



## القوة المعرفية وإدارة الانفعالات كمحددات لمجابهة المرض لدى عينة من الأطباء المصابين بأمراض مزمنة

أ.م.د/ هشام محمد كامل (\*) & د/ محمد عيد جلال (\*\*)

### ملخص البحث

هدفت الدراسة الراهنة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين كل من القوة المعرفية وإدارة الانفعالات ومجابهة المرض لدى عينة من الأطباء المصابين بأمراض مزمنة، علاوة على الكشف عن مدى مساهمة كل من القوة المعرفية وإدارة الانفعالات في التنبؤ بمجابهة المرض لدى أفراد عينة الدراسة، وتكونت عينة البحث من (١٠٩) من الأطباء (٦٨ طبيياً، ٤١ طبيبية) من ذوى الأمراض المزمنة طبق عليهم مقياس القوة المعرفية (إعداد الباحثين) ومقياس إدارة الانفعالات (إعداد الباحثين) ومقياس مجابهة المرض لدى عينة للدراسة (إعداد الباحثين)، وتوصلت الدراسة الى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً عند مستوي دلالة (٠.٠٠١) بين كل من القوة المعرفية وإدارة الانفعالات ومجابهة المرض لدى عينة من الأطباء المصابين بأمراض مزمنة، فضلاً عن مساهمة كل من القوة المعرفية وإدارة الانفعالات في التنبؤ بمجابهة المرض لدى أفراد عينة الدراسة.

الكلمات المفتاحية: القوة المعرفية، إدارة الانفعالات، مجابهة المرض.

### Cognitive strength and emotional management as determinants of coping with illness among a sample of doctors with chronic diseases

The current study aimed to identify the nature of the relationship between cognitive strength, emotional management, and coping with illness among a sample of doctors with chronic diseases, in addition to revealing the extent to which both cognitive strength and emotional management contribute to predicting coping with illness among members of the study sample. The research sample consisted of (109) of the doctors (68 male doctors, 41 female doctors) with chronic diseases were administered the cognitive strength scale (prepared by the researchers), the emotional management scale (prepared by the researchers), and the disease confrontation scale among the study sample (prepared by the researchers). The study found a statistically significant correlation at the significance level (0.001) between cognitive power, emotional management, and coping with illness among a sample of doctors with chronic diseases, in addition to the contribution of both cognitive power and emotional management in predicting coping with illness among members of the study sample.

(\*) أستاذ علم النفس المساعد كلية الآداب جامعة المنيا: E-mail: [kamlh7756@gmail.com](mailto:kamlh7756@gmail.com)

(\*\*) مدرس علم النفس كلية الآداب جامعة السويس: E-mail: [drmohamedeid3@gmail.com](mailto:drmohamedeid3@gmail.com)

## مقدمة الدراسة:

تشكل الأمراض المزمنة أحد أكبر التحديات التي تواجه الأفراد والمؤسسات الصحية بشكل خاص والدول بشكل عام، بدءاً من استنزافها للإيرادات الاقتصادية الدولية وصولاً إلى تأثيرها على المريض الذي يعاني من انعكاساتها السلبية بجوانب أربعة (الصحية، والنفسية والاجتماعية والمادية)، فلا تختار الأمراض المزمنة مجتمعاً دون آخر أو بيئة دون أخرى، بل هي صفة صارت تلازم كل المجتمعات المتقدمة منها، والتي هي في طور النمو، ولا يعدو أن يكون الاختلاف بينها سوى في نسبها المتفاوتة.

وتقوم التوجهات الصحية الحديثة على الرعاية الصحية والإهتمام بالجوانب الوقائية، ويعتبر الوعي بأهمية الجوانب الوقائية خطوة أساسية للحد من ارتفاع الأمراض وخاصة الأمراض المزمنة غير المتنقلة كأمراض السكري وأمراض الجهاز التنفسي واضطرابات القلب وتعتبر ملازمة للإنسان لفترة طويلة من حياته، وما لها تأثيرات من مباشرة وغير مباشرة على صحته العامة والمسببة لمجموعة من المشاكل الصحية والتي تمثل في وقتنا الحاضر تهديداً حقيقياً لصحة الإنسان (هناء شويخ، ٢٠٠٩، ٢١)

وهذا الصدد يشير (Burish et al, 1984) إلى أن المرض المزمن يغير من توجه مركز التحكم الصحي للداخلي نحو الخارجي (الاعتقاد في الحظ وفي الآخرين) وذلك لخطورة البعض منه وامتداداته الصحية السلبية على باقي الجسد، بالإضافة إلى صعوبة الشفاء منه، كما أن طول مدة الإصابة بالمرض تجعل من بعض الخصائص الشخصية لا تتحو نحو مسارها الصحيح أثناء المرض.

وعليه، فإن المرض المزمن يشكل نقلة نوعية للتغيير في الجانب الصحي والنفسي وحتى الاجتماعي والمادي، بعد الإصابة به مما يؤثر سلباً على الرفاهية النفسية للمريض وعائلته ليتحول إلى مصدر للضغط النفسي والاجتماعي، وفي هذا السياق نجد أن (Van Eck et al, 1997) يشير إلي أن التعرض للضغوط المزمنة لا يقتصر تأثيره على الجانب الانفعالي السلبي فقط، بل يتعدى إلى الممارسات السلوكية غير الصحية والتي تضر بصحة الفرد، وفي هذا الجانب نجد أن دراسة (Hudd et al, 2000) قد توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة بين مستويات الضغط المرتفع ومعظم السلوكيات غير الصحية التي يتم ممارستها من قبل مرضى السكري، بالإضافة إلى انخفاض تقدير الذات لديهم (Wens et al, 2007).

وعلى الجانب الآخر يعتبر مرض السكري من الأمراض الشائعة على مستوى العالم، ويزيد عدد المصابين عن أربع مائة مليون شخص ويتوقع أن يصل العدد إلى ما يزيد عن ستمائة مليون شخص بحلول سنة ٢٠٣٠، نقلاً عن بورن وآخرين (Bourne et al, 2019)، كما يعد مرض السكري من أهم أمراض التمثيل الغذائي والأكثر شيوعاً بسبب أسلوب الحياة ومطالبها السريعة حيث أشار تقرير منظمة الصحة العالمية إلى ضرورة توجيه الأبحاث إلى مرضى السكري من مجتمعات العالم الثالث نظراً لزيادة الإصابة به (Srivastava & Prasad, 2002).

وينتشر السكري بنسبة عالية حيث أن النسبة العالمية لمرض السكري هي ٦٪ نسبة مرض السكر بالولايات المتحدة ٦.٣٪ و ٤٪ في استراليا و ٩.٢٪ في مصر، وتتوقع منظمة الصحة العالمية بزيادة عدد مرضى السكر بحلول عام ٢٠٢٥ حتى يصل الي ما يزيد عن ٥٠٠ مليون نسمة، وما يلحقه من مشكلات صحية تصل الي حد البتر، والأسوأ من ذلك أن حوالي نصف مرضى السكر الذين يخضعون للبتر لا يعيشون أكثر من ٣ سنوات بعد البتر وحوالي الثلث لا يكملون خمسة أعوام. ويتعرض ما يزيد عن مليون شخص في العالم للفقدان، وتوضح الدراسات أن تلك الأعداد ستصل إلى ضعفها بحلول عام ٢٠٥٠، وتعد العناية النفسية بهؤلاء المرضى حجر الأساس في إمكانية عودتهم إلى الحياة الطبيعية، حيث يتعرض نحو ٣٠٪ منهم لأمراض عديدة (هشام كامل، ومحمد عيد جلال، ٢٠٢١)

<https://doi.org/10.1080/10705510701301834>

وعلى نفس المتصل فإن المرض المزمن يكون مصحوباً بمظاهر نفسية متميزة، فقد تعتبر صورة الجسم من المفاهيم ذات الأهمية للبالغ لدى ذوى المرض المزمن، حيث يلعب جسم الفرد وصفاته العضوية دوراً هاماً في تشكيل جانب أساسي من مفهوم الفرد عن ذاته، ومن خلال عملية النمو الدينامية المستمرة بجوانبها الجسمي والعقلي والانفعالي والاجتماعي تتشكل شخصية الفرد واتجاهه نحو صورته الذاتية، فصورة الجسم لها أهمية فائقة كظاهرة إنسانية تتأثر بالتغيرات التي يحدثها المرض المزمن وخاصة التشوهات الجسدية الناتجة عن المرض المزمن كالتهاب المفاصل والسكري لدى المرضى (Blyth et al, 2016) ، فألام المرض المزمن لا تتوقف عند المشاكل التي يسببها للمرضى أنفسهم فقط بل تمتد إلى حدوث تغيرات مع أفراد الأسرة والبيئة التي يعيش فيها (Alvaro &Wald, 2004)

فضحايا المرض المزمن يواجهون أعباء وضغوط شديدة ذات تأثير واضح في أفكارهم وتوجههم نحو عدم استمرار الحياة وتفضيلهم للموت في ظل متاعب ومشاكل المرض المزمن الذى لا ينقضي ولا يمكن الشفاء منه بالمقارنة بأصحاء، وغالباً ما يتبع مرضى التهاب المفاصل والسكري أسلوب حياة محدد يقتصر على الاعتماد على أفراد العائلة وتناول أدوية ومسكنات بطريقة دائمة ولذلك نجد أن من أهم الأضرار الخطيرة التي تلازم المرضى الشعور بالموت المبكر وكأنهم يشفقون على من حولهم من هذا العبء بموتهم، وينتابهم مشاعر القلق بشأن متى يكون الموت وكيف؟ (Berney &Khurana, 2005)، وقد أصبح المرض المزمن له أهمية ومكانة في مجال الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية، فالمرض المزمن مؤثراً في حياة ضحاياه، وهذا التأثير يمثل دافعاً للدراسات الطبية والسيكولوجية وبشكل خاص في البحوث الإكلينيكية (Ehrlich, 2003).

## مشكلة الدراسة:

أصبحت الأمراض المزمنة هي المشكلة العظمى التي تهدد سلامة الفرد في العصر الحالي، حيث الزيادة الكبيرة في كم الألام وإعداد المرضى الذين يعانون من المرض المزمن، وربما يرجع ذلك إلى التعقد الحضاري والثقافي والتغيرات السريعة التي تشهدها المجتمعات، ومن شأن المرض العضوي المزمن أن يؤثر على الأنماط السلوكية المعتادة للفرد، كما أنه يسبب قدراً كبيراً من الكرب له دلالاته ومغزاه من الناحية الإكلينيكية، حيث تلعب العوامل النفسية الدور الهام والرئيسي في حدوث تلك الأمراض المزمنة واستمرارها وبقائها، وأيضاً في شدة المعاناة الناتجة عنها، فقد يتزامن معها خلافاً في أداء الفرد الوظيفي والاجتماعي والمهني وغيرها من مجالات الأداء (عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ٢٥٥). وتشير التوقعات إلى زيادة نسبة انتشار الأمراض المزمنة في العقود القادمة في جميع المجتمعات وهذا طبقاً لما نشره المعهد الكوري للصحة والشئون الاجتماعية، مما يوضح مدى خطورة الأمراض المزمنة (Han et al., 1992) ومن أهم ما يتفشى من هذه الأمراض المزمنة حالياً بين البشر مرض التهاب المفاصل، ومرض السكري وتتصف هذه الأمراض بعدم إمكانية الشفاء التام من الأعراض المصاحبة لها، وأيضاً استحالة علاجها (1999 Singh et al., 2004؛ Shipton ,

ويعكس المرض المزمن مكون انفعالي وأخر إدراكي حيث يكون مصحوب بالعديد من الأعراض والاضطرابات النفسية، وهذا بدوره يؤثر في إحساس المريض بذاته وبمدى التكيف مع المرض أو التناول المعرفي له والتجاوب الانفعالي لتداعيلته (Grabois , 2002)، كما أن الصلابة بالمرض المزمن تفرض حدود على إمكانيات وقدرات، وتفاعلات المريض مع نلته والآخرين، وتنقص من ثقته في نفسه وتشعره بالقلق والعجز ومن ناحية أخرى يؤثر المرض على طريقة تفاعل الأسرة مع المصاب فقد يلجأ إلى الإنكار أو الإشفاق والحماية الزائدة، ويغفل التأهيل النفسي والاجتماعي لهم مما ينعكس في شكل اضطرابات نفسية في الشخصية (Blyth et al , 2016)

ومع زيادة التقدم العلمي في العلوم العصبية والإكلينيكية أصبح مصطلح الحكمة يخضع للمزيد من البحث والدراسة، وينظر له كسمة معقدة ذات علاقة بالصحة الجسمية والنفسية باعتباره مقاوماً أو مكافحاً ومعدلاً في الإدراك للتغيرات السلبية التي تطرأ على صحة الإنسان (Webster et al., 2014; Roharikova et al. 2013) كما يرتبط الحكمة كسمة بالرفاه النفسي well-being والسعادة Happiness والرضا عن الحياة life satisfactions والمرونة النفسية Resilience وتمكن براعة الفرد personal mastery (zacher et al., 2013; ) (Thomas et al 2017; Etezadi &Pushkar 2013; Jeste et al., 2013)

كما تمثل الأمراض المزمنة البوابة الرئيسية للشعور بالعجز وقلق الموت واليأس والوحدة، حيث تسيطر مشاعر القلق المرتبط بالموت على المريض (Han et al., 2003) وذلك لوجود انفعالات سلبية حادة ناتجة من أعراض مرض التهاب المفاصل والسكري والأمراض الجسمية

المزمنة، حيث يثير الألم والتعب والخوف من التشوه الجسدي والقلق وخاصة الأفكار المرتبطة بالموت، فالقلق مفهوم مركزي في الأمراض الجسمية المزمنة (Sparapani et al , 2015)؛ (Breivik et al,2006).

وهنا تبرز مشكلة الدراسة الحالية فالمرض المزمن يفرض تغييرات عديدة في حياة المريض، وهذا يتطلب زيادة فهمنا لما هو عليه المريض وما سيكون عليه، واستكشاف العوامل التي تتداخل في حياته ونظراً لأن الأطباء هم من قف امام المرض لمحاربته ومساعدة الاخرين على مجابهته فإنهم أولى فئة بالدراسة والاهتمام خاصة أنهم لديهم معرفة قوية بطبيعة المرض وحدود مواجهته، ومن ثم نبعت مشكلة الدراسة الراهنة من رافدين اساسين: -

- **الرافد الشخصي:** حيث تعد متغيرات القوة المعرفية وإدارة الانفعالات من أهم متغيرات علم النفس الإيجابي التي يمكن أن تساعدنا على التعرف على مستوى مجابهة المرض لدى عينة من الأطباء المصابين بأمراض مزمنة، وفي ضوء ذلك جاءت رحلة ارتياد المكتبات والمواقع البحثية والتي نشير إليها عبر الرافد البحثي.
  - **الرافد البحثي:** حيث تم الاطلاع على ما ورد من مراجع ومجلات عبر زيارة المكتبات بالجامعات المصرية، والمواقع البحثية المختلفة، وكأن نتيجة مراجعة المراجع والمجلات العلمية للوقوف على الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات البحث.
- وبناء على ذلك فان مثل هذه الدراسات قدمت للباحثان الشرعية العلمية والبحثية في طرح التساؤلات الآتية:

١. هل توجد علاقة بين كل من (القوة المعرفية -إدارة الانفعالات) ومجابهة المرض لدى عينة من الأطباء المصابين بأمراض مزمنة؟
  ٢. هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث في الأداء على مقاييس (القوة المعرفية -إدارة الانفعالات) طبقاً لاختلاف الجنس (ذكور- إناث)؟
  ٣. هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث في الأداء على مقياس مجابهة المرض طبقاً لاختلاف الجنس (ذكور- إناث)؟
  ٤. هل يمكن لبعض المتغيرات النفسية (القوة المعرفية - إدارة الانفعالات) أن تسهم في التنبؤ بمستوى مجابهة المرض لدى عينة من الأطباء المصابين بأمراض مزمنة؟
- أهداف الدراسة: تهدف الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية - :**

١. التعرف على طبيعة العلاقة بين كل من (القوة المعرفية -إدارة الانفعالات) ومجابهة المرض لدى عينة من الأطباء المصابين بأمراض مزمنة.
٢. التعرف على طبيعة الفروق بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث في الأداء على مقاييس (القوة المعرفية -إدارة الانفعالات) طبقاً لاختلاف الجنس (ذكور- إناث).

٣. التعرف على طبيعة الفروق بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث في الأداء على مقياس مجابهة المرض طبقاً لاختلاف الجنس (ذكور- إناث).
٤. التعرف على مدى مساهمة بعض المتغيرات النفسية (القوة المعرفية- إدارة الانفعالات) أن تسهم في التنبؤ بمستوى مجابهة المرض لدى عينة من الأطباء المصابين بأمراض مزمنة.
- أهمية الدراسة: تتمثل أهمية الدراسة من خلال فحص المتغيرات التالية:**
- أهمية المجال البحثي: تعزى أهمية هذه الدراسة لوقوعها في عدة مجالات بحثية وهي علم النفس الإيجابي من خلال التعرف على طبيعة العلاقة بين كل من القوة المعرفية وإدارة الانفعالات في مجابهة المرض لدى الأطباء ذوي المرض المزمن، وعلم النفس المعرفي من خلال التعرف على آليات مجابهة المرض المزمن لدى عينة من الأطباء ذوي المرض المزمن.
  - أهمية المتغيرات: تقاس أهمية أي دراسة من خلال المتغيرات التي نتناولها من حيث ندرتها أو شيوعها، حيث يمثل كل من القوة المعرفية وإدارة الانفعالات متغيرات حيوية ينبغي تناولها في ضوء ما تأثيرها على استراتيجيات مواجهة المرض لدى عينة هامة الأطباء ذوي المرض المزمن
  - الأهمية السيكمترية: وتتمثل الأهمية السيكمترية في إعداد مقاييس لقياس كل من القوة المعرفية وإدارة الانفعالات، استراتيجيات مواجهة المرض لدى عينة من الأطباء ذوي المرض المزمن.
  - الأهمية الاجتماعية: وتتمثل في إلقاء الضوء على أحد أسباب ضعف استراتيجيات مواجهة المرض لدى عينة هامة بالمجتمع وهي الأطباء ذوي المرض المزمن، وتشجيع المهتمين بهذه الفئة على الأخص من تدريبهم على إمكانية التحكم في هذا السلوك، باعتبار أن القوة المعرفية وإدارة الانفعالات تجعل الفرد قادراً على تنظيم استجاباته، والتعبير عن مشاعره وانفعالاته بشكل أفضل.
  - دراسة الأطباء ذوي المرض المزمن والوقوف على طبيعة المتغيرات التي تدعمهم وتقوي عزيمتهم في التعامل مع طبيعة المرض المزمن.
  - ندرة الدراسات العربية- في حدود علم الباحثان- التي تناولت متغيرات البحث الحالية (القوة المعرفية وإدارة الانفعالات) في التنبؤ باستراتيجيات مواجهة المرض لدى عينة هامة وهي الأطباء ذوي المرض المزمن.
- مفاهيم الدراسة:** نتطلع في هذا المقام بصياغة التعريف الإجرائي لكل مفهوم من مفاهيم الدراسة (القوة المعرفية، إدارة الانفعالات، مجابهة المرض) وفيما يلي التعريف الاجرائي لكل منهما: -

**أولاً: القوة المعرفية:** يعرف للباحثان القوة المعرفية بمقدار ما يمتلكه الفرد من الحكمة والمرونة المعرفية وقدرته على إدارة ما يمتلكه من معارف تمكنه من إدارة سلوكه والتحكم فيه لمجابهة ما يعانیه من مرض مزمن ويتمثل ذلك في الدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة في الأداء على المقياس المعد في الدراسة الراهنة.

**ثانياً: إدارة الانفعالات:** يعرف للباحثان إدارة الانفعالات بمدى قدرة الفرد على السيطرة على انفعالاته وقدرته على الثبات الانفعالي تجاه المرض، فضلاً عن تمكنه من التعبير عن انفعالاته بكل حرية ويتمثل ذلك في الدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة في الأداء على المقياس المعد في الدراسة الراهنة.

**ثالثاً: مجابهة المرض:** يعرف للباحثان مجابهة المرض بمدى قدرة الفرد على الصمود لمهام المرض والتحديات مدفوعاً بقوة الإرادة مصحوباً بالأمل والتفاؤل في القدرة على التغلب على المرض وقهره ويتمثل ذلك في الدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة في الأداء على المقياس المعد في الدراسة الراهنة.

