



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة المسيلة



كلية: العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس

رقم:...../2014

تقدير الذات وعلاقته بكل من التفاؤل والتشاؤم

- دراسة ميدانية لعينة من مرضى السكري بجمعية الشفاء لبلدية بوسعادة -

مذكرة تكميلية ضمن متطلبات نيل شهادة ليسانس في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة:

بوعلاقة فاطمة الزهراء

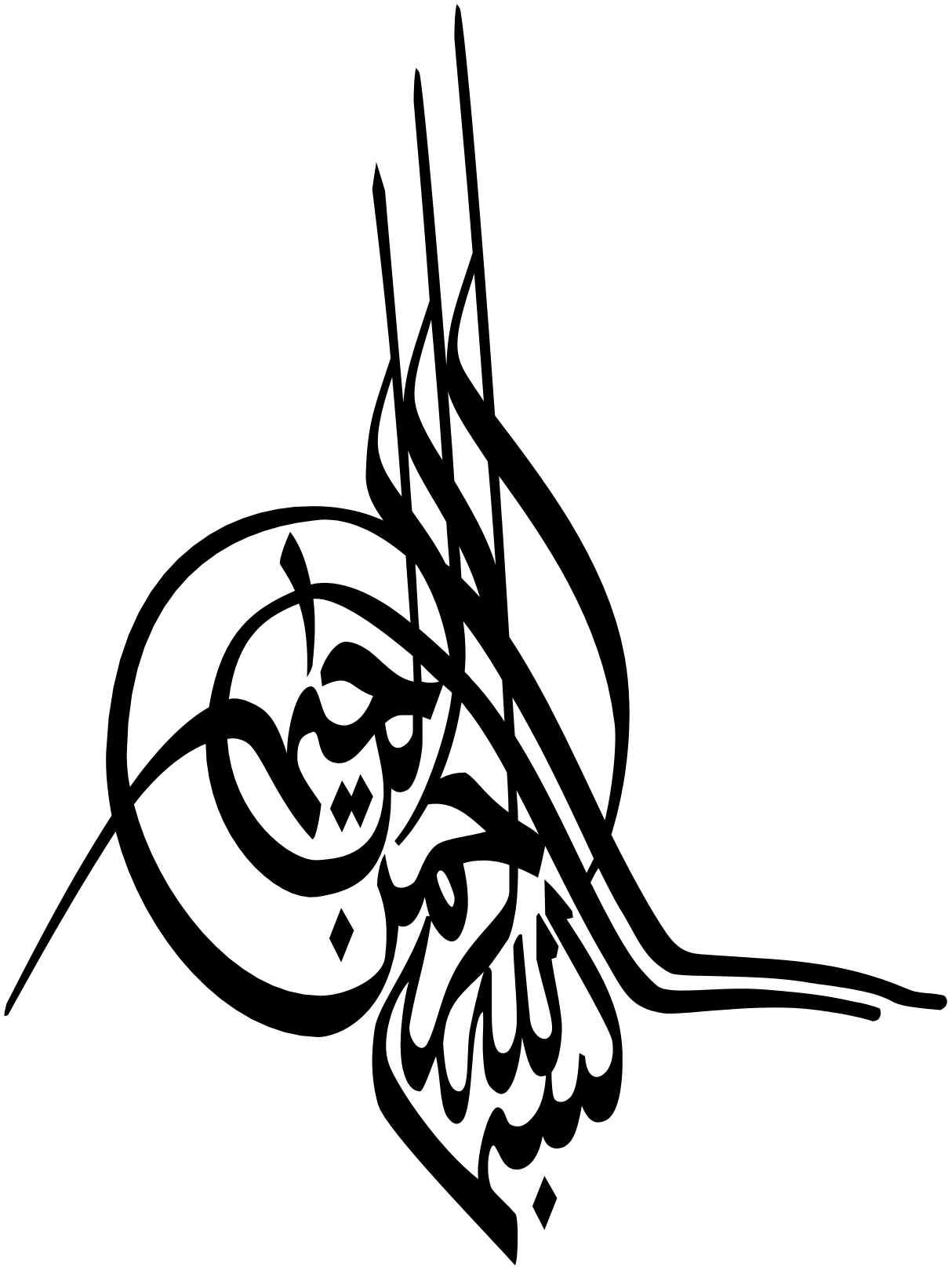
من إعداد الطلبة:

1- بوهالي نور الدين

2- خرياشي معاذ

3- رحمانى مصطفى

السنة الجامعية : 2014/2013



إهداء

إلى من علمني بأن الصبر هو السبيل
في مواجهة الصعاب وأن النجاح يكمل بالأخذ بالأسباب
إلى من رباني وبعطفه حماني .. أبي
وإلى من تتسابق الكلمات لتخرج معبرة عن مكنون ذاتها
من علمتني وعانت الصعاب لأصل إلى ما أنا فيه
وعندما تكسوني الهموم أسبح في بحر حنانها ليخفف من آلامي .. أمي
إلى أهلي وعشيرتي
إلى أساتذتي
إلى زملائي وزميلاتي
إلى الشموع التي تحترق لتضيء للآخرين
إلى كل من علمني حرفاً
أهدي هذا البحث المتواضع راجياً من المولى
عز وجل أن يجد القبول والنجاح

بوهالي نور الدين

إهداء

إلى من علمني بأن الصبر هو السبيل
في مواجهة الصعاب وأن النجاح يكمل بالأخذ بالأسباب
إلى من رباني وبعطفه حماني .. أبي
وإلى من تتسابق الكلمات لتخرج معبرة عن مكنون ذاتها
من علمتني وعانت الصعاب لأصل إلى ما أنا فيه
وعندما تكسوني الهموم أسبح في بحر حنانها ليخفف من آلامي .. أمي
إلى أهلي وعشيرتي
إلى أساتذتي
إلى زملائي وزميلاتي
إلى الشموع التي تحترق لتضيء للآخرين
إلى كل من علمني حرفاً
أهدي هذا البحث المتواضع راجياً من المولى
عز وجل أن يجد القبول والنجاح

خرياشي معاذ

إهداء

إلى من علمني بأن الصبر هو السبيل
في مواجهة الصعاب وأن النجاح يكمل بالأخذ بالأسباب
إلى من رباني وبعطفه حماني .. أبي
وإلى من تتسابق الكلمات لتخرج معبرة عن مكنون ذاتها
من علمتني وعانت الصعاب لأصل إلى ما أنا فيه
وعندما تكسوني الهموم أسبح في بحر حنانها ليخفف من آلامي .. أمي
إلى أهلي وعشيرتي
إلى أساتذتي
إلى زميلاتي وزملائي الطلبة
إلى الشموع التي تحترق لتضيء للآخرين
إلى كل من علمني حرفاً
أهدي هذا البحث المتواضع راجياً من المولى
عز وجل أن يجد القبول والنجاح

رحماني مصطفى

شكر وتقدير

الحمد لله الذي ينتهي إليه حمد الحامدين ولديه يزداد شكر الشاكرين،
الحمد لله الذي خلق الإنسان وعلمه البيان ، والصلاة والسلام على أشرف
الأنبياء والمرسلين سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين. ونشكر الله تعالى
أن هدانا للخوض في هذا البحث وأعاننا على إنجازه بتوفيقه، ثم نتقدم
بالشكر والتقدير إلى كل من مدَّ يد العون والمساعدة لإكمال هذا البحث،
ونخص بالشكر الأستاذة بوعلاقة فاطمة الزهراء المشرفة على الرسالة، التي
أكرمتنا بتواضعها وحسن تعاملها وخلقها وتوجيهاتها التي كان لها أبلغ الأثر
في تذليل المصاعب وتخطي العقبات.

كما نخص بالشكر الأستاذ بعلي مصطفى على مجهوداته وتوجيهاته التي كان
لها بالغ الأثر في إنجاز هذا البحث، ونتقدم بالشكر إلى جميع السادة أساتذة
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا على كل مساعدة قدموها لنا ، كما لا
يفوتنا أن نقدم تحية تقدير لجمعية الشفاء لمرضى داء السكري ببلدية
بوسعادة التي أفادتنا كثيرا في جمعنا لعينة الدراسة.
وننتقدم بالشكر والعرفان لجامعة المسيلة التي فتحت لنا أبوابها ومكتباتها
لمساعدتنا في إنهاء دراستنا .

المخلص:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين تقدير الذات وكل من التفاؤل والتشاؤم لدى عينة من مرضى السكري بجمعية الشفاء لمرضى داء السكري ببلدية بوسعادة ولاية المسيلة، كما هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين تقدير الذات وكل من التفاؤل والتشاؤم تبعاً لمتغيرات: (صنف مرض السكري -بالأنسولين أو بدون أنسولين -، ومدة إزمان المرض). ومن أجل تحقيق هذه الأهداف تم اختيار عينة البحث المتمثلة في مرضى داء السكري من منتسبي جمعية الشفاء لمرضى داء السكري البالغ عددهم 1000 فرد، حيث تكونت عينة الدراسة من 100 مريض بالسكري (55 فرد يستخدم الأنسولين، و45 فرد يستخدم الأقرص-بدون أنسولين-) أي ما نسبته 10% من مجتمع البحث وذلك حسب الطريقة المقصودة، وقد اشتملت الدراسة على أداتين هما: مقياس تقدير الذات لروزنبرغ، ومقياس التفاؤل والتشاؤم لدمبر، وتم فحص الفروض البديلة المتعلقة بالدراسة، وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد علاقة بين تقدير الذات والتفاؤل والتشاؤم لدى عينة من مرضى السكري بجمعية الشفاء لبلدية بوسعادة.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لتقدير الذات تعزى لصنف المرض (بالأنسولين، أو بدون أنسولين).
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لتقدير الذات تعزى لمدة إزمان المرض (من 1 إلى 6 سنوات، ومن 7 سنوات فما فوق).
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للتفاؤل تعزى لصنف المرض (بالأنسولين، أو بدون أنسولين).
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للتفاؤل تعزى لمدة إزمان المرض (من 1 إلى 6 سنوات، ومن 7 سنوات فما فوق).
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للتشاؤم تعزى لصنف المرض (بالأنسولين، أو بدون أنسولين).
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للتشاؤم تعزى لمدة إزمان المرض (من 1 إلى 6 سنوات، ومن 7 سنوات فما فوق).

Summary:

The study aimed to reveal the relationship between self-esteem and both of optimism and pessimism among a sample of patients with diabetes from Achifaa Association for patients with diabetes in Municipality of Boussaâda, State of Msila, the study aimed to identify the relationship between self-esteem and both of optimism and pessimism, depending on the variables: (class of diabetes - without insulin or with insulin - , chronicity duration of the disease).

In order to achieve these goals we have been selected the research sample (patients with diabetes) from the Research community of the Achifaa Association for patients with diabetes, totaling 1,000 individuals , where the study sample consisted of 100 patients with diabetes (55 individual uses insulin , and 45 individual uses Pills - without insulin -) in rate 10% from the research community , according to the intended way ,and the study have included on two tools : a measure of self-esteem of Rosenberg , and the measure of optimism and pessimism for Dumper ,and we were examined the alternative hypotheses which related to the study , and the study found the following results:

- There is a relationship between self-esteem, and both of optimism and pessimism among a sample of patients with diabetes from Achifaa Association for patients with diabetes in Municipality of Boussaâda, State of Msila.

- No statistically significant differences of self-esteem due to the variety of the disease (with insulin, or without insulin) .

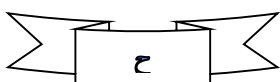
- No statistically significant differences of self-esteem due to the chronicity duration of the disease (from 1 to 6 years ,or 7 years and older) .

- No statistically significant differences of optimism due to the variety of the disease (with insulin , or without insulin) .

- No statistically significant differences of optimism due to the chronicity duration of the disease (from 1 to 6 years ,or 7 years and older) .

- No statistically significant differences of pessimism due to the variety of the disease (with insulin , or without insulin) .

- No statistically significant differences of pessimism due to the chronicity duration of the disease (from 1 to 6 years ,or 7 years and older) .





مقدمة

مقدمة:

تشكل الأمراض المزمنة بما تحمله من تعقيدات وصعوبات، ثقلا ما فتئ يزداد بفعل النسبة الوفيات وبفعل الانتشار من جهة والاخلال بجودة حياة المصابين وكلفة التكفل الواقعة على عاتق الأسر والهيئات الصحية والمجتمعات بصفة عامة من جهة أخرى، فالمنظمة العالمية للصحة تقدر أن الأمراض المزمنة غير المتنقلة أو المعدية تسبب نسبة 60% من الوفيات في العالم، ففي تقديرها السنوي لعام 2005 قدرت بـ35000 حالة وفاة بسبب الأمراض، منها 40% من الاصابات بداء السكري، هذا الداء الذي يعد من أكثر الأمراض انتشارا على الصعيد العالمي، كما ينجر عنه الكثير من التوابع الاجتماعية والاقتصادية، والنفسية، مما يؤثر على تفاعل المريض بداء السكري مع ذاته والمجتمع.

فتفاعل الانسان مع مختلف المعطيات الاجتماعية المحيطة به يحقق له تكيفا نفسيا واجتماعيا، واحتكاكه بالآخرين كثيرا ما ينتج لديه شعورا بالاستقرار النفسي كفرد ذو قيمة، ويتم هذا عن طريق الحاجة لتقدير الذات كونه من أقوى الحاجات السيكلوجية الموجودة في السلوك البشري والذي يأتي بعد الحاجات الفيزيولوجية، غير أنه هناك سمات أخرى في الشخصية لها نفس الأهمية والقيمة كتوقع الخير متمثلا في مفهوم التفاؤل، أو توقع الشر متمثلا في مفهوم التشاؤم، هذين المفهومين السيكلوجيين الذين يعتبران من المفاهيم النفسية الحديثة نسبيا، فعلى الرغم من شيوع استخدامهما من قبل العامة وغير المتخصصين منذ القدم، إلا تاريخ الاهتمام بهما وخضوعهما للدراسة العلمية والنفسية المعمقة حديث .

ومما سبق فإن سمات الشخصية من تقدير الذات وتفاؤل وتشاؤم مهمة جدا بالنسبة للفرد وخاصة مريض السكري، لذا فدراستنا هذه هدفت إلى معرفة ما إذا كانت هناك علاقة بين تقدير مرضى السكري لذواتهم وكل من التفاؤل والتشاؤم، ولتحقيق هدف البحث كما ينقسمه إلى قسمين، القسم الأول خصصناه للإطار النظري، ويحتوي على أربعة فصول حيث خصص الفصل الأول للجانب التمهيدي للدراسة من أجل عرض الاشكالية، وفرضيات الدراسة، وتحديد المفاهيم، أهداف البحث وأهميته.

أما الفصل الثاني فتناولنا فيه تقدير الذات والعوامل المؤثرة والنظريات المفسرة له وكذا مستوياته وقياسه.

كما تمحور الفصل الثالث حول مفهوم كل من التفاؤل والتشاؤم والعوامل المؤثرة فيهما وملامح الشخصية المتفائلة.

وخصصنا الفصل الرابع لمرض السكري، من مفهوم وأنواع وأعراض والعوامل المسببة لظهوره وكذا علاجه.

أما القسم الثاني من الدراسة فيمثل الإطار الميداني والذي ينقسم بدوره إلى فصلين ، حيث تمحور الفصل الأول حول الإجراءات الميدانية، وهو الفصل الخامس من الدراسة ككل وكان محتواه حول المنهج وحدود الدراسة والأدوات المستخدمة والأساليب المتبعة.

وبالنسبة للفصل الثاني وهو الفصل السادس من الدراسة الحالية فقد خصص لعرض وتحليل ومناقشة النتائج وكذا الاستنتاج العام والخاتمة.



الإطار

النظري

الفصل الأول

الجانب التمهيدي

- 1-الإشكالية .
- 2-الفرضيات .
- 3-أهداف الدراسة .
- 4-أهمية الدراسة .
- 5-أسباب اختيار الموضوع .
- 6-المفاهيم الاجرائية .
- 6-1-تقدير الذات.
- 6-2-التفاؤل والتشاؤم.
- 6-3- داء السكري .
- 7-الدراسات السابقة .
- 7-1-الدراسات المتعلقة بتقدير الذات .
- 7-2-الدراسات المتعلقة بالتفاؤل والتشاؤم.
- 7-3-الدراسات المتعلقة بداء السكري.

1-الإشكالية :

يشهد العالم اليوم حوصلة من التغيرات على أصعدة شتى ، منها ما يكون نعمة على الفرد، ومنها ما يكون نقمة عليه، حيث يقع العالم في دوامة من الأمراض التي أصبحت شائعة في حاضرتنا، وتفاوتت من بلد لآخر حسب الظروف المحيطة بالمجتمع. ونظرا لتغير أسلوب الحياة المستمر من جميع النواحي الاجتماعية والاقتصادية، أدى إلى خلق مشاكل صحية عويصة منها تفشي أمراض جديدة لم تكن مسجلة في قائمة الأمراض الخطيرة، وهي أمراض العصر كداء السكري ، الذي يرجع أصله إلى سنوات قديمة أي منذ 1550ق.م بحيث التمسست أعراضه من قبل هاريس عندما اشترى ورقة البردي المسماة بردي ابيرز (عند قدماء المصريين) في تيبس اليونانية، بحيث احتوت هذه الورقة على صفات مرض تميز بالطرح المتزايد للبول(حامد محمد الهرساني، 1965، ص40)، كما ذكر أحمد الهرساني أن الصينيون قد اكتشفوه منذ القرون الأولى قبل الميلاد و قد كانوا يشخصونه بواسطة تذوق بول المريض لمعرفة ما إذا كان يحتوي على السكر أم لا (حامد محمد الهرساني، 1965، ص41).

لكن الفهم الحقيقي لهذا المرض لم يتجلى إلا في أواخر القرن الثامن عشر على يد توماس كاولي، الذي أظهر دور البنكرياس في الإصابة به، مما أظهر خطورة المرض وقد ذكرت سمية حربوش، أن داء السكري بنوعيه(الذين يستعملون الانسولين و الذين لا يستعملون الانسولين)، يمثل مشكلة كبيرة على الصعيد العالمي، وكذا العربي رغم قلة الإحصاءات الخاصة به في بعض الدول العربية مثل الجزائر فهو من الأمراض الخطيرة ، التي لها عواقب وخيمة تمس بالفرد المصاب، كما أنه يؤثر ويتأثر بالبيئة الاجتماعية، وترى أيضا أن الفرد المصاب يجد نفسه أمام تحدي كبير لمواجهة هذا المرض فهو جزء من نفسه و من محيطه الاجتماعي(سمية حربوش، 2009، ص20)، فلا بد له من مهارات تساعده على التكيف مع ذلك، حيث تناولت بعض الدراسات ،المهارات الاجتماعية لهذه الفئة، كدراسة سمية حربوش ، بعنوان المهارات الاجتماعية و علاقتها بتقبل داء السكري، التي

أولت فيها اهتماما كبيرا للتوافق النفسي والاجتماعي لهذه الفئة كونهما من المهارات الاجتماعية التي يحتاجها كل فرد فضلا عن المصابين بداء السكري في التعايش مع البيئة وتقبل المرض في حالة سلامة كل منهما موردة الأهمية الكبرى لبعض الخصائص السيكولوجية التي لها الأثر في إبراز الاتجاه الذي يتخذه كل من التوافق النفسي والاجتماعي نحو الإيجاب أو السلب كالتفاؤل والتشاؤم وتقدير الذات. (سمية حربوش، 2009، ص20).

هذا الأخير الذي يحتل مركزا هاما في نظريات الشخصية كما يعتبر من العوامل الهامة التي تؤثر تأثيرا كبيرا على السلوك وهذا ما ذهب إليه الحميدي محمد ضيدان فهو يرى أن السلوك هو حصيلة خبرات الفرد الاجتماعية وهو إحساس الفرد بذاته، (الحميدي محمد ضيدان، 2003، ص2)، فقد ذكرت مارغريت ميد أن إحساس الفرد بذاته هو نتيجة لإحساس الآخرين نحوه، فالذات عندها ظاهرة اجتماعية ونتاج اجتماعي لا تنشأ إلا في ظروف اجتماعية و حيث توجد اتصالات اجتماعية كما ترى، بيد أنه يمكن أن تساعده نوات تمثل كل منها مجموعة من الاستجابات مستقلة ومكتسبة بدرجة أو بأخرى من مختلف الجماعات الاجتماعية كما أن تقدير الذات مرتبط بتكامل شخصية الفرد، (يونسى تونسية، 2000، ص08)، حيث يرى زيلر أن تقدير الذات يقع بين ذات الفرد و الواقع الاجتماعي الذي يعيشه وهو بذلك يحافظ على الذات من خلال تلك الأحداث السلبية والايجابية التي يتعرض لها وبذلك يرى أنه عندما تحدث تغيرات في بيئة الفرد الاجتماعية فإن تقدير الذات هو العامل الذي يحدد نوعية التغيرات التي ستحدث في تقييم الفرد لذاته تبعا لذلك (سميح أبو مغلي، 2002، ص111-112).

كما أوضح كل من تولمان وكراسنر أنه عندما يجد الأفراد علاقاتهم مع الآخرين غير مثابة أو لا تعود عليهم بالإثابة فإنهم قد ينسلخون عن الآخرين و يبدون اهتماما أقل فيما يتعلق بالتلميحات الاجتماعية و ينتج عن ذلك أن يأخذ هذا السلوك شكلا شادا أو غير متوافق يدفع إلى تقدير منخفض للذات في حين أكد من فانك ووانفلس ويوفورد بأنها الإحساس بقدرة الفرد على الانتاج وتنظيم الأحداث في حياته وأن الكفاية الذاتية المنخفضة

تخفف العلاقة بين الفرد وذويه وبالتالي تنقض من نمو الفرد وتجعل من تقديره لذاته منخفضاً، لذلك يميل فرنان إلى أن الكفاية الذاتية، تدل على احساس الفرد بالثقة في أنه يؤدي السلوكيات التي يتطلبها موقف ما (مصطفى الشرقاوي، 1983، ص56)، ويشير الدريدير إلى أنه كلما كانت الكفاية قوية كانت جهود الفرد في الإنجاز أكثر نشاطاً وفعالية وكان ذلك دليل على تقدير مرتفع للذات (الدريدير عبد المنعم، 2004، ص216)، ويذهب الريماوي إلى أنه كلما أدرك الفرد أنه قادر على النجاح و إثبات ما سماه باندورا في نظريته التعلم الاجتماعي المعرفي الكفاية الذاتية كلما ارتفع تقديره لذاته. (الريماوي، 2004، ص13).

تبعاً لذلك قد ينشأ نوعان لتقدير الذات نتيجة لعدة عوامل منها المثيرات وخاصة الاجتماعية منها والسلوك الإنساني والعمليات العقلية ، وهما تقدير ذات مرتفع وتقدير ذات منخفض وتختلف تبعاً لذلك السلوكيات التي قد تنشأ عنهما سواء بالإيجاب أو السلب، غير أن بعض الدراسات كدراسة عبد الخالق ويدر الأنصاري (1995، ص 04)، أرجعت تغير سلوك الفرد إلى الإيجاب أو السلب يرجع إلى سمتين من سمات الشخصية وهما التفاؤل والتشاؤم.

هتان سمتان التي بالرغم من أهمية كل منهما في الحياة الإنسانية بشكل عام إلا أن مفهوم كل من التفاؤل والتشاؤم لم يحظ بالاهتمام الكافي في الدراسات النفسية حيث أن التفاؤل أمر أساسي للصحة العامة للفرد، كما أن التشاؤم له علاقة وثيقة بسوء التوافق الاجتماعي والاضطرابات النفسية التي يتعرض لها الأفراد وهذا ما ذهب إليه عبد الخالق حيث يرى أن الدراسات النفسية للتفاؤل والتشاؤم دراسات حديثة لا تتجاوز على أقصى تقدير العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين، هذا على المستوى العالمي أما على المستوى العربي فإن الاهتمام بهاذين المفهومين بدأ في عام 1995 فقط (عبد الخالق، 1999، ص05).

وقد أثبتت دراسات **عبد اللطيف و لولوة حمادة 1998** و**عبد الخالق 1998** و**ومايسة شكري** وغيرهم على أن للتفاؤل دورا مهما في الارتقاء بحياة الإنسان وتحقيق رفايته وسعادته ورضاه عن عمله وتحقيق الصحة الجسمية والنفسية ، فالمتفائلون لديهم إحساس بقيمة الذات وبالكفاءة و يقيمون أداءهم بصورة أكثر ايجابية بينما المتشائمون يقيمون أداءهم بصورة أكثر سلبية ويقللون من قيمة كفاءة أدائهم(عبد اللطيف و لولوة حمادة ،1998،ص84) .

وقد ذكر **الأنصاري** أن **وليم جيمس** هو صاحب الفصل في إبراز مفهوم التفاؤل إذ يرى فيه معيارا للفرد حيث يتوقع فه الفرد توقعا كبيرا للنجاح تجاه الأحداث والمواقف،(الانصاري،1998،ص17)، كما عرف كل من **شابير وكارفر 1994** التفاؤل بأنه استعداد كامن داخل الفرد للتوقع العام لحدوث الأشياء الجيدة والايجابية أي توقع النتائج الطيبة الايجابية للأحداث المستقبلية ،(فراج ، 1425هـ، ص389)، كما عرف **مارشال وزملاؤه 1992** التشاؤم بأنه استعداد شخصي أو سمة كامنة داخل الفرد تؤدي إلى التوقع السلبي للأحداث المستقبلية(فراج ، 1425هـ، ص390) .

غير أن **سليجمان 1998** قد أشار في كتابه التفاؤل المتعلم أن التفاؤل يمكن تعلمه فنحن لسنا متفائلين بالفطرة أو متشائمين بالفطرة و هذا ما ذهب إليه أصحاب النظرية السلوكية فهم يرون أن التفاؤل والتشاؤم من بعض الأعمال أو الرموز يمكن أن ينتشر من مكان إلى آخر بالتقليد والمحاكات فهم يفسرون التفاؤل والتشاؤم على أساس الاقتران أو على أساس اكتساب فعل المنعكس الشرطي ويمكن اعتبار كل من التفاؤل والتشاؤم من الرموز والمنبهات الداخلية من قبيل الاستجابات المكتسبة الشرطية(اسماعيل،2001،ص51).

