



كلية الدراسات العليا
برنامج الإرشاد النفسي والتربوي

الشفقة بالذات وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري في
محافظة الخليل

**Self-Compassion and its Relation to Mental Health among a
sample of Diabetes in Hebron Governorate**

إعداد

سماح حامد شاور

إشراف

الدكتور محمد عبد الفتاح عجوة

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات نيل درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي

من كلية الدراسات العليا والبحث العلمي في جامعة الخليل

2021م

إجازة الرسالة

الشفقة بالذات وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري
في محافظة الخليل

إعداد

سماح حامد شاور

إشراف

الدكتور محمد عبد الفتاح عجوة

نوقشت هذه الرسالة يوم الخميس بتاريخ 2021/7/8م، واجيزت من أعضاء لجنة المناقشة

التالية اسماؤهم:

أعضاء لجنة المناقشة

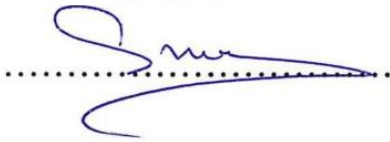
التوقيع



د. محمد عبد الفتاح عجوة/ مشرفاً ورئيساً



أ.د. فؤاد طه الطلافحة / متحناً خارجياً



د. عبد الناصر كايد السويطي/ متحناً داخلياً

الخليل- فلسطين

1442هـ - 2021م

الإهداء

إلى من كان لي سنداً وعوناً ورافقني بالصعود إلى القمة، ومن كان سبباً في وجود رسالتي في مدارك العلم... إلى الغالي على قلبي ورفيق دربي... أنيسي في دنيتي... ومزيح من أب وأخ وصديق... ولا أدري كيف أخطوا سبيل الشاكرين أمام نعمة ربي عليّ... إلى زوجي الحبيب أنس الدويك، فيا رب احفظه لي واجعله بجواري طوال العمر.

إلى السند والمظلة التي أحتمي بها من نوائب الحياة ومصائبها... إلى من عاش من أجلنا لنحيا حياة كريمة في بيت كريم، وفي أحضان علمٍ نافعٍ كريم... إلى والدي الغالي أطال الله في عمره، اللهم احفظه لي سنداً وأماناً.

إلى من تغزل الأمل، وتمتهن الحب في قلبي، فتبقى روحي مشرقة... ومن كانت دعواتها لي عنوان طريقي، وعنوان تميزي... لك يا أمي المعطاءة الوفية، يا سيدة القلب والحياة... أهديك هذا الإنجاز، لتهديني الرضا والدعاء... فليحفظك الله يا أمي.

إلى فلذات كبدي... وأملي ومستقبلي، وسر بسمتي في هذه الحياة... إلى أعلى ما في الدنيا... إلى زهراتي اليافعة (ميّار والين)... إلى قمري (لؤي)، فهم نور المستقبل... فليحفظهم الله عزوجل ويجعلهم من عباده الصالحين البارزين.

من شاركوني طفولتي وأحبوني بصدق وإخلاص... إلى من أعتز وأفتخر بهم... سندي وعزوتي... إخوتي وأخواتي حماهم الله.

إلى روح خالتي أم زوجي رحمها الله وأسكنها فسيح جناته... أم هشام طيب الله ثراها.

إلى من شاركوني بأطيب الدعاء والأمنيات ومن آسنوني في دراستي إلى كل رفيق وصديق تمنى لي النجاح.

إلى أرواح من رووا بدمائهم الطاهرة تراب الوطن.... الشهداء الأبرار

إلى أسرانا البواسل في سجون الاحتلال

شكر وتقدير

أحمد الله عز وجل على نعمه الكثيرة التي من بها علينا وخاصة نعمتي العقل والصحة، مما ساعدني ومكنني من إتمام هذه الدراسة المتواضعة.

ولا مرية في أن الشكر علم وخلق ودين وتجسيدا لقوله صلى الله عليه وسلم " من لم يشكر الناس لا يشكر الله" لذا فإنني أجد لزاما عليّ أن أتقدم من الشكر أجزله، ومن التقدير أعظمه لكل من: أستاذي الفاضل الدكتور "محمد عجوة" على تقديمه كامل النصح والإرشاد خلال مسيرتي البحثية خلال هذا الفصل، والذي لم يبخل عليّ بتوجيهاته وإرشاداته ولا بعلمه ووقته.

كما أتقدم بالشكر إلى جامعة الخليل بإدارتها وموظفيها وأعضاء هيئة التدريس في كلية التربية لما قدموه لي من دعم متواصل خلال دراستي.

إلى كل من أعانني في إنجاز هذه الدراسة، ونسأل الله أن ينفعني بما تعلمته، وأن يسدد خطاي على طريق الخير والحق والصلاح.

وما توفيقي إلا بالله

فهرس المحتويات

الإهداء.....	ب
شكر وتقدير.....	ت
فهرس المحتويات.....	ث
فهرس الجداول.....	ح
فهرس الملاحق.....	ذ
ملخص الدراسة باللغة العربية.....	ر
ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية.....	ز

1 الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

المقدمة.....	2
مشكلة الدراسة وأسئلتها.....	5
أهداف الدراسة.....	7
أهمية الدراسة.....	8
حدود الدراسة.....	9
مصطلحات الدراسة المفاهيمية والإجرائية.....	10

12 الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة

الإطار النظري.....	13
أولاً: الشفقة بالذات.....	13
ثانياً: الصحة النفسية.....	26
ثالثاً: مرض السكري.....	33
الدراسات السابقة.....	42
أولاً: الدراسات المتعلقة بالشفقة بالذات لدى مرضى السكري.....	42
ثانياً: الدراسات المتعلقة بالصحة النفسية لدى مرضى السكري.....	48
التعقيب على الدراسات السابقة.....	56

58 الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات

59 منهج الدراسة

59 مجتمع الدراسة

60 عينة الدراسة:

60 أدوات الدراسة

60 أولاً: مقياس الشفقة بالذات

64 ثانياً: مقياس الصحة النفسية

67 متغيرات الدراسة

67 إجراءات الدراسة

68 الأساليب الإحصائية

69 الفصل الرابع: نتائج الدراسة

89 الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات

90 أولاً: مناقشة النتائج

103 ثانياً: التوصيات

104 المصادر والمراجع

104 أولاً: المراجع العربية

109 ثانياً: المراجع الأجنبية

115 الملاحق

فهرس الجداول

- الجدول (1): توزيع أفراد مجتمع الدراسة المصابين بمرض السكري حسب المديرية..... 59
- الجدول (2): خصائص أفراد العينة الديموغرافية 60
- الجدول (3): مصفوفة ارتباط كل فقرة من الفقرات مع الدرجة الكلية لمقياس الشفقة بالذات. 61
- الجدول (4): معاملات الثبات لمقياس الشفقة بالذات..... 62
- الجدول (5): فئات متوسطات درجات الشفقة بالذات 63
- الجدول (6): مصفوفة ارتباط كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية. 64
- الجدول (7): معاملات الثبات لمقياس الصحة النفسية 65
- الجدول (8): فئات متوسطات الصحة النفسية 67
- الجدول (10): نتائج اختبار (ت) (Independent- Sample t-test) للتعرف إلى الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير الجنس (ن = 470)..... 72
- الجدول (11): يبين الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير المستوى التعليمي..... 73
- الجدول (12): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Anova) للتعرف إلى الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير المستوى التعليمي (ن = 470)..... 74
- الجدول (13): نتائج اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير المستوى التعليمي..... 74
- الجدول (14): نتائج اختبار (ت) (Independent- Sample t-test) للتعرف إلى الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير درجة المرض (ن = 470)..... 75

- الجدول (15): يبين الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير لمدة الإصابة بمرض السكري 76
- الجدول (16): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Anova) للتعرف إلى الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري (ن = 470) 77
- الجدول (17): نتائج اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري 78
- الجدول (19): نتائج اختبار (ت) (Independent- Sample t-test) للتعرف إلى الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير الجنس (ن = 470) 81
- الجدول (20): يبين الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي 82
- الجدول (21): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Anova) للتعرف إلى الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي (ن = 470) 82
- الجدول (22): نتائج اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي 83
- الجدول (23): نتائج اختبار (ت) (Independent- Sample t-test) للتعرف إلى الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير درجة المرض (ن = 470) 84
- الجدول (24): يبين الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير لمدة الإصابة بمرض السكري 85

الجدول (25): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Anova) للتعرف إلى الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري (ن = 470) 86

الجدول (26): نتائج اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري 87

فهرس الملاحق

- 116 ملحق رقم (1): المقاييس بصورتها النهائية
- 121 ملحق رقم (2): قائمة بأسماء المحكمين
- 122 ملحق رقم (3): كتاب تسهيل مهمة

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة التعرف إلى الشفقة بالذات وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي، وتكون مجتمع الدراسة من جميع مرضى السكري في محافظة الخليل والبالغ عددهم (10925)، وأجريت الدراسة على عينة مكونة من (470) مريضاً ومريضةً تم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة، وقامت الباحثة بتطوير مقياسين لتحقيق أهداف الدراسة وهما: مقياس الشفقة بالذات، ومقياس الصحة النفسية.

وأظهرت النتائج أن مستوى الشفقة بالذات لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل كان متوسطاً، وأن مستوى الصحة النفسية لديهم كان متوسطاً. وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين الشفقة بالذات وبين الصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل، حيث بلغ معامل الارتباط للعلاقة بينهما (0.62) بدلالة إحصائية (0.000). كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير الجنس، لصالح الإناث. ولمتغير المستوى التعليمي لصالح دراسات عليا. ومتغير مدة الإصابة بمرض السكري، لصالح الذين مدة إصابتهم بمرض السكري (5) سنوات فأكثر، بينما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير درجة المرض. وأظهرت النتائج أيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير الجنس، لصالح الإناث، ومتغير المستوى التعليمي، لصالح الدراسات العليا، ومتغير مدة الإصابة بمرض السكري، لصالح الذين مدة إصابتهم بمرض السكري (5) سنوات فأكثر، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير درجة المرض.

وفي ضوء نتائج الدراسة، خرجت الباحثة بمجموعة من التوصيات أهمها إعداد برامج وخطط إرشادية نفسية وصحية لمرضى السكري لرفع مستوى الشفقة بالذات والصحة النفسية لديهم.

الكلمات المفتاحية: الشفقة بالذات، الصحة النفسية، مرضى السكري

Abstract

The study aimed to identify Self-Compassion and its Relation to Mental Health among a sample of Diabetes in Hebron Governorate, and the researcher used the correlational descriptive approach, and the study population consisted of all diabetic patients in the Hebron governorate. The study was conducted on a sample consisting of (470) patients who were chosen randomly, the study used two measures: The Self-Compassion Scale, and the Mental Health Scale.

The findings of the study showed that the level of self-compassion among diabetics in the Hebron governorate was moderate, and that the level of their mental health was moderate. Also, the study found a statistically significant positive relationship between self-compassion and mental health among diabetic patients in Hebron governorate, where the correlation coefficient for the relationship of the study variables (0.62) with a statistical significance.(0.000)

The study also found that there are statistically significant differences between the average scores of diabetic patients in Hebron governorate on self-compassion scale, due to the gender, in favor of females. And the educational level variable in favor of postgraduate studies. And the variable duration of diabetes, in favor of those who have had diabetes for (5) years and more, while the study found that there were no statistically significant differences between the average scores of diabetics in Hebron governorate on the self- compassion scale due to the degree of disease.

The results also showed that there were statistically significant differences between the average scores of diabetic patients in Hebron governorate on the mental health scale due to the gender, in favor of females, the educational level variable, in favor of postgraduate studies, and the variable duration of diabetes, in favor of those who had diabetes (5). years or more, and there were no statistically significant differences between the average scores of diabetic patients in the Hebron governorate on the mental health scale due to the disease degree variable.

In light of the results of the study, the researcher came up with a set of recommendations, the most important of which is the preparation of psychological and health counseling programs and plans for diabetic patients to raise the level of self-compassion and their mental health.

Key words: Self-Compassion, Mental Health, Diabetics.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

المقدمة

يعاني الإنسان أثناء حياته من مشاكل وأزمات منها ما هو اجتماعي، اقتصادي، تربوي، ومنها ما هو صحي مرضي، فقد يصاب الفرد ببعض الأمراض الطارئة، وقد يصاب بأمراض مزمنة ومثال ذلك مرض السكري، ضغط الدم، السرطان، وغيرها.

وعند الإصابة بالأمراض المزمنة يتغير نمط وأسلوب حياة الفرد، إذ أن المرض يفرض عليه محددات وظروف معينة بسبب الانعكاسات السلبية الناجمة عن المرض على الصعيد الغذائي والصحي والاجتماعي، والسلوكي، ولعل أكثر الأمراض انتشاراً في الوقت الحاضر ويطلق عليه مرض العصر، هو مرض السكري، حيث بلغ عدد مرضى السكري في العالم (422) مليون مصاب (WHO, 2020)، فهو يصيب الأفراد في جميع المراحل العمرية، ويحتاج من المريض إلى مراعاة كثير من الآثار التي تترتب على هذا المرض والحالة النفسية للمريض أيضاً، خصوصاً أن هذا المرض يضر بأعضاء أخرى من الجسم كالعيون، والكلية، والجهاز العصبي، والأطراف العصبية، والقلب.

لذا فإن نمط حياة مريض السكري نمط غير اعتيادي تحتاج إلى رعاية خاصة من المريض، ويحتاج إلى مساندة اجتماعية من الأسرة والمجتمع من حوله، ولعل الرعاية والمساندة الذاتية هي الأهم والأكثر تأثيراً في مواجهة انعكاسات المرض السلبية، لذا ظهرت مفاهيم في علم النفس الإيجابي تؤكد على هذه الرعاية المرتبطة ببعض المفاهيم السيكلوجية ومن أهمها: الشفقة بالذات (Self-Compassion)، والرفاهية النفسية (psychological well-being)، والتعاطف الذاتي (Self-Compassion).

يعتبر مفهوم الشفقة بالذات من المفاهيم الإيجابية المهمة في تعامل الفرد مع ذاته وسلوكه في الحياة، فالشفقة بالذات من المقومات الأساسية عند الفرد والتي تجعله رحيماً ومتعاطفاً مع ذاته، ويصبح عندها واعياً لمشاعره وأفكاره وسلوكه بدلاً من نقد الذات وجلدها؛ بسبب عجزه أو فشله في التغلب على المشكلات الناجمة عن المرض، كما تُعد الشفقة بالذات إحدى المؤشرات الإيجابية على سلوك وتفكير الفرد، فهي بمثابة وسيلة دفاعية لحمايته من التأثير السلبي الناجم عن المشكلات المرضية، ومواقف الفشل في حياته، وترى نيف (Neff, 2003a) أن الشفقة بالذات أن يكون الفرد متعاطفاً مع نفسه في المواقف الصعبة والمحنة، وبمعنى آخر الوعي الداخلي العاطفي للألم والشعور بالوجدان الإيجابي تجاه هذا الألم فضلاً عن التعاطف مع معاناة الآخرين.

لقد ظهر مفهوم الشفقة بالذات حديثاً في مجال علم النفس الإيجابي، وقد أبرزت مجموعة كبيرة من الدراسات التي أظهرت نتائجها الآثار الإيجابية للشفقة بالذات على الصحة النفسية والجسدية للفرد، ومن هذه الدراسات دراسة كرد وبرزانجي (Kurd & Barzanji, 2019)، ودراسة يلا وآخرين (Yela et al., 2020).

وأظهر الأدب السيكلوجي في السنوات الأخيرة اهتماماً متنامياً بمتغير الشفقة بالذات من خلال المقالات والكتابات في هذا الموضوع، وقد اتخذ العلماء مجموعة متنوعة من الأطر النظرية حول أهمية وتفسير مفهوم الشفقة بالذات؛ وذلك لما لها من علاقة إيجابية مع الرضا عن الحياة، وتقدير الذات، والسعادة، والتعاؤل، كما ترتبط عكسياً بتدني تقدير الذات، والجمود الفكري أو التوهم المرضي والعزلة الاجتماعية، والإكتئاب والقلق (Karakasidou & Stalikas, 2017).

وتعد الشفقة بالذات مؤشراً يمكن التنبؤ به في تحديد درجة التوافق والصحة النفسية للأفراد المصابين بمرض السكري؛ حيث تلعب الشفقة بالذات دوراً إيجابياً في تنظيم الذات بشكل فعال وتعديل السلوك وتعزيز الصحة النفسية والاتجاه نحو الحياة؛ لذا فإن اهتمام مرضى السكري بأنفسهم عند التعرض لمواقف مرضية صعبة في حياتهم يساعد على الوقاية من الوقوع في الاضطرابات النفسية الانفعالية، وتعزز من العناية والاهتمام بالذات وممارسة الأنشطة الحياتية الاعتيادية (Bhat & Shah, 2015).

يُعد مفهوم الصحة النفسية متطلباً أساسياً للنمو والتطور الإنساني، سواءً كانوا أصحاء أم مرضى، ففهم الفرد لذاته إيجابياً وفهمه للبيئة المحيطة به إيجابياً يؤدي إلى وجود درجة عالية من الصحة النفسية، فالصحة النفسية هي علاقة تكاملية مع الصحة البدنية الجسدية، لذا أظهرت هذه العلاقة التكاملية في أن العلاج النفسي للأمراض هو نصف العلاج الطبي، وهذا ما ينطبق على مرضى السكري، فهل يكون علاجهم بالأدوية والعقاقير بدون الاهتمام بالجانب النفسي لهم، وهذا يشير إلى أن الصحة النفسية تشكل علاقة الفرد بنفسه وبالبيئة المحيطة به، وتكون علاقة سوية قائمة على الفهم والتوافق على المستويين الشخصي والاجتماعي (يوسف، 2019).

إن تعرض مرضى السكري في حياتهم اليومية للكثير من المواقف الضاغطة والتحديات النفسية التي تفرضها المتطلبات العلاجية للمرض (مثل أخذ الدواء والحمية الغذائية)، ويمكن أن يكون لهذه التحديات والمواقف الضاغطة ذات الطبيعة النفسية تأثير شديد على الصحة النفسية للفرد؛ لأن التعرض لمقدار كبير من التوتر والضغط الحياتية يمكن أن يؤدي إلى زيادة في مستوى القلق فيقل مستوى الصحة النفسية، لذلك من الضروري أن يتمتع مريض السكري بقدر وافر من الصحة النفسية كعامل مهم في التوافق مع المرض والظروف البيئية المحيطة، إذ أن

التمتع بصحة نفسية عالية يساعد على مواجهة والتغلب على الآثار المتعددة المترتبة عن مرض السكري، وهذا يقلل من القلق والتوتر المستمر لديهم، وبالتالي تدعمهم بشكل إيجابي في مواجهة الإحباط والفشل والقيام ببعض المهام والمسؤوليات الحياتية عند مريض السكري (Hansmann, 2018).

وإذا كانت الشفقة بالذات مرتبطة بالصحة النفسية فإنه يمكن تنميتها لدى مرضى السكري؛ لاكتسابها وتحسين الصحة النفسية لديهم؛ لأن العلاقة بين الشفقة بالذات والصحة النفسية ديناميكية وليست استاتيكية، بمعنى تنمية الشفقة بالذات يعلم الأفراد أن يصبحوا أكثر توافقاً وتعاطفاً مع أنفسهم ويكسبهم القدرة على خفض القلق تبعاً للظروف المرضية التي يمرون بها (Kyeong, 2013).

مشكلة الدراسة وأسئلتها

إن التعامل مع بعض الأمراض يتطلب الالتزام ببعض المفاهيم والممارسات من قبل المريض نفسه، أو من قبل المحيطين به، ولعل من أهم هذه المفاهيم المرتبطة بمرض السكري هو مفهوم الشفقة بالذات والتمتع بدرجة من الصحة النفسية، وهذه متغيرات تساعد على التغلب على الآثار والتحديات النفسية والجسمية والاقتصادية والاجتماعية الناجمة عن المرض، وتجعله يمارس حياته بصورة طبيعية دون أن يكون للمرض أي تأثير على مجرى حياته.

وبسبب وجود عدة حالات تعاني من مرض السكري في أسرتي، ومن خلال مشاهدة المعاناة التي يمر بها هؤلاء المرضى، وملاحظتي لمعاناة مرضى السكري المراجعين لعيادة زوجي لطب العيون، فإنني شعرت بأنه لا بد من البحث في الجانب السيكولوجي لمواجهة مرض السكري، بالإضافة إلى جود مساندة من الآخرين لهؤلاء المرضى، ولا بد أن يراعي المرضى

أنفسهم طبيعة هذا المرض وآثاره، وأن يتعاملوا مع المرض بطريقة علمية حتى يمكنهم من تلافي كل الأخطار المترتبة عليه، وهناك العديد من الحقائق الطبية توضح دور الحالة النفسية للمريض في التحكم بمستوى السكر في الدم، وهناك اتجاه يرى أن الاضطراب في إفراز الهرمونات من الغدد يتأثر بطبيعة الحالة النفسية للمريض، وتؤدي إلى اضطراب استقلاب السكر في الدم، مما يفقد مريض السكري السيطرة على مستوى السكر في الدم، وهذا يؤدي إلى ظهور أعراض ومضاعفات عند المريض، وعند الإصابة بمرض السكري، فإن الأفراد المصابون يختلفون في ردود أفعالهم واستجاباتهم النفسية وتقبلهم على أنهم مرضى سكري، فمنهم من يتكيف مع المرض، ويتبنى نمط حياة ملائم، ومنهم من ينكر المرض ويتهاون في التعامل معه بنوع من اللامبالاة، فلا يتعامل معه بجدية الأمر الذي قد ينتج عنه آثار نفسية وجسمية واجتماعية، إلى جانب المعاناة من المرض نفسه، من هنا جاءت فكرة الدراسة الحالية لتجيب عن السؤال الرئيس الآتي:

هل توجد علاقة ارتباطية بين الشفقة بالذات والصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل؟

انبثق عن السؤال الرئيس الأسئلة الآتية:

- 1- ما مستوى الشفقة بالذات لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل؟
- 2- هل توجد فروق في متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات وفقاً لمتغيرات: (الجنس، المستوى التعليمي، درجة المرض، مدة الإصابة بمرض السكري)؟

- 3- ما مستوى الصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل؟

4- هل توجد فروق في متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية وفقاً لمتغيرات: (الجنس، المستوى التعليمي، درجة المرض، مدة الإصابة بمرض السكري)؟

5- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الشفقة بالذات والصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل؟

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة إلى:

- 1- التعرف إلى مستوى الشفقة بالذات لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل.
- 2- التعرف إلى طبيعة الفروق في متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات وفقاً لمتغيرات: (الجنس، المستوى التعليمية، درجة المرض، مدة الإصابة بمرض السكري).
- 3- التعرف إلى مستوى الصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل.
- 4- التعرف إلى طبيعة الفروق في متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية وفقاً لمتغيرات: (الجنس، المستوى التعليمية، درجة المرض، مدة الإصابة بمرض السكري).
- 5- التعرف إلى قوة واتجاه العلاقة بين الشفقة بالذات والصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل.

أهمية الدراسة

تظهر أهمية الدراسة في الجوانب الآتية:

الأهمية النظرية:

تظهر أهمية الدراسة في طبيعة العينة التي أجريت عليها الدراسة، وهم مرضى السكري، فهي تربط بين الإرشاد النفسي من خلال متغيرات الشفقة بالذات والصحة النفسية، والجانب الطبي (مرض السكري)، والتوعية بأهمية الجانب النفسي لعلاج مرضى السكري، وفي قدرة المريض في التعامل والتكيف مع المرض، أو أن تزيد الحالة النفسية للمريض من آثار وانعكاسات المرض. وتفتح هذه الدراسة آفاقاً لدراسات أخرى للبحث في أمراض مزمنة أخرى مثل: ضغط الدم والسرطان، وكيفية الربط بين الإطار السيكولوجي والإطار الطبي في علاج هذه الأمراض، ويمكن عمل دراسات مقارنة بين مرضى السكري والأشخاص العاديين في مستوى الشفقة بالذات والصحة النفسية لديهم.

الأهمية التطبيقية:

توجه نتائج الدراسة الجهات الصحية ومراكز الصحة المهمة بمرض السكري إلى ضرورة الاهتمام ووضع برامج إرشادية من خلال أخصائيي التغذية لتوعية المريض بضرورة الاهتمام بالمتغيرات النفسية ذات العلاقة بمرض السكري، لأن الحالة النفسية تلعب دور مهم في كيفية تعامل المريض مع مرضه والتغلب على آثاره. ويمكن إجراء أبحاث أخرى شبه تجريبية لتصميم برامج إرشادية لزيادة مستوى الشفقة بالذات والصحة النفسية لعينات من مرضى السكري، كما

يمكن الاستفادة من المقاييس التي تم تطويرها خصيصاً لتحقيق أهداف الدراسة، وهي: مقياس الشفقة بالذات، ومقياس الصحة النفسية في دراسات لاحقة.

حدود الدراسة

تحدد الدراسة في الحدود الآتية:

الحدود البشرية: عينة من مرضى السكري من الدرجة الأولى والثانية في محافظة الخليل.

