وزارة التعليـــم العالـــي والبحـــث العلمـــي
جامعـة احمـد درايـة ادرار- الجـزائـر
كليـة العلـوم الإنسانيـة والاجتماعيـة والعلوم الإسلاميـة
قسـم العلـوم الاجتماعيـة

عنـــــوان المذكـــرة

مرض السكري وأثره على المراهق المتمدرس

"دراسة ميدانية لـ 07 حالات بمديرية النشاط الاجتماعي والتضامن لولاية أدرار"

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس
تخصص: علم النفس المدرسي.

إعـداد الطالبتين:
- عرامـــة فيـــروز
- مالكي ربيعة

إشـــراف الأستـــاذة:
* دليـل سميحـة

السنة الجامعية:2016/2015 م

كلمة شكر

الشكر كله لصاحب الفضل والمنة سبحانه وتعالى، والجود والكرم على عباده المقصرين، فيا رب لك الحمد والشكر كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك.

كما أن واجب الاعتراف بالجميل يدعونا ونحن ننهي كتابة هذا البحث أن نتقدم بأجمل عبارات الشكر والتقدير للأساتذة الأفاضل اللذين تلقينا عليهم العلم والمعرفة طيلة السنوات الدراسية، الذين علمونا أن العلم في قمم الأعالي لا يناله إلا من سار على درج التواضع والحزم.

لذا يسعدنا ويشرفنا أن نتقدم بعظيم الشكر والتقدير لأستاذتنا الفاضلة الأستاذة **دليل سميحة** على تفضلها لقبول الإشراف على هذا البحث برحابة صدر، وما بدلته من جهد مخلص في مراحل إعداده، وما قدمته لنا من نصائح وملاحظات قيمة وقراءة لفصول البحث، وكانت لأرائها القيمة وتوجيهاتها الصائبة الأثر الفعال في انجاز هذه الدراسة بشكلها النهائي.

كما لا يفوتنا أن نتقدم بشكرنا الخاص **لمدير النشاط الاجتماعي والتضامن لولاية ادرار** لتقديمه الدعم المتواصل لاستكمال المحاور الميدانية ، ولا ننسى بذلك كل مديري وأطباء المقاطعات التربوية الذين لم يبخلوا بتوجيه ملاحظاتهم.

كما يشرفنا أن نتقدم بشكرنا لكل من أعضاء اللجنة المناقشة، وكل من ساعدنا في انجاز هذا البحث المتواضع.

الإهـــداء

الحمد لله الذي أمدني العزم وزودني الصبر وأحاطني بعنايته إلى أن أتممت هذا العمل المتواضع فالحمد لله رب العالمين.

اهدي نتاج بحثي هذا إلى من يستحق أن يكون أول من نهدي إليه، إلى النور المصطفى الذي يدخل القلوب من غير استئذان، إليك يا حبيبي يا **رسول الله**، صلى الله عليك وسلم.

إليك يا بسمة من سنا وجه الله، يا لوحة أجمل من لمسة الشروق والغروب وهمسة لن تقطع الطريق الطويل حتى اهتف باسمها وأقول إليك يا **أمي** يا شعوري الجميل.وصوت في غياهب ذاتي، يدوي في أجواء الأفاق يوحي في نفسي أسمى معاني العزة والفخار إليك يا **أبت** دعائي لك بالغدو والأسحار.

إليك يا سندي في هذه الحياة، يا من أنت أغلى من نفسي التي بين جوانحي.وأحبّ إليّ من روحي التي تسري في جسدي إليك يا من زرعت فيّ طموحاً صار يدفعني نحو الأمام إلى مستقبل ناجح إليك يا زوجي الحبيب **"رشيد"**.

إليك يا قطعة من جسدي، إليك يا قطعة من روحي، إليك يا قرة عيني يا غاليتي يا اغلي ما املك ابنتي الحبيبة **"أسيل ترتيل"**.

إلى أزاهير قلبي التي أورقت بالوجدانيات والمشاعر، وترعرعت فيها عواطف الأخوة السامية إليكم حبيباتي : **هدى، فاطمة، محمد أمين**. وإلى جميع عائلة **"عرامة"** و" **لويز**".

إلى اللواتي صنعن معي معنى أخر للصداقة، حتى غدت حبا سطع هيامه في سماء الأخوة و الصداقة وكل شئ إليكم حبيباتي : **وردة، مريم، فتيحة**، وشريكتي في العمل و سعد أيامي**"ربيعة"**.

إلى كافة طلبة الماستر علم النفس المدرسي دفعة 2016/2015.

إلى جميع الأحباب الذين كتبت أسماءهم على أوراق قلبي، وعهدا عليا إلى ابد الآبدين.

إلى التي سنصنع حياتها سيرا على خطى الحبيب إليك يا امة الإسلام.

فيـــــروز

الإهـــداء

بسم الله الرحمن الرحيم

قل اعملوا فسيرى الله عملكم و رسوله والمؤمنين.

صدق الله العظيم.

اهدي هذا العمل المتواضع

إلى من بلغ الرسالة و أدى الأمانة و نصح الأمة ...إلى نبي الرحمة و نور العالمين

"سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم"

إلى من يسهل لفظ اسمهما و يصعب رد جميلهما

"والديا الغاليين"

إلى التي غمرتني بحبها و حنانها و علمتني أن الصبر مفتاح الفرج

" أمي الغالية "

إلى الذي اعد لي طريق المثل و القيم و تعب من اجلي ليراني ناجحة

"أبي الغالي"

إلى من أحسست بالحب و الأمان بينهم

"اخوتي واخواني الاعزاء"

إلى كل الأهل و الأقارب من قريب أو بعيد

إلى كل من قدسوا معنى الصداقة و استحقوا لقبها

"صديقاتي الأعزاء"

إلى رفقاء دربي ومن تقاسمت معهم العلم والمعرفة والى جميع زملائي في الدفعة

إلى زميلتي ورفيقتي في انجاز هذا العمل"فيروز" وكل عائلتها

إلى كل من يحملهم قلبي ولم يكتبهم قلمي

اهدي ثمرة جهدي

ربيعـــــة

ملخص البحث:

نركز في الدراسة الحالية للبحث في موضوع داء السكري وأثره على المراهق المتمرس لدى عينة من المراهقين المتمدرسين المصابين بداء السكري من النوع الأول أي المعتمد على الأنسولين، والهدف من هذه الدراسة معرفة مختلف الآثار النفسية والأكاديمية لهذا المرض على هذه الفئة، ولتحقيق هذا الهدف تكونت عينة الدراسة من 07 سبع حالات من المراهقين من كلى الجنسين تراوحت أعمارهم بين 14-17 سنة والذين قدرت مدة إصابتهم بهذا الداء مابين 02 سنتين إلى 05 خمس سنوات، أي ركزنا على أن تكون الإصابة في فترة المراهقة وليس قبلها، كما اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج العيادي باتخاذ عدة وسائل من بينها الملاحظة والمقابلة العيادية النصف موجهة وكذا تطبيق لاختبار الروشاخ الاسقاطي وذلك للإجابة على تساؤلات الدراسة والتحقق من فرضياتها، ولقد أسفر التحليل الكمي والكيفي لمضمون المقابلات وكذا نتائج اختبار الروشاخ على أن الإصابة بداء السكري من النوع الأول أي المعتمد على الأنسولين يؤدي إلى أثار نفسية على المراهق المتمدرس من بينها القلق، الاكتئاب، الإحباط ومشاعر النقص والدونية، كما يؤثر أيضا هذا المرض على المستوى الأكاديمي من خلال التراجع الكبير في الوظائف المعرفية الخاصة بصعوبة في التركيز، الانتباه والإدراك وكذا تدني في مستوى المردود المدرسي.

محتـــويـــــــات البحـــــــــــث

كلمة شكر
الإهداء
ملخص البحث.....أ
محتويات البحث.....ب
قائمة الجداول.....و
المقدمة.....ز

الفصل الأول: الإطار العام لمخطط البحث

-تمهيد: ..... ص 14
I-1- إشكالية الدراسة.....ص 15.
I-2- تساؤلات الدراسة.....ص 15.
I-3- فرضيات الدراسة.....ص 16.
I-4- دواعي اختيار الموضوع. .....ص 16.
I-5- أهداف الدراسة.....ص 16.
I-6- مفاهيم الدراسة وتعريفاتها الإجرائية.....ص 16.
I-7- الدراسات السابقة.....ص 18.
I-8- مناقشة الدراسات السابقة والتعقيب عليها.....ص 20.
-خلاصة.....ص 22.

الفصل الثاني: داء السكري

-تمهيد.....ص 24.
II-1- تعريف مرض السكري .....ص 25.
II-2- تعريف البنكرياس.....ص 25.
II-3- تعريف الأنسولين .....ص 26.
II-4- النسبة الطبيعة لمستوى السكري .....ص 26.
II-5- النبذة التاريخية عن مرض السكري.....ص 26.
II -6- أنواع داء السكري .....ص 27.
II -7- أسباب داء السكري.....ص 29.
II -8- أعراض داء السكري .....ص 30.
II -9- التشخيص .....ص 31.
II -10-مضاعفات السكري.....ص 31.
II -11-علاج داء السكري.....ص 33.
-خلاصة.....ص 35.

الفصل الثالث: المراهق المتمدرس

-تمهيد.....ص 37.
III- 1- تعريف المراهقة.....ص 38.
III-2-مراحل المراهقة.....ص 39.
III-3- التفسيرات النظرية لمرحلة المراهقة.....ص 40.
III-4- مظاهر النمو.....ص 42.
III-5- خصائص مرحلة المراهقة..... ص 47.
III-6- الحاجات النفسية للمراهقة.....ص 47.
III-7- أهمية مرحلة المراهقة.....ص 49.
III-8- مشكلات المراهقين.....ص 49.
III-9- علاقة المراهقين بالنظام المدرسي.....ص 51.
III-10- العوامل المؤثرة في التحصيل الدراسي.....ص 52.
III-11- المراحل التي يمر بها المراهق المصاب بداء السكري.....ص 54.
-خلاصة.....ص 57.

الفصل الرابع: منهج البحث وأدواته وإجراءاته

-تمهيد.....ص 59.
IV-1-الدراسة الاستطلاعية.....ص 60.
IV-2- مكان إجراء البحث.....ص 60.
IV-3- ضبط متغيرات البحث.....ص 63.
IV-4- منهج البحث.....ص 64.
IV-5- وسائل إجراء البحث.....ص 65.
IV-6-خطوات إجراء البحث.....ص 69.
-خلاصة.....ص 70.

الفصل الخامس: التحليل الكمي والكيفي للنتائج

-تمهيد.....ص 72.
V-1- عرض حالات الدراسة.....ص 73.
V-1-1- دراسة الحالة الأولى.....ص 73.
V-1-1-2-السيميائية العامة للحالة الأولى**.**.....ص 73.
V-1-1-3-المقابلات الخاصة بالحالة الأولى.....ص 74.
V-1-1-4-ما يمكن استخلاصه واستنتاجه من المقابلات للحالة الأولى.....ص 77.
V-2-التحليل الكمي والكيفي لنتائج دراسة الحالات.....ص 78.
V-2-1- التحليل الكمي والكيفي لنتائج الحالة الأولى.....ص 78.
V-2-1-2-النتائج الكمية لاختبار الروشاخ.....ص 81.

V-2-1-4- تحليل اختبار الروشاخ للحالة الأولى.....ص 82.
V-2-1-5-الاستنتاج الخاص بالاختبار.....ص 84.
V-2-1-6-ملخص حول الحالة الأولى .....ص 84.
V-2-1- دراسة الحالة الثانية.....ص 85.
V-2-2-1-السيميائية العامة للحالة الثانية.....ص 86.
V-2-3-1-المقابلات الخاصة بالحالة الثانية.....ص 87.
V-2-4-1-ما يمكن استخلاصه واستنتاجه من المقابلات للحالة الثانية.....ص 89.
V-2-2- التحليل الكمي والكيفي لنتائج الحالة الثانية.....ص 90.
V-2-2-2-النتائج الكمية لاختبار الروشاخ.....ص 92.
V-2-4-2- تحليل اختبار الروشاخ للحالة الثانية.....ص 93.
V-2-5-2-الاستنتاج الخاص بالاختبار.....ص 95.
V-2-6-2-ملخص حول الحالة الثانية.....ص 95.
V-3-1- دراسة الحالة الثالثة.....ص 96.
V-3-2-1-السيميائية العامة للحالة الثالثة.....ص 97.
V-3-3-1-المقابلات الخاصة بالحالة الثالثة.....ص 98.
V-3-4-1-ما يمكن استخلاصه واستنتاجه من المقابلات للحالة الثالثة.....ص 101.
V-3-2- التحليل الكمي والكيفي لنتائج الحالة الثالثة.....ص 101.
V-3-2-2-النتائج الكمية لاختبار الروشاخ.....ص 103.
V-3-4-2- تحليل اختبار الروشاخ للحالة الثالثة.....ص 104.
V-3-5-2-الاستنتاج الخاص بالاختبار.....ص 106.
V-3-6-2-ملخص حول الحالة الثالثة.....ص 106.
V-4-1- دراسة الحالة الرابعة..... ص 107.
V-4-2-1-السيميائية العامة للحالة الرابعة.....ص 108.
V-4-3-1-المقابلات الخاصة بالحالة الرابعة.....ص 109.
V-4-4-1-ما يمكن استخلاصه واستنتاجه من المقابلات للحالة الرابعة.....ص 111.
V-4-2- التحليل الكمي والكيفي لنتائج الحالة الرابعة.....ص 112.
V-4-2-2-النتائج الكمية لاختبار الروشاخ.....ص 116.
V-4-4-2- تحليل اختبار الروشاخ للحالة الرابعة.....ص 116.
V-4-5-2-الاستنتاج الخاص بالاختبار.....ص 118.
V-4-6-2-ملخص حول الحالة الرابعة.....ص 119.
V-5-1-دراسة الحالة الخامسة.....ص 119.
V-5-2-1-السيميائية العامة للحالة الخامسة.....ص 120.
V-5-3-1-المقابلات الخاصة بالحالة الخامسة.....ص121.
V-5-4-1-ما يمكن استخلاصه واستنتاجه من المقابلات للحالة الخامسة.....ص 124.
V-5-2- التحليل الكمي والكيفي لنتائج الحالة الخامسة.....ص 124.
V-5-2-2-النتائج الكمية لاختبار الروشاخ.....ص 126.
V-5-4-2- تحليل اختبار الروشاخ للحالة الخامسة.....ص 126.

V-2-5-5-الاستنتاج الخاص بالاختبار.....ص 128.
V-2-5-6-ملخص حول الحالة الخامسة.....ص 129.

V-1-6- دراسة الحالة السادسة.....ص 130.
V-1-6-2-السيميائية العامة للحالة السادسة.....ص 131.
V-1-6-3-المقابلات الخاصة بالحالة السادسة.....ص 132.
V-1-6-4-ما يمكن استخلاصه واستنتاجه من المقابلات للحالة السادسة.....ص 134.
V-2-6- التحليل الكمي والكيفي لنتائج الحالة السادسة.....ص 135.
V-2-6-2-النتائج الكمية لاختبار الروشاخ.....ص 137.
V-2-6-4- تحليل اختبار الروشاخ للحالة السادسة.....ص 138.
V-2-6-5-الاستنتاج الخاص بالاختبار.....ص 139.
V-2-6-6-ملخص حول الحالة السادسة.....ص 140.
V-1-7- دراسة الحالة السابعة.....ص 141.
V-1-7-2-السيميائية العامة للحالة السابعة.....ص 141.
V-1-7-3-المقابلات الخاصة بالحالة السابعة.....ص 142.
V-1-7-4-ما يمكن استخلاصه واستنتاجه من المقابلات للحالة السابعة.....ص 145.
V-2-7- التحليل الكمي والكيفي لنتائج الحالة السابعة.....ص 145.
V-2-7-2-النتائج الكمية لاختبار الروشاخ.....ص 147.
V-2-7-4- تحليل اختبار الروشاخ للحالة السابعة.....ص 147.
V-2-7-5-الاستنتاج الخاص بالاختبار.....ص 149.
V-2-7-6-ملخص حول الحالة السابعة.....ص 149.
V-3- عرض الاستنتاجات.....ص 150.
- خلاصة.....ص 153.
- الخاتمة.....ص 155.
- اقتراحات الدراسة.....ص 156.
- قائمة المراجع.....ص 158.
- الملاحق

- قائمة الجـــداول:

رقم الجدول	عنوان الجدول	ص
الجدول II- 6-4	يوضح الفروق الأساسية بين النوع الأول والنوع الثاني للسكر	29
الجدولII -10-3	يوضح مضاعفات مرض السكري على المدى البعيد	32
الجدول III-4-5-1	يوضح الخصائص الجنسية الثانوية	46
الجدول IV-3-1-	يوضح حالات الدراسة	64
الجدولV-1-1-1-	يوضح المقابلات المجرات مع الحالة الأولى	73
الجدول V-2-1-1	يوضح تطبيق اختبار الروشاخ للحالة الأولى	81
الجدول V-2-1-3	يوضح مجموع الرموز	82
الجدولV-1-2-1-	يوضح المقابلات المجرات مع الحالة الثانية	85
الجدول V-2-2-1	يوضح تطبيق اختبار الروشاخ للحالة الثانية	92
الجدول V-2-2-3	يوضح مجموع الرموز	93
الجدولV-1-3-1	يوضح المقابلات المجرات مع الحالة الثالثة	97
الجدول V-2-3-1	يوضح تطبيق اختبار الروشاخ للحالة الثالثة	103
الجدول V-2-3-4	يوضح مجموع الرموز	104
الجدولV-1-4-1	يوضح المقابلات المجرات مع الحالة الرابعة	108
الجدول V-2-4-1	يوضح تطبيق اختبار الروشاخ للحالة الرابعة.	115
الجدول V-2-4-3	يوضح مجموع الرموز	116
الجدولV-1-5-1-	يوضح المقابلات المجرات مع الحالة الخامسة.	120
الجدول V-2-5-1	يوضح تطبيق اختبار الروشاخ للحالة الخامسة	125
الجدول V-2-5-3	يوضح مجموع الرموز	126
الجدولV-1-6-1-	يوضح المقابلات المجرات مع الحالة السادسة	130
الجدول V-2-6-1	يوضح تطبيق اختبار الروشاخ للحالة السادسة	137
الجدول V-2-6-3	يوضح مجموع الرموز.	137
الجدولV-1-7-1-	يوضح المقابلات المجرات مع الحالة السابعة	141
الجدول V-2-7-1	يوضح تطبيق اختبار الروشاخ للحالة السابعة	146
الجدول V-2-7-3	يوضح مجموع الرموز.	147

المقدمة

المقدمـــــــــة:

تتوالى الأيام ويكبر الطفل وتتغير صفاته النفسية والجسدية، ليمر في طور المراهقة التي تعتبر مرحلة جوهرية في حياة الإنسان، حيث يكون فيها عرضة للعواصف النفسية والتغيرات السلوكية، تتغير الهرمونات في جسد المراهق ويرافقها ظهور لمعالم الرجولة أو الأنوثة ولا يكون لدى المراهق منهجية واضحة مع نفسه ومع الناس المحيطين به.

غالبا ما نجد المراهق يحاول أن يخلق عالماً خاصاً به مع أصدقائه وآماله وأفكاره ويبتعد تدريجياً عن أهله، مما يتطلب منهم أن يجتهدوا لسد الفجوة بينهم وبين أبنائهم ويكونوا أصدقاء متوادين.

كما لا تخلو حياة الإنسان من صعوبات وعقبات مادية أو معنوية، خفيفة كانت أو عنيفة تعوق سير حياته خاصة اذا أصيب هذا المراهق في هذه المرحلة الحرجة بمرض مزمن سيظل معه طوال حياته مثل مرض السكري.

يعتبر مرض السكري عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تصيب وتؤثر على طريقة استخدام الجسم لسكر الدم الجلوكوز، حيث يعتبر هذا الأخير عنصر حيوي للجسم لأنه يمده بالطاقة اللازمة، ففي حالة المرض يحدث خلل في هذه العملية حيث يتجمع الجلوكوز في المجرى الدموي في الجسم ويخرج في النهاية مع البول.

فالمرحلة الخاصة بسنوات المراهقة تعتبر من أهم وأصعب الفترات في متابعة وعلاج المرضى المصابين بالسكر لما يصاحب هذه الفترة من تغيرات في النمو الجسمي ناتجة عن إفراز هرمونات مختلفة بالإضافة إلى التغييرات النفسية وتطلع الشاب أو الشابة إلى خلق شخصية ذاتية والميل إلى الاستقلالية، وحب الخروج بكثرة من المنزل والميل إلى قضاء أوقات أطول والسهر مع الزملاء وتناول الوجبات خارج المنزل وعدم التقيد بالإرشادات الغذائية وعدم الحضور بانتظام لعيادة الطبيب، ونسيان أو رفض أخذ جرعات الأنسولين ويؤدي ذلك في كثير من الأحيان إلى صعوبة تنظيم السكر خلال هذه الفترة، من ثم حدوث مضاعفات مثل الهبوط السكري وارتفاع السكري وربما البدء في ظهور بعض المضاعفات المزمنة كتأثر العين والكلي وغيرها من الاضطرابات الأخرى

فنجد أن هناك الكثير من الدراسات التي اهتمت بالتفصيل بمرحلة المراهقة كما وكيفا إلا أننا وجدنا قلة في الدراسات التي اهتمت بالمراهق المريض بمرض مزمن بالأخص مرض السكري وخاصة الدراسات العربية والتي إن تناولت موضوع السكري عند المراهق فتناولته من جانب واحد فقط، هذا من جهة ومن جهة أخرى اهتمامنا بالمراهق كونه يعاني من داء السكري هي واحدة من المشكلات النفسية والتربوية لأنها تتعلق بمصير التلميذ ومستقبله الدراسي. ومن بين الدراسات التي اهتمت بأحد متغيرات دراستنا دراسة بليس Pless 1971 : في كل من الولايات المتحدة الأمريكية وانجلترا حول الأطفال والمراهقين المصابين بالأمراض المزمنة بان حوالي 6 % إلى 20 % من العينة المختبرة مصابين

باضطرابات نفسية هامة كشدة القلق والجرح النرجسي العميق المتسببين في اضطرابات دراسية.

لقد كشفت نتائج دراسات كل من Dunber 1979 Swift 1967 Jochmus 1971 Bouhin 1950 Krap 1969 أن القلق الشديد وضعف الثقة بالذات عند المراهقين المصابين بداء السكري يؤديان إلى عدم القدرة على التركيز بسبب الشرود الذهني.

نظرا لان داء السكري المرتبط بالأنسولين هو مرض مزمن يتطلب الحرص على العلاج المنتظم و المستمر، فان التلميذ يضطر إلى الغياب عن المدرسة بالقدر الذي يستلزمه العلاج و يشير **Mustapha Kaiti 1993** إلى أن أحد الأسباب الهامة التي تؤدي إلى عرقلة التحصيل الدراسي هو كثرة وطول مدة العلاج والمتابعة الطبية التي يتطلبها داء السكري المرتبط بالأنسولين.

فنحن نحاول من خلال هذه الدراسة على وجه التخصيص تناول داء السكري والإصابة به في مرحلة حرجة وهي المراهقة ومحاولة الكشف عن أهم الآثار النفسية بتأثير هذا المرض على المستوى الأكاديمي للمراهق، ونحن نرمي من هذه الدراسة إلى المساهمة بالبحث والتقصي الذي يشغل الساحة الآن كون أن مرض السكري هو مرض العصر وخاصة أنه بدأ يمس الأطفال والمراهقين المتمدرسين.

للوصول إلى الأهداف المسطرة في بحثنا هذا قسمنا إلى خمس فصول: **الفصل الأول** يظم الإطار العام لإشكالية الدراسة، مع تحديد المفاهيم الأساسية بتعريفاتها الإجرائية، وذكر أهمية البحث، إضافة إلى الأهداف التي نسعى الوصول إليها والدراسات السابقة والتعقيب عليها.

أما **الفصل الثاني** داء السكري والذي منه ينطلق الجانب النظري فقد خصص أولا لتعاريف داء السكري، وعوامل الإصابة به، ونبذة تاريخية عنه وأنواعه وكذا الأسباب المؤدية لهذا المرض وأعراضه إضافة إلى التشخيص ومضاعفات السكري وفي الأخير تناولنا علاج مرض السكري.

أما **الفصل الثالث** فقد خصص للمراهق المتمدرس فتناول المراهقة، تعريفها، مراحلها، التفسيرات النظرية لها، ومظاهرها وخصائصها، بالإضافة إلى الحاجات النفسية للمراهق، وأهمية مرحلة المراهقة ومشكلات المراهقين وعلاقة المراهق بالنظام المدرسي وكذلك العوامل المؤثرة في التحصيل الدراسي للمراهق وأخيرا المراحل التي يمر بها المراهق المصاب بداء السكري.

الفصل الرابع: خصص لمنهجية البحث وإجرءاته بداية بالدراسة الاستطلاعية ومكان إجراء البحث وضبطنا لمتغيرات دراستنا،ثم التطرق إلى المنهج المستخدم في البحث والوسائل التي استخدمناها مع الحالات إضافة إلى خطوات إجراء البحث.

أما **الفصل الخامس** : والأخير فقد تم فيه عرض حالات الدراسة مع التحليل الكمي والكيفي لنتائج دراسة هذه الحالات، ثم التطرق إلى وضع الاستنتاجات الخاصة بفرضيات البحث، وأتممنا الدراسة بخاتمة مع وضع التوصيات الخاصة بها، إضافة إلى فهرس المراجع مع الإشارة إلى ملاحق هذه الدراسة.

الفصـــــل الاول

الإطار العام لخطة البحث

I-1- إشكالية الدراسة.

I-2- تساؤلات الدراسة.

I-3- فرضيات الدراسة.

I-4- دواعي اختيار الموضوع.

I-5- أهداف الدراسة.

I-6- مفاهيم الدراسة وتعريفاتها الإجرائية.

I-7- الدراسات السابقة.

I-8- التعقيب على الدراسات السابقة.

تمهيد:

نحن نعلم جيدا أن لكل بحث ودراسة لابد من مدخل نبرز من خلاله طريقة البحث والتقصي عبر الإشكالية الخاصة ببحثنا المتمحورة حول المراهق المصاب بالسكري وعلاقة ذلك بمردوده الدراسي خاصة الجانب الأكاديمي الخاص بقدراته المعرفية وكذا تأثير هذا المرض على الناحية النفسية، وعرضنا لمختلف الفروض أو الإجابات المؤقتة التي نحاول الإجابة عنها في هذه الدراسة، إضافة إلى أننا سنتعرض إلى دواعي اختيارنا لهذا الموضوع وماذا نهدف من خلال دراستنا، هذا من جهة ومن جهة أخرى نتطرق إلى بعض مفاهيم الدراسة وعرض الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات موضوعنا كل على حده.

I-1-الإشكالية:

يعتبر داء السكري مرضا مزمنا يلازم الفرد طوال حياته ويخلق لدى المراهق مشاكل توافقية متعددة كالشعور بالقلق خاصة وأن مرحلة المراهقة مرحلة حساسة مميزة بضغوط نفسية واجتماعية، فقد أشار أجوريا جيرا Ajuriagurra 1980 إلى المعاناة النفسية لهذا المراهق المصاب بالسكري .(زلوف، 2011: 11)

كما نحاول من خلا ل دراستنا هذه أن نبين الآثار النفسية التي يخلفها هذا المرض وإسقاطها على الناحية الأكاديمية، نضيف إلى ذلك أن هذا المراهق من خلال الغيابات المتكررة وحالات الاستشفاء وظهور نوبات السكر (ارتفاع أو انخفاض) داخل القسم وأثناء فترة الامتحانات يؤثر هذا على التركيز وفهم الدروس وانخفاض مستوى التحصيل كما يؤثر أيضا سلبا على النظرة المستقبلية للمراهق المتمدرس (الخوف والتشاؤم منه)، وهذا ما خلصت إليه دراسة بليس Pless 1971 أن إصابة المراهق بداء السكري تؤدي إلى اضطرابات دراسية.

هذا من جهة ومن جهة أخرى بينت دراسة أنثوني Anthony 1975 ومالمو Malmo 1982 بأن ارتفاع القلق عند هذا المراهق المريض بالسكري يؤثر على العمليات العقلية. (زلوف، 2011 : 12)

كما كشفت نتائج دراسات كل من Dunber 1979 Swift 1967 Jochmus 1969 Krap 1950 Bouhin 1971 أن القلق وضعف الثقة بالذات عند المراهقين المصابين بداء السكري يؤديان إلى عدم القدرة على التركيز (زلوف، 2011: 171).

ومن جهة أخرى أشارت دراسة B.Gramer-Feihlet-Fpalacio-Spasa إلى الصعوبات المدرسية التي يعاني منها المراهقين المرضى بداء السكري.

نظرا لأن داء السكري المرتبط بالأنسولين هو مرض مزمن يتطلب الحرص على العلاج المنتظم والمستمر، فان التلميذ يضطر إلى الغياب عن المدرسة بالقدر الذي يستلزمه العلاج وهنا هدفت دراسة مصطفى كايتي Mustapha Kaiti 1993 إلى معرفة الأسباب الهامة التي تؤدي إلى عرقلة التحصيل الدراسي منها المتابعة الطبية التي يتطلبها داء السكري المرتبط بالأنسولين وانطلاقا من هذه الدراسات نطرح :

I-1-1-الإشكالية العامة التالية:

هل تؤثر الإصابة بداء السكري على الجانب النفسي والأكاديمي للمراهق المتمدرس؟

I-1-2-الأسئلة الفرعية:

-هل تؤدي الإصابة بداء السكري إلى آثار نفسية على المراهق المتمدرس؟

-هل تؤثر الإصابة بداء السكري على المستوى الأكاديمي للمراهق المتمدرس؟

وبغية الإجابة على الأسئلة المطروحة صيغت الفرضيات التالية:

I-3-الفرضية العامة:

-تؤثر الإصابة بداء السكري إلى آثار نفسية وأكاديمية على المراهق المتمدرس.

I-1-3-1-الفرضيات الجزئية:

-تؤدي الإصابة بداء السكري إلى آثار نفسية على المراهق المتمدرس(كالقلق والاكتئاب والإحباط...الخ).

-تؤثر الإصابة بداء السكري على المستوى الأكاديمي للمراهق المتمدرس(من ناحية التركيز والإدراك و....الخ).

I-4-دواعي اختيار الموضوع:

- الميل الشخصي لدراسة الموضوع والبحث أكثر حوله؛
- السعي وراء توضيح وتوفير معلومات أكثر حول معانات المراهق المريض بالسكري وتأثير ذلك على الناحية الأكاديمية لإثراء مكتبة العلوم الاجتماعية؛
- لإيصال المشاكل النفسية التي يعاني منها هؤلاء المراهقين المرضى بمرض مزمن كالسكري لمختلف الجهات المسؤولة بغية التكفل الخاص بها؛
- كما نحاول من خلا ل دراستنا أن نبين الآثار النفسية التي يخلفها هذا المرض وإسقاطها على ناحية تركيزه وانتباهه وإدراكه وحضوره في المدرسة وغيرها من الأمور الأخرى؛
- كما أن موضوع الدراسة هو أحد المشكلات النفسية والتربوية لأنها تتعلق بمصير التلميذ ومستقبله الدراسي.

I-5-أهداف الدراسة:

- ترمي الدراسة الآتية إلى البحث في احد المواضيع التي تكتسي أهمية كبيرة في المجال التعليمي والكشف عن مدى تأثير السكري على المراهق المتمدرس؛
- نرمي لمعرفة الآثار النفسية لمرض السكري على المراهق المتمدرس؛
- المساهمة بالبحث والتقصي الذي يشغل الساحة الآن كون أن مرض السكري هو مرض العصر وخاصة انه يمس شريحة كبيرة من الأطفال والمراهقين المتمدرسين؛
- حداثة الموضوع من الوجهة المعرفية مما يعطي مبررا قويا للبحث؛
- كما نرمي إلى الربط بين مجال علم النفس العيادي وعلم النفس التربوي لأن هذا الموضوع من الدراسات المعقدة التي لها من الزوايا ما يسمح للعديد من المجالات والفروع المساهمة في البحث فيه.

I-6-مفاهيم الدراسة وتعريفاتها الإجرائية:

I-6-1-تعريف داء السكري: هو اضطراب في عملية التمثيل الغذائي ويتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم والمسؤول عن ذلك الارتفاع هو النقص المطلق أو النسبي للأنسولين حيث يعجز الجسم عن تصنيع أو استخدام الأنسولين وهو الهرمون الذي يفرزه البنكرياس والذي يتحكم في تحويل السكر والكربوهيدرات إلى طاقة، فانه عندما يحدث اضطراب وظيفي للأنسولين يزداد الجلوكوز بالدم ويظهر بالبول.(المرزوقي، 2008: 22)

I-6-2-تعريف المراهقة: هي مرحلة نمو سريع وتغيرات في كل الجوانب الجسدية والعقلية والحياة الانفعالية، كما أنها فترة من الخبرات الجديدة والمسؤوليات الجديدة والعلاقات الجديدة مع الراشدين والرفاق وعلى نحو عام فان هذه المرحلة تمتد من بداية النضج الجنسي وحتى السن الذي يحقق فيه الفرد الاستقلالية عن سلطة الكبار(شريم، 2009: 24).

I-6-3-المراهق: الفرد في فترة المراهقة (خليل حرب، 1984: 9)

المراهق المتمدرس المصاب بمرض السكري: هو الفرد الذي يتراوح عمره مابين 12 و20 سنة ويدرس في المتوسط أو الثانوية ويعاني من مشكل نسبة السكر في الدم، والذي تم انتقاؤهم بناء على مدراء واطباء المقاطعات التربوية.

I-6-4-القلق: يعرفه عبد الرحمن العيسوي 1987:بتلك الحالة الانفعالية التي تتميز بالخوف وترقب وقوع الشر، وتختلف درجته من وضعية إلى أخرى، حيث يوجد القلق العادي الذي يزول بمجرد زوال أسبابه، وآخر مزمن يعرف بعصاب القلق أو الحصر (زلوف، 2011: 50)

تعريف القلق إجرائيا: القلق هو خبرة انفعالية مؤلمة يتوقع فيها المراهق الخطر وعدم الراحة النفسية في المحيط الذي يعيش فيه ومع الأفراد الذين يتفاعل معهم سيما داخل الأسرة وفي المدرسة.

I-6-5-تعريف الاكتئاب: هو حالة انفعالية تكون فيها الفعالية النفسية الجسدية منخفضة وغير سارة، وقد تكون سوية أو مرضية وتشير المرضية منها إلى اليأس والشعور المهيمن بالعجز والتفاهة وقد تتميز بالميل إلى الانتحار.(فائز، 1987: 19).

I-6-6-تعريف الإحباط: يعرفه **أندري فيرال** André Viral على انه عدم اكتمال في إرضاء نزوة أو رغبة أدت إلى إحداث مظاهر مرضية صاحبتها عدوانية وقلق متأرجح فيطوره الأنا ليصل به إلى الإحباط.(André ،1977 : 84).

I-6-7-تعريف العدوانية: يعرفها دولارد Dollard : على أنها تكون في العادة نتيجة إحباط سابق، فالإحباط يؤدي في الغالب إلى العدوانية.(العيسوي، 1984 أ: 28).

I-6-8-تعريف العدوانية إجرائيا: تتضح في مظاهر مختلفة كالرغبة في تهديم الذات وإهمال المرض ورفض العلاج والإنكار لأحد الوالدين الذي نقل إليه المرض.

I-4-9-تعريف سوء التكيف الاجتماعي إجرائيا : يظهر في الانطواء على النفس وتجنب الاحتكاك بالمحيط الاجتماعي لاسيما في المواقف المحرجة اتجاه مرضه.

I-6-10-تعريف المستوى الأكاديمي إجرائيا:هي مجموعة المعارف التي يكتسبها المراهق من خلال مشواره الدراسي التي تعتمد بالأساس على قدراته المعرفية والعقلية ويتعلق ذلك بقدرته على التركيز والفهم والاستيعاب والإدراك لمختلف الدروس التي يتلقاها من طرف أساتذته، ويقاس هذا المستوى في الدراسة الحالية باستعمال اختبار الروشاخ.

I-7-الدراسات السابقة:

سنبدأ هنا بترتيب الدراسات حسب التأثيرات النفسية لمرض السكري ثم سنلجأ الى التأثيرات الاكادمية المنجرة عن هذا المرض وسنبدأ بأول دراسة نقلا عن الحسيني،2015 لروي روي Roy et Rot 1994 فمن خلال مقارنة مجموعة من مرضى السكر المعتمد على الأنسولين مع مجموعة أصحاء من خلال درجاتهم على مقياس بيك للاكتئاب وكذا خبرتهم عن أحداث الحياة المثيرة للألم أن درجة مرضى السكر مرتفعة على مقياس بيك عن درجة الأصحاء، وان خبرتهم عن أحداث الحياة المثيرة للألم أكثر خلال الشهور السنة السابقة للدراسة، وهذه النتيجة تؤكد أن الاضطرابات النفسية والمشكلات الاجتماعية تظهر أكثر بين مرضى السكر المعتمد على الأنسولين.

وضح في هذا الصدد برند Brend 1993 أن الاضطرابات النفسية التي ظهرت لدى مرضى السكر المعتمد على الأنسولين تمثل في :

-الانطواء الذاتي: والذي اتضح من خلال الخوف من المدرسة والهروب من المدرسة والخوف من أماكن العمل ومشكلات مع الزملاء والصداع النفسي الفيزيولوجي والآلام المبرحة في البطن والأوجاع الجسدية وتوهم المرض والقلق العام والمخاوف والسلوك المتسم بالهلع والوساوس وحالة الاكتئاب والميول الانتحارية وسوء استخدام الأدوية ظهرت أيضا لدى أفراد العينة.

عانى أفراد العينة أيضا من فرط الحركة والتي عبرت عن نفسها في السلوك الاندفاعي وضعف التركيز والبعد الأخير من السلوكيات هي اضطرابات الطعام مثل رفض الطعام أو القهم في الطعام وأوضح أن معدل الإصابة لهذه الاضطرابات زاد بنسبة 3،33 % عن مجموعة الأصحاء ولكن نسبتها لم تظهر فروق دالة بين الذكور والإناث.

ومن جهة أخرى فقد أشار اجوريا جيرا Ajuriagurra 1980 إلى أن المراهق يبقى رهينة الدواء المستمر المفروض عليه عن طريق حقن الأنسولين وما يترتب عنه معاناة نفسية صعبة.(زلوف، 2011: 11).

قد وضحت دراسة بروش Brush 1949 على عينة قدرها 25 مراهقا مصابا بداء السكري المرتبط بالأنسولين أن الصدمات النفسية والانفعالية ترفع كمية السكر في الدم عند هؤلاء المراهقين نظرا لحساسية المرحلة التي يمرون بها، وأن مجموعة منهم تبدي سلوكات قهرية متميزة بالقلق والتوتر المزمن والجرح النرجسي إضافة إلى فقدان الثقة بالنفس والإحساس بالعجز والفشل.(زلوف، 2011: 90)

كما أن دراسة ليود Lioyd 2000: نقلا عن الحسيني،2015، هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى انتشار أعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى السكري والذين يعالجون في المستشفيات وينتظرون في العيادات الصحية.وتكونت عينة الدراسة من مرضى السكري الذين ينتظرون المراجعات الطبية في المستشفيات وأعمارهم أكثر من 18 عام ومن الجنسين، واستخدم الباحث مقياس يقيس أعراض القلق والاكتئاب وعمل الباحث على متابعة العينة بالرجوع الى التقارير الطبية والتعرف على مستويات السكر في الدم لديهم.

من نتائج الدراسة أن حوالي 28% من أفراد العينة كان لديهم ارتفاع في أعراض القلق والاكتئاب، ولكن كانت نسبة الذكور مرتفعة في أعراض الاكتئاب أكثر من الإناث بينما أعراض القلق كانت مرتفعة لدى الإناث أكثر من الذكور، وقد لوحظ أن هناك ترابط بين

الاكتئاب ومضاعفات السكري لدى الذكور بينما لا ينطبق على الإناث، وهذا ما أكدته دراسة أنثوني Anthony 1975 بأن القلق المرتفع عند المراهق المصاب السكري يؤثر تأثيرا سلبيا على فعالية الأداء، ويؤثر على العمليات العقلية والمعرفية.

في حين بينت دراسة مالمو Malmo 1982 بان القلق المرتفع يؤثر تأثيرا سلبيا على عمليات التحصيل والتذكر(زلوف، 2011: 12)

كما كشفت نتائج دراسات كل من Dunber 1979 Swift 1967 Jochmus 1971 Bouhin 1950 Krap 1969 أن القلق الشديد وضعف الثقة بالذات عند المراهقين المصابين بداء السكري يؤديان إلى عدم القدرة على التركيز بسبب الشرود الذهني، كما تنجم عنه صعوبة في عملية الاستقبال والاسترجاع وتكمن هذه الصعوبات في كيفية إدخال المعلومات إلى الذاكرة واسترجاعها، وأيضا مظاهر الجمود الذهني الذي يظهر في ضعف القدرة على التمييز وتعطيل عملية التفكير.(زلوف، 2011 :171).

من جهة أخرى أشارت دراسة B.Gramer-FFeihlet-Fpalacio-Spasa إلى أن الآباء يشتكون من الصعوبات المدرسية التي يعاني منها أبناؤهم المرضى بداء السكري المرتبط بالأنسولين ومن ضعف مستواهم الدراسي

أما ما خلصت إليه دراسة بليس Pless 1971: في كل من الولايات المتحدة الأمريكية وانجلترا حول الأطفال والمراهقين المصابين بالأمراض المزمنة بان حوالي 6% إلى 20% من العينة المختبرة مصابين باضطرابات نفسية هامة كشدة القلق والجرح النرجسي العميق المتسببين في اضطرابات دراسية.

وقد أكد عبد الرحمان محمد النجار(1997) أن الإصابة بالأمراض المزمنة والاضطرابات الوظيفية لأجهزة الجسم وعدم اتزان إفرازات الغدد وغيرها من المشاكل الصحية من شانها التأثير على نشاطات الفرد وعرقلة العمل المدرسي للتلميذ المصاب.(زلوف، 2011: 69).

أما ان دراسة كريستوفر راين Christopher Ryan 1988: نقلا عن الحسيني،2015، فلقد اقر بأن السنوات العشر الأخيرة شهدت العديد من الأبحاث في مجال الوظائف المعرفية لدى الأفراد المصابين بالسكر وتم التيقن من اكتشافين هامين في هذا المجال:

أ-الأطفال والمراهقين الذين أصيبوا بالمرض في السنوات الخمس الأولى من حياتهم هم الأكثر عرضة لظهور عجز خطير في مقاييس التعلم والذاكرة وحل المشكلات أكثر من الذين أصيبوا به بعد هذا السن.

ب-إن المصابين بداء السكري المعتمد على الأنسولين والذين لديهم تحكم ضعيف في المرض يعانون من صعوبة أكثر في المتطلبات المعرفية لحل المشكلات ومهام تشغيل المعلومات أكثر من المصابين بالمرض ولديهم تحكم جيد.

أما الدراسات الأكثر حداثة أوضحت أن المرضى المعالجين بالأنسولين لديهم بعض جوانب الخلل المعرفي مثل دراسة بال Ball 1973، ويردلج Wredling اللذان وجدا انخفاضا في نسبة الذكاء لدى مجموعة من مرضى السكري النوع الأول مقارنة بالأسوياء.

ووجد ماسيمون Massimo 1984 أن الإصابة بالسكر المعتمد على الأنسولين مرتبطة بانخفاض الدرجة العامة للذاكرة والتعلم وانخفاض الذكاء العام والانتباه.

أما كريستوفر راين Christopher Ryan 1988: نقلا عن الحسيني،2015 ، فوجد عن طريق التحليل العاملي ستة مجالات معرفية تظهر فيها صعوبات لدى مرضى السكر مثل الذكاء العام وعمليات الرؤية المجردة، والتعلم والذاكرة والانتباه والانجاز الدراسي، وظهر أن الأفراد ذوي الإصابة المبكرة أكثر اضطرابا في واحد أو أكثر من الجوانب الستة السابقة

ووجد أيضا أن هؤلاء المراهقين تعلموا معلومات اقل كفاءة من مجموعة الإصابة المتأخرة كما أنهم تذكروا المعلومات بعد مرور أكثر من 30 دقيقة وكانت لهم أخطاء في اختبارات الرؤية المجردة ويعانون من بطء التآزر البصري الحركي، وسجلوا درجات اقل في المهام المستخدمة لتقدير الذكاء العام .

I-8-مناقشة الدراسات السابقة والتعقيب عليها:

بعد عرضنا لمختلف الدراسات السابقة التي تناولت بعض متغيرات الدراسة التي أجريت في المجتمعات العربية والأجنبية، لاحظنا أن غالبية الدراسات السابقة كانت أجنبية مع قلة الدراسات العربية وهذا ما يعطي للدراسة الحالية أهميتها حيث لم تجد الباحثتين أي دراسة تناولت متغيرات الدراسة مجتمعة.

فلقد تعددت أهداف الدراسات السابقة التي اهتمت بمرض السكري وأثره على المراهق فمنها من هدفت إلى التعرف على معانات المراهق المصاب بداء السكري مثل دراسة اجوريا جيرا 1980 ومصطفى كايتي 1993 ودراسة عبد الرحمن محمد النجار 1997 ومنها من هدفت إلى التعرف على آثار داء السكري على الحالة النفسية للمراهق مثل دراسة برند 1993 ودراسة ليود 2000 ومنها من هدفت إلى معرفة مرض السكري وتأثيره على الوظائف العقلية على حسب مدة الإصابة كدراسة كريستوفر راين 1988 ودراسة ماسيمون 1984.

هناك من الدراسات السابقة من هدفت إلى معرفة مرض السكري وأثاره على الجوانب المعرفية مثل دراسة بال ويردج 1973 ودراسة ماسيمون 1984، كذلك من الدراسات من هدفت إلى معرفة آثار الصدمات النفسية والانفعالية على المراهقين المصابين بداء السكري مثل دراسة بروش 1949.

من جهة أخرى تنوعت العينات المستخدمة في الدراسات السابقة من حيث العدد والجنس والنوعية وذلك بتعدد الدراسات واختلاف أهدافها فمنها من استخدمت أفراد العينة من الجنس مثل دراسة بروش 1949 ودراسة ليود 2000، ومنها من استخدمت أفراد العينة من النوعية مثل دراسة روي روي 1994 ودراسة كريستوفر راين 1988، كما تباينت الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة منها مقياس بيك للاكتئاب في دراسة روي روي 1994 وأيضا مقياس أعراض القلق والاكتئاب في دراسة ليود 2000.

من حيث النتائج فلقد اختلفت باختلاف أهدافها ومتغيراتها ومن نتائج الدراسات السابقة التي كشفت عن علاقة موجبة بين المرض السكري وآثاره النفسية على المراهق مثل دراسة برند 1993 Brend واجوريا جيرا 1980 Ajuriagurra.

أيضا هناك دراسات كشفت عن وجود علاقة موجبة بين السكري وأثاره السلبية على الجانب المعرفي للمراهق المتمدرس مثل دراسة ماسيمون 1984 Massimo وكريستوفر راين 1988 Christopher Ryan.

كما لاحظنا واستفدنا من خلال هذه الدراسات السابقة من بينها دراسة عبد الرحمان محمد النجار(1997) ودراسة وكريستوفر راين Christopher Ryan 1988 التي أشارت إلى انه في العشر سنوات الأخيرة التأثير الكبير لمرض السكري على نشاطات الفرد وعرقلة العمل المدرسي للتلميذ المصاب به، بالإضافة إلى دراسة ماسيمون Massimo 1984 الذي وجد أن الإصابة بالسكري خاصة المعتمد على الأنسولين يؤدي إلى انخفاض الدرجة العامة للذاكرة والتعلم والانتباه، بالإضافة إلى دراسة ليود Lioyd 2000 التي أكدت مدى انتشار أعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى السكري وهذه خلفيات استنبطنا منها الكثير من المعلومات التي ستفيدنا في دراستنا الحالية الخاصة بفحوى هذه الآثار النفسية وكذا تأثير هذا المرض المزمن على الناحية الأكاديمية.

من القراءة المتمعنة للدراسات السابقة يكشف بحثنا الحالي عن ندرة الدراسات العربية وخاصة في البيئة الجزائرية والتي اهتمت بدراسة المعاش النفسي للمراهقات المصابات بداء السكري التابع للأنسولين أي الإناث فقط.

بصورة عامة أكدت جميع الدراسات السابقة على أن لمرض السكري آثار نفسية ومعرفية على المراهق، ولكن نحن بدورنا نحاول أن نبحث لنؤكد أن مدة الإصابة بمرض السكري أثناء فترة المراهقة يخلف آثارا على الناحية النفسية والأكاديمية خاصة بالنسبة للمراهق المتمدرس وهذا ما سنحاول توضيحه من خلال هذه الدراسة.

خلاصة:

لقد تطرقنا خلال هذا الفصل إلى عدة مفاهيم تتناول موضوع دراستنا من خلال التطرق لمفهوم مرض السكري والمراهقة وغيرها من المفاهيم الأخرى إضافة إلى استعراضنا لفرضيات بحثنا التي نحاول من خلالها معرفة آثار هذا المرض على الناحية النفسية والتأثير على المستوى الأكاديمي، خاصة وان المراهق يمر بمرحلة حرجة تتسم بعدة تغيرات ، وهذا ما يدفعنا إلى التعرف إلى ماهية هذا المرض وأنواعه وشتى مضاعفاته والكثير من المعلومات التي سنتطرق لها في فصلنا الموالي.