ويؤكد **مخير وعبد المعطي** على أن المتفائلين تكون لديهم مشاعر قوية بالبهجة وشعور بالرضا عن الحياة بوجه عام فالتفاؤل يرتبط بالمشاعر الايجابية أكثر من ارتباطه بالمشاعر السلبية كما أن المتفائل في إدراكه للأحداث والمواقف ينصب على الجوانب الايجابية أكثر من السلبية والعكس صحيح بالنسبة للمتشائم الذي يغلب عليه المبالغة في

إدراك جوانب الضعف والقصور والتهوين من المزايا والايجابيات والنجاح الشخصي كما أن التفاؤل يرتبط بالشفاء السريع من الأمراض والعمليات الجراحية إضافة إلى أنه يرتبط بالنظرة و الاتجاه الايجابي نحو الحياة والعلاقات الاجتماعية(مخير عبد المعطي،2000،ص09).

وبالتالي فإن إدراك ما يخلفه هذا المرض من آثار نفسية واجتماعية تعيق سير الفرد بشكل عادي في حياته اليومية و الاجتماعية خاصة وإن لاق هذا المرض رفضاً من قبل المصاب به وكذا إدراك أهمية كل من التوافق النفسي والاجتماعي للأفراد كما أوردته **حريوش سمية**، (حريوش سمية ، 2009،ص24)، و كذا الدور الهام لبعض الخصائص السيكولوجية كتقدير الذات والتفاؤل والتشاؤم في التوجه الذي يتخذه المريض في حياته سواء بالإيجاب أو السلب هو الذي أخرجنا الى البحث عن العلاقة التي تربط تقدير الذات للمصابين بداء السكري بتفاؤلهم أو تشاؤمهم ، فالتساؤلات المطروحة:

هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين تقدير الذات والتفاؤل عند المصابين بداء السكري؟

هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين تقدير الذات والتشاؤم عند المصابين بداء السكري؟

هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في تقدير الذات تعزى إلى متغير صنف مرض السكري(أنسولين، بدون أنسولين)؟

هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في تقدير الذات تعزى إلى متغير مدة ازمان مرض السكري(من 1سنة إلى 6 سنوات، من 7 فأكثر)؟

هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في التفاؤل تعزى إلى متغير صنف مرض السكري (أنسولين، بدون أنسولين)؟

هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في التفاؤل تعزى إلى متغير مدة ازمان مرض السكري(من 1سنة إلى 6 سنوات، من 7 فأكثر)؟

هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في التشاؤم تعزى إلى متغير صنف مرض السكري(أنسولين، بدون أنسولين)؟

هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في التشاؤم تعزى إلى متغير مدة ازمان مرض السكري(من 1سنة إلى 6 سنوات، من 7 فأكثر)؟

2-الفرضيات :

توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين تقدير الذات والتفاؤل والتشاؤم عند المصابين بداء السكري.

توجد فروق ذات دلالة احصائية في تقدير الذات تعزى إلى متغير صنف مرض السكري(أنسولين، بدون أنسولين).

توجد فروق ذات دلالة احصائية في تقدير الذات تعزى إلى متغير مدة ازمان مرض السكري(من 1سنة إلى 6 سنوات، من 7 فأكثر).

توجد فروق ذات دلالة احصائية في التفاؤل تعزى إلى متغير صنف مرض السكري(أنسولين، بدون أنسولين).

توجد فروق ذات دلالة احصائية في التفاؤل تعزى إلى متغير مدة ازمان مرض السكري(من 1سنة إلى 6 سنوات، من 7 فأكثر).

توجد فروق ذات دلالة احصائية في التشاؤم تعزى إلى متغير صنف مرض السكري(أنسولين، بدون أنسولين).

توجد فروق ذات دلالة احصائية في التشاؤم تعزى إلى متغير مدة ازمان مرض السكري(من 1سنة إلى 6 سنوات، من 7 فأكثر).

3-أهداف الدراسة :

-معرفة العلاقة الموجودة بين تقدير الذات و التفاؤل و التشاؤم

-معرفة إذا كانت توجد هناك فروق ذات دلالة احصائية في تقدير الذات تعزى

لصنف مرض السكري.

-معرفة إذا كانت توجد هناك فروق ذات دلالة احصائية في تقدير الذات تعزى لمدة

ازمان مرض السكري.

-معرفة إذا كانت توجد هناك فروق ذات دلالة احصائية في التفاؤل تعزى لصنف مرض السكري.

-معرفة إذا كانت توجد هناك فروق ذات دلالة احصائية في التفاؤل تعزى لمدة ازمان مرض السكري.

-معرفة إذا كانت توجد هناك فروق ذات دلالة احصائية في التشاؤم تعزى لصنف مرض السكري.

-معرفة إذا كانت توجد هناك فروق ذات دلالة احصائية في التشاؤم تعزى لمدة ازمان مرض السكري.

4-أهمية الدراسة :

ترجع أهمية الدراسة إلى أهمية كل من متغيراتها فترجع أهمية تقدير الذات في تعزيز الثقة بالنفس كما ذهب توني روز إلى أن تقدير الذات المرتفع يبث الأمل في نفس الفرد فكلما زادت مرونته في الاستفادة من المثيرات الاجتماعية و السلوك الانساني كلما صار عليه من السهل تجاوز لحظات الفشل والتعامل معها على أنها خبرات يتعلمها ويستفيد منها حيث تتسم أكثر موضوعية وقد أثبت ماكسوال صموال أن تطوير أسلوب متفائل من خلال تفسير متفائل للأحداث هو المخرج من حالة التشاؤم السلبية حيث يتمكن المتفائلون من تجاوز الصعوبات والعثرات ، كما تبرز أهمية الدراسة في أهمية العينة ، كونها عينة خاصة من المجتمع تحتاج رعاية و طريقة تعامل خاصة، خاصة من الجانب النفسي ، الذي له الدور الكبير في تقبل الفرد لذاته، اضافة إلى قلة الدراسات التي تتناول هذه الفئة من الجانب النفسي .

5-أسباب اختيار الموضوع :

-عدم اعطاء اهتمام كبير لسلوكات مرضى داء السكري
-الدور الذي تلعبه المتغيرات الخارجية على نفسية وسلوكات مرضى السكري
-عدم تلقي هذه الفئة من المجتمع الدعم لتصرفاتهم ومحاولة توجيههم لما يساعد تقبل سلوكياتهم .

-عدم وجود اهتمام من طرف المتتبعين المعنيين بهاته الفئة وخاصة من الجانب النفسي.

-ضعف الوعي لدى أفراد المجتمع بخصائص هاته الفئة وكيفية الاهتمام بها.

6-المفاهيم الاجرائية :

6-1-تقدير الذات:

يعرف تقدير الذات من الناحية الإجرائية بأنه: (مجموع الدرجات التي يحصل عليها مريض السكري وفقا لإجاباته على مقياس تقدير الذات المستخدم في هذه الدراسة، والذي وضعه العالم الدكتور "موريس روزنبرغ"، وتعطي هذه الأداة تقديرا لمدى تقييم الفرد لذاته بشكل عام).

6-2-التفاؤل والتشاؤم:

-يعرف التفاؤل إجرائيا بالدرجة التي يحصل عليها المصاب بداء السكري في المقياس المستخدم في دراستنا والمتمثل في مقياس "ديمبر" لقياس التفاؤل والتشاؤم.
-أما التعريف الإجرائي للتشاؤم فهو الدرجة التي يحصل عليها المصاب بداء السكري في المقياس المستخدم في دراستنا والمتمثل في مقياس "ديمبر" لقياس التفاؤل والتشاؤم.

6-3- داء السكري :

يعرف إجرائيا بأنه إصابة مزمنة تظهر عندما تعجز البنكرياس عن إفراز الأنسولين بصورة طبيعية أو يندم إفرازه تماما، وهناك صنفين من مرض السكري: الصنف الأول (المعتمد على الأنسولين) وهو الأكثر خطورة، والصنف الثاني (غير المعتمد على الأنسولين بل على أقراص) وهو الأقل خطورة من الصنف الأول.

7-الدراسات السابقة:

7-1-الدراسات المتعلقة بتقدير الذات :

-دراسة محمد شوكت(1993) : بعنوان تقدير المراهق لذاته وعلاقته بالاتجاهات الوالدية و العلاقات مع الأقران .

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى دراسة الفروق بين ثلاث مجموعات تمثل ثلاثة مستويات لتقدير الذات هي: مرتفع، متوسط، منخفض، وذلك في الاتجاهات الوالدية، كما يدركها الأبناء، والعلاقات مع الأقران.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 150 طالبا أختيروا من 388 طالبا من طلاب الصف الثاني الثانوي العام بمدينة الاسماعيلية بجمهورية مصر العربية.

نتائج الدراسة:

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الثلاثة في إدراك اتجاهات الآباء التي تتسم بالديمقراطية مقابل التسلطية، والاستقلال مقابل الاتكال.

-لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعات الثلاث في اتجاهات الأمهات كما يدركها الأبناء.

التعليق على الدراسة: هدفت الدراسة إلى دراسة الفروق بين ثلاث مجموعات تمثل ثلاثة مستويات لتقدير الذات هي: مرتفع، متوسط، منخفض، وقد اتفقت هذه الدراسة مع دراستنا من حيث أخذ تقدير الذات من جانب مستوى ارتفاعه وانخفاضه.

-دراسة محمد فتحي عكاشة : بعنوان " تقدير الذات وعلاقته ببعض المتغيرات البيئية والشخصية لمجموعة من أطفال مدينة صنعاء" .

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة أثر أشكال الرعاية التي يعيش في كنفها الطفل على تكيفه، وتكوينه لمفهوم إيجابي عن ذاته، وبالتحديد على تقديره لذاته باعتبار أن تقدير الذات هو احد المكونات الهامة لمفهوم الذات.

-عينة الدراسة: أجريت الدراسة على 197 طفل تتراوح أعمارهم بين 5و9، و5و12 عام من اطفال مدينة صنعاء بالجمهورية العربية اليمنية، وتم تقسيم مجموعة الأطفال المختارين من دار رعاية الأيتام وعددهم 42 طفلا إلى ثلاثة أقسام، طبقا لحالة الحرمان لفقد الأب أو الأم أو كليهما، كما تم تقسيم الأطفال في مؤسسة رعاية الأحداث إلى أيتام وغير أيتام.

-نتائج الدراسة:

-أظهرت الدراسة أن لنوع الرعاية التي يعيش في كنفها الطفل دورا هاما في تقديره لذاته.

-كشفت الدراسة عن وجود تأثير واضح لحرمان الطفل من أحد والديه على تقديره لذاته، ويزداد هذا التأثير بفقد كلا الوالدين.

-أكدت الدراسة وجود علاقة بين تقدير الطفل لذاته، وتحصيله الدراسي خاصة بالنسبة لمقري اللغة العربية والرياضيات.

-تعليق على الدراسة: أشارت الدراسة إلى أهمية ونوع الرعاية التي يعيش في كنفها الطفل، والتي تؤثر على تقدير الذات لدى الطفل فحرمان الطفل من أحد الوالدين أو كليهما يؤثر تأثيرا سلبيا على تقدير الطفل لذاته، وقد ارتبطت هذه الدراسة بدراستنا من جانب أن الشعور الذي يولده مرض السكري بالنسبة للمصاب به يؤثر على تقديره لذاته.

-دراسة جوزيف وآخرون (1993): بعنوان: "تقدير الذات والجنس".

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من 43 رجلا و 47 امرأة.

أهداف الدراسة: وهدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق في تقدير الذات بين الذكور والإناث.

أدوات الدراسة :واستعمل مقياس تقدير الذات لروزنبورغ Rosenberg وقائمة بها مجموعة من الكلمات يطلب من المفحوصين كتابة بعض الجمل عن كل كلمة كما استعمل مقياس القدرات الاجتماعية الرياضية الإبداعية الأكاديمية.

نتائج الدراسة :وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

-وجود فروق ذات دلالة على مقياس القدرات لصالح عينة الرجال الذي أدى إلى ارتفاع تقدير الذات لديهم ، بمعنى أن إدراك الرجال لقدراتهم الاجتماعية والإبداعية والرياضية والأكاديمية أدى إلى ارتفاع تقديرهم لذواتهم.

- التعليق على الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الفروق في تقدير الذات بالنسبة للجنسين وقد تشابهت دراستنا مع هذه الدراسة في محاولة التعرف على الفروق في تقدير الذات تعزى إلى صنف مرض داء السكري (بالأنسولين، ومن دون أنسولين).

2-7- الدراسات المتعلقة بالتفاؤل والتشاؤم:

- دراسة حسن عبد اللطيف ولولوه حمادة (1998): بعنوان: التفاؤل والتشاؤم وعلاقتها بالانبساط والعصابية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 220 طالبا وطالبة بالتساوي، وهم من المتطوعين الذين يدرسون في عدد من كليات جامعة الكويت، طبقت على أفراد العينة القائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم، هذا فضلا على المقياسين الفرعيين للعصابية والانبساط المشتقين من اختبار ايزنك للشخصية .

نتائج الدراسة : كشفت النتائج عن فروق دالة بين الجنسين في التفاؤل للذكور متوسط اعلى ولكن لم تظهر الفروق بين الجنسين في التشاؤم، كما استخرج ارتباط إيجابي بين التفاؤل والانبساط وبين التشاؤم والعصابية، ومن ناحية أخرى ظهر ارتباط سلبي بين التشاؤم والانبساط وبين التفاؤل والعصابية.

التعليق على الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى البحث عن العلاقة بين التفاؤل والتشاؤم بسمتين أخريتين للشخصية هما الانبساط والعصابية وقد ارتبطت هذه الدراسة بدراستنا من ناحية أن موضوع دراستنا يدرس العلاقة بين التفاؤل والتشاؤم وسمة أخرى للشخصية ألا وهي تقدير الذات.

-دراسة أحمد عبد الخالق (1998): بعنوان: التفاؤل والتشاؤم وصحة الجسم.

عينة الدراسة: أجريت الدراسة على عينة من الطلبة والطالبات الكويتيين الذي يدرسون بجامعة الكويت، طبقت عليهم القائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم، ومقياس تقدير الصحة العامة فضلا عن قائمة الأعراض والشكاوي الجسمية.
نتائج الدراسة: وقد خرجت هذه الدراسة بعدة نتائج منها:

-وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين التفاؤل والصحة النفسية والتشاؤم الأعراض الجسمية.

-وجود علاقة ارتباطية سلبية بين التفاؤل والأعراض الجسمية والتشاؤم والصحة النفسية.

وقد فسرت هذه النتائج اعتمادا على كون التفاؤل سمة تؤدي بالشخص إلى تبني توجه عام مفضل نحو الحياة، ويدعم هذا التوجه تدعيما إيجابيا الصحة الجسمية الجيدة وفي الوقت نفسه فإن الصحة النفسية الجيدة تدعم سلوك توقع الافضل اي التفاؤل، وعكس ذلك يمكن أن يفسر علاقة التشاؤم بالأعراض والشكاوي الجسمية، فإن المرض المتكرر يمكن أن يقود الفرد إلى توقع الأسوأ، أي التشاؤم.

التعليق على الدراسة: نلاحظ أن هذه الدراسة تهدف إلى البحث عن علاقة سمتي الشخصية (التفاؤل والتشاؤم) بالصحة النفسية للفرد، وهذا ما يتوافق ودراستنا الحالية في البحث عن علاقة بعض سمات الشخصية (تقدير الذات ، والتفاؤل والتشاؤم) ومريض السكري، حيث أننا نبحث في الصحة النفسية لمريض السكري.

7-3-الدراسات المتعلقة بداء السكري:

-دراسة m.mesbah,j charlow.a fagot.compagne et all (2001):

بعنوان: جودة الحياة لدى الأشخاص السكريين المعالجين بفرنسا.
عينة الدراسة: شملت عينة الدراسة على 3540 مريض أجابوا على مقياس تقدير جودة الحياة من بين 10000 مفحوص تم تسجيلهم، استخدمت الدراسة مقياس جودة الحياة بنسخته الفرنسية المكيفة.

نتائج الدراسة: وقد خلصت الدراسة بما يلي:

- جودة الحياة كانت مرتفعة لدى ذوي المستوى العالي والإطارات، باستثناء المراقبة الغذائية التي لا يؤثر فيها المستوى الاجتماعي والاقتصادي.

- وجود تعقيدات مرضية، قلبية وعائية على وجه الخصوص، في حين ظهر أن العلاج بالأنسولين ارتبط بدوره بجودة حياة سيئة باعتباره مرتبطا بتعقيدات وخطورة المرض، عكس ذلك كان وجود دواء واحد (أقراص) دلالة على جودة حياة جيدة.

التعليق على الدراسة: هدفت هذه الدراسة لقياس أثر داء السكري على تقدير جودة الحياة لدى المصابين بالسكري بصنيفيه (بالأنسولين، وبدون أنسولين) هذين الأخيرين الذين ركزت عليهما دراستنا لكن الاختلاف أن دراستنا ركزت على دلالة الفروق لبعض سمات الشخصية لكل من الصنفين.

-دراسة **Talon Jean Marc (2005)** بعنوان: الاكتئاب لدى مريض السكري.

عينة الدراسة: أجريت الدراسة على 41 حالة ببيزانصون الفرنسية، منها 21 امرأة و20 رجلا، بمتوسط عمر 61 يتراوح بين 36 إلى 83 سنة وبمتوسط عمر الإصابة مقدر بـ12 سنة.

نتائج الدراسة: كشفت نتائج الدراسة عن وجود تعقيدات المرض لدى 15 حالة من بين 38 تمثلت في المعاناة من الالتهاب العصبي. ولدى 18 حالة تضخم والتهاب اللوزتين. التهاب وانتانات في القدم لدى 11 مريض، في حين يعاني 37 من التهابات الشبكية و11 من عجز كلوي ثانوي.

على المستوى النفسي: بينت النتائج أن 21 مريضا يعانون اضطرابات مزاجية منهم 5 من اكتئاب شديد بخصائص سوداوية حسب مقياس بيك، 22 حالة تعاني من اكتئاب موزعة كالآتي: 8 حالات اكتئاب خفيف، 13 اكتئاب معتدل، 01 شديد.

التعليق على الدراسة: هدفت الدراسة إلى محاولة الكشف عن مدى وجود وحدوث الاكتئاب كاضطراب مصاحب للسكري، وقد تناولت الصنفين معا (بالأنسولين، وبدون أنسولين) إضافة إلى مدة إزمان المرض، وهذا ما تطرقت إليه دراستنا (صنف المرض، ومدة الإزمان) غير أن دراستنا كانت أشمل كوننا تناولنا الجانب التفاضلي والتشاؤمي وكذا تقديرهم لذواتهم.

الفصل الثاني

تقدير الذات

1-الذات.

1-1- مفهوم الذات.

1-2- خصائص الذات.

1-3- مظاهر الذات.

1-4- أبعاد الذات.

2-الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات.

3-تقدير الذات .

3-1- تعريف تقدير الذات .

3-2- نظريات تقدير الذات.

3-3- العوامل المؤثرة في تقدير الذات.

3-4- مستويات تقدير الذات.

3-5- قياس تقدير الذات.

تمهيد:

يحتل مفهوم تقدير الذات مكانة محورية لدى علماء النفس والصحة النفسية، فهو مفهوم محوري يمكن من خلاله الكشف عن السواء وعدم السواء، وعن الطاقات الكامنة وعن الإحباط أيضا، فارتفاع مستواه يعني أن يمضي الانسان بطاقاته الخلاقة إلى الأمام، وانخفاض مستواه يعني انحصار الامكانيات والطاقة داخل الذات وظهور الأعراض المرضية.

ولكي نتوصل إلى مفهوم جيد لتقدير الذات يجب أولا إلقاء الضوء بصورة مختصرة على الذات كمفهوم والذات كمصطلح، وسنتناول مفهوم تقدير الذات وتعريفاته المختلفة وأهم المصطلحات والمفاهيم المرتبطة به وأهم النظريات التي تناولته.

1-الذات

1-1- مفهوم الذات:

استخدم مصطلح مفهوم الذات من فترة مبكرة لدى الكثير من الباحثين والمنظرين أمثال: البورت، وجيمس، وكوميس، للإشارة إلى خبرة الفرد بذاته وباعتباره تنظيما إدراكيا من المعاني والمدركات التي يحصلها ويكتسبها الفرد والتي تشمل هذه الخبرة الشخصية بالذات، وبهذا يختلف المصطلح تماما عن الكثير من المفاهيم السيكولوجية التي تتداخل أو تتشابه معه في الصياغة (سهير كامل، 2000، ص 116).

ويتكون مفهوم الذات من فكرة الإنسان عن نفسه في علاقته بالبيئة، كما يتولى بدوره تحديد السلوك الذي يمارسه الشخص ومستواه. وينظر الفرد إلى الذات الظاهرية على أنها حقيقة بالنسبة له، فهي التي تحدد طريقة استجابته للمواقف المختلفة التي يتعامل معها، بحيث نجده غالبا مالا يستجيب للبيئة الموضوعية وإنما لكيفية إدراكه بها (رمضان محمد القذافي، 1993، ص 200).

كما يعرف لابين وجرين 1981 مفهوم الذات بأنه: "تقييم الشخص لنفسه ككل من حيث مظهره وخلفيته وأصوله وقدراته ووسائله واتجاهاته وشعوره، حيث يعتبر مفهوم الذات قوة موجهة لسلوكه". ويشير إبراهيم وبلبل (1985) إلى أن مفهوم الذات عبارة عن تنظيم معرفي وانفعالي واجتماعي يتضمن استجابات الفرد نحو ذاته في مواقف داخلية وخارجية لها

علاقة مباشرة في حياته، وبشكل بعدا هاما في شخصيته والتي لها اكبر الأثر في تصرفاته وسلوكه؛ وبصورة عامة يمكن تعريف مفهوم الذات بأنه تقييم الشخص لنفسه ككل من حيث مظهره وخلفيته وقدراته واتجاهاته وشعوره ووسائله، بحيث يصبح مفهوم الذات موجها للسلوك عندما تبلغ هذه الأشياء ذروتها (جودة بني جابر، 2004، ص116).

إن مفهوم الذات كما يستخدمه الأدباء المتخصصون عامة هو مجموعة من الشعور والعمليات التأملية التي يستدل عنها بواسطة سلوك ملحوظ أو ظاهرة، عن طريق هذا التعريف الشكلي يكون مفهوم الذات بمثابة تقييم الشخص لنفسه ككل من حيث مظهره وخلفيته وأصوله وكذلك قدرته ووسائله واتجاهاته وشعوره حتى يبلغ كل ذلك ذروته حيث تصبح قوة موجهة لسلوكه (دالاس ولايين، بيرت و جرين، 1981، ص18).

ويعرف موريفي (1947) الذات على أنها مدركات الفرد ومفاهيمه فيما يتعلق بوجوده الكلي أو كيانه. أي الفرد كما يدرك نفسه، وفي رأيه أن الأنا عبارة عن جهاز من الأنشطة المعتادة التي تدعم الذات أو تحميها عن طريق استخدام ميكانيزمات معينة مثل التبرير والتقمص والتعويض (قحطان احمد الظاهر، 2004، ص23).

هو المفهوم الذي يكونه الفرد عن نفسه باعتباره مصدرا للتأثير والتأثر في البيئة المحيطة (محمد عماد الدين إسماعيل، 1989، ص253).

فهم الذات يعني أن يعرف المرء نقاط القوة ونقاط الضعف لديه، وان يفهم ذاته فهما أقرب إلى الواقع، فلا يبالغ في تقدير خصائصه وصفاته، ولا يقلل من قيمتها (علاء الدين الكفافي، بدون سنة، ص20).

ويدين مفهوم الذات كموضوع بالكثير لويليام جمس ويشير هذا المفهوم إلى معرفة الفرد لذاته وتقييمه لها (أحمد محمد عبد الخالق، 1991، ص463).

1-2- خصائص الذات:

توصلت الدراسات والبحوث التي أجريت حول هذا المفهوم إلى سبع خصائص أو مظاهر هامة تصف مفهوم الذات وهي:

أولا : بناء تنظيمي:

يتكون من خلال خبرات الفرد على اختلافها أو تنوعها والتي تشكل معطيات إدراك الفرد لذاته، ولكي يخفف الفرد من درجة تعقيد هذه الخبرات فإنه يعيد ترميزها في تصنيفات أو صيغ أبسط ونظم التصنيف التي يتبناها الفرد هي إلى حد ما انعكاس لثقافته الخاصة،

فمثلا تدور خبرات الطفل حول أسرته ورفاقه ومدرسته، وهذه تبدو في الجمل التي يصف بها الأطفال أنفسهم و ذواتهم، كما أن هذه التصنيفات تمثل الطريقة التي يتم بها تنظيم الخبرات وإعطائها معنى، وإذن فالخاصية أو المظهر الأول لمفهوم الذات هو أنه بنية أو تنظيم (فتحي مصطفى الزيات، 2001، ص258).

ثانيا: متعدد الأوجه

بمعنى أن النظام التصنيفي المستخدم تتعدد مجالاته مثل: الوضع المدرسي، التقبل الاجتماعي، الجاذبية الشخصية، القدرة أو الذكاء العام (فتحي مصطفى الزيات، نفس المرجع، 258).

ثالثا: هيراركي أو هرمي:

بمعنى أن هذه البنية المتعددة المظاهر أو الأوجه ربما تكون هيراركية أو هرمية على بعد العمومية، أي أن المفهوم العام للذات ربما ينقسم إلى شقين من المكونات : مفهوم الذات الأكاديمي ويندرج تحت مفهوم الذات الأكاديمي مفهوم الذات المتعلق بكل مادة من المواد الدراسية المختلفة، أما مفهوم الذات غير الأكاديمي ربما ينقسم إلى التقبل الاجتماعي أو تقبل الآخرين (الأسرة، الأقران، المدرسون) والجاذبية الشخصية وهذه بذورها تنقسم إلى عناصر أصغر وهكذا على النحو الذي ينقسم إليه مفهوم الذات الأكاديمي (فتحي مصطفى الزيات، نفس المرجع ، ص25).

رابعا: ثابت نسبيا:

ويضيف الباحث مصطفى الزيات كلمة نسبيا بمعنى أنه في ضوء التنظيم الهرمي لمفهوم الذات يصبح التغير الذي يحدث عند المستويات المنخفضة من هذا التنظيم ضعيفا أو منخفضا عندما يصل هذا التغير إلى المستويات العليا الأعم مما يجعل مفهوم الذات مقاوم نسبيا لتغير، ولكي يحدث تغير في مفهوم الذات العام يتعين حدوث مواقف متعددة، ومحددة، ومتزامنة، وغير متسقة، فمثلا خبرات النجاح والفشل لأحد تلاميذ المرحلة الابتدائية في مادة التاريخ ربما يؤثر على مفهوم الذات الأكاديمي لديه لكن تأثيرها على المفهوم العام للذات يكون ضعيفا (فتحي مصطفى الزيات، نفس المرجع، ص259).

