرد،  
ثانياً؛ الدور المتباين بين سمات الشخصية في التأثير على الصحة النفسية للفرد.

فهناك بعض الأفراد يكونون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض العقلية والإضطرابات النفسية بسبب  
خصائصهم وسماتهم الشخصية. (Salehinezhad,2012, p461)

فالشخصية هي واحدة من أهم العوامل النفسية التي ترتبط بالصحة النفسية، وقد أثبتت ذلك العديد من  
الدراسات، فقد عمد بعض الباحثين إلى فحص العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية والصحة  
النفسية، وأظهرت الأبحاث السابقة أن عامل العصابية هو العامل الرئيسي المرتبط بسوء الصحة النفسية  
ومع ذلك، كانت النتائج مختلطة فيما يتعلق بالعلاقة بين عوامل الإنبساط والانفتاح ويقظة الضمير  
والطيبة والصحة النفسية للفرد. وقد إرتبطت هذه العوامل في معظمها بالصحة النفسية الجيدة، ولكن  
بدرجات مختلفة اعتماداً على طبيعة الدراسة. (Kananifar & al., 2019, p193) وهذا ما يفسر لنا  
إيجابية العلاقة بين عامل العصابية وإضطراب التأقلم وسلبية العلاقة بين باقي العوامل (الإنبساطية،  
الانفتاح على الخبرة، الطيبو ويقظة الضمير) وإضطراب التأقلم.

كما تسلك نتائج هذه الدراسة نفس الإتجاه في دراسة (Roohafza et al., 2016) حيث تم فحص  
العلاقة بين سمات الشخصية والنتائج النفسية مثل الإكتئاب والقلق. وأظهرت النتائج أنه من بين سمات  
الشخصية، تمارس العصابية والإنبساط أقوى التأثيرات المباشرة. بمعنى آخر، كان للعصابية التأثير الأكثر  
إيجابية من خلال زيادة الإكتئاب والقلق، وكان للإنبساط التأثير الأكثر سلبية من خلال تقليل هذه النتائج  
النفسية. (Roohafza et al., 2016, p251)

أيضا إتفقت نتيجة هذه الدراسة مع نتائج كل من دراسة (Koorevaar et al.,2013) التي توصلت  
إلى أن كل من تشخيص وشدة الإضطراب الإكتئابي إرتبطت بمستويات أعلى من العصابية، وانخفاض  
مستويات الإنبساط ويقظة الضمير. (Koorevaar et al.,2013, :p182)، ونتائج دراسة (Rosellini  
&Brown,2011) التي توصلت إلى أن العصابية أظهرت إرتباطات إيجابية مهمة مع إضطراب القلق  
العام والإضطراب الإكتئابي الجسيم وإضطراب الوسواس القهري والرهاب الإجتماعي، بينما كان الإنبساط  
مرتبطاً عكسياً بـ الرهاب الإجتماعي والإضطراب الإكتئابي الجسيم، كما إرتبط عامل يقظة الضمير  
عكسياً بالإضطراب الإكتئابي الجسيم. (Rosellini &Brown,2011, p27) كما كشفت دراسة (Kim et

al., 2016) عن إرتباط الدرجة المرتفعة من عامل العصابية والدرجات المنخفضة لكل من عامل الإنبساطية، الطيبة، وبقطة الضمير بشكل ملحوظ مع المستويات المرتفعة من الإجهاد المدرك والأعراض الإكتئابية. (Kim et al., 2016, p01)، كما أشارت نتائج دراسة (Yasui-Furukori et al., 2019) إلى أن عامل الطيبة إرتبط عكسيا بالإكتئاب، وعامل العصابية إرتبط بشكل كبير بالاكنتاب في تحليلات الانحدار اللوجستي وتحليل الانحدار الخطي، وأن الطيبة عامل وقائي والعصابية هي عامل خطر للإكتئاب لدى مرضى السكري النوع الثاني (T2DM). (Yasui-Furukori et al., 2019, p1135).

وإنطلاقاً من نتائج الدراسة الحالية ونتائج الدراسات السابقة، يمكن أن نفسر سبب ظهور أعراض اضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري إلى سببين، أولاً؛ قد يكون عامل العصابية العامل المسيطر في نظام شخصية المراهق قبل إصابته بمرض السكري (لكن هذا لا يعني أنه سبب في إصابته بمرض السكري، فقد أشرنا في الترات النظرية أن مرض السكري لدى المراهق أسبابه خارجة عن نطاق الأسباب النفسية والإجتماعية)، وحدد ألبورت في هذا الصدد ثلاث أنواع من السمات الفردية التي تخص الفرد، وتصف شخصيته أهمها السمة الرئيسية والتي تضم سمة تسيطر على شخصية الفرد وتصف سلوكه.

ثانياً؛ قد تتأثر سمات شخصية المراهق بطبيعة المرض المزمن الذي سيلزم الفرد طوال حياته ويتطلب منه التزام علاجي صارم ويفرض عليه نمط حياتي مختلف. فعلاجات السكري وعوامل الخطر الصحية المرتبطة به شديدة التعقيد وتتطلب قدراً كبيراً من تثقيف المريض والمراقبة الطبية المتكررة. في الوقت نفسه، يحمل مرض السكري معه قدراً كبيراً من التوتر. (Tuncay et al., 2008, p 02)، كما أنه يعد من أكثر الأمراض المزمنة شيوعاً التي تؤثر على كل جانب من جوانب حياة المريض. (Esmailinasab et al., 2016, p 01) بالتالي قد يؤثر المرض المزمن على شخصية المصاب و لكن لا يمكن الجزم بذلك .

ففي أحد الدراسات المقطعية، كان المشاركون المصابون بداء السكري أقل ضميراً وتوافقاً (الطيبة) وإفتاحاً. وفي دراسة أخرى، كان المشاركون المصابون بالسكري لديهم مستويات أعلى من العصابية. (Čukić et al., 2015, p 304)

والأمر لا يتوقف فقط هنا، فقد يكون للمرحلة العمرية التي يمر بها الفرد المصاب بالسكري دوراً كبيراً في التأثير عليه وعلى سماته خصوصاً إذا كان مرحلة المراهقة.

## الفصل السادس : مناقشة نتائج الدراسة

فمرحلة المراقبة وهي مرحلة عمرية تتميز بمظاهرها النمائية التي يتوسط فيها نمو الفرد بين تداعيات الطفولة والرشد وهذا التوسط يخلق التوتر لدى البعض. وهي مهمة في حياة الإنسان وذلك لما يرتبط بها من تغيرات في مظاهر النمو المختلفة التي قد يكون لها تأثير على سلوك المراهقين، لذلك يطلق عليها البعض مرحلة التغيرات. (النمر، 2016، ص143)

فالشباب الذين هم على وشك الرشد، يمكن إعتبار وجود مرض مزمن مثل مرض السكري أمراً مرهقاً بشكل خاص، ففي الواقع قد تتداخل التحديات والمسؤوليات المصاحبة للأمراض المزمنة مع العديد من الواجبات مثل تكوين هوية الراشدين والإستقرار في حياة خاصة بهم، و على الرغم من أن نسبة كبيرة من المرضى الشباب المصابين بداء السكري من النوع 1 تميل إلى إظهار علامات المرونة، فإن بعض المرضى يواجهون صعوبة أكبر في التكيف مع مرضهم، كما وقد تم التوصل إلى أن سوء التكيف مع المرض يؤدي إلى زيادة المرض وحتى الوفاة بين مرضى السكري. (Rassart et al., 2014, p 04)

ولقد أثبتت دراسة (Malik & Koot, 2009) في هذا الصدد أن الإجهاد المرتبط بالسكري هو مؤشر مهم في تطور سوء التكيف لدى المراهقين. (Pisula & Czaplinska, 2010, p 115)

ويعتقد معظم الباحثين أن سمات الشخصية، مثل العصابية والإنبساطية، قد تكون مهمة في تطوير مشاكل التأقلم. (Lung et al., 2006, p 78)

فبعض سمات الشخصية قد تساعد المرضى في التعامل مع مختلف الضغوطات، في حين فإن سمات شخصية أخرى قد تعرض المرضى لخطر ضعف التكيف مع المرض. (Rassart et al., 2014, p05)

وفي إطار هذه النتائج والأدلة النظرية الداعمة، نأكد بأن العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لها دور كبير في ظهور إضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري، فكما توجد عوامل للشخصية قد تساعد المراهقين في التأقلم مع مختلف ضغوطات مرض السكري (التأثير المباشر والسلبى لعامل الإنبساطية، الإنفتاح على الخبرة، الطيبة ويقظة الضمير)، هناك عوامل أخرى (التأثير المباشر والإيجابي لعامل العصابية) قد تعرضهم لخطر ضعف التأقلم مع السكري والإصابة بالإضطراب النفسي (إضطراب التأقلم).

### 3-2/ مناقشة نتائج الفرضية الثانية: التأثير المباشر للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية

#### في إختيار إستراتيجيات التعامل (التكيفية - غير التكيفية) لدى المراهق المصاب بالسكري

أظهرت نتائج إختبار (الجدول رقم 83) معاملات المسار ومجالات الثقة (Bootstrap Confidence Intervals) تحقق الفرضية العامة الثانية بفرضياتها الفرعية (ف<sub>12</sub> - ف<sub>22</sub> - ف<sub>2</sub> - ف<sub>32</sub> - ف<sub>42</sub> - ف<sub>4</sub> - ف<sub>52</sub> - ف<sub>5</sub>)، بالتالي العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (العصابية - الإنبساطية - الإنفتاح على الخبرة - الطيبة - يقظة الضمير) لها تأثير مباشر في إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري المنتهجة من قبل المراهق .

أما فيما يتعلق بالفرضيتين الفرعيتين من الفرضية العامة (ف<sub>12</sub> - ف<sub>32</sub>)، فقد كانت النتائج (معاملات المسار ومجالات الثقة) مناقضة لما تم إفتراضه، فقد كشفت هذه النتائج أن عامل العصابية لا يؤثر بشكل مباشر على إستراتيجيات التعامل التكيفية لدى المراهق المصاب بالسكري، وعامل الإنفتاح على الخبرة لا يؤثر بشكل مباشر على إستراتيجيات التعامل غير التكيفية لدى المراهق المصاب بالسكري .

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسات كل من (Obrien & Delongis, 1996; Penley & Tomaka, 2002; Fickova, 2009; Marnie Barow, 2008; Leandro & Castilo, 2010) التي أشارت إلى أن العصابية إرتبطت بشكل إيجابي بإستراتيجيات التعامل التي تركز على العاطفة مثل : الهروب والتجنب والإستجابات العدائية والتفيس العاطفي وإستراتيجيات التعامل التي تركز على المشكلات مثل التخطيط بشكل سلبي. ويتنبأ يقظة الضمير بإستراتيجيات التعامل التي تركز على العاطفة، ولا سيما التجنب السلبي وإستراتيجيات التعامل التي تركز على المشكلة مثل العمل المباشر والتخطيط الإيجابي . (karimzade & besharat, 2011, p798)

كما أظهرت معظم الأبحاث (Watson & Hubbard, 1996 ; McCrae & Costa, 1986 ; Kardum & Krapic, 2001) أن الانبساط يرتبط إرتباطا إيجابيا بأساليب التعامل النشطة مثل أساليب المواجهة التي تركز على المشكلات والبحث عن الدعم الإجتماعي، ويتوقع التجنب بشكل سلبي. ودراسة (Penley & Tomaka, 2002 ; Connor-Smith & Flaschbart, 2007) وجدت أن يقظة الضمير ترتبط بشكل إيجابي مع التعامل الذي يركز على المشكلة ومكوناتها المختلفة مثل التخطيط والتعامل مع ضبط النفس وقبول المسؤولية. كما وجدت أبحاث (Penley & Tomaka, 2002 ; Watson &



( Hubbard ,1996 ; Bakker et al,2006) أن الطيبة ترتبط بشكل إيجابي بالسعي للحصول على الدعم الاجتماعي، التعامل النشط والتخطيط وإعادة التقييم الإيجابي، وترتبط سلبا باللوم الذاتي والتجنب والتمني. أيضا، تُظهر نتائج البحث (Penley & Tomaka,2002) علاقات إيجابية بين الإنفتاح على الخبرة والتعامل النشط وإعادة التفسير الإيجابي، والإرتباطات السلبية كانت مع إستراتيجيات التعامل التجنبية. (Afshar et al.,2015, p356)

أيضا وجدت دراسة (Cano-García et al., 2007) أن سمات الشخصية الأكثر إنتشارا والتي تعتبر أكثر تكيفا (الإنبساط، الطيبة، يقظة الضمير، والإنفتاح على التجربة) قد أظهرت علاقات إيجابية مع إستراتيجيات التعامل الأكثر تكيفا، وعلاقات سلبية مع إستراتيجيات التعامل السلبية. في غضون ذلك، إرتبط عامل العصائية بشكل إيجابي مع الإستراتيجيات السلبية وسلبيا مع طرق أكثر ملاءمة لإدارة الحدث المسبب للضغط. ( Martínez et al., 2021, pp 07-08)

وفي هذا الصدد أكدت نتائج بحث (Costa et al, 1996) أن كيفية تعامل الفرد مع المشكلات المختلفة قد تتأثر بسمات الشخصية، فقد أثبتت ذلك دراسات كل من (Kardum and Krapić, 2001; Connor-Smith and Flachsbart, 2007) أن سمات شخصية "الخمسة الكبار" العصائية (مقابل الإستقرار العاطفي) والإنبساط (مقابل الانطواء)، والإنفتاح على الخبرة (مقابل الإنغلاق على الخبرة) ، ويقظة الضمير (مقابل إنعدام الإتجاه)، والطيبة (مقابل العدائية)، يرتبط بإختيار إستراتيجية التعامل. ( Leszko et al., 2020, p 02)

ويؤكد الباحثون أن العلاقة بين الشخصية والتعامل قد تتأثر بالسياق الذي يحدث فيه الضغط وأن العلاقة أقوى في العينات التي تواجه مواقف تتطلب جهدا بدنيا أو عقليا لفترة طويلة من الزمن . ( Leszko et al.,2020, p 02) ومن بين أهم الوضعيات المرتبطة بالإجهاد المزمن هو الإصابة بمرض السكري لما له من تأثير سلبي كبير على المراهق، وهذا لأن مرض السكري مرض مزمن يلزم المراهق طوال حياته، ويؤثر على كل مجالات حياته ويستدعي منه إهتمام صارم بصحته، أضف إلى ذلك دور سمات الشخصية من خلال تفاعلها مع ضغط مرض السكري في تحديد إستراتيجية التعامل التي يراها المراهق مناسبة .

حيث يرى كل من (Bolger & Zuckerman, 1995) في هذا الشأن أن الشخصية قد تؤثر على عملية الإجهاد بثلاث طرق: الأولى؛ في التعرض للضغوط، الثانية؛ في التفاعل مع الضغوط، والثالثة؛ في كليهما. أيضا، قد تؤثر الشخصية على التفاعل مع الضغوطات التي تؤثر على إختيار أسلوب التعامل، أو درجة فعالية إستراتيجية التعامل المختارة، أو كليهما. (Leandro & Castillo, 2010, p 1563)

فالشخصية هي أحد العوامل الرئيسية التي تؤثر على الأداء النفسي، ومن المحتمل أن تمارس التأثير على كل من خيار التعامل وفعالية التعامل. (Rätsep et al.,2000, p 397)

حيث تختلف إستراتيجيات التعامل بناء على المستويات التي تم تحقيقها في نموذج الشخصية المكون من خمسة عوامل. وتظهر الأبحاث أن أولئك الذين لديهم مستويات أعلى من العصابية لا يتعاملون بشكل فعال، وغالبا ما يختارون تجنب الصراع والتوتر. وتميل أنواع الشخصية الأربعة الأخرى إلى إستخدام إستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة. (Seely,2018, p10)

وهذه النتيجة التي تم التوصل إليها ليست بالأمر المفاجئ وهذا نظرا للأدلة الموضحة في الدراسات المذكورة أعلاه والتي تتفق مع نتائج الدراسة الحالية، فسمات الشخصية دور كبير في التأثير على الطريقة التي يتعامل بها المراهق مع ضغط مرض السكري وتداعياته، وقد أظهرت النتائج فروقا في ذلك، فقد كان عامل العصابية يتميز بالتأثير الإيجابي من حيث إختيار للإستراتيجيات غير التكيفية (الإستسلام والتجنب)، في حين كانت عوامل الشخصية الباقية (الإنبساطية، الطيبة وبقطة الضمير) تأثير إيجابي من حيث إختيار المراهق للإستراتيجيات التكيفية، و(الإنبساطية، الإنفتاح على الخبرة، الطيبة وبقطة الضمير) التأثير السلبي في إختيار الإستراتيجيات غير التكيفية.

لكن إختلفت نتائج هذه الفرضية مع ما جاءت به هذه الدراسات (Obrien & Delongis, 1996; Penely & Tomaka, 2002; Fickova, 2009; Marnie Barow, 2008; Leandro & Castilo, 2010) ، التي أكدت أن إستراتيجيات التعامل التي تركز على المشكلات مثل التخطيط ترتبط بشكل سلبي مع عامل العصابية.

وقد تم الإشارة سلفا في نتائج الدراسة الخاصة بالفرضية الثانية بأنه لا يوجد تأثير مباشر وسلبي لعامل العصابية على إختيار إستراتيجيات التعامل التكيفية؛ ويعزى ذلك أن المراهقين المصابين بالسكري

## الفصل السادس : مناقشة نتائج الدراسة

ذوي المستوى العالي من العصابية لا يمكنهم التعامل مع متطلبات مرض السكري بإستعمال إستراتيجيات التعامل التكيفية (الروح المعنوية، دمج مرض السكري) لأنهم أكثر قلقا وتوترا وإرتباكا أمام الضيق الإنفعالي المصاحب لمرض السكري لديهم، أضف إلى ذلك صدمة التشخيص تجعل المراهق خصوصا في الأشهر الأولى في حالة إنفعال شديد (قلق، حزن، غضب .... = عامل العصابية) حول مآل صحته ونمط الحياة الذي يراه بأنه سيتغير، والشعور بالإختلاف عن الأقران، وفكرة المرض المزمن الذي سيرافقه مدى الحياة، والنظام العلاجي الصارم لمرض السكري، بالإضافة إلى متطلبات المرحلة النمائية التي يمر بها هذا المصاب (مرحلة المراهقة) ...، كلها لها تأثير عليه وعلى إختياره لإستراتيجيات التعامل، كما وأن عامل العصابية هو عامل اللاتوافق النفسي وصعوبة التعامل مع الضغوط والمواقف المرهقة، بالتالي يلجأ المراهقون إلى إستخدام إستراتيجيات التعامل غير التكيفية بدل التكيفية، فإستراتيجيات التعامل التكيفية محل الدراسة تحتوي في مدلولها التفاوض والتفكير بإيجابية وهذه المضامين تتعاكس مع عامل العصابية الذي يجعل المراهق يبتعد عن إنتهاج هذين الإستراتيجيتين في بداية مرضه وإنتهاج الإستراتيجيات غير التكيفية (التجنب والإستسلام).

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Boland & Cappeliez ;1997) التي أسفرت نتائجها على عدم وجود علاقة بين أساليب المواجهة المركزة على المشكل والعصابية. (طعبي وعمامرة، 2014، ص36)، بإعتبار أن إستراتيجيات التعامل مع المشكل إستراتيجيات تكيفية.

كما توصلت الدراسة في هذه الفرضية إلى عدم وجود تأثير لعامل الإنفتاح على الخبرة على إختيار المراهق لإستراتيجيات التعامل مع مرض السكري غير التكيفية ويعود سبب ذلك؛ أن عامل الإنفتاح على الخبرة هو عامل البحث عن المعلومة والتجديد والإبتكار، وفي ظل الإصابة بمرض السكري يتمثل في السعي نحو التثقيف حول مرض السكري والإطلاع الدائم على البحوث السريرية التي تخص علاج مرض السكري والنظر إلى الحياة بإيجابية، وحب الإطلاع على المرض وتداعياته ومستلزماته العلاجية ومطالعة النشرات الخاصة بمرض السكري، والبحث الدائم عن أفضل الطرق للتحكم في سكر الدم، لكن بعد تشخيص المراهق بالإصابة بمرض السكري فمن المؤكد أن مشاعر الخوف والحزن والقلق ستسيطر عليه ويكون مشغولا بإصابته ومتوترا بالضغط الناجم عن طبيعة هذا المرض المزمن وتداعياته ومستلزماته العلاجية وهذا يجعله بعيدا كل البعد عن الجانب التثقيفي حول المرض والتخطيط بشكل واقعي لإدارة مرضه ومستقبله.

وفي هذا الصدد لم تجد بعض الدراسات أمثال دراسة (Hooker, et al., 1994) أي علاقات ذات دلالة بين الإنفتاح على الخبرة والتعامل، ووجد البعض الآخر (McCrae & Costa, 1986; Vickers, 1989) أن الإنفتاح على الخبرة ليس سوى مؤشر ضعيف للتعامل (Lee-. Baggley et al.,2005, p1144)

وتختلف هذه النتيجة مع دراسة (Penley & Tomaka, 2002) التي توصلت إلى أن هناك إرتباطات سلبية بين الإنفتاح وإستراتيجيات التعامل التجنبية. (Afshar et al., 2015, p 356)

كما يرجع سبب عدم وجود إرتباط أو تأثير بين العصابية و إنفتاح على الخبرة وإستراتيجيات التعامل التكيفية وغير التكيفية حسب تفسير (Lazarus & Folkman) إلى أن سمات الشخصية غير كافية بمفردها بالتنبؤ بالطريقة التي يمكن بها الفرد مواجهة الضغوط، وحسب (Moos & Tsu) الفرد في المواقف الضاغطة يستعمل إستراتيجيات متنوعة إذ لايمكن أن تحصر في بعد واحد كسمة من سمات الشخصية. (طعيلي وعمامرة، 2014: 35)

### 3-3/ مناقشة نتائج الفرضية الثالثة: التأثير المباشر لإستراتيجيات التعامل مع المرض في ظهور اضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري

أظهرت نتائج إختبار معاملات المسار ومجالات الثقة (Bootstrap Confidence Intervals) تحقق الفرضية العامة الثالثة بفرضياتها الفرعية (ف13 - ف23)، بالتالي لإستراتيجيات التعامل مع مرض السكري (التكيفية وغير التكيفية) تأثير مباشر في ظهور اضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري، حيث أظهرت نتائج الجدول رقم (84) قيم دالة إحصائياً.

فهذه النتائج تشير إلى أن إستراتيجيات التعامل التكيفية (الروح المعنوية - دمج مرض السكري) مع مرض السكري لدى المراهق لها تأثير مباشر سلبي في ظهور اضطراب التأقلم، أما إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري غير التكيفية (التجنب - الإستسلام) فكان لها دور مباشر في التأثير على المراهق المصاب بالسكري ولكن بشكل إيجابي في ظهور اضطراب التأقلم، ونرجع هذه النتيجة أولاً؛ إلى الدور الذي تلعبه إستراتيجيات التعامل في التأثير على الصحة النفسية للفرد، ثانياً؛ الدور المتباين بين هذه الإستراتيجيات في التأثير الإيجابي والسلبي على الصحة النفسية للفرد.