#### **مفاهيم الدراسة: بين الإطار النظري والدراسات السابقة "رؤية تحليلية":**

سعى الباحثان للوقوف على ماهية كل مفهوم من مفاهيم الدراسة بشكل اجرائي حتى يتمكن من رسم خريطة معرفية وانفعالية لمجابهة المرض عند هذه الفئة الهامة من فئات المجتمع. إذا يرى الباحثان أن تغلب هؤلاء الأطباء على ما يعانون من أمراض مزمنة ما هو إلا وقود حيوي يمكنهم من الوقوف مع غيرهم من المرضى من العاديين كي يتمكنوا من قهر المرض وما يصاحبه من آثار نفسية ظاهرة تارة وكامنة تارة أخرى، وفي ضوء استطلاع رأي الخبراء والمتخصصين في علم النفس والمهتمين من الأطباء ذوي المرض المزمن تم الوقوف على ماهية مفاهيم الدراسة على النحو التالي وإذ نعبر عن ذلك احصائياً في تصميم وإعداد أدوات الدراسة الإجرائية.

#### **أولاً: مفهوم القوة المعرفية:**

اشتمل مفهوم القوة المعرفية على ثلاثة أبعاد، إذ يرى للباحثان أن القوة المعرفية هي الوقود الحيوي لمجابهة المرض وينطوي على (الحكمة، والمرونة المعرفية، والتحكم المعرفي) ويمكن توضيح تلك المكونات على النحو التالي:

#### **١- الحكمة: wisdom**

تعد الحكمة القدرة على اتخاذ القرارات والأحكام الصائبة (صفاء الأعسر، ٢٠٠١؛ خالد زايد، ٢٠١٤؛ فانتن فاروق، ٢٠١٤؛ Reynold، ٢٠٠٣؛ Dunn، ٢٠٠٥؛ Pino، 2006) فالحكمة هي التوازن بين اهتمامات الفرد واهتمامات الآخرين (علاء الدين عبد الحميد، ٢٠١٢؛ سماح محمود، ٢٠١٦؛ Sternberg، 2002؛ Sternberg، 2004)



وأضاف وبستر Webster, 2003 أن للحكمة خمسة أبعاد تتمثل في قدرة الطالب على أنتاج أفكار مبدعه، والبعد عن الاستجابات المتصلبة لمطالب الحياة، التنظيم الانفعالي، روح الفكاهة، الخبرات الحياتية الصعبة، الخبرة والتأمل (Webster, 2003)، أما قاموس أوكسفورد عرفها بأنها القدرة على الحكم الصحيح في الأمور المتعلقة بالحياة والسلوك، وسلامة الحكم عند اختيار الأساليب في بلوغ الغايات، وهي عكس الحماسة (Oxford English Dictionary, 1989:223). ، وحدد جرین وبراون ثمانية أبعاد للحكمة تمثلت في معرفة للذات، إدارة الانفعالات، الإيثار، المشاركة الاجتماعية، إصدار الأحكام، معرفة الحياة، المهارات الحياتية، الاستعداد للتعلم. (Green & Brown, 2009)

وأضاف باروني Barone, 2013 إلى ارتباط الحكمة بالكثير من الخصائص النفسية الإيجابية مثل قوة الشخصية، والفهم الاستثنائي، والنزاهة، وقوة الأنا والنضج، والحكم الأخلاقي الصحيح، ومهارات التعامل مع الآخرين، ومواجهة القلق. (Barone, 2013)

ويشار إلى مفهوم الحكمة في الدراسات الأجنبية، والمبني على التجريب، أنه يشتمل ستة مكونات أساسية (Bangen et al., 2013) هي:

-المعرفة العلمة بالحياة والقدرة على عمل القرارات الاجتماعية، وتعني القدرة على إعطاء النصيحة الجيدة والمعرفة بالحياة ومهارات الحياة.

-التنظيم الانفعالي ويعني تنظيم العاطفة وضبط الذات.

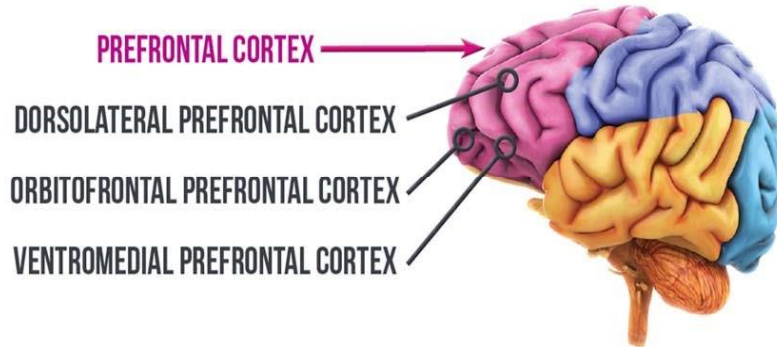
-السلوكيات الاجتماعية المقبولة وتعني التقمص العاطفي empathy (تضع نفسك مكان الآخرين) والشفقة أو الرفق fairness والحس بالعدل أو الإنصاف altruism والإيثار compassion.

-الاستبصار insight وتعني القدرة والرغبة لفهم الذات وفهم الانفعال بشكل كبير.

- تقدير النسبية value relativism وتعني فهم وتقدير القيم المتنوعة وأن يكون الشخص لا يصدر أحكام وأن يقبل قيم الآخرين وأن يكون متسامحاً.

-الحسم decisiveness وتعني القدرة على اتخاذ قرارات سريعة وفعالة (الشقيرات، ٢٠٢١) وتشير دراسات التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي إلى أن القشرة ما قبل الأمامية الوسطى لها دور واضح في التقمص العاطفي (Seitz, Nicked & Azari, 2006)، فتكون القشرة ما قبل الأمامية الوسطى مثارة عندما يقوم الأشخاص بعمل تقمصات للأحكام الاجتماعية، في حين القشرة ما قبل الأمامية الوسطى البطنية (Ventral Medial Prefrontal Cortex (VmpFC) إذا حدث فيها تلف يؤدي إلى عجز في التقمص العاطفي، أما فيما يتعلق بالتفريق بين انفعالات الشخص وانفعالات الآخرين فتشير دراسات تصوير الرنين المغناطيسي الوظيفي إلى أن التلفيف الصدغي العلوي Superior Temporal Gyrus والجزء الأمامي من الفص الجداري Inferior

Parietal Lobe تلعب دوراً في هذا المجال، وفيما يتعلق بالتعاون الاجتماعي مقارنة بالتنافس الاجتماعي، فتشير نتائج دراسات التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي إلى أن القشرة ما قبل الأمامية الوسطى والنواة المتكئة Nucleus Accumbens/ventral Striatum ( جزء من الجسم المخطط البطني (Ventral striatum) تكون مثارة في حالة التعاون الاجتماعي. أما الجسم المخطط البطني فله علاقة بدوائر الدماغ ذات العلاقة بالمكافأة (Rilling et al., 2002) وفي حالة العقاب الغيري (عقاب الذين يخالفون المعايير الاجتماعية على حساب النفس (الذات) فإن الإثارة تحدث في الدوائر العصبية الخاصة بالمكافأة. أما في حالة التنافس الاجتماعي فإنه أما تحدث إثارة أقل في المناطق التي تكون متضمنة في التنافس أو تتم الإثارة في مناطق أخرى مثل القشرة ما قبل الأمامية الجانبية الظهرية (DLPFC) (Decety et al., 2004). وأشارت نتائج الدراسات التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي على السسيوباثين Sociopaths عندما يكونوا غير متعاونين تكون الإثارة أقل في القشرة الأمامية OFC (Rilling et al., 2007). أما فيما يتعلق بالإثارة فلن يتدخل مع التعاون مع أن الشخص الذي عنده ليثارت قد يخاطر في سبيل مساعدة الآخرين (Lehmann & Keller, 2006) ويبين الشكل رقم (1) تموضع بعض المناطق في الفص الأمامي التي تساهم في تكوين الحكمة لدى الأفراد



شكل (١) يوضح تموضع المناطق المسؤولة عن الحكمة في الدماغ (Moll et al, 2006) وتسهم الحكمة في تأصيل الكثير من السلوكيات الإيجابية للفرد كالشعور بالمسئولية، والمثابرة، والمعرفة بالإحداث المحيطة، الشعور بالرضا، والإحساس بالسعادة، Seligman & Mihaly (2000)

فالعنصر الإدراكي شكلاً من أشكال الحكمة، إذ أن الإدراك عملية مهمة لاستيفاء متطلبات الحكمة، وهي قدرة معرفية تشير إلى تطبيق الذكاء والخبرة (Sternberg, 2004)، وترتبط الحكمة ارتباطاً قوياً بالقيم الظاهرة والكامنة لدى الفرد والتي تدفع الفرد إلى حالة من التوازن بشكل يخدم التفاعلات الحياتية المضطربة (Dunn, 2005)

وعن خصائص ذوى المستوى المرتفع من الحكمة نجد أنهم يتميزون بأن لديهم حسن التصرف، والمنطق في تحليل الأمور، القدرة على اتخاذ القرارات الصائبة، فضلاً عن أنهم يتسمون بتفهم

الذات، وللتأني في التفكير، وحب الاستطلاع، والمدى الواسع من المعارف، والأنفتاح على الخبرة الخارجية، ودرجة عالية من العفو والتسامح والإيثار مع الآخرين علاوة على تمتعهم بمهارات اجتماعية قوية في علاقتهم بالآخرين، ويتسمون أيضاً بالانزان الانفعالي، والقدرة على تجاوز المصالح الذاتية، والفتنة والبصيرة والتأمل والحدس العقلي، والتوازن بين الجوانب المعرفية والوجدانية والكفاءة الذاتية. (يسرية صادق، ٢٠١٠؛ هيام شاهين، ٢٠١٢؛ فاتن فاروق، ٢٠١٤؛ خالد محمد زايد، ٢٠١٤، (webster, 2003؛ Sternberg, 2004؛ Ardelt, 2004؛ Stenberg, 2010؛ Wang, 2012)

وأشارت الدراسات الى دور واضح للدوبامين والسيروتونين وال Vasopression والاكسيستين oxytocin في السلوك والاتجاهات الاجتماعية المقبولة يلعب دوراً هاماً من شأنه التأثير في ابعاد الحكمة كسلوك الايثار. (Meeks & Jeste, 2009)

وقد اوجدت الدراسات ان النواقل العصبية كالدوبامين Dopamine والمستقبلات الدوبامين الرابع والخامس (D4&D5) ترتبط بالأنانية، والمستقبل للثاني للدوبامين (D2) الموجود في الجسم المخطط مرتبط بزيادة في الاستجابات الاجتماعية المرغوبة، كما له دور واضح في الاستجابة للمثيرات المحرصة للانفعالات (provocative)، كما يرتبط السيروتونين MAO-A Serotonin متعدد الأشكال مرتبط بخصائص الشخصية الاجتماعية، ونقص في التعاون الاجتماعي، أما الاكستوسن Oxytocin متضمن في المعرفة الاجتماعية والسلوك التبعي والعلاقات الاجتماعية، في حين النورابنفرين Norepinephrine يفرز من اجل احداث توازن الاستجابة السمبثاوية، وكذلك فان المستويات المرتفعة من البلازما في البيتايد العصبي Y تكون من اجل تسهيل الأداء المرتبط بالتعرض للضغوط النفسية ومواجهتها ( محمد عيد، ٢٠١٥، ٦٨؛ الشقيرات، ٢٠٢١)

## ٢- المرونة المعرفية

تعد المرونة المعرفية أحد المتغيرات اللازمة للأداء الجيد. وهي ضرورية لمواجهة الأحداث بصورة فعالة، فمن الضروري أن يمتلك الأفراد القدرة على التصرف بمرونة، وتغيير العادات للتعامل مع المواقف الجديدة وتظهر المرونة المعرفية في سلوك الفرد بصورة عامة، وليست تغيراً في السلوك نتيجة لموقف مشكل فقط، كما تصاحبها بعض العمليات المعرفية مثل: الإدراك والتمثيل العقلي وتوليد البدائل وتقييمها (Salmeron, 2005 Deak, 2003)

والمرونة المعرفية ليست القدرة على إدراك العلاقات الداخلية بين الأشياء والمفاهيم فقط، ولكنها أيضاً القدرة على إدراك أوجه التشابه والاختلاف بينها، يشير ( Ionescu, 2012) إلى أن ظهور المرونة المعرفية يعتمد على نوعين رئيسيين من التفاعلات، أولها: التفاعل بين بعض الإليات المعرفية من جانب، والتفاعل بين كل من: الإليات الحس- حركية، المعرفة والسياق في

المرحلة النمائية من جانب آخر، وتعد المرونة سمة مميزة للمعرفة الانسانية والسلوك الذكي، وعرفت في النماذج المبكرة للنكاء والإبداعية، وهناك عديد من السلوكيات التي تعبر عن المرونة منها: المهام المتعددة، الحل المرن للمشكلات، وقد أدى ذلك إلى وجود تعريفات متعددة للمرونة المعرفية، وتمثل المرونة المعرفية القدرة على تكيف السلوك المرتبط بالهدف لمتطلبات التغيرات البيئية (Garcia et al., 2010)، ويرى كل من (Muller & Bennett, 2010) بأنها للقدرة على الانتقال بين الاستجابات، الحالات العقلية والقدرة على توليد استراتيجيات مناسبة، كما أنها إحدى مكونات الوظائف التنفيذية، التي تشير إلى القدرة على الانتقال بين الأفكار والأفعال اعتمادا على المتطلبات الموقفية (Geurts et al, 2009). وتبرز أهمية المرونة المعرفية كوظيفة ذهنية أدائية تساعد على تغيير وتنويع طرق التعامل العقلي مع المواقف بحسب طبيعتها بتحليل صعوباتها إلى عوامل يمكن الإلمام بها والاستفادة منها في إيجاد الحلول (Dennis, 2010)

وتمثل المرونة المعرفية قدرة الطالب على التكيف مع استراتيجيات تجهيز ومعالجة المعلومات لمواجهة ظروف جديدة وغير متوقعة (Konik & Crawford, 2004) وتشير المرونة المعرفية إلى قدرة الفرد على القيام بالعديد من التمثيلات المعرفية عند التعامل مع مهمة ما، لذا تعد بمثابة موجه للسلوك المرن نحو الهدف (Issac, 2010) (Blaye, 2014) وتحسن المرونة المعرفية بالخبرات في مجال محدد (Shareh, Farmani, Soltani, ٢٠٠٨) وللمرونة المعرفية ثلاثة جوانب: (١) الميل لإدراك المواقف الصعبة على أنها قابلة للسيطرة، (٢) القدرة على إدراك تفسيرات بديلة متعددة لمواقف الحياة والسلوك الانساني، (٣) القدرة على توليد حلول بديلة متعددة للمواقف الصعبة. (Dennis, 2010) ويمكن أن نفهم المرونة المعرفية بطرق متعددة، فالبعض يراها مهارة أو قدرة معرفية محددة (Chevalier, 2012; Hommel, 2009) بينما يعتبرها (Deak, 2003) مركب للعديد من العمليات المعرفية، أو للنظام المعرفي، ويؤكد (Stevens, 2009) أن المرونة المعرفية تعد أحد أنماط الذكاء السائل والتي تتطلب حل المشكلات، بينما يراها (Heather, 2004) غير مرتبطة بالذكاء لأن الأذكاء يمكن أن يكونوا غير مرنين في نظرتهم المعرفية للعالم.

### ٣- التحكم المعرفي:

يعرف التحكم المعرفي بأنه القدرة على توجيه المعالجة والسلوك لخدمة أهداف المهمة، وهو مكون أساسي من مكونات النظام المعرفي، والذي يعتقد بأنه مهم لعدد من الوظائف العليا، وتتضمن مكوناته للقدرة على الاحتفاظ بالنشاط بأهداف المهمة، التحديث الانتقائي وللاينامي لأهداف المهمة، والكشف عن الصراع والتحكم فيه، وتحقيق قدر كاف من التحكم المعرفي في وجود الصراع (Unsworth et al, 2012).

ويعرف التحكم المعرفي بأنه مجموعة من العمليات والتي بدلاً من أن تمثل حالات عقلية معينة مباشرة فأنها تنظم وتؤثر في تلك الحالات طبقاً لبعض الأهداف للداخلية للنظام المعرفي، ويساعد التحكم المعرفي عقل الانسان على أن يكون قادر على الربط المؤقت بين أي مثير وأي استجابة حتى عندما تكون الروابط المتعلمة أو الموروثة بين السابق واللاحق غير موجودة، ولذلك فإن التحكم المعرفي يكون له حاجة خاصة في المواقف الجديدة، أو الصعبة، والتي تتضمن تعلم ضعيف لتسلسل الاستجابات، وعندما يكون هناك كمية هائلة من التخطيط مطلوبة، وعندما تكون هناك أخطاء محتملة وينبغي أن تصحح هذه الأخطاء بشكل سريع، وعندما تكون هناك نزاعات مهيمنة ولكنها غير مرتبطة ويجب التغلب عليها، سواء كآنت هذه النزاعات للتفكير أو السلوك، والتحكم المعرفي يتضمن معظم العمليات المعرفية الحيوية، ويؤثر في عديد من الأنشطة المعرفية التي يقوم بها الانسان، واللازمة لعملية التعلم والتفكير، وهذه العمليات هي (الكف المعرفي، الانتقال بين المهام (المرونة)، اختيار الاستجابة الملائمة , Banich et al , 2009)

فالتحكم المعرفي يشير إلى القدرة على إنشاء حالة عقلية تتغلب على الاستجابة الآلية لصالح الاستجابة الأقل بروزاً، أو الأكثر جدية، فمثلاً في مهمة سترووب يري بعض الباحثين أن عملية للتدخل تقل عقب المحاولات غير المتطابقة، وذلك لأن المجهود المبذول لحل الصراع في المحاولة غير المتطابقة يؤدي بالمشاركين لتعديل تحكّمهم الأنتباهي في المحاولات المستقبلية، حيث تعمل المحاولات غير المتطابقة كمذكرات تساعد المشاركين على الاحتفاظ بأهداف المهمة (التركيز على لون الحبر وإهمال الكلمة نفسها)، في حين يري البعض أن انخفاض زمن رد الفعل في المحاولات المتطابقة يعد نتيجة لتناقص متطلبات المهمة وليس زيادة التحكم المعرفي حيث تصبح الاستجابة الصحيحة هي البارزة وتتجاوز الصراع ( Fernandez & Knight, 2008)

ومن ثم فإن التحكم المعرفي يمكن فهمه باعتباره وضوح التبادلات المعرفية تنشيط أو تثبيط هدف محدد، عملية أو استجابة، وبالتالي يسمح التحكم المعرفي للفرد بالتحكم في كل حالاته مثل "معتقداته، أهدافه وخطته طويلة المدى" ( Edward, & Chuderski & Edward, 2010 ) كما أشارت بعض الدراسات إلى ارتباط التحكم المعرفي أيضاً بسمات الشخصية (Schill, 2011)

#### ثانياً: إدارة الانفعالات :

تعد الانفعالات من الجوانب الحيوية في الشخصية لدورها المهم في سلوك الأفراد، ولذا فقد حظي موضوع الانفعالات باهتمام كبير من قبل علماء النفس، وقد تركز اهتمامهم على وصف الانفعالات ومسبباتها؛ ونتيجة لذلك صاغوا العديد من النظريات لعلمها وتفسيرها والتحكم فيها، كالنظريات الفسيولوجية والمعرفية والسلوكية، والتي ركزت على دور العوامل الفسيولوجية

والإدراكية- المعرفية، والبيئية كمسببات لحدوث الانفعالات، وفيما بعد ظهر الاهتمام بجوانب تتعدى وصف الانفعال وسبب حدوثه إلى كيفية إدارته والتعبير عنه بطريقة يتم الحافظ فيها على التكيف التنفسي الاجتماعي للفرد (Cross, 2001)، فإدارة الانفعالات هي التي تحدد قدرات الفرد في التعامل مع المحيط وحل المشكلات، الأمر الذي يمكن الفرد من تحقيق التكيف النفسي الاجتماعي. (Cathy, 2000)

وتعني إدارة الانفعالات قدرة الفرد علي تحمل الانفعالات العاطفية ولا يكون عبداً لها، أي يشعر بأنه سيد نفسه، بمعنى تنظيم الفرد لأنفعالاته بصورة تأملية، لتفعيل النمو الوجداني والعقلي وتشمل: الانفتاح أو التقبل للمشاعر السارة وغير السارة، والاقتراب أو الابتعاد عن انفعال ما بشكل تأملي، وإدارة أنفعالات الذات، وأنفعالات الآخرين دون كبت أو تضخيم للمعلومات التي تحملها. (الكفوري، ٢٠٠٩)

وتعد صعوبة التعرف على الانفعالات والمشاعر، إحدى أهم الصعوبات التي تواجه الفرد في حياته اليومية، حيث أن قدرة الفرد على فهم وتحديد مشاعره يسهم بشكل كبير في سهولة التواصل الاجتماعي، وعلى النقيض من ذلك فإن افتقاد الفرد لذلك يجعله أكثر حدة في الطبع وأقل تعاطفاً مع الآخرين. (عادل عبدالله، ٢٠١١).

