

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"وَإِذْ مَرَضْتُ فَهُوَ يَشفِينِ"

(الصعراء : آية ٨٠)

اللَّهُ
صَدِيقُ
الْعَظِيمِ

إهداء

إلي والدي والدتي نبع الحب والحنان
إلي المرضى والمعذبين
إلي طلبة العلم زملائي ورفاقي

إلي هؤلاء جميعاً أهدي ثمرة هذا الجهد المتواضع
سائلاً المولى عز وجل أن يتقبله وأن ينفعني به

إنه سميع مجيب

الهاشمي

محمد الكريم رضوان

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على اشرف المرسلين ، سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين وبعد

"انطلاقاً من قوله تعالى "وَمَنْ شَكَرَ فَإِنَّمَا يَشْكُرُ لِنَفْسِهِ" (النحل : ٤٠) واعترافاً بالفضل لأهله ..
أتقدم بخالص الشكر والتقدير لأستاذي الدكتور/ عاطف عثمان الأغا . على ما حظيت به من إشراف كريم وصبر جميل وتوجيه مفيد ، ونصح سديد
فقد منحني من علمه وتجاربه وسديد رأيه ، ودقة ملاحظاته ، ما جعل العصي سهلاً ، والبعيد أقرب نوالاً .

كما وأتقدم بخالص الشكر والعرفان لأخي الدكتور/ إسماعيل سعيد رضوان ، لما قدمه لي من نصح وإرشاد والعمل على تذليل الصعاب
كما أتقدم بالشكر الجزيل إلي جامعتي . "الجامعة الإسلامية" ورئيسها أ.د. محمد عيد شبير ، وعمادة الدراسات العليا ، وعمادة البحث العلمي لما قدموه من دعم لطلبة العلم والباحثين

وأتقدم بالشكر إلي أساتذة كلية التربية في الجامعة الإسلامية ، وعمادة المكتبة والعاملين فيها

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلي أستاذي عاطف إسماعيل وزملائي ورفاقي بشير الحجار ، وجهاد الخضري ، وهشام غراب ، وإلي إخواني الحكماء : سهيل شقورة ، ويوسف أبو رحمة ، وأحمد لوا ، وأخي الفاضل عائد الربعي لما قاموا به جميعاً من مساعدتي في إتمام دراستي .

وأتقدم بالشكر الجزيل إلى العاملين في وزارة الصحة، من مستشفيات ومراكز الرعاية الأولية لما ساعدوني به في تسهيل مهمتي لإتمام رسالتي وتطبيق أدوات الدراسة.
كما أتقدم بالشكر العظيم إلي والدي الحبيب حفظه الله ، ووالدتي الفاضلة وأشقائي وشقيقتي وزوجتي وأولادي الذين وقفوا جميعاً إلي جانبي في رحلة الدراسة . وأشكر الأخوين/ محمود الكرد ، وإسماعيل قاسم الذين تفضلا بطباعة وتنسيق الرسالة .

وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين

الهاشم

محمد الكريم رضوان

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
ب	إهداء
ت	شكر وتقدير
ث	قائمة المحتويات
خ	قائمة الجداول
ذ	قائمة الملاحق
	الفصل الأول: مشكلة الدراسة وهدفها وأهميتها
٢	□ مقدمة
٥	□ مشكلة الدراسة
٦	□ فروض الدراسة
٦	□ أهمية الدراسة
٧	□ أهداف الدراسة
٧	□ تعريف المصطلحات
١٠	□ حدود الدراسة
	الفصل الثاني: الإطار النظري
	□ القلق
١٣	- تعريف القلق
١٨	- القلق والخوف
٢٠	- أنواع القلق
٢٤	- حالة القلق وسمه القلق
٢٩	- أسباب القلق
٣٠	- دور الوراثة والبيئة في القلق
٣٢	- الأعراض المصاحبة للقلق
٣٤	- اضطرابات القلق
٣٤	- علاج القلق

٣٦	- العلاج الديني للقلق
٣٨	- القلق في ضوء نظريات علم النفس
٤٣	- القلق من منظور إسلامي
	□ السلوك الديني
٤٧	- تعريف السلوك الديني
٥٢	- بعض دلالات السلوك الديني
	□ مرض السكري
٥٥	- تعريف مرض السكري
٥٧	- التفسير العلمي لمرض السكري
٥٩	- التغذية ومرض السكري
٦٠	- البدانة ومرض السكري
٦٢	- الوراثة ومرض السكري
٦٣	- أسباب مرض السكري
٦٤	- أنواع مرض السكري
٦٥	- الأعراض المصاحبة لمرض السكري
٦٦	- علاج مرض السكري
٦٧	- مضاعفات مرض السكري
٦٨	- علاقة القلق بمرض السكري
	الفصل الثالث : الدراسات السابقة
٧٣	□ الدراسات التي تناولت القلق
٩٠	□ الدراسات التي تناولت مرض السكري
١٠٢	□ الدراسات التي تناولت السلوك الديني
١١٠	□ تعقيب عام على الدراسات السابقة
	الفصل الرابع : إجراءات الدراسة
١١٧	□ منهج الدراسة
١١٧	□ مجتمع الدراسة
١١٨	□ عينة الدراسة

١١٩	□ أدوات الدراسة
١٣٣	□ الأساليب الإحصائية المستخدمة
١٣٣	□ خطوات الدراسة
	الفصل الخامس :النتائج وتفسيرها
١٣٥	□ نتائج التساؤل الأول
١٣٦	□ تفسير ومناقشة نتائج التساؤل الأول
١٣٩	□ نتائج التساؤل الثاني
١٣٩	□ تفسير ومناقشة نتائج التساؤل الثاني
١٤٢	□ نتائج الفرض الأول
١٤٣	□ تفسير ومناقشة نتائج الفرض الأول
١٤٥	□ نتائج الفرض الثاني
١٤٦	□ تفسير ومناقشة نتائج الفرض الثاني
١٤٨	□ نتائج الفرض الثالث
١٥١	□ تفسير ومناقشة نتائج الفرض الثالث
١٥٥	□ نتائج الفرض الرابع
١٥٧	□ تفسير ومناقشة نتائج الفرض الرابع
١٦٠	□ نتائج الفرض الخامس
١٦١	□ تفسير ومناقشة نتائج الفرض الخامس
١٦٣	□ تعقيب عام على نتائج الدراسة
١٦٥	- توصيات الدراسة
١٦٦	- مقترحات الدراسة
١٦٧	- ملخص الدراسة بالعربية
١٦٩	- ملخص الدراسة بالإنجليزية
١٧٢	- المراجع العربية
١٨٢	- المراجع الأجنبية

قائمة الجداول

الصفحة	رقم وعنوان الجدول
١١٨	جدول رقم (١) "وصف مجتمع الدراسة في ضوء الجنس والتاريخ المرضي"
١١٩	جدول رقم (٢) "وصف عينة الدراسة في ضوء الجنس والتاريخ المرضي"
١٢٢	جدول رقم (٣) "معامل الارتباط بيرسون ودلالته لكل فقرة من فقرات اختبار القلق مع الدرجة الكلية للفقرات"
١٢٣	جدول رقم (٤) "صدق المقارنة الطرفية لاختبار القلق"
١٢٤	جدول رقم (٥) "تشبعات العبارات على العوامل قبل التدوير وبعد التدوير لاختبار القلق"
١٢٧	جدول رقم (٦) "معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد اختبار القلق وللاختبار ككل"
١٢٩	جدول رقم (٧) "معامل ارتباط بيرسون ودلالته لكل فقرة من فقرات اختبار السلوك الديني مع الدرجة الكلية للفقرات"
١٣٠	جدول رقم (٨) "صدق المقارنة الطرفية لاختبار السلوك الديني"
١٣١	جدول رقم (٩) "الصدق العاملي لاختبار السلوك الديني"
١٣٢	جدول رقم (١٠) "معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد اختبار السلوك الديني وللاختبار ككل"
١٣٥	جدول رقم (١١) "أبعاد اختبار القلق ومتوسطاتها والانحرافات المعيارية لها والأوزان النسبية والترتيب"
١٣٩	جدول رقم (١٢) "أبعاد اختبار السلوك الديني ومتوسطاتها والانحرافات المعيارية لها والأوزان النسبية والترتيب"
١٤٢	جدول رقم (١٣) "أبعاد اختبار القلق ومتوسطاتها والانحرافات المعيارية لها وقيمة (ت) ودلالاتها لحساب الفروق في القلق لدى مرضى السكري والتي تعزى للجنس"
١٤٥	جدول رقم (١٤) "أبعاد اختبار السلوك الديني ومتوسطاتها والانحرافات المعيارية لها وقيمة (ت) ودلالاتها لحساب الفروق في السلوك الديني لدى مرضى السكري والتي تعزى للجنس"
١٤٨	جدول رقم (١٥) "مجموع المربعات ومتوسط المربعات ودرجات الحرية وقيمة (ت) ومستوى دلالتها لأبعاد اختبار القلق والمجموع الكلي لاختبار القلق"

	لحساب الفروق التي تعزى لمتغير تاريخ المرض "
١٤٩	جدول رقم (١٦) "المتوسطات والفروق في المتوسطات بين المجموعات ومستوى الدلالة لاختبار شيفيه المتعلق بالبعد الثاني: آثار القلق النفسية المترتبة على مضاعفات مرض السكري"
١٥٠	جدول رقم (١٧) المتوسطات والفروق في المتوسطات بين المجموعات ومستوى الدلالة لاختبار شيفيه المتعلق بالبعد الثالث: آثار القلق الجسمية المترتبة على أعراض مرض السكري
١٥١	جدول رقم (١٨) "المتوسطات والفروق في المتوسطات بين المجموعات ومستوى الدلالة لاختبار شيفيه المتعلق بالمجموع الكلي لاختبار القلق "
١٥٥	جدول رقم (١٩) " مجموع المربعات ومتوسط المربعات ودرجات الحرية وقيمة "ف" ومستوى دلالتها لأبعاد السلوك الديني والمجموع الكلي لاختبار السلوك الديني لحساب الفروق في القلق التي تعزى لمتغير تاريخ المرض "
١٥٦	جدول رقم (٢٠) " المتوسطات والفروق في المتوسطات بين المجموعات ومستوى الدلالة لاختبار شيفيه المتعلق بالبعد الأول: السلوك المتعلق بالفرائض والواجبات الشرعية "
١٥٧	جدول رقم (٢١) " المتوسطات والفروق في المتوسطات بين المجموعات ومستوى الدلالة لاختبار شيفيه المتعلق بمجموع درجات اختبار السلوك الديني "
١٦٠	جدول رقم (٢٢) " معاملات ارتباط بيرسون بين درجات أبعاد القلق والدرجة الكلية لاختبار القلق والدرجة الكلية للسلوك الديني "

قائمة الملاحق

الصفحة	رقم وعنوان الملاحق
١٨٦	ملحق رقم (١) " اختبار القلق في صورته الأولى "
١٩٠	ملحق رقم (٢) " أسماء المحكمين لاختبار القلق "
١٩١	ملحق رقم (٣) " اختبار القلق في صورته الثانية "
١٩٤	ملحق رقم (٤) " اختبار القلق في صورته النهائية "
١٩٧	ملحق رقم (٥) " اختبار السلوك الديني في صورته الأولى "
٢٠٠	ملحق رقم (٦) " أسماء المحكمين لاختبار السلوك الديني "
٢٠١	ملحق رقم (٧) " اختبار السلوك الديني في صورته الثانية "
٢٠٤	ملحق رقم (٨) " اختبار السلوك الديني في صورته النهائية "
٢٠٦	ملحق رقم (٩) "صورة عن الخطاب الموجه لمدير عام المستشفيات بوزارة الصحة"
٢٠٧	ملحق رقم (١٠) "صورة عن الخطاب الموجه لمدير عام الرعاية الأولية بوزارة الصحة "

الجامعة الإسلامية - غزة
عماده الدراسات العليا
كلية التربية
قسم علم النفس

القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات

إعداد الطالب
عبد الكريم سعيد محمد رضوان

إشراف
الدكتور/ عاطف الأغا

رسالة مقدمة لكلية التربية بالجامعة الإسلامية- غزة
استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير

١٤٢٣هـ - ٢٠٠٢م

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهدافها وأهميتها

- مقدمة .
- مشكلة الدراسة .
- فروض الدراسة .
- أهمية الدراسة .
- أهداف الدراسة .
- مصطلحات الدراسة .
- حدود الدراسة .

الفصل الثاني

الإطار النظري

القلق []

- تعريف القلق
- القلق والخوف
- أنواع القلق
- حالة القلق وسمة القلق
- أسباب القلق
- دور الوراثة والبيئة في القلق
- التغيرات الفسيولوجية الناتجة عن القلق
- الأعراض المصاحبة للقلق
- اضطرابات القلق
- علاج القلق
- العلاج الديني للقلق
- القلق في ضوء نظريات علم النفس
- القلق من منظور إسلامي

السلوك الديني []

- تعريف السلوك الديني
- بعض سلوكيات الالتزام الديني

مرض السكري []

- تعريف مرض السكري
- التفسير العلمي لمرض السكري
- التغذية ومرض السكري
- البدانة ومرض السكري
- الوراثة ومرض السكري
- أسباب مرض السكري
- أنواع مرض السكري
- الأعراض المصاحبة لمرض السكري
- علاج مرض السكري
- مضاعفات مرض السكري
- علاقة القلق بمرض السكري

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

- الدراسات السابقة التي تناولت القلق
- الدراسات السابقة التي تناولت مرض السكري
- الدراسات السابقة التي تناولت السلوك الديني
- تحقيق عام على الدراسات السابقة

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

تمهيد

- أولاً: منهج الدراسة.
- ثانياً: مجتمع الدراسة.
- ثالثاً: عينة الدراسة.
- (أ) عينة استطلاعية .
- (ب) عينة فعلية .
- رابعاً: أدوات الدراسة.
- خامساً : المعالجة الإحصائية.
- سادساً : خطوات الدراسة .

الفصل الخامس

النتائج وتفسيرها

- عرض النتائج .
- تفسير النتائج .
- مناقشة النتائج .
- التوصيات .
- المقترحات .

قائمة

المصادر والمراجع

الملاحق

مقدمة

منذ أن خلق الله الإنسان وهو يسعى إلى الوصول إلى السعادة الحقيقية، والبعد عما يسبب له المشاكل. وضمن سعي الإنسان للوصول إلى الراحة النفسية و الوجدانية، تعترضه العقبات والمشاكل المختلفة؛ التي تؤثر عليه وتسبب له حالة من القلق وعدم الارتياح، ويزداد هذا الشعور كلما تعقدت وسائل الحياة المختلفة، وخاصة هذا التطور و التقدم المادي الهائل والسريع الحاصل في مجتمعنا اليوم. والقلق ليس حالة جديدة يعانيتها و يكابدها الإنسان، وإنما هو قديم قدم آدم عليه السلام.

وأول إشارة صريحة سجلها التاريخ عن موضوع القلق وجدت عند علماء المصريين، منذ حوالي ستة آلاف سنة ، حيث كتب أحد الكهنة على جدران معبده تعريفاً للقلق؛ والذي يشبه إلى حد كبير تعريف القلق في العصر الحديث (مرسي ، ١٩٧٨ : ١٢) . وقد أطلق بعض العلماء على هذا العصر بأنه عصر القلق والتوتر الفردي والجماعي؛ لما يتضح من شواهد كثيرة حول الإنسان تدعو إلى الاهتمام بحاله ، و تشير إلى أن العلاقات الإنسانية على اختلاف مستوياتها مهددة بالاضطراب والخوف ومتدهورة إلى مراحل الخطر (الفيومي ، ١٩٨٥ : ٢٨) . والقلق هو أكثر المظاهر شيوعاً وإزعاجاً ، ويشكل قاسماً مشتركاً لكل الأمراض النفسية بأنواعها (الشريف ، ١٩٨٧ : ٦٧) .

والإنسان بقواه وصفاته الجسمية، والنفسية، والروحية، غير قادر على مواكبة هذا التطور و التقدم ، مما يحدث لديه القلق والإرباك والتخبط أحياناً ، وذلك يدفعه إلى اتخاذ أساليب مختلفة ليتكيف مع هذا الواقع، كمحاولة لإحداث نوع من التوازن.وقد أشار (لازاروس، ١٩٨٠: ٩٩) إلى أن غياب هذا التوازن يؤدي إلى توتر مؤلم .

ولذلك يحاول الإنسان التغلب على العقبات أو العوائق، ولكنه يواجه بتغيرات خارجية عن نطاقه فيتعين عليه تخطيها والتغلب عليها ؛ لمحاولة إشباع حاجاته وإرضاء دوافعه وتخفيف توتراته (دسوقي ، ١٩٧٤ : ٣٢) . ولكن القلق يختلف من إنسان إلى آخر تبعاً لاختلاف النفوس البشرية وتنوعها. وهذا ما أكدته (رفعت ، ١٩٨٨ : ١٧٤) حيث أشار إلى أن بعض الناس لديهم مقدرة على تحمل القلق والتغلب عليه ، و بعضهم يقف عاجزاً عن مقاومته، مما يجعله يتخذ العزلة ملاذاً له لتضفي علي حياته جواً من الراحة والسلام .

وأوضح (كفافي، ١٩٩٠: ٣٤٣) أن القلق عملية شائعة بين الناس ؛ فالكل يشعر بالقلق ويعاني منه في بعض المواقف، فهو خبرة يومية حياتية عند الإنسان في جميع الأعمار. ولكن لا يمكن اعتبار القلق في جميع الحالات ظاهرة غير طبيعية أو مرضية ؛ فالإنسان السوي يشعر بالقلق في بعض الظروف بدرجات متفاوتة تتناسب مع المثيرات والأسباب . وهذا ما أكدته بعض العلماء مثل (سوين ، ١٩٧٩: ٢٤١) حيث أشار إلى أن وجود القلق يعتبر نذيراً بالخطر الذي يهدد أمن الإنسان ، وسلامته النفسية ، و تقديره لذاته ، وإحساسه بالسعادة والرضا، ولكن القلق لدى الإنسان السوي يؤدي إلى التعلم ويهيئه للتوافق مع تحديات بيئته ويشجعه على حسن الأداء .

يؤكد كل من (غالي ، ورجاء ، ١٩٧٣ : ٦) على أنه يتوجب على الإنسان أن يتأني في محاولة التغلب على القلق ، وإلا أصبح يشعر بالتوتر لأتفه الأسباب وينفعل بسهولة . وإذا كان هذا الأمر يحدث بالنسبة لعامة الناس فإن ذلك يكون بالغ الأهمية لدى الشرائح التي تعاني من ضعف القوى التوافقية لديها ، وهم الذين تعرضوا لمرض عضال ؛ وذلك لحاجتهم إلى أضعاف ما يفعله الإنسان المعافى للوصول إلى حالة التوافق الكاملة في حالة حدوث القلق لديه . ومن هؤلاء شريحة مرضى السكري، والذي يعايشه كثير من الناس في ظل تقلباته المختلفة ومضاعفاته وتأثيراته النفسية من خوف وقلق وذعر ... الخ.

ومن المعروف أن مرض السكري منتشر في جميع أقطار العالم وبين جميع الأجناس ، وفي مختلف الأعمار (رويحة، ١٩٧٣: ٧) .

ويؤكد (كلارك، ١٩٦٣: ٢١٥) ذلك الأمر حيث يفيد أن مرض السكري قد يصيب أي شخص وفي أي سن وفي أي وقت، وقد ظهر المرض لدى طفل عمره ٩ أيام ولدى شيخ عمره ٩٩ عاماً. وهذا يوضح مدى انتشار هذا المرض، فقد أشار (المخللاتي، ١٩٨٤: ١٧٤) إلى أن نسبة انتشار مرض السكري في العالم تتراوح ما بين ٠.٥ - ٥% ، وعادة ما يجهل نصفهم إصابتهم بذلك المرض .

وتشير الإحصائيات إلى أن مرض السكري منتشر في محافظات فلسطين ، وخاصة في أواسط العمر ، ولكن انتشاره لدى الإناث أكثر من الذكور (Annual Report , 2001: 95) وفي ذلك دلالات واضحة على مدى انتشار هذا المرض محلياً وعالمياً ، وأنه لا يقتصر على مرحلة عمرية دون الأخرى ، أو على جنس دون الآخر .

ويعتبر مرض السكري من الأسباب الرئيسة للوفاة في محافظات غزة ، ولكن هذا المعدل أكثر لدى الإناث منه لدى الذكور (99: 2001: M.O.H, Annual Report) .

وتتناول هذه الدراسة شريحة مرضى السكري، كمحاولة للتعرف على مستوى القلق لديهم وعلاقته ببعض المتغيرات ، حيث إن القلق يؤثر على حالتهم النفسية ويولد لديهم شعوراً بعدم الارتياح في ظل التقلبات المرضية المزمنة لديهم . ويؤكد ذلك (Richard & Others , 1995 : 257) حيث أشاروا إلي أن كثير من مرضى السكري يعانون من مشاعر القلق كونهم مرضى بذلك المرض المزمن ، وكيفية التعايش معه، والخوف من مضاعفاته المستقبلية .

وأوضحت إحدى الدراسات أن هناك واحد من كل أربعة مرضى بالسكري يعاني من مظاهر القلق بشكل متكرر ، ويؤثر ذلك على مستوى السكر في الدم لديهم (Harris & Lustman, 1998 :5) وقد بذلت بعض الجهود في تناول موضوع القلق من قبل العلماء والباحثين ، ومن المحاولات الجادة ما تم تأليفه من كتب ذات علاقة ، مثل كتاب "القلق الإنساني" لـ (الفيومي ، ١٩٨٥) . وكتاب "تغلب على القلق" لـ (غالب ، ١٩٧٨) . كما تم إجراء بعض الدراسات الأكاديمية والمهنية مثل دراسة لـ (الشريف ، ١٩٩٥) بعنوان " دراسة لمدى الارتباط بين القلق والذاكرة " .

وكذلك دراسة لـ (الزعبي ، ١٩٩٧) بعنوان "مستوى القلق كحالة وكسمة لدى طلبة جامعة صنعاء " . وهناك العديد من الدراسات التي تناولت مرض السكري مثل دراسة (المرعي أبو خليل ، ١٩٨٩) بعنوان " دراسة إحصائية لانتشار الداء السكري في مدينة اللاذقية " . ودراسة لـ (Lloyd , 2000) بعنوان " مدى انتشار أعراض الاكتئاب والقلق لدى مرضى السكري " .

وترجع أهمية الدراسة الحالية في أنها تهتم بدراسة القلق لدى مرضى السكري وعلاقته ببعض المتغيرات ؛ لما لذلك الأمر من أهمية كبيرة في محاولة للتعرف على مدى معاناة هذه الشريحة من الناس، والعمل على وضع حلول مقترحة لهم في المستقبل ، وخاصة أن تلك الفئة لم تلق الاهتمام من قبل الباحثين ، وخاصة من الناحية النفسية ، وسيحاول الباحث إلى جانب ذلك التعرف على مستوى السلوك الديني لدى هؤلاء المرضى ؛ والذي يعتبر أحد متغيرات الدراسة وذلك لمدى أهمية هذا المتغير بالنسبة للمرضى .

ويوضح (الزميلي، ١٩٨٨ : ٦٩) أهمية ذلك الأمر، حيث اعتبر أن المرض المزمن هو بمثابة اختبار لمدى صبر الإنسان على الابتلاء .

واعتبر الغزالي أن الدين هو علاج لما يلم بالإنسان من نوائب وأمراض، وذلك بتمسك الإنسان بالسلوكيات الصحيحة، والابتعاد عن الخطايا (الفيومى، ١٩٨٥ : ٢٣).

وحيث إن الباحث يعمل مدرساً في كلية التمريض بالجامعة الإسلامية ، ويقوم بالإشراف على تدريب الطلبة في المراكز الصحية المختلفة ؛ فإن هذه الدراسة تلبي رغبة أكاديمية لديه في مجال التخصص، بالإضافة إلى أن الباحث تأثر من بعض الحالات التي شاهدها في تلك المراكز والتي تعاني من قلق وعدم استقرار؛ لذا فإنه قد وجد أنه من الضروري إجراء هذه الدراسة لمعرفة مستوى القلق لديهم ومدى علاقتها ببعض المتغيرات ، كمحاولة لمساعدتهم .

مشكلة الدراسة :

- وفي ضوء ما تقدم يمكن تحديد مشكلة الدراسة على النحو التالي :-
- ما مستوى القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات ؟**
- ويتفرع من هذا التساؤل الرئيس التساؤلات الفرعية التالية :-
١. ما أكثر آثار القلق -الفسولوجية، النفسية، الجسمية، والاجتماعية- المترتبة على مرض السكري شيوعاً لدى مرضى السكري ؟
 ٢. ما مستوى السلوك الديني لدى مرضى السكري بمحافظة غزة؟
 ٣. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق بين الذكور والإناث من مرضى السكري بمحافظة غزة ؟
 ٤. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الديني بين الذكور والإناث من مرضى السكري بمحافظة غزة ؟
 ٥. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة تعزى لمتغير تاريخ المرض (٩ سنوات فأقل ، من ١٠-١٨ سنة، أكثر من ١٨ سنة) ؟
 ٦. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الديني لدى مرضى السكري بمحافظة غزة يعزى لمتغير تاريخ المرض (٩ سنوات فأقل ، من ١٠-١٨ سنة ، أكثر من ١٨ سنة) ؟
 ٧. هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين القلق و السلوك الديني لدى مرضى السكري بمحافظة غزة ؟

فروض الدراسة :

- حرص الباحث على وضع الفروض صفرية ، باعتبار أن الدراسة هي الأولى من نوعها في محافظات غزة ، على تلك الفئة وذلك في حدود علم الباحث :-
١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في القلق بين الذكور والإناث من مرضى السكري بمحافظة غزة ؟
 ٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في السلوك الديني بين الذكور والإناث من مرضى السكري بمحافظة غزة ؟.
 ٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة تعزى لمتغير تاريخ المرض (٩ سنوات فأقل، من ١٠-١٨ سنة، أكثر من ١٨ سنة).
 ٤. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في السلوك الديني لدى مرضى السكري بمحافظة غزة تعزى لمتغير تاريخ المرض (٩ سنوات فأقل، من ١٠-١٨ سنة، أكثر من ١٨ سنة).
 ٥. لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القلق والسلوك الديني لدى مرضى السكري بمحافظة غزة.

أهمية الدراسة :

تكمن أهمية الدراسة في جانبين :-

الأول/ جانب نظري : حيث تعتبر هذه الدراسة إضافة لتراث نظري حول متغيرات القلق والسلوك الديني ، ومرض السكري ، وظروف المريض وأحواله النفسية والاجتماعية والجسمية ، ومن ثم إضافة إلى ذلك أن السكر ومرض السكري ليس فقط كما يعرفه البعض أنه نتيجة لكثرة تناول السكريات ، بل إن هناك عوامل كثيرة توجده والتي يعتبر القلق عاملاً أساسياً في وجوده . وبالتالي يمكن تقديم أطر نظرية مستقبلية لتفسير الأبعاد العامة لهذا المرض والعوامل المساهمة فيه .

الثاني/ جانب تطبيقي : حيث إن هذه الدراسة تفيد في :-

- العاملون في الإرشاد والإعلام وذلك عن طريق إصدار النشرات الخاصة بمرض السكري وماهيته لأفراد المجتمع وتوعيتهم .
- تصميم برنامج إرشادي لتخفيف معاناة هؤلاء المرضى والضغوط النفسية لديهم .

- تصميم خطط وقائية وإرشادية وعلاجية للمجتمع عامة ولهذه الفئة خاصة للعمل على تخفيف وطأة انتشار المرض بشكل عام وتخفيف مضاعفاته بشكل خاص.
- إمداد وزارة الصحة بخطة علاجية لتخفيف مستوى القلق لدى مرضى السكري .

أهداف الدراسة :-

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى القلق ومستوى السلوك الديني وما إذا كانت توجد فروقات وتباينات ترجع لتاريخ المرض ، أو لمتغير الجنس ، وما إذا كانت هناك علاقة بين القلق والسلوك الديني لدى مرضى السكري بمحافظة غزة .

تعريف المصطلحات :

أولاً القلق (anxiety):

١. تعريف (زهران)

هو حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ويصحبها خوف غامض وأعراض نفسية و جسمية ، ويمكن اعتبار القلق انفعالا مركباً من الخوف وتوقع التهديد والخطر (زهران ، ١٩٨٢ : ٢٩٧) .

٢. تعريف (مخيمر)

القلق هو حالة من الترقب لحدوث خطر وشيك تنتاب الفرد نتيجة لحدث ما محدد أو غير محدد . (مخيمر ، ١٩٨٣ : ٢٩٧) .

٣. تعريف (غالي وأبو علام)

ذلك التوتر والضيق والتأزم الذي يسبب للفرد حالة معاناة ظاهرة أحياناً أو يختفي كخبرة انفعالية أحياناً أخرى ، ولا يظهر إلا حين تطفو أعراضه علي سطح الحياة النفسية للفرد غالباً. (غالي وأبو علام، ١٩٧٤: ٩).

ويعرفه الباحث إجرائيا :

هو حالة من التوتر والضيق والانزعاج الذي ينتاب الإنسان ويسيطر عليه والذي يعتمد فيه الفرد للبحث عن حل تكيفي ليخلصه من تلك المشاعر وإذا فشل في ذلك فإن حدة القلق وتأثيراته تزداد والذي يقاس إجرائياً بمعرفة التغيرات الفسيولوجية الناتجة عن القلق وكذلك التأثيرات السلوكية والخوف والخشية من المرض ، تلك التي تقاس باختبار القلق الذي صممه الباحث الحالي .

ثانياً : مرض السكري : (Diabetes Mellitus)

١. تعريف (Nettina)

عبارة عن خلل في عملية تحمل الجلوكوز داخل جسم الإنسان ويكون سبب ذلك هو نقص إفراز الأنسولين من البنكرياس ، أو انعدام إفرازه ، أو نقص فعالية الأنسولين ، مما يسبب زيادة نسبة السكر في الدم وبالتالي اضطراب في عملية التمثيل الغذائي للكربوهيدرات والبروتينات والدهون . (Nettina,1996:1303)

٢. تعريف (الجذبة ويونس)

مرض السكري عبارة عن ارتفاع مزمن في تركيز نسبة السكر في الدم وهذا يكون مصحوباً بأعراض منها العطش الشديد وكثرة التبول وفقدان الوزن والناتجة عن نقص في إنتاج الأنسولين أو خلل في عمل الأنسولين المسئول عن التحكم في السكر والدهون . (الجذبة ويونس، ١٩٩٣ : ٤)

*يتبنى الباحث تعريف (Nettina) وذلك لأنه يشمل التعريف العلمي الكامل لمرض السكري ، حيث أنه اشتمل على التغيرات التي تحدث لدى الإنسان المريض بالسكري وطبيعة ذلك المرض .

ثالثاً : تاريخ المرض :

ويعني به الباحث مدة الإصابة بالمرض، حيث قام الباحث بتقسيم المرضى إلى ثلاث فئات وهم على النحو التالي :-

(٩ سنوات فأقل) .

(١٠-١٨ سنة) .

(أكثر من ١٨ سنة) .

وقد اعتمد الباحث في هذا التقسيم بناءً على ما ورد في المراجع والكتب بأن مضاعفات المرض تبدأ بعد (٩) سنوات تقريباً وتزداد كلما تقدم عمر المريض ، وهذا ما أفاد به أيضاً (العاملون بمركز شهداء الرمال الصحي والذين يقومون بمتابعة المرضى) .

رابعاً : السلوك الديني (Religious Behavior):

١. تعريف (الميداني) :

أنه إتباع لا ابتداع لأوامر الدين ويكون كمال هذا السلوك بالإتباع الأمثل لأحكام الله وسنة رسوله صلى الله عليه وسلم في مجال القول والعمل . (الميداني ، ١٩٨٤ : ٨٧)

٢. تعريف (موسى) :

ما يقوم به الفرد المتدين من ممارسات دينية تنبع من إيمان عميق بالله تتمثل في العبادات ، والمعاملات والأخلاق ، وذلك في محاولة إرضاء خالقه وتحسين علاقته بالآخرين . (موسى ، ١٩٩٩ : ٦٧٨)

ويعرفه الباحث :

إن السلوك الديني لدى الإنسان المسلم يكون بمثابة الالتزام بأوامر الله عز وجل وسنة نبيه محمد صلى الله عليه وسلم، بفعل الواجبات والتكاليف الشرعية والأفعال المحببة والابتعاد عن الأفعال المحرمة والممنوعة من الناحية الشرعية .

حدود الدراسة :-

١. الحد الزمني :

تم إجراء الدراسة في العام ٢٠٠٢ م .

٢. الحد المكاني:

تم إجراء هذه الدراسة على مرضى السكري والذين يتلقون الرعاية الصحية في كل من مركز شهداء الرمال الصحي، و مستشفيات محافظة غزة التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية.

٣. الحد البشري :

تحدد الدراسة الحالية في عينة من مرضى السكري (ن= ٢٦٧) الذين يعانون من مرض السكري بشكل مزمن ، بمعنى أن الإصابة به ليست عرضية أو مؤقتة .

كما تتحدد هذه الدراسة بالأدوات المستخدمة فيها، وهي اختبار القلق واختبار السلوك الديني، وكذلك بالعينة المستخدمة.

مقدمة:

سيقوم الباحث في هذا الفصل بتناول متغيرات الدراسة الحالية بالتحليل في محاولة للوصول إلى مفاهيم خاصة بكل متغير، والعمل على معرفة العلاقات النظرية بين تلك المتغيرات.

القلق

مما لا شك فيه أن كل إنسان على وجه الأرض مضطر إلى أن يعيش ويكابد مشاكل الحياة بتغيراتها المختلفة ، وهذا يتطلب منه مواجهة هذه الصعاب والمشاكل التي تعترضه . ومن المعروف أن الإنسان لا يصل إلى السعادة المطلقة في الحياة الدنيا ، وهذا يولد لديه شعور بالإرباك والقلق على مصيره .

ويؤكد ذلك (الدسوقي ، ١٩٩٧ : ٢١) حيث اعتبر القلق بمثابة حقيقة من حقائق الوجود الإنساني وجانب دينامي في بناء الشخصية ، كما أن القلق ارتبط بالتطور الحضاري والثقافي والصراع بين القديم والحديث .

كما أن الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية لا تبشر بمستقبل آمن ، وتهدد كل فرد وتهدد كل أمن منشود ، أفنى الناس حياتهم من أجل الوصول إليه . (غالي وعلاء ، ١٩٧٣ : ١٠) .

وإن القلق في الواقع ليس حديثاً أو وليد هذا العصر وإنما هو قديم قدم الإنسان ويؤكد ذلك سبيلبرجر (١٩٧٦) حيث أوضح أن القلق ما هو إلا انفعال إنساني ظهر منذ القدم ، كرد فعل طبيعي ليتكيف به الإنسان تجاه المواقف التي يصادفها والتي تنسم بالخطر . (شعيب ، ١٩٨٨ : ٩٦) .

ويجد الباحث أن الكل يمر بالقلق في أوقات ما وبدرجات مختلفة وحسب ظروفه الخاصة. ويؤكد (الهييتي ، ١٩٧٥ : ٥) أنه في الواقع لا يوجد هناك من لا يمر بفترات قلق في حياته ، إلا أن الخطورة هي في تطور هذا الاضطراب وتأصله في النفس . ويشير (الزعيبي ، ١٩٩٧ : ١٠٦) إلى أن الإنسان يتعرض في مواقف الحياة المختلفة للقلق بدرجات متباينة ، حيث يلاحظ لدى الطلبة ، والعمال ، والقائد العسكري قبل المعركة وغيرهم.

ولكن لا بد من القول هنا أنه ليس كل القلق يكون بمثابة الخطر على صحة الإنسان وحياته، وإنما قليل منه يؤدي للنجاح .

ويبين (رضوان ، ١٩٩١ : ١٢٣) أن القلق كظاهرة إنسانية لها آثارها على الصحة النفسية ، إذ أنه يتضمن مدى نجاح الفرد في التوافق الداخلي بين دوافعه ونوازعه المختلفة ، وفي التوافق الخارجي في علاقاته ببيئته المحيطة به .

ويؤكد ذلك سوين (١٩٧٩) حيث أوضح أن القلق يهيئ الفرد للتعلم الجيد والتوافق الحسن مع تحديات البيئة ، ويشجع على حسن الأداء (الزعبي ، ١٩٩٧ : ١٠٩)

كما اعتبرت (القطان ، ١٩٨٦ : ٦٣٦) القلق على أنه لب وصميم الصحة النفسية؛ فهو أساس جميع الأمراض النفسية، وهو أيضاً أساس جميع الإنجازات الإيجابية في الحياة .

فليس من الضروري أن تكون نتيجة القلق أمراضاً عصابية ، بل قد تكون سلوكاً تكاملياً صحياً ؛ ففي الاستجابة للتمهيد الذي ينذر به القلق قد يعبئ الكائن الحي قدرته للقيام بأساليب من التوافق السوي استجابةً لهذا القلق . (غالب ، ١٩٧٨ : ١٢) .

وهذا يبين مدى أهمية القلق سواء كان على الصعيد الإيجابي أم السلبي، وإن مستوى القلق لدى الفرد يعتبر كميزان لحياته الانفعالية والنفسية ، وأن أي ارتفاع أو انخفاض في هذا الميزان سيتبعه انخفاضاً أو ارتفاعاً في مستوى انفعالات الفرد وأدائه .

وتشير (النيال ، ١٩٩١ : ١١٢) أن للقلق في علم النفس الحديث مكانة بارزة فهو : المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية والعقلية ، والعرض الجوهري المشترك في الاضطرابات النفسية ، كما أنه السمة المميزة لعدد من الاضطرابات السلوكية .

ويؤكد (السباعي ، ١٩٩٥ : ٨) ما ذهبت إليه النبال ، حيث بين أنه لا توجد إحصائيات دقيقة عن الأمراض النفسية ومدى انتشارها ، ولكن الانطباع العام هو أن غالبية المرضى الذين يترددون على الأطباء ويعانون في نفس الوقت من مشاكل نفسية على رأسها القلق .

وهذا يؤكد مدى انتشار ظاهرة القلق لدى الناس عامة ، ولكن لا يجب على الإنسان أن يجعل القلق مسيطراً عليه ، ومعوفاً لأدائه في الحياة ، بل يجب عليه أن يسيطر على القلق .

وأوضح (الدسوقي ، ١٩٩٧ : ٢٧) أن القلق يمكن أن يحطم الفرد ويشيع التعاسة في حياته وحياة المحيطين به .

وتؤكد (أحمد ، ١٩٩١ : ٣٨٧) أن القلق بمثابة نذير بفقدان التوازن لدى الإنسان . وهنا يتبين أن القلق إذا ارتفع مستواه لدى الإنسان فإنه سيعيق توازنه الانفعالي الداخلي ويؤدي إلى ضعف الثقة بالنفس .

ويشير (الدسوقي ، ١٩٩٧ : ٢٨) إلى أن الفرد الذي يعاني من القلق المرتفع يكون تقديره لذاته منخفضاً ، ولا توجد عنده القدرة على تأكيد الذات .

ومما سبق يتضح أن القلق حالة نسبية ، فبعضه يؤدي بالإنسان إلى تخطي صعباً كثيرة . أما كثيره فإنه يربك الإنسان ويعيق تقدمه وأدائه .

وتشير سامية القطان إلى أن القلق المرتفع هو العائق الأساسي لكل إنجاز أو أداء ؛ لأنه يعيق قدرة الإنسان عن العمل والاستمتاع بالحياة . (الصفطي ، ١٩٩٥ : ٧٣) . والسؤال الذي يطرح نفسه هو : هل القلق الذي يعايشه الإنسان يلاقي فهماً واضحاً وموحداً لدى الجميع ؟ وهذا ما سيحاول الباحث الإجابة عليه فيما بعد وذلك بالاعتماد على نظريات وآراء بعض العلماء .

معنى القلق :-

١. المعنى اللغوي للقلق :-

عرفه (إبراهيم وآخرون ، ١٩٧٣ : ٧٥٦) بأنه أصله (قلق وقلقاً : أي لم يستقر في مكان واحد ولم يستقر على حال ، واضطرب وأنزعج) .
و (المقلق) : الشديد القلق . يقال رجل مقلق وامرأة مقلق .

وعرفه (لسان العرب ، د. ت : ٢٧٢٦) أنه الانزعاج ويقال بات قلقاً وأقلق غيره وقلقه : حركه من مكانه وفي حديث علي : أقلقوا السيوف في غمدها أي مرقدها في أعمادها .

ويعرفه (ابن زكريا ، ١٩٩٤ : ٨٦٠) بأنه كلمة تدل على الانزعاج ويقال قلق ، يقلق قلقاً .

ويتضح من التعريفات اللغوية السابقة للقلق على أنها اتفقت في دلالتها على أن القلق يقصد به الاضطراب وعدم الاستقرار وعدم الطمأنينة .

٢. المعنى الاصطلاحي للقلق :-

يعرف (حبيب ، ١٩٩١ : ١٦٤) القلق بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولة الفرد للتكيف معها .

كذلك يعرفه كل من (غالي وأبو علام ، ١٩٧٤ : ٩) بأنه ذلك التوتر و الضيق والتأزم الذي يسبب للفرد معاناة ظاهرة أحياناً ، أو يختفي كخبرة أحياناً أخرى ولا يظهر إلا حين تطفو أعراضه على سطح الحياة النفسية للفرد غالباً .

وعرفه كل من (بيرن ولاباس) بأنه عدم ارتياح نفسي وجسمي في الوقت نفسه ، من الناحية النفسية بخوف منتشر بعدم الأمن وشعور بكارثة وشيكة ومن الناحية الجسمية ، يتميز بانطباعات أليمة من الانقباضات الصدرية (القطان ، ١٩٧٤ : ٨) .

ويعرف (مخيمر ، ١٩٨٣ : ٢٩٧) القلق بأنه حالة من الترقب لحدوث خطر وشيك تنتاب الفرد نتيجة لحدث ما محدد أو غير محدد .

ويعرفه (سوين ، ١٩٧٩ : ٣٤٢) بأنه نذير خطر أو تهديد ينشط الكائن الحي ، أي بمثابة جهاز إنذار مبكر من الناحية النفسية يساعد على التكيف مع البيئة .

وتعرفه (القطان ، ١٩٨٣ : ٢٠٧) بأنه بمثابة الإنذار بالخطر لاستنهاض الدفاع ومادة خام تصنع منها الأعراض .

ويعرفه (Evans) بأنه حالة توتر مع أو بدون سبب محدد، وغالباً ما يصاحب القلق اضطرابات في المعدة . (عبد الباقي ، ١٩٩٣ : ١٠٥) .

أما زهران فيعرف القلق بأنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ، ويصحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية ، ويمكن اعتبار القلق انفعالاً مركباً من الخوف وتوقع التهديد والخطر (زهران ، ١٩٨٢ : ٢٩٧) .

ويعرف (أبو هين ، ١٩٨٨ : ٨) القلق بأنه حالة من الكدر والغم والخوف الذي يمتلك الفرد ويسيطر عليه ، ومنه يتربقّب الفرد خطراً سيحدث، وهذا الخطر يدفع الفرد للبحث عن حل تكيفي مناسب يخلص الفرد من معاناته ، فإذا فشل فإنه ينجم عنه آلام نفسية وجسمية تقف عائقاً أمام الفرد وتزيد من معاناته الداخلية العميقة .

وتعرفه كارين هورني "Karen Horney" بأنه "رد فعل انفعالي للخطر وتعتبر أن الخطر من حالة القلق يكون ذاتياً أو متوهماً " (فرويد ، ١٩٨٩ : ٣٨) .

ويعرفه عبد الغفار (١٩٧٣) بأنه حالة تسيطر على الفرد من خطر يتوقع حدوثه، وتصاحب هذه الحالة توتر فسيولوجي يزداد بزيادة شعور الفرد بعجزه عند مواجهة الخطر (عبد القادر ، ١٩٩٥ : ٢١٢) .

أما السباعي وعبد الرحيم فيعرفاه : بأنه حالة نفسية تتصف بالتوتر والخوف والتوقع سواء كان ذلك حيال أمور محددة أو غامضة ، وقد يكون هذا الانفعال عارضاً ينقضي بانقضاء أسبابه وقد يكون مزمناً . (السباعي وعبد الرحيم ، د.ت : ٧) .

وعرفه عز الدين (١٩٧٨) بأنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصحبها حالة خوف غامض وأعراض نفسية جسمية (عبد القادر ، ١٩٩٥ : ٢١٢) .

وعرفه الأنصاري (١٩٨٧) بأنه حالة من التوتر والاضطراب وعدم الاستقرار والخوف وتوقع الخطر (أحمد ، ١٩٩١م : ٣٨٧) .

ويعرف كل من (شارلز وهوارد ، ١٩٨٩ : ١١٣) القلق بأنه يمثل حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب والهم المتعلق بحدوث المستقبل .

ويعرفه (Cassem , 1991 : 161) أنه يكون بمثابة استجابة نفسية من قبل الفرد تجاه خطر يهدد حياته وشعوره بالعجز تجاه ذلك .
ويلاحظ من خلال عرض التعريفات السابقة للقلق؛ أن كثيراً من العلماء والباحثين قد اختلفوا في تعريف ذلك المصطلح ، فنجد أن منهم من ركز على ما يصاحب القلق من أعراض نفسية ومنهم من ركز على الأعراض النفسية والجسمية، ولكن أياً كان المنطلق الذي انطلق منه أي باحث فإن ذلك يتناسب مع تعقد مفهوم القلق، وعدم وضوحه المطلق، ومع ذلك فقد لوحظ التكاملية في التعاريف وعدم التعارض المطلق وكلها ساعدت على إعطاء الفهم الواضح للقلق .

ويرى الباحث أن التعريفات السابقة للقلق اشتملت على عدة أمور أهمها :-

- * القلق شعور يمر به الناس ويشعرون به .
- * زيادة القلق تؤدي إلى إعاقة السلوك والأداء .
- * القلق شعور وحالة تبعث على الغم والكدر .
- * أن القلق حالة نفسية غير مرتبطة بفئة عمرية محددة .

- * القلق يكون استجابة ورد فعل لمثير ما يميز سلوك الإنسان.
- * القلق يتحول فيما بعد إلى سمة وذلك إذا استمر لدى الإنسان لفترة طويلة من الزمن .

القلق والخوف :-

لقد اختلف العلماء في قضية التشابه والاختلاف بين القلق والخوف ، فبعضهم أكد على التشابه وبعضهم أكد على الاختلاف ، فعلى سبيل المثال نجد أن (غالب ، ١٩٧٨ : ١٥) فرق بين القلق والخوف على أن القلق سببه مجهول ، وله تهديد داخلي وأنه غامض أما الخوف فسببه معروف ومصدر تهديده خارجي محدد .

ولكن البعض يجد أن هناك ترابطاً بين الخوف والقلق بحيث يبدو الفصل بينهما متعزراً في بعض الأحيان؛ إذ قد يكون القلق نتيجة مباشرة للخوف مثل الخوف على الذات ، أو الخوف من المستقبل (المنطلق ، ١٩٧٧م : ١١٨) .

ويرى كل من (السباعي وعبد الرحيم ، د.ت : ٧) أن القلق يزيد عن الخوف بأن الخوف ينتهي عادة بانتهاء بواعثه ، أما القلق فإنه يدور بالإنسان في حلقة مفرغة ، فإذا ما انتهى سبب من أسبابه برز سبب آخر له كنبت شيطاني .

ويؤكد (جلال ، ١٩٨٥ : ٤٥٨) على ما أقر به غالب وذلك أنه فرق القلق عن الخوف ، باعتبار الخوف معروف السبب والمصدر ، فالذي يخاف الثعابين عنده سبب معقول لخوفه ، أما في حالة القلق فهناك خوف ولكنه مجهول السبب بل قد لا يوجد ثمة سبب على الإطلاق .

ويؤكد ذلك Goldenson (1984) حيث اعتبر الخوف والقلق بمثابة استجابة للخطر ولكنه واضح في الخوف ومجهول في حالة القلق . وكذلك يمكن أن يكون القلق ناتج عن مصادر صراع أو مشاعر عدم الأمان (عبد الخالق و النيال ، ١٩٩١ : ٢٨) .

يتضح مما سبق أن الخوف والقلق لا يختلفان من الناحية النفسية اختلافاً مطلقاً ، ولكن الاختلاف ربما يكون في الدرجة أكثر من كونه في النوع ؛ فالخطر الذي يسبب القلق ربما

يسبب الخوف أيضاً ، وما يسبب الخوف ربما يسبب القلق فيما بعد مما يجعل من الصعب وضع حداً فاصلاً بينهما ، وإن كان الخوف في معظمه معلوم المصدر والقلق مجهول المصدر إلى حد ما .

ولكن بعض الباحثين نظروا إلى الخوف أنه بمثابة الشيء المرغوب، أما القلق فهو شئ غير مرغوب . ويؤكد ذلك الخلاف (عزت ، ١٩٨٦ : ١٣٨) حيث قارن بين الخوف والقلق لدى الطالب ، ففي حالة خوف الطالب من الرسوب يجتهد لتحسين الأداء ، أما في حالة القلق الزائد غير المبرر فإنه يعيق الأداء .

ومن الناحية الفسيولوجية؛ فالخوف الشديد يصاحبه نقص أو زيادة في ضغط الدم وضربات القلب ، وارتخاء في العضلات مما يؤدي أحياناً إلى حالة إغماء . أما القلق الشديد فيصاحبه زيادة في ضغط الدم وضربات القلب وتوتر في العضلات وعدم استقرار وكثرة الحركة . (غالبا ، ١٩٧٨ : ٢٢) .

مما سبق يتضح مدى اختلاف القلق عن الخوف وإن أمكن القول أن الخوف إرادي والقلق لا إرادي إلى حد ما . وهنا يجد الباحث أن كارين هورني كانت أوضح في المقارنة بين الخوف والقلق؛ فقد بينت أوجه الشبه وأوجه الاختلاف بينهما .

الفرق بين القلق والخوف عند كارين هورني (غالبا ، ١٩٧٨ : ٤٠ - ٤١) .

أوجه الاختلاف :-

- ◆ الخوف موضوعه معروف ومدرک لدى الفرد ، أما في حالة القلق فالخوف من شئ مجهول .
- ◆ القلق يتضمن خطراً موجهاً إلى جوهر الشخصية وكيانها ولكن الخوف لا يكون هنالك قيمة حيوية مهددة .
- ◆ في حالة القلق يشعر الفرد بعجز تجاه الخطر المجهول المصدر ، أما في حالة الخوف فإن الفرد يواجه المصدر .

أوجه الشبه بينهما :-

- ◆ كلاهما استجابة لموقف يهدد المرء بالخطر .
- ◆ المظاهر الفسيولوجية لكل منهما تتشابه إلى حد كبير .
- ◆ السمة الانفعالية فيهما واحدة تقريباً .

وهنا يتضح أن هناك إجماع أن الخوف يختلف عن القلق في عدة نواحي وأن الخوف بمثابة نذير بخطر ما، ولكنه لا يضر على المدى البعيد بصحة الفرد ، أما في حالة القلق فإن زيادة مستوى القلق تضر بصحة الفرد النفسية والجسمية .

أنواع القلق :-

لقد عمل كثير من العلماء على تقسيم القلق إلى عدة أنواع، ومنهم من اعتمد في تقسيمه للقلق على الأسباب التي أدت إلى نشأة القلق مثل فرويد، ومنهم من اعتمد على الآثار المترتبة على القلق مثل زهران ، ولكن أياً كان المنطلق في تقسيم القلق فإن الباحث يجد أن هناك شبه إجماع لدى علماء النفس في تقسيم القلق إلى ما يلي :-

أنواع القلق :-

أولاً : القلق الموضوعي :-

يشير الفيومي (١٩٧٥) إلى أن القلق الموضوعي يكون بمثابة رد فعل لإدراك خطر خارجي أو أذى يتوقعه الشخص ويراه مقدماً، كرؤية ما هو مثير للفرع (رضوان ، ١٩٩١ : ١٢٣) .

ويشير كل من (زهران ، ١٩٨٢ : ٣٩٧-٣٩٨) و (كفافي ، ١٩٩٠ : ٣٤٥-٣٤٨) إلى أن المصدر لهذا النوع من القلق يكون خارجياً وموجوداً فعلاً ويطلق عليه أحياناً اسم القلق الواقعي أو القلق الصحيح أو القلق السوي، أو يحدث هذا في مواقف التوقع أو الخوف من فقدان شيء مثل القلق المتعلق بالنجاح في عمل جديد، أو امتحان، أو الإقدام على الزواج، أو انتظار نبأ هام... الخ.

ويؤكد (الدسوقي ، ١٩٩٧ : ٢٤) ذلك حيث أشار إلى أن التهديد بتلك الحالة هو خارجي ويتوقعه الفرد ، وهذا يساعد الفرد على مواجهة هذا الخطر والقضاء عليه أو تجنبه باتباع أساليب دفاعية إزائه .

يتضح هنا أن القلق الموضوعي مصدره خارجي ولا يكون بأي حال من الأحوال ناتج عن دافع داخلي لا سبب له .

ويشير فرويد في هذا المقام إلى أن الفرد يجهل ما يمكن أن يكون عليه خيراً أم شراً نجاحاً أم فشلاً تحقيقاً لقيم الذات أم تنزيراً من قدرها. (القطان ، ١٩٨٦ : ٦٤٠) .
وقد وضح معوض (١٩٨٣) أن كارين هورني قد استخدمت كلمة الخوف في نفس المعنى الذي يوضح القلق الموضوعي، وذلك لأن مصدره يكون واضحاً في ذهن الفرد (أغا ، ١٩٨٨ : ١١) .

وأكد على ذلك (الشريف ، ١٩٨٧ : ٦٣) حيث اعتبر أن هذا النوع من القلق يكون تابعاً لمواقف يتعرض فيها الإنسان لخطر ما، وهو ضرورة فسيولوجية يتمكن بواسطتها من مواجهة هذا الخطر وتقاديه حسب استعداداته النفسي وتركيبه الفسيولوجي .

ولكن السؤال الذي يطرح نفسه هو: هل القلق الموضوعي حاد يظهر وينتهي بسرعة أم مزمن يستمر ويطول حتى لو غاب المثير؟
وهنا يؤكد (غالبا ، ١٩٧٨ : ٧) على أن القلق الموضوعي المرتبط بخبرة انفعالية معينة والتي قد تظهر وتتجسد في صورة وقتية تزول بزوال انفعالاتها أو بعدها بقليل .

ويشير (الفيومي ، ١٩٨٥ : ٢٧) إلى أنه من الممكن أن ينقلب القلق الموضوعي إلى قلق مرضي، وذلك عندما لا يستوفي مطالبه التي وجد القلق من أجلها ، ومن المفروض أن يكون هذا القلق متناسباً مع المثير الذي أحدثه كي لا ينعكس سلباً على صحة الفرد .

وهذا ما أكد عليه العيسوي (١٩٨٤) حيث أشار إلى أن القلق الموضوعي هو بمثابة رد فعل يتناسب مع كم وكيف التهديد ويدفع الإنسان إلى أن يجد طرقاً لمواجهة التهديد بنجاح . (أحمد ، ١٩٩١ : ٣٨٩) .

فالقلق الموضوعي يبقى موضوعياً وبسيطاً في حالة مناسبة في الدرجة مع المثير الذي أثاره ، كي يتمكن الفرد من استخدام طاقاته بشكل مناسب لمواجهة ذلك المثير . ويوضح (عزيز ، ١٩٦٤ : ٢٣٨) أن القلق الموضوعي بمثابة قلق صحي إلى حد ما طالما ارتبطت معالم الخوف بأشياء موضوعية خارجية مناسبة . وتشير (أحمد ، ١٩٩١ : ٣٨٨) إلى أن القلق الموضوعي والقلق العصبي قد يجتمعان معاً. فقد يضطرب الفرد من موضوع خارجي ومن المعقول أن يثير القلق ولكن اضطرابه هنا يكون أكثر مما ينبغي .