الحدود المكانية: مراكز علاج مرضى السكري (المركز الفلسطيني لأمراض السكري)، وعيادات السكري التابعة لوزارة الصحة، والمستشفى الأهلي، ومستشفى الخليل الحكومي، وعيادات الأطباء تخصص الغدد والسكري، وعيادات وكالة الغوث الدولية في المخيمات.

الحدود الزمانية: الفصل الدراسي الثاني من العام الأكاديمي (2020-2021).

الحدود الموضوعية: الشفقة بالذات وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل، وتحدد نتائج الدراسة بالأدوات المستخدمة في جمع البيانات لتحقيق أهداف الدراسة.

مصطلحات الدراسة المفاهيمية والإجرائية

الشفقة بالذات:

عرفت نيف (Neff, 2003a: 16) الشفقة بالذات بأنها: "قدرة الفرد على تحمل مشاعر المعاناة بدفء وحب واهتمام، وهو اتجاه إيجابي نحو الذات في المواقف المؤلمة أو في مواقف الفشل ينطوي على اللطف بالذات وعلى عدم الانتقاد الشديد لها وفهم خبراتها كجزء من الخبرة التي يعانها أغلب الناس، ومعالجة المشاعر المؤلمة بوعي وعقل منفتح، وأشارت إلي أن هناك ثلاثة مكونات رئيسة للشفقة بالذات، هي اللطف بالذات، والانسانية، واليقظة الذهنية المشتركة".

وتعرفها الباحثة إجرائياً: بأنها مجموع الدرجات التي يحصل عليها أفراد العينة على مقياس الشفقة بالذات المطور لتحقيق أهداف الدراسة.

الصحة النفسية:

عرّفت منظمة الصحة العالمية (WHO, 2003: 92)، الصحة النفسية بأنها: "حالة الفرد السائدة والمستمرة نسبياً والتي يكون فيها الفرد مستقراً ومتوافقاً نفسياً واجتماعياً، بالإضافة إلى الشعور بالسعادة مع الذات ومع الآخرين وبالتالي القدرة على تحقيق وتقدير الذات، واستغلال المهارات والكفاءات الذاتية بأقصى حد ممكن. أي أنها السمة الإيجابية التي يتمتع بها سلوك الفرد واتجاهاته تجاه ذاته وتجاه الآخرين، فيكون بذلك فرداً سعيداً، ومتوازناً وحسن الخلق".

ويعرفها يوسف (2020: 332) بأنها: "حالة نفسية إيجابية، مستقرة نسبياً، تعبر عن تمكين الإنسان من توظيف وتفعيل طاقاته وإمكانياته التي يتمتع بها لتساعده على التغلب على التحديات اليومية، والتفاعلات الاجتماعية، دون التعرض لمعاناة انفعالية أو سلوكية وحسن

التوافق مع نفسه ومع بيئته ليعيش حياة هادئة وهنيئة ومنتجة في المجتمع، ويمكن إجمالها فيما يلي: الحكمة والشعور بالسعادة والرضا والتفاؤل".

وتعرف الباحثة الصحة النفسية إجرائياً بمجموع الدرجات التي يحصل عليها المبحوث على مقياس الصحة النفسية المطور لتحقيق أهداف الدراسة.

مرض السكري:

عرفت جمعية الأطباء النفسيين الأمريكيين (APA, 2006) مرض السكري بأنه خلل أيضي في البنكرياس يحد من إفراز الأنسولين في الدم وذكّرت الجمعية أن 16.2% من المواطنين الأمريكيين يعانون من السكري والاضطرابات النفسية المصاحبة له طوال حياتهم.

وعرفته منظمة الصحة العالمية (WHO, 1999: 2) بأنه: "مرض مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج الأنسولين بكمية كافية، أو عندما يعجز الجسم عن الاستخدام الفعال للأنسولين الذي ينتجه، ويُعد فرط سكر الدم أو ارتفاع مستوى السكر في الدم من الآثار الشائعة التي تحدث جرّاء عدم السيطرة على داء السكري، ويؤدي مع الوقت إلى حدوث أضرار وخيمة في العديد من أجهزة الجسم، ولاسيما الأعصاب والأوعية الدموية".

الفصل الثاني
الإطار النظري والدراسات السابقة

الفصل الثاني

يشتمل هذا الجزء من الدراسة عرضاً لمفاهيم الدراسة: الشفقة بالذات، والصحة النفسية، ومرض السكري، وسوف يتم التطرق لكل محور من هذه المحاور كما يأتي:

الإطار النظري

أولاً: الشفقة بالذات

اختلف العلماء في تحديد مفهوم الشفقة بالذات، فبعض العلماء ومنهم جيمس وفرويد نظروا اليه من زاوية العطف والرحمة على الآخرين كخاصية إنسانية لفهم معاناة الناس، والرغبة في تقديم المساعدة، وعمل أي شيء لهم، كما أن الشفقة بالذات هي عنصر من عناصر الصحة النفسية التي تتضمن اللطف والرأفة بالذات وعدم إلقاء اللوم عليها أو انتقادها بشدة عندما يمر الفرد بخبرات غير سارة أو المرور بتجربة فاشلة (Woodruff, 2014).

عرفتها نيف (Neff, 2003a: 224) بأنها: "توجه الفرد إيجابياً نحو ذاته في المواقف غير السارة، وذلك من خلال اللطف بذاته، وتقبل خبراته السلبية ومعاناته كجزء من خبرات باقي البشر ومعاناتهم، وإدراك المشاعر السلبية والتعامل معها بيقظة ذهنية".

وتعرفه نيف وآخرون (Neff, et al., 2007: 909) بأنها: "تعامل الفرد مع ذاته بالرأفة والشفقة عندما تواجهه صعوبات حياتية من خلال استخدام استراتيجيات للمواجهة بناءً على فهم طبيعة هذه الصعوبات".

كما عرفتها نيف وإم سي جيهي (Neff & McGehee, 2010: 225) بأنها: "وسيلة من وسائل التكيف يستخدمها الفرد عندما يواجه المواقف الضاغطة التي تتعلق بأوجه القصور في جوانب شخصيته أو مواجهة التحديات الحياتية".

وعرفتها لوري وكينيث (Laurie & Kenneth, 2011) بأنها: حالة داخلية يشعرها الفرد عندما يتعرض لعوائق وصعوبات، وتستلزم منه ضرورة التوافق معها، ومن ثم تعد إحدى سمات وخصائص الشخصية السوية للفرد والتي تتضمن قدرته على فهم ذاته والآخرين.

وعرفها محمد (2016) بأنها: شعور داخلي بالألم الانفعالي، والشعور الإيجابي تجاه هذا الألم.

وعرفها باير (Bayir, 2016) بأنها تلك العمليات التي يقوم بها الفرد ليقدم الدعم المعنوي لذاته في لحظات المعاناة.

كما عرفتها إمي (Amy, 2017) بأنها: قدرة الفرد على تحمل المشاعر والمعاناة في المواقف والمشكلات، وخاصة عندما يعاني من بعض الاضطرابات كالقلق والاكتئاب.

وعرفها بومبير وآخرون (Pommier, et al., 2020: 21) بأنها: استجابة محسوسة للمعاناة، وتتضمن الاندماج اليقظ ذهنياً للفرد في معاناة الآخرين، واستجابته بلطف مع مواقف المحن التي يتعرضون لها، والاعتقاد بالترابط الإنساني مع الآخرين الذي يؤدي إلى رغبة حقيقية في تخفيف المعاناة.

ومن التعريفات السابقة يمكن إجمال تعريف الشفقة بالذات بناء على الأبعاد في التعريفات السابقة بأنها: القدرة على تحمل المعاناة، ومواجهة الصعوبات والمشكلات التي يتعرض لها الفرد التي تجعله يشعر بالألم داخلي، وقدرته على تحويل الشعور بالألم إلى شعور إيجابي نحوه.

مفاهيم ذات علاقة بالشفقة بالذات

ارتبط مفهوم الشفقة بالذات بالعديد من المفاهيم النفسية منها:

الشفقة بالذات (Self-Compassion) - الشفقة على الذات (Self-Pity): قد يعتقد البعض أن الشفقة على الذات هي نفسها الشفقة بالذات إلا أن الشفقة على الذات هي حالة نفسية تجعل الفرد لا يتقبل الفشل، وتتعدم ثقته وقدرته على التعامل مع المواقف المؤلمة، حيث أنها تصدر الأحكام القاسية، وتسهم في جعل الفرد منعزل عن الآخرين، وذلك من خلال الانفعالات السلبية التي تسيطر عليه، بينما تساهم الشفقة بالذات في تقبل الفرد لوضعه الذي يعيشه بكل معاناته وآلامه، ويكون مؤمناً بأن المعاناة لا تقتصر عليه وحده؛ بل يكون هناك أشخاص آخرون يعانون نفس معاناته (Bergen & Cheon, 2013).

الشفقة بالذات (Self-Compassion) -نقد الذات (Self-Criticism) حيث أن نقد الذات يحدث نتيجة لوجود عداً ونقد موجه للذات، كما أن نقد الذات تجعل الفرد يعاني من ضعف العلاقات الاجتماعية، أما الأفراد المشفقين بذواتهم فتكون علاقاتهم الاجتماعية دافئة، ولا ينتقدون ذواتهم ويتعاملون معها بلطف، وتساعد الفرد في أن يكون مشفقاً بذاته وبالآخرين (Deniz et al., 2008).

الشفقة بالذات (Self-Compassion) -تقدير الذات (Self-Esteem)، حيث أن تقدير الذات يتطلب تحقيق أهداف خارج الذات، بينما الشفقة بالذات تمكن الفرد من ذاته من خلال سلوكه وعمله (Reyes, 2012).

الشفقة بالذات (Self-Compassion) -التمركز على الذات (Self-Centeredness)، حيث أن التمركز على الذات يجعل الفرد ينظر إلى ذاته على أنه أفضل من الآخرين، فهو يكون معجباً ومفتوناً بذاته فقط، بينما الشفقة بالذات لا يقارن الفرد ذاته بالآخرين (Reyes, 2012).

أهمية الشفقة بالذات

يرى هانزمان (Hansmann, 2018) أن مفهوم الشفقة بالذات من المفاهيم الحديثة نسبياً في مجال علم النفس الإيجابي، حيث برزت نتائج المفيدة على الرفاهة النفسية لتحسين الصحة النفسية التي تقلل مستوى القلق وبخاصة عندما يواجه الفرد تهديدات الأنا فإنها تساعده على الأداء النفسى التكيفى، وتبين أن الأشخاص الذين لديهم مستوى مرتفع من الشفقة بالذات لا يعانون من مشاعر سلبية، مثل القلق والاكتئاب والحزن، وأظهروا مزيداً من القبول تجاه إخفاقاتهم وأخطائهم.

كما يرى دوروفيتش (Djurovic, 2019) أن للشفقة بالذات تأثير إيجابي مزدوج على رفاهية الأشخاص البدنية والنفسية الذين يعانون من الظروف القاسية أو أمراض مزمنة، حيث إن ارتفاع مستوى الشفقة بالذات يساعد الفرد في التعامل مع الضغوط الناتجة عن مرض مزمن والعناية بنفسه والإهتمام بها ورعاية أفضل لصحته، كما أن ممارسة الشفقة بالذات قد تقلل من هرمونات الضغوط التى تؤثر على عمليات التمثيل الغذائي، وبالتالي تساهم بشكل مباشر في الرفاهة الفسيولوجية والبدنية، وهذا يوضح أهمية الشفقة بالذات كمصدر مهم وطريقة إيجابية فى التعامل مع النفس عند مواجهة الضيق والمعاناة، وهي تعتبر أيضاً مصدراً للسعادة النفسية للفرد، لأنها تمثل موقف راض ومتقبل للجوانب غير المرغوبة في ذات الفرد وحياته.

أنواع الشفقة بالذات:

أشار وينزل ووديات وهديك (Wenzel, Woodyatt, & Hedrick, 2012) إلى نوعين من الشفقة بالذات، هما:

الشفقة بالذات كموقف شخصي حقيقي وأصيل: وتحدث عندما يتعامل الفرد مع ذاته بلطف؛ فيقبلها معترفاً بالمسئولية والتقصير، متعهداً بتطويرها في المستقبل، وتصويب الأخطاء التي وقع فيها.

الشفقة بالذات كموقف شخصي مزيف: وتحدث عندما يقوم الفرد بإزاحة مسؤوليته عن الأخطاء بتوجيه اللوم للآخرين، أو إلقاءها على الظروف والأحداث الخارجية، وعلى الرغم من أن هذا الميل قد يحقق لهم راحة وقتية، فإنه يصرفهم عن تحسين ذاتهم في المستقبل، لكونه حيلة تستهدف تجنب لوم الذات في إطار علاقته بمفهوم العفو عن الذات وتقدير الذات.

أبعاد ومكونات الشفقة بالذات:

ترى نيف (Neff, 2003b) أن الشفقة بالذات لها ثلاثة أبعاد متداخلة، وهي:

1- اليقظة العقلية مقابل الوحدة النفسية:

اليقظة العقلية هي تلك الممارسة التي يكون فيها الناس غير مطلقين الأحكام، ويكونون مدركين ومنفتحين على أفكارهم وأفعالهم ومشاعرهم والأحاسيس المؤلمة في اللحظة الراهنة، أي الوعي المتوازن الذي يجنب الفرد التوحد الكامل في الهوية الذاتية، وتساعد اليقظة العقلية الفرد على خفض الأفكار السلبية عن الذات، وتزوده بالاستبصار الكامل للتعرف على القواسم المشتركة مع الآخرين، كما تخفف تأثير الخبرات الوجدانية السلبية، وإدراك المعاناة والفشل الشخصي، ولوم الذات، وتتطلب اليقظة العقلية من الفرد اتخاذ أسلوب متوازن في التعامل مع الانفعالات السلبية، ومراقبة أفكاره ومشاعره السلبية، والانفتاح عليها ومعايشتها بدلاً من احتجازها في الوعي، فضلاً عن عدم اطلاق أحكام سلبية للذات أو التوحد المفرط معها، وعدم التشديد على الذات بشكل منفصل مع ترسيخ وحدة الذات (عباس، 2015).

2- اللطف بالذات في مقابل انتقاد الذات:

اللطف بالذات هو ميل الناس لإظهار اللطف والابتعاد عن الحكم على أنفسهم، ويتضمن اللطف بالذات إظهار التأثير الإيجابي للذات بدلاً من نقدها، وهي حالة من فهم الفرد لنفسه في مواقف الفشل والإحباط بدلاً من إصدار أحكام قاسية عليها.

وأشارت خليل (2017) أن اللطف بالذات يعنى قدرة الفرد على علاج نفسه بالرعاية والتقبل بدلاً من الأحكام الذاتية القاسية، وتعتبر عن فهم الفرد لنفسه في مواقف عدم الكفاءة الذاتية أو المعاناة، كما تتضمن الفهم والدفء العاطفي نحو الذات عندما يفشل الفرد في تحقيق أمر ما أو أن يتعرض لمواقف محبطة.

ويضيف برينيس وشين (Breines & Chen, 2012) أن الأفراد ممن لديهم ارتفاع الشفقة بالذات عندما يتعرضون لمواقف تهدد ذواتهم فإنهم يعملون على تعزيز الاعتقاد بأن العيوب الشخصية يمكن تغييرها، وأن لديهم القدرة على عمل التغييرات المناسبة وتقوية جوانب الضعف، وتجنب تكرار التعرض لهذه المواقف الصعبة.

3- الإنسانية المشتركة مقابل العزلة:

ترى نيف وفونك (Neff and Vonk, 2009) أن الشفقة بالذات هي قضية تشاركية بين الفرد والآخرين، والتي يمكن أن تعد جزءاً من الخبرة الإنسانية المشتركة، وأن كل الناس يعانون ويستحقون الشفقة، وأن إدراك الصلة بين التجارب الشخصية وتجارب الآخرين ومعاناتهم وعدم الكفاية الذاتية هو جزء من التجارب الإنسانية المشتركة.

وتضيف نيف (Neff, 2003a) أن الشفقة بالذات تسمح للفرد أن يرى تجاربه الذاتية وتجارب الآخرين دون تشويه أو انفصال، ويشعر الفرد عندئذ بارتباط قوى معهم، ويكون واعياً لمعاناتهم،

التي من وجهة نظره جزء من معاناة كل البشر، وتصبح رؤية الفرد لخبراته الخاصة جزء من الخبرة الإنسانية الكلية بدلاً من رؤيتها في سياق منفصل ومنعزل وإدراكها كتجربة فردية.

وأشار بوتز ويار وفرانسيس وشوستر (Potter, Yar, Francis & Schuster, 2014) إلى أن الدراسات الحديثة دمجت الأبعاد الثلاثة السابقة في بعدين رئيسيين: الأول الدفاء الذاتي: ويتضمن الأبعاد الإيجابية للشفقة بالذات، والمتمثلة في: اللطف بالذات، الإنسانية المشتركة، اليقظة العقلية، والثاني البرود الذاتي: ويتضمن الأبعاد السلبية المتمثلة في الحكم الذاتي، العزلة، التوحد المفرط.

في حين أن النموذج الذي وضعته نيف (Neff, 2003a) يعتبر النموذج الأشهر المستخدم في الأبحاث والدراسات التي تناولت الشفقة بالذات، ثم اجرت نيف وبوميير وتوث كيرالي (Neff, Pommier, & Tóth-Király, 2020) دراسة توصلوا من خلالها إلى استنباط نموذج للشفقة بالذات باعتبارها استجابة محسوسة للمعاناة، حيث تضمن الاندماج اليقظ ذهنياً للفرد في معاناة الآخرين، واستجابته بلطف مع مواقف المحن التي يتعرضون لها، والاعتقاد بالترابط الإنساني مع الآخرين الذي يؤدي إلى رغبة حقيقية في تخفيف المعاناة، ويتكون هذا النموذج من الأبعاد الثلاثة الفرعية الإيجابية للشفقة بالذات وفقاً لنموذج (Neff, 2003b) مع تعديل البعد الأول من اللطف بالذات إلى اللطف واعتبار هذا اللطف موجهاً نحو الذات والآخر، والبعد الرابع الذي أضافته نيف وبوميير وتوث كيرالي (Neff, Pommier, & Tóth-Király, 2020) هو بعد اللامبالاة وهو البعد الذي يجمع الجوانب الفرعية السلبية للشفقة بالذات، ويمكن توضيح الأبعاد الأربعة في نموذج نيف وبوميير وتوث كيرالي (Neff, Pommier, & Tóth-Király, 2020) كما يلي:

1- اللطف: وهو عبارة عن إظهار اللطف اتجاه الفرد ذاته واتجاه الآخرين، وذلك من خلال اللطف بهم عندما يتعرضون لمواقف عصبية، كذلك شعوره بالحزن تجاه الأشخاص غير السعداء ومواساتهم والتخفيف عنهم.

2- اليقظة: يشير إلى الوعي المتوازن للفرد الذي يكون من خلال الموازنة بين شعوره بآلام الآخرين دون الغرق في آلامهم، وتبني وجهة نظر متزنة تجاه مشكلاتهم.

3- الإنسانية المشتركة: تشير إلى فهم ووعي الفرد بأن جميع الخبرات الانفعالية السعيدة والمؤلمة، هي خبرات انفعالية يعيشها كل البشر، وأنهم جميعاً لديهم نقاط ضعف، وأن المعاناة جزء من الخبرات الإنسانية المشتركة.

4- اللامبالاة: تشير إلى عدم اهتمام الفرد بمشكلات الآخرين، بحيث يبتعد عن الأشخاص الذين يعانون من الآلام، كذلك عدم رغبته في التواصل مع الأشخاص عندما يمرون بمواقف المعاناة.

مما سبق يتبين أن مفهوم الشفقة بالذات قد حظي باهتمام الباحثين الأجانب، نظراً لأهميته في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي، والحفاظ على تماسك الشخصية وبناءها عند مواجهة الخبرات المؤلمة، وارتباطه بكثير من مخرجات الصحة النفسية للفرد، وأن هذا المفهوم متعدد الأبعاد يساعد الفرد علي تبني اتجاهات إيجابية نحو ذاته في مواقف الفشل والضغط التي يتعرض لها.

النظريات المفسرة لمفهوم الشفقة بالذات

للتعرف على مفهوم الشفقة بالذات وفهمه بطريقة علمية أفضل، تطرح الباحثة مجموعة من النظريات التي تناولت المفهوم بالتفسير على أسس علمية ومنهجية صحيحة، ومن أهم هذه النظريات:

أولاً: نظرية التحليل النفسي

تعد مدرسة التحليل النفسي الشفقة بالذات حالة من حالات التمرکز حول الذات، يستغرق الشخص فيها بشكل مفرط عالمه الداخلي، ويعد نفسه وآراءه أو شؤونه الهدف الأكثر من بين الأهداف الأخرى جميعها، ولذلك فإن المعلومات المرتبطة بالذات ينظر إليها الشخص على أنها الأكثر أهمية في تشكيل أحكامه مقارنة بالأفكار التي يطرحها الآخرون عنه أو المعلومات المرتبطة بالآخرين (Wind Chill et al., 2003).

ويؤكد ستوبر (Stober, 2003) أن الشفقة بالذات هي حالة عقلية يمر بها الفرد نتيجة لتعرضه للمواقف المكروهة والبغيضة التي تجعله غير راضٍ عن تلك المواقف، ولا يمتلك الثقة ولا القدرة على التعامل معها، وتجله يؤمن بأنه ضحية لتلك المواقف والأحداث؛ لذلك فإنه يستحق المواساة والشفقة، وعلى الرغم من أن مدرسة التحليل النفسي عدت الشفقة بالذات من الانفعالات السلبية الناتجة عن حالة التقمص الانفعالي الذي لا يساعد فعلاً في التعامل الفعال مع الموقف البغيض، إلا أنه قد يكون ذا فائدة في التعامل مع الفشل في بعض السياقات الاجتماعية، لذا فهو حالة سوية صحيحة في بعض المواقف، إذ أنه يؤدي إما إلى تقبل الموقف على ما هو عليه، أو حدوث التغيرات التي يفرضها الموقف؛ لذلك تعد الشفقة بالذات في منظور التحليل النفسي حالة من حالات مؤازرة الذات التي يستخدمها الشخص في بعض الظروف لتجنب وقوع

الذات صريعة الاكتئاب، فضلاً عن أنها استراتيجية تعامل مع الضغوط عن طريق توجيه انتباه الشخص إلى ذاته إن كان سلبياً.

ثانياً: النظرية السلوكية

يركز أنصار نظريات التعليم على سؤال مهم يتعلق بتأثير البيئات التي يتعرض لها الفرد في تشكيل سمات الشخصية وخصائصها، ومدى تعزيزها وتقويتها لهذه الخصائص، ومنها سمة الشفقة بالذات، فعلى سبيل المثال تؤكد وجهة النظر السلوكية على أن حياة الطفل تتأثر في وقت مبكر بنمط التربية والبيئة التي ينشأ فيها، وما تحتويه من خبرات مختلفة تصب في اتجاه تعزيز هذه السمات والخصائص وتطورها من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد (العزاوي، 2014).

وقد أكد براون (Brown, 1999) أن قدرة الفرد وانتباهه إلى حالته الانفعالية الداخلية ترتبط ارتباطاً مباشراً بعملية الشفقة التي يتلقاها الطفل من القائمين على تربيته في وقت مبكر من حياته، ما يعني أن الأفراد الذين يتعرضون إلى خبرات الدفء العاطفي والعلاقات الودية الداعمة من والديهم في أثناء طفولتهم المبكرة يدركون والديهم على أنهم أكثر تفهماً وعطفاً، ما يؤدي بهم إلى أن يكونوا أكثر شفقة بذواتهم في المراحل اللاحقة في حياتهم، بخلاف أولئك الذين يدرك آباؤهم أنهم باردون انفعالياً، أو على درجة عالية من النقد، أو أنهم سيئون في تعاملهم معهم، أو على نحو ما عليه الحال عند الأطفال الذين يتعرضون إلى الإساءة الجسدية والجنسية والنفسية في مراحل طفولتهم المبكرة، ما يؤدي إلى أن يكونوا أقل شفقة بذواتهم.

وتأكيداً لوجهة النظر السلوكية فقد تركزت وجهات النظر التي انتهجت هذا المنظور على سؤال مهم يتعلق بوجود فروق في الشفقة بالذات اعتماداً على بعض المتغيرات بين الأفراد أو عدم وجود هذه الفروق كمتغير (العمر، الجنس، النظافة)، فالبيئات التي يترى فيها الأبناء تربية جيدة

غالباً ما تأخذ بالاعتبار الإحساس المتبادل بالذات بين أعضائها، والتشجيع على الشفقة ولا سيما لدى الإناث (العزاوي، 2014).

ثالثاً: النظرية الإنسانية

يستخدم مفهوم الشفقة بالذات في أعمال العديد من علماء المدرسة الإنسانية أمثال ماسلو (Maslow, 1954)، وروجرز (Rogers, 1961)، ونيف (Neff, 2003b).