خامسا: نامي أو متطور:

بمعنى أن هذا المفهوم له خاصية نمائية، فمفاهيم الذات لدى صغار الأطفال كلية أو شاملة وغير متميزة، ومع بداية بناءهم للمفاهيم واكتسابهم لها، كما تتمثل في استخدامهم

لكلمة أنا ومع عمليات النضج والتعلم يحدث تزايد للخبرات المختزنة، وتبدأ عمليات تصنيف الأحداث والمواقف، وخلال عمليات النمو تبدو بعض الأشياء هامة بالنسبة للطفل، وتبدأ بعض الأشياء في عالمه الخاص في تغير معناها ودلالاتها، ومع تزايد العمر الزمني والخبرة يصبح مفهوم الذات أكثر تمايزاً، ومع إحداث قدر من التنسيق و التكامل بين مكونات مفهوم الذات يمكن أن تتكامل مظاهر مفهوم الذات المشار إليها كالبنية والتنظيم والتعدد (فتحي مصطفى الزيات، نفس المرجع ، ص25).

سادسا: تقويمي:

أي أن مفهوم الذات ذو طبيعة تقويمية وليست وصفية، وهذه التقويمات تحدث في مواجهة المعايير المطلقة " كالمثالية " كما تحدث في مواجهة المعايير النسبية" كالواقعية" مثل استقبال تقويمات الآخرين.

وبعد التقويم يمكن أن يتباين في الأهمية بالنسبة لمختلف الأفراد والمواقف، وهذا التباين الوزني ربما يعتمد على خبرات الفرد الماضية، وثقافته الخاصة، ومركزه، وأدواره في مجتمع معين، والتميز بين وصف الذات وتقويم الذات غير واضح نظريا أو مفاهيميا وتطبيقيا، ومن ناحية المصطلحات فإن مفهوم الذات وتقدير الذات يحل كل منها محل الآخر في التراث السيكولوجي (فتحي مصطفى الزيات، نفس المرجع، ص259).

سابعا: متمايز أو فارقي:

بمعنى أنه متمايز أو مستقل عن الأبنية الأخرى التي يرتبط نظريا بها، فمثلا يمكن افتراض أن مفهوم الذات للقدرة العقلية يبدو أكثر ارتباطا بالتحصيل الأكاديمي من القدرة على التصرف في المواقف في الموقف الاجتماعية وهكذا (فتحي مصطفى الزيات، نفس المرجع، ص 260).

- أنها تنمو من تفاعل الكائن مع البيئة.
- قد تمتص قيم الآخرين وتدرکها بطريقة مشوهة.
- تنزع الذات إلى الاتساق.
- يسلك الكائن بأساليب تتسق مع الذات.
- الخبرات لا تتصور مع الذات وتدرک بوصفها تهديدات.
- قد تتغير الذات نتيجة لنضج والتعلم (سهير كامل أحمد، 2003 ، ص554).

1-3- مظاهر الذات:

استطاع علماء النفس التمييز بين ثلاث مظاهر للذات يشير إليها " محمد جمال يحياوي" عن وليام جيمس في:

- الذات المادية:

والتي تتضمن مختلف المظاهر الجسمية بما في ذلك الملابس، وكذا مختلف الممتلكات التي يتمتع بها الفرد.

- الذات الاجتماعية:

وتشمل الصورة الاجتماعية التي يسعى الفرد إلى الوصول إليها، والأدوار التي يقوم بها تجاه الآخرين.

- الذات الروحية:

وتتضمن مختلف القيم والمثل والعقائد الراسخة في ذهن الفرد بصفة دائمة، كما تتصل بالكفاءة الشخصية للفرد وقدرته على التحصيل المعرفي والاستفادة والخبرة، ونمو تفكيره الابتكاري، ورأيه في نفسه ومدى رضاه عنها، ومحاولة تدعيم الجانب الخلقى والاعتماد على النفس، فالذات إذن تحتوي على ذات مادية وذات اجتماعية وذات روحية هذه الذات مكملة لبعضها البعض، فهي تحتوي على تحقيق وتقبل وتقدير للذات (محمد جمال يحياوي، 2003 ، ص547).

1-4- أبعاد الذات:

إن كيفية فحص الفرد لذاته تتدخل فيها عوامل عديدة وهذه الأخيرة ترتبط خصوصا بالفروق الفردية والظروف الشخصية لكل فرد، ولكن هناك سلم مشترك لتقييم الذات وتقديرها بالنسبة لمختلف الأفراد، وهذا السلم المترج يتضمن ثلاث أبعاد بارزة لمفهوم الذات كما يتصورها كل فرد وهي:

- الذات الواقعية:

وتتمثل في الصورة الحقيقية، والوضعية العامة التي يوجد عليها الفرد، ويتوصل إلى تقديرها ويقتنع بتطابقها مع واقعه الذاتي من خلال عمليات تحليله وتقييمه لأوضاعه الذاتية فالذات الواقعية تتمثل خصوصا في الصورة المتضمنة لمعطيات الذات المطابقة للواقع، بمعنى أن الفرد يكون فكرة عن ذاته من خبراته المتعددة بعد اقتناعه بها على أنها تتطابق مع الواقع الذي يعيش فيه (محمد جمال يحياوي ، نفس المرجع ، ص55).

- الذات الممكنة:

وتتمثل في الصورة التي يعتقد الفرد انه من الممكن الوصول إليها، ببذل بعض الجهود أو تصحيح بعض المواقف وفي هذه الحالة يعتبر الفرد أن صورة ذاته الواقعية الحالية لا تعبر عن جدارته ومختلف قدراته وإمكاناته، ويعتقد بالتالي انه بإمكانه الارتقاء نحو الأفضل. ويقصد بالذات الممكنة أن الفرد يسعى من أجل الوصول إلى الصورة التي يريد أن يكون عليها ليحقق ذاته وذلك ببذل الجهد (محمد جمال يحيوي ، نفس المرجع ، ص555).

- الذات المثالية:

"وتتمثل في الصورة المثلى التي يتمنى الفرد أن يكون عليها حتى ولو كان يعرف أنه لا يستطيع الوصول إليها عمليا". فهي تعبر في الواقع عن أحلامه وتصورات المثالية (محمد جمال يحيوي ، نفس المرجع ، ص555).

2- الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات:

إن مفهوم الذات عبارة عن معلومات عن صفات الذات بينما تقدير الذات تقييم لهذه الصفات، وأن مفهوم الذات تتضمن فهم موضوعي أو معرفي للذات، بينما تقدير الذات فهم انفعالي للذات يعكس الثقة بالنفس (نبيل محمد الفحل 2004 ، ص51).

3- تقدير الذات:

3-1- تعريف تقدير الذات:

ويعرف كوبر سميث تقدير الذات نقلا عن عايدة بأنه: "تقييم يضعه الفرد لنفسه وبنفسه، ويعمل على الحفاظ عليه، ويتضمن هذا التقييم اتجاهات الفرد الايجابية والسلبية نحو ذاته، وهو مجموعة الاتجاهات والمعتقدات التي يستدعيها الفرد عندما يواجه العالم المحيط به، وذلك فيما يتعلق بتوقعات الفشل والنجاح والفشل، والقبول وقوة الشخصية". (عايدة ذيب عبد الله محمد، 2010 ، ص76).

ويعرفه روزنبرج (1479) Rosenberg:

"تقدير الذات هو التقييم الذي يقوم به الفرد ويحتفظ به عادة بالنسبة لذاته، وهو يعبر عن اتجاه الاستحسان أو الرفض، ويوضح أن تقدير الذات العالي يدل على أن الفرد ذو كفاءة أو ذو قيمة ويحترم ذاته أما تقدير الذات المنخفض فيشير إلى رفض الذات وعدم الاقتناع بها". (محمد السيد عبد الرحمان، 1998 ، ص398).

3-2- نظريات تقدير الذات:

هناك عدة نظريات حاولت تفسير تقدير الذات ومن أهمها:

3-2-1- نظرية كارل روجرز Carl Rogers:

تعتبر كتابات "روجرز 1951" عن الذات أكثر ما قدم في هذا المجال تنظيماً واكتمالاً، كما أنه أول من وضع إطاراً متكاملًا لنظرية الذات من الناحية النظرية والتطبيقية، ويتضح ذلك في أسلوبه المعروف بالعلاج المتمركز حول العميل، وتعتبر الذات مفهومًا محوريًا في نظرية روجرز الشخصية، ويعرفها بأنها: "تنظيم عقلي معرفي منظم من المدركات والمفاهيم والقيم الشعورية التي تتعلق بالسمات المميزة للفرد وعلاقاته المتعددة"، وتتمثل خصائص الذات حسب آراء روجرز في:

- الذات تنمو من التفاعل بين الكائن الحي وبين البيئة التي يعيش فيها وخاصة المحيطة به.

- يمكن للذات أن تستوعب وتتمثل قيم الآخرين وتدرجها بطريقة مشوقة.

- أن الكائن الحي يكافح ويسلك سلوكًا يساير الذات.

- أن الذات قابلة للتعديل نتيجة للنضج والتعلم.

- في العلاج الناجح تظهر تغيرات على الذات وتصبح أكثر واقعية، ويحقق الكائن ذاته، أي أن روجرز يرى أن أقصى درجات النمو في الشخصية تتمثل في حالة التوافق التام بين المجال الظاهري (عالم الخبرة) وبين الذات، وفي حالة التحقق فإنها تحرر الفرد من التوتر الداخلي، ومن القلق وتمكنه من تحقيق استقرار نفسي. (رمضان، 200، ص 398).

ويؤدي تطور الوعي بالذات حسب "كارل روجرز" إلى نمو حاجتين مترابطتين تهدفان إلى حفظ الذات وتدعيمها وتتمثل هاتان الحاجتان في:

- الحاجة إلى الاعتبار الإيجابي من الآخرين: هي تلك الحاجة التي تدفع الشخص للحصول على التقبل والحب والرعاية والاحترام من طرف المحيط، ويتعلم الأطفال ذلك من خلال التنشئة الاجتماعية، إذ يعلق الأولياء الاعتبار الإيجابي للطفل على وجود السلوك الإيجابي والمرغوب فيه.

- الحاجة إلى الاعتبار الذاتي (التقدير الذاتي): إن الفرد لا يحتاج إلى الاعتبار الإيجابي من الآخرين بل أيضًا من ذاته، وتنمو الحاجة إلى الاعتبار الذاتي من خبرات الذات المرتبطة بإشباعها أو إحباطها. (دويدار، 1999، ص 38).

3-2-2- نظرية روزنبرغ (1989):

تدور أعمال روزنبرغ حول محاولته دراسة نمو وارتقاء سلوك تقييم الفرد لذاته، وسلوكه من زاوية المعايير السائدة في الوسط الاجتماعي المحيط بالفرد، وقد اهتم روزنبرغ بصفة خاصة بدراسة تقييم المراهقين لذواتهم، ووسع دائرة اهتمامه بعد ذلك حيث شملت ديناميات تطور صورة الذات الايجابية في مرحلة المراهقة واهتم بالدور الذي تقوم به الأسرة في تقدير الفرد لذاته، وعمل على توضيح العلاقة بين تقدير الذات الذي يتكون في إطار الأسرة وأساليب السلوك الاجتماعي اللاحق للفرد فيما بعد، كما اهتم بشرح وتفسير الفروق التي توجد بين الجماعات في تقدير الذات مثل تلك التي بين المراهقين الزوج والمرهقين البيض، والتغيرات التي تحدث في تقدير الذات في مختلف مراحل العمر.

والمنهج الذي استخدمه روزنبرغ هو الاعتماد على مفهوم الاتجاه باعتبار أداة محورية تربط بين السابق و اللاحق من الأحداث والسلوك (عايدة ذيب عبد الله محمد، 2010 ، ص81).

واعتبر روزنبرغ أن تقدير الذات مفهوم يعكس اتجاه الفرد نحو نفسه، وطرح فكرة أن الفرد يكون اتجاه نحو كل الموضوعات التي يتفاعل معها، وما الذات إلا أحد هذه الموضوعات ويكون الفرد نحوها اتجاهها لا يختلف كثيرا عن الاتجاهات التي يكونها نحو الموضوعات الأخرى (عايدة ذيب عبد الله محمد ، 2010 ، ص 81).

3-2-3- نظرية كوبر سميث 1981 (Cooper Smith) :

أما أعمال سميث فقد تمثلت في دراسته لتقدير الذات عند أطفال ما قبل المدرسة الثانوية وعلى عكس روزنبرغ لم يحاول كوبر سميث، أن يربط أعماله في تقدير الذات بنظرية اكبر وأكثر شمولا، ولكنه ذهب إلى أن تقدير الذات مفهوم متعدد الجوانب، ولذا فإن علينا أن لا ننطلق داخل منهج واحد أو مدخل معين لدراسته ، بل علينا أن نستفيد منها جميعا لتفسير الأوجه المتعددة لهذا المفهوم، ويؤكد كوبر سميث بشدة على أهمية تجنب وضع الفروض غير الضرورية.

وإذا كان تقدير الذات عند روزنبرغ ظاهرة أحادية البعد بمعنى أنها اتجاه نحو موضوع نوعي، فإنها عند كوبر سميث ظاهرة أكثر تعقيدا لأنها تتضمن كلا من عمليات تقييم الذات، و ردود الفعل أو الاستجابة الدفاعية، وإذا كان تقدير الذات يتضمن اتجاهات تقييمه نحو الذات فإن هذه الاتجاهات تتسم بقدر كبير من العاطفة.

ويميز كوبر سميث بين نوعين من تقدير الذات: تقدير الذات الحقيقي ويوجد عند الأفراد الذين يشعرون بالفعل أنهم ذوو قيمة، ولكنهم لا يستطيعون الاعتراف بمثل هذا الشعور والتعامل على أساسه مع أنفسهم ومع الآخرين، وقد ركز كوبر سميث على خصائص العملية التي تصبح من خلالها مختلف جوانب الظاهرة الاجتماعية ذات علاقة بعملية تقييم الذات. وقد افترض في سبيل ذلك أربع مجموعات من المتغيرات تعمل كمحددات لتقدير الذات وهي: النجاحات والقيم والطموحات والدفاعات (عايدة ذيب عبد الله محمد، نفس المرجع، ص82).

ويذهب كوبر سميث إلى أنه بالرغم من عدم قدرتنا على تحديد أنماط أسرية مميزة بين أصحاب الدرجات العالية وأصحاب الدرجات المنخفضة في تقدير الذات من الأطفال، فإن هناك ثلاثاً من حالات الرعاية الوالدية تبدو مرتبطة بنمو المستويات الأعلى من تقدير الذات وهي:

- تقبل الأطفال من جانب الآباء.
- تدعيم سلوك الأطفال الايجابي من جانب الآباء.
- احترام مبادرة الأطفال وحريرتهم في التعبير من جانب الآباء (عايدة ذيب عبد الله محمد، نفس المرجع، ص82).

3-2-4- نظرية زيلر (1973) :

نالت أعمال زيلر شهرة اقل من سابقتها وحظيت بدرجة اقل من الشيوخ والانتشار، وهي في نفس الوقت أكثر تحديداً وأشد خصوصية زيلر يرى أن تقدير الذات، وما هو إلا البناء الاجتماعي لذات، ويؤكد أن تقييم الذات لا يحدث في معظم الحالات، إلا في الإطار المرجعي الاجتماعي، ويصف زيلر تقدير الذات بأنه تقدير يقوم به الفرد لذاته ويلعب دور المتغير الوسيط، أو أنه يشغل المنطقة المتوسطة بين الذات والعالم الواقعي وعلى ذلك فعندما تحدث تغيرات في بيئة الشخص الاجتماعية، فإن تقدير الذات هو العامل الذي يحدد نوعية التغيرات التي ستحدث في تقييم الفرد تبعاً لذلك وتقدير الذات طبقاً لزيلر مفهوم يربط بين تكامل الشخصية من ناحية وقدرة الفرد على أن يستجيب لمختلف المثيرات التي يتعرض لها من ناحية أخرى، ولذلك فإنه افترض أن الشخصية التي تتمتع بدرجة عالية من التكامل،

تحضى بدرجة عالية من الكفاءة في الوسط الاجتماعي الذي توجد فيه (عايدة ذيب عبد الله محمد، نفس المرجع، ص،83).

نستنتج مما تقدم أن النظريات التي تناولت مفهوم تقدير الذات، تؤكد أهمية الدور الذي تقوم به الأسرة، ونوع الرعاية الوالدية في نمو هذا المفهوم لدى الأفراد، وهو كمفهوم تكيفي يتأثر على حد كبير بالموثرات البيئية وطرق وأساليب التنشئة الاجتماعية، لذلك اهتم علماء النفس بالخبرات المبكرة التي يخبرها الطفل في سنين حياته الأولى، حيث تلعب دورا مهما في تكوين وبناء شخصيته، وتشكيل سلوكه نحو الاستقلال والاعتماد على النفس، وبعبارة ذلك تترسخ لدى الأفراد الاعتمادية و العجز عن القيام بأمر أنفسهم، وكذلك تترسخ لديهم الرغبة بالعزلة والانسحاب والبعد عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين والشعور بالنقص والدونية وضعف مجازاة الأقران، وضعف قدرتهم على اتخاذ القرارات التي تخصهم بأنفسهم ودون الاعتماد على غيرهم وخاصة الاجتماعية منها، ويقول خضر (2000) أن تقدير الفرد لذاته يزيد من دافعيته في الإقبال على الأعمال التي تتطلب تفاعلا اجتماعيا مع الآخرين وهو يستطيع أن يشارك في التفاعل الاجتماعي بكفاءة عالية، ويستطيع أن يناقش ويدافع عن وجهة نظره وما يتخذ من قرارات (عايدة ذيب عبد الله محمد، نفس المرجع، ص،83).

3-3- العوامل المؤثرة في تقدير الذات:

تتداخل عدة عوامل في تحديد موقف الفرد من نفسه، وتقييمه لذاته، فإن أي تأثير بالعوامل الاجتماعية والجسمية والنفسية يؤدي بالشخص إلى حالة عدم توافق، ولعل أهم هاته العوامل التي يمكن تصنيفها إلى ثلاثة فئات متداخلة هي:

3-3-1-عوامل ذاتية:

والتي تشمل كل من:

أ- صورة الجسم:

وتتمثل في التطور الفسيولوجي مثل الحجم، سرعة الحركة، حركة التنافس العضلي، ويختلف هذا حسب نوع الجنس ، والصورة المرغوب فيها، إذ يتبين أنه بالنسبة للرجال يعود رضا الذات إلى البناء الجسماني الكبير والى قوة العضلات، بينما يختلف الأمر عند المرأة فكلما كان الجسم أصغر إلى حد ما من المعتاد فإن ذلك يؤدي إلى الرضا والراحة (عبد الفتاح دويدار، 1996 ، ص256).

ب- القدرة العقلية:

حيث ينمو موقف الفرد من نفسه وتقييمه لذاته إذا كانت قدراته العقلية تمكنه من أن يقيم خبراته، فالإنسان السوي ينمو لديه بصورة أفضل، أما الإنسان غير السوي " فهو لا يستطيع أن يقيم خبراته" (حامد عبد السلام زهران ، ب ت ، ص 293).

ج- مستوى الذكاء:

فالشخص الذكي تكون له درجة كبيرة من الوعي والبداهة وفهم الأمور، لذلك فهو ينظر لنفسه بشكل أفضل من الشخص قليل الذكاء، بالإضافة إلى الأحداث العائلية، حيث يعمل الذكاء على إعطاء نظرة خاصة للفرد حول ذاته، " هذه النظرة التي يساهم فيها المجتمع بصفة إيجابية أو سلبية، حسب معاملة المحيطين به" (حامد عبد السلام زهران، ب ت، ص 293).

3-3-2- العوامل الاجتماعية:

تتمثل العوامل الاجتماعية في:

أ- المعايير الاجتماعية:

لها تأثير واضح في تقدير الفرد لذاته وفي صورة الجسم والقدرات العقلية، وهذا ما توصل إليه " عادل عز الدين الأشول (1999) " أن نمو هذا التقدير لذات والرضا عنها يختلف عند الجنسين (عادل عز الدين الأشول ، 1998 ، ص 572).

ومع التقدم في السن وبمرور العمر "ينتقل التركيز من القدرة العقلية إلى القدرات الطائفية مثل القدرة اللغوية الميكانيكية، والفنية... الخ" (نعيمة الشماع، 1977 ، ص 213).

إذن الرضا عن الذات في هذه الحالة يعتمد على كيفية قياسه للمظاهر التي يكتشفها والتوافق مع هذه الظاهرة (حامد عبد السلام زهران، ب ت، ص 293).

ب- الدور الاجتماعي:

يساهم الدور الذي يؤديه الفرد داخل مجتمعه وما يقوم به في إطار البناء الاجتماعي الذي يتمكن به من قياس العالم الخارجي الذي يحيط به ، وإدراكه إدراكا ماديا ، وباعتباره أنه تمكن من التكيف الذي يضمن له التوازن بين شخصية وشخصية أي دور كان (حامد عبد السلام زهران، نفس المرجع، ص 293).

ج- التفاعل الاجتماعي:

إن التفاعل الاجتماعي السليم والعلاقات الاجتماعية الناجحة ، تدعم الفكرة السليمة " كومبس COOMBS" الجيدة من الذات ويظهر هذا من خلال النتائج التي توصل إليها حيث وجد أن " الفكرة الموجبة عن الذات تعزز نجاح التفاعل الاجتماعي ويزيد العلاقات الاجتماعية نجاحا" (حامد عبد السلام زهران، نفس المرجع، 293).

د- الخصائص والمميزات الأسرية:

يختلف مدى تقدير الفرد لذاته ونظرته إليها باختلاف الجو الأسري الذي تنشأ فيه ونوعية العلاقة التي تسود، فالفرد الذي يلقي من أسرته الرعاية والاهتمام يختلف عن الفرد المهمش والمحروم إذ تكون نظرية تميل إلى السلب والشعور بالحرمان والنقص.

كل هذه العوامل الاجتماعية تعتبر عامل مهم في م ا ر حل نمو الطفل، وهذا ما يؤكد: "حامد عبد السلام زهران(1997) " ، حيث يرى أن " من مطالب النمو في مرحلة الطفولة تكوين اتجاهات سليمة نحو الجماعات والمؤسسات والمنظمات الاجتماعية وتكوينه للمفاهيم والمدرجات الخاصة بالحياة اليومية والواقع الاجتماعي ونمو مفهوم الذات واكتساب اتجاه نحو الذات والشعور بالثقة في الذات وفي الآخرين تحقيق الأمن الانفعالي وتعلم الارتباط الانفعالي بالوالدين والأخوة والآخرين، وتعلم الضبط الانفعالي وضبط النفس" (حامد عبد السلام زهران، 1997 ، ص 28).

3-3-3- العوامل الوضعية:

وتتمثل خصوصا في الظروف التي يكون عليها الفرد أثناء قيامه بتقدير ذاته، فقد تتضمن هذه الظروف مثلا تنبيهات معينة تجعل الشخص المعني يراجع نفسه ويتفحص تصورات، ويقوم بتعديل اتجاهاته وتقديرته اتجاه نفسه واتجاه الآخرين، فقد يكون الفرد مثلا في حالة مرضية أو تحت ضغط معين (أزمات اقتصادية مثلا) فهذا يؤثر على نفسيته وتوجه تقديرته بالنسبة للآخرين، أما تأثير هذه الحالات على تقدير الفرد فتحدد بمدى تأثير الفرد بمظاهرها ومدى تكيفه معها (محمد جمال يحيوي ، 2003 ، ص 553).

3-4- مستويات تقدير الذات:

من خلال عرضنا لمختلف تعاريف تقدير الذات، يتضح لنا أن لهذا البعد الهام من أبعاد مفهوم الذات مستويان، يتميز كل مستوى بخصائص تؤثر بدرجات متفاوتة على

شخصية الفرد وسلوكه ، وبالتالي على حياته التفاعلية في المجتمع، لذا سنتناول بالشرح كل مستوى على حدا

3-4-1- المستوى المنخفض لتقدير الذات:

إن الأسرة المضطربة من شأنها أن تكون تقدير ذات منخفض عند أبنائها، ويلاحظ الباحثون في العلاقات الأسرية "أن تقدير الذات المنخفض، لا يؤثر على الوالدين فحسب، بل ينقل إلى أطفالها الصغار وكأنه يورث إليهم، وفي معظم الأحيان لا يستطيع الوالدين منخفضو التقدير لذاتهم أن يمنحوا الآخرين التقدير، والثقة و الاحترام".

ومن الميزات الخاصة لصاحب تقدير الذات المنخفض، وهي عدم الكفاءة وعدم الثقة بالنفس وانعدام القدرة على تحقيق النجاح، فهو دائما يشعر بالهزيمة حتى قبل أن يقتحم المواقف الجديدة ، حيث أنه يتوقع فقد الأمل مسبقا؛ فالأفراد الذين يتميزون بتقدير منخفض لذات يوصفون من طرف الآخرين على أنهم أقل تحكما في أمورهم، أي يمكن أو من السهل التأثير عليهم، فهم قليلا ما يبديون آرائهم، ذلك أن " ليس لديهم إطار تصوري متطور لتقييم الموقف المثير، فهو معتمد على المجال، بمعنى أنه يميل للمجازاة السلبية، نظرا لتأثير المجال السائد أو السياق" (بورزاق سميرة، 2006، ص107).

أما من الناحية الاجتماعية، فسلوك الفرد مرتبط مباشرة بالظروف البيئية المعاشة ولا يتشكل أو يتكامل من خلال مفهوم الذات لديه، فإنه ينحو نحو عدم الاتساق، وهذا ما أكده "روزنبرغ" و شوتر 1958: "إن الأفراد ذوي التقدير المنخفض للذات، يفضلون الابتعاد عن النشاطات الجماعية، ولا يتقبلون مناصب الزيادة، ويظهرون الميل إلى الخضوع و التبعية، فهم يعلقون أهمية كبيرة على أحكام الآخرين، ويتميزون بالخجل والحساسية المفرطة وقلة الشقة بالنفس، فيكون لديهم استعداد لتوقع الفشل كنتيجة حتمية وتفضيل الوحدة".

ويضيف "روزنبرغ" أن التقدير المنخفض للذات، مرتبط بمظاهر اكتئابية وبمشاعر محبطة وأعراض القلق " فالأفراد ذوي التقدير المنخفض، يتعذر عليهم أو يصعب عليهم من الناحية العاطفية إقامة علاقات مرضية مع الآخرين، ويعتقدون أن الآخرين لا يقبلونهم، ولكنهم يرغبون في أن يكسبوا محبة وتقبل الآخرين لهم " (نفس المرجع، ص108).