ومما سبق كله يتضح أن القلق الموضوعي؛ هو بمثابة القلق الطبيعي والمرغوب إلى حد ما والذي نعيشه جميعاً في حياتنا اليومية ، ويؤدي بنا إلى التقدم والارتقاء، ولكن من المتوقع أن ينعكس هذا الأمر عند زيادة هذا القلق عن حده الطبيعي .

ثانياً : القلق العام :- (General anxiety)

يرى عثمان (١٩٩٣) بأن القلق العام هو بمثابة استعداد لدى الفرد يؤدي إلى معاناة من القلق الوجداني ، إذا ما تعرض لخطر خارجي يدركه (الليل ، ١٩٩٧ : ٣٥) . ويعتبره (كفاقي ، ١٩٩٠ : ٣٤٥) بأنه عرض من أعراض الاضطرابات النفسية الأخرى وهو يكون تابع لحدث سابق له من اضطرابات أخرى . وهذا النوع من القلق يتخلل جوانب عديدة من حياة الفرد ، وهو غير محدد الموضوع ولكنه يمكن أن يكون محدداً بمجال معين (حبيب ، ١٩٩١ : ١٦٥) .

مما سبق يتضح للباحث أن القلق العام ، هو بمثابة قلق غير سوي ، وأقرب إلى الناحية المرضية منها إلى الناحية الصحية وخاصة أنه غير محدد الموضوع والمنشأ وبذلك يعيق من قدرة الفرد في مواجهته للمواقف المختلفة .

ثالثاً : القلق الخلقي :- “Moral Anxiety”

يبين كل من (زهرا ، ١٩٨٢ : ٣٩٧) و (الدسوقي ، ١٩٩٧ : ٢٥) إلى أن هذا النوع من القلق ، ينشأ عندما تكون الأنا الأعلى مصدر الخطر أو التهديد ، وذلك عندما يقترب الفرد أو يفكر في الإتيان بسلوك يتعارض مع المعايير والقيم التي يمثلها جهاز الأنا الأعلى ، ومصدر هذا القلق داخلي ينتج من تهديد دفعات الهو الغريزية .
ويوضح (أغا ، ١٩٨٨ : ١١) أن القلق الخلقي يكون متمثلاً بصورة الشعور بالذنب ووخز الضمير والخجل .

هنا أستطيع القول :- أن القلق الخلقي ، هو بمثابة نتاج لانفعال داخلي ، وصراع بين الخير والمتمثل في (الأنا الأعلى) ، وبين دفعات الشر المتمثلة في (الهو) وأن الفرد في تلك الحالة عليه أن يغلب جانب الخير على جانب الشر ، وإلا تحول قلقه إلى قلق مرضي مزمن .

رابعاً : القلق العصابي :- “Neurotic Anxiety”

يوضح (إبراهيم ، ١٩٨٨ : ١١٠) أن كلمة عصاب هي تعبير اصطلح عليه علماء النفس والأطباء النفسيون لوصف طائفة من الأمراض النفسية ؛ التي يتميز أصحابها بالانفعال الشديد وعدم الاستقرار النفسي ، والتقلب الانفعالي و سيطر عليهم أعراض مرضية متنوعة .

يشير كل من (الدسوقي ، ١٩٩٧ : ٢٥) و (كفاي ، ١٩٩٠ : ٣٤٧) إلى أن القلق العصابي ينشأ دون أن يعرف الشخص سبباً محدداً ، أو مبرراً موضوعياً له ، فهو مرض مزمن ، أسبابه مكبوتة ، لا شعورية ، وذلك عن طريق محاولة المكبوتات الإفلات من اللاشعور والنفوذ إلى الشعور ، وبذلك يكون القلق بمثابة إنذار للأنا أن يحشد دفاعه حتى لا يصير اللاشعوري شعورياً .

وهناك من عبر بشكل صريح عن آلية القلق العصابي حيث أشار (أغا ، ١٩٨٨ : ١١) إلى أن القلق العصابي ، هو بمثابة خوف من التعبير عن الدوافع اللا اجتماعية ، العدوانية والجنسية والتي تأخذ صورة أفعال اندفاعية .

وقلق العصاب كما يوضح (زهران ، ١٩٨٢ : ٤٠٢) يشعر به بعض الناس الذين يخافون من التقدم والتحرر والمخاطرة ، وينغلِقون على أنفسهم لفشلهم في تكوين علاقات ناضجة مع الآخرين ويخافون من لا شيء ، أو يخافون من الخوف .
وهنا يمكن القول : أن القلق العصابي داخلي المنشأ ، وأنه لا يرجع لأسباب خارجية ، وهذا القلق هو بمثابة قلق مرضي ، يصعب التأقلم معه من قبل الفرد الذي يعايشه .

- يرى فرويد أن القلق العصابي ينقسم إلى ثلاثة أنواع من القلق (الدسوقي ، ١٩٩٧ : ٢٥):
- ١- **القلق الهائم** : يبحث عن أي فكرة لتكون السبب في القلق ، ويشعر الفرد بتهديد وخوف مستمر ن وأصحاب هذا النوع من القلق يتوقعون دائماً الأسوأ .
 - ٢- **قلق المخاوف المرضية** : وهو أن يخاف الفرد من أشياء لا تخيف الأسوياء من البشر مثل الخوف من الحشرات ، أو الخوف من رؤية الدم .
 - ٣- **قلق الهوس** : وهو قلق ناتج عن توقع قدوم أو حدوث أعراض مرضية عاني منها الشخص قبل نوباته النفسية .

وبعد عرض أنواع القلق المختلفة ، يتضح أن هناك تشابهاً بين القلق العصابي والقلق الخلقي ؛ في أن الدافع لهما داخلي لدى الفرد لا يأتي من الخارج أما في حالة القلق الموضوعي فإن مثيره خارجي، وأستطيع القول أن القلق الموضوعي والقلق الخلقي يعتبران بمثابة الشيء المقبول ، والذي لا يؤدي إلى الاضطراب إلى حدٍ ما ، أما في حالة القلق العام والقلق العصابي ، فتكون المشكلة أكبر باعتبار أنهما مرضيين .

حالة القلق وسمّة القلق :- “Trait & State Anxiety”

(أ) حالة القلق :- “Anxiety State”

يعرفها (القريطي ، ١٩٩٨ : ٨٣) بأنها حالة انفعالية ذاتية موقفية ومؤقتة أقرب ما تكون إلى حالة الخوف الطبيعي ، ويشعر بها كل الناس ، في مواقف معينة وتختلف شدة الحالة باختلاف شدة الموقف، وتزول بزوال مصدر الخطورة أو التهديد .

ويعرفها (غريب ، ١٩٩٨ : ٣٥٤) بأنها رد فعل انفعالي يتكون من مشاعر ذاتية بالشدة والاستثارة العصبية، والانفعال وارتفاع مستوى نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي .

أما (البحيري ، ١٩٨٤ : ٣) فاعتبرها بمثابة حالة انفعالية مؤقتة لدى الفرد تتذبذب من وقت لآخر بمشاعر التوتر والخطر المدركة شعورياً ، وتزيد هذه المشاعر من نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي.

واعتبرت (النيل ، ١٩٩١ : ١١٩) أن حالة القلق هي بمثابة أمر طارئ ومؤقت وانتقالي وأنها تتذبذب من وقت لآخر تبعاً للمواقف التي يمر بها الفرد .

أما سبيلرجر (١٩٨٤) فقد اعتبر حالة القلق ، بأنها تشير إلى خبرة وقتية ، متغيرة ومرحلية متعلقة بشعور الفرد بأنه مضطرب . (عبد المعطي و دسوقي ، ١٩٩٣ : ٨) .

ويؤكد (مرسي ، ١٩٧٨ : ٣٩) أن مستوى إثارة حالة القلق يتوقف عند الفرد على مستوى استعداده للقلق . كما يشير (حبيب ، ١٩٩١ : ٦) إلى أن حالة القلق عندما تحدث لدى الفرد تكون بمثابة إنذار من خطر ما ، وأن تلك الحالة تتغير عبر الزمان ، تبعاً لتكرار المواقف العصبية التي يصادفها الفرد .

ومما سبق يتضح ماهية حالة القلق والتي اعتبرها كثير من العلماء والباحثين أنها بمثابة استجابة مؤقتة لمثير مؤقت ، وتلك الاستجابة تكون متفاوتة في الدرجة بين الأفراد . إذن إن حالة القلق تكون بمثابة الحالة الطبيعية لدى الإنسان تجاه خطر أو حدث ما، وتنتهي تلك الحالة بانتهاء ذلك الخطر أو الحدث الخاص بإثارة تلك الحالة، كما أن مستوي حالة القلق يتناسب مع مستوي الحدث الذي أدّى إلى إثارتها .

(ب) سمة القلق :- "Anxiety trait"

يبين سبيلرجر (١٩٧٥) أن سمة القلق ، هي بمثابة سمة مفردة مركزية للكائن الحي قائمة على الخبرات السابقة ، وهي مثلها كباقي سمات الشخصية تتشكل بقوة في مرحلة الشباب والرشد (غريب ، ١٩٩٨ : ٣٥٦) .

وفي موضع آخر يؤكد سبيلبرجر (١٩٦٦) أن سمة القلق ثابتة نسبياً ، ولا يختلف مستواها عند الشخص الواحد من موقف إلى آخر ، في حين تختلف عند الأفراد بحسب خبراتهم في مرحلة الطفولة وما اكتسبوه من خبرات تنمي لديهم القابلية للقلق .
(أحمد ، ١٩٨٩ : ٧٧) و(عيد ، ١٩٩٥ : ٤) .

ويؤكد (البحيري ، ١٩٨٤ : ٤) ما ذهب إليه سبيلبرجر حيث يبين أن سمة القلق تشير إلى الاختلافات الموجودة بين الأفراد في الاستعداد للاستجابة للمواقف المدركة كمواقف تهديديه .

ويؤكد هذا الرأي أيضاً (مرسي ، ١٩٨١ : ٣٣٠) حيث يبين أن بعض الدراسات أشارت إلى وجود علاقة موجبة بين سمة القلق والخبرات المؤلمة في الطفولة ، مما يعني أن أصحاب السمة العالية في القلق ، قد تعرضوا لخبرات مؤلمة في الطفولة أكثر من غيرهم أصحاب سمة القلق المنخفضة فسمة القلق يكون لها جذر عميق في داخل الكيان الإنساني وترجع في أصلها إلى مراحل الإنسان الأولى .

أما (القريظي ، ١٩٩٨ : ٨٣) فيرى أن سمة القلق؛ هي بمثابة استعداد سلوكي مكتسب في معظمه ، وغالباً ما يستمد أصوله من خبرات طفولة مؤلمة ، تكون بمثابة استعداد كامن في شخصية الفرد ، وهو ما يجعل صاحب الاستعداد العالي من حيث القلق ، أكثر استعداداً لاستشعار الخطر وفقدان الاستقرار ، وتوقع الشر من موضوعات أو مواقف لا تتطوي على كل هذا الخطر .

إذن إن سمة القلق تكون بمثابة الملازم الثابت نسبياً لدى الفرد ، وذلك بالاستجابة لأي مثير يسبب القلق ، وأن السمة قديمة في شخصية الفرد وليست وليدة اللحظة حالها حال السمات الخاصة بالشخصية .

ويبين (غريب ، ١٩٩٨ : ٣٥٤) أن الفرد الذي لديه سمة القلق يكون قلقاً باستمرار ويكون مهيباً أو مستعداً بدرجة عالية لأن يعيش القلق في مواقف عديدة وتحت كثير من الظروف ولكن هل تتأثر سمة القلق بحالة القلق أو العكس ؟

وهنا يشير (أبو مصطفى ، ١٩٩٨ : ٦٨) إلى أن الأفراد الذين لديهم سمة قلق عالية سيظهرون ارتفاعاً في حالة القلق ، أكثر من قرنائهم الذين لديهم سمة قلق منخفضة، وذلك لتأثرهم بالمواقف المثيرة كشيء خطر أو مهدد . ويؤكد ذلك أيضاً (حبيب ، ١٩٩١ : ١٦٥) حيث أوضح أن تكرار حالة القلق وشدها لدى الفرد على مدى الزمان ، يساعد على ظهور سمة القلق لديهم ويتميز الأفراد ذووا سمة القلق المرتفع بأنهم أكثر تعرضاً للمواقف العصبية من غيرهم .

وهذا يجعل من الصعب الفصل الدقيق بين المفهومين من الناحية النفسية. ولكن بالرغم من ذلك فإن بعض العلماء والباحثين من تحدث عن القلق كحالة وكسمة ، بعمل مقارنة منطقية بينهما .

ومن هؤلاء مثلاً نجد (البحيري ، ١٩٨٤ : ١١-١٢) يعتبر أن مفهومي القلق كحالة وكسمة يناظران مفهومي الطاقة الحركية والطاقة الكامنة في علم الطبيعة ، فحالة القلق تشبه الطاقة الحركية التي تشير إلى الاستجابة التي تحدث الآن وبدرجة معينة من الشدة ، أما سمة القلق فتشبه الطاقة الكامنة التي تشير إلى اتجاه كامن لحدوث استجابة من نوع خاص إذا ما استثيرت بمثيرات مناسبة .

ويعتبر كاتل أول من ميز بين القلق كحالة وكسمة ، بدراسة التباين بحسب الأفراد بواسطة التحليل العاملي ، واستخدم في دراسة حالة القلق منهج دراسة أحوال الفرد النفسية والجسمية في عدد من المواقف . (مرسي ، ١٩٧٨ : ٤٠) .

وبعد العرض السابق لأنواع القلق المختلفة يمكن الخروج بملاحظات مهمة حول المفاهيم السابقة من وجهة نظر الباحث وتتمثل في :-

١- **القلق الموضوعي** : هو بمثابة قلق صحي ، خارجي المصدر ، يصدر من قبل الفرد كاستجابة للمواقف الضاغطة .

٢- **القلق العام** : وهو القلق الذي يعتبر بمثابة عرض من أعراض الاضطرابات النفسية ، وأنه بمثابة القلق الغير مرغوب فيه ، والذي يؤدي إلى ضعف الأداء لدى الفرد .

- ٣- **القلق الخلقي** : والذي يتضح من اسمه أنه ناتج عن ضغط من قبل (الأنا الأعلى) المتمثل في الضمير بشكل أساسي على الفرد، وذلك عندما يحاول الفرد تخطي المعايير والقيم التي يمثلها جهاز الأنا الأعلى، مثل أن يقدم الفرد على فعل شيء محرم أو ممنوع .
- ٤- **القلق العصابي** : وهو قلق يكون الدافع الأساسي له غريزي داخلي . ولا يرجع لأسباب خارجية ، فهو قلق مجهول المصدر .
- ٥- **حالة القلق** : تشير إلى وضع استثنائي ومؤقت عند الفرد ، تحدث كاستجابة لمثير القلق ، وتلك الحالة تنتهي بانتهاء المثير المسبب لها .
- ٦- **سمة القلق** : وهي صفة وخاصية ثابتة نسبياً لدى الفرد وتميزه عن غيره . وهي تكون بمثابة استعداد كامن في شخصية الفرد ، يمتد في نشأته إلى خبرات الطفولة المؤلمة التي يتعرض لها الفرد أثناء التنشئة الاجتماعية .

أسباب القلق :-

لقد اختلف علماء النفس في قضية القلق ومسبباته ، فمن العلماء من يعتقد أن القلق ينتج عن عوامل داخلية ، أي داخل الفرد ، ومنهم من يعتقد أنها عوامل خارجية ومنهم من يرى غير ذلك .

فعلى سبيل المثال فإن (الزعبي ، ١٩٩٧ : ١٠٧) يعتبر أن القلق من المشكلات الشائعة لدى الكثير من الناس ، وبصور متعددة ، ولكنه يظهر دون سبب واضح وينتهي إلى عجز بالغ يعوق الشخص ويعرض صحته النفسية للخطر .

ومن العلماء والباحثين من عارض ذلك الرأي ؛ فمثلاً نجد أن كل من :-

(السباعي وعبد الرحيم، د.ت : ٨) يعتقدون أن للقلق أسباب معينة ومن أهمها ، البيت الذي يسوده الشقاق أو سوء التفاهم ، أو إهمال الأبوين لأطفالهما ، وكذلك المجتمع الذي يركز قيمه على التفوق المادي، والصراع من أجل البقاء، ومطامع الإنسان وآماله عندما تتعدى قدراته ، ورغبات الإنسان عندما تتعارض مع الفضيلة والأخلاق والضمير .

ومن العلماء من اعتبر أن هناك أسباب للقلق من الناحية الدينية ويذكر منها الباحث :-

- عدم الاستيعاب لحقيقة الصلة بين الإنسان وبين الله عز وجل .
 - **﴿إِنَّ الَّذِينَ قَالُوا رَبُّنَا اللَّهُ ثُمَّ اسْتَقَامُوا فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ﴾** (الأحقاف : ١٣) .
 - عدم وضوح أهمية الهدف من رسالة الإنسان .
 - التعرض للنقد والتشكيك وانخفاض معنويات الإنسان .
 - التفكير المستمر والمتأزم بالحياة المعيشية والمستقبل المعيشي .
 - إحساس النفس بالتوائها عن الطريق القويم والذي يؤدي إلى شقائها واضطرابها .
- (المنطلق ، د.ت : ١١٩ - ١٢٠) .

وهناك من العلماء من كان واضحاً في قضية الأسباب الدافعة للقلق وذكروا الكثير من تلك الأسباب ، وسيقوم الباحث بتحديد بعض منها مما حدده كل من :-
(زهران ، ١٩٨٢ : ٣٩٨) (شارلز وميلمان ، ١٩٨٩ : ١٦) :- حيث اعتبروا أن أسباب القلق تكمن في التالي :-

- K فقدان الشعور بالأمن لدى الفرد .
- K الإحباط المستمر والشعور بالذنب .
- K الاستعداد النفسي والضعف النفسي العام .
- K مواقف الحياة الضاغطة .
- K التعرض للحوادث والخبرات الحادة .
- K مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة .
- K الاستعداد الوراثي في بعض الحالات .
- K الإصابة بالأمراض المختلفة .

أما سامية القطان فكان تحديدها للأسباب مخالفاً لما ذهب إليه كثير من العلماء حيث أرجعت الأسباب إلى مرحلة الطفولة .

ويشير (القريظي ، ١٩٩٨ : ١٣٢) إلى أن الطفل يحاول التغلب على مشاعر القلق التي تواجهه وذلك بتنمية حاجات عصابية معينة لكي تخفف من شدة القلق .

وهنا يجد الباحث أن سامية القطان وغيرها أرجعوا الأسباب الكامنة وراء القلق إلى مرحلة الطفولة ، وليست أسباب ولادة الوقت الحاضر الذي يعيشه الإنسان الذي يعاني من القلق .

ومما سبق كله يجد الباحث اختلاف وجهات النظر بين العلماء في تحديد وحصر الأسباب المؤدية للقلق ، وربما ذلك ينبع من تعقد مفهوم القلق وصعوبة تحديده الدقيق، ولكن أياً كان منطلق العلماء في تحديد الأسباب المؤدية للقلق؛ فإنه يعتبر بمثابة اجتهادات لمحاولة التوصل للأسباب الحقيقية الكامنة وراء القلق وذلك لمحاولة العمل على تجنبها قدر الإمكان .

دور الوراثة والبيئة في القلق :-

إن القلق لا يولد مع الإنسان ولكن قد يولد مع المرء استعداداً وراثياً للانفعالات العصبية ، ويبرز هذا الاستعداد إذا ما تهيأت له الأسباب البيئية (السباعي وعبد الرحيم ، دت : ٨) .

وفيفيد (سرحان ، ١٩٩٩ : ٤٤) أن هناك عوامل متعددة تساعد على ظهور القلق ، فمنها ما يتعلق بالوراثة وتركيب الشخصية النفسي والبيولوجي ، ومنها ما يتعلق بالظروف البيئية المحيطة بالفرد ، وتختلط هذه الأسباب معاً لتؤدي إلى تغيرات كيميائية في الجهاز العصبي وتعمل على ظهور الأعراض بشكلها الواضح جسدياً أو نفسياً .

وقد أشارت دراسات كثيرة إلى أن الاستعداد للقلق ، كاستعداد للشخصية له جانبان ، جانب فطري ويكمن في الخصائص الفسيولوجية للكائن ، وجانب مكتسب من البيئة التي يعيش فيها الإنسان مرحلة الطفولة ، ومن التفاعل بين هذين الجانبين ينمو القلق كخبرة مفرغة من الناحية الذاتية أو الشعورية (مرسي ، ١٩٧٨ : ٥٩) .

ومما سبق يتضح أن الوراثة لا تنفرد بإحداث القلق لوحدها ، وكذلك البيئة ولذلك لا يمكن اعتبار أحدهما بمثابة السبب الرئيس للقلق ، وإنما يتولد القلق من تفاعل الوراثة والبيئة معاً وتأثيرهما المزدوج على الإنسان ، وإن كان من الممكن أن تؤثر إحداها بشكل أكبر من الأخرى في إحداث القلق .

التغيرات الفسيولوجية الناتجة عن القلق :-

لمعرفة التغيرات الفسيولوجية التي تحدث داخل الجسم ، كاستجابة للقلق نجد كل من (غالب ، ١٩٧٨ : ١٦ - ١٧) و (بكر وآخرون ، ١٩٩٣ : ٣٧) أفادوا بأن أعراض القلق تنشأ من زيادة نشاط الجهاز العصبي اللا إرادي "السمبثاوي الباراسمبثاوي" ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين في الدم ، فيرتفع ضغط الدم وتزيد ضربات القلب ، وتجحظ العينان ، مع شحوب في الجلد وأحياناً قد ترتجف الأطراف ويعمق النفس .

ويؤكد على ذلك (الزنتاني ، ١٩٩٣ : ٣٠٤) حيث أشار إلى أن القلق يحدث اختلالاً في صحة الفرد العامة ، ويتسبب في إخلال نظامه الهضمي ودورته الدموية ونومه ، وإذا ما استمر القلق فإن ذلك ينعكس على عملية النمو الجسمي بشكل عام .

وهنا يتبين أن تلك التغيرات الفسيولوجية والتي تتمثل بالتأثيرات غير المباشرة للقلق على أجهزة الجسم الداخلية المختلفة، مثل الجهاز الدوري والجهاز العصبي والجهاز الغدي... الخ . وتلك التأثيرات تؤدي إلى إضطراب عمل تلك الأجهزة والأعضاء بالشكل السليم. وإن تلك التغيرات لا إرادية وتلقائية في حالة حدوث القلق، وذلك لمحاولة تجهيز الجسم لمواجهة المثير الذي ساعد على ظهور تلك الأعراض . مما يؤكد على مدى تأثير القلق على الأعضاء الجسمية المختلفة .

الأعراض المصاحبة للقلق :-

اختلف العلماء في توضيح الأعراض التي تظهر في حالة حدوث القلق ومدى حدوثها ويوضح (الحفني ، ١٩٩٥ : ١١٧٧) أن الأعراض المصاحبة للقلق تختلف في الدرجة من حيث حدوثها في حالة القلق الحاد أم المزمن ، حيث إنه في حالة القلق الحاد تكون الأعراض شديدة ، أما في حالة القلق المزمن فتخف حدة الأعراض .

وقام بوتزين وآخرون (١٩٩٣) بتوضيح أعراض القلق في ثلاثة أعراض وظيفية تتمثل في :-
١- **تقارير سلوكية** : تتمثل في توقع الشر ، الإحساس بحدوث خطر مجهول ، الإحساس بالرعب والعجز المتوقع .

٢- **استجابات سلوكية** : ومنها تدهور القدرة الكلامية وتدهور الوظائف الحركية .

٣- **استجابات فسيولوجية** :- ومنها التوتر العضلي ، زيادة معدل ضربات القلب ، جفاف الحلق الخ . (عيد ، ١٩٨٤ : ٨٥) .

ويؤكد ذلك فرويد ، حيث أشار إلى أن القلق يسبب تغيرات فسيولوجية داخلية في الإنسان وأخرى خارجية تظهر عليه ملامحها بوضوح مثل توتر العضلات ، زيادة معدل التنفس ، جفاف الحلق ... الخ ، ولكن ذلك لا يكون في وقت واحد ، وإن وجد لا يكون بدرجة واحدة ، فهذا يعتمد على نوع وشدة الموقف الباعث على القلق . (شعيب ، ١٩٨٨ : ٩٧) .

وأياً كان سبب القلق أو درجته أو نوعه؛ فإن ذلك يؤثر تأثيراً مباشراً على الأعراض التي تصاحبه ، وذلك من ناحية حدة الأعراض وتنوعها وأثرها على الإنسان ككل ، وسيقوم الباحث بتوضيح لبعض تلك الأعراض الهامة التي تصاحب القلق وذلك استناداً لما أشار إليه بعض

العلماء (حمودة ، ١٩٩٧ : ٣٧٢) و (غالب ، ١٩٧٨ : ٢٥-٣٠) و (شارلز وميلمان ، ١٩٨٩ : ١١٣) و (إبراهيم ، ١٩٨٨ : ٤٢) والمتمثلة في :-

K أعراض توتر عضلي ومنها: الارتجاف ورفة العضلات وعدم الاستقرار وسرعة الإجهاد.

K أعراض زيادة النشاط الاستثنائي للجهاز العصبي اللاإرادي: مثل صعوبة التنفس ، جفاف الحلق ، برودة الأطراف ، والميل إلى الإسهال ، وخفقان القلب الخ .

K أعراض الخوف والحذر ومنها: اضطرابات النوم وسرعة التهيج وصعوبة التركيز .

K أعراض اضطراب الأداء ومنها : تشويه الإدراك ، اضطراب التفكير ، ازدياد التصلب

K أعراض اضطراب العلاقات الاجتماعية ومنها: أحلام اليقظة و السرحان والصداع .

K التوجس وتوقع الخطر: الانشغال بالمستقبل والهموم والتفكير السيئ في المستقبل ؛ كأن يتوقع المريض أن شيئاً أو ضرراً سيحقيق به أو بأحد أفراد أسرته كالمريض.

ويشير (عيد ، ١٩٩٥ : ٨٥) إلى أن الفرد يعتبر مصاباً بالقلق إذا عانى من عدة أعراض مرة كل شهر وعلى نحو دوري . ويؤكد ذلك (Cassem , 1991 : 101) حيث يفيد أن الإنسان يصبح مريضاً بالقلق إذا استمرت معاناته من أعراض مختلفة واستمرت لمدة ٦ شهور

ويشير (غالب ، ١٩٧٨ : ٢٦) إلى أن حالة القلق إذا تحولت إلى قلق مزمن فإن لذلك عدة مضاعفات ، تختلف باختلاف تأثيرها على أجهزة الجسم المختلفة ، مثل الجهاز الدوري ، الجهاز التنفسي ، الجهاز العصبي ، الجهاز البولي ، الجهاز العضلي .

يتضح من الأعراض السابقة مدى تأثير القلق على الإنسان في النواحي الفسيولوجية، مما يؤكد على أن القلق يلعب دوراً مركزياً في اختلاف توازن الكيان الإنساني في حال حدوثه. وأياً كانت الأعراض حادة أم مزمنة فلا يجب أن يقلل من أهمية تأثيرها السلبي في معظم الأحيان ، على حياة الإنسان ورفاهيته كما ذكر سابقاً.

ومما سبق كله يتضح مدى الآثار المترتبة على القلق، والتي تؤدي إلى تغيرات متعددة في نواحي الجسم المختلفة، ومدى انعكاساتها السلبية على صحة الإنسان، وخاصة إذا تحول القلق إلى حالة مزمنة شديدة .

اضطرابات القلق :- “Anxiety disorders”

إن القلق إذا ما تحول إلى حالة مرضية فإن ذلك لا يكون بشكل و نوع واحد وإنما تتعدد أشكاله وصوره وأعراضه .

وقام كل من (حمودة ، ١٩٩٧ : ٢٤١ - ٢٤٢) (Costin & Draguns, 1989 : 139 - ١٤٠) بتصنيف اضطرابات القلق والتي سيذكر الباحث بعضاً منها :-
اضطرابات الهلع ، رهاب الأماكن المتسعة ، الرهاب الاجتماعي ، الرهاب المحدد ، اضطراب الوسواس القهري ، اضطراب انضغاطي حاد ، اضطراب القلق العام واضطراب القلق بسبب حالة مرضية جسمانية .

ومن خلال التعرف على الأنواع المختلفة لاضطرابات القلق؛ والتي هي بمثابة حالات مرضية شاذة عن الواقع والوضع الطبيعي الذي يصاحب القلق البسيط الموضوعي لدى الفرد .

علاج القلق :-

اختلفت الآراء ووجهات النظر في هذه القضية، فمنهم من اتجه إلى العلاج بالعقاقير المضادة للقلق، ومنهم من حاول الوصول إلى السبب الكامن وراء القلق للعمل على معالجته (أي معالجة الأسباب الكامنة وراء الأعراض) .

إن اكتشاف القلق ومعالجته من قبل المعالجين يبدو غامضاً في أحيان كثيرة ، ويلجأ الأطباء في أغلب الحالات إلى الوصفات العلاجية التي تعتمد على العقاقير ، وبالطبع هذه الوصفات لن تحل للمرضى مشاكلهم التي سببت ظهور القلق (عبد الباقي ، ١٩٩٣ : ١٠٣)

وبالمقابل نجد أن (حداد ، ١٩٩٥ : ٩٣٠) تقيّد أن الذي يعاني من القلق ، يحتاج للدعم المعنوي لمساعدته ، ويحتاج لتزويده بالخدمات والمساعدات المباشرة ، وتقديم نصائح وإرشادات تساعد في حل مشكلاته وتعطيه تغذية راجعة عن سلوكه .

ويوضح (حمودة ، ١٩٩٧ : ٣٧٦ - ٣٧٧) أن علاج القلق من المنظور التحليلي يتم من خلال علاج تبصيري طويل الأمد ، موجه نحو تكوين الطرح ؛ الذي يبحث في مراحل النمو

الأولى للفرد، أما العلاج السلوكي للقلق فيتركز في سلب الحساسية مع مداخل علاج معرفية تهدف لإبطال التشريط ، بالإضافة إلى فنيات الاسترخاء وتعديل السلوك .

ويتضح مما سبق أن هناك اختلاف في وجهات النظر من قبل العلماء في طرق علاج القلق؛ فمنهم من توجه إلى القلق كعرض وعمل على معالجته ، ومنهم من نظر إليه كنتيجة لأسباب ما وعملوا على معالجة تلك الأسباب ، ومنهم من عمد إلى المنحى العلاجي السلوكي أو التحليلي ، ويرى الباحث هنا أنه يمكن الاستفادة من جميع تلك الطرق في معالجة القلق دون أن يفضل إحداها عن الباقي في العلاج.

وتفيد (القطان ، ١٩٨٦ : ٦٤) أنه أيًا كان العلاج ، فإن الأشخاص الذين لديهم الشجاعة لمواجهة أنفسهم ، هم الذين يكونون أقرب للعلاج وللراحة النفسية من الأشخاص الذين يسارعون إلى الهروب من الواقع ليعيشوا في تخفيف مؤقت لوضعهم النفسي ، والذي يؤدي بهم مستقبلاً للإحباط .

وذكر (سرحان ، ١٩٩٩ : ٤٤) عدة أمور تساعد على التخلص من القلق وتتمثل في :-

- K الاستبصار لدى الفرد بوضعه .
- K الالتزام بتعليمات العلاج .
- K ممارسة الأنشطة الرياضية باستمرار .
- K تنظيم أمور الحياة .
- K تعاطي عقاقير معينة حسب إرشادات المعالج مع مصارحة المعالج بكل ما يدور ببال المريض.

ومن خلال العرض السابق يجد الباحث أن الاختلاف في طرق علاج القلق يعتبر بمثابة أمر بديهي، وذلك لصعوبة تحديد الأسباب الكامنة وراءه واختلاف وجهات النظر في تفسيره لدى الكثير من العلماء .

العلاج الديني للقلق :

أوضح القرآن الكريم لبني البشر الطرق الصحيحة لتربية النفس وتقويمها وتنشئتها تنشئة سليم تؤدي بها إلى بلوغ الكمال الإنساني الذي تتحقق به سعادة الإنسان في الحياة الدنيا والآخرة (الخطيب ، ٢٠٠ : ٤٤٥) . " إِنَّ هَذَا الْقُرْآنَ يَهْدِي لِلَّتِي هِيَ أَقْوَمُ وَيُبَشِّرُ الْمُؤْمِنِينَ الَّذِينَ يَعْمَلُونَ الصَّالِحَاتِ أَنَّ لَهُمْ أَجْرًا كَبِيرًا " (الإسراء : ٩) .

وإن الدين يبدل النفس ويغيرها جوهرياً ويخرجها من الظلمات إلى النور ، ومن حضيض الشهوات إلى ذروة الكمالات الخلقية (الشرقاوي ، ١٩٨٤ : ١٥) . فالإنسان المؤمن لا يشعر بالقلق لأنه يعلم بأن الله معه ويستجيب له إذا دعاه ، وهو يرتبط دائماً بربه في أعماله ، وأنه مهما أحرز في هذه الدنيا فذلك بفضل من الله عز وجل لأن الإيمان العميق يغمر صاحبه بالسعادة والطمأنينة والاستقرار النفسي (أبو عيطة ، ١٩٩٧ : ١٨٦) .

إِنَّ الَّذِينَ قَالُوا رَبُّنَا اللَّهُ ثُمَّ اسْتَقَامُوا فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ ﴿١٣﴾ (الأحقاف : ١٣) .

ومن الحاجات الأساسية للإنسان أن يشعر بالأمن والطمأنينة ، بحيث يكون مستريح الضمير وفي مأمن من العقاب الرباني وهذا لا يكون إلا بالتقرب من الله والتوافق مع أوامره ونواهيه والتمسك بالقيم والمعايير الدينية . وإلا فسينتاب الإنسان نوع بالشعور بالذنب والصراع النفسي والذي يؤدي بدوره إلى فقدان الشعور بالاطمئنان ويؤدي إلى المعاناة من القلق والاضطراب وفقدان الاتزان الانفعالي (محمد ومرسي ، ١٩٨٦ : ١٨٤-١٨٥) .

مما سبق يتضح قيمة الدين كعلاج للقلق الذي يكابده الإنسان في حياته وأن ديننا الإسلامي الحنيف هو مصدر سعادتنا في الدارين الدنيا والآخرة ، وأن أي بعد عن الدين قولاً وعملاً ينعكس سلباً على حياة الإنسان .

وفي هذا المقام يشير (محمد ومرسي ، ١٩٨٦ : ١٩١) إلى أن القلق الناشئ عن توقع الشر لدى النفوس الآثمة التي خرجت عن أوامر الله وارتكبت نواهيه ، وفقدت كل أمل في الرحمة ، فإن هذا القلق يمكن التخلص منه إذا علمنا بأنه لا يغفر الذنوب إلا الله وأن رحمته واسعة وباب فرجه مفتوح للتائبين العائدين إلى الله .

ولا شك أن في ديننا الإسلامي والقرآن الكريم طاقة روحية هائلة ومؤثرة في نفس الإنسان ، فهو يهز وجدانه ويرهف أحاسيسه ومشاعره ويصقل روحه ويوقظ إدراكه وتفكيره ويجلي بصيرته (الخطيب ، ٢٠٠٠ : ٤٤٥) .

وهناك الكثير من علماء النفس والباحثين من تحدثوا عن الدين كعلاجٍ شافٍ للتخلص من كثير من الاضطرابات النفسية ، والتي منها القلق كما وعمل البعض منهم على وضع معايير دينية معينة تكون بمثابة علاج للتخلص من تلك الاضطرابات .

وإن العلاج الديني للقلق كما يشير (محمد ومرسي ، ١٩٨٦ : ٨٥) يتوجه إلى تحرير الإنسان من مشاعر الخطيئة والإحساس بالذنب ويفتح أمامه باب الأمل والرجاء في مغفرة الله سبحانه وتعالى ورحمته وتبصير الإنسان بواجباته الدينية وتشجيعه على أدائها . ويمكن تحديد أساسيات العلاج الديني للقلق في التالي :-

- معرفة الخالق ومعرفة الذات .
- الصدق مع الخالق ومع الذات .
- قبول القضاء والقدر وقبول الذات .

ويشير (موسى ، ١٩٩٥ : ١٤٦) في قضية قبول القضاء والقدر وقبول الذات إلى أنه لا بد من الإيمان بأنه لا يحدث صغيرة أو كبيرة ولا محزن ولا مسر إلا بأمر الله وإرادته . وكذلك الرضا بذلك سواء ذلك وافق رغبتنا أو خالفها لأن ذلك من شأنه أن يقي المسلم كثير من الصدمات النفسية والقلق .

وتشير كذلك (أبو عيطة ، ١٩٩٧ : ١٨٧) إلى أن الإيمان يجعل صاحبه لا ينشغل بهوم الدنيا من فقر ولا يخشى الموت والآخرة لأن لديه من الأعمال الخيرة ما هو ذخراً له ، كما أنه إذا أصابته مصيبة يذكر الله ويمؤمن بقوله سبحانه وتعالى : **الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ** (الرعد : ٢٨) .

وكذلك في قضية الصدق مع الخالق ومع الذات فإن (الشرقاوي ، ١٩٨٤ : ٧٧) أشار إلى أنه على الإنسان أن يربي نفسه ويعودها على مكارم الأخلاق والصبر على الابتلاء ، وبذلك تكتسب نفسه السكينة والطمأنينة والأمن وتصبح صابرة تقية مؤمنة تؤجل دنياها الزائلة لأخرتها وتقبل على ما هو خير وأبقى .

أما في معرفة الخالق وفي معرفة الذات فإن (الخطيب ، ٢٠٠٠ ، ٤٤٤) يشير إلى أن أصحاب النفس المطمئنة قد رضي الله عنهم ورضوا عنه وعما قسم لهم من حظوظ العيش الكريم ، لا يشغلهم في هذه العاجلة ما شغل غيرهم من الجري وراء الأطماع والتكالب على حطام الدنيا الفاني وبذلك فهم وصلوا إلى غاية الاطمئنان وسكنوا إلى راحة الإيمان بعيداً عن وساوس الشيطان .

ومما سبق كله يتبين للباحث أن هناك فنيات علاجية دينية للقلق وأنها تختلف عن فنيات العلاج الأخرى التي تحدث عنها كثير من المعالجين ، وأن فنيات العلاج الديني هي من أقوى الفنيات وخاصة أنها تتبع من القرآن الكريم وسنة نبينا محمد صلى الله عليه وسلم . وإن الإنسان المسلم إذا امتثل لأوامر الدين الحنيف وابتعد عما نهى الله عنه عاش سعيداً في هذه الدنيا ولا يعاني القلق وأما إذا ابتعد عن هذا الدين فسيُعاني في حياته من عدم الرضا وسيكون القلق حليفه.

القلق في ضوء نظريات علم النفس :-

أولاً/ التحليل النفسي :-

إن القلق عند التحليل النفسي عبارة عن حالة من الضغط الذي يحفز عمل شيء ما ، وهذا الضغط يتولد لدى الإنسان من الصراع بين مركبات الهو والأنا الأعلى ، والتي تعمل على التأثير على المستوى النفسي لدى الفرد ويشعره بقدوم خطر ما (Corey, 1996 : 95)

ويوضح (كفافي ، ١٩٩٠ : ٣٤٥) أن مشاعر القلق حسب مدرسة التحليل النفسي - عندما يشعر بها الفرد ، تعني أن دوافع (الهو) الغريزية والأفكار غير المقبولة والتي عملت (الأنا الأعلى) على كبتها تقترب من منطقة الشعور وتوشك أن تخترق الدفاعات ، و على ذلك تقوم مشاعر القلق بوظيفة الإنذار للقوى الكابتة ممثلة في الأنا والأنا الأعلى لتحشد مزيداً من القوى الدفاعية لتحويل دون المكبوتات والنجاح في الإفلات من أسر اللاشعور .

ويشير (زهران ، ١٩٨٢ : ٣٩٩) إلى أن فرويد يؤكد على أن إعاقه الهو ودوافعها اللاشعورية للظهور هو بمثابة السبب الحقيقي وراء القلق .

كما يوضح (حمودة ، ١٩٩٧ : ٣٧٦) أن القلق في إطار النظرية التحليلية هو واحد من أربعة: قلق الغرائز ، قلق الانفصال ، قلق الخصاص، و قلق الأنا الأعلى .

إذن نجد أن مدرسة التحليل النفسي تعتبر القلق على أنه يرجع في أساسه للأفكار اللاشعورية؛ المتمثلة بدوافع الهو الغريزية والعدوانية ، ولا يوجد أسباب أخرى من وجهة نظرها تستدعي وجود القلق عند الإنسان.

ثانياً/ المدرسة السلوكية والقلق :-

يفيد الطبيب (١٩٨١) أن المدرسة السلوكية تفسر القلق باعتباره استجابة انفعالية متعلمة على أساس مبادئ التشريط ، يعتمد على ارتباط مثير محايد بآخر غير محايد (جبريل ، ١٩٩٤ : ١٦٢) .

والقلق من وجهة النظر السلوكية هو بمثابة سلوك متعلم من البيئة التي يعيش وسطها الفرد تحت شروط التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي . ولا يؤمن أصحاب هذه النظرية بالدوافع اللاشعورية وإنما يفسرون القلق في ضوء الاشتراط الكلاسيكي بين المثيرات . (كفافي ، ١٩٩٠ : ٣٤٩) .

ويؤكد ذلك (الدسوقي ، ١٩٩٧ : ٢٦) حيث ذكر أن السلوكيين يفسرون القلق بأن عبارة عن ارتباط مثير محايد بمثير آخر مخيف ، وبذلك يكتسب المثير المحايد صفة المثير المخيف ، ويصبح قادراً على استدعاء استجابة الخوف . وبذلك يكون القلق عند المدرسة السلوكية بمثابة شئ متعلم ومكتسب لدى الفرد .

ووضح ذلك أيضا جريست وآخرون (١٩٨٦) حيث أفادوا أن القلق عند المدرسة السلوكية مكتسب ومتعلم ، ناتج عن ارتباط شرطي بين المثيرات (الليل ، ١٩٩٧ : ٣٤) . كما أن القلق عند السلوكيين هو بمثابة استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي ، تحت ظروف أو مواقف معينة ثم تعميم الاستجابة بعد ذلك . (زهران ، ١٩٨٢ : ٣٩٩)

إذن من الواضح أن المدرسة السلوكية تختلف في تفسيرها للقلق عن مدرسة التحليل النفسي اختلافاً تاماً بالنظر إلى المنشأ الحقيقي للقلق .

ثالثاً/ المدرسة الإنسانية والقلق :-

يرى أصحاب المدرسة الإنسانية أن التحدي الرئيس أمام الإنسان ، هو أن يحقق وجوده وذاته كإنسان وكائن متميز عن الكائنات الأخرى ، ويشعر الإنسان بالقلق إذا فشل في تحقيق ذاته (كفافي وآخرون ، ١٩٩٠ : ٥٧٩) .

وتوضح (القطان ، ١٩٨٦ ، ٦٤٣) ذلك؛ حيث أشارت إلى أن الإنسانين يعتبرون القلق خاصية أساسية ، وهو استجابة للتهديد ، ويتأصل في لب الوجود الإنساني .

ويشير (القريظي ، د. ت : ١٣٢) إلى أن الإنسانين ينظرون إلى الإنسان بطبيعته ككائن متميز وفريد ، له خصائصه الإيجابية ، ويرون أن القلق ينشأ إما من أحداث خاصة أو متوقعة مستقبلاً ، بحيث تمثل هذه الأحداث تهديداً لوجوده .

ويركز الإنسانون على الإرادة والحرية والمسؤولية وتحقيق الذات ، ويرون أن تحقيق الذات هو الدافع الأساسي لدى الإنسان ، والذي يؤدي به للقلق إن لم يحققه (الدسوقي ، ١٩٩٧ : ٢٦) .

وهنا نجد أن المدرسة الإنسانية تركز على إنسانية الإنسان ، الذي يسعى إلى تحقيق أهدافه وآماله ، وإن لم يستطع ذلك حدث لديه القلق وبذلك أيضاً اختلفت عن المدرستين السابقتين (التحليل النفسي/ السلوكية) .
وهناك الاتجاه الوجودي ؛ وهو أهم روافد المدرسة الإنسانية ويعتقد أن القلق ينشأ عند الفرد إذا فشل في معرفة الهدف من حياته لأن هذه المعرفة تحدد اتجاهاته وأنشطته في الحياة وبذلك سيقع الفرد فريسة للقلق ، وهو القلق الذي يعرف كثيراً في الكتابات النفسية بالقلق الوجودي. (كفاي وآخرون ، ١٩٩٠ : ٥٨٠) .

ومن العرض السابق للنظريات النفسية، ولتناولها لموضوع القلق، يجد الباحث أن هناك فرق جوهري بين المدرسة الإنسانية ومدرستي التحليل النفسي والسلوكي ، وذلك بأن عوامل القلق ومثيراته ترتبط بالحاضر والمستقبل عند المدرسة الإنسانية، بينما مدرسة التحليل النفسي والمدرسة السلوكية تعزيان أسباب القلق إلى الماضي . كذلك اعتبرت مدرسة التحليل النفسي القلق أنه داخلي المنشأ يرجع في أساسه إلى دوافع الهو اللاشعورية المكبوتة داخل الإنسان ، أما المدرسة السلوكية فاعتبرته خارجي المنشأ ومتعلم من البيئة يخضع لشروط التدعيم .

القلق من وجهة نظر بعض علماء النفس :-

سيقوم الباحث بعرض لآراء بعض العلماء في موضوع القلق :-

□ فرويد :- (نظرية التحليل النفسي)

يرى فرويد أن هناك عدة عوامل تلعب دوراً في إظهار القلق ، ومنها التغيرات التي تحدث للفرد أثناء نموه وانتقاله من مرحلة إلى مرحلة وأهمها صدمة الميلاد وعجز الفرد وعدم قدرته على إشباع حاجاته ومواجهة مشكلاته (الليل ، ١٩٩٧ : ٣٣) .

وتفيد ماي (١٩٧٧) بأن فرويد يؤكد على موضوع القلق واعتبره القاعدة الأساسية والمشكلة المحورية لكافة الأعصاب النفسية (عيد ، ١٩٩٥ : ٧٩) .

□ كارين هورني :- (نظرية التحليل النفسي - المدرسة النفسية الاجتماعية)

ترى كارين هورني أن القلق يحدث نتيجة التهديد الواقع على التنظيم الزائف الذي يكونه الشخص ، وذلك لمحاولة التوفيق مع الحياة ، وكحاجة يائسة لحماية نفسه ضد الظروف العادية ، (غالبا ، ١٩٧٨ : ٦٤) .
وتبين (عبد الباقي ، ١٩٩٣ : ١٠٦) أن كارين هورني تعتبر القلق الحقيقي للطفل هو ناتج عن الحرمان من الحب والعطف الحقيقيين ، وترى هورني أن الخطر يأتي من عوامل خارجية وداخلية .

□ الفريد أدلر :- (نظرية التحليل النفسي - علم النفس الفردي)

يرى الفريد أدلر أن القلق يتولد عن شعور الفرد بالنقص والعجز ، بين ما هو عليه من إمكانيات ، وما يحيط به من إمكانيات ، والشعور بالنقص يكون جسمي أو معنوي أو مادي . (زهرا ، ١٩٨٢ : ٣٩٩) .

ويشير هول وليندزي (١٩٧١) إلى أن أدلر اعتبر وظيفة القلق ، هي تحذير الشخص من خطر وشيك الوقوع . (عبد المعطي ، دسوقي ، ١٩٩٣ : ٨) .

□ **أوتورانك :-** (نظرية التحليل النفسي - المدرسة النفسية الاجتماعية)
يرى أوتورانك أن القلق يتولد لدى الإنسان منذ فترة ميلاده وانفصاله عن بيئة الرحم ،
وسمى تلك الصدمة بالقلق الأولي (غالب ، ١٩٧٨ : ٥٥) .
ويؤكد أوتورانك أن كل موقف يجد الفرد نفسه مضطراً إلى الانفصال عن موضوع ما فإنه يشعر
بالقلق لأن ذلك يذكره بصدمة الميلاد (زهران ، ١٩٨٢ : ٣٩٩) .

□ **أريك فروم :-** (نظرية التحليل النفسي - المدرسة النفسية الاجتماعية)
يعتبر أريك فروم أن الطفل يقضي فترة طويلة من الزمن معتمداً على الوالدين ، ومع
مرور الزمن واتجاه الطفل إلى الاستقلال ، يولد ذلك لديه شعور بالقلق ، لأنه يشعر أنه يواجه
العالم المملوء بالمخاطر (غالب ، ١٩٧٨ : ٧٠) .

□ **سوليفان :-** (نظرية التحليل النفسي - المدرسة النفسية الاجتماعية)
يؤكد سوليفان على أن القلق ينشأ من تأثير العلاقات الاجتماعية التي يعيش وسطها
الإنسان وخاصة إذا اتسمت هذه العلاقات بالتسلطية أو بالتباعد (كفاي ، ١٩٩٠ : ٣٤٦) .

□ **كارل يونج :-** (نظرية التحليل النفسي - علم النفس الجمعي)
يرى كارل يونج أن القلق هو رد فعل لبعض الأفكار أو التخييلات غير المعقولة، والتي
تأتي إلى الفرد عن طريق اللاشعور الجمعي ، وما يحتويه من نماذج بدائية
(الليل ، ١٩٩٧ : ٣٤٠) .

□ **روجرز :-** (النظرية الإنسانية)
يرى روجرز أن القابلية للقلق تحدث عندما يكون هناك تعارض بين ما يعيشه الكيان
العضوي وبين مفهوم الذات (القطان ، ١٩٨٦ : ٦٤٢) .

ويوضح ذلك Zastrow (1985) حيث أفاد أن روجرز اعتبر الخبرات التي تتفق مع
مفهوم الفرد عن ذاته تدرك على أنها نوع من التهديد والخطر الذي يستثير القلق ،وبذلك فقد يتم
إنكار هذه الخبرات أو تحريفها بالشكل الذي يتفق ومفهوم الفرد عن ذاته (جبريل ، ١٩٩٤ :
١٦٢) .

□ دولارد وميلر:- (النظرية السلوكية)

يركز دولارد وميلر على التعلم في اكتساب القلق، فهما يريان أن الخوف دافعاً مكتسباً أي دافعاً ثانوياً مشتقاً من الألم وأن الإنسان لا يستطيع عن طريق عملية الكبت أن يستأصل الدوافع المثيرة للخوف بشكل قاطع (غالبا ، ١٩٧٨ : ٧٢) .

□ بيرلز :- (الجنسطلت - نظرية الإكمال)

يعتبر بيرلز القلق بمثابة الفجوة ما بين (الآن - Now) وبين (اللاحق - Later) فالأفراد يعيشون القلق لأنهم يتركون يقين (الآن) لينشغلوا بالمستقبل (القطان ، ١٩٨٦ : ٦٤٢) .

ومن خلال العرض السابق لأراء ووجهات النظر المختلفة من قبل العلماء تجاه موضوع القلق ، نجد أن كل عالم ذهب في تفسيره للقلق من ناحية أدرك أنها تمثل الأساس لإثارة مشاعر القلق ، ويتضح أن هناك صعوبة في التحديد الدقيق للقلق، وهذا يعتبره الباحث بمثابة الأمر الطبيعي وذلك لتعدد مفهوم القلق ، ولكن على الرغم من اختلاف وجهات النظر فإن هناك شبه قاسم مشترك لدى كثير من العلماء في رأيهم بالقلق ومظاهره ، وإن كان هناك اختلافاً واضحاً في الآراء لدى العلماء فهذا يعكس مرجعية هذا العالم أو ذاك ، في موافقة آرائه إما لآراء مدرسة التحليل النفسي أو المدرسة السلوكية أو الإنسانية.... الخ .

القلق من منظور إسلامي :-

يقول تعالى : " لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ " . (البلد : ٤) .

ويقول تعالى أيضاً : " فَلْيَعْبُدُوا رَبَّ هَذَا الْبَيْتِ ﴿٣﴾ الَّذِي أَطْعَمَهُمْ مِنْ جُوعٍ وَآمَنَهُمْ مِنْ خَوْفٍ " (قريش : ٣-

٤).

بداية يمكن القول أن خلق الإنسان منذ "آدم عليه السلام" حتى يومنا هذا لم تكن إلا لغرض العبادة "وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ" (الذاريات : ٥٦) .

وهذه العبادة تتطلب من الإنسان الكثير من الجهد ومواجهة الصعاب، وتقلبات الحياة مما يجعل الإنسان يعيش في حيرة وقلق عندما يبعد عن هذا الطريق ، ولكن الإنسان يحاول جاهداً أن يلبي نداء ربه مما يجعله يكابد هذه الحياة ، ويعيش معتركها بين خوف وأمن وسعادة وقلق .

والقلق - كما أسلفنا - قديم قدم آدم "عليه السلام" ولقد حدثنا القرآن الكريم عن حالة القلق التي شعر بها آدم وحواء عندما أكلا من الشجرة التي نهاهما الله عنها فقال تعالى :

" يَا آدَمُ اسْكُنْ أَنْتَ وَزَوْجُكَ الْجَنَّةَ فَكُلَا مِنْ حَيْثُ شِئْتُمَا وَلَا تَقْرَبَا هَذِهِ الشَّجَرَةَ فَتَكُونَا مِنَ الظَّالِمِينَ * فَوَسَّوَسَ لَهُمَا الشَّيْطَانُ لِيُبْدِيَ لَهُمَا مَا وُورِيَ عَنْهُمَا مِنْ سَوْآتِهِمَا وَقَالَ مَا نَهَاكُمَا رَبُّكُمَا عَنْ هَذِهِ الشَّجَرَةِ إِلَّا أَنْ تَكُونَا مَلَكَتَيْنِ أَوْ تَكُونَا مِنَ الْخَالِدِينَ * وَقَاسَمَهُمَا إِنِّي لَكُمَا لَمِنَ النَّاصِحِينَ * فَدَلَّاهُمَا بِغُرُورٍ فَلَمَّا ذَاقَا الشَّجَرَةَ بَدَتْ لَهُمَا سَوْآتُهُمَا وَطَفِقَا يَخْصِفَانِ عَلَيْهِمَا مِنْ وَرَقِ الْجَنَّةِ وَآدَاهُمَا رَبُّهُمَا أَلَمْ أَنهَكُمَا عَنْ تِلْكَ الشَّجَرَةِ وَأَقُلْ لَكُمَا إِنَّ الشَّيْطَانَ لَكُمَا عَدُوٌّ مُبِينٌ * قَالَا رَبَّنَا ظَلَمْنَا أَنْفُسَنَا وَإِنْ لَمْ تَغْفِرْ لَنَا وَتَرْحَمْنَا لَنَكُونَنَّ مِنَ الْخَاسِرِينَ "

(الأعراف : ١٩ - ٢٣) .

وفي هذه الآيات وصف دقيق لحالة القلق بمفهومه النفسي الحديث ، وهو الشعور بالخوف الزائد من شر متوقع في المستقبل وإحساساً بالعجز عن مواجهة هذا الشر، فأدم عليه السلام عندما أكل من الشجرة وعصا أمر ربه ، شعر بالذنب وانتابه خوف زائد من فقدان حب الله ومن المجهول الذي ينتظره بعد ذلك .

