

كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا
تخصص علم النفس العيادي والباثولوجي

رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الاكلينيكي والباثولوجي
تخصص وسائل التقصي وتقنيات العلاج

أثر استراتيجتي المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي في رفع تقدير
الذات لدى مرضى السكري (النوع الأول)
دراسة عيادية وإحصائية وعلاجية لدى مرضى السكري النوع الأول بولاية مستغانم

تحت إشراف:
أ. د. مكي محمد

2014/05/14

من إعداد الطالبة:
بوريشة جميلة

أعضاء لجنة المناقشة:

| | | |
|-------------------|---------------------|---------------------------|
| د/ فسيان حسين | (أستاذ محاضر "أ") | جامعة وهران: رئيسا |
| د/ مكي محمد | (أستاذ محاضر "أ") | جامعة وهران: مشرفا ومقررا |
| د/ كبذاني خديجة | (أستاذة محاضرة "أ") | جامعة وهران: عضوة مناقشة |
| د/ بولجراف بختاوي | (أستاذة محاضرة "أ") | جامعة وهران: عضوة مناقشة |

السنة الجامعية: 2013 / 2014م

الإهداء

إلى ... أستاذي الفاضل ... الدكتور مكي محمد
إلى ... كل الأساتذة الذين سهروا على تكويننا
إلى ... كل من أعانني في إنجاز هذا البحث المتواضع

الطالبة: بوريشة جميلة

كلمة شكر وتقدير

نشكر الله سبحانه وتعالى الذي وفقنا على إنهاء هذه الرسالة العلمية،
نشكر جزيل الشكر، ونتقدم بجميل العرفان للأستاذ الدكتور مكي محمد، المشرف على رسالتي والذي
كان السند لي في إتمام هذا البحث؛ كما نتقدم بالشكر الكثير إلى كل أساتذة قسم علم النفس
وعلم التربية والأرطوفنيا الذين أشرفوا على تأطيرنا، كما نشكر كل الطاقم العامل منهم والاطباء
بمستشفى دائرة سيدي علي (ولاية مستغانم) على تقديمهم كل المساعدة والعون لنا في إنجاز بحثنا.
كما نشكر كل المرضى المصابين بداء السكري الذين تعاونوا معنا بصدر رحب في إنجاز هذا البحث.
ونشكر كل من ساهم من قريب أو بعيد في إنجاز هذه الرسالة العلمية.

الطالبة: بوريشة جميلة

قائمة المحتويات

| الصفحة | الموضوع |
|--------|-------------------------------------|
| أ | إهداء |
| ب | كلمة شكر وتقدير |
| ت | ملخص |
| ج | قائمة المحتويات |
| د | قائمة الجداول |
| ر | قائمة الأشكال |
| ز | قائمة الملاحق |
| 1 | الفصل الأول: تقديم الدراسة |
| 2 | مقدمة |
| 6 | أولاً: دوافع اختيار الموضوع |
| 6 | ثانياً: أهمية البحث |
| 6 | ثالثاً: أهداف البحث |
| 7 | رابعاً: تحديد إشكالية البحث |
| 8 | خامساً: فرضيات البحث |
| 9 | سادساً: المفاهيم الإجرائية |
| 11 | الفصل الثاني: داء السكري |
| 12 | تمهيد |
| 13 | أولاً: نبذة تاريخية عن مرض السكري |
| 14 | ثانياً: فيسيولوجية مرض السك |
| 15 | ثالثاً: ماهية مرض السكري |
| 16 | رابعاً: أنواع مرض السكري |
| 19 | خامساً: أسباب الإصابة بمرض السكري |
| 21 | سادساً: الأعراض العامة لمرض السكري |
| 22 | سابعاً: الأعراض النفسية لمرض السكري |

| | |
|----|---|
| 23 | ثامنا: مضاعفات مرض السكري من النمط الأول |
| 27 | تاسعا: تشخيص مرض السكري من النمط الأول |
| 27 | عاشرا: علاج مرض السكري من النمط الأول |
| 34 | الحادي عشر: نصائح هامة لمرضى السكري من النمط الأول |
| 35 | خلاصة |
| 36 | الفصل الثالث: تقدير الذات |
| 37 | تمهيد |
| 38 | أولا: الذات (تعريفاتها، مفاهيمها، أهميتها، جوانبها، أشكالها وخصائصها) |
| 44 | ثانيا: تقدير الذات |
| 47 | ثالثا: عوامل تقدير الذات |
| 49 | رابعا: خصائص ذوي تقدير الذات المرتفع وذوي تقدير الذات المنخفض |
| 50 | خامسا: نمو تقدير الذات |
| 50 | سادسا: أنواع تقدير الذات |
| 51 | سابعا: أهمية تقدير الذات |
| 52 | ثامنا: تصنيفات تقدير الذات |
| 53 | تاسعا: العوامل المؤثرة في تقدير الذات |
| 55 | عاشرا: مصادر تقدير الذات |
| 56 | الحادي عشر: الحاجة إلى تقدير الذات |
| 56 | الثاني عشر: النظريات المفسرة لتقدير الذات |
| 58 | خلاصة |
| 60 | الفصل الرابع: المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي |
| 61 | تمهيد |
| 62 | أولا: المقابلة التحفيزية |
| 77 | ثانيا: التنظيم الذاتي |
| 83 | خلاصة |
| 84 | الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية |
| 85 | تمهيد |
| 86 | أولا: منهج الدراسة |

| | |
|-----|--|
| 86 | ثانيا: مجتمع الدراسة |
| 86 | ثالثا: عينة الدراسة |
| 87 | رابعا: أدوات الدراسة |
| 90 | خامسا: جلسات التطبيق |
| 98 | سادسا: الدراسة الاستطلاعية |
| 105 | سابعا: الدراسة الأساسية |
| 108 | ثامنا: الأساليب الإحصائية المستخدمة |
| 109 | خلاصة |
| 110 | الفصل السادس: تحليل النتائج ومناقشة الفرضيات |
| 111 | تمهيد |
| 109 | أولاً: عرض النتائج ومناقشة فرضيات البحث |
| 112 | I. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى |
| 116 | II. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية |
| 118 | III. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة |
| 121 | IV. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة |
| 122 | V. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة |
| 124 | VI. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة |
| 126 | ثانيا: استنتاجات البحث |
| 127 | ثالثا: توصيات واقتراحات |
| 128 | المصادر والمراجع |
| 137 | الملاحق |

قائمة الجداول

| الصفحة | عنوان الجدول | الرقم |
|--------|--|-------|
| 15 | جدول يوضح أنواع الخلايا لنغرهنس الموجودة في البنكرياس | 01 |
| 65 | جدول يوضح ست فئات من خطاب التغيير | 02 |
| 70 | جدول يوضح المراحل الخمس الكبرى لتغيير السلوك | 03 |
| 73 | جدول يوضح ملامح "المقاومة" في مرحلة ما قبل التفكير | 04 |
| 76 | جدول يوضح المقارنة بين المقاربة المعرفية السلوكية والمقابلة التحفيزية | 05 |
| 87 | جدول يوضح توزيع مرضى السكري النوع الأول حسب المجموعة التجريبية والضابطة | 06 |
| 89 | جدول يوضح مخطط دراسة الحالة | 07 |
| 95 | جدول يوضح جلسات التطبيق وتواريخها | 08 |
| 98 | جدول يوضح النسب المئوية التي حصلت عليها كل عبارة من عبارات الاستبيان | 09 |
| 99 | جدول يوضح معاملات ارتباط كل فقرة مع الدرجة الكلية للاستبيان | 10 |
| 100 | جدول يوضح معامل الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات البعد الأول مع الدرجة الكلية للبعد | 11 |
| 101 | جدول يوضح معامل الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات البعد الثاني مع الدرجة الكلية للبعد | 12 |
| 102 | جدول يوضح معامل الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات البعد الثالث مع الدرجة الكلية للبعد | 13 |
| 102 | جدول يوضح معامل الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات البعد الرابع مع الدرجة الكلية للبعد | 14 |
| 103 | جدول يوضح معامل الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات البعد الخامس مع الدرجة الكلية للبعد | 15 |

| | | |
|-----|--|----|
| 103 | جدول يوضح مصفوفة معاملات الارتباط للدرجات على الأبعاد الست والدرجة الكلية لاستبيان (تقدير الذات) | 16 |
| 105 | جدول يوضح فقرات البعد الأول | 17 |
| 106 | جدول يوضح فقرات البعد الثاني | 18 |
| 106 | جدول يوضح فقرات البعد الثالث | 19 |
| 106 | جدول يوضح فقرات البعد الرابع | 20 |
| 107 | جدول يوضح فقرات البعد الخامس | 21 |
| 117 | جدول يوضح دلالة الفروق بين متوسط المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في استبيان "تقدير الذات" في القياس القبلي | 22 |
| 119 | جدول يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "ت" لإيجاد الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار البعدي | 23 |
| 121 | جدول يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري واختبار "ت" في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية | 24 |
| 123 | جدول يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "ت" في القياس البعدي والتبعي للمجموعة التجريبية | 25 |
| 124 | جدول يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "ت" لدى الذكور والإناث في استبيان "تقدير الذات في القياس التبعي" | 26 |

قائمة الأشكال

| الصفحة | عنوان الشكل | الرقم |
|--------|---|-------|
| 44 | شكل يوضح خصائص مفهوم الذات | 01 |
| 65 | شكل يوضح كيفية البقاء ثابتا في وضعية التناقض الوجداني | 02 |
| 68 | شكل يوضح سلم التنقيط | 03 |
| 69 | شكل يوضح مراحل التحفيز من أجل التغيير | 04 |
| 78 | شكل يوضح التسلسل الهرمي لتمثل الأهداف (كارفر وشاير، 1995) | 05 |
| 116 | شكل يوضح درجات حالات مرضى السكري على مقياس روزنبرغ | 06 |

قائمة الملاحق

| الرقم | عنوان الملحق |
|-------|--|
| 01 | استبيان "تقدير الذات" لـ "موريس روزنبرغ" |
| 02 | استبيان تقدير الذات في صورته الأولى |
| 03 | استبيان تقدير الذات في صورته النهائية |
| 04 | الجلسة التمهيديّة |
| 05 | نشاط الجلسة الثانية |
| 06 | نشاط الجلسة الثالثة |
| 07 | نشاط الجلسة الرابعة |
| 08 | نشاط الجلسة الخامسة |
| 09 | نشاط الجلسة السادسة |
| 10 | نشاط الجلسة السابعة |
| 11 | نشاط الجلسة الثامنة |
| 12 | نشاط الجلسة التاسعة |
| 13 | نشاط الجلسة العاشرة |
| 14 | "تسهيل مهمة الطالبة لإنجاز البحث" |
| 15 | التجزئة النصفية لمعامل ارتباط بيرسون |
| 16 | يوضح نموذج دراسة حالة لمرضى السكري النوع الأول |

الفصل الأول

تقديم الدراسة

مقدمة

أولاً: دوافع اختيار الموضوع

ثانياً: أهمية البحث

ثالثاً: أهداف البحث

رابعاً: تحديد إشكالية البحث

خامساً: فرضيات البحث

سادساً: المفاهيم الإجرائية

مقدمة:

يعتبر داء السكري من أكثر التحديات الصحية في العالم للقرن الواحد والعشرين حيث أنه أصبح وباء يهدد الدول النامية والمتطورة بحد سواء فالمضاعفات الناتجة عنه كأضرار القلب والأوعية الدموية، والاعتلال العصبي السكري، وبتز الأعضاء، والفشل الكلوي والعمى والتي تؤدي إلى العجز، وانخفاض متوسط العمر المتوقع وبالتالي زيادة العبء الاقتصادي على الفرد والمجتمع ككل.

وقد اكتشف العالمان جوزيف فون ميرينج (Joseph Von Mering) و أوسكار مينكوسكي (Oskar Minkowski) عام 1889م دور البنكرياس في مرض السكر عندما أزالوا البنكرياس بشكل تام من الكلاب، حيث ظهرت عليهم علامات وأعراض مرض السكر وأدى ذلك إلى وفاتهم بعد فترة وجيزة. وفي عام 1910م اكتشف العالم سير إدوارد شاربي - شيفر (Sir Edward Sharpey - Schafer) أن المرضى المصابين بالسكر يعانون من نقص في مادة كيميائية واحدة ينتجها البنكرياس وسماها "الأنسولين". وكلمة أنسولين مشتقة من كلمة لاتينية تعرف باسم أنسولا وتعني 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 1920م من فصل هرمون الأنسولين لأول مرة من بنكرياس البقر. وهذا أدى إلى توفر حقن الأنسولين والتي تستخدم لأول مرة على مرضى السكر عام 1922م (محمد بن سعد الحميد، 2007: 2).

ويعتبر مرض السكري من الأمراض المزمنة التي تؤثر بشكل خاص على الحالة النفسية للمريض وعائلته، لأن المرض يمثل حالة طويلة الأمد من الصراع المستمر بين المصاب وبين المرض وتكاليفه وما يحمله من دلالات مهددة للحياة.

ووفقاً لإحصائيات الإتحاد الدولي للسكري لعام (2010) فإن (285) مليون شخص في العالم والذين تتراوح أعمارهم بين (20 - 79 سنة) مصابين بمرض السكري أي ما يقارب 6,6 % من مجموع سكان العالم والذي يبلغ حوالي (7 مليارات نسمة) ويتوقع أن يزداد هذا العدد بحلول عام (2030) ليصبح ما يقارب (438) مليون شخص لنفس الفئات العمرية أي بنسبة (7,8 %) من مجموع السكان المتوقع أن يكون حوالي (8,4 مليارات نسمة) وحسب دراسات منظمة الصحة العالمية فإن حوالي (80 %) من وفيات السكري تحدث في البلدان ذات الدخل المنخفض ونصفها يحدث قبل سن السبعين عاماً (وزارة الصحة السعودية، 2011: 10).

ويعرف 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 توقف تام عن إنتاجه ويطلق

على هذه الحالة "قصور الأنسولين"، وهذا ما نسميه بمرض السكر (النوع الأول). أو أن الكمية المفرزة كبيرة في بعض الحالات كالأفراد المصابين بالسمنة ولكن هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعوق وظيفة الأنسولين ويطلق على هذه الحالة "مقاومة الأنسولين" وهذا ما يطلق عليه مرض السكر من (النوع الثاني)، (محمد بن سعد الحميد، نفس المرجع السابق، ص 8).

وتأسيسا على ما تقدم فإن كمية السكر في الجسم الجاهزة للإستخدام تبلغ نحو (5) غرامات سكر في الدم و(20) غرام سكر في السائل المحيط بالخلايا والأنسجة بالإضافة إلى السكر المختزن على صورة جليكوجين بواقع (350) غرام في العضلات، 100 – 150 غرام في الكبد؛ لكن الطلب على الكلوجوز يكون هائلا (0,25 – 0,50 كيلوجرام في اليوم الواحد)، أي حوالي (100 – 150) غرام / كيلوغرام من وزن الجسم في اليوم الواحد أي من (10 – 20) ضعف سكر الجلوكوز الموجود في الدم وفي السائل المحيط بالخلايا والأنسجة. وهذا يكفي فقط لمدة ساعة أو ساعتين وبالتالي فإن مجموع السكر الحر والسكر المختزن لا يكفي إحتياجات الجسم لمدة (24 ساعة) ولا بد من تدعيمه المستمر عن طريق الغذاء حتى لا يعتمد الجسم على مخزون الدهون (محمد كمال السيد يوسف، 2009: 3).

ويعتقد أن دور العامل النفسي يتمثل في التعجيل بالإصابة بمرض السكري عند الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي للإصابة بالمرض، وأيضا في تحديد قدرة المصاب على الاستجابة للعلاج في بداية تشخيص المرض. وعلاقة داء السكري بالحالة النفسية علاقة ثنائية، إذ أن الحالة النفسية السيئة تؤدي إلى اختلال معدل السكري في الدم عن الحد الطبيعي، ويؤدي هذا الاختلال بدوره إلى سوء الحالة النفسية. ويصاحب الإصابة بداء السكري العديد من الانشغالات والتخوفات التي تولد ضغوطا تؤثر فيما بعد سلبا على نفسية المصاب والمحيطين به مما قد يجعل إما يقاوم المرض ويتحدى جميع مشاكله، وإما يستسلم للمرض وبالتالي يتهاون في إتباع إرشادات الطبيب والإلتزام بالعلاج الطبي المناسب. ومما لا شك فيه فإن داء السكري يؤدي إلى اضطرابات في شخصية المريض وإلى انخفاض في تقدير الذات مما يتسبب بالمريض الشعور باليأس وبالمنظرة المتشائمة إلى الحياة وإلى المستقبل (جمال حمزة، 1996: 146).

فتناولنا في هذا البحث متغير من أهم متغيرات شخصية مريض السكري وهو (تقدير الذات) باعتباره مفهوما سيكولوجيا نجد أنه يتضمن العديد من أساليب السلوك التي يحتاج إليها المريض منها: الإعتماد على الذات، مشاعر الثقة بالنفس، إحساس المرء بكفاءته، تقبل الخبرات الجديدة، فاعلية الاتصال الاجتماعي، وعلى أساس مؤشرات هذا السلوك فإن مفهوم تقدير الذات يعتبر مؤشرا للصحة النفسية (الحميدي محمد ضيدان الضيدان، 2004: 15).

كما أبرز باندورا في إطار نموذج التفاعلي ثلاثية مسببات السلوك دور العمليات الداخلية المولودة ذاتيا، والتي يرى أنها لا تعطي معنى ووزنا للمؤثرات الخارجية فحسب وإنما هي محدد محمري للدافعية

والسلوك. وليس هناك من بين الوسائط النفسية ما هو أكثر مركزية وأهمية من اعتقاد الناس في مدى قدراتهم لممارسة التحكم في أمور حياتهم، فالفعالية الذاتية المدركة هي اعتقاد الناس في قدرتهم على الأداء بطرق تتيح لهم التحكم في الأحداث. فإذا لم يعتقد الناس أن بإمكانهم إحداث نتائج فعالة لسلوكهم فليس سمة ما يحفزهم للأداء، فالإعتقاد في تقدير الذات باعتباره كفاءة ذاتية يعمل على تنظيم الحالات الانفعالية والاستجابات الفسيولوجية للمشقة كما ينظم نوعية وسلامة الأداء النفسي من خلال أربع عمليات رئيسية: الدافعية، والإنفعالية، والمعرفية، والمعرفية، والانتقاء (سهام محمد عبد الفتاح خليفة، 2011: 793).

ومن هذا المنطلق نحاول إجراء بحثنا للزيادة والرفع من تقدير الذات لدى مرضى السكري، من خلال استراتيجيتين (المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي)، حيث تعد الرعاية الذاتية للمريض نفسه هي أساس تحسين مستوى الصحة ونوعية الحياة.

وتتضمن الدراسة جانبان رئيسيان؛ أما الجانب الأول فيتضمن الجزء النظري للبحث الذي كان يشمل معالجة أربع (03) فصول:

الفصل الأول: ونتناول فيه بالدراسة "داء السكري". أما الفصل الثاني فيحتوي على: "تقدير الذات". أما الفصل الثالث فسنتناول فيه: "استراتيجيتي التنظيم الذاتي والمقابلة التحفيزية".

أما الجانب الثاني فسنعالج فيه الجانب التطبيقي الذي كان يشمل ثلاث (03) فصول؛ يحتوي الفصل الأول على الإجراءات المنهجية التي نتطرق فيها إلى تحديد منهج الدراسة المتبع، وكذا الخطوات المنهجية المتبعة في كيفية تصميم أدوات الدراسة المستخدمة، وفي آخر هذا الفصل نتناول الدراسة الإستطلاعية ونتائجها. أما الفصل الثاني فيضم الدراسة الأساسية وفيها مواصفات العينة كعنصر أول، والتحليل التجريبي الإحصائي وعرض النتائج كعنصر ثاني. أما الفصل الثالث والأخير من الجانب التطبيقي فسنعرض فيه بتفسير ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة. وفي نهاية البحث نعرض مجموعة من المقترحات والتوصيات التي تتناسب وموضوع الدراسة.

أولاً: دوافع اختيار الموضوع:

من الممارسة الميدانية للباحثة بالقطاع الصحي (مستشفى سيدي علي "بمصلحة الطب الداخلي")، أين يتواجد مرضى السكري (النوع الأول) من جهة، وتردد بعض المرضى الآخرين لتلقي الاستشارة النفسية الاكلينيكية من جهة أخرى. ومن خلال الاحتكاك المستمر اليومي مع المرضى، لا حظنا بان هؤلاء المرضى في حاجة ماسة إلى استشارتنا الاكلينيكية لطلب المساعدة على التكيف مع الحياة اليومية في تقبل المرض من جهة، والبحث عن التوافق الجسمي، الشخصي، الاجتماعي، الأسري، والأخلاقي. ومن خلال التعامل مع المرضى أثناء الممارسة الاكلينيكية بكل خطواتها (جمع المعلومات الأولية لمريض السكري (Anamnèse)، معرفة الحالة الآنية للمريض (Catamnèse)، تتبع الأعراض، طبيعة القلق التشخيص (Diagnostique)، أثناء هذه المرحلة الأخيرة (التشخيص)، لم أتوصل إلى علاج فعال حقيقي نفسي يساعد هذه الفئة بالتحديد (مرضى داء السكري النوع الأول) على التكيف مع المرض، ومع الوسط الاجتماعي بصفة عامة. ففكرنا في إيجاد استراتيجية استرشادية من شأنها مساعدة المريض على تنظيم ذاته ومعرفة كيفية إدارتها (إدارة الذات).

- 1) موضوع تقدير الذات من أهم المواضيع عند مرضى السكري (النوع الأول).
- 2) عدم وجود دراسات سابقة في هذا الموضوع في البيئة العربية والتي تتناول مباشرة هذين الاستراتيجيتين (المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي) في رفع تقدير الذات لدى المصابين بمرض السكري (النوع الأول).

ثانياً: أهمية البحث:

- 1) عدم وجود دراسات والتي تتناول الصيغة المباشرة لهذا الموضوع وهي تطبيق استراتيجيتي المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي في رفع تقدير الذات لدى مرضى السكري.
- 2) أضحت الدراسات والأبحاث الحديثة لا سيما التربوية منها والاكلينيكية تمارس هذين الاستراتيجيتين.
- 3) أهمية تصميم استراتيجيتي "المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي" لتنظيم ذواتهم وتعايشهم مع المرض في رفع تقديرهم لذواتهم.
- 4) تحديد أهمية استراتيجيتي "المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي" والتي يجب توفرها لدى مرضى السكري.

ثالثاً: أهداف البحث:

- 1) دراسة مدى فعالية استراتيجيتي "المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي" في رفع تقدير الذات لديهم.
- 2) تصميم الاستراتيجيتين بحيث تساعد الأخصائيين النفسيين والطاقم الطبي في المستشفيات والمراكز في مساعدة المرضى المصابين على تقبل مرضهم والتعايش معه.

رابعاً: تحديد إشكالية البحث:

لقد نقل (ابن سينا، 780 – 1037م) وحدة النفس والجسم إلى الميدان العملي أو التطبيقي، عندما قام بوضع حمل صغير وذئب مفترس في مكان واحد دون ان يتمكن أحدهما من الوصول إلى الآخر، وكان يقدم إليهما الطعام، وقام بملاحظة التطورات العضوية لدى الحمل الذي تعرض إلى حالة من الخوف والتوتر والذعر، فلاحظ أن الحمل قد أصيب بالهزال التدريجي، حتى مات بسبب معاناته من هذه الضغوط الانفعالية. من هنا يتبين لنا ان هناك علاقة بين الجسد والنفس ومدى تأثير كل منهما على الآخر، أي أن العلاقة بينهما تبادلية؛ حيث يؤثر كل منهما في الآخر، وكلما كانت شروط النمو النفسي آمنة ومستقرة كلما كان الجسد يحقق نمواً إيجابياً (محمد خالد الطحان، 2008: 197).

فالذات بناء معرفي يتكون من أفكار الإنسان عن مختلف نواحي شخصيته، فمفهومه عن جسده يمثل الذات البدنية، ومفهومه عن بنائه العقلي يمثل مفهوم الذات المعرفية أو العقلية، ومفهومه عن سلوكه الاجتماعي مثال للذات الاجتماعية، ويركز علماء النفس على بناء الذات عن طريق الخبرات التي تنمو من خلال تفاعل الإنسان مع المحيط الاجتماعي، ويطلقون على العملية الإدراكية في شخصية الإنسان (الذات المدركة) والتي من خلالها تتراكم تلك الخبرات فيتم بناء الذات ويكون الفرد مفهومًا عن ذاته. ولما كانت الذات هي شعور الفرد بكيانه المستمر وهي كما يدركها وهي الهوية الخاصة به وبشخصيته فإن تقدير الذات يكون عبارة عن تقييم الفرد لنفسه، أو بتعبير آخر هو مجموعة مدركات ومشاعر لدى كل فرد عن نفسه (صباح قاسم الرفاعي، 2010: 344).

وأوضحا كلا من (Santos & Vanden, 1982) في بحثهما المقدم إلى مؤتمر الجمعية الأمريكية بجامعة كولورادو أهمية التدريب المستمر والتدريب العلاجي واستخدام الكفاءات الوظيفية المدربة (منيرة بنت محمد صالح المرعب، 2010: 261). ومن نتائج هذه الدراسات التطبيقية في إبرازها لأهمية "تقدير الذات" من جهة، ومن خلال طبيعة عملنا في المؤسسة الاستشفائية وفي مصلحة الطب الداخلي أين يتواجد مرضى السكري، نبعت مشكلة بحثنا، حيث وجدنا أن كثير من المرضى يتسمون بتدني تقدير الذات من خلال تدني مفهوم الذات الجسمية، وعدم الثقة في فعاليتهم الذاتية مما يجعلهم يحجمون عن مواجهة الضغوط المختلفة؛ فتدني الذات الاجتماعية والأسرية هو واضح لدى مرضى السكري (النوع الأول)، وهذا ما جعلنا نقبل على هذه البحث بالدراسة في إيجاد فعالية استراتيجيتين حديثتين في البحوث الأكاديمية والتربوية منها؛ ألا وهما "المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي" في الرفع من تقدير الذات لدى المرضى. فهل هناك تأثير للتنظيم الذاتي والمقابلة التحفيزية لدى مرضى السكري (النوع الأول) في رفع تقدير الذات لديهم؟ ومن هذا السؤال الرئيسي تنبثق مجموعة من الأسئلة الفرعية هي:

1) هل مرضى السكري النوع الأول لديهم تقدير ذات متدني؟

2) هل توجد فروق دالة إحصائية في تقدير الذات بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على الإختبار البعدي لصالح المجموعة التجريبية؟

3) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي لصالح القياس البعدي؟

4) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي، لصالح القياس التتبعي؟

5) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات بين المجموعتين التجريبية والضابطة على اختبار المتابعة، لصالح المجموعة التجريبية؟

6) هل توجد فروق دالة إحصائية في "تقدير الذات" بين متوسط درجات المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي؟

خامسا: فرضيات البحث:

الفرضية الرئيسية:

يؤثر التنظيم الذاتي والمقابلة التحفيزية في رفع تقدير الذات لدى مرضى السكري (النوع الأول).

الفرضيات الفرعية:

1) الفرضية الاكلينيكية:

نتبأ عن طريق دراسة الحالة تدني تقدير الذات لدى مرضى السكري النوع الأول (المجموعة التجريبية).

2) لا توجد فروق دالة إحصائية في "تقدير الذات" بين متوسط درجات المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي.

3) توجد فروق دالة إحصائية في "تقدير الذات" بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على الإختبار البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

4) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في "تقدير الذات" بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي، لصالح القياس البعدي.

5) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في "تقدير الذات" بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي، لصالح القياس التتبعي.

6) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المجموعة التجريبية بين (الذكور والإناث) في "تقدير الذات" في القياس التتبعي لصالح الإناث.

سادسا: المفاهيم الإجرائية:

1) **داء السكري:** داء السكري هو مرض يجعل الجسم غير قادر على استخدام السكر الممتص من الطعام في الدم، مما يؤدي الى ارتفاع نسبة السكر في الجسم وتفاعله مع أنسجة الجسم المختلفة الأمر الذى يعرضها لضرر كبير على مدى سنوات عدة إذا لم يسيطر المصاب على نسبته بشكل معقول.

2) **داء السكري من النمط الأول:** هو اضطراب مزمن في التحويلات الغذائية ينتج عن نقص نسي أو كامل لهرمون الأنسولين، وهرمون الأنسولين يتم إنتاجه بواسطة خلايا بيتا الموجودة بالبنكرياس، وغياب هذه الخلايا أو تلفها ينتج عنه النوع الأول من مرض السكر، والاعتماد طوال العمر على أنسولين خارجي.

3) **متغير الجنس:** إناث وذكور.

4) **استراتيجية المقابلة التحفيزية Entretien motivationnel:** هي الرفع من دافعية المريض عبر مراحل من أجل تغيير صورة تقدير الذات لديه.

وعرفها (بروشاسكا ودي كليمانتي) **Porchaska, & Di Clemente (1983):** هي مقارنة تتمثل في علاقة مساعدة. كما عرفها أيضا، أنها تعتبر وسيلة تخاطب مباشر وفي نفس الوقت متمركز حول الشخص (المفحوص)، تهدف إلى المساعدة على تغيير السلوك من خلال تعزيز الدوافع الذاتية، وذلك باستكشاف وحل التناقض.

5) **استراتيجية التنظيم الذاتي l'Autorégulation:** نعرف التنظيم الذاتي في بحثنا إجرائيا بأنه الجهد الذي يبذله مرضى داء السكري (النوع الأول) ليتمكنوا من إدارة ذواتهم والتخطيط الحسن لها، وذلك للفرع من تقدير الذات لديهم.

ويعرفها (ليفونتهال وآخرون) **(Leventhal et al.) (1992):** وهو عملية تتكون من ثلاث مراحل هي: تنظيم الانفعال وتنظيم الانتباه وتنظيم السلوك، وهي مراحل متسلسلة ومتداخلة بحيث لا يمكن فصلها عن أحداث الحياة اليومية ومواجهة تحديات المرض المتكررة.

6) **تقدير الذات:** هو مجموع الدرجات المحصل عليها من استبيان (تقدير الذات) والمكون في أبعاده الخمس الأساسية: "الذات الجسمية، الذات الشخصية، الذات الاجتماعية، الذات الأسرية والذات الأخلاقية".

الفصل الثاني: داء السكري

تمهيد

- أولاً: نبذة تاريخية عن مرض السكري.
 - ثانياً: فيسيولوجية مرض السكري.
 - ثالثاً: ماهية مرض السكري.
 - رابعاً: أنواع مرض السكري.
 - خامساً: أسباب الإصابة بمرض السكري.
 - سادساً: الأعراض العامة لمرض السكري.
 - سابعاً: الأعراض النفسية لمرض السكري.
 - ثامناً: مضاعفات مرض السكري من النمط الأول.
 - تاسعاً: تشخيص مرض السكري من النمط الأول.
 - عاشراً: علاج مرض السكري من النمط الأول.
 - الحادي عشر: نصائح هامة لمرضى السكري من النمط الأول.
- خلاصة.

تمهيد:

إن وحدة الجسم والنفس في الإنسان تأثيرهما ببعضهما تأثير بالغ، فالأمراض الجسمية قد يكون لها ردود فعل نفسية عديدة كالشعور بالقلق والاكتئاب وأحياناً القنوط واليأس، خاصة إذا كانت الأمراض الجسمية من الأمراض الجسمية الخطيرة التي تهدد الحياة أو الأمراض المزمنة التي تلازم المريض مدى الحياة (أمين رويحة، 1983: 11).

كما أن العديد من الدراسات والتجارب العلمية أوضحت بأن للحالة النفسية تأثير واضح على الصحة والجسم، حيث أن القلق والتوتر أو الخوف يزيد المصاب بمرض كمرض السكري على سبيل المثال من تفاقم المرض مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة السكر في الدم، ارتفاع نسبة الحمض الكيتوني في الدم، الدخول في غيبوبة في حالة الانخفاض الشديد للسكر في الدم. كما قد يؤدي إلى ظهور أمراض عديدة أخرى مثل: ارتفاع ضغط الدم، التعرض لأزمات قلبية، مشاكل في الجهاز الهضمي، اضطرابات النوم... الخ. وبالتالي كلما كانت معنويات المريض عالية ويشعر بالطمأنينة والرضا والاتزان النفسي، أسهم ذلك في تحسن الحالة الصحية وذلك بفضل تحسن حالة جهاز المناعة لدى المريض (جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي: 2008: 13).

أولاً: نبذة تاريخية عن مرض السكري :

مرض السكري مرض عرف منذ القدم، فقد وجد وصف للمرض على صفحة من صفحات البردي منذ 3000 عام (ق.م) عند قدماء المصريين، وقد وجدت كذلك بعض الجدران والمخطوطات المصرية القديمة فيها وصف لمتلازمة البول والعطش وذلك منذ عام 1500 سنة (ق.م) كما ذكر في الكتابات الصينية في القرن الثالث (ق.م) "هو عبارة على متلازمة تتضمن العطش والبول"، وذكر أيضا أن بول المرضى المصابين بهذه المتلازمة "حلو المذاق".

أما عند اليونانيين القدماء، فقد ذكر مرض السكري منذ 70 سنة (ق.م) حيث أطلقوا عليه : (Diabètes mellites) وكلمة (mellites) باللغة اللاتينية تعني الحلو المذاق أو العسل، وكلمة (Diabètes) تعني خروج السائل والمقصود به البول، وبذلك يكون المعنى الكامل: "البول السكري" (فؤاد شاهين، (د.س): 89).

وقد وصف الطبيب اليوناني أريتيس (AERATES) منذ 81 سنة (ق.م) المظهر السريري لمريض السكري كما هو معروف اليوم و قد ذكر الفيلسوف و الطبيب اليوناني الروماني سيلسيوني (celsos) منذ 30 سنة (ق.م) إلى غاية 50 سنة (ق.م) ظاهرة البول المصحوبة بالوهن والضعف ، ونصح بعلاجها من خلال تنظيم الغذاء وممارسة الرياضة البدنية، أما العرب، فقد أخذوا إسم المرض عن الإغريق وهو (ديابنطس)، كما أطلقوا عليه إسم "الدورة" و "الدولاب"، كما أطلقوا عليه إسم وصف مرض السكري وصفا دقيقا في كتابه (القانون في الطب)، حيث قال: "ديابنطس هو ما يخرج الماء كما يشرب في زمن قصير أو صاحبه يعطش فيشرب ولا يروى، بل يبول كما يشرب ويكون غير قادر على الحبس البتة" (محمد رفعت: 1996: 6).

وذكر كذلك ابن سينا في كتابه عن اعراض المرض قائلا: "ومن أعرضه العطش الشديد والضعف الجسمي والإجهاد العصبي وعدم انتظام الشهية .

وفي القرن السابع عشر وصف توماس ويلس حلاوة السكري بقوله: "أنه مشروب العسل"، وأثبت دوبسن ان هذه المادة هي السكري مما قاد للتفكير بمعالجة المرض بحمية قوية معقولة، وفي عام (1859) بين (كلود برنارد، claud Bernard) إن دم الشخص المصاب بالسكري يحتوي على كمية زائدة من السكر وهذه صفة هامة للداء (جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي، نفس المرجع السابق: 18).

وفي عام 1869 نجح طالب الطب الألماني (بول لنغرهانس، Paul Langerhand) في وصف جزر الخلايا التي تنتج هرمون الأنسولين الموجود في البنكرياس والتي تحمل اسمه الآن وتوصل إلى أن خلايا (P) هي المسؤولة عن إنتاج الأنسولين (المرجع نفسه، 19).

وفي عام 1889 استطاع كلا من العالمين (فون ومنكوفسكي، Inkoinkoviski-Phone) إحداث تطورا مهما في فهمهم لطبيعة مرض السكري وذلك من خلال إجراء جراحة لنوع غدة البنكرياس لأحد الكلاب، وبعد إجراء الجراحة لم يمت الكلب ولكن بدأ يشرب الماء بكثرة ويتبول بكثرة، الأمر الذي لفت انتباه العالمين وذلك من خلال تجمع الذباب بكثرة على بول الكلب مما دفع بهما الى اجراء تحليل للبول فوجدوا بأنه يحتوي على نسبة عالية من سكر الجلوكوز، وسرعان ما اكتشفا بأنهما قد تسببا بإصابة الكلب بمرض السكري (André Grinald, 1999 : P. 41).

وقد استطاع العالمان باستينج وبيست (Basting & Best) في عام 1921 استخراج مادة من البنكرياس سببت هبوط في سكر الدم وسميت " بالأنسولين" ، ومع اكتشاف الأنسولين أصبح مرضى السكري أطول عمرا وأقل تعرضا للاختلالات الحادة وأكثر إصابة بالاختلالات المزمنة (المرجع نفسه، ص 42).

ثانيا: فيسيولوجية مرض السكري :

داء السكري متلازمة استقلابية (Metabolic) تتميز بارتفاع مزمن في سكر الدم، حيث تحدث هذه المتلازمة في سياق عدد من الأمراض والأحوال المختلفة سريريا ومرضيا، إذ ينجم فرط سكر الدم عن النقص المطلق أو النسبي للأنسولين، ليس المقصود بالنقص نقصا في إنتاج الأنسولين فقط، وإنما يشمل أيضا كل الأعصاب والاضطرابات التي تؤدي إلى خلل في الفعالية الحيوية للهرمون في أي مرحلة من المراحل العمرية، وإن نقص الأنسولين في الدم يؤدي إلى حدوث اضطرابات عديدة في استقلاب الشحوم، والبروتينات والمكونات الخلوية وغير الخلوية التي تؤدي الى اختلالات استقلابية حادة ومزمنة (Rose Marie ham laadji, 2004 : P.35).

ويعد البنكرياس الغدة المسؤولة عن الإصابة بمرض السكري وذلك من خلال نقص إفراز مادة الأنسولين اللازمة لتنظيم استفادة الجسم من المواد الغذائية حيث تقع غدة البنكرياس خلف المعدة مباشرة، وتقوم بإنتاج إنزيمات الهضم وهرمون الأنسولين والجلوكاجون التي تنظم الطاقة في الجسم والجلوكاجون هرمون يفرزه البنكرياس عن طريق جزر لانغرهانس وذلك من خلال خلايا ألفا، وقد تم التعرف على أربعة أنواع رئيسية من خلايا لانغرهانس في البنكرياس وهي كالتالي :

جدول رقم (01) يوضح أنواع الخلايا لانغرهانس الموجودة في البنكرياس (المرجع نفسه: 36)

| نوع الخلية | الهرمون الذي تفرزه |
|-------------|-------------------------|
| بيتا (β) | أنسولين (70% - 80%) |
| الفا (α) | جلوكاجون (15% - 20%) |
| دلتا (Δ) | سوماتوستاتي (5%) |
| ب - ب (P-P) | عديد البيتيد البنكرياسي |

وقد تتضاعف أعراض مرض السكري نتيجة نقص الأنسولين، فإذا لم تنتج خلايا (β) كمية كافية من الأنسولين فإن السكر في الدم سيصل إلى مستويات عالية جدا ومن ثم يظهر السكر في البول، وإذا لم يتم ضبطه بشكل جيد فإنه سيؤدي إلى غيبوبة، ومن ثم إلى موت محقق. لذا فإن إعطاء الأنسولين للمريض أمر ضروري حتى يتسنى له ضبط الأعراض التي تنجم عن نقص الأنسولين، وعلى الرغم من أهمية الأنسولين بالنسبة لمريض السكري إلا أنه لا يشفي من المرض بمجرد استخدامه، لذا فإن قلة نسبة الأنسولين في دم الإنسان تؤدي إلى ارتفاع الجلوكوز في الدم مما قد يتسبب في إحداث أمراض جسمية خطيرة لمرض السكري مثل: أمراض القلب والإصابة بالعمى وأمراض الكلى وأمراض القدم وغيرها (المرجع نفسه: 42).

ثالثا: ماهية مرض السكري :

السكري مرض شائع يصيب (3%) من الإناث و (2%) من الذكور ويحصل في مختلف الأعمار، وترتفع نسبة الإصابة به عند البالغين، حيث تقدر نسبة الإصابة بالمرض واحدة في كل أربعين شخصا على وجه التقريب، بينما يرتفع معدل الوفيات عند الصغار أكثر مما هو عند البالغين (محمد هشام محمد فهمي الحناوي، 1987: 14).

كما يلاحظ بأن الأعراض النفسية كالقلق، والاكتئاب والضغط النفسي منتشرة بين مرضى السكري أكثر من انتشارها بين غيرهم، كما تؤكد بعض الدراسات مثل دراسة زانغ و زملائه 2005 (Zhang & al) ، وستيوارت ورو ووايت (Stewart , Roo, white)، ودراسة شو وشي (choux,chi) 2005، ودراسة لويد وبراون (Lloyd.& Brown) 2002، ويعتقد بأن الحالة النفسية لها تأثير سيء على ضبط مستوى السكر في الدم، كما تؤكد دراسة (Langer & Langer, 1994) فالمعاناة من مرض مزمن كالسكري قد تقود إلى الشعور بالقلق أو الاكتئاب أو التوتر أو غيرها من الأمراض النفسية وخاصة إذا ما كان المريض يعاني من صعوبة في ضبط مستوى السكر في الدم (محمد فوزي جبل، 2000: 29 - 32).

وقد عرف ألشوا " 2005" في كتابه الآفاق الحديثة في دراسة ومعالجة داء السكري بأنه: "ارتفاع نسبة سكر الدم فوق المعدل الطبيعي نتيجة لنقص في إفرازات هرمون الأنسولين أو عدم فعاليته، أو كلاهما معا (جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي، نفس المرجع السابق: 19).

وعرفه لوثر ترافيس (استشاري في الغدد الصم والسكري في قسم الطب جامعة تكساس (U.S.A) بأنه عبارة عن اضطراب في عملية تحويل الأغذية التي يتناولها الناس إلى طاقة (kiati) (mostafa,1993: p 16).

وعرفته الدكتور (انتصار غرة، طبيبة في قسم الأسرة والمجتمع، جامعة دمشق في دراسة لنيل درجة الدراسات العليا) بعنوان: "الرعاية الصحية لمرضى السكري": "داء السكري هي متلازمة اضطراب

استقلابي ووعائي بأحد السببين إما لنقص إفراز منفرد للأنسولين أو المشاركة بين مقاومة أنسولينية مع عدم إفراز كامل للمعاوضة (جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي، نفس المرجع السابق: 24).

رابعاً: أنواع مرض السكري:

فيما يخص أنواع السكري، فقد كان الاعتقاد السائد في الماضي أن هناك نوعين فقط من مرض السكري:

(1) النوع الأول — يعتمد على الأنسولين.

(2) النوع الثاني — لا يعتمد على الأنسولين.

