# الفروق بين مرضى النمط الثاني من السكري والأصحاء فى الصمود النفسي والمعتقدات الصحية وتنظيم الذات وعمه المشاعر

**د. محمد عبد القادر عبد الموجود علي**

**قسم علم النفس – جامعة جنوب الوادي**

ملخص

هدفت الدراسة الراهنة معرفة الفروق بين مرضى النمط الثانى من السكرى والأصحاء فى الصمود النفسي والمعتقدات الصحية وتنظيم الذات وعمه المشاعر ، واشتملت عينة الدراسة على مجموعة من مرضى النمط الثانى من السكرى . وتكونت من (ن = ١٥٠) مريضاً ، منها (٧٥) من الذكور و (٧٥) من الإناث تراوحت أعمارهم بين ٢٥-٥٥ عاماً ، ومتوسط عمر قدره ( ٤١.٣٨± ٧.٩٩) سنة ، وقد سحبت العينة من مستشفى دشنا المركزى وقنا العام وبعض العيادات الخاصة ، ومجموعة الأصحاء وتكونت من (ن = ١٥٠) شخصاً طبيعياً ، منها (٧٥) من الذكور و (٧٥) من الإناث تراوحت أعمارهم بين ٢٥-٥٥ عاماً ، ومتوسط عمر قدره ( ٤٢.٢٠± ٧.٠٦) سنة ، وقد تباينت المستويات الاجتماعية الاقتصادية والمستوي التعليمي والمهنة لأفراد العينة ، واستخدم الباحث المقابلة المبدئية من إعداد الباحث ، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي لعبد العزيز الشخص لجمع البيانات ، ومقياس الصمود النفسى ، واستخبار بورموند فورست لعمه المشاعر ومقياس تنظيم الذات وهما من ترجمة الباحث ، واستخبار المعتقدات الصحية وهو من إعداد الباحث ، وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضي النمط الثاني من السكري والأصحاء فى كل منالصمود النفسي والمعتقدات الصحية وتنظيم الذات وعمه المشاعر.

## مقدمة

إن مرض السكري هو المشكلة الحقيقيةالتي تؤثر علي العالم ككل وعلي مصر علي وجه الخصوص . وفيما يتعلق بالمجتمع المصري في الوقت الحاضر ، فإن مرض السكري أصبح موجوداً علي نطاق واسع في كثير من الأسر ، فنحو ما يقارب حوالي ١٠.٤ % من سكان مصر في الفئة التي تراوحت أعمارها ما بين ١٠- ٧٩ عاما مصابين بالسكري ، وفي معظمها تكون حالات وراثية بالإضافة إلى التأثير السلبى للنظام الغذائي غير الصحي للمصريين الذى يمكن أن يساهم في انتشار السكري أيضاً.ومرضي السكري في المجتمع المصري يعانون من عديد من الآثار الجانبية التي تؤثر سلبياً علي حياتهم ، من أهمها ، القدم السكري[1] وضعف الدورة الدموية[2] ، والاعتلال العصبي[3] واعتلال الشبكية ، واعتلال الجلد وغيرها ، وهو ما دعي إلي إنشاء جمعيات مثل الجمعية المصرية للقدم السكري ، والتى أنشئت لمواجهة مثل تلك الأخطار والتي تقوم بعقد مؤتمر سنوي حول ذلك الأمر (Soliman,2013).

ولقد لوحظت أقوي الارتباطات في البحوث التي تمت علي ضغوط العمل ، بين الضغوط النفسية والتي تشير إلي أن التعرض لمستويات عالية من الضغط – نتيجة عدم التوازن بين التعرض لظروف يحتمل أن

1 Diabetic Foot
2 Poor Circulation
3 Neuropathy

تكون مرهقة وبين قدرة الفرد في التعامل معها – وبين الزيادة المتواضعة في إمكانية الإصابة بالنمط الثانى من السكري ومضاعفاته مستقلة في ذلك عن العوامل الاجتماعية والسكانية وأسلوب الحياة (Steptoe, 2016) . فالضغوط المزمنة تؤدي إلي زيادة إفرازات هرمون الكورتيزول ، والذي يمكن أن يساهم في البدانة في منطقة البطن ، بالإضافة إلى مقاومة استجابة الخلايا لإفراز الأنسولين ، ونتيجة لذلك فإن الصمود في مواجهة تلك الضغوط قد تكون مخففة أو واقية من آثار الإصابة بالنمط الثاني من السكري (Crump etal.,2016).

ولقد ظهر نموذج المعتقدات الصحية لأول مرة على يد" هوكباوم "Hochboum وعدد من علماء علم النفس الاجتماعي الآخرين عام ١٩٥٨ وذلك لتفسير السلوك الصحى الوقائى . ومنذ ذلك الحين استخدم لشرح مجموعة واسعة من أنماط السلوك الصحى ، والتى صنفت إلى ثلاث فئات متميزة وهى: السلوكيات الصحية الوقائية مثل فحص الثدى ، ودور السلوكيات المرضية مثل ارتفاع ضغط الدم والمرحلة النهائية من الفشل الكلوى ، واضطر المرضى للذهاب للعيادات لتلقى الخدمات النفسية (White,2004). ولقد كان نموذج المعتقدات الصحية الموسع والذى تضمن فعالية الذات مقيدا فى تفسير السبب فى أن بعض الأشخاص الذين يعانون من مرض السكرى قادرون على تحسين السيطرة على التمثيل الغذائى بعد التدخل على خلاف بعضهم الآخر (Wdowik,Kendall & Harris,1997).

ونظراً لطبيعة مرض السكرى ومضاعفاته فإنه يبدو أن تنظيم الذات يكون مفيداً للأشخاص المصابين بالسكرى . وبالرغم من أهمية الوقاية من الإصابة بالمضاعفات وكذلك أهمية العلاج لأنه يوفر خططاً علاجية محددة ، إلا أن هناك بحوثاً محدودة عن الالتزام العلاجي لدى مرضى السكرى من ناحية ، ومن ناحية أخرى فإن النتائج المتعلقة بعمليات اتخاذ القرار والتدريب على تنظيم الذات فيما يتعلق بمرض السكرى ليست كافية(Tavakolizadeh,Moghads &Ashraf.,2014). وتتمثل أهمية هذا المفهوم فيما توصلت إليه بعض نتائج البحوث فى قدرته على مساعدة المرضى فى تقييم مستويات السكر فى الدم واتباع نظام غذائي مناسب(Hemera etal.,1988) ، والحفاظ على مستوى السكر فى الدم واتباع نظام غذائي مناسب والحفاظ على مستويات السكر فى الدم دون زيادة (Rubin, payrot& Saduk,1991) ، والتنبؤ بتحسين السلوكيات الصحية لدى مرضى السكرى(Watkins,1999) ، فيما أشار " هيرشبيرج " Hirschberg (2001) إلى أن تنظيم الذات يساعد فى التنبؤ بالالتزام بالعلاج .

ويرى الباحثون أن مرضى السكرى يخبرون عديداً من الأرجاع الانفعالية المتعلقة بمرضهم ، ولذا فان المرضى عندما يستطيعون التعبير عن عواطفهم ومشاعرهم لفظياً فإن الأعراض الجسمية والنفسية لديهم يمكن أن تتحسن ، وعندما لا يستطيعون ذلك فإن الجسم يستجيب بشكل مخالف وتظهر الشكاوى الجسدية بالإضافة إلى ظهور زيادة فى خصائص عمه المشاعر (Hintistan,Cilinger & Birinci,2013). ولقد ارتبط عمه المشاعر ارتباطاً قوياً بالإصابة بمرض السكرى وظهر ذلك فى ارتباطها سلبياً مع الحفاظ على نسبة السكر فى الدم فى الإطار المناسب ( Ning, zhenlei & Fang,2001; Shayeghian etal.,2014 )، وكذلك كانت عاملاً مؤثراً فى الإصابة بمضاعفات السكرى كأمراض القلب والأوعية الدموية(Lemche ,Chaban & lemche,2014).

## مشكلة الدراسة

تم صياغة مشكلة الدراسة الراهنة فى السؤال الآتي :

١- هل توجد فروق جوهرية بين مرضى النمط الثانى من السكرى والأصحاء فى كل من الصمود النفسى ، و المعتقدات الصحية ، وأبعاد تنظيم الذات ، وعمه المشاعر ؟

## مفاهيم الدراسة

### السكرى من النمط الثانى[٤]

وهو عبارة عن حالة تتسم بمقاومة الإنسولين والتى قد تكون مجتمعة مع انخفاض نسبى لإفراز الإنسولين ، ويعتقد فى وجود عيوب في استجابة أنسجة الجسم لاستقبال الإنسولين الذى يعد أحد أسباب الإصابة بهذا المرض، ويعود ذلك فى المقام الأول للوراثة ونمط الحياة (Salama,2004,14; Keller,2014,12). ويتسم هذا النمط من السكرى بارتفاعه لفترة طويلة من الأحماض الدهنية جنباً إلى جنب مع مقاومة الإنسولين ، والإفراز المبالغ فيه للإنسولين بعد الأكل.

وفى النمط الثانى من السكرى يوجد اثنان على الأقل من الاختلالات المرضية ، هما:

١. انخفاض قدرة الإنسولين على العمل فى الأنسجة الطرفية لتحفيز التمثيل الغذائى للجلوكوز ، أو منع إنتاج الجلوكوز فى الكبد وهو ما يسمى مقاومة الإنسولين.
٢. عدم قدرة البنكرياس[٥] للتعويض عن هذا الإنسولين المقاوم ، وبالتالي فإن الطبيعة غير المتجانسة فى النمط الثانى من السكرى تؤدى إلى افتراض أن هذه الاختلالات المرضية هى على حد سواء وراثية(Assiff,2000,5) .

### مفهوم الصمود النفسي[٦]

فيما يلى نعرض لبعض هذه التعريفات:حيث عرفه كل من "مانجهام" و " ريد " و" ستيوارت" (١٩٩٦) ReidMangham, &Stewart بأنه قدرة الأفراد والنظم (الأسر ، والجماعات ، والمجتمعات) على التعامل بنجاح فى مواجهة الشدائد والمخاطر. وهذه القدرة تتغير بمرور الوقت ، كما أنها تساعد فى تعزيز العوامل الوقائية وتساهم فى المحافظة على الصحة، أيضاً عرفه روتر (١٩٩٩) Rutter بأنه القدرة على التكيف مع الظروف المحددة التي تحدث نتيجة التعرض لاثنين أو أكثر من عوامل الخطر .كذلك عرفه " كيستي " و " ليذار " (٢٠٠٠) Cicchetti& Luthar بأنه عملية دينامية أو تفاعلية تساعد الأفراد على التكيف الإيجابي بالرغم من التجارب السلبية والشدائد والصدمات الخطيرة ، ولا يمثل هذا المفهوم سمة شخصية إنما هو بناء ثنائي الأبعاد ينطوي على التعرض للشدائد وإظهار نتائج التكيف الإيجابي معها .

فى حين عرفه "ماستين" (٢٠٠١) Masten بأنه حالة نفسية إيجابية تتمثل فى القدرة على الارتداد (العودة مرة أخرى) من الشدائد والمجهول والصراع والفشل إلى التغير الإيجابي والتطور وتحمل المسئولية، ويتطلب الصمود جانبين أساسيين هما: يجب تثبيت الأخطاء الحالية أو الماضية والتغلب عليها ، وأن

4 Non insulin dependent diabetes mellitus (T2DM)
5 Pancreas
6 Psychological Resilience

نوعية التوافق يجب أن يدور تقييمها حول جيد أو موافق. كذلك عرفه " ديفيدسون" و " كونور " (٢٠٠٣) Davidson&Cannor بأن الصمود يجسد الصفات الشخصية التي تمكن الفرد من النجاح في مواجهة الشدائد ، والصمود سمة متعددة الأبعاد وتختلف باختلاف السياق والوقت والعمر والجنس والأصل الثقافي وحتى داخل الفرد الذي يتعرض لظروف الحياة المختلفة .أيضا عرفه " ميللر " (٢٠٠٣) Miller بأنه يكون أكثر إذا ما كان الفرد لديه أعراض مرضية أو اضطرابات ناتجة عن خبرات أحداث الحياة السلبية لكن الأفراد الذين لا تظهر لديهم هذه الأعراض أو الاضطرابات بصرف النظر عن طبيعة هذه الاضطرابات فإنه لا ينفع لديهم الصمود .

أيضا عرف " فريدريكسون" و " تيوجادي " (٢٠٠٤) Fredrickson&Tugade الصمود النفسي بأنه " القدرة على استعادة التوازن والقدرة على العودة من الخبرات الانفعالية السلبية والتكيف المرن مع التغيرات المتطلبة للخبرات المجهدة ،كما عرفه "بونانو" (٢٠٠٤) Bonannon بأنه القدرة على الارتداد الطبيعى دون عائق عند التعرض للصدمة، فى حين يشير " ليبور" Lepore و "ريفنسون" revenson إلى أن الصمود يمكن تعريفه بثلاث طرق على الأقل ،هى:

١) التحسن أو التعافى[٧]: وهى عمليه التوافق العادية المتمثلة فى العودة إلى حالة ما قبل الصدمة.

٢) المقاومة[٨]: وهو ما أشار إليه كل من " تيرنر" Terner و" بيرمان" Bierman و"فرنش" French إلى أن الصمود يعنى المقاومة كسمة من السمات الشخصية.

٣) إعادة التشكيل[٩]: وتشير إلى أن الصمود يعكس عملية دائمة من إعادة التشكيل . وتفسر هذه الطريقة أن الناس ينتعشون فى أعقاب الصدمة ، ويرجع ذلك إلى أن التوافق مع التغيرات ربما يكون بسبب معالجة التغيرات المعرفية (Bensimon,2012). كما عرفه "ديفيدسون " وآخرون (٢٠٠٥) Davidson etal بأنه " القدرة على الإرتداد أو العودة مرة أخرى أو القدرة على الإنتعاش ، كما أن الصمود النفسى مشتق من كلمة لاتينية Salire بمعنى تسلق أو قفز أو Resiline تعنى نكص أو ارتد . كذلك نجد أن كلا من "ايستربروكس" و"جينسبرج" و"لرنر" (٢٠١٣) Easterbrooks; Ginsburg& lerner ، يعرفون الصمود بأنه استمرار الكفاءة والتوافق الإيجابي فى مواجهة الشدائد، فالصمود يساعد الأفراد على استعادة الحالة الإيجابية بعد الصدمات النفسية ، أو الحفاظ على الأداء المناسب للوظائف الصحية حتى عندما يكون الأفراد تحت ضغوط شديدة .كما عرفته الجمعية النفسية الأمريكية بأنه عملية التكيف الجيد في مواجهة الشدائد والصدمات النفسية والمأساة والتهديد أو مصادر الضغوط مثل المشكلات الأسرية والمشكلات الصحية الخطيرة وأماكن العمل والضغوط المالية وهو ما يعني الإرتداد من التجارب الصعبة ( American Psychological Association,2015) .

