



جامعة قاصدي مرباح - ورقلة .
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم تربية
شعبة علم النفس

الموضوع:

جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بالمعتقدات الصحية التعويضية
لدى المراهقين المصابين بالسكري
دراسة ميدانية بمدينة ورقلة وتقرت

أطروحة مقدمة لاستكمال متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في الطور الثالث
تخصص علم النفس الاجتماعي

إشراف الأستاذة الدكتورة:
يسمينة آيت مولود

إعداد الطالبة
زهور مونه

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	المؤسسة	الصفة
محمد سليم خميس	أستاذ التعلم العالي	جامعة قاصدي مرباح - ورقلة	رئيسا
يسمينة آيت مولود	أستاذ التعلم العالي	جامعة تيزي وزو	مشرفا ومقررا
مراد يعقوب	أستاذ التعلم العالي	جامعة غرداية	مناقشا
خالد بو عافية	أستاذ التعلم العالي	جامعة قاصدي مرباح - ورقلة	مناقشا
يمينة خلادي	أستاذ التعلم العالي	جامعة قاصدي مرباح - ورقلة	مناقشا
مليكَة طالبي	أستاذ محاضر أ	جامعة قاصدي مرباح - ورقلة	مناقشا

الموسم الجامعي: 2023/2022



الإهداء

اللهم صل على سيدنا محمد عدد خلقه وزينة عرشه ومداد كلماته أهدي ثمرة جهدنا
إلى *أمي خضراء الجنة* التي أضاءت لي الكون بحبها
وعطفها وأصواتها ونظراتها وأناملها وكل نفس من أنفاسها
التي كان في طياتها الأمل والصبر والتوكل حلى الله عز وجل.
إلى *زوجي بلقاسم غطاس* فكل العبارات والمعاني لا توفي حقه في
شكري وامتناني واعترافي له بتقدير الخالص لكل ما يسعى لتحقيقه
لنا، فهو أنيسي ومؤنسي وسندي، هو العالم الذي احتواني بحبه وأمنه
وحماه.

إلى روح أبي الطاهرة، *أحمد* اللهم ارحمه واجعل قبره روضة من رياض الجنة.
إلى رفقاء طفولتي وسند مسيرتي إخواني وأزواجهم وأبنائهم:
جمعة حبيبة *نبيل* *مسعودة* *محمد* *سامية* *فوزي* *أميرة أحلام*
إلى من كانت له بصمة مشجعة ودفعة قوية في مصاري الدراسي *الحاج محمد التجاني غطاس*
اللهم ارحمه واجعله في جوار نبينا محمد صل الله عليه وسلم.
إلى عائلتي زوجي التي جعلني الله بينهم لأبدأ معهم بداية يملؤها الحب والإخاء
عائلة الحاج محمد التجاني غطاس

شكر و عرفان

الحمد لله رب العالمين و الصلاة و السلام على سيدنا محمد خاتم الأنبياء
و المرسلين

أتقدم بالحمد و الشكر لله عز وجل على فضله و نعمته.

ثم أشكر كل من ساهم في نجاح مساري التعليمي بحرف أو حرفان أو آلاف

أشكر أساتذتي الافاضل الأستاذة المشرف "ياسمينه آيت مولود"

أستاذي صاحب القلب الطيب و الرحب "الدكتور خميس محمد سليم"

الاساتذة الكرام الذين كانوا في الصف الأول لتقديم يد العون

"الدكتور أحمد بن دانية" "الدكتور محمد الطاهر طعيلي"

"الدكتورة بوراس هوارية"

وكل الأساتذة و الاستاذات الذين قدموا لنا كل النصح و الارشاد

في مشوارنا التعليمي كل واحد باسمه .

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على مستوى جودة الحياة الأسرية المدركة والتعرف على مستوى المعتقدات الصحية التعويضية لدى عينة من المراهقين المصابين بداء السكري بمدينة رقبلة وتقرت، والكشف عن العلاقة الارتباطية بين جودة الحياة الأسرية المدركة والمعتقدات الصحية التعويضية لدى أفراد العينة، وكذا التعرف على الفروق في جودة الحياة الأسرية المدركة والفروق في المعتقدات الصحية التعويضية وفقا للمتغيرات الديمغرافية المتمثلة في (الجنس، المستوى التعليمي، حجم الأسرة، سنوات الإصابة بالسكري، المستوى المعيشي للأسرة). حيث تكونت عينة الدراسة من (92) مراهق ومراهقة على مستوى المستشفيات والعيادات الخاصة بمدينة رقبلة وتقرت. ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي، وقد استخدمنا لغرض جمع البيانات مقياس جودة الحياة الأسرية المدركة لمعدتيه (أ.د/أماني عبد المقصود عبد الوهاب و أ.د/سميرة محمد شند. 2010) ومقياس المعتقدات الصحية التعويضية لمعدتيه (Marjorie A. "Rabiau". 2006) والمترجم من قبل الباحثة، كما قمنا بالتحقق من صلاحيتهما والتأكد من بعض الخصائص السيكومترية لهما. ولمعالجة البيانات وتحليلها إحصائيا قمنا باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss-v23). وقد أظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

1. مستوى جودة الحياة الأسرية المدركة لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية مرتفع.
2. مستوى المعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية منخفض.
3. لا توجد علاقة بين مستوى جودة الحياة الأسرية المدركة والمعتقدات الصحية التعويضية لدى عينة المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية، حيث جاءت قيمة معامل الارتباط بيرسون مقدرة ب(-0,142) بقيمة دلالة تساوي (0,176).
4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة الأسرية المدركة تعزي لكل من متغير الجنس، المستوى التعليمي، سنوات الإصابة بالسكري، حجم الأسرة، المستوى المعيشي للأسرة، لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية.
5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المعتقدات الصحية التعويضية تعزي لكل من متغير المستوى التعليمي، سنوات الإصابة بالسكري، حجم الأسرة، المستوى المعيشي للأسرة لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية فيما عدا الجنس لصالح الاناث.

6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة الأسرية المدركة للفئة ذات المستوى المنخفض للمعتقدات الصحية التعويضية والفئة ذات المستوى المرتفع للمعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية.
7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية التعويضية بين الفئة ذات المستوى المرتفع لجودة الحياة الأسرية المدركة والفئة ذات المستوى المنخفض لجودة الحياة الأسرية المدركة لدى المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية.
8. يوجد تباين بين مستويات أبعاد المعتقدات الصحية التعويضية لدى الفئة ذات المستوى المرتفع لجودة الحياة الأسرية المدركة من المراهقين المصابين بداء السكري في عينة الدراسة الحالية.
9. يوجد تباين بين مستويات أبعاد جودة الحياة الأسرية المدركة لدى الفئة ذات المستوى المنخفض للمعتقدات صحية تعويضية من المراهقين المصابين بداء السكري في عينة الدراسة الحالية.
- وقد تمت مناقشة وتفسير هذه النتائج بناء على الأدبيات النظرية والدراسات السابقة.
- الكلمات المفتاحية:** جودة الحياة الأسرية، المعتقدات الصحية التعويضية.

Study summary

The current study aims to identify the level of the quality of family life and the extent of the compensatory health beliefs among a sample of adolescents with diabetes in the cities of Ouargla and Tougourt, and to reveal the correlation between the quality of family life and the compensatory health beliefs among the sample members. It also aims to identify the differences in the quality of family life and differences in compensatory health beliefs according to demographic variables represented in (gender, educational level, family size, years of diabetes, family standard of living). The study sample consisted of (92) male and female adolescents at the level of hospitals and private clinics in the cities of Ouargla and Tougourt. In order to achieve the objectives of the study, we relied on the descriptive correlative approach, and for the purpose of data collection, we used the scale of the quality of family life (Prof. Amani Abdel-Maqoud Abdel-Wahhab and Prof. Dr. Samira Mohamed Shaned, 2010) and the Compensatory Health Beliefs scale for the compensatory health beliefs (Marjorie A. "Rabiau.2006) and translated by the researcher. We also verified their validity and confirmed some of their psychometric properties. To process and analyze the data statistically, we used the Statistical Package for Social Sciences (SPSS-v23) program.

The results of the study showed the following:

1. The level of the quality of family life among diabetic adolescents from the sample of the current study was high.

2. There were no compensatory health beliefs among diabetic adolescents from the current study sample.
3. There was no relationship between the level of the quality of family life and compensatory health beliefs among a sample of diabetic adolescents from the sample of the current study, where the value of the Pearson correlation coefficient was estimated at (-0.142) with a significance value equal to (.1760).
4. There were no statistically significant differences in the level of the quality of family life attributed to each of the variables of gender, educational level, years of diabetes, family size, and family standard of living among diabetic adolescents from the current study sample.
5. There are no statistically significant differences in compensatory health beliefs due to each of the educational level variable. Years of diabetes. Family size. The standard of living of the family among adolescents with diabetes from the sample of the current study, with the exception of gender in favor of females
6. There are no statistically significant differences in the level of awareness of the quality of family life between the category of those who hold compensatory health beliefs and the category of non-holders of compensatory health beliefs among adolescents with diabetes among the current study sample.
7. There were no statistically significant differences in compensatory health beliefs between the group with a high level of the quality of family life and the category with a low level of the quality family life among adolescents with diabetes from the current study sample.
8. There was a difference between the levels of compensatory health beliefs dimensions among the group with a high level of the quality of family life of adolescents with diabetes in the sample of the current study.
9. There was a difference between levels of the quality of family life dimensions among the non-compensatory health beliefs group of adolescents with diabetes in the current study sample.

These results have been discussed and interpreted based on the theoretical literature and previous studies.

Keywoofrds: quality of family life, compensatory health beliefs.

Résumé de l'étude

La présente étude vise à identifier le niveau de la qualité de vie familiale et l'étendue des croyances compensatoires en santé chez un échantillon d'adolescents diabétiques des villes de Ouargla et de Touggourt, et à révéler la corrélation entre la qualité de vie familiale et la croyances compensatoires en

santé parmi les membres de l'échantillon. Il vise également à identifier les différences de qualité de vie familiale et les différences de croyances compensatoires en santé selon les variables démographiques représentées dans (genre, niveau d'instruction, taille de la famille, années de diabète, niveau de vie de la famille).

L'échantillon de l'étude était composé de (92) adolescents et adolescentes au niveau des hôpitaux et des cliniques privées des villes de Ouargla et de Touggourt. Afin d'atteindre les objectifs de l'étude, nous nous sommes appuyés sur l'approche descriptive corrélative, et pour les besoins de la collecte des données, nous avons utilisé l'échelle de la qualité de vie familiale (Prof. Amani Abdel-Maqroud Abdel-Wahhab et Prof. Dr. Samira Mohamed Shaned, 2010) et l'échelle Compensatory Health Beliefs pour les croyances compensatoires en santé (Marjorie A. « Rabiau.2006) et traduites par la chercheuse. Nous avons également vérifié leur validité et confirmé certaines de leurs propriétés psychométriques. Pour analyser statistiquement les données, nous avons utilisé le programme Statistical Package for Social Sciences (SPSS-v23).

Les résultats de l'étude ont montré ce qui suit :

- 1- Le niveau de la qualité de vie familiale chez les adolescents diabétiques de l'échantillon de la présente étude était élevé.
- 2- Il n'y avait pas de croyances compensatoires en matière de santé chez les adolescents diabétiques de l'échantillon de l'étude actuelle.
- 3- Il n'y avait pas de relation entre le niveau de la qualité de vie familiale et les croyances compensatoires en santé chez un échantillon d'adolescents diabétiques de l'échantillon de la présente étude, où la valeur du coefficient de corrélation de Pearson était estimée à (-0,142) avec une signification valeur égale à (.1760).
- 4- Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives dans le niveau de la qualité de vie familiale attribuée à chacune des variables de genre, niveau d'éducation, années de diabète, taille de la famille et niveau de vie familial chez les adolescents diabétiques de l'échantillon de l'étude actuelle.
- 5- Il n'y a pas de différences statistiquement significatives dans les croyances compensatoires en matière de santé en raison de chacune des variables du niveau d'éducation, nombre d'années de diabète, taille de la famille, le niveau de vie de la famille chez les adolescents diabétiques de l'échantillon de la présente étude, à l'exception du genre en faveur des femmes
- 6- Il n'y a pas de différences statistiquement significatives dans le niveau de conscience de la qualité de vie familiale entre la catégorie de ceux qui ont des croyances compensatoires en santé et la catégorie des non-détenteurs de



croyances compensatoires en santé chez les adolescents diabétiques de l'échantillon de l'étude actuelle.

7- Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives dans les croyances compensatoires en matière de santé entre le groupe avec un haut niveau de qualité de vie familiale et la catégorie avec un faible niveau de qualité de vie familiale chez les adolescents diabétiques de l'échantillon de l'étude actuelle.

8- Il y avait une différence entre les niveaux des dimensions des croyances compensatoires en matière de santé parmi le groupe avec un niveau élevé de la qualité de la vie familiale des adolescents diabétiques dans l'échantillon de l'étude actuelle.

9- Il y avait une différence entre les niveaux des dimensions de la qualité de la vie familiale parmi le groupe des croyances non compensatoires en matière de santé des adolescents atteints de diabète dans l'échantillon de l'étude actuelle.

Ces résultats ont été discutés et interprétés sur la base de la littérature théorique et des études antérieures.

Mots clés : qualité de vie familiale, croyances compensatoires en santé.

فهرس المحتويات



فهرس المحتويات

	الاهداء
أ	شكر وعرهان
ب	ملخص الدراسة باللغة العربية
ج	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
د	ملخص الدراسة باللغة الفرنسية
ح	فهرس المحتويات
م	فهرس الجداول
ع	فهرس الأشكال
ع	فهرس الملاحق
1	مقدمة الدراسة

الجانب النظري

الفصل الاول

الإطار العام للدراسة

8	إشكالية الدراسة	01
17	تساؤلات الدراسة	02
18	فرضيات الدراسة	03
19	أهداف الدراسة	04
20	أهمية الدراسة	05
23	التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة	06
25	الدراسات السابقة	07
38	تعقيب حول الدراسات السابقة	08
41	حدود الدراسة	09

الفصل الثاني

جودة الحياة الأسرية

		تمهيد
43	أولاً: جودة الحياة	01
43	تعريف الجودة	02
45	التأريخ لمفهوم جودة الحياة	03
46	تعريف جودة الحياة	04
47	الاتجاهات المفسرة لجوده الحياة	05
50	ثانياً: الأسرة	06
50	تطور مفهوم الأسرة	07
51	تعريف الأسرة	08
51	وظائف الأسرة	09
53	ثالثاً: جودة الحياة الأسرية	10
53	نشأة مفهوم جودة الحياة الأسرية	11
54	تعريف جودة الحياة الأسرية	12
56	أبعاد جودة الحياة الأسرية	13
58	مؤشرات جودة الحياة الأسرية	14
60	رابعاً: الأسرة و الصحة	15
60	دور الأسرة في تعديل العادات الصحية الضارة	16
61	دور الأسرة في تحقيق الجودة والسلامة والصحة البدنية لأفرادها	17
خلاصة الفصل		
الفصل الثالث		
المعتقدات الصحية التعويضية		
		تمهيد
64	أولاً: الصحة	01
64	مفهوم الصحة	02
66	محددات الصحة	03
68	العوامل المؤثرة على صحة الفرد	04
69	ثانياً: المعتقدات الصحية ت	05

69	تعريف المعتقد	06
69	تعريف المعتقدات	07
70	تعريف المعتقدات الصحية	08
71	نموذج المعتقدات الصحية العام	09
71	المكونات الأساسية لنموذج المعتقدات الصحية العام	10
74	النقد الموجه لنموذج المعتقدات الصحية العام	11
75	ثالثا: المعتقدات الصحية التعويضية	12
75	تعريف التعويض	13
75	تعريف المعتقدات الصحية التعويضية	14
78	النظريات المساهمة بتكوين نموذج المعتقدات الصحية التعويضية.	15
84	العناصر الرئيسية في نموذج المعتقدات الصحية التعويضية.	16
92	الآثار الصحية المتوقعة الناتجة عن المعتقدات الصحية التعويضية	17
92	معتقدات المريض حول التكيف مع المرض	18
93	معتقدات المريض حول أسباب المرض	19
94	معتقدات المريض حول مدى السيطرة على المرض	20

خلاصة الفصل

الفصل الرابع المراهقة

		تمهيد
97	تعريف المراهقة	01
98	نظريات تفسير المراهقة	02
106	تحديد فترة المراهقة	03
108	مظاهر النمو في مرحلة المراهقة	04
112	الحاجات النفسية في مرحلة المراهقة	05
113	مشكلات مرحلة المراهقة	06
115	علاقة المراهق مريض السكري مع الاسرة	07
116	عوامل نضج شخصية المراهق	08

117	مشكلة إدارة مرض السكري عند المراهقين	09
117	الاضطرابات النفسية للمراهقين المصابين بالسكري	10
119	أثر السكري على الخصائص النفسية والاجتماعية عند المراهق	11
خلاصة الفصل		
الفصل الخامس		
مرض السكري		
تمهيد		
124	تعريف مرض السكري	01
125	الأعضاء والهرمونات المرتبطة بمرض السكري	02
127	أنواع مرض السكري	03
128	أسباب الإصابة بمرض السكري	04
130	أعراض مرض السكري	05
132	مضاعفات مرض السكري	06
133	العوامل التي تؤثر علي مستوى السكر في الدم	07
134	انتشار مرض السكري عند الأطفال والمراهقين	08
138	المراهق ومرض السكري	09
140	المراحل النفسية التي يمر بها مريض السكري	10
142	مرض السكري وجودة الحياة الأسرية	11
خلاصة الفصل		
الجانب الميداني		
الفصل السادس		
الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية		
تمهيد		
147	المنهج المتبع في الدراسة	01
147	الدراسة الإستطلاعية	02
148	أهداف الدراسة الاستطلاعية	03

149	عينة الدراسة الاستطلاعية	04
149	وصف أدوات الدراسة	05
154	الخصائص السيكمترية لأدوات الدراسة	06
170	عينة الدراسة الاساسية	07
172	اعتبارات اختيار العينة الدرسة	08
173	اجراءات تطبيق الدراسة الاساسية	09
173	الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة	10
	خلاصة الفصل	
الفصل السادس		
عرض وتحليل نتائج الدراسة		
		تمهيد
176	عرض وتحليل نتائج الفرضية الاولى	01
177	عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية	02
178	عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة	03
181	عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة	04
192	عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة	05
203	عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة	06
204	عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة	07
205	عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة	08
206	عرض وتحليل نتائج الفرضية التاسعة	09
	خلاصة الفصل	
الفصل السابع		
تفسير ومناقشة النتائج		
		تمهيد
211	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى	01
217	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية	02
222	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة	03

227	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة	04
241	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة	05
256	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة	06
258	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة	07
267	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة	08
265	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة	09
270	خلاصة عامة ومقترحات	
273	المراجع	
286	الملاحق	

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
50	أبعاد ومجالات جودة الحياة	01
130	مقارنة المظاهر السريرية بين النمط الاول و النمط الثاني من داء السكري	02
135	الاحصائيات العالمية لمرض السكري لدى الأطفال والمراهقين لسنة 2019	03
137	أعلى 10 دول لإحصائيات الأطفال والمراهقين المصابين بالسكري لسنة 2019	04
141	المراحل النفسية التي يمر بها مريض السكري	05
150	عدد الفقرات لكل بعد في مقياس جودة الحياة الاسرية	06
150	الفقرات الايجابية والسلبية لمقياس جودة الحياة الاسرية	07
151	مفتاح تصحيح مقياس جودة الحياة الأسرية	08
153	أبعاد وفقرات مقياس المعتقدات الصحية التعويضية	09
154	بدائل الإجابة الخاصة بمقياس المعتقدات الصحية التعويضية	10
155	معاملات ارتباط فقرات بعد التفاعل الأسري مع الدرجة الكلية للبعد	11
156	معاملات ارتباط فقرات بعد الوالدية مع الدرجة الكلية للبعد	12
156	معاملات ارتباط فقرات بعد السعادة الانفعالية مع الدرجة الكلية للبعد	13
157	يوضح معاملات ارتباط فقرات بعد المقدره المادية والسلامة الصحية مع الدرجة الكلية للبعد	14

158	صدق المقارنة الطرفية لفقرات مقياس جودة الحياة الأسرية	15
161	معاملات ثبات مقياس جودة الحياة الأسرية بطريقة التجزئة النصفية	16
161	قيم معاملات ألفا- كرونباخ لأبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية	17
163	الفقرات المعدلة في مقياس المعتقدات الصحية التعويضية	18
165	معامل الارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس المعتقدات الصحية التعويضية والدرجة الكلية للمقياس	19
165	معاملات الارتباط بين فقرات بعد استعمال المادة و الدرجة الكلية للبعد	20
166	معاملات الارتباط بين فقرات بعد عادات الاكل الدرجة الكلية للبعد	21
166	معاملات الارتباط بين فقرات بعد الاجهاد والدرجة الكلية للبعد	22
167	معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة و الدرجة الكلية للمحور الرابع	23
168	صدق المقارنة الطرفية لفقرات مقياس المعتقدات الصحية التعويضية	24
169	معامل ألفا كرونباخ لثبات مقياس المعتقدات الصحية التعويضية	25
170	قيمة معامل الارتباط سبيرمان قبل وبعد التصحيح بين جزأي مقياس المعتقدات الصحية التعويضية	26
170	خصائص عينة الدراسة الكلية حسب الجنس	27
171	خصائص عينة الدراسة الكلية حسب المستوى التعليمي	28
171	خصائص العينة الكلية حسب سنوات الإصابة بالمرض	29
171	خصائص عينة الدراسة الكلية حسب حجم الأسرة	30
172	خصائص العينة الكلية حسب المستوى المعيشي للأسرة	31
176	الفرق بين المتوسط الحسابي لعينة الدراسة على مقياس جودة الحياة الأسرية والمتوسط الفرضي للمقياس ونتائج اختبار "ت" لدلالة هذه الفروق	32
177	الفرق بين المتوسط الحسابي لعينة الدراسة على مقياس المعتقدات الصحية التعويضية والمتوسط الفرضي للمقياس ونتائج اختبار "ت" لدلالة هذه الفروق	33
178	نسب المراهقين الصابيين بالسكري الغير حاملون والحاملون للمعتقدات الصحية التعويضية	34
179	مصنوفة معاملات الارتباط بين مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية بأبعادها ومستوى المعتقدات الصحية التعويضية وأبعادها	35

181	نتائج اختبار "ت" للفروق في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية وفقا لمتغير الجنس	36
183	نتائج اختبار "Anova" للفروق في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية وفقا لمتغير المستوى التعليمي	37
186	نتائج اختبار "ت" للفروق في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية وفقا لمتغير سنوات الإصابة بالسكري	38
188	اختبار "ت" للفروق في مستوى الادراك لجودة الحياة الأسرية وفقا لمتغير حجم الأسرة	39
190	نتائج اختبار " Anova " للفروق في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية وفقا لمتغير المستوى المعيشي للأسرة	40
193	نتائج اختبار "ت" للفروق في وجود المعتقدات الصحية التعويضية وفقا لمتغير الجنس	41
195	نتائج اختبار "Anova" للفروق في وجود المعتقدات الصحية التعويضية وفقا لمتغير المستوى التعليمي	42
197	نتائج اختبار "ت" للفروق في وجود المعتقدات الصحية التعويضية وفقا لمتغير سنوات الإصابة بالسكري	43
199	نتائج اختبار "ت" للفروق في وجود المعتقدات الصحية التعويضية وفقا لمتغير حجم الأسرة	44
201	نتائج اختبار " Anova " للفروق في المعتقدات الصحية التعويضية وفقا لمتغير المستوى المعيشي للأسرة	45
204	نتائج اختبار "ت" الفروق في درجات مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية بين الغير حاملون والحاملون للمعتقدات الصحية التعويضية	46
204	نتائج اختبار "ت" للفروق في درجات المعتقدات الصحية التعويضية بين فئتي مستوى الادراك لجودة الحياة الأسرية المرتفع والمنخفض	47
205	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لأبعاد مقياس المعتقدات الصحية التعويضية	48
206	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لأبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية المدركة	49

فهرس الاشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	أبعاد جودة الحياة الأسرية	58
02	مكونات نموذج المعتقدات الصحية و العوامل المرتبطة	74
03	نموذج السلوك المبرر (نظرية السلوك المخطط	81
04	الشكل التمثيلي لنظرية سيرورة الفعل الصحي	83
05	عناصر نموذج المعتقدات الصحية التعويضية	85
06	المراحل النفسية التي يمر بها مريض السكري	141
07	خريطة معدلات الإصابة بمرض السكري من النوع 1 لدى الأطفال والمراهقين	136

فهرس الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
01	قائمة الأساتذة المحكمين لترجمة مقياس المعتقدات الصحية التعويضية	286
02	قائمة الأساتذة المحكمين للتدقيق اللغوي لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية	286
03	النسخة الأصلية لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية باللغة الانجليزية	287
04	استمارة تحكيم ترجمة مقياس المعتقدات الصحية التعويضية	289
05	استمارة تحكيم التدقيق اللغوي لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية	296
06	الصورة النهائية لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية المترجم من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية	301
07	رخصة القيام بالدراسة الميدانية رقم (1)	304
08	رخصة القيام بالدراسة الميدانية رقم (2)	305
09	نتائج الدراسة الأساسية	306

مقدمة :

في السنوات الأخيرة الماضية تم تركيز اهتمام الباحثين في مجال علم النفس الصحة على السلوكيات الصحية وعواقبها على الأفراد منهم الأصحاء والمصابون بأمراض مزمنة أو الأمراض الخطيرة، حيث توضح العديد من الدراسات أن العوامل السلوكية ونمط الحياة مثل زيادة الوزن أو السمنة وقلّة ممارسة الرياضة وتناول الوجبات الغير الصحية والمشروبات المعبلة والتدخين هي محددات رئيسية لانتشار لأمراض وارتفاع نسبة الوفيات. (Cyril Forestier & al.2019)

فقد أظهرت بعض الدراسات أنه في غضون خمس سنوات كان بعض الأفراد الذين حاولوا الحفاظ على سلامة صحتهم من خلال القيام بسلوكيات صحية إيجابية مثل حمية غذائية، رياضة، نوم معتدل، يعودون إلى نفس الوضع الذي كانوا عليه من قبل أو يطرأ تدهور في حالتهم الصحية. وفي غضون خمس سنوات أخرى أصبحت صحتهم التي عملوا على تحسينها أسوأ مما كانوا عليه. كما أن الأشخاص حديثي الانخراط بممارسة الرياضة توقفوا تماما عن ممارسة الرياضة في غضون الأشهر الستة الأولى. على الرغم من أن الأفراد لديهم معرفة بالسلوك الذي كان له آثار صحية سلبية، مثل استهلاك الطعام المفرط والغير صحي أو عدم ممارسة الرياضة، وحاولوا أن يكون لديهم نمط حياة صحي، إلا أن جهودهم لم تنجح. فما الذي يجعل من الصعب على الناس الانخراط باستمرار في السلوكيات الصحية والالتزام باختياراتهم السلوكية الصحية؟ ((Cyril Forestier & al.2019))

لقد حاول عدة باحثين فهم العوامل التي تسهم في تدني مستويات الالتزام بالأهداف الصحية التي يحددها الأفراد ويسعون للوصول إليها إذ يركز جزء من التفسير النفسي لهذه الظاهرة على العمليات المعرفية المنطقية. ومن العمليات المعرفية التي لها تأثير على قرار الفرد بالانغماس هي ما يعرف بتفعيل المعتقدات التعويضية. حيث يعتقد الأفراد حاملو المعتقدات الصحية التعويضية أن العواقب السلبية للسلوك غير الصحي - ولكنها تكون مرغوب فيها في كثير من الأحيان- يمكن تعويضها أو التخفيف من أضرارها من خلال الانخراط في سلوكيات أخرى لها تأثيرات صحية جيدة وإيجابية. إذ ترى رابيو وآخرون. 2006. (Rabiau et al. (2006)) أنه يتم تنفيذ العمليات المعرفية المنطقية عندما يكون هناك تعارض أو عدم توافق بين مغريات الانخراط في سلوك غير صحي والأهداف

مقدمة الدراسة

الصحية المحددة ذاتيًا. فينشأ من عدم التوافق هذا ثلاث استراتيجيات لحل الصراع والمتمثلة في: (مقاومة الرغبة)، (تكيف تصور الخطر / توقع النتيجة)، (تفعيل المعتقدات الصحية التعويضية). و ترى رابيو وآخرون كذلك(2006) أنه عندما يكون الإغراء هو الانخراط في سلوك غير مرغوب فيه و يشكل أضرار صحية، يجب أن يكون الأفراد قادرين على مقاومة الرغبة ولا يحتاجون إلى الاعتماد على المعتقدات الصحية التعويضية أو تفعيلها. بالإضافة إلى ذلك ، عندما يواجهون إغراء الانخراط في سلوك مرغوب فيه للغاية ولا يقاوم بشكل أساسي، فلن يتمكنوا من تفعيل المعتقدات الصحية التعويضية لأنهم يعتقدون أن شدة الإغراء واستحسان السلوك يبرر الانغماس في السلوك المرغوب ولكنه غير صحي.

(Sittichai Thongworn , Veena Sirisuk.2018.Pp 313)

يشير كلا من (Rogers ، 1975 ، 1985 ، Ajzen ، 1985) إلى أن الباحثين الذين يحاولون شرح السلوكيات الصحية والتنبؤ بها يرون أن عملية اختيار السلوك الصحي هو نتاج عمليات التقييم العقلاني بينما العوامل التحفيزية المرتبطة بالاختيارات الصحية للأفراد فقد تم تجاهلها نسبيًا، وهنا يتم التركيز على حالة تحفيزية محددة كمحدد للسلوكيات الصحية والمخاطرة المتمثلة في التنافر المعرفي، أو الصراع المعرفي الذي ينشأ عندما تتعارض متعة الانغماس في سلوك مرغوب مع الآثار الصحية السلبية المحتملة (طويلة المدى). يتطلب حل هذا الصراع المعرفي عمليات التنظيم الذاتي مثل محاولات مقاومة الرغبة أو إعادة تعديل الضرر الناجم عن السلوك. ويقترح أن يستخدم الأشخاص أنواعًا معينة من المعتقدات لحل مثل هذه "المشكلات". كما يُقترح أن المعتقدات الصحية التعويضية تمكن الأفراد من الحفاظ على أفضل ما في العالمين: تناول وجبة غير صحية مثلًا، ولكن عدم الشعور بالذنب حيال ذلك.(Cyril Forestier & al.2019)

في حين أن الفرد قد ينوي ممارسة السلوك التعويضي ، فإن السلوك التعويضي نفسه غالبًا لا يتم تنفيذه. ومع مرور الوقت يضعف الشعور بالتوتر الذي كان في البداية ، وفي النهاية تتلاشى الحاجة إلى التعويض عن السلوك غير الصحي. بالإضافة إلى أنه قد لا يعوض السلوك التعويضي بشكل فعال عن الآثار السلبية المتعددة التي يمكن أن يحدثها السلوك غير الصحي ولكن قد يؤدي إلى اعتلال الصحة على المدى الطويل. لذلك يمكن

مقدمة الدراسة

افتراض أن الاحتفاظ بالمعتقدات الصحية التعويضية يرتبط بالنتائج الصحية السلبية بمرور الوقت (Berli, Corina .et al. 2014.)

إن هذه السيورة المعرفية التي ينتج عنها الوصول إلى إشباع الرغبات مع التقليل من المخاطر والأضرار الصحية هي ذات صلة وثيقة بالمشكلات التي يعيشها يوميا مرضى السكري. فيعتبر أكثر الأمراض انتشارا في العالم اجمع المتقدم منه والغير متقدم، ويصيب كل طبقات المجتمع المختلفة في الغنى و الفقر وبين الصغار والكبار. الذكور والإناث. (محمد بن سعد الحميد، 2008، ص.14)

وقد يعاني العديد من المراهقين مرضى السكري على وجه الخصوص من تدهور في التحكم في التمثيل الغذائي وغالبًا ما يُعزى إلى نوعية الوجبات والتمارين الرياضية غير المنتظمة، وضعف الالتزام بالعلاج ، والسلوكيات الخطرة مثل التدخين، وتغيرات في نشاط الغدد المرتبطة بمرحلة البلوغ، مما يؤدي إلى زيادة مقاومة الأنسولين. والتغيرات في طبيعة الجسم وخاصة زيادة الوزن قد تكون آثارًا جانبية غير مرغوب فيها مرتبطة بمرض السكري، والتي ترتبط أحيانًا بالتغيرات في وتيرة نضج البلوغ مما يؤدي إلى مشكلات في الأنسولين للتأثير على فقدان الوزن. (Cameron FJ.& el.)

فمرحلة المراهقة تعتبر فترة صعبة بشكل خاص لرعاية مرضى السكري ، حيث تنتقل مسؤولية رعاية مرضى السكري من الوالدين إلى المراهقين ، مما يترك المراهقين أمام العديد من الخيارات التي تؤدي إلى فرص متكررة لتجربة التنافر المعرفي بين الشعور بالإغراء والرغبة في منع المضاعفات الصحية. كما يمكن أن يكون المراهقين المصابين بداء السكري يستخدمون المعتقدات التعويضية كوسيلة لحل هذه الصراعات العقلية في جهودهم لتحقيق أقصى قدر من المتعة مع الاعتقاد بأنهم يقللون من الضرر.

(Marjorie A. Rabiau,& el.2009)

إن مشكلات إدارة مرض السكري لدى المراهقين لا تقتصر على صعوبات خاصة بالمرضى نفسه وتعلقها بتقبل القيود التي يفرضها المرض، وإنما تضم أفراد الأسرة كذلك، فالوالدان قد يتصرفان بطرق تعشل الجهود الموجهة لإدارة المرض ويعاملان المراهق معاملة الطفل، وقد يضعان قيوداً على نشاطاته اليومية، فتتحصر على الضروريات فقط؛ مما ينجم

مقدمة الدراسة

عنه تعزيز طفولته واعتماده على الأبوين أو الإخوة. كما قد يحاولان إقناع المراهق بأنه سويّ مثل أقرانه، وبمرور وقت قصير يدرك المراهق بأنه ليس كذلك". (شيلي تايلور 2007 ص 629)

ويمكن للمحيط الأسري أن يلعب دوراً مهماً في إدارة السكري، والالتزام بعلاجه فقد تبين في دراسة أن مستوى التحكم في ضبط السكري عند مجموعة من المراهقين قد تحسّن، بعد أن حقق العلاج الأسري نجاح في تحسين أساليب الاتصال لديهم، وحل بعض المنازعات بينهم، وقد لا يتطلب التكفل الأسري للمراهقين المصابين بالسكري علاجاً أسرياً، إذ تشير الدراسات إلى أن المشاركة البناءة للوالدين في إستراتيجيات إدارة السكري، كالمساعدة على مراقبة مستوى السكر في الدم، وتنظيم الوجبات الغذائية وممارسة الرياضة، قد نتج عنها تحسن في السيطرة على العمليات الأيضية المتعلقة بالمرض". (شيلي تايلور 2007 ص 629)

من خلال ما جاء في هذه المعطيات، تتضح لنا أهمية مستوى إدراك المراهقين لجودة حياتهم الأسرية ومدى أهمية تجنبهم للانخراط في المعتقدات الصحية التعويضية لديهم كونهم مصابون بالسكري. وبما أن المراهقين هم في مرحلة ذات خصائص إنمائية سريعة وعميقة التأثير في حياتهم وتتأثر بتفاعلاتهم الأسرية. فقد جاءت الدراسة الحالية تهدف إلى الكشف عن العلاقة بين مستوى جودة الحياة الأسرية المدركة وبالمعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري، حيث اعتمدنا في طرح فصولها على جانبين:
أولاً: (جانب نظري). ثانياً: (جانب ميداني).
الجانب النظري: يتضمن ما يلي:

الفصل الأول: يشمل على عرض إشكالية الدراسة، تساؤلات و فرضيات الدراسة، تحديد أهدافها و أهميتها النظرية و التطبيقية، بالإضافة إلى عرض التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة، كما تم عرض الحدود البشرية والزمنية والمكانية لها إلى جانب الدراسات السابقة.
الفصل الثاني: يتطرق هذا الفصل لتمهيد لموضوع جودة الحياة الأسرية، و تحديد مفهومها و مقوماتها، بالإضافة إلى تحديد أبعادها و العوامل المؤثرة فيها. وفي الأخير خلاصة الفصل
الفصل الثالث: و يسعرض في هذا الفصل تمهيد حول المعتقدات الصحية التعويضية، تعريفها وعرض النماذج المساهمة في نشأتها، وفي الأخير خلاصة الفصل.

مقدمة الدراسة

الجانب ميداني: يتضمن ما يلي

الفصل الرابع: يشتمل هذا الفصل على الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية حيث تطرقنا فيه إلى التعريف بالمنهج المتبع في الدراسة، وصف عينة الدراسة الاستطلاعية و أدواتها و خصائصها السيكومترية، بالإضافة إلي عرض خصائص عينة الدراسة الأساسية وإجراءات تطبيق الأدوات والأساليب الإحصائية المستخدمة وفي الأخير خلاصة الفصل.

الفصل الخامس: يتضمن تمهيد للفصل وعرض وتحليل نتائج الدراسة، خلاصة الفصل.

الفصل السادس: يحتوي الفصل الأخير على تمهيد للفصل ثم تفسير ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسات السابقة والخلفية النظرية لمتغيرات الدراسة، ثم عرض خلاصة الدراسة. وطرح مقترحات و توصيات. وفي الأخير قائمة المراجع ومجموعة الملاحق.