كما أن معرفة الفرد لعواطفه واستبصاره بها وإدراكه لها والحفاظ عليها له أهمية كبرى، حيث يقوم الفرد باستخدامها حتى يصل إلى أهدافه، ويصل إلى تقدير الآخرين، ويقدر على إقامة العلاقات السوية، علاقات تسودها المحبة والود والتلاؤم (الدليمي، ٢٠١٣).

وتشكل إدارة الانفعالات جزءاً مهماً وأساسياً في البناء النفسي للإنسان، حيث تحدد معالم شخصيته، ومدى قدرته على التفاعل مع المواقف المختلفة، من خلال مواقع الضبط، والتوجه نحو هدف معين، كما تسهم في تحديد مستوى قدراته وطاقاته والأسلوب الذي يسير عليه. (المحسن، ٢٠٢٠)، كما أن نجاح الفرد في حياته لا يعتمد على كيفية إدارته لانفعالاته فقط، وإنما يعتمد أيضاً على كيفية إدارة علاقته مع الآخرين من المحيطين به، ومدى قدرته على فهم وتحديد مشاعره، والتعبير عنها، أمام الآخرين، وامتلاكه لمستوى نكاه انفعالي واجتماعي يستطيع من خلاله التواصل الفعال مع من حوله. (الكفوري وخليفة وحسن، ٢٠٢٠)

وترتبط إدارة الانفعالات لدى الفرد بقدرته على التخلص من أسباب الضغوط النفسية، والإحباطات والتهديدات والمخاطر، والأزمات النفسية، وذلك من خلال التحصين النفسي، عن طريق التفكير الإيجابي، والإبداع في حل المشكلات، وزيادة كفاءة للذات ونموها، وتركيز المجهود نحو الهدف، وتحدي المشكلات، والتغلب عليها، والتكيف مع البيئة، وهو ما يطلق عليه المناعة النفسية. (زيدان، ٢٠١٣)

وأشار كل من عرفه (Salovey & Mayer, 2000) بأنه للقدرة على التحكم في المشاعر الخاصة بالفرد والآخرين، والقيام بعملية التنظيم الذاتي لأنفعالاته، وانفعالات الآخرين. وأشارت معمرية (٢٠٠٥) بأنها قدرة الفرد على تنظيم وضبط عواطفه وأفكاره بطريقة متسقة، وأكثر مرونة عبر مواقف وبيئات مختلفة سواء كائنات مادية أو اجتماعية، وتحمل المشاعر الانفعالية التي تأتي بها الحياة من خلال تقبلها وليس قمعها، فجميع الانفعالات لها قيمة وأهمية كبيرة في الحياة.

كما تعبر إدارة الانفعالات عن مدى قدرة الفرد على التعبير عن مشاعره، وتعتبر مفتاحاً للكفاءة الاجتماعية، واستعداداً انفعالياً مهماً لمواجهة أعباء الحياة، والقدرة على التعامل مع المشاعر الذاتية، ومشاعر الآخرين، وتعتبر فناً يمارسه الأفراد في إقامة علاقات اجتماعية، وتتطلب مهارة مهمة وهي مهارة القدرة على إدارة الانفعالات (حسين، ٢٠٠٧). كما تعبر عن قدرة الفرد على تنظيم انفعالاته والتحكم بها وضبطها. (Hansen, 2009).

كما تعبر عن قدرة الفرد على عرض انفعالاته وعواطفه، والتعبير عن تلك العواطف والانفعالات بطريقة مقبولة اجتماعياً، وغير مستفزة للآخرين، والتحكم في المشاعر، وعدم استخدام طريقة حادة في الحكم على سلوكيات الآخرين. (Olson, et al, 2019)

كما يشير (Richard, 2020) إلى أن إدارة الانفعالات تعبر عن قدرة الفرد على التحكم في أنفعالاته، وانفعالات الآخرين، من خلال الاعتماد على مدى معرفته بحالته المزاجية، ومدى قدرته على تقدير انفعالاته وأنفعالات الآخرين، والتعبير عن تلك الانفعالات، واستخدامها في موافق حياتية كما بالجدول

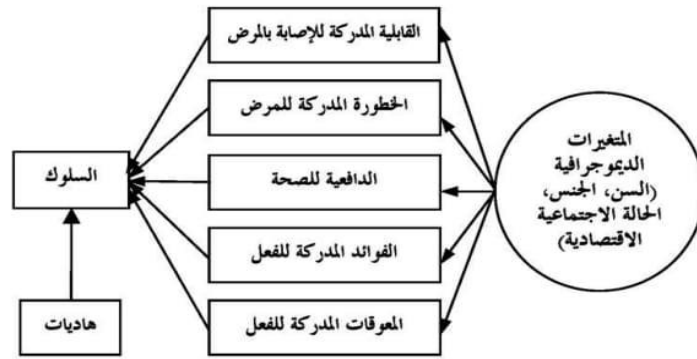
وتتمثل أهمية إدارة الانفعالات فيما يلي:

- أنها تؤثر في طريقة التفكير، والذي يساعد الفرد على حل المشكلات التي تواجهه.
- الفشل في إدارة الانفعالات يؤدي إلى صعوبات في التكيف مع البيئة المحيطة.
- تسهم إدارة الانفعالات في النجاح سواء في التعليم أو العمل.
- أن الأفراد الأكثر إدارة لأنفعالاتهم محبوبين ومثابرين، وقادرين على التواصل، ولديهم إصرار على تحقيق الأهداف.
- تساعد إدارة الفرد لانفعالاته على تجاوز الأزمات، والتكيف النفسي والاجتماعي والأكاديمي.
- تؤثر إدارة الانفعالات في تكيف الأفراد وتوجيه أنتاجهم، ومعرفة التعامل مع الأخطار، واتخاذ قرارات عقلانية، وتجنب الوقوع في المشكلات.
- تسهم في تطوير الكفاءة الاجتماعية، وزيادة فرصة المساندة للمجتمع. (عادل عبدالله، ٢٠٠٢)، كما أن الفرد الذي يتمتع بمستوى عال من إدارة الانفعالات يتمتع بمستوى عاطفي عال أيضاً، ولديه القدرة على اتخاذ القرارات، والثقة بالنفس، ويتميزون بالاجتماعية، والتكيف مع الضغوط،

ولديهم توازن مرتفع، ويستطيعون إقامة علاقات قوية مع الآخرين. (الدليمي، ٢٠١٣؛ Baumeister, et al, 2007) & (Myers, 2010)

### ثالثاً : مجابهة المرض:

يعانى الأفراد عامة والأطباء خاصة من عديد من الأمراض سواء كانت عادية أو مزمنة إلا أن استراتيجيات مواجهة المرض تقف هي المعيار للفارق بين الفريقين حيث يتمتع الأطباء ذوى المرض المزمن من قدرتهم على مجابهة المرض وذلك بشكل قوى يمكن ارجاعه الى طبيعة ما يمتلكونه من معارف علمية تمكنهم من الوقوف امام المرض ومجابهته الا أنهم قد صاب في أوقات عدة بفترات من الوهن والضعف فللمرض شدته وقسوته ما يفوق طاقة البشر. فالمرض المزمن يغير من توجه مركز التحكم الصحي الداخلي نحو الخارجي ويصعب الشفاء منه إلا إذا تمكن الفرد من الاعتقاد الصحيح حول المرض المزمن وتعامل معه بكامل قوته النفسية والمعرفية، كما أن طول مدة الإصابة بالمرض تجعل من بعض الخصائص الشخصية لا تتحو نحو مسارها الصحيح أثناء المرض (Burish et al, 1984).



شكل (١-٣) نموذج المعتقدات الصحية

(هناء شويخ، ٢٠٠٩؛ ١٠٦)

ويشير ليم (Lim, 2009) إلى أن المواجهة ترتبط بالحالة الصحية ويتوسط العلاقة بين الضغوط البيئية والاستجابات الفسيولوجية التي تؤثر على النتائج العلاجية، مما يؤكد أن المواجهة الفعالة يمكن أن تعدل أثر المواجهات العنيفة والقوية في الوظائف الفسيولوجية، كما أن تنمية مهارات المواجهة الفعالة يحسن نوعية الحياة لدى المرضى. محمود عطية، ٢٠١٣؛ Lim, 2009 (Santos, 2010)

وفى ضوء ذلك فإن مأل مجابهة المرض من وجهة نظر الباحثان تدور فى الاتى :

١- **الصمود النفسي:** يعد الصمود النفسي بناءً ثنائياً يتحدد من خلال التلازم بين التعرض للشدائد وإظهار التكيف والتوافق للناجح في مواجهتها فهو للقدرة على التعافي من للتأثيرات السلبية لهذه الشدائد والنكبات وتجاوزها بشكل إيجابي ومواصلة الحياة بفاعلية واقتدار. (Riley. 2012؛ Luthar et al, 2000)



ولقد ارتبط الصمود النفسي إيجابياً مع الرضا عن الحياة والتفاؤل والهدوء. (Wicks, 2005)، وكشفت النتائج على أن الصمود النفسي المرتفع منبأ بتدني مستوى القلق والاكتئاب والضغط النفسية. (Hjemdal, O, Vogel, P. A, 2011) وتوصلت بعض الدراسات إلى أن الصمود النفسي يرتفع عند مجابهة الضغوط البيئية، والضغط المرتبطة بمراحل النمو، الأمراض المزمنة، ويرتفع عند وجود خطر يهدد الفرد سواء كان هذا الخطر بيولوجياً أو اجتماعياً أو بيئياً. (Tusaie, K, 2007؛ Rose, 2009)، وتضيف بيرسال (Pearsall, 2003) أن الفرد عندما يواجه الضغوط والمشكلات الصعبة يمر بعدة مراحل وهي (مرحلة التدهور Deteriorating، مرحلة التكيف، مرحلة التعافي Recovering، مرحلة استعادة التوازن الفردي للفرد في الاتجاه التصاعدي). (Pearsall, 2003) ومن خلال مراجعة عدد من الدراسات تبين أن هناك عدة عوامل تتنبأ بالصمود النفسي وهي "الفعالية للذاتية، وتقدير الذات المرتفع، وإدارة الانفعالات القوية، والقدرة على حل المشكلات والضبط، والتخطيط، والقلق المنخفض، والمثابرة" (Masten et al, ; marsh, 2006) (Joseph, Alex, 2004؛ 2005)

واتجه البعض إلى وصف الأفراد الصامدون بعدد من الصفات ومنها :

- ١) القدرة على مواجهة الضغوط والتحديات .
  - ٢) الانفعالات الإيجابية مما يساعد الفرد في الارتداد مرة أخرى عن الخبرات الصادمة.
  - ٣) النظرة للإيجابية للذات والإحساس بالمقدرة على الفعل.
  - ٤) القدرة على تقبل المشاعر السلبية والتعامل معها.
  - ٥) المرونة، والقدرة على حل المشكلات.
  - ٦) القدرة على التفاعل الإيجابي مع الآخرين. (William, et, al, 2001)
- ٢- قوة الإرادة: وتعتبر قوة الإرادة الطاقة التي تدفع الفرد للتفكير الإيجابي الذي يتصف بالأمل وهي بذلك تعتبر الطاقة العقلية التي توصل للهدف المليئة بالموضوعات والمواقف التي يستدعيها الإنسان لكي تدفعه نحو العمل لتحقيق هدفه الذي يسعى إليه، وبذلك تزداد قوة الإرادة كلما استطاع الفرد أن يحقق أهدافه وصياغتها بطريقة إجرائية قابلة للتنفيذ، وهذا يبين أن صياغة الأهداف تختلف من فرد لآخر، كما تختلف هذه القوة تبعاً لاختلاف الهدف. إذن هي العملية المعرفية التي يقرر من خلالها الفرد القيام بعمل معين ويلتزم به. ويتم تعريفها على أنها محاولة هادفة وواحدة من الوظائف النفسية البشرية الأساسية، والتي تشمل العاطفة (الشعور أو الحس)، وللدافع (الأهداف والتوقعات)، والإدراك (التفكير)، ويمكن تطبيق العمليات الإرادية بوعي، أو يمكن إجراؤها لئلاً كعادات بمرور الوقت. وتتضح أهمية تنمية ارادة الحياة (رغم أنها لم تتل الاهتمام الكافي من علماء النفس خاصة لذي مبتوري الاطراف) في أنها خطوة هامة لإعادة

التوازن النفسي والاستقرار وحسن تقدير الذات وتخطي العقبات واعادة الثقة بالنفس وتخطي الأزمات والتشاؤم لتحسين جودة الحياة النفسية عن طريق تخطي الأمل النفسي الناتج عن الضغوط والحوادث الجسيمة التي تعرضوا لها.(هاني فؤاد، ٢٠٢١)

فلقد اهتم علم النفس الإيجابي بالتدخل الإيجابي القائم على تحسين وزيادة رضا الفرد عن جنات حياته، وكذا إطالة عمر الانسان، وتحسين وتجويد نوعية الحياة التي يحياها، وتعظيم وتعزيز آرائه في مختلف سياقات مواقف الحياة المختلفة. (Seligman, 2002). وتتطوي الإرادة علي مجموعة من القدرات المعرفية، وتتميز بأنها حرة وليست حتمية، فالكثير من الناس يؤمنوا بأن لدينا إرادة حرة، وإن لم يكن لدينا إرادة حرة نصبح غير مؤهلين لتحمل مسئولية أفعالنا، ولا يوجد شيء مثل الإرادة الحرة للإنسان وهذا ما جعل للحياة قيمة، باضافة شرط القوة Condition " Power وذلك معناه أن نعمل ما نختاره وأيضا نختار ما نعمل، فنحن لدينا إرادة حرة إذا كان لدينا قوة لتنفيذ ما نرغب في الوصول إليه، والعكس صحيح فنحن ذوي إرادة منخفضة إذا لم نستطع الوصول الي ما نرغب إليه (سارة حسام الدين، ٢٠١٤؛ هشام كامل، محمد عيد جلال، ٢٠٢١)

٣-الأمل: تؤثر المشاعر الايجابية على الصحة بشكل عام من خلال تغيير التوازن الكيميائي للجسم فتعمل هذه المشاعر وعلى رأسها الأمل على رفع المعنويات وتحسين صحة الفرد النفسية، حيث يتمتع الأفراد ذوي المستوى المرتفع من الأمل بالقدرة على التخطيط وتحقيق الهدف رغم الصعوبات التي تواجههم، إضافة إلى التوقعات الايجابية، وفاعلية الذات، والقدرة على التوافق النفسي، والقبول الاجتماعي، والأنجاز، والمثابرة، وتحمل الأمل حتى تحقيق الهدف(آلاء محمد عبيد، ٢٠٠٦) (Gerald M et al, 2003)

ويتمتع الأفراد ذوي المستوى المرتفع من الأمل بأنهم أكثر تركيزا على التوقعات الأدائية الايجابية مع تجنب التفكير السىء ويكونوا أكثر قدرة على التحكم في الموقف الضاغط، كما أن أسلوب المواجهة يكون لديهم أكثر نشاطا وأكثر فاعلية لمواجهة المشكلات مما يدفعهم لتحقيق الأهداف، أما الأفراد الذين يتسمون باليأس والتشاؤم يتصوروا أسوء ما يمكن أن يحدث ويهيئون أنفسهم لاحتمال الفشل، وعدم الأداء الجيد، ويتجنب الموقف الضاغط، ويعجز عن مواجهة المواقف العصيبة.؛(Saraydariant T, 2009، رجب على شعبان، ٢٠٠١)، ويضيف سنايدر Snyder 1994 أن الأمل له ثلاثة مكونات (الأفكار الموجهة نحو الهدف- أساليب تحقيق الهدف- الإرادة وراء القدرة على تحقيق الهدف)(Snyder et al., 1994؛ Pearson, 2008) ومن خلال مراجعة عدد من الدراسات على المستوى العربي والأجنبي المعنية بإدارة الانفعالات فقد هدفت دراسة الأحمدى (٢٠١٠) إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين إدارة الانفعالات وكل من الذكاء والتحصيل الدراسي وأثره على كل من(الجنس والعمر والوضع الاجتماعي والثقافي

للأسرة)، وذلك على عينة مكونة من (١٢٦) طالباً وطالبة بجامعة طيبة بالمدينة المنورة، وتم استخدام مجموعة من المقاييس، وأسفرت نتائج الدراسة أنه لا توجد علاقة دالة إحصائياً بين التحصيل الدراسي والذكاء الوجداني كما كشفت النتائج بوجه عام عن وجود فروق دالة إحصائياً تعزي لمتغيرات) الجنس والعمر والوضع الاجتماعي الثقافي للأسرة) لصالح الذكور. وأجرى الزبيدي (٢٠١٣) دراسة هدفت إلى قياس فاعلية للذات وإدارة الانفعالات لدى الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة من المرحلة الإعدادية ومعرفة العلاقة بين إدارة الانفعالات وفاعلية الذات في مدينة بغداد، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠٠) طالباً، وأظهرت نتائج الدراسة أن الطلبة كانوا يتمتعون بمستوى عالٍ من إدارة الانفعالات وفاعلية الذات وكذلك تبين وجود علاقة ارتباطية بين كل من إدارة الانفعالات وفاعلية الذات.

وقام الجربان، (٢٠١٣) بدراسة بعنوان "المساندة الاجتماعية وعلاقتها بإدارة الانفعالات لدى طلبة المرحلة الثانوية" هدفت إلى تعرف أبعاد المساندة الاجتماعية وعلاقتها بإدارة الانفعالات لدى طلبة المرحلة الثانوية في قضاء حيفا بفلسطين، تضمنت عينة الدراسة من (٢٠٠) طالباً وطالبة تم اختيارهم عشوائياً من طلبة المرحلة الثانوية، وتم استخدام مقياسي المساندة الاجتماعية وإدارة الانفعالات، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن المتوسط الحسابي لإدارة الانفعالات جاء بدرجة متوسطة، وبينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إدارة الانفعالات تعزي لأثر النوع الاجتماعي والصف، وأشارت إلى وجود علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين مستوى أنماط المساندة الاجتماعية ومستوى إدارة الانفعالات لدى الطلبة.

وهدفت دراسة اللامي (٢٠١٤) إلى بيان طبيعة العلاقة بين إدارة الانفعالات وأنماط القيادة لدى مديري ومديرات المدارس الإعدادية، وتكونت عينة للدراسة من (١١٧) مديراً ومديرة لمدينة بغداد، وقام للباحث ببناء مقياس خاص لإدارة الانفعالات، لما فيما يتعلق بالأنماط القيادية فقد قام الباحث بصياغة (٤١) فقرة، وأظهرت النتائج أن لدى مديري ومديرات المدارس الإعدادية القدرة على إدارة الانفعالات وفي الأنماط القيادية السلطوية وهو النمط للديمقراطي، وعدم وجود فروق دالة في إدارة الانفعالات، وفي أنماط القيادة (الديمقراطي، والتسلطي، التسبيبي) بحسب متغير الجنس، ووجود علاقة دالة موجبة بين إدارة الانفعالات والنمط القيادي للديمقراطي، ووجود علاقة دالة سالبة بين إدارة الانفعالات والنمط القيادي التسلطي، وعدم وجود علاقة دالة بين إدارة الانفعالات والنمط القيادي.

وهدفت دراسة أرشيد (٢٠١٨) إلى الكشف عن إدارة الانفعالات وعلاقتها بالتكيف النفسي الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية في محافظة اربد، وتكونت عينة الدراسة من (٣١٧) طالباً وطالبة بالمرحلة الثانوية، في لواء المزار، وتم استخدام مقياس إدارة الانفعالات لفيلبس وبور، ٢٠٠٧، ومقياس التكيف الاجتماعي لـ (طشطوش وغرابية، ٢٠١٦)، وأظهرت النتائج أن

مستوى إدارة الانفعالات في مدارس مديرية لواء المزار الشمالي متوسط، ووجود فروق دالة إحصائية تعزي لمتغير الجنس على بعد استراتيجية إدارة الانفعالات الداخلية الوظيفية، لصالح الذكور، ولصالح الإناث في بعدي إدارة الانفعالات الخارجية غير الوظيفية، وإدارة الانفعالات الداخلية غير الوظيفية، وكذلك وجود فروق دالة إحصائية تعزي لمتغير الفرع الأكاديمي على بعد استراتيجية إدارة الانفعالات الداخلية الوظيفية، لصالح الأدبي، ووجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائية بين إدارة الانفعالات والتكيف النفسي والاجتماعي.