7 Recovery
8 Resistance
9 Reconfiguration

**النظريات المفسرة للصمود النفسى:**

١- **نموذج روتر (١٩٨٥ – ١٩٩٠ )** : ارتكزت رؤية روتر في الصمود النفسي على التمييز بين الصمود كعملية أو آلية، في مقابل الصمود كعامل أو سمة أو متغير ويناقش روتر مفهوم الآليات التي تحمي الأفراد ضد المخاطر النفسية المرتبطة بالشدة أو المحنة فيما يتعلق بثلاث عمليات رئيسية هي :

أ- آلية الحد من تأثير المخاطر من خلال تقييم عامل الخطورة والتعرض له ، ففي الحالة الأولى يتم السيطرة على التعرض للضغوط بحيث يتمكن الفرد من التعامل بنجاح مع مصادر الخطر بحيث يخفف آثارها بقليل من الخبرة ، لذا فإن الأفراد الذين عانوا من بعض الشدائد أو المحن تنمو لديهم سمات شخصية تساعدهم على مواجهة المخاطر النفسية .

ب- أما الآلية الثانية فتتمثل في الحماية من خلال تغيير معنى الخطر ، عن طريق أساليب التصدي والمواجهة الناجحة ، بالإضافة إلى استخدام آلية الحد من سلسلة الاستجابات السلبية التي تتبع التعرض للمخاطر .

ج-وتتمثل الآلية الثالثة في تنمية تقدير الذات وفاعلية الذات والحفاظ عليها لدى الفرد . وهناك نوعان من الخبرات التي تساعد على تنميةتقدير الذات وفاعلية الذات ، هما تطوير علاقات اجتماعية حميمة آمنة وتنمية فرص النجاح في إنجاز المهام لدى الفرد ، كذلك تتيح خبرات الشعور الناجم عن تقدير الذات وفاعلية الذات للفرد الثقة في أن يتعامل بنجاح مع المهام الملقاة على عاتقه . فالعلاقات الشخصية الآمنة والداعمة وإنجاز المهام بنجاح عاملان مهمان لتعزيز المفاهيم الإيجابية ، وأخيراً تعمل العوامل الوقائية على توفير فرص الحصول على الخبرات التي يمكن أن تخفف من تأثير عوامل الخطر في وقت مبكر .

ولقد أشار روتر إلى ثلاثة متغيرات واسعة ورئيسية كعوامل وقائية ، هي : ١- إتساق الشخصية وتماسكها : وتشمل مستوى الاستقلال الذاتي وتقدير الذات وفاعلية الذات والمزاج الجيد والنظرة الاجتماعية الإيجابية . ٢- اتساق الأسرة وتماسكها. ٣- المساندة الاجتماعية (Rutter,2012Fergusson,2003; ) .

٢- **نظرية ميستن (٢٠٠١)**:وتسمى نظرية عوامل الخطر والعوامل الوقائية يرى ميستن أن الصمود عبارة عن ظاهرة عامة أو شائعة للتكيف الإيجابي على الرغم من التعرض للمحن والشدائد ، ولقد قدم ميستن نموذجاً غير مباشر للصمود يتكون من ثلاثة مكونات مهمة، هى :

أ- عوامل الخطر[10] وتعنى أي نوع من الشدائد أو المخاطر أو المحن التي تحدث مثل زيادة احتمال النتائج السلبية ، كالتمييز العنصري والضعف الاجتماعي والمشاكل الصحية وتهديدات البيئة .

ب-والعوامل الوقائية[11]وهي تلك الأصول التي تخفف من أثر المحنة من خلال التوسط في العلاقة بين الشدائد والنتائج وتشمل وجهة الضبط الداخلي ، وتقدير الذات ، وفاعلية الذات .

ج- والنتائج[12]وتشير إلى أن متغير معين يعتقد أنه يكون خطراً نتيجة لوجود الشدائد أو المحن(Nazish,2008) وفى إطار ما سبق يمكن صياغة التعريف التالى للصمود النفسى كتعريف نستند إليه فى دراستنا ، إذ يمكننا القول بأن الصمود النفسى هو" قدرة الفرد على التوافق النفسى والقدرة على

10 Risk Factors
11 Protective Factors.
12 Outcomes.

مواجهة الضغوط المرضية والتصدى لها على الرغم من المعاناة منها والتأقلم الخارجى ، والمحافظة على الأداء الطبيعى والحالة الايجابية ، ومواجهة التحديات والصعوبات بصرف النظر عن الحالة الصحية أو المعاناة من مرض السكرى " .

**مفهوم المعتقدات الصحية[١٣]**

لقد تم صياغة هذا النموذج بشكل كامل على يد روزنستوك (١٩٦٦) Rosenstock ، وذلك لشرح أسباب لماذا لا يأخذ الأشخاص بالإستفادة من التقدم الطبي في ذلك الوقت عندما وجد أن هناك إستمراراً لمرض شلل الأطفال على الرغم من توفر لقاح سالك Salk . وفى عام ١٩٧٤ قام " بيكر " Becker بتطوير وتنقيح نموذج المعتقدات الصحية وذلك لشرح التنبؤ بالامتثال من قبل الأشخاص الذين تم تشخيصهم بكونهم مرضى.

**مكونات نموذج المعتقدات الصحية:**

يشتمل نموذج المعتقدات الصحية على أربعة معتقدات أساسية ؛ وهذه المعتقدات تتكون نتيجة التفاعل بين المحددات الشخصية لاتخاذ بعض الإجراءات الصحية الخاصة بالفرد . وهذه المعتقدات ، هى :

١) إدراك القابلية للإصابة[١٤]: وتشير إلى توقعات الفرد كونه عرضة لبعض المشكلات الصحية، وهذه التوقعات تختلف بين الأفراد بسبب اختلاف الرسائل التى يتلقاها الأفراد من الإعلام ، وفى هذه الحالة فإن إحساسا قويا عن إدراك القابلية للإصابة بالمرض ينتج عنه اتخاذ الأفراد لبعض الإجراءات حول الصحة.

٢) إدراك الخطورة[١٥]: ويشير إلى إدراك شدة المرض وخطورته سواء طبيا أو اجتماعيا أو ماديا ، ولذا فإن الأفراد يتخذون إجراءات صحية تختلف باختلاف نظرتهم عن خطورة الأمراض وتأثيرها فى الحياة، وبالإضافة إلى أن إدراك الشخص لإمكانية الإصابة بالمرض وخطورته تعمل على إنتاج قوة دافعة توجه الشخص نحو الانخراط فى السلوكيات الصحية ، ويشمل هذا البعد تقييم كل من العواقب الطبية الإكلينيكية ( على سبيل المثال الوفاة والعجز والألم ) والعواقب الاجتماعية المحتملة ( مثل آثار الحالة المرضية على العمل والحياة الأسرية والعلاقات الاجتماعية ) .

٣) إدراك الفوائد[١٦]:وتشير إلى توقعات الفرد حول أن الإجراءات التى يتم اتخاذها تؤدى إلى نتائج صحية مرغوبة ، وتقلل بذلك من تهديد المرض ، وهي التصورات المتعلقة بفعالية العلاج في الحد من التهديد وهي تقيس إيمان الشخص أو ثقة الشخص في الطاقات أو القدرات العلاجية للطبيب والإجراءات الموصى بها.

٤) إدراك المعوقات[١٧]: ويشير إلى العواقب والجوانب السلبية التى قد تحول دون اتخاذ الإجراءات الصحية والتى قد تؤدى إلى نتائج صحية سيئة نتيجة عدم الانخراط فى السلوك الصحى ، وتشمل العوائق ( الألم ، والقلق المرتبط بالفعل ، وغلاء ثمن العلاج ( Janz and Becker, 1984;

13Health beliefs
14Perceived susceptibility
15Perceived seriousness
16Perceived benefits
17Perceived barriers

(Leifried,1997;Ruppel,2001;Quillen,2004 and Shahrabani and Benzion,2012). هذا بالإضافة إلى تلك المعتقدات الأربعة السابقة المكونة للنموذج فإنه قد تم إضافة عاملين آخرين ، هما:

١- فعالية الذات : وتعد التطور الأكبر لهذا النموذج وتقيس تقييم الشخص لقدراته على تنفيذ مهام معينة أو الدخول في إجراءات أو أنشطة محددة (smith,2006)، ويعرفها روزنستوك (١٩٨٨) بأنها اقتناع الفرد بقدرته على تنفيذ السلوك المطلوب لتحقيق النتائج المرجوة بنجاح (Streetment,2011).

٢- هاديات الفعل[١٨]: ويشير إلى تلك العوامل الداخلية ( الأعراض) والخارجية (وسائل الإعلام والدعاية ، والمساندة الاجتماعية، وأخذ المشورة من الآخرين) التى تؤثر فى الفرد للانخراط فى السلوك الصحى (Petro-nustas etal.,2013) . وفى ضوء ما سبق يمكننا أن نصوغ التعريف التالى للمعتقدات الصحية بأنها " مجموعة من الأفكار والمعتقدات والإدراكات الإيجابية أو السلبية التى يتبناها الفرد حول وضعه الصحى ، والتى تسهم فى توجيه سلوكياته الصحية وجوانب الشخصية المعرفية والوجدانية والسلوكية فى إطار يساعد الفرد فى تحسين حالته الصحية ".

**مفهوم تنظيم الذات[١٩]**

هناك عديد من التعريفات لمفهوم تنظيم الذات ، ومنها: تعريف "مارتين" (١٩٨١) Martin الذى يرى أن تنظيم الذات مجموعة من العمليات التى بواسطتها يستطيع الفرد أن يغير أو يحافظ على سلوكه بدون الاستجابات الخارجية المباشرة أو الفورية ، كذلك يعرفه " كارفر" و " شاير" (١٩٨٢) Scheier & Carver بأنه السلوك الموجه والهادف الذى يساعد الفرد على تأجيل إشباع حاجاته الملحة من أجل تحقيق وانجاز أهدافه الشخصية (Husted,2006)، ويعرفه " كلارك " و " زيمرمان "(١٩٩٠) Clark&Zimmerman بأنه العملية التى يحاول الشخص من خلالها السيطرة على العوامل الثلاثية المتكاملة (الشخصية، والسلوكية ، والبيئية) لتحقيق الوصول للهدف (Brandt,2005,52) ، كذلك عرفه " ليفنثال" (١٩٩١) Leventhal بأنه العملية التى من خلالها يشارك الفرد بنشاط فى سد الفجوة بين الوضع الحالى والأهداف الصحية الفورية والطويلة المدى (Watkins,1999) ، كما يعرفه كل من " جروسارث "- ماتيكك " و " ايزنك" (١٩٩٥) Maticek -&EysenchGrossarth بأنه القدرة على الاستقلال الذاتى ، والاستقلال الوجداني والقدرة على التنظيم النشط لدى الفرد في حياته الخاصة من أجل تحقيق حاجاته وأهدافه والانخراط في السلوك المناسب لالتماس السلوك الصحي المناسب ( Banez etal.,2005 ). ويعرفه " ميشيل " و " كانتوز " و " فيلدمان " (١٩٩٦) بأنه يشير بشكل عام إلى عمليات تحديد الهدف والسعي نحو الهدف ، ويشمل ذلك التعامل مع مجموعة من أو سلسلة من التحديات التي تواجه الأفراد عندما يحاولون تحقيق أو إنجاز شئ ما مهم (& de wite,2006de Ridder) .

كما يعرفه " زيمرمان "(٢٠٠٠، ١٤) Zimmerman بأنه الأفكار المولدة ذاتياً والمشاعر والأفعال والإجراءات التي يتم التخطيط لها وتكيفها دورياً لتحقيق الأهداف الشخصية . ويعرفه " باور " و " باوميستر " (٢٠١١: ٩) Bauer&Baumeister بأنه القدرة على تجاوز النزعات أو الميول أو الرغبات والسلوكيات

18 Cues of action.
19 Self - Regulation

التلقائية والسعي نحو تحقيق الأهداف طويلة المدى حتى على حساب الأهداف الجذابة على المدى القصير ، وذلك من خلال إتباع المعايير والقواعد المقررة والمقبولة إجتماعياً ، وتتبنى الدراسة الراهنة تعريف " بيرجر" (٢٠١١) Berger بأنه " قدرة الفرد على مراقبة وتعديل المعرفة والانفعال والسلوك لتحقيق أهدافه وللتكيف مع المتطلبات المعرفية والاجتماعية للحالات والمواقف المحددة ، وأهمها إدارة مرض السكرى ، وتخفيف المعاناة منه ، والقدرة على القيام بمعظم الأدوار التى يجب أن يقوم بها هؤلاء المرضى "

**نموذج " ليفنثال " leventhal لتفسير تنظيم الذات فى الصحة والمرض:**

يعد نموذج ليفنثال (١٩٩١-١٩٩٧) من النماذج المعروفة على نطاق واسع فى تفسير تنظيم الذات فى الصحة والمرض ، ولقد اقترح ليفنتال و " زيمرمان" و "جوتمان " (١٩٨٤) Zimmerman&Gutmann أن إطار تنظيم الذات يركز على عملية التغير والاختلافات الوظيفية في الأفراد بدلاً من التركيز على الأساليب العلاجية ، فهم يجادلون بأن النهج السلوكي للمشاكل الصحية وتعزيز الصحة لم يكن ناجحاً لأنه يتم التعامل مع السلوك بوصفه نتائج ظروف بيئية سابقة . وبدلاً من التصورات الموجهة نحو المستقبل أو الهدف الموجه، ويقترح ليفنثال (١٩٨٢ – ١٩٨٤ ) في نموذج تنظيم الذات أن تصورات الفرد تكون نشطة في المشكلات ، والحلول تعكس محاولة الفرد لإغلاق الفجوة الموجودة أو المتوقعة بين الوضع الحالي والهدف المنشود أو الحالة المثالية ، فالسلوك يعتمد على قدرة الفرد ورغبته في التحديد المعرفي للمشكلة الصحية والهدف المنشود واستخدام خطط لتحقيق الأهداف وأساليب وقواعد تقييم التقدم.