فالمرض المزمن لديه القدرة على إحداث تغيرات عميقة في حياة الشخص، مما يؤدي إلى آثار سلبية على نوعية الحياة والرفاهية، فبعد التشخيص الطبي للأمراض المزمنة يواجه المرضى مواقف جديدة تتحدى إستراتيجيات التعامل المعتادة، ونتيجة لذلك يجب أن يجدوا طرق تعامل جديدة للتأقلم مع حالتهم المتغيرة، ويصل معظم المرضى إلى حالة من التأقلم النفسي الجيد، ولكن بنسبة 30% من المرضى، تكون مرحلة التأقلم مطولة وأحياناً غير ناجحة . (de Ridder et al.,2008, p 246)، وهذا مرده إستراتيجيات التعامل المستخدمة لإدارة المرض المزمن (مرض السكري).

حيث ترى الأبحاث في هذا الصدد حسب (Endler & Parker, 1994; Parker & Endler, 1992) إلى أن بعض إستراتيجيات التعامل تخفف من التوتر وتعزز النتائج النفسية الإيجابية، في حين أن البعض الآخر يفاقم التوتر ويعزز النتائج النفسية السلبية . (Smith et al., 2016, p 318).

وقد إرتبطت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة مقطعية في هونغ كونغ (Wong, Leung & So, 2001) ، توصلت إلى أن إستراتيجيات المواجهة الإيجابية مثل التفكير الإيجابي وإستراتيجيات طلب المساعدة إرتبطت بتقليل القلق والإكتئاب والخلل الإجتماعي. من ناحية أخرى، ترتبط الطرق السلبية للتعامل مثل التجنب بشكل كبير مع ضعف الصحة العقلية. (Tsaras et al., 2018, p 10)

فالأفراد الذين يستخدمون إستراتيجيات التعامل الفعالة يتمتعون بمستوى أعلى من الصحة العقلية. (Parto & Besharat, 2011, p 640)

حيث تؤثر عمليات التعامل على الصحة النفسية الجسدية بطريقة تؤدي فيها إستراتيجية التعامل النشطة والفعالة إلى نتائج إيجابية، وتؤدي إستراتيجية التجنب إلى زيادة الضيق والمرض والوفيات. (Parto & Besharat, 2011, p 640)

وفي هذا الصدد يعتقد بأن استراتيجيات التعامل، مثل حل المشكلات النشط (المواجهة النشطة) والسعي للحصول على الدعم من الآخرين (السعي للحصول على الدعم)، مهمة للصحة النفسية قصيرة وطويلة المدى، في حين يعتقد أن الإستراتيجيات الأخرى، بما في ذلك تجنب المشكلات (المواجهة المتجنبة) وتشيتت الإنتباه عن التعامل مع الصعوبات (التكيف مع الإلهاء)، لها علاقة بإرتفاع سوء التوافق. (Thorne et al., 2013, p 205) وهذا مايفسر معامل المسار الإيجابي بين التجنب، الإستسلام وإضطراب التأقلم.

## الفصل السادس : مناقشة نتائج الدراسة

فمسألة تحديد إستراتيجيات التعامل الأكثر فعالية في إدارة الأمراض المزمنة، هي مسألة معقدة؛ وهي تعتمد على أي من جوانب الموقف الضاغط يحاول الفرد التكيف معه، وبأي مرحلة من مراحل عملية التكيف. وعلى الرغم من هذا الحرص الشديد في فهمنا لطبيعة هذه المسألة، يمكننا أن نستنتج بصورة عامة أن التعامل النشط مع المرض يرتبط بالتكيف الجيد، بينما يرتبط النمط التجنبي بسوء التكيف. حتى مجرد إدراك الفرد لذاته على أنه شخص يجيد التعامل، يمكن أن يحسن من التعامل مع المرض المزمّن. (تايلور، 2008، ص ص 525 - 526)، لكن قد لا يكون بعض الأفراد مدركين بأن الإستراتيجيات التعاملية التي ينتهجونها غير تكيفية وتأثر على صحتهم النفسية خصوصا إذا كان الفرد في مرحلة المراهقة خصوصا المبكرة والمتوسطة منها. فمن المرجح أن تختلف إستراتيجيات التعامل التي يستخدمها الأفراد خلال المراحل المختلفة من المراهقة باختلاف التطورات المعرفية ومتطلبات الحياة المعينة والدعم الإجتماعي الذي يتميز به في المراحل المبكرة والمتوسطة والمتأخرة من المراهقة، و تشير العديد من النتائج إلى أن أنواع استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها المراهقون تتغير مع تقدم العمر. فقد وجد (Frydenberg & Lewis, 1993) أن المراهقون الأكبر سنا إستخدموا تقنيات تقليل التوتر أكثر من المراهقين الأصغر سنا. (Williams & McGillicuddy-De Lisi, 2000, pp 538-539) ، لكن هذا ليس بالضرورة، فقد تكون المراهقة المتأخرة وقتا عصيبا بشكل خاص لمرضى السكري، حيث يتعاملون مع العديد من القضايا الإنتقالية المتعلقة بمرض السكري بالإضافة إلى التحولات المعيارية في المدرسة والحياة الأسرية (على سبيل المثال ، الذهاب إلى الكلية)، كما قد تكون أعراض الإكتئاب في ذروتها خلال فترة المراهقة المتأخرة. (Baucom et al., 2015, p 523)

حيث أشارت دراسة (Baucom et al., 2015) حول أعراض الإكتئاب والتوتر اليومي والإلتزام لدى المراهقين المتأخرين المصابين بداء السكري من النوع الأول؛ في أحد نتائجها أن أعراض الإكتئاب إرتبطت بضعف الإلتزام اليومي وزيادة شدة الإجهاد، وقد أرجعت سبب ذلك في أحد تفسيراتها إلى أن المراهقين في مرحلة المراهقة المتأخرة الذين يعانون من أعراض الإكتئاب لديهم إستراتيجيات تعامل غير فعالة. (Baucom et al., 2015, pp 522, 528)

فإستراتيجيات التعامل التي يتم تطبيقها قد تساعد الفرد على التكيف وقد لا تساعده فيما يتعلق بإدارة المواقف الضاغطة. فبالنسبة للمراهقين الذين إختبروا الضغوطات وولدوا إستراتيجيات تعامل غير ماهرة أو

فعالة فإن سلوكيات من مثل الجنوح والمشكلات الإنفعالية قد تظهر كالإكتئاب. (غيث وآخرون، 2012، ص 112)

فوفقا (Felsten ,1998) تعد إستراتيجيات المواجهة واحدة من العناصر الرئيسية للصحة العقلية. فالطريقة التي يدرك بها المراهقون هذه التغييرات المختلفة ويتعاملون معها لها علاقة كبيرة بصحتهم العقلية؛ ذكر (Raff et al.)، أن معظم حالات الفشل المدرسي، والعدوانية، والإضطرابات السلوكية والعاطفية الشديدة، والعزلة الإجتماعية للمراهقين تعود إلى التأقلم غير الناجح مع المشكلات اليومية وفشل التفاعل الإيجابي. (Sharifi & Kaveh,2013, p515)، فما بالك إذا كانت هذه المشكلات اليومية هي مستلزمات مرض السكري العلاجية، فأكد لهذا تأثير أكبر على المراهق وعلى سلوكه، لأن مهمة الإلتزام اليومي بنظام السكري مهمة شاقة وصعبة عند المصاب، وهذا قد ينجم عنه إعتقاد إستراتيجيات تعامل غير فعالة، خصوصا في بداية الأمر.

حيث وجدت الأبحاث المعاصرة في إستراتيجيات التعامل عند المراهقين أربعة إستراتيجيات من بينها إستراتيجية التعامل التجنبي (**Avoiding Coping**) التي تتضمن إنكار حدوث ذلك الموقف أو أن له تأثيرات الهرب عن طريق الإدمان على الكحول والعقاقير، وإستراتيجية التعامل المتمركز على الإنفعال (**Focused Coping Emotion**) التي تتركز حول التخفيف من الإنفعالات وحدثها عن طريق الإستفادة من وسائل الدعم الإجتماعي وسلوكيات مثل البكاء . (غيث و آخرون، 2012 ، ص 111)

وتشير نتائج التحليلات التنبؤية أن التعامل الموجه نحو العاطفة يلعب دورا فريدا في ظهور الإضطراب الإكتئابي الجسيم، وأعراض القلق المرتفعة، والضيق المتوسط أو الشديد المرتبط بمرض السكري. يتوافق هذا مع التكهانات بأن نتائج الصحة العقلية أكثر حساسية لإستراتيجيات المواجهة التي تؤثر بشكل مباشر على الحالات العاطفية . (Burns et al.,2016, p 83)

إنطلاقا من نتائج الدراسة الحالية والدراسات السابقة نصل بأن إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري لها دور كبير في ظهور إضطراب التأقلم لدى المراهق، فإعتماده على الإستراتيجيات غير التكيفية (التجنب - الإستسلام) أكثر من الإستراتيجيات التكيفية (الروح المعنوية - دمج مرض السكري) في التعامل مع مرض السكري أدت إلى سوء التوافق النفسي الذي نجم عنه الإضطراب النفسي؛ فرفض مرض السكري أو تجنب الحديث عنه أو كل ما له علاقة بالمرض وبمستلزماته العلاجية أو الإستسلام

له، له تأثير كبير على صحته النفسية وتوافقها بالتالي التعرض للإضطرابات النفسية (إضطراب التأقلم)، أضيف إلى ذلك الإستمرار في إنتهاج الإستراتيجيات غير التكيفية في إدارة مرض السكري وضغوطه لا يؤثر على الصحة النفسية فقط، بل يؤثر أيضا على الصحة الجسدية للمراهق؛ التي ينتج عنها زيادة في مضاعفات مرض السكري التي تزيد من سوء التوافق النفسي للمراهق.

فإستراتيجيات التعامل تعد مؤشرا لما يتمتع به الفرد من كفاءة وفاعلية وقدرة على المواجهة بما يحقق له التوازن النفسي ويقلل من التأثير السلبي للضغوط، إذ أن هذه الأساليب قد تكون غير فعالة وتعد دالة على التوافق السيئ، ومن ثم فإن إستراتيجيات الفرد في مواجهة الضغوط تعد من المؤشرات التنبؤية للصحة النفسية، مع الأخذ في الإعتبار العلاقة بين الجوانب النفسية والمعرفية في النفس البشرية. (اشتيوي البطي، 2018، ص77)

### 3-4/ مناقشة نتائج الفرضية الرابعة: الدور الوسيط لمتغير إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري في العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم لدى المراهق (التأثير غير المباشر)

أظهرت نتائج (نتائج الوساطة) إختبار معاملات المسار ومجالات الثقة (Bootstrap Confidence Intervals) تحقق الفرضية العامة الرابعة، بالتالي تؤثر العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بشكل غير مباشر في ظهور إضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري من خلال إستراتيجيات التعامل كمتغير وسيط، حيث أظهرت نتائج الجدول رقم (89) قيم دالة إحصائية.

وتتوافق هذه النتيجة مع النموذج (الشكل رقم 02) الذي إقترحه Rona Moss-Morris والذي يوضح فيه العوامل الأساسية التي تسهم في تأقلم الفرد أو عدم تأقلمه مع المرض المزمن، حيث أشار إلى أن هناك عوامل خلفية تؤثر على كيفية إستجابة الناس والتكيف في النهاية مع ضغوطات المرض المختلفة. وتشمل العوامل الأساسية عوامل الشخصية مثل سمات الشخصية ... و كذلك العوامل الخاصة بالمرض كطبيعة ضغوط المرض ...، وتتخلص عملية التأقلم في العودة إلى التوازن في حالة الأحداث الحرجة وفي حالة الضغوطات المزمنة للحفاظ على التوازن. ويشمل التوازن التأقلم النفسي والإجتماعي والبدني ويشتمل على جوانب مثل: الحد من الكرب، والإدارة الجيدة للمرض، وتقليل تدخل المرض في أدوار الحياة والعلاقات، والقدرة على الحفاظ على التأثير الإيجابي. و تحدث صعوبات التأقلم عندما يكون هناك ضائقة مستمرة و/أو تدخل في أدوار الحياة، وسوء إدارة المرض، وتأثير إيجابي منخفض. و يتم تحديد



## الفصل السادس : مناقشة نتائج الدراسة

التأقلم الناجح جزئياً من خلال عوامل الخلفية (سمات الشخصية) بالإضافة إلى الإستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي يستخدمها الأفراد لإدارة الضغوط المرضية. (Moss-Morris, 2013, pp 684-685)، وهذا يفسر لنا دور إستراتيجيات التعامل في إدارة الضغوط الخاصة بمرض السكري لدى المراهق الذي أصيب به في ظل تأثير سمات شخصيته وتعرضه للمشكلات النفسية كالإصابة بإضطراب التأقلم.

وتتقاطع نتيجة هذه الفرضية مع تفسير نموذج السلوك الصحي (الشكل 3-3) الذي وضح أن الشخصية لا تؤثر بشكل مباشر على العلاقة بين الإجهاد والمرض. بدلا من ذلك، تؤثر الشخصية في هذا النموذج على الصحة بشكل غير مباشر، من خلال السلوكيات المعززة للصحة أو الضارة للصحة، حيث يشير هذا النموذج إلى أن الشخصية تؤثر على الدرجة التي ينخرط بها الشخص في السلوكيات المختلفة التي تعزز الصحة أو تضر الصحة. (Larsen & Buss , 2008, pp 591)

كما تم الإشارة سلفا في الفصول النظرية؛ أن نظرية الشخصية - التعامل - النتيجة أكدت أنه عندما يواجه المرء مواقف مرهقة، فإن الشخصية تؤثر على أسلوب التعامل بشكل مختلف، وهذا بدوره يؤثر بشكل أكبر على نتائج التأقلم لدى الفرد. (Xu et al.,2017, p 03)

وقد إقترح (Bolger & Zuckerman, 1995) في هذا الصدد طرقا متعددة يمكن من خلالها أن تؤثر الشخصية والتعامل معا في التأقلم. وأحد الاحتمالات هو الوساطة: تؤثر الشخصية على إختيار استراتيجية التعامل ، والتي بدورها تؤثر على النتائج. (Mirnics et al.,2013, p 380)

فحسب (Argyle & Lu ،Goodwin & Engstrom 2002 ،DeNeve & Cooper 1998) ،1990 ،Costa & McCrae 1980 ،Lu & Snih 1997 ،Pavot et al. 1990 ،Steel et al. ،2008 ،Ožura et al. 2012) العصابية إرتبطت إرتباطا سلبيا بالصحة والرفاهية بينما يرتبط الإنبساط وبقظة الضمير والطيبة والإفتاح بشكل إيجابي، و لقد ثبت بشكل متكرر أن العصابية هي سمة الشخصية الأساسية المرتبطة بمجموعة من الأمراض النفسية، وأبرزها أشكال القلق المختلفة والإكتئاب، جنبا إلى جنب مع إنخفاض مستويات الإنبساط . (Mirnics et al.,2013, p 380)

أضف إلى ذلك سمات الشخصية حسب (Diehl et al, 2012) يمكن أن تفسر بعض التباين في إستراتيجيات التعامل لدى الأفراد وأن إختيار إستراتيجية التعامل المناسبة قد يزيد من مرونة الفرد، في حين أن التعامل غير القادر على التكيف قد يزيد من الضعف ويؤدي إلى نتائج سلبية على الصحة

النفسية . ( Leszko et al., 2020, p 02 ) وهذا يفسر لنا الإختلاف في طبيعة التأثير غير مباشر بين عامل العصابية وباقي العوامل الأربعة في ظهور اضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري من خلال إستراتيجيات التعامل مع المرض التكيفية وغير التكيفية.

كما أظهرت أيضا نتائج الوساطة الجدول رقم (89) نتيجتين كانتا عكس التوقعات تمثلت في أن؛ إستراتيجيات التعامل التكيفية لا تتوسط العلاقة بين عامل العصابية وإضطراب التأقلم، والأمر نفسه مع إستراتيجيات التعامل غير التكيفية التي لا تتوسط العلاقة بين عامل إنفتاح على الخبرة وإضطراب التأقلم؛ وتعزى هذه النتيجة بالدرجة الأولى إلى تأثيرها بنتائج الفرضية الثانية وبالتحديد (ف2 - ف3) التي كشفت أن عامل العصابية لا يؤثر بشكل مباشر على إستراتيجيات التعامل التكيفية لدى المراهق المصاب بالسكري، وعامل الإنفتاح على الخبرة لا يؤثر بشكل مباشر على إستراتيجيات التعامل غير التكيفية لدى المراهق المصاب بالسكري؛ وبما أن المتغير المستقل (العوامل الخمسة الكبرى للشخصية) لم يؤثر على المتغير الوسيط (إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري) الذي كان سابقا في الفرضية الثانية متغيرا تابعا، بالتالي هذا الأخير لا يؤثر على المتغير التابع (ظهور اضطراب التأقلم) في هذه الفرضية، لأن المتغير الوسيط ينقل تأثير المتغير المستقل ويتفاعل معه ليؤثر على المتغير التابع.

يمكن أن نقول أن عوامل الخمسة الكبرى للشخصية قد تكون في بعض الأحيان عوامل غير حاسمة في التأثير على إختيار إستراتيجيات التعامل التي بدورها تؤثر على الصحة النفسية.

#### 4- المناقشة العامة :

تمثلت الدراسة الحالية في بناء نموذج نظري يحدد العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (العصابية - الإنبساطية - الإنفتاح على الخبرة - الطيبة - يقظة الضمير) وإضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري، وهذا من خلال فحص التأثيرات المباشرة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم، وأيضا التأثيرات غير المباشرة فيما بينهم عن طريق إستراتيجيات التعامل كمتغير وسيط، وكانت النتائج المتحصل عليها في الغالب متوافقة بشكل كبير مع ما جاء به التراث النظري، حيث أثبتت الدراسة أن سمات الشخصية الخمس الكبرى تعمل كمؤشرات مهمة مع عدم التأقلم وبالتحديد الإصابة بإضطراب التأقلم لدى المراهقين الذين شخصوا بمرض السكري. علاوة على ذلك، أشارت النتائج

## الفصل السادس : مناقشة نتائج الدراسة

الحالية أيضا إلى أن إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري تعمل كآليات تدخل محتملة في مسار التأثير بين سمات الشخصية وإضطراب التأقلم.

وفي إطار هذه النتائج المتحصل عليها عن طريق أسلوب النمذجة البنائية بالمربعات الصغرى الجزئية (PLS- SEM) تم تأكيد ما يلي:

- أن الشخصية لا تتمحور فقط في وصف سلوك الأفراد؛ بل تسعى أيضا إلى تفسير سلوك الأفراد والتنبؤ به.

وإنطلاقا من هذا المبدأ تم التوصل إلى فكرتين ممثلتين فيما يلي:

➤ 1/ سمات الشخصية تلعب دورا مهما في تعرض المراهقين للإضطرابات النفسية (إضطراب التأقلم - النموذج البنائي المباشر -):

تعتبر الشخصية من أشد المفاهيم تعقيدا في علم النفس، وإختلف العلماء والباحثين في تحديد مفهوم واضح للشخصية فكل باحث يعرف الشخصية من منظوره وقد لا تصف بعض تلك المفاهيم الشخصية بدقة، ولكن من وجهة نظر الباحثة يعد مفهوم Allport من أهم المفاهيم التي فسرت الشخصية (أنظر الصفحة رقم 16) حيث إعتبرها على أنها تنظيم دينامي للأظمة السيكوجسمانية التي تحدد سلوك الفرد وتميزه وتضمن توافقه مع بيئته؛ وإنطلاقا من هذا الوصف الذي قدمه Allport يمكن تأكيد بأن الشخصية هي ذلك البناء المتسق الذي يحتوي على المشاعر والمبادئ والقيم والخصائص والأفكار التي تشكل الشخصية ضمن التكوين الجسدي والنفسي للفرد، أضف إلى ذلك التسليم بالطبيعة غير الثابتة والمتغيرة والتطورية للشخصية من خلال وصفها بـ "التنظيم الدينامي"، إذ أن ضغوط الحياة ومترتباتها وعوامل التنشئة الإجتماعية وعوامل البيئة المحيطة قد تلعب دورا كبيرا في التأثير على نسق الشخصية والتغيير في تنظيمها الدينامي، بالإضافة إلى الميزة المتفردة والتمايزة في نسق الشخصية التي تميز كل فرد عن الآخر.