3-4-2- المستوى المرتفع لتقدير الذات:

توجد لدى عامة البشر الحاجة الملحة للشعور بالدفء والحب والاحترام والتعاطف، والتقبل من الآخرين، "وخاصة من أولئك الذين يمثلون أهمية في حياتنا كالوالدين، وتبقى هذه الحاجة للتقدير الايجابي نشطة طوال الحياة".

ويتمثل التقدير المرتفع لذات في احترام الذات وتقديرها، فيتميز صاحب المستوى العالي لتقدير الذات في الثقة بالنفس (نفس المرجع، ص 109).

حيث يرى كل من "كورمان" و "كوهر" أن الأشخاص ذوي تقدير الذات المرتفع، يميلون إلى ممارسة أكبر للسلطة الاجتماعية، وهم أقل حساسية لتأثير الحوادث الخارجية من ذوي التقدير المنخفض للذات، وهم أكثر قدرة من غيرهم على اختيار المهمات التي تكون لديهم فيها حظوظ أكبر للنجاح، وهم أقل حساسية للتهديد مقارنة بغيرهم، أما زيم (1936) فانه يرى أن هؤلاء الأفراد ذوي التقدير المرتفع للذات، لا يظهرون تبعية للآخرين بصفة كبيرة، إذ أنهم يستطيعون إيجاد حلول لمشاكلهم بأنفسهم، إن لم يجدوا لها حلا في المعايير الاجتماعية. (نفس المرجع، ص 109).

فالأفراد الذين لديهم تقدير مرتفع للذات، وكان ينظرون إلى أحاسيس الآخرين واتجاههم بمنظور ايجابي، ويميلون أكثر إلى حب الغير، كما أنهم غالبا ما يتصفون بالمبادرة الشخصية ويحبون المشاركة في النشاطات ومناقشات الجماعة ويميلون إلى التأثير في الآخرين "ويلتمسون العون في التدعيم الذاتي... ويشير "زيلر" إلى ارتباط تكامل النسق الذاتي وانساق السلوك الاجتماعي" (بوزقاق سميرة، نفس المرجع، ص 109).

3-5- قياس تقدير الذات:

حظي موضوع قياس تقدير الذات باهتمام علماء النفس مثل "كارل روجرز" الذي بين أن المعالج النفسي يدخل إلى العالم الداخلي لإدراكات المريض وذلك بواسطة الملاحظة والاستنتاج، كما نجد "كيلي Kelly" الذي اهتم بالقياس الموضوعي للخبرات الذاتية في حين أنه يرى "ويلي Willie" أنه إذا لم يستخدم الفرد التقدير الذاتي ولم يذكر بطريقة أو باخرى كيف يرى نفسه، فليس هناك سبيل لمعرفة ما إذا كان الفرد يعي مفهومه لذاته أم لا، وهذا ما أوجد عدة اختبارات ومقاييس تقيس تقدير الذات نذكر منها:

3-5-1- مقياس روزنبرغ Rosenberg: هو مقياس وضعه العالم "روزنبرغ 1965" وكان الغرض من ذلك تطوير تقنية مختصرة وبسيطة تسمح بدراسة صورة الذات بغض النظر عن المسؤوليات الاجتماعية والعادات والتقاليد والبنىات العائلية. يستخدم مع الأفراد الذين تبلغ أعمارهم 16 سنة فما فوق. وبتبسيط هذا الرائنز يمكن تقديمه للأطفال أيضا، وهو يتكون من 10 عبارات منها السالبة ومنها الموجبة كما يمكن تطبيقه فرديا أو جماعيا ولا يستغرق وقت تطبيقه أكثر من 10 دقائق. والهدف من استخدام هذا المقياس هو معرفة مستوى تقدير الذات لدى كل فرد.

3-5-2- مقياس هيري: هو عبارة عن اختبار يتكون من 30 بند، يقيس تقدير الذات لدى الأفراد الذين لديهم 10 سنوات فما فوق، ويشمل هذا السلم 3 مقاييس فرعية، يحتوي كل منها على 10 بنود في المجالات التالية: الأقران، المدرسة، والبيت. وهي تعطي كوحدة مختلفة. إن جميع النقاط الثلاثين هي بمثابة مقياس عام لتقديرات الذات. وإن الهدف من جميع المقاييس الثلاثة هو الاكتساب الكلي لتقدير الذات، ويمكن تطبيق هذا المقياس بصفة فردية أو جماعية، شفوية أو كتابية.

3-5-3- مقياس كوبر سميث Cooper Smith: صمم هذا المقياس من طرف الباحث "كوبر سميث" عام 1967 لقياس اتجاه تقييمي نحو الذات في المجالات الاجتماعية والأكاديمية والعائلية والشخصية.

ويمثل تقدير الذات التقييم الذي يضعه الفرد لذاته وبالتالي يكون تقدير الذات الكلي الذي هو عبارة عن حكم الشخص عن صلاحيته معبرا عنها باتجاهه نحو ذاته، وأثناء قيام الفاحص بتطبيقه لهذا المقياس عليه تحاشي استخدام كلمة "تقدير الذات" أو "مفهوم الذات" أو "تقييم الذات" أثناء تطبيقه على المفحوصين حتى يمنع استجابات التحيز. (إيلي عبد الحميد، 1985، ص 20).

خلاصة:

قمنا في هذا الفصل بالتطرق إلى الذات وذلك بعرض كل من مفهومها ومكوناتها وكذا خصائصها ومظاهرها وذكر أبعادها والفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات، كما تعرضنا إلى تقدير الذات والعوامل المؤثرة فيها ومستوياتها وكذا أهم نظرياتها وفي الأخير كيفية قياسها، وقد تبين مما سبق أن تقدير الذات كما عرفه الباحثون متغير يعبر عن فكرة الفرد عن نفسه بالاستحسان أو الاستهجان، وهو التقييم الذي يضعه الفرد لنفسه ويتضمن اتجاهات الرفض أو القبول للذات. كما أن تقدير الذات يمثل نتاجا اجتماعيا يتشكل ويتبلور منذ الطفولة من خلال محددات معينة.

الفصل الثالث

التفاؤل والتشاؤم

- 1- مفهوم التفاؤل والتشاؤم.
- 2- مصطلحات لها علاقة بسلوكولوجية التفاؤل والتشاؤم.
 - 1-2- القلق.
 - 2-2- الاكتئاب.
 - 3-2- السعادة.
 - 4-2- المزاج.
 - 5-2- الإحباط.
 - 6-2- الانبساط.
 - 7-2- الصحة النفسية.
- 3- تقسيم الناس إلى متفائلين ومتشاؤمين.
- 4- العوامل المؤثرة في التفاؤل والتشاؤم.
- 5- ملامح الشخصية المتفائلة.

تمهيد:

احتل مفهوم التفاؤل والتشاؤم مركزا هاما في مجالات علم النفس المختلفة، حيث دلت دراسات كثيرة أن التفاؤل له دور كبير ومهم في الارتقاء بحياة الانسان وتحقيق الأهداف المنشودة التي يسعى إليها، وعكس ذلك التشاؤم الذي يقف حاجزا أمام كل خطوة وهدف يرسمه الانسان محاولا بلوغه.

ويهدف هذا الجزء إلى تعريف التفاؤل والتشاؤم لغة واصطلاحا، وملامح الشخصية المتفائلة، وبعض السمات المرتبطة بالتفاؤل والتشاؤم مثل القلق والإحباط والبساطة والاضطراب، والاكتئاب، وعن بعض تمارين حتى تساعدك أن تكون أكثر متفائلا، والعوامل المؤثرة في التفاؤل والتشاؤم، ونبين في هذا الفصل التفاؤل والتشاؤم في الإسلام.

1- مفهوم التفاؤل والتشاؤم:

يقال فالٌ بالشيء جعله يتفائل، الإفتال بالشيء التيمن به، والفالٌ أو فعل يستبشر به (أنيس، وآخرون، 1972، ص12) افتأل ضد تطير، الفأل ضد الطيرة كأن يسمع كلاما فيتمن به، وكما ورد في معجم الوسيط شأمهم شأما جر عليه الشؤم ويقال شأم عليهم شؤمًا فهو مشؤوم، وشأم به وأخذه نحو الشمال وتشاؤم تطير به وعده شؤما، والشؤم الشر، والمتشائم المتطير ومن سيء الظن بالحياة (أنيس، وآخرون، 1972، ص13)، تشاؤم به ضد تيمن به أي تطير به والشؤم وضد البركة والسود من الإبل وطائر أشأم أي جار بالشؤم ومعجم ويبستر عرف التفاؤل على أنه الأمل والتفكير بكل شيء يقود إلى الأفضل والعكس من ذلك التشاؤم حيث أنه فقدان الأمل بكل شيء يقود الى الأسوأ.

التفاؤل: "عبارة عن التوقع قصير المدى بالنجاح في تحقيق بعض المتطلبات في المستقبل"، ويعرف شاورز التشاؤم بأنه حصر الفرد اهتمامه وانتباهه بالاحتمالات السلبية للأحداث المستقبلية مما قد يدفع الأفراد إلى التحرك بهدف منع هذه الأحداث من الوقوع. (اليجوفي، والأنصاري، 2005، ص213).

يرى كوليفان وآخرون بأن التفاؤل والتشاؤم سمات ثنائية القطب تتسم بالثبات النسبي وتتيح التشبه بالصحة الجسدية للأفراد ومستوى التحصيل وفعالية الذات والعادات الصحيحة والسيئة والأحداث الضاغطة ونسبية الاكتئاب. ويشير شاير وكاخر وآخرون أن التفاؤل سمه من السمات الشخصية وليس حالة تتصف بالثبات خلال المواقف ويعرفان التفاؤل بأنه التوقعات الايجابية للنتائج بشكل عام، والتشاؤم بأنه التوقعات السلبية ويشيران بان المشاعر الايجابية ترتبط بمدى التوجه نحو الأهداف على حين ترتبط السلبية بمدى الابتعاد عن الأهداف ويوضحان بان المتفائلين يتوقعون حدوث الأشياء الايجابية فيما يتوقع المتشاؤمون الأشياء السلبية وهذا يعكس التوجه نحو الحياة (اليجوفي، 2002، ص132).

أما عبد الخالق يرى التفاؤل بأنه: " نظرة استبشار نحو المستقبل وتجعل الفرد يتوقع الأفضل وينتظر حدوث الخير ويرنو الى النجاح ويستبعد ما خلا ذلك". ويعرف التشاؤم بأنه: "توقع سلبي للأحداث القائمة يجعل الفرد ينظر حدوث الأسوأ ويتوقع الشر والفشل والخيبة ويستبعد ما عدا ذلك الى حد بعيد " (عبد الخالق، 1998، ص45).

2-مصطلحات لها علاقة بسلوكيات التفاؤل والتشاؤم:

2-1-القلق:

هو المفهوم الأساسي في علم الأمراض النفسية والعرض المشترك بين العديد من الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية والاضطرابات السلوكية بل في أمراض عضوية شتى (الأنصاري، 2006، ص88).

مع بداية فجر الوعي الإنساني كان القلق من الأمراض الغامضة التي حاول الناس أن يجدوا لها تفسيراً مقنعاً، وكانت تفسيراته الأولى قائمة على الخرافة، وفي الجيل الذي تلا (فرويد) أشار كثير من كبار الأطباء الى احتمال سبب عضوي وجسدي للقلق المرضي، وكان المفكر الألماني (نيتشه) من ألد أعداء الإحساس بالنقص وناقما على الذين يضعون أنفسهم تحت رحمة آراء الآخرين، حين قال: "أنا هو أنا وسأظل كما أنا ومن لا يتقبل هذا فليذهب الى الجحيم". فالخوف من آراء الآخرين ومن المستقبل ومن الفشل في المقاومة وفظ

الحصار والإحساس اللاشعوري بالذنب الكامن في أعماق الإنسان يحيل حياته الى حالة مستمرة من القلق والحيرة والمخاوف التي تثير القلق العصابي الذي ترجع أسبابه الى أفكار مكبوتة وذات صبغة انفعالية، وقد اعتاد علماء النفس تصنيف القلق الى قائمتين: الوسواس المتسلطة والأفعال والأفكار والجسم. وأنواع القلق المرتبطة بالمواقف العديدة والمتنوعة مثل الخوف من الأماكن المغلقة مثل الأنفاق والغرف ودور السينما والخوف من الأماكن المفتوحة والبحر والخلاء، كذلك أثر الذكريات والأفكار المكبوتة ذات الصبغة الانفعالية المؤلمة. (راغب، 2003).

والقلق: انفعال غير سار شعور مكرر متوقع أو وهم مقيم وعدم راحة وخبرة ذاتية تتسم بمشاعر الشك والعجز والخوف غالبا ما يتعلق بالمستقبل والمجهول مع استجابة مسرعة لا تتضمن أخطارا حقيقية وله أعراض جسدية ونفسية شتى كالإحساس بالتوتر والشد وكالشعور بالخشية والرهبنة. (الأنصاري، 2006، ص 90).

ويعتبر القلق اضطراب عصابي يصيب الشخصية ويعبر عن عدم الارتياح والاستقرار الذهني والفرع الغامض الزائد، ويجب أن نفرق بين القلق الطبيعي في شكله البسيط في حياتنا وبين القلق العصابي الذي يعد عرضا خارجيا لحالات لاشعورية وتبعاً لقدرة تغلب الذات أو على الإحباط ومسايرتها للواقع وهذا يعني أنه يمثل رد فعل لخطر غريزي داخلي (Ego) الأنا وعادة ما يصاحبه اضطراب النوم وكثرة الأحلام المزعجة وسرعة التهيج غير ا لمستقراً، يصحبه مظاهر سيكوسوماتية مثل الصداع والدوار والإغماء أو الشكوى من الأم في المعدة أو الأمعاء أو فقدان الشهية. (الأنصاري، 2006، ص 90).

2-2-الاكتئاب:

خبرة وجدانية ذاتية أعراضها الحزن والتشاؤم والإحباط والضيق وفقدان الاهتمام والشعور بالفشل وعدم الجدوى من إنجاز أي شيء وضياع الإحساس بالرضا والتردد في اتخاذ القرار وترك الأمور معلقه دون حسمها.

ويعتبر الاكتئاب النفسي مرض العصر لأن الحياة الحديثة المعقدة أفقدت الإنسان إحساسه بالأمان سواء بالمجتمعات الغنية أو الفقيرة، وطبقاً لتقديرات المعهد القومي الأمريكي للصحة العقلية فإن 75 % من المنتحرين مصابون بالاكتئاب ، ومن الناحية المسببة للاكتئاب يمكن تقسيمه الى نوعين: اكتئاب داخلي المنشأ، واكتئاب خارجي المنشأ، ففي الجنس الأول يحدث الاكتئاب بشكل تلقائي وبدون وجود سبب خارجي أما في الاكتئاب الخارجي المنشأ فانه يصيب المريض نتيجة لتعرضه لتجربة اجتماعية أثرت في نفسه ونظرته تجاه الآخرين والفرق بين الجنسين هو في الاستعداد الجسدي والنفسي وترجع أسباب الاكتئاب الى عوامل بيولوجية أو بيئية أو كليهما، ومع حدوث الاكتئاب تجد الأفكار والهواجس والاعتقادات مرتعا خصبا كي تتفاقم وتنتشر وتتضاعف من إلحاحها على ضحيتها بحيث تشوش وتشوه أفكارا أخرى ايجابية ومنطقية وعقلانية وتدل الإحصائيات الأخيرة لمرض الاكتئاب عند المارة الى أسباب اجتماعية وثقافية وهناك علاقة بين مرض القلق ومرض الاكتئاب من حيث الأسباب والأعراض وأن معظم حالات القلق يمكن أن تؤدي الى الإصابة بمرض الاكتئاب أو ما يسمى بقلق الاكتئاب. (راغب، 2003، ص23).

2-3-السعادة:

شعور وانفعال متكامل يتحقق نتيجة لإشباع الدوافع الأساسية في حياة الطفل، وقد تمتد آثارها إلى مراحل العمر التالية، وقد تكون الاحباطات النفسية اليومية في هذا العصر مسؤولة عن إعاقة الحصول على الشعور بالسعادة والرضا.

والسعادة: قيمة وجدانية لها علاقتها الوثيقة بكل ما يحمل طابع الخير أو هي مرتبطة ارتباطا نفسيا جوهريا بعملية تحصيل الخير أو امتلاكه وتصبح السعادة قيمة انفصالية تصاحب أي حالة نفسية يكون فيها امتلاك شعور حقيقي.

2-4-المزاج:

قابلية أو تهيؤ لدى الفرد للواقف الانفعالية أو ميل في أن يدرك تغيرات في الحالة المزاجية ويرتبط المزاج بالتغيرات الأيضية والكيميائية في أنسجة الجسم بخاصة في الغدد

الصماء وهناك ميل إلى تصور المزاج على أنه استعداد أو تهيؤ وراثي. (الفنجري، 2006، ص101).

2-5- الإحباط:

هو تثبيط جهود الإنسان لإرضاء حاجاته بطريقة أو بأخرى ويوجد حين يحاول الإنسان جهده لكنه لا يوفق ثم يبذل المزيد من الجهد ولا يحقق هدفه وتكون نتيجة ذلك شعور خطير من عدم التشجيع والتثبيط.

2-6- الانبساط:

هو عامل له مكونان أساسيان هما الاجتماعية والاندفاعية وهذان المتغيرات يرتبطان معا ارتباطا جوهريا، والشخص المنبسط يتميز بأنه اجتماعي يحب الحفلات، له عديد من الأصدقاء ويحتاج الى الناس للتحدث معهم، لا يحب القراءة، يحب المخاطرة ويحب التغيير، مبتهج، متفائل، محب للضحك والمرح.

2-7- الصحة النفسية:

تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة النفسية بأنها حالة من الرفاهية أو الهناء الجسمي والنفسي والاجتماعي التام وليست مجرد غياب المرض أو العجز أو الضعف ويعرفها هارلمان بأنها: "حالة من الإحساس الذاتي والموضوعي لشخص ما تكون هذه الحالة موجودة عندما تكون مجالات النمو الجسدي والنفسي والاجتماعي للشخص متناسبة مع امكاناته وقدراته وأهدافه التي وضعها لنفسه". (الفنجري، 2006، ص54).

3- تقسيم الناس إلى متفائلين ومتشائمين:

ولدى تقسيم الناس إلى متفائلين ومتشائمين نأخذ أكثر من زاوية ومن هذه الزوايا الزاوية البيولوجية وهي تتضمن المقومات الموروثة ثم نتعرض لتلك المقومات الوراثية من مؤثرات وتبدأ المؤثرات البيئية في التأثير في المقومات الوراثية ومن الزوايا أيضا الزاوية الاجتماعية التربوية فهي تتعلق بالواقع البيئي الاجتماعي من جهة وبالقيم والتقاليد والاتجاهات من جهة أخرى فإذا كان المجتمع شديد التفاؤل فإن أفراده يتأثرون به في تفاؤله وكذلك من الزوايا التي

تجعل الناس منقسمين الى متفائلين ومتشائمين ما يلم الفرد من أحداث مفاجئة، وكذلك نوع الثقافة التي يتلقاها الفرد والمفاهيم التي يقتنع بها أو ما يوحي به من أفكار ينتشع بها ويستبشر بها وتأخذ بياجيه فإذا كانت أفكارا وثقافة ومفاهيم متفائلة فإنه يصبح متفائلا وعلى نقيض ذلك فإنه يضحى متشائما، وكذلك من الزوايا المؤثرة الحالة الاقتصادية من غنى وفقر.

تمحور اهتمام الباحثين حول التفاؤل باعتباره الطبيعة الأنانية وبرزت نظرة سلبية التفكير الايجابي في كتابات فرويد فذكر أن التفاؤل منتشر ولكنه وهمي ويترجم على شكل معتقدات دينية وأن نفي التفاؤل هو نفي طبيعتنا الغريزية وبالتالي نفي الواقع، ويوضح (تايلور) أن حيل الناس لرؤية ذواتهم في أفضل مظهر ممكن هو إشارة الى أقوالهم الحسنة وان التفاؤل جزء أصيل من الطبيعة الإنسانية خضع لعملية انتقاء خلال مرحلة التطور، قارب (ماير وسليفان) أن التفاؤل بصيغة الأسلوب التفسيري المميز للفرد والسؤال المطروح هو كيف يمكن للفرد أن يفسر أسباب الإحداث السيئة؟، وأوضح كل من (بوشنان وسليفان) أن الذين يفسرون الأحداث السيئة بطريقة غير مباشرة ويقدمون مبررات خاصة غير ثابتة ونوعية ينعنون بالمتفائلين على حين ينعن المتشائمين بالميل الى تقديم أسباب داخلية ثابتة شامله؟

و ينبثق مفهوم الأسلوب التفسيري من إعادة صياغة نموذج (اليأس/ التشاؤم) للمتعلم الذي يفترض انه بعد اختيار الأحداث المنفرد الخارجة عن الضبط يصاب الناس باليأس ويصبحون سلبيين غير قابلين للاستجابة إذ يحتمل أن يتعلمون عدم مصادفة بين الأفعال والنتائج يتمثل هذا التعلم لتوقع مصمم مؤداه أن النتائج المستقبلية لن ترتبط بالأفعال وبالتالي فاستقلالية الاستجابة عن النتيجة ينتج عنها اليأس (اليجوفي، 2002).

4-العوامل المؤثرة في التفاؤل والتشاؤم:

هناك عوامل تؤثر على الفرد وتجعله إما متفائلاً وإما متشائماً وهي:

4-1-الأسرة: من الجو العام الذي يسودها وطريقة تربية الأطفال وزرع القيم والأفكار فيهم، ويثب الطمأنينة والأمان والرعاية وكل هذا يصقل شخصية الطفل ويجعله إما متفائل أو متشائم.

4-2-المدرسة: بما فيها من معلمين ومدراء متفائلين ومدى انعكاس ذلك على شخصيات الطلبة.

4-3-المجتمع الشعبي: فكل مجتمع يحمل طابعا خاصا به إما إن يتسم بالتفاؤل أو التشاؤم بما يتسم به من ملامح وجدانية واجتماعية وخاصة به يتميز بها من خلال ما تعرض له من أحداث وظروف اقتصادية وتكنولوجية التي تستحدث والقيم التي تتجدد وتطور.

4-4-وسائل الإعلام: لها تأثير بالغ في تشكيل وجدانيات الأفراد وصبغتها بالتفاؤل أو التشاؤم حسبما توجه إليهم من أفكار نفحات وجداني.

4-5-الصحة: حيث أن تفاؤل أو تشاؤم الشخص يؤثر على حياته الصحية حيث أن الإنسان المتفائل يكون خاليا من القلق والتوتر والاكتئاب وهذا ما يساعده على اكتساب صحة سليمة ذات طابع ايجابي. (حمدان، 1999، ص71).

وينظر الباحثون الى فاعلية التفاؤل الذي يمكن تصنيفه ضمن النظريات الخاصة بالتوقعات من زاوية تأثير الاعتقاد الشخصي على السلوك فالفرد الذي يعتقد أو الذي لديه ثقة بقدراته على تحقيق الهدف فإنه لا يتوانى في بذل الجهد تجاه ذلك الهدف على نحو مماثل أو اعتقد أن الهدف خارج امكاناته فإنه ربما يقع جزئيا أو كليا عن بذل الجهد ومثلما تركز الصلابة النفسية على الاعتقاد الشخصي بالكفاءة في تحقيق الهدف وتركز سمة التفاؤل على الاعتقاد بالنتائج السلبية ويبين كافر وشير أن الفرد الذي يتسم بالاستعداد أو النزعة التفاؤلية غالبا يمتلك وسائل للتفاعل مع الموقف الضاغطة مقارنة بصاحب النظرة

التشاؤمية وكما أن أصحاب النظرة التفاؤلية يدخرون أعراضا بدنية ونفسية سلبية اقل مقارنة بالذين يفتقدوها، وفي مجال العمل تبرز أهمية الشخصية المتفائلة في الاتجاهات النفسية الايجابية التي يتبناها الفرد نحو منظمته ونحو العلاقات الاجتماعية فيها، وبصورة عامه يرى المعنيون بالسلوك البشري أن الاتجاه النفسي الايجابي من جانب الفرد من شأنه التأثير بصورة ايجابية على عملية المواجهة مع مصادر الضغوط المهنية، فالفرد من شأنه التأثير بصورة لمختلف عوامل البيئة غالبا ما يحمل توقعات تتخللها درجة عالية من التفاؤل فيما يتعلق بالمرور النفسي والمادي لجهوده وهذه الحال بدورها تساعد على الاسترخاء وبالتالي تجنب النتائج السلبية لمصادر الضغوط في مكان العمل، كما أن العلاقات الايجابية الجيدة في مكان العمل تساهم في إيجاد مناخ مساعد لتقديم الدعم الاجتماعي الذي يعتبر إحدى الوسائل الفعالة للمواجهة الناتجة مع الضغوط (عسكر، 2000، ص102).

ومن الممكن أن يتفهم الأصدقاء والأزواج والزوجات والعمال من مختلف الاتجاهات بعضهم البعض سواء أكانوا متشائمين أو دائمين التفاؤل أو كلاهما فإنه يمكن استكشاف كيفية التوافق مع القلق وذلك من خلال تفهم مخاطر التفاؤل غير الواقعي وإيجابيات التشاؤم الدفاعي والتفاؤل نظرة استبشار نحو المستقبل تجعل الفرد يتوقع الأفضل والتشاؤم توقع سلبي للأحداث القادمة يجعل الفرد ينتظر حدوث الأسوأ بينما التفاؤل الغير الواقعي شعور الفرد بقدرته على التفاؤل إزاء الأحداث دون مبررات منطقية وكما يرى واينشتاين أن الناس تعتقد أن الأحداث السلبية يقل احتمالها لهم بالمقارنة بالآخرين ويعتقدن أيضا أن الأحداث الايجابية يزداد حدوثها لهم بالنسبة الى الآخرين ويمكن اعتبار هذا الاتجاه ذي التفاؤل أحادي الجانب ضمن حركة النفس الإيجابي والذي يسعى الى إيجاد عمل النفس واقعي لأشخاص واقعيين . (الفنجري، 2006، ص43).

وترى الباحثة أن المتفائلون يعمدون إلى ادعاء الحرية للإنسان بينما ينكر المتشائمون عليه ذلك مؤكدين أن الإنسان مقيد الى مصير قائم وان جميع حركاته وسكناته مكتوبة عليه، وان الأفكار من ذلك المسير أو التحرر من القدر المكتوب فأنت بنظرهم محدود وكل كلمه قد

دونت في كتاب حياتك مسبقا، علينا أن نؤمن بأن المعلومات والخبرات الموضوعية هي التي تشكل الكيان السيكولوجي للعنصري أو الإنسان وليس المقومات الوجدانية المتعلقة بالطفولة المبكرة وكذلك ليست المقومات الوراثية المغروسة في جيلة الجنس المعين من الأجناس وعلينا أن نؤمن بأن المزاج الذي فطر عليه المرء والمؤثرات التربوية التي ساعدت على تشكيل ملامح وجدانية وبخاصة منذ الطفولة الباكرة له أكبر أثر في حمل الإنسان على القول بالمقومات التربوية والتخفيض من ثقل العوامل الوراثية.