إن الأصل في نموذج تنظيم الذات لليفنثال هى الجوانب الإرادية للسلوك ، والتي تنطوي على التعديل الطوعي أو الإرادي للجوانب والأنشطة الفسيولوجية والسلوك وعمليات الوعي أو الشعور . وفى هذا النموذج تتم المعالجة المتوازية لتنظيم عوامل المرض سواء داخلية (الأعراض) أو خارجية (البيئية) وتتفاعل المثيرات مع مخطط الذاكرة لتشكيل التمثيلات أو التصورات العقلية للفرد عن تهديد المرض ، وكذلك المشاعر والانفعالات (الخوف، والضيق، والغضب) وهذه التصورات أو التمثيلات العقلية تعمل على توجيه الإجراءات للمواجهة والتعامل مع التهديد ، ويتم تقييم آثار المواجهة فى ظل توقعات الفرد للتعامل بفعالية وتقييم التغذية الراجعة وتحديث المثيرات والتمثيلات وإجراءات المواجهة (Watkins,1999).

**افتراضات النموذج :**

يفترض نموذج ليفنثال لتنظيم الذات أن الفرد يكون نشطاً ولديه القدرة لحل المشكلات ، وأن يكون لدى الفرد حافزاً لتجنب وعلاج تهديدات المرض، وفيما يلي سرد موجز لافتراضات نموذج تنظيم الذات ،هي :

١- أنه عملية مستمرة حيث يكون الفرد في حالة بناء مستمر وتحديث وإعادة بناء للتصورات أو التمثيلات حول أفكار الفرد ومشاعره وقيامه بعمل وتنفيذ إجراءات للتعامل أو المواجهة وتقييم النتائج .

٢- أن الأفراد لا يستجيبون للتهديدات الصحية من فراغ ، وإنما تصوراتهم وإجراءات التعامل أو المواجهة والتقييم واستجاباتهم الانفعالية ، هي انعكاس مباشر لذلك ، ويكون ذلك مرتبطاً بالبيئة الداخلية والخارجية للفرد

٣- بسبب أن المرض هو حالة ملازمة للإنسان ، فإن الناس يحرصون على حماية أنفسهم من أي مخاطر على صحتهم .

٤- تتم معالجة الخصائص المعرفية للمرض تلقائياً ، وهذه المعرفة هي ملموسة وحالة خاصة، وتتمثل السمات في مستويين هي أعراض ملموسة وأفكار مجردة .

**مكونات النموذج :**

إن نموذج ليفنثال هو نموذج لمعالجة المعلومات يقترح أن تصورات أو تمثيلات التشخيص عن تهديد الصحة يؤدي دوراً مهماً في تنظيم الفرد لسلوكه الصحي ، وفي هذا النموذج ثلاثة مراحل متتابعة هي :

١ – مرحلة التصورات أو التمثيلات : وتصف كيف أن الأفراد ينظمون ويحللون ويفسرون المعلومات ، حيث أن تصورات المرضى تشمل مجموعة من الصفات أو الخصائص التي تحدد ملامح المشكلة والأهداف من العمل أو الإجراء ، ولقد نشأت تصورات أو تمثيلات المرضى من خلال بحوث ليفنثال وزملائه (Leventhal etal.,1980 ; Mayer , Leventhal &Gutman,1985 ) وتشمل تلك الخصائص ما يلي:

١- الهوية[٢٠]وتعني تسمية أو تعريف المرض ومعرفة الأعراض المرتبطة به .

٢- خط الزمن[٢١]: ويعني المعتقدات حول مسار المرض ، وكم من الوقت سوف يستمر سواءاً كان حاداً أم مزمناً

٣- العواقب: وتعني الآثار قصيرة الأجل أو طويلة الأجل للمرض .

٤- السبب [٢٢]ويعني ما الفاعل أو ما العوامل التي أدت إلى ظهور المرض .

٥- العلاج أو الرعاية[٢٣]: وهو ما فعله الشخص للتعافي من المرض أو حدوث تفاقم المرض .

المرحلة الثانية : إجراءات التعامل أو المواجهة[٢٤]وتتكون إجراءات التعامل من الخطط المستخدمة للتكيف مع التهديد ، وخطط أداء الأنشطة للسيطرة على التهديد ، لذا فإن خطة التعامل تستتبع إختيار وتنفيذ إستجابات التكيف وفقاً للمعلومات المتعلقة بتصورات المرض .

**المرحلة الثالثة : تقييم النتائج[٢٥]:**

حيث تصف عمليات فحص وتحديث التصورات حول المرض وعمليات التعامل التي يستخدمها الفرد في تنظيم المواقف الضاغطة ، وينطوي التقييم على تقييم الفرد لفاعلية خطط المواجهة ووضع معايير لرصد وتقييم استجابات التكيف ، وتقييم ما إذا كان قد وقع التحرك نحو أو بعيد عن أهدافها المحددة .

وقد تم التوسع فى نموذج تنظيم الذات ليشمل مكوناً من أكثر المكونات أهمية فى النموذج ، وهو :

١- التحكم أو التماسك : ويشير التحكم إلى التحكم / العلاج والمعتقدات حول الموارد المتاحة للسيطرة على المرض بما فى ذلك التدخلات المختلفة المتاحة وفاعليتها ، وكذلك المعتقدات حول القدرة على التعامل مع

20 Identity
21 Time line
22 Cause
23 Cure
24 Coping Procedures
25 Outcomes appraisals

المرض وآثاره الجانبية ومضاعفاته ، ويعكس التحكم السيطرة العلاجية والسيطرة الشخصية. ويشير "زيلمان" (٢٠١٢) إلى أن التحكم يعد أحد مكونات تنظيم الذات المرتبط بفعالية الذات ، فالفشل فى مهارات إدارة السكرى يسهم فى انخفاض فعالية الذات ، وترتبط فعالية الذات للسكرى بالسيطرة الفعالة لنسبة السكر فى الدم لدى مرضى النمط الثانى من السكرى .

٣- المثيرات أو المؤثرات الداخلية والخارجية[٢٦]:

تنتج تمثيلات أو تصورات المرض لدى الفرد في نموذج ليفنثال إما من خلال المثيرات أو المؤثرات الخارجية وبين الشخصية[٢٧]، أو من خلال المثيرات الداخلية ( الجسدية )[٢٨] حيث أن تصورات الفرد للمشكلة تكون مرتبطة أو مقيدة بطبيعة المشكلة نفسها ، وكذلك العوامل الظرفية مثل الأمراض والسياق الاجتماعي . وتتشكل الآثار المترتبة على تصورات الفرد للمرض من خلال ثلاثة مصادر أساسية للمعلومات هي : ١ – الخبرة الجسدية[٢٩]. ٢- المعلومات من البيئة الاجتماعية الخارجية[٣٠].٣- معلومات تستند إلى الخبرة السابقة بالمرض[٣١](Jayne,1993;Kao,1996;Paul,2009 ; Stallings,2011).

**مفهوم عمه المشاعر**[٣٢]

يرى سيفونس(١٩٧٣) أن عمه المشاعر تعنى صعوبة وصف المشاعر وتحديدها ، والتمييز بينها ، والأحاسيس الجسدية والاستثارة العاطفية فضلاً عن صعوبة وصف المشاعر للأشخاص الآخرين ، وبالإضافة إلى ضعف عمليات التخيل وندرة الأحلام وأسلوب التفكير الموجه خارجيا(Dobson,2005;Ungureana,2006). ويرى " تيلور " (١٩٩٤) Taylor أن عمه المشاعر ، عبارة عن التعبير الانفعالي الذي ينطوي على صعوبة تحديد ووصف المشاعر بالإضافة إلى التفكير الموجه نحو الخارج . و يعرفها " كانيفيت " (٢٠٠١) Kanauft بأنها الافتقار إلى التعبير عن المشاعر مصحوباً بالاستجابة الانفعالية غير المتمايزة بسبب العجز عن ترجمة المشاعر إلى المعرفة والإدراك ، وأن عدم معرفة أو إدراك هذه المشاعر والاستجابات الانفعاليةكما تحدث فإنها تترك لدى الفرد شعوراً غامضاً وعاماً من عدم الراحة . أيضا يعرفها "هنري " (٢٠٠٦) Henry بأنها نقص أو غياب الميل إلى التفكير في المشاعر أو الانخراط في التخيل وعدم القدرة على الوعي بالتجربة بالإضافة إلى صعوبة وصف المشاعر وتحديدها. كما عرفها " جلبرت " ( ٢٠٠٧) Geilbert بأنها نقص القدرة على التواصل مع ما هو شعور المرء . كما يعرفها "كارلسون " (٢٠٠٨) Karlsson بأنها تكوين نظرى متعدد الأبعاد يرتبط بالشخصية ويتضمن عدداً من السمات ، ومنها : صعوبة وصف الفرد لمشاعره وتحديدها وتعبيره عنها ، وصعوبة التمييز بين المشاعر والإحساسات الجسمية والاستثارة الانفعالية ، والإمكانات التخيلية المحدودة ،وأسلوب معرفى موجه نحو الخارج .

26 External & internal stimulus
27 Interpersonal
28 Somatic
29 Bodily Experience
30 Information from external social environment
31 Information based on past experiencewith illness
32 Alexithymia

وتتبنى الدراسة الراهنة التعريف السابق لأنه يقترب فى مضمونه من التعريف الذى قدمه سيفونس ، وعرفها قاموس ستيدمن الطبى بأنها صعوبة الشخص فى التعرف على مشاعره ووصفها(Fares,2009)، فى حين يعرفها " فاريس " (٢٠٠٩) Fares بأنها بنية التفاعلات المعرفية الانفعالية التى تتسم بصعوبة وصف المشاعر والتعبير عنها وتحديدها ، كما يعرفها " بيربيتيه " (٢٠١٢) Berbette بأنها عبارة عن الصعوبة في القدرة على التعرف على المشاعر والتمييز بينها والتعبير اللفظي عنها ، وهذه الصعوبة تحدث نتيجة الافتقار إلى التصورات أو التمييزات العقلية الرمزية للانفعالات مما يؤدي إلى وجود اتجاه نحو التفكير الموجه خارجياً .

**النظريات المفسرة لعمه المشاعر**

١- نظرية الصدمة[٣٣]:تفترض هذه النظرية أن عمه المشاعر عملية أو وسيلة للتعامل مع الآخرين ، عندما تصبح الشدائد عظيمة وكبيرة ، حيث يستخدم مفهوم عمه المشاعر كآلية للتوافق والتعامل مع القلق والانفعالات السلبية المتصلة، وهذا ما أشار إليه عديد من البحوث ، حيث ترى أن عمه المشاعر يرتبط بشكل كبير مع استجابات الشخص فى الحادث الصادم وليس لمدى التعرض للصدمة) (Reddy,2009 .

٢- نماذج جون نيميا:اقترح نيميا (١٩٧٧) ثلاثة نماذج لشرح عمل مفهوم عمه المشاعر وهى: نموذج الإنكار، ونموذج الاضطراب أو العطب و النموذج البنائى . وفيما يلى سنعرض لكل نموذج منها على حدة :

أ- نموذج الإنكار: يقوم نموذج الإنكار على النظرية النفسية التفاعلية ، حيث يرى عمه المشاعر كدفاع ضد العواطف الساحقة . وهذا النموذج يعطى مصداقية ثانوية لعمه المشاعر ، ويعتبر نموذج الإنكار مشابها لنظرية الصراع التفاعلي ولكنه يبدأ بالإنكار بدلا من الكبت ، نظرا لأن الإنكار يعد عملية بارزة أكثر من الكبت ، حيث أن الكبت ينظر إليه دائما على أن له تأثيراً انتقائياً على المشاعر الفردية وبصفة خاصة في حالة الاضطرابات النفسية المختلفة .

ب-نموذج الاضطراب أو العطب: ويسعى هذا النموذج إلى شرح عمه المشاعر من خلال الرؤية التنموية حيث عمليات التوقف المبكر للنمو ، والتي تؤدي إلى اضطراب في وظائف الأنا، ويرى هذا النموذج أن أعراض عمه المشاعر تكون مستقرة وتكون نتيجة لغياب الوظائف المعرفية وذلك بدلاً من تنشيطها ، لذا فإن النموذج يفترض وجود عطب أو اضطراب لدى الأفراد في القدرة على الانخراط في الخيال أو الوعي بالانفعالات .

ج- النموذج البنائى: ويرى هذا النموذج أن عمه المشاعر هو عبارة عن وجود عيب فى المسارات العصبية المتعلقة بالمشاعر والانفعالات ، ووفقاً لهذا النموذج فقد اقترح نيميه أن زيادة مساحة الجسم المفرز للدوبامين بشكل مفرط يؤدي إلى الفشل في توصيل السيالات العصبية من الجهاز النطاقى إلى القشرة المخية مما يؤدي إلى نقص القدرة في التعبير بالرموز ، بالإضافة إلى أن الضعف فى التعبير بالرموز سببه ضعف نشاط الخلايا العصبية والتي ترتبط باستثارة مناطق ما تحت المهاد مما يؤدي إلى تفاقم نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي (Makelki,2005Sturgeon,2003;) . ووفقا لهذا النموذج فقد اقترح "جيسمر"

33 Trauma theory

و"ماركهام" (١٩٩٧)Jessimer& Markham أن عمه المشاعر ربما يرجع إلى خلل وظيفى فى النصف الأيمن من الدماغ ) (Reddy,2009.