الجانب النظري



الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1. إشكالية الدراسة
2. تساؤلات الدراسة
3. فرضيات الدراسة
4. أهداف الدراسة
5. أهمية الدراسة
6. التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة
7. الدراسات السابقة
8. تعقيب على الدراسات السابقة
9. حدود الدراسة

1. إشكالية الدراسة:

يعتبر مرض السكري من الأمراض التي تشكل أزمة تواجه البشرية بأكملها فهو من أعقد الأمراض التي يواجهها المختصون و يعاني من مضاعفاتها المرضى سواء أطفال أو مراهقين أو مسنين ويؤثر على أسرهم وهذا بسبب ارتفاع معدلات انتشاره سنويا حيث يساهم في انتشاره الجانب الوراثي و السلوكيات الغذائية الغير صحية وغياب الوعي الصحي وعدم الالتزام الأساليب الوقائية ونمط الحياة الذي يعيشه الأفراد. كما أن السكري يهدد كل دول العالم منها النامية والمتقدمة على حد سواء، فمضاعفاته مثل أمراض القلب والأوعية الدموية، والاعتلال العصبي السكري، والبتير، والفشل الكلوي، والعمى تؤدي إلى الإعاقة، والموت المبكر، وزيادة الحاجة للمصاريف على عاتق الأسرة.(عزمي فريد)

عادتا لا تظهر أعراض مرض السكري لدى الكثير من المرضى في وقت مبكر ولا يدركون أنهم مصابون بالسكري وبالإمكان أن يكون سبب الانتشار الكبير و السريع لهذا المرض هو تغير نوع الأغذية والإصابة بالسمنة، وتغيير نمط الحياة، و زيادت الضغوط في الحياة والقلق وكثرة الانشغالات وأسباب أخرى. كما أن مشكله السكري ليست مجرد ارتفاع نسبة السكر في الدم فهذا عرض لمرض يتغلغل في جسم الإنسان في صمت و ببطئ، لكنه يضرب بنية الجسم بعنف. حيث بينت أكثر الدراسات أن خطورة الوفاة نتيجة المضاعفات التي تحدث لمريض السكر تعادل الضعف مقارنة بغيرهم من الأصحاء ممن هم في مثل سن وجنس المرضى. (محمد بن سعد الحميد.2008.ص14)

أصدرت منظمة الصحة العالمية والاتحاد الدولي للسكري إحصائيات دولية لسنة (2014) أن عدد المصابين بالمرض على مستوى العالم قد بلغ (400 مليون)، مقارنة بسنة (2010) بنحو (285 مليون). وتشير التوقعات أن يزداد هذا الرقم بأكثر من (438 مليون) شخص من جميع الفئات العمرية بحلول عام 2030 ، مع وجود دراسات تظهر حدوث مضاعفات مرض السكري كل 10 ثوانٍ. (عزمي فريد.ص4)

ازداد انتشار داء السكري لدى الأطفال والمراهقين في جميع أنحاء العالم ، بالتوازي مع زيادة معدل السمنة. في أستراليا ، حيث كان معدل الإصابة بداء السكري في المرضى الذين تقل أعمارهم عن 17 عامًا تقريبًا اثنين لكل 100000 شخص ، مع ارتفاع بنسبة

27 % في متوسط معدل الإصابة الإجمالي السنوي المعدل بين عامي (1990 و 2002).
(Kung-Ting Kao, Matthew A Sabin.2016)

وتشير الدراسات والإحصائيات بالنسبة لدول العربية أن مرض السكري يشكل خطراً متزايداً في الوطن العربي، حيث تصنف (6 دول) عربية ضمن قائمة العشر دول الأكثر إصابة بالمرض، وأن حوالي (20%) من المواطنين في الكويت ولبنان وقطر والسعودية والإمارات مصابين بالسكري، وأن تقريباً (10%) من وفيات العالم العربي تحدث بسبب مضاعفات السكري. وحسب إحصائيات الاتحاد الدولي للسكري فقد بلغ عدد المصابين بالسكري من فئة (20 و 79 سنة) في الدول العربية لعام 2013 كالتالي: دولة الإمارات (ب 745.900 حالة) والسعودية (3.650.800 مصاب). مصر (7.510.600 حالة) والأردن (ب 356.300 حالة) ولبنان (ب 478.900 مصاب) والكويت (407.500 حالة) وعمان (199.700 حالة) وقطر (282.500 حالة). بهذه الأرقام يتضح لنا الانتشار الكبير لهذا المرض في المنطقة العربية، و يمثل هذا المرض مشكلة للقائمين في مجال الصحة على هذه الدول، كما أثبتت مختلف الدراسات التي أجريت بالجزائر بين سنة (1998 و 2013) أن معدل الإصابة بداء السكري قد ارتفع من (8% إلى 16%). (علي بوخلخال. رشيد بكاي، 2018)

يعتبر السكري مرض مزمن يلزم المريض، ويسبب مشاكل والتزامات صحية كثيرة كتناول الدواء لأكثر من مرتين في اليوم ومتابعة طبية منتظمة، وإلزامية إتباع حمية غذائية يومية بالإضافة إلى تعقيداته ومضاعفاته كثيرة. وهذا يؤدي إلى استجابات مختلفة من المرضى وتختلف استجاباتهم من مريض لآخر، باختلاف نمط المرض والمساندة الاجتماعية والأسرية الفعلية منها والمدركة والمرحلة العمرية كذلك. (محمد، أيت حمودة حكيمة، 2014 ، ص 224)

تظهر أعراض السكري في أي مرحلة عمرية من مراحل حياة الفرد، ويعد أكثر صعوبة لو تزامن مع مرحلة عمرية حساسة وهي مرحلة المراهقة، فحينها يكون المراهق يسعى إلى تأكيد ذاته وتكوين تصورات ومعتقدات عن جسمه، ويشعر بالقلق من جراء حماسه لتغيير جسمه ويتميز بمميزات البالغين، ويهتم أكثر بنحافته، وطوله، ومدى تناسق أجزاء جسمه، و

يقارن جسده وقدراته مع أقرانه، ويسعى للاستقلالية والحرية هذا من جهة.(محمد، أيت حمودة
حكيمة، 2014 ، ص224)

من جهة أخرى فإنه يدرك أنه مقيد في تناول أطعمة محددة، ملزم بحقن الأنسولين يوميا،
ومن الضروري أن يمارس الرياضة، يشعر بالاختلاف عن أقرانه، يشعر بالخوف من
الموت المبكر، هذا ما يجعل أغلب المراهقين لا يتقبلون مرضهم. وثمة أعراض أخرى تظهر
على المراهق من خلال حالات الإغماء المتكررة، ويشعر بالقلق والخوف والحزن الشديد
والتشاؤم. (بوشينة صالح، 2019)

يعاني المراهقين المصابون بداء السكري من ارتفاع معدل انتشار المضاعفات المتعلقة
بمرض السكري والسمنة في المستقبل، حيث تشير بعض التقارير إلى وجود ارتفاع ضغط
الدم لدى (10إلى32%) من المرضى، واعتلال الشبكية لدى (9.3%) منهم وزيادة نسبة
الكوليسترول في الدم تصل إلى (85%) ، ومرض الكبد الدهني غير الكحولي بنسبة (22%)
لدى الأفراد الذين تقل أعمارهم عن (30 عامًا). وتعتبر الأمراض المصاحبة الأخرى المرتبطة
بالسمنة ومقاومة الأنسولين شائعة كذلك، مثل متلازمة المبيض المتعدد التكيسات في
الإناث، واضطرابات التنفس المرتبطة بالنوم حيث يصل معدل انتشارها إلى (60%) بين
المراهقين الذين يعانون من السمنة المفرطة، بالإضافة إلى الاضطرابات النفسية وتحدث
لدى (26%) من المراهقين المصابين بداء السكري وأمراض الجهاز العصبي كذلك، ونسبة
أكبر من الفتيات يعانين من أعراض الاكتئاب بما يصل إلى (14.7%). ويرتبط المزاج
المكتئب أيضًا بضعف التحكم في نسبة السكر في الدم ، وزيادة عدد زيارات قسم الطوارئ،
وضعف الالتزام بتوصيات علاج مرض السكري. لذلك، من الضروري فحص هذه المشكلات
عند تشخيص داء السكري ، والمراقبة الدورية المستمرة ضرورية. (Kung–Ting Kao,
Matthew A Sabin.2016)

من المتوقع أن يفقد المراهقون المصابون بداء السكري (15 عامًا) من متوسط العمر
المتوقع عند مقارنتهم بأقرانهم الذين لا يعانون من داء السكري. وتعد مضاعفات مرض
السكري شائعة أيضًا. وجدت دراسة طويلة الأمد في اليابان أنه على مدى (20 عامًا)، كان
(24%) من المشاركين البالغ عددهم (1063) مصابين بالعمى بمتوسط عمر
يبلغ (32 عامًا). ووجدت دراسة أخرى تابعت (426 مشاركًا) مصابين بداء السكري في وقت

مبكر خلال فترة متوسطها (8.6 سنة) أن (3%) تطلبوا غسيل كلوي بعمر (35 عامًا). كما لا تؤثر الإصابة داء السكري والأمراض المصاحبة له في سن أصغر على قدرة الفرد في الدراسة والعمل فحسب ، بل يزيد أيضًا من معدل المضاعفات والوفيات خلال سنوات الدراسة والقدرة على العمل. لذلك فإن داء السكري عند المراهقين يمثل مشكلة صحية كبيرة. (Kung–Ting Kao, Matthew A Sabin.2016)

وقد يعاني المراهق من علامات القلق كالخوف من تخلي المحيطين عنه، والخوف من المستقبل المجهول، والمشكلات المتعلقة بحالته الصحية على حياته الاجتماعية والدراسية. وأشار (De. Ajuigeura 1980) إلى مشكلات المراهقين مرضى السكري المرتبط بالأنسولين، منها أن يكون المراهق ملزم بحقن الأنسولين. بالإضافة إلى التوتر والضغط النفسي للمراهق ولأسرته مما يؤثر على سلامة نموه في هذه المرحلة، كما يؤدي إلى توتر العلاقة مع والديه، بسبب فرض الولدين التزامه بالعلاج والفحص الدوري والتقييد بالوجبات الصحية وعدم الخضوع لرغباته تجاه الوجبات السريعة مع أقرانه. (بوشينة صالح، 2019) كما قد تظهر عليهم سلوكيات عدوانية تعبيراً عن غضبهم تجاه إصابتهم بالمرض بخلاف أقرانهم أو تعبيراً عن نمط حياتهم المختلف عنهم. بالإضافة إلى الأعراض الاكتئابية، واضطراب العلاقات مع الآخرين، ما يتسبب في الانطواء حول الذات، وإهمال إدارة المرض وعدم تقبله، وفي بعض الأحيان إيذاء ذاتهم عمداً. كما تبدو عليهم عدم القدرة على التحكم في مختلف الانفعالات وحدوث تقلبات مزاجية متكررة، تمثل جميع هذه الأعراض استجابة واضحة للحالة الصحية للمراهق. (بوشينة صالح، 2019، ص.9)

إن السكري بما يحمله من مضاعفات صحية وتعقيدات في نمط الحياة وكذلك مشاكل نفسية، يشكل بذلك وضعية صحية نفس اجتماعية عاطفية تنعكس على نمط حياة المراهق، فهو ملزم بالتعامل مع احتياجات المرحلة الإنمائية باعتبار أنها مرحلة انتقالية من الطفولة إلى الرشد وتحدث فيها تغيرات فيزيولوجية ومعرفية عاطفية تترتب عنها العديد من المشكلات، إلى جانب المضاعفات الصحية التي تستوجب متابعة حريصة دائمة، وتتطلب تكاليف مادية على عاتق الأسرة، ومع هذا الوضع المعقد فإنه يتطلب أن تكون الأسرة تتمتع بمستوى عال من القدرة على تقديم رعاية صحية كاملة، واكتسابها لوعي صحي كافي من أجل حسن تسيير الحالة المرضية للمراهق.

إن الكثير من مرضى السكري لا يدركون حقيقة المخاطر الصحية التي قد يواجهونها. فقد تم التوصل من خلال دراسة إلى أن الثلث من مرضى السكري فقط كانوا يدركون أن أمراض القلب هي من بين المضاعفات الخطيرة لهذا المرض. مما يستدعي ضرورة التوعية والتثقيف في التعامل مع السكري. ويتضمن التدخل على مستوى الحمية الغذائية تقليل السكر والنشويات، كما يجب ضبط عدد السعرات الحرارية اليومية، بالإضافة إلى أن التغذية يجب أن تكون بحسب نظام الوجبات الثلاث، وليس بناءً على الرغبة الشخصية. ونظراً لكون البدانة تشكل خطراً على المرضى، فيجب حثهم على المحافظة على وزنهم الطبيعي والمواظبة على التمارين، وذلك لحرق كمية السكريات الزائدة، والمحافظة على الوزن المعتدل. (شيلي تايلور، 2007، ص 625)

يمكن أن تؤدي حالة رفض وتمرد المراهقين إلى معاملة فوضوية لمتابعة السكري وفي بعض الحالات إلى وقف الأنسولين، عندما يحاول المراهق تحرير نفسه من الأسرة أو القيود الطبية التي يفرضها عليه المجتمع ومرضه. فيشير باريير وأوسينسكي (1995) إلى نفس الاتجاه ، قائلاً بأنه "على الرغم من معرفة المراهق بمرضه، فإنه بتناقضاته ورفضه لتوجيهات الكبار، غالباً ما ينكر ما تعلمه ويتجاهل مرضه وإدارته". لذلك يجب تفهم التغيرات النفسية المؤثرة التي يتعرض لها المراهقون في متابعة علاجهم. فإنه يعامل نفسه بشكل غير لائق كوسيلة لتعبير عن مشاعر الرفض كونه مراهقاً مصاباً بالسكري. (Jessica 2006. Corinne Ghaber .BATTISTA)

سيستوجب على المراهق مريض السكري أن يتعلم إدارة كل تلك التغيرات الجسدية (السكري والبلوغ). فتعتبر المراهقة في حد ذاتها مرحلة محملة بالمتاعب بالإضافة لضغوط النفسية الناجمة عن المرض، فإن التغيرات الجسدية والهرمونية والنفسية-العاطفية العميقة التي تصاحبها أحياناً تعرقل السير الحسن للتحكم الأيضي الممتاز الذي كان سابقاً. (Kung-Ting Kao, Matthew A Sabin.2016)

يواجه مرضى السكري في حياتهم اليومية العديد من الإجراءات المتعلقة بتناول أنواع مفضلة من المأكولات والمشروبات، وفي خضم هذه المواجهة يمكن أن تتداخل لديهم الرغبة المباشرة في الانغماس في السلوك الممتع مثل تناول الحلويات مع أهدافنا الصحية المستقبلية (على سبيل المثال ، أن نكون بصحة جيدة أو نفقد الوزن). ويرى لمرافين

وبوميستر (lamrafiin.&bomister) (2000) ، أنه يسعى الافراد لتحقيق توازن مثالي بين إشباع رغباتهم والسعي لتحقيق أهدافهم الخاصة. ويسمى هذا بالبحث عن التوازن المثالي بين أقصى قدر من المتعة والحد الأدنى من العيوب. ومع ذلك، فإن التفاعل بين رغباتنا وأهدافنا الصحية يمكن أن يؤدي إلى صراع تحفيزي (Rabiau ، Knäuper ، & Miquelon، 2006)،

أو ما يسمى (بالتنافر المعرفي)، وبسبب عدم التوافق بين الرغبات والأهداف يولد هذا التنافر حالة من الضغط، فيتطلب حلها عمليات تنظيم ذاتي للتعامل مع حالة التنافر المعرفي (Rabiau et al. ، 2006). وفقاً لنموذج الاعتقاد الصحي التعويضي، فإن إحدى الإستراتيجيات المستخدمة لتقليل هذا التعارض هي استخدام المعتقدات الصحية التعويضية (Knäuper ، Rabiau ، Cohen ، & Patriciu ، 2004)

وتعرف المعتقدات الصحية التعويضية بأنها حالة الاعتقاد بأن الآثار السلبية لسلوك غير صحي (ولكن ممتع) يمكن تعويضها أو تحييدها من خلال القيام بسلوك صحي. فحل حالة التنافر المعرفي يقنع الأشخاص أنفسهم مثلاً بأن تناول الحلويات وشرب العصائر المصنعة أمر جيد في حال ما هم يمارسون الرياضة في اليوم التالي، أو أنهم يأكلون بشكل صحي وهذا السلوك سيعوض الآثار السلبية للعصائر والأطعمة الدهنية. وبالتالي، يبدو أن المعتقدات الصحية التعويضية توفر حلاً مثالياً، لأنها تسمح بتناول الطعام بشكل غير صحي دون الشعور بالذنب بشأن مواجهة الأهداف الصحية الخاصة. فيرى Knäuper وزملاؤه (2004) أن تنشيط المعتقدات الصحية التعويضية هو عملية تنظيمية ذات دوافع تلقائية لتقليل التنافر المعرفي، من خلال تبرير السلوك غير الصحي بالسلوك الصحي المخطط له في المستقبل، وفقاً لنموذج الاعتقاد الصحي التعويضي، يتم تنشيط المعتقدات الصحية التعويضية عندما لا يكون هناك توافق ذاتي كبير مع الأهداف الصحية ، أو إذا فشل الشخص في مواكبة الهدف المنشود (Knäuper et al. ، 2004؛ & Kronick ، 2010).

إن المعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بداء السكري ترتبط بانخفاض الالتزام بإدارة المرض وضعف التحكم في التمثيل الغذائي حيث لا يلتزم العديد من المرضى

وخاصة خلال فترة المراهقة بعلاج مرض السكري بشكل كامل، ونتيجة لذلك يعانون من عواقب صحية ضارة. ويعد التحكم الدقيق في التمثيل الغذائي أمراً بالغ الأهمية وضرورياً، حيث ثبت أنه يمنع أو يؤخر على الأقل مضاعفات مرض السكري. كما يواجه المراهقون صعوبات كثيرة خصوصاً في التحكم في نسبة السكر في الدم، حيث يصلون عادةً إلى متوسط مستويات (glycohemoglobin) (السكر التراكمي) أعلى من البالغين، على الرغم من العلاجات المماثلة. ويرجع ذلك من ناحية إلى زيادة مقاومة الأنسولين خلال فترة البلوغ ومن ناحية أخرى بسبب عدم الالتزام بنظام العلاج و إتباع النظام الغذائي (Marjorie A. Rabiau, 2009)

وبالرغم من أهمية المعرفة بالمرض وطريقة إدارته ، إلا أنه عادة لا يكون العامل الأكثر أهمية في عدم الالتزام حيث أن المراهقين عادة ما يكونون على دراية جيدة بمرضهم. كما قد تكون المعتقدات الصحية التعويضية عاملاً مهماً يعيق المراهقين في الالتزام بنظام العلاج الخاص بهم، فهي تمثل قناعات بأنه يمكن تعويض الآثار السلبية لسلوك غير صحي من خلال القيام بسلوك صحي. على سبيل المثال قد يقوم الأفراد اللذين يتبعون نظام الحمية الغذائية بتناول قطعة من الحلويات ثم يمارسون الرياضة لاحقاً. وفقاً لنموذج المعتقدات الصحية التعويضية، فإنه عند مواجهة مواقف تحقق متعة في الأكل أو قلة النشاط البدني وتتعارض مع الأهداف الصحية للفرد (مثل البقاء بصحة جيدة أو الخسارة في الوزن) ، فإن الاستجابة للمعتقدات الصحية التعويضية هو إحدى الطرق لتخفيف من الشعور بالذنب وتخفيف التنافر المعرفي الناتج عن الإغراء. لأن الاعتقاد الصحي التعويضي يسمح لنا بتعويض أضرار السلوك السلبي وبالتالي فإن تفعيل المعتقدات التعويضية تسمح بتبني السلوك الايجابي دون الشعور بالذنب حيال ذلك.

إن تبني بالمعتقدات الصحية التعويضية المتعلقة بالصحة يرتبط ارتباطاً وثيق بزيادة السلوكيات الخطرة على الصحة ومضاعفة أعراض المرض. كما لا تسمح للفرد بالتكيف المستمر وهي غير مفيدة لصحته لأن معظمها غير صحيح وحتى لو كانت صحيحة مؤقتاً، فإنها تؤدي إلى أضرار صحية بمرور الوقت وبسبب الإكثار من تبنيها.

(Marjorie A. Rabiau, 2009)

يجب أن يتعلم المراهق الاعتناء بصحته بمفرده من خلال مساعدة الأسرة والمختصون في التربية العلاجية بمجال مرض السكري ودعم المقربين منه. لكن المسؤولية تقع عليه. فخلال فترة المراهقة، يكونون قادرين على تمييز وفهم نتائج اختياراتهم. فقد يرفضون رفضاً قاطعاً الخضوع للعلاج، ولا يمكن علاجهم بالقوة. فهنا قد تقع المسؤولية على الأسرة و المراهق على حد سواء. لذلك يجب على الآباء والمراهقين والفريق الطبي إيجاد توازن بين المكان الذي سيأخذه كل منهم في إدارة ومراقبة المرض. (Jessica BATTISTA 2006) (.Corinne Ghaber.

إن تقاوم انتشار مرض السكري لدى المراهقين في ظل الخصائص والحاجات النفس جسدية والطبية والاجتماعية تؤدي إلى عواقب مرتبطة ارتباطاً مباشراً بكل ما له علاقة بالمراهق. منها مشكلات على الصعيد الأسري فيتوجب عليهم التكيف مع إصابة المراهق بالسكري من خلال تقبله وتقبل مرضه في الأسرة. كما يجب عليهم التفرغ لحصص التنشيط الصحي حتى يكون لهم فهم لطبيعة المرض وطرق تناول العلاج و أساسيات الوقاية من مضاعفات السكري، ومن الضروري العمل على تحسين المستوى المعيشي للأسرة حتى يكون باستطاعتها التنقل المريح للفحص الدوري وتوفير الغذاء المناسب، ولوازم النظافة الشخصية. والملابس المريحة، بالإضافة إلى ضرورة تعليم المراهق كيفية مواجهة الضغوطات الاجتماعية المتعلقة بطبيعة مرضه وبمحيط المدرسة، ومع الأقارب والأصدقاء. هذه العوامل وغيرها تجعل أفراد الأسرة يشعرون بمشكلة مرض السكري لدى إبنهم و يؤثر على استقرارها. كما يؤثر هذا الوضع كذلك على الصعيد المدرسي فيجب على المدرسين أن يكونوا على دراية بالحالة الصحية للتلميذ المصاب بالسكري ولطاقم الطبي شأن في هذا السياق، كذلك فإن تعود المريض على ممارسة السلوكيات التي تلحق ضرراً بصحته مع اعتزاه على فعل سلوكيات صحية من شأنها أن تخفف من ضرر السلوكيات الأولى فهذا يؤدي إلى مضاعفات صحية و بالتالي ضرورة بقاءه مدة أطول في المستشفى. ولا تقتصر مشكلات إدارة السكري ومعالجته، بين المراهقين على صعوبات خاصة بهم فقط فيما يتعلق بتقبل القيود التي يفرضها المرض، وإنما تشمل أفراد الأسرة أيضاً، بما في ذلك الوالدان، اللذان قد يتصرفان بطرق تفشل الجهود الموجهة لإدارة المرض. فقد يعامل الوالدان المراهق معاملة الطفل مثلاً، وقد يضعان قيوداً على أنشطته، فتقتصر على ما هو ضروري؛ مما

يؤدي إلى تعزيز طفولته واعتماده عليهم، ومن ناحية أخرى قد يحاول الوالدان إقناع المراهق بأنه سويّ مثل رفاقه، فيدرك المراهق لاحقاً بأنه ليس كذلك. وتلعب البيئة الأسرية دوراً مهماً في السيطرة على مرض السكري والالتزام بعلاجه. حيث وُجد في إحدى الدراسات أشار إليها (Minuchin et al., 1978). أن: مستوى السيطرة على السكري عند مجموعة من المراهقين قد تحسّن، بعد أن نجح العلاج الأسري في تغيير بعض أساليب الاتصال لديهم وحل بعض الصراعات. كما أشار (B. Andersen et a.1997). إلى دراسة أخرى مفادها أن المشاركة الفاعلة للوالدين في مهام إدارة السكري، كمساعدة أبنائهم المراهقين على مراقبة مستوى السكر في الدم، أدت إلى تحسن في السيطرة على العمليات الأيضية المتعلقة بمرض السكري. (شيلي تايلور. ص 629)

تعتبر الأسرة مصدر محورياً يسهم في تكوين معتقدات الفرد فالمستوى التعليمي للوالدين، والمناخ الأسري يعتبران مصدرين لاكتساب المعارف والمعتقدات عموماً والمعتقدات الصحية خصوصاً والعمل على أساسها، وكلما زاد مستوى تعليم الوالدين، وتوقع الوالدين من أبنائهم أن يتحملوا المسؤولية داخل المنزل، وفي تفكيرهم الخاص، كلما طور الأطفال نظاماً متعمقاً من المعتقدات. فهي نتاج لكل من الأسرة والتعليم المدرسي، لذلك تتأثر المعتقدات التي يتبناها الأبناء وينمونها بالوالدين، ومعتقدات الوالدين تكون مشروطة بالوضع التعليمي والمهني، وكلما أتيح للأبناء مناقشة مواضيع مهمة مع الوالدين، زاد اعتقادهم في أن التعلم عملية تدريجية، ووجد كونلي وآخرون (Conley & etal.2004) ، تأثيراً للمناخ الأسري، و التحصيل الدراسي على تغيير المعتقدات، فالأبناء ذوو مستوى تحصيل منخفض، ومناخ أسري منخفض لديهم معتقدات أقل تعمقاً مقارنة بالمتوسطين والمرتفعين في التحصيل والمناخ الأسري. وقد أشار ألكسندر ودوشي "Ale:xander & dochy.1994". إلى عدد من العوامل التي تؤثر في معتقدات الأبناء، وتساعد في تغييرها وهي: المعرفة والمعلومات الجديدة التي تعتبر مقنعة، أو متناقضة مع معتقدات الفرد الحالية. يتوقف التغيير في المعتقدات نتيجة التعلم والخبرة -التي مر بها الفرد بالشدائد والأزمات- على مسار الفرد صاحب الاعتقاد. أن التغيير في المعتقدات أو عدم التغيير يرتبط بدرجة كبيرة بشخصية الأفراد -الحالة الانفعالية، تقدير الذات والتحمل- وبما إذا كان لديهم الرغبة في أن يكونوا منفتحين، و متشككين في معتقداتهم. فالأسرة تمثل جانبا هاما من المؤثرات الثقافية في

أبنائها والمجتمع و في هذا يشير(مورفي، ونيوكمب Naomkb&Murphy 1937). أن الاتجاهات الوالدية هي نتاج للمؤثرات الثقافية السائدة في المجتمع، فالآباء هم مصدر المباشر للمعتقدات والاتجاهات وأنماط السلوك الاجتماعي عن طريق ما يغرسونه منها في الأبناء، إنهم الأساس التربوي، وما تقوم به المدرسة، دور العبادة، وزملاء اللعب و غير ذلك من المؤسسات الاجتماعية في هذا المجال، ولتأكيد دور الأسرة و بلورته. كما يرى هرشجو جيليلاند Gelland&Hrhberg (1942) أنه توجد علاقة بين معتقدات و اتجاهات الآباء و الأبناء، و لكن درجة العلاقة تتوقف على: الوضع الأسري، الأبناء، الاتجاهات المدرسية. فان للأسرة دورا هاما في تشكيل معتقدات واتجاهات الفرد، ولكن هذا لا يعني بأن الطفل سيكتسبها من والديه بطريقة تلقائية لكن وفقا لأهميتها و معناها بالنسبة له، وما تقوم به التأثيرات الثقافية الأخرى في المجتمع من تأكيدها وبلورتها. (حيدر معن إبراهيم. ص.163. 2019) وتشير دراسة (Janet et ,al (1983) : التي درست تأثير مرض السكر عند المراهقين على العلاقات الاجتماعية بالأسرة ومدى التوافق والاختلاف بين المريض والعائلة في موضوعات مختلفة، وأوضحت النتائج أنه لم يوجد اتفاق بين وجهات نظر الآباء والأبناء على مختلف الاستجابات، وتأثرت وجهات نظر الأبناء بالجنس والسن، ولوحظ وجود تأثير ضعيف للمرض على الأداء الدراسي والتركيز، والمراهقين الذكور المصابين بالسكري شعروا بأقصى تأثير لهذا المرض على الحياة الاجتماعية وعلى الرغم من أن آباء هذه المجموعة التجريبية قللوا هذه المشاعر بصفة عامة إلا أنهم في الواقع كانوا مدركين للتأثيرات الكبيرة للمرض على حياة أبنائهم. (علاء عبد العظيم سليمان، 2015، ص.16)

و من خلال ما سبق يتمحور موضوع الدراسة الحالية حول موضوع مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية وعلاقتها بمستوى المعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهق المصاب بداء السكري وعلى ضوء ذلك يمكن طرح التساؤلات التالية:

2.تساؤلات الدراسة:

1. ما مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية؟
2. ما مستوى معتقدات صحية تعويضية لدى المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية ؟

- 3- هل توجد علاقة ارتباطية بين مستوى جودة الحياة الأسرية المدركة ومستوى المعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية.
- 4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة الأسرية المدركة تعزي لكل من متغير الجنس، المستوى التعليمي، سنوات الإصابة بالسكري، حجم الأسرة، المستوى المعيشي للأسرة لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية.
- 5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المعتقدات الصحية التعويضية تعزي لكل من متغير الجنس، المستوى التعليمي، سنوات الإصابة بالسكري، حجم الأسرة، المستوى المعيشي للأسرة لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية.
- 6- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية بين فئة ذات المستوى المنخفض للمعتقدات الصحية التعويضية وفئة ذات المستوى المرتفع للمعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية.
- 7- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المعتقدات الصحية التعويضية بين فئة ذات المستوى المرتفع لجودة الحياة الأسرية المدركة وفئة ذات المستوى المنخفض لجودة الحياة الأسرية المدركة لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية.
- 8- هل يوجد تباين بين مستويات أبعاد مقياس المعتقدات الصحية التعويضية لدى فئة ذات المستوى المرتفع لجودة الحياة الأسرية المدركة عند المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية.
- 9- هل يوجد تباين بين مستويات أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية المدركة لدى فئة ذات المستوى المنخفض للمعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية.

3. فرضيات الدراسة: وبناء على ما ورد في الأدب النظري وما توصلت إليه الدراسات

السابقة التي قمنا بمراجعتها، تم صياغة الفرضيات التالية:

1. مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية مرتفع.
2. مستوى معتقدات صحية تعويضية لدى المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية مرتفع.

- 3- توجد علاقة ارتباطية بين مستوى جودة الحياة الأسرية المدركة ومستوى المعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية.
 - 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة الأسرية المدركة تعزي لكل من متغير الجنس، المستوى التعليمي، سنوات الإصابة بالسكري، حجم الأسرة، المستوى المعيشي للأسرة لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية.
 - 5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المعتقدات الصحية التعويضية تعزي لكل من متغير الجنس، المستوى التعليمي، سنوات الإصابة بالسكري، حجم الأسرة، المستوى المعيشي للأسرة لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية.
 - 6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية بين فئة ذات المستوى المنخفض للمعتقدات الصحية التعويضية وفئة ذات المستوى المرتفع للمعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية.
 - 7- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المعتقدات الصحية التعويضية بين فئة ذات المستوى المرتفع لجودة الحياة الأسرية المدركة وفئة ذات المستوى المنخفض لجودة الحياة الأسرية المدركة لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية.
 - 8- يوجد تباين بين مستويات أبعاد مقياس المعتقدات الصحية التعويضية لدى فئة ذات المستوى المرتفع لجودة الحياة الأسرية المدركة عند المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية.
 - 9- يوجد تباين بين مستويات أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية المدركة لدى فئة ذات المستوى المنخفض للمعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية.
- 5. أهداف الدراسة:**

تتناول الدراسة الحالية موضوع جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بالمعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري، لذلك فهي تهدف إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. الكشف على مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية.

2.الكشف عن مستوى المعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية.

3.الكشف عن وجود العلاقة الارتباطية بين مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية ومستوى المعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية.

4.الكشف عن الفروق في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية وفقا لمتغيرات الجنس، المستوى التعليمي، سنوات الإصابة بالسكري، حجم الأسرة، المستوى المعيشي للأسرة لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية.

5.الكشف عن الفروق في مستوى المعتقدات الصحية التعويضية وفقا لمتغيرات الجنس، المستوى التعليمي، سنوات الإصابة بالسكري، حجم الأسرة، المستوى المعيشي للأسرة لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية.

6.الكشف عن الفروق في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية بين فئة ذات المستوى المنخفض للمعتقدات الصحية التعويضية وفئة ذات المستوى المرتفع للمعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية.

7.الكشف عن الفروق في مستوى المعتقدات الصحية التعويضية بين فئة ذات المستوى المرتفع لجودة الحياة الأسرية المدركة وفئة ذات المستوى المنخفض لجودة الحياة الأسرية المدركة لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية.

8.الكشف عن وجود تباين بين مستويات أبعاد مقياس المعتقدات الصحية التعويضية لدى فئة ذات المستوى المرتفع لجودة الحياة الأسرية المدركة عند المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية.

9.الكشف عن وجود تباين بين مستويات أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية المدركة لدى فئة ذات المستوى المنخفض للمعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية.

6. أهمية الدراسة:

تتضمن هذه الدراسة أهمية نظرية وأخرى تطبيقية حيث أنها تمس أحد الأمراض المزمنة ذات مضاعفات خطيرة لدى عينة ذات خصوصية إنمائية وهي داء السكري لدى المراهقين،

كما أن الدراسة تهدف لاستكشاف مستوى جودة الحياة الأسرية المدركة ومدى وجود المعتقدات الصحية التعويضية لديهم و العلاقة بينهما.

أولاً: الأهمية النظرية:

1. الفرد المصاب بالسكري: نستهدف في هذه الدراسة المراهق المصاب بالسكري حيث تعتبر الإصابة بمرض السكري مشكلة صحية ونفسية اجتماعية ذات انتشار واسع وتشكل خطورة مهددة في المجتمع وهذا يعود لما لها من آثار على طبيعة الرعاية الصحية الذاتية والأسرية. فالمرهق بكل خصائصه الإنمائية سيؤثر داء السكري على مجالات اكتمال نموه ومخططاته لحياته المستقبلية وتكيفه واندماجه في الحياة اليومية. فهذه الدراسة تسلط الضوء على مرحلة عمرية هامة في حياة الإنسان وهي مرحلة المراهقة التي تعتبر مرحلة أساسية في بناء الشخصية وتكوين اتجاهات ومعتقدات لما لها من سمات ومميزات خاصة.

2. الرعاية المقدمة للمصاب بالسكري: يجب أن تشمل الرعاية الأسرية للمراهق المصاب بالسكري جميع جوانب حياته وأن تأخذ بالاعتبار كل ما يشعر به ويعيشه من صعوبات متعلقة بالمرض، وما يعانیه من مشكلات. وهذا من أجل مساعدته في تحقيق الاستقلالية والقدرة على إدارة المعتقدات وسلوكياته المرتبطة بمرضه. فالمريض يصعب عليه فهم ما يحدث له من ناحية أعراض ومضاعفات مرض السكري و التغيرات الجسمية والجنسية والعاطفية والاجتماعية والسلوكية في مرحلة المراهقة. خصوصاً إذا لم يكن للأسرة خصائص تضمن لها جودة الحياة ولم تساهم في تقديم الرعاية اللازمة له وتحسين حياته. وبالتالي يؤثر ذلك على تكيفه ونموه. فتعتبر جودة الحياة الأسرية مفهوم جديد ودو أبعاد متعددة ومتداخلة ومازال يلقي العديد من التعمق في دراسته وتحديد أبعاد متفق عليها.

3. صحة الفرد المصاب بداء السكري: وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، تعرف الصحة بأنها: "حالة كاملة من الرفاهية الجسدية والعقلية والاجتماعية، ولا تتكون فقط من عدم وجود مرض أو إعاقة". و بالتالي فإن اعتبار المراهق المصاب بداء السكري شخصاً سليماً إذا استطاع التكيف مع المرض وتنظيم التزاماته في حياته اليومية. فهذا يمكن من أن يكون بصحة جيدة طالما العوامل الأسرية ذات جودة مناسبة وكان أكثر قدرة في السيطرة على معتقداته الصحية التعويضية وهذا ما ينجم عنه استقرار وتوازن السكري لديه. فيتم الإحاطة في هذه الدراسة بمتغير مهم جداً بالنسبة للمصابين بداء السكري وهو المعتقدات الصحية التعويضية والتي

تلعب دورا مهم في مآل الحالة الصحية لدى المريض لما قد يمارسه المريض للمعتقدات التي يعتقد بها حول وجباته الغذائية و نمط النوم في حياته وطبيعة التعامل مع الإجهاد البدني و استعمال المواد المؤثرة على القدرات العقلية و تنظيم الوزن، فإن الاستجابة لهذه المعتقدات و ممارسة السلوكيات التعويضية تؤدي إلى آثار جانبية تزيد من عناء المريض وأسرته و تهدد سلامته الصحية والنفسية.

4. البيئة المحيطة بالفرد المصاب بداء السكري: من أهم سياقات البيئة هي الأسرة، حيث أن الأسرة التي يعيش فيه المراهق المصاب بداء السكري تؤثر في تكوين معتقداته تجاه مرضه واستراتيجيات إدارته له، وتقبله وتكيفه معه. فلا يقتصر دور الأسرة أخذ موعد عند الطبيب وتوفير الدواء اللازم له فقط بل يشمل كذلك دعم المراهق في تقبله للمرض وتوفير الجو الآمن والحب داخل الأسرة وضمان مكانة أسرية لا تشعره بأنه أقل أهمية من إخوانه، وتساعد في الاندماج في الحياة الاجتماعية، فيجب أن يجد المراهق مريض السكري مكانة في أسرته ومجتمعه ويتمكن من تنظيم حياته. كما يجب مساعدته في إعطاء أهمية لتعامل الصحيح مع المرض. ويعطي أهمية كبيرة لنمطه الغذائي الرياضي والترفيهي بالإضافة إلى تنظيم إيقاعات النوم واليقظة لديه والاسترخاء المضبوط وتجنب الإجهاد البدني ، فإن الاهتمام بالسيطرة على السلوكيات التعويضية تستحق اهتماما خاصا لأنها تحدد سلوكياته وخيارات في نمط الحياة اليومية المتعلق بمرض السكري. فهذه الدراسة تتناول الوظيفة المهمة التي تأذيها الأسرة والامتيازات الواجب توفرها في حياة المراهقين المصابين بالسكري، حيث تساهم هذه العوامل في التخفيف من معاناة الناجمة عن الإصابة بالمرض المزمن وقد تلعب دورا في السيطرة على السلوكيات التعويضية التي قد يقع المراهق ضحية في الاستجابة لها، كما نسلط الضوء على الحياة الأسرية و مستويات الجودة فيها حيث تعتبر موضوعا حيويا يعود بالفائدة على القائمين بالرعاية الصحية لمرضى السكري.

ثانيا: الأهمية التطبيقية

1 . توفير أداة مترجمة من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية لقياس المعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري يستفيد منها الباحثون في دراسات مولية من خلال ترجمة الباحثة للمقياس و التحقق من خصائصه السيكومترية.

2 . تقديم تقرير عن جودة الحياة الأسرية كما يدركها المراهقين المصابين بالسكري، الأمر الذي يساعد ويفيد الباحثين والمختصين في تصميم برامج تربوية علاجية وإرشادية لتحسين مستوى جودة الحياة الأسرية لهذه الفئة من المراهقين.

3 . تقديم تقرير عن المعتقدات الصحية التعويضية الموجودة لدى المراهقين المصابين بالسكري، الأمر الذي يساعد ويفيد الباحثين والمختصين في تصميم برامج تربوية علاجية وإرشادية لتصحيح المعتقدات الصحية التعويضية لهذه الفئة من المراهقين.

4 . تقديم عدد من التوصيات والمقترحات التي تقدم فائدة الأسر والقائمين على رعاية المراهقين المصابين بداء السكري.

7. التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

1.7. جودة الحياة الأسرية: تشير جودة الحياة الأسرية إلى العلاقات السوية والممارسات الايجابية التي يتبعها الوالدان في تنشئة الأبناء المراهقين المصابين بالسكري المترددين على بعض عيادات مدينة ورقلة سنة 2020، وما تتسم به من دفء والتقبل المتبادل والمشاركة والتشجيع في الأنشطة وتقديم الدعم وإظهار الاستحسان في المواقف الحياتية المختلفة، لتحقيق أهدافها، وانجاز الأعمال والمهام، وردود أفعال الأبناء اتجاه هذه الممارسات. وتحدد بالدرجات التي يحصل عليها عينة من المراهقين المصابين بالسكري على مقياس جودة الحياة الأسرية المعد من طرف الباحثين سميرة شند وأماني عبد المقصود والمتكون من أربعة أبعاد:

1.1.7. التفاعل الأسري: يشير إلى إدراك ورضا المراهقين المصابين بالسكري لطريقة التأثير والتأثر بين أفراد الأسرة (الأب، الأم، الإخوة) في شتى مجالات الحياة، وجميع السلوكيات والاتجاهات والآراء التي يتفاعلون فيها مع أسرهم، وردة الفعل التي يتلقونها من هذا التعامل.

2.1.7. الوالدية: يشير إلى إدراك ورضا المراهقين المصابين بالسكري لنمط التربية ولأسلوب الرعاية التي يتلقاها المراهقين وإخوانهم من طرف والديهم وجميع المسؤوليات والأنشطة التي تنطوي عليها كتوفير الحماية في حالة التعرض للخطر وتوفير المسكن والمأكل والمشرب وضمن التعليم والتربية الأخلاقية والعلاج.

3.1.7. السعادة الانفعالية: يشير إلى إدراك ورضا المراهقين المصابين بالسكري للخبرة الانفعالية السارة أو الايجابية داخل الأسرة وتتضمن الشعور بالبهجة والتفاؤل والسرور والفرح وحب الحياة والحب المتبادل بين أفراد الأسرة والإحساس بالقدرة علي التأثير الايجابي و السار في الأحداث الأسرية.

4.1.7. القدرة المادية والسلامة الصحية: يشير إلى إدراك ورضا المراهقين المصابين بالسكري عن المستوى المعيشي لأسرهم كامتلاكها لوسيلة نقل ومسكن لائق ودخل شهري مستقر ويلبي كامل الاحتياجات لأفراد الأسرة، بالإضافة إلى سلامتهم من الناحية الصحية وحصولهم الفحص الطبي العلاج السليم عند الحاجة

2.7. المعتقدات الصحية التعويضية: هو اعتقاد المراهقين المصابين بالسكري المترددين على بعض عيادات مدينة ورقلة سنة 2020، أنه بإمكانهم تعويض سلوك خطر بسلوك آمن مع استمرار السلوك الأول (سلوك الخطر)، وبالتالي يصحح سلوك الخطر ويصبح غير مضر بصحتهم. ويشمل ذلك السلوكيات الغذائية و تنظيم الوزن و النوم، الاجهاد وتناول المواد المنبهة، ويحدد بالدرجة التي يحصلون عليها على مقياس المعتقدات الصحية التعويضي (Compensatory Health Belief Scale) والمعد من طرف (Barbel Knauper et Marjorie (Rabiau باللغة الإنجليزية و الذي تمت ترجمته إلى اللغة العربية من طرف الطالبة الباحثة، و يتضمن أربعة أبعاد هي.