وبإعتبار أن الشخصية تحدد سلوك الفرد وعلى أساسها يتصرف مع مواقف الحياة المختلفة، فقد تم التطرق إليها ميدانيا عن طريق نموذج جولديبيرج الخماسي للشخصية (بعد التأكد من مصداقيته وموثوقيته بأسلوب CCA-PLS)، الذي من خلاله تم التوصل إلى أن هذه العوامل الخمسة الكبرى للشخصية

(العصائية - الإنبساطية - الإنفتاح على الخبرة - الطيبة - يقظة الضمير) تؤثر بشكل مباشر على تعرض المراهق في مدة 3 إلى 6 أشهر من تشخيصه بمرض السكري لإضطراب التأقلم الذي تم تحديده لدى العينة بواسطة الإختبار التشخيصي ADNM- 20 (بعد التأكد من حساسيته ونوعيته وأيضاً التأكد من مصداقيته وموثوقيته بأسلوب CCA-PLS)، حيث كان لعامل العصائية التأثير الإيجابي للإصابة بإضطراب التأقلم لدى المراهق المشخص بمرض السكري، فحين كانت لعامل (الإنبساطية، الإنفتاح على الخبرة، الطيبة ويقظة الضمير) التأثير السلبي في ظهور إضطراب التأقلم، ويرجع تفسير هذه العلاقة التأثيرية الإيجابية والسلبية إلى وجود إرتفاع في مستويات عامل العصائية لدى المراهق المصاب بالسكري، وإنخفاض في مستويات باقي العوامل (الإنبساطية، الإنفتاح على الخبرة، الطيبة ويقظة الضمير)، وبشكل عام ينتج عن هذا؛ إرتفاع في مستويات التوتر لدى المراهق الذي أصيب بمرض السكري الأمر الذي سيؤدي به إلى التعرض لإضطراب التأقلم، إذ أن إرتفاع عامل العصائية وإنخفاض عامل (الإنبساطية، الإنفتاح على الخبرة، الطيبة ويقظة الضمير) عند المراهق المشخص بمرض السكري يعبر عن عدم التوافق المتمثل في رفض المرض وعدم القدرة على التأقلم مع الوضع الجديد، أضف إلى ذلك صدمة تشخيص الإصابة بالمرض المزمن وصفته ومتطلباته وما ينتج عنه من تغير في أسلوب الحياة في شتى المجالات، كلها لها وقع كبير على شخصية المراهق. فالشخصية تعتبر تنظيماً داخلياً ديناميكياً يتوسط المثبرات التي يتعرض لها الفرد (إصابة المراهق بمرض السكري) من الإستجابات التي يصدرها عن طريق سلوكيات قابلة للملاحظة الموضوعية. (الرابغي، 2013، ص 124)

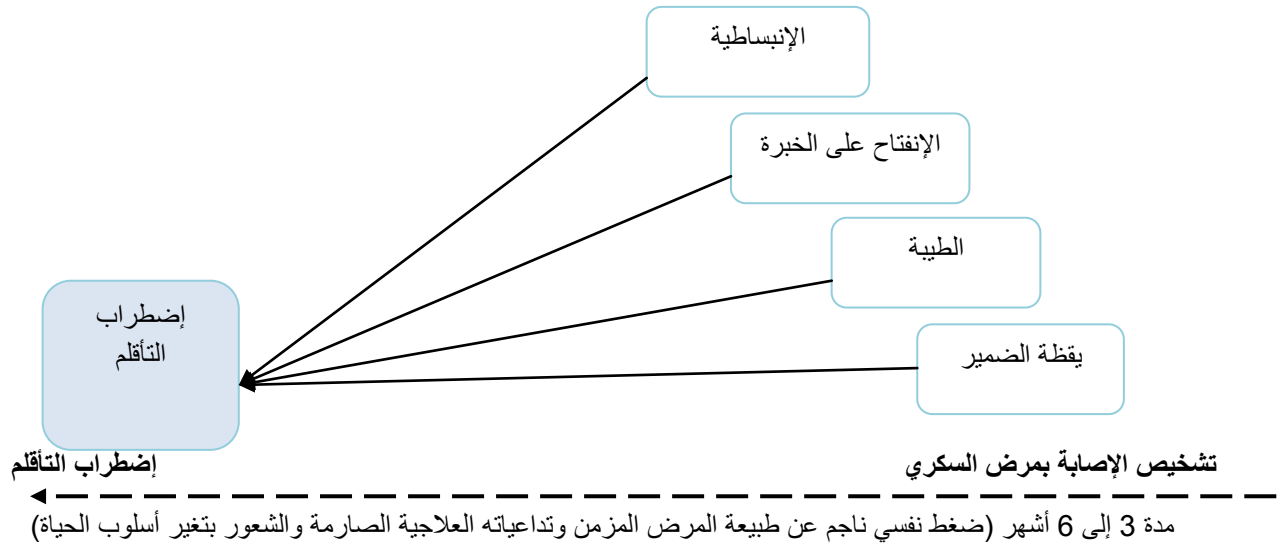
وباعتبار أن الشخصية تتوسط المثبرات التي يتعرض لها الفرد وإستجاباته، تتفاعل سمات الشخصية مع المرض المزمن الذي يمكن أن يغير في ترتيبها داخل تنظيم الشخصية، بالرغم من أن هناك العديد من الدراسات لم تحقق فرضية دور الأمراض المزمنة في تغيير جوانب الشخصية، ومع ذلك أثبتت دراسة (Jokela et al., 2014) التي حاولت البحث عن ما إذا كان ظهور أمراض القلب والسكتة الدماغية والسكري والسرطان وإرتفاع ضغط الدم وإلتهاب المفاصل وأمراض الجهاز التنفسي مرتبطاً بالتغيرات اللاحقة في سمات الشخصية لنموذج العوامل الخمسة، وقد توصلت إلى أن المرض المزمن يؤثر على الشخصية. (Jokela et al., 2014)، فالمراهق يمر بمرحلة نمائية إعتبرها جل الباحثين على أنها مرحلة التغيرات بإمتياز على كل الأصعدة الجسمية والنفسية والإجتماعية وغيرها من الأبعاد، وفي هذه المرحلة يسعى أي فرد أن يثبت وجوده وهويته بالطريقة التي يراها مناسبة إنطلاقاً من تنشئته الإجتماعية وتفاعله

## الفصل السادس : مناقشة نتائج الدراسة

مع بيئته، وبما أن المراهق في هذه المرحلة مشغول بتداعيات مرحلته النمائية يجد نفسه أمام وضع جديد (مرض السكري) يلزمه مدى الحياة ويغير من نمط حياته، بالتالي يكون لهذا الأمر تأثير كبير على شخصيته. فالإصابة الفعلية بهذا المرض عند المراهق تعرقل سير حياته النفسية والاجتماعية، مما يمكن أن يصاحب ذلك إستجابات سلوكية مختلفة مثل العدوانية نحو الذات ونحو المجتمع وحالات إكتئابية تعيق تكيفه الإجتماعي وأحيانا الحصر وصعوبات في تكوين علاقات مع الآخرين. (زلوف وسنوساوي، د.س، ص 145)، وكما أشار (Sutin et al.,2013) في ورقته البحثية أنه قد يكون للمرض تأثير أكبر على شخصية الأفراد الأصغر سنا الذين يصابون بأمراض خطيرة. (Sutin et al., 2013, p 918)

وتأتي نتيجة النموذج البنائي المباشر (الشكل رقم 1) متسقة مع النموذج التفاعلي (الشكل 3-1) والذي يشير إلى أن الأحداث الموضوعية تحدث للناس، ولكن عوامل الشخصية تحدد تأثير تلك الأحداث من خلال التأثير على قدرة الناس على التأقلم. ففي هذا النموذج للشخصية تأثير على إستجابات التأقلم، كما يفسر نموذج المعاملات (Richard Lazarus,1966)، المبين في (الشكل 3-2)؛ أن للشخصية ثلاثة تأثيرات محتملة متمثلة في: التأثير على التأقلم، كما في النموذج التفاعلي، التأثير على كيفية تقدير أو تفسير الأحداث، والتأثير على الأحداث نفسها، بالتالي كلا هذين النموذجين يفترضان الدور السببي للشخصية في التعامل مع الإجهاد، وأن لشخصية الإنسان دور كبير في التأثير على الصحة النفسية للفرد، بالتالي فهي لا تتأثر فقط بالصحة النفسية وحتى الجسدية وإنما تؤثر فيها أيضا.

بالتالي يمكن القول بأن الشخصية تأثر على تأقلم الأفراد في ظل المواقف الضاغطة، فالشخصية ذلك الوعاء الذي يحتوى على مزيج نمائي معرفي يشتمل على جميع محددات الذات التي في إطارها يتحدد سلوك الفرد، وفي إطار الإصابة بمرض السكري ومتطلبات مرحلة المراهقة يصاب المراهق بإضطراب التأقلم وهذا بفعل تأثير سمات شخصيته، والشكل التالي يوضح ذلك:



الشكل رقم (27): يوضح التأثير المباشر للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية في ظهور اضطراب

التأقلم لدى المراهق بعد تشخيصه بمرض السكري

➤ 2/ تشكل سمات الشخصية ردود أفعال المراهق إتجاه مرض السكري التي ينتج عنها الإضطراب

النفسي (إستراتيجيات التعامل- النموذج البنائي غير المباشر-)

في إطار نتائج التأثيرات غير المباشرة، تم التوصل بأن إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري تلعب دورا وسيطا مهما في العلاقة التأثيرية بين عوامل الشخصية والإصابة باضطراب التأقلم لدى المراهق، حيث تعتبر الشخصية من أهم العوامل النفسية تفسيرا لأسباب العلاقة بين إستراتيجيات التعامل والإضطرابات النفسية، وقد تم مناقشة وظيفتين رئيسيتين للتعامل في أدبيات هذه الدراسة وفي إطارها الميداني (مقياس التعامل مع مرض السكري؛ بعد التأكد من مصداقيته وموثوقيته بأسلوب CCA-PLS): إستراتيجيات التعامل التكيفية التي تضمنت الروح المعنوية (الصياغة الإيجابية للموقف) ودمج مرض السكري (تقبل المرض)، والإستراتيجيات غير التكيفية المتمثلة في: التجنب والإستسلام، وفي إطار تفاعل هذه الإستراتيجيات مع بنية الشخصية أو بالأحرى تأثير هذه الأخيرة على إستراتيجيات التعامل التي تنقل هذا التأثير، تنتج سلوكيات مضطربة (اضطراب التأقلم) لدى المراهق المصاب بالسكري.

فكما هو متوقع، لعبت الشخصية دورا مهما في التعامل. حيث أشارت النتائج إلى أن كل بعد من أبعاد الشخصية الخمسة التي تم فحصها في الدراسة الحالية كان لها تأثير على إستراتيجيات التعامل، بإستثناء عامل العصابية على الإستراتيجيات التكيفية والإنفتاح على الخبرة على الإستراتيجيات غير التكيفية.

## الفصل السادس : مناقشة نتائج الدراسة

وباعتبار أن الشخصية تتفاعل مع ضغط مرض السكري فكانت النتائج متوافقة بشكل عام مع الأبحاث السابقة ومع التوقعات التي تم إفتراضها، مما يشير إلى أن عامل العصابية له تأثير إيجابي على إنتهاج المراهق للإستراتيجيات غير التكيفية، وباقي العوامل (الإنبساطية، الإنفتاح على الخبرة الطيبة ويقظة الضمير) لها تأثير إيجابي على إنتهاج المراهق للإستراتيجيات التكيفية. ويتوافق هذا مع التوصيف القائل بأن الأشخاص الأعلى في العصابية والأقل في (الإنبساطية، الإنفتاح على الخبرة، الطيبة ويقظة الضمير) لديهم ميل لتجربة المشاعر السلبية وبالتالي قد يكونون أكثر عرضة للإبلاغ عن الإنخراط في إستراتيجيات تركز على العاطفة السلبية مثل؛ تجنب والإستسلام وبالتالي يواجهون مشاكل في التأقلم.

فالعصابية ترتبط إيجابيا بإستراتيجيات التعامل التي ترتبط عادة بالنتائج النفسية الضعيفة كالقلق والغضب والحزن ومشاكل التأقلم مع الحدث المرهق، لأن عامل العصابية يدفع الفرد إلى إستخدام الإستراتيجيات السلبية والتي تركز على العاطفة كالتجنب والإستسلام، فحين عامل الإنبساطية، والإنفتاح على الخبرة، الطيبة ويقظة الضمير ترتبط عادة بالنتائج الجيدة كالتأقلم الجيد مع الوضع الضاغط من خلال إعتداد الإستراتيجيات الإيجابية.

فالشخصية بسماتها تحدد الطريقة التي يقيم بها الفرد المواقف الضاغطة وإنطلاقا من عملية التقييم تتحدد ردود أفعال الأفراد للضغوط النفسية (إستراتيجيات التعامل) التي قد تساهم أو لا تساهم في تحويل الضغط الضار (Distress) إلى ضغط غير ضار (Eustress).

حيث يرى (Moss) أنه في إطار خصائص الشخصية تتحدد الصحة الجسمية والتوافق النفسي وهذا في إطار عملية تقدير الفرد، فبمجرد تلقي الفرد الموقف الضاغط والمرور به، يبدأ بإدراك الأزمة والشروع في تحديد أساليب مواجهتها والتكيف معها وتحديد طاقاته وقدراته الممكنة على تحمل الأزمة وتداعياتها عليه، ثم يدخل الفرد في مرحلة التعامل مع الموقف الضاغط معرفيا وسلوكيا لحشد طاقاته المعرفية وجهوده السلوكية والوجدانية للتكيف مع الموقف الضاغط، فقد يكون تكيفا سويا في صورة حلول إيجابية وفعالة في مواجهة الموقف، أو قد يكون تكيفا غير سوي يتضح في صورة حلول سلبية إنسحابية تؤثر في حالته الراهنة فتظهر عليه الأعراض الإضطرابية والتوترات التي تؤثر على صحته الجسمية والنفسية كما أنها تنذر بفشله في التوافق مع الأزمات التالية في حياته المستقبلية. (الجنابي، 2019، ص ص28- 29 )

## الفصل السادس : مناقشة نتائج الدراسة

وتتوافق نتائج نموذج الدراسة (التأثير غير مباشر) أيضا مع النموذج التفاعلي ونموذج المعاملات ونموذج السلوك الصحي التي أكدت أن للشخصية دور في التأثير على كيفية تعامل الفرد مع مواقف الإجهاد، وهذا من خلال تقييم الشخص للأحداث الضاغطة .

فبعد التشخيص الطبي لمرض السكري، يواجه المراهق ضغوطات وتحديات تتحدى إستراتيجيات التعامل التي إعتاد عليها، ونتيجة لذلك، يلجأ المراهق إلى إنتهاج إستراتيجيات غير تكيفية يعتقد من خلالها أنها تمكنه من التعامل مع مرضه، ولكن قد تكون مرحلة التأقلم مطولة وأحيانا غير ناجحة تؤدي إلى إضطراب التأقلم، وهذا مرده نظام سمات شخصيته في ظل مرحلته النمائية ومرضه المزمن .

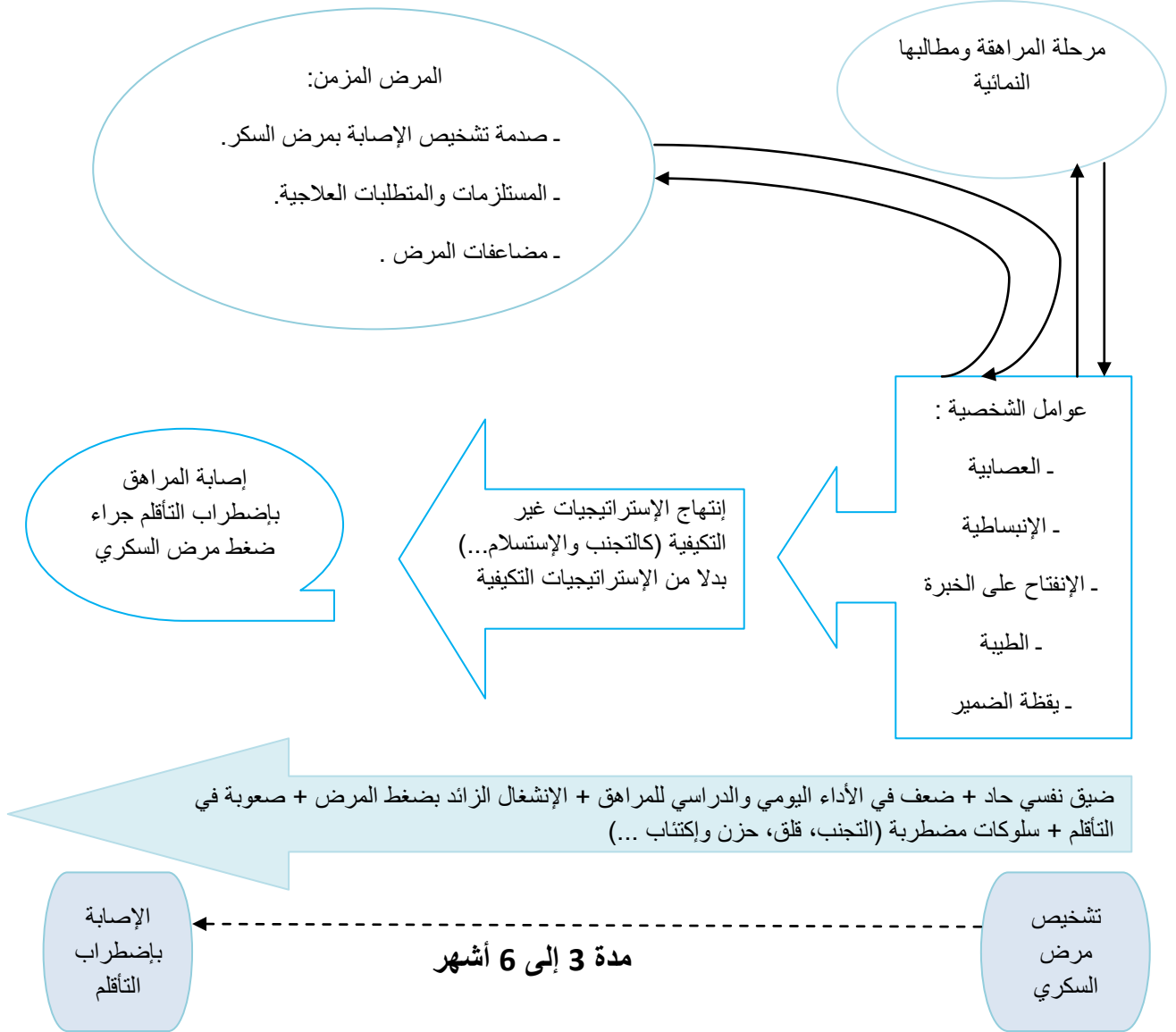
أما فيما يتعلق بالفرضية التي تشير بأن عامل العصابية يؤثر بشكل سلبي على الإستراتيجيات التكيفية والفرضية القائلة أيضا بأن عامل الإنفتاح على الخبرة يؤثر بشكل سلبي على الإستراتيجيات غير التكيفية، فإنهما لم تتحققا، الأمر الذي نتج عنه غياب الوساطة أو التأثير غير المباشر بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم (فيما يتعلق ب عامل العصابية والإنفتاح على الخبرة)، وقد يعود ذلك إلى أن سمات الشخصية قد تكون عوامل غير جازمة في إختيار أسلوب التعامل مع الضغوط على العموم ومرض السكري على الخصوص، إضافة إلى ذلك قد تكون هذه الأبعاد الخمسة للشخصية غير كافية لوصف سلوك المراهق المريض بالسكري والتأثير عليه في ظل إستراتيجيات التعامل والإصابة بإضطراب التأقلم، إضافة إلى ذلك أبعاد الشخصية ومكوناتها ترتبط ببعضها البعض ولهذا فصل كل عامل عن الآخر في الدراسة قد لا يساعد في تفسير سلوك الفرد، فالشخصية ليست ذلك القالب الذي يشمل مجموعة من السمات أو الخصائص المتفردة بل عبارة عن بنية ديناميكية تجمع تلك السمات وتسمح لها بالتفاعل مع بعضها البعض لتحديد السلوك.

وفي ظل الحديث عن التأثير غير المباشر وبشكل أدق نتائج الوساطة، تشير بأن متغير إستراتيجيات التعامل يتوسط العلاقة السببية بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم توسطا جزئيا وليس كليا حيث إختلف التأثير المباشر بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم عن التأثير غير المباشر بينها عند إضافة متغير إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري في معادلة الانحدار مما يشير أن هناك متغيرات أخرى غير إستراتيجيات التعامل تتوسط هذه العلاقة، مما يفتح المجال الواسع لإكتشاف متغيرات وسيطية أخرى.



## الفصل السادس : مناقشة نتائج الدراسة

بالتالي يمكننا القول بأن الشخصية تؤثر على كيفية إستجابة المراهق لمرض السكري وضغطه ومتطلباته الصحية (الإصابة بإضطراب التأقلم) من خلال دفعها له إلى التصرف بطرق معينة (إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري)؛ فالشخصية تلعب دورا رئيسيا في الإصابة بالإضطرابات النفسية؛ فهي تحدد الطريقة التي يفكر بها الناس ويشعرون بها ويتصرفون بها وبالتالي يؤثر هذا على السلوك، والشكل التالي يوضح ذلك:



الشكل رقم (28) : يوضح تأثير العوامل الخمسة الكبرى للشخصية غير المباشر في ظهور إضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري في ظل إستراتيجيات التعامل كمتغير وسيط.

بالرغم من تحقق معظم فرضيات النموذج البنائي، إلا أن هذه الدراسة مرت ببعض القيود المتمثلة فيما

يلي:

- لا يمكن تعميم نتائج هذه الدراسة وهذا راجع إلى صغر حجم عينة الدراسة.
- صعوبة تشخيص اضطراب التأقلم نظرا لغياب جدول إكلينيكي يحدد الإضطراب بدقة.
- المدة الطويلة بين تشخيص المراهق بمرض السكري وتشخيص الإصابة بإضطراب التأقلم التي تراوحت عند معظم الحالات ما بين 2 إلى 4 سنوات.

- على الرغم من أهمية نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية في الدراسة والبحث في مجال علم النفس عامة وعلم نفس الشخصية خاصة، إلا أن عدم تحقق بعض فرضيات الدراسة يجعلنا نعيد النظر في هذا النموذج التنظيري ما إذا كان يصف الشخص ككل أو جزءا منها.

### خلاصة الفصل:

بعد مناقشة نتائج الدراسة التي تمت معالجتها إحصائيا بأسلوب النمذجة البنائية بالمربعات الجزئية الصغرى، تم التوصل بأن العوامل الخمسة الكبرى للشخصية تأثر بشكل مباشر في ظهور اضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري، كما أنها تأثر بشكل مباشر في إختيار المراهق المصاب بالسكري لإستراتيجيات التعامل، كما تؤثر هذه الأخيرة أيضا بشكل مباشر في ظهور اضطراب التأقلم، كما تم التوصل أيضا أن متغير إستراتيجيات التعامل يتوسط العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم، وهذا ما أعطى لمتغير عوامل الشخصية الخمسة صفة التأثير غير المباشر في ظهور اضطراب التأقلم، وتوصلت هذه الدراسة أيضا أن عامل العصابية لا يؤثر على إستراتيجيات التعامل التكيفية، وعامل الإنفتاح على الخبرة لا يؤثر على الإستراتيجيات غير التكيفية وهذا أثر على نتائج التأثير غير المباشر فيما بعد أو بالأحرى نتائج تحليل الوساطة فيما يتعلق بهذه العاملين.

هذه النتائج أكدت أهمية عوامل الشخصية في تحديد سلوك المراهق أثناء تشخيصه بمرض السكري من خلال دورها التأثيري في ظهور اضطراب التأقلم لديه، كما أنها تلعب دورا كبيرا في إختياره لإستراتيجيات التعامل مع المرض.



الخاتمة

والتوجهات المستقبلية

للدراصة

لقد حظى موضوع عوامل الشخصية وسلوك الفرد المضطرب (خصوصا القلق والإكتئاب) في المواقف الضاغطة المختلفة الكثير من الإهتمام من قبل الباحثين، وقد ركزت الكثير من الدراسات على إثبات الإرتباط أكثر من السببية. لكن في الدراسة الحالية وإنطلاقا من مبدأ "الشخصية تسبب السلوك المضطرب"، قامت هذه الدراسة بتصميم نموذج نظري سببي يحدد أهمية العلاقة السببية بين متغيرات الدراسة (العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري وإضطراب التأقلم) تمت معالجته بأسلوب النمذجة السببية بالمربعات الصغرى الجزئية (PLS SEM)، وكشفت نتائج تحليله أن عوامل الشخصية الخمس لها دور في ظهور إضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري، حيث أبلغت نتائج تحليل المسار أن عامل العصابية يؤثر بشكل إيجابي في ظهور إضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري، على العكس من ذلك أفاد كل من هذه العوامل (الإنبساطية، الإنفتاح على الخبرة، الطيبة ويقظة الضمير) أن لها تأثير سلبي في ظهور إضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري، كما وجد في هذه الدراسة أن متغيرات إستراتيجيات التعامل مع مرض السكري لها دور وسيطي جزئي في العلاقة بين معظم العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم، إذ أن سمات الشخصية تؤثر على هذه الإستراتيجيات، لتتفاعل هذه الأخيرة مع هذا التأثير وتؤدي إلى نتائج نفسية مضطربة (إضطراب التأقلم) لدى المراهق المصاب بالسكري.