هدفت دراسة البلاونة وعربييات (٢٠٢٠) إلى تعرف مستوى إدارة الانفعالات ومستوى التوافق الأسري لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا المتضمنة الصفوف من السابع حتى العاشر في لواء الجامعة، كما هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين إدارة الانفعالات والتوافق، وتعرف أثر متغير الجنس في كل من إدارة الانفعالات والتوافق لدى أفراد العينة، وتكونت عينتها من (٢٧٦) طالباً وطالبة تم اختيارهم عشوائياً من طلبة المرحلة الأساسية العليا في لواء الجامعة، ولتحقيق أهداف الدراسة تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي، وتم تطوير مقياسي إدارة الانفعالات، والتوافق وتطبيقهما بعد التحقق من دلالات صدقهما، وثباتهما، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، أهمها: جاء مستوى إدارة الانفعالات لدى طلبة المرحلة الأساسية في المستوي المتوسط، وكذلك التوافق، وأظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية دالة إحصائية بين مستوى إدارة الانفعالات ومستوى التوافق لدى الطلبة، كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزي لمتغير الجنس في كل من مستوى إدارة الانفعالات، ومستوى التوافق.

وهدف دراسة المطيري (٢٠٢١) إلى معرفة مستوى إدارة الانفعالات لدى طلبة صعوبات التعلم بالمرحلة الثانوية، والتعرف على مهارات ما وراء الانفعالات لديهم، وتكونت عينة الدراسة من (٤٠٧) طالباً وطالبة، من طلاب صعوبات التعلم، وتم استخدام مقياس مهارات ما وراء الانفعالات من إعداد الباحث وكذلك مقياس إدارة الانفعالات، وأظهرت النتائج أن مستوى إدارة الانفعالات ومهارات ما وراء الانفعالات لدى طلبة صعوبات التعلم كان بدرجة متوسطة، وأظهرت النتائج بأن مهارات ما وراء الانفعالات لا يختلف باختلاف الجنس والتخصص والمرحلة الدراسية لدى طلاب صعوبات التعلم بالمرحلة الثانوية بدولة الكويت .

#### رابعاً: المرض المزمن " روىء نظرية "

شهدت السنوات القليلة الماضية معدلات مرتفعة للأمراض الجسدية المزمنة وزيادة أعداد المرضى الذين يعانون من مثل هذه الأمراض، وربما يرجع ذلك إلى التعقد الحضاري والثقافي والتغيرات السريعة التي تحدث في المجتمعات (عادل عبدالله، ٢٠٠٠). وقد أفاد DSM-5 أن المرض المزمن يحدث في جزء من أجزاء الجسم ويمثل محور أساسي في التشخيص الإكلينيكي، وينشأ عنه آلام حادة تكفي لجلب الاهتمام به إكلينيكياً وتستمر هذه الآلام لدى المريض أكثر من ستة أشهر (محمد عبدالرحمن، ٢٠١٨). ويشير المرض المزمن إلى وجود تلف في الأعصاب أو الأنسجة، وقد يكون نتيجة لخلل يصيب الجهاز العصبي المركزي أو الطرفي، فهو حالة

مرضية في حد ذاتها وليس عرضاً لإصابة أخرى كما أنه يعبر عن استمرار أو زيادة الإصابة بالمرض ذاته، ومن أهم ما يمثل الأمراض المزمنة إلتهاب المفاصل والسكري والسرطان (Shipton,2019).

وتشير "منظمة الصحة العالمية": للأمراض المزمنة بأنها تدوم فترات طويلة تتطور بصورة بطيئة عموماً (مثل السرطانات، أمراض القلب، والسكري، والسكتة الدماغية، وإلتهاب الأعصاب، وأمراض الجهاز التنفسي) وهي ما تجعل المصاب بها يعاني من القيام بأعمال معينة وأعراض نفسية سلبية.

<http://www.who.int/topics/chronic.com>

يعد مرض ارتفاع الضغط الشرياني ومرض السكري من الأمراض القابلة للضبط الطبي والمراقبة الذاتية من قبل المريض، إلا أن تطوراتهما وأنعكاساتهما على العضوية تجعلها من أكثر الأمراض المزمنة خطورة وفتكاً. ولا تقتصر الآثار السلبية على الجانب العضوي فقط. بل تمتد إلى النواحي النفسية والاجتماعية للمريض لتؤثر تأثيراً بالغاً في هذه الجوانب. لذا، عكفت الدراسات النفسية على محاولة معرفة تأثير الأمراض المزمنة بشكل عام على مختلف الجوانب النفسية والاجتماعية والأدائية للمريض بغرض تقديم الدعم النفسي والعلاجي للمرضى وذلك للتخفيف من معاناتهم، ولقد توصلت دراسات عديدة تناولت أمراضاً مزمنة مختلفة نذكر منها: دراسة (Adams et al, 1997) حول الربو، ودراسة (Clark & James, 2003) حول التعب المزمن ودراسة (Peterson et al, 1999) ودراسة (Tilden et al, 2005) حول داء السكري فكانت النتائج في مجملها تنحصر حول إثبات أن معاشة تجربة الإصابة بالمرض المزمن، مهما كانت شدته أو خطورته يجعل من حياة الفرد مضطربة. ويتم مظهر هذا الاضطراب في اختلال الهوية الفردية من حيث الاستمرارية الذاتية والعلائقية التي يؤديها الفرد في مجتمعه، مما ينعكس سلباً على دوره الاجتماعي. (Aujoulat et al, 2008)

ومن زاوية أخرى نجد أن هذه المشكلات تمتد إلى نتائج سلبية أخرى، فقد توصل (Ridder & Shreuser, 1997) أن من النتائج السلبية التي تتبع المرض المزمن التدهور الصحي الذي يتبعه فقدان الوظيفة وشعور المريض بأنه صار عبئاً على أسرته، بالإضافة إلى حدوث مشاكل في علاقاته الاجتماعية. وهكذا تؤكد الدراسات النفسية على الآثار السلبية للمرض المزمن بالإضافة إلى امتداده إلى العلاقة التفاعلية بين الخصائص الشخصية للمريض ونوعية المرض بحد ذاته.

ولقد أشار (Penley & Tomaka, 2002) إلى تأثير خصائص الشخصية على الضغط وإستراتيجيات المواجهة والصحة وهذا ما وضحته نتائج دراسة (Friedman, 1991) المتعلقة

بالنمط "أ" والمرض؛ إذ توصل في دراسته إلى أن الأشخاص ذوي النمط "أ" يمتازون بضغط شرياني مرتفع ويعانون من أمراض قلبية.

كما توصل ( Cvenngros et al, 2002) في دراستهم حول المرضى الخاضعين لتحليل الكلي إلى أن ذوو مركز التحكم الصحي الداخلي يطورون الاكتئاب وهذا بعد متابعتهم مدة ١٦ شهراً؛ إذ أظهروا أعراضاً اكتئابية واضحة. (Wallston, 2005).

### • مرض السكري Diabetes

يعد مرض السكري مرضاً مزمنياً، ويعبر عن خلل في عملية التمثيل الغذائي داخل جسم الإنسان، حيث ارتفاع غير طبيعي في مستوى الجلوكوز بالدم وذلك لنقص إفراز الأنسولين من البنكرياس، أو إنعدام إفرازه، أو نقص فاعلية الأنسولين، مما يؤدي إلى خلل في تمثيل الكربوهيدرات والبروتينات والدهون، وقد أشارت الدراسات أن مرضى السكري يعانون من عدم كفاية إفراز الأنسولين من البنكرياس أو عدم إفراز الأنسولين في أجسامهم على الإطلاق (Clark, 2009؛ Srivastava, 2002؛ Nettina, 1996)

كما يلاحظ أن داء السكري ينتشر في جميع أنحاء العالم، وطبقاً للإحصائيات المتوقعة أن هناك ارتفاع شديد في أعداد الأشخاص المعرضة لمرض السكري، حيث أنه في عام (٢٠١١) بلغ عدد مرضى السكري (٣٧٦) مليوناً وأيضاً (٢٨٠) مليوناً شخص معرض بشدة للإصابة بالمرض، وفي حالة عدم القيام بأي شيء تجاه هذا المرض سيرتفع في السنوات العشرين القادمة إلى (٥٥٢) مليوناً و(٣٩٩) مليوناً يكونوا معرضون بشدة للإصابة على التوالي) (الاتحاد الدولي للسكري: الخطة العالمية للسكري، ٢٠١١).

ووضعت منظمة الصحة العالمية (Who) أنماط إكلينيكية لمرض السكري تتمثل في النمط الأول والذي يسمى بالسكري المعتمد على الأنسولين Diabetes Mellitus Insulin-Dependent ويسمى أحياناً بالسكري الشبابي لأنه يصيب الأطفال والشباب على وجه الخصوص ويتسم بفقدان تدريجي لخلايا بيتا التي تنتج الأنسولين والذي يرجع لتدمير المناعة الذاتية، وهنا يحتاج هؤلاء المرضى إلى حقن يومي لأنسولين خارجي وذلك للمحافظة على الحياة والنمط الثاني ويسمى السكري غير معتمد على الأنسولين ويصيب الكبار ويكون سببه هو فشل خلايا بيتا ومقاومة للأنسولين. أما النمط للثالث السكري للثانوي Diabetes Secondary ويتمثل في حالات مرضية كالأمراض التي تصيب البنكرياس، واضطراب الهرمونات في مرحلة المراهقة (Rother, 2007)

ويعتبر السكري من أهم الأعراض المزمنة الشائعة، حيث يتسبب في مضاعفات مزمنة لدى المريض كاعتلال الأعصاب السكري واعتلال الكلى السكري، واعتلال الشبكية السكري، وأمراض الشبكية السكري، وأمراض اللثة والأسنان وأمراض القلب والأوعية الدموية مما

يستوجب معه قدرة علي التعامل والتعايش، كما يحدث أيضا مضاعفات حادة عندما ينخفض السكر في الدم بشدة فيحدث غيبوبة السكرى Diabetic Coma ويكون المريض فاقد للوعي. (Kumar &Clark, 2009)

وتؤدي الأسباب النفسية والانفعالية دوراً كبيراً في إحداث الإصابة بالمرض لدى الأفراد ذوي الاستعداد الوراثي للإصابة به ويحدد العامل النفسي قدرة المصاب على الاستجابة للعلاج عند بدء تشخيص المرض والعلاج، ويشير "الكسندر" أن حالات القلق والانفعالات والتوتر مسئولة إلى حد كبير عن الإصابة بمرض السكرى ويمكن تفسير هذا في ضوء اختلال وظائف إليات تنظيم موازنة السكر بالجسم نتيجة زيادة إجهادها في وظائفها كما أن التعرض للعديد من الضغوط اليومية يعرض الفرد للإصابة بالمرض (زينب شقير، ٢٠٠٢)

ويعتبر مرض السكرى من الإعاقات الجسمية والاضطرابات الصحية، خاصة إذا كان المريض يمثل حالة طويلة الأمد كالإصابة بمرحلة المراهقة أو الشباب، كما أن السكرى يحمل دلالات مهددة للحياة نفسها فنجد المريض يفكر في الموت ويشعر بأنه قريب منه في أوقات عديدة فالمرض يعنى إدراك الفرد للخطر، وخوفه للذى لا ينتهى من حدوث نقص الجلوكوز في الدم. ولا شك أن لهذا ردود فعل نفسية كالاكتئاب والقلق واضطرابات إدراكية ومعرفية، مما يزيد في مضاعفات المرض في جميع جوانب الحياة (Vila.et al,2002؛ Ross et al , 2002)

كما أن هذا المرض له تأثير فعال على النواحي النفسية والاجتماعية والسلوكية للمريض ترجع إلى الإحساس بالإعاقة الناتجة عن الإصابة بمرض السكرى، مما يؤثر على هذا المرض له تأثير فعال على النواحي النفسية والاجتماعية والسلوكية للمريض ترجع إلى الإحساس بالإعاقة الناتجة عن الإصابة بمرض السكرى، مما يؤثر على نظرة الفرد إلى جسمه والتي من الصعب تغييرها، حيث تتسم بالثبات التدريجي حيث يكون المريض صورة غير صحيحة عن شكل جسمه ومظهره الخارجي مع تكوين اتجاه سلبي نحو ذاته نتيجة لعدم ممارسة حياته بصورة طبيعية سواء يتعامل المريض مع نفسه كإدارته للمرض أو التفاعل مع الآخري (Cox et al,2002)؛ (Vogt etal, 2001؛

#### • التهاب المفاصل Arthritis

يعتبر التهاب المفاصل من أقدم الأمراض المزمنة الذى يصاب به الانسان، حيث يشكو المريض من الام حادة في أحد مفاصل الجسم كالأصابع، وإليدين، والساقين، وقد تكون الإصابة في أكثر من مفصل، كما أن هذا المرض يمكن أن يهاجم الفرد دون سابق أنذار بأي أعراض (عبد المنعم الحفني، ١٩٩٥)، (Venrooij et al.٢٠٠٦). والمفصل هو تقابل نهاية عظمتين أو غضروفين في أعضاء الجسم، ومدى ارتباطهما بما يثبتهما معا ببعض، ويختلف هذا تبعا لحركة المفصل من فرد إلى آخر، وفي حالة الالتهاب يحدث جفاف للسائل الموجود بين عظمتي المفصل وتتورم

الغضاريف، ويؤدي إلى عجز المفصل من القيام بوظائفه، وتآكل في الغضروف وبمرور الوقت تتكون زوائد عظيمة وذلك لزيادة احتكاك نهاية العظمتين مع بعضهما، ويتضح ذلك من خلال فحص المفصل بالأشعة السينية (x-ray)، وهنا يشعر المريض بألم شديد سواء في الأذرع أو الأقدام أو الأكتاف أو الرسغ أو الأصابع (Raissouni et al., ٢٠٠٥)، ويعنى التهاب المفاصل تجاوز الالتهاب المفصل والتمادي إلى الأوتار والأربطة العضلية بالمفصل المصاب، حيث تقيد مؤسسة التهاب المفاصل Foundation أن مرض التهاب المفاصل تعبير واسع يتضمن الروماتيزم والتهاب الفقرات والروماتويد، كما أنها ترى أن أعراض التهاب المفاصل تؤثر سلباً في حياة ضحاياه وذلك لحدوث قصور وعجز في قابلية المفصل على الحركة، وما ينتج عنه من آلام جسمية The Arthritis ونفسية (Geier et al., ٢٠٠٢) ويصيب التهاب المفاصل الأفراد في مراحل مختلفة من العمر، غير أنه يتركز لدى المراهقين والبالغين بشكل أكبر في الساقين وفي الجزء الأسفل من الظهر ويسمى بالتهاب الفقرات الروماتيزمي، حيث تؤكد الدراسات أن ألم أسفل الظهر يعد من الأسباب الأكثر شيوعاً للإصابة بالعجز لدى الشباب مما يتسبب في ارتفاع معدل الغياب عن العمل بشكل ملحوظ، وبعد مرور عشرة أعوام تقريباً من الإصابة بالتهاب المفاصل يترك نصف المرضى أعمالهم، وتجدر الإشارة إلى أن التهاب المفاصل الروماتيزمي يعتبر السبب الأكثر شيوعاً للإصابة بعدم القدرة لدى الأفراد (Cooper, Ehrlich, 2003)، ولعل من أكثر الأمراض المزمنة أنتشاراً حالياً في المجتمع مرض التهاب المفاصل، ومرض السكري من النوع الأول، وهذه الأمراض تسبب عجزاً دائماً مما يدفع المرضى إلى طلب رعاية طبية طويلة المدى لتحمل المرض ومواجهته حيث أنها تهدد حيوية المريض والسيطرة على جسمه وعلاقاته ويعتبر مرض التهاب المفاصل من أمراض المناعة الذاتية المزمنة (Berney &Khurana, 2005)

وتتراوح معدلات أنتشار التهاب المفاصل عالمياً بين (٠.٥-١%)، كما تقيد الإحصائيات أنه يصيب سنوياً الرجال بنسبة تتراوح من ٢٤.٥-١٢.٥)، ويصيب النساء بنسبة تتراوح بين (٢٣.٩٤٥) من كل مائة ألف شخص، وأيضاً تصل أنتشاره بين النساء من (٢-٣) مرات أمثالها بين الرجال، وهذه النسبة ثابتة تقريباً مع اختلاف الجنسية والمنطقة الجغرافية.

(Divine &Hewett,2005)

فهذا المرض يصيب النساء أكثر من الذكور، كما ترتفع معدلات الإصابة بالتهاب المفاصل خلال مرحلة الرشد بشكل كبير ثم تصل الذروتها في (٣٠-٥٠) سنة، وحتى الآن لم يتوصل البحث العلمي إلى علاج لهذا المرض، مما يزيد من معاناة المرضى من عدم التكيف مع أعراض المرض كشكل الجسم وصورته، حيث إحداث عاهات في الجسم وتدمير كامل لشكل المفصل ويعمل هذا على تدنى مستوى الثقة في الذات وتدهور الحالة المعنوية عامة، كما يزيد معدلات



الوفيات لدى مرضى التهاب المفاصل وهذا لتدهور المكانة الوظيفية للمفصل مما يؤدي إلى إعاقة، ومن ثم الموت في سن مبكر. (Khurana & Berney, 2005) وفي دراسة (Pyrot, Mc Murry 1992) توصلا إلى أن المستويات المرتفعة من الضغط يرتبط وجودها بالنسب المرتفعة لمعدل السكر في الدم عندما يتعلق الأمر بأساليب المواجهة المتمركزة حول الأنفعال لمواجهة الضغط. نقلاً عن هيث وسومر (Heth & Somer, 2002) إلا أننا نجد بعض الدراسات النفسية الحديثة تؤكد أنه من الممكن التعامل مع داء السكري بشكل مختلف الأمر الذي توصلت إليه دراسة (Telden et al, 2005) إلى أن المريضات بداء السكري يصبحن أكثر دافعية في تسيير مرضهن إذا ما شعرن بقدرتهن على تسيير ذواتهن وتأكيدها بعيداً عن التأثيرات السلبية المصاحبة للمرض. (Aujoulat et al, 2008).

هدفت دراسة (Culhane & Mallon, 2009) إلى بحث ودراسة المشاكل الاجتماعية والنفسية والانفعالية لدى مرضى التهاب المفاصل ومدى تأثير صورة الجسم نتيجة الإصابة بهذا المرض، مقارنة بأمراض مزمنة أخرى كالربو والصرع وأمراض القلب، وقد بلغ قوام عينة مرضى التهاب المفاصل (١٠٨)، وبلغت نسبة الرجال (٣٩٩) بمتوسط عمري (٣١.٢) سنة، ونسبة الإناث (٦١%) بمتوسط عمري (٢٩.٨) سنة، وقد أجريت الدراسة على نزلاء قسم العظام بجامعة أوكسفورد وطبق عليهم مقياس أوز نبرج لتقدير الذات، ومقياس صورة الجسم، مقياس الصحة العامة، وتشير النتائج إلى أن مرضى التهاب المفاصل يعانون اضطراباً حاداً في صورة الجسم، مما أثر سلباً على الناحية الاجتماعية والنفسية والانفعالية، مثلهم مثل مجموعة المرضى بالأمراض المزمنة الأخرى.

وهدفت دراسة (Choe et al., ٢٠١٢) إلى كشف مدى تأثير صورة الجسم بمرض مزمن كالسكر لدى عينة كورية، بلغ قوامها (٢٢) مريض بالسكر، (١٠) ذكور و(١٠) إناث، وقد أجريت الدراسة في غرفة أنتظار المرضى بالعيادات الخارجية في مستشفى جامعة سيول وتم تطبيق استفتاء حول مشاكل المرضى وتأثير المرض عليهم وخاصة في صورة الجسم لديهم، ومدى الرضا عن شكل الجسد بعد إصابته بمرض السكري من النوع الأول وأسفرت الدراسة عن معاناة المرضى من الاكتئاب والقلق والتوتر والحزن والتفكير بالموت والانفلات الانفعالي، كما أن لديهم اضطراب في صورة الجسم، حيث الاتجاه السلبي نحو أجسامهم، واضطراب سلوكي يتمثل في قلة الكلام وعدم الرغبة في الخروج من المنزل، بالإضافة إلى اضطرابات في الشهية والشعور بالتعب والأعياء ونقص الطاقة والحيوية ومصاعب في نظام التغذية وأداء العمل، هذا فضلاً عن التفكك الأسري وفقدان الثقة بالنفس والاعتماد على الآخرين، ويرجع ذلك للإصابة بمرض السكري.