1.2.7. استعمال مادة: ويشير إلى اعتقاد المراهق المصاب بالسكري أن ممارسته لسلوكيات صحية تزيل أو تقلل من المخاطرة الناتجة عن تناوله مواد و مشروبات مضره بصحته، مثل تناول المشروبات الغازية ثم اللجوء الإكثار من شرب الماء.

2.2.7 عادات الأكل و النوم: ويشير إلى اعتقاد المراهق المصاب بالسكري أن تناول وجبات غير صحية أو الإخلال بكميتها و موعدها، وعدم الالتزام بالنوم المنتظم يمكن تجنب أضرارها، من خلال ممارسة عادات صحية متعلقة بالأكل والنوم. مثل تناول الحلويات بكمية كبيرة في المساء تعويضا عن عدم تناول أي وجبة طوال اليوم، أو الاستيقاظ من النوم في منتصف النهار تعويضا عن التأخر في الخلود إلى النوم.

3.2.7. الاجهاد: ويشير إلى اعتقاد المراهق المصاب بالسكري أنه يمكن التخفيف من الآثار الصحية السيئة بسبب التعرض لضغوطات اليومية من خلال ممارسة الرياضة أو ممارسة الاسترخاء أحياناً.

4.2.7. تنظيم الوزن: ويشير إلى اعتقاد المراهق المصاب بالسكري أن بإمكانه تناول مأكولات تساهم في زيادة الوزن مثل الفواكه والسكر البديل والحلويات مع التخلي عن تناول باقي الوجبات، أو الالتزام بالحمية ثم تناول الوجبات بدون التزام بها في يوم كامل.

8. الدراسات السابقة:

1.8. دراسات حول جودة الحياة الأسرية:

1.1.8. الدراسات العربية حول جودة الحياة الأسرية:

1.1.1.8. دراسة أماني عبد المقصود عبد الوهاب وسميرة محمد شند (2010):

كانت الدراسة حول جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بفعالية الذات لدى عينة من الأبناء المراهقين. هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين جودة الحياة الأسرية وفعالية الذات لدى عينة من الأبناء المراهقين، وقد تكونت عينة الدراسة من (200 فرد) من المراهقين المراهقات من طلبة وطالبات الصف الأول الثانوي، وقد استخدم الباحثين المقاييس التالية: مقياس جودة الحياة الأسرية من إعداد الباحثين ومقياس فاعلية الذات من إعداد الباحثين ومقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة من إعداد (عبد العزيز الشخص 2006)، واختبار الذكاء اللفظي للمرحلة الثانوية والجامعية من إعداد جابر عبد الحميد وحمود عمر، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية بين جودة الحياة الأسرية وفاعلية الذات، وذلك في كل من عيني الذكور والإناث على السواء، كذلك توجد فروق دالة لصالح الإناث على مقياس جودة الحياة الأسرية، كما تبين وجود فروق تعزى لتأثير المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة على مقياس جودة الحياة الأسرية لدى كل من الذكور والإناث، وذلك لصالح ذوى المستوى الاجتماعي الاقتصادي الأعلى. (عبد الوهاب، شند. 2010)

2.1.1.8. دراسة عبد الوهاب (2010):

هدفت الدراسة إلى تقصى العلاقة بين السلوكيات الوالدية المساندة كما يدركها الأبناء المراهقين من الجنسين وأثر ذلك على الشعور بالرضا عن الحياة لديهم، وتكونت الدراسة من (100) طالب وطالبة بالصف الأول الثانوي واستخدمت

الباحثة في الدراسة نموذج المساندة الوالدية ترجمة وتقنين الباحثة، واختبار الرضا عن الحياة متعدد الأبعاد تعريب وتقنين الباحثة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة موجبة ودالة بين إدراك كل من الأبناء الذكور والإناث للمساندة الوالدية من قبل الأب أو من قبل الأم وبين الشعور بالرضا عن الحياة لديهم، وكلما أدرك الأبناء أن السلوكيات الصادرة من والديهم هي سلوكيات مساندة له وتتسم بالحب والتشجيع والتقدير وإشعارهم بالثقة، والشعور بحب والديهم لهم والاستمتاع بقضاء بعض الوقت مع الوالدين، كلما ازداد الشعور بالرضا عن الحياة لديهم، كما أن الدراسة توصلت إلى عدم وجود فروق بين متوسطات درجات الأبناء المراهقين الذكور والإناث من حيث إدراكهم للمساندة من قبل الأب في حين وجدت فروق دالة بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث من حيث إدراكهم للمساندة من قبل الأم لصالح الإناث، كما أظهرت نتائج الدراسة أن الأبناء المراهقين الذكور يتساوى إدراكهم للمساندة الوالدية سواء من قبل الأب أو الأم في حين تدرك الإناث المساندة من قبل الأم أكثر من إدراكهن للمساندة من قبل الأب ولدرك الأبناء ذكور إناث المساندة من قبل الأم أكثر من إدراكهم للمساندة من الأب. (المصري.2016. ص.69)

3.1.1.8. دراسة حمزة (2013): هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين جودة الحياة الأسرية ونمو الحكم الأخلاقي لدى الأحداث الجانحين، وتكونت عينة الدراسة من (802 ذكور جانحين) و(383 طالب)، وتم الاعتماد على مقياس جودة الحياة الأسرية لـ (أماني عبد الوهاب وسميرة شند)، بالإضافة إلى مقياس الموضوعي (للحكم الأخلاقي) لـ (جيمس ورفاقه) والذي قننه على البيئة السعودية (الدكتور حسين الغامدي)، استخدمت الباحثة في هذه الدراسة على المنهج الوصفي، وفي الأخير توصلت إلى لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة الأسرية ونمو الحكم الأخلاقي لدى الأحداث الجانحين. في حين أنه توجد علاقة موجبة بين بعدي (المقدرة المالية / السلامة الصحية) من أبعاد جودة الحياة الأسرية مع درجة الحكم الأخلاقي لدى الجانحين. كما لا توجد علاقة بين جودة الحياة الأسرية ونمو الحكم الأخلاقي لدى غير الجانحين، كذلك لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأحداث الجانحين وغير الجانحين في درجة إدراك جودة الحياة الأسرية ودرجة الحكم الأخلاقي، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأحداث الجانحين في درجة الحكم الأخلاقي وجودة الحياة الأسرية وفقاً لنوع الجنحة. (المصري.2016. ص.69)

4.1.1.8. بن رتمية شريفة (2017) هدفت الدراسة إلى معرفة جودة الحياة الأسرية لدى التلاميذ المتفوقين دراسيا ببعض الثانويات بمدينة تقرت/ الجزائر في ظل المتغيرات التالية : المستوى التعليمي للوالدين، والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة، تم استخدام استبيان لقياس جودة الحياة الأسرية لدى التلاميذ المتفوقين مصمم من طرف الطالبة، تم تطبيقه على عينة تكونت من (100) تلميذا وتلميذة متفوقين، أسفرت النتائج على ما يلي: مستوى جودة الحياة الأسرية لدى التلاميذ المتفوقين دراسيا مرتفع. تختلف جودة الحياة الأسرية لدى التلاميذ المتفوقين دراسيا باختلاف المستوى التعليمي للوالدين. عدم وجود اختلاف في جودة الحياة الأسرية لدى التلاميذ المتفوقين دراسيا باختلاف المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة(هبري، بشلاغم،2018،)

5.1.1.8. دراسة مجده السيد الكشكي وعبير محمد الصّبّان. (2021) بعنوان (جودة الحياة الأسرية كمتغير وسيط في العلاقة بين الأمن الفكري وأحادية الرؤية لدى عينة من طلاب الجامعة السعوديين) فقد هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف علي دور جودة الحياة الأسرية كمتغير وسيط في العلاقة بين الأمن الفكري وأحادية الرؤية، بالإضافة إلى التعرف على العلاقة بين الأمن الفكري وجودة الحياة الأسرية وأحادية الرؤية، والفروق في كل من الأمن الفكري وجودة الحياة الأسرية وأحادية الرؤية وفقا للنوع والتخصص، وتكونت عينة الدراسة من (860) من طلاب الجامعة السعوديين، طُبق عليهم مقاييس (جودة الحياة الأسرية) ل(عبد الوهاب وشند،2010)، ومقياس (الأمن الفكري للشباب) ل(الكشكي والعتيبي،2017)، ومقياس (أحادية الرؤية) ل (عثمان،2007)، وتوصلت الدراسة إلى أن أكثر أبعاد جودة الحياة الأسرية انتشاراً هو البعد الخاص بالمقدرة المادية والسلامة الصحية، واتصفت عينة الدراسة بمستوي منخفض من أحادية الرؤية، وأنه توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائياً بين جودة الحياة الأسرية وبين الأمن الفكري، بالإضافة الى وجود علاقة عكسية بين أحادية الرؤية وجودة الحياة الأسرية، وكذلك توجد علاقة عكسية بين الأمن الفكري وأحادية الرؤية، وأن هناك تأثير ايجابي لجودة الحياة الأسرية كمتغير وسيط للعلاقة بين الأمن الفكري وأحادية/ تعددية الرؤية، وتوجد فروق دالة إحصائيا وفقاً لمتغير الجنس لصالح الإناث في جودة الحياة الأسرية، وعدم وجود فروق دالة إحصائيا في الأمن الفكري وأحادية الرؤية وفقاً لمتغير الجنس، وعدم وجود فروق دالة إحصائياً في كل من جودة الحياة

الأسرية الأمن الفكري وأحادية/ تعددية الرؤية وفقاً لمتغير التخصص.(الكشكي،
الصبان،2021)

2.1.8. الدراسات الاجنبية حول جودة الحياة الأسرية:

1.2.1.8. دراسة (janet et al :1983) التي بحثت تأثير مرض السكر عند المراهقين على العلاقات الاجتماعية بالأسرة ومدى التوافق والاختلاف بين المريض والعائلة في موضوعات مختلفة، وأوضحت النتائج أنه لم يوجد اتفاق بين وجهات نظر الآباء والأبناء على مختلف الاستجابات، وتأثرت وجهات نظر الأبناء بالجنس والسن، ولوحظ وجود تأثير ضعيف للمرض على الأداء الدراسي والتركيز، وأن المراهقين الذكور المصابين بالسكري شعروا بأقصى تأثير لهذا المرض على الحياة الاجتماعية وعلى الرغم من أن آباء هذه الفئة قللوا هذه المشاعر بصفة عامة إلا أنهم في الواقع كانوا مدركين للتأثير الكبير للمرض على حياة أبنائهم. (علاء عبد العظيم سليمان،2015، ص.16)

2.2.1.8. دراسة دانيال، وشيك لي Daniel.T & Shek. Lee (2007)

هدفت الدراسة إلا التعرف على جودة الحياة الأسرية وجودة الحياة الانفعالية للمراهقين الصينيين. وتكونت عينة الدراسة من (2758) من الطلاب المراهقين الصينيين في المرحلة الثانوية. واستخدم الباحث مقاييس جودة الحياة الأسرية (جودة التربية وجودة العلاقة بين الطفل والأبوين)، ومقياس جودة الحياة الانفعالية (اليأس، التمكن، الرضا عن الحياة، وتقدير الذات) أظهرت النتائج الدراسة أن جودة التربية وجودة العلاقة بين الطفل والأبوين في الأسر الفقيرة كانت بشكل عام منخفضة جداً مقارنة بالأسر غير الفقيرة، وكانت الفروق كبيرة جداً من حيث جودة الآباء في التربية، وجودة علاقة الأب بالطفل، وبين جودة الأمهات في التربية وجودة علاقة الأم بالطفل. وظهر أيضاً أن جودة الحياة العاطفية لدى المراهقين الذين يعانون من صعوبات اقتصادية كانت منخفضة جداً عن تله لدى المراهقين الذين لا يعانون من صعوبات اقتصادية.(المصري، 2016، ص.71)

2.8. دراسات حول المعتقدات الصحية التعويضية:

1.2.8. الدراسات العربية حول المعتقدات الصحية التعويضية:

1.1.2.8. دراسة أسماء لشهب (2010): هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية وتنظيم الذات الصحي لدى عينة من المسنين المصابين بداء

السكري المزمن المتردد على مركز الصحة الجوارية بقمار (ولاية الوادي)، بلغ تعدادها (40 مسنا ومسنة). ولغرض جمع بيانات الدراسة تم تبني مقياسي المعتقدات الصحية التعويضية والتنظيم الذاتي الصحي (2010) اللذين أعدتهما الباحثان سناء عيسى الداغستاني وديار عوني المفتي. أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المعتقدات الصحية التعويضية وتنظيم الذات الصحي لدى المسن المصاب بداء السكري المزمن، ولدراسة الفروق بينهم في متوسطات درجات المعتقدات الصحية التعويضية وتنظيم الذات الصحي تبعا لمتغيري المستوى التعليمي والجنس تم استخدام تحليل التباين الأحادي واختبار "ت" لدراسة الفروق بين المتوسطات، فتم التوصل إلى النتائج التالية:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات كل من متغيري المعتقدات الصحية التعويضية وتنظيم الذات الصحي بين المسنين المصابين بداء السكري المزمن تعزى لمتغير الجنس.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المعتقدات الصحية التعويضية بين المسنين المصابين بداء السكري المزمن باختلاف مستوياتهم التعليمية.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات تنظيم الذات الصحي بين المسنين المصابين بداء السكري المزمن باختلاف مستوياتهم التعليمية. (الشهب، 2021، ص. 876)

2.1.2.8. دراسة سناء عيسى الداغستاني و ديار عوني المفتي(2010): حيث قامت الباحثة بدراسة حول المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي. وقد هدفت إلى قياس المعتقدات الصحية التعويضية لدى أفراد عينة الدراسة من موظفي الدولة. والتعرف على الفروق في المعتقدات الصحية على وفق النوع الاجتماعي والتحصيل الدراسي. وكذلك التعرف على الفروق في التنظيم الذاتي الصحي على وفق متغيري النوع الاجتماعي والتحصيل الدراسي. و قياس العلاقة الارتباطية بين المعتقدات الصحية التعويضية والتنظيم الذاتي. وتم تطبيق مقياسين تم إعدادهما من قبل الباحثين وفقاً لمنظورات نظرية كل حسب أسسه النفسية، تم إجراء الدراسة على عينة مكونة من (200) موظفاً وموظفة (100) من الإناث، و (100) من الذكور بعد استخراج الخصائص السيكومترية للمقياسين، وقد توصل البحث إلى النتائج الآتية:

- 1 كانت عينة البحث الحالي لديهم معتقدات صحية تعويضية.
- 2 هناك فروق دالة في المعتقدات الصحية وفق متغير النوع الاجتماعي لصالح الإناث.
- 3 لم يكن هناك فروق دالة حسب متغير التحصيل الدراسي.
- 4 أفراد العينة ليس لديهم تنظيم ذاتي صحي.
- 5 ليس هناك فروقاً دالة في التنظيم الذاتي الصحي وفقاً لمتغير النوع.
- 6 هناك فروقاً في التنظيم الذاتي الصحي حسب التحصيل الدراسي.
- 7 هناك ارتباط بين المعتقدات الصحية التعويضية والتنظيم الذات الصحي (الداغستاني، المفتي 2010. ص 78)

3.1.2.8. دراسة موفق ديهية (2014): كانت حول أثر المعتقدات الصحية على الملائمة العلاجية عند مرضى السكري هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى انتشار سلوك الملائمة عند المصابين بداء السكري؟ و معرفة ما إذا كان لمعتقدات الفرد وتصوراتة الصحية دور في ظهور سلوك الملائمة العلاجية لدى المصاب بالسكري. حيث قمنا باستخدام مقياس المعتقدات الصحية التعويضية الذي أعده كل من (كنوبر، رابيو، وكوهن Knauper، B.Rabiau ،M.cohen) ومقياس تقدير الملائمة العلاجية (Rating CRS=Compliance scale). تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي، حيث أجريت الدراسة في المستشفى العمومي إبراهيم تريشين (مصلحة داء السكري) بمدينة البليدة. على عينة مقدره ب (30) مريضاً بداء السكري. توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- 1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئة الأكثر ملامه في العلاج والأقل ملامه في العلاج لدى مرضى السكري فيما يتعلق بالمعتقدات الصحية.
- 2- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئة ذات الاعتقاد الصحي العالي، ذات الاعتقاد الصحي المنخفض في العلاج لدى مرضى السكري فيما يتعلق بالملائمة العلاجية لصالح الفئة ذات الاعتقاد الصحي العالي.
- 3- توجد مستويات متباينة في المعتقدات الصحية لأفراد العينة الأكثر ملائمة للعلاج حيث أن بعد الأكل يحتل المرتبة الأولى فيها و يليها النوم ثم المشروبات ثم الاسترخاء ويحتل المرتبة الأخيرة ممارسة النشاطات.

4 - توجد مستويات متباينة في الملائمة العلاجية لأفراد العينة الأكثر اعتقاد صحي حيث أن بعد الأدوية يحتل المرتبة الأولى و يليها المشروبات ثم السكريات ويليها كيلا من بعد تناول الشوكولاته والحمية في المرتبة الرابعة ويحتل المرتبة الأخيرة بعد المواظبة. (موفق ديهية، 2014، ص 167-182)

4.1.2.8. دراسة (نصيف عماد عبد الأمير. 2017. العراق) كانت حول الصلابة النفسية وعلاقتها بالمعتقدات الصحية التعويضية لدى طلبة الجامعة. حيث هدفت إلى قياس المتغيرين الاثنين (الصلابة النفسية، والمعتقدات الصحية التعويضية) لدى طلبة جامعة القادسية، والموازنة بينهما وفق متغير النوع الاجتماعي (ذكور، إناث) والتخصص (علمي، إنساني) لدى طلبة جامعة القادسية بالإضافة إلى التعرف على طبيعة العلاقة الارتباطية بين (الصلابة النفسية، والمعتقدات الصحية التعويضية) لديهم. ولتحقيق أهداف البحث تم اعتماد أداتان، الأولى مقياس الصلابة النفسية المعد من طرف (الموسوي. 2006) ، والثانية المعتقدات الصحية التعويضية المعد من طرف (كنوبر وآخرين. 2006. knauper et al) تتوفر في المقياسين الخصائص السيكومترية الواجب توافرها في بناء المقاييس كالصدق والثبات والقدرة على التمييز. طبقت هذه الأدوات على عينة قوامها (100) طالب وطالبة بواقع (50) من الذكور (50) من الإناث تم اختيارها بطريقة العشوائية الطبقية ذات التوزيع المتساوي من طلبة جامعة القادسية ومن الاختصاصات العلمية والإنسانية. وبعد معالجة البيانات إحصائياً، اتضح ما يلي:

- 1- الطلبة أفراد عينة الدراسة يتمتعون بصلابة نفسية. ولديهم معتقدات صحية تعويضية.
- 2- لا توجد فروق دالة إحصائية على وفق متغير الجنس (ذكور، إناث) في كل من: (الصلابة النفسية، والمعتقدات الصحية التعويضية) لدى طلبة الجامعة.
- 3- توجد فروق دالة إحصائية في كل من (الصلابة النفسية، والمعتقدات الصحية التعويضية) وفق متغير التخصص (علمي، إنساني) ولصالح التخصص العلمي.
- 4- توجد علاقة ارتباطية إيجابية بين (الصلابة النفسية، والمعتقدات الصحية التعويضية). (عبد الأمير نصيف، 2017، ص1)

5.1.2.8. دراسة (بهلول وجبالي، 2017) تناولت هذه الدراسة سلوكيات السياقة الخطرة و علاقتها بالمعتقدات الصحية التعويضية. حيث هدفت إلى الكشف عن طبيعة العلاقة التي

ترتبط بين المتغيرين. حيث طبقت الدراسة على عينة عرضية مكونة من (103) فرد كلهم سائقين ذكور. ولقد تم استخدام المقاييس الخاصة بهذه المتغيرات والمتمثل في مقياس المعتقدات الصحية التعويضية المعد من طرف (كنوبر، رابيوا، وكوهن M.cohen، Knauper، B.Rabiau) واستبيان سلوك قيادة السيارة من إعداد الباحثين، تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي، و تحليل البيانات بالاعتماد على الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) و توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين المعتقدات الصحية و بين محور السياقة الخطرة.

2- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين المعتقدات الصحية و بين محور السياقة العدوانية.

3- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين المعتقدات الصحية و بين محور الأحاسيس السلبية في السياقة. وعليه فقد تحققت الفرضية العامة و القائلة : توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين المعتقدات الصحية و بين سلوك قيادة السيارات جزئياً. (بهلول، جبالي، 2017، ص 152)

3.8. دراسات حول المصابين مرض السكر:

1.3.8. الدراسات العربية حول المصابين مرض السكر

1.1.3.8. دراسة رضوان (2002م): هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى القلق لدى مرضى السكري، وعلاقته بمتغيرات التالية (السلوك الديني، وتاريخ المرض، والجنس) وتكونت عينة الدراسة من (267) مصابا بمرض السكري منهم (111) ذكور و(156) إناث، استخدم الباحث اختبار للقلق وللسلوك الديني ونتج عن الدراسة: أن مرضى السكري يعانون من آثار القلق النفسية الناتجة على مضاعفات السكري، وجود فروق دالة إحصائياً في القلق لمرضى السكري تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث. وجود فروق في السلوك الديني تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور. توجد فروق دالة في القلق تعزى لمتغير تاريخ المرض لصالح المجموعة أكثر من (18 سنة) وفروق في السلوك الديني لصالح المجموعة الأقل من (9سنوات). وأن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين القلق والسلوك الديني لدى مرضى السكري. (سليمان، 2015، ص.29)

2.1.3.8. دراسة يونس (2004): هدفت الدراسة إلى الكشف عن (تأثير المشكلات النفسية والاجتماعية على جودة الحياة لدى مرضى السكري) وتكونت عينة الدراسة من (378 فردا) من مرضى السكري منهم (129 ذكور) و (249 إناث) واستخدم الباحث مقياس (المشكلات النفسية والاجتماعية) من إعداده واستخدام مقياس جودة الحياة من إعداد منظمة الصحة العالمية، ومن أهم نتائج الدراسة: وجود فروق بين الذكور والإناث من مرضى السكري في مستوى جودة الحياة لصالح الذكور، وكذلك وجود فروق بين منخفضي ومرتفعي المشكلات النفسية في مستوى جودة الحياة لصالح منخفضي المشكلات النفسية. (سليمان، 2015، ص.28)

3.1.3.8. دراسة رضوان (2008م): هدفت الدراسة إلى التحقق من (فاعلية برنامج إرشادي تدريبي في خفض الضغوط النفسية لدى مرضى السكري)، بلغت عينة الدراسة (24 فردا) منهم (12) يمثلون العينة الضابطة و(12) يمثلون العينة التجريبية، واستخدم الباحث (مقياس الضغوط النفسية)، و(مقياس التوافق النفسي) و(استمارة لتقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي) للأسرة الفلسطينية، بالإضافة إلى برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وجميعها من إعداد الباحث، ومن نتائج الدراسة: وجود علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى مرضى السكري. وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل إجراء البرنامج ومتوسطات درجات بعد إجراء البرنامج على مقياس الضغوط النفسية لصالح الإجراء البعدي. وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة في الإجراء البعدي على مقياس الضغوط النفسية ومقياس التوافق النفسي لصالح أفراد المجموعة التجريبية. (سليمان، 2015، ص.28)

4.1.3.8. دراسة عياش (2010م): هدفت الدراسة الكشف عن العلاقة بين التوافق النفسي وقوة الأنا، وأجريت الدراسة على عينة عشوائيا من المرضى المسجلين بمركز السكر بشهداء الرمال بعزة وبلغت عينة الدراسة (300 فردا) وللوصول إلى نتائج الدراسة قام الباحث بتطبيق مقياس التوافق النفسي، ومقياس الأنا، وتوصلت الدراسة في النهاية إلى عدة نتائج لعل من أهمها: وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين التوافق النفسي وقوة الأنا، عدم وجود فروق دالة إحصائياً في التوافق النفسي بعد التوافق الصحي وعدد سنوات الإصابة،

عدم وجود فروق دالة إحصائية بين عدد سنوات الإصابة بالسكر وأبعاد التوافق العام. (سليمان، 2015، ص.28)

5.1.3.8. دراسة بوشينة صالح 2019: هدفت الدراسة إلى (التعرف على فاعلية الذات وعلاقتها بإدارة الانفعالات لدى عينة من المراهقين المصابين بداء السكري في ضوء مجموعة من المتغيرات) والمتمثلة في (الجنس، مدة الإصابة بالمرض، نمط المرض) وتكونت العينة من (64) مراهقا مصابا بداء السكري، وقد تم اختيارهم بطريقة قصدية، إعتد الباحث على المنهج الوصفي الارتباطي مستعينا بأداتي البحث وهما: (مقياس فاعلية الذات) و (مقياس إدارة الانفعالات) وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- مستوى فاعلية الذات لدى المراهقين المصابين بداء السكري كان مرتفع
- مستوى إدارة الانفعالات لدى المراهقين المصابين بداء السكري كان مرتفع.
- توجد علاقة ارتباطية بين فاعلية الذات وإدارة الانفعالات لدى المراهقين المصابين بداء السكري.

- عدم وجود فروق في مستوى فاعلية الذات تعزى لمتغير الجنس.
- وجود فروق في مستوى فاعلية الذات تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض لصالح أكثر من 5 سنوات.
- وجود فروق في مستوى فاعلية الذات تعزى لمتغير نمط المرض لصالح النمط الثاني.
- عدم وجود فروق في درجات إدارة الانفعالات تعزى لمتغير الجنس.
- وجود فروق في درجات إدارة الانفعالات تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض لصالح أكثر من 5 سنوات.

- وجود فروق في درجات إدارة الانفعالات تعزى لمتغير نمط المرض لصالح النمط الثاني.
- إمكانية التنبؤ بإدارة الانفعالات في ضوء متغير فاعلية الذات. (بوشينة صالح 2019)

6.1.3.8. دراسة فتحة بقواسي و نبيلة عيساوي. 2021: كانت الدراسة حول (الرعاية الأسرية للمرأة المصابة بداء السكري في الأسرة الجزائرية الشلالية). حيث أجريت الدراسة على عينة قوامها (40) امرأة بمنطقة قصر الشلال. وبينت النتائج المتعلقة بالمستوى التعليمي للمصابات بالسكري ومعرفتهم بأخطار مضاعفات المرض ويتجنبون السلوكيات المؤدية للإصابة بها، أن أعلى نسبة وصلت إلى (50%) من المجموع الكلي للمصابات

المصرحات أن أكثر المضاعفات ذات خطورة هي القصور الكلوي، أما نسبة (47.5%) تمثل المجموع الكلي للمصابات المصرحات أن أخطر مضاعفات السكري هو قصور النظر، بينما أدنى نسبة بلغت (2.5%) عند المجموع الكلي للمصابات المصرحات بالتهاب الاعصاب. وبالتالي فإنه لا توجد علاقة بين المستوى التعليمي للمصابات بداء السكري ودرائتهن بأخطر مضاعفاته، فالنسب المتساوية المسجلة والتي تؤكد على أن مضاعفة هذا المرض يظهر في القصور الكلوي صرحت به كل من ذات المستوى التعليمي الجامعي و اللواتي بدون مستوى تعليمي، وحتى عند المستوى التعليمي المتوسط والابتدائي، فكل النسب متقاربة تقريبا ماعدا التهاب الأعصاب فهو قليل الحدوث و غير معروف عند المصابين بداء السكري. كما أوضحت نتائج الدراسة المتعلقة بالمستوى التعليمي للمصابات بداء السكري والممارسات التي يرونها تزيد من السيطرة على المرض(ممارسة الرياضة، الابتعاد عن الاضطرابات، الراحة النفسية) أن هناك اختلاف بين كل المستويات حول أهم الاقتراحات الايجابية التي يرونها تزيد في السيطرة على المرض، مما يثبت أن المستوى التعليمي لا علاقة له بمستوى الوعي الصحي حول داء السكري وأنه ليس ضروريا أن تكون المصابة بداء السكري ذات مستوى تعليمي عالي لتتمكن من التحكم في مرضها والتغلب عليه، وتتجنب السلوكيات السلبية و المضاعفات الخطيرة. كما توصلت كذلك إلى أن المصابات الواعيات لتجنب مضاعفات السكري الخطيرة و يحافظن على توازن السكر لديهن ومن أكدن على ممارسة الرياضة والابتعاد عن الضغوطات والقلق و لديهن راحة نفسية من ذات المستوى التعليمي العالي أو المتوسط، بعكس ذوات المستوى الابتدائي أو بدون مستوى تعليمي.(بقواسي ، عيساوي،2021 ص 81)

2.3.8. الدراسات الاجنبية حول المصابين بمرض السكري

1.2.3.8. دراسة (Boey. 1999): هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين التوافق النفسي والاكنتاب لدى مرضى السكري وذلك على عينة من مرضى السكر الصينيين، وتكونت عينة الدراسة من(101)مريضا منهم (49 إناث) و(52 ذكور) تتراوح أعمارهم ما بين (20 إلى 75 سنة) استخدم الباحث (مقياس الاكنتاب) من إعداد فيرارو، وتوصلت نتائج الدراسة أن أعراض الاكنتاب كانت لديهم أعلى بكثير من الأفراد الغير مصابين بمرض السكري، وتبين أيضا أن أفراد العينة الذين يعانون من أعراض الاكنتاب تظهر لديهم السلبية

والانطوائية ومشكلات الاندماج مع المجتمع، كما اتضح أيضا عدم وجود فروق دالة بين أفراد العينة من حيث اختلاف مهارات المواجهة والدعم الاجتماعي.

(سليمان، 2015، ص.31)

2.2.3.8. دراسة (Lloyd.2000): هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى انتشار أعراض (القلق والاكتئاب) لدى المراهقين مرضى السكري، والذين يعالجون في المستشفيات أو في العيادات الصحية، وتكونت عينة الدراسة من مرضى السكري الذين ينتظرون المراجعات الطبية في المستشفيات وأعمارهم أكثر من (18) عام ومن الجنسين، واستخدم الباحث (مقياس القلق) و(مقياس الاكتئاب)، وقام الباحث بمتابعة أفراد العينة من خلال الرجوع للتقارير الطبية والتعرف على مستويات السكر في الدم لديهم، ومن نتائج الدراسة أن حوالي (28%) من أفراد العينة كان لديهم ارتفاع في أعراض كلا من القلق والاكتئاب، ولكن كانت نسبة الذكور مرتفعة في أعراض الاكتئاب أكثر من الإناث، بينما أعراض القلق كانت مرتفعة لدى الإناث أكثر من الذكور، كما لوحظ أن هناك ترابط بين الاكتئاب ومضاعفات السكري لدى الذكور، بينما لا ينطبق على الإناث، بالإضافة إلى وجود علاقة ايجابية بين الضعف الجنسي ومظاهر القلق والاكتئاب لدى أفراد العينة.

(سليمان، 2015، ص.30)

3.2.3.8. دراسة (willoughby et al.2000) كانت تهدف هذه الدراسة البحث في موضوع (التوافق النفسي وعلاقته بالموافقة لدى مريضات السكري) وتكونت عينة الدراسة من (115) مريضة بالسكري من النساء المترددات لعيادات الصحة العامة واستخدم الباحث مقياسا (مهارات المواجهة) ومقياس (مهارات التوافق الشخصي والاجتماعي) من أعداد الباحث، ومن النتائج: هناك علاقة ارتباطية بين المواجهة والتوافق النفسي والاجتماعي لدى أفراد العينة، حيث أظهر المريضات أنه كلما كانت مهارات للمواجهة أفضل كلما زاد مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي، وأن ذلك ينعكس إيجابا على صحة المريضات وإذا قلت مهارات المواجهة قل مستوى التوافق النفسي والاجتماعي. (سليمان، 2015، ص.31)

4.2.3.8. دراسة: (Snok & Pouwer 2001): كانت تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على مدى ظهور علامات الاكتئاب لدى مرضى السكري وأسره، و أجريت الدراسة على عينة من الذكور والإناث عددهم (147) مريض ومريضة بالنوع الثاني من السكري،

واستخدم الباحثان مقياس (القلق والاكتئاب) خاص بالمرضى وأسره في المستشفى، وأخذ الباحثان بعض المعلومات من السجلات الخاصة بالمرضى، وفي الاخير نتج عن الدراسة أن العلاقة الإرتباطية بين الاكتئاب والسكري كانت أقوى لدى النساء بالمقارنة مع الرجال، حيث وجدت علامات الاكتئاب في كل ثلاث حالات من أربعة لدى النساء، وحالة واحدة من كل أربع حالات من الرجال، إلى جانب الضغوط النفسية التي تنعكس على قدرة الأسرة في أدائها لوظائفه. (سليمان، 2015، ص.30)

5.2.3.8. دراسة (Chisholm.2003): كان الهدف من الدراسة هو التعرف على مدى التوافق النفسي لدى الأطفال المتمدرسين المصابين بمرض السكري، تكونت عينة الدراسة (47) أما لطلاب مدارس الصغار ما قبل مرحلة المراهقة مصابين بمرض السكري، حيث استخدم الباحث مقياس التوافق النفسي، وقام باختيار الأفراد الأعلى في سوء التوافق وأجرى مقارنة بينهم وبين غيرهم الأقل مع التجانس في كل من المتغيرات الدخيلة والوسيطه كما قام بمقابلات مع أمهات الأطفال، ومن نتائج الدراسة: أن الأطفال المرضى بالسكري والذين لديهم مشاكل نفسية تعكس سوء التوافق هم أكثر تغيبا عن المدارس ويجدون صعوبة في التعامل مع طبيعة مرضهم وصعوبة في التعامل مع زملائهم الذين لا يعانون من سوء التوافق وكان ذلك بدرجة أكبر من الأطفال الآخرين. كما أثبتت الدراسة أن سوء التوافق انعكس كذلك على العلاقات الاسرية والاجتماعية لدى أفراد العينة كما انعكس هذا سلبا على برنامج علاجهم لمرض السكري. (سليمان، 2015، ص.29)

6.2.3.8. دراسة (K. Humlbe ,et,al.2006): كان هدف الدراسة هو التعرف على التغيرات في الشخصية والتوافق الاجتماعي خلال السنوات الثلاثة الأولى من الإصابة بمرض السكري عند عينة تتكون من (64 مريض) وتتراوح أعمارهم (من 4 إلى 17 سنة)، استخدم الباحث عدة مقاييس منها فحص القدرات المعرفية ، وتقييم الوضع الاجتماعي، وتطبيق مقياس الذكاء، كما طبقت المقاييس على المرضى المصابين بالسكري الذين تتراوح مدة إصابتهم بالسكري من (5 شهور إلى 3 سنوات)، وكانت نتائج الدراسة كما يلي: لا توجد اختلافات في القدرات المعرفية لمرضى السكري في بداية الدراسة، كما لوحظ زيادة أعراض العدوانية عند مرضى السكري وارتفاع مستوى القلق عند المرضى على صحتهم، ولكن بعد (3سنوات) بدأت الأعراض تتناقص، كما توصلت إلى عدم وجود فروق دالة في التوافق

الاجتماعي ونسبة الذكاء لدى مرضى السكري من عينة الدراسة. (سليمان، 2015، ص.29)

7.2.3.8 دراسة (Wandell & Gravels.2006): كانت تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على (مهارات المواجهة عند مرضى السكري وأسره من كلا الجنسين) حيث يراجعون مراكز الرعاية الأولية بالسويد، فتكونت عينة الدراسة من (232 فرد) مصابين بمرض بالسكري تتراوح أعمارهم من (35 إلى 64 سنة) منهم (121 ذكور) و(111 اناث)، وتم اختيارهم عشوائياً، وتم تطبيق مقياس (مهارات المواجهة) عليهم بالإضافة إلى الاستعانة بالتقارير الطبية الخاصة بهم، والنتائج المتوصل إليها تتمثل في أن مهارات المواجهة كانت ضعيفة لدى النساء أكثر من الرجال كما لوحظ وجود مشكلة الانعزالية والانطوائية والاستسلام لدى النساء أكثر من الرجال. (سليمان، 2015، ص.29)

9.التعقيب على الدراسات السابقة:

1.9.1. تعقيب على الدراسات السابقة حول جودة الحياة الأسرية: من خلا استعراضنا لدراسات السابقة، تبين لنا أن هناك تنوع في هذه الدراسات العربية و الأجنبية من حيث أهدافها والأدوات المستخدمة في الدراسة، والعينة التي كانت تستهدفها، الأساليب الإحصائية المستخدمة، والنتائج المتوصل إليها، ونعرض هذا التنوع في النقاط التالية:

1.1.9.1. من حيث الهدف: تباينت أهداف الدراسات السابقة التي تناولت متغير جودة الحياة الأسرية، فمنها التي تهدف الى معرفة العلاقة بين جودة الحياة الأسرية و فاعلية الذات كما جاء في دراسة (عبد الوهاب. شند 2010) ومنها ما هدف لمعرفة العلاقة بين جودة الحياة الأسرية مع الرضا عن الحياة وجودة الحياة الانفعالية كدراسة (عبد الوهاب 2010) ودراسة دانيال، وشيك لي Daniel.T & Shek. Lee (2007)، ومنها ما هدف لمعرفة العلاقة مع ونمو الحكم الأخلاقي أخرى مع التفوق الدراسي وهي على التوالي دراسة حمزة (2013) ودراسة بن رتمية شريفة (2017). رغم تنوع أهداف الدراسات السابقة والاختلاف فيما بين أهدافها وأهداف الدراسة الحالية، إلا أنه يبقى متغير جودة الحياة الاسرية متغير أساسي في كل هذه الدراسات.

2.1.9. من حيث المنهج المستخدم في الدراسات: رغم تنوع أهداف الدراسات السابقة إلا أن معظمها اتفق في استخدام المنهج الوصفي الارتباطي فيما عدا دراسة بن رتمية شريفة (2017) فد اعتمدت على المنهج الوصفي.

3.1.9. من حيث العينة: تتفق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في العينة المستهدفة و المتمثلة في المراهقين وهي دراسة (عبد الوهاب شند 2010) ودراسة (عبد الوهاب 2010) ودراسة (حمزة . 2013) ودراسة (بن رتمية شريفة. 2017) ودراسة (janet et al .1983) ودراسة (دانيال، وشيك لي Daniel.T & Shek. Lee 2007). إلا أن خصائص العينة كانت مختلف حيث جاءت دراسة دراسة (حمزة . 2013) حول الأحداث الجانحين ودراسة، دراسة (janet et al :1983) جاءت حول المراهقين المصابين بالسكري، ودراسة (بن رتمية شريفة. 2017) جاءت حول المراهقين المتفوقين دراسيا.

4.1.9. من حيث أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة الحالية مقياس (جودة الحياة الأسرية المدركة) فقد اتفقت كلا من دراسة دارة (عبد الوهاب شند 2010) ودراسة (بن رتمية شريفة. 2017) ودراسة (حمزة . 2013) في استخدام نفس المقياس، بينما استخدمت باق الدراسات مقاييس أخرى تتناسب مع أهداف و عينة دراستها، فمنها ما كان من إعداد الباحث صاحب الدراسة و من من استعان بمقاييس كانت معدة من طرف باحثين آخرين مسبقا.

2.9. تعقيب على الدراسات السابقة حول المعتقدات الصحية التعويضية:

1.2.9. من حيث الهدف: اختلفت أهداف الدراسات السابقة التي تناولت متغير المعتقدات الصحية التعويضية، فمنها التي تهدف الى معرفة العلاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية بالتنظيم الذات الصحي، كما جاء في دراسة كلا من (أسماء لشهب، 2010) ودراسة (الداغستاني وعوني المفتي، 2010) بينما جاءت دراسات أخرى متباينة في أهدافها، فقد هدفت لدراسة مغير المعتقدات الصحية التعويضية و علاقته بكل من الصلابة النفسية في دراسة (نصيف عماد عبد الأمير. 2017) و الملائمة العلاجية في دراسة (موفق ديهية . 2014) و سلوكيات السياقة الخطرة في دراسة (بهلول وجبالي، 2017)، رغم تنوع أهداف الدراسات السابقة والاختلاف مع أهداف الدراسة الحالية، إلا أنه يبقى متغير المعتقدات الصحية التعويضية متغير أساسي في كل هذه الدراسات.

2.2.9. من حيث المنهج المستخدم في الدراسات: اتفقت معظم الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية من حيث المنهج المستخدم حيث اعتمدت على المنهج الوصفي الارتباطي، فيما عدا دراسة (دراسة موفق ديهية .2014) فقد اعتمدت على المنهج الوصفي.

