الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد البشير الإبراهيمي – برج بوعريريج –
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس

==========+==========

=

الشعبة: علم النفس رقم التسجيل: .....

التخصص: علم النفس العيادي الرقم التسلسلي: .....

المرونة النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف

(دراسة ميدانية بـ مستشفى بوزيدي لخضر برج بوعريريج)

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في تخصص علم النفس العيادي

إعداد:

– نسرين طكوك.

– ياسمين شلالي.

نوقشت وأجيزت علنا في تاريخ: 2026/06/00أما اللجنة المتكونة من السادة

د.	جامعة محمد البشير الإبراهيمي – برج بوعريريج –	رئيسا
أ. د. قرين العيد	جامعة محمد البشير الإبراهيمي – برج بوعريريج	مشرفا ومقررا
د.	جامعة محمد البشير الإبراهيمي – برج بوعريريج	ممتحنا

السنة الجامعية: 2025 / 2026

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد البشير الإبراهيمي – برج بوعريريج –
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس

==========

الشعبة: علم النفس　　**رقم التسجيل:** .....

التخصص: علم النفس العيادي　　**الرقم التسلسلي:** .....

المرونة النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى

(دراسة ميدانية بمستشفى بوزيدي لخضر بولاية برج بوعريريج)

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في تخصص علم النفس العيادي

إعداد:

– نسرين طكوك

– ياسمين شلالي

نوقشت وأجيزت علنا في تاريخ: 2026/06/00أما اللجنة المتكونة من السادة

د. دمدوم ريمة	**جامعة محمد البشير الإبراهيمي – برج بوعريريج –**	**رئيسا**
أ. د. قرين العيد	**جامعة محمد البشير الإبراهيمي – برج بوعريريج**	**مشرفا ومقررا**
د. زهار جمال	**جامعة محمد البشير الإبراهيمي – برج بوعريريج**	**ممتحنا**

السنة الجامعية: 2025 / 2026

﴿... يَرْفَعِ اللهُ الذِينَ آَمَنُوا مِنْكُمْ

وَالذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ ...﴾

[سورة المجادلة: الآية 11]

شكر وتقدير

قبل كل شيء، نشكر الله ونحمده حمداً كثيراً يليق بجلاله وحسن مقامه وعظيم سلطانه، حمداً طيباً مباركاً، والذي خلقنا فأحسن خلقنا، وعلمنا ما لم نكن نعلم وأعاننا على إتمام هذا العمل..

والشكر كل الشكر والتقدير إلى من تفضل علينا بالإشراف والتوجيه والإنصات لجميع استفساراتنا إلى الأستاذ المحترم والدكتور:

العيد قرين جزاك الله علينا خير الجزاء.

ولا ننسى من قدم لنا يد العون والساعدة من قريب أو بعيد من بداية مشوارنا الدراسي إلى يومنا هذا.

راجين من المولى عز وجل أن يجازيهم علينا خير الجزاء، في الدارين.

إهداء

نـهدي ثمرة جهدنا في هذا العمل المتواضع

إلى كل طالب علم

إلى كل باحث في علم النفس

وعلم النفس العيادي

الطالبتان؛ شلالي، طكوك.

ملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين المرونة النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى، وكذا معرفة مستوى المرونة النفسية وجودة الحياة، ومعرفة دلالة الفروق في مستوى المرونة النفسية وجودة الحياة تبعا لبعض المتغيرات كمستوى البتر ، باستخدام المنهج الوصفي، بتطبيق مقياس المرونة النفسية إعداد كورنور ودفيديسون 2003، ترجمة رياض العاسمي ومقياس جودة الحياة إعداد مفلح بن محمد مفلح غالطي (2024)، على عيّنة قوامها (50) فرد من مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى، تم اختيارهم بطريقة غير العشوائية، بمستشفى بوزيدي لخضر بولاية برج بوعريريج، خلال الفترة الممتدة من جانفي 2026 إلى أفريل 2026، وأسفرت النتائج إلى ما يلي:

– بعد المرونة النفسية الأكثر استخداما لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى هو بعد سعة الحيلة والدهاء.

– بعد جودة الحياة الأكثر استخداما لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى هو بعد العلاقات الاجتماعية

–عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المرونة النفسية لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى حسب مستوى البتر(الإصبع، مقدمة القدم، الساق والفخذ)

– توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا بين المرونة النفسية وجودة الحياة

– وجود فروق ذات دلالة إحصائية. بين متوسطات جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى حسب مستوى البتر(الإصبع، مقدمة القدم، الساق والفخذ).

الكلمات المفتاحية: المرونة النفسية؛ جودة الحياة؛ مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى.

Abstract:

This study aimed to investigate the relationship between psychological resilience and quality of life among diabetic patients with lower limb amputations, as well as to identify the level of psychological resilience and quality of life, and to determine the significance of differences in the level of psychological resilience and quality of life according to certain demographic variables, using the descriptive approach, by applying the Psychological Resilience Scale developed by Connor and Davidson (2003), translated by Riyadh Al-Asmi, and the Quality of Life Scale developed by Mofleh Ben Mohammed Mofleh Ghalti (2024), on a sample of (50) diabetic patients with amputations, selected through a non-random method from Bouzidi Lakhdar Hospital in Bordj Bou Arreridj Province, during the period extending :from January 2026 to April 2026. The results revealed the following

The most commonly used dimension of psychological resilience among diabetic .patients with lower limb amputations was resourcefulness and ingenuity

The most commonly used dimension of quality of life among diabetic patients with .lower limb amputations was social relationships

There were no statistically significant differences between the mean scores of psychological resilience among diabetic patients with lower limb amputations according to .the level of amputation (toe, forefoot, leg, and thigh)

There were statistically significant differences between the mean scores of quality of life among diabetic patients with lower limb amputations according to the level of amputation .(toe, forefoot, leg, and thigh)

Keywords: Psychological resilience; Quality of life; Diabetic patients with lower limb amputations.

الرقم	الموضوع	الصفحة
01	الآية.....	
02	شكر وتقدير.	أ
03	الإهداء.	ب
04	الملخص باللغة العربية.	ت
05	الملخص باللغة الإنجليزية.	ث
06	فهرس المحتويات.....	ج
07	قائمة الجداول.....	خ
08	قائمة الأشكال.....	د
09	قائمة الملاحق.....	ذ
أولا: الخلفية النظرية والدراسات السابقة		
الفصل الأول: تقديم الدراسة		
01	تقديم.....	16
02	فرضيات الدراسة.....	18
03	أهداف الدراسة.....	18
04	أهمية الدراسة.....	19
05	دواعي اختيار الموضوع.....	19
06	تحديد مفاهيم الدراسة إجرائيا.....	20
07	الخلفية النظرية.....	21
08	الدراسات السابقة وأوجه الاستفادة منها.....	28
ثانيا: الدراسة الميدانية		
الفصل الثاني: الطريقة والأدوات.		
تمهيد.....		37
1.	**منهجية الدراسة ..**.....	37
2.	**الدراسة الاستطلاعية..**.....	37
1.2.	أهداف الدراسة الاستطلاعية.	38
2.2.	إجراءات الدراسة الاستطلاعية.....	38
3.2.	أدوات جمع البيانات للدراسة الاستطلاعية.....	38
4.2.	نتائج الدراسة الاستطلاعية.....	38

3.	**الدراسة الأساسية..**	39
.1.3	حدود الدراسة الأساسية.	39
.2.3	مجتمع وعينة الدراسة الأساسية .	39
.3.3	أدوات جمع البيانات للدراسة الأساسية	40
.4.3	تقنيات المعالجة الإحصائية المستعملة..	45
خلاصة..		45
الفصل الثالث: النتائج والمناقشة.		
تمهيد..		47
01	نتائج الدراسة الاعتدالية.	47
02	عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها..	49
03	الاستنتاج العام..	63
04	خلاصة.	64
05	مقترحات الدراسة..	64
قائمة المراجع..		67
قائمة الملاحق..		/

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	خصائص عينة الدراسة الأساسية.	39
02	الصدق المحكمي لمقياس المرونة النفسية	41
03	الصدق العاملي لمقياس المرونة النفسية	42
04	معامل ثبات مقياس المرونة النفسية بطريقة ألفا كرونباخ	42
05	معاملات ثبات مقياس المرونة النفسية بطريقتي (إعادة تطبيق المقياس والتجزئة	42
06	البنود النهائية التي تقيس كل بعد، وأعلى وأقل درجة لجودة الحياة	43
07	مستويات جودة الحياة	43
08	التوزيع غير الاعتدالي لتطبيق مقياس المرونة النفسية ومقياس جودة الحياة لدى	47
09	يمثل بعد المرونة النفسية الأكثر استخداما لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف	49
10	بعد جودة الحياة الأكثر استخداما لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى	51
11	دلالة العلاقة بين المرونة النفسية جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف	53
12	قيمة (اختبار كروسكال – واليس) لدلالة الفروق في المرونة النفسية لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى	57
13	يبين قيمة (اختبار كروسكال – واليس) لدلالة الفروق في جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى	60
14	نتائج المقارنات البعدية الثنائية بين المجموعات لتحديد مصدر الفروق في جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الاطراف السفلى حسب متغير مستوى البتر (الإصبع، مقدمة القدم، الساق والفخذ)	60

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	خصائص عينة الدراسة حسب مجموعة من المتغيرات	39
02	التوزيع غير الاعتدالي لتطبيق مقياس المرونة النفسية ومقياس جودة الحياة لدى	48

الرقم	عنوان الملحق
01	مقياس المرونة النفسية ومقياس جودة الحياة في صورته النهائية
02	الموافقة الرسمية على تطبيق الدراسة الميدانية
03	مخرجات برنامج (SPSS).

أولا: الخلفية النظرية والدراسات السابقة

القسم الأول: تقديم الدراسة

1. تقديم الدراسة.
2. فرضيات الدراسة.
3. أهداف الدراسة.
4. أهمية الدراسة.
5. دواعي اختيار الموضوع.
6. تحديد مفاهيم الدراسة إجرائيا.
7. الخلفية النظرية.
8. الدراسات السابقة وأوجه الاستفادة منها.

1. تقديم:

" ليست العبرة في طبيعة الصدمة التي تلقيناها، بل في الطريقة الديناميكية التي تستجيب بها بنيتنا النفسية لإعادة بناء جودة حياتنا من جديد." بوريس سيرولنيك (رواد مفهوم المرونة)

تعتبر المرونة النفسية وجودة الحياة من ابرز الموضوعات في مجال علم النفس المعاصر. خاصة في ميدان علم النفس الصحي، حيث تعتبر المرونة النفسية بماثبة قابلية التغيير في مجالات مختلفة منها (الاجتماعية والعلائقية والنفسية) لدى الفرد، وقدرته على التكيف مع مختلف المواقف الضاغطة التي قد تواجهه في حياته، ولهذا فالمرونة النفسية تمثل: خاصية مستمرة، تستمر بالتطور طوال عمر الفرد، وهي تشير إلى إستخدام طاقة إيجابية إنتاجية، لتحقيق الأهداف حتى في مواجهة الظروف المعاكسة والتحديات، وبالرغم من أن العديد من المرضى يتأثرون بنفس الظروف التي تساهم في فشلهم أو عدم قدرتهم على التكيف مع الإصابة، إلا أن بعضهم الآخر يختارون البقاء والإستمرار والإلتزام، فالمرونة النفسية عملية ديناميكية، يستخدم فيها الأفراد إستراتيجيات تكيف معينة عند التعرض لضغوطات، ناتجة عن الصعوبات والتحديات التي تواجههم خلال تعرضهم للبتر. (زكي، 2022)

وفي السنوات الأخيرة ظهر اتجاه جديد لعلم النفس سمي بعلم النفس الايجابي Positive Psychology أو علم النفس الحديث Modern Psychology بين علماء النفس ، وهو يتجاوز علم النفس التقليدي الذي يركز على الشذوذ والمرض وعلم الأمراض ويركز على الخبرات الذاتية الإيجابية وجوانب القوة في شخصية الإنسان لتعينه على مواجهة ضغوط الحياة وحل المشكلات وتحقيق الوجود الأفضل مثل السعادة Happiness والرفاهية النفسية Well-being والأمل Hope ومفاهيم أخرى إيجابية مثل المرونة النفسية Psychological Resilience وهي واحدة من هذا الفرع الجديد لعلم النفس. (رامز، 2014)

ولا شك ان العقود الاخيرة قد شهدت تزايد كبير في الضغوطات والتغيرات المختلفة في كل انحاء العالم، اثرت بشكل واضح على حياة الانسان، مما اسفرت عن تزايد نسبة الاصابة بالامراض المزمنة، وخاصة داء السكري. اذ يمثل بصفته هذا الاخير احد التحديات العالمية المزمنة، والتي قد يمتد تأثيرها لبعد اعمق يمس الجوانب النفسية والجسدية، ويصل في مراحل عديدة الى بتر احد الأطراف، وخاصة بتر الاطراف السفلى، اذ تصنف تجربة البتر من اخطر انواع الازمات السريرية التي قد تواجه الاخصائي النفساني العيادي في الوسط الاستشفائي.

ومن ثمة تلعب المرونة النفسية دورا هاما في تحديد مدى قدرة مبتوري الاطراف السفلى، على التكيف مع الصعوبات المشكلات والمواقف الضاغطة التي تواجههم في حياتهم جراء بتر أحد الاطراف السفلى.

وعلى قدر ما تتمتع به المرونة النفسية من أهمية بوصفها من السمات الإيجابية في شخصية الفرد، فإن جودة الحياة كذلك تعد من المفاهيم الحديثة الهامة في علم النفس الإيجابي والتي تعكس شعور الفرد بالسعادة والراحة والرضا بوجه عام، وتنصب بشكل محوري على تقبل الفرد للوضع القائم من حوله والرضا عنه بما ينعكس على صحته، فهي حالة إيجابية ترتبط بالصحة الجسدية والنفسية لدى الفرد. (خلوفة وآخرون، 2022)

فقد كان لعلم النفس السبق في فهم وتحديد المتغيرات المؤثرة على جودة حياة الإنسان. ويرجع ذلك في المقام الأول إلى أن جودة الحياة في النهاية هي تعبير عن الإدراك الذاتي لتلك الجودة. فالحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها. فالجودة هي انعكاس للمستوى النفسي ونوعيته وإن ما بلغه الإنسان اليوم من الرقي، هو انعكاس لسعيه وراء تحقيق مستوى معين من جودة الحياة، ولكي يعيش الإنسان حالة رضا عن حياته، لابد من توافر مقومات هذه الحياة التي تتصدى لتشمل كل مايحسن نوعيتها ويتلاءم مع إمتيازه عن باقي المخلوقات، وعليه فإن الشعور برضا عن الذات وتقديرها، وإحترام الناس لها يعد من مؤشرات الحياة التي يسعى لها الإنسان. (حمزاوي وجلول، 2023)

و بالنظر في التراث السيكولوجي الذي تناول هذين المتغيرين، انقسمت الأدبيات المعرفية إلى مسارين: المسار الأول: ركز على دراسة "المرونة النفسية" و المسار الثاني: اهتم بقياس "جودة الحياة" لدى فئات مبتوري الأطراف، وقد نال متغيري المرونة النفسية وجودة الحياة اهتماما واسعا من قبل بعض الباحثين مثل دراسة (سامية نتاري) التي أكدت على وجود مستوى مرتفع من المرونة النفسية لدى مرضى السكري من النوع الأول، وكذا (دراسة براهمية وآخرون) التي ذكرت أن مستوى جودة الحياة لدى الراشد المصاب بداء السكري منخفض. وكذلك نجد أن للمرونة النفسية صلة وثيقة بجودة الحياة استنادا على دراسة (راشد على السهل وآخرون) وكذا دراسة (الدويري والسفاسفة) التي أثنت على العلاقة الإيجابية بين المرونة النفسية وجودة الحياة.

ومن خلال القراءة النقدية للدراسات السابقة نجد أن هناك وجود فجوة علمية تلازمية بين المتغيرين؛ فالأبحاث السابقة – لا سيما في البيئة الأكاديمية الجزائرية وفي ولاية برج بوعريريج بشكل خاص– نادراً ما جمعت بين (المرونة النفسية وجودة الحياة) في إطار تفسيري أو ارتباطي أو علائقي واحد يخص تحديداً مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلية. اذ نجد أن كل متغير درس بشكل منفصل، مما ترك

فجوة في فهم "الديناميكية التفاعلية" بينهما. كما أن الدراسا السابقة إما تناولة أحد المتغيرين دون بتر، أو تناولت البتر بمعزل عن مرض السكري كمسبب رئيسي.

وعلى ضوء ما سبق، وبناء على هذا الترابط الممنهج والفجوة العلمية السابقة بين المتغيرين (المرونة النفسية وجودة الحياة) نطرح التساؤلات الآتية:

– ما هو بعد المرونة النفسية الأكثر استخداما لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى؟

– ما هو بعد جودة الحياة الأكثر استخداما لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى؟

أسئلة الدراسة:

– هل توجد علاقة بين المرونة النفسية جودة الحياة لدى مرضي السكري مبتوري الأطراف السفلى؟

– هل توجد فروق بين متوسطات المرونة النفسية لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى حسب مستوى البتر؟

– هل توجد فروق بين متوسطات جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى حسب مستوى البتر؟

2. فرضيات الدراسة:

بناء على تساؤلات الدراسة وللإجابة عليها تمت صياغة الفرضيات التالية:

– بعد المرونة النفسية الأكثر استخداما لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى هو بعد الغرض أو الهدف.

– بعد جودة الحياة الأكثر استخداما لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى هو بعد التكيف البيئي والصحة.

– توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المرونة النفسية جودة الحياة لدى مرضي السكري مبتوري الأطراف السفلى عند قيمة (α=0.05).

– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المرونة النفسية لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى حسب مستوى البتر(الإصبع، مقدمة القدم، الساق والفخذ)عند قيمة (α=0.05).

– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى حسب مستوى البتر(الإصبع، مقدمة القدم، الساق والفخذ)عند قيمة (α=0.05).

3. أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

– تحديد البعد الاكثر استخداما في المرونة النفسية لدى عينة الدراسة

– تحديد البعد الاكثر استخدامها في جودة الحياة لدى عينة الدراسة

– معرفة طبيعة العلاقة بين متغيري المرونة النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف

– الكشف عن الفروق في متوسطات المرونة االنفسية حسب متغير مستوى البتر

– الكشف عن الفروق في متوسطات جودة الحياة حسب متغير مستوى البتر

4. أهمية الدراسة:

– تحظى هذه الدراسة بأهمية بالغة من خلال العلاة التي تربط متغيراتها (المرونة النفسية وجودة الحياة) بالعينة المدروسة (مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى)، وتتجلى هذه الأهمية فيما يلي:

– الأهمية النظرية:

– اظهار مدى أهمية المرونة النفسية لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى على مختلف المستويات منها الاجتماعية والنفسية، والصحية، والأسرية، وغيرها، والتي تؤثر بدورها على حياتهم العامة والخاصة.

– اظهار مدى أهمية جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى على مختلف المستويات منها الاجتماعية والنفسية، والصحية، والأسرية، وغيرها، والتي تؤثر بدورها على حياتهم العامة والخاصة.

– توفير قاعدة بيانات حول هذه الفئة من المرضى (مرضى السكري مبتوري الأطراف).

– الأهمية التطبيقية:

– إثراء البحوث وفتح المجال لإجراء العديد من الدراسات في هذا الجانب، على ضوء ما تتوصل إليه هذه الدراسة.