وقامت دراسة (Ellit., ٢٠١٣) بتقييم مدى تأثير مرض التهاب المفاصل على الحالة الصحية ودراسة قلق الموت وصورة الجسم والضغوط النفسية الناتجة عن الإصابة بالتهاب المفاصل، وذلك

لدى عينة بلغ قوامها (١٧٤٩) مريض، وقد استخدمت الدراسة مقياس تقدير المرض المزمن، مقياس الضغوط النفسية والاجتماعية لتقييم قلق الموت، ومقياس صورة الجسم واستمارة التقدير الذاتي للحالة الصحية وأسفرت نتائج الدراسة بأن حوالي ٧٥.٩٪ من مرضى التهاب المفاصل في الفئة العمرية من (٢٠-٢٤) سنة يعانون من ارتفاع مستويات قلق الموت وتدنى صورة الجسم والعديد من الضغوط النفسية بفعل المرض المزمن، كما أتضح وجود ارتباط قوى بين تدهور الحالة الصحية وترك العمل والتقاعد وأيضا تدنى المستوى الاقتصادي والاجتماعي واتجهت دراسة ( Podol , ٢٠١٤ ) يبحث الآثار الاجتماعية والشخصية المترتبة على الإصابة بمرض السكرى من النوع الأول مقارنة بالأصحاء، ولم يكن المرضى مقيمين بالمستشفيات بل تمت مقابلتهم في مبنى العيادات الخارجية بأحد المستشفيات مدينة لندن، وبلغت قوام العينة (٢١٩) مريض، وقد تراوح أعمارهم بين (٣٥-٤٧) سنة وتم تطبيق مقياس العائق الصحي لتقييم بعض المتغيرات والتي تتمثل في النشاطات الوظيفية العلاقات، صورة الجسم، الحالة الانفعالية، التفكير في الأمور المتعلقة بالموت، جودة المعيشة النفسية، الوضع الاقتصادي والمكانة الاجتماعية. وأسفرت نتائج الدراسة عن تأثير نوعية الحياة لدى مرضى السكرى من النوع الأول بشكل سلبي، كما وجد فروق دالة إحصائية على المتغيرات السابقة بين مرضى السكرى والأصحاء في اتجاه مرضى السكرى.

وهدفت دراسة (Unsal & Dogan , ٢٠١٥) لتقييم مستوى الاكتئاب وقلق الموت لدى مرضى السكرى وفحص العلاقة بين الاكتئاب وقلق الموت، وأجريت الدراسة على مرضى السكرى الذين يتلقون علاجاً، وبلغت العينة (ن=٤٨) مريضا، ومنهم (٦٠) أنثى وتراوحت أعمارهم بين (٢٠-٣٥) سنة، وتم تطبيق مقياس تمبلر لقلق الموت، ومقياس الاكتئاب على التوالي. وأشارت نتائج الدراسة إلى ارتفاع الاكتئاب والقلق لدى عينة الدراسة، كما وجد علاقة إيجابية بين الاكتئاب وقلق الموت لدى مرضى السكرى من الأناث بالمقارنة بمرضى السكرى من الذكور.

كما قامت دراسة (Hartl et al., 2015) يبحث صورة الجسم كوسيط بين المناخ الأسرى السلبي وتدهور نسبة السكر في الدم من النوع الأول لدى المراهقين، وبلغت عينة الدراسة (ن=٥١) أنثى، (ن=٥٨) ذكرا من المصابين بالسكرى من النوع الأول، وبلغ متوسط أعمارهم (١٩.٨) سنة، وأنحراف معياري (١.٤٤). وأشارت نتائج الدراسة إلى دور صورة الجسم كوسيط بين المناخ الأسرى المفقر للرعاية والاهتمام وبين الإصابة بمرض السكرى لدى المراهقين، كما أن صورة الجسم تشكل عاملا هاما في كيفية إدارة تحديات داء السكرى لدى المراهقين، وأيضا وجد ارتباط بين الانفعالات السلبية كالقلق والتفكير في الموت والخوف من المستقبل وبين صورة الجسم لدى المصابين بالسكرى من النوع الأول.

كما هدفت دراسة بلايف وآخرون (Blyth et al, ٢٠١٦) إلى تقييم نوعية الحياة وصورة الجسم وتحديد خصائص وصفات المرض المزمن لدى مرضى التهاب المفاصل، على عينة مكونة من (٢٢٦) مريض بالتهاب المفاصل وتم تشخيصهم بالمستشفى العام بالمملكة المتحدة، وذلك بالمقارنة بمرضى آخرين لا يعانون من أمراض مزمنة، وتم تطبيق التقرير الذاتي لتقييم مدى استمرار المرض المزمن لأكثر من ثلاثة شهور ومقياس صورة الجسم، ومقياس نوعية الحياة الصيغة المختصرة، وأكدت الدراسة على وجود اضطرابات في صورة الجسم لدى مرضى التهاب المفاصل، كما اتضح من نتائج تحليل مقياس نوعية الحياة أن هناك اختلافات واضحة بين مرضى التهاب المفاصل والمرضى الآخرين في ثلاثة أبعاد والتي تتمثل في الوظائف الاجتماعية الصحة العقلية الألم. كما يؤثر مرض التهاب المفاصل بشكل سلبي على نشاطات الحياة اليومية لدى المرض.

وقام Longosin (٢٠١٧) بدراسة هدفت إلى تقييم صورة الجسم والأبعاد الصحية المتعلقة بها لدى عينة من ذوى المرض المزمن من مرضى التهاب المفاصل عددهم (١٠٠)، ومرضى الربو (١٠٠)، وذلك بالمقارنة بعينة من الأصحاء وقد تراوحت أعمارهم بين (٢٠-٣٥) سنة، واستخدمت الدراسة استمارة بيانات شخصية واجتماعية، ومقياس لكثافة الألم، وأسفرت النتائج عن تأثير صورة الجسم بشكل سلبي لدى المرضى مقارنة بالأصحاء، حيث أن البعد الجسمي أكثر تأثيراً بالمرض المزمن، كما أكدت الدراسة على وجود أعراض قلق واكتئاب مرضية لدى مجموعتي المزمين ومرضى التهاب المفاصل والربو.

كما قامت دراسة (Tronone et al ٢٠١٨) ببحث التغيرات في صورة الجسم واضطرابات الأكل لدى الشباب المصابين بالسكري من النوع الأول وكانت قوام العينة (٤٢) ذكر، (٣٩) أنثى من مرضى الشباب بالسكري من النوع الأول وتتراوح أعمارهم بين (٣٠-١٨) سنة، وتم إجراء مقابلة شخصية معهم، واستخدام مقياس صورة الجسم، وتحديد الطول والوزن، وحساب مؤشر كتلة الجسم، والميل العام نحو تقليل حجم الجسم) أي إدراك الجسم أصغر مما هو عليه) ومستوى عدم الرضا عن صورة الجسم، وأشارت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط دال إحصائياً بين مرضى السكري واضطرابات في صورة الجسم لدى مرضى الشباب كما وجد ارتباط دال إحصائياً بين تشوه صورة الجسم واضطرابات الأكل لدى المرضى المصابين بالسكري من النوع الأول.

واتجهت دراسة (Fonual & Andresmon ٢٠١٨) إلى تقييم صورة الجسم وعلاقته بقلق الموت لدى عينة من ذوى المرض المزمن في للدانمارك، ممن يعانون من مرض التهاب المفاصل في أماكن مختلفة من الجسم (الذراع اليد، الركبة، أسفل الظهر وأعلاه الكتف والرقبة العنق والرأس وبلغ قوام العينة (١٠٠٦) مريض وتراوحت أعمارهم بين (١٨-٤١) سنة. وقد تم المقارنة بالأصحاء وتم استخدام استمارة لتقييم الرضا، مقياس لصورة الجسم وآخر لقلق الموت

واستمارة لتحديد نوع موضع الألم الناتج عن التهاب المفاصل، ومقياس التقاعد عن العمل بسبب المرض المزمن، واستمارة تقييم الحالة الصحية بشكل ذاتي وأسفرت الدراسة عن وجود ارتباط سلبي بين الإصابة بالتهاب المفاصل والحالة الصحية والشكلية للفرد

**تعقيب على الدراسات السابقة:** من خلال استقراء الدراسات السابقة وتحليلها تزايدت الاستفادة العلمية للباحثين في صياغة مشكلة البحث واختيار العينة والأدوات المناسبة لتلك العينة للتحقق من فروض البحث، وهناك بعض النقاط الهامة والمستخلصة من الدراسات السابقة في الآتي :

● هناك ندرة في الدراسات التي اتاحت للباحثان على عينة الأطباء المعنية بدراسة متغيرات الدراسة الراهنة

● يشكل مفهوم القوة المعرفية وما تم التوصل إليه بعد عمل احصاءات علمية وتحليل عاملي للمفهوم وعمل استبيانات على المتخصصين بمثابة الوقود الحيوي الذي يمكن الأطباء خاصة والأفراد عامه من مجابهة المرض بل والتغلب عليه

● أن إدارة الانفعالات وما تفرضه من متغيرات تعد الحصن المنيع امام المرض وتوابعه لمجابهة المرض وعرقلته من التناقم والدخول في برائين أمراض اخرى متعددة .

● يعد الأطباء احد اهم الفئات التي لديها دراية كاملة بطبيعة المرض المزمن وعواقبه

● أن المرض المزمن يتنوع في اصابته وفي درجته وفي قوته بل في مقدار ما لدى الفرد من قوة تمكنه من مجابهة نفسيا تارة ، طبيا تارة اخرى

● إن أمراض القلب والسكري ومرض اعتلال المفاصل او التهاب المفاصل هو بالاجدى أحد أقوى الأمراض المزمنة التي تصيب الأفراد في الوقت الراهن

● أن التعرف على مستوى القوة المعرفية وإدارة الانفعالات هو بمثابة حجر الزاوية الذي يمكن الأفراد عامه والأطباء خاصة في دحض المرض وتوابعه النفسية والصحية بل والاجتماعية

**فروض البحث:** تم صياغة فروض البحث الحالي علي النحو التالي:

١. توجد علاقة ارتباطية بين كل من (القوة المعرفية - إدارة الانفعالات) ومجابهة المرض

لدى عينة من الأطباء المصابين بأمراض مزمنة .

٢. توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث في الأداء على

مقاييس (القوة المعرفية - إدارة الانفعالات) طبقا لاختلاف الجنس (ذكور- اناث).

٣. توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث في الأداء على

مقياس مجابهة المرض طبقا لاختلاف الجنس (ذكور- اناث).

٤. تسهم بعض المتغيرات النفسية (القوة المعرفية - إدارة الانفعالات) في التنبؤ بمواجهة

المرض لدى عينة من الأطباء ذوي المرض المزمن.

**منهج وإجراءات البحث:**

أولاً: منهج البحث: اعتمدت الدراسة في البحث الحالي على المنهج الوصفي الارتباطي حيث دراسة طبيعة العلاقة بين كل من القوة المعرفية (الحكمة- المرونة المعرفية- التحكم المعرفي) وإدارة الانفعالات(السيطرة علي الانفعالات- الثبات الانفعالي- التعبير عن الانفعالات)، ومجابهة المرض(الصمود- الأمل- قوة الإرادة) لدى عينة من الأطباء المصابين بأمراض مزمنة (السكري- أمراض القلب- التهاب المفاصل)، فضلاً عن الكشف على مدى مساهمة كل من القوة المعرفية وإدارة الانفعالات في التنبؤ بمجابهة المرض لدى أفراد عينة الدراسة.

ثانياً: عينة البحث : اشتملت عينة البحث على عينتين فرعيتين تمثلتا فيما يلي:

العينة الاستطلاعية: وقد تم الاستعانة بها للتحقق من الكفاءة السيكومترية لأدوات البحث؛ وقد تم اختيار العينة من الأطباء من ذوى الاصابة بالمرض المزمن (السكري- الضغط الدموي وأمراض القلب- التهاب المفاصل)، وقد بلغ عددهم (134)، بمتوسط عمري (47.56)؛ وانحراف معياري (3,99)، من المقيمين بمحافظة المنيا ويعملون بـ(مستشفى المنيا الجامعي- مستشفى المنيا العام- مستشفى اليوم الواحد بسمالوط- مستشفى بني مزار العام- مستشفى ملوي العام).

العينة الأساسية: تكونت العينة الكلية للدراسة من عدد (109) من الأطباء من ذوى الاصابة بالمرض المزمن، تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين(41 :59عام) بمتوسط عمري (44.07)؛ وأنحراف معياري قدره (4.96). بمحافظة المنيا، وهذه العينة هي التي سيتم الاعتماد عليها في البحث الراهن، والهدف من هذه العينة هو التحقق من صحة الفروض التجريبية، الخصائص الفردية للعينة

٢-توزيع أفراد العينة حسب طبيعة المرض: توزعت أفراد العينة حسب طبيعة المرض، فقد قدر عدد مرضى السكري بـ ٥٩ ونسبة ٤٤٪ للأفراد المصابين بداء السكري، بينما كان عدد مرضى التهاب المفاصل ٤٢ بنسبة ٣١.٤٪ أما مرضى القلب فكان ٣٣ مريضاً بنسبة ٢٤.٦٪ للمصابين بالضغط الدموي وامراض القلب، وهي نسب متقاربة نوعاً ما. كما يظهر بالجدول رقم(٢).

جدول رقم (٢) توزيع أفراد العينة حسب طبيعة المرض

النسبة المئوية	العدد	الجنس		الأمراض/ النوع
		إناث	ذكور	
٤٤ %	٥٩	٢١	٣٨	السكري
٣١.٤ %	٤٢	١٨	٢٤	التهاب المفاصل
٢٤.٦ %	٣٣	٧	٢٦	الضغط وأمراض القلب
١٠٠ %	١٣٤	٤٦	٨٨	المجموع

### شروط اختيار العينة:

- ١- تم اختيار عينة للدراسة من الأطباء والطبيبات ذوي الأمراض المزمنة (السكري- التهاب المفاصل- الضغط الدموي وأمراض القلب) من الذكور والإناث أعمار (٤١): (٥٩) سنة
- ٢- شرط من شروط عينة الدراسة أن يكون ممارساً لمهنة الطب بالمستشفيات الحكومية والعيادات الخاصة ليس فقط حاصلاً على بكالوريوس الطب دون الممارسة حتى يستطيع أن ينقل خبراته ومعارفه وتجاربه إلي المرضى.
- ٣- أن يكون من المصابين بأمراض مزمنة في مدة تتراوح من ٥ سنوات فما فوق، حتى نستطيع أن نقول أنه يقاوم ويجلبه المرض بشكل توافقي أم لا (ليس حديث عهد بالمرض) لانتظام السلوك الصحي للطبيب مع المرض.
- ٤- عدم الإصابة بأي أمراض أخرى غير (السكري- الضغط الدموي وأمراض القلب- التهاب المفاصل)

### ثالثاً: أدوات البحث:

تم اختيار متغيرات القوة المعرفية وإدارة الانفعالات في التنبؤ بمجابهة المرض لدى أفراد عينة الدراسة بناء على المصادر التالية:

١. تحليل التراث البحثي الخاص بتلك المتغيرات، وذلك للتعرف على أبعاد تلك المتغيرات والمتغيرات الأخرى المرتبطة بها لتحديد الأكثر شيوعاً بينها.
٢. بناء المقاييس المستخدمة في الدراسة وتحليل بنود المقاييس التي أعدت من قبل بواسطة باحثين آخرين لقياس القوة المعرفية والخروج منها ببعض المتغيرات.
٣. تم تطبيق استبانة مفتوحة على عينة من الخبراء والمحكمين في علم النفس، والأطباء ذوي المرض المزمن تضمنت أسئلة مفتوحة هدفت إلي التعرف على سمات وخصائص الشخص الذي يتمتع بدرجة عالية ومستوى مرتفع من مجابهة المرض، والمتغيرات النفسية التي قد ترتبط بتلك المتغيرات والتنبؤ بها، وبعد تحليل نتائج المصادر السابقة تم التوصل إلى عدة متغيرات تتضح في الجدول التالي :

جدول رقم (٣) كيفية استخلاص المتغيرات المرتبطة أو التي يمكن أن تتنبأ بمواجهة المرض (ن=٤٠)

المتغير	القوة المعرفية	إدارة الانفعالات	قوة الارادة	الثقة بالنفس	كفاءة الذات
الأطباء ذوي المرض للمزمن (٣٠)	0.97	0.94	0.86	0.73	0.71
خبراء علم النفس (١٠)	0.88	0.85	0.79	0.73	0.70

يتضح من الجدول السابق أنه يوجد متغيرين قد حصلوا على أعلى تكرار وشيوع بالنسبة للمصادر السابقة وهي (القوة المعرفية- إدارة الانفعالات) وبناء على ذلك حددت واختيرت هذه المتغيرات للتعرف على علاقتها ومدى مساهمتها في التنبؤ بمجابهة المرض في البحث الحالي.

### (١) مقياس تشخيص القوة المعرفية- من إعداد الباحثين

**خطوات إعداد المقياس:** يهدف المقياس إلى تشخيص القوة المعرفية عند الأطباء من ذوي المرض المزمن، حيث تم إعداد مقياس القوة المعرفية ليضم مختلف الخصائص، وذلك بغرض معرفة مستوى القوة المعرفية لدى أفراد عينة الدراسة، ويتكون من ثلاث أبعاد (الحكمة- المرونة المعرفية- التحكم المعرفي) وبذلك يصبح جميع عبارات المقياس (٤٩ عبارة) تحديد بدائل الاستجابة: تم اختيار البدائل الثلاثية حتى يتسنى تحديد الأفضل لانطباق البنود عليهم، ولكي يكون هناك مرونة أكبر في اختيار الإجابات كانت تلك البدائل (أوافق- أحياناً- لا أوافق).

☒ تصحيح المقياس: يتم تصحيح المقياس في صورته النهائية وفق للمفتاح التالي:

-العبارات الايجابية: وتمثل المفردات ذات الأرقام (٢-٤-٦-٨-١٠-١٢-١٤-١٦-١٨-٢٠-٢٢-٢٤-٢٦-٢٨-٣٠-٣١-٣٢-٣٣-٣٤-٣٥-٣٧-٣٩-٤٠-٤١-٤٣-٤٤-٤٥-٤٦-٤٨-٤٩) وقد تم تصحيحها كالتالي: حيث أن أوافق تاخذ (٣) درجات وأحياناً (٢) درجتان ولا أوافق درجة واحدة

-العبارات السلبية: وتمثل المفردات أرقام (١-٣-٥-٧-٩-١١-١٣-١٥-١٧-١٩-٢١-٢٣-٢٥-٢٧-٢٩-٣٦-٣٨-٤٢-٤٧) ويتم تصحيحها كالتالي: (أوافق = درجة واحدة)، (أحياناً = درجتان)، (لا أوافق = ثلاث درجات). وبذلك تصبح الدرجة العظمى  $(٤٩ \times ٣) = ١٤٧$  وتشير إلى ارتفاع للقوة المعرفية لدى عينة الدراسة، وتصبح الدرجة الدنيا  $(٤٩ \times ١) = ٤٩$  وتشير إلى انخفاض للقوة المعرفية لدى عينة الدراسة.