5- ملامح الشخصية المتفائلة:

5-1- الملامح الجسمية: ومن تلك الملامح وقفة الرجل و مشيته وطريقة جلوسه وطريقة نموه، بشكل عام الشخصية المتفائلة تتسم بالاسترخاء النسبي من الناحية النفسية ، وتوظف الشخصية المتفائلة كلا من التوتر والاسترخاء لان هذا الأصل في الجهاز العضلي، وفيما يتعلق بملامح الوجه فانك تلاحظ أن المتفائل يتسم بملامح مفعمة بالأمل، كما أن نظراته لا تكون حادة فيمن يتحدث إليه، كما أن نظراته لا تكون زائفة ومشتتة ولاحظ أن المتفائل لا يحرك حاجبيه إثناء الحديث حركته بسيطة، ومن الطبيعي أن المتفائل لا يكون عرضة للإصابة بالتفكير بصوت مرتفع ويتمتع المتفائل بصوت ثابت خال من الاضطراب والتقلقل والتردد والمتفائل ينحو منحى سويا فيما يتعلق بهضم الطعام والنوم فهو يتمتع بجهاز هضمي سوي يتمتع بالنوم العميق الخالي من الأحلام المزعجة ومن كثرة التقلبات.

5-2- الملامح الوجدانية: حيث يتسم الشخص المتفائل بالاتزان الوجداني فهو يظل على حال واحده فترة طويلة نسبيا والمتفائل لا يحزن أو يفرح لأسباب غامضة وبغير باعث ما، كذلك قابلية الشخص المتفائل للرضي بالقليل والفرح بالكثير فهو لا ينتهج في حياته بمبدأ الكل أولا شيء وكذلك يتوقع الايجابي لا يتوقع لنفسه أن تبكي وكذلك من ملامحه الوجدانية عدم الربط بين الأشياء المتوقعة والمؤكددة والوقوع بين الشحنات الانفعالية والتي يعمد المتشائم الى الربط بينها. والمتفائل يتجاوب وجدانيا مع وجدانيات ومشاعر الآخرين الايجابية لتزيدها ايجابيا وكذلك يراعى النعمة الوجدانية السائدة لدى الآخرين وعدم الانغلاق

على النفس وكذلك من ملامحه الوجدانية إشاعة الرضا والطمأنينة وتوقع الخير والأحداث السارة لدى الآخرين وكذلك يميل الى الألوان الزاهية والى البساطة فالمتفائلين لا يتساوون في تلك الملامح بل يتباينون.

5-3- الملامح العقلية: واكتساب الأنماط العقلية والمعلومات الصحيحة والصائبة

وليس عن طريق

الوقوف على الأنماط العقلية والشائعة والخاطئة ويميل الى اتخاذ الموقف التقبلي والى أكبر حد من الملامح العقلية وينظر الى فكر الآخرين من حيث هم لا من حيث هو كذلك المتفائل على استعداد للحذف والإضافة والعقليين وكذلك من ملائمة العقلية الإيمان بديناميكية عقله فهو يفتقد الى أفكاره بمثابة كائنات حية تتلاقح فيما بينها لكي تتوالد وتتكاثر وتخرج أفكارا جديدة وكذلك من ملامحه العقلية الإيمان بالمستقبل بأنه سيكون أفضل سواء لك أفراد أو كجماعات.

5-4- الملامح الكلامية: من الملامح الكلامية للمتفائل ذكر الأحداث والوقائع

والقصص التي تشير الى الرضا والانشراح والنجاح ويستخدم ألفاظا لها وقع مريح ومبشر بالخير وكذلك من ملامحه الكلامية الميل الى نقل الأخبار السارة والتي تتعلق بالآخرين كأخبار النجاح والأحداث السعيدة للأفراد والجماعات ومن الملامح الكلامية للمتفائل تشجيع هم الآخرين لا تثبيطها فالمتفائل لا يطفئ شمعة مضيئة ولا يوقف شخصا عن تقدمه ومن ملامح كلام المتفائل شكر الله تعالى على كل خير يصيبه ومن ملامحه الكلامية إشاعة الطمأنينة في الآخرين على صحتهم وازدهار مواقف أو توقعات يخشون من نتائجها ومن ملامحه الكلامية عدم التلفظ بالعبارات التي تتم على التشاؤم ومن تلك العبارات " من غير شر " ومن ملامحه الكلامية أحاديث الذكريات التي تتسم بالخير والنجاح فهو يسعى الى ذكر الجوانب المشرقة.

5-5- الملامح الاجتماعية: أول ملامح الاجتماعية التي تتصف بها الشخصية المتفائلة هو الاطمئنان الى الناس بصفة عامة فهو لا يتوجس من نبات الآخرين ولا يتوقع منهم شرا ومن الملامح لا يجيد المتفائل تعارضا بين نجاحه وبين نجاح الآخرين و لا يجد غضاضة في الرغبات، ومن ملامحه الاجتماعية المساهمة في بناء الأجيال الجديدة على أمل أن ينبت الجيل الجديد على نحو أفضل من الأجيال الفاتئة ومن ملامحه الاجتماعية عدم قياس المرء لنفسه أو لغيره من زاوية واحده كما يفعل المتشائم ومن ملامح المتفائل الاجتماعية النظرة الى الحياة من زاوية عامه ولا من زاوية صغيرة ضيقه ومن ملامحه احترام الشخصية الإنسانية وتعليق الأمل على الحكمة البشرية في سياسة أمور الحياة المعيشية في الحاضر والمستقبل (اسعد، ب-ت).

إن ملامح الشخصية المتفائلة متشابكة ومتراصة فلا نستطيع أن نفضل بينها، ولكن قد يتباين المتفائلين في هذه الملامح وقد تقلب ملامح على ملامح أخرى عند المتفائلين لكن في المجمل المتفائل يتصف في تلك الملامح لينشر نور تفاؤله على غيره ويكون قد مر من هنا وكان الأثر وإذا جننا لنقلب الموازين في قلب المواقع المتفائلة الى ملامح المتشائم فإنها تأتي على غرار ما سبق في جعل ما سبق مقلوبا له ليكون المتشائم لاعنا للظلام وما فيه.

خلاصة:

من المؤكد أن التفاؤل والتشاؤم يؤثران على سلوك الانسان من نواحي عدة حيث يسيطر على سلوك الفرد أحيانا نزعة إلى توقع الخير والسرور، وتوصف هذه الحالة بأنها تفاؤل، في حين تغلب عليه أحيانا أخرى نزعة إلى توقع الشر وسوء الطالع وتوصف هذه الحالة بأنها التشاؤم، وهذا يعني أن للتفاؤل والتشاؤم تأثيرات لا يمكن انكارها أو التقليل من أهميتها على السلوك الانساني، حيث يؤثر كل منهما على الحالة النفسية للفرد وعلى توقعاته بالنسبة للحاضر والمستقبل سواء كانت تفاؤلية أو تشاؤمية.

وعليه فالفرد المتفائل أو المتشاؤم يستطيع أن ينسب تفاؤله أو تشاؤمه إلى عوامل داخلية راجعة إلى ذاته أو إلى عوامل خارجية لا يستطيع ضبطها وهذا في خضم محاولته لتحقيق أهدافه، وتلبية متطلباته وحاجاته اليومية.

الفصل الرابع

مرض السكري

- 1- تعريف مرض السكري.
- 2 - تاريخ مرض السكري.
- 3- أنواع مرض السكري.
- 4 - أعراض مرض السكر.
- 5- العوامل المساعدة على ظهور مرض السكري
- 6- علاج مرض السكري.

تمهيد:

إن مرض السكري من الأمراض المزمنة التي عرفها الإنسان منذ قديم الزمان، و قد كان المرضى آنذاك يعانون الكثير من جراء الإصابة به، لكن الاكتشاف الرائع للأنسولين في سنة 1921 من طرف العالمان (الطبيين) الكنديان " بانتيج Banting و بست Best " كان أول خطوة علمية للتغلب على داء السكري والتخفيف من حدته و مكافحته، و قد تم إنقاذ أرواح الملايين من البشر في القرن العشرين .

ويعتبر هذا المرض من أكبر أعداء البشرية و أخطرها ، إذ أنه يصيب أعدادا كبيرة من البشر في جميع أنحاء المعمورة ومن مختلف الأجناس و الأعمار، حيث يشكل معضلة عويصة بالنسبة للصحة العمومية .

بالإضافة إلى ذلك فنجد عواقب و تعقيدات خطيرة تطرأ على حياة الفرد بالتحديد على حياته المهنية العائلية، اليومية والشخصية بصفة عامة، فالمرء يصبح مجبرا على الالتزام ببعض الشروط و الالتزامات، وفي بعض الحالات يتخلى عن بعض الواجبات و الأدوار اليومية له و على كل التصرفات التي كان يمارسها في الماضي انطلاقا من الأكل و العمل والنشاطات اليومية .وكل هذه التغيرات يمكن أن تصور لنا معاناة هؤلاء الأشخاص الذين أصبحت حياتهم مقيدة ومهددة بالخطر في آن واحد، لأن الحياة الجديدة لهم تتطلب الحيطة، الحذر والاعتناء بالصحة لتفادي مضاعفات هذا المرض العضال.

وعلى العموم فإن السكري يؤثر على حياة الفرد ويجعله يعيش في قلق شديد وفي وضعية عدم الأمن والاستقرار، ولكن يمكن التغلب على هذه الشاعر والأحاسيس إذا عرف المريض كيف يتكيف مع مرضه في شتى نواحي الحياة وذلك بقليل من المعرفة على المرض و أخطاره، و بالتالي يمكن له أن يعيش حياة سعيدة كباقي أفراد المجتمع الآخرين . وعلى أساس ذلك وقبل الشروع في تفاصيل هذه الدراسة لا بد من التطرق في هذا الفصل إلى داء السكري من مختلف جوانبه الممكنة لتتعرف أكثر ونتبين طبيعة هذا المرض.

1-تعريف مرض السكري:

تتفق أغلبية المعاجم والمراجع الطبية على التعاريف نفسها، ومن أبرز هذه التعاريف نذكر ما يلي :

إن كلمة diabetes كلمة مشتقة من فعل يوناني يعني "الانتقال عبر Pass throw" و هذه الكلمة الأخيرة تعني أن الكلية تقوم بتصفية المواد التي تمر بها. (Gérard Pacaud,1995, p11).

أما تعريف المنظمة العالمية للصحة OMS تعطي أول تعريف بسيط لداء السكري، حيث تعرفه على أنه حالات الإفراط السكري hyperglycaemia ويعني زيادة معدل الغلوكوز في الدم، وهذا الداء من الأمراض المزمنة و الوراثية و التي تتوقف على عوامل وراثية و هو الأكثر شيوعا . (Gérard Pacaud,1995, p12).

و قد تتفق معظم المعاجم الطبية والكتب على أن داء السكري هو " إضطراب في التمثيل الغذائي للمواد الكربوهائية (السكريات والنشويات) والمواد البروتينية والدهنية التي يحتاجها الجسم وينتج عن ذلك فقدان خلايا الجسم لبعض كل من قدرتها على استساغة المواد السكرية التي تصلها عن طريق الدورة الدموية عقب عمليات الهضم والامتصاص فتزداد كمية السكر في الدم ويظهر في البول مع مواد سامة أخرى أحيانا" (حامد محمد الهرساني، 1965، ص11).

وذلك نتيجة لاختلال أو إتلاف الغدة الصماء في جسم الإنسان اسمها البنكرياس التي تكون عاجزة عن إفراز هرمون الأنسولين الذي يعمل على تخفيض نسبة السكر في الدم .

أما التعريف الأكثر دقة لهذا الداء هو أن المريض بداء السكري يصبح جسمه غير قادر على هدم الطعام والاستفادة منه كما ينبغي فتتراكم كميات السكر في الدم، بدلا من أن تحترق للحصول على الطاقة و يبدأ بعضها في الخروج من الجسم مع البول، كذلك تزداد في الدم كمية الدهون التي يحصل عليها الجسم من الطعام كالزبد والجبن... الخ دون الاستفادة منها، كما تتحول كمية من المواد البروتينية من اللحوم والأسماك إلى السكريات بدلا من أن

تستخدم بواسطة الجسم في بناء العضلات وتجديد الأنسجة التالفة و مع مرور الوقت تبدأ هذه الكميات المتراكمة من السكر في الدم في إتلاف بعض أعضاء الجسم المختلفة كالعينين والكليتين والأعصاب و غيرها من الأعضاء، ويرجع السبب في كل هذه المشاكل إلى شيء واحد وهو عدم قدرة جسم المريض على إفراز كمية كافية من الأنسولين (لهدم المواد السكرية الذي يرجع أساسا إلى إتلاف أو عجز البنكرياس على أداء وظيفتها). (أيمن الحسيني، 1988، ص7).

2-تاريخ مرض السكري :

إن مرض السكر من الأمراض العضوية التي شغلت عقول البشرية منذ معرفتهم إياه، حيث كان شائعا في قديم الزمان، وقد كان يسمى بـ " بول " و مع مرور الزمن اكتشفوا بأن بول المريض له طعم حلو المذاق، لذا أضيفت هذه الصفة إلى التسمية الأولى وأصبح اسمه الحقيقي البول السكري "ديابيت ميليتوس"، وهذه الكلمة الأخيرة هي كلمة لاتينية تعني الحلو كالعسل. (أمين رويحة، 1973، ص11).

لقد عرف هذا المرض قديما، حيث عرفه الإغريق و أطلقوا عليه اسم Mellitus Diabetes ديابيت مليتوس عندما لاحظوا كثرة تبول المصاب به، كما جاء ذكره في ورقة البردي المسماة "بردي إبيرز" عند قدماء المصريين، أما عند الصينيون فقد عرفوه منذ القرون الأولى قبل الميلاد وكانوا يشخصونه بواسطة تذوق بول المريض لمعرفة ما إذا كان يحتوي على سكر يجعل طعمه حلو المذاق أم لا. (حامد محمد الهرساني، 1965، ص40).

إن الإسهامات العربية تتمثل في إسهام "ابن سينا" الذي وصفه وصفا رائعا و يقال أنه لاحظ أن بول مريض السكر طعمه حلو المذاق، كما أنه وصف (شخص) مضاعفات المرض، وهو أول من تكلم عن الغرغرينا وعلاقتها بمرض السكر، كما أنه تطرق إلى السل و اعتبره من المضاعفات الخطيرة لداء السكري .

بالإضافة إلى كل ما سبق فإن أول من عالج هذا المرض وتطرق إليه بطريقة علمية هو الطبيب الانجليزي وليز Willis في القرن ال17، حيث أكد على وجود مادة سكرية

عضوية في بول أحد المصابين به، وبالرغم من ذلك إلا أن مميزات المرض لم تعرف تماما في ذلك الوقت. (حامد محمد الهرساني، 1965، ص13).

وجاءت مرحلة هامة من التطور التاريخي لهذا المرض مع العالمان أوسكار منكوفسكي Mankowski Oskar و فون ميرنج Von Mering اللذان اكتشفا علاقة البنكرياس مع مرض السكر عام 1889 عندما وجد بأن الاستئصال الكامل لغدة البنكرياس يكون سببا في الإصابة المميتة لداء السكري في كلاب تجاربهم.

أما بالنسبة للاكتشافات المبنية على المنطق فإنها تعتبر مرحلة أساسية في تاريخ هذا المرض وقبل زمن بعيد كان العلماء يتخبطون خبط عشوائي في تعليل وجود السكر في البول وكانوا يعتبرونه عرضا مجهول السبب حتى أوائل القرن العشرين حين انحصر البحث في غدة البنكرياس وبالأخص في خلايا خاصة في هذه الغدة تدعى خلايا جزر لانجرهانس عندما اكتشف بأنها تفرز الأنسولين، وكان هذا الاكتشاف نصرا عظيما للجنس البشري.

لقد تابع وواصل العلماء جهودهم لفصل مادة الأنسولين من الخلايا الخاصة في البنكرياس منذ بداية عام 1900 أي منذ بداية القرن 20 العشرين، حتى توصل العالمان الطبيبان الكنديان " باننتج Banting و بست Best" في عام 1921 إلى الحصول على مادة الأنسولين، وكان هذا نصرا عظيما للبشرية جمعاء، حيث تم استخلاص الأنسولين من بنكرياس الحيوانات، ثم تابع العالمان تقدمهم في تحسين استخلاصه بتقنية دور وإنتاج الأدوية في تحضيره من غدة بنكرياس الحيوانات كالبقرة .

وتأكد هذا التقدم الطبي في العام الثاني من اكتشاف الأنسولين، عندما حقن مريض بالسكر عمره 14 سنة بمستشفى " تورنكو" بكندا و هو في حالة غيبوبة عميقة نتيجة لارتفاع السكر في الدم إلى خمسة أضعاف المستوى العادي ثم حقنه بالأنسولين فانخفض السكر في دمه و استعاد وعيه واسترد قواه . وكان هذا هو أول مريض في العالم يعطى مادة الأنسولين التي أنقذت حياة الملايين من البشر فيما بعد . (محمد رفعت، 1974، ص7-8).

بعد هذه الاكتشافات ظهرت بحوث طبية أخرى باكتشافات هامة في مجال مرض السكر منها اكتشاف الأنسولين طويل المفعول الذي خفض عدد الحقن اللازمة للمريض إلى واحد فقط في اليوم. و نظرا للصعوبات التي كانت تواجه المرضى من جراء الحقن بالأنسولين، حاول العلماء و الباحثين منهم اكتشاف عقاقير تؤخذ عن طريق الفم و تساعد على تحقيق هدفهم في التخفيف من آلام المرض و منع مضاعفاته أو الوقاية منه، حيث حاول الأطباء إعطاء الأنسولين عن طريق الفم ولكنهم فشلوا لأنه يفقد مفعوله عندما يتعرض لتأثيرات العصارة المعوية بعد البلع . ورغم ذلك فإن البحث استمر عن العقاقير التي تؤثر في ارتفاع كمية السكر في الدم و يحقق انخفاضه للنسبة العادية و يساعد على اختفاء السكر في البول. و حقا في سنة 1945 أعلن الألمان أنهم اكتشفوا أقراصا جديدة تقلل من نسبة السكر في الدم وتخفيه تماما من البول.

وبدأ الأمريكيون في إنتاج الأقراص واستعمالها على آلاف المرضى في المستشفيات ومراكز (السكر)، ثم أعلنوا أنهم غير مطمئنين لاستعمالها، لكن كثير من البلدان الأوروبية تستعملها الآن. (حامد محمد الهرساني، 1965، ص 188-189).

وبعد هذه المجهودات توصل العلماء إلى معلومات أفضل وكثيرة فيما يتعلق بالأساليب الطبية والأساسية لمكافحة المرض، بواسطة تنظيم الغذاء والتدريبات الرياضية .

3-أنواع مرض السكري :

ينقسم هذا المرض إلى نوعين رئيسيين هما :

3-1-مرض السكري الخاضع للأنسولين Diabetes Dependent on Insulin:

يعتبر مرض السكر الخاضع للأنسولين من أخطر وأشد أنواع مرض السكر وهو يصيب عادة الأطفال والشباب خاصة وغالبا ما يأتي فجأة .والمريض به يكون نحيف الجسم. (جمال غوردون، 1964، ص3).

وقد يطلق عليه نمط سكر شبابي . ويوجد بنسبة 10 إلى 15 % من مرضى داء السكري. (ليونارد جاكوت، 1993، ص50).

ومن مميزات هذا النوع أنه لا يوجد إطلاقاً الأنسولين في بلازما الدم وذلك نتيجة لوجود قصور تام لوظيفية البنكرياس التي تتمثل في إفراز الأنسولين الذي يعمل على تخفيض نسبة السكر في الدم .

3-2- مرض السكري غير الخاضع للأنسولين Diabetes no Insulin

:Dependent

إن هذا النوع من أخف أنواع المرض وهو بسيط وعادة ما يصيب الإنسان في سن متأخرة ما بعد 40 سنة أي في نهاية متوسط عمر الحياة أي ما بين 45-55 سنة وما فوق وغالباً ما يسمى سكر الكبار، ونجد أن الوراثة لا تلعب دوراً في هذا النمط من المرض، كما أن هذا النوع هو الأكثر شيوعاً وانتشاراً من النوع الأول. ويتواجد بنسبة 85 إلى 90 % بالنسبة للمصابين بداء السكري . (ليونارد جاكوت، 1993، ص250).

وعلى العموم فإن السبب الرئيسي لهذا النوع هو أن البنكرياس تنتج الأنسولين بكمية أقل من الطبيعي، يعني ذلك أن نسبة إفراز الأنسولين قليلة . (جمال غوردون، 1964، ص30) ، و عليه فإن العلاج الرئيسي لا يعتمد على الحقن اليومية للأنسولين بل يتطلب استعمال وتناول الأقراص وإتباع حمية غذائية معينة، حيث أن هذه الأقراص تحت البنكرياس على إفراز الأنسولين وتخفيض نسبة الجلوكوز في الدم. في هذه الحالة نجد أن بول المريض لا يحتوي على أسيتون إطلاقاً، وهذا هو أهم فرق بين نوعي المرض .

4- أعراض مرض السكري :

يظهر السكر الخاضع للأنسولين بشكل فجائي و سريع، تكون أعراضه شديدة و واضحة منذ البداية، أما النوع الثاني يبرز تدريجياً، وتنتضح أعراضه مع الوقت، و قد لا يكشف إلا بالصدفة أي من خلال تحليل البول أو الدم، و أحياناً يتم تشخيص المرض من المضاعفات وليس الأعراض، وغالباً ما تكون في مرحلة متقدمة نسبياً، فإن لم يلاحظه و يعلم به الطبيب أو أهمل علاجه فإنه يشتد و يتقدم حتى يشعر المريض بأن هناك شيء غير طبيعي يطرأ عليه، لأن بعض الأعراض تخدع أعداد كبيرة من المرضى.

إن الأعراض الأكثر شيوعاً بين المرضى، هي العطش وهو كثرة شرب الماء ، فالمريض يشكو من أن فمه جاف و لعابه لزج، فيشرب مرطبات وماء بكثرة فيزيد مقدار عطشه وهكذا. (جمال غوردون، 1964، ص29) ويعود سبب هذا العطش إلى ارتفاع نسبة السكر في الدم والأنسجة مما يسبب إفراز السكر من الجهاز البولي وظهوره في البول، وعند إفرازه تذهب معه كمية كبيرة من ماء الجسم ولذا تزداد كمية البول، وكلما زادت كمية البول تضاعفت رغبة المريض في شرب الماء لتعويض أنسجة الجسم وأغشيته المخاطية، مما فقدته من ماء. (حامد محمد الهرساني، 1965، ص61). ونتيجة شرب الماء والمواد السائلة بكثرة ، فإن المصاب يتبول كثيراً حتى تصل كمية البول في بعض الأحيان إلى كميات كبيرة جداً، كما أنه يظهر السكر في البول مع ظهور سم يسمى أسيتون، ونجد في هذا الصدد أن الجوع وكثرة الأكل ينتاب كثيراً المريض، حيث أن جسم هذا الأخير لا يخترن السكر من الغذاء كالشخص الطبيعي، فجسمه يحتاج دائماً لغذاء من الخارج باستمرار لذلك فإنه يأكل كثيراً وسرعان ما يجوع و هذا كله ناتج عن كثرة السكر المفقود في البول، حيث يشعر المريض بهذه الظاهرة عادة عند نهاية وجبة طعامه. (جمال غوردون، 1964، ص29).

كما يصاحب المريض الضعف العام والشديد المصحوب بالتعب الوهن والدوخة والغثيان مع نقص الطاقة و فقدان الوزن خاصة إذا كان المريض بديناً. أما الأعراض النفسية فنجد القلق والاضطراب النفسي والأرق و انخفاض الذاكرة وذلك من كثرة الشكوى بهذه الأعراض، فيصبح الفرد قلقاً جداً وخائفاً، كما أنه يضطرب نفسياً وينسى كثيراً.

وتوجد أعراض أخرى تتمثل في الأعراض الجلدية كالشعور الشديد بالحكة التي كثيراً ما تعذب المصاب بشدتها وتقلق راحته .ومن الأعراض التي تظهر في الجلد هي الفقاعات القيحية ودمامل وخراجات وتعفونات.

كما نجد الأعراض في اللثة والأسنان، حيث أن في هذه الحالة تصاب الأسنان بالتغلغل والسقوط دون إصابتها بأي عطب ظاهر. كما يعاني المصاب من أعراض تظهر

آلام في المعدة ترافقه نزلات معوية إسهالات أو كسل معوي إمساك، بالإضافة على ذلك فتظهر أعراض في الأوعية الدموية كتعرض هذه الأخيرة إلى إصابتها بأمراض مختلفة تظهر على أصابع اليدين أو القدمين، إذ يشعر المصاب بآلام، كما يزرق لون الأصابع وتصاب باضطرابات الحساسية نتيجة لتوقف الدورة الدموية فيها، إلى جانب الأعراض السابقة فإن الغدة التتاسلية تصاب باضطراب، حيث أنه تتفاقم أعراض هذا المرض كثيرا أثناء الحمل والنفاس ولكن أصبحت هذه الظاهرة الخطيرة من النواذر الإصابة بها بعد اكتشاف الأنسولين.

والأعراض الأخرى تتمثل في العينين، حيث تصاب العينين بأضرار عند مرضى السكري، مما تضعف الرؤية، ولكن هذه الإصابة تزول مع العلاج، كما يمكن أن يحدث هذا المرض تبدلات مرضية في الشبكية داخل العين وإصابات أخرى في العين نتيجة للاضطرابات في استقلاب الغذاء. (أمين رويحة، 1973، ص ص 13-14-15-16).

5- العوامل المساعدة على ظهور مرض السكري:

إن مرض السكري من الأمراض المزمنة الأكثر شيوعا في العالم، وهو يصيب الجنسين معا في مختلف أطوار العمر، إذ أن مرض السكر يرجع إلى خلل بالتمثيل الغذائي يتميز أساسا بارتفاع مستوى الغلوكوز في الدم عن معدله الطبيعي، والسبب في ذلك يعود إلى نقص هرمون الأنسولين الذي تفرزه البنكرياس، فإذا انعدم الأنسولين كليتا فإن البنكرياس عاجزة عجزا كليا تاما عن أداء وظيفتها، ومن ناحية أخرى يمكن أن يكون الأنسولين غير كاف بسبب عجز البنكرياس جزئيا على إفراز الأنسولين.