– إضافة علمية ومرجع ذات فائدة للأخصائيين والباحثين والمهتمين لتقديم الخدمات والمساعدات اللازمة من برامج علاجية وإرشادية لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف.

– تقديم إقتراحات ومجموعة من التوصيات التي قد تساعد في رفع مستوى المرونة النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف.

5. دواعي اختيار الموضوع:

لابد لأي دراسة علمية تربوية من أسباب تدفع الباحث لاختيار موضوع ما دون سواه لأسباب ذاتية أو موضوعية، وأن اختيارنا لهذا الموضوع كأن للأسباب التي نلخصها في ما يلي:

1.5. أسباب ذاتية:

– اهتمام الباحثتين بفئة الأشخاص المصابين بمرض السكري الذين تعرضوا للبتر

– قلة الدراسات في هذا الموضوع في بيئتنا المحلية (بولاية برج بوعريريج)، وذلك حسب اطلاعاتنا

2.5. أسباب موضوعية:

– تزايد حدوث وانتشار موضوع البتر بصورة كبيرة وواسعة في مجتمعنا الحالي

– فهم نظرة مبتوري الأطراف لذواتهم ونقديرهم لها في هذه المرحلة نتيجة البتر وما ينعكس في حياتهم الشخصية

– كما ان من دواعي وأسباب اختيارنا لهذا الموضوع كونه اهتم بدراسة فئة تعاني من آلام جسمية ونفسية كبيرة (مرضى السكري مبتوري الأطراف)

6. تحديد مفاهيم الدراسة إجرائيا:

1.6. المرونة النفسية إجرائيا: يقصد بالمرونة النفسة في دراستنا هذه أنها الدرجة الكلية التي يحصل عليها الفرد من عينة الدراسة (مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى)، من خلال الاستجابة لعبارات وأبعاد مقياس المرونة النفسية المطبق (لكورنور دافيدسون 2003، ترجمة رياض العاسمي).

كما يمكن تعريف المرونة النفسية من خلال أبعاد أداة جمع البيانات المطبقة المتمثلة في:

التفاؤل: يعني الحفاظ على النظرة الإيجابية مع الآخرين. (سامية نتاري، 2024، ص 37)

الجرأة والشجاعة: يقيس هذا البعد قدرة الفرد على البدئ في تحدي الأحداث ومواجهتها وعدم الخوف منها والقدرة على حل الصراعات داخل نفسه، والاقدام دون تردد على حل المشكلات في حياته بكل ثقة وشجاعة. (شنشوني وعمراوي، 2024، ص26)

سعة الحيلة والدهاء: هي قدرة الفرد على إيجاد حلول للمشكلات التي تواجهه من خلال مجموعة من المهارات المعرفية السلوكية، وقدرته على اتخاذ قرارات صائبة وفعالة لحضة تعرضع للمواقف الصعبة والضاغط، وكذلك البحث عن المساندة الاجتماعية من أجل تقليل التوتر. (عبد اللطيف وآخرون، 2016، ص ص 321–335)

الغرض أو الهدف: ويقصد به تسخير القدرات من أجل تحقيق الأهداف والطموحات.(المنتشري، 2020، ص195)

2.6. جودة الحياة إجرائيا: تعتبر جودة الحياة في دراستنا هذه بأنها الدرجة الكلية من عينة الدراسة (مرضى السكري)، من خلال الاستجابة لعبارات وأبعاد مقياس جودة الحياة المطبق (لمفلح بن محمد مفلح

غالطي، 2024)، كما يمكن تعريفها من خلال الأبعاد التالية: تقبل الذات والسعادة، العلاقات الاجتماعية، الاستقلالية، التكيف البيئي والصحة، الغرض من الحياة، النمو والتطور الشخصي.

- **تقبل الذات Self–Acceptance:** ويشير إلى القدرة على تقبل الذات بما تشكله من قدرات وإمكانيات، ونضج شخصي، والاتجاه الإيجابي نحو الذات ونحو الماضي.

- **الاستقلالية Autonomy:** وتعني قدرة الفرد على تقرير مصير الذات الاعتماد على الذات، القدرة على ضبط وتنظيم السلوك الشخصي أثناء التفاعل مع الآخرين.

- **العلاقات الإيجابية مع الآخرين Positive Relations with others:** وتشمل القدرة على إقامة علاقات اجتماعية متبادلة مع الآخرين قائمة على الثقة والتواد، القدرة على الأخذ والعطاء والتعلم من الآخرين.

- **الحياة الهادفة Purpose in Life:** وتعني أن يكون للمرء هدف في الحياة، ورؤية واضحة توجه تصرفاته وأفعاله نحو تحقيق هذا الهدف مع المثابرة والإصرار وتنحية كل المنغصات التي قد تحول دون تحقيق ذلك الهدف.

- **النمو الشخصي Personal Growth:** ويشير إلى قدرة الفرد على تنمية قدراته وإمكانياته الشخصية لإثراء حياته الشخصية.

- **الكفاءة البيئية Environmental Mastery:** وتعني القدرة على اختيار وتخيل البيئات المناسبة له، والمرونة الشخصية أثناء التواجد في مختلف السياقات البيئية.

7. الخلفية النظرية:

1.7.المرونة النفسية:

1.1.7. مفهوم المرونة النفسية لغة: استند اللغوي ابن المنظور في أشهر كتبه "لسان العرب" على أن مرجع كلمة المرونة يعود إلى الفعل "مرن"، اذ يجمع هذا الأخير بين مفهومين متضادين "الليونة والصلابة"، ةتعن يبمعنى آخر أن يكون الشيء لينا في قوامه لكنه في نفس الوقت يكون صلابا في مواجهته ومقاومته.(ابن منظور، 1991، ص403)

- **أما اصطلاحا:** وتعني الليونة، شدة المقاومة، ويقصد بها قدرة شخص أو منظومة اجتماعية على التعامل بنجاح مع ظروف الحياة المرهقة أو العواقب السلبية للتوتر. كما عرفتها **الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA)** بأنها: "عملية التوافق الجيد والمواجهة الإيجابية للشدائد، الصدمات، النكبات أو الضغوط

النفسية العادية التي يواجهها البشر مثل مشكلات العلاقات مع الآخرين، المشكلات الصحية الخطيرة، ضغوط العمل أو المشكلات المالية.(بوكحيل وشخاب، 2024، ص43)

عرف **لويد سيدر** بأن مصطلح المرونة نشأ أصلًا في مجال علوم الفيزياء، ويعني قدرة المادة على العودة إلى حالتها الأصلية بعد تعرضها لحالة من الضغط الشديد أو الحرارة الشديدة أو أي قوة خارجية أخرى، ويرى أنه من المفاهيم الراقية التي يجب تبنيها في التعامل مع الطبيعة البشرية لكونه يدل على قدرة المرء على العودة إلى الحالة التي كان عليها قبل تعرضه لخبرة الصدمات أو الكوارث أو الأخطار المهددة.(بوزيان، 2022، ص1214).

وتعرفها **أصايل خلوفة وآخرون(2022)** بأنها سمة شخصية تتوسط التأثيرات السلبية للضغوط وتعزز عملية التكيف، وتتضمن خمس سمات، هي (الرأي المتوازن عن الحياة، الإحساس بالهدف من الحياة، مواجهة العقبات، قبول الفرد لحياته، الإيمان بالذات). كما تعرف المرونة النفسية في الدراسة الحالية من خلال الدرجة التي تحصل عليها طالبات الدراسات العليا من أفراد عينة الدراسة على مقياس المرونة النفسية المستخدم في الدراسة الحالية.

كما تعرف المرونة النفسية بأنها القوة الديناميكية للفرد التي تساعد الفرد على مواجهة الصعاب وحل المشاكل ومواجهة الضغوط الحياتية، كما تساعد الفرد على استعادت التوازن النفسي الخاص به وكذا ضبط انفعالاته بعد مواجهته لصدمات مفاجئة.(آل شويل ونصر، 2012، ص5)

وتعتبر المرونة النفسية من جانب آخر أنها الدرجة التي يحصل عليها المفحوص من خلال الإجابة على مقياس المرونة الذي أعد لهذا الغرض.(المحتسب وآخرون، 2017، 174).

ومن خلال التعاريف السابقة للالمرونة النفسية يمكن القول بأنها قابلية الفرد على التكيف مع مختلف المواقف الضاغطة، اي الدمج بين الليونة والصلابة في آن واحد، وتشمل استطاعة الفرد على العودة لحياته الأصلية او شبه الاصلية بعد مواجهته لصدمات او مشكلات حياتية بمختلف انواعها(علائقية، صحية، مهنية، مالية)

2.1.7. النظريات التي فسرت المرونة النفسية: اختلفت تفاسير المرونة النفسية من نظرية إلى أخرى ومن نموذج لآخر:

– **نظرية ريتشارد سون (Richardson):** تعتبر من أول النظريات التي درست مفهوم المرونة النفسية، إذ عرفت هذه النظرية المرونة بأنها القوة التي توجد داخل كل فرد، والتي تدفعه إلى تحقيق الذات والإيثار والحكمة، ويكمن الفرض الأساسي لهذه النظرية في فكرة التوازن البيولوجي النفسي الروحي (التوازن)، وهو

--الذي يسمح لنا بالتكيف (الجسم والعقل والروح) مع ظروف الحياة الحالية.(بن نهار وبلقرينات، 2021، ص 18)

- **نظرية المرونة لميكينبيوم Michenbaum:** أسس ميكينبيوم فن ومهارات مواجهة وتحدي الشدائد، إذ أن هذه النظرية تعتمد على التمرين والتدريب على المرونة في وجه الصعوبات والتحديات التي تعيق الفرد، وشبيهة بالمناعة التي يكتسبها جسد الفرد ضد الأمراض وتقوم على التصدي ومجابهة المحن والمصائب من خلال برنامج يتم تعليم الأفراد به طرق التعامل مع تنوع الظروف القاسية، وهذا الأسلوب يتميز بتنوع كبير في الأساليب للمجابهة والتحدي وذلك لوجود مراعاة للفروق الفردية والثقافية للأفراد (عثمان، 2022، ص 148).

- **النظرية التحليلية التقليدية:** يعزو قائد هذه النظرية "فرويد" القدرة على تحقيق التوافق النفسي، التصدي لأزمات الحياة إلى النمو الصحيح والسليم لمكونات الجهاز النفسي (الهو والأنا، والأنا الأعلى)،إذ تعمل الأنا القوية كلبنة أساسية في تحقيق التوازن بين مقتضيات "الهو" وضوابط "الأنا العليا"، وإن الدعم المستمر لها يكون بزيادة مشروطة لمدى الفاعلية المبينة لتلك البرامج المستمرة في مجال الرعاية النفسية لدى الشباب، والتحوط عليهم بما يكسبهم مناعة ووقاية تساعدهم في مواجهة الأحداث الصادمة ومخاطر الحياة التي تعترض مسار نموهم، وهكذا، فإن المنافسة من أجل التمويل العام للتدخلات المبنية على التأهيل المجتمعي لدى الشباب بما في ذلك متطلبات استرجاع ما صرف من نفقات والتي تعتبر شرطاً أساسياً لتحقيق النتائج الإيجابية المرجوة، والتي توثقها تلك المؤسسات والوكالات الممولة، والتي ترفقها أساساً لتحقيق أرباحاً طائلة على المدى الطويل لدى أهم فئات المجتمع إنتاجاً في الميدان الاجتماعي والنفسي ألا وهم الشباب، لذلك فإن الأصل في ترشيد الدخل أو العائد من تلك النشاطات التأهيلية المجتمعية يكون في مدى توافر الأدوات المطلوبة لتقييم تأثير تلك البرامج التأهيلية لدى الشباب لمساعدتهم في إعادة تكيفهم مع ما يواجهونه من أحداث صادمة أو غير مواتية لنموهم في الحياة من خلال برامج الإرشاد النفسي والصحة النفسية للتأهيل المجتمعي لدى الشباب، وهو ما يتطلب الإشراف عليها، والإعداد لها، وتنفيذها، ومتابعتها، وتقويمها باستمرار على المدى المنظور والمدى البعيد (جبار وآخرون، 2017، ص ص 54-55) .

- **نظرية آدلر (Adler ,Theory):** افترض آدلر وجود أربعة أساليب أساسية للحياة يتبناها الناس للتعامل مع المشكلات وهي (النمط المسيطر، والنمط المعتمد أو الأخذ، والنمط المتجنب، والنمط المميز اجتماعياً)، فالمرونة النفسية استناداً إلى وجهة نظر آدلر تعتمد على مدى تغيير الفرد لأساليب حياته وفقاً

لمستجدات الواقع والمصلحة الاجتماعية بما يحقق له سد ثغرات نقصه من أجل بلوغ مستويات أعلى من النمو النفسي والتكيف للواقع الاجتماعي.(طراد، 2021، ص 87)

- **نظرية كارفر Carver 1998**: البداية كانت عندما قام كل من Ickovics & Park بتوسيع نموذج ما بعد المرض الى الصحة بعنوان الانتعاش Thriving حيث قدموا عدداً من البراهين التي تشبه المرونة ، من قبل الجدال بأن الضغوط في الواقع تدعم أداء الشخص فقد عرفا الانتعاش هو التحرك الفعال للفرد والموارد الاجتماعية بالاستجابة للخطر أو التهديد ، مما يؤدي الى نتائج ايجابية عقلية أو بدنية أو النتائج الاجتماعية الايجابية. وعرف كارفر المرونة على انها قدرة الناس على الارتداد بعد التعرض لازمة معينة (العودة الى الحالة السابقة) ، ويشير الى مفهوم الانتعاش بانه اكتساب مهارات جديدة ومعرفة جديدة (التعلم عن أنفسهم ، وتعليم مهارات تعامل جديدة) من ثقة جديدة والاحساس بالسيطرة وتعزيز العلاقات بين الاشخاص.(الزهيري، 2012، ص 62)

- **النظرية الإنسانية (كارل روجرز)**: يركز هذا المنظور على أهمية نظرة الفرد لذاته، ومشكلاته الأساسية وفاعليته وحريته في اتخاذ قراراته لحل مجهدات الحياة، ويركز بصفة عامة على البحث عن الطرق التي تؤدي بالفرد إلى التكيف وتحقيق أقصى فاعلية لذاته. كما تدقق نظرية روجرز على قدرة الفرد على فهم ذاته وتحقيقها من خلال اتخاذ قرارات فعالة وواعية تنبع من إدراك داخلي صادق، وهذا ما يتقاطع بوضوح مع مفهوم المرونة النفسية التي تشير الى قدرة الفرد على التكيف مع المواقف الصعبة بشكل مرن ومتزن.(بوشحدان وآخرون، 2025، ص26)

- **المنظور الوجودي existential perspective**: تعتبر النظرية الوجودية الإنسان بوصفه وجوداً اجتماعياً وبيولوجياً، وسيكولوجياً، وأهم مهمة بالنسبة له هي البحث عن معنى، وتركز هذه المدرسة بصفة عامة على أهمية الخبرة الذاتية للفرد ومشكلاته الأساسية وفاعليته معها وحريته في اتخاذ قراراته لحل مشكلاته كما تركز بصفة عامة إلى كشف السبل التي تؤدي بالفرد إلى التكيف وتحقيق أقصى فاعلية لذاته. وأشارت Kobasa إلى أن المرونة عامل حاسم في تحديد كيف يتعامل الناس مع صعوبات الحياة، وأن الأشخاص المرنين يميلون إلى إظهار السلوك التكيفي في مجال الأخلاق والأداء الاجتماعي والصحة الجسمية.(بن شعاعة، 2020، ص 18)

- **نموذج كوفي (Covey)**: يرى هذا النموذج أن المبادئ والأساسيات الدائمة والمستمرة التي تقوم بتعزيز المرونة النفسية هي التي ينبع منها الاخراط في الحياة والعمل بطريقة هادئة ومتأنية، وهذه المبادئ تتدرج كالتالي:

• النشاط والفاعلية: وتتضمن قدرة الفرد على تحمل مسؤولية أفعاله.

• أن يبدأ الفرد يومه بتفهم عميق ومدروس لما يجري حوله: والتي تتضمن توضيح القيم والأولويات قبل اختيار الأهداف.

• تعامل الفرد مع الأعمال الهامة قبل المهمة: من خلال تنظيم الوقت وإدارته وحسن استثماره.

• توظيف العقل لتحصل على ما تريد من مكاسب: عن طريق البحث عن المنافع المتبادلة.

• أن يفهم الفرد وأن يكون مفهوماً: وهي تعني احترام الفرد لآراء الآخرين ومحاولة فهم وجهة نظرهم. (العزري، 2016، ص19)

2.7. جودة الحياة:

1.2.7. مفهوم جودة الحياة لغة: من الفعل جود والجيد نقيض الرديء، وأيضاً جاد الشيء جُودةً وجُؤوداً أي صار جيداً وأجاد وجاد أتى بالجيد من القول والفعل. (بلول وعلة، 2016، ص 172)

واصطلاحا:عرف **عابد (2025)** جودة الحياة بأنها مفهوم يحتوي على مجموعة من العوامل التي تؤثر في رفاهية الأفراد والشعور بالرضا عن الحياة بشكل عام، وتتأثر جودة الحياة بالعديد من الجوانب مثل الصحة الجسدية والعقلية، والعلاقات الاجتماعية، والظروف الاقتصادية، بالإضافة إلى التجارب الشخصية التي يعيشها الفرد.

وهي مجموع الظروف الصحية والحالة النفسية والعلاقات العائلية والاجتماعية الجيدة ومدى توفر السبل ووسائل الراحة والرفاهية للمرأة والتي تحقق لها حياة صحية جيدة جسمياً ونفسياً، مع إمكانية التواصل الايجابي والفعال في محيطها الاجتماعي والمهني. (معارفة ولعور، 2023، ص 148)

كما ذكر **Dennis et al (1993)** بأن جودة الحياة هي عبارة عن اكتفاء الإنسان بمتطلبات حياته وفقاً لخبراته في هذا العالم، وهذه الخبرات هي الاكتفاء بالحاجات المادية، والتربية والتعليم والصحة ونظافة البيئة وسهولة المواصلات واتساع فرص زيادة الدخل وتوافر فرص التعليم وحرية التعبير عن الرأي، ويرى **(Gianias, 1998)** أن جودة الحياة هي المتوسط الوزني لمجموعة وسائل الرفاهية والمتعة مثل الأجر والسكن والعمل والصحة. (بوعمامة، 2019، ص347)

كما عبر **ليتوني** عن جودة الحياة بكونها لا تشمل تحليل الصعاب والتصدي للعقبات والأمور السلبية فقط، بل تتعدى إلى تنمية النواحي الإيجابية. (بسرة، 2019، ص 11)

وتعرف موسوعة علم النفس جودة الحياة على أنها مفهوم ذو أبعاد عديدة لخصتها على أنها سبعة محاور تمثل في مجموعها جودة الحياة وذلك للأغراض تيسير البحث والقياس وهي كالآتي: التوازن

الانفعالي، حيث يتمثل في ضبط الانفعالات الإيجابية والسلبية كالحزن والكآبة والقلق والضغوط النفسية للحالة الصحية للجسم، والاستقرار المهني حيث يمثل الرضا عن العمل أو الدراسة بعداً هاماً في جودة الحياة، الاستقرار الأسري وتواصل العلاقات داخل البناء العائلي، استمرارية وتواصل العلاقات الاجتماعية خارج نطاق العائلة، الاستقرار الاقتصادي وهو ما يرتبط بدخل الفرد الذي يعينه على مواجهة التواؤم الجنسي ويرتبط ذلك بما يتعلق بصورة الجسم وحالة الرضا عن المظهر والشكل العام. (بن عيسى وبن تليس، 2023، ص38)

ومن خلال هذه التعاريف يمكن القول بأن جودة الحياة تشمل ابعاد متعددة تفسر مدى قناعة الفرد ورضاه عن حياته وفقا لخبراته الذاتية والموضوعية، وتتحدد من خلال التكامل الصحي النفسي والجسدي ومدى اشباع الفرد لمتطلباته وتحقيق الرفاهية... وغيرها وذلك من اجل تحقيق التوازن والاستقرار والشعور بالسعادة

2.2.7. الأتجاهات المفسرة لجودة الحياة:

الاتجاه المعرفي: قام الاتجاه المعرفي في تفسيره لجودة الحياة بالارتكاز على فكرتين أساسيتين هما:

الفكرة الأولى: أن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بجودة الحياة.