إلا أنه في الآونة الأخيرة وحسب ما ورد في تقارير الصحة العالمية فقد صنف المرض الى أربع أنواع حسب التالي :

1) السكري من النمط الأول (Diabete de Type I):

حسب منظمة الصحة العالمية - يتميز النمط الأول من السكري بخسارة الخلايا بيتا المنتجة للأنسولين من خلايا لانغرهانس بالبنكرياس مما يؤدي إلى نقص الأنسولين والسبب الرئيسي لهذه الخسارة هو مناعة ذاتية تتميز بهجوم الخلايا تاء المناعية على خلايا بيتا المنتجة للأنسولين. ولا توجد وسيلة وقاية من الإصابة بالنمط الأول من السكري الذي يمثل 10% من حالات مرضى السكري في أمريكا الشمالية وأوروبا، مع اختلاف التوزيع الجغرافي، ومعظم المصابين بالمرض كانوا إما بصحة جيدة أو ذوي أوزان مثالية عندما بدأت أعراض المرض بالظهور، وتكون استجابتهم لمفعول الأنسولين عادية لا توجد مقاومة خصوصاً في المرحلة الأولى (محمد عبد الرحمن العيسوي، 202: 45).

يصيب النمط الأول الأطفال أو البالغين ولكنه معروف تقليدياً بسكري الأطفال لأن معظم المصابين به من الأطفال.

يعالج النمط الأول بصورة أساسية حتى أثناء المراحل الأولى بحقن الأنسولين مع المراقبة المستمرة لمستويات غلوكوز الدم ويمكن أن يصاب المريض الذي لا يتعاطى الأنسولين بالحمض الكيتوني السكري الذي يؤدي إلى الغيبوبة أو الوفاة، ويجب التأكيد على المريض بأن يضبط أسلوب حياته خصوصاً فيما يتعلق بنوعية الغذاء والتمارين الرياضية على الرغم من أن كل ذلك لا يمكنه أن يعوض خسارة خلايا بيتا (Isabelle Galibois, 2006 :p29).

وبعيداً عن الاستخدام التقليدي لحقن الأنسولين تحت الجلد يمكن توصيل الأنسولين للدم عن طريق مضخة يمكنها تسريب الأنسولين على مدار اليوم وبمستويات معينة - كما يمكن التحكم في الجرعات. وكان يوجد كذلك نوع من الأنسولين يمكن استنشاقه يسمى " أكسويبرا" الذي اعتمده وكالة العقار الأمريكية (F.D.A) في يناير 2006، ولكن شركة فازر أوقفت إنتاجه في أكتوبر في سنة 2007. (جاسم محمد عبد الله المرزوقي، نفس المرجع السابق: ص 24).

ويعتبر الأنسولين بالنسبة لمرضى النمط الأول من السكري علاج لا يمكن الاستغناء عنه على مدى الحياة، فهو لا يؤثر بصورة كبيرة على الأنشطة الحياتية للمريض ما دام هناك تعود ووعي ورعاية وانتظام في أخذ الجرعات وقياس مستوى الجلوكوز في الدم، ولأن اتباع العلاج يكون ثقيلًا على المرضى فإن الأنسولين تؤخذ بطريقة غير سوية وبعيدة كل البعد عن النظام المفترض.

ويجب أن يكون متوسط مستوى غلوكوز الدم بالنسبة للنمط الأول قريبًا قدر الإمكان من المستوى الطبيعي من "80 - 120 ميلغرام" ويرجع بعض الأطباء تراوح مستوى غلوكوز الدم بين "140 و150 ملغ" للمرضى الذين يعانون إذا كان مستوى غلوكوز الدم منخفض لديهم " يحدث لهم انخفاض متكرر في مستوى غلوكوز الدم". أما المستويات الأعلى 200 ملغ" يصاحبهما في بعض الأحيان عدم راحة وتبول متكرر قد يؤدي إلى الجفاف. والمستويات من 300 ملغ تتطلب عادة العلاج لأنه يمكنها أن تؤدي إلى ارتفاع نسبة الحمض الكيتوني السكري، لكنها لا تهدد حياة المريض على أي حال. أما المستويات المنخفضة لغلوكوز الدم فيمكنها أن تسبب تشنجات أو فترات من فقدان الوعي لذا فإنه من الضروري وشدة علاجها في الحال (Isabelle Galiboi, obcit :p 30).

2) السكري من النمط الثاني (Diabete de type II):

يتميز النمط الثاني من السكري باختلافه عن النمط الأول من حيث وجود مقاومة مضادة لمفعول الأنسولين بالإضافة إلى قلة إفراز الأنسولين. ولا تستجيب مستقبلات الأنسولين الموجودة في الأغلفة الخلوية لمختلف أنسجة الجسم بصورة صحيحة للأنسولين. بالمراحل الأولى تكون مقاومة الأنسولين هي الشذوذ الطاغي في استجابة الأنسجة للأنسولين ومصحوبة بارتفاع مستويات الأنسولين في الدم. وفي هذه المرحلة يمكن تقليل مستوى غلوكوز الدم عن طريق وسائل وأدوية تزيد من فاعلية الأنسولين وتقلل من إنتاج الغلوكوز في الكبد، وكلما تطور المرض تقل كفاءة إفراز الأنسولين في البنكرياس وتصبح هناك حاجة لحقن الأنسولين (Georges hennen 2001 :p 134).

مريض السكري (النوع الثاني) لا يوجد لديه تحطيم ذاتي (أضداد ذاتية في الدم) لخلايا بيتا في البنكرياس أو سبب آخر للمرض مثل (أدوية مسببة للسكري مثل: الكورتيسونات - خلل وراثي في جزيء الأنسولين - البنكرياس).

3) مرض السكري الثانوي (Diabete secondaire):

السكري المقترن بحالات مرضية معينة كأضرار البنكرياس وأمراض الاضطرابات الهرمونية والحالات الناجمة عن استعمال العقاقير والمواد الكيماوية وشذوذ المستقبلات والعوامل الوراثية، ويسمى هذا النوع أيضا مرض السكري الثانوي (Diabete secondaire) (William Ganong, 2005 :p 333).

4) سكر الحمل (Diabete Gestationnelle):

غالبا ما تتعرض له الحوامل اللاتي يعانين من وجود تاريخ عرضي لمرض السكري في العائلة، واللاتي تعاني في قصور الجسم عن احتمال الجلوكوز، وزيادة الوزن واللاتي يلدن أطفالا أوزانهم تتعدى 04 كلغ. ويصيب سكري الحمل (14%) من النساء الحوامل ويمثل 90% من حالات السكري المشاهدة أثناء الحمل (منظمة الصحة العالمية ، السكري صحيفة وقائع رقم 312 ، سبتمبر 2012) .

خامسا: أسباب الإصابة بمرض السكري :

تتعدد أسباب مرض السكري إلا أن بعضها معروفة وأخرى بقيت الى حد الساعة مجهولة، ومن بينها نذكر ما يلي :

1) الأسباب العضوية :

أ) **الوراثية:** الاستعداد للإصابة بالمرض تكون في بعض حالات وراثية، حيث ينتقل المرض عبر الأجيال "من الوالدين إلى الأبناء" ، والباعث للإصابة بمرض السكري هو وجود قصور في أعمال الغدة الصماء أي السكري هو وجود قصور في اعمال الغدد الصماء أي الغدد التي تفرز مختلف الهرمونات، غير أن طريقة توارث هذا المرض لا تزال غير واضحة تماما، كما أن لا أحد يستطيع أن يؤكد بشكل قاطع إنتقاله الى أبناء المريض بالسكري.

ب) **السمنة:** هناك علاقة وطيدة بين الجسم ومرض السكري حيث أنه مرض يصيب الإناث أكثر من الذكور، وذلك لاستعدادهن لزيادة الوزن كنتيجة طبيعية لتكرار الولادة والحمل، فكلما زاد وزن الجسم عن معدله الطبيعي زاد الاستعداد للإصابة بالسكري "والسمنة هي من أهم مسببات الإصابة بمرض السكري النمط الثاني".

ت) **تلف البنكرياسي:** عجز البنكرياس عن إفراز هرمون الأنسولين بسبب الخلل الذي قد يصيب خلايا بيتا β بجزر لانجرهانس المسؤولة عن إفراز الأنسولين، أو تلف البنكرياس إثر عملية جراحية كحالة الأورام السرطانية.

ث) **عامل السن:** تزداد نسبة الإصابة بمرض السكري مع تقدم السن عادة.

ج) **إلتهاب لغدة الدرقية:** كحالات التسمم الدرقي أو المبالغة في إفراز الهرمون الدرقي.

ح) **الحمل:** مثلما ذكرنا سابقا، انه قد يتسبب الحمل في ظهور مرض السكري عند بعض الحالات وذلك خاصة عند النساء اللاتي لديهن استعدادات للإصابة بالمرض.

(خ) **الإصابات الفيروسية:** هناك صلة مؤكدة بين الإصابة الفيروسية كالتهاب غدة النكاف " الغدة اللعابية " Paratidite Vvirale والجديري Varicelle وبين كيفية أداء البنكرياس لوظيفته حيث تم أثناء إجراء بعض التجارب عن الحيوانات وذلك بمقننها يمثل هذه الفيروسات اكتشاف إصابتها بمرض السكري إذ أن هذه الفيروسات تؤثر على عمل البنكرياس (دعميش خليصة، 2011 : ص 87).

2) الأسباب النفسية:

أقر الكونجرس الأمريكي 1974 قانون لإجراء البحوث القومية والتعليم في مجال السكري، وعلى إثر ذلك تألفت الهيئة القومية للسكري (N.C.D) لوضع خطة شاملة لعلاج هذا المرض باعتباره مشكلة اجتماعية وصحية، بالإضافة إلى أنه مشكلة نفسية كذلك. ومن أبرز ما أظهرته هذه الهيئة القضاء على فكرة أن مرض السكري مرض مستقر ويدخل بذلك في إطار التعليم الطبي أو الثقافة الطبية أو التثقيف الصحي. ولقد تبين من خلال البحوث تزايد نسبة الإصابة بمرض السكري بصورة مستمرة، حيث تصل إلى 6% سنويا .

كما يعتبر السكري من الأمراض السيكوسوماتية لإرتباطه بالجوانب النفسية للمصاب، ولقد اكتشف الباحثون أن التوتر النفسي هو العلة الممرضة في كثير من الأمراض المرتبطة باضطراب المناعة الذاتية التي تؤثر على الجوانب الفيزيولوجية في المرض، ولقد دلت الدراسات السريرية والمخبرية على أن التوتر النفسي له دور كبير في ظهور مرض السكري، ووجد أن في حالة التوتر يفرز الجسم الهرمونات السيروتويدات القشرية الكظرية والكاتيكولامينات " الأدينالين والنورادرينالين " التي تؤثر بدورها على مستويات السكر الموجودة في الدم فترتفع هذه الهرمونات في مستوياته، حيث يتعين على الأنسولين حرقه وتمثيله في الجسم. ويرى السيكلوجي " ريتشارد سوروين " من جامعة ديوك DUKE أن التوتر النفسي لا يرفع فقط من مستويات السكر في الدم بل يثبط من إفراز الانسولين (محمد عبد الرحمان العسوي، 2002: ص 440-441) .

سادسا: الأعراض العامة لمرض السكري :

1) شدة العطش (Polydypsie) والإكثار من شرب المياه وخاصة الثلجة ويحدث العطش بسبب التأثير الأسموزي، حيث أن الزيادة الكبيرة في مستوى سكر الدم فوق الحد الكلوي للسكر يتم إفرازها عن طريق الكلى ولكن هذا يحتاج إلى الماء لحملة وبالتالي يؤدي ذلك إلى فقدان كبير للسوائل من الجسم والتي يجب إحلالها عن طريق الماء المتواجد في خلايا الجسم، وهذا بدوره يؤدي إلى الجفاف.

2) زيادة عدد مرات و كمية التبول (Polyurie).

3) زيادة في شهية الأكل (Ppolyphagie) وخاصة الحلويات والسكريات. (محمد بن سعد الحميد، 2008: ص 46).

وهذه الأعراض المذكورة أعلاه يمكن أن تحدث بسرعة في النوع الأول من السكر، وخاصة عند الأطفال، ولكنها قد لا تظهر تماما أو تظهر بشكل بطيء مثلما هو الحال بالنسبة للنوع الثاني من السكري. أ) جفاف الحلق واللسان.

ب) نقص في الوزن الجسم دون سبب واضح على الرغم من الأكل الطبيعي أو زيادة الأكل. ويرجع ذلك إلى إفراز هرمون الجلوكاجون (Glocagon) (المضاد لعمل الأنسولين) والذي تعززه البنكرياس كذلك. ويعمل هذا الهرمون على تكسير البروتينات والدهون وتحويلها إلى سكر مما يتسبب في حدوث نقص في الوزن، بالإضافة إلى فقدان كمية كبيرة من الماء نتيجة لكثرة التبول (Laurence levy-Dutel, Jean) (Jaques Altman, Roxan Duclaux, 2012: p10-11).

ت) الشعور بالكسل والضعف والخمول وعدم القدرة على احتمال المجهود العضلي، وهنا يجب الحرص على عمل التحاليل الطبية للكشف المرض بشكل مبكر.

سابعا: الأعراض النفسية لداء السكري :

يعتبر داء السكري أحد الأعراض السيكوسوماتية كثيرة الانتشار، والتي يزداد انتشارها مع تعقد الحضارة المعاصرة، لذلك يسميها البعض "أمراض العصر" بسبب كثرة انتشارها. وتعتبر الأمراض السيكوسوماتية عن طبيعة التفاعل والتأثير المتبادل بين نفس الإنسان وجسده، فالأمراض الجسمية فيها جوانب نفسية فالدمل والخراج Furanch (التهاب الكبد) هو جسمي لكن يحدث ألما نفسيا، وكذلك الأمراض النفسية فيها جوانب أو عناصر جسمية ولها انعكاساتها الجسمية مثل القلق، حيث يدفع بالشخص نحو الشره أو فقدان الشهية أو قلة الوزن (محمد عبد الرحمن العيسوي، نفس المرجع، 2002: ص 261-262).

ومن أهم الأعراض النفسية التي ترافق الإصابة بداء السكري ما يلي :

- 1) حزن المستمر.
- 2) الشعور بالاحباط.
- 3) الشعور بالذنب و عدم القيمة.
- 4) انعدام الرغبة في القيام بالأنشطة والهوايات التي كانت محببة الى الشخص في الماضي، بما في ذلك الحياة الجنسية.

- 5) قلة الطاقة والشعور بالتعب.
- 6) صعوبة التركيز والتذكر واتخاذ القرارات.
- 7) الأرق والنهوض مبكرا في الصباح أو النوم لساعات طويلة .
- 8) تغيرات في الشهية والوزن.
- 9) التفكير في الموت والانتحار أو القيام بمحاولات انتحار.
- 10) سرعة التهيج والتوتر . (محمد بن سعد الحميد، نفس المرجع، 2008 : ص 39).

ملاحظة :

إذا حدث لدى الشخص المصاب بداء السكري خمسة أعراض أو أكثر من الأعراض المذكورة سابقا يوميا لمدة أسبوعين على الأقل أو أثرت على الأنشطة اليومية المعتادة مثل: العمل، الاهتمام بالنفس، رعاية الأطفال، الحياة الإجتماعية، فينبغي مراجعة طبيب نفسي. (محمد عبد الرحمن العيسوي، الاضطرابات النفس جسمية، نفس المرجع السابق، 2002: ص 40).

- فالسكر مادة تساعد على نمو الجراثيم، لذلك تكثر الإلتهابات في المناطق الرطبة من الجسم مثل الأعضاء التناسلية والجلد كما تساعد على تقليل مقاومة الجسم ضد الجراثيم في مواقع أخرى من الجسم.
- 11) التأخر في إلتئام الجروح والرضوض عند حدوثها (تقرحات القدم).
 - 12) الضعف الجنسي ويكون واضحا عند الذكور بسبب تأثر الأعصاب.
 - 13) القلق والاضطراب النفسي والأرق وعدم الإنتظام في التبرز.

ثامنا: مضاعفات مرض السكري من النمط الأول :

تشير الدراسات إلى أن خطر الوفاة كبير جدا في مرض السكري بغض النظر عن الجنس أو العمر أو الحالة الاجتماعية، وقد أثبتت الدراسات أن السبب الرئيسي للوفاة ليس مرض السكري في حد ذاته وإنما المضاعفات التي تحدث جراء الإصابة به، وبالتالي فإن توعية المريض ومعرفته بخطورة المرض وما قد يؤول إليه له أهميته البالغة في التقليل من خطورة المرض وتفاقم مضاعفاته، وهذا بالفعل ما نسعى إلى التوصل إليه من خلال بحثنا هذا.

I. بعض مضاعفات المرض :

1) إصابة الأعصاب :

يصيب مرض السكري أي نوع من الأعصاب (الطرفية والذاتية)، وتعتبر إصابة الأعصاب من المضاعفات الشائعة والخطيرة لمرض السكري التي تظهر مبكرا، ويشكو من أعراضها كثير من المرضى

وتختلف شدتها وأعراضها من مرض إلى آخر ويرجع ذلك إلى نقص الدم في الشرايين الدقيقة التي تغذي الأعصاب مما يؤدي إلى تصلب الشرايين عند مريض السكري. (محمد بن سعد الحميد، نفس المرجع، 2008 : ص 87)

2) عدم انتظام الدورة الدموية والقلب :

يشكو مريض السكري من زيادة دقات القلب أثناء الراحة، ويعزى هذا إلى تأثير مرض السكري على الأعصاب الإرادية المتحكممة في حركة وانقباض القلب. وقد قدر العلماء معدل الوفيات بسبب مشاكل القلب الناتجة من اعتلال الأعصاب بسبب مرض السكري بين 15% و53% .

كما أن زيادة نسبة الدهون الكوليسترول في الدم، من الأسباب التي تجعل مريض السكري أكثر عرضة للإصابة بتصلب الشرايين عن غيره. (جاسم محمد عبد الله المرزوقي، نفس المرجع: 29).

3) اعتلال شبكية العين:

ما يقرب من 50% من مرضى السكري قد تتأثر أعينهم في وقت من الأوقات وتضعف أبصارهم، ويؤدي مرض السكري إلى حدوث ما يعادل 12000 إلى 48000 حالة جديدة في فقدان البصر سنويا، ويعتبر مرض السكري السبب الرئيسي الأول لحالات فقدان البصر الجديدة لدى الأشخاص البالغين شيوعا في عين المريض المصاب بالسكري هو اعتلال الشبكية Rétinopathie وهي عبارة عن اختلال في الأوعية الدموية في الشبكية، وكذلك مرضى السكري أكثر عرضة للإصابة بعتامة العدسة أو ما يعرف بالكتاركت Cataract وارتفاع ضغط الدم داخل العين Gloucome .

4) اعتلا الكلى (الفشل الكلوي):

يعتبر من المضاعفات الخطيرة لمرض السكري حيث تشمل أعراض الفشل الكلوي التورم في القدم والركبة والإجهاد (التعب) وشحوب لون الجلد. (محمد بن سعد الحميد ، نفس المرجع: 90).

5) ظهور مشاكل في الجهاز الهضمي :

قد يتسبب مرض السكري من إحداث خلل في الأعصاب الإرادية ويؤدي إلى حدوث عدد من المشاكل عند مريض السكر مثل: الإسهال، الإمساك، انتفاخ البطن، سلس البول... الخ.

6) الضعف الجنسي:

تأثر الأعصاب الجنسية الإرادية ينتج عنه فقدان القدرة على انتصاب القضيب (العضو الذكري) وإتمام الاتصال الجنسي بنجاح، ولكنه لا يؤثر على الخصوبة وإنجاب الأطفال، وقد تصل نسبة الإصابة

بهذا المشكل بين الرجال المصابين بالسكري إلى الإصابة بهذا المشكل بين الرجال المصابين بالسكري إلى نسبة 50%، وهناك عاملان مهمان في حدوث الضعف الجنسي عند مريض السكري وهما:

أ) العامل العضوي: إصابة شرايين العضو الذكري بالتصلب والضييق فيقل الدم المندفع للعضو وبالتالي يضعف الإنتصاب.

ب) العامل النفسي: القلق والتوتر والخوف المصاحب لمرض السكري.

وهذا المشكل ليس حكرا على الرجال وإنما تشكو النساء كذلك من البرود الجنسي مع فقدان الرغبة الجنسية، أو الشعور بألم شديد أثناء عملية الجماع . (جاسم محمد عبد الله المرزوقي، نفس المرجع: ص 31).

7) القدم السكري :

يطلق تعبير القدم السكرية على المضاعفات والتغيرات التي تحدث في قدم مريض السكري من إلتهابات وتقرحات و(غرغرينا) ويحدث هذا بسبب تلف الأعصاب التي تفقد القدم الإحساس وتضعفه مما يعرضه لكثرة الإصطدام بالأشياء وعدم شعور المريض بألم أو حرارة أو برودة في القدمين، وبالتالي لا يشعر المريض بأي جرح أو حرقه.

كما أن تلف الأعصاب الطرفية يؤدي إلى فقدان الإحساس بمفاصل القدمين والأصابع مما يتسبب تشوه الأصابع وعدم تكافؤ توزيع وزن الجسم على القدمين ما يؤدي إلى ظهور تشققات ثم تقرح في مناطق الضغط الزائد والمستمر. وحسب الإحصائيات العالمية فإنه يتم بتر قدم سكري كل 30 ثانية، ولذلك اهتمت دول العالم بهذا الموضوع وحددت يوما عالميا للتعريف بطرق الوقاية من البتر. (حسن بن علي الزهراني، الأقدام السكرية، 2006 : ص 16).

8) إصابات جلدية :

أنسجة جسم مريض السكري وخاصة الجلد أكثر عرضة للإصابة بالإلتهابات الميكروبية خصوصا في حالة عدم التحكم في مستوى السكر الدم بصورة جيدة و تتمثل الأعراض الجلدية ب:

أ) الحكمة (الهرش).

ب) ظهور دمامل التي تصبح وسيطا جيدا لنمو البكتيريا والفطريات والميكروبات الأخرى، وتأخذ فترة طويلة لكي يتم الشفاء منها.

ت) ملاحظة جفاف الجلد وبصفة خاصة على اليدين والقدمين عند مريض السكري.

9 إصابة الأسنان :

قد يشكو مريض السكري من كثرة الالتهاب الحاد في اللثة وحدوث قيح حول الأسنان، ويحدث ذلك تغيرات بأنسجة اللثة والعظام المحيطة بالأسنان فيؤدي الى تخلفها وسقوطها. (Michele, 2009 : p 165).

10 إلتهاب مجرى البول :

النساء أكثر عرضة لخطورة الإصابة بالإلتهاب في المجاري البولية .

11 غيبوبة السكر الكيتونية :

تحدث غيبوبة السكر الكيتونية غالبا لدى النوع الأول من مرضى السكري نتيجة للنقص الكامل أو شبه الكامل للأنسولين في الجسم وينتج عن ذلك ارتفاع مستوى سكر الجلوكوز في الدم وعدم استفادة الخلايا بسبب غياب هرمون الأنسولين. و يضطر الجسم في هذه الحالة إلى تكسير الدهون المخزونة بالجسم بواسطة الكبد لتوليد الطاقة الكيتونية في الكبد وهذا ما يؤدي إلى عدم التوازن في درجة الحموضة بالجسم مسببة زيادة في الحمض الكيتوني وهي الأسيتون (acitone) وحمض اسيتواسيتيك (acidiacefaocetic) وحمض بيتاهايدروكسي بيوتريك (B-hydroxybutyric-acid)، وهذا ما يسبب حموضة الدم، وتساهم الكلى في إفراز تلك العناصر السامة في البول، أما الرئتين فتخرجهما عن طريق الزفير معطية رائحة الأسيتون المميزة مع النفس، وحموضة الدم تسبب ضعف ضربات القلب واتساع الأوعية الدموية الطرفية، وكذلك نقص كمية الدم بسبب فقد السوائل عن طريق البول والتعرق بتعرض الجسم إلى هبوط حاد في ضغط الدم، ومما يحدث صدمة وبالتالي الدخول في غيبوبة. (Michele, 2009, opcit : p 166)

تاسعا: تشخيص داء السكري من النمط الأول :

كيف يتم تشخيص داء السكري؟

تحليل السكر في الدم: يحتوي الدم على قدر من سكر العنب (الجلوكوز) يتذبذب بين الارتفاع والانخفاض بعد تناول الأكل، وفي حالة الصيام وكذلك بعد الانفعالات. وقد تم تحديد المعدل الطبيعي للسكر في البلازما بواسطة المؤسسات العالمية مثل: منظمة الصحة العالمية، ورابطة السكر الأمريكية حيث تحدد النسبة الطبيعية لمستوى السكر في الدم بين (4 و 6 ميلي مول) حيث يكون المستوى العادي للجلوكوز في الدم حوالي 90 ميلليغرام /100 مل، ويمكن اعتبار الشخص مصابا بالسكري إلى ما وجدت نسبة الجلوكوز في الدم ما يعادل أو يفوق 1.26 ميلغرام / 100 مل.

لا يظهر السكر في الدم إلا بعد أن تصل نسبته إلى أكثر من 1.80 ميلليغرام / 100 مل في الدم حيث تعجز الكلى على إعادة امتصاصه بالكامل من الدم وهو ما يعرف بالداء الكلوي للسكر، وبالتالي

يُخرج السكر الزائد من البول ولهذا يعتبر تحليل الدم الأدق في التأكد من الإصابة بداء السكري. (محمد بن سعد الحميد، نفس المرجع السابق: ص 58).

عاشرا: علاج داء السكري من النمط الأول:

I. الهدف من علاج داء السكري من النمط الأول:

- 1) المحافظة على معدل طبيعي لسكر الجلوكوز في الدم طوال اليوم.
- 2) تجنب الهبوط الحاد في مستوى السكر في القدم.
- 3) منع حدوث أعراض ومضاعفات داء السكري المعروفة من النمط الأول.
- 4) التعامل والتحكم في أي مضاعفات للسكر.
- 5) تمكين المريض من مزاوله أنشطته اليومية بدون تعب أو إرهاق.
- 6) المحافظة على حياة المريض لأن داء السكري إذا لم يتلقى العلاج المناسب يؤدي بصاحبه إلى الفناء المحتوم. (Isabelle, Galibio, Obcit, p 58).

II. طرق علاج داء السكري من النمط الأول:

من المعروف أن مريض السكري من النمط الأول يعتمد اعتماداً كلياً على جرعات الأنسولين التي يتم حقنه بها لوقف الأحماض الكيتونية التي ربما تهدد حياته، لذلك أقيم العديد من الأبحاث لمحاولة التوصل إلى علاج نهائي لمرض السكري من النوع الأول.

III. الخطوات الصحيحة التي يجب أن يتبعها المريض المصاب بداء السكري من النمط الأول

لإستعمال حقنة الأنسولين:

1) القيام بقياس السكر بواسطة جهاز الجلوكوميتر (جهاز فحص السكر المنزلي) للتأكد من أن نسبة السكر في الدم غير منخفضة. إذا كانت نسبة السكر في الدم منخفضة 70 أو أقل فيجب على المريض أن يأخذ وجبة خفيفة أولاً ثم يأخذ الإبرة، وإذا كان مرتفع يأخذ الإبرة مباشرة حتى يتجنب حدوث الغيبوبة الناتجة عن نقص السكر.

2) التأكد من أن الأيدي نظيفة ومكان حقن الأنسولين نظيف أيضاً.

3) تمرير علبه الأنسولين بين الأيدي لتدفئته وخلطه وتجنب رجها بقوة وذلك لأن الرج بشدة يسبب فساد الأنسولين.

4) تفتح الأنبوبة وتمسح الفوهة بمسحة طبية.

5) يسحب الهواء بنفس جرعة الأنسولين العكر وإدخالها داخل الأنبوبة.

- 6) يسحب الهواء بنفس جرعة الصافي ويتم إدخالها داخل الأنبوبة.
- 7) تسحب جرعة الصافي ثم تسحب جرعة العكر.
- 8) اختيار مكان الحقن ثم رفع العضلة قليلا ثم حقن الإبرة بزاوية 45° وتركها قليلا ثم تسحب الإبرة.
- 9) أخذ قطنه طبية والضغط على مكان الحقن لمدة 10 ثوان.
- 10) بعد حقن الإبرة بنصف ساعه يقدم الطعام للمريض.

هناك أنواع من الأنسولين تختلف على حسب حاجة المريض. والطبيب هو الشخص الوحيد القادر على تحديد كمية الجرعة المأخوذة أو تعديلها ولا يمكن للمريض التغيير إلا بحسب أوامر الطبيب. وقد ظهر مؤخرا بما يسمى مضخة الأنسولين (insulin bump) وهي عبارة عن جهاز صغير يتم تركيبه على المريض ويمكن ضبط الجرعة فيه، وفائدتها أن المرض يرتاح من ألم الإبر المتكرر من الحقن وكذلك لا يضطر المريض أثناء تنقله إلى حمل حقيبة الأنسولين، كما أن استعماله غاية في السهولة تستطيع الأم أو الطفل إذا كان في سن تسمح له بذلك في ضبط الجرعة وأخذها ولكن مشكلته الوحيدة في أنه غالي الثمن ولا يستطيع أي مريض التكفل بثمنه. (محمد بن سعد الحميد، نفس المرجع: 100).

الأنسولين:

الأنسولين هرمون تفرزه خلايا خاصة في البنكرياس (خلايا بيتا) وهو مركب بروتيني يتكون من سلسلتين من الأحماض الأمينية ولذا لا يمكن تناوله عن طريق الفم.

IV. قواعد هامة:

- 1) الأنسولين هو العلاج الوحيد لمرضى النوع الأول من داء السكري ولا يمكن قطعيا لهؤلاء المرضى الإستغناء عن تناول الجرعة اليومية من الأنسولين، كما أنه لا يمكن لهم استبدال الأنسولين بالأقراص الفموية الخافضة لسكر الدم أو بالأعشاب. والإهمال في ذلك من شأنه المخاطرة بحياة المريض.
- 2) الأنسولين البشري هو النوع المفضل لجميع مرضى السكري وبشكل خاص مرضى النوع الأول.
- 3) لابد لجميع المرضى الذين يعالجون بالأنسولين من الإحتفاظ بقطع من السكر أو الحلوى معهم دائما لتناولها عند الشعور بأعراض انخفاض سكر الدم.
- 4) لابد للمريض من معرفة نوع الأنسولين الذي يستخدمه ومدة وشدة تأثيره وكذلك علاقة الأنسولين بالوجبات الغذائية والوقت المناسب لتناول جرعة الأنسولين قبل الطعام حسب نسبة سكر الدم قبل الوجبات. حيث تتوفر ثلاثة أصناف أساسية من الأنسولين يختلف بعضها عن بعض من حيث الزمن اللازم لبدء التأثير بعد إعطاء الجرعة والمدة القصوى للتأثير.

5) أنواع الأنسولين:

أ) الأنسولين سريع التأثير: الأنسولين النظامي regular insulin هو أنسولين سريع التأثير يبدأ تأثيره فور إعطائه زرقاً بالوريد أو بعد 15 دقيقة من زرقة تحت الجلد ويصل إلى ذروة تأثيره بعد 1-3 ساعات ويستمر تأثيره 5-7 ساعات وهو الصنف الوحيد الذي يمكن إعطاؤه وريدياً، وهو يستعمل في علاج حالات الحماض الخلوي السكري وعندما تكون الحاجة إلى الأنسولين متغيرة بسرعة، مثلاً خلال العمليات الجراحية أو عند الإصابة بمرض حاد، كما يستعمل ممزوجاً بالأصناف الأخرى أو وحده في علاج الداء السكري للحصول على تأثير سريع بعد الوجبات.

ب) الأنسولين متوسط التأثير: يتوافر الأنسولين المتوسط التأثير intermediate acting بصنفتين رئيسيتين:

- الأنسولين البطيء insulin lente وهو يعطى تحت الجلد فقط، يبدأ تأثيره بعد 42 ساعات من إعطاء الزرقة ويصل إلى ذروة التأثير بعد 8-10 ساعات، ويستمر تأثيره من 18 إلى 24 ساعة.

وفي معظم الأحيان يحتاج المريض إلى جرعتين يومياً للتمكن من ضبط مستوى السكر ضبطاً جيداً.
- أنسولين NPH (Neutral Protamine Hagedorn) يبدأ تأثيره أسرع قليلاً من الأنسولين البطيء ولكن ذروة التأثير ومدة الفعالية ماثلة له.

ث) الأنسولين متأخر التأثير: يبدأ تأثيره بعد 4-5 ساعات من إعطاء الزرقة تحت الجلد ويصل إلى ذروة تأثيره بعد 8-14 ساعة ويستمر حتى 36 ساعة. وأنسولين الإنسان منه يملك مدة تأثير أقل قليلاً أي نحو 24-28 ساعة. يستعمل هذا النوع من الأنسولين لتزويد الجسم بمستوى قاعدي من الأنسولين. وتعطى جرعات كثيرة قبل الوجبات من الأنسولين النظامي في محاولة ضبط مستوى السكر ضبطاً جيداً.

ج) الأنسولين الممزوج: تسهياً للصعوبات التي قد تواجه في بعض المرضى في خلط الأنسولين فقد تم إنتاج أنسولين ممزوج بنسب ثابتة من الأنسولين نصف المتأخر والنظامي ويتوافر بنسب 70% نصف متأخر و30% نظامي وأحياناً بنسب أخرى مثلاً 80:20 و100:90.

ويمكن حالياً المرضى السكري حقن الأنسولين بعدة طرق وستتناول فيما يلي توضيح مميزات كل طريقة منها كما وردت في توصيات الجمعية الأمريكية لداء السكري لعام 1998 م بهذا الشأن وبعض المراجع الأخرى. (حسن بن علي الزهراني، نفس المرجع: ص 24).

V. حُقن الأنسولين :

ويقصد بما الحُقن المتداولة وهي أكثر الوسائل استخداما لحقن الأنسولين ويوجد منها عبوات مختلفة (25، 0، 30، 0، 50، 0، 1 مل).

بينما يكون طول الإبرة المستخدمة إما قصيرا (8 مم) أو طويلا (7، 12 مم). ويجب عدم استخدام الإبرة القصيرة للمرضى البدينين لكون ذلك يؤثر على امتصاص الأنسولين، بينما يفضل استعمال الإبر القصيرة بصفة خاصة للأطفال .

ويجب التنبيه على أنه لا يمكن استعمال نفس الإبرة لأكثر من شخص واحد تجنباً للإصابة بالأمراض المعدية مثل التهاب الكبد الوبائي. ويمكن إعادة استخدام الحقنة لنفس الشخص ما دامت لم تفقد حدتها ولم تشني ولم تلامس أي سطح آخر عدا الجلد. وعند الرغبة في إعادة استخدام الإبرة فلا بد من إحكام إغلاقها بالغطاء مرة أخرى وحفظها في مكان نظيف وفي درجة حرارة عادية أو في الثلاجة. وربما كان من غير المستحسن مسح الإبرة بالكحول لأن ذلك قد يزيل طبقة السليكون التي تغطيها والتي تخفف من آلام الحقن كما يفضل للمريض إبلاغ الطبيب المعالج بالرغبة في إعادة استعمال الإبرة.

VI. أقلام الأنسولين :

وهي عبارة عن جهاز يشبه القلم توضع بداخله أنبوبة الأنسولين ويحقن الأنسولين عن طريق إبرة تكون غالبا دقيقة وقصيرة (8 0 مم) وهي من أفضل الوسائل في حقن الأنسولين خاصة للمرضى الذين يتناولون عدة جرعات من الأنسولين يوميا.

ويوجد حاليا منها في الأسواق نوع سابق التعبئة وجاهز لحقن الأنسولين وهذا النوع خاصة يفيد كبار السن من المرضى الذين يعانون من ضعف في النظر حيث يمكنهم التعرف على نوع الأنسولين بلمس رأس القلم كما يمكنهم تحديد جرعة الأنسولين بسهولة. ولا داعي لحفظ أقلام الأنسولين في الثلاجة ويمكن حملها عند التواجد خارج المنزل. واستعمال هذه الأقلام يخفف كثيرا من آلام الحقن ويسهل من طريقة الحقن بدرجة كبيرة. وهي الطريقة المفضلة للأطفال حاليا خاصة بعد توفر أقلام الأنسولين المعبئة سابقا بنسب مختلفة التركيز من الأنسولين متوسط وسريع المفعول. (نفس المرجع السابق: ص 26).

VII. أقلام الحقن بدون إبرة :

وهذا النوع يضخ الأنسولين بتدفق دقيق عبر الجلد. وربما يكون هذا النوع مفيدا للمرضى غير القادرين على استخدام الإبرة العادية بسبب ضعف النظر أو الذين لديهم خوف شديد من الإبرة. ويمكن لمثل هذه الأنواع أن تضر بالجلد وسعرها مرتفع مقارنة بطرق الحقن الأخرى. ولا يجب اعتبارها كاختيار روتيني للاستعمال لمرضى السكري.

ويوجد من أقلام الأنسولين التي لا يستخدم فيها الإبرة نوعان رئيسان أحدهما يستخدم بصفة دائمة وفي هذا النوع يمكن التحكم في قوة الضغط المستعملة لدفع الأنسولين والنوع الآخر لا يمكن التحكم فيه بذلك ويستعمل لمرة واحدة فقط.

VIII. مضخات الأنسولين:

وهذه بدورها تنقسم إلى نوعين رئيسيين:

1) مضخات الأنسولين الخارجية.

2) مضخات الأنسولين المزروعة تحت الجلد.

النوع الأول هو الأكثر استخداما ويعتبر أفضل وسيلة لحقن الأنسولين خاصة لمرضى النوع الأول من داء السكري الذين يستعملون طريقة علاج الأنسولين المكثف لولا ارتفاع سعرها حاليا بالأسواق. وللمضخة الخارجية عدة مميزات أهمها أن المريض يستخدم نوع الأنسولين قصير التأثير فقط مما يجد من كمية احتياجه اليومي من الأنسولين مع إمكانية برجة المضخة لتأمين الاحتياج الأساسي من الأنسولين. ويمكن للمريض الذي يستخدم المضخة الخارجية تناول جرعات الأنسولين قبل الوجبات بسهولة مع إجراء التعديل المناسب عليها. كما يمكن برجة إفراز الأنسولين عن طريق المضخة ليماثل التغيير الطبيعي في إفراز الأنسولين بمختلف ساعات اليوم. أهم عيوب استخدامها هو احتمال انخفاض نسبة السكر بالدم دون المعدل الطبيعي، إلا أنه يمكن للمريض تجنب ذلك بسهولة.

أما النوع الثاني من المضخات، فهو قليل الاستخدام بسبب تواتر حدوث التخمجات الجلدية وانسداد الأنبوبة التي يحقن الأنسولين عن طريقها. (نفس المرجع السابق: ص 28).

IX. طرق العلاج بالأنسولين:

يعتمد علاج مرضى النوع الأول من السكري على تناول كمية يومية من الأنسولين لتعويض النقص الموجود لديهم في إفراز الأنسولين من البنكرياس. وتتراوح كمية الأنسولين التي يحتاجها المريض لتعويض ذلك النقص بين نصف وحدة إلى وحدة واحدة من الأنسولين لكل كجم من وزن الجسم، بينما يزداد الاحتياج عند فترة البلوغ للذكور والإناث أو عند الإصابة بأمراض أخرى أو تحت وطأة الإجهاد النفسي الشديد.

وربما كان بالإمكان تعويض ذلك النقص في بداية الإصابة بجرعة واحدة من الأنسولين متوسط المفعول يوميا خاصة لدى الأطفال، إلا أن جميع المرضى سوف يحتاجون بالضرورة بعد ذلك إلى جرعتين من الأنسولين يوميا من نوعي الأنسولين متوسط وسريع المفعول لتأمين احتياج الجسم من الأنسولين على مدى ساعات اليوم وتلك هي الطريقة التقليدية في علاج المرضى.

وقد تم حديثاً تطبيق طريقة علاج الأنسولين المكثف على مجموعة كبيرة من المرضى بهدف تحقيق السيطرة على نسبة السكر بالدم في الحدود الطبيعية (سيطرة ممتازة) وبحيث تم إعطاء المرضى عدة جرعات من الأنسولين يوميا وذلك كما يلي:

- ثلاث جرعات من الأنسولين سريع المفعول قبل الوجبات.

- جرعة من الأنسولين متوسط المفعول عند النوم.

وقد تضمن البرنامج التثقيفي للمرضى تدريبهم على القيام بالتحليل المنزلي لسكر الدم وإجراء التغيير اللازم على جرعات الأنسولين السريع المفعول قبل الوجبات.

وبعد متابعة حالات المرضى لعدة سنوات تبين أن هناك انخفاضا ملموسا في نسبة تعرضهم أو إصابتهم بمضاعفات داء السكري المزمنة مثل اعتلال شبكية العين واعتلال الكلى والأعصاب.

ولذا فإنه ينصح باتباع هذه الطريقة في العلاج لجميع مرضى السكري من النوع الأول بعد سن البلوغ بعد توفر الشروط الطبية اللازمة. (جاسم محمد عبد الله المرزوقي، نفس المرجع: ص 32).

كيفية حفظ الأنسولين :

أ) يجب كتابة تاريخ فتح العلبة الجديدة واستعمالها خلال شهر من فتح العلبة ورميها بعد تمامها الشهر حتى لو لم تنتهي.

ب) حفظ الأنسولين في مكان بارد حيث أن الحرارة والضوء يعملان على فساد الأنسولين ويفضل حفظه في باب الثلاجه.

ت) تجنب وضع الأنسولين في الفريزر فإن تمجد الأنسولين يعني فساده مباشرة.

ث) عند ملاحظة أي تغير في لون الأنسولين أو ظهور كتل فيه يجب التخلص منه فهذا يعني فساده.

الحادي عشر: نصائح هامة لمرضى السكري من النمط الأول:

1) يجب المحافظة على زيارة الطبيب المعالج باستمرار للتأكد من التحكم بمستوى السكر في الدم بشكل جيد.

2) المواظبة على أخذ الأنسولين بانتظام.

3) مراعاة الإنتباه لأكل وممارسة القليل من الرياضة خاصة بالنسبة للأطفال والمراهقين حيث تساعد الرياضة على تدفق الدم إلى شرايين الساقين والقدمين، مما يقلل من حدوث مضاعفات مرض السكري في القدمين.

4) ضرورة التنسيق بين مواعيد الوجبات ومواعيد أخذ أدوية السكري، حيث أن الإخلال بذلك قد يسبب ارتفاع أو انخفاض شديد في مستوى السكر في الدم.

5) أهمية قياس مستوى السكر بصورة دورية وتسجيله والاحتفاظ بهذه التسجيلات لمراجعتها من قبل الطبيب المعالج.

6) يجب عدم استعمال حقن الأنسولين أكثر من مرة لمنع التلوث والعدوى، كما يجب إلقاء الإبرة في وعاء مغلق لتجنب إصابة شخص آخر بأضرار.

7) يجب عدم تغيير نوع دواء السكري الذي يستخدمه المريض بدون استشارة الطبيب المعالج.

8) من الضروري معرفة كيفية التصرف في حالة حدوث ارتفاع أو انخفاض مفاجئ في مستوى السكر في الدم.

9) الإمتناع عن تعاطي المشروبات الكحولية.

10) يجب عدم استخدام الأدوية الشعبية بدون استشارة الطبيب المعالج، حيث أن لها مضار جانبية كثيرة قد تؤدي بحياة المريض. جاسم محمد عبد الله المرزوقي، نفس المرجع: ص 37).