و بالرغم من الأبحاث، إلا أن العلماء لا يزالون عاجزين على حل ألغاز هذه الإصابة التي غالبا ما تظهر فجأة دون سابق في سن معين من عمر الإنسان إلا أن الأبحاث العلمية تؤكد، تثبت بصورة واقعية العوامل التي تساعد على توليد وتفاقم الإصابة بالمرض، ومنها ما يلي :

5-1- نقص الأنسولين : الأنسولين هو الإفراز الداخلي لغدة البنكرياس وهو القوة المسيطرة على عملية هضم المواد الكربوهيدراتية، فإذا نقص إفراز كمية الأنسولين لسبب من الأسباب فإن اضطراباً في عملية الاستحالة الغذائية سينتج عن ذلك ويرفع السكر في الدم، والخلايا في باقي الجسم لا تستطيع استساغة كمية السكر المرتفعة في الدم لقلة وجود كمية الأنسولين في الدم، وهكذا نجد أن كمية السكر مرتفعة في الدم وربما ظهرت في البول عندما تزداد الكمية في الدم عن قدرة منسوب الحجز السكري في الكليتين. (حامد محمد الهرساني، 1965، ص 42-43).

5-2- السمنة : لقد أثبتت علمياً أنه توجد علاقة وطيدة بين السمنة ومرض السكر، حيث لوحظ أن مرض السكر يصيب السمان أكثر من النحاف فهناك احتمال أن زيادة تناول السرعات الحرارية لفترات طويلة من الزمن يضعف من مقدرة الخلايا الخاصة بإفراز الأنسولين في البنكرياس والتي تسمى خلايا بيتا، مما يؤدي إلى ظهور مرض السكري. (أيمن الحسيني، 1988، ص 80).

وفي هذا الصدد دلت الأبحاث العلمية أن من بين 10 من مرضى السكري فوق سن 40 سنة نجد 9

منهم سمان (يعانون من السمنة) أو كانوا سمان في وقت من الأوقات وواحد فقط نحيف. (محمد رفعت، 1974، ص 22).

5-3- الصدمات النفسية: لا شك أن للانفعالات النفسية في بعض الحالات، تأثيراً باعاً للإصابة بمرض السكر إن وجد الاستعداد لها، وبدون وجود هذا الاستعداد لا يمكن للعوامل النفسية، كالقلق والخوف وغيرها أن تسبب الإصابة بمرض السكر، وإلا لأصبح المرض منتشراً بين جميع الجنود المحاربين في الميدان. وأكثر المصابين بمرض السكري يزعمون أن المرض عندهم ظهر عقب تعرضهم لهزة نفسية، لكن في الواقع أن الإصابة كانت كامنة عندهم من قبل تعرضهم للهزة النفسية، وأن الهزة زادت الأعراض تفاقمًا، (فخيل للمصاب أنها كانت الباعث المباشر للإصابة بالمرض). (أمين رويحة، 1973، ص 11).

إن العنف الخارجي، أيضا يكون سببا في انفجار مرض السكر، فكل حادثة أو حالة مزعجة تمر بالإنسان إلا و تتسبب في انقلاب السكر من مكانة، إذ كان الفرد لديه الاستعداد والقابلية.

6- علاج مرض السكري:

يمكن تلخيص القواعد الأساسية التي يركز عليها العلاج فيما يلي :

6-1- الحمية الغذائية: تعني وضع خطة لنوعية وكمية الأغذية المختارة وزمن تناولها، والغاية من هذه الخطة هي إنقاص الوزن الذي يشكل علجا مثاليا للسكري في بعض الأحيان ، حيث يراعى في هذه الوجبات سن المريض، وزنه، كمية الأنسولين الموجودة لديه وعمله اليومي أي نشاطه الجسمي والأطعمة المفضلة لديه.
(الياسن الأسمر، 1994، ص 110-111).

6-2- الأنسولين : الأنسولين هو أحد الهرمونات الطبيعية التي تفرز من طرف غدة البنكرياس في الجسم ووظيفته تنظيم عملية استقلاب الكربوهيدرات في الجسم والإشراف عليها، فإذا شح إفراز الأنسولين لسبب ما حدثت الإصابة بمرض السكري.
والأنسولين الذي يباع في الصيدليات هو مادة استخراجها من غدة البنكرياس من الحيوانات، ويستعمل هذا الدواء علجا فعالا لدى المرضى المصابين بداء السكري الخاضع للأنسولين. (جمال غوردون، 1964، ص 49).

6-3- الأقراص : إن السيطرة على داء السكري بواسطة الأقراص الطبية التي تؤخذ عن طريق الفم تقتصر فقط على حالات السكر الخفيفة السكر غير الخاضع للأنسولين ، إذ أن من شأن هذه الأقراص أن تثير هرمون الأنسولين (الكامن) في غدة البنكرياس، والأنسولين لا يكمن في البنكرياس إلا عند المصابين السمان أو الذين هم في سن الشيخوخة. (أمين رويحة، 1973، ص 30).

6-4- الرياضة: إن الرياضة هي إحدى الأعمدة الثلاثة التي يركز عليها مرض السكري والتي تساعد على التحكم في الداء، إذ أن معظم الأبحاث العلمية تؤكد على فعالية

التمارين الجسدية في علاج الأمراض المزمنة بالتحديد داء السكري. وعليه فإن أنواع الرياضات الأكثر تلاؤماً لمعالجة مرضى داء السكري هي ممارسة المشي النشط والجري والسباحة، حيث أن فوائد الرياضة لا تتركز فقط على إنقاص الوزن بل تتعدى ذلك فهي تحدث انخفاض في كمية السكر في الدم عن طريق حرق السكريات الموجودة في الجسم، وبالتالي التقليل من عبء البنكرياس ومن الحاجة إلى الأنسولين أو الأقراص، كما أنها تخفض من نسبة الدهون في الدم وتبعد حدوث الأزمات القلبية وتحسن من حالة الدورة الدموية. كما أنها تساعد على سلامة وصحة الأوعية الدموية وتحافظ على قوام العضلات. (أيمن الحسيني، 1988، ص45).

خلاصة:

من خلال العرض السابق نستخلص من ذلك أن مرض السكر من الأمراض الخطيرة التي عرفت منذ آلاف السنين، حيث يصيب كل الفئات العمرية و الجنسية معا و لكن بدرجات مختلفة، و هذا المرض له شكلين، داء السكري الخاضع للأنسولين و داء السكري غير الخاضع للأنسولين، فالأول أشد خطرا على الفرد يعتمد بالدرجة الأولى على استعمال الأنسولين يوميا عكس النوع الثاني الذي يصيب ما بين 40 سنة و ما فوق و هو بسيط يعتمد علاجه على الأقراص، و الأعراض الشائعة لداء السكري هي كثرة التبول، شرب الماء و الجوع باستمرار.

ويعتبر الإهمال في المعالجة والوقاية من هذا الداء أخطر التصرفات التي يرتكبها الفرد، حيث ينتج عن هذا السلوك مضاعفات عديدة تؤدي إلى عجز وإتلاف في بعض خلايا العضوية، حيث أن الجهاز العضوي يفقد بعض وظائفه. وأغلب هذه المضاعفات والأكثر شيوعا هي مشاكل الدورة الدموية والقلب، الكليتين والعينين .

وعليه يتطلب هذا المرض نوع من العلاج والوقاية منها ما هو يفرض من طرف الطبيب كالعلاج بالأنسولين والأقراص، ومنها ما يتوقف على قدرة ومعرفة المريض، كالقيام بالرياضة والابتعاد كليا عن المأكولات الضارة بالصحة.



الإطار

الميداني

الفصل الخامس

الاجراءات الميدانية

1- الدراسة الاستطلاعية.

2- المنهج المستخدم .

4- أدوات الدراسة .

5- الخصائص السيكومترية .

6- الأساليب الإحصائية .

تمهيد:

بعد أن تطرقنا للجانب النظري وتوضحت لنا معالمه، يأتي الجانب التطبيقي الذي له الاتصال الكبير بالجانب النظري والأهمية الكبرى، إذ لا يمكننا التوصل إلى نتائج أو حلول للمشكلة المتطرق إليها إلا بعد الدراسة الميدانية، وللسير الحسن لهذا الجانب الميداني و التطبيقي لا بد من الاستعانة ببعض الأساليب المنهجية، التي تبين لنا الطريق السوي لهذا الجانب من خلال تحديدها لأبعاد الدراسة من منهج مستخدم و العينة المدروسة و كذا الحدود الزمانية و المكانية و كذا الأدوات المستخدمة.

1-الدراسة الاستطلاعية :

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى النزول إلى الميدان قصد التعرف على العينة و تطبيق الأدوات المتمثلة في دراستنا بمقياس تقدير الذات و مقياس التفاؤل و التشاؤم و ذلك من أجل التأكد من صدق و ثبات هذه الأدوات حتى يتسنى لنا الاطمئنان عليها و استخدامها في الدراسة الرئيسية و من أهداف الدراسة الاستطلاعية أيضا :

-التعرف على ميدان الدراسة .

- تحديد عينة الدراسة و امكانية الحصول عليها .

- التعرف على حجم مجتمع البحث قصد تحديد حجم العينة وكيفية اختيارها.

- التأكد من الخصائص السيكومترية لأداة البحث.

تم تطبيق دراسة استطلاعية على عينة قدرت ب20 فرد مصاب بداء السكري كالتالي :

الجدول رقم (01)

جدول يوضح عينة الدراسة الاستطلاعية

| صنف المرض | العدد |
|--------------|-------|
| انسولين | 10 |
| بدون انسولين | 10 |

بعد القيام بالدراسة الاستطلاعية تم قياس ثبات أداتي البحث المتمثلة في مقياس تقدير الذات و مقياس التفاؤل و التشاؤم، و تم حساب قيمة ثبات المقياسين باستعمال معامل ارتباط بيرسون لاعتباره أهم الطرق لحساب ثبات أدوات البحث ، و بعد الاعتماد على طريقة التجزئة النصفية في الحساب توصلنا إلى القيمة التالية (0.79) بالنسبة لمقياس تقدير الذات و تعتبر هذه القيمة مؤشر قوي و منه تم التأكد من ثبات المقياس و سيتم استخدامه في الدراسة الرئيسية .

و(0.88) بالنسبة لمقياس التفاؤل و التشاؤم و تعتبر هذه القيمة مؤشر قوي و منه تم التأكد من ثبات المقياس و سيتم استخدامه في الدراسة الرئيسية.

2- المنهج المستخدم :

إن الدراسة الميدانية لكل بحث تتطلب اتباع منهج معين، لذا نجد أن هناك العديد من المناهج المختلفة، بحكم اختلاف مواضيع البحث و الزاوية التي ينظر إليها الباحثون للموضوع، فكل باحث يتبنى المنهج الذي يتوافق و طبيعة موضوعه، و كذا بالنسبة لدراستنا فقد اعتمدنا على المنهج الوصفي لأنه الأنسب لموضوع دراستنا كوننا ركزنا على معرفة العلاقة بين تقدير الذات و التفاؤل و التشاؤم و يعرف المنهج الوصفي على أنه : " المنهج الذي يدرس ظاهرة أو حدثاً أو قضية موجودة حالياً يمكن الحصول منها على معلومات تجيب على أسئلة البحث دون تدخل الباحث فيها، ويعتبر هذا المنهج مناسباً لهذه الدراسة

لأنه يقوم على جمع البيانات وتطبيقها وتصنيفها ومن ثم تحليلها". (زياد سليمان مقداد، 2009:ص 15).

3- حدود الدراسة :

3-1-الحدود المكانية :

جمعية داء السكري المسماة بدار الشفاء بلدية بوسعادة ولاية المسيلة حيث تأسست هذه الجمعية سنة 2001 و كانت عبارة عن جمعية لإرشاد مرضى السكري بشكل عام ثم في سنة 2004 أضيف لها فرع خاص بالتربية العلاجية يهتم بال نفسية الخاصة بمرضى السكري و يحاول القائمين عليها بشكل كبير مساعدة مرضى السكري في تقبل مرضهم و كيفية التعامل مع المواقف اليومية أما فيما يتعلق بعدد المنخرطين فهي تحتوي على حوالي 1000 منخرط لكن خدماتها مقدمة لجميع المرضى بدون استثناء منخرطين و غير المنخرطين .

3-2-الحدود الزمانية :

ارتكزت الحدود الزمانية لدراستنا الميدانية لعينة من المصابين بداء السكري في سنة 2014/2013 و بالتحديد من 15أفريل 2014 إلى 20 أفريل 2014 متى نزلنا إلى الميدان و قمنا بتوزيع الاستبيان الخاص بالدراسة في مركز الجمعية و تم استعادة جميع الاستبيانات بعد مرور 6 أيام .

3-3-الحدود البشرية :

حددت عينتنا للدراسة بسكان ولاية المسيلة بلدية بوسعادة وكان عددها 100 فرد مصاب بداء السكري متفرقة حسب صنف المرض ومدة ازمان المرض كما هو موضح في الجدولين (2) و (3):

الجدول رقم 02

جدول يوضح النسبة المئوية لكل من صنفى المرض بالنسبة للعينة الكلية

| صنف المرض | العدد | النسبة المئوية |
|-------------------|-------|----------------|
| مستعملي الانسولين | 55 | 55 % |
| بدون انسولين | 45 | 45 % |
| المجموع | 100 | 100 % |

حيث يظهر الجدول رقم (2) وجود تقارب في العينة بين عدد مرضى الصنف الأول 55 فرد، وعدد مرضى الصنف الثاني 45 فرد من مجموع أفراد العينة البالغة 100 فرد.

الجدول رقم 03

جدول يوضح النسبة المئوية للمدة الإزمان بالنسبة للعينة الكلية

| مدة ازمان المرض | العدد | النسبة المئوية |
|------------------------|-------|----------------|
| (من 1 سنة إلى 6 سنوات) | 54 | 54 % |
| (من 7 سنوات فما فوق) | 46 | 46 % |
| المجموع | 100 | 100 % |

ويظهر الجدول رقم (3) وجود تقارب في العينة بين عدد المرضى الذين تتراوح مدة إزمان مرضهم من 1 إلى 6 سنوات، متمثلاً في 54 فرداً، وعدد المرضى الذين تتراوح مدة إزمان مرضهم من 7 سنوات فما فوق، من مجموع أفراد العينة البالغة 100 فرد.

و قد كان اختيارنا للعينة مقصودا حيث اننا ركزنا على المصابين بداء السكري غير أن مدة الازمان وصنف المرض لم يكن مقصودا فمن خلال الجدولين نلاحظ أن العينتين متقاربتين .

4- أدوات الدراسة :

أما بالنسبة لأدوات الدراسة فقد استخدمنا مقياسين جاهزين بحكم طبيعة موضوعنا وهما مقياس تقدير الذات و التفاؤل و التشاؤم .

4-1- مقياس تقدير الذات :

من أجل قياس درجة تقدير الذات الكلية لدى المصابين بداء السكري تم استخدام مقياس تقدير الذات الذي وضعه الدكتور موريس روزنبرغ ، وتعطي هذه الأداة تقديرا لمدى تقييم الفرد لذاته بشكل عام ، و تتكون من 10 عبارات يحددها المستجيب بمدى انطباق كل منها عليه وفقا لأربعة مستويات أو بدائل تمثل الفئات التالية على الترتيب : أوافق تماما ، أوافق، لا أوافق، لا أوافق تماما ، و تتراوح الدرجة لكل عبارة ما بين درجة و أربع درجات، و يتراوح المجموع الكلي للمقياس ما بين (10) درجات و (40) درجة ، و عبارات المقياس صيغت منها (5) عبارات بشكل ايجابي و قد صيغت الخمس عبارات الأخرى بصيغة سلبية ، حيث يحصل المفحوص في العبارات : 1،2،4،6،7 ، على أربع نقاط في أوافق تماما ، و ثلاث نقاط في أوافق، نقطتين في لا أوافق، نقطة واحدة في لا أوافق تمام، بينما يكون التنقيط عكسي: 3، 5، 8، 9 ، 10 ، حيث تمنح المفحوص نقطة واحدة إذا أجاب بأوافق تماما ، نقطتين لأوافق، ثلاث نقاط في لا أوافق، أربع نقاط في لا أوافق تماما، و يتم حساب الدرجة الكلية للمفحوص بجمع درجاته في الفئات الأربعة للمقياس ، و تدل الدرجة المرتفعة على تقدير مرتفع للذات و العكس صحيح (عادل خوجة،2009:ص155).

و قد استخدم المقياس في عدد من الدراسات أكدت ثباته و صدقه و موضوعيته في قياس متغير تقدير الذات ، وقد تم استخراج دلالة ثبات المقياس بطريقة معامل ارتباط بيرسون كما تطرقنا إليه سابقا .

4-2- مقياس التفاؤل والتشاؤم :

قام بإعداد هذا المقياس ديمبر وذلك لقياس التفاؤل والتشاؤم، وقد قام بترجمته وتقنيته على البيئة العربية "مجدي محمد الدسوقي" و يتكون المقياس من (56) عبارة تشمل (18) عبارة لقياس التفاؤل ، ومثلها لقياس التشاؤم إلى جانب (20) عبارة مكررة بصيغ أخرى لكي يتم إخفاء الغرض من المقياس، ويجب المبحوث على كل عبارة بإجابة واحدة من بين أربعة اختيارات أوافق تمام، أوافق، لا أوافق، لا أوافق تماما.

و لإعداد المقياس في صورته العربية قام " مجدي محمد الدسوقي" بترجمة عباراته وقد كان حريصا على أن تتم الترجمة إلى اللغة العربية بأكبر درجة من درجات الحيادية و الموضوعية بحيث لا يتغير المعنى بأي حال من الأحوال.

و كما ذكرنا سابقا أن المقياس يحتوي على مقياسين فرعيين لقياس التفاؤل و التشاؤم و لذلك فإن هناك عبارات تدل على التفاؤل و أخرى على التشاؤم و هي :

-العبارات التي تمثل المقياس الرعي للتفاؤل هي : 7- 11- 12- 15- 17- 19- 21- 23- 28- 29- 33- 37- 43- 46- 47- 52- 56.

- العبارات التي تمثل المقياس الفرعي للتشاؤم هي : 2- 4- 5- 8- 10- 14- 20- 26- 31- 34- 36- 39- 42- 44- 49- 51- 54.

(شويلع يزيد،2012:ص118).

اما فيما يتعلق بتصحيح المقياس فإنه يتضمن تعليمات بسيطة يجب فيها المبحوث عن كل عبارة من عبارات المقياس تبعا لبدائل أربعة هي :

أوافق تماما : إذا كان مضمون العبارة أو البند ينطبق على المبحوث تماما .

أوافق : إذا كان مضمون العبارات ينطبق على المبحوث بدرجة كبيرة أو أعلى من المتوسط.

لا أوافق : إذا كان مضمون العبارة ينطبق على المبحوث بدرجة قليلة أو أقل من المتوسط.

لا أوافق تماما : إذا كان مضمون العبارة لا ينطبق على المبحوث كلية .

ووضعت لهذه الاستجابات أوزان متدرجة كالآتي : أوافق تماما (4) ، أوافق (3) ، لا أوافق (2) ، لا أوافق مطلقا (1) هذا بالنسبة للإجابات التفاضلية أما العبارات التثاؤمية فالعكس تنقط عدم الموافقة تماما ب(4) ، و لا أوافق(3)، أوافق (2) ، أوافق تماما (1) ، و يستخدم الجمع الجبري في حساب الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص على كل مقياس فرعي على حدا ،فتكون الدرجة الدنيا (56) والدرجة العليا (224).

5- الخصائص السيكومترية :

5-1- ثبات المقياس :

5-1-1- ثبات مقياس تقدير الذات :

استخدمت مجموعة البحث معامل الارتباط بيرسون ، و ذلك بتطبيق طريقة التجزئة النصفية بين درجات النصف الأول و النصف الثاني للمقياس، لعينة استطلاعية بلغ عددها 20 فرد مصاب بداء السكري ومن ثم حساب سبيرمان براون لتصحيح الطول و كانت النتائج كالتالي :

الجدول رقم (4)

جدول يوضح ثبات مقياس تقدير الذات

| العينة | معامل بيرسون | مستوى الدلالة |
|--------|--------------|---------------|
| 20 | 0.79 | 0.01 |

نلاحظ من خلال الجدول أن معامل ارتباط بيرسون هو 0.79 عند مستوى الدلالة 0.01 و منه يمكن القول أن مقياس تقدير الذات يتمتع بمستوى ثبات عالي .

5-1-2- ثبات مقياس التفاؤل و التشاؤم :

لقياس ثبات مقياس التفاؤل و التشاؤم استخدمت مجموعة البحث معامل الارتباط بيرسون ، من خلال تطبيق طريقة التجزئة النصفية بين درجات النصف الأول والنصف الثاني للمقياس، لعينة بلغ عددها 20 فرد مصاب بداء السكري ومن ثم حساب سبيرمان براون لتصحيح الطول و كانت النتائج كالتالي :

الجدول رقم (5)

جدول يوضح ثبات مقياس التفاؤل و التشاؤم من خلال معامل ارتباط بيرسون

| العينة | معامل بيرسون | مستوى الدلالة |
|--------|--------------|---------------|
| 20 | 0.88 | 0.01 |

من خلال ملاحظتنا للنتائج المتحصل عليها في الجدول نرى أن معامل ارتباط بيرسون المتحصل عليه من خلال طريقة التجزئة النصفية لمقياس التفاؤل و التشاؤم و بعد تصحيح الطول هو 0.88 عند مستوى الدلالة 0.01 و منه يمكن القول أن مقياس التفاؤل و التشاؤم له ثبات عالي وقوي .

5-2- صدق المقياس :

5-2-1- صدق مقياس تقدير الذات :

بعدما تطرقنا لثبات مقياس تقدير الذات من خلال العينة الاستطلاعية، قمنا كذلك بحساب صدق المقياس عن طريق حساب الصدق الذاتي له وتحصلنا على القيمة التالية : 0.88 ، و منه يمكن القول أن القيمة المتحصل عليها من الصدق قوية و بالتالي فإن مقياس تقدير الذات صادق .

5-2-2- صدق مقياس التفاؤل و التشاؤم :

بعد حساب ثبات مقياس التفاؤل و التشاؤم عن طريق معامل ارتباط بيرسون و التأكد من قوته قمنا بحساب صدق المقياس معتمدين على أسلوب الصدق الذاتي الذي هو عبارة عن الجذر التربيعي لمعامل الثبات و قد تحصلنا على القيمة التالية : 0.93 ، و من هذا نقول أن القيمة المحسوبة للصدق قوية و بالتالي فإن مقياس التفاؤل و التشاؤم صادق .

6- الأساليب الإحصائية :

أما فيما يتعلق بالأساليب الإحصائية المستخدمة في هذه الدراسة فقد استخدمنا عدة أساليب نذكرها :

1-معامل ارتباط بيرسون.

2-T.TEST لدلالة الفروق بين المتوسطات .

3- المتوسط الحسابي .

4- الانحراف المعياري .

6-1- معامل ارتباط بيرسون :

يعتبر معامل ارتباط بيرسون من أهم و أفضل الأساليب الإحصائية التي تختص بحساب العلاقة الكمية بين المتغيرات بصورة كمية و قد اعتمدنا في موضوع دراستنا على هذا المقياس لحساب العلاقة بين تقدير الذات و التفاؤل و التشاؤم ، مستخدمين الصيغة التالية :

$$r = \frac{n(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{n \sum x^2 - (\sum x)^2} \sqrt{n \sum y^2 - (\sum y)^2}}$$

وكل ما نحتاجه لحساب معامل الارتباط الخطي لبيرسون بهذه الصيغة هو حساب : $\sum xy$, $\sum x^2$, $\sum y^2$ أي مجموع مربعات قيم x ومجموع مربعات قيم y ومجموع حاصل ضربيهما بعد معرفة $\sum X$ ، $\sum Y$ ، n (عدد العينة المستخدمة).

6-2- T.TEST لدلالة الفروق بين المتوسطات :

من أهم الأساليب الإحصائية لحساب دلالة الفروق بين المتغيرات و قد اعتمدنا عليه كثيرا في دراستنا للتحقق من وجود الفروق في أغلب فرضيات دراستنا و هذه صيغته الاحصائية كالتالي :

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2} X \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}}$$

6-3- المتوسط الحسابي:

يعتبر الوسط الحسابي أكثر المتوسطات شهرة وأكثرها استخداماً، بل لعله من أهم المقاييس الإحصائية على الإطلاق، وذلك لما يتمتع به من مزايا وخواص، ولدخوله في حساب الكثير من المقاييس الإحصائية الأخرى.

والفكرة الأساسية في حساب الوسط الحسابي لمجموعة من القيم أنه يساوي حاصل قسمة مجموع القيم على عددها.

$$\text{الوسط الحسابي لمجموعة قيم} = \frac{\text{مجموع هذه القيم}}{\text{عددها}}$$

مثال :

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

6-4- الانحراف المعياري :

الانحراف المعياري هو الجذر التربيعي للتباين، ومن الملاحظ أن التباين يقاس بالوحدات المربعة وليس بوحدات المتغير والانحراف المعياري يقاس بنفس وحدات المتغير محل ظاهرة الدراسة.

الانحراف المعياري هو أفضل مقاييس التشتت وأشهرها استخداماً بالرغم من صعوبة حساباته حال كبر حجم العينة ولكن الحاسب الآلي سهل هذه الصعوبة.

أما فيما يتعلق بالصيغة التي يحسب بها فهي كالتالي :

$$s = \sqrt{\frac{\sum (x - \bar{x})^2}{n - 1}}$$

خلاصة:

وفي الأخير نأتي إلى ختام هذا الفصل الذي تطرقنا فيه إلى كل من المنهج والأدوات المستخدمة في دراستنا وكذا بيان الخصائص السيكومترية والحدود المكانية والبشرية لدراستنا والتعرف على كل هذا مكننا من اجراء دراستنا بطريقة سليمة وواضحة.

الفصل السادس

تحليل ومناقشة النتائج

- 1-الفرضية الأولى: هناك علاقة ذات دلالة احصائية بين تقدير الذات والتفاؤل والتشاؤم عند المصابين بداء السكري.
- 2-الفرضية الثانية: هناك فروق ذات دلالة احصائية في تقدير الذات تعزى إلى صنف مرض السكري.
- 3-الفرضية الثالثة: هناك فروق ذات دلالة احصائية في تقدير الذات تعزى لمدة إزمان السكري.
- 4-الفرضية الرابعة هناك دلالة فروق في التفاؤل تعزى لصنف مرض السكري.
- 5-الفرضية الخامسة: هناك فروق ذات دلالة احصائية في التفاؤل تعزى لنوع المرض.
- 6-الفرضية السادسة: هناك فروق ذات دلالة احصائية في التشاؤم تعزى لصنف المرض.
- 7-الفرضية السابعة: هناك فروق ذات دلالة احصائية في التشاؤم تعزى لمدة إزمان مرض السكري.