الفكرة الثانية: في إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أثراً من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة. (رزق الله وأخرون، 2023، ص32).

وقد اندرج تحت هذا الاتجاه مجموعم من النظريات من بينها:

نظرية لاوتين1997: طرح لاوتن مفهوم طبيعة البيئة، ليوضح فكرته عن جودة الحياة وهي تدور حول الآتي: إن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفين هما:

الظرف المكاني: أن هناك تأثير للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة حياته، وطبعاً البيئة في الظرف المكاني لها تأثيرات أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلاً والآخر تأثيره غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضا الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

الظرف الزماني: إن إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجابية كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته. (براهمبة وآخرون، 2024، ص17)

- **نظرية رايف 1999:** تدور نظرية "رايف" حول مفهوم السعادة النفسية إذ أن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددها رايف بستة أبعاد يضم كل بعد ست صفات تمثل هذه الصفات نقاط لتحديد معنى السعادة النفسية.

- البعد الأول: الاستقلالية تمثل قدرة الشخص على اتخاذ القرارات، يكون مستقل بذاته.

- البعد الثاني: التمكن البيئي.

- البعد الثالث: النمو الشخصي.

- البعد الرابع: العلاقات الإيجابية مع الآخرين.

- البعد الخامس: تقبل الذات.

- البعد السادس: الهدف من الحياة.

ولقد بين "رايف" أن جودة حياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة الأزمات التي تظهر في مراحل حياته المختلفة وأن تطور مراحل الحياة هو الذي يحقق سعادته النفسية التي تعكس شعوره بجودة الحياة. (بن جخنون وزوايمية، 2021، ص 20-21)

- **الاتجاه السلوكي:** يركز على أن الشباب مرحلة انتقالية تسيطر على الوعي والسلوك والتطور ويحدد المدخل عدداً من السمات لهذه المرحلة من أهمها التوتر بين الذات والمجتمع. فتقييم الشاب للأوضاع من حوله يزيد من وعي الصراع المحتمل، كما يزيد من وعي الصراع المحتمل، كما يزيد من التناقض والافتقار إلى الانسجام والتطابق بين ما يكون عليه الفرد بالفعل وبين موارد المجتمع ومتطلباته. (زدادقة، 2020، ص30)

- **الاتجاه النفسي:** إن الحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها حتى أن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته كالدخل، المسكن العمل والتعليم يمثل انعكاساً مباشراً لأدراك الفرد لجودة حياته في وجود هذه التغييرات بالنسبة للفرد وذلك في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة، ويظهر ذلك في مستوى السعادة والشقاء الذي يكون عليه، ويرتبط مفهوم جودة الحياة بالعديد من المفاهيم النفسية منها: القيم، الإدراك الذاتي، الحاجات ومفهوم الاتجاهات، مفهوم الطموح، مفهوم التوقع إضافة إلى مفاهيم الرضا التوافق، الصحة النفسية ويرى البعض أن جوهر جودة الحياة يكمن في إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة، وذلك وفقا لمبدأ إشباع الحاجات في نظرية أبراهام ماسلو. (براهمية وآخرون، 2024، ص17)

- **الاتجاه الإنساني: Humanistic Perspective:** يرى المنظور إنساني أن فكرة جودة الحياة تستلزم دائماً الارتباط الضروري بين عنصرين لا غنى عنهما:

1- وجود كائن حي ملائم .

2- وجود بيئة جيدة يعيش فيها هذا الكائن، ذلك لأن ظاهرة الحياة تبرز إلى الوجود من خلال التأثير المتبادل بين هذين العنصرين، فهناك البيئة الطبيعية والتي تتمثل بالموارد الطبيعية التي تشكل مقوماً حياة الفرد، وهناك البيئة الاجتماعية، وهي التي تضبط سلوك الأفراد والجماعات طبقاً للمعايير السائدة في المجتمع، فجودة البيئة الاجتماعية تتحقق بمقدار امتثال الأفراد لهذه المعايير وعدم خروجهم عنها، كما أن هناك البيئة الثقافية، التي تقاس جودتها بقدر الفرد على صنع بيئة حضارية مادياً ومعنوياً. لقد أكد هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على "مفهوم الذات Self concept" وقد بين أن حقيقة الحياة إنسانية تنطوي على إمكانيات هائلة لتحقيق أفضل المستويات للتطور والارتقاء في الحياة . (قوناس اسماعيل، 2022، ص67_68)

8. الدراسات السابقة:

8. 1. الدراسات السابقة المتعلقة بالمرونة النفسية:

- **دراسة زهرة سعودي (2018):** بعنوان "مستوى المرونة النفسية لدى الراشد مبتور الأطراف" ، حيث هدفت إلى الكشف عن مستوى المرونة النفسية لدى الراشد مبتور الأطراف ومعرفة مستوى كل بعد، واعتمدت على المنهج العيادي(دراسة حالة) مستخدمة في ذلك اختبار الروشاخ ومقياس المرونة النفسية والمقابلة العيادية نصف موجهة والملاحظة العيادية على عينة تتكون من 3 حالات من المصابين، وتوصلت إلى ان الراشد مبتور الأطراف لديه مستوى مرتفع من المرونة الفسية، وأنه لديه مستوى مرتفع في كل من البعد: الانفعالي، الاجتماعي، العقلي والديني.

_ **دراسة سامية بوزيان (2022):** قامت بإجراء دراسة بعنوان "مستوى المرونة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول"، حيث سعت إلى التعرف على مستوى المرونة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول وكذا التعرف على القروق القائمة بين الجنسيس (ذكر، انثى). واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، كما استخدمت أدوات مثل مقياس السلوك الصحي ومقياس المرونة النفسية، وتم تطبيقها على عينة بلغ عددها (41مريض ومريضة بالسكري من النوع الأول). وقد أسفرت النتائج عن وجود مستوى مرتفع من المرونة النفسية ومستوى مرتفع من السلوك الصحي لدى مرضى السكري المصابين بالنوع الأول، كما ذكرت أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات

درجات مرضى السكري على كل من مقياس المرونة النفسية ومقياس السلوك الصحي التي تعزى لمتغير الجنس.

_ **دراسة سلاف مترينـي، خليدة صوالحي (2024):** تناولت موضوع "المناعة والمرونة النفسية لدى مرضى السكري"، وهدفت إلى معرفة العلاقة بين متغيري المناعة والمرونة النفسية لدى مرضى السكري. وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي، معتمدة على مقياس المناعة النفسية ومقياس المرونة النفسية لجمع البيانات ومعامل الارتباط بيرسون لإحصائها من عينة قوامها (80 مصاب بمرض السكري من 8 إلى68 سنة). وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين متوسط الدرجة الكلية للمناعة النفسية ومتوسط الدرجة الكلية للمرونة النفسية لدى عينة من مرضى السكري، كما توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الدرجة الكلية للمناعة النفسية والدرجة الجزئية لكل من البعد الاجتماعي، البعد الانفعالي والبعد العقليلدى عينة الدراسة

– **دراسة بوشحدان كريمة وآخرون (2025):** بعنوان "المرونة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين"، هدفت إلى الكشف عن طبيعة العلاقة والمستوى بين المرونة النفسية وتقدير الذات لدى مصابين السكري ذوي الأنسولين. وقد اعتمد الباحثون على المنهج الوصفي، واستخدم مقياس المرونة النفسة ومقياس تقدير الذات على عينة مكونة من 35 مريض ومريضة مصابين بالسكري من النوع الأول تتراوح أعمارهم ما بين (21–60سنة)، واستعملت مجموعة من الأساليب الإحصائية تمثلت في المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، معامل الارتباط بيرسون وتحليل التباين الثنائي. وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها عدم وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين المرونة النفسية وتقدير الذات لدى هذه العينة، بالإضافة الى أن مستوى المرونة وكذا مستوى تقدير الذات لدى مصابي السكري من النوع الأول ذوي الأنسولين متوسط، بالإضافة الى انه لا توجد فروق دالة احصائيا في كلا من المرونة النفسية وتقدير الذات حسب كل من متغير الجنس والعمر.

2.1.8. الدراسات السابقة المتعلقة بجودة الحياة:

_ **دراسة أمال بوعشيشة، نرجس زكري (2020):** بعنوان " جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري"، حيث هدفت إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية بين جودة الحياة والسلوك الصحي لدى مرضى السكري. واعتمد الباحث على المنهج الوصفي الارتباطي، مستخدمًا مقياس جودة الحياة ومقياس السلوك الصحي، وتم تطبيقها على عينة من 20 مريضًا بالسكري، بولاية ورقلة

وقد توصلت الدراسة إلى نتائج عدة، أهمها وجود علاقة ارتباطية بين درجات مقياس جودة الحياة ومقياس السلوك الصحي لدى أفراد العينة.

_ **دراسة سلمان جيريو(2022):** بعنوان "دور الكفالة الطبية النفسية والطبية والاجتماعية في تحسين جودة الحياة لدى مريض السكري "، والتي هدفت إلى معرفة إمكانية أن يحظى مريض السكري بجودة حياة عالية. وقد اعتمد الباحث على المنهج دراسة الحالة، نظرًا لملاءمته لطبيعة الدراسة، كما استخدم الملاحظة العيادية، والمقابلة نصف الموجهة، ومقياس جودة الحياة لجمع البيانات. وتم تطبيق الدراسة على حالة واحدة، وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، من أبرزها أنه يمكن للمريض أن يتمتع بجودة حياة جيدة، كما أظهرت الدراسة أن الكفالة المتعددة التخصصات والنفسية والاجتماعية تسهم في تحسين جودة الحياة لدى مرضى السكري.

_ **دراسة شويحات أنفال مريم، الرملة فاطمة الزهراء (2022):** تناولت موضوع "الكفاءة الذاتية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكري"، حيث سعت إلى تحليل العلاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري. وقد اعتمدت على المنهج الوصفي، واستخدمت مقياس الكفاءة الذاتية ومقياس جودة الحياة.، وتم تطبيقها على عينة مكونة من 30 فردًا تتراوح أعمارهم بين 18 و65 سنة بولاية غرداية، واعتمدت هذه الدراسة على برنامج الحزمة الإحصائية SPSS.

وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة دالة إحصائيًا بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري، وأسفرت كذلك على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة باختلاف الجنس لدى مرضى السكري.

_ **دراسة قوناس إسماعيل (2022):** قام بإجراء دراسة بعنوان "السلوك الصحي وجودة الحياة لدى المصابين بمرض السكري"، هدفت إلى الكشف عن مستويات السلوك الصحي وجودة الحياة لدى المصابين بمرض السكري. واعتمدت الدراسة على المنهج العيادي(دراسة الحالة)، حيث تم استخدام المقابلة نصف الموجهة، الملاحظة العيادية، مقياس السلوك الصحي، ومقياس جودة الحياة، وتم تطبيقها على عينة تضم 3 حالات من المصابين بمرض السكري

وقد أسفرت الدراسة عن نتائج تمثلت في أن مستوى السلوك الصحي ومستوى جودة الحياة كان مرتفعًا لدى الحالة الأولى. كما بينت الحالة الثانية والثالثة أن مستوى السلوك الصحي وجودة الحياة لديهم كان متوسط.

– **دراسة براهمية ماجدة، بورمادة نهال، أمراح زينب (2024):** بعنوان "جودة الحياة لدى الراشد المصاب بداء السكري" تشير إلى أن مستوى جودة الحياة لدى الراشد المصاب بداء السكري منخفض، حيث هدفت إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى هذه العينة، واعتمدت على المنهج العيادي(دراسة الحالة)، مستخدمة الملاحظة العيادية، المقابلة نصف الموجهة، ومقياس جودة الحياة، على عينة من 6حالات من المرضى بولاية قالمة، وتوصلت الدراسة إلى أن مستوى جودة الحياة لدى الراشد المصاب بداء السكري منخفض، مستوى الصحة الجسدية لدى الراشد المصاب بداء السكري منخفض، مستوى الصحة النفسية لدى الراشد المصاب بداء السكري منخفض.

3.1.8. الدراسات السابقة المتعلقة بالمرونة النفسية وجودة الحياة معا:

_ **دراسة عيسى محمد المحتسب وآخرون (2017):** الموسومة بـ"المرونة كمتغير وسيط بين قلق البطالة وجودة الحياة لدى الخريجين" حيث هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين المرونة وقلق البطالة وجودة الحياة وكذا التعرف على مدى اعتبار المرونة كعامل وسيط بين قلق البطالة وجودة الحياة. وقد تم توظيف المنهج الوصفي، نظرًا لقدرته على معالجة إشكالية الدراسة، كما تم استخدام مقياس جودة الحياة، مقياس المرونة النفسية، ومقياس قلق البطالة، استخدام معامل الارتباط بيرسون، وتحليل المسار، واختبار التباين المتعدد كأساليب لاحصاء البيانات ولجمع المعطيات الميدانية من عينة بلغت 300 خريج من محافظة رفح بفلسطين.

وقد أفضت نتائج الدراسة إلى جود علاقة سلبية بين المرونة النفسية وقلق البطالة، ووجود علاقة إيجابية بين المرونة وجودة الحياة، وكذلك وجود فروق في المرونة النفسية تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث، ووجود فروق في جودة الحياة تعزى لمتغيرالحالة الإجنماعية لصالح الأعزب.

_ **دراسة أصايل الشهري، جوانا الجهني، وإراده حمد (2022):** الموسومة بـ" المرونة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى طالبات الدراسات العليا بجامعة الملك عبد العزيز" اعتمدت على المنهج الوصفي، حيث تم استخدام مقساسي المرونة النفسية وجودة الحياة بعد التأكد من صدقها وثباتها، وتم تطبيقها على عينة مكونة من 163 طالبة بالسعودية.

وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين المرونة النفسية وجودة الحياة لدى عينة الدراسة، وأسفرت النتائج عن عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى المرونة النفسية ومستوى جودة الحياة لدى طالبات الدراسات العليا، إضافة إلى عدم وجود فروق غي المرونة النفسية وجودة الحياة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، أو التخصص الدراسي.

_ **دراسة الطيب حمد الزين، عبد الله عثمان (2022):** بعنوان "مستوى المرونة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى عينة من طلاب الفصلين الثاني والثالث بجامعة شندي"، هدفت إلى استكشاف مستوى المرونة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى طلاب الفصلين الثاني والثالث بجامعة شندي في ضوء النوع والتخصص الدراسي. ولتحقيق ذلك، اعتمد الباحث على المنهج الوصفي ، باعتباره الأنسب لمعالجة إشكالية الدراسة، كما استعان بمقياس المرونة النفسية، ومقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (ترجمة بشرى إسماعيل) لجمع البيانات من عينة قوامها 311 طالبًا وطالبة بالسودان، باستخدام المتوسطات الحسابية، الانحراف المعياري، معامل ألفا كرونباخ، ومعامل الارتباط بيرسون.

وقد أفضت الدراسة إلى جملة من النتائج، من أبرزها وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين المرونة النفسية وجودة الحياة لدى أفراد العينة، إضافة إلى وجود فروق دالة احصائيا في المرونة النفسية تعزى للنوع أو التخصص الدراسي أو العمر، أو السكن

_ **دراسة بلال عبد الله الدويري، محمد إبراهيم السفاسفة (2022):** بعنوان "مستوى المرونة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى عينة من النساء المعنفات في محافظتي عمّان والزرقاء"، توصلت إلى أن مستوى المرونة النفسية وجودة الحياة كان متوسطًا لدى عينة الدراسة التي تكونت من 187 سيدة من الزوجات المعنفات بالأردن، وتوصلت كذلك إلى وجود علاقة إيجابية دالة إحصائيًا بين مستوى المرونة وجودة الحياة لدى العينة ، وذلك بعد أن هدفت إلى التعرف على مستوى المرونة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى النساء المعنفات ، واعتمدت على المنهج الوصفي الارتباطي ، مستخدمة مقياس المرونة النفسية ومقياس جودة الحياة، وقد اسفرت هذه الدراسة أيضا عن وجود علاقة إيجابية دالة احصائيا بين مستوى المرونة وجودة الحياة لدى أفراد الدراسة.

_ **دراسة راشد علي السهل، نشيمة عمهود الرشيدي، رحاب علي الفضلي، وسارة جاسم الطويل (2024):** بعنوان " المرونة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى المراهقين الذين يعانون من مرض السكري" هدفت إلى التعرف على مستوى المرونة النفسية وجودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالسكري، ودراسة تأثير بعض المتغيرات على ذلك ، ولتحقيق ذلك اعتمدت على المنهج الوصفي الارتباطي ، كما استخدمت مقياس المرونة النفسية ومقياس جودة الحياة ، وتم تطبيقها على عينة مكونة من 113 مراهقًا يعانون من مرض السكري بالكويت.

وبعد تحليل البيانات، توصلت الدراسة إلى وجود درجة عالية من المرونة النفسية لدى أفراد العينة ، وكذا وجود انخفاض في بعض أبعاد جودة الحياة وهو ما يؤكد على وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين المرونة النفسية وجودة الحياة لدى العينة.

_ **دراسة علي سالم عيايدة (2025):** سعت إلى تناول موضوع "المرونة النفسية وأثرها في تحسين جودة الحياة الوظيفية" من خلال السعي الى الكشف عن تأثير المرونة الوظيفية على تحسين جودة الحياة الوظيفية للعاملين في مديريات وزارة الداخلية الفلسطينية بجنوب الضفة الغربية. وقد اعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي، وقد صمم الباحث مقياس خاص بيه، وتم تطبيقها على عينة قوامها 138 موظف وموظفة بفلسطين.

وقد أظهرت النتائج أن مستويات المرونة النفسية الوظيفية وجودة الحياة الوظيفية متوسطة لدى العينة ، كما أسفرت النتائج على أن المرونة الاستراتيجية هي الوحيدة التي أثرت إيجابيا على جودة الحياة الوظيفية.

4.8. التعليق على الدراسات الاسبقة واوجه الاستفادة منها:

بالنظر إلى الدراسات السابقة نجد أن الكثير منها ألقت الضوء على الجوانب التي تناولتها الدراسة الحالية، إلا أنه لم يتم العثور على دراسة مطابقة لها تماما

التعليق:

– **من حيث الهدف:** هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى المرونة النفسية ومستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف وقد اتفقت مع بعض الدراسات السابقة في موضوع المرونة النفسية لدى مرضى السكري مثل دراسة (سامية بوزيان) ودراسة (سلاف متريني وخليدة صوالحي)، والبعض الآخر في موضوع جودة الحياة لدى المصابين بداء السكري كدراسة (سلمان جيريو)، أما دراسات أخرى فقد تشابهت معها في دراسة المرونة النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري معا وتجلى ذلك في دراسة (علي سالم عيايدة) ودراسة (الطيب حمد الزين وعبد الله عثمان) ودراسات أخرى.

– **من حيث العينة:** اختلفت معظم الدراسات السابقة في حجم العينة، إلا أنها اتفقت مع دراستنا الحالية في اختيار نوع العينة من مرضى السكري، وكذا طريقة وأسلوب المعاينة.