### حساب الكفاءة السيكومترية:

أولاً: صدق المقياس: تم التحقق من صدق المقياس من خلال الآتي:

(١) صدق التحليل العاملي الاستكشافي لمفردات مقياس القوة المعرفية: هدفت هذه الخطوة إلى: الكشف عن البنية العاملية "Factorial Structure" للمقياس، وتحديد العوامل المتميزة فيه، وقد طبق المقياس على (١٣٤) طبيباً وطبيبة، واستخدم التحليل العاملي الاستكشافي لمفردات المقياس بطريقة المكونات الأساسية (PC) Principal Components لـ "هوتلينج"، والتدوير المتعامد بطريقة الفاريمكس "Varimax"، واعتمد على محك كايزر "Kaiser" (لا تقل قيمة الجذر الكامن/ القيمة المميزة "Eigenvalue" عن الواحد الصحيح)، تم استبعاد المفردات ذات التشبعات الأقل من (٠.٤٠) في هذا البحث. وقد أسفر التحليل عن ظهور (٣) عوامل للمقياس، كما بالجدول التالي:

جدول رقم (٥) تشبعات مفردات مقياس "القوة المعرفية" بعد التدوير  $n=١٣٤$

المفردات	العامل	الأول	الثاني	الثالث
	٦	٠,٦٧		
	٩	٠,٦٢		
	١٤	٠,٦٢		
	٢٢	٠,٥٩		
	١	٠,٥٨		
	٣٣	٥٦.٠		
	٤٤	٥٥.٠		
	٢٣	٥٣.٠		
	٢٥	٥٢.٠		
	٣٩	٥٢.٠		
	١١	٥١.٠		
	٨	٤٩.٠		
	٤٧	٤٩.٠		
	٣٥	٤٨.٠		
	١٩	٠,٤٤		
	١٥	٠,٤٠		
	٢		٠,٦٢	
	٥		٠,٥٦	
	١٢		٠,٥٤	
	٢١		٠,٥٣	
	٢٤		٠,٥٣	
	١٧		٠,٥٢	
	٢٨		٠,٥١	
	٣٦		٠,٥٠	
	٣٠		٤٩.٠	
	٤٠		٤٧.٠	
	٤٣		٤٦.٠	
	٤١		٤٥.٠	
	٣٧		٤٥.٠	
	٤٦		٠,٤٤	
	٤٩		٠,٤٣	
	٤٥		٠,٤١	
	٣		٠,٦٢	
	٤		٠,٥٨	
	٧		٠,٥٦	
	١٠		٠,٥٣	
	١٣		٠,٥١	
	١٨		٠,٥٠	
	٢٠		٤٩.٠	
	١٦		٤٧.٠	
	٢٦		٤٦.٠	
	٢٧		٤٥.٠	
	٢٩		٤٥.٠	
	٣١		٠,٤٤	
	٣٤		٠,٤٣	
	٣٨		٠,٤٢	



المفردات	العامل	الأول	الثاني	الثالث
٤٢				٠,٤١
٣٢				٠,٤٠
٤٨				٠,٤٠
القيمة المميزة	٩,٢٣	٧,٧١	٦,٢٠	
% للتباين المُفسر لكل عامل	١١,٤٩	١٢,٤٠	٩,١٩	
قيمة التباين المُفسر للمقياس ككل	٢٩,٠٨			

ويتضح من جدول رقم (٥) ظهور (٣) عوامل:

**العامل الأول:** وتشبعت عليه (١٦) مفردة، وامتدت تشبعاتها من (٠.٤٠) إلى (٠.٦٧)، وفسر هذا العامل (١١.٤٩%) من التباين الكلي، وبلغت قيمته المميزة (٩.٢٣)، ويمكن تسميته "الحكمة".  
**والعامل الثاني:** تشبعت عليه (١٦) مفردة، وامتدت تشبعاتها من (٠.٤١) إلى (٠.٦٢)، وفسر هذا العامل (١٢.٤٠%) من التباين الكلي، وبلغت قيمته المميزة (٧.٧١)، وتم تسميته "المرونة المعرفية".  
**أما العامل الثالث:** وتشبعت عليه (١٧) مفردة، وامتدت تشبعاتها من (٠.٤٠) إلى (٠.٦٢)، وفسر هذا العامل (٩.١٩%) من التباين الكلي، وبلغت قيمته المميزة (٦.٢٠)، ويمكن تسمية العامل في ضوء أعلى تشبعات "التحكم المعرفي".

**ثانياً:** ثبات المقياس: تم التحقق من ثبات المقياس بأكثر من طريقة نحو مزيد من التيقن وللدقة من سلامة المقياس، فقد تم حساب معامل الفا-كرونباخ، فضلاً عن الاعتماد على طريقة إعادة التطبيق بفواصل زمني خمسة عشر يوماً بين التطبيقين وذلك بالنسبة للمقياس ككل إضافة إلى مقاييسه الفرعية، ويمكن تلخيص تلك الطرق وما أسفرت عنه من نتائج في الجدول التالي :

جدول (٨) معاملات ثبات مقياس القوة المعرفية بطريقة ألفا كرونباخ وإعادة التطبيق ن=١٣٤

المعامل	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية	إعادة التطبيق
أبعاد المقياس			
الحكمة	**٠.٧٢	**٠.٦٨	**٠.٧٣
المرونة المعرفية	**٠.٦٦	**٠.٦٤	**٠.٦٥
إدارة المعرفة	**٠.٦٨	**٠.٦٣	**٠.٦٩
الدرجة الكلية	**٠.٦٩	**٠.٦٥	**٠.٦٩

يتضح من الجدول السابق ارتفاع معاملات الثبات للمقياس الكلي وكذلك مكوناته الفرعية، ويؤكد ذلك على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع ويجعله صالحاً ويمكن الاعتماد عليه في التطبيق.

## (٢) مقياس تشخيص إدارة الانفعالات- من إعداد الباحثين

يهدف المقياس إلى تشخيص إدارة الانفعالات عند الأطباء من ذوي المرض المزمن، تتمتع المقياس حيث تم إعداد مقياس إدارة الانفعالات ليضم مختلف الخصائص، وذلك بغرض

معرفة مستوى إدارة الانفعالات لدى أفراد عينة الدراسة، ويتكون من ثلاث أبعاد وبذلك يصبح جميع عبارات المقياس (٤٤ عبارة)

تحديد بدائل الاستجابة: تم اختيار البدائل الثلاثية حتى يتسنى تحديد الأفضل لأنطباق البنود عليهم، ولكي يكون هناك مرونة أكبر في اختيار الإجابات كُنْتُ تلك للبدائل (أوافق- أحياناً- لا أوافق).

**تصحيح المقياس:** يتم تصحيح المقياس في صورته النهائية وفق للمفتاح التالي :

-العبارات الايجابية: وتمثل المفردات ذات الأرقام التالية (٢-٤-٦-٨-١٠-١٢-١٤-١٦-١٨-٢٠-٢٢-٢٤-٢٦-٢٨-٣٠-٣١-٣٣-٣٥-٣٦-٣٧-٣٨-٣٩-٤١-٤٢-٤٣) وقد تم تصحيحها كالتالي: حيث أن أوافق تاخذ (٣) درجات وأحياناً (٢) درجتان ولا أوافق درجة واحدة -العبارات السلبية: وتمثل المفردات أرقام (١-٣-٥-٧-٩-١١-١٣-١٥-١٧-١٩-٢١-٢٣-٢٥-٢٧-٢٩-٣٢-٣٤-٤٠-٤٤) ويتم تصحيحها كالتالي: (أوافق= درجة واحدة)، (أحياناً= درجتان)، (لا أوافق= ثلاث درجات). وبذلك تصبح الدرجة العظمى (٣ × ٤٤) = ١٣٢ وتشير إلى ارتفاع مستوى إدارة الانفعالات لدى أفراد عينة الدراسة، وتصبح الدرجة الدنيا (١ × ٤٤) = ٤٤ وتشير إلى انخفاض مستوى إدارة الانفعالات لدى أفراد عينة الدراسة .

**حساب الكفاءة السيكومترية :**

**أولاً: صدق المقياس:** تم التحقق من صدق المقياس من خلال الاتي :

(١) صدق التحليل العاملي الاستكشافي لمفردات مقياس إدارة الإنفعالات: وذلك بهدف الكشف عن البنية العاملية Factorial Structure "للمقياس، وتحديد العولم المتمايزة فيه، طبق المقياس على (١٣٤) طبيياً وطبيية، واستخدم التحليل العاملي الاستكشافي لمفردات المقياس بطريقة المكونات الأساسية (PC) Principal Components — "هوتلينج"، والتدوير المتعامد بطريقة للفاريمكس "Varimax"، واعتمد على محك كايزر "Kaiser (لا تقل قيمة الجذر الكامن/ القيمة المميزة "Eigenvalue" عن الواحد الصحيح )، تم استبعاد المفردات ذات التشبعات الأقل من (٠.٤٠) في هذا البحث. وقد أسفر التحليل عن ظهور (٣) عوامل للمقياس، كما بالجدول التالي:

جدول رقم (١٠) تشبعات مفردات مقياس "إدارة الانفعالات" بعد التدوير ن=١٣٤

المفردات	العامل	الأول	الثاني	الثالث
٢	٠,٦٧			
٥	٠,٦٦			
١٠	٠,٦٤			
١٨	٠,٥٩			
٢٩	٥٨.٠			
٤٠	٥٥.٠			

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد- مجلة علمية محكمة العدد السابع عشر (الجزء الثاني)

المفردات	العامل		
	الأول	الثاني	الثالث
١٩	٥٤.٠		
٢١	٥٢.٠		
٣٥	٥١.٠		
٧	٥٠.٠		
٤	٤٩.٠		
٤٣	٤٨.٠		
٣١	٤٦.٠		
١٥	٠,٤٣		
١١	٠,٤١		
١	٠,٦١		
٨	٠,٥٩		
١٧	٠,٥٦		
٢٠	٠,٥٥		
١٣	٠,٥٤		
٢٤	٠,٥١		
٣٢	٠,٥٠		
٢٦	٤٩.٠		
٣٦	٤٧.٠		
٣٩	٤٦.٠		
٣٧	٤٥.٠		
٣٣	٤٥.٠		
٤٢	٠,٤٤		
٤١	٠,٤١		
٣	٠,٦٠		
٦	٠,٥٨		
٩	٠,٥٣		
١٤	٠,٥٠		
١٦	٥٠.٠		
١٢	٤٧.٠		
٢٢	٤٦.٠		
٢٣	٤٥.٠		
٢٥	٤٤.٠		
٢٧	٠,٤٣		
٣٠	٠,٤٢		
٣٤	٠,٤١		
٣٨	٠,٤٠		
٢٨	٠,٤٠		
٤٤	٠,٤٠		
القيمة المميزة	٧,٤١	٦,٣٢	٥,٧١
% للتباين المُفسّر لكلّ عامل	١٠,٦٩	١١,٣٤	٧,١٣
قيمة التباين المُفسّر للمقياس ككلّ		٢٧,١١	

ويتضح من جدول رقم (١٠) عدة عوامل: العامل الأول تشبعت عليه (١٥) مفردة، ووصلت تشبعاتها من (٠.٤٠) إلي (٠.٦٧)، وفسر هذا العامل (١٠.٦٩%) من التباين الكلي، وبلغت قيمته المميزة

(٧.٤١)، ويمكن تسميته "السيطرة علي الانفعالات". **والعامل الثاني:** تشبعت عليه (١٤) مفردة، وامتدت تشبعتها من (٠.٤٠) إلى (٠.٦١)، وفسر هذا العامل (١١.٣٤%) من التباين الكلي، وبلغت قيمته المميزة (٦.٣٢)، وتم تسميته "الثبات الانفعالي" أما **العامل الثالث:** وتشبعت عليه (١٥) مفردة، بتشبعات من (٠.٤٠) إلى (٠.٦٠)، وفسر هذا العامل (٧.١٣%) من التباين الكلي، وبلغت قيمته المميزة (٥.٧١)، ويمكن تسمية العامل في ضوء أعلى تشبعت "التعبير عن الانفعالات"

**٢) صدق الاتساق الداخلي:** قام الباحثان في الدراسة الحالية بالتحقق من الصدق لمقياس إدارة الانفعالات من خلال حساب معامل الارتباط بين البنود والدرجة الكلية للمقياس، وكانت قيم معاملات الارتباط المتبادلة بين درجة البند والدرجة الكلية، كما بالجدول التالي:

جدول (١١) معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية لمقياس إدارة الانفعالات ن=١٣٤

الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند
**0.67	28	**0.59	19	**0.63	10	**0.64	1
**0.75	29	**0.69	20	**0.71	11	**0.68	2
**0.74	30	**0.58	21	**0.62	12	**0.67	3
**0.68	31	**0.66	22	**0.67	13	**0.71	4
**0.69	32	**0.67	23	**0.70	14	**0.74	5
**0.54	33	**0.69	24	**0.78	15	**0.59	6
**0.73	34	**0.75	25	**0.61	16	**0.62	7
**0.71	35	**0.68	26	**0.65	17	**0.73	8
		**0.65	27	**0.67	18	**0.69	9

ويتضح من الجدول أن معظم معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية للمقياس دلالة إحصائية عند مستوي دلالة (٠.٠١). إذ تراوحت المعاملات من (0.54:0.75).

جدول (١٢) معاملات الارتباط بين الابعاد والدرجة الكلية لمقياس إدارة الانفعالات

ن=١٣٤

الدرجة الكلية	المعامل
**0.68	أبعاد المقياس السيطرة علي الانفعالات
**0.74	الثبات الانفعالي
**0.76	التعبير عن الانفعالات

ويتضح من الجدول أن معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند مستوي دلالة (0.01). إذ تراوحت المعاملات من (0.68:0.76).

**ثانياً: ثبات المقياس:** تم التحقق من ثبات المقياس بأكثر من طريقة لمزيد من التيقن والدقة من سلامة المقياس، فقد تم حساب معامل ألفا- كرونباخ، فضلاً عن الاعتماد على طريقة إعادة التطبيق بفاصل زمني خمسة عشر يوماً بين التطبيقين وذلك بالنسبة للمقياس ككل إضافة إلى مقاييسه الفرعية، ويمكن تلخيص تلك الطرق وما أسفرت عنه من نتائج في الجدول التالي :

جدول (١٣) معاملات ثبات مقياس إدارة الانفعالات ن = ١٣٤

إعادة التطبيق	التجزئة النصفية	ألفا كرونباخ	المعامل أبعاد المقياس
**0.68	**0.65	**0.66	السيطرة الانفعالية
**0.73	**0.69	**0.71	الثبات الانفعالي
**0.69	**0.64	**0.68	التعبير عن الانفعالات
**0.70	**0.66	**0.68	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول السابق ارتفاع معاملات الثبات للمقياس الكلي وكذلك مكوناته الفرعية، ويؤكد ذلك على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع ويجعله صالحاً ويمكن الاعتماد عليه في التطبيق

### ٣) مقياس تشخيص استراتيجيات مجابهة المرض - من إعداد الباحثين

يهدف المقياس إلى تشخيص استراتيجيات مجابهة المرض (الصمود- الأمل- قوة الإرادة) لدى عينة من الأطباء المصابين بأمراض مزمنة (السكري- أمراض القلب- التهاب المفاصل)،

✗ المقياس في صورته النهائية: تم إعداد مقياس استراتيجيات مجابهة المرض ليضم مختلف الخصائص، وذلك بغرض معرفة مستوى استراتيجيات مجابهة المرض لدى أفراد عينة الدراسة، ويتكون من ثلاث أبعاد وبذلك يصبح جميع عبارات المقياس (٣٩ عبارة)

تحديد بدائل الاستجابة: تم اختيار البدائل الثلاثية حتى يتسنى تحديد الأفضل لأنطباق البنود عليهم، ولكي يكون هناك مرونة أكبر في اختيار الإجابات كُنّت تلك البدائل (أوافق- أحياناً- لا أوافق).

✗ تصحيح المقياس: يتم تصحيح المقياس في صورته النهائية وفق للمفتاح التالي :  
-العبارات الايجابية: وتمثل المفردات ذات الأرقام للتلية (٢-٤-٦-٨-١٠-١٢-١٤-١٦-١٨-٢٠-٢٢-٢٤-٢٦-٢٨-٣٠-٣١-٣٢-٣٣-٣٤-٣٥-٣٦-٣٩) وقد تم تصحيحها كالتالي : حيث أن أوافق تاخذ (٣) درجات وأحياناً (٢) درجات ولا اوافق درجة واحدة

-العبارات السلبية: وتمثل المفردات أرقام (١-٣-٥-٧-٩-١١-١٣-١٥-١٧-١٩-٢١-٢٣-٢٥-٢٧-٢٩-٣٧-٣٨) ويتم تصحيحها كالتالي:(أوافق = درجة واحدة)، (أحياناً = درجتان)، (لا أوافق = ثلاث درجات). وبذلك تصبح الدرجة العظمى (٣ × ٣٩) = ١١٧ وتشير إلى ارتفاع مستوى استراتيجيات مجابهة المرض لدى أفراد عينة الدراسة، وتصبح الدرجة الدنيا (١ × ٣٩) = ٣٩ وتشير إلى انخفاض مستوى استراتيجيات مجابهة المرض لدى أفراد عينة الدراسة .

#### حساب الكفاءة السيكومترية :

أولاً: صدق المقياس :تم التحقق من صدق المقياس من خلال الاتي :

١) صدق التحليل العاملي الاستكشافي لمفردات مقياس القوة المعرفية: هدفت هذه الخطوة إلي: الكشف عن البنية العاملية " Factorial Structure للمقياس، وتحديد العوامل المتميزة فيه، وقد طبق المقياس على (١٣٤) طبيباً وطبيبة، واستخدم التحليل العاملي الاستكشافي لمفردات المقياس بطريقة المكونات الأساسية (PC) Principal Components لـ "هوتلينج"، والتدوير المتعامد بطريقة الفاريمكس "Varimax"، واعتمد على محك كايزر "Kaiser" (لا تقل قيمة الجذر الكامن/ القيمة المميزة "Eigenvalue" عن الواحد الصحيح )، تم استبعاد المفردات ذات التشعبات الأقل من (٠.٤٠) في هذا البحث. وقد أسفر التحليل عن ظهور (٣) عوامل للمقياس، كما بالجدول التالي: جدول رقم (١٥) تشعبات مفردات مقياس "مجاهة المرض" بعد التدوير ن=١٣٤

المفردات	العامل	الأول	الثاني	الثالث
٥		٠,٦٢		
١٢		٠,٥٩		
٢٣		٥٦,٠		
٣٤		٥٥,٠		
١٣		٥٣,٠		
١٥		٥٢,٠		
٢٩		٥٢,٠		
١		٥١,٠		
٣٧		٤٩,٠		
٢٥		٤٨,٠		
٩		٠,٤٤		
٤		٠,٤٢		
٢		٠,٤١		
١١			٠,٥٨	
١٤			٠,٥٣	
٧			٠,٥٢	
١٨			٠,٥١	
٢٦			٠,٥٠	
٢٠			٤٩,٠	
٣٠			٤٧,٠	
٣٣			٤٦,٠	
٣١			٤٥,٠	

المفردات	العامل	الأول	الثاني	الثالث
٢٧			٤٥.٠	
٣٦			٠,٤٤	
٣٩			٠,٤٣	
٣٥			٠,٤١	
٣			٠,٥٦	
٨			٠,٥٢	
١٠			٤٩.٠	
٦			٤٧.٠	
١٦			٤٦.٠	
١٧			٤٥.٠	
١٩			٤٥.٠	
٢١			٠,٤٤	
٢٤			٠,٤٣	
٢٨			٠,٤٢	
٣٢			٠,٤١	
٢٢			٠,٤٠	
٣٨			٠,٤٠	
القيمة المميزة				٥,١٦
% للتباين المُفسر لكل عامل				١٠,٠٥
قيمة التباين المُفسر للمقياس ككل				٢٨,١٦
		٨,٠٧	٦,١٩	١١,٠٤
		١١,٣٥		

ويتضح من الجدول ظهور عدة عوامل: العامل الأول تشبعت عليه (١٣) مفردة، وامتدت تشبعاتها من (٠.٤٠) إلى (٠.٦٢)، وفسر هذا العامل (١١.٣٥%) من التباين الكلي، وبلغت قيمته المميزة (٨.٠٧)، ويمكن تسميته "الصمود" والعامل الثاني: تشبعت عليه (١٣) مفردة، وامتدت تشبعاتها من (٠.٤١) إلى (٠.٥٨)، وفسر هذا العامل (١١.٠٤%) من التباين الكلي، وبلغت قيمته المميزة (٦.١٩)، وتم تسميته "قوة الإرادة" أما العامل الثالث: وتشبعت عليه (١٣) مفردة، وامتدت تشبعاتها من (٠.٤١) إلى (٠.٥٦)، وفسر هذا العامل (١٠.٠٥%) من التباين الكلي، وبلغت قيمته المميزة (٥.١٦)، ويمكن تسمية العامل في ضوء أعلى تشبعات "الأمل"

(٢) صدق الاتساق الداخلي: قام الباحثان في الدراسة الحالية بالتحقق من الصدق لمقياس استراتيجيات مجابهة المرض من خلال حساب معامل الارتباط بين البنود وللدرجة الكلية للمقياس، وكانت قيم معاملات الارتباط المتبادلة بين درجة البند وللدرجة الكلية، كما بالجدول التالي:

جدول (١٦) معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية لمقياس استراتيجيات مجابهة المرض

ن=١٣٤

الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند	الارتباط	البند
**0.61	28	**0.52	19	**0.67	10	**0.54	1
**0.69	29	**0.76	20	**0.72	11	**0.69	2

**0.58	30	**0.74	21	**0.59	12	**0.58	3
**0.72	31	**0.69	22	**0.69	13	**0.72	4
**0.69	32	**0.58	23	**0.73	14	**0.67	5
**0.62	33	**0.66	24	**0.58	15	**0.69	6
**0.69	34	**0.77	25	**0.67	16	**0.75	7
**0.51	35	**0.71	26	**0.69	17	**0.59	8
		**0.75	27	**0.75	18	**0.69	9

ويتضح من الجدول أن معظم معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية للمقياس دلالة إحصائية عند مستوي دلالة (٠.٠١). إذ تراوحت المعاملات من (0.77:0.51).  
جدول (١٧) معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس استراتيجيات مجابهة المرض لدى أفراد عينة الدراسة ن=١٣٤

الدرجة الكلية	المعامل
	أبعاد المقياس
**0.81	الصمود النفسي
**0.76	قوة الإرادة
**0.73	الامل

ويتضح من الجدول أن معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس جميعها دالة إحصائية عند مستوي دلالة (٠.٠١).