3.2.9. من حيث العينة: تختلف الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من ناحية العينة المستهدفة في الدراسة، فقد كانت عينة الدراسة الحالية تتمثل في فئة المراهقين، بينما كان أفراد العينة في الدراسات السابقة في مراحل عمرية متقدمة أكثر من سنة المراهقة (الكهول و المسنين) أما من حيث خصائص العينة فقد اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة كلا من (أسماء لشهب، 2010) و دراسة (دراسة موفق ديهية .2014) كونهم مصابين بمرض السكري.

4.2.9. من حيث أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة الحالية مقياس (المعتقدات الصحية التعويضية) من إعداد (كنوبر و آخرون 2010) فقد اتفقت كلا من دراسة دارسة (دراسة موفق ديهية .2014) ودراسة (نصيف عماد عبد الأمير.2017) ودراسة (بهلول وجبالي، 2017) في استخدام نفس المقياس، بينما قام كلا من (أسماء لشهب ،2010) ودراسة (الداغستاني وعوني المفتي 2010) بإعداد مقياس من طرفهم حول المعتقدات الصحية التعويضية، و الذي يخدم أهداف وعينة دراستها.

3.9. تعقيب على الدراسات السابقة حول المصابين بمرض السكري:

1.3.9. من حيث الهدف: تختلف الدراسات السابقة التي جاءت حول المرضى المصابين بالسكري من حيث الأهداف مع الدراسة الحالية، ولكن معظم الدراسات كانت تصب في نفس السياق من حيث المتغيرات، فجلها كانت تركز على دراسة متغيرات نفسية إجتماعية فقد جاءت بعض الدراسة حول القلق و الاكتئاب و الضغوط النفسية لدى مرضى السكري و هي دراسة كلا من (رضوان .2002م) ودراسة (رضوان .2008م) ودراسة (Liloyd.2000) ودراسة (Snok & Pouwer 2001) . بينما جاءت دراسات أخرى حول التوافق النفسي لدى مرضى السكري، منها دراسة (عياش .2010م) ودراسة (Boey . 1999) ودراسة (willoughby et al.2000) ودراسة (Chisholm.2003) . ورغم الاختلاف بين أهداف الدراسة السابقة و أهداف الدراسة الحالية، إلا أن كل الدراسات السابقة تتفق في الخاصية الأساسية لأفراد العينة ، و هي كونهم مصابين بمرض السكري.

2.3.9. من حيث المنهج المستخدم في الدراسات: يوجد اتفاق بين بعض الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية من حيث المنهج المستخدم، كدراسة كلا من (دراسة رضوان. 2002م) ودراسة دراسة (عياش. 2010م) ودراسة دراسة (بوشينة صالح 2019) ودراسة Boey. (1999) ودراسة (willoughby et al.2000)، بينما تختلف باقي الدراسات مع الدراسة الحالية في المنهج المستخدم كلا حسب أهداف دراسته.

3.3.9. من حيث العينة: تتفق كل الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية من ناحية عينة الدراسة و المتمثلة في خاصية الإصابة بمرض السكري، ولكن يوجد بعض الاختلاف من ناحية الفئة العمرية فقد جاءت دراسة كلا من (بوشينة صالح 2019) ودراسة

(Liloyd.2000) ودراسة (Snok & Pouwer 2001) ودراسة (Wandell & Gravels.2006) تستهدف فئة المراهقين، بينما باقي الدراسات، فقد تنوعت الفئة العمرية لأفراد عينتها بحسب ما يخدم أهداف دراستها، أما من ناحية الجنس، فقد جاء دراسة كلا من (فتيحة بقواسي و نبيلة عيساوي.2021) ودراسة (willoughby et al.2000) حول فئة الإناث المصابة بداء السكري فقط.

4.3.9. من حيث أدوات الدراسة: رغم الاتفاق بين الدراسة الحالية و الدراسات السابقة من ناحية خاصية عينة الدراسة و المتمثلة في الإصابة بمرض السكري، و اتفاق بعض الدراسات كذلك في الفئة العمرية المستهدفة في دراستنا ألا وهي فئة المراهقين، إلا أنه تختلف كل الدراسات فيما بينها ومع الدراسة الحالية حول أدوات الدراسة المستخدمة، فكل دراسة تستعين بالأدوات التي تخدم هدفها و مختلف خصائص عينتها، سواء كانت أدوات من تصميم الباحث صاحب الدراسة، أو أدوات معدة مسبقا من طرف باحثين أجرو دراسات تتفق مع أهداف دراستهم.

10. حدود الدراسة: تتجلى حدود الدراسة الحالية فيما يلي:

1.10. الحدود البشرية: تتمثل حدود الدراسة البشرية في عينة من المراهقين السكريين الذين تتراوح أعمارهم ما بين (12 سنة إلى 21 سنة) من كلا الجنسين، ولديهم متابعة طبية دورية مع طبيبهم المختص في متابعة مرضى السكري، أو المتواجدون في وضع استشفائي.

2.10. الحدود المكانية: تتمثل حدود الدراسة المكانية في مصلحة بيت السكري بمدينة ورقلة ومصلحة طب الأطفال بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف، إضافة إلى بعض العيادات الطبية الخاصة في بمدينة تقرت.

3.10. الحدود الزمنية: تتمثل حدود الدراسة الزمانية في الفترة الممتدة من سنة (2021 إلى 2022).

وتتحدد كذلك الدراسة بمنهجها و مجموع أدواتها و الأساليب الإحصائية المستخدمة فيها.

الفصل الثاني

جودة الحياة الأسرية

☞ تمهيد

☞ أولاً : جودة الحياة

1. تعريف الجودة
2. التاريخ لمفهوم جودة الحياة
3. تعريف جودة الحياة
4. الاتجاهات المفسرة لجوده الحياة

☞ ثانياً: الأسرة

1. تطور مفهوم الأسرة
2. تعريف الأسرة
3. وظائف الأسرة

☞ ثالثاً: جودة الحياة الأسرية

1. نشأة مفهوم جودة الحياة الأسرية
2. تعريف جودة الحياة الأسرية
3. أبعاد جودة الحياة الأسرية
4. مؤشرات جودة الحياة الأسرية

☞ رابعاً: الأسرة والصحة

1. دور الأسرة في تعديل العادات الصحية الضارة
2. دور الأسرة في تحقيق الجودة والسلامة والصحة البدنية

لأفرادها

تمهيد:

تشهد المجتمعات في العالم العديد من التغيرات والسريعة على جل جوانب الحياة، منها التغيرات النافع وأخرى ضارة، حيث تمس هذه التغيرات الجانب الاقتصادي والتعليمي والأمني والنفسي والاجتماعي. مما نتج عنه مفاهيم وظواهر جديد لدى الفرد والمجتمع وبالتالي ضرورة تركيز اهتمام الباحثين عليها والتعمق في دراستها. ومن بين المفاهيم التي حظيت باهتمام الباحثين و تعرضت للكثير من الصعوبات للبحث فيها و تحديد مفهومها الدقيق نجد ما يعرف بمفهوم جودة الحياة الأسرية وهو يعتبر من المفاهيم التي تحظى بالاهتمام على مستوى الاستخدام العلمي أو على مستوى الاستخدام العملي في الحياة اليومية، ومازال الباحثون في هذا المجال لم يتوصلوا بعد للاتفاق على إطلاق تعريف مضبوط لهذا المصطلح، وهذا يرتبط بالظهور الحديث للمفهوم على مستوى التداول العلمي الدقيق، فهو يستخدم أحيانا للتعبير عن الرقي في مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، كما يستخدم أيضا للتعبير عن إدراك الأفراد لمدى إشباع هذه الخدمات لحاجاتهم المتعددة. وقد زاد في السنوات الأخيرة الاهتمام بدراسة جودة الحياة الأسرية، وهذا تبعا لأهميتها ودورها الأساسي في إحداث التوافق النفسي الاجتماعي و الصحي للأبناء وكذا التوافق الانفعالي والدراسي، وهذا ما يساهم في تحسين مستوى الرضا عن الحياة الأسرية لديهم و بالتالي تحقيق النجاح في شتى مجالات الحياة. و يفسر ذلك بوتتم Putnam (1995) بأن جودة الحياة الأسرية من أكثر الموضوعات أهمية، حيث افترض أن الأسرة عي المنظمة الأساسية الأكثر تماسكا في المجتمع و هي تمثل رأس مال الاجتماعي في المجتمع (عبد الوهاب و شند، 2010، ص 498)

أولا: جودة الحياة**1. تعريف الجودة:**

حاول الكثيرين تقديم توضيح شامل عن مفهوم الجودة، وكانت كل من التعريفات التي نتجت عن هذه المحاولات تتولى إبراز سمة معينة تقوم بالتمحور حولها، وبصرف النظر عن الاختلافات التي أبرزتها تلك المحاولات، إلا أن هناك بعض التعريفات التي فرضت نفسها

على الفكر وذلك لما اتصفت به من موضوعية وتعبير دقيق عن المفهوم، يمكن عرض بعضها:

1.1. تعريف الجودة لغتا:

1.1.1. تعريف معجم العين للجودة: "صار جيّداً. يقال: جاد المتاع، وجاد العمل. فهو جيد" (مجمع اللغة العربية، 2005، ص.145.)

2.1.1. تعرف (البستاني فؤاد أفرام) الجودة: الجودة من الفعل جاد ، جود ، جودة أي صار جيدا ، وهو ضد الرديء ، وجود الشيء : أي حسنه وجعله جيدا.

3.1.1. تعريف ابن منظور أبي الفضل جمال الدين (1993) "أن الجودة في اللغة من الفعل جود، وجاد الشيء جودة : أي صار جيدا ، وقد جاد جودة وأجاد : أي أتى بالجيد من القول أو الفعل" (محمد داودي، التجاني بن الطاهر، 2016، ص466)

4.1.1. تعريف سامية بن رمضان، 2017 : جاد -جودة = صار جيدا، وهو ضد الرديء، فعل الجيد- وجاد بالشيء جودة، أي صار جيدا . و ترجع كلمة الجودة *Qualité* إلى الكلمة اللاتينية *Qualitas* والتي تعني طبيعة الشخص أو الشيء ودرجة صلاحيته، لا كما كانت تعني قديما الدقة والإتقان. (سامية بن رمضان، 2017، ص99)

5.1.1. تعريف زينب حدمر، 2017:"الجودة أصلها من الجود والجيد نقيض الرديء" (زينب حدمر، 2017 ص 133)

2.1. تعريف الجودة اصطلاحا:

ومن أهم التعارف التي أعطت مفهوما لتصورات كل عالم من علماء لمصطلح الجودة ما يلي:

1.2.1. تعريف عبد الفتاح وحسن،" الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال، وإشباع الحاجات، والرضا عن الحياة، وإدراك الفرد ومضامين حياته وشعوره بمعني الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الايجابية وإحساسه بالسعادة وصولا إلى عيش حياة متناغمة ومتوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في مجتمعه".(سامية بن رمضان، 2017، ص99)

2.2.1. تعريف زينب حدمر (2017):هي كلمة مشتقة من الكلمة اليونانية *Qualities* ويقصد بها طبيعة الشيء ودرجة صلابته.(زينب حدمر، 2017 ص 133)

3.2.1. تعريف عمر وصفي: " الجودة بمعناه الواسع هي إنتاج سلعة أو تقديم خدمة ذات مستوى عالي من الجودة المتميزة وتكون قادرة من خلالها على إستواء احتياجات ورغبات عملائها، بالشكل الذي يتفق مع توقعاتهم وتحقيق الرضا والسعادة لديهم ويحدث ذلك من خلال مقاييس موضوعة سلفا لإنتاج السلعة أو تقديم الخدمة وتوفير صفة التميز فيهما" (زينب حدمر.2017.ص.133)

4.2.1. تعريف عبد الفتاح وحسن: "الجودة هي الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة وشعور الفرد بحسن الحال، وإشباع الحاجات، والرضا عن الحياة، وإدراك الفرد لمضامين حياته وشعوره بمعني الحياة بالإضافة إلى الصحة البدنية الايجابية وشعوره بالسعادة وصولاً إلى العيش في حياة متناغمة ومتوافقة بين جوهر الفرد والقيم السائدة في مجتمعه"(سامية بن رمضان.2017.ص.99)

2.التأريخ لمفهوم جودة الحياة

"يعد كتاب الأخلاق لأرسطو (384-322ق.م) أحد المصادر المبكرة التي تعرضت لتعريف جودة الحياة حيث قال ((...إن كلا من العامة أو الدهماء وأصحاب الطبقة العليا يدركون الحياة الجيدة بطريقة واحدة وهي أن يكونوا سعداء ولكن مكونات السعادة عليها خلاف إذ يقول بعض الناس شيئاً ما في حين يقول آخرون غيره ومن الشائع كذلك أن الرجل نفسه يقول أشياء مختلفة في مختلف الأوقات فعندما يقع فريسة المرض فإنه يعتقد أن السعادة هي الصحة وعندما يكون فقيراً يرى السعادة في الغنى...)) ويرى أرسطو أن الحياة الطيبة (Well-being) تعني حالة شعورية، ونوعاً من النشاط وما ذلك بالتعبير الحديث سوى جودة الحياة. ثم أصبحت جودة الحياة من الأولويات المهمة لدى المجتمعات الغربية بعد الحرب العالمية الثانية، وأدخل المفهوم إلى معجم المفردات، واستخدم للتعبير عن الحياة الهانئة والتي تتشكل من عدة مكونات منها: العمل والمسكن، والبيئة، والصحة ومع بداية فترة الثمانينات وما تلاها في التسعينات والظهور السريع لثورة الجودة وتأكيداً لجودة المنتجات وجودة المخرجات، ودخول معايير الجودة وتطبيقها في العديد من المجالات: الصناعة، الزراعة، الاقتصاد، الطب، والسياسة، والاجتماع والدراسات النفسية، كان أحد نواتج تلك الثورة هي زيادة الاهتمام البحثي بدراسة مفهوم جودة الحياة في المجالات السابقة". (مسعودي أمحمد،2015.ص.204)

3. تعريف جودة الحياة:

3.1. تُعرف شقير (2010): يعرف جودة الحياة بأنها: "أن يعيش الفرد حالة جيدة في عدة جوانب، حيث يكون متمتعاً بصحة بدنية، وعقليته، وانفعاليته جيدة، ولديه درجة من القبول والرضا لهذه الجوانب، وأن يمتلك إرادة قوية، ويتميز بالصمود أمام ضغوط التي يواجهها في حياته اليومية، ويكون ذا كفاءة ذاتية إجتماعية عالية، ولديه رضا عن حياته الأسرية، والمهنية، والمجتمعية، ويحقق حاجاته وطموحاته، ويتمتع بالثقة في نفسه اثقاً من دون غرور، ولديه تقديراً لذاته يساهم في شعوره بالسعادة ويعزز لديه القدرة على التفاوض بحاضره ومستقبله. ويكون متمسكاً بقيمه الدينية والخلقية والاجتماعية، ويتمتع بروح المواطنة و الانتماء لوطنه، ويتميز بحبه للخير ويدافع عن حقوقه وحقوق الآخرين ومتطلعاً للمستقبل". (محمد على خلف حمدان، 2018، ص.17)

3.2. تعريف العارف بالله ومحمد الغندور (1999): يعرف جودة الحياة بأنها: "هي البناء الكلي الذي يتكون من مجموعة المتغيرات التي تهدف إلى إشباع مجموع الحاجات الأساسية للفرد ويمكن قياس هذا الإشباع بجانبين هما: المؤشرات الموضوعية التي تقيس الإمكانيات المتدفقة على الفرد، والمؤشرات الذاتية تقيس مقدار تحقق الإشباع للفرد". (رشا عبد العاطي راغب، 2014، ص.9)

3.3. تعريف حسن عبد المعطى (2005) يعرف جودة الحياة بأنها: "التعبير عن مستوى الرقي في مجموعة من الخدمات و المتمثلة في الخدمات المادية والاجتماعية والنفسية التي تقدم لأفراد المجتمع، وهي التي تعبر عن توجه الأفراد نحو نمط حياة يتميز بالرفاهية، حيث يمكن أن يتحقق هذا النمط في المجتمعات التي استطاعت التغلب على كل الصعوبات و المشكلات المعيشية". (رشا عبد العاطي راغب، 2014، ص.9)

3.4. تعريف كل من فوقيه عبد الفتاح ومحمد حسين (2006) جودة الحياة بأنها: "الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والشعور بحسن الحال وإشباع الحاجات اليومية والرضا عن الحياة، إلى جانب إدراك الفرد لمجالات حياته وشعوره بمعنى الحياة بالإضافة إلى الصحة الجسمية الإيجابية وتكيفه مع القيم السائدة في المجتمع" (رشا عبد العاطي راغب، 2014، ص.9)

5.3. تعريف منظمة الصحة العالمية(1995): وضعت المجموعة الدولية من الخبراء التي كرست جهودها لبحوث جودة الحياة التابعة لمنظمة الصحة العالمية (WHOQOL Group.1995) التعريف التالي:"جودة الحياة هي إدراك الأفراد لمركزهم في الحياة في سياق الثقافة ونسق القيم الذي يعيشون فيه، و في علاقة ذلك بأهدافهم و توقعاتهم و مستوياتهم واهتماماتهم". (عبد الخالق. 2008.ص 250)

6.3. تعريف (Taylor & Bogdan.1998) يعرف جودة الحياة بأنه: "رضا الفرد بالحياة والشعور بالراحة والسعادة".

7.3. تعريف (Good ,1999): يعرف جودة الحياة بأنها: "امتلاك الفرد للفرص من أجل تحقيق أهداف ذات معنى".

8.3.تعريف (Dodson ,1994) يعرف جودة الحياة بأنها: "الشعور الشخصي بالكفاءة والقدرة على التعامل مع التحديات".

9.3. تعريف (Frisch ,1994) يرى أن جودة الحياة بمفاهيمها المختلفة فهي: "ترتبط بالقيم الشخصية للفرد والتي تحدد معتقداته حول كل ما يحيط به من متغيرات حياتية وما يواجهه من مشكلات للسعي إلى تحقيق الرضا الذاتي".(رشا عبد العاطي راغب،2014.ص.9)

4. الاتجاهات المفسرة لجوده الحياة

1.4. الاتجاه الفلسفي: "يرى الاتجاه الفلسفي لتفسير جودة الحياة أن السعادة المرجوة لا يمكن للفرد الحصول عليها إلا إذا حرر نفسه من أسر الواقع وتصور فضاء مثالي يدفع بالإنسان إلى التسامي على ذلك الواقع الخائق الذي يعيش فيه وترك العنان للحظات من خيال إبداعي، وبالتالي فجودة الحياة من هذا الاتجاه" مفارقة للواقع تلمساً لسعادة متخيلة حالمة يعيش فيها الإنسان حالة من التجاهل التام لآلام ومصاعب الحياة والذوبان في صفاء روعي مفارق لكل قيمة مادية"(مسعودي أحمد،2015.ص.206)

2.4. الاتجاه الاجتماعي: ركزت الدراسات المهمة جودة الحياة على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، إضافة إلى مستوى الدخل، وتختلف هذه المؤشرات باختلاف المجتمعات، وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد ومستوى الدخل

المادي الذي يجنيه، بالإضافة إلى مكانته المهنية وتأثيرها على الحياة، ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا الفرد عن عمله" (مسعودي أمحمد، 2015.ص.206)

3.4. الاتجاه النفسي:

وفق الاتجاه النفسي بالنسبة للفرد فإن الحياة هي ما يدركه منها، وينعكس إدراك الفرد لجودة الحياة من خلال تقييمه لبعض العوامل في حياته كالدخل والتعليم، المسكن، العمل، وهذا في وقت محدد وفي ظروف معينة، ويظهر ذلك في مستوى السعادة والشقاء الذي يكون فيه الفرد، ويرتبط بمفهوم جودة الحياة بالعديد من المفاهيم النفسية منها: الإدراك الذاتي، القيم، الحاجات، مفهوم الاتجاهات، مفهوم الطموح، مفهوم التوقع إضافة إلى مفاهيم الرضا، كالتوافق والصحة النفسية ويرى البعض أن جوهر جودة الحياة يكمن في إشباع الحاجات كعنصر أساسي لجودة الحياة وذلك وفقا لمبدأ إشباع الحاجات للفرد. (صفاء صلاح سند ابراهيم ص.17)

كما يرى الاتجاه النفسي لجودة الحياة على أنه " البناء الكلي الشامل الذي يتكون من العوامل المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد، فيمكن قياس هذا الإشباع ببعض المؤشرات الموضوعية ومؤشرات أخرى ذاتية" وكلما انتقل الفرد من مرحلة إلى مرحلة جديدة من النمو ستفرض عليه متطلبات وحاجات جديدة لهذه المرحلة، تؤكد على إشباع الاحتياجات، مما يجعل الفرد يشعر بضرورة مواجهة متطلبات الحياة في المرحلة الجديدة فيظهر الرضا في حالة الإشباع ، أو عدم الرضا في حالة عدم الإشباع نتيجة لتوافر صورة مناسبة من جودة الحياة. (مسعودي أمحمد، 2015.ص.206)

4.4. الاتجاه الطبي:

ويهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض جسدية مختلفة، أو نفسية أو عقلية، و ذلك عن طريق البرامج الإرشادية و العلاجية التي تتعلق بالوضع الصحي و في تطوير الصحة. (صفاء صلاح سند ابراهيم ص.17)

يعتبر تطوير جودة الحياة من الأهداف المتوقعة للعاملين في مجال الخدمات الصحية، كما يعملون كذلك على تقييم حاجة الافراد لتحقيق جودة الحياة حيث تشمل تقييم احتياجات الأفراد وتوفير البدائل لهذه الاحتياجات حتى ولو لم يكن هناك تشخيص لمرض معين أو مشكلة صحية معينة. كما تقدم جودة الحياة مؤشراً للمخاطر الصحية والتي من الممكن أن تكون جسدية أو نفسية، وذلك في غياب العلاجات أو الخدمات الصحية.(مسعودي أمحمد،2015.ص.206)

5. أبعاد جودة الحياة؟

من وجهة نظر (الداسبي، 2006) أن مفهوم جودة الحياة هو من المفاهيم المتعدد الأبعاد، وهو مفهوم نسبي لدى الشخص ذاته وفقا للمراحل العمرية والدراسية والظروف التي يعيشها. وهناك العديد من الأبعاد ترتبط بجودة حياة الفرد تتمثل في:

1.5. البعد البيولوجي: ويتعامل مع تنمية الفرد من حيث قدراته البدنية والجسمية، ويعمل على ضمان صحته واستمرارها الى مراحل متقدمة من عمره.

2.5. البعد المعرفي : ويتعامل في تحسين قدرات الفرد الأدائية والمعرفية، ويساعد الاستمرارية في تطويرها.

3.5. البعد النفسي: ويتعامل هذا البعد مع تنمية الفرد السلوكية و الانفعالية كتقدير الذات و الثقة بالنفس.

4.5. البعد الاجتماعي: ويتعامل مع تطوير المهارات الاجتماعية المختلفة لدى الفرد من حيث التفاعل الاجتماعي، تقدير المجتمع، والذات الاجتماعية الفردية والاجتماعية، وتقدير العلاقات البيئية مع الآخرين

ويرى كاربيج جاكسون (Craig & Jackson, 2010) أن جودة الحياة تتكون من ثلاث مجالات

أساسية هي:

1. الكينونة (Being)

2. الانتماء (Belonging)

3. الصيرورة. Becoming

(حكيم بوعمامة،2019،ص.354)

الجدول رقم (01) يوضح أبعاد ومجالات جودة الحياة

المجال	الأبعاد الفرعية	الأمثلة
الكينونة (الوجود) (Being)	الوجود البدني Physical Being	1 القدرة البدنية على وممارسة الأنشطة البدنية و الرياضية. 2 نمط التغذية وأنواع المأكولات المتاحة.
	الوجود النفسي Psychological Being	1 الابتعاد عن القلق والضغوطات اليومية. 2 الحالة المزاجية العامة للفرد.
	الوجود الروحي Spirtue lBeing	1 التفكير في المستقبل بطريقة إيجابية. 2 معتقدات الفرد الذاتية عن الخطأ و الصواب.
الانتماء (Belonging)	الانتماء المكاني (البدني) Physical Belonging	1 المنزل أو الشقة الذي يعيش فيه الفرد. 2 الأشخاص المحيطين بمكان عيش الفرد.
	الانتماء الاجتماعي Social Belonging.	1 التلاحم مع أفراد الأسرة التي يعيش فيها الفرد. 2 وجود الأصدقاء وتكوين علاقات اجتماعية قوية.
	الانتماء المجتمعي Community Belonging	1 سهولة الحصول على الخدمات الاجتماعية(طبية، اجتماعية) 2 توافر مصادر مالية تسد الاحتياجات.
الصيورة Becoming	الصيورة العملية Practical Becoming	1 القيام بأنشطة منزلية. 2 الانتماء الوظيفي و التعليمي.
	الصيورة الترفيهية Leisure Becoming	1 الأنشطة الترفيهية خارج المنزل في مساحات مخصصة. 2 الأنشطة الترفيهية داخل المنزل (وسائل الإعلام والترفيه).
	الصيورة التطورية (الارتقائية) Groth Becoming	1 تطوير الكفاءة البدنية والنفسية. 2 تطوير القدرة على التوافق مع تحديات وتحديات الحياة.

(حكيم بوعمامة، 2019، ص.354)

ثانياً: الأسرة:

1. تطور مفهوم الأسرة:

لقد تطور مفهوم الأسرة تاريخياً في المجتمع الروماني القديم كان يعني جماعات العبيد الذين يخدمون المجتمع. وفي القرون الوسطى أصبحت كلمة أسرة تعني مجموعة من الناس يستغلهم الرجل الإقطاعي ويعملون عنده في أرضه بشرط ان يحتفظوا له بالولاء ويقاسمهم

محصول الأرض، وفي العصر الحديث أصبحت كلمة أسرة تعني الجماعة المؤلفة من الزوج والزوجة وأولادهما. ولقد ظهرت عدة اتجاهات في دراسة الأسرة كالاتجاه البنوي، والوظيفي، والتفاعلي الرمزي (مزوز بركو، 2009، ص 45.44)

2. تعريف الأسرة:

1.2. تعريف مصطفى حجازي: الأسرة هي مؤسسة اجتماعية تتشكل من منظومة بيولوجية

اجتماعية و تقوم على دعامتين أساسيتين هما:

الأولى: دعامة بيولوجية: وتتمثل في علاقات الزواج وعلاقات الدم بين الوالدين والأبناء و سلالة الأجيال.

الثانية: دعامة اجتماعية ثقافية، حيث تنشأ علاقات المصاهرة من خلال الزواج، ويقوم الرباط الزوجي تبعا لقوانين الأحوال الشخصية و يتم الاعتراف بها. (مصطفى حجازي، 2015، ص.15)

2.2. تعريف اوجيست كونت الأسرة هي: "الخلية الأولى في جسم المجتمع والنقطة الأولى

التي يبدأ منها التطور وهي الوسط الطبيعي والاجتماعي الذي يتعرع فيه الفرد "

3.2. تعريف ماكيفر الأسرة هي: "إن الأسرة جماعة تعرف على أساس العلاقات الجنسية

المستمرة على نحو

يسمح بإنجاب الأطفال ورعايتهم"

4.2. تعريف لنديج الأسرة هي: "النظام الإنساني الأول ومن أهم وظائفها إنجاب

الأطفال، والمحافظة على النوع الإنساني، كما أن النظم الأخرى لها أصولها في الحياة

الأسرية، حيث أن أنماط السلوك الاجتماعي والاقتصادي والضبط الاجتماعي والترفيه،

والدين نمت أول الأمر داخل الأسرة"

5.2. تعريف بوتفنوشت: "الأسرة تتكون من الثنائي الزوجي (الزوجة والزوج) وأبنائهما،

وتقوم بينهما علاقات الترابط والتفاعل في أيطار ثقافة مشتركة"(زينب حدمر. 2017.

ص.131)

3. وظائف الأسرة: للأسرة وظائف أساسية هي:

1.3. الوظيفة البيولوجية: إذ تعد الأسرة الخلية الأساسية لإنتاج الأطفال، و وقيتهم ورعايتهم في فترة الطفولة الطويلة التي تتصف بالعجز و الاعتماد على الغير. (عمر أحمد همشري، 2013، ص. 330)

وتعتبر الوظيفة البيولوجية من أهم وظائف الأسرة الإنجاب والتناسل وحفظ النوع من الانقراض، وحتى يمكن إنجاب أطفال تتوفر فيهم كافة الشروط الصحية اللازمة أي حتى يكون الأطفال مكتملي الصحة الجسدية والعقلية فيجب أن تكون الناحية الجسدية والعقلية لدى الأبوين سليمة، ولتجنب انجاب الأطفال مصابون بعاهات خلقية يجب على الأبوين الالتزام باللقاحات والمتابعة الطبية والتخطيط الجيد للحمل و الولادة، كما يفضل أن يكون عدد الأفراد في الأسرة عدد نموذجيا يحقق التوازن بين أفراد الأسرة واحتياجاتهم، ويكون متقفا مع جميع الوظائف. (سامية بن رمضان، 2017، ص. 102)

2.3. الوظيفة الاجتماعية: تهدف الأسرة إلى تنمية أطفالها نموا اجتماعيا وتنشئتهم تنشئة نفسية واجتماعية سوية، ويمكنها تحقيق ذلك هذا بصفة مبدئية عن طريق التفاعل الاسري الذي يحدث داخل بين أفراد الأسرة والذي يلعب دورا كبيرا في تكوين شخصية الطفل وتوجيه سلوكه الاجتماعي. فالأسرة هي التي تزود الطفل بالرصيد الأول من أساليب السلوكيات الاجتماعية، بذلك تزوده إلى المسار الصحيح الذي يرشده في تصوراتهِ وسائر ظروف حياته. ففي الأسرة يتلقى الطفل أول دروس في الخطأ والصواب، وما يجوز أن يفعله وما لا يجوز و الحسن القبيح، وما له من حقوق وما عليه من واجبات، كما تعلمه طرق التعامل مع الأفراد المحيطين كالأصدقاء و الأقارب، وكيفية كسب رضا الجماعة. و الأسرة كذلك، تحدد للطفل منذ البداية اتجاهات سلوكية اجتماعية، فيتعلم منها نوع الطعام الذي يأكله وكيف ومتى يأكله، و اللباس الذي يلبس في المواقف الاجتماعية، ونوع التعليم الذي يتعلمه، و المذهب الديني الذي يعتنقه، و الميول السياسية التي يتبعها، بالإضافة إلى أنواع النشاط وأساليب الترويح التي يمارسها، و أوقات ممارسته لها، و المدى الزمني الذي يستنفذه في ذلك ومع من يمارسها. (عمر أحمد همشري، 2013، ص. 330)

3.3. الوظيفة النفسية: تعمل الأسرة على تنمية الطفل نموا نفسيا سليما، و تعمل على الارتقاء بصحته النفسية، وإشباع حاجاته العاطفية ودوافعه الأساسية، كما تزوده بالحب و الحنان، وتعمل على حمايته وتجعله يشعر بالأمن والأمان، وتحرص على إبعاده عن

المواقف التي قد تعرضه للأذى و الخوف أو القلق، و تساعده على التكيف مع بيئته ومجتمعه على النحو المطلوب. (عمر أحمد همشري، 2013، ص. 330)

4.3. الوظيفة الثقافية: تعتبر الأسرة المسير الأساسي في عملية التنشئة الاجتماعية من أجل إندماج الطفل في الإطار الثقافي العام للمجتمع، وذلك عن طريق دمج التراث الثقافي في تكوينه، وتوريثه إياه توريثاً متعمداً مدروساً، فمن خلال الأسرة يكتسب الطفل لغته، وعاداته، و عقيدته، ويتعرف على طرق التفكير السائدة في مجتمعه، فينشأ منذ طفولته في مشبع بهذه الأفكار والمعتقدات والقيم والأساليب، فتتضمن في تفكير، وتصبح من مكونات شخصيته فلا يستطيع التخلص منها، وتجدر بنا الإشارة لما لهذا الرصيد الزاخر من أساليب السلوك والعادات والقيم الاجتماعية من أثر في حياة الطفل في طفولته ومستقبله، وفي قدرته على التوافق المطلوب، إذ ينتقل الطفل من مرحلة إلى مرحلة أخرى في حياته، وينتقل من دور إلى آخر، ومن مركز إلى آخر حاملاً معه هذا الرصيد ليتوصل به في مقابلة المواقف الجديدة التي تواجهه في سياق تفاعله مع الآخرين في مجتمعه الذي يعيش فيه. (عمر أحمد همشري، 2013، ص. 330)

ثالثاً: جودة الحياة الأسرية

1. نشأة مفهوم جودة الحياة الأسرية: ظهر مفهوم جودة الحياة الأسرية Family Quality Of Life (FQOL) لأول مرة خلال فترة السبعينات من القرن الماضي على أيدي كل من كامرمان (1976) kamerman ، وكامرمان وكاهان (1976) Rodgers (1975) ، وذلك خلال مناقشة حول أهداف سياسات الأسرة في كلا من (الولايات المتحدة الأمريكية) و(أوروبا)، ومنها ظهر التطبيق العلمي لهذا المفهوم في علم الاجتماع الأسري. وبعدها بدأ استخدام مصطلح جودة الحياة الأسرية في مجال التربية الخاصة، ومجال الرعاية الصحية، كما استخدم علماء الاجتماع هذا المصطلح للإشارة إلى الرضا عن الحياة العامة للأسرة. (عبد القادر المصري، 2016، ص. 26)

يعتبر مفهوم جودة الحياة الأسرية من المفاهيم التي لم تلقى الاهتمام الكافي في الاستخدام العلمي أو في الاستخدام العملي في حياتنا اليومية، إلا أن الباحثين في هذا المفهوم لم يتفقوا على تعريف محدد لهذا المصطلح، و يرجع ذلك إلى أنه من المفاهيم الحديثة في مجال

التناول العلمي الدقيق، وقد يستخدم في العديد من العلوم، حيث يستخدم أحياناً للتعبير عن الرقي والرفاهية في مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، كما يستخدم كذلك للتعبير عن إدراك الأفراد لمدى إشباع هذه الخدمات لحاجاتهم المختلفة. كما زاد الاهتمام في السنوات الأخيرة بدراسة جودة الحياة الأسرية، وذلك يعود لأهميتها في توافق الأبناء في الأسرة من الجانب النفسي والاجتماعي، والانفعالي، وبالتالي تحسين مستوى الصحة النفسية لديهم. وقد جاء بوتتم Putnam (1995) ليفسر ذلك، بأن جودة الحياة الأسرية من أكثر الموضوعات أهمية، حيث افترض أن الأسرة هي المنظمة الأساسية الأكثر تماسكا وتلاحم في المجتمع وهي تمثل رأس مال الاجتماعي في المجتمع. (عبد الوهاب، شند، 2010).

وفي عام (1988) ظهرت أول دراسة استخدمت مصطلح جودة الحياة الأسرية في (الولايات المتحدة الأمريكية) بجامعة ولاية (يوتا) مدينة (سولت لايك) وهي دراسة (بيتمان ولويد Pittman, J & Lloyd,s) حيث بحثت تلك الدراسة في المساهمات النسبية من الدعم الاجتماعي والإجهاد، وموارد الأسرة لنوعية الحياة الأسرية في الجودة لثلاثة مجالات هي (1. الزواج. 2. رضا الوالدين. 3. الرضا عن الحياة). وبالإشارة إلا الأصل الأجنبي لمصطلح جودة الحياة الأسرية نجد أن مصطلحي Family Quality Of (FQOL)Life ومصطلح Quality Of Family Life (QOFL) يستخدمان بالتبادل بمعنى جودة الحياة الأسرية حيث لا يوجد بينهما أي اختلاف. (القادر المصري، 2016، ص. 26)

2. تعريف جودة الحياة الأسرية:

- 1.2. تعرف مركز الشاطئ للإعاقة (2016): جودة الحياة الأسرية: "هي مدى تلبية احتياجات الأسرة، وتمتع أفراد أسرة بحياتهم مع بعضهم و مدى إتاحة الفرص لأفراد الأسرة القيام بالأشياء التي هي من إهتماماتهم". (عبد سعيد الصنعاني، 2019، ص. 100)
- 2.2. تعريف (عبد الوهاب وشند، 2010) هي: "العلاقات والممارسات الإيجابية التي يعتمدها الوالدان في تنشئة الأبناء، وما تتسم به من دفء وتقبل ومشاركة وتشجيع وستحسان في المواقف الحياتية المختلفة، وإدراك الأبناء ذلك، وردود أفعالهم تجاه هذه الممارسات، والعلاقات المتبادلة بين أفراد الأسرة، وما تتسم به هذه العلاقات من أساليب سوية في

التعامل لتحقيق الأهداف، وإنجاز الأعمال والمهام، ودعم أفراد الأسرة في المواقف المختلفة". (عزيزة أحمد العمري، 2020، ص9)

3.2. تعريف بارك و آخرون. Park.et al (2003) جودة الحياة الأسرية هي: "الدرجة التي عندها يتم تشبع حاجة أفراد الأسرة إلى الالتقاء أو التجمع، واستمتاع أفراد الأسرة بحياتهم مع بعضهم البعض، و الحصول على الفرص لإنجاز أهدافهم التي تعتبر مهمة بالنسبة لهم". (عبد الوهاب و شند، 2010، ص.500)

4.2. تعريف كل من براون و براون (2006) Brown&Brown جودة الحياة الأسرية هي: "الدرجة التي يحتاج فيها أفراد الأسرة إلى الالتقاء، والمدى الذي يستمتعون فيه بوقتهم معاً، والمدى الذي يكونون فيه قادرين على فعل أشياء هامة مع بعضهم البعض". (عبد الوهاب و شند، 2010، ص.500)

5.2. تعريف إيزاكس وآخرون (2007) Isaacs جودة الحياة الأسرية بأنها "الأداء الجيد للوالدين في الأسرة أو السعادة الأسرية" (عبد الوهاب و شند، 2010، ص.500)

6.2. تعريف سميث (Smith.2005) جودة الحياة الأسرية هي: "الحاجة إلى الترابط القوي لأفراد الأسرة.

7.2. تعريف براون وبراون (Brown & Brown,2006) أن جودة الحياة الأسرية هي الدرجة التي يحتاج فيها أفراد الأسرة إلى الالتقاء ، والمدى الذي يستمتعون فيه بوقتهم معاً ، والمدى الذي يكونون فيه قادرين على فعل أشياء هامة مع بعضهم البعض".

8.2.تعريف إيزاكس و آخرون(Isaacs.2008)"جودة الحياة الأسرية هي: "الأداء الجيد للوالدين في الأسرة أو هي السعادة الأسرية". (محمد داودي، التجاني بن الطاهر، 2016، ص644)

9.2. تعريف منار عبد الرحمن وأحلام عبد العظيم (2011): "جودة الحياة الأسرية المستقرة هي التي تضمن سعادة أفرادها ويتوفر فيها احتياجاتهم المختلفة ويتحقق ذلك عن طريق التوافق بين الزوجين، وقدرتهم على التواصل ومواجهة صعوبات الحياة معاً ،ومدى قدرة الزوجين على النجاح في رعاية أبنائهم من الناحية البدنية والنفسية و الاجتماعية حيث يساهم ذلك في توفر الظروف البيئية الملائمة لتنمية قدرات الأبناء لإعداد جيل يقدم خدمات بخصائص ممتازة لأفسهم ولأسرهم والمجتمع".

(رشا عبد العاطي راغب. 2014. ص. 11)

3. أبعاد جودة الحياة الأسرية:

هناك تباينات متعددة في مقترحات الباحثين في تحديد أبعاد جودة الحياة الأسرية فقد حددت في بعض الدراسات بعشر أبعاد رئيسية هي: (1. التفاعل الأسري 2. الحياة اليومية 3. السعادة الوالدية 4. السعادة المادية 5. السعادة الانفعالية 6. البيئة المادية المحيطة 7. الصحة 8. الإنتاجية 9. السعادة الاجتماعية 10. المناضلة أو المدافعة).

في حين حددت في دراسات أخرى بخمس أبعاد وهي: (التفاعلات الأسرية، الوالدية، الصحة و الأمان، الموارد الأسرية، و الدعم المقدم للأشخاص ذوي الإعاقة).