– **من حيث الأداة:** تنوعت الدراسات السابقة من حيث استخدام المنهج والأدوات، فهناك دراسات اتفقت مع دراستنا هذه في اختبار المنهج الوصفي وبالتالي استخدام مقياس المرونة النفسية أو مقياس جودة الحياة كأداة للدراسة (دراسة عيسى محمد المحتسب وآخرون)، أما بالنسبة للدراسات التي استخدمة المنهج

العيادي فقد اختلفت مع دراستنا في استخدام الأدوات ، واعتمدت على الاختبارات الاسقاطية والملاحظة العيادية والمقابلة بمختلف أنواعها كدراسة (براهمية ماجدة، بورمادة نهال، أمراح زينب) ودراسة (زهرة سعودي).

- **من حيث النتائج:** اتفقت الدراسات السابقة في وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين المرونة النفسية وجودة الحياة مثل دراسة (راشد علي السهل واخرون ، إلا أن دراست (أصايل الشهري وآخرون) أقرت بعدم وجود علاقة دالة احصائيا بين المرونة النفسية وجودة الحياة.

أوجه الإستفادة:

وقد تمت الاستفادة من الدراسات السابقة المذكورة في الدراسة الحالية في صياغة مشكلة الدراسة الحالية وفرضياتها، وكذا اختيار العينة وأدوات الدراسة وتحديد المنهج المناسب للدراسة، وأيضا استفادت الباحثتان من الدراسات السابقة من خلال الاطلاع على نتائج هذه الأخيرة، وكسب الخبرة منها ومعرفة طريقة تحليل البيانات وتفسيرها، وأخيرا مقارنة النتائج التي تحصلنا عليها مع النتائج السابقة.، وإثراء الزاد في الإيطار النظري فيما يتعلق بالمرونة النفسية وجودة الحياة وكذلك عينة الدراسة(مرضى السكري مبتوري الاطراف).

ثانيا: الدراسة الميدانية

القسم الأول: الطريقة والأدوات

- تمهيد.

1. منهجية الدراسة.

2. الدراسة الاستطلاعية.

1.2. أهداف الدراسة الاستطلاعية.

2.2. إجراءات الدراسة الاستطلاعية.

3.2. أدوات جمع البيانات للدراسة الاستطلاعية.

4.2. نتائج الدراسة الاستطلاعية.

3. الدراسة الأساسية.

1.3. جدود الدراسة الأساسية.

2.3. مجتمع وعينة الدراسة الأساسية.

3.3. أدوات جمع البيانات للدراسة الأساسية.

4. تقنيات المعالجة الإحصائية.

- خلاصة

تمهيد:

يعد الجانب الميداني بمثابة اللبنة الأساسية لكل بحث علمي، اذ أنه عن طريقه يتمكن الباحث من الاستفادة من زاده النظري وتطبيقه على ارض الواقع وتوسيع مجالات الخبرة والمعرفة لديه، كما أنه يمكنه أيضا من التوصل إلى نتائج موضوعية وعلمية دقيقة تخدم الموضوع قيد الدراسة.

وقد تناولنا في هذا الفصل الإجراءات المنهجية التي تم تطبيقها في هذه الدراسة انطلاقا من الدراسة الاستطلاعية بما لها من عينة وحدودها، مرورا بأبرز الخصائص التي تتمتع بها مع ذكر أهم الأدوات التي تم إستعمالها في هذه الدراسة، وإبراز أهم خصائصها السيكومترية للتأكد منصحتها

وفي الجانب الأخر تم ذكر عينة الدراسة الأساسية التي أجري عليها البحث، وحدودها المختلفة، وفي ختام هذا الفصل تم ذكر كل أسلوب احصائي تم استخدامه في معالجة البيانات للتوصل الى النتائج النهائية.

1. منهجية الدراسة:

المنهج هو هو السبيل الذي يقود بنا للكشف عن الحقائق والمعلومات العلمية بواسطة مجموعة من القواعد لتحديد العمليات من بغية الوصول إلى نتائج ثابتة، فلكل موضوع سماته الفريدة والذاتية التي تميزه عن غيره من المواضيع، مما يجعله بالضرورة يتخذ منهجا محددا يحقق أهدافه ويوصله الى نتائج صحيحة.

للبحث في موضوع "المرونة النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى" المنهج المناسب هو المنهج الوصفي وللدراسة جانب دراسة تحليلي، ارتباطي، مقارن.

– استكشافية لأنها تبحث في مدى وجود كل من المرونة النفسية وجودة الحياة لدى الأفراد من عينة الدراسة الأساسية.

– ارتباطية لأنها تبحث في شكل العلاقة وقيمة معامل الارتباط بين كل من المرونة النفسية وجودة الحياة

– مقارنة لأنها تبحث في الفروق بين أداءات أفراد العينة في المتغيرات المتناولة (المرونة النفسية، وجودة الحياة) في ضوء بعض المتغيرات (مستوي التر)

2. الدراسة الاستطلاعية:

1.2. أهداف الدراسة الاستطلاعية: تعتبر الدراسة الاستطلاعية بمثابة البحوث التي تهدف إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث في دراستها والتعرف على أهم الفروض التي

يمكن وضعها وإخضاعها للبحث العلمي صياغة دقيقة تيسر التعمق في بحثها في مرحلة لاحقة ومن بين أهم أهدافها نذكر:

- الالمام بجميع الخصائص الفئة المدروسة وجمع بيانات ومعلومات مختلفة عنها
- ضبط عنوان الدراسة ومتغيراتها وكذا صياغة فرضياتها
- طرح اشكالية الدراسة وتحديد جميع التساؤلات المبهمة حولها
- التحقق من وضوح مقياس جودة الحياة ومقياس المرونة النفسية والتأكد من سلامة عباراتهما وكذا تعليماتهما
- التعرف على الوقت المناسب واللازم لتطبيق الاختبارات
- تحديد المنهج الذي يناسب الظاهرة موضوع الدراسة

2. 2. إجراءات الدراسة الاستطلاعية: تم الحصول على الترخيص من اجل اجراء الدراسة الاستطلاعية في شهر جانفي 2026 بجامعة محمد البشير الابراهيمي –برج بوعريريج–، ومن خلالها تم التواصل مع إدارة مستشفى بوزيدي لخضر من أجل الاتفاق على المدة الزمانية والمكان لتطبيق هذه الدراسة في الميدان، ومن خلال مقابلتين مع الإدارة تم تحديد " وحدة قدم السكري" كمجال للدراسة باعتبارها انسب مكان يمكن الحصول فيها على العينات المناسبة، وبعدها تم التواصل مع العينات من خلال بعض المشرفين على هذه المصلحة من أجل تحديد الأفراد الممكن تطبيق أدوات جمع البيانات عليهم، وعليه تم تحديد أدوات جمع البيانات المناسبة لهذه الدراسة والمتمثلة في مقياس المرونة النفسية ومقياس جودة الحياة، وتم تطبيقها على العينة الأساسية.

3.2. أدوات جمع البيانات للدراسة الإستطلاعية: من خلال الدراسة الاستطلاعية تم تحديد أدوات جمع البيانات التي سيتم تطبيقها في الدراسة الأساسية المتمثلة في:

- مقياس المرونة النفسية من إعداد كونور ودافيدسون (2003)، وترجمة رياض العاصمي.
- مقياس جودة الحياة من اعداد مفلح بن محمد مفلح غالطي سنة 2024.

2. 4. نتائج الدراسة الاستطلاعية:

- تم تحديد جميع السمات والخصائص المتعلقة للمجتمغ المدروس، والوقوف على كافة البيانات والمعلومات الخاصة بيه
- تم تحرير عنوان الدراسة ومتغيراتها وكذا صياغة فرضياتها
- تم التوصل الى طرح اشكالية الدراسة وتحديد جميع التساؤلات المبهمة حولها

– تم فحص مقياس جودة الحياة ومقياس المرونة النفسية والتحقق من سلامة عباراتهما وكذا تعليماتهما

– تم تقدير المدى الزمني المناسب واللازم لتطبيق الاختبارات

– تم اختيار المنهج العلمي الملائم للظاهرة موضوع الدراسة

3. الدراسة الأساسية:

1.3. حدود الدراسة:

– **الحدود البشرية:** (50) مريض ومريضة بداء السكري مبتوري الاطراف

– **الحدود المكانية:** مستشفى بوزيدي لخضر بولاية برج بوعريريج

– **الحدود الزمانية:** من جانفي 2026 إلى أفريل 2026

2.3. مجتمع وعينة الدراسة الأساسية: عينة الدراسة تعتبر بمثابة جزء من مجتمع الدراسة حيث توجد فيها خصائص المجتمع نفسها والحكمة من إجراء الدراسة على العينة هي أنه في كثير من الأحيان يستحيل إجراء الدراسة على المجتمع فيكون اختيار العينة بهدف التوصل إلى نتائج يمكن تعميمها على المجتمع. (إبراهيمي وبراهمي، 2023، ص15)

1.2.3 مجتمع الدراسة: تمثل مجتمع الدراسة في الأفراد مبتوري الأطراف السفلى، الذين يتلقون متابعة نفسية بمستشفى بوزيدي لخضر.

2.2.3. عينة الدراسة الأساسية: تمثلت عينة الدراسة الأساسية في مرضى السكري الذين يتابعون العلاج بمستشفى بوزيدي لخضر بولاية برج بوعريريج وحدة قدم السكري، قوامها(50) مريض ومريضة بداء السكري، وتم اختيارها بأسلوب المعاينة غير العشوائية (نوع العينة قصدية).

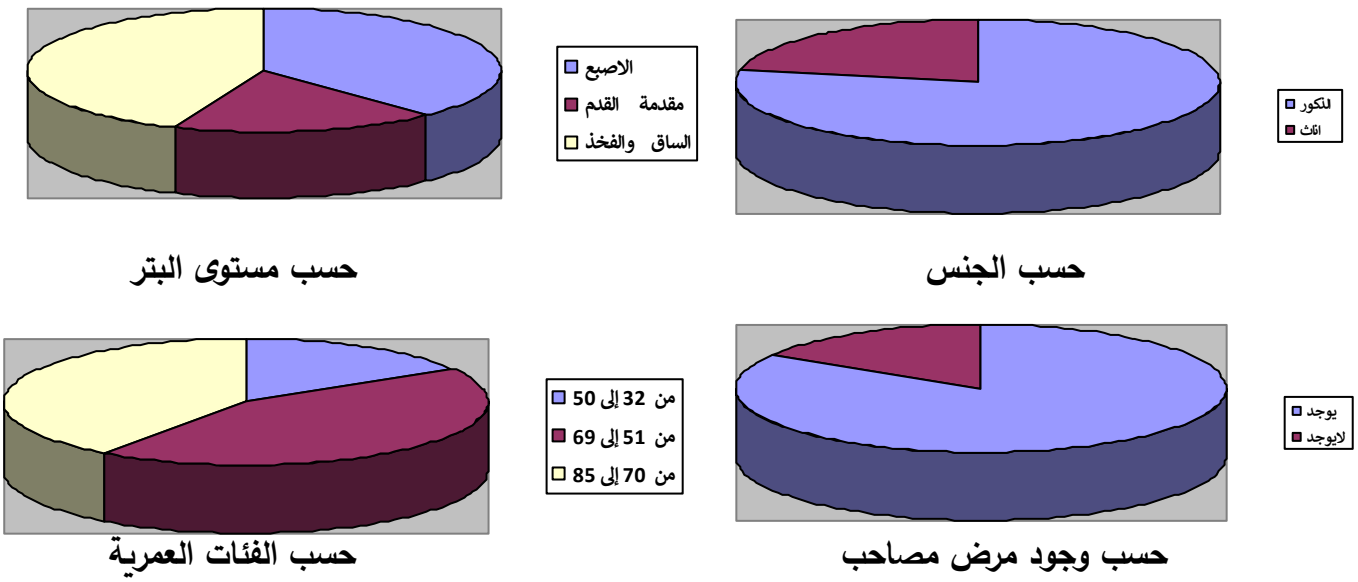
3.3. خصائص عينة الدراسة الأساسية:

جدول رقم (01): يبين خصائص عينة الدراسة الأساسية.

المتغيرات	المستويات	التكرار	النسبة المئوية (%)
الجنس	الذكور	39	% 78,00
	الإناث	11	% 22,00
	المجموع	50	% 100
مستوى البتر	الإصبع	19	% 38,00
	مقدمة القدم	09	% 18,00
	الساق	22	% 44,00
	المجموع	50	% 100
وجود مرض مصاحب	يوجد مرض مصاحب	42	% 84,00
	لايوجد مرض مصاحب	08	% 16,00
	المجموع	50	% 100
الفئات العمرية	من 32 إلى 50	08	% 16,00
	من 51 إلى 69	22	% 44,00
	من 70 إلى 85	20	% 40,00

المصدر: من اعداد مجموعة البحث

الشكل رقم (01): يبين خصائص عينة الدراسة حسب مجموعة من المتغيرات



المصدر من اعداد مجموعة البحث

4.3. أدوات جمع البيانات للدراسة الأساسية:

1.4.3. مقياس المرونة النفسية: إعداد كونور ودافيدسون (2003)

- **وصف المقياس في صورته الأصلية:** يتألف المقياس من (25) عبارة موزعة على أربعة أبعاد أساسية، وكل بعد يتكون من عدة عبارات بعضها إيجابي وبعضها الآخر سلبي، حيث يجيب المفحوص على هذه العبارات من خلال متدرج من خمس تدرجات يبدأ بـ غير صحيحة على إطلاقاً ... إلى صحيحة دائماً، حيث تتراوح الدرجة على كل عبارة بين الصفر و (4) درجات، وتتراوح الدرجة الكلية على المقياس بين (0 – 100). أما أبعاد المقياس فهي: الجراءة أو الشجاعة: وعباراته (4، 7، 11، 16، 17، 18، 19)، والتفاؤل: وعباراته (6، 8، 10، 12، 14، 15، 20)، وسعة الحيلة أو الدهاء: وعباراته (1، 2، 3، 5، 9، 13)، والغرض أو الهدف: وعباراته (21، 22، 23، 24، 25).

الخصائص السيكومترية لمقياس المرونة النفسية:

أ.صدق:

- **الصدق الظاهري (الخبراء/المحكمين):** تم عرض المقياس في صورته الأولية على (10) من المحكمين من أعضاء الهيئة التدريسية في كلية التربية بجامعة دمشق، وقد طلب منهم إبداء الرأي في مدى دقة صياغة العبارات، ومدى انتماء كل عبارة للمجال الذي وضعت فيه، وفي ضوء ملاحظات

المحكمين تم تعديل بعض العبارات التي أجمع المحكمون على ضرورة تعديلها، وبذلك أصبح المقياس في صورته النهائية يتألف من (25) عبارة.

الجدول(02) الصدق المحكمي لمقياس المرونة النفسية

مقياس المرونة النفسية للعاسمي	مقياس المرونة النفسية للزهيري
معامل الارتباط بيرسون	**0.424**
مستوى الدلالة (اتجاهين)	**0.020**
العينة	**30**

يتبين من الجدول (02) أن قيمة معامل الارتباط بلغت 0.424 وهو ارتباط دال عند مستوى دلالة 0.05.

- **الصدق البنيوي (الارتباطات الداخلية):** حسبت معاملات الارتباط بيرسون بين كل عبارات الاختبار والدرجة الكلية للاختبار، وجاءت النتائج كالآتي: تراوحت قيم معامل الارتباط بين عبارات الاختبار والدرجة الكلية للاختبار ("0.383-0.475)، وبناءً على هذه النتائج حذفت العبارتان ضعيفتا الارتباط وهما العبارتان (4، 15). كما تراوحت قيم معامل الارتباط بين أبعاد الاختبار والدرجة الكلية للاختبار (0.620-0.793)، وتراوحت قيم معامل ارتباط كل بعد مع عباراته على النحو التالي: الجراءة أو الشجاعة (*0.351-0.437)، التفاؤل (*0.423-0.551)، سعة الحيلة أو الدهاء (*0.376-0.469)، الغرض أو الهدف (*0.550-**0.701). وبما أن قيم الارتباط دالة، فيمكن القول بأن المقياس يقيس ما وضع لقياسه ويحقق شرط الصدق البنيوي.

- **الصدق الذاتي:** يقاس بالجذر التربيعي لمعامل ثبات الاختبار؛ وبما أن معامل ثبات الاختبار **.927. فالجذر التربيعي له 0.96، وهو ما يشير إلى صدق ذاتي للمقياس

- **الصدق العاملي:** بلغت قيمة اختبار كايزر – ماير – أولكن KMO مقدار 0.643، والتي تعبر عن مدى كفاية عدد أفراد العينة وإمكانية إجراء التحليل العاملي. وبما أنها أكبر من القيمة الحدية 0.5، فإنه يمكن اعتبار العينة كافية وهذا شرط أساسي يجب تحقيقه. أما فيما يتعلق باختبار بارتلت للدائرية الذي يعد مؤشراً للعلاقة بين المتغيرات، فقد بلغت قيمة p=0.000، وهي أصغر من مستوى الدلالة 0.05، وعليه فالعلاقة دالة إحصائياً وتشير إلى إمكانية إجراء التحليل العاملي. ولحساب الصدق العاملي للمقياس، تم إجراء التحليل العاملي للأبعاد الأساسية للمقياس على العينة الاستطلاعية ذاتها، وذلك بطريقة المكونات الأساسية لـ هوتلينغ، وتدوير المحاور المتعامد بطريقة فاريمكس لكايزر، وذلك كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول (03): الصدق العاملي لمقياس المرونة النفسية

أبعاد المقياس	العامل	التشبعات
الجراءة أو الشجاعة	0.838	0.703
التفاؤل	0.764	0.584
سعة الحيلة أو الدهاء	0.748	0.559
الغرض أو الهدف	0.697	0.486
الجذر الكامن	2.333	
نسبة التباين	58.313	

ب. ثبات:

- **ثبات التناسق الداخلي (ألفا لـِ: كرونباخ):** تم حساب معاملات ثبات الاتساق الداخلي ألفا كرونباخ، والجدول (04) يوضح ذلك.

جدول رقم (04): معامل ثبات مقياس المرونة النفسية بطريقة ألفا كرونباخ

أبعاد المقياس	معامل ألفا كرونباخ
الجراءة أو الشجاعة	0.555
التفاؤل	0.700
سعة الحيلة أو الدهاء	0.671
الغرض أو الهدف	0.632
الدرجة الكلية للمقياس	0.705

يتضح من الجدول (04) تمتع أبعاد المقياس بدرجة مقبولة من ثبات الاتساق الداخلي ألفا كرونباخ.

- **طريقة الثبات بالإعادة:** طُبق المقياس على عينة مكونة من (30) طالباً وطالبة من طلاب مدرسة أحمد قاسم جمعة في مدينة السويداء، وبعد مضي أسبوعين أعيد تطبيق الاختبار على الأفراد أنفسهم. كما احتسب الثبات أيضاً باستخدام طريقة التجزئة النصفية (حساب الارتباط بين درجات العبارات الفردية ودرجات العبارات الزوجية للمقياس)، وقد جاءت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم (05): معاملات ثبات مقياس المرونة النفسية بطريقتي (إعادة تطبيق المقياس والتجزئة النصفية)

	عدد أفراد العينة	الثبات بالإعادة	الثبات بالتجزئة
الدرجة الكلية	30	0.927**	0.445*

يوضح الجدول (05) قيمة معامل الثبات بالإعادة باستخدام معامل بيرسون "0.927" وهو ثبات عالٍ، ويوضح أيضاً قيمة معامل الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية "0.445" والتي تم فيها استخدام صيغة سبيرمان–براون، وهو أيضاً ثبات عالٍ ودال عند مستوى 0.01.