ويروي ابن كثير في تفسيره قصة تؤيد هذا التحليل لحالة آدم النفسية في موقف العصيان ؛ فيروي حديث عن ابن عباس رضي الله عنه جاء فيه : "فانطلق آدم عليه السلام مولياً في الجنة فعلقت برأسه شجرة من الجنة فناداه الله يا آدم أمني تفر ؟" (ابن كثير ، د.ت : ١٣٤١)

ويرى الباحث أن هناك عدة أسباب للقلق من الناحية الدينية: ومنها على سبيل المثال الجهل والضلال الذي يعانيه كثير من الناس في الحياة الدنيا؛ لجهلهم بالسبب الحقيقي من وراء خلقهم، ومحاولة الكثير لإشباع حاجاتهم بشكل غير مناسب؛ مثل السعي لإشباع الحاجات الجسدية بشكل مفرط على حساب الحاجات النفسية والروحية، ومن الأسباب أيضاً؛ الانحراف عن الطريق المستقيم الذي أراده الله لنا. وإذا ما أحست النفس الإنسانية في ذاتها بالتواء عن الطريق القويم فإن القلق يكون لها حليفاً لها؛ لأن القلق سمة إنسانية في حدود الحالات المقبولة، فكلما كانت النفس خيرة فإنها تدفع الشخص إلى النزوع للخير أما إذا كانت تنزع إلى الشر والعدوان فإنها تدفعه إلى أن يسلك سلوكيات تتوافق مع ذلك .

ومن الملاحظ أن مصطلح القلق لم يرد في القرآن الكريم كما هو، وإنما ورد بعدة معاني وفي عدة مناسبات .

ويشير (الشريف ، ١٩٨٧ : ٦٤) في هذا المقام إلى أن القلق كان له عدة معاني في القرآن الكريم ومنها الضيق النفسي ، والخوف والجزع والهلع والرعب والفرع :-

"إِنَّ الْإِنْسَانَ خُلِقَ هَلُوعًا إِذَا مَسَّهُ الشَّرُّ جَزُوعًا" (المعارج : ١٩ - ٢٠) .

"سَوَاءٌ عَلَيْنَا أَجَزَعْنَا أَمْ صَبَرْنَا مَا لَنَا مِنْ مَحِيصٍ" (إبراهيم : ٢١) .

"فَإِذَا هِيَ اللَّهُ لَبَاسُ الْجُوعِ وَالْخَوْفِ بِمَا كَانُوا يَصْنَعُونَ" (النحل : ١١٢) .

"إِذْ دَخَلُوا عَلَى دَاوُدَ فَفَزِعَ مِنْهُمْ" (ص : ٢٢) .

"مَنْ يُرِدْ أَنْ يُضِلَّهُ يَجْعَلْ صَدْرَهُ ضَيِّقًا حَرَجًا" (الأنعام : ١٢٥) .

"وَقَذَفَ فِي قُلُوبِهِمُ الرُّعْبَ" (الأحزاب : ٢٦) .

وكتب المسلمون عن القلق والخوف ومما يدل على اهتمامهم بذلك ومنهم الغزالي، حيث عرف الخوف بأنه عبارة عن تألم القلب واحتراقه بسبب توقع مكروه وقسمه إلى قسمين ، خوف عادي حميد ، وخوف مفرط مذموم يخرج الإنسان إلى اليأس (محمد ومرسي ، ١٩٨٦ : ١٤٠) .

وأيضاً من الدلائل الحقيقية على اهتمام الإسلام بموضوع القلق أن الرسول صلى الله عليه وسلم فرق بين الأزمات النفسية التي يمكن أن تهاجم الإنسان وتعرض حياته، فتصيبه بالهم والغم والكرب والحزن والأرق والقلق ، وفرق كذلك بين الأزمات النفسية وبين الأمراض البدنية (الشرقاوي ، ١٩٨٣ : ١٦٧) .

كل ذلك يبين مدى السبق لديننا الحنيف في توضيح مفهوم القلق منذ أربعة عشر قرناً من الزمان قبل أن يأتي علماء العصر من الشرق أو الغرب ليوضحوا هذا المفهوم .

ومهما اجتهد العلماء والباحثون في الدراسة والبحث ، فلا يتسامى ما يقرون من مبادئ ونظم إلى منهج الإسلام في بناء شخصية المسلم ، فهو الطريقة الأمثل لبناء الإنسان الصحيح عقلياً وجسدياً ونفسياً (محفوظ ، ١٩٩١ : ١١) .

ويشير (عبد الواحد ، د. ت ، ٥) إلى أن الله عز وجل جعل بعد الشدة فرجاً ، وبعد الضيق سعة ومخرجاً ، ولم تخل محنة من منحة ولا نقمة من نعمة ، ولكن الكثير من الناس يعانون من غياب الوعي الديني مما يؤدي بهم إلى القلق .

وهذا يؤكد حرص إسلامنا العظيم على أهمية مواجهة القلق والخوف ويحثنا على التفاضل في الحياة والصبر وعدم الاستسلام للمحن مهما عظمت "فَإِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا* إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا* فَإِذَا فَرَغْتَ فَانصَبْ* وَإِلَىٰ رَبِّكَ فَارْغَبْ" (الشرح : ٥-٨) .

كما أن القلق لا يتصف به المؤمن الحقيقي ، الذي أخلص العبادة لله وحده وأحسن العمل ؛ لأن مثل هذا المسلم إنما يتسم بنفس مطمئنة يزداد اطمئنانهما بالقرب من الله ، وهي ليست بحاجة إلى حيل دفاعية للتخلص من القلق، وإنما تحتاج إلى مواجهة ذاتية وتصميم ذاتي مستمر يجعل الاطمئنان سمتها في كل وقت (الهواري والشناوي ، ١٩٨٧ : ١٧٣) .

ومما سبق يرى الباحث مدى اهتمام الإسلام بموضوع القلق ، ويوضح مدى إسهامات علماء المسلمين في ذلك الأمر ، مما يدل على أن ديننا الإسلامي الحنيف له شرف سبق في الحديث عن القلق وعن غيره من المواضيع ، حيث يقول الله سبحانه وتعالى : " مَا فَرَطْنَا فِي الْكِتَابِ مِنْ شَيْءٍ " (الأنعام : ٣٨) .

السلوك الديني :-

أولاً/ المعنى اللغوي :-

(أ) السلوك :-

(سلك) ، قال ابن فارس : "السين واللام والكاف أصل يدل على نفوذ شيء في شيء يقال سلك الطريق ، أسلكه ، وسلك الشيء في الشيء أنفذته" (ابن زكريا ، د. ت : ٩٧) . وعرف (المنائي ، ١٩٩٠ : ٤١٣) السلوك بأنه "النفوذ في الطريق" . ويقول (الفيروز آبادي ، ١٩٨٧ : ١٢١٨) : "سلك المكان سلكاً وسلوكاً ، وسلكه غيره ، أسلكه إياه وأسلك يده في الجيب ، أي أدخلها فيه" .

(ب) الدين :-

قال ابن الكمال : "الدين وضع إلهي يدعو أصحاب العقول باختيارهم المحمود إلى الخير بالذات" . وقال الحرالي : "دين الله المرضي الذي لا لبس فيه ولا حجاب عليه ، ولا عوج له" (المنائي ، ١٩٩٠ : ٣٤٤) .

ثانياً/ التعريف الاصطلاحي :-

عرفه (الميداني ، ١٩٨٤ : ٨٧) أنه إتباع لا ابتداع لأوامر الدين ويكون كمال هذا السلوك بالإتباع الأمثل لأحكام الله وسنة رسوله صلى الله عليه وسلم في مجال القول والعمل .

ويعرفه (موسى ، ١٩٩٩ : ٦٧٨) : ما يقوم به الفرد المتدين من ممارسات دينية تتبع من إيمان عميق بالله تتمثل في العبادات ، والمعاملات والأخلاق ، وذلك في محاولة إرضاء خالقه وتحسين علاقته بالآخرين .

وتعرفه (الشويعر ، ١٤٠٩هـ) بأنه اتباع الفرد لكل تعاليم المنهج الإسلامي الحنيف وذلك في علاقته بربه وفي معاملته مع الناس . (موسى ، ١٩٩٩ ، ٥٣٩) .

ومن التعريفات السابقة لغوياً واصطلاحياً تبين للباحث أن السلوك الديني يكون بمثابة الالتزام بأوامر الدين الشرعية من واجبات وتكاليف ، وأفعال محببة صالحة، تنفع الإنسان المسلم

في الدنيا والآخرة، والابتعاد عن الأفعال الممنوعة والمحرمة من الناحية الشرعية، "مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ إِلَّا بِإِذْنِ اللَّهِ..." (التغابن : ١١) .

لقد خلق الله عز وجل الناس لعبادته، "وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ" (الذاريات : ٥٦) . واستخلفهم في الأرض ليعمروها "وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً" (البقرة : ٣٠) وكتب عليهم الابتلاء في هذه الدنيا "إِنَّا خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ نُطْفَةٍ أَمْشَاجٍ نَبْتَلِيهِ" (الإنسان : ٢) ، وكان من هذا الابتلاء أن تلم بالإنسان النوائب وأن تصيبه الضراء والسراء .

ومن هذا المنطلق فهو مطالب بالامتثال لأوامر الله سبحانه وتعالى وإتباع سنة نبيه صلى الله عليه وسلم ، وكذلك اجتناب المنهيات. ومن هنا فإن الإنسان المسلم يولي أمر دينه الأولوية عن باقي الأمور . وهذا ما أكد عليه (موسى ، ١٩٩١ : ١٢٤) أن القيم الدينية لدى الإنسان يجب أن تقع في المنزلة الأولى لديه عن باقي أمور حياته مهما كانت . والالتزام بهذه القيم والأحكام والموازن ، هو الذي يوفر للإنسان السعادة والأمان الحقيقيين ويوفر كل معايير الصحة النفسية السليمة لدى الإنسان "الَّذِينَ آمَنُوا وَلَمْ يَلْبِسُوا إِيمَانَهُمْ بِظُلْمٍ أُولَئِكَ لَهُمُ الْأَمْنُ وَهُمْ مُهْتَدُونَ" (الأنعام : ٨٢) .

إن الأمان والسعادة منح عظيمة منحها الخالق تبارك وتعالى لعباده ، وإن أي ابتعاد عن هذا المنهج يعني شقاء هذه البشرية "وَمَنْ أَعْرَضَ عَنْ ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكًا" (طه : ١٢٤) .

ويشير (ابن القيم ، ١٤٠٣هـ) إلى أن الالتزام بدين الله بالقول والعمل يجعل الإنسان المؤمن يذوق حلاوة الإيمان ويذوق حلاوة معرفة الله والقرب منه . وإن المشاكل التي تحدث لكثير من الناس إنما تعزى إلى فقدان الوازع الديني وعدم وجود النظرة الدينية إلى الحياة (موسى ، ١٩٩٩ : ٥٦٦) .

وإن الدين هو رحلة الإنسان إلى التسامي، وهو المنحة الربانية التي ينبغي رعايته، وإن أزمة القلق هي من عدم التعادل بين القيم الدينية وبين المظاهر الحضارية المادية وهو دين قوة وعمل ويحث المسلم على أن يعمل عملاً صالحاً ينفعه في الدنيا والآخرة (الفيومي ، ١٩٨٥ : ١) . ويبين (قادري ، ١٩٧١ : ٧٦) أن الدين الإسلامي دين قوة وعمل، وأنه يحث المسلم على أن يعمل عملاً صالحاً ينفعه في الدنيا والآخرة .

كل ذلك يوضح بشكل لا يدع مجالاً للشك مدى أهمية السلوك الديني والتمسك به لدى الإنسان في حياته، ليحيا حياة طيبة سعيدة لا تشوبها شائبة .

كما يوضح (الزميلي، ١٩٨٨: ٩٠) أن الآلام النفسية في ظل الحضارات المادية أقسى بكثير من كل داء جسدي؛ فالمجتمعات المادية تصل بالإنسان إلى أن يعيش بلا هدف أو تطلع إلا في حدود نفسه المادية، لذلك يعيش في ظل عدم الاطمئنان وعدم الثقة، مما يجعله تربة خصبة لكل تيار معوج وطريق ضال.

ويشير (موسى، ١٩٩١: ٢٧٩) إلى أن الإنسان ربما يرتكب بعض الأخطاء والأفعال المحرمة أو الممنوعة ويخفيها عن الناس وينكر أفعاله، ولكنه في نفس الوقت يدرك أنه مهما أنكر فلا بد أن يكتشف الناس أمره يوم ما مما يجعله يشعر بالقلق.

وهذا يبين لنا أن الالتزام بالسلوكيات الدينية بفعل الواجبات والبعد عن المحرمات ، يقينا الكثير من الاضطرابات والأحزان ويساعدنا على الاستقرار في الحياة ؛ لأننا كمسلمين نعلم أن الله يراقبنا ويراقب أفعالنا وبذلك فإننا نسعى لإرضائه سبحانه وتعالى في أقوالنا وأفعالنا .
ويؤكد ذلك (عبد الواحد ، د.ت : ٥) حيث أوضح أن الناس لم يكن لهم في أيام الرخاء أنفع من الشكر والثناء ولا في أيام البلاء أنجع من الصبر والدعاء.

ويبين (زقزوق ، ١٩٩٩: ٤١) أنه إذا أردنا أن ينصلح حالنا ونعيش بسعادة فلا بد من التغيير من سلوكياتنا، وذلك في مجال العمل الصالح دينياً كان هذا العمل أم دنيوياً، وذلك يؤدي للسعادة في الدارين الدنيا والآخرة.

ولكن علينا أن نتفهم أنه إذا لم ننجح في أداء تلك الرسالة والالتزام بما أمر الله به والبعد عما نهى الله عنه فسيكون مصيرنا أن نقع فريسة للقلق وعدم الراحة النفسية .

وهنا يوضح الغزالي ماهية القلق بأنه بمثابة سرعة الحركة لنيل المطلوب مع إسقاط الصبر المطلوب (الفيومى، ١٩٨٥: ٨٣) .

ولقد كان رسولنا الكريم صلى الله عليه وسلم يجاهد من أجل القضاء على أسباب الشقاق والخلاف في المجتمع المسلم؛ لأنهما يؤديان إلى التوتر والقلق والبعد عن الخير وإغراق النفوس في دائرة الانفعالات (صباح، ١٩٩٥: ٩٨).

وهذا يوضح مدي حرص رسولنا العظيم صلى الله عليه وسلم على الحياة السوية؛ لكي يعيش الإنسان هانئاً في ظل الدين الإسلامي الحنيف متمتعاً بنفس مطمئنة دون أن تشوبها شائبة.

إن الإسلام إذا خالطت بشاشته القلوب يشيع فيها الطمأنينة والثبات والاتزان الانفعالي والعاطفي والعقلي وبقائها القلق والخوف والاضطرابات (محفوظ، ١٩٩١: ١١) .

ويشير (الفيومي، ١٩٨٥: ٦٢) إلى أن الله سبحانه وتعالى جعل لكل عضو من أعضاء الإنسان كمالاً إن لم يحصل له كان في قلق وانزعاج؛ فكمال العين البصر، وكمال الأذن السمع، وكمال اللسان النطق، وكمال القلب ونعيمه في معرفة الله ومحبه والإقبال عليه. إذن أي اختلال أو إرباك للإنسان في تكوينه يؤدي به إلى الشعور بحالة مرضية تبعث في نفسه بعض مشاعر القلق والخوف.

ويؤكد (زين الهادي، ١٩٩٥: ٥٣) ذلك الأمر؛ حيث أشار إلى أن المرضى والذين يتأثرون نفسياً من طول مرضهم يوجد لدى الكثير منهم الإحساس المفرط، ويثرون لأقل مثير، ويتولد لديهم القلق أكثر من غيرهم، وعلى المؤمن ألا يجزع من المرض فالمرض يكفر الله به خطايا الإنسان.

كما أشار (الزميلي، ١٩٨٨: ٦٩) إلى أن المرض هو بمثابة اختبار لمدى صبر الإنسان على ابتلاء ربه، فعليه أن يسعد لأن الله اختاره للابتلاء، وعليه الصبر ليحظى برضا الله عليه وبدخوله الجنة.

"وَلَبَلُّوكُمُ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ" (البقرة : ١٥٥) .

وكذلك قدم الغزالي - كما أشار (الفيومي، ١٩٨٥: ٢٣) - الدين على أنه علاج لكل ما ألم بالإنسان من دواعي الحيرة والقلق، ومن ميزات الدين أنه الصوت الداخلي الذي يحكم سلوك الأفراد ويوجههم الوجهة الصحيحة للابتعاد عن الخطايا.

وهذا ما أكد عليه (موسى، ١٩٩٩: ٤٣٨) حيث اعتبر أن الدين هو بمثابة مصدر لتهديب السلوك وتقويم الأخلاق وتحقيق المعاملة الحسنة . و الدين هو علاج شافٍ لكل داء ، وأن الإنسان المسلم لديه كنز عظيم وقوة عظيمة تقيه وتحفظه ألا وهو الدين الإسلامي الحنيف .

كما يوضح (الزميلي، ١٩٨١: ٥١) أنه يجب أن نعلم أن كل الأمراض هي لحكمة يعلمها الله وقد تكون الحكمة متعلقة بالشخص نفسه أو بأهله ، أو بأهل حيه أو بغير ذلك، وعلينا أن نؤمن أن هناك حكمة من وراء كل حدث، ومنكر حكمة الله كافر والعياذ بالله، ولنعلم أن ما أراده الله لنا مع صبرنا خير مما أردناه لأنفسنا . "وَعَسَى أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئًا وَهُوَ خَيْرٌ لَكُمْ وَعَسَى أَنْ تُحِبُّوا شَيْئًا وَهُوَ شَرٌّ لَكُمْ وَاللَّهُ يَعْلَمُ وَأَنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ" (البقرة : ٢١٦) .

ويؤكد (زين الهادي، ١٩٩٥: ١٥٩) أن التمسك بأسس الدين والاعتناء بآدابه والتخلق بأخلاقه ونهج سلوكه هو بمثابة قوة للشخصية يخلصها من كل عناء .وأن هذا التمسك ينبغي أن يكون متوازناً لا غلو فيه ولا تقريط؛ لأن ذلك سيؤدي بالإنسان إلى عدم الاستقرار . ويؤكد ذلك (الميداني، ١٩٨٤: ٩٣) حيث أشار إلى أن التقريط في السلوك الديني ؛ والذي هو بمثابة نتيجة للنقص في الالتزام بفعل الواجبات وترك المحرمات ونقص من مراعاة فعل المندوبات وترك المكروهات.

ويشير (الزميلي، ١٩٨٨: ٣٨) إلى أن أسمى هدف للإنسان المسلم هو مرضاة ربه عز وجل، ثم الجنة فهنيئاً لمن بلغه الله الجنة بالابتلاء والصبر، وكان لا يستطيع ذلك لو بقي صحيحاً معافى. ويقول الرسول صلى الله عليه وسلم : "إن عظم الجزاء مع عظم البلاء وإن الله تعالى إذا أحب قوم ابتلاهم فمن رضي فله الرضى ومن سخط فله السخط" .

مما سبق يتبين أن الإنسان المسلم إذا مرض وصبر فهو خير له ، وأن الله سبحانه وتعالى اختاره للابتلاء مما يؤكد على أهمية التمسك بتعاليم ديننا الحنيف ومنها الصبر على البلاء ، وإن الإسلام فرض على أهله سلوكيات معينة هي قمة ما يبتغيه الإنسان السوي، وهو إمكان ترويض الإنسان على ضبط انفعالاته والتحكم بها أو توجيهها الوجهة التي تخدم الفرد نفسه ومجتمعه (زين الهادي، ١٩٩٥: ٢٦٩).

ويؤكد على ذلك (غالب، ١٩٧٨: ١٤٣) حيث أفاد أن الإنسان عندما ينجح في استيعاب سلوكه فإنه أميناً مع نفسه، ويعترف بأخطائه ونقائصه ، وبذلك يتقبل الشخص الخير والشر معاً ولا يتعرض للقلق عند كل فشل.

وهذا يجعلنا نراقب الله في أفعالنا وسلوكياتنا؛ لمعرفة السواء واللاسواء في ذلك الأمر استناداً لتعاليم ديننا الحنيف والمتمثل بالأوامر الشرعية ، والابتعاد عما نهى الله سبحانه وتعالى عنه .

لا بد للمسلم إذا أراد أن يسير في الطريق السوي المستقيم، الذي سار عليه الجيل الأول أن يفهم حقيقة الالتزام بدين الله ، وجدية الأخذ بكتاب الله وسنة رسوله صلي الله عليه وسلم (موسى، ١٩٩٩: ٥٣٩) .

وهنا يتضح مدى أهمية السلوك الديني والمتمثل بالالتزام بالدين والإسلام من جميع النواحي، من حيث أعمال القلب وأعمال اللسان وأعمال الجوارح امتثالاً لأوامر الله عز وجل وأوامر رسوله الكريم صلي الله عليه وسلم وهنا يجب علينا التعرف على بعض نواحي ذلك السلوك الديني ومعرفة ماهية السلوكيات التي تدل على الالتزام بديننا الحنيف ، وهي كثيرة وعظيمة وأنه من الصعوبة القيام بحصرها وتوضيحها بشكل كامل ولهذا سيقوم الباحث بذكر بعض منها .

♦ بعض دلالات السلوك الديني :-

سيقوم الباحث بذكر بعضاً منها استناداً لما ذكره كل من: (محفوظ، ١٩٩١ : ١١ - ١٢) ، (علوان، ٢٠٠٠: ٣٨)، (زين الهادي ، ١٩٩٥ : ٢١٤ - ٢١٦)، (السيكولوجية المبسطة، ١٩٨١ : ٩٠) (الشريف ، ١٩٨٧ : ٦) :-

- قراءة القرآن وتلاوته والمداومة عليها في تدبر وخشوع.
- "وَنُزِّلَ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ" (الإسراء: ٨٢) .
- * ذكر الله تعالى والاستعاذة من الشيطان. "أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ" (الرعد : ٢٨)
- "وَإِمَّا يَنْزَغَنَّكَ مِنَ الشَّيْطَانِ نَزْغٌ فَاسْتَعِذْ بِاللَّهِ إِنَّهُ هُوَ السَّمِيعُ الْعَلِيمُ" (الأعراف: ٢٠٠).
- ضبط الانفعال وكظم الغيظ والعفو عند المقدرة كذا الإحسان إلى الناس .

"وَسَارِعُوا إِلَى مَغْفِرَةٍ مِنْ رَبِّكُمْ وَجَنَّةٍ عَرْضُهَا السَّمَاوَاتُ وَالْأَرْضُ أُعِدَّتْ لِلْمُتَّقِينَ * الَّذِينَ يُنْفِقُونَ فِي السَّرَّاءِ وَالضَّرَّاءِ وَالْكَاطِبِينَ الْغِيظَ وَالْعَافِينَ عَنِ النَّاسِ وَاللَّهُ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ" (آل عمران: ١٣٣-١٣٤) .

- الاستغفار والإنابة إلى الخالق عز وجل .
- "وَأَسْتَغْفِرِ اللَّهَ إِنَّ اللَّهَ كَانَ غَفُورًا رَحِيمًا" (النساء : ١٠٦) .
- الصبر على البلاء مع دوام الشكر لله تعالى .
- "وَالصَّابِرِينَ فِي الْبَأْسَاءِ وَالضَّرَّاءِ وَحِينَ الْبَأْسِ أُولَئِكَ الَّذِينَ صَدَقُوا وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُتَّقُونَ" (البقرة: ١٧٧) .
- "الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمْ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ" (البقرة: ١٥٦) .
- الدعاء المتواصل والمصحوب باليقين .
- "وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِ فَلْيَسْتَجِيبُوا لِي وَلْيُؤْمِنُوا بِي لَعَلَّهُمْ يَرْشُدُونَ" (البقرة: ١٨٦)

"وَقَالَ رَبُّكُمْ ادْعُونِي أَسْتَجِبْ لَكُمْ" (غافر: ٦٠) .

- أداء الصلاة في وقتها في تدبر وخشوع .
- "إِنَّ الصَّلَاةَ تَنهَى عَنِ الْفَحْشَاءِ وَالْمُنْكَرِ وَلَذِكْرُ اللَّهِ أَكْبَرُ وَاللَّهُ يَعْلَمُ مَا تَصْنَعُونَ" (العنكبوت: ٤٥) .
- الرضا بالقضاء والقدر فهو أصل السعادة والعيش الطيب .
- "قُلْ لَنْ يُصِيبَنَا إِلَّا مَا كَتَبَ اللَّهُ لَنَا هُوَ مَوْلَانَا وَعَلَى اللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ الْمُؤْمِنُونَ" (التوبة: ٥١) .
- التفاؤل الدائم والابتعاد عن القنوط .
- قُلْ يَا عِبَادِيَ الَّذِينَ أَسْرَفُوا عَلَى أَنْفُسِهِمْ لَا تَقْنَطُوا مِنْ رَحْمَةِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يَغْفِرُ الذُّنُوبَ جَمِيعًا إِنَّهُ هُوَ الْغَفُورُ الرَّحِيمُ" (الزمر: ٥٣)
- المرونة في مواجهة الواقع .
- "وَعَسَى أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئًا وَهُوَ خَيْرٌ لَكُمْ وَعَسَى أَنْ تُحِبُّوا شَيْئًا وَهُوَ شَرٌّ لَكُمْ وَاللَّهُ يَعْلَمُ وَأَنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ" (البقرة: ٢١٦) .
- الزهد والقناعة .
- "وَالَّذِينَ فِي أَمْوَالِهِمْ حَقٌّ مَعْلُومٌ * لِّلسَّائِلِ وَالْمَحْرُومِ * وَالَّذِينَ يُصَدِّقُونَ بَيِّمَ الدِّينِ" (المعارج: ٢٤-٢٦)

- المحافظة على روابط الحب والتراحم .
- "وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً" (الروم: ٢١) .
- قراءة الأوراد الدينية والمحافظة عليها .

"وَالذَّاكِرِينَ اللَّهَ كَثِيرًا وَالذَّاكِرَاتِ أَعَدَّ اللَّهُ لَهُمْ مَغْفِرَةً وَأَجْرًا عَظِيمًا" (الأحزاب: ٣٥) .

- إماطة الأذى عن الطريق .
 - الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر .
- "وَلْتَكُنْ مِنْكُمْ أُمَّةٌ يَدْعُونَ إِلَى الْخَيْرِ وَيَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَوْنَ عَنِ الْمُنْكَرِ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ" (آل عمران : ١٠٤) .

- الابتعاد عن الغيبة والنميمة والخوض في أعراض الناس .
- "تَجَسَّسُوا وَلَا يَغْتَبَ بَعْضُكُم بَعْضًا" (الحجرات : ١٢) .

إن ما سبق ذكره من سلوكيات دينية هي وغيرها تعتبر بمثابة الحصن المنيع والحرز القوي للإنسان المسلم من كل ضرر وألم وأذى ، وبعد عن الخوف والقلق والمرض ... الخ. ليكون في هذه الدنيا سعيداً راضياً وبذلك يرضى عنه الله سبحانه وتعالى.

مرض السكري:- (Diabetes Mellitus)

تعريف مرض السكري :-

أولاً : التعريف اللغوي :-

١- مرض:-

يقول (ابن زكريا ، د.ت: ٣١١) "مرض الميم والراء والضاد أصل صحيح يدل على ما يخرج به الإنسان عن حد الصحة في أي شيء كان".

وقال الحرالي : "المرض ضعف في القوى يترتب عليه خلل في الأفعال" وقال الراغب : "خروج البدن عن الاعتدال الخاص ، هو ضربان جسمي وروحاني وهو عبارة عن الرذائل كجهل وجبن ونفاق وغيرها" . (المناوي، ١٩٩: ٦٤٩).

ويعرفه (ابن منظور، د.ت: ٤١٨) بأنه السقم وهو نقيض الصحة والمفرد مريض والجمع مرضى ومرضى ومراضى ومراض .

٢- السكري :

"سكر السين والكاف والراء أصل واحد يدل على حيرة" (ابن زكريا، د.ت: ٨٩) . ويقول (ابن منظور، د.ت: ٢٠٤٨) "السكر بمعنى عنب يصيبه المرق فلا يبقى في العنقود إلا أقله"

ثانياً: التعريف الاصطلاحي:-

وتعرفه (Nettina 1996 : 1303) بأنه عبارة عن خلل في عملية تحمل الجلوكوز داخل جسم الإنسان ويكون سبب ذلك هو نقص إفراز الأنسولين من البنكرياس، أو انعدام إفرازه، أو نقص فعالية الأنسولين؛ مما يسبب زيادة نسبة السكر في الدم، وبالتالي اضطراب في عملية التمثيل الغذائي للكربوهيدرات والبروتينات والدهون.

إن السكر هو الغذاء الطبيعي للجسم، ونحن نتناوله بعدة أشكال مختلفة مثل الخبز والفاكهة وغير ذلك وما يزيد عن حاجة الجسم يختزن في الكبد لحين الحاجة إليه وأي خلل في تلك العملية ينعكس سلباً على صحة الإنسان (الزطمة، ١٩٨٥: ٩) .

إن مرض السكري ليس مرضاً عرضياً أو مرضاً محدد الأسباب والاتجاهات والعلاج وإنما هو مرض متشعب ويصعب تحديد معالمه . ومن المعروف أن السكري داء منتشر في كل زمان ومكان في العالم .

وأشارت إحدى نشرات منظمة الصحة العالمية أن حوالي ١٢٠ مليون فرد يعانون من مرض السكري ، وأن حوالي ١٢-١٣% من الناس الذين يقطنون المدن يعانون من مرض السكري بينما في الأرياف فإن نسبة الإصابة هي من ٢-٣% . (Collier , 2001) . ونظراً لأن كثير من بلدان العالم النامي قد شقت طريقها أخيراً للتحضر؛ فإن معدلات انتشار مرض السكري فيها قد أصبح كسائر الأمراض المزمنة الأخرى في زيادة مستمرة، حتى كادت أن تقارب أو تزيد عن المعدلات في البلاد الصناعية، وقد قدرت منظمة الصحة العالمية عدد المصابين بمرض السكري في البلاد النامية بأربعين مليون شخص ويتوقع أن يصل العدد إلى ستين مليون شخص. (السباعي، ١٩٩٥: ٢٥١).

ويودي مرض السكري بحياة مئتي ألف أمريكي سنوياً (أمواج ، ٢٠٠١ : ٢٠) .

ومرض السكري الذي يأتي ترتيبه السابع في جدول الأمراض التي تسبب الوفيات ويشخص سنوياً نحو (٦٥٠٠٠) حالة جديدة بهذا المرض في أمريكا لوحدها. (كلارك، ١٩٦٣: ٢١٤)

ولقد عرف مرض السكري منذ نحو ألفي عام وأطلق عليه في القرن الثاني الميلادي كلمة (Diabetes Mellitus) ، وهو تعبير لاتيني وتعني كلمة (Diabetes) تمرير الشيء وكلمة (Mellitus) بمعنى العسل وهذا إشارة على إدرار كميات كبيرة من البول الحلو ، إذ أن مرض السكري حالة يزيد فيها معدل السكر في الدم (الجلوكوز) عن حد معين وذلك لقصور في مقدرة الجسم عن الاستفادة من الكربوهيدرات المأكولة نتيجة لأي سبب (المخللاتي ، ١٩٨٤: ١٧٤).

ومرض السكري غير مرتبط بمرحلة عمرية محددة ويصاب الإنسان بمرض السكري في أي عمر دون التحديد ولكن مرض السكري غير شائع عند الأطفال وغير عادي عند المواليد الصغار (المخللاتي، ١٩٨٤: ٢٨٢) .

أما بالنسبة لانتشار مرض السكري تبعاً للجنس فأشارت الدراسات أن نسبة الرجال والنساء في التعرض لمرض السكري متساوية تقريباً، وخاصةً في الأماكن الحضرية . (Choudhury , 2001) .

وتأتي أهمية هذا المرض من مضاعفاته التي تشكل نحو (٢٥ %) من الحالات المؤدية إلى فشل كلوي و(٥٠%) من حالات بتر في الأطراف السفلية كما أن السكري السبب الرئيس للعمى لما يقرب من ٥ آلاف حالة جديدة كل عام (هاشم وباشا، ١٩٨٨:١٣٩) . ولا يعرف الطب مرضًا يتعلق مصيره ومصير المصاب به بتصرفات المريض نفسه بقدر ما هو الحال عليه في مرض السكري (رويحة، ١٩٧٣:٨٤) .

ومما سبق يتضح مدى خطورة مرض السكري ومدى انتشاره في العالم ، وأنه لا يقتصر على فترة عمرية محددة أو على جنس دون الآخر ؛ مما يجعل العالم بأسره مهتمًا بهذا المرض والعمل على إجراء الدراسات التي تهتم بمن يصابون به .

التفسير العلمي للمرض:-

إن مكان العلة في مرض السكري هو في غدة البنكرياس ، والأنسولين هو واحد من الإفرازات التي يصنعها البنكرياس إذ تنتج (جزر لانجرهانس) ، وأول وظيفة للأنسولين هو أنه يساعد على استعمال الجلوكوز أو السكر وعندما تفقد هذه الوظيفة لسبب ما يظهر مرض السكري. (كلارك، ١٩٦٣:٢١٦) .

وتؤكد ذلك (Nettina, 1996:726) حيث إنها أشارت إلى أن الخلل الرئيس في مرض السكري هو في نسبة الأنسولين الذي يفرز من البنكرياس، وتلك النسبة تزداد عند تناول الإنسان الوجبات الثقيلة وخاصة المحتوية على سكريات، وذلك بغرض المحافظة على نسبة السكر في الدم الشكل الطبيعي أما في حالات غياب الطعام فإن منسوب الأنسولين يقل وذلك للمحافظة على النسبة الطبيعية للسكر في الدم.

ويشير الباحث هنا أن الخلل الذي يحصل في مرض السكري هو واحد من ثلاثة ، إما عدم إفراز الأنسولين من البنكرياس كليًا، أو نقص إفرازه عن المستوى المطلوب لحاجة الجسم، أو أن الأنسولين المفرز من البنكرياس لا يستعمل جيدًا من قبل الخلايا في جسم الإنسان لأي سبب كان .

وغدة البنكرياس هذه المسئولة عن إفراز الأنسولين هي إحدى الغدد المزدوجة العصير (Mixed gland) أي قنوية ولا قنوية ، والتي تحدد نسبة إفرازها للأنسولين حسب وضع الجسم ويتدخل العصب الحائر في تكيف ما يلزم إفرازه من الأنسولين للجسم (عبد الملك، ١٩٧٢: ٤٢٧)

وغدة البنكرياس يبلغ طولها (١٤-١٨سم) وتمتد أعلى البطن على شكل منشور فوق قسم الإثني عشر من الأمعاء الدقيقة وراء المعدة مباشرة (رويحة، ١٩٧٣: ١٠) .

وظيفة هرمون الأنسولين:

بداية يمكن القول أن هذا الهرمون والذي يفرز من البنكرياس له أهمية عظيمة في عملية الأيض اللازمة للكربوهيدرات بشكل خاص ويستفيد الإنسان من الكربوهيدرات لتكوين الجسم بالحرارة والطاقة اللازمة للقيام بالجهد المطلوب من عمل إرادي أو غير إرادي ، وتتحول الكربوهيدرات بواسطة خمائر خاصة إلى أحادية السكر وخاصة سكر العنب (الجلوكوز) والذي يخزن في الكبد لحين الحاجة ، وهرمون الأنسولين عمله الأساسي على ذلك النوع من السكر (الجلوكوز) ويعمل على موازنة نسبته في الدم (٨٠-١٢٠ ملجم/١٠٠ ملجم) . (عبد الملك، ١٩٧٢ : ٣٨٥-٣٨٦) .

ويساعد الأنسولين أيضاً في تحويل الأحماض الدهنية وهي من نواتج الهضم إلى شحوم تخزن في الأنسجة الدهنية بالجسم ويساعد أيضاً في تحويل الأحماض الأمينية إلى بروتينات وهي المواد التي تعتبر دعامة أساسية في بناء الأنسجة والخلايا وفي نموها حيث يزداد حجم العضلات في وجود الأنسولين (البكري وآخرون، ١٩٩٤: ٢٠) .

ولا يستطيع السكر في الحالة الطبيعية الدخول إلى الخلايا إلا بوجود هرمون الأنسولين فإذا نقص هرمون الأنسولين يتراكم السكر في الدم (الحمضي، ١٩٨٥: ١٥٢) .

وهذا ما أكد عليه (Smeltzer & Trender, 1996:1980) أنه في حالة غياب الأنسولين لأي سبب كان فإن النتيجة الفورية لذلك هو ارتفاع منسوب الجلوكوز في الدم وهنا لا يستطيع الجسم التعامل مع هذه الحالة غير الطبيعية ويلجأ إلى إفراز كميات من الجلوكوز عن طريق البول

وإن انعدام إفراز الأنسولين يكون غالباً ناتجاً عن نقص في إفرازه من الخلايا الأساسية أما إذا نقص المنسوب فإن ذلك يرجع سببه إلى عدم كفاءة المستقبلات الخاصة الموجودة في خلايا الجسم.

مما سبق يتضح مدى أهمية البنكرياس وهرمون الأنسولين المفرز منه والذي يلعب دوراً أساسياً في تنظيم نسبة الجلوكوز في الدم ، وأن أي خلل يحصل في تلك العملية سيلعب دوراً هاماً في إحداث مرض السكري، أو في زيادة أعراض أو مضاعفات المرض مستقبلاً .

ويبين (مباشرة، ١٩٨١:٨٠٧) أن الجلوكوز الذي يسمى سكر العنب هو العامل الرئيس في مرض السكري والذي ينتج عن نهاية هضم النشويات التي تحتوي على المواد الكربوهيدراتية.

التغذية ومرض السكري :-

يلعب الغذاء دوراً هاماً في مرض السكري فمن البديهي أن نسبة السكر في الدم بعد تناول الأطعمة تتعرض دائماً إلى التذبذب المستمر، وفي بعض الحالات يقتضي معرفة درجات هذا التذبذب في أوقات النهار (رويحة، ١٩٧٣:٤٠) .

وممن أكدوا على أهمية العلاقة بين الغذاء ونوعيته بمرض السكري (البكري، ١٩٩٤:١٨٣) حيث أشار إلى أن هناك علاقة مؤقتة بين الغذاء ومرض السكري؛ فإذا كان الغذاء يعتبر سبباً من أسباب الإصابة بهذا المرض ، فإن الغذاء أيضاً يعتبر من أهم وسائل علاج مرض السكري كما وكيفا.

وينبغي أن يخضع مريض السكري لنظام غذائي دقيق مع زيادة نسبة الأغذية التي تحتوي على الألياف والتي تعمل على تقليل نسبة السكر في الدم لذا اهتم كثير من علماء التغذية بتوجيه إرشادات بشأن الأغذية لمرضى السكري.

فمثلاً نجد أن (رفعت، ١٩٨٥:٢٥٥) ينصح المرضى بالسكري بتناول أنواع من الفواكه والخضار الغنية بالألياف.

ولكن يتساءل الكثير هل تناول الغذاء أياً كان نوعه يعتبر سبباً مباشراً للإصابة بمرض السكري؟

يؤكد (رويحة، ١٩٧٣: ١٠) أنه ليس من الثابت علمياً أن الإفراط في تناول السكريات والنشويات من العوامل الفعالة في تكوين الإصابة بمرض السكري. ولكن المرضى إذا زاد تناولهم للمواد النشوية أو السكرية بكثرة أدى ذلك إلى أضرار جسمية تهدد حياة المريض، لذلك يجب على المريض العادي أن يحتوي غذاؤه على القدر المعقول والمطلوب من تلك المواد (رفعت، ١٩٨٥: ٢٥٥) .

وبذلك يتضح مدى أهمية العلاقة بين التغذية ومرض السكري والتي يستطيع الباحث أن يقول عنها أنها علاقة تأثير وتأثر ، حيث إن التغذية من الممكن أن تؤثر على طبيعة المرض لدى الإنسان، وكذلك المرض يؤثر في نوعية التغذية وكميتها لدى الإنسان .

البدانة ومرض السكري:-

مما لا شك فيه أن البدانة (السمنة) تشكل عاملاً هاماً في الإصابة بكثير من الأمراض التي تصيب الجسم الإنساني ولكن بداية نريد التعرف على ماهية البدانة. والبدانة كما يعرفها (الحمصي، ١٩٨٥ : ١٥٥) أنها زيادة وزن الشخص عن ٣٠% عن الوزن الطبيعي ويمكن معرفة الوزن الطبيعي بطرح ١٠٠ سم من طول الجسم فالوزن الطبيعي لشخص طوله ١٧٠ سم هو ٧٠ كجم. أما (المخللاتي، ١٩٨٤: ٢٣١) فأشار إلى أن البدانة هي بمثابة حالة تتراكم فيها الدهون في الجسم بنسبة أعلى من المعدل الطبيعي وغالباً يمكن ملاحظتها بحاسة النظر، أو بطرق قياسية أخرى.

ويشير (الجديبة ويونس، ١٩٩٣: ١٥) إلى أن السمنة الزائدة من العوامل المساعدة على ظهور مرض السكري بعد سن الأربعين ومن أهم الأسس والشروط في علاج هذا المرض هو التخلص من السمنة الزائدة.

وتشير إحدى نشرات منظمة الصحة العالمية إلى أن حوالي ٢٥٠ مليون شخص يعانون من البدانة (Collier , 2001) .

وترجع العلاقة بين السمنة ومرض السكري إلى أن الإفراط في تناول السكريات والنشويات يؤدي إلى زيادة مقدار السكر الذاهب إلى الخلايا المنتجة للأنسولين وحيث إن السكر يعتبر منشطاً قوياً لإفراز الأنسولين فإنه يترتب على زيادة السكر زيادة مقابلة في إفراز الأنسولين مما يساعد في تعجيل ظهور المرض (البكري، ١٩٩٤ : ١٦٠-١٦١).

ويوضح (الزطمة، ١٩٨٥: ١٦) أن البدانة تعاكس عمل الأنسولين على مستوى الخلايا في جسم الإنسان أو أنها ترهق غدة البنكرياس كما أن الخلايا تقل حساسيتها و تأثرها بالأنسولين. وتحصل البدانة بشكل عام عندما يكون الوارد الغذائي أكبر من حاجة الجسم وهو ما أكد عليه (الحمصي، ١٩٨٥ : ١٥٧) الذي أوعز الأسباب الكامنة وراء البدانة إلى الغذاء بشكل أساسي.

إذن هنا يتضح مدي أهمية البدانة لدى مرضى السكري وإن كانت لا تشكل سبباً رئيسياً له ولكنها تلعب دوراً أساسياً في إحداث المرض ، وإنها تعاكس عمل الأنسولين في جسم الإنسان، مما يعمل على زيادة نشاط غدة البنكرياس لإفراز الأنسولين بكميات كثيرة، ولكنها لا تكون بنفس الكفاءة ، وذلك لأن خلايا الجسم ربما يقل مستوى استقبالها للأنسولين، مما يساعد على زيادة مستوى السكر في الدم وبالتالي زيادة احتمالية المرض.

ولقد دلت الدراسات على ارتفاع نسبة الإصابة بمرض السكري في الأفراد البدناء بالمقارنة بالأفراد غير البدناء وأكدت الدراسات الإحصائية التي أجريت في بريطانيا أثناء الحرب العالمية الثانية أن نسبة معدل الوفيات بسبب مرض السكري انخفض بمعدل ٥٠% تقريباً وذلك بسبب فرض القيود على استهلاك المواد الغذائية (البكري، ١٩٩٤ : ١٥٩-١٦١) .

وتشير الإحصائيات إلى أن ما نسبته ٥٢% من مرضى السكري في فلسطين هم من البدناء وتصل تلك النسبة في محافظات غزة إلى ٥٨% من مرضى السكري (Annual report M.O.H, 2001: 97) .

ولكن هل السمنة ناتجة عن الإصابات بمرض السكري؟ وهذا ما اختلف بين العلماء.

فلقد وضح (المخلاتي، ١٩٨٤: ١٧٤) أنه ليس من الواضح ما إذا كانت السمنة ناتجة عن الإصابة بالسكري أم لا، وأغلب الناس المصابين بالسكري عند منتصف أعمارهم بدناء، ولكن

البدناء المصابين بالسكري يعتبرون أقلية كذلك لوحظ ازدياد نسبة الوفيات في مرضى السكري بازدياد وزن المرضى عن المعدل الطبيعي وذلك عند الرجال والنساء المصابين بذلك المرض.

مما يثبت أن البدانة لها دور مهم ليس فقط في الإصابة بالمرض بل في طول عمر الإنسان المصاب بمرض السكري أيضاً.

وللبدانة أسباب كثيرة سيذكر الباحث بعض منها استناداً لما ذكره (هاشم وباشا، ١٩٨٨ : ١٨ - ١٩) :-

K قلة الجهد العضلي والخمول .

K تفاوت الأشخاص في هضم وامتصاص الأطعمة و تخزينها.

K زيادة تناول الأطعمة الشهية المتنوعة.

K اضطرابات هرمونية.

K استعمال الأدوية المهدئة.

إذاً يتضح أن البدانة ليست ناتجة عن سبب واحد كما كان يقال سابقاً ؛ مثل الزيادة في كمية الغذاء وإنما البدانة هي نتاج لمجموعة أسباب مختلفة .

الوراثة ومرض السكري:

مما لا شك فيه أن الوراثة تلعب دوراً هاماً في كثير من الأمراض التي تصيب الإنسان وإن اختلف العلماء في تقدير النسب المحددة لعامل الوراثة في كل مرض.

أما بالنسبة لعامل الوراثة في مرض السكري فيؤكد (المخللاتي، ١٩٨٤: ١٧٥) أن هناك ميلاً وراثياً للإصابة بالمرض، على الرغم من عدم تمكن أحد من تحديد كيفية توارث هذا المرض أو طبيعة الخلل البيوكيميائي في خلايا الفرد المصاب ويبدو أن الوراثة لها دور مهم في الإصابة بالمرض عند الأطفال أكثر منها عند الكبار ، فإذا كانت أسرة الطفل مصابة بالمرض فإن احتمال إصابته به أعلى بعشرين مرة من طفل آخر لأسرة غير مصابة بالمرض.

ويشير (الزطمة، ١٩٨٥: ١١) إلى أنه إذا كان الأبوين مصابين بمرض السكري فإن ٥٠% من أولادهم مصابين بالمرض والباقيون معرضون للإصابة تحت الظروف الملائمة.

ولكن السؤال الذي يطرح نفسه هو هل كل مصاب بمرض السكري سيكون أولاده مصابون بالمرض أيضاً؟ إن تلك قضية جدلية بين العلماء ، بين من يثبت ومن ينفي وذلك لأن ماهية النقل الوراثي لمرض السكري غير واضحة تماماً.

ويشير (كلارك، ١٩٦٨: ٢١٤) إلى أن الاستعداد لمرض السكري يورث وليس المرض كما هو يورث.

أما على صعيد نوع المرض (معتمد على الأنسولين أم غير معتمد):-

تؤكد (Nettina, 1986: 742) على أن العامل الوراثي يلعب دوراً كبيراً في النوع الثاني (غير المعتمد على الأنسولين) بينما لا يكون هناك تأثير واضح لعامل الوراثة في النوع الأول (المعتمد على الأنسولين) .

إذاً يمكن القول أن مرض السكري لا يتوارث بالكلية وإنما الإستعدادية للمرض تكون موجودة لدى الأفراد الذين ينتمون إلى عائلات مريضة بالسكري .

أسباب مرض السكري:

لا توجد هناك أسباب مباشرة لمرض السكري وإنما هناك عوامل متعددة تلعب دوراً هاماً في حدوث المرض وتأثيراته المختلفة وسيقوم الباحث بذكرها استناداً لما ذكره كل من:

(Smeltzer and Bare, 1996: 1960) & (Nettine , 1996 : 750) والتي تتمثل في:-

أولاً: مرض السكري المعتمد على الأنسولين: Insulin Dependent Diabetes Mellitus

- K إصابات فيروسية.
- K خلل في مناعة الجسم الإنساني.
- K عوامل بيئية (غير محددة ولكنها لازالت تحت الدراسة)
- K الأدوية والهرمونات التي تؤثر سلباً على الأنسولين وإفرازه.

ثانياً: مرض السكري غير المعتمد على الأنسولين Insulin Dependent Diabetes Mellitus

- K التقدم في العمر، حيث تزداد احتمالية الإصابة بهذا المرض بعد سن ٦٥ سنة.
- K البدانة.
- K العامل الوراثي (حيث إن الاستعداد الوراثي للمرض يورث)

ويشير (الزطمة، ١٩٨٥: ١٢) إلى أنه من العوامل المساعدة على ظهور المرض أيضاً الضغوط النفسية والالتهابات الحادة التي تصيب البنكرياس والتغذية غير السليمة. من خلال العرض السابق لتلك العوامل التي تكمن وراء مرض السكري، يتضح أنه لا يوجد سبب حقيقي بذاته أو عامل محدد يؤدي إلى ظهور المرض، وإنما تتعدد تلك العوامل بدرجات مختلفة؛ لتساعد على ظهور المرض فيما بعد، وإن كان هناك بعض العوامل تؤثر بشكل أكبر من عوامل أخرى .

أنواع مرض السكري:

يشير (Branner and Sudarth, 1982: 640) إلى أن السكري له عدة أنواع وهي:

* **النوع الأول :-** ويسمى المعتمد على الأنسولين **Insulin Dependent Diabetes Mellitus** حيث إنه لا يوجد أنسولين يفرز من خلال البنكرياس أو أن إفرازه ضعيف جداً يكاد لا يذكر.

* **النوع الثاني :** ويسمى بغير المعتمد على الأنسولين **Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus** هو يشكل حوالي ٩٠% ممن يعانون من مرض السكري تقريباً. ونوع ناتج عن خلل في تحمل السكر حيث إن ذلك يكون بمثابة ارتفاع في نسبة السكر في الدم ولكن بشكل متقطع.

* **سكر الحمل :- Gestational Diabetes Mellitus** والذي يحدث في بعض حالات الحمل نتيجة للمتطلبات الضرورية في مرحلة الحمل والبعض يسمون هذا النوع بأنه "عدم تحمل للكربوهيدرات في الدم"

* **مرض السكري المصاحب للأعراض الأخرى:- Diabetes Mellitus associated with other conditions or syndromes** حيث يكون تابع لتعاطي أدوية أو أمراض أو اضطراب هرموني ... الخ.

وتشير إحدى الدراسات إلى أن حوالي ١٦ مليون أمريكي مصابون بمرض السكري المعتمد على الأنسولين (Peckham , 1998) .

ويشير (Kishawi,1999:6) إلى أن نسبة حدوث مرض السكري من النوع الأول أثناء الحمل تتراوح بين ٢-٥ لكل ألف حالة حمل بينما بالنسبة للنوع الثاني فنسبة حدوثه أثناء الحمل تتراوح بين ٠.٥-١,٢٥ لكل ألف حال حمل.

إذاً من الواضح أن هناك عدة أنواع لمرض السكري، ولكن في نهاية الأمر يكون المرض لدى الإنسان المريض إما معتمد على الأنسولين ؛ أي أن علاجه متركزاً على إعطائه أنسولين عن طريق الحقن ، أو أنه غير معتمد على الأنسولين وهو لا يعتمد بالضرورة على العلاج بالأنسولين ، وإنما بعقاقير أخرى عن طريق الفم .

تشخيص مرض السكري:

هناك عدة طرق لتشخيص مرض السكري ولكن في معظمها تعتمد على إجراءات مخبرية لقياس نسبة السكر في الدم مع عدم إهمال الأعراض الظاهرية للمرض.

ولقد حدد (Smeltzer,1996:1962) إشارة لتوصيات منظمة الصحة العالمية (WHO, 1985) عدة إجراءات مخبرية لتشخيص مرض السكري وهي:-

١- أن تكون نسبة السكر في الدم أكثر من ٢٠0 ملجم/١٠٠ملل في الوضع العادي للمريض (أي لا يكون المريض صائماً) .

٢- أن تكون نسبة السكر في الدم (للمريض الصائم) أكثر من ١٤٠ ملجم/١٠٠ملل.

٣- أن تكون نسبة السكر في الدم للمريض بعد ساعتين من تناوله كمية من السكر ٢٠٠ملجم/١٠٠ ملل أو أكثر ويسمي هذا الفحص (فحص تحمل السكر المأخوذ عن طريق الفم)

الأعراض المصاحبة لمرض السكري:

بغض النظر عن نوع مرض السكري، فإن هناك عدة أعراض تتزامن مع المرض ويعاني منها المصاب بالمرض بنسب متفاوتة حسب حدة المرض لديه .

ويشير (كلارك، ١٩٦٣:٢١٤) إلى بعض هذه الأعراض والتي تشتمل على: العطش المتزايد والجوع المستمر والبول المتكرر نقص الوزن ، الحكة الشديدة ، سرعة الشعور بالتعب آلام في أصابع اليدين والقدمين ، تغيير في حدة الإبصار ، بطئ التئام الجروح.

ولكن يركز كثير من العلماء على قضية العطش المتزايد والبول المتكرر كأعراض مصاحبة لمرض السكري. باعتبار أنهما من العلامات الرئيسية في مرض السكري . ويوضح كل من (المخللاتي، ١٩٨٤: ١٧٦) و (Nettina, 1996: 732) أن مريض السكري بإمكانه أن يشرب ما نسبته (٤-٤٠) لتر ماء في اليوم وفي المقابل يتبول ما نسبته (٥-٢٠) لتر من البول في اليوم الواحد.

علاج مرض السكري:

كما أسلف الباحث في العرض السابق عن المرض وطبيعته، فإنه لا يوجد علاج شاف لمرض السكري، وغاية الإجراءات العلاجية المتبعة إنما هي للتخفيف من وطأة أعراض المرض، ومحاولة للتقليل من المضاعفات المحتمل حدوثها فيما بعد. ويشير (الزطمة، ١٩٨٥: ٧) إلى أن أول خطوة في علاج مرض السكري يجب أن تتجه إلى توعية المرضى وتنقيفهم، دون أن يصل هذا التوجيه إلى حد وسوسة أفئدتهم وبلبله أفكارهم. ولقد قام العلماء بتحديد عدة إجراءات علاجية مختلفة لمرض السكري وسيذكر الباحث ما حددته (Nettina, 1996: 743) من إجراءات علاجية معينة وهي:-

- K الحمية الغذائية.
- K الرياضة الجسمية المنتظمة.
- K إعطاء العلاجات (إما أقراص عن طريق الفم أو بحقن الأنسولين)
- K وهناك بعض الإرشادات العلاجية التي حددها (Richard & Others. , 1995 : 263)
- K كي يتبعها المريض الذي يعاني من مرض السكري ومنها :-
- K على المريض أن يتعرف على مرضه ويتعرف على ما ينفعه وما يضره .
- K الابتعاد عن القلق قدر الإمكان .
- K الاعتماد على النفس وعدم الاعتماد على الآخرين في تنظيم مستوى السكر في الدم .
- K التعامل بواقعية مع المرض ومع الناس .

دلائل سيطرة مريض السكري على مرضه (كلارك، ١٩٦٣: ٢١٢):

- K أن يشعر المريض بأنه في صحة جيدة.
- K أن يستطيع المريض المحافظة على وزن عادي مع استعمال غذاء متوازن.

K أن تكون اختبارات فحص سكر الدم في حدود الطبيعي.

K خلو بول المريض من السكر.