وقد توصل بوستون و آخرون (Al poston et. (2008) إلى أن جودة الحياة الأسرية تتضمن أربع أبعاد رئيسية هي:

(1 الحياة الأسرية اليومية

(2 التفاعل بين أفراد الأسرة

(3 السعادة المادية

(4 الوالدية

كما حدد مركز الشاطئ لجودة الحياة الأسرية **the beach center family quality of life (2006)** عند إعداده لمقياس جودة الحياة الأسرية خمس أبعاد رئيسية هي:

التفاعل لأسري، الوالدية، السعادة الانفعالية، السعادة المادي/ الجسدية، والدعم المرتبط بالإعاقة.

و يرى دانيال و آخرون (Daniel.T.et al .2007) أن جودة الحياة الأسرية تتضمن بعدين أساسيين هما: المناخ الأسري، و درجة الارتباط بين أفراد الأسرة. ويمكن الاهتمام بالأسرة من خلال مظهرين أساسيين هما: جودة الوالدية و التحكم الأبوي في السلوك. وبالنسبة لجودة الوالدية يمكن أن تعرف من خلال المسؤولية و القدرة على إشباع الاحتياجات والمتطلبات بالإضافة إلى غريزة الأبوة، أما التحكم الوالدي فهو يعني محاولة الابوين التحكم و إدارة سلوك الابن. (عبد المقصود، أماني و محمد شند، سميرة، 2010، ص. 505)

تعتبر جودة الحياة الأسرية مفهوماً متعدد الأبعاد انتشر ظهوره في الولايات المتحدة الأمريكية مركزاً على الأسر التي لديها أفراد معاقين. وقد صنف (بارك و آخرون. Park et al 2003) أبعاد جودة الحياة الأسرية إلى أربع وهي:

(1) التفاعل الأسري

(2) الوالدية

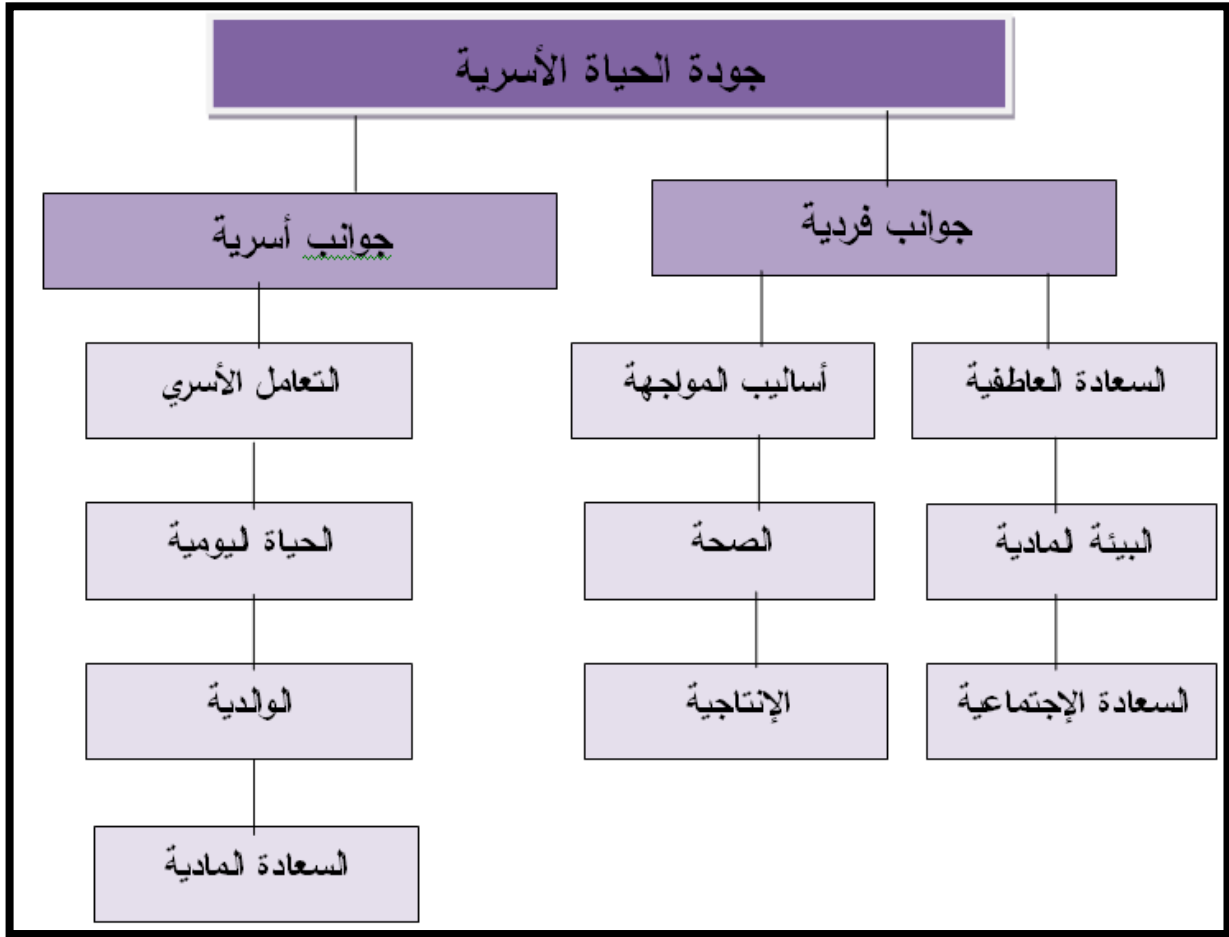
(3) الحالة المادية المتيسرة للوالدين

(4) السعادة الانفعالية.

كما يضيف بارك (Park 2003) أنه يمكن تصنيف أبعاد جودة الحياة الأسرية إلى بعدين رئيسيين هما:

1- البعد الأول: يتمثل في المجالات فردية، وتتضمن: السعادة الانفعالية، البيئة المادية، السعادة الاجتماعية، الصحة الإنتاجية، والمقاومة أو أساليب المواجهة.

2- البعد الثاني: يتمثل في المجالات الأسرية وتتضمن: التفاعل الأسري، الحياة اليومية، الوالدية، الحالة المادية المتيسرة.



الشكل رقم (01) يوضح أبعاد جودة الحياة الأسرية

(شند و عبد المقصود.2010.ص،504)

4. مؤشرات جودة الحياة الأسرية:

نظرا لتنوع المؤشرات الحياتية للأسرة والتي تضم المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية والصحية والثقافية وغيرها من المؤشرات. لذا فان أي منهج لقياس نوعية الحياة يجب أن تأخذ بعين الاعتبار هذه المؤشرات بشكل شمولي ومتكامل ومترابط. وتتمثل المؤشرات في النقاط التالية:

1.4. مؤشر الدخل:

هو مؤشر أساسي للتعرف على الوضع الاقتصادي للأسرة ومدى تنظيمها وإدارتها لشؤونها، فارتفاع الدخل يعمل للأسرة يعمل على تحسين أوضاع الأسرة بشكل واضح، بينما الأسر التي دخلها منخفضا تعاني من مشكلا على نوعية حياة تلك الأسر ككل. ويعتبر الدخل الفردي هم كل ما يحصل عليه الشخص من خلال العمل الذي يعمله أو أي نشاط يقوم به

بمقابل مادي أو من أي مصادر أخرى، ويعتمد عليه الفرد في أداء واجباته ومسؤولياته، فكلما كان الدخل عاليا كلما كان العيش ذات رفاهية أكثر والعكس وكلما كان الدخل منخفضا كان العيش سيئا و متدهورا (الكعبي وآخرون، 2020).

2.4. مؤشر الصحة:

الصحة هي جزء لا يتجزأ من العوامل المضمنة للاستمرار، فيعتبر نمط الحياة الصحي مورد مفيد في تقليل حدوث المشكلات الصحية و الأمراض والتغلب على ضغوط الحياة وتحسين نوعية الحياة، فعلى سبيل المثال من العوامل التي تعيق ممارسة النشاط البدني هي الازدحام، الفقر، انتشار الجريمة، مشكلات المرور، التلوث البيئي، ندرة المنتزهات والمرافق الرياضية والترفيهية. فكلما كان الأفراد يعيشون في مناطق تزخر بجمال الطبيعة ويسودها النظام العام في الشوارع و المؤسسات يساهم ذلك في تحسين نمط حياتهم. (الكعبي وآخرون، 2020)

3.4. مؤشر السكن: يعتبر المسكن هو المكان الوحيد الذي يشعر فيه الإنسان بالخصوصية و الراحة النفسية والبدنية، وبالتالي فإن توفير السكن الملائم يعد عاملا أساسيا من عوامل ضمان الكرامة الإنسانية، فالأسر التي تعاني من بيئة وظروف سكنية سيئة (مشكلات الاضاءة والتهوية و المساحة و النظافة) ينعكس ذلك سلبيا على نوعية حياتها ورفاهيتها ، وغالبا ما تكون عرضة للجريمة والعنف ، وبالتالي يؤثر بشكل مباشر على أسلوب أداء الأسرة ودورها لـHن خصائص المسكن لهما دور في ممارسة الأسرة لدورها ونمو الأطفال نموا سليما واستقرار ورفاه الأسرة بشكل عام.(الكعبي وآخرون، 2020)

4.4. مؤشر امتلاك وسيلة نقل:

أن امتلاك وسيلة نقل مؤشر في جودة الحياة الأسرية يعكس رفاهية العيش وارتفاع مستوى دخل الفرد، وبالتالي يغير نوعية حياة الفرد نحو الأفضل فامتلاك سيارة يساعد الأسرة في حرية التنقل من أجل الترفيه أو الذهاب إلى العمل أو ذهاب الأطفال إلى المدرسة، أو في الحالات الإستعجالية مثل العرض للأمراض المفاجئة أو الحوادث المنزلية الخطيرة. فسهولة التنقل يساهم في الراحة و عدم التعرض لضغوط وسائل النقل العمومية. (الكعبي وآخرون، 2020)

5.4. مؤشر السياحة تعرف السياحة بأنها نشاط السفر إلى مناطق جميلة بهدف الترفيه والاستجمام والترويح عن النفس، والسياحة في الوقت الحاضر تعددت أنواعها منها السياحة ترفيهية، أو سياحة ثقافية وللسياحة أبعاد اقتصادية واجتماعية وثقافية ونفسية، فعلى سبيل المثال السياحة مع الأطفال إلى أماكن طبيعية كالحدايق. (الكعبي وآخرون، 2020)

6.4. مؤشر تكرار أجهزة حديثة: وتشمل شراء الأجهزة الاليكترونية الحديثة مثل أجهزة الحاسوب، والهواتف المحمولة، جهاز التلفاز، ثلاجات، أجهزة تكييف، وشراء أثاث منزلي بأنواعه ويتباين هذا المؤشر من منطقة إلى أخرى، وبحسب المستوى المعيشي العام.

7.4. مؤشر العمالة الأجنبية: ويقصد بالعمالة هي ظاهرة الهجرة المؤقتة لبلد آخر من أجل العمل، أو استقرار دائم ببلد غير مسقط رأس العامل وهناك العديد من مجالات العمل في مختلف البلدان ذات الاقتصاد الوطني القوي. (الكعبي وآخرون، 2020)

رابعاً: الاسرة والصحة

1. دور الأسرة في تعديل العادات الصحية الضارة:

هناك ارتفاع واضحة في اهتمام المختصين في مجال تقديم الرعاية الصحية والدور الذي يمكن أن تحققه إجراءات التدخل الصحي المناسب التي تتم على مستوى الأسرة في الارتقاء بالأوضاع الصحية وهناك عدة أسباب لهذا التركيز:

أولاً: يعود إلى أن الأطفال يتعلمون عاداتهم الصحية من آبائهم، لذلك فإن التأكد من التزام كامل أفراد الأسرة بنمط حياة صحي يعطي الأطفال الفرصة الأفضل للبدء بحياة صحية منذ البداية.

ثانياً: فيعود إلى أن الأسر وخاصة تلك التي يوجد فيها أطفال، وراشد واحد يعمل أو أكثر، يكون لديها نمط حياة أكثر تنظيماً واتساقاً من أولئك الأشخاص الذين يعيشون لوحدهم. وبذلك فإن حياة هذه الأسر تتصف بإتباع سلوكيات صحية، مثل المحافظة على تناول ثلاث وجبات يومياً، والحصول على (8) ساعات من النوم، وتنظيف البدن يومياً والأسنان باستخدام الفرشاة، واستخدام أحزمة الأمان في المركبات، إن مظاهر الحفاظ على الصحة تكون أكثر وضوحاً في حياة الأسرة، وذلك بالاعتماد على حقيقة منشأها أن الرجال المتزوجين لديهم عادات صحية أكثر بكثير من الذين يعيشون وحدهم. ويرجع ذلك جزئياً إلى

الدور الذي تقوم به المرأة في إدارة الأمور بطريقة تساعد في بناء العادات الصحية بينما النساء المتزوجات والوحيديات فإنهن يتبعن تقريبا نمط حياة واحد.

ثالثا: والسبب الثالث في توجيه إجراءات التدخل الصحي عن طريق الأسرة يعود إلى تأثر أفراد الأسرة المختلفين بعادات أي فرد فيها، ومن الأمثلة الواضحة على ذلك التدخين السلبي من الدخان المنبعث من سجائر الآخرين /من الدرجة الثانية. فالتدخين لا يسبب الأذى للمدخن فحسب، ولكنه يتسبب في أضرار المحيطين به.

رابعا: وأخيرا، وهو السبب الأكثر أهمية ويرجع إلى أن إحداث التغيير في السلوك على مستوى الأسرة -كما يحدث في حال التزام الأسرة بنظام غذاء غير مشبع بالكوليسترول، أو في التوقف عن التدخين -فهنا يوضع جميع أفراد الأسرة على نفس المركب، مما يؤكد التزامهم بشكل أكبر في برنامج التغيير السلوكي، ويزودون الفرد المستهدف سلوكه بالتغيير بتقديم المساندة الاجتماعية الضرورية، إن الدلائل تشير إلى أن انتماء أفراد الأسرة في عملية التغيير يمكن أن يزيد من فعالية برنامج التدخل بشكل واضح. (شيلي تايلور، 2007، ص.157)

2. دور الأسرة في تحقيق الجودة والسلامة والصحة البدنية لأفرادها

يرتبط الدور الأسري في تحقيق الجودة والسلامة والصحة البدنية لأبنائها بنوعية الغذاء الصحي الذي توفره الأسرة لهم، من مأكّل ومشرب، والمتعرف عليه أن (العقل السليم في الجسم السليم) فالغذاء الصحي لا يرتبط فقط بثمن الغذاء، بل يرتبط بالثقافة الغذائية للأبوين خصوصا الأم، فهي المسؤولة عن إكساب الأبناء العادات الغذائية الصحية، من حيث شروط النظافة والتوازن الغذائي في الوجبات، و اعتماد الأبناء على أنفسهم في بعض الأحيان كتحضير بعض الأطعمة ، وكذلك تقديم الطعام وتنظيف المكان المخصص لتناول الطعام و تنظيف وترتيب والأواني، كما أن جودة الحياة الأسرية في المجال الصحي خاصة فيما يتعلق بتربية الأبناء، تمتد إلى غاية اكتساب الأطفال عادة ممارسة التمرينات الرياضية، حيث نلاحظ أن أغلب الدول المتطورة خاصة مجال جودة الحياة التي تقدمها الأسرة لأبنائها، تعتبر الرياضة شيء مقدس في الحياة. كما أن للأسرة دورا فعال في توفير الرعاية الصحية لأبنائها، خاصة من خلال الحرص على أخذ التلقينات اللازمة للأبناء في الوقت المناسب، كما يجب عليها المتابعة الصحية للأبناء منذ الصغر، ليس في حالات المرض

فحسب، بل كذلك في مجال الوقاية من الأمراض المعدية أو الخطيرة، وحتى فيما يتعلق بنظافة الأسنان وعلاجها وتقويمها في مرحلة الصغر، لأن هذه المرحلة بالذات هي أهم المراحل للوقاية و لعلاج الأمراض في بدايتها خاصة بعض التشوهات الخلقية، ويجمع معظم الأطباء وعلماء الأحياء أن مرحلة الطفولة تعتبر أهم مرحلة في تكوين قاعدة الخلايا المكونة للبنية الجسدية، فالأجسام القوية والصحية تكون قد بنيت منذ الصغر من خلال نوعية الغذاء الصحي، و درجة العناية الصحية التي يحصل عليها الأبناء، ومن هنا بذات يمكن الحكم على مدى جودة الحياة التي يمكن أن تقدمها الأسرة لأبنائها في مرحلة الطفولة. (محمد خشمون. 2017. ص. 166)

خلاصة

بناء على ما ورد في هذا الفصل يتبين أن جودة الحياة الاسرية هي من المتغيرات الأساسية في عملية التربية والرعاية الأبناء كونها مؤشر نستدل منه على مدى رضا الأبناء عن حيثيات التفاعل وتلبيات حاجياتهم المادية والمعنوية، ويعتبر تحقيق جودة الحياة الاسرية أفضل سبيل من شأنه يعالج المشكلات التي تتصدي الأبناء في مرحلة المراهقة عموماً والمراهقين المصابين بالسكري خصوصاً، كمشكلات عدم تقبل المرض والاعتراض عن العلاج والاضطرابات النفسية الاجتماعية المصاحبة لمرض السكري في هذه المرحلة، وتشير جودة الحياة الأسرية المدركة إلى رضا الابناء عن كل المسؤوليات التي ينجزها الإباء لهم كتوفير كل ما يسعدهم من الغذاء واللباس والسكن الامن وتعليم والحب والحامية والأمان النفسي و الامن المادي، ومن أجل تحقيق مستوى مرتفع في جودة الحياة الاسرية المدركة فيجب على الابوين أن تكون لهم القدرة على توفير جو أسري يتميز بتبادل السعادة والحب والسلام و الرفاهية المادية والتعاون والمشاركة في الآراء ويمكن استخدام مقاييس التقييم والتقارير الذاتية لاستكشاف اراء الأبناء حول درجة توفر هذه حيثيات ورضاهم عنها.

الفصل الثالث

المعتقدات الصحية التعويضية

☞ تمهيد

☞ أولاً: الصحة

1. مفهوم الصحة
2. محددات الصحة
3. العوامل المؤثرة على صحة الفرد

☞ ثانياً: المعتقدات الصحية

1. تعريف المعتقد
2. تعريف المعتقدات
3. تعريف المعتقدات الصحية
4. نموذج المعتقدات الصحية العام
5. المكونات الأساسية لنموذج المعتقدات الصحية العام
6. النقد الموجه لنموذج المعتقدات الصحية العام

☞ ثالثاً: المعتقدات الصحية التعويضية

1. تعريف التعويض
2. تعريف المعتقدات الصحية التعويضية
3. النظريات المساهمة في تكوين نموذج المعتقدات الصحية التعويضية.
4. العناصر الرئيسية في نموذج المعتقدات الصحية التعويضية.
5. الآثار الصحية المتوقعة الناتجة عن المعتقدات الصحية التعويضية
6. معتقدات المريض حول التكيف مع المرض
7. معتقدات المريض حول أسباب المرض
8. معتقدات المريض حول مدى السيطرة على المرض

☞ خلاصة

تمهيد:

يهدف الأفراد في الجانب الصحي خصوصاً للوصول إلى تحقيق التوازن بين أقصى مستوى من المتعة و أقل مستوى من الضرر و يفترض أن الإستراتيجية المعرفية التي يستخدمها الناس للوصول إلى هذا التوازن هي تفعيل ما يعرف بالمعتقدات الصحية التعويضية. فقد إنطبق هذا المفهوم من العديد من النظريات والمسلمات حول السلوك الصحي والمعتقدات الصحية حيث تتداخل العديد من النظريات في نشأت هذا المفهوم ففي الوهلة الأولى يبدو المصطلح من المفاهيم الإيجابية حول الصحة، و لكنه يحمل في طياته صيرورة معرفية معقدة ويؤدي إلى عواقب صحية سلبية. ولإزالة اللبس لهذا المفهوم وفهمه بأكثر دقة يتم خلال هذا الفصل طرح تمهيد للفصل ويعرج على تعريف المعتقدات والصحة والمعتقدات الصحية العامة والمعتقدات الصحية التعويضية و توضيح مخاطرها، وكذلك عرض النماذج والمقاربات المساهمة في تكوينها، وسيتم توضيح بعضاً لمعتقدات المرضى حول مرض السكري و العلاقة بين الاسرة و تكوين معتقدات و العادات الصحية للمراهقين المصابين بالسكري.

أولاً: الصحة

1. مفهوم الصحة: مفهوم الصحة من المفاهيم الشائعة جداً، والمتضمنة لمعاني مختلفة نذكر منها ما يلي:

1.1. تعريف (نايدو وويللز (2003.Wills & Naidoo): لاحظ كلا من الباحثين (نايدو

وويللز. (2003.Wills & Naidoo) أن هناك وجهات نظر للصحة، وهي معروفة بكونها مفاهيم دارجة أو غير علمية، حيث تنتقل من جيل لآخر، وتصبح جزءاً من التراث الثقافي.

1.2. تعريف "بلاكستير" (1995) Blaxter): وقد حدد تعريفات شائعة وتتضمن الآتي:

✓ **الصحة انعدام المرض:** فالأفراد يعتبرون أنفسهم أصحاء إذا لم يشعروا بأي أعراض جسمانية، وكانت زيارتهم لطبيب نادرة.

✓ **الصحة على الرغم من الإصابة بالمرض:** فقد يعد بعض الأفراد أنفسهم أصحاء، إذا أخبروا أنهم أفضل حالا صحيا من غيرهم بالرغم من كونهم ضمن المشخصين بأحد الأمراض.

✓ **الصحة مرادفة للياقة البدنية:** فهناك أفراد يعدون أنفسهم أصحاء إذا تمتعوا باللياقة أو الكفاءة البدنية.

✓ **الصحة كجودة نفسية اجتماعية:** حيث يعتبر الأفراد أنفسهم أصحاء، إذا شعروا بأنهم قادرين على خوض الحياة بكل جوانبها، أو إذا تمتعوا بالسعادة.

✓ **الصحة وأداء المهام:** وذلك إذا شعر الأفراد بأنهم قادرين على خوض الحياة بكل جوانبها، أو إذا تمتعوا بالسعادة.

✓ **الصحة وأداء المهام:** وذلك إذا شعر الأفراد بأنهم قادرين على أداء الأعمال المعتاد القيام بها بشكل طبيعي.

فالطريقة التي يفهم بها و يفسر بها الأفراد مفهوم الصحة لها انعكاسات مهمة على سلوكهم اللاحق، و لهذا فإن الافراد الذين يدركون مفهوم الصحة على أنها غياب الأعراض المرضية، ربما يكونون أكثر طلبا للنصيحة الطبية إذا بدأوا الإحساس بالأعراض المرضية ، في حين أن الأفراد الذين يدركون مفهوم الصحة على أنه القدرة على أداء المهام، ربما لا يطلبون النصيحة الصحية إلا في حالة تأثير الاعراض الجسمية على قدرتهم في القيام بأنشطتهم اليومية المعتادة.

(هناك أحمد شويخ، 2009، ص.22)

3.1. تعريف بركنز (Perkins) للصحة: "الصحة هي حالة توازن بين وظائف الجسم ويرى

أن هذا التوازن ينتج عن تكييف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها بصفة مستمرة وهي عملية ايجابية مستمرة تقوم بها قوة الجسم المختلفة للمحافظة على البيئة الداخلية للجسم بحالة اتزان أي حالة الصحة". (خليل البزالي، بدون سنة نشر، ص.13)

4.1. تعريف منظمة الصحة العالمية (WHO) للصحة: "الصحة هي حالة السلامة و

التكامل و الكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية وليست مجرد حالة الخلو من المرض أو

العجز". (خليل البزالي، بدون سنة نشر، ص.13)

2. محددات الصحة

إن التعمق بالتفكير في الأنظمة الثلاثة التفسيرية للصحة المتمثلة في النهج الطبي و النهج السلوكي و المهج الاجتماعي البيئي ، جميعها في آن واحد يصبح أكثر وضوحا عندما نتأمل في محددات الصحة والفروق الصحية لقد اكتسبت محددات الصحة أهمية في فترة ما بعد وضع ميثاق أوتاوا وهي مجموعة من العوامل الشخصية والاقتصادية والبيئية التي تحدد الحالة الصحية للأفراد أو الشعوب.

فقد جاء في كتابات مارموت وويلكنسون (1999) حول محددات الصحة ما يلي:

1.2. التدرج الاجتماعي: إن متوسط العمر المتوقع هو أقصر للأشخاص الذين هم أدنى السلم الاجتماعي أو الذين تكون لديهم احتمالية التعرض للمرض والمشكلات الصحية هي الضعف من أولئك الذين هم أقرب إلى الطبقة العليا في المجتمع. كما يؤثر أيضا هذا العامل على الأشخاص عبر كافة طبقات المجتمع.

2.2. الإجهاد: يعاني الأشخاص القلقون والذين غير قادرين على التأقلم نفسيا مع الإجهاد الجسدي، الذي إذا استمر لفترات طويلة من الزمن، من التضرر في صحتهم كارتفاع ضغط الدم والسكتة الدماغية والاكنتاب وقد تؤدي هذه الأمراض والمشكلات الصحية إلى الوفاة المبكرة. ويمكن أن ينشأ الإجهاد بسبب العديد من الظروف المختلفة في حياة الشخص ولكن كلما كان الأشخاص في أدنى السلم الاجتماعي كلما كانت هذه المشاكل أكثر شيوعا. (جلان لافيراك وعفت البرازي 2018، ص.63).

3.2. الطفولة: يمكن أن يؤدي تأخر النمو الجسدي وضعف أو الحرمان العاطفي إلى سوء الحالة الصحية مدى الحياة بالإضافة إلى أداء نفسي أضعف في مرحلة البلوغ، حيث يعتبر نمو الجنين بشكل ضعيف والمرتبط بالإجهاد أو الإدمان أو سوء الرعاية قبل الولادة هو خطر على الصحة في حياة الفرد مستقبلا.

4.2. الاستبعاد الاجتماعي: يمكن أن يساهم كلٌّ من الفقر في المعيشة والتمييز والعنصرية في الوصول إلى الاستبعاد الاجتماعي، حيث أن هذه العمليات تمنع كافة الأفراد من المشاركة في الخدمات الصحية والتعليمية وهي مؤذية من الناحية النفسية ويمكن أن تؤدي إلى المرض والوفاة المبكرة.

5.2. العمل: إن الحصول على وظيفة هو أكثر صحة من عدم الحصول على وظيفة، إلا أنّ الإجهاد في مكان العمل يزيد من خطر المشكلات الصحية، على سبيل المثال، آلام الظهر والتعب عن العمل بسبب الأعدار الطبية ومرض القلب والأوعية الدموية. تكون هذه الأمور أكثر وضوحاً عندما يتمتع الأشخاص بفرص ضئيلة لاستخدام مهاراتهم وعندما تكون سلطة اتخاذ القرار لديهم منخفضة.

6.2. البطالة: الاستقرار الوظيفي يعزز الصحة، بينما البطالة أو الشك بفقدان الوظيفة، يؤديان إلى مزيد من المشكلات الصحية وإلى الوفاة المبكرة، وترتبط المشكلات الصحية الناجمة عن البطالة بعوامل نفسية مثل القلق الناجم عن مشاكل تتعلق بالديون مثلاً. (جلان لافيراك وعت البرازي 2018، ص.63)

7.2. الدعم الاجتماعي: تعتبر العلاقات الاجتماعية الجيدة والشبكات الاجتماعية الداعمة الأصدقاء روابط قد تعمل على تحسين الصحة للفرد حيث يحضرا الأشخاص بصحة أفضل عندما يشعرون بأنّ هناك من يحرص على رعايتهم ويحترمهم ويقدم لهم الحب والتقدير، وبالوجه النقيض يعاني الأشخاص الذين يفقدون لهذه العوامل في حياتهم من مشكلات صحية ونفسية ويتوفون في وقت مبكر.

8.2. الإدمان: إن الإدمان على المشروبات الكحولية وتعاطي العقارات المخدرة والتدخين هي من العوامل الهامة التي تؤدي إلى تدهور الصحة، فقد يدخل الأفراد في علاقات تسبب الإدمان لتحرر من صعوبات الظروف الاجتماعية والاقتصادية القاسية بشكل مؤقت بالإضافة إلى الإجهاد ولكن النتيجة هي تدهور صحتهم على المدى الطويل. (جلان لافيراك وعت البرازي 2018، ص.63)

9.2. الطعام: يعتبر إتباع نظام غذائي صحي بكميات كافية من الأمور الهامة للصحة والسلامة، ويمكن أن يتسبب النظام الغذائي السيئ بسوء التغذية بالإضافة إلى العديد من الأمراض التي يمكن أن تكون ذات عواقب وخيمة، كأن تؤدي إلى الإصابة بالسرطان والسكري كما يمكن أن تؤدي أيضاً إلى السمنة، وعادتا ما يرتبط النظام الغذائي السيئ بالأشخاص الذين هم أدنى السلم الاجتماعي.

10.2. وسائل النقل: أدى الاعتماد على وسائل النقل إلى تدني ممارسة الرياضة وزيادة الحوادث المميتة والتلوث البيئي، بينما تزيد ركوب الدراجات والمشى على الأقدام من مستوى النشاط البدني وتساعد الأفراد في الحد من السمنة والأمراض مثل السكري. (جلان لافيراك وعفت البرازي 2018، ص.63)

3. العوامل المؤثرة على صحة الفرد

1.3. الوراثة: يولد الإنسان بصفات عضوية وجسمية وصحية موروثة من أبويه وكذلك أجداده. وقد يولد الطفل ولديه استعداد وراثي للإصابة بأحد الأمراض، مثل مرض الأمراض المزمنة كمرض السكر وضغط الدم، أو بعض الإعاقات الجسدية على سبيل المثال. ولذلك، تعتبر الوراثة أحد العوامل الهامة التي تؤثر على صحة الفرد.

2.3. البيئة: البيئة هي من العوامل والظروف الحيوية والفيزيائية والكيميائية التي تحيط بالإنسان مهما كان مكان تواجده وتؤثر على حياته، ويمكن تقسيم الجوانب البيئية التي تؤثر على صحة الإنسان إلى ما يلي:

1.2.3. الجوانب الطبيعية:

وتتضمن العوامل الجغرافية التي تؤثر على صحة الإنسان سواء بالارتفاع أو الانخفاض عن سطح البحر أو البعد عن خط الاستواء أو العوامل الجيولوجية التي تحدد طبيعة المنطقة سواء كانت منطقة جافة أو رطبة أو خضراء أو مائية، بالإضافة إلى عوامل المناخ التي تتمثل في الحرارة والرطوبة والأمطار والرياح وغيرها من العوامل التي من شأنها أن تؤثر على صحة الإنسان.

2.2.3. الجوانب الحيوية: وتتمثل في الكائنات الحية التي توجد في المكان الذي يعيش فيه الإنسان، حيث أن بعض هذه الكائنات تتطفل على الإنسان وتسبب له العديد من المشكلات الصحية، مثل الأمراض المتنقلة عن طريق القطط والكلاب و الطيور ولهذا تتأثر صحة الإنسان بنوع الكائن الحي الذي يعيش في بيئته.

3.3. العوامل الاقتصادية والاجتماعية:

يؤثر المستوى الاقتصادي والاجتماعي للمجتمع على صحة الأفراد التي تعيش في ذلك المجتمع، ولهذا فإن انتشار الأمراض عادةً يكثر في المجتمعات الفقيرة لأنها تعاني من انخفاض في مستوى الصحة العامة كما أن العادات والتقاليد الاجتماعية تؤثر على صحة الإنسان، حيث أن المستوى الصحي للفرد يعتمد على نوع التربية الاجتماعية التي نشأ عليها الفرد، من حيث الاهتمام بأساليب النظافة والبعد عن

العادات التي تساهم في انتشار الأمراض المعدية. (عبد المقصود شكر وآخرون، 2007، ص23)

4.3. العادات الشخصية للفرد:

تتوقف صحة الأفراد على العادات الشخصية التي يسلكها في حياته من حيث النظافة العامة، إتباع العادات الصحية للتغذية، الإكثار من تناول الدهون، مزاوله الرياضة، التدخين، وإتباع تعليمات الوقاية من الأمراض.

5.3. الحالة البدنية والنفسية والاجتماعية للفرد:

تعتمد صحة الإنسان على سلامة أجهزة جسمه وخلوها من الأمراض، وكذلك على حالته النفسية السليمة المستقرة، وعلى قدرته على التكيف والتعامل مع بقية أفراد المجتمع الذي يعيش فيه. (عبد المقصود شكر وآخرون، 2007، ص23)

ثانياً: المعتقدات الصحية

1. تعريف المعتقد:

1.1. المعتقد لغتاً:

يعريف المعجم الفلسفي **المعتقد لغتاً** هو: " من عقد يعقد عقدة، وتقول العرب اعتقد الشيء أي صار صلباً، وهو يطلق على الأمر الذي تمكن من الإنسان ورسخ في الأعماق".

2.1. **المعتقد اصطلاحاً** فهو: " التصديق الجازم بشي ما أو فكرة ما أو قضية ما أو عقيدة ما، وقد يتداخل الاعتقاد بعض الظن، وأعلى مراتبه اليقين الذي لا يساوره الشك". (على بن هويشل الشعيلي وناصر بن ياسر الرواحي. 2013. ص 74)

وهو "إيمان ناشئ عن مصدر لا شعوري يُكره الإنسان على تصديق فكر أو رأي أو تأويل أو مذهب جزافاً، وسوف نرى أن العقل غريب في تكوين المعتقد، ولا يأخذ العقل في تبرير المعتقد إلا بعد أن يتم تكوينه. فالمعتقد هو الذي يرسم وجهة الأفكار، و من ثم وجهة السير". (غوستاف لوبون. 2014)

2. تعريف المعتقدات:

1.2. **تعريف (Schommer.1998):** "تتعلق بطبيعة المعرفة والتعلم، ولكن ليس بحس أو

اتجاه فلسفي صار ويعتبر Perry وهو الرائد في صياغة المعتقدات المعرفية داخل علم النفس التربوي و يعتبرها بعدا معقدا وفرديا"

2.2. تعرف (de Shazer, 1996) هي: "مجموعة من الحقائق حول الذات والآخرين والعالم المحيطي، وهي تعكس نظام من الأفكار الخاصة بالفرد، وهي في الغالب مكتسبة أحياناً بطريقة" حدسية "انطلاقاً من ملاحظات ذاتية، وفي الغالب يتم تعلمها في العائلة، الثقافة، والتكوين. تتعلق المعتقدات بكيفية السلوك في وضعيات معينة وكذا ما يمكن قوله عنها" (سايل حدة وحيدة. 2019. ص 46)

3.2. تعريف (محمد جلال حسين، 2018، ص.55) يقصد بالمعتقدات مجموعة من الموروثات المتعلقة بالعالم الخارجي وفوق الطبيعي، والتي احتلت عقول الناس وشغلت حياتهم وملكت قلوبهم، وأصبحت مُسلم بها لديهم، وغالباً ما تحاط هذه المعتقدات بقدر من السرية وتظل خبيئة في صدور أفرادها، وبالتالي لا مجال للمناقشة أو المحاكمة العقلية بها"

4.2. تعريف منظمة الحياة العالمية: "... المعتقدات جزء من أسلوب حياة الناس، وهي تبين ما هو مقبول وما هو غير مقبول. حيث أن المعتقدات عادة ما تكون عميقة الجذور فإنه لمن الصعب في الغالب تغييرها. ونستمد المعتقدات عادة من آباءنا و أجدادنا و غيرهم من الناس الذين نحترمهم و نبجلهم. و نحن نتقبل المعتقدات من دون محاولة إثبات صحتها " (منظمة الصحة العالمية. 1988. ص 8)

3. تعريف المعتقدات الصحية :

1.3. تعريف عبدالله ورضوان (2009) هي: "مجموعة المعارف و التصورات و المدركات و المعلومات التي توجد لدى الفرد حول الصحة" (على بن هويشل الشعيلي و ناصر بن ياسر الرواحي. 2013. ص 74)

2.3. تعريف كارين رودهام (2009): وهي: "طريقه تفكيرنا في الصحة - لها تأثير ملحوظ في انخراطنا اللاحق في ممارسه السلوك الصحي. فاعتقاداتنا الصحية. يمكن أن تتشكل من خلال عوامل متعددة مختلفة، منها فهمنا الدارج للمقصود بما هو صحي". (شويخ، بدون سنة ترجمة الكتاب، 2009)

3.3. تعريف Autchfeil & krech (1998) هي: "تنظيم يتسم بالثبات للمدركات حول جانب معين من حياة الفرد، أو هو نمط المعاني لمعرفة الفرد حول شئ محدد". (سايل حدة وحيدة. 2019. ص 46)

4. نموذج المعتقدات الصحية العام:

طُور نموذج المعتقدات الصحية ليفسر وينبئ بالسلوك المتعلق بالصحة وقد طور بداية للتنبؤ بسلوك الوقاية الصحية، كما يستخدم النموذج أيضا للتنبؤ بسلوك كل من المرضى العاديين والمزمنين. (صفوة فرج، 2000، ص 571)

ويرى كل من جانز وبيكر (Janz & Becker.1984) أن نموذج المعتقدات الصحية يركز على مجموعة من المسلمات القاعدية الضرورية لتنفيذ السلوك الصحي، والتي تلقي كلها حول فكرة إدراك الصحة على أنها قيمة لها أهميتها وأن الحفاظ عليها مرهون بمدى قبول الفرد للالتزام بالنشاطات التي تقود إلى ذلك. ويشير هذان الباحثان إلى أن هناك خمس متغيرات تتحكم في تبني السلوك الصحي وهي:

- ❖ الخطر العام المدرك على الصحة.
- ❖ شدة خطورة بعض الأمراض.
- ❖ الاعتقاد الذاتي بوجود فوائد متوقعة جراء ممارسة السلوك الصحي الوقائي.
- ❖ الاعتقاد الذاتي بارتفاع احتمالات الإصابة بالمرض في حال التخلي عن ممارسة السلوك الصحي الوقائي.
- ❖ وجود دوافع داخلية معززة للسلوك الوقائي (كظهور بعض الأعراض المرضية) مثلا (وأخرى خارجية) كالإرشادات الطبية العامة المتداولة في وسائل الإعلام و الإشهار المختلفة مثلا. (فاطمة الزهراء، الزروق، 2015، ص.19)

5. المكونات الأساسية لنموذج المعتقدات الصحية The Health Belief Model

1.5. القابلية المدركة Perceived Susceptibility:

تشير القابلية المدركة إلى المعتقدات حول احتمال الإصابة بالمرض أو حدث معين، على سبيل المثال، ينبغي أن تعتقد المرأة أن هناك إمكانية الإصابة بسرطان الثدي قبل أن تكون مهتمة بإجراء التصوير بالأشعة. (سايل حدو وحيدة، 2019، ص.55)

2.5. الخطورة المدركة Perceived Severity:

ويشير إلى إدراك الأفراد لشدة المرض وخطورته سواء على الصعيد الصحي أو الاجتماعي أو المادي ، ولذا فإن الأفراد يتخذون إجراءات صحية تختلف باختلاف نظرتهم عن خطورة الأمراض وتأثيرها في حياتهم، وبالإضافة إلى أن إدراك الفرد لإمكانية الإصابة بالمرض

وخطورته تعمل على إنتاج قوة دافعة توجه الفرد نحو الانخراط في السلوكيات الصحية، ويتضمن هذا الامر تقييم كل من العواقب الطبية (على سبيل المثال الوفاة والعجز والألم) والعواقب الاجتماعية المحتملة (مثل آثار الحالة المرضية على العمل والحياة الأسرية والعلاقات الاجتماعية) (عبد الموجود على، 2018، ص.490)

3.5. الفوائد المدركة Perceived Benefits:

وتشير إلى توقعات الأفراد حول أن الإجراءات التي يتم اتخاذها تؤدي إلى نتائج صحية مرغوبة وجيدة ، وتقلل بذلك من مخاطر المرض ، وهي التصورات المتعلقة بفعالية العلاج في الحد من التهديد التعرض للمرض وهي تقيس إيمان أو ثقة الأفراد في الطاقات أو القدرات العلاجية للطبيب والتدابير الصحية الموصى بها. (عبد الموجود على، 2018، ص.491)

4.5. العوائق المدركة Perceived Barriers :

ويشير إلى العواقب والجوانب السلبية التي قد تمنع من اتخاذ الإجراءات الصحية والتي قد تؤدي إلى نتائج صحية سيئة نتيجة عدم الانخراط في السلوك الصحي ، وتشمل العوائق (الألم والقلق المرتبط بالفعل ، وغلاء ثمن الفحص و الدواء). (عبد الموجود على، 2018، ص.491)

هذا بالإضافة إلى تلك المكونات الاساسية الأربعة السابقة المكونة للنموذج المعتقدات

الصحية العام فإنه قد تم إضافة عاملين آخرين ، هما:

5.5. فعالية الذات Self-efficacy:

ويعرفها روزنستوك (1988) بأنها: "اقتناع الفرد بقدرته على تنفيذ السلوك المطلوب لتحقيق النتائج المرجوة بنجاح" وتعتبر هي التطور الأكبر لهذا النموذج فهي تقيس وتقييم قدرات الفرد على تنفيذ مهام و وظائف معينة أو الانخراط في إجراءات أو أنشطة محددة". (عبد الموجود على، 2018، ص.491)

كما تعرف فعالية الذات بأنها: "القناعة بإمكانية تنفيذ السلوك المطلوب بنجاح لتحقيق النتائج" ويميز Bandura بين توقع الفعالية الذاتية وبين توقع النتيجة حيث يعرف توقع الفعالية الذاتية بأنها تقدير الفرد بأن سلوك معين يؤدي إلى نتائج معينة. ويعتبر توقع النتائج مماثلة لكنها مختلفة عن مفهوم نموذج المعتقدات الصحية للفوائد المدركة. ففي عام 1988

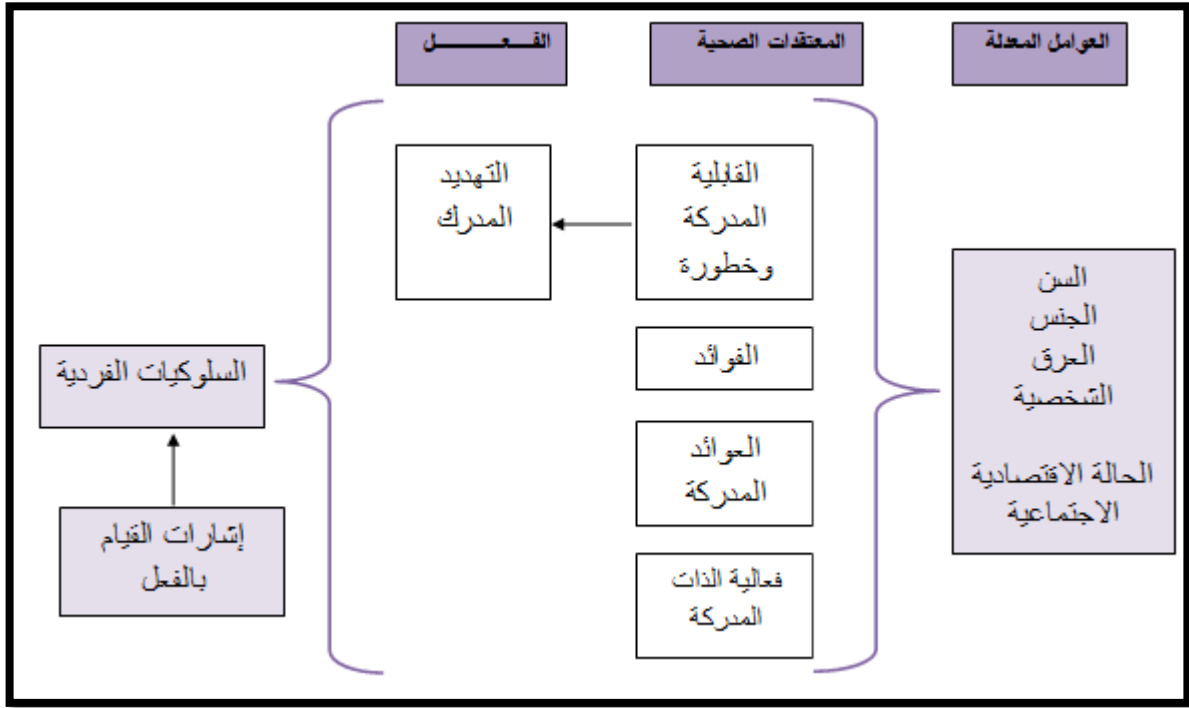
اقترح (Rosenstock, Strecher & Becker) أنه يمكن أن تضاف الفاعلية الذاتية لنموذج المعتقدات الصحية بوصفها كبناء مستقل، مع دمج المفاهيم الأصلية المتمثلة في: (القابلية، الشدة، والفوائد، العوائق) ولم تدرج الفاعلية الذاتية بشكل واضح في الصياغات الأولى لنموذج المعتقدات الصحية، ولنجاح تغيير السلوك يجب (كما اقترحه نموذج المعتقدات الصحية الأصلي) على الأفراد الشعور بأنهم مهتدين بالعادات السلوكية الحالية (إدراك القابلية و الخطورة) والاعتقاد أن التغيير من نوع معين يؤدي إلى نتائج تقيّم بتكلفة مقبولة (الفائدة المدركة). كما ينبغي أن يشعر الأفراد أنهم أكفاء (فعالين ذاتيا) لتجاوز العوائق المدركة لاتخاذ الإجراءات اللازمة. (سايل حدة وحيدة، 2019، ص.56)

6.5. الإشارات المثيرة للفعل Cues to Action:

ويشير إلى تلك العوامل الداخلية المتمثلة في (الأعراض) والخارجية، والمتمثلة في (وسائل الإعلام والدعاية، والمساندة الاجتماعية، وأخذ المشورة من الآخرين) التي تؤثر في الأفراد للانخراط في السلوك الصحي. (عبد الموجود على، 2018، ص.491)

مكونات أخرى Other Variables :

وهي مكونات متنوعة قد تؤثر على المعتقدات منها الديمغرافية، النفسية-الاجتماعية، والمتغيرات البنوية، وبالتالي تؤثر بصورة غير مباشرة على السلوك ذات الصلة بالصحة. على سبيل المثال، العوامل الاجتماعية و الديمغرافية، و التحصيل العلمي بشكل خاص، هي عوامل قد يكون لها تأثير غير مباشر على السلوك من خلال التأثير على إدارة القابلية، الخطورة، الفوائد، العوائق. (سايل حدة وحيدة، ص.57)



شكل (02) مكونات نموذج المعتقدات الصحية و العوامل المرتبطة (سايل حدة وحيدة، 2019، ص. 58)

6. النقد الموجه لنموذج المعتقدات الصحية العام:

وعلى الرغم من الإمكانيات التطبيقية للنموذج و البحوث التي حفزها، إلا أنه لا يسلم من النقد، مثال ذلك.

أولاً: أنه لا يضع في الحسبان السلوك المتعلق بالصحة مثل غسيل الأسنان، الذي يقوم به الناس بشكل معتاد،

ثانياً: لا توجد طريقة معيارية لقياس مكونات في النموذج، مثل الحساسية الإدراكية أو الخطورة. ولاشك أن هذا الامر هو المسئول عن النتائج المتباينة في مجال الدراسات، وحقيقة أن تأييد نموذج المعتقدات الصحية لم تجمع عليه كل الدراسات (مثال ذلك دراسة (1980, Weisenberg et al)

ثالثاً: وكما هو الحال بالنسبة لنظرية السلوك المبرر، لا يضع النموذج في الحسبان حقيقة أن تكلفة ومزايا تعديل السلوك يمكن أن تتباين عبر الزمن. بالإضافة إلى أن النظريتين يفترضان عقلانية في اتخاذ القرار، أي أن الناس يقومون بتقييم المخاطر الصحية المتضمنة في سلوك معين، و تعديل سلوكهم وفقاً لذلك بعناية. ولهذا وكما توحى عديد من الدراسات، فإن اتخاذ القرارات يميل إلى الانحراف عن العقلانية. و تشير الكثير من نتائج البحوث إلى

أن الناس متفائلون فيما يخص صحتهم بشكل غير واقعي و لديهم خبرة ضئيلة بالمخاطر الصحية، و الأفراد يعطون تقيماً أقل لاستهدافهم للمرض، ويجدون أنه من الصعب تصور ما يمكن أن يكون عليه مرض خطير. والواقع أن تعديل السلوك يحدث نتيجة لعوامل أقل تحديداً. (صفوة فرج،2000، ص. 572)

ثالثاً: المعتقدات الصحية التعويضية

1. تعريف التعويض: "هو عملية دفاعية يلجأ إليها الفرد دفعاً للتوتر الناتج عن الشعور بالنقص، و قد نعوض عن نقص عضوي حقيقي، وغالباً ما يكون النقص نفسياً أي أننا نتخيله". (عبد المنعم الحفني،2002، ص 576)

وهو عملية سيكولوجية يلجأ إليها الفرد بقصد التغلب على الشعور الذي يصيبه بالضعف أو الدونية أو العجز، بحيث يلجأ إلى إحراز التفوق في جهة أخرى أو إتباع نمط ثاني من السلوك فيصبح هذا السلوك هو إخفاء الصفة غير المستحبة تحت ستار صفة مستحبة والإفراط في تضخيمها حيث يكون الهدف هو إخفاء النزاعات غير المستحبة". (أسعد رزوق. 1987. ص.76)

2. تعريفات للمعتقدات الصحية التعويضية: **Compensatory Of Health Belief**

1.2. تعريف بيكر (Becker ,1984): "نموذج نظري يؤكد بأن الفرد ينخرط في ممارسة الأفعال الصحية فقط في حال : اعتقد بأنه عرضة للمرض ويشعر بأن المرض شيء خطير ووافق على أن الإجراءات الوقائية ذات فعالية وان فوائد القيام بها ستفوق تكلفة القيام بها".

2.2. تعريف دكليمنت (Diclemente ,1991) هي: "معتقدات يقوم بها الأفراد وهي جزء من المعتقدات الشخصية تتعلق بنتائج سلوك سلبي كتعويض له".

3.2. تعريف تايلور (Taylor ,1999): "هي ممارسات صحية يقوم بها الناس والتي تتأثر بعاملين إدراك الشخص للتهديد الصحي وإيمانه بممارسات معينة تكون ذو فعالية في التخفيف من التهديد"

4.2. تعريف رابيو و باتريسيا (Rabiau & Patricia 2004): "هي الفعل الصحي الذي يقوم به الفرد والذي ينشأ من الانخراط في سلوك غير صحي".

5.2. تعريف رابياو (Rabeau 2006): "هي قناعات يكونها الأفراد عن الجوانب السلبية للسلوك وتمثل تعويضات بديلة عن السلوك السلبي مثل تناول طعام دسم يمكن التعويض بالتخلص منه في ممارسة الرياضة". (الدغستاني و عوني المفتي، 2010، ص.86.87)

6.2. تعريف كنوبر وآخرون (KNAUPER et all.2003.): "يتم تعريف المعتقدات الصحية التعويضية على أنها معتقدات الأفراد بأن بعض السلوكيات غير الصحية (ولكنها ممتعة) يمكن تعويضها من خلال الانخراط في سلوكيات صحية، ويمكن تفعيل المعتقدات الصحية التعويضية تحسبا أو لاحقا لتحقيق الرغبة، ففي الحالة الأولى ، ينشأ التنافر المعرفي من مجرد توقع الانخراط في نشاط ممتع قد يكون ضارًا، في الحالة الأخيرة ، يتم إنشاء التنافر كنتيجة للانخراط في سلوك غير صحي (كتناول قطعة من الكعكة) قد يُنظر إلى التنافر المعرفي بسبب مجموعة متنوعة من الأسباب، بما في ذلك أن السلوك غير الصحي يُخشى أن يؤدي إلى المرض، أو أنه ينتهك التصور الذاتي للقيم (كأن يكون الشخص يأكل بشكل صحي)، أو أنه يتعارض مع الذات- التوقعات (كفقدان الوزن). تنشيط المعتقدات الصحية التعويضية يحل التنافر المعرفي الناتج عن مثل هذه الإدراك. كما يعتبر استخدام المعتقدات الصحية التعويضية بمثابة إستراتيجية يستخدمها الأفراد عندما يفشلون في مقاومة الإغراءات. وبالتالي فهي عملية تنظيمية ذاتية لدوافع تلقائية تعمل على تقليل التنافر المعرفي من خلال تبرير اختيارات السلوك غير الصحي بخطة الانخراط في سلوكيات صحية. (KNAUPER et all.2003.P.608)

3. تفرقة مفاهيمية: يجب التمييز بين المعتقدات الصحية التعويضية والمعتقدات الصحية غير العقلانية، حيث طور مفهوم المعتقدات الصحية غير العقلانية الباحث (كريستنسن. 1999) وقدم مقياسًا لقياس هذه التشوهات المعرفية. وكان يعتبر الاعتقاد الصحي غير العقلاني هو: "الاعتقاد بأن الدواء يصبح غير ضروري بمجرد أن يتوقف الشخص عن الشعور بالمرض". وتختلف المعتقدات الصحية غير العقلانية عن معتقدات الصحة التعويضية بطريقتين.

أولاً: المعتقدات الصحية التعويضية ليست بالضرورة "غير عقلانية" ، ولكنها قد تكون صالحة جزئيًا.

ثانياً: المعتقدات الصحية التعويضية هي نوع مختلف من الإدراك وهي معتقدات دقيقة. في حين أن المعتقدات الصحية غير العقلانية هي (غير دقيقة) ، كما أن المعتقدات الصحية التعويضية هي مبررات محفزة للسلوكيات المتعلقة بالصحة الغير قادرة على التكيف. إن تبني المعتقدات الصحية التعويضية لا يؤدي بالضرورة إلى آثار سلبية على الصحة. ولا يؤثر ذلك سلباً على صحة الفرد في حالة ما إذا أدى السلوك التعويضي بشكل فعال وأدى بدوره إلى تحييد آثار السلوك غير الصحي (وهنا يقصد بأن الاعتقاد الصحي التعويضي دقيق). كما لا يؤثر ذلك سلباً على صحة الفرد إذا اتبع الفرد بالفعل السلوك التعويضي. ومع ذلك، فإن العديد من السلوكيات الصحية التعويضية قد لا تعوض في الواقع بشكل فعال عن جميع الآثار السلبية لسلوك المحقق للرجبة. كما يعتبر الانخراط المستمر في سلوك غير صحي، باعتقاد خاطئ أن السلوك التعويضي اللاحق "يعوض" عنه ، يمكن أن يؤدي إلى مشكلات صحية على المدى الطويل، كما أنه غالباً ما لا يتمكن الأفراد من تنفيذ السلوك التعويضي المخطط له (على سبيل المثال ، الذهاب إلى صالة الألعاب الرياضية). فقد يتماطلون ، ومع مرور الوقت ، قد يضعف التنافر المعرفي الذي شعروا به في البداية حتى تتلاشى الحاجة المبدئية للتعويض عن السلوك غير الصحي. (KNAUPER et all.2003.P.608)

من خلال عرض التعريفات السالفة الذكر يمكن التوصل إلى تعريف يجمع معظم حيثيات مفهوم المعتقدات الصحية التعويضية و المتمثل فيما يلي:

"هي ممارسات على المستوى السلوكي متعلقة بالصحة ذات مبدأ تعويضية تكون قائمة على أساس المعتقدات المتراكمة الموجودة لدى الأفراد تهدف ممارستها للتعويض أو تحييد أو التخفيف من أثر السلوكيات السابقة التي تحقق متعة للأفراد لكنها غير صحية حيث تتأثر هذه المعتقدات بمدى وعي أو إدراك لأفراد للخطورة والتهديد المتعلقين بالسلوك الغير صحي السابق وتتأثر كذلك بمدى وعي أو إدراك الأفراد لفاعلية السلوكيات الصحية اللاحقة من حيث تحسين أو التخفيف من آثار السلوكيات الغير صحية السابقة".

4. نموذج المعتقدات الصحية التعويضية

بهدف فهم التأثيرات العاطفية والتحفيزية على خيارات الأفراد الصحية والأهداف والسلوكيات الصحية اللاحقة، حيث قام كنوبر وآخرون بتطوير إطار نظري قائم على ما يلي:

1. نظرية دافع الحماية. لروجرز (Rojerz، 1975، 1983)
 2. نظرية السلوك المخطط لأجزين (Ajzen، 1985)
 3. نموذج سيرورة الفعل الصحي لشفارتز (Schwarzer's، 1992.1999) الذي جمع بين النموذجين السابقين.
 4. نموذج التوافق الذاتي لشيلدون وإليوت (، 1999. 2002) والذي يقوم على مفاهيم نظرية تقرير المصير (المعاملة الخاصة والتفضيلية) لـ (ديسي ورايان ، 1985 / 2000) ولقد اصطلح على السلوك الصحي الذي يتم تطويره من خلال دمج هذه النماذج المتعددة بنموذج المعتقدات الصحية التعويضية (CHB).
 - (Marjorie Rabiau*, Ba`rbel Kna`uper and Paule Miquelon.2006)
 5. النماذج و النظريات المساهمة في تكوين نموذج المعتقدات الصحية التعويضية
 - 1.5. نظرية الدافع إلى الحماية: (PMT) (Protection Motivation Theory)
- قدم روجرز (Rogers, 1983) هذه النظرية بعد دراسة قام بها بهدف معرفة أثر استعمال عنصر الخوف في مواضيع الإشهار على تغيير الاتجاه. هذه النظرية شأنها شأن نظرية القناعة الصحية (HBM)، تركز على فكرة أن ممارسة السلوكيات الصحية الوقائية تعتمد على الاعتقاد بتوقع فوائد لتنفيذ تلك الممارسات. غير أنها تضيف إلى الاعتقادات مفهوماً آخر وهو الدافع إلى الحماية (Protection Motivation) وترى أن الدافع إلى الحماية ينتج عن نوعين من العمليات المعرفية هما:
- . تقدير الخطر (Threat Appraisal).
 - . تقدير المواجهة (Coping Appraisal) ذلك الخطر.
- أي أن الدافع إلى الحماية ينتج عن عملية المقارنة بين الشدة المدركة لخطورة المرض و تقدير مدى الاستعداد للإصابة به، و بين القدرة على مواجهة ذلك الخطر أو التهديد، والقدرة المدركة على ممارسة السلوك الوقائي بناءً على توقع مستوى من الفعالية الذاتية (Self efficacy) على أداء السلوك المناسب.
- حيث تتوقف عملية الدخول في السلوك الوقائي أو مواصلته أو التخلي عنه على نتيجة العمليتين المعرفيتين سابقتي الذكر (فاطمة الزهراء الزروق، ،2015، ص 20.21)

و في هذا السياق، تم الكشف عن وجود علاقة دالة إحصائياً بين كل من الإستعداد المدرك للمرض، الشدة المدركة لخطورة المرض و الفعالية الذاتية و السلوك الوقائي. و ذلك في (65) بحثاً قام بتحليل نتائجها فلويد و زملائه (Floyed et al. ,2000). يمكن القول أن نظرية الدافع إلى الحماية تشرح العلاقة بين الاعتقادات والسلوك الوقائي بوجود عامل وسطي بينهما، هو الدافع للحماية والرغبة في ممارسة السلوك التي تغذيها الفعالية الذاتية المدركة.

ولقد استخدمت نظرية الدافع إلى الحماية (PMT) بشكل واسع في مجال الوقاية من الأمراض الخطيرة كالسرطانات والسيدا وفي مجال تغيير العادات السلوكية والإتجاهات نحو الإدمان، التدخين وممارسة الرياضة وغيرها. (فاطمة الزهراء الزروق، ،2015، ص 21.20)

2.5. نظرية السلوك المخطط (Ajzen & Fishbein ، 1985) the theory of planned behaviour

وتسمى أيضا نظرية السلوك المبرر "action reasoned of Theory" هو نموذج انبثق من علم النفس الاجتماعي، وطور من طرف مارتين فيشبين وأيسك أجزين. تبنى نظرية السلوك المخطط على نظرية الفعل المبرر theory of reasoned action، التي تطورت من خلال "أجزين" Ajzen و "فيشبين" Fishbein (1970 ، 1980). حيث افترضت نظرية الفعل المبرر أن السلوك يمكن التنبؤ به من خلال مقصد الشخص الانخراط في سلوك معين، ويتشكل هذا المقصد من خلال اتجاه الفرد نحو السلوك و إدراكه للمعيار الاجتماعي. كما تعتمد نظرية السلوك المخطط على ما سبق، بالإضافة إلى فكرة إدراك التحكم السلوكي داخل المعادلة، وقياس مدى اعتقاد الفرد بضرورة التحكم في سلوك محدد. (هناك أحمد محمد شويخ، 2009، ص.66)

فهذا النموذج يحدد العلاقة القائمة بين كل من المعتقدات ، المواقف، المعايير، النية، سلوك الأفراد ، والفرضية الأساسية لهذه النظرية أن نية الشخص لتبني سلوك معين يتحدد بمواقفه حيال هذا السلوك و معتقداته الخاصة بعواقب هذا السلوك أي ما يترتب على هذا السلوك من نتائج إيجابية أو سلبية و تقييمه لنتائج أفعاله (موقف شخصي) ، بالإضافة إلى إدراكه

للمعايير الاجتماعية الواردة في ثقافته أو المتبعة في مجتمعه حول سلوك ما، أي إدراك الشخص للضغط الاجتماعي المفروض عليه لأداء الفعل أو عدم أدائه. و بذلك نجد أن هذا النموذج يعمل على ترشيح المحفزات الخارجية التي تؤثر على المواقف، و لذلك فالتدخل هنا يكون بتعديل هيكل المعتقدات للفرد في حالة تبني معتقدات خاطئة.(صليحة عدودة،2015،ص.81،82)

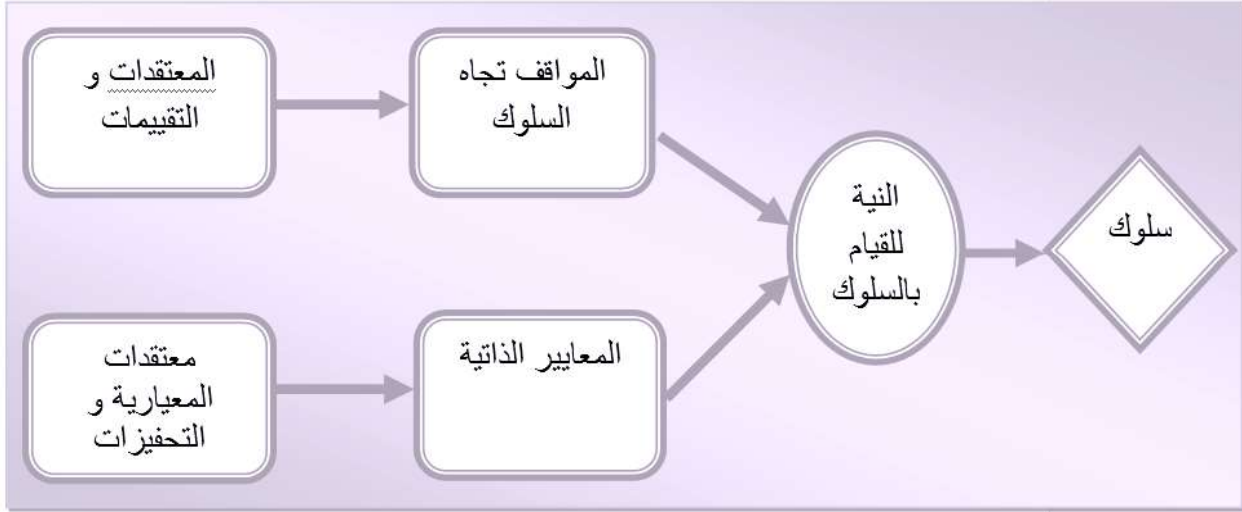
1.2.5. مكونات نظرية السلوك المخطط: تتكون نظرية السلوك المخطط من ثلاثة عناصر أساسية هي:

1.1.2.5. الاتجاهات Attitudes: وهي المشاعر الإيجابية أو السلبية المتولدة عن الانخراط في سلوك محدد. و من الضروري تذكر أن الاتجاهات هي أيضا وظيفة للمعتقدات.

2.1.2.5. المعايير الذاتية Subjective Norms: وهي معتقدات الفرد حول ما إذا كان المحيطون به يدعمونه أو لا يدعمونه في الانخراط في السلوك الجديد، وما إذا كان لديهم دوافع لمتابعة هذه المعتقدات المهمة بالنسبة للآخرين، سواء كانوا أفراد من الأسرة أو الأصدقاء.

3.1.2.5. التحكم الذاتي السلوكي Perceived Behavioral Control: و يهتم بقياس مدى اعتقاد الفرد بأنه قادر على أداء سلوك معين بنجاح. و هو نتاج المزج بين خبرة الفرد الماضية عن السلوك و معتقداته عن قدرته على الانخراط في السلوك. و من أمثلة ذلك أنك إذا حاول الفرد إنقاص وزنه، و كان قد فشل سابقا في مقاومة إغراء تناول الحلويات، و ما زال لديه شك في أن إرادته قوية بما فيه الكفاية لمقاومة تناوله الآن، فإن تحكمه السلوكي المدرك و السلوك الفعلي، فضلا عن ملاحظة وجود علاقة سببية بالمقاصد. و بالمثل، إذا كان الأفراد يعتقدون بأن خفض استهلاكهم للكحول من شأنه أن يجعل حياتهم أكثر إنتاجية وإفادة لصحتهم (الاتجاه نحو السلوك)، و يعتقدون في الوقت نفسه أن الأشخاص المهمين في حياتهم يريدون أيضا تخفيض استهلاكهم من تناول الكحول (المعيار الذاتي)، كما يعتقدون أخيراً أنهم قادرين على التخفيف من شرب الكحول، فإن هذا من شأنه أن يتنبأ بالمقاصد للحد من حد ارتفاع مستوى استهلاك الكحول (القصد السلوكي). (هناك أحمد محمد شويخ.2009.ص.67)

2.2.5. تقييم نموذج السلوك المخطط (نظرية السلوك المبرر)



الشكل رقم (03): نموذج السلوك المبرر (نظرية السلوك المخطط)

بعد اكتشاف بعض الثغرات في بنية نظرية السلوك المبرر قام كل من فيشبين و أجزين (I,Ajzen et M,Fishbein) بإجراء بعض التغييرات في النموذج، حيث أضافا عامل التحكم السلوكي المدرك، هذا المفهوم يعرف على أساس أن اعتقاد الفرد بفكرة معينة يسهل عليه القيام بسلوك ما، أو يجعله يتخلى عنه، و يهدف هذا العنصر إلى موازنة الحالات التي يعتقد فيها الأفراد بأنهم غير قادرين على التحكم في سلوكياتهم و عاداتهم ، و بالتالي فإن هذا العنصر الإضافي في النموذج له تأثير مباشر على نية الأفراد، فأولئك الذين يظنون بأنهم لا يملكون فرص أو إمكانيات لتغيير سلوكهم وتحسينه غير قادرين على تنمية النية أو قصديه سلوكية قوية، فهذا المكون شبيه بمفهوم باندورا فيما يخص الكفاءة الذاتية، وبالتالي فإن سلوك الأفراد ليكون فعالا يجب أن يكون مقورا ومخططا.

(صليحة عدودة،2015،ص.82،81)

3.5. مقارنة سيرورة الفعل الصحي: health action process approach (1992.1999. Schwarzer's)

هذا النموذج جمع بين النموذجين السابقين وطور Schwarzer (1992) نموذج سيرورة الفعل الصحي (HAPA) للتمييز بين مرحلة الدافعية و مرحلة العمل أو الحفاظ على السوكيات الصحية. (سايل حدة وحيدة، 2019 ص 53)

وضع شواتزر (Schwarzer, 1992) هذا النموذج الذي يجمع بين الأبعاد المعرفية و الاجتماعية و الزمنية للسلوك الوقائي، بغرض تحديد كيفية تأثير الاعتقادات على الفعالية الذاتية بالنسبة للمتغيرات المتعلقة بالصحة. وهو تناول يركز على العلاقة بين الرغبة في السلوك و السلوك الفعلي، و يعتبر أن ظهور السلوكيات الصحية وتبنيها و الحفاظ عليها، يتم ضمن سيرورة من المراحل التي يمكن تقسيمها إلى مرحلتين أساسيتين هما: مرحلة الدافعية ومرحلة النشاط أو الفعل. (فاطمة الزهراء الزروق، 2015، ص.24)

1.3.5. مرحلة الدافعية (Motivaton Stage): في هذه المرحلة عندما تتولد الرغبة لدى الفرد في تبني سلوك معين فإن الرغبة تتأثر بثلاث أنواع من القناعات أو الإدراكات: *إدراك الخطر (Perception de Risque)

*توقعات النتائج من تنفيذ السلوك الوقائي (Résultats attendus de l.action)
(préventive)

*الفعالية الذاتية المدركة (Auto-efficacité perçue)

2.3.5. مرحلة النشاط أو الفعل في مرحلة الدافعية (Action Stage): في هذه المرحلة يطوّر الفرد نية تبني إجراء وقائي أو تغيير سلوكيات الخطر لسلوكيات أخرى. وهو يعتقد أن توقعات الفعالية الذاتية و توقعات النتائج هما من أهم عوامل منبأة بالنية و أن الخطورة perceived severity و الهشاشة vulnerability المدركتين يشتركان في تحديد التهديد، و تتكون مرحلة الفعل في هذا النموذج من مستويات معرفية و سلوكية و موقفية. (سايل حدة وحيدة، 2019 ص 53)

و تنقسم بدورها إلى ثلاثة مراحل نوعية هي:

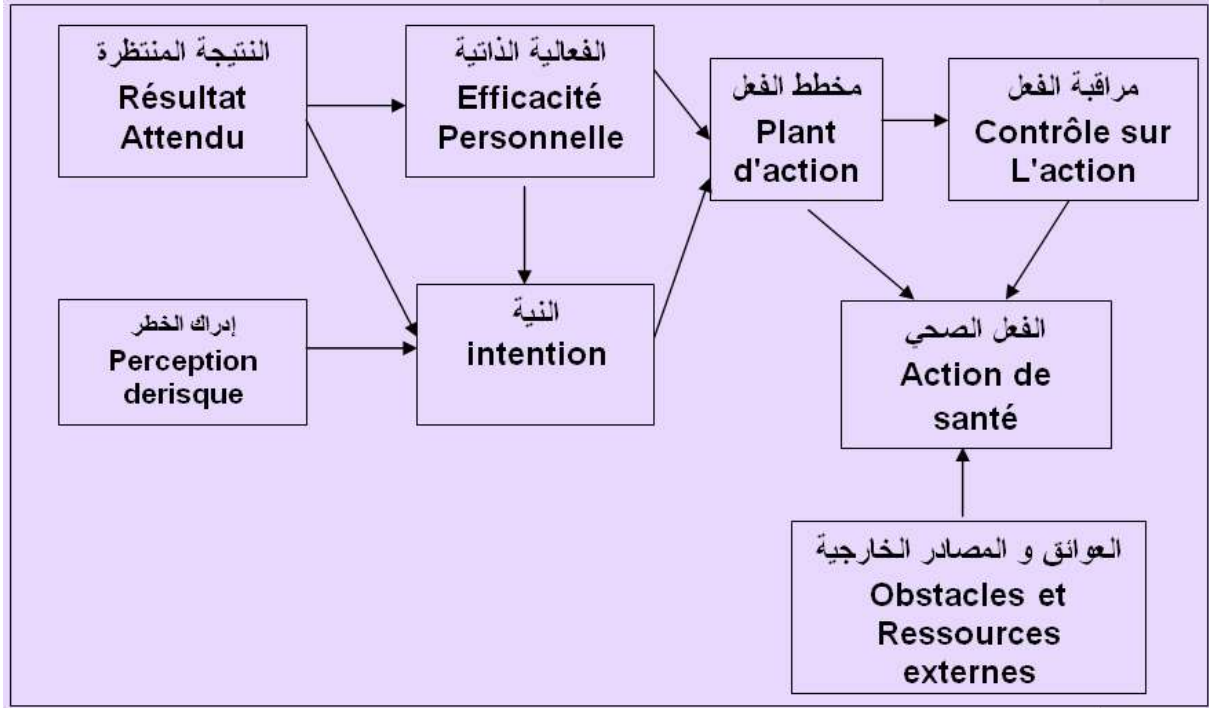
❖ مرحلة وضع مخطط لنشاط وضبطه

❖ مرحلة النشاط(الفعل)

❖ مرحلة الاحتفاظ بالفعل أو بالنشاط

لقد أثبتت الدراسات أهمية هذا النموذج من خلال قدرته على شرح العلاقة بين السلوك الوقائي و بين كل من الدافعية و الفعالية الذاتية. إذ بينت نتائج البحث الذي قام به كل من شولتزو و فوشز (Schwatzter et Fuchs. 1996) حول التغذية الصحية المتوازنة على عينة مكونة من (800) فرد في ألمانيا، و التي تم فيها تطبيق نموذج (HAPA) لمعرفة أثر

كل من الفعالية الذاتية، التوقعات الإيجابية والسلبية المنتظرة من تطبيق السلوك الوقائي وإدراك الخطر على الرغبة في تبني نظام غذائي صحي، بينت أن الفعالية الذاتية احتلت أعلى معدلات الارتباط بين المتغيرات الأخرى الباقية. (فاطمة الزهراء الزروق، 2015، ص.25)



شكل رقم (04) الشكل التمثيلي لنظرية سيرورة الفعل الصحي

4.5. نموذج التوافق الذاتي: (شيلدون ، 2002 ، شيلدون وإليوت ، 1999)

والذي يقوم على مفاهيم نظرية تقرير المصير (المعاملة الخاصة والتفضيلية) لكل من (ديسي ورايان، 1985، 2000) يركز نموذج التوافق الذاتي (Sheldon & Elliot، 1999) على الدوافع الكامنة وراء السعي للهدف الشخصي، وتأثيرات دوافع الهدف على تحقيق الهدف ، والعواقب على الرفاهية النفسية، يمكن تقسيم النموذج إلى مرحلتين هما:

(1) مرحلة العمليات التي تربط اختيار الهدف لتحقيق الهدف (السعي نحو الهدف)

(2) ومرحلة تحقيق الهدف للرفاه النفسي (نتائج الهدف)

(.Birmingham.et al.2007)

6.العناصر الرئيسية لنموذج معتقدات الصحة التعويضية:

يقدم نموذج معتقدات الصحة التعويضية محاولة لشرح أسباب قيام الأفراد بتطوير المعتقدات الصحية التعويضية وكيف يوظفون المعتقدات الصحية التعويضية في عملية التنظيم الذاتي لمقاومة الإغراءات، وقدرتهم على التنبؤ بالاختيارات الصحية والنتائج الصحية المستقبلية. ويشمل نموذج معتقدات الصحة التعويضية على العناصر الرئيسية التالية:

❖ الصراع التحفيزي بين الرغبة والهدف: أو ما يعرف بالتنافر المعرفي (Festinger ،

1957؛ Mischel ، 1996)

❖ التوافق الذاتي مع الهدف: أو إلى أي مدى يسعى الافراد إلى تحقيق مجموعة أهدافهم

الشخصية من خلال تقرير المصير (شيلدون ، 2002 ؛ شيلدون وإليوت ، 1999)

❖ الكفاءة الذاتية (باندورا ، 1977 ؛ شوارزر وريبنر ، 2000) ،

❖ النوايا (أجزين ، 1991) ،

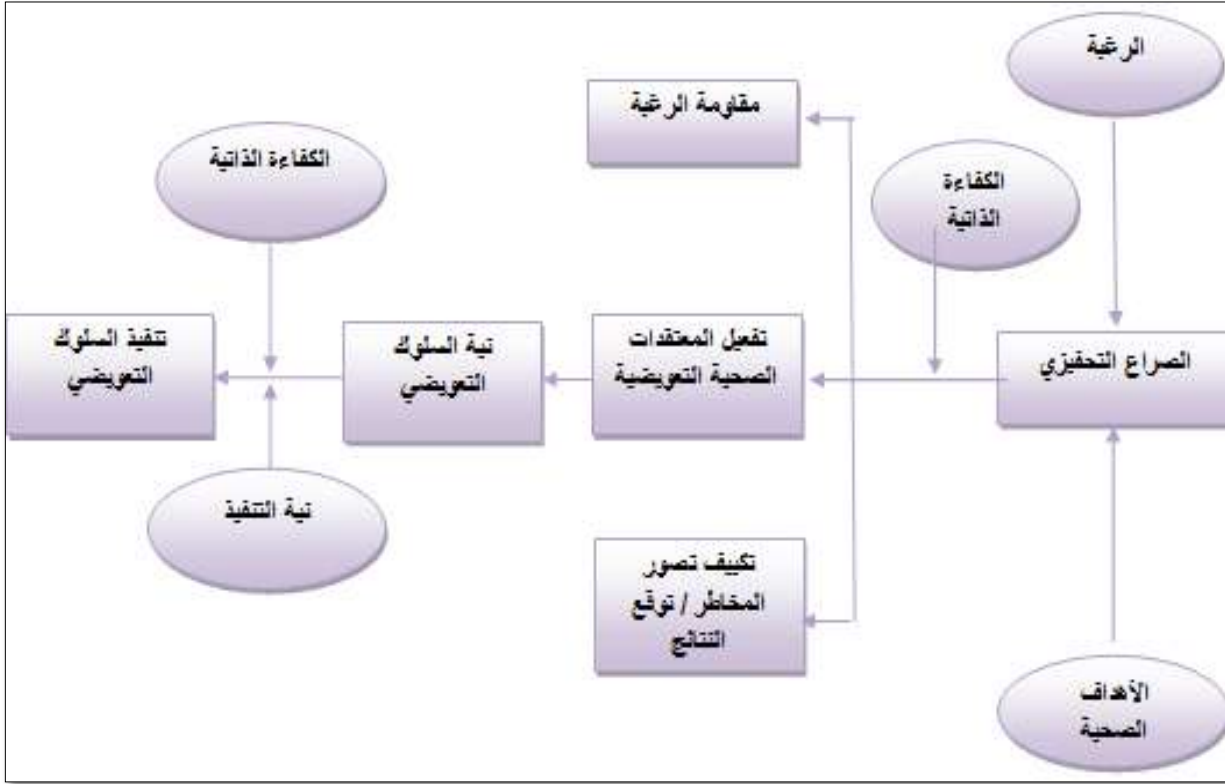
❖ التخطيط أو تنفيذ النوايا (جولويتسر ، 1999 ؛ جولويتزر وبراندشتير ، 1997)

6.1.الصراع التحفيزي بين الرغبة والهدف:

أولاً: تبدأ العمليات التي وصفها هذا النموذج بالتعارض التحفيزي بين الرغبات والأهداف الصحية (أي التنافر المعرفي) فعندما تتاح للفرد فرصة القيام بنشاط يحقق له متعة وارتياح، ولكن باعتماده على نشاطات أو سلوكيات غير صحية، حيث أنه بعد القيام بالنشاط سيبدو أنه في حالة صحية سيئة. وهنا ينتهي الامر إما بتنفيذ السلوك التعويضي أو بالتوقف عن نية القيام بالسلوك المحقق للمتعة و الغير صحي.

(Marjorie Rabiau*, Ba`rbel Kna`uper and Paule Miquelon.2006)

الشكل التالي يوضح أهم عناصر نموذج المعتقدات الصحية التعويضية



الشكل رقم (05) عناصر نموذج المعتقدات الصحية التعويضية

(Marjorie Rabiau*, Ba'rbel Kna'uper and Paule Miquelon McGill, 2006)

1.1.6. نشأة الصراع التحفيزي:

ينشأ الصراع التحفيزي عندما تختلف الرغبة في الانخراط في سلوك مغر مع هدف صحي مثل البقاء بصحة جيدة أو فقدان الوزن.

وفقاً لنموذج المعتقدات الصحية التعويضية، فإن هذا الصراع هو العامل التحفيزي الذي يؤدي إلى تنشيط معتقدات صحية تعويضية.

يفترض النموذج أن المعتقدات الصحية التعويضية لا يتم تفعيلها إلا عندما ينشأ تضارب تحفيزي لأن الفرد يعتقد أن السلوك المرغوب قد يأتي على حساب أهدافه، ويمكن أن تنشأ مثل هذه الصراعات في مجموعة متنوعة من المواقف، حيث يمكن أن تختلف الإجراءات بشكل كبير في شكلها وقوتها. حيث يمكن أن تتراوح الإجراءات بين الطعام أو الأدوية أو مجرد أخذ السيارة بدلاً من المشي مثلاً.