الفصـــل الثانـــي

داء السكـــري

II-1- تعريف مرض السكري.
II-2- تعريف البنكرياس
II -3- تعريف الأنسولين
II -4- النسبة الطبيعة لمستوى السكري .
II -5- النبذة التاريخية عن مرض السكري
II -6- أنواع داء السكري
II -7- أسباب داء السكري
II -8- أعراض داء السكري
II -9- التشخيص
II -10-مضاعفات السكري
II -11-علاج داء السكري

تمهيد :

يعتبر داء السكري من أكبر التحديات الصحية، حي أنه أصبح وباء يهدد الدول النامية والمتطورة بحد سواء فالمضاعفات الناتجة عنه كأمراض القلب والأوعية الدموية، والاختلال العصبي السكري، وبتر الأعضاء والفشل الكلوي والعمى، والتي تؤدي إلى العجز وانخفاض متوسط العمر المتوقع.

ولقد أزداد خطر الإصابة بهذا المرض المزمن بين المراهقين، حيث أثبتت الأبحاث الحديثة أن واحد بين أربعة مراهقين عرضة للإصابة بالسكري، وأن هناك ارتفاعا مستمراً لمعدل الإصابة به بين من يتراوح أعمارهم بين 12 و19 سنة.

ومرض السكري هو مرض مزمن ينتج عن عدم قدرة البنكرياس على إفراز هرمون الأنسولين ما يسفر عنه ارتفاع غير عادي في نسبة الجلوكوز في الدم والذي يؤدي إلى العديد من المضاعفات على الناحية الجسمية والنفسية.

وهناك عدة أنواع من السكري ولكن ما يهمنا في دراستنا هو المتعلق بالمراهق ولقد أخذنا في هذا نوعين من السكري الأول المعتمد على الأنسولين والثاني الغير معتمد على الأنســولين، وكل هذا وذاك سوف نتعرض له من خلال فصلنا هذا.

II-1- تعريف مرض السكري:

II -1-1-التعريف العلمي لداء السكري:

يعرف مرض السكر بأنه اختلال في عملية أيض السكر الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر (الجلوكوز) في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية، أو عضوية، أو بسبب الإفراط في تناول السكريات، أو بسبب عوامل وراثية ويحدث نتيجة وجود خلل في إفراز الأنسولين من البنكرياس، فقد تكون كمية الأنسولين التي يتم إفرازها أقل من المطلوب، أو يكون هناك توافق تام عن إنتاجه ويطلق على هذه الحالة قصور الأنسولين.

أو أن الكمـــية المفروزة كبيرة في بعض الحالات، كالأفراد المصابين بالسمنة تكون هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعوق وظيفة الأنسولين ويطلق على هذه الحالة مقاومة الأنسولين.(Grimaldi. ، 2000 : 10).

يعرف أيضاً: هو داء الدبياط "Diabètes " وهو انسياب البول ويقال له" البوال" وكمرض السكري هو الاسم الشائع للبوال السكري diabètes milltus ويتميز بإدرار البول وارتفاع نسبة السكر فيه وفي الدم وزيادة عطش المريض، وقد يغيب المـــــريض عن وعيه وفي الحالات الشديدة، وقد يموت وقد تحدث الوفاة من بعد تأثير مضاعفات أخرى ويرجع أسباب المرض لاضطرابات جسمية.(أحمد، وإخلاص، 2005: 105).

تعني كلمة"Diabète" السكري الذي يشير إلى الإفراط في التبول الذي يميز المرض، أما كلمة " Diabète Sucre" مرض السكري فهي مشتقة من اللاتينية " Melltus Diabète" وتعني ذوق العسل "Gout de miel" فأصل كلمة مرض السكري Diabète " تشير إلى وجود نسبة من السكر في البول ناتجة عن إفراط الجلوكوز في الدم. .(صديق، 2007: 15).

ومن خلال سلسلة التعاريف نستطيع ان نيتخلص ان مرض السكري هو عبارة عن زيادة نسبة السكر بالدم بسبب قلة إفراز هرمون الأنسولين من البنكرياس أو مقاومة الأنسجة لمفعول الأنسولين، وعجز الجسم عن الاستفادة منه، ويصاحب ذلك تغيرات غير طبيعـــية في التمثيل الغذائي، وبأمراض الأوعية الدموية الدقيقة والكبيرة والتهابات بالأعصاب، وبدون الأنسولين لا يستطيع الجسم استخدام الجلوكوز(مصدر الطاقة الرئيسي) وينتج عن ذلك ارتفاع جلوكوز الدم، وانخفاض الجلوكوز الذي تمتصه الأنسجة.

II-2- تعريف البنكرياس:

II -1-2- البنكرياس هو عبارة عن غدة كبيرة طولها 18 سم وتمتد بشكل مستعرض في البطن ويبلغ وزنها 100غ، وتقوم هذه الغدة بإفراز خمائر متعددة منها ما يســـــاعد على هضم المواد النشوية ويسمى أميلاز "Amylase" والمواد الشحمية "Lypase" والمواد الزلالية "Triptase" وتوجد في هذه الغدة منطقة صغيرة جداً أكتشفها العالم الألماني لانجر هانس وسميت باسمها وذلك عام 1869 وبعدها بعشرين عام اكتشفت علاقة هذه الجزر بمرض السكري (فاضل، 2005 :28)

البنكرياس :هو عضو صغير بحجم كف اليد تقريبا ويوجد خلف المعدة، ويقوم البنكرياس بإفراز أنزيمات في الأمعاء الدقيقة مهمتها هضم وتكسير الطعام وتحويله إلى مواد

بسيطة يسهل امتصاصها وبالإضافة إلى ذلك يفرز البنكرياس هرمونات في الدم لمساعدة الجسم على استخدام السكر (الجلوكوز) وأحد هذه الهرمونات الأنسولين .(بن سعد، 2007: 6).

غدة البنكرياس تعد من الغدد المشتركة (أي قنوية وغير قنوية) فقسم من إفرازها تكون في الدم مباشرة كهرمون الأنسولين المسؤول عن الحفاظ على كمية السكر والذي يؤثر سلباً على سلوك الإنسان باعتبار أن أي اضطراب في المنظومة الجسمية سيـؤثر على تكامل الشخصية أي يؤثر في الصحة النفسية للفرد.(أحمد، وإخلاص، 2005: 104).
نستخلص هنا أن البنكرياس هو عبارة عن غدة مسؤولة عن إفراز هرمون الأنسولين التي من وظيفته العمل على الحفاظ على نسبة السكر في الدم.

II-3- تعريف الأنسولين:

الأنســـولين هو هرمون تفرزه خلايا خاصة من البنكرياس تسمـــى خلايا بيتا أي الخـــلايا رقم "2" وهي ضمن مجموعة من الخلايا المنتشرة على شكل جزر داخل البنكرياس وتعرف هذه الجزر بجزر لانجر هانز نسبة إلى مكتشفها، ويتكون هرمون الأنسولين من سلسلتان من الأحماض الأمينية مرتبطتان بروابط كيميائية، والأنسولين ضروري للجسم كي يتمكن من الاستفادة واستخدام السكر والطاقة في الطعام، حيث يمنع تراكم السكر وزيادة منسوبه في الدم مهما تناول الإنسان من سكريات ونشويات وإبقاء مستوى السكر ثابتاً طوال الأربعة والعشرون ساعة.(بن سعد 2007: 15).

II -4-النسبة الطبيعية لمستوى السكر في الدم :

-نسبة السكر الطبيعي في الدم (الصائم): 80- 100 ملغم/دسل.

-نسبة السكر الطبيعي في الدم (بعد الأكل بساعتين): أقل من 140 ملغم / دسل. (ميمش ، 2011: 25).

بعد تعرفنا على سلسلة التعاريف الخاصة بمرض السكري وخاصة غدة البنكرياس المسؤول الرئيسي عن عملية تنظيم السكر في الدم إضافة إلى تعرفنا على النسبة الطبيعية لهذا السكر في دمنا، سنحاول التطرق إلى كيفية اكتشاف هذا المرض عبر العصور.

II -5-النبذة التاريخية عن مرض السكري:

مرض السكري معروف منذ القدم، حيث لاحظ الطبيب الإغريقي أريتاوس " Aretoeus" في أوائل عام 200 قبل الميلاد أن بعض المرض تظهر عليهم أعراض كثرة التبول والعطس الشديد وقد سمى هذه الظاهرة" البوال" أو الديابيتس" Diabètes" وهي كلمة لاتينية تعني الذهاب إلى كرسي الحمام أو كثرة التبول.(بن سعد، 2007: 3).

في عام 1675م أضاف العالم توماس ويليس "Thomas willis" كلمة ماليتوس "Mellitus" وتعني باللاتينية الحلو كالعسل بعد ملاحظة أن دم وبول مرض السكري له مذاق حلو فأصبحت تسمية هذا المرض "ديابيتس" أو مرض السكر، ومع أن كلمة ديابيتس تعني مرض السكر، إلا أن هناك حالة نادرة تسمى ديابيتس أنسبيدوس" Diabetes Insipidus" لا يكون فيها مذاق البول حلو، وتنتج هذه الحالة بسبب قصور في وظائف الكلى أو الغدة النخامية، (ميمش، 2011: 15).

قـــــد أكتشف العالمان جوزيف فورن ميرنج "Joseph Mering" وأوسكار مينكوسكي"Oskar Minkourski"، عام 1889 م دور البنكرياس في مرض السكر عندما أزالوا البنكرياس بشكل تام من الكلاب، حيث ظهرت عليهم علامات أعراض مرض السكر وأدى ذلك إلى وفاتهم بعد فترة وجيزة، وفي عام 1910 أكتشف العالم سيرإدواردشاربي- شيفر" Sir Edward SHarpey Shafer" أن المرضى المصابين بالسكر يعانون من نقص في مادة كيميائية واحدة ينتجها البنكرياس وســـــماها الأنسولين، وكلمة" أنسولين" مشتقة من كلمة لاتينية تعرف باسم "أنسولا" وتعـــني جزيرة، وترجع إلى كلمة جزر لانجر هانز "Langerhans" في البنكرياس والتي تنتج الأنسولين، وقد تمكن العالم باتينج " Bating" وزملائه من جامعة تورنتو بكندا في أواخر عام 1920 من فصل هرمون الأنسولين لأول مرة على مرض السكر عام 1922م.(بن سعد، 2007: 4).

إذا مرض السكري معروف منذ القدم باسم الديابيتس Diabites وهو اختلال في عملية أيض السكر المسؤول عنه غدة البنكرياس التي تقوم بإفراز هرمون الأنسولين المسؤول عن ضبط كمية السكر في الدم وسنحاول ان نضبط أنواع حسب متغيرات دراستنا إلى نوعين هما:

II-6- أنــواع داء السكر :

II-6-1- النوع الأول: ويسمى بمرض السكر رقم 1 وقديما كان يسمى هذا النوع بالسكر المعتمد على الأنسولين (IDDM)، ويقصد به مرضى السكر الذين يعتمدون على الأنسولين في علاجهم وكان هذا النوع يسمى كذلك بسكر الصغار "Jusenile Diabetes"، لأنه عادة ما تظهر أعراضه في سن 15 ولكن هذه التسمية ألغيت لأنه يصيب الشباب والمسنين على حد سواء، وهذا النوع في الغالب يصيب الأطفال والبالغين أقل من ثلاثين عاما.

أعلى المرضى المصابين بالنوع الأول من السكر عادة هم أصحاء وأوزانهم اعتيادية عند حدوث المرض، ويتميز بانعدام أو نقص الأنسولين الشديد بسبب تلف معظم خلايا بيتا في البنكرياس مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر في الدم ولهذا فهذا النـــــوع لا يستجيب للعلاج بالأقراص الخافضة للسكر ولا ينفعه سوى حقن الأنسولين.(Michel. ، 2001: 15).

II-6-2- النوع الثاني: هو النوع الأكثر شيوعاً ويشكل 90% من مرضى داء السكر ويسمى هذا النوع بمرض السكري الغير معتمد على الأنسولين وهذا النوع الأكثر انتشارا في الكـــبار فـــوق 40 سنة أو المصابين بزيادة الوزن، أحيانا يصيب الأطفال فوق العاشرة.(ميمش ، 2011 :24).

في هذا النوع يفرز البنكرياس كمية من الأنسولين ولكنها قد تكون غير كافية أو أن هناكمقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعوق وظيفة الأنسولين بسبب نقص مستقبلات الأنسولين أو لوجود أجسام مضادة لهذه المستقبلات تمنع الأنسولين وتنافسه على الوصول إليها مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر في الدم.(بن سعد ، 2007: 17).

II -6-3-الفرو قات الأساسية بين النوع الأول والثاني للسكر:

يحدث هذا النوع غالباً نتيجة لعاملين هما: مقاومة الجسم لعمل الأنسولين، والعامل الآخر هو تلكؤ البنكرياس في إفراز الأنسولين، كما أنه ينقسم مرض السكر من النوع الثاني إلى قسمين هما:

-مرض السكري من النوع الثاني غير مصحوب بالسمنة: ويشكل المصابون به أقل من 10 % من مرضى السكري غير المعتمد على الأنسولين.

-مرض السكري النوع الثاني المصحوب بالسمنة ويشكل المصابون به أكثر من 90 % من مرضى السكري النوع الثاني.(المرزوقي، 2008: 26).

بالإضافة إلى وجود أنواع أخرى ثانوية نادرة منها:

-مجمل الأمراض التي تعمل على تهديم غدة البنكرياس ومن بينها:

-استئصال غدة البنكرياس عن طريق الجراحة؛

-التهاب وتهديم بطني لغدة البنكرياس؛

-ويختص مرض السكري في هذه الحالة بغياب كامل للأنسولين.

ب-مرض السكري الثانوي الناتج عن تناول بعض الأدوية التي تؤثر على بعض الأشخاص ذوي الاستعداد إلى الإصابة به ومن بينها:

-حبوب منع الحمل؛

-مختلف مشتقات الكورتيزون وبعض الأدوية الهرمونية .

ج- مرض السكري الثانوي الذي قد يظهر في حالة الحمل، ويمكن أن يزول بانتهاء هذه الفترة، ويتطلب المراقبة الصارمة لتفادي حدوث مضعفات.(زلوف، 2011: 81).

الخصائص	النوع الأول	النوع الثاني
العمر ؛	عادة قبل سن الثلاثين ؛	عادة بعد سن الأربعين؛
ظهـــور الأعـــراض المرضية ؛	فجأة؛	بشكل تدريجي؛
الحالة البذنية؛	المريض عادة نحيلاً أو سوي الوزن؛	عادة سمين؛
من الأسباب ؛	غير وراثي؛	وراثي(Grimaldi، 2000: 12)
الأعراض المرضية ؛	عادة عطش شديد و رغبة شديدة في الأكل وكثرة التبول ونقص في الوزن؛	غالباً بدون أعراض؛
الأحماض الكيتونية؛	غالباً موجودة ؛	عادة لا تظهر؛
الأنسولين داخل الجسم؛	لا يوجد ؛	موجود لكن الجسم غير قادر على الاستفادة منه؛

الاختلال في الدهون؛	زيـــــادة الكوليســـــترول والترايجليسرايد في الدم ؛	زيادة الكوليسترول والترايجليسرايد في الدم؛
العلاج بالأنسولين ؛	مطلوبة ؛	مطلوبة فقط في حوالي 20-30%من المرضى؛
الأدوية الخافضة للسكر	يجب عدم استخدامها ؛	تستخدم طبياً؛
الحميـــــة الغذائيـــــة والرياضية؛	مطلوبة مع الأنسولين ؛	مطلوبة مع أو بدون الأدوية(بن سعد، 2007: 21)

الجدول II- 6-4- يوضح الفروق الأساسية بين النوع الأول والنوع الثاني للسكر.

إن المرضى بالنوع الأول للسكري يعتمدون بالضرورة لعلاجهم على الأنسولين، أما النوع الثاني فان البنكرياس تقوم بإفراز كمية قليل فقط من الأنسولين لكنها غير كافية لضبط السكر في الدم وهناك عدة أسباب لظهور هذا المرض عند المرضى وهي:

II-7- أسباب داء السكري:

إن السبب الرئيسي للإصابة بمرض السكري غير معروف ولكن هناك عدة عوامل تساعد على ذلك منها:

II-7-1- الورثة: إذا كان أحد الوالدين أو كلاهما مصابا بالسكري الغير معتمد على الأنسولين فإن هناك زيادة في احتمالية الإصابة عند أحد أبنائهم أو أجيالهم القادمة.
(بادويلان ، 2005: 37).

ينتقل الاستعـــداد للسكري عن طريق المورثات الجسمية كصفة سائدة أو متنحـــية ، ويقول العلماء أن هناك أكثر من مورثة مسؤولة عن حدوث السكري تتراوح بين 5- 10 مورثات.

II-7-2- البدانة: بينت الإحصائيات الحديثة أن 85% من مرضى الســكري من النوع الثانـــي، من الذين يعانون من البدانة، وتترافق البدانة عادة بضخامة الخـــــلايا الشحمية التي تقـــــلل من الاستجابة لتأثير الأنسولين ، وذلك لنقص المستقبلات على أغشية الخلايا

II-7-3-تكرار الحمل: ويعزي ذلك إلى تخرب الأنسولين الشديد داخل المشيمة، ووجود كميات كبيرة من الاستروجينات التي تعاكس عمل الأنسولين، وكثيراً ما يظهر السكري أثناء الحمل ويختفي بعد الولادة، إلا أنه قد يتكامل وتتضح أعراضه بتكرار الحمل.
(جندل،2011: 43).

II-7-4-الالتهابات: مثل التهاب البنكرياس يعمل على ظهور أعراض الإصابة بمرض السكري.

II-7-5-الكحـــول: يعمل على إتلاف غدة البنكرياس وبالتالي الإصابة بالسكري.
(بادويلان ، 2005: 38).

II-7-6-العامل الهرموني: يحرص تناول بعض الأدوية الهرمونية الخاصة منها مشتقات الكورتيزون عند بعض الأفراد ذوي الاستعداد للإصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين.

II-7-7-عوامل الاستعداد: المتمثلة في مجمل الأسباب المتعلقة بالبيئة المحيطة بالفرد ومن أهمها:

أ - **الصدمات الانفعالية:** حيث قد يؤدي القلق والتوتر المرتفع والاكتئاب الشديد إلى الإصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين خاصة وأن الفرد يتعرض في حياته اليومية إلى عدة صدمات تتفاوت تأثيراتها ويكون للصدمة العنيفة تأثيراً قوياً على الصحة النفسية والجسمية وعلى عدم فعالية ميكانيزمات الفرد.

ب-العدوى والتعفن الفيروسي: تعمل مختلف الأمراض الفيروسية على ظهور اضطرابات هامة في وظيفة البنكرياس بسبب تأكل خلايا B مما يؤدي غالباً إلى الإصابة بداء السكري المرتبط بالأنسولين.(زلوف، 2011: 82-83).

إذا تعرضنا لبعض العوامل والأسباب الرئيسية في ظهور داء السكري من بينها البدانة والوراثة وبعض الصدمات الانفعالية التي بدورها تفجر ظهور هذا المرض بأعراض مختلفة تمس المريض من بينها:

II-8- أعراض داء السكري:

II -8-1-الجسمية:

-العطش الشديد؛ - الجوع الشديد؛

-كثرة التبول؛ - نقص الوزن؛

-تعب وغرهاق وصعوبة في التركيز ؛ - حكة والتهابات جلدية؛

-ألم وتنميل في الأطراف؛ – اضطراب البصر؛

-تأخر في إلتئام الجروح؛ – حرارة في القدمين؛

ويجب عند استمرار الإحساس بواحدة أو أكثر من الأعراض السابقة مراجعة طبيب الرعاية الصحية الأولية للكشف عن المرض وعلاجه.(ميمش، 2011: 25).

II-8-2-النفســـية:

- ضعف الثقة بالنفس؛

- عدم القدرة على تطوير علاقات مع أسرته وأقرانه في المدرسة؛

- الخوف الدائم من تفاقم المرض وسرعة الإثارة واليأس من الحياة؛

- القلق والاضطراب النفسي والأرق (Jessica، 2002 : 15).

المريض بالسكري تظهر عليه أعراضا أساسية معروفة عند الجميع خاصة العطش و كثرة التبول ولكن كل هذه الأعراض لا تعتبر لوحدها مشخصا أساسيا للقول أن هذا المريض

يعاني من مرض السكري بل لابد من تشخيص يحتوي على الكثير من النسب المعينة وهذا التشخيص يحتوي على :

II-9-التشخيص:

يحتوي الدم على الدوام قدراً من سكر العنب (الجلوكوز) يتذبذب بين الارتفاع والانخفاض بعد تناول الأكل، وفي حالة الصيام، وكذلك بعض الانفعالات، ولقد تم تحديد المعدل الطبيعي للسكر في الدم بواسطة المؤسسات العلمية مثل منظمة الصحة العالمية ورابطة السكر الأمريكية وغيرها.(بن سعد، 2007: 10).

ويتم التشخيص عن طريق:

-وجود أعراض مثل البوال (تكرار التبول)؛

-فقدان وزن غير مبرر؛

-ارتفاع نسبة السكر بالدم؛

-السكر الصائم أكثر من" 140 ملغم لكل 100 مل" أما بعد تناول الطعام بساعتين أو تناول وجبة بها 75 جم جلوكوز، فيدل رقم 140 ملغم لكل 100 مل على اضطراب تمثيل الجلوكوز؛

-ويدل تجاوز 200 ملغم لكل 100 مل على وجود سكري؛

-اختبار تحمل السكري؛

- يظهر السكر بالبول إذا تخطى العتبة الكلورية (ويحدث ذلك حين تزيد نسبة السكر عن 180 ملغم لكل 100مل وهو اختبار غير دقيق لتفاوت نتائجه بتفاوت الأعمار(صديق، 2007: 22).

إذا لتشخيص بان هذا المريض لديه مرض السكري لابد من وجود عدة أعراض إضافة إلى أن نسبته لابد أن تزيد عن 180 ملجم لكل 100 سل وإذا لم يتم التشخيص الدقيق و في الوقت المناسب سوف يؤدي ذلك إلى عدة مضاعفات من بينها:

II-10-مضاعفات السكري:

II-10-1-مضاعفات حادة: زيادة الحمضية والأجسام الكيتونية – تدهور القدرات الجسمية والعقلية

II -10-2-مضاعفات مزمنة: سببها اعتلال الأوعية الدموية الدقيقة والكبيرة، فإعتلال الأوعية الدموية الدقيقة قد يؤدي إلى أمراض مثل:

أ-العمى – الفشل الكلوي- وهن العضلات- أمراض القلب- تلف الأعصاب – الضعف الجنسي.

ب-أما اعتلال الأوعية الدموية الكبيرة فيؤدي إلى أمراض الجهاز العصبي المركزي والطرفي وتصلب الشرايين ، وتزداد هذه الأمراض في ظل وجود عوامل أخرى مثل التدخين – ارتفاع ضغط الدم – السمنة- ارتفاع نسبة الدهون – وجود حالات مشابهة بالأقارب- أمراض القلب التاجية- أمراض الأوعية الدموية الطرفية باليدين والقدمين.

ج-وقد أصبحت الوفاة بسبب مضاعفات السكر ثالث سبب من أسباب الوفاة.(صديق، 2007 : 22.23).

النسـيج أو العضـو المصاب	ماذا يحدث	المضاعفـات
الأوعية الدموية	-تصلب الأوعية الدموية وانسداد الشرايين المتوسطة والكبيرة في القلب والدماغ والأرجل والعضو الذكري. -تلف لجدار الأوعية الدموية الصغيرة وفقدان قدرتها على نقل الأكسجين بشكل طبيعي.	ضعف الدورة الدموية يؤدي إلى عدم التئام الجروح بسهولة، ويمكن أن يؤدي إلى الجلطة القلبية، والجلطة الدماغية و غرغرينا في القدم والأيدي، وعدم انتصاب العضو الذكري والضعف الجنسي، وكثرة الالتهابات.
العيون	تلف الأوعية الدموية الصغيرة في الشبكية	قلة الإبصار والتي تؤدي إلى العمى.
الكلى	تضخم الأوعية الدموية في الكلى وإفراز البروتينات في البول وعدم ترشيح الدم بصورة طبيعية.	ضعف في وظائف الكلى والفشل الكلوي.
الأعصاب	تلف الأعصاب بسبب زيادة سكر الجلوكوز وبسبب نقص التروية الدموية	ضعف مفاجئ أو تدريجي للقدم ، وقلة الإحساس والشعور بالوخز والألم في اليدين والقدمين وتلف مزمن للأعصاب.
الجهاز العصبي اللاإرادي	تلف الأعصاب التي تتحكم في الضغط والجهاز الهضمي	تذبذب ضغط الدم، وصعوبة البلع والهضم مع إسهال متقطع.
الجلد	ضعف وصول الدم إلى الجلد وفقدان الإحساس يؤدي إلى تكرار حدوث الإصابات.	تورم وحدوث التهابات عميقة(قرحة السكر) وبطء الشفاء.
الدم	خلل في وظائف كرات الدم البيضاء.	زيادة التعرض للالتهابات وخصوصا المجاري البولية والجلد.

الجدولII -10-3-يوضح مضاعفات مرض السكري على المدى البعيد: (بن سعد، 2007 : 38)

من خلال قراءتنا لهذا العنصر يتبين لنا أن هناك مضاعفات حادة ومزمنة وخطيرة قد تؤدي إلى عدة اختلالات على مستوى عدة أعضاء في الجسم،لذلك مرض السكري هو مرض مزمن يقتضي معالجة ضرورية لابد أن يلتزم بها المصاب بهذا المرض ومن بين العلاجات المناسبة لذلك:

II-11-علاج داء السكري: هناك ثلاثة عوامل رئيسية في معالجة مريض السكري: -
النظام الغذائي
-النظام الرياضي
- النظام الدوائي.

II-11-1-النظام الغذائي: هو الخطوة الأولى والأساسية للسيطرة على سكر الدم وللاستفادة من هذا النظام يجب إتباع التعليمات التالية:
-الانتظام في تناول وجبات الطعام في مواعيدها المحددة بحيث تكون ثلاثـــة وجـــبات أو أكثر موزعة طيلة النهار.
-تجنب تناول كمية كبيرة من الطعام في نفس الوقت.
- يجب أن يكون الطعام المتناول متساوياً من ناحية المحتوى من العناصر الغذائية والطاقة تقريباً في كل يوم.
- تجنب تناول الأطعمة المركزة بالسكر مثل العصير المحلى، الشكولاطة، الحلاوة، المربى، السكاكر، الكعك المحلى ....الخ.
- يجب أن يكون الغذاء متنوعاً ومتكاملاً، وهذا يعني احتوائه على النشويات ، البروتينات، الدهون، الفيتامينات، المعادن
- الإقلال من من الطعام المحتوي بكثرة على ملح الطعام مثل المخللات والمكسرات وخصوصا للمرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم .
- يمكن تناول المشروبات التالية حسب الرغبة بدون إضافة السكر (الشاي- قهوة-بابونج- يانسون- دايت كولا- ....الخ)، ويمكن استعمال المحليات الصناعية مثل(يونيام أو الكاندريل، بذل السكر العادي.
- يمكن استعمال البهارات التالية حسب الرغبة(فلفل أسود- قرفة –كمون- حب الهال) (بدويلان،2005: 39).

II-11-2-النظام الرياضي:إن النظام الرياضي مفعوله مثل الأنسولين على سكر الدم، حيث أن التمارين الرياضية المنتظمة تساعد على تخفيض سكر الدم، ويساعد على التخلص من الوزن الزائد ونشيط الدورة الدموية ، يفضل اختيار التمارين الرياضية التي تكون ملائمة، غير مكلفة وغير مجهدة مثل المشي والهرولة والسباحة، خطط لعمل برنامج أسبوعي للتمارين الرياضية (3-4) مرات ولمدة نصف ساعة في كل مرة.

عند القيام بمجهود عضلي غير معتاد يجب على المصاب تناول كمية إضافية من الطعام أو تقليل جرعة الأنسولين لتفادي انخفاض السكر في الدم الذي يحدث نتيجة الجهد العضلي الزائد.

II-11-3-النظام الدوائي:

إذا لم تتم السيطرة على ارتفاع السكري في الدم عن طريق النظام الغذائي، بالإضافة إلى النشاط الحركي، وإزالة الوزن الزائد، عندئذ لا بدا من اللجوء إلى الدواء سواء كان على شكل أقراص أو حقن أنسولين، العلاج بواسطة الأدوية التي تؤخذ عن طريق الفم وهي نوعان:

أ-أدوية تساعد على تحريض البنكرياس لإفراز مادة الأنسولين.

ب-أدوية تساعد على إدخال السكر إلى خلايا الجسم.

وكذا العلاج بواسطة حقن الأنسولين(بدويلان،2005: 40-41).

غير أنه مما تجدر الإشارة إليه أن العلاج النفسي والإرشاد العلاجي له أهمية لا يستهان بها في علاج مرضى الداء السكري وهذا ما يتجاهله كثيراً من المرضى والمعالجين، ففي الدراسة العلاجية التي أجراها جوتش Goetch 1989 على مرضى السكري من ذوي النوع الثاني أظهرت أدلة إضافية على أن استخدام أسلوب الاسترخاء المستمر يؤدي إلى خفض التوترات عند المرضى الذين أظهروا انخفاضا ملحوظاً في جلوكوز الدم كنتيجة لانخفاض مستوى الكورتيزول.

بالإضافة إلى ذلك فإن التدخل العلاجي المبني على النظرية السلوكية المعرفية وقواعد ضبط الذات مثل: توجيه الذات والنمدجة والتدعيم فقد أتضح فعاليته كمدخل فعال.(عبد المعطي، 2003 ب: 144-145).

خلاصة:

لقد تناولنا في هذا الفصل البعد العضوي لمرض السكري حيث تطرقنا إلى بعض التعريفات العلمية والإجرائية للسكري باعتباره مرضا مزمنا،إضافة إلى تطرقنا إلى أنواعه منها المعتمدة على الأنسولين والغير معتمدة عليه، مع معرفة الأسباب المؤدية إلى الإصابة بهذا الداء من بينها الوراثة والبدانة هذا من جهة ومن جهة أخرى تناولنا الأعراض الدالة على هذا المرض وبعض مضاعفاته الخطيرة وطرق علاجه منها الدوائية ومنها الغذائية وغيرها، كما سنحاول التطرق من جهة أخرى إلى معانات المراهق مع هذا المرض كونه في مرحلة حرجة إضافة إلى إصابته بهذا المرض

الفصـــل الثالـــث

المراهق المتمدرس

III-1- تعريف المراهقة.
III-2- مراحل المراهقة.
III-3- التفسيرات النظرية لمرحلة المراهقة.
III-4- مظاهر النمو.
III-5- خصائص مرحلة المراهقة.
III-6- الحاجات النفسية للمراهقة.
III-7- أهمية مرحلة المراهقة.
III-8- مشكلات المراهقين.
III-9- علاقة المراهقين بالنظام المدرسي.
III-10- العوامل المؤثرة في التحصيل الدراسي.
III-11- المراحل التي يمر بها المراهق المصاب بداء السكري.

تمهيـــــد:

تعتبر مرحلة المراهقة حياة جديدة بالنسبة للمراهق، حيث تزداد أهمية العلاقات الاجتماعية بالنسبة له وتتفاقم صراعاته وتتغير انفعالاته.

مما لاشك فيه أن مرحلة المراهقة هي مرحلة انتقالية من الطفولة إلى الرشد، حيث تتميز بخصائص هامة ومختلفة عن سنوات الطفولة والمراحل التي تليها، والمراهقة كمرحلة نمائية يمر بها جميع الأفراد دون استثناء سواء كانوا أفراد عاديين أو أفراد مصابون بأمراض مزمنة عموما ومرضى السكري خصوصا، ولمزيد من التفصيل قد خصص هذا الفصل للحديث أكثر عن مرحلة المراهقة.

III- 1- تعريف المراهقة: Adolescence

III-1-1- لغة: فعلها Adolescere وهو بمعنى التدرج وأصلها في اللغة راهق

راهق ⟵ قارب البلوغ
راهق ⟵ اقتراب من الشئ
راهق ⟵ أقترب من الاحتلام (الأعظمي، 2007: 57)

فهي تعني الاقتراب أو الدنو، فحين نقول راهق الغلام، فهو مراهق، أي انه قارب من الاحتلام،والحلم هو قدرة المراهق على الإنجاب (سليم، 2002: 375)

III -1-2-اصطلاحاً: هي كلمة لاتينية الأصل مشتقة من الفعل Adolescere والذي يعني النمو نحو الرشد (شريم، 2009: 21).

فهي تقع بين مرحلة الطفولة والنضج، وتمتد في الفترة الزمنية بين13-20 سنة، وتتميز بحدوث تغيرات بدنية ونفسية واجتماعية، وقد يحدث خلالها بعض الاضطرابات النفسية والسلوكية.(الشربيني، ب.س: 4). وهناك عدة تعاريف لباحثين لفترة المراهقة من بينها:

تعريف ستانللي هول: Stanly Hall:هي فترة عواصف وتوتر وشدة تكتنفها الأزمات النفسية، وتسودها المعانات والإحباط والصراع والقلق والمشكلات وصعوبات التوافق (زهران، 1986 أ: 291).

تعريف مارغريت ميد Margerett Meed:" المراهقة مرحلة نمو عادي، ومدام هذا النمو يسير في مجراه الطبيعي، لا يتعرض المراهق لأزمات.(العيسوي، 1987 ج: 29).

تعريف فرويد: Freud "المراهقة هي فترة استثارة جنسية وقلق واضطراب في الشخصية في بعض الأحيان(شريم، 2009: 40).

تعريف كوبCoob:" يشير إلى ثلاثة منطلقات في تعريف المراهقة وهي التعريف البيولوجي والتعريف السيكولوجي والتعريف الاجتماعي ويرى بأن هذه التعريفات غير كافية لوحدها وبحد ذاته وإنما تضافرها معا هو الذي يعطي معنى جيد للمراهقة.

-التعريف البيولوجي للمراهقة: ويتضمن التغيرات البيولوجية والجسدية للبلوغ التي تحول الأطفال إلى راشدين ناضجين جسديا وجنسياً وهذه التغيرات تحدث لكافة المراهقين بغض النظر عن الثقافة التي ينتمون إليها، وفي الواقع فهي التغيرات الوحيدة التي تعتبر عامة في مرحلة المراهقة، وتحدث هذه التغيرات نتيجة لإفرازات لمجموعة متنوعة من الإفرازات الهرمونية القوية والتي تحدث وفقاً لسرعات زمنية مختلفة، وتؤدي إلى إحداث الفروق الجسدية بين الذكور والإناث في الطول والوزن ونسب الجهد وذلك الفروق في جهازي الإنجاب لدى الجنسين(شريم، 2009: 24).

-التعريف السيكولوجي للمراهقة: يركز هذا التعريف على أهمية تشكيل هوية مستقرة لدى المراهقين لتحقيق الإحساس بالذات على نحو يفوق حدود التغيرات العديدة في الخبرات والأدوار، مما يمكن للمراهق من تحسين الطفولة، التي يغادرونها بالرشد الذي عليهم الدخول فيه، كما تتسم المرحلة بتغيرات معرفية سريعة، كذلك تتغير التوقعات الاجتماعية تغيرا

واضحاً حيث يتوقع الولدان الآخرون نضجاً أكثر من المراهقين ويتوقعون منهم البدء بالتخطيط لحياتهم والتفكير لأنفسهم (شريم، 2009: 14).

-التعريف الاجتماعي للمراهقة: يعرف علماء الاجتماع الأفراد بمصطلحات تتضمن واقعهم في المجتمع بما يعكس إلى حد بعيد مدى فعاليتهم الذاتية، فمن وجهة نظر اجتماعية يظهر المراهقون كأفراد لا يتمتعون بالاكتفاء الذاتي وبالتالي فهم غير راشدون وغير اعتماديين تماماً فهم ليسوا بأطفال.(شريم،2009: 24).

تعريف لوهـــال: Le Hall: " المراهقة هي بحث عن الاستقلالية الاقتصادية والاندماج في المجتمع الذي لا تتوسطه العائلة، وبهذا تظهر المراهقة كمرحلة انتقالية حاسمة تسعى إلى تحقيق الاستقلالية النفسية والتحرر من التبعية الطفلية، الأمر الذي يؤدي إلى حدوث تغيرات على المستوى الشخصي لاسيما في علاقته الجدلية بين الأنا والآخر.(Le Hall،1985: 13)

نستخلص هنا إن المراهقة هي فترة زمنية من حياة الإنسان تمتد مابين الطفولة المتأخرة إلى بداية سن الرشد و تتميز بوجود مجموعة من التغيرات الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية، وهي تلك المرحلة التي تبدأ من 12 الثانية عشرة وتمتد حتى 18 الثامنة عشرة وتتمثل في المراهقة المبكرة والوسطى وهي فترة تعادل السنة الثانية من التعليم المتوسط وتمتد حتى السنة الثالثة من التعليم الثانوي.

لقد تطرقنا في هذا العنصر إلى بعض تعاريف المراهقة عند بعض العلماء باختلاف أرائهم من عدة جوانب منها البيولوجية والاجتماعية وغيرها وسنوضح أهم المراحل التي يمر بها المراهق.

III-2-مراحل المراهقة:

يختلف علماء النفس في تحديد مرحلة المراهقة، فبعضهم يتجه إلى التوسع في تحديدها، فيروا أن فترة المراهقة يمكن أن يضم إليها الفترة التي تسبق البلوغ وهم بذلك يعتبرونها بين العاشرة والحادية والعشرون 10-21، بينما يحصرها بعض العلماء في الفترة بين الثالثة عشرة والتاسعة والعشرون 13- 19.

III-2-1-المراهقة المبكرة: "13-16" وهي تمتد منذ بدء النمو السريع الذي يصاحب البلوغ، حتى بعد البلوغ بسنة تقريباً، عند استقرار التغيرات البيولوجية عند الفرد، وفي هذه المرحلة المبكرة يسعى المراهق إلى الاستقلال، ويرغب دائما في التخلص من القيود والسلطات التي تحيط به ويستيقظ لدى الفرد إحساس بذاته وكيانه(معوض، 2003 أ: 231).

III-2-2-المرحلة الوسطى: 16- 18 سنة، يلاحظ فيها استمرار النمو في جميع مظاهره، وتسمى أحيانا هذه المرحلة بمرحلة التأزم لأن المراهق يعاني فيها صعوبة فهم محيطه وتكيفه مع حاجاته النفسية والبيولوجية، ويجد أن كل ما يرغب في فعله، يمنع باسم العادات والتقاليد، دون أن يجد توضيحاً لذلك، وتمتد هذه الفترة حتى سن 18، وبالتالي فهي تقابل الطور الثانوي من التعليم وتسمى بسن" الغرابة" والارتباك، لأنه في هذا السن يصدر عن المراهق أشكال مختلفة من السلوك تكشف عن مدى ما يعنيه من ارتباك وحساسية زائدة (زهران، 1995 ب: 297).

III-2-3- المراهقة المتأخرة: "18-21" وتعرف هذه المرحلة بسن اللياقة ، لأن المراهق في هذه المرحلة يحس أنه محل أنظار الجميع ويبدأ المراهق بالاتصال بالعلم

الجديد، عالم الكبار وتقليد سلوكه، ويتجه الفرد هنا محاولاً أن يكيف نفسه مع المجتمع الذي يعيش فيه، ويوائم بين تلك المشاعر الجديدة، وظروف البيئة ليحدد موقفه من هـؤلاء الناضجين محاولاً التعود على ضبط النفس والابتعاد عن العزلة والانطواء تحت لواء الجماعة(معوض،2003 أ: 231).

بعد تناولنا لمختلف مراحل المراهقة والتي بدورها اختلف العلماء في تصنيفاتها فمنهم من يتوسع في تحديدها ومنهم من يحاول حصرها في سن معين ،سنحاول التطرق إلى التفسيرات النظرية لهذه المرحلة

III-3-التفسيرات النظرية لمرحلة المراهقة:

III-3-1-الاتجاه التحليلي: لا يركز هذا الاتجاه على النمو الجنسي والجسمي فقط، بل على ما يصاحب هذا النمو من تأثيرات على نمو المراهق وسلوكه، فغموض هوية المراهق وميوله المتناقضة وصراعاته النفسية وقلقه الجنسي تؤلف جميعها في هذه المرحلة عوامل أساسية في انهيار توازنه كلياً واضطراب علاقاته ع ذاته ومع الآخرين، هذا الانهيار هو ظهر من مظاهر ما يطلق عليه أزمة المراهقة .

لقد تبنى **فرويد** مع كثير من أتباعه في نظرته إلى المراهقة المنطلقات التالية:

أولاً: أن المراهقة هي ظاهرة عالمية.

ثانياً: أن المراهقة تعيد مشكلات الطفولة .(سليم،2002: 381).

أما **أنا فرويد** فترى أن المراهقة هي مرحلة تتسم بالصراع الداخلي وعدم التوازن النفسي والسلوكيات الغريبة، فالمراهقون أنانيون فهم من جهة يهتمون بأنفيهم ومن جهة أخرى هم قادرون على التضحية بالذات والتفاني، يقيمون علاقات عاطفية ما تلبث أن تنتهي بسرعة، يرغبون أحيانا بالاندماج الاجتماعي والمشاركة الجماعية والميل إلى العزلة في أحيان أخرى يذبذبون بين الطاعة العمياء والتمرد ضد السلطة.

أما **أريكسون** فيرى أن أزمة الهوية هي المشكلة الحرجة في مرحلة المراهقة، وهي أزمة يمر بها أغلب المراهقين في وقتما ويعانون من عدم معرفتهم بدواتهم بوضوح، أو عدم عرفة المراهق بنفسه في الوقت الحاضر أو ما سيكون عليه في المستقبل، فيشعر بالضياع والتبعية والجهل بما يجب أن يفعله ويؤمن به وهي علامة عن طريق النمو يمكن أن يؤدي إلى الإحساس بالهوية أو إلى المزيد من الانهيار الداخلي واضطراب الدور.(شريم، 2009: 44-49).

III-3-2-الاتجاه البيولوجي: قد انطلقت الدراسات البيولوجية للمراهقة في أمريكا مع كل من العالمين ستانلي هول وجزل Armod Gesel مركزة على عمليات النمو الجسمية والجنسية إلى جانب الملاحظات الطبية معتبرة أن الحياة النفسية عند المراهقين يحدها النمو البيولوجي.(سليم، 2002: 379).

يتزعم هذا الاتجاه ستانلي هول ويركز على المحددات الداخلية لسلوك ويشير إلى أن المراهقة تمثل مرحلة تغير شديد مصحوب بالضرورة بالتوترات وصعوبات ي التكيف وأن التغيرات الفيزيولوجية تمثل عاملاً أساسياً في خلق هذه التوترات والصعوبات.(أبو الخير، 2004 : 345).

يرجع هذا الاتجاه كل السلوكيات التي تظهر في مرحلة المراهقة إلى النمو الفسيولوجي ونشاط الفرد المصاحب للبلوغ، وتنبئ هذه النظرية للبلوغ على:

1 -الفرق الملحوظ بين سلوك الطفل وسلوك المراهق.
2 -التغيرات الناجمة عن النضج والتغيرات الفسيولوجية عند البلوغ.
3 -عن هذه الفترة تعتبر فترة ضغط بسبب سرعة التغيرات والنمو عند المراهق.(أبو غربية، 2007: 188).

يعتبر "هول" أن بداية المراهقة هي ظهور العلامات الأولى لأزمة البلوغ أي :
أولاً: الازدياد المفاجئ في أبعاد الجسم(من حيث الطول والوزن) خصوصاً عند الذكور الذين يشعرون أنهم أصبحوا راشدين.
ثانياً: ظهور الخصائص الجنسية بعد أشكال الخصائص الجنسية الأولية.(سليم، 2002 : 379).

III-3-3-الاتجاه المعرفـــي: يؤكد هذا الاتجاه على أهمية الأفكار الشعورية، فينتقل المراهقون في مرحلة العمليات الشكلية إلى ما بعد الماديات والخبرة الفعلية، ويبدؤون بالتفكير في المصطلحات المنطقية والمجردة، ويستطيعون استخدام المنطق الافتراض المنتظم في حل المشكلات والتوصل إلى الاستنتاجات ويستطيعون استخدام التفكير الاستقرائي حيث يقومون بوضع عدد من الحقائق معا وبناء نظريات بناء على هذا الأساس.
كما يستطيع المراهقون استخدام التفكير الاستدلالي في التجريب العلمي وإثبات النظريات واستخدام الرموز الجبرية واللغة المجازية كرموز.(شريم، 2009: 53).

III-3-4-الاتجاه الأنثربولوجي: يتزعم هذا الاتجاه "بندكت" و" ميذا" Bendect et Mead ويركز على المحددات الخارجية للسلوك" المحددات الاجتماعية والثقافية والقيم المكتسبة " ومن خلال الدراسات المستفيضة التي قامت بها "ميد" والتي حاولت بها توضيح ما إذا كان سلوك المراهقة سلوكاً عاملً وشائعاً لدى المراهقين أم لانعكاس لظروف بيئية وخبرات معينة، فقد أكدت على أن المراهقة تتكون وتتشكل بالبيئة الاجتماعية، وهنا أوضحت الدراسات الانثربولوجية عددا من الحقائق تمثلت في الآتي:
-إن المراهقة تمثل مرحلة نمو اعتيادي وليس بالضرورة أزمة في كل المجتمعات، وأن سلوكيات المراهق واتجاهاته وتصرفاته تعكس بالضرورة البيئة الاجتماعية التي نشأ فيها.
- أن المراهقة لا تتخذ نمطا عاماً أو شكلاً واحد بل قد تتخذ أشكال مختلفة وأنماط متعددة باختلاف البيئة المحيطة بالمراهق وأن البيئة الاجتماعية دور فعال في أشكال المراهقة وتعقدها بشكل ما تشتمله من إحباطات وصراعات.
- إن فترة المراهقة فترة نسبية دينامية يصعب معها وضع نظرية عامة لتفسير جميع جوانب المراهقة في أي مجتمع من المجتمعات.(أبو الخير، 2004: 345).

III-3-5-اتجـاه التـعلم الاجتـماعي: تهتم نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي بتأثير الأفراد المحيطين على شكل نزعة لدى الشخص لأن يقوم بسلوكيات معينة أو لا يؤديها، يرى أصحاب هذا الاتجاه أن مبادئ التعلم التي تساعد على تفسير نمو الطفل يمكن أن تطبق بنفس الطريقة على المراهقين والراشدين نظراً لعدم وجود اختلافات جوهرية بين الأطفال والمراهقين الراشدين، أما الذي قد يختلف عبر مستويات الأعمار فيكمن في الاتجاهات الاجتماعية الثقافية والتوقعات والضغوط، وأن يكون المراهقين متأثرون بنماذج مختلفة، ونظرية التعلم الاجتماعي المعرفي تؤكد بأن الأطفال يتعلمون من خلال ملاحظة سلوك

الآخرين وتقليدها وتلك العملية تعرف بالنمذجة، ويعتبر الوالدين أبرز الراشدين الهامين في حياة المراهقين، وبالتالي فمن الأرجح أن يعمد المراهقون إلى تقليدهم كما يقلدون الآخرين، وكذلك الأعمام والعمات في العائلات الممتدة.

بالتالي التعلم بالملاحظة هو المظهر الرئيسي لعملية التعلم فمن خلال الملاحظة نستطيع أن نشكل أفكار حول سلوك الآخرين، ومن ثم فمن المحتمل أن نعمل على تبنيها لأنفسنا، مثل رؤية الولد الهيجان العدواني لدى والده فهنا سوف يتعامل الولد مع أصدقائه بطريقة عدوانية مظهراً نفس خصائص والده (شريم، 2009: 54).

III-3-6-الاتجاه الثقافي الاجتماعي: يتم التركيز هنا على النظريات التي ترى أن نمو المراهقين متأثر بشدة بالعوامل الثقافية وبالمجتمع الذي ينشأون فيه، حيث تأخذ وجهات النظر هذه المعايير الثقافية والعادات والقيم التي تسود وتنتشر في المجتمع ومن ثم تمارس تأثيرها في عملية النمو (شريم، 2009 : 55).

بعد عرضنا لمختلف التفسيرات النظرية لمرحلة المراهقة باختلاف الاتجاهات في تفسيرها حيث تطرق بعضها إلى مرحلة تغير شديد مصحوب بالضرورة بالتوترات وصعوبات في التكيف ، سنتطرق لأهم مظاهر النمو في هذه الفترة إذ يعرف المراهق خلالها نموا في مختلف الجوانب ونتطرق أولا إلى النمو الجسمي باعتباره يسير بسرعة اكبر نسبيا من سرعة النضج الاجتماعي و العقلي و الانفعالي.

III-4- مظاهـر النمـــــو:

III-4-1-النمـــو الجسمي: من أهم التغيرات التي تطرأ على المراهق، سرعة نموه الجسمي التي لا تتناسب مع سرعة نموه العقلي والانفعالي والاجتماعي، وهذه التغيرات ليست مهمة في ذاتها بقدر ما هي مهمة من حيث تأثيرها المباشر على شخصية المراهق وقدرته وسلوكه(ملحم، 2004: 149).

هنا المراهقون تزداد أطوالهم بسرعة وهو ما يسمى بطفرة النمو حيث أن نظرة واحدة من المراهق لنفسه في المرأة كفيلة أن تجعله يشعر بحدوث فرق عما كان عليه سابقاً، وتختلف طفرة النمو التي يصل إليها المراهق تبعاً للعوامل المؤثرة على النمو، ففي بعض البلدان مثلاً تصل الفتيات إلى هذه المرحلة بعد سن العاشرة بقليل بينما يصل إليها الذكور في سن الثانية عشرة والنصف تقريباً، ويكتمل حجم الجسم عند معظم الإناث في سن السادسة عشرة وعند الذكور في سن17 السابعة عشرة والنصف.(الأعظمي، 2007 : 60).