وهنا يمكن القول أن مرض السكري لا يكون الشفاء منه بين عشية وضحاها ، وأنه على الإنسان أن يتعايش مع مرضه وأن يحافظ على نفسه من أعراض ومضاعفات المرض ، فهو المسئول الأول والأخير عن مرضه وعلاجه ، وبذلك عليه اتباع الإرشادات العلاجية بأنواعها ، وبذلك يمكن أن يسيطر على حدة أعراض المرض لديه .

مضاعفات مرض السكري:-

تحدث مضاعفات مرض السكري لدى نسبة كبيرة من المرضى، ولكن بدرجات متفاوتة وتلعب في حدوثها عدة أمور منها تاريخ المرض ، عدم الالتزام بالوصفات العلاجية ، الزيادة في تناول النشويات... الخ.

ولكن لوحظ أن بعض الدراسات أثبتت أن المضاعفات تختلف لدى الرجال عنها لدى النساء ، حيث إن الرجال لديهم القدرة على التعايش مع مرض السكري أكثر من النساء ، والمضاعفات لمرض السكري لديهم تكون أقل حدة من النساء ، كما وأنها تحدث في مراحل متقدمة من تاريخ المرض . (Rubin & Peyrot, 1998 : 85) .

ويؤكد (الزطمة، ١٩٨٥: ٨) على أن مضاعفات مرض السكري كثيرة وتتنقص من عمر المصابين غير المعالجين ، ولكن المرضى الذين يبكرون باتباع الوصفات العلاجية عاشوا مع المرض أكثر من أربعين سنة ولم يكن السكر سبباً في منيتهم.

ولقد حدد (الجدة ويونس، ١٩٩٣: ١٠) تلك المضاعفات إشارة لتوصيات منظمة الصحة العالمية بأن تلك المضاعفات تشمل:-

K مضاعفات حادة آنية تنتج عن تدهور مفاجئ لمريض السكري مثل غيبوبة السكر وارتفاع السكر الحاد.

K مضاعفات مزمنة: تكون بعد فترة من حدوث المرض وهي تشمل.

(أ) التغيرات على الأوعية الدموية.

(ب) التغيرات على الجهاز العصبي.

(ج) التغيرات على عمل الكليتين.

ويضيف (الزطمة، ١٩٨٥: ٢٢) على هذه المضاعفات أيضاً تثبيط المناعة وترسيب الخلايا الدهنية حول جفون العين.

وفي هذا المقام يشير (Marion , 1999 :32) إلى أن مرضى السكري الذين لا يحافظون على اعتدال مستوى السكر في الدم لديهم، هم أشد عرضة لحدوث أمراض في القلب وأمراض الأعصاب واعتلال الكليتين وارتفاع ضغط الدم ، وأمراض العيون . ولكن أياً كانت المضاعفات لمرض السكري، فلا بد من الإشارة هنا إلى أن مرضى السكري بشكل عام يخافون من المضاعفات التي تحصل على مستوى النظر لديهم أكثر من غيرها .

ويشير (Elmassri & Others, 1969 : 80) إلى أن أكثر من ٧٠% من مرضى السكري يعانون من بعض درجات اعتلال شبكية العين ، وذلك بعد ١٠ سنوات تقريباً من حدوث المرض لديهم . ولكن الغريب في الأمر أن مريض السكري لا يعرف متى يبدأ عنده اعتلال الشبكية حتى لو حدث له ذلك في مراحله الأولى . .

وتؤكد ذلك الأمر إحدى نشرات الأكاديمية الأمريكية لطب العيون حيث أوضحت أن اعتلال الشبكية وبداية تأثر النظر لدى مرضى السكري لا يكون مصحوباً بأعراض معينة في بداية الأمر وإنما تظهر أعراضه في المراحل النهائية للمرض (American Academy of Ophthalmology, 1996)

وهنا لا بد من الإشارة إلى أنه كلما زادت مضاعفات المرض حدة وتنوعاً زاد تأثيرها السلبي على صحة الإنسان المريض، وقل ذلك من مستوي تكيفه مع مرضه مستقبلاً والعكس صحيح .

علاقة القلق بمرض السكري:

إن القلق (كضاغط نفسي) يلعب دوراً هاماً جداً لدى مرضى السكري بشكل عام لما له من آثار سلبية على صحة المريض وتطور مرضه.

ويشير (غالب، ١٩٧٨: ١٩) إلى أن نقص مستوى السكر في الدم عند كثير من الناس يكون مصحوباً بأعراض قلق ظاهرة.

ومن الواضح أن مريض السكري يصاب بالعديد من الاضطرابات النفسية كالخوف المستمر من تفاقم المرض وسرعة الإثارة واليأس من الحياة (رويحة، ١٩٧٣: ١٦) .
والجدير بالذكر هو أن مريض السكري الذي يعاني من القلق يمكن أن يحدث عنده حالة من عدم التوازن شبه الدائم في مستوى السكر في الدم لديه ، وذلك إما بارتفاع هذا المستوى أم انخفاضه ، وكلتا الحالتين لها آثار سلبية على صحة المريض وتعايشه مع المرض .
وأثبتت الدراسات أن كثير من اضطرابات القلق تكون منتشرة لدى مرضى السكري بشكل عام وينعكس ذلك سلباً على حالة المرضى الصحية . (Lustman , 1988 :419) .

و كثير من العلماء ممن تنبهوا لقضية الضغوط النفسية وعلاقتها بمرض السكري، ومنهم (سوين، ١٩٧٩: ٢٢٨) حيث أشار إلى أن بعض مرضى السكري يظهر لديهم نوبات اكتئاب يتجاوز ذلك القدر الذي يتناسب مع المرض، مع استمرار الشعور بالحرمان، أضف إلى ذلك أنه من المتفق عليه أن المخاوف الشعورية يمكن أن تؤدي إلى ازدياد نسبة السكر في الدم، وهذا بدوره قد يرتبط بالاكتئاب والقلق.

وإن هناك واحد من كل أربعة مرضى بالسكري يعاني من مظاهر القلق والاكتئاب بشكل متكرر ، يتناسب انخفاض مستوى السكر في الدم لديهم مع انخفاض مستوى مشاعر القلق. وتزداد حدة القلق مع طول المرض وخاصة عند المرضى الذين يعانون من عدم التحكم في مستوى السكر في الدم لديهم . (Harris & Lustman, 1998 : 5) .

إن هذه النسبة المرتفعة لمدى انتشار مشاعر القلق لدى مرض السكري أكدها أيضاً (Lloyd, 2000) في دراسته التي كان من أهم نتائجها أن (حوالي ٢٨%) من أفراد عينة الدراسة من المرضى بالسكري كان لديهم ارتفاع في أعراض القلق ولكن هذه النسبة كانت أكثر لدى الإناث منها لدى الذكور .

ويؤكد (الزطمة، ١٩٨٥: ١٨) على أن القلق يزيد من إفراز جسم الإنسان لهرمون الكورتيكوستيرويد، والذي بدوره يعمل على زيادة نسبة السكر بشكل كبير في الدم.

كذلك إن الإحساس الدائم بالكآبة والحزن وشدة الانفعال المستمر كلها أسباب للإصابة بمرض السكري (أرناؤوط، ١٩٩٢: ٢٨٥) .

وأثبتت الأبحاث أن بعض الناس المصابين بمرض السكري يعانون من الحساسية الزائدة في مدى تأثرهم بالضغوطات النفسية والاضطرابات . (Richard & Others , 1995 : 259) .
ويجد الباحث أن هناك علاقة تفاعلية واضحة بين القلق وأعراضه وتأثيره على مرضى السكري وبين المرض نفسه ، وهذه العلاقة هي علاقة تأثير وتأثر ؛ أي أن زيادة مستوى القلق وتأثيره على الإنسان يعد من أحد الأسباب التي ربما تؤدي إلى الإصابة بهذا المرض ، وكذلك مريض السكري فيما بعد يكون لديه من مشاعر القلق والتوتر أكثر من الإنسان العادي وذلك مع تقدم المرض لدى الإنسان المريض .

"وأكد باحثون مختصون في مركز لوبيولا للبحوث الاجتماعية الأمريكي أن التغيرات في السكر في الدم لدى مرضى السكري لا تتأثر بالعوامل البيولوجية فقط ، وإنما تتأثر أيضاً بالعوامل النفسية والاجتماعية أيضاً، وأن التوترات اليومية لدى المرضى تؤثر تأثيراً مباشراً على قدرة الجسم على تنظيم مستويات السكر في الدم، وبالتالي تؤثر على استجابته مع برامج العلاج" (أمواج، ١٩٩٩: ٢٢) .

يتضح هنا أن القلق لا يقتصر على عوامل محددة دون الأخرى ، فهناك عدة آثار للقلق تلعب دوراً هاماً لدى مرضى السكري فمنها الآثار النفسية والاجتماعية والفسولوجية والاجتماعية الخ . وأياً كانت تلك الآثار فإن لها انعكاساتها السلبية على مستوى السكر في الدم لدى المريض مما يعمل على تذبذب هذا المستوى بين الارتفاع الشديد والانخفاض الشديد تبعاً لاختلاف مدى تأثر مريض السكري بتلك الآثار أنفة الذكر .

ومما سبق عرضه لعلاقة القلق بمرض السكري أود أن أشير إلى التفسير العلمي لما يحدث في حالة القلق وغيرها من التوترات النفسية حيث إنها تعمل كمثيرات للجهاز العصبي الطرفي ، والذي بدوره يرسل إشارات للغدة الكظرية الموجودة فوق الكلية والتي بدورها تعمل على إفراز هرمون الأدرينالين وهو أحد إفرازات هذه الغدة الذي يفرز من لحاء الغدة وإن هذا الهرمون يعمل على زيادة نسبة السكر في الدم وتقليل نسبة الأنسولين مما يزيد من حدة المرض

وهذا يدل على مدى خطورة تأثير القلق على مرض السكري حيث إن القلق يعتبر من المصادر الهامة التي تعمل على إثارة الغدة الكظرية وبالتالي زيادة إفرازاتها من الأدرينالين .

وهناك علاقة وثيقة بين مستوى القلق ومستوى السكر في الدم كما أشير سابقاً ، ولكن الخطورة تكون أكبر لدى المرضى الذين يعانون من مرض السكري لمدة طويلة ، حيث إن مضاعفات مرض السكري لديهم تلعب دوراً كبيراً في مدى تأثرهم بمستوى الضغوط النفسية والقلق ، ويكون لها الدور الأخطر على صحة المرضى، والذين يعانون من صعوبة التحكم في مستوى السكر في الدم لديهم ، وفي تلك الحالة يكون المريض بحاجة لعلاج القلق والتخلص منه أكثر من حاجته لعلاج مرض السكري وإن كان هناك من الطرق العلاجية ، والعقاقير والتي من شأنها أن تعمل على تخفيف مستوى مشاعر القلق لدى الإنسان ، فمن باب أولى أن يكون التدبير أول تلك العلاجات حيث يقول الله تعالى : "أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ" (الرعد : ٢٨) ويقول أيضاً : "فَإِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا * إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا * فَإِذَا فَرَغْتَ فَانصَبْ * وَإِلَىٰ رَبِّكَ فَارْغَبْ" (الشرح ٥-٨) . فإن التمسك بالدين الحنيف يخفف ما لدى الإنسان من مشاعر القلق والضغوطات النفسية ، ولقد أوصى رسولنا الكريم صلى الله عليه وسلم إلى عدم الغضب ، وأن يلجأ الإنسان إلى الضوء إذا زاد عنده القلق ؛ مما يعني أن السلوكيات الدينية والتمسك بها لدى الإنسان تعمل على خفض مستوى القلق لديه مما ينعكس إيجاباً على وضعه الصحي بشكل عام وعلى مريض السكري بشكل خاص .

قام الباحث بتصنيف الدراسات السابقة إلى ثلاث محاور :-

- دراسات تناولت القلق .
- دراسات تناولت مرض السكري .
- دراسات تناولت السلوك الديني .
- تعقيب عام على الدراسات .

أولاً: الدراسات السابقة التي تناولت القلق

Ψ دراسة (مرسي ، ١٩٨١) :

بعنوان : "علاقة سمة القلق في المراهقة و الرشد بإدراك الخبرات المؤلمة في الطفولة" .

حيث هدفت الدراسة إلى البحث عن علاقة سمة القلق في المراهقة و الرشد بالخبرات المؤلمة في الطفولة .

و تكونت عينة الدراسة من (١٢٢) طالباً تراوحت أعمارهم بين ١٥ - ٢٥ سنة ، منهم (٥٦) طالباً ثانوياً من مدرسة الجزيرة بالرياض و (٦٦) طالباً من كلية التربية بجامعة الرياض ، استخدم (مرسي) مقياس القلق الصريح و مقياس الخبرات المؤلمة في البيت و في المدرسة .

واستخدم (مرسي) من الناحية الإحصائية معاملات الارتباط لبيرسون .
و أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة موجبة بين الاستعداد للقلق في المراهقة و الرشد ، والتعرض للخبرات المؤلمة في الطفولة ، أي أن أصحاب سمة القلق العالية من المراهقين والراشدين قد تعرضوا في الصغر أكثر من أقرانهم أصحاب سمة القلق المنخفضة لخبرات الحرمان والقسوة والإحباط والفشل وعدم التقبل من المدرسين وعدم الانسجام مع الوالدين .

هنا يتضح من الدراسة التي قام بها (مرسي) أن مرحلة الطفولة تعتبر أساساً للمراحل الأخرى التي تليها من مراقبة ورشد وغيرها ، حيث إن الأطفال الذين مروا بخبرات مؤلمة في حياتهم سينعكس ذلك سلباً على حياتهم المستقبلية والعكس صحيح .

Ψ دراسة (مرسي، ١٩٨٢) :

بـعـنـوان : "علاقة القلق بالتحصيل الدراسي عند طلبة المدارس الثانوية" .

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين القلق الصريح والتحصيل الدراسي عند طلبة المدارس الثانوية بدولة الكويت .
تكونت عينة الدراسة من (٢٠٠) طالباً و (١٧٠) طالبة من طلبة المدارس الثانوية بالكويت .

وقد استخدم (مرسي) مقياس للقلق الصريح و مقياس للقلق النوعي .
واستخدم من الناحية الإحصائية معاملات الارتباط .

وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباط سالبة بين التحصيل الدراسي والقلق ، ومعنى ذلك أن الطلبة أصحاب القلق المرتفع يكون أدائهم في الامتحانات المدرسية ضعيفاً وأن الطلبة أصحاب القلق المنخفض يكون أدائهم في الامتحانات المدرسية مرتفعاً .

هنا يتبين أن تلك الدراسة العلائقية والتي درست علاقة القلق بالتحصيل الدراسي بينت أن ارتفاع نسبة القلق يعيق الأداء في الامتحان بشكل جيد ، بمعنى أن العلاقة عكسية بين القلق و التحصيل الدراسي .

Ψ دراسة (بشاي، ١٩٨٣) :

بـعـنـوان : "العلاقة بين الاتجاهات الوالدية كما يدركها الأبناء المراهقون و مستوى القلق لديهم" .

حيث هدفت الدراسة إلى توضيح مدى وجود علاقة بين الاتجاهات الوالدية المتبعة من الوالدين في التنشئة كما يدركها الأبناء المراهقون ومستوى القلق لديهم .
وتكونت عينة الدراسة من (١٥٠) طالباً و (١٥٠) طالبة من طلبة الصف الأول الثانوي من المدارس الثانوية العامة بمدينة سوهاج ، ويتراوح أعمارهم ما بين ١٥ - ١٧ سنة و كانت العينة متجانسة من حيث السن ، و الذكاء والمستوى الاجتماعي والاقتصادي .
واستخدم (بشاي) أدوات سيكومترية للدراسة وتشتمل على اختبار الذكاء المصور ، واختبار القلق للمراهقين وغيرها ، وكذلك استخدم (بشاي) أيضاً ، المقابلات الإكلينيكية .

ومن الناحية الإحصائية استخدم (بشاي) ، معامل الارتباط و المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ، و اختبار (ت) .

و توصلت الدراسة إلى نتائج متعددة من أهمها :-

تختلف ديناميات الشخصية لدى الأبناء (الذكور - الإناث) الحاصلين على أعلى درجة في اختبار القلق للمراهقين عن ديناميات الشخصية لدى الأبناء (الذكور - الإناث) الحاصلين على أقل درجة في اختبار القلق للمراهقين ، كما أن الأبناء الحاصلين على أعلى درجة في الاختبار كان الوالدان أكثر عدواناً . أما في حالة الأبناء الحاصلين على أقل درجة في الاختبار ، كانت صورة الوالدين مصطبغة بالعطف و المحبة و التقدير و التشجيع مع شعور الأبناء بالأمن و الطمأنينة .

هذه الدراسة العلائقية حاولت التعرف على العلاقة بين الاتجاهات الوالدية المدركة من قبل الأبناء و مستوى القلق لديهم ، أفادت أن العائلات التي يتسم الأب و الأم لديهم بالعنف والعدوان انعكس سلباً على مستوى القلق لدى الأبناء المراهقين في حين أن العائلات التي تتسم بالحنان والعطف انعكس ذلك إيجاباً على مستوى القلق لدى الأبناء المراهقين .

Ψ دراسة (مرسي ، ١٩٨٣) :

بـعـنـوان : " علاقة سمة القلق بالعصابية " .

حيث هدفت الدراسة إلى بحث علاقة (سمة القلق) بالعصابية .

و تكونت عينة الدراسة من (٨٦) طالباً سعودياً ، و اللذين يدرسون مقررات في علم النفس بكلية التربية بجامعة الملك سعود و تتراوح أعمارهم بين (١٨ - ٢٥) سنة . استخدم (مرسي) ثلاثة مقاييس للقلق الصريح و هي تقيس سمة القلق ، و مقياس أيزنك للعصابية . و تم معالجة البيانات إحصائياً باستخدام معامل الارتباط لبيرسون . و بينت النتائج وجود علاقة بين القلق و العصابية ، و هي دالة إحصائياً ، و أظهرت نتيجة التحليل العاملي لمصفوفة تفاعلات الارتباط أن القلق عرض شائع في العصابية ولكن القلق ليس هو العصابية تماماً .

يتبين من دراسة (مرسي) و التي درست علاقة سمة القلق بالعصابية أنها تتفق مع دراسة (بشاي ، ١٩٨٣) في أنها أجريت على جنس واحد و هو الذكور و إن كانت دراسة بشاي أجريت على الإناث ، و اتضح لمرسي من خلال استخدامه لعدة مقاييس أن القلق مرتبط بالعصابية بمعنى أن العصابية يشيع فيها القلق بشكل واضح .

Ψ دراسة (الفيومي، ١٩٨٥) :

بغنوان : "القلق الإنساني مصادره ، تياراته ، التددين كعلاج له " . (دراسة نظرية) .

و هدفت هذه الدراسة إلى إجراء بحوث مقارنة بين العلم و التددين و التي اتضح (للفيومي) أن تلك البحوث الناتجة عن المقارنة في هذا المجال غير مجدية النتائج .

و استطاع (الفيومي) من خلال دراسته الوصول إلى أمرين و هما :

١- إبراز قيمة العلم و ضرورته في بناء الإنسان .

٢- إبراز قيمة الدين و ضرورته لبناء شخصية الإنسان مع عدم التضحية بأحدهما على حساب الآخر .

و استخدم (الفيومي) في دراسته المنهج الوصفي التحليلي في دراسة القلق الإنساني و مصادره و تياراته و علاج التددين له ، و عمل على تقسيم رسالته إلى فصول متعددة تناقش الموضوعات التي طرحها في العنوان الرئيس على شكل دراسة نظرية .

يلاحظ من دراسة الفيومي أنه اتبع الوصف والتحليل ، وهي دراسة نظرية تلقى الضوء على العلاقة الوثيقة بين الدين والشخصية الإنسانية كما وتلفت الأنظار إلى ضرورة الاستعانة بالعلم والدين معاً لضمان التوازن في الشخصية الإنسانية والذي يصعب تحقيقه بإغفال أحد الجانبين .

Ψ دراسة (رؤوف، ١٩٨٦) :

بغنوان : "دراسة مقارنة بين مستوى القلق المدرسي لطلاب المرحلة المتوسطة في محافظة نينوي و تكيفهم الاجتماعي المدرسي " .

حيث هدفت الدراسة إلى المقارنة بين مستوى القلق المدرسي و التكيف الاجتماعي المدرسي لدى طلاب المرحلة المتوسطة في محافظة نينوي للأعمار (١٢ - ١٩ سنة) .

و تكونت عينة الدراسة من (١٥٠) طالباً . و استخدم (رؤوف) مقياس التكيف الاجتماعي المدرسي و مقياس القلق المدرسي وكلا المقياسين من إعداد الباحث . و استخدم (رؤوف) في تحليله الإحصائي اختبار (ت) .

و توصلت الدراسة إلى النتائج التالية :-

- وجود فروق معنوية بين الطلاب ذوي القلق المدرسي العالي و الطلاب ذوي القلق المدرسي المنخفض في التكيف الاجتماعي المدرسي لصالح الطلاب ذوي القلق المدرسي المنخفض .

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى القلق المدرسي والتكيف الاجتماعي المدرسي تبعاً لمتغير الصف الدراسي (الصفين الأول و الثالث) .

يتبين أن دراسة (رؤوف) هي دراسة مقارنة في مستويات القلق المدرسي و تكيفهم الاجتماعي المدرسي و التي كان من أهم نتائجها؛ أن ذوي القلق المنخفض من أفراد عينة الدراسة كانوا أفضل في التكيف الاجتماعي مما يعكس أهمية مستوى القلق بشكل عام في تأثيره على النواحي المتعددة من حياة الإنسان .

Ψ دراسة (شعيب، ١٩٨٧) :

بغنوان : " قلق الاختبار في علاقته ببعض المتغيرات المرتبطة بطلاب و طالبات الثانوية العامة بمدينة مكة المكرمة " .

حيث هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على الفروق بين الطلاب و الطالبات في الثانوية العامة بمدينة مكة المكرمة في درجة قلق الاختبار ، و كذلك معرفة الفروق بين القسم العلمي والقسم الأدبي لطلاب و طالبات الثانوية العامة بمكة المكرمة في درجات قلق الاختبار وكذلك تحديد العلاقة بين سمات الشخصية ودرجة قلق الاختبار لدى الطلاب والطالبات .

وتكونت عينة الدراسة من (١٨١) طالباً و(١٩٧) طالبة من طلبة الثانوية العامة في القسمين العلمي و الأدبي بمدينة مكة المكرمة .

و استخدم (شعيب) في دراسته قائمة قلق الاختبار من إعداد و استمارة المستوى الاقتصادي و الاجتماعي وهي من إعداد (سهير عجلان) و كذلك مقياس أيزنك لقياس سمات الشخصية من إعداد (جابر عبد الحميد و محمد فخر الإسلام) .

و استخدم (شعيب) من الناحية الإحصائية اختبار (ت) و تحليل الانحدار المتعدد و اختبار (كا²) .

و كانت نتائج الدراسة كما يلي :-

- عدم وجود فروق في قلق الاختبار بين الطلاب والطالبات من القسمين الأدبي والعلمي .

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات قلق الاختبار بين المستويات الاقتصادية والاجتماعية المختلفة التي ينتمي إليها الطلاب والطالبات .

- أن بعض المتغيرات المرتبطة بالخلفية الأسرية للطالب أو الطالبة في الثانوية العامة لها دلالتها الإحصائية في التنبؤ بدرجة قلق الاختبار مثل وظيفة الأم ومستوى تعليم الأب والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة .

إن هذه الدراسة و التي اختصت بقلق الاختبار لدى طلبة الثانوية العامة و التي تنوعت فيها أدوات الدراسة المستخدمة، والجدير بالذكر أنه في تلك الدراسة والتي أجريت على الجنسين ومن المستويين العلمي والأدبي بينت عدم وجود فروق في قلق الاختبار لدى أفراد العينة من المستويين العلمي والأدبي مع العلم أن المتغيرات الأخرى في الدراسة كان لها التأثير على مستوى قلق الاختبار لدى أفراد العينة .

Ψ دراسة (أغا، ١٩٨٨) :

بغـــــــــــــــــوان : " القلق و التحصيل الدراسي " .

حيث هدفت الدراسة إلى مقارنة علاقة القلق بالتحصيل الدراسي لدى الذكور والإناث من طلاب المرحلة الإعدادية في دولة الإمارات العربية المتحدة .

وتكونت عينة الدراسة من (٢٠٠) طالب و طالبة بالتساوي من الصف الثالث الإعدادي . واستخدم (أغا) لقياس سمة القلق لدى العينة المختارة استفتاء تحليل الذات وهو من إعداد (سبيلبرجر) وتعريب (أمينة كاظم) . واستدل (أغا) على التحصيل الدراسي من درجات الطلاب في المواد الرئيسية . واستخدم الباحث أساليب إحصائية مختلفة مثل تحليل التباين ، واختبار (ت) .

و كانت نتائج الدراسة كما يلي :-

- وجود فروق دالة إحصائية في مستوى القلق لصالح الإناث .
- إن ذوي القلق العالي ، أدنى في التحصيل الدراسي من ذوي القلق المنخفض .
- يوجد ارتباط سالب بين القلق والتحصيل الدراسي .

يتضح من تلك الدراسة والتي كانت بمثابة دراسة مقارنة علاقة القلق بالتحصيل الدراسي لدى الطلبة في المرحلة الإعدادية والتي جاءت نتائجها موافقة نوعاً ما لنتائج كثير من الدراسات الأخرى في أن مستوى القلق ينعكس سلباً على التحصيل الدراسي وكذلك إن الفروق في مستوى القلق كانت دالة إحصائية لصالح الإناث في أفراد العينة .

Ψ دراسة (عبد الخالق و حافظ ، ١٩٨٨) :

بـعـنـوان : "حالة القلق و سمة القلق لدى عينات من المملكة العربية السعودية" .

هدفت الدراسة إلى محاولة الكشف عن حالة القلق و سمة القلق لدى عينة البحث .
تكونت عينة الدراسة من (١٩٦) طالباً من طلاب الجامعة ، و(١٢٢) طالباً من
الثانوية العامة ، (١١٦) طالبة من الثانوية العامة ، و(٨٢) مدرساً من الملتحقين بدورة تدريب
بكلية التربية في جامعة الملك سعود . واستخدم الباحثان مقياس القلق (الحالة - السمة)
لسبيلبرجر . واستخدم الباحثان المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري واختبار (ت) و
معامل ارتباط بيرسون في التحليل الإحصائي .

وأوضحت نتائج الدراسة أن المدرسين قد حصلوا على أقل درجة في مقياس حالة
القلق وسمة القلق ، أما طلاب الثانوية العامة فقد حصلوا على أعلى المتوسطات في المقياس
نفسه ولكن الفروق بين طلبة الجامعة و طلبة الثانوية غير جوهريّة في المقياس ، وقد حصلت
طالبات الثانوية على درجات أعلى من الذكور في مقياس القلق نفسه .

هنا يمكن القول أن تلك الدراسة والتي تعدت المستويات الأكاديمية لدى أفراد العينة بينت
أن ارتفاع مستوى القلق لدى الطلبة الثانويين بشكل عام أكثر من المعلمين ، في حين أن
مستوى القلق كان لدى الطالبات أعلى منه لدى الطلاب وهذا يخالف ما توصلت له دراسة
(الليل ، ١٩٩٧) .

Ψ دراسة (مرسي ، ١٩٨٨) :

بـعـنـوان : "دراسة مقارنة لمستوى القلق و علاقته بتحديد الهوية لدى المراهقين من
المدخنين و غير المدخنين" .

حيث هدفت الدراسة إلى دراسة القلق في علاقته بتحديد الهوية لدى المراهقين من
المدخنين و غير المدخنين . وتكونت عينة الدراسة لدى (مرسي) من (١٧١) طالباً من الذكور
بجامعة الزقازيق من كليات الآداب والتربية والحقوق ، وكان من بينهم (٤٦) من المدخنين
و(١٢٥) من غير المدخنين.

واستخدم (مرسي) مقياس هوية الأنا من إعداد الباحث ، ومقياس القلق الصريح لتيلور
ومقياس الاغتراب (الأحمد خيرى حافظ) ، بالإضافة إلى استمارة بيانات عن الطالب تتضمن

بعض الأسئلة للحصول على بعض المعلومات الديموجرافية ، وأسئلة تتعلق بأهم المواقف التي تدفع إلى السلوك التدخيني .

وتم معالجة البيانات إحصائياً عن طريقة حساب المتوسط الحسابي ، و الوسيط ، والانحراف المعياري ، و اختبار (ت) و اختبارات أخرى .
و كشفت الدراسة عن النتائج التالية :-

- وجود ارتباط دال بين درجات المراهقين على مقياس هوية الأنا و درجاتهم على مقياس القلق و كذلك عدم وجود فروق دالة بين غير المدخنين و متوسطي التدخين في مستوى القلق ولكنه وجد فروق دالة إحصائياً بين غير المدخنين و مفرطي التدخين في مستوى القلق لصالح مفرطي التدخين .

- و تبين عدم وجود فروق دالة بين متوسط درجات المراهقين المدخنين ومتوسط درجات المراهقين غير المدخنين في درجة تحديد الهوية .

هنا يجد الباحث اختلاف نوع عينة الدراسة و إن تناولت موضوع القلق وكانت أيضاً مكونة من جنس واحد وهو الذكور لمحاولة البحث في أثر التدخين على مستوى القلق والتي كان من أهم نتائجها أن الأفراد المفرطين في التدخين تبين ارتفاع مستوى القلق لديهم بناءً على نتائج الدراسة أكثر من قرنائهم غير المدخنين .

Ψ دراسة (محمد ، ١٩٨٨) :

بعنوان : "دراسة العلاقة بين مستوى القلق لدى تلاميذ التعليم الأساسي و بعض متغيرات البيئة المدرسية " .

حيث هدفت الدراسة إلى محاولة الكشف عن مدى وجود علاقة بين مستوى القلق لدى تلاميذ الحلقة الثانية من التعليم الأساسي و بعض متغيرات البيئة المدرسية ، مثل العلاقات الاجتماعية بين التلاميذ و أساليب المعاملة من قبل المعلمين للتلاميذ .

وتكونت عينة الدراسة من (١٨٥) تلميذاً و (٣٥) معلماً في جمهورية مصر العربية .
واستخدم (محمد) مقياس لمعاملة المعلمين للتلاميذ و مقياس العلاقة الاجتماعية ، واستبيان التقدير الذاتي (السبيلبرجر) .

واستخدم (محمد) اختبارات إحصائية مختلفة ؛ وهي المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ومعامل الارتباط ، و اختبار (ت) .

وبينت نتائج الدراسة وجود فروق في القلق بين التلاميذ ذوي بيئة مدرسية ذات نمط إيجابي و بين أقرانهم الذين هم في بيئة مدرسية ذات نمط سلبي .
كما بينت النتائج أيضاً ؛ وجود علاقة موجبة دالة بين مستوى العلاقات الاجتماعية بين التلاميذ و بين القلق لديهم و ذلك في النمط الإيجابي ، و وجود علاقة ارتباطيه سالبة بين مستوى القلق لدى التلاميذ و مستوى العلاقات الاجتماعية لديهم في البيئة المدرسية ذات النمط السلبي .

هنا يتبين أن (دراسة محمد ، ١٩٨٨) و هي دراسة علائقية و التي بحثت العلاقة بين مستوى القلق لدى تلاميذ من المرحلة الأساسية وبعض متغيرات البيئة المدرسية ، ويتضح تفوق عدد التلاميذ على عدد المعلمين في عينة الدراسة وبينت إيجابية العلاقة لدى التلاميذ ذوي النمط الإيجابي و العكس صحيح ، بمعنى أن العلاقات الإيجابية بين التلاميذ تخفض من مستوى القلق لديهم .

Ψ دراسة (أحمد ، ١٩٨٩) :

بغنوان : "دراسة تأثير القلق في التحصيل الدراسي لدى طلاب ذوي قدرات عقلية مختلفة" .

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير القلق في الأداء في الاختبارات التحصيلية لدى طلاب ذوي قدرات عقلية مختلفة .

تكونت عينة الدراسة من (١٠٥) طالباً من طلاب كلية التربية بالفرقة الثالثة وقد أكمل الاختبارات خلال فترات القياس الثلاث (٧٥) طالباً .

و استخدم (أحمد) قائمة القلق (الحالة - السمة) لسبيلبرجر ، واختبارات تحصيلية في مادة علم النفس التعليمي .

و من الناحية الإحصائية استخدم (أحمد) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وأساليب إحصائية أخرى .

و كانت من أهم النتائج لتلك الدراسة أن سمة القلق تؤثر على حالة القلق والتحصيل الدراسي ، وبينت أن العلاقة بين حالة القلق و الأداء علاقة عكسية ؛ بمعنى أن كل منهما يؤثر في الآخر ، وظهر أن سمة القلق لدى الطلاب ذوي القدرات العقلية المرتفعة تؤثر في تحصيلهم و لكن ذوي القدرات العقلية المنخفضة لا يوجد لديهم هذا التأثير .

يتضح من تلك الدراسة التي درست مدى تأثير القلق في التحصيل الدراسي ، والتي بينت أن تلك العلاقة قوية وعلاقة تأثير وتأثر حيث وجد أن القلق المرتفع يؤثر سلباً على الأداء الدراسي وكذلك وجد أن سمة القلق ليس لها نفس التأثير على ذوي القدرات العقلية المرتفعة والمنخفضة ، بمعنى أن أصحاب القدرات العقلية المرتفعة يتأثرون أقل من أقرانهم من ذوي القدرات العقلية المنخفضة .

Ψ دراسة (النيل ، ١٩٩١) :

بعنوان : "الفروق في كل من حالة القلق وقلق الموت قبل إجراء العملية الجراحية وبعدها".

هدفت الدراسة إلى فحص الفروق في كل من القلق كحالة و قلق الموت قبل إجراء العملية الجراحية و بعدها ، و كانت الفرضية الموضوعة من قبل الباحثة أن هناك فروقاً جوهرية في هذين المتغيرين بين مرحلتي قبل إجراء الجراحة وبعدها إذ يرتفعان قبل العملية و ينخفضان بعدها.

وتكونت العينة للدراسة من (٢٣) مريضاً عضوياً ذكراً كانوا يجرون عمليات جراحية من النوع الكبير ، وكان متوسط أعمارهم (٣٦.٢) سنة .
واستخدمت (النيل) مقياس لحالة القلق و مقياس لقلق الموت ، وتم تطبيقهما مرتين ، الأولى قبل إجراء الجراحة بأربع وعشرين ساعة و الثانية بعد إجراء الجراحة بخمسة أيام .
وأشارت النتائج إلى وجود فروق جوهرية في مقياس حالة القلق و قلق الموت بين حالتي قبل الجراحة و بعدها .

هنا يتضح أن دراسة (النيل ، ١٩٩١) و التي اختلفت فيها العينة عن كثير من الدراسات السابقة حيث كانت العينة من المرضى ، والتي اقتصر على جنس واحد وهو الذكور والذين خضعوا لإجراء عمليات جراحية كبرى واللافت للنظر هنا أنه كانت الفروق جوهرية في حالة القلق وقلق الموت قبل وبعد العملية وذلك لصالح قبل العملية في ارتفاع مستوى القلق .

Ψ دراسة (القشيش ، ١٩٩١) :

بعنوان : "سمة القلق و علاقتها بالبيئة الاجتماعية " .

حيث هدفت الدراسة إلى كشف عن العلاقة بين كل من مستوى التحضر و الجنس من ناحية و درجة القلق المحددة من مقاييس القلق من ناحية أخرى .

و استخدمت (القشيش) مقياس أعراض القلق ، و مقياس تبلور للقلق ، و مقاييس أخرى .
و تكونت عينة الدراسة من (٥٠٠) فرداً نصفهم ذكور و نصفهم إناث و تم اختيار
العينة عشوائياً من بين طلبة الثاني الثانوي بمحافظة القاهرة و الإسكندرية .
و استخدمت (القشيش) عدة أساليب إحصائية منها اختبار (ت) و تحليل التباين المزدوج ،
و التحليل العاملي .

وبينت نتائج الدراسة أنه يزداد مستوى القلق بزيادة التحضير كذلك إن الإناث أكثر
قلقاً من الذكور وذلك في الحالة والسمة ، و كذلك في الميل العصبي و القابلية للإيماء .

من تلك الدراسة نجد أنه توجد علاقة مباشرة بين سمة القلق و البيئة الاجتماعية حيث
أنها أثبتت بناءً على المقاييس المستخدمة في الدراسة أن مستوى القلق يزداد بزيادة التحضر
و هذا يتشابه مع ما توصلت إليه دراسة (الليل ، ١٩٩٧) . كذلك بينت أن الإناث أكثر قلق من
الذكور بناءً على نتائج المقاييس نفسها .

Ψ دراسة (عبد الباقي ، ١٩٩٣) :

بغنوان : "مسببات القلق ، خبرات الماضي و الحاضر و مخاوف المستقبل " .

حيث هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على أسباب القلق ما بين خبرات الماضي
و الحاضر و مخاوف المستقبل .

و تكونت عينة الدراسة من (٢٣٩) شخصاً منهم (٣٣) ذكور و (٢٠٦) إناث من
مستويات تعليمية مختلفة و من جنسية مصرية و سعودية .

و استخدمت (عبد الباقي) مقياس للقلق قامت بإعداده و عمل صدق وثبات له .

و استخدمت (عبد الباقي) من الناحية الإحصائية التحليل العاملي واختبار (ت) .

و كانت نتائج البحث على النحو التالي :-

- الإناث أكثر قلقاً من الذكور .

- مستوى القلق يزداد بزيادة العمر ، بمعنى أن الأعمار الأقل هي أقل قلقاً و الأعمار الأكبر
هي أعلى قلقاً .

- عدم وجود فروق جوهرية في مستوى القلق بين المتعلمين تعليماً جامعياً و تعليماً أعلى من
جامعي .

- عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى القلق يعزى للجنسية (مصريات ، سعوديات) .

- قلق الحاضر أعلى من قلق المستقبل و قلق المستقبل أعلى من قلق الماضي .

هنا يتضح أن (الباحثة) حاولت التعرف على مسببات القلق المختلفة لدى أفراد العينة المعنيين و التي تفوق فيها عدد الإناث عن الذكور بكثير والتي كان من نتائجها ارتفاع مستوى القلق لدى الإناث أكثر من الذكور ومن الجدير بالذكر هنا أن تلك الدراسة وضحت اختلاف مستويات القلق بين الماضي والحاضر والمستقبل وأكثر تلك المستويات هو قلق الحاضر .

Ψ دراسة (فرح وآخرون ، ١٩٩٣) :

بغـنـوان : " قلق الاختبار و الأفكار العقلانية و اللاعقلانية " .

حيث هدفت الدراسة إلى تقصي العلاقة بين الأفكار العقلانية و اللاعقلانية من ناحية و قلق الاختبار من ناحية أخرى لدى طلبة الثانوية العامة في مدينة اربد الأردنية و كذلك هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين قلق الاختبار لدى الطلبة و كل من الجنس والتخصص الأكاديمي .

تكونت عينة الدراسة من (٢٩٢) طالباً وطالبة ، منهم (١٣٨) طالباً و (١٥٤) طالبة واستخدم الباحثون اختبار (ت) و تحليل التباين الثنائي ، وطبق الباحثون اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية (بناء وتقنين سليمان الريحاني) ، وكذلك مقياس (سوين) لقلق الاختبار . وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلبة لصالح ذوي الأفكار العقلانية ، و أيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية في علامات قلق الاختبار تعزى للجنس لصالح الإناث والتخصص الأكاديمي لصالح التخصص الأدبي .

يتضح من تلك الدراسة اختلاف مستوى القلق باختلاف المتغيرات الموجودة في الدراسة حيث بينت الفروق أنها دالة إحصائياً لصالح ذوي الأفكار العقلانية ، وأيضاً لصالح الإناث ، ولصالح التخصص الأدبي .

Ψ دراسة (الصبوة ، ١٩٩٤) :

بغـنـوان : " التفكير التجريدي و الإبداعي لدى مرتفعي القلق و ومنخفضيه من طلاب الجامعة " .

حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين القلق و التفكير التجريدي والتفكير الإبداعي .

وتكونت عينة الدراسة من (١٥٢) طالباً جامعياً من القسمين العلمي و الأدبي .
واستخدم (الصبوة) مقياس القلق (الحالة - السمة) لسبيلبرجر ، واختبارات أخرى تقيس التفكير
التجريدي و التفكير الإبداعي . واستخدم الباحث في المعالجة الإحصائية اختبار (ت) .
وأظهرت النتائج أن الطلاب ذوي الدرجات المنخفضة في حالة و سمة القلق كانت
درجاتهم مرتفعة في القدرة على التجريد و أعلى من الطلاب ذوي الدرجات المرتفعة في حالة
وسمة القلق ، و كذلك الطلاب ذوي الدرجات المنخفضة في اختبار القلق (الحالة - السمة)
كانوا أفضل في التفكير الإبداعي من زملائهم مرتفعي القلق (الحالة - السمة) .

هنا أوضحت دراسة الصبوة أن مستوى القلق يتناسب عكسياً مع التفكير التجريدي
والإبداعي لدى الطلاب الجامعيين المشمولين في عينة الدراسة أي أن انخفاض مستوى القلق
يزيد من القدرة على التفكير التجريدي و الإبداعي و العكس صحيح .

Ψ دراسة (Ahmad & Others, 1994)

بـعـنـوان : " القلق والاكتئاب الممتزج عند الحوامل (تأثير المفاهيم الخاطئة) " .

هدفت الدراسة إلى التعرف على وجود أعراض القلق والاكتئاب لدى النساء الحوامل
ومدى تأثير المفاهيم الخاطئة على ذلك ، ومقارنة النساء الحوامل بغير الحوامل .
تكونت عينة الدراسة من (٥٠) امرأة حامل تم اختيارهن عشوائياً من العيادة النسائية
في مدينة الحسين الطبية بالأردن ، و(٥٠) امرأة غير حامل كعينة ضابطة وممثلة لعينة
الدراسة من حيث الخلفية الاجتماعية والسن ، والثقافة .

وقام الباحثون بتطبيق مقاييس متعددة منها مقياس بيك للاكتئاب ومقياس للقلق
والمقابلات الشخصية . وعمل الباحثون على معالجة البيانات إحصائياً بعدة أساليب .
وأشارت النتائج إلى أن النساء الحوامل لديهن ارتفاع في مستوى القلق وبعض
المفاهيم الخاطئة أكثر من النساء غير الحوامل . ودعمت هذه النتائج فكرة النظرية
المعرفية بأن المفاهيم والاتجاهات الخاطئة قد ينتج عنها قلق واكتئاب .

ومن تلك الدراسة يتضح أنها أجريت على عينة مشتركة من النساء الحوامل وغير
الحوامل ، والتي استخدم فيها الباحثون المنهج التجريبي ليصلوا إلى مدى تأثير المفاهيم
الخاطئة على أفراد العينة مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة والتي جاءت نتائجها

لتؤكد مدى تأثير المفاهيم الخاطئة والشائعة بين الناس على مستوى القلق والاكتئاب لدى النساء
الحوامل أكثر من قرنائهن من النساء غير الحوامل .

Ψ دراسة (شريف ، ١٩٩٥)

ب عنوان : "دراسة لمدى الارتباط بين القلق والذاكرة " .

هدفت الدراسة إلى معرفة هل هناك علاقة ارتباطيه منحنية بين درجة القلق عند
الفرد وقدرته على تذكر المعلومات .
وتكونت عينة الدراسة من طلبة السنة الأولى بكلية الآداب بجامعة قاريونس في ليبيا
بقسمي اللغة الإنجليزية والفرنسية وعددهم (٤١) طالباً وطالبة منهم (١٥) طالب و(٢٦)
طالبة . واستخدم (شريف) مقياس لاختبار الذاكرة القصيرة ومقياس آخر للعصبية ومقياس
للقلق . وعمل الباحث على معالجة البيانات إحصائياً باستخدام اختبار (ت) .
وأوضحت النتائج عدم وجود علاقة ارتباطيه منحنية بين الذاكرة عامةً وأي من
مقياس العصبية أو مقياس القلق .

يتضح من دراسة (شريف) أن الفرضية التي قامت عليها تلك الدراسة هي التساؤل
بمدى الارتباط بين القلق والذاكرة قصيرة المدى ، والتي أجريت على الطلبة في بداية
المرحلة الجامعية ، ولكن النتائج بينت عدم وجود علاقة ارتباطيه بين القلق والذاكرة
قصيرة المدى ، وذلك عند أفراد العينة من الجنسين .

Ψ دراسة (عبد الرحيم وآخرون ، ١٩٩٥) :

ب عنوان : "تأثير قلق التدريس في أداء التربية العملية لدى عينة من طالبات كلية التربية
بجامعة قطر" .

هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير قلق التدريس في أداء عينة من طالبات كلية التربية
بجامعة قطر في التربية العملية ، ونوع العلاقة الموجودة بين هذين المتغيرين .
وتكونت عينة الدراسة لدى الباحثين من (١١٨) طالبة من طالبات التربية العملية
بجامعة قطر .

و قام الباحثون بتطبيق ثلاث أدوات و هي : اختبار قلق التدريس (من إعداد الباحثين) و اختبار سمة القلق (لسيلبرجر) واستمارة تقويم أداء الطالب المعلم في التربية العملية (إعداد المدرسين في قسم المناهج في نفس الجامعة) و تم تطبيق تلك الأدوات مرتين في بداية الفصل و في نهاية الفصل .

و من الناحية الإحصائية استخدم الباحثون اختبار (ت) ، وتحليل التباين ، ومعامل ارتباط بيرسون .

وأوضحت النتائج عدم وجود علاقة بين المتغيرات القلق بنوعيه ، وأداء الطالبات في مقرر التربية العملية ، وكذلك اتضح وجود فروق بين قلق التدريس في التطبيقين الأول والثاني لصالح التطبيق الأول ، وكذلك اتضح وجود دور للقلق في كف الأداء في التربية العملية .

هنا حاول الباحثون الوصول لمعرفة مدى تأثير قلق التدريس في أداء التربية العملي والتي أجريت على عينة من الإناث فقط والتي اتضح فيها أن القلق الناتج عن التدريس يعيق الأداء في العملية التربوية لدى الأفراد المعنيين .

Ψ دراسة (حداد، ١٩٩٥) :

ب عنوان : "سمة القلق و علاقتها بمستوى الدعم الاجتماعي " .

حيث هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة الارتباطية بين سمة القلق ومستوى الدعم الاجتماعي لدى طلبة بكالوريوس التربية الابتدائية في الجامعة اليرموك بالأردن و الفروق بين هذه العلاقات وفقاً لمتغيري الجنس و مكان الإقامة .
وقام (حداد) بتطبيق مقياس سمة القلق ومقياس اليرموك للتقييم الذاتي ومقياس للدعم الاجتماعي .

وتكونت العينة للدراسة من (١٥٧) طالباً و طالبة .

و استخدم (حداد) من الناحية الإحصائية اختبار (ت) و اختبارات إحصائية أخرى .
و أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سمة القلق تعزى إلى الجنس أو مكان الإقامة و إلى وجود فروق في مستوى الدعم الاجتماعي بين سكان المدينة وسكان القرية لصالح سكان المدينة . ودلت النتائج أيضاً على وجود علاقة ارتباطية

عكسية بين سمة القلق ومستوى الدعم الاجتماعي ، وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية وفقاً لمتغيري الجنس ومكان الإقامة .

من دراسة (حداد، ١٩٩٥) يتبين أنها دراسة علائقية اقتصر على متغيرين وهما الجنس ومكان الإقامة في البحث بعلاقة سمة القلق بمستوى الدعم الاجتماعي . و اللافت للنظر هنا أنه من إحدى نتائج الدراسة تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سمة القلق تعزى للمتغيرين الموجودين في الدراسة وهذا ربما يخالف بعض الدراسات التي بينت نتائجها وجود فروق في سمة القلق تعزى للجنس .

Ψ دراسة (الزعبي، ١٩٩٧) :

بغـوان : " مستوى القلق كحالة و كسمة لدى طلبة جامعة صنعاء " .

حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى القلق كحالة و كسمة لدى طلبة جامعة صنعاء من الجنسين ، من كليات و أقسام مختلفة ، و كذلك هدفت الدراسة إلى الكشف عما إذا توجد فروق دالة إحصائية في القلق كحالة وكسمة بين الجنسين . وتكونت عينة الدراسة من (٢٠٠) طالب و طالبة من طلبة جامعة صنعاء ، نصفهم من الذكور و النصف الآخر من الإناث . و قد استخدم (الزعبي) مقياس للقلق كحالة و مقياس للقلق كسمة ، ومن الناحية الإحصائية تم استخدام عدة اختبارات إحصائية . وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في درجات مقياس القلق كحالة ، حيث تبين أن القلق كحالة عند الإناث أعلى منه عند الذكور .
- عدم وجود فروق بين الجنسين في درجات القلق كسمة .
- عدم وجود اختلاف في مستويات القلق كحالة وكسمة .
- عدم وجود اختلاف في مستويات القلق كحالة وكسمة بين الذكور والإناث .

يتضح أن دراسة الزعبي كانت بمثابة التعرف على مستوى القلق (الحالة و السمة) لدى طلبة جامعة صنعاء و التي اتفقت بعض نتائجها مع نتائج دراسة (حداد، ١٩٩٥) حيث أنه تبين عدم وجود فروق بين الجنسين في درجات القلق كسمة، و لكن كحالة كانت النتيجة أنه

عند الإناث أعلى من الذكور بينما في مستويات القلق بشكل عام فإنه وجد عدم اختلاف بين الذكور و الإناث .

Ψ دراسة (الليل، ١٩٩٧) :

بـعـنـوان : "علاقة بعض المتغيرات بالقلق العام لدى طلاب و طالبات المرحلة المتوسطة و الثانوية في المملكة العربية السعودية" .

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تأثير متغيرات الجنس والإقامة في المدينة أو القرية ، والمرحلة الدراسية ، وعدد أفراد الأسرة على مستوى القلق العام لدى مجموعة من طلاب وطالبات المرحلة المتوسطة والثانوية بالمملكة العربية السعودية .

وتكونت عينة الدراسة من (٤٠٤) طالباً وطالبة ، منهم (٢٠٦) طالباً و(١٩٨) طالبة

واستخدم (الليل) مقياس القلق العام للأطفال والمراهقين من إعداد الباحث .

وعمل الباحث على معالجة البيانات إحصائياً باستخدام اختبار (ت) .

ومن أهم النتائج لتلك الدراسة ، هو أن متغير السكن والعيش في المدينة وكذلك متغير ازدياد و نقصان عدد أفراد الأسرة له دور كبير في استثارة القلق العام لدى عينة البحث مما يشير إلى ارتفاع المواقف الضاغطة في المدينة عن القرية ، وكذلك يشير إلى ارتفاع المواقف الضاغطة لدى الفئة التي يقل عدد أفرادها عن ستة أفراد . أما المتغيرات الأخرى فلم يكن لها تأثير جوهري على ارتفاع القلق العام لدى عينة الدراسة .

يتضح من تلك الدراسة والتي درست علاقة القلق بمتغيرات مختلفة أن الحياة في المدينة لها دور في ارتفاع مستوى القلق لدى القاطنين فيها أكثر من الحياة في القرية ، و كذلك هناك علاقة عكسية بين مستوى القلق وعدد أفراد الأسرة . ومن اللافت للنظر في تلك الدراسة أنها أثبتت حياد متغير الجنس في علاقته بالقلق العام .

ثانياً: الدراسات التي تناولت مرض السكري :-

Ψ دراسة (المرعي وأبو خليل ، ١٩٨٩)

بغنوان "دراسة إحصائية لانتشار الداء السكري في مدينة اللاذقية" .

حيث هدفت الدراسة إلى أخذ فكرة عن انتشار مرض السكري في الجمهورية السورية ودراسة توزيع المرض حسب العمر و الزمن .

تكونت عينة الدراسة من (١٠٠٠) شخص من الجنسين و عمل الباحثان على تقسيم العينة إلى مجموعتين و هم من سكان مدينة اللاذقية ، ووجد أن عدد المصابين بالسكري منهم (٤٦) حالة أي نسبة (٤.٦%) وشملت العينة معظم فئات العمر و معظم شرائح المجتمع ، ومختلف أنواع المهن .

وبعد التحليل الإحصائي للبيانات من قبل الباحثين أشارت النتائج إلى أن نسبة (٤.٦%) من العينة مصابة بمرض السكري - كما أسلفت - ووجد أيضاً أن نسبة الإصابة مرتفعة لدى الإناث عنها لدى الذكور ، حيث أن (٥٦%) من الحالات المرضية كانت من الإناث (٤٤%) من الحالات كانت من الذكور . و تبين من النتائج أيضاً أن (٧) حالات فقط من أصل (٤٦) حالة مرضية ليس لديهم أية أعراض و أن نسبة كبيرة من الحالات المرضية هم من البدناء و تتبأت الدراسة بأن ما نسبته (١٤%) من البدناء سيتحولون إلى مرضى سكري في المستقبل .

يتبين للباحث الحالي أن الدراسة التي قام بها كل من المرعي و أبو خليل و التي كانت بمثابة دراسة إحصائية لمدى انتشار مرض السكري ، و شملت عينة الدراسة كل الأعمار و توصلت إلى أن ما نسبته (٤.٦%) من أفراد العينة لديهم مرض سكري ، مما يوضح مدى انتشار هذا الداء بغض النظر عن الأعمار أو الجنس و اللافت للنظر هنا أن البدناء هم الأسوأ حظاً في مجال انتشار المرض حسب نتائج الدراسة .

Ψ دراسة : (Abu-Zeid & Kassab , 1992)

بمعنوان "مدى انتشار مرض السكري في المجتمعات القروية في جنوب السعودية و علاقته بالرعاية الصحية المقدمة لهم " .

حيث هدفت الدراسة إلى تقدير معدلات انتشار مرض السكري و خصائصه الوبائية و معرفة مدى انتشاره و التحكم فيه .

و أجريت الدراسة في تجمع قروي (نصف حضري) مكون من (١٢) قرية في منطقة الملاحه في السعودية ، و كان المجتمع الكلي مكون من (٢٩٠) أسرة و عدد أفراد تلك الأسرة (١٢٥٠) فرداً ، و حدد (Abu-Zeid & Kassab) الحالات المرضية بتقدير نسبة السكر في الدم بـ ٢٠٠ ملجم/١٠٠مل أو أكثر .

و عمل الباحثان على تحليل البيانات إحصائياً باستخدام الحاسب الآلي ، وكانت نسبة الاستجابة لاختبار الجلوكوز بالدم بين المستهدفين هي (٨٦.٩%) و كانت نسبة الذكور (٥٠.٦%) و الإناث (٤٩.٤%) .

و نتجت الدراسة عن تشخيص (٥٧) حالة مرض سكري و قد وجد إحصائياً أن الفروق بين المعدلات حسب السن و الجنس فروق ذات دلالة إحصائية بدرجة احتمال أقل من ٠.٠١ للسن و أقل من ٠.٠٥ للجنس بعد التحكم في السن .

يتضح للباحث أن تلك الدراسة كانت بمثابة دراسة مسحية إكلينيكية في محاولة للتعرف على حالات مرضية بالسكري في منطقة ما من السعودية و التي توصلت إلى تشخيص (٥٧) حالة مرضية من مجتمع كلي مكون من ١٢٥٠ فرداً و مع أنهم لم يشملوا كلهم في الدراسة الفعلية للتعرف على مستوى السكر في الدم لديهم .

Ψ دراسة (Marya & Goldston ، ١٩٩٢)

بمعنوان "التطور الذهني و الأداء الأكاديمي للأطفال المصابين بمرض السكري المعتمد على الأنسولين" .