2.4.3. مقياس جودة الحياة: من اعداد (مفلح بن محمد مفلح غالطي سنة 2024)

وصف مقياس جودة الحياة في صورته الأصلية:

تكون المقياس في صورته النهائية من (21) بند يقيسون ستة ابعاد من جودة الحياة النفسية، وكلها بنود موجبة يجاب عليها من خلال مقاييس ليكرت (أوافق بشدة، أوافق، أحيانا، لا أوافق، لا أوافق بشدة).

وسلم التنقيط لهذه العبارات كالتالي: تأخذ (أوافق بشدة) خمس درجات، أما (أوافق) فتأخذ أربعة درجات، وتأخذ (أحيانا) ثلاث درجات، (لا أوافق) درجتين، (لا أوافق بشدة) درجة واحدة. ويوضح الجدول رقم (06) الأبعاد الستة للمقياس والبنود التي تقيس كل بعد

الجدول رقم (06): البنود النهائية التي تقيس كل بعد، وأعلى وأقل درجة

البيانات / البعد	رقم البند	حساب الدرجات	
		أعلى درجة	أقل درجة
تقبل الذات والسعادة	4-3-2-1	20	4
العلاقات الاجتماعية	8-7-6-5	20	4
الاستقلالية	12-11-10-9	20	4
التكيف البيئي والصحة	15-14-13	15	3
الغرض من الحياة	18-17-16	15	3
النمو والتطور الشخصي	21-20-19	15	3
جودة الحياة النفسية ككل	21 بند	105	21

ولتصحيح هذا المقياس يتم جمع الدرجات لكل العبارات للوصول الى الدرجة الخام لكل بعد، ومن ثمة الوصول للدرجة الكلية، حيث أن الدرجة الكلية هي 105، أما أدنى درجة للمقياس هي 21، ويوضح الجدول التالي تصنيف المستويات حسي الدرجات المتحصل عليها من المقياس:

الجدول (07): مستويات جودة الحياة

المستوى	الدرجة
جودة حياة نفسية منخفظة	49-21
جودة حياة نفسية متوسطة	77-50
جودة حياة نفسية مرتفعة	105-78

الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة:

أ.الصدق:

- الصدق الظاهري (الخبراء/المحكمين):

عُرض مقياس جودة الحياة النفسية في صورته المبدئية على مجموعة من السادة المحكمين المتخصصين في علم النفس بكليات التربية والآداب، لتحديد صدق المحتوى للمقياس طبقاً للتعريفات الإجرائية، وذلك من حيث الحكم على مدى انتماء كل بند إلى أسلوبه، وملاءمة بنود المقياس لأفراد العينة، وملاءمة الصياغة اللغوية لكل بند، وإضافة بنود جديدة تسهم في جودة المقياس، وتعديل أو حذف ما يرونه غير مناسب من البنود في ضوء التعريفات الإجرائية لجودة الحياة النفسية. وقد أشار بعض المحكمين إلى إجراء بعض التعديلات والتي قام الباحث بعملها. وتراوحت نسبة الاتفاق بين المحكمين على صلاحية البنود بين (73%_100%)، وتم استخدام معادلة لوش لتقدير صدق كل بند عن طريق المحكمين، حيث يتراوح الحد الأدنى لصدق البنود بين (1- 0,73). وتم انتقاء بنود المقياس، فأصبح

يتكون من (53) بنداً موزعة على (6) أبعاد، تقبل الذات والسعادة (10 بنود)، العلاقات الاجتماعية (9 بنود)، الاستقلالية (9 بنود) – التكيف البيئي والصحة (10 بنود) – الغرض من الحياة (7 بنود) – النمو والتطور الشخصي (7 بنود).

- **الصدق باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي (Explatory Factor Analysis (EFA:**

أُجري التحليل العاملي للتحقق من الصدق العاملي لمقياس جودة الحياة النفسية على عينة مكونة من (192) من أمهات الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد، بواسطة برنامج SPSS 26، وذلك بطريقة المكونات الأساسية Principal Component، وقد أضهرت النتائج أن جميع معاملات الارتباط البينية كانت أكبر من 0.30، كما تبين أن اختبار كايزر–ماير–أولكن (KMO) بلغت قيمته أكثر من 0.60، وهو ما يدل على وجود مؤشرات جيدة للغاية، أما بالنسبة لاختبار بارتليت (Bartlett's Test) جاء دالاً إحصائياً عند مستوى 0.0001، وهذا ما يدل بطبيعته على وجود علاقات جوهرية بين المتغيرات. ومقياس كفاية التحليل لكل بند (MSA) كانت قيمة جميع بنوده أكثر من 0.50، وفي الأخير توصلت النتائج إلى وجود 9 عوامل أولية تم الاستخلاص منها 6 عوامل رئيسية والاستقرار عليها.

– **الصدق باستخدام التحليل العاملي التوكيدي (Confirmatory Factor Analysis (CFA)**:في ضوء نتائج التحليل العاملي الاستكشافي، تم حساب الصدق البنائي لمقياس جودة الحياة النفسية باستخدام التحليل العاملي التوكيدي باستخدام برنامج AMOS 26، و قد تم حذف البند رقم (38) من عامل التكيف البيئي والصحة؛ لعدم قيمة تشبعه على العامل كانت أقل من (0.05). ومن ثم أصبح المقياس (21) بنداً.

– **الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية)**:تم التحقق من الصدق التمييزي لمقياس جودة الحياة النفسية من خلال الاعتماد على مصفوفة Factor Score Weights والتي توضح تشبعات كل بند على العوامل الستة لمقياس جودة الحياة النفسية

ب. الثبات:

– **التناسق الداخلي (ألفا لِـ: كرونباخ)**:استخدم الباحث مؤشر ثبات ألفا كرونباخ Cronbach's \alpha لتقدير ثبات البنية الناتجة من التحليل العاملي الاستكشافي والتوكيدي لمقياس جودة الحياة النفسية، وذلك للمقياس ككل وفي حالة حذف كل مفردة من مفرداته، وذلك باستخدام برنامج (JASP 0.9.2.0) وبرنامج (AMOS 26) الإحصائيين. ويوضح جدول (14) قيم معاملات الثبات لمقياس جودة الحياة النفسية.

4. تقنيات المعالجة الإحصائية المستعملة:

بعد استخراج البيانات وتفريغها تم الاعتماد على الإحصاء الوصفي، مقاييس النزعة المركزية، ومقاييس التشتت (التكرارات، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري)، وكذلك الإحصاء الاستدلالي المتمثل في معامل الارتباط بيرسون، Mann Whitney Test اختبار (U) لمان- ويتني، اختبار كروسكال – واليس، اختبار سبيرمان (Spearmann)، اختبار "كولموجرف سميرنوف، Kolmogorov-Smirnov Test"واختبار "شبيرو ويلكShapiro-Wilk".

خلاصة: تم التناول من خلال هذا الفصل جميع الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة،اذ تم الاعتماد على المنهج الوصفي بهدف دراسة ظاهرة نفسية واجتماعية ضمن سياق محدد، وكان العينة مكونة من (50) فرد من مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى، وتم استخدام مقياس المرونة النفسية ومقياس جودة الحياة، ةفي الأخير تم استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية المناسبة لمعالجة البيانات

الفصل الثالث: النتائج و المناقشة

- تمهيد

1. التحقق من اعتدالية التوزيع.

2. نتائج الدراسة.

1.2. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى وتفسيرها.

2.2. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثانية وتفسيرها.

3.2. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة وتفسيرها.

4.2. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة وتفسيرها.

5.2. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة وتفسيرها.

3. استنتاج عام.

4. خلاصة.

5. مقترحات الدراسة.

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل عرضا للنتائج التي توصل اليها البحث وكان ذلك بعد عرض مختلف الإجراءات الميدانية للدراسة الاستطلاعية والأساسية المذكورة في الفصل الثالث، ومناقشة تلك النتائج و من خلال البيانات المتحصل عليها من المبحوثين، وكذا تفسيرها في ضوء الدراسات السابقة والتراث النظري في الموضوع، وذلك للوصول إلى إجابات منطقية وموضوعية لتساؤلات الدراسة، والتأكد من صحة الفرضيات و مدى تحققها من عدمه.

1- التحقق من اعتدالية توزيع البيانات:

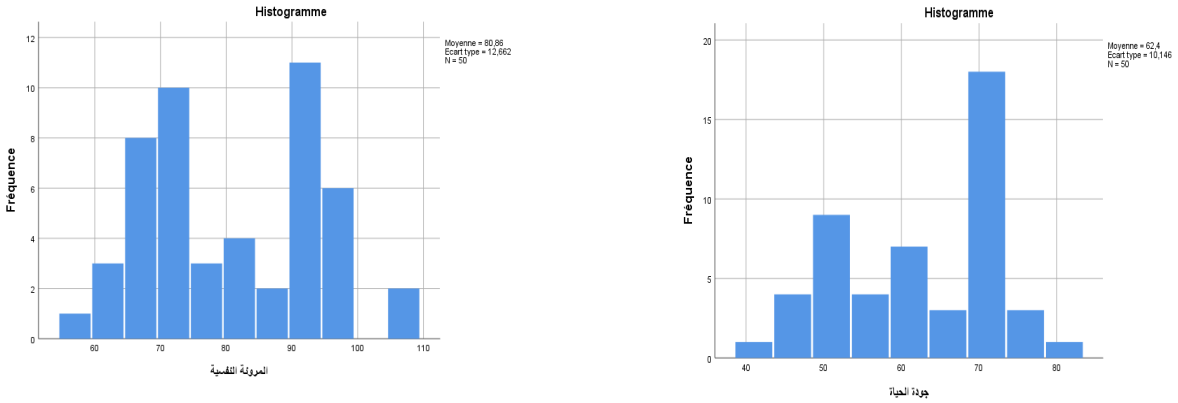
لإجراء عمليات المعالجات الإحصائية للفرضيات، لابد أن نتأكد أولاً من أن طبيعة البيانات تتوزع توزيعا اعتداليا(توزيع طبيعي) أم لا، من أجل اختيار الأساليب الإحصائية المناسبة لمعالجة البيانات، وللتأكد من اعتدالية توزيع السمات المدروسة لدى أفراد عينة الدراسة، تم استعمل اختبار "كولموجرف سميرنوف، **Kolmogorov-Smirnov Test"**واختبار"شبيرو ويلك**Shapiro-Wilk"**، وأظهرت نتائج هذا التأكد من أن بيانات السمات المدروسة(المرونة النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى) تتوزع توزيعا غير طبيعيا، ما سمح للباحثتين باستخدام الاختبارات اللامَعلَمِية (لابارا مترية) لمعالجة البيانات ذات التوزيع اغير الطبيعي، المجمعة من العينة الأساسية للإجابة على التساؤلات وفحص الفرضيات، حسب الجدول رقم (08):

- الجدول رقم (08): يبين التوزيع غير الاعتدالي لتطبيق مقياس المرونة النفسية ومقياس جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى.

Tests de normalité						
المتغير	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	Ddl	Sig.
المرونة النفسية	0.178	50	0.000	0.933	50	0.007
جودة الحياة	0.182	50	0.000	0.933	50	0.007

المصدر: إعداد الطالبتين بالإعتماد على مخرجات spss إصدار 26.

الشكل رقم (02): يبين التوزيع غير الاعتدالي لتطبيق مقياس المرونة النفسية ومقياس جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى.



المصدر: إعداد الطالبتين بالإعتماد على مخرجات spss إصدار 26.

من خلال الجدول رقم (08) و الشكل رقم (02)، تُبين نتائج التحليل الإحصائي لبيانات تطبيق المرونة النفسية لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى أن قيمة الدلالة (Sig=0.000) حسب اختبار كولموجوروفسميرنوف (**Kolmogorov-Smirnov Test**)، وأن قيمة الدلالة (Sig=0.007) حسب اختبار شبيرو ويلك(**Test Shapiro-Wilk**)، أي أقل من (0,05)، وبالتالي فبيانات المرونة النفسية لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى، المجمعة من عينة الدراسة تتبع التوزيع غير الطبيعي، مما يسمح لنا باستخدام الأساليب الاحصائية اللابرامترية

وكذلك من خلال الجدول رقم (08) و الشكل رقم (02)، تُبين نتائج التحليل الإحصائي لبيانات تطبيق جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى أن قيمة الدلالة (Sig=0.000) حسب اختبار كولموجوروفسميرنوف (**Kolmogorov-Smirnov Test**)، وأن قيمة الدلالة (Sig=0.007) حسب اختبار شبيرو ويلك(**Test Shapiro-Wilk**)، أي أقل من (0,05)، وبالتالي فبيانات جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى، المجمعة من عينة الدراسة تتبع التوزيع غير الطبيعي، مما يسمح لنا باستخدام الأساليب الاحصائية اللابرامترية

2. نتائج الدراسة:

1.2. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى وتفسيرها: التي نصت على أن بعد المرونة النفسية الأكثر استخداما لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى هو(**بعد الغرض أو الهدف**). وللتحقق من صحة هذه الفرضية، واعتمادا على معطيات مقياس **المرونة النفسية**، وبعد تفريغ الاستجابات وحساب المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، ورتبة كل بعد حسب معادلة فريدمان(**Friedman**) لكل بعد في المقياس ككل تم التوصل إلى النتائج الموضحة في الجدول **رقم(09)**:

- الجدول رقم(09): يمثل بعد المرونة النفسية الأكثر استخداما لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى

الرقم	البعد	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	رتبة المتوسط
1	سعة الحيلة والدهاء	50	22.54	2.844	3,20
2	الجرأة والشجاعة	50	21.60	3.435	3,04
3	التفاؤل	50	21.30	4.292	2,72
4	الغرض أو الهدف	50	15.42	3.563	1,04

المصدر: إعداد الطالبتين بالإعتماد على مخرجات spss إصدار 26.

من خلال الجدول رقم (09) نلاحظ أن قيم المتوسطات الحسابية لأبعاد مقياس المرونة النفسية تراوحت بين (15.42-22.54)، مع العلم أن أدنى قيمة للإجابة هي (01) وأعلى قيمة للإجابة هي (05)، حيث كان في الرتبة الأولى بعد سعة الحيلة والدهاء بمتوسط حسابي قدر بـ: (22.54)، وانحراف معياري قدرت قيمته بـ: (2.844)، ثم يليه بعد الجرأة والشجاعة في المرتبة الثانية بمتوسط الحسابي قدر بـ: (21.60) وانحراف معياري قدره (3.435)، وفي المرتبة الثالثة يوجد بعد التفاؤل بمتوسط حسابي قدر بـ: (21.30) وانحراف معيري قدره (4.292)، أما بعد الغرض أو الهدف احتل المرتبة الأخيرة (4) بمتوسط حسابي قيمته (15.42) وانحراف معياري قيمته (3.563). من خلال هذه النتائج نستنتج أن أكثر أبعاد المرونة النفسية شيوعاً هي حسب الترتيب (سعة الحيلة والدهاء، الجرأة والشجاعة، التفاؤل، الغرض أو الهدف).

وعليه يمكن القول أن **الفرضية الأولى لم تتحقق**، أي أن بعد المرونة النفسية الأكثر استخداما لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى هو **بعد سعة الحيلة والدهاء**، وبمتوسط حسابي (22.54)، وانحراف معياري(2.844)، ورتبة متوسط قدرت بـ (3.20).

ويفسر هذا التوجه لدى العينة بأن مرضى السكري الذين تعرضوا للبتر يجدون أنفسهم في مواجهة مباشرة مع تحديات يومية ملموسة تتطلب حلولا عملية وسريعة، مما ينمي لديهم مهارات سعة الحيلة للتعامل مع الإعاقة الجسدية الجديدة, فالمريض في هذه المرحلة يتجاوز مرحلة التخطيط للأهداف البعيدة (الغرض) ليركز على كيفية إدارة حياته اليومية بأقل قدر من التوتر والاعتماد على الآخرين.

ويرى زهيري(2016), أن سعة الحيلة والدهاء تمثل قدرة الفرد على إيجاد الحلول المناسبة للمشكلات والتصرف بمرونة امام المواقف الضاغطة , وهو ما يتفق مع ما اشارت اليه نظرية (كارفر 1998)التي ترى ان المرونة النفسية تتمثل في قدرة الفرد على الارتداد الإيجابي بعد التعرض للأزمات و اكتساب مهارات جديدة تساعده على التكيف مع الظروف الصعبة.

واتعبرت هذه القدرة بأنها مهارات مكتسبة لتقليل الفجوة بين قدرات المريض المتبقية ومتطلبات البيئة، وهو ما اطلقت عليه بوزيان (2022) الواقعية الإجرائية في تدبير شؤون الحياة وترتبط هذه المهارة ارتباطا وثيقا بمركز الضبط الداخلي و أن المريض الأكثر دهاء هو من يعتمد على مهاراته الشخصية للسيطرة على واقعه.

أما من حيث المقاربات النظرية فنظرية ميكينبيوم فسرت النتيجة في ضوء تلقيح الضغوط، حيث أن المرض والصدمة الناتجة عن البتر عملت كـ مصل حفز لدى المرضى آليات الدفاع النشطة ,فبدلا من الاستسلام طور المرضى استراتيجيات مواجهة عملية (سعة الحيلة) تتناسب مع حجم المحنة التي يعيشونها, في حين النظرية الإنسانية لكارل روجرزرغم أنه يركز على تحقيق الذات، إلا أن سعة الحيلة تظهر هنا كأداة لتحقيق الاستقلالية ، وهي أحد أهم أبعاد جودة الحياة والمرونة، حيث يسعى المريض من خلال ذكائه الاجتماعي والعملي إلى تقرير مصيره وعدم الاعتماد الكلي على الآخرين. (عثمان2022,ص148)

وتعد سعة الحيلة هي المحرك الفعلي لهذه العودة لدى المبتورين، لأنها تمثل الجانب التطبيقي للمرونة في واقعهم تختلف نتيجة هذه الدراسة جزئيا مع التوقعات النظرية التي غالبا ما تضع الهدف من الحياة في المقدمة لدى الفئات المستقرة، ولكنها تتفق مع الدراسات التي أجريت على فئات تعاني من أزمات جسدية حادة، حيث تبرز المواجهة الإيجابية للشدائد كعملية ديناميكية تتطلب مرونة في الوسائل قبل الأهداف .

فالمرونة هي القدرة على العودة إلى الحالة الأصلية كما يرى بوزيان (2022) المعاش، أكثر من كونها مجرد أهداف ذهنية (الغرض) قد تبدو بعيدة المنال في ظل الصدمة الجسدية.

كما اتفقت هذه النتيجة مع نظرية (كارل روجرز) التي تؤكد أن الفرد يمتلك قدرة داخلية على تحقيق التوافق النفسي والتكيف مع المواقف الصعبة من خلال فهم ذاته واتخاذ قرارات واعية تساعده على الاستمرار ومواجهة التحديات.(بوشحدان وآخرون، 2025، ص26).

2.2. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثانية وتفسيرها: التي نصت على أن بعد جودة الحياة الأكثر استخداما لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى هو **(التكيف البيئي والصحة)**. وللتحقق من صحة هذه الفرضية، واعتمادا على معطيات مقياس **جودة الحياة**، وبعد تفريغ الاستجابات وحساب المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، ورتبة كل بعد حسب معادلة فريدمان(**Friedman**) لكل بعد في المقياس ككل تم التوصل إلى النتائج الموضحة في الجدول رقم**(10)**:

- الجدول رقم(10): يمثل بعد جودة الحياة الأكثر استخداما لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى

الرقم	البعد	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	رتبة المتوسط
1	العلاقات	50	14.16	2.402	5.65
2	الاستقلالية	50	12.58	2.391	4.90
3	التقبل	50	11.84	2.452	4.30
4	الغرض	50	9.56	1.387	2.84
5	النمو	50	8.44	2.400	2.04
6	التكيف	50	7.02	1.767	1.27

المصدر: إعداد الطالبتين بالإعتماد على مخرجات spss إصدار 26.