فمرض السكري كما هو متعارف عليه مرض مزمن وخطير، له مضاعفات ومستلزمات علاجية صارمة يفرضها على المريض كما أنه يغير نواحي عديدة في حياته، فما بالنا إذا كان هذا المريض يمر بمرحلة المراهقة، المرحلة التي تشمل تغيرات كثيرة في حياة الفرد في شتى المجالات، المرحلة التي يسعى فيها كل فرد أو بالأحرى كل مراهق إلى التخطيط لمستقبله واكتشاف هويته، بل ويسعى إلى تحديدها، وهو في خضم هذه التحولات أو في بدايتها يجد نفسه أمام تحدي شاق (مرض السكري) الذي يلزمه طيلة حياته ويفرض عليه نمطا جديدا يتطلب منه الصرامة عند إدارته لتجنب مضاعفاته الخطيرة، وقد تؤدي هذه المطالب والتحديات التي يفرضها هذا المرض المزمن إلى إستجابات سلوكية سلبية (كالدوانية والحزن والقلق وأحيانا صعوبات في التفاعل مع الآخرين) ينتج عنها غالبا إهمال المرض وعدم تقبله ورفضه، وبالتالي ظهور إضطراب التأقلم، وبطبيعة الحال تكون لعوامل الشخصية دور في ذلك.

فالشخصية هي ذلك الإطار الذي من خلاله تم تفسير سلوك المراهق المصاب بالسكري في هذه الدراسة وأساليب تعامله مع مرضه ومع نفسه والآخرين والبيئة المحيطة به، ومما لاشك فيه فإن المراهقين يختلفون بشكل كبير في استجاباتهم لضغوط مرض السكري، فهناك من يكون رد فعله إيجابياً، يتجسد في قدرته على التحكم فيه وإدارته بشكل جيد، وهناك من يكون رد فعله سلبياً يفاقم من نتائج مرضه ويؤدي به إلى مشاكل نفسية (الإصابة بإضطراب التأقلم)، وبطبيعة الحال أي موقف ضاغط يمر به المراهق أو أي فرد، فإنه يقوم بتقييم طبيعته وأهميته وتداعياته، ويتوقف هذا التقييم طبعاً على سمات شخصيته وعواملها التي تحدد بالأخير السلوك الذي سيقوم به في ظل هذا الموقف الضاغط.

إذ أن الشخصية بعواملها وسماتها تساعد على وصف سلوك الفرد وتحديد أثناء التعرض للضغوط من جهة، ومن جهة أخرى تسبب عوامل الشخصية إضطراباً في سلوك الفرد وسوء التأقلم أثناء التعرض للضغوط، خصوصاً إذا كان عامل العصابية أكثر العوامل بروزاً في تنظيم الشخصية بإعتباره عامل يضم كل سمات سوء التوافق النفسي (الحزن، القلق، الغضب، التوتر، الإنفعال، الشك،...) مقارنة بباقي العوامل، وفي هذا الخصوص قد يكون الفرد معتاد على التعامل مع الضغوط بشيء من قلق أو توتر...، أو أن الضغط يفوق قدراته وأساليبه التي يتعامل بها.

وفي نهاية هذا الطرح نصل إلى أن الشخصية إنطلاقاً من نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لها دور في التأثير المباشر وغير المباشر (الوساطة - إستراتيجيات التعامل -) في ظهور إضطراب التأقلم لدى المراهق المصاب بالسكري، ومع ذلك لا بد من الإشارة إلى نقطة مفادها أن دراسة الشخصية وتفسير الإضطراب النفسي في ضوءها هو أعقد من ذلك، فالصورة التي تم تحديدها في منطلق الدراسة عن علاقة الشخصية بإستراتيجيات التعامل وإضطراب التأقلم ودورها في التأثير عليهما، لم يتم رسمها كما كان مفترض، فعدم تحقق بعض فرضيات الدراسة، يجعلنا نعيد النظر في نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ما إذا كان كافياً حقاً لتأكيد صحة هذه الفرضيات أم لا، أو أن الشخصية ليست العامل الرئيسي لتفسير السلوك بل أن هناك عوامل أخرى.

ومع ذلك قد تكون جوانب هذه الدراسة خصوصاً فيما يتعلق بإضطراب التأقلم وتشخيصه أهدافاً يتم السعي من خلالها لتصميم أدوات إكلينيكية فعالة تمكن من تشخيصه، وأهدافاً محتملة في التدخلات السريرية تهدف إلى التحكم في المستويات العالية من العصابية والمستويات المنخفضة في باقي العوامل (الإنبساطية، الإنفتاح على الخبرة، الطيبة ويقظة الضمير)، لأن إدراك عوامل الشخصية السائدة وأنماط

التأقلم أثناء التعرض للضغوط يمكن أن يساعد المراهق المريض على تغيير إستراتيجيات التعامل غير التكيفية المنتهجة من قبله وتدريبه على إنتهاج إستراتيجيات تكيفية، أضف إلى ذلك يجب أن تستكشف الدراسات المستقبلية مدى ملاءمة التدخلات القائمة على سمات الشخصية؛ واختبار ما إذا كانت نتائج هذه الدراسة يمكن أن تمتد لتشمل عموم المراهقين وغير المراهقين المصابين بالسكري.

وختاماً تجدر الإشارة إلى أن الدراسة الحالية قد ركزت جهودها على عينة المراهقين المصابين بمرض السكري؛ لذلك فإن تعميم نتائجها يجب أن تؤخذ بعين الحيطه والحذر، وهنا يبقى السؤال الذي يطرح نفسه على الباحثين المهتمين بمواصلة الجهود في البحوث المستقبلية هو: هل فعلاً إستراتيجيات التعامل تلعب دور المتغير الوسيط في العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم لدى عينات بحثية أخرى؟، أضف إلى ذلك ماهي المتغيرات التي يمكن أن تتوسط العلاقة بين هذه العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإضطراب التأقلم؟، وهل يؤثر الجنس في طبيعة هذا المتغير الوسيط إذا تم تناوله كمتغير معدل في هذه الدراسة؟، وهنا يبقى مجال البحث ممهداً للباحثين المهتمين.

واستناداً الى ما سبق نوصي بضرورة إجراء دراسات تقوم على المنهجية العلمية ذاتها؛ التي تعد من أحدث مجالات الدراسة والبحث العلمي.

# المراجع



- أبو هاشم، السيد محمد .(2007). المكونات الأساسية للشخصية في نموذج كل من كاتل و إيزنك وكولدبرج لدى طلاب الجامعة (دراسة عاملية ) .مجلة كلية التربية،17(70)، 210-274.
- أبو هاشم، السيد محمد .(2010). النموذج البنائي للعلاقات بين السعادة النفسية والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية وتقدير الذات والمساندة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة . مجلة كلية التربية، 20 (81)، 268 – 350 .
- الأحمدى، شرف بنت حامد .(2013). تطوير مقياس العوامل الخمسة الكبرى في الشخصية (صورة قصيرة) . دراسات العلوم التربوية ، 40 (03)، 945- 966 .
- اشتيوي البطي، آمنة. (2018). الضغوط النفسية للمطلقات وأساليب مواجهتها. عمان: مركز الكتاب الأكاديمي.
- الأشول، عادل عز الدين .(2008). علم النفس النمو من الجنين إلى الشيخوخة . مصر : مكتبة أنجلو المصرية .
- إسماعيل، بشرى.(2004). ضغوط الحياة والإضطرابات النفسية. مصر: مكتبة أنجلو المصرية.
- الأنصار، بدر محمد، والعلي، طلال باقر . (2018). الخصائص السيكومترية لاستخبار الخمسة الكبار للأطفال والمراهقين لدى عينة من طلاب جامعة الكويت . مجلة الدراسات التربوية والنفسية ، 12 (02)، 379- 400 .
- آل عبد الله، محمد بن محمود .(2016). سيكولوجية الطفولة والأمومة " مشكلات وحلول" . مصر : كنوز للنشر والتوزيع .
- الأنصاري، بدر محمد .(2002). المرجع في مقاييس الشخصية "تقنين على المجتمع الكويتي". الكويت : دار الكتاب الحديث .
- الأنصاري، بدر محمد، وسليمان، عبد ربه مغازي . (2014). نموذج العوامل الخمسة للشخصية لدى الشباب العربي : دراسة مقارنة بين الكويتيين و المصريين . مجلة العلوم التربوية والنفسية، 15 (04)، 89 – 120 .
- أنصورة، نجاه عيسى حسين .(2015). أساسيات و أصول علم النفس .ط1. القاهرة : كنور للدعم الفني وخدمات النشر .
- أوزي، أحمد .(2011). المراهق والعلاقات المدرسية . ط3 . الدار البيضاء : مطبعة النجاح الجديدة.
- أيت حمودة، حكيمة .(2006). دور سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية دراسة ميدانية بمدينة عنابة . أطروحة دكتوراه في



علم النفس العيادي (منشورة) ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية ، جامعة الجزائر ، الجزائر . إستنادا

من <http://alkhbraa.com/home/PDFs/rasael/3elm->

[.elnaf/%D8%AF%D9%88%D8%B1%20%D8%B3%D9%85%D8%A7%D8%AA%2](http://alkhbraa.com/home/PDFs/rasael/3elm-.elnaf/%D8%AF%D9%88%D8%B1%20%D8%B3%D9%85%D8%A7%D8%AA%2)

- آيت حمودة، حكيمة، طيبي، الحاج، وآيت حمودة، ديهية.(2018). إستراتيجيات مواجهة ضغوط أحداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية والجسدية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

- باهي، مصطفى، والأزهري، منى.(2010). معجم المصطلحات الإحصائية: إنجليزي - عربي - عربي - إنجليزي. مصر: مكتبة أنجلو المصرية.

- البدري، نبيل عبد العزيز عبد الكريم علي . (2017) . الإلتواء الوطني وعلاقته بسمات الشخصية والتماسك الاسري لدى طلبة الجامعة. عمان : دار غيداء للنشر .

- بدران، عمرو حسن أحمد .(2014) . تحليل الشخصية . المنصورة : مكتبة جزيرة الورد .

- برفين، لورانس .(2010) . علم الشخصية الجزء الأول . ط1 . (ترجمة السيد عبد الحليم محمود، عامر أيمن محمد ، والرخاوى محمد يحيى) . القاهرة : المركز القومي للترجمة .

- بكار، عبد الكريم .(2011). المراهق "كيف نفهمه وكيف نوجهه". ط3. الرياض : دار وجوه للنشر والتوزيع

- بلخير، فايزة، وماحي، إبراهيم . (2018) . الحرمان الأسري وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى المراهق المتمدرس . مجلة المعيار ، 09 (01)، 249 – 268 .

- بليغ حمدي، إسماعيل.(2011). استراتيجيات تدريس اللغة العربية أطر نظرية ونماذج تطبيقية. ط1. الأردن: دار المناهج للنشر والتوزيع.

- بن سكرينة، مريم، وبن زاهي، منصور. (2015). أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المصابين بالداء السكري النوع الثاني دراسة ميدانية على عينة من المرضى بمستشفى محمد بوضياف ورقلة. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 07 (18)، 231-254.

- بن سكيريفة، مريم، و بن زاهي، منصور.(2015). أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المصابين بالداء السكري النوع الثاني. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، 07(18)،231-253.

- بن طاهر، نادية.(2020/11/ 15). وزير الصحة: داء السكري مشكلة حقيقية و14.4 بالمائة من البالغين مصابون به. إستنادا من

<https://www.ennaharonline.com/%D9%88%D8%B2%D9%8A%D8%B1->

- بنين، أمال، وبنين، إبتسام .(2016) . الإجهاد النفسي لدى الطالب العامل بجامعة الوادي دراسة إستكشافية في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية .مجلة العلوم النفسية والتربوية ، 03 (01)،93-111.

- بوترعة، بلال.(2018). التحليل الموضوعي للمقابلات البحثية في العلوم الاجتماعية. مجلة البحوث والدراسات الإنسانية، العدد 16، 217-238.
- بيلوس، رودي.(2015). مرض السكري . ط1. ( ترجمة مزبودي هنادي) . الجزائر : نوميديا و دار المؤلف للنشر و التوزيع .
- تايلور، شيلي .(2008) . علم النفس الصحي. ط1. (ترجمة بريك وسام درويش ، وطعيمة فوزي شاكر).عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع .
- التونسي، لبنى فرج، خليفة، ولاء، ومباركوت، هاني مبارك. (د.س) . سكر الحمل (من الإصدارات التثقيفية لمشروع رعاية مرضى سكر الحمل في صعيد مصر) . مصر : World Diabetes Foundation . إستنادا من <https://www.worlddiabetesfoundation.org>
- الجبالي، حمزة .(2016). عندما يبلغ أطفالنا سن المراهقة خصائص المرحلة ومشكلاتها. الأردن: دار عالم الثقافة للنشر والتوزيع.
- جبر ، أحمد محمود .(2012) . العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظات غزة. مذكرة ماجستير في علم النفس (منشورة) ، كلية التربية، جامعة الأزهر ، غزة . إستنادا من [file:///C:/Users/shift/Downloads/%C3%A3%C3%87%C3%8C%C3%93%C3%8A%C3%AD%C3%91%20%C3%87%C3%8D%C3%A3%C3%8F%20%C3%8C%C3%88%C3%91%20\(24\).pdf](file:///C:/Users/shift/Downloads/%C3%A3%C3%87%C3%8C%C3%93%C3%8A%C3%AD%C3%91%20%C3%87%C3%8D%C3%A3%C3%8F%20%C3%8C%C3%88%C3%91%20(24).pdf)
- الجنابي، عبد مرزوك.(2019).الأزمة النفسية: تشخيصها وأساليب التعامل معها. الأردن: دار اليازوري العلمية.
- الجهني، ناجي جميل .(2015) . حياة بلا سكري: الوقاية من السكري بطرق علمية وعملية "الوقايا من السكري بطرق علمية وعملية". ط1 . المملكة العربية السعودية : العبيكان للنشر.
- جودة، أمال. (2004). أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة وعالقتها بالصحة النفسية لدى عينة من طالب جامعة الأقصى. المؤتمر التربوي الأول، التربية في فلسطين ومتغيرات العصر، الجزء الثاني، الجامعة الإسلامية، غزة، 667-696.
- الحانوتي، سعدي موسى .(2016) . الإضطرابات العصابية. ط1 . الرياض : العبيكان للنشر .
- الحسيني، هشام حبيب محمد .(2012) . العوامل الخمسة للشخصية "وجهة جديدة لدراسة وقياس بنية الشخصية". القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
- حسن ، محمد صديق . (2005) . مرحلة المراهقة بين مسؤولية الأسرة ودور المجتمع . إستنادا من <https://www.psyco-dz.info/2018/07/stages-of-adolescence-family-role-of-society-pdf.html>

- حسين، طالب ناصر. (2011). الشخصية المبدعة ناتج إسهام العوامل الخمسة الكبرى وتفاعلات كل من متغيرات الإنبساط، الجنس، والتخصص والمرحلة الدراسية. مجلة العلوم النفسية، العدد 19، 01-34 .
- الحمادي، أنور. (2015). خلاصة الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس للإضطرابات العقلية DSM-5. لبنان:الدار العربية للعلوم ناشرون.
- الحميد، محمد بن سعد. (2008). داء السكري أسبابه و مضاعفاته وعلاجه . المملكة العربية السعودية : مدينة الملك عبد العزيز للعلوم التقنية .
- حمدان، محمد زياد. (2015). تصنيف ونظرية للسلوك الاجتماعي : نحو إطار علمي لدراسة وتنمية الإجتماع الإنساني. عمان : دار التربية الحديثة .
- حمداوي، جميل. (د.س). المراهقة خصائصها ومشاكلها وحلولها. إستنادا من <https://www.psyco-dz.info/2018/07/adolescence-characteristics-and-problems-and-solutions-pdf.html>
- الحيصة، إيمان عبد الله عمر. (2018). التسويق الأكاديمي وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية في ضوء عدد من المتغيرات لدى الطلبة الجامعيين. المجلة الدولية للعلوم الإنسانية والاجتماعية، 03 (03) .
- خرنوب، فتون. (2015). تقدير الذات والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية بوصفها منبئات للشغفة على الذات دراسة ميدانية لدى عينة من طلبة كلية التربية في جامعة دمشق. مجلة جامعة دمشق، 31(02)، 285 - 313 .
- الخضير، إبراهيم بن حسن. (2008). اضطراب التكيف .. إستجابة لضغوط نفسية تؤثر على السلوك والتفكير والعواطف. جريدة الرياض ، العدد 14480، إستنادا من <http://www.alriyadh.com/317874>
- الدبابي، خلدون، الدبابي، رابعة، وعبد الرحمن، عبد السلام. (2019). النمذجة السببية للعلاقات بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية والكفاءة الذاتية والسعادة لدى طلبة جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية . مجلة الدراسات التربوية والنفسية ، 13 (01)، 46-64 .
- الدليل الإرشادي لعلاج السكري في مراكز الرعاية الصحية الأولية . (2016) . الأردن . إستنادا من [https://extranet.who.int/ncdcs/Data/JOR\\_D1](https://extranet.who.int/ncdcs/Data/JOR_D1)
- ذيب، إيمان. (2013). التفكير الجانبي وعلاقته بسمات الشخصية على وفق أنموذج قائمة العوامل الخمسة للشخصية لدى طلبة الجامعة. مجلة الأستاذ، العدد (301) ، 463-540 .
- الرابيغ، خالد بن محمد بن محمود. (2013). التفكير الإبداعي والمتغيرات النفسية والاجتماعية لدى الطلبة الموهوبين . عمان : مركز دبيونو لتعليم التفكير.
- ربيع، محمد شحاتة . (2013) . علم نفس الشخصية . ط1. عمان : دار المسيرة للنشر و التوزيع.

## قائمة المراجع

- رجب عبد الرحيم، ولاء.(2016). الضغوط النفسية للمتفوقين وكيفية مواجهتها. مصر: دار العلوم للنشر والتوزيع.
- رفعت ، محمد .(1981). السكر وعلاجه . بيروت : دار المعرفة للطباعة و النشر .
- روبي ، محمد .(2013) الأفكار اللاعقلانية عند المراهقين (دراسة في الصحة النفسية) .الجزائر: دار الخلدونية .
- الرويتع، عبد الله صالح. (2007) . مقياس للعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية : عينة سعودية من الإناث . *المجلة التربوية* ، 21 (83) ، 99-126 .
- الزعبي، أحمد محمد .(2010) . سيكولوجية المراهقة (النظريات - جوانب النمو - المشكلات وسبل علاجها ) ط1. الأردن : دار زهران للنشر و التوزيع .
- الزهران، حامد عبد السلام .(1987). علم النفس النمو الطفولة والمراهقة . مصر : دار المعارف.
- الزهراني، أحمد بن سعيد عبد الله الحريري .(2016) . أعراض اضطرابات التأقلم، وتوهم المرض، والتمارض لدى عينة من المتحقين في إحدى دورات التأهيل العسكري. *الفكر الشرطي*، 25 (98)، 71-110 .
- زلوف، منيرة. (2006) . أثر داء السكري المرتبط بالأنسولين على الخصائص النفسية للمراهق وعلاقته بالتحصيل الدراسي. *مجلة البحوث والدراسات*، العدد3، 209-222.
- زلوف، منيرة، وسنوساوي، سعاد .(د.س) . السمات النفسية والإجتماعية لدى المراهق المصاب بداء السكري المرتبط بالأنسولين . *مجلة متون*، 08 (02) ، 140-147 .
- ساوس، الشيخ، وفودو، محمد. (2019). نمذجة المعادلات الهيكلية باستخدام المربعات الصغرى الجزئية مثال تطبيقي باستخدام R في بحوث المحاسبة والتدقيق. *مجلة معهد العلوم الإقتصادية (مجلة علوم الإقتصاد والتسيير والتجارة)*، 22 (01)، 179-196 .
- ستير نبيرغ، روبرت، وديفيدسون جانبث. (2013) . إصدارات موهبة : مفاهيم الموهبة . ط2. (ترجمة القرنة داوود سليمان، الدبابنة خلود أديب، والبطاينة أسامة محمد ) . المملكة العربية السعودية: العبيكان للنشر .
- سعدي، وردة. (2017) . سمات شخصية المراهق الجزائري المهاجر غير شرعي وفق نظرية العوامل الخمس الكبرى للشخصية " دراسة عيادية لأربع حالات" . أطروحة دكتوراه في تخصص علم النفس العيادي (منشورة)، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية ، جامعة محمد خيضر، بسكرة . إستنادا من [http://thesis.univ-biskra.dz/2900/1/Th%C3%A8se\\_lmd\\_23\\_2017.pdf](http://thesis.univ-biskra.dz/2900/1/Th%C3%A8se_lmd_23_2017.pdf)

- السلطان، إبتسام، والسبعواوي، رائد إدريس. (2012). سلوك المساعدة وعلاقته بالعوامل الخمس الكبرى لدى طلبة الجامعة. مجلة التربية والعلم، 19(04)، 360-384 .
- سليمان، ريم، وفؤاد، صبير. (2014). الأنماط المزاجية لدى عينة من مرضى السكري من النوع الثاني دراسة ميدانية في محافظة اللاذقية. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية - سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، 63(05): 95-115 .
- السهلي، حصة. (2016). العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية لدي النساء المطلقات في المجتمع السعودي. المجلة الدولية التربوية المتخصصة، 5(03)، 24-42.
- سيلامي، نوربير. (2001). المعجم الموسوعي في علم النفس الجزء الخامس : الفاء، القاف ، الكاف، اللام، الميم . (ترجمة أسعد وجيه). دمشق : منشورات وزارة الثقافة .
- سيلامي، نوربير. (2001). المعجم الموسوعي في علم النفس الجزء الرابع : الطاء ، الظاء ، العين، الغين . (ترجمة أسعد وجيه). دمشق : منشورات وزارة الثقافة .
- الشريبي، زكرياء. (2018). مقتطفات من علم النفس في الكوارث والصدمات والأزمات. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية .
- الشريف، عبير بنت عبد الله. (2017). جودة الحياة لدى مرضى السكري و دور الخدمة الإجتماعية في تحسينها. مصر : أطلس للنشر والإنتاج الإعلامي .
- شكشك، أنس. (2008). علم النفس العام "القوى النفسية المعرفية والقوى النفسية المحركة للسلوك" ط1 . حلب : دار النهج للدراسات والنشر والتوزيع .
- الشمالي، نضال عبد اللطيف. (2015). العوامل الخمسة للشخصية وعلاقتها بالاكنتاب لدى المرضى المترددين على مركز غزة المجتمعي - برنامج غزة للصحة النفسية. مذكرة ماجستير في التربية تخصص الصحة النفسية والمجتمعية (منشورة)، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة . إستنادا من [https://iugspace.iugaza.edu.ps/bitstream/handle/20.500.12358/20025/file\\_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iugspace.iugaza.edu.ps/bitstream/handle/20.500.12358/20025/file_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- شويخ، هناء أحمد محمد. (2012). علم النفس الصحي . ط1. مصر :مكتبة الأنجلو المصرية .
- صالح، سعيدة. (2012). سمات الشخصية في منظور العوامل الخمسة الكبرى للشخصية . مجلة الباحث ، 04 (01) : 32-41.
- طشطوش، رامي، والقشار، محمد. (2017). نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن . المجلة الأردنية في العلوم التربوية ، 13(02)، 133-151 .