III-4-1-1-أوجه النمو الجسمي:

أ-النمو في الطول: إن النمو في الطول هو الوجه التغيري الأكبر في التحولات المورفولوجية، فبعد عمر الخامسة لا يزيد طول الولد سوى 4 أو 5سم في السنة، نراه في عمر 11 أو12 سنة يزيد من 6 إلى 7سم في الطول، أما عند الفتيات فهذه الوتيرة السريعة في الطول تبدأ في سن مبكرة بسنة واحدة عن الصبيان فبعمر(13-14)سنة يتخطى طول البنات طول الصبيان من 1 إلى 2سم تعود الطفرة في السنتين التاليتين فيتسارع النمو من جديد ويزيد طول الفتى من 6 إلى 7سم وطول الفتاة من 4 إلى6 سم، وينبه العالم دبس Debesse إلى أهمية هذه الزيادات بالنسبة إلى الزيادات التي تحدث في السنوات السابقة لأسباب أهمها:

-أنها أخر طفرة في النمو مهمة.

- إن هذا النمو يصاحبه عادة صعوبات لا بد من الانتباه لها.(الطفيلي، 2004: 136).
ب- **النمو في الوزن:** يأخذ النمو في الوزن أهمية في مرحلة ما بعد البلوغ، هذه الزيادة في الوزن لا تعود إلى تراكم الشحوم وإنما إلى النمو الذي يحصل في العضلات، كما يقول غودال"Godun" إلى النمو في العظام هو الأهم في مرحلة ما قبل البلوغ، تبين الدراسات إن الوزن يزداد حوالي كيلوغرام واحد أو كيلوغرامين ما بين سن الحادية عشرة والثانية عشرة وحوالي 4 كغ و5 كغ ما بين سن 12 و 16 عشرة.

بشكل عام يمكن القول أن هذه الاختلافات في الشكل الخارجي ينتج عنها تأثيرات نفسانية ترتبط في أغلب الأحيان بحكم المحيط على مظهر الفرد الفيزيائي وتؤدي إلى مخاوف تنعكس على سلوك المراهق.(الطفيلي، 2004: 139).

III-4-2-النمو العقلي المعرفي: يرى الكثير من علماء النفس أن التطور في النمو الجسمي عند المراهقين يصحبه نمو هائل نوعي بنفس القدرة، وإن كان أقل وضوحاً في القدرات العقلية والمعرفية، ولذلك يعتبرون المراهقة فترة نمو عقلي ومعرفي، وفقاً لنظرية بياجيه Piajet. فالنمو العقلي المعرفي يتميز بخطين من النشاط العقلي هما: العمليات الحسية في الطفولة المتأخرة والعمليات المجردة الكلية في المراهقة والتي تتسم بدرجة كبيرة من المرونة والضبط في العمليات العقلية .

قد أكدت دراسة "بدوينكيتس" على تزايد المرونة والضبط في العمليات العقلية في سن (12 - 14سنة)، كما تشير الدراسات إلى أن خصائص النمو العقلي في هذه المرحلة تتحرر من أسر الخبرات المحسوسة ، وتتميز بقدرة المراهق على التفكير التجريدي واستخدام التعميمات والرز المجردة بما يوفر لتفكيرهم الاستيعاب للموضوعات المختلفة وإمكانية التحكم فيها(سليم، 2002: 406).

تزداد القدرة على التحصيل في هذه المرحلة، فيميل المراهق للقراءة والاستطلاع والأسفار والرحلات، فهو يحاول التحرر من مناهجه الدراسية بقراءة الكتب الخارجية كالقصص والمجلات والصحف...الخ، ثم يتجه أحياناً إلى قراءة الكتب العلمية التي تتناول موضوعات أكثر عمقاً ثم الكتب التي تتناول مشكلات الشباب لاسيما الجنسية والعاطفية منها.(معوض، 2003 أ: 241).

III-4-3-النـــمو الانفعالي: يمثل النمو الانفعالي جانباً رئيسياً في بناء شخصية المراهق، وحوراً رئيسياً لتوافقه أو عدمه، فتغير المعالم الإدراكية للبيئة المحيطة به من جهة ، والتغيرات النمائية الجسمية أو الغددية المتصارعة من جهة أخرى تترك أثاراً انفعالية كبيرة في الشدة والعمق وما يصاحبها من انتشار للدوافع والميول والرغبات تؤثر في الشخصية وسلوكه وتتضح مظاهر النمو الانفعالي لمرحلة المراهقة في ما يلي:

-مشكلة الذات وتحقيقها عن طريق التماهي بالمثل والمثالية؛

- الخجل؛
- العنف والعدوان؛
-القلق؛
- الخوف؛
- الجنوح.(سليم، 2002: 417).

تأثر المراهقون في هذه المرحلة بأصدقائهم ومن حولهم في جميع الأمور، حيث يبدأ المراهق في البعد عن الأبوين والمنزل ليحقق التكيف مع الأفراد وتحملهم المسؤولية والاختبار.(الأنصاري، 2008: 5).

ومن الخصائص الانفعالية في مرحلة المراهقة:

أ-**انفعالات عنيفة:** قد يثور المراهق لأتفه الأسباب، السبب النمو الجسمي السريع والتغيرات المصاحبة للنمو.

ب-**انفعالات حادة:** كالتكسير أو ضرب احد إخوته وحتى بعض أصدقائه.

ج- **عدم التحكم في المظاهر لحالاته الانفعالية:** فعندما يغضب المراهق يصدر حركات تعبر عن هذا الغضب مثل رفس وتكسير وتحطيم للأشياء، أما عندما يفرح فهو يصدر حركات غير متزنة وتصرفات غير سليمة وأصوات منكدة.

د- **انفعالات غير محددة:** قد يوجه المراهق انفعاله إلى جهة ليد لها سبب في انفعاله هنا يكون هذا سبب الخوف من المواجهة أو بسبب عدم الاقتناع بالانفعال ولهذا غالباً ما يخفي المراهق انفعاله ويظهر عكسه.(أبوغريبة، 2007: 140).

III-4-4-النمو الاجتماعي: يتصف النمو الاجتماعي في مرحلة المراهقة بمظاهر وخصائص أساسية تميزه إلى حد ما عن مرحلة الطفولة والرشد وتبدو هذه المظاهر في تآلف الفرد مع الآخرين أو النفور منهم.

أ-**التآلف:** يبدو في ميله إلى الجنس الأخر، وثقته بنفسه وتأكيد الذات وفي خضوعه لجماعة الرفاق، وفي اتساع ميدان تفاعله الاجتماعي

ب- **النفور:** تهدف مظاهر النفور في جوهرها إلى إقامة الدود بين شخصية المراهق وبين بعض الأفراد والجماعات التي كان ينتمي إليها ويتفاعل معها ، ليقيم بذلك إطار لذاته وأركان شخصيته،ويمثل التمرد، سخرية، الغضب والمنافسة،(فؤاد البهي، 2008: 280).

ويزداد وعي المراهق في هذه المرحلة بالمفاهيم المتعلقة بالجوانب الاجتماعية والاقتصادية مثل الطبقة الاجتماعية المكانة الاجتماعية، يزداد هذا الوعي عندما يحتك المراهق بزملاء له من الطبقات مستويات اجتماعية مختلفة، وقد يرى بنفسه مواقف اجتماعية يبدو فيها أثر هذه المفاهيم في التعامل الاجتماعي بين المحيطين به، ويزداد هذا الوعي حدة ويكتسب صفة انفعالية إذا مر هو شخصياً بمثل هذا الموقف (كفافي، 2008: 383).

يسعى هنا المراهق والمراهقة إلى تحقيق المستوى المطلوب من النمو الاجتماعي ومن مظاهره:

-الرغبة في الميل إلى مسايرة جماعة من الرفاق؛

- ظهور الشعور بالمسؤولية الاجتماعية؛

- الميل إلى مساعدة الآخرين؛

- الاهتمام باختيار الأصدقاء؛

- السعي لتحقيق الاستقلال الاقتصادي والتحرر من سلطة الوالدين وجميع الراشدين.(حامد عبد السلام زهران،2005 ب: 129).

III-4-5-النمو الجنسي:

ويمكن تقيم الخصائص الجنسية التي تنمو لدى المراهقين إلى نوعين:

أولاً: الخصائص الجنسية الثانوية: هي تعتبر دلائل فسيولوجية على النضج الجنسي وهي تختلف عن حالها من الذكور والإناث، والجدول التالي يبين لنا الخصائص لدى كل من الجنسين.(الاعظمي،2007: 61).

المجال	الذكور	الإناث
نمو الشعر؛	ينمو الشعر في أماكن متعددة كالعانة والشارب واللحية والصدر والأطراف وتحت الإبطين، ويكون ذلك مصدر فخر للمراهق؛	-ينمو الشعر في مناطق محددة كالعانة وقد يظهر شعر خفيف في الوجه والأطراف بشكل مؤقت وتحت الإبطين؛
الحنجرة (تفاحة أدم)؛	يظهر نمو واضح لتفاحة أدم؛	لا تظهر تفاحة أدم؛
الصوت؛	يتغير من صوت طفولة صغيري إلى صوت خشن جاف مرتفع؛	يتغير من صوت طفولي إلى صوت منخفض ناعم رقيق عميق؛
الثديين؛	يلاحظ المراهق أن لديه نمو متزايد في ثدييه حيث يسبب له ذلك ببعض المخاوف غير أن هذه الظاهرة طبيعية تستمر ما بين (12- 17)أشهر؛	تبرعم الثديين يعتبر أول علام بلوغ الأنثى إذ ما يلبث الثديين في الارتفاع والاتساع مع تقدم العمر ويأخذ الثديين الشكل المخروطي ثم يتحول إلى دائري ليكتمل نموهما قبل الوصول إلى مرحلة الحيض؛
الأجزاء المختلفة؛	يعرض الكتفين ويتسع الصدر وتبرز العضلات؛	يتسع الحوض ويكبر الردفين ويستدير الفخذين لترسب الدهون فيهما؛
العضلات التناسلية	يبدأ نموها لدى كلا الجنسين ؛	
الغدد العرقية؛	يصاحب البلوغ نمو الغدد العرقية التي تخضع للجهاز اللمفاوي فيزداد إفراز العرق في الوجه والكتفين ويكون له رائحة خاصة؛	
الجلد؛	يصبح جلد المراهقين ذهنيا وتزداد خشونته ويؤدي النشاط المتزايد	

للغدد الذهنية إلى انتشار البثور والرؤوس السوداء ، حيث يسمى حب الشباب وهو أكثر شيوعاً لدى الشباب ويبدو أن ذلك مرتبط بهرمون الذكورة.	

الجدول III-4-5-1-يوضح الخصائص الجنسية الثانوية (الأعظمي، 2007: 62).

ثانياً: الخصائص الجنسية الرئيسية: في مرحلة المراهقة يكتمل نمو الجهاز التناسلي لدى كل من الذكور والإناث، حيث يتكون الجهاز التناسلي للأنثى من المبيضين والحرم والمهبل ، ويتكون الجهاز التناسلي عند الذكر من الخصيتين وغدة البروستاتة والقضيب والحويصلات المنوية حيث يؤدي النمو التدريجي لهذه الأعضاء خلال فترة البلوغ إلى النضج الجنسي .

يعتبر الحيض الإشارة الرئيسية على النضج الجنسي والبلوغ عند الإناث ويختلف شعور الفتيات اتجاه أول مرة يحضن بها حسب طبيعة الإعداد والمعلومات التي تعرضن لها قبل ذلك.

أما عند الذكور فيعتبر الاحتلام علامة البلوغ حيث تبدأ الخصيتان في تكوين الحيوانات المنوية وعادة ما يجد المراهق أن ملابسه الداخلية مبللة ويكون هذا مصحوباً بإثارة جنسية أو حلم متعلق بالجنس.(الأعظمي، 2007: 63).

III-4-6-النمو الأخلاقي: يرتبط تطور تفكير العمليات المجرة، بجانب أخر على درجة كبيرة من الأهمية وتطور الاستدلال الأخلاقي، فمع تطور قدرة الفرد على تخيل الحلول البديلة لمشكلات متنوعة في العلوم والمنطق فأنهم يستطيعون تطبيق نفس العمليات العقلية نحو الصواب والخطأ، فالأفراد بين (10-18سنة) تزداد قدرتهم على الاستدلال الأخلاقي مقارنة بالآخرين، حيث أن التفكير الأكثر تجريدا والنضج النفسي يدفعان المراهق للتساؤل حول المبادئ الأخلاقية التي يعتنقها الوالدين.(الأعظمي، 2007: 74).

إن إحدى المهام الثمانية الهامة للمراهق، تكمن في استبدال الأخلاقيات الطفولية بأخلاق أخرى تعمل بمثابة الموجه للمراهق لكيفية التصرف خلال حياة الرشد، فمن المتوقع على سبيل المثال أن تعلم الصدق لا يعني فقط الإحجام عن أخذ الأشياء يملكها آخرون أو الابتعاد عن الكذب ، وإنما يتضمن كل المواقف المتاح فيها استخدام احتمالات الخداع.(شريم، 2009: 148).

بعد تناولنا لأهم مظاهر النمو في فترة المراهقة الجسمية و الاجتماعية و غيرها ،سنتطرق إلى الخصائص المعينة التي تميز هذه المرحلة عن غيرها من المراحل الأخرى وهي:

III-5-خصائص مرحلة المراهقة:

-إن المراهقة هي فترة تغيرات شاملة وسريعة في نواحي النفس والجسم والعقل والروح ؛

- هي فترة انتقال من الطفولة إلى الرشد وهو ما يعني أن القلق والاضطراب ليس حتميين؛

- هي تعتمد على المجتمع فهي تطول وتقصر، وذلك حسب حضارة المجتمع وطبيعة الأدوار المنتقاة، على عاتق الفرد فالمراهق أبن بيئته وعلى سبيل المثال فإن المراهق في الإسلام تحول إلى طاقة بناءة بسبب التربية العقيدية والسلوكيات السليمة؛

- النمو الجنسي عند المراهق لا يؤدي بالضرورة إلى أزمات وإن حدثت بعض هذه الأزمات فالمطلوب من علاجها والتعامل معها بوعي.

كذلك من خصائص المراهق في هذه المرحلة:

-الحساسية الزائدة لتعليقات الآخرين وانتقاداتهم وهي راجعة إلى حاجة المراهق إلى التقدير واعتراف الآخرين لوجوده؛

- الرفض والتمرد، فهو يرفض عالم الكبار الذي يعتبره مخالفاً لعالمه؛

- التقلبات المزاجية بين المرح والحزن وما بين الهدوء والغضب وكل ذلك دون سبب واضح وعدة مرات في اليوم الواحد؛

- ميل بعض المراهقين إلى الانعزال، فنراهم غالبا ما يقفلون على أنفسهم باب غرفتهم ليجلسوا بمفردهم بعيداً عن أفراد الأسرة؛

نظراً لنموا الأعضاء الجنسية للمراهق فإن الميل إلى الجنس الآخر يكون شديداً وواضحا وبالتالي قد يؤثر على النمو على الناحية النفسية للمراهق.(الكتاني،2011: 64-70).

تطرقنا فيما سبق للخصائص المميزة لهذه المرحلة الهامة في حياة كل فرد ،ونحن نعلم أن كل شخص بحاجة ماسة إلى حاجات مختلفة تضمن العيش والاستقرار والتوافق مع مواقف الحياة وسنتاول أهم هذه الحاجات

III-6-الحاجات النفسية للمراهق: ويمكن تلخيص الحاجات الأساسية للمراهقين فيما يلي:

III-6-1-الحاجة إلى الأمن: طبيعة الفترة التي يعيشها المراهق حرجة، فهي فترة انتقالية مؤقتة يحكمها تغيرات سريعة ومتنوعة وهذه تؤثر على المراهق من ناحية الاستقرار النفسي والطمأنينة والأمن، فالمراهق بحاجة إلى الأمن على نفسه ومستقبله والطمأنينة أثناء التحولات والتغيرات التي تحدث له.(العامري،ب.ت: htt.ssr.com/read.arucl....k2MktoD2.douf).

-وكذلك إلى الحاجة إلى الأمن الجسمي؛

- الحاجة إلى الاسترخاء والراحة؛

- الحاجة إلى الشعور بالأمن الداخلي؛

- الحاجة إلى تجنب الخطر والألم ؛

- الحاجة إلى الشفاء عند المرض؛

- إشباع الحاجات إلى الأمن ضروري للشعور بالكفاية الشخصية وتحقيق التوازن النفسي للمراهق.(زهران،2005 ج: 443).

III-6-2-الحاجة إلى القبول: إن قبول المراهق من قبل الآخرين ركيزة أساسية لتقبله هو لنفسه وللآخرين وأخذه لتوجيهاتهم ، هناك عنصران لابد من أخذهما بعين الاعتبار في سبيل قبول المراهق وشعور المراهق بذلك وهذان العنصران هما:

-فهم المراهق فهماً جيدا من جميع نواحي نموه المختلفة وإشعاره أن معروف ومفهوم لدى أبويه وأساتذته ومعلميه.

- تقدير المراهق حسب ما تقتضيه مرحلته، فالاحترام والاعتبار ضروريان.(العامري،ب.ت: htt.ssr.com/read.arucl....k2MktoD2.douf).

- يحتاج كذلك المراهق إلى الانتماء إلى الجماعات؛

-الحاجة إلى التبعية؛

- الحاجة إلى لأصدقاء.

III-6-3-الحاجة إلى مكانة الذات: وفيها يحتاج المراهق إلى الحاجة إلى المركز والقيمة الاجتماعية، الحاجة إلى الشعور بالعدالة الاجتماعية، الحاجة إلى النجاح، الحاجة إلى القيادة، الحاجة إلى تجنب اللوم.

III-6-4-الحاجة إلى النمو العقلي والابتكار: يحتاج خصوصا في هذه المرحلة إلى:

-الحاجة إلى التفكير وتوسيع قاعدته؛

- الحاجة إلى الخبرات الجيدة والتنوع؛

- الحاجة إلى المطابقة ونمو القدرات؛

- الحاجة إلى التوجيه والإرشاد العلاجي والتربوي والمهني والأسري.(العمرية ،2005: 254).

بعد تطرقنا للحاجات النفسية للمراهق من بينها الحاجة إلى الانتماء و الحاجة إلى النمو العقلي و غيرها التي تعتبر حاجات أساسية يرتكز عليها المراهق في هذه المرحلة الحرجة، سنحاول أن نتناول أهمية هذه المرحلة المعقدة في إعادة تنظيم الشخصية وتظهر أهميتها من خلال:

III-7- أهمية مرحلة المراهقة:

قد أختلف الباحثون حول طبيعة مرحلة المراهقة بالرغم من أن غالبية علماء النفس من أمثال ستانلي وهول Stanley holl، وإليزابيث هيرلوكHURLOCK قد اتفقوا أن هذه المرحلة هي مرحلة مليئة بالمشكلات.

-فالمراهق في هذه المرحلة يسعى جاهدا للتخلص من اعتماده المالي على أبويه أو الآخرين، من الكبار؛

- يسعى إلى الاستقلالية وبالرغم من حاجته الملحة إلى المساعدة؛

- يسعى لتحمل مسؤولياته لكنه رغم ذلك محتاج لأن يظل طفلاً ينعم بالأمن والطمأنينة؛

- عليه أن يحقق ذاته وميولاته ويشبع حاجاته؛

- يسعى لتحقيق الحرية.(أبو الخير، 2004: 347).

تناولنا فيما سبق أهمية مرحلة المراهقة التي اعتبرها البعض أنها مرحلة تتصف بالمشكلات بشتى أنواعها ، وباعتبار هذه المرحلة هي مرحلة حرجة فان المراهق يمر بعدة مشكلات التي يمكن أن تواجه بعض المراهقين من أهمها:

III-8- مشكلات المراهقين:

III-8-1-المشكلات الصحية والجسمية: ونعني بها تلك المشكلات التي تتعلق بالحالة الصحية للمراهق والاضطرابات التي قد يتعرض لها ومدى تقبله للتغيرات الجسمية التي تحدث في هذه المرحلة، وتشير الدراسات إلى أن المشكلات الصحية والجسمية تحتل مركزاً هاماً من بين المشكلات العديدة التي يتعرض لها المراهق ، ومن بين المشكلات العديدة التي يتعرض لها المراهق والتي تتمثل في الآتي:

-التعب الشديد؛

- الصداع الشديد ؛

- العيوب الجسمية؛

- الاهتمام الشديد لتقوية الجسم؛

- عدم فهم المراهقة للتغيرات الجسمية الفيزيولوجية التي تحدث في المراهقة.(أبو الخير، 2004: 385).

III-8-2-المشكلات الأسرية: تشير هذه المشكلات إلى نمط العلاقات الأسرية والاتجاهات الوالدية في معاملة المراهقين ومدى تفهم الآباء إلى حاجاتهم، ونظرة المراهقين إلى السلطة الأبوية من حيث هي قوة موجهة ضدهم أو لحل مشكلاتهم، ورغبة المراهق في الاستقلالية والاعتماد على الذات في مواجهة متطلبات الحياة، فالمراهق يود في هذه المرحلة من

التخلص من مراقبة الوالدين له، كي يعتمد على نفسه في تنظيم وقته واتخاذ قراراته بنفسه، وتتمثل مشكلات المراهق الأسرية في الآتي:

-عدم تفهم الآباء لحاجات المراهقين وصعوبة التفاهم معهم؛

- عدم توفر البيئة المناسبة داخل الأسرة كي يقوم المراهق بواجباته الدراسية؛

- عدم قدرة المراهق مناقشة أمور الأسرة مع الوالدين؛

- الحد من حرية المراهق في كثير من الأمور الحياتية للمراهق.

- اختلاف الآراء بين المراهق وأسرته في حل مشكلات الأسرة وتبني المراهق أفكار جديدة قد تختلف كثيراً عما تؤمن به.(الريماوي، 2003: 280).

III-8-3-المشكلات الاجتماعية: تشير المشكلات الاجتماعية للمراهق إلى قدرة المراهق على التكيف مع الآخرين ومع المجال الذي يعيش فيه، ومدى تحقيق حاجاته إلى الاعتبار والقبول الاجتماعي والانتماء والتقدير وتمثل المشكلات الاجتماعية التالية أكثر المشكلات شيوعاً لدى المراهق:

-الرغبة في أن يكون المراهق محبوباً؛

- الرغبة في البحث عمن يستطيع إفشاء سره لهم.(أبو الخير،2004: 387).

III-8-4-المشكلات المدرسية: تشير المشكلات المدرسية إلى المشكلات التي تتعلق بعلاقة المراهق بمدرسته وزملائه ومدى تكيفه معهم وبالمواد الدراسية، والمشكلات المرتبطة بالتحصيل الدراسي وطرق الاستذكار والامتحانات المدرسية، حيث يفرض الجو المدرسي التعامل مع المدرسين والمنهاج الدراسي وواجبات المدرسة وأنظمتها التي تحد من حرية المراهق وحركته وتنتقص من قيمته، مما يعرض النظام المدرسي إلى تمرد المراهق لها، وفشل المراهق في إقامة علاقات متوازنة داخل المدرسة، وتتمثل المشكلات المدرسية للمراهق في الآتي:

-التفكير في الحصول على درجات عالية؛

- الحالة النفسية تعد خلفية يقيم عليها الطالب جميع نشاطاته؛

- مخاوف صحية من المرض والإصابات والحوادث والعاهات؛

- قلق الامتحان وأهميتها؛

- عدم القدرة على تنظيم الوقت....الخ.(زايد، 2012: 161).

III-8-5-المشكلات النفسية: تعد المشكلات النفسية للمراهق نتاج عوامل كثيرة بعضها اجتماعي راجع إلى ظروف البيئة المحلية التي يعيشها الفرد، وبعضها الآخر فيزيولوجي، وقدرة الفرد المراهق على التكيف مع الظروف البيئة وقدرته على إشباع حاجاته المختلفة

تـنعكس بشـكل أو بـأخر علـى مشـكلاته النفسـية وتتمثـل المشـكلات النفسـية التاليـة أكثـر المشكلات شيوعاً بين المراهقين:

-الحساسية للنقد والتجريح.

- الشعور بالندم لأفعال يقوم بها أثناء غضبه؛

- عدم تمكن المراهق من السيطرة على أحلام اليقظة؛

- الخشية من ارتكاب الخطأ؛

- الشعور بالحزن والضيق دون سبب.(قاسم، 2004: 388).

بعد عرضنا لأهم مشكلات المراهقين المتعددة والمختلفة خاصة كون هذا المراهق متمدرسا ما سيؤثر ذلك على علاقته بالمؤسسة المدرسية ككل، لذلك سنحاول أن نتطرق لعلاقة هذا المراهق بنظام مدرسته وعلاقة التلاميذ فيما بينهم في هذا الجو المؤسساتي:

III-9- علاقة المراهق بالنظام المدرسي:

المدرسة مؤسسة اجتماعية أنشأها المجتمع لتقوم بدورها في عملية التنشئة الاجتماعية، فهي مؤسسة تعليم وتربية ومهمتها إعداد التلاميذ ليكونوا منسجمين ومندمجين في المجتمع الخارجي ومؤسساته.

ويختلف النظام المدرسي عن نظام الأسرة من حيث أن نظام الأسرة قائم بالأغلب على العلاقات العاطفية، أما نظام المدرسة قائم على الانضباط وبذل الجهد، وإظهار المهارات وأداء الواجبات وهذه هي الصدمة الأولى التي يتعرض لها الطالب والتلميذ في العالم الخارجي فهناك قيود تحد من تلقائيته، لذلك من الطبيعي في فترة المراهقة أن تظهر بعض العناصر المتمردة على السلطة المدرسية، خاصة في المدارس التي تنقصها الأهداف الواضحة.

يتكون النظام المدرسي من مجموعة من العلاقات هي:

-علاقة التلميذ بالمدرسين؛

- علاقة التلميذ بالإدارة ؛

- علاقة التلاميذ فيما بينهم.

III-9-1-علاقة المراهق بالمعلم أو الأستاذ:

يتحمل المعلم مسؤولية كبيرة من حيث التأثير في شخصية التلاميذ المراهقين وتوجيه مسيرة نموهم، والأستاذ من جهة أخرى قد يتخذه المراهق نموذجاً يقلده ويؤثر في حياته ايجابياً بالنظر للعلاقة التي تكون مبنية على التعاطف والتوجيه وعلى الفهم لنفسية

المـــراهق، ومن جهة أخرى قد يكون المعلم بالنسبة للمراهق نموذجاً للسلطة التي تقمع وتستفز.

III-9-2-علاقة التلاميذ فيما بينهم:

المدرسة تضم مجموعات من التلاميذ المختلفين فيما بينهم في عدة جوانب، المستوى التعليمي للآباء، والمستوى المادي ومختلفين في القيم والاتجاهات والميول والمهارات الاجتماعية، والذكاء والقدرات ومستوى التحصيل...الخ، ونتيجة لتفاعل التلاميذ فيما بينهم ونتيجة لعوامل التقليد والمقارنة والتعلم ينشأ الانسجام والتجانس بين التلاميذ في الظهر والسلوكيات وأساليب التعبير.

III-9-3-العلاقة بين البيت والمدرسة:

في البيت العلاقات قائمة على التعاطف والمحبة وفيه تتكون أساس شخصية الطفل، أما في المدرسة فالعلاقات قائمة على الانضباط وبذل الجهد ويكتمل نمو شخصية الطفل بها بالتعلم والتربية، فالعلاقة بين البيت والمدرسة تكاملية وتبادلية، كل منهما يعمل من أجل تربية وتعليم الطفل ثم المراهق. ويتم التعاون بين البيت والمدرسة من أجل رفع مستوى التلاميذ ، فالأسرة تساعد المدرسة في مهمتها عن طريق مساعدة الطفل في دروسه وواجباته، وتبادل الرأي والمشورة في بعض الأمور التربوية والتعليمية التي تؤثر على تحصيل التلاميذ وسلوكهم.(الكتاني، 2011: 85-87).

تناولنا فيما سبق علاقة المراهقين بالنظام المدرسي وما تنطوي عليه هذه العلاقات لتشمل علاقة المدرسة ببيت هذا المراهق لان الأسرة تعتبر مكملا رئيسا لعمل المدرسة حتى لا يحدث ذلك فجوة بين الطرفين التي سوف تحدث عدة عوامل تؤثر في تحصيل المراهق المدرسية و التي يمكن أن تعرقل المسار المدرسي من بينها:

III-10-العوامل المؤثرة في التحصيل الدراسي للمراهق:

يرجع فشل أو ضعف التلاميذ في تحصيلهم الدراسي لعدة أسباب وعوامل منها ما هي ذاتية تتعلق بالتلميذ نفسه ومنها ما هي خارجية.

III-10-1-العوامل الذاتية: وتشمل كل ما يتعلق بالمراهق وتخص العوامل الجسمية والعقلية والانفعالية:

III-10-1-1-العوامل الصحية والجسمية: لا ريب أن العملية التربوية تتطلب بذل جهد بدني معتبر من طرف التلميذ، فلكي يتمكن هذا الأخير من الجلوس لمدة 8 ساعات يومياً في القسم وأن ينتبه ويركز ويتابع دروسه باهتمام عليه أن يكون في صحة جيدة. (العيسوي، 1984 ب: 202).

فضعف الصحة العامة للتلميذ والإصابة بالأمراض المزمنة والاضطرابات في إفراز الغدد الصماء، وكذلك ضعف البصر، والإصابة بعمى الألوان، أو ضعف السمع وغير ذلك

من المشاكل التي تحول بين التلميذ وأدائه الجيد في المدرسة، حيث يدفعه المرض إلى إهمال دروسه ونشاطاته المدرسية وبذلك يتأخر عن زملائه.(معوض، 2003 ب: 354).

III-10-1-2-العوامل العقلية: أثبتت الدراسات أن انخفاض مستوى الذكاء العام وانخفاض مستوى القدرات الخاصة يؤدي إلى التخلف الدراسي العام أو التخلف في مواد دراسية معينة.

هذا ما أكده العالم والباحث "برت bret " بعد دراسة أجرها على 700 متأخر دراسي من الذكور ولإناث حيث قال أن الذكاء هو أكثر العوامل ارتباطاً بالتحصيل الدراسي.(القاضي، 2002: 313).

III-10-1-3-العوامل الانفعالية والنفسية: وتتعلق بالاضطرابات الانفعالية التي تبدو في قلق التلميذ وعدم استقراره وخجله وكذلك اضطرابات النقل التي تؤدي إلى فقدان الثقة بالنفس، والإحساس بالقص.

لقد أجريت عدة دراسات للبحث في العلاقة بين العوامل الانفعالية والتحصيل الدراسي وأكـدت أكثـرها، أن الـذين يعانـون من اضطرابات وأزمات انفعالية يفشلون في دراستهم.(المنسي،2003: 357).

III-10-2-العوامل الخارجية: ونقصد بها تلك العوامل التي تتصل بالمراهق اتصالا وثيقاً والتي هي في سيرورة التفاعل معها يوميا، مستقياً منها خبراته الجديدة، ومتأثر بها، بداية من الأسرة وحالتها الاقتصادية وكذا الجو الاجتماعي والثقافي والانفعالي السائد فيها، علاوة على المدرسة وكل ما يمكن أن يتصل بها من طرق التدريس والبرامج المستعملة وكذا نوعية العلاقة التي تربط التلميذ بالمعلم والجو التعليمي ومدى تأثير كل هذا على تحصيله الدراسي.

III-10-2-1-العوامل الأسرية: تلعب الأسرة دورا هاماً وفعال في مدى تحصيل التلاميذ وتقدمه الدراسي، فنجاح التلميذ في الحياة المستقبلية مرتبط بنجاح والديه في عملية تنشئته، أن الجو الأسري الهادئ المفعم بالحيوية والمحبة والعطف وتفهم مشاكل الطفل أو المراهق اليومية تساعده على توجيه اهتماماته نحو الدراسة والتحصيل الجيد والنظرة الايجابية للعلم والتعلم المرتبطة بالحماس.

III-10-2-2-العوامل المدرسية: أن المدرسة هي المحل الذي يرسل إليه الأطفال من أجل النظام وهي الحل الوحيد في العالم الذي أصبح فيه تحصيل الخبرة أصعب من تحصيلها في أي مكان آخر، لذا يمكن تلخيص العوامل المدرسية المؤثرة في عملية التحصيل فيما يلي:

-أساليب المدرسة الغير تربوية والاستبدادية؛

- ازدحام الفصول بالتلاميذ يؤدي إلى إعاقة العمليات التعليمية؛

- سوء توزيع التلاميذ مما يجعل الفصل الواحد يحتوي على مجموعات متباينة في المستوى التعليمي؛

- عدم مواظبة أو انتظام التلاميذ في المدرسة وكثرة تغيبهم مما يعرضهم للتخلف عن أقرانهم في التحصيل الدراسي؛

- عدم مراعاة المدارس للفروق الفردية والقدرات وعدم التماس المدرس بالتلاميذ والظروف التي تحيط بهم والتي تسبب الإعاقة في التحصيل الدراسي؛

- طرق التدريس ونظم الامتحانات والمناهج الدراسية التي يجب أن تكون متطورة ومتماشية مع الأساليب التربوية الحديثة.(معوض، 2003 ب: 359).

ويشير رايس ودولجن(Rice and Dolgin.2005) إلى سمات متنوعة لدى الطلبة منخفضي التحصيل هي:

- الشعور بالنقص؛

- القلق المرتفع؛

- الضجر والملل؛

- الإفراط في حمايتهم.

فعندما يتعرض المراهقون منخفضي التحصيل لصعوبات في دراستهم فإنهم يشعرون بعدم قدرتهم على النجاح ولا يسعون إلى طلب المساعدة ومن المرجح أن يظهروا إحساساً بالعجز، وأن لا يركزوا على جوانب النقص في قدرتهم بالمقارنة مع الطلبة مرتفعي التحصيل.(شريم ،2009: 291).

بعد تعرفنا إلى مختلف العوامل المؤثرة في تحصيل المراهق خاصة العوامل الصحية والتي تزيد في المعانات النفسية للمراهق كونه يمر بمرحلة حرجة تتميز بالكثير من التغيرات خاصة إذا كان هذا المرض مزمنا كمرض السكري فان هذا الأخير بعد علمه بإصابته بهذا الداء فانه يمر بعدة مراحل من بينها:

III-11-المراحل التي يمر بها المراهق المصاب بالسكري:

لقد حدد مركز Centre Hopitaler baie Des Choleurs 2000 أربع مراحل يمر بها المراهقين المصابين بداء السكري وهي:

III-11-1-المرحلة الأولى الحزن الشديد: يتولد بمجرد الإعلان عن نتيجة التشخيص المرضي وعن اختلال العامل الصحي للجسم، ويمكن أن يرافق هذا الحزن أعراضاً أخرى في الحالة إلى يوم فيها لأسابيع وهي متمثلة في:

-فقدان الأمل؛

- فقدان الرغبة في العمل وإهمال الأشغال اليومية؛

- انخفاض الطاقة النفسية؛

- الصعوبة في التركيز؛

- تغيرات واضحة في فقدان الشهية وشدة الأرق الراجعين إلى حدة القلق؛

- وجود ميول وأفكار انتحارية لتهديم الذات والتخلص منها؛

- الإحساس الشديد بالعجز والفشل؛

- وتشخيص حالة اكتئابية بوجود هذه الأعراض.

III-11-2-المرحلة الثانية التشاؤم: ويكون مصحوباً مع الحزن ويتبعه مباشرة، ويمكنه أن يدوم لمدة طويلة مرفقا بمواقف مختلفة اتجاه المرض فالإنكار له والرفض المطلق للتعايش معه كحقيقة واقعية.

III-11-3-المرحلة الثالثة المساومة: حيث يلجأ المراهق المصاب إلى زيارة أطباء مختصين بهدف تغيير التشخيص لأنه لا يعرف بمرضه.

III-11-4-المرحلة الرابعة التكيف: وتتمثل في التكيف المشروط بتعلم الفرد كيفية التعامل مع المرض ومع التغيرات التي طرأت في أساليب حياته.

يصاحب هذه المراحل الأربعة مظاهر انفعالية دالة على الصراع الداخلي الحاد من بينها:

أ-**القلق والخوف:** يلازمان المراهق المريض بداء السكري ويتعلقان خاصة بتطوره كل من انخفاض السكر في الدم المؤدية إلى الغيبوبة ومضاعفات المرض أيضا.

-تدل الدرجة المرتفع للقلق والخوف على أن المراهق المريض يعيش لمرضه فقط، فهو يستحوذ على كل أفكاره ويصبح الموضوع الشاغل في حياته والذي يمكن أن يؤدي إلى عواقب نفسية وصحية وجسمية.

ب-**الخجل:** يعتبر المراهق المصاب بداء السكري مرضه على أنه إصابة حقيقية لصورته الذاتية ولتقديره لذاته، لذلك فإنه يخجل بشدة من هذا الداء ويجد صعوبة كبيرة في التعبير عن المرض لمحيطه وعن الألم النفسي الحاد الذي يعيشه.(منيرة،2011: 100- 102).

كما حدد .Chabot Blanc.2000 " أربعة 04 مراحل أخرى يمر بها المراهق المصاب بداء السكري وهي:

-رفض الواقع.

- الاكتئاب .

- المساومة؛

- ثم القبول النشط. (.Jissica ، 2005: 11).

خلاصـــــــــة :

مما سبق يتضح لنا إن المراهقة هي فترة حاسمة حساسة في حياة الفرد وأن أي احباطات في هذه المرحلة لها انعكاس واضح على نمو شخصيته ونضجها، وذلك لما تتميز به من تغيرات مفاجئة في نمو جسم الإنسان عموما والمراهق خصوصا، فيمتد تأثير هذه التغيرات الجسمية المفاجئة التي تحدث للمراهق إلى نفسيته فتسبب له الحيرة والقلق والارتباك مالم يجد وسطا متفهما لهذه التغيرات من جهة ثانية.

لذا فان مسؤولية كل من الأسرة و المدرسة والمجتمع بأكمله واجبة نحو هذه الفئة التي تستحق كل العناية والاهتمام خاصة إذا كان المراهق يعاني من مرض مزمن كمرض السكري.

D

الفصل الرابع
منهج البحث وادواته واجراءاته

IV-1-الدراسة الاستطلاعية.

IV-2- مكان إجراء البحث.

IV-3- ضبط متغيرات البحث.

IV-4- منهج البحث.

IV-5- وسائل إجراء البحث.

IV-6-خطوات إجراء البحث.

تمهيد:

يعتبر هذا الفصل بمثابة مدخل للدراسة الميدانية حيث يتم فيه التطرق لكل ما من شأنه أن يخدم البحث إذ يعتبر الفصل الذي نتدخل به من الجانب النظري إلى الجانب التطبيقي من البحث وهذا لغرض الإجابة على التساؤلات المطروحة في الإشكالية والتأكد من صحة الفرضيات من عدمها، مما فرض علينا إتباع منهج معين، واختيار وسائل خاصة لجمع البيانات وتحليلها.

IV-1-الدراسة الاستطلاعية:

لا يخلو أي بحث علمي في مجال العلوم النفسية من الدراسة الميدانية كونها تمثل الجانب الثري والجوهري لبناء البحث، حيث ساعدتنا على التعرف بالظروف التي سيتم فيها اختيار أفراد العينة وعن كيفية إجراء بحثنا هذا، كما تساعدنا أيضا على جمع المعلومات الأولية عن مكان ومجتمع الدراسة، ومن ثم تحديد كيفية تطبيق الاختبار مع تحديد العينة.
بما أن دراستنا تقتضي مراهقين في مرحلة التمدرس، قمنا بالاتصال بطبيب كل مقاطعة تربوية خلال شهر ديسمبر من سنة 2015 وهذا لإمدادنا بحالات دراستنا، إلا أننا وجدنا أن الكثير من المراهقين غير مصرحين بمرضهم، هذا ما اقتضى منا النزول إلى المؤسسات التعليمية(الطور الابتدائي والمتوسط، والطور الثانوي) المتواجدين في مقر الولاية لتحديد الحالات المناسبة لدراستنا حيث تم هذا الاختيار بشكل مقصود على فئة المراهقين ومن كلى الجنسين(ذكور،إناث) إضافة في أنهم يشتركون في معاناتهم من مرض السكري من النوع الأول، أي المعالجة بالأنسولين ومدة الإصابة تنحصر في فترة المراهقة فقط وليس قبل ذلك لمعرفة التأثيرات المتعددة.
ومن بين المؤسسات التعليمية التي تم اختيار العينات منها:
-متوسطة علي بن أبي طالب؛
- متوسطة بربع؛
- متوسطة أبي ذر الغفاري؛
- ثانوية أولاد إبراهيم؛
- ثانوية تيليلان؛
- ابتدائية زكري عمر.

نظرا لأهمية هذه الخطوة في بحثنا هذا قمنا بإجراء الخطوات التالية:
أ-التعرف على حالات الدراسة .
ب-التعرف على مكان الدراسة.
ج- تحضير مواعيد و إجراءات المقابلات مع أفراد العينة المهمة للبحث.

IV-1-1-المجال الزماني والمكاني: تمت الدراسة خلال 04 أشهر (ديسمبر- جانفي- فيفري- مارس) وقبل عرض دراسة الحالات يجدر بنا تقديم مختصر عن المديرية التي تم فيها أداء البحث.

IV-2- مكان إجراء البحث:

مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن لولاية ادرار: هي مديرية تابعة لوزارة التضامن الوطني و الأسرة وقضايا المرأة، وتعتبر إحدى المديريات الولائية التنفيذية، تسعى إلى تقديم خدمات اجتماعية للمواطنين والفئات ذوي الاحتياجات الخاصة منهم ذوي الأمراض المزمنة، ونظرا للتطور الذي عرفه المجتمع، والصعوبات والظروف الصعبة التي تعيشها بعض الفئات المحرومة، كان من الضروري إنشاء مديرية النشاط الاجتماعي على مستوى الولاية تهتم بالحماية الاجتماعية حيث أنشئت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 471/96 المؤرخ في 1996/12/18 والذي يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مصالح النشاط الاجتماعي في الولاية و سيرها (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2010: 5).

تحتوي مديرية النشاط الاجتماعي و التضامن لولاية ادرار على عدة مصالح من بينها:
-مصلحة الإدارة العامة.
- مصلحة الحماية الاجتماعية.
- مصلحة المؤسسات المتخصصة و الإدماج الاجتماعي.

IV-2-1-مصلحة الملاحظة و التربية في الوسط المفتوح: أنشئت هذه المصلحة وفقا للأمر رقم 75/74 المؤرخ في 1975/09/26 والمتضمن إنشاء المؤسسات والمصالح المكلفة بحماية الطفولة والمراهقة.

بالنسبة للفئات المتكفل بها عن طريق هذه المصلحة فهم الأحداث(الإنسان الذي لم يبلغ سن 18 سنة الغير قادر على تحمل المسؤولية) الموضوعين تحت نظام الحرية المحروسة وهم الأحداث الذين قاموا بأفعال مخالفة للقوانين المنصوصة.
-الأحداث الذين هم في خطر معنوي(من كانت صحته وتربيته وأخلاقه معرضة للخطر، أو في حالة مضرة بمستقبله) أو في إطار الوقاية الموجهين إلينا من طرف قاضي الأحداث أو الوالدين.
- الأحداث الموجهين إلينا من طرف المؤسسات التربوية أو من طرف الوالدين (الذين يعانون من اضطرابات مدرسية، اضطرابات سلوكية.....الخ).
- الأحداث الموجهين إلى مصالحنا من طرف المؤسسات الاستشفائية(ذوي الاحتياجات الخاصة، ذوي الأمراض المزمنة.....الخ)

IV-2-1-1-مهام ومنهجية العمل في المصلحة:

أ- على مستوى المكتب:
- استقبال الأحداث وأوليائهم والاستماع إلى مشاكلهم والعمل على حلها؛
- اتخاذ الإجراءات والتدابير لصالح الأحداث من خلال الوضع في المصلحة؛
- القيام بالبحوث الاجتماعية والتي تكون من خلال الزيارات الميدانية للتأكد من الوضعية الصحية والاجتماعية للحدث؛
- القيام بعملية التكفل النفسي للأحداث عن طريق منهجية(جمع الملاحظات، المقابلات العيادية، الاختبارات النفسية).

ب-على مستوى مصالح الشرطة و الدرك الوطني:
- الحضور بصفة مساعد اجتماعي ممثل كطرف مدني لسماع أقوال الحدث في حالة غياب أو عدم حضور الولي؛
- الإمضاء على المحضر الذي يتضمن نفس أقوال الحدث والشهادة على أن الحدث لم يتعرض إلى أي نوع من الضغوطات؛
- تزويد الشرطة بالمعلومات والأوضاع الاجتماعية حول الحدث في حالة التكرار.

ج-على مستوى المحاكم:
- حضور الجلسات بصفة مستمرة ودائمة كمساعدة اجتماعية في حالة غياب الولي؛
- القيام بالبحوث الاجتماعية المطلوبة من طرف قاضي الأحداث؛
- إعداد التقارير وتقديمها لقاضي الأحداث إذا كانت الحالة تستدعي (تقرير نفسي عن حالة الحدث ، تقرير اجتماعي).(عرامة، 2008 : 4).

د-على مستوى المؤسسات التربوية:
- القيام بالزيارات الميدانية و المستمرة في حالة متابعة الحدث؛
- الاتصال بالمدراء و المعلمين وإجراء اجتماعات منها الأولية وتكون مبنية على أساس التعرف على قسم وسلوك ومعلمين الحدث والثانية فصلية والهدف متابعة تحصيل الحدث؛
- محاولة التقليل من ظاهرة التسرب المدرسي بإعادة إدماج الحدث؛
- تقديم حصص الدعم التربوي بالتنسيق مع الأخصائي التربوي والمربي المختص.

ر-على مستوى التكوين المهني:
- الاتصال بمدراء المراكز لمعرفة تاريخ المسابقات ونوع التخصصات؛
- تقديم ملفات الأحداث وضمان حق المشاركة؛
- اخذ بعين الاعتبار رغبة الحدث في التخصص والفرع الذي يختاره؛
- المتابعة خلال الفترة التكوينية.

ز-على مستوى المؤسسات الاستشفائية:
- دعم الحدث والذهاب معه إلى المؤسسة الاستشفائية من اجل القيام بالفحوصات اللازمة؛
- متابعة حالته الصحية في حالة الوضع بالمستشفى؛
- التنسيق مع المؤسسة الاستشفائية من اجل استخراج بعض الشهادات الطبية الخاصة بالأحداث.

ه-التحسيس و الإعـــــلام:
- عن طريق القيام بندوات وملتقيات للحماية من الآفات الاجتماعية؛
- المشاركة مع الجمعيات في العمليات التحسيسية بالآفات الاجتماعية؛
- إدماج الأحداث في بعض الأنشطة الرياضية والثقافية مثل الجمعيات المحاربة للآفات الاجتماعية.

و-التدخـــــل:
- التدخل الطارئ وتقديم يد المساعدة المادية والمعنوية في الحالات الاستعجالية الخاصة بالحدث من اجل دعم (الحدث،الأسرة).

يسهر على متابعة الأحداث بـهــدف حمايـــتهم وتوجيههم تربويا وإدماجهم في الحياة الاجتماعية السليمة فريق تقني متعدد التخصصات متكون من :
-أخصائي نفساني عيادي؛
- أخصائي نفساني تربوي؛
- أخصائي أرطفونـــــي؛
- مربي متخصص رئيسي؛
- مربي مخصـــــــص؛
- مساعد اجتمـــاعـــي.

لا بد أن نشير إلى الدور التكميلي الذي تلعبه الأسرة في عملية الدعم النفسي والتوجيه التربوي(عرامة، 2008: 5).

IV-3- ضبط متغيرات البحث: أجرينا دراستنا على عينة متكونة من 07 سبعة حالات.
-الجنس: من كلى الجنسين (05 إناث و02 ذكور)؛

- السن: تتراوح أعمارهم ما بين 14-17سنة؛
- المرحلة: تم التركيز على مرحلة المراهقة باعتبارها مرحلة تتميز بالكثير من التغيرات الفيزيولوجية والنفسية؛
- نوع الإصابة أو المرض: مرض السكري المعتمد على الأنسولين أي النوع الأول؛
- مدة الإصابة: تتراوح من 01 سنة واحدة إلى 05 خمسة سنوات وتم التركيز أكثر على المصابين فقط في مرحلة المراهقة وليس قبلها.

يجدر بنا الذكر هنا أن اختيارنا لأفراد العينة لم يكن بصفة عشوائية بل بصفة قصدية معتمدين على ضبطنا لمتغيرات البحث السابقة الذكر ومن الحالات التي تناولناها في بحثنا:

الرقم	الحالات	الجنس	السن	المستوى الدراسي	نوع الإصابة (المرض)	مدة الإصابة
01	ع.مباركة	أنثى	14 سنة	02 الثانية متوسط	مرض السكري المعتمد على الأنسولين	منذ سنة واحدة
02	ب.صوفيا	أنثى	15 سنة	03 الثانية متوسط	مرض السكري المعتمد على الأنسولين	منذ 02 سنتين
03	خ.فاطمة.ز	أنثى	16 سنة	01 أولى ثانوي	مرض السكري المعتمد على الأنسولين	منذ 02 سنتين
04	م.إيمان	أنثى	14 سنة	02 الثانية متوسط	مرض السكري المعتمد على الأنسولين	منذ 03 سنوات
05	ب.ماريا	أنثى	14 سنة	الثانية متوسط	مرض السكري المعتمد على الأنسولين	منذ سنتين

06	ف.عبد الرحيم	ذكر	17 سنة	04 متوسط	مرض السكري المعتمد على الأنسولين	منذ 05 سنوات
07	ب.عبد الله	ذكر	14 سنة	05 ابتدائي	مرض السكري المعتمد على الأنسولين	منذ سنتين

الجدول IV-3-1-يوضح حالات الدراسة.