من خلال الجدول رقم (10) نلاحظ أن قيم المتوسطات الحسابية لأبعاد مقياس جودة الحياة تراوحت بين (14.16 -7.02)، مع العلم أن أدنى قيمة للإجابة هي (01) وأعلى قيمة للإجابة هي (05)، حيث كان في الرتبة الأولى بعد العلاقات الاجتماعية بمتوسط حسابي قدر بـ: (14.16)، وانحراف معياري قدرت قيمته بـ: (2.402)، ثم يليه بعد الاستقلالية في المرتبة الثانية بمتوسط الحسابي قدر بـ: (12.58) وانحراف معياري قدر بـ: (2.391)، وفي المرتبة الثالثة يوجد بعد التقبل بمتوسط حسابيقدر بـ: (11.84) وانحراف معياري قدره (2.452)، ثم يأتي بعد الغرض في المرتبة الرابعة وقدر متوسطه الجيابي بـ: (9.56) وانحراف معياري قدر بـ: (1.387)، وفي المرتبة ما قبل الأخيرة يوجد بعد النمو بمتوسط حسابي قدره (8.44) وانحراف معياري قدره (8.44)، أما بعد التكيف البيئي والصحة احتل المرتبة الأخيرة (6) بمتوسط حسابي قيمته (7.02) وانحراف معياري قيمته (1.767). من خلال هذه النتائج نستنتج أن أكثر أبعاد جودة الحياة شيوعاً هي حسب الترتيب (العلاقات الاجتماعية، الاستقلالية، تقبل الذات والسعادة، الغرض من الحياة، النمو والتطور الشخصي، التكيف البيئي والصحة).

وعليه يمكن القول أن **الفرضية الثانية لم تتحقق**، أي أن بعد جودة الحياة الأكثر استخداما لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى هو **بعد العلاقات الاجتماعية**, وبمتوسط حسابي (14.16)، وانحراف معياري(2.402)، ورتبة متوسط قدرت بـ (5.65).

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى يواجهون ظروفا صحية ونفسية صعبة، الأمر الذي يدفعهم إلى تطوير أساليب تكيف تساعدهم على مواجهة متطلبات الحياة اليومية

والتقليل من الآثار النفسية والجسدية الناتجة عن البتر والمرض المزمن، ومن ثم تبرز لديهم القدرة على إيجاد الحلول والتصرف بمرونة في المواقف الضاغطة.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (زهرة سعودي) سنة 2018، التي توصلت إلى أن الراشد مبتور الأطراف يتمتع بمستوى مرتفع من المرونة النفسية، كما تتفق مع دراسة (سامية بوزيان) سنة 2022، التي أكدت وجود مستوى مرتفع من المرونة النفسية لدى مرضى السكري من النوع الأول كما تتفق مع دراسة (سولاف و خليدة) سنة 2024، التي توصلت إلى وجود مستوى جيد من المرونة النفسية لدى مرضى السكري.

في حين تختلف هذه النتيجة مع دراسة(بوشحدان كريمة وآخرون) سنة 2025، التي توصلت إلى أن مستوى المرونة النفسية لدى مرضى السكري الخاضعين للعلاج بالأنسولين كان متوسطا، ويمكن تفسير هذا الاختلاف باختلاف طبيعة العينة والظروف الصحية والاجتماعية المحيطة بها.

وتتسق هذه النتيجة مع البعد الرابع في نظرية رايف(1999)وهو العلاقات الإيجابية مع الآخرين، حيث تعتبر أن جودة الحياة تكمن في القدرة على إقامة علاقات قائمة على الثقة والتواد بالنسبة للمبتور، تمثل هذه العلاقات شريان الحياة الذي يربطه بالعالم الخارجي ويحميه من العزلة الاجتماعية, في حين يرى الاتجاه المعرفي في جودة الحياة هذا الاتجاه أن إدراك الفرد لذاته هو ما يحدد جودة حياته فالمريض قد يدرك عجزه البيئي (صعوبة التنقل)، لكنه يقيم جودة حياته من خلال القبول الاجتماعي والدعم الذي يتلقاه، وهو ما يجعل العوامل الذاتية (الشعور بالحب والاهتمام) أقوى أثراً من العوامل الموضوعية (الصحة الجسدية), وأكد الاتجاه الإنساني (مفهوم الذات) هذا المنظور أن جودة الحياة ترتبط بالتفاعل المتبادل بين الكائن الحي وبيئته الاجتماعية. تغلب البعد الاجتماعي يعكس نجاح المريض في امتثال المعايير الاجتماعية والحصول على اعتراف المجتمع بقدراته رغم الإعاقة. و يجمع المنظرون في مجال جودة الحياة لدى ذوي الاحتياجات الخاصة على أن المتغيرات الاجتماعية هي الصمام الحقيقي للصحة النفسية حيث يؤكد رايف (1995) في نموذجه الشهير أن العلاقات الإيجابية مع الآخرين هي جوهر الرفاه النفسي، إذ تمنح الفرد شعورا بالانتماء يقلل من حدة العجز الجسدي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن العلاقات الاجتماعية تمثل مصدرا أساسيا للدعم النفسي والاجتماعي بالنسبة لمرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى، خاصة في ظل الظروف الصحية والنفسية الصعبة التي يمرون بها، حيث يسهم الدعم الأسري والاجتماعي في التخفيف من مشاعر القلق والعجز والإحباط الناتجة عن البتر.

وتتفق كذلك مع الاتجاه النفسي الذي يرى أن جودة الحياة ترتبط بإدراك الفرد لمدى إشباع حاجاته النفسية والاجتماعية، وأن الدعم الاجتماعي والعلاقات الإنسانية الإيجابية تساعد الفرد على تحقيق التوافق النفسي والشعور بالرضا عن الحياة. (براهمية ,2024)

كما أن طبيعة المجتمع الجزائري و العينة خاصة تقوم على الترابط الأسري والتكافل الاجتماعي، الأمر الذي يساعد المرضى على الشعور بالتقبل والدعم من قبل الأسرة والمحيط الاجتماعي، مما ينعكس إيجابا على إدراكهم لجودة حياتهم

إ ن تفوق بعد العلاقات الاجتماعية يعكس انتقال المريض من التركيز على العجز الجسدي إلى التركيز على الوجود الاجتماعي وهذا يدل على أن البيئة الاجتماعية المحيطة بمرضى مستشفى توفر قدرا عاليا من الدعم الذي يعوض النقص في التكيف البيئي والصحي، مما يجعل العلاقات الإنسانية هي المعيار الحقيقي لجودة حياتهم

3.2. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة وتفسيرها: التي نصت على جودة علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المرونة النفسية جودة الحياة لدى مرضي السكري مبتوري الأطراف السفلى عند قيمة (α=0.05) ، وبعد تفريغ الاستجابات وباستخدام اختبار سبيرمان **(Spearmann)** تم التوصل إلى النتائج الموضحة في الجدول رقم**(11)**:

- الجدول رقم(11): يمثل دلالة العلاقة بين المرونة النفسية جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى

المتغيرين	العينة	قيمةRho سبيرمان	قيمة (sig)	القرار الإحصائي عند 0.05
المرونة النفسية جودة الحياة	50	0.85	0.00	دال

المصدر: إعداد الطالبتين بالإعتماد على مخرجات spss إصدار 26.

من خلال الجدول رقم (11) نجد أن قيمة الإرتباط سبيرمان بين المرونة النفسية وجودة الحياة قدرت بـ **Rho** تساوي (0.85) وهي تعبر عن ارتباط قوي وموجب، (أي علاقة طردية كلما كانت المرونة النفسية زادت جودة الحياة والعكس صحيح).

أما عن الدلالة الإحصائية لهذا الارتباط وفي حالة الفرض ثنائي الحد، نجد أن قيمة الدلالة الإحصائية كانت (<0.00) وهي أقل من هامش الخطأ (0.05)، وبالتالي توجد دلالة إحصائية، أي نرفض H0 التي تنص على أن P=0، ونقبل الفرض البديل الذي ينص على أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا عند α=0.05 بين المرونة النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلية الخاضعين للعلاج بمستشفى بوزيدي لخضر برج بوعريريج.

وعليه يمكن القول ان الفرضية الثالثة قد تحققت: أي توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المرونة النفسية جودة الحياة لدى مرضي السكري مبتوري الأطراف السفلى عند قيمة (α=0.05) حيث كانت **Rho** تساوي (0.85).

وتفسر هذه النتيجة بأن المرونة تعمل كمتغير وسيط ومحرك أساسي فالمريض الذي يمتلك القدرة على تجاوز صدمة البتر (المرونة) هو الأقدر على إعادة تقييم حياته بشكل إيجابي وإيجاد مصادر بديلة للسعادة والرضا (جودة الحياة)، مما يجعل المرونة النفسية هي الدعامة التي تقوم عليها جودة حياة المبتور في ظل إعاقته.

ويمكن تفسير نتائج هذه الفرضية على أن مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى الذين يتمتعون بمستوى مرتفع من المرونة النفسية يكونون أكثر قدرة على التكيف مع وضعهم الصحي والجسدي، وأكثر قدرة على مواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية الناتجة عن المرض والبتر، مما ينعكس إيجابًا على مستوى جودة حياتهم. فكلما ارتفعت قدرة المريض على التحمل والتأقلم وإيجاد معنى للحياة رغم الظروف الصعبة، ارتفع شعوره بالرضا عن حياته وتحسنت علاقاته الاجتماعية وصحته النفسية وتوافقه مع البيئة المحيطة .

كما يمكن إرجاع هذه النتيجة إلى أن أفراد العينة، رغم معاناتهم من مضاعفات مرض السكري وفقدان أحد الأطراف السفلى، أظهروا نوعًا من القدرة على إعادة تنظيم حياتهم والتكيف مع الواقع الجديد، خاصة من خلال الاعتماد على الدعم الأسري والاجتماعي والديني، وهو ما ساعدهم على الحفاظ على توازنهم النفسي والشعور بدرجة مقبولة من جودة الحياة .

وتشير استجابات العينة كذلك إلى أن الأبعاد المرتفعة في المرونة النفسية، مثل سعة الحيلة والدهاء والتفاؤل والغرض من الحياة، ساهمت في تخفيف الآثار السلبية للبتر، حيث أصبح الأفراد أكثر قدرة على مواجهة المشكلات اليومية والتعايش مع الإعاقة الجسدية بصورة أكثر إيجابية. وهذا ما يفسر وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين المرونة النفسية وجودة الحياة .

كما يمكن تفسير هذه النتيجة بأن جودة الحياة لا ترتبط فقط بالحالة الصحية والجسدية، بل تتأثر أيضًا بالحالة النفسية للفرد ومدى قدرته على التكيف مع الأزمات والضغوط، فالمرضى الذين يمتلكون مرونة نفسية مرتفعة يكونون أكثر تقبلًا لذواتهم وأكثر قدرة على الاستمرار في الحياة وتحقيق التوازن النفسي والاجتماعي.

وتتفق هذه النتيجة مع نظرية ريتشاردسون التي ترى أن المرونة النفسية تمثل قوة داخلية تساعد الفرد على استعادة توازنه النفسي والبيولوجي والروحي بعد التعرض للأزمات والضغوط، حيث إن مريض السكري مبتور الأطراف يواجه تغيرات جسدية ونفسية صعبة، غير أن امتلاكه لقدر عالٍ من المرونة النفسية يجعله أكثر قدرة على التكيف مع وضعه الصحي الجديد، مما ينعكس إيجابًا على جودة حياته.

كما يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء نظرية كارفر التي اعتبرت أن المرونة النفسية تتمثل في قدرة الفرد على "الارتداد" أو استعادة توازنه بعد الأزمات، واكتساب مهارات جديدة تساعده على التوافق مع الظروف الصعبة.

وتنسجم هذه النتيجة أيضًا مع النظرية الإنسانية لكارل روجرز التي تؤكد أن الفرد يمتلك قدرات داخلية تساعده على تحقيق التوافق النفسي وتحقيق الذات، حيث إن المريض عندما يتقبل ذاته ووضعه الصحي، ويتمكن من فهم مشاعره والتعامل معها بوعي وإيجابية، فإنه يصبح أكثر قدرة على مواجهة الضغوط وتحقيق التوازن النفسي، الأمر الذي ينعكس على شعوره بجودة الحياة . (بوشحدان وآخرون، 2025، ص26)

كما يمكن تفسير النتيجة وفق الاتجاه المعرفي الذي يرى أن إدراك الفرد لظروفه وطريقة تفسيره للأحداث هو ما يحدد شعوره بجودة الحياة، فالأشخاص ذوو المرونة النفسية المرتفعة غالبًا ما يمتلكون نظرة أكثر إيجابية للحياة وقدرة أفضل على تفسير المواقف الصعبة بطريقة تقلل من تأثيرها السلبي، مما يرفع مستوى رضاهم عن حياتهم رغم المرض والبتر .

تتفق نتائج الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة التي أكدت وجود علاقة إيجابية بين المرونة النفسية وجودة الحياة، حيث تبين أن ارتفاع مستوى المرونة النفسية لدى الأفراد يساعدهم على التكيف مع الضغوط والأزمات الصحية والنفسية، مما ينعكس إيجابًا على مستوى جودة حياتهم .

وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة عيسى محمد المحتسب وآخرون (2017) الموسومة بـ: "المرونة كمتغير وسيط بين قلق البطالة وجودة الحياة لدى الخريجين"، والتي توصلت إلى وجود علاقة إيجابية بين المرونة النفسية وجودة الحياة، حيث أكدت الدراسة أن الأفراد الذين يتمتعون بدرجة مرتفعة من المرونة النفسية يكونون أكثر قدرة على التكيف مع الضغوط وتحقيق التوازن النفسي والاجتماعي، وهو ما يساهم في رفع مستوى جودة حياتهم

كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة الطيب حمد الزين وعبد الله عثمان (2022) بعنوان: "مستوى المرونة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى عينة من طلاب الفصلين الثاني والثالث بجامعة شندي"، والتي أظهرت وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين المرونة النفسية وجودة الحياة، حيث فسرت الدراسة ذلك بأن المرونة النفسية تساعد الفرد على مواجهة المشكلات الحياتية والتعامل الإيجابي مع الضغوط، مما يعزز شعوره بالرضا النفسي والاجتماعي .

وتنسجم أيضًا مع دراسة بلال عبد الله الدويري ومحمد إبراهيم السفاسفة (2022) حول: "مستوى المرونة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى عينة من النساء المعنفات"، والتي أكدت وجود علاقة إيجابية بين المرونة النفسية وجودة الحياة، إذ تبين أن الأفراد الأكثر مرونة يتمتعون بقدرة أكبر على التكيف مع الظروف الصعبة والتقليل من آثارها النفسية السلبية، مما يؤدي إلى تحسين جودة حياتهم .

كما تتفق الدراسة الحالية مع دراسة راشد علي السهل وآخرون (2024) بعنوان: "المرونة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى المراهقين الذين يعانون من مرض السكري"، والتي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين المرونة النفسية وجودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالسكري، حيث أوضحت أن المرونة النفسية تلعب دورًا مهمًا في مساعدة المرضى على التكيف مع المرض والتقليل من آثاره النفسية والاجتماعية، وبالتالي تحسين جودة حياتهم .

ويمكن تفسير هذا الاتفاق بأن مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى يواجهون العديد من التحديات النفسية والجسدية والاجتماعية الناتجة عن المرض والبتر، مثل الشعور بالعجز أو القلق أو صعوبة التكيف مع الوضع الصحي الجديد، إلا أن توفر مستوى مرتفع من المرونة النفسية يساعدهم على مواجهة هذه الصعوبات بطريقة إيجابية، ويعزز قدرتهم على التكيف النفسي والاجتماعي، مما يرفع من مستوى جودة حياتهم .

وفي المقابل، اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة أصايل الشهري، جوانا الجهني، وإراده حمد (2022) التي تناولت "المرونة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى طالبات الدراسات العليا بجامعة الملك عبد العزيز"، والتي توصلت إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المرونة النفسية وجودة الحياة. ويمكن تفسير هذا الاختلاف بطبيعة العينة، إذ أجريت الدراسة الحالية على فئة مرضى السكري مبتوري الأطراف الذين يعيشون ظروفًا صحية ونفسية خاصة تجعل المرونة النفسية عاملًا أساسيًا في تحسين جودة حياتهم، بينما أجريت الدراسة الأخرى على طالبات دراسات عليا يختلفن من حيث الظروف والضغوط الحياتية.

إن تأكيد وجود علاقة ارتباطية قوية بين المتغيرين يثبت أن المرونة النفسية هي المتنبئ الأهم بـ جودة الحياة لدى مرضى السكري بالمستشفى ,فالبتر ليس نهاية جودة الحياة، بل هو تحد يتطلب استجابة مرنة فبقدر ما ينحني المريض أمام العاصفة (صدمة البتر) دون أن ينكسر بقدر ما ينجح في بناء حياة ذات جودة وقيمة .

4.2. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة وتفسيرها.

التي نصت على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المرونة النفسية لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى حسب مستوى البتر(الإصبع، مقدمة القدم، الساق والفخذ)عند قيمة (α=0.05).

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام **" اختبار كروسكال – واليس "** (Kruskal-Wallis Test) وذلك بعد التأكد من شروط تطبيقه) وفق معادلتي **(Kolmogorov-Smirnova)** (**Test Shapiro-Wilk**) حيث كانت قيمة(Sig) أكبر من قيمة (α=0,05)، حسب الجدول رقم(00)، أي قيم متغير المرونة النفسية لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى تتوزع توزيع غير طبيعي(غير اعتدالي)، وبالتالي نستطيع استخدام الاختبار اللابرامتري لـ(Kruskal-Wallis Test) بديل للاخبار البارمتري تحليل التباين الأحادي، ومن خلال حساب رتب الاستجابات ومتوسطات الرتب للعينات الثالثة وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات كانت النتائج الموضحة في الجدول رقم(12):

– الجدول رقم (12): يبين قيمة (اختبار كروسكال – واليس) لدلالة الفروق في المرونة النفسية لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى عند قيمة (α=0.05).

المتغير	الفئات	حجم العينة	المتوسط الحسابي	متوسط الرتب	Kruskal-Wallis H	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية (Sig)	مستوى الدلالة	القرار
المرونة النفسية	الإصبع	19	80,86	29.32	121,3	2	0,210	0,05	غير دال
	مقدمة القدم	09		27.28					
	الساق والفخذ	22		21.48					
	المجموع	50							

المصدر: إعداد الطالبتين بالإعتماد على مخرجات spss إصدار 26.

يتضح من خلال نتائج الجدول رقم (12) أن قيمة (H) لـ " اختبار كروسكال – واليس " قدرت بـ (3,121) عند درجة حرية (2) ومستوى الدلالة (α=0,05) في حين قدرت قيمة(sig) الاحتمالية بـ (0,210) وهي أكبر من قيمة مستوى الدلالة المعتمد (α=0,05)، أي لا توجد فروق ذات دلالة بين رتب المجموعات الثلاثة (الإصبع، مقدمة القدم، الساق والفخذ) للمرونة النفسية لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى.