خلاصة:

تناولنا في هذا الفصل نبذة تاريخية عن مرض السكري من النوع الأول، وماهيته، وأسباب الإصابة به، وكذا أعراضه ومضاعفات هذا النوع من مرض السكري، وتشخيصه وعلاج مرض السكري من النوع الأول، وفي الأخير تقديم نصائح هامة لمرضى هذا النوع من مرض السكري.

الفصل الثالث

تقدير الذات

تمهيد

أولاً: الذات (تعريفاتها، مفاهيمها، أهميتها، جوانبها، أشكالها وخصائصها)

ثانياً: تقدير الذات

ثالثاً: عوامل تقدير الذات

رابعاً: خصائص ذوي تقدير الذات المرتفع وذوي تقدير الذات المنخفض

خامساً: نمو تقدير الذات

سادساً: أنواع تقدير الذات

سابعاً: أهمية تقدير الذات

ثامناً: تصنيفات تقدير الذات

تاسعاً: العوامل المؤثرة في تقدير الذات

عاشراً: مصادر تقدير الذات

الحادي عشر: الحاجة إلى تقدير الذات

الثاني عشر: النظريات المفسرة لتقدير الذات

خلاصة

تمهيد:

يعد تقدير الذات من السمات الهامة الضرورية التي يجب على كل فرد التحلي بها فهي أساس نجاح الأفراد والمجتمعات، فهي تعلم الفرد طرق النجاح وتطوير الذات، فإذا كان تقدير ذات الفرد ضعيفا فإنه يحول بينه وبين النجاح، لأنه يرى نفسه غير قادر على تحقيق هذا النجاح، فوجود هذه السمة لدى مرضى السكري وفي تقييمهم العالي لها قد يساعدهم على تخطي بعض عقبات المرض مما يكسبهم تقديرا وثقة في أنفسهم. فسنستطرق في هذا الفصل إلى الذات وتعريفاتها، وبعض المفاهيم المرتبطة بها، وكذا مفهوم تقدير الذات، والنظريات المفسرة له، وتقدير الذات عند مرضى السكري.

أولاً: الذات (تعريفاتها، المفاهيم المرتبطة بها، أهمية مفهوم الذات، جوانبها، أشكالها وخصائصها):
I. الذات وتعريفاتها:

لقد احتلت الذات مكانة بارزة في نظريات الشخصية وتعددت الآراء واختلفت التيارات التي تناولت فكرة الذات، كما اهتم علماء النفس بالبحث في معانيها، مما جعلهم يقيمون أبحاث ودراسات متعددة لتفسيرها (قطب رشيدة عبد الرؤوف رمضان، 1998، ص 205).

كما تطور مفهوم الذات في علم النفس المعاصر، فأصبح ينظر إلى الذات (Self) على أنها نظام فعال للمفاهيم والقيم والأهداف والمثل التي تقرر الطريقة التي يسلك بها الفرد مما يساعد على التنبؤ بسلوك الأفراد في المواقف المختلفة، إذ يرجع التنبؤ بالسلوك إلى ثبات الذات، وثبات أهدافها، وهذا لا يعني أنها لا تتغير أبداً، فالفرد يعيش في مجتمع هو المرأة التي يرى فيها نفسه، ومن أجل هذا يغير من نفسه طالما خالف سلوكه المجتمع الذي يعيش فيه، وكلما تغيرت وجهة نظر الناس إليه (هانم أبو الخير الشرييني، 2012، ص 149).

ومفهوم الذات هو ذلك المفهوم الذي يكون الفرد لنفسه باعتباره كائناً بيولوجياً واجتماعياً وباعتباره مصدراً للتأثير والتأثر بالنسبة للآخرين وهو يعد الإطار المرجعي الذي يعطى القوة والمرونة للسلوك الإنساني، كما يستخدم في تقييم الشخصية من خلاله، ولذا يعتبر مفهوم الذات مفهوماً دافعياً للسلوك ومن ثم فإن أحسن طريقة لتعديل السلوك هي إحداث تغيير في مفهوم الذات لدى الفرد (المرجع نفسه، ص 150).

وإن الذات عند (روجرز) لها خصائص منها: أن الذات تنزع إلى الإتساق وإن الشخص يسلك بأساليب تتسق مع ذاته وأن الخبرات التي لا تتسق مع الذات بوصفها تهديداً وتغير الذات نتيجة للنضج والتعلم (الدريني، 1983: 88).

وتعرفها (نهاد محمد، 1999) بأنها "الفكرة التي يكونها الفرد عن نفسه وتظهر في علاقاته بالآخرين المحيطين به من خلال سلوكياته وأفكاره ومعتقداته، كما أنه من الأبعاد التي تشمل جوانب الشخصية" (المرجع نفسه، ص 151).

ويعرف مفهوم الذات بأنه "عبارة عن تكوين معرفي منظم موحد ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتعميمات الخاصة بالذات، يبلوره الفرد ويعتبره تعريفاً نفسياً لذاته"، كما يمكن تعريف مفهوم الذات بأنه تقييم الشخص لنفسه ككل من حيث مظهره وخلفيته وأصوله بالإضافة إلى قدراته ووسائله واتجاهاته وشعوره (الحراشنة محمد أحمد، 2012، ص 93).

يعرف (ستراتون وهائيس، Stratton & Hayes) الذات، بأنها "هو مجموع الطرق التي يرى الفرد نفسه من خلالها، وعادة ما ينظر إلى مفهوم الذات على أنه ذو بعدين أساسيين، هما: البعد الوصفي،

ويعرف باسم (صورة الذات)، والبعد التقييمي ويعرف بـ (تقدير الذات)، وإن كان يستخدم المصطلح غالبا للإشارة إلى الجانب التقييمي من إدراك الفرد لذاته".

ويعد مفهوم الذات وفقا لـ (برونو) تقييما عاما يقوم به الفرد فيما يتعلق بشخصيته، وبالتالي يكون إما إيجابيا أو سلبيا. وهناك تشابه بين مفهوم الذات وتقدير الذات؛ إذ يشير تقدير الذات إلى كيفية تقدير الفرد لذاته بالارتفاع أو الإنخفاض، في إطار الإدراك الذاتي للوضع الشخصي، وبالتالي يتسم الفرد ذو مفهوم الذات الإيجابي بارتفاع تقدير الذات، وفي المقابل يتسم ذو مفهوم الذات السلبي بانخفاض تقدير الذات (مايسة جمعة، 2007: 34).

ويعتبر (وليام جيمس، 1908، William James) من أوائل العلماء الذين اهتموا بعلم الذات، وما زالت كتاباته تعتبر مصدرا أساسيا في الحديث عن نمو تقدير الذات. وقد اعتبر (جيمس) الذات ظاهرة شعورية تماما ويرى: أنها المجموع الكلي لكل ما يستطيع الفرد أن يعتبره له. وقد قسم الهوية أو ما يسميها بالأننا (تختلف عن مفهوم الأننا لدى فرويد) إلى ثلاثة أقسام وهي:

1) الأننا المادية والتي تشير إلى جسم الإنسان وممتلكاته وأسرته وكل الماديات التي يمكن أن يشعر الفرد بوحدة وانسجام معها.

2) الأننا الاجتماعية والتي تشير إلى الفكرة التي يكونها الفرد عن نفسه من خلال تصورات الآخرين له.

3) الأننا الروحية وهي حالة من الشعور والعواطف التي يدركها الفرد. وأضاف (جيمس) أنه لفهم الأننا يجب عدم التركيز على مكوناتها، بل يجب النظر إلى المشاعر والعواطف التي تحدث مثل تقبل الذات، والأفعال التي تحدث مثل البحث عن الذات (الحميدي محمد ضيدان الضيدان، 2004: 15).

II. الذات والمفاهيم المرتبطة بها:

1) كفاءة الذات: ظهر مفهوم كفاءة الذات في إطار نظرية باندورا "النظرية المعرفية الاجتماعية" حيث أشار إليه على أنه مجموعة من الأحكام الصادرة عن الفرد والتي تعبر عن معتقداته حول قدرته على القيام بسلوكيات معينة، ومرونته في التعامل مع المواقف الصعبة والمعقدة وتحدي الصعاب ومدى مثابرتة لإنجاز المهام المكلف بها.

وأضاف (حمدي الفرماوي، 1991) أن مصطلح كفاءة الذات يمتد إلى بعض المصطلحات القديمة في التراث السيكولوجي تلك المصطلحات التي تشير إلى مجاهدة الفرد في المواقف الغامضة في سبيل كشف هذا الغموض والتنبؤ به مثل مفهوم الإحساس بالقدرة أو الإستطاعة ومفهوم تنظيم الذات (سهام محمد عبد الفتاح خليفة، 2011: 794).

2) إدراك الذات: على مدار حياتنا يشكل كل منا إدراكا تقييميا للذات، ويكتسب اتجاهها موجبا أو سالبا نحو ذاته، ويمثل ذلك الخطوة الأولى في تقدير الفرد لذاته، فإذا كان إدراكنا التقييمي للذات موجبا فإن ذلك من شأنه أن يجعلنا نكوّن تقديرا مرتفعا للذات، أما إذا كان إدراكنا التقييمي للذات سالبا فإن ذلك من شأنه أن يجعلنا نكوّن تقديرا منخفضا للذات، ويحدد (موجهدام، 1991) ثلاثة جوانب ندرك ذاتنا من خلالها هي:

أ) حدود الذات.

ب) النتائج المترتبة على اتخاذ الذات كمرجع للسلوك.

ت) نظرة الفرد لذاته (محمد السيد عبد الرحمن، 2004: 123).

III. أهمية مفهوم الذات:

تظهر أهمية مفهوم الذات من حيث أنه يشكل أحد دوافع الفرد الداخلية التي لها تأثير معين على التحصيل الدراسي لدى التلاميذ وعلى تكيفهم مع بيئتهم التربوية أثناء الدراسة. لذلك فإن معرفة كيفية قياس مفهوم الذات وإدراك الفرد لذاته تساعد في عملية تقويم الفرد من حيث قدرته على التكيف وثقته بنفسه. كما تفيد في التخطيط عن طريق وضع برامج تساعد في زيادة مفهوم ذاته عن نفسه.

إن لمفهوم الذات دورا ثلاثيا فيما يتعلق بتحديد السلوك، فهو أولا: يعمل بشكل آلي للحفاظ على الإتساق الداخلي للفرد. فالإنسان يتصرف بطريقة يحافظ بها على اتساقه الداخلي، فإذا كان لدى الفرد مشاعر أو إدراكات غير متناسقة أو متعارضة، فإنه ينتج عن ذلك حالة من عدم الراحة النفسية والتي تسمى (بالتنافر المعرفي). ويقوم الفرد عندئذ بأي عمل ليعيد إليه توازنه ويؤمن له الشعور بالراحة والطمأنينة، والدور الثاني الذي يلعبه مفهوم الذات في تحديد السلوك هو انه يشكل الطريقة التي تفسر بها الخبرات الشخصية، فالفرد يعطي لكل خبرة معنى، فقد يحدث نفس الشيء لشخصين مختلفين، فيفسره الأول بطريقة تختلف عن تفسير الشخص الثاني له. والدور الثالث لمفهوم الذات هو انه يقدم مجموعة من التوقعات حيث يحدد ماذا يتوقع أن يعمله الأفراد في المواقف المختلفة، وهذه المجموعة من التوقعات تعتبر المظهر الرئيسي أو المركزي لمفهوم الذات.

إن هدف مفهوم الذات هو تحقيق الذات كما هو الهدف من كل سلوك إنساني، حيث إن الشخص المحقق لذاته هو ذلك الشخص الذي يستعمل كل إمكانياته وقدراته وقابلياته، ويجيا حياة أغنى وأمتع من تلك التي يجيهاها الشخص العادي، وهو بذلك يحقق توافقا نفسيا خاليا من الصراعات الانفعالية ومن عوامل التثبيط التي يعيشها الشخص الذي لم يصل إلى درجة تحقيق الذات (جودت بني جابر، 2004: 115).

ويشير علماء النفس الاجتماعي بصفة عامة، والمنظرون المتخصصون في الهوية بصفة خاصة، إلى أهمية التركيز على العلاقة بين الذات والبناء الاجتماعي عند تفسير كيفية تأثير الظروف الخارجية على الحالة الوجدانية للفرد. كما تتحد الصحة النفسية بالارتفاع أو الانخفاض، تبعاً لشكل أو طبيعة النظر إلى الذات، فيشار عادة إلى الصحة النفسية الجيدة على أنها نوع من تقبل الذات أو الثقة بها. كما تتحدد الصحة النفسية - كما يرى (أودوهارتي، Odohertey) أكثر من مجرد غياب المرض النفسي؛ فهي تعني درجة من نضج العقل وارتقاء المشاعر والانفعالات بشكل يتناسب مع العمر الزمني، ويتسق مع اخلفية الاجتماعية والاقتصادية للفرد، كما تعني أيضاً العلاقة الجيدة مع الذات ومع الآخرين ومع الله (مايسة جمعة، 2007، نفس المرجع السابق، ص 40).

IV. جوانب الذات:

للذات ثلاثة جوانب أساسية هي الإحساس بالذات، وإدراك الذات، وتقديم الذات. ويشير الإحساس بالذات إلى ما نشعر به عندما نفكر في أنفسنا، ويتكون هذا الإحساس ببساطة من الشعور بوجودنا كأشخاص، وعلى الرغم من أن بعض المفكرين مثل الفيلسوف الاسكتلندي (هيوم، Hume D) قد أثار الشك في إمكانية التأكد من تلك السمة الأولية للذات إلا أن معظمنا يميل إلى وجهة نظر الحس العام للاسكتلندي (توماس ريد، Raid) حيث قال إن الرجل الذي لا يؤمن بوجوده غير جدير قطعاً بالمناقشة ومثله مثل الرجل الذي يعتقد أنه مخلوق من زجاج.

كما ينشأ لدى كل فرد فينا أثناء حياته إدراك تقييمي للذات، فقد يعتقد شخص ما أنه مُنجز أو حجول، ويشار إلى هذا الجانب بأنه تقييمي لأنه يقترن بالمشاعر الإيجابية والسلبية نحو الذات، فقد تشعر "دينا" أنها حجولة وإن حجلها هذا يسبب لها كل أنواع الصعوبات الاجتماعي، وقد تمنى أن تكون أكثر انفتاحاً وثقة بذاتها في المواقف الاجتماعية.

أما الجانب الثالث فهو كيفية تقديم أنفسنا للآخرين فقد تحاول "دينا" مثلاً أثناء مقابلة للحصول على وظيفة تقديم نفسها على أنها شخصية مُفتحة وواثقة من ذاتها. (محمد السيد عبد الرحمن، 2004: 98).

ويختلف جانب الإحساس بالذات وإدراك الذات عن جانب تقديم الذات في مدى العلنية والوضوح، حيث لا يمكن ملاحظة هذين الجانبين ملاحظة مباشرة من الخارج في حين أن الجانب الثالث ظاهر ويمكن ملاحظته ملاحظة مباشرة. فالمديرون الذين يقومون بمقابلة "دينا" لا يمكنهم ملاحظة إحساسها بنفسها وإدراكها لذاتها على أنها حجولة من خلال الملاحظة المباشرة، ولكن يمكنهم ملاحظتها ملاحظة مباشرة أثناء تقديمها لنفسها أثناء المقابلة (المرجع نفسه، ص 99).

V. أشكال مفهوم الذات:

إن أشكال مفهوم الذات ترتبط ارتباطاً قوياً وتتأثر وتتأثر بعضها ببعض ويمكن تحديد أشكال مفهوم الذات كما يلي:

- 1) مفهوم الذات الاجتماعية: تصور الفرد لتقويم الآخرين معتمداً في ذلك على تصرفاتهم وأقوالهم ويتكون من المدركات والتصورات التي تحدد الصورة التي يعتقد أن الآخرين يتصورونها.
- 2) مفهوم الذات الأكاديمي: اتجاهات الفرد ومشاعره نحو التحصيل في مواضيع معينة يتعلمها ذلك الفرد.
- 3) مفهوم الذات المدرك: يتكون من المدركات والتصورات التي تحدد خصائص الذات كما تنعكس إجرائياً في وصف الفرد لذاته، وهو عبارة عن إدراك الفرد لنفسه على حقيقتها وواقعها وليس كما يرغبها.
- 4) مفهوم الذات المثالي: يسمى بذات الطموح وهو عبارة عن الحالة التي يتمنى أن يكون عليها الفرد.
- 5) مفهوم الذات المؤقت: مفهوم غير ثابت يمتلكه الفرد لفترة وجيزة، يتلاشى بعدها ويكون مرغوباً فيه حسب المواقف التي يجد نفسه الفرد فيها.

ويرى آخرون أن للذات أربعة أشكال هي:

- أ) الذات أو الأنا الفاعلة: يعبر عنها لفظ (أنا) في اللغة العربية "أنا أرى، أنا أريد".
- ب) الذات أو الأنا المنفعلة: استخدام لفظ الأنا في حالة وقوع الفعل "أخبروني، قالوا لي".
- ت) الذات المثالية: الأنا المتعالية عن الواقع وفيها القيم والضمير والمعايير.
- ث) الذات الموقفية: الأنا في الموقف المحدد بعناصره المادية والاجتماعية (خليل عبد الرحمن المعاينة، 2007: 86 - 87).

VI. خصائص مفهوم الذات:

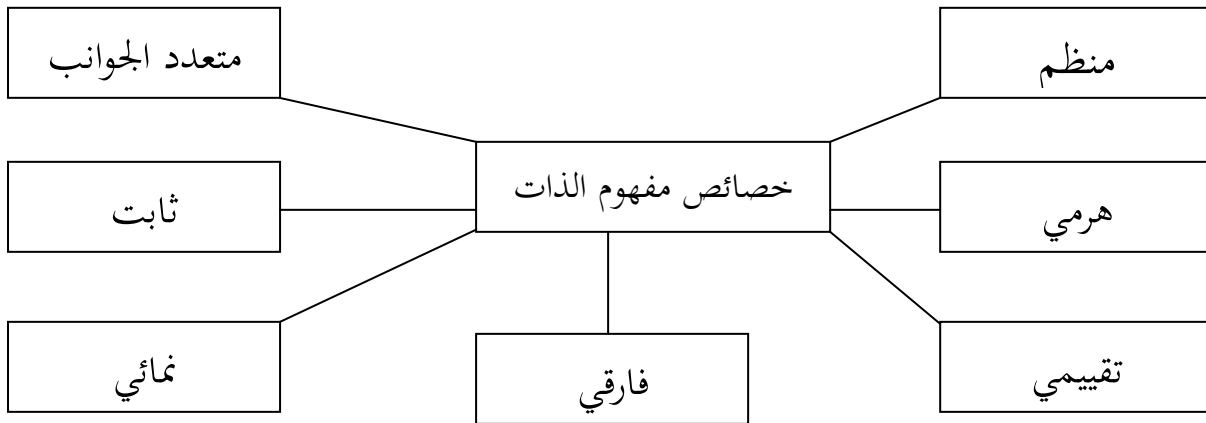
- لقد أورد (براكن، 1996، Braken) أن هناك معالم تعدد حاسمة في تعريف بناء الذات هي:
- 1) مفهوم الذات منظم أو بنائي، فالأشخاص غالباً يضيفون كمية كبيرة من المعلومات التي يحملونها عن أنفسهم وهذه المعلومات مرتبطة بالآخرين.
 - 2) مفهوم الذات متعدد الأوجه (التطوري) ويظهر من خلال مشاركة الفرد مع المجموعات الأخرى.
 - 3) مفهوم الذات هرمي، فالتنبؤ بالسلوك الفردي في المواقف يأتي في قاعدة الهرم، أما الإستنتاج حول الذات الاجتماعي والجماعي، والأكاديمي فيأتي في وسط الهرم، ومفهوم الذات الكلي الشامل يأتي في قمة الهرم.

4) مفهوم الذات الوصفي والتقييمي، فمثلا يقوم الأفراد بوصف أنفسهم (أنا سعيد) ويقيمون أنفسهم (أنا جيد في الرياضيات)، ومفهوم الذات مرتبط بالمواضيع الأخرى، فعلى سبيل المثال التحصيل الأكاديمي يرتبط ارتباطا قويا مع مفهوم الذات الأكاديمي أكثر من مفهوم الذات الجسدي أو مفهوم الذات الاجتماعي (فاطمة عبد الرحيم النوايسة، 2011: 48).

ويضيف (خليل عبد الرحمن المعاينة، 2007) أن من خصائص الذات:

- أ) مفهوم الذات ثابت: يتصف مفهوم الذات بالثبات النسبي، وكلما اتجه نحو القاعدة كان أكثر ثباتا.
- ب) مفهوم الذات نمائي: كلما نما الطفل تزداد خبراته ومفاهيمه ويصبح قادرا على إيجاد التكامل فيما بين الأجزاء الفرعية للخبرات التي يمر بها لتشكيل إطارا مفاهيميا واحدا.
- ت) مفهوم الذات فارق: يتميز مفهوم الذات عن المفاهيم الأخرى التي تربطها بها علاقة نظرية فمثلا مفهوم الذات للقدرة العقلية يرتبط بالتحصيل الأكاديمي أكثر من ارتباطه بالمواقف الاجتماعية والمادية.

شكل رقم (01) يوضح خصائص مفهوم الذات



ثانيا: تقدير الذات:

يعد مفهوم تقدير الذات من المفاهيم الهامة في حياة الفرد، ومؤثرا على سلوكياته المختلفة خلال حياته اليومية.

لقد انتشر مفهوم تقدير الذات في أواخر الستينات وأوائل السبعينات، حيث تناوله الباحثون بالدراسة وربطوا بينه وبين السمات النفسية الأخرى، بل تعدى الأمر إلى أن وضع بعض العلماء بعضا من الحقائق والفروض التي ترقى إلى مستوى النظرية أمثال روزنبرج وكوبر سميث وزيلر، ويشير (أيمن غريب، 1994) بأن مفهوم تقدير الذات نابع من الحاجات الأساسية للإنسان، وقد أشار إليها العديد من المنظرين في مجال علم النفس بوجه عام، أمثال (ماسلو) حيث صمم سلم الحاجات، وتقع الحاجة لتقدير الذات وتحقيقها في أعلاه، وكذلك (فروم وروجرز) وتأكيدهما أهميته في تحقيق الصحة النفسية للأفراد (اسماعيل زينب محمد محمود محمد، 2012، ص ص 299 - 300).

كما تتعدد وتنوع تعريفات تقدير الذات ويرجع هذا التنوع إلى الأسس النظرية التي يستند إليها كل عالم، ويعرف (لورانس، 1981) تقدير الذات بأنه "تقييم الشخص لذاته إيجابيا أو سلبيا والتقييم الموجب يشير إلى تقدير الفرد المرتفع لذاته بينما التقييم السالب يشير إلى تقدير الفرد المنخفض لذاته". ويعرفه (مجدي عبد الكريم، 1991) بأنه "التقييم الذي يصفه الفرد لذاته ولكل ما يتمسك به من عادات مألوفة لديه لذلك فهو يتضمن الفهم الإنفعالي للذات" (نجوى حسن علي، 2012: 162).

ويرى (عبد الوهاب كامل) أن تقدير الذات يتمخض عن وعي ورؤية سليمة موضوعية للذات فقد يغالى الفرد في تقديره لذاته، أو أن الفرد قد لا يعطي نفسه حقها ويحط من قدرها وبالتالي ينحدر بذاته نحو الدونية والإحساس بالنقص (عبد الوهاب كامل، 1993: 173).

ويذكر (عبد الستار إبراهيم، 2008) أن تقدير الذات هو: محصلة لنسق دينامي معقد، وهو يعكس ما يعتقد الفرد من سمات إيجابية وسلبية حول ذاته وقدرتها وكفاءتها، كما يمكن ملاحظته في السلوك الصادر عن الشخص.

كما وردت تعاريف كثيرة عن الذات، فهناك من يرى تقدير الذات بأنه حاجة كل فرد إلى أن يكون رأيا طيبا عن نفسه وعن احترام الآخرين له، وكذلك شعور الفرد بالجدارة وتجنب الرفض أو النبذ أو عدم الاستحسان. وعرفه (كوهن، Cohen) على أنه درجة التطابق بين الذات المثالية والذات الواقعية. وعرفه (أرجيل Argyle) على أنه التقدير الشخصي للتباعد بين الذات الواقعية والمثالية.

ويرى آخرون أن تقدير الذات هو التقييم الصريح للنقاط الحسنة والسيئة في الفرد، والحكم الشخصي للفرد عما يستحقه وما لا يستحقه، ويتضح ذلك في الاتجاهات التي يحملها الفرد تجاه نفسه. وهناك من يرى تقدير الذات على أنه يشير إلى حسن تقدير المرء لذاته وشعوره بجدارته وكفايته. كما أن هناك أيضا من يرى تقدير الذات على أنه إحساس الفرد بقيمته الشخصية والتي تنبع من الأفكار الداخلية والقيم أكثر من الإطراء أو الإعتراف من الآخرين (فتحية محمد القاضي، 2011: 5931).

ومر تقدير الذات بمراحل عديدة من خلال إسهامات العلماء في مجال علم النفس والصحة النفسية حتى تتبلور في صورته الحالية ومن أمثال هؤلاء العلماء (ويايام جيمس) ففي عام 1890 عرف تقدير الذات بأنه "كل ما يمكن أن يدعي الفرد امتلاكه، وهما الذات المادية، والنفسية والسماة، والمشاعر، والأسرة، وآخرون، ولاحظ أن لدينا شعورا ذاتيا يعتمد على ما نرغب في عمله ونود أن نكون عليه، وهو محدد بمقدار معرفتنا بحقيقة قوانا الكامنة لا المفترضة، وهو يرى أن تقدير الذات يساوي نجاح الفرد وعليه ميز (كارل روجرز، 1951) مكونات الذات على أنها:

الذات واقعية فإن مستوى حب الذات يمكن أن يزيد من النجاحات أو ينقص من التطلعات التي نطمح إليها".

وقال (بجراز ودال، 2002، Pjares & Dale) بالذات المثالية والذات المدركة، واعتقد أنه كلما تطابقت الذات الواقعية مع الذات المدركة كلما اقتربت الذات من المثالية، وكان تقدير الفرد لذاته معتدلاً (سلامة أيمن عبد العزيز، 2012، ص 36).

وعرف (جبريل، 1983) تقدير الذات بأنه "التقييم الذي يجريه الفرد لوصفه لذاته بدلالة الأدوار والصفات التي يمتلكها. ويتشكل تقدير ذات الفرد من خلال امتلاكه للمهارات الضرورية في التعامل بنجاح وفاعلية مع البيئة المحيطة" (ملحم سامي محمد، 2012، ص 9).

ويعرف (الحنفي، 1973) تقدير الذات "بأنه تقييم الذات أو تقرير عن الذات وهي المعلومات التي يقرها الفرد عن نفسه أو تقييمه لذاته".

وتعرفه مريم سليم بأنه "النظر إلى الذات على أنها قادرة على التغلب على تحديات الحياة وانها تستحق النجاح والسعادة كما أنه مجموع المشاعر التي يكوها الفرد عن ذاته بما في ذلك الشعور باحترام الذات وجدارتها وتستند هذه المشاعر إلى الاقتناع بان الذات: جديرة بالحب، وجديرة بالاحترام؛ بمعنى أن لدى الأفراد كفاية لتدبير شؤون أنفسهم وبيئتهم وأن لديهم شيئاً يقدمونه للآخرين" (مريم سليم، 2003: 16).

أما (وليام بيركي) فيقول أن تقدير الذات هو "اعتقادك لأن ترى نفسك على نحو معين، وميلك لأن تتوقع لنفسك النجاح والبراعة والمحبة من قبل الآخرين، والأهلية في أي موقف من المواقف التي تواجهك في المستقبل" (سميرة أحمد حسن العبدلي، 2011، ص 1432).

يعرف (كوبر سميث، 1967، Cooper Smith) تقدير الذات على أنه الحكم الشخصي للفرد على قيمته الذاتية والتي يتم التعبير عنها من خلال اتجاهات الفرد نحو نفسه، وأن الصورة الصادقة التي يكوها الفرد عن نفسه تعتمد بالدرجة الأولى على تقديره لذاته (فيوليت فؤاد وآخرون، 1998).

كما يعتبر تقدير الذات من أهم المفاهيم المتعلقة بشخصية الإنسان ويعد أحد الأبعاد الهامة لها، فلا يمكن أن نحقق فهما واضحاً للشخصية أو السلوك الإنساني بشكل عام، حيث يرى (ألبورت) أن تقدير الذات الإيجابي هام وأساسي جداً لدرجة أن كل بناءات الشخصية تلعب دوراً في تنظيمها، وفي نفس السياق يشير (روجرز) إلى أن الدافع الأساسي للإنسان هو تحقيق الذات وتحسينها (فادية كامل حمام، 2010، ص 81).

العلاقة بين مفهوم الذات وتقدير الذات:

إن علاقة مفهوم الذات بمفهوم تقدير الذات هي علاقة تكاملية وهما وجهان لعملة واحدة هي الذات وإذا كان مفهوم الذات بمعناه العام يشير إلى إدراك الفرد لذاته وهذه المدركات تتشكل خلال احتكاكات الفرد ومروره بالخبرات إليه والتي تتأثر بصفة خاصة بالتعزيزات التي تصدر عن الأشخاص ذوي الأهمية وهم عادة (الوالدان، المدرسون والأقران) (الزيات، 2001: 252).

ثالثا: عوامل تقدير الذات:

1) تقويم الآخرين: في مفهوم الإنسان عن ذاته وتقديره لها تكون تقويماتنا لانفسنا مشتقة إلى حد ما من تقويمات الجماعة المرجعية التي استوعبناها وأن تقويم الذات متأثر بتقديراتنا لتقويم الآخرين لنا إن الأشخاص المهمين بالنسبة للفرد هم الذين يتركون أثرا عميقا.

2) خبرات النجاح والفشل: إن خبرة النجاح ترفع من تقدير الفرد لذاته ومن شعوره بأهميته. إن هناك حاجة إلى النجاح من أجل بناء تقدير عال للذات والحصول على قبول الجماعة وإن الفرد يرى في إدراك الآخرين لنجاحه أمرا باعثا على السعادة. والنجاح بحد ذاته دافع للنجاح.

إن النجاح أو الفشل من الأمور التي تلحق بسعي الطالب وراء أهداف معينة وكذلك بتوقعاته من نفسه وبمستوى طموحه، إن النجاح وتوقعه للنجاح يسهمان في تقدير إيجابي للذات وفي أن يسلك الطالب طرقا تؤدي به إلى مزيد من النجاح، أما الفشل فيؤدي إلى الإحباط الذي يقود أحيانا إلى تكيف سلبي ولا سيما في حالة كون الدافع المحيط لدى الفرد هاما وقويا.

3) العوامل المتصلة ببنية الجسم:

أ) صورة المرء عن جسده: تتبلور فكرة المرء عن نفسه في فترة المراهقة حيث يعطي تقويما خاصا لجسده، وحيث يكون قد نضج إلى حد بعيد وأصبح شاعرا بقوته، وتلعب صورته عن جسده مكانة هامة في سلوكه الشخصي والاجتماعي حيث تشكل صورته عن جسده جزءا هاما من مفهومه المتكامل عن ذاته.

عن صفات المرء الجسدية الخارجية مثل الطول ولون العينين وتناسق الجسد وما إلى ذلك، أمور لها قيم جمالية، والذي لا تتناسب أوصافه مع معايير الثقافة قد يشعر بالنقص، وقد يسعى للوصول إلى أهداف معينة وذلك من قبيل التعويض.

إن الفرد يستمد من الثقافة السائدة معلوماته حول النموذج الجيد للجسم والصفات الجسدية ويقارن تلك المعلومات بما هو عليه، وينعكس ذلك في مدى رضاه عن صفاته الجسدية، وأكثر ما يظهر هذا في سن المراهقة. فالمرهق الذي يرى صفاته الجسدية منحرفة عن معايير الثقافة غالبا ما يمون لديه مفهوم سليم عن الذات.

ب) معدل النضج: غالبا ما يقترن النضج المبكر بتقدير إيجابي للذات حيث أن النضج المبكر يمكن من المشاركة في نشاطات اجتماعية ورياضية تعطي الفرد مكانة واعتبارا ويمكن النضج، المبكر المرهق أيضا من تحمل مسؤوليات تترك لديه صورة إيجابية عن الذات.

أما المتأخر في النضج فيعاني من ضغوط نفسية أنه يدرك التوقعات المرتبطة بالنمو الجسدي وأنه يعامل وكأنه أصغر من سنه وبأسلوب يختلف عن أبناء جيله من المبكرين في النضج ولذلك يطور صورة سلبية عن الذات.

(ت) **النضج الجنسي:** توجد علاقة بين تقدير الذات والشعور بالذكورة لدى الأولاد الذكور وهي ناجمة أساسا عن نضجهم الجنسي وللتبكير في النضج الجنسي أهمية بالنسبة للمراهقين حيث يوفر له اطمئنانا لرحولته وأساسا للشعور بالثقة أما التأخير فيؤدي إلى مشاعر نقص.

(ث) **الإعاقة الجسدية:** لا يستطيع المعوق جسديا المشاركة في بعض الأنشطة مما يترك أثرا سلبيا في مفهومه عن ذاته وإن اتجاه الآخرين نحوه يحدد إلى أي حد تلعب الإعاقة تلك أثرا أعمق في حالة عدم القدرة على مشاركة الأصحاب في نشاطات لها قيمة اعتبارية كبيرة.

(ج) **مستوى الطموح:** هناك مصدران للطموح اولهما الشخص نفسه والثاني الثقافة التي يعيش في إطارها. وإن فكرة الفرد عن نفسه تؤثر في مستوى طموحه حيث أن طموح الفرد يتأثر بتقديره لذاته ولكن يحدث ان يضع المراهقون الذكور أهدافا أعلى من قدراتهم وهنا يحدث التعارض بين أهدافهم وإنجازاتهم. وفي حالة فشلهم تضعف ثقتهم بأنفسهم ويؤدي ذلك إلى تقويم منخفض للذات ويمكن ان يخفض المراهق من طموحاته لتجنب الفشل وإذا قاده ذلك إلى تحقيق نجاح سهل فرما ألقى اللوم لفشله السابق على الآخرين وهذا يؤدي إلى مفهوم فقير للذات.

(ح) **العاطفة:** إن الأثر المباشر للعواطف على الشخصية يأتي من الحكم الاجتماعي على كيفية تعبير الفرد عن عواطفه ومن قدرة الفرد على إقامة علاقات عاطفية مع الآخرين. إن أسلوب تعبير الفرد عن عواطفه يؤثر في مفهومه عن ذاته.

(خ) **القبول الاجتماعي:** إن قبول الذات والقبول الاجتماعي يتأثران ببعضهما، وغن الشخص الواثق من انه يلقي قبولا اجتماعيا يبدو أكثر ثباتا في سلوكه الاجتماعي وتلقى مشاركته الاجتماعية قبولا. أما ذوو تقدير الذات المنخفض فإن مشاركتهم الاجتماعية أقل ثباتا وهو أقل قبولا لدى الآخرين (جبريل، 1983: 61 - 71).

رابعا: خصائص ذوي تقدير الذات المرتفع وذوي تقدير الذات المنخفض:

(أ) صفات ذوي تقدير الذات المنخفض:

- الحساسية نحو النقد: حيث يرون في النقد تأكيدا لصحة شعورهم بالنقص.

- اتجاه نقدي متطرف يستخدم للدفاع عن صورة الذات المهزوزة ويظهر ذلك من خلال توجيه الانتباه إلى عيوب الآخرين وتجاهل العيوب الشخصية.
 - الشعور بالاضطهاد: حيث أن الفشل هو نتيجة تخطيط خفي من قبل الآخرين، وهكذا يتم إنكار الضعف الشخصي والفشل ويتم إسقاط اللوم على الآخرين.
 - نزوع على ظهور استجابة قبول نحو التملق.
 - الميل إلى العزلة والابتعاد عن التنافس وذلك بهدف إخفاء النقص المتوقع ظهوره.
- ب) صفات ذوي تقدير الذات المرتفع:**
- يشعرون بالأهمية.
 - يشعرون بالمسؤولية تجاه أنفسهم والآخرين.
 - لديهم إحساس قوي بالنفس ويتصرفون باستقلالية ولا يقعون تحت تأثير الآخرين بسهولة.
 - يعترفون بقدراتهم ومواهبهم كما أنهم يفخرون بما يفعلون.
 - يؤمنون بأنفسهم فلديهم القدرة على المخاطرة ومواجهة التحديات.
 - يعبرون الكثير من أنماط العواطف والمشاعر.
 - لديهم قدرة عالية على تحمل الإحباط.
 - يتمتعون بالقدرة على التحكم العاطفي في الذات.
 - يشعرون بالتواصل مع الآخرين كما أنهم يتمتعون بمهارات جيدة في التواصل.
 - يولون العناية بمظهرهم وأجسامهم (رشا الناطور، 2008: 25 - 26).

خامسا: نمو تقدير الذات:

- وينمو تقدير الذات ويتطور من خلال عملية عقلية تتمثل في تقييم الفرد لنفسه ومن خلال عملية وجدانية تتمثل في إحساسه بأهميته وجدارته، ويتم ذلك في ست نواحي هي:
- 1) المواهب الطبيعية الموروثة مثل الذكاء والمظهر والقدرات الطبيعية.
 - 2) الفضائل الأخلاقية والاستقامة.
 - 3) الإنجازات والنجاحات في الحياة مثل المهارات.
 - 4) الشعور بالأهلية وأن يكون محبوبا.
 - 5) الشعور بالخصوصية والأهمية والجدارة والاحترام.
 - 6) الشعور بالسيطرة على الحياة (مریم سليم، 2003، نفس المرجع السابق: 16 - 25).

سادسا: أنواع تقدير الذات:

من خلال مفاهيم وتعريف (تقدير الذات) تبين أن هناك نوعين من تقدير الذات:

1) تقدير الذات الإيجابي: ويتمثل في تقييم الفرد لنفسه وشعوره بقيمته وأهميته وقبوله من غير شرط أو قيد وأنه جدير بالحياة والسعادة فيها، وكذلك شعوره بكفاءته الشخصية ويعبر عنها من خلال مشاعره وإحساسه بالنجاح وثقته بنفسه وإيمانه بقدرته على التكيف مع صعوبات الحياة ويظهر في أسلوب علاقاته بالآخرين ورضاه عنها، ويمكن أن يطلق عليها تقدير الذات المرتفع.

2) تقدير الذات السلبي: ويتمثل في تقييم الفرد لنفسه بعدم أهميته وتفاهته وعدم رضاه عن ذاته وشعوره بالفشل والإحباط والعجز أمام تحديات وصعوبات الحياة مع إحساسه بعدم الكفاءة الشخصية، مما يدفعه لاستخدام الكثير من الحيل الدفاعية كما يظهر في أسلوب تعامله مع الآخرين واعتماده عليهم وشعوره بالقلق وعدم الأمان في علاقاته بالآخرين، ويمكن أن يطلق عليه تقدير الذات المنخفض (نوف بنت مبارك محمد القحطاني، 2010: 30).

أما بالنسبة لمستويات تقدير الذات، فقد وجد سميث أن هناك ثلاثة مستويات لتقدير الذات، حيث أظهرت نتائج دراسته عن تقدير الذات والتي أجراها على (1700 طفل)، أن الأشخاص ذوي تقدير الذات المرتفع يعتبرون انفسهم أشخاصا هامين يستحقون الاحترام والتقدير والاعتبار، فضلا عن أن لديهم فكرة محددة وكافية لما يظنونونه صوابا، كما أنهم يتمتعون بالتحدي ولا يضررون عن الشدائد، بينما ذوي التقدير المنخفض للذات فيعتبرون أنفسهم غير هامين وغير محبوبين، فعل أشياء يودون فعلها مما يفعله الكثيرون، ويعتبرون أن يكون لدى الآخرين أفضل مما لديهم. ويقع الفرد ذو التقدير المتوسط للذات بين هذين النوعين من الصفات، وينمو تقدير الذات من قدرتنا على عمل الأشياء المطلوبة منا (صباح قاسم الرفاعي، 2010: 360).

سابعا: أهمية تقدير الذات:

1) أهمية تقدير الذات كبعد من أبعاد الشخصية وتوجيه السلوك والتكيف مع ظروف الحياة:

يعتبر تقدير الذات من أهم العوامل المؤثرة في حياة الفرد فهو الدافع للوصول لتأكيد الذات، وتحقيق النجاحات الشخصية، حيث يشكل بعدا هاما من أبعاد الشخصية فكما أشار (كوفمان) أن تقدير الذات يرتبط إيجابيا ببعض الأبعاد الشخصية كالدخل والمكانة الاجتماعية والترقيات في مجال العمل والرضا الوظيفي كما وجد أيضا إن فقد الفرد لوظيفته يعتبر أحد الدلائل التي تشير التقدير المنخفض للذات. فلتقدير الذات أهمية في حياة الفرد الشخصية وهذا ما يؤكد عليه (ماسلو) باعتباره تقدير الذات حاجة عليا بالنسبة لحاجات النقص وبداية حاجات النمو من خلاله تظهر قيمة الفرد الاجتماعية والشخصية والأخلاقية والمهنية.

2) أهمية تقدير الذات كبعد من أبعاد الصحة النفسية:

يعد تقدير الذات مؤشرا للصحة النفسية فكما يرى (روجرز) فإن جزء من التوافق النفسي يعد وظيفة لمفهوم تقدير الذات، فكلما كان تقدير الذات مرتفعا وإيجابيا كان ذلك دليلا على الصحة النفسية، فتقدير الذات يعزز روح التفاؤل والإبداع في مواجهة تحديات ومصاعب الحياة، فيكون للفرد أكثر مرونة ومتقبلا للحقائق المتجددة في حياته ولديه القابلية لأن يتعلم المزيد عن نفسه، فيصل إلى تقدير أكثر واقعية لذاته فلا يستند إلى آرائه فقط وإنما إلى آراء الآخرين كذلك وعلى العكس من ذلك فإن ضعف تقدير الذات يرتبط بشكل ملحوظ بالإكتئاب والقلق والتوتر والعدوانية وقلّة الشعور بالرضا عن الحياة، ويعد ذلك سببا رئيسيا لمعظم المشكلات الاجتماعية والشخصية والتي يعاني منها كثير من الأفراد. وهذا ما تؤكد عليه (روث وإيلي) في (عطا، 1993) حيث لاحظت أن المصابين باضطرابات نفسية يعانون من مشاعر التفاهة، وعدم الكفاءة والشعور بالعجز أمام الأزمات والضغوط وقلّة احترام الذات، وكثرة استخدام الحيل الدفاعية (نوف بنت مبارك محمد القحطاني، 2010: 32، 33).

3) أهمية تقدير الذات كدافع للإنجاز والطموح والنجاح:

إن إدراك الفرد لقيمته الذاتية هو أساس إنجازاته اللاحقة فمتى ما كانت تلك الإدراكات إيجابية كان الفرد ناجحا وطموحا ومنجزا، وانعكس ذلك على كافة سلوكياته وتعاملاته، والعكس من ذلك فإن كان الفرد حاملا إدراكات سالبة نحو ذاته فإنه سيشعر بالعجز والفتشل معتمدا على الآخرين وغير راض عن نفسه محتقرا لها وهذا ما توصلت إليه نتائج دراسة الفحل، حيث وجد أن هناك علاقة ارتباطية مرتفعة بين تقدير ودافعية الإنجاز (المرجع نفسه: 34).