**الدراسات السابقة**

**الفئة الأولى : دراسات تناولت الصمود النفسى لدى مرضى النمط الثانى من السكرى :**

هدفت دراسة " برادشو " وآخرين (٢٠٠٧) Bradshaw etal إلى فحص فعالية طريقة التدريب على الصمود لدى مرضى السكري الذين تلقوا سابقاً التعلم الذاتي للصمود ، وتكونت العينة من مجموعتين ، إحداهما مجموعة تجريبية تكونت من (٣٧) فردا ممن تلقوا تدريباً ، والأخرى ضابطة تكونت من (٣٠) مريضاً لم يتلقوا التدريب . وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن مجموعات التدخل كان لديها مستويات عالية من الصمود تمثلت في معرفة طرق إيجابية للتعامل مع الضغوط المرتبطة بالسكري ومعرفة ما يكفي عن أنفسهم لاتخاذ خياراتهم الصحية فيما يتعلق بالسكري والأكل الصحي وزيادة النشاط البدني مقارنة بالمجموعة الضابطة ، حيث أنه خلال ثلاثة أشهر انحصر مستوي السكر في الدم وكان هناك مستوى جوهرياً من التحسن، أما الدراسة التى أجراها " ستنهاردت " وآخرين (٢٠١٥) Steinhardt etal فقد فحصت قدر جدوى ونتائج برنامج التعلم الذاتي للإدارة الذاتية القائمة على الصمود النفسى لدى مرضى السكري في تحسين الصحة النفسية والجسمية لدى البالغين الأمريكيين ذوي الأصول الأفريقية المصابين بالنمط الذاتي من السكري ، وتكونت العينة من مجموعتين ، هما المجموعة التجريبية (ن = ٣٢) والمجموعة الضابطة (ن = ٣٢) ، وتم تطبيق مقياس الصمود النفسي ، وتم تقييم خط الأساس للنواحي النفسية والجسمية ، وتوصلت نتائج الدراسة بعد فترة التدريب التي استمرت ستة أشهر إلى وجود تحسن كبير في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة في المعرفة المتعلقة بمرض السكري والنظرة الإيجابية وانخفاض نسبة الكوليسترول في الجسم ونسبة السكر في الدم خلال الصيام . أما دراسة" باتي " و " بين " (2016) Batty &pain، كان الغرض منها معرفة أثر الصمود الأسري في أسر البالغين الذين يعانون من النمط الأول والثاني من السكري ، وتكونت العينة من ٧٧ من المرض بالسكري ، وطبق علي العينة مجموعة من المقاييس منها مقياس رضا أعضاء الأسرة علي الأداء الأسري، ومقياس الصمود الأسري، ومقياس التوجه نحو الحياة ( مقياس التفاؤل ) والمعرفة بمرض السكري . وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة قوية بين الأداء الأسري والصمود الأسري ، بينما وجدت علاقة ضعيفة بين مستويات المعرفة بمرض السكري لدي أعضاء الأسرة والتفاؤل. كذلك هدفت دراسة " ديبرا " (2017) Debra نحو معرفة دور خطط التعايش فى تعزيز الصمود النفسى لدى البالغين المصابين بالسكرى من النمط الأول ، وتكونت العينة من ٦٦ مريضاً بالنمط الثانى من السكرى فى أعمار تراوحت ما بين ١٨– ٣٠ سنة ، وقد تم دراسة دور خطط التعايش الإيجابية المتمثلة فى التفاؤل والمساندة الاجتماعية ، وخطط التعايش السلبية المتمثلة فى الهروب والتجنب ، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط موجب ودال بين الصمود النفسى وكل من التفاؤل والمساندة الاجتماعية ، فى حين ارتبط الصمود النفسى ارتباطاً سالباً مع الهروب والتجنب .

**الفئة الثانية : دراسات بحثت المعتقدات الصحية لدى مرضى النمط الثانى من السكرى :**

كذلك هدفت دراسة " كوش " (٢٠٠٢) Koch إلى تحديد ما إذا كان النساء الأمريكيات ذوي الأصول الإفريقية المصابات بالنمط الثاني من السكري اللاتي يحافظن علي التدريب المنتظم علي عمليات الحمية الغذائية والتمارين الرياضية لديهم اعتقادات صحية عن المنافع نحو قدرتهم علي السيطرة علي مستوي السكر في الدم مقارنة بغير المنتظمات في التدريب ، وأجريت الدراسة علي عينة مكونة من ٣١ من المصابات بالنمط الثاني من السكري ، وطبق عليهن استخبار المعتقدات الصحية يتكون من ٣٢ عبارة . وتوصلت نتائج الدراسة إلي أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعة المتدربات وغير المتدربات في اعتقادات إدراك المنافع والمعوقات نحو القدرة علي السيطرة في نسبة السكر في الدم .وهدفت دراسة كل من "موليا " و "محمد " (٢٠٠٥) Mohammad&MouLaei نحو تقييم فاعلية التدخل التعليمي باستخدام نموذج المعتقدات الصحية من أجل التنبؤ بتغير السلوك لدي مرضى السكري ، وتكونت العينة من (٨٠) مريضاً بالنمط الثاني من السكري منها (٤٠) مجموعة تجريبية و (٤٠) مجموعة ضابطة ، وطبق استخبار المعتقدات الصحية . وتوصلت النتائج إلي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في اعتقادات القابلية للإصابة بمضاعفات المرض ، واعتقادات إدراك الخطورة ، وكذلك اعتقادات إدراك المنافع وأيضا فعالية الذات ، بينما زادت الفروق بين المجموعتين في اعتقادات إدراك المعوقات ، كما توصلت نتائج الدراسة إلي قدرة نموذج المعتقدات الصحية في التنبؤ بتغير السلوك لدي المريض وبصفة خاصة بعدا فعالية الذات وإدراك خطورة المرض.كما اهتمت دراسة "بيرولوس" (٢٠٠٧) Bereolos بالكشف عن دور نموذج المعتقدات الصحية فى تحسين الإدارة الذاتية للسكرى لدى المكسيكيين الأمريكيين المصابين بالنمط الثانى من السكرى ، وذلك كنظرية فى شرح التغير السلوكى على عينه مكونة من ٦٦ من الراشدين ، وطبقت استبانة السكرى المتعددة الأبعاد ومقياس المعتقدات الصحية . وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الوعى بتداعيات المرض وشدته ونوع الدعم الذى يتلقاه المرضى من الآخرين أمر مهم فى تطوير التدخلات العلاجية وتحسين السيطرة على نسبة السكر فى الدم ، بالإضافة إلى تحسين النتائج النفسية والاجتماعية للبرامج التى تركز على دور الأسرة فى العملية العلاجية .كذلك هدفت دراسة " توفار " و" كلارك " (٢٠١٥) Clark&Tovar نحو وصف المعرفة بخطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية واستكشاف العلاقات بين هذه المعرفة والمعتقدات الصحية والالتزام بين الراشدين المصابين بالنمط الثاني من السكري ، وتكونت العينة من ٢١٢ من الراشدين المصابين بالنمط الثاني من السكري ، وطبقت عليهم استبانة المعتقدات الصحية ، واستبانة حقائق أمراض القلب ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الاستنتاجات الخاصة بالمعرفة بأمراض القلب والأوعية الدموية عالية بالنسبة لغالبية العينة ، وتضمنت العجز والصلة والعلاقة بين الكولسترول وأمراض القلب وعوامل الخطر الخاصة بتلك الأمراض ، وفيما يتعلق بمتغيرات نموذج المعتقدات الصحية ، فقد كانت المعرفة من أكبر المؤشرات المنبئة بإدراك الفوائد فيما يتعلق بالالتزام ، بينما كانت المعوقات من أكثر المصادر شيوعاً فيما يتعلق بالمعلومات عن مرض السكري والأمراض القلبية الوعائية .وهدفت دراسة " جاتوور " وآخرين (٢٠١٦) .Gatwood etal نحو التحقق من فعالية الرسائل النصية المصممة والمركزة علي تحسين الالتزام بالدواء والمعتقدات الصحية لدي عينة من الراشدين

الذين يعانون من النمط الثاني من السكري ، تكونت من مجموعة الحالة (٧٥) ، ومجموعة المقارنة تكونت من (٤٨) من الراشدين في أعمار تراوحت بين ٢١-٦٤ عاماً . ولقد لوحظ وجود انخفاض في الالتزام لدي كل من المجموعتين ، بالإضافة إلي عدم وجود فروق إحصائية بين المجموعتين في الالتزام قبل التدخل بينما بعد التدخل . توصلت النتائج إلي وجود تحسن في إدراك الفوائد المرجوة وكذلك تحسن القدرة علي الالتزام بالدواء. كما هدفت دراسة كل من " البرجاوى " و"سينزن " و " جناس " و " كيلبر" (2017) Al- Bargawi, Snethen, Al-Gannass& Kelber ، الى دراسة العلاقات الارتباطية بين المعتقدات الصحية والالتزام بنظام إدارة الرعاية الذاتية اليومية لدى مرضى السكرى من البالغين السعوديين ، وتكونت العينة من ٣٠ مريضاً بالسكرى من النمط الثانى ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المرضى كلما كانت لديهم درجات عالية من السيطرة ، ووجهة الضبط الداخلية ، وفعالية الذات كلما زاد تمسك المرضى والتزامهم بنظام إدارة السكرى وبالنظام العلاجى ، كما ازداد اعتقادهم بحدوث نتائج صحية إيجابية .

**الفئة الثالثة : دراسات فحصت تنظيم الذات لدى مرضى النمط الثانى من السكرى :**

كما اهتمت دراسة " هويسمان " وآخرين (٢٠٠٩) Huisman etal بتقييم كفاءة تنظيم الذات للتدخل لتخفيض الوزن ومؤشر كتلة الجسم ونسبة السكر في الدم ( نتائج أولية ) والتدريب والتغذية وتحسين نوعية الحياة ( نتائج ثانوية ) ، وتكونت العينة من (٥٣) مريضاً بالنمط الثاني من السكري تم تدريبهم على أساس ومبادئ تنظيم الذات من خلال جلسات جماعية في مقابل مجموعة أخرى لم تتلق أي تدريب وكان متوسط عمر العينة (٥٨.١٤±٨.٨٦) سنة في إحدى مستشفيات هولندا . وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الأشخاص المرتفعين فى مهارات تنظيم الذات انخفضت لديهم نسبة السكر في الدم فضلاً عن انخفاض الوزن ، كما توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين ارتفاع مهارات تنظيم الذات لدى المرضى وتحسين نوعية الحياة في مقابل المجموعة الضابطة . وتناولتدراسة " توفاكوليذدا "و " موجداس " و" أشرف "(٢٠١٤) Tavakolizadah, Moghadas& Ashraf تحديد الآثار المترتبة على تنظيم الذات في السيطرة على مرض النمط الثاني من السكري ، وتكونت العينة من (٦٠) مريضاً ومريضة بالنمط الثاني من السكري في مستشفى باستوض بهمن في جونابد بإيران ، وطبقت عليهم استبانة تنظيم الذات واستبانه للمعلومات الغذائية وقوائم النشاط البدني وخضعوا للتدريب لمدة شهر على خطط تنظيم الذات ، ثم تم قياس نسبة السكر في الدم . وتوصلت نتائج الدراسة – من خلال مقارنة النتائج بين مجموعة التدريب والمجموعة الضابطة قبل وبعد التدريب – إلى أن تعليم وخطط تنظيم الذات للمرضى كان لها تأثير كبير على انخفاض نسبة السكر في الدم ومراقبة السلوكيات الغذائية وزيادة الأنشطة البدنية في مقابل المجموعة الضابطة التي لم تتلق التدريب .كماهدفت دراسة " أولسن " و " ماكولي " (٢٠١٥) Olson&Mcauley ، إلى معرفة فعالية التدخلات التي تستهدف كفاءة الذات وتنظيم الذات لزيادة النشاط البدني لدى كبار السن من مرضى النمط الثاني من السكري ، وتكونت العينة من مجموعتين متكافئين عدد كل مجموعة ٥٨ من المرضى كبار السن بالنمط الثاني من السكري في متوسط عمر ٦١.٨ ±٦.٤ سنة ، إحداهما مجموعة التدخل والأخرى مجموعة ضابطة ، وتم تطبيق مقاييس كفاءة الذات وتنظيم الذات ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن التدخلات أظهرت تحسناً أو زيادة في النشاط البدني لدى مجموعة التدخل مقارنة بالمجموعة الأخرى . كما هدفت

دراسة " نادزدا " وآخرين Nadezhda etal (2016) ، إلى معرفة خصائص التكيف النفسى الاجتماعى وسلوكيات تنظيم الذات لدى مرضى النمط الثانى من السكرى لدى عينة مكونة من ١٢٨ مريضاً فى أعمار تراوحت ما بين ٣٥-٥٥ عاماً ، منهم ٦٤ مريضاً بالسكرى من النمط الثانى ، و٦٤ من الأصحاء ، وتمت المقارنة بين المجموعتين فى أربعة من المتغيرات النفسية هى ، ١- مستوى التكيف النفسى الاجتماعى ، و٢- النمط الانفعالى ، و٣- مستوى تنظيم الذات ، و٤- مميزات المشاركة فى تنظيم الذات فى حالات الصراع . وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن مستوى التكيف النفسى الاجتماعى ومستوى تنظيم الذات لدى مرضى النمط الثانى من السكرى كان أقل بكثير مما لدى الأصحاء ، كما توصلت نتائج الدراسة إلى أنه كلما ارتفع مستوى تنظيم الذات لدى مرضى السكرى ارتفع لديهم مستوى التكيف النفسى الاجتماعى والعكس صحيح .

**الفئة الرابعة : دراسات تناولت عمه المشاعر لدى مرضى النمط الثانى من السكرى :**

كان الغرض من الدراسة التى أجراها "مينف " وآخرون (٢٠١٤ ) Minf etal، بحث مدى انتشار عمه المشاعر لدى مرضى النمط الثاني من السكري وتأثيره على الخصائص الإكلينيكية والعلاجية ، بالإضافة إلى دراسة العلاقة بين عمه المشاعر والاضطرابات الانفعالية أو الوجدانية لدى مرضى السكري ، وتكونت العينة من ٧٥ مريضاً من النمط الثاني من السكري و ٥٢ من الأصحاء كمجموعة ضابطة مطابقة للمجموعة المرضية في العمر والجنس ، وطبق على عينة الدراسة مقياس تورنتو لعمه المشاعر ومقياس القلق ومقياس للاكتئاب لتقييم الاضطرابات الانفعالية . وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن مرضى النمط الثاني من السكري لديهم ارتفاع في المكون المعرفي أكثر من الأصحاء فضلاً عن وجود تقلبات مزاجية أو وجدانية مرتبطة بصعوبات في تحديد أو وصف المشاعر ، كما توصلت الدراسة إلى أن وجود الاكتئاب لدى مرضى النمط الثاني من السكري كان منبئاً بعمه المشاعر لديهم . وهدفت دراسة " لوكا " و " لوكا" و " دي مارو "(٢٠١٥) Luca, Luca&Dimauro إلى تقييم مدى انتشار الاكتئاب وعمه المشاعر لدى مرضى النمط الثاني من السكري والتحقق من الارتباطات المحتملة بين تلك الظواهر النفسية من خلال تقييم نسبة السكري في الدم ، كما تم تطبيق مقياس تورنتو (٢٠) لعمه المشاعر على المرضى ، كما طبق عليهم مقياس هاملتون للاكتئاب وقائمة نوعية الحياة ، وسجلت مستويات السكر في الدم ومدة مرض السكري والعلاج المستخدم والخصائص الاجتماعية والسكانية للعينة ، وتكونت العينة من ١٢٨ من مرضى النمط الثاني من السكري (٧٥ ذكور و ٥٣ إناث ) وكان متوسط أعمارهم ٦٤.٧ ± ١١.٢ سنة . وتوصلت النتائج إلى أن هناك علاقة جوهرية بين ارتفاع نسبة السكر في الدم لدى المرضى الذين يعانون من الاكتئاب وعمه المشاعر ، يليهم المرضى الذين لديهم عمه المشاعر فقط ثم يليهم المرضى الذين كان لديهم اكتئاب فقط ، كذلك وجدت علاقة جوهرية بين ارتفاع نسبة السكري في الدم وعمه المشاعر والعلاج بالأنسولين .