من المحتمل أن يكون تأثير درجة الرغبة في تفعيل المعتقدات الصحية التعويضية غير ثابت، فعندما يكون السلوك غير مرغوب فيه للغاية ويكون لدى الشخص كفاءة ذاتية عالية تتعلق بالصحة، يجب أن يكون الأفراد قادرين على مقاومة الرغبة والمعتقدات الصحية

التعويضية غير ضرورية وبالتالي لن يتم تفعيلها. فيجب أن ترتبط الكفاءة الذاتية المرتفعة المرتبطة بالصحة بانخفاض الميل إلى النية في استخدام المعتقدات الصحية التعويضية. وعندما يكون الإغراء مرغوبًا للغاية ولا يستطيع الأفراد المقاومة، فقد لا يتمكنون من استخدام المعتقدات الصحية التعويضية لأنهم يشعرون بأن بقوة الرغبة تبرر السلوك مرة أخرى ، لن يتم تفعيل المعتقدات الصحية التعويضية. وبالتالي ، يمكن توقع وظيفة مقلوبة على شكل حرف (U) لاستحسان الإغراء ، وممارسة معتقدات صحية تعويضية ، حيث يتم تنشيط المعتقدات الصحية التعويضية على الأرجح للسلوكيات المتوسطة في الرغبة وبعبارة أخرى فإن قيمة أهداف الفرد ومدى أهمية النتيجة بالنسبة للفرد ، سيكون لها أيضًا تأثير على مقدار الصراع. Marjorie Rabiau* , Ba`rbel Kna`uper and Paule (Miquelon McGill.2006)

2.1.6. إستراتيجيات حل الصراع بين الرغبة والهدف:

إن التفاعل بين إغراء الانخراط في سلوك غير صحي والأهداف الصحية للفرد يخلق صراعًا تحفيزيًا (أي التنافر المعرفي). مثال (الرغبة أو الرغبة الشديدة في التدخين ولكن الوعي بأنه ليس مفيدًا لصحة الفرد). يقترح أن الصراع بين الرغبة في الانغماس في سلوك مغر والتفكير المعرفي لعواقبه غير القادرة على التكيف يمكن تخفيفه بشكل أساسي من خلال الاستراتيجيات الثلاث التالية المتعلقة بنموذج المعتقدات الصحية التعويضية:

❖ استراتيجية اتخاذ قرار بمقاومة الرغبة (إستراتيجية سلوكية).

❖ استراتيجية تكيف توقعات النتائج حول الإغراء (الإستراتيجية المعرفية الاولى)

❖ تفعيل معتقدات صحية تعويضية. (الإستراتيجية المعرفية الثانية)

1.2.1.6. إستراتيجية اتخاذ قرار بمقاومة الرغبة (عدم الاستسلام للإغراء): وهي

إستراتيجية سلوكية. وتتضمن اتخاذ قرار بعدم الانغماس في الإغراء وبالتالي تخفيف الصراع التحفيزي أي أنه لا يخطر الفرد في سلوك غير صحي.

2.2.1.6 إستراتيجية تكيف توقعات النتائج حول الإغراء (تغيير المعتقدات الصحية)

تتمثل الإستراتيجية الثانية في تكيف تصور درجة الخطر أو الضرر الناجم عن السلوك و / أو إعادة تقييم النتائج المتوقعة (أي أن الفرد يحدث له تغيير الاعتقاد بأن السلوك الغير صحي بالفعل أو يتعارض مع أهدافه الصحية وهذه المرحلة تمثل الإستراتيجية المعرفية

الأولى. قد يعتقد الفرد أن عدم ممارسة نشاط بدني يومي لن تضر بصحة القلب والأوعية الدموية. بالإضافة إلى ذلك ، قد يتكيف الأفراد مع تصورهم للمخاطر بحيث لا يكونون ، بعد كل السلوكيات التي يقومون بها معرضين لخطر الإصابة بأمراض القلب مثلاً. فقد ثبت أن إدراك المخاطر وتوقع النتائج هما من المدركات الرئيسية التي تعمل على تشكيل الأهداف. وهذا ما يشير إلى أن تعديل أي من هذه المدركات أو كليهما سيخفف من الصراع التحفيزي عن طريق تقليل أهمية الهدف، ولو مؤقتاً فقط. وبمجرد أن لا يعتقد الأفراد أن السلوك ضار أو بمجرد أن يقل قلقهم بشأن الآثار الصحية السلبية التي تؤثر عليهم بشكل خاص ، فقد ينخرطون في السلوك المرغوب بحرية.

وهنا نلاحظ أن كلا الإستراتيجيتين ، (1) إستراتيجية اتخاذ قرار بمقاومة الرغبة و (2) إستراتيجية تكيف توقعات النتائج حول الإغراء ، تتطلب جهداً كبيراً وتتطلب تحكماً ذاتياً كبيراً.

3.2.1.6. تفعيل معتقدات صحية تعويضية (الإستراتيجية المعرفية الثانية):

الإستراتيجية الثالثة لحل النزاع وهي إنشاء أو تنشيط المعتقدات الصحية التعويضية في هذه الإستراتيجية يرى كنوبلر و آخرون أنها أسهل مسار يمكن للفرد إتباعه لأنه يسمح بـ "أفضل ما في الخياران"

. إما الإغراء بتنفيذ سلوك صحي آخر يعتقد الفرد أنه "يحيّد" أو يعوض الآثار السيئة لهذا السلوك من خلال تفعيل هذه المعتقدات يصبح من الممكن الانغماس في السلوك المرغوب دون التأثير السلبي المصاحب (الشعور بالذنب وتأنيب الضمير).

. وإما إذا انغمس الفرد بالفعل في ذلك (في السلوك الغير صحي) فيمكن للمعتقدات الصحية التعويضية أن تخفف من الشعور بعدم الراحة. بدلاً من تغيير الرغبة (الإستراتيجية 1) أو مراجعة معتقدات الفرد (الإستراتيجية 2) ويبرر الشخص السلوك بالتخطيط للتعويض عنه لاحقاً.

3.1.6. عوامل تحدد استراتيجية حل النزاعات التي سيتم استخدامها:

نتوقع أن يتم تحديده من خلال عاملين رئيسيين وأن كلاهما يلعب دورًا حاسمًا في تحديد مستوى الصراع التحفيزي:

(1) درجة الرغبة في السلوك المغربي

(2) التوافق مع الأهداف الصحية للفرد.

يُرجح استخدام الإستراتيجية الأولى، وهو مقاومة الرغبة ، على وجه الخصوص عندما لا تكون الرغبة قوية ، وعندما يتم السعي وراء أهداف الفرد الصحية بدافع محدد ذاتيًا ، وعندما تكون الكفاءة الذاتية للأفراد للتحكم في رغبتهم عالية. في المقابل سيتم استخدام الإستراتيجية الثانية والثالثة ، وهي تكييف توقعات النتائج حول الإغراء (الإستراتيجية المعرفية الأولى) وتفعيل معتقدات صحية تعويضية. (الإستراتيجية المعرفية الثانية) عندما تكون نتيجة السلوك المرغوب مرضية للغاية ولا يمكن مقاومتها.

2.6. التوافق الذاتي مع الهدف الصحي والمعتقدات الصحية التعويضية (شيلدون ، 2002 ؛ شيلدون وإليوت ، 1999):

المقصود بالتوافق الذاتي مع الهدف الصحي هو إلى أي مدى يسعى الأفراد إلى تحقيق مجموعة أهدافهم الشخصية من خلال تقرير المصير ، يقترح النموذج أن يتنبأ التوافق الذاتي بالمسار الأكثر احتمالًا الذي سيتبعه الأفراد في محاولة تقليل الصراع التحفيزي الذي يواجهونه بين رغبة محددة وأهدافهم الصحية. كما يقترح أن أنواعًا مختلفة من الدوافع مرتبطة بالسعي وراء الأهداف الشخصية. وفقًا لمبدأ المعاملة الخاصة والتفضيلية (Deci & Ryan، 1985، 2000) في نظرية تقرير المصير ، تمثل هذه الأنواع من الدوافع سلسلة متصلة لتقرير المصير ، حيث يتوافق الدافع الداخلي مع الشكل الأكثر تحديدًا ذاتيًا للدوافع ، ويتم ملاحظته عندما ينخرط الفرد في سلوك من أجل الحصول على المتعة والرضا المتأصل فيه. يقترح ديسي وريان (Deci & Ryan، 1985، 2000) كذلك أن:

مشاعر الاستقلالية (أي الشعور بأن سلوك الفرد مختار ذاتيًا ويحمل مغزى)

والكفاءة (أي الشعور بأن الفرد فعال وقادر على أداء سلوكه)

والعلاقة (أي الشعور بأن الفرد مرتبط أو هو في حالة الانسجام مع الآخرين المهمين)

ستسهل استيعاب السلوكيات ذات الدوافع الخارجية ، في حين أن الاستقلالية فقط هي التي تسمح بدمج هذه السلوكيات في الذات. نظرًا لأنه من غير المحتمل أن يُنظر إلى العديد من

جوانب السلوكيات الصحية (مثل الأكل الصحي ، أو تناول الأدوية ، أو ممارسة الرياضة بانتظام ، أو زيارة الطبيب أو الإقلاع عن التدخين) على أنها مثيرة جدًا أو مثيرة للاهتمام (أي جوهرية تمامًا) ، فمن المرجح أن معظم الأهداف الصحية ستتم متابعتها من خلال واحد أو أكثر من الأنواع الثلاثة للدوافع الخارجية:

1. الدوافع الجوهرية المحددة (أي أن يشارك الفرد في سلوك من باب الاختيار والقيم الشخصية أو المعتقدات)
2. الدوافع المقدمة (أي يؤدي سلوكًا لتجنب الشعور بالذنب أو القلق أو لتحقيق تعزيزات الذات ، مثل الكبرياء)
3. الدوافع الخارجية (أي ينخرط الفرد في سلوك لإرضاء طلب خارجي أو مكافأة طارئة) وبالتالي ، فإنه لا يجب الأخذ في الاعتبار دور الدافع الداخلي في التنبؤ فيما يتعلق بالعلاقة بين التوافق الذاتي للأهداف الصحية وتفعيل المعتقدات الصحية التعويضية. (Marjorie Rabiau*, Ba`rbel Kna`uper and Paule Miquelon.2006)

3.6. الكفاءة الذاتية و السلوك التعويضي

يعرف Schwarzer (1999) الكفاءة الذاتية العامة بأنها: "عبارة عن بعد شخصي ثابت يعبر عن القناعة الذاتية بالتمكن من مواجهة المطالب الصعبة استنادا إلى التصرفات الذاتية" (سعيد، إيدر، 2021، ص108)

كما هو موضح في نموذج HAPA لشوارزر (1992 ، 1999) ، فإن الكفاءة الذاتية هي أمر بالغ الأهمية لحدوث السلوك. تم إثبات أهمية الكفاءة الذاتية لبدء السلوك العام والمثابرة عليه والسلوك الصحي على وجه التحديد حيث استعرض (على سبيل المثال Block & Keller، 1998 ، Hevey ، Smith ، McGee ،& 1998 ، O'Leary ، 1985). (هيفي وآخرون). موضوع الكفاءة الذاتية في السلوكيات المعززة للصحة في مجالات متنوعة مثل النشاط البدني ، ويُفترض أن الكفاءة الذاتية سيكون له تأثير في مراحل مختلفة في نموذج المعتقدات الصحية التعويضية، حيث يرى أنه بمجرد أن يبدأ صراع الدوافع ، ستؤثر

الكفاءة الذاتية على ما إذا كان الفرد سيكون قادرًا على مقاومة الرغبة أو غير قادر على مقاومتها، فيقوم بالاستسلام واللجوء إلى استراتيجية معرفية (تغير المعتقدات الصحية التعويضية أو تفعيلها). وبالنظر إلى أهمية الكفاءة الذاتية في ممارسة السلوكيات الصحية ، فإن هناك سبب للاعتقاد بأن تقييم الكفاءة الذاتية سيكون ضروريًا في عملية إنشاء سلوك تعويضي يعتقد الأفراد أنه يمكنهم تنفيذه. إذا كانت الكفاءة الذاتية منخفضة فيما يتعلق بالسلوك التعويضي ، فهناك فرصة ضئيلة للأفراد لأداء السلوك (التعويضي) لأنهم يفتقرون إلى الاقتناع بأنهم قادرين على تنفيذه. حيث أن عدم أداء السلوك التعويضي سيقص من الكفاءة الذاتية للأفراد، ويعزز الحلقة السلبية بين تدني الكفاءة الذاتية وعدم تنفيذ السلوك (التعويضي). وعندما تكون الكفاءة الذاتية عالية ، فمن المتوقع أن يؤدي الأفراد السلوك التعويضي، وبمجرد تحقيق السلوك التعويضي فإنه بدوره سيعزز الأفراد شعورهم بالكفاءة الذاتية.

(Marjorie Rabiau*, Ba'rbel Kna'uper and Paule Miquelon.2006)

4.6. النية والتخطيط والتنفيذ للسلوك التعويضي:

بمجرد تفعيل اعتقاد الصحة التعويضية ، من أجل تقليل الصراع التحفيزي بنجاح ، فإنه يتطلب خلق نية لأداء السلوك الصحي التعويضي، ففي نموذج سيرورة الفعل الصحي الخاص بشوارزر (1992)، تشير خطة العمل إلى الإجراء الذي يقصده الفرد لتحقيق السلوك الصحي المرغوب ، وفي نظرية (1985 Ajzen ، 1991) للسلوك المخطط ، النية هي العامل المركزي في التنبؤ بالسلوك. وفي وفي هذه العملية المتعلقة بالنية و التخطيط لتنفيذ السلوك الصحي سيكون معادلاً لمفهوم (Gollwitzer جولويتسر ، 1999) عن نية الهدف ، والذي يصفه بأنه شعور بالالتزام لتحقيق الهدف الفرعي (على سبيل المثال ، أنوي ممارسة التمارين للتعويض عن أكل قطعة الكعكة. كما يجب التمييز بين نوايا الهدف ونوايا التنفيذ ، وهي استراتيجيات ذاتية التنظيم تتضمن ربط موقف مستقبلي متوقع بسلوك معين موجه من الهدف ، أي يقوم الفرد بوضع خطة مفصلة (على سبيل المثال ، أعتزم ممارسة الرياضة في صالة الألعاب الرياضية عندما أغادر العمل في الساعة 1800 ساعات لفصل التمارين الرياضية).

وفقاً لذلك ، فإن خطة السلوك التعويضي أو نية التنفيذ هي مرحلة يقوم فيها الأفراد بإنشاء وتصور مخطط تفصيلي ملموس ومفصل لكيفية تعويض السلوك غير الصحي.

إن نية التنفيذ تنطوي على الكفاءة الذاتية في محاولة لتخيل طرق قابلة للتطبيق لتحقيق الهدف المسطر، وبدون خطة تنفيذ للسلوك التعويضي، من المرجح أن لا يقوم الفرد بتنفيذ الإجراء ويفشل في بدء السلوك.

أظهرت الأبحاث المكثفة لـ (Gollwitzer & Brandstätter، 1999؛ Gollwitzer، 1997؛ Verplanken & Faes، 1999؛ Webb & Sheeran، 2003). فوائد نوايا التنفيذ نحو تحقيق الهدف، من خلال عملية التنظيم الذهني للأهداف، يتم التحكم في "النوايا المتنافسة" التي تعمل على توجيه العمل الجاري، وعلى هذا النحو ، يجب على الفرد أن يستمر في توقع النتائج الناجحة من أجل إبقاء جميع النوايا الأخرى المشتتة للانتباه. عند تطبيقها على النموذج الحالي ، تتكون عملية التنظيم الذهني للأهداف من تخيل الفرد نفسه ينفذ بنجاح السلوك الذي يعوض السلوك غير الصحي (على سبيل المثال ، تناول المزيد في الغداء بعد تخطي وجبة الإفطار).

وبعد وضع خطة سيواجه الأفراد خيار تنفيذ السلوك التعويضي أو عدم التنفيذ. حيث أن الأفراد الذين يتوصلون إلى أنهم قادرون بالفعل على تنفيذ السلوك الصحي التعويضي المحدد في خطة المعتقدات الصحية التعويضية ، ثم يبدؤون به وينفذونه بنجاح. ينتج عن تنفيذ السلوك التعويضي تقليل فعال للنزاع التحفيزي وأي تأثير سلبي مرتبط به لأن الأفراد يعتقدون أنهم قد "محو" أو "تحييد" الآثار غير القابلة للتكيف لسلوك تحقيق الرغبة من خلال تنفيذ السلوك التعويضي، الاحتمال الآخر هو عدم إكمال السلوك التعويضي ، مما سيؤدي إلى استمرار وجود حالة الصراع. ويمكن أن يستمر المستوى الانزعاج الناجم عن الفشل في الانخراط في السلوك التعويضي إلى ما :

* أن يعيد الأفراد تقييم كفاءتهم الذاتية فيما يتعلق بالسلوك التعويضي وتنفيذه.

* أو يسعى الأفراد إلى الراحة في الاحتمال الآخر للحل الصراع كما تم وصفه سابقاً، وعلى وجه التحديد تغيير معتقداتهم حول إدراك المخاطر وتوقع النتائج،

* أو يتلاشى الانزعاج مع مرور الوقت.

كما أسلفنا الذكر يتم تسهيل تنفيذ السلوك التعويضي من خلال خطة عمل واضحة ، ولكنها تعتمد أيضًا على مستوى الكفاءة الذاتية للفرد.

(Marjorie Rabiau*, Ba'rbel Kna'uper and Paule Miquelon.2006).

7. الآثار الصحية المتوقعة الناتجة عن المعتقدات الصحية التعويضية

عندما يقوم الفرد بالسلوك التعويضي لتعويض أو تخفيف أو تحييد الآثار السلبية للانغماس في موقف الإغراء، فإن النتيجة الصحية العامة للإنخراط في المعتقدات الصحية التعويضية ستكون إيجابية. ولكن، السلوك الصحي التعويضي في الواقع لا يعوض الآثار السلبية لسلوك الغير صحي السابق، وعادتا ما يفشل الأفراد في متابعة السلوك التعويضي، فيمكن أن تؤدي المعتقدات الصحية التعويضية إلى نتائج صحية سلبية. وهذا يعني أن الأفراد قد يعتقدون خطأً أن سلوكًا تعويضيًا معينًا يزيل بالفعل الآثار السلبية لسلوك معين غير صحي. إن الانخراط المستمر في سلوك غير صحي - الافتراض الكاذب أن السلوك التعويضي اللاحق "يعوض" - يمكن أن يؤدي إلى تدهور الصحة وظهور مشكلات صحية جديدة على المدى الطويل، كما يصعب على معظم المعتقدات الصحية التعويضية التمييز بين ما إذا كانت دقيقة أم لا لأن السلوكيات غير الصحية التي تتعلق بالمعتقدات الصحية التعويضية يمكن أن يكون لها آثار سلبية متعددة على الصحة ويمكن أن يعوض السلوك التعويضي عن البعض ، ولكن ليس كل هذه الآثار السلبية.

بالإضافة إلى أنه حتى لو كان السلوك التعويضي فعالاً في الغالب ، فغالباً ما لا يتمكن الأفراد من متابعة خططهم. قد يماطلون فيما يتعلق بالسلوك التعويضي ، ومع مرور الوقت، قد يضعف الشعور بعدم الراحة في البداية حتى الحاجة عن السلوك التعويضي لم يعد يشعر به. لذلك يمكن افتراض أن الميل إلى الانخراط في معتقدات صحية تعويضية يرتبط بنتائج صحية سلبية بمرور الوقت. (Marjorie Rabiau*, Ba'rbel Kna'uper and Paule Miquelon.2006)

8. معتقدات المرضى حول التكيف مع المرض المزمن:

يتطلب تكيف الفرد مع مرضه أن يدمج بين مرضه وحياته بطريقه أو بأخرى فكل الأمراض المزمنة تقريبا تتطلب بعض التغيرات في أنشطة المريض وفي مستوى تكيفه فمرضى السكري مثلا عليهم ضبط وجباتهم الغذائية واخذ حقن الأنسولين اليومية أيضا. وعلى

المرضى الذين أصيبوا بمرض السرطان وحتى لا يتطور المرض فيجب أن يظلوا يقضين لآية إشارة تنذر بتدهور المرض وكذلك الأمر بالنسبة لمرضى الجلطة الدماغية والقلب الذين لا بد لهم من إجراء تغييرات جوهرية في حياتهم اليومية نتيجة للقصور الجسدي والنفسي الناتج عن المرض. فالمريض غير القادر على دمج مرضه المزمن بحياته ربما يكون مريضاً عاجزاً وقد يكون أيضاً عاجزاً عن الالتزام ببرنامجه العلاجي، وعليه يمكن القول إن تطوير معتقدات ومشاعر واقعية حول المرض وبالقيود التي ينطوي عليها وبنمط العلاج الذي يتطلبه تشكل جميعها عناصر أو عمليات مهمة في التكيف مع المرض المزمن. (شيلي تايلور، 2007، ص 526)

9. معتقدات المريض حول أسباب المرض:

ومن بين المعتقدات التي يحملها المريض المتعلقة بتكيفه بعيد المدى مع المرض، هي إدراك لأسباب المرض واعتقاده بإمكانية السيطرة عليه فالمريض سواء كان مرضه مزمناً أو حاداً كثيراً ما يطور معتقداته الخاصة حول مرضه وكيف أصيب به، وتتضمن هذه المعتقدات عدداً من والأفكار حول مسائل كثيرة ومتنوعة تبدأ بالضغط والإصابة الجسمية والبكتيريا المسببة للمرض، وتنتهي بالقدر وإرادة الله عز وجل. بالإضافة إلى تساؤله لمن يوجه المريض لومه بالنسبة للمرض هل يلوم ذاته أو يلوم شخصاً آخر أو البيئة أو المجتمع أو يلوم القدر. ويعد لوم الذات في المرض المزمن أمراً شائعاً حيث ينظر المريض إلى نفسه على أنه هو المتسبب نتيجة أفعاله ومثل هذه النظرة قد تكون صحيحة في بعض الحالات فالعادات الصحية السيئة مثل التدخين الغذاء غير المناسب وقلة التمرين يمكن لها أن تسبب أمراضاً عديدة كأمراض القلب والجلطات الدماغية والسرطان ولكن في حالات أخرى لا يكون هناك مبرر للوم الذات، حيث يمكن أن يعزو المرض إلى عيب وراثي مثلاً. يشير بعض الباحثين إلى أن لوم الذات قد يؤدي إلى الشعور بالذنب، أو الاكتئاب. فيرتبط لوم الذات بسوء التكيف، وذلك لأن المريض يميل إلى التركيز على تلك الأشياء التي كان يجدر به فعلها من قبل، أو كان يمكن له فعلها لتجنب حدوث المرض. من ناحية أخرى، هناك من الأبحاث ما يشير إلى أن لوم الذات ربما يكون تكيفياً؛ فهناك عدد من الحالات التي تبين أن شعور المريض بالمسؤولية عن مرضه يرتبط بتكيف أفضل. فعزو المرض لمصدر ذاتي قد يعكس محاولة المريض أخذ زمام المبادرة في السيطرة على المرض، ومثل

هذه المشاعر ربما تكون تكيفيه في تعامله مع المرض وفهمه له وتشير بعض الأبحاث إلى أنه من الصعب اعتبار لوم الذات أسلوباً تكيفياً أو لا تكيفياً بشكل مطلق فقد يكون لوم الذات تكيفياً تحت ظروف معينة، بينما لا يكون كذلك تحت ظروف أخرى غيرها. (شيلي تايلور ص 527، 2007)

10.معتقدات المريض حول مدى السيطرة على المرض:

"حسب (شيلي تايلور، 2007، ص 527) أنه تشير بعض الأبحاث إلى أن المرضى الذين يعتقدون أن لهم سيطرة على مرضهم هم في وضع أحسن من أولئك الذين لا يرون أنفسهم بهذه القدرة على السيطرة. كما ويطوّر المرضى عدداً من المعتقدات حول السيطرة على المرض، فبعض مرضى السرطان قد يعتقدون أنهم قادرون على منع عودة المرض من خلال العادات الصحية الجيدة. وقد يعتقد مرضى آخرون أنه يمكنهم السيطرة على مرضهم من خلال الالتزام بالعلاج وبتوصيات الطبيب" وقد تكون مثل هذه المعتقدات حول السيطرة دقيقة، وقد تكون غير دقيقة، حيث أن اتباع المريض لبرنامج العلاج يتضمن ممارسة فعلية للسيطرة على المرض، أما مجرد الاعتقاد بإمكانية السيطرة على المرض من خلال تبني اتجاه إيجابي، فربما يكون صحيحاً، وربما لا يكون. كما أن مشاعر الضبط الذاتي ربما تكون مفيدة للأداء المعرفي الجيد. بالإضافة إلى أن المعالجات التي تسعى إلى خلق مشاعر الضبط كثيراً ما تكون ناجحة في تعزيز التكيف الجيد مع المرض، وتقلل من الإثارة الفسيولوجية، وتخفف من الشعور بالتوتر الانفعالي الناتج عن المرض أو عن سير معالجته، كما تشير بعض الدراسات أيضاً إلى أن مرضى السرطان الذين اعتقدوا أنهم يسيطرون على مرضهم تكيفوا مع المرض بصورة أفضل ممن لم يكن لديهم مثل هذا الاعتقاد وقد توصلت مجموعة أخرى من الباحثين إلى نتائج مشابهة لهذه في دراساتهم لمرضى التهاب المفاصل ومرضى فقدان المناعة (الإيدز) ومرضى إصابات الحبل الشوكي والمرضى المصابين بإحتشاء القلب. كما يتبين أن المرضى الذين يكونون في حالة جسمية أو نفسية اجتماعية متدنية، يكون تكيفهم أسهل حين يدركون أنهم يسيطرون على مرضهم وهكذا، فالضبط الذاتي لا يساعد في التعامل مع الاضطرابات الحادة ومعالجتها فحسب، وإنما يساعد في التعامل مع التدهور بعيد المدى والناجم عن الأمراض المزمنة. (شيلي تايلور، 2007، ص 528)

خلاصة الفصل:

وخلاصة لما ورد في فصل المعتقدات الصحية التعويضية، يتضح لنا جليا أن المعتقدات الصحية التعويضية تتمثل في مجموعة الأفكار والمعتقدات التي تتراكم عند الفرد ويكتسبها من محيطه الأسرى والمدرسي والرفاق والمصادر التعليمية المباشرة والغير مباشرة وبناء على هذه المعتقدات تتجسد سلوكياتهم الصحية اليومية، فهي تلعب دورا كبير في قدرة الفرد علي تنظيم نمط حياته الصحي والمحافظة على سلامته الصحية والنفسية والاجتماعية، كما تساعد في تكوين اختيارات صحية من شأنها أن تخدم صحة الفرد وتجنبه مشكلات قد يصعب عليه مواجهتها أو علاجها، كما تعتبر الاستجابة للمعتقدات الصحية التعويضية من أهم الامور التي يتوجب على المراهقين المصابين بالسكري عدم الاستجابة لها مطلقا، حيث أن التجاوب معها تجعله يدخل في دائرة السلوك الصحي السلبي وبالتالي يؤدي إلى مضاعفات صحية مهددة لحياته، ولذلك توجب على أباء المراهقين المصابين بالسكري و القائمين على الرعاية الطبية ضرورة الاهتمام بهذه الفئة وتقديم تربية علاجية تتضمن التوعية حول خطورة الاستجابة للمعتقدات الصحية التعويضية.

الفصل الرابع المراهقة

تمهيد 

1. تعريف المراهقة
2. نظريات و مقاربات تفسير المراهقة
3. تحديد فترة المراهقة
4. مظاهر النمو في مرحلة المراهقة
5. الحاجات النفسية في مرحلة المراهقة
6. أزمات مرحلة المراهقة
7. المراهق و الأسرة
8. المراهق وجودة الحياة الأسرية
9. مشكلات خاصة بإدارة مرض السكري عند المراهقين.
10. الاضطرابات النفسية للمراهقين المصابين بالسكري.
خلاصة 

تمهيد:

تعتبر فترة المراهقة من المراحل الحتمية التي يمر بها الامسان في حياته فهي فترة يبدأ فيها الفرد بداية تحمل الكثير من التغيرات و المستجدات، ولها أهمية بارزة كونها همزة وصل بين مرحلة الطفولة و الرشد، و أيضا كونها حجر الأساس في بناء الهوية الشخصية للفرد الذي يكون نتاج التغيرات الفيزيولوجية والجنسية، حيث تتأثر الهوية بهذه التغيرات تغيرا كبيرا، اختلف العلماء و اختلفت النظريات في الطرح حول مرحلة المراهقة كل حسب رأيه واتجاهاته، واتفق الكثير منهم أنها مرحلة تتميز بالصراع و الأزمات النفسية و الاجتماعية، حيث تؤثر هذه الأزمات في بناء شخصية .

1. تعريف المراهقة

وردت كلمة متعلقة بمفهوم المراهقة في بعض الآيات القرآنية و هي تعني: الاقتراب.

قال تعالى بسم الله الرحمن الرحيم

(لِّلَّذِينَ أَحْسَنُوا الْحُسْنَىٰ وَزِيَادَةٌ وَلَا يَرْهَقُ وُجُوهَهُمْ قَتَرٌ وَلَا ذِلَّةٌ أُولَٰئِكَ أَصْحَابُ الْجَنَّةِ هُمْ فِيهَا خَالِدُونَ) [سورة يونس: الآية 26]

وهنا معناها : لا يقرب وجوههم.

وقد تعني التعب و الإجهاد

قال تعالى: (قَالَ لَا تَأْخُذْ بِمَا نَسِيتُ وَ لَا تُرْهِقْنِي مِنْ أَمْرِي عُسْرًا)

[سورة الكهف الآية 72]

وفي قوله تعالى: (وَأَنَّهُ كَانَ رِجَالٌ مِنَ الْإِنسِ يَعُوذُونَ بِرِجَالٍ مِّنَ الْجِنِّ فَزَادُوهُمْ رَهَقًا)

[سورة الجن الآية 06]. ومعناه هنا : تعب

(إيمان أبو غربية.2007. ص 175)

"والمراهقة من الرهق ، ويقال أرهقه الأمر بمعنى أتعبه واحتمل منه مالا يطيق، و أرهق الأمر دنا منه واقترب، والمراهقة هي الفترة من العمر المتعبة للصبي، لأنه يبلغ مبلغ الكبار، ويدنو ويقترب من الرشد. والمراهقة ثلاث فترات. (عبد المنعم الحفني. 2002. ص100)

"المراهقة Adolescence كلمة لاتينية الأصل مشتقة من الفعل Adolescere و الذي يعني «النمو نحو الرشد» و تعتبر المراهقة في كل المجتمعات فترة من النمو و التحول من عدم نضج الطفولة إلى نضج الرشد و فترة إعداد للمستقبل، و بهذا المعنى فإنها تعتبر بمثابة الجسر الواصل بين مرحلتى الطفولة و الرشد، و الذي لا بد للأفراد من عبوره قبل أن يكتمل نموهم و يتحملون مسؤوليات الكبار في مجتمعهم". (مريم سليم. 2002. ص 21)

- 1.1. تعريف قاموس علم النفس للمراهقة:** "هي مرحلة من مراحل الحياة العمرية تبدأ من (12 عاما) وتنتهي ما بين (18 و 21 سنة) تحدث فيها تغيرات جسمية ونفسية".
كما تعرف المراهقة أيضا بأنها: "المرحلة التي تكون بدايتها بالبلوغ وتنتهي بمرحلة الرشد، فهي عبارة عن عملية بيولوجية حيوية عضوية في بدنها وظاهرها، اجتماعية في نهايتها".
- 2.1. تعريف جون بياجيه للمراهقة** بأنها: "مرحلة من مراحل العمر التي يندمج فيها الفرد مع عالم الكبار والمرحلة العمرية التي لم يعد فيها الطفل يشعر بأنه أقل ممن هم أكبر منه سنا، بل هو يتساوى معهم في الحقوق على الأقل"
- 3.1. التعريف من الناحية الجسمية للمراهقة:** هي "اكتساب الفرد في مرحلة عمرية معينة للمظهر الجسماني الذي يتصف به الشخص الناضج مع تطور الأجهزة التناسلية".
(نوال حمريط. 2020. ص 22)

- 4.1. يعرفها عبد المنعم الحنفي، (2002):** "المراهقة هي الفترة من العمر المتعبة للصبي لأنه فيها يبلغ مبلغ الكبار، ويقترّب من الرشد. وهي مقسمة إلى ثلاث فترات، في المرحلة الأولى تكون بواكير المراهقة، ثم المراهقة المتوسطة، و أخيرا المراهقة المتأخرة كما قد تبكر المراهقة فتأتي قبل سن العاشرة، و قد تتأخر حتى نحو الخامسة عشر وفي الغالب قد يكون البلوغ في السن بين الثانية عشر والثالثة عشر". (عبد المنعم الحنفي، 2002، ص 100)
- 5.1. ويعرفها الياس متري(1980):** "المراهقة هي الاقتراب من النضج الجسمي و العقلي و النفسي و الاجتماعي"

6.1. ويعرفها رولان درون وفرنسو بويرت. **Roland et Françoise (1991):** "بأنها

مرحلة إعادة البناء على المستوى الاحساسي والفكري لشخصيته وفترة تحولات نفسية عميقة تتوسط مرحلتي الطفولة و الرشد". (لقريدي خير. 2021. ص 110)

2. نظريات ومقاربات تفسير المراهقة

1.2. النظرية التاريخية والثقافية:

تهدف هذه النظرية إلى دراسة مرحلة المراهقة في ضوء التحقيب التاريخي والثقافي، بتتبعها في مسارها النشوئي والارتقائي قصد فهم صيرورتها الرمانية والمكانية، ورصد أبعادها الثقافية. ومن أهم الأمثلة في هذا المجال كتاب (تحرير المراهق) لجيرار لوت (Gérard Lutte) الذي يقدم فيه صاحبه نقدا لسيكولوجية المراهقين والشباب. كما استعرض فيه مختلف النظريات التي اهتمت بالمراهقة، مع تقديم فهم تاريخي وثقافي للمراهقة في مختلف محطاتها السياقية. فهو لا يعتبر المراهقة مرحلة تطورية مهمة في نمو شخصية الإنسان كما متعارف عليه في المفهوم الكلاسيكي للمراهقة، بل يعتبرها فترة التبعية والخضوع والتهميش في مجتمع اللامساواة والربح المادي الذي لا يتوفر فيه مبدأ احترام الإنسان. ومن هنا، فالمراهقة هي فترة عنيفة بامتياز، حيث تعيد لنا إنتاج الأفراد بالمواصفات نفسها: من حيث الفروقات بين الجنسين سيكولوجيا واجتماعيا، واختلاف الطبقات الاجتماعية، بين الأفراد الأصليين والمهاجرين والمعوقين. أي أنها فترة الاستعداد للاختلافات أثناء مرحلة الرشد. وترتكز مقارنة (جيرار لوت) على ثلاثة مستويات متضادة هي: المستوى العام للمراهقة، والمستوى الوسيط لأصناف المراهقة، والمستوى الحسي للأفراد. علاوة على رصد مختلف تجارب المراهقة الواقعية (المراهقة الحسية والملموسة)، باستعراض بعض القصص والتجارب والمقتطفات المعاصرة من حياة المراهقين. فقد كلاس مؤلف الكتاب ثلاثين سنة من حياته لفهم المراهقة وتفسيرها، في ضوء مجموعة من الدراسات التجريبية والنظرية، بغية إدراك أسرار المراهقة وتعليلها. فيعتبر كتابه عصارة النتائج التي توصل إليها الباحث في مختلف دراساته وأبحاثه المنجزة سابقا. (جميل حمدوي، المراهقة خصائصها و مشاكلها و حلولها،

ص. 23) <http://www.mediafire.com>

2.2. النظرية العضوية أو البيولوجية:

يهتبر ستانلي هول (Stanely Hall) من أوائل الباحثين الذين قاربوا المراهقة من وجهة نظر بيولوجية وعضوية في علاقتها بالمقرب السيكولوجي، من خلال اعتمادا على أفكار (داروين) و(لامارك) و(روسو) التطورية والبيولوجية. وقد خصص للمراهقة بكتاب رائد، في جزأين كبيرين، سنة (1094م)، حيث اعتبر المراهقة فترة عصبية من فترات الإنسان. فهي بمثابة أزمة وقلق وتوتر واضطراب، فالمراهقة تترك آثارا سلبية في نفسية الفرد. كما تعتبر المراهقة ولادة ثانية أو ميلاد نفسي جديد، بسبب التغيرات العضوية والنفسية والانفعالية التي يمر بها المراهق. ولم يهتم (ستانلي هول) بالمؤثرات الاجتماعية أو البيئية المكتسبة، بل ركز أكثر على ما هو عضوي في علاقة تامة بما هو نفسي. لذلك فإن أفكاره تقترب كثيرا من آراء فرويد الذي ألف بحثا حول المراهقة سنة (1091 م)، عندما تحدث عن البلوغ والنضج الجنسي. كما يرتبط (ستانلي هول) بنظرية التلخيص والاستعادة. بمعنى أن الفرد المراهق يعيد - أثناء نموه وتطوره الارتقائي - التراث الثقافي، واختبارات الجنس البشري، ومختلف مراحل تطوره ونموه، ولكن بشكل ملخص. أي يتمثل ملخص هذه النظرية في " أن الفرد خلال مراحل نموه يعيد تاريخ الجنس البشري. فالطفل الصغير إلى حدود سن الرابعة عشر تقريبا يجتاز طورا من النمو شبيه بالمرحلة البدائية في تاريخ الإنسانية. وهو أيضا قريب من الحيوان كنوع، لكن معظم المهارات الحسية - الحركية في هذا الطور تسعى إلى حفظ ذاته. وفترة المراهقة بدورها فترة مماثلة للفترة التاريخية من ماضي الإنسان، وهي الفترة التي كان يعمل من خلالها للارتقاء بنفسه من الحياة البدائية إلى صور وأشكال الحياة المجتمعية الأكثر تحضرا ". ويعني هذا أن الإنسان " منذ ميلاده إلى اكتمال نضجه يميل إلى المرور بالأدوار التي مر بها تطور الحضارة البشرية منذ ظهور الإنسان إلى الآن. ويمر الفرد في هذه الأدوار مرورا تلخيصيا عاما. فنلاحظ أن "ستانلي هول" قد درس المراهقة اعتمادا على خصائصها الذاتية والعضوية والبيولوجية، دون دراسة المراهق في وسط المجتمع لمعرفة مختلف وسلوكياته تجاه المحيطين. ومن الباحثين الفرنسيين الذين تمثلوا المقاربة العضوية أو البيولوجيا التطورية منهم: ميندوس (Mendousse)، ودوبيس (Debesse)، وجيزل (Gesell). (جميل حمداوي، المراهقة خصائصها و مشاكلها و حلولها، ص. 24). <http://www.mediafire.com>

3.2. النظرية المعيارية:

ارتبطت النظرية المعيارية بالسيكولوجيا الألمانية في الفترة الممتدة ما بين الحربين العالميتين، حيث سخرت هذه السيكولوجيا الأكاديمية كل أدواتها لتتوير المراهقين من ناحية عقيدتهم، و هويتهم، وتهذيبهم دينيا، وتوعيتهم فكريا وإيديولوجيا بهدف إبعادهم عن مؤثرات الفكر الاشتراكي، ومحو الأفكار الثورية من رؤوسهم، وخاصة بعد انتشار الأزمات السياسية والاقتصادية والاجتماعية. ولكن في الفترة التي تولى فيها هتلر الحكم في ألمانيا، أصبحت سيكولوجيا المراهقة في خدمة الإيديولوجيتين (النازية والفاشية). وقد استخدمت من أجل ذلك مقاربات وظيفية وإيديولوجية، بعيدة عن حقائق المجتمع والتاريخ، وكانت تتعامل مع الفرد بطريقة مجردة.