ثامنا: تصنيفات تقدير الذات:

لقد أشار كل من (مارش وفوكس، 1996، Marsh & Fox) إلى وجود العديد من النماذج التي يمكن على أساسها تصنيف تقدير الذات إلا أن أفضلها النموذج الهرمي متعدد الأبعاد، والذي يوجد في قمته التقدير الشامل أو الكلي للذات ثم يندرج إلى الأبعاد المتعددة وكل بعد من هذه الأبعاد تدرج إلى أبعاد فرعية خاصة بكل بعد ومن المزايا التي يتصف بها هذا النموذج هو إمكانية التعرف على الأهمية النسبية للأبعاد الفرعية والارتباطها بالبعد الذي تنتمي إليه وكذلك بالنسبة لتقدير الذات ككل ومن هذه التصنيفات:

أ) تقدير الذات الجسمية.

ب) تقدير الذات الصحية.

ت) تقدير الذات الاجتماعية.

ث) تقدير الذات الشخصية.

ج) تقدير الذات الأسرية.

ح) تقدير الذات القيادية.

خ) تقدير الذات التدريبية.

د) تقدير الذات الخلقية (علي عبد الحسن حسين وحسين عبد الزهرة عبد اليممة، 2011: 183 - 184).

تاسعا: العوامل المؤثرة في تقدير الذات:

هناك مجموعة من العوامل التي تؤثر في الذات والتي تؤدي إلى تقدير ذات مرتفع أو منخفض لدى الأفراد وهي:

الوضع الإقتصادي والاجتماعي للأسرة، والنجاح والفشل، ومواقف الإحباط والصراع. ويشكل الفرد مفهوم ذاته من خلال الخبرات التي يمر بها في مراحل تطوره المختلفة ويرى (عدس وتوق) أن مفهوم الذات يتطور من خلال العوامل المترابطة التالية:

أ) الوعي بالجسم وتشكيل صورة عنه، وتتكون هذه الصورة في البدء من الإدراك الحسي وتكتمل في مرحلة تكوين الهوية.

ب) اللغة: إذ يساعد تطور اللغة لدى الفرد في تطور مفهوم الذات لديه، فاستعمال بعض الضمائر دليل على تمييز الطفل لذاته عن الآخرين، وتشكل رموز اللغة أساس إدراك الذات وتطورها.

ت) الآخرون الهامون في حياة الفرد كالوالدين وجماعة الرفاق والمدرسين والمربين.

ث) وتعتبر الخبرات المدرسية من المصادر الرئيسية التي تشكل مفهوم الذات، حيث يمر الفرد بخبرات وظروف ومواقف وعلاقات جديدة، فيبدأ في تكوين صورة جديدة عن قدراته الجسمية والعقلية وسماته الاجتماعية والانفعالية متأثراً في ذلك بالأوصاف التي يصفها الآخرون لذاته، كأن يقال له: إنك ضعيف أو متفوق أو عنيد، كما يتأثر بالأسلوب الذي يعامل به، فيستنتج أنه غير مرغوب فيه إذا رفض زملاؤه اللعب معه. وقد تبين أن الأفراد الذين يحتفظون في ذاكرتهم بخبرات طيبة في حياتهم المدرسية ممثلة في علاقة متوافقة مع المدرسين والزملاء وتحقيق مستويات عالية من التحصيل كانوا يتصفون بمفاهيم إيجابية عن ذواتهم، وأوضحت دراسات أن النجاح أو الفشل المدرسي يؤثران في الطريقة التي ينظر بها الطلاب إلى أنفسهم.

ج) متغيرات أسرية: يرى الباحث (مارلين، 1969، Marlin) أن تقييماتنا لأنفسنا مشتقة من تقييمات الجماعة المرجعية التي استوعبناها، وأن تقييم الذات متأثر بتقديرنا لتقييم الآخرين لنا. ويشير

(هولندر، 1964، Hollander) أن الأشخاص المهمين بالنسبة للفرد في سلوك الفرد الاجتماعي وفي تكوين فكرته عن نفسه.

وعليه تعتبر الأسرة بمثابة الوسيط الأول المؤثر في شخصية الفرد ونشأة هويته وبناء ذاته، إذ تمده التراث البيولوجي والاجتماعي اللذان يطلقان ملكاته وقواه، كما أنها أول مجال تشبع فيه الحاجات الجسمية والنفسية.

فالتنشئة الأسرية لا تخلو من تحمل مسؤولياتها عن تشكيل تقدير الذات لدى أفرادها بما تظهره من اتجاهات نحوهم وتوفره من إشباع الحاجات النفسية الأساسية، وهي المسؤولة عن إشعارهم بأنهم مقبولون من طرف الآخرين، وأنهم مرغوب فيهم حتى يستطيعون تقبل ذواتهم (أيت مولود يسمينة، 2012: 60). كما أشار كذلك (عبد الفتاح) إلى أن العوامل التي تؤثر في تقدير الفرد لذاته كثيرة منها ما يتعلق بالفرد نفسه مثل استعداداته وقدراته والفرص التي يستطيع أن يستغلها بما يحقق له الفائدة، فإن نمو تقدير الذات لا يتأثر بالعوامل البيئية والموقفية فحسب ولكنه يتأثر بعوامل دائمة مثل ذكاء الفرد وقدراته العقلية وسمات شخصيته والمرحلة العمرية والتعليمية التي يمر بها، واعتبر البعض أن التقدير المرتفع للذات هو أكثر الأدوات التي يمكن أن يستخدمها الفرد للحصول على حالة التوافق فيستطيع مواجهة الفشل واقتحام المواقف الجديدة دون أن يشعر بالحزن والإهيار، أما ذوو التقدير المنخفض للذات فإنه يشعر بالهزيمة حتى قبل أن يقتحم المواقف الجديدة أو الصعبة لأنه يتوقع الفشل مسبقا (عبد الفتاح، 1987: 19).

يتضح مما سبق عرضه عن تكوين مفهوم الذات ودوره وارتباطه مع المتغيرات الأخرى ما يلي:

- مفهوم الذات نتاج اجتماعي وأن الخبرات الطفلية وأساليب التنشئة الاجتماعية، والعوامل الأسرية والاجتماعية وتقييمات الآخرين، وبخاصة الوالدين والمدرسين، تعتبر من أهم العوامل التي تعمل على نمو مفهوم الذات وتشكيله.

- مفهوم الذات يعمل كقوة موجبة ودافعة للسلوك، فتدفع المفاهيم الإيجابية، ذات الفرد إلى مواجهة الحياة واقتحام المواقف الجديدة بشجاعة، ويتصرف الفرد وفق هذا المفهوم، في حين يشعر ذوو المفاهيم السالبة بالعجز والفشل.

- إن المفاهيم السلبية عن الذات ترتبط بالانحراف والاضطراب النفسي والعصاب في حين ترتبط المفاهيم الإيجابية مع السواء.

وأخيرا فإن عملية تطور الذات تظل مستمرة، مادام الفرد يظل مستمرا في اكتشاف الجوانب الجديدة في عملية النمو التي تؤدي بدورها إلى تغيير هذا المفهوم لديه (جودت بني جابر، نفس المرجع السابق، 2004: 120 - 121).

عاشرا: مصادر تقدير الذات:

ترى (أميرة مسعود) أنه توجد طرق كثيرة لتقدير الذات، فنحن نقوم بتسجيل نجاحاتنا وإخفاقاتنا ونقارن انفسنا بالآخرين ونقيم أنفسنا تبعاً لمعايير داخلية على النحو التالي:

1) الخبرات الشخصية: إن النجاح والتقبل يمكن أن يجعلنا نشعر شعوراً طيباً تجاه أنفسنا على نحو خاص، أما الفشل والرفض والهزيمة فيمكن أن يسبب أضراراً للنفس؛ يختلف الناس ذوو تقدير الذات المرتفع عن غيرهم من ذوي تقدير الذات المنخفض في طرق استجاباتهم لكل نوع من أنواع خبرات الحياة وتكيفهم.

2) اختلاف أثر الخبرات باختلاف الأشخاص: يختلف الناس في طريقة استجاباتهم للأحداث الإيجابية والسلبية وفي أثر تلك الأحداث على تقديرهم لذواتهم، وقد توصلت نتائج الدراسات إلى أن الأحداث الإيجابية والسلبية يكون لها أثر مبالغ فيه عند الأشخاص ذوي الدرجة المنخفضة في تعقد الذات.

3) المقارنات الاجتماعية: قد يشير هذا النوع من المقارنة الظالمة التي لا يمكن تفاديها مشاعر الحسد والأشياء وقد تقلل من تقدير المرء لذاته.

4) المقارنات المتحيزة: هي المقارنات المتحيزة إلى أسفل وهي المقارنات التي لا تسمح لنا بمقارنة أنفسنا بآخرين أقل خطأً أو نجاحاً في أحد الجوانب.

5) تقييم الذات بناءً على معايير داخلية: يتأثر تقديرنا لذاتنا بما يحدث داخلنا بالإضافة إلى ما يدور حولنا، على الرغم من أن معظم الناس يصفوننا بأننا أشخاص ناجحون، إلا أننا قد نظل نشعر بفشلنا في الوصول إلى المستوى المناسب للمعايير التي نسعى خلالها إلى الوصول إلى ما نعتبرها موجهات أو مرشحات للذات، وتأتي موجهات الذات في صورتين هما: الذات المثالية، وهي ذات الشخص التي تسعى لأن تكون مثله، والذات المتوقعة وهي ذات الشخص الذي نشعر أنه ينبغي علينا أن نكون مثله.

6) التقديرات المتحيزة لنتائج القياسات المستخدمة: فقد نلاحظ التناقضات الموجودة في ذاتنا عندما لا يمكن الوصول إلى معاييرنا الشخصية، فهناك أفكار معينة، ومواقف محددة، وأشخاص بعينهم يمكنهم إظهار تلك البيانات للعقل، ولكننا في العادة لا نركز على الكيفية التي يحدث بها عدم التوافق مع تلك المعايير مع تكشف الأحداث اليومية (نسرين أحمد المحمدي منصور، 2008: 75 - 76).

الحادي عشر: الحاجة إلى تقدير الذات:

حاجتنا إلى الشعور وما نحن عليه وما نقوم به هو ضمن معاييرنا الذاتية الخاصة التي ترتبط بمفهوم الذات ومستوى الطموح عندنا، وما نفكر به عن أنفسنا يدور حول مفهومنا للقيم والمعايير، وما هو

صواب وما هو خطأ، فجميعها تؤدي للجوانب المهمة لحاجتنا لتقدير الذات، لأنها تدور حول منظومة القيم التي اكتسبها الفرد في أثناء عملية التطبيع الاجتماعي له والتي يحاول من خلالها المجتمع أن يعد طريق حياته، وأن يتشرب قيمه ومعاييره والتي لا يستطيع الفرد أن يخرق تلك القيم والمعايير الاجتماعية دون أن يشعر بإحباط يتصل بتقديره لذاته، كما يهدف الإنسان في سلوكه لأن يشعر بقيمته وأهمية الدور الذي يقوم به في حياته، فكل منا له أدوار مختلفة يقوم بما يشعر بقيمته في حد ذاته كإنسان وكقائم بالدور، ويود أن يلقي تقدير الآخرين لما يقوم به من عمل في حياته، وعندما يقوم بأي عمل فإنه يود أن يشعر بالنجاح والتقليل فيما يقوم به من عمل، وأن هذا العمل له وزن وقيمة، وأن انخفاض تقدير الذات ينتج عن الفجوة أو الثغرة بين الذات وطموحاتها، كما ترجع حاجتنا إلى إدراك ومعرفة أهمية تقدير الذات من أن فكرة الفرد عن ذاته منذ طفولته لا يقتصر تأثيرها على سلوكه الحالي، بل يمتد إلى سلوكه المستقبلي ويؤثر في تنميته الاجتماعية المقبلة حيث يميل ذوو تقدير الذات المرتفع إلى الحرية والاستقلال والابتكار والقدرة على التعبير عن آرائهم، مهما اختلفت مع آراء الآخرين، ويميلون للتوافق والخلو من الإضطراب الشخصي، وإذا كان الفرد يعزو إنجازاته ويستمد تعزيزات سلوكه من ذاته، فيتوقع منه في هذه الحالة درجة مرتفعة من تقدير الذات مقارنة بآخر لا يحصل على تعزيزات لتقديره لذاته نتيجة لاعتقاده أنه يحقق ما يحقق، ويعجز عن تحقيق ما يعجز عنه ليس اعتمادا على قدرته وإمكاناته بل اعتمادا على العوامل الخارجية، ويصبح تقديره لذاته بوصفه شخص فعال منجز تقدير ضئيل (نصر حسين عبد الأمير، 2011: 305).

الثاني عشر: النظريات المفسرة لتقدير الذات:

I. نظرية أبراهام ماسلو في تقدير الذات:

يعد ماسلو تقدير الذات حاجة لا بد من إشباعها عندما يشعر الناس أنهم محبوبون ويمتلكون شعورا بالانتماء فتنشئ عندهم الحاجة للإحترام وهناك نوعان من حاجات الإحترام، احترام الذات والإحترام الذي يمنحه الآخرون، وإشباع الحاجة لاحترام الذات يسمح للفرد بالشعور بالثقة بقوته وقيمه وبكفاءته ويصبح أكثر قدرة وإنتاجا في كافة مجالات الحياة وعندما يفتقر الفرد إلى تقدير الذات يشعر بالكآبة والعجز وتعوزه الثقة الكافية لمواجهة المشكلات، وقد أوضح ماسلو أن احترام وتقدير الذات لكي يكون أصيلا يجب أن يبقى على تقييم واقعي لقدرات الشخص وكفاءته وعلى احترام حقيقي يستحقه الشخص من الآخرين (لطيف غازي مكي وآخرون، 2011: 365).

II. نظرية روزنبرج:

إن هذه النظرية تعتبر من أوائل النظريات التي وضعت أساسا لتفسير وتوضيح تقدير الذات، حيث ظهرت هذه النظرية من خلال دراسته للفرد وارتقاء سلوكه وتقييمه لذاته، في ضوء العوامل المختلفة التي تشمل المستوى الإقتصادي والاجتماعي، والديانة وظروف التنشئة الأسرية.

ويرى (بندر، 1993، Bender) أن روزنبرج وضع للذات ثلاثة تصنيفات هي:

- 1) الذات الحالية أو الموجودة: وهي كما يرى الفرد ذاته وينفعل معها.
 - 2) الذات المرغوبة: وهي الذات التي يجب أن يكون عليها الفرد.
 - 3) الذات المتقدمة: وهي صور الذات التي يحاول الفرد أن يوضحها أو يعرفها للآخرين، ويسلط روزنبرج الضوء على العوامل الاجتماعية فلا أحد يستطيع أن يضع تقديرا لذاته والإحساس بقيمتها إلا من خلال الآخرين.
- ويعتبر (روزنبرج، 1979) تقدير الذات اتجاه الفرد نحو نفسه لأنها تمثل موضوعا يتعامل معها، ويكوّن نحوها اتجاهها، وهذا الاتجاه نحو الذات يختلف من الناحية الكمية عن اتجاهاته نحو الموضوعات الأخرى (زينب محمد محمود محمد اسماعيل، نفس المرجع السابق، 2012، ص 304).

III. نظرية (كوبر سميث):

تمثلت في دراسة لتقدير الذات عند اطفال ما قبل المدرسة الثانوية وتقدير الذات عند كوبر سميث ظاهرة تتضمن كلا من عمليات تقييم الذات كما تتضمن ردود الفعل أو الإستجابة الدفاعية وإن كان تقدير الذات يتضمن اتجاهات تقييمه نحو الذات فإن هذه الاتجاهات تتسم بقدر كبير من العاطفة فتقدير الذات عند كوبر سميث هو الحكم الذي يصدره الفرد على نفسه متضمنا الاتجاهات التي يرى أنه تصنعه على نحو دقيق ويقسم تعبير الفرد عن تقديره لذاته إلى قسمين:

- 1) التعبير الذاتي: وهو غدراك الفرد لذاته ووصفه لها.

- 2) التعبير السلوكي: ويشير إلى الأساليب السلوكية التي تفصح عن تقدير الفرد لذاته التي تكون متاحة للملاحظة الخارجية.

ويميز كوبر سميث بين نوعين من تقدير الذات:

- أ) تقدير الذات الحقيقي: ويوجد عند الأفراد الذين يشعرون بالفعل أنهم ذوو قيمة.
- ب) تقدير الذات الدفاعي: ويوجد عند الأفراد الذين يشعرون أنهم غير ذوي قيمة ولكنهم لا يستطيعون الاعتراف بمثل هذا الشعور والتعامل على أساسه مع أنفسهم ومع الآخرين (أبو جادو، 2002: 154).

IV. نظرية زيلر:

ينظر زيلر إلى تقدير الذات من زاوية نظرية المجال في الشخصية، يؤكد ان تقييم الذات لا يحدث في معظم الاحيان إلى في الإطار المرجعي الاجتماعي، ويصف زيلر تقدير الذات بأنه تقدير يقوم به الفرد لذاته، ويلعب دور المتغير الوسيط أو أنه يشغل المنطقة المتوسطة بين الذات والعالم الواقعي، وعلى ذلك فعندما تحدث تغيرات في بيئة الشخص الاجتماعي فإن تقدير الذات هو العامل الذي يحدده نوعية التغيرات التي ستحدث في تقييم الفرد لذاته تبعا لذلك نستنتج مما تقدم أن النظريات التي تناولت مفهوم

تقدير الذات تؤكد أهمية الدور الذي تقوم به الأسرة ونوع الرعاية الوالدية في نمو وتطور هذا المفهوم لدى الأفراد، كمفهوم تكيفي يتأثر إلى حد كبير بالمؤثرات البيئية وطرق وأساليب التنشئة الاجتماعية، لذلك اهتم علماء النفس بالخبرات المبكرة التي يجربها الطفل في سن حياته المبكرة (السنوات الخمس الأولى) حيث تلعب دورا مهما في تكوين وبناء شخصيته، وتشكيل سلوكه نحو الاستقلال والإعتماد على النفس، وبمعكس ذلك تترسخ لدى الأفراد الاعتمادية والعجز عن القيام بأمر أنفسهم، وكذلك تترسخ لديهم الرغبة بالعزلة والانسحاب والبعد عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين والشعور بالنقص والدونية وضعف مجازة الأقران، وضعف قدرتهم على اتخاذ القرارات التي تخصهم بأنفسهم ودون الاعتماد على غيرهم وخاصة الاجتماعية منها.

بمعنى آخر فإن تقدير الفرد لذاته يزيد من دافعيته في الإقبال على الأعمال التي تتطلب تفاعل اجتماعي مع الآخرين وهو يستطيع أن يشارك في التفاعل الاجتماعي بكفاءة عالية، ويستطيع أن يناقش ويدافع عن وجهة نظره وما يتخذ من قرارات (خليل عبد الرحمن المعاينة، نفس المرجع السابق، 2007: 85).

خلاصة:

لقد تناولنا في هذا الفصل الذات وتعريفاتها وكل المفاهيم المرتبطة، وأهميتها وجوانبها وأشكالها وخصائصها. وكذا (تقدير الذات) وعوامله، وخصائص ذوي تقدير الذات المرتفع وذوي تقدير الذات المنخفض، ونمو تقدير الذات وأنواعها وأهميتها وتصنيفاته والعوامل المؤثرة فيه ومصادره والحاجة على تقدير الذات والنظريات المفسرة له، كما يعد تقدير الذات من أهم المتغيرات المؤثرة في شخصية الإنسان، مما دعانا إلى الدراسة والبحث فيه عند (مرضى السكري النوع الأول).

الفصل الرابع

المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي

تمهيد

أولاً: المقابلة التحفيزية

ثانياً: التنظيم الذاتي

خلاصة

تمهيد:

نحاول في هذا الفصل تقديم استراتيجيتين (المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي)، والتي من خلالهما قمنا بإعداد وتطبيق الجلسات للرفع من تقدير الذات. فاستخدام المقابلة التحفيزية لتحقيق أهداف محددة من خلال تعزيز سلوكيات مرضى السكر، واستخدام التنظيم الذاتي من جهة ثانية كاستراتيجية تعمل على تنظيم وإدارة ذات المريض داء السكري (النوع الأول)، وتوجيه سلوكه وجهة سليمة من خلال رفع تقدير ذاته من أبعادها الخمس (الذات الجسمية، الشخصية، الاجتماعية، الأسرية والأخلاقية).

أولاً: المقابلة التحفيزية (L'entretien Motivationnel)

I. تاريخ المقابلة التحفيزية:

الطريقة العيادية لمقابلة التحفيزية (E.M) ظهرت لأول مرة سنة 1983 من طرف الأخصائي النفسي ويليام ميلر (william R. Miller). ظهرت هذه الطريقة العلاجية في بادئ الأمر كعلاج قصير المدى في مجال الإدمان الكحولي أين كان تحفيز المريض يشكل عائقاً دائماً أمام التغيير. وفي بداية التسعينات المقابلة التحفيزية أخذت تجرّب في عدة مجالات أخرى وخاصة في مجال الأمراض المزمنة. ولقد نجحت معظم التجارب التي أقيمت حول للمقابلة التحفيزية خاصة في المجالات التالية: (الأمراض الوعائية وأمراض القلب، مرض السكري، اتباع الحمية بالنسبة لمشاكل البدانة، أمراض ضغط الدم، الذهانات، الوقاية من الإصابة بالسيدا... الخ) وقد نشرت معظم هذه التجارب. (Miler W.R. 1983 :p 5)

أول كتاب صدر للمقابلة التحفيزية نشر سنة 1991 للباحثان ميلر وروولنك (MILLER & ROLLNICK) تحت عنوان: (توظيف المقابلة التحفيزية في علاج الإدمان).

أول كتاب تناول الإستعمال الجديد للمقابلة التحفيزية كان سنة 1999 من قبل رولنك، ماسون وبولتر (ROLLNICK, MASON & BULTER) تحت عنوان: (تغيير السلوك الصحي).

وصدرت الطبعة الثانية لأول كتاب (MILLER & ROLLNICK) الذي يحمل اسم: (المقابلة التحفيزية) سنة 2002.

II. تعريف المقابلة التحفيزية :

المقابلة التحفيزية هي مقابلة نصف موجهة تتمركز حول الشخص (العميل)، تستخدم من جل رفع الدافعية لتغيير السلوك وذلك من خلال مساعدة الشخص على حل التناقض الوجداني (Rollnick & Miller 1995).

يتعلق الأمر بمساعدة الشخص على تكوين الدافعية الجوهرية ودعم مبادرة التغيير من خلال مساعدته على تطوير مخطط من أجل تحقيقه (Miller & Rollnick 2002 :p 33).

المقابلة (L'Entretien) إصطلاحاً:

يعرف بنجهاام المقابلة بأنها المحادثة الجادة الموجهة نحو هدف محدد غير مجرد الرغبة في المحادثة لذاتها. وكل مقابلة لا بد أن تحتوي على ثلاث عناصر وهي : (التبادل اللفظي، المواجهة بين الفاحص والمفحوص، وجود الهدف) (ناجح رشدي القادري، محمد عبد السلام البوايز. 2004 : ص 195)

ويعرف ماكوبي وماكوبي Maccoby & Maccoby المقابلة بأنها تفاعل لفظي بين فردين في موقف مواجهة، يحاول أحدهما استثارة بعض المعلومات والتعبيرات لدى الآخر. (محمد سيد فهمي، أمل محمد سلامة. 2011: ص162)

الدافعية (La Motivation) إصطلاحاً:

ليست سمة إحصائية و إنما متغير ديناميكي حيوي و متقلب. كما أنها تتأثر بأسلوب المخاطب.

III. مبادئ المقابلة التحفيزية:

المقابلة التحفيزية تعمل من خلال تفعيل دوافع المريض نحو التحفيز وإتباع العلاج. موضوع التغيير فيما يخص السلوك يظهر عادة في الإستشارات العيادية عندما يرى المختص أو المعالج أو المريض في حد ذاته أنه عليه أن يغير سلوكات معينة تعود بالفائدة على صحته مثل: (اتباع العلاج بانتظام، اتباع الحمية، مزاوله ممارسة الرياضة...).

إذا لم يبدي المريض أي مؤشر للدافعية نحو التغيير أو نحو اتباع إرشادات ونصائح المعالج، يمكن أن نستنتج بأن المشكل يكمن في المريض نفسه، واتجاه هذا الرفض فإن المعالج لا يمكنه أن يفعل شيئاً كبيراً بالنسبة للمريض إلا أنّ مهمة المعالج هنا تتوقف على الطريقة التي يمكنها أن توقض دوافع المريض الشخصية من أجل تغيير السلوك السلبي. (Miller W.R., Rolnick.S. 2002 :p12).

المقابلة التحفيزية ليست تقنية تساعد المرضى على فعل مالا يرغبون في فعله، وإنما هي أسلوب عيادي إرشادي يستمع فيه المعالج للمريض أكثر ممّا يتكلم . (Miller W.R., Rolnick.S. 2002 .

16:p

وتبنى روح المقابلة التحفيزية على تعاون المعالج والمريض الذي يسهل بذلك تقوية وإثبات ذاتية المريض. في الإنسان هناك شيء طبيعي يقاوم ويعارض أيّ فكرة تفرض عليه شيء ما أو تغيير شيء ما. فعلى العكس من ذلك، كلما تعرّف المريض على حقوقه وحرية في عدم تغيير مالا يرغب في تغييره يجعل إمكانية التغيير أوفر. تسمح للمعالج بتوجيه المناقشة والحوار مع العميل الذي جاء لإستشارته وذلك حتى يتوصل العميل إلى التعبير والإفصاح عن ما دفعه للبحث عن التغيير وهذا ما يقوم الفاحص بدعمه وحث العميل على فعله (Assad J.M., Kayser J. 2009 :p6) .

وبالتالي فإنّ الهدف في هذه المقاربة العلاجية هو تقوية دافعية العميل ودعمها طيلة المدة العلاجية.

IV. أساليب التواصل في المقابلة التحفيزية:

تعتمد المقابلة التحفيزية على 3 طرق للتواصل و هي :

1- الإتياع

2- القيادة

وهذه الأساليب الثلاثة عامة تستعمل في الحياة اليومية إلا أن كل أسلوب يستعمل في مجالات وعلاقات مختلفة، والإختبار الخطأ لأحد الأساليب فب وضعيته معينة يمكن أن يثير مشاكل عديدة. إلا أن خبرة المعالج قادرة على توظيف الأساليب الثلاثة بكل مرونة وبشكل يتكيف ويتمشى مع متطلبات الوضعية ومتطلبات المريض في حد ذاته. (Miler W.R. 1983 :p 31).

V. مهارات التواصل الأساسية :

هناك ثلاث مهارات أساسية للتواصل في المقابلة التحفيزية ألا وهي :

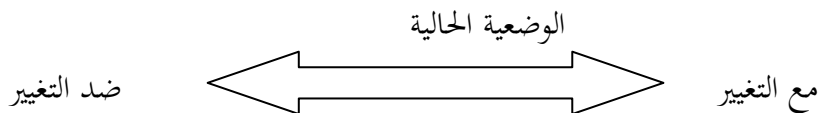
1) السؤال (طرح الأسئلة) (Interroger): من أجل التأكيد من أن المعالج يفهم جيدا المشكل أو المشاكل التي يعاني منها المريض.

2) الإعلام (Informer): إعلام المريض بحالته الصحية وبطبيعة مرضه وكل ما يتعلق ظروف وسبل العلاج.

3) الإستماع (Ecouter): الإستماع الجيد هو سيرورة نشيطة تدعوا المعالج إلى التأكد من أنه يفهم جيدا ما ي حاول المريض قوله مع عكس ذلك بالنسبة إلى المريض.

طرح الأسئلة بهدف الإدارة أو القيادة يختلف تماما من طرح الأسئلة بغية المتابعة أو التوجيه الجيد، وكذلك بالنسبة للإستماع أو الإعلام.

شكل رقم (02) يوضح كيفية البقاء ثابتا في وضعية التناقض الوجداني



ويبدو من خلال الأمثلة التي ذكرناها أن هناك كلمة تتكرر في الجمل الثلاثة المذكورة ألا وهي (لكن) التي تشير إلى وجود التناقض، وتوظيف كلمة (لكن) وسط الجملة من أجل إعطاء تبريرات ذاتية لعدم الرغبة أو عدم التفكير في التغيير، (Assad J.M., Kayser J. 2009 :p18)

جدول رقم (02) يوضح ست فئات من خطاب التغيير : (Rollnick S. Mason P.,

Bulter C. 1999 : p22)

| | |
|--|--|
| - "أريد أن..." - "أريد أن" - "أتمنى أن..." | الرغبة: <i>désir</i> التصريح بالرغبة في التغيير. |
| - "أستطيع أن..." | القدرة: <i>capacité</i> التصريح بالقدرة على |

| | |
|---|-------------------------------|
| التغيير . | -سوف أتمكن من أن ... " |
| - " يمكن أن أكون قادرا على ... " | |
| الداعي : raison الداعي إلى التغيير . | " سوف أشعر بتحسن إذا ما ... " |
| - " أحتاج إلى طاقة أكبر لكي ألعب و أفرح مع أولادي ... " | |
| الحاجة : besoin التصريح بالحاجة المناسبة إلى التغيير . | " يجب علي أن ... " |
| - " يلزمني أن ... " | |
| - " علي فعلا أن ... " | |
| الإلزام : engagement التصريح ب إحتمالية التغيير . | " سوف ... " |
| - " أعترزم أن ... " | |
| الخطوة الأولى : premier pas التصريح بال أفعال التي يقوم بها فعلا . | " بدأت هذا الأسبوع ... " |
| - " خرجت فعلا من أجل ... " | |
| - " أقوم فعلا ب ... " | |

الرغبة (désir) ماذا تتمنى أو فيما ترغب من خلال التغيير؟
القدرة (capacité) ماذا يمكنك أن تفعل أو تحقق ...؟
السبب (raison) لماذا تريد التغيير؟ ماذا تتوقع في هذا التغيير؟
الحاجة (besoin) إلى أي درجة التغيير مهم بالنسبة إليك؟ إلى أي درجة أنت في حاجة إلى هذا التغيير؟

VI. تقنيات المقابلة التحفيزية:

- 1- طرح أسئلة مفتوحة
- 2- الاستماع العاكس .
- 3- التأكد الوافقي .
- 4- الخلاصة .
- 5- خلق لغة التغيير .
- 6- ميزان اتخاذ القرارات

ومن بين التقنيات المستعملة في المقابلة التحفيزية ميزان إتخاذ القرارات (Janis et Ralann 1977)،
ومن أجل ترجيح كفتي الميزان يجب إتباع الخطوات التالية :

- 1- أولاً يجب سيطرة الفوائد في الحالة الراهنة .
- 2- ثم المساوىء في نفس الحالة الراهنة .
- 3- وبالتالي المساوىء المقابلة للتغيير التي تقوي من الحالة الراهنة ومن حالة الجمود والثبات.
- 4- حتى لو كانت المساوىء في الحالة الراهنة غير مرتفعة فإنها تؤثر في الحالة على التغيير، حيث يمكن أن يرفض العميل التغيير تماما . و بالتالي فقد ترجح كفة المساوىء في الوقت الراهن.
- 5- القضاء على مساوىء التغيير يسهل اتخاذ قرار التغيير علما أنه في الوقت الراهن فإن كفة المساوىء أثقل من كفة الفوائد.
- 6- وبإتخاذ قرار التغيير فإن العميل يقضي كذلك على مساوىء الحالة الراهنة وتبقى فقط الفوائد .
- 7- إدراك (الوعي والتفطن) فوائد التغيير هو ما يقوي الدافعية، وهذا ما سوف يرحح كفة الفوائد وتصبح أثقل من كفة فوائد عدم التغيير .
- 8- وبالتالي ترجح كفة فوائد التغيير على كفة فائد عدم التغيير، وهذا ما سوف يحقق (التغيير) وبالتالي علينا أن نساعد العميل فقط على الحفاظ عليه .
- 9- في نهاية المطاف تبقى وحدها فوائد التغيير بعد اختفاء فوائد البقاء على الحالة الراهنة . (Edith Levavasseur, 2005 : P. 19)

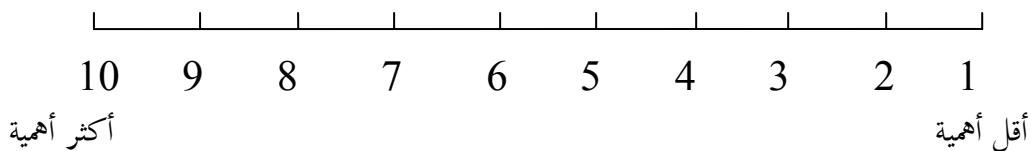
وكذلك من بين تقنيات المقابلة التحفيزية استعمال مقياس أو سلم تقييم.
مسطرة أو سلم التقييم:

- إعداد مسطرة أو سلم تقييم في واحد (1) الى (10) يمكن أن يكون لهاوظيفتين تعطينا مؤشرات حول دافعية المريض وتساعد على خلق خطاب التغيير.
- ويمكن استعمال هذه الوسيلة بشكل لفظي شفهي كما يمكن استعمالها كتابيا بإعطاء المريض ورقة ليرسم عليها خط عمودي أو أفقي ويتم ترقيمه من (1 - 10) و نطلب من المريض أن يبين لنا فقط أين يتواجد من خلال الدرجات المبينة في الورقة وذلك مجيبا على الأسئلة المطروحة عليه في الورقة.

مثلا :

إلى أي درجة تجد بأن التوقف عن التدخين مهم بالنسبة إليك ؟

شكل رقم (03) يمثل سلم التقييم



وفي المرحلة الثانية : نسأل المريض لماذا أجاب بهذهالدرجة بالتحديد، لماذا مثلا اختار الرقم 05 ولم يختار رقما أقل.

الإجابة سوف تكون خطاب تغيير وعلى المعالج تطوير الحوار في هذه المرحلة واللجوء أكثر إلى التفاصيل. طرح الأسئلة حول فوائد وسلبيات التغيير يمنح المعالج الفرصة للكشف في نفس الوقت عن التناقض الوجداني ويعطي المريض في نفس الوقت فرصة لمعرفة أو التعرف على مشكلته في اتخاذ القرار الصحيح حول ما يفيدته وما يضره بشكل يجعل دوافعه الجوهرية تتحرر. (Rollnick S. Mason P., Bulter C. 1999 : p87).

VII. متى تستخدم المقابلة التحفيزية ؟

- 1- يكون الشخص سلبيًا في حالة (مقاومة).
- 2- يكون الشخص متمرد فيما يخص الموضوع أو الفعل (نعم، لكن ...).
- 3- يكون لدى الشخص صعوبة في تجديد ومعرفة خطورة المشكل .
- 4- التغيير المنتظر أو المتوقع يكون نوعًا ما صعب ويمكن أن يستغرق وقتًا طويلًا.
- 5- إذا أصبحت الطرق العلاجية الأخرى للمشكل لا تجدي نفعًا.

VIII. التغيير:

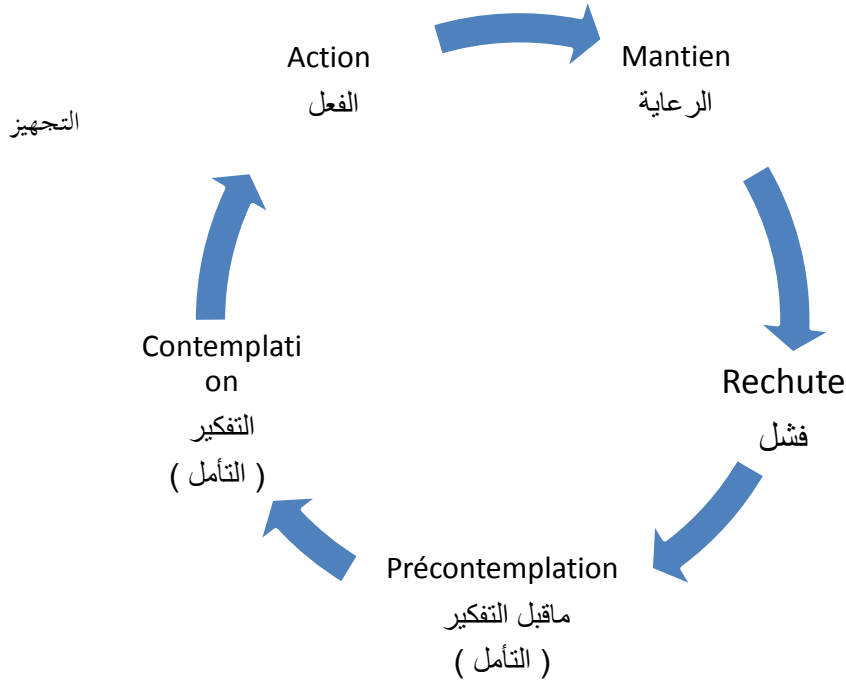
- ← التغيير لا يكون مفاجئًا.
- ← يشير تناقض وجداني طبيعي.
- ← يتبع مراحل محددة أو ينتج عن مراحل معينة.

حيث ذكر بروشاسكا ودي كليمانتي (PROCHASKA α DICLEMENT 1993):

"طريقة ال تدخل يجب أن تكون مكيفة وفقا للمرحلة التي يتواجد فيها العميل، حيث أن التدخل يجب أن لا يك ون (جد مبكرا أو جد متأخر) وذلك لتفادي إثارة (المقاومة) من قبل العميل".

(Proschaska, james O. & Diclemente, carlo C. 1982 :p278)

شكل رقم (04) يوضح مراحل التحفيز من أجل التغيير ل (Prochascka & Di cimente, 1982)



IX. نموذج بروشاسكا وديكليمانت، (Prochaska & Diclemente) :

يقوم هذا النموذج على اعتبار أن التغيير في السلوك - سواء أكان بمساعدة أم بغير مساعدة - يتحقق من خلال تدرّج يمر عبر مراحل خمس، وهذه المراحل الخمس هي ذات بعد زمني تساعد على الفهم عندما تطرأ تغييرات في الأفكار أو النوايا أو المواقف. فهي تساعد على تحديد الدافعية الحالية (أي لحظة التغيير) ولكنها لا تقدر على التنبؤ بها. ولذلك فإن هذا النموذج غير قادر على أن يتنبأ بالمدى الزمني الذي سيأخذه التغيير في السلوك، فميزته الحقيقية هي أن يسمح للمعالج بأن يقدم للمريض الخدمة المناسبة لاحتياجه (عبد الإله بن عبد الله المشرف و آخرون، 2011: 153).

1) مراحل التغيير والاستعداد للإرشاد العلاجي:

لاحظ (بروشاسكا ديكليمنت ونوركروس، 1992؛ Prochaska, Diclement, and Norcross) خلال عملهم مع الأفراد المدمنين على سلوكيات معينة، أن هناك خمس مراحل قبل التغيير (وتتمثل في: 1) مرحلة ما قبل التأمل والتفكير (2) مرحلة التأمل والتفكير (3) مرحلة التجهيز أو الإعداد (4) مرحلة الفعل (5) مرحلة الرعاية، ويمكننا إيجاز هذه المراحل في الجدول التالي:

جدول رقم (03) يوضح المراحل الخمس الكبرى لتغيير السلوك (O. Phan,

M.Lascaux, 2009 : P. 5-6)

| المراحل | حالة الشخص (العميل) |
|---------|---------------------|
|---------|---------------------|

| | |
|------------------------------|---|
| مرحلة ما قبل التأمل والتفكير | يكون الأشخاص خلالها غير مدركين لمشكلتهم، وليس لديهم أي خطة لتغيير سلوكهم في المستقبل القريب، وغالبا الأفراد الذين يتقدمون لطلب الإرشاد العلاجي وهو لا يزالون في مرحلة ما قبل التفكير، يفعلون هذا كاستجابة لإصرار أحد الأفراد المهتمين بمشكلتهم. |
| مرحلة التأمل والتفكير | الشخص المريض داء السكري في هذه المرحلة هو مدرك لمشكلته، إلا أنه لم يصنع قرار أو يسعى جادا تجاه إيجاد حل لها، والأشخاص في هذه المرحلة يضعون في الاعتبار عمل تغيير في السلوك، إلا أن هذه العملية قد تطول في المدة الزمنية. |
| مرحلة التجهيز أو الإعداد | وفيها يكون الشخص قد بدأ بعمل تغيير ولو بسيط في السلوك المنحرف أو الغير مرغوب فيه مع تواجد النية لعمل التغيير. |
| مرحلة الفعل | يصل الشخص المريض بداء السكري عندما يكون قد غير سلوكه بنجاح ولفترة قصيرة. |
| مرحلة الرعاية | إذا استمر السلوك المعدل إلى أكثر من شهر هنا يمكن أن يدخل المريض مرحلة المتابعة والرعاية التي تهدف إلى رعاية ومتابعة السلوك المعدل واستمراره. |

ويعد تقييم مراحل التغيير لدى المريض أمر حاسم لتحديد أكثر التكنيكات العلاجية فعالية، وقد لاحظ (بروشاسكا وزملاءه) أنه يجدر بالمعالج استخدام مدخل نظري مختلف مع المريض باختلاف المرحلة. فعلى سبيل المثال يمكن للمعالج استخدام تكنيك التدخل المبكر مثل التبصير أو التفريغ الوجداني في مرحلة ما قبل التفكير والتأمل ومرحلة التفكير والتأمل، في الوقت الذي يمكن أن يستفيد المريض وهو في مرحلة الفعل ومرحلة الرعاية من تكنيك التدخل المتأخر مثل التعزيز والتشجيع والعلاج الجماعي أو الجماعات التدميرية. (Edith Levavasseur, 2005 : P. 17)

X. التقييم بعد العلاج:

يمكن للتقييم النفسي في نهاية العلاج أن يكون جانباً مهماً من العملية العلاجية أيضاً. فهو يمكن المفحوص والمعالج على تقدير التغييرات التي تم إحداثها وعلى اكتساب البصيرة إلى المشاكل التي قد يواجهها المفحوص عند نهاية العلاج، فضلاً عن الموارد التي يمكن للمفحوص استدعاؤها لمواجهة مثل تلك

المشاكل إن عادت للظهور. ونتيجة لإنهاء العلاج فإن اختبار المفحوصين يمكن أن يمنحهم الإحساس بتقدمهم وإكسابهم الثقة التي تأتي عن طريق كونهم أكثر سيطرة على حياتهم الشخصية والأسرية والاجتماعية عما كانوا عليه عند بدأ العلاج والإرشاد.

كما يمكن للتقييم بعد العلاج النفسي أن يوفر معلومات قيمة للمعالج لأنه يتيح تقييم آثار العلاج على شخصية وأعراض المريض. وأنه يسمح للمعالج في أن يحدّد مثلاً، فيما إذا حدثت تغييرات في المزاج أو إذا كان المفحوص يعاني من مشاكل في السيطرة على أبعاده وتقديره لذاته (الذات الجسمية والشخصية والاجتماعية والأسرية والأخلاقية) (الصالحى، عادل عبد الرحمن، 2011: 25 - 26).

ووفقاً للدراسات التي قام بها الباحثان، فإنهما توصلا إلى ما يلي :

1) فقط من 10 الى 15 % من الحالات قابلين الى الوصول الى مرحلة (الفعل).