وتناولت دراسة " شايجيان " وآخرون (٢٠١٥) shayeghian etal ، المقارنة بين مؤشرات مراقبة نسبة السكر في الدم لدى مرضى النمط الثاني من السكري لدى مجموعتين إحداهما من ذوي عمه المشاعر والأخرى من غير ذوي عمه المشاعر ، وكانت عينة الدراسة مكونة من ٨٠ (٤٧ ذكور و ٣٣ إناث ) تراوحت أعمارهم بين (٤٠-٦٠) عاماً من مرضى النمط الثاني من السكري ، واستخدمت ثلاث استبانات

تضمنت معلومات عن الخصائص السكانية للعينة ومقياس تورنتو لعمه المشاعر واختبار تحديد نسبة السكر في الدم . أظهرت معاملات ارتباط بيرسون أن عمه المشاعر ارتبط سلبياً مع أنشطة الرعاية الذاتية ، وارتبط إيجابياً مع ارتفاع نسبة السكر في الدم ، كما أشارت نتائج اختبار (ت ) إلى أن أنشطة الرعاية الذاتية لدى مرضى النمط الثاني من السكري ذوي عمه المشاعر كانت أقل بكثير من المجموعة من غير ذوي عمه المشاعر .كذلك هدفت دراسة " شاهى " و "محمد " (٢٠١٧) shahi & Mohammad إلى المقارنة بين المرضى بالنمط الثاني من السكري في عمه الشاعر ، والقلق ، والاكتئاب ، ونوعية الحياة ، والضغوط ، وأجريت الدراسة علي عينة مكونة من (٦٠) من المرضى بالنمط الثاني من السكري (٣٠ ) ذكور(٣٠ ) إناث و(٦٠) من الأصحاء . وتوصلت نتائج الدراسة إلي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة المرض والأصحاء في جميع متغيرات الدراسة ، حيث أظهرت نتائج الدراسة أن مرضي السكري يعانون من عديد من الاضطرابات النفسية التي يصعب مواصلة العيش معها بالنسبة لهم . وكانت جميع الفروق دالة في اتجاه مجموعة المرضى باستثناء نوعية الحياة فكانت في اتجاه الأصحاء.

**فرض الدراسة**

تم صياغة فرض الدراسة الراهنة على النحو الآتى .

١. توجد فروق جوهرية بين مرضى النمط الثانى من السكرى والأصحاء فى كل من الصمود النفسى، والمعتقدات الصحية، وتنظيم الذات وعمه المشاعر.

**منهج الدراسة وإجراءاتها**

**أولا : منهج الدراسة:** تم استخدام المنهج غير التجريبى ( الفارقى ) بما يتلاءم مع الهدف من الدراسة الحالية لبيان الفروق الاحصائية بين مجموعة الحالة ( مرضى النمط الثانى من السكرى ) ، ومجموعة المقارنة ( مجموعة الأصحاء ) فى الصمود النفسى، والمعتقدات الصحية، وتنظيم الذات وعمه المشاعر.

**ثانياً التصميم البحثي:** التصميم البحثى المستخدم فى الدراسة الراهنة هو التصميم المستعرض لمجموعة الحالة فى مقابل مجموعة المقارنة .

**وصف العينة:**اشتملت عينة الدراسة على مجموعة من مرضى النمط الثانى من السكرى . وتكونت من (ن = ١٥٠) مريضاً ، منها (٧٥) من الذكور و (٧٥) من الإناث ، تراوحت أعمارهم بين ٢٥-٥٥ عاماً ، ومتوسط عمر قدره ( ٤١.٣٨± ٧.٩٩) سنة ، وقد سحبت العينة من مستشفى دشنا المركزى وقنا العام *وبعض العيادات الخاصة ، ومجموعة الأصحاء وتكونت من (ن = ١٥٠) شخصاً طبيعياً ، منهم (٧٥) من الذكور و (٧٥) من الإناث تراوحت أعمارهم بين ٢٥-٥٥ عاماً ، ومتوسط عمر قدره ( ٤٢.٢٠± ٧.٠٦) سنة .

* يتقدم الباحث بخالص الشكر والتقدير لأفراد العينة ، وللسيد الدكتور / محمد الديب مدير مستشفى قنا العام ، والسيد الدكتور / محمد حمدي مدير مستشفى دشنا المركزي والسادة الأطباء العاملين بمستشفى قنا العام قسم الباطنة ومستشفى دشنا المركزي قسم الباطنة ، لمساعدتهم للباحث في اختيار أفراد العينة .

## تقدير الكفاءة القياسية للأدوات

### أولا : حساب الثبات

تم حساب الثبات على مجموعتين ، مجموعة المرضى وتكونت من (٥٠) مريضاً بالنمط الثانى من السكرى ، في أعمار تراوحت بين ٢٥-٥٥ عاماً ، ومتوسط عمر ( ٤٣.٣٨ ± ٧.٠٠ ) سنة ، ومجموعة الأصحاء وتكونت من (٥٠) ، في أعمار تراوحت بين ٢٥-٥٥ عاماً ، ( ٤٢.٠٢ ± ٨.٥٤) سنة ،وقد تم استخدام طريقتين لحساب الثبات ، هما: الثبات بطريقة ألفا كرونباخ ، وحساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية .

جدول (١) معاملات ثبات استخبارات الدراسة ومقاييسها الفرعية لدى مرضى السكرى من النمط الثانى ومجموعة الأصحاء بطريقتى ألفا كرونباخ والقسمة النصفية

| م | معاملات الثبات / الاستخبارات وأبعادها | مجموعة المرضى بالسكرى من النمط الثانى | | | مجموعة الأصحاء | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ألفا كرونباخ | القسمة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة | | ألفا كرونباخ | القسمة النصفية بعد تصحيح الطول بمعادلة | |
| | | | سبيرمان | جوتمان | | سبيرمان | جوتمان |
| ١ | استخبار الصمود النفسى | ٠,٩٢٥ | ٠,٩٧٢ | ـــــ | ٠,٨٢٤ | ٠,٨٥٤ | ـــــ |
| ٢ | المعتقدات الصحية : أ – الاعتقاد فى إمكانية الإصابة بمضاعفات السكرى | ٠,٨٦٩ | ٠,٨٤٣ | ـــــ | ٠,٧٣٠ | ٠,٨٠٤ | ـــــ |
| | ب – الاعتقادات حول خطورة المرض | ٠,٨٣٣ | ـــــ | ٠,٨٥٩ | ٠,٧٨٢ | ـــــ | ٠,٨٠٧ |
| | ج – الاعتقاد فى منافع العلاج | ٠,٨٠٩ | ـــــ | ٠,٩١١ | ٠,٧٨٦ | ـــــ | ٠,٦٨٨ |
| | د – اعتقادات معوقات العلاج | ٠,٨٨١ | ٠,٩٣٤ | ـــــ | ٠,٨٢٩ | ٠,٩٢٢ | ـــــ |
| | هـ – هاديات الفعل | ٠,٨٣٨ | ٠,٨٨٧ | ـــــ | ٠,٧٥٣ | ٠,٨١٩ | ـــــ |
| | و – فعالية الذات | ٠,٨٨٤ | ٠,٩٠٧ | ـــــ | ٠,٧٣٣ | ٠,٦٥٠ | ـــــ |
| | الدرجة الكلية | ٠,٩٦٢ | ٠,٩٢٨ | ـــــ | ٠,٩٢٩ | ٠,٨٨٨ | ـــــ |
| ٣ | تنظيم الذات | ٠,٩٠٤ | ـــــ | ٠,٩٠٦ | ٠,٩٥١ | ـــــ | ٠,٩٨٢ |
| ٤ | عمه المشاعر: أ– القدرة على التعبير اللفظي | ٠,٩٢٣ | ٠,٩١٤ | ـــــ | ٠,٧٤٨ | ـــــ | ٠,٨٣٩ |
| | ب – التخيل | ٠,٨٩٣ | ٠,٨٨٢ | ـــــ | ٠,٨١٦ | ٠,٧٧٠ | ـــــ |
| | ج – التعرف على المشاعر وتحديدها | ٠,٨٨١ | ٠,٩١٩ | ـــــ | ٠,٧٧٦ | ٠,٨٣٥ | ـــــ |
| | د – الحالة الانفعالية | ٠,٩٠٠ | ٠,٩٠٦ | ـــــ | ٠,٧٥٦ | ٠,٦٨٦ | ـــــ |
| | هـ – القدرة على التحليل | ٠,٨٢٢ | ٠,٧٨٢ | ـــــ | ٠,٧١٩ | ـــــ | ٠,٦٠٤ |
| | الدرجة الكلية | ٠,٩٦٦ | ٠,٩٤٥ | ـــــ | ٠,٩١٥ | ٠,٩٥٨ | ـــــ |

ويتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الثبات لاستخبار الصمود النفسى ، واستخبار المعتقدات الصحية ومقاييسها الفرعية ، واستخبار تنظيم الذات ، واستخبار عمه المشاعر والمقاييس الفرعية المكونة له، مرتفعة ولها درجة عالية من استقرار الأداء عبر الزمن ،مما يشير إلي صلاحية استخدام المقياس في إطار الدراسة الراهنة .

**ثانياً : صدق الاستخبارات :**

تم حساب الصدق التلازمي لأدوات الدراسة لدى مجموعة مرضى السكرى من النمط الثانى والأصحاء :

**جدول (٢) معاملات صدق استخبارات الدراسة الراهنة لدى مجموعة مرضى السكرى من النمط الثانى ومجموعة الأصحاء**

| م | عينات الدراسة الاستطلاعية / الاستخبارات التجريبية | معاملات صدق التعلق بمحك خارجى (الصدق التلازمى ) | | |
|---|---|---|---|---|
| | | مجموعة مرضى السكرى من النمط الثانى | مجموعة الأصحاء | المحكات الخارجية |
| ١ | استخبار كونور – ديفنسون للصمود النفسى | ٠,٩٥٤ | ٠,٩٤٢ | – المحك الخارجى : استخبار يونج و واجنيلد للصمود النفسى |
| ٢ | استخبار المعتقدات الصحية للباحث .<br>أ – الاعتقاد فى إمكانية الإصابة بمضاعفات السكرى. | ٠,٩٠١ | ٠,٨٣٧ | – المحك الخارجى : استخبار سويرت للمعتقدات الصحية . |
| | ب – الاعتقادات حول خطورة المرض. | ٠,٨٢٦ | ٠,٨٦٣ | |
| | ج – الاعتقاد فى منافع العلاج. | ٠,٧٤٤ | ٠,٧٤٥ | |
| | د – اعتقادات معوقات العلاج. | ٠,٩٢٧ | ٠,٨٧٤ | |
| | هـ – هاديات الفعل. | ٠,٨٥٢ | ٠,٨٤٣ | |
| | و – فاعلية الذات. | ٠,٧٦٦ | ٠,٨٩٩ | |
| | الدرجة الكلية | ٠,٨٧٦ | ٠,٨٥٥ | |
| ٣ | قائمة كارولينا لتنظيم الذات . | ٠,٩٤٠ | ٠,٨٦٦ | المحك الخارجى : استبانة هوستيد لتنظيم الذات . |
| ٤ | استخبار بورموند فورست لعمه المشاعر .<br>أ- القدرة على التعبير اللفظي. | ٠,٨٦١ | ٠,٨١٨ | المحك الخارجى : مقياس البلادة الوجدانية. |
| | ب- التخيل. | ٠,٩١٢ | ٠,٧٩٩ | |
| | ج- التعرف على المشاعر وتحديدها. | ٠,٨١٣ | ٠,٩٠٦ | |
| | د- الحالة الانفعالية. | ٠,٨٩١ | ٠,٨٦٧ | |
| | هـ- القدرة على التحليل. | ٠,٩٥٥ | ٠,٨٠١ | |
| | الدرجة الكلية | ٠,٩٤٥ | ٠,٨٤٠ | |

يتضح من استعراض الجدول السابق (٢) ارتفاع معاملات الصدق بين أدوات الدراسة الأساسية والأدوات المستخدمة كمحكات لحساب الصدق ، حيث تراوحت معاملات الصدق بين (٠,٦٢٤) و (٠,٩٥٥) ، وهو ما يدل على صدق الاستخبارات المستخدمة وصلاحيتها السيكومترية.

## نتائج الدراسة

**البعد الأول : وصف نتائج الفروق بين مجموعتى الدراسة فى كل من الصمود النفسى والمعتقدات الصحية وأبعاد تنظيم الذات وعمه المشاعر :**

يستخدم اختبار " ت " للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطين عند مستوى احتمال معين ، وتقوم خطة استخدام اختبار "ت" على مقارنة الفرق الفعلى ( المحسوب ) بين المتوسطين بالفرق المتوقع بالصدفة ( رجاء أبو علام ، ٢٠١١ ، ص٦٢٥-٦٢٦ )، وهنا نستخدم اختبار "ت" للتحقق من الفرض العلمى القائل بأنه " توجد فروق جوهرية بين مجموعتى المرضى والأصحاء فى كل من الصمود النفسى والمعتقدات الصحية ، وأبعاد تنظيم الذات وعمه المشاعر .