IV-4- منهج البحث: لدراسة عمل علمي علينا أن نستنجد بالرسائل العلمية لنحيط بالمعطيات و نقوم بتحليلها وهذا طبعا يكون من خلال العمل الميداني.

IV-4-1-المنهجية: هي الطريقة أو الوسيلة المرسومة من قبل، بغرض الوصول إلى الحقيقة حتى يتسنى له الكشف عن الظاهرة المراد دراستها وبالتالي الفصل فيها (بخوش،1984: 19)

IV-4-2-المنهج العيادي: هو المنهج الذي يستخدم في العيادات النفسية للتشخيص والعلاج لان تفسير مظهر سلوك لا يكون بعزل المظهر عن غيره من المظاهر بل بالرجوع إلى الشخصية ككل وكافة الاستجابات التي تصدر عن الشخص، لأن المنهج الإكلينيكي يدرس المريض كحالة ووحدة كليه.(الدبرني، ب.س: 85)

كما يعرف بأنه يستخدم للتشخيص وعلاج الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية وانحرافات جنسية أو خلقية أو مشكلات توافقية أو اجتماعية أو مهنية(بكراش،1984: 36)

سوف نعتمد على هذا المنهج لأنه ذو أهمية في المجال الميداني ويمكننا من الدراسة المعمقة لحالة فردية معتمدين على التحليل ومتخذين تقنيات ناجحة من بينها الملاحظة العيادية وكذا المقابلة العيادية إضافة إلى الاختبارات النفسية كمؤشر للتحقيق، وكذا تقنيات دراسة الحالة مما سنورده في دراستنا للحالات.

IV-4-2-1-دراسة الحالة: أن دراسة الحالة في المنهج الإكلينيكي هو فحص عميق للحالة هدفه تحليلها لحالة الفرد حول ديناميكية الشخص الماضية.(الدبرني ،ب.س: 99)

كما أن دراسة الحالة هو المجال الذي يقدم للأخصائي اكبر قدر من المعلومات حتى يتمكن من فهم معمق للحالة، فهي دراسة ترتكز على الفرد وتهدف إلى التوصل لفروض، يتم من خلالها التعرض إلى كل ما يخص التاريخ الشخصي والمرضي والاجتماعي ونعتمد في ذلك على تقنيات المقابلة والحوار العيادي والاختبار النفسي التي من خلالها ندرس المشكل المطروح.

IV-5- وسائل إجراء البحث: اعتمدنا في بحثنا هذا على أدوات علمية (الملاحظة والمقابلة العيادية واختبار الروشاخ الاسقاطي) المناسبة لموضوع بحثنا وهي كالآتي :

IV-5-1-الملاحظة: هي توجيه الحواس لمشاهدة أو مراقبة سلوك معين أو ظاهرة ما وتسجيل ذلك السلوك وخصائصه وتكون عن طريق المشاركة أو دونها.

الملاحظة: هي أداة نستعملها لدراسة الظواهر والحوادث النفسية وأنواع السلوك قصد معرفة نوعية السلوك، حيث تتطلب ثقة كبيرة من الأخصائي لتسجيل كل ما يتعلق بالحالة والقدرة على ملاحظة سلوك المفحوص هي من المهارات الضرورية للأخصائي النفساني وسنركز في هذه الملاحظة على مايلي:

IV-5-1-1-الهيئة العامة: يتم التركيز خلال دراستنا لهاته الحالات على الهيئة العامة للحالة،كطول و قصر القامة و الشعر إلى جانب ملاحظة اهتمام الحالة بمظهرها الخارجي كطريقة اللباس.

IV-5-1-2-الكلام: طريقة الحالة في الكلام جانب مهم أيضا، فنرى ما إذا كانت الحالات تتكلم بصوت منخفض أو مرتفع، سريع أو بطئ، أو مصحوب بحركات اليد واهتزاز الساقين والرأس، وما إذا كانت تستعمل الحالة لغة غنية أو فقيرة، وكذا ملاحظة سيرورة الكلام هل هي متناسقة أو غير متناسقة مع التركيز على الصمت الذي قد يرافق الحالات خلال المقابلات.

IV-5-1-3-الملامح: فالملاحظة العلمية هدفها أن تدرس سيميولوجية سلوك المظهر، ملاحظة تعبيرات الوجه والملامح التي قد تعبر عن نفسية الحالة، وجه كئيب، حزين الهيئة من ناحية (الاهتمام الجسماني).

IV-5-1-4-الوضعية:نلاحظ ما إذا كانت الحالة هادئة أم مضطربة، كما نلاحظ طبيعة هذه الحركات وكذلك الأسلوب الحركي لبعض السلوكيات.

سنقوم باستخدام الملاحظة المباشرة والهدف منها أنها تعطي لنا مؤشرات واضحة من خلال تجاوب الحالة مع الأخصائي النفساني، كما تمكننا هذه الملاحظة من تتبع الحركة من خلال التعبيرات اللفظية والإيماءات والمزاج المضطرب كدلالة على وجود قلق أو ضيق أو عدوانية.....الخ

IV-5-2-المقابلة: هي محادثة موجهة يقوم بها الباحث مع المبحوث أو المبحوثين بهدف الحصول على أنواع معينة من المعلومات لاستخدامها في بحث علمي. (داودي ،وقنوعة،2013: 125)

IV-5-2-1-المقابلة العيادية: هي الوسيلة الأولية في الفحص والتشخيص، فهي علاقة اجتماعية مهنية ديناميكية تتم وجها لوجه في جو نفسي آمن تسوده الثقة المتبادلة، تهدف إلى جمع المعلومات الشخصية والعائلية والاجتماعية للحالة، فهي ليست استجوابا لكن استماعا و إنصاتا يضع العميل قدر الإمكان في حالة من الراحة. (عبد المعطي،1990 أ: 215)

أ-المقابلة غير الموجهة: وسيكون الغرض منها التعرف بصفة شاملة على نفسية الحالة، ومحاولة الوصول إلى الحقيقة بطريقة مباشرة.

ب-المقابلة نصف الموجهة: حيث يطلب الفاحص فيها من المفحوص التكلم في موضوع معين يكون قد حدده من قبل، وفي هذا المجال يترك للمفحوص الحرية في التعبير والبناء الذاتي وتبقى الحرية للفاحص أن يعيد المفحوص للموضوع عند الخروج منه ومن ايجابياتها السرعة في العلاج والتخفيف من وطأة الصمت التي غالبا ما تكون عند المفحوص.

المدة التي تستغرقها هذه المقابلات يمكن أن تكون لبضع دقائق إذا كان القلق باديا وليس باستطاعة الحالة تجاوزه، كما يمكن أن تأخذ ساعة من الوقت، لكن من الأنسب ألا تتعدى 45 دقيقة خلال مقابلاتنا مع الحالات وخاصة المقابلات الأولى التي لابد فيها من خلق جو من الأمن والطمأنينة لغرض كسب ثقة الحالات.

كما انه في بعض المقابلات لابد من دفع الحالات للتعبير عن مكبوتا تهم الداخلية إزاء الإصابة بداء السكري خاصة كونهم في مرحلة المراهقة وقد عرضنا هذا سابقا في فصل المراهق المتمدرس عن المراحل التي يمر بها المراهق المصاب بالسكري في محاولة منا معرفة مدى تأثير ذلك على تمدرسهم محل دراستنا الحالية، مع إمكانية توجيه أسئلة مباشرة من حين لأخر.

IV-3-5-الاختبارات النفسية : هي أداة من الأدوات التي يستعملها الأخصائي النفسي لقياس ظاهرة معينة ويتخذها كمؤشر تحقيق.

الاختبار: هو أداة من أدوات البحث في العلوم السلوكية، حيث أنه يستخدم في وصف السلوك الحالي وقياس ما يطرأ عليه من تغيير نتيجة لتعرضه لعوامل ومثيرات تؤثر فيه مستقبلاً ،وهي نوعان موضوعية وإسقاطية(المبعوث،2011: 4)

اعتمدنا في دراستنا على الاختبارات الاسقاطية كونها تخدم هذه الدراسة، فنحن بصدد دراسة معاش نفسي يحوي كل معانات واضطرابات الفرد الداخلية وعلاقتها مع محيط معين كحاجز، لذا فالحالة بحاجة إلى إسقاط صراعاتها الداخلية في موضوع معين تعبر من خلاله لا شعوريا عن مالها.

فالاختبار الموضوعي لا يخدم بحثنا لأنه عبارة عن أسئلة مباشرة تحسس الحالات وكأنهم في استجواب، وتركنا لهم الحرية في التعبير عن كل ما يحسونه في إسقاطهم ذلك من خلال اختبار الروشاخ، لأنه يرى مستوى التوظيف النفسي لهذه الاضطرابات وعلاقتها ببعضها، فهو يدرس مستوى التكيف، والجانب الذكائي من القدرات العقلية وما هو توظيفه مع الموضوع وفي ما يلي سنقدم اختبار الدراسة:

IV-3-5-1-اختبار الروشاخ: يعتبر من الأدوات الأساسية في التشخيص في العيادات النفسية، ووسيلة من وسائل دراسة الشخصية وقد أظهرت أهمية الاختبار في الكشف عن النواحي المرضية والمعاونة على القيام بعملية التشخيص وأصبح هو واختبار تفهم الموضوع من أوسع الاختبارات النفسية انتشارا وأكثرها استخداما في العيادات النفسية. (عباس،1990 أ: 212)

هو عبارة عن بقع حبر اكتشفه الطبيب و العالم هيرمان رورشاخ HERMANE RORSCHACH (1884-1992) سنة 1918 ويمكن تطبيقه على الأفراد في مختلف مراحل النمو، ويعتمد هذا الاختبار على الإسقاط وعلى الأشكال التعبيرية هذا ما يجعله ذو قابلية ثقافية بالإضافة إلى انه يعتمد على الإدراك والعمليات النفسية والعاطفية والاجتماعية (Ninarouch،1970: 12)

يتكون الاختبار من 10 بطاقات مختلفة وهي 05 بطاقات بالأبيض والأسود، وبطاقتان اسود و احمر، و03 بطاقات من ألوان مختلفة ويتم تقديمها للمفحوص حسب التعداد التصاعدي أي من اللوحة رقم 01 إلى اللوحة رقم 10 (سليمان، ومراد، 2002: 341-342)

يتم تقدير الدرجات باستخدام :المقررات-المحددات-المحتوى-شيوع الاستجابة.

أ- تكييف اختبار الروشاخ على البيئة الجزائرية: لقد تم تكيف اختبار الروشاخ على البيئة الجزائرية من طرف الباحث يوسف عدوان في دراسته الخاصة على دلالات استجابات الروشاخ في البيئة الجزائرية، ولقد حاول هذا الباحث تكييف الاختبار من خلال بحثه حول هل الدلالات العالمية المشار إليها في الكتيب المرافق لتطبيق اختبار الروشاخ تنطبق على الوسط الجزائري أم لا، وكانت النتائج كالتالي:

- **صدق الاختبار:** نظرا لعدم وجود اتفاق بين الباحثين حول أي أسلوب إحصائي يمكن أن يكون مناسبا للتأكد من صدق ما يعطيه اختبار الرورشاخ من نتائج، فقد رأى الباحث أنه يجد نوعا من المحكات الخارجية، والذي تمثّل هنا في التشخيص الذي وضعه الباحث ذاته لمجموعة من الحالات المضطربة نفسيا، وذلك بالاستناد إلى معرفته الشخصية بهذه الحالات ثم بالاستعانة بملّفاتها السريرية، وكلّ الفحوص والتشخيصات التي قدمت لكلّ حالة منها، وبعد ذلك قام الباحث بتقديم نتائج الفحص النفسي كما وردت من خلال استخدام اختبار الرورشاخ إلى مجموعة من الخبراء وطلب من كلّ واحد منهم أن يضع التشخيص الذي يراه الأنسب حسب رأيه، وبعد الحصول على ما مجموعه (39)تشخيصا تخص(39) سجلاّ من سجلاّت اختبار الرورشاخ، قد جاءت نسبة الاتفاق ضعيفة إذ بلغت (0.26) فقط، وهذه النسبة وإن كانت تشير إلى تدّني نسبة صدق نتائج الدراسة الحالية فهي على العموم تتشابه مع معظم نتائج الدراسات الأجنبية في هذا الخصوص، وقد يعود ذلك هنا إلى التباين في التوجهات النظرية عند الخبراء وتفاوت خبراتهم وأساليبهم في التشخيص.

- **ثبات الاختبار:** نظرا لعدم وجود اتفاق بيت الباحثين حول أي أسلوب إحصائي يمكن أن يكون مناسبا للتأكد من ثبات ما يعطيه اختبار الرورشاخ من نتائج، فقد رأى الباحث إمكان الاستئناس بمبدأ التحليل التتابعي الذي يستخدم أساس من أجل دراسة كفاءة العينة لتقدير ثبات نتائج هذه الدراسة، وذلك من خلال الفصل الزمني الممتد نسبيا بين مجموعات العينات المختلفة التي يضيفها إلى بعضها، ولقد كان مجموع أفراد العينة الأولى (52) فردا أضاف إليها الباحث (55) فردا بعد حوالي عام وقد جاء معامل الارتباط مرتفعا جدا إذا بلغ (0.999) ثم بعد حوالي ثلاث سنوات من ذلك أضاف إلى المجموعة الأولى الثانية معا (109 أفراد و قد بقي معامل الارتباط مرتفعا كما في الحالة الأولى، إذ بلغ (0.997) وهذا وإن كان يشير أساسا إلى درجة كافية من تمثيل العينة للمجموع العام فإّنه كذلك، مما يوحي بوجود استقرار جيد في نتائج الدراسة، كما يمكن أن يفسر من جهة أخرى ذلك التشابه الكبير في دلالات مختلف الاستجابات التي تحصل عليها الباحث، وهذه النتيجة التي توصل إليها الباحث تتماشى مع نتائج بعض الدراسات في بعض البيئات الأخرى، وذلك مثل دراسة(سيد محمد غنيم) و(هدى عبد الحميد برادة) في البيئة المصرية، والتي أجريت على عينة تتكون من (200) فرد، حيث تحصلا على معامل ارتباط عالي بإضافة (50) فردا إلى (100) فرد في الأول إذ بلغ (0.994)ثم بعد ذلك بإضافة (50) فردا آخرين إلى 150 فردا الذين قبلهم بقي معامل الارتباط مرتفعا و بلغ(0.997). (عدوان،2011: 438-439)

إذن فإن الاختبار صادق وثابت لما بني له على أساس معرفة دلالات استجابات الروشاخ في البيئة الجزائرية وبهذا تكون أداة بحثنا مكيفة على الوسط الجزائري ومما لا يمكن إخفاء أهمية ومدى استعمال هذا الاختبار من طرف الأخصائيين

ب- **كيفية تطبيق الاختبار:** هنا يجلس الفاحص خلف المفحوص، وبذلك يمكنه أن يرى البطاقات بالنظر من فوق كتف المفحوص، ليقوم الفاحص بعد ذلك بتقديم اللوحات واحدة تلوى الأخرى ويطلب من الفحوص أن يعبر عن ماذا يرى أو ماذا يكون هذا؟(عباس، 2001 ب:193)

-الزمن: يلزم استخدام ساعة لحساب الزمن، ويلزم عند بدء كل بطاقة تسجيل زمن الرجع أي الزمن المنقضي من وقت تسلم المفحوص البطاقة إلى إعطاء الاستجابة الأولى، مع تسجيل الزمن الكلي الذي استغرقته الاستجابات في كل بطاقة، وفي كل مرة يسجل الإجابات مع الأخذ بعين الاعتبار وضعية اللوحة والزمن.

عندما ننتهي من عرض كل اللوحات، تقدم للمفحوص اللوحات العشر طالبين من المفحوص اختيار اللوحة التي أعجبته وتدعى بالاختيار الموجب والتي لم تعجبه تسمى بالاختيار السالب بعد ذلك يقوم الأخصائي بتحليل النتائج

- **تسجيل الاستجابات:** يمكن الاستعانة بالعلامات التي وضعتها "لوسلي اوستري" وهي "Λ" تشير إلى الوضع الطبيعي للبطاقة، "V "تشير إلى أن وضع البطاقة مقلوب أو معكوس و"< >" تشير إلى الوضع الجانبي الذي تأخذه البطاقة، وقد يدير بعض المفحوصين البطاقة عدة دورات متتابعة وهذه يمكن الإشارة إليها برسم دوائر متداخلة.

- **التحقيق:** يبدأ التحقيق عادة بعد الانتهاء من البطاقة العاشرة والهدف منه توضيح مكان اختيار الاختيار، هل استجاب المفحوص إلى الشكل ككل أم اختار أجزاء من البطاقة واتخذها موضوعا لاستجابته (عباس، 2011 ب: 195-197).

كذلك توضيح العوامل المحددة للإدراك فهل هو عامل الشكل أم اللون أم الظلال أو الحركة أم خليط من هذه العوامل مجتمعة، وكذا معرفة محتوى الاستجابة فقد يعطي المفحوص استجابات عامة مثل "شخصين أو رأس أو رجل".

-التقدير: وما التقدير إلا ترجمة الاستجابات التي نحصل عليها من المفحوص في رموز ووضع ما يقوله في صورة مختصرة وقد نظر روشاخ إلى الاستجابة من نواحي مختلفة كالتحديد المكاني وذلك أن نرى الاستجابة التي يعطيها المفحوص إما أن تشمل البطاقة كلها أو جزءا كبيرا أو أجزاء صغيرة أو دقيقة.

مع تحديد العوامل المحددة للاستجابة وهذه تشير إلى العوامل التي تدخلت في تحديد الاستجابة هل هو عامل الشكل أم عامل الحركة أم عامل اللون أم مجموعة عوامل مجتمعة مع بعضها، وكذا تحديد المحتوى أو المضمون وهنا نرى هل محتوى الاستجابة شكل إنساني أم حيوانات أم جمادات أم استجابات تشريحية أو مناظر طبيعية.

من ناحية أخرى نحدد هل الاستجابة من النوع المألوف أو الذي فيه إبداع أي هل هو متفق وعادي عند معظم الناس والإبداع قد لا يرد إلا مرة واحدة كل مئة تقرير عادة (عباس، 2011 ب: 198-201).

IV-6-خطوات إجراء البحث: بعد اختيارنا لحالات الدراسة الذي كان بصفة قصدية بعد الزيارات الميدانية التي قمنا بها إلى مختلف المؤسسات التعليمية على مستوى الولاية وكذا الاتصالات المتكررة بأطباء المقاطعات التربوية إضافة إلى التحدث إلى زملاء الحالات، قمنا بأخذ مواعيد على مستوى مديرية النشاط الاجتماعي لمختلف عينات البحث لكسب الثقة،

وفي إطار الدراسة الحالية وبحكم مهنتنا كأخصائيين نفسانيين عياديين على مستوى المديرية جعلنا بطاقات خاصة بالأمراض المزمنة لمن ليس له بطاقة حتى يتمكنوا من الاستفادة من التغطية الدوائية والمالية ولكي تكون المتابعة بشكل أفضل.

من خلال دراستنا هذه اعتمدنا على سلسلة من الملاحظات و المقابلات وكذا تطبيقنا لاختبار الرورشاخ وسنحاول في الفصل الموالي عرض نتائج كل هذا مع التحليل الكمي و الكيفي لها.

خلاصة :

بعدما تم التطرق في هذا الفصل إلى الدراسة الاستطلاعية والمنهج المعتمد عليه في هذا البحث وكيفية اختيار عينة البحث،وكذلك مختلف الأدوات المستعملة والمجال الزماني والمكاني للدراسة ، سيتم التعرض في الفصل الموالي إلى عرض الحالات مع عرض نتائج اختبار الروشاخ وتحليله ، وأخيرا الاستنتاجات المتوصل إليها التي تؤكد أو تنفي الفرضيات المطروحة.

.

الفصـــل الخامـــس

التحليل الكمي والكيفي للنتائج

V-1- عرض حالات الدراسة.

V-1-1- دراسة الحالة الأولى.

V-1-2- دراسة الحالة الثانية.

V-1-3- دراسة الحالة الثالثة.

V-1-4- دراسة الحالة الرابعة.

V-1-5- دراسة الحالة الخامسة.

V-1-6- دراسة الحالة السادسة.

V-1-7- دراسة الحالة السابعة.

V-2-التحليل الكمي والكيفي لنتائج دراسة الحالات.

V-2-1- عرض الحالة الأولى.

V-2-2- عرض الحالة الثانية

V-2-3- عرض الحالة الثالثة.

V-2-4- عرض الحالة الرابعة.

V-2-5- عرض الحالة الخامسة.

V-2-6- عرض الحالة السادسة.

V-2-7- عرض الحالة السابعة.

V-3- عرضالاستنتاجات.

تمهيد:

سنحاول من خلال هذا الفصل عرض الحالات 07 السبعة عرضا مفصلا، والتي حاولنا فيها جمع المعلومات وبدأناها بتقييم الحالة، هيأتها وهندامها، الاتصال والنشاط الحركي والعلاقات الاجتماعية للحالة، إضافة إلى عرض المقابلات وتطبيق اختبار الروشاخ مع تحليل كمي وكيفي لكل النتائج المحصل عليها.

V-1-عرض حالات الدراسة:

V-1-1-دراسة الحالة الأولى:

-البيانات الأولية:

-الاسم: ع. مباركة؛

- السن: 14 سنة؛

- المستوى التعليمي: السنة الثانية متوسط؛

-عدد الأخوة: 03 إناث .2 ذكور؛

- نوع الاضطراب: مرض السكري؛

- صنفه: المعتمد على الأنسولين؛

- مدة الإصابة: منذ سنة واحدة.

رقم المقابلة	تاريخ إجراؤها	المدة	الهدف منها
01	2015/12/06	30د	كسب ثقة المفحوص وجمع المعلومات الأولية؛
02	2015/12/17	45د	معرفة التاريخ الشخصي للحالة؛
03	2015/12/20	50د	معرفة التاريخ المرضي للحالة؛
04	2015/12/27	45د	معرفة تأثير مرض السكري على الناحية النفسية؛
05	2015/12/31	50د	معرفة تأثير مرض السكري على الناحية النفسية كونها في مرحلة المراهقة؛
06	2016/01/03	50د	معرفة تأثير مرض السكري على ناحية تمدرسها؛
07	2016/01/07	45د	معرفة تأثير مرض السكري على علاقتها بالأساتذة والزملاء؛
08	2016/01/10	45د	تطبيق اختبار الروشاخ.

الجدولV-1-1-1-يوضح المقابلات المجرات مع الحالة الأولى.

V-1-1-2-السيميائية العامة للحالة الأولى:

أ-الملمح: في أغلب المقابلات العيادية التي أجريت مع الحالة لاحظنا عليها ملامح الحزن والضيق والقلق ويتجلى هذا من خلال حركاتها العشوائية وعدم ثباتها وكلامها الذي يتميز بالرجفان والأسف والإحباط على وضعيتها المرضية.

ب-الهندام: ملابسها نظيفة وغير متناسقة.

ج-البنية المورفولوجية: الحالة تبلغ من العمر14 سنة ذات قامة متوسطة، نحيفة البنية لكن عموماً تناسب وعمرها الزمني.

د-المزاج والعاطفة: لها مشاعر الحزن والإحباط والقلق على حالتها المرضية وتدهور نتائجها المدرسية.

ر-الاتصال: كان الاتصال معها صعباً في البداية لعدم تقبلها التكلم عن وضعيتها والتعبير عنها، لكن مع مرور المقابلات الأخرى أثبتت استعدادا للمواصلة والتكلم بكل حرية وطلاقة .

ز-النشاط العقلي:

-اللغة: تتميز لغتها بالبساطة السهولة، ولا تظهر عليها أي غموض أو غرابة، وكلامها كان مختلط باللغة العربية تارة والعامية تارة أخرى.
-التفكير: كثيرة التفكير والانشغال بوضعيتها الراهنة خاصة بعد تدهور نتائجها الدراسية وإعادتها السنة عدة مرات.
-الذاكرة: الملاحظ عليها هو تذكرها لأدق التفاصيل في أحداث حياتها خاصة مرحلة طفولتها.
- النشاط الحركي: كثيرة الحركة عن طريق اليدين والرجلين.
ه-العلاقات الاجتماعية:
-العلاقة مع الوالدين والأهل: تتميز علاقتها بوالديها بالحميمية فهي علاقة جد متينة لأنها تكن لهما مودة كبيرة، أما عن علاقتها مع أخوتها فهي تتميز بالشجار وعدم التفاهم.
-العلاقة مع المحيط الخارجي: علاقاتها مع صديقاتها هي جد سطحية، أم مع بعض الأساتذة فتتسم بالعدوانية وعدم تفهم لوضعيتها المرضية.

V-1-1-3-المقابلات الخاصة بالحالة الأولى:

المقابلة الأولى: كانت بهدف كسب ثقة المفحوص وجمع المعلومات الأولية.

كانت مقابلة تعارف حيث من الوهلة الأولى بدا على الحالة بعض الخجل والقلق وكان هذا واضح في سلوكياتها، كانت تتحاشى النظر إلينا، كما بدأت تأرجح رجليها، فقدمنا أنفسنا للحالة التي لم تكن تعرف أي معلومات عن الأخصائي النفسي، فاستغرقنا في شرح عملنا وما هو دورنا لأنها كانت تحسبنا في البداية طبيب خاص في فحص السكري، فصححنا هذه النظرة فارتاحت لنا وجمعنا بعض المعلومات الأولية والسطحية عن اسمها وأفراد عائلتها وترتيبها دون التعمق، في محاولة منا لكسب ثقتها فكانت إجاباتها سطحية ولغتها مقتصرة على جمل بسيطة واتقنا في الأخير على إجراء مقابلة أخرى.

المقابلة الثانية: هدفها معرفة التاريخ الشخصي للحالة (ع. مباركة).

هي تلميذة تبلغ من العمر 14 سنة تدرس السنة الثانية متوسط أعادت السنة مرتين، تنتمي إلى أسرة تتكون من الوالدين و02 ذكور و03 إناث تحتل المرتب الأولى بين أخوتها، وعائلتها لا باس بها مادياً.

تصف علاقتها بوالديها بأنها جد متينة، أما عن باقي أخوتها فهي تتسم بالمشاجرة في كثير من الأحيان لوصفها أنهم لا يفهمون معاناتها خاصة مع المرض" عمرهم ما فهموني،راني مريضة ومعلابالهمش بيا"، أما عن طفولتها فقد مرت بطفولة جد سعيدة بوصفها أنها كانت أجمل اللحظات والأيام في حياتها، عكس فترة المراهقة التي هي فيها الآن لأنها جد متعبة خاصة بعد مرضها بداء السكري، حيث ترى أنها لا تشبه زميلاتها ممن هم في هذه المرحلة من حيث النمو الجسمي" أنا رقيقة بزاف كي نقارن روحي مع صحباتي".

المقابلة الثالثة: هدفها معرفة التاريخ المرضي للحالة (ع. مباركة).

في هذه المقابلة سألنا الحالة عن متى أصيبت بالمرض، حيث أظهرت تعبيرات في وجهها توحي بضيق وقلق وحيث أجابت أنها أصيبت بالمرض قبل سنة بسبب هلع" تخلعت بزاف، خلعتني عقرب في السطح"، هذا الأمر صدمها بعده بعدة أيام بدأت تحس بدوخة وأغمي عليها هذا ما استدعى نقلها إلى المستشفى، حيث تم تشخيصها على أنها مريضة بداء

السكري، وبقيت في هذا الأخير قرابة الأسبوع لمحاولة ضبط السكري، ومن ذلك الوقت إلى يومنا هذا وهي تأخذ جرعات وحقنات الأنسولين من 3 إلى 4 مرات في اليوم.

كانت ولادة الحالة (ع. مباركة) طبيعة لم تصب بأي مرض أثناء الحمل ولم تتعرض لأي صدمات أثناء الحمل أو الولادة أو في فترة الطفولة وهذا إثباتاً من خلال الأم.

حتى الأم لم تصب بأي أمراض في فترة الحمل ولا توجد في العائلة أي أمراض تذكر والحالة مرغوب فيها من طرف الوالدين، وبعد الولادة كان التطور البدني عادي خاصة التسنين والفطام والمشي.

المقابلة الرابعة: في هذه المقابلة حاولنا أن نتبين مدى تأثير مرض السكري على ناحيتها النفسية.

حاولنا أن نلمس مدى تقبل الحالة للمرض، فعندما سألناها ماذا تتوقع أو ماذا تعرف عن المرض؟ فلاحظنا ازدياد في حركة رجليها ويديها محاولة إخفاء تعابير وجهها، حتى وضعية جلوسها كانت تارة يميناً وتارة يساراً، ثم فكرت وصرحت لنا بأنها رأت ابن الجيران كان مصاباً بهذا المرض وكان نحيفاً جداً وملامح التعب الشديد على وجهه وهذا ما أخافها كثيراً" هذا المرض صدمني ، كي قالوا لي بلي راكي مريضة بيه قعدت غير نبكي، حسبت روحي دوك نموت في السبيطار" ونشير أن الحالة مقارنة بين الحالات الأخرى لم تستطيع أن تذكر حتى أسم المرض بقولها"ذاك المرض، هذا المرض" كما عبرت عن عدم تقبلها ورفضها المطلق للمرض، بقولها "علاش مرضت غير أنا، دوك نقعد غير نتبع في الأنسولين طول عمري"، كما عبرت الحالة عن قلقها وخوفها أن تجرح أو تصاب بمضاعفات كبيرة "نخاف نتجرح يقطعو لي يدي ولا رجلي"

المقابلة الخامسة: معرفة مدى تأثير مرض السكري على ناحيتها النفسية كونها في مرحلة المراهقة.

فلقد ذكرت الحالة أنها لا ترى نفسها مثل صديقاتها التي في مثل عمرها " صحاباتي دايماً زاهيين يلبسوا ويخرجوا، نحس روحي ناقصة بزاف" حتى أن الحالة لم تعد تبالي بلباسها وتنسيقه وترتيبه مثلما كانت تفعل سابقاً، كما أن لديها مشاعر إحباط وتفكير منشغل ودائم حول ما آلت إليها صحتها، فهي تفكر دائماً كيف تتخلص من هذا المرض في كيف تتعالج وتشفى منه نهائياً، فهي لم تتقبل المرض في البداية كونها رفضت أخذ حقن الأنسولين لاقتناعها بعدم جدواه وأنها غير مريضة "وليت نحس روحي ناقصة وشينة، كنت زينة على هكذا"، إضافة إلى ذلك هي مازالت لحد الآن تتناول الحلويات خفية عن والديها مرددة " ما نخلي حتى حاجة في خاطري".

الحالة لم تتقبل المرض حتى الآن وهذا ما ولد لديها عدوانية اتجاه الذات فلقد ذكرت شيء خطيرا: "ما نزيدش ندير الأنسولين، تعبني وزاد لي الهم". تعبر الحالة أن هذا المرض منعها من الذهاب مع زميلاتها وصديقاتها للتنزه أو لتبادل أطراف الحديث، فهذا المرض جعلها تعيش في عزلة " راني نعاني وحتى واحد ما حس واش راه في داخلي"

حاولنا في هذه المقابلة معرفة نوع الريجيم المتبع في حالة مرضها فردت بعدم اكتراث واللامبالاة بأن لا تكثر من الحلويات والكسكس والخبز ثم ذكرت " أنا نأكل كل شيء " وهذا يدل على عدم وعيها وتقبلها للمرض الذي تعاني منه.

المقابلة السادسة: معرفة مدى تأثير المرض على ناحية تمدرسها:

فلقد سألنا الحالة عن تحصيلها الدراسي، فصمتت لمدة دقيقتين 2د، ثم نظرت إلينا متحسرة عما كانت تأخذ من معدلات قبل إصابتها بالمرض، وذكرت أنها أعادة السنة مرتين بسبب هذا المرض "وليت ما نقدرش نركز في الدرس- وليت نسها بزاف" ، فلقد عبرت الحالة بحزن وأسى عن إحباطها الشديد لما آلت إليه دراستها،" وليت ما نقدرش نحفظ، نحفظ شويا نعيا"، " نحس روحي نعيا لأقل جهد"، كما أن الحالة أصبحت كثيرة الغيابات بسبب استشفائها عدة مرات لضبط معدل السكري، وكثيرة الإغماءات خاصة في القسم وهذا ما يشغل تفكير الحالة دائماً فتذكر الحالة أنه كلما تكون في القسم تفكيرها منشغل فقط أنه سوف يغمى عليها وهذا ما سبب عدم قدرتها على التركيز.

كما أن قيامها بواجباتها المنزلية يزيد في تعبها وإرهاقها وتذكر الحالة "خطرات كي نبدأ نحل التمارين نحس السكر طلع لي، حتى ندوخ ونحبس كل شيء".

كما أن مردودها الدراسي تدنى وتدهور بشكل كبير فلقد كانت تتحصل قبل إصابتها بالمرض على معدلات جيدة " 14-13 " لكن بعد إصابتها بالمرض أصبحت تتحصل على " 10- 9 " كأقصى تقدير وهذا ما سبب تكرارها للسنوات الدراسية.

المقابلة السابعة: معرفة مدى تأثير مرض السكري على علاقاتها مع الأساتذة والزملاء.

هنا انفعلت الحالة كثيراً وتكلمت بلغة شديدة العدوانية والكره والغضب اتجاه الأساتذة وذكرت " نشوفهم ما عندهم الرحمة في قلبهم، ما يخلونيش نروح للمرحاض"، تذكر الحالة أن الأساتذة يعلمن جيداً بوضعيتها المرضية لكنهم دائمو التأنيب والتوبيخ المستمر لها، وأحياناً بعضهم يستخدم المسطرة للضرب لأنها لم تعد تقوى على حل واجباتها المدرسية، لكونها لم تعد تستطيع التركيز في الدرس" ما وليت نقدر نركز في واش راه يقول الأستاذ".

أما عن علاقتها بزميلاتها فأصبحت جد سطحية، بعدما كانت متوطدة خاصة في المراجعة، لأنهم كانوا يتفقون دائماً على مكان يراجعون ويجتمعون فيه." كانوا صحاباتي يفهموني كي ما نفهمش في الدرس كي نكونوا نراجعوا، دورك بعدوا عليا بزاف"، تذكر الحالة " هذا المرض عزلني وخلاني نبقى في الدار وحدي"، تعبر الحالة أنه لم يعد لها الرغبة في الخروج مع زميلاتها، فكونها معهم يشعرها بالنقص،" نحس روحي ناقصة كي نقارن روحي بهم".

المقابلة الثامنة: تطبيق اختبار الروشاخ.

V-1-1-4-ما يمكن استخلاصه واستنتاجه من المقابلات للحالة الأولى:

من خلال الملاحظات والمقابلات العيادية المجرات مع (ع. مباركة) البالغة من العمر 14 سنة وتدرس بالسنة الثانية متوسط، أتضح لنا أنها تعاني من معاش نفسي صعب بعد مرضها بداء السكري منذ سنة مما جعلها تعيش في حالة قلق وانشغال كبير حول حالتها الصحية التي كانت صدمة كبيرة لم تستطيع تقبلها وجعلها تعيش في حالة من الانطواء والانزواء عن الآخرين، وفي صراع نفسي كبير بين عدم الالتزام بالريجيم الخاص بها وأخذ حق الأنسولين من جهة وبين الخوف من المرض بأن يسبب لها بتر في أحد أعضائها من جهة أخرى.

كما أن الحالة تولد لها الشعور بالنقص واللاقيمة خاصة كونها في مرحلة المراهقة وذلك بمقارنة نفسها مع صديقاتها التي أصبحت علاقتها بهم جد سطحية، أما مع الأساتذة

فهي تتسم بالعدوانية والغضب اتجاههم وذلك راجع لعدم تفهمهم لوضعيتها المرضية كونها مصابة بداء السكري.

أما من ناحية تحصيلها الدراسي فلاحظنا أنه تدهور بشكل كبير من معدل 14 إلى 9 - 10 مع إعادتها للسنة عدة مرات وعدم قدرتها على المراجعة والحفظ سواء في البيت أو مع صديقاتها، مع عدم قدرتها على التركيز والمتابعة مع الأساتذة والتي يرجع ذلك إلى سهوها أثناء الدرس أحياناً وفي أحيان أخرى إلى تغيباتها بسبب الاستشفاء والإغماءات وإحساسها بالتعب والإعياء الشديد.

V-2-التحليل الكمي والكيفي لنتائج دراسة الحالات:

V-2-1-التحليل الكمي والكيفي لنتائج الحالة الأولى:

*** شرح المختصرات.**

اللوحة	الوضعية	الزمن	الاستجابة	الاستقصاء	المكان	المقررات	المضامين
I	٨	"14	-زوج رجالة دايين راجل	الجزئيين باللون الأسود على الجانبين	D	K	H
	٨	3د	راجل رافع يديه	الجزء الأوسط	D	KP	H
	V		كلب	الجزء السفلي على الجانب	D	F-	A
II	٨	"5	فراشة	الجزء الأسود على الجانب	D	F+	A
	٨	1د	رئتين	الفراغ في الوسط	DBL	F-	Anat
	<		حشرة	الفراغ في الوسط الأبيض	DBL	F+ -	A
III	٨	"5	جرادة	الجزئيين العلويين باللون الأسود	D	F+ -	A
	٨	1د	زوج نساوين شادين حاجة	الجزئيين الجانبين	D	K	H
	<		عنكبوت	الجزء السفلي في الوسط	D	F-	A
	V		ذبابة	الجزء السفلي	D	F+ -	A

			في الوسط				
	٨		أرجل حيوان	الجـــــزئيين السفليين على الجانب	D	F+	A
IV	٨	5"	ثعبان	الجـــــزئيين الصـــــغيرين علـى الجـاني في الأعلى	D	F+	Ban A
	٨		دجاجة	كامل اللوحة	G	F+ -	A
	V	1د	نحلة	الجزء الوسط السفلي	D	F+ -	A
	V		رأس فقمة	الجـــــــزء الجـانبي فـي الأسفل	D	F+	Ad
V	٨	2"	خفاش	كامل اللوحة	G	F+ -	Ban A
	٨	1د	رأس تمساح	الجـــــــزء الجـانبي فـي الأسفل	D	F+	Ad
	٨		أرجل دجاجة	الجـــــــزء الأوسـط فـي الأسفل	D	F+-	Ad
VI	٨	8"	رأس قط	الجـــــــزء العلوي	D	F+	Ad
	V	1د	ذبابة	الجزء السفلي في الوسط	D	F+ -	A
	٨		تنين	كامل اللوحة	G	F+ -	A
VII	٨	2"	وحيد القرن	الجـــــــزء العلـوي علـى الجانبين	D	F+-	A
	٨	1د	زوج قطوطة	الجزئيين في الوسـط علـى	D	F+	A

			الجانبين				
	٨	فراشة	الجزء السفلي	D	F+	Ban A
VIII	٨	زوج نمورة	على الجانبين باللون الوردي	D	F+	A
	٨	فراشة	الجزء الأوسط العلوي بالأخضر	D	F+	Ban A
	٨	ضفدع	الجزء العلوي في الوسط الأخضر الفاتح	D	F-	A
	<	يعسوب	الجزء الأوسط الأخضر+ الوردي	D	F-	A
	٨	رأس حيوان	الجزئيين الصغيرين على الجانبين بالبرتقالي	D	F+	Ad
IX	V	رأس بقرة	الفراغ الأبيض في الوسط	Dbl	F-	Ad
	V	ودنين أنتاع إنسان	الجزئيين الصغيرين على الجانب بالوردي	D	F+-	Hd
	V	زوج عجوزاً	الجزئيين العلويين على الجانبين بالأخضر	D	F+-	H
	V	عنكبوت	الجزئيين العلويين على الجانب	D	F+	Ban A

X			بالأزرق				
	V	1د	رئتين لاصقتين في القرجومة	الجزء العلوي في الوسط بالأسود	D	F+	Anat
	V		غزال	الجزء السفلي باللون الأسود	D	F+-	A
	V		رأس خروف	الجزئيين السفليين باللون الوردي	Dd	F+-	Ad
	V		صقر	الجزء السفلي باللون الأخضر	D	F+-	A
	V		هذا الأصفر فهد	الجزء الأصغر على الجانب	D	CF	A

الجدول V-2-1-1- يوضح تطبيق اختبار الروشاخ للحالة الأولى.

***تفسير المقررات الموجودة في المتن والمقررات والمضامين إلى ما هو موجود في الاستقصاء.**

-الاختيار(+) كان في اللوحات X.VIII.VII.III لارتياحها لهم.

-الاختيار(-) كان في اللوحات **I.IV.II** لأنها غير مرسومة جيدا.

V-2-1-2-النتائج الكمية لاختبار الروشاخ:

R= 38	الزمن الكلي للاختبار 14د مدة زمن الرجع :61"

المكان	المقررات	المضامين	النسب المئوية
G=03	F+=14	H=04	G=7.89%
D=31	F-=05	A=24	Dd=2.63
Dd=01	F+-=14	Ad=07	D=84.57%
Dbl=03		Hd=01	F+=63.63%
	CF=01	Anat=02	F-=36.36%
	K=02		F=86.84%
	KP=01		H=13.15%

			A=81.57% I.A=7.89% RC=36.84% TRI=2/1 FS=1/0 FMA:0+1>0

الجدول V-2-1-3-يوضح مجموع الرموز.

V-2-1-4- تحليل اختبار الروشاخ للحالة الاولى :

قدمت الحالة 38 استجابة هذا يدل على مردودية عقلية كبيرة في زمن قدره 14د معدل زمن قدره 61" أي ما يعادل 3 إلى5 استجابات في اللوحة ، عدا اللوحة (X) التي بلغت عدد الاستجابات فيها 06 استجابات.

يعد زمن الرجع ما بين 2" في اللوحات(V) (VII) و 5" في اللوحات (II)(III)(IV) فللحالة حركة سريعة في العمليات العقلية وفي استثمار الخيال ، كما نجد أن الحالة عبرت عن صدمتها للاختبار خاصة في اللوحة (I) حيث أعطى زمن رجع ب 14" وهذا ما يدل على صدمة البداية وصدمة اللون الأسود وقد استجاب هروباً من الوقع اللوحة، حتى أن ملامح الحالة كانت قلقة ومضطربة من تقديم أول لوحة، وقلق الحالة تجسد في هروبها واتجاهها إلى القراءات البيضاء وهذا ما كان في اللوحة (II)(IX)

كما نشير هنا إلى كثرة الاستجابات في اللوحات الملونة لاسيما اللوحة(X) ، كما أننا لاحظنا وجود نفس الاستجابة ي اللوحتين(II)(X) مع وجود Anat وهذا يدل على نوع من التفريغ وقلق وانشغال على الصحة حتى أن ملامح ومزاج الحالة كان متغير عن باقي اللوحات فكانت هناك حركة زائدة، وتغيير في وتيرة الكلام حتى أن اللوحة (x) بعد إكمال أعطائها الاستجابات قالت بأنه صعب جداً.

أ-من ناحية المكان:

بلغت النسبة المئوية لـ G 7.89 % وهي نسبة غير سوية تشير إلى سطحية التفكير ونقص في الدقة والنقد كما أنها جاءت مقترنة بالمقرر -+F

أما النسبة المئوية لـ D فبلغت 81.56% وهذا ما يدل على أن للحالة إفراط في اعتمادها على التفكير الملموس والمحسوس وظهرت في معظم اللوحات وهذا ما يدل على اضطراب الحالة في علاقتها مع الواقع الذي تعيشه.

من ناحية Dd فبلغت نسبتها12.63% وهذا ما يدل على أن الحالة تنقصها الدقة في التفكير وظهرت مصحوبة بالمقرر-+F مما يعني أنها تشير إلى أنه سلوك هروب من مثيرات البقعة ككل.

ب-من ناحية المقررات:

بلغت النسبة المئوية لـF 86.84% وهي نسبة تفوت السواء تدل على إفراط الحالة في اعتمادها على القطب التكويني النشيط.

وبلغت النسبة المئوية لـ+F 63.63% وهي نسبة متدنية تدل على أن الحالة تعاني من تفكك في تصورها للواقع والتكيف معه، كما أنها تشير إلى أن الشخص عصابي يعاني من اضطرابات أخرى كالقلق.

وبلغت نسبة -F 36.36 % وهي نسبة مرتفعة وهذا ما يؤكد وجود اضطراب للحالة في تصورها للمواقع.

ج-من ناحية المضمون:

بلغت نسبة A 81.57 % وهي نسبة مرتفعة كثيراً ما يدل على أن الحالة حضور تفكير سريع وفقر في المحتوى أي أن أفاقها ضيقة.

بلغت نسبة I.A 7.89% وهي نسبة متدنية تشير إلى وجود كف عقلي وكف في التعبير عن القلق الكبير لكنها لم تستطيع الدلالة عليها في هذه الصيغة وهذا ما يدل على أن القلق تجسد في الاضطراب العضوي(مرض السكري).

كما أن ظهور Anat في اللوحتين(II) (X) وبنفس الاستجابة يرجع هذا إلى التعويض بعدم الكفاية العقلية وإلى انشغال الحالة بالصحة العامة.

نجد أن TRI نتيجة تساوي 1/2 بحيث K =2 و C =1 فالحالة مكب إلى الداخل مزدوج (منطوي) وبمقارنتها مع FS والذي نتيجته تساوي 0/1 بحيث K =1 و E =0 ، هذا ما يشير إلى أنهما يسيران في اتجاه واحد كما يدل على أن الحالة لديها ففر في العلاقات وهذا نجده عند الحالات أين يكون التعبير العاطفي مخفي مع تحمل الحالة حالة الضغط من(مرض السكري) بدليل صلابة الآليات الدفاعية مع الآخرين.

بالنسبة لقانون النضج العاطفي FMA نجد أن FC =0 ، CF =1، C=0، أي حسب القانون FC > CF+ C ⟵ 0+1 >0 أي أن الحالة غير ناضجة عاطفياً ولم تتحقق صيغة النضج العاطفي.

بالنسبة للاستجابة في الألواح الملونة RC بلغت 36.84% وهي تؤكد نتيجة TRI في انكباب الحالة إلى الداخل مزدوج ويدل على عدم نضج الحياة الداخلية لدى الحالة.

بلغت عدد الشائعة 05 استجابات وهي في حدود السواء ويدل على مردودية عقلية كبيرة أما من ناحية اختبار اللوحات كان ايجابي في (X) (VIII) (VII) (III) لارتياحها فيها. وكان سلبي في اللوحات (I) (IV) (II) عبرت عنها أنها غير مرسومة جيدا وصعبة .

V-2-1-5-الاستنتاج الخاص بالاختبار:

أ-على المستوى العقلي:

تمتاز الحالة بتفكير مفرط ومجرد وهذا ما دلت عليه المقابلات السابقة ي انشغالها الدائم حول وضعها الصحي وحول ما آلت عليها نتائجها الدراسية كونها كانت من الممتازين في الدراسة، كما أن للحالة نقص في استعمال التفكير الملموس وهذا ما يدل على اضطراب في علاقتها مع الواقع أي علاقتها المضطربة مع الأساتذة وزملائها وانعزالها وانطوائها حتى في المنزل عن باقي أفراد عائلتها وصديقاتها، وللحالة اعتماد مفرط للقطب التكويني النشيط مع تفكير سريع وفقر في المضمون والمحتوى.

ب-على المستوى العاطفي:

ليس للحالة غنى داخلي، القلق يسيطر عليها كما أن للحالة صراع داخلي بين ميولاتها وفقر في مستوى العلاقات ولديها عدوانية مما يذل على عدم نضج الحياة الداخلية ، كما أنه

لديها إنكباب إلى الداخل فهي من النوع المنطوي نظراً لوضعيتها المرضية التي تشير إليها نسبة I.A.

ج-على المستوى الاجتماعي:

للحالة نقص في المشاركة مع ضعف في الاتصال واضطراب في التكيف مع وضعيتها المرضية.

V-2-1-6-ملخص حول الحالة الاولى: الحالة (ع.مباركة) البالغة من العمر 13 سنة من خلال المقابلات و الملاحظات التي أجريناها معها تمكنا من التوصل إلى معرفة أن لديها رفض مطلق للواقع المرضي الذي تعيشه منذ سن واحدة مع صعوبة التكيف معه وأكدته من خلال رفضها للريجيم الخاص بها وأحيانا عدم اخذ حقن الأنسولين وهذا ما أكده العالم برند Brend 1993 (راجع ص 18) بالإضافة إلى شعور الحالة بالنقص واللاقيمة والاحتقار مما جعلها تعيش إحباطا ومقاومة كبيرة أثرت على معاشها النفسي وهذا ظاهر في سلوكاتها وتصرفاتها والانفعال لأتفه الأسباب الدال على القلق إضافة إلى الملامح الاكتئابية و هذا ماخلصت إليه دراسة بليس Pless 1971(راجع ص 19).

من خلال تطبيق اختبار الروشاخ توضح لنا أن الحالة مع أنها تمتاز بتفكير سريع إلا انه سطحي وفقير المحتوى، إضافة إلى أنها تعاني من نقص في دقة التفكير والنقد وهذا ما أثر على الجانب الأكاديمي للحالة ونشير هنا إلى إعادتها السنوات الدراسية عدة مرات بسبب الاستشفاء تارة وبسبب نقص القدرة على التركيز والانتباه وهذا ما بينته دراسة مصطفى كايتي **Mustapha Kaiti 1993** (راجع ص 15)، ومن جهة أخرى لاحظنا تدني معدلاتها من معدلات جيدة (14) كمعدل فصلي قبل إصابتها بالمرض إلى معدل متوسط أو اقل من المتوسط يتراوح بين (9-10) كأقصى تقدير.

كما لمحنا من خلال الاختبار النفسي أن لها إفراط في الاعتماد على القطب التكويني النشيط مع تفكك في تصورها للواقع المرضي و التكيف معه، وهذا ما يدل على عدم نضج الحياة الداخلية للحالة مع فقر في العلاقات والاتصال والمشاركة مع الآخرين.