يرى ماسلو (Maslow, 1954) في اتجاه علم نفس الوجودى أن هناك ضرورة لمساعدة الأفراد على قبول الذات واعترافهم بالألم والفشل كشرط ضرورى لنموهم، وأضاف أن السبب الرئيس لكثير من الأمراض النفسية هو الخوف من معرفة الفرد لنفسه وعواطفه، واندفاعاته، وذكرياته وقدراته، وإمكاناته، كخوف دفاعى لحماية تقدير ذات. وأكد ماسلو (Maslow) على أهمية تحويل علاقتنا بأنفسنا من خلال الوعي الداخلي المتأصل، فإذا كنا نستطيع أن ندرك بوعي يقظ لحظات الانكسار والفشل بأنها جزء من التجربة الإنسانية المشتركة، حينذاك تصبح هذه اللحظة لحظة من التأزر وليس من العزلة، فعندما تؤخر تجاربنا المؤلمة والمزعجة ضمن مجموع كبير قد مروا بتلك الصعوبات نفسها، فإن حدة الألم ستضعف وتلين بالرغم من وجوده؛ إلا أنه لن يترافق مع مشاعر الانفعال والعزلة (شوكة، 2015).

إن الشفقة بالذات من وجهة نظر روجرز (Rogers, 1961) هي الاعتبار الإيجابي غير المشروط تجاه الذات، أي أن المرء يصدر قرارات أو تقييمات إيجابية دون قيد أو شرط للذات؛ لذلك شعر روجرز أن الموقف اللطيف تجاه الذات هدفه العلاج المتمركز حول الفرد، مما يسمح للفرد بأن يصبح أكثر وعياً للذات، وأكثر تقبلاً للذات، وأكثر تعبيراً عن النفس، وأقل دفاعية،

وأكثر انفتاحاً للتغيير والنمو والتحرك، وأن الهدف من العلاج هو مساعدة الأفراد على نمو التعاطف الداخلي كاتجاه أساسي من الفضول والشفقة تجاه استجابات المرء لتجاربه.

رابعاً: النظرية السلوكية المعرفية

يرى إليس (Ellis, 1973) أن الشفقة بالذات توفر للفرد قبول الذات غير المشروط، ويعتقد أن مفتاح الصحة النفسية ينشأ من نمو اتجاه متسامح للقصور لدى الفرد، وإذا كان علم النفس الإنساني قد تعرض للانتقاد بسبب التأكيد المفرط على الحاجة إلى الاستقلالية والحكم الذاتي، وتحقيق الذات، واهماله للعلاقات الاجتماعية والمجتمع والمسؤولية، فإن مفهوم الشفقة بالذات الذي يقوم على قبول الذات والشعور بالإنسانية المشتركة، لا تفصل الفرد عن الآخرين، وبالتالي فهي تتفق مع علم النفس الإنساني لقبول الذات دون الأفراد أو التركيز على الذات، كما تعزز الإحساس بالارتباط الاجتماعي، وبالتالي تشجيع المسؤولية وتحسين الصحة.

وأشارت إيمي (Amy, 2017) إلى أن المكون المعرفي يعبر عن إدراك الفرد للموقف أو المشكلة أو الخبرة المؤلمة التي يمر بها، وتحليله عن أي أفكار لاعقلانية قد تؤثر سلباً على تفاعله معها، والمكون الوجداني: ويقصد به تعاطف الفرد مع ذاته ومع الآخرين في المواقف المؤلمة، والمكون النفسي: ويتمثل في رغبة الفرد في التخفيف من مشاعر الضغط والمعاناة التي قد يتعرض لها عند المرور بمشكلات وخبرات مؤلمة، المكون الإجرائي: ويقصد به استعداد الفرد لحل مشكلاته والاستجابة بصورة إيجابية للموقف المؤلمة.

خامساً: نظرية التعلم الاجتماعي

فسرت نظرية تنظيم الذات التي قدمها باندورا (Pandora) مفهوم الشفقة بالذات على أساس متغير الكفاءة، وخطط تنظيم الذات، إذ إن لكل واحدة هنا قواعد واستجابات معينة خاصة بأدائها، وفي غياب المحددات الخارجية أو ما يراقب سلوكنا، فإننا نحقق أهداف الأداء ونضعها لأنفسنا، وعندما نخفق في تحقيقها، فإننا نقوم بنقد ذاتنا على أساس عدم القدرة على الوصول إلى مستوى هذه المعايير، أما إذا وصلنا إلى مستوى هذه المعايير، فإن تكريمنا يكون ذاتياً، من خلال الرضا عن الذات والافتتاع بأنفسنا، وعلى أساس هذه النظرية، فإن عملية تنظيم الذات هي المحدد الأساسي لعملية الشفقة بالذات، فعند الإخفاق في تحقيق المعايير الصعبة أو صعوبة المنال، قد يلجأ الشخص إلى إعادة تنظيم ذاته من خلال عملية الشفقة بها، واستبعاد المعايير السابقة، وتحديد معايير جديدة للأداء، تتمكن الذات من تحقيقها والوصول إليها، وبذلك نحقق الرضا على ذاتنا والافتتاع بها، كما هو الحال حينما يفشل الشخص في دراسة الطب ثم يتجه إلى دراسة الهندسة (نعمة، 2012).

يتضح مما تقدم من طرح للنظريات التي فسرت متغير الشفقة بالذات في أن مدرسة التحليل النفسي فسرت مفهوم الشفقة بالذات بأنها حالة شعورية من الاستغراق المنظم للذات والتمركز حولها، تجعل الفرد قادراً على مواجهة المواقف الضاغطة ومواقف الفشل، وتذليلها والتعايش معها. بينما عدت المدرسة السلوكية الشفقة بالذات من عمليات التعلم التي قدمت نتائج نفسية إيجابية للشخص؛ بل تحسين أسلوب تعامل الذات مع الشدائد النفسية. في حين عدت المدرسة الإنسانية أن الشفقة بالذات تعتمد على مشاعر تقبل الذات والإحساس بالصفات الإنسانية المشتركة، بشكل يتسق مع القيم التي طرحتها المدرسة الإنسانية لتقبل الذات، من دون التركيز

المفرط على الذات كحالة فردية، وإنما هي حالة إنسانية. أما المنظور المعرفي، فركز في تفسير الشفقة بالذات على عملية تقييم الكائن الحي، وتحديدًا الخبرة أو الموقف الصعب، وتحديد الآليات المناسبة لتحويل الحالة السلبية إلى حالة إيجابية تتسجم مع مكونات الذات وتتفق معها، بالشكل الذي يعيد تنظيمها وترتيبها.

ثانياً: الصحة النفسية

ليس من السهولة بمكان وضع تعريف محدد للصحة النفسية لأن ذلك يتطلب تحديد ماهية النفس، فالصحة النفسية تكوين فرضي يمكن التعرف عليه من خلال الظواهر الإنسانية التي تخص سلوك الإنسان وشخصيته، ولقد تعددت وتوعدت تعريفات العلماء والباحثين للصحة النفسية، فما من نظرية أو مذهب أو مدرسة في علم النفس إلا وافترض تعريف للصحة النفسية ويمكن إجمال التعريفات المقترحة للصحة النفسية في فئتين رئيسيتين هما: فئة التعريفات السلبية وفئة التعريفات الإيجابية (زهران، 2005).

فالصحة النفسية السوية هي حالة من التكيف الجيد والتوافق الكامل والانتصار على الظروف والمواقف التي يعيشها الفرد في حياته اليومية، والصحة النفسية ليست منفردة وبعيدة عن الصحة الجسمية فلها مقوماتها التي تقوم عليها، فإذا تدنت استشعر الفرد ذلك، وقد يتجلى في اضطرابات نفسية وترجع هذه الأخيرة حسب وجه الضعف في الشخصية وبذلك ما يؤدي إلى ظهور المرض النفسي، لذا فالصحة النفسية تعتبر الركيزة الأساسية ومصدر سعادة الإنسان واستقراره في حياته (الحميدان، 2019).

يعرّف الجبوري والجبوري (2014) الصحة النفسية بأنها: الخلو من أعراض الأمراض النفسية؛ أي أن الفرد الذي يتمتع بصحة نفسية هو الخالي من أعراض المرض النفسي أو العقلي، بمعنى

آخر انتقاء حالة المرض عنده، أما إذا كانت حالة المرض موجودة فهذا يعني أن الصحة النفسية مصابة، ولكن لا تصبح الحالة النفسية شاذة إلا حين تبلغ درجة شديدة في انحرافها (عطية، 2014).

وعرّفتها منظمة الصحة العالمية (WHO, 2013) بأنها: حالة من العافية يستطيع فيها كل فرد إدراك إمكانياته الخاصة والتكيف مع حالات التوتر العادية، والعمل بشكل منتج ومفيد والإسهام في مجتمعه المحلي.

ويمكن النظر إلى الصحة النفسية على أنها: حالة دائمة من الشعور بالرضا والراحة النفسية والاجتماعية والجسدية والتكيف مع المجتمع، وهذا يشعره بالسعادة، ويصبح قادراً على الإنتاج والإسهام في خدمة نفسه ومجتمعه.

مؤشرات الصحة النفسية

يمكن اعتبار الصحة النفسية حالة من اللياقة النفسية والاجتماعية، وتتضمن الصحة النفسية عدداً من المؤشرات والتي لخصتها الحميدان (2019) في الآتي:

1. الشعور بالسعادة والراحة النفسية.
2. الخلو النسبي من مظاهر الاضطراب السلوكي كالقلق والاكتئاب ومشاعر الضيق.
3. الكفاءة في القيام في الادوار الاجتماعية المختلفة.
4. تقبل الذات والآخرين.
5. المقدرة على تكوين وبناء علاقات ملائمة مع الاخرين.
6. اتخاذ أهداف واقعية سعياً لتحقيق الذات.
7. الاستقلال المعرفي والوجداني.

أما الداهري (2006) فحدد مؤشرات الصحة النفسية في عدة نقاط أخرى ومنها:

1. الكفاءة العقلية.
2. التكامل بين العقل والعواطف والتحكم بالصراعات.
3. التحكم بالأفكار والتكامل بينها.
4. العواطف والمشاعر السليمة والايجابية.
5. المفهوم السليم للذات.
6. وعي الذات المناسب والعلاقة المناسبة مع الواقع

خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية عند مرضى السكري

أشار كيم وكو (Kim & Ko, 2018) أن هناك عدة خصائص تميز مرضى السكري المتمتعين بالصحة النفسية، وأهم هذه الخصائص ما يلي:

التوافق النفسي: وهو تلك العملية الديناميكية المستمرة التي تهدف تغيير سلوك الفرد ليحدث علاقة أكثر تكيف بينه وبين البيئة المحيطة، حيث إن الإصابة بمرض السكري يجعل المريض يغير نمط حياته على الصعيد السلوكي والغذائي، مما يجعله يشعر بدرجة من التوافق النفسي.

الشعور بالرضا عن الذات: بالرغم من المرض إلا أن مريض السكري يشعر بالسعادة لتغلبه على أعراض المرض، وممارسة حياته بشكل شبه طبيعي.

الشعور بالسعادة في العلاقة مع الآخرين: إن المرض لا يعيق بناء علاقات اجتماعية موسعة مع الآخرين واحترامهم وتقبلهم ووجود تسامح معهم والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية سوية وسليمة والانتماء للجماعة وتحمل المسؤولية والاندماج في المجتمع.

استغلال الذات والإمكانات: إن توافق المريض مع المرض يجعله يستغل قدراته بما هو ممكن ويجعله يعيش حياة شبه طبيعية ولا يشعر أنه إنسان مريض عاجز عن أداء المهام والمسؤوليات المتوقعة منه.

القدرة على مواجهة تحديات والتزامات الحياة: من خلال النظرة السليمة وتقبل الواقع والبصيرة والمرونة يكون الفرد قادر على مواجهة المطالب الحياتية والترحيب بالخبرات الجديدة وايضا المبادرة بمواجهة المشكلات التي تعترضه في ظل صعوبة وضيق الموارد.

معايير الحكم على الصحة النفسية

هناك اتجاهات مختلفة لوضع معايير الصحة النفسية لتحديد السواء واللاسواء فيها نتيجة تعدد النظريات النفسية، ومن هذه المعايير كما أوردها (الحميدان، 2019):

المعيار المثالي: يعتبر أن الشخصية المثالية هي السوية وأن اللاسوية هي التي تتحرف عن المثل العليا، لذلك فإن الحكم عليها هو بمدى الاقتراب أو البعد عن الكمال بالنسبة للفرد.

المعيار الذاتي: يتخذ الفرد فيه نفسه اطاراً مرجعياً من ذاته يرجع اليه في الحكم على السلوك السوي او الغير سوى.

المعيار الاجتماعي: يتم تحديد السواء واللاسواء بمدى الالتزام بالمعايير والقيم الاجتماعية والثقافية والدينية، وذلك بالتركيز على إعطاء الأولوية الأولى للأسس الاجتماعية، فعندما يخرج الفرد بسلوكه عن معايير المجتمع يكون غير مقبول.

المعيار الطبي: من خلال وجهة نظر المشتغلين في الطب النفسي، فإن اللاسوية تعود إلى صراعات نفسية لاشعورية، وأن السوية هي الخلو من الاضطرابات.

المعيار الإحصائي: يتم توزيع السوي واللا سوي من خلال الانحراف عن المتوسط؛ إذ تتركز معظم التشابهات بين الأفراد في منتصف هذا التوزيع، فالشخص السوي لا ينحرف كثيراً عن المتوسط أو الشائع.

ويمكن القول أن المعيار الذاتي والمعيار الطبي والمعيار الاجتماعي في مرض السكري هي الأقرب إلى الحكم على الصحة النفسية لمريض السكري، ولا ينفي هذا أن بقية المعايير لا تنطبق على ظروف السكري.

مناهج الصحة النفسية

هناك ثلاث مناهج أساسية متبعة في مجال الصحة النفسية وهي:

المنهج الإنمائي: هو طريقة بنائية تستخدم مع الأسوياء وصولاً بهم إلى أقصى درجة ممكنة من الصحة النفسية ويتحقق هذا الهدف من خلال: العمل على تنمية المهارات والامكانيات ورعايتها واستثمار جوانب الشخصية وتدعيمها، والدراسة العلمية الدقيقة لإمكانات الفرد وجوانب تفوقه، وتحقيق التنمية المناسبة للفرد وتوفير الظروف المناسبة للرقى بصحتهم النفسية وتوظيف إبداعاتهم (رابح، 2019).

المنهج الوقائي: يعنى الوقاية بوجه عام ومجموع الجهود المبذولة للتحكم في حدوث الاضطراب أو المرض والسيطرة عليه أو التقليل من ظاهرة غير مرغوبة كالمرض العقلي، الجنوح، الجريمة، إدمان العقاقير (بن شريف وعطية، 2016)

المنهج العلاجي: يتضمن علاج المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية حتى العودة الى حالة من السواء والتوافق والصحة النفسية، ويهتم هذا المنهج بنظريات المرض النفسي وأسبابه وتشخيصه، وطرق علاجه، وتوفير المعالجين والعيادات والمستشفيات النفسية (عطية، 2014).

النظريات المفسرة للصحة النفسية

نظرية التحليل النفسي (Freud, 1881):

يرى فرويد أن الإنسان السليم نفسياً هو الإنسان الذي يملك الأنا والتي تكون لديها القدرة الكاملة على التنظيم والانجاز، وتستطيع ممارسة تأثيرها على الهو بحيث لا يوجد هناك عداء بين الهو والأنا؛ بل إنهما ينتميان لبعضهما البعض ولا يمكن فصلهما في حالة الصحة النفسية، فيشكل الأنا الأجزاء الواقعية والعقلانية والقدرة على التوازن، في حين تتجمع الدوافع والغرائز اللاشعورية في الهو حيث تتنافر وتتمرد في حالة المرض النفسي وتندمج في حالة السواء النفسي، أيضاً الأنا الأعلى التي تمثل القيم الاخلاقية العليا للفرد تكون في حالة غياب الصحة النفسية مثارة ومتهيجة من خلال تصورات أخلاقية جامدة ومرهقة، ويرى فرويد أن الإنسان السوي قادر على إشباع حاجاته الجنسية بدون مشاعر ذنب وخجل، وأيضاً مدى نجاح عملية التنشئة الإجتماعية يقاس من خلال الانجاز بالمعنى الاجتماعي ولا يقاس مقدار الصحة النفسية من خلال غياب الصراعات وعدم وجودها؛ بل تتجلى في قدرة الفرد على مواجهتها وحلها (ميلوددواجي وعجمي 2017).

النظرية السلوكية (Watson and Skinner, 1958):

يرى أصحاب هذه النظرية بأن التعلم هو المحور الرئيس في حياة الفرد، وأن السلوك المرضي يمكن اكتسابه كما يمكن التخلص منه، فالعملية الرئيسة هي عملية تعلم؛ إذ تتكون الارتباطات بين مثيرات واستجابات، ومن هنا فإن الصحة النفسية تعد نتاجاً لعملية التعلم والتنشئة واكتساب عادات مناسبة وفعّالة تساعد الفرد على التعاون مع الآخرين لمواجهة المواقف الحاسمة، وإذا اكتسب الفرد عادات تتناسب مع ثقافة مجتمعه النفسية هو محك إجتماعي ومن مؤيدي هذا

المنهج (سكندر) الذي يرى إن سوء الصحة النفسية يعود إلى خلل في التعلم الشرطي (Yela, et al., 2020).

نظرية الذات (الإنسانية) لكارل روجرز (Rogers, 1949):

يرى صاحب نظرية الذات روجرز (Rogers) أن كل فرد قادر على إدراك ذاته وتكوين مفهوم أو فكرة عنها، وينمو مفهوم الذات نتيجة التفاعل الاجتماعي جنباً إلى جنب مع الدافع الداخلي لتحقيق الذات، فالشخص المتمتع بالصحة النفسية هو الشخص القادر على تكوين مفهوم إيجابي عن نفسه، وهو الشخص الذي يتفق سلوكه مع المعايير الاجتماعية ومع مفهومه عن ذاته، كما يمثل تحقيق الصحة النفسية في تحقيق الفرد لإنسانيته تحقيقاً كاملاً، وأن هناك ارتباطاً وثيقاً بين مفهوم تقبل الذات وتحقيقها وبين الصحة النفسية، وأن الإنسان كائن عقلائي اجتماعي تعاوني، ويمكن الوثوق به، وأن الأفراد لديهم إمكانية أن يتعايشوا وأن يدركوا عن وعي العوامل التي تسهم في عدم توافقهم وعدم تمتعهم بالصحة النفسية (ميلودودواجي وعجيمي 2017).

النظرية المعرفية لوليام هيرست (William Hearst)

يرى وليام هيرست (William Hearst) أنه يجب على السلوكيين دراسة العمليات العقلية مثل: التفكير والإدراك، الذاكرة والانتباه، اللغة، وحل المشكلات، كما أكد على تطبيق العمليات العقلية مع الحياة اليومية، وتنمية الشعور، واستعمال الطرق الموضوعية لتأكيد مثل هذا الشعور، وتبين النظرية المعرفية أن قدرة الفرد على فهم وإدراك الخبرات بطريقة منطقية تعزز الصحة النفسية لديه، وتعطيه الأمل، ويصبح لدى الفرد القدرة على استخدام المهارات المعرفية المناسبة لمواجهة

الأزمات، وحل المشكلات؛ لذا فإن الشخص الذي يتمتع بالصحة النفسية هو شخص قادر على استخدام استراتيجيات معرفية مناسبة تخلصه من الضغوط النفسية وتزيد شعوره بالأمل (كتفي، 2017).

وترى الباحثة أن التفسيرات العلمية للصحة النفسية تتباين في تفسير مفهوم الصحة والشخص المتمتع بالصحة النفسية والمؤشرات الدالة على ذلك، ولكن هذا الاختلاف لا يضر في فهم الصحة النفسية بل ساهم في نشأة العديد من التعريفات والمفاهيم، الأمر الذي ساهم بدوره على إدراك جميع الجوانب المختلفة لهذا المفهوم.

ثالثاً: مرض السكري

مرض السكر معروف منذ القدم حيث لاحظ الطبيب الإغريقي أريتائوس (Aretaeus) في أوائل عام (200) قبل الميلاد أن بعض المرضى تظهر عليهم أعراض كثرة التبول والعطش الشديد، وقد سمي هذه الظاهرة "البوال" أو "الديابيتس Diabetes" وهي كلمة لاتينية تعني الذهاب إلى كرسي الحمام أو كثرة التبول، وفي عام (675م) أضاف العالم توماس ويليس (Thomas Willis) كلمة "ملييتوس Mellitus" وتعني باللاتينية "الحلو كالعسل" بعد ملاحظة أن دم وبول مرضى السكر له مذاق حلو، فأصبحت تسمية هذا المرض "ديابيتس ملييتوس" أو مرض السكر (زعطوط، 2010).

التفسير العلمي لمرض السكري

مرض السكر يعرف بأنه اختلال في عملية أيض السكر الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر (الجلوكوز) في الدم بصوره غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية، أو

عضوية، أو بسبب الإفراط في تناول السكريات، أو بسبب عوامل وراثية، ويحدث نتيجة وجود خلل في إفراز الأنسولين من البنكرياس، فقد تكون كمية الأنسولين التي يتم إفرازها أقل من المطلوب أو يكون هناك توقف تام عن إنتاجه، ويطلق على هذه الحالة "قصور الأنسولين، أو أن الكمية المفترزة كبيرة في بعض الحالات كالأفراد المصابين بالسمنة ولكن هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعوق وظيفة الأنسولين، ويطلق على هذه الحالة "مقاومة الأنسولين"، وفي كلتا الحالتين يكون الجلوكوز غير قادر على دخول الخلايا؛ مما يؤدي إلى تراكمه في الدم وإمكانية ظهوره في البول، وبمرور الوقت ومع ازدياد تراكم السكر في الدم بدلاً من دخوله خلايا الجسم، قد يؤدي إلى مضاعفات مزمنة على بعض أجزاء الجسم كالأوعية الدموية الدقيقة في شبكية العين، وحوصلات الكلى، وتلك التي تغذي الأعصاب (عيسى، 2015).

وعرفته منظمة الصحة العالمية (WHO, 1999: 2) بأنه: "مرض مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج الأنسولين بكمية كافية، أو عندما يعجز الجسم عن الاستخدام الفعال للأنسولين الذي ينتجه، ويُعد فرط سكر الدم أو ارتفاع مستوى السكر في الدم من الآثار الشائعة التي تحدث جزاءً عدم السيطرة على داء السكري، ويؤدي مع الوقت إلى حدوث أضرار وخيمة في العديد من أجهزة الجسم، ولاسيما الأعصاب والأوعية الدموية".

أنواع مرض السكري

مرض السكري نوعان كما أشار (مجدلي، وعبد الفتاح، وزريقات، 2017):

مرض السكري (النوع الأول): هو داء سكر الصغار؛ لأنه يصيب صغار السن بنسبة أكبر، ويظهر هذا النوع نتيجة قيام جهاز المناعة بتدمير خلايا بيتا الموجودة في البنكرياس، والتي تقوم

إفراز هرمون الأنسولين، وبمعنى آخر فإن هناك نقصاً مطلقاً في إفراز الأنسولين، وتصل نسبة المصابين بهذا النوع ما بين (5-10%) من مرضى السكري.

مرض السكري (النوع الثاني): ويقصد به مرضى السكري الذين لا يعتمدون على الأنسولين في علاجهم ويسمى كذلك "سكر الكبار" لأنه عادة ما يبدأ بعد سن الأربعين، في هذا النوع يفرز البنكرياس كمية من الأنسولين ولكنها تكون غير كافية، أو أن هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعوق وظيفة الأنسولين بسبب نقص مستقبلات الأنسولين، أو لوجود أجسام مضادة لهذه المستقبلات تمنع الأنسولين وتنافسها على الوصول إليها، مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر في الدم.

وهناك نوعان آخران من مرض السكري هما:

السكري من النوع الثالث: اكتشف هذا النوع في عام (2005) في كلية الطب بجامعة براون، وهذا النوع مختلف تماماً عن النوعين الأول والثاني، حيث أنه لا يؤثر على نسبة السكر في الدم، ولكنه يرتبط بالأنسولين، والأنسولين في هذا النوع لا يأتي من البنكرياس، حيث ساد الاعتقاد بأن خلايا المخ لا تتطلب الأنسولين، ولكنها تصنعه بنفسها، وهذا يعني أن خلايا الدماغ تنتج الأنسولين بكميات ضئيلة لكنها كافية لاستقلاب وظائف المخ الطبيعية، وهذا يعني أن خلايا الدماغ لها حساسيتها الخاصة ومقاومتها للأنسولين، وعندما تتفجر الأمور مع الأنسولين في الدماغ، فإن الدماغ يعاني من سوء التمثيل الغذائي للطاقة، وقد وجد ارتباطاً بين مرض السكري النوع الثالث ومرض الزهايمر (Franklin et al., 2008).

السكري من النوع الرابع: ويعرف باسم سكري الحمل، ويتم تشخيصه أثناء الحمل، ويختفي بعد الولادة مباشرة (Alyce et al., 2005).