2) من 30 الى 40% من هم في مرحلة (العزم).

3) من 50 الى 60 % من هم في مرحلة (ما قبل العزم).

إلا أنّ المشكل حسب الباحثان، يتمثل في أنّه في معظم الأحيان، أغلب التدخلات والبرامج العلاجية تصمم عادة من أجل الفئة التي تصل إلى مرحلة (الفعل) بغض النظر عن المراحل السابقة .

XI. التناقض الوجداني:

- هو طبيعي.

- عادة ما يلاحظ مع النفي او الإنكار.

- نستكشفه ولا أن نواجهه (محاولة إقناع شخص ما بالقيام بشيء ما يعطينا دائماً أثر عكسي).

يظهر التناقض الوجداني عادة في خطاب المريض على النحو التالي:

مثلاً:

- على أن أنقض في وزني، لكن أكره ممارسة الرياضة.

- يجب أن أتوقت عن التدخين، لكن لا أستطيع.

- أفكر ملياً في أخذ أدويتي، لكن دائماً أنسى ذلك. (Proschaska, james O. &

(Diclemente, carlo C. 1982 :p280

XII. المقاومة:

- هي نتيجة تفاعل.

- حتى يتفادى الفاحص ارتفاع درجة المقاومة لدى المفحوق أو العميل عليه أن يتفادى مايلي:

← أن يجبر العميل بما يجب أن يفعل.

← عطاء اقتراحات و لا تقديم حلول.

← الإنذار أو التهديد بالعقاب في حالة ما لم يتغير السلوك.

← إقناع الشخص بأدلة داعمة.

← أن يبدي المعالج عدم توافقه مع العميل ومحاولة إستقطابه وإلزامه بإتباع وجهة نظره،

(Proschaska, james O. & Diclemente, carlo C. 1982 :p281).

جدول رقم (04) يوضح ملامح "المقاومة" في مرحلة ما قبل التفكير .

(Proschaska, james O. & Diclemente, carlo C. 1982)

: (p285)

| | |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">التمرد</p> <ul style="list-style-type: none">- لديه معرفة كبيرة .- استثمر طاقة كبيرة في سلوكه الذي يشكل مشكلة.- يعتقد بأن جميع القرارات راجعة إليه وحده (لن تملي علي ما يجب القيام به). | <p style="text-align: center;">العبوس و التأفف من التغيير</p> <ul style="list-style-type: none">- يشعر العميل بأنه جيد كيفما.- الخوف من التعبير .- لا يريد الإحساس بالإنزعاج المحتمل من التغيير .- نقص المعلومات(التغير لا أفكر فيه على الإطلاق). |
| <p style="text-align: center;">الإستسلام</p> <ul style="list-style-type: none">- يعتقد بأنه لا توجد حلول .- يستدعي مختلف محاولات التغيير.- يعتقد بأن السلوك السالب هو الذي يقيدده (الأمر لا يتعلق بي). | <p style="text-align: center;">العقلنة</p> <ul style="list-style-type: none">- يعتقد العميل أنه يمتلك كل الإجابات.- لديه قناعاته الخاصة.- يأتي إلى الحصاص العلاجية من أجل مناقشة إعتقاداته وقناعاته .- يقلل من شأن الأخطار (ليس خطير إلى هذه الدرجة على كل حال ...). |

XIII. إستراتيجية المقابلة التحفيزية :

- 1) مساعدة العميل على بناء دافعيته الذاتية الجوهرية في عملية التغيير.
- 2) أن يكون المعالج حاضرا.
- 3) تبني أسلوب معين وخاص في الخطاب.
- 4) الإستماع العاكس.
- 5) البحث عن التناقض الوجداني والخفض من المقاومة .
- 6) خلق لغة التغيير.
- 7) التركيز على القدرات المؤكدة (Affirmer).
- 8) تلخيص الوضعية أو الحالة .
- 9) القيام بتلخيص المقابلات باستمرار من أجل توضيح عدة نقاط والتقدم أكثر .
- 10) تدعيم الإلتزام بالتغيير ومساعدة العميل على صنع مخطط لتحقيقه (التغيير).
- 11) التعرف على الإستعداد.
- 12) مناقشة مختلف الطرق التي تؤدي إلى التغيير وبالتالي اختيار طريقة من بينها .
- 13) وضع قائمة للمراحل و الوسائل المؤدية والمساهمة في تحقيق الهدف.
- 14) إنجاز مخطط عمل.
- 15) مساندة الفعالية الذاتية.
- 16) إبداء l'empathie: من الضروري أن يعكس الفاحص عالم العميل من وجهة نظره هو وليس من وجهة نظر(الفاحص) وبالتالي يبدي له كل ما يدركه أو يشعر به شيئا فشيئا.
- 17) تطوير التناقض:

- أ) محاولة فهم وقبول وجهة نظر العميل .
- ب) الكشف التناقض بين ما يعيشه العميل وما يفعل و بين قيمه الشخصية.
- ت) العميل هو من يجب عليه أن يتحدث أولا عن مشاكله وانشغالاته وما يدفعه إلى التغيير و ليس الفاحص.

18) مسايرة المقاومة :

- أ) تجنب المواجهة المباشرة .
- ب) إقتراح دون فرض.
- ت) استغلال ظهور المقاومة من أجل تغيير استراتيجية التدخل (العلاج).
- ث) التراجع إذا التزم الأمر، التقدم بسرعة أو ببطء.
- ج) العميل هو أول مصدر للإجابات والحلول وليس الفاحص.

19) تدعيم الفعالية الذاتية :

الفعالية الذاتية ضرورية بحيث تساعد العميل في سيورته التحفيزية . وفي حالة ما إذا لم يكن هناك أي أمل أو أي ثقة لدى العميل في قدراته للتغيير فإن كل العملية العلاجية سوف تنهار .
ملاحظة: (جعل العميل تابع لمعالجه لا يؤدي إلى نتيجة وإنما يؤدي فقط إلى التزايد من تدهور "تقدير الذات" لدى العميل . (هل ترى ! لا أساوي شيئاً و لا يمكنني التوصل إلى فعل شيء بدونك) .
(Miller W.R., Rolnick.S. 2002 :p15).

XIV. بروتوكول المقابلة التحفيزية :

1) التعرف على مراحل التحفيز:

- أ) مرحلة ما قبل التفكير (Pré-Intention).
- ب) مرحلة العزم (Intention).
- ت) مرحلة إتخاذ القرار (Détermination).

2) إنشاء اتجاهات واستراتيجيات:

- أ) إبداء L'Empathie (Exprimer L'Empathie)
- ب) الكشف عن التناقض (Développer la Discordance).
- ت) مسايرة المقاومة (Rouler avec la Résistance).
- ث) تدعيم الفعالية الذاتية (Soutenire L'Auto-Efficaciteé).

3) إستعمال التقنيات التالية:

- أ) الأسئلة المفتوحة (Questions Ouvertes)
- ب) الاستماع العاكس (Ecoute Réflective)
- ت) التأكيد التوافقي (Affirmation Congruente)
- ث) الخلاصة .
- ج) خلق لغة التغيير .

4) التدريب على إجراء المقابلة وكيفية تفرغها وتحليلها:

المقابلة العيادية النصف موجهة. (Miller W.R., Rolnick.S. 2002 :p20)

جدول رقم (05) يوضح المقارنة بين المقاربة المعرفية السلوكية والمقابلة التحفيزية (Miller

: (W.R., Rolnick.S. 2002 :p35)

| المقابلة التحفيزية | المقاربة المعرفية - السلوكية |
|---|---|
| تستعمل مبادئ واستراتيجيات معينة من أجل بناء | تعتبر الدافعية شيء مكتسب بالنسبة للعميل، لا |

| | |
|--|--|
| توجد أي استراتيجية تستعمل من أجل بناء الدافعية. | دافعية العميل من أجل تحريك عملية التغيير. |
| تسعى إلى التعرف وتغيير المدركات الخاطئة أو الغير مكيفة مع الوضعية الحالية. | تستكشف وتعكس إدراكات العميل بدون اللجوء إلى تسميتها أو تصحيحها. |
| تحدد اتباع استراتيجيات تكيفية خاصة. | مساعدة العميل على استخراج استراتيجية الخاصة للتكيف. |
| تعليم العميل السلوكات التكيفية وذلك باستعمال التدريب وكذلك من خلال إخضاع العميل لوضعية يتدرب فيها على استعمال السلوك التكيفية والمفعول الرجعي. | مسؤولية الكيف تترك للعميل. لا يتلقى العميل تدريبات واختبارات تكيفية. |
| تعليم العميل استراتيجيات لحل لامشاكل | سيرورة حل المشاكل الخاصة بالعميل من خلال تقييمه الذاتي. |

ثانيا: التنظيم الذاتي (Auto Régulation)

وانطلاقا من هذه الأعمال قام (والتيير ب. كانون، Walter B.Cannon) بتطوير نظريته الخاصة بتوازن الجسم، حيث تحدّث عن تأثير العوامل البيئية الخارجية المباشرة وغير المباشرة على التوازن الداخلي للإنسان، حيث أعطى مثلا عن القلق قائلا بأنه يلعب دور تكيفي مادام يقود الإنسان إلى المقاومة او الهرب في كل ما يمكن أن يشكل خطرا بالنسبة لجسمه. وبالتالي اعتبر أن تحقيق توازن الإنسان يتم في نفس الوقت من خلال تنظيم ذاتي داخلي (بالمحافظة على العتبات المحددة للمعايير البيولوجية مثل: درجة حرارة الجسم، درجة السكر في الدم، الكوليستيرول، ضغط الدم، دقات القلب...) والتنظيم الذاتي سلوكي يتفاعل من خلاله الشخص في بيئته مع العتبات الداخلية والخارجية التي تواجهه.

التنظيم الذاتي كذلك يشير إلى سيرورة يستعملها الإنسان من أجل توظيف مصادره الداخلية أو الخارجية (البيولوجية، النفسية، الاجتماعية، المادية...) في إطار إتباع هدف معين، ويتكون التنظيم الذاتي من عدة مراحل، بحيث أن العامل المشترك بينهم هو السعي نحو هدف شخصي (Elizabeth Spitz, 2012, P. 175).

ومفهوم الهدف هو مركزي في النظريات التي تناولت التنظيم الذاتي للسلوك، باعتبار ان كل عمل يقوم به الإنسان يقوده هدف معين أو عدة أهداف.

ودراسة الأهداف وكيفية تنظيمها ترتبط بنقطتين هامتين فيما يخص صحة الإنسان:

أ) تسمح بتناول مسألة الراحة النفسية للشخص من خلال إدارة الأهداف الشخصية.

ب) تسمح بدراسة السلوكيات التي يسلكها الشخص (والأفراد عامة) فيما يخص الصحة الذاتية، وكل ما يتعلق بها (الوقاية، التربية الصحية والالتزام بالعلاج) (Elizabeth Spitz, Op. Cit, P. 175).

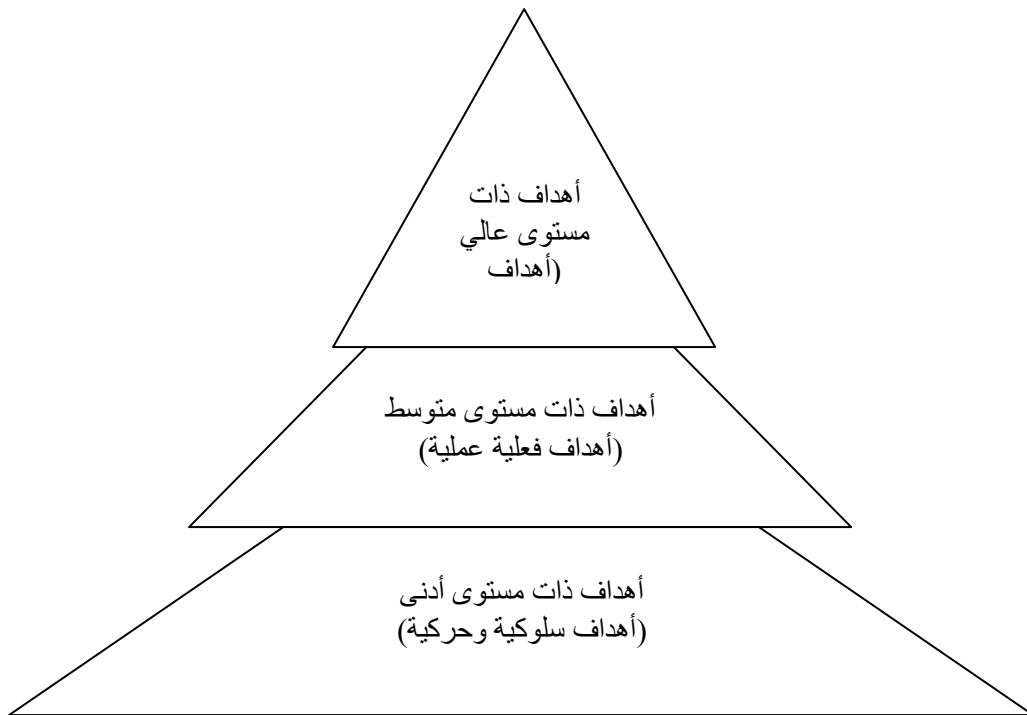
فالقوى الشخصية تتمثل في قدرة الإنسان على الاستخدام المرن لأكثر قدر من المهارات والموارد التي يتطلبها كل مشكلة ما أو تحقيق هدف ما، وهذه القوى يمكن الاستفادة منها من خلال استخدام مهارات التنظيم الذاتي (عبد المنعم أحمد السيد وآخرون، 2012، ص 50).

التنظيم الذاتي للسلوك والأهداف الشخصية: يمكن إرجاع التنظيم الذاتي إلى السيرورات المشاركة في الوصول والحفاظة في وقت محدد على الأهداف التي تعتبر تمثلات (Representation) داخلية كما يمكن أن تكون نتائج مرغوب فيها (أي التوصل إليها).

من السهل اعتبار بأن الأهداف الشخصية تكون منظمة بشكل تسلسلي هرمي، على ان تتخذ الأهداف المجردة قمة الهرم، وتبدأ الأهداف تنتظم أكثر مع إتباع الأهداف لتصبح أكثر تحديدا وواقعية.

ويمكن تمثيل هذا التسلسل الهرمي بمخطط وضعه (كارفر وشاير، 1995، Carver & Sceier)، والذي يمثل مجموعة من الافتراضات التمثيلية للأهداف في شكل تسلسلي هرمي (Elizabeth Spitz، نفس المرجع السابق: 176).

شكل رقم (05) يوضح التسلسل الهرمي لتمثل الأهداف كارفر وشاير، 1995



I. تعاريف التنظيم الذاتي:

وتظهر أهمية التنظيم الذاتي من خلال ما ذكره (بيركنز وسلمان، 1992، Perkins & Salman) بأنه لم يعد هناك عذر لجعل المعرفة تتكدس في برك معزولة في داخل عقول الآخرين، إذ أن وجود الكم الهائل من المعلومات التي لا يمكن لأي إنسان مهما بلغت قدراته العقلية الإلمام بها وهذا الأمر

دفع التربويون إلى جعل الثقل الأكبر من مسؤولية التعلم يقع على عاتق المتعلم (خلود بشير عبد الأحد، 2006، 134). ولكي يكون التنظيم الذاتي فعالا لا بد أن يتضمن خمسة أطر تعد من العناصر الضرورية لنجاح أي فرد وهذه الأطر هي: (الوازع الداخلي، الكفاءة الذاتية، الإرادة الذاتية، القدرات اللفظية والتي تستخدم كمقياس للسيطرة والضببط، والأداء وهو الوسيلة العملية والتي تظهر من خلال النتائج)، (نفس المرجع السابق، ص 136).

II. التنظيم الذاتي الصحي:

يعرفه كل من:

1) عرفه (زكرمان، 1999، Zakarman) هو مشاركة الأفراد الفعالة ضمن سلسلة وعمليات تعلمهم فهم لا يحتاجون فقط إلى اكتساب المعرفة والمعلومات لينجحوا في مهماتهم الأكاديمية والحياتية ولكنهم يحتاجون أيضا إلى ما يدفعهم استعمال استراتيجياتهم (عمليات ماوراء المعرفة) لينبوا فوقها فهمهم للأدوات التعليمية.

2) تعريف (بارل، 1995، Parl): قنوات الذكاء الإنفعالي في تدير السيطرة على الانفعالات للتمكن من فهم والتعرف على المواقف التي يظهر تأثيرها وإدراكها بطريقة مؤثرة.

3) تعريف (كرولاتسكي وآخرون، 2000، Kruglanski et al) والذي حدد فيه (التنظيم الذاتي) وظيفتين أساسيتين ومنفصلتين هما:

أ) التقييم: يكون وجه المقارنة للتنظيم الذاتي الذي يختص بحالات وكيانات التقييم النقدية، مثل الأهداف والوسائل في علاقتها بالبدائل من أجل إصدار حكم على خاصية ذات علاقة (الحكم على خاصية شيء ما والأخذ بالاعتبار كلا من الحسنات والسيئات بالمقارنة مع بديل ما).

ب) التنقل: يكون وجه التنظيم الذاتي الذي يختص بالحركة من حالة إلى حالة والالتزام بالمصادر النفسية التي تستهل الحركة المتعلقة بالهدف وتحافظ عليها بأسلوب مباشر وصريح من دون حيرة أو تأخير غير مبرر (سنا عيسى الداغستاني، (2010): 88).

أما التنظيم الذاتي الصحي فيفسر كيف ينغمس الناس في بعض السلوكيات الصحية ويخضعون للعلاج والحمية والعمل على تقديم سلوكيات صحية أخرى، والتنظيم الذاتي يقيّم الدافعية الفردية للسلوك الصحي إذ تتنوع الدوافع الشخصية المعبر عنها وفقا لسلوكيات معينة ففي دراسة (لوليام وفريدمان ورايان، 1996، Williams ; Freedman & Ryan) استعمل فيها مقياس التنظيم الذاتي الصحي لغرض (كيفية التحكم بمستوى السكر في الدم) ودراسة سلوكيات أخرى مثلا عدم التدخين.

كما طبق المقياس على عينة لتقليل الوزن وتم تزويد المشاركين في بداية البرنامج لتقييم الدافعية للدخول في البرنامج وأعطى للمرة الثانية لتقييم الدافعية للإستمرار في البرنامج.

وقد ميز كل من (هيكنز وكروكلانسكي، 2000، Higgins & Kruglanski) بين وظيفتين أساسيتين للتنظيم الذاتي هما وظيفة التقييم والتنقل اللتان تشكلان جزءا من أي نشاط للتنظيم الذاتي حيث إن بعض الأفراد يغالون في التأكيد على التنقل في علاقته بالتقييم بينما يظهر آخرون تأكيدا معاكسا وقد تكون المسألة موقفية تختلف من موقف إلى آخر. وقد اتفق كل من (رادتك وسكولز وآخرون، 2008، Radtke & Scholz et al) في دراسة لهم استهدفت العلاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية والتنظيم الذاتي لعينة من المدخنين المراهقين بلغ عددهم (187) مراهق أعمارهم تراوحت بين (14 - 19) سنة، وبينت النتائج إن المراهقين يستخدمون المعتقدات التعويضية للصحة كتفسير عن سبب فشلهم في تغيير سلوكهم عن التدخين (سنا عيسى الداغستاني وآخرون، المرجع نفسه: 84).

III. مهارات التنظيم الذاتي:

هذا وتتضمن مهارات التنظيم الذاتي ما يلي:

1) **مراقبة الذات (ملاحظة الذات):** وهي الخطوة الأولى في برنامج التنظيم الذاتي، والتي تبدأ بالشعور بالمشكلة وتنتهي بالحصول على معلومات عن السلوك المستهدف، وتتضمن كل المحاولات التي تهدف إلى جمع المعلومات حول السلوك المشكل من مثل (أين، متى، كيف، مع من، كم مرة، كم المدة...).

2) **تقييم الذات:** وهو أحد الاستراتيجيات المعرفية التي تهدف إلى تهذيب وتنقية السلوك الإنساني من خلال تقييمه مع المعايير السلوكية المعروفة، أو التي تم تحديدها، ويتم في هذه الإستراتيجية التمييز بين ما يقوم به الفرد (السلوك الغير المرغوب) وما يجب أن يقوم به (السلوك المرغوب)، ويتم في هذه الإستراتيجية أيضا مقارنة بين معايير السلوك ومستويات الأداء والمعلومات التي جمعها من سلوك الفرد.

3) **تعزيز الذات:** يعرف التعزيز الذاتي بأنه تغذية راجعة للسلوك الإيجابي (المرغوب فيه) يقوم بها المسترشد بتقديم معززات ذاتية بعد قيامه بتحقيق الأهداف المطلوبة منه حسب المعايير المعدة مسبقا، لتعزيز السلوك وتقويته، بحيث ينعكس ذلك على قدرته على ضبط ذاته، أي أن الطفل يعطي المعزز لنفسه، وإن استخدام هذا الأسلوب في المراحل المبكرة سيكون له آثار إيجابية مستقبلية على التفكير بشكل مستمر لكل سلوك يقوم به الفرد ويمكن أن يدمج هذا الأسلوب مع الأسلوب السابق "التقييم الذاتي".

4) **ضبط المشيرات:** في هذه الإستراتيجية يحاول الفرد إحداث تغييرات وتلاعب بالمشيرات التي تسبق وتستجر السلوك المستهدف من أجل زيادة أو خفض أو إنهاء السلوك حيث يتم إزالة أو تقليل الإشارات

التي تسبق السلوك الأمر الذي يؤثر على فرص ظهور السلوك والتحكم به (مصطفى القمش وآخرون، 2008، ص ص 173 - 174).

I. نظريات تنظيم الذات:

1) نظرية (روزنستوك وجونز، Rosenstock & Jones, 1958):

طرحت هذه النظرية متغيرات مهمة قامت على أساسها كيفية اتخاذ القرار من ناحية السلوك الصحي وهذه المتغيرات هي (التهديد المدرك، المنافع المدركة، المعوقات المدركة، فاعلية الذات، إضافة إلى دلائل الفعل). وقد رأى (روزنستوك وجونز) أن الشخص يتبع سلوكا وقائيا صحيا استنادا إلى الموازنات والمقارنات التي يقوم بها في حساب المنافع والأضرار نتيجة لقيامه بفعل غير صحي، والمتغيرات هي:

أ) إمكانية الإصابة: وهو حكم المرء على مخاطر إصابته بالمرض فقد يسأل نفسه السؤال التالي "ماهي فرص إصابتي بالأمراض".

ب) إدراك شدة الحالة (سريريا)، العوق، الألم (الموت) وتأثيرها النوعي على أسلوب الحياة، القدرة على العمل، العلاقات الاجتماعية وغيرها، ويتجلى ذلك من خلال إدراك الشخص واهتمامه تجاه الإصابة بالأمراض.

ت) التهديد المدرك: ويقصد به الضعف أمام المرض (ضعف المناعة) وهو مكون معرفي يتأثر بالمعلومات التي يتلقاها الفرد والتي تولد ضغطا نفسيا يدفع إلى (السلوك الصحي) وهذا يخلق موازنة بين الكفاءة المدركة للشخص وكلفة السلوك.

ث) المنافع المدركة للفعل: وهذه المنافع تعني فاعلية السلوك في خفض المخاطر الصحية وأيضا تأثير المعتقدات الثقافية والاجتماعية للفرد من خلال اعتقاده بوجود أي شيء يمكن بواسطته تجنب هذا الوضع المرضي له ودرجة فعالية ذلك الشيء.

ج) معوقات الفعل المدرك: وهو المعتقد الاخير ويدور في نتائج هذه المنافع مع تكاليف الفعل المدرك، وهل هناك حواجز أمام الفعل أو هل ينطوي على تكاليف مالية، الآلام، احراجات، كذلك الصعوبات التي يواجهها في أداء هذا الفعل.

2) نظرية (دودلي وشنايدر، Dodly & Schneider, 1991):

وهي نظرية في تحديد اتجاهات الناس والتي تبحث في كيفية ممارستهم للسلوكيات الصحية عن طريق:

أ) إدراك التهديد الصحي.

ب) اختزال التهديد المدرك.

ويتأثر إدراك التهديد الصحي بمجموعة عوامل هي: 1) القيم الصحية وتتضمن:

أ) الاهتمام بالصحة ورعايتها.

ب) معتقدات الشخص عن سهولة التعويض عن الأذى.

ت) معتقدات الشخص عن نتائج المرض فيما إذا كان خطيرا فمثلا قد يغير الناس ريجيمهم في أي دقيقة ليضيفوا إلى جدول تغذيتهم أغذية تحتوي على القليل من الكوليستيرول فيما إذا كانوا يقدرون الصحة كثيرا ويشعرون بتهديد إمكانية إصابتهم بأمراض القلب مع إدراكهم إن لأمراض القلب تهديد خطير وقاسي.

ث) اختزال التهديد المدرك وهو اعتقاد (الشخص) بوجود وسيلة صحية تقلل من التهديد الذي يترصه وذلك باحتمالين:

- إن كانت الوسيلة الصحية فعالة حسب اعتقاده.

- إذا كانت سلبات الوسيلة الصحية أكثر من إيجابياتها، وأيد ذلك (روزنستوك، Rosenstock, 1974) في نظريته، فعلى سبيل المثال الرجل الذي يشعر أنه مهدد في (إصابته بالقلب) وهو في مرحلة الإستعداد لتغيير الحمية الغذائية وقد يعتقد بأن تغيير نوع الغذاء وحده لن يقلل من التهديد الذي يواجهه، وإن تغيير غذاءه سيؤثر على مدى تمتعه بالحياة بحيث تصبح نيته (غايته) في تغيير الغذاء مبررة وعليه يكون متأكدا بأن الريجيم يفيد في تقليل المرض ولكنه يفتقر إلى الإيمان بأن التغيير يقلل من التهديد وسوف بن يقوم بأي تغيير وكذا ينطبق الحال على السلوكيات الصحية التي يمارسها الأشخاص المدخنين بقصد وقت التدخين لما له من خطر على الصحة والإصابة بأمراض القلب.

3) نظرية (هوخباوم، Hochbaum, 1958):

وهي امتداد لنظرية توقع القيمة والتي تشير إلى توقع سلوك شخص ما استنادا إلى حالات معينة لديه مثلا إمكانية الإصابة بالمرض (كالقسوة) التي ترافق المريض عندما يريد أن يتخذ قرارا تجاه سلوك يتعلق بصحته، وهنا يأتي دور المعتقدات الصحية التعويضية كمنط أولي في التقييم لسلوك الفرد أو التأثير عليه وتغييره فيما يخص حالة صحية معينة، وإن قيام الفرد بالفحص على المستوى الصحي يعود إلى رغبة الشخص في ذلك تدعمها المنافع المتوقعة وراء ذلك الفعل مقارنة بالكلفة أو الخسارة المتوقعة والمعوقات التي يفرضها اعتلال الصحة الجسمية (سواء عيسى الداغستاني وآخرون، نفس المرجع السابق: 89 - 94).

خلاصة:

تناولنا في هذا الفصل المقابلة التحفيزية وأساليب تطبيقها ومهارات التواصل الأساسية وتقنياتها واستخداماتها، والتطرق إلى التنظيم الذاتي والتنظيم الذاتي الصحي وكذا مهارات تنظيم الذات، وأبرز النظريات المفسرة للتنظيم الذاتي.

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية

تمهيد

أولاً: منهج الدراسة

ثانياً: مجتمع الدراسة

ثالثاً: عينة الدراسة

رابعاً: أدوات الدراسة

خامساً: جلسات التطبيق

سادساً: الدراسة الاستطلاعية

سابعاً: الدراسة الأساسية

ثامناً: الأساليب الإحصائية المستخدمة

خلاصة

تمهيد:

حاولنا من خلال هذا البحث معرفة "أثر استراتيجيتي التنظيم الذاتي والمقابلة التحفيزية في رفع تقدير الذات لدى مرضى السكر النوع الأول"، وقد تناولنا في هذا الفصل الإجراءات المنهجية والعملية للبحث في موضوعنا، حيث تضمن الفصل منهج الدراسة، العينة وكيفية اختيارها، وبناء أدوات القياس، وعرض مجموع الأساليب الإحصائية المستخدمة، ثم إجراءات الدراسة الأساسية.

أولاً: منهج الدراسة:

لقد اعتمدنا في بحثنا هذا اتباع منجهين أساسيين هما: المنهج الاكلينيكي لكي نتمكن من دراسة الحالات عن قرب ونلم في نفس الوقت بالجانب النفسي والانفعالي والعلائقي والمعرفي والسلوكي للحالات، من خلال استعمال تقنياته المتمثلة في: (دراسة الحالة، المقابلة، الملاحظة العيادية ومقياس نفسي). والمنهج التجريبي الإحصائي والذي يهدف إلى إيجاد فعالية وأثر متغيرين تجريبيين مستقلين هما (التنظيم الذاتي والمقابلة التحفيزية) على متغير آخر تابع وهو (تقدير الذات لدى مرضى السكري "النوع الأول")، وهذا المنهج المعتمد اعتمدنا فيه على التجربة القبلية والبعدي لمجموعتين (مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة)، حيث قمنا بإجراء القياس القبلي على مجموعتي البحث، ثم القيام بتطبيق استراتيجيتي المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي، ثم إجراء القياس البعدي على المجموعات المذكورة، ثم التحليل الإحصائي لمعرفة مدى فاعلية استراتيجيتي (المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي) لدى مرضى السكر النوع الأول.

ثانياً: مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة الأصلي من مرضى السكري (النوع الأول) والمتواجدين بمستشفى (سيدي علي) بمصلحة الطب الداخلي، والذين كان يبلغ عددهم يوماً ممن يتلقون العلاج الطبي من جهة والاستشارة النفسية من جهة أخرى (06 - 08 مرضى)، والذين كانت تتراوح أعمارهم ما بين (25 - 30 سنة).

ثالثاً: عينة الدراسة:

وتتكون عينة الدراسة من قسمين أساسيين هما:

1) **العينة الاستطلاعية:** وكان هدف اختيار هذه العينة لحساب الخصائص السيكومترية لأداة القياس (تقدير الذات)، ولمعرفة مدى صلاحية الاستبيان لاستخدامه في أغراض البحث وقد بلغ عدد أفراد هذه العينة (28 شخص مريض).

2) **عينة الدراسة الأساسية:** تم تقسيم عينة البحث الفعلية إلى مجموعتين هما: مجموعة تجريبية طبق عليها الاستراتيجيتين وكان عددها (06 مرضى ممن يعانون من داء السكري النوع الأول)، ومجموعة ضابطة لم تتلقى أي استراتيجية وعددها (06 مرضى ممن يعانون من داء السكري النوع الأول) وقد تم مراعاة تجانس المجموعتين فيما يخص (العمر، الجنس، نفس نوع المرض، التقارب في مستوى تقدير الذات) وهذا لتوفر شروط التجريب، وإمكانية إجراء المقارنات بين المجموعتين، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (06) يوضح توزيع مرضى السكري النوع الأول حسب المجموعة التجريبية والضابطة

| المجموعة التجريبية | عدد المرضى | الجنس | | المجموعة الضابطة | عدد المرضى | الجنس | |
|--------------------|------------|-------|------|------------------|------------|-------|------|
| | | ذكور | إناث | | | ذكور | إناث |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|----|----|--|----|----|----|--|
| 03 | 03 | 06 | | 03 | 03 | 06 | |
|----|----|----|--|----|----|----|--|

رابعاً: أدوات الدراسة:

أدوات الدراسة الاكلينيكية:

1) دراسة الحالة: تقوم هذه الطريقة على إجراء دراسة مستفيضة لموضوع ما باستعراض خلفية الموضوع وواقعه وتفاعله مع البيئة والمحيط سواء أكان هذا الموضوع فرداً أم جماعة أم مجتمعاً أو هيئة معينة (مصطفى عشوي، 2003: 354).

وقد استخدمنا هذه التقنية في دراستنا لحالات مرضى مصابين بداء السكري النوع الأول للكشف عن تقدير الذات لديهم، وقد تتبعنا مجموعة من الأبعاد الأساسية في دراستنا للحالة (أنظر الملحق رقم "15").

2) المقابلة العيادية: تعتبر المقابلة العيادية من الأدوات الأكثر استعمالاً في البحوث عامة، فهي مصدر غني يعتمد على بناء علاقة ديناميكية بين الفاحص والمفحوص فهي اتصال مباشر بين فرد وآخر وجهها لوجه وكذلك بهدف جمع بعض البيانات أو المعلومات وتسجيل الاستجابات بطريقة واعية، وتستعمل كذلك المقابلة للكشف عن مشاعر واتجاهات وآراء الأفراد. وأنواعها ثلاث هي: المقابلة الحرة، المقابلة الموجهة والمقابلة النصف الموجهة (محمد مزيان، 2002: 102) وهما المستخدمتان في بحثنا والتي اشتملت على أسئلة مباشرة وأسئلة مفتوحة (أسئلة نموذج دراسة الحالة، الملحق رقم "15").

3) الملاحظة العيادية: هي عملية مراقبة أو مشاهدة لسلوك الظواهر والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية، ومتابعة سيرها واتجاهاتها وعلاقتها، بأسلوب علمي منظم ومخطط وهادف، بقصد التفسير وتحديد العلاقة بين المتغيرات والتنبؤ بسلوك الظاهرة وتوجيهها لخدمة أغراض الإنسان وتلبية احتياجاته، (رجحي مصطفى عليان وآخرون، 2000: 112).

4) مقياس موريس روزنبرغ لتقدير الذات (1965):

هو مقياس وضعه الدكتور موريس روزنبرغ المحامي الكندي يختصر بـ (RSES) أي (Rosenberg self esteem scale) ويتطلب الحصول على نتيجة هذا القياس الاجابة على عشرة عبارات تدور حول تقدير الذات واحترامها ويعد هذا المقياس شائعاً ومشهوراً في اختبارات العلوم الاجتماعية وتتضمن العبارات في هذا المقياس خمسة عبارات سلبية المضمون وخمسة إيجابية المضمون أي خمسة منها يؤدي الجواب الإيجابي عليها إلى تقليل الناتج الكلي للاختبار في حين تؤدي الخمسة الأخرى الى زيادة الناتج ولكل عبارة أربعة من الأجوبة تتراوح بين (أوافق بشدة، وأعارض بشدة) وقد تم إجراء الاستبيان الأول لهذا الاختبار على عينة من طلاب المدارس الثانوية في نيويورك تتكون من 5024 طالباً وقد تمت ترجمة هذا المقياس الى لغات عدة كالفارسية

والفرنسية والصينية والبرتغالية والاسبانية ويعتمد هذا المقياس الى درجة كبيرة في تحديد احترام الذات وفيما يلي ترجمة العبارات الموجودة ضمن مقياس روزبرغ (<http://real-sciences.com/?p=1743>). وهو موضح في الملحق رقم (01).

كيفية تقييم تقدير الذات حسب مقياس موريس روزبرغ:

من أجل هذا، نصح استبيان روزبرغ كالتالي:

الفقرات (1، 2، 4، 6، 7)، تعطى:

(أوافق بشدة) = 4.

(أوافق) = 3.

(أعارض) = 2.

(أعارض بشدة) = 1.

بالنسبة للفقرات: (3، 5، 8، 9، 10)، تعطى:

(أوافق بشدة) = 1.

(أوافق) = 2.

(أعارض) = 3.

(أعارض بشدة) = 4.

ثم نجمع كل النقاط لتحصل بذلك على نتيجة بين (10 - 40)، ومستويات تقدير الذات حسب روزبرغ هي:

أ) أقل من (25 درجة) يعني تقدير الذات ضعيف جدا.

ب) ما بين (25 - 31 درجة) يعني ان تقدير الذات ضعيف.

ت) ما بين (31 - 34 درجة) تقدير الذات متوسط.

ث) ما بين (34 - 39) يعني ان تقدير الذات مرتفع.

ج) ما فوق (39 درجة) يعني ان تقدير الذات مرتفع جدا (Natalie Crépin et Florence)

.(Delerue : 2

مخطط دراسة الحالة:

جدول رقم (07) يوضح مخطط دراسة الحالة

| الحالات | عدد المقابلات | موضوع المقابلة | تاريخ المقابلة | مدة المقابلة |
|---------|---------------|------------------------|---------------------|--------------|
| الأولى | | تمهيدية، جمع المعلومات | 07 - 11 / 10 / 2012 | 40 دقيقة |

| | | | | |
|----------|-------------------|------------------------|----|---------|
| 50 دقيقة | 2012 / 10 / 11-07 | الأولية، التعرف على | 02 | الثانية |
| 45 دقيقة | 2012 / 10 / 18-14 | الجوانب النفسية وتاريخ | | الثالثة |
| 45 دقيقة | 2012/ 10 / 25-21 | المرض + إجراء مقياس | | الرابعة |
| 50 دقيقة | 2012 / 11 / 05-01 | روزنبرغ | | الخامسة |
| 60 دقيقة | 2012 / 11 / 15-11 | | | السادسة |

I. استراتيجيتي المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي:

1) استراتيجية المقابلة التحفيزية:

المقابلة التحفيزية هي مقابلة نصف موجهة، تتمركز حوا الشخص (مريض السكري النوع الأول)، وتسعى إلى مساعدته على الرفع من دافعيته الجوهرية في عملية التغيير من خلال البحث عن التناقض الوجداني والسعي إلى إيجاد ميكانيزمات التوازن تساعد المريض من رفع "تقدير الذات".

2) استراتيجية التنظيم الذاتي:

وهو عملية تتكون من ثلاث مراحل هي: تنظيم الانفعال وتنظيم الانتباه وتنظيم السلوك، وهي مراحل متسلسلة ومتداخلة بحيث لا يمكن فصلها عن أحداث الحياة اليومية ومواجهة تحديات المرض المتكررة.

خامسا: جلسات التطبيق:

الجلسة الأولى (تمهيدية):

أ) وقمنا فيها بما يلي: التعرف على المرضى (الإسم واللقب، السن، المستوى الدراسي، المهنة، الحالة المدنية، الحالة الصحية).

ب) تقديم استبيان (تقدير الذات) لتحديد مستوى (تقدير الذات الأولي لدى مرضى السكري النوع الأول)، (أنظر الملحق رقم 04).

مدة الجلسة: (55 دقيقة).

الجلسة الثانية (الإدارة الذاتية):

تعتبر الإدارة الذاتية حجر الأساس في عملية الرعاية العامة لمرض السكري، ويمكن تحقيق أفضل النتائج بما يخص المرض فقط إذا تحلى الشخص المصاب بمرض السكري بالإستعداد والقدرة على التحكم في المرض بشكل يومي وطوال الحياة (الإتحاد الدولي لمرض السكري، اللجنة الاستشارية المعنية بالتعليم الخاص بمرض السكري، 2008). وهذا ما يصل بالمريض إلى مستوى عالي من "تقدير الذات" يسمح له بالتكيف مع

الحياة الشخصية والجسمية والاجتماعية والأسرية والأخلاقية.

ومرت هذه الجلسة بالمرحل التالية:

1) تكوين التمثلات عن مخاطر المرض: تمثلات المرض تظهر من خلال (03) خصائص التي تحدد بدورها التمثيل المعرفي الذي يكونه الشخص عن مرضه ولكن في نفس الوقت من خلال معاشته للمرض، وتمثل تلك الخصائص في ما يلي:

أ) طبيعة المرض (ما يعرف عن المرض)، السكري مثلا هو تشخيص معروف طبيا وأعراضه واضحة ومحددة. كما أن ما يقال عن المرض يمكنه أن يكون مصدر لأحاسيس عديدة مثل: الإحساس بالذنب، بالظلم، بالقلق، وتكوين صورة سلبية عن الذات.

ب) مدة المرض: يمكن أن يكون المرض إما حاد، مما يعني أنه عرضي يمكن الشفاء منه، أو دوري (Cyclique) مما يعني أنه عرضي وتكرر أعراضه من حين لآخر وتختفي. وإما أن تكون مزمنة مما يعني لا علاج للمرض ويصبح جزء من الشخص.

ت) ويسهل في الأخير تقبل المريض أن يكون مصابا بمرض عابر على أن يعلم بأنه سوف يعايش طوال حياته مرضا مزمنًا كالسكر.

ث) تضم النتائج التي تترتب عن المرض في الحين وفي المستقبل فيما يخص الجانب الفسيولوجي، الاقتصادي أو الجانب الاجتماعي.

ج) السببية والتي تتعلق بالاعتقادات المتعلقة بعوامل تطور المرض وأيضا الأسباب لذلك.

ح) إدراك القدرة على التحكم في الخطر أو السيطرة عليه والمتعلق بدوره بثلاث عوامل نابعة من النظرية الاجتماعية المعرفية (Bandura, 1977)، وهي:

- الفاعلية الشخصية.
- إدراك الكفاءة الذاتية.
- المهارات الضرورية من أجل مواجهة المرض بمعنى الإمكانية الحقيقية على القدرة على إبداء سلوك صحيح ذو كفاءة.

الهدف من الجلسة: تحسين نوعية الحياة التي يجيها المصابون بمرض السكري (وهو الهدف الأولي لرعاية مرض السكري).

الغاية من الجلسة: قبول فكرة أن الإدارة الذاتية للمرض عملية تستمر مدى الحياة بالنسبة للأشخاص المصابين بمرض السكري (النوع الأول)، (تفاصيل الجلسة الثانية في الملحق رقم (05).

في نهاية الجلسة تم تذكير مرضى السكري بأهداف الجلسة القادمة (صورة الذات).

مدة الجلسة: (60 دقيقة).

الجلسة الثالثة (تغيير صورة الذات):

أ) استخراج المعلومات حول تقدير صورة الذات لدى مريض السكري من المحيط:

توجد ثلاث مصادر أساسية للمعلومة عند المريض (معلومات حول صورة الذات).

- المعلومة الخارجية التي تأتي من المجتمع (الأصدقاء، العائلة، الأخصائيين، وسائل الاتصال).

- المعلومة الداخلية: وتأتي من الأحاسيس الجسدية.

- المعلومة التي تأتي من الخبرات السابقة حول صورة الذات.

إلا أن هذه التمثيلات لصورة الذات ترتبط من جهة بنوعية المعلومة الموجودة وبصحتها، (نشاط الجلسة

الثالثة الملحق رقم (06).

مدة الجلسة: (55 دقيقة).

الجلسة الرابعة (اكتساب الوعي الذاتي من أنا؟):

أهم خطوة حاسمة نحو تعزيز تقدير الذات هي الوعي الذاتي. المريض في حاجة لأن يكشف هويته

الحقيقية، أو بتعبير آخر حقيقة ذاته. كثير من الناس يفتقرون إلى تقييم دقيق للذات لأنهم تكيفوا منذ

الماضي على الرفض السلبي للتسليم بالحقائق المؤلمة، وبسبب إعراضهم عن التقييم الأمين. وكثيرا ما يتم

التحويل من نقاط الضعف التي يلحظونها في أنفسهم ويعطونها اهتماما أكبر مما تستحق، في حين يتم

التغاضي عن نقاط القوة. وهذا التقييم الذاتي غير الدقيق يؤدي بوجه عام إلى شعور قوي بعدم اللياقة.

توجد دراسات كثيرة عن تنمية وتطوير الذات أظهرت أن كثيرين من الناس لا يعرفون حقيقة ذاتهم ولا

يعرفون لأنفسهم هدفا في الحياة. من المفارقة أن الكثيرين منا جاهلون بإمكانياتهم وطاقاتهم الحقيقية

وأصبحوا ألد أعداء أنفسهم بالرغم من أنهم خلَقوا ليكونوا راجحين.