ويظهر ذلك في استجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالا (50) مبتوري الأطراف السفلى، الذين انقسمت استجابتهم على أداة جمع البيانات المطبقة إلى ثلاث مجموعات، تمثل المجموعة الأول في بتر الإصبع بلغ عددهم (19) فردا بمتوسط رتب بلغ (29.32)، أما المجموعة الثانية فتمثل في ذوي

بتر مقدمة القدم بلغ عددهم (9) أفراد بمتوسط رتب بلغ (27.28)، أما المجموعة الثالثة فتمثل في ذوي بتر الساق والفخذ وقد بلغ عددهم (22) فردا بمتوسط رتب بلغ (21.48).

من خلال هذا يمكن القول أنه يقبل الفرض الصفري**(H0)** القائلة بـ عدم عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المرونة النفسية لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى حسب مستوى البتر(الإصبع، مقدمة القدة، الساق والفخذ) حيث قدرت قيمة (H) لـ " اختبار كروسكال – واليس " بـ (3,121) عند درجة حرية (2) ومستوى الدلالة (α=0,05) في حين قدرت قيمة(sig) الاحتمالية بـ (0,210). وترفض الفرضية البديلة **(H1)** القائلة بوجود فروق دالة احصائيا عند قيمة ألفا **(α=0,05)** وعليه فالفرضية الرابعة تحققت.

وتفسر هذه النتيجة بأن صدمة البتر في حد ذاتها كحدث استئصالي لعضو من الجسد تمثل عبئا نفسيا متساويا بغض النظر عن المسافة الجراحية للبتر. فالمريض الذي فقد جزءا من طرفه يواجه نفس التهديد للهوية الجسدية ونفس مشاعر الفقد التي يواجهها من فقد الطرف كاملا، مما يجعل استجابة المرونة لديهم متقاربة لأنها تنبع من محاولة التكيف مع واقع الإعاقة العام وليس مع التفاصيل التقنية للجراحة . و تشير الطروحات النظرية في سيكولوجية الإعاقة إلى أن المرونة النفسية هي عملية بناء داخلي تتأثر بالصلابة النفسية أكثر من تأثرها بحجم الفقد الجسدي حيث يرى بوزيان (2022) أن الصدمة النفسية للبتر هي صدمة كل أو لا شيء، مما يذيب الفوارق الناتجة عن مكان الإصابة وهذا ما يؤكده الخالدي (2019) بأن المرونة تعتمد على تمثل المريض لإعاقته وليس على الفحص الإكلينيكي لمكانها من منظور نظرية صورة الجسد فإن أي بتر يؤدي إلى تشويه في المخطط الجسمي، مما يجعل ميكانزمات الدفاع (المرونة) تعمل بأقصى طاقتها في الحالتين لتعديل هذا المخطط، وهو ما يفسر عدم وجود فروق كما أشارت منيرة وعمراوي (2024) ويضيف قوناس (2022) أن جودة التأهيل النفسي والحركي في المستشفى توحد من قدرات التكيف لدى المرضى كما يرى العتوم (2017) أن العمليات المعرفية للمواجهة ترتبط بالبنية الشخصية السابقة للإصابة، وهو ما يعززه تايلور (بأن القدرة على الصمود هي سمة مستقرة لا تتأثر بمدى جسامة العجز الفيزيائي وتؤكد دراسة رينولدزأن التحديات النفسية والاجتماعية التي يواجهها المبتور فوق الركبة وتحتها هي تحديات متماثلة من حيث الوصمة والعجز الحركي ويشير بن عيسى (2021) إلى أن إرادة الحياة هي المحرك للمرونة بغض النظر عن مستوى البتر, كما خلصت دراسة ليفي (2020) إلى أن الدعم الاجتماعي يغطي على الفوارق الجسدية، وهو ما يدعمه سعودي (2018) في أن تقبل الإعاقة هو الذي يصنع الفارق وليس مكانها و يرى عابد (2025) أن المرونة هي استجابة شمولية

للشخصية تجاه المرض المزمن , و تتقاطع نتيجة الدراسة الحالية مع مجموعة من الدراسات السابقة التي أكدت أن تجربة الفقد الجسدي تتجاوز في آثارها النفسية المسائل التقنية المتعلقة بمكان البتر حيث تتفق هذه النتيجة مع دراسة سعودي (2018) التي أجريت على المبتورين في البيئة الجزائرية وخلصت إلى أن المرونة النفسية لا تتحدد بمستوى البتر (فوق أو تحت الركبة) بقدر ما تتحدد بقدرة الفرد على تقبل ذاته الجديدة, كما تدعم دراسة ليفي (2020) هذا التوجه، حيث أثبتت أن التكيف النفسي بعد البتر هو عملية شمولية تعتمد على السمات الشخصية والدعم الاجتماعي، ولم تجد فروقا دالة تعزى لمستوى البتر الجراحي ومن جانب آخر تتوافق نتيجتنا مع ما ذهب إليه بوزيان (2022) في أن صدمة البتر هي وحدة شعورية متكاملة حيث يختبر المريض مشاعر العجز نفسها بغض النظر عن طول الطرف المتبقي وفي المقابل قد تختلف هذه النتيجة مع بعض الدراسات الكلاسيكية، مثل دراسة تايلور (2018)، التي كانت تشير تاريخيا إلى أن البتر فوق الركبة قد يؤدي إلى تحديات أكبر في التكيف الحركي وبالتالي مرونة أقل إلا أن نتيجتنا الحالية تؤكد أن التطور في تقنيات الأطراف الاصطناعية وبرامج التأهيل النفسي الحديثة بالمستشفى قد ساهم في ردم هذه الفجوة مما جعل مستوى المرونة النفسية سمة مستقرة لدى جميع المبتورين بغض النظر عن تصنيف إصابتهم الجراحية.

5.2. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة وتفسيرها: التي نصت على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى حسب مستوى البتر(الإصبع، مقدمة القدم، الساق والفخذ)عند قيمة (α=0.05).

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام " **اختبار كروسكال – واليس** " (Kruskal–Wallis Test) وذلك بعد التأكد من شروط تطبيقه) وفق معادلتي **(Kolmogorov–Smirnova)** (**Test Shapiro–Wilk**) حيث كانت قيمة(Sig) أكبر من قيمة (α=0,05)، حسب الجدول رقم(00)، أي قيم متغير جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى تتوزع توزيع غير طبيعي(غير اعتدالي)، وبالتالي نستطيع استخدام الاختبار اللابرامتري لـ(Kruskal–Wallis Test) بديل للاختبار البارمتري تحليل التباين الأحادي، ومن خلال حساب رتب الاستجابات ومتوسطات الرتب للعينات الثالثة وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات كانت النتائج الموضحة في الجدول رقم(13):

- الجدول رقم (13): يبين قيمة (اختبار كروسكال – واليس) لدلالة الفروق في جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى عند قيمة (α=0.05).

المتغير	الفئات	حجم العينة	المتوسط الحسابي	متوسط الرتب	Kruskal-Wallis H	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية (Sig)	مستوى الدلالة	القرار
جودة الحياة	الإصبع	19	.4062	17.53	9.256	2	0.010	0,05	دال
	مقدمة القدم	09		29.44					
	الساق والفخذ	22		30.77					
	المجموع	50							

المصدر: إعداد الطالبتين بالإعتماد على مخرجات spss إصدار 26.

الجدول رقم(14): يبين نتائج المقارنات البعدية الثنائية بين المجموعات لتحديد مصدر الفروق في جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الذاطراف السفلى حسب متغير مستوى البتر (الإصبع، مقدمة القدم، الساق والفخذ) اختبار (U) لـِ: مان – وتني ((Mann Whitney Test

المقارنات الثنائية	المجموعات	متوسط الرتب	قيمة (P.Value)Sig
1	الإصبع	12.26	0.036
	مقدمة القدم	19.22	
2	الإصبع	15.26	0.004
	الساق والفخذ	25.95	
3	مقدمة القدم	15.22	0.760
	الساق والفخذ	16.32	

يتضح من خلال نتائج الجدول رقم (13) أن قيمة (H) لـ " اختبار كروسكال – واليس " قدرت بـ (9.256) عند درجة حرية (2) ومستوى الدلالة (α=0,05) في حين قدرت قيمة(sig) الاحتمالية بـ (0.010) وهي أقل من قيمة مستوى الدلالة المعتمد (α=0,05)، أي توجد فروق ذات دلالة احصائية بين رتب المجموعات الثلاثة (الإصبع، مقدمة القدم، الساق والفخذ) في جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى.

ويظهر ذلك في استجابات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالا (50) مبتور، الذين انقسمت استجابتهم على أداة جمع البيانات المطبقة إلى ثلاث مجموعات، تمثل المجموعة الأول في بتر الإصبع بلغ عددهم (19) فردا بمتوسط رتب بلغ (17.53)، أما المجموعة الثانية فتمثل في ذوي بتر مقدمة القدم بلغ عددهم (09) فردا بمتوسط رتب بلغ (29.44)، أما المجموعة الثالثة فتمثل في ذوي بتر الساق والفخذ وقد بلغ عددهم (22) فردا بمتوسط رتب بلغ (30.77).

وبما أن (اختبار كروسكال – واليس) لا يكشف مصدر الفروق فقد لجأنا إلى المقارنات البعدية الثنائية بين المجموعات الثلاثة لتحديد مصدر الفروق جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى حسب متغير البتر (الإصبع، مقدمة القدم، الساق والفخذ) باستعمال اختبار (U) لـِ: مان – وتني

(Mann Whitney Test). وكذلك لأن البيانات لا تتوزع توزيعا اعتداليا، الموضحة في الجدول رقم(14) الذي تبين نتائجه:

أولا: أن الفروق بين متوسطات الرتب كانت دالة إحصائيا بين المستوى الأول المستوى الثاني من البتر (الإصبع، مقدمة القدم) حيث قدرت قيمة(sig) الاحتمالية بـ **(0.036)** وهي أقل من قيمة مستوى الدلالة المعتمد (α=0,05)، أي توجد فروق ذات دلالة بين متوسطات رتب المجموعتين (الإصبع ومقدمة القدم) في جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف لصالح بتر (مقدمة القدم). أي أن مبتوري الأطراف من المستوى الثاني (مقدمة القدم) لديهم جودة حياة أكثر من مبتوري (الإصبع).

ثانيا: أن الفروق بين متوسطات الرتب كانت دالة إحصائيا بين المستوى الأول والمستوى الثالث من البتر (الاصبع، الساق والفخذ) حيث قدرت قيمة(sig) الاحتمالية بـ (0.004) وهي أقل من قيمة مستوى الدلالة المعتمد (α=0,05)، أي توجد فروق ذات دلالة بين متوسطات رتب المجموعتين بتر الإصبع وبتر الساق والفخذ في جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى لصالح بتر(الساق والفخذ). أي أن مبتوري الساق والفخذ لديهم جودة حياة أكثر من مبتوري الإصبع.

ثالثا: أن الفروق بين متوسطات الرتب كانت غير دالة إحصائيا بين المستوى الثاني والثالث من البتر (مقدمة القدم، الساق والفخذ) حيث قدرت قيمة(sig) الاحتمالية بـ (0.760) وهي أكبر من قيمة مستوى الدلالة المعتمد (α=0,05)، أي لا توجد فروق ذات دلالة بين متوسطات رتب المجموعتين بتر مقدمة القدم وبتر الساق والفخذ في جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى.

من خلال هذا يمكن القول أنه يرفض الفرض الصفري**(H0)** القائلة بـ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية. بين متوسطات جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى حسب مستوى البتر(الإصبع، مقدمة القدم، الساق والفخذ). حيث قدرت قيمة (H) لـ " اختبار كروسكال – واليس " بـ (9.256) عند درجة حرية (2) ومستوى الدلالة (α=0,05) في حين قدرت قيمة(sig) الاحتمالية بـ (0.010). وتقبل الفرضية البديلة **(H1)** القائلة بوجود فروق دالة احصائيا عند قيمة ألفا **(α=0,05)** وعليه فالفرضية الخامسة لم تتحقق.

ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال أن الأفراد يختلفون في إدراكهم لجودة حياتهم تبعًا لطريقة تكيفهم النفسي والاجتماعي مع وضعهم الصحي، كما يمكن تفسير وجود فروق في مستوى جودة الحياة لصلح الفخذ والساق بدل من مقدمة الإصبع، أنه عائد لمفهوم التهديد الدائم، والخوف والقلق المستمر مقابل " الاستقرار السيكولوجي بعد الحسم"

مبتور الاصبع غالبا مايبقى دائما يعيش في حالة قلق وخوف مستمر، ويكون في حالة مراقبة دائمة ومشددة، وذلك لأنه على دراية بأن المرض لايزال نشطا، وهناك تهديد دائم بانتقال المرض الى بقية القدم، وهذا الترقب السلبي يمنعه من الاستمتاع والحصول على جودة حياة أكبر، إذ أن معضم المرضى يعتبرون بتر الاصبع بمثابة " بداية للنهاية" ولا يعتبرونه حلا للمشكلة.

أما بالنسبة لمبتور الساق ومقدمة القدم فإنه يقعون تحت حتمية واقع البتر ويبدأون بالتكيف، فغالب المرضى الذين يصل مستوى البتر إلى الساق والفخذ يدث لديهم ما يسمى في علم النفس العيادي " صدمة الحسم"، ويبدأون بالتاقلم من الواقع والتكيف مع حالة البتر، ولا بد أن المريص في هذه المرحلة يقوم بتنشيط الإليات الدفاعية وخاصة المرونة النفسية، وهنا يكون الالمرص قد تقبل الوصع ويوجه جل اهتماماته نحو التأهيل النفسي والحسري وعلى سبيل المثال تركيب الأطراف الصناعية، أو الكرسي المتحرك أو غيرها.

كما يمكن تفسير النتائج في ضوء نظرية "رايف" التي تؤكد أن جودة الحياة ترتبط بالسعادة النفسية وقدرة الفرد على مواجهة الأزمات والتكيف معها، حيث إن بعض المرضى قد يطورون قدرة أكبر على التكيف النفسي بعد المرور بتجربة البتر، فيشعرون بدرجة أفضل من الرضا والتوافق النفسي، وهو ما ينعكس إيجابًا على جودة حياتهم (بن جخنون وزوايمية، 2021، ص20–21). كذلك تشير نظرية "لاوتن" إلى أن البيئة المحيطة والدعم الذي يتلقاه الفرد يؤثران في إدراكه لجودة حياته، لذلك قد يشعر بعض المرضى بجودة حياة أفضل رغم ارتفاع مستوى البتر بسبب توفر الرعاية الصحية والدعم الأسري والاجتماعي (براهمبة وآخرون، 2024، ص17).

أما الاتجاه النفسي فيفسر هذه النتائج بأن جودة الحياة ترتبط بدرجة إشباع الحاجات والشعور بالأمن النفسي والرضا والتوافق، وهو ما قد يختلف من مريض لآخر تبعًا لشخصيته وطريقة تعامله مع المرض والإعاقة، حيث يرى هذا الاتجاه أن تقييم الفرد لحياته يعتمد على إدراكه الذاتي لظروفه المختلفة وليس على الظروف الموضوعية فقط (براهمية وآخرون، 2024، ص17). كما أن الاتجاه الإنساني يؤكد أن الإنسان يمتلك قدرات تمكنه من التكيف وتحقيق التوازن النفسي رغم الظروف الصحية الصعبة، لذلك فإن مستوى البتر وحده لا يحدد بالضرورة مستوى جودة الحياة (قوناس إسماعيل، 2022، ص67–68).

وتتفق هذه النتيجة مع بعض الدراسات السابقة التي أكدت إمكانية تمتع مرضى السكري أو مبتوري الأطراف بجودة حياة جيدة رغم حالتهم الصحية، مثل دراسة سلمان جيريو (2022) التي أوضحت أن الكفالة النفسية والطبية والاجتماعية تساعد على تحسين جودة الحياة لدى مرضى السكري، وكذلك دراسة زهرة سعودي (2018) التي أظهرت ارتفاع مستوى المرونة النفسية لدى الراشد مبتور الأطراف، مما يساعده على التكيف مع وضعه الصحي. كما تتفق مع دراسة قوناس إسماعيل (2022) التي بينت اختلاف مستوى جودة الحياة بين الحالات تبعًا لاختلاف ظروفهم النفسية والاجتماعية والسلوك الصحي لديهم. وفي المقابل تختلف جزئيًا مع دراسة براهمية ماجدة، بورمادة نهال، أمراح زينب (2024) التي توصلت إلى انخفاض جودة الحياة لدى مرضى السكري، حيث أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن جودة الحياة تختلف باختلاف مستوى البتر وطريقة التكيف معه.

2. الاستنتاج العام:

من خلال ما تم عرضه من نتائج البحث في دراستنا لموضوع المرونة النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى بمستشفى بوزيدي لخضر بولاية برج بوعريريج، على (50) مريض، وبناء على النتائج المتحصل عليها من الدراسة الميدانية، وكذلك نتائج المعالجة الإحصائية توصلنا إلى:

– بعد المرونة النفسية الأكثر استخداما لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى هو بعد سعة الحيلة والدهاء.

– بعد جودة الحياة الأكثر استخداما لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى هو بعد العلاقات الاجتماعية.

– توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائيا بين المرونة النفسية وجودة الحياة.

–عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المرونة النفسية لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى حسب مستوى البتر(الإصبع، مقدمة القدة، الساق والفخذ).

– وجود فروق ذات دلالة إحصائية. بين متوسطات جودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى حسب مستوى البتر(الإصبع، مقدمة القدم، الساق والفخذ).

واستنادا على ما قدمناه في الجانب النظري والدراسات السابقة والجانب الميداني يمكن القول بأن الدراسة الحالية حققت أهداف الدراسة، وذلك بالإجابة على كل الأسئلة المطروحة، ومن خلال التحقق من فرضياتها وتفسير وتحليل نتائجها، وعليه يمكن تعميم نتائج الدراسة على مجتمع عينة الدراسة

3. خاتمة:

في ختام هذه الدراسة التي تناولت موضوع المرونة النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى، يتضح أن هذا الموضوع يُعد من المواضيع النفسية والصحية المهمة التي تستحق المزيد من البحث والاهتمام، نظرًا لما تعانيه هذه الفئة من تحديات وصعوبات تؤثر على مختلف جوانب حياتهم النفسية والاجتماعية والصحية.

وقد سعت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين المرونة النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى، بالإضافة إلى التعرف على مستوى كل منهما، والكشف عن الفروق تبعًا لبعض المتغيرات، وذلك من خلال الاعتماد على المنهج الوصفي وتطبيق مجموعة من الأدوات النفسية المناسبة لعينة الدراسة. وأظهرت النتائج أن المرونة النفسية تُعد من العوامل المهمة التي تساعد المرضى على التكيف مع ظروفهم الصحية والنفسية، كما أن جودة الحياة تتأثر بدرجة قدرة الفرد على التوافق مع وضعه الصحي والاجتماعي. وتؤكد هذه النتائج أهمية الدعم النفسي والاجتماعي والرعاية المتكاملة لهذه الفئة من المرضى، بما يساهم في تعزيز قدرتهم على مواجهة الضغوط وتحسين مستوى جودة حياتهم. كما أبرزت الدراسة ضرورة الاهتمام بالجانب النفسي إلى جانب الجانب الطبي لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف، والعمل على إعداد برامج نفسية وإرشادية تهدف إلى تنمية المرونة النفسية وتحسين جودة الحياة لديهم، مع تشجيع الباحثين على إجراء المزيد من الدراسات التي تتناول هذه الفئة ومتغيرات نفسية أخرى مرتبطة بها.