أسباب مرض السكري (النوع الأول):

أشار مزاهرة (2009) إلى أسباب عدة لمرض السكري (النوع الأول) منها:

العوامل الوراثية: إن الإصابة بمرض السكري المعتمد على الأنسولين تكون نتيجة لعوامل وراثية.

العدوى الفيروسية: قد يصاب الشخص بالسكري المعتمد على الأنسولين نتيجة العدوى لبعض الفيروسات: مثل فيروس الغدة النكفية، فيروس الحصبة الألمانية، أو الفيروسات الكبدية، أو فيروسات الغدد الليمفاوية، التي تحدث تهدماً لخلايا بيتا في البنكرياس، وتكون الأجسام المضادة.

تناول الأغذية المحتوية على بعض المواد الكيميائية: فقد تبين أن بعض الأغذية تحتوي على مواد كيميائية تسبب تهدماً لخلايا بيتا في البنكرياس مثل: ستربتوزتكين والنيتروز التي توجد في اللحوم والأسماك والمدخنات والمالحة كالفسيح والسادين والروزييف واللانثون والكورنيديف.

أسباب مرض السكري غير المعتمد على الأنسولين (النوع الثاني)

والذي هو نوع من مرض السكري البولي الذي لا يحدث بسبب نقص الأنسولين ولكن بسبب عدم فعالية الأنسولين في تحريك الجلوكوز إلى داخل الخلايا، أي أن خلايا الجسم فقدت الإحساس بهرمون الأنسولين (غريب، 2014).

أعراض مرض السكر

إن العلامات التي تدعو إلى الشك في وجود مرض السكر هي: الإكثار من شرب الماء، وخاصة المثلج، وزيادة عدد مرات وكميات التبول، أو أن مرض السكر يكتشف بالصدفة

عند عمل التحاليل الدورية، أو أن اكتشاف المرض يكون في بعض حالات الإصابة بجلطة الشريان التاجي (جلطة القلب) و(جلطة الدماغ)، وقد يكتشف مرض السكر عند إصابة الشخص بالجمرة وخاصة في الرقبة، ومن أعراض مرض السكر أن يشكو المريض من النقص في وزن الجسم دون سبب واضح وفي بعض الحالات يعاني المريض هزالاً وآلاماً في الجسم ككل وعدم القدرة على احتمال المجهود العضلي وكذلك قد تكون الغيبوبة السكرية هي أول مؤشر لوجود مرض السكر وخاصة عند صغار السن (مزهرة، 2009).

تعد الاضطرابات النفسجسمية أكثر انتشاراً في الربع الثاني من القرن العشرين، وهي أمراض تصيب بعض أجهزة الجسم المختلفة أو وظائفها، ولا تستجيب لأشكال العلاج الطبي المعروفة، وتعجز الأدوية عن تخفيف حدتها، وهي تنشأ من أسباب وعوامل نفسية واجتماعية، ونتيجة خبرات الحياة من قلق وتوتر ومخاوف ولا يتم التعبير عنها مباشرة، وحين يتم كبت المشاعر المصاحبة للقلق وتصبح لا شعورية ويترتب عليها ضغوط انفعالية قد لا يقوى عليها، مما يؤثر سلباً على وظائف الجهاز العصبي الذي تحملها الفرد (بن سكيرفة وبن زاهي، 2014).

العوامل التي تؤثر على مستوى السكر في الدم

يتغير مقدار السكر الموجود في الدم على الدوام، لهذا السبب، تؤثر العديد من العوامل في كيفية تأييض الطعام في الجسم إلى سكر، وكيفية استعماله لهذا السكر، وهي:

المراقبة الذاتية: تساعد على معرفة ما الذي يجعل مستوى السكر في الدم يرتفع ويهبط، بحيث يمكنك إجراء التعديلات في علاجك، ويمكن أن يساعدك أيضا على فهم سبب اختلاف مستوى السكر في دمك بين يوم وآخر وساعة وأخرى (غريب، 2014).

نوع التغذية: يؤدي الطعام إلى رفع مستوى السكر في دمك، فبعد مرور ساعة أو ساعتين على تناول وجبة الطعام، يكون مستوى السكر في دمك في أعلى مستوى له، ثم يبدأ بالهبوط، والواقع أن ما تأكله، ومقدار ما تأكله وفي أي وقت تأكل الطعام هي من العوامل التي تؤثر في مستوى سكر دمك (رضوان، الزغبى، وغريب، 2013).

وضع الكبد: يتم حفظ السكر في الكبد على شكل الغليكوجين، كما ينتج كبدك سكرًا جديدًا من مواد أخرى مثل البروتين والدهن، وحين يهبط مستوى السكر في دمك، يفكك كبدك الغليكوجين ويطلقه في دورتك الدموية، يحدث ذلك عادة عند مرور فترة على عدم تناولك الطعام والواقع أن هذه العملية المستمرة لحفظ السكر وإطلاقه تؤدي إلى تقلبات طبيعية في مستوى سكر دمك (بن سكيريفة وبن زاهي، 2014).

التمارين والأنشطة: تؤدي التمارين والنشاط الجسدي عادة إلى خفض مستوى السكر في الدم، وبمساعدة الأنسولين، تحفز التمارين نقل السكر من الدم إلى خلايا الجسم، حيث يستخدم السكر للطاقة، وكلما مارست المزيد من التمارين، ازداد استعمالك للسكر وازدادت سرعة نقله إلى الخلايا مما يخفض مقداره، بالتالي يخفض مقدار السكر في الدم، كما تخفض التمارين مقاومة الأنسولين، مما يجعل خلاياك أكثر تقبلاً للأنسولين ويمكن أن تخفض التمارين مستوى السكر في دمك لساعات عدة، وعلى نحو مفرط أحياناً (غريب، 2014).

الأدوية: يؤدي الأنسولين وأدوية داء السكر الفموية إلى خفض مستوى السكر في الدم، والواقع أن الوقت الذي تتناول خلاله الدواء ومقدار الدواء الذي تتناوله يؤثران في مقدار انخفاض مستوى سكر دمك، فإذا كانت أدويةك تخفض سكر الدم كثيراً، أو على نحو غير كاف، قد يحتاج طبيبك إلى إجراء تعديلات في جرعاتك (رضوان، الزغبى، وغريب، 2012).

المرض: إن الضغط الجسدي الناجم عن الزكام أو الانفلونزا أو مرض آخر، ولا سيما الالتهاب الجرثومي يدفع جسمك إلى إنتاج هرمونات تزيد مستوى السكر في دمك، كما أن المرض الكبير، مثل النوبة القلبية، يزيد أيضاً من مستوى السكر في دمك، فالسكر الإضافي يساعد على تحفز الشفاء لكن عند المصابين بداء السكر، يمكن أن يكون السكر الإضافي مشكلة حقيقية لذا، حين تكون مريضاً عليك مراقبة سكر دمك على نحو متواتر (بن سكيريفة وبن زاهي، 2014).

الكحول: للكحول تأثير خطير على متعاطيها حيث إنه تمنع الكبد من إطلاق السكر، وقد تزيد من خطر انخفاض مستوى السكر في الدم إلى حد كبير، وهي تعرض متناولها لنقص سكر الدم، خاصة إذا كانوا يتناولون الأنسولين أو أدوية داء السكر الفموية، وفي بعض الأحيان، قد تقضي الكحول إلى التأثير المعاكس، أي أنها ترفع مستوى السكر في الدم، وتعزى هذه الزيادة إلى العدد الكبير للوحدات الحرارية الموجودة في الكحول (كولازو، 2002).

الشفقة بالذات وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية

تتعدد المفاهيم المرتبطة بالذات في تراث البحث النفسي منها على سبيل المثال لا الحصر: تقدير الذات، احترام الذات، حب الذات، فاعلية الذات، إدراك الذات، توكيد الذات، إيذاء الذات، عقاب الذات، مراقبة الذات، إدارة الذات.

واستكمالاً لهذه المفاهيم ظهر مؤخراً مصطلح الشفقة بالذات (Self-Compassion) على بساط البحث العلمي، وفي الدراسات الأجنبية، التي بينت مدى ارتباط مفهوم الشفقة بالذات بالمفاهيم الأخرى، بالإيجاب تارةً، وبالتناقض تارةً أخرى، وسوف يتم استعراض أهم تلك المفاهيم المرتبطة بمفهوم الشفقة بالذات.

علاقة الشفقة بالذات بالصحة النفسية للفرد

أشارت نيف وسيح وديجثيرات (Neff, Hseih and Deejitthirat, 2005) أن الشفقة بالذات لها دور في تخفيف معاناة الفرد من الوحدة النفسية، حيث أنها تعزز الاتصال الاجتماعي، كما أن بعد الانسانية المشتركة بوصفه أحد أبعاد الشفقة بالذات يعني الدمج المتوازن بين الذات والآخرين، خاصة أن هذا البعد يمثل إدراك الصلة بين التجارب الشخصية وتجارب الآخرين، وأن المعاناة وعدم الكفاية الذاتية هي جزء من التجارب الانسانية، والتي بدورها تقي الفرد من التشوهات المعرفية بسبب هذه الاخفاقات والتي عادة ما تؤدي بشكل فعال للشعور بالعزلة الاجتماعية والنفسية.

كما أشار كل من برينز وشين (Breines & Chen, 2012) إلى أن الشفقة بالذات تحسن من طيب الحياة وتمتع الفرد بمستوى عالٍ من الصحة النفسية، وتخفف من مستوى الانفعالات السلبية، وتحسن من مستوى التفاؤل، وتقوي الروابط الاجتماعية، وتؤدي الى تقليص مستويات الاجترار وقمع الأفكار، ونقد الذات، وتؤدي الى الإقلاع، عن التدخين، وتحسن من مستوى اللياقة البدنية.

وأضاف وينر وآخرون (Werner et al., 2012) أن الشفقة تخفف من المشكلات النفسية المرتبطة بالصحة النفسية مثل: القلق والاكتئاب والكمالية العصابية، حيث أنها ترتبط مباشرة

وسلبياً بالاكتئاب والكمالية العصابية والنرجسية، إضافة الى ذلك تضعف الشفقة بالذات من قوة واتجاه العلاقة بين الوحدة النفسية والقلق الاجتماعي. ويرى علوان (2016) أن الشفقة بالذات تمكن الفرد من تبني استراتيجية توافقية غير تجنبية، مثل صياغة المشكلة بطريقة إيجابية، أو بتبني استراتيجيات حل المشكلات عند مواجهة الضغوط.

ويتضح مما سبق أن الشفقة بالذات ترتبط بالعديد من المفاهيم النفسية الأخرى مثل الرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي التي تقترب معها في المعنى، ولكن إذا دققنا النظر في الأرضية الفكرية والتحليلية لهذا المفهوم، نجدته مختلفاً نوعاً ما عن المفاهيم الأخرى، بالرغم من وجود حالة من التقارب بينهما، كما أن مفهوم الشفقة بالذات يعد اتجاهاً صحياً للتعامل مع الذات في المواقف الضاغطة، والخبرات الأليمة، فقد أظهر هذا المفهوم مؤشراً إيجابياً دالاً على تعزيز الصحة النفسية، والرضا عن الحياة، وخفض مستويات القلق والاكتئاب، والعصابية، والكمالية.

لذا يمكن القول أن الشفقة بالذات من المتغيرات النفسية الواقية التي تخفف من الآثار السلبية للضغوط الحياتية لمرضى السكري، وتمتعهم بدرجة عالية من الصحة النفسية تساعدهم على التكيف مع ظروف المرض، فضلاً عن ذلك فإن الشفقة بالذات يمكن أن تقلل من تأثير الاكتئاب، والقلق، والتوتر لدى مرضى السكري ويؤدي الى الاضطرابات النفسية كالوحدة النفسية، وتدني الرضا عن الحياة، والشعور بالعجز، وعدم الكفاءة الذاتية.

الدراسات السابقة

يتناول هذا الجزء عرضاً لمجموعة من الدراسات السابقة ذات العلاقة بالشفقة بالذات والصحة النفسية لدى مرضى السكري، وقد حاولت الباحثة التركيز على الدراسات الأقرب الى موضوع دراستها، وهي مرتبة وفق تسلسل زمني من الأحدث إلى الأقدم، وتم تقسيمها إلى ثلاثة محاور: المحور الأول يشتمل على الدراسات ذات الصلة بالشفقة بالذات لدى مرضى السكري، أما المحور الثاني فيشتمل على الدراسات ذات الصلة بالصحة النفسية لدى مرضى السكري.

أولاً: الدراسات المتعلقة بالشفقة بالذات لدى مرضى السكري

أجرت بوجز وآخرين (Boggiss et al., 2020) دراسة هدفت إلى فحص أثر تدخل مختصر للتعاطف مع الذات لدى المراهقين المصابين بداء السكري من النوع الأول على اضطراب الأكل، وكانت الدراسة عبارة عن تدخل مختصر للتعاطف مع الذات (مجموعة العلاج)، مقارنة بمجموعة مراقبة قائمة الانتظار، في 28 مراهقاً مصاباً بالنوع الأول من السكري. وتم إجراء الدراسة وفقاً لإرشادات المعايير الموحدة لتجارب الإبلاغ (CONSORT) وتم تسجيلها في سجل التجارب السريرية الأسترالي النيوزيلندي بنود البروتوكول القياسية: وتم الالتزام بتوصيات التجارب التدخلية (SPIRIT) في الإبلاغ عن البروتوكول، وكان المشاركون في الدراسة هم من المراهقين الذين يعانون من مرض السكري النوع الأول، تم اختيارهم من ثلاث عيادات لمرضى السكري من الأطفال والمراهقين في أوكالاند-نيوزيلندا، وكانت شروط تضمين المراهقين في الدراسة إذا استوفوا المعايير التالية: أن تتراوح أعمارهم بين (12-16) عاماً، وتم تشخيص إصابتهم بمرض السكري النوع الأول منذ أكثر من (6) أشهر في وقت إجراء التجربة و(3) منهم يظهرون حالات معتدلة إلى عالية من سلوك الأكل المضطرب، تم اختيار درجة الحسم المعتدلة

إلى المرتفعة لسلوك الأكل المضطرب لإتاحة مساحة أكبر لاكتشاف التغييرات، وأظهرت النتائج أن التدخل يعالج القلق المتزايد من اضطراب الأكل لدى المراهقين المصابين بمرض السكري النوع الأول، كما أشارت النتائج أن التعاطف مع الذات يحسن الصحة النفسية لدى المراهقين المصابين بمرض السكري النوع الأول، حيث يقلل من مشاعر العزلة لديهم، ويقلل الشعور بالتوتر والحزن.

وهدفت دراسة شيبوسكي وآخرين (Shebuski et al., 2020) التحقق من وجود علاقات إرتباطية بين الشفقة بالذات وكل من سمة المرونة والتعرض للصدمة والضائقة النفسية لدى طلبة المرحلة الجامعية، وتكونت عينة الدراسة من (296) طالباً من طلاب المرحلة الجامعية، منهم (140) من الذكور، و(155) من الإناث تتراوح أعمارهم من (18-53) سنة، استخدمت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي من خلال استخدام مقياس نيف (Neff, 2003a) لقياس الشفقة بالذات، ومقياس سمة المرونة لكونر ودافيدسون (Connor & Davidson, 2003)، ومقياس الضائقة النفسية (Lovibond & Lovibond, 1994)، وأظهرت النتائج وجود ارتباط موجب دال احصائياً بين الشفقة بالذات وسمة المرونة، وارتباط سالب دال احصائياً بين الشفقة والضائقة النفسية، وتشير النتائج إلى أن الشفقة بالذات قد يكون بمثابة عامل يخفف من تطور الضائقة النفسية بعد التعرض للصدمة وأهمية تنمية الشفقة بالذات لدى طلاب الجامعة.

كما هدفت دراسة يلا وآخرين (Yela et al., 2020) إلى فحص الدور الوسيط للشفقة بالذات والمعنى في الحياة في العلاقة بين الصحة النفسية وممارسة التأمل، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، وتكونت عينة الدراسة من (828) مشاركاً، واستخدم مقياس الشفقة

بالذات لنيف (Neff, 2003)، واستبيان المعنى فى الحياة (Steger et al., 2006)، ومقياس الصحة النفسية (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993)، وأظهرت النتائج أن الممارسة المنتظمة للتأمل الذهني تعزز الصحة النفسية الإيجابية، وأوضحت أن الشفقة بالذات متغير وسيط فى العلاقة بين التأمل والصحة النفسية.

وأجرى شاهين وآخرون (Shahin, et al., 2020) دراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية الشفقة بالذات والالتزام العلاجي المشترك مع العلاج السلوكي المعرفي في التسامح الشخصي لدى المريضات المصابات بمرض السكري من النوع الثاني، واستخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي، حيث أجريت الدراسة على ثلاث مجموعات (مجموعة تخضع للعلاج المركب، ومجموعة تخضع للسلوك المعرفي، ومجموعة تخضع للتحكم)، وتم اختيار عينة مكونة من (47) امرأة من النساء المصابات بمرض السكري، تم اختيارهن بطريقة عشوائية، وتم إخضاع أفراد المجموعات التجريبية لجلسات البرنامج الإرشادي، وتوصلت الدراسة إلى أن درجات المشاركين في المجموعة التجريبية في الاختبار البعدي تحسنت بشكل ملحوظ مقارنة بالمجموعة الضابطة في جميع مكونات التسامح الثلاثة، وكانت المجموعة التجريبية للنموذج العلاجي المركب أكثر فاعلية من مجموعة العلاج السلوكي المعرفي في عنصر التحكم في الاستياء والفهم الواقعي، كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية في درجات الشفقة بالذات لدى المريضات بمرض السكري من النوع الثاني تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح الدراسات العليا.

وهدفت دراسة كرد وبرزانجي (Kurd and Barzanji, 2019) التعرف إلى مراجعة مفهوم التعاطف الذاتي في الصحة النفسية، حيث استخدم الباحثان منهج البحث النوعي، فقاما بالبحث

في قواعد البيانات الدولية والفارسية، مثل: (MEDLINE و PsycINFO و Google Scholar ومكتبة Cochrane و SID و PubMed و ProQuest) عن الشفقة بالذات والصحة النفسية، تم مسح (54) مقالاً بدون حد زمني، باستخدام الكلمات المفتاحية "التعاطف الذاتي" و "الصحة النفسية". تم اختيار المقالات التي تحتوي على معايير التضمين ومراجعتها وتحليلها بشكل منفصل، لاستخراج البيانات، ثم تم استخلاص المقالات النهائية التي تم تضمينها في عملية الدراسة بناءً على قائمة مرجعية معدة مسبقاً. ومن بين (54) مقالاً، تم استبعاد (48) مقالة بسبب تجاهل العلاقة بين "التعاطف مع الذات" و "الصحة النفسية"، فضلاً عن عدم وجود أداة للتحكم في الصحة النفسية والتكرار. أخيراً، تم تضمين 6 مقالات بالسّمات المذكورة في الدراسة، أظهرت معظم الدراسات التي تمت مراجعتها وتحليلها أن التعاطف مع الذات يزيد من الصحة النفسية ويعزز الرفاهية، كما بينت الدراسة أن التعاطف الذاتي يشمل اللطف الذاتي، والعلاقات الاجتماعية، واليقظة، وهو فعال في تعزيز الصحة النفسية.

وسعت دراسة كرامي وآخرين (Karami et al., 2019) التعرف إلى فاعلية التدريب الجماعي على التعاطف الذاتي في رفع الأمل لدى مرضى السكري، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي، وتألّف مجتمع الدراسة من مرضى السكري الذين زاروا مركز السكري في كرمانشاه في عام (2017)، تم اختيار (32) مريضاً بالسكري عن طريق أخذ العينات الملائمة بناءً على معايير التضمين والاستبعاد، (معايير التضمين: الفئة العمرية من 33 إلى 52 عاماً، على الأقل أن يكون الشخص المختار مريضاً بالسكري من النوع الثاني عاماً على الأقل، وأن يحصل على (96) درجة في مقياس ميلر هوب، وأن يكون لديه درجات عالية من النقد والعزلة وتحديد إسقاطي من اللطف الذاتي، والإنسانية المشتركة، واليقظة على مقياس نيف للتعاطف مع الذات،

كما يجب أن يكون تعليمه ابتدائي على الأقل، وأن الذين يوافقوا على المشاركة في هذه الدراسة، لا يتلقوا المشورة الفردية من خارج جلسات العلاج. معيار الاستبعاد: أن يكون لديك معايير تشخيص للاضطرابات النفسية المعروفة بناءً على المقابلات السريرية والأمراض الجسدية المتزامنة التي قد تؤثر في نتائج الدراسة. من بين (32) مريضاً بالسكري تم أخذ (20) مريضاً بشكل عشوائي، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين، تجريبية (ن = 10) ومجموعة ضابطة (ن = 10)، وأظهرت نتائج الدراسة إلى أن تدريب التعاطف مع الذات زاد الأمل بشكل كبير لدى مرضى السكري من النوع الثاني، حيث إن التدريب على التعاطف مع الذات يزيد الأمل لدى المرضى من خلال تقليل مشاكلهم الجسدية والنفسية.

كما هدفت دراسة شين وليم (Shin & Lim, 2019) التعرف إلى طبيعة العلاقات بين مكونات الشفقة بالذات وثلاثة أبعاد للصحة النفسية الإيجابية هي: الرفاهة النفسية، الانفعالية والاجتماعية. وتكونت عينة الدراسة من (689) طالباً من طلاب الجامعات الكورية، واستخدم مقياس الشفقة بالذات لنيف (Neff, 2003)، واستبيان قائم على نموذج متصل للصحة النفسية (Kayes, 2019)، واستخدم المنهج الوصفي الارتباطي في هذه الدراسة، وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مكونات الشفقة بالذات والصحة النفسية، وأن مكون اللطف بالذات مؤشر رئيسي للتنبؤ بالصحة النفسية الإيجابية لدى الطلاب وأن الشفقة بالذات تساهم في تحسين الصحة النفسية الإيجابية.

وأجرى كيم وكو (Kim & Ko, 2018) دراسة هدفت إلى فحص الارتباط بين الشفقة بالذات وكل من الصحة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى كبار السن، واستخدم الباحثان المنهج الوصفي الارتباطي من خلال تطبيق مقياس الشفقة بالذات لنيف (Neff,

(2003)، ومقياس الصحة النفسية، على أفراد عينة الدراسة، حيث تكونت العينة من (203) من كبار السن والراشدين، وأظهرت نتائج الدراسة أن الشفقة بالذات تحمي من اضطرابات النوم مع تعزيز الصحة النفسية والرضا عن حياة والرعاية الذاتية والنشاطات المعتادة، ولهذا، فإن التدخلات الخاصة بالشفقة بالذات قد تفيد الراشدين في تعزيز الصحة النفسية وجودة الحياة لديهم.

وقام سوندراجو وآخرين (Sundarragu et. al., 2018) بدراسة هدفت إلى فحص طبيعة العلاقة بين الأمل والتفاؤل والشفقة بالذات والرفاهية النفسية بين الشباب، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، حيث تكونت عينة الدراسة من (150) شاباً منهم (40) من الذكور و(110) من الإناث، وتراوح أعمارهم من (21-24) سنة، واستخدم مقياس الأمل للراشدين من سيندر وآخرون (Synder et al., 1991)، ومقياس الشفقة بالذات لنيف (Neff, 2003)، واختبار التوجه الحياتي، ومقياس الرفاهة النفسية لرايف (Ryff, 1995)، وأظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين الشفقة بالذات وكلا من الأمل والتفاؤل والرفاهة النفسية، وبالتالي ارتباط الشفقة بالذات بالصحة النفسية للشباب.

وهدفت دراسة فينتورا وآخرين (Ventura et al., 2018) إلى تحديد العلاقة بين التعاطف الذاتي والسلوكيات الصحية المرتبطة بالسكري والنتائج السريرية ونتائج الصحة العاطفية، وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (1907) من البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين (18-75) سنة المصابين بداء السكري من النوع الأول أو النوع الثاني، وجميعهم شاركوا في الدراسة الثانية الذين شاركوا في الدراسة الثانية مايلز (2) (Miles-2) لمرض السكري التي أجريت في أستراليا، وأظهرت النتائج العاطفية هي: أعراض الاكتئاب (PHQ-8)، وأعراض القلق (GAD-7) وضيق

السكري (PAID)، وتم قياس التعاطف الذاتي باستخدام مقياس التراحم الذاتي المختصر (SCS-SF) لريز وآخرين (Raes et al., 2011)، وأظهرت النتائج أن مستوى التعاطف مع الذات جاء متوسطاً، كما أظهرت النتائج أن وجود علاقة عكسية سالبة بين التعاطف مع الذات وبين ضيق السكري وأعراض الاكتئاب، وتشير النتائج أيضاً إلى أن التعاطف مع الذات يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالنتائج السلوكية والسريرية والعاطفية المثلى لدى البالغين المصابين بداء السكري.