- طعبللي، محمد الظاهر، وعمامرة، سميرة. (2014). العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة الضغوط: دراسة ميدانية على عينة من الإطار الطبي وشبه الطبي بالقطاع الصحي بالوادي. مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، 02(03)، 22-45.
- عباس، حسين، وليد، حسين، وعلي، ناسو صالح سعيد. (2016). الشخصية القيادية . الأردن : غيداء للنشر والتوزيع .
- عبد الجواد، ياسمين محمد محمود .(د.س). مهارات الحوار وعلاقتها بالعوامل الخمس الكبرى للشخصية لدى المراهقات ". بحث مشتق ضمن رسالة دكتوراه ضمن متطلبات الحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في التربية تخصص علم نفس تربوي " . مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية، العدد 11، 87 - 128 .
- عبد الحافظ، إسماعيل.(2015). إستراتيجية الاتصال الثقافي في دراما المسلسلات التلفزيونية العربية : نموذج (اليمن، الجزائر، مصر، سورية) : دراسة تحليلية مقارنة. الأردن: دار غيداء للنشر والتوزيع.
- عبد الخالق، أحمد محمد. (2016) ، علم نفس الشخصية. مصر : مكتبة أنجلو المصرية .
- عبد الكريم، جمال عبد الحميد جادو، ومبارك ، دعاء محمد عبد العظيم .(2016) . الإسهامات النسبية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية في تنبؤ بمقاومة الإغراء والسعادة النفسية لدى طلاب كلية التربية بجامعة القصيم .دراسات عربية في التربية وعلم النفس، العدد (78)، 313- 366.
- عبد الهادي، نبيل.(2011) . تشكيل السلوك الإجتماعي . ط1 . عمان : دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- عشوي، مصطفى.(2016) . علم النفس المعاصر . الجزائر : دار الأمة للطباعة والنشر والتوزيع.
- عطية، دليلة. (2017). فعالية برنامج تثقيف صحي في رفع درجة تقبل المرض والتحكم الذاتي لدى مرضى السكري نمط 2 (دراسة ميدانية على عينة من مرضى السكري نمط 2 بمدينة عين مليلة). رسالة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية ، جامعة باتنة 1 .
- عطية، محمود.(2010). ضغوط المراهقين والشباب وكيفية مواجهتها. مصر: مكتبة أنجلو المصرية.
- عفيفي، أحمد . (2017) . مالا تعرفه عن السكري . ط1 . مصر : أطلس للنشر والإنتاج الإعلامي.
- علي إيبو، نايف. (2019). الضغوط النفسية. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- العنزي، مشرف عدنان، والأنصاري، بدر محمد .(2018) . العلاقة بين الأبعاد الثقافية العالمية ونموذج العوامل الخمسة للشخصية لدى المعلمين الكويتيين وغير الكويتيين. مجلة الدراسات التربوية والنفسية، 12 (01) ، 76 - 95 .

- العواد، فواز.(2015). الأبعاد الأساسية للشخصية للنساء وفق مقياس جولديبيرج وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة جامعة دمشق، 31 (02)، 107-137.
- عواد، محمود. (2011). معجم الطب النفسي والعقلي . الأردن : دار أسامة للنشر والتوزيع .
- غباري، ثائر أحمد، وأبوشعيرة، خالد محمد . (2015). سيكولوجيا الشخصية. ط 1. الأردن : دار الإعمار العلمي للنشر والتوزيع.
- الغرير، أحمد نايل، وأبو أسعد، أحمد عبد اللطيف.(2008). التعامل مع الضغوط النفسية. الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- غريب، عبد الكريم. (2017). سيكولوجيا الشخصية . الدار البيضاء: منشورات عالم التربية .
- غنيم، سيد محمد. (1975). سيكولوجيا الشخصية " محدداتها - قياسها - نظرياتها " . مصر: دار النهضة العربية للنشر والتوزيع .
- غيث، سعاد، محمود بنات، سهيلة، وإسماعيل محمد، غادة.(2012). دروس في التربية العقلانية: دليل المرشد المدرسي.الأردن: دار المعتز للنشر والتوزيع.
- فراحي، فيصل، شعبان، زهرة، وشارف، جميلة. (2018). علاقة السمات الخمسة الكبرى للشخصية باستراتيجيات التعامل مع المواقف الضاغطة دراسة ميدانية أجريت على عينة من موظفي جامعة وهران 1 . مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والإجتماعية، 10(02)، 29-42.
- فينك، هيدر هيدريك، مكسيكي، ألان، و بارجون، ليزا. (2014). التطبيقات العملية في التغذية للمرضى الجزء الثاني.(ترجمة خالد صلاح الدين محمد كامل).المملكة العربية السعودية: دار جامعة الملك سعود للنشر.
- القراله، علي عبد القادر.(2017).مواجهة ظاهرة العنف في المدارس والجامعات . الأردن : دار عالم الثقافة للنشر والتوزيع.
- قمر، مجذوب أحمد محمد أحمد. (2015). العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية لدى أسر المعاقين ذهنيا .مجلة الدراسات والبحوث الإجتماعية، العدد 12، 7-22 .
- قورة، على عبد السميع، وأبو لين، وجيه المرسي.(د.س). الإستراتيجيات الحديثة في تعليم وتعلم اللغة. إستنادا من [https://cliow.blogspot.com/2021/03/pdf\\_51.html](https://cliow.blogspot.com/2021/03/pdf_51.html)
- كاظم، علي مهدي. (2002). القيم النفسية والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية .مجلة العلوم التربوية والنفسية ، 3(2)، 12-40.
- لطفي، منير. (2015). السكري الداء والدواء. المنصورة : دار البدر للنشر والتوزيع.

- مجيد، سوسن شاكر. (2015). اضطرابات الشخصية " أنماطها - قياسها" ط2. عمان : دار صفاء للنشر والتوزيع .
- محمد، عباس محمد. (2011). العوامل الخمسة الكبرى للشخصية .مجلة البحوث التربوية والنفسية، 08 (30) ، 334-313 .
- محمود، الفرحتي السيد.(2009). العجز المتعلم : سياقاته وقضاياها التربوية والإجتماعية : قراءات في علم النفس الإيجابي. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية .
- محمد، محمد هاني. (2015). السلوك التنظيمي الحديث. ط1. الأردن: دار المعتز للنشر والتوزيع.
- محمود، رضوى.(2016). المراهقة.. طغيان العاطفة على العقل. مصر : وكالة الصحافة العربية.
- محيسن، عون عوض. (2013). البنية العاملية لمقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بعزة. مجلة العلوم التربوية والنفسية ، 14 (03)، 416-387 .
- مختار، وفيق صفوت.(2018). أطفالنا وأحدث أساليب التربية. الجيزة: أطلس للنشر والتوزيع.
- مخدو، أيوب لطفي. (2015). نظريات الشخصية. ط1. عمان: دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع.
- المرزوقي، جاسم محمد عبد الله محمد. (2008). الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر (السكر) دراسة إستطلاعية لمعرفة مدى تأثير الأمراض النفسية على مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري . مصر : العلم والإيمان للنشر و التوزيع .
- مزوز، بركو. (2014). مدخل إلى علم النفس المرضي. ط1. الجزائر : دار قانة للنشر والتوزيع.
- مصطفى، يوسف، وبتو، أسيل. (د.س). العوامل الخمسة الكبرى في الشخصية وعلاقتها بتقييم الذات التحصيلي لدى طلبة الجامعة. مجلة كلية الآداب، العدد 77، 224 – 260.
- مطرف. (2004). قراءات في الطبع . إستنادا من <http://www.onefd.edu.dz/bloc-formation/expose/lectures.pdf>
- معاليقي، عبد اللطيف. (2010). المراهقة أزمة هوية أم أزمة حضارة. ط5. بيروت: شركة المطبوعات للتوزيع و النشر.
- معمريّة، بشير. (2010). تقنين قامة آرون ت.بيك الثانية للإكتئاب على عينات من الجنسين في البيئة الجزائرية صورة الراشدين BDI-II. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 25-26، 92-105.
- المعهد البيبليو غرافي الألماني . (2006). كيف يعمل هذا ؟ جسم الإنسان و أمراضه. ط1. (إلياس حاجوج ، مترجم ). المملكة العربية السعودية : مكتبة العبيكان .





[20%D8%B9%D8%A8%D8%AF%20%D8%A7%D9%84%D9%83%D8%B1%D9%8A%D9%85%20%D9%87%D8%B2%D9%8A.pdf](https://www.researchgate.net/publication/330181817)

- هلال، ساندرين، والحلبية، فدوى. (2018). العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وعلاقتها بالتفكير الإبداعي لدى طلبة الجامعات الفلسطينية. *المجلة الدولية للتربية المتخصصة*، 7 (08)، 1-17.

- الهنداوي، علي فالح. (2016). *علم النفس النمو (الطفولة والمراهقة)*. ط8. الإمارات و بيروت: دار الكتاب الجامعي .

- هبية، محمد أحمد علي. (2013). تأثير طرق معالجة البيانات المفقودة على الخصائص السيكومترية للمقاييس ذات الإستجابات المتعددة (دراسة إمبريقية ومحاكاة). *مجلة جامعة عين الشمس للقياس والتقويم*، 03 (05)، 1-57.

- هيكل، أحمد الطيب. (2005). *سلسلة المدرب العملية : مهارات التعامل مع الناس*. مصر: مجموعة النيل العربية .

- الوادي، محمود حسين، الزعبي، علي فلاح. (2011). *أساليب البحث العلمي: مدخل منهجي تطبيقي*. عمان: دار المناهج للنشر والتوزيع.

- ولي، حنين، وخليفة، مصرى. (2005). *أطلس 4 دائرة معارف طبية وصيدلانية مبسطة*. ط12. مصر: دار نوبار للطباعة .

- Salman ,R., Hoffmann,R ., Kimil,A., Landgraf ,R., Mair,P., Muller,M., Markin ,K.,... et all .(2013). *مرض السكري إعلام ووقاية وتصرف (نشرة إرشادية)*. (Translated by Salman ,R) . Ethno- Medizinosches Zentrum e.V. Retrieved from [https:// www. Ethno- Medizinosches Zentrum.de](https://www.Ethno-MedizinoschesZentrum.de)

## 2/ المراجع الأجنبية:

- Abood, N .(2019) . **Big Five Traits: A Critical Review**. *Gadjah Mada International Journal of Business*.21(02),159-186.
- AFHSB Surveillance Case Definitions.(2018). **Adjustment Disorders**. Retrieved from [file:///C:/Users/shift/Downloads/FINAL\\_Adjustment%20Disorders\\_cd\\_SEPT18\\_1%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/shift/Downloads/FINAL_Adjustment%20Disorders_cd_SEPT18_1%20(2).pdf)
- Afshar, H., Roohafza, H. R., Keshteli, A. H., Mazaheri, M., Feizi, A., & Adibi, P. (2015). **The association of personality traits and coping styles according to stress level**. *Journal of research in medical sciences*:

*the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 20(4), 353-358.

- Alaska Native Medical Center . (2006) . **BHS Treatment Guidelines for Adjustment Disorders**. Retrieved from <https://anmc.org/wp-content/uploads/guidelines04182018/BHSGuidelinesDepression.pdf>
- Ali, I. (2015). **Adjustment disorders (stress related or psychiatric disorder)**. *J Psychiatry*, 18(5), 1-2. doi: [10.13140/RG.2.1.1151.4087](https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1151.4087)
- Almeida, D., Monteiro, D., & Rodrigues, F. (2021). **Satisfaction with life: mediating role in the relationship between depressive symptoms and coping mechanisms**. *Healthcare*, 9 (7), 787.
- American Psychiatric Association (APA).(1980). **diagnostic and statistical manual of mental disorders third edition (DSM-III)**. Retrieved from <http://aditpsiquiatriaypsicologia.es/images/CLASIFICACION%20DE%20ENFERMEDADES/DSM-III.pdf>
- Arai, K., Bhatia R., Kapoor, S. (2020). **Proceedings of the Future Technologies Conference (FTC) 2019 : Volume 1**. Switzerland: Springer International Publishing.
- Arezki, D.(s.d). **La psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent au service des parents , des enseignants**. Tizi – Ouzou : L'Odyssee Edition.
- Association Luxembourgeoise du Diabète (ALD) .(2018) . **Le guide du diabète**. 2<sup>e</sup> E. Retrieved from [file:///C:/Users/shift/Downloads/guide-du-diabete%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/shift/Downloads/guide-du-diabete%20(3).pdf)
- Bachem, R., & Casey, P. (2018). **Adjustment disorder: a diagnosis whose time has come**. *Journal of affective disorders*, 227, 243-253.
- Baratloo, A., Safari, S., Elfil, M., & Negida, A. (2015). **Evidence based emergency medicine part 3: positive and negative likelihood ratios of diagnostic tests**. *Emergency*, 3 (4),170-171.
- Baucom, K. J., Queen, T. L., Wiebe, D. J., Turner, S. L., Wolfe, K. L., Godbey, E. I., ... & Berg, C. A. (2015). **Depressive symptoms, daily stress, and adherence in late adolescents with type 1 diabetes**. *Health Psychology*, 34(5), 522-530.
- Baumeister, H., Maercker, A., & Casey, P. (2009). **Adjustment disorder with depressed mood: A critique of its DSM-IV and ICD-10 conceptualization and recommendations for the future**. *Psychopathology*, 42(3), 139-147.

- Beckmann, N., & Wood, R. E. (2017). **Dynamic personality science. Integrating between-person stability and within-person change.** *Frontiers in psychology*, 8, 1486 . doi: [10.3389/fpsyg.2017.01486](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01486)
- Ben-Ezra, M., Hyland, P., Karatzias, T., Maercker, A., Hamama-Raz, Y., Lavenda, O., Mahat-Shamir, M., Shevlin, M. (2020). ICD-11 disorders specifically associated with stress in africa: A cross-country comparison of Kenya, Nigeria and Ghana. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1720972.
- Bennett , J. L., & English, J. (2011) . **Executive Coaching Style: In Search of a Taxonomy.** Discussion Paper Series . McColl School of Business, Queens University of Charlotte.
- Bombardier, C.H. D'Amico,C., & Jordan, J.S.(1990). **The relationship of appraisal and coping to chronic illness adjustment.** *Behaviour Research and Therapy*,28(04) ,297-304.
- Braillard ,O.(2017) . **Le Diabète de Type 2.** Service de médecine de premier recours – DMCPRU – HUG . Retrieved from [www.hug-ge.ch](http://www.hug-ge.ch) .
- Bruck ,C. S., & Allen ,T. D.(2003) . **The relationship between big five personality traits, negative affectivity, type A behavior, and work–family conflict.** *Journal of Vocational Behavior* . 63(3),457-472.
- Bruck, C. S., & Allen, T. D. (2003). **The relationship between big five personality traits, negative affectivity, type A behavior, and work–family conflict.** *Journal of vocational behavior*, 63(3), 457-472.
- Burns, R. J., Deschênes, S. S., & Schmitz, N. (2016). **Associations between coping strategies and mental health in individuals with type 2 diabetes: Prospective analyses.** *Health Psychology*, 35(1), 78-86.
- Carta, M. G., Balestrieri, M., Murru, A., & Hardoy, M. C. (2009). **Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment.** *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5(1), 1-15.
- Casey ,P . (2018). **Adjustment Disorders: From Controversy to Clinical Practice.** UK: Oxford University Press.
- Casey, P. (2014). **Adjustment disorder: new developments.** *Current Psychiatry Reports*, 16(6), 1-8.
- Casey, P., & Bailey, S. (2011). **Adjustment disorders: the state of the art.** *World Psychiatry*, 10(1), 11 -18.
- Casey, P., & Jabbar, F. (2013). **Adjustment disorder considered.** *Advances in psychiatric treatment*, 19(2), 99-107.

- Casey, P., Dowrick, C., & Wilkinson, G. (2001). **Adjustment disorders: Fault line in the psychiatric glossary.** *The British Journal of Psychiatry*, 179(06), 479-481.
- Casey, P.R. (2009). **Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment.** *CNS Drugs*, 23 (11), 927-938.
- Chew, K. H. P., & Dillon, D. B. (2014). **Statistics anxiety and the Big Five personality factors.** *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 112, 1177-1186.
- Cicchetti, D. (2010). **Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective.** *World Psychiatry*, 9(3), 145-154.
- Coles, T., Coon, C., DeMuro, C., McLeod, L., & Gnanasakthy, A. (2014). **Psychometric evaluation of the Sheehan Disability Scale in adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder.** *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 887.
- Collège des Enseignants d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (CEEDMM). (2011). **Item 233 a : Diabète sucré de type 1,** Université Médicale Virtuelle Francophone . Retrieved from <http://campus.cerimes.fr/endocrinologie/enseignement/item233a/site/html/cours.pdf>
- Cooper, A. J., Smillie, L. D., & Corr, P. J. (2010). **A confirmatory factor analysis of the Mini-IPIP five-factor model personality scale.** *Personality and Individual Differences*, 48(5), 688-691.
- Cornelius, L. R., Brouwer, S., de Boer, M. R., Groothoff, J. W., & van der Klink, J. J. L. (2014). **Development and validation of the Diagnostic Interview Adjustment Disorder (DIAD).** *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(2), 192–207.
- Čukić, I., & Weiss, A. (2016). **Personality correlates of type 1 diabetes in a national representative sample.** *Psychological topics*, 25(1), 45-58.
- Čukić, I., Möttus, R., Luciano, M., Starr, J. M., Weiss, A., & Deary, I. J. (2015). **Do personality traits moderate the manifestation of type 2 diabetes genetic risk?.** *Journal of psychosomatic research*, 79(4), 303-308.
- Curtis, A. C. (2015). **Defining adolescence.** *Journal of Adolescent and Family Health*, 07(02). Retrieved from <https://scholar.utc.edu/jafh/vol7/iss2/2/>
- Dale, L., & Harrison, D. (2017). **How the Big Five personality traits in CPSQ increase its potential to predict academic and work outcomes.** Cambridge Assessment Admissions Testing. Retrieved from

<https://www.admissionstesting.org/Images/419493-the-big-five-personality-traits-in-cpsq.pdf>

- Darnac, C. (2008) . **L'adolescent face à l'annonce d'un diabète de type 1. Travail de fin d'études conduisant au diplôme d'état d'infirmier**, Institut de Formation en Soins Infirmiers Saint Antoine, paris.
- de Ridder,D., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H.(2008). **Psychological adjustment to chronic disease**. *Lancet*, 372,246–55
- Deeb, A., Akle, M., Al Ozairi, A., & Cameron, F. (2018). **Common issues seen in paediatric diabetes clinics, psychological formulations, and related approaches to management**. *Journal of diabetes research*, 2018.
- Diamantopoulos, A., Riefler, P., & Roth, K. P. (2008). **Advancing formative measurement models**. *Journal of business research*, 61(12), 1203-1218.
- Dragan, M., Grajewski, P., & Shevlin, M. (2021). **Adjustment disorder, traumatic stress, depression and anxiety in Poland during an early phase of the COVID-19 pandemic**. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1860356.  
doi:<https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1860356>
- Duangdao, Kate M., & Roesch ,S.C., (2008). **Coping with diabetes in adulthood: a meta-analysis**. *J Behav Med* ,31,291–300.
- Ekelund,S.(2011). **ROC curves – what are they and how are they used?**. Retrieved from <https://acutecaretesting.org/en/articles/roc-curves-what-are-they-and-how-are-they-used>
- Esmaeilinasab, M., Ebrahimi, M., Mokarrar, M. H., Rahmati, L., Mahjouri, M. Y., & Arzaghi, S. M. (2016). **Type II diabetes and personality; a study to explore other psychosomatic aspects of diabetes**. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 15(1), 1-5.
- Fink, G.(2000). **Encyclopedia of Stress(volume A-D)** . Academic Press.
- Florkowski, C. M. (2008). **Sensitivity, specificity, receiver-operating characteristic (ROC) curves and likelihood ratios: communicating the performance of diagnostic tests**. *The Clinical Biochemist Reviews*, 29(Suppl 1), S83.
- Frydenberg, E., & Lewis,R.(1991). **Adolescent coping: the different ways in which boys and girls cope**, . *Journal of Adolescence*,14(02),119-133.
- Frydenberg, E., & Lewis,R.(1993). **Boys play sport and girls turn to**

- others: Age, gender and ethnicity as determinants of coping.** *Journal of Adolescence*, 16(3) , 253–266.
- García-Batista, Z. E., Guerra-Peña, K., Cano-Vindel, A., Herrera-Martínez, S. X., & Medrano, L. A. (2018). **Validity and reliability of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in general and hospital population of Dominican Republic.** *PloS one*, 13(6), e0199750.
  - Geekymedics.(s.d). **Sensitivity, Specificity, PPV and NPV.** Retrieved from <https://geekymedics.com/sensitivity-specificity-ppv-and-npv/>
  - Glasofer, D. R., Brown, A. J., Riegel, M., & Wade, T. (2015). **Structured clinical interview for DSM-IV (SCID).** *Encyclopedia of feeding and eating disorders*,1-4.
  - Gunther, Steve Vinay. (1994). **A Review of Coping, with Reference to Mental Health.** In A Comparison of Coping Between Grow Members and Public mental Health System Clients. (Mental Health Masters), Wollongong University, Wollongong.
  - Hair Jr, J. F., Howard, M. C., & Nitzl, C. (2020). **Assessing measurement model quality in PLS-SEM using confirmatory composite analysis.** *Journal of Business Research*, 109, 101-110.
  - Hair, J. F., Risher, J. J., Sarstedt, M., & Ringle, C. M. (2019). **When to use and how to report the results of PLS-SEM.** *European business review*.31(01),2-24.
  - Hair, J., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2017). **A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)** .2nd ed. SAGE Publications.
  - Hair, J., Sarstedt, M., Hopkins, L., Kuppelwieser,V.G. (2014) **Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM): An Emerging Tool in Business Research.** *European Business Review*, 26(02), 106-121.
  - Health News Review. (s.d). **Understanding medical tests: sensitivity, specificity, and positive predictive value .** Retrieved from <https://www.healthnewsreview.org/toolkit/tips-for-understanding-studies/understanding-medical-tests-sensitivity-specificity-and-positive-predictive-value/>
  - Henry, F., Herwindiati, D. E., Mulyono, S., & Hendryli, J. (2017, March). **Sugarcane land classification with satellite imagery using logistic regression model.** In *IOP conference series: materials science and engineering* , 185( 1), 012024).
  - Henseler, J., & Schubert, F. (2020). **Using confirmatory composite analysis to assess emergent variables in business research.** *Journal of Business Research*, 120, 147–156.

- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2015). **A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling.** *Journal of the academy of marketing science*, 43(1), 115-135. doi : [10.1007/s11747-014-0403-8](https://doi.org/10.1007/s11747-014-0403-8)
- Hicks, C. M. (2009). **Research methods for clinical therapists: applied project design and analysis.** Elsevier Health Sciences.
- Howard, P.J., & Howard, J.M.(1995). **The Big Five Quickstart: An Introduction to the Five-Factor Model of Personality for Human Resource Professionals.** ED 384754, Centre of applied cognitive studies, Charlotte, North Carolina.
- International Diabetes Federation . (2017) . **ATLAS du Diabète de la FID . 8<sup>e</sup> E** . Retrieved from [file:///C:/Users/shift/Downloads/IDF-Diabetes-Atlas-8e-FR-finalRT%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/shift/Downloads/IDF-Diabetes-Atlas-8e-FR-finalRT%20(3).pdf)
- International Diabetes Federation. (2019) . **IDF Diabetes Atlas. (9th Edition).** Retrieved from [https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302\\_133351\\_IDFATLAS9e-final-web.pdf](https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf)
- Jardim, G. B. G., von Gunten, A., da Silva Filho, I. G., Ziegelmann, P. K., Bumaguin, D. B., Nogueira, E. L., Engroff, P., & Neto, A. C. (2019). **Relationship between childhood maltreatment and geriatric depression: the mediator effect of personality traits.** *International psychogeriatrics*, 31(12), 1759-1767.
- Jaser, S.S. (2010) . **Psychological Problems in Adolescents with Diabetes .Adolescent medicine: state of the art reviews**,21(01) ,138.
- Johnson, J. A. (2017). **Big-Five model.** Retrieved from <http://www.personal.psu.edu/faculty/j/5/j5j/papers/Big-FiveModelFinal.pdf>
- Jokela, M., Hakulinen, C., Singh-Manoux, A., & Kivimäki, M. (2014). **Personality change associated with chronic diseases: pooled analysis of four prospective cohort studies.** *Psychological Medicine*, 44(12), 2629-2640.
- Kananifar, N., Muhamad, H. B., & Zarkesh, N.(2019). **An Evaluation of Mental Health based on the Big Five Personality Traits and Machiavellianism in Domestic and International Students in Malaysia.** *Sch Bull*, 5(5),192-201.
- karimzade, A., & besharat, M. A. (2011) . **An investigation of the relationship between personality dimensions and Stress coping styles.** *Procedia - Social and Behavioral Sciences* . 30 ,797-802.



- karimzade, A., & besharat, M. A. (2011). **An investigation of the relationship between personality dimensions and stress coping styles.** *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 797-802.
- Kazlauskas, E., Zelviene, P., Lorenz, L., Quero, S., & Maercker, A. (2017). **A scoping review of ICD-11 adjustment disorder research.** *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup7), 1421819. doi: [10.1080/20008198.2017.1421819](https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1421819)
- Kim, S.E., Kim, H.Na. , Cho, J., Kwon, M.J ., Chang, Y ., Ryu, S., Shin, H ., Kim , H.L . (2016). **Direct and Indirect Effects of Five Factor Personality and Gender on Depressive Symptoms Mediated by Perceived Stress.** *PLos One*, 11(4), e0154140 doi:[10.1371/journal.pone.0154140](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154140).
- Klipstein,C.A. (s.d). **Diagnostic Reasoning.** Retrieved from <https://www.med.unc.edu/medclerk/wp-content/uploads/sites/877/2018/10/DR6.pdf>
- Koorevaar, A. M. L., Comijs, H. C., Dhondt, A. D. F., Van Marwijk, H. W. J., Van Der Mast, R. C., Naarding, P., .Oude Voshaar, R.C & Stek, M. L. (2013). **Big Five personality and depression diagnosis, severity and age of onset in older adults.** *Journal of affective disorders*, 151(1), 178-185.
- Kovacs, M., Ho, V., & Pollock, M. H. (1995). **Criterion and predictive validity of the diagnosis of adjustment disorder: a prospective study of youths with new-onset insulin-dependent diabetes mellitus.** *The American journal of psychiatry*, 152(04),523-528.
- Krug ,S. , & Shaffer, B. (1993) . **Psychiatry.** New York . Springer – Verlag.
- Kumanova, M.V., Karastoyanov, G. S. (2013). **Perceived Stress and Coping Strategies.** Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/332466379> Perceived Stress and Coping Strategies
- l'Association canadienne du diabète .(2014) . **L'essentiel sur le diabète de type 1.** Retrieved from [https://guidelines.diabetes.ca/cdacpg/media/documents/patient-resources/fr/type-1-diabetes-the-basics\\_0413\\_FR.pdf](https://guidelines.diabetes.ca/cdacpg/media/documents/patient-resources/fr/type-1-diabetes-the-basics_0413_FR.pdf).
- Lakshmi, G. P. (2017). **Effectiveness of an Integrative Approach on Adjustment Disorder.** *Psychology and Behavioral Science International Journal*, 5(4), 1-7. doi:[10.19080/PBSIJ.2017.05.555668](https://doi.org/10.19080/PBSIJ.2017.05.555668)

- Larsen, R. J., & Buss, D.M. (2008) . **Personality Psychology : Domains of Knowledge About Human Nature (3rd ed)**. McGraw-Hill Education : New York.
- Lau, W .(2019) . **Adjustment Disorder: Current Developments and Future Directions**. *International Journal of Environmental Research and Public Health* , 16(14), 2537.
- Lazarus, R. S., Folkman,S. (1984). **Stress, Appraisal, and Coping**. New York : Springer Publishing Company.
- Leandro, P. G., & Castillo, M. D. (2010). **Coping with stress and its relationship with personality dimensions, anxiety, and depression**. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1562-1573.
- Lee-Baggley, D., Preece, M., & DeLongis, A. (2005). **Coping with interpersonal stress: Role of Big Five traits**. *Journal of personality*, 73(5), 1141-1180.
- **Legg, T.J.(2019)**. Adjustment Disorder. Retrieved from <https://www.healthline.com/health/adjustment-disorder>
- Leszko, M., Iwański, R., & Jarzębińska, A. (2020). **The relationship between personality traits and coping styles among first-time and recurrent prisoners in Poland**. *Frontiers in psychology*, 10, 2969.
- Lincoln, K. D. (2008). **Personality, negative interactions, and mental health**. *Social Service Review*, 82(2), 223-252.
- Lorenz, L., Bachem, R. C., & Maercker, A. (2016). **The adjustment disorder–new module 20 as a screening instrument: Cluster analysis and cut-off values**. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 7(4), 215.
- Lung, F. W., Lee, F. Y., & Shu, B. C. (2006). **The premorbid personality in military students with adjustment disorder**. *Military Psychology*, 18(1), 77-88.
- Lyons, S. K., Libman, I. M., & Sperling, M. A. (2013). **Diabetes in the adolescent: transitional issues**. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 98(12), 4639-4645.
- Macrodimitris, S. D., & Endler, N. S. (2001). **Coping, control, and adjustment in Type 2 diabetes**. *Health psychology*, 20(3), 208-216.
- Maercker, A., & Lorenz, L. (2018). **Adjustment disorder diagnosis: Improving clinical utility**. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 19(sup1), S3-S13.
- Maercker, A., Bachem, R. C., Lorenz, L., Moser, C. T., & Berger, T. (2015). **Adjustment disorders are uniquely suited for eHealth**

**interventions: concept and case study.** *JMIR mental health*, 2(2), e4157. doi: [10.2196/mental.4157](https://doi.org/10.2196/mental.4157)

- Manley, S. C., Hair, J. F., Williams, R. I., & McDowell, W. C. (2021). **Essential new PLS-SEM analysis methods for your entrepreneurship analytical toolbox.** *International Entrepreneurship and Management Journal*, 17(4), 1805-1825.

- Margaret, K., Ngigi, S., & Mutisya, S.(2018) . **Sources of Occupational Stress and Coping Strategies among Teachers in Borstal Institutions in Kenya.** *Edelweiss: Psychiatry Open Access* .02(01) ,18-21.

- Markova ,S., & Nikitskaya, E.(2017). **Coping strategies of adolescents with deviant behaviour.** *International Journal of Adolescence and Youth*, 22(01) ,36-34.

- Martin, T., & Campbell, R. K. (2011). *Vitamin D and diabetes.* *Diabetes spectrum*, 24(2), 113-118.

- Martínez, Á. M., Jurado, M. D. M. M., del Carmen Pérez-Fuentes, M., Martín, A. B. B., Márquez, M. D. M. S., & Linares, J. J. G. (2021). **Role of Personality and Positive and Negative Affects in Coping Strategies of Nurses: A Cross-Sectional Study.** *Frontiers in Psychology*, 12.

- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992) . **An introduction to the five-factor model and its applications.** *Journal of Personality* .60(2),175-215.

- Medcalc. (s.d) .**ROC curve analysis.** Retrieved from <https://www.medcalc.org/manual/roc-curves.php>

- Medical Services.(s.d). **Adjustment disorders and PTSD** .Version: 2a (draft). Retrieved from [https://www.whatdotheyknow.com/request/162617/response/399059/attach/7/Adjustment%20Disorders%20and%20PTSD.pdf?cookie\\_passthrough=1](https://www.whatdotheyknow.com/request/162617/response/399059/attach/7/Adjustment%20Disorders%20and%20PTSD.pdf?cookie_passthrough=1)

- Mirnics, Z., Heincz, O., Bagdy, G., Surányi, Z., Gonda, X., Benko, A., Molnar, E., Jakšić ,N., Lazary,J., & Juhasz, G. (2013). **The relationship between the big five personality dimensions and acute psychopathology: mediating and moderating effects of coping strategies.** *Psychiatria Danubina*, 25(4), 379-388.

- Montoya, I., Pérez-Marín , M., Soto-Rubio, A., Prado-Gascó, V.(2016) . **Adjustment to Type 1 Diabetes Mellitus and its Relation with Anxiety and Depression in Pediatric Patients.** *Endocrinol Diabetes Res* , 02(01) . doi:<http://dx.doi.org/10.4172/2470-7570.1000111>

- Moss-Morris, R. (2013). **Adjusting to chronic illness: Time for a unified theory** . *British Journal of Health Psychology*, 18(4), 681–686.

- Nordgaard, J., Revsbech, R., SæBYE, D. I. T. T. E., & Parnas, J. (2012). **Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample.** *World Psychiatry, 11*(3), 181.
- Northern Lakes Community Mental Health.( s.d ). **Adjustment disorder.** Retrieved from <http://www.northernlakescmh.org/wp-content/uploads/2010/03/36.pdf>
- O'Donnell, M. L., Agathos, J. A., Metcalf, O., Gibson, K., & Lau, W. (2019). **Adjustment Disorder: Current Developments and Future Directions.** *International journal of environmental research and public health, 16*(14), 2537.
- Ollendick ,T.H., Schroeder, C.S. (2003) . **Encyclopedia of Clinical Child and Pediatric Psychology.**1<sup>st</sup> ed. New York : Springer Science & Business Media.
- OMS .(2016) .**Rapport Mondial Sur Le Diabète** . Genève (Suisse) :le Service de production des documents de l'OMS.
- Ormel, J., Jeronimus ,B.F., Kotov, R., Riese, H., Bos, E. H., Hankin ,B., Rosmalen, J. G. M., & Oldehinkel,A. J. (2013). **Neuroticism and Common Mental Disorders: Meaning and Utility of a Complex Relationship.** *Clinical psychology review,33*(5), 686–697. doi:[10.1016/j.cpr.2013.04.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.003).
- Parks-Leduc, L., Feldman, G ., & Bardi, A .(2015). **Personality Traits and Personal Values: A Meta-Analysis.** *Personality and Social Psychology Review, 19*(1) , 3–29.
- Parto, M., & Besharat, M. A. (2011). **The direct and indirect effects of self-efficacy and problem solving on mental health in adolescents: Assessing the role of coping strategies as mediating mechanism.** *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 30*, 639-643.
- Patra, B. N., & Sarkar, S. (2013). **Adjustment disorder: current diagnostic status.** *Indian journal of psychological medicine, 35*(1), 4-9. doi: [10.4103/0253-7176.112193](https://doi.org/10.4103/0253-7176.112193)
- Patra, B. N., & Sarkar, S. (2013). **Adjustment disorder: current diagnostic status.** *Indian journal of psychological medicine, 35*(1), 4-9. doi: [10.4103/0253-7176.112193](https://doi.org/10.4103/0253-7176.112193)
- Pelkonen, M., Marttunen, M., Henriksson, M., & Lönnqvist, J. (2007). **Adolescent adjustment disorder: precipitant stressors and distress symptoms of 89 outpatients.** *European Psychiatry, 22*(5), 288-295.

- Penley, J. A., & Tomaka, J. (2002). **Associations among the Big Five, emotional responses, and coping with acute stress.** *Personality and individual differences*, 32(7), 1215-1228.
- Pereira-Morales, A. J., Adan, A., Lopez-Leon, S., & Forero, D. A. (2018). **Personality traits and health-related quality of life: the mediator role of coping strategies and psychological distress.** *Annals of general psychiatry*, 17(1), 1-9.
- Petersmann, A., Nauck, M., Müller-Wieland, D., Kerner, W., Müller, U. A., Landgraf, R., Freckmann, G., & Heinemann, L. (2018). **Definition, classification and diagnostics of diabetes mellitus.** *Exp Clin Endocrinol Diabetes*, 126(7), 406-410. doi: [10.1055/a-0584-6223](https://doi.org/10.1055/a-0584-6223).
- PETERSON, T. J. (2016). **Adjustment Disorder DSM-5 Criteria.** Healthy place. Retrieved from <https://www.healthyplace.com/ptsd-and-stress-disorders/adjustment-disorder/adjustment-disorder-dsm-5-criteria>
- Philips, J.C., & Radermecker, R.P. (2012). **Le diabète de type 1 : de la prédisposition génétique à un contexte environnemental hypothétique.** *Rev Med Liège*, 67(5-6), 319-325.
- Pisula, E., & Czaplinska, Z. (2010). **Coping with stress in adolescents with type 1 diabetes and their mothers.** *European Journal of Medical Research*, 15(2), 115-119.
- Plaisant, O., Guertault, J., Courtois, R., Réveillère, C., Mendelsohn, G.A., & John, O.P. (2010). **Histoire des « Big Five » : OCEAN des cinq grands facteurs de la personnalité . Introduction du Big Five Inventory français ou BFI-Fr.** *Annales Médico-Psychologiques*, 168(07), 481-186.
- Pourmazaherian, M., Baqutayan, S.M. S., Idrus, D. (2017). **The Role of the Big Five Personality Factors on Accident: A Case of Accidents in Construction Industries.** *JOSTIP*, 03(02), 46-55.
- Pykes, K. (2020). **Cohen's Kappa: Understanding Cohen's Kappa coefficient.** Retrieved from <https://towardsdatascience.com/cohens-kappa-9786ceceab58>
- Rabenu, E., & Yaniv, E. (2017). **Psychological resources and strategies to cope with stress at work.** *International Journal of Psychological Research*, 10(2), 8-15.
- Rassart, J., Luyckx, K., Klimstra, T. A., Moons, P., Groven, C., Weets, I. (2014). **Personality and Illness Adaptation in Adults With Type 1 Diabetes: The Intervening Role of Illness Coping and Perceptions.**

*Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 21(1),41-55.  
doi: [10.1007/s10880-014-9387-2](https://doi.org/10.1007/s10880-014-9387-2)

- Rätsep, T., Kallasmaa, T., Pulver, A., & Gross-Paju, K. (2000). **Personality as a predictor of coping efforts in patients with multiple sclerosis.** *Multiple Sclerosis Journal*, 6(6), 397-402.
- Roohafza, H., Feizi, A., Afshar, H., Mazaheri, M., Behnamfar, O., Hassanzadeh-Keshteli, A., & Adibi, P. (2016). **Path analysis of relationship among personality, perceived stress, coping, social support, and psychological outcomes.** *World journal of psychiatry*, 6(2), 248-256.
- Rosellini, A. J., & Brown, T. A. (2011). **The NEO Five-Factor Inventory: Latent structure and relationships with dimensions of anxiety and depressive disorders in a large clinical sample.** *Assessment*, 18(1), 27-38.
- Ryckman, R. M. (2008). **Theories of personality (9th ed.)**. Belmont, CA: Wadsworth Pub Co.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Levin, Z. E. (Eds.). (2007). **Kaplan and Sadock's study guide and self-examination review in psychiatry..** Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins .
- Salehinezhad, M. A. (2012). **Personality and mental health.** *Essential notes in Psychiatry*, 461-494.
- Sarstedt, M., Hair Jr, J. F., Cheah, J. H., Becker, J. M., & Ringle, C. M. (2019). **How to specify, estimate, and validate higher-order constructs in PLS-SEM.** *Australasian Marketing Journal (AMJ)*, 27(3), 197-211.
- Seely, A. (2018) **.Personality and Coping.** *Intuition: The BYU Undergraduate Journal of Psychology*,13(03). Retrieved from <https://scholarsarchive.byu.edu/intuition/vol13/iss3/7>
- Seiffge-Krenke, I. (2000). **Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology.** *Journal of Adolescence*, 23(6) : 675–691
- Sharifi, M., & Kaveh, M. (2013). **The effect of teaching coping strategies on the mental health of 13-17 male adolescents living in boarding houses of Tehran.** *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 514-519.
- Shi, J., Yao, Y., Zhan, C., Mao, Z., Yin, F., & Zhao, X. (2018). **The relationship between big five personality traits and psychotic experience in a large non-clinical youth sample: the mediating role of emotion regulation.** *Frontiers in psychiatry*,9, 648.

- Šimundić, A. M. (2009). **Measures of diagnostic accuracy: basic definitions.** *ejifcc*, 19(4), 203.
- Smart PLS. (s.d). **Discriminant Validity Assessment and Heterotrait-monotrait Ratio of Correlations (HTMT).** Retrieved from <https://www.smartpls.com/documentation/algorithms-and-techniques/discriminant-validity-assessment>
- Smith, M. M., Saklofske, D. H., Keefer, K. V., & Tremblay, P. F. (2016). **Coping strategies and psychological outcomes: The moderating effects of personal resiliency.** *The journal of psychology*, 150(3), 318-332.
- Srivastava, S., & John, O. P. (1999) . **The Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Theoretical Perspectives.** *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed.). New York: Guilford (in press).
- Stojanović, M., Apostolović, M., Stojanović, D., Milošević, Z., Toplaović, A., Mitić-Lakušić, V., & Golubović, M. (2014). **Understanding sensitivity, specificity and predictive values.** *Vojnosanitetski preglad*, 71(11), 1062-1065.
- Sutin, A.R., Zonderman, A.B., Ferrucci, L., & Terracciano, A. (2013). **Personality traits and chronic disease: implications for adult personality development.** *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(6), 912–920. [doi:10.1093/geronb/gbt036](https://doi.org/10.1093/geronb/gbt036)
- Swift, A., Heale, R., & Twycross, A. (2020). **What are sensitivity and specificity?.** *Evidence-Based Nursing*, 23(1), 2-4.
- Tenny, S., Hoffman, M.R. (2021). **Prevalence.** Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430867/>
- Terluin, B., van Marwijk, H. W., Adèr, H. J., de Vet, H. C., Penninx, B. W., Hermens, M. L., ... & Stalman, W. A. (2006). **The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization.** *BMC psychiatry*, 6(1), 1-20.
- Thorne, K. J., Andrews, J. J., & Nordstokke, D. (2013). **Relations among children's coping strategies and anxiety: the mediating role of coping efficacy.** *The Journal of general psychology*, 140(3), 204-223.
- Triandis, H.C., & Suh, E.M. (2002) . **Cultural Influences on Personality.** *Annual Review of Psychology* . 53 (01) ,133-160.
- Tsaras, K., Daglas, A., Mitsi, D., Papathanasiou, I. V., Tzavella, F., Zyga, S., & Fradelos, E. C. (2018). **A cross-sectional study for the impact**

**of coping strategies on mental health disorders among psychiatric nurses.** *Health psychology research*, 6(1).

- Tuncay, T., Musabak, I., Gok, D. E., & Kutlu, M. (2008). **The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes.** *Health and quality of life outcomes*, 6(1), 1-9.

- Vallejo-Sánchez, B., & Pérez-García, A. M. (2017). **The role of personality and coping in adjustment disorder.** *Clinical Psychologist*, 21(3), 245-251

- van Dooren, F. E. P., Denollet, J., Verhey, F. R. J., Stehouwer, C. D. A., Sep, S. J., Henry, R. M. A., Kremers, S. P. J., Dagnelie, P. C., Schaper, N. C., van der Kallen, C. J. H., Koster, A., Pouwer, F., Schram, M. T., (2016). **Psychological and personality factors in type 2 diabetes mellitus, presenting the rationale and exploratory results from The Maastricht Study, a population-based cohort study.** *BMC Psychiatry*, 16(1), 1-11 doi: [10.1186/s12888-016-0722-z](https://doi.org/10.1186/s12888-016-0722-z)

- Van Hulst, A., Duquette, G., Henderson, M. (2017). **Diabète de type 2 chez l'enfant et l'adolescent.** Retrieved from <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol14no05/09-acfa-1-diabete-enfants.pdf>

- Vazsonyi, A. T., Ksinan, A., Mikuška, J., & Jiskrova, G. (2015). **The Big Five and adolescent adjustment: An empirical test across six cultures.** *Personality and Individual Differences*, 83, 234-244.