حيث هدفت الدراسة إلى معرفة الآثار المترتبة على مرض السكري المعتمد على الأنسولين على التطور الذهني ، و الأداء الأكاديمي لدى الأطفال المصابين بذلك المرض .

و تكونت عينة الدراسة لدى الباحثين من (٨٧) طفلاً ممن يعانون من مرض السكري و المعتمد على الأنسولين و هم (٤٥) إناث و (٤٢) ذكور و تتراوح أعمارهم بين (٨.٢ - ١٣.٨) سنة .

و استخدم (Mary & Goldston) مقياس وكسلر للذكاء للأطفال ، و كذلك درجات الطلاب و التقارير المدرسية لتقدير الأداء الأكاديمي وعمل الباحثان على متابعة أفراد العينة لمدة ٦ سنوات ، حيث طبقا عليهم اختبار قبلي في بداية اكتشاف المرض ووجدوا أن المستوى الذهني و المستوى الأكاديمي في حدود النسب المعتدلة و بعد تتابع الاختبارات على عدة مراحل وجد أن الأداء الذهني و الدرجات المدرسية قد نقصت .
و كانت النتائج كما يلي :

- الأطفال الأعلى في المستوى الاقتصادي قد حصلوا على درجات أعلى في مقياس الذكاء مقابل الأقل في المستوى .

- الأولاد حصلوا على درجات أعلى في تتابع الاختبارات من البنات .

هنا يتضح أن تلك الدراسة التي قام بها الباحثان هي بمثابة دراسة طويلة تتبعيه لحالات مرضية بالسكري و التي خلصت إلى أن هناك مضاعفات تؤثر على نسبة الذكاء والأداء الأكاديمي لدى مرضى السكري مع مرور الزمن و أن تلك التأثيرات تكون لدى الإناث بشكل أكبر من الذكور وهذه الدراسة تلفت النظر إلى مدى التأثيرات السلبية المستقبلية لمرض السكري لدى من يعانون منه .

Ψ دراسة (Mousleh & Others, 1996)

بعنوان: "التغيرات المرضية النفسية والتحكم الأيضي لدى مرضى السكري "

حيث هدفت الدراسة إلى محاولة توضيح العلاقة بين الاكتئاب ومرض السكري لدى مرضى السكري.

وتكونت عينة الدراسة لدى الباحثين من (٣٩) مريضاً ومريضة بالسكري منهم (٢٠) ذكور و (١٩) إناث من المرضى غير المعتمدين على الأنسولين وأعمارهم تتراوح بين (٤١ - ٧٠ سنة) . واستخدم الباحثون عدة مقاييس لإتمام الدراسة ومنها مقياس للتعرف على الصحة بشكل عام لدى المرضى ومقياس بيك للاكتئاب وفحص مخبري لمستوى السكر في الدم لدى المرضى. واستخدم الباحثون عدة اختبارات إحصائية لتحليل النتائج .

وأوضحت النتائج أن المرضى الذين يكون لديهم قدرة على التحكم في مستوى السكر في الدم يكون الاكتئاب لديهم ضعيف وذلك لكلا الجنسين بينما هناك علاقة قوية بين ارتفاع مستوى الاكتئاب وارتفاع مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري وذلك أيضاً للجنسين .

والواضح من تلك الدراسة والتي تميزت عن كثير من الدراسات السابقة في أن الباحثين استخدموا الفحص الطبي المخبري لدى المرضى كأحد أدوات الدراسة لإثبات مدى تأثير مشاعر الاكتئاب على مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري ولكن الباحثين عندما توصلوا لتلك النتيجة لم يعملوا على تحديد مدى الفروق في مستويات الاكتئاب لدى مرضى السكري الذكور والإناث وإنما اقتصروا على الوصول لنتيجة التناسب الطردي بين الاكتئاب ومستوي السكر في الدم لدى المرضى بشكل عام.

Ψ دراسة (Peyrot & Rubin, 1997)

بغـنـوان: "مستويات ومخاطر القلق والاكتئاب لدى مرضى السكري البالغين"

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى السكري البالغين ومدى خطورة ذلك عليهم ، وتهدف أيضاً إلى محاولة التعرف على الأسباب الكامنة وراء الاكتئاب والقلق لدى المرضى.

تكونت عينة الدراسة من (٢٤٦) من مرضى السكري الذين يعالجون في المراكز الصحية المختلفة .

واستخدم الباحثان في دراستهما مقياس للاكتئاب وآخر للقلق وكذلك المقابلات الشخصية مع المرضى .

وتم معالجة البيانات إحصائياً على برنامج الحاسب الآلي .

وبينت النتائج أن هناك علاقة بين مرضى السكري وخطورة حدوث اضطرابات نفسية لدى المرضى وخاصة عند المرضى الذي يعانون من المضاعفات لذلك المرض ووجد أيضاً أن العوامل الاجتماعية تلعب دوراً هاماً في حدوث الاضطرابات النفسية لدى مرضى السكري. ووجد أن الإناث المريضات بالسكري أعلى من الذكور في وجود الاضطرابات النفسية من أعراض القلق والاكتئاب.

يلاحظ من دراسة (Peyrot & Rubin) أنها تتشابه مع دراسة (Lloyd,2000) من ناحية الموضوع والعينة تقريباً ولكنها اختلفت معها في النتائج حيث أن تلك الدراسة كان من نتائجها ارتفاع مستوى الاكتئاب لدى الإناث عنه لدى الذكور وأن العوامل الاجتماعية لدى المرضى لها الدور الهام في تلك النتيجة وغيرها من نتائج الدراسة.

Ψ دراسة : (Grey ، ١٩٩٩)

بـعـنـوان : "علاقة التدريب المهاري التوافقي لدى الشباب المصابين بمرض السكري و الذين يتلقون علاجاً مكثفاً " .

حيث هدفت الدراسة إلى تحديد ما إذا كان التدخل السلوكي التدريبي على مهارات التكيف بالإضافة للعلاج المكثف لمرض السكري ، يمكن أن يُحسن من التحكم في طبيعة المرض ويُحسن من جودة الحياة للشباب المصابين بمرض السكري .

تكونت عينة الدراسة من (٧٧) حالة من الشباب و أعمارهم تتراوح بين (١٢.٥ - ٢٠) سنة و عملت الباحثة (Grey) على تقسيمهم إلى مجموعتين تخضعان للعلاج المكثف بالأنسولين و خضعت إحدى المجموعتين لبرنامج تدريب توافقي من إعداد الباحثة و مجموعة أخرى بقيت كما هي ، و جمعت الباحثة المعلومات الإكلينيكية من عينة الدراسة قبل البدء بإدخال البرنامج التوافقي و عند ثلاث و ست شهور بعد التدخل من خلال استخدام معايير إكلينيكية و نفسية .

و أسفرت نتائج دراسة (Grey) أن أفراد المجموعة التي خضعت للبرنامج التوافقي يتمتعون بقدرة على التحكم في نسبة السكر في الدم لديهم ، و كذلك كان لديهم كفاءة ذاتية عامة أفضل ، و أظهرت النتائج أيضاً انخفاض في مستوى التأثيرات السلبية لمرض السكري عند نفس المجموعة و اشتملت تلك التأثيرات على (القلق ، المخاوف ، الانفصال.....الخ) .

يجد الباحث هنا تلك الدراسة بمثابة دراسة تجريبية و التي أعدت فيها الباحثة أداة خاصة متمثلة ببرنامج تدريبي للتكيف و خلصت بأن ذلك البرنامج و ما يشابهه يؤثر إيجاباً على مرضى السكري مقارنة بالمرضى الذين يبقون كما هم دون تدخل .

Ψ دراسة (Lloyd,2000)

بغنوان: "مدي انتشار أعراض الاكتئاب والقلق لدى مرضى السكري" .

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى وجود وانتشار أعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى السكري والذين يعالجون في المستشفيات وينتظرون في العيادات الصحية .
تكونت عينة الدراسة من مرضى السكري الذين ينتظرون المراجعات الطبية في المستشفيات وأعمارهم أكثر من ١٨ عامًا ومن الجنسين الذكور والإناث.
واستخدم (Lloyd) مقياس خاص يقيس أعراض القلق والاكتئاب داخل المستشفى ، وطبق على عينة الدراسة أثناء الانتظار في عيادة مرضى السكري للمتابعة الروتينية وعمل الباحث على متابعة أفراد العينة وذلك بالرجوع للتقارير الطبية والتعرف على مستويات السكر في الدم لديهم.

وأوضحت النتائج أن حوالي (٢٨%) من أفراد العينة كان لديهم ارتفاع في أعراض القلق والاكتئاب ولكن الذكور كانت النسبة لديهم مرتفعة في أعراض الاكتئاب أكثر من الإناث بينما أعراض القلق كانت مرتفعة لدى الإناث أكثر من الذكور. ولوحظ أن هناك ترابط بين الاكتئاب وعدم التحكم في السكري لدى الذكور ، ولكن ذلك لا ينطبق على الإناث ، وكانت من نتائج الدراسة أيضاً أن هناك علاقة وثيقة بين الضعف الجنسي ومظاهر القلق والاكتئاب لدى أفراد العينة.

إن دراسة (Lloyd) والتي درست مدى وجود أعراض للقلق والاكتئاب لدى مرضى السكري وأثبتت أن حوالي (٢٨%) من المرضى لديهم مشاعر القلق والاكتئاب. ولكن اللافت للنظر هو أن الاكتئاب كان عند الذكور أعلى من الإناث بينما الإناث كن أعلى في القلق من الذكور بينما الإناث أقر على التحكم في مستوى السكر في الدم من الذكور.

Ψ دراسة (Temple & Others, 2001) .

بغنوان "مدى تأثير الحمل على تطور اعتلال الشبكية السكري لدى مرضى السكري من النوع الأول" .

تهدف تلك الدراسة إلى تقييم مدى تأثير الحمل على تطور اعتلال الشبكية لدى النساء المصابات بمرض السكري من النوع الأول و التعرف على عوامل الخطر لمدى التطور خلال فترة الحمل .

تكونت عينة الدراسة من (١٧٩) حالة و منهم (١٣٩) امرأة تعاني من مرض السكري قبل الحمل و تم دراسة العينة ما بين ديسمبر ١٩٩٨م و يناير ١٩٩٠م وذلك بعمل فحص دوري لقاع العين لدى أفراد العينة ووضع النتائج في جداول خاصة .
وعُمل لأفراد العينة الفحص المطلوب بعد أربعة وعشرون أسبوع و بعد أربع وثلاثين أسبوع من فترة الحمل وتم جمع المعلومات بناءً على مستوى التحكم في السكر بالدم خلال الحمل .

وأكدت نتائج الدراسة على تزايد حدوث الاعتلال في شبكية العين خلال فترة الحمل وذلك عند أربعة حالات (٢.٢%) بينما كانت تلك الزيادة بدرجة متوسطة لدى خمسة حالات (٢.٨%) كما أفادت النتائج أن هناك زيادة ملحوظة في استفحال الاعتلال في الشبكية لدى النساء اللواتي أصبن بمرض السكري من عشرة إلى تسعة عشر سنة بالمقارنة بالمصابين لفترة تقل عن عشرة سنوات .
وعلى هامش النتائج يوضح الباحثون أن العلاج بالليزر كان مطلوباً ل (٢.٢%) من حالات الحمل المصابات باعتلال بالشبكية .

هنا يتضح للباحث أن تلك الدراسة تعتبر دراسة إكلينيكية في محاولة للتعرف على مدى تأثير الحمل على أحد مضاعفات مرض السكري و هو اعتلال الشبكية و التي أشارت نتائج الدراسة إلى أن الحمل له تأثير على ذلك الأمر و خاصة عند النساء المريضات بالسكري لمدة تزيد عن ١٠ سنوات ، مما يبين أن عامل الزمن في المرض له تأثير واضح على مضاعفاته.

Ψ دراسة (Petit & Others , 2001)

بغـــــــــــــــــوان "التعامل مع مرض السكري في السجون الفرنسية" .

تهدف تلك الدراسة إلى تقييم ماهية التعامل مع مرض السكري من قبل السجناء الذين يعانون من ذلك المرض و ذلك في السجون الفرنسية .

وتكونت عينة الدراسة لدى الباحثين من (١٦٩) سجين مريض يعالج بالأنسولين .
وتم تطبيق أداة خاصة على أفراد العينة تساعد على معرفة مدى حدوث مضاعفات للسكري أو انخفاض نسبة السكر في الدم وهذه الأداة كانت من إعداد الباحثين .

وبينت نتائج الدراسة أن (٩٤) سجين مريض بالسكري كانوا يعتمدون على أنفسهم في تقييم و متابعة نسبة السكر في الدم لديهم ، بينما لا يعتمد الباقون على أنفسهم في الأمر نفسه .

كذلك وجد في الفترة ما بين شهر يونيو ١٩٩٨ و شهر يونيو ١٩٩٩ أنه تم إدخال (٢٠) حالة مرضية إلى المستشفى إثر مضاعفات خطيرة للمرض و كذلك أُدخل (١٤) حالة أثر انخفاض حاد في منسوب السكر في الدم . وأظهرت هذه الدراسة أن السجن يقلل من الاعتماد على النفس عند المرضى بالسكري من بين السجناء و ذلك في مجال مراقبة أوضاعهم الصحية الخاصة .

هنا يجد الباحث أن تلك الدراسة والتي أجريت على عينة مختلفة عن سابقتها و هي شريحة السجناء المرضى بالسكري و بينت أن الضغوط النفسية و السلبية للسجن تلعب دوراً هاماً في درجة تعامل هؤلاء السجناء المرضى مع مرضهم مما يؤدي بكثير منهم للوصول إلى مضاعفات غير مرغوبة للمرض لديهم .

ك دراسة (Frank , & Others, 2001) .

بعنوان: "الغذاء و نظام الحياة و خطر حدوث مرض السكري من النوع الثاني لدى النساء".

حيث هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على مدى ارتباط حدوث مرض السكري من النوع الثاني بالنظام الغذائي و بنظام الحياة لدى أفراد العينة .
وعمل الباحثون على متابعة (٨٤,٩٤١) ممرضة ما بين سنة (١٩٨١ - ١٩٩٦م) حيث كانت تلك السيدات خاليات من أمراض القلب و الشرايين و السكري قبل إجراء الدراسة وعمل الباحثون على مراقبة أنظمة التغذية و أنظمة الحياة لديهن .
وأوضحت نتائج الدراسة التتبعية التي استمرت ل ١٦ سنة أن (٣٣٠٠) حالة مرضية بالسكري من النوع الثاني تم تشخيصها ، ووجد أن زيادة الوزن (البدانة) هو المقياس والمؤشر الوحيد الأكثر أهمية في حدوث المرض .
ووجد أيضاً أن قلة التمارين الرياضية و سوء التغذية و التدخين و استخدام الكحول تزامن مع زيادة مهمة في خطر الإصابة بالسكري من النوع الثاني .

هنا نجد أن تلك الدراسة و التي استمرت لفترة ١٦ عام و كان أفراد عينتها أيضاً كبير (٨٤,٩٤١) ممرضة و ذلك لمحاولة الوصول إلى مدى تأثير حدوث مرض السكري من النوع الثاني بعوامل خارجية من تغذية و نظام حياة ، وجاءت نتائج تلك الدراسة مؤكدة للفرضية

التي تشير إلى أن معظم حالات مرض السكري من النوع الثاني يمكن التكيف مع المرض باتباع نمط حياة أكثر صحة من تغذية و رياضة و أمور أخرى .

κ دراسة (Pouwer & Snok , 2001) .

بغـوان "اختلاف العلاقة بين الاكتئاب و التحكم بمستوى السكر لدى مرضى السكري تبعاً للجنس" .

حيث هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على مدى اختلاف ظهور علامات الاكتئاب لدى مرضى السكري و علاقة ذلك بمستوى التحكم بالسكر في الدم لديهم وذلك باختلاف الجنس (ذكر أو أنثى) .

و تكونت عينة الدراسة لدى الباحثين (Pouwer & Snoek) من (١٧٤) حالة مرضية بالسكري من النوع الثاني و مسجلين لدى جمعية مرضى السكري الهولندية .

و استخدم الباحثين مقياس خاص لتوضيح علامات القلق و الاكتئاب لدى المرضى في المستشفى واعتمد الباحثان أيضاً على أخذ بعض المعلومات الطبية من السجلات الخاصة بذلك . و من الناحية الإحصائية استخدم الباحثان اختبار T-Test .

وأوضحت نتائج الدراسة أن الارتباط بين الاكتئاب والسكري أقوى لدى النساء منه لدى الرجال ، حيث وجد أن مستويات الاكتئاب كانت موجودة في كل ثلاث حالات من أربعة لدى النساء بينما حالة واحدة من كل أربع حالات من الرجال .

إذن هذه الدراسة تبين أن هناك علاقة بين علامات الاكتئاب بشكل عام و القدرة على التحكم بمستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري وذلك عند النساء أكثر من الرجال وذلك حسب المقياس الخاص المُعد و حسب التقارير الطبية الخاصة التي اعتمد عليها الباحثين .

κ دراسة (Telishevka , & Others , 2001) .

بغـوان "ارتفاع نسبة الوفيات لدى مرضى السكري الشباب في أوكرانيا و محاولة فهمها"

حيث هدفت تلك الدراسة إلى محاولة فهم الأسباب الكامنة وراء ارتفاع معدل الوفيات لدى مرضى السكري والذين تقل أعمارهم عند الوفاة عن ٥٠ عاماً و خاصة بعدما وجد الباحثون أن تلك النسبة ارتفعت بعد الثمانينات إبان الاتحاد السوفيتي سابقاً .

وتكونت عينة الدراسة لدى الباحثين من (٦٤) حالة وفاة كان لديهم مرض السكري وتقل أعمارهم عن (٥٠) عاماً .

واستخدم الباحثون أسلوب المقابلة الشخصية مع أقارب وجيران أفراد العينة و ذلك بطرح عدة أسئلة عليهم بخصوص حالة المرض سابقاً قبل الوفاة . ووجد الباحثون أن الوفاة لدى أفراد العينة تباينت معالمها حيث وجدوا أن ما نسبته (٦٩%) من الوفيات كان بسبب الفشل الكلوي و أن (٩%) من الحالات كان بسبب أمراض القلب و ما نسبته (٩%) كان من السكري و مضاعفاته . كذلك وجد الباحثون أن ثلث الرجال من أفراد العينة كانوا يشربون مشروبات كحولية .

وخلص الباحثون إلى وضع أسباب معينة لارتفاع نسبة الوفيات لدى مرضى السكري في أوكرانيا والتي تتمثل بالتالي :-

- قلة وعي المرضى بمرضهم وبما ينبغي عليهم اتبعه وقلة اتباعهم للنظام العلاجي المطلوب .
- قلة الرعاية الصحية الكافية المقدمة لهؤلاء المرضى .

إن تلك الدراسة و التي عمدت إلى محاولة فهم الأسباب الكامنة وراء زيادة معدل الوفيات لدى مرضى السكري الشباب في أوكرانيا و التي قام الباحثون بتصنيف معدلات ونسب للوفيات حسب الفئات المرضية ، هنا نستطيع القول أن الأسباب التي طرحها الباحثون كلها يمكن اعتبارها بمثابة مضاعفات لمرض السكري ، وكذلك أن السبب الرئيس لزيادة الوفيات وجده الباحثون كما وجده الكثيرون وهو قلة الوعي الصحي لدى المرضى بطبيعة مرضهم و ما له و ما عليه .

K دراسة (Hadden, & Others , 2001)

بـعـنـوان "دراسة تحليلية للعناية بالسكري أثناء الحمل لدى النساء المريضات بالسكري" .

هدفت الدراسة إلى تحليل النتائج المترتبة على العناية بالسكري لدى النساء المريضات بالسكري أثناء فترة الحمل . وذلك على مدار ١٠ سنوات من ١٩٨٥ - ١٩٩٥ م . وتكونت عينة الدراسة لدى الباحثين من (٩٨٦) امرأة ، منهن (٧٥٣) امرأة كانت تعالج بالأنسولين قبل فترة الحمل ، و(١٣١) امرأة كانت تعالج بالأنسولين أثناء الحمل فقط و(١٠٢) امرأة اتبعت نظام وحمية غذائية دون علاج بالأنسولين ، و كان أفراد العينة من تلك

النساء تراجع (٦) مراكز صحية للرعاية بالأومومة ، أربع مراكز منها صغيرة محلية ومركزان كبيران يتم تحويل الحالات التي يصعب متابعتها في المراكز الصغيرة .
و اعتمد الباحثون على التسجيلات الطبية الخاصة بأفراد العينة و ذلك باستقاء المعلومات من المراكز الصحية المعنية .

وأوضحت النتائج لتلك الدراسة أن نسبة الوفيات للأجنة لدى النساء الحوامل المريضات بالسكري كانت على النحو التالي ؛ (٣٥.٨) حالة وفاة بين كل (١٠٠٠) حالة حمل وذلك في المراكز الصحية المحلية الصغيرة ؛ و(٧٥) حالة وفاة من بين كل (١٠٠٠) حالة في المراكز الصحية الكبرى التي يتم تحويل الحالات إليها . وأشارت أيضاً إلى أن المخاطر المتوقعة في فترة الحمل لدى النساء المريضات بالسكري تزداد بشكل أكبر من حالات الحمل الطبيعية ، وأن متابعة الحالات في المراكز الصحية الكبرى أفضل في النتائج ولكن المشكلة في أن تحويل الحالات يكون في أوسط الحمل و ليس من بدايته .

هنا يتبين من هذه الدراسة التحليلية ، للرعاية الصحية للنساء الحوامل المريضات بالسكري ، أن هذا المرض يؤثر سلباً على صحة الأم الحامل في معظم الحالات وأن المتابعة من قبل المراكز الصحية المتخصصة تقلل من تلك التأثيرات و تلك المخاطر .

K دراسة (Sinha & Others,2002)

وهي بعنوان "مدي انتشار عدم احتمال السكر في الجسم لدى الأطفال والمراهقين البدناء".

حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على مدي انتشار مرض السكري لدى الأطفال والمراهقين وذلك عن طريق فحص عدم احتمال السكر لديهم.

تكونت عينة الدراسة من مجموع الأطفال والمراهقين المحولين إلى عيادة ييل المتخصصة في الأطفال البدناء في ولاية ماساشوستس الأمريكية ما بين العام ١٩٩٩-٢٠٠١م وبلغ عددهم (١٦٧) فرداً.

وعمل الباحثون على فحص مدى تحمل السكر لدى أفراد العينة عن طريق إعطاء سكر بواقع (١,٧٥ مليجرام) لكل كيلو جرام من الوزن الجسمي وذلك قبل الفحص بساعتين وبعد ذلك يتم فحص مستوى السكر في الدم ومستوى الأنسولين كذلك .
أظهرت النتائج للدراسة السابقة ما يلي:-

- أن ٢٥% من (٥٥) طفل بدين كان لديهم عدم احتمال السكر في الجسم وكان أعمارهم ما بين ١٠-١٤ سنة.

- ٢١% من (١١٢) مراهقة تتراوح أعمارهم بين ١١-١٨ سنة كان لديهم عدم احتمال السكر في الجسم.
- ٤% من المراهقين البدناء تم تشخيص مرض السكري من النوع الثاني لديهم .

من دراسة (Sinha & Others) نجد أنها دراسة إكلينيكية بحثت في مدى انتشار عدم احتمال السكر في الجسم لدى الأطفال والمراهقين البدناء والعمل على تشخيص الحالات المرضية المصابة بمرض السكري ونبين من تلك الدراسات أن هناك علاقة بين البدانة وانتشار مرض السكري لدى الأطفال والمراهقين وهذا يؤكد بعض النظريات التي تربط بين البدانة وحدوث مرض السكري.

ثالثاً: الدراسات التي تناولت السلوك الديني :-

K دراسة (معوض ، ١٩٨٦)

بعنوان " بعض العوامل المؤثرة على الالتزام الإسلامي لدى طلاب التعليم الثانوي " دراسة تطبيقية .

وتهدف تلك الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير بعض العوامل المختلفة على الالتزام الديني لدى طلاب المرحلة الثانوية ، وتلك العوامل تتمثل في المستوى الاقتصادي والحالة التعليمية للوالدين والجنس ، والبيئة ونوع التعليم .

وتكونت عينة الدراسة من (٦٦٣) طالباً وطالبة من طلبة المرحلة الثانوية العامة والأزهرية في الفرعين العلمي والأدبي في محافظة الدقهلية بجمهورية مصر العربية. واستخدم معوض مقياس الالتزام الإسلامي لدى الشباب المسلم "للنجحي" والذي يشتمل على عدة جوانب من العقائد والعبادات والأخلاق الإسلامية.... الخ . ومن الناحية الإحصائية استخدم (معوض) النسب المئوية واختبار حسن المطابقة وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :-

- لا توجد فروق دالة بين أفراد عينة الدراسة تبعاً لاختلاف المستوى الاقتصادي للأسرة أو نوع التعليم (أزهري أم عام) .
- توجد فروق دالة بين أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس وكانت لصالح الطلاب وتبعاً لاختلاف الحالة التعليمية للوالدين لصالح المتعلمين .
- وكانت الفروق دالة أيضاً تبعاً للبيئة (ريفية أم حضرية أم ساحلية) وذلك لصالح طلاب البيئة الريفية .

يتضح من دراسة (معوض) أن هناك دلالة للفرق في مدى تأثير بعض العوامل المؤثر على الالتزام الإسلامي وذلك لصالح الطلاب ولكن لم توضح الدراسة أن هؤلاء الطلاب هم من فئة التعليم الأزهرية أم فئة التعليم العام ولم توضح نتائج الدراسة مدى اختلاف مستوى الالتزام الإسلامي تبعاً للجنس أيضاً .

κ دراسة (Bergin & Others, 1987) .

بغنوان : " التدين والصحة النفسية " .

- وهدفت الدراسة إلى محاولة تصنيف أفراد العينة وفقاً لدرجة التدين لديهم ، والتعرف على العلاقة بين المتدين جوهرياً والمتدين ظاهرياً وبعض خصائص الشخصية مثل الاكتئاب ، والقلق ، وضبط الذات ، والمعتقدات الوهمية .
- واستخدم الباحثون في دراستهم عدة أدوات ومنها مقياس للتوجه الديني الجوهري والظاهري ، ومقياس بيك للاكتئاب ، ومقياس للقلق الصريح .
- وطبق الباحثون أدوات الدراسة على عينة من طلاب قسم علم النفس في جامعة يونج ، وهؤلاء ينتمون إلى جماعة دينية تسمى جماعة (مورمون) .
- وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج :-
- وجود علاقة دالة موجبة بين التوجه الديني الجوهري ومقاييس كاليفورنيا النفسية . وكذلك ضبط النفس .
 - وجود علاقة ارتباطية سالبة بين التوجه الديني الجوهري والقلق .
 - عدم وجود علاقة ارتباطية سالبة بين التوجه الديني الظاهري والقلق .
 - لا توجد علاقة دالة في الاكتئاب بين ذوي التوجه الديني الظاهري وذوي التوجه الديني الجوهري .
 - أن التدين له دور إيجابي في الحد من القلق والمعتقدات الوهمية .

يتضح من دراسة (Bergin & Others) أن التدين له قوة تأثير علاجية في القلق ، وأن التدين الجوهري لا يجتمع مع القلق ؛ فكلما زاد القلق كلما قل التدين الجوهري والعكس هو الصحيح . وهذه النتائج منطقية ومقبولة وإن كان ما يحكم عليه الباحثون هو التدين بشقيه من الناحية المسيحية ، فمن الأجدر كمسلمين أن يكون هذا الأمر واضح لدينا .

κ دراسة (الشويعر ، ١٩٨٨ م)

بغنوان : "الإيمان بالقضاء والقدر وأثره على القلق النفسي" .

حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير الإيمان بالقضاء والقدر خيره وشره على مستوى القلق النفسي ، ومحاولة التوصل إلى سلوكيات مستمدة من العقيدة الإسلامية تمكن الفرد من مواجهة المواقف المشككة في الحياة .

وتكونت عينة الدراسة من طالبات الفرقتين الثالثة والرابعة بكلية التربية للبنات بجدة من جميع التخصصات وعددها (٢٠٠) طالبة . وطبقت (الشويعر) مقياس القلق لكاتل ومقياس الإيمان بالقضاء والقدر من إعداد الباحثة .

وفي الناحية الإحصائية استخدمت (الشويعر) عدة أساليب إحصائية منها اختبار ت ، (كا^٢) .

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :-

- هناك ارتباط سالب بين درجات الطالبات في مستوى الإيمان بالقضاء والقدر ومستوى القلق النفسي ، أي أن الطالبات الأكثر إيماناً بالقضاء والقدر هن أقل في مستوى القلق .
- أن مستوى القلق النفسي عند الطالبات الأقل إيماناً بالقضاء والقدر أعلى منه عن الطالبات الأكثر إيماناً بالقضاء والقدر .

إن دراسة (الشويعر) والتي بحثت في مدى أثر الإيمان بالقضاء والقدر والذي يمثل أحد ركائز الإيمان على مستوى القلق النفسي ولكن تلك الدراسة أجريت فقط على جنس الإناث ومن الشريحة الطلابية ومن النتائج الهامة لتلك الدراسة نرى مدى الارتباط القوي بين الإيمان بالقضاء والقدر وبين القلق وهي علاقته عكسية مما يؤكد على أن الدين الإسلامي الحنيف فيه العلاج والشفاء من القلق النفسي .

K دراسة (أحمد ، ١٩٨٩)

بعنوان " الالتزام الديني لدى طالبات الجامعة وعلاقته بنوع التخصص " .

وتهدف الدراسة إلى الكشف عن مدى تأثير نوع الدراسة الجامعية على الالتزام الديني لدى طالبات الجامعة .

وتكونت عينة الدراسة من (٤٦٨) طالبة منهن (٢٢٠) طالبة من الأقسام العامة والتربوية في كلية البنات بجامعة عين شمس ، و(٢٤٨) طالبة من مختلف الأقسام والكليات بجامعة الأزهر .

وطبق (أحمد) مقياس الالتزام الديني لدى الشباب المسلم .. إعداد (عبد الرحمن النقيب وإسماعيل دياب) على أفراد العينة . ومن الناحية الإحصائية تم استخدام اختبار (ت) .

ودلت النتائج على وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات طالبات بنات الأزهر وبنات عين شمس لصالح بنات الأزهر في المعتقدات الدينية ، بينما كانت الفروق دالة إحصائية بين

أفراد العينة لصالح بنات عين شمس في بعد العبادات ، في حين كانت الفروق دالة في بعد الأخلاق والآداب الإسلامية والنظم والمعاملات الإسلامية لصالح بنات الأزهر .

يتضح من دراسة (أحمد) أنها أجريت على عينة من الإناث من طالبات جامعة عين شمس والأزهر وجاءت النتائج لتوضح أن دلالة الفروق كانت لصالح طالبات الأزهر في معظم أبعاد الدراسة عدا بعد العبادات الذي كانت الفروق فيه لصالح طالبات عين شمس ولكن الدراسة لم توضح من أي مستويات أكاديمية تم اختيار العينة .

ك دراسة (حمادة ، ١٩٩٢) :-

بعنوان : "التوجه نحو التدين وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية " .

وهدفَت الدراسة إلى محاولة التعرف على الفروق بين الطلبة ذوي التوجه الديني المرتفع والتوجه الديني المنخفض في قوة الأنما ، ومركز الضبط ، والجمود الفكري ، والاكتئاب ، كما هدفت إلى التعرف على أثر بعض المتغيرات على التوجه الديني .

وتكونت عينة الدراسة من (٦٤٠) طالباً وطالبة من طلبة كلية التربية وكلية البنات الإسلامية في جامعة الأزهر ، وكلية التربية في جامعتي عين شمس والزقازيق ، وكان أفراد العينة من المستويات النهائية للتعليم الجامعي .

واستخدم (حمادة) عدة أدوات في دراسته ومنها مقياس التوجه الديني ، مقياس الجمود الفكري ، إعداد (أبو ناهية وموسى) ، ومقياس تدين الوالدين من إعداد الباحث ومقياس قوة الأنما من تقنين الباحث .

وأستخدم (حمادة) من الناحية الإحصائية عدة أساليب منها تحليل التباين الثنائي ، التحليل العامل ، اختبار (ت) ، واختبار حسن المطابقة .

ودلت نتائج تلك الدراسة على ما يلي :-

- وجود فروق دالة بين مرتفعي التدين ومنخفضيه في الاكتئاب والضبط الخارجي لصالح منخفضي التدين ، وكانت الفروق دالة في قوة الأنما وتدين الوالدين لصالح مرتفعي التدين، بينما لم توجد فروق ذات دلالة بينهم في الجمود الفكري .
- وجود فروق دالة بين طلاب التعليم الأزهرى والعام لصالح التعليم العام ، وفي الجمود الفكري لصالح التعليم الأزهرى .
- لا توجد فروق دالة بين الذكور والإناث والتدين ، بينما كانت الفروق دالة بينهم في الاكتئاب لصالح الإناث ، في حين كانت الفروق لصالح الذكور في قوة الأنما .

يتضح من دراسة (حمادة) والتي كانت عينة الدراسة من شريحة الطلبة ومن الجنسين ، أن العينة كانت كبيرة نوعاً ما . وأن الباحث استخدم في دراسته عدة مقاييس حسب متغيرات الدراسة ، وهذا أمر جيد للتعرف على نتيجة كل متغير في الدراسة على حدة . وكانت من أهم النتائج في تلك الدراسة هو عدم وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في التدين ولكنه وجد فروق دالة بينهما في الاكتئاب لصالح الإناث ، وفي قوة الأنا كانت الفروق لصالح الذكور . وهذه نتيجة منطقية حيث إن الرجال لهم القوامة أكثر من النساء ، وأن الاكتئاب يتعارض مع التدين المرتفع .

κ دراسة (موسى ، ١٩٩٣)

بمعنوان " أثر التدين على الاكتئاب " .

وتهدف إلى الكشف عن مدى تأثير التدين على مستوى الاكتئاب النفسي عند مجموعة من طلبة وطالبات بعض الكليات لجامعة الأزهر .
وتكونت عينة الدراسة من (١٨٠) طالباً وطالبة من كليتي التربية والدراسات الإسلامية بجامعة الأزهر من الفرقة الأولى والثانية والثالثة من عدة تخصصات علمية .
واستخدم (موسى) في دراسته عدة أدوات منها مقياس بيك للاكتئاب ، اختبار للصحة النفسية الدينية . كما استخدم عدة أساليب إحصائية في دراسته .
وأفادت نتائج الدراسة :- أن أفراد العينة مرتفعي التدين من الذكور والإناث أقل حدة من أعراض الاكتئاب من متوسطي التدين ومن منخفضي التدين كذلك . أي أن الأفراد مرتفعي ومتوسطي التدين أقل حدة في الأعراض الاكتئابية من الأفراد منخفضي التدين .

يتضح من دراسة (موسى) أن هناك علاقة قوية بين التدين ومستوى الاكتئاب وأنه كلما كان الفرد أقل تديناً كلما كانت أعراض الاكتئاب لديه أكبر ولكن (موسى) لم يوضح في دراسته الاختلاف في مستويات أعراض الاكتئاب وفقاً لمتغير الجنس .

κ دراسة (Mc Intosh & Others, ، ١٩٩٣)

بمعنوان " دور الدين في التوافق مع أحداث الحياة السلبية (تحمل فقدان الطفل) " .

وهدف الدراسة إلى الوصول إلى مدى تأثير دور الدين في توافق الوالدين مع موت أطفالهم بشكل مفاجئ .

تكونت عينة الدراسة من (١٢٤) أباً وأماً وعمل الباحثون على مقابلة أفراد العينة شخصياً بعد (١٨) شهراً وثلاث أسابيع بعد فقد الطفل .
واستخدم الباحثون مقاييس متعددة منها مقياس للتدين ومقياس للمساندة الاجتماعية ، وعمل الباحثون على معالجة البيانات إحصائياً باستخدام عدة أساليب إحصائية
وبينت النتائج أن التدين يرتبط إيجابياً بالتوافق مع الموت لأحد الأطفال وذلك بتأثير المساندة الاجتماعية المقدمة من الآخرين . ودلت النتائج أيضاً أن زيادة مقدار المساندة الاجتماعية المقدمة بعد فقد الأطفال تخفف من مستوى الاكتئاب لدى أفراد العائلة .

يتضح من الدراسة السابقة أن الدين يلعب دوراً أساسياً في المساعدة على تحمل فقد الأبناء ويساعد على خفض مستويات الاكتئاب لدى أفراد العائلة التي تفتقد أطفالها مما يؤكد على دور الدين كعلاج قوي في الأزمات النفسية المختلفة .

ك دراسة (غلاب والدسوقي ، ١٩٩٤)

بعنوان : "دراسة نفسية مقارنة بين المتدينين جوهرياً والمتدينين ظاهرياً في الاتجاه نحو العنف وبعض خصائص الشخصية" .

تهدف الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين التوجه الديني بشقيه الجوهري والظاهري في الاتجاه نحو العنف ، وخصائص الشخصية ، وهل توجد فروق بين المتدينين جوهرياً والمتدينين ظاهرياً في الاتجاه نحو العنف وخصائص الشخصية .

تكونت عينة الدراسة من (٤٥٤) طالباً وطالبة من طلبة جامعة المنيا .
واستخدم الباحثان عدة مقاييس لإجراء الدراسة وهي : مقياس التوجه الديني (تقنين عبد الرقيب البحيري ، وعادل الدمرداش) ، وقائمة أيزنك للشخصية ومقياس الاتجاه نحو العنف إعداد (أحمد خيرى حافظ) ، ومقياس سمة القلق للكبار إعداد (سبيلبرجر) .
وعمل الباحثان على معالجة البيانات إحصائياً باستخدام عدة أساليب إحصائية وأظهرت النتائج الدراسة ما يلي :-

- وجود فروق بين مرتفعي التوجه الديني الظاهري ومرتفعي التوجه الديني الجوهري في الاتجاه نحو العنف وبعض خصائص الشخصية ، وذلك لصالح مرتفعي التوجه الديني الظاهري .

- وجود علاقة ارتباطيه بين التوجه الديني بشقيه الظاهري والجوهري وبعض خصائص الشخصية مثل العصابية والجمود والقلق .

جاءت دراسة (غلاب ، والدسوقي) لتقارن بين المتدينين جوهرياً وظاهرياً في الاتجاه نحو العنف والتي أجريت على مجموعة من الطلاب والطالبات أثبت أن الفروق بين نوعي التدين في الاتجاه نحو العنف دالة لصالح مرتفعي التوجه الديني الظاهري .
ولكن تلك الدراسة لم توضح نتائجها مدى الفروق والدلالات التي تعزى للجنس .

K دراسة (محمد ، ١٩٩٥) :

بعنوان " :دراسة مدى فعالية العلاج الديني في تخفيف قلق الموت " .

حيث هدفت تلك الدراسة إلى البحث عن مدى فعالية العلاج الديني والمتمثل في بعض الأوراد الدينية في تخفيف قلق الموت .
وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) طالباً من طلاب الفرقة الثالثة في كلية التربية التابعة لجامعة عين شمس . وقسمت إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية من التخصصين الأدبي والعلمي . وطبق الباحث أداة لقياس القلق من إعداد الخاص بعد أن عمل لها صدق محتوى .
و كانت نتائج الدراسة كما يلي :-
- عدم وجود فروق دالة إحصائية بالنسبة للتخصص .
- فعالية الدين - كأسلوب علاجي - في تخفيف مستوى القلق .

إن دراسة (محمد ، ١٩٩٥) والتي تكونت عينة الدراسة لديه من جنس الذكور ، من الطلاب الجامعيين وإن كان عدد أفراد العينة قليل نوعاً ما ، أثبتت أن الدين الإسلامي الحنيف فيه شفاء ورحمة وعلاج لتخفيف مستوى القلق .

K دراسة (موسى ، ١٩٩٩) :-

بعنوان " الفروق في الاكتئاب وفقاً لمستوى التدين " .

تهدف إلى دراسة أثر التدين على الاكتئاب النفسي لدى مجموعة من طلاب وطالبات بعض الكليات التابعة لجامعة الأزهر .
تكونت عينة الدراسة من (١٨٠) طالباً وطالبة منهم (٩٠) طالباً و(٩٠) طالبة تراوحت أعمارهم بين ١٩ - ٢٣ سنة من كليتي التربية والدراسات الإنسانية لجامعة الأزهر في الفرقة الأولى والثانية والثالثة من التخصصات العلمية المختلفة .

- واستخدم (موسى) اختبار للصحة النفسية الدينية من إعداده ، ومقياس بيك للاكتئاب .
ومن الناحية الإحصائية استخدم (موسى) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري واختبار ت
وكانت نتائج الدراسة كالتالي :-
- أن الأفراد مرتفعي التدين من الذكور والإناث أقل في الأعراض الاكتئابية من الأفراد
متوسطي التدين من الذكور والإناث وكذلك أقل من منخفضي التدين من الجنسين .
 - أن متوسطي التدين من الذكور والإناث أقل حدة في الأعراض الاكتئابية من منخفضي
التدين من الجنسين .

أفادت تلك الدراسة والتي أجريت على مجموعة من الطلاب والطالبات وأن هناك شبه
ميزان بين مستوى التدين والاكتئاب حيث أنه إذا انخفضت كفة التدين ارتفعت كفة الاكتئاب
لتوضح مدى التأثير القوي للتدين ليس فقط على مستوى القلق كما كان الحال في دراسة
(الشويعر ، ١٩٨٨) بل أيضاً على مستوى الاكتئاب النفسي وللجنسين الذكور والإناث .

تعقيب عام على الدراسات السابقة :-

بعد استعراض الدراسات السابقة والتي تناولت متغيرات الدراسة الحالية ومن خلال إطلاع الباحث عليها فقد تبين له ما يلي :-

١- من حيث الموضوع :-

حيث أن الدراسات السابقة تنوعت في طرح المواضيع المختلفة كل حسب متغيرات الدراسة :-

(أ) في الدراسات التي تعلقت بموضوع القلق :-

كان هناك تشابه إلى حد كبير في الموضوعات التي تناولتها الدراسات ، فبعض الدراسات ركزت على موضوع القلق وربطه بعدة متغيرات مثل دراسة (مرسي ، ١٩٨٢) ودراسة (الليل ، ١٩٩٧) ودراسة (بشاي ، ١٩٨٣) ، دراسة (الصبوة ، ١٩٩٤) ، دراسة (مرسي ، ١٩٨٨) .

في حين تناولت بعض الدراسات القلق كحالة والقلق كسمة مع ربط ذلك بمتغيرات أخرى مثل دراسة (مرسي ، ١٩٨١) ، دراسة (عبد الخالق وحافظ ، ١٩٨٨) ودراسة (مرسي ، ١٩٨٣) ، ودراسة (القشيش ، ١٩٩١) . دراسة (الزعيبي ، ١٩٩٧) ودراسة (حداد ، ١٩٩٥) كما كان التركيز في بعض الدراسات على ربط القلق بالتحصيل الدراسي وبالاختبارات مثل دراسة (أغا ، ١٩٨٨) ودراسة (شعيب ، ١٩٨٧) ودراسة (رؤوف ، ١٩٨٦) .

(ب) الدراسات التي تناولت مرضى السكري :-

كانت هناك عدة مواضيع تم التركيز عليها من قبل الباحثين ، وبعض الدراسات كان موضوعها الأساسي متركزاً على البحث المسحي لمرضى السكري مثل دراسة (Abu-zeid & Kassab, 1992) ودراسة (مرعي وأبو خليل ، ١٩٨٩) ودراسة (Sinha & Others , 2002) ، في حين ركزت بعض الدراسات في موضوعاتها على مرض السكري ، وربطه بعدة متغيرات نفسية وصحية مثل دراسة (Grey, 1999) ودراسة (Marya & Goldston, 1992) ودراسة (Frank & Others, 2001) ودراسة (Pouwer & Snok, 2001) .

وبعضها ركزت على ربط الاضطرابات النفسية بمرض السكري في مواضيعها الرئيسية مثل دراسة (Lloyd , 2000) ودراسة (Peyrot & Rubin, 1997) ودراسة (Mousleh & Others, 1997) .

(ج) الدراسات التي تناولت السلوك الديني :-

تركزت الموضوعات في هذا المجال على الدين مع ربطه ببعض المتغيرات مثل دراسة (موسى ، ١٩٩٩) ودراسة (Mcintosh & Others, 1993) ودراسة (موسى ، ١٩٩٣) .

في حين ركز بعض الباحثين في دراساتهم على السلوك الديني ، ومستوياته لدى الإنسان مثل دراسة (حمادة ، ١٩٩٢) ودراسة (أحمد ، ١٩٨٩) ودراسة (معوض ، ١٩٨٦) ودراسة (غلاب والدسوقي ، ١٩٩٤) .

٢- من حيث الأهداف :-

تنوعت الأهداف الموضوعية من قبل الباحثين في دراساتهم على النحو التالي :-

(أ) الدراسات التي تناولت القلق :-

هدفت بعض الدراسات إلى البحث في علاقة القلق ببعض المتغيرات مثل دراسة (مرسي ، ١٩٨٢) ودراسة (الليل ، ١٩٩٧) ودراسة (مرسي ، ١٩٨٨) .
في حين هدفت بعض الدراسات إلى محاولة التعرف على مستويات القلق (الحالة والسمة) لدى أفراد عينة الدراسة مثل دراسة (عبد الخالق وحافظ ، ١٩٨٨) ودراسة (الصبوة ، ١٩٩٤) ودراسة (محمد ، ١٩٨٨) ، (الزعبي ، ١٩٩٧) .
وهدفت بعض الدراسات إلى محاولة التعرف على الأسباب الكامنة وراء القلق مثل دراسة (فرح وعثوم والعلمي ، ١٩٩٣) ودراسة (الفيومي ، ١٩٨٥) ودراسة (حداد ، ١٩٩٥) ودراسة (عبد الباقي ، ١٩٩٣) .

(ب) الدراسات التي تناولت مرض السكري :-

هدفت بعض الدراسات إلى محاولة التعرف على مدى انتشار مرض السكري مثل دراسة (المرعي ، وأبو خليل ، ١٩٨٩) ودراسة (Abu-zeid & Kassab , 1992) ودراسة (Sinha & Others, 2002) والبعض الآخر من الدراسات السابقة في هذا المجال هدفت إلى محاولة التعرف على علاقة مرض السكري ببعض المتغيرات لدى النساء فقط مثل دراسة (Temple & Others, 2001) ودراسة (Frank & Others 2001) ودراسة (Hadden & Others , 2001) وهناك بعض الدراسات التي هدفت إلى التعرف على مدى وجود أعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى السكري مثل دراسة (Lloyd , 2000) ودراسة (Peyrot & Rubin , 1997) ودراسة (Mousleh & Others , 1996) .

(ج) الدراسات التي تناولت السلوك الديني :-

بعض الدراسات هدفت إلى محاولة التعرف على مدى تأثير الدين على مستوى القلق مثل ، دراسة (الفيومى ، ١٩٨٥) ودراسة (الشويعر ، ١٩٨٨) ودراسة (McIntosh & Others, 1993) .

في حين هدفت بعض الدراسات إلى ربط الالتزام بالسلوك الديني ببعض المتغيرات مثل دراسة (أحمد ، ١٩٨٩) ودراسة (Bergin & Others , 1987) ودراسة (حمادة ، ١٩٩٢) وهدفت دراسات أخرى إلى بحث العلاقة بين الاكتئاب والدين مثل دراسة (موسى ، ١٩٩٩) ودراسة (موسى ، ١٩٩٣) ودراسة (حمادة ، ١٩٩٢) .

٣- من حيث العينات :-

لقد اختلفت عينات الدراسة في الدراسات السابقة تبعاً لاختلاف الأهداف لتلك الدراسات وتبعاً لمدى توافر العينات ، حيث كانت في كثير من الدراسات تتركز على الفئات الطلابية من الثانوية والجامعية مثل دراسة (الشويعر ، ٨١٩٨) ودراسة (موسى ، ١٩٩٩) ودراسة (غلاب والدسوقي ، ١٩٩٤) ، ودراسة (عبد الباقي ، ١٩٩٣) ودراسة (أحمد ، ١٩٨٩) ودراسة (الليل ، ١٩٩٧) ودراسة (شريف ، ١٩٩٥) وفي دراسات أخرى نجد عينة الدراسة كانت من الفئات المرضية مثل دراسة (Temple & Others, 2001) ودراسة (Pouwer & Snoker , 2001) ودراسة (Telishevka & Others, 2001) . والبعض الآخر كانت عينة الدراسة من فئة الأطفال والمراهقين مثل دراسة (Marya & Goldston, 2001) ودراسة (Sinha & Others, 2002) ودراسة (مرسي ، ١٩٨١) ودراسة (الليل ، ١٩٩٧) .

٤- من حيث الأدوات المستخدمة :-

تعددت المقاييس والأدوات المستخدمة من قبل الباحثين في الدراسات السابقة :-

ففي دراسات القلق :-

كانت الأدوات مرتكزة على مقاييس خاصة بالقلق من إعداد أو تقنين الباحثين مثل مقياس سبيلبرجر ، ومقياس تيلور مثل دراسة (أحمد ، ١٩٨٩) ودراسة (عبد الرحيم والعماري وعباس ، ١٩٩٥) ودراسة (الصبوة ، ١٩٩٤) .

أما دراسات مرض السكري :-

فكانت بعض الأدوات المستخدمة عبارة عن مقاييس طبية للتعرف على مستوى السكر في الدم لدى المرضى مثل دراسة (Temple & Others , 2001) ودراسة (Petit & Others , 2001) ودراسة (Hadden & Others , 2001) وبعض الدراسات كانت الأدوات المستخدمة عبارة عن مقاييس للاكتئاب ومنها مقياس بيك مثل دراسة (Mousleh & Others , 1996) ودراسة (Lloyd, 2000) ودراسة (Peyrot & Rubin, 1997) .

أما في دراسات السلوك الديني :-

فكانت الأدوات المستخدمة في الدراسة عبارة عن مقاييس دينية لمدى الالتزام بالتدين وذلك إما من إعداد الباحثين أو من تقنيهم حسب دراساتهم الخاصة مثل دراسة (الشويعر ، ١٩٨٨) ودراسة (غلاب والدسوقي ، ١٩٩٤) ، ودراسة (معوض ، ١٩٨٦) ، دراسة (McIntosh & Others , 1993) .

٥- من حيث الأساليب الإحصائية :-

تنوعت الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسات السابقة ، حيث تم استخدام اختبار (ت) ، في العديد منها مثل دراسة (الشويعر ، ١٩٨٨) ودراسة (أحمد ، ١٩٨٩) ، ودراسة (رؤوف ، ١٩٨٦) . في حين استخدم اختبار حسن المطابقة في دراسة (الشويعر ، ١٩٨٨) ، ودراسة (حمادة ، ١٩٩٢) ودراسة (معوض ، ١٩٨٦) . واستخدم معامل ارتباط بيرسون في بعض الدراسات منها دراسة (مرسي ، ١٩٨٢) ودراسة (عبد الخالق وحافظ ، ١٩٨٨) .

٦- من حيث مناهج الدراسة :-

تنوعت مناهج الدراسة المستخدمة من قبل الباحثين في دراساتهم ، ولكن وجد أن معظم الدراسات السابقة استخدم فيها المنهج الوصفي التحليلي مثل دراسة (Abu-zeid , 1992) ، ودراسة (المرعي وأبو خليل ، ١٩٨٩) ودراسة (أحمد ، ١٩٨٩) ودراسة (معوض ، ١٩٨٦) . وفي دراسات أخرى استخدم المنهج التجريبي مثل دراسة (Grey , 1999) . ودراسة (محمد ، ١٩٩٥) . وفي دراسات أخرى استخدم المنهج التاريخي مثل دراسة (Marya & Goldston, 1992) .

٧- من حيث النتائج -

تنوعت النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة على النحو التالي :-

(أ) الدراسات التي تناولت القلق :-

هناك شبه إجماع على أن أصحاب القلق المرتفع يتأثرون سلباً في تعاملهم مع الحياة، وأن القلق مرتفع لدى الإناث عنه لدى الذكور ، وأن مستوى القلق يتأثر بالمتغيرات الأخرى مثل دراسة (مرسي ، ١٩٨١) ودراسة (عبد الخالق وحافظ ، ١٩٨٨) ودراسة (عبدالرحيم والعماري وعباس ، ١٩٩٥) . في حين أشارت دراسة (الزعيبي ، ١٩٩٧) إلى عدم وجود اختلاف في مستويات القلق كحالة وكسمة بين الذكور والإناث .

(ب) الدراسات التي تناولت مرض السكري :-

هناك إجماع في نتائج الدراسات السابقة التي تناولت مرض السكري على أن البدناء هم أكثر من غيرهم عرضة للصابة بالسكري مثل دراسة (المرعي وأبو خليل ، ١٩٨٩) . ودراسة (Frank & Others , 2001) . وكذلك كانت من النتائج التي اتفقت عليها الدراسات السابقة وهي أن مرض السكري مرتبط بمشاعر القلق والاضطرابات النفسية ، ويزيد ذلك مع زيادة مدة المرض ، مثل دراسة (Petit & Others , 2001) ودراسة (Pouwer & Snok, 2001) .

(ج) الدراسات التي تناولت السلوك الديني :-

اتفقت الدراسات السابقة على أن التدين بشقيه (الجوهري والظاهري) يلعب دوراً هاماً في شخصية الإنسان ، وأن التدين بشكل عام يرتبط سلباً بالقلق والضغوط النفسية مثل دراسة (الشويعر ، ١٩٨٨) ، ودراسة (محمد ، ١٩٩٥) . كما اتفقت كثير من الدراسات السابقة في هذا المجال في أن الرجال أعلى في مستوى التدين عن النساء مثل دراسة (حمادة ، ١٩٩٢) ودراسة (معوض ، ١٩٨٦) .

ويرى الباحث أنه بالرغم من أهمية دراسة القلق لدى مرضى السكري وربط ذلك بعدة متغيرات إلا أنه - في حدود علم الباحث - لا توجد أي دراسة تناولت جميع متغيرات الدراسة الحالية ، بل ركزت بعض الدراسات على القلق وما له وما عليه ، في حين ركزت بعض الدراسات على مرض السكري ، مع ربطه بالقلق والضغوط النفسية . أما باقي الدراسات فوجد أنها اختصت بدراسة السلوك الديني وربطه بعدة متغيرات .

علاقة الدراسة الحالية بالدراسات السابقة :-

ومن خلال عرض الدراسات السابقة وجد الباحث أن الدراسة الحالية قد اتفقت مع الدراسات السابقة في بعض الجوانب ، ومن ناحية أخرى اختلفت في جوانب أخرى .

K أوجه الاتفاق بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة :-

- استخدام بعض المعالجات الإحصائية مثل اختبار (ت) ، ومن هذه الدراسات على سبيل المثال دراسة (أحمد ، ١٩٨٩) ودراسة (رؤوف ، ١٩٨٦) . واستخدم معامل الارتباط لبيرسون مثل دراسة (مرسي ، ١٩٨٢) ودراسة (عبد الخالق وحافظ ، ١٩٨٨) . واستخدم تحليل التباين في دراسات متعددة مثل دراسة (عبد الباقي ، ١٩٩٣) ودراسة (عبد الرحيم والعماري وعباس ، ١٩٩٥) .
- اتباع الباحث لأسلوب التحليل العاملي في الدراسة يتفق مع دراسة (حمادة ، ١٩٩٢) ودراسة (القشيش ، ١٩٩٢) .

K أوجه الاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة :-

- لم توجد أي دراسة من الدراسات السابقة تناولت متغيرات الدراسة الحالية بشكل كامل.
- إن الباحث عمل على تصميم أدوات للدراسة خاصة به ، مع الاستفادة من المقاييس والأدوات التي استخدمت في الدراسات السابقة .
- الربط بين مستويات القلق والسلوك الديني لدى مرضى السكري في الدراسة الحالية .