وقام ودروف وآخرين (Woodruff et al., 2014) بدراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين الصحة النفسية وكل من الشفقة بالذات واليقظة العقلية والتصلب النفسي (دراسة تنبؤية)، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي التنبؤي، وتكونت عينة الدراسة من (147) طالب جامعي تتراوح أعمارهم من (17 إلى 23) عاماً، واستخدم استبيان اليقظة العقلية ذو الأوجه الخمسة (Baer et al., 2006) ومقياس الشفقة بالذات (Neff, 2003)، واستبيان القبول والعمل، وقائمة بيك للقلق اعداد (Beck et al., 1988)، وقائمة بيك للاكتئاب (Beck, 1972)، وقياس الأداء النفسي الإيجابي من خلال مقياس الرضا عن الحياة (Diener et al., 1985)، وأظهرت النتائج أنه يمكن التنبؤ بالصحة النفسية من خلال اليقظة العقلية والشفقة بالذات لدى الشباب الجامعي.

ثانياً: الدراسات المتعلقة بالصحة النفسية لدى مرضى السكري

هدفت دراسة أليسي وآخرون (Alessi, et al., 2021) التعرف إلى مدى انتشار اضطرابات الصحة النفسية في زمن كوفيد-19 (COVID-19) لدى مجموعة من مرضى السكري من النوع الأول والنوع الثاني أثناء فترة التباعد الاجتماعي، واستخدمت هذه الدراسة منهج الدراسة المقطعية، التي تم تطويرها لتقييم تأثير التباعد الاجتماعي على مجموعة من البالغين المصابين

بمرض السكري النوع الأول وعددهم (52) ومرض السكري من النوع الثاني وعددهم (68) في البرازيل. وتوصلت الدراسة إلى انتشار للاضطرابات النفسية البسيطة، التي تم تقييمها من خلال المسح (SRQ-20). كما توصلت الدراسة إلى انتشار الاضطرابات العاطفية المرتبطة بالسكري واضطرابات الأكل والنوم، وأظهرت النتائج أن (93%) من مرضى السكري لديهم معاناة نفسية. وأن (43%) من مرضى السكري لديهم ضائقة نفسية كبيرة ، مع وجود معاناة أكبر بكثير لدى مرضى السكري من النوع الثاني، وأظهرت النتائج أن (29.2%) من مرضى السكري لديهم اضطرابات نفسية، وأن (75.8) من مرضى السكري لديهم اضطرابات الأكل، وأن (77.5%) من مرضى السكري لديهم اضطرابات النوم المعتدلة/ الشديدة.

كما هدفت دراسة جوريرو وآخرون (Guerrero et al., 2020) التعرف إلى العلاقة بين الاعتلال المشترك للصحة النفسية والنتائج الصحية لدى مرضى السكري من النوع الثاني، استخدمت الدراسة المنهج الاسترجاعي من خلال دراسة استرجاعية قائمة على الملاحظة لأفراد من مجموعة إبيكرون (أراغون ، إسبانيا) مع انتشار مرض السكري من النوع الثاني، حيث تم تصنيف المشاركين على أنهم مصابون أو لا يعانون من أمراض مصاحبة للصحة النفسية التي تم التحكم فيها من حيث العمر والجنس والأمراض المصاحبة، توصلت الدراسة إلى أن الاعتلال المشترك للصحة النفسية لدى (19%) من المرضى، كان الاكتئاب هو الحالة الأكثر شيوعاً، خاصة عند النساء (20.7% مقابل 7.57%). وكان خطر الوفيات أعلى في المرضى الذين يعانون من الاعتلال المشترك للصحة النفسية، وأشارت النتائج إلى أن إدارة الرعاية الصحية لمرضى السكري من النوع الثاني تتضمن استراتيجيات محددة للكشف المبكر عن مشاكل الصحة النفسية وعلاجها لتقليل تأثيرها على النتائج الصحية.

هدفت دراسة الحميدان (2019) التعرف إلى الصحة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري: دراسة تنبؤية مقارنة، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي المقارن، وتكونت عينة الدراسة من (226) مريضاً بالسكري، حيث استخدمت الباحثة استبانة لقياس السلوك الصحي لمرضى السكري، بالإضافة إلى مقياس الصحة النفسية العامة، وأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الصحة النفسية العامة، والدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية) بين المصابين بداء السكري من الجنسين، كما أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الصحة النفسية العامة لصالح الذكور، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات السلوك الصحي بين المصابين بداء السكري من الجنسين، ووجود علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً بين متوسط درجة الصحة النفسية العامة والسلوك الصحي لدى المصابين بداء السكري من الجنسين.

وأجرى رابع (2019) دراسة هدفت التعرف إلى مستوى الضغوط النفسية لدى المصابين بمرض السكري "النوع الثاني"، والكشف عن طبيعة العلاقة بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى مرضى السكري النوع الثاني، استخدم المنهج الوصفي الارتباطي، وتكونت عينة الدراسة من (100) مصاب بمرض السكري النوع الثاني من كلا الجنسين (32 ذكور، 68 إناث) من مستويات عمرية مختلفة، ولتحقيق ذلك طبقت الدراسة مقياسين على عينة الدراسة مقياس "الضغوط النفسية" ومقياس "نوعية الحياة"، وتوصلت الدراسة إلى أن مستوى الضغوط النفسية كانت بدرجة متوسطة لدى المصابين بمرض السكري النوع الثاني، وكان تقييم نوعية الحياة لديهم متوسط أيضاً، وأظهرت النتائج وجود ارتباط طردي ضعيف بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة،

كما كشفت عن عدم وجود فروق بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى المصابين بمرض السكري النوع الثاني تعزى لمتغيري الجنس والعمر.

كما أجري فينج وأستيل بيرت (Feng & Astell-Burt, 2017) دراسة هدفت إلى معرفة أثر تشخيص مرض السكري من النوع الثاني على الصحة النفسية ونوعية الحياة والاتصالات الاجتماعية: دراسة طولية، وتم الحصول على البيانات من خلال إجراء دراسة طولية على مرضى السكري أعمارهم (من 45 وما فوق) (خط الأساس 3.4 ± 0.95) وقت المتابعة (2006-2008). وقد أظهرت نتائج الدراسة احتمالات الضيق النفسي المرتبطة بتشخيص مرض السكري من النوع الثاني يرتبط عكسياً بنوعية حياتهم، كما ارتبط تشخيص مرض السكر من النوع الثاني أيضاً بانخفاض الوقت الذي يقضيه مع الأصدقاء والعائلة.

وأجرى ميلوددواجي وعجمي (2017) دراسة هدفت التعرف إلى مستوى الصحة النفسية عند المصاب بداء السكري من النوع الأول الخاضع للأنسولين، وأجريت الدراسة على عينة من المصابين بداء السكري من النوع الأول (الخاضع للأنسولين) وبلغ عددهم (3) أشخاص، منهم (2) إناث، و(1) ذكر، تراوحت أعمارهم بين (23 سنة و 26 سنة)، واستخدم المنهج العيادي من خلال الاستعانة بأدواته المتمثلة في المقابلة العيادية، الملاحظة العيادية، مقياس الصحة النفسية لسيدني كراون وكريسب. وتوصلت الدراسة إلى أن مستوى الصحة النفسية لدى المصاب بداء السكري من النوع الأول (الخاضع للأنسولين) كان منخفضاً، كما توصلت الدراسة إلى وجود اختلاف في مستوى الصحة النفسية عند المصاب بداء السكري من النوع الأول باختلاف جنس المصاب، والحالة الاجتماعية. كما تبين أن الإصابة بداء السكري من النوع الأول تؤثر على

الحالة النفسية للمصاب بالسكري، حيث يعاني من اضطرابات عصابية وانفعالية ناتجة عن الإصابة بداء السكري.

وهدفت دراسة بن الشريف وعطية (2016) إلى تشخيص مستوى الثقافة الصحية لدى مرضى السكري من النوع الثاني، كما هدفت التعرف إلى الفروق في مستوى الثقافة الصحية تبعاً لمتغيرات المستوى التعليمي والجنس والسن، وأجريت الدراسة على عينة تكونت من (41) مريض يترددون على المستشفى الجامعي بمدينة باتنة في الجزائر، وعيادات خاصة لأطباء الغدد الصماء بمدينة باتنة، حيث تم تطبيق استبيان مكون من (28) فقرة لقياس مستوى التثقيف الصحي لدى أفراد عينة الدراسة، وتوصلت الدراسة إلى أن مستوى التثقيف الصحي العام لدى أفراد العينة كان مرتفعاً، كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق في مستوى الثقافة الصحية الكلية لدى مرضى السكري النوع الثاني تبعاً لمتغير الجنس لصالح الإناث، كذلك ظهرت فروق دالة إحصائياً في مستوى الثقافة الصحية الكلية لدى مرضى السكري النوع الثاني تبعاً لمتغير المستوى التعليمي لصالح الجامعيين.

كما هدفت دراسة نوار وزكري (2016) إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى عينة من مرضى السكري، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي لتحقيق أهداف الدراسة باستعمال عدة وسائل لجمع البيانات وتحليلها عن طريق الأساليب الإحصائية الملائمة لذلك، حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من (205) مريضاً بالسكري، اختيروا بطريقة قصدية، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري، كما توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري

حسب مدة المرض لصالح الفئة التي تفوق مدة مرضها (10) سنوات ، بينما كانت الفروق غير دالة إحصائياً في الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب الجنس.

وهدفت دراسة أبو بكر (2015) التعرف إلى مستوى الضغوط النفسية لمرضى السكري وعلاقتها بجودة الحياة، ولتحقيق الهدف استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي، وبلغ حجم العينة (66) من مرضى السكري وتم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة في مراكز السكري التابعة لوزارة الصحة بمحلية أم درمان، وطبق على العينة مقياس الضغوط النفسية لدى مرضى السكري من إعداد (جاسم المرزوقي 2008م) المعدل من قبل الباحثة، ومقياس جودة الحياة الصورة المختصرة من إعداد منظمة الصحة العالمية "المعدل من قبل الباحثة، وقد أظهرت النتائج أن مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى السكري بمحلية أم درمان مرتفعاً، وأن مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري بمحلية أم درمان مرتفعاً، ووجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري بمحلية أم درمان، كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الضغوط النفسية لدى مرضى السكري بمحلية أم درمان تبعاً لمتغيرات النوع والعمر.

وأجرت بن سكيريفة وبن زاهي (2014) دراسة هدفت التعرف إلى أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المصابين بمرض السكري "النوع الثاني"، واستخدم الباحثان المنهج الوصفي التحليلي، وقد استخدموا مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي المعد من قبل كارفر (Carver, 1997)، وأجريت الدراسة على عينة من المرضى بمستشفى محمد بوضياف، تكونت من (202) مريض بالسكري النوع الثاني (93) ذكر، و(109) أنثى ممن يعالجون بمصلحة بيت مرضى السكري، وأظهرت نتائج الدراسة أن المصابين بمرض السكري النوع الثاني

يستخدمون أساليب مقاومة الضغط النفسي المركزة على الانفعال بشكل كبير مقارنة بأساليب مقاومة الضغط النفسي المركزة على حل المشكل.

وهدفت دراسة غريب (2014) إلى الكشف عن مجالات الضغوط النفسية التي تواجه مرضى السكري، والتعرف إلى استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تبعاً لدرجة المرض، وتبعاً لجنس المريض، حيث استخدم المنهج الوصفي التحليلي، وقد استخدم لهذا الغرض استبانة للضغوط النفسية، واستبانة لاستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية، وأجريت على عينة قوامها (345) مريض سكري، منهم (95) مريض سكري نوع أول و(250) مريض سكري نوع ثاني، وقد أظهرت النتائج أن المصابون بالسكري يتعرضون لضغوط متعلقة بالعلاج بالمرتببة الأولى، ثم الضغوط الجسدية، يليه الضغوط النفسية، وثم المالية، ويليه الضغوط الأسرية، وأخيراً الضغوط الاجتماعية، كما وجد أن الاستراتيجيات المستخدمة من قبل مرضى السكري من النوع الأول هي الاستراتيجيات السلبية، بينما استخدم مرضى السكري من النوع الثاني الاستراتيجيات الايجابية في مواجهة الضغوط النفسية.

وسعت دراسة شريقي (2014) التعرف إلى العلاقة بين الضغوط النفسية والصلابة النفسية، وكذلك الفروق في متغيرات (الدخل المادي والمؤهل العلمي) لدى الأفراد الذين يعانون من مرض السكري النوع الأول في محافظة اللاذقية، واستخدم المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدمت الدراسة مقياس الضغوط النفسية، ومقياس الصلابة النفسية حيث تم التعرف على خصائصهما السيكومترية لدى عينة استطلاعية من مرضى السكري، وتكونت عينة الدراسة من (750) مريضاً ومريضة بواقع (416) مريضاً و(334) مريضة من مرضى السكري في محافظة اللاذقية تراوحت أعمارهم بين (15-60) بمتوسط عمري قدره (35) عاماً. وتوصلت الدراسة إلى وجود

وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين الضغوط النفسية والصلابة النفسية لدى أفراد عينة البحث، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إجابات أفراد عينة الدراسة على مقياسي الضغوط النفسية والصلابة النفسية تبعاً لمتغيري: (مستوى الدخل المادي، المؤهل العلمي).

كما سعت دراسة رضوان والزعبي وغريب (2013) التعرف إلى الضغوط النفسية التي تواجه المراهقين المصابين بالنوع الأول من السكري وعلاقتها ببعض المتغيرات، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، وأجريت الدراسة على عينة قصدية من الفئة العمرية (16-18) سنة، حيث كانت عينة المصابين بمرض السكري من النوع الأول (50) مراهقاً مصاباً (25) ذكور، (25) إناث)، استخدمت استبانة الضغوط النفسية التي تكونت من (30) فقرة، صيغت على شكل حدث أو موقف يتعرض له المراهق ويسبب له ضغطاً نفسياً، وقد أظهرت النتائج أن المراهقين المصابون بالسكري النوع الأول يتعرضون لضغوط مرتفعة، كما وجدت علاقة بين الضغوط النفسية ودخول المشفى، حيث كلما زاد عدد مرات دخول المشفى زادت الضغوط النفسية، وأن الإناث يتعرضن لضغوط نفسية أكثر من الذكور، ولم تظهر علاقة دالة إحصائياً بين الضغوط النفسية والعمر عند التشخيص.

وهدفت دراسة طرج (2013) إلى الكشف عن مستوى كل من تقدير الذات وفاعلية الأنا لدى المراهق المصاب بداء السكري، واتبعت الدراسة المنهج الإكلينيكي الذي يناسب موضوع الدراسة، وقد تم اختيار ثلاث حالات من المراهقين المصابين بداء السكري النمط الأول تتراوح أعمارهم ما بين (16-18) سنة ومن كلا الجنسين (1 ذكر، و 2 أنثى) يدرسون بالطور (2) والطور المتوسط (1)، وتم اختيارهم بصفة قصدية في مؤسسة دار داء السكري ببسكرة في الجزائر، وقد

تم استخدام ثلاث أدوات لجمع البيانات التشخيصية للحالات تمثلت في: المقابلة من إعداد الباحثة، واختبار تقدير الذات لكوبر سميث، واختبار فاعلية الأنا المقتبس من نظرية إيريكسون، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود تقدير ذات متوسط عند المراهق المصاب بمرض السكري، كما توصلت الدراسة إلى أن فاعلية الأنا كانت مرتفعة عند المراهق المصاب بمرض السكري.

التعقيب على الدراسات السابقة

بعد استعراض الدراسات السابقة المتعلقة بمرضى السكري، نجد أن بعض الدراسات بحثت في المنحى الطبي العلاجي لمرض السكري، مثل دراسة بوجز وآخرين (Boggiss et al., 2020)، وأخرى أخذت منحى سيكولوجي إرشادي في البحث في مرض السكري مثل دراسة كيم وكو (Kim & Ko, 2018). وأخذت متغيرات مختلفة مثل: اضطراب الأكل، الصحة النفسية.

ولكن بالرغم من تنوع الدراسات السيكلوجية لمرض السكري إلا أنه لا توجد دراسات عربية - على حد علم الباحثة- ربطت بين متغير الشفقة بالذات ومتغير الصحة النفسية ما عدا دراسة كرد وبرزانجي (Kurd and Barzanji, 2019) التي هدفت التعرف إلى مراجعة مفهوم التعاطف الذاتي في الصحة النفسية، فكانت هذه المتغيرات على حدا دون ربطها مع بعض، ولكن هناك دراسات أخذت المتغيرين معاً لعينات غير مرضى السكري مثل دراسة شين وليم (Shin & Lim, 2019).

والمنحى الآخر في الدراسات السابقة أنها ربطت بين الجانب العلاجي الطبي في العينة مرضى السكري مع الجانب الإرشادي النفسي بالمتغيرين (الشفقة بالذات، الصحة النفسية).

وقد استفادت الدراسة الحالية من المقاييس المستخدمة في الدراسات السابقة، وتم تكييفها بحيث تناسب طبيعة عينة الدراسة (مرضى السكري).

وأما بالنسبة للنتائج فهناك توافق بين نتائج الدراسات السابقة مع نتائج الدراسة الحالية في الصحة النفسية لمرضى السكري مثل: دراسة نوار وزكري (2016)، ودراسة شريقي (2014)، ودراسة بن الشريف وعطية (2016)، ودراسة بن الشريف وعطية (2016). وهناك اختلاف بينها في النتائج مثل: دراسة نوار وزكري (2016)، ودراسة غريب (2014)، ودراسة ميلوددواجي وعجمي (2017).

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

الفصل الثالث

يحتوي هذا الفصل وصفاً كاملاً ومفصلاً لطريقة وإجراءات الدراسة حيث اشتمل على: منهج الدراسة، مجتمع الدراسة، وعينة الدراسة، أداة الدراسة، صدق الأداة، ثبات الأداة، والأساليب الإحصائية.

منهج الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة فقد استخدم المنهج الوصفي الارتباطي وهو أحد أنواع المناهج المستخدم في قياس العلاقة بين متغيرين، حيث يبين قوة وشكل العلاقة الارتباطية.

مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع مرضى السكري في محافظة الخليل، البالغ عددهم (10925) وفق بيانات (وزارة الصحة الفلسطينية-الإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية، 2020)، والجدول (1) يوضح توزيع أفراد مجتمع الدراسة.

الجدول (1)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة المصابين بمرض السكري حسب المديرية

النسبة %	العدد	المديرية
11.2%	1226	يطا
32.8%	3579	جنوب الخليل
29.6%	3232	الخليل
26.4%	2888	شمال الخليل
100%	10925	المجموع

المصدر: (وزارة الصحة الفلسطينية-الإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية، 2020)

عينة الدراسة:

طبقت الدراسة على عينة من (470) مريضاً بمرض السكري، تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة، والجدول (2) يوضح خصائص أفراد العينة الديموغرافية:

الجدول (2)

خصائص أفراد العينة الديموغرافية

المتغير	مستويات المتغير	العدد	النسبة %
الجنس	ذكر	224	47.7
	أنثى	246	52.3
	المجموع	470	100.0
المستوى التعليمي	ثانوية فأقل	159	33.8
	بكالوريوس	276	58.7
	دراسات عليا	35	7.5
	المجموع	470	100.0
درجة المرض	النوع الأول	129	27.4
	النوع الثاني	341	72.6
	المجموع	470	100.0
مدة الإصابة بمرض السكري	أقل من 5 سنوات	205	43.6
	من (5-10) سنوات	166	35.3
	أكثر من 10 سنوات	99	21.1
	المجموع	470	100.0

أدوات الدراسة:

أولاً: مقياس الشفقة بالذات

1- وصف المقياس:

من خلال الرجوع إلى الأدب التربوي والنفسي، ومن خلال الاطلاع على الدراسات والمقاييس المتعلقة بالشفقة بالذات، كدراسة (شاهين وآخرين، 2020)، ودراسة (كرد وحسيني، 2019)،

ودراسة (كرامي وآخرين، 2019)، قامت الباحثة بتطوير مقياس الشفقة بالذات، وقد تكون المقياس بصورته الأولى من (35) فقرة.

2-صدق المقياس

أ- صدق المحتوى:

قامت الباحثة بعرض المقياس على (6) محكمين من العاملين في الجامعات الفلسطينية من أصحاب الاختصاص في التربية وعلم النفس، ملحق (2)، الذين أبدوا ملاحظات حول صياغة بعض الفقرات التي تم تعديلها بناءً على ملاحظاتهم، وقد بلغت نسبة اتفاهم على فقرات المقياس (85%)، وبقيت فقرات المقياس (35) فقرة دون حذف أي فقرة كما يظهر في الملحق (1).

من أجل التحقق من صدق المقياس وثباته، أجرت الباحثة دراسة استطلاعية مكونة من (15) مبحوثاً للتأكد من الصدق والثبات للمقياس وفق الإجراءات التالية:

ب-صدق البناء:

لفحص صدق المقياس تم إيجاد العلاقة بين كل فقرة من الفقرات والدرجة الكلية للمقياس، وذلك كما هو واضح في الجدول (3)

الجدول (3)

مصفوفة ارتباط كل فقرة من الفقرات مع الدرجة الكلية لمقياس الشفقة بالذات.

الرقم	(ر)	الرقم	(ر)	الرقم	(ر)
1	.58**	13	.59**	25	.57**
2	.64**	14	.54**	26	.53**
3	.60**	15	.64**	27	.54**
4	.65**	16	.63**	28	.51**
5	.68**	17	.58**	29	.64**
6	.63**	18	.58**	30	.70**
7	.50**	19	.61**	31	.62**
8	.48**	20	.62**	32	.56**
9	.53**	21	.58**	33	.54**

الرقم	(ر)	الرقم	(ر)	الرقم	(ر)
10	.60**	22	.68**	34	.63**
11	.65**	23	.56**	35	.66**
12	.60**	24	.64**		

** دالة إحصائياً عند ($\alpha \leq 0.01$)

تبين من الجدول (3) أن جميع فقرات المقياس ترتبط مع الدرجة الكلية للمقياس ارتباطاً ذا دلالة إحصائية، وهذا مؤشر على وجود اتساق داخلي لفقرات المقياس، ويعبر عن صدقها، وملائمتها لقياس الشفقة بالذات لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل.

3- الثبات:

حسب الثبات باستخدام معادلة الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha)، كما حسب بطريقة التجزئة النصفية، وذلك كما هو موضح في الجدول (4).

الجدول (4)

معاملات الثبات لمقياس الشفقة بالذات

المقياس	عدد الفقرات	كرونباخ ألفا معامل الثبات	معامل الارتباط	التجزئة النصفية معامل سبيرمان براون المصحح
الدرجة الكلية للمقياس	35	0.93	0.70	0.83

أشارت نتائج فحص الثبات إلى أن المقياس يتمتع بدرجة مرتفعة من الثبات، حيث بلغ معامل ثبات كرونباخ ألفا للدرجة الكلية للمقياس (0.93)، وبلغ معامل سبيرمان براون المصحح للدرجة الكلية للمقياس (0.83) من خلال التحقق من الثبات بطريقة التجزئة النصفية.

تصحيح المقياس:

تم توزيع درجات الإجابة على فقرات المقياس بطريقة ليكرت Likert الخماسية، وتم تصحيح الفقرات (1، 3، 5، 7، 8، 9، 10، 11، 12، 13، 16، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24،

25، 26، 27، 28، 29، 30، 31، 33، 35) بإعطاء المستجيب 5 درجات عندما يجيب (موافق جداً)، 4 درجات عندما يجيب (موافق)، 3 درجات عندما يجيب (موافق بدرجة بسيطة)، ودرجتان عندما يجيب (غير موافق)، ودرجة واحدة عندما يجيب (غير موافق أبداً)، وأما الفقرات (2، 4، 6، 14، 17، 32، 34) فتم تصحيحها بعكس أوزانها.

وقد تم تقسيم طول المقياس إلى ثلاث فئات؛ لمعرفة درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على مستوى الشفقة بالذات لديهم، وتم حساب فئات المقياس كما هو موضح في الآتي:

$$\text{مدى المقياس} = \frac{\text{الحد الأعلى للمقياس} - \text{الحد الأدنى للمقياس}}{\text{عدد الفئات}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

$$\text{عدد الفئات} = 3$$

$$\text{طول الفئة} = \text{مدى المقياس} \div \text{عدد الفئات}$$

$$1.33 = 3 \div 4 =$$

تم إضافة طول الفئة (1.33) للحدود الدنيا للفئات للحصول على فئات المتوسطات الحسابية كما هو موضح في الجدول (5):

الجدول (5)

فئات متوسطات درجات الشفقة بالذات

فئات المتوسط الحسابي	الوزن النسبي	درجة الموافقة على مقياس الشفقة بالذات
2.33 فأقل	20% - 46.6%	منخفضة
2.34-3.67	46.7% - 73.4%	متوسطة
3.68 فأعلى	73.5% - 100%	عالية

ثانياً: مقياس الصحة النفسية

1- وصف المقياس

من خلال الرجوع إلى الدراسات السابقة، كدراسة (رابح، 2019)، ودراسة (أبو بكر، 2015)، ودراسة (بن الشريف ودليلة، 2016)، قامت الباحثة بتطوير مقياس الصحة النفسية، وقد تكون المقياس في صورته النهائية من (33) فقرة تقيس مجتمعة مستوى الصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل، ملحق (1).