V-1-2-دراسة الحالة الثانية:

-البيانات الأولية:

- **الإسم**: ب.صوفيا؛
- **السن:** 15 سنة؛
- **المستوى التعليمي:** 03 متوسط؛
- **عدد الإخوة:** 03 ذكور و02 إناث؛
- **نوع الاضطراب:** مرض السكري؛
- **صنفه:** المعتمد على الأنسولين؛
- **مدة الإصابة:** منذ سنتين 02 عامين.

رقم المقابلة	تاريخ إجراؤها	المدة	الهدف منها
01	2016/01/14	30د	كسب ثقة المفحوص وجمع المعلومات الأولية؛
02	2016/01/17	45د	معرفة التاريخ الشخصي للحالة؛
03	2016/01/21	50د	معرفة التاريخ المرضي للحالة؛

04	2016/01/24	45د	معرفة تأثير مرض السكري على الناحية النفسية؛
05	2016/01/28	50د	معرفة تأثير مرض السكري على الناحية النفسية كونها في مرحلة المراهقة؛
06	2016/02/01	50د	معرفة تأثير مرض السكري على ناحية تمدرسها؛
07	2016/02/07	45د	معرفة تأثير مرض السكري على علاقتها بالأساتذة والزملاء؛
08	2016/02/11	45د	تطبيق اختبار الروشاخ.

الجدولV-1-2-1- يوضح المقابلات المجرات مع الحالة الثانية.

V-1-2-2-السيميائية العامة للحالة الثانية:

أ-الملمح: في أغلب المقابلات العيادية التي أجرينا ها مع الحالة (ب. صوفيا) لاحظنا عليها ملامح الاكتئاب والحزن هذا واضح من خلال ملامح وجهها العابسة طوال الجلسات الفردية معها إضافة إلى بكائها المستمر، مع شعورها بالقلق والإحباط إزاء وضعيتها وحالتها الراهنة.

ب-الهندام: ملابس فضفاضة، غير متناسقة وغير نظيفة نوعاً ما توحي بعدم اهتمام الحالة بمظهرها الخارجي.

ج-البنية المورفولوجية: الحالة تبلغ من العمر 15 سنة، ذات قامة متوسط وغليظة العود التي تعطي عمرا أكبر من سنها الحقيقي.

د-المزاج والعاطفة: لها مشاعر اكتئابية تتخللها مشاعر إحباط وقلق، بعد إصابتها بداء السكري الذي تعتبره حاجز وقف أمام تحقيق أهدافها.

ر-**الاتصال**: كان تجاوبها معنا ضئيلا في الجلسات الأولى، لكن بعد ذلك عبرت بأنها وجدت أخيرا الشخص الذي تفرغ وتحكي له عن ألامها ومشاكلها.

ز-**النشاط العقلي:**

-اللغة: كانت تتكلم بصوت خافت، حتى أن بعض الكلمات كنا نضطر بأن نطلب منها إعادة كلامها من أجل التوضيح أكثر، لكن لغتها كانت معظمها مفهومة وبالدارجة "العامية" عبرت فيها عن حالتها النفسية.

-التفكير: تفكيرها منشغل ودائم حول وضعيتها المرضية هذا ومن جهة ومن جهة أخرى حول مصير دراستها بعد تدهور نتائجها الفصلية.

-الذاكرة: الحالة تتذكر بعض الفترات التي أثرت في حياتها وتركت بصماتها سواء ايجابياً أو سلبياً بأدق تفاصيلها أي بمعنى تتذكر فقط الأمور المهمة فقط.

- النشاط الحركي: قليلة الحركة مع حركة اليدين كمحاولة منها لإخفاء تعابير وجهها خاصة عند بكائها.

ه-**العلاقات الاجتماعية:**

-العلاقة مع الوالدين والأهل: تتسم علاقتها بوالديها بالاضطراب والسطحية خاصة بعد طلاقهم كما أنها تنظر إليهم نظرة عدوانية لكونها تحملهم مسؤولية حرمانها من العيش كباقي

الأطفال الآخرين الذين يعيشون رفقة أوليائهم بسعادة، أما علاقتها بإخوانها فهي وطيدة جداً لتفهم وضعيتها وقلقهم الدائم عليها.

-**العلاقة مع المحيط الخارجي:** علاقة جد مضطربة خاصة مع صديقاتها اللواتي ابتعدنا عنها بعد مرضها، أما مع الأساتذة فهي تتسم بالكره والغضب اتجاههم بعدم تفهم وضعيتها المرضية.

V-1-2-3-المقابلات الخاصة بالحالة الثانية:

-**المقابلة الأولى:** كانت بهدف كسب ثقة الحالة وجمع المعلومات الأولية

فكانت هذه المقابلة مقابلة تعارف بحيث قدمنا أنفسنا وعن الدور الذي نقوم به، وإذا كان بالإمكان إجراء مقابلات معها، فأبدت نوع من الخجل الذي بدا على وجهها وسلوكها ولكنها في الأخير قبلت بذلك، إلا أن تجاوبها كان معنا ضئيلا، حيث كانت تنظر إلى الأسفل من قدميها مع ملامح حزينة على وجهها، فجمعنا بعض المعلومات الأولية عن اسمها وعن بعض الأحوال العامة لنهيئها فيما بعد للتحدث عن الأحوال الخاصة بها، وكانت نهاية المقابلة بأن اتفقنا على إجراء مقابلات أخرى.

المقابلة الثانية: هدفها معرفة التاريخ الشخصي للحالة (ب. صوفيا).

هي تلميذة تبلغ من العمر 15 سنة تدرس السنة الثالثة متوسط أعادت السنوات الدراسية عدة مرات متتالية تنتمي إلى عائلة متكونة من الأم و03 ذكور وبنتان، فالأبوان مطلقان وتعتبر الأم هي الكفيل الوحيد بهم، وتجمعها علاقة جد سطحية بوالديها لكونها تحملهما السبب في تشردهم ومرضها مع عدم مبالاتهم بها أو علاجها، واهتمامهم فقط بشجاراتهم اليومية، أما عن علاقتها بباقي أخوتها فهي جد وطيدة فهم حريصون عليها ويخافون إصابتها بأي مكروه.

أما عن طفولتها فتصفها بأنها كانت خالية من الشجارات، كانت مرحلة جميلة تجمعها مع والديها تعبر عنها أنها كانت تتحصل فيها على معدلات حسنة مما كان يفرح والديها كثيراً قبل أصابتها بهذا المرض الذي قالت فيه:"هذا المرض أنهى كل شيء في حياتي" .

المقابلة الثالثة: هدفها معرفة التاريخ المرضي للحالة (ب. صوفيا).

في هذه المقابلة عرفنا أنه لم تكن للحالة أية سوابق مرضية تذكر، كما أن نموها البدني من حيث التسنين والمشي كان عادياً بناء على كلام الوالدة.

وعندما سألنا الحالة عن متى أصيبت بمرض السكري، فذكرت أنه كان يغمى عليها كثيراً بعد طلاق والديها قبل سنتين، لكن أفراد عائلتها ظنوا أنه بسبب الطلاق وهو مجرد مسرحية تقوم بها لإرجاع والديها إلى بعضهم البعض، إلى أن وصلت إلى حد الاستشفاء فقالت:" كنت نطيح بزاف وأنا مريضة بالسكر وما علابالیش"، ففي المستشفى تم تشخيص حالتها وتبين أن لديها ارتفاع في السكر مما تطلب إبقاؤها في المستشفى لعدة أيام وهي منذ ذلك الحين تأخذ حقن الأنسولين كل 04 مرات في اليوم.

كما أن والدتها تؤكد أنه لا توجد أي سوابق وراثية عند أحد الوالدين وإن ولادتها كانت طبيعية ولم تصب بأية أمراض أثناء حملها بل ولدت بصحة جيدة وتعتبر هذا المرض كصاعقة نزلت على أبنتها التي ما زالت صغيرة جداً على الخوض في هذا المرض.

المقابلة الرابعة: حاولنا أن نتبين مدى أثر مرض السكري على حالتها النفسية ومدى تقبلها لهذا المرض.

فجاءتنا بوجه شاحب وعينان ساقطتان في الأرض وخطى متثاقلة فجلست دون أن تقول أي شيء، حاولنا أن نتحدث معها وسألناها عن أحوالها فصمتت طويلاً ثم ردت "واش من حالة راني فيها وأنا مريضة بهذا السكر". فاستغلينا الأمر وحاولنا معرفة الاضطرابات النفسية التي تعاني منها بعدما أصيبت بمرض السكري فردت والدموع في عينيها التي تعبر عن حزن كبير"وليت حزينة ونبغي نقعد بروحي بزاف" هذا من جهة ومن جهة أخرى أصبحت منفردة عن أصدقائها وحتى عن أفراد عائلتها رغم أن أخوتها يساندونها كثيراً.

حاولنا في هذه المقابلة معرفة مدى وعيها لهذا المرض فذكرت" باينة هذا المرض راح يبقى معايا للأبد"، عبرت الحالة عن إحباطها الشديد كون هذا المرض يعيقها في تحقيق أهدافها وفي العيش مثلما كانت سابقاً، حتى أنها فقدت الشهية وقدرتها على النوم بهدوء " وليت ما نقدرش ناكل، كل شيء تبلع والرقاد طار عليا، غير نخمم ونخمم"، فالحالة تعبر على أنها كانت تعيش حياة سعيدة قبل إصابتها بالمرض الذي صدمها إضافة إلى صدمة طلاق والديها.

المقابلة الخامسة: معرفة مدى تأثير هذا المرض على ناحيتها النفسية كونها في مرحلة المراهقة.

صمتت الحالة هنا مطولاً وقالت"مرحلة هم وغم" عبرت بحزن شديد وتعابير وجهية كئيبة " مارانيش عايشة كيف صحاباتي، نحس روحي ياحسراه بعيدة وناقصة بزاف عليهم" كما تضيف أنها لا تعيش حياة عادية مثلهم" فهم يلبسوا ويزهاوو ويديروا غير الروائح الزينة بصح أنا؟؟ " هذا من جهة ومن جهة أخرى فإن الحالة تفكيرها محصور في لماذا أصابها هذا المرض دون غيرها.

كانت الحالة خلال هذه المقابلة كثيرة البكاء تارة وأخرى، كما عبرت أنها كانت قبل مرضها غير مبالية بالأمور" كنت غير نلعب وعايشة مغامرات بزاف" " كانت عندي أحلام وأهداف، كنت باغية نولي طيارة." عبرت الحالة بأسى شديد أن الوضع أختلف الآن ولن تستطيع فعل أي شيء سوى وضع أبر الأنسولين التي وصفتها بـ" الـوســخ"، باكية ثم صمتت مطولاً ثم قالت:" حتى والديا ماداينها فيا"

تكلمت الحالة عن بنيتها الجسمية وأنها غير راضية عنها بقولها :" هذا المرض شوهني وليت سمينة ويعايروني صحباتي بالشكارة" " ماوليتش نقدر نلبس سراويل ولا جيبات، كل شيء ولا يجيني ضيق"، هنا الحالة عبرت عن حزنها الشديد لما آلت إليه أوضاعها الصحية.

المقابلة السادسة: معرفة مدى تأثير مرض السكري على ناحية تمذرسها.

هنا عبرت الحالة بتعابير تبين مدى إحباطها وحزنها مصحوب ببكاء لما آلت إليه دراستها وأن تحصيلها في تدهور مفاجئ فلقد كانت تتحصل على معدلات لا بأس بها" 12 .13 " قبل إصابتها بداء السكري، والآن أصبحت تتحصل على معدل"08" وهذا ما جعلها تعيد السنوات الدراسية، حتى أن قدرتها على المراجعة تراجعت بشكل كبير، حيث ذكرت" ماوليتش نقدر نركز مليح مع الأستاذ كي يكون يشرح" " وليت نحس بالدوخة والعيا ".

أكدت الحالة أن قبل أصابتها بالمرض كانت دائمة المشاركة وكثيرة الأسئلة حول شيء لم تفهمه " كنت ما نحشمش من الأساتذة نطرح أي سؤال حتى ولو كنت غالطة".

كما عبرت أنها فقدت كل قواها وأصبحت تحس بالتعب الشديد حتى لو حلت تمريناً واحدا فقط، كما انه يغمى عليها كثيراً سواء ا داخل القسم أو خارجه وتضيف إلى ذلك "حتى

الحفظة كنت نطير فيها وليت نحفظ سطر ننساه، وليت نعيا بزاف كي نبدأ نحفظ نحس السكر خطرات يهبط لي"، تعبر الحالة بألم شديد عن أن طاقتها استنفدت منها" وليت نحس روحي كلي خدمت أعمال شاقة طوال اليوم"، كما عبرت عن قلقها إزاء دراستها إذا بقيت بنفس النتائج.

المقابلة السابعة: معرفة مدى تأثير المرض على علاقتها بأساتذتها وزميلاتها

عند طرحنا لهذا السؤال عليها صمتت لبرهة ثم قالت:" ما شي مليحة خاصة مع الأساتذة لأنهم دائماً يقولولي أنت غبية" ، عبرت الحالة هنا بلغة شديدة الغضب كون بعض الأساتذة يرفضون ذهابها مراراً وتكراراً إلى المرحاض مع علمهم المسبق بمرضها لكنهم يعتبرون ذلك مجرد محاولة منها للهروب من الدرس، بكت الحالة هنا ثم قالت:" واش ذنبي أنا مريضة بالسكر ما نقدرش نشد روحي"

إضافة إلى ذلك أنهم يوبخونها دائما على عدم إنجازها لبعض الواجبات لأنها لم تفهم كيف تحل تلك التمارين بسبب غياباتها المتكررة وعدم قدرتها على التركيز تارة أخرى، وعبرت بقولها " هوما عمرهم ما قالوا واش صرا لي وليت كيما هاك، عمرهم ما فهموا بلي راني خطرات نقعد بالليالي في السبيطار" ، أما عن علاقتها مع أصدقائها وزميلاتها فهي ترى أنهم ينظرون إليها نظرة شفقة والبعض الأخر أصبح يبتعد عنها وكأن مرض السكري هو مرض معدي وهذا ما زاد في معاناتها.

المقابلة الثامنة: تطبيق اختبار الروشاخ .

V-1-2-4-ما يمكن استخلاصه واستنتاجه من المقابلات للحالة الثانية:

من خلال المتابعة النفسية التي استدعت إجراء عدة مقابلات وملاحظات مع (ب. صوفيا) البالغة من العمر 15 سنة وتدرس السنة 03 متوسط، تبين لنا المعاش المتدهور والمضطرب الذي تعيشه الحالة وهذا واضح من خلال عدم تقبلها وتكيفها مع مرض السكري الذي تعاني منه لما يقارب العامين، مما جعلها تعاني الأرق وفقدان الشهية في بعض الأحيان، رغم زيادة وزنها بشكل كبير لعدم التزامها في بعض المرات بالريجيم وأكلها للسكريات وعدم التزامها في مرات أخرى في أخذ حقن الأنسولين وهذا ما زاد في شعورها بالقلق والضيق نظراً لزيادة وزنها يوماً بعد يوم.

كما أننا نجدها تميل إلى الانعزال والانطواء مفاداة الدخول في علاقات حميمية مع زميلاتها كونها تشعر بالنقص والدونية خاصة كونها في مرحلة المراهقة حيث سبب لها زيادة الوزن عائق كبير في حياتها الاجتماعية.

كما أنه تطغى على الحالة ملامح اكتئابية وملامح الحزن مشاعر الإحباط بعد تدهور نتائجها الدراسية بعدما كانت تتحصل على معدلات اقل من المتوسط "12 .13" وتدنى معدلها إلى "8" مما أدى بها إلى إعادة السنوات الدراسية عدة مرات وهذا راجع للإغماءات والغيابات المتكررة عن الدروس هذا من جهة ومن جهة أخرى عدم قدرتها على حل التمارين والمراجعة في المنزل لإحساسها بالتعب والإعياء الشديد بسبب المرض وبسبب الاستشفاء تارة أخرى، حيث أن قدرتها على التركيز داخل القسم تراجعت بشكل كبير وهذا ما ترك العلاقة بينها وبين الأساتذة تضطرب بشكل كبير وهذا ما زاد في تفاقم وتدهور حالتها النفسية والدراسية.

V-2-2-التحليل الكمي و الكيفي لنتائج الحالة الثانية:

*** شرح المختصرات.**

اللوحة	الوضعية	الزمن	الاستجابة	الاستقصاء	المكان	المقررات	المضامين
I	٨	5" 1د	وجه خروف	كل اللوحة	G	F+-	Ad
	٨		نملة	الجزء الوسط	D	F-	A
	٧		فراشة	كامل اللوحة	G	F+	A
	٨		4 عينين	الفراغات البيضاء في الوسط	DDL	F+-	Ad
II	٨	20" 1د	زوج فيلة يضاربو بقرنيهم	الجزئيين الكبيرين على الجانبي	D	Kan	A
	٨		قلب أحمر	الجزء الأحمر في الأسفل	D	Fc	Ad
III	٨	15" 1د	سرطان البحر	الجزئيين الكبيرين على الجانبين	D	F-	A
	٨		وجه نملة	الجزء السفلي في الوسط	D	F-	Ad
IV	٨	10" 1د	وجه دب	كامل اللوحة	G	F+-	Ad
	٧		نملة عندها جناحين	كامل اللوحة	G	F+	A
V	٨	2" 1د	فراشة	كامل اللوحة	G	F	A
	٧		غراب	كامل اللوحة	G	F	Ad
VI	٧	56" 2د	زوج دببة صغار حاطين يدهم على خدهم	الجزء السفلي في الوسط	Dd	Ran	A
	٧		بوطو	الجزء الأوسط	D	F+	Oby
VII	٨	15" 1د	زوج قطوطة قابضين فراشة	الجزء الأعلى على الجانب	D	Ran	A

	V		زوج كلاب	الجزء الأوسط على الجانب	D	F-	A
	٨		فراشة تطير	الجزء السفلي في الوسط	D	Ran	A
VIII	٨	"10 1د	زوج نمورة طالعين للشجرة بالوردي	على الجانب	D	Ran	A
	٨		شجرة	الجزء العلوي في الوسط بالأخضر الفاتح	D	F+	Bot
	V		حصانين يشوفو في النمورة	الجزء السفلي الوردي والبرتقالي	D	Ran	A
IX	٨	"15 1د	عينين شاعلين فيهم النار	الجزء الصغير على الجانبين في الأعلى بالبرتقالي	Dd	Fclob	Hd
X	٨		هيكل عظمي	الجزء العلوي الأخضر +البرتقالي	D	F-	Anot
	٨		زوج تواما	الجزء السفلي في الوسط الوردي	D	F+	Hd
	V	41 1	هيكل عظمي وجهه مخربش	الجزء الكبير في الوسط الأسود+الوردي	D	FE	Anad
	V		ليمون اصفر	الجزء الأصفر على الجانب	D	Fc	ALI
	V		هذا الأخضر حرور	الجزء الأخضر على الجانب العلوي	D	cF	ALI

الجدول V-2-2-1-يوضح تطبيق اختبار الروشاخ للحالة الثانية.

***تشير المختصرات الموجودة في المكان والمقررات والمضامين إلى ما هو موجود في الاستقصاء.**

-الاختيار(+): كان في اللوحات: VII ، II ، VI ، VIII ، III ارتاحت لهم.

-الاختيار(-): كان في اللوحات X ، V ، IV ، I ، فيهم غموض ولم تحس بالراحة لهم.

V-2-2-2-النتائج الكمية لاختبار الروشاخ

R=26	الزمن الكلي لاختبار 11د مدة زمن الرجع 4د

المكان	المقررات	المضامين	النسب المئوية
G=06	F+=05	Hd=03	G=23.07%
D=17	F-=05	A=13	D=65.38%
Dd=02	F+-=05	Ad=04	Dd=7.69%
Dbl=01	ΣF=15	Anat=02	F+=50%
	CF=01	Obj=01	F-=50%
	Fc=02	ALIN=02	F+-=33.33%
	FE=01	RAN=06	F=57.69%
	FCLb=01		A=65.38%
			I.A=3.84%
			RC=34.61%
			TRI=0/2
			FS=6/0.5
			FMA=1+0<2

الجدول V-2-2-3-يوضح مجموع الرموز.

V-2-2-4- تحليل اختبار الروشاخ للحالة الثانية:

قدمت الحالة 26 استجابة وهي تعبر عن مردودية عقلية لا بأس بها في زمن قدره 11د وهو قصير يدل على أن الحالة كان لديها رغبة في التخلص من الاختبار بسرعة بمعدل زمن رجع قدره 4د أي ما يعادل استجابتين في اللوحات (II) (III) (IV) (V) (VI) إلى ثلاث استجابات في اللوحات (VII) (VIII) (IX) (X) عدا اللوحة الأولى التي قدمت فيها 04 استجابات.

كما أننا عند ملاحظة زمن الرجع طويل مما يدل على السيطرة الشديدة للكف، كما أنه كان لديها عجز عن إعطاء استجابات شائعة عدا واحدة مما يؤكد على وجود كف في العلاقات وفي استثمار الخيال.

كما لاحظنا أن استجابات الحالة تدل على خوف وقلق وخاصة في اللوحتين (X) (IX) التي تكررت فيها الاستجابة من نوع Anat وهذا يدل على نوع من التفريغ والقلق والانشغال على الصحة.

كما لاحظنا ظهور المقرر(Alim) في اللوحة (X) وظهورها ولو لمدة واحدة تشير إلى نكوص إلى المرحلة الفمية.

أ-من ناحية المكان:

بلغت النسبة المئوية لـ G ، 23.07 % أي أن للحالة ما يكفيها من تفكير مجرد إلا أنها جاءت مقرنة بالمقرر -+F بكثرة وهذا ما يشير إلى السطحية في التفكير ونقص في الدقة والنقد وظهرت في اللوحات (I) (IV) (V).

أما النسبة المئوية لـD فهي 65.38% يعني أن للحالة إفراط في الاعتماد على التفكير الملموس والمحسوس وظهرت في معظم اللوحات عدا اللوحة (IV) (V) كما جاء معظمها مقترن بالمقرر -F مما يدل على قص دقة الإدراك لدى الشخص.

أما Dd فظهرت بنسبة 7.69 % وهي نسبة تعد جد متدنية عن السواء وتشير إلى أن الحالة تنقصها الدقة في التفكير ونظرة غير عميقة للوحة وظهرت في اللوحة(VI) مقترنة باستجابة شائعة Ban واللوحة (IX) مصحوبة بـ FLob ونقول بأن الشكل أثر في الحالة مما أعطى استجابات تدل على قلق اتجاه أشياء مجهولة حتى مزاج الحالة في هذه اللوحة كان متغير عن باقي اللوحات، فكانت حركات متغيرة وترددات في وتيرة الكلام.

أما Dbl فظهرت في اللوحة(I) وهي تشير إلى سلوك هروبي ناتج عن صدمة البداية وظهرت نسبة 3.48% وهي تعبر عن وجود اتجاه معارض في الفرد في حد ذاته ويعني فشل في السلوكيات الدفاعية ووجود شحنة عدوانية.

ب-من ناحية المقررات:

بلغت النسبة المئوية لـ F 57.69% وهي نسبة متدنية تعني أن الحالة تعاني من نقص في استعمال القطب التكويني النشط الذي تعتمد على العقل والشكل وبالتالي الحالة تعاني من كف في القدرات العقلية وكبت في التعبير الاستهامي.

وبلغت نسبة +F 50% وهي نسبة منخفضة مما يدل على وجود اضطراب في تصورها للواقع والتكيف معه ولقد سجلت الحالة استجابة من نوع -+F بنسبة 33.33% وهذا ما يعبر عن نقص في الدقة وإلى اضطراب لظهورها في معظم اللوحات.

ج-من ناحية المضمون:

بلغت نسبة A 65.38 % وهي نسبة مرتفعة عن الحد الأعلى فلها إفراط في استعمال آلية التفكير وآفاقها ضيقة وحضور تفكير سريع وفقر في المحتوى.

لاحظنا أن H لا توجد أي نسبتها 0 % مما يشير إلى نقص الاهتمام بالحياة النفسية الداخلية، فالحالة تعاني من مشاكل في التكيف، غير أنها لم تستطيع التعبير عن القلق الذي تعاني منه إلا بنسبة I.A 3.84% وهذا الانخفاض في النسبة يدل على كف ي التعبير عن القلق وهذا نجده في حالات الانهيار وحالات الكف العصابي حيث تجسد قلقها في مرضها العضوي (مرض السكري).

نجد أن TRI تساوي 2/0 بحيث K=0 و C=0 ، فالحالة منكبة للخارج خالص، وعند مقارنتها مع FS تساوي 0/6 فنجدها تعاكس نتيجة TRI ويعني هذا أن الشخص يعاني من صراع داخلي مع ميولاتها الباطنية وما تحققه في الواقع .

ويوجد K=6 فهذا يدل على أن الحالة ليس لها غنى داخلي ولا تتحكم في حاجياتها المباشرة للإشباع ووجود FE يدل على أن القلق يسيطر على العقل عند الحاجة.

بالنسبة لقانون النضج العاطفي FMAفنجد أن CF=2 و C=0 و CF=01 أي 0+1 <2 وهذا ما يدل على أن الحالة غير ناضجة عاطفياً.

بالنسبة للاستجابة في اللوحات الملونة Rc =34.61% وهي تؤكد نتيجة Fs وتبين أن الحالة لديها صراع بين ميولاتها الباطنية وما تحققه في الواقع.

بالنسبة لاستجابات الشائعة فعددها 01 من بين 11 استجابة شائعة أي ما يعادل 9.09% وها ما يشير إلى أن الحالة تنقصها المشاركة لأفكار الآخرين مع الحاجة للاتصال.

أما من ناحية اختبار اللوحات فكان إيجابي في اللوحات (IIV) (II) (VI) (VII) (III) لأنها ارتاحت لها. وكانت باقي اللوحات (X) (V) (IV) (I) ، ولقد عبرت عنها بأنها غامضة وغير مرسومة جيداً أو لم ترتح لها.

V-2-2-5-الاستنتاج الخاص بالاختبار:

أ-على المستوى العقلي :

للحالة ما يكفيها من تفكير مجرد إلا أنه سطحي وفيه نقص من الدقة والنقد، كما أن لديها اضطراب في تصورها للواقع والتكيف معه مع فقدان الرقابة العقلية ، كما أن للحالة إفراط في استعمال آلية التفكير مع آفاق ضيقة مما يدل على الانشغال الدائم والمتواصل على وضعيتها الصحية والمدرسية.

كما أن لها تدني في الاعتماد على القطب التكويني النشيط وكف في القدرات العقلية مع نقص في الإدراك وهذا ما أثر على مردودها الدراسي.

ب-**على المستوى العاطفي:**

ليس للحالة غنى داخلي، والقلق يسيطر عليها كما أن للحالة صراع داخلي بين ميولاتها الباطنية وما تحققه في الواقع كما أنه لديها فقر على مستوى العلاقات، ويوجد لديها عدوانية مكبوتة مما يدل على عدم نضج الحياة الداخلية، فالحالة عانت من واقع أحدى اللوحات بوجود .fdob

ج-**على المستوى الاجتماعي:**

للحالة نقص في المشاركة مع ضعف في الاتصال واضطراب في التكيف مع واقعها المرضي.

V-2-2-6-ملخص حول الحالة الثانية: الحالة (ب.صوفيا) البالغة من العمر 15 سنة ،بعد المقابلات و الملاحظات التي أجريناها معها لاحظنا أن لديها عدم تقبل لوضعها المرضي بدليل عدم أخذها أحيانا لحقن الأنسولين مع عدم التزامها بالريجيم الخاص بها وهذا ما وضحته دراسة **برند 1993 Brend** (راجع ص18)، إضافة إلى أن لديها معانات نفسية كبيرة نتيجة مرورها بمرحلة المراهقة التي تتميز بالاهتمام الكبير بالصورة الجسمية وهذا المرض قد أحدث خللا كبيرا في هذه الصورة مما جعلها تشعر بالدونية واللاقيمة والنقص مع شعورها بالإحباط وهذا كان ظاهرا في سلوكاتها وتصرفاتها الانفعالية الدالة على القلق الكبير وهذا ما خلصت إليه دراسة **بليس 1971 Pless** (راجع ص19) هذا من جهة ومن جهة أخرى أثر هذا في الناحية الأكاديمية حيث كانت تتحصل على معدلات لابأس بها تتراوح بين (12-13) وتدنى هذا التحصيل إلى ما تحت المتوصل ليقارب معدل (8) كمعدل فصلي وهو مؤشر كبير على تأثير هذا المرض على الحالة.

من خلال تطبيق اختبار الروشاخ توضح لنا أن الحالة لديها إفراط في التفكير المجرد والقلق المجسد في مرضها الجسدي وهذا الإفراط الكبير راجع لتفكيرها وانشغالها المرضي مما اثر على إدراكها فهي تعاني من نقص في الإدراك الذي لاحظنا أن هذا ظهر في تدني مستواها الدراسي، إضافة إلى أن الحالة غير ناضجة وجدانيا ولقد تبين لنا ذلك من خلال عدم إتباعها للعلاج الأنسب لمرضها ورفضها لذلك(راجع ص33)، ولقد لاحظنا من خلال الاختبار الصراع الكبير الداخلي للحالة وبين ما تحققه في الواقع مما أدى إلى نقص المشاركة مع العالم الخارجي.

V-1-3-دراسة الحالة الثالثة:

-البيانات الأولية:

-الإسم: خ. فاطمة الزهراء؛

-السن: 16 سنة؛

-المستوى التعليمي: 01 ثانوي؛

-عدد الإخوة: 01 بنت؛

-نوع الاضطراب: مرض السكري؛

-صنفه : المعتمد على الأنسولين؛

-مدة الإصابة: منذ سنتين.

رقم المقابلة	تاريخ إجراؤها	المدة	الهدف منها
01	2016/02/14	30د	كسب ثقة المفحوص وجمع المعلومات الأولية؛
02	2016/02/18	45د	معرفة التاريخ الشخصي للحالة؛
03	2016/02/21	50د	معرفة التاريخ المرضي للحالة؛
04	2016/02/25	45د	معرفة تأثير مرض السكري على الناحية النفسية؛
05	2016/02/28	50د	معرفة تأثير مرض السكري على الناحية النفسية كونها في مرحلة المراهقة؛
06	2016/03/03	50د	معرفة تأثير مرض السكري على ناحية تمدرسها؛
07	2016/03/06	45د	معرفة تأثير مرض السكري على علاقتها بالأساتذة والزملاء؛
08	2016/03/10	45د	تطبيق اختبار الروشاخ.

الجدولV-1-3-1- يوضح المقابلات المجرات مع الحالة الثالثة.

V-1-3-2-السيميائية العامة للحالة الثالثة:

أ-الملمح: نشير إلى أنه في أغلب المقابلات التي أجريناها مع الحالة (خ. فاطمة الزهراء)، أنه تطغى عليها ملامح اكتئابية بوجه عابس وعينان ساقطتان للنظر في الأسفل تحاشيا إلى النظر إلينا.

ب-الهندام: الحالة من خلال معظم الجلسات المجرات معها لاحظنا أنها تميل إلى الأسود والملابس ذات الألوان الداكنة لكنها عموماً نظيفة.

ج-البنية المورفولوجية: تبلغ الحالة(خ.فاطمة الزهراء) 16 سنة ذات قامة قصيرة، غليظة العود مع تقوس على مستوى الكتفين الدال على محاولة إخفاؤها الكثير من الأمور خاصة كونها في مرحلة المراهقة، كما يشير هذا التقوس من ناحية أخرى إلى تقوقع وانطواء الحالة على ذاتها.

د-المزاج والعاطفة: تطغى عليها مشاعر الحزن والاكتئاب المختلطة بالخوف والقلق الكبير من فقدان أحد أطراف جسمها بسبب مرض السكري.

ر-الاتصال: كان صعباً في البداية، لكن بعد ذلك بدأت تجاوبها وارتياحها للتحدث بكل حرية عن آلامها وإحباطاتها.

ز-النشاط العقلي:

-اللغة: لغتها واضحة، كلمات مفهومة ومنسقة، تتكلم تارة باللغة العربية الفصحى لتبين مدى مستواها التعليمي وتارة أخرى بالعامية للتعبير أكثر عن أحزانها .

-التفكير: تفكيرها محصور ومنشغل حول وضعيتها المرضية خاصة وأن أبر الأنسولين لم تعد تعطي مفعولها كالسابق وضرورة شراء جهاز ضبط السكري.

-الذاكرة: ذاكرة قوية لتذكرها لأدق التفاصيل في حياتها خاصة مع والدتها فهي تتذكر بعض الأمور التي حصلت وفي عمرها 5 سنوات فقط.

-النشاط الحركي: قليلة جداً الحركة عند الحالة (خ. فاطمة الزهراء) مع تكرار جلوسها بوضعية جانبية في أغلب الجلسات العيادية المجرات معها.

ه-العلاقات الاجتماعية:

-العلاقة مع الوالدين والأهل: الحالة من النوع الانعزالي والانطوائي فهي تربطها علاقات جد سطحية مع أفراد أسرتها، فلدى الحالة كراس تعبر فيه عن مكبوتاتها واحباطاتها وتعتبره الصديق المخلص في حياتها.

-العلاقة مع المحيط الخارجي: علاقاتها كذلك مع صديقاتها وأساتذتها جد سطحية خاصة بعد استشفائها وإعادتها السنة مما جعلها تتقوقع على ذاتها أكثر فأكثر.

V-1-3-3-المقابلات الخاصة بالحالة الثالثة:

المقابلة الأولى: كانت بهدف إلى كسب ثقة الحالة وجمع المعلومات الأولية

حيث بدت على الحالة ملامح الخوف والقلق من خلال سلوكاتها وكانت تتحاشى النظر إلينا، كما بدأت تشبك أصابعها بشدة وجلست بوضعية جانبية فلقد كان لديها تصور أننا مجرد طبيب في أمراض السكري، لكن بعدما عرفناها بأنفسنا والدور الذي نود القيام به بدت عليها نوعا ما ملامح الارتياح، فجمعنا بعض المعلومات عنها وعن أفراد عائلتها بشكل سطحي لكسب ثقتها من أجل التجارب معنا في المقابلات القادمة وأنهينا المقابلة معها بالاتفاق على إجراء مقابلات أخرى.

المقابلة الثانية: هدفها معرفة التاريخ الشخصي للحالة (خ.فاطمة الزهراء)

فجاءتنا بوجه شاحب وعينان ساقطتان في الأرض مع خطى متثاقلة وكأنها مجبرة على المجيء إلينا كما جلست بوضعية جانبية.

فالحالة تبلغ من العمر 16 سنة تدرس السنة الأولى ثانوي، أعادت السنة مرة واحدة، يتيمة الأم، والأب كبير وطاعن في السن، لها أخت واحدة وتعتبر الحالة اكبر من أختها، تسكن الآن رفقة عمها الذي يعتبر الكفيل الوحيد بهم، أما عن علاقتها بأبيها فهي جد سطحية وكذلك باقي أسرتها (أختها وأبناء العمومة) فهي من النوع الانعزالي والانطوائي حسب ما ذكرت ابنة عمها الكبرى التي تتابع حالتها المرضية دائماً.

أما عن طفولتها فالحالة ذكرت " لا يوجد فرق بين صغري وكبري كيف كيف تعاسة وزادتها تعاسة بالمرض" فلقد كانت أمها قبل وفاتها كثيرة المرض ووالدها غير قادر على تلبية احتياجاتهم فقالت" كانوا بزاف حوايج في خطري وما درتهمش" كما عبرت بحزن شديد مع بكاء أن وفاة أمها أثر عليها كثيراً.

المقابلة الثالثة: هدفها معرفة التاريخ المرضي للحالة (خ. فاطمة الزهراء)

ليس للحالة أية سوابق مرضية قبل مرضها بداء السكري، كما أن نموها النفس جسدي كان عادياً ولم تحدث أية ناخرات حسب ما ذكرت ابنة عمها الكبرى.

أما بالنسبة لمرضها فلقد ذكرت الحالة أن وفات والدتها قبل عامين أثرت عليها وترك لها صدمة كبيرة فعبرت بقولها" ماتت أمي وخلاتني وحدي" فبكت وصمتت مطولاً، ثم ذكرت أنها لم تعرف أنها مريضة أبداً، فلقد كانت تتبول بكثرة وكان يصيبها عطش شديد دون أن تعلم ما بها حتى أغمي عليها في أحد المرات في القسم ما استدعى نقلها إلى المستشفى هناك تم تشخيصها بالسكري، مكثت هناك قرابة الأسبوع مع ضرورة أخذ حقن الأنسولين تعبر بقولها" تصدمت" وبكيت كي قالوا لي فيك السكر"

كما أن الحالة ذكرت أن هذا المرض لم يصب أي فرد من أفراد عائلتها سواء كان والديها أو أبناء العمومة، كما أن هذا المرض أستدعى أخدها للأنسولين 6 مرات وأحيانا أكثر في اليوم ، ونظرا لحالتها الصعبة نصحها الطبيب بعد دخولها للمستشفى لعدة مرات صعوبة ضبط الأنسولين رغم استخدامها له عدة مرات عديدة فنصحها بشراء جهاز يوضع على الجسم وهو المسؤول عن تنظيم السكر لديها، لكن نظراً لانتمائها لأسرة ميسورة الحال لم يستطيعوا شراء هذا الجهاز المتوفر فقط في فرنسا إضافة إلى أنه باهض الثمن.

أضافت الحالة هنا أنها تعاني من ضعف كبير على مستوى البصر بسبب السكري وهي من مضاعفاته نتيجة لصعوبة ضبط السكري في دمها، ومن جهة أخرى هي تعاني من التبول اللاإرادي ليلا وهو ما يترك آثار على الأفرشة بسبب السكر الموجود في بولها مما يستدعي أحيانا رميها لأنها تصبح صلبة أثناء نومها عليها وهذا ما زاد في آلامها النفسية

المقابلة الرابعة: حاولنا أن نتبين أثر هذا المرض على حالتها النفسية ومدى تقبلها للمرض

فعندما سألناها عن حالتها النفسية صمتت مطولاً ثم قالت "علاش أنا مرضت دون غيري" "علاش أمي ماتت وخلاتني نعاني وحدي مع هذا المرض" .

الحالة تنظر إلى نفسها نظرة نقص وعدم تقدير لذاتها بقولها" راني ناقصة كي نقارن روحي بصحاباتي" ثم صمتت مع بكاء وقالت " عندكي يا دكتور تطلبي مني تتقبل هذا المرض، لأنوا حطمني وأثر عليا بزاف" " علاش راني عايشة،وينت نبرا ونكون كيما لخرين" وكأنها في صراع داخلي بين الاستسلام لليأس وبين رغبتها الكبيرة في الشفاء.

ذكرت الحالة أنه بسبب المرض أصبحت منطوية كثيراً ولا تتكلم كثيراً مع الآخرين بقولها:" وليت نقعد وحدي ونحكي لي في خاطري بالكتبة في الكراس" تعبر الحالة عن أنها تعيش حالة من الرعب والخوف من فقدان أحد أطرافي بسبب السكري " نخاف كي نتجرح يزيد يكبر الجرح ويقطعولي يدي ولا رجلي"، تعبر الحالة عن حزنها لكونها صدمة لكونها مريضة بداء السكري.

المقابلة الخامسة: حاولنا أن نتبين أثر هذا المرض على حالتها النفسية كونها في مرحلة المراهقة.

هنا عبرت الحالة عن عدم رضاها بشكلها الجسمي بقولها" هذا المرض سمني، وليت ماشي زينة حتى واحد ما يشوف فيا"، كما أن تفكيرها الدائم بمرضها أثر عليها حتى في ناحية اهتمامها بمظهرها فتذكر "ما وليتش نهتم بروحي كيما زمان، كنت يا حسراه قبلا ما نخرج نقعد عام على المراية" " ما رانيش كيما صحاباتي يلبسو ويماكيو."

كما عبرت الحالة أنها أصبحت منعزلة كثيراً ولا تخرج للحفلات وحتى المناسبات العائلية أصبحت لا تحب حضورها بقولها " نحس روحي ناقصة، وما شي زينة" حتى أنها أصبحت ترى أن الآخرين ينظرون إليها نظرة اشمئزاز" كلي راني مذنبة كي مرضت".

المقابلة السادسة: حاولنا أن نتبين أثر المرض على ناحية تمدرسها.

هنا الحالة صمتت وتنهتت ووصفت أن أجمل شيء تحبه في الحياة هو دراستها، ومنذ أن مرضت بداء السكري تدهور تحصيلها، فلقد كانت تتحصل على معدلات 14- 15 أي معدلات جيدة وأصبحت بعد المرض لا تتعدى معدل 10 وأحيانا تتحصل على معدل 09 وهذا ما سبب إعادتها العام الفائت السنة الدراسية بسبب مكوثها في المستشفى لأكثر من أسبوعين، كما أن ذاك أثر عليها وأمضت فترة الصيف في بكاء وحزن شديد، فهي تحب دراستها كثيراً" كنت نحب نقر، وحتى لدورك، كنت باغية نولي طبيبة، بصح هذا المرض قهرني"

كما تذكر الحالة أنها أصبحت تتعب وتبدل جهداً كبيراً لكن دون جدوى فذكرت "المرض ما خلاني ندير والوا ونحس روحي عيانة بزاف" " كي نكون عيانة ما ندير والوا" تعرفي شحال كنت نحل تمارين، دورك حل تمرين واحد يتعبني".

أما من ناحية التركيز فذكرت الحالة أن تركيزها قل كثيراً بتعبيرها "وليت نحس روحي كلي راني في عالم ثاني" خاصة عند شرح الأستاذ بقولها"وليت نسها بزاف وما نقدرش نركز مليح، المرض ضعف لي ذاكراتي"، حتى من ناحية الفهم فتصف الحالة نفسها بأنها فاشلة وغبية بقولها" المرض فشلني وليت ما نفهم والو مع أن كل شيء واضح"

المقابلة السابعة: حاولنا معرفة مدى تأثير مرض السكري على علاقتها بالأساتذة وزملائها في المدرسة.

تصف الحالة أن علاقتها معهم جد سطحية خاصة مع زميلاتها " ولاو أنانيين بزاف" فهي تعبر أن صديقاتها يكونون صدقات بدافع الدراسة لا بدافع الحب، كما تضيف الحالة أن سبب الغيابات المتكررة بسبب الاستشفاء أصبحت ترى زميلاتها في فترات متباعدة وهذا ما صعب أكثر تكوين صداقات ذات علاقة قوية " كنت وحدي وهذا المرض زاد خلاني نبقى ديما نعاني وحدي إلى الأبد"

كما تذكر الحالة أن علاقاتها مع الأساتذة متغيرة ومتبدلة على حسب الأستاذ المدرس، فيوجد من يعاملها معاملة حسنة تنطوي على الشفقة على حالها والبعض يقولون لها "ما شي غير أنت وحدك لي في الدنيا لي مرضت، تهاونت ما شي بسبب المرض" تبكي هنا الحالة وتضيف" أنا نبغي القراية كلي أمي لي ماتت، ماتت أمي وزادت القراية ثاني"

المقابلة الثامنة: تطبيق اختبار الروشاخ.

V-1-3-4-ما يمكن استخلاصه واستنتاجه من المقابلات للحالة الثالثة:

من خلال المقابلات التي أجريت مع (خ.فاطمة الزهراء) البالغة من العمر 16 سنة وتدرس بالسنة أولى ثانوي اتضح لنا تدهور حالتها النفسية والصحية يوما بعد يوم وخاصة أنها تعاني ظروفا اجتماعية صعبة لكونها يتيمة الأم وتنتمي إلى أسرة ميسورة الحال ماديا، نضيف إلى ذلك معاناتها مع مرض السكري منذ سنتين مع عدم قدرتها على شراء الجهاز الخاص بضبط الأنسولين الذي نصحها به الطبيب مؤخرا نظرا لصعوبة ضبط السكر في دمها، وهدا ما جعلها تدخل في حالة اكتئاب وحزن مما تركها تعيش نوعا من الانطواء والانزواء عن باقي أفراد أسرتها وحتى عن باقي صديقاتها.

كما أنها تعايش القلق يوميا بسبب خوفها من فقدان احد أطرافها، كما أنها لم تستطع تقبل هذا المرض كونه اثر عليها في مراهقتها وفي شكلها الجسمي لأنها ترى انه زاد في وزنها وهذا ما جعلها تشعر بالنقص والدونية والإحباط نتيجة تدهور نتائجها الدراسية وتكرارها للسنة الدراسية حيث نجد أنها كانت تتحصل على معدلات جيدة (15-14) وتدهور معدلها إلى (10-9) وهذا ما تركها تعيد السنة لتدخل في دوامة من الانعزال، حتى أن نظرتها للحياة أصبحت حزينة، هذا من جهة ومن جهة أخرى أصبحت تعاني الحالة من نقص في التركيز والإحساس بالتعب والجهد الكبير لأقل مجهود ممكن، حتى أن قدرتها على المراجعة والمذاكرة تراجعت بشكل كبير وملفت للانتباه مما يؤكد التأثير الكبير لهذا المرض على نفسيتها من جهة ودراستها من جهة أخرى.

V-2-3-التحليل الكمي و الكيفي لنتائج الحالة الثالثة:

*** شرح المختصرات.**

اللوحة	الوضعية	الزمن	الاستجابة	الاستقصاء	المكان	المقررات	المضامين
I	٨	"21 2د	-خفاش	كامل اللوحة	G	F+	Ban A
II	٨	"25 3د	كنقر	الجزئيين العلويين باللون الأحمر	D	F+ -	A
	٨		زوج دببة	على الجانبين	D	F+ -	A
	٨		قلب	الجزء الأحمر السفلي	D	F -	Anat

III	٨	"20 2د	انسانين	على الجانبين	D	F+	Ban H
	٨		رئتين	الجزء السفلي في الوسط	D	F -	Anat
IV	٨	"5 1د	شجرة	كامل اللوحة	G	F+	Bot
V	٨	"27 1د	خفاش	كامل اللوحة	G	F+	Ban A
VI	٨	4د	لاشيء	/	/	/	inhibition
VII	٨	"30 2د	راس بنتين	الجزء العلوي على الجانبين	D	F+	Hd
	٨		قناع	الجزء الوسط على الجانبين	D	F+	Obj
VIII	٨	"28 2د	شجرة	الجزء العلوي الوسط باللون الأخضر	D	F+	Bot
	٨		أسدين	الجزئيين على الجانبين باللون الوردي	D	F+	A
IX	٨	1د 3د	وحيد القرن	الجزئيين العلويين على الجانبين بالبرتقالي	D	F+-	A

	٨		زوج قرودة	الجـــــزئيين على الجانبين فـــي الوســـط بالأخضر	D	F+-	A
	٨		زوج حجرات	الجزء السفلي بـــــــاللون الوردي	D	F+-	Frag
X	٨	45" 2د	زوج وردات صفرين	الجـــــــزء الأصفر على الجانبين	D	Fc	Bot
	٨		عصـــفوريـن	الجزء العلوي بـــــــاللون الأخضر	D	F-	A

الجدول V-2-3-1-يوضح تطبيق اختبار الروشاخ للحالة الثالثة.

***تشير المختصرات الموجودة في المكان والمقررات والمضامين إلى ما هو موجود في الاستقصاء.**

V-2-3-2-النتائج الكمية لاختبار الروشاخ:

R= 17	الزمن الكلي للاختبار 22د مدة زمن الرجع :5"

المكان	المقررات	المضامين	النسب المئوية
G=03	F+=08	H=01	G=17.64%
D= 14	F-=03	A=08	D=82.53%
	F+-=5	Hd=01	F+=65.62%
	ΣF=16	Anat=02	F-=26.47%
	Fc=01	Bot=02	F=94.11%
			F+-=31.25%
			H=11.76%
			A=47.05%
			I.A=5.88%
			RC=41.17%
			TRI=0/0.5
			FS=0/0

			FMA:0+0<1

الجدول V-2-3-4-يوضح مجموع الرموز.

V-2-3-5- تحليل اختبار الروشاخ للحالة الثالثة:

قدمت الحالة 17 استجابة مما يدل على كف في العمليات العقلية و في المردود العقلي، في زمن قدره 22د زمن رجع قدره 5د أي ما يعادل استجابة إلى 03 استجابات في اللوحة.
كما أننا نجد أن زمن الرجع يتراوح مابين 20" إلى 28" في اللوحات I.II.III.V.VIII أما باقي اللوحات فتراوح بين 30" إلى 1د وهو زمن رجع طويل، وهذا يعني ان الحالة عانت من واقع هذه اللوحات كما يدل على السيطرة الشديدة للكف وقد رفضت الحالة لوحة واحدة و هي اللوحة VI وهذا نوع من السلوك الهروبي من واقع هذه اللوحة وقد بقيت صامتة فيها قرابة 3د دون أن تعطي ولا استجابة حتى عند التعزيز لإعطاء استجابات أخرى كان ردها أنها لا ترى أي شئ حتى أنها عجزت عن إعطاء الاستجابات الواضحة و الشائعة و التي بلغت عند الحالة 03 استجابات شائعة فقط، مما يدل على كف في العمليات العقلية وكف في استثمار الخيال ونقص في المشاركة مع العالم الخارجي.

أ-من ناحية المكان:

بلغت النسبة المئوية لـ G 17.64 % وهي نسبة غير سوية تشير إلى سطحية ونقص في الدقة والنقد، كما أنها جاءت متبوعة بالمقرر+F وظهرت في اللوحات I.IV .V ومقترنة بالاستجابات الشائعة (Ban).

أما النسبة المئوية لـ D بلغت 82.35 % وهذا ما يدل على أن للحالة إفراط في اعتمادها على التفكير الملموس و المحسوس أي أن الحالة إذا لم يتم تقديم لها أشياء ملموسة ومحسوسة فإنها غير قادرة على الفهم وظهرت بكثرة في اللوحات II.VII.III. VII. IX.X وظهرت مقترنة بكثرة أحيانا مع -F وأحيانا أخرى مع المقرر -+F وهذا يدل على نقص دقة الإدراك لدى الشخص.