ولقد استفاد الباحث الحالي من الدراسات السابقة في صياغة أهداف الدراسة وأسئلتها وفروضها وكذلك الأساليب الإحصائية المستخدمة في تلك الدراسات ، واستفاد منها أيضاً في إعداد أدوات الدراسة لتطبيقها على أفراد عينة الدراسة .

تمهيد :

يتناول الباحث في هذا الفصل منهج الدراسة وأهم الإجراءات التي قام بها لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على أسئلتها وبالتالي التحقق من فروضها ولقد تمثلت الإجراءات في اختيار منهج الدراسة الملائم، واختيار مجتمع وعينة الدراسة والتأكد من صدق أدوات الدراسة من خلال الدراسة الاستطلاعية، وأهم الخطوات التي قام بها لتحقيق أهدافه وملخص لأهم الأساليب الإحصائية التي سيستخدمها في استخراج النتائج.

أولاً/ منهج الدراسة:

اتباع الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي الذي يتناول دراسة أحداث وظواهر وممارسات بحثية قائمة ومتاحة للدراسة دون أن يكون للباحث أي تدخل مقصود في مجرياتها، وعلى الباحث أن يتفاعل معها بالوصف والتحليل . (الأغا ، ١٩٩٧ : ٤١).

ثانياً/ مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة الأصلي من جميع مرضى السكري في محافظة غزة والذين يتلقون رعاية صحية حكومية، وعددهم (٤١٠٩) مريضاً وقت إجراء هذه الدراسة (مقابلة شخصية مع مسئول الرعاية لمرضى السكري بمركز شهداء الرمال الصحي بغزة) ، وهم المرضى المسجلين في مركز شهداء الرمال الصحي حيث إنه المركز الرئيس لرعاية مرضى السكري والإشراف عليهم ومتابعتهم ، وتتراوح أعمارهم ما بين (٢٥ - ٦٥) عاماً، والجدول (١) يوضح توزيع مجتمع الدراسة في ضوء الجنس وتاريخ المرض.

جدول (١)

وصف مجتمع الدراسة في ضوء الجنس والتاريخ المرضي

الجنس / تاريخ المرض	الذكور		الإناث		المجموع الكلي	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
٩ سنوات فأقل	٧٧٠	١٨.٧	١٢١٥	٢٩.٦	١٩٨٥	٤٨.٣
من ١٠-١٨ سنة	٦٣١	١٥.٤	٧٨٥	١٩.١	١٤١٦	٣٤.٥
أكثر من ١٨ سنة	٣٠٨	٧.٥	٤٠٠	٩.٧	٧٠٨	١٧.٢
المجموع	١٧٠٩	٤١.٦	٢٤٠٠	٥٨.٤	٤١٠٩	١٠٠

ثالثاً/ عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من عينتين:

١- عينة استطلاعية:

حيث بلغت (٦٠) مريضاً ومريضة منهم (٢٤) مريضاً، و(٣٦) مريضة تم اختيارهم بالطريقة العشوائية الطبقية ، تراوحت أعمارهم (٢٥ - ٦٥) عاماً بمتوسط (٤٩) عاماً وانحراف معياري (١٠.٨٦) وتراوحت مدة إصابتهم بالمرض ما بين (١ - ٢٥) عاماً ، ثم قام الباحث بالتأكد من صدق وثبات أدوات الدراسة عليهم.

٢- عينة الدراسة الفعلية:

تم اختيار عينة الدراسة بصورة عشوائية طبقية لتمثل الذكور والإناث بصورة طبقية، وبنسبة (٦٠.٥%) من مجتمع الدراسة الأصلي، ولقد بلغ عددها (٢٦٧) مريضاً ومريضة، منهم (١١١) مريضاً، و(١٥٦) مريضة، ممن يعانون من مرض السكري والمسجلين في مركز شهداء الرمال الصحي، حيث إن ما نسبته حوالي (٤٠%) من الذكور، وحوالي (٦٠%) من الإناث من المجتمع الأصلي حسب سجلات وزارة الصحة والجدول (٢) يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغيرات الجنس والتاريخ المرضي.

جدول (٢)

وصف عينة الدراسة في ضوء الجنس والتاريخ المرضي

الجنس / تاريخ المرض	الذكور		الإناث		المجموع الكلي	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
٩ سنوات فأقل	٥٠	١٨.٧	٧٩	٢٩.٦	١٢٩	٤٨.٣
من ١٠-١٨ سنة	٤١	١٥.٤	٥١	١٩.١	٩٢	٣٤.٥
أكثر من ١٨ سنة	٢٠	٧.٥	٢٦	٩.٧	٤٦	١٧.٢
المجموع	١١١	٤١.٦	١٥٦	٥٨.٤	٢٦٧	١٠٠

رابعاً/ أدوات الدراسة : اشتملت أدوات التالية :

أولاً: اختبار القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة من إعداد الباحث.

وصف الاختبار وخطوات بنائه:-

قام الباحث بالاطلاع على مقاييس متعددة في موضوع القلق مثل: اختبار تيلور واختبار سبيلبرجر واختبار كاتل ... الخ وذلك بغرض الاستفادة منها في إعداد أداة الدراسة ومن خلال الإطار النظري الذي تناول فيه الباحث موضوع القلق ومن خلال بعض المقابلات الشخصية التي أجراها الباحث مع مرضى السكري بمحافظة غزة.

وقد صاغ الباحث فقرات الاختبار في صورته الأولية حيث تكونت من (٣٥) فقرة وتم توزيع الفقرات على ثلاث أبعاد تم اشتقاقها من الإطار النظري لمفاهيم الدراسة ولطبيعة مرض السكري ، وقد عرف الباحث الأبعاد إجرائياً كالتالي: -

١- **الأعراض الفسيولوجية الناتجة عن القلق** وهي: عبارة عن تلك الآثار التي تتمثل بمدي تأثير القلق على أعضاء الجسم المختلفة وهي تنتج من التغيرات الفسيولوجية التي تحدث داخل جسم الإنسان مثل اضطرابات الهضم وجفاف في الفم والحلق وارتجاف الأطراف والعرق الزائد وزيادة ضربات القلب وضيق في النفس وبرودة في اليدين والقدمين والصداع والدوخة واحمرار الوجه وتدهور الحالة الصحية.

٢- **الآثار السلوكية الناتجة عن القلق**: والتي يعرفها الباحث إجرائياً بأنها تتمثل في بعض التصرفات والأفعال التي تكون نتيجة لتأثير القلق على الإنسان مثل النوم المتقطع والعصبية الزائدة والأحلام المزعجة وعدم الراحة والسعادة وضعف القدرة على التركيز والقلق من قلة

المال واليأس من الحياة والتأثر السريع بالأحداث والشعور بالحساسية من معاملة الآخرين واضطرابات العلاقات الأسرية والشعور بالارتباك لأتفه الأسباب.

٣- **أعراض مرض السكري المرتبطة بالقلق:** والتي تتمثل بمدى تأثير أعراض مرض السكري ومضاعفاته على مستوى القلق لدى المرضى الذين يعانون من مرض السكري مثل الخوف من السكري، وشرب الماء الكثير، والملل من كثرة العلاجات، وكثرة الفحوصات، والخوف من الفشل الكلوي، وارتفاع ضغط الدم، والجروح الجسمية، والخوف على النظر والخوف من تأثير مرض السكري على القدرة الجنسية، والخشية من التأثيرات الوراثية لمرض السكري على الأبناء.

والملاحق رقم (١) يوضح اختبار القلق في صورته الأولية.

ثانيًا: صدق الاختبار

اعتمد الباحث على أربع أنواع من الصدق وهي: -

١- صدق المحكمين

"وهو المظهر العام للاختبار أو الصورة الخارجية له من حيث نوع المفردات وكيفية صياغتها ومدى وضوحها ، ويشير هذا النوع من الصدق أيضا إلى كيف يبدو الاختبار مناسباً للغرض الذي وضع من أجله" (الغريب ، ١٩٨١: ٦٨٠).

حيث قام الباحث بعرض الاختبار على مجموعتين من الأساتذة أنظر ملحق رقم (٢) ، المجموعة الأولى كانت من أساتذة علم النفس للحكم على مدى انتماء الفقرات للبعد الواردة تحته والمجموعة الثانية كانت من الأطباء والمتخصصين في مجال مرض السكري وأمراض الغدد الصماء وذلك للحكم على مدى انتماء الفقرات وملاءمتها للبعد التي وردت تحته.

وقد بلغ عدد المحكمين (١٧) محكمًا. والملحق رقم (٢) يوضح أسماء المحكمين لاختبار القلق. وبناءً على آراء المحكمين تم استبعاد الفقرات التي تقل فيها نسبة اتفاقهم عن ٨٠% كما تم تعديل صياغة بعض الفقرات وأضيفت بعض الفقرات الجديدة بناءً على رأي المحكمين ، وأصبح الاختبار في صورته الثانية الذي طبق على العينة الاستطلاعية يشتمل على (٣٧) فقرة موزعة على بعدين هما الآثار الفسيولوجية الناتجة عن القلق والآثار النفسية والسلوكية للقلق.

والملاحق رقم (٣) يوضح اختبار القلق في صورته الثانية .

٢- صدق الاتساق الداخلي:

"ويعني ارتباط العبارة في البعد ثم ارتباط العبارة في الدرجة الكلية" (الغريب ، ١٩٨١: ٦٨٤).
قام الباحث بحساب صدق الاتساق الداخلي للعينة الاستطلاعية المكونة من (٦٠) مريض ومريضة من مرضى السكري بمحافظة غزة وذلك عن طريق حساب معامل الارتباط (بيرسون) بين الدرجة الكلية لفقرات الاختبار وبين درجة كل فقرة على حدة والجدول (٣) يوضح ذلك:

$$r = \frac{\sum (X - \bar{X})(Y - \bar{Y})}{\sqrt{[\sum (X - \bar{X})^2][\sum (Y - \bar{Y})^2]}}$$

(أبو مصطفى ، ١٩٩٦ : ٧١)

جدول (٣)

معامل ارتباط بيرسون ودلالته لكل فقرة من فقرات اختبار القلق مع الدرجة الكلية للفقرات.

رقم الفقرة	معامل الارتباط	مستوي الدلالة
الفقرة (١)	٠.٥٨٢	**٠.٠١
الفقرة (٢)	٠.٥١٠	**٠.٠١
الفقرة (٣)	٠.١٢١	غير دالة
الفقرة (٤)	٠.٦٣٠	**٠.٠١
الفقرة (٥)	٠.٥٦٤	**٠.٠١
الفقرة (٦)	٠.٢٢٣	غير دالة
الفقرة (٧)	٠.٤٢١	**٠.٠١
الفقرة (٨)	٠.٤٧٥	**٠.٠١
الفقرة (٩)	٠.٤٢٨	**٠.٠١
الفقرة (١٠)	٠.٥٩٧	**٠.٠١
الفقرة (١١)	٠.٥٤٨	**٠.٠١
الفقرة (١٢)	٠.٥٢١	**٠.٠١
الفقرة (١٣)	٠.٣٥٦	**٠.٠١
الفقرة (١٤)	٠.٤٠٥	**٠.٠١
الفقرة (١٥)	٠.٦٧١	**٠.٠١
الفقرة (١٦)	٠.٢٩٩	*٠.٠٥
الفقرة (١٧)	٠.٥٩٥	**٠.٠١
الفقرة (١٨)	٠.٦٩٠	**٠.٠١
الفقرة (١٩)	٠.٧٢٩	**٠.٠١
الفقرة (٢٠)	٠.٦٧٢	**٠.٠١
الفقرة (٢١)	٠.٢٨٢	*٠.٠٥
الفقرة (٢٢)	٠.٦٦٤	**٠.٠١
الفقرة (٢٣)	٠.٦٢٣	**٠.٠١
الفقرة (٢٤)	٠.٢٧٢	*٠.٠٥
الفقرة (٢٥)	٠.٥٢٠	**٠.٠١
الفقرة (٢٦)	٠.٤٥٠	**٠.٠١
الفقرة (٢٧)	٠.٣٥٥	**٠.٠١
الفقرة (٢٨)	٠.٣٨٠	**٠.٠١
الفقرة (٢٩)	٠.٥٣٩	**٠.٠١
الفقرة (٣٠)	٠.٦٥٤	**٠.٠١
الفقرة (٣١)	٠.٥٥٦	**٠.٠١
الفقرة (٣٢)	٠.٥٢٠	**٠.٠١
الفقرة (٣٣)	٠.٥٧٤	**٠.٠١
الفقرة (٣٤)	٠.٥٦٤	**٠.٠١
الفقرة (٣٥)	٠.٤٦٣	**٠.٠١
الفقرة (٣٦)	٠.٤٠١	**٠.٠١
الفقرة (٣٧)	٠.٥١٤	**٠.٠١

* دالة عند ٠.٥

** دالة عند ٠.١

تم استبعاد الفقرتين (٣) و (٦) لأنهما لم تصلا إلي مستوى الدلالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥) .

٣- صدق المقارنة الطرفية

حيث تقوم هذه الطريقة في جوهرها على مقارنة متوسط درجات الأقوياء في الميزان بمتوسط درجات الضعاف في نفس الميزان وذلك نسبةً إلى توزيع الاختبار ولذلك سميت بالمقارنة الطرفية لاعتمادها على الطرف الممتاز والطرف الضعيف للميزان (السيد، ١٩٧٨: ٤٠٤) .

قام الباحث بحساب صدق التميز الطرفي بين المجموعة العليا وهي أكثر من (٣٣.٣%) وأقل (٣٣.٣%) باستخدام مان- ويتني "ويستخدم هذا الاختبار عندما لا تتحقق شروط استخدام اختبار (ت) وخاصة فيما يتعلق بشرطي اعتدالية التوزيع لدرجات كل من المجموعتين وتجانس التباين لتلك الدرجات" (عفانة ، ١٩٩٨ : ١٢٤) . الجدول (٤) يوضح ذلك .

جدول (٤)

صدق المقارنة الطرفية لاختبار القلق (ن = ٦٠)

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الترتيب	Z	الدلالة
دنيا	٢٠	١٠.٥٠	٢١٠	٥.٤٢	٠.٠١**
عليا	٢٠	٣٠.٥٠	٦١٠		

**قيمة Z الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠١) هي ٢.٥٨

**قيمة Z الجدولية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) هي ١.٩٦

يتضح من الجدول رقم (٤) والذي يبين صدق المقارنة الطرفية لاختبار القلق المعد من قبل الباحث أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (دلالة ٠.٠١ $\alpha \leq$) بين المجموعة الدنيا والعليا في الاختبار لصالح المجموعة العليا أي أنه اختبار يميز بين المجموعتين.

٤- الصدق العاملي

"ويعتمد هذا النوع من الصدق على التحليل العاملي للاختبارات المختلفة ولموازينها التي تنسب إليها ، وتقوم فكرة التحليل العاملي على حساب معاملات ارتباط الاختبارات والموازن المختلفة ثم تحلل هذه الارتباطات إلى العوامل التي أدت إلى ظهورها" (السيد ١٩٧٨ : ٤٠٣).

قام الباحث بإيجاد الصدق العاملي للاختبار من خلال تطبيقه على العينة الاستطلاعية والمكونة من (٦٠) مريضاً ومريضة وفقاً لطريقة المكونات الأساسية (Principal component varimax with Kaiser normalization).

وأسفر التحليل العاملي عن استخراج أربعة عوامل، "الجذر الكامن لكل عامل أكبر من الواحد الصحيح" (الأغأ، ١٩٨٩: ١٣٥) وكانت نسبة تباينها ٤٩.٨٥% من حجم التباين الكلي، وكانت نسبة تباين العامل الأول ١٩.٨٥% والثاني ١٢.٩٧% والثالث ١٠.٤٩% والرابع ٧.١٠%. وقام الباحث بالتدوير باستخدام التدوير المتعامد فكانت نتيجة التحليل العاملي كما يلي:

حسب جدول (٥) .

جدول (٥)

تشبعات العبارات على العوامل قبل التدوير وبعد التدوير لاختبار القلق (ن = ٦٠)

الفقرة	الشيوع	التشبع: قبل التدوير				التشبع: بعد التدوير			
		١ع	٢ع	٣ع	٤ع	١ع	٢ع	٣ع	٤ع
فقرة (١)	٠.٥٥٩	٠.٦١٥	٠.٣١١			٠.٧٢٠			
فقرة (٢)	٠.٥٦٧	٠.٥٣٦	٠.٥١٠			٠.٧٣٦			
فقرة (٣)	٠.٠٨٢		٠.٢٧٣					-٠.١٨٧	
فقرة (٤)	٠.٤٩٦	٠.٦١٠	٠.٣٠٤			٠.٦٤٦			
فقرة (٥)	٠.٤٧٤	٠.٥٨٢				٠.٦٦٠			
فقرة (٦)	٠.١٨٢		٠.١١٠			٠.١٣٢			
فقرة (٧)	٠.٢٨٠	٠.٤٠٩				٠.٤٧٠			
فقرة (٨)	٠.٤٢٩	٠.٥٠٠	٠.٤٠٩			٠.٦٣٥			
فقرة (٩)	٠.٤٩١	٠.٤٥٠	٠.٤٦٩			٠.٦٢٦			
فقرة (١٠)	٠.٥٥١	٠.٦٠٥				٠.٤٦١	٠.٣٨٩	٠.٤٣٢	
فقرة (١١)	٠.٥٥٢	٠.٥٨٠	-٠.٤٥٠			٠.٤٠٩	٠.٥٨٨		
فقرة (١٢)	٠.٣٣٩	٠.٥٣١				٠.٣٩٥	٠.٣٠٧		
فقرة (١٣)	٠.٢٥١	٠.٣٦٢					٠.٤٢٢		
فقرة (١٤)	٠.٢٩٧	٠.٥١٥				٠.٤٩٠			
فقرة (١٥)	٠.٦١٩	٠.٦٥٩	٠.٣٧٧			٠.٦٩٨		٠.٣٤٥	
فقرة (١٦)	٠.٤٠٤				٠.٦١٠			٠.٥٨٧	
فقرة (١٧)	٠.٤٠٢	٠.٦٣٣				٠.٤٧٩	٠.٣٠٢		
فقرة (١٨)	٠.٦٢٥	٠.٧٤٠				٠.٦٨٦	٠.٣٤٧		
فقرة (١٩)	٠.٥٧٢	٠.٧٣٢				٠.٦٠٩	٠.٣٨٠		
فقرة (٢٠)	٠.٥٧٣	٠.٧٠٣				٠.٦٨٤			
فقرة (٢١)	٠.٣٤٨				٠.٥١٣			٠.٥٧٢	
فقرة (٢٢)	٠.٥٨٦	٠.٦٦٧			٠.٣٠٤	٠.٥٣٧		٠.٤٥٨	
فقرة (٢٣)	٠.٤٨٩	٠.٦٥٠				٠.٦٤٠			
فقرة (٢٤)	٠.٤١٠		٠.٣١٣	-٠.٣١٦	٠.٤٠٩			٠.٥٢٩	

فقرة (٢٥)	٠.٧١٦	٠.٥٩٩	-٠.٥١٤				٠.٥٤٥	٠.٦١٨	
فقرة (٢٦)	٠.٥٤٥	٠.٥٢٨	-٠.٣٦٤				٠.٥٧٣	٠.٣٨٦	
فقرة (٢٧)	٠.٤٨٥	٠.٣٤٤	-٠.٣١١	-٠.٤٨٧			٠.٦٦١		
فقرة (٢٨)	٠.٤١٨	٠.٤٢١		-٠.٤٥٦				٠.٦٢٢	
فقرة (٢٩)	٠.٣٠١	٠.٥٣٠					٠.٣٣٩		
فقرة (٣٠)	٠.٦١٢	٠.٦٥٤		-٠.٤٠٨			٠.٣٣٧	٠.٦٠٦	٠.٣٣٣
فقرة (٣١)	٠.٦٨٠	٠.٥٧١	-٠.٤٢٨	٠.٤٠٩			٠.٧٧٩		
فقرة (٣٢)	٠.٦٥٨	٠.٥٦٤	-٠.٥١٢				٠.٧٧٢		
فقرة (٣٣)	٠.٧٧٧	٠.٥٧٧	-٠.٥٤٤	٠.٣٤٩			٠.٨٤٩		
فقرة (٣٤)	٠.٨٢٩	٠.٦١٣	-٠.٦٢٨				٠.٨٤٥		
فقرة (٣٥)	٠.٥٠٨	٠.٤٥٨	-٠.٤٧٨				٠.٤٤٢	٠.٥٣٦	
فقرة (٣٦)	٠.٤٧٠	٠.٣٩٠			٠.٥٥٧				٠.٦٤٢
فقرة (٣٧)	٠.٦٩٥	٠.٤٩٤	٠.٥٥٢	٠.٣٨٢			٠.٨٢١		
مجموع التباين		١٠.٤١١	٣.٦٦١	٢.٣١٨	٢.٠٥٥	٧.١٣٦	٤.٨٠١	٣.٨٨١	٢.٦٢٨
النسبة المئوية للتباين		٢٨.١٣٩	٩.٨٩٦	٦.٢٦٦	٥.٥٥٣	١٩.٢٨ ٦	١٢.٩٧ ٥	١٠.٤٩٠	٧.١٠٢
النسبة الكلية للتباين	٤٩.٨٥%				٤٩.٨٥%				

يتضح من الجدول رقم (٥) وجود أربعة عوامل اتضحت بعد التدوير وأن الفقرات رقم (٣) و (٦) أقل شيوعاً وأقل دلالة لذا قام الباحث بحذفها وهذا يتوافق مع ما تم حذفه باستخدام الاتساق الداخلي ويتضح أيضاً أن العامل الأول قد تشبعت عليه الفقرات التالية:

٢-١-٤-٥-٧-٨-٩-١٠-١٢-١٤-١٥-١٧-١٨-١٩-٢٠-٢٢-٢٣-٢٩ وبفحص مكونات هذه الفقرات فقد تم تسمية هذا العامل "آثار القلق الفسيولوجية والمزاجية المترتبة على أعراض مرض السكري".

كذلك وجد أن العامل الثاني قد تشبعت عليه الفقرات التالية :-

٣١-٣٢-٣٣-٣٤-٣٧ وبفحص مكونات هذه الفقرات فقد تم تسمية هذا العامل "آثار القلق النفسية المترتبة على مضاعفات مرض السكري".

أما العامل الثالث فقد تشبعت عليه الفقرات التالية :

١١-١٣-٢٥-٢٦-٢٧-٢٨-٣٠-٣٥ وبفحص مكونات الفقرات فقد تم تسمية هذا العامل " آثار القلق الجسمية المترتبة على مرض السكري".

أما العامل الرابع فقد تشبعت عليه الفقرات التالية : ١٦-٢١-٢٤-٣٦ وبفحص مكونات الفقرات فقد تم تسمية هذا العامل "آثار القلق الاجتماعية المترتبة على أعراض مرض السكري"

ثبات الاختبار : -

وقد تم حساب معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

"تعتمد طريقة ألفا كرونباخ على الاتساق في أداء الفرد من فقرة إلى أخرى وتستند إلى الانحراف المعياري للاختبار والانحرافات المعيارية للفقرات مفردة، وهذه الطريقة تسمى (معامل

ألفا كرونباخ α cronbach coefficient)"

$$\alpha = \frac{[\text{د}] \times [\text{ع}^2 - \text{م}^2]}{\text{ع}^2 - 1}$$

حيث α ترمز إلى قيمة الثبات المقدر

و د تساوي عدد الفقرات

ع ت تعني الانحراف المعياري للفقرات ككل

ع د تعني الانحراف المعياري للفقرة. (ثورنديك وهيغن، ١٩٨٩: ٧٩).

قام الباحث بحساب ثبات الاختبار وذلك بحساب الثبات بمعامل (α cronbach) لكل بعد من أبعاد اختبار القلق وللاختبار ككل من خلال تطبيقه على العينة الاستطلاعية المكونة من (٦٠) مريضاً ومريضة وكانت قيمة معامل ألفا كرونباخ (٠.٨٩٢١) وهي نسبة جيدة جداً في مثل هذه الدراسات وتطمئن الباحث إلى ثبات مقياسه، والجدول (٦) يوضح ذلك .

جدول (٦)

معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد اختبار القلق وللاختبار ككل (ن = ٦٠)

اسم البعد	عدد الفقرات	معامل الثبات
آثار القلق الفسيولوجية والمزاجية المترتبة على أعراض مرض السكري	١٨	٠.٩١٣
آثار القلق النفسية المترتبة على مضاعفات مرض السكري	٥	٠.٩٠٩
آثار القلق الجسمية المترتبة على مرض السكري	٨	٠.٧٩٢
آثار القلق الاجتماعية المترتبة على أعراض مرض السكري	٤	٠.٣١١
الاختبار ككل	٣٥	٠.٨٩٢

وبعد التعديل بمعادلة سبيرمان براون للاختبار غير المتساوي النصفين كان معامل الثبات (٠.٧٨) وهذا يؤكد على ثبات الاختبار وصلاحيته لقياس القلق لدى مرضى السكري . وبعد إجراء الصدق والثبات للاختبار أصبح الاختبار في صورته النهائية مكون من (٣٥) فقرة موزعة على أربعة أبعاد - كما تبين في الصدق العملي للاختبار - ، وملحق (٤) يوضح اختبار القلق في صورته النهائية .

ثم ملاحظة إن هذا الاختبار صيغت عباراته من قبل ورأى المحكمون أنها تتدرج تحت عاملين ، ثم أجري تحليلاً عاملياً وأسفر هذا التحليل عن أربعة عوامل ، تم تسميتها ليتضح معناها السيكلوجي وقد استقر الباحث على الأبعاد الأربعة ليعتمد عليها فيما بعد .

ثانياً: اختبار السلوك الديني لدى مرضى السكري بمحافظة غزة.

K وصف الاختبار وخطوات بنائه:-

انطلاقاً من خلفية الباحث العقائدية الدينية ومعرفته بالدراسات النفسية، قام الباحث بالاطلاع والتمحيص في كتاب الله سبحانه وتعالى وكذلك سنة رسوله صلى الله عليه وسلم وبالأستعانة ببعض المقاييس وبناءً على ما ذكره الباحث في الإطار النظري فقد صاغ الباحث فقرات الاختبار في صورته الأولية وقد تكونت من (٢٢) فقرة وتم توزيع الفقرات على بعدين وتم تعريفهما إجرائياً كالتالي: -

١- واجبات دينية: وهي تتمثل في بعض الاعتقادات والأمور التعبدية التي يجدر بالمسلم التمسك بها، وهي تشمل المحافظة على قراءة القرآن الكريم والمحافظة على الأذكار والأوراد الدينية وشكر الله والدعاء لله وإخراج الزكاة والرضى بالقضاء والقدر والابتعاد عن المعاصي وعن الغيبة والنميمة والمحافظة على الصلاة في وقتها والاستغفار الدائم.

١- سلوكيات دينية: والتي تتمثل في بعض الأفعال والتصرفات التي ينبغي على المسلم أن يلتزم بها وهي تشمل: كظم الغيظ والعفو عند المقدرة، وإمالة الأذى عن الطريق والصبر ومساعدة الآخرين والعلاقة الطيبة مع الناس ومخالطة الصالحين والأتقياء والاستئذان قبل الزيارة وقول الحق و الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر وحب الخير للآخرين والالتزام بالصدق في جميع الأحوال. والملحق رقم (٥) يوضح اختبار السلوك الديني في صورته الأولية.

صدق الاختبار: -

اعتمد الباحث على أربعة أنواع من الصدق وهي:-

١- صدق المحكمين:

حيث قام الباحث بعرض الاختبار على مجموعتين من الأساتذة: المجموعة الأولى كانت من أساتذة التربية، والمجموعة الثانية كانت من أساتذة شرعيين وخطباء مشهورين؛ للحكم على مدى انتماء الفقرات للبعد الواردة تحته ، وقد بلغ عدد المحكمين (١٥) محكمًا ، والملحق رقم (٦) يوضح أسماء المحكمين لاختبار السلوك الديني.

بناءً على آراء المحكمين تم استبعاد الفقرات التي تقل فيها نسبة اتفاق المحكمين عن ٨٠% كما تم تعديل صياغة بعض الفقرات وأضيفت بعض الفقرات الجديدة بناءً على رأي المحكمين وأصبح الاختبار في صورته الثانية يشتمل على (٢٠) فقرة في بعد واحد وهو واجبات شرعية وسلوكيات دينية. والملحق رقم (٧) يوضح اختبار السلوك الديني في صورته الثانية .

٢- صدق الاتساق الداخلي:-

قام الباحث بحساب صدق الاتساق الداخلي للاختبار بعد تطبيقه على العينة الاستطلاعية المكونة من (٦٠) مريضاً ومريضة وحساب معامل الارتباط لبيرسون بين الدرجة الكلية للفقرات وبين درجة كل فقرة على حدة والجدول رقم (٧) يوضح ذلك.

جدول (٧)

معامل ارتباط بيرسون ودلالته لكل فقرة من فقرات اختبار السلوك الديني مع الدرجة الكلية (ن = ١٠)

الفقرة	معامل الارتباط	مستوي الدلالة
فقرة (١)	٠.٢٦٥	* ٠.٠٥
فقرة (٢)	٠.٤٦٨	** ٠.٠١
فقرة (٣)	٠.٤٠٦	** ٠.٠١
فقرة (٤)	٠.٢٣٠	غير دالة
فقرة (٥)	٠.٥٣٢	** ٠.٠١
فقرة (٦)	٠.٣١٩	* ٠.٠٥
فقرة (٧)	٠.٢٧٨	* ٠.٠٥
فقرة (٨)	٠.٢٩١	* ٠.٠٥
فقرة (٩)	٠.٣٩٥	** ٠.٠١
فقرة (١٠)	٠.٣٦٢	** ٠.٠١
فقرة (١١)	٠.٥٦٥	** ٠.٠١
فقرة (١٢)	٠.٠٤٥	غير دالة
فقرة (١٣)	٠.٤٠٣	* ٠.٠١
فقرة (١٤)	٠.٣٨٠	* ٠.٠١
فقرة (١٥)	٠.٣٦٣	* ٠.٠١
فقرة (١٦)	٠.٣٢٣	** ٠.٠٥
فقرة (١٧)	٠.٣٢٦	** ٠.٠٥
فقرة (١٨)	٠.٣٣٥	* ٠.٠١
فقرة (١٩)	٠.٣٧٢	* ٠.٠١
فقرة (٢٠)	٠.٣٩١	* ٠.٠١

* دالة عند (٠.٠٥) .

** دالة عند (٠.٠١) .

يلاحظ من الجدول (٧) السابق لمعامل ارتباط بيرسون أن الفقرات (٤ ، ١٢) لم تصل إلي مستوى الدلالة (٠.٠٥) .

٢- صدق المقارنة الطرفية : -

قام الباحث بحساب صدق المقارنة الطرفية بين أكثر (٣٣.٣%) وأقل (٣٣.٣%) باستخدام مان ويتنى كما هو مبين في الجدول (٨) .

جدول (٨)

صدق المقارنة الطرفية لاختبار السلوك الديني

المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموعة الرتب	Z	الدلالة
دنيا	٢٠	١٠.٥٠	٢١٠	٥.٤٢	٠.٠١
عليا	٢٠	٣٠.٥٠	٦١٠		

يتضح من الجدول (٨) والذي يبين صدق المقارنة الطرفية لاختبار السلوك الديني أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (٠.٠١ α) بين المجموعة الدنيا والعليا لصالح المجموعة العليا في فقرات الاختبار أي أن الاختبار يميز بين المجموعتين بشكل واضح .

٣- الصدق العاملي:

حيث قام الباحث بإيجاد الصدق العاملي للاختبار من خلال تطبيقه على العينة الاستطلاعية والمكونة من (٦٠) مريضاً ومريضة من مرضي السكري وفقاً لطريقة المكونات الأساسية لهوتلنج (Principle Hotlling component analysis) وبعد عمل التدوير باستخدام التدوير المتعامد (principle component varimax with Kaiser normalization) وقد أسفر التحليل العاملي عن استخراج عاملين، الجذر الكامن لكل عامل أكبر من الواحد الصحيح، وكانت نسبة تباينها (٣٠.٥٠٤%) من حجم التباين الكلي وكانت نسبة تباين العامل الأول (١٦.٧٢٧%) والثاني (١٣.٧٧٧%) والجدول التالي (٩) يوضح ذلك.

جدول (٩)
الصدق العاملي لاختبار السلوك الديني

الفقرة	الشيوع	التشيع قبل التدوير		التشيع بعد التدوير	
		١٤	٢٤	١٤	٢٤
فقرة (١)	٠.٢٥١	٠.٤٠١		٠.٥٠٠	
فقرة (٢)	٠.٢٩١	٠.٤٧٧		٠.٥٣٦	
فقرة (٣)	٠.٤٥٤	٠.٣٩٢	٠.٥٤٨	٠.٦٣٤	
فقرة (٤)	٠.٠١٩				
فقرة (٥)	٠.٢٥٤	٠.٤٧٠		٠.٤٩١	
فقرة (٦)	٠.٢٦١	٠.٣٦٨	٠.٣٥٤	٠.٥٠٤	
فقرة (٧)	٠.٢٥٤		٠.٤٢٥	٠.٤٦٥	
فقرة (٨)	٠.٢٢٦	٠.٤٥٠			٠.٣٨٣
فقرة (٩)	٠.٢٣٨	٠.٤٦٨		٠.٤٦٣	
فقرة (١٠)	٠.٢٩٨	٠.٥٤٠		٠.٤٦٣	
فقرة (١١)	٠.١٣٣	٠.٣٦٠		٠.٣٣١	
فقرة (١٢)	٠.٠٢٩				
فقرة (١٣)	٠.٣٠٣	٠.٥٥٠		٠.٤٤١	٠.٣٢٩
فقرة (١٤)	٠.٣٠٣	٠.٥٣٤		٠.٥١٥	
فقرة (١٥)	٠.٣٣٣	٠.٥٧٣		٠.٤٣١	٠.٣٨٤
فقرة (١٦)	٠.٤٩١	٠.٤٤٨	-٠.٥٣٩		٠.٦٩٨
فقرة (١٧)	٠.٥٣٤	٠.٤١٥	-٠.٦٠١		٠.٧٣١
فقرة (١٨)	٠.٦١٠	٠.٤٨٦	-٠.٦١١		٠.٧٧٩
فقرة (١٩)	٠.٣٧٩	٠.٥٢٦	٠.٣٢١	٠.٦١٥	
فقرة (٢٠)	٠.٤٤٤	٠.٥٠٠	-٠.٤٤٠		٠.٦٤٦
		١٤	٢٤	١٤	٢٤
مجموع التباين		٣.٨٨٦	٢.٢١٥	٣.٣٤٥	٢.٧٥٥
النسبة المئوية للتباين		١٩.٤٢٩	١١.٠٧٥	١٦.٧٢٧	١٣.٧٧٧
النسبة الكلية للتباين		مجموع النسب المئوية للتباين قبل التدوير ٣٠.٥٠٤		مجموع النسب المئوية للتباين بعد التدوير ٣٠.٥٠٤	

يتضح من جدول (٩) الذي يبين الصدق العاملي لاختبار السلوك الديني أن الفقرات (٤ ، ١٢) لم تصل تشبعاتها إلى مستوي الدلالة الإحصائية لذا قام الباحث بحذفها "ولقد أخذت بمحك كايزر على اعتبار أن (٠.٣) فأكثر هي تشبعات دالة" (الأغا ، ١٩٩٦ : ١٠٩) . ويتضح أيضاً أن العامل الأول قد تشبعت عليه الفقرات التالية : ١-٢-٣-٥-٦-٧-٩-١٠-١١-١٣-١٤-١٥-١٩ . وبفحص مكونات هذه الفقرات فقد تم تسمية هذا العامل "الالتزام بالفرائض والواجبات الشرعية" .

كذلك وجد أن العامل الثاني قد تشبعت عليه الفقرات التالية:
٨-١٦-١٧-١٨-٢٠ وبفحص مكونات هذه الفقرات فقد تم تسمية هذا العامل "الالتزام بالسلوكيات الدينية" .

ثبات الاختبار:

وقد تم حساب معامل الثبات للاختبار بطريقة ألفا كرونباخ :-

قام الباحث بحساب ثبات الاختبار وذلك بحساب الثبات بمعامل ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد اختبار السلوك الديني وللإختبار ككل، من خلال تطبيقه على العينة الاستطلاعية المكونة من (٦٠) مريضاً ومريضة من مرضى السكري وكانت قيمة معامل ألفا كرونباخ (٠.٥٨٠) ، والجدول (١٠) يوضح ذلك .

جدول (١٠)

معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد اختبار السلوك الديني وللإختبار ككل (ن = ٦٠)

اسم البعد	عدد الفقرات	معامل الثبات
الالتزام بالفرائض والواجبات الشرعية	١٣	٠.٧٤٠
الالتزام بالسلوكيات الدينية	٥	٠.٧١٧
الاختبار ككل	١٨	٠.٥٨٠

وبعد إجراء الصدق والثبات للاختبار أصبح الاختبار في صورته النهائية مكون من (١٨) فقرة موزعة علي بعدين ، والملحق رقم (٨) يوضح ذلك .

الأساليب الإحصائية المستخدمة:

- لتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المعالجات الإحصائية التالية:
- ١- التكرارات والنسب المئوية : لمعرفة القلق لدى أفراد العينة ومعرفة أكثر مستويات السلوك الديني شيوعاً.
 - ٢- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري .
 - ٣- اختبار T- Test لعينيتين مستقلتين لمعرفة الفروق بين الذكور والإناث.
 - ٤- أسلوب تحليل التباين الأحادي One - Way ANOVA لمعرفة الفروق التي تعزى إلي مدة المرض (٩ سنوات فأقل ، ١٠-١٨ سنة ، أكثر من ١٨ سنة)
 - ٥- اختبار شيفيه للمقارنات البعدية.
 - ٦- معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين السلوك الديني والقلق.
 - تمت المعالجات الإحصائية باستخدام برنامج SPSS.
 - ٧- اختبار مان ويتني اللابارامتري .

خطوات الدراسة :-

- من أجل تحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بإجراء الخطوات التالية :-
- K وضع إطار نظري للدراسة .
 - K تصميم أدوات الدراسة .
 - K أخذ الموافقة من الجهات المختصة لتطبيق أدوات الدراسة .
 - K عمل صدق وثبات لأدوات الدراسة بعد تطبيقها على العينة الاستطلاعية.
 - K اختيار العينة الممثلة من المجتمع الأصلي .
 - K تطبيق أدوات الدراسة على العينة الفعلية .
 - K القيام بتسجيل وتفسير النتائج .
 - K وضع التوصيات والمقترحات .

النتائج وتفسيرها

سيقوم الباحث في هذا الفصل بعرض تفصيلي للنتائج التي تم التوصل إليها من خلال تطبيق أدوات الدراسة، بالإضافة إلى تفسير ومناقشة ما تم التوصل إليه من نتائج من خلال الإجابة على تساؤلات الدراسة:

عرض نتائج التساؤل الأول:

١. والذي ينص "ما أكثر آثار القلق - الفسيولوجية، النفسية، الجسمية، والاجتماعية - المترتبة على مرض السكري شيوعاً لدى مرضى السكري؟"

وللإجابة على هذا التساؤل؛ قام الباحث بحساب المتوسطات، والانحرافات المعيارية، والأوزان النسبية لكل بعد من أبعاد القلق، وكذلك الدرجة الكلية للقلق والجدول (11) يوضح ذلك:

جدول (١١)

أبعاد اختبار القلق ومتوسطاتها والانحرافات المعيارية لها والأوزان النسبية والترتيب (ن=٢٦٧)

الترتيب	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط	الدرجة الكلية للبعد	عدد الفقرات	البعد
3	67.034	7.941	36.199	9665	18	البعد الأول: آثار القلق الفسيولوجية والمزاجية المترتبة على أعراض مرض السكري
1	83.296	3.002	12.494	3336	5	البعد الثاني: آثار القلق النفسية المترتبة على مضاعفات مرض السكري
2	71.223	3.911	17.094	4564	8	البعد الثالث: آثار القلق الجسمية المترتبة على أعراض مرض السكري
4	57.896	2.261	6.948	1855	4	البعد الرابع: آثار القلق الاجتماعية المترتبة على أعراض مرض السكري
	69.271	12.519	72.734	19420	35	اختبار القلق ككل

* الوزن النسبي يساوي المتوسط الحسابي على الدرجة الكلية للفقرات في البعد 100 X

يتضح من الجدول (١١) أن البعد الثاني المتعلق بالآثار النفسية المترتبة على مضاعفات مرض السكري قد احتل المرتبة الأولى من ترتيب الأبعاد، حيث كان الوزن

النسبي له يساوي (٨٣.٢٩%)، تلى ذلك وفي المرتبة الثانية البعد الثالث المتعلق بآثار القلق الجسمية المترتبة على أعراض مرض السكري، حيث كان الوزن النسبي له (٧١.٢٢%)، وجاء البعد الأول المتعلق بآثار القلق الفسيولوجية والمزاجية المترتبة على أعراض مرض السكري ليحتل المرتبة الثالثة، حيث كان الوزن النسبي له (٦٧.٠٣%)، أما البعد الرابع المتعلق بآثار القلق الاجتماعية المترتبة على أعراض مرض السكري، فقد احتل المرتبة الأخيرة، حيث كان المتوسط النسبي له يساوي (٥٧.٨٩%).

أما الوزن النسبي للمجموع الكلي لاختبار القلق فكان (٦٩.٢٧%)، حيث كانت متوسط الدرجات التي حصل عليها الأفراد (٧٢.٧٣) درجة من الدرجة الكلية لاختبار القلق وهي (١٠٥).

تفسير ومناقشة نتائج التساؤل الأول :

تتفق هذه النتيجة مع ما جاء في الإطار النظري وما جاء كذلك في الدراسات السابقة، مثل ما ورد في دراسة (Lustman, 1988) و دراسة (Pouwer & Snok, 2001) ودراسة (Grey, 1999)، حيث إن آثار القلق النفسية المترتبة على مضاعفات مرض السكري احتلت المرتبة الأولى من حيث مدى انتشارها، وإنها نتيجة طبيعة؛ حيث إن معظم مرضى السكري يتولد لديهم تلك الآثار والمخاوف النفسية، وخاصة أن هؤلاء المرضى يخشون على أنفسهم من فقدان البصر، ويخشون على أبنائهم من احتمال تورث المرض.

وهذا ما أكدته كلاً من (غالب ، ١٩٧٨) و(سوين ، ١٩٧٩) و (الزطمة ، ١٩٨٥) حيث إنهم أجمعوا على أن الآثار النفسية للقلق والمترتبة على مضاعفات المرض تكون منتشرة بشكل واسع بين مرضى السكري .

ويرى الباحث أن تلك الآثار بمثابة المتلازم الذي يلزم مرضى السكري بشكل عام، نظراً للتخوف من مآل المرض، ونظراً لتوقع المضاعفات للمرض على المدى البعيد، مما يجعل المرضى في حالة من الخوف والخشية المستمرين .

أما آثار القلق الجسمية المترتبة على أعراض مرض السكري، والتي احتلت المرتبة الثانية من حيث انتشارها لدى المرضى، فهي لا تقل أهمية أيضاً عن الآثار النفسية، وخاصة أن الآثار الجسمية الناتجة عن المرض تعد مصدراً للخوف والقلق ؛ مثل المعاناة من كثرة شرب الماء، ونقص الوزن السريع ، والملل من الحمية الغذائية الخ .

وهذا يتفق مع دراسة (Petit, &Others 2001) ودراسة (Telishevka)
&Others) دراسة (Hadden &Others , 2001) : ودراسة (Lloyd , 2001) . مما
يدلل على مدى انتشار تلك الآثار الجسمية لدى مرضى السكري. وأكد على ذلك أيضا ما
أشار إليه (سوين ، ١٩٧٩ : ٢٢٨).

والواضح أنه من الطبيعي أن تكون تلك الآثار منتشرة لدى مرضى السكري نظراً
لانعكاس التغيرات الفسيولوجية المرضية الناتجة عن أعراض مرض السكري على النواحي
الجسمية المختلفة، وخاصة التأثيرات السلبية الموجودة لدى المرضى على الناحية الجنسية،
والاستياء من كثرة العلاجات ، وكثرة الفحوصات الخ، حيث إن مرض السكري
- كما هو معروف - ليس مرضاً مؤقتاً أو مرحلياً ، وإنما يستمر مدى الحياة بكل ما يترتب
عليه من أعراض ومضاعفات.

أما آثار القلق الفسيولوجية والمزاجية المترتبة على أعراض مرض السكري، كانت
أقل انتشاراً من الآثار النفسية والجسمية لدى مرضى السكري، ولكنها أيضاً موجودة لدى
كثير من المرضى ولكن بدرجات متفاوتة.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Grey, 1999) ودراسة (Marya &Goldston)
ودراسة (Mousleh &Others,1996)، والجدير ذكره هو أن تلك الآثار هي بمثابة
علامات رئيسة في تشخيص المرض ويؤكد على ذلك كلاً من (كلارك ، ١٩٦٣)
(المخلاتي ، ١٩٨٤) و (Nettina, 1996) حيث إنهم أشاروا إلي أن تلك الآثار والتغيرات
الفسيولوجية تبدأ مع المرض ولكن بدرجات متفاوتة تبعاً لتاريخ المرض، وتبعاً لاضطراب
التحكم في مستوى السكر في الدم لدى المرضى .

ومما يدعم ذلك ما لاحظته الباحثة أثناء عمله على مدى عشر سنوات في المراكز
الصحية المختلفة ، التي تعنى بمرضى السكري من حيث انتشار تلك التغيرات الفسيولوجية
والمزاجية الموجودة لدى المرضى بشكل عام، ومن الجدير ذكره في هذا المقام أن حدة تلك
التغيرات تتناسب مع قدرة المريض على التحكم في مستوى السكر في الدم لديه؛ أي أن
المريض الذي يستطيع التحكم في مستوى السكر في الدم تقل عنده درجة تلك الآثار
الفسيولوجية والمزاجية والعكس هو الصحيح.

أما آثار القلق الاجتماعية المترتبة على أعراض مرض السكري وإن كانت أقل
انتشاراً، حيث كانت تشتمل على : اضطراب العلاقات الاجتماعية لدى المرضى،

وحساسيتهم في التعامل مع الآخرين...الخ، فوجد أنها تحتل المرتبة الأخيرة أي أن نسبة انتشارها أقل من باقي الآثار.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Petit, &Others , 2001)، ومع ما جاء في الإطار النظري في أنه توجد لدى مرضى السكري بشكل عام اضطرابات على الناحية الاجتماعية، كما أنها على الناحية البيولوجية والنفسية، وهذا ما أكدته (أمواج ، ١٩٩٩) و(أرناؤوط ، ١٩٩٥).

ويرى الباحث أن تلك الآثار وإن كانت أقل انتشاراً فهي بمثابة نتيجة منطقية ؛ وذلك لأن مرضى السكري بشكل عام لا يعانون بدرجة كبيرة من تلك الآثار وخاصة في تعاملهم مع الآخرين، ولكن تلك التأثيرات تظهر بشكل أكبر تبعاً لظهور باقي الآثار وبدرجات عالية، مما يعيق من قدرة الشخص المصاب بالمرض على التعايش والتوافق مع الآخرين في ظل المرض.

ومما سبق كله يرى الباحث مدى ارتفاع مستوى القلق لدى مرضى السكري بشكل عام تبعاً لتأثيراته المختلفة على المرضى من الناحية النفسية، والجسمية الفسيولوجية، والمزاجية، والاجتماعية .وتلك التأثيرات موجودة لدى المرضى عامة وبدرجات تتناسب مع حدة المرض لديهم .

عرض نتائج التساؤل الثاني:

والذي ينص "ما مستوى السلوك الديني لدى مرضى السكري بمحافظة غزة؟"

قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لكل بعد من أبعاد اختبار السلوك الديني وكذلك الدرجة الكلية للسلوك الديني والجدول (١٢) يوضح ذلك:

جدول (١٢)

أبعاد اختبار السلوك الديني ومتوسطاتها والانحرافات المعيارية لها والأوزان النسبية والترتيب

(ن=٢٦٧)

الترتيب	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط	مجموع الاستجابات	عدد الفقرات	البعد
2	82.445	4.054	32.154	8585	13	البعد الأول: السلوك المتعلق بالفرائض والواجبات الشرعية
1	89.288	1.652	13.393	3576	٥	البعد الثاني: السلوك المتعلق بالسنن والسلوكيات الدينية
	84.346	5.141	45.547	12161	١٨	مجموع درجات اختبار السلوك الديني

يتضح من الجدول (١٢) أن البعد الثاني (السلوك المتعلق بالسنن والسلوكيات الدينية) قد احتل المرتبة الأولى من ترتيب الأبعاد، حيث كان الوزن النسبي له يساوي (٨٩.٢٨%)، تلى ذلك وفي المرتبة الثانية البعد الأول (السلوك المتعلق بالفرائض والواجبات الشرعية)، حيث كان الوزن النسبي له (٨٢.٤٤%). أما الوزن النسبي للمجموع الكلي لاختبار السلوك الديني فكان (٨٤.٣٤%)، حيث كان متوسط الدرجات التي حصل عليها الأفراد (٤٥.٥٧) درجة من الدرجة الكلية لاختبار السلوك الديني وهي (٥٤).

تفسير ومناقشة نتائج التساؤل الثاني :

يتبين من الجدول (١٢) أن مستوى السلوك الديني لدى مرضى السكري بشكل عام مرتفع وهذه نتيجة طيبة كون المرضى هم جزء من الناس بشكل عام والذين يدينون بدين الإسلام وهذا يتوافق مع ما جاء في دراسة (موسى ، ١٩٩٩) ودراسة (معوض ، ١٩٨٦)، حيث إن مستويات السلوك الديني لدى المسلمين بشكل عام تكون منتشرة لديهم، كون الإنسان المسلم يسعى لإرضاء ربه من خلاله سلوكياته في الحياة . وهذا ما أكد عليه (موسى ، ١٩٩٩) الذي أشار إلى أن الدين يعتبر مؤثراً قوياً في سلوك الفرد يربي الصبر ويهذب الأخلاق والمشاعر والعواطف .

ولكن من الملاحظ أن السلوك المتعلق بالسنن والسلوكيات الدينية كان أعلى مرتبة من السلوك المتعلق بالفرائض والواجبات الشرعية لدى مرضى السكري وهذا الأمر من وجهة نظر الباحث يعتبر بمثابة التدين الظاهري لدى المرضى والذي يتمثل بعدة سلوكيات، مثل مخالطة الأتقياء والصالحين ، ومساعدة الآخرين والحرص على إمطة الأذى عن الطريق... الخ .

ويرى الباحث أن تلك النتيجة تختلف مع دراسة (Bergin&Others,1987) الذي أكد على أن التدين الجوهري كان أقوى من التدين الظاهري لدى أفراد عينة الدراسة من حيث الدلالة والارتباط السالب مع القلق، ولكن تلك النتيجة جاءت لتوضح أن مستوى التدين الظاهري لدى مرضى السكري كان مرتفعاً أكثر من مستوى التدين الجوهري؛ والذي يفترض أن يكون أعلى عند المرضى. ولكن هذا الأمر لا ينطبق علينا كمسلمين ؛ فلا يوجد هذا الفرق بشكل واضح ، وإنما الإنسان المؤمن تكون له علامات واضحة على إيمانه كما أخبر بذلك الله سبحانه وتعالى : "قَدْ أَفْلَحَ الْمُؤْمِنُونَ* الَّذِينَ هُمْ فِي صَلَاتِهِمْ خَاشِعُونَ* وَالَّذِينَ هُمْ عَنْ اللَّغْوِ مُعْرِضُونَ* وَالَّذِينَ هُمْ لِلزَّكَاةِ فَاعِلُونَ* وَالَّذِينَ هُمْ لِرُؤُوسِهِمْ حَافِظُونَ* إِلَّا عَلَى أَزْوَاجِهِمْ أَوْ مَا مَلَكَتْ أَيْمَانُهُمْ فَإِنَّهُمْ غَيْرُ مَلُومِينَ*" (المؤمنون ١ - ٦) .

ومن نتيجة التساؤل الثاني وجد أن السلوك المتعلق بالفرائض والواجبات والشرعية لدى مرضى السكري؛ والذي احتل المرتبة الثانية ، وتلك الفرائض والواجبات تشمل: الصلاة، والصدق في القول والعمل ، وإخراج الزكاة ، قراءة القرآن، والأمر بالمعروف، والنهي عن المنكر.... الخ .

وهذه النتيجة تختلف أيضاً مع ما جاء في الإطار النظري، وهذا ما أكد عليه زهران حيث اعتبر أن الإيمان الداخلي لدى الفرد يجب أن يكون أقوى من السلوك الظاهري؛ لأنه هو الضابط له والموجه (موسى ، ١٩٩٩)، ولقد أكد (موسى ، ١٩٩١) كذلك على أن القيم الدينية لدى الإنسان يجب أن تقع في المنزللة الأولى لديه عن باقي أمور حياته مهما كانت .
ولكن الباحث يرى أن تقدم التمسك بالسنن والسلوكيات على التمسك بالفرائض والواجبات، ربما يرجع لطبيعة مرض السكري الذي يلزم المرضى على مدى حياتهم وذلك يؤثر على مستواهم النفسي وعلى مدى تعاملهم وسلوكياتهم في الحياة .
ويؤكد ذلك (زين الهادي ، ١٩٩٥) حيث أشار إلي أن المرضى والذين يتأثرون نفسياً من طول مرضهم يتولد لديهم عدة مشاكل ويثورون لأتفه الأسباب .

وبذلك يكون الالتزام بالسلوك الديني المتعلق بالسنن مرتفعاً، وأيضاً يرى الباحث سبباً آخر لذلك؛ وهو أن كثير من المرضى ربما يعبرون عن مستوى التدين لديهم بالتمسك بالسلوكيات الظاهرية اعتقاداً منهم بأنها تجلب الراحة النفسية وتخفف من وطأة التأثيرات المصاحبة لمرض السكري على نواحي الجسم المختلفة، حيث إن بعض المسلمين عند الابتلاء يقل صبرهم ويشند غيظهم وهذا الابتلاء وقتي أو مرحلي، ومرض السكري هو مرض يستمر مدى الحياة بأعراضه ومضاعفاته وتأثيراته على أبنية وتراكيب الإنسان وقوة تحمله بشكل عام.

عرض نتائج الفرض الأول :

والذي ينص "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في القلق بين الذكور والإناث من مرضى السكري بمحافظة غزة".