**جدول ( 3 ) نتائج الفروق بين المرضى والأصحاء فى متغيرات الدراسة الأربعة، الصمود النفسى ، والمعتقدات الصحية ، وأبعاد تنظيم الذات ، وعمه المشاعر.**

| مجموعتا الدراسة / المتغيرات النفسية | مجموعة مرضى السكرى من النمط الثانى ن= ١٥٠ | | مجموعة الأصحاء ن= ١٥٠ | | قيمة " ت " | دلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | م | ع | م | ع | | |
| الصمود النفسى | ٨٤,٩٣ | ٩,٥٦ | ١٠٩,١٧ | ٩,٧٧ | ٢١,٧٠ | ٠,٠٠٠ |
| المعتقدات الصحية: اعتقادات القابلية للإصابة. | ٢٥,٥١ | ٧,٦٨ | ١٣,٦٠ | ٤,٧٠ | ١٦,٢٣ | ٠,٠٠٠ |
| اعتقادات إدراك خطورة المرض. | ٢٤,٧٦ | ٦,٧٣ | ١٤,٠٦ | ٤,٦٨ | ١٥,٩٨ | ٠,٠٠٠ |
| هاديات الفعل. | ١٩,٨٤ | ٦,٥٧ | ١٣,٥٤ | ٦,٨٦ | ٨,١٠ | ٠,٠٠٠ |
| اعتقادات إدراك معوقات العلاج. | ٢٦,٧٤ | ٦,٤٦ | ١٤,٤٤ | ٦,١٤ | ١٦,٨٨ | ٠,٠٠٠ |
| اعتقادات إدراك منافع العلاج. | ١٤,٨٥ | ٣,٨١ | ١٨,٠٢ | ٤,٩٥ | ٦,٣٧ | ٠,٠٠٠ |
| فعالية الذات. | ١٥,٤٨ | ٣,٥٢ | ١٩,٢٢ | ٤,٨٣ | ٧,٨٦ | ٠,٠٠٠ |
| الدرجة الكلية . | ١٢٧,٠٩ | ١٨,٤٠ | ٩٢,٩٠ | ١٣,٨٥ | ١٨,١٧ | ٠,٠٠٠ |
| تنظيم الذات. | ٨١,٢٥ | ١٥,٤٩ | ١١١,٠٧ | ٢٦,٣٤ | ١١,٩٤ | ٠,٠٠٠ |
| عمه المشاعر: القدرة على التعبير اللفظى. | ٢٣,٧٦ | ٨,١١ | ١٤,٧٤ | ٤,٦٢ | ١٢,١٣ | ٠,٠٠٠ |
| التخيل. | ٢١,٥٤ | ١١,١٨ | ١٣,١٢ | ٢,٦٩ | ٨,٩٦ | ٠,٠٠٠ |
| التعرف على المشاعر وتحديدها. | ٢٣,٨١ | ٩,١٧ | ١٦,١٨ | ٣,٨٩ | ٩,٣٧ | ٠,٠٠٠ |
| الحالة الانفعالية. | ٢٢,٧٤ | ١١,٣٩ | ١٦,٢ | ٢,٦٨ | ٧,٠٢ | ٠,٠٠٠ |
| القدرة على التحليل. | ٢٠,٥٠ | ١١,٧٦ | ١٥,٩٢ | ١,٥٩ | ٤,٧٣ | ٠,٠٠٠ |
| الدرجة الكلية . | ١٠٠,٣٣ | ٤٤,٦٧ | ٧٥,٩٩ | ١٤,٩٧ | ٩,٧١ | ٠,٠٠٠ |

يتضح من الجدول السابق (٣) عدد من النتائج نعرضها فيما يلى :

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة المرضى بالنمط الثانى من السكرى ومجموعة الأصحاء فى الصمود النفسى ،وكانت الفروق فى اتجاه مجموعة الأصحاء ، مما يشير إلى أن مجموعة الأصحاء كانوا أكثر صموداً من مرضى النمط الثانى من السكرى فقد تؤثر الإصابة بالسكرى على كفاءة وقدرة المرضى فى التعامل ومواجهة الضغوط المتمثلة فى الإصابة بالمرض وهو ما يسمى بالصمود السلوكى المرتبط بالصحة .

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة المرضى بالنمط الثانى من السكرى ومجموعة الأصحاء فى المعتقدات الصحية ( المفهوم العام ) ، وكانت الفروق فى اتجاه مجموعة المرضى بالنمط الثانى من السكرى ، أما فيما يتعلق بالمقاييس الفردية للمعتقدات الصحية فقد كانت الفروق ذات دلالة إحصائية فى اتجاه مجموعة المرضى بالنمط الثانى من السكرى فى العوامل الفرعية الثلاث وهى القابلية للإصابة بمضاعفات السكرى ، واعتقادات إدراك خطورة المرض ، واعتقادات إدراك المعوقات ، بينما كانت الفروق ذات دلالة إحصائية فى اتجاه الأصحاء فى المكونات الفرعية الثلاث وهى اعتقادات إدراك المنافع من الأسلوب العلاجى ، وفاعلية الذات ، وهاديات الفعل . مما يشير إلى أن مرضى النمط الثانى من السكرى غالباً ما يدركون بشكل أكبر القابلية للإصابة بمضاعفات المرض وخطورته ومعوقات الرعاية الصحية ، وغالباً ما يركزون بشكل متواصل على أعراض مرضهم ، ويقللون من فعالية الذات المتعلقة بالقدرة على التعامل مع المرض ، ومن ثم أيضاً يعتقدون بانخفاض جدوى الأسلوب العلاجى للمرض .

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة المرضى بالنمط الثانى من السكرى ومجموعة الأصحاء فى مفهوم تنظيم الذات ، وكانت الفروق فى اتجاه مجموعة الأصحاء . ويشير ذلك إلى أن استجابات المرضى بالنمط الثانى من السكرى للتهديدات الصحية واستجاباتهم الانفعالية تجاه الإصابة بالمرض مرتفعة ، وبالإضافة إلى ذلك فإن ضعف خطط التعايش مع المرض يؤدى إلى انخفاض تنظيم الذات لديهم مقارنة بالأصحاء .

٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة المرضى بالنمط الثانى من السكرى ومجموعة الأصحاء فى مفهوم عمة المشاعر ومكوناته الفرعية الخمسة ( القدرة على التعبير اللفظى ) والتخيل ، التعرف على المشكل وتحديدها والقدرة على التحليل ، الحالة الانفعالية ، وكانت الفروق دالة فى اتجاه مجموعة المرضى سواء فى المفهوم العام لعمة المشاعر أو مكوناته الفرعية جميعها ،وذلك يرجع إلى التعرض الدائم لمرضى النمط الثانى من السكرى للضغوط النفسية الناتجة عن الإصابة بالمرض ، والتركيز الدائم على أعراض المرض المصحوب بالقلق من الإصابة بمضاعفاته .

## مناقشة النتائج

**القطاع الأول :نتائج الفروق بين مجموعتى الدارسة في متغيرات الدراسة الأربع :**

فيما يتصل بالإجابة عن سؤال الدراسة الأول ، فقد أجابت النتائج الراهنة عنه ، حيث أشارت إلي قبول الفرض العلمي القائل بأنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتى الدارسة، مرضى النمط الثاني من السكري ، ومجموعة الأصحاء ، في كل من الصمود النفسي ، حيث كانت الفروق ذات دلالة إحصائية

في إتجاه مجموعة الأصحاء ، أما المعتقدات الصحية ومكوناتها الفرعية فقط كانت الفروق ذات دلالة إحصائية في إتجاه مرضى النمط الثاني من السكري سواء في الدرجة الكلية لاستخبار المعتقدات الصحية أو درجات المقاييس الفرعية ، وهي القابلية للإصابة بمضاعفات السكري ، واعتقادات إدراك خطورة المرض ،واعتقادات إدراك المعوقات ، وهاديات الفعل ، بينما كانت الفروق فى اعتقادات إدراك منافع الأسلوب العلاجي ، وفاعلية الذات فى إتجاه الأصحاء .

كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية في إتجاه الأصحاء في تنظيم الذات ، أما فيما يتعلق بعمه المشاعر فقد كانت الفروق ذات دلالة إحصائية في إتجاه مرضى النمط الثاني من السكري سواء في الدرجة الكلية لاستخبار عمه المشاعر أوفى درجات المقاييس الفرعية وهي القدرة علي التعبير اللفظي ، والقدرة علي التخيل ، والتعرف علي المشاعر وتحديدها ، ومقياس الحالة الانفعالية ، ومقياس القدرة علي التحليل . ويشير كل من "كاميليش" و"سوديش" و"جو" Kamlesh, Sudhesh & Jo (2009) إلي أن مرض النمط الثاني من السكري يحدث عديداً من العواقب النفسية لدي الشخص المصاب به ، حيث توصل عديد من البحوث إلي انتشار الاكتئاب لدي مرضي السكري الذي يترتب عليه انخفاض القدرة علي المشاركة الفعالة في الإدارة الذاتية والرعاية الذاتية للسكري ، وبالإضافة إلي القلق والضغوط النفسية المتعلقة بالسكري وتأثيرها السيئ علي سلوكيات الرعاية الذاتية ، وهو ما أشار إليه" سانتوس " وآخرون Santos (2013) etal، إلي أن المرضي الذين يعانون من السكري لديهم درجات عالية من الاكتئاب مما يؤدي إلي ارتفاع معدلات المضاعفات المرضية لديهم ، بالإضافة إلي ذلك ارتفاع النفقات الصحية مما يكون له تأثير كبير علي الالتزام بالعلاج والنتائج الصحية المترتبة علي ذلك ، وأن الصمود يتضمن التفاؤل في مواجهة المواقف، وخطط حل المشكلات ، وفعالية الذات والثقة بالنفس ، فالصمود لدي المرضي بالأمراض الجسدية، ومنها السكري ، يتعلق بعوامل مثل الرعاية الذاتية والالتزام بالعلاج ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة والمرض المدرك وإدراك الألم والالتزام بالنشاط البدني .

ولقد حدد "روتر" (١٩٨٥– ١٩٩٠) ثلاثة مكونات أساسية تعمل كعوامل وقائية ضد المخاطر ومنها اتساق وتماسك الشخصية ، وتشمل مستوي الاستقلال الذاتي وتقدير الذات وفعالية الذات والمزاج الجيد والنظرة الاجتماعية الإيجابية ، وبالنظر إلي ما سبق نجد أن هذا ما يفتقده مرضي النمط الثاني من السكري من ضعف في القدرة علي الإدارة الذاتية وضعف الرعاية الذاتية للسكري بالإضافة إلى ارتفاع درجة الاكتئاب والقلق والضغوط .ويشير " جلامبوس " و " ليرنر" LearnerGalambos & (1998)_ تعقيباً علي نموذج ميستن Masten (2001) في الصمود والذى حدد الصمود بأنه نتيجة التفاعل بين ثلاثة مكونات أساسية، هي : عوامل الخطر والعوامل الوقائية والنتائج _ إلي أن عوامل الخطر ينتج عنها نتائج سلبية منها عدم القدرة علي التكيف أو التأقلم ، بالإضافة إلى النتائج غير الصحية ، أما العوامل الوقائية التي يمكن أن يعتمد عليها ومنها فعالية الذات وتقدير الذات يمكن الاعتماد عليها في زيادة فرص النجاح ونتائج التوافق النفسي إلا أن ذلك مرتبط بالتفاعل بينهما( Masten and Wrighth,2005; Weaver,2009)، حيث أن غالبية الدراسات توصلت نتائجها إلي إنه توجد فروق بين المرضى أنفسهم تمثلت في وجود مجموعتين من المرضى بالنمط الثاني من السكري ، إحداهما تلقت تدريباً علي الصمود

النفسي ومجموعة أخري من المرضى بالنمط الثاني من السكري لم تتلق أي تدريب كمجموعة ضابطة أمثال دراسة " برادشو " وآخرين (2007)Bradshaw etal، حيث توصلت نتائج الدراسة إلىأن المجموعة التي تلقت تدريباً علي تعزيز الصمود كانت أعلي في مستويات الصمود من المجموعات التي لم تتلق تدريباً ، وهو ما أكدته دراسة " ستنهاردت " وآخرين (2015) etal Steinhardt. وبناء علي نتائج الدراستين السابقتين يكون من المقبول علمياً أن تكون هناك فروق بين المرضى بالنمط الثاني من السكري ومجموعة الأصحاء في الصمود النفسي مادامت كانت هناك فروق بين مجموعات المرضى نتيجة التدريب علي تعزيز الصمود النفسي لدي المجموعات المرضية .

كذلك توصلت نتائج الدراسة الراهنة إلي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة المرضي بالنمط الثاني من السكري والأصحاء في الدرجة الكلية لاستخبار المعتقدات الصحية والمقاييس الفرعية لها ، حيث أشار" سميث " وآخرين (2003) Smith etal، إلي أن المعتقدات المتعلقة بالسكري تشمل الشعور بالإيذاء والإحباط والعجز فيما يتعلق بالحياة مع السكري ، وكذلك السيطرة علي نسبة السكر في الدم ، والعلاج والمعوقات الاقتصادية للرعاية ، كما أشار "شايو " وآخرين (2005) Chao etal، إلي أن مرضي النمط الثاني من السكري كانوا يعانون من الاكتئاب وارتفاع اعتقادات المعوقات وانخفاض فعالية الذات.كما توصلت نتائج الدراسة إلي وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية ومكوناتها الفرعية ، القابلية للإصابة بمضاعفات السكري ،واعتقادات إدراك خطورة المرض ، واعتقادات إدراك معوقات المرض، واعتقادات إدراك منافع العلاج ، وهاديات الفعل ، وفاعلية الذات بين مجموعة المرضى بالنمط الثاني من السكري ومجموعة الأصحاء ، حيث كانت الفروق في اتجاه مجموعة المرضى بالنمط الثاني من السكري وذلك في الدرجة الكلية لاستخبار المعتقدات الصحية، ودرجة المقاييس الفرعية ، وهي القابلية للإصابة بمضاعفات السكري ، ومقياس اعتقادات إدراك الخطورة ، واعتقادات إدراك المعوقات ، وهاديات الفعل ، بينما كانت الفروق فى اعتقادات إدراك منافع الأسلوب العلاجي ، وفعالية الذات فى إتجاه الأصحاء . ويشير " جونز" و " بيكر" (1984) Janz & Becker، إلي أن إدراك المعوقات هي البعد الأقوى في نموذج المعتقدات الصحية يليه بعد اعتقادات إدراك القابلية للإصابة، وذلك في معظم الأمراض المزمنة المنهكة مثل مرض السكري والسرطان أو الأورام السرطانية ، فإن معظم الأشخاص ينظرون إلي المرض بأنه خطر .ويشير كل من "شايو" و"لايو" و"هايو" و"لين" (2012) Chao, Lao, Hao& Lin،إلي أن الأشخاص ذوي الأمراض الخطيرة دائما يكونوا قلقين تجاه المضاعفات ولديهم درجة عالية من اعتقادات خطورة المرض . كذلك يشير بولي (1992) Polly،إلي أن إدراك الخطورة لمرض السكري ترتبط بشكل دال مع التحكم والمراقبة لنسبة السكر في الدم ، فالأفراد الذين لديهم تحكم أو مراقبة ضعيفة لنسبة السكر في الدم يخبرون خطورة أكبر للسكري(Harron– Prochowink etal.,1993).