ومن أهم الباحثين يلك الفترة: بوهلر (CH.Bühler) وسبرانجر (Spranger) وكاتز (Katz) وبوزمان (Busemann) وجاينش (Jaensh) (جميل حمداوي، المراهقة خصائصها ومشاكلها و حلولها، ص. 25). <http://www.mediafire.com>

4.2. نظريات التحليل النفسي:

ظهرت نظريات التحليل النفسي في ألمانيا منذ منتصف القرن (19) الميلادي، ويعد فرويد (Freud) من الاوائل الذين تناول المراهقة بالتحليل النفسي، في كتابه (خمس مقالات حول النظرية الجنسية) وقد نشره سنة (1901م)، لكن فرويد لا يستعمل مصطلح المراهق إلا قليلا، وإنما يستخدم مصطلح البالغ عوض ذلك. ويرى فرويد بأن المراهقة تمثل مرحلة من مراحل الارتقاء الإنمائي التي يمر بها الفرد في حياته، منذ أن كان طفلا حتى إلى رشده وبلوغه. فلا تعتبر مرحلة المراهقة فترة مستقلة بنفسها أو ميلاد نفسي جديد كما يقول ستانلي هول (Hall) ويونغ (Yung) وجان جاك روسو (J.J.Rousseau)، بل هي فترة متصلة بالفترات السابقة. أي: مرتبطة بمرحلة الطفولة. فيعتبر فالبلوغ الجنسي لدى المراهق هو تطوير للمراحل الجنسية التي كانت من قبل. بمعنى أن الطفل يمر بثلاث مراحل جنسية كبرى: المرحلة الجنسية الفمية، والشرجية، والقضيبيية، والمرحلة الثانية التي تعرف بمرحلة الكمون الجنسي، ثم مرحلة البلوغ التناسلي. ويعني هذا أن فترة الكمون هي التي ساهمت في ظهور الفترة التناسلية، بعد نماء الأعضاء الجنسية لدى المراهقين. فلا توجد قطيعة بين مختلف المراحل التي يمر بها الطفل. وقد عمق كثير من الباحثين أفكار فرويد، أمثال :

دوتش (Deutsh) وهورني (Horney). غير أن أول دراسة منظمة حول المراهقة قامت بها أنا فرويد (Anna freud) التي تعتبر برنفيلد (Bernfeld) المكشفت الحقيقي للمراهقة. كما تطورت آراء (فرويد) مع الفرويديين الجدد الذين تأثروا بالتصورات الثقافية والاجتماعية والاقتصادية، أمثال: بلو (Blos) الذي استعاد من العوامل النفسية والاجتماعية في دراسة المراهقة، وقد تناول بالدراسة مجموعة من المواضيع الجديدة، مثل: الاستمنا، والحب الأفلاطوني، ومجلات المراهقين، والرغبات الاستهوائية، والتكوين الذاتي. وريدل (Redl) الذي ركز على العوامل الاقتصادية والاجتماعية في دراسة المراهقة، وميلتزر (Meltzer) الذي راجع نظريات فرويد، ولايعتبر مشكل المراهقين أنها المشكل الجنسي، وإنما المشكل المعرفي؛ وإريكسون (Erikson) الذي درس المراهقة في خضم العوامل النفسية والبيولوجية والاجتماعية، ويرى بأن فترة المراهقة هي فترة الإحساس بالهوية مقابل اضطرابها. بمعنى أن المراهق يسعى جاهدا لإثبات هويته وشخصيته المستقلة داخل المجتمع. (جميل حمداوي، المراهقة خصائصها و مشاكلها و حلولها، ص. 26. 27.)

<http://www.mediafire.com>

5.2. النظرية الإثنولوجية والثقافية:

إنطلقت الباحثة الأمريكية مارغريت ميد (Marguerite Mead) من مقارنة ثقافية واجتماعية وإثنوغرافية في مرحلة دراستها لظاهرة المراهقة، فقد اعتبرت هذه الظاهرة نتاجا للبيئة والمجتمع وطبيعة الثقافة السائدة. أي إذا كانت المراهقة في المجتمعات الصناعية المتحضرة تعتبر فترة أزمة واضطراب وقلق وتوتر، فهي تعتبرها فترة طبيعية وعادية، وليست أكثر اضطرابا من الفترات السابقة أو اللاحقة التي يمر بها الفرد في حياته داخل المجتمعات البدائية، ولاسيما جزر (ساموا). بمعنى أن المراهقة تختلف من بيئة اجتماعية وثقافية إلى أخرى، فالمراهقة المعروفة الولايات المتحدة الأمريكية ليست هي المراهقة التي يعيشها أفراد المجتمعات التقليدية، لأن الحياة في هذه المجتمعات بسيطة وعادية وغير معقدة، على عكس الحياة في المجتمعات الصناعية الرأسمالية التي تستوجب من المراهق أن يعيش فترة طويلة من القلق والاضطراب والتوتر إلى حين أن يحصل على العمل، مما يولد لديه مشاكل صحية ونفسية واجتماعية خطيرة، ناتجة عن الانتظار والترقب والبحث عن المستقبل المناسب. فكانت الدراسات الثقافية الأمريكية تقارن بين المجتمعات البدائية التي تخلو من

المراهقة والمجتمعات المعاصرة التي تفرض على المراهق تكويناً بيروقراطياً وعلمياً وتقنيا وإعلامياً عميقاً، بغية الحصول على مكانة اجتماعية مناسبة. وليس المهم هو البلوغ الفيزيولوجي، بل كيف ينظر المجتمع إلى المراهق.

وثمة باحثون أمريكيون آخرون اهتموا بمقاربة المراهقة من الناحية الثقافية، مثل: هورلوك (Hurlock)، وكول (Cole)، وجيرسيلد (Jersild) (جميل حمداوي، المراهقة خصائصها و مشاكلها و حلولها، ص. 27. 28).

6.2. النظرية الماركسية:

مثل بوليتزر (Politzer) المقاربة المادية الجدلية في تفسير التطور الإنمائي لدى المراهق، حيث تركت الماركسية السوفياتية تأثيراً كبيراً في سيكولوجية المراهق، وقد تحدث فيكوتسكي (Vygotskij) كذلك عن تطور الفرد نفسياً في علاقته بأعماله الثقافية التي يحققها في حياته من خلال العمل. كما أثرت شخصيات أخرى في هذه النظرية، مثل: ليونتييف (Leontjev) وباقي أعضاء المدرسة السوفياتية الماركسية. ومن هنا، تدرس هذه النظرية المراهقة في ظل عواملها السوسيو تاريخية والسياسية والاقتصادية، برصد صيرورتها التطورية في ظل أجواء الصراع الطبقي والاجتماعي. (جميل حمداوي، المراهقة خصائصها و مشاكلها و حلولها، ص. 28)

7.2. السيكولوجيا التكوينية:

ظهر اتجاه السيكولوجيا التكوينية في منتصف القرن الـ (20)، متأثراً في ذلك بالبنوية اللسانية، ومؤثراً في البنوية التكوينية التي تمثلها لوسيان كولدمان (Lucien Goldmann). و في المقاربة النفسية التكوينية يرى جون بياجيه (Jean Piaget) وشريكته إينهيدر (Inhelder) أن فترة المراهقة تتسم بالتجريد على الصعيد الذهني والمنطقي والذكائي والمعرفي. حيث ركز جون بياجيه في العديد من دراساته على كيفية تطور التفكير عند الطفل، من خلال مراحل عمرية مختلفة، وكيف يحقق نوعاً من التوازن مع المحيط الخارجي، من خلال التفاعل البنوي التكويني بين الذات والموضوع، أو بين الذكاء والبيئة المحيطة بالفرد. هذا، وقد قام جون بياجيه بالملاحظة العلمية المنظمة في تجاربه العلمية، حين رصد مختلف المراحل التي كان يمر بها طفله إلى غاية وصله إلى فترة المراهقة. كما استرشد أيضاً بمبادئ فلسفة كانط الألماني، عندما بين بأن الطفل في تعلمه لا يعتمد فقط

على حواسه، بل يستعمل أيضا قدراته العقلية والمنطقية في اكتساب المعرفة. وبالتالي يتعلم مجموعة من العمليات المنطقية البديهية؛ مثل: السببية، والزمان، والمكان، وديمومة الأشياء، كما يرى بتاجيه بأن الذكاء ناتج عن الترابط البنيوي بين الخبرة والنضج، وأن الذكاء عبارة عن عمليات عقلية ناضجة تساعد الطفل على التكيف والتأقلم إيجابيا مع بيئته، ويعني هذا أن الطفل الذكي هو الذي يستعمل مجموعة من العمليات العقلية والمنطقية للتعامل مع بيئته بغرض التكيف، عبر سبيلين هما: التمثيل (الاستيعاب) والملاءمة (المشابهة) ويقصد بالتمثيل: هو استيعاب خبرات البيئة عن طريق التحكم فيها أو تغييرها جزئيا أو كليا، لتحقيق نوع من التوازن مع المحيط الخارجي، وهو بمثابة تعلم جديد. بالإضافة إلى ملاءمة الخبرات القديمة والمتشابهة مع الوقائع الجديدة أثناء التعامل مع البيئة، ويقصدجون بياجيه بالتوازن هو انسجام الطفل عقليا وجسديا مع متطلبات المحيط وبيئته. كم أضاف جون بياجيه أربع مراحل نفسية وتربوية وهي:

- 1) المرحلة الحسية الحركية: وتمتد من لحظة الميلاد حتى السنة الثانية.
 - 2) مرحلة ما قبل العمليات: وتبتدئ من السنة الثانية حتى السنة السابعة.
 - 3) مرحلة العمليات المادية أو الحسية: وتبتدئ من السنة السابعة حتى السنة الحادية عشرة.
 - 4) مرحلة التفكير المجرد: وتبتدئ من السنة الثانية عشرة إلى بداية فترة المراهقة.
- وهذا ما يعني أن الطفل، في تعلمه ونموه المعرفي والجسدي، ينتقل من المستوى المحسوس إلى المستوى المجرد. وإذا كان الطفل يميل في تعلمه إلى ما هو حسي وحركي ومجسد، فإنه في فترة المراهقة، يميل إلى التجريد والخيال والإبداع والابتكار. ويعني هذا أن السيكولوجيا التكوينية قد قاربت فترة المراهقة من منظور معرفي، وركزت كثيرا على السيرورة الإنمائية لذكاء والعمليات العقلية. وبذلك، كانت من المدارس الأولى التي مهدت للسيكولوجيا المعرفية في منتصف القرن العشرين. (جميل حمداوي، المراهقة خصائصها و مشاكلها و حلولها، ص. 29. 30)

8.2. نظرية اللاتمرکز:

ركز بأوسوبيل (Ausubel) في نظرية اللاتمرکز على تطور الأنا والانطلاق من العوامل المتعددة التي تتحكم في تطور المراهقة، حيث يرى أنه تبدأ أول مرحلة من مراحل المراهقة بالتمركز على الأسرة ابتداء من الطفولة الأولى، عن طريق البحث عن الأنا بموافقة الوالدين،

وبعدها ينسلخ المراهق عن تركز الأنا، عندما ينتقل من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد، والميل نحو اللاتمرکز بالاعتماد على الذات، والميل نحو الاستقلالية الشخصية. ويعني هذا ضرورة الانتقال من التبعية إلى الاستقلالية. وبالتالي، فثمة مجموعة من العوامل التي تتحكم في هذا التطور مثل: عامل البلوغ، والعامل الاجتماعي، والعامل المعرفي، والعامل النفسي، والعامل الثقافي.

(جميل حمداوي، المراهقة خصائصها و مشاكلها و حلولها، ص. 31)

9.2. سيكولوجية دورة الحياة:

هذه النظرية تدرس المراهقة من جانب ارتباطها بدورة الحياة الكاملة للإنسان، بمراعاة مرحلة الطفولة إلى غاية مرحلة الشيخوخة. أي أن المراهقة لا يمكن فصلها عن باقي المراحل الحيوية الأخرى، ولاسيما مرحلة الشيخوخة والموت. فلا بد من الانطلاق من فكرة كلية شاملة لحياة الفرد من الميلاد إلى الموت. ومن أهم الباحثين الممثلين لهذا التوجه: تيتينس (Tetens) وكارو (Carus) وكوتيليه (Quetelet) الذي ألح على دراسة الفرد في وجوده الكلي، وهولينورث (Hollingworth)، وبوهرلر (Bühler)، وبريسي (Pressey)، وجاني (Janey)، وكوهلن (Kuhlen). (جميل حمداوي، المراهقة خصائصها و مشاكلها و حلولها، ص. 31)

10.2. نظرية المجال:

في هذه النظرية يدرس كورت ليفين (Levin K.) المراهقة في ضوء منظور نسقي كلي على غرار النظرية الجشطلنتية، على أساس وجود مجموعة من العوامل القريبة والبعيدة التي تتفاعل كليا بشكل نسقي، فتؤثر في حياة المراهق سلبا أو إيجابا، من خلال مراعاة العوامل النفسية والعضوية والذهنية والاجتماعية والفيسيولوجية. كما يرى ليفين بأن السلوك العضوي نتاج لتفاعل دينامي بين الشخص ووسطه، وبالتالي فالمراهق جهاز نفسي موحد وكلي، تتحكم فيه عوامل داخلية وعوامل خارجية، في إطار ثنائية تفاعلية ذات تأثير وتأثر. (جميل حمداوي، المراهقة خصائصها و مشاكلها و حلولها، ص. 32)

11.2. نظرية ألبورت:

كان إهتمام ألبورت (Alport) تتبع تطور الذات تطور الشخصية، بمعنى أن الذات هي التي تساهم في تطوير الشخصية من الطفولة نحو المراهقة، فالفرد يهتم بذاته كثيرا في فترة

المراهقة، محاولا إثباتها أو تأكيدها أو الدفاع عن استقلاليتها بجميع الطرق المتاحة. وقد رصد ألبورت تطور الذات عبر سيرورة من المراحل ابتداء من مرحلة الطفولة حتى مرحلة المراهقة والشباب، فيتحدث في البداية عن الذات الجسمية، ثم مرحلة هوية الذات، ثم مرحلة تأكيد الذات وتثبيتها، ثم مرحلة تعميق الذات وتوسيعها في المدى، ثم مرحلة صورة الذات، ثم مرحلة الذات العقلية أو الذات العارفة، ثم مرحلة المراهقة واستقلالية الذات ففي مرحلة المراهقة تعيد فيها دورة النمو هاجس الذات من جديد وتضعه في بؤرة الاهتمام أو الصدارة، وإذا كان العامل البيولوجي والعضوي هو الذي أيقظ الشعور بالذات لدى الطفل في شهوره الأولى، فإن هذا العامل يشكل من جديد - بسبب ما يضيفه من تغيرات مفاجئة على الشخص في سن البلوغ- عاملا مهما في إثارة الاهتمام بالذات وتقصي جوانبها ومكوناتها، كما يضاف إلى العامل العضوي نمو القوى والقدرات العقلية لدى الفرد والتي أصبحت قادرة على ممارسة أشد العمليات العقلية قوة وتقيدا وتجريدا، فهذه المعطيات كلها تجعل الفكر يهتم بذاته، فتصبح مشكلة الذات أو مشكلة الهوية الذاتية موضوع رئيسي يضع فيه الفرد كل تركيزه، غير أن هذه المرة يرافقه في هذا البحث العزم والتأكيد على نزع الاعتراف بها وتحقيق مكان لها، ضمن بقية الذوات الاجتماعية الأخرى، خاصة تلك الذوات التي كان بالأمس ظلا أو مجرد شبح لها، والواقع أنه كلما سارع الآخرون إلى استقبال هذه الذات أو الكينونة الجديدة والاعتراف بها والإقرار لها بحق الوجود والانتماء، كلما ساهم ذلك في إخماد الصراع وتهدة النفس. أما إذا وقفوا لهذه الذات بالمرصاد، فإنها تتخذ أساليب للدفاع عن نفسها لتحقيق هذه الذات بأساليب " ملتوية. ومن خلا ماسبق فقد خضعت المراهقة لتصورات فلسفية، وتاريخية، وبيولوجية، وفيزيولوجية، ونفسية، واجتماعية، وإثنولوجية، وإيديولوجية، بتمثل مجموعة من المناهج الكمية والكيفية. فالمناهج الكمية تعتمد على التجريب والتكميم والإحصاء. في حين، تستند المناهج الكيفية إلى المقاربات الإكلينيكية (العيادية أو السريرية) والتاريخية. وهكذا يتأرجح البحث في المراهقة بين الذاتية والموضوعية وبين الدراسة الكمية والكيفية وتتنوع المقاربات والتصورات النظرية والتطبيقية. (جميل حمداوي، المراهقة خصائصها و مشاكلها و حلولها، ص. 32. 33)

3. تحديد فترة المراهقة:

يختلف علم النفس في تحديد فترة المراهقة، بعضهم يتجه إلى التوسع في تحديدها، فيرون أن فترة أن فترة المراهقة يمكن أن يضم إليها الفترة التي تسبق البلوغ و هم بذلك يعتبرونها بين العشرة و الحادية، بينما يحصرها بعض العلماء في الفترة بين الثالثة عشر و التاسعة عشر.

اعتبرت في السابق مرحلة واحدة من ضمن مراحل الحياة إلا أن الدراسات المتعلقة بها كشفت على أن هناك فروقا واضحة في أنماط السلوك لدى الصغار و الكبار من المراهقين، و بناء على ذلك فإن المراهقة يمكن أن تنقسم إلى فئتين فرعيتين هما:
المراهقة المبكرة و المراهقة المتأخرة بحسب (HURLOCK 1967) فالمراهقة المبكرة تمتد من 11-15 سنة تقريبا و المراهقة المتأخرة ما بين 16-19 سنة إلى حد ما.

و لدى الكايندو واينر (1996) تنقسم مرحلة المراهقة إلى ثلاث مراحل فرعية و هي:
المراهقة المبكرة من 11 إلى 14 سنة

المراهقة المتوسطة من 14 إلى 18 سنة

المراهقة المتأخرة من 18 إلى 21 سنة (رغبة شريم، 2009، ص 23)

و قد أشار (Berzonsky 1980) عن بديهة المراهقة و انتمائها على أن علماء النفس قد اختلفوا فيها بين (Kondle 1976) أنها تبدأ عند الذكور في العمر 11-15 سنة في حين أنها تبدأ عن الإناث في عم 10-14 سنة.

أما (Mechel 1988) فقد أوضح أن المراهقة تمتد في مرحلة عمرية أمدها ستة سنوات حيث تبدأ في عمر 12 أو 15 سنة و تنتهي في عمر 18 أو 21 سنة. و قد قسمت مرحلة المراهقة إلى ثلاث مراحل:

1.3. مرحلة قبل المراهقة: و تسمى مرحلة البلوغ، و يطلق على هذه المرحلة أيضا بمرحلة التحفز و المقاومة و هذه المرحلة بين العاشرة و الثانية عشر (10-12) تقريبا، تظهر لدى الفرد عملية التحفز تمهيدا للانتقال إلى المرحلة من النمو، كذا تبدو مقاومة نفسية تبذلها الذات ضد تحفز الميول الجنسية، و من علامات هذه المرحلة زيادة إحساس الفرد بجنسه. (خليل مخائيل معوض، 1993، ص 330)

2.3. مرحلة المراهقة المبكرة: بين الثالثة عشر (13-16 سنة) حيث تأخذ شكل أزمة من الاضطراب البلوغ، و غالبا ما تكون فترة من القلق فتقوى انفعالات المراهقة، و ينوع من

أصدقائه و يبدأ الدخول في عالم المخايلة و يصبح مستعدا لتحمل المسؤوليات و الانجذاب العلائقي بين الذكور و الإناث تقبلا للواقع، و تزداد نزعاته للاستقلال. (خليل مخائيل معوض، 1993، ص 330)

3.3. مرحلة المراهقة المتأخرة: تكون بين السابعة عشر و الحادية و العشرين (17-21 سنة) و فيها يتجه المراهق محاولا أن يكيف نفسه مع المجتمع الذي يعيش فيه، و يوائم بين تلك المشاعر الجديدة و ظروف البيئية ليحدد موقفه من هؤلاء الناضجين، محاولاً ليتعود على ضبط النفس و الابتعاد عن العزلة و الانطواء تحت لواء الجماعة. (خليل مخائيل معوض، 2004، ص 331)

4. مظاهر النمو في مرحلة المراهقة

إن المراهق تبدأ عندما يتم البلوغ و يكمن الاختلاف بينهما في أن كلمة البلوغ تعني التغير الفيزيولوجي الذي يطرأ على المراهق و هذا بسبب نضج الغدد التناسلية و اكتساب معالم جنسية حديثة تنقل الطفل من فترة الطفولة إلى فترة الرشد، و يرى Anatrella أن مرحلة المراهقة تتزامن في نفس الوقت مع مرحلة البلوغ، غير أنها أطول و ينقسم حسب رأيه تزامن المراهقة و البلوغ إلى ثلاث أقسام:

- البلوغ من 12 إلى 17 - 18 سنة.

- المراهقة من 17 - 18 إلى 24 - 25.

- مرحلة ما بعد المراهقة 23 - 24 إلى 30 سنة.

4.1. البلوغ:

يعرف البلوغ بأنه مرحلة من الحياة تعرف ببداية ظهور خلايا مكونة جديدة و اختلافات في بعض الخصائص الجنسية إضافة إلى التغيرات الفيزيولوجية و الجنسية، و هناك من يرجع بعض الخصائص إلى المحيط الاجتماعي و آخر إلى التغيرات في المحيط المناخي. فالبلوغ يكون كتأخر في البلدان الجنوبية الساخنة، كما يختلف كذلك نظرا للنظام الغذائي و المعيشي، ففي أوروبا و الولايات المتحدة الأمريكية متوسط عمر ظهور العادة الشهرية حدد بـ 17 سنة عام 1840 و 13 سنة علم 1970، غير أن هذه الظاهرة متأخرة نوعا ما في البلدان النامية و الدول الفقيرة فيكون النضج بعد سنوات من هذا المتوسط، يعتبر ظهور العادة الشهرية عند الفتاة علامة أولية لبلوغها مع ظهور علامات ثانوية و التي تتمثل في

بروز الثديين، استدارة الرقبة، نعومة البشرة، تكسر الصوت و بروز الشعر في بعض المناطق من الجسم. أما عند الذكور فيعتبر تدفق السائل المنوي و يكون هذا الفعل طارئاً أو مستثارا دليلا على بلوغه و يكون في أغلب الوقت بلوغ الذكر متأخرا عن بلوغ الفتاة مع ظهور علامات ثانوية كظهور الشعر و بثور في الوجه و الصوت الخشن و أنف ضخمة بالنسبة للوجه الذي لا يزال طفوليا و بروز الحنجرة و كل هذه العلامات تعتبر كمؤشر لاقتراب بلوغ الذكر، إن الغدد هي المسئولة عن هذه التغيرات، فما تحت المهاد يحث الغدة النخامية لتثير غددا أخرى و التي بدورها تقوم بإفراز الهرمونات التي يتحكم بعضها في النمو مثل الغدة الدرقية التي تفرز هرمون النمو GH و أخرى تؤثر على الغدد التناسلية و تحثها على النضج و التي تعتبر التغيرات الأصلية التي تحدث في المراهقة. (خليل مخائيل معوض، 1993، ص340)

2.4. النمو الجسمي:

هذا المظهر من النمو يعطينا من المؤشرات و الدلائل ما يسمح لنا بتقصي بعض الحالات النفسية و الاجتماعية للمراهق التي تنصب اهتماماته في بداية هذه المرحلة على التحولات التي تطرأ على شكل العام للجسم و تتمثل في:

1.2.4. الطول: يلعب هذا المظهر دورا في إعطاء صورة كاملة وواضحة لطبيعة النمو، و الدراسات العديدة تشير إلى أنه بعد السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، يزداد الطول بأخذ منحني الانخفاض التدريجي ثم ما يلبث أن يرتفع من جديد مع البلوغ و بداية المراهقة، و يؤكد stephens أن النمو السريع في السنوات الأولى يكون الطفل قد وصل إلى ربع طوله أثناء الولادة و إلى نصف هذا الطول في سن الثالثة و أنه في ما عدا فترة المراهقة فإن النمو يظل في تناقص نسبي.

و حسب ملاحظات الاخصائين في علم النفس فإن معدلات النمو في الطول ليست واحدة قبل المراهقة و بعدها، ففي مرحلة الطفولة المتأخرة يكون الطفل في حالة كمون من حيث معدلات النمو المختلفة و يكون هناك تقارب نسبي في الطول عند الجنسين و في مرحلة البلوغ و بداية المراهقة يلاحظ تفوق نسبي في الطول لدى الإناث في سن الرابعة عشر تقريبا و يتفوق الذكور نسبيا على الإناث في الطول حتى الفترة التي تمثل أقصى حد لزيادة الطول.

4.2.2.2. الوزن:

هو أكثر اتصالاً و انسجاماً مع الطول لإعطائه صورة كاملة للجسم، و معدلات الزيادة في الوزن تكون بصفة عامة متقاربة لدى الجنسين في سن الطفولة المتأخرة، فحسب رأي البعض أنه عند سن العاشرة يصل الوزن إلى حوالي 33 كلغ عند الجنسين كمعدل عام ثم يزداد الوزن بشكل نسبي عند الإناث ثم تليها الفترة ما بين 15 - 14 سنة أين يتساوى فيها الوزن عند الجنسين عند معدل 50 كلغ تقريباً، و بعدها لا يزيد وزن الفتاة حتى سن العشرين إلى 56 - 55 كلغ بينما يستمر تفوق الذكور ليصل الوزن إلى 65 - 66 كلغ (خليل مخائيل معوض، 1993، ص342)

4.3.1. النمو الانفعالي:

هناك إجماع أن المراهقة في فترة الانفعالات الحادة و التقلبات المزاجية و من أهم الأنماط الانفعالية ظهوراً خلال هذه الفترة ما يلي:

4.3.1.1. الغضب:

هو من الانفعالات الحادة المميزة للمراهق و يكون كفعل لمضايقات و مواقف معينة كالنقد الشديد من قبل الآباء، السخرية تصرفاته، الحط من قيمته أو ضربه، توبيخه و مقارنته بإخوته أو زملائه كما قد يكون الغضب رد فعل لوجود إعاقة جسمية أو حسية أو حركية أو مرض يحول دون قيامه بنشاط معين، و مع اقتراب نهاية المراهقة تقل تدريجياً حدة استجابات الغضب.

4.3.2. الخوف:

في فترة المراهقة تقل درجة الانفعال من بعض الأشياء كالظلام و الأشخاص الغرباء و تظهر مخاوف جديدة كالخوف من الأماكن الخالية و الأصوات المرتفعة أو بعض الحيوانات، كما يخاف المراهق من التغيرات الحاصلة في الشخصية خاصة الجسمية منها، و كذلك الخوف من إقامة علاقات جديدة أو مواجهة بعض الناس كما يمكن أن يكون خوفه نتيجة شعوره بعدم الاستقرار النفسي أو صعوبة الوضع الذي يمر به أو يكون مرتبطاً بالمخاطر التي تهدده كالأمراض المعدية و الخطيرة.

4.3.3. القلق:

يعتبر القلق مكن الانفعالات المميزة لهذه الفترة و يكون كرد فعل أمام كل منبه يشكل خطرا مهددا للذات و يكون مصدره غالبا غير معروف و غير محدد عكس الخوف، و ينتاب المراهق هذا الشعور بالقلق نظرا لما يطرأ عليه من تغيرات أو بسبب الأسلوب التربوي المتبع من طرف الوالدين و الذي لا يتناسب مع سن المراهق و وضعيته الجديدة. وهناك استجابات فيزيولوجية تصاحب القلق مثل الشعور بالصداع و الضيق و عبوس الوجه والإحساس بالتعب وفي بعض الحالات تتحول استجابات هذا الانفعال إلى اضطرابات سلوكية كتعاطي المخدرات، وتناول الكحول، الإفراط في النشاط الجنسي، العدوانية، الهروب و هذه الاستجابات هي وسيلة للتخفيف من حدة القلق ومع نهاية هذه الفترة وتأثير الوسط العائلي والمدرسي والاجتماعي تتطور قدرة المراهق على السيطرة والتحكم في استجاباته القلقة.

4.3.4. العدوانية:

تستيقظ النزوات العدوانية في فترة المراهقة و التي تتكون من فترة الكمون على شكل شتم و تعليق، هذه النزوة تجعل المراهق غير محبوب و تكون مرتبطة بالقلق و الشعور بالذنب و يمكن أن تكون العدوانية وسيلة لجلب الانتباه كما يمكننا ملاحظة العدوانية في أشكال عديدة مثل الرفض المدرسي، الامتناع عن الأكل العصبي و الانتحار و يمكن أن تمارس هذه النزوة على الجسد أو في الوسط العائلي في حالة إخفاق الوالدين في التعامل مع المراهق، كما يمكن أن تنتقل إلى المحيط الخارجي خاصة الجيران و المحيط الدراسي. و يمكن أيضا للعدوانية أن تكون غير مفصح عنها و تصبح في هذه الحالة موجهة نحو الذات لتصل في أقصاها إلى الانتحار.

ورغم سلبيات العدوانية في هذه المرحلة إلا أنها تبقى نزعة طبيعية بدرجة مقبولة في الإنسان، و الزيادة في حدتها تستوجب توجيهها لأنشطة اجتماعية مقبولة للتنفيس من حدة الصراع الذي يعاني منه المراهق، و يعتبر العنف أبرز الاستجابات العدوانية و الذي قد يكون موجها نحو الذات مثل الانتحار أو موجها نحو الغير كالاغتداء على الآخرين و يجب هنا التمييز بين العدوانية كاستعداد و الاغتداء كسلوك يجسد هذه النزعة.

4.5.3.4. الاكتئاب:

يعتبر انفعالا طبيعيا يصاحب عملية النمو في هذه الفترة و هو انعكاس لحالة الصراع النفسي و عدم الاتزان الانفعالي الذي تفرزه المعطيات الجديدة لهذه الفترة و هنا يجب أن نفرق بين هذا الانفعال و الاكتئاب الذي يظهر من خلال أعراض مثل عدم القدرة على التصرف و غياب الإحساس باللذة و الشعور بالحزن و غيرها. و يمكننا أن نقول أن الاكتئاب هنا يبقى استجابة طبيعية و مقبولة و مؤقتة في فترة المراهقة و تصبح من الأعراض المهيأة لاضطراب الاكتئاب إذا زادت على حدها.

6.3.4. الخجل: سمة مميزة لشخصية المراهق و سبب ظهوره يرجع إلى صعوبة الكلام و مواجهة الجنس الآخر، عدم القدرة على التحدث أمام الناس و الانتساب إلى أسرة فقيرة أو وجود إعاقة بدنية. و يجب التفريق هنا بين الخجل العادي الطبيعي الذي يتمثل للقيم و المعايير الاجتماعية من خلال امتناع المراهق عن القيام بسلوكيات و عادات مجتمعه و يسمى الحياء، و بين زيادة درجة و كثرة ظهوره في كل المواقف أين يتحول إلى خجل شاذ يعيق النمو النفسي الطبيعي و يصنف ضمن الاضطرابات السلوكية.

7.3.4. الغيرة: الغيرة من الانفعالات الملاحظة في هذه الفترة و يعرفها البعض على أنها انفعال صبياني و يظهر بصورة قوية و مقنعة أثناء بداية المراهقة و البعض الأخرى يراها انفعالا يكون مصدره اجتماعيا و من أسبابه ظهور توجيه جل اهتمامات المراهق نحو شخص معين يشكل مصدر الغيرة لديه أو عدم الحصول على بعض الامتيازات التي يتمتع بها الشخص. (عبد الغني الديدي. 1995. ص41)

4.4. النمو الاجتماعي:

يعرف الكايند و واينز التنشئة الاجتماعية على أنها عملية يكتسب خلالها الأفراد الحكم الاجتماعي، و ضبط الذات الضروريين لهم، ليصبحوا أعضاء راشدين في مجتمعهم، و ينقل محتوى التنشئة الاجتماعية إلى الأطفال من قبل والديهم، و تتضمن الاتجاهات الثقافية الاجتماعية و التقاليد و القيم التي يؤمنون بها. و يرى بيرنز أن التنشئة الاجتماعية، عبارة عن عملية يكتسب خلالها الأفراد المعرفة و المهارات، و سمات الشخصية التي تمكنهم من المساهمة كأعضاء فعالين في الجماعات و المجتمع. (رغد شريم، 2009، ص126)

5. الحاجات النفسية في مرحلة المراهقة: يصاحب التغيرات التي تحدث مع البلوغ تغيرات في حاجات المراهقين، و لأول وهلة تبدو حاجات المراهقين قريبة من حاجات الراشدين، إلا

أن المدقق يجد فروقا واضحة خاصة بمرحلة المراهقة، و لعلنا لا نبالغ إذا قلنا إن الحاجة و الميول و الرغبات تصل في مرحلة المراهقة إلى أقصى درجة من تعقيد و يمكن تلخيص حاجات المراهقين فيما يلي:

1.5. الحاجة إلى الأمن:

و تتضمن الحاجة إلى المن الجسمي و الصحة الجسمية، و الحاجة إلى الشعور بالامن الداخلي، الحاجة إلى البقاء حيا. الحاجة إلى تجنب الخطر و الألم، الحاجة إلى الحياة الأسرية الآمنة و المستقرة و السعيدة.

2.5. الحاجة إلى الحب و القبول:

وتتضمن الحاجة إلى الحب و المحبة، الحاجة إلى القبول و التقبل الاجتماعي، الحاجة إلى الأصدقاء، الحاجة إلى الانتماء إلى الجماعات.

3.5. الحاجة إلى تحقيق الذات:

و تتضمن الحاجة إلى الانتماء إلى جماعة الرفاق، و القيمة الاجتماعية، الحاجة إلى الشعور بالعدالة في المعاملة.

4.5. الحاجة إلى الإشباع الجنسي:

تتضمن الحاجة إلى التربية الجنسية، و الحاجة إلى اهتمام الجنس الآخر و حبه، الحاجة إلى التخلص من التوتر، الحاجة إلى التوافق الجنسي الغيري.

5.5. الحاجة إلى النمو العقلي:

و تتضمن الحاجة إلى التفكير و توسيع قاعدة الفكر و السلوك الحاجة إلى التنظيم، الحاجة إلى تحصيل الحقائق، الحاجة إلى تفسير الحقائق، الحاجة إلى الخبرات الجديدة و التنوع، الحاجة إلى التقدم الدراسي و إلى النجاح.

6.5. الحاجة إلى تأكيد و تحسين الذات:

الحاجة إلى النمو و الحاجة إلى أن يكون الفرد سويا و عاديا، الحاجة إلى التغلب على العوائق و المعوقات، الحاجة إلى توجيه الذات. (حامد عبد السلام زهران، 2001، ص436)

6. مشكلات مرحلة المراهقة

هناك الكثير من الناس من يعتقد أن المراهقة هي مرحلة أزمة يعيش فيها المراهق الشقاء، نتيجة لعوامل عديدة منها مشاعر نقص الكفاءة، ونقص المكانة، ونقص إشباع الحاجات الأساسية، و الضغط الأسري والاجتماعي وكذلك الصراع النفسي الذي يعيشه المراهق ومن جملتها نذكر ما يلي:

- الصراع بين مغريات الطفولة ومغريات الرجولة ومتطلباتها حيث أن الفرد يجتاز مرحلة لا يعود فيها طفلاً و لا يكون راشداً.

الصراع بين شعوره الشديد بذاته و شعوره الشديد بالانتماء إلى الجماعة (إثبات ذاته من خلال الجماعة)

- الصراع بين الميل للاستقلالية و رغبته في الاعتماد على والديه.

- الصراع الثقافي بين جيله و جيل الماضي. (عبد الرحمان الوافي، 2006، ص 171)

- رغبته في إشباع غرائزه الجنسية في مقابل الدين، الضمير، تقاليد المجتمع.

- النزعة إلى المثالية و الكمال في مقابل الواقع البعيد عن المثالية. (شهوته ورغباته التي ضد المثالية) (حاتم محمد ادم، 2005، 27)

و في فترة المراهقة يميل المراهق بطبيعته إلى الاندماج مع جماعة الرفاق و الامتثال لأرائهم فيستبدل إخلاصه لأهل بيته بإخلاصه لزملائه و أصدقائه، و عن طريق الأصدقاء اللذين هم خير متنفس له، يجد الراحة النفسية التي تقيده تخفف عوامل الكبت و الإحباط، و لذا يولد لدى المراهق شعور بالولاء و الاحترام لهذه الجماعة، و رغبته في الاستحواذ على إرضائها و الاندماج تحت لوائها، و تقبل كل ما يصدر عنها برضا. (خليل مخايل معوض، 2004، ص353)

. الثورة على السلطة، وهي خاصية طبيعية تتميز بها هذه المرحلة، و من صميم خصائصها تكون الثورة موجهة للأسرة، الأب، الأم، الإخوة، لأن هؤلاء هم من يحيطون المراهق بالعطف و الرعاية، و هذا العطف هو قيد من قيود الأسرة يحاول المراهق أن يكسره، لأن هذا يذكره بأيام الطفولة بما فيها من خضوع و استسلام و تبعية، و قد تكون ثورة المراهق لتدخل أبيه و أمه في شؤونه الخاصة أو في دراسته، فالمراهق لم يعد يخضع تماما لقيود البيئة و تعاليمها أو أن أحكام المجتمع لا تقدر موقفه و لا تحس بإحساسه الجديد و لذا فهو يسعى دون قصد لأن يؤكد نفسه بثورته و تمرده و عناده. (خليل مخايل معوض، 2004، 380)

و يعتقد «أركسون» أن الأزمة الرئيسية التي تميز المراهق هي أزمة البحث عن الهوية التي تختلط فيها الأدوار، فبالرغم من أن المراهق قد أصبح يناهز جسم أباه أو يشابهه في ضخامته إلا أنه يحرم أن يسلك مسلك أبيه و أن يلعب دور كدوره، هنا يواجه الأب: «إنك مازلت طفلاً فلا ينبغي أن تفعل هذا أو ذلك» ثم بعد قليل يؤنبه والده أو والدته لأنه ينبغي أن يسلك مسلك الرجال، فإن عاد إلى الطفولة يؤنبه لأنه أضحى ناضجاً وتعدى مرحلة الطفولة، وإذا ما ذهب مذهب الرجال رده إلى الطفولة، فيصبح عاجزاً عن تفهم طبيعة دوره المطلوب منه على الوجه الصحيح فالطفل له دوره و هو واضح في نفسه و مخيلته و الراشد أيضاً له دوره الواضح و المشكلة هي مشكلة المراهق فقط.

(عباس محمد عوض، 1999، 141)

و يقترن مفهوم أزمة الهوية لدى المراهقين بأعراض التالية:

- الشعور بالفشل في تحديد أناه و انعدام القيمة الذاتية.

- الشعور بالاغتراب النفسي.

- الشعور بلا وظيفة في المجتمع و انعدام الهدف.

يظهر صراع الهوية فيبحث المراهق عن بدائل قبل الاستقرار على القيم و الهدف، و المراهقون الذين يمرون عبر عملية تحليل الذات، يصلون أخيراً إلى تحقيق هوية ناضجة، حيث يختبرون الخصائص التي تصف ذواتهم في الطفولة، و يدمجونها بالمسؤوليات الجديدة، ومن ثم يشكلون منها مركزاً داخلياً راسخاً ليوثر لهم الإحساس بالتماثيل. (رغد شريم، 2009، ص190)

7. علاقة المراهق مريض السكري مع الأسرة:

إن مشكلات إدارة السكري ومعالجته لدى المراهقين لا تقتصر على صعوبات خاصة بالمريض نفسه وبتقبل القيود التي يفرضها المرض، وإنما قد تشمل أفراد الأسرة أيضاً، بما في ذلك الوالدان اللذان قد يتصرفان بطرق تفشل الجهود الموجهة لإدارة المرض، فقد يعامل الوالدان ابنهما المراهق معاملة الطفل مثلاً، وقد يضعان قيوداً على أنشطته، فتقتصر على ما هو ضروري. مما يؤدي إلى تعزيز طفولته وإعتماده على الآخرين. ومن ناحية أخرى، قد يحاول الوالدان إقناع المراهق بأنه سويّ مثل رفاقه، فلا يلبث المراهق أن يدرك بأنه ليس كذلك. ويمكن للبيئة الأسرية أن تلعب دوراً مهماً في السيطرة على مرض السكري، والالتزام

بعلاجه .حيث توصلت بعض الدراسات، أن مستوى السيطرة عند مجموعة من المراهقين قد تحسّن، بعد أن نجح العلاج الأسري في تغيير بعض أساليب الاتصال لديهم، وحل بعض الصراعات الأسرية، وقد لا تتطلب الإدارة الأسرية الفاعلة للمراهقين المصابين بالسكري علاجاً أسرياً، إذ تشير الدراسات إلى أن المشاركة الفاعلة للوالدين في مهمات إدارة السكري، كمساعدة أبنائهم المراهقين على مراقبة مستوى السكر في الدم، أدت إلى تحسن في السيطرة على العمليات الأيضية المتعلقة بمرض السكري. (شيلي تايلور 2007 ص 629)

8.عوامل نضج شخصية المراهق:

1.8.العوامل الأسرية: تتمثل العوامل الأسرية المؤثرة في نضج شخصية المراهق فيما يلي:

- العلاقة بين المراهق والوالدين ودرجة العناية والرعاية التي ينالها.
- درجة شعور المراهق بالأمان والسيطرة المفروضة عليه من الوالدين، وما مدى تقديره لذاته.
- المحيط الأسري السلمي يجعل المراهق أكثر اتزان واستقرار.
- وهناك اتجاهات للوالدين تؤثر في شخصية المراهق، قد تكون: اتجاه يزيد شخصية المراهق أو اتجاه يقلل من حريته. أو اتجاه ينمي الشعور بالأمن أو اتجاه ينمي شعور اللأمن، وكذلك اتجاه يساعد على التفكير في المستقبل في حل المشكلات وتخطيط الأهداف، وآخر يحرمه من ذلك فقد يتأخر نضج المراهق، وفقد يمنح الحرية