وللتحقق من صحة الفرض الأول قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" لعينتين مستقلتين ومستوى دلالتها مستخدماً اختبار T - Test Independent sample (عفانة، ١٩٩٨ : ٨١) والجدول (١٣) يوضح ذلك:

جدول (١٣)

أبعاد اختبار القلق ومتوسطاتها والانحرافات المعيارية لها وقيمة "ت" ودلالاتها لحساب الفروق في القلق لدى مرضى السكري والتي تعزى لاختلاف الجنس (ن=٢٦٧)

البعد	الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
البعد الأول: آثار القلق الفسيولوجية والمزاجية المترتبة على أعراض مرض السكري	ذكور	111	33.505	7.874	4.872	* * دالة عند ٠.٠١
	إناث	156	38.115	7.437		
البعد الثاني: آثار القلق النفسية المترتبة على مضاعفات مرض السكري	ذكور	111	12.252	3.169	1.112	غير دالة
	إناث	156	12.667	2.874		
البعد الثالث: آثار القلق الجسمية المترتبة على أعراض مرض السكري	ذكور	111	17.072	4.116	0.076	غير دالة
	إناث	156	17.109	3.772		
البعد الرابع: آثار القلق الاجتماعية المترتبة على أعراض مرض السكري	ذكور	111	6.757	2.858	1.164	غير دالة
	إناث	156	7.083	1.711		
مجموع درجات اختبار القلق	ذكور	111	69.586	13.180	3.541	* * دالة عند ٠.٠١
	إناث	156	74.974	11.555		

* قيمة "ت" الجدولية عند درجات حرية أكثر من ١٢٠ وعند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) تساوي ١.٩٦٠

* * قيمة "ت" الجدولية عند درجات حرية أكثر من ١٢٠ وعند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) تساوي ٢.٥٧٦

يتضح من الجدول (١٣) أن قيمة "ت" المحسوبة أكبر من قيمة "ت" الجدولية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) في البعد الأول من أبعاد القلق وهو البعد المتعلق بآثار القلق الفسيولوجية والمزاجية المترتبة على أعراض مرض السكري، وكذلك المجموع الكلي

لدرجات اختبار القلق وهذه الفروق دالة لصالح الإناث، وهذا يعني أن الإناث يعانون من القلق أكثر من الذكور، ولم تتضح فروق دالة إحصائية في الأبعاد الأخرى للقلق. وبذلك لم تتحقق صحة الفرض الأول، وعليه يقبل الباحث الفرض البديل.

تفسير ومناقشة نتائج الفرض الأول :

إن هذه النتيجة هي منطقية ومقبولة إلى حد ما ، حيث إن النساء وبشكل عام يتأثرن أكثر من الرجال ويعانين من الضغوطات النفسية كذلك أكثر من الرجال وهذا ما أشار إليه كل من (سرحان ، ١٩٩٩) و (شارلز وميلمان ، ١٩٨٩) حيث إن الأنثى بطبيعتها وتراكيبيها النفسية هي أضعف في التحمل من الرجل .

ويرى الباحث أيضاً أن الأنثى تعاني في نفسها من صراع قد يكون الرجل سبباً فيه، وربما الضغوط المترتبة على تربية الأولاد ورعايتهم والقيام بأعباء البيت ومشاركة الرجل في حياته تجعلها عرضة لفقدان تحمل الأسباب الكامنة وراء القلق كما أشار إلى ذلك (الزعبي ، ١٩٩٧).

وهنا يمكن القول أنه إذا كانت النساء بشكل عام ولديهن من الاستعداد العام لارتفاع نسبة القلق مقابل الرجال بشكل عام فمن باب أولى أن يكون ذلك الأمر أوضح لدى المرضى الذين يعانون من مرض مزمن مثل (مرض السكري) والذي يستلزم من الأنثى بالإضافة لتحمل أعبائها أيضاً إلي تحمل تبعات هذا المرض من أعراض ومضاعفات وأساليب علاجية ونظام غذائي معين .

وأكد على ذلك (Lloyd, 2000) والذي توصل إلى أن النساء المريضات بالسكري يرتفع لديهن مستوى القلق أكثر من الرجال، حيث إن قدرتهن على التكيف مع المرض أقل من الرجال كما أن مواقف الحياة الضاغطة والتعرض للحوادث والخبرات الحادة ، وفقدان الشعور بالأمن في بعض الأحيان كل ذلك من شأنه أن يرفع مستوى القلق لدى الإناث عنه لدى الذكور .

ولقد اتفقت النتيجة المتعلقة بأن الإناث المريضات بالسكري أكثر معاناة من آثار القلق الفسيولوجية والمزاجية المترتبة على أعراض مرض السكري من الرجال اتفقت تلك النتيجة مع دراسة (Peyrot & Rubin, 1997) .

وتتفق نتائج الفرض الأول مع ما جاء في الإطار النظري والدراسات السابقة كدراسة (Pouwer&Snok, 2001) ودراسة (Lloyd, 2000) ودراسة

(Peyrot&Rubin,1997) ودراسة (عبد الخالق وحافظ، ١٩٨٨) ودراسة (القشيش ، ١٩٩١) ودراسة (عبد الباقي ، ١٩٩٣) ودراسة (أغا ، ١٩٨٨) ودراسة (حداد ، ١٩٩٥) . ولكنها اختلفت مع (دراسة الزعبي ، ١٩٩٧) والتي أظهرت نتائجها عدم وجود اختلاف في مستويات القلق كحالة بين الذكور والإناث .

وهنا يرى الباحث أن القلق بشكل عام يرتفع لدى الإناث المريضات عنه لدى الذكور المرضى بالسكري وتلك الأعراض متمثلة في؛ الصداع وكثرة التبول والدوار ، والنوم المتقطع، والتأثر السريع بالأحداث ، وضعف القدرة على التركيز..الخ. ووجد الباحث أن تلك الأعراض موجودة لدى المريضات بشكل أكبر من وجودها لدى الرجال من خلال العمل الطويل للباحث في الحقل الصحي وتعامله مع مرضى السكري .

وربما ترجع الأسباب في ذلك إلى الاستعداد الوراثي وإلى البيئة التي تعيش فيها الأنثى المريضة بالسكري ، كما أن مواقف الحياة والضغوطات النفسية والمتسببة من تبعات الانتفاضة من خوف الأنثى على الأولاد أو الزوج مما يعمل على رفع مستوى السكر في الدم لديها وبالتالي زيادة حدة مضاعفات المرض وصعوبة التعايش معه .

وحيث إن معظم الإناث - عينة الدراسة - كن من المتزوجات ونظراً لأن مضاعفات مرض السكري طويلة الأمد تؤثر سلباً على الحياة الزوجية مما يساعد على زيادة مستوى القلق لدى المريضات بالسكري عنه لدى الرجال .

عرض نتائج الفرض الثاني :

والذي ينص: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في السلوك الديني بين الذكور والإناث من مرضى السكري بمحافظة غزة".

و للتحقق من صحة الفرض الثاني قام الباحث بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" لعينتين مستقلتين ومستوى دلالتها مستخدماً اختبار T- Test independent sample والجدول (41) يوضح ذلك:

جدول (41)

أبعاد اختبار السلوك الديني ومتوسطاتها والانحرافات المعيارية لها وقيمة "ت" ودلالاتها لحساب الفروق في السلوك الديني لدى مرضى السكري والتي تعزى لمتغير الجنس (ن=٢٦٧)

البعد	الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
البعد الأول: السلوك المتعلق بالفرائض والواجبات الشرعية	ذكور	111	33.072	3.602	3.175	* * دالة عند ٠.٠١
	إناث	156	31.500	4.239		
البعد الثاني: السلوك المتعلق بالسنن والسلوكيات الدينية	ذكور	111	13.784	1.563	3.320	* * دالة عند ٠.٠١
	إناث	156	13.115	1.662		
مجموع درجات اختبار السلوك الديني	ذكور	111	46.856	4.673	3.587	* * دالة عند ٠.٠١
	إناث	156	44.615	5.269		

* قيمة "ت" الجدولية عند درجات حرية أكثر من ١٢٠ وعند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) تساوي ١.٩٦٠
 * * قيمة "ت" الجدولية عند درجات حرية أكثر من ١٢٠ وعند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) تساوي ٢.٥٧٦
 يتضح من الجدول (١٤) أن قيمة "ت" المحسوبة أكبر من قيمة "ت" الجدولية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) في بعدي السلوك الديني وكذلك المجموع الكلي لدرجات السلوك الديني وهذه الفروق لصالح الذكور وهذا يعني أن سلوك الذكور الديني أكثر وضوحاً من سلوك الإناث.

وبذلك لم تتحقق صحة الفرض الثاني، وعليه يقبل الباحث الفرض البديل.

تفسير ومناقشة نتائج الفرض الثاني :

إن نتائج الفرض الثاني توضح أن السلوك الديني للرجال المرضى بالسكري أكثر وضوحاً منه لدى النساء المريضات بالسكري و ذلك على المستوى العام وعلى مستوى بعدي اختبار السلوك الديني كل على حدة والمتمثلين في " السلوك المتعلق بالسنن والسلوكيات الدينية " وكذلك "السلوك المتعلق بالفرائض والواجبات الشرعية" .

وجاءت هذه النتائج متفقة مع نتائج (حمادة، ١٩٩٢) ودراسة (معوض، ١٩٨٦) حيث كان من نتائجهما؛ ارتفاع في مستوى الالتزام بالسلوك الديني لدى الرجال عنه لدى النساء .

وتعتبر هذه النتيجة منطقية ومقبولة إلى حد ما كون الرجال يتمتعون بمستوى من الطاقة النفسية وتحمل الضغوطات والأعباء أكثر من النساء ولديهم قدرة على الصبر على الابتلاء ودعاء الله والصبر على الطاعات ، و أشار إلي ذلك أيضاً(عبد الواحد ، د. ت) كما جاء في الإطار النظري. كما أن الصبر على البلاء - والمتمثل هنا بمرض السكري - يؤدي إلى البعد عن القلق وإلى زيادة مستوى التدين وهذا ما أشار إليه الأمام الغزالي (الفيومي ، ١٩٨٥) وما أشار إليه (زين الهادي ، ١٩٩٥) وكذلك ما أشار إليه (الزميلي ، ١٩٨٨) .

علماً بأنه قد تتاح للرجل فرصة ممارسة الشعائر الدينية والعبادات من الصلاة والصيام والزكاة والحج وتلاوة القرآن ، وغير ذلك أكثر مما يتاح للمرأة . وذلك لأن المرأة تعاني من الأمور التالية :-

□ التركيب الفسيولوجي الذي خلقها الله سبحانه وتعالى عليه ومن كونها تحيض وتكون نفساء مما يستلزم تركها الصلاة والصيام أثناء الحيض والنفاس .

□ انشغالها برعاية الأبناء وإعداد البيت وتهيئة الأمور للزوج مما يؤثر على ممارستها الشعائر التعبدية مثل الرجل علماً بأن قيامها بهذه المهام وأمثالها تكون عبادة لها وطاعة لله ، إذا هي أخلصت ذلك لله تبارك وتعالى .

وربما ترجع الفروق في السلوك الديني لصالح الرجال من الناحية العملية إلى أن الرجل يمكن أن يلزم نفسه باتباع السلوكيات الدينية أكثر من الأنثى .

ويقول الله سبحانه وتعالى : " الرَّجَالُ قَوَّامُونَ عَلَى النِّسَاءِ بِمَا فَضَّلَ اللَّهُ بَعْضَهُمْ

عَلَى بَعْضٍ " (النساء ، ٢٤) .

ويقول رسولنا الكريم صلى الله عليه وسلم: " استوصوا بالنساء خيراً " .

ولعل تفسير ذلك إنه بفعل قوامة ومسئولية الرجل على المرأة ، وهو مكلف برعاية شئونها ، هذا يقتضي منه أن يكون قدوة حسنة للتربية والأخلاق كنموذج حسن يحتذى به من الزوجة والأبناء ، وهذا يتطلب منه أن يكون أكثر التزاماً بالسلوكيات الدينية والأخلاق الحسنة .

وربما كان السبب أيضاً أن الرجال لا يوجد لديهم قيود أو عوائق تحول دون التزامهم الكامل بكل معايير السلوك الديني المطلوب منهم، مثل الذهاب للمساجد، والصبر على البأساء والضراء، وإمالة الأذى عن الطريق، وإخراج الزكاة، والجهاد في سبيل الله .. الخ ، بينما هناك بعض القيود على تحرك الإناث خارج البيت وممارسة تلك السلوكيات مثل الرجال.

وهنا يمكن القول أنه إذا كان السلوك الديني لدى الذكور هو أكثر منه لدى الإناث بشكل عام فمن باب أولي أن يكون ذلك الأمر واضحاً لدى المرضى والذين يعانون من مرض مزمن مثل مرض السكري والذي يكون فيه التزام أكثر بالسلوكيات الدينية على اعتبار أن المرض يكفر الله به خطايا الإنسان وهذا ما أكدته (زين، الهادي، ١٩٩٥) كما ذكر في الإطار النظري . وتتفق هذه النتائج مع دراسة (Bergin & Others , 1987) حيث أوضحت نتائجها ارتفاع مستوى التدين لدى أفراد العينة من الذكور .

وربما تكون تلك الفروق في السلوك الديني واضحة أكثر لدى الرجال عنها لدى النساء المرضى بالسكري أيضاً نظراً لزيادة الأعباء وصعوبة تحملها من قبل الإناث ومنها تحمل تبعات المرض بأعراضه ومضاعفاته ومخاوفه.. الخ مما يجعلهن أقل التزاماً بالسلوك الديني من الرجال.

عرض نتائج الفرض الثالث :

والذي ينص : "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في القلق لدى مرضى السكري بمحاظنة غزة تعزى لمتغير تاريخ المرض (9 سنوات فأقل، من ١٠-١٨ سنة، أكثر من ١٨ سنة)".

وللتحقق من صحة الفرض الثالث قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA "ويستخدم تحليل التباين في إيجاد دلالة الفروق بين متوسطات متعددة اعتماداً على التباين بين مجموعات التجربة، حيث يلعب التباين دوراً هاماً في إيجاد دلالة الفروق بين درجات ثلاث عينات باستخدام النسب الفائية أو اختبار (ف) لفيشر، ويعتمد توزيع فيشر (ف) على تقدير التباين بين المجموعات والتباين بين المجموعات والتباين داخل المجموعات في فحص دلالة الفروق بين متوسطات عينات متعددة" (عفانة، ١٩٩٨: ١٨٦) حيث قام بحساب مجموع المربعات ومتوسط المربعات ودرجات الحرية وقيمة "ف" ومستوى دلالاتها والجدول (١٥) يوضح ذلك:

جدول (١٥)

مجموع المربعات ومتوسط المربعات ودرجات الحرية وقيمة "ف" ومستوى دلالاتها لأبعاد اختبار القلق والمجموع الكلي لاختبار القلق لحساب الفروق التي تعزى لمتغير تاريخ المرض (ن=٢٦٧)

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة الإحصائية
البعد الأول: آثار القلق الفسيولوجية والمزاجية المترتبة على أعراض مرض السكري	بين المجموعات	185.93	2	92.963	1.480	غير دالة
	داخل المجموعات	16586.55	264	62.828		
	المجموع الكلي	16772.48	266			
البعد الثاني: آثار القلق النفسية المترتبة على مضاعفات مرض السكري	بين المجموعات	76.79	2	38.393	4.369	دالة عند ٠.٠٠٥ *
	داخل المجموعات	2319.96	264	8.788		
	المجموع الكلي	2396.74	266			
البعد الثالث: آثار القلق الجسمية المترتبة على أعراض مرض السكري	بين المجموعات	158.36	2	79.180	5.346	دالة عند ٠.٠٠١ **
	داخل المجموعات	3910.30	264	14.812		
	المجموع الكلي	4068.66	266			
البعد الرابع: آثار القلق الاجتماعية المترتبة على أعراض مرض السكري	بين المجموعات	11.37	2	5.687	1.114	غير دالة
	داخل المجموعات	1347.89	264	5.106		
	المجموع الكلي	1359.27	266			
مجموع درجات اختبار القلق	بين المجموعات	1233.21	2	616.606	4.024	دالة عند ٠.٠٠٥ *
	داخل المجموعات	40454.91	264	153.238		
	المجموع الكلي	41688.12	266			

* قيمة "ف" الجدولية عند درجات حرية (٢، ٢٦٦) وعند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) تساوي ٣.٠٠

** قيمة "ف" الجدولية عند درجات حرية (٢، ٢٦٦) وعند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) تساوي ٤.٦١

يتضح من الجدول (١٥) أن قيمة "ف" المحسوبة أكبر من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.005$) في البعد الثاني من أبعاد القلق والمتعلق بآثار القلق النفسية المترتبة على مضاعفات مرض السكري وكذلك المجموع الكلي لدرجات اختبار القلق، وكانت هناك فروق دالة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.001$) في البعد الثالث من أبعاد القلق وهو البعد المتعلق بآثار القلق الجسمية المترتبة على أعراض مرض السكري، ولم تتضح فروق في البعدين الأول والرابع ويمكن أن يرجع ذلك إلى أن البعد الأول والذي يتعلق بآثار القلق الفسيولوجية والمزاجية، له آثار عامة على جميع أفراد عينة الدراسة من جميع فئات التاريخ المرضي وهذا التأثير قوي بحيث لم تظهر فروق بين المجموعات في هذا البعد لأثر القوي عليهم، أما البعد الرابع والمتعلق بآثار القلق الاجتماعية فلقد كان ضعيفاً لدى جميع أفراد العينة ولذا لم تظهر فروق بين المجموعات في هذا البعد أيضاً.

وبذلك لم تتحقق صحة الفرض الثالث، وعليه يقبل الباحث الفرض البديل.

ولمعرفة اتجاه الفروق في البعد الثاني والمتعلق بآثار القلق النفسية المترتبة على أعراض مرض السكري قام الباحث باستخدام اختبار شيفيه البعدي وهو اختبار يستخدم "لإجراء المقارنات الثنائية الممكنة، ونعني بذلك إجراء المقارنات بين متوسطين على الأقل من متوسطات التجربة، كما أن اختبار شيفيه يستخدم في حالة العينات المتساوية وغير المتساوية" (عفانة، ١٩٩٨: ٢٢٣) والجدول (١٦) يوضح ذلك:

جدول (١٦)

المتوسطات والفروق في المتوسطات بين المجموعات ومستوى الدلالة لاختبار شيفيه المتعلق بالبعد

الثاني: آثار القلق النفسية المترتبة على مضاعفات مرض السكري (ن=٢٦٧)

المجموعة	٩ سنوات فأقل ن = ١٢٩ م = ١٢٠٠٠	من ١٠-١٨ سنة ن = ١٩٢ م = ١٢٠٧١٧	أكثر من ١٨ سنة ن = ٤٦ م = ١٣٠٤٣٤
٩ سنوات فأقل ن = ١٢٩ م = ١٢٠٠٠	—	٠.٧١٧	*١.٤٣٤
من ١٠-١٨ سنة ن = ٩٢ م = ١٢٠٧١٧	—	—	٠.٧١٧
أكثر من ١٨ سنة ن = ٤٦ م = ١٣٠٤٣٤	—	—	—

* دالة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.005$)

يتضح من الجدول (١٦) وجود فروق بين المجموعة (9 سنوات فأقل) والمجموعة (أكثر من ١٨ سنة)، وهذه الفروق لصالح أفراد المجموعة (أكثر من ١٨ سنة) أي أن القلق المتعلق بهذا البعد أكثر لديهم وذلك لأن متوسطهم أكبر، ولم تتضح فروق بين المجموعات (9 سنوات فأقل) و(من ١٠-١٨ سنة) وكذلك بين المجموعة (من ١٠-١٨ سنة) و(أكثر من ١٨ سنة).

ولمعرفة اتجاه الفروق في البعد الثالث والمتعلق بآثار القلق الجسمية المترتبة على أعراض مرض السكري قام الباحث باستخدام اختبار شيفيه البعدي والجدول (١٧) يوضح ذلك:

جدول (١٧)

المتوسطات والفروق في المتوسطات بين المجموعات ومستوى الدلالة لاختبار شيفيه المتعلق بالبعد الثالث: آثار القلق الجسمية المترتبة على أعراض مرض السكري (ن=٢٦٧)

المجموعة	9 سنوات فأقل ن = ١٢٩ م = ١٦.٥٣٤	من ١٠-١٨ سنة ن = ٩٢ م = ١٧.٠٧٦	أكثر من ١٨ سنة ن = ٤٦ م = ١٨.٦٩٥
9 سنوات فأقل ن = ١٢٩ م = ١٦.٥٣٤	—	٠.٥٤١	*٢.١٦١
من ١٠-١٨ سنة ن = ٩٢ م = ١٧.٠٧٦	—	—	١.٦١٩
أكثر من ١٨ سنة ن = ٤٦ م = ١٨.٦٩٥	—	—	—

* دالة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يتضح من الجدول (١٧) وجود فروق بين المجموعة (9 سنوات فأقل) والمجموعة (أكثر من ١٨ سنة)، وهذه الفروق لصالح أفراد المجموعة (أكثر من ١٨ سنة) أي أن القلق المتعلق بهذا البعد أكثر لديهم وذلك لأن متوسطهم أكبر، ولم تتضح فروق بين المجموعات (9 سنوات فأقل) و(من ١٠-١٨ سنة) وكذلك بين المجموعة (من ١٠-١٨ سنة) و(أكثر من ١٨ سنة).

ولمعرفة اتجاه الفروق في المجموع الكلي لاختبار القلق المتعلق بمرض السكري قام الباحث باستخدام اختبار شيفيه البعدي والجدول (١٨) يوضح ذلك:

جدول (١٨)

المتوسطات والفروق في المتوسطات بين المجموعات ومستوى الدلالة لاختبار شيفيه المتعلق بالمجموع الكلي لاختبار القلق

المجموعة	9 سنوات فأقل ن = ١٢٩ م = ٧١.٤٦٥	من ١٠-١٨ سنة ن = ٩٢ م = ٧٢.١٨٤	أكثر من ١٨ سنة ن = ٤٦ م = ٧٧.٣٩١
9 سنوات فأقل ن = ١٢٩ م = ٧١.٤٦٥	-	٠.٧١٩	*٥.٩٢٦
من ١٠-١٨ سنة ن = ٩٢ م = ٧٢.١٨٤	-	-	٥.٢٠٦
أكثر من ١٨ سنة ن = ٤٦ م = ٧٧.٣٩١	-	-	-

* دالة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يتضح من الجدول (١٨) وجود فروق بين المجموعة (9 سنوات فأقل) والمجموعة (أكثر من ١٨ سنة)، وهذه الفروق لصالح أفراد المجموعة (أكثر من ١٨ سنة) أي أن القلق أكثر لديهم وذلك لأن متوسطهم أكبر، ولم تتضح فروق بين المجموعات (9 سنوات فأقل) و(من ١٠-١٨ سنة) وكذلك بين المجموعة (من ١٠-١٨ سنة) و(أكثر من ١٨ سنة).

تفسير ومناقشة نتائج الفرض الثالث :

يتضح من الجدول (١٥) أنه هناك فروق دالة إحصائية تبعاً لمتغير تاريخ المرض في كل من آثار القلق النفسية المترتبة على مضاعفات مرض السكري و آثار القلق الجسمية المترتبة على أعراض مرض السكري وكذلك في مجموع درجات اختبار القلق ككل أي أن هناك اختلاف واضح في القلق لدى مرضى السكري في تلك الأبعاد تبعاً لمتغير تاريخ المرض وهذا يتفق مع ما جاء في الدراسات السابقة والإطار النظري من أن أعراض القلق يختلف تبعاً لتقدم العمر الزمني وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (عبد الباقي، ١٩٩٣)، ومع ما

جاء في الإطار النظري حيث أشار (حبيب، ١٩٩١) إلى أن درجات القلق تختلف تبعاً لتقدم العمر الزمني لدى الإنسان الذي يعاني من القلق وأكد على ذلك (عيد، ١٩٩٥) أيضاً.

ولكن من الملاحظ أن الفروق كانت أوضح وأعلى في الدلالة الإحصائية في بعد آثار القلق الجسمية المترتبة على أعراض مرض السكري تبعاً لتقدم الزمن لدى المرضى وهذه نتيجة طبيعة وناتجة عن التغيرات التي تطرأ على الإنسان المريض بالسكري حيث إنه مع تقدم الزمن يشعر المريض بالملل والقلق أكثر فأكثر وخاصة من تكرار الفحوصات المخبرية وكثرة العلاجات والملل من الحمية الغذائية.... الخ ، وتلك الظواهر وغيرها تكون بمثابة المؤثر الأقوى على مريض السكري من غيرها.

وأيضاً وجد أن الدلالة كانت واضحة في بعد آثار القلق النفسية المترتبة على مضاعفات مرض السكري وفي درجات اختبار القلق ككل لدى مرضى السكري وهذا أيضاً أمر طبيعي لدى المرضى الذين يعانون لمدة طويلة من مرض السكري وذلك لأن مضاعفات المرض طويلة الأمد تظهر في مراحل متقدمة من مرض السكري مما يؤثر سلباً على الناحية النفسية لدى المرضى في تعايشهم مع المرض.

ويؤكد ذلك (غالب، ١٩٧٨) حيث أشار إلى أن استمررا المرض وتقدمه يؤثر على مستوى السكر في الدم وذلك يكون مصحوباً بأعراض القلق الظاهرة في المستقبل.

ويلاحظ من الجدول (١٥) أيضاً أن الفروق كانت غير دالة في بعد آثار القلق الفسيولوجية والمزاجية المترتبة على أعراض مرض السكري وكذلك في بعد آثار القلق الاجتماعية المترتبة على أعراض مرض السكري .

وربما يكون ذلك راجعاً إلى أن الأعراض الفسيولوجية تكون موحدة لدى جميع المرضى وفي أي فترة كانت فهي تغيرات داخلية استجابة لطبيعة تأثير المرض على أجزاء الجسم الداخلية المختلفة وبذلك يكون انسجام من قبل المريض من الناحية الانفعالية والتعامل مع المرض تبعاً لتلك التغيرات.

وأيضاً يتضح من نفس الجدول (١٥) أنه لم يكن هناك فروق دالة إحصائية في آثار القلق الاجتماعية المترتبة على أعراض مرض السكري لدى مرضى السكري وهذا غالباً ما يكون سببه أن مريض السكري إذا تقبل مرضه وتقبله أفراد العائلة و الآخرين يستطيع أن يتعايش معه المريض دون أن يسبب له ضغط اجتماعي معين وبذلك نجد أن علاقات المريض الاجتماعية تبقى كما هي و يعمل أفراد عائلته على مساعدته في التعايش مع

المرض وبذلك لا يكون لديه مشكلة مع المرض من الناحية الاجتماعية تبعًا لاختلاف زمن المرض لديه.

يلاحظ من الجدول (١٦) أن الفروق في بعد آثار القلق النفسية المترتبة على مضاعفات مرض السكري تبعًا لمتغيرات تاريخ المرض كانت دالة إحصائيًا لصالح أفراد المجموعة التي تعاني من مرض السكري أكثر من ١٨ عامًا.

وهذه نتيجة طبيعية وأكد عليها (الجدة ويونس، ١٩٩٣) وهي أن المضاعفات النفسية والعصبية تزداد بزيادة العمر وتاريخ المرض .

وأشار إلي ذلك أيضا (سوين، ١٩٧٩) حيث وضح أن الأعراض النفسية للقلق تتناسب مع زمن المرض.

وهنا **يود الباحث** أن يوضح ماهية دلالة الفروق في الآثار النفسية للقلق والمترتبة على مضاعفات مرض السكري والتي أظهرت نتائج الفرض الثالث أنها أعلى لدى المرضى الذين يعانون من مرض السكري لأكثر من ١٨ سنة وهذه الأعراض متمثلة في؛ الخشية على البصر والخوف من الإصابة بالفشل الكلوي والجلطات القلبية ، والخشية على الأبناء من تورث مرض السكري الخ، ونظرًا لطبيعة تغيرات المرض والتي تظهر على النواحي المختلفة لدى الإنسان المصاب من أنه من الواضح علميًا أن المضاعفات طويلة الأمد للمرض تظهر في المراحل المتقدمة من المرض ، وأن تلك المضاعفات لها من التأثير النفسي ما هو أقوى من طبيعة المضاعفات بحد ذاتها ، وبذلك يكون القلق لدى مرضى السكري والمتمثل بالتأثيرات النفسية لمضاعفات المرض يكون أقوى وأشد في المراحل المتأخرة من الإصابة بالمرض وخاصة أن تلك المضاعفات تؤثر على أعضاء حيوية ورئيسية في جسم الإنسان المصاب بالمرض.

ويلاحظ من الجدول (١٧) أن آثار القلق الجسمية المترتبة على أعراض مرض السكري أيضًا كانت أكثر لدى أفراد المجموعة التي تعاني من المرض لمدة أكثر من ١٨ سنة وأن الفروق كانت دالة إحصائيًا بين تلك المجموعة والمجموعة التي تعاني من المرض لمدة أقل من ٩ سنوات فأقل وذلك لصالحها.

وهذه النتيجة هي نتيجة منطقية وتتفق على ما جاء في الإطار النظري حيث أشار (الجدة ويونس، ١٩٩٣) إلي أن أعراض المرض الجسمية تزداد مع تقدم العمر، وذلك لأن الجسم في سني العمر المتقدمة يصبح أكثر حاجة إلى الراحة، وهذه الراحة ترتبط بالنواحي النفسية والعصبية، لما للجهاز العصبي المركزي من دور في توجيه أجهزة الجسم، وزيادة

قدرتها على التوازن، وتتفق أيضاً مع ما أشار إليه (غالب، ١٩٧٨) أن أعراض القلق الجسمية تزداد بزيادة عمر الإنسان الذي يعاني من القلق.

وهذه نتيجة موضوعية حيث إن آثار القلق الجسمية المترتبة على أعراض مرض السكري تكون أكثر لدى المرضى المزمنين بشكل عام ولكن تلك الزيادة تتناسب طردياً مع التقدم في السن لدى المريض وتلك الأعراض متمثلة في : القلق من نقص الوزن السريع ، و التفكير في حقيقة مرض السكري ، والاستياء من كثرة العلاجات ، والشعور بالتوتر من التأثيرات على القدرة الجنسية ... الخ وهذه الأعراض وغيرها تكثر وتزداد مع زيادة مدة المرض لدى المرضى بشكل عام.

ويلاحظ من الجدول (١٨) أن الفروق في المجموع الكلي لاختبار القلق المتعلق بمرض السكري تبعاً لمتغير تاريخ المرض كان أكثر لدى أفراد المجموعة التي تعاني من المرض لمدة أكثر من ١٨ سنة وكانت الدلالة إحصائية في تلك الفروق. وهذه نتيجة متوقعة واتفقت مع ما جاء في الدراسات السابقة والإطار النظري مثل دراسة (عبد الباقي، ١٩٩٣) . وكذلك ما أشار إليه (حبيب، ١٩٩١) أن حدة القلق تزداد تبعاً لتقدم العمر الزمني للإنسان الذي يعاني من القلق.

فإذا كان القلق بشكل عام يزداد بزيادة العمر وتقدمه فمن باب أولى أن تكون تلك الزيادة واضحة لدى مرضى السكري الذين يعانون من المرض لمدة طويلة وخاصة أن التغيرات التابعة للمرض تعمل على زيادة حدة أعراض القلق لدى المرضى تبعاً لزيادة مدة المرض لديهم .

عرض نتائج الفرض الرابع :

الذي ينص: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في السلوك الديني لدى مرضى السكري بمحافظة غزة تعزى لمتغير تاريخ المرض (9 سنوات فأقل، من ١٠-١٨ سنة، أكثر من ١٨ سنة) .

و للتحقق من صحة الفرض الرابع قام الباحث باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA حيث قام بحساب مجموع المربعات ومتوسط المربعات ودرجات الحرية وقيمة "ف" ومستوى دلالاتها والجدول (١٩) يوضح ذلك:

جدول (١٩)

مجموع المربعات ومتوسط المربعات ودرجات الحرية وقيمة "ف" ومستوى دلالاتها لأبعاد السلوك الديني والمجموع الكلي لاختبار السلوك الديني لحساب الفروق في القلق التي تعزى لمتغير تاريخ المرض

(ن = ٢٦٧)

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة الإحصائية
البعد الأول: السلوك المتعلق بالفرائض والواجبات الشرعية	بين المجموعات	132.84	2	66.418	4.136	* دالة عند ٠.٠٥
	داخل المجموعات	4239.87	264	16.060		
	المجموع الكلي	4372.70	266			
البعد الثاني: السلوك المتعلق بالسنن والسلوكيات الدينية	بين المجموعات	9.89	2	4.944	1.823	غير دالة
	داخل المجموعات	715.82	264	2.711		
	المجموع الكلي	725.71	266			
مجموع درجات اختبار السلوك الديني	بين المجموعات	213.48	2	106.739	4.134	* دالة عند ٠.٠٥
	داخل المجموعات	6816.69	264	25.821		
	المجموع الكلي	7030.16	266			

* قيمة "ف" الجدولية عند درجات حرية (٢، ٢٦٦) وعند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) تساوي ٣.٠٠

** قيمة "ف" الجدولية عند درجات حرية (٢، ٢٦٦) وعند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) تساوي ٤.٦١

يتضح من الجدول (١٩) أن قيمة "ف" المحسوبة أكبر من قيمة "ف" الجدولية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في البعد الأول من أبعاد اختبار السلوك الديني والمتعلق بالفرائض والواجبات الشرعية وكذلك المجموع الكلي لدرجات اختبار السلوك الديني. ولم تتضح فروق في البعد الثاني من أبعاد السلوك الديني.

وبذلك لم تتحقق صحة الفرض الرابع، وعليه يقبل الباحث الفرض البديل.

ولمعرفة اتجاه الفروق بين المجموعات في البعد المتعلق بالفرائض والواجبات الشرعية قام الباحث باستخدام اختبار شيفيه والجدول (٢٠) يوضح ذلك:

جدول (٢٠)

المتوسطات والفروق في المتوسطات بين المجموعات ومستوى الدلالة لاختبار شيفيه المتعلق بالبعد الأول: السلوك المتعلق بالفرائض والواجبات الشرعية

(ن=٢٦٧)

المجموعة	٩سنوات فأقل ن = ١٢٩ م = ٣٢.٤٤٩	من ١٠-١٨ سنة ن = ٩٢ م = ٣٢.٥١٠	أكثر من ١٨ سنة ن = ٤٦ م = ٣٠.٦٠٨
٩سنوات فأقل ن = ١٢٩ م = ٣٢.٤٤٩	-	٠.٠٦١	*١.٨٤١
من ١٠-١٨ سنة ن = ٩٢ م = ٣٢.٥١٠	-	-	*١.٩٠٢
أكثر من ١٨ سنة ن = ٤٦ م = ٣٠.٦٠٨	-	-	-

* دالة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يتضح من الجدول (٢٠) وجود فروق بين المجموعة (٩ سنوات فأقل) و(أكثر من ١٨ سنة)، وهذه الفروق لصالح المجموعة (٩ سنوات فأقل) أي أن السلوك الديني المتعلق بالواجبات الدينية أكثر لديهم وذلك لأن متوسطهم أكبر، وكذلك هناك فروق بين المجموعتين (من ١٠-١٨ سنة)، و(أكثر من ١٨ سنة) والفروق لصالح المجموعة (من ١٠-١٨ سنة) لأن متوسطها أكبر، ولم تتضح فروق بين المجموعات (٩سنوات فأقل) و(من ٩-١٨ سنة).

ولمعرفة اتجاه الفروق في المجموع الكلي لاختبار الفلق المتعلق بمرض السكري قام الباحث باستخدام اختبار شيفيه البعدي والجدول (٢١) يوضح ذلك:

جدول (٢١)

المتوسطات والفروق في المتوسطات بين المجموعات ومستوى الدلالة لاختبار شيفيه المتعلق بمجموع درجات اختبار السلوك الديني

(ن=٢٦٧)

المجموعة	٩ سنوات فأقل ن = ١٢٩ م = ٤٥.٩٦١	من ١٠-١٨ سنة ن = ٩٢ م = ٤٥.٩٤٥	أكثر من ١٨ سنة ن = ٤٦ م = ٤٣.٥٨٧
٩ سنوات فأقل ن = ١٢٩ م = ٤٥.٩٦١	-	٠.٠١٥	*٢.٣٧٤
من ١٠-١٨ سنة ن = ٩٢ م = ٤٥.٩٤٥	-	-	*٢.٣٥٨
أكثر من ١٨ سنة ن = ٤٦ م = ٤٣.٥٨٧	-	-	-

* دالة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

يتضح من الجدول (٢١) وجود فروق بين المجموعة (٩ سنوات فأقل) و (أكثر من ١٨ سنة)، وهذه الفروق لصالح المجموعة (٩ سنوات فأقل) أي أن السلوك الديني لديهم أكثر وذلك لأن متوسطهم أكبر، وكذلك هناك فروق بين المجموعتين (من ١٠-١٨ سنة)، و (أكثر من ١٨ سنة) والفروق لصالح المجموعة (من ١٠-١٨ سنة) لأن متوسطها أكبر، ولم تتضح فروق بين المجموعات (٩ سنوات فأقل) و (من ٩-١٨ سنة) .

تفسير ومناقشة نتائج الفرض الرابع:

يتضح من الجدول رقم (١٩) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الديني لدى مرضى السكري بمحافظة غزة تعزى لمتغير تاريخ المرض وذلك في السلوك المتعلق بالفرائض والواجبات الشرعية وكذلك في مجموعة درجات اختبار السلوك الديني ، أي أن السلوك الديني يتغير ولم يثبت كما هو وهذا يتفق مع ما جاء في الدراسات السابقة مثل دراسة (معوض، ١٩٨٦) ودراسة (أحمد، ١٩٨٩) ودراسة (موسى، ١٩٩٣) حيث أظهرت النتائج فيها أن درجات التدين تتغير تبعاً لبعض المتغيرات. وقد أخبر نبينا محمد صلى الله عليه وسلم ، أن الإيمان يزيد وينقص بذلك فإن السلوك الديني الناتج عن الإنسان أيضاً يتغير بالزيادة والنقصان .

وهذا ما أكد عليه (الفيومى، ١٩٨٥) أن الدين لدى الإنسان هو الذي يحكم السلوك ويوجهه وهناك تناسب بين مستوى الدين ومستوى السلوك الديني لدى الإنسان.

وهذا يحدث عند الناس بشكل عام وبالتالي يحدث عند المرضى وبشكل واضح أيضاً حيث إن التغيرات المرضية والمضاعفات المترتبة على المرض تؤثر على مستوى سلوكيات الإنسان المريض بشكل عام وعلى درجة السلوك الديني لديه بشكل خاص.

والواضح من الجدول (١٩) أن دلالة الفروق كانت واضحة في بعد السلوك المتعلقة بالفرائض والواجبات الشرعية أكثر من دلالة الفروق في بعد السلوك المتعلق بالسنن والسلوكيات الدينية وربما يرجع ذلك إلى التأثيرات التي يحدثها مرض السكري على المرضى في كافة النواحي الشخصية مثل الهزال والإرهاق المصاحب لأعراض مرض السكري، والصحية مثل بعض الأمراض المصاحبة كضعف أداء كلاً من الكبد، والقلب، والأوعية الدموية والبنكرياس، والنفسية مثل الاكتئاب، والوساوس، والأرق.... الخ. مما يؤثر على سلوكيات الإنسان ولكن هذا التأثير يكون بدرجات متفاوتة.

ويشير (الزميلي، ١٩٨٨) إلى أن المرض يعتبر بمثابة اختبار لمدي صبر الإنسان على البلاء وبذلك يؤثر على الإنسان ولكن ذلك التأثير يختلف من إنسان إلى آخر.

إذن من الطبيعي أن يكون هناك اختلاف في درجات السلوك الديني تبعاً لمتغير تاريخ المرض .

ويتضح من الجدول (٢٠) أن السلوك الديني والمتعلق بالفرائض والواجبات الشرعية لدى مرضى السكري كان أكثر لدى المرضى الذين ينتمون إلى المجموعة (٩ سنوات فأقل) مقارنة بالمرضى الذين ينتمون إلى المجموعة (أكثر من ١٨ سنة) وكذلك المرضى الذين ينتمون إلى المجموعة (من ١٠ - ١٨ سنة) هم أكثر في السلوك الديني من المرضى الذين ينتمون إلى المجموعة (أكثر من ١٨ سنة) .

وبعبارة أخرى يمكن القول أن السلوك الديني في بداية مراحل المرض يكون أكثر لدى المرضى من المراحل المتقدمة وكذلك إن السلوك الديني يكون في المراحل المتوسطة من المرضى أكثر من المراحل المتقدمة كذلك .

هنا يمكن القول أن السلوك الديني والمتعلق بالفرائض والواجبات الشرعية يتأثر مع تقدم المرض وطول مدته وربما يعود ذلك لمدي تأثيرات المرض ومضاعفاته وخاصة في المراحل المتقدمة من حياة الإنسان المريض مما ينعكس على سلوكيات المريض بشكل عام وعلى السلوك الديني بشكل خاص .

ويؤكد على ذلك (غالب ، ١٩٧٨) حيث أفاد أن تقدم الزمن في وجود المرض يؤثر على كل نواحي الجسم المختلفة لدى الإنسان .
كما وضح (سوين ، ١٩٧٩) أن التأثيرات المستمرة للأمراض وخاصة على الجانب النفسي تؤثر على حياة الإنسان وتعامله وذلك تبعاً لاختلاف طول المدة المرضية.
حيث يصاحب المرض نوع من النفور منه وفي بعض الأحيان عدم الإحساس بالتكيف مع الحياة وواقعها، وتوارد بعض الأفكار مثل الإحساس بالدونية، وعدم النفع في الحياة.

ويتضح لنا من الجدول (٢١) والذي يوضح دلالة الفروق في اختبار السلوك الديني ككل تبعاً لمتغير تاريخ المرض ، فقد وجد أن السلوك الديني لدى أفراد المجموعة المنتمية لـ (٩ سنوات فأقل) هم أكثر في السلوك الديني من أفراد المجموعة المنتمية لـ (أكثر من ١٨ سنة) وكذلك وجد أن أفراد المجموعة المنتمية لـ (١٠-١٨ سنة) هم أكثر في السلوك الديني بشكل عام من أفراد والمجموعة المنتمية لـ (أكثر من ١٨ سنة) .
وهذا يعود إلي طبيعة التغيرات والتطورات المترتبة على مرض السكري ذلك في المراحل المتقدمة من المرض مما ينعكس على جميع النواحي لدى الإنسان ويعيق من توافقه وأداء سلوكياته بالشكل الكامل والمطلوب، فمع تقدم التاريخ المرضي يتقدم السن، ويصبح المريض غير قادر على التكيف مع المرض، وتزداد الأعراض المصاحبة سوءاً وتتأثر بعض أجهزة الجسم الأخرى وهذا كله له آثار نفسية سيئة على المريض بالسكري.

عرض نتائج الفرض الخامس :

الذي ينص : "لا توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين القلق والسلوك الديني لدى مرضى السكري بمحافظة غزة ."

وللتحقق من صحة الفرض البحثي الخامس قام الباحث بحساب معامل ارتباط بيرسون ويستخدم لمعرفة العلاقة بين مجموعتين من الدرجات.

$$r = \frac{[\sum (X - \bar{X})(Y - \bar{Y})]}{\sqrt{[\sum (X - \bar{X})^2] [\sum (Y - \bar{Y})^2]}}$$

(أبو مصطفى، ١٩٩٦، ٧١)

والجدول (٢٢) يوضح ذلك:

جدول (٢٢)

معاملات ارتباط بيرسون بين درجات أبعاد القلق والدرجة الكلية لاختبار القلق
والدرجة الكلية للسلوك الديني (ن=٢٦٧)

الدرجة الكلية للسلوك الديني	البعد
-0.321**	البعد الأول: آثار القلق الفسيولوجية والمزاجية المترتبة على أعراض مرض السكري
-0.020	البعد الثاني: آثار القلق النفسية المترتبة على مضاعفات مرض السكري
-0.321**	البعد الثالث: آثار القلق الجسمية المترتبة على أعراض مرض السكري
-0.152*	البعد الرابع: آثار القلق الاجتماعية المترتبة على أعراض مرض السكري
-0.336**	مجموع درجات اختبار القلق

* دالة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$)

* دالة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$)

يتضح من الجدول (٢٢) وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً بين درجات أبعاد القلق والمجموع الكلي للقلق متمثلاً بالدرجة الكلية على الاختبار وبين درجات السلوك الديني عدا بعد الآثار النفسية المترتبة على أعراض مرض السكري حيث لم تكن العلاقة دالة إحصائياً.

والعلاقة السالبة تدل على أنه كلما زاد مستوى السلوك الديني قل مستوى القلق والعكس هو الصحيح أي أنه كلما قل مستوى السلوك الديني زاد مستوى القلق . وبذلك لم تتحقق صحة الفرض الخامس، وعليه يقبل الباحث الفرض البديل .

تفسير ومناقشة نتائج الفرض الخامس :

يتضح من الجدول (٢٢) أن هناك علاقة ارتباطيه سالبة بين القلق والسلوك الديني لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وهذه العلاقة دالة إحصائياً في أبعاد القلق عدا الآثار النفسية المترتبة على مضاعفات مرض السكري ولكن تلك الآثار هي أيضاً مرتبطة سلبياً مع السلوك الديني ولكنها لم تصل إلي مستوى الدلالة .

وهذه النتيجة جاءت موافقة لما جاء في كثير من الدراسات السابقة مثل دراسة (حمادة، ١٩٩٢) ودراسة (Bergin & Others, 1987) ودراسة (الشويعر ، ١٩٨٨) ودراسة (موسى ، ١٩٩٩) ودراسة (غلاب والدسوقي ، ١٩٩٤) ودراسة (McIntosh & Others , 1993) ودراسة (موسى ، ١٩٩٣) ودراسة (محمد ، ١٩٩٥) ودراسة (الفيومي ، ١٩٨٥) حيث دلت نتائج تلك الدراسات على أن هناك ارتباط سالب بين القلق والسلوك الديني.

وهذه النتيجة هي نتيجة منطقية وحقيقية حيث إن القلق والسلوك الديني لا يجتمعان، ويؤكد على ذلك (عبد الواحد ، د. ت) حيث أشار إلي أن غياب الوعي الديني لدى الإنسان يؤدي به إلى القلق .

وكذلك وضع كل من (الهواري ، الشناوي ، ١٩٨٧) أن القلق سمة لا يتصف بها المؤمن الحقيقي الذي أخلص العبادة لله وحده وأحسن العمل وهي ليست بحاجة إلي حيل دفاعية للتخلص من القلق.

ولنا المثل الأعلى في كلام الله سبحانه وتعالى حيث قال: " الذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ألا بذكر الله تطمئن القلوب " (الرعد : ٢٨) .

ويقول تعالى في كتابه العزيز " ومن أعرض عن ذكري فإن له معيشة ضنكا ... " (طه:١٢٤).

ويقول تعالى أيضاً: "ومن يعيش عن ذكر الرحمن نقيض له شيطاناً فهو له قرين " (الزخرف:٣٦)

إن تلك الآيات الكريمة توضح بشكل جلي مدى التضاد بين القلق وبين الالتزام بالسلوك الديني لدى الإنسان المسلم وأن البعد عن إتباع أوامر الدين يؤدي بالإنسان إلي دروب الهلاك والضياع .

ولقد أشار كلاً من (قادري ، ١٩٧١) و (محفوظ ، ١٩٩١) إلى ذلك حيث اعتبروا أن الإسلام هو بمثابة مصدر لتهديب السلوك وتقويمه ، وإذا خالطت بشاشته القلوب أشيع فيها الطمأنينة والثبات والاتزان الانفعالي والعاطفي والعقلي وبقائها القلق والخوف والاضطرابات. **ومما سبق** يمكن القول أنه لا يمكن أن يجتمع العلاج أو الدواء مع العلة في نفس الوقت ؛ حيث إنه لو اعتبرنا القلق بمثابة العلة والسلوك الديني بمثابة العلاج فلا يجتمعان في الإنسان في آن واحد، وإذا كان هذا الأمر ينطبق على الإنسان بشكل عام فإن مريض السكري هو أولى من غيره كونه يعايش المرض مدى حياته ويتطلب منه أن يتوافق مع هذا المرض وأن يغلب من سلوكه الديني على القلق ليحيا بعيداً عن مشاعر الحزن والكآبة والتي تنعكس سلباً على مستوى السكر في الدم لديه .

تعقيب عام على نتائج الدراسة

خضع مرض السكري كمرض مزمن ومنتشر إلى عدة أبحاث ودراسات هدفت التقصي عن الآثار النفسية والجسمية المترتبة عليه، وهناك الكثير من الجهود في هذا المضمار، ولقد كان الهدف من وراء تلك الدراسات والجهود التعرف إلى كيفية التعامل مع مرض السكر، وفي هذه الدراسة اختيرت عينة من مرضى السكري بمحافظة غزة لمعرفة العلاقة بين آثار القلق الفسيولوجية والمزاجية، والنفسية، والجسمية، والاجتماعية وعلاقتها بالسلوك الديني لدى مرضى السكري ومن أجل ذلك تم تصنيف المرضى إلى مجموعتين في ضوء الجنس مجموعة الذكور ومجموعة الإناث، وتم تصنيفهم كذلك في ضوء التاريخ المرضي إلى ثلاث مجموعات.

ولتحقيق أهداف الدراسة واختبار فرضياتها استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي وبعض المعالجات الإحصائية المناسبة لطبيعة هذه الفروض، وقام الباحث بتصميم أداتين تضمنتا القلق لدى مرضى السكري، والسلوك الديني لديهم، وبالتالي توصلت الدراسة إلى عدة استنتاجات أهمها ما يلي:

- ١- أظهرت النتائج أن البعد الثاني في اختبار القلق والمتمثل في آثار القلق النفسية المترتبة على مضاعفات مرض السكري قد احتل المرتبة الأولى من بين الأبعاد الأربعة للاختبار مما يعكس مدى معاناة مرضى السكري من الناحية النفسية و ذلك تبعاً للمضاعفات المترتبة على المرض.
- ٢- أظهرت النتائج أن البعد المتعلق بالسن والسلوكيات الدينية قد احتل مرتبة أعلى في اختبار السلوك الديني من السلوك المتعلق بالفرائض والواجبات الشرعية وهذا يعكس مدى تأثر مرضى السكري من المرض ومضاعفاته ليس فقط من الناحية الجسمية أو النفسية بل من الناحية الدينية أيضا .
- ٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha < 0.05$) في القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة تعزى لمتغير الجنس وذلك لصالح الإناث
- ٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha < 0.05$) في السلوك الديني لدى مرضى السكري بمحافظة غزة تعزى لمتغير الجنس وذلك لصالح الذكور .
- ٥- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة تعزى لمتغير تاريخ المرض وذلك لصالح أفراد المجموعة (أكثر من ١٨ سنة).

٦- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الديني لدى مرضى السكري بمحافظة غزة تعزي لمتغير تاريخ المرض وذلك لصالح أفراد المجموعة (٩ سنوات فأقل) .

٧- توجد علاقة ارتباطيه سالبة ذات دلالة إحصائية بين القلق والسلوك الديني لدى مرضى السكري بمحافظة غزة . أي أنه كلما زاد مستوى السلوك الديني قل مستوى القلق والعكس هو الصحيح أي انه كلما قل مستوى السلوك الديني زاد مستوى القلق .

ومن خلال ما سبق يرى الباحث أن النتائج جاءت منطقية ومتناسقة مع بعضهما البعض تبعاً للمتغيرات المختلفة في الدراسة .

توصيات الدراسة

في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة وفي ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج ، فإن الباحث يقدم بعض التوصيات التي من شأنها أن تفيد مرضى السكري والقائمين على رعايتهم :

- ◆ تصميم برامج إرشادية لمرضى السكري للعمل على تخفيف الضغوطات النفسية لديهم.
- ◆ العمل على زيادة الوعي الصحي لدى مرضى السكري بطبيعة مرضهم وأعراضه ومضاعفاته .
- ◆ أن تقوم الجهات المشرفة على رعاية مرضى السكري بعمل لقاءات ميدانية مع المرضى للوقوف على المشاكل التي يعاني منها المرضى والعمل على حلها .
- ◆ أن يتم عمل برامج إعلامية وتثقيفية تعنى بمرض السكري والتي من شأنها أن تساعد كثير من الناس على الاكتشاف المبكر للمرض .
- ◆ العمل على تفعيل دور الدين كعلاج يقدم لمرضى السكري وذلك عن طريق عمل برنامج إرشادي ديني يهتم بمرضى السكري .
- ◆ توعية مرضى السكري للتعرف على مخاطر القلق السلبية ومدى تأثيرها على صحة المرضى .
- ◆ العمل من قبل المعنيين على تحديث أساليب العلاج المقدمة لمرضى السكري بما يخفف من وطأة المرض لديهم وخاصة في المراحل المتقدمة من المرض .
- ◆ تطوير مراكز الرعاية التي تعنى بمرضى السكري وذلك بزيادة عددها وعدد العاملين فيها لتنتمشى مع الزيادة المطردة في عدد المرضى .
- ◆ عقد ورشات عمل في مجال الإرشاد النفسي وذلك بغرض محاولة الوصول إلي معايير معينة تساعد في تخفيف حدة وطأة الآثار النفسية المترتبة على مضاعفات مرض السكري لدى المرضى .

مقترحات الدراسة

نظراً لندرة الأبحاث التي تعني بمرض السكري وخاصة على الصعيد المحلي ،
ونظراً لعدم تفعيل دور الدين في علاج مرضى السكري لذا يمكن اقتراح بعض الموضوعات
التي يمكن دراستها في هذا المقام :

- ☐ أثر الدعم الديني في تخفيف الضغوط النفسية لدى مرضى السكري .
- ☐ تصميم برنامج إرشادي مقترح لتدعيم مرضى السكري وتخفيف الآثار النفسية المترتبة على المرض .
- ☐ دراسة للخصائص النفسية والاجتماعية لمرضى السكري وعلاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية.
- ☐ إجراء دراسات تجريبية من أجل التعرف على بعض العوامل المؤثرة على مرضى السكري.
- ☐ التكيف مع مرض السكري لدى مرضى السكري المزمنين.
- ☐ أثر العلاج المعرفي في التقليل من مضاعفات مرض السكري .
- ☐ الاكتئاب لدى مرضى السكري وعلاقته ببعض المتغيرات .
- ☐ دراسة البناء النفسي لمرضى السكري في ضوء بعض المتغيرات .

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى مستوى القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقة ذلك بعدة متغيرات (السلوك الديني) (تاريخ المرض) (الجنس) . وتكمن أهمية هذه الدراسة في أنها تناولت موضوعاً جديداً ، لم يدرس من قبل ، لا سيما في البيئة المحلية وفي أنها استهدفت شريحة مرضى السكري . وقد تكونت عينة الدراسة من (٢٦٧) مريضاً ومريضة من مرضى السكري ، بواقع (١١١) ذكور ، (١٥٦) إناث . وكان نص السؤال الرئيس للدراسة "ما مستوى القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات" ولتحقيق أهداف هذه الدراسة قام الباحث بإعداد أدوات الدراسة متمثلة في اختبارين اختبار للقلق واختبار للسلوك الديني ، ثم قام بتطبيقها على عينة الدراسة . واستخدم الباحث عدة أساليب إحصائية في دراسته ومنها اختبار T. Test وتحليل التباين الأحادي ، واختبار شيفيه للمقارنات البعدية ومعامل ارتباط بيرسون .

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية :-

- ١- أن مرضى السكري - عينة الدراسة - يعانون من آثار القلق المترتبة على أعراض ومضاعفات مرض السكري وبشكل خاص ، آثار القلق النفسية المترتبة على مضاعفات مرض السكري .
- ٢- أن مرضى السكري - عينة الدراسة - يرتفع لديهم السلوك المتعلقة بالسنن والسلوكيات الدينية أكثر من السلوك المتعلقة بالفرائض والواجبات الشرعية .
- ٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة تعزى لمتغير الجنس وذلك لصالح الإناث .
- ٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الديني لدى مرضى السكري بمحافظة غزة تعزى لمتغير الجنس وذلك لصالح الذكور .

٥- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة تعزى لمتغير تاريخ المرض ، وذلك لصالح أفراد المجموعة (أكثر من ١٨ سنة) .

٦- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الديني لدى مرضى السكري بمحافظة غزة تعزى لمتغير تاريخ المرض وذلك لصالح أفراد المجموعة (٩ سنوات فأقل) .