كما يمكن تعريف الوعي الذاتي على أنه العملية التي يصبح بها المرء واعيا ببعض جوانب الحقيقة المتعلقة

بذاته. وتعرف (فريدا بورات) الوعي الذاتي: "بأنه كونك حيا ويقظا وعلى دراية بمحاجاتك ورغباتك

ومشاعرك وآمالك، إنه معرفتك لذاتك بالمعنى غير المحدود" (رانجيت سينج ماهي، 2005).

أهداف الجلسة: (احترام الحقيقة أو الواقع، عدم إنكار الحقائق المؤلمة، البحث عن التقييم الدقيق للذات،

التحرر من الأفكار والمعتقدات الزائفة، الانفتاح على المعرفة الجديدة وتقييمات وآراء الآخرين).

الغاية من الجلسة: يمكن مريض السكري من التحرر من قيد الأفكار والمعتقدات الزائفة من خلال التنوير

أو من خلال البحث عن الحقيقة، كذلك يمكنه من إعداد قائمة بنقاط قوته مما يمهد الطريق أمامه من أجل

التطلع لغايات جديدة أعلى وأسمى.

وسائل الجلسة: تقديم ورق مقوى به نشاط الجلسة كما هو موضح في الملحق رقم (07).

زمن الجلسة: (60 دقيقة).

الجلسة الخامسة (تقدير الذات):

نوع استراتيجية النشاط (لعب الدور): يتم فيه تمثيل مواقف مختلفة بطريقة درامية، إذ يعد هذا السلوك الطريقة الأساسية في تكرار السلوك، كما يمكن عكس الدور، إذ يقوم أفراد المجموعة بتبادل الأفراد. إن لعب الدور يوفر للفرد للتعلم والتعرف والتدريب على الحلول الممكنة في موقف معين إذ يتضمن الكثير من مظاهر التعلم الاجتماعي، ومن أهم أركانه أن يعبر المريض عن نفسه بحرية وصدق وتلقائية (أحمد يونس محمود البجاري، 2010: 14).

الهدف من النشاط:

في نهاية التمرين سيكون الأفراد (مرضى السكري) قادرين على:
أ) تعريف مفهوم تقدير الذات.

ب) وصف العلاقة بين تقدير الذات، والتعبير عن الذات واتخاذ القرار السليم.

ت) تحديد أهم الصفات التي يقدرونها في ذواتهم: (وهذا من خلال إعطاء المرضى مجموعة من الأوراق لكتابة أهم الصفات التي يقدرونها في ذواتهم).

ث) تحديد أهم المجالات التي يرغبون في تطويرها في ذواتهم: (وهذا من خلال إعطاء المرضى مجموعة من الأوراق لكتابة أهم المجالات التي يرغبون في تطويرها).

ج) الأدوات المستخدمة: أوراق، أقلام.

ح) يكون التمرين جماعي (المجموعة التجريبية لمرضى السكري)، واستخدام تقنية العصف الذهني لتحديد معنى "تقدير الذات" في نهاية التمرين وإعطاء التعريف الحقيقي من خلال ما دونوه على الورقة (كما يكسب المرضى تكوين صورة ذهنية لكل مريض عن ذاته) (دليل تدريبي للعمل الشبابي، 2004: 21 - 23). ونشاط الجلسة الرابعة موضح في الملحق رقم (08).

خ) يدوم هذا التمرين (45 دقيقة).

الجلسة السادسة: تعزيز تقدير الفرد لذاته (النجاح الشخصي):

إن النجاح الحقيقي والدائم يعتمد على شخصية المرء، فعندما تضع الشخصية، يضع كل شيء؛ وتتلف أرواحنا. وكما يقول (سيفانادا) "جوهر المرء شخصيته". وأساس الشخصية الأمانة. إنها تثير مشاعر احترام الذات والثقة بالنفس إلى جانب أنها تضمن النجاح على طول المسيرة. احتفظ بأمانتك طوال الوقت. كن أميناً واحترم التزاماتك وعودك. تجنب الاستسلام للمكاسب المؤقتة غير الآمنة.

الهدف من النشاط: (تساعد مريض السكري في تحديد ما هو مهم في حياته، تمنح حياته المعنى والتركيز، يعمل تقدير الشخص المريض داء السكري لذاته في تحديد أهدافه في الحياة وتعمل كدليل يوجه قراراته وأفعاله اليومية).

وسائل النشاط: ورق مقوى، أقلام.

مدة الجلسة: (70 دقيقة).

تفاصيل الجلسة السادسة في الملحق رقم (09).

الجلسة السابعة (تقدير الآخر):

قمنا بتطبيق تمرين للتعرف على تقدير الآخر لدى المرضى، هذا التمرين يهدف إلى مشاركة المجموعة برأيهم حول بعضهم البعض. وذلك بإبداء الآراء الإيجابية فقط.

أهداف التمرين: في نهاية هذا التمرين سيكون المرضى قادرين على :

أ) تحديد مواطن القوى الإيجابية لدى الآخرين في المجموعة.

ب) تحديد مواطن القوى لديهم من خلال المجموعة، (دليل عملي حول تشبيك وممارسة الضغوط وحشد التأيد، 2006: 23 - 25).

مدة التمرين: 60 دقيقة.

تفاصيل الجلسة السابعة في الملحق رقم (10).

الجلسة الثامنة: الذات الاجتماعية (تعزيز الذات الاجتماعية):

يتضمن هذا الإجراء الثناء على المرضى من قبلنا عن إتقان السلوك المرغوب فيه، ويجب أن تؤخذ بعين الاعتبار أن الإستجابة التي يسعى للوصول إليها ستتشكل بالتدرج من خلال الثناء، وهذه المعززات لها ميزات كثيرة، منها مثيرات طبيعية ويمكن تقديمها بعد السلوك (أحمد يونس محمود البجاري، نفس المرجع السابق، 2010: 51).

أهداف النشاط: أن يتشارك مرضى السكري النوع الأول (أفراد مجموعة البحث) بأفكارهم وآرائهم حول كل المواقف الحياتية الاجتماعية.

استراتيجية الجلسة: العمل في مجموعات صغيرة (كل مجموعة تضم 04 أشخاص، وعليه تكوين 03 مجموعات بمعدل 04 أشخاص في كل مجموعة).

مدة الجلسة: (60 دقيقة).

محتوى الجلسة: في الملحق رقم (11).

وهذا الثناء والمدح والتعزيز كان يتكرر خلال كل الجلسات.

الأدوات المستخدمة: بطاقة من الورق المقوى لكل مريض - قلم لكل مريض - شريط لاصق.

الجلسة التاسعة (خلاصة وقياس تقدير الذات):

أهداف الجلسة: معرفة الباحثة مدى تأثير البرنامج وفعاليته في تغيير "تقدير الذات" عند المرضى.

الوسائل المستخدمة في الجلسة: توزيع أوراق (21سم - 29سم)، أقلام.

زمن الجلسة: 70 دقيقة.

تفاصيل الجلسة التاسعة في الملحق (12).

الجلسة العاشرة (القياس التبعي):

تم تحديد في الجلسة التاسعة موعد أخير لإجراء قياس آخر (تقديم الاستبيان لإجراء القياس التبعي).
الهدف من الجلسة: مدى محافظة أفراد عينة البحث على تقديرهم لذواتهم ومدى فعالية الاستراتيجيتين واستمرار أثره.

مدة الجلسة: (30 دقيقة).

بعد الجلسة الأخيرة تم مقابلة مرضى السكري (النوع الأول) لعجراء القياس التبعي.

محتوى الجلسة: الملحق رقم (13).

التصميم التجريبي للبحث الحالي:

هدف البحث إلى معرفة فعالية كل من استراتيجيتي (التنظيم الذاتي والمقابلة التحفيزية) في الرفع من (تقدير الذات) لدى مرضى السكري (النوع الأول) لدى عينة من الأفراد، وعليه قمنا بتقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين رئيسيتين (المجموعة الأولى (تجريبية تضم 08 أشخاص ممن يعانون من مرض السكري النوع الأول)، والمجموعة الثانية (ضابطة وتضم 08 أشخاص ممن يعانون من نفس المرض) لم تتلقى أي تدريب ولا برنامج ولا استراتيجية.

والجدول التالي يوضح جلسات التطبيق مع تواريخها:

جدول رقم (08) يوضح جلسات التطبيق وتواريخها

| رقم الجلسة | عنوان الجلسة | تاريخ الجلسة | زمن الجلسة |
|------------|---|----------------|------------|
| 1 | الجلسة التمهيديّة | 09 ديسمبر 2012 | 55 دقيقة |
| 2 | الإدارة الذاتية | 17 ديسمبر 2012 | 60 دقيقة |
| 3 | تغيير صورة الذات | 23 ديسمبر 2012 | 55 دقيقة |
| 4 | اكتساب الوعي الذاتي (من أنا؟) | 06 جانفي 2013 | 60 دقيقة |
| 5 | تقدير الذات | 15 جانفي 2013 | 45 دقيقة |
| 6 | تعزيز تقدير الفرد لذاته (النجاح الشخصي) | 23 جانفي 2013 | 70 دقيقة |
| 7 | تقدير الآخر | 03 فيفري 2013 | 60 دقيقة |
| 8 | الذات الاجتماعية (تعزيز الذات الاجتماعية) | 11 فيفري 2013 | 60 دقيقة |
| 9 | خلاصة وقياس تقدير الذات | 19 فيفري 2013 | 70 دقيقة |
| 10 | تقديم استبيان "تقدير الذات" التحريبي الأخير | 08 مارس 2013 | 30 دقيقة |

II. استبيان "تقدير الذات" لدى مرضى السكر (النوع 1):

لقد تم إعداد استبيان "تقدير الذات" لدى مرضى السكري وهذا بعد اتباع مجموعة من المراحل هي:

1) مرحلة الإتصال بالميدان: بعد تعرفنا على إمكانية وجود حالات ممن يعانون من داء السكري (النوع الأول) والمتواجدين بالمركز الاستشفائي والذي أنا موظفة فيه كأخصائية اكلينيكية، وتردد المرضى إلى المستشفى يوميا ومم يعانون من داء السكري النوع الأول، ومن خلال الجلسات المتكررة والمتعددة مع المرضى تكون لدينا فكرة عن "تقدير الذات" لدى مرضى داء السكري (النوع الأول).

2) الجانب النظري للمقياس: بعد إطلاعنا على الجانب النظري لمتغير (تقدير الذات)، ومعرفتنا للنظريات المفسرة له، والمفاهيم المختلفة التي تناولها أغلب الباحثين العرب منهم والأجانب، ومن خلال الدراسات والأبحاث السابقة، وكذا الإطلاع على كثير من المقاييس والاستبيانات التي تقيس (تقدير الذات)، ومن أهمها:

- مقياس تقدير الذات (لكوير سميث، 1986، ترجمة وإعداد/ عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي ومحمد محروس الشناوي، 1988).
- مقياس تقدير الذات (أحمد محمد، 1989).
- مقياس (تقدير الذات) مطوّر من طرف (سامي محمد ملحم، 2012).
- مقياس (تقدير الذات) ل (فاروق عبد الفتاح موسى).
- مقياس (تقدير الذات) لدى المراهقين المودعين بالمؤسسات الإيوائية ل (فتحية محمد القاضي، 2011).
- مقياس تقدير الذات لدى الطلبة ل (علي عبد الحسن حسين وحسين عبد الزهرة عبد اليمّة، 2011).
- مقياس (مراقبة الذات) من إعداد (د. أحمد عبد الرحمن إبراهيم عثمان، 1994).
- مقياس تقدير الذات للمراهقات (إعداد/ جهاد محمود علاء الدين، 1999).
- مقياس (تقدير الذات) ل (Duclos, Laporte et Ross, 1995).

3) مرحلة تحديد الأبعاد:

بعد اتصالنا بالميدان واطلاعنا على الجانب النظري، وتحليل المقاييس السابقة الذكر، وجمع المعلومات اللازمة حول متغير (تقدير الذات من أجل بناء أداة قياس تقيس فعلا) "تقدير الذات" استطعنا التعرف على المؤشرات الرئيسية التي يمكن الإعتماد عليها في تصميم الاستبيان؛ كما توصلنا إلى عدد من الأبعاد الرئيسية التي تقيس تقدير الذات لهذه الفئة من المصابين بداء السكري (النوع الأول)، وهي:

أ) **الذات الجسمية:** ويعبر هذا البعد عن مدى تقييم الفرد لذاته عن جسمه، وحالته الصحية، ومظهره الخارجي، ومهاراته وقدراته، واتجاه الآخرين نحو مظهره الجسيمي.

ب) **الذات الشخصية:** يعبر هذا البعد عن تقييم الفرد لذاته عن مدى إحساسه بقيمته الشخصية، وتقديره لثقتة بنفسه، وتوافقه، وتحمله للمسؤولية، وقدرته على مواجهة المشكلات، ورضاه عن حياته، وقدرته على ضبط انفعالاته.

ت) **الذات الاجتماعية:** يعبر هذا البعد عن مدى تقييم الفرد لذاته عن علاقته بالآخرين، وشعوره بالرضا نحو مصادقة زملائه واعتزازهم بصداقته.

ث) **الذات الأسرية:** يعبر هذا البعد عن مدى تقييم الفرد لذاته عن علاقته في الأسرة، وأهميته كعضو فعال في الأسرة، ومدى تقبله بين أفراد الأسرة.

ج) **الذات الأخلاقية:** يعبر هذا البعد عن مدى تقييم الفرد لذاته عن القيم والمعايير الاجتماعية الاخلاقية السائدة في المجتمع، وعلاقته بالله، وإحساسه بانه شخص طيب، ورضاه عن أخلاقه وسلوكه.

4) مرحلة صياغة العبارات:

تم صياغة العبارات (الفقرات) وفق التراث السيكلوجي لمفهوم (تقدير الذات) بالاستعانة بالمقاييس والاستبيانات الباحثين الذين تناولوا هذا المتغير (تقدير الذات) بارتباطه مع متغيرات أخرى في بحوثهم.

5) وصف الاستبيان:

يتألف الاستبيان في صورته الأولى من (40) عبارة كما هي موضحة في الملحق رقم (02) منها عبارات موجبة وأخرى سالبة، موزعة على خمس أبعاد تقيس (تقدير الذات) لدى مريض السكر (النوع الأول)، هي (الذات الجسمية، الذات الشخصية، الذات الاجتماعية، الذات الأسرية والذات الاخلاقية). وصممت شكل الاستجابات على الاستبيان على أساس المقياس الخماسي، بحيث يجب مريض السكر على كل عبارة من عبارات الاستبيان بأحد الخيارات الخمس التالية: (موافق جدا، موافق، لا أدري، غير موافق، غير موافق إطلاقا).

سادسا: الدراسة الاستطلاعية:

I. الخصائص السيكومترية للاستبيان:

1) صدق الاستبيان:

لقد اعتمدنا في بحثنا على طريقة:

أ) صدق المحكمين، وكذا طريقة التناسق الداخلي لإيجاد الخصائص السيكومترية لاستبيان (تقدير الذات). حيث قدمنا الاستبيان في صورته الأولى إلى مجموعة من أساتذة قسم علم النفس بكلية العلوم الاجتماعية بجامعة (وهران ومستغانم) (07 أساتذة)، لأخذ بأرائهم في محتوى الاستبيان وفيما إذا كانت الفقرات لها علاقة بالبعد الذي تنتمي إليه فعلا وكانت نتيجة التحكيم:

جدول رقم (09) يوضح النسب المئوية التي حصلت عليها كل عبارة من عبارات

الاستبيان:

| رقم العبارة | ملائمة | غير ملائمة | قابلة للتعديل | نسبة القبول | رقم العبارة | ملائمة | غير ملائمة | قابلة للتعديل | نسبة القبول |
|-------------|--------|------------|---------------|-------------|-------------|--------|------------|---------------|-------------|
| 1 | 5 | 1 | / | % 83,34 | 21 | 2 | 4 | 1 | %33,34 |
| 2 | 4 | / | 2 | %66,68 | 22 | 6 | / | / | % 100 |
| 3 | 6 | / | / | % 100 | 23 | 5 | 1 | / | % 83,34 |
| 4 | 3 | 1 | 2 | %50,00 | 24 | 4 | 1 | / | %66,68 |
| 5 | 5 | / | 1 | % 83,34 | 25 | 6 | / | / | % 100 |
| 6 | 6 | / | / | % 100 | 26 | 5 | / | 1 | % 83,34 |
| 7 | 4 | 1 | 1 | %66,68 | 27 | 6 | / | / | %100 |
| 8 | 3 | 1 | 2 | %50,00 | 28 | 5 | 1 | / | % 83,34 |
| 9 | 6 | / | / | % 100 | 29 | 4 | 2 | / | %66,68 |
| 10 | 4 | 1 | 1 | %66,68 | 30 | 6 | / | / | % 100 |
| 11 | 5 | 1 | / | % 83,34 | 31 | 2 | 4 | 1 | %33,34 |
| 12 | 4 | 1 | 1 | %68.66 | 32 | 5 | / | 1 | % 83,34 |
| 13 | 2 | 4 | / | %33,34 | 33 | 5 | / | 1 | % 83,34 |
| 14 | 3 | 1 | 2 | %50,00 | 34 | 6 | / | / | % 100 |
| 15 | 6 | / | / | % 100 | 35 | 5 | 1 | / | % 83,34 |
| 16 | 5 | 1 | / | % 83,34 | 36 | 3 | 2 | 1 | %50,00 |
| 17 | 6 | / | / | % 100 | 37 | 2 | 4 | / | %33,34 |

| | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|----|---------|---|---|---|----|
| % 100 | / | / | 6 | 38 | %68,66 | 2 | / | 4 | 18 |
| % 83,34 | 1 | / | 5 | 39 | % 83,34 | 1 | / | 5 | 19 |
| % 100 | / | / | 6 | 40 | %68,66 | 2 | / | 4 | 20 |

ومن خلال هذا الجدول اتفق أغلب المحكمين على عدم ملاءمة الفقرات التالية: (13، 21،

31، 37).

أ) صدق الاتساق الداخلي:

➤ لحساب هذا الصدق تم استخراج معاملات ارتباط كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية له

مع بيان مستوى الدلالة لكل فقرة، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (10) يوضح معاملات ارتباط كل فقرة مع الدرجة الكلية للاستبيان:

| رقم الفقرة | معامل الارتباط | مستوى الدلالة | رقم الفقرة | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|------------|----------------|---------------|------------|----------------|---------------|
| 1 | 0,492 | 0,01 | 19 | 0,384 | 0,05 |
| 2 | 0,422 | 0,05 | 20 | 0,621 | 0,01 |
| 3 | 0,456 | 0,05 | 21 | 0,410 | 0,05 |
| 4 | 0,320 | // | 22 | 0,463 | 0,01 |
| 5 | 0,572 | 0,01 | 23 | 0,592 | 0,01 |
| 6 | 0,508 | 0,01 | 24 | 0,420 | 0,01 |
| 7 | 0,706 | 0,01 | 25 | 0,572 | 0,01 |
| 8 | 0,527 | 0,01 | 26 | 0,563 | 0,01 |
| 9 | 0,710 | 0,01 | 27 | 0,460 | 0,05 |
| 10 | 0,399 | 0,05 | 28 | 0,540 | 0,01 |
| 11 | 0,365 | // | 29 | 0,437 | 0,05 |
| 12 | 0,652 | 0,01 | 30 | 0,541 | 0,01 |
| 13 | 0,412 | 0,05 | 31 | 0,623 | 0,01 |
| 14 | 0,652 | 0,01 | 32 | 0,554 | 0,01 |
| 15 | 0,520 | 0,01 | 33 | 0,689 | 0,01 |

| | | | | | |
|------|-------|----|------|-------|----|
| 0,01 | 0,738 | 34 | 0,01 | 0,585 | 16 |
| 0,01 | 0,531 | 35 | 0,01 | 0,623 | 17 |
| 0,01 | 0,652 | 36 | 0,01 | 0,596 | 18 |

(**) دالة عند مستوى 0,01 ، (*) دالة عند مستوى 0,05 ، (//) غير دالة

يتضح من الجدول السابق أن معظم فقرات مقياس "تقدير الذات" لها ارتباط قوي ودال عند مستويي الدلالة (0,01 و 0,05) مع الدرجة الكلية، باستثناء الفقرات التالية (4، 11) حيث لم تكن هذه الفقرات دالة، لذا قمنا بحذف هذه الفقرات، وعليه أصبح مجموع فقرات مقياس "تقدير الذات" في صورته النهائية يتكون من (34) فقرة كما هي موضحة في الملحق رقم (03).

➤ معاملات الاتساق الداخلي لمقياس "تقدير الذات":

1) معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الأول "الذات الجسمية" والدرجة الكلية لهذا البعد: قمنا بحساب درجة كل فقرة مع مجموع درجات البعد الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، والجدول الموالي يوضح ذلك:
جدول رقم (11) يوضح معامل الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات البعد الأول مع الدرجة الكلية للبعد.

| رقم الفقرة | الفقرة | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|------------|--|----------------|---------------|
| 1 | يعجبني شكل جسمي | 0,643 | 0,01 |
| 2 | تتنابني الأوجاع والألام | 0,613 | 0,01 |
| 3 | أشعر بالنشاط معظم الأوقات | 0,440 | 0,05 |
| 4 | أنا راض عن مظهري الجسمي | 0,370 | // |
| 5 | أفكر بتغيير أشياء متعددة في صورة جسمي | 0,528 | 0,01 |
| 6 | أشارك في المناسبات الاجتماعية لحسن صورة جسمي | 0,581 | 0,01 |
| 7 | أنا شخص مريض | 0,671 | 0,01 |

يتضح من الجدول رقم (11) أن قيم الارتباط لفقرات البعد الأول محصورة بين 0,370 و 0,671 وهي دالة كلها عند مستوى دلالة 0,01، عدا الفقرة (3) فهي دالة عند مستوى دلالة (0,05)، والفقرة (4) غير دالة إحصائياً، ما عدا الفقرة الرابعة فهي غير دالة إحصائياً، وعليه تعدّ فقرات البعد الأول صادقة لما وضعت لقياسه.

2) معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الثاني "الذات الشخصية" والدرجة الكلية لهذا البعد: قمنا بحساب درجة كل فقرة مع مجموع درجات البعد الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم (12) يوضح معامل الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات البعد الثاني مع الدرجة الكلية للبعد.

| رقم الفقرة | الفقرة | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|------------|------------------------|----------------|---------------|
| 8 | أنا شخص منظم | 0,730 | 0,01 |
| 9 | تنقصني الثقة بالنفس | 0,456 | 0,05 |
| 10 | أنا مهتم بمظهري الشخصي | 0,496 | 0,01 |
| 11 | أتحمل مسؤولياتي لوحدي | 0,307 | // |
| 12 | لدي شخصية قوية | 0,795 | 0,01 |
| 13 | أنا شخص طموح | 0,574 | 0,01 |
| 14 | أنا شخص هادئ | 0,715 | 0,01 |

يتضح من الجدول رقم (12) أن قيم الارتباط لفقرات البعد الثاني محصورة بين 0,307 و 0,730 وهي دالة كلها عند مستوى دلالة 0,01، عدا الفقرة (09) فهي دالة عند مستوى دلالة (0,05)، والفقرة (11) فهي غير دالة إحصائياً، وعليه تعدّ فقرات البعد الثاني صادقة لما وضعت لقياسه.

3) معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الثالث "الذات الاجتماعية" والدرجة الكلية لهذا البعد: قمنا بحساب درجة كل فقرة مع مجموع درجات البعد الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم (13) يوضح معامل الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات البعد الثالث مع الدرجة الكلية للبعد.

| رقم الفقرة | الفقرة | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|------------|-------------------------------------|----------------|---------------|
| 15 | أنا محبوب بين الأشخاص | 0,541 | 0,01 |
| 16 | أتمنى أن أكون عضوا ناجحا في المجتمع | 0,621 | 0,01 |
| 17 | أثق في الناس المحيطين حولي | 0,478 | 0,01 |
| 18 | أرحب بالآخرين بشكل دائم | 0,589 | 0,01 |
| 19 | أجد صعوبة في التحدث إلى الآخرين | 0,641 | 0,01 |
| 20 | أستطيع تكوين صداقات بسهولة | 0,584 | 0,01 |
| 21 | أصدقائي لا يمكنهم أن يتخلوا عني | 0,623 | 0,01 |

يتضح من الجدول رقم (13) أن قيم الارتباط لفقرات البعد الثالث محصورة بين 0,478 و 0,621 وهي دالة كلها عند مستوى دلالة 0,01، وعليه تعدّ فقرات البعد الثالث صادقة لما وضعت لقياسه.

4) معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الرابع "الذات الأسرية" والدرجة الكلية لهذا البعد: قمنا بحساب درجة كل فقرة مع مجموع درجات البعد الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم (14) يوضح معامل الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات البعد الرابع مع الدرجة الكلية للبعد.

| رقم الفقرة | الفقرة | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|------------|---|----------------|---------------|
| 22 | علاقاتي طيبة مع أسرتي | 0,542 | 0,01 |
| 23 | أنا سعيد مع أسرتي | 0,654 | 0,01 |
| 24 | أتشاور مع أفراد أسرتي في اتخاذ القرارات | 0,485 | 0,05 |
| 25 | أشارك في نشاطات المنزل | 0,532 | 0,01 |
| 26 | أنا راض عن علاقاتي الأسرية | 0,521 | 0,01 |
| 27 | أشعر بالوحدة رغم وجودي بين أفراد أسرتي | 0,641 | 0,01 |
| 28 | أتشاجر مع أسرتي | 0,632 | 0,01 |

يتضح من الجدول رقم (14) أن قيم الارتباط لفقرات البعد الرابع محصورة بين 0,485 و 0,654 وهي دالة كلها عند مستوى دلالة 0,01، عدا الفقرة رقم (24) فهي دالة عند مستوى دلالة (0,05) وعليه تعدّ فقرات البعد الرابع صادقة لما وضعت لقياسه.

5) معامل ارتباط كل فقرة من فقرات البعد الخامس "الذات الاخلاقية" والدرجة الكلية لهذا البعد: قمنا بحساب درجة كل فقرة مع مجموع درجات البعد الذي تنتمي إليه هذه الفقرة، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم (15) يوضح معامل الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات البعد الخامس مع الدرجة الكلية للبعد.

| رقم الفقرة | الفقرة | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|------------|----------------------------------|----------------|---------------|
| 30 | أنا شخص مآدب | 0,532 | 0,05 |
| 31 | أنا شخص أمين | 0,465 | 0,05 |
| 32 | أفعل ما هو صواب معظم الوقت | 0,532 | 0,01 |
| 34 | أنا شخص متدين | 0,645 | 0,01 |
| 35 | يجب أن أكون أكثر أدبا مع الآخرين | 0,632 | 0,01 |

| | | | |
|------|-------|---------------------------|----|
| 0,05 | 0,453 | أنا راض عن سلوكي الأخلاقي | 36 |
|------|-------|---------------------------|----|

يتضح من الجدول رقم (15) أن قيم الارتباط لفقرات البعد الخامس محصورة بين 0,453 و 0,645 وهي دالة عند مستوى دلالة 0,01 عدا الفقرة (30، 31، 36) فهي دالة عند مستوى 0,05، وعليه تعدّ فقرات البعد الخامس صادقة لما وضعت لقياسه.

➤ صدق الاتساق الداخلي للأبعاد:

كما انتهينا بحساب درجة ارتباط كل بعد من أبعاد الاستبيان مع الأبعاد الأخرى والدرجة الكلية للمقياس (مصنوفة ارتباط الأبعاد مع الدرجة الكلية للاستبيان).

جدول رقم (16) يوضح مصنوفة معاملات الارتباط للدرجات على الأبعاد الست والدرجة الكلية لاستبيان "تقدير الذات".

| الأبعاد | البعد الأول | البعد الثاني | البعد الثالث | البعد الرابع | البعد الخامس | الدرجة الكلية |
|---------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| البعد الأول | 1,00 | | | | | |
| البعد الثاني | **0,749 | 1,0 | | | | |
| البعد الثالث | **0,546 | *0,438 | 1,00 | | | |
| البعد الرابع | *0,693 | **0,665 | *0,398 | 1,00 | | |
| البعد الخامس | *0,378 | *0,338 | **0,516 | **0,606 | 1,00 | |
| الدرجة الكلية | **0,787 | **0,834 | **0,620 | **0,847 | **0,697 | 1,00 |

(**) دالة عند مستوى (0,01)، (*) دالة عند مستوى (0,05)

يتضح من هذا الجدول أن جميع أبعاد مقياس "تقدير الذات" ترتبط مع بعضها البعض ومع الدرجة الكلية للاستبيان ارتباطاً ذا دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,01، وبعض الأبعاد مع بعضها البعض عند مستوى دلالة (0,05) مما يجعلنا نقرّ ونؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

ب) ثبات الاستبيان:

الخطوة الثانية التي قمنا بها لمعرفة مدى صلاحية مقياس "تقدير الذات" اتبعنا طريقة التجزئة النصفية وهي إحدى الطرق المتبعة لإيجاد ثبات المقياس.

الاثبات بطريقة التجزئة النصفية:

حيث اعتمدنا في بحثنا هذا لحساب ثبات المقياس على استخدام طريقة التجزئة النصفية حيث قسمت فقرات المقياس (تقدير الذات) إلى نصفين متساويين؛ النصف الأول خاص بالأرقام الفردية للاستبيان مراعاةً منا تقسيم الفقرات العكسية بالتساوي على نصفي الاستبيان وهذه الفقرات (1، 3، 5، 7، 9، 11، 13، 15، 17، 19، 21، 23، 25، 27، 29، 31، 33) وهي الدرجات (س)، والنصف الثاني خاص بالأرقام التالية (2، 4، 6، 8، 10، 12، 14، 16، 18، 20، 22، 24، 26، 28، 30، 32، 34) وهي الدرجات (ص)؛ كما هي مبينة في الملحق رقم (14) درجات التلاميذ المتحصل عليها من خلال تطبيق الاستبيان. وبعد تطبيق معادلة بيرسون لحساب قيمة الارتباط بين فقرات نصفي الاستبيان (س و ص) المطبق في دراستنا الاستطلاعية كانت النتيجة، $r = 0,622$.

وبعد تصحيحه باستخدام معادلة (سبيرمان براون) التي تساوي:

سبيرمان براون r_2

وبعد تطبيق هذه المعادلة أصبح معامل الثبات يساوي: $0,766$.

ونظمت من خلال هذه النتائج للمقياس بعد استخدامنا لطريقة (التجزئة النصفية) لحساب ثبات الاستبيان والذي وصل وعامل ارتباطه إلى (0,766).

سابعاً: الدراسة الأساسية:

بعد التوصل إلى بناء استبيان "تقدير الذات" في صورته النهائية كما هو موضح في الجداول أدناه؛ وتصميم محتوى الجلسات العشر كما هو موضح في الملحق رقم (4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 12، 13)، باشرنا في إجراء الدراسة الأساسية.

الجداول التالية توضح فقرات الأبعاد الخمس (الذات الجسمية، الذات الشخصية، الذات الاجتماعية، الذات الأسرية والذات الأخلاقية) كل على حدى.

جدول رقم (17) يوضح فقرات البعد الأول

| رقم الفقرة | الفقرات |
|------------|---------------------------|
| 1 | يعجبني شكل جسمي |
| 2 | تنتابني الأوجاع والألام |
| 3 | أشعر بالنشاط معظم الأوقات |
| 4 | أنا راض عن مظهري الجسمي |

| | |
|--|---|
| أفكر بتغيير أشياء متعددة في صورة جسمي | 5 |
| أشارك في المناسبات الاجتماعية لحسن صورة جسمي | 6 |
| أنا شخص مريض | 7 |

جدول رقم (18) يوضح فقرات البعد الثاني

| رقم الفقرة | الفقرات |
|------------|------------------------|
| 1 | أنا شخص منظم |
| 2 | تنقصني الثقة بالنفس |
| 3 | أنا مهتم بمظهري الشخصي |
| 4 | أتحمل مسؤولياتي لوحدي |
| 5 | لدي شخصية قوية |
| 6 | أنا شخص طموح |
| 7 | أنا شخص هادئ |

جدول رقم (19) يوضح فقرات البعد الثالث

| رقم الفقرة | الفقرات |
|------------|-------------------------------------|
| 1 | أنا محبوب بين الأشخاص |
| 2 | أتمنى أن أكون عضوا ناجحا في المجتمع |
| 3 | أثق في الناس المحيطين حولي |
| 4 | أرحب بالآخرين بشكل دائم |
| 5 | أجد صعوبة في التحدث إلى الآخرين |
| 6 | أستطيع تكوين صداقات بسهولة |
| 7 | أصدقائي لا يمكنهم أن يتخلوا عني |

جدول رقم (20) يوضح فقرات البعد الرابع

| رقم الفقرة | الفقرات |
|------------|---|
| 1 | علاقتي طيبة مع أسرتي |
| 2 | أنا سعيد مع أسرتي |
| 3 | أتشاور مع أفراد أسرتي في اتخاذ القرارات |

| | |
|--|---|
| أشارك في نشاطات المنزل | 4 |
| أنا راض عن علاقتي الأسرية | 5 |
| أشعر بالوحدة رغم وجودي بين أفراد أسرتي | 6 |
| أتشاجر مع أسرتي | 7 |

جدول رقم (21) يوضح فقرات البعد الخامس

| رقم الفقرة | الفقرات |
|------------|----------------------------------|
| 1 | أنا شخص مآذب |
| 2 | أنا شخص أمين |
| 3 | أفعل ما هو صواب معظم الوقت |
| 4 | أنا شخص متدين |
| 5 | يجب أن أكون أكثر أدبا مع الآخرين |
| 6 | أنا راض عن سلوكي الأخلاقي |

تصحيح الاستبيان:

يتكون سلم تصحيح الاستبيان من خمس مستويات (05)، حيث تتراوح الدرجة على كل عبارة ما بين خمس درجات ودرجة واحدة، كما هو موضح كالتالي:

أ) بالنسبة للعبارات التي تحمل الأرقام (1، 3، 4، 6، 8، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 20، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 29، 30، 31، 32، 33، 34).

1) موافق جدا (5 درجات).

2) موافق (4 درجات).

3) لا أدري (3 درجات).

4) غير موافق (درجتان).

5) غير موافق تماما (درجة واحدة).

ب) بالنسبة للعبارات التي تحمل الأرقام (2، 5، 7، 9، 19، 27، 28).

1) موافق جدا (درجة واحدة).

2) موافق (درجتان).

3) لا أدري (3 درجات).

4) غير موافق (4 درجات).

5) غير موافق تماما (5 درجات).

وعليه تتراوح الدرجة الكلية للاستبيان بين (34 - 170) درجة.

ويمكننا تصنيف الدرجات المتحصل عليها مرضى داء السكري النوع الأول على مستوى "تقدير الذات" كآتي:

1) من (91 فما أسفل) مستوى تقدير الذات متدني.

2) من (92 - 148) مستوى تقدير الذات متوسط.

3) من (149 فما فوق) مستوى تقدير الذات عالي.

إجراءات الدراسة الأساسية:

تم اتباع الخطوات التالية لإجراء الدراسة الأساسية:

1) تم اختيار عينة البحث من الأفراد المصابين بداء السكري المتواجدين (بمركز داء السكري بولاية مستغانم).

2) تم مراعاة شرط تجانس العينة من حيث مستواهم الاجتماعي، الإقتصادي، العمر الزمني ونوع داء السكري الذي هو من (النوع الأول).

3) وكانت أول خطوة في أدوات القياس، تطبيق مقياس (تقدير الذات) على أفراد عينة البحث وهذا قبل إجراء تطبيق استراتيجيتي (التنظيم الذاتي والمقابلة التحفيزية).

4) تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين: إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة؛ والهدف من التطبيق القبلي هو التعرف على درجة "تقدير الذات" وذلك قبل تطبيق البرنامج على أفراد العينة لمقارنة درجات "تقدير الذات" المتحصل عليها قبل التطبيق مع الدرجات المتحصل عليها بعد تطبيق الاستراتيجيتين (التنظيم الذاتي والمقابلة التحفيزية).

5) تم تطبيق استراتيجيتي (التنظيم الذاتي والمقابلة التحفيزية) على أفراد المجموعة التجريبية فقط.

6) بعد الإنتهاء من تطبيق الاستراتيجيتين قمنا بتطبيق مقياس "تقدير الذات" على أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، ثم المقارنة بين درجات الأفراد قبل وبعد تطبيق الاستراتيجيتين.

7) آخر خطوة في الدراسة الأساسية عرض النتائج وتحليلها، ومناقشة الفرضيات.

ثامنا: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

لقد قمنا بادخال البيانات وتفرغها في برنامج الحزمة الاحصائية في العلوم الاجتماعية (Spss)، ولمعالجة بيانات بحثنا استخدمنا الأساليب الاحصائية التالية:

- 1) النسب المئوية والتكرارات.
- 2) معامل ارتباط بيرسون.
- 3) اختبار التجزئة النصفية.
- 4) اختبار (T. TEST) لاختبار الفروق بين متوسطات العينات المستقلة (الضابطة والتجريبية).

خلاصة:

تناولنا في هذا الفصل المنهج المتبع في البحث والمجتمع المأخوذ منه عينتنا، وأدوات القياس المستخدمة لجمع البيانات، ومحمل جلسات التطبيق ومحتواها، ثم حساب الخصائص السيكومترية للاستبيان، ثم القيام بالدراسة الأساسية واستخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية لمعالجة البيانات وهذا ما سنتطرق إليه في الفصل القادم.

الفصل السادس

تحليل النتائج ومناقشة الفرضيات

تمهيد

أولاً: عرض النتائج ومناقشة فرضيات البحث

I. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى

II. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية

III. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة

IV. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة

V. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة

VI. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة

ثانياً: استنتاجات البحث

ثالثاً: توصيات واقتراحات

تمهيد:

بعد إجراء دراسة الحالة مع المجموعة التجريبية لمرضى السكري النوع الأول، والتطبيق الميداني لبرنامج التنظيم الذاتي والمقابلة التحفيزية بجلساته على أعضاء المجموعة التجريبية، وإجراء القياسات على المجموعتين التجريبية والضابطة، قامت الباحثة بفرز المعطيات، وتجميعها في جداول إحصائية لتحليلها بالأساليب الإحصائية المناسبة، وذلك بغرض التحقق من صدق فرضيات البحث، إذ تمثلت نتائج المعالجة التجريبية فيما يلي:

أولاً: عرض النتائج ومناقشة فرضيات البحث:
I. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

نموذج عرض لدراسة حالة:

ق. سميرة: 25 سنة

المستوى الدراسي: السنة الثانية ثانوي.

غير متزوجة.

تقيم ببلدية عبد المالك رمضان.

لا تعمل.

مصابة بداء السكري منذ سن 21 سنة (منذ 4 سنوات).

وزنها لا يتجاوز 49 كغ.

متوسطة القامة.

نحيفة الجسم (نمط إكتوزوم).

مهتمة بمظهرها، ترتدي الحجاب.

قليلة الإبتسام وإيماءاتها معبرة، ميزاجها إنفعالي.

لديها 5 إخوة (أخوين وثلاث أخوات) وترتيبها بين الإخوة رقم 3.

الوالد متوفي وتعيش مع والدتها وأخواتها والأخ الأكبر المتزوج في بيت والدها.

لغتها بسيطة وكثيرة التردد أثناء الكلام، كثيرة الصمت، تتكلم فقط عندما أسألها، عندما تتكلم تنظر دائماً

إلى يديها ولا تنظر إلي.

تجلس دائماً على حافة الكرسي (لا تجلس بارتياح إلا بعد توجيه لها الملاحظة).

نشأت سميرة في عائلة متوسطة الدخل، محافظة، والدها كان يشتغل بناء وتوفي منذ 5 سنوات، بنوبة قلبية

مفاجئة.

لم تكن مقربة من والدها لكنها تحترمه وتحبه لأنه كان شخصاً طيباً وحنوناً حسب قولها، وترك فراغاً كبيراً

في حياتها بعد رحيله، لكنها مقربة أكثر من والدتها حيث ترى فيها الأم والصديقة. أما علاقتها مع أخواتها

فهي علاقة جيدة. إلا أنها تخاف من أخيها الأكبر حيث يكبرها ب 14 سنة، حيث تصفه بالحنون لكنه

شديد ومتحفظ في نفس الوقت.

توقفت عن الدراسة، لأنها لم تكن ترغب في إتمامها وكانت تريد تعلم حرفة الحلاقة، لكن أخوها الأكبر لم

يقبل آنذاك. فبقيت مائكة بالبيت. لكنها تمارس هوايتها مع أخواتها وزوجة أخيها وبنات العائلة والجيران.

تقضي أوقات فراغها في صناعة الحلويات أو أمام التلفاز ولا تحب الخروج رفقة والدتها لزيارة الأقارب.

ليس لديها صديقات حيث قالت أن أصدقاءها هم والدتها وأخواتها.

سميرة غير مرتبطة وتقول إنها متخوفة من الزواج لأنها مصابة بالسكري، فتقول: " نخاف نتزوج وولادي يجي فيهم السكر ثاني" ثم تقول: " ما شكيتش نتزوج، الراجل غير يعرف بلي عندي السكر يهرب ...". تعاني من قلق وتخوف من المرض وتخشى التشوه الجسدي بسبب السكري حيث تقول: " نظل نقى في روحي وغير نشوف الحكمة في صبعيا ولا نجرح روحي نولي موسوسة ونخاف إذا يجدملي الجرح ويقطعولي صباعي. كيما صرا لعمتي الصغيرة، فيها السكر وخدملها صبعها تاع الكراع اللأيمن، بداو يقطعوها بالصبع حتى كملوهملها قاع".

وتعاني من اضطرابات في النوم (الأرق) خاصة في الآونة الأخيرة بعد أن أصبحت نسبة السكر ترتفع أكثر وأصبحت تتسبب لها في ارتفاع نسبة الحمض الكيوتيبي في الدم. تقول أن أحلامها قليلة، ولا تتذكرها عند الإستيقاظ، ومن حين لآخر تقوم بكوابيس مفرعة خاصة عندما ترتفع درجة السكري لديها .

تطمح إلى الزواج وتكوين عائلة وأولاد لكنها دائما وتكرر تخوفها من الزواج ومن إنجاب الأطفال. في مرحلة المراهقة عندما كان سنها 15 سنة قامت بعملية جراحية لنزع الزائدة الدودية، وكانت أول مرة تدخل فيها المستشفى حسب قولها.

أما فيما يخص إصابتها بمرض السكري، تقول إنها لم تكن تعلم وجاءها الخبر فجأة، حيث ذهبت في يوم من الأيام عند طبيب عام حيث كانت تعاني من الضعف والوهن فطلب منها أن تجري تحاليل دموية، وحينها اكتشف أنها مصابة بداء السكري النوع الأول. وكان سنها حينها 21 سنة. قالت: "تم وليت نشوف في حياتي كملت ووليت نشوف الدنيا قاع ظلمة".