تمهيد :

تسعى دراستنا الحالية للتعرف على وجود العلاقة بين تقدير الذات لدى المصابين بداء السكري لذواتهم مع تفاؤلهم وتشاؤمهم أو عدم وجودها، وكذا وجود الفروق بين صنفى السكري (مستعملي الانسولين ، وغير المستعملين) أو عدم وجودها وكذا بالنسبة للإزمان في متغيرات الدراسة الثلاث (تقدير الذات، التفاؤل، التشاؤم)، حيث قمنا بتطبيق المقياس على المصابين بالسكري وتحصلنا على البيانات اللازمة، حتى نتمكن من الإجابة على التساؤلات وفروض الدراسة .

- تحليل الجداول وتفسيرها:

1-الفرضية الأولى : هناك علاقة ذات دلالة احصائية بين تقدير الذات والتفاؤل

والتشاؤم عند المصابين بداء السكري.

من خلال الجدول التالي يتضح لنا :

الجدول رقم(6)

جدول يوضح العلاقة بين تقدير الذات والتفاؤل والتشاؤم

| مستوى الدلالة | معامل بيرسون | العينة |
|---------------|--------------|--------|
| 0.01 | 0.66 | 100 |

نلاحظ من خلال الدراسة الميدانية وحساب معامل ارتباط بيرسون بين الدرجات الكلية لكلا المقياسين (تقدير الذات والتفاؤل والتشاؤم) وجدنا أن درجة الارتباط بينهما تساوي **0.66** وهو معامل قوي وبالتالي يمكن القول أن هناك العلاقة ذات دلالة احصائية بين تقدير مرضى السكري لنفوسهم وتفاؤلهم وتشاؤمهم حيث إذا كان تقديرهم لنفوسهم مرتفعا كانوا متفائلين أما إذا كان تقديرهم لنفوسهم منخفضا كانوا متشائمين ومنه يمكن القول أن الفرضية الأولى قد تحققت .

مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى على: توجد علاقة بين تقدير الذات وكل من التفاؤل والتشاؤم عند عينة من المصابين بداء السكري .

ويتضح من نتائج الجدول رقم (6) وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين تقدير الذات والتفاؤل والتشاؤم عند عينة من المصابين بداء السكري، أي أن تفاؤل وتشاؤم مريض السكري مرتبط بتقديره لذاته فإذا كان لديه تقدير مرتفع كان متفائلاً وإذا كان لديه تقدير منخفض كان متشائماً ، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة محمد أحمد أبو العلا "التفاؤل والتشاؤم وعلاقته بتقدير الذات ومستوى الطموح عند عينة من الطالبات "حيث أثبتت دراسته وجود علاقة ارتباطية موجبة و دلة احصائيا بين الدرجات التي حصل عليها الطلاب و الدرجات التي حصلت عليها الطالبات و الدرجات الكلية على مقياس التفاؤل و درجاتهم على مقاييس تقدير الذات والتوافق مع الحياة الجامعية والطموح ، كما توصلت هذه الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة و دالة احصائيا بين الدرجات التي حصل عليها الطلاب و الدرجات التي حصلت عليها الطالبات ودرجات العينة الكلية على مقياس التشاؤم و درجاتهم على مقاييس تقدير الذات والتوافق مع الحياة الجامعية و الطموح .

2-الفرضية الثانية: هناك فروق ذات دلالة احصائية في تقدير الذات تعزى إلى

صنف مرض السكري .

من خلال الجدول التالي يتضح لنا :

الجدول رقم 07

جدول يوضح الفرق بين صنفى السكري في تقديرهم لذاتهم

| مستوى الدلالة عند 0.05 | درجة الحرية | ت | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | العدد | فئات العينة |
|------------------------|-------------|-------|-------------------|-----------------|-------|--------------|
| غير دالة | 98 | 0.069 | 4.70 | 29.61 | 55 | انسولين |
| | | | 4.21 | 29.55 | 45 | بدون انسولين |

من خلال ملاحظة الجدول يتضح لنا أن قيمة T.TEST قد بلغت 0.069 وعند المقارنة بقيمة T.TEST المجدولة المتمثلة في 2.626 عند درجة الحرية 98 ومستوى الدلالة 0.05، دل ذلك على عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في تقدير الذات تعزى لصنف المرض .

ونلاحظ أيضا أن متوسطي حساب كلا من الصنفين سواء المصابين الذين يستعملون الأنسولين الذي هو 29.61 أو المصابين الذين لا يستعملون الأنسولين الذي هو 29.55 متقاربين بل نكاد نقول أنهما متطابقين وبالتالي لا توجد فروق .

ومن خلال هذا يمكن القول أن الفرضية الثانية لم تتحقق لأنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في تقدير الذات تعزى لنوع المرض فالمصابين الذين يستعملون الأنسولين أو الذين لا يستعملون تقديرهم لذاتهم متشابه ولا فرق بينهما .

مناقشة نتائج الفرضية الثانية :

نصت الفرضية الثانية على : هناك فروق ذات دلالة احصائية في تقدير الذات تعزى لصنف المرض (الأنسولين ، بدون الأنسولين).

يتضح من خلال الجدول رقم (07) عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في تقدير الذات تعزى لصنف المرض (الأنسولين ، بدون الأنسولين) ، حيث لا فرق بين المرضى الذين يستعملون الأنسولين و الذين لا يستعملون الأنسولين في تقديرهم لذاتهم فإذا تقدير الذات حسب روزنبرغ : " هو التقييم الذي يقوم به الفرد ويحتفظ به عادة بالنسبة لذاته، وهو يعبر عن اتجاه الاستحسان أو الرفض" (عايدة ذيب عبد الله محمد، 2010 ، ص81)، فإن تقييم ونظرة المصابين بداء السكري لذواتهم سواء كان تعبيرا بالاستحسان أو الرفض لا يختلف في كلا الصنفين فلا فرق بينهما كونهما مصابين بنفس الضرر سواء كان العلاج بالحبوب أو الابر .

3-الفرضية الثالثة: هناك فروق ذات دلالة احصائية في تقدير الذات تعزى لمدة

إزمان السكري .

الجدول رقم 08

جدول يوضح دلالة الفروق في تقدير الذات تعزى لمدة إزمان المرض

| مستوى الدلالة | درجة الحرية | ت | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | العدد | فئة العينة |
|---------------|-------------|-------|-------------------|-----------------|-------|------------|
| عند 0.05 | | | | | | |
| غير دالة | 98 | 0.871 | 4.51 | 29.66 | 54 | 6-1 |
| | | | 4.46 | 29.50 | 46 | 7 فأكثر |

من خلال ملاحظة الجدول يتضح لنا أن قيمة T.TEST قد بلغت 0.871 وعند المقارنة بقيمة T.TEST المجدولة المتمثلة في 2.626 عند درجة الحرية 98 ومستوى الدلالة 0.05، دل ذلك على عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في تقدير الذات تعزى لمدة ازمان المرض.

كما أن متوسطي حساب كلا من الصنفين سواء المصابين حديثا أي ما يقل عن السبع سنوات أو المصابين به منذ مدة أي من 7 سنوات فما فوق الذي هو 29.66 أو المصابين الذين لا يستعملون الأنسولين الذي هو 29.50 متقاربين جدا وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة احصائية .

ومن خلال هذا يمكن القول أن الفرضية الثالثة لم تتحقق لأنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في تقدير الذات تعزى لمدة ازمان مرض السكري فلا فرق بين المصابين حديثا وبين المصابين به لمدة تزيد عن السبع سنوات .

مناقشة نتائج الفرضية الثالثة :

الفرضية الثالثة : هناك فروق ذات دلالة احصائية في تقدير الذات تعزى لمدة ازمان داء السكري (من 1سنة الى 6 سنوات، من 7 سنوات فما فوق) .
 يتضح من خلال الجدول رقم (08) عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في تقدير الذات تعزى لمدة ازمان مرض السكري (من 1سنة الى 6 سنوات، من 7 سنوات فما فوق)، حيث أنه لا فرق في تقدير ذات المصابين حديثا بداء السكري و تقدير ذات المصابين به لمدة طويلة ، و هذا ما جاء في كلام روجر حيث يرى أن أقصى درجات النمو في الشخصية تتمثل في حالة التوافق التام بين المجال الظاهري (عالم الخبرة) وبين الذات، وفي حالة التحقق فإنها تحرر الفرد من التوتر الداخلي، ومن القلق وتمكنه من تحقيق استقرار نفسي، فمرض السكري يعد خبرة سلبية سواء طالته مدته أو قصرت فلا يوجد فرق في تقدير الذات بالنظر لمدة ازمان المرض .

4-الفرضية الرابعة هناك دلالة فروق في التفاؤل تعزى لصنف مرض السكري.

الجدول رقم 09

جدول يوضح الفرق بين صنفى السكري في التفاؤل

| مستوى الدلالة | درجة الحرية | ت | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | العدد | فئات العينة |
|---------------|-------------|-------|-------------------|-----------------|-------|--------------|
| عند 0.05 | | | | | | |
| غير دالة | 98 | 0.713 | 8.94 | 92.47 | 55 | انسولين |
| | | | 10.13 | 91.11 | 45 | بدون انسولين |

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة T.TEST هي 0.713 وعند المقارنة بقيمة T.TEST المجدولة المتمثلة في 2.626 عند درجة الحرية 98 ومستوى الدلالة 0.05، إذا T.TEST المحسوبة أقل من المجدولة، هذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في التفاؤل تعزى لصنف مرض السكري.

كما يتبين لنا أيضا أن متوسطي حساب كلا من الصنفين (النسولين: 92.47) (بدون الأنسولين: 91.11) متقاربين ومنه يمكن القول أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في التفاؤل تعزى لنوع مرض السكري .

ومنه نقول أن الفرضية الرابعة لم تتحقق لأنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في التفاؤل تعزى لنوع المرض فالمصابين الذين يستعملون الأنسولين أو الذين لا يستعملون تفاوتهم متشابه ولا فرق بينهما .

مناقشة نتائج الفرضية الرابعة :

الفرضية الرابعة : هناك فروق ذات دلالة احصائية في التفاؤل تعزى لصنف مرض السكري (الأنسولين ، بدون الأنسولين).

يتبين لنا من خلال نتائج الجدول رقم (09) أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في التفاؤل بين الذين يستعملون الأنسولين و الذين لا يستعملون الأنسولين ، وهذا مشابه لما توصل إليه زياد أمين بركات في دراسته التي هي بعنوان التفاؤل و التشاؤم و علاقته ببعض متغيرات الطالب الجامعي حيث انتهت دراسته إلى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في التفاؤل تعزى لمتغير الجنس و كذا الدرجات المتحصل عليها من قبل الطلبة ، من هذا نرى بشكل عام أن التفاؤل لا يختلف من فرد لآخر، سواء كان الفرد سليما أو مصابا بمرض مزمن كما هو الحال مع عينة دراستنا ، لأن التفاؤل عبارة عن توقع الخير و كل النفوس مفضرة على توقع الأفضل في الحياة.

5-الفرضية الخامسة: هناك فرق ذات دلالة احصائية في التفاؤل تعزى لنوع المرض.

الجدول رقم 10

جدول يوضح الفرق في التفاؤل يعزى لمدة إزمان السكري

| فئة العينة | العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | ت | درجة الحرية | مستوى الدلالة |
|------------|-------|-----------------|-------------------|-------|-------------|---------------|
| 6-1 | 54 | 91.05 | 10.55 | 0.919 | 98 | عند 0.05 |
| 7 فأكثر | 46 | 92.80 | 8.03 | | | |

من خلال ملاحظة الجدول يتضح لنا أن قيمة T.TEST قد بلغت 0.919 وعند المقارنة بقيمة T.TEST المجدولة المتمثلة في 2.626 عند درجة الحرية 98 ومستوى الدلالة 0.05، إذا T.TEST المحسوبة أقل من المجدولة، هذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في التفاؤل تعزى لمدة إزمان مرض السكري .

كما أن متوسطي حساب كلا من الصنفين سواء المصابين حديثا أي ما يقل عن السبع سنوات (متوسطهم 91.05) أو المصابين به منذ مدة أي من 7 سنوات فما فوق (متوسطهم 92.80) متقاربين وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في التفاؤل تعزى لمدة ازمان المرض .

ومن هذا يمكن القول أن الفرضية الخامسة لم تتحقق لأنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في التفاؤل تعزى لمدة ازمان مرض السكري فلا فرق بين المصابين حديثا وبين المصابين به لمدة تزيد عن السبع سنوات، و بالتالي تحقق الفرضية الصفرية .

مناقشة نتائج الفرضية الخامسة :

الفرضية الخامسة : توجد فروق ذات دلالة احصائية في التفاؤل تعزى لمدة ازمان السكري (من 1سنة الى 6 سنوات، من 7 سنوات فما فوق).

من خلال ما وجدناه في الجدول رقم (10) يتضح لنا أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في التفاؤل بالنسبة للمصابين بداء السكري حديثا و المصابين بداء السكري لمدة طويلة، فالفرد الذي يصادف في حياته بعض المواقف العصبية المحبطة و المفاجئة يميل إلى التشاؤم والعكس صحيح، فالمواقف السعيدة والمفرحة تزيد من شعوره بالأمان والتفاؤل نحو المستقبل، و هذا ما كشفته دراسة عبد الخالق عن وجود علاقة وثيقة بين الصحة الجسمية والتفاؤل، و بين الأعراض و الشكاوي الجسمية التي قد يشوبها التشاؤم، و هذا موافق لما جاء في دراستنا فمرضى السكري مهما كانت مدة ازمان مرضهم لا يؤثر ذلك على نظرتهم التفاؤلية إن كانت لهم خبرات إيجابية وسعيدة، ولا يوجد فرق في الأثر الذي يخلفه على نفسية كل منهم ، و بالتالي لا توجد فروق في التفاؤل تعزى لمتغير مدة ازمان مرض السكري.

6-الفرضية السادسة: هناك فروق ذات دلالة احصائية في التشاؤم تعزى لصنف

المرض .

الجدول رقم 11

جدول يوضح الفرق في التشاؤم بالنسبة لصنفي مرض السكري

| مستوى الدلالة عند 0.05 | درجة الحرية | ت | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | العدد | فئات العينة |
|------------------------------|----------------|-------|----------------------|--------------------|-------|-----------------|
| غير دالة | 98 | 0.418 | 45.10 | 66.38 | 55 | انسولين |
| | | | 01.9 | 65.55 | 45 | بدون انسولين |

من خلال ملاحظة الجدول يتضح لنا أن قيمة T.TEST اقد بلغت 0.418 وعند المقارنة بقيمة T.TEST المجدولة المتمثلة 2.626 عند درجة حرية 98 ومستوى الدلالة 0.05 ، إذا T.TEST المحسوبة أقل من المجدولة، هذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في التشاؤم تعزى لنوع المرض.

ونلاحظ أيضا أن متوسطي حساب كلا من الصنفين سواء المصابين الذين يستعملون الأنسولين الذي هو 66.38 أو المصابين الذين لا يستعملون الأنسولين الذي هو 65.55 متقاربين بشكل كبير وبالتالي يمكننا القول أيضا أنه لا توجد فروق ذات دلالة في التشاؤم تعزى لصنف المرض.

ومن هذا يمكن القول أن الفرضية السادسة لم تتحقق لأنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في التشاؤم تعزى لصنف المرض فالمصابين الذين يستعملون الأنسولين أو الذين لا يستعملون لا تختلف نظرتهم التشاؤمية، وبالتالي تحقق الفرضية الصفرية.

مناقشة نتائج الفرضية السادسة :

الفرضية السادسة : توجد فروق ذات دلالة احصائية في التشاؤم تعزى لصنف مرض السكري (الأنسولين ، بدون الأنسولين).

من خلال نتائج الجدول رقم (11) يتبين لنا عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في التشاؤم تعزى لصنف مرض السكري فلا فرق بين المصابين بالسكري الذين يستعملون الانسولين والذين لا يستعملون الانسولين ، وقد ذكر عون عوض يوسف محيسن في دراسته التي هي بعنوان : التفاؤل و التشاؤم لدى طلبة جامعة غزة في ضوء بعض المتغيرات كالحالة الاجتماعية و التخصص و مكان الإقامة أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في التشاؤم ، بمعنى أن التشاؤم عبارة عن سمة يتفق فيها جميع الأفراد بغض النظر عن الظروف المحيطة ، و ينطبق هذا على عينة دراستنا كذلك ، فلا توجد فروق ذات دلالة في التشاؤم .

7-الفرضية السابعة: هناك فروق ذات دلالة احصائية في التشاؤم تعزى لمدة

إزمان مرض السكري .

الجدول رقم 12

يوضح هذا الجدول الفرق التشاؤم الذي يعزى إلى مدة إزمان السكري

| مستوى الدلالة عند 0.05 | درجة الحرية | ت | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | العدد | فئة العينة |
|------------------------------|-------------|-------|----------------------|--------------------|-------|---------------|
| غير دالة | 98 | 0.093 | 10.08 | 65.92 | 54 | 6-1 |
| | | | 9.54 | 66.10 | 46 | 7 فأكثر |

من خلال ملاحظة الجدول يتضح لنا أن قيمة T.TEST المحسوبة قد بلغت 0.093 وعند المقارنة بقيمة T.TEST المجدولة المتمثلة في 2.626 عند درجة الحرية 98 ومستوى الدلالة 0.05، إذا T.TEST المحسوبة أقل من المجدولة، هذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في التشاؤم تعزى لمدة ازمان مرض السكري .

كما أن متوسطي حساب كلا من الصنفين سواء المصابين حديثا أي ما يقل عن السبع سنوات (متوسطهم 65.92) أو المصابين به منذ مدة أي من 7 سنوات فما فوق (متوسطهم 66.10) متقاربين بشكل كبير وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في التشاؤم تعزى لمدة ازمان المرض.

ومن هذا يمكن القول أن الفرضية السابعة لم تتحقق لأنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في التشاؤم تعزى لمدة ازمان مرض السكري فلا فرق بين المصابين حديثا وبين المصابين به لمدة تزيد عن السبع سنوات في التشاؤم، تحقق الفرضية الصفرية .

مناقشة نتائج الفرضية السابعة :

الفرضية السابعة : وجود علاقة ذات دلالة احصائية في التشاؤم تعزى لمدة ازمان مرض السكري (من 1سنة الى 6 سنوات، من 7 سنوات فما فوق) .

مما وجدناه من نتائج في الجدول رقم (12) يتبين لنا عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المصابين بداء السكري في فترة تقل عن 6 سنوات و المصابين بمدة تزيد عن 7 سنوات في نظرتهم التشاؤمية، فالفرد الذي يصادف في حياته بعض المواقف العصبية المحبطة و المفاجئة يميل إلى التشاؤم ، فالتعرض للضغوط النفسية و المواقف الصادمة و الأمراض الجسمية قد يكون له أثر بالغ على حالة الفرد النفسية و توقعاته و نظرتة للمستقبل و التي قد يشوبها التشاؤم و فقدان الأمل، و هذا ما كشفتته دراسة عبد الخالق عن وجود علاقة وثيقة بين الصحة الجسمية والتفاؤل، و بين الأعراض و الشكاوي الجسمية التي قد يشوبها التشاؤم، و هذا موافق لما جاء في دراستنا فمرضى السكري مهما كانت مدة ازمان مرضهم لا يمكن أن ننكر اللا سواء الجسيمي الذي يعانون منه، والأثر الذي يخلفه على نفسية كل منهم ، و بالتالي لا توجد فروق في التشاؤم تعزى لمتغير مدة ازمان مرض السكري.

استنتاج عام:

إن كل دراسة علمية تبدأ بافتراضات نظرية تحاول من خلال الجانب النظري والجانب الميداني بحث مدى صحة أو خطأ تلك الفروض، وهذا ما التزمنا به في الدراسة الحالية، فقد انطلقت من افتراض عام حول وجود علاقة بين تقدير الذات وكل من التفاؤل والتشاؤم لدى عينة من مرضى السكري، بالإضافة إلى فروض أخرى لمعرفة ما إذا كانت توجد فروق ذات دلالة إحصائية لتقدير الذات والتفاؤل والتشاؤم تعزى لكل من صنف المرض ومدة إزماته، وعليه فقد خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد علاقة بين تقدير الذات والتفاؤل والتشاؤم لدى عينة من مرضى السكري بجمعية الشفاء لبلدية بوسعادة، وجدنا أن درجة الارتباط بينهما تساوي 0.66 وهو معامل قوي وبالتالي كل ما كان تقدير المريض لذاته مرتفعاً كان متفائلاً بالمستقبل، والعكس صحيح فإذا كان تقدير المريض لذاته منخفضاً كانت نظرتة للمستقبل وللحياة ككل نظرة تشاؤمية، وهذا يجعلنا نوجه الاهتمام إلى المعاش النفسي لمريض السكري، وكيف يجب أن نهتم به ليعيش بشكل طبيعي خال من ضغوط النفس والمرض على حياته.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لتقدير الذات تعزى لصنف المرض (بالأنسولين، أو بدون أنسولين)، فالمصابين الذين يستعملون الأنسولين أو الذين لا يستعملونه يكون تقديرهم لذاتهم متشابه ولا فرق بينهما، وهذا حسب اعتقادنا لا يعبر عن حقيقة الوضع في المجتمع، فليس المريض المستخدم لإبر الأنسولين التي تترك آثاراً وألاماً على جسده، كمن يستخدم الأقراص عن طريق الفم.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لتقدير الذات تعزى لمدة إزمان المرض (من 1 إلى 6 سنوات، ومن 7 سنوات فما فوق)، وهذا حسب اعتقاد أعضاء البحث لا ينطبق في الواقع بحكم العينة محدودة وشبه موجهة، فقد يكون المريض الذي له مدة إزمان طويلة استطاع تقبل مرضه والتعايش معه بعكس حديثي العهد بمرض السكري.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للتفاؤل تعزى لصنف المرض (بالأنسولين، أو بدون أنسولين). المصابين الذين يستعملون الأنسولين أو الذين لا يستعملونه يكون تفاؤلهم متشابه ولا فرق بينهما.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للتفاوت تعزى لمدة إزمان المرض (من 1 إلى 6 سنوات، ومن 7 سنوات فما فوق)، هذه النتيجة لا تنطبق في الواقع بحكم العينة محدودة وشبه موجهة، فقد يكون المريض الذي له مدة إزمان طويلة استطاع تقبل مرضه والتعايش معه بعكس حديثي العهد بمرض السكري.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للتفاوت تعزى لصنف المرض (بالأنسولين، أو بدون أنسولين)، المصابين الذين يستعملون الأنسولين أو الذين لا يستعملونه يكون تشاؤمهم متشابه ولا فرق بينهما.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للتفاوت تعزى لمدة إزمان المرض (من 1 إلى 6 سنوات، ومن 7 سنوات فما فوق)، قد يكون المريض الذي له مدة إزمان طويلة استطاع تقبل مرضه والتعايش معه بعكس حديثي العهد بمرض السكري، وهذا ما قد يناقض النتيجة المحصل عليها، وقد يكون هذا راجعا لعدة عوامل كتقارب عينة الدراسة في السن والمستوى الثقافي.

تعليق على الدراسة:

لاحظنا أنه في ضوء نتائج الدراسات الكمية أن الفروق لم تظهر بشكل واضح وجلي وقد يكون هذا لأننا تطرقنا إلى متغيرات شائكة تمثلت في : تقدير الذات، والتفاؤل والتشاؤم والمرض السيكوسوماتي مرض السكري.

فالتناول الجماعي وبصورة إجمالية لهذه المتغيرات وتميرير المقياس دون إرفاقه بمقابلة توضح للمريض البنود بصورة جلية وتشجعه على الإجابة، وطبيعة العينة من حيث المستوى الاجتماعي والثقافي قد عمل على أن لا تظهر الفروق بصفة واضحة وبالتحديد فيما يخص صنف مرض السكري ومدة إزمانه.

فنحن نتساءل: هل الذي لا يعمل بنكرياسه أبداً ويحتاج بالضرورة إلى إپر، مثله مثل الذي لا يحتاج إلا إلى دعم بنكرياسي؟.

وهل من له خبرة سنة أو سنتان في المرض كمن عايشه لمدة سنوات؟

كل هذه الأسئلة تبقى محل دراسات مقبلة علينا أن نتحقق منها بتكثيف الأدوات

الفحصية التي تتغلغل في فهم السيرورة النفسية للفرد بصفة عامة، ومريض السكري على وجه التخصيص.



خاتمة

خاتمة

خاتمة :

لقد تطرقنا في دراستنا هذه والتي هي بعنوان: "تقدير الذات وعلاقته بكل من التفاؤل والتشاؤم لدى عينة من مرضى السكري" إلى بعض سمات الشخصية لمرضى السكري متمثلة في تقديره لذاته، ونظرته المتفائلة أو المتشائمة للمستقبل، وقد ركزت دراستنا الحالية على ايجاد العلاقة بين تقديره لذاته وتفاؤله وتشاؤمه، خاصة اذا كان مرض السكري عبارة عن خبرة سلبية وله تأثير كبير على نفسية المريض، وبعد بحثنا وتعمقنا في الجانب الميداني للدراسة دون اهمال الجانب النظري الذي كان لنا الركيزة والقاعدة الأساسية في السير الحسن لمشوار دراستنا، توصلنا إلى وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين تقدير الذات والتفاؤل والتشاؤم لدى عينتنا من مرضى السكري، أي أنه كلما كان تقدير الذات مرتفعا لمرضى السكري، كان متفائلا و مقبلا على الحياة، وكلما كان تقديره لذاته منخفضا، كانت نظره وتوقعه للحياة تشاؤمية، وقد توضحت من خلال دراستنا هذه العديد من الجوانب التي كنا نجهلها عن سيكولوجية مريض السكري ومدى تأثير هذا المرض على حياة المصاب به وقد تفتح الدراسات المستقبلية الباب على مصراعيه من أجل إعطاء القدر الكافي والاهتمام بهذا الشريحة من المجتمع ، وخاصة من الجانب النفسي من حيث تقبلهم للمرض وتوافقهم اجتماعيا وتطلعهم للمستقبل.