2- صدق المقياس

أ- صدق المحكمين

قامت الباحثة بعرض المقياس على (6) محكمين من العاملين في الجامعات الفلسطينية من أصحاب الاختصاص في التربية وعلم النفس، ملحق (2)، الذين أبدوا ملاحظات حول صياغة بعض الفقرات التي تم تعديلها بناءً على ملاحظاتهم، وقد بلغت نسبة اتفاقهم (85%)، وبقيت فقرات المقياس (35) فقرة دون حذف أي فقرة كما يظهر في الملحق (2).

من أجل التحقق من صدق المقياس وثباته، أجرت الباحثة دراسة استطلاعية مكونة من (15) مبحوثاً للتأكد من الصدق والثبات للمقياس وفق الإجراءات التالية:

ب- صدق البناء

من أجل التأكد صدق المقياس، تم إيجاد العلاقة بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس، وذلك كما هو واضح في الجدول (6)

الجدول (6)

مصنوفة ارتباط كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية.

رقم الفقرة	(ر)	رقم الفقرة	(ر)	رقم الفقرة	(ر)
1	.70**	12	.79**	23	.79**

رقم الفقرة	(ر)	رقم الفقرة	(ر)	رقم الفقرة	(ر)
2	.70**	13	.76**	24	.77**
3	.73**	14	.79**	25	.76**
4	.76**	15	.77**	26	.66**
5	.80**	16	.76**	27	.71**
6	.61**	17	.65**	28	.65**
7	.68**	18	.65**	29	.59**
8	.62**	19	.76**	30	.64**
9	.56**	20	.63**	31	.60**
10	.60**	21	.77**	32	.68**
11	.73**	22	.76**	33	.72**

** دالة إحصائياً عند ($\alpha \leq 0.01$) / (ر): معامل ارتباط بيرسون

تبين أن جميع فقرات المقياس ترتبط بالدرجة الكلية للمقياس ارتباطاً ذا دلالة إحصائية، وهذا يعطي مؤشر على قوة الاتساق الداخلي لفقرات المقياس، وبالتالي يعبر عن صدق فقرات المقياس في قياس قياس مستوى الصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل.

3- الثبات

حسب الثبات بطريقة بحساب معادلة الثبات كرونباخ ألفا، كما تم حسابه بطريقة التجزئة النصفية، وذلك كما هو موضح في الجدول (7).

الجدول (7)

معاملات الثبات لمقياس الصحة النفسية

المجال	عدد الفقرات	كروناخ ألفا معامل الثبات	التجزئة النصفية معامل الارتباط	معامل سبيرمان براون المصحح
الدرجة الكلية للمقياس	33	0.96	0.82	0.90

تبين أن مقياس الصحة النفسية المستخدم في الدراسة الحالية يتمتع بدرجة عالية من الثبات، حيث بلغ معامل ثبات كرونباخ ألفا للدرجة الكلية للمقياس (0.96)، وبلغ معامل سبيرمان براون المصحح للدرجة الكلية للمقياس (0.90).

تصحيح المقياس

تم توزيع درجات الإجابة على فقرات المقياس بطريقة ليكرت Likert الخماسية، وتم تصحيح الفقرات (7، 11، 18، 19، 23، 25، 26) بإعطاء المستجيب 5 درجات عندما يجيب (موافق جداً)، 4 درجات عندما يجيب (موافق)، 3 درجات عندما يجيب (موافق بدرجة بسيطة)، ودرجتان عندما يجيب (غير موافق)، ودرجة واحدة عندما يجيب (غير موافق أبداً)، وأما الفقرات (1، 2، 3، 4، 5، 6، 9، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 20، 21، 22، 24، 27، 28، 29، 30، 31، 32، 33) فتم تصحيحها بعكس أوزانها.

وقد تم تقسيم طول المقياس إلى ثلاث فئات؛ لمعرفة درجة موافقة أفراد عينة الدراسة على مستوى الصحة النفسية لديهم، وتم حساب فئات المقياس كما هو موضح في الآتي:

$$\text{مدى المقياس} = \text{الحد الأعلى للمقياس} - \text{الحد الأدنى للمقياس} = (5-1) = 4$$

$$\text{عدد الفئات} = 3$$

$$\text{طول الفئة} = \text{مدى المقياس} \div \text{عدد الفئات}$$

$$1.33 = 3 \div 4 =$$

تم إضافة طول الفئة (1.33) للحدود الدنيا للفئات للحصول على فئات المتوسطات الحسابية كما هو موضح في الجدول (8):

الجدول (8)

فئات متوسطات الصحة النفسية

فئات المتوسط الحسابي	الوزن النسبي	درجة الموافقة على مقياس الصحة النفسية
2.33 فأقل	20% - 46.6%	منخفضة
2.34-3.67	46.7% - 73.4	متوسطة
3.68 فأعلى	73.5% - 100%	عالية

متغيرات الدراسة

المتغيرات المستقلة: الجنس، المستوى التعليمي، درجة المرض، مدة الإصابة بمرض السكري.

المتغيرات التابعة: الشفقة بالذات، الصحة النفسية.

إجراءات الدراسة

- تم الاعتماد على الأدب التربوي والنفسي، المرتبط بمتغيرات الدراسة، الذي ساعد الباحثة على تكوين خلفية علمية لموضوع الدراسة، كما تم الرجوع إلى بعض الدراسات والأبحاث المحلية والعربية والعالمية ذات العلاقة بمتغيرات الدراسة للاستفادة منها في بناء أدوات الدراسة.
- أجرت الباحثة دراسة استطلاعية مكونة من (15) مبحثاً للتأكد من صدق الأدوات وثباتها.
- تم الحصول على الموافقات الخاصة ببدء تنفيذ الدراسة (توزيع المقاييس على أفراد عينة الدراسة)، وتم التوزيع بصورة مباشرة وجاهية مع أفراد العينة للتأكد من سلامة المعلومات، وقامت الباحثة بمساعدة المرضى في تعبئة الاستبانة لوجود جزء منهم غير متعلمين.
- تم تطبيق مقاييس الدراسة على (500) مريضاً بمرض السكري، وتم استرداد (483) مقياساً، وبعد تدقيقها تم استبعاد (13) مقياساً لعدم اكتمال الإجابة عليها، ليبقى (470) مفردة صالحة للمعالجة الإحصائية التي مثلت عينة الدراسة.

- تم إجراء المعالجات الإحصائية اللازمة للبيانات بعد فرزها وتبويبها وتحويلها إلى أرقام.

الأساليب الإحصائية

بعد الانتهاء من تحضير البيانات للمعالجة الإحصائية، استخدمت حزمة البرامج الإحصائية للعلوم

الاجتماعية، **SPSS: Statistical Package for the Social Sciences, Version (26)**

وتم استخدام الاختبارات الإحصائية التالية: التكرارات والأوزان النسبية، المتوسطات الحسابية،

الانحرافات المعيارية، اختبار كرونباخ ألفا لمعرفة ثبات فقرات الاستبانة، معامل ارتباط سبيرمان

براون لمعرفة الثبات بطريقة التجزئة النصفية، ومعامل ارتباط بيرسون (Pearson

Correlation) لمعرفة صدق فقرات الاستبانة، ولمعرفة العلاقة بين الشفقة بالذات من جهة

والصحة النفسية من جهة أخرى، واختبار (ت) (Independent samples T Test)، لمعرفة

الفروق بين متوسطات عينتين مستقلتين، واختبار تحليل التباين الأحادي (One-Way

Analysis of Variance) للمقارنة بين المتوسطات أو التوصل إلى قرار يتعلق بوجود أو عدم

وجود فروق بين المتوسطات، اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات الثنائية البعدية لإيجاد مصدر

الفروق.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

اشتمل هذا الفصل الإجابة عن أسئلة الدراسة وفحص فرضياتها، وذلك من خلال إجراءات المعالجة الإحصائية الملائمة لبيانات الدراسة.

نتائج أسئلة الدراسة

السؤال الأول: ما مستوى الشفقة بالذات لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل من وجهة نظرهم؟

للإجابة عن السؤال الأول، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمستوى الشفقة بالذات لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل من وجهة نظرهم، كما هو موضح في الجدول (9).

الجدول (9)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمستوى الشفقة بالذات لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل من وجهة نظرهم، مرتبة تنازلياً

رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	درجة الموافقة	رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	درجة الموافقة
1	3.96	1.10	79.2	عالية	15	3.59	1.18	71.8	متوسطة
2	3.86	1.16	77.2	عالية	18	3.59	1.14	71.8	متوسطة
5	3.80	1.19	76.0	عالية	27	3.57	1.16	71.4	متوسطة
6	3.80	1.15	76.0	عالية	13	3.57	1.15	71.4	متوسطة
4	3.79	1.19	75.8	عالية	8	3.55	1.21	71.0	متوسطة
20	3.76	1.21	75.2	عالية	33	3.53	0.94	70.6	متوسطة
17	3.74	1.18	74.8	عالية	26	3.51	1.14	70.2	متوسطة
21	3.73	1.16	74.6	عالية	14	3.51	1.15	70.2	متوسطة
19	3.72	1.15	74.4	عالية	12	3.48	1.17	69.6	متوسطة

رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	درجة الموافقة	رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	درجة الموافقة
16	3.72	1.23	74.4	عالية	28	3.48	0.98	69.6	متوسطة
23	3.69	1.11	73.8	عالية	35	3.48	1.00	69.6	متوسطة
9	3.69	1.16	73.8	عالية	11	3.46	1.21	69.2	متوسطة
3	3.68	1.19	73.6	عالية	31	3.43	1.00	68.6	متوسطة
10	3.64	1.16	72.8	متوسطة	29	3.43	0.91	68.6	متوسطة
22	3.63	1.18	72.6	متوسطة	34	3.40	1.01	68.0	متوسطة
25	3.61	1.19	72.2	متوسطة	30	3.39	1.04	67.8	متوسطة
24	3.60	1.15	72.0	متوسطة	32	3.36	0.95	67.2	متوسطة
7	3.60	1.19	72.0	متوسطة					
الدرجة الكلية للشفقة بالذات						3.61	0.60	72.0	متوسطة

تشير البيانات الواردة في الجدول (9) أن مستوى الشفقة بالذات لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل من وجهة نظرهم كان بدرجة متوسطة، إذ بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للشفقة بالذات (3.61) ونسبة مئوية (72.0%).

ويتضح من الجدول (9) أن الفقرات (1، 2) التي نصها: في الغالب لا أستحسن أن أكون مريضاً، وعندما أشعر بالإحباط يكون تفكيري سلبي، حصلت على أعلى درجة موافقة بالنسبة لمستوى الشفقة بالذات لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل من وجهة نظرهم، وجاءت بدرجة موافقة كبيرة.

في حين أن الفقرات (30، 32): التي نصها: أشعر بحالة من الصداق النفسي بسبب المرض، وأحاول أن أتقبل ذاتي عندما أفكر في مرضي، حصلت على أقل درجة موافقة بالنسبة لمستوى الشفقة بالذات لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل من وجهة نظرهم، وجاءت بدرجة موافقة متوسطة.

السؤال الثاني: هل توجد فروق في متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات وفقاً لمتغيرات: (الجنس، المستوى التعليمية، درجة المرض، مدة الإصابة بمرض السكري)؟

للإجابة عن السؤال الثاني، تم الإجابة عن الأسئلة الفرعية من (1-4) المنبثقة عنه على النحو الآتي:

السؤال الفرعي الأول: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير الجنس.

للإجابة عن السؤال الفرعي الأول، استخدم اختبار (ت) للعينات المستقلة (Independent-Sample t-test) لإيجاد الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير الجنس.

الجدول (10):

نتائج اختبار (ت) (Independent-Sample t-test) للتعرف إلى الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير الجنس (ن = 470).

المتغير	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الشفقة بالذات	ذكر	224	3.51	0.64	1.979**	0.000
	أنثى	246	3.70	0.56		

* دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05)، درجات الحرية = 468 / قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) = 1.96

** دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)، درجات الحرية = 468 / قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) = 2.58

تشير النتائج الواردة في الجدول (10) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة

بالذات تعزى لمتغير الجنس، وقد ظهرت الفروق في الدرجة الكلية لمقياس الشفقة بالذات، حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة للدرجة الكلية للشفقة بالذات (1.979)، وهي أكبر من قيمة (ت) الجدولية (1.96) عند مستوى دلالة (0.05). وكانت الفروق في درجات الشفقة بالذات لصالح الإناث بمتوسط حسابي بلغ (3.70) مقابل (3.51) للذكور.

السؤال الفرعي الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير المستوى التعليمي. للإجابة عن السؤال الفرعي الثاني، حسب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير المستوى التعليمي، كما هو موضح في الجدول (11):

الجدول (11):

يبين الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير المستوى التعليمي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المستوى التعليمي	المتغير
0.51	3.45	159	ثانوية فأقل	الشفقة بالذات
0.62	3.62	276	بكالوريوس	
0.41	4.26	35	دراسات عليا	
0.60	3.61	470	المجموع	

يتضح من الجدول (11) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لدرجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير المستوى التعليمي. وللتحقق من دلالة الفروق، استخدم اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Anova)، كما هو موضح في الجدول (12):

الجدول (12):

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Anova) للتعرف إلى الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير المستوى التعليمي (ن = 470)

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
	بين المجموعات	18.940	2	9.470		
الشفقة بالذات	داخل المجموعات	152.654	467	0.327	28.971**	0.000
	المجموع	171.595	469			

* دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05)، ** دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)

تشير النتائج الواردة في جدول (12) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير المستوى التعليمي، حيث كانت قيمة الدلالة الإحصائية المحسوبة للدرجة لمقياس الشفقة بالذات (0.000)، وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) ودالة إحصائية. ولإيجاد مصدر الفروق، استخدم اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير المستوى التعليمي، كما هو واضح من خلال الجدول (13).

الجدول (13)

نتائج اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير المستوى التعليمي

المتغير	المقارنات	المتوسط الحسابي	بكالوريوس	دراسات عليا
الشفقة بالذات	ثانوية فاقل	3.45	0.17*	0.81*
	بكالوريوس	3.62		0.64*
	دراسات عليا	4.26		

* الفرق في المتوسطات دال إحصائياً عند مستوى (0.05)

تشير المقارنات الثنائية البعدية وفق الجدول (13) إلى أن الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير المستوى التعليمي، ظهرت بين الذين مستواهم التعليمي ثانوية فأقل من جهة وبكالوريوس ودراسات عليا من جهة أخرى، وكانت لصالح الذين مستواهم التعليمي بكالوريوس ودراسات عليا، الذين كانت الشفقة بالذات لديهم أعلى، كما ظهرت فروق بين الذين مستواهم التعليمي بكالوريوس من جهة ودراسات عليا من جهة أخرى، وكانت لصالح الذين مستواهم التعليمي دراسات عليا، الذين كانت الشفقة بالذات لديهم أعلى.

السؤال الفرعي الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير درجة المرض.

للإجابة عن السؤال الفرعي الثالث، استخدم اختبار (ت) للعينات المستقلة (Independent-Sample t-test) لإيجاد الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير درجة المرض.

الجدول (14):

نتائج اختبار (ت) (Independent-Sample t-test) للتعرف إلى الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير درجة المرض (ن = 470).

المتغير	درجة المرض	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الشفقة بالذات	النوع الأول	129	3.58	0.64	0.715	0.475
	النوع الثاني	341	3.62	0.59		

* دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05)، درجات الحرية = 468 / قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) = 1.96

** دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، درجات الحرية = 468 / قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) = 2.58

تشير النتائج الواردة في الجدول (14) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير درجة المرض، حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة للدرجة الكلية للشفقة بالذات (0.715)، وهي أصغر من قيمة (ت) الجدولية (1.96) عند مستوى دلالة (0.05)، وبلغت قيمة الدلالة الإحصائية المحسوبة (0.475) وهي أكبر من (0.05) وغير دالة إحصائياً.

السؤال الفرعي الرابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري.

للإجابة عن السؤال الفرعي الرابع، حسب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري، كما هو موضح في الجدول (15):

الجدول (15):

يبين الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	مدة الإصابة بمرض السكري	المتغير
0.62	3.46	205	أقل من 5 سنوات	الشفقة بالذات
0.60	3.67	166	(10-5) سنوات	
0.51	3.82	99	10 سنوات فأكثر	
0.60	3.61	470	المجموع	

يتضح من الجدول (15) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لدرجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري. وللتحقق من دلالة الفروق، استخدم اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Anova)، كما هو موضح في الجدول (16):

الجدول (16):

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Anova) للتعرف إلى الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري (ن = 470)

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
	بين المجموعات	9.377	2	4.689		
	داخل المجموعات	162.217	467	0.347	13.498	0.000
	المجموع	171.595	469			

* دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05)، ** دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)

تشير النتائج الواردة في جدول (16) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري، حيث كانت قيمة الدلالة الإحصائية المحسوبة للدرجة لمقياس الشفقة بالذات (0.000)، وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) ودالة إحصائية.

ولإيجاد مصدر الفروق، استخدم اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري، كما هو واضح من خلال الجدول (17).

الجدول (17):

نتائج اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري

المتغير	المقارنات	المتوسط الحسابي	(10-5)سنوات	10 سنوات فأكثر
	أقل من 5 سنوات	3.46	0.21*	0.36*
الشفقة بالذات	(10-5)سنوات	3.67		0.15
	10 سنوات فأكثر	3.82		

* الفرق في المتوسطات دال إحصائياً عند مستوى (0.05)

تشير المقارنات الثنائية البعدية وفق الجدول (17) إلى أن الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري، ظهرت بين الذين مدة إصابتهم بمرض السكري (أقل من 5 سنوات) من جهة وبين الذين مدة إصابتهم بمرض السكري (5-10 سنوات) و(أكثر من 10 سنوات) من جهة أخرى، لصالح الذين مدة إصابتهم بمرض السكري (5-10 سنوات) و(أكثر من 10 سنوات)، الذين كانت الشفقة بالذات لديهم أعلى.

السؤال الثالث: ما مستوى الصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل من وجهة نظرهم؟

للإجابة عن السؤال الثالث، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمستوى الصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل من وجهة نظرهم، كما هو موضح في الجدول (18).

الجدول (18)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لمستوى الصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل من وجهة نظرهم، مرتبة تنازلياً

رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	درجة الموافقة	رقم الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %	درجة الموافقة
29	4.05	1.44	81.0	عالية	2	3.43	1.41	68.6	متوسطة
26	4.00	1.44	80.0	عالية	13	3.36	1.49	67.2	متوسطة
27	3.98	1.42	79.6	عالية	32	3.33	1.46	66.6	متوسطة
9	3.90	1.22	78.0	عالية	3	3.31	1.32	66.2	متوسطة
7	3.90	1.17	78.0	عالية	16	3.27	1.38	65.4	متوسطة
10	3.80	1.25	76.0	عالية	15	3.26	1.46	65.2	متوسطة
6	3.74	1.24	74.8	عالية	24	3.25	1.56	65.0	متوسطة
8	3.73	1.35	74.6	عالية	25	3.23	1.55	64.6	متوسطة
28	3.71	1.49	74.2	عالية	12	3.23	1.54	64.6	متوسطة
18	3.70	1.27	74.0	عالية	19	3.15	1.48	63.0	متوسطة
30	3.64	1.46	72.8	متوسطة	21	3.15	1.53	63.0	متوسطة
17	3.63	1.25	72.6	متوسطة	5	3.13	1.55	62.6	متوسطة
1	3.53	1.24	70.6	متوسطة	23	3.13	1.52	62.6	متوسطة
20	3.49	1.43	69.8	متوسطة	22	3.13	1.52	62.6	متوسطة
31	3.49	1.50	69.8	متوسطة	4	3.05	1.49	61.0	متوسطة
14	3.46	1.42	69.2	متوسطة	33	2.67	1.45	53.4	متوسطة
11	3.44	1.33	68.8	متوسطة					
						3.46	0.91	69.2	متوسطة

الدرجة الكلية للصحة النفسية

تشير البيانات الواردة في الجدول (18) أن مستوى الصحة النفسية لدى عينة من مرضى

السكري في محافظة الخليل من وجهة نظرهم كان بدرجة متوسطة، إذ بلغ المتوسط الحسابي

للدرجة الكلية للشقة بالذات (3.46) ونسبة مئوية (69.2%).

ويتضح من الجدول (18) أن الفقرات (29، 26) التي نصها: أعاني من النسيان، وأعمل الأشياء بمعنويات عالية، حصلت على أعلى درجة موافقة بالنسبة لمستوى الصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل من وجهة نظرهم، وجاءت بدرجة موافقة كبيرة. في حين أن الفقرات (33، 4): التي نصها: أشعر بفقدان الاتزان الحركي أحياناً، وأشعر بعدم الاتزان الانفعالي في الكثير من الأحيان، حصلت على أقل درجة موافقة بالنسبة لمستوى الصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل من وجهة نظرهم، وجاءت بدرجة موافقة متوسطة.

السؤال الرابع: هل توجد فروق في متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية وفقاً لمتغيرات: (الجنس، المستوى التعليمية، درجة المرض، مدة الإصابة بمرض السكري)؟

للإجابة عن السؤال الرابع، تم الإجابة عن الأسئلة الفرعية من (5-8) المنبثقة عنه على النحو الآتي:

السؤال الفرعي الخامس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير الجنس.

للإجابة عن السؤال الفرعي الخامس، استخدم اختبار (ت) للعينات المستقلة (Independent-Sample t-test) لإيجاد الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير الجنس.

الجدول (19):

نتائج اختبار (ت) (Independent- Sample t-test) للتعرف إلى الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير الجنس (ن = 470).

المتغير	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	الدالة الإحصائية
الصحة النفسية	ذكر	224	3.30	0.86	3.666**	0.000
	أنثى	246	3.61	0.93		

* دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05)، درجات الحرية = 468 / قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) = 1.96

** دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)، درجات الحرية = 468 / قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) = 2.58

تشير النتائج الواردة في الجدول (19) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير الجنس، وقد ظهرت الفروق في الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية، حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة للدرجة الكلية للشفقة بالذات (3.666)، وهي أكبر من قيمة (ت) الجدولية (1.96) عند مستوى دلالة (0.05). وكانت الفروق في درجات الصحة النفسية لصالح الإناث بمتوسط حسابي بلغ (3.61) مقابل (3.30) للذكور.

السؤال الفرعي السادس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

للإجابة عن السؤال الفرعي السادس، حسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي، كما هو موضح في الجدول (20):

الجدول (20):

يبين الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المستوى التعليمي	المتغير
0.91	3.30	159	ثانوية فأقل	الصحة النفسية
0.89	3.49	276	بكالوريوس	
0.84	4.00	35	دراسات عليا	
0.91	3.46	470	المجموع	

يتضح من الجدول (20) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لدرجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي. وللتحقق من دلالة الفروق، استخدم اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Anova)، كما هو موضح في الجدول (21):

الجدول (21):

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Anova) للتعرف إلى الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي (ن = 470)

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف الإحصائية	الدلالة الإحصائية
الصحة النفسية	بين المجموعات	14.648	2	7.324	9.147	0.000
	داخل المجموعات	373.905	467	0.801		
	المجموع	388.553	469			

* دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05)، ** دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)

تشير النتائج الواردة في جدول (21) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي، حيث كانت قيمة الدلالة الإحصائية المحسوبة للدرجة

لمقياس الصحة النفسية (0.000)، وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) ودالة إحصائية. ولإيجاد مصدر الفروق، استخدم اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي، كما هو واضح من خلال الجدول (22).

الجدول (22)

نتائج اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي

المتغير	المقارنات	المتوسط الحسابي	بكالوريوس	دراسات عليا
	ثانوية فأقل	3.30	0.19	0.70*
الصحة النفسية	بكالوريوس	3.49		0.51*
	دراسات عليا	4.00		

* الفرق في المتوسطات دال إحصائياً عند مستوى (0.05)

تشير المقارنات الثنائية البعدية وفق الجدول (22) إلى أن الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي، ظهرت بين الذين مستواهم التعليمي ثانوية فأقل وبكالوريوس من جهة وبين الذين مستواهم التعليمي دراسات عليا من جهة أخرى، وكانت لصالح الذين مستواهم التعليمي دراسات عليا، الذين كانت الصحة النفسية لديهم أعلى.

السؤال الفرعي السابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى

السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير درجة المرض.

للإجابة عن السؤال الفرعي السابع، استخدم اختبار (ت) للعينات المستقلة (Independent-

Sample t-test) لإيجاد الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل

على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير درجة المرض.

الجدول (23):

نتائج اختبار (ت) (Independent-Sample t-test) للتعرف إلى الفروق بين متوسطات درجات

مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير درجة المرض (ن)

.(470 =

المتغير	درجة المرض	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	الدلالة الإحصائية
الصحة النفسية	النوع الأول	129	3.47	0.92	0.090	0.928
	النوع الثاني	341	3.46	0.91		

* دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05)، درجات الحرية = 468 / قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.05) = 1.96

** دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)، درجات الحرية = 468 / قيمة (ت) الجدولية عند مستوى دلالة (0.01) = 2.58

تشير النتائج الواردة في الجدول (23) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى

الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس

الصحة النفسية تعزى لمتغير درجة المرض، حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة للدرجة الكلية

للصحة النفسية (0.090)، وهي أصغر من قيمة (ت) الجدولية (1.96) عند مستوى دلالة

(0.05)، وبلغت قيمة الدلالة الإحصائية المحسوبة (0.928) وهي أكبر من (0.05) وغير

دالة إحصائية.