٧- توجد علاقة ارتباطيه سالبة ذات دلالة إحصائية بين القلق والسلوك الديني لدى مرضى السكري بمحافظة غزة ، أي أنه كلما زاد مستوى القلق قل مستوى السلوك الديني والعكس هو الصحيح .

Anxiety among diabetic patients in Gaza city & it's relation with some alternatives.

**Supervision by
Dr. Atef Al-Agha**

Abstract

The study is aimed to recognize the level of anxiety among diabetic patients in Gaza City & to identify the relation of this issue with some variables (Gender, History of disease, religious behavior)

The sample of this study is composed of (267) diabetic Patients divided as (111) males & (156) females.

The main question of this study was: What is the Level of anxiety among diabetes Patients & it's relation with some alternatives.

To achieve the goals of this study, the researcher prepared two questionnaires, one for anxiety and the other for religious behavior, and applied questionnaires on study sample.

Multiple statistical methods are used such as T. Test, One Way ANOVA, and person correlation's.

Results indicated that: -

- 1- The diabetic patients complain of anxiety, which relates with symptoms and complications of diabetes millets especially the psychological events of anxiety, which followed the impact of complications of the disease.
- 2- Religious behaviors among diabetes patients are more than religious doctrines.
- 3- There are significant differences in anxiety among diabetic patients due to gender variable in favour of females.
- 4- There are significant differences in religious behavior among diabetes patients due to gender variable in favour of males.

- 5- There are significant differences in anxiety among diabetes patients due to the History of disease in favour of groups (more than 18years).
- 6- There are significant differences in religious behavior among diabetes patients due to the History of disease in favour of groups: (9 years & less).
- 7- There is a negative significant correlation's between anxiety and religious behavior, which means: "if anxiety level increases the religious behavior level decrease and vice versa".

قائمة المصادر والمراجع:

أولاً : المصادر العربية :-

- القرآن الكريم .
- ابن كثير ، إسماعيل (د.ت). تفسير القرآن الكريم ، جزء (٢) ، بيروت : دار إحياء التراث.

ثانياً : المراجع العربية :-

- إبراهيم ، عبد الستار (١٩٨٨) . علم النفس الإكلينيكي - مناهج التشخيص والعلاج النفسي ، الرياض : دار المريخ للنشر .
- إبراهيم ، وآخرون (١٩٧٣) . المعجم الوسيط ، ط٢ ، القاهرة : دار المعارف.
- ابن زكريا ، أبو الحسين (١٩٩٤) . معجم المقاييس في اللغة ، ط١ ، بيروت : دار الفكر
- ابن زكريا ، أبو الحسن (د.ت) . معجم مقاييس اللغة ، المجلد الثالث ، لبنان ، بيروت : دار الفكر .
- ابن منظور ، محمد بن مكرم (د.ت) . لسان العرب ، القاهرة : دار المعارف .
- أبو عيطة ، سهام ، (١٩٩٧) . مبادئ الإرشاد النفسي ، ط١ ، عمان : دار الفكر للطباعة .
- أبو مصطفى ، نظمي (١٩٩٨) . دراسة حالة وسمة القلق لدى الطالبات المقيمت والعائدات في كلية التربية الحكومية في محافظات غزة . مجلة البحوث والدراسات التربوية الفلسطينية ، مجلد ١ ، عدد (٢) ، ٦٤-٩٤ .
- أبو مصطفى ، نظمي (١٩٩٦) . محاضرات في الإحصاء التربوي والنفسى ، ط١ ، غزة : مطبعة الأنوار.
- أبو هين ، فضل (١٩٨٨) . القلق لدى الأطفال الفلسطينيين في غزة "دراسة مقارنة بين المواطنين واللاجئين". رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة عين شمس.
- أحمد ، توفيق زكريا (١٩٨٩) . دراسة تأثير القلق في التحصيل الدراسي لدى طلاب ذوي قدرات عقلية مختلفة. مجلة علم النفس، عدد ١٠ ، القاهرة . ج. م . ع ، ٧٧ - ٨٧ .
- أحمد ، حافظ (١٩٨٩) . الالتزام الديني لدى طالبات الجامعة وعلاقته بنوع التخصص .مجلة دراسات تربوية، مجلد ٤، جزء (١٩) ، القاهرة ، ج. م . ع ، ٥٥ - ٧٩ .

- أحمد ، سهير ، (١٩٩١) . قلق الشباب دراسة عبر حضارية في المجتمعين المصري والسعودي. **مجلة دراسات نفسية** ، عدد (٣) ، ٣٨٧ - ٤١٤ .
- أروناؤوط ، السيد (١٩٩٢) . **صحتك في الغذاء** ، ط ١ ، بيروت : دار الجيل .
- الأغا ، إحسان (١٩٩٧) . **البحث التربوي : عناصره ، مناهجه ، أدواته** ، ط ٢ ، غزة : مطبعة مقدار .
- الأغا،عاطف(١٩٨٩). العلاقة بين المناخ السائد في كلية التربية وبين التوافق الدراسي للطلاب . رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية، جامعة الأزهر، جمهورية مصر العربية .
- الأغا،عاطف(١٩٩٦). البنية العائلية لبعض المتغيرات الدافعية لعينة مصرية وأخرى فلسطينية من طلاب الجامعات الإسلامية . رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية ، جامعة الزقازيق، جمهورية مصر العربية .
- أغا، كاظم ولي (١٩٨٨) . القلق والتحصيل الدراسي . **مجلة جامعة دمشق في العلوم الإنسانية** ، مجلد ٤ عدد (١٤) ، ٩ - ٤٠ .
- البحيري ، عبد الرقيب (١٩٨٥) . **تشخيص القلق باستخدام اختبار الرورشاخ** ، ط ١، القاهرة : دار المعارف .
- البحيري ، عبد الرقيب (١٩٨٤) . اختبار سمة القلق للكبار ، سلسلة الاختبارات **السيكولوجية المصرية المقتنة** ، القاهرة : مكتبة الانجلو .
- بشاي ، شنودة (١٩٨٣) . **العلاقة بين الاتجاهات الوالدية كما يدركها الأبناء المراهقين ومستوى القلق لديهم** ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة سوهاج ، جمهورية مصر العربية .
- بكر وآخرون (١٩٩٣) . **تطور المعاناة النفسية في ربع القرن الأخير بقطاع غزة** ، غزة : مستشفى الطب النفسي .
- البكري ، وآخرون (١٩٩٤) . **الغذاء وصحة المجتمع** ، المملكة العربية السعودية : مكتب التربية العربي .
- ثورنديك ، روبرت وألبريت هيجن ، (١٩٨٩). **القياس والتقويم في التربية وعلم النفس**،(ترجمة عبد الله زيد الكيلاني وعبد الرحمن عدس) ، عمان : مركز الكتاب الأردني
- جابر ، عبد الحميد وعلاء الدين كفاقي ، (١٩٨٨) . **معجم علم النفس والتعب النفسي** ، الجزء الأول ، القاهرة : دار النهضة .
- جبريل، ثريا (١٩٩٤) . **فاعلية العلاج المتمركز حول العميل في خدمة الفرد للتخفيف**

- من قلق امتحان الثانية العامة. مجلة الإرشاد النفسي ، عدد ٢ ، ١٥٩ - ١٨٣ .
- الجدية ، كامل ويونس ، إبراهيم (١٩٩٣) . المرشد لمرضى السكري ، غزة : مجلس الخدمات الصحية .
- جلال ، سعد (١٩٨٥) . المرجع في علم النفس ، القاهرة : دار الفكر العربي .
- حبيب، مجدي (١٩٩١). القلق العام والخاص ، دراسة عاملية لاختبارات القلق ،
- المؤتمر السابع لعلم النفس ، جامعة عين شمس ٢-٤ سبتمبر .
- حداد، عفاف (١٩٩٥). سمة القلق وعلاقتها بمستوي الدعم الاجتماعي. مجلة دراسات العلوم الإنسانية ، مجلد ٢٢ (أ) عدد ٢ ، ٩٢٩ - ٩٥٠ .
- حمادة، عبد المحسن(١٩٩٢). التوجه نحو التدين وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية، جامعة الأزهر، القاهرة.
- الحمصي ، عصام (١٩٨٥). الموسوعة الطبية الموجزة ، دمشق : دار الرشيد .
- حمودة ، محمود (١٩٩٧) . الطب النفسي ، ط ٣ ، القاهرة : مركز كمبيوتر كلية الصيدلة بجامعة القاهرة .
- الحفني ، عبد المنعم (١٩٩٥) . موسوعة الطب النفسي ، المجلد الثاني ، القاهرة : مكتبة مدبولي .
- الخطيب ، محمد جواد (٢٠٠٠) . التوجيه والإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق ، ط ٢ ، غزة : مطبعة المقـدّاد .
- دسوقي ، كمال (١٩٧٤). علم النفس ودراسة التوافق ، ط ٢ ، بيروت : دار النهضة .
- الدسوقي ، مجدي (١٩٩٧) . مقياس القلق للمراهقين . مجلة الإرشاد النفسي ، عدد (٧) ، ٢١ - ٥١ .
- رضوان، فوقية (١٩٩١) . المكونات الادراكية للقلق الموضوعي . المؤتمر السابع لعلم النفس ، جامعة عين شمس ٢-٤ سبتمبر ، ١٢٢ - ١٨٠ .
- رفعت ، محمد (١٩٨٥) . الغذاء يغني عن الدواء ، ط ١ ، بيروت : دار البحار .
- رفعت ، محمد (١٩٨٨) . قاموس الرجل الطبي ، بيروت : دار مكتبة الهلال للطباعة والنشر .
- رؤوف ، طارق (١٩٨٦) . دراسة مقارنة بين مستوى القلق المدرسي لطلاب المرحلة المتوسطة في محافظة نينوي وتكيفهم الاجتماعي المدرسي . المجلة التربوية في جامعة الكويت ، مجلد ٣ ، عدد (٨) ، ٦٥ - ١١٧ .
- رويحة ، أمين (١٩٧٣) . داء السكري أعراضه وأسبابه وطرق مكافحته ، ط ١ ، بيروت : دار القلم .

- الزطمة ، هشام (١٩٨٥) . الداء السكري الفطرة الحديثة في معالجته واختلاطاته . رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الطب ، جامعة دمشق :سوريا.
- الزعبي ، أحمد (١٩٩٧) . مستوي القلق كحالة وكسمة لدي طلبة جامعة صنعاء. **مجلة مركز البحوث التربوية بجامعة قطر**، عدد (١٢) ، ١٠٥ - ١٢٨ .
- الزميلي ، زهير (١٩٨٨) . لماذا جعل الله الأمراض ، ط ١ ، عمان : دار الفرقان للنشر والتوزيع .
- زقروق ، محمود ، (١٩٩٩) . تأملات في الممارسات الدينية والسلوك الإسلامي . **مجلة المنبر** ، عدد (١٦) .
- الزنتاني ، عبد الحميد (١٩٩٣) . أسس التربية الإسلامية في السنة النبوية ، ط ٢ ، ليبيا : الدار العربية للكتاب .
- زهران ، حامد (١٩٨٢) . الصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط ٢ ، القاهرة : عالم الكتب .
- زين الهادي ، محمد (١٩٩٥) . علم نفس الدعوة ، ط ١ ، القاهرة : الدراسة المصرية اللبنانية .
- السباعي، زهير وعبد الرحيم، شيخ إدريس (د . ت) . **القلق كيف نتخلص منه** ، دمشق: دار القلم.
- السباعي ، زهير (١٩٩٥) . **طب المجتمع** ، ط ١ ، القاهرة : الدار العربية للنشر والتوزيع للنشر والتوزيع .
- سرحان ، وليد (١٩٩٩) . القلق النفسي. **مجلة الشريعة**، عدد (٣٩٩).
- السمدوني ، سيد إبراهيم (١٩٩٤) . القلق المدرسي لدى عينة من طلبة المدارس المتوسطة بمدينة الرياض . **مجلة التربية المعاصرة** ، العدد (٣١) ، ١٩٩ - ٢٤٠
- السيد ، فؤاد (١٩٧٨). **علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري** ، ط ٢ ، القاهرة : دار الفكر العربي .
- _____ (١٩٨١) . **السيكولوجية المبسطة**. دون مؤلف ، ط ٤ ، بيروت : دار الآفاق الجديدة .
- سوين ، ريتشارد (١٩٧٩) . **علم الأمراض النفسية والعقلية** ، (ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة) ، القاهرة : مكتبة النهضة .
- الشرقاوي ، حسن (١٩٨٣) . **الطب النفسي النبوي** ، الإسكندرية : دار المطبوعات الجديدة .
- الشرقاوي ، حسن (١٩٨٤) . **نحو علم نفس إسلامي** ، الإسكندرية : مؤسسة شباب الجامعة

- الشريف ، عدنان (١٩٨٧) . علم النفس القرآني ، ط ١ ، بيروت : دار العلم للملايين.
- شارلز ، شيفر وميلمان ، هوارد (١٩٨٩) . مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها . (ترجمة فسيحة داود ونزيه حمدي) ، منشورات الجامعة الأردنية : عمان .
- شريف ، محمد (١٩٩٥) . دراسة لمدى الارتباط بين القلق والذاكرة ، مجلة دراسات نفسية ، مجلد ٥ ، عدد (١) ، ١٤١ - ١٥٣ .
- شعيب، على (١٩٨٧) . قلق الاختبار في علاقته ببعض المتغيرات المرتبطة بطلاب وطالبات الثانوية العامة بمدينة مكة المكرمة . مجلة الدراسات التربوية ، مجلد ٢ ، عدد (٨) ، ٢٩٦ - ٣٢٠ .
- شعيب، على (١٩٨٨) . قائمة قلق الاختبار لدى طلبة وطالبات المرحلة الثانوية بالمملكة العربية السعودية . رسالة الخليج العربي، عدد (٢٥).
- الشويعر، طريفة (١٩٨٨) . الإيمان بالقضاء والقدر وأثره على القلق النفس ، رسالة ماجستير منشورة ، ط ١ ، جدة : دار البيان العربي.
- صباح ، قاسم (١٩٩٥) . علم النفس النبوي ، ط ١ ، بيروت : مؤسسة الرسالة .
- الصبوة ، محمد (١٩٩٤) . التفكير التجريدي و الإبداعي لدى مرتفعي القلق ومنخفضيه من طلاب الجامعة . المجلة المصرية للدراسات النفسية ، عدد (٨) ، ١٧ - ٤٥
- الصفطي ، مصطفى (١٩٩٥) . قلق الامتحان وعلاقته بدافعية الإنجاز لدى عينات من طلاب المرحلة الثانوية العامة في جمهورية مصر العربية ودولة الإمارات العربية المتحدة . مجلة دراسات نفسية ، مجلد ٥ ، عدد (١) ، ٧١ - ١٠٦ .
- عبد الباقي ، سلوى (١٩٩٣) . مسببات القلق خبرات الماضي و الحاضر و مخاوف المستقبل . مجلة دراسات تربوية ، مجلد ٨ عدد (٥٨) ، ١٠٢ - ١٤٥ .
- عبد الخالق ، أحمد والنيال ، مایسة (١٩٩١) . بناء مقياس قلق الأطفال وعلاقته ببعدي الانبساطية والعصابية . مجلة علم النفس ، عدد (٢٨).
- عبد الخالق، أحمد و حافظ ، أحمد (١٩٨٨) . حالة القلق وسمة القلق لدى عينات من المملكة العربية السعودية . مجلة العلوم الاجتماعية في جامعة الكويت ، مجلد ١ ، عدد (٣) ، ١٨١ - ١٩٦ .
- عبد الرحيم ، أنور و العملاوي ، رياض و عباس ، أمينة (١٩٩٥) . تأثير قلق التدريس في أداء التربية العملية لدى عينة من طالبات كلية التربية بجامعة قطر . المجلة التربوية بجامعة الكويت ، مجلد ٩ ، عدد (٣٤) ، ١٦٣ - ٢٠٧ .

- عبد القادر ، فتحية (١٩٩٥) . العلاقة بين حب الاستطلاع وتقدير الذات والقلق لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ، مجلة دراسات تربوية ، مجلد ١٠ ، عدد (٧٥) ، ٢٠٧ ، ٢٣٦ .
- عبد المعطي ، حسن ودسوقي ، راوية (١٩٩٣) . التوافق الزوجي وعلاقته بتقدير الذات والقلق والاكتئاب . مجلة علم النفس ، مجلة فصلية تصدر عن الهيئة العامة للكتاب .
- عبد الملك ، شفيق (١٩٧٢) . علم التشريح ووظائف الأعضاء ، ط ١ ، بيروت : دار القلم
- عبد الواحد ، محيي الدين (د.ت) . دع القلق واستعن بالله ، الرياض : دار أسامة للنشر والتوزيع .
- عبيدات ، سليمان ، (١٩٨٨) . القياس والتقويم التربوي ، الجامعة الأردنية : الأردن .
- عزت ، درى (١٩٨٦) . الطب النفسي ، ط ٣ ، الكويت : دار القلم .
- عزيز ، فريد (١٩٦٤) . الأمراض النفسية العصابية ، ط ١ ، القاهرة : الشركة العربية للطباعة .
- علوان ، نعمات (٢٠٠٠) . دراسة إسلامية معاصرة في علم النفس ، غزة : الجامعة الإسلامية .
- عفانة ، عزو (١٩٩٨) . الإحصاء التربوي - الجزء الثاني ، ط ١ ، غزة : مطبعة المقداد .
- عيد ، محمد (١٩٩٥) . مستوي القلق وعلاقته بالتحصيل الدراسي لـ_____طلاب المرحلتين الثانوية والجامعية ، المؤتمر الدولي الثاني للإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس ٢٥-٤٧ ديسمبر ، القاهرة ، ٧٩ - ١٠٧ .
- العيسوي ، عبد الرحمن (١٩٨٤) . أمراض العصر - الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية : دار المعرفة الجامعية .
- غالب ، مصطفى (١٩٧٨) . تغلب على القلق ، بيروت : مكتبة الهلال .
- غالي ، محمد أحمد وأبو علام ، رجاء (١٩٧٣) . القلق وأمراض الجسم ، دمشق : الحليوني .
- الغريب ، رمزية (١٩٨١) . التقويم والقياس النفسي والتربوي ، القاهرة : مكتبة الانجلو .
- غريب ، عبد الفتاح (١٩٩٨) . علم الصحة النفسية ، القاهرة : الانجلو المصرية .
- غلاب ، محمود والدسوقي ، محمد (١٩٩٤) . دراسة نفسية مقارنة بين المتدينين جوهرياً والمتدينين ظاهرياً في الاتجاه نحو العنف وبعض خصائص الشخصية . مجلة دراسات نفسية ، مجلد ٤ ، عدد (٣) .

- فرح ، عدنان وعتوم ، عدنان والعلي ، نصر (١٩٩٣) . قلق الاختبار والأفكار العقلانية واللاعقلانية . مجلة علم النفس ، تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب ، عدد (٢٦) ، ٢٦ - ٣٣ .
- فرويد ، سيجموند (١٩٨٩) . الكف والعرض والقلق ، (ترجمة محمد نجاتي) ، ط٤ . القاهرة : دار الشروق .
- الفيروز آبادي ، مجدي الدين (١٩٨٧) . القاموس المحيط ، ط٢ ، بيروت : مؤسسة الرسالة .
- الفيومي، محمد(١٩٨٥) . القلق الإنساني، مصادره، تياراته، التدين كعلاج له، ط٣ القاهرة: دار الفكر العربي.
- قادري ، عبد الله (١٩٧١) . المسؤولية في الإسلام . مجلة الجامعة الإسلامية ، بالمدينة المنورة ، عدد (٤) .
- القريظي، عبد المطلب (١٩٩٨) . في الصحة النفسية ، ط١ ، القاهرة: دار الفكر العربي.
- القشيش ، هبة (١٩٩١) . سمة القلق وعلاقتها بالبيئة الاجتماعية . رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة المنيا ، جمهورية مصر العربية ، ١٥١ - ١٥٦ .
- القطان، سامية (١٩٨٦) . مقياس القلق السوي، الكتاب السنوي في علم النفس تصدره الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، مجلد ٥ ، ٦٢٦ - ٦٥٤ .
- _____ ، (١٩٨٣) . كيف تقوم بالدراسة الإكلينيكية ، جزء (١) ، القاهرة : مكتبة الأنجلو .
- _____ ، (١٩٧٤) . دراسة مقارنة لمستوى القلق عند المراهقات الكفيفات والمبصرات . رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة عين شمس ، جمهورية مصر العربية .
- كفاقي ، علاء (١٩٩٠) . الصحة النفسية ، ط٣ ، إمبابة : هجر للطباعة والنشر .
- كفاقي ، علاء وصلاح الدين ، وفاء وروبي ، أحمد (١٩٩٠) . بناء مقياس للقلق الرياضي ، حولية كلية التربية بجامعة قطر ، عدد (٧) ، ٥٧٥ - ٦٠٢ .
- كلارك ، مارجوريت (١٩٦٣) . الطب الحديث ، (ترجمة محمد نظيف) القاهرة : دار الفكر العربي .
- لازاروس ، ريتشارد (١٩٨٠) . الشخصية ، (ترجمة السيد غنيم ومحمد نجاتي) ، القاهرة : دار الشروق .

- الليل، محمد (١٩٩٧) . علاقة بعض المتغيرات بالقلق العام لدى طــــلاب وطالبات المرحلة المتوسطة والثانوية في المملكة العربية السعودية. **مجلة علم النفس**، عدد (٤٢) سنة ١١ ، ٣٢ - ٤٥ .
- مباشر ، عبد العال (أكتوبر ، ١٩٨١) . **نشرة عن التغذية بمناسبة اليوم العالمي للأغذية** ، قطر : جامعة قطر .
- **مجلة المنطلق**، عدد ٢، (١٣٩٨هـ) . القلق في حياة العاملين للإسلام والموقف الرسالي المطلوب. الاتحاد اللبناني للطلبة المسلمين : بيروت.
- **مجلة أمواج** (١٩٩٩) . عدد (٨) ، برنامج غزة للصحة النفسية ، برنامج غزة للصحة النفسية : غزة .
- **مجلة أمواج** (سبتمبر ، ٢٠٠١) . عدد (١٨) ، برنامج غزة للصحة النفسية : غزة .
- محفوظ ، محمد (١٩٩١). قوة الشخصية الإسلامية في عصر القلق. **مجلة هدى الإسلام** ، عدد (٦) سنة ٩ .
- محمد ، محمد (١٩٩٥) . مدى فاعلية العلاج الديني في تخفيض القلق لدى طلاب الجامعة . **مجلة التربية** ، جامعة الأزهر ، عدد ٥١ ، ١٨٥ - ٢١٢ .
- محمد ، عبد الصبور ، (١٩٨٨) . دراسة العلاقة بين مستوى القلق بين تلاميذ الحلقة الثانية في التعليم الأساسي وبعض متغيرات البيئة المدرسية ، رسالة ماجستير غير منشورة . كلية التربية ، جامعة قناة السويس ، ج.م.ع
- محمد ، محمد ومرسي ، كمال (١٩٨٦) . **الصحة النفسية في ضوء علم النفس** ، ط ٢ ، الكويت : دار القلم .
- المخلاتي ، جلال (نوفمبر ، ١٩٨٤) . **التغذية وصحة الإنسان** ، غزة : الجامعة الإسلامية .
- _____ ، (يناير ، ١٩٨٤) . **التغذية وصحة الإنسان** ، غزة : الجامعة الإسلامية .
- مخيمر ، صلاح (١٩٨٣) . **المدخل إلى الصحة النفسية** ، ط ٢ ، القاهرة : مكتبة الأنجلو .
- مرسي ، أبو بكر (١٩٨٨) . دراسة مقارنة لمستوى القلق و علاقته بتحديد الهوية لدى المراهقين من المدخنين وغير المدخنين . رسالة ماجستير غير منشوره ، جامعة الزقازيق ، جمهورية مصر العربية .
- مرسي ، كمال (١٩٧٨) . القلق وعلاقته بالشخصية في مرحلة المراهقة ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة الرياض، السعودية .

- _____ ، (١٩٨١) . علاقة سمة القلق في المراهقة والرشد بإدراك الخبرات المؤلمة في الطفولة، **مجلة كلية الآداب، جامعة عين شمس** ، مجلد ٨ ، ٣٢٩ - ٣٥١
- _____ ، (١٩٨٢) . علاقة القلق بالتحصيل الدراسي عند طلبة المدارس الثانوية. **دراسات مجلة كلية التربية جامعة الملك سعود** ، مجلد ٤ ، ١٥٩ - ١٧٦ .
- _____ ، (١٩٨٣) . علاقة سمة القلق بالعصابية . **دراسات مجلة كلية التربية جامعة الملك سعود** ، مجلد ٥ ، ٩١ - ١١٠ .
- المرعي ، منيف وأبو خليل ، نزار (١٩٨٩) . دراسة إحصائية لانتشار الداء السكري في مدينة اللاذقية . **مجلة جامعة دمشق للدارسات والبحوث العلمية** ، مجلد ١١ ، عدد (٤) ، ٨٢ - ٨٨ .
- معوض ، صلاح الدين (١٩٨٦) . بعض العوامل المؤثرة على الالتزام الإسلامي لدى طلاب التعليم الثانوي. **مجلة كلية التربية بالمنصورة** ، عدد (٨) ، الجزء الأول.
- المناوي ، محمد (١٩٩٠) . **معجم لغوي مصطلحي** ، ط ١ ، دمشق : دار الفكر .
- موسى ، عبدالله (١٩٩٥) . **المسئولية الجسدية في الإسلام في ضوء علم النفس والإسلام** ، ط ٢ ، الكويت : دار القلم .
- موسى ، رشاد (١٩٩١) . **سيكولوجية الفروق بين الجنسين** ، القاهرة : دار الفكر العربي .
- _____ ، (١٩٩٣) . **علم النفس الديني** ، القاهرة : دار عالم المعرفة.
- _____ ، (١٩٩٩) . **علم نفس الدعوة بين النظرية والتطبيق** ، ط ١ ، (الفروق في الاكتتاب وفقاً لمستويات التدين) ، الإسكندرية : المكتب العلمي للنشر والتوزيع ، ٢٧٣ - ٣٠٠ .
- الميداني ، عبد الرحيم (١٩٨٤) . **الالتزام الديني . مجلة دعوة للحق** ، سلسلة شهرية تصدر عن رابطة العالم الإسلامي ، مكة المكرمة .
- نعيمة ، محمد (١٩٩٣) . **الاختلافات الوالدية في التنشئة الاجتماعية وعلاقتها ببعض سمات الشخصية لدى الأبناء** ، رسالة دكتوراه غير منشورة . كلية التربية ، جامعة عين شمس ، جمهورية مصر العربية .
- النيال ، مایسة (١٩٩١) . الفروق في كل من حالة القلق وقلق الموت قبل إجراء العملية الجراحية وبعدها. **مجلة دراسات نفسية** ، مجلد ١ عدد (١) ، ١١١ - ١٢٤ .
- هاشم ، محمد وباشا ، وائل (١٩٩٠) . **أمراض الغدد الصم والاستقلاب** ، جزء ٦ دمشق : مطبعة الأماني .

- الهواري ، ماهر والشناوي ، محمد (١٩٨٧) . مقياس الاتجاه الاختبارات ، مجلة رسالة الخليج العربي ، عدد (٢٢) ، ١٧٢ - ١٩٥ .
- الهيتي ، مصطفى (١٩٧٥) . القتلق ، ط١ ، بغداد: دار السلام.

ثالثاً : المراجع الأجنبية :-

- Abu – Zeid,H.& Kassab,A.(1992). Prevalence & health care features of hypoglycemia in semiurban- rural communities in southern Saudi Arabia, **Journal of Diabetes Care**, 15.
- Ahmad,T. & Soleiman,R. & Shougah, D. (1994). Mixed Anxietydepression in pregnancy-The influence of misconceptions. **The Arab Journal of Psychiatry**, 5 (2), 103 – 113.
- American Academy of Ophthalmology, (1996). San Francisco, www.eyenet.org. (Last visited, on 10/5/2002).
- Annual report, (2001). **The status of health in Palestine**, Ministry of Health: Gaza.
- Bergin, E. et.al.(1987). **Religiousness & mental health reconsidered study of intrinsically religious sample**, ERIC,No. EJ 357683.
- Brunner, L. & suddarth, D. (1982) **Manual of nursing practice**, 3ed edition, New York: lippincott company.
- Cassem, N. (1991). **Handbook of General hospital psychiatry**, 3ed edition, United States of America: Mosbey company.
- Choudhury, S. June (2001). World Health Organization, **diabetes report**, www.who.int.com, (Last visited on 10/4/2002).
- Collier, G. May (2001). World Health Organization, **diabetes report**, who.int.
- Corey, G. (1996): **Theory & Practice of counseling and psychotherapy**, 5th edition, USA: Cole publishing company.
- Costin, F. & Draguns, J. (1989). **Abnormal psychology**, United States of America: Mosbey company.
- El-Massry,A. et.al. (1969). **Basic ophthalmology**, Cairo: El-Nasr modern company.

- Frank,B. (2001). Diet, life style & risk of the type 2 diabetes mellitus in women. **The New England Journal of medicine**, 345 (11). 790-797.
- Grey, M. (1999). Coping skills training for youth with diabetes on intensive therapy , **Journal of applied nursing research** , 12 (1). 3-12.
- Hadden, D. et.al. (2001). Obstetric & diabetic care for pregnancy in diabetic women (10 years outcome analysis , 1985-1995). **Journal of diabetes -United Kingdom**, 18 (7). 546 – 553.
- Harris, M. & Lustman, P.(1998). The psychologist in diabetes cares. **Journal of Clinical Diabetes**, 16(2), 1 – 7.
- Kishawi, S. (1999). **Diabetes from pregnancy and in pregnancy**, Ministry of Health, Palestine: Shifa Hospital.
- Lioyd, E. (2000). Prevalence of symptoms of depression and anxiety in diabetes clinic population. **Journal of Diabetes Medicine**, 17 (3), 198 – 202.
- Lustman, P.(1988). Anxiety disorders in adults with diabetes mellitus. **Psychiatry clinic North America**, 11(2), 419 – 432.
- Marion, J. (1999). Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. **American Diabetes Association**, 22(1).
- Marya, K. et.al. (1992). Intellectual development & academic performance of children with insulin dependent diabetes mellitus. **Developmental Psychological magazine**, 28 (4), 676 – 684.
- McIntosh, D. et.al.(1993), Religion's role in adjustment to negative life event - Coping with the loss of child. **Journal of Personality & Social Psychology**, 65 (4), 812 – 821.
- Mousleh, J. et.al. (1996). Psychiatric morbidity and metabolic control in diabetic patients. **German Journal of Psychiatry**, No.1433. www.Gwdg.de, (Last visited on 22/4/2002).
- Nettina, s. (1996). **Manual of nursing practice**, 6th edition, New

York: lippincott company.

- Peckham, C. (1998). Webmd corporation, **diabetes statistics**, www.webmd.com, (Last visited on 9/5/2002).
- Peryort, M. & Rubin, R. (1997). Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. **Journals of diabetes care**, **20** (4), 585 – 596.
- Petit,J. et.al.(2001). Management of diabetes in French prisons, across sectional study **Journal of diabetes –United Kingdom**, 18 (1), 47 – 50.
- Pouwer, F. & Snock , F. (2001) . Association between symptoms of depression & glycemic control may be unstable across gender. **Journal of diabetes -United Kingdom**, 18 (7), 595 – 598.
- Richard, S. et.al.(1995). **The Joslin guide to diabetes**, Aprogram for management your treatment, New York: Afirside book.
- Rubin, R. & Peyrot, M.(1998).Men and diabetes psychosocial and behavioral issues. **Diabetes Spectrum Journal**, 11(2), 81 – 87.
- Sinha, R. et.ac. (2002), prevalence of impaired glucose tolerance among children and adolescents with marked obesity. **The New England Journal of Medicine**, 346 (11), 10 – 19.
- Smeltzer, S. & Bare, B. (1996). **Textbook of medial surgical nursing**, 8th edition, New York: Lippincott Company.
- Telishevka, M. & chenett, L. & Mckeet , M. (2001). Toward an understanding of the high death rate among young people with diabetes in Ukraine, **Journal of diabetes –United Kingdom** . , 18 (1), 3 – 9.
- Temple, R. (2001).Impact of pregnancy on the progression of diabetic retinopathy in type 1 diabetes . **Journal of diabetes - United Kingdom**, 18(7), 573 – 577.

ملحق رقم (١) اختبار لقياس القلق

الجنس: ذكر: ☐ أنثى: ☐

مدة الإصابة بالمرض:

الاخوة والأخوات (مرضى السكري) حفظكم الله ورعاكم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.....وبعد

أمامك اختبار يهدف إلى التعرف على مستوى القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات . وهذا الاختبار مكون من آثار فسيولوجية ونفسية وسلوكية ناتجة عن القلق.

أرجو التكرم بالإجابة على فقرات الاختبار بصراحة وصدق وأمانة حسب إحساسك وتأثيرك بمرض السكري وكن واثقاً أن كل ما تذكره موضع سرية ولا يستخدم إلا للدراسة العلمية فقط ولكي تطمئن (لا داعي لذكر اسمك) .

داعياً المولى عز وجل أن يحفظكم ويرعاكم

ملاحظة : الرجاء وضع علامة (X) اسفل دائماً أو أحياناً أو نادراً بما يتفق مع مشاعرك الحقيقية دون ترك أي سؤال بدون إجابة حيث أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة .

الباحث

عبد الكريم سعيد رضوان
الجامعة الإسلامية - غزة

٠٢	الفقرة			دائمًا	أحيانًا	نادرًا
البعد الأول "الأعراض الفسيولوجية الناتجة عن القلق"						
٠١	أعاني من اضطرابات في الهضم					
٠٢	أشعر بجفاف في الفم والحلق					
٠٣	أعاني من ارتجاف في أطرافي					
٠٤	أتصيب عرقًا حتى في الأيام الباردة					
٠٥	تزداد ضربات قلبي ويضيق نفسي					
٠٦	أشعر ببرودة في اليدين والقدمين					
٠٧	أصاب بالهلع من تدهور صحتي					
٠٨	أصاب باحمرار الوجه					
٠٩	أعاني من الصداع (وجع الرأس)					
٠١٠	أعاني من الغثيان والدوار					

٢٠	الفقرة			دائمًا	أحيانًا	نادرًا
البعد الثاني "التأثيرات السلوكية الناتجة عن القلق"						
١	أشعر بأن نومي متقطع ومضطرب					
٢	أشعر بالعصبية المفرطة					
٣	تنتابني الأحلام المزعجة في النوم					
٤	ينتابني القلق من قلة المال					
٥	أشعر بعدم الراحة والسعادة					
٦	قدرتي على التركيز ضعيفة					
٧	أشعر أن لا قيمة لي في المجتمع					
٨	أشعر بالحساسية الشديدة من معاملة الآخرين لي					
٩	أُتأثر بالأحداث من حولي					
١٠	أشعر بالتوتر والارتباك لأدنى سبب					
١١	علاقاتي بأفراد أسرتي يسودها الاضطراب					

٢٠	الفقرة	دائمًا	أحيانًا	نادرًا
البعد الثالث "مرض السكري وعلاقته بالقلق"				
١	ينتابني الخوف الشديد من مرض السكري			
٢	تمنيت لو أنني لم أصب بمرض السكري			
٣	أستمر في التفكير بحقيقة مرض السكري ومستقبله			
٤	أشعر بالحرص الشديد من كثرة التبول			
٥	أشعر بالإزعاج من كثرة الفحوصات المخبرية			
٦	أشعر بالملل من المداومة على تناول العلاجات			
٧	يجعلني الانتظار في عيادة الطبيب عصيبًا			
٨	أشعر بالملل من الحمية الغذائية			
٩	أخشى على نظري من مرض السكري			
١٠	أخاف من إصابتي بالفشل الكلوي			
١١	أخشى من إصابتي بجروح في جسمي			
١٢	أخشى من تأثير مرض السكري على القدرة الجنسية			
١٣	أشعر بعدم احتمال الآخرين لمرضي			
١٤	أخشى من التأثيرات الوراثية لمرض السكري على أبنائي			

ملحق رقم (٢)

قائمة بأسماء المحكمين لاختبار القلق

- ١- الدكتور/ عبد المنعم لبد أستاذ مساعد - الجامعة الإسلامية
- ٢- الدكتور / فضل الشريف أستاذ مساعد - الجامعة الإسلامية
- ٣- الدكتور/ ماجد ياسين أستاذ مساعد - الجامعة الإسلامية
- ٤- الدكتور / سهيل القيشاوى مستشار وزارة الصحة الفلسطينية لمرض السكري
- ٥- الدكتور / ماهر الرئيس أخصائي أمراض عيون ولىزر
- ٦- الدكتور/ سامي العيسوي أخصائي مرض السكري وأمراض الغدد الصماء
- ٧- الدكتور / على الزيناتي مدير الدائرة الطبية بالجامعة الإسلامية
- ٨- الدكتور / محمد الحلو أستاذ مشارك - الجامعة الإسلامية
- ٩- الدكتور / سناء أبو دقة أستاذ مساعد - الجامعة الإسلامية
- ١٠- الدكتور / محمد الخطيب أستاذ مشارك - جامعة الأزهر
- ١١- الدكتور / محمد عليان أستاذ مساعد - جامعة الأزهر
- ١٢- الدكتور / بكر الزعبيوط أستاذ مساعد - الجامعة الإسلامية
- ١٣- الدكتور / زياد الجرجاوى أستاذ مساعد - جامعة القدس المفتوحة
- ١٤- الدكتور / نظمي أبو مصطفى أستاذ مشارك - جامعة الأقصى
- ١٥- الدكتور / أحمد أبو طواحينه أخصائي نفسي إكلينيكي
- ١٦- الأستاذ/ عاطف إسماعيل محاضر بالجامعة الإسلامية
- ١٧- الأستاذ/ جاسم حميد وزارة الصحة الفلسطينية

ملحق رقم (٣)
اختبار لقياس القلق
بسم الله الرحمن الرحيم

الجنس: ذكر: ☐ أنثى: ☐

مدة الإصابة بالمرض:.....

الاخوة والأخوات (مرضى السكري) حفظكم الله ورعاكم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.....وبعد

أمامك اختبار يهدف إلى التعرف على مستوى القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات . وهذا الاختبار مكون من آثار فسيولوجية ونفسية وسلوكية ناتجة عن القلق.

أرجو التكرم بالإجابة على فقرات الاختبار بصراحة وصدق وأمانة حسب إحساسك وتأثرك بمرض السكري وكن واثقاً أن كل ما تذكره موضع سرية ولا يستخدم إلا للدراسة العلمية فقط ولكي تطمئن (لا داعي لذكر اسمك) .

داعياً المولى عز وجل أن يحفظكم ويرعاكم

ملاحظة : الرجاء وضع علامة (X) اسفل دائماً أو أحياناً أو نادراً بما يتفق مع مشاعرك الحقيقية دون ترك أي سؤال بدون إجابة حيث أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة .

الباحث

عبد الكريم سعيد رضوان

الجامعة الإسلامية - غزة

م.٥	الفقرة	دائماً	أحياناً	نادراً
١	أعاني من اضطرابات في الهضم			
٢	أشعر بالضيق من الجفاف في الفم والحلق			
٣	أعاني من ارتجاع في أطرافي			
٤	أصيب عرقاً حتى في الأيام الباردة			
٥	أشعر بزيادة في ضربات قلبي			
٦	أشعر بضيق في النفس			
٧	أشعر ببرودة في اليدين والقدمين			
٨	أعاني من الصداع (وجع الرأس)			
٩	أعاني من الدوخة و زغلة في العينين			
١٠	أشعر بالحرّج الشديد من كثرة التبول			
١١	أعاني من كثرة شرب الماء			
١٢	أشعر بالتعب لأدنى جهد عضلي أمارسه			
١٣	أنا قلق من نقص وزني السريع			
١٤	نومي متقطع ومضطرب			
١٥	أنا عصبي المزاج			
١٦	تنتابني الأحلام المزعجة في النوم			
١٧	أشعر بحاجة إلى الاسترخاء			
١٨	أشعر بأنني غير سعيد			

م.٠	الفقرة	دائماً	أحياناً	نادراً
١٩	أشعر بأن قدرتي على التركيز ضعيفة			
٢٠	أشعر بأن حياتي لا قيمة لها			
٢١	أشعر بالحساسية الشديدة من معاملة الآخرين لي			
٢٢	أنا سريع التأثر بالأحداث من حولي			
٢٣	أشعر بالتوتر والارتباك لأتفه الأسباب			
٢٤	أشعر بأن علاقاتي بأفراد أسرتي مضطربة			
٢٥	أخشى على حياتي من مرض السكري			
٢٦	أفكر في حقيقة مرض السكري ومستقبله			
٢٧	أنا متضايق من كثرة الفحوصات المخبرية			
٢٨	أنا مستاء من كثرة العلاجات			
٢٩	طول الانتظار في العيادة الصحية يجعلني عصبي المزاج			
٣٠	أشعر بالملل من الحمية الغذائية			
٣١	أخشى على بصري من مرض السكري			
٣٢	أخاف من إصابتي بالفشل الكلوي			
٣٣	أخاف من إصابتي بجلطات قلبية أو دماغية			
٣٤	أخشى من إصابتي بالجروح الجسمية			
٣٥	أشعر بالتوتر لإحساسي بأن مرض السكري يؤثر على القدرة الجنسية			
٣٦	أشعر بأن الآخرين لا يتفهمون طبيعة مرضي			
٣٧	أخشى على أبنائي من مرض السكري			

ملحق رقم (٤)
اختبار لقياس القلق
بسم الله الرحمن الرحيم

الجنس: ذكر: ☐ أنثى: ☐

مدة الإصابة بالمرض:.....

الاخوة والأخوات (مرضى السكري) حفظكم الله ورعاكم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.....وبعد

أمامك اختبار يهدف إلى التعرف على مستوى القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات . وهذا الاختبار مكون من آثار فسيولوجية ومزاجية ونفسية وسلوكية للقلق مترتبة على أعراض ومضاعفات مرض السكري.

أرجو التكرم بالإجابة على فقرات الاختبار بصراحة وصدق وأمانة حسب إحساسك وتأثرك بمرض السكري وكن واثقاً أن كل ما تذكره موضع سرية ولا يستخدم إلا للدراسة العلمية فقط ولكي تطمئن (لا داعي لذكر اسمك) .

داعياً المولى عز وجل أن يحفظكم ويرعاكم

ملاحظة : الرجاء وضع علامة (X) اسفل دائماً أو أحياناً أو نادراً بما يتفق مع مشاعرك الحقيقية دون ترك أي سؤال بدون إجابة حيث أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة .

الباحث

عبد الكريم سعيد رضوان

الجامعة الإسلامية - غزة

م.٠	الفقرة	دائماً	أحياناً	نادراً
١	أعاني من اضطرابات في الهضم			
٢	أشعر بالضيق من الجفاف في الفم والحلق			
٣	أصيب عرقاً حتى في الأيام الباردة			
٤	أشعر بزيادة في ضربات قلبي			
٥	أشعر ببرودة في اليدين والقدمين			
٦	أعاني من الصداع (وجع الرأس)			
٧	أعاني من الدوخة و زغلة في العينين			
٨	أشعر بالحرّج الشديد من كثرة التبول			
٩	أعاني من كثرة شرب الماء			
١٠	أشعر بالتعب لأدنى جهد عضلي أمارسه			
١١	أنا قلق من نقص وزني السريع			
١٢	نومي متقطع ومضطرب			
١٣	أنا عصبي المزاج			

١	٤	تنتابني الأحلام المزعجة في النوم			
١	٥	أشعر بحاجة إلى الاسترخاء			
١	٦	أشعر بأنني غير سعيد			
١	٧	أشعر بأن قدرتي على التركيز ضعيفة			
١	٨	أشعر بأن حياتي لا قيمة لها			
م.٠		الفقرة	دائماً	أحياناً	نادراً
١	٩	أشعر بالحساسية الشديدة من معاملة الآخرين لي			
٢	٠	أنا سريع التأثر بالأحداث من حولي			
٢	١	أشعر بالتوتر والارتباك لأتفه الأسباب			
٢		أشعر بأن علاقاتي بأفراد أسرتي مضطربة			

				٢
			أخشى على حياتي من مرض السكري	٢
				٣
			أفكر في حقيقة مرض السكري ومستقبله	٢
				٤
			أنا متضايق من كثرة الفحوصات المخبرية	٢
				٥
			أنا مستاء من كثرة العلاجات	٢
				٦
			طول الانتظار في العيادة الصحية يجعلني عصبي المزاج	٢
				٧
			أشعر بالملل من الحمية الغذائية	٢
				٨
			أخشى على بصري من مرض السكري	٢
				٩
			أخاف من إصابتي بالفشل الكلوي	٣
				٠
			أخاف من إصابتي بجلطات قلبية أو دماغية	٣
				١

٣	أخشى من إصابتي بالجروح الجسمية		
٢			
٣	أشعر بالتوتر لإحساسي بأن مرض السكري يؤثر على القدرة الجنسية		
٣	أشعر بأن الآخرين لا يفهمون طبيعة مرضي		
٤			
٣	أخشى على أبنائي من مرض السكري		
٥			

ملحق رقم (٥)

اختبار لقياس السلوك الديني

بسم الله الرحمن الرحيم

☐

أنثى:

☐

الجنس: ذكر:

مدة الإصابة بالمرض:.....

الاخوة والأخوات (مرضى السكري) حفظكم الله ورعاكم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.....وبعد

أمامك اختبار يهدف إلى التعرف على مستوى السلوك الديني في الإسلام .
وهذا الاختبار مكون من "واجبات شرعية وسلوكيات دينية" وهي تتمثل في بعض العبادات والشرائع التي يجب على المسلم الالتزام بها وكذلك بعض الأفعال والأخلاق التي ينبغي على المسلم التمسك بها.

أرجو التكرم بالإجابة على فقرات الاختبار بصراحة وصدق وأمانة حسب إحساسك وتأثيرك بمرض السكري وكن واثقاً أن كل ما تذكره موضع سرية ولا يستخدم إلا للدراسة العلمية فقط ولكي تطمئن (لا داعي لذكر اسمك) .

داعياً المولى عز وجل أن يحفظكم ويرعاكم

ملاحظة : الرجاء وضع علامة (X) اسفل دائماً أو أحياناً أو نادراً بما يتفق مع مشاعرك الحقيقية دون ترك أي سؤال بدون إجابة حيث أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة .

الباحث

عبد الكريم سعيد رضوان
الجامعة الإسلامية - غزة

م.	الفقرة	دائماً	أحياناً	نادراً
البعد الاول: " واجبات دينية "				
١	أحافظ على قراءة القرآن الكريم وتلاوته			
٢	أحافظ على الأذكار والأوراد الدينية			
٣	أعتقد أن الأموال والحياة ليست مبلغ همي			
٤.	أحافظ على الشكر لله			
٥.	أحافظ على الدعاء لله			
٦.	أرضي بقضاء الله وقدره ولا أعترض على حكمة الله			
٧.	أخرج الزكاة المفروضة			
٨.	أبتعد عن المعاصي وأخاف من الله			
٩.	أبتعد عن الغيبة والنميمة والاطلاع على أعراض الناس			
١٠.	أحافظ على صلاتي في وقتها في اطمئنان وخشوع			
١١.	إذا أخطأت أستغفر الله وأتوب إليه وأعزم على ألا أعود			
البعد الثاني: "سلوكيات دينية"				
١	أكظم غيظي وأعفو عمن ظلمني			
٢	أحافظ على إمطة الأذى من الطريق			
٣	أصبر على البأساء والضراء			
٤	أحب مساعدة الآخرين			
٥	أحافظ على العلاقة الطيبة مع الآخرين			

٦	أحافظ على مخالطة الأتقياء والصالحين وأبتعد عن قرناء السوء		
٧	أستأذن أقاربي وأصدقائي قبل زيارتي لهم		
٨	أنهى الناس عن فعل المعاصي		
٩	أقول الحق ولو كان على نفسي		
١٠	أحب الخير للآخرين كما أحبه لنفسي		
١١	ألتزم بالصدق في جميع الأحوال وأحافظ عليه		

ملحق رقم (٦)

قائمة بأسماء المحكمين لاختبار السلوك الديني

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| ١- الدكتور / فؤاد العاجز | أستاذ مشارك - الجامعة الإسلامية . |
| ٢- الدكتور/ صالح الرقب | أستاذ مشارك - الجامعة الإسلامية . |
| ٣- الدكتور/ يونس الأسطل | أستاذ مساعد - الجامعة الإسلامية . |
| ٤- الدكتور/ يوسف الشرافي | أستاذ مساعد - الجامعة الإسلامية . |
| ٥- الدكتور/ إسماعيل رضوان | أستاذ مشارك - الجامعة الإسلامية |
| ٦- الدكتور/ احمد أبو حلبية | أستاذ - الجامعة الإسلامية |
| ٧- الدكتور/ حمدان الصوفي | أستاذ مساعد - الجامعة الإسلامية |
| ٨- الدكتور/ محمود أبو دف | أستاذ مشارك - الجامعة الإسلامية |
| ٩- الدكتور/ محمود الشوبكي | أستاذ مساعد - الجامعة الإسلامية |
| ١٠- الدكتور/ محمد الأغا | أستاذ مساعد - الجامعة الإسلامية |
| ١١- الدكتور/ محمد عسقول | أستاذ مشارك - الجامعة الإسلامية |
| ١٢- الدكتور/ نسيم ياسين | أستاذ مساعد - الجامعة الإسلامية |
| ١٣- الدكتور خليل الحية | أستاذ مساعد - الجامعة الإسلامية |
| ١٤- الدكتور/ عبد لرحمن الجمل | أستاذ مساعد - الجامعة الإسلامية |
| ١٥- الشيخ/ ناصر مدوخ | إمام وخطيب مسجد . |

ملحق رقم (٧)
اختبار لقياس السلوك الديني
بسم الله الرحمن الرحيم

الجنس: ذكر: ☐ أنثى: ☐

مدة الإصابة بالمرض:.....

الاخوة والأخوات (مرضى السكري) حفظكم الله ورعاكم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.....وبعد

أمامك اختبار يهدف إلى التعرف على مستوى السلوك الديني في الإسلام .
وهذا الاختبار مكون من "واجبات شرعية وسلوكيات دينية" وهي تتمثل في بعض العبادات
والشرائع التي يجب على المسلم الالتزام بها وكذلك بعض الأفعال والأخلاقيات التي ينبغي
على المسلم التمسك بها.
أرجو التكرم بالإجابة على فقرات الاختبار بصراحة وصدق وأمانة حسب إحساسك وتأثرك
بمرض السكري وكن واثقاً أن كل ما تذكره موضع سرية ولا يستخدم إلا للدراسة العلمية فقط
ولكي تطمئن (لا داعي لذكر اسمك) .

داعياً المولى عز وجل أن يحفظكم ويرعاكم

ملاحظة : الرجاء وضع علامة (X) اسفل دائماً أو أحياناً أو نادراً بما يتفق مع مشاعرك
الحقيقية دون ترك أي سؤال بدون إجابة حيث أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة .

الباحث

عبد الكريم سعيد رضوان

الجامعة الإسلامية - غزة

م.	الفقرة	دائماً	أحياناً	نادراً
١.	أشعر براحة نفسية عميقة عند قراءة القرآن الكريم			
٢.	أحرص على أن توافق أقوالي أفعالي			
٣.	أحافظ على أداء الصلاة في وقتها باطمئنان و خشوع			
٤.	أحرص على صلاة النوافل (مثل قيام الليل وصلاة الضحى....الخ)			
٥.	ألتزم بإخراج الزكاة في وقتها وأكون سعيداً بذلك			
٦.	أحافظ على صيام النوافل (مثل صيام عاشوراء والاثنين والخميس ويوم عرفة...الخ)			
٧.	أداوم على قراءة الأذكار و الأوراد الدينية (المأثورات)			
٨.	أكون سعيداً وأنا أبتهل إلى الله بالدعاء وشكره على نعمه			
٩.	أرحم الصغير و أوقر الكبير			
١٠.	إذا وقعت في معصية أبادر إلى الاستغفار و التوبة و الندم			
١١.	أحرص على الأمر بالمعروف و النهي عن المنكر			
١٢.	ألتزم بالصدق وأقول الحق ولو كان على نفسي			
١٣.	أحافظ على العهد و أوفي بالوعد			
١٤.	أصبر على البأساء و الضراء			
١٥.	أكظم غيظي و أعفوا عن ظلمي			

١٦	أحرص على مخالطة الأتقياء و الصالحين		
١٧.	أحب مساعدة الآخرين		
١٨.	أحرص على إمطة الأذى عن الطريق		
١٩.	أستأذن أقاربي و أصدقائي قبل زيارتي لهم		
٢٠.	أبتعد عن الغيبة والنميمة والخوض في أعراض الناس		

ملحق رقم (٨)
اختبار لقياس السلوك الديني

الجنس: ذكر: ☐ أنثى: ☐

مدة الإصابة بالمرض:

الاخوة والأخوات (مرضى السكري) حفظكم الله ورعاكم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.....وبعد

أمامك اختبار يهدف إلى التعرف على مستوى السلوك الديني في الإسلام .
وهذا الاختبار مكون من "فرائض وواجبات شرعية وسلوكيات دينية" وهي تتمثل في بعض
العبادات والشرائع التي يجب على المسلم أن يلتزم بها، وكذلك بعض الأفعال والأخلاقيات
التي ينبغي على المسلم التمسك بها.
أرجو التكرم بالإجابة على فقرات الاختبار بصراحة وصدق وأمانة حسب إحساسك وتأثرك
بمرض السكري وكن واثقاً أن كل ما تذكره موضع سرية ولا يستخدم إلا للدراسة العلمية فقط
ولكي تطمئن (لا داعي لذكر اسمك) .

داعياً المولى عز وجل أن يحفظكم ويرعاكم

ملاحظة : الرجاء وضع علامة (X) اسفل دائماً أو أحياناً أو نادراً بما يتفق مع مشاعرك
الحقيقية دون ترك أي سؤال بدون إجابة حيث أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة .

الباحث

عبد الكريم سعيد رضوان
الجامعة الإسلامية - غزة

م.	الفقرة	دائماً	أحياناً	نادراً
١.	أشعر براحة نفسية عميقة عند قراءة القرآن الكريم			
٢.	أحرص على أن توافق أقوالي أفعالي			
٣.	أحافظ على أداء الصلاة في وقتها باطمئنان و خشوع			
٤.	ألتزم بإخراج الزكاة في وقتها وأكون سعيداً بذلك			
٥.	أحافظ على صيام النوافل (مثل صيام عاشوراء والاثنين والخميس ويوم عرفة... الخ)			
٦.	أداوم على قراءة الأذكار و الأوراد الدينية (المأثورات)			
٧.	أكون سعيداً وأنا أبتهل إلى الله بالدعاء وشكره على نعمه			
٨.	أرحم الصغير و أوقر الكبير			
٩.	إذا وقعت في معصية أبادر إلى الاستغفار و التوبة و الندم			
١٠.	أحرص على الأمر بالمعروف و النهي عن المنكر			
١١.	أحافظ على العهد و أوفي بالوعد			
١٢.	أصبر على البأساء و الضراء			
١٣.	أكظم غيظي و أعفوا عمن ظلمني			
١٤.	أحرص على مخالطة الأتقياء و الصالحين			
١٥.	أحب مساعدة الآخرين			

			أحرص على إمطة الأذى عن الطريق	١٦.
			أستأذن أقاربي و أصدقائي قبل زيارتي لهم	١٧.
			أبتعد عن الغيبة و النميمة و الخوض في أعراض الناس	١٨.