يرجع سبب إصابتها بالسكري حسب قولها إلى الوراثة، حيث لديها بعض من أعضاء العائلة مصابين بالسكري لكن من النوع الثاني (جدتها وعمتها). وبعد تلقي خبر الإصابة بالمرض تقول إنها في بادئ الأمر لم تتقبل ذلك ومرت بفترة عصبية ساعدها على تجاوزها أبويها حيث تقول: " كون ماشي البّا و الما وقفو معايا وكانو يطلعولي المورال كنت نهبل" ثم قالت، " ما عييت نبكي و نتقلق. بصح منبعد شفت بلي البكا ما غادي يديري والو والسكر ماغاديش يروح، تمّ بديت نحمد ري و قلت غير السكر ولا مرض وحدآخر بعيد الشر".

وبعد أن تبين من خلال التحاليل أنها مصابة بالسكري أعطاهما الطبيب أمرا بالدخول إلى المستشفى حيث قضت 8 أيام لمراقبة نسبة السكر في الدم و إجراء تحاليل أخرى، وكذلك من أجل أن تتعلم كيف تأخذ إبرة الأنسولين بمفردها. ومنذ ذلك الحين تقول انها تواظب على أخذ الأنسولين في وقتها لكن في نفس الوقت لا تطبق النظام الغذائي الخاص بمرض السكري. فهي لا تمتنع ابدا عن أكل الحلويات رغم أن شهيتها ضعيفة في الأكل.

تراقب نسبة السكر في الدم باستمرار حيث تملك جهاز قياس السكر في الدم، وتحترم المواعيد الطبية.

سبب تواجدها في المستشفى هذه المرة تقول انه يرجع إلى ارتفاع نسبة الحمض الكيتوني في الدم (Acétone).

لا تقوم بأي نشاط رياضي وتقول ساخرة من نفسها: "حصني غير السبو، ماراه باقي فيا والو، حصني نسمن ماشي ننقص خواتي قاع ماشي كيما أنا قاع ملاح وياكلو غايا. أنا الله غالب مانيش عارفا علاه ما نطيقش ناكل كينشوف الماكلة نشبع؟"

ترى سميرة بأن إصابتها بالسكري غيرت كل حياتها وأحلامها حيث تقول أنها حتى بعد أن رفض أخوها أن تمارس الحرفة التي تفضلها لم تحس بالإحباط وخيبة الأمل التي تحسها اليوم، كما تقول أنها أصبحت تحس بالقلق والخوف الدائم من كل شيء (من المستقبل، من المرض، من جسدها، من الزواج، من إنجاب أطفال بعد الزواج.

لا يعجبها شكل جسدها النحيف.

أما الأسرة فتقول أنهم ينعوتها بـ "المسكينة" حيث تقول والدتها باستمرار: "بنتي مسكينة السكر ما خلا فيها والو".

أما عن نظرتها للحياة فقالت: "هاراني عايشة واللي كاتبها ربي نوصلها وصايي، الواحد ما يحصيش قاع شتا يصراله في هاذ الدنيا".

في آخر الجلسة الثانية قدمت لها مقياس روزنبورغ لقياس تقدير الذات لديها حيث حصلت على الدرجة (26) ما يعني أن تقدير الذات لديها ضعيف ما يتطلب التدخل النفسي العلاجي لرفع تقدير الذات وهذا ما قمنا به في الدراسة الأساسية عن طريق جلسات رفع "تقدير الذات".

ملخصات للحالات الخمس المتبقية:

الحالة الثانية: س. مصطفى، يبلغ من العمر 27 سنة، مستوى دراسي جامعي، غير متزوج، يعاني من عدم التركيز، يعاني من اضطرابات في النوم، تشاؤم، الحزن، فقدان الأمل، أما الجانب الجسمي فمصاب بداء السكري النوع الأول منذ (04) أشهر فقط، وبعد إجراء مقياس روزنبورغ على الحالة تحصل على درجة (19) ما يعني أن تقدير الذات لديه يدخل ضمن مستويات (ضعيف جدا).

الحالة الثالثة: م. محمد، 29 سنة، مستوى دراسي أولى متوسط، متزوج، وأب لطفلين، لا يعمل (صياد سابقاً)، يعاني من اكتئاب، مزاجه انفعالي، يعاني من اضطرابات في النوم والشهية، كثير التدخين، أما الجانب الجسمي ضعيف الجسم، مصاب بالسكري منذ سنة، كما يعاني من مشاكل أخرى أسرية وعلائقية مع الزوجة. حصل على درجة (20) مما يدل على درجة تقدير الذات لديه ضعيفة جدا.

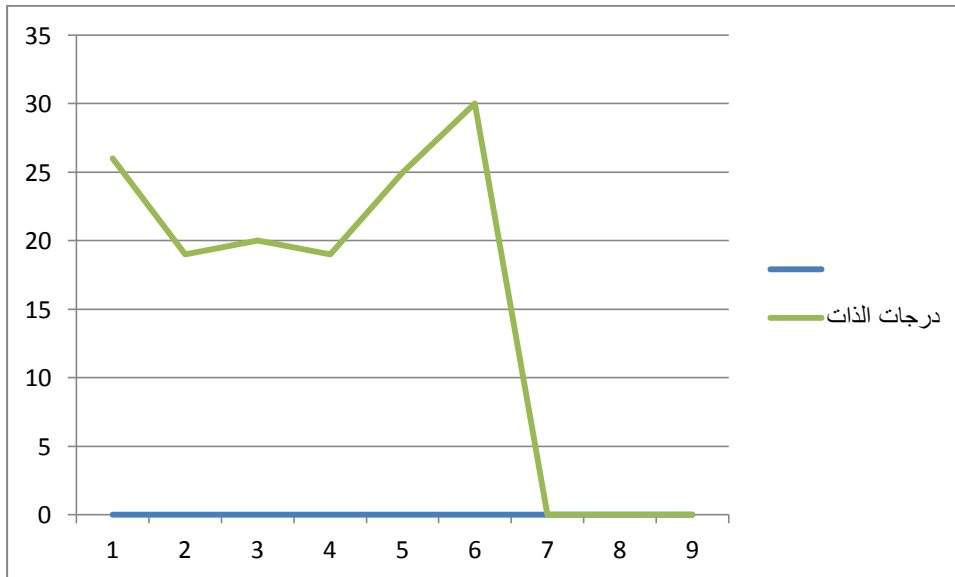
الحالة الرابعة: ب. منصورية، 25 سنة، مستوى دراسي ثالثة ثانوي، تشتغل بدار البلدية، وأصيب بمرض السكري منذ سنة ونصف، تعاني من الخوف الشديد، عصبية المزاج، تعاني من الحساسية الشديدة حيث أصبحت انطوائية، لا تحب الإختلاط بالآخرين، كانت مخطوبة، وبعد اكتشاف خطيبتها أنها مصابة بداء

السكري، انفصل عنها، مما سبب لها تشاؤم في نظرتها للحياة، والحزن واحتقارها لذاتها، وقد حصلت على درجة (19) مما يدل على تقدير ذات ضعيف جدا.

الحالة الخامسة: ن. محمد، 25 سنة، مستوى دراسي ثالثة ثانوي، لا يعمل، وأصيب بداء السكري منذ سن 19 سنة، يعاني من مشاكل أسرية ومنتمد على العلاج، حيث يتردد بكثرة على المستشفى بسبب ارتفاع نسبة السكر المتزايدة لديه وبسبب تورم أصابع قدمه اليسرى، لا يحترم أي نظام غذائي ولا جرعات الأنسولين، وعند تطبيق مقياس روزنبرغ في تقدير الذات حصل الحالة (ن، محمد) على درجة (25) مما يعني أن تقدير الذات لديه ضعيف.

الحالة السادسة: ع. خديجة، 30 سنة، مستوى دراسي سنة أولى جامعي، متزوجة ليس لها أطفال، تعاني من داء السكري منذ (ثلاث 03) سنوات ولديها خوف شديد من الموت ومن زواج زوجها للمرة الثانية، فتعيش قلق دائم، لأنها مصابة بالسكر وكذلك لأنها لم تنجب أطفالا لحد الآن (متزوجة منذ خمس 05 سنوات)، حصلت على درجة تقدير ذات (30 درجة)، مما يدل على أن درجة تقدير الذات لديها ضعيفة وقريبة من المتوسط.

شكل رقم (06) يوضح درجات حالات مرضى السكري على مقياس روزنبرغ.



يدل الشكل رقم (06) على أن الحالة الأولى حصل على درجة (26)، والحالة الثانية حصلت على (19 درجة) في مقياس روزنبرغ، أما الحالة الثالثة فقد حصلت على (20 درجة)، يليه الحالة الرابعة التي حصلت على (19 درجة)، أما الحالة الخامسة فقد حصلت على (25 درجة)، أما الحالة السادسة والاحيرة فقد حصلت على (30 درجة)، وتدل هذه الدرجات كلها على مستويات بين ضعيفة وضعيفة جدا في مقياس (موريس روزنبرغ في تقدير الذات).

وعليه ومن نتائج دراسة الحالات، تبين أن ضعف في مستويات تقدير الذات يرجع إلى أسباب نفسية (الإكتئاب، القلق الدائم، التشاؤم من المستقبل، فقدان الأمل والخوف من المرض، من الموت، عدم الاستقرار النفسي، الانفعال والعدوانية)؛ أسباب إجتماعي وأسرية (مشاكل علائقية مع أحد أفراد العائلة، مشاكل في إيجاد عمل).

II. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

كان نص الفرضية الأولى كالتالي: "لا توجد فروق دالة إحصائية في "تقدير الذات" بين متوسط درجات المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي".
لتحليل هذه الفرضية استخدمت الباحثة اختبار "ت" لحساب الفروق بين متوسط المجموعة التجريبية ومتوسط المجموعة الضابطة في استبيان "تقدير الذات".
والجدول رقم (22) التالي يوضح هذا:

جدول رقم (22) دلالة الفروق بين متوسط المجموعة التجريبية ومتوسط المجموعة الضابطة في

استبيان "تقدير الذات" في القياس القبلي.

| المجموعتان | عدد الأفراد | نوع القياس | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجة الحرية | قيمة اختبار "ت" | مستوى الدلالة الإحصائية |
|------------|-------------|------------|-----------------|-------------------|-------------|------------------|-------------------------|
| التجريبية | 06 | قبلي | 86,6667 | 7,68548 | 10 | 0,641 | 0,05 |
| الضابطة | 06 | قبلي | 88,5000 | 5,31977 | | غير دالة إحصائية | |

نلاحظ من الجدول رقم (22) أن عدد أفراد المجموعة التجريبية كان (06) أفراد مريض بداء السكري) وبلغ المتوسط الحسابي لهذه المجموعة في استبيان (تقدير الذات) (86,6667) وانحراف معياري قدره (7,68548)، كما بلغ عدد أفراد المجموعة الضابطة (06) أفراد) وكان متوسطهم الحسابي في نفس القياس (88,5000) وانحراف معياري قدره (5,31977).

ولمعرفة دلالة الفروق استخدمنا اختبار "ت"، وكانت النتائج تدل على عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المتوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في استبيان "تقدير الذات" في القياس القبلي، فكانت نتيجة "ت" = (0,641) وهي قيمة أكبر مستوى الدلالة (0,05) وعلى أساس هذه النتيجة نقبل فرض البحث الذي ينص على عدم وجود فروق دالة إحصائية في "تقدير الذات" بين متوسط درجات المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي. ونرفض الفرض الصفري.

وجاءت هذه النتيجة لتبين لنا أن الدرجات المتحصل عليها كل الأفراد وفي كلا المجموعتين (التجريبية والضابطة) ليست متفاوتة، وهذا مهم لمعرفة مستوى "تقدير الذات" قبل تطبيق الاستراتيجيتين (المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي)، وهذا ما نصبو إليه في معرفتنا في التحليل المستقبلي لمعرفة مدى فاعلية تطبيق الاستراتيجيتين في رفع تقدير الذات لدى مرضى السكري (النوع الأول).

فما نلاحظه من خلال متوسط المجموعتين أنهما لما يصلان إلى درجة مستوى "تقدير الذات" المقبولة وهي على الأقل (120) وهي أكبر من متوسطي المجموعتين اللذين بلغا متوسطهما (86,6667) و(88,5000) على التوالي.

فهذا التأخر في تقدير المرضى لذواتهم يرجع إلى السبب الرئيسي لمرض السكري، فهناك علاقة وطيدة بين الجانب الجسمي (العضوي) والجانب النفسي، حيث تعرف الصحة الجسمية في الإتجاه الطبي بأنها التوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة مع القدرة على مواجهة الصعوبات والتغيرات المحيطة بالإنسان، والإحساس الإيجابي بالنشاط والقوة والحيوية، بينما تعريف جاء في تعريف الصحة النفسية بأنها تعريف الصحة الجسمية نفسها، فالصحة النفسية هي التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة، مع القدرة على مواجهة الأزمات والصعوبات العادية المحيطة بالإنسان، والإحساس الإيجابي بالنشاط والسعادة والرضا. والصحة النفسية ظواهر معنوية يستدل عليها من السلوك، ذاتية تختلف من شخص لآخر فكل شخص يضطرب لأسبابه ويعبر عن ذلك بطريقته، تتأثر بالثقافة، وبما أن الجسم والنفس وحدة واحدة فمن الطبيعي أن يتأثر كل منهم بالآخر والعلاقة بينهم تفاعلية، ومن هنا ظهرت مصطلحات وتصنيفات الأمراض النفسجسمية أو الأمراض السيكوسوماتية (مرفت عبد ربه عايش مقبل، 2010: 37).

III. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

كان نص الفرضية الثانية كالتالي: "توجد فروق دالة إحصائية في "تقدير الذات" بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على الإختبار البعدي لصالح المجموعة التجريبية". وللتحقق من صحة الفرض الثاني اتبعنا استخدام اختبار "ت" لإيجاد الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على الإختبار البعدي. والجدول التالي يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل مجموعة مع قيمة "ت" المستخرجة باستخدام برنامج "Spss".

جدول رقم (23) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "ت" لإيجاد الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار البعدي

| المجموعتان | عدد الأفراد | نوع القياس | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجة الحرية | القيمة Sig. "ت" | مستوى الدلالة الإحصائية |
|------------|-------------|------------|-----------------|-------------------|-------------|-----------------|-------------------------|
| التجريبية | 06 | بعدي | 130,6667 | 12,61216 | 10 | 0,00 | 0,01 |
| الضابطة | 06 | بعدي | 93,3333 | 6,02218 | | دالة إحصائية | |

نلاحظ من الجدول رقم (23) أن عدد أفراد المجموعة التجريبية كان (06) مريض ممن يعانون من مرض السكري النوع الأول، حيث بلغ المتوسط الحسابي لهذه المجموعة في استبيان (تقدير الذات) (130,6667) وبانحراف معياري قدره (12,61216)، كما بلغ عدد أفراد المجموعة الضابطة (06) وكان متوسطهم الحسابي في نفس القياس (93,3333) وبانحراف معياري قدره (6,02218).

ولمعرفة دلالة الفروق استخدمنا اختبار "ت"، وكانت النتائج تدل على وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في استبيان "تقدير الذات" في القياس البعدي، فكانت نتيجة "ت" = (0,00) وهي قيمة أصغر من مستوى الدلالة (0,01) وعلى أساس هذه النتيجة نقبل فرض البحث الذي ينص على وجود فروق دالة إحصائية في "تقدير الذات" بين متوسط درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي ولصالح المجموعة التجريبية. ونرفض الفرض الصفري الذي ينص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة.

وهذه النتيجة تدل على تحسن مستوى "تقدير الذات" لدى مرضى السكري (النوع الأول) الذين تلقوا نشاطات الاستراتيجيتين في رفع "تقدير الذات".

ومن هذه النتائج الموضحة في الجدول (23) تبين لنا كذلك أن متوسط درجات المجموعة الضابطة (93,3333)، بينما ارتفع المتوسط الحسابي لدى أفراد المجموعة التجريبية إلى (130,6667)، وهذا ما يبينه الجدول رقم (22) حيث كان متوسط أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي (86,6667)، بينما ارتفع في القياس البعدي إلى (130,6667).

وكانت قيمة Sig. = 0,00 وهي دالة عند مستوى دلالة (0,01)، مما يؤكد هذه الفروق، وفعالية استراتيجيتي (التنظيم الذاتي والمقابلة التحفيزية) من خلال الأنشطة المقدمة لمرضى السكري (النوع الأول) في رفع (تقدير الذات) لديهم. وكذلك من خلال تطبيق التقنيات من التمارين المقدمة في زيادة الأبعاد

الفرعية لتقدير الذات وهي (الذات الجسمية والذات الشخصية والذات الاجتماعية والذات الأسرية والذات الأخلاقية).

وجاءت هذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسات لباحثين (دراسة لطفي عبد الباسط، 1996؛ دراسة أنور رياض وآخرون، 2006؛ دراسة عزت عبد الحميد، 1999) حيث أكدت على فعالية وأثر استخدام استراتيجيات التنظيم الذاتي في التعلم لدى الطلاب لما لها من دور فعال في زيادة التحصيل الأكاديمي وارتفاع مستوى تقدير الذات.

وترى الباحثة أن هذه النتيجة في غاية الأهمية عندما نطبقها في المجال الكلينيكي أثناء استخدامهما من طرف الأخصائيين النفسيين في مجال الرعاية والصحة النفسية خاصة لدى المرضى المزمنين الذين يعانون من أمراض كالسكري والضغط الدموي وأمراض القلب في الرفع من مستويات تقدير الذات لديهم في الحفاظ على صحة أجسامهم باتباع النظام الغذائي واللياقة البدنية من خلال ممارسة الرياضة ، والتغلب على أزمات المرض. كما أن تحفيز المريض والعمل على تنظيم ذاته يؤدي إلى الزيادة في الثقة بالنفس والاهتمام بالمظهر الشخصي، كما يعرف المريض ممارسة مسؤولياته ويجعل من شخصه تحقيق طموحاته والاستقرار النفسي.

كما ترى الباحثة أن أهمية الاستراتيجيتين تكمن في معرفة المريض داء السكري ل (ذاته الاجتماعية) بأن يكون عضوا ناجحا في المجتمع وثقته في الآخرين مما يجعل منه فرد اجتماعي يحسن التكيف والاندماج وسهولة اتصاله مع الآخرين، كما يمكنه تكوين صداقات وبشكل سريع.

وحسب الباحثة والأهمية الاستراتيجية (المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي) في بناء التصور الصحيح والرفع من (الذات الأسرية) للمريض فتقوم بتكوين صورة صحيحة تؤدي به إلى بناء علاقات طيبة مع أسرته، تجعله يتشاور مع أفرادها في اتخاذ قراراته، وشعوره بالرضا الأسري؛ وهو متغير أساسي في زيادة (تقدير الذات) بصورة عامة.

كما أن من أهم نتائج الجدول السابق وفي فعالية استراتيجيتي (المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي) وأرهما على المجموعة التجريبية التي تلقت التدريب، مساهمتها في بناء (الذات الأخلاقية) باتصافها بالأدب والأمانة وفعل الصواب معظم الأوقات.

IV. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

كان نص الفرضية الثالثة كالتالي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في "تقدير الذات" بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي، لصالح القياس البعدي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض الثالث اتبعنا استخدام اختبار "ت" لإيجاد الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي. والجدول التالي يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل مجموعة مع قيمة "ت" المستخرجة باستخدام برنامج "Spss".

جدول رقم (24) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري واختبار "ت" في القياسين القبلي

والبعدي للمجموعة التجريبية

| المتغير | عدد الأفراد | نوع القياس | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجة الحرية | القيمة Sig. "ت" | مستوى الدلالة الإحصائية |
|--|-------------|------------|-----------------|-------------------|-------------|-----------------|-------------------------|
| استراتيجيتي المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي | 06 | قبلي | 86,6667 | 7,68548 | 5 | 0,03 | 0,05 |
| | 06 | بعدي | 130,6667 | 12,61216 | | | |

نلاحظ من الجدول رقم (24) وبعد تطبيق استراتيجيتي (المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي) أن المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية ارتفع إلى (130,6667) وانحراف معياري قدره (12,61216)، بعدما كان المتوسط الحسابي قبل التطبيق (86,6667) وانحراف معياري (7,68548).

ومن نتائج الجدول نلاحظ القيمة $03\text{Sig.} = 0$ وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,05) مما يدل على وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في استبيان "تقدير الذات".

وهذه النتيجة تؤكد مرة أخرى على أهمية التطبيق للاستراتيجيتين (المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي) في الرفع من "تقدير الذات" لدى مرضى السكري (النوع الأول).

ونفسر هذه النتيجة إلى مدى فاعلية الاستراتيجيتين اللتان أتاحتا الفرصة للمجموعة التجريبية بالتعرف من خلال الأنشطة المقدمة في الجلسات الثمانية (10) على الذات لمعرفة أهميتها لدى المرضى وبشتى أبعادها في استبيان "تقدير الذات" العام، مما ساعد المرضى داء السكري (النوع الأول) من الرفع من تقدير ذواتهم.

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه العديد من الدراسات (عمار حمزة هادي الحسيني، 2009) حيث أشارت إلى التأثير الإيجابي لبرنامج رياضي - غذائي في خفض نسبة السكر في الدم لدى مرضى السكري (النوع الأول)، كما أشارت نتائج الدراسة كذلك إلى التأثير الإيجابي للبرنامج الرياضي - الغذائي على نسبة الكوليستيرول العالي الكثافة (HDL) بالدم. كما أكدت نتائج دراسة (أحمد محمد الحسيني هلال، 1998) مدى فعالية برنامج علاجي معرفي - سلوكي في زيادة درجة تأكيد الذات لدى عينة من المراهقين مرضى السكري.

كما جاءت هذه النتائج مشابهة لنتائج دراسة (حسين محمد صادق داود، نفس المرجع السابق، 2003) حيث أدى تطبيق البرنامج العلاجي الحركي والغذائي المقترح إلى انخفاض مستوى السكر في الدم مما يساعد المرضى على التقليل من العلاج الدوائي والإعتماد على الحياة الطبيعية، كما أدى تطبيق البرنامج العلاجي الحركي والغذائي المقترح إلى انخفاض مستوى الكوليسترول بالدم لدى المرضى (عينة البحث) مما يجنبهم مضاعفات مرض السكر.

ونرجع هذه النتائج إلى مدى تقبل مرض السكري (النوع الأول) إلى مثل هذه الاستراتيجيات في تحسيت ورفع تقديرهم لذواتهم.

V. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

كان نص الفرضية كالتالي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في "تقدير الذات" بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي، لصالح القياس التتبعي". فلمعالجة هذه التجربة قمنا بعد (14) يوم بتطبيق استبيان "تقدير الذات" على نفس المجموعة التجريبية، وأسمننا هذا القياس بـ (التطبيق التتبعي).

جدول رقم (25) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "ت" في القياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية.

| المتغير | عدد الأفراد | نوع القياس | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجة الحرية | القيمة Sig. "ت" | مستوى الدلالة الإحصائية |
|---------------------------|-------------|------------|-----------------|-------------------|-------------|-----------------|-------------------------|
| استراتيجيتي المقابلة | 06 | البعدي | 130,6667 | 12,61216 | 5 | 0,048 | 0,05 |
| التحفيزية والتنظيم الذاتي | 06 | التتبعي | 141,1667 | 5,26941 | | | |

يتضح من الجدول السابق أن المتوسط الحسابي في القياس البعدي للاستراتيجيتين لدى المجموعة التجريبية بلغ (130,6667) وانحراف معياري قدره (12,61216)، بينما بلغ المتوسط الحسابي لنفس المجموعة في القياس التتبعي (141,1667)، وانحراف معياري (5,26941).

ولتفسير النتيجة حول ما إذا كان هناك فروق بين القياسين (البعدي والتتبعي) لنفس المجموعة (التجريبية)، استخدمنا اختبار "ت" الذي يقيس الفروق بين مجموعتين مترابطتين.

وعليه تحصلنا على قيمة $\text{Sig.} = 0,048$ وهي قيمة أصغر من مستوى الدلالة (0,05)، مما يدل على وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين ولصالح القياس التتبعي، وهذا يدل على صحة الفرضية الرابعة التي نصت على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في "تقدير الذات" بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي، لصالح القياس التتبعي".

ونرجع أسباب هذه النتيجة إلى أن أفراد العينة التجريبية بقوا محافظين على المعلومات التي تلقوها أثناء التدريب في تقديم الاستراتيجيتين (المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي)، وهذا دليل مرة أخرى على فعالية أنشطة الاستراتيجيتين في الرفع من "تقدير الذات" لدى مرضى السكري (النمط الأول). وهذه النتائج كلها يمكن الأخذ بها لما لتقدير الذات من أهمية في الحفاظ على استقرار الصحة النفسية والجسدية والشخصية وعلاقات المريض بمجتمعه عامة وبأسرته خاصة، وبنمو الذات الأخلاقي كذلك.

حيث أن ذات المريض تلعب دور هام في تقبل المرض من جهة، وتكوين إرادة قويو في مواجهة هذا المرض، حيث أن قوة الأنا أو الذات تتكون منذ الطفولة وعبر التعلم والخبرات التي يتعرض لها خلال مراحل العمر المختلفة (مرفت عبد ربه عايش مقبل، نفس المرجع السابق، 2010).

V. عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة:

كان نص الفرضية الخامسة كالتالي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المجموعة التجريبية بين (الذكور والإناث) في "تقدير الذات" في القياس التبعي لصالح الإناث". لإيجاد صحة هذه الفرضية والتعرف على مدى تأثير الاستراتيجيتين على الذكور والإناث، تم تطبيق الاختبار الإحصائي "ت" لمعرفة الفروق بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث في استبيان (تقدير الذات). والجدول الآتي يوضح هذا:

جدول رقم (26) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "ت" لدى الذكور

والإناث في استبيان "تقدير الذات" في القياس التبعي

| المتغير | الجنس | عدد الأفراد | نوع القياس | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجة الحرية | القيمة Sig. "ت" | مستوى الدلالة الإحصائية |
|---------|-------|-------------|------------|-----------------|-------------------|-------------|-----------------|-------------------------|
| الجنس | ذكور | 03 | التبعي | 141,333 | 7,50555 | 4 | 0,948 | 0,05 |
| | إناث | 03 | التبعي | 141,000 | 3,60555 | | | |

يتضح من الجدول رقم (26) أن عدد الذكور كان (03) وكان متوسطهم الحسابي في استبيان "تقدير الذات" في القياس التبعي (141,333) وانحراف معياري (7,50555)، وكان عدد الإناث المتلقين للاستراتيجيتين (03) وقد بلغ متوسطهن الحسابي في استبيان "تقدير الذات" (140,000) وانحراف معياري (3,60555)، ونلاحظ بأن المتوسط الحسابي للذكور أعلى بقليل من المتوسط الحسابي للإناث.

وعند استخدام اختبار "ت" نلاحظ من نتائج الجدول أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث (مرضى السكري النوع الأول) في استبيان "تقدير الذات" وفي القياس التبعي"، فنلاحظ نتيجة

"ت" والمعبر عنها في برنامج الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية (Spss) أنها تساوي (0,948) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة (0,05)، مما تدل هذه النتيجة على عدم قبول فرضية البحث التي تنص على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المجموعة التجريبية بين (الذكور والإناث) في "تقدير الذات" في القياس التبعي لصالح الإناث"، وقبول الفرض الصفري الذي ينص على "عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المجموعة التجريبية بين (الذكور والإناث) في "تقدير الذات" في القياس التبعي لصالح الإناث". ونفسر هذه النتيجة بأن تطبيق الاستراتيجيتين كان فعالا بالمثل لكلا الجنسين. وجاءت هذه النتيجة للفق مع دراسة (نسرین أحمد المحمدي منصور، 2008) حيث توصلت الباحثة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث في الأبعاد وفي الدرجة الكلية لتقدير الذات. ودراسة (اسماعيل زينب محمد محمود محمد، 2012) حيث توصلت الباحثة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث من أفراد عينة الدراسة في تقدير الذات. ودراسة (نزيه صرداوي، 2011) حيث توصلت إلى عدم وجود فروق بين المتفوقين والمتفوقات دراسيا في تقدير الذات. بينما جاءت هذه الدراسة مخالفة لنتائج دراسة الباحثين (سامية شويعل، ضيف الله حبيبة، 2012) حيث توصلتا إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في درجة تقدير الذات ولصالح الذكور.

ومن نتائج دراستنا نفسرها بأن كلا الجنسين (ذكور وإناث) لديهم نفس الخصائص النفسية باعتبارهم يعانون نفس المرض، فهم يحملون أفكار مماثلة لبعضهم البعض حول ذواتهم الجسمية والشخصية والاجتماعية والأسرية والأخلاقية، وكذلك حسب تفسيرنا فتشابه الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئة المحيطة مما يجعل عدم وجود فروق بين الذكور والإناث.

ثانيا: استنتاجات البحث:

من خلال تحليل النتائج وتفسيرها ومناقشة الفرضيات، تأكدت صحة فرضيتنا العامة حول أثر التنظيم الذاتي والمقابلة التحفيزية في رفع تقدير الذات لدى مرض السكري (النوع الأول)، والنتائج المحصل عليها في القياس التبعي أثبتت نجاعة هذين الاستراتيجيتين (المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي). ومن هذه النتيجة العامة توصلنا إلى مجموعة من النتائج الفرعية أهمها:

1) لا توجد فروق دالة إحصائية في "تقدير الذات" بين متوسط درجات المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي.

2) توجد فروق دالة إحصائية في "تقدير الذات" بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على الإختبار البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

3) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في "تقدير الذات" بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي، لصالح القياس البعدي.

4) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في "تقدير الذات" بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي، لصالح القياس التتبعي.

5) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المجموعة التجريبية بين (الذكور والإناث) في "تقدير الذات" في القياس التتبعي لصالح الإناث.

حيث أثبتت هذه النتائج مدى فاعلية استراتيجيتي المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي في رفع مستوى تقدير الذات لدى أفراد العينة التي طبقت عليهم الدراسة.

ويمكن القول بوجه عام أن النتائج المتوصل إليها تسير مع التوقع العام ، والتصور النظري الذي انطلقت منه هذه الدراسة ، وهو: أن للتنظيم الذاتي والمقابلة التحفيزية أثر في رفع تقدير الذات لدى مرضى السكري، وخاصة أن كثير من الباحثين في هذا المجال قد أكدوا على فاعلية استراتيجيات التنظيم الذاتي في تحسين تقدير الذات.

ثالثا: توصيات وإقتراحات:

انطلاقا من النتائج المتحصل عليها من البحث الموسوم تحت عنوان: "فاعلية استراتيجيتي المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي لرفع تقدير الذات لدى مرضى السكري (النوع الأول)"، يمكن الإشارة إلى التوصيات التالية:

1) ضرورة العمل من خلال البحث على تطوير مثل هذه الاستراتيجيات التنموية لرفع من تقدير الذات عند المريض، وكذا تنمية الجوانب السلبية الناتجة عن المرض.

2) إنشاء مراكز خاصة لأداء الخدمة النفسية - الاجتماعية لدى الأفراد مرضى السكري.

3) الإهتمام أكثر بهذه الفئة نفسيا واجتماعيا وصحيا وأسريا.

4) إنشاء مراكز خاصة على مستوى المستشفيات العمومية منها والخاصة تحوي أخصائيين نفسانيين

متدربين على القيام بمثل هذه البرامج والاستراتيجيات لتوفير بيئة نفسية مريحة لمرضى السكري، ومن ثم تطوير ذواتهم.

5) أن لا يقتصر دور المستشفيات على إعطاء العلاج الدوائي فقط لهذه الفئة، بل يتعدى هذا الدور إلى الإهتمام بالجوانب الشخصية والنفسية والاجتماعية والأسرية والأخلاقية.

6) تنظيم دورات تدريبية على هذين الاستراتيجيتين للرفع من تقدير الذات بكل أبعاده لدى مرضى السكري (النوع الأول)، ونشر ثقافة "تقدير الذات".

7) إجراء دراسات تستهدف تطوير التنظيم الذاتي لدى مرضى السكري

- 8) إبراز دور التنظيم الذاتي وتخفيف المريض في رفع تقدير الذات وتطوير صورة الذات لديه.
- 9) كما نوصي الباحثين مستقبلا بإجراء دراسات حول فعالية برامج واستراتيجيات أخرى تؤثر إيجابا على التوافق النفسي والاجتماعي لدى مرضى السكري (النوع الأول).

المصادر والمراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية:

- 1) إبراهيم، فيوليت فؤاد وآخرون: دراسات في سيكولوجية النمو (الطفولة والمراهقة)، القاهرة: مكتبة زهراء، الشرق (1998).
- 2) أبو جادو، صالح محمد علي: سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، عمان: دار المسيرة، (2002).
- 3) اسماعيل، زينب محمد محمود محمد، (2012). علاقة تقدير الذات والقبول الاجتماعي بالرضا عن المهنة عند الطالبة المعلمة والمعلمة في رياض الأطفال، مجلة الطفولة والتربية - مصر، مج (4)، ع (11)، ص ص 291-337.
- 4) أمين رويحة: داء السكري: أسبابه - أعراضه - طرق مكافحته، ط 2، بيروت: دار التعليم، (1983).
- 5) الحراحشة، محمد أحمد، (2012). تقدير الذات وعلاقته بمستوى التحصيل الأكاديمي، دراسة مسحية على الطلبة الضباط في أكاديمية العلوم الشرطية بإمارة الشارقة، شؤون إجتماعية، الإمارات، مج (29)، ع (115)، ص ص 89-109.
- 6) الحميد، محمد بن سعد: مرض السكر: أسبابه ومضاعفاته وعلاجه، ط 1، الرياض: المملكة العربية السعودية، (2007).
- 7) الحميدي محمد ضيدان الضيدان، (2004). تقدير الذات وعلاقته بالسلوك العدواني لدى طلبة المرحلة المتوسطة بمدينة الرياض، (رسالة ماجستير)، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الاجتماعية.
- 8) الدريني، السين، (1988). قياس تقدير الذات في البيئة القطرية، بحوث ودراسات الاتجاهات والميول النفسية، مج (7)، ج (2)، ص ص 353-403.
- 9) الرفاعي، صباح قاسم، (2010). مستوى الطموح وعلاقته بتقدير الذات لدى عينة من طالبات الدراسات العليا بجامعة الملك عبد العزيز بجدة، مجلة الإرشاد النفسي - مصر، ع (27)، ص ص 342-392.
- 10) الزيات، فتحي. علم النفس المعرفي، ط 1، مصر، (2001).
- 11) الشرييني، هانم أبو الخير، (2012). الطاقة الكامنة ومفهوم الذات كمنبئات للإستعداد المدرسي لأطفال الروضة، المؤتمر السنوي العربي الرابع - مصر، مج (1)، ص ص 131-166.

- 12) عادل عبد الرحمن صديق الصالحي: التخطيط للعلاج النفسي نع اختبار (BTPI)، ط 1، عمان: دار دجلة، (2011).
- 13) الفقي، إبراهيم: قوة التحفيز: كيف تحفز الآخرون وتحصل على أفضل ما لديهم، ط 1، القاهرة: ثمرات للنشر والتوزيع، (2011).
- 14) الورثان، عدنان بن أحمد: التحفيز منك وإليك 46 أسلوب تحفيز غير مكلف، وكالة الوزارة للتعليم - الإدارة العامة للتدريب التربوي والإبتعاث، الهفوف (السعودية)، (2004).
- 15) العبدلي، سميرة أحمد حسن، (2011). أساليب التنشئة الأسرية وعلاقتها بتقدير الذات للطالبة الجامعية، المؤتمر العلمي السنوي العربي السادس - مصر، مج (3)، ص ص 1425-1467.
- 16) المرجع الوطني لتثقيف مرض داء السكري، وزارة الصحة، الوكالة المساعدة للطب الوقائي، الإدارة العامة للأمراض غير المعدية، المملكة العربية السعودية، (2011).
- 17) المرعب، منيرة بنت محمد صالح، (2010). فاعلية برنامج إرشادي متعدد الأوجه في تنمية تقدير الذات والتوافق الاجتماعي لدى المسنين المتقاعدین في المجتمع السعودي، دراسات تربوية ونفسية، مجلة كلية التربية بالرفايق - مصر، ع (69)، ص ص 257-308.
- 18) المعايطه، خليل عبد الرحمن: علم النفس الاجتماعي، ط3، عمان: دار الفكر، (2007).
- 19) النوايسة فاطمة عبد الرحيم، (2011). دراسة مقارنة في مستوى مفهوم الذات بين طلبة ذوي صعوبات التعلم والطلبة العاديين في مدارس لواء المزار الجنوبي في الأردن، مؤتة للبحوث والدراسات - العلوم الإنسانية والاجتماعية - الأردن، مج (26)، ع (3)، ص ص 41 - 62.
- 20) جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي: الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكر، ط1، الإسكندرية: دار العلم، (2008).
- 21) جبريل، موسى عبد الخالق. تقدير الذات والتكيف المدرسي لدى الطلاب، دمشق، (1983).
- 22) جمال، مختار حمزة، (1996). التنشئة الوالدية وشعور الأبناء بالفقدان، مجلة علم النفس، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، ع (39)، ص ص 138-147.
- 23) جمعة، ماسية: تعاطي المخدرات بين مشاعر المشقة وتقدير الذات، ط1، القاهرة: مكتبة الدار العربية للكتاب، (2007).
- 24) جودة بني جابر: علم النفس الاجتماعي، ط1، عمان: مكتبة دار الثقافة، (2004).

- 25) حسن بن علي الزهراني: الأقدام السكرية، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم النفسية، (2006).
- 26) حسين، علي عبد الحسن وعبد اليمه، حسين عبد الزهرة، (2011). التوافق النفسي والإجتماعي وعلاقته بتقدير الذات لدى طلبة كلية التربية الرياضية جامعة كربلاء، مجلة القادسية لعلوم التربية الرياضية، العراق، مج (11)، ع (3)، ص ص 177-218.
- 27) خليفة، سهام محمد عبد الفتاح (2011). كفاءة الذات وأساليب مواجهة الضغوط لدى طلاب المرحلة الثانوية، مجلة البحث العلمي في التربية. عين شمس ع (12). ص ص 791-818.
- 28) خليفة، سهام محمد عبد الفتاح وآخرون، (2011). كفاءة الذات وأساليب مواجهة الضغوط لدى طلاب المرحلة الثانوية، مجلة البحث العلمي في التربية - مصر، ع (12)، ج (3)، ص ص 791-815.
- 29) دعميش خليصة: الخدمة الاجتماعية الصحية المقدمة للأطفال المصابين بداء السكري، رسالة لنيل الماجستير في علم الاجتماع، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، (2011).
- 30) دليل تدريبي للعمل الشبابي، بانوراما، المركز الفلسطيني لتعميم الديمقراطية وتنمية المجتمع، (2004).
- 31) دليل عملي حول تشبيك وممارسة الضغوط وحشد، برنامج دعم المجتمع المحلي، الإتحاد الأوروبي، لبنان، (2006).
- 32) ربحي مصطفى عليان، ومحمد عثمان محمد غنيم: مناهج وأساليب البحث العلمي، ط 1، عمان: دار صفاء، (2002).
- 33) رشا الناطور، (2008). مستوى الطموح وعلاقته بتقدير الذات عند طلاب الثالث الثانوي العام (المستجدين - المعيدين)، دراسة ميدانية في محافظة درعا، رسالة درجة الإجازة في الإرشاد النفسي، جامعة دمشق، كلية التربية، قسم الإرشاد النفسي.
- 34) سلامة، أيمن عبد العزيز، (2012). دراسة تقدير الذات وعلاقته بالتقويم الذاتي والتقويم الموضوعي لدى طلاب الجامعة، مجلة الإرشاد النفسي - مصر، ع (30)، ص ص 31-65.
- 35) سناء عيسى الداغستاني وديار عوني المفتي، (2010). المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي، مجلة البحوث التربوية والنفسية، ع (26-27)، ص ص 78-142.

- 36) صباح قاسم الرفاعي، (2010). مستوى الطموح وعلاقته بتقدير الذات لدى عينة من طالبات الدراسات العليا بجامعة الملك عبد العزيز بجدة، مجلة الإرشاد النفسي - مركز الإرشاد النفسي - ع (27)، ص ص 341-392.
- 37) عبد الأحد خلود بشير، (2006). التوجه الزمني وعلاقته بالتنظيم الذاتي للتعلم لدى طلبة معاهد إعداد المعلمين في مدينة الموصل، دراسات موصلية، ع (14)، ص ص 131-160.
- 38) عبد الأمير، حسن نصر، (2011). تقدير الذات وعلاقتها بالأداء المهاري للاعبين الناشئين والشباب بكرة السلة، مجلة علوم التربية الرياضية، جامعة بابل، مج (4)، ع (3)، ص ص 295-330.
- 39) عبد الإله بن عبد الله المشرف، رياض بن علي الجوادي: المخدرات والمؤثرات العقلية: أسباب التعاطي وأساليب المواجهة، ط 1، الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية، (2011).
- 40) عبد الرحمن، محمد السيد: علم النفس الإجتماعي المعاصر، ط 1، القاهرة: دار الفكر العربي، (2004).
- 41) عبد الفتاح، أمام، (1987). الوجودية، سلسلة عالم المعرفة للمجلس الوطني للثقافة والفنون والأداب، الكويت.
- 42) عبد المنعم، أحمد السيد، (2012). مقياس القوى الشخصية لدى الشباب، مجلة القراءة والمعرفة - مصر، ع (125)، ص ص 49-68.
- 43) عبد الوهاب، محمد كامل: بحوث في علم النفس: "دراسات ميدانية تجريبية"، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية، (1993).
- 44) علي، نجوى حسن، (2012). مدى فاعلية برنامج تدريبي قائم على استراتيجيات التعلم المنظم ذاتيا في تقدير الذات والتحصيل الأكاديمي لدى طالبات كلية التربية - جامعة القصيم، العلوم التربوية، مصر، مج (20)، ع (2)، ص ص 151-184.
- 45) فادية كامل حمام وفاطمة خلف الهويش، (2010). الإغتراب النفسي وتقدير الذات لدى خريجات الجامعة العاملات والعاطلات عند العمل، مجلة العلوم التربوية والنفسية، أم القرى، مج (2)، ع (2)، ص ص 63-138.
- 46) فؤاد شاهين: كتاب المعرفة - جسم الإنسان، بيروت: الشركة الشرقية للمطبوعات، (د.س).