السؤال الفرعي الثامن: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري.

للإجابة عن السؤال الفرعي الثامن، حسب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري، كما هو موضح في الجدول (24):

الجدول (24):

يبين الأعداد والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير لمدة الإصابة بمرض السكري

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	مدة الإصابة بمرض السكري	المتغير
0.93	3.28	205	أقل من 5 سنوات	الصحة النفسية
0.90	3.52	166	(5-10)سنوات	
0.79	3.74	99	10 سنوات فأكثر	
0.91	3.46	470	المجموع	

يتضح من الجدول (24) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لدرجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري. وللتحقق من دلالة الفروق، استخدم اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Anova)، كما هو موضح في الجدول (25):

الجدول (25):

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي (One Way Anova) للتعرف إلى الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري (ن = 470)

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية
	بين المجموعات	14.809	2	7.404		
الصحة النفسية	داخل المجموعات	373.744	467	0.800	9.252**	0.000
	المجموع	388.553	469			

* دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05)، ** دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)

تشير النتائج الواردة في جدول (25) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري، حيث كانت قيمة الدلالة الإحصائية المحسوبة للدرجة لمقياس الصحة النفسية (0.000)، وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) ودالة إحصائية.

ولإيجاد مصدر الفروق، استخدم اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري، كما هو واضح من خلال الجدول (26).

الجدول (26):

نتائج اختبار شيفيه (Scheffe) للمقارنات الثنائية البعدية للفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري

المتغير	المقارنات	المتوسط الحسابي	(10-5)سنوات	10 سنوات فأكثر
الصحة النفسية	أقل من 5 سنوات	3.28	0.23*	0.46*
	(10-5)سنوات	3.52		0.22
	10 سنوات فأكثر	3.74		

* الفرق في المتوسطات دال إحصائياً عند مستوى (0.05)

تشير المقارنات الثنائية البعدية وفق الجدول (26) إلى أن الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري، ظهرت بين الذين مدة إصابتهم بمرض السكري (أقل من 5 سنوات) من جهة وبين الذين مدة إصابتهم بمرض السكري (10-5 سنوات) و(أكثر من 10 سنوات) من جهة أخرى، لصالح الذين مدة إصابتهم بمرض السكري (10-5 سنوات) و(أكثر من 10 سنوات)، الذين كانت الصحة النفسية لديهم أعلى.

السؤال الخامس: هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الشفقة بالذات وبين

الصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل؟

للإجابة عن السؤال الخامس، استخدم معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)

لإيجاد العلاقة بين الشفقة بالذات من جهة وبين الصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري

في محافظة الخليل من جهة أخرى، كما هو واضح من خلال الجدول (27).

الجدول (27)

نتائج معامل ارتباط بيرسون للعلاقة بين الشفقة بالذات من جهة وبين الصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل من جهة أخرى

المتغيرات	قيمة (ر)	الدلالة الإحصائية
الشفقة بالذات X الصحة النفسية	0.62**	0.00

** دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.01$)، * دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$)

تشير المعطيات الواردة في الجدول (27) أن معامل الارتباط للعلاقة بين الشفقة بالذات وبين الصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل بلغ (0.62) بدلالة إحصائية (0.000)، وهذا يدل على وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين الشفقة بالذات وبين الصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل، حيث يتضح بأنه كلما زادت الشفقة بالذات لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل، كلما زادت الصحة النفسية لديهم، والعكس صحيح.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

الفصل الخامس

اشتمل هذا الفصل على مناقشة نتائج الدراسة وربطها بالدراسات السابقة، ومجموعة من التوصيات.

أولاً: مناقشة النتائج

مناقشة نتائج السؤال الأول: ما مستوى الشفقة بالذات لدى مرضى السكري في محافظة

الخليل من وجهة نظرهم؟

تبين أن مستوى الشفقة بالذات لدى مرضى السكري في محافظة الخليل من وجهة نظرهم كان بدرجة متوسطة، إذ بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للشفقة بالذات (3.61) ونسبة مئوية (72.0%).

ويمكن عزو هذه النتيجة إلى مستوى الوعي الفردي والجماعي لدى الأفراد المصابين بالسكري من حيث أبعاده ومخاطره على حياة الفرد، ويكون هذا تحديداً عند فئة الأفراد ذوي المستوى التعليمي الأدنى مقارنةً بالمتعلمين، كذلك الأفكار التقليدية السائدة حول مفهوم الأمراض المزمنة (سكري، ضغط الدم، السرطان، ...) وعدم الفهم الصحيح للبعد الديني في كيفية التعامل مع هذه الأمراض على أن مثل هذه الأمراض هي ابتلاء من الله، والإنسان مكتوب له أجل محدد، ولن يؤثر أي شيء في الحد من تأثير هذا المرض على الإنسان، مما يجعل هؤلاء الأفراد لا يأخذون بالأسباب والاحتياطات للتعامل مع مخاطر المرض، مما يزيد من معاناتهم النفسية والجسدية.

وتعزى هذه النتيجة أيضاً إلى نظام التغذية وطبيعة الغذاء الذي يتناوله سواءً كمرضى سكري أم أصحاء، إذ إن الاعتماد على بعض المكونات الغذائية مثل: (الخبز والأرز والسكريات ومختلف أنواع النشويات) يشكل أساس النظام الغذائي، وهذا يقلل من مستوى الشفقة بالذات، لأن الفرد

في كثير من الأحيان مرتبط بنظام أسري أو اجتماعي في ما يتناوله من أغذية ونوعية هذه الأغذية، علاوة على ذلك فإن الإرشاد الطبي والتوعوي لا يجد له صدى عند كثيرين من مرضى السكري في الالتزام بنوعية الغذاء وأوقاته وممارسة الأنشطة الرياضية، وخصوصاً عند كبار السن.

كما تشكل حالة القلق ومستوى الصلابة النفسية والتكيف النفسي، عوامل مهمة في تحديد مستوى الشفقة بالذات، إذ أن معاناة مرضى السكري من العديد من الأمراض الأخرى مثل: (ضغط الدم، والقلب، والكلى) يجعلهم يركزون على العلاج الطبي، فإيمانهم بالعلاج الطبي أكثر بكثير من إيمانهم بدور الجانب النفسي في الحد والتقليل من آثار مرض السكري.

اتفقت هذه النتيجة مع دراسة فينتورا وآخرين (Ventura et al., 2018) التي توصلت إلى أن مستوى الشفقة الذاتية لدى أفراد العينة جاء متوسطاً.

مناقشة نتائج السؤال الفرعي الأول: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير الجنس.

توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير الجنس، لصالح الإناث.

من المعروف أن الإناث أكثر اهتماماً بذاتهن الجسمية وصورتهم عن الذات مقارنة بالذكور، وهذا ما يفسر أن الشفقة بالذات عندهن أعلى من الذكور، فالإناث لا يحبذن الإصابة بأمراض أخرى مرافقة للسكري، لذا يكون الاهتمام بالوقاية عندهن أعلى، كما أن نمط التنشئة الاجتماعية للإناث يوّلد عندهن الالتزام بالحفاظ على ذاتهن من أي أمراض أو أزمات، فالاهتمام بالإناث أكثر من الذكور خصوصاً في الجانب المرضي، وهذا من باب أن الأنثى أقل قدرة من الذكر،

وأقل قدرة على التحمل والمقاومة لأيّة مشكلات أو أزمات صحية، إضافة إلى أن هذا يؤثر على مستقبلهن سواء كن متزوجات أم غير متزوجات.

كما أن الخصائص النمائية والوجدانية للأنتى تزيد من درجة الشفقة بالذات لديها، حتى وإن كانت غير مريضة بالسكري، فدرجة الالتزام بالتعليمات الطبية واهتمامها بذاتها تكون أعلى من الذكور، فالإناث لديهن من المشاعر والأحاسيس الذاتية ما يجعلهن أكثر شفقة بذواتهن.

اتفقت هذه النتيجة مع دراسة جوريرو وآخرون (Guerrero et al., 2020) التي توصلت إلى أن الاعتلال المشترك للصحة النفسية لدى (19%) من المرضى، كان الاكتئاب هو الحالة الأكثر شيوعاً، خاصة عند النساء (20.7% مقابل 7.57%)، واختلفت مع دراسة الحميدان (2019) التي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات السلوك الصحي بين المصابين بداء السكري من الجنسين.

مناقشة نتائج السؤال الفرعي الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير المستوى التعليمي، لصالح الذين مستواهم التعليمي دراسات عليا.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأنه كل ما زاد المستوى التعليمي للإنسان يزداد وعيه بالمرض والآثار المترتبة عليه، ويتشكل لديه قاعدة معلوماتية معرفية عن التطور الحالي والمستقبلي للمرض، ونتيجة للمعاناة الناتجة عن المرض فإن المتعلم يحاول أن يقرأ ويطلع كل ما هو مكتوب في

المراجع والمصادر العالمية حول الأعراض والآثار للمرض حتى يستطيع أن يتجنب القدر الأكبر من آثار المرض السلبية.

كل هذا يزيد من الحيطة والأخذ بكل سبل الوقاية لعدم تفاقم المرض، وهذا بدوره يزيد من مستوى الشفقة بالذات لدى المريض ذوي المستوى التعليمي الأعلى مقارنة مع الأقل تعليماً، ولكن هذا التفسير لا يعمم على الجميع فهناك الكثير ممن هم غير متعلمين لديهم الشفقة بالذات أعلى من المتعلمين من حرصهم للحفاظ على حالتهم الجسدية والنفسية لأنهم لا يمتلكون المعلومات والفرص الكافية حول طبيعة المرض وكل ما يتعلق به.

كما أن فهم المتعلمين للمرض من منظور ديني يوجب عليهم الشفقة بذاتهم، وهذا يرجع إلى مستوى تعلمهم، فكلما زاد المستوى التعليمي للمريض يزيد حرصه على الالتزام بالمعايير الدينية والتوجيهات الدينية في كيفية التعامل مع مرض السكري.

واتقت هذه النتيجة مع دراسة شاهين وآخرون (Shahin, et al., 2020) التي أظهرت نتائجها وجود فروق دالة إحصائياً في درجات الشفقة بالذات لدى المريضات بمرض السكري من النوع الثاني تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح الدراسات العليا.

مناقشة نتائج السؤال الفرعي الثالث: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير درجة المرض.

توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير درجة المرض.

اتفقت هذه النتيجة مع دراسة بوجز وآخرين (Boggiss et al., 2020) التي أظهرت أن التعاطف مع الذات يحسن الصحة النفسية لدى المراهقين المصابين بمرض السكري النوع الأول. واتفقت مع دراسة كرامي وآخرين (Karami et al., 2019) التي بينت أن تدريب التعاطف مع الذات زاد الأمل بشكل كبير لدى مرضى السكري من النوع الثاني.

وتعزى هذه النتيجة إلى أن الفهم والوعي بالمرض قد يؤثر في كيفية التعامل معه، وتحديد مستوى الشفقة بالذات لدى المريض، إذ أن السكري هو المفهوم العام لكل من يصاب به بغض النظر عن نوعه، فهو مصاب بالسكري ويتعالج للمرض بشكل مستمر، فيخلق عند المريض حالة نفسية مشابهة سواء كان من الدرجة الأولى أم من الدرجة الثانية.

إن الأثر النفسي والمعنوي لمرض السكري على المريض يجعل المريض لا يفرق بين المستوى الأول والمستوى الثاني للمرض، فالجانب المعنوي للمريض يكون في أدنى مستوياته والمعاناة متقاربة بين المستويين، مما يجعل المريض ينظر إلى الخطر على أنه متقارب وهذا ما يفسر عدم وجود فروق بين المصابين من المستوى الأول والثاني.

مناقشة نتائج السؤال الفرعي الرابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري.

توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الشفقة بالذات تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري، لصالح الذين مدة إصابتهم بمرض السكري (5-10 سنوات) و(أكثر من 10 سنوات).

تبين النتيجة أن من له مدة زمنية أطول مصاباً بمرض السكري تكون درجة شففته بذاته أعلى،

وهذا أمر واقعي وذلك لأن خبرته في التفاعل مع المرض وانعكاساته عليه يجعله أكثر شفقة بذاته، فالأكثر معاناة هم الأكثر إدراكاً بالمخاطر الناجمة عن المرض وآثاره على الصحة النفسية والجسدية.

لكن الأقل معاناة يكون لديهم مستوى من الشفقة لكن لا يكون لديهم الوعي والفهم الشامل حول طبيعة مرض السكري وكيفية التعامل معه، كذلك فإن من لديه فترة أطول من المرض هو بحاجة إلى المساندة من الآخرين، وكذلك المساندة الذاتية المتمثلة في الشفقة بالذات، وعمل كل ما هو مطلوب منه والالتزام بالإرشادات الطبية والنظر إلى ذاته على أنه إنسان يعاني من أزمة وعليه أن يتعامل معها بمزيد من الثقة والوعي، وأنه لا تتراجع إرادته ومعنوياته في مواجهة مرض السكري كأزمة.

مناقشة نتائج السؤال الثالث: ما مستوى الصحة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة الخليل من وجهة نظرهم؟

تبين أن مستوى الصحة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة الخليل من وجهة نظرهم كان بدرجة متوسطة، إذ بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للشفقة بالذات (3.46) ونسبة مئوية (69.2%).

ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى أن مريض السكري يشعر أن هذا المرض مزمن ويلزم الفرد طوال حياته، ويمكن أن يحدث انتكاسات في الجانب الصحي ويشكل خطر على حياته مع استحالة الشفاء منه، إضافة إلى ارتباطه بأمراض أخرى مع مرور الزمن وخصوصاً عند كبار السن (شبكيات العيون، القلب، الكلى، ...) وهذا ما يجعل المريض بالسكري لا يتمتع بدرجة عالية من الصحة النفسية، لذا يسود الحياة النفسية لمريض السكري مشاعر سلبية تجاه ذاته

الجسمية والنفسية، كالشعور بالدونية، كذلك شعوره بمشاعر القلق والحزن بسبب المرض، حيث إن نظام حياته مقيد من ناحية الأكل، وأن الارتفاع والنزول في مستوى السكر يجعل المريض في حالة من عدم الاستقرار النفسي، ويشكل هذا عاملاً في تكوين نظرة سلبية للحياة المستقبلية، وعلاقاته الاجتماعية، وطموحاته.

كذلك فإن مرضى السكري في مجتمعنا لا يتلقون برامج إرشادية تساعدهم على التمتع بالصحة النفسية والتعايش مع المرض، وممارسة الحياة بشكل طبيعي، مما يزيد من درجة التشاؤم عند المريض والأفكار السلبية بإمكانية الموت وقلق الموت، كذلك التوهم المرضي، وفي المقابل لا يتلقون الرعاية النفسية والإرشادية من مراكز العناية بمرضى السكري، بل التركيز يكون على الجانب الدوائي وليس على الجانب الإرشادي النفسي.

وعندما تزيد مدة الإصابة بمرض السكري ويزيد معها عمر المريض، فمن الطبيعي أن يتدنى مستوى قدراته الجسمية والنفسية، فيشعر بالعجز عن القيام ببعض المهام والمسؤوليات الشخصية والحياتية، وتمنعه من تحقيق أهدافه، كما يشعر المريض بعد الرغبة في تناول الأدوية والأنسولين لكثرة استخدامه بصورة يومية، مما يخلق عنده ردة فعل سلبية تجاه العلاج الطبي.

كما يلعب المستوى التعليمي والثقافي دوراً في تحقيق مستوى الصحة النفسية لدى مرضى السكري، إذ أن الاطلاع بكل ما يتعلق بمرض السكري يزيد من الصلابة النفسية والإرادة والاتجاهات الإيجابية لدى مريض السكري، في حين أن عدم المعرفة بكل ما يتعلق بهذا المرض وكيفية التعامل معه بطرق علمية يجعل المريض يعاني دون وجود المعرفة المساعدة له، وكذلك عدم وجود مساندة اجتماعية مبنية على أسس علمية تساعد المريض في التأقلم مع المرض وبكل مستجداته وتطوره خلال حياة المريض.

واختلفت هذه النتيجة مع ميلودودواجي وعجمي (2017) التي توصلت الدراسة إلى أن مستوى الصحة النفسية لدى المصاب بداء السكري من النوع الأول (الخاضع للأنسولين) كان منخفضاً.

مناقشة نتائج السؤال الفرعي الخامس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير الجنس.

توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير الجنس، لصالح الإناث. ويمكن عزو هذه النتيجة على طبيعة العلاقة الارتباطية بين الشفقة بالذات والصحة النفسية، فالإناث يتمتعن بدرجة أعلى من الشفقة بالذات مقارنة بالذكور، وهذا يعود إلى أن تكون الإناث في مستوى أعلى من الصحة النفسية، وهذا ناجم عن الوعي والالتزام والإرادة لمواجهة المرض، ولكن بالرجوع إلى مستوى الصحة النفسية بشكل عام حسب الدرجة الكلية التي كانت متوسطة وليست بدرجة عالية، وهذه حقيقة أنه لا يوجد مريض يعاني من مرض مزمن يشعر بمستوى عالي من الصحة النفسية، ولكن تبقى الإناث أعلى من الذكور في التمتع بمستوى من الصحة النفسية.

بالتأكيد أن أبعاد ومضامين الصحة النفسية موجوده عند الإناث أكثر من الذكور على الرغم أن كلا الجنسين يعانين من تبعات وآثار المرض إلا أن الأبعاد التي تتمتع بها الإناث هي التي تجعل من مستوى الصحة النفسية لديهن أعلى.

وانتقلت هذه النتيجة مع دراسة بن الشريف وعطية (2016) التي توصلت إلى وجود فروق في مستوى الثقافة الصحية الكلية لدى مرضى السكري النوع الثاني تبعاً لمتغير الجنس لصالح الإناث. واختلفت مع دراسة نوار وزكري (2016) التي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب الجنس.

مناقشة نتائج السؤال الفرعي السادس: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير المستوى التعليمي، لصالح الذين مستواهم التعليمي دراسات عليا.

يظهر أثر المستوى التعليمي لمرضى السكري في أنه يعمل على مواجهة المرض على صعيد المنهج النمائي الوقائي والعلاجي، فالعمل بالمنهج الثلاثة يوفر قدراً عالياً من الصحة النفسية لدى المتعلمين، أما ذوي التعليم الأقل فإن التوجه لديهم يكون حول المنهج العلاجي أكثر من النمائي والوقائي، وهذا ما يفسر ازدياد مستوى الصحة النفسية لدى المستوى التعليمي الأعلى من مرضى السكري.

كذلك فإن المستوى التعليمي العالي يؤهل المريض ويجعله مدركاً لكل الأبعاد المترتبة على المرض وإمكانية مواجهته بنجاح، فيدرك أن مواجهة المرض لا تكون فقط بالعلاج الطبي بل إن العلاج الطبي مع التكامل مع الجانب النفسي يجعل هذا المريض يتمتع بدرجة أعلى من الصحة النفسية فلا يمكن للجانب الطبي لوحده أن يكون العلاج الأوحد لمواجهة المرض.

واتفقت هذه النتيجة مع دراسة بن الشريف وعطية (2016) التي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الثقافة الصحية الكلية لدى مرضى السكري النوع الثاني تبعاً لمتغير المستوى التعليمي لصالح الجامعيين.

مناقشة نتائج السؤال الفرعي السابع: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير درجة المرض.

توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير درجة المرض. يمكن تفسير هذه النتيجة بأن مريض السكري يتمتع بدرجة من الصحة النفسية ليس تبعاً لدرجة المرض من النوع الأول أو الثاني، إنما بمستوى إدراكه ووعيه للأثار المترتبة على المرض بكلا نوعيه، لذلك لم تظهر فروق بين نوعي المرض عند عينة الدراسة، فالنوع الأول والثاني له يتأثر وانعكاسات جسمية ونفسية على المريض مما يجعل مستوى الصحة النفسية عندهما متقارب بمعزل عن نوع المرض.

كذلك إن الصدمة الناجمة عن المرض وآثاره على المريض تجعله في النهاية لا يميز كثيراً بين نوع المرض، لأن الأمراض المزمنة تؤثر بدرجة كبيرة على المريض، وإذا لم يلق التوعية والإرشاد من الجهات المختصة من خلال التدخل والتقدير السريع للحالة للوصول به إلى إعادة حالة الاتزان والوعي اتجاه المرض وتطوير حالته المستقبلية، فإنه بذلك لا يميز كثيراً ولا يهتم كثيراً بنوع المرض، بالتالي فهم متقاربون في مستوى الصحة النفسية.

اختلفت هذه النتيجة مع دراسة غريب (2014) التي أظهرت أن الاستراتيجيات المستخدمة من قبل مرضى السكري من النوع الأول هي الاستراتيجيات السلبية، بينما استخدم مرضى السكري من النوع الثاني الاستراتيجيات الايجابية في مواجهة الضغوط النفسية. كما اختلفت مع ميلوددواجي وعجيمي (2017) التي بينت أن الإصابة بداء السكري من النوع الأول تؤثر على الحالة النفسية للمصاب بالسكري.

مناقشة نتائج السؤال الفرعي الثامن: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري.

توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري في محافظة الخليل على مقياس الصحة النفسية تعزى لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري، لصالح الذين مدة إصابتهم بمرض السكري (5-10 سنوات) و(أكثر من 10 سنوات).

تُظهر هذه النتيجة أن من يصابون بمرض السكري لفترات طويلة، فإنهم يتكيفون مع الوضع القائم لهم ومع متطلبات المرض الجسدية والنفسية والغذائية، إذ أنه كلما زادت مدة الإصابة بالسكري، كلما قل مستوى القلق والتوتر، بسبب زيادة معرفة المريض بمتطلبات المرض وكيفية التعامل معه، وأن كثير من المرضى يشكل لهم المرض عاملاً يقوي جهاز المناعة النفسية عندهم خصوصاً عندما يشعرون بأنهم يسيطرون على وضع السكري، ويزداد مستوى الصحة النفسية لهم نتيجة هذا الوضع المقبول عليهم، بالمقابل فإن المرضى من فئة (5) سنوات فما دون هم الأكثر توتراً واضطراباً نفسياً، وذلك بسبب عدم استقرار حالتهم الصحية وحدث مفاجئات أو انتكاسة في هذه الحالة مما يؤدي إلى تدني مستوى الصحة النفسية لهم مقارنة مع

المرضى لمن هم (10) سنوات فأكثر.

اتفقت هذه النتيجة مع دراسة نوار وزكري (2016) التي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب مدة المرض لصالح الفئة التي تفوق مدة مرضها (10) سنوات.

مناقشة نتائج السؤال الرابع: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الشفقة بالذات وبين الصحة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة الخليل.

توصلت الدراسة إلى وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين الشفقة بالذات وبين الصحة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة الخليل، حيث بلغ معامل الارتباط للعلاقة بين الشفقة بالذات وبين الصحة النفسية لدى مرضى السكري في محافظة الخليل (0.62) بدلالة إحصائية (0.000).

ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى أن الشفقة بالذات عامل مهم في مواجهة تحديات المرض والآثار المترتبة عليه، فالمتغيرات النفسية مثل الشفقة بالذات والصلابة النفسية، وتقدير الذات تلعب دوراً مهماً في مستوى الصحة النفسية لمرضى السكري، إذ أن العلاج الطبي ليس العامل الرئيس والوحيد في تحقيق الصحة النفسية للمرضى، ولكن به تأثير في تحقيق الصحة الجسمية لدى هؤلاء المرضى، أما الصحة النفسية بأبعادها فتعتمد بدرجة أساسية على العوامل النفسية، من هنا جاءت النتيجة بوجود علاقة طردية بين مستوى الصحة النفسية ومستوى الشفقة بالذات.

وعدم وجود اتجاهات نحو الشفقة بالذات لدى مرضى السكري في علاقاتهم الغذائية ومستوى سلوكهم الصحي يجعلهم يواجهون حالة من عدم الاستقرار والتمكن في التحكم بمستوى السكر

عندهم، بالتالي ينعكس هذا الوضع سلباً على جميع أبعاد الصحة النفسية لديهم، وأهمها: البعد النفسي والبعد الاجتماعي لمريض السكري.

إن الشفقة بالذات لها دور في التخفيف من معاناة الفرد من الوحدة النفسية والتقليل من المشكلات النفسية التي يعاني منها، وهذا يؤكد على العلاقة الارتباطية بين الشفقة بالذات وتحديد البعد الإنساني يؤثر بدرجة كبيرة على الصحة النفسية لمريض السكري، إذ أن البعد الإنساني يساعد مريض السكري على التقليل من التشوهات المعرفية لدى هؤلاء المرضى والعزلة الاجتماعية وتدني تقدير الذات، وهذه العوامل تنعكس على التمتع بمستوى مقبول من الصحة النفسية.