وفي ضوء الدراسات السابقة ونتائجها ، ونظراً لعدم وجود دراسات أو بحوث ، وذلك في حدود علم الباحث – استخدمت مجموعة ضابطة من الأصحاء لدراسة الفروق إلا إنه من خلال مراجعة نتائج تلك الدراسات –نجد أن دراسة " سميت " وآخرين (2003) Smith etal ، وجدت أن الاعتقادات المتعلقة بالسكري مركزة في الشعور بالإصابة والإيذاء والعجز فيما يتعلق بالحياة من السكر( المضاعفات) والسيطرة

علي نسبة السكر في الدم ( انخفاض فعالية الذات ) والعلاج ( منافع العلاج ) والمعوقات الاقتصادية للرعاية وإدراك المعوقات ، كذلك توصلت نتائج دراسة " شايو" وآخرين (2005) .Chao etal إلى انخفاض فعالية الذات وزيادة اعتقادات إدراك المعوقات لدي مرضى السكري ، كما توصلت نتائج دراسة "توفار "و"كلارك" (2005) Tovar & Clarkإلى أن إدراك المعوقات كانت من أكثر المصادر شيوعاً فيما يتعلق بالمعلومات عن مرض السكري ، وكذلك توصلت نتائج دراسة " هولجرين " و"ماكيلفش" و"ربيون– شيتارو" (2015)Hallgren,Mcelfish,.&Rubon – Chataro، إلى أن الحواجز والمعوقات ومعوقات تناول الطعام بشكل مختلف عن بقية الأسرة ، والانتقال وتكلفة الحصول علي الرعاية الصحية كان لها تأثير سلبي علي الرعاية الذاتية للسكري.

كذلك اتخذت مجموعة من الدراسات من المرض بالنمط الثاني من السكري مجموعة التدخل ومجموعة المقارنة والبحث من الفروق بينهما بعد تلقي مجموعة التدخل لبرامج تحسين المعتقدات الصحية ، من مثل دراسة "كوش " (2002) Koch، التي توصلت نتائجها إلي عدم وجود فروق بين مجموعة التدخل ومجموعة المقارنة في كل من اعتقادات إدراك المعوقات ، واعتقادات إدراك منافع العلاج ، وهو ما رفضته دراسة " محمد " و" موليا " (2005) MoulaeiMohammed& والتي توصلت نتائجها إلي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين (التدخل ، والمقارنة ) في كل من اعتقادات القابلية للإصابة ، واعتقادات إدراك الخطورة، واعتقادات إدراك المعوقات ،واعتقادات إدراك المنافع وفاعلية الذات .

كذلك توصلت نتائج الدراسة إلي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى النمط الثاني من السكري والأصحاء في تنظيم الذات ، حيث كانت الفروق دالة في اتجاه الأصحاء ، وهو ما يشير إلي انخفاض القدرة علي تنظيم الذات لدي المرضى النمط الثاني من السكري . وبالنظر إلي نموذج ليفنثال لتنظيم الذات (١٩٩١–١٩٩٧) حيث أشارإلي ثلاثة مكونات أساسية للنموذج وهي :

١–مرحلة التصورات وتشمل أبعاد وأعراض العلاقات التي تعد تهديداً للصحة .

٢–مرحلة إجراءات المواجهة وتعنى الخطط المستخدمة للتكيف مع التهديد .

٣–المرحلة الثالثة ، وتهتم بتقييم النتائج وتقييم الفرد لفاعلية خطط المواجهة (Stallings,2011).

ويري " كارفر " و " شاير" (2003) Carver& Scheier،أن بحوث تنظيم الذات تشير إلي أن تصورات المرض تشكل خطط المواجهة ، والتي من ناحية أخري توجه خيارات التعامل مع عواقب المرض الجسدية والانفعالية ، ويشير "باديسون" (2006) Paddison، إلي أن الإصابة بالسكري يشكل حدث حياة ضخم وهائل يتطلب تغييرات حياتية كثيرة ، بالإضافة إلي تكرار الضغوط والكرب النفسي . ويشير " هايجر " و " أوربل " (2003) Hagger& orbell،إلي أن هناك علاقة موجبة بين عواقب المرض وهوية المرض ، وخط الزمن (مدة الإصابة) في نموذج ليفنثال ، وبين التعبير الانفعالي وخطط التجنب والإنكار كخطط للمواجهة لدي مرض السكري . كذلك يشير إلي أن العواقب وهوية المرض وخط الزمن (مدة الإصابة) لها ارتباط موجب مع الكرب النفسي لدي مرض السكري . وفى ضوء الدراسات السابقة فقد توصلت نتائج دراسة " هويسمان " وآخرين (2009) Huisman etal ، إلى أن مجموعة التدريب علي مهارات تنظيم الذات كان لديها ارتفاع فى تنظيم الذات ، بينما المجموعة التي لم تتلق التدريب فإنها تكون منخفضة فى تنظيم الذات

، وهو ما أكدته دراسة "توفاكوليندا" و" موجداس" و" اشرف " Tauakolizadah , moghadas & Ashraf( 2014).

كما توصلت نتائج الدراسة إلي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرض النمط الثاني من السكري والأصحاء فى عمه المشاعر ، حيث كانت الفروق دالة إحصائيا في إتجاه مرض النمط الثاني من السكري سواء في الدرجة الكلية لاستخبار برموند فورست لعمه المشاعر أو المقاييس الفرعية المكونة للاستخبار، وهي : القدرة علي التعبير اللفظي ، والتخيل ، والحالة الانفعالية ، وتحديد المشاعر ووصفها ، والقدرة علي التحليل ، ووفقاً لهذه النتائج يري "توبسيفر" وآخرون (2006) Topsever etal ، أن الفروق بين المرضي والأصحاء في عمه المشاعر ترجع إلي أن المرضي بالنمط الثاني من السكري يكونوا عرضة لمستويات عالية من الضغوط المدركة والتي تضعف قدرتهم علي تنظيم الوجدان ومتابعة الإشارات الجسدية ، وهو ما يؤدي من ناحية أخري إلي السيطرة الضعيفة على التمثيل الغذائي .كذلك يري "مينف" وآخرون (2014) Minf etal، أن الفروق بين المرضي بالنمط الثاني من السكري والأصحاء قد تكون نتيجة العزلة الاجتماعية للمرضي ، ويري أن عمه المشاعر قد يتداخل مع التحالف العلاجي من خلال غياب التواصل بين المريض ذوي عمه المشاعر والطبيب ، كذلك يري أن الأشخاص ذوي عمه المشاعر هم علي الأرجح أكثر عرضة للإصابة بالأمراض الجسدية ، وأن مرض السكري في حد ذاته حالة ضاغطة تولد عديداً من الاستجابات الانفعالية . لذا فإن هناك حاجة ماسة لدي مرضي النمط الثاني من السكري لإجراء مجموعة من التعديلات بما في ذلك فهم المرضي للمرض والعلاج ، وكذلك مهارات المراقبة الذاتية والتوافق الذاتي مع العلاج ، وهذه الصعوبات الناتجة عن الإصابة بمرض السكري غالباً ما تسبب الاضطرابات الانفعالية المستقرة .

ولقد أشار " ريدي " (2009) Reddy، إلي أن عديداً من البحوث توصلت نتائجها إلي أن عمه المشاعر يرتبط بشكل كبير مع استجابات الشخص في الحدث الصادم ، كما نجد أن المكون السلوكي لعمه المشاعر يتمثل في ارتباط عمه المشاعر بمجموعة من السلوكيات غير الصحية كاضطرابات فقدان النوم والسمنة والكسل ، وبالإضافة إلي ذلك ارتباطها مع تعاطي المخدرات ، وكل ما سبق إنما هي من أسباب الإصابة بمرض السكري(Casey, 2005;Hasse,2009and Hatin,2011). ; Taylor, 1994وقد توصلت نتائج دراسة " داماك " وآخرين (2010) Damak etal، إلى أن نسب انتشار عمه المشاعر لدي المرضى بالنمط الثاني من السكري كانت ٤٥% مقارنة بالأصحاء ٤٠% . كما توصلت نتائج دراسة " شاهى" و" محمد " (2017)shahi & Mohammad ، إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة المرضى بالنمط الثاني من السكري ومجموعة الأصحاء في عمه المشاعر ، وكانت الفروق دالة فى اتجاه مجموعة المرضى بالنمط الثاني من السكري.

## قائمة المراجع

## مراجع باللغة الانجليزية References:


- American Psychological Association .(2015). The **Road to Resilience Bethesda ,( Unpublished Master Dissertation),Washington**. Dc: American Psychological Association , Retrieved from http ://WWW.APA.ORG / help center / road – resilience . aspx.

- Assiff , L .(2000). The Effects of Miglitol and Metformin on Vitamin Status in Type 2 Diabetes ,( **Unpublished Master Dissertation**), Canada , University of AlbertaRetrived from Proquest Dissertation & Theses Database .

- Albargawi , M ; Snethen , J ; Al Gannass , A .& Kelber , S .(2017). Relationship between person's health beliefs and diabetes self-care management regimen ,Journal of Vascular Nursing , In press. Https://doi.org/10.1016/j.jvn.2017.07.002

- Banez , M.,&et al.(2005). A Short version of the Self-Regulation Inventory (SRI-S), Personality and Individual Differences , 39(6), 1055-1059.

-Batty , K .,& Pain , J.(2016).Factors Affecting Resilience in Families of Adults with Diabetes , The Diabetes Educator , 42(3) , 291-298.

- Bauer،L .& Baumeister ،R.(2011) .Self –Regulatory strength .In .Vons ،K and Baumeister ، R (Eds) . Hand Book of Self Regulation. Research ، Theory ،and Applications, New York , The Guilford press.

-Buscaino , E., et al.(2013) . The Associations of Personal Resilience With Stress , Coping and Diabetes Outcome in Adolescents With Type1Diabetes : Variable and Person-Focused Approaches , Journal of health psychology,21,(4),316-328.

- Becker ،M .& Janz ، N.(1984).The Health Belief Model : A Decede Later ، Health Education Quarterly ،11(1)،1-47.

- Bensimon ,M.(2012). Elaboration on The Association Between Trauma , PTSD and Posttraumatic Growth :The Role of Trait Resilience , Personality and Individual Differences , 52 , 782-787.

- Berbette ، B.(2012). Emotional Regulation as Apossible Mediator Between Alexithymia and Eating Disorders,( Unpublished Master Dissertation) , USA , Saintlouis university، Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

- Bereolos ,N. (2007). The Role of Acculturation in The Health Belief Model for Mexican American With Type II Diabetes ,( Unpublished Doctoral Dissertation), USA, University of NorthTexas, Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database .

- Berger،A.(2011).**Self –Regulation : Brain ،Cognition and development ،Human Brain Development Series** ،Washington, DC, USA, American Psychological Association.

- Bonnano ,G.(2004) .Loss ,Trauma and Human Resilience : Have We Underestimated The Human Capacity to Thrive After Extremely Aver-save Events **? American psychologist، 59**, 20-28.

- Bradshaw , B; Richardson , G ; kumpfer , K; Carlson , J; Stanchfield , J .& overall , J.(2007). Determining The Efficacy of A Resiliency Training Approach in Adults with Type 2 Diabetes ,**The Diabetes Educator** , 33(4),650 -659.

- Brandt ,C.(2005) .Description of Self- Regulation Process Used by Persons With Chronic Lung Disease andItsRelationship to Health-related Outcome ,( **Unpublished Doctoral Dissertation**) , USA, University of Minnesota , Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

- Carver , C.,&Scheier , M.(2003). **Self-Regulatory Perspectives on Personality , Handbook of Psychology** ,USA , New Jersey, John Wiley & Sons.

- Casey , C .(2005). The Experience of Alexithymia : A Thematic Analysis of An msn Online Group , ( **Unpublished Master Dissertation**), Canada , University of NorthernBritish Columbia, Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

- Chao, J ; Nau , D ; Aikens , J .&Taylor , S.(2005). The Mediating Role of Health Beliefs in The Relationship Between Depressive Symptoms and Medication Adherence in Persons with Diabetes ,**Research in Social and Administrative Pharmacy** ,1(4) , 508 - 525 .

- Connor ,K .& Davidson ,J.(2003). Development of A New Resilience Scale : The Connor- Davidson Resilience Scale ,**Depression and Anxiety**,18,76-82.

- Crump , C; Sundquist , J ; Winkleby, M .& Sundquist , K.(2016). Stress Resilience and Subsequent Risk of Type 2 Diabetes in 1.5 Million Young Men , Diabetologia , 59(4), 728-733.

- Damek ,R ., &et al (2010). P02-299 - Alexithymia and diabetes type2 , European Psychiatry , 25(1), 1008 – 1017.

- Davidson ,J ; Payne ,V; Connor ,K ; Foa , E; Rothbaum, B .& Hertzbery , M.(2005). Trauma ,Resilience , and Saliastasis : Effects of Treatment in Post - Traumatic Stress Disorder, **International Clinical Psychopharmacology**,20,43-48.

- De Rider ، D .& De Wit ، J .(2006) .**Self- Regulation in Health Behavior** ، England ، John Wiley& Sons Ltd .

- Debra , M.(2017). Resilience and Coping in the Adolescent and Young Adult with Type 1 Diabetes ,( **Unpublished Doctoral Dissertation**), USA , SetonHallUniversity , Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

- Doboson ,W.(2005).Relationship Between Alexithymia , Depression ,Anxiety and The Personality for Abusiveness in Male Batterers , ( **Unpublished Doctoral Dissertation**) , USA , Atliant International University, Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

- Easerbrooks ,A ; Ginsburg ,K.& Lerner ,R. .(2013) .Resilience Among Military Youth, **Military Childrenand Families**،23,(2),99-120.

-Fares , A .(2009). Alexithymia and Ability to Recognize Affective-prosody Among Young Adults , (**Unpublished Master Dissertation**), Iraq, University of Hawler, Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

- Gatwood , J; Balkrishnan , R ;Erickson , S; Lawrence , P; Piette , J .,& Farris , K.(2016).The Impact of Tailored Text Massages on Health Beliefs and Medication Adherence in Adults With Diabetes : Arandomized Pilot study ,**Research in Social Administrative Pharmacy** , 12(1), 130-140.

- Gilbert ,M.(2007). Insecure Attachment Negative Affectivity Alexithmia level of Emotional Awareness and Body Image Disturbance As Predictors of Binge Eating Severity in Woman who Binge ,( **Unpublished Doctoral Dissertation**), USA,

FieldingGraduateUniversity, Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

- Hagger , M.,&Orbell , S.(2003). Ameta-analyatic Review of The Common Sense Model of Illness Representation ,**Psychology and Health** , 18(2),141-184.

- Hallgren , E; Mcelfish , P .& Rubon - chutaro , J . (2015). Barriers and Opportunities A Community – Based Participatory Research Study of Health Beliefs Related to Diabetes in a us Marshallese Community ,**Diabetes Educator** , 41(1), 86 – 94.

- Harris ,R; Linn ,M; Skyler , J .& Sandifer ,R.(1987).Development of The Diabetes Health Beliefs Scale ,**Diabetes Educator**,13,292-297.

- Harron - Prochownik , D; Becker ,M ;Brown ,M ;Liang ,W .& Bennett , S.(1993).Understanding Young Children's Health Beliefs and Diabetes Regiman Adherence , **The Diabetes Educator,**19 (5),409-418.