- 47** القاضي، فتحية محمد، (2011). ممارسة العلاج المتمركز حول العميل في إطار خدمة الفرد لزيادة تقدير الذات لدى المراهقين المودعين بالمؤسسات الإيوائية، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، مصر، ع (31)، ج (13)، ص ص 5913-5982.
- 48** قطب، رشيدة عبد الرؤوف رمضان: آفاق معاصرة في الصحة النفسية للأبناء، القاهرة: دار الكتب العلمية، (1998).
- 49** لطيف غازي مكّي وبراء محمد حسن، (2011). صلابة الشخصية وعلاقتها بتقدير الذات لدى التدريسيين في الجامعة، مجلة البحوث التربوية والنفسية، جامعة بغداد، ع (31)، ص ص 353-403.
- 50** محمد بن سعد الحميد: داء السكري: أسبابه ومضاعفاته وعلاجه، الرياض: مدينة الملك عبد العزيز للعلوم التقنية، (2008).
- 51** محمد خالد الطحان، (2008). فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية الإنسانية في كل من مستوى الإضطرابات السيكومترية وتقدير الذات لدى النساء في فلسطين، البصائر - فلسطين، مج (12)، ع (2)، ص ص 193-230.
- 52** محمد رفعت: قاموس مرض السكري، بيروت: دار المكتبة، (1991).
- 53** محمد سيد فهمي وأمل محمد سلامة: البحث الاجتماعي والمتغيرات المعاصرة، ط 1، الإسكندرية: دار الوفاء، (2011).
- 54** محمد عبد الرحمن العيسوي: موسوعة علم النفس الحديث، علم النفس الشواذ والصحة النفسية، م (5)، ط 1، بيروت: دار الراتب الجامعية، (2002).
- 55** محمد عبد الرحمن العيسوي: موسوعة علم النفس الحديث، مج (6)، اضطرابات النفس جسمية، بيروت: دار الراتب الجامعية، (2002).
- 56** محمد فوزي جيل: الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، الإسكندرية: المكتبة الجامعية، (2000).
- 57** محمد هشام محمد فهمي العناوي: المظاهر الصحية والنفسية لمرض البول السكري بين الأطفال من عمر 6 حتى 14 سنة، القاهرة: معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس (1987).
- 58** محمد مزيان: مبادئ في البحث النفسي والتربوي، ط 2، الجزائر: دار الغرب، (2002).

- 59) مريم سليم، (2003). تقدير الذات والثقة بالنفس، ط1، القاهرة، دار النهضة العربية.
- 60) مصطفى القمش، (2008). برنامج تعليمي في تحسين مهارات تنظيم الذات لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم من المرحلة الابتدائية في لواء عين الباشا في الأردن، مجلة جامعة النجاح للأبحاث، الأردنن مج (22)، ع (1)، ص ص 167-198.
- 61) مصطفى عشوي: مدخل إلى علم النفس المعاصر، ط 2، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون، الجزائر، (2003).
- 62) ملحم، سامي محمد، (2012). أثر اضطرابات الأكل والقلق الإجتماعي والوسواس القهري وتقدير الذات في الرضا عن صورة الجسم لدى عينة من المراهقين في الأردن، مجلة كلية التربية، (جامعة نهبأ)، مصر، مج (23)، ع (90)، ص ص 1-32.
- 63) منظمة الصحة العالمية: السكري، صحيفة وقائع رقم 312، سبتمبر، (2012).
- 64) منيرة بنت محمد صالح، (2010). فاعلية برنامج إرشادي متعدد الأوجه في تنمية تقدير الذات والتوافق الإجتماعي لدى المسنين المتقاعدین في المجتمع السعودي، دراسات تربوية ونفسية - الزقازيق، ع (69)، ص ص 257-308.
- 65) ناجح رشيد القادري ومحمد عبد السلام البواليز: منهج البحث الاجتماعي، ط 1، عمان: دار صفاء، (2004).
- 66) نبيلة عبد الرؤوف شراب، (2008). التنظيم الذاتي وعلاقته بنمط الشخصية ذات النشاط الصباحي - المسائي لدى طلاب كلية التربية، التربية المعاصرة - مصر، س (25)، ع (78)، ص ص 91-132.
- 67) نسرین أحمد المحمدي منصور: إساءات معاملة الأطفال وعلاقتها بتقدير الذات: "دراسة سيكومترية - كLINيكية"، (رسالة ماجستير)، جامعة الزقازيق، كلية التربية، قسم الصحة النفسية، (2008).
- 68) نوف بنت مبارك محمد القحطاني، (2010). التفكير الإبتكاري وعلاقته بتقدير الذات لدى عينة من المبصرات وغير المبصرات بجامعة الملك عبد العزيز بمدينة جدة (دراسة مقارنة)، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، كلية التربية - قسم علم النفس.

- 69) يسمينة، آيت مولود، (2012). تقدير الذات وعلاقته بظهور الشكوك العدواني عند النساء المتأخرات في سن الزواج (دراسة مقارنة)، رسالة ماجستير، جامعة مولود معمري (تيزي وزو)، كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا.
- 70) يوسف، محمد كمال السيد، (2009)، الجديد في تغذية مرض السكر، مجلة أسيوط للدراسات البيئية، جامعة أسيوط، ع (33).

مواقع أنترنت: <http://real-sciences.com/?p=1743>

ثانيا: المراجع باللغة الفرنسية:

- 71) André Grinald. (1992) : Guide pratique du diabète, collection, mediguides 2 eme édition.
- 72) André Grinaldi. Guide pratique du diabète, collection médiguides 2^{eme} édition MMI.1999.
- 73) Edith Levavasseur ; (2005). L'entretien Motivationnel pour préparer le changement, Université de CAEN Basse-Normandie.
- 74) Georges Hennen. Endocrinologie, 1^{er} Edition de Boeck Université. 2001 Bruxelles.
- 75) Isabelle Galibois. Le diabète de type I et ses défis alimentaire quotidiennes, 2^{eme} tirage 2006, la presse de l'université Laval. Quebec. P28.
- 76) Khiati Mostafa. Le diabète sucré chez l'enfant. Edition OPU alger.1993.
- 77) Khioti Mostafa. Le diabète sucré chez l'enfant. Editon OLU, Alger, 1993, P16.
- 78) Lonencon Levy. Duel, jean jacques sltnan, roxane duelaux. Le grand livre du diabète. Edition par Eyrolls.2012. Paris.
- 79) Michèle coranet. 5^e Biologie. 1^{er} édition. Edition groupe de Boeck. SA.2009.
- 80) Miller N .R rollnick .(1991) .motivational interviwing preposing people to change addictive . new york guilford press.
- 81) Miller w.r . rollnick .s (2002) .motivational interviwing : preparing people for change (2 nd ed) new york guilford press . raduit en France – A : der la personne à engager le changement inter edition , 2006.
- 82) Miller W.R. Motivational interviwing with problem drinkers behavioural psychothérapie.1983 , 147-172.

- 83)** Miller W.R., Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2002, (2nd) New York, Guilford Press.
- 84)** Miller W.R., Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change addictive. 1991, New York, Guilford Press.
- 85)** Natalie Crépein et Florence Delerue. Echelle d'estime de soi de Moriss Rosenberg. Institut régional du bien-être, de la médecine et du sport.
- 86)** O.Phan, M.Lascaux. L'entretien motivationnel chez l'adolescent présentant des conduites addictives, Annales médico-psychologiques (2008, 167(7)).
- 87)** Patrick Barthiaum, et Dominique Fartier. L'entretien motivationnel. Perspective infirmier. Mars- Avril 2012.
- 88)** Prochaska, James O. & Diclemente, Carlo C. transthéorique therapy: toward a more interrogative model of change. Psychotherapy : theory, research and practice. 276-287.
- 89)** Rollnick S. Mason P. Butler C. (1999), Health Behavior Change : a guide for practitioners. Editourgh, UK, Churchill Livingstone.
- 90)** Rose-Marie Ham Ladj. (2004) : Précis de sémiologie réimpression, Office des publications universitaires (Alger).
- 91)** Rose-Marie Ham Ladj. Précis de sémiologie réimpression 2004. Office des publications universitaires (ALGER).
- 92)** William Ganong. Physiologie médicale, 2^{ème} édition, Presse de l'université Laval. 2005.

ملاحق البحث

ملحق رقم (01) يوضح: استبيان "تقدير الذات" لـ "موريس روزنبرغ"

| الرقم | الفقرات | أرفض بشدة | أرفض | أوافق | أوافق بشدة |
|-------|---|-----------|------|-------|------------|
| 1 | أشعر أنني شخص قيم، أو على الأقل مساو للآخرين | | | | |
| 2 | أشعر أنني أمتلك عددا من الصفات الجيدة | | | | |
| 3 | بالمجمل أشعر أنني فاشل | | | | |
| 4 | أنا قادر على القيام بالأشياء كما يفعل الآخرون | | | | |
| 5 | أشعر أنني لا أملك الكثير لأفخر به | | | | |
| 6 | لدي نظرة إيجابية تجاه نفسي | | | | |
| 7 | بالمجمل أنا راض عن نفسي | | | | |
| 8 | أتمنى أن أحصل على المزيد من الاحترام لنفسي | | | | |
| 9 | أشعر أنني عديم النفع أحيانا | | | | |
| 10 | أحيانا أشعر أنني لست جيدا مطلقا | | | | |

ملحق رقم (02) يوضح: استبيان "تقدير الذات" في صورته الأولى

في إطار تحضير بحث، يشرفنا أن نتقدم إليكم بهذا الاستبيان الذي يتضمن مجموعة أسئلة تدور حول موضوع البحث، فرجاؤنا أن تجيب أو تجيبين عن كل سؤال منها بتركيز واهتمام واضعاً أو واضحة علامة (x) في الخانة المناسبة حسب رأيك، وجميع الأسئلة لا تفترض بالضرورة وجود إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما كلها تعبر عن رأيك.
مع الشكر المسبق.

الجنس: ذكر أنثى

| رقم | الفقرات | موافق جداً | موافق | لا أدري | غير موافق | غير موافق إطلاقاً |
|-----|--|------------|-------|---------|-----------|-------------------|
| 1 | يعجبني شكل جسمي | | | | | |
| 2 | تنتابني الأوجاع والآلام | | | | | |
| 3 | أشعر بالنشاط معظم الوقت | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | أنا راض عن مظهري الجسمي | | | | | |
| 6 | أفكر بتغيير أشياء متعددة في صورة جسمي | | | | | |
| 7 | أشارك في المناسبات الاجتماعية لحسن صورة جسمي | | | | | |
| 8 | أنا شخص مريض | | | | | |
| 9 | أنا شخص منظم | | | | | |
| 10 | تنقصني الثقة بالنفس | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | أنا مهتم بمظهري الشخصي | | | | | |
| 13 | أتحمل مسؤولياتي لوحدي | | | | | |
| 14 | لدي شخصية قوية | | | | | |
| 15 | أنا شخص مرح | | | | | |
| 16 | أنا شخص طموح | | | | | |
| 17 | أنا شخص هادئ | | | | | |
| 18 | أنا محبوب بين الأشخاص | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|----|
| | | | | أتمنى أن أكون عضوا ناجحا في المجتمع | 19 |
| | | | | أثق في الناس المحيطين حولي | 20 |
| | | | | أرحب بالآخرين بشكل دائم | 21 |
| | | | | أجد صعوبة في التحدث إلى الآخرين | 22 |
| | | | | أنسجم دائما أثناء الحفلات | 23 |
| | | | | أستطيع تكوين صداقات بسهولة | 24 |
| | | | | أصدقائي لا يمكنهم أن يتخلوا عني | 25 |
| | | | | علاقتي طيبة مع أسرتي | 26 |
| | | | | أنا سعيد مع أسرتي | 27 |
| | | | | أتشاور مع أفراد أسرتي في اتخاذ القرارات | 28 |
| | | | | أشارك في نشاطات المنزل | 29 |
| | | | | أنا راض عن علاقتي الأسرية | 30 |
| | | | | أشعر بالوحدة رغم وجودي بين أفراد أسرتي | 31 |
| | | | | أتشاجر مع أسرتي | 32 |
| | | | | أجتمع مع أفراد أسرتي لمناقشة الأمور | 33 |
| | | | | أنا شخص مؤدب | 34 |
| | | | | أنا شخص أمين | 35 |
| | | | | أفعل ما هو صواب معظم الوقت | 36 |
| | | | | أنا شخص متدين | 37 |
| | | | | أنا صديق مع الناس | 38 |
| | | | | يجب أن أكون أكثر أدبا مع الآخرين | 39 |
| | | | | أنا راض عن سلوكي الأخلاقي | 40 |

هذا الاستبيان في صورته الأولى وقد حُذفت منه (04) والتي أرقامها (13، 21، 31، 37) فقرات من خلال صدق المحكمين ليصبح يحتوي على (36) فقرة؛ وبعد استخدام "صدق التناسق الداخلي" حذفت الفقرتين رقم (4، 11) ليصبح استبيان تقدير الذات يتكون في صورته النهائية من (34) فقرة.

ملحق رقم (03) يوضح: استبيان "تقدير الذات" في صورته النهائية

في إطار تحضير بحث، يشرفنا أن نتقدم إليكم بهذا الاستبيان الذي يتضمن مجموعة أسئلة تدور حول موضوع البحث، فرجاؤنا أن تجيب أو تجميعين عن كل سؤال منها بتركيز واهتمام واضعا أو واضحة علامة (x) في الخانة المناسبة حسب رأيك، وجميع الأسئلة لا تفترض بالضرورة وجود إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما كلها تعبر عن رأيك. مع الشكر المسبق.

الجنس: ذكر أنثى

| رقم | الفقرات | موافق جدا | موافق | لا أدري | غير موافق | غير موافق إطلاقا |
|-----|--|-----------|-------|---------|-----------|------------------|
| 1 | يعجبني شكل جسمي | | | | | |
| 2 | تنتابني الأوجاع والآلام | | | | | |
| 3 | أشعر بالنشاط معظم الوقت | | | | | |
| 4 | أنا راض عن مظهري الجسمي | | | | | |
| 5 | أفكر بتغيير أشياء متعددة في صورة جسمي | | | | | |
| 6 | أشارك في المناسبات الاجتماعية لحسن صورة جسمي | | | | | |
| 7 | أنا شخص مريض | | | | | |
| 8 | أنا شخص منظم | | | | | |
| 9 | تنقصني الثقة بالنفس | | | | | |
| 10 | أنا مهتم بمظهري الشخصي | | | | | |
| 11 | أتحمل مسؤولياتي لوحدي | | | | | |
| 12 | لدي شخصية قوية | | | | | |
| 13 | أنا شخص طموح | | | | | |
| 14 | أنا شخص هادئ | | | | | |
| 15 | أنا محبوب بين الأشخاص | | | | | |
| 16 | أتمنى أن أكون عضوا ناجحا في المجتمع | | | | | |
| 17 | أثق في الناس المحيطين حولي | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|----|
| | | | | أرحب بالآخرين بشكل دائم | 18 |
| | | | | أجد صعوبة في التحدث إلى الآخرين | 19 |
| | | | | أستطيع تكوين صداقات بسهولة | 20 |
| | | | | أصدقائي لا يمكنهم أن يتخلوا عني | 21 |
| | | | | علاقاتي طيبة مع أسرتي | 22 |
| | | | | أنا سعيد مع أسرتي | 23 |
| | | | | أتشاور مع أفراد أسرتي في اتخاذ القرارات | 24 |
| | | | | أشارك في نشاطات المنزل | 25 |
| | | | | أنا راض عن علاقتي الأسرية | 26 |
| | | | | أشعر بالوحدة رغم وجودي بين أفراد أسرتي | 27 |
| | | | | أتشاجر مع أسرتي | 28 |
| | | | | أنا شخص مؤدب | 29 |
| | | | | أنا شخص أمين | 30 |
| | | | | أفعل ما هو صواب معظم الوقت | 31 |
| | | | | أنا شخص متدين | 32 |
| | | | | يجب أن أكون أكثر أدبا مع الآخرين | 33 |
| | | | | أنا راض عن سلوكي الأخلاقي | 34 |

ملحق رقم (04) يوضح الجلسة التمهيديّة

بعد التحيّة والترحيب للمرضى في مكتب الباحثة بمستشفى سيدي علي، أين مكان العمل، قمنا في هذه الجلسة بالتطرق إلى ما يلي:

قمنا في هذه الجلسة بجمع أعضاء المجموعة التحريبيّة والمتكونة من (ست 06) حالات في جلسة واحدة، كما قمنا بشرح ضرورة العلاج للرفع من تقدير الذات لديهم، وبالتالي توضيح مخطط الجلسات العلاجيّة للرفع من تقدير الذات لدى المرضى.

ملحق رقم (05) يوضح نشاط الجلسة الثانية

عنوان الجلسة: الإدارة الذاتية

بعد إلقاء التحية والترحيب بالأفراد عينة البحث (المصابين بالمرضى داء السكري النوع الأول).
في هذه الجلسة قمنا بمعرفة مرض السكري من منظور الأشخاص المصابين، فبعد طرح الباحثة لسؤال: ما مفهوم مرض السكري (النوع الأول)؟ كيف ترون مرض السكري (النوع الأول)؟ وتم توزيع أوراق بيضاء من نوع (21 سم / 29 سم) لإدلاء المرضى بأفكارهم عليها.
ثم فتح النقاش لكل الأشخاص بأن يدلي كل واحد منهم بفكرته حول (مرض داء السكري "النوع الأول")، بعد (15 دقيقة)، من هذا النشاط قمنا بإعطاء المعلومات الأساسية وتصحيح بعض المعلومات الخاطئة حول (مرض السكري من النوع الأول).
بعد ذلك تم توزيع جدول زمني متمثل في كل أيام الأسبوع، وهذا الملته من طرف المرضى حول المهام التي يؤديها المريض خلال كل أيام الأسبوع: والمخطط التالي يوضح ذلك:

مخطط رقم (00) يوضح تنظيم الحياة لمرضى السكري

| السبت | الأحد | الاثنين | الثلاثاء | الأربعاء | الخميس | الجمعة |
|-------|-------|---------|----------|----------|--------|--------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

فبعد قراءة الجدول الزمني الأسبوعي من طرف المرضى، كان التركيز من طرفنا حول مساعدة الأشخاص المصابين بمرض السكري على التحلي بالكفاءة في سلوكيات الرعاية الذاتية التي تتناسب مع احتياجاتهم مثل مراقبة نسبة السكر في الدم والبول، والفحص الذاتي للأقدام، والرعاية المناسبة للصحة الجسمية ككل، وهذا بزيارة المرضى كلهم دون استثناء للطبيب (المختص في داء السكري) وبانتظام، لتقييم الطبيب للحالة الحية لديهم.

كما قمنا بإعطاء معلومات أساسية للمرضى حول أهمية الإدارة الذاتية في عملية الرعاية الصحية من جهة والرعاية النفسية من جهة أخرى.

ملحق رقم (06) يوضح نشاط الجلسة الثالثة

عنوان الجلسة: تغيير صورة الذات.

بعد التحية والترحيب للمرضى في مكتب الباحثة بمستشفى سيدي علي، أين مكان العمل، تم تذكير أفراد العينة (مرضى السكري النوع الأول)، بنشاط الجلسة السابقة حول "أهمية الإدارة الذاتية". بعدها الشروع مباشرة في نشاط الجلسة الجديدة (تغيير صورة الذات)؛ حيث قمنا بتقسيم ورقة لكل مريض تضم خمس (05) أسئلة رئيسية مفتوحة حول (صورة الذات لدى مريض السكري "النوع الأول") والمتمثلة في ما يلي:

1) ما الأفكار السلبية المسيطرة على تفكيرك؟

.....
.....

2) اكتب هنا قائمة بالأشياء السلبية التي كثيرا ما تقولها لنفسك؟

.....
.....

3) ما المصادر الأساسية لهذه الأفكار؟ من بين تلك المصادر: الآباء، المعلمون، وزملاء الدراسة، وزملاء العمل. إلخ.

.....
.....

4) ما مدى صحة هذه الأفكار؟ هل قائمة على حقائق واقعية؟ فكر في إمكانية أن تكون هذه الأفكار خاطئة أو لا تمثل سوى نظرة للأمور من جانب واحد فقط.

.....
.....

5) أعد صياغة هذه العبارات والتصريحات السلبية محولا إياها إلى عبارات وتصريحات إيجابية؟

.....
.....

ملحق رقم (07) يوضح نشاط الجلسة الرابعة

عنوان الجلسة: اكتساب الوعي الذاتي (من أنا؟).

استقبلت الباحثة مرضى السكري، وكان حضورهم كلهم، وقد تم ميعاد الجلسة في الجلسة السابقة، فبعد طرح سؤال حول نشاط الجلسة السابقة من طرف (03 مرضى)، قمنا بالشروع في نشاط الجلسة الجديدة، وعليه قمنا بتوزيع ورق مقوى يحوي مجموعة من أسئلة تدور حول (من أنا؟) وهو إعطاء وصف دقيق من طرف المرضى حول ذواتهم.

1) صف مظهرك. اجعل وصفك هذا متضمنا مظهر وجهك وطولك وأسلوبك في ارتداء الملابس وطريقة تصنيف شعرك، هل أنت سعيد بمظهرك؟

.....
.....
.....

2) ما سماتك الشخصية الإيجابية والسلبية؟ من بين سمات الشخصية الإيجابية القدرة على تحمل المسؤولية والمودة والطموح والتفائل والثقة والنظام والمثابرة وضبط النفس والمبادرة، ومن امثلة السمات الشخصية السلبية عدم الموثوقية والتشاؤم والكسل وسرعة الانفعال.

.....
.....
.....

3) ماذا عن علاقتك بالآخرين؟ صف نقاط القوة ونقاط الضعف في علاقاتك الشخصية مع أفراد أسرتك وأصدقائك وزملائك. من بين نقاط القوة المودة والاهتمام والمشاركة الوجدانية. ومن امثلة نقاط الضعف الأنانية والشعور بعدم الارتياح مع الغرباء وسوء التواصل، هل أنت بوجه عام سعيد في علاقاتك الأسرية وحياتك الاجتماعية؟

.....
.....
.....

4) بما يصفك القريبون منك؟ هل هم يعتبرونك شخصا جديرا بالثقة، ومتفائلا، ومستقبلا، ومهذبا، وودودا، ويتمتع بكفاءة؟

.....
.....
.....
5) ماذا عن أدائك في وظيفتك (دراستك)؟ هل أنت كفاء، أو موضع ثقة، أو متحمس؟ وهل تفخر بعملك (دراستك)؟

.....
.....
.....
6) ما مدى جودة تفكيرك وعقلك؟ هل أنت مبدع أو جيد في حل المشكلات؟ وما جوانب معرفتك الخاصة؟

.....
.....
.....
7) ماذا عن حالتك الصحية؟ هل أنت تأكل بوعي ونظام، وتتمرن بانتظام، وتتعامل مع التوتر بشكل جيد؟

.....
.....
.....
بعد ذلك تم تقديم نشاط آخر مكمل للنشاط الثاني: أنظر إجاباتك في النشاط الأول كي تحدد نقاط قوتك ونقاط ضعفك، وتذكر أنه ليس هناك إنسان مثالي أو كامل، اجث عن طرق للتكيف مع ما لا تستطيع في الواقع تغييره. اقبل مثل هذه الأشياء في نفسك ولا تجعلها بعد الآن مصدرا للخط من شأنك. اتخذ الإجراءات الضرورية للتغلب على نقاط الضعف التي في إطار سيطرتك. قم بملء هذا الجدول للإستفادة من نقاط قوتك وللتغلب على نقاط ضعفك.

| نقاط قوتك الأساسية | كيفية استغلالها |
|--------------------|-----------------|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |

| نقاط ضعفك الأساسية | كيفية التغلب عليها |
|--------------------|--------------------|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |

ملحق رقم (08) يوضح نشاط الجلسة الخامسة

عنوان الجلسة: تقدير الذات

احتوت الجلسة مع المرضى النشاط التالي:

في هذه الجلسة استقبلت الباحثة المرضى (أفراد عينة البحث) حيث لم يتخلف أحد عن الحضور، وقد تم الإتفاق في الجلسة الماضية على ميعاد هذه الجلسة ثم قامت الباحثة بعرض موضوع المناقشة (تقدير الذات).

تقدير الذات، كيف أقدر ذاتي؟ كيف أعرف من أنا؟ قمنا بطرح هذه الأسئلة على مرضى السكري للتعرف على ذواتهم وتقديرها لأنها تعتبر من أهم المهارات التي تدعم عملية فهم الذات وتساعد على التكيف مع المرض.

بعد طرح الموضوع على الحاضرين، تركت الباحثة المجال مفتوح للحوار للإدلاء بأفكارهم حول مفهوم تقدير الذات وكانت الجلسة جماعية وكانت الباحثة تقوم ب (تنشيط الجلسة فقط ولمدة 25 دقيقة)، لنقوم بعدها إعطاء المعلومات الصحيحة والمعلومات الخاطئة لمعلومات وأفكار مرضى السكري النوع الاول حول موضوع (تقدير الذات)، وهو نوع من (التغذية الرجعية، Feed Back) وهو نوع من التعزيز لمعرفة الأفكار الصحيحة والخاطئة منها لدى (أفراد العينة).

لنقوم بعدها بعنصر التعزيز أكثر في إعطاء (درس باستخدام برنامج العرض Data Show) حول موضوع "تقدير الذات" في المحاور التالية: (مدخل لتقدير الذات، تعريف تقدير الذات، حقيقة تقدير الذات، بناء تقدير الذات).

وعليه تتبعنا أسلوب المناقشة أولاً، ثم أسلوب المحاضرة ثانياً. وقد دامت هذه المحاضرة حوالي (18 دقيقة).

ملحق رقم (09) يوضح نشاط الجلسة السادسة

عنوان الجلسة: تعزيز تقدير الفرد لذاته (النجاح الشخصي).

استقبلت الباحثة في أفراد عينة البحث (مرضى داء السكري)، وبعد الترحاب بهم وإلقاء التحية، تم تذكير المرضى بما جرى في الجلسة السابقة من نشاط.

بعد ذلك تم توزيع ورقة مقوى لكل مريض، وتم طرح السؤال التالي: أجب عن الأسئلة التالية:

1) ماذا يعني النجاح بالنسبة لك في كل من الجوانب الآتية؟

المهني:

.....

المادي:

.....

الأسري:

.....

الاجتماعي:

.....

العقلي:

.....

البدني:

.....

الروحي:

.....

2) ما تقييمك لنجاحك في كل من الجوانب التالية؟

المهني:

المادي:

العقلي:

الاجتماعي:

البدني:

الروحي:

الأسري:

3) اكتب أهم 8 قيم لديك.

- أ)
- ب)
- ت)
- ث)
- ج)
- ح)
- خ)
- د)

4) إلى أي مدى يتطابق سلوكك مع قيمك؟

| السلوكيات المتوافقة معها | القيم الشخصية | الرقم | السلوكيات المتوافقة معها | القيم الشخصية | الرقم |
|--------------------------|---------------|-------|--------------------------|---------------|-------|
| | | 5 | | | 1 |
| | | 6 | | | 2 |
| | | 7 | | | 3 |
| | | | | | 4 |

5) طلبت الباحثة فيما بعد بمراجعة المريض لقيمه من وقت لآخر. لا تصدر أحكاما على نفسك بناء على قيم الآخرين لأن ذلك سيقبل من تقديرك لذاتك. سوف يزداد حبك لذاتك عندما تعيش وفقا لقيمتك.

ملحق رقم (10) يوضح نشاط الجلسة السابعة

عنوان الجلسة: (تقدير الآخر).

استقبلت الباحثة المرضى من الجنسين (ذكور وإناث) حيث تم الإتفاق على ميعاد هذه الجلسة ولم يتخلف أحد، وبعد تذكير أفراد عينة البحث بحول ما تم تناوله في الجلسة السابقة، كحلقة تواصل بين أفكار الجلسات لما لما لهذه الأهمية في التواصل وتحقيق غرض الجلسات.

تم توزيع الأدوات اللازمة للإقامة بالنشاط، حيث قدمت لكل مريض (بطاقة من الورق المقوى، قلم، شريط لاصق).

طلبنا من كل مريض أن يكتب صفة إيجابية واحدة عن نفسه على البطاقة دون أن يسجل اسمه، ثم بعد ذلك تعلق البطاقات على ظهر كل مريض. ثم نطلب من المرضى أن يسجل كل واحد منهم صفة إيجابية واحدة على بطاقة زميله وهي معلقة على ظهره.

بعد الإنتهاء من جميع المرضى، يجب أن يكون هناك صفات على ظهر كل مريض بعدد المجموعة. ثم بعد ذلك طلبنا من المرضى (أفراد البحث) نزع البطاقات عن ظهورهم.

ثم طلبنا من كل مريض التأمل في ما كتب على بطاقته وقراءتها أمام الجميع. بعد الإنتهاء سألنا أفراد المجموعة عن شعورهم بعد سماع الصفات التي تتميز بها المجموعة. وفي الأخير سألنا أفراد المجموعة عن تقديرهم لغيرهم.

ملحق رقم (11) يوضح نشاط الجلسة الثامنة

عنوان الجلسة: الذات الاجتماعية (تعزيز الذات الاجتماعية):

استقبلت الباحثة المرضى من الجنسين (ذكور وإناث) حيث تم الإتفاق على ميعاد هذه الجلسة ولم يتخلف أحد، وبعد تذكير أفراد عينة البحث بم تم تناوله في الجلسة السابقة، كحلقة تواصل بين أفكار الجلسات لما لما لهذه الأهمية في التواصل وتحقيق غرض الجلسات.

قمنا (الباحثة) بتوزيع أفراد العينة على ثلاث مجموعات حيث كل مجموعة تشمل (04 مرضى داء السكري النوع الأول).

قمنا بطرح موضوع تحت عنوان: (معايشة المريض لمرض السكري)، ودامت الجلسة (15 دقيقة)، والهدف من هذه الجلسة هو ترك الحرية لكل الأعضاء بالتطبيع الاجتماعي وتبادل الافكار.

يلي هذا النشاط نشاط آخر، هو كالتالي:

1) إلى أي مدى تجيد التكيف والتعامل مع الآخرين؟ هل تعامل الجميع باحترام ونبيل؟ وهل تصغي بشكل جيد إليهم؟ وهل تقيم علاقاتك معهم على أساس نجاحك فقط؟

.....
.....
.....
.....

2) ما الذي يمكنك أن تفعله كي تحسن من علاقاتك الاجتماعية؟

.....
.....
.....
.....

ملحق رقم (12) يوضح نشاط الجلسة التاسعة

عنوان الجلسة: (خلاصة وقياس "تقدير الذات")

بعدها تم اتفاق الباحثة على ميعاد هذه الجلسة الأخيرة، وتؤكد الباحثة عدم غياب أي أحد من أفراد المجموعة (مرضى السكري) والذين تم تطبيق عليهم التجربة.

قمنا بتعريف النشاط المحدد في هذه الجلسة، وعليه تم توزيع ورقة وقلم لكل مريض، وتم طرح السؤال التالي: أكتب ما تناولناه في الجلسات السابقة.

بعد انتهاء كل أفراد المجموعة من كتابة ملخصات للجلسات السابقة، تم قراءة كل مريض ملخصه أمام أفراد المجموعة الآخرين.

وفي الأخير وبعب انتهاء التجربة، وتطبيق استراتيجيتي (المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي) من إعداد الباحثة، وهو نفس الاستبيان المقدم في بداية التجربة (القياس القبلي). قمنا بتوزيع استبيانات "تقدير الذات" على كل فرد من المجموعة لإجراء (القياس البعدي).

ملحق رقم (13) يوضح نشاط الجلسة العاشرة

عنوان نشاط الجلسة: تقديم استبيان "تقدير الذات" التجريب الأخير (القياس التبعي)
بعد تحديد تاريخ وموعد الجلسة الختامية، استقبلت الباحثة كل مرضى داء السكري (النوع الأول)، وبحضور كل الأفراد (عينة البحث)، وبعد الترحيب، تم توزيع استبيانات (نفس الاستبيان لـ "تقدير الذات" المقدم للمرضى في القياس القبلي والبعدي) على كل الأشخاص، وبعد مدة زمنية للإجابة تراوحت (22 دقيقة)، تم إعادة جمع الاستبيانات مرة أخرى.
قامت الباحثة بعدها بالشكر الجزيل لكل الأعضاء على مساعدتها على إجراء التجربة، وطلبت منهم الاستعانة بها والاتصال بها أثناء الحاجة وفي مكتبها المتواجد بالمستشفى (سيدي علي) للاستشارة الاكلينيكية.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة وهران

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

إلى السيد (ة) رئيس مصلحة الطب الداخلي بمستشفى سيدي علي (ولاية مستغانم)

أرجو من سيادتكم المحترمة السماح للطالبة:

بوريشة جميلة

المدائمة على زيارة مؤسستكم للقيام ببحثها الميداني والذي يدخل في إطار إنجاز رسالة الماجستير.

موضوع الرسالة:

فعالية استراتيجيتي المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي في رفع تقدير الذات لدى مرضى السكري (النوع الأول):

"دراسة تجريبية تطبيقية لدى مرضى السكري بولاية مستغانم".

تقبلوا منا فائق عبارات الشكر والتقدير


رئيس المصلحة:

المسؤولة المسؤولة الإستشفائية

بسيدي علي

إمضاء: طساجين عبد الله

مصلحة الطب الداخلي



موافقة الأستاذ المؤطر:



ملحق رقم (15) يوضح "التجزئة النصفية لمعامل ارتباط بيرسون"

| الأفراد | س | ص | س ² | ص ² | س × ص |
|----------|---------|---------|----------------|----------------|-------|
| 1 | 64 | 69 | 4096 | 4761 | 4416 |
| 2 | 65 | 71 | 4225 | 5041 | 4615 |
| 3 | 56 | 66 | 3136 | 4356 | 3696 |
| 4 | 70 | 62 | 4900 | 3844 | 4340 |
| 5 | 74 | 75 | 5476 | 5625 | 5550 |
| 6 | 56 | 56 | 3136 | 3136 | 3136 |
| 7 | 74 | 76 | 5476 | 5776 | 5624 |
| 8 | 86 | 79 | 4624 | 6241 | 5372 |
| 9 | 73 | 77 | 5329 | 5929 | 5621 |
| 10 | 56 | 58 | 3136 | 3364 | 3248 |
| 11 | 60 | 63 | 3600 | 3969 | 3780 |
| 12 | 69 | 69 | 4761 | 4761 | 4761 |
| 13 | 68 | 71 | 4624 | 5041 | 4828 |
| 14 | 68 | 63 | 4624 | 3969 | 4284 |
| 15 | 75 | 66 | 5625 | 4356 | 4950 |
| 16 | 65 | 75 | 4225 | 5625 | 4875 |
| 17 | 68 | 69 | 4624 | 4761 | 4692 |
| 18 | 65 | 67 | 4225 | 4489 | 4355 |
| 19 | 61 | 71 | 3721 | 5041 | 4331 |
| 20 | 55 | 61 | 3025 | 3721 | 3355 |
| 21 | 72 | 79 | 5184 | 6241 | 5688 |
| 22 | 72 | 80 | 5184 | 6400 | 5760 |
| 23 | 68 | 79 | 4624 | 6241 | 5372 |
| 24 | 66 | 77 | 4356 | 5929 | 5082 |
| 25 | 56 | 68 | 3136 | 4624 | 3808 |
| 26 | 67 | 62 | 4489 | 3844 | 4154 |
| 27 | 74 | 83 | 5476 | 6889 | 6142 |
| 28 | 68 | 80 | 4624 | 6400 | 5440 |
| المجموع | 1853 | 1972 | | | |
| \sum^2 | 3433609 | 3888784 | | | |

ملحق رقم (16) يوضح نموذج دراسة حالة لمرضى مصابين بداء السكري النوع الأول

أولاً. المعلومات الأولية:

الإسم:

السن:

المستوى الدراسي:

المهنة:

الحالة المدنية:

المستوى المعيشي:

مكان الإقامة:

ثانياً. الملاحظة السميائية:

الشكل المورفولوجي: (الوزن؟ القامة؟ لون البشرة؟ العينين؟ علامات خاصة؟)

الهندام والمظهر الخارجي:

التعبير الجسدي:

التعبير اللغوي ومحتوى الكلام:

الميزاج والعاطفة:

ثالثاً. تاريخ الحالة:

المعطيات الخاصة بالطفولة: (طفل مرغوب فيه؟ النمو الحسي الحركي؟ الظروف العاطفية(الغيرة الأخوية،

الميول نحو أحد الأبوين) ونمط التنشئة؟ والتربية الأخلاقية والدينية والجنسية؟ المعطيات الإثنية والجغرافية

حول البيئة الأصلية؟ كيف عاش مرحلة المراهقة؟).

التمدرس: كيف تم؟ نوعية التكيف (الهروب، الطرد).

التكوين المهني: (مدته، درجة التأهيل المحصل عليه).

الوضعية الإجتماعية والمهنة الحالية: (المهنة هل هو راض عنها أم لا؟ هل هناك تكيف مهني؟ هل هناك عقوبات؟ طرد؟ وماهي أسباب الإنقطاع عن العمل؟).

الوالدين: (هل هما على قيد الحياة وهل هما متواجدان أم غائبان عن المنزل، أم منفصلان؟ مهنتهما؟ أعمارهما؟ طبيعة الصحة؟ طباعهما؟ كيف يتفاهمان؟ من يسيطر؟ طبيعة العلاقات السابقة والحالية للمفحوص مع الوالدين؟ بمن يريد أن يتشبه به؟).

الإخوة: (عددهم؟ جنسهم؟ أعمارهم؟ مهنتهم؟ صحتهم؟ هل متزوجون أم لا؟ هل لديهم أطفال؟ والأموات من الإخوة؟ وإذا كان هناك أموات منهم فمتى ذلك؟ وفي أي سن؟ مكانة المفحوص ضمن إخوته؟ طبيعة العلاقة بين الفاحص وإخوته؟).

الزواج (إذا ما كان الفاحص متزوجا): (السن؟ المهنة؟ الصحة؟ الطبع؟ تاريخ الزواج؟ فترة وظروف الخطوبة؟ كيف تم الإرتباط؟ الزواج (عن حب من النظرة الأولى؟ متسرع؟ مخطط له؟) كيف تم التعرف؟ كيف كان التفاهم خلال الفترات الأولى من الزواج؟ وبعد مرور مدة على الزواج؟ من قرر الزواج؟ كيف تم الإختيار؟ هل هناك علاقات محتملة خارج الزواج من الطرفين؟ وكيف كانت ردود أفعال الطرفين؟).

الأولاد: (أعمارهم؟ جنسهم؟ دراستهم ومهنتهم؟ مرغوبين أم لا؟ طبيعة العلاقة معهم؟).
ما قبل جنسية: (الشهية الغذائية؟ النظافة؟ التدخين؟ تعاطي الكحول أو المخدرات؟ الحاجات العاطفية؟).
الحياة الجنسية: (الجاذبية الجنسية هل هي ذكورية أو أنثوية؟ العلاقات الجنسية في أي سن كانت بدايتها؟ كيف كانت التجربة الأولى وكيف كانت عواقبها؟ هل هناك علاقات جنسية في الوقت الحالي؟ هل هناك استمناء؟ (وبأي طريقة استحواذية؟ ومع أي استهجمات؟)).

الحياة الحلمية: (طبيعة النوم؟ الإعداد الحلمي؟ طبيعة الأحلام؟ هل تتكرر؟).
العلاقات الإجتماعية: (هل المفحوص لديه أصدقاء؟ طبيعة العلاقة مع الأصدقاء والأقارب ومع المسؤولين في المهنة أو الأساتذة في حالة الدراسة؟ كيف يقضي أوقات الفراغ والعطل؟).

الطموح والتطلّعات المستقبلية:

الطباع وسمات الشخصية:

رابعا. تاريخ الحالة الصحية:

السوابق الصحية للمفحوص:

الصحة الحالية للمريض وتاريخ الإصابة بمرض السكري النوع الأول:

متى أصيب بمرض السكري؟

سبب الإصابة بالمرض؟

كيف تلقى خبر الإصابة بمرض السكري؟

وكيف تلقى أفراد أسرته والمقربون خبر إصابته بمرض السكري؟

هل تقبل المريض إصابته بالمرض؟ نعم؟ كيف ذلك؟ لا؟ لماذا؟

وهل تقبل أفراد أسرته إصابته بالمرض؟ نعم؟ كيف ذلك؟ لا؟ لماذا؟

كيف يعايش المرض؟

الإدراك النفسي والمعرفي للمرض: (هل يعرف المريض ما هو مرض السكري؟ وما هو السكري من النوع

الأول؟ هل يدرك بأنه مرض مزمن يلزمه مدى الحياة؟ وهل يدرك مضاعفات المرض وخطورتها؟).

هل يواظب على أخذ العلاج (الأنسولين)؟ نعم؟ كيف ذلك؟ لا؟

لماذا؟

من يقوم بإعطائه حقنة الأنسولين؟

هل يهتم بنظافة جسمه وملابسه؟ نعم؟ كيف ذلك؟ لا؟ لماذا؟

هل يراقب نسبة السكر في الدم بشكل دائم؟ نعم؟ كيف ذلك؟ لا؟

لماذا؟

هل يحترم المواعيد الطبية والعلاجية مع الطبيب المختص؟ نعم؟ كيف ذلك؟ لا؟ لماذا؟

هل يتبع نظام غذائي خاص؟ نعم؟ كيف ذلك؟ لا؟ لماذا؟

هل يقوم بنشاطات رياضية؟ نعم؟ كيف ذلك؟ لا؟ لماذا؟

من وجهة نظر المريض (المفحوص)، ماذا تغير في حياته بعد الإصابة بمرض السكري النوع الأول؟

كيف أصبح ينظر إلى جسده؟ ونفسه؟

وحسب اعتقاده، كيف أصبح ينظر له الآخرون (الأسرة، الأصدقاء والمقربين؟).

كيف أصبح ينظر للحياة؟

ملخص

هدفت الدراسة إلى معرفة فعالية استراتيجيتي المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي في رفع تقدير الذات لدى مرضى السكري النوع الأول. اعتمدنا في بحثنا على المنهج التجريبي لملاءمته لبحثنا لأننا في صدد إجراء مقارنات بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مدى فعالية الاستراتيجيتين. وتكونت عينة البحث من (6 حالات تجريبية و6 حالات من العينة الضابطة) من مرضى السكري المتواجدين على مستوى مركز علاج السكري والمستشفيات. ولجمع البيانات استخدمنا تقنية دراسة الحالة وفقا للمنهج الاكلينيكي، واستبيان تقدير الذات لروزنبرغ، بالإضافة إلى استبيان "تقدير الذات" من إعدادنا لقياس تقدير الذات لدى مرضى السكري من النوع الأول، في الإجراءات القبلي والبعدي بعد حساب خصائصه السيكميترية على العينة الاستطلاعية. ولتحليل البيانات استخدمنا مجموعة من الأساليب الاحصائية هي: المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، النسب المئوية، اختبار "ت" واختبار تحليل التباين، معامل ارتباط بيرسون، ومعامل التصحيح لسبيرمان براون. وكانت نتائج البحث كالتالي:

(1) هناك تدني تقدير الذات لدى أفراد عينة البحث. (2) بينت نتائج دراسة الحالة لمرضى السكري تدني تقدير الذات. (2) توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,01 في "تقدير الذات" بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على الاختبار البعدي لصالح المجموعة التجريبية. (3) توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,01 في "تقدير الذات" بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي، لصالح القياس البعدي. (4) توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,01 في "تقدير الذات" بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي، لصالح القياس التتبعي. (5) توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,01 في تقدير الذات بين المجموعتين التجريبية والضابطة على اختبار المتابعة.

الكلمات المفتاحية:

المقابلة التحفيزية؛ التنظيم الذاتي؛ تقدير الذات؛ داء السكري؛ بيرسون؛ الذات؛ ستيودنت؛ متغير الجنس؛ العلاج؛ الأنسولين؛ الإدارة الذاتية.

نوقشت يوم 14 ماي 2014