ب-من ناحية المقررات:

بلغت النسبة المئوية لـ F 94.11% وهي نسبة تفوق السواء فالحالة لديها إفراط في الاعتماد على القطب التكويني النشيط و بالتالي تعاني من كف عاطفي.

أما بالنسبة لـ +F بلغت 65.62% وهي نسبة متدنية تدل على أن للحالة تفكك في تصورها للواقع والتكيف معه، كما أنها تشير إلى أن الشخص عصابي ويعاني من اضطرابات أخرى كالقلق، وهذا ما تؤكده نتيجة -F التي بلغت نسبتها 26.47% التي تؤكد أن للحالة اضطراب مع الواقع.

لقد سجلت الحالة استجابة من نوع -+F بنسبة 31.25% وهي ما تعبر عن نقص في الدقة واضطراب لظهورها في مختلف اللوحات.

ج-من ناحية المضمون:

بلغت نسبة A 47.05% وهذا ما يشير إلى أن هناك تمييع في الاهتمامات وظهرت مصحوبة بالمقرر-F وهذا ما يدل على وجود اضطراب.

بلغت النسبة المئوية لـ H 11.76% وهذا ما يدل على أن تصور الحالة للواقع وفي تعاملها معه غير صحيح.

بلغت نسبة I.A 5.88% وهي نسبة متدنية أي أن الحالة لم تستطع التعبير عن القلق بهذه الصيغة ما يدل على وجود كف عقلي ويشير إلى أن القلق تجسد في الاضطراب العضوي (مرض السكري).

كما أن ظهور Anat في اللوحتين I.III مصحوبة بالمقرر-F يرجع إلى التعويض بعدم الكفاية العقلية والى انشغال الحالة بالصحة العامة.

نجد أن TRI نتيجة تساوي 0/0.5 بحيث K =0 و C =0.5 أي أن الحالة تميل أكثر إلى coarté وتعاني من فقر كبير على مستوى الخيال و العلاقات.

بمقارنتها مع FS والذي نتيجته تساوي 0/0 بحيث K =0 و E =0 فهذه النتيجة تؤكد نتيجة TRI فهما يسيران في اتجاه واحد.

بالنسبة لقانون النضج العاطفي FMA نجد أن FC =1، CF =0، C=0، أي حسب القانون FC > CF+ C ——— 1> 0+0 أي أن الحالة غير ناضجة عاطفياً وان صيغة النضج العاطفي لم تتحقق.

بالنسبة للاستجابة في الألواح الملونة RC بلغت 41.17% وهي تؤكد نتيجة TRI ما يدل على فقر كبير على مستوى الخيال و العلاقات وعدم نضج الحياة الداخلية للحالة.

أما من ناحية اختيار اللوحات فكان ايجابي في اللوحات X.III.II.VIII لوجود الألوان فيها ولان بعضها يعبر عن التضامن خاصة البطاقتين III.II.

رفضت الحالة بسلبية IV.V.I.VI لان فيها اللون الأسود ولا يوجد فيها ألوان، واختيار الحالة للألوان أو البطاقات الملونة يشير إلى حبها للحياة و لمشاركة الآخرين لها فالألوان تشير إلى العاطفة.

V-2-3-5-الاستنتاج الخاص بالاختبار:

أ-على المستوى العقلي:

للحالة سطحية في التفكير ونقص في الدقة والنقد ما دلت عليه المقابلات في نقص قدرتها على المراجعة والتركيز أثناء الدرس، كما أن لديها إفراط في التفكير الملموس والمحسوس، وإفراط في الاعتماد على القطب التكويني النشيط، ولديها كف في العمليات العقلية ونقص في الإدراك وهذا ما اثر على مردودها الدراسي وتدني معدلاتها الفصلية.

ب-على المستوى العاطفي:

ليس للحالة غنى داخلي ولاحظنا كف في اللوحة VI التي بقيت فيها قرابة 04دقائق دون أن تعطي ولا استجابة وهذه البطاقة تشير إلى الجنس، كما أن للحالة قلق داخلي كبير لدرجة أنها لم تستطع أن تعطي صيغة معينة مما يدل على كف عاطفي مع ميل لانطواء والانعزال حسب RC التي تشير إلى كف على مستوى الخيال والعلاقات.

ج-على المستوى الاجتماعي:

للحالة نقص كبير في المشاركة مع ضعف الاتصال واضطراب في التكيف المتمثل في الانعزال والانطواء وبداية حالة اكتئابية، فهي تعاني من اضطرابات علائقية واضحة.

V-2-3-6-ملخص حول الحالة الثالثة: الحالة (خ.فاطمة الزهراء) البالغة من العمر 16 سنة من خلال الملاحظات والمقابلات التي أجريناها معها وجدنا أنها تعاني من حالة اكتئابية وهذا ما أكده العالم روي روي Roy et Rot 1994 (راجع ص 18) متمثلة في الانعزال والانطواء نظرا لوضعيتها المرضية وهذا ما خلصت إليه دراسة برند Brend 1993 (راجع ص 18)، والتي أثرت على مردودها الدراسي حيث كانت من الممتازين بتحصيلها معدلات فصلية متداولة بين(14-15) والآن تدنت معدلاتها إلى ما تحت المتوسط بتحصيلها(9-10) وهذا ما أدى إلى إعادتها السنة الدراسية إضافة إلى معاناتها من نقص في الإدراك والانتباه والتركيز وغيرها من الاضطرابات الأخرى حيث يعتبر مرض السكري أحد الأسباب المؤثرة في تحصيلها المدرسي (راجع ص 52).

الحالة تعاني من فراغ عاطفي كبير مما كان وراء الكثير من المعانات النفسية التي تمر بها من قلق واكتئاب الذي كان سيد الموقف وكذا مشاعر النقص واليأس وهذا ما يدل على تأثير داء السكري على شخصيتها كونها في مرحلة المراهقة مما زاد الطين بله وجعلها تعيش في كبت داخلي ظاهر من خلال سلوكاتها وحتى تركيبة جسمها من خلال الصورة الجسمية (حالة الكتفين المقوستين) التي تظهر بصورة واضحة كمحاولة للغلق على نفسها فهي تميل إلى coarté .

من خلال تطبيقنا لاختبار الروشاخ توضح لنا أن للحالة كف في العمليات العقلية ونقص في الإدراك وهذا ما اثر على مردودها وتحصيلها الدراسي، كما انه ليس للحالة غنى داخلي مع فشل في سلوكاتها الدفاعية وكف في المشاعر الداخلية وهذا ما يعكس تأثير مرض السكري على نفسيتها خاصة كونها في مرحلة المراهقة فقلقها مجسد في هذا المرض مع ملاحظة عدوانية مكبوتة عن طريق ترجمتها إلى نوبات اكتئابية، بالإضافة إلى أنها تعاني من نقص في الاتصال والمشاركة التي هي بحاجة إليها.

V-1-4-دراسة الحالة الرابعة:

-البيانات الأولية:

-الاسم: م. إيمان؛

-السن: 14 سنة؛

-المستوى التعليمي: 02 متوسط؛

-عدد الإخوة: 03 ذكور ، و03 إناث؛

-نوع الاضطراب: مرض السكري؛

-صنفه: المعتمد على الأنسولين؛

-مدة الإصابة: 03 سنوات.

رقـــم	تاريخ إجراؤها	المدة	الهدف منها

المقابلة			
01	2016/02/14	30د	كسب ثقة المفحوص وجمع المعلومات الأولية؛
02	2016/02/18	45د	معرفة التاريخ الشخصي للحالة؛
03	2016/02/21	50د	معرفة التاريخ المرضي للحالة؛
04	2016/02/25	45د	معرفة تأثير مرض السكري على الناحية النفسية؛
05	2016/02/28	50د	معرفة تأثير مرض السكري على الناحية النفسية كونها في مرحلة المراهقة؛
06	2016/03/03	50د	معرفة تأثير مرض السكري على ناحية تمدرسها؛
07	2016/03/06	45د	معرفة تأثير مرض السكري على علاقتها بالأساتذة والزملاء؛
08	2016/03/10	45د	تطبيق اختبار الروشاخ

الجدولV-1-4-1-يوضح المقابلات المجرات مع الحالة الرابعة.

V-1-4-2-السيميائية العامة للحالة الرابعة:

أ-الملمح: لاحظنا عليها في معظم المقابلات الفردية التي أجريناها معها ملامح القلق والارتباك خاصة عندما يدور الحديث عن مرضها أو تحصيلها الأكاديمي.

ب-الهندام: هندام نظيف ومتناسق يدل على اهتمام الحالة بمظهرها الخارجي.

ج-البنية المورفولوجية:الحالة تبلغ من العمر 14 سنة طويلة القامة رقيقة العود تتناسب وعمرها الزمني.

د-المزاج والعاطفة:يغلب على الحالة مشاعر القلق والإحباط إزاء ما أصابها من مرض ورغبة كبيرة في العيش مثل صديقاتها الغير مريضات، تتخللها بعض المشاعر الاكتئابية.

ر-الاتصال: كانت تريد تحاشينا والتهرب منا بشتى الطرق كونها تحس بالدوخة تارة،وتارة أخرى أنها تريد الذهاب إلى المستشفى، لكن بعض كسب ثقتها أصبحت تحبذ المجيء إلى مكتبنا بغية التفريغ عن ألامها.

ز-النشاط العقلي:

-اللغة: لغتها واضحة ومفهومة وبسيطة، يغلب عليها الطابع العامي وتتخللها بين الفينة والأخرى مصطلحات بالغة العربية الفصحى وأحيانا اللغة الفرنسية.

-التفكير:لاحظنا أنها دائمة التفكير والانشغال لدرجة عدم قدرتها على النوم أحيانا خاصة في تفكيرها على الناحية الجسمية، حيث ترى أن المرض اثر فيها تأثيرا بالغا.

-الذاكرة: الملاحظ هنا أنها تتذكر لأدق التفاصيل في هذه المرحلة الخاصة بالمراهقة، خاصة عند حديثها عن إصابتها بالمرض.

- النشاط الحركي: تتميز بحركة سريعة وكبيرة وتغيير لوضعيات جلوسها مع حركة كبيرة لليدين كمحاولة لإخفاء تعابير وجهها.

ه-العلاقات الاجتماعية:

-**العلاقة مع الوالدين والأهل**: علاقتها سطحية مع إخوتها لأنها ترى أنهم يغارون منها كون أن علاقتها جد مميزة مع والديها خاصة أبوها لتفهمه وضعيتها ولأنه يحبها كثيرا وأصبح كثير الحرص على حالتها المرضية.

-**العلاقة مع المحيط الخارجي:** أصبحت الحالة منعزلة تماما عن زميلاتها وحتى أعز صديقاتها بسبب المرض، حتى عن الأساتذة أصبحت علاقتها بهم جد مضطربة بسبب تدهور نتائجها المدرسية.

V-1-4-3-المقابلات الخاصة بالحالة الرابعة:

المقابلة الأولى: كانت بهدف كسب ثقة الحالة وجمع المعلومات الأولية.

حيث بدت على الحالة ملامح الخوف والقلق من خلال جلستها الجانبية وحركة أرجلها ومحاولة إخفاء وجهها بيدها، كما بدت عليها ملامح عدم الارتياح والرغبة في عدم مواصلة الجلسة، لكن قمنا بتهدئتها عبر شرح عمل الأخصائي النفسي وما نود القيام به معها، كما حاولنا كذلك التحدث عن بعض علاقاتها بأسرتها وزميلاتها بشكل سطحي كمحاولة لكسب ثقتها، واتفقنا في الأخير على إجراء مقابلات أخرى وأبدت موافقتها على ذلك.

المقابلة الثانية: هدفها معرفة التاريخ الشخصي للحالة (م. إيمان).

هي تلميذة تبلغ من العمر 14 سنة تدرس السنة الثانية متوسط، أعادت السنة أولى مرة والسنة الثانية كذلك، هي من عائلة جيدة المدخول وتنتمي إلى أسرة مكونة من الأبوين و03 ذكور و03 إناث، وهي تحتل المرتبة الأخيرة بين إخوتها، تربطها علاقة جيدة ووطيدة مع والديها خاصة أبوها بوصفها أنه يفهمها جيدا، أما باقي إخوتها فتذكر الحالة أن علاقتها معهم متذبذبة بين الجيدة أحيانا والسيئة في الأحيان الأخرى لوصفها أنهم يغارون منها أحيانا لأن معاملة أبيهم لها جد مميزة.

لقد عبرت الحالة عن طفولتها على أنها فترة جد مميزة فهي لم تعاني فيها من أي إزعاجات أو مشاكل في هذه المرحلة، عكس هذه الفترة التي تمر بها نتيجة مرضها بالسكري.

المقابلة الثالثة: هدفها معرفة التاريخ المرضي للحالة (م. إيمان).

هنا حاولنا معرفة تاريخ إصابتها بالمرض، فكانت هنا تنهدات وتأففت قبل كلامها وقالت «هذا المرض بسم الله دمرني ودمر حياتي، راني في 03 سنين نعاني منو»، وقد ذكرت الحالة خلال هذه الجلسة الفردية أن موت ابن الجيران البالغ من العمر 5 سنوات صدمها وأثر فيها «الخلعة هي لي دارتلي السكر»، حيث ذكرت أنه بعد هذه الصدمة بـ 03 أشهر أصبحت تحس بالدوخة وأحيانا يغمى عليها في القسم، وأصبحت تكثر من شرب الماء والذهاب إلى المرحاض واعتقدت في البداية أنه مجرد برد فقط: «حسبت روحي ضاربني البرد، قاع ما جاتني فكرة أنني ممكن نكون مريضة بالسكر»، ثم أضافت أنه أغمي عليها ذات مرة في البيت واستدعى ذلك استشفاؤها لمدة أسبوع حيث تم تشخيصها بمرض السكري ويجب عليها أخذ حقن الأنسولين «تصدمت وبكيت كي قالولي لازمك تديري لانسولين دايما حسبت روحي دوك نبرا ونخرج من السبيطار».

أضافت الحالة أن والدتها مصابة أيضا بالسكري ولقد عانت ولا تزال تعاني منه لحد الآن فلقد سبب لها هذا المرض في بتر أحد أصابع يديها.

كما عبرت الحالة بقلق شديد أن هذا الأمر يزيد قلقها «هذا المرض عانيت منوا أمي وأنا ثاني راني في الطريق». كما أضافت الحالة أنها تأخذ حقن الأنسولين كل 3 إلى 4 مرات في اليوم.

تذكر والدتها أن ولادتها كانت طبيعية وأنها كانت مصابة بداء السكري في حملها بـ (م. إيمان) ولكن لم تكن تعاني هذه الأخيرة من أية سوابق مرضية سابقة.

المقابلة الرابعة: حاولنا أن نتبين أثر مرض السكري على حالتها النفسية.

عندما سألنا عن هذا الأمر قالت: «راني معمرة بزاف، بزاف حصص معايا وما يكفوش باش نفرغ واش في قلبي»، «علاه مانيش كيف الناس، كيف صحاباتي لاباس عليهم»، فلاحظنا أن لديها الإحساس والشعور بالنقص والدونية، فلقد ذكرت الحالة أن هذا المرض أصبح عائق كبير في حياتها وكأنها أصبحت مجمدة ومشغولة الفكر دائما: «بكاء، راني مدمرة، كي نقعد وحدي نفكر غير في مرضي».

كما عبرت الحالة عن قلقها الشديد وعدم تقبلها للمرض بقولها: «خطرات نأكل الحلوى والقاطو بلا ما يعرفو دارنا، وخطرات نخاف كاشما يصرالي»، «داك الأنسولين خطرات ننسا نديروا، وخطرات نتعمد ما نديروش، حتى نحس بروحي فاشلة وندوخ عاد نديروا».

كما عبرت الحالة عن خوفها الشديد من هذا المرض خاصة بعد تخويف الأطباء لها بمراقبة سقوطها أو أي جرح بها لأن ذلك يؤدي إلى قطع أحد الأطراف وهذا ما جعلها تشعر دائما بالنقص، وتشعر بالحذر والخطر الدائم، مما جعلها تقول: «وليت موسوسة على روحي، كل دقيقة نراقب جسمي»، إضافة إلى أنها عبرت عن حزنها الشديد لمصيرها بعد هذا المرض.

المقابلة الخامسة: حاولنا أن نتبين أثر هذا المرض على ناحيتها النفسية كونها في مرحلة المراهقة.

فلقد ذكرت الحالة في هذه المقابلة أنها مشوهة جسديا وأنها غير راضية على صورتها الجسدية بسبب هذا المرض، حتى أن حيويتها واهتمامها بذاتها تلاشى وانعدم تماما وتذكر الحالة هنا: «علاش مانيش كيف صحاباتي يلبسو، ضاربين الدنيا وما علابالهم بوالو»، تعبر الحالة عن مدى استيائها من وضعها الحالي، فهي تحاول دائما أن تلبس لباس يغطي كامل جسمها كي لا يروا أنها نحيفة، حتى أن بعض زميلاتها دائما يعايرونها بـ «المجاعة» عبرت الحالة عن كرهها لجسدها وحتى أن ملابسها لا تعجبها بقولها: «وليت قريب نموت بالرقوقية بسبب هذا المرض ، قلت نولي نأكل الحلويات باش نسمن شوية».

كما أضافت أن دورتها الشهرية لا تأتيها دائما، كما أنها تكره عندما تأتيها هذه الدورة لأنها ترى أنها تزيد في نقص وزنها وتزيدها تعبا ومرضا إضافة إلى مرضها بالسكري.

المقابلة السادسة: حاولنا أن نتبين أثر مرض السكري على ناحية تمدرسها.

فعبرت الحالة عن تدمرها وإحباطها الشديد إزاء تدهور نتائجها المدرسية فلقد كانت تتحصل قبل مرضها بالسكري على معدلات لا بأس بها 12-11 وتدنى تحصيلها إلى أن أصبحت تتحصل على معدلات 7-8 وهذا ما أدى إلى إعادتها السنة الأولى مرة والسنة الثانية مرة واحدة، كما أنها رغم إعادتها السنة هذه المرة تحصلت على معدل 9 من 20.

عبرت الحالة عن أن هذا المرض جعلها تفقد الوعي أحيانا في القسم وأحيانا أخرى في المنزل وهذه الإغماءات جعلتها لا تستطيع حضور بعض الحصص وبالتالي يتعذر عليها الفهم.

كما أن قدرتها على المراجعة لم تبقى كما هي، فهي دائما تحس بالتعب والفشل: «نحس روحي تعبانة فشلانة، هنا نعرف بلي السكر طلعلي»، حتى قدرتها على التركيز تدهورت فهي لا تستطيع أن تتابع مع شرح الأستاذ: «وليت نسهى بزاف»، ودائمة التفكير المنحصر حول مرضها، ذكرت الحالة هنا: «وليت نحل تمرين واحد نحس روحي بدلت جهد كبير، وليت نعيا فيسع».

عبرت الحالة في هذه الجلسة عن آمالها المستقبلية في أنها كانت تريد أن تكون أستاذة رياضيات: «كنت باغية نولي أستاذة في الرياضيات لأني كنت ندي فيها 18-17»، لكن بعد مرضها تدنى تحصيلها كثيرا في هذه المادة إلى أن أصبحت تتحصل على نقطة 6-5 يعني هبوط كبير حتى أن آمالها تحطمت، فلقد كسر هذا المرض بالنسبة لها كل شيء جميل في حياتها.

المقابلة السابعة: هدفها معرفة تأثير المرض على علاقتها بزملائها وأساتذتها.

هنا ذكرت الحالة أنها أصبحت منعزلة تماما عن زميلاتها حتى أعز صديقاتها، كون هذا المرض أبعدها عنهم بسبب الاستشفاء وبسبب انشغال أعز صديقاتها بدراستها بقولها: «وليت كي نقولهم فهموني يقولولي تدينا الوقت بزاف»، «أنا كنت نفهم خطرات ديك صاحبتي، شوفي كي مرضت تخلات عليا».

حتى أن بعض الأساتذة يصفونها بالفشل والتهاون بقولها: «يقولولي أنت متهاونة على حل التمارين، ماديريش السبة بالمرض،كيفاش باغيني نحل التمارين وأنا ما فاهمة والو» عبرت الحالة بحزن شديد إلى ما آلت إليه الأمور في علاقتها ببعض الأساتذة خاصة أن بعضهم لا يسمح لها بالخروج إلى المرحاض الذي تعتبره الحالة أمر ضروري كونها مريضة بالسكري إلا أنهم لا يتفهمونها ويؤنبونها دائما على عدم حل تمارينها رغم علمهم بأنها كانت في حالة استشفاء، فتصف الحالة علاقتها معهم بأنها جد متردية: «وليت غبية في نظرهم».

المقابلة الثامنة: تطبيق اختبار الروشاخ.

V-1-4-4-ما يمكن استخلاصه واستنتاجه من المقابلات للحالة الرابعة:

من خلال المقابلات التي أجريناها مع الحالة (م. إيمان) البالغة من العمر 14 سنة وتدرس السنة الثانية (02) متوسط، اتضح لنا أنها تعاني من معاش نفسي صعب بعد مرضها بداء السكري منذ 03 سنوات فهي تعتبره بالدرجة الأولى عقبة وحاجز لشخصيتها، مع عدم تقبلها له بعدم إتباع ريجيمها والدواء المخصص لها خاصة أنه أثر عليها نفسيا من خلال

قلقها الدائم وشعورها بالنقص والدونية لوضعها الجسمي خاصة كونها في مرحلة المراهقة التي ترى أنه بسبب مرضها نحفت كثيرا هذا من جهة، ومن جهة أخرى نتيجة علاقاتها مع الأساتذة وزميلاتها التي يصفونها دائما بالفشل والغباء وهذا ما زاد في معاناتها النفسية وجعلها تعيش إحباطا واكتئابا مستمرا من خلال شعورها بالحزن والأسى لحالتها المرضية.

كما أن إصابتها بداء السكري أثر على مردودها وتحصيلها الدراسي الذي تدهور بشكل كبير فلقد كانت تتحصل على معدلات متوسطة 11-12 وبعد إصابتها بالمرض أصبحت تتحصل على معدلات أقل من المتوسط 7-8، كما أن قدرتها على التركيز والمراجعة تراجعت بشكل كبير بسبب السهو والغيابات المتكررة والمرض تارة وبسبب الاستشفاء تارة أخرى.

V-4-2-التحليل الكمي و الكيفي لنتائج الحالة الرابعة:

*** شرح المختصرات**

اللوحة	الوضعية	الزمن	الاستجابة	الاستقصاء	المكان	المقرارات	المضامين
I	٨	"50 2 د	زوج يدين نتـــــاع إنسان	الجـزء الصـغير في الوسط	Dd	F^+	Hd
	٨		نسر	على الجانبين	D	F^+	A
II	٨	"48 1 د	حيوانين	الجـــــزئين العلـويين علـى الجـانبين بـاللون الأحمر	D	F^+	A
	٨		ذيـــــل حيوان	علـى الجـانبين الجزء الأحمر	Dd	F^-	Ad
	٨		حصانين	الجـــــزئين الكبيـرين علـى الجانبين	D	F^-	A
	٨		نسر	الجـزء الأحمـر في الأسفل	Dd	F^+	A
III	٨	"5 1 د	فراشة	الجـزء الأحمـر في الوسط	D	F^+	Ban A
	٨		ديك طالع	الجـزء العلـوي علـى الجانـب الأيمن بالأحمر	D	kan	A
	٨		ديك هابط	الجـزء العلـوي علـى الجانـب الأيسر بالأحمر	D	Kan	A
	٨		كنغر	الجـزء الكبيـر	D	F^-	A

			على الجانب الأيمن				
IV	٨	14" 3 د	يدين انتاع حيوان	الجزء الصغير على الجانبين	D	F^-	Ad
	٨		أفعى	الجزء الصغير على الجانبين	D	F^-	A
	٨		رأس أفعى	الجزء العلوي في الوسط	D	F^-	Ad
	٨		رجلين انتاع حيوان	الجزء السفلي على الجانبين	D	F^+	Ad
	٨		رجلين انتاع إنسان	الجزء السفلي في الوسط	Dd	F^-	Hd
V	٨	10" 1 د	نسر	كل اللوحة	G	F^+	A
	٨		خفاش	كامل اللوحة	G	F^+	A Ban
VI	٨	10" 1 د	نسر	الجزء العلوي في الوسط	D	F^+	A
	٨		جناحي أفعى	الجزء الجانبي	D	F^-	Ad
	٨		رأس أفعى	الجزء الصغير في الأعلى	Dd	F^+	Ad
VII	٨	30" 1 د	حمامة	الجزء العلوي على الجانب الأيمن	D	F^-	A
	٨		رأس دب	الجزء الأوسط على الجانب الأيسر	D	F^+	Ad
	٨		نسر	الجزء السفلي	D	F^+	A
VIII	٨	5" 4 د	قطة	الجزء الجانبي الوردي	D	F^+	A
	٨		فراشة	الجزء العلوي بالأخضر	D	F^+	A
	٨		فراشة	الجزء الوسط بالوردي	D	F^+	A
	٨		فراشة	الجزء السفلي الصغير باللون	Dd	F^+	A

			الوردي				
	٨	يد إنسان	الجـزء العلـوي علـى الجانـب بالأخضر الفاتح	D	F^+	Hd
	٨	فم تمساح	الجـزء الصـغير في الأعلى	Dd	F^-	Ad
	٨	تمساح	الجـزء الجـانبي فـي الوسـط بالوردي	Dd	F^-	A
	٨	فأر	الجـزء الصـغير علـى الجـانبين بالوردي	Dd	F^-	A
	٨	رجلـين انتـاع إنسان	الجـزء الصـغير فـي الوسـط بالأخضر	Dd	F^+	Hd
IX	٨	نار	الجزء البرتقالي على الجانبين	D	F^+	Ellement
	٨	ماء شلال	الفـراغ الأبـيض في الوسط	DbL	kob	Ellement
	٨	شجرتين	الجـزء الأخضـر على الجانبين	D	F^+	Bot
X	٨	عصا	الجـزء الأسـود في الأعلى	Dd	F^+	Obj
	٨	أرنب	الجـزء الأخضـر علـى الجانـب الأيمـن فـي الأعلى	D	F^-	A
	٨	نملتـين يتشاجران	الجـزء الأسـود فـي الأعلـى فـي الوسط	D	kan	A
	٨	كعالـة شـاعلة فيها نار	الجـزء الأصـفر علـى الجانـب الأيسر	D	Fclob	Ad
	٨	طـاووس ملون	الجـزء الأخضـر فـي الوسـط السفلي	D	Fc	A

	٨		نار	الجزء البرتقالي في الأسفل	Dd	F^+	Ellement
	٨		حصان	الجزء الأصفر في الأسفل	Dd	F^-	A

الجدول V-2-4-1-يوضح تطبيق اختبار الروشاخ للحالة الرابعة.

***تشير المختصرات الموجودة في المكان والمقررات والمضامين إلى ما هو موجود في الاستقصاء.**

-الاختيار(+) كان في اللوحات:(X)، (IX)، (III) لأنها بسيطة ومفهومة ولأنها تحتوي على الألوان.

-الاختيار(-) كان في اللوحات:(IV)، (VI)، (VII) لعدم وجود الألوان فيها.

V-2-4-2-النتائج الكمية لاختبار الروشاخ:

R= 42	الزمن الكلي للاختبار 20د مدة زمن الرجع : 3 د.

المكان	المقررات	المضامين	النسب المئوية
G=02	F^+=16	A=24	G= 4.76%
D=26	F^-=14	Ad=09	D= 61.90%
Dd=13	F^+=06	Hd=04	Dd= 30.95%
Dbl=01	F=36Ɛ	ellement=03	Ddl= 2.38%
	Fc=01	Bot=01	F^+= 52.77%
	Fclob=01	Obj=01	F^-= 47.22%
	Kan=03		F= 85.71%
	Kob=01		H= 0%
			A= 78.58%
			I.A= 7.14%
			TRI= $\frac{0}{0.5}$
			fs= $\frac{4}{0}$
			FMA= 0+0<1
			Rc= 45.23%

الجدول V-2-4-3-يوضح مجموع الرموز.

V-2-4-4- تحليل اختبار الروشاخ للحالة الرابعة:

قدمت الحالة 4 استجابة، ما يدل على مردودية عقلية كبيرة في زمن قدره 20دقيقة مع معدل زمن الرجع بـ 3 دقائق أي ما يعادل استجابتين في اللوحات (I)، (V) و03 استجابات في اللوحات (VI)، (VII) و(IX) إلى 4 استجابات في اللوحات (II) و(III) وأكثر من 8 استجابات في اللوحات الملونة (VIII) و(X).

وقد لاحظنا أن زمن الرجع في اللوحتين (I)، (II) تقريبا متساوي مما يعبر عن صدمة الحالة للاختبار وصدمة البداية واللون الأسود، وقد استجابت هروبا من واقع اللوحة حتى أن ملامح الحالة كانت قلقة ومضطربة من تقديم أول لوحة.

كما أن قلقها قد تجسد في هروبها إلى الفراغات البيضاء كما لاحظنا في البطاقة (IX).

أما من ناحية الاستجابات الشائعة فقط أعطت الحالة استجابتين فقط أي ما يعادل 18.18% مناسبة الاستجابات الشائعة، وهذا ما يشير إلى أن الحالة تنقصها المشاركة لأفكار الآخرين مع الحاجة للاتصال.

أ-من ناحية المكان:

بلغت نسبة G (4.76%) وهي نسبة متدنية جدا وغير سوية تشير إلى سطحية التفكير ونقص في الدقة والنقد وجاءت مقترنة بـ F^+ وباستجابة شائعة (Ban).

بلغت نسبة D (61.90%) وظهرت في معظم اللوحات أحيانا مقترنة بالمقرر F^+ وأحيانا أخرى بالمقرر F^- وهذا يشير إلى أن الحالة لها إفراط في الاعتماد على التفكير الملموس والمحسوس وظهرت في جل اللوحات.

وبلغت نسبة Dd (30.95%) وظهرت في أول لوحة مما يشير إلى سمة ميزاجية مرتبطة بالطبع وجاءت مقترنة بالمقرر F^- بكثرة مما يدل على اضطراب في العقل والعاطفة، كما تشير هذه النسبة إلى أن للحالة اضطراب في التفكير لظهورها في معظم اللوحات.

أما Dbl فبلغت نسبتها بـ 2.38% وهي تشير إلى وجود أو تجاه معارض وتواجد شحنة عدوانية تعاني الكف والكتب وظهرت في اللوحات الملونة في اللوحة (IX).

ب-من ناحية المقرارات:

بلغت نسبة F (85.71%) وهي نسبة تفوق مما يعني أن الحالة لديها إفراط في الاعتماد على القطب التكويني النشيط.

أما نسبة F^+ (52.77%) وهذه النسبة تعني أن الحالة تعاني من اضطراب في تصورها للواقع مع إمكانية ظهور نسبة عصارية.

بلغت نسبة F^- (47.22%) وهي نسبة مرتفعة كثيرا وهذا ما يؤكد نسبة F^+ في اضطراب الحالة في تصورها للواقع.

لقد سجلت الحالة استجابة من نوع F^+ بنسبة (16.66%) وهي تعبر عن نقص في الدقة ووجود اضطراب لظهورها في أكثر من لوحة.

كما أن ظهور Fclob في اللوحة (X) يدل على قلق واضح من مشيرات البقعة ككل كما أن ملامحها تغيرت بشكل مفاجئ من الابتسامة إلى ملامح عابسة.

ج-من ناحية المضمون:

بلغت النسبة المئوية لـ A (78.57%) وهي تفوق بكثير النسبة السوية مما يدل على إفراط في استعمال آلية، أي حضور سريع وفقر في المحتوى وهذا يشير إلى تطبيع للاهتمامات.

بلغت نسبة IA 7.14% وهذا الانخفاض في هذه الصيغة يدل على كف في التعبير عن القلق ونجده في حالات الانهيار وحالات الكف العصابي وفي الحالات التي يتجسد فيها القلق في المرض الجسدي.

بلغت نسبة H 0% وهي نسبة غير عادية تشير إلى نقص الاهتمام بالحياة الداخلية، فالحالة تعاني من مشاكل في التكيف وهذا ما تؤكده نسبة IA.

بتحليل نوع الرجع الخاص بـ TRI نجده يساوي 0.5/0 بحيث K=0 وC=0.5، فهذا يعني أن الحالة تميل أكثر إلى Coarté وتعاني من فقر كبير على مستوى الخيال والعلاقات.

بمقارنة TRI مع fs والذي نتيجته تساوي 0/4 أي K=0 وE=0 فهذه النتيجة تدل على أنهما يسيران في اتجاه مختلف ويشير إلى أن للحالة صراع داخلي بين ميولاتها الباطنية وما تحققه في الواقع.

بالنسبة لقانون النضج العاطفي FMA: Fc=1 وCf=0 أي C+Cf<Fc بمجموع 1>0+0 وهذا يعني أن الحالة غير ناضجة وجدانيا وتعاني من كف عاطفي.

الاستجابة في الألواح الملونة Rc بلغت نسبتها 45.23% وهذه النتيجة تؤكد نتيجة TRI ويدل على أن الحالة ليس لها نضج الحياة الداخلية.

أما من حيث اختبار اللوحات فكان إيجابي في اللوحات (III)، (IX)، (X) لأنها بسيطة ومفهومة، كما أن اختيارها للوحتين (IX) و(X) من الألواح الملونة يدل على عاطفة كبيرة ومشحونة لدى الحالة.

أما الاختبار السلبي فكان في اللوحات (IV)، (VI)، (VII) لعدم وجود الألوان فيها وهذا ما يدل على وجود اضطراب في الأب والأم في اللوحة (VIII) وهي لوحة الأمومة واللوحة (IV) وهي لوحة الأب الأولى.

V-2-4-5-الاستنتاج الخاص بالاختبار:

أ-على المستوى العقلي: تتسم الحالة بسطحية في التفكير ونقص في الدقة والنقد، وهذا الشيء أثر على مردودها الدراسي وقدرتها على التركيز أثناء الدرس، كما أن لها إفراط في التفكير الملموس والمحسوس والاعتماد على القطب التكويني النشيط، وهذا ما يدل على أن

لديها تفكير سريع وفقر في المحتوى ويشير إلى الانشغال الدائم للحالة لوضعيتها المرضية الراهنة.

ب-على المستوى العاطفي: وجود شحنات مكبوتة تعاني الكف، كما أن الحالة داخلي والقلق يسيطر على الحالة عند الحاجة وهي من نوع Coarté الذي يمتاز بفقر كبير على مستوى الخيال والعلاقات.

ج-على المستوى الاجتماعي: للحالة اضطراب في تصورها للواقع مع ضعف المشاركة والاتصال الاجتماعي كما أن لديها اضطراب في التكيف مع وضعيتها الحالية.

V-2-4-5-ملخص حول الحالة الرابعة: الحالة (م.إيمان) البالغة من العمر 14 سنة ، من خلال الملاحظات و المقابلات العيادية التي أجريناها معها تبين أنها تعاني من صعوبة في التكيف مع الوضع المرضي الذي تعاني منه وهي إحدى المراحل التي يمر بها المراهق المصاب بالسكري (راجع ص54) وقد أكدت ذلك من خلال المقابلات من خلال الفرق الذي وجدته بينها وبين صديقاتها الذين يعيشون حياة سعيدة لخلوهم من المرض، إضافة إلى شعورها بالنقص والنبذ مما جعلها تعيش حالة إحباط ومقامة نفسية كبيرة أثرت على معاشها النفسي وهذا ما ظهر من خلال سلوكاتها وتصرفاتها الانفعالية والقلق لأتفه الأسباب مع ملامح اكتئابية، هذا من جهة ومن جهة أخرى الحالة تعاني من تدني مستمر في تحصيلها الدراسي من معدلات متوسطة تتراوح بين (11-12) إلى ما تحت المتوسط (7-8) إضافة إلى تكرارها السنوات الدراسية لعدم قدرتها على التركيز والمراجعة وهذا ما أكدته دراسة كشفت نتائج دراسات كل من Dunber 1979 Swift 1967 Jochmus 1971 Bouhin 1950 Krap 1969 (راجع ص19)، إضافة إلى الانشغال الدائم بصحتها التي أثرت سلبا على شخصيتها كونها في مرحلة المراهقة وهذا ما زاد الطين بله.

من خلال تطبيقنا لاختبار الروشاخ تبين أن الحالة تتميز بسطحية في التفكير ونقص في الدقة والنقد والإفراط في التفكير المجرد مع الاعتماد على القطب التكويني النشيط، إلا أن القلق يسيطر على الحالة فهي انفعالية تدل على عدم نضج الحياة الداخلية، كما أنها تميل إلى صنف coarté إضافة إلى معاناتها من فقر كبير على مستوى الخيال والعلاقات.

V-1-5-دراسة الحالة الخامسة:

- البيانات الأولية:

-الاسم: ب. ماريا؛

-السن: 14 سنة؛

-المستوى التعليمي: 02 متوسط؛

-عدد الإخوة: 04 إناث، وذكر واحد؛

-نوع الاضطراب: مرض السكري؛

-صنفه: المعتمد على الأنسولين؛

-مدة الإصابة: منذ سنتين.

رقـــم	تاريخ	المـــدة	الهدف منهـــــــــــــــا

المقابلة	إجراؤهـــا		
01	2016/01/05	30 د	كسب ثقة المفحوص وجمع المعلومات الأولية؛
02	2016/01/12	40 د	معرفة التاريخ الشخصي للحالة؛
03	2016/01/19	40 د	معرفة التاريخ المرضي للحالة؛
04	2016/01/26	45 د	معرفة تأثير مرض السكري على الناحية النفسية؛
05	2016/02/03	35 د	معرفة تأثير مرض السكري على الناحية النفسية كونها في مرحلة المراهقة؛
06	2016/02/10	40 د	معرفة تأثير مرض السكري على ناحية تمدرسها؛
07	2016/02/17	45 د	معرفة تأثير مرض السكري على علاقتها بالأساتذة والزملاء؛
08	2016/02/24	55 د	تطبيق اختبار الروشاخ

الجدولV-1-5-1- يوضح المقابلات المجرات مع الحالة الخامسة.

V-1-5-2-السيميائية العامة للحالة الخامسة:

أ-الملامح: في بداية المقابلات العيادية التي أجريت مع الحالة لاحظنا عليها ملامح الحيرة والحزن والقلق ويتجلى هذا من خلال نظراتها الجانبية وإجاباتها المختصرة جدا.

ب-الهندام: ملابسها نظيفة ومتناسقة.

ج-البنية المورفولوجية: الحالة تبلغ من العمر 14 سنة، طويلة القامة ومتوسطة البنية، لكن عموما تتناسب وعمرها الزمني.

د-المزاج والعاطفة: لها مشاعر الحزن والقلق على حالتها المرضية وتدهور نتائجها الدراسية، كما تتميز بالعدوانية اتجاه الممتلكات في بعض الأحيان.

ر-الاتصال: كان الاتصال معها صعب في البداية، فهي لا تتكلم إلا بعد طرح الأسئلة، ولكن فيما بعد بدأت تدخل في الاتصال بسهولة.

ز-النشاط العقلي:

-اللغة: تتميز لغتها بالبساطة والسهولة ولا يظهر عليها أي غموض أو غرابة ويسيطر على كلامها العامية وبعض الكلمات بالفرنسية.

-التفكير: كثيرة التفكير والانشغال بوضعيتها الراهنة خاصة بعد إعادتها هذه السنة (السنة الثانية متوسط) بسبب مرضها في هذه الفترة وتوتر علاقتها بوالديها.

-الذاكرة: الملاحظ عليها هو تذكرها لأدق التفاصيل في أحداث حياتها خاصة مرحلة المراهقة التي تعاني فيها كثيرا من المرض وتدهور نتائجها الدراسية وغضب والديها منها بسبب تخريب ممتلكات المنزل.

-النشاط الحركي: تتميز بحركة سريعة ونشاط حركي زائد من خلال سرعة مشيها وسرعة كلامها وتتابعه واستعمال حركات الأيدي وتحريك الأشياء الموجودة أمامها.

ه-العلاقات الاجتماعية:

-العلاقة مع الوالدين والأهل: علاقتها بوالديها سيئة جدا في هذه الفترة وتصفهم بأنهما لا يفهمان مرضها ومعاناتها، أما عن علاقتها بإخوتها فهي جيدة ولكن علاقتها بأخوها الوحيد الذي تغار منه كثيرا على حسب ما لاحظنا فهي تتميز بالشجار وعدم التفاهم.

-العلاقة مع المحيط الخارجي: علاقتها مع صديقاتها سطحية، أما مع بعض الأساتذة فتتسم بالعدوانية بسبب عدم تفهمهم لوضعيتها المرضية.

V-1-5-3-المقابلات الخاصة بالحالة الخامسة:

المقابلة الأولى: كانت بهدف كسب ثقة الحالة وجمع المعلومات الأولية.

فكانت مقابلة تعارف حيث من الوهلة الأولى بدا على الحالة ملامح الحيرة والقلق وكان هذا واضح في سلوكاتها من خلال نظراتها الجانبية وإجاباتها المختصرة جدا، وهز رأسها على بعض الإجابات، فقدمنا أنفسنا للحالة التي لم تكن تعرف أي معلومات عن الأخصائي النفساني، فاستغرقنا وقت مطول في شرح عملنا وما هو دورنا، لأنها كانت تحسبنا في البداية طبيب مختص في فحص السكري فصححنا هذه النظرة لها، فارتاحت لنا وجمعنا بعض المعلومات الأولية والسطحية عن اسمها وأفراد عائلتها وترتيبها دون التعمق فيها محاولة منا لكسب ثقتها، فكانت إجابتها سطحية ولغتها مقتصرة على جمل بسيطة واتفقنا في الأخير على إجراء مقابلة أخرى.

المقابلة الثانية: هدفها معرفة التاريخ الشخصي للحالة (ب. ماريا).

هي تلميذة تبلغ من العمر 14 سنة تدرس السنة الثانية متوسط، أعادت هذه السنة للمرة الأولى، تنتمي إلى أسرة مكونة من الوالدين وذكر واحد و4 إناث، تحتل المرتبة الثالثة بين إخوتها وعائلتها لا بأس بهم ماديا.

تصنف علاقتها بوالديها بأنها جد سيئة، لأنهم لا يفهمون معاناتها خاصة مع المرض، تقول الحالة وبصوت حزين ومتأثر «يقولوا ليا روحي قلينا، أخطينا»، تصمت لمدة دقيقتين بعدها تواصل حديثها وبصوت منخفض وتقول: «نحس روحي محقورة»، سألناها لماذا؟ فأجابت: «Normalement المريض ما يعاملوهش كيما هكا، ما يحسسوهش بالمرض؟ أنا المحقورة في الدار ونبان موش بنتهم»، وعلى ما يبدوا أن هذا المرض يولد مشاعر وأفكار سلبية عند الحالة نحو ذاتها تارة ونحو المحيط الخارجي تارة أخرى.

أما عن علاقتها بإخوتها فهي جيدة إلا أخوها الوحيد الذي تغار منه كثيرا علاقتها به تتسم بالمشاجرة في كثير من الأحيان.

أما عن ولادتها فكانت عادية على حسب قول الأم وعن طفولتها فكانت جيدة عكس فترة المراهقة التي هي فيها الآن تعاني جدا بعد إصابتها بداء السكري.

المقابلة الثالثة: هدفها معرفة التاريخ المرضي للحالة.

وفي هذه المقابلة سألنا الحالة عن متى أصيبت بالمرض وما سبب إصابتها بهذا المرض حيث بدى على ملامح وجهها الضيق والقلق وأجابت أنها أصيبت بالمرض قبل سنتين بسبب هلع، تقول: «تخلعت بزاف كي شفت حادث مرور قدامي»، هذا الحادث صدمها كثيرا لكنها كبتته ولم تحكيه لأحد، بعدها بعدة شهور أصبحت الحالة تعاني من أعراض السكري لكنها لم تفهم ذلك إلا بعدما أغمي عليها، وهذا ما أستدعى نقلها إلى المستشفى، حيث تم تشخيصها على أنها مريضة بداء السكري وبقيت بمصلحة طب الأطفال قرابة 15 يوم لمحاولة ضبط السكري، ومن ذلك الوقت إلى يومنا هذا وهي تأخذ جرعات وحقنات الأنسولين 5 مرات في اليوم.

كما صرحت الحالة (ب.ماريا) بوجود سوابق وراثية عائلية لمرض داء السكري بإصابة والداها وأعمامها الأربعة وجدها وجدتها بهذا الداء، وكأن الحالة تحاول أن تبين لنا أن سبب إصابتها بداء السكري هو العامل الوراثي.

المقابلة الرابعة: حاولنا أن نتبين أثر مرض السكري على حالتها النفسية.

حاولنا أن نلمس مدى تقبل الحالة للمرض فسألناها عن كيف كان رد فعلها عند معرفتها الأولى بأنها مصابة بداء السكري، فقالت: «في الأول جاتني ماما وقالت ليا بلي البنكرياس أنتاعك حابسة، ولازم تديري هذا الدواء كل يوم الأنسولين وخلاص». صمتت مطولا وبصوت حزين ومنخفض قالت: «في الأول كانوا مهتمين بيا الوالدين، وبوقت دوايا وماكلتي، ومن بعد همشوني»، فهنا زادت حركة رجليها ويديها محاولة إخفاء تعابير وجهها، بعدها قالت: «في الأول خفت وغضبت وبكيت، ومن بعد والفت به شويا وفهمته».

ثم سألنا الحالة إن كان يؤثر هذا المرض على حالتها النفسية فقالت وهي تبكي بأنها تحس بالقلق الشديد بسببه، والعصبية لدرجة تخريب وتكسير أواني وأثاث المنزل لترتاح، وأحيانا أخرى تبكي كثيرا بسبب الممنوعات المفروضة عليها لأنها مصابة بداء السكري، تقول الحالة: «ممنوع تاكلي الحلويات، ممنوع تاكلي الطعام، ممنوع تلعبي بزاف، ممنوع تنسي الأنسولين، ...الخ»، كما عبرت عن عدم تقبلها ورفضها المطلق للمرض بقولها: «صح عندنا المرض في العايلة بصح علاش غير أنا اللي حكمني في خوتي؟ رايحة نقعد طول حياتي نعالج عليه».

سألنا الحالة عن مضاعفات داء السكري فلاحظنا بأنها تعرف بعض المضاعفات وهذا ما يخيفها ويقلقها أكثر.

المقابلة الخامسة: حاولنا أن نتبين أثر هذا المرض على ناحيتها النفسية كونها في مرحلة المراهقة.

فلقد ذكرت الحالة أنها لا ترى نفسها مثل صديقاتها اللواتي في مثل سنها، فهي أشد قلق منهم أصبحت لأتفه الأشياء تغضب وتنفعل بسبب هذا الداء والذي ولد لديها مشاعر سلبية

حول ذاتها تمثلت في الشعور بالنقص والقلق حينما قالت: «علاش أنا مارنيش كيما صحاباتي؟ ما نكذبش ليك خطرات نحاول ندير الريجيم وخطرات يغيظني الحال ونغير من صحاباتي وناكل معاهم»، وواصلت حديثها قائلة: «هذا المرض يسبب لي القلقة وكي نقلق نعرف بلي السكر راه طالع لي وراه يزيد يطلع ليا». صمتت طويلا بعدها قالت بصوت حزين: «كي نتقلق بزاف نولي عصبية نضرب ونهرس باش ديك القلقة تروح عليا وخطرات نبكي كي ما نلقى واش نكسر في الدار وإذا ما كسرت رايحة إلا حكمت خويا نضربه حتى نكسره».

وما يؤكد لنا التأثير النفسي لداء السكري على الحالة بشكل كبير في هذه الفترة هو عدم استقرار مستوى السكر في الدم والذي تتراوح نسبته ما بين 2.5-5غ، وهي نسبة مرتفعة بالرغم من تناول جرعات الأنسولين 5 مرات في اليوم. وتعاني الحالة في هذه الفترة من اضطراب الدورة الشهرية وهذا ما يزيد قلقها.

المقابلة السادسة: حاولنا أن نتبين أثر مرض السكري على ناحية تمدرسها.

سألنا الحالة عن تحصيلها الدراسي، فصمتت مطولا بعدها قالت بصوت حزين ومتأثر: «العام لي فات أثر عليا بزاف وكنت مقلقة بزاف، وكان غير طالع 3-4غ وصل حتى 5غ وكنت دايما في السبيطار وكنت نسافر لوهران باف باش نعالج». فحاولنا معرفة كيف أثر هذا المرض على دراستها ولماذا أعادت السنة الثانية متوسط؟ فردت علينا قائلة: «بسبب المرض كنت نسافر لوهران مرة في 3 شهور ونغيب 3 أيام حتى لأسبوع وكي نرجع نلاقهم فاتوني بالدروس وما نلقى اللي يفهمني وما نخدمش في الاختبار». كل هذا كان في الفصلين الأول والثاني ولكن في الفصل الثالث أصبحت لا تهتم ولا تبالي بالدراسة وتذكر الحالة: «عرفت روحي مارني منتقلة للسنة 3 متوسط، وليت عاطيتها غير للعب بـ Micro والـ Facebook والتفراج وما نبغيش نقرا».

كما أن مردودها الدراسي تدهور بشكل كبير فلقد كانت تأخذ قبل إصابتها بالمرض معدلات حسنة (20/13-20/14) لكن بعد إصابتها أصبحت تأخذ المعدل 20/11 بالنسبة لهذا الفصل الأول بالرغم من أنها معيدة هذه السنة وهذا ما يوضح ضعف الانتباه والتركيز لدى الحالة.

المقابلة السابعة: هدفها معرفة تأثير المرض على علاقتها بزملائها وأساتذتها.