وفي الأخير، تبقى هذه الدراسة محاولة علمية للإسهام في فهم الجوانب النفسية المرتبطة بمرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى، على أمل أن تفتح المجال أمام دراسات مستقبلية أكثر عمقًا وشمولًا تخدم هذه الفئة وتساعد على تحسين ظروفها النفسية والاجتماعية والصحية.

5. مقترحات الدراسة:

انطلاقًا من النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة الموسومة بالمرونة النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري مبتوري الأطراف السفلى، يمكن أن نقدم المقترحات التالية:

- أهمية عمل الأخصائيين النفسيين على إعطاء قدر كافٍ من الاهتمام والمتكفّل بهذه الفئة.
- ضرورة وضع برامج دعم نفسي تهدف إلى تنمية المرونة النفسية والتحسين من جودة الحياة.
- دعم الرعاية النفسية قبل وبعد عمليات البتر لمرضى السكري، للتخفيف من المضاعفات النفسية لهذه الجراحات وتحسين الأداءات الانفعالية وتحسين التوافق النفسي.
- العمل على تكثيف دور الأسرة والمحيط الاجتماعي في توفير بيئة داعمة للمريض، مما ينعكس إيجابًا على حالته النفسية والانفعالية ويساهم في تحسين جودة الحياة.
- توسيع الدراسة على عينات أكبر وبيئات مختلفة أكثر قصد تعميم النتائج.
- إجراء دراسات مسحية شاملة لكافة المتغيرات والعوامل المختلفة لهذه الفئة من المرضى، لتحديد التخصصات واستكمالها.
- الاهتمام بنشر الوعي الصحي لدى مرضى السكري لتفادي الوصول إلى البتر.
- الاهتمام بمتابعة مرضى السكري بشكل دوري للحد من بعض الانتكاسات التي قد يتعرضون لها، من أجل توفير جو ملائم لهم يزيد من تحسن حالتهم النفسية والجسمية.

قائمة المراجع

- قائمة المراجع:

_الزهيري لمياء قيس سعدون محمود، (2012)، *المرونة النفسية وعلاقتها بأحداث الحياة الضاغطة لدى طلبة الجامعة* [رسالة ماجستير]، كلية التربية للعلوم الانسانية، جامعة ديالى.

_طراد غنية حسن، والخفاف أيمان عباس علي، (2021)، *المرونة النفسية لدى طالبات قسم رياض الأطفال. وقائع المؤتمر العلمي السنوي الرابع لقسم معلم الصفوف الاولى: واقع التعليم الابتدائي في ظل جائحة كورونا* (ص 80)، كلية التربية الأساسية، الجامعة المستنصرية.

_عبيد رمله جبار، رضا رهام علي، خلف دعاء عدنان، وغريب رباب حسين، (2017)، *المرونة النفسية لدى طلبة كلية التربية* [بحث تخرج بكالوريوس]، كلية التربية للبنات، جامعة القادسية.

_ابن منظور، (1991)، *لسان العرب*، معجم لغوي علمي، ط2، دار الكتاب العلمية، بيروت.

_آل شويل سعيد ، وفتحي نصر ،(2012)، *الفروق بين مرتفعي ومنخفظي المرونة الإجابية في بعض المتغيرات النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة*، مجلة البحث العلمي للتربية، العدد (3)، ص ص 783-1817

_براهيمي هاجر، وبراهيمي ليلى. (2023). *جودة الحياة الوظيفية ودورها في تحسين أداء العاملين: دراسة ميدانية بالمؤسسة الوطنية للصناعات النسيجية بسكرة TIFIB* [مذكرة ماستر]. جامعة محمد خيضر – بسكرة

_بسرة صبرينة. (2019). *مستوى جودة الحياة لدى الطالب الجامعي المعاق حركيا: دراسة 5 حالة على طلبة جامعة محمد خيضر بسكرة* [مذكرة ماستر]. جامعة محمد خيضر بسكرة.

_بلول أحمد، وعيشة علة. (د.ت). *أبعاد جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من طلبة جامعة الجلفة. مجلة حقائق للدراسات النفسية والاجتماعية*، (العدد 2)، 167-188.

_بن شعاعة زينب، (2020)، *المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى عينة من طلبة ماستر علم النفس العيادي بجامعة غرداية* [مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر]. قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة غرداية، الجزائر.

_بن عيسى س، وبن تليس د، (2023). *مستوى جودة الحياة لدى الراشد المصاب باضطراب الفصام: دراسة عيادية لحالتين في مدينة بسكرة* [مذكرة ماستر]. جامعة محمد خيضر بسكرة.

_بن عيسى مراد،(2021). *سيكولوجية المرض المزمن وصناعة المعنى*. الطبعة الأولى، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر العاصمة، الجزائر.

_بن نهار غالية ، وفاطمة بلقرينات، (2021/2020)، *المرونة النفسية وعلاقتها بالإرتياح النفسي: دراسة ميدانية على عينة من طلبة علم النفس بجامعة الجلفة*، [مذكرة مكملة لنيل شهادة]، جامعة زيان _عاشور بالجلفة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.

_بورنان سامية، (2022)، *مستوى المرونة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول – دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة*، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، 7(2)، 1206-1235.

_بوزيان فيصل، (2022). *سيكولوجية الصدمة والمرونة النفسية*. الطبعة الثانية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر العاصمة، الجزائر.

_بوشحدان كريمة، عويمي رانية، وبعطوشي هديل، (2025)، *المرونة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين* [مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر]. قسم علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 8 ماي 1945 قالمة، الجزائر.

_بوعمامة حكيم. (2019). *جودة الحياة: المفهوم والأبعاد (دراسة تحليلية)*. مجلة العلوم النفسية والتربوية، 8(1)، 343-360.

_بوكحيل منار خديجة، وشخاب وصال، (2024)، *الألم المزمن وعلاقته بالمرونة النفسية لدى مرضى التهاب المفاصل* [مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر]، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة عباس لغرور – خنشلة، الجزائر.

_حمزاوي، رفيدة، وجلول، مروة. (2023). *جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات لدى الطالب الجامعي* [مذكرة ماستر]. جامعة ابن خلدون – تيارت.

_الخالدي أديب، (2019). *المرجع في الصحة النفسية. الطبعة الأولى*، الدار العربية للعلوم ناشرون، بيروت، لبنان.

_رامز يوسف محمود. (2014). *العوامل الخمسة الكبرى في الشخصية وعلاقتها بالمرونة النفسية لدى الطلاب المعلمين*. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 24(85)، 1-61.

_زكي أسامة سيد محمد. (2022). *التفكير التأملي وعلاقته بالمرونة النفسية والتوجه الإيجابي لدى المراهقين* [رسالة ماجستير]. جامعة بني سويف.

_الزيود نادر ،(2014). *المرونة النفسية والقدرة على مواجهة الصدمات*. الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .

_شنشوني، الكاهنة، وعمراوي، شيماء. (2024). *المرونة النفسية وعلاقتها بالتدفق النفسي لدى طلبة الجامعة: دراسة ميدانية على طلبة ثالثة علم الاجتماع جامعة محمد خيضر بسكرة* [مذكرة ماستر]. جامعة محمد خيضر – بسكرة، الجزائر.

_الشهري أصايل خلوفه، الجهني جوانا عبد الله، وحمد إراده عمر، (2022)، *المرونة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى طالبات الدراسات العليا بجامعة الملك عبد العزيز*، المجلة السعودية للعلوم التربوية، (9)، 96-112.

_عابد محمد،(2025). *عوامل الرفاهية وجودة الحياة لدى المرضى المزمنين*. مجلة الدراسات النفسية والتربوية، المجلد 4، العدد 2، جامعة الجزائر 2، الجزائر.

_عبد اللطيف شريف، الصبحيين علي، والقضاة محمد. (2016). *البناء العاملي لمقياس كونور ودافيدسون للمرونة النفسية لدى طلبة الجامعة. المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، المجلد (12)، العدد (3).

_العتوم عدنان، (2017). *علم النفس المعرفي: النظرية والتطبيق*. الطبعة الخامسة، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

_عثمان الطيب حمد الزين عبد الله، (2022)، *مستوى المرونة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى عينة من طلاب الفصلين الثاني والثالث بجامعة شندي*، مجلة جامعة شندي للعلوم الإنسانية والاجتماعية، (العدد 6)، ديسمبر، 136-174.

_قوناس، إسماعيل. (2022). السلوك الصحي وجودة الحياة لدى المصابين بمرض السكري: دراسة عيادية لثلاث حالات بالمؤسسة الاستشفائية – محمد بوضياف – مهدية [مذكرة ماستر]. جامعة ابن خلدون تيارت، الجزائر.

_كنعان أحمد،(2021). *سيكولوجية التكيف مع الإعاقة*. الطبعة الأولى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.

_المحتسب عيسى محمد، العبادلة نعيم عبد، والعكر محمد عاطف. (2017). *المرونة كمتغير وسيط بين قلق البطالة وجودة الحياة لدى الخريجين*. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، 25(3)، 172-189

_معارفة رقية، ولعور عاشور. (2023). *محددات ومستوى جودة الحياة لدى المرأة العاملة – دراسة ميدانية بجامعة 20 أوت 1955 سكيكدة*. المجلة الجزائرية للعلوم الاجتماعية والإنسانية، المجلد 11 (العدد 1)، 143-162.

_المنتشري، محمد بن علي. (2020). أبعاد المرونة النفسية كعوامل منبئة بجودة الحياة الأكاديمية لدى المتعثرين دراسياً من طلاب المرحلة الثانوية. مجلة الدراسات التربوية والإنسانية – كلية التربية – جامعة دمنهور، 12(1)، 187.

_نتاري سامية، (2025)، *فاعلية برنامج إرشادي قائم على استراتيجيات المرونة النفسية في تخفيف الضغوط المهنية لدى أساتذة التعليم الابتدائي بمدينة ورقلة* [أطروحة دكتوراه]، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

قائمة الملاحق

ملحق رقم (01): مقياس المرونة النفسية ومقياس جودة الحياة في صورته النهائية.

جامعة محمد البشير الابراهيمي - برج بوعريريج
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
علم النفس
شعبة علم النفس
تخصص علم النفس العيادي.

الموضوع: تطبيق أداة جمع بيانات.

- البيانات الأولية:
- العمر: .....
- الجنس: ذكر ..... أنثى .....
- نوع الاصابة: نوع الأول ..... نوع الثاني .....
- مستوى البتر: .....
- عدد مرات البتر: .....
- وجود مرض مصاحب : يوجد مرض مصاحب ..... لايوجد مرض مصاحب .....

• تعليمات الإجابة :

في إطار القيام بالبحوث العلمية في مجال علم النفس العيادي نريد تطبيق مقياس المرونة النفسية بهدف التعرف على مدى انطباق بعض من الأنماط السلوكية عليك.

المطلوب منك قراءة كل عبارة بتأن والاستجابة لها بوضع علامة (×) أمام كل عبارة في الخانة المناسبة، وذلك لتحديد مدى موقفك من كل عبارة. ولاحظ أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة فكل الإجابات تعد صحيحة طالما تعبر فعلا عن حقيقة شعورك اتجاه المعنى الذي تحمله العبارة. لا تنسى أن تجيب على كل العبارات.

نشكركم على تكرمكم وتخصيص جزء من وقتكم الثمين ونقدر لكم جهدكم وتعاونكم معنا.

أولا: المرونة النفسية

الرقم	العبارة والبعد	بدائل الاجابة				
		أبداً	نادراً	أحياناً	غالبا	دائماً
	البعد الأول: الجُرءة و الشجاعة					
1	أستطيع التعامل مع المشكلات أو المواقف الجديدة					
2	يجعلني التعامل مع مواقف الحياة الضاغطة أكثر قوة					
3	يمكن للفرد أن يحقق أهدافه الخاصة					
4	عزيمتي لا تقل امام الفشل					
5	أفكر في ذاتي كشخص قوي					
6	اجد صعوبة في اتخاذ القرارات التي تحظى بشعبية					
7	يمكنني التعامل مع المشاعر الغير سارة					
	البعد الثاني: التفاؤل					
8	أنظر الى الجانب المضحك من الأشياء					
9	أميل بسرعة لاعادة توازني بعد المرض أو بعد التعرض لكرب أو معاناة					
10	أفضل أن أبذل الجهد بغض النظر عن النتيجة المتوقعة					
11	عندما تبدو الأمور ميؤوس منها لا أستسلم بسرعة					
12	يكون تفكيري مركزا بشكل واضح عندما أكون تحت الضغط أو الاجهاد					
13	أفضل أخذ زمام المبادرة في حل المشكلات					
14	علي العمل بحدس دون معرفة الأسباب					
	البعد الثالث: سعة الحيلة أو الدهاء					
15	لدي القدرة على التكيف مع المواقف المتقلبة (المتغيرة)					
16	لدي علاقات وثيقة و امنة					
17	أعتقد في أحيان كثيرة أن الله سوف يساعدني					
18	تعطيني نجاحات الماضي الثقة في تحديات جديدة					

19	أعتقد أن الأشياء تحدث نتيجة لسبب ما					
20	خلال أوقات الشدة أعرف من أين أحصل على المساعدة					
البعد الرابع: الغرض أو الهدف						
21	لدي إحساس قوي بغرضي (بهدفي) في الحياة					
22	لدي القدرة على ضبط حياتي					
23	أنا أحب التحدي					
24	يعمل الفرد لتحقيق أهدافه					
25	أنا فخور بانجازاتي					

ثانيا: جودة الحياة

الرقم	العبارة	أوافق بشدة	أوافق	أحيانا	لا أوافق	لا أوافق بشدة
البعد الأول : تقبل الذات والسعادة						
1	أتقبل جوانب ضعفي					
2	اشعر بالرضا عن مظهري الخارجي					
3	أنا شخص متزن معظم الوقت					
4	أشعر بالاستقرار والهدوء النفسي					
البعد الثاني : العلاقات الاجتماعية						
5	أنا سعيد بعلاقاتي الطيبة مع الآخرين					
6	يتسم سلوكي مع الآخرين بالتسامح					
7	ابستمتع حينما اقضي وقتي مع اصدقائي					
8	أشعر بسعادة غامرة عندما أكون مع أسرتي					
البعد الثالث : الاستقلالية						
9	أتحمل مسئولية كل سلوك أقوم به					
10	أنجز أعمالي بنفسي دون طلب المساعدة من الآخرين					
11	لدي قدرة على التعايش مع الحياة مهما حدث فيها من تغيير					
12	ثقتي بنفسي عالية					
البعد الاربع : التكيف البيئي والصحة						
13	أسلوبي في الحياة يحقق لي السعادة النفسية					
14	أعدل من طريقة تفكيري لأتمكن من إنجاز ما يطلب مني					
15	أمارس الرياضة بشكل منتظم					
البعد الخامس : الغرض من الحياة						
16	أرى أن الحياة لها معنى					
17	لدي اهتمامات جادة ونشطة في حياتي					
18	لدي شعور عام بالأمن في الحياة					
البعد السادس : النمو والتطور الشخصي						
19	لدي اهتمام في الاطلاع على كل جديد					
20	أتمتع بقدرة عالية على استغلال وقتي					
21	استفيد من وقتي داخل المنزل بتطوير مهارتي					

ملحق رقم (03): مخرجات برنامج (SPSS).

نتائج اعتدالية التوزيع حسب مخرجات برنامج (SPSS):

Tests de normalité						
	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
المرونة النفسية	0.178	50	0.000	0.933	50	0.007
جودة الحياة	0.182	50	0.000	0.933	50	0.007
a. Correction de signification de Lilliefors						

نتائج الفرضية الأولى حسب مخرجات برنامج (SPSS):

Statistiques descriptives					
	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
بعد 1 الجرأة والشجاعة	50	21.60	3.435	14	29
بعد2 التفاؤل	50	21.30	4.292	15	31
بعد 3 سعة الحيلة والدهاء	50	22.54	2.844	15	28
بعد 4 الغرض والهدف	50	15.42	3.563	8	24

Test de Friedman

Rangs	
	Rang moyen :
بعد 1 الجرأة والشجاعة	3.04
بعد2 التفاؤل	2.72
بعد 3 سعة الحيلة والدهاء	3.20
بعد 4 الغرض والهدف	1.04

نتائج الفرضية الثانية حسب مخرجات برنامج (SPSS):

Statistiques descriptives					
	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
بعد 1 التقبل	50	11.84	2.452	6	19
بعد 2 العلاقات	50	14.16	2.402	8	20
بعد 3 الاستقلالية	50	12.58	2.391	9	18
بعد 4 التكيف	50	7.02	1.767	4	10
بعد 5 الغرض	50	9.56	1.387	6	12
بعد 6 النمو	50	8.44	2.400	3	14

Test de Friedma

Rangs	
	Rang moyen :
بعد 1 التقبل	4.30
بعد 2 العلاقات	5.65
بعد 3 الاستقلالية	4.90
بعد 4 التكيف	1.27
بعد 5 الغرض	2.84
بعد 6 النمو	2.04

نتائج الفرضية الثالثة حسب مخرجات برنامج (SPSS):

Corrélations				
Rho de Spearman	المرونة النفسية	Coefficient de corrélation	1.000	,852**
		Sig. (bilatéral)		0.000
		N	50	50
	جودة الحياة	Coefficient de corrélation	,852**	1.000
		Sig. (bilatéral)	0.000	
		N	50	50

نتائج الفرضية السابعة والخامسة حسب مخرجات برنامج (SPSS):

Statistiques descriptives					
	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
المرونة النفسية	50	80.86	12.662	57	107
جودة الحياة	50	62.40	10.146	41	79
مستوى البتر	50	2.06	0.913	1	3

Test de Kruskal-Wallis

Rangs			
مستوى البتر		N	Rang moyen :
المرونة النفسية	الإصبع	19	29.32
	مقدمة القدم	9	27.28
	الساق والفخذ	22	21.48
	Total	50	
جودة الحياة	الإصبع	19	17.53
	مقدمة القدم	9	29.44

	الساق والفخذ	22	30.77
	Total	50	

Tests statistiquesa,b		
	المرونة النفسية	جودة الحياة
H de Kruskal-Wallis	3.121	9.256
ddl	2	2
Sig. asymptotique	0.210	0.010

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : مستوى البتر

المقارنات البعدية بين المجموعات الثلاثة

Rangs				
مستوى البتر		N	Rang moyen :	Somme des rangs
جودة الحياة	الإصبع	19	12.26	233.00
	مقدمة القدم	9	19.22	173.00
	Total	28		

Tests statistiquesa	
	جودة الحياة
U de Mann-Whitney	43.000
W de Wilcoxon	233.000
Z	-2.095
Sig. asymptotique (bilatérale)	0.036
Sig. exacte [2*(sig. unilatérale)]	,037b

a. Variable de regroupement : مستوى البتر

b. Non corrigé pour les ex aequo.

Rangs				
مستوى البتر		N	Rang moyen :	Somme des rangs
جودة الحياة	الإصبع	19	15.26	290.00
	الساق والفخذ	22	25.95	571.00
	Total	41		

Tests statistiquesa

	جودة الحياة
U de Mann-Whitney	100.000
W de Wilcoxon	290.000
Z	-2.855
Sig. asymptotique (bilatérale)	0.004

a. Variable de regroupement : مستوى البتر

Rangs				
مستوى البتر		N	Rang moyen :	Somme des rangs
جودة الحياة	مقدمة القدم	9	15.22	137.00
	الساق والفخذ	22	16.32	359.00
	Total	31		

Tests statistiquesa	
	جودة الحياة
U de Mann-Whitney	92.000
W de Wilcoxon	137.000
Z	-0.305
Sig. asymptotique (bilatérale)	0.760
Sig. exacte [2*(sig. unilatérale)]	,781b

a. Variable de regroupement : مستوى البتر

b. Non corrigé pour les ex aequo.

تمت بحمد الله