ثانياً: ثبات المقياس: تم التحقق من ثبات المقياس بأكثر من طريقة نحو مزيد من التيقن والدقة من سلامة المقياس، فقد تم حساب معامل الفا - كرونباخ، فضلاً عن الاعتماد على طريقة إعادة التطبيق بفاصل زمني خمسة عشر يوماً بين التطبيقين وذلك بالنسبة للمقياس ككل إضافة إلى مقاييسه الفرعية، ويمكن تلخيص تلك الطرق وما أسفرت عنه من نتائج في الجدول التالي :

جدول (١٨) معاملات ثبات مقياس استراتيجيات مجابهة المرض لدى أفراد عينة

الدراسة. بطريقة ألفا كرونباخ وإعادة التطبيق ن=١٣٤

إعادة التطبيق	التجزئة النصفية	ألفا كرونباخ	المعامل
**0.75	**0.73	**0.78	أبعاد المقياس
**0.75	**0.73	**0.78	الصمود النفسي
**0.73	**0.69	**0.76	قوة الإرادة
**0.68	**0.68	**0.71	الامل
**0.72	**0.70	**0.75	الدرجة الكلية



يتضح من الجدول السابق ارتفاع معاملات الثبات للمقياس الكلي وكذلك مكوناته الفرعية، ويؤكد ذلك على أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع ويجعله صالحاً ويمكن الاعتماد عليه في التطبيق الأساليب الإحصائية المستخدمة: استعان الباحثان في هذا البحث بالإحصاء البارامترى- معاملات الارتباط- اختبار T-test، بالإضافة إلى تحليل الإنحدار المتعدد. نتائج البحث "مناقشتها وتفسيرها":

الفرض الأول وينص على " توجد علاقة ارتباطية بين كل من (القوة المعرفية -إدارة الانفعالات) ومجابهة المرض لدى عينة من الأطباء المصابين بأمراض مزمنة . وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام معامل الارتباط البسيط لبيرسون لقياس دلالة الارتباط بين درجات أفراد عينة للدراسة في الأداء على مقياس (القوة المعرفية -إدارة الانفعالات)، ومقياس مجابهة المرض، والجدول التالي يوضح المعالجة الإحصائية لنتائج هذا الفرض: جدول (١٩) معاملات الارتباط (بيرسون) درجات أفراد عينة الدراسة في الأداء على مقياس (القوة المعرفية -إدارة الانفعالات)، ومقياس ومجابهة المرض (ن=١٠٩)

المتغيرات	القوة المعرفية	إدارة الانفعالات
الصدود النفسي	**0.78	**0.84
قوة الإرادة	**0.81	**0.83
الامل	**0.86	**0.85
الدرجة الكلية لمجابهة المرض	**0.82	**0.84

يتضح من الجدول أن هناك علاقة ارتباطية دالة بين كل من القوة المعرفية و(الصدود النفسي وقوة الإرادة والأمل) وكذلك للدرجة الكلية لمجابهة المرض المزمّن وهذا يؤكد تحقق الفرض الأول بشكل كلي. كما توجد علاقة ارتباطية دالة بين كل من إدارة الانفعالات و(الصدود النفسي وقوة الإرادة والأمل) وكذلك للدرجة الكلية لمجابهة المرض المزمّن وهذا يؤكد تحقق الفرض الأول بشكل كلي،

اتفقت نتائج الفرض مع دراسة (Hartl et al., 2015) لدى ذوي الإصابة بمرض السكري حيث اوضحت أن الصدود له دور الواعي، وأيضاً وجد ارتباط بين الانفعالات السلبية كالقلق والتفكير في الموت والخوف من المستقبل وبين صورة الجسم وضعف الإرادة لدى المصابين بالسكري من النوع الأول. كما تتفق أيضاً مع دراسة بلايف وآخرون (Blyth et al., 2016) ودراسة (2017) Longosin ، حيث يؤثر مرض التهاب المفاصل بشكل سلبي على نشاطات الحياة اليومية لدى المرضى وكيفية التفاعل وإدارة الانفعالات.

وتختلف نتيجة الفرض مع دراسة (Tronone et al (٢٠١٨) ودراسة (Andresmon (٢٠١٨) Fonual & التي أسفرت عن وجود ارتباط سلبي بين الإصابة بالتهاب المفاصل والحالة الصحية والشكلية للفرد.

ويري الباحثان أن المرض المزمن له مكونان أحدهما انفعالي وآخر إدراكي حيث يكون مصحوب بالعديد من الأعراض والاضطرابات النفسية، وهذا بدوره يؤثر في إحساس المريض بذاته وبمدى التكيف مع المرض أو التناول المعرفي له والتجاوب الانفعالي لتداعياته وهذا بدوره يؤثر في إدارة الانفعالات باعتباره مقاوماً أو مكافحاً ومعدلاً في الإدراك للتغيرات السلبية التي تطرأ على صحة الانسان.

(Grabois , 2002؛ Webster et al., 2014; Roharikova et al. 2013)،

كما أن الإصابة بالمرض المزمن تفرض حدود على إمكانيات وقدرات، وتفاعلات المريض مع ذاته والآخرين، وتنقص من ثقته في نفسه وتشعره بالقلق والعجز ومن ناحية أخرى يؤثر المرض على طريقة تفاعل الأسرة مع المصاب فقد يلجأ إلى الإنكار أو الإشفاق والحماية الزائدة، ويغفل التأهيل النفسي والاجتماعي لهم مما ينعكس في شكل اضطرابات نفسية في الشخصية ( Blyth et al ,2016

الفرض الثاني وينص على "توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث في الأداء على مقاييس (القوة المعرفية- إدارة الانفعالات) طبقاً لاختلاف الجنس (ذكور- إناث).

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (ت) لقياس دلالة الفروق بين درجات الأطباء ذوى المرض المزمن في الأداء على مقاييس (القوة المعرفية -إدارة الانفعالات) وذلك علي النحو التالي:

أ- الفروق بين الأطباء ذوى المرض المزمن في القوة المعرفية (ذكور- إناث):

ويوضح الجدول التالي المعالجة الإحصائية لنتائج هذا الفرض.

جدول (١٦) نتائج الفروق بين متوسطات درجات الذكور والاناث علي مقياس القوة

المعرفية(ن=١٠٩)

اتجاه الفروق	مستوى الدلالة	قيمة (ت) ح.د=١٠ ٨	مقياس القوة المعرفية				المتغيرات
			إناث (٤١)		ذكور (٦٨)		
			ع	م	ع	م	توزيع العينة
							الأبعاد
الذكور	٠.٠٠١	٤.٠٩	٢.٨٤	٣٤.١٩	٣.٠٦	٤٠.٢٠	الحكمة
-	غير دال	٠.٩٢	٢.٩٥	٣٤.٧٩	٣.٢٤	٣٦.٠٩	المرونة المعرفية

إدارة المعرفة	٤١.١١	٤.١٧	٣٧.٢٢	٣.١٤	٢.١٧	٠.٠٠٥	الذكور
الدرجة الكلية	١١٧.٤٠	١٠.٤٧	١٠٦.٢	٨.٢٣	٢.٥٩	٠.٠٠٥	الذكور

يتضح من الجدول وجود فروق دالة إحصائياً بين أداء عينة الدراسة علي مقياس القوة المعرفية تبعا للجنس في (الحكمة عند مستوي دلالة ٠.٠٠١ وإدارة المعرفة وللدرجة الكلية لمقياس القوة المعرفية عند مستوي دلالة ٠.٠٠٥) في اتجاه للذكور، بينما لا يوجد فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في المرونة المعرفية لدي عينة البحث.

واتفقت مع دراسة (Choe et al., ٢٠١٢) التي توصلت إلي أن ذوي التهاب المفاصل العظمي قد عانوا من ألم جسمي أكبر وخلل في العديد من الوظائف الانفعالية والاجتماعية، وكذلك مدى الرضا عن شكل الجسد بعد اصابته بمرض السكري من النوع الأول وأسفرت الدراسة عن معاناة المرضى من الاكتئاب والقلق والتوتر والحزن والتفكير بالموت والانفلات الانفعالي خاصة لدي الذكور، كما أن لديهم اضطراب في صورة الجسم، حيث الاتجاه السلبي نحو أجسامهم، واضطراب سلوكي يتمثل في قلة الكلام وعدم الرغبة في الخروج من المنزل، بالإضافة إلى اضطرابات في الشهية والشعور بالتعب والأعياء ونقص الطاقة والحيوية ومصاعب في نظام التغذية وأداء العمل، هذا فضلاً عن التفكك الأسري وفقدان الثقة بالنفس والاعتماد على الآخرين، ويرجع ذلك للإصابة بمرض السكري. وهذا يعبر عن أن القوة المعرفية لدي الذكور بإعتبارهم أكثر احتواءً ونضجاً، كذلك لارتفاع سمات القيادة والحكمة وكيفية الإدارة لدي الذكور.

#### ب- الفروق بين الأطباء ذوي المرض المزمن في إدارة الانفعالات (ذكور- إناث)

ويوضح الجدول التالي المعالجة الإحصائية لنتائج هذا الفرض.

جدول (١٧) نتائج الفروق بين متوسطات درجات الذكور والإناث علي مقياس إدارة الانفعالات

المتغيرات	مقياس إدارة الانفعالات		قيمة (ت) د.ح=١٠ ٨	مستوى الدلالة	اتجاه الفروق	
	ذكور (٦٨)	إناث (٤١)				
توزيع العينة	ع	م	ع	م		
	ع	م	ع	م		
السيطرة الانفعالية	٣٨.٣٣	٣.١٩	٢٩.٧٨	٢.٧٧	٣.٢١	الذكور
الثبات الانفعالي	٣٣.١٧	٣.٢٤	٢٧.٨٤	٢.٦٩	٢.٥١	الذكور
التعبير عن الانفعالات	٣٦.١٥	٣.٦٦	٣٨.٥٦	٣.١٨	٢.٣٣	الإناث
الدرجة الكلية	١٠٧.٦	١٠.٠٩	٩٦.١٨	٨.٦٤	٢.٦١	الذكور

يتضح من الجدول أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين أداء عينة الدراسة على مقياس إدارة الانفعالات للذكور والإناث في (السيطرة الانفعالية والثبات الانفعالي والدرجة الكلية) في اتجاه الذكور، بينما توجد تتجه الفروق لصالح الإناث عند مستوي دلالة ٠.٠٠٥ في التعبير عن الانفعالات لدي عينة البحث.

وتتفق النتيجة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة (Telden et al, 2005) إلى أن المريضات بداء السكري يصبحن أكثر دافعية في تسيير مرضهن إذا ما شعرن بقدرتهن على تسيير ذواتهن وتأكيدهن بعيداً عن التأثيرات السلبية المصاحبة للمرض وعدم الثبات الانفعالي والتعبير عنه بوضوح أكثر من الرجال. (Aujoulat et al, 2008).

وتختلف مع دراسة (Culhane & Mallon, ٢٠٠٩) التي أجريت على ذوي أمراض القلب، ومرضى التهاب المفاصل أن مرضى التهاب المفاصل يعانون اضطراباً حاداً في صورة الجسم، مما أثر سلباً على الناحية الاجتماعية والنفسية والانفعالية وأوضحت أيضاً أن الرجال أكثر تعبيراً عن الآلام وأقل سيطرة انفعالية من غيرهم كما يظهر في حالات الغضب الشديد.

واتفقت مع ما توصلت إليه دراسة البلاونة وعربييات (٢٠٢٠) إلى تعرف مستوى إدارة الانفعالات ومستوى التوافق الأسري، كما أوجدت علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين مستوى إدارة الانفعالات ومستوى التوافق لدى الطلبة، كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزي لمتغير الجنس في كل من مستوى إدارة الانفعالات، ومستوى التوافق.

وتختلف مع دراسة (Ellit., ٢٠١٣) التي تشير الي مدى تأثير مرض التهاب المفاصل على الحالة الصحية ودراسة قلق الموت وصورة الجسم والضغط النفسية الناتجة عن الإصابة بالتهاب المفاصل لدي الذكور والإناث بشكل متوازن مستدلاً بتدهور الحالة الصحية والنفسية والانفعالية وترك العمل والتقاعد وأيضاً تدنى المستوى الاقتصادي والاجتماعي.

وأسفرت نتائج دراسة (Podol, ٢٠١٤) عن تأثير نوعية الحياة لدى مرضى السكري من النوع الأول بشكل سلبي على الانفعالات لدي الذكور والإناث خاصة صغار السن، كما وجد فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) على باقي المتغيرات السابقة بين مرضى السكري والأصحاء في اتجاه مرضى السكري.

في حين ارتفاع الاكتئاب والقلق لدى المصابين، كما وجد علاقة إيجابية بين الاكتئاب وقلق الموت لدى مرضى السكري من الإناث بالمقارنة بمرضى السكري من الذكور. (Dogan, ٢٠١٥ & Unsal)

وفي رأي الباحثان أن التفريغ الانفعالي يدخل فيه الأساليب المشتملة على التعبيرات الكلامية والبكاء والتدخين وزيادة الأكل والانغماس في أنشطة لندفاعية موجهة إلى الخارج وهو الأمر الذي يشترك فيه الذكور مع الإناث وإن كان في مجتمعنا الشرقي يزداد لدي الإناث.

الفرض الثالث وينص على وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات أفراد عينة البحث في الأداء على مقياس مجابهة المرض طبقاً لاختلاف الجنس (ذكور - اناث).. وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار (ت) لقياس دلالة الفروق بين درجات الأطباء ذوي المرض المزمن في الأداء على مقياس (مجاهبة المرض) وذلك علي النحو التالي: جدول (١٧) نتائج الفروق بين متوسطات درجات الذكور والاناث على مقياس مجابهة المرض (ن=١٠٩)

المتغيرات	مقياس مجابهة المرض		قيمة (ت) د.ح=١٠ ٨	مستوى الدلالة	اتجاه الفروق	
	ذكور (٦٨)	إناث (٤١)				
وفقاً للجنس	توزيع العينة	ع	م			
		ع	م			
	الصمود النفسي	٣١.٨٨	٢٥.١١	٢.٨٦	٠.٠٠١	الذكور
	قوة الإرادة	٣٢.٢٥	٢٩.٩٥	٢.٨٧	٠.٨٩	غير دال
	الامل	٢٨.٣٣	٣٤.٣٦	٢.١٣	٠.٠٠٥	الإناث
الدرجة الكلية	٩٢.٤٦	٨٩.٤٢	٢.٤٥	غير دال	-	

يبين الجدول وجود فروقاً دالة إحصائية بين أداء عينة البحث على مقياس مجابهة المرض في الصمود النفسي عند مستوى دلالة (٠.٠٠١)، لصالح الذكور، بينما توجد فروقاً دالة إحصائية بين الذكور والإناث في الأمل عند مسوي دلالة ٠.٠٠٥ لصالح الإناث، كما اظهرت النتائج عدم وجود فروق بين للذكور والإناث في قوة الإرادة وللدرجة الكلية لمقياس مجابهة المرض لدى عينة البحث.

يتمتع الأفراد ذوي المستوى المرتفع من الأمل بأنهم أكثر تركيزاً على التوقعات الأيجابية مع تجنب التفكير السئ ويكثرون أكثر قدرة على التحكم في الموقف الضاغط وهذا ما يحدث لدي عينة البحث الحالي حيث ارتفاع المستوي الثقافي الاجتماعي لكل افراد العينة يوجب عليهم ارتفاع الأمل لدي الاناث، أما الذكور فهم أكثر واقعية لذلك يرتفع لديهم الصمود، كما أن أسلوب المواجهة يكون لديهم أكثر نشاطاً وأكثر فاعلية لمواجهة المشكلات مما يدفعهم لتحقيق الأهداف أما الأفراد الذين يتسمون بالإيأس والتشاؤم يتصوروا أسوأ ما يمكن أن يحدث ويهيئون أنفسهم لاحتمال الفشل، وعدم الأداء الجيد، ويتجنب الموقف الضاغط، ويعجز عن مواجهة الموقف العصبية؛ (Saraydariant T, 2009، رجب على شعبان، ٢٠٠١)،

ويضيف سنايدر Snyder 1994 أن الأمل له ثلاثة مكونات (الأفكار الموجهة نحو الهدف - أساليب تحقيق الهدف - الإرادة وراء القدرة على تحقيق الهدف) (Snyder et al., 1994)؛ (Pearson, 2008)

كما توصل ( Cvengros et al, 2002 ) في دراستهم حول المرضى الخاضعين لتحليل الكلي إلى أن ذوو مركز التحكم الصحي الداخلي يطورون الاكتئاب وهذا بعد متابعتهم مدة ١٦ شهراً؛ إذ أظهروا أعراضاً اكتئابية واضحة. (Wallston, 2005).

كما يري الباحثان أن هذه المتغيرات النفسية كالصمود والامل تعود الي طبيعة سمات كل فرد لا نوعه كذلك حسب خبراته في الحياة العملية وقدرته على ادارة الانفعالات ومواجهة الضغوط.

الفرض الرابع وينص على تسهم بعض المتغيرات النفسية (القوة المعرفية - إدارة الانفعالات) في التنبؤ بمواجهة المرض لدى عينة من الأطباء ذوي المرض المزمن

وللتأكد من صدق هذا الفرض تم إجراء تحليل الانحدار المتعدد كما يوضح الجدول التالي:

وللتحقق من صحة هذا الفرض ولتحديد مقدار الاسهام أو لإمكانية التنبؤ بالمتغير التابع

في هذا الفرض قام الباحثان بإجراء تحليل الانحدار التدريجي (Stepwise Regression)

لمعرفة مدي إسهم المتغير المستقل (القوة المعرفية -إدارة الانفعالات) للتنبؤ بالمتغير التابع

(بمواجهة المرض) لدى عينة من الأطباء ذوي المرض المزمن. ويمكن عرض نتائج تحليل

الانحدار المتعدد (Stepwise Regression) لمعرفة مدي الإسهام فيما يلي:

جدول رقم (١٩) نتائج الانحدار المتعدد (Stepwise Regression) لمعرفة قيم الإسهام و"ف"

والدلالة الإحصائية لمتغيرات (القوة المعرفية -إدارة الانفعالات) للتنبؤ بمواجهة المرض لدى

عينة من الأطباء ذوي المرض المزمن (ن=١٠٩)

مصدر التباين	مجموع المربعات	د.ح	متوسط المربعات	قيمة(ف)	الدلالة	النموذج	معامل الانحدار B	الخطا المعياري	قيمة بيتا	قيمة ت	الدلالة
الانحدار	3742.50	2	1871.25	46.6.185	0.001	القوة المعرفية	0.379	0.052	0.493	6.71	0.001
البواقي	329.159	67	3.393			إدارة الانفعالات	0.311	0.042	0.284	2.023	0.001
الكلي	4071.659	69									
معامل الارتباط المتعدد (R)	0.817	مربع معامل الارتباط المتعدد (R2)	.765	مربع معامل الارتباط المتعدد المعدل	.754	قيمة الثابت		٣١.٠٤٠	الخطأ المعياري للثابت	8.17	

ويتضح من الجدول السابق أن مقدار التباين في المتغير التابع (القوة النفسية) الذي يفسره النموذج

(المتغيرات المستقلة أو المنبئة) (القوة المعرفية، إدارة الانفعالات) قيمته ٧٦.٥٪.

كما يوضح جدول رقم (١٩) أن قيم معامل الانحدار لكل من (القوة المعرفية، إدارة الانفعالات)

ذي دلالة إحصائية مرتفعة عند مستوى ٠.٠٠١، ومن ثم يمكن القول أن معاملات الانحدار لهذه

المتغيرات تسهم إسهاماً ذا دلالة إحصائية بنسبة ٧٥.٤٪ من التباين في قيم المتغير التابع (مجابة المرض).

اتفقت النتيجة مع دراسة الزبيدي (٢٠١٣) والتي هدفت إلى قياس فاعلية الذات وإدارة الانفعالات كما اتفقت مع الجريان، (٢٠١٣) حيث بينت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إدارة الانفعالات تعزي لأثر النوع الاجتماعي والصف، وأشارت إلى وجود علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين مستوى أنماط المساندة الاجتماعية ومستوى إدارة الانفعالات لدى الطلبة.