- Hasse ,C.(2009). Emotional Competence In Interpersonal Interaction : Understanding The Relationship Between Alexithymia and Positive Social Interaction ,( **Unpublished Doctoral Dissertation**), USA , ArizonaStateUniversity, Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

- Hatin, B.(2011). Alexithymia Right Hemisphere Dysfunction or Interhemispheric Transfer Deficition **?**( **Unpublished Master Dissertation**), Canada , University of Reging, Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

- Hemera , E; Cassmeyer , V; O'Connell , K; Weldon , G ; Knapp , T .& Kyner , J.(1988). Self – Regulation in Individuals with Type 2 Diabetes ,**Nurs Research** Journal , 37(6) , 363 – 377 .

- Hilliard ,M ; harris , M .& Weissberg- Benchell,J.(2012). Diabetes Resilience : A Model of Risk and Protection in Type 1 **Diabetes,Current Diabetes Reports Journal** ,12,739-748.

-Henry , J., et al .(2006). A New Conceptualizing of Alexithymia in The General Adult Population : Implications for Research Involving Older Adults , **Journal of psychosomatic** , 60, 535-543 .

-Hintistan , S; Cilingir, D., .& Birinci ,N.(2013). Alexithymia Among Elderly Patients with Diabetes ,**Pakistan Journal of Medical Sciences** , 29,(6), 1344-1348.

- Hirschberg , S. . (2001) .The Self –Regulation of Health Behavior in Children with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus ,( **Unpublished Doctoral Dissertation**), USA , University of California , Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

- Huisman , S; Degucht , V; Maes ,S; Schroevers , M ; Chatou , M .& Haak , H. .(2009). Self – Regulation and Weight Reduction in Patients with Type 2 Diabetes : A Pilot Intervention Study , **Patient Education Counseling** , 75(1) , 84 – 90 .

- Husted , J.(2006)Self -regulation, alcohol consumption and consequences in college student heavy drinkers: A latent growth analysis , (**Unpublished Doctoral Dissertation**) , USA, in the Graduate School of Syracuse University, Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

-Jayne, R.& Rankin ,s.(2001) .Application ofLeventhal'sSelf –Regulation Model to Chinese Immigrants with Type2Diabetes ,**Journal of nursing scholarship** , 33,(1), 53-59.

- Jayne , R.(1993) . Self – Regulation : Negotiating Treatment Regimens in Insulin – Dependent Diabetes , ( **Unpublished Doctoral Dissertation**),USA, University of California, Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database .

- Kamlesh,K ; Sudhesh K .,& Jo ,P.(2009). Diabetes UK and South Asian Health Foundation Recommendations on Diabetes Research Priorities for British South Asians , London , **Diabetes UK .http://wrap.warwick.ac.uk/id/eprint/44804.**

- Kao , S.(1996).Self-regulation of hypertension among Chinese elderly ,(**Unpublished Doctoral Dissertation**), USA , University of Illinois at Chicago, Health Sciences Center, Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

-Karlson , B .& Oftedal ، B.(2010).Life Value and Self-Regulation Behaviors Among Adults with Type2 Diabetes ,**Journal of Clinical Nursing** ، 19,(2) ,48-56.

- Karlsson , H.(2008). Cortical activation in alexithymia as a response to emotional stimuli ,**The British Journal of Psychiatry**, 192 (1) 32-38.

- Keller , J.(2014). Type 2 Diabetes Mellitus : The Effect of Frequently Reported Self- Monitored Blood Glucose Results on Glucose lated Hemoglobin Levels in A primary Care Setting , (**Unpublished Doctoral Dissertation**), USA ,WaldenUniversity, Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database .

- Knauft , A.(2001). An Analysis of Posttrauma Personality Symptoms in Alexithymia, (**Unpublished Doctoral Dissertation**), USA, SeattlePacificUniversity, Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

- Koch ,J.(2000) .The Role of Exercise in The African – American Women with Type 2 Diabetes Mellitus : Application of The Health Belief Model , Journal of **The American Academy of Nurse** , 14(3),126-130.

- Leifried , S .(1997). The Relationship Between Health Beliefs and Use of Child Care Safety Restraints Among Mother of Young Children ,(**Unpublished Master Dissertation**), USA, University of Nevada, Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

- Lemche ,A; chaban ,O.& Lemche, E .(2014). Alexithymia As A Risk Factor for Type 2 Diabetes Mellitus in The Metabolic Syndrome : Across-Sectional Study , **Psychiatry Research** , 28,(2), 438-443.

- Luca , A ; Loca , M .&Dimauro ,N .( 2015 ). Alexithymia , More than depression , Influences Glycaemic Control of Type2 Diabetic Patients , **Journal of Endocrinological Investigation** ,38( 6), 635 – 660 .

- Luthar , G .& Cicchetti ,D.(2000). The Construct of Resilience : Implication for Interventions and Social Pblieies, **Development and Psychopathology**,12,857-885.

- Madianova , I; Sapozhnikova , E ; Torlovskaia , E.& Nedenskaia ,T.(2012). The Degree of Alexithymia in Type 2 Diabetes Mellitus Patients and Its Association with Medical and Demographic Parameters ,**Ter Arkh ,84,**(10), 7-23.

- Makeki , M.(2005). Alexithymia and Brain Organization : A Dichotic Listening Study , (**Unpublished Master Dissertation**), Canadea , University of Regina, Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

-Masten ,A. .(2001) .Ordinary Magic :Resilience Process in Development , **American Psychologist**,56, 239-277.

- Mangham ,C; Raid ,G.& Stewart ,M.(1996) .Resiliencein Families : Challenges for Health Promotion ,**Canadian Journal of Public Health** , 87, (8) , 373-384.

- Miller ,E. (2003). Recon Ceptualizing Role of Resiliency in Coping and Therapy, **Journal of Loss and Trauma** ,8,239.246.

- Mnif , L ; Demek , R ; Mnif , F ; Quanes , S; Abid ,M ; Jaoua , A .&Masmoudi , J.(2014 ). Alexithymia Impact on Type 1 and Type 2Diabetes : Across - Control Study, **Annals Endocrinology**,75(4),213-219

- Moulaei , A.,& Mohammed , E.(2005). Application of Health Beliefs Model to Behavior Change of Diabetes Patients , **Payesh** , 4(4),263-269.

-Ning , L; Zhenlei, Y.& Fang ,S.(2001). Alexithymia of Patients with Essential Hypertension or Type 2 Diabetes Mellitus ,**Chinese Mental Health Journal** ,15 ,(3), 163-169.

- Nadezhda , A ; Aleksandrova , M ; Rybakova , A ; Starovoitova , L .& Kononova , T .(2016) . Characteristics of Social-Psychological Adaptation and Self-Regulation in Patients with Diabetes Mellitus ,**International Journal of Environmental and Science Education** , 11(14), 6616-6634.

- Paddison , C(2006). Type 2 Diabetes : Understanding The Self-Regulatory Experience , , (**Unpublished Doctoral Dissertation**), New Zealand , Massey University, Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

- Paul , L . (2009) . Self Regulation , Physican – Patient Working Alliance , And HIV Treatment Adherence in HIV Treatment Adults : Amediation Model , (**Unpublished Doctoral Dissertation**), USA , Fordham University , Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database .

- Petro – Nustas ,W; Tsangari , H ; Phellas , C .&Constantinou , C . (2013) . Health Beliefs and Practice of Breast Self-Examination among Young Cypriot Women , **Journal of Transcultural Nursing** , .24(2), 180-188.

- Raddy , S.(2009). Alexithymia and Collectivisms in Survivors of Domestic Voidance :An Exploratory Study , (**Unpublished Doctoral Dissertation**), The ChicagoSchool of Professional Psychology , Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

- Rubin , R ; Peyrot , M .& Saudek , C .(1991). Differential Effect of Diabetes Education on Self – Regulation and Life – Style Behaviors ,**Diabetes Care** , 14(4), 335- 338.

- Ruppel , K. (2001). Health Beliefs and Health Behaviors of Pregnant Adolescent ,(**Unpublished Doctoral Dissertation**), Colombia , University of Missouri , Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

- Rutter , M . (2012). Resilience as A dynamic **Concept ,Development and Pathology** , 24,335 – 344.

- Rutter, M.(1999). Resilience Concepts and Findings : Implication for Family Therapy , **Journal of Family Therapy** , 21 ,119-144.

-Salama ,K .(2004). Asthma Increases The Risk of Type 2 Diabetes Independent of Oral Corticosteroid Use ,(**Unpublished Doctoral Dissertation**), USA , School of Public Health , Loma Linda University , Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

- Santos , F ; Bernardo . V; Gabbay , M ; Did , S.,& Sigulem , D.(2013). The impact of knowledge about diabetes, Resilience and Depression on glycemic control: a cross-Sectional Study among adolescents and young adults with type 1 diabetes ,**Diabetology & Metabolic Syndrome** , 5(55),2-5.

- Shahi , M.,& Mohamed , M.(2017).Comparison of Depression , Anxiety , Stress , Quality of Life and Alexithymia Between People with Type 2 Diabetes and Non-Diabetic Counterparts , **Personality and Individual Differences**,104, 64-68.

- Shayeghian , Z; Amiri ,P; Aguilar , M; Parvin ,M.& Gillani , K.(2014). The Effect of Alexithymia on The Association Between Self Care and Control of Blood Sugar in Type 2 Diabetes Patients **,Iranian Journal of Diabetes and Metabolism** ,123 – 130 .

- Shayeghian , Z; Amiri ,P; Aguilar , M; Parvin ,M; Gillani , K ; Tahari ,F .& Shojae ,F.(2015). Comparison of Glycemic Control Indicators in Patients with Type ii Diabetes in Two Alexithymic and Non – Alexithymia Groups ,Iranian **Journal of Endocrinology and Metabolism** ,16(6)419-424.

- Soliman ,A.(2013). Diabetes Mellitus in Egypt in Short ,**Diabetes Metabolism** , 4(10), 4-10.

- Stallings , D . (2011). African American Women Self Regulation of Health ,(**Unpublished Doctoral Dissertation**), USA, SaintlouisUniversity , Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database .

- Steinhardt , M ; Brown , S ; Dubois , S ; Harrison , J ; Lehrer , H .& Jaggars , S. (2015). A Resilience Intervention in African American Adults with Type 2 Diabetes **,American Journal of Health Behavior** , 39(4), 507 – 518 .

-Shahrabani , S .&Benzoin , U . (2012) . How Experience Shapes Health Beliefs : The Case of Influenze Vaccination , **Health Education Behavior**, 39 (5) 612 – 619.

-Shishido , H .(2011). Alexithymia and Impulsivity : Testing Mechanism for Alcohol use and Related Problems , (**Unpublished Master Dissertation**), USA , University of South Dakota, Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

-Steptoe , A.(2016). Diabetes : Stress Resilience and Risks of Type 2 Diabetes Mellitus , **Nature Reviews Endocrinology** , 12, 189-199.

- Sturgeon , C. (2003). Typology of Violence and Alexithymia , Empathy , Perfectionism and Substance Abuse in Federal Offenders , (**Unpublished Doctoral Dissertation**), Canada ,YorkUniversity , Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

-Taylor, G.(1994).The Alexithymia Construct : Conceptualization Validation and Relationship with Basic Dimensions of Personality, **New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry**,10, 61-74.

- Tavakolizadeh , J; Moghadas , M .& Ashraf , H .(2014). Effect of Self – Regulation Training on Management of Type 2 Diabetes ,Iranian Red Crescent Medical Journal , 16(4), 312 – 322 .

- Topsever , P; Filiz ,T; Salman ,S; Sengul , A; Sarac ,E; Topalli ,R; Gorpelioglu ,S .& Xilmaz, T.(2006). Alexithymia in Diabetes Mellitus ,**Scottish Medical Journal** ,51(3),15-20.

- Tovar , E .&Clark , M .(2015). Knowledge and Health Beliefs Related to Heart Disease Risk among Adults with Type 2 Diabetes ,**Journal of The American Association of Nurse Practitioners** , 27(6) , 321 – 327 .

- Tugade , M .& Frederickson , B.(2004). Resilient Individuals use Positive Emotions to Bounce Back from Negative Emotional Experiences ,**Journal of Personality and Social Psychology** , 86 , 320-333.

- Ungureanu , I.(2006). Fibromyalgia Syndrome : The Relationship Between Alexithymia and Attachment Style on Couple Relationship , (**Unpublished Doctoral Dissertation**), USA, SyracuseUniversity , Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

- Watkins ,K.(1999) .Effects of AdultsSelf-Regulation of Diabetes on Quality of Life Outcome, (**Unpublished Doctoral Dissertation**), USA , University of Michigan , Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

- Wdowik , M; Kendall , P.& Harris , M .(1997). College Students with Diabetes : Using Focus Groups and Interviews to Determine Psychological Issues and Barriers to Control , **The diabetes Educator** , 23, (5), 558-562.

- Weaver ,E.(2009). Relationship between Cultural / Ethnic Identity and Individual Protective Factors of Academic Resilience,(**Unpublished Doctoral Dissertation**), USA, The College of William and Mary in Virginia, Retrived from Proquest Dissertation & Theses Database.

- White,R.(2004).Health Beliefs Model , Condom use and **Jamaican Adolescents, Social and Economic studies** ,53 (2),155-186.

-Wright , M .&Masten , A . (2005) .**Resilience Processes in Development : Fostering Positive Adaptation in The Context of Adversity** . In. Goldstein , S and Brooks , R (Eds) . Hand book of Resilience in Children . (17-38) . New York , Library of Congress.

- Zimmerman ¸B.(2000).**Attaining Self – Regulation Asocial Cognitive Perspective** ¸ In Boekaerts ¸M; Pintrich ¸P and Zeidner ¸ M (Eds).Hand Book of Self –Regulation ( p1-39). California¸ Acadmic Press.

# DifferencesBetweenType 2 Diabetes Patients and Normals In Psychological Resilience , Health Beliefs , Self-Regulation and Alexithymia

**Mohammed . A . Ali**
**Dept . Psychology – South valley university**

## Abstract

The current study aimed at identifying Differences Between Type 2 Diabetes Patients and NormalsIn Psychological Resilience , Health Beliefs , Self-Regulation and Alexithymia. The study sample included a group of patients with the type 2 of diabetes. (75) males and 75 females (25-55 years old) and an average age of (41.38 ± 7.99) years. The sample was withdrawn from Dashna Central Hospital, Qena General Hospital and some clinics (75) males and 75 females between the ages of 25-55 and the average age of (42.20 ± 7.06) years. The social, economic, educational and professional levels of the sample members varied, The researcher used the initial interview prepared by the researcher, the socio-economic level of Abdul AzizAlshakhs to collect the data, The results have revealed a differences statistically significant among the group of patients with the second type of diabetes and normal in psychological resilience, health beliefs, self-regulation and alexithymia .