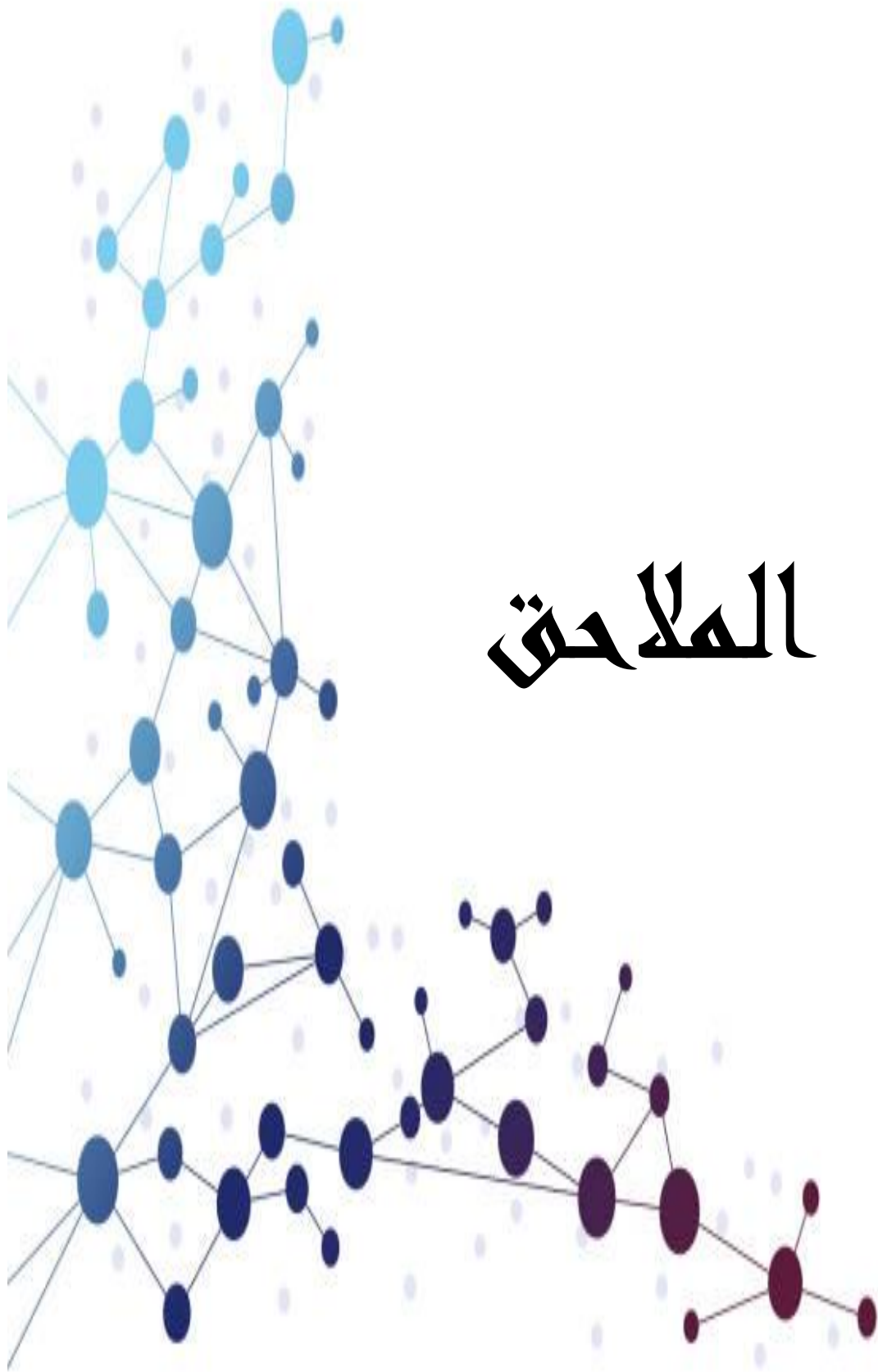
- Virginia Commission on Youth. (2017). **adjustment Disorder. Collection of Evidence-based Practices for Children and Adolescents with Mental Health Treatment Needs.** Retrieved from <http://vcoy.virginia.gov/documents/collection/019%20Adjustment2.pdf>

- Waller, D. (2013). **Sweet Disposition: Five-factor personality traits and trajectories of glycaemic control, self-care, negative affect and coping in Australian youth with type I diabetes.** A thesis submitted of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy (Published), School of Education, University of Western Sydney. Retrieved from <http://handle.uws.edu.au:8081/1959.7/529547>

- West, R., & Kobokovich, A. (2020). **Understanding the Accuracy of Diagnostic and Serology Tests: Sensitivity and Specificity.** The Johns Hopkins University. Retrieved from <https://www.centerforhealthsecurity.org/resources/COVID-19/COVID-19-factsheets/201207-sensitivity-specificity-factsheet.pdf>



- Williams, K., McGillicuddy-De Lisi, A.(2000). **Coping Strategies in Adolescents.** *Journal of Applied Developmental Psychology*,20(04):537-549.
- Wilson, S .(2008). **Synopsis of Causation “Adjustment disorder”.** Ministry of Defence . Retrieved from [http://www.veteranservicesni.com/adjustment\\_disorder.pdf](http://www.veteranservicesni.com/adjustment_disorder.pdf)
- Wong, K. K. K. (2013). **Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM) techniques using SmartPLS.** *Marketing Bulletin*, 24(1), 1-32.
- Woo, H., & Ahn, H. J. (2015). **Big Five Personality and Different Meanings of Happiness of Consumers.** *Economics and Sociology*, (03)08, 145-154. doi: [10.14254/2071-789X.2015/8-3/11](https://doi.org/10.14254/2071-789X.2015/8-3/11)
- Xu, L., Liu, R. D., Ding, Y., Mou, X., Wang, J., & Liu, Y. (2017). **The mediation effect of coping style on the relations between personality and life satisfaction in Chinese adolescents.** *Frontiers in psychology*, 8, 1076.
- Yasui-Furukori, N., Murakami, H., Otaka, H., Nakayama, H., Murabayashi, M., Mizushiri, S., Matsumura, K., Tanabe, J., Matsuhashi, Y., Yanagimachi, M., Nakamura, K., Daimon, M., & Sugawara, N. (2019). **Personality associated with depressive status in individuals with type 2 diabetes mellitus.** *Neuropsychiatric disease and treatment*, 15, 1133–1139..
- Zaidi, N.R., Abdul Wajid, R., Zaidi, F. B., Zaidi ,G. B., Zaidi, M. T . (2013) . **The big five personality traits and their relationship with work engagement among public sector university teachers of Lahore.** *African Journal of Business Management* . 7(15),1344-1353.
- Zelviene, P., & Kazlauskas, E. (2018). **Adjustment disorder: current perspectives.** *Neuropsychiatric disease and treatment*, 14, 375–381.
- Zhu, W., Zeng, N., & Wang, N. (2010). **Sensitivity, specificity, accuracy, associated confidence interval and ROC analysis with practical SAS implementations.** *NESUG proceedings: health care and life sciences, Baltimore, Maryland*, 19, 67.



# الملاحق

## الملحق (01): المقابلة التشخيصية السريرية لإضطراب التأقلم

Diagnostic Interview Adjustment Disorder (DIAD)

**Sandra Brouwer & al.**

ترجمة الباحثة

**السؤال الأول :**

- هل عانيت في العام الماضي من مشاكل سببت لك التوتر؟

الإجابة :

نعم ← السؤال 3

لا ← توقيف (DIAD)

لا أدري / لا إجابة ← السؤال 2

**السؤال الثاني :**

- ربما حدث شيء ما في السنوات الثلاث الماضية من حياتك ، و أنت تفضل عدم التحدث عنه. هل يمكنك إخباري إذا كان الأمر كذلك ، دون إخباري بما حدث بالضبط؟

الإجابة :

نعم ← السؤال 3

لا أدري / لا إجابة ← توقيف (DIAD)

**السؤال الثالث :**

- الآن يرجى منك إلقاء نظرة على هذه القائمة التي تتضمن مشاكل محتملة . خذ وقتك في الإختيار من فضلك . وحدد ما هي المشكلة التي تنطبق مع حالتك ؟ ويمكنك أن تعطي أكثر من جواب واحد .

(يقدم القائم بإجراء المقابلة المستفتى القائمة التالية من المشاكل المحتملة ويلاحظ عدد حالات المشاكل التي تنطبق ) .

ملاحظة المحاور:

(يجيب القائم بإجراء المقابلة نفسه - / نفسها الآن على سؤال ما إذا كان المستفتى قد أشار إلى أنه لا يوجد سوى رد فعل على وفاة أحد أفراد أسرته).

الإجابة :

إذا كانت هذه الحالة ← توقيف (DIAD)

لا ← السؤال 4

السؤال الرابع :

- متى حدثت المشكلة لأول مرة؟.

الإجابة :

الإجابة بالتاريخ (اليوم / الشهر / السنة) ← السؤال 5

لا أعلم / لا توجد إجابة ← السؤال 5

السؤال الخامس :

- هل المشكلة أم عواقب المشكلة لا تزال قائمة في الوقت الحالي؟.

الإجابة :

نعم ← إقرأ النص 2 .

لا ← السؤال 6

لا أعلم / لا توجد إجابة ← السؤال 6

السؤال السادس :

- متى إختفت المشكلة؟.

الإجابة :

الإجابة بالتاريخ (اليوم / الشهر / السنة) ← إقرأ النص 2 .

لا أعلم / لا توجد إجابة ← إقرأ النص 2 .

النص : 02

- سأطرح عليك الآن بعض الأسئلة حول العلامات والأعراض التي ربما تكون قد عانيت منها خلال الأسبوع الماضي ، أي هذه الأيام السبعة الماضية بما في ذلك اليوم. لكل علامة أو عرض تعاني منه ، سأسأل كم مرة تحدث.

السؤال 7 أ :

- خلال الأسبوع الماضي هل كنت مكتئباً؟ .

الإجابة :

لا ← السؤال 8

السؤال 7 ب :

- هل يحدث هذا: في بعض الأحيان (1) ، بانتظام (2) ، غالبا (3) ، أو في كثير من الأحيان / باستمرار (4) .

[يسأل المحاور من السؤال 8 أ إلى 22 أ ؛ و بعد كل إجابة ب - نعم - (على كل سؤال أ) ، يسأل المحاور بعد ذلك السؤال ب ] .

السؤال 8 أ :

- خلال الأسبوع الماضي هل كنت قلقا ؟ .

السؤال 9 أ :

- خلال الأسبوع الماضي هل نمت بقلق ؟

السؤال 10 أ :

- خلال الأسبوع الماضي هل شعرت بالفتور واللامبالاة؟ .

السؤال 11 أ :

- هل شعرت بالتوتر الأسبوع الماضي؟ .

السؤال 12 أ :

- هل شعرت بالانزعاج في الأسبوع الماضي؟ .

السؤال 13 أ :

- خلال الأسبوع الماضي ، هل شعرت أنك لا تستطيع إنجاز أي شيء؟ .

السؤال 14 أ :

- خلال الأسبوع الماضي ، هل شعرت أنه لا يمكنك الاهتمام بالأشخاص والأشياء من حولك؟ .

السؤال 15 أ :

- خلال الأسبوع الماضي ، هل شعرت أنه لم يعد بإمكانك التأقلم؟

السؤال 16 أ :

- خلال الأسبوع الماضي ، هل شعرت أنك (فقط) لا تستطيع تحمل المزيد؟ .

السؤال 17 أ :

- خلال الأسبوع الماضي ، هل شعرت أنك "لا ترغب في فعل أي شيء بعد الآن"؟

السؤال 18 أ :

- خلال الأسبوع الماضي هل واجهت صعوبة في التفكير بوضوح؟ .

السؤال 19 أ :

- خلال الأسبوع الماضي هل واجهت صعوبة في النوم؟ .

السؤال 20 أ :

- خلال الأسبوع الماضي ، هل تجاوزت عواطفك بسرعة كبيرة؟ .

السؤال 21 أ :

- خلال الأسبوع الماضي ، هل كانت لديك أحياناً صور ذهنية لحدث (أحداث) مؤثر أو صادم تعرضت لها؟ .

السؤال 22 أ :

- خلال الأسبوع الماضي ، هل كان عليك أحياناً أن تحاول جاهداً أن تضع أفكاراً أو ذكريات عن أحداث مؤثرة أو مروعة بعيداً عن عقلك (تفكيرك) ؟ .

الإجابة :

لا على كل الأسئلة (أ) ← نوقف DIAD

نعم على كل 1 ≤ (أ) سؤال ← اقرأ النص 03

النص : 03

-ردا على الأسئلة السابقة ، فقد أشرت إلى أنك مررت بأحداث أو ظروف تسبب لك التوتر. لقد عانيت أيضاً من علامات وأعراض معينة خلال الأيام السبعة الماضية.

السؤال 23 :

- متى بدأت الأعراض التي أشرت إليها في الأسئلة السابقة؟ .

الإجابة :

يحدد المجيب التاريخ (اليوم / الشهر / السنة) ← السؤال 24

لا أعلم / لا توجد إجابة ← السؤال 24

السؤال 24 :

## الملاحق

- هل تشعر أن الأعراض التي ذكرتها في الأسئلة السابقة هي رد فعل على المشاكل / القضايا التي حددتها في بداية المقابلة؟ .

الإجابة :

نعم / لا / لا أعلم / لا توجد إجابة ← إقرأ النص 04 .

النص : 04

لقد أجبت على الأسئلة السابقة ، أنك عانيت من علامات وأعراض معينة. (على سلم تصاعدي من 0 إلى 10 ، حيث يعني 0 عدم وجود ضعف و 10 يعني ضعفاً خطيراً) ، ما العلامة التي تراها بأنها تشير إلى تأثير تلك العلامات والأعراض على كل من الأنشطة التالية؟ .

السؤال 25 :

- التدبير المنزلي. التنظيف والتسوق والحفاظ على المنزل في حالة جيدة؟

السؤال 26 :

- قدرتك على القيام بعملك؟ .

السؤال 27 :

- قدرتك على الدراسة؟ .

السؤال 28 :

- قدرتك على إقامة صداقات وثيقة مع الآخرين والحفاظ عليها؟ .

السؤال 29 :

- علاقاتك الإجتماعية ؟ .

توقف DIAD .

## الملحق (02): المقابلة التشخيصية السريرية لإضطراب التأقلم

Diagnostic Interview Adjustment Disorder (DIAD)

**Sandra Brouwer & al.**

(المقابلة المترجمة المعدلة من قبل الباحثة)

السؤال الرابع :

- متى حدثت المشكلة لأول مرة؟.

الإجابة :

الإجابة بالتاريخ (اليوم / الشهر / السنة) ← السؤال 5

لا أعلم / لا توجد إجابة ← السؤال 5

السؤال الخامس :

- هل المشكلة أم عواقب المشكلة لا تزال قائمة في الوقت الحالي؟.

الإجابة :

نعم ← إقرأ النص 2 .

لا ← السؤال 6

لا أعلم / لا توجد إجابة ← السؤال 6

السؤال السادس :

- متى إختفت المشكلة؟.

الإجابة :

الإجابة بالتاريخ (اليوم / الشهر / السنة) ← إقرأ النص 2 .

لا أعلم / لا توجد إجابة ← إقرأ النص 2 .

النص 02 :

- سأطرح عليك الآن بعض الأسئلة حول العلامات والأعراض التي ربما تكون قد عانيت منها خلال الأسبوع الماضي ، أي هذه الأيام السبعة الماضية بما في ذلك اليوم. لكل علامة أو عرض تعاني منه ، سأسأل كم مرة تحدث.



السؤال 7 أ :

- خلال الأسبوع الماضي هل كنت مكتئبًا؟ .

الإجابة :

لا ← السؤال 8

نعم ← السؤال 7 ب

السؤال 7 ب :

- هل يحدث هذا: في بعض الأحيان (1) ، بانتظام (2) ، غالباً (3) ، أو في كثير من الأحيان / باستمرار (4) .

[يسأل المحاور من السؤال 8 إلى 22 أ ؛ و بعد كل إجابة ب - نعم - (على كل سؤال أ) ، يسأل المحاور بعد ذلك السؤال ب ] .

السؤال 8 أ :

- خلال الأسبوع الماضي هل كنت قلقًا؟ .

السؤال 9 أ :

- خلال الأسبوع الماضي هل نمت بقلق؟

السؤال 10 أ :

- خلال الأسبوع الماضي هل شعرت بالفتور واللامبالاة؟ .

السؤال 11 أ :

- هل شعرت بالتوتر الأسبوع الماضي؟ .

السؤال 12 أ :

- هل شعرت بالانزعاج في الأسبوع الماضي؟ .

السؤال 13 أ :

- خلال الأسبوع الماضي ، هل شعرت أنك لا تستطيع إنجاز أي شيء؟ .

السؤال 14 أ :

- خلال الأسبوع الماضي ، هل شعرت أنه لا يمكنك الاهتمام بالأشخاص والأشياء من حولك؟ .

السؤال 15 أ :

- خلال الأسبوع الماضي ، هل شعرت أنه لم يعد بإمكانك التأقلم؟

السؤال 16 أ :

- خلال الأسبوع الماضي ، هل شعرت أنك (فقط) لا تستطيع تحمل المزيد؟ .

السؤال 17 أ :

- خلال الأسبوع الماضي ، هل شعرت أنك "لا ترغب في فعل أي شيء بعد الآن"؟

السؤال 18 أ :

- خلال الأسبوع الماضي هل واجهت صعوبة في التفكير بوضوح؟ .

السؤال 19 أ :

- خلال الأسبوع الماضي هل واجهت صعوبة في النوم؟ .

السؤال 20 أ :

- خلال الأسبوع الماضي ، هل تجاوزت عواطفك بسرعة كبيرة؟ .

السؤال 21 أ :

- خلال الأسبوع الماضي ، هل كانت لديك أحياناً صور ذهنية لحدث (أحداث) مؤثر أو صادم تعرضت لها؟ .

السؤال 22 أ :

- خلال الأسبوع الماضي ، هل كان عليك أحياناً أن تحاول جاهداً أن تضع أفكاراً أو ذكريات عن أحداث مؤثرة أو مروعة بعيداً عن عقلك (تفكيرك) ؟ .

الإجابة :

لا على كل الأسئلة (أ) ← نوقف DIAD

نعم على كل 1 ≤ (أ) سؤال ← اقرأ النص 03

النص 03 :

-ردا على الأسئلة السابقة ، فقد أشرت إلى أنك مررت بأحداث أو ظروف تسبب لك التوتر. لقد عانيت أيضا من علامات وأعراض معينة خلال الأيام السبعة الماضية.

السؤال 23 :

- متى بدأت الأعراض التي أشرت إليها في الأسئلة السابقة؟ .

يحدد المجيب التاريخ (اليوم / الشهر / السنة) ← السؤال 24

لا أعلم / لا توجد إجابة ← السؤال 24

السؤال 24 :

- هل تشعر أن الأعراض التي ذكرتها في الأسئلة السابقة هي رد فعل على المشاكل / القضايا التي حددتها في بداية المقابلة؟ .

الإجابة :

نعم / لا / لا أعلم / لا توجد إجابة ← اقرأ النص 04 .

النص 04 :

لقد أجبت على الأسئلة السابقة ، أنك عانيت من علامات وأعراض معينة. (على سلم تصاعدي من 0 إلى 10 ، حيث يعني 0 عدم وجود ضعف و 10 يعني ضعفاً خطيراً) ، ما العلامة التي تراها بأنها تشير إلى تأثير تلك العلامات والأعراض على كل من الأنشطة التالية؟ .

السؤال 25 :

- التدبير المنزلي. التنظيف والتسوق والحفاظ على المنزل في حالة جيدة؟

السؤال 26 :

- قدرتك على القيام بعملك؟ .

السؤال 27 :

- قدرتك على الدراسة؟ .

السؤال 28 :

- قدرتك على إقامة صداقات وثيقة مع الآخرين والحفاظ عليها؟ .

السؤال 29 :

- علاقاتك الإجتماعية ؟ .

توقف DIAD .

## الملحق رقم (3) : المعيار التشخيصي لإضطراب التأقلم حسب الدليل الأمريكي التشخيصي الإحصائي الرابع و الخامس

### DSM 4 – DSM5

#### DSM 4

- A - تطور أعراض إنفعالية أو سلوكية كاستجابة لشدة (شدات) يمكن تحديدها، وتحدث في غضون 3 أشهر من بداية الشدة ( الشدات )
- B - هذه الأعراض أو السلوكيات هامة سريريا، كما يستدل عليها بواحد من التظاهرين التاليين :
- (1) ضائقة صريحة تتجاوز ما يمكن توقعه من التعرض لعامل الشدة.
- (2) اختلال هام في الأداء الاجتماعي أو المهني (الأكاديمي).
- C - لا يحقق الاضطراب المرتبط بالشدة معايير إضطراب نوعي آخر على المحور I وهو ليس مجرد تفاقم لاضطراب سابق الوجود على I المحور أو المحور II .
- D- لا تمثل الأعراض حالة الفقد (الفجيرة) .
- E- حالما ينتهي عامل الشدة (أو عقابيله) فإن الأعراض لا تدوم أكثر من 6 أشهر إضافية.
- حدّد إذا كان:

- حادًا :إذا استمر الاضطراب أقل من 6 أشهر.
- مزمنًا :إذا استمر الاضطراب 6 أشهر أو أكثر .بالتعريف، لا يمكن للأعراض أن تدوم أكثر من 6 أشهر بعد إنتهاء عامل الشدة أو عقابيله، وبالتالي يطبق المحدّد المزمّن حين تكون مدة الاضطراب أكثر من 6 أشهر كاستجابة لعامل شدة مزمن أو لعامل شدة يمتلك عقابيل باقية .
- . يجري ترميز اضطرابات التأقلم بناء على النمط الفرعي والذي يتم إختياره تبعًا للأعراض المسيطرة .يمكن تحديد الشدة (الشدات) النوعية على المحور IV.
- ( 309.0 ) مع مزاج اكتئابي :عندما تكون التظاهرات المسيطرة أعراضا مثل المزاج المنخفض أو الحزن الدامع أو مشاعر اليأس.
- (309.24) مع قلق :عندما تكون التظاهرات المسيطرة أعراضا مثل العصبية أو القلق التوجسي أو الجزع (التوهّل) أو عند الأطفال، خوف من الانفصال عن رموز (أشخاص) التعلق الرئيسيين.
- ( 309.28 ) مع قلق ومزاج اكتئابي مختلط :عندما تكون التظاهرات المسيطرة هي تشارك بين الاكتئاب والقلق.
- (309.3)مع اضطراب في المسلك :عندما يكون التظاهر المسيطر هو اضطراب في المسلك، يحدث فيه انتهاك لحقوق الآخرين أو للأعراف والقواعد الاجتماعية مع الأخذ بعين الاعتبار سن الشخص (مثال، التغيب عن المدرسة، التخريب، القيادة المتهورّة، العراك، تخلف عن المسؤوليات القانونية وإهمالها .
- (309.4) مع اضطراب مختلط في المسلك والإنفعالات :عندما تكون التظاهرات المسيطرة أعراضا إنفعالية (مثل، الإكتئاب، القلق واضطراب في المسلك (أنظر النمط الفرعي أعلاه) .
- (309.9)غير المحدد :وذلك للارتكاسات سيئة التكيف (مثل الشكاوى الجسدية أو الإنسحاب الاجتماعي أو الإنفكاك عن العمل أو النشاط الأكاديمي لعوامل الشدة غير المصنفة على أنها واحدة من الأنماط الفرعية النوعية لاضطراب التأقلم).