وتوصلت دراسة اللامي (٢٠١٤) الي عدم وجود فروق دالة في إدارة الانفعالات، وفي أنماط القيادة (الديمقراطي، والتسلطي، التسيبي) بحسب متغير الجنس، ووجود علاقة دالة موجبة بين إدارة الانفعالات والنمط القيادي للديمقراطي، ووجود علاقة دالة سالبة بين إدارة الانفعالات والنمط القيادي التسلطي، وعدم وجود علاقة دالة بين إدارة الانفعالات والنمط القيادي.

وهدفت دراسة أرشيد (٢٠١٨) إلى الكشف عن إدارة الانفعالات وعلاقتها بالتكيف النفسي الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية في محافظة اربد، وتكونت عينة الدراسة من (٣١٧) طالباً وطالبة بالمرحلة الثانوية، في لواء المزار، وتم استخدام مقياس إدارة الانفعالات لفيلبس وبور، ٢٠٠٧، ومقياس التكيف الاجتماعي لـ (طشطوش وغرايبة، ٢٠١٦)، وأظهرت النتائج أن مستوى إدارة الانفعالات في مدارس مديرية لواء المزار الشمالي متوسط، ووجود فروق دالة إحصائياً تعزي لمتغير الجنس على بعد استراتيجية إدارة الانفعالات الداخلية الوظيفية، لصالح الذكور، ولصالح الإناث في بعدي إدارة الانفعالات الخارجية غير الوظيفية، وإدارة الانفعالات الداخلية غير الوظيفية، وكذلك وجود فروق دالة إحصائياً تعزي لمتغير الفرع الأكاديمي على بعد استراتيجية إدارة الانفعالات الداخلية الوظيفية، لصالح الأدبي، ووجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين إدارة الانفعالات والتكيف النفسي والاجتماعي.

واتفقت مع ما توصلت إليه دراسة البلاونة وعريبات (٢٠٢٠) إلى تعرف مستوى إدارة الانفعالات ومستوى التوافق الأسري، كما أوجدت علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين مستوى إدارة الانفعالات ومستوى التوافق لدى الطلبة، كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزي لمتغير الجنس في كل من مستوى إدارة الانفعالات، ومستوى التوافق.

وأظهرت دراسة المطيري (٢٠٢١) أن مستوى إدارة الانفعالات ومهارات ما وراء الانفعالات لدى طلبة صعوبات التعلم كأن بدرجة متوسطة، وأظهرت النتائج بأن مهارات ما وراء الانفعالات لا يختلف باختلاف الجنس والتخصص والمرحلة الدراسية لدى طلاب صعوبات التعلم بالمرحلة الثانوية بدولة الكويت.

ولقد أشار (Penley& Tomaka, 2002) إلى تأثير خصائص الشخصية على الضغط وإستراتيجيات المواجهة والصحة وهذا ما وضحته نتائج دراسة (Friedman, 1991) المتعلقة بالنمط "أ" والمرض؛ إذ توصل في دراسته إلى أن الأشخاص ذوي النمط "أ" يمتازون بضغط شرياني مرتفع ويعانون من أمراض قلبية.

كما أن بمراجعة كل الأدبيات السيكولوجية والواقع العملي للدراسات النفسية تبين للباحثين وجود حالة من الجدل العلمي بين مؤيداً تارة ومعارضاً تارة أخرى في متغيرات الدراسة الراهنة وذلك نظراً لاختلاف الثقافات وتباين الأزمنة العمرية وسمات الشخصية لدى عينة الدراسة

#### توصيات وبحوث مقترحة:

- يوصي للباحثان بضرورة الاهتمام بتلك الفئة الهلمة (الأطباء ذوي الامراض المزمنة) ودراسة المتغيرات ذات العلاقة بجودة الحياة لديهم، وتقديم البرامج التي تحسن من حالتهم النفسية وتوافقهم مع الأمراض وأثر تلك البرامج علي المرضى الذين يخضعون للعلاج معهم.
- دراسة القوة المعرفية وعلاقتها بالأساليب المعرفية وجودة الحياة.
- إجراء برامج متخصصة لذوي الأمراض المزمنة لتنمية القوة المعرفية لديهم.



## المراجع العربية والاجنبية

- ١- أحمد فاضل اللامي (٢٠١٤). علاقة إدارة الانفعالات بالأنماط القيادية لدى مديري ومديرات المدارس الإعدادية. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة المستنصرية.
- ٢- بشير معمرية (٢٠٠٥). علم النفس، الأردن: دار معاوية.
- ٣- بكر ناجي الجريان (٢٠١٣). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بإدارة الانفعالات لدى طلبة المرحلة الثانوية في قضاء حيفا. رسالة ماجستير، جامعة عمان العربية، الأردن.
- ٤- رضاب منصور حسين المحسن (٢٠٢٠). إدارة الانفعالات وعلاقتها بموقع الضبط لدى طلبة الجامعة. مجلة كلية التربية، جامعة واسط، ١٢٥٥ - ١٢٨٢.
- ٥- صبحي عبد الفتاح الكفوري (٢٠٠٩). مقياس إدارة الضغوط النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة، بحوث دراسات في الصحة النفسية، ج٣، كفر الشيخ: السلام للطباعة.
- ٦- طارق أحمد الدليمي (٢٠١٣). نمط الشخصية الانبساط والانطواء وإدارة الانفعالات لدى مدرسي الثانوية. مجلة جامعة الأنبار للعلوم الإنسانية، (٤)، ٤٩١ - ٥٣٧.
- ٧- عادل عبد الله (٢٠٠٢). العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، القاهرة: دار الرشاد.
- ٨- عبد العزيز ناصر المطيري (٢٠٢١). إدارة الانفعالات وعلاقتها بمهارات ما وراء الانفعال لدى طلبة صعوبات التعلم في ضوء بعض المتغيرات بدولة الكويت. المجلة العربية لعلوم الإعاقة والموهبة، المؤسسة العربية للتربية والعلوم والآداب، (١٦)، ٦١ - ٧٣.
- ٩- محمد بن عليثة الأحمد (٢٠١٠). الذكاء الوجداني وعلاقته بالذكاء المعرفي والتحصيل الدراسي لدي عينة من الطلاب جامعة طيبة. مجلة العلوم الاجتماعية، (٤)، ١٣ - ٤٠.
- ١٠- هيثم أحمد الزبيدي (٢٠١٣). فاعلية للذات وعلاقتها بإدارة الانفعالات لدى طلبة المرحلة الإعدادية. مجلة كلية التربية الأساسية، الجامعة المستنصرية، بغداد.
- ١١- أمال محمد جمال أرشيد (٢٠١٨). إدارة الانفعالات وعلاقتها بالتكيف النفسي الاجتماعي لدى طلبة الثانوية في محافظة إربد. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة اليرموك.
- ١٢- خالد محمد زليد (٢٠١٤): الهوية النفسية وعلاقتها بكل من الحكمة والتعصب لدى الطلبة الجامعيين، رسالة دكتوراة، كلية التربية، جامعة اليرموك
- ١٣- خديجة حسين البلاونة، رند بشير عربيات (٢٠٢٠). إدارة الانفعالات وعلاقتها بالتوافق الأسري لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا. دراسات - العلوم التربوية، الجامعة الأردنية، عمادة البحث العلمي، ٤٧(١)، ٣٦ - ٥٢.
- ١٤- زينب شقير (٢٠٠٢). الامراض السكوسوماتية، القاهرة، مكتبة النهضة العربية، ط١
- ١٥- سماح محمود ابراهيم (٢٠١٦). النمذجة البنائية للعلاقات بين الحكمة والذكاء الاخلاقي والذكاء الشخصي والذكاء الاجتماعي لدى طالبات المرحلة الجامعية، مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس، العدد ٧٦

- ١٦- صبحي الكفوري، مروة نبيل خليفة، عزة حسن (٢٠٢٠). الألكسيثيميا وعلاقتها بإدارة الانفعالات لدى المراهقين. مجلة كلية التربية، جامعة كفر الشيخ، ٢٠(١)، ١-٣٠.
- ١٧- صفاء الاعسر (٢٠٠١). تربية الطفل والاصلاح الحضارى من الذكاء الى الحكمة، ورقة بحثية، جامعة عين شمس، كلية البنات
- ١٨- عبد المنعم الحفنى (١٩٩٥). موسوعة الطب النفسي، القاهرة، مكتبة مدبولي، ط٢
- ١٩- عصام زيدان (٢٠١٣). المناعة النفسية: مفهومها، وأبعادها، وقياسها. مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، (٥١)، ٨١٢-٨٨٢.
- ٢٠- علاء الدين عبد الحميد ايوب (٢٠١٢). أثر برنامج تدريبي لتنمية التفكير للقائم على الحكمة فى تحسين استراتيجىة المواجهه لحل المشكلات الضاغطة لدى طلاب الجامعة، المجلة المصرية للدراسات النفسية، ٢٢(٧٧)، ٢٠١: ٢٤٠
- ٢١- فانتن فاروق عبد الفتاح (٢٠١٤). الصمود النفسي لدى طلبة الجامعة وعلاقته بكل من الحكمة وفاعلية الذات، مجلة كلية التربية، جامعة بورسعيد، العدد ١٥
- ٢٢- محمد عبد الرحمن (١٩٩٨). علم الامراض النفسية والعقلية، القاهرة، دار قباء للنشر
- ٢٣- محمد عيد جلال (٢٠٢٣). دور التدريب التشريطي- السلوكي العصبي في تحسين بعض الوظائف التنفيذية والتقليل العاطفي لدي المصابين بالسكتة الدماغية، مجلة الدراسات النفسية المعاصرة، كلية الاداب جامعة بني سويف، ع (٢) ص ص ١٣٦-١٩٧.
- ٢٤- هشام محمد كامل، محمد عيد جلال (٢٠٢١) تنمية الحيوية الذاتية وقوة الإرادة كمدخل لخفض الألم النفسي وانعكاساته السيكوفسيولوجية لدى عينة من مبتورى الأطراف، مجلة كلية الاداب والعلوم الانسانية بجامعة قناة لسويس ع (٣٩) (٦) ص ص ٢٢١-٣١٧
- ٢٥- هيام صابر شاهين (٢٠١٢). اسهام كل من الذكاء الاجتماعى واحداث الحياة الضاغطة فى التنبؤ بالحكمة لدى معلمى مدارس التربية الفكرية، مجلة العلوم التربوية والنفسية، البحرين، ١٣(٣)، ص ص ٤٩٥ : ٥٣٠
- ٢٦- يسرية صادق (٢٠١٠). البنية العاملية لمفهوم الحكمة كما تدركه الطالبات الجامعيات ببعض كليات جامعة الملك عبد العزيز وعلاقته بطرق المعرفة لديهن، مجلة كلية التربية، جامعة الاسكندرية، ٢٠ (٣)، ص ص ٣٣٣ : ٣٧٧

## ثانيا المراجع الاجنبية

- 27- Andresmon, N.& Fonual, L. (2018). Epidemiology of Chronic non-malignant Pain in Denmark. Pain,109, 221-228
- 28- Ardel, M. (2003): Empirical Assessment of A three-Dimensional Wisdom scale (Electronic version). Research on Aging, 25 (3) 275-324.
- 29- Ardel, M. (2004): Wisdom as expert knowledge system: A critical review of a contemporary operationalization of an ancient concept. Human Development, 47,pp: 257-285

- 30- Berrin & Fatma . (2010). Defining the Effects of Television on the Body Image on the Basis of Adolescents' Opinions . Turkish Online. Journal of Qualitative Inquiry, October 1(2).
- 31- Bery, K. and Hunt, J. (2009): Evaluation of Intervention Program for Anxious Adolescent Boys Who are Bullied at School, Journal of Adolescent Health, 45(4),pp: 376-382.
- 32- Blyth, F.; Brnabic, A.; Jorm, L.; March, L.& Cousins, M. (2016). Arthritides and Body Image Following Open Inguinal Hernia Repair. British Journal of Surgery, 88, 1122-1126
- 33- Blyth, F.; Brnabic, A.; Jorm, L.; March, L.& Cousins, M. (2016). Arthritides and Body Image Following Open Inguinal Hernia Repair. British Journal of Surgery, 88, 1122- 1126
- 34- Breivik, H.; Collett, B.; Ventafridda, V.; Cohen, R.& Gallacher, D. (2006). Survey of Chronic Pain in Europe: Prevalence, Impact on Daily Life and Treatment. European Journal of Pain, 10,287-333.
- 35- Chevalier, N., & Blaye, A. (2008). Cognitive flexibility in preschoolers: The role of representation activation and maintenance. Developmental Science, 11, 339-353.
- 36- Choe, M.; Padilla, G.; Chae, Y.& Kim, S. (2012). Body Image for Patients with Diabetes in Korea: The Meaning of Health-related Body Image. International Journal of Nursing Studies,38(6), 673-682.
- 37- Cooper, N. J. (2000). Economic Burden of Rheumatoid Arthritis:a Systematic Review. British Society for Rheumatology, 39, 28-32
- 38- Deak, G. (2003). The development of cognitive flexibility and language abilities. In R. Kail (Ed.), Advances in child development and behavior (Vol. 31) (pp. 271-327). San Diego, CA: Academic Press.
- 39- Deak, G., & Wiseheart, M. (2015). Cognitive flexibility in young children: General or task-specific capacity?. Journal of Experimental Child Psychology, 138, 31-53
- 40- Dennis, J., & Vander Wal, J. (2009). A comparison of the role of performance based and self report measures of cognitive flexibility in predicting depression. Doctoral dissertation, Saint Louis University, MO.
- 41- Dennis, J., & VanderWal, J. (2010). The Cognitive Flexibility Inventory: Instrument Development and Estimates of Reliability and Validity. Cogniyive Therapy and Research, 34(3), 241-253. DOI 10.1007/s 10608-009-9276-4.
- 42- Divine, J. G.& Hewett, T. E. (2005). Valgus Bracing for Degenerative Knee Osteoarthritis. The Physician and Sports medicine, 33, Iss.2,40.) .
- 43- Dogan, R., Unsal, A. (2015). Assessment of Depression and
- 44- Dogan, R., Unsal, A. (2015). Assessment of Depression and
- 45- Ellit, Y.; Grazzi, L.; Solavi, A.; Natvig, G. (2013). Arthritis in Australia a Prevalence Study. Pain,89, 127-130
- 46- Grabois, M. (2002). Pain Management in Rehabilitation, Conceptual Model of Pain and Its Management. Demos Medical Publishing, Chapter1,1-6.
- 47- Han,K.; Lee,P.; Lee,S. & Park, E. (2003). Factors influencing Quality of life in People with Chronic Illness in Korea. Journal of Nursing Scholarship Indianapolis,35, Iss.2,139-154

- 48- Han,K.; Lee,P.; Lee,S. & Park, E. (2003). Factors influencing Quality of life in People with Chronic Illness in Korea. *Journal of Nursing Scholarship Indianapolis*,35, Iss.2,139-154
- 49- Hartl, A.; Seiffge, C.; Krenke, I. & Laursen, B.(2015). Body Image Mediates Negative Family Climate and Deteriorating Glycemic Control for Single Adolescents with type 1 Diabetes. *Families, Systems and Health*,33(4), 363-371
- 50- Heather, R. (2004). An investigation of the theory of cognitive flexibility and an estimated measure of the construct. Doctoral dissertation, Southern Illinois University Carbondale. UMI Number: 3147119.
- 51- Khurana, R.& Berey, S. (2005). Clinical Aspects of Rheumatoid Arthritis. *Pathophysiology*, 12, Iss.3, 183-165.
- 52- Kumar& Clark (2009). *Clinical Medicine*, 7Th Edition IMPRINT: Saunders Ltd.
- 53- Kumar&Ehrlich, G. E. (2003). Low back pain. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(9), 671-676.
- 54- Longosin, M.(2017). Body Image in Asthma: A comparison of Community and Hospital. *Journal of Asthma*,38,205- 214
- 55- Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000): The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work *Child Development. Social Science*, 71, 543–562
- 56- Mallon& Culhane (2009). The Body Image in Arthritis: a Comparison with Medical Conditions Using Generic Questionnaires. *British Journal of Dermatology*,20, 479-489.
- 57- Podoll, A. J. (2014). Beyond Diasability: Measuring the Social and Personal Consequences of Osteoar Thritis. *Osteoar Thritis and Cartilage*, 7(2), 230-238
- 58- Prasad & Srivastava. (2002). Diabetes vis-a-vis mind and body.*Social Indicators Research*, 57.2 (Feb), 191-200.
- 59- Raissouni, N.; Gossee, L.; Ayral, X.& Dougado, S. M. (2005). New Concepts in the Diagnosis and Treatment of Recent-onset Polyarthritis. *Joint Bone Spine*, 72,119-123.
- 60- Riley, D., (2012): Work and family interface: Wellbeing and the role of resilience and work - life balance. Thesis doctor of philosophy in Waikato University.
- 61- Rose, A., (2009): Economic resilience to disasters. CARRI, research report 8, final report to community and regional resilience institute. P: 1:40.
- 62- Ross, fliege, Hildebrandt, Schirop, Klapp.(2002).the network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control. *Diabetes care*. Jan, 25(1), 35-42.
- 63- Ross, fliege, Hildebrandt, Schirop, Klapp.(2002).the network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control. *Diabetes care*. Jan, 25(1), 35-42.
- 64- Rother, K. I. (2007). Diabetes Treatment-Bridging the Divide.*The New England Journal of Medicine*, 356(15), 1499-1501
- 65- Rother, K. I. (2007). Diabetes Treatment-Bridging the Divide.*The New England Journal of Medicine*, 356(15), 1499-1501

- 66- Seligman, M. & Mihaly, C. (2000): Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55 (1), pp: 5-14.
- 67- Shareh, H., Farmani, A., & Soltani, E. (2014). Investigating the Reliability and Validity of the Cognitive Flexibility Inventory (CFI- 1) among Iranian University Students. *Iranian Journal of Clinical Psychology (IJCP)*, 2(2), 81-87. ISSN: 2322-1585.
- 68- Shipton, E. (1999). *Pain Acute and Chronic*. Oxford University, New York, Second edition.
- 69- Singh, J. A.; Nelson, D. B.; Fink, H. A. & Nichol, K. L. (2004). Health-Related Quality of Life Predicts Future Health Care Utilization and Mortality in Veterans with Self- Reported Physician-Diagnosed Arthritis: The Veterans Arthritis Quality of Life Study. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 34, 755-765
- 70- Sparapani, Jacob & Nascimento. (2015). What Is It Like to Be a Child with Type 1 Diabetes Mellitus? *Pediatric Nursing*, 41.1 (Jan/Feb), 17-22.
- 71- Sternberg, R. J. (2004): Words to the wise about wisdom? A commentary on Ardelt's critique of Baltes. *Human Development*, 47, pp: 286-289
- 72- Sternberg, R. J. (2010): Reform Education: Teach Wisdom and Ethics. *Phi Delta Kappan*, 94(7), 44-47. *Superior Rediviva*, 55, 3, pp: 95-102.
- 73- Trocone, L.; Galiero, A.; Chianese, C.; Cascella, A. & Troncon, D. (2018). Changes in Body Image and Onset of Disordered Eating Behaviors in Youth with Type 1 Diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 109, 44-50
- 74- Tusaie, K., Puskar, K. & Sereika, S. (2007): A predictive & moderating model of psychologist resilience in adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*.
- 75- Venrooij, W. J. V.; Zendman, A. J. W. & Pruijn, G. J. M. (2006). Autoantibodies to Citrullinated antigens in (early) rheumatoid arthritis. *Autoimmunity Reviews*, 6, Iss.1, 34-41
- 76- Vila, Delhaye, Mouren, Robert. (2002). Micro angiopathic and psychological risk in children and adolescents with type 1 diabetes. *Medicine*. Feb. 2:31(4), 151-7
- 77- Vogt. (2001). A comparative study of sibling relationship, coping and adaptation of school age children with insulin dependent diabetes Mellitus and their siblings. *Dissertation Abstracts International*. 61, 4082
- 78- Wald, J. & Alvaro, R. (2004). Psychological Factors in work-related Amputation: Considerations for Rehabilitation Counselors. *Journal of Rehabilitation*, 70(4), 6-15.
- 79- Wang, F. & Zheng, H. (2012): A New Theory of Wisdom: Integrating Intelligence and Morality. *Psychology Research*, 2(1), 64-75.
- 80- Wicks, Carolyn (2005): Resilience: An Integrative Framework for Measurement. Ph. D. Thesis. Graduate School. Loma Linda University