هنا انفعلت الحالة كثيرا وتكلمت بلغة شديدة العدوانية والكره والحزن اتجاه أساتذة المتوسطة السابقة وذكرت: «المتوسطة موش مليحة والأساتذة نتاعها ثاني موش ملاح، كي يفوتوني الدروس ونطلب منهم يشرحوا ليا الدروس اللي فاتوني، مرات يشرحوا ليا شويا ومرات لا؟»، صمت دقيقة بعدها واصلت حديثها قائلة: «ومرات كي نجي من وهران نلقاهم داروا الفروض والأساتذة ما يبغوش يعاودوا ليا الفرض ويقولوا ليا نحسبوا ليك الفرض مع الاختبار»، ثم صمتت الحالة مطولا وتغرغرت عيناها بالدموع ثم قالت: «خطرات ماندي في الاختبار مليح ويهبط المعدل نتاعي بزاف وحتى في التقييم مايعطوش النقاط ملاح وينقصوا النقاط».

أما فيما يخص المتوسطة التي تدرس فيها الحالة الآن فهي جيدة وأساتذتها جيدون على حسب ما ذكرت الحالة: «أساتذة متوسطة الميكس يفهمونا الدرس مليح وملاح معانا خير من المتوسطة الأولى اللي كانت فيها».

أما فيما يخص علاقتها بالأصدقاء فأصبحت جد سطحية بسبب حساسيتها المفرطة.

المقابلة الثامنة: تطبيق اختبار الروشاخ.

V-1-5-4-ما يمكن استخلاصه واستنتاجه من المقابلات للحالة الخامسة:

من خلال المتابعة النفسية التي استدعت إجراء عدة مقابلات وملاحظات مع الحالة (ب. ماريا) البالغة من العمر 14 سنة، وتدرس السنة الثانية متوسط، تبين لنا المعاش النفسي المضطرب الذي تعيشه الحالة، نلمس هذا من خلال عدم تقبلها وتكيفها مع مرض السكري الذي تعاني منه لعدم التزامها في بعض المرات بالنظام الغذائي ونسيانها أخذ جرعات الأنسولين في بعض المرات وهذا ما زاد شعورها بالقلق والحزن الذي يولد لديها مشاعر النقص وأفكار سلبية حول ذاتها وحول الآخرين وهذا ما أدى إلى العدوانية الملاحظة لدى الحالة خاصة كونها في مرحلة المراهقة.

كما أنه تطغى على الحالة ملامح الحزن والانفعال بعد تدهور نتائجها الدراسية بعدما كانت تتحصل على معدلات جيدة 13-14 أصبحت تأخذ معدل 8-9 مما أدى بها إلى إعادة السنة الثانية متوسط بسبب الاستشفاء والغيابات المتكررة عن الدروس وعدم فهمها من جهة ومن جهة أخرى عدم تعاون وتفهم الأساتذة لوضعيتها المرضية وهذا ما ترك العلاقة بينها وبين الأساتذة تضطرب وهذا ما زاد في تفاقم وتدهور حالتها النفسية والدراسية.

V-2-5-التحليل الكمي و الكيفي لنتائج الحالة الخامسة:

*** شرح المختصرات**

اللوحة	الوضعية	الزمن	الاستجابة	الاستقصاء	المكان	المقررات	المضامين
I	٨	25" 2 د	لا شيء	/	/	/	Inhibition choc
II	٨	30" 5 د	حيوانين	كل اللوحة	G	F^-	A
	٨		أرنب	الجزء الجانبي الأيسر	D	F^-	A
III	٨	5" 3د	زوج مراوت متضامنين تضامن يتبرعوا بالدم	كل اللون الأسود	D	K	Ban H

	٨		دم	كل الأجزاء الحمراء الجانبية والوسط	D	C	Sg
IV	٨	25" 4د	لا شيء مع الحزن والحيرة	/	/	/	Inhibition choc
V	٨	25" 2د	فراشة	كل اللوحة	G	F^+	A Ban
	٨		إتحاد	كل اللوحة	G	kan	A
VI	٨	25" 3د	لا شيء	/	/	/	Inhibition choc
VII	٨	30" 2د	امرأتين	الثلثين الأعلى	D	F^+	H
VIII	٨	30" 1د	قط	على الجانبين (اللون الوردي)	D	F^+	A
	٨		ظل قط	اللون الرمادي الأعلى	D	E	A
IX	٨	30"	ماء	فجوة مركزية كبيرة	Dbl	kob	Elém
X	٨	1" 2د	دم	الوردي الجانبي	D	C	Sg

الجدول V-2-5-1-يوضح تطبيق اختبار الروشاخ للحالة الخامسة.

***تشير المختصرات الموجودة في المكان والمقررات والمضامين إلى ما هو موجود في الاستقصاء.**

-الاختيار (+) كان في اللوحات:II، III، V، VII، X 'عجبوني أوانها وشكلها).

-الاختيار(-) كان في اللوحاتI، IV، VI (اللون والشكل غامق وكي شغل مظلم)، VIII، IX (لونها باهت والشكل غير واضح).

V-2-5-2-النتائج الكمية لاختبار الروشاخ:

R=12	الزمن الكلي للاختبار 24د مدة زمن الرجع 3د

المكان	المقررات	المضامين	النسب المئوية
G=03	F^{+}=03	A=06	G= 27.27%
D=07	F^{-}=02	H=02	D= 63.63%
Dd=0	C=02	Sg=02	Dbl= 9.09%
Dbl=01	CF=00	Elem=01	F=45.45%
	E=01		F^{+}= 60%
	K=01		F^{-}=40%
	Kan=01		TRI= $\frac{01}{2.5}$
	Kob=01		FC= $\frac{2}{1.5}$
			Refus=03
			FMA= 0>0+2
			A= 54.54%
			H= 18.18%
			I.A= 18.18%
			Rc= 36.36%

الجدول V-2-5-3-يوضح مجموع الرموز.

V-2-5-4- تحليل اختبار الروشاخ للحالة الخامسة :

قدمت الحالة 12 استجابة في زمن قدره 24 دقيقة ومعدل زمن رجع قدره 3د أي ما يعادل استجابة إلى استجابتين في اللوحة الواحدة ولقد كانت إجابات الحالة محدودة إذا ما قورن بالوقت الكلي المستغرق في البروتكول، ويشير هذا إلى وجود كف في القدرات العقلية ظهر في عدد الاستجابات وطول أزمنة اللوحات إلى جانب عدد استجابات الرفض 3 لوحات وهي: (I)، (VI)، (IV) وصدمة الهروب من واقع اللوحة إلى الفراغ الأبيض.

نجد زمن الرجع يتراوح ما بين 25" إلى 5" وللحالة حركة بطيئة جدا في العمليات العقلية وفي استثمار الخيال وتعبر كذا عن صدمة الحالة من الاختبار خاصة في اللوحة I وIV وVI وهذا ما يدل على صدمة البداية وصدمة اللون الأسود، حتى أن ملامح الحالة كانت قلقة ومضطربة، فهنا حصل لها كف ولم تعطي أي استجابة وما نلمحه ارتفاع الزمن

الكلي للبطاقات وبالرغم من قلبهم في كل الوضعيات إلا أنها عجزت عن إعطاء أي استجابة بقولها لا أدري.

أ-من ناحية المكان:

بلغت نسبة G (27.27%) وتعد هذه النسبة عادية، فالحالة لديها ما يكفي من التفكير المجرد وظهرت أحيانا متبوعة بالمقرر F^- وهذا ما يشير إلى سطحية التفكير، نقص في الدقة والنقد، وظهرت في اللوحة II وهذا ما نجده في دراسات 1988، كريستوفر راين، وماسيمون 1984 (راجع ص 18-19)

أما نسبة D فهي (63.63%) فهذه النسبة تعد قريبة إلى السواء، فالحالة لديها ما يكفي من تفكير ملموس أو محسوس في علاقتها مع الواقع، وهذا ما يوضح استقرار الحالة بالمستوى المتوسط في تحصيلها بالرغم من أنها معيدة.

أما Dbl فبلغت نسبتها بـ 9.09% فهي تعبر عن اتجاه يعارض الفرد في حد ذاته يعني فشل في السلوكات الدفاعية ووجود عدوانية وكف داخلي فيها، وكذلك يعبر عن هروب من واقع اللوحة ووجودها يشير إلى اتجاهات معارضة للعالم الخارجي.

كما أنه لم تظهر Dd في الاستجابات مما يدل على استعمال الدقة في التفكير وهذا ما تؤكده دراسة ماسيمون (1984)، راجع الصفحة. ودراسة كريستوف راين،(راجع ص 18).

ب-من ناحية المقرارات:

بلغت نسبة F (45.45%) وهي نسبة متدنية تعني أن الحالة تعاني من نقص في استعمال القطب التكويني النشط وبالتالي قد تكون تعاني من كف في القدرات العقلية، فالحالة ضعيفة في المواد العلمية مقارنة بالأدبية.

بلغت نسبة F^+ (60%) وهي نسبة متدينة مما يشير إلى اضطراب في تصور الواقع والتكيف معه وإلى فقدان الرقابة العقلية كما لها ميولات عصابية.

بلغت نسبة F^- (40%) وهي نسبة مرتفعة هذا ما يؤكد وجود اضطراب للحالة في تصوره للواقع.

ج-من ناحية المضمون:

بلغت النسبة المئوية لـ A (54.54%) وهي نسبة مرتفعة قليلا وهذا ما يدل على أن للحالة حضور تفكير سريع وفقر في المحتوى أي ضعف في التركيز والانتباه والتذكر لدى الحالة بعد الإصابة بهذا الداء مما أدى إلى ظهور أعراض نفسية أدت إلى تدهور نتائجها الدراسية وحصولها هذه السنة على معدل متوسط بالرغم من أنها معيدة وهذا ما أشارت إليه دراسة ماسيمون (1984)، دراسة كريستوفر راين، 1988(راجع ص18).

وبلغت نسبة IA 18.18% وهي نسبة مرتفعة فهذا مما يدل على أن الحالة قلق مرتفع وهذا ما أكدته دراسة الباحث أنثوني (راجع ص18)، ودراسة ليود 2000 (راجع ص17) مما يدل على وجود عاطفة ولكنها سطحية وغير ثابتة.

بتحليل نتيجة TRI نجده يساوي 2.5/1 بحيث K=1 وC=2.5، فالحالة من النوع المنكب للخارج مزدوج، وبمقارنة TRI مع Fc والذي نتيجته تساوي 1.5/2 أي K=2 وE=1.5 فهما يسيران في اتجاه مختلف فهذا ما يدل أن للحالة صراع داخلي بين ميولاته الباطنية وما يحققه في الواقع.

بالنسبة لقانون النضج العاطفي FMA: Fc=0 وCf=0، C=2 أي 0>0+2 وهنا لم تتحقق صيغة النضج الوجداني وهذا ما يدل أن الحالة غير ناضجة وجدانيا، وظهوره في اللوحة III، X يدل على أن الحالة انفعالية عاطفية لا تتحكم في العقل وهي انفجارية عدوانية، كما أن وجود C لوحدها في اللوحة X يشير إلى أن الحالة الانفعالية العاطفية لا تتحكم في العقل وهنا العدوانية مكبوتة.

الاستجابة للألواح الملونة Rc بلغت نسبتها 36.36% وهي تقل عن نسبة السواء مما يدل على عدم نضج الحياة الداخلية لدى الحالة.

عدد الاستجابات الشائعة هي 2 من 11 استجابة مما يقدر (18.18%) وهذا ما يشير إلى أن الحالة تنقصها المشاركة لفكر المجتمع مع الحاجة للاتصال.

أما من ناحية اختبار اللوحات فكان إيجابي في اللوحات (II)، (III)، (V)، (VII)، (X) الإعجاب بألوانها وشكلها إلا اللوحة (III) فأعجبت بها على حسب قولها لأنها تعبر عن التضامن والتبرع بالدم، ورغبة الحالة في الاحتواء.

كان الاختبار السلبي في اللوحات (I)، (IV)، (VI) بحجة لونها الغامق وشكلها، تقول الحالة كي شغل مظلمين هذا اللوحات، وهذا ما يدل على صدمة اللون ورفض اللوحات الثلاث، وأيضا اللوحتين (VIII)، (XI) بحجة ألوانها الباهتة وشكلها الغير واضح.

V-2-5-5-الاستنتاج الخاص بالاختبار:

أ-على المستوى العقلي: الحالة لديها ما يكفي عن التفكير المجرد والتفكير الملموس، كما أنه لديها نقص في الاعتماد على القطب التكويني النشيط مع اضطراب في التكيف مع هذا الوضع، لاسيما بعد الإصابة بداء السكري لمسنا تدهور درجاتها في المواد العلمية خاصة بسبب الاستشفاء والغيابات المتكررة وعدم فهم الحالة لبعض الدروس بسبب انخفاض التركيز والانتباه والاسترجاع لدى الحالة.

ب-على المستوى العاطفي: للحالة قلق كبير يسيطر عليها كما لديها صراع داخلي بين الميولات وما تحققه في الواقع، فهي انفعالية وهذا ما يدل على عدم نضج الحياة الداخلية فالحالة قد عانت من واقع هذه اللوحات الذي يدل على المعاش النفسي الذي تعيشه والذي بدوره أثر على القدرات المعرفية والعقلية لدى الحالة والذي انعكس سلبا على مردودها الدراسي.

ج-على المستوى الاجتماعي: للحالة نقص في المشاركة مع ضعف في الاتصال واضطراب في التكيف وكذلك نلمس العدوانية التي تتسم بها الحالة اتجاه المحيط الخارجي بسبب شعورها بالنقص والقلق والحزن الذي انعكس سلبا على الجانب الأكاديمي لدى الحالة.

V-2-5-5-ملخص حول الحالة الخامسة: الحالة (ب. ماريا) البالغة من العمر 14 سنة، من خلال الملاحظات والمقابلات العيادية التي أجريناها معها استنتجنا أن لديها رفض مطلق للواقع المرضي الذي تعيشه وصعوبة التكيف معه، ويتضح ذلك من خلال اضطراب نسبة السكر في الدم، بسبب عدم التزامها بتناول جرعات الأنسولين في بعض الأحيان ومرات عدم التزامها بالنظام الغذائي (راجع ص33)، مما ولد لديها أفكار سلبية عن ذاتها وعن الآخرين ومشاعر النقص والقلق الشديد والحزن والتشاؤم وحتى العدوانية بسبب عدم تفهم أسرتها، وأساتذتها لوضعيتها المرضية (راجع ص53-54)

لاسيما في هذه الفترة فهي مجبرة للتعامل مع متطلبات هذه المرحلة النمائية من جهة بالإضافة إلى المشاغل الصحية التي تستلزم متابعة علاجية مستمرة، استنادا لدراسة بروش 1949(راجع ص18).

بالإضافة إلى مشكلات فهم الدروس ومتابعتها بسبب الاستشفاء والغيابات المتكررة عن الدروس والفروض أدى إلى صعوبة التركيز والتعلم والذاكرة لدى الحالة وهذا ما أدى إلى تدهور نتائجها المدرسية وإعادتها السنة وحصولها في هذا الفصل على معدل متوسط بالرغم من أنها معيدة، وهذا ما أكدته دراسة عبد الرحمن محمد النجار 1997 (راجع ص19).

ومن خلال تطبيق اختبار الروشاخ توضح لنا أن للحالة تفكير واسع وفقر في المحتوى سطحية في التفكير ونقص في الدقة والنقد، كما لديها ما يكفي من التفكير الملموس في علاقتها مع الواقع، (المستوى المتوسط في دراستها بالرغم من أنها معيدة).

كما أن لديها نقص في الاعتماد على القطب التكويني النشط واضطراب في تصورها للواقع المرضي والتكيف معه هذا ما يدل على عدم نضج الحياة الداخلية للحالة وفقر في العلاقات والاتصال والمشاركة مع الآخرين، وهذا ما أثر على الجانب النفسي والأكاديمي للحالة وأثر على مردودها الدراسي، حيث أنها أعادت السنة بعد إصابتها بهذا المرض وحصولها على معدل فصلي متوسط بالرغم من أنها معيدة وهذا ما يؤكد على الواقع المرير الذي تعيشه الحالة ولاسيما أنها أصيبت بهذا المرض في هذه الفترة.

V-1-6-دراسة الحالة السادسة:

-البيانات الأولية:

-الاسم: ب. عبد الله؛

-السن: 14 سنة؛

-المستوى التعليمي: السنة الخامسة إبتدائي؛

-عدد الإخوة: 09 إناث، و03 ذكور؛

-نوع الاضطراب: مرض السكري؛

-صنفه: المعتمد على الأنسولين؛

-مدة الإصابة: منذ سنتين.

رقم المقابلة	تاريخ إجراؤهـــا	المـــدة	الهدف منهـــــــــــــــــا
01	2016/01/19	30 د	كسب ثقة المفحوص وجمع المعلومات الأولية؛
02	2016/01/26	35 د	معرفة التاريخ الشخصي للحالة؛
03	2016/02/10	35 د	معرفة التاريخ المرضي للحالة؛
04	2016/02/17	40 د	معرفة تأثير مرض السكري على الناحية النفسية؛
05	2016/02/24	40 د	معرفة تأثير مرض السكري على الناحية النفسية كونها في مرحلة المراهقة؛
06	2016/03/02	35 د	معرفة تأثير مرض السكري على ناحية تمدرسها؛
07	2016/03/09	40 د	معرفة تأثير مرض السكري على علاقتها بالأساتذة والزملاء؛
08	2016/03/16	40 د	تطبيق اختبار الروشاخ

الجدولV-1-6-1- يوضح المقابلات المجرات مع الحالة السادسة.

V-1-6-2-السيميائية العامة للحالة السادسة

أ-الملامح: في أغلب المقابلات العيادية التي أجريت مع الحالة لاحظنا عليها ملامح الحيرة والحزن والتعب، وهذا من خلال حركاته العشوائية وعدم ثباتها، وكلامه الذي يتميز بالانفعال والإحباط على وضعيته المرضية.

ب-الهندام: ملابسه نظيفة ومرتبة.

ج-البنية المورفولوجية: الحالة يبلغ من العمر 14 سنة، قصير القامة ونحيف البنية، لا يتناسب وعمره الزمني.

د-المزاج والعاطفة: له مشاعر الحزن والانفعال على حالته المرضية وتدهور نتائجه المدرسية بسبب هذا الداء الذي يعاني منه.

ر-الاتصال: كان الاتصال معه صعب في البداية لعدم تقبل التكلم عن وضعيته والتعبير عنها بصدق وصراحة، فكان لا يتكلم إلا بعد طرح الأسئلة، ولكن فيما بعد أبدى استعدادا للمواصلة والتكلم بكل حرية وطلاقة.

ز-النشاط العقلي:

-اللغة: تتميز لغته بالبساطة والسهولة ولا يظهر عليه أي غموض أو غرابة ويسيطر على كلامه العامية.

-التفكير: كثيرة التفكير والانشغال بمرضه، خاصة بعد تدهور نتائجه الدراسية وإعادته السنة عدة مرات.

-الذاكرة: الملاحظ عليه هو تذكره لأدق التفاصيل في أحداث حياته.

-النشاط الحركي: كثير الحركة عن طريق اليدين والرجلين وتغير وضعية الجلوس من حين لآخر.

ه-العلاقات الاجتماعية:

-العلاقة مع الوالدين والأهل: فيما يخص الأم فعلاقته بها جد متينة، أما علاقته بأبيه ذكر الحالة أنه غير مبالي بهم ولا يهتم إلا بسيارته وأخوه الصغير، أما عن علاقته مع إخوته فهي عادية إلا أخوه الصغير الذي يتشاجر معه دائما وهذا يسبب الغيرة منه حيث ذكر الحالة بأن أخوه الصغير هو المحبوب في العائلة.

-العلاقة مع المحيط الخارجي: علاقته بأصدقائه سطحية، أما مع بعض الأساتذة فتتسم بالعدوانية والكره بسبب تميزيهم وعدم تفهمهم لوضعيته المرضية

V-1-6-3-المقابلات الخاصة بالحالة السادسة:

المقابلة الأولى: كانت بهدف كسب ثقة الحالة وجمع المعلومات الأولية.

فكانت مقابلة تعارف حيث من الوهلة الأولى بدا على الحالة ملامح الحيرة والخجل والقلق وكان هذا واضح في سلوكاته، حيث كان يجلس بشكل جانبي، ويحرك قدميه ويديه كثيرا وكان يتحاشى النظر إلينا.

فقدمنا أنفسنا للحالة الذي لم يكن يتذكر أي معلومات عن الأخصائي النفساني ما عملنا وما دورنا، إذ ساعدتنا والدته كثيرا التي كانت معنا وذكرته بالأخصائية النفسانية (ب.ز) التي كانت تتابعه في طفولته، بسبب خوفه من المدرسة وعدم رغبته في الذهاب إليها، وهنا ارتاحت لنا أم الحالة وشكرتنا على عملنا، وهذا ما ساعدنا على الدخول في علاقة مع الحالة، ففرح الحالة بنا وتجاوب معنا، وبعدها قمنا بجمع بعض المعلومات الأولية والسطحية عن الحالة عن اسمه، وعدد أفراد عائلته وترتيبه في العائلة، دون التعمق فيها محاولة منا لكسب ثقته فكانت إجاباته سطحية، ولغته مقتصرة على جمل بسيطة واتفقنا في الأخير على إجراء مقابلة أخرى.

المقابلة الثانية: هدفها معرفة التاريخ الشخصي للحالة (ب. عبد الله).

هو تلميذ يبلغ من العمر 14 سنة يدرس السنة الخامسة ابتدائي، كرر سنوات عدة (الثالثة والرابعة والخامسة ابتدائي)، ينتمي إلى أسرة مكونة من الوالدين، 9 إناث و3 ذكور، يحتل المرتبة العاشرة بين إخوته وعائلته تكاد تكون عديمة الدخل.

يصف علاقته بوالدته بالحميمية لأنها تكن له مودة كبيرة، أما عن علاقته بوالده فهو غير مبالي بهم ولا يهتم إلا بسيارته وأخوه الصغير، أما عن علاقته مع إخوته فهي عادية إلا أخوه الصغير الذي يتشاجر معه ولأتفه الأسباب، وذكر: «أنا مقلشتني غير أمّا وخواتي عادي، وأبّا مقلش اللوطوا نتاعو، الحاجة اللي تخسر فيها يساويها، مقلشها قاعط ما يوطا فيها، ودايما يديرليها الليسانس وينقيها ومقلش خويا الصغير اللي دايما نتفاتن معاه على حاجة وخلاص».

أما عن طفولته فلقد مر بطفولة جيدة عكس فترة المراهقة التي هو فيها الآن فهو جد متعب خاصة بعد مرضه بالسكري.

المقابلة الثالثة: هدفها معرفة التاريخ المرضي للحالة.

في هذه المقابلة سألنا الحالة عن متى أصيب بالمرض وما سبب إصابته بهذا المرض حيث بدا على ملامح وجهه الحزن والتوتر، وأجاب أنه أصيبت بالمرض منذ سنتين بسبب الهلع: «هذا المرض جاني بسبب خلعة، كان واحد الهبيل صاحبي بزاف سميتوا (ع) وكنت نلعب معاه أنا وصحابي الثانيين حتى طاح على وراه على واحد البيليا (Piellée) ونحل راسوا ومات». ثم صمت الحالة مطولا بعدها واصل حديثه: «تكلمت للحماية ورحت معاهم للغسل، وشفته كي دفنوه»، وهذا ما يؤكد أن سبب إصابته بالمرض يرجع لتعرضه لصدمة وفاجعة غير متوقعة، تمثلت في موت صديقه أمامه وبعد تعرض الحالة لهذا الحدث ظهر المرض، ومن مظاهره كثرة شرب الماء والتبول وكثرة الأكل مع ضعف جسمي والغثيان والدوار، مما جعل والدته تشك في حالته وتأخذه للمستشفى، حيث تم تشخيصه على أنه مريض بداء السكري، وبقي في المستشفى قرابة شهر أو أكثر بمصلحة طب الأطفال بأدرار لمحاولة ضبط نسبة السكر في الدم لدى الحالة، ومنذ ذلك الوقت إلى يومنا هذا وهو يأخذ جرعات وحقنات الأنسولين من 2 إلى 3 مرات في اليوم.

كانت ولادة الحالة (ب. عبد الله) طبيعية، لم يصب بأي أمراض أثناء الحمل ولم يتعرض لأي صدمات أثناء الحمل أو الولادة، أو في فترة الطفولة وهذا ما أكدته الأم من خلال كلامها، حتى هي لم تصب بأي أمراض في فترة الحمل.

المقابلة الرابعة: في هذه المقابلة حاولنا أن نتبين أثر مرض السكري على الناحية النفسية للحالة.

حاولنا أن نعرف مدى تقبل الحالة للمرض، فسألناه عن إحساسه عندما علم بمرضه فأجاب: «تما حسيت بالخوف علاه خاطر كان حدايا واحد صغير مريض بالسكري أو ما يتحركش، بصح من بعد عادي»، وهنا تدخلت أمه التي كانت معنا وقالت: «في الأول كي فقت بكيت أو ما قبلت، بصح هذي حاجة نتاع ربي والحمد لله ما صابه مرض خبيث»، وبعدها طلب الحالة وأمه من الإنقاص له من هذا الدواء (الأنسولين).

بعدها سألنا عن ماذا تتوقع أو ماذا تعرف عن هذا المرض؟ فزادت حركة رجليه ويديه محاولا إخفاء تعابير وجهه وذكر: «دروك السكر راه مليح، لكن من قبل كان يهبط ويطلع ليا بزاف، مرات ما نستعملش الدوا، أو مرات أنقصه حتى يطلع ليا السكر وندخل للسبيطار». ومن خلال حديثنا مع الحالة لاحظنا بأنه يعرف المرض، والأعراض والمضاعفات والرجيم لأنه عاش كل هذه المراحل، وهذا ما يثبت عدم تقبل الحالة للمرض، بالرغم من أنه يكبت ذلك عن الآخرين بقوله أنه لا يعاني من أي تأثيرات نفسية لهذا المرض وبأنه مقتنع بمرضه:«مشيت لشحال من طبيب، ومن بلاد لبلاد، ودرت التعيار في غرداية وقالوا لي بلي راني مريض وخلاص».

المقابلة الخامسة: معرفة مدى تأثير مرض السكري على ناحيته النفسية كونه في مرحلة المراهقة.

نلاحظ أن هذا المرض ولد لدى الحالة مشاعر النقص، فلقد ذكر الحالة أنه لم يعد مثل أقرانه: «نقصت بزاف بعد ما مرضت، حتى وليت نبان صغير، وأنا قراني راهم في المتوسطة»، صمت برهة بعدها قال: «وليت نعيا فيساع كي نكون نلعب مع صحابي»، وبصوت حزين جدا قال: «مرات نبغي لاكريم بصح نمشي غير نشوفوا من بعيد ونرجع بلا ما ناكلوا على خاطر يطلع السكر».

كما لمسنا القلق الذي يظهر على الحالة من خلال: «مرات نتقلق من روحي ومرات نتقلق من الدوا أو ما نديروش أو مرات نولي غير نزعف في الدار». ثم صمت الحالة بعدها تحدثت أمه «صح، خطرات يتقلق بزاف كي يطلع ليه السكر وأنا غير نسكت ونخليه».

أما عن مشاعر الحزن فتظهر لديه من خلال ملامحه الحزينة عند التحدث عن هذا الداء ويتجلى ذلك في: «مرات نكره من الإبرة أو ما نديرهاش ونبات هكا، ومرات ندير غير دواء العرب، ومرات ناكل على رحي لي جا»، وهذا يدل على عدم تقبله للمرض أحيانا بالرغم من محاولته إخفاء مشاعره وكبت معاناته على أساس أنه قوي وعقله متفتح.

المقابلة السادسة: حاولنا ان نتبين أثر مرض السكري على ناحية تمدرسها.

لقد سألنا الحالة عن دراسته فقال مباشرة: «راني عاودت هذا العام كي مرضت بالسكري، كنت نقرا مليح، جبت المعدل 8»، ثم صمت لمدة دقيقتين وقال بصوت حزين ومنفعل ومتأثر: «كي مرضت فوت العام اللي فات غير سبيطارات ومن طبيب لطبيب ومن بلاد لبلاد وعاودت ذاك العام». سألنا الحالة عن السنة التي كررها بسبب المرض؟ «في السنة الخامسة ابتدائي طلع ليا السكر حتى 5غ أو ما كانش عندي الدواء، كنت محبسه وشدوني 10 أيام، راح لي غير فصل واحد وعاودت هاذ السنة»، ثم صمت وذكر: «أنا قراني راهم في المتوسطة»، وهذا ما يؤكد تأثير داء السكري على الناحية الدراسية بسبب الغيابات المتكررة والاستشفاء وكذلك من حيث الشعور بالتعب والذي يظهر من خلال «نتعب فيساع أو مانقدرش نطول في المراجعة».

المقابلة السابعة: معرفة مدى تأثير مرض السكري على علاقته بالأساتذة والزملاء.

هنا الحالة انفعل كثيرا وتكلم بلغة شديدة العدوانية، والكره والغضب اتجاه بعض الأساتذة، الذين كانوا السبب في تكراره السنة الثالثة والرابعة ابتدائي قبل مرضه، بسبب

معاملتهم السيئة له والتي تمثلت في التمييز بين التلاميذ ومعاقبته والسخرية منه، مما أدى إلى عدم رغبته في الدراسة. ولكن بعد مرضه فهو يجد معلمي السنة الخامسة ابتدائي أحسن في المعاملة والتقييم إلا فيما يخص الذهاب إلى المرحاض فإنهم يرفضون: «المعلم مليح، يساعف وكل شيء بصح الماء والمرحاض والماكلة ما كانش»، وعن المدير ذكر: «المدير يزفر فيا كي نجي Rotard في الأول كنت نطول باش ندير الدواء ونطول باش نمشي للقراية والمدير يغضب مني»، أما عن علاقته بزملائه فهي سطحية بحجة أنهم ليسوا أقرانه.

المقابلة الثامنة: تطبيق اختبار الروشاخ.

V-1-6-4-ما يمكن استخلاصه واستنتاجه من المقابلات للحالة السادسة:

من خلال المتابعة النفسية التي استدعت إجراء عدة ملاحظات ومقابلات عيادية مع الحالة (ب. عبد الله) البالغ من العمر 14 سنة، ويدرس السنة الخامسة ابتدائي، اتضح لنا أنه يعاني معاش نفسي مضطرب من خلال عدم تقبله وتكيفه مع المرض، الذي يعاني منه وظهر ذلك من خلال عدم التزامه في بعض المرات بالنظام الغذائي من جهة، وعدم تناوله جرعات الأنسولين في بعض الأحيان من جهة أخرى، والإلحاح في طلب الإنقاص له من هذا الدواء أو استبداله بدواء تقليدي آخر، وهذا ما زاد شعوره بالقلق والحزن الذي ولد لديه مشاعر النقص وأفكار سلبية حول ذاته، وذلك بمقارنة نفسه بأقرانه خاصة كونه في مرحلة المراهقة.

كما أنه تطغى على الحالة ملامح الحزن والانفعال لتدهور نتائجه الدراسية بعد إصابته بهذا المرض مما أدى به إلى إعادة السنة الخامسة ابتدائي بسبب الاستشفاء والغيابات المتكررة عن الفروض والاختبارات وكذلك عدم تعاون وتفهم بعض المعلمين والمدير لوضعيته المرضية مما ترك العلاقة بينه وبين المعلمين تضطرب، وهذا ما زاد في تفاقم وتدهور حالته النفسية والدراسية.

V-1-6-1-التحليل الكمي و الكيفي لنتائج الحالة السادسة:

*** شرح المختصرات.**

اللوحة	الوضعية	الزمن	الاستجابة	الاستقصاء	المكان	المقررات	المضامين
I	V	"40 2د	قلب	أشار إلى الجزء الأسفل الوسط.	Dd	F^-	Ad
II	٨	"20 2د	دم	كل الأجزاء الحمراء	D	C	Sg
	٨		كبادي	اللون الأسود على الجانبين	D	F^-	Anat
III	٨	"8 1د	دم	اللون الأحمر على الجانبين	D	C	Sg
	٨		كلاوي	الأحمر	D	F+	Anat

			الوسط				
	٨		اللون الأسود على الجانبين السفلي	عظوما نتاع الجناب		D	F^-	Anat
IV	٨	10" 3د	/	ماعرفتهاش		/	/	Inhibition
V	٨	30" 1د	كل اللوحة	خفاش		G	F^+	A Ban
	V		كل اللوحة	فراشة		G	F^+	A Ban
VI	٨	15" 2د	الجـــزء الوســـط الأعلى	ذبابة		D	F^+ -	A
	٨		الجـــزئين الجانبين	دينـاصور		D	F^-	A
	٨		اللـــون الأســـود الأسفل	عنكبوت		D	F^-	A
VII	V	4" 1د	الثلـــث الأعلـــى الوسط	فراشة		D	F^+	A Ban
	٨		الثلثـــين الجانبين من الثلث الأول	زوج كلاب		D	F^+	A
	٨		الجـــزء العلـوي مـن	جنحـــين الحمام		Dd	F^-	Ad

			الثلث الأول الأعلى				
	٨		رأس الحمام	الجـــــزء العلـوي مـن الثلـث الأول الأسفل	Dd	F^-	Ad
VIII	٨	2" 1د	زوج ذيوبا	علـــــــى الجانبين	D	F^+	A
	٨		فراشة	الـــــوردي والبرتقـــالي في الأسفل	D	F^+	A
IX	V	15" 1د		الأسفل			A
	V		فراشة	الـــــوردي الوســـــط الأعلى	Dd	F^+_-	A
X	٨	2" 1د	عقرب	الجـــــزء الأزرق الخـــارجي الجـــــانبي الأعلى	D	F^+	A
	٨		طيور	الأصـــــفر والرمـــادي الجانبي	D	F^+_-	A

الجدول V-2-6-1-يوضح تطبيق اختبار الروشاخ للحالة السادسة.

***تشير المختصرات الموجودة في المكان والمقررات والمضامين إلى ما هو موجود في الاستقصاء.**

-الاختيار (+) كان في اللوحات: V، VII، VIII، IX، X (عجبوني ألوانها وشكلها).

الاختيار(-) كان في اللوحات: I، II، III، IV، VI (ما عجبونيش ألوانها وحتى شكلها). يبدو حزن على ملامح الحالة (ب.ع).

V-2-6-2-النتائج الكمية لاختبار الروشاخ:

R= 21	الزمن الكلي للاختبار 15د

	مدة زمن الرجع :3د

المكان	المقررات	المضامين	النسب المئوية
G=02 D=15 Dd=04	F^+=08 F^-=08 F^+=03 C=02	A=13 Ad=03 Sg=02 Anat=03	G= 9.52% D= 71.42% F=90.47% F^+= 50% F^-=50% TRI=0/3 FC=0/0 FMA= 0<CF+C, 0+0< 2 A= 76.19%

الجدول V-2-6-3-يوضح مجموع الرموز

V. تحليل النتائج:

قدمت الحالة 21 استجابة في زمن قدره 15 دقيقة ومعدل زمن الرجع قدره 3د أي ما يعادل استجابتين إلى ثلاث استجابات في اللوحة عدا اللوحة VII التي بلغت عدد الاستجابات فيها 4 استجابات وهذا ما يدل على مردودية عقلية سوية، غير أن قلة عدد الإجابات الشائعة (03) ومواظبة الحالة على المحتويات الحيوانية يوحي بنكوص هام أمام القلق الذي أثارته مادة الاختبار.

نجد زمن الرجع يتراوح ما بين "2 إلى 30" التي ظهرت في اللوحة (V) وهذا ما يدل على حركة بطيئة في العمليات العقلية والخيال وصدمة الحالة من الاختبار، حتى في الاستجابة الكلية البسيطة نلاحظ زمن رجع مطول.

كما أننا نلاحظ صدمة الحالة من الاختبار خاصة في اللوحات الأربعة الأولى، ففي اللوحة (I) أعطى الاستجابة في زمن رجعي قصير، وهذا ما يدل على صدمة البداية وذلك باتخاذه سلوك هروبي، وإجاباته على الأجزاء الصغيرة والدقيقة في اللوحة (I) بدل من الاستجابة الشاملة لكل اللوحة.

أما في اللوحات (II) و(III) حيث أعطى الاستجابات في زمن رجع مطول ما بين 8-20 وهذا ما يدل على صدمة اللون الأسود والأحمر، وقد استجاب هروبا من واقع اللوحة حتى أن ملامح الحالة كانت قلقة ومضطربة وهذا ما يدل على وجود Anat وهذا نوع من التفريغ.

كما نجد بالإضافة للعدد الإجمالي للبروتوكول إجابة إضافية في اللوحة (IV) تمثلت في (تنين) وهي جاءت في نفس اللوحة التي رفضها، حيث حاولت الحالة هنا تدارك الوضع في التحقيق إلا أن هذه الإجابة كانت مرتبطة بمحدد شكلي سلبي أين حاولت الحالة من خلالها الدفاع ضد القلق المثار في اللوحة.

أ-من ناحية المكان:

بلغت نسبة G (9.52%) وتعد هذه النسبة غير سوية، فالحالة ليس لديه ما يكفيه من التفكير المجرد، وهذا ما يؤكد أن الحالة يعاني انخفاض الذكاء ومن ضعف التركيز والانتباه، وهذا ما أدى إلى تكراره السنة عدة مرات وهذا ما أشارت إليه دراسة ماسيمون Massimo(راجع ص19)، وظهرت متبوعة بالمقرر F^+ في اللوحة (V).

أما نسبة D فهي (71.42%) وهي نسبة مرتفعة مما يدل على إفراط في اعتماد الحالة على التفكير الملموس ونظرا لاقترانها غالبا مع المقرر F^- فهذا يعني نقص قوة الإدراك لدى الحالة وظهرت في اللوحات (II)، (III)، (VI)، (VII)، (IX) والذي تؤكده أيضا دراسة بال Ball 1973 ويردلج Werdling ودراسة Massimo 1984 (راجع ص18-19).

بلغت النسبة المئوية لـ Dd (19.04%) وهي نسبة مرتفعة تستعمل كآلية دفاعية مضادة لما تثيره اللوحة ككل أي سلوك هروبي لمثيرات البقع، ونظرا لاقترانها مع المقرر F^- في اللوحات (I)، (VII)، (XI) فهي تشير إلى اضطراب في العقل والعاطفة.

ب-من ناحية المقرارات:

بلغت نسبة F (90.47%) وهي نسبة مرتفعة تدل على إفراط في اعتماد الحالة على القطب التكويني النشيط وبالتالي قد يعاني الحالة من كف عاطفي، حيث طغت المحددات الشكلية F على بروتوكول الحالة حيث كانت $F^-=F^+$؟

بلغت نسبة F^+ (50%) وهي نسبة منخفضة جدا تدل على اضطراب في تصوره للواقع والتكيف معه وهذا ما تؤكده F^- بنسبة (50%).

ج-من ناحية المضمون:

بلغت النسبة المئوية لـ A (76.19%) وهي نسبة مرتفعة جدا وهذا ما يدل على أن للحالة حضور تفكير سريع وفقر في المحتوى أي لا يوجد غنى في الأفكار لديه.

بلغت نسبة IA 23.81% وهي نسبة مرتفعة تعبر عن وجود قلق مرتفع لدى الحالة الذي بدوره يؤثر على الناحية الأكاديمية والنفسية للحالة نلاحظ من خلال المردود الدراسي المتدهور للحالة بالرغم من أنه معيد عدة مرات، وهذا ما أكدته دراسة أنثوني 1975 ودراسة Malmo 1982، ودراسات Dunber, Suift, Jochmus، (راجع ص18).

وبتحليل نتيجة TRI نجده يساوي 3/0 فهذا يدل على فقر في العلاقات وضعف الاتصال مع الوسط الذي يعيش فيه بالرغم من أن الحالة منكب للخارج خالص وهذا نجده عند الحالات التي يكون التعبير العاطفي مخفي مع تحمله حالات الضغط والوضعية المقيدة بدليل صلابة الآليات الدفاعية مع الآخرين في الوسط الذي يعيش فيه وهذا ما تؤكده نتيجة FC=0/0، فالحالة يكبت آلامه ومعاناته أمام الآخرين بدليل أنه قوي ومتفتح.

بالنسبة لقانون النضج العاطفي FMA: Fc=0 وCf=0، C=2 أي 0>2+0 وهنا لم تتحقق صيغة النضج الوجداني، يعني الحالة غير ناضجة عاطفيا، وظهوره في اللوحة III، II يدل على أن الحالة انفعالية عاطفية لا تتحكم في العقل وهي انفجارية عدوانية.

بالنسبة للاستجابة في اللوحات الملونة Rc بلغت نسبتها 28.57% وهي تقل عن نسبة السواء مما يدل على عدم نضج الحياة الداخلية لدى الحالة. فهي منكبة إلى الداخل وهي

تعاكس نتيجة TRI مما يدل على وجود صراع داخلي بين ميولاته الباطنية وما يحققه في الواقع، الحالة يتمنى أن يصبح ضابط، ولكن مع هذا الداء فإن تحصيله الدراسي في تدهور مستمر.

عدد الاستجابات الشائعة هي 3 من 21 استجابة بما يقدر (14.28%) وهذا ما يشير إلى أن الحالة ينقصه المشاركة لأفكار الآخرين مع الحاجة للاتصال.

أما من ناحية اختبار اللوحات فكان إيجابي في اللوحات (V)، (VII)، (XI) ، (X) لشكله وألوانها، وكان الاختبار السلبي في اللوحات (I)، (II)، (III)، (IV)، (VI) لصدمة اللون الأحمر والأسود، وقد عبر عنها والحزن بادي على وجهه بأنها سلبية بسبب ألوانها، وحتى شكلها.

V-2-6-5-الاستنتاج الخاص بالاختبار:

أ-على المستوى العقلي: يمتاز الحالة بضعف التفكير المجرد وعدم إدراكه الجيد للواقع وهذا ما يعكس نتائجه المتدنية جدا في المواد العلمية، وإعادته السنة عدة مرات بسببهم ولديه إفراط في استعمال التفكير المحسوس والملموس، وإفراط أيضا في الاعتماد على القطب التكويني النشط مع اضطراب في تصوره للواقع والتكيف معه، مع فقدان الرقابة العقلية ما يؤكد نقص الانتباه والتركيز لدى الحالة حتى قبل إصابته بالمرض وهذا ما كان سبب تكراره السنة عدة مرات.

ب-على المستوى العاطفي: ليس للحالة غنى داخلي، القلق يسيطر عليه كما أن للحالة صراع داخلي بين الميولات وفقر على مستوى العلاقات ولديه عدوانية يظهر من خلال كبت الحالة لمشاعره ومعاناته وعلاقاته السطحية مع أقرانه بسبب شعوره بالنقص والقلق معهم والتشاجر الدائم معهم، مما يدل على عدم نضج الحياة الداخلية، فالحالة عانى من واقع اللوحات لوجود Fclob مع وجود صدمات من الألوان.

ج-على المستوى الاجتماعي: للحالة نقص في المشاركة مع ضعف في الاتصال واضطراب في التكيف يظهر في محاولة إخفاء مشاعره ومعاناته النفسية أمام هذا الداء بالكبت والحزن الداخلي، وهذا ما زاد في تفاقم ضعف التركيز والانتباه لدى الحالة وبالتالي عدم الرغبة واضطراب علاقته بالمدير والمعلمين مما أدى إلى عدم رغبته في الدراسة.

V-2-6-6-ملخص حول الحالة السادسة : الحالة (ب. عبد الله) البالغة من العمر 14 سنة، ومن خلال المقابلات والملاحظات التي أجريناها معه استنتجنا أن الحالة غير راضي تماما عن مرضه ولديه صعوبة كبيرة في التكيف معه، وهذا ما لاحظناه من خلال عدم تناول جرعات الأنسولين في بعض الأحيان أو استبدالها بالدواء التقليدي وهذا ما يؤدي بالحالة إلى فقدان الوزن الواضح، وارتفاع نسبة السكر في الدم (راجع ص 30-31)، مما يولد لدى الحالة مشاعر النقص والقلق الشديد والضجر والملل، لاسيما في هذه المرحلة الحرجة التي يمر بها المراهق (راجع ص 40-41).

بالإضافة إلى مشكلات فهم الدروس بسبب الغيابات والاستشفاء والتي تؤدي بدورها إلى صعوبات التركيز وفهم الدروس مما يؤدي إلى انخفاض مردوده الدراسي، وهذا ما أشارت إليه دراسات Mustapha Kaita 1993،(راجع ص15)، ودراسة عبد الرحمن محمد النجار 1997(راجع ص 19).

من خلال تطبيق اختبار الروشاخ توضح لنا أن للحالة تفكير سريع وفقر في المحتوى أي لا يوجد غنى في الأفكار لديه مع ضعف التفكير المجرد الملاحظ من خلال ضعف المستوى في المواد العلمية لديه، كما لديه إفراط في استعمال التفكير المحسوس والملموس والإفراط أيضا في الاعتماد على القطب التكويني النشط، أي أن الحالة لا يستوعب الدروس جيدا إلا في حالة الاستعانة بما هو ملموس وهذا ما أشارت إليه دراسة كريستوفر راين راجع ص 19) ، وماسيمون (راجع ص 20)، واضطراب في تصوره للواقع المرضي والتكيف معه وهذا ما يدل على عدم نضج الحياة الداخلية للحالة وفقر في العلاقات والاتصال والمشاركة مع الآخرين، وهذا ما أكدته دراسة الكاتب عبد الرحمن محمد النجار 1997، (راجع ص 19).

V-7-1-دراسة الحالة السابعة:

-البيانات الأولية:

-الاسم: ف.عبد الرحيم؛

-السن: 17 سنة؛

-المستوى التعليمي: السنة الرابعة متوسط؛

-عدد الإخوة: 03 إناث، و02 ذكور؛

-نوع الاضطراب: مرض السكري؛

-صنفه: المعتمد على الأنسولين؛

-مدة الإصابة: منذ سنتين.

رقم المقابلة	تاريخ إجراؤها	المدة	الهدف منها
01	2016/01/19	30 د	كسب ثقة المفحوص وجمع المعلومات الأولية؛
02	2016/01/26	30 د	معرفة التاريخ الشخصي للحالة؛
03	2016/02/03	35 د	معرفة التاريخ المرضي للحالة؛
04	2016/02/14	30 د	معرفة تأثير مرض السكري على الناحية النفسية؛
05	2016/02/21	30 د	معرفة تأثير مرض السكري على الناحية النفسية كونه في مرحلة المراهقة؛
06	2016/02/23	35 د	معرفة تأثير مرض السكري على ناحية تمدرسه؛
07	2016/02/28	40 د	معرفة تأثير مرض السكري على علاقته بالأساتذة والزملاء؛
08	2016/03/01	45 د	تطبيق اختبار الروشاخ.

الجدولV-1-7-1-يوضح المقابلات المجرات مع الحالة السابعة.

V-1-7-2-السيميائية العامة للحالة السابعة:

أ-الملامح: في أغلب المقابلات العيادية التي أجريت مع الحالة لاحظنا عليه ملامح والحزن والقلق، لاسيما عند التحدث عن مرضه ومعاناته مع هذا المرض بالرغم من أنه مجبر على تقبل هذا المرض، يضع نظارات بسبب ضعف النظر لديه.

ب-الهندام: ملابسه نظيفة ومتناسقة.

ج-البنية المورفولوجية: الحالة يبلغ من العمر 17 سنة، ذو قامة متوسطة، ونحيف البنية، لكن عموما تتناسب وعمره الزمني.

د-المزاج والعاطفة: له مشاعر الحزن والإحباط والقلق على حالته المرضية وتدهور نتائجه المدرسية.

ر-الاتصال: كان الاتصال معه صعب في البداية لعدم تقبل التكلم عن وضعيته والتعبير عنها، ولكن فيما بعد أبدى استعدادا للمواصلة والتكلم بكل حرية وطلاقة.

ز-النشاط العقلي:

-اللغة: تتميز لغته بالبساطة والسهولة ولا يظهر عليه أي غموض أو غرابة وكلامه كان مختلط بين اللغة العربية تارة والعامية تارة أخرى.

-التفكير: كثيرة التفكير والانشغال بوضعيته الراهنة، خاصة بعد تدهور نتائجه الدراسية وإعادته السنة عدة مرات.

-الذاكرة: الملاحظ عليه هو تذكره لأدق التفاصيل في أحداث حياته التي مر بها في طفولته أو في مرحلة المراهقة.

-النشاط الحركي: يبدوا الحالة متباطئ حركيا بسبب إحباطه من مرضه.

ه-العلاقات الاجتماعية:

-العلاقة مع الوالدين والأهل: تربطه علاقة وطيدة مع والديه وخاصة الأم التي كانت تهتم به كثيرا وبمرضه وبأكله أما عن علاقته مع إخوته فهي جيدة.

-العلاقة مع المحيط الخارجي: علاقته بأصدقائه فهي جيدة لاسيما بعدما عرفوا بمرضه، أما بعض الأساتذة فهي تتسم بالعدوانية لعدم تفهمهم لوضعيته المرضية

V-1-7-3-المقابلات الخاصة بالحالة السابعة:

المقابلة الأولى: كانت بهدف كسب ثقة الحالة وجمع المعلومات الأولية.

فكانت مقابلة تعارف حيث من الوهلة الأولى بدا على الحالة بعض الخجل والقلق وكان هذا واضح في سلوكاته، من خلال إبعاده الكرسي عن المكتب وتحاشي النظر إلينا وهو يتحدث، فقدمنا أنفسنا للحالة الذي لم يكن يعرف أي معلومات عن الأخصائي النفساني، فبدأنا تواصلنا معه بشرح عملنا، وما هو دورنا وما نود القيام به معه وهنا ابتسم الحالة وأعجب بدورنا ووافق على إجراء المقابلات الأخرى معنا.

في هذه المقابلة جمعنا بعض المعلومات الأولية والسطحية عن اسمه وأفراد عائلته وترتيبه دون التعمق فيه محاولة منا لكسب ثقته فكانت إجاباته سطحية ومختصرة.