#### DSM5

- A- تطور أعراض انفعالية أو سلوكية كاستجابة لضغط ( ضغوطات ) يمكن تحديدها، وتحدث في غضون 3 أشهر من بداية الشدة (الشدات) .
- B- هذه الأعراض أو السلوكيات هامة سريريا، كما يستدل عليها بواحد من التظاهرين التاليين :
- (1) إحباط صريح لا يقارن بحدة وكثافة الكرب .أخذين بعين الاعتبار السياق الخارجي والعوامل الثقافية والتي قد تؤثر على شدة الأعراض والحالة.
- (2) انخفاض هام في الأداء الاجتماعي أو المهني ومجالات الأداء الهامة الأخرى.
- C- لا يحقق الإضطراب المرتبط بالشدة معايير إضطراب عقلي آخر، ولا يعد فقط تفاقما لإضطراب عقلي سابق.

- D- لا تمثل الأعراض حالة الفقد (الحداد).
- E- حالما ينتهي عامل الشدة (أو عواقبه) فإن الأعراض لا تدوم أكثر من 6 أشهر إضافية.  
حدّد في ما إذا كان:  
حاداً: إذا استمر الإضطراب أقل من 6 أشهر.  
مزمناً: إذا استمر الاضطراب 6 أشهر أو أكثر. بالتعريف، لا يمكن للأعراض أن تدوم أكثر من 6 أشهر بعد إنتهاء عامل الشدة أو عقابيله، وبالتالي يطبق المحدّد المزمّن حين تكون مدة الاضطراب أكثر من 6 أشهر كاستجابة لعامل شدة مزمن أو لعامل شدة يمتلك عقابيل باقية.
- (F43.21) مع مزاج اكتئابي: عندما تهيمن أعراض المزاج المنخفض، البكاء، فقدان الأمل.
- (F43.22) مع قلق: عندما تسيطر أعراض مثل العصبية أو التوجس أو الجزع، أو قلق الانفصال.
- (F43.23) مع قلق ومزاج اكتئابي مختلط: عندما تسيطر أعراض مشتركة للقلق والاكتئاب.
- (F43.24) مع اضطراب في المسلك: عندما يكون التظاهر المسيطر هو اضطراب في المسلك.
- (F43.25) مع اضطراب مختلط في المسلك والانفعالات: عندما تكون التظاهرات المسيطرة أعراضاً انفعالية
- (مثل، الإكتئاب، القلق) وإضطراب في المسلك (انظر النمط الفرعي أعلاه).
- (F43.20) غير المحدد: وذلك لردود الفعل سيئة التكيف لعوامل الشدة غير المصنفة على أنها واحدة من الأنماط الفرعية النوعية لاضطراب التأقلم.

الملحق رقم (04) : جدول الملاحظة العيادية  
Clinical observation schedule  
إعداد الباحثة

ملاحظات الفاحصة	السلوكات التي رصدها	الجلسات	معلومات عن المفحوص
		الجلسة (01) يوم : .....	الإسم : .....
		الجلسة (02) يوم : .....	السن : .....
		الجلسة (03) يوم : .....	المستوى الدراسي : .....
		الجلسة (04) يوم : .....	نمط مرض السكري: .....
		الجلسة (05) يوم : .....	
		الجلسة (06) يوم : .....	

## الملحق رقم (5) : المقابلة النصف الموجهة لآباء / أمهات المراهقين المصابين بالسكري إعداد الباحثة

### المحور الأول : البيانات الشخصية

#### 1 - بيانات عامة حول الأم

الإسم: أم .....

السن :

المستوى الدراسي:

المهنة:

عدد الأولاد:

أو :

#### 2- بيانات عامة حول الأب

الإسم: أب .....

السن :

المستوى الدراسي:

المهنة:

عدد الأولاد:

### المحور الثاني : مرض إبني / إبنتي بالسكري

- ماهي ردة فعلك (ي) عند معرفتك (ي) بإصابة إبنك (ي) / إبنتك (ي) بمرض السكري، وكيف تجاوبت (ي) مع الخبر؟ .

- كيف كانت ردة فعل إبنك (ي) / إبنتك (ي) مع خبر الإصابة بمرض السكري، وكيف تجاوب معه؟ .

- هل ظهر على إبنك (ي) / إبنتك (ي) سلوكات (كالقلق، الإنزعاج، الحزن، التوتر، إهمال واجباته الدراسية، تدني المستوى الدراسي ..... ) بعد تشخيصه بمرض السكري؟ .

➤ إذا كانت الإجابة بنعم، أرجو أن تحاول / تحاولي تذكر متى بدأت هذه السلوكات في الظهور،

وهل مازالت مستمرة؟ .

- كيف هي ردة فعل إبنك (ي) / إبنتك (ي) عند قيامه بالمستلزمات العلاجية الخاصة بمرض السكري بعد تشخيصه؟ .

- هل كان للمرض تأثير على العلاقة بينك (ي) وبين إبنك (ي) / إبنتك (ي) ومع باقي أفراد الأسرة؟ .

- كيف هي طبيعة معاملتك (ي) له/ لها بعد إصابته/ها بمرض السكري؟ وهل هي نفس طريقة

المعاملة قبل إصابة إبنك (ي) / إبنتك (ي) بمرض السكري؟ .

- هل تساعد أو تساعد إبنك (ي) / إبنتك (ي) في واجباته العلاجية إتجاه مرض السكري؟ ، وهل

يطلب إبنك (ي) / إبنتك (ي) المساعدة في ذلك أم لا؟ .

## الملحق رقم (6): مقياس اضطراب التأقلم الوحدة الجديدة – 20

## Adjustment Disorder – New Module 20

Maercker &amp; al.

ترجمة الباحثة

التعليمة :

المجيب الفاضل (ة) :

نضع بين أيديك (ي) مقياس يتكون من 20 بند يستهدف عواقب مرض السكري على رفاهيتك (ي) وسلوكك (ي) ، وستجد أدناه عبارات مختلفة حول التفاعلات التي يمكن أن يثيرها مرض السكري. وقبل كل شيء، يرجى الإشارة إلى عدد المرات التي تنطبق فيها العبارة المعنية عليك (من "أبدا" إلى "غالبا") ، كما يرجى الإشارة إلى المدة التي تلقيت فيها هذا التفاعل. يمكن أن تكون (أقل من شهر واحد) ، ما بين شهر ونصف عام (1-6 أشهر) أو أكثر من 6 أشهر (6 أشهر - سنتان). قد لا يكون من السهل الإشارة إلى هذا ، ولكن يرجى محاولة إعطاء تقدير تقريبي لمدة التفاعل.

لذا نرجو منك (ي) قراءة كل عبارة بعناية والإجابة عنها بصدق وموضوعية وذلك بوضع الإشارة (+) في الخانة التي تعبر عن حالتك (ي) ، ويرجى منك (ي) ألا تترك (ي) أي عبارة بدون إجابة خدمة للبحث العلمي ، وشكرا على تعاونك (ي) مقدما .

مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة ، فالإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن رأيك (ي) بصدق، كما أن الإجابات التي تدلي بها ستحاط بالسرية ، ولن يطلع عليها أحد غير الباحثة .

المعلومات الشخصية :

الجنس : ذكر ( ) ، أنثى ( ) .

المستوى التعليمي : متوسط ( ) ، ثانوي ( ) ، جامعي ( ) .

نمط مرض السكري : نمط 1 ( ) ، نمط 2 ( ) .

السن : .....

يرجى التكرم بقراءة كل عبارة من العبارات التالية، ثم ضع (ي) إشارة (+) في العمود الذي يمثل رأيك (ي) :

أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	البنود / البدائل
				1- منذ ذلك الموقف المجهد ، أشعر بالحزن والإحباط.
أقل من شهر	من 1-6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين		2 - لا بد لي من التفكير في الموقف المجهد مرارا وتكرارا.
أقل من شهر	من 1-6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين		3- أحاول تجنب الحديث عن الموقف المجهد كلما أمكن ذلك.
أقل من شهر	من 1-6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين		4 - يجب أن أفكر في الموقف المجهد كثيرا وهذا عبء كبير علي.
أقل من شهر	من 1-6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين		



## الملاحق

			5 - نادرا ما أفعل تلك الأنشطة التي كنت أستمتع بها سابقا.
أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين	
			6- أجد نفسي في حالة قلق حقيقية ،إذا فكرت في الموقف المليء بالضغط.
أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين	
			7- أتجنب بعض الأشياء التي قد تذكرني بالموقف المجهد.
أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين	
			8 - أنا عصبي وقلق منذ هذه الحالة المجهدة.
أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين	
			9- منذ الموقف المجهد ، أفقد أعصابي أسرع بكثير مما كنت عليه ، حتى في الأشياء الصغيرة.
أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين	
			10- أجد صعوبة في التركيز على أشياء معينة، منذ الموقف العصيب .
أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين	
			11- أحاول استبعاد الموقف المجهد من ذاكرتي.
أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين	
			12- لاحظت أنني أصبحت أكثر عصبية بسبب الموقف المجهد.
أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين	
			13- تتبادر إلى ذهني ذكريات عن الموقف المجهد ولا يمكنني فعل أي شيء لإيقافها.
أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين	
			14 - أحاول كبح مشاعري لأنها عبء عليّ.
أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين	
			15- أفكارني غالبا ما تدور حول أي شيء يتعلق الوضع المجهدة.
أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين	
			16- منذ الموقف المجهد ، وأنا خائف من القيام بأمور معينة أو من الدخول في حالات معينة.
أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين	
			17 - منذ الموقف المجهد ، لا أحب الذهاب إلى العمل أو القيام بالمهام الضرورية في الحياة اليومية.
أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين	
			18- لقد كنت أشعر بالإحباط منذ الموقف المجهد ولدي أمل ضئيل في المستقبل.
أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين	
			19- منذ الموقف المجهد ، لم أعد أستطيع النوم بشكل جيد.
أقل من شهر	من 1- 6 أشهر	من 6 أشهر إلى سنتين	
			20- بشكل عام ، تسبب لي هذا الموقف المجهد في انخفاض هام في الحياة الإجتماعية أو المهنية ، ووقت فراغي ، وغيرها من مجالات العمل المهمة.

شكرا على تعاونكم

## الملحق رقم (7): قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لجولديبيرج المصغرة

## The Mini-IPIP Scales

## ترجمة الباحثة

## التعليمية :

المجيب الفاضل (ة) :

نضع بين أيديك (ي) قائمة تتكون من 20 بند تصف جوانب عديدة من شخصيتك (ي) عند إصابتك بمرض السكري (أي في ثلاثة أشهر الأولى بعد تشخيصك (ي) بمرض السكري)، نرجو منك (ي) قراءة كل عبارة بعناية والإجابة عنها بصدق وموضوعية وذلك بوضع الإشارة (+) في الخانة التي تعبر عن رأيك (ي) ، ويرجى منك (ي) ألا تترك (ي) أي عبارة بدون إجابة خدمة للبحث العلمي ، وشكرا على تعاونك (ي) مقدما .

مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة ، فالإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن رأيك (ي) بصدق، كما أن الإجابات التي تدلي بها ستحاط بالسرية ، ولن يطلع عليها أحد غير الباحثة .

## المعلومات الشخصية :

الجنس : ذكر ( ) ، أنثى ( ) .

المستوى التعليمي : متوسط ( ) ، ثانوي ( ) ، جامعي ( ) .

نمط مرض السكري : نمط 1 ( ) ، نمط 2 ( ) .

السن : .....

يرجى التكرم بقراءة كل عبارة من العبارات التالية، ثم ضع (ي) إشارة (+) في العمود الذي يمثل رأيك (ي) :

البند	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
أندمج بسهولة في أي تجمع إجتماعي.					
أتعاطف مع مشاعر الآخرين .					

## الملاحق

					أنجز الأعمال على الفور.
					لدي تقلبات مزاجية متكررة.
					لدي خيال واسع .
					لا أتحدث كثيرا.
					لست مهتما بمشاكل الآخرين.
					غالبا ما أنسى إعادة الأشياء إلى مكانها الصحيح.
					أنا مبتهج معظم الوقت.
					لست مهتما بالأفكار المجردة.
					أتحدث مع كثير من الناس في مختلف التجمعات .
					أشعر بمشاعر الآخرين.
					أحب النظام .
					أنزعج بسهولة .
					أجد صعوبة في فهم الأفكار المجردة .
					أفضل عدم الظهور أما الآخرين.
					أنا لا أهتم حقا بالآخرين .
					أجعل الأشياء في حالة فوضى .
					نادرا ما أشعر بالأسى .
					ليس لدي تصورات جيدة .

شكرا على تعاونكم

## الملحق رقم (8): قائمة آرون بيك الثانية للإكتئاب BDI- II

## ترجمة أ.د معمرية بشير

## التعليمة :

تتضمن هذه القائمة 21 مجموعة من العبارات . المطلوب منك أن تقرأ كل مجموعة على حدى وبعناية، ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط ، تصف بطريقة أفضل مشاعرك بعدما تم الكشف عن إصابتك (ي) بمرض السكري، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي إخترتها 0 أو 1 أو 2 أو 3. وإذا تبين لك أن أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق عليك بصورة متساوية ، ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة. وتأكد أنك تختار دائما عبارة واحدة فقط من كل مجموعة حتى المجموعة رقم 16 المتعلقة بـ (تغيرات في نظام النوم) و المجموعة رقم 18 المتعلقة بـ (تغيرات في الشهية) .

## المعلومات الشخصية :

الجنس : ذكر ( ) ، أنثى ( ) .

المستوى التعليمي : متوسط ( ) ، ثانوي ( ) ، جامعي ( ) .

نمط مرض السكري : نمط 1 ( ) ، نمط 2 ( ) .

السن : .....

يرجى التكرم بقراءة كل عبارة من العبارات التالية، ثم ضع (ي) علامة ( ) على العبارة التي تمثل رأيك (ي) :

1	الحزن	0 - لا أشعر بالحزن . 1 - أشعر بالحزن معظم الوقت . 2 - أشعر بالحزن معظم الوقت . 3 - أشعر بالحزن إلى درجة لا أستطيع تحمل ذلك .
2	التشاؤم	0 - لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي . 1 - أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي . 2 - أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي . 3 - أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل و أنه سوف تزداد الأمور سوءا .
3	الفشل السابق	0 - لا أشعر بأنني شخص فاشل . 1 - لقد فشلت أكثر مما ينبغي . 2 - كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل . 3 - أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل و أنه سوف تزداد الأمور سوءا .
4	فقدان الإستمتاع بالحياة	0 - أستمتع بالحياة بنفس قدر إستمتاعي بها من قبل . 1 - لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي إعتدت عليه . 2 - أحصل على قدر قليل جدا من الإستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل . 3 - لا أستطيع الحصول على أي إستمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع من قبل .

5	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	0 - لا أشعر بالذنب . 1 - أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها ، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها و لم أقم بها. 2 - أشعر بالذنب عن معظم الأوقات . 3 - أشعر بالذنب في ل الأوقات .
6	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	0 - لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى . 1 - أشعر بأني يمكن أن أتعرض قليلا للعقاب أو للأذى . 2 - أشعر بأني سوف أتعرض كثيرا للعقاب أو للأذى . 3 - أشعر بأني سوف أتعرض دائما للعقاب أو للأذى .
7	عدم حب الذات	0 - شعوري نحو نفسي عادي . 1 - فقدت الثقة في نفسي . 2 - أصبت بخيبة أمل في نفسي . 3 - لا أحب نفسي .
8	نقد الذات ولومها	0 - لا أنتقد ولا ألوم نفسي . 1 - أنتقد و ألوم نفسي أكثر مما تعودت . 2 - أنتقد و ألوم نفسي على كل أخطائي . 3 - أنتقد و ألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة .
9	الأفكار أو الرغبات الإنتحارية	0 - ليس لدي أي أفكار للإنتحار . 1 - لدي أفكار للإنتحار و لكن لا يمكنني تنفيذها . 2 - أريد أن أنتحر . 3 - قد أنتحر لو سمحت لي الفرصة .
10	البكاء	0 - لا أبكي أكثر مما تعودت . 1 - أشعر بالرغبة في البكاء . 2 - أبكي أكثر مما تعودت . 3 - أبكي بكثرة جدا .
11	التهيج و الإثارة (عدم الإستقرار)	0 - أشعر بالهيجان و الإثارة بدرجة عادية . 1 - أشعر بالهيجان و الإثارة أكثر مما تعودت . 2 - أتهدج و أثور إلى درجة أنه من الصعب علي البقاء مستقرا . 3 - أتهدج و أثار إلى درجة تدفعني الحركة أو إلى فعل شيء ما .
12	فقدان الإهتمام أو الإنسحاب الإجتماعي	0 - لم أفقد الإهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية . 1 - أنا قليل الإهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية . 2 - فقدت معظم إهتمامي بالآخرين و بكثير من الأمور الأخرى . 3 - من الصعب علي أن أهتم بأس شيء .
13	التردد في إتخاذ القرارات	0 - أتخذ القرارات بنفس كفاءتي التي تعودت عليها . 1 - أجد صعوبة في إتخاذ القرارات . 2 - لدي صعوبة في إتخاذ القرارات . 3 - لا أستطيع إتخاذ القرارات .
14	إنعدام القيمة	0 - لا أشعر أنني عديم القيمة . 1 - أنا لست ذا قيمة كما تعودت . 2 - أشعر أنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين . 3 - أشعر أنني عديم القيمة تماما .
15	فقدان الطاقة عن	0 - لدي نفس القدر من الطاقة كما تعودت . 1 - لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت .

	<b>العمل</b>	2 - ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء . 3 - ليس لدي طاقة لعمل أي شيء .
1 6	<b>تغيرات في نظام النوم</b>	0 - لم يحدث لي أي تغيير في نظام نمومي . 1 أ - أنام أكثر مما تعودت إلى حد ما . 1 ب - أنام أقل مما تعودت إلى حد ما . 2 أ - أنام أكثر مما تعودت بشكل كبير . 2 ب - أنام أقل مما تعودت بشكل كبير . 3 أ - أنام معظم اليوم . 3 ب - أستيقظ من نمومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر ، و لا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى .
1 7	<b>القابلية للغضب أو الإنزعاج</b>	0 - أغضب بدرجة عادية . 1 - أغضب أكبر مما تعودت . 2 - أغضب أكبر بكثير مما تعودت . 3 - أكو في حالة غضب طول الوقت .
1 8	<b>تغيرات في الشهية</b>	0 - لم يحدث أي تغيير في شهيتي . 1 أ - شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما . 1 ب - شهيتي أكبر مما تعودت إلى حد ما . 2 أ - شهيتي أقل كثيرا مما تعودت . 2 ب - شهيتي أكبر كثيرا مما تعودت . 3 أ - ليست لدي شهية على الإطلاق . 3 ب - لدي رغبة قوية إلى الطعام طول الوقت .
1 9	<b>صعوبة التركيز</b>	0 - أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت . 1 - لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت . 2 - من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة . 3 - أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء .
2 0	<b>الإرهاق أو الإجهاد</b>	0 - لست أكثر إرهاقا أو إجهادا مما تعودت . 1 - أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها . 2 - يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي إعتدت عليها . 3 - أنا مرهق و مجهد جدا بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي إعتدت عليها .
2 1	<b>فقدان الإهتمام بالجنس</b>	0 - إن إهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام . 1 - أنا أقل إهتماما بالجنس في هذه الأيام كما تعودت . 2 - أنا أقل إهتماما بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام . 3 - فقدت الإهتمام بالجنس تماما .

شكرا على تعاونكم

## الملحق رقم (9): مقياس التعامل مع مرض السكري

## Diabetes Coping Measure

G. Welch

ترجمة الباحثة

التعليمة :

المجيب الفاضل (ة) :

نضع بين أيديك (ي) مقياس يتكون من 20 بند يصف الأسلوب الذي تتعامل (ي) به بعد تشخيصك (ي) بمرض السكري (أي في الشهر الأول بعد تشخيصك (ي) بمرض السكري) ، أفكارك و مشاعرك حول مرض السكري و تأثيره على صحتك ، لذا نرجو منك (ي) قراءة كل عبارة بعناية والإجابة عنها بصدق وموضوعية وذلك بوضع الإشارة (+) في الخانة التي تعبر عن الإجابة الأفضل بالنسبة لك ، مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة ، و التأكد من إكمال الإجابة على جميع البنود .

إن الإجابات التي تدلي بها ستحاط بالسرية ، ولن يطلع عليها أحد غير الباحثة .

المعلومات الشخصية :

الجنس : ذكر ( ) ، أنثى ( ) .

المستوى التعليمي : متوسط ( ) ، ثانوي ( ) ، جامعي ( ) .

نمط مرض السكري : نمط 1 ( ) ، نمط 2 ( ) .

السن : .....

يرجى التكرم بقراءة كل عبارة من العبارات التالية، ثم ضع (ي) إشارة (+) في العمود الذي يمثل رأيك (ي) :

البنود	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
سيكون معظم الناس أكثر صحة إذا اتبعوا نظاما غذائيا لمرضى السكري .					
أنا متردد في زيارة طبيبي لإجراء فحص دوري					

## الملاحق

					لمرض السكري عندما أعلم أنني لست متحكماً في نسبة جلوكوز الدم.
					لا أحب القراءة عن مرض السكري لأنه يجعلني أشعر بالقلق أكثر .
					بسبب تجربتي الخاصة ، يمكنني المساعدة في تثقيف الآخرين حول مرض السكري.
					عندما تكون نسبة السكر في دمي مرتفعة ، لا أكلف نفسي عناء مراقبتها .
					من الصعب إجراء مراقبة منتظمة لنسبة الجلوكوز في الدم بسبب نمط حياتي المزدحم.
					مهمل فعلت ، ستستمر مضاعفات مرض السكري في تدمير صحتي.
					لا أشعر بالراحة عند التحدث مع الآخرين عن مرض السكري .
					أعتقد أن البحث سيكتشف علاجاً لمرض السكري في وقت قريب.
					أشعر وكأنني أستسلم لمرض السكري .
					لا يمكنني فعل الكثير للتحكم في مستوى الجلوكوز في الدم جيداً .
					تعمل الأبحاث السريرية باستمرار على تحسين العلاجات المتاحة لمرض السكري .
					لا يمكنني التخطيط بشكل واقعي للمستقبل بسبب ، مرضي .
					يبدو أن سكر الدم لدي دائماً ضعيف بغض النظر عما أفعله .
					مرض السكري يجعلني أشعر بأنني مختلف عن أي شخص آخر .
					لا أحب أن يشار لي بإسم "مريض السكري" .
					مرض السكري هو أسوأ شيء حدث لي على الإطلاق .
					يجد معظم الناس صعوبة في التأقلم مع مرض السكري
					جعلني مرض السكري أفكر في الحياة بطريقة أكثر إيجابية .
					أعتقد أنه من غير العدل أن أعاني من مرض السكري في حين أن الآخرين يتمتعون بصحة جيدة .

شكراً على تعاونكم