قائمة المراجع:

1-المراجع العربية:

- 1-أبو مغلي سميح، وآخرون: التنشئة الاجتماعية للطفل، اليازوري، 2002.
- 2-أحمد محمد عبد الخالق " :المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي"، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، دط، 1991.
- 3-أحمد محمد عبد الخالق:"دليل تعليمات القائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم"، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1996.
- 4-أسعد، يوسف ميخائيل :التفاؤل والتشاؤم، دار نهضة مصر للطباعة والنشر، دط، القاهرة، مصر، دت.
- 5-أمين رويحة، داء السكري، أسبابه، أعراضه، طرق مكافحته، دار القلم، لبنان، ط1، 1973.
- 6-الأنصاري، بدر محمد: المرجع في اضطرابات الشخصية، دار الكتاب الحديث للنشر والتوزيع، دط، الكويت، الكويت، 2006.
- 7-الأنصاري، بدر محمد: التفاؤل والتشاؤم، المفهوم، القياس، المتعلقات، جامعة الكويت، الكويت، 1998.
- 8-أنيس، إبراهيم، ومنتصر، عبد الحكيم، والصوالحي، عطية ،والأحمد ، محمد: المعجم الوسيط، المكتبة العلمية ، دط، طهران ،إيران، 1972.
- 9-أيمن الحسيني، عزيزي مريض السكر، كيف تنتصر على مرضك وتحيا حياة طبيعية، دار الهدى، الجزائر، دط 1988.
- 10-تونسي التونسية: تقدير الذات وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى المراهقين المبصرين والمراهقين المكفوفين، دط، الجزائر، 2011.
- 11-جمال غوردون، الجديد في مرض السكر، أسبابه، علاجه، مأكولاته، مضاعفاته، الوقاية منه، دار ومطابع الشعب، القاهرة، دط، 1964 .

- 12- جودة بني جابر: " علم النفس الاجتماعي"، ط1، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان. 2004.
- 13- حامد محمد الهرساني، قصة البوال السكري، مؤسسة مكة للطباعة والإعلام، مكة المكرمة، ط1، 1965.
- 14- حريوش سمية: المهارات الاجتماعية وعلاقتها بتقبل داء السكري، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2009.
- 15- حمدان، فيصل محمود خليل: "سيكولوجية التفاؤل والتشاؤم لدى طلبة الثانوية العامة في المدارس الحكومية في محافظة جنين"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، 1999.
- 16- الحميدي محمد ضيدان الضيدان: تقدير الذات وعلاقته بالسلوك العدواني لدى طلبة المرحلة المتوسطة بمدينة الرياض، رسالة ماجستير، جامعة الرياض، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الاجتماعية، 2003.
- 17- دالاس ولايين ، بيرت جرين ترجمة فوزى بهلول" مفهوم الذات أسسه النظرية والتطبيقية"، دط، دار النهضة العربية ،بيروت ، 1981.
- 18- الدردير عبد المنعم أحمد: دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي، علم الكتب، دط، القاهرة، 2004.
- 19- دويدار عبد الفتاح محمد: سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والاتجاهات، دار المعرفة الجامعية، دط، مصر، 1999.
- 20- راغب، نبيل: أخطر مشكلات الشباب القلق العنف الإدمان والاكتئاب، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، دط، القاهرة، مصر، 2003.
- 21- رغدة شريم: " سيكولوجية المراهقة"، دار الميسرة، ط1، الأردن، 2009.
- 22- رمضان رشيد عبد الرؤوف: آفاق معاصرة في الصحة النفسية للأبناء، دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع، دط، القاهرة، 2000.

- 23-رمضان محمد القذافي " الشخصية نظرياتها، واختباراتها، وأساليب قياسها " ، دط، دار الكتب الوطنية، بنغازى، ليبيا، 1993 .
- 24-سهير كامل أحمد: " التوجيه والرشاد النفسي " ، دط، مركز الإسكندرية للكتاب، 2000.
- 25-سهير كامل أحمد: " سيكولوجية الشخصية" ، دط، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية. 2003.
- 26-عايدة زيب عبد الله محمد: " الانتماء وتقدير الذات في مرحلة الطفولة" ، ط1، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان، 2010.
- 27-عبد الخالق، أحمد محمد: " التفاوض وصحة الجسم دراسة عالمية " ، مجلة العلوم الاجتماعية، م 26 ع 2، 1998.
- 28-عبد اللطيف حسن، وحمادة لولوة: التفاوض والتشاور وعلاقتها ببعدي الشخصية، الانبساط والعصابية، مجلة العلوم الاجتماعية، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، مجلد 26، عدد 1، 1998.
- 29-عزوني سليمان : أطفال مركز الصم بين ممارسة النشاطات البدنية والرياضية و تقديرهم لذواتهم، رسالة ماجستير، الجزائر، 2010.
- 30-عسكر، علي: ضغط الحياة وأساليب موجهتها، ، دار الكتاب الحديث للنشر والتوزيع، ط2، الكويت، الكويت، 2000.
- 31-علاء الدين كقافي: "الإرشاد الأسري ، دار المعرفة الجامعية ، القاهرة، دط، د ت.
- 32-فتحي مصطفى الزيات: " علم النفس المعرفي " جزء الأول، ط1، دار النشر للجامعات، مصر، 2001.
- 33-فراج وهمان همام السيد: التفاوض والتشاور وعلاقتها بالأعراض السيكوباتولوجية لدى طلاب كلية التربية(دراسة عبر ثقافية)، كلية التربية، جامعة الأزهر، القاهرة، 1425.
- 34-الفنجري، حسن عبد الفتاح: السعادة بين علم النفس الإيجابي والصحة النفسية، مؤسسة الإخلاص للطباعة والنشر، ط1، بنها، المملكة العربية السعودية، 2006.

- 35- فيتس وليام :مقياس تنسي لمفهوم الذات ، ترجمة صفوت فرج ،سهير كامل ،
مركز الإسكندرية للكتاب، الأزريطية، 1998 .
- 36-قحطان أحمد الظاهر: " مفهوم الذات بين النظرية والتطبيق " ، ط1، دار وائل
للنشر، الأردن 2004.
- 37-ليلي عبد الحميد: مقاييس تقدير الذات للكبار والصغار، دار النهضة العربية، دط،
القاهرة، 1985.
- 38-ليونارد جاكوت، علم الأدوية، تر: فاضل الشيخ حيدر، دار المعرفة، دمشق،
ط1، 1993.
- 39-محمد السيد عبد الرحمان: "دراسات في الصحة النفسية (التوافق الزواجي، فعالية
الذات، الاضطرابات النفسية والسلوكية " (ج1، دط، دار قباء مصر، 1998 .
- 40-محمد جمال يحيوي "دراسات في علوم النفس، دط، دار الغريب، وهران، 2003.
- 41-محمد رفعت، السكر وعلاجه، دار المعرفة للطباعة والنشر، لبنان، ط1، 1974.
- 42-محمد عماد الدين إسماعيل: " الطفل من الحمل الى الرشد " ، ط1، دار القلم لنشر
والتوزيع الكويت، 1989.
- 43-مخيمر، محمد هشام ابراهيم، وعبد المعطي، محمد السيد علي: التفاوض والتشاور
وعلاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة، مجلة دراسات
تربوية واجتماعية، كلية التربية، جامعة حلوان، المجلد 6، العدد 3، 2000.
- 44-مصطفى خليل الشرقاوي: علم الصحة النفسية، دار النهضة العربية للطباعة
والنشر، دط، بيروت، 1983.
- 45-نايفة قطامي، محمد برهوم: " طرق دراسة الطفل "دار الشروق لنشر والتوزيع، ط 1
عمان الأردن، 1989.
- 46-نبيل محمد الفحل: "بحوث في الدراسات النفسية"، ب ط، دار قباء لنشر والتوزيع
القاهرة، 2004.

47-الياسن الأسمر: لكل داء غذاء أو التداوي بالأكل، جروس برس، طرابلس، لبنان،
ط 1، 1994.

48-اليجوفي، نجوى: " التناول والتشاؤم وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية
الديموغرافية لدى الطلبة الجامعة"، مجلة علم النفس، ع 62، 2002.

49-اليجوفي، نجوى، والأنصاري، بدر: " التناول والتشاؤم دراسة ثقافية مقارن بين
اللبنانيين والكويتين"، مجلة العلوم الاجتماعية م 33 ع 2، 2005.

2-المراجع الأجنبية:

01-Gérard Pacaud, Le diabète et ses complication, Prévention,
Prise en charge, Traitement, Edition Dahlab, Alger, 1995.

02-OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1995, Réduire les
écarts, OMS, Genève, 1995.

03-OMS, « Journée mondiale du diabète 14 Novembre 1999 »,
Note pour la presse, OMS, Genève ,N°23, 14 Novembre 1999.

فهرس المحتويات:

| الرقم | العنوان |
|-------------------------------------|---|
| | إهداء |
| | شكر وتقدير |
| | الملخص |
| 01 | مقدمة |
| الإطار النظري | |
| الفصل الأول: الجانب التمهيدي | |
| 05 | 1-الإشكالية |
| 10 | 2-الفرضيات |
| 10 | 3-أهداف الدراسة |
| 11 | 4-أهمية الدراسة |
| 11 | 5-أسباب اختيار الموضوع |
| 12 | 6-المفاهيم الإجرائية |
| 12 | 6-1-تقدير الذات |
| 12 | 6-2-التفاؤل والتشاؤم |
| 12 | 6-3-داء السكري |
| 13 | 7-الدراسات السابقة |
| 13 | 7-1-الدراسات المتعلقة بتقدير الذات |
| 15 | 7-2-الدراسات المتعلقة بالتفاؤل والتشاؤم |
| 16 | 7-3-الدراسات المتعلقة بداء السكري |
| الفصل الثاني: تقدير الذات | |
| 19 | تمهيد |
| 19 | 1-الذات |
| 19 | 1-1-مفهوم الذات |
| 20 | 1-2-خصائص الذات |

| | |
|---------------------------------------|---|
| 23 | 1-3-مظاهر الذات |
| 23 | 1-4-أبعاد الذات |
| 24 | 2-الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات |
| 24 | 3-تقدير الذات |
| 24 | 3-1-تعريف تقدير الذات |
| 25 | 3-2-نظريات تقدير الذات |
| 25 | 3-2-1-نظرية كارل روجرز |
| 26 | 3-2-2-نظرية روزنبرغ |
| 26 | 3-2-3-نظرية كوبر سميث |
| 27 | 3-2-4-نظرية زيلر |
| 28 | 3-3-العوامل المؤثرة في تقدير الذات |
| 28 | 3-3-1-عوامل ذاتية |
| 29 | 3-3-2-العوامل الاجتماعية |
| 30 | 3-3-3-العوامل الوضعية |
| 30 | 3-4-مستويات تقدير الذات |
| 31 | 3-4-1-المستوى المنخفض لتقدير الذات |
| 32 | 3-4-2-المستوى المرتفع لتقدير الذات |
| 32 | 3-5-قياس تقدير الذات |
| 33 | 3-5-1-مقياس روزنبرغ |
| 33 | 3-5-2-مقياس هيري |
| 33 | 3-5-3-مقياس كوبر سميث |
| 34 | خلاصة |
| الفصل الثالث: التفاؤل والتشاؤم | |
| 36 | تمهيد |
| 36 | 1-مفهوم التفاؤل والتشاؤم |
| 37 | 2-مصطلحات لها علاقة بسلوكيات التفاؤل والتشاؤم |

| | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| 37 | 2-1-القلق |
| 38 | 2-2-الاكتئاب |
| 39 | 2-3-السعادة |
| 39 | 2-4-المزاج |
| 40 | 2-5-الإحباط |
| 40 | 2-6-الانبساط |
| 40 | 2-7-الصحة النفسية |
| 40 | 3-تقسيم الناس إلى متفائلين ومتشائمين |
| 42 | 4-العوامل المؤثرة في التفاؤل والتشاؤم |
| 42 | 4-1-الأسرة |
| 42 | 4-2-المدرسة |
| 42 | 4-3-المجتمع الشعبي |
| 42 | 4-4-وسائل الإعلام |
| 42 | 4-5-الصحة |
| 44 | 5-ملامح الشخصية المتفائلة |
| 44 | 5-1-الملامح الجسمية |
| 44 | 5-2-الملامح الوجدانية |
| 45 | 5-3-الملامح العقلية |
| 45 | 5-4-الملامح الكلامية |
| 46 | 5-5-الملامح الاجتماعية |
| 47 | خلاصة |
| الفصل الرابع: مرض السكري | |
| 49 | تمهيد |
| 50 | 1-تعريف مرض السكري |
| 51 | 2-تاريخ مرض السكري |
| 53 | 3-أنواع مرض السكري |

| | |
|----|--|
| 53 | 3-1-مرض السكري الخاضع للأنسولين |
| 54 | 3-2-مرض السكري الغير خاضع للأنسولين |
| 54 | 4-أعراض مرض السكري |
| 56 | 5-العوامل المساعدة على ظهور مرض السكري |
| 57 | 5-1-نقص الأنسولين |
| 57 | 5-2-السمنة |
| 57 | 5-3-الصدمات النفسية |
| 58 | 6-علاج مرض السكري |
| 58 | 6-1-الحمية الغذائية |
| 58 | 6-2-الأنسولين |
| 58 | 6-3-الأقراص |
| 58 | 6-4-الرياضة |
| 59 | خلاصة |

الإطار الميداني

الفصل الخامس: الإجراءات الميدانية

| | |
|----|----------------------------|
| 62 | تمهيد |
| 62 | 1-الدراسة الاستطلاعية |
| 63 | 2-المنهج المستخدم |
| 64 | 3-حدود الدراسة |
| 64 | 3-1-الحدود المكانية |
| 64 | 3-2-الحدود الزمانية |
| 64 | 3-3-الحدود البشرية |
| 66 | 4-أدوات الدراسة |
| 66 | 4-1-مقياس تقدير الذات |
| 67 | 4-2-مقياس التفاؤل والتشاؤم |
| 68 | 5-الخصائص السيكومترية |

| | |
|--|--|
| 68 | 5-1-1-1-5-1 ثبات المقياس |
| 68 | 5-1-1-1-5-1 ثبات مقياس تقدير الذات |
| 69 | 5-1-2-2-5-1 ثبات مقياس التفاؤل والتشاؤم |
| 70 | 5-2-2-5-2 صدق المقياس |
| 70 | 5-1-2-2-5-1 صدق مقياس تقدير الذات |
| 70 | 5-2-2-2-5-2 صدق مقياس التفاؤل والتشاؤم |
| 70 | 6-الأساليب الاحصائية |
| 71 | 6-1-معامل الارتباط بيرسون |
| 71 | 6-2-T. Test |
| 71 | 6-3-المتوسط الحسابي |
| 72 | 6-4-الانحراف المعياري |
| 72 | خلاصة |
| الفصل السادس: تحليل ومناقشة النتائج | |
| 74 | 1-الفرضية الأولى: هناك علاقة ذات دلالة احصائية بين تقدير الذات والتفاؤل والتشاؤم عند المصابين بداء السكري. |
| 75 | 2-الفرضية الثانية: هناك فروق ذات دلالة احصائية في تقدير الذات تعزى إلى صنف مرض السكري. |
| 77 | 3-الفرضية الثالثة: هناك فروق ذات دلالة احصائية في تقدير الذات تعزى لمدة إزمان السكري. |
| 78 | 4-الفرضية الرابعة هناك دلالة فروق في التفاؤل تعزى لصنف مرض السكري. |
| 80 | 5-الفرضية الخامسة: هناك فروق ذات دلالة احصائية في التفاؤل تعزى لنوع المرض. |
| 82 | 6-الفرضية السادسة: هناك فروق ذات دلالة احصائية في التشاؤم تعزى لصنف المرض. |
| 83 | 7-الفرضية السابعة: هناك فروق ذات دلالة احصائية في التشاؤم تعزى لمدة إزمان مرض السكري. |
| 85 | استنتاج عام |

| | |
|-----|-------------------|
| 87 | تعليق على الدراسة |
| 89 | الخاتمة |
| 90 | قائمة المراجع |
| 95 | فهرس المحتويات |
| 101 | فهرس الجداول |
| 102 | الملاحق |

فهرس الجداول:

| الصفحة | العنوان | الرقم |
|--------|--|-------|
| 63 | جدول يوضح عينة الدراسة الاستطلاعية | 01 |
| 65 | جدول يوضح النسبة المئوية لكل من صنفى المرض بالنسبة للعينة الكلية | 02 |
| 65 | جدول يوضح النسبة المئوية للمدة الإزمان بالنسبة للعينة الكلية | 03 |
| 69 | جدول يوضح ثبات مقياس تقدير الذات | 04 |
| 69 | جدول يوضح ثبات مقياس التفاؤل والتشاؤم من خلال معامل ارتباط بيرسون | 05 |
| 74 | جدول يوضح العلاقة بين تقدير الذات والتشاؤم | 06 |
| 75 | جدول يوضح الفرق بين صنفى السكري في تقديرهم لذاتهم | 07 |
| 77 | جدول يوضح دلالة الفروق في تقدير الذات تعزى لمدة إزمان المرض | 08 |
| 78 | جدول يوضح الفرق بين صنفى السكري في التفاؤل | 09 |
| 80 | جدول يوضح الفرق في التفاؤل يعزى لمدة إزمان السكري | 10 |
| 82 | جدول يوضح الفرق في التشاؤم بالنسبة لصنفى مرض السكري | 11 |
| 83 | يوضح هذا الجدول الفرق التشاؤم الذي يعزى إلى مدة إزمان السكري | 12 |

استبيان

السيدة) الكريم(ة)...

تحية طيبة وبعد ...

نحن بصدد إعداد مذكرة نخرج حول مرض السكري، لذا نرجو منك التكرم بتعبئة هذه الاستمارة.

تعليمات:

- يرجى قراءة كل عبارة بعناية وتحديد موافقتك عليها بوضع إشارة (X) في المستطيل المقابل للعبارة وتحت

العمود الذي يعبر عن درجة موافقتك أو عدم موافقتك.

- تدرج درجات التأييد والموافقة كما يلي: (أوافق تماما)، (أوافق)، (لا أوافق)، (لا أوافق تماما).

- لا تستغرق وقتا طويلا في التفكير أثناء قراءتك لأي عبارة، بل وضح فقط انطباعك الأول تجاه المعنى

الذي تحمله العبارة.

- نود أن نذكرك أنه لا توجد إجابات صحيحة وإجابات خاطئة، فأبي إجابة تعتبر صحيحة طالما أنها تعبر

عن رأيك في نفسك بصدق، حاول الإجابة على جميع المفردات ولا تترك أي منها.

ملاحظة: المعلومات التي تكتب في هذا المقياس تحاط بالسرية التامة ولا تستخدم إلا لهدف البحث العلمي

فقط، ولك خالص الشكر والتقدير والاحترام.

مع تحيات الباحثين.

معلومات أولية:

الاسم (اختياري):

السن:

صنف مرض السكري:

منذ متى وأنت مصاب بمرض السكري (مدة الإزمان):

الجزء الأول من الاستمارة: (مقياس تقدير الذات لموريس روزنبرغ)

أ- ضع علامة (X) أمام كل عبارة في الخانة التي تتفق ورأيك.

| الرقم | العبارة | البدائل | | |
|-------|--|-------------|-------|----------------|
| | | أوافق تماما | أوافق | لا أوافق تماما |
| 01 | أشعر أنني شخص ذو قيمة مثلي مثل بقية الناس | | | |
| 02 | أشعر أن لدي عدد من الصفات الجيدة | | | |
| 03 | كثيرا ما يراودني الشعور بأنني إنسان فاشل | | | |
| 04 | لدي القدرة على إنجاز الأعمال بطريقة صحيحة مثل أغلبية الناس | | | |
| 05 | ليس لدي ما يستحق ان أفخر به | | | |
| 06 | فكرتي عن نفسي إيجابية بشكل عام | | | |
| 07 | أشعر بالرضا عن نفسي | | | |
| 08 | أتمنى أن يكون لدي احترام كبير لذاتي | | | |
| 09 | أشعر بأنني لا أستطيع أن أقوم بأي شيء بطريقة صحيحة | | | |
| 10 | أشعر أنني أقل قدرا من غيري | | | |

الجزء الثاني من الاستمارة : (مقياس التفاؤل والتشاؤم لديمير)

ب-ضع علامة (X) أمام كل عبارة في الخانة التي تتفق ورأيك.

| الرقم | العبارة | البدائل | | |
|-------|---|-------------|-------|----------------|
| | | أوافق تماما | أوافق | لا أوافق تماما |
| 01 | أحب كل الناس الذين أتعرف بهم | | | |
| 02 | من الأفضل ألا أحدد آمالا وردية، حيث أنه من المحتمل أن أصاب بخيبة أمل. | | | |
| 03 | هناك الكثير الذي يمكن عمله، ولكن لا يوجد الوقت الكافي للقيام بذلك. | | | |
| 04 | أبالغ في كل شيء (أي أعمل من الحبة قبة). | | | |
| 05 | نادرا ما أتوقع حدوث أشياء طيبة لي | | | |
| 06 | كل شيء يتغير بسرعة هذه الأيام لدرجة أنني أجد صعوبة في اختيار القواعد السليمة التي يجب اتباعها. | | | |
| 07 | بصفة عامة تبدو لي الحياة جميلة. | | | |
| 08 | عندما يتعلق الأمر بخططتي وتطلعاتي المستقبلية في الحياة أتوقع أن تسير الأمور في الاتجاه المعاكس. | | | |
| 09 | أن أعظم المعارك تكون مع نفسي. | | | |
| 10 | أعتقد أنه لا يوجد أمل مرجو من الجنس البشري. | | | |
| 11 | التخلص من حالة مزاجية سيئة لا يستغرق مني وقتنا طويلا. | | | |
| 12 | إذا كنت أرغب في تحقيق شيء ما، واجتهدت سوف أحقق هدفي في النهاية. | | | |
| 13 | يصل بعض الناس إلى أهدافهم نتيجة النفوذ أو الوساطة، وليس نتيجة عملهم. | | | |
| 14 | إذا سارت أمور حياتي سيرا حسنا، سرعان ما أتوقع لها أن تزداد سوءا. | | | |
| 15 | بالإيمان والثقة أستطيع تقريبا أن أفعل أي شيء. | | | |
| 16 | أستمتع بدرجة كبيرة عندما أكون بمفردي بعيدا عن الآخرين. | | | |
| 17 | عندما أبدأ في عمل شيء جديد أتوقع النجاح. | | | |

| الرقم | العبرة | البدائل | | |
|-------|---|-------------|-------|----------------|
| | | أوافق تماما | أوافق | لا أوافق تماما |
| 18 | الصدق هو سر النجاح في جميع الأحوال. | | | |
| 19 | بصفة عامة أرى الجانب المشرق من الحياة. | | | |
| 20 | إذا اتخذت قرارا ما سيتضح فيما بعد أنه كان قرارا خاطئا. | | | |
| 21 | بصفة عامة فإنني أقلل من حجم مشاكلي. | | | |
| 22 | إنه لشيء طيب أن أكون صريحا. | | | |
| 23 | حينما توجد الإرادة يوجد الطريق. | | | |
| 24 | أميل إلى تضخيم مشاكلي لدرجة تفوق حجمها الحقيقي. | | | |
| 25 | من الأفضل في كل الأحوال أن أكون متواضعا وأمينا عن أكون مهما وخادعا. | | | |
| 26 | أتوقع أن تزداد الأمور سوءا مع مرور الوقت. | | | |
| 27 | عادة يكون العامل البطيء المثابر هو الذي ينجح في النهاية. | | | |
| 28 | عندما اذهب إلى حفلة ما أتوقع الاستمتاع. | | | |
| 29 | إن الظروف في تحسن دائم ومستمر. | | | |
| 30 | ينبغي أن يحصل كل فرد على فرصة أو رأي متكافئ. | | | |
| 31 | من الأفضل أن أتوقع الهزيمة حتى لا أصدم بشدة عند وقوعها. | | | |
| 32 | من الحكمة أن تمدح الناس الآخرين. | | | |
| 33 | أتوقع أن أحقق معظم الأشياء التي أريدها في الحياة. | | | |
| 34 | يبدو أن مصائب الحياة لن تفارقني. | | | |
| 35 | ما ينقص الناس اليوم هو النوع القديم من الصداقة. | | | |
| 36 | عندما يتنبأ العاملون بالأرصاد الجوية بأن نسبة احتمال سقوط المطر 50% فإن سقوط المطر سيكون مؤكدا. | | | |
| 37 | أثق عادة في أن الأمور تسير سيرا حسنا. | | | |
| 38 | في بعض الأحيان تكون روعي المعنوية منخفضة، ولكن سرعان ما أعود إلى حالي الطبيعية. | | | |

| الرقم | العبارة | البدائل | | |
|-------|--|-------------|-------|----------------|
| | | أوافق تماما | أوافق | لا أوافق تماما |
| 39 | يبدو أن المستقبل غير مضمون حتى أستطيع وضع خطط جادة. | | | |
| 40 | عندما أتعهد بعمل شيء أجد من الصعب أن أنجيه جانبا حتى ولو لوقت قصير. | | | |
| 41 | الحنان أكثر أهمية من الحب. | | | |
| 42 | عندما أشارك مع زملائي في لعبة ما أتوقع الخسارة. | | | |
| 43 | أي شخص يعمل بجد واجتهاد لديه فرصة طيبة للنجاح. | | | |
| 44 | يبدو لي المستقبل كئيبا. | | | |
| 45 | إذا كان علي أن أختار بين السعادة والعظمة سأختار العظمة. | | | |
| 46 | أتجاهل عادة الانتكاسات البسيطة التي تحدث لي. | | | |
| 47 | بصفة عامة تنتهي الأمور على ما يرام. | | | |
| 48 | من الأفضل لي أن أموت بطلا على أن أعيش جباناً. | | | |
| 49 | إذا أعطيت إجابات صحيحة وأخرى خاطئة بنسب متساوية لسؤال ما، فإنني سأختار دائما الإجابات الخاطئة. | | | |
| 50 | من الصعب أن أتقدم دون أن اسلك كل السبل. | | | |
| 51 | إذا كنت في مسابقة ما وانحصر السباق بيني وبين شخص آخر، فإنني أتوقع أن أكون الثاني وليس الأول. | | | |
| 52 | بصفة عامة أنظر إلى الغد على أنه سيكون سعيداً. | | | |
| 53 | أستطيع أن أتعامل بارتياح مع كافة الناس. | | | |
| 54 | الأحداث المؤلمة غالبا ما تأتي في أعقاب الأحداث السارة. | | | |
| 55 | في تاريخ الجنس البشري توجد فئة قليلة من المفكرين العظماء. | | | |
| 56 | أن بعد العسر يسرا. | | | |