المقابلة الثانية: هدفها معرفة التاريخ الشخصي للحالة (ف. عبد الرحيم).

هو تلميذ يبلغ من العمر 17 سنة، يدرس السنة الرابعة متوسط، أعاد السنة الثالثة والرابعة متوسط مرة واحدة، ينتمي إلى أسرة مكونة من الوالدين، و5 إخوة، 3 إناث و2 ذكور، يحتل المرتبة الأخيرة بين إخوته، وعائلته مشهورة بأدرار وذات دخل ممتاز ماديا.

يصف علاقته بوالديه بأنها جد متينة، فقال: «يعاملوني مليح وعادي كيما خوتي بالرغم من مرضي ودايما مايحسونيش بالمرض»، أما عن علاقته بإخوته فهي جيدة.

أما فيما يخص طفولته فكانت جيدة ومتميزة إلا مشكلة واحدة تذكرها الحالة، وأحس بالحزن بعدها وقال بصوت حزين ومتأثر: «نعقل واحد النهار كنت نلعب فوق السرير ودخت وطحت من السرير على راسي وجاتني الضربة قوية ودخلت للسبيطار وشحال وأنا نعالج، كان في عمري 5 سنين».

أما فترة المراهقة التي هو فيها الآن فيراها جد متعبة بسبب مرضه المكتوب عليه وإعادته السنة عدة مرات في هذه المرحلة بسبب هذا المرض.

المقابلة الثالثة: هدفها معرفة التاريخ المرضي للحالة.

وفي هذه المقابلة سألنا الحالة عن متى أصيب بالمرض وما سبب إصابته بهذا المرض وعند سؤالنا للحالة صمت مطولا وبدت عليه ملامح الحزن والقلق والتوتر، وبعدها أجاب بأنه أصيب بهذا المرض منذ 5 سنوات بسبب هلع، وهنا الحالة صمت مطولا وبصوت منخفض وحزين، قال: «مرضت بهاذ المرض ملي كان في عمري 12 سنة، وسبتي قاع غير خلعة»، ونظرا لتأثره الكبير صمت مرة أخرى والدموع تملئ عينيه، بعدها شجعناه على مواصلة الحديث، فقال: «كنا في زيارة الرقاني وذاك النهار كان البارود ومن بعد جاءت قرصة البارود وأنا كنت ساهي وتخلعت بزاف»، وعلى حسب تصريح الحالة أنه بعد تعرضه لهذا الحادث ظهر المرض، ومن مظاهره كثرة شرب الماء والتبول، وكثرة الأكل والغثيان والدوار، وهذا ما استدعى نقله إلى المستشفى حيث تم تشخيصه على أنه مريض بداء السكري وبقي في المستشفى بمصلحة طب الأطفال قرابة أسبوعين لمحاولة ضبط مستوى السكر في الدم ومنذ ذلك الوقت إلى يومنا هذا وهو يأخذ حقنات الأنسولين 4 مرات في اليوم.

كانت ولادة الحالة (ف. عبد الرحيم) طبيعية لم يصاب بأي أمراض أثناء الحمل ولم يتعرض لأي صدمات أثناء الحمل أو الولادة إلا في فترة الطفولة التي تعرض فيها لحادث مرير، أما عن الأم فلم تصاب بأي أمراض في فترة الحمل.

كما صرح الحالة (ف. عبد الرحيم) بوجود سوابق وراثية عائلية لمرض داء السكري كإصابة عمته وجده وجدته بهذا الداء.

المقابلة الرابعة: في هذه المقابلة حاولنا أن نتبين أثر مرض السكري على الناحية النفسية للحالة.

فحاولنا أن نلمس مدى تقبل الحالة للمرض، فسألناه عن كيف كان رد فعله عند الإعلان عن المرض فقال: «دورك والفت المرض ومكتوب عليا ولازم نتقبلوا»، فأعدنا عليه السؤال فرد علينا؛ بأنه عادي ولم يعاني من هذا المرض وبأنه راضي بالقضاء والقدر، فأعدنا سؤاله بطريقة غير مباشرة عن معاناته النفسية مع المرض، فصرح الحالة: «نحس مرات بالقلق والحزن من هاذ المرض»، فسألناه كيف ذلك فذكر: «مرات يغيظني الحال ما نقدش ناكل كل شي، أوما نقد نلعب كل شي وكاين بزاف الممنوعات عليا»، وسكت الحالة والحزن بادي على وجهه بالرغم من محاولته إخفاء مشاعره ومعاناته النفسية أمام هذا المرض. كما عبر الحالة عن قلقه وخوفه من مضاعفات هذا المرض، فسألنا إن كان يعرف مضاعفات المرض، فقال: «هو مرض يؤثر على العينين والأرجل والقلب ... الخ، إذا لم يتم إتباع الأدوية والأكل بانتظام». ثم صمت وأراد الخروج.

المقابلة الخامسة: معرفة مدى تأثير مرض السكري على ناحيته النفسية كونه في مرحلة المراهقة.

فسألناه عن معاناته النفسية من هذا المرض في هذه المرحلة فذكر بتردد: «مرات يغيظني الحال ما نقدش ناكل كل شي وحتى صحابي علابالهم بمرضي أو ما ولاوش ياكلوا حدايا ويشفقوا عليا». ويلاحظ الحالة بأن هذا المرض يمنعه من السهر والتنزه وتبادل أطراف الحديث مع أصدقائه وهذا ما جعله يعيش في عزلة.

وبعدها حاولنا معرفة إذا كانت نسبة السكر في الدم متوازنة في هاته المرحلة أم لا؟ فأجاب الحالة: «في الأول ماكانش مستقر مرات يطلع حتى 3-4غ ومرات يهبط، وكنت ندخل للسبيطار بزاف، ومرات ما نشبعش الريجيم وناكل مع صحابي ونسهم معاهم ودروك لاباس شويا راني والفت». ثم صمت مطولا وعبر بحزن واستغراب: «شحال من مرة يهبط ليا كي نتمشى بزاف مع صحابي أولا كي نستحم؟ تعرفي تعرفي نبغي نبان مليح بين صحابي بصح وقيلا السخانة بزاف تهبط السكر، واحد المرة دخلت في غيبوبة ودخلت للسبيطار»، هذا ما يوضح أن لدى الحالة مشاعر النقص والحزن والإحباط في هاته المرحلة بسبب هذا الداء.

المقابلة السادسة: حاولنا أن نتبين أثر مرض السكري على ناحية تمدرسها.

سألنا الحالة عن تأثير هذا المرض على مردوده الدراسي فصمت مطولا ثم نظر إلينا بحزن وإحباط بسبب تدهور نتائجه الدراسية بشكل كبير عما كانت عليه من قبل الإصابة بالمرض فقال: «في الابتدائية كنت ندي 10/08 وكنت في المراتب الأولى، بصح بعد المرض وليت غير نعاود في السنة». سألناه كيف أثر عليه المرض فأكد لنا ذلك من حيث شعوره بالتعب ومشكلات فهم الدروس بسبب الغيابات والاستشفاء أحيانا، وأحيانا أخرى بسبب اللعب والتمرد على الأساتذة السيئين.

فعبر الحالة عن التأثيرات السلبية للمرض على الناحية الدراسية من خلال قوله: «المرض يخليني مرات نعيا فيساع أو ما نحلش الواجبات والتمارين»، وأضاف قائلا: «ما نفهمش قاع الدروس على جال الغيابات، كنت نتغيب بزاف بسبب المواعيد مع الطبيب الأخصائي في الجزائر باش نعالج وباش السكر ينتظم ليا». وذكر أيضا: «عندي موعد مع

الطبيب كل مرة في 3 شهور، بسيف عليا نتغيب مرات 4 أيام، ومرات أسبوع ويفوتوني الدروس»، صمت قليلا ثم واصل حديثه قائلا: «ومرات نكون تعبان بسبب المرض أو ما نقدرش انراجع وتفوتني المعلومات».

كما أن مردوده الدراسي بدأ يتدهور بشكل كبير بعد إصابته بهذا المرض أصبح معدله يتراوح ما بين (08-11) كأقصى تقدير وهذا ما سبب تكراره للسنوات الدراسية، فلقد أعاد السنة الثالثة متوسط والسنة الرابعة متوسط. وهذا ما يؤكد ضعف التركيز والانتباه والاسترجاع لدى الحالة.

المقابلة السابعة: معرفة مدى تأثير مرض السكري على علاقته بالأساتذة والزملاء.

هنا انفعل الحالة وتكلم بلغة شديدة الكره والحقد والغضب على بعض الأساتذة منها أستاذة اللغة العربية التي تضربه بواسطة المسطرة بالرغم من علمها بمرضه، فسألنا الحالة عن السبب، فرد قائلا: «مرات نكون تعبان بسبب المرض أو ما نحلش الواجبات وهي تضربني أو ما تفهمنيش»، صمت مطولا بعدها قال بصوت منفعل وحزين: «مرات الأساتذة يتقلقوا مني كي نقعد داخل وخارج على المرحاض، راكي عارفة كي يكون السكر طالع ليا». صمت برهة ثم واصل كلامه وقال: «مرات كي نحس بالرعشة والدوخة انروح للمطعم وناكل، وحتى المراقبين كاين اللي فايقين بيا بلي مريض بالسكري ويقولوا عليا مسكين».

المقابلة الثامنة: تطبيق اختبار الروشاخ.

V-1-7-4-ما يمكن استخلاصه واستنتاجه من المقابلات للحالة السابعة:

من خلال المقابلات والملاحظات مع الحالة (ف. عبد الرحيم) البالغ من العمر 17 سنة، ويدرس السنة الرابعة متوسط، تمكنا من التوصل إلى معرفة أن لديه رفض مطلق للواقع المرضي الذي يعيشه وصعوبة التكيف معه، لعدم التزامه بعض المرات بالنظام الغذائي وسهره مع أصدقائه وتأخير وقت دوائه في بعض المرات، وعدم توازن مستوى السكر في الدم لديه، تارة نجد مستوى السكر في الدم مرتفع جدا وتارة أخرى منخفض جدا (بسبب الإجهاد) بالرغم من محاولة الحالة إخفاء مشاعره ومعاناته أمام هذا المرض بحجة أنه اعتاد عليه على أساس أنه قضاء وقدر (مكتوب عليه).

كما يظهر لنا عدم تقبل الحالة للمرض بعد من خلال مشاعر الحزن والإحباط والنقص البادية على ملامحه وسلوكاته، مما جعله يميل للانعزال والانطواء في هذه الفترة (مرحلة المراهقة).

كما أنه تطغى على الحالة ملامح الاكتئاب والحزن ومشاعر الإحباط بعد تدهور نتائجه الدراسية مما أدى به إلى إعادة السنة عدة مرات وهذا راجع للإغماءات والغيابات المتكررة عن الدروس هذا من جهة، ومن جهة أخرى عدم قدرته على حل التمارين والواجبات المنزلية لإحساسه بالتعب الشديد والاستفتاء المتكرر الذي أدى إلى ضعف التركيز والاسترجاع لديه مما جعل العلاقة بينه وبين الأساتذة تضطرب وهذا ما زاد في تدهور حالته النفسية ونتائجه الدراسية.

V-7-1-التحليل الكمي و الكيفي لنتائج الحالة السابعة:

*** شرح المختصرات.**

اللوحة	الوضعية	الزمن	الاستجابة	الاستقصاء	المكان	المقرارات	المضامين
I	٨	2" 4د	فراشة	كل اللوحة	G	F^+	A Ban
	٨		إنسان بغا يشد حاجة	كل اللوحة	H	K	D
II	V	15" 1د	رجل إنسان	الأحمر الأسفل	D	F^+	A
III	٨	5" 1د	إنسان هاز حاجة	كل اللون الأسود	D	K	H Ban
			Papillon نتاع الرقبة	الأحمر الوسط	D	CF	A Ban
IV	٨	1د	إنسان	كل اللوحة	G	F^+	H
	٨	2د	رجليه	الأسود الفاتح	D	F^+	Hd
V	٨	7" 30"	فراشة	كل اللوحة	G	F^+	A Ban
VI	٨	37" 1د	فيوز نتاع الضوء	كل اللوحة	G	F^+	Obj
VII	V	15" 1د	رأس إنسان	الثلث الوسط	D	F^+	Hd
	V		فراشة	الثلث الأعلى	D	F^+	A
VIII	٨	46" 2د	حيوان	على الجانبين اللون الوردي	D	FC	A
	٨		نخلة	اللون الرمادي الأعلى	D	F^+	Bot
IX	V	1د 3د	حاجة داخل فيها مسمار	كل اللوحة	G	Kol	Obj
X	٨	3" 6د	عصا	الأسود في الأعلى	D	F^+-	Obj
	٨		وجه حصان	اللون الأصفر في الأسفل	Dd	F^+-	Ad
	٨		زوج حيوطا	اللون الوردي على الجانبين	D	F^+-	Arch
			زوج أولاد	اللون الوردي	D	K	H

			على الجانبين	شادين حاجة			

الجدول V-2-7-1-يوضح تطبيق اختبار الروشاخ للحالة السابعة.

***تشير المختصرات الموجودة في المكان والمقررات والمضامين إلى ما هو موجود في الاستقصاء.**

-الاختيار(+) كان في اللوحات":III، V، VI، VIII، IX شكلهم وألوانهم جيدة

-الاختيار(-) كان في اللوحات:، II، IV، VII، X شكلهم ولونهم غير جيد.

V -2-7-2-النتائج الكمية لاختبار الروشاخ:

R= 18	الزمن الكلي للاختبار 21 د مدة زمن الرجع : 4د

المكان	المقررات	المضامين	النسب المئوية
G=05	F^{+}=09		G= 27.77%
D=12	F^{-}=00		D= 66.66%
Dd=01	F^{+}_=03		Dd= 5.55%
	K=03		F=66.66%
	Kob=01		F^{+}= 85.71%
	FC=01		TRI=3/1.5
	CF=01		FC=1/0
			FMA= 1>1+0
			A= 33.33%
			H= 38.88%
			IA=16.66%
			RC= 38.88%

الجدول V-2-7-3-يوضح مجموع الرموز.

V-2-7-4- تحليل اختبار الروشاخ للحالة السابعة:

قدمت الحالة 18 استجابة في زمن قدره 21 دقيقة ومعدل زمن الرجع قدره 4د أي ما يعادل استجابة إلى استجابتين في أغلب اللوحات عدا اللوحة X التي بلغت عدد الاستجابات فيها 4 استجابات.

نجد زمن الرجع ما بين 7" إلى 2" في اللوحتين (I)، (V) فالحالة حركة بطيئة في العمليات العقلية وفي استثمار الخيال، إلا أننا نلاحظ ارتفاع زمن لرجع 2" في اللوحة (I) ما يعبر على صدمة الحالة من الاختبار وصدمة البداية، حتى أن ملامح الحالة كانت قلقلة ومضطربة من تقديم أول لوحة.

وظهرت صدمة الألوان واضحة وجلية في اللوحة (X) ولم يعطي الحالة أي استجابة حتى عند تعزير الحالة إلا بعد زمن رجع قدره 3" كما عجز عن إعطاء أي استجابة شائعة

مما يدل على وجود كف نسبي في العمليات العقلية وفي استثمار الخيال فكانت معظم استجابات الحالة تتراوح ما بين استجابة إلى استجابتين.

أ-من ناحية المكان:

-بلغت نسبة G (27.77%) وهي نسبة سوية، فالحالة لديه ما يكفي من التفكير المجرد، وقد ظهرت في اللوحة I، IV، V، VI، IX، إلا أنها ظهرت أحيانا متبوعة بالمقرر F^+ مما تشير إلى استعمال الحالة للتفكير المجرد، وأحيانا أخرى متبوعة بالمقرر Kob في اللوحة IX، فالحالة يحاول التكيف مع المرض بالتدريج .

بلغت نسبة D فهي (66.66%) وهي نسبة مرتفعة تدل على الإفراط في الاعتماد على التفكير الملموس ونظرا لاقترانها غالبا مع المقرر F^+ فهذا يعني قوة الإدراك لدى الحالة، وظهرت في اللوحات (IV)، (VII)، (VIII)، وأيضا هنا الحالة يحاول تقبل مرضه والتعايش معه والتعود عليه، لأنه أصيب بهذا الداء منذ 5 سنوات وتحسن معدله الفصلي لهذا العام.

بلغت النسبة المئوية لـ Dd (5.55%) وهي نسبة منخفضة على السواء تدل على أن الحالة لديه نقص الدقة في التفكير وظهرت في اللوحة (X) وبالتالي نقص التركيز والانتباه في بعض الأحيان بسبب التعب راجع مشكلات المراهقين.

ب-من ناحية المقرارات:

بلغت نسبة F (66.66%) وهي نسبة سوية، يعني أن الحالة يعتمد بطريقة سوية على القطب التكويني النشط، وبما أن R=18 وهي نسبة سوية وهذا يعني أن للحالة مردودية عقلية سوية.

بلغت نسبة F^+ (85.71%) وهي نسبة سوية أي أن للحالة تصور للواقع منطبق مع هذا الواقع.

ج-من ناحية المضمون:

بلغت النسبة المئوية لـ A (33.33%) وهي نسبة منخفضة قليلا تدل على انخفاض في استعمال آلية التفكير نلاحظ حضور التفكير مع فقر في المحتوى أي تضييع للاهتمامات والحالة يعاني من تشتت في المصالح، إذ أنه يعيش حياة خيالية شخصية جدا، تعاني التوحد وترفض الروتين اليومي، وينتج عن هذا بطء وعزلة، وبالتالي فالحالة يعاني من العزلة والانطواء بسبب هذا الداء وهذا ما أشارت إليه دراسة برند 1993، (راجع ص17).

بلغت نسبة IA 16.16% وهي نسبة مرتفعة تعبر عن قلق مرتفع خاصة من خلال اللوحات II، IV، VII، X وهذا ما خلصت إليه دراسة الكاتب Pless، راجع الصفحة.

نجد TRI تساوي 1.5/3 بحيث K=3 وC=1.5، فالحالة من النوع المنكب للداخل مزدوج، وبمقارنة TRI مع FC والذي نتيجته تساوي 0/1 بحيث K=0 و E=0 فهما يسيران في اتجاه مختلف فهنا ما يدل أن للحالة صراع داخلي بين ميولاته الباطنية وما يحققه

في الواقع، وهذا ما نلاحظه من خلال تكراره السنة عدة مرات ومردوده الدراسي المتوسط وهذا ما أشارت إليه دراسة ماسيمون 1984.

بالنسبة لقانون النضج العاطفي FMA: Fc=1 وCf=10، يعني الحالة غير ناضجة عاطفيا وظهور FC في اللوحة VIII مما يدل على توظيف العقل ولكنها على أهبة للتأثيرات العاطفية، كما أعطت استجابة من نوع CF في اللوحة III مما يدل على تمركزية حول ذاتها.

بالنسبة للاستجابة في اللوحات الملونة Rc بلغت نسبتها 38.88% يدل على أنه منكب إلى الداخل، وها ما يؤكده نتيجة TRI.

بلغ عدد الاستجابات الشائعة 4 من 1 استجابة بما يقدر (22.22%) وهذا يشير إلى أن الحالة ينقصه المشاركة لأفكار الآخرين مع الحاجة للاتصال.

أما من ناحية اختبار اللوحات فكان إيجابي في اللوحات (III)، (V)، (VI)، (VIII)، (XI) بحجة أن شكلهم ولونهم جيد إلا اللوحة III التي أعجبته لأنها تعبر عن التعاون على حسب قول الحالة.

وكان الاختبار السلبي في اللوحات (I)، (II)، (IV)، (VII)، (X) بحجة أن شكلهم ولونهم غير جيد والتي تعبر عن القلق والصراع.

V-2-7-5-الاستنتاج الخاص بالاختبار:

أ-على المستوى العقلي: يظهر أن لدى الحالة ما يكفي من التفكير المجرد والإفراط في استعمال التفكير المحسوس والملموس وللحالة نقص الدقة في التفكير كما أن لديه نسبة سوية في الاعتماد على القطب التكويني النشط وتصور سليم للواقع مع وجود الرقابة العقلية.

ب-على المستوى العاطفي: للحالة قلق كبير يسيطر عليه كما لديه صراع داخلي بين ميولاته وما يحققه في الواقع فهي انفعالية ما يدل على عدم نضج الحياة الداخلية لديها، فالحالة قد كانت من واقع بعض هذه اللوحات الذي يدل المعاش النفسي الذي يعيشه، وهذا ما أثر بالسلب على مردوده الدراسي.

ج-على المستوى الاجتماعي: للحالة نقص في المشاركة والاتصال، فالحالة يعاني من العزلة والانطواء بسبب مرضه الذي أثر على مردوده الدراسي.

V-2-7-5-ملخص حول الحالة السابعة: الحالة (ف. عبد الرحمن) البالغ من العمر 17 سنة، ومن خلال الملاحظات والمقابلات العيادية التي أجريناها مع الحالة تمكنا من التوصل إلى أن الحالة يعاني من الاكتئاب المتمثل في الانعزال والانطواء نظرا لوضعيته المرضية والمرحلة العمرية التي يمر بها،خاصة كونه مريض بالسكري وهذا ما أكده Centre Hospitaller, Baie (2000)، (راجع ص54)

وإصابته بهذا المرض في هذه الفترة أثر سلبا على معاشه النفسي ومردوده الدراسي الذي أدى إلى تكراره السنة عدة مرات (راجع ص52)، وهذا ما وضحته دراسة بروش 1949، (راجع ص 18)، ودراسة عبد الرحمن محمد النجار 1997(راجع ص 19).

نلاحظ أنه لحد الآن لم يستطيع الحالة التكيف مع المرض وتقبله بالرغم من أنه يدعي أنه اعتاد عليه على أساس القضاء والقدر، ولاحظنا ذلك من خلال عدم توازن مستوى السكر

في الدم لديه والإغماء عليه مما استدعى استشفائه في العديد من المرات بسبب الانخفاض المفرط لنسبة السكر في الدم، وهذا راجع إلى فقدانه الشهية وإفراطه في المشي والرياضة (راجع ص 33)، وهذا ما ولد لديه مشاعر النقص والقلق والحزن والإحباط بعد إصابته بهذا المرض وخصوصا في هذه المرحلة (راجع ص47)، وكذلك الحاجات النفسية للمراهق(راجع ص 47-48).

فالحالة مجبر على التعامل مع متطلبات هذه المرحلة النمائية من جهة والتعامل مع المشاغل الصحية التي تستلزم متابعة علاجية مستمرة من جهة أخرى استنادا لدراسة بروش 1949 (راجع ص18).

بالإضافة إلى الهموم الصحية المرتبطة بمضاعفات المرض كالإصابة بالغيبوبة والعمى والفشل الكلوي ... الخ، (راجع ص 31-32)، بالرغم من محاولة الحالة إخفاء مشاعره ومعاناته أمام هذا الداء في الوسط الذي يعيش فيه.

V-3- عرض الاستنتاجات:

V-3-1- الاستنتاج الأول:

من خلال تناولنا وعرضنا لمختلف الحالات التي عرضنا وخصصنا فيها فئة المراهقين الذين أصيبوا بمرض السكري في هذه الفترة الحرجة التي تكتنفها العديد من التغيرات في مظاهر النمو (راجع ص 40-42) وأهمها الاهتمام النرجسي بالمظهر الخارجي والداخلي، فلقد تبين لنا المعاش النفسي الصعب الذي يعانون منه نتيجة لإصابتهم بهذا المرض تزامنا مع مرورهم بمرحلة المراهقة إضافة إلى أن مختلف المقابلات والملاحظات العيادية التي أجريناها مع الحالات البالغ عددها 07 حالات لاحظنا أن هناك العديد من الاضطرابات النفسية من بينها الانطواء والانعزال عن الآخرين وهذا ما أكدته دراسة برند Brend 1993 (راجع ص 17) إضافة إلى مشاعر الاكتئاب والحزن والقلق والجرح النرجسي إضافة إلى الإحساس بالعجز والفشل وهذا ما أكدته العديد من الدراسات التي تناولت موضوع السكري عند المراهق من بينها دراسة ليود Lioyd 2000 ودراسة بروش Brush 1949(راجع ص 17)، وكذا مشاعر النقص وعدم التقبل والذي ظهر من خلال تذبذب نسبة السكر في الدم والتي تتراوح بين الارتفاع أو الانخفاض المفاجئ للسكر، هذا من جهة ومن جهة أخرى عدم تقبل المرضى لمرضهم من خلال رفضهم إتباع الريجيم المعتمد كضرورة علاجية (راجع ص31) وكذا رفضهم من حين لآخر لأخذ حقن الأنسولين وهذا ما يؤكد عدم قدرتهم على التكيف وتقبل هذا المرض.

إضافة إلى ذلك لقد لمسنا بعض السلوكات العدوانية نتيجة لشعورهم بالإحباط ولقد تم دعم ذلك بتطبيقنا لاختبار الروشاخ حيث ظهرت الآثار النفسية جلية من خلال استجاباتهم للوحات من حيث رفضهم لبعض اللوحات وبعض الاستجابات التي تشير إلى القلق والإفراط في التفكير المجرد الدال على الانشغال الدائم على الوضعية المرضية تارة ، وتارة أخرى حول النتائج المدرسية، بالإضافة إلى أن معظم الحالات تعاني من نقص في الاتصال والمشاركة وغيرها من الاستجابات الأخرى التي تبين الواقع المرير الذي يعيشونه، ومن هذا يمكننا القول انه تحققت الفرضية القائلة: تؤدي الإصابة بداء السكري إلى آثار نفسية على المراهق المتمدرس(كالقلق والاكتئاب والإحباط...الخ).

V-3-2- الاستنتاج الثاني:

على ضوء النتائج المتوصل إليها ومن خلال عرضنا لمختلف الحالات تبين لنا التراجع الكبير في المستوى الدراسي لمختلف الحالات وان تباينت خاصة بعد إصابتهم بمرض السكري، فلقد لاحظنا من خلال المقابلات والملاحظات العينية أن هناك اضطرابا وتراجعا في مختلف الوظائف المعرفية من حيث الحفظ والتركيز وهذا ما وضحه العالم برند 1993 (راجع ص 17) إضافة إلى نقص مستوى الفهم والاستيعاب أي لديهم صعوبة أكثر في المتطلبات المعرفية وهذا ما أكدته دراسة كريستوفر راين Christopher Ryan 1988 (راجع ص 18)، هذا من جهة ومن جهة أخرى إن الغيابات والإغماءات المتكررة سواء داخل القسم أو خارجه أعطى تراجعا كبيرا لمستوى التواصل والفهم أثناء الدرس مع الاساتذه.

إضافة إلى ذالك أن تطبيقنا لاختبار الروشاخ تعطى دلائل واضحة من خلال النسب المشيرة إلى سطحية التفكير ونقص في الدقة والإدراك وهذا ما اثر على المردود الدراسي في تدني المعدلات الفصلية إلى ما تحت المتوسط مع تكرار السنوات الدراسية مما يعد عرقلة للمسار المدرسي للمراهق وهذا ما أيدته دراسة عبد الرحمان محمد النجار(راجع ص 18) في أن هذا المرض يؤثر على النشاطات المدرسية للتلميذ المصاب به إضافة إلى معانات بعض الحالات من إفراط في الاعتماد على التفكير المحسوس و الملموس، ومن هذا كله يمكننا القول انه قد تحققت الفرضية القائلة : تؤثر الإصابة بداء السكري على المستوى الأكاديمي للمراهق المتمدرس(من ناحية التركيز والإدراك و....الخ).

V-3-3- الاستنتاج العام:

من خلال دراستنا المتعمقة وتطبيقنا للاختبار النفسي للحالات 07 السبعة المتباينة بين ذكور وإناث تبين لنا أن مرض السكري يعتبر من الأمراض المزمنة التي لها تأثيرات وأعراض خاصة على الناحية النفسية (راجع ص 29) وكذا على الناحية الأكاديمية للمراهق المريض فهو يمثل حالة طويلة الأمد من صراع مستمر بين المصاب وبين المرض من دلالات مهددة للحياة، وعلاقة السكري بالحالة النفسية هي علاقة ثنائية حيث أن الحالة النفسية السيئة للمراهق خاصة وانه يمر بمرحلة حرجة تتميز بالكثير من التغيرات النفسية والفيزيولوجية (راجع ص 38) يؤدي هذا إلى اختلال معدل السكري عن الحد الطبيعي والعكس صحيح خاصة في عدم تقبل الوضعية المرضية وعدم القدرة على التكيف معها.

كما لاحظنا من خلال المقابلات العيادية ومن خلال تطبيقنا للاختبار النفسي عدة دلالات وآثار نفسية لهذا المرض على المراهق من بينها الشعور بالاكتئاب والقلق والإصابة بالإحباط الذي يولد العدوانية وهذا ما أكده العالم دولارد Dollard (راجع ص 16) وهذا ما لاحظناه عند بعض الحالات، كما أن الخوف من الإصابة بمضاعفات مرض السكري (راجع ص) خاصة بتر احد الأعضاء وغيرها من المضاعفات التي تسبب تحول الحالة النفسية لدى المصاب إلى الأسوأ.

بالإضافة إلى انه عانى أفراد العينة أيضا من آثار هذا المرض على الناحية الأكاديمية، حيث تبين أنهم يعانون من صعوبات في المتطلبات المعرفية وتشغيل المعلومات وعبرت عن نفسها بضعف التركيز والقدرة على المراجعة والحفظ ، وكذا انخفاض درجة

الانتباه وهذا ما أشار إليه العالم ماسيمون Massimo 1984 (راجع ص 19) هذا من جهة ومن جهة أخرى تدني النتائج المدرسية مع تكرار السنوات الدراسية بسبب الغيابات وكثرة الإغماءات المتكررة، وهذا ما دلت عليه نتائج اختبار الروشاخ في نقص للدقة والإدراك مع سطحية التفكير والاعتماد على التفكير الملموس والمحسوس، ومن خلال كل هذه النتائج المتوصل إليها نستنتج : انه تؤثر الإصابة بداء السكري إلى آثار نفسية وأكاديمية على المراهق المتمدرس.

خلاصـــــة:

بعد عرضنا لمختلف النتائج التي ساعدنا في الحصول عليها شتى المقابلات والملاحظات العيادية إضافة إلى تطبيقنا لاختبار الروشاخ الذي ساهم من جهة أخرى في التأكد أكثر من بعض اضطرابات الحالات ودرجاتها والذي أسقطت الحالات معاشها النفسي،وقد قمنا في الأخير بعرض الاستنتاجات التي تؤكد صدق الفرضيات المطروحة من حيث وجود آثار نفسية لمرض السكري الذي أثرت بدورها على المستوى الأكاديمي.

الخاتمـــــة

الخاتمـــــــــة:

تناولنا الدراسة من المنظور النفسي المدرسي، محاولين الإلمام بكل ماله علاقة بموضوع دراستنا وكان غرضنا من ذلك دراسة الموضوع بشكل يساعد في الإجابة على الأسئلة التي تضمنتها الإشكالية.

من خلال ما تم عرضه في جوانب هذا البحث والتي لاحظنا فيه عدة دراسات التي كان معظمها أجنبيا حيث تناولت بعض متغيرات وجوانب موضوع الدراسة مثل دراسة برند 1993 وليود 2000 التي هدفت إلى التعرف على الآثار النفسية لمرض السكري على المراهق إضافة إلى دراسة راين 1988 وماسيمون 1984 التي تبين تأثير داء السكري على مختلف الوظائف المعرفية.

مما سبق في عرضنا لمختلف فصول بحثنا التي تناولت المراهقة وداء السكري ومختلف المراحل النفسية التي يمر بها هذا الأخير، يتضح أن الإصابة بهذا المرض في مرحلة حرجة كمرحلة المراهقة، خاصة إذا كان هذا المرض مزمنا ويلازم الفرد طوال حياته مع عدم وجود الشفاء التام له، ليبقى الحل الوحيد هو تتبع العلاج كالاعتماد على الأنسولين في حالة داء السكري من النوع الأول وهذا ما ينجر عنه آثار صحية ونفسية على المراهق .

استهدفت الدراسة الحالية والتي تناولناها في دراسة ميدانية لـ 07 سبعة حالات تنوع فيها البحث بين الجنسين (ذكور-إناث) إضافة إلى أننا حددنا مدة الإصابة فقط في فترة المراهقة لنبين الأثر الكبير لهذا المرض على الناحية النفسية والأكاديمية للمراهق خاصة انه من بين خصائص ومتطلبات مرحلة المراهقة أن يسعى المراهق إلى تأكيد ذاته وتعديل فكرته عن جسمه وشعوره بالقلق من جراء تشوقه إلى أن ينمو جسمه و يبلغ الكبار، وتمركز اهتماماته حول النحافة والبدانة، الطول أو القصر، ومدى تناسق أجزاء الجسم.، كما يسعى إلى مقارنة نفسه مع الآخرين، والاهتمام بالمظهر الخارجي والرغبة في الظهور بمظهر حسن.

هذه الوضعية الخاصة بالمراهق المصاب بمرض مزمن كالسكري معناه أن يتابع المريض طول حياته، ويستلزم متابعة علاجية مستمرة وتكاليف مادية، بالإضافة إلى الهموم الصحية المرتبطة بمضاعفات المرض كالإصابة بتصلب الشرايين والبتر والغيبوبة وهذه المشاغل الصحية تزيد من شدة الآثار النفسية على المراهق خاصة إذا كان متمدرسا مما يخلف عدة آثار أكاديمية متنوعة.

هذا من جهة ومن جهة أخرى النتائج المتحصل عليها في بحثنا هذا والتي اعتمدنا فيه على عدة أدوات من بينها المقابلات والملاحظات وكذا تطبيقنا لاختبار الروشاخ تمكنا من معرفة الفوارق والتمايز بين الحالات وهذا راجع للفروق الفردية إلا أن هناك مميزات متشابهة من حيث الآلام النفسية من بينها على المستوى النفسي يظهر أن لمرض السكري تأثيرات معتبرة على المعاش النفسي للمراهق حيث تولد لديه العديد من المشاعر السلبية كالشعور بالدونية والنقص واللاقيمة نظرا لما يفرضه عليه المرض من ممنوعات مقارنة بأقرانه من نفس سنه، بالإضافة إلى مشاعر القلق والاكتئاب من خلال الحزن بسبب المرض وعدم تقبله نتيجة التبعية للأنسولين، كما قد ينجر عن هذه الإصابة لدى المراهق الإحساس

باليأس والإحباط لأن المرض مزمن، وأن حياته في خطر بسبب التعرض لمضاعفات المرض الخطيرة.

أما على الناحية الأكاديمية يظهر أن إصابة المراهق المتمدرس بهذا الداء يعرقل نشاطه الدراسي بسبب الاضطراب في الوظائف المعرفية من بينها نقص القدرة على التركيز والمراجعة مع سطحية التفكير مما انجر عنه نقص الدقة والإدراك وغيرها ، إضافة إلى الغيابات المتكررة وحالات الاستشفاء وظهور نوبات السكر (ارتفاع السكر،أو انخفاضه) داخل القسم وخارجه وأثناء فترة الامتحانات مما يؤدي به إلى صعوبات التركيز وفهم الدروس وانخفاض مستوى المردود الدراسي من خلال انخفاض المعدلات الفصلية و تكرار السنوات الدراسية.

-من بين الاقتراحات التي نوصيها في بحثنا هذا:

- تشجيع تشكيل خلايا إصغاء داخل المؤسسات التربوية متكونة من أخصائيين نفسانيين ومساعدين اجتماعيين الذي تتولى مهامهم في التكفل النفسي والاجتماعي بهؤلاء المرضى.
- العمل بشكل دوري على إحصاء ذوي الأمراض المزمنة من فئة المراهقين المتمدرسين من اجل التكفل النفسي بهم، وهنا نتكلم عن ضرورة توعية المؤسسات التربوية بالضرورة الملحة لدور الأخصائي النفسي وضرورة العمل الجماعي بين الأخصائي من جهة والمساعد الاجتماعي والطبيب وحتى الأستاذ والجناح الإداري بالمؤسسة التربوية من جهة أخرى وهذا كله لضمان التكفل والخدمة الجيدة لصالح المراهقين المصابين بداء السكري.
- ضرورة توعية العائلات والأسر بعقد لقاءات دورية مع الأساتذة والمختصين في كل الجوانب في المتابعة المستمرة للناحية النفسية والأكاديمية للمراهق كونه مصاب بهذا المرض لنصل به إلى التقبل والتكيف السليم مع مرضه.
- لابد من عمل برامج تدريبية للأساتذة تبين طرق وخصائص التعامل مع هذه الفئة من المرضى، حيث يجب أن تكون لدى الأساتذة أفكار ايجابية نحو هذه الفئة ومرونة وتفهم لوضعيتهم المرضية
- تهيئة المناخ النفسي المريح داخل الأسرة والقسم حتى يستطيع المراهق المصاب بداء السكري التعبير عن نفسه واستغلال قدراته وإمكانياته في الجانب المدرسي بشكل فعال.
- توعية المدرسة بتشجيع المراهق على طلب المساعدة من المدرسة أو مقدمي الرعاية الصحية في المدرسة إن وجدوا، فمن المهم أن يخبر المراهقون طبيبهم في المدرسة أو مقدموا الرعاية الصحية المدرسية عن شعورهم اتجاه هذا المرض أو ما قد يطرأ عليهم من مضاعفات حادة أو مزمنة، والأمور التي يحتاجون إلى مساعدتهم بها، وتزويد طاقم التدريس في المدرسة بالخطة المعدة للعناية بمرضه.
- مواصلة البحث في هذا الموضوع لدراسة أكثر تعمقا وتوسعا خاصة في جعل دراسة مقارنة بين الإصابة بداء السكري قبل فترة المراهقة وأثناء فترة المراهقة لمعرفة آثار هذا المرض على الجانب النفسي والأكاديمي للمراهق.

قائمـــة المراجـــع

قائمـــة المراجـــع

1.أبو الخير، عبد الكريم قاسم.(2004).*النمو من الحمل إلى المراهقة*.عمان الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.

2.أبو غريبة، إيمان محمد.(2007). *التطور من الطفولة حتى المراهقة*.عمان الأردن :دار جرير للنشر والتوزيع.

3.الدبرني، حسين عبد العزيز.(ب.س).*مدخل علم النفس*.(ط2).القاهرة مصر: دار الفكرالعربي.

4.الريماوي، محمد عودة.(2003).*علم النفس النمو الطفولة والمراهقة*.عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة.

5.الشربيني، لطفي.(ب.س).*معجم مصطلحات الطب النفسي، سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة*.الكويت:إصدار مركز تعريب العلوم الصحية،.

6.الصقلي، امتثال زين الدين.(2004).*علم نفس نمو من الطفولة إلى الشيخوخة*.بيروت: دار المنهل اللبناني.

7.الأعظمي، سعيد رشيد .(2007).*أساسيات علم النفس الطفولة والمراهقة*.عمان الأردن: جهينة للنشر والتوزيع.

8.العيسوي،عبد الرحمن.(1984).*في الصحة النفسية والعقلية*.بيروت لبنان :دار النهضة العربية للطباعة والنشر.

9.العيسوي، عبد الرحمان.(1984)*علم النفس بين النظرية والتطبيق*.بيروت :دار النهضة العربي.

10.العيسوي، عبد الرحمان.(1987).*سيكولوجية المراهق المسلم المعاصر*.الكويت: دار الوثائق.

11.العمرية،صلاح الدين.(2005).*علم النفس النمو*.الأردن: مكتبة المجتمع العربي.

12.القاضي،يوسف محمد.(2002).*الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي*.الرياض السعودية. دار المريخ .

13.الكتاني، فاطمة (2011).*كيف تكسب أبنك المراهق*.بيروت لبنان: الدارالعربية للعلوم ناشرون.

14.المرزوقي، جاسم عبد الله محمد.(2008).*الأمراض النفسية بمرض العصر السكري*.الإمارات.،دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

15.المبعوث،محمد.(2012).*أدوات البحث الاختبارات*. السعودية: دار الإمام محمد بن سعود الإسلامية.

16.امين ،علي سليمان، وصلاح احمد مراد.(2002).*الاختبارات و المقاييس في العلوم النفسية و التربوية-خطواتها اعدادها وخصائصها*،الكويت:دار الكتاب الحديث.

17.الأنصاري،عبير خالد عبد الله.(2008).*تغذية المراهقين الذكور*. السعودية:جامعة أم القرى.

18.المنسي، محمود عبد الحليم،والطواب، سيد محمود.(2003).*علم النفس النمو للأطفال*.القاهرة:النور للطباعة والنشر.

19.بخوش، عمار.(1984).*دليل الباحث في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية*.الجزائر:المؤسسة الوطنية للفنون.
20.بدويلان، أحمد سالم.(2005).*التعايش مع مرض السكري*.بيروت: مؤسسة الريان للطباعة والنشر والتوزيع، دار طويق للنشر والتوزيع.
21.بن سعد الحميد،محمد(2007).*السكري أسبابه مضاعفاته*، علاج.السعودية: دار القدم السكرية.
22.بكراش،كمال.(1984).*مدخل إلى علم النفس ومناهجه*.بيروت لبنان: دار الطليعة للطباعة والنشر.
23.جندل، جاسم محمد.(2011).*أمراض العصر السكري ، القلب، الضغط، التدخين، السرطان،الإيدز، المخدرات، الكحولية*.بيروت: دار الكتب العلمية، بيروت، الطبعة1
24.حرب،عادل سعد خليل.(1984).*معجم علم النفس والتربية*.بيروت: الهيأة العامة لشؤون المطابع الأميرية.
25.داودي ،محمد،وقنوعة، عبد اللطيف.(2013).*الاجراءات المنهجية المستخدمة في البحوث النفسية و التربوية التطبيقية*.الجزائر: المؤسسة الوطنية للفنون.
26.زلوف، منيرة.(2011).*المعاش النفسي لدى المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين وأثره على مستوى التحصيل الدراسي*، الجزائر: دار هوامة للطباعة والنشر والتوزيع.
27.زهران، حامد عبدالسلام.(1986).*علم النفس النمو*.مصر: دار المعارف.
28.زهران، حامد عبدالسلام.(2005).*علم النفس الطفولة والمراهقة*.(ط5).مصر القاهرة: جامعة عين شمس.
29.زهران، حامد عبد السلام (1995).*علم النفس النمو*.(ط5).القاهرة:عالم الكتب للنشر.
30.زايد، فهد خليل (2012).*فن التعامل مع المراهقين*. المحمدية الجزائر: دار النفائس للنشر والتوزيع، جسور للنشر والتوزيع.
31.سليم، مريم (2002).*علم النفس النمو*.بيروت لبنان: دار النهضة العربية.
32.شريم، رغدة (2009).*سيكولوجية المراهقة*.عمان الاردن:دار المسيرة للنشر والتوزيع.
33.صديق، أسامة.(2007).*تحكم في السكري بالوصفات الطبيعية والطعام*.(ط2).القاهرة:مكتبة الشروق الدولية، القاهرة.
34.عباس، فيصل.(1990).*أساليب دراسة الشخصية*.بيروت: دار الفكر اللبناني.
35.عباس،فيصل.(2011).*الاختبارات الاسقاطية-نظرياتها-تقنياتها-إجراءاتها*.لبنان بيروت:دار المنهل للطباعة و النشر.
36.عبد المعطي،حسن مصطفى.(2003).*الأمراض السيكوسوماتية(التشخيص-الأسباب-العلاج)*. القاهرة مصر: مكتبة زهراء الشرق.
37.عبد المعطي، حسن مصطفى.(1990).*علم النفس الإكلينيكي*. القاهرة مصر:دار قباء للطباعة والنشر.
38.عدوان،يوسف(2012).*دلالات استجابات الروشاخ في البيئة الجزائرية*.أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة باتنة،الجزائر.
39.فائز، محمد علي.(1987).*علم الأمراض النفسية*.بيروت لبنان: المكتب الإسلامي.

40.فاضل، فؤاد (2005).*مرض السكري أسبابه، وسائل علاجه، وطرق التغذية*.عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.
41.فؤاد البهي، السيد.(2008).*الأسس النفسية للنمو*.(ب.ط).القاهرة:دار الفكر العربي.
42.كفافي، علاء الدين.(2008).*الارتقاء النفسي للمراهق*.(ب.ط).القاهرة:دار المعرفة الجامعية.
43.معوض، خليل ميخائيل.(2003).*علم النفس التربوي أسسه وتطبيقاته*.القاهرة:مركز الإسكندرية للكتاب، ط1.
44.معوض، خليل ميخائيل.(2003).*سيكولوجية النمو الطفولة والمراهقة*.(ط3).القاهرة: توزيع الإسكندرية للكتاب.
45.ميمش،زياد بن أحمد(2011).*المرجع الوطني لتثقيف مرضى السكري*.السعودية:الدار العامة للأمراض الغير معدية.
46.ملحم،سامي محمد(2004).*علم نفس النمو*. عمان الأردن: دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان الأردن،ط1.
47.وادي،علي أحمد، والجنابي إخلاص أحمد.(2005).*أساسيات علم النفس الفيزيولوجي*. عمان: دار جرير للنشر والتوزيع.

-المجلات و الدوريات:

48.الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية،(2010)،(العدد 29،ص ص1-28) الجزائر،المطبعة الرسمية للأمانة الحكومية.
49.عرامة،فيروز.(2008 ، 01 جوان).*إستراتجية عمل مصلحة الملاحظة والتربية في الوسط المفتوح للتكفل بالأحداث*.قدم لليوم الدراسي حول سبل التكفل بالأحداث، بدار الثقافة.ادرار.

- من الانترنت:

50.الحسيني،أحمد محمد.(2015).العوامل *النفسية المرتبطة بالسكري*.استرجعت في تاريخ 14 ديسمبر،2015 من Htt//www.gulfkids.com/ar/index-php -/11action=showzes&id=-_&topic id=928.
51.شيبان العامري،أحمد بن علي(2010).*مرحلة المراهقة مطالبها وحاجاتها*.استرجعت بتاريخ 14 ديسمبر،2015 من http://sst5.com/readArticle.aspx?ArtID=870&SecID=70#sthash.K2MKT0D2.dpuf

-المراجع باللغة الأجنبية:

52. André Viral (1977) Dictionnaire de psychologie etvocabulaire de psychothérapie collection Marabout
53.Jessica Battista .(2006). Adolescence et Diabète de type1. Haute école de la santé la source .paris

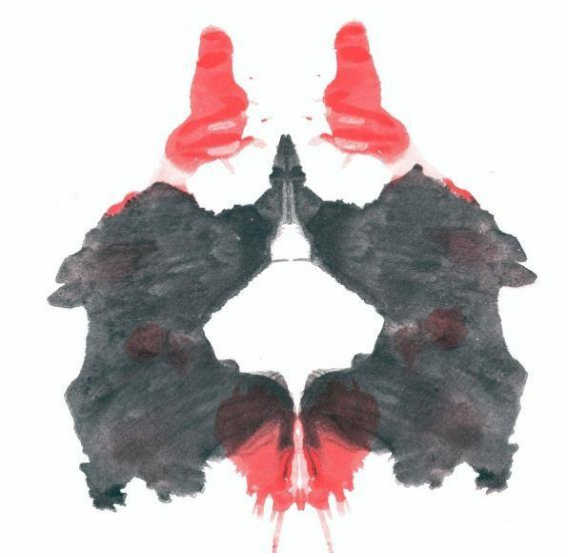
54.Le halle.(1985) psychologie des adolescents. Presse universitaire de France. Paris.
55.Ninarouch Detraubenberg (1970) LA pratique de RORSCHACH édition presses universitaire de France Paris.

56.R. A. Grimaldi(.2000). diabétologie quartions d' internat . université prière et marie curée.
57.Miche Radier(.2001). Définition et classification. Du diabète. Médecine .Nucléaire. imagerie .fonction elle et métabolique

الملاحق

البطاقة الأولى

البطاقة الثانية

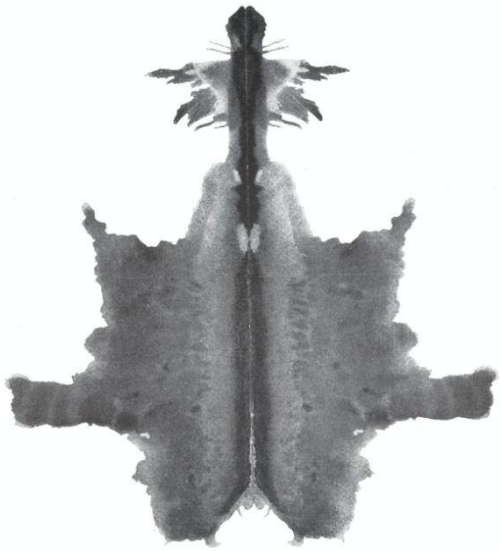


البطاقة الثالثة

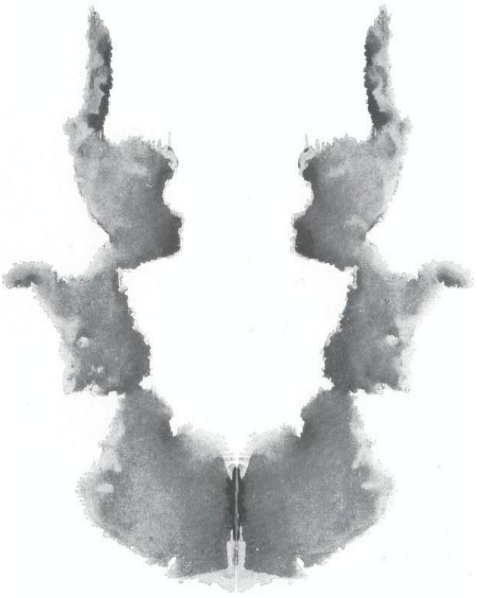
البطاقة الرابعة

البطاقة الخامسة

البطاقة السادسة



البطاقة السابعة



البطاقة الثامنة

البطاقة التاسعة

البطاقة العاشرة