اتفقت هذه النتيجة مع دراسة شين وليم (Shin & Lim, 2019) التي أظهرت وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مكونات الشفقة بالذات والصحة النفسية، كما اتفقت مع دراسة كرد وبرزانجي (Kurd and Barzanji, 2019) التي توصلت إلى أن معظم الدراسات التي تمت مراجعتها وتحليلها أن الشفقة بالذات تزيد من الصحة النفسية وتعزز الرفاهية، واتفقت أيضاً مع دراسة كيم وكو (Kim & Ko, 2018) التي بينت أن الشفقة بالذات تحمي من اضطرابات النوم، وتعزيز الصحة النفسية والرضا عن حياة والرعاية الذاتية والنشاطات المعتادة.

ثانياً: التوصيات

من خلال النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، توصي الباحثة بما يلي:

1. توعية مرضى السكري من خلال إعداد وتصميم النشرات والبرامج الإرشادية الجماعية والفردية بضرورة الاهتمام بتطور مرضهم وإظهار التعاطف والشفقة بالذات من خلال فهم المرض وأبعاده والتكيف معه، وهذا يزيد من مستوى الصحة النفسية لديهم، واتجاهاتهم الإيجابية نحو الحياة، ويزيد من مستوى الفعالية الذاتية وأساليب مواجهة المرض في المستقبل.
2. العمل على تعزيز مستوى الشفقة بالذات والصحة النفسية لدى الذكور المصابين بمرض السكري، ولدى الفئة حديثة الإصابة بمرض السكري (5 سنوات فما دون)، كذلك بالنسبة لمن هم دون مستوى الثانوية العامة.
3. إجراء ندوات حول أهمية الجانب النفسي في علاج مرض السكري لجميع العاملين في مراكز رعاية مرضى السكري وعيادات أطباء السكري بضرورة الاهتمام بالجانب النفسي كجانب متكامل مع الجانب العلاجي الطبي في التغلب على المرض وزيادة قدرة المريض على المواجهة والإرادة لتحسين حالته الصحية.
4. توجه هذه الدراسة قسم الإرشاد في المدارس للاهتمام بالإرشاد الجمعي للطلبة في المدارس، لتوعيتهم بالمخاطر الناجمة عن مرض السكري وكيفية جعل الطلبة يقدمون المساندة والدعم النفسي لأنفسهم ولأي شخص أو قريب لهم يعاني من مرض السكري.

المصادر والمراجع

أولاً: المراجع العربية

أبو بكر، أمل. (2015). مستوى الضغوط النفسية لمرضى السكري وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكري في أم درمان، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان.

بن سكيريفة، مريم؛ وبن زاهي، منصور. (2014). أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المصابين بداء السكري النوع الثاني، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، 7 (18): 231-253.

بن شريف، صالح، وعطية، دليلة. (2016). مستوى الثقافة الصحية لدى عينة من مرضى السكري من النوع الثاني، مجلة أنسنة للبحوث والدراسات، 7 (2): 44-65.

الجبوري، علي، والجبوري، كريم. (2014). الصحة النفسية - علماً تطبيقياً، عمان: دار الرضوان للنشر والتوزيع.

حامد زهران (2005): الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، القاهرة.

الحميدان، مناهل. (2019). الصحة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري : دراسة تنبؤية مقارنة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية.

خليل، عفراء. (2017). الشفقة بالذات لدى طلبة الجامعة في ضوء بعض المتغيرات، مجلة العلوم الاجتماعية، 6 (26): 41-55.

الداهري، صالح. (2006). مبادئ الصحة النفسية، عمان: دار وائل للنشر.

رابح، واكد. (2019). الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى السكري: دراسة ميدانية على عينة من مرضى السكري النوع الثاني، جامعة المدية، مجلة البحوث والدراسات العلمية، 1(13): 9-31.

رضوان، سامر؛ الزغبى، أحمد؛ وغريب، نرmin. (2013). الضغوط النفسية لدى المراهقين المصابين بداء السكري النمط الأول وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية- سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية 3(35): 77-98.

زعطوط رمضان. (2010). نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة دكتوراة غير منشورة، تخصص: علم النفس الاجتماعي، جامعة قاصدي مرباح، الجزائر.

شريقي، رولا. (2014). فاعلية برنامج إرشادي لرفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري، رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة دمشق، سوريا.

شوكة، حنان. (2015). الشفقة الذاتية وعلاقتها بالمقبولية لدى النساء الأرامل، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة المستنصرية، العراق.

طرح، سميرة. (2013). تقدير الذات وفاعلية الأنا عند المراهق المصاب بداء السكري، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.

عباس، أسمهان. (2015). اليقظة العقلية وعلاقتها بأساليب التعلم لدى طلبة المرحلة الإعدادية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة واسط، العراق.

العزاوي، شمس عبد الرحمن. (2014). العطف على الذات وعلاقته بالقلق من المستقبل لدى طلبة الجامعة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة المستنصرية، العراق.

عطية، عماد. (2014). الصحة النفسية المفهوم والأهمية والرؤى المستقبلية، عمان: الدار العالمية للنشر والتوزيع.

علوان، عماد. (2016). الشفقة بالذات والشعور بالذنب لدى الأحداث الجانحين المودعين بدار الملاحظة الاجتماعية بمدينة أبها، المجلة الدولية التربوية، 5(9): 1-22.

العمرى، مرزوق. (2012). الضغوط النفسية المدرسية وعلاقتها بالإنجاز الأكاديمي ومستوى الصحة النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة الليث، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.

عيسى، يحيى. (2015). التوافق النفسي وعلاقته بمفهوم الذات لدى مرضى السكري المنتفعين من عيادات وكالة الغوث الدولية في منطقة الخليل التعليمية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس، فلسطين.

غريب، نرمين. (2014). استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، 36(3): 305-324.

كتفي عزوز. (2017). المساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من مرضى القصور الكلوي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة محمد بوضياف مسيلة، الجزائر.

كولازو، ماريا. (2002). *حول السيطرة على داء السكري*، بيروت: مركز التعريب والترجمة ،
الدار العربية للعلوم.

مجدلي، ماجد، عبد الفتاح، أسامة، زريقات، عايد. (2017). *السكري: النشاط البدني، الرعاية
النفسية، التغذية، العلاج الطبيعي*، عمان: دار المجد للنشر والتوزيع.

محمد، عماد. (2016). *الشفقة لذات والشعور بالذنب لدى الأحداث الجانحين المودعين بدار
الملاحظة الاجتماعية بمدينة أبها، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، 5(9):*
41-55.

مzahرة، أيمن. (2009). *تخطيط الوجبات الغذائية*، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
منظمة الصحة العالمية. (1946). *ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية*، بصيغته التي
اعتمدها مؤتمر الصحة الدولي المعقود في نيويورك في الفترة بين 19
حزيران/يونيو و22 تموز/يوليو 1946، السجلات الرسمية لمنظمة الصحة
العالمية، المجلد 2.

منظمة الصحة العالمية. (2013). *مقالة علمية بعنوان "الصحة النفسية: حالة من العافية"*.
ميلوددواجي، نور الدين، وعجمي، كوثر. (2017). *مستوى الصحة النفسية عند المصاب بداء
السكري من النوع الأول (الخاضع للأنسولين): دراسة ميدانية لثلاثة حالات
ب(غليزان-مستغانم)*، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عبد الحميد بن باديس-
مستغانم، الجزائر.

نعمة، منصور. (2012). العطف على الذات وعلاقته بالخوف من التقييم الاجتماعي السلبي

لدى طلبة الجامعة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة

المستصرية، العراق.

نوار، شهرزاد؛ وزكري، نرجس. (2016). الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى عينة

من مرضى السكري: دراسة ميدانية بمدينة ورقلة، مجلة العلوم النفسية والتربوية،

2(2): 85-108.

وزارة الصحة الفلسطينية - الادارة العامة للرعاية الصحية الأولية. (2020). التقرير السنوي

للإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية - فلسطين.

يوسف سالم. (2019). الشفقة بالذات كمؤشر للتنبؤ بكل من التسويف الأكاديمي وقلق الاختبار

لدى طلبة جامعة السلطان قابوس، مجلة أكاديمية شمال أوروبا المحكمة للدراسات

والبحوث، أكاديمية شمال أوروبا للعلوم والبحث العلمي، 3(1): 69-93.

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Alessi J, de Oliveira GB, Franco DW, Becker AS, Knijnik CP, Kobe GL, Amaral BB, de Brito A, Schaan BD, Telo GH. (2021). *Acta Diabetol.* 58(7):899-909. doi: 10.1007/s00592-021-01690-1.
- American Psychiatric Association (APA), (2006). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amy L. (2017). The relevance of self – compassion as an intervention target in mood and anxiety disorders: A narrative review based on an emotion Regulation Framework. *Clinical Psychologist*,1(21), 90-103.
- Bayir, A. (2016). Difficulties generating self-compassion: An interpretative phenomenological analysis. *The Journal of Happiness & Wellbeing*, 4(1): 15-33.
- Bergen, D & Cheon .(2013). *The Mediating Effects of Mindfulness and Self-Compassion on Trait Anxiety*, <http://self-compassion.org>.
- Bhat, S.A. & Shah, S.A (2015). Self-Compassion and Mental Health: A Study on Young Adults. *International Journal of Research in Applied, Natural and Social Sciences*, 3(4): 49-54.
- Boggiss, Anna L, Consedine, Nathan S, Jefferies, Craig, Bluth, Karen, Hofman, Paul L, Serlachius, Anna S. (2020). Protocol for a feasibility study: a brief self-compassion intervention for adolescents with type 1 diabetes and disordered eating, *BMJ Open*;1(10): 1-8. doi:10.1136/bmjopen-2019-034452.

- Breines, J. & Chen, S. (2012). Self-Compassion increases Self-Improvement Motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(9), 1133-1143.
- Deniz, M., Kesici, S., & Sumer, S. (2008). The validity and reliability of th Turkish version of the self-compassion scale. *Social behavior and personality*, 36(9): 1151-1160.
- Djurovic, J. (2019). *Psychological and Physiological Benefits of Self Compassion for Chronic Illness; Proposing a Condition-Specific Self-Compassion Program*. Thesis Clinical Psychology. Faculty of The Illinois School of Professional Psychology, University Schaumburg.
- Feng X, Astell-Burt T. (2017). Impact of a type 2 diabetes diagnosis on mental health, quality of life, and social contacts: a longitudinal study. *BMJ Open Diabetes Research and Care*;5: e000198. doi:10.1136/ bmjdrc-2016-000198
- Guerrero, I., Gimeno, A., Poblador, B., Gimeno, L., Ioakeim, L., Rojo, G., Forjaz, M., & Torres, A. (2020). Association between mental health comorbidity and health outcomes in type 2 diabetes mellitus patients, *Scientific Reports*, 10(1): 2045-2322.
- Hansmann, S.E.M.T. (2018). *Evaluating the effectiveness of a self-compassion intervention to decrease state anxiety and increase state self-forgiveness and the role of trait self-compassion in this process*, Master Thesis - Positive Psychology Utrecht University.
- Karakasidou, E.& Stalikas, A. (2017). The Effectiveness of a Pilot Self Compassion Program on Well Being Components, *Psychology*, 1(8), 538-549.

- Karami Z., Jahangir R., , Rezaei M. (2019). The Effectiveness of Self-Compassion Group Training on Raising Hope in Diabetics, *International Journal Behavior Science*. 13(1): 40-45.
- Kim Sh., & Ko H. (2018).The impact of self-compassion on mental health, sleep, quality of life and life satisfaction among older adults, *Geriatric Nursing*, 39(6): 623-628
- Kurd B, Barzanji A. (2019). A Review Study on Self-compassion and Its Place in Psychological Health. *Avicenna Journal of Neuro psychophysiology*. 6(2):57-66.doi.org/10.32598/ajnpp.4.3.400
- Kyeong, L. W. (2013). Self-compassion as a moderator of the relationship between academic burn-out and psychological health in Korean cyber university students. *Personality and Individual Differences*, 54(8), 899-902.
- Laurie, H., & Kenneth C. (2011). Mindfulness, self-compassion & happiness in nonmeditators: A theoretical and examination. *Personality and Individual Differences*, 1(50), 222-227.
- Neff, K. & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*.77, 23-50.
- Neff, k. (2003b). Self-Compassion: an alternative conceptualization of healthy attitude toward oneself, *Self and Identity*, 1(2), 85-101.
- Neff, K. (2011). Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(5), 1-12.
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself, *Self and Identity*, 2, 85 – 102.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240.

- Neff, K. D., Hseih, Y., & Dejithirat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure, *Self and Identity*, 1(4), 263–287.
- Neff, K. D., Pommier, E., & Tóth-Király, I. (2020). The development and validation of the Self-Compassion Scale. *Assessment*, 27(1), 21-39.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of research in personality*, 41(4), 908-916.
- Potter, R.; Yar, K.; Francis, A. & Schuster, S. (2014). Self-compassion mediates the relationship between parental criticism and social anxiety. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(1), 33-43.
- Reyes, D. (2012). Self-Compassion: A concept analysis. *Journal of Holistic Nursing*. 30(2): 81-89.
- Shahin Khayatan, Asghar Aghaei, Mohammadreza Abedi, Mohsen Golparvar. (2020). Effectiveness of Compassion- Acceptance and Commitment Combined Therapy with Cognitive-Behavioral Therapy on Interpersonal Forgiveness in Female Patients with Type II Diabetes, *Iranian Journal of Diabetes and Obesity*, 10(4): 194-203.
- Shebuski, K., Bowie, J.-A. & Ashby, J. S.(2020).Self-Compassion, Trait Resilience, and Trauma Exposure in Undergraduate Students, *Journal of College Counseling*.1(23): 2-14.
- Shin, N Y. and Lim, Y-J. (2019). Contribution of self-compassion to positive mental health among Korean university students. *International Journal of Psychology*.54(6): 800–806.
- Stober, J. (2003). Self-pity: Exploring the links to personality, control beliefs, and anger. *Journal of personality*, 71(2), 183-220.

- Sundarragu, S.; Veenavani, N.P & Sankar, R (2018). Hope, Optimism, Self-Compassion and Psychological Well-Being among Rural Young Adults. *International Journal of Applied Social Science*, 1(10),1606-1612 .
- Ventura A., Nefs G., Browne J., Friis A., POUWER F., & Speight A. (2018). Is Self-Compassion Related to Behavioural, Clinical and Emotional Outcomes in Adults with Diabetes? Results from the Second Diabetes MILES-Australia (MILES-2) Study, *Research Gate, Mindfulness*, 1(1): 1-11, DOI: 10.1007/s12671-018-1067-0.
- Wenzel, M., Woodyatt, L. & Hedrick, K. (2012). No genuine self-forgiveness without accepting responsibility: Value reaffirmation as a key to maintaining positive selfregard. *European Journal of Social Psychology*, 1(42), 617-627.
- Werner, K.H., Jazaieri, H., Goldin, P.R, Ziv, M., Heimberg, R.G., & Gross, J.J. (2012). Self-Compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress & Coping*, 25,543-558.
- Wind Chill, D. Rose, D, Staikfleet, T and Smith, R.(2008). Are People Excessive or Judicious in Their Egocentrism? A Modeling Approach to Understanding Bias and Accuracy in People's Optimism, *Journal of Personality and psychology*, 95(2),253-273.
- Woodruff, S.C., Glass, C.R., Arnkoff, D. B., Crowley, K. J., Hindman, R.K& Hirschhor, E.W.(2014).Comparing Self-Compassion, Mindfulness, and Psychological Inflexibility as Predictors of Psychological Health, *Mindfulness*, 5,410–421.
- World Health Organization. (WHO). (1999). *Definition, diagnosis, and classification of diabetes mellitus and its complications*, report of WHO, Geneva.

Yela, J. R., Crego, A., Gomez-Martínez, M Angeles & Jimenez, L. (2020) .Self-compassion, meaning in life, and experiential avoidance explain the relationship between meditation and positive mental health outcomes. *Journal Clin Psychologist* .1–22.

الملاحق



ملحق رقم (1): المقاييس بصورتها النهائية

كلية الدراسات العليا

برنامج الإرشاد النفسي والتربوي

حضرة السيدة/ة المحترم/ة:

تحية طيبة وبعد:

تقوم الباحثة بإجراء دراسة تهدف التعرف إلى "الشفقة بالذات وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل"، وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي/ جامعة الخليل، أرجو منكم التفضل بالإجابة عن فقرات الاستبانة بموضوعية، حيث أن هذه البيانات سيتم استخدامها بسرية تامة ولأغراض البحث العلمي فقط.

وتقبلوا فائق الشكر والتقدير

الباحثة: سماح شاور

إشراف: د. محمد عجوة

القسم الأول: البيانات الأولية

الرجاء الاجابة عن هذه الاسئلة بوضع اشارة (✓) امام الخيار الذي يناسبك/ي.

- الجنس: ذكر أنثى
- المستوى التعليمي ثانوية فأقل بكالوريوس دراسات عليا
- درجة المرض: النوع الأول النوع الثاني
- مدة الإصابة بمرض السكري: أقل من 5 سنوات (5-10) سنوات أكثر من 10 سنوات

القسم الثاني:

مقياس الشفقة بالذات:

الشفقة بالذات هي: ميل الفرد عند التعرض للفشل والمعاناة من المشكلات والضغط النفسية باللطف بالذات وعدم الانتقاد الشديد لها، وفهم خبراته كجزء من الخبرة التي يعانيتها معظم الناس ، وتجنب العزلة وسيطرة الأفكار غير العقلانية، ومعالجة المشاعر السلبية المؤلمة التي تواجهه بيقظة عقلية وعقل منفتح مما يساعده على التعامل مع المشكلات والضغط النفسية التي يمر بها بموضوعية (Neff, 2003).

الرقم	العبارة	موافق جداً	موافق	موافق بدرجة بسيطة	غير موافق	غير موافق أبداً
1	في الغالب لا أستحسن أن أكون مريضاً					
2	عندما أشعر بالإحباط يكون تفكيري سلبي					
3	أنظر إلى الإصابة بالأمراض على أنها أمر طبيعي في الحياة					
4	أشعر بالعزلة عندما أفكر في حالتي المرضية					
5	عندما أشعر بصدمة عاطفية ألجأ إلى المساندة الاجتماعية من الآخرين					
6	أشعر بالتوتر عندما أخفق في المحافظة على المستوى الطبيعي للسكري					
7	عندما أشعر بالإحباط بسبب المرض تزداد قدرتي على التحدي					
8	أميل إلى التحدي عندما أكون في أوقات صعبة					
9	أحافظ على اتزاني الانفعالي عندما يشد عليّ المرض					
10	أدكر نفسي بأن مشاعر الضعف التي تتابني توجد لدى كثير من مرضى السكري					
11	أشفق بنفسني عندما أمرّ بظروف صعبة بسبب المرض					
12	أحاول أن لا أنظر إلى مرضي كشيء مهدد لحياتي					
13	أتعامل بواقعية مع أي مشكلة تواجهني في حياتي					
14	لا أستطيع التحكم بانفعالاتي أثناء المرض					
15	أحرص على صحتي أكثر مما ينبغي					
16	عندما تنخفض روحي المعنوية أبحث عن تجارب ناجحة في					

الرقم	العبارة	موافق جداً	موافق	موافق بدرجة بسيطة	غير موافق	غير موافق أبداً
	حياتي					
17	أحمل نفسي مسؤولية الإصابة بالسكري					
18	أتقبل أي تغييرات نفسية أو فسيولوجية ناجمة عن المرض					
19	أتقبل جوانب الضعف في شخصيتي					
20	حالتني المرضية تحتم عليّ أن افكر بعقلانية وواقعية					
21	أهتم ببناء علاقات إيجابية مع الآخرين لمواجهة المرض					
22	ألتزم بكل التعليمات والإرشادات للتعامل مع مرض السكري					
23	أحاول معرفة كل الحقائق المتعلقة بمرضي					
24	أستفيد من تجارب الآخرين في مواجهة مرض السكري					
25	أحاول استبدال الذكريات المؤلمة بسبب المرض بأخرى سارة					
26	أشعر بمشاعر المرضى الآخرين من مرضى السكري					
27	أعمل ما هو ممكن للحفاظ على مستوى مقبول من الصحة النفسية					
28	أحاول عدم التفكير في الأمور التي لا علاقة لها بمرضي					
29	لا أصدر احكام متسرعة حول الجانب الصحي لي					
30	أحاول أن أتقبل ذاتي عندما أفكر في مرضي					
31	أبذل قصارى جهدي للاهتمام بذاتي صحياً ونفسياً					
32	أشعر بحالة من الصداع النفسي بسبب المرض					
33	أبحث عن أفضل البدائل العلاجية لمواجهة المرض					
34	أشعر بمعاناة مستمرة بسبب المرض					
35	تقتي بذاتي عالية بالرغم من الآثار الجانبية للمرض					

مقياس الصحة النفسية

الصحة النفسية: حالة من العافية يستطيع فيها كل فرد إدراك إمكانياته الخاصة والتكيف مع حالات التوتر العادية، والعمل بشكل منتج ومفيد والإسهام في مجتمعه المحلي (منظمة الصحة العالمية، 2013).

الرقم	العبارة	موافق جداً	موافق	موافق بدرجة بسيطة	غير موافق	غير موافق أبداً
1.	غالباً ما أشعر بالانزعاج دون سبب واضح					
2.	أشعر بالخوف من أن أصاب بمرض آخر نتيجة السكري					
3.	أشعر بأن الحياة متعبة جداً وغير مريحة					
4.	أشعر بعدم الاتزان الانفعالي في الكثير من الأحيان					
5.	أشعر بوخزات وتشنجات في جسمي وأطرافي					
6.	أشعر بالضيق من التغيير في أي مجال من حياتي					
7.	أكون في قمة السعادة عند مزولة عملي					
8.	أعاني من فقدان الشهية					
9.	لدي شعور متزايد بالقلق حول صحتي					
10.	أنزعج من الأمور البسيطة					
11.	أبذل جهداً مضاعفاً لكي أصل إلى هدفي					
12.	يرادوني شعور بأن صحتي تسير باتجاه الأسوأ					
13.	أتضايق بسبب سير حياتي خلافاً لما أريد					
14.	أعاني كثيراً من تصبب العرق وسرعة في خفقان القلب					
15.	أعاني كوابيس مزعجة					
16.	أشعر بالقلق على أشياء لا تهمني					
17.	أشعر بتغير في قدراتي الجنسية					
18.	أتعاطف مع الآخرين في الأزمات					
19.	أشعر أحياناً بأن صحتي جيدة					
20.	ردود فعلي نحو ممارسات الآخرين حاده					
21.	لدي شعور بالبطء وفقدان الطاقة للحركة					
22.	أشعر بالخوف من المستقبل					
23.	لدي المقدرة على تعديل أهدافي في الحياة					
24.	أشعر بأن حالتي الصحية لا تسير على ما يرام					
25.	لا أنزعج عندما أقارن وضعي الصحي بالآخرين					
26.	أعمل الأشياء بمعنويات عالية					

غير موافق أبداً	غير موافق	موافق بدرجة بسيطة	موافق	موافق جداً	العبارة	الرقم
					أتضايق من حديث الآخرين عن مرضي	.27
					أجد صعوبة في اتخاذ القرارات الخاصة بمرضي	.28
					أعاني من النسيان	.29
					لدي صعوبة في التركيز في المواقف المهمة	.30
					أشعر بضعف عام في أعضاء جسمي معظم الوقت	.31
					لدي حساسية زائدة في التعامل مع الآخرين	.32
					أشعر بفقدان الاتزان الحركي أحياناً	.33

شكراً لتعاونكم

ملحق رقم (2): قائمة بأسماء المحكمين

الجامعة التي يعمل بها	الاسم	الرقم
جامعة الخليل	د. كامل كتلو	1
جامعة الخليل	د. سناء أبو غوش	2
جامعة القدس المفتوحة	أ.د. محمد شاهين	3
جامعة القدس المفتوحة	د. خالد كتلو	4
جامعة القدس	د. عمر الريماوي	5
جامعة النجاح الوطنية	فاخر الخليلي	6
طبيب سكري	د. أنس أبو ارميلة	7
جامعة الخليل	د. إبراهيم المصري	8

ملحق رقم (3): كتاب تسهيل مهمة

HEBRON
UNIVERSITY



جامعة الخليل

Ref.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الرقم : م.خ/ 02 ت/2021

Date

التاريخ : 2021/01/18

لمن يهمة الأمر

الموضوع: تسهيل مهمة.

بعد التحية ،،،

تقوم الطالبة سماح حامد شاور بإجراء دراسة بعنوان:

" الشفقة بالذات وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من مرضى السكري في محافظة الخليل".

يرجى من حضرتكم تسهيل مهمة الطالب/ة المذكور/ة والتعاون لإتمام دراسته/ا.

شاكرين لكم حسن تعاونكم.

عميد كلية التربية

د. كمال مخامرة

د. كمال مخامرة



P.O.Box 40 , Hebron , West Bank , Palestine
URL : [http // www.hebron.edu](http://www.hebron.edu)

ص.ب ٤٠ الخليل - فلسطين
تلفون : 970 (0)2-222-0995
فاكس : 970 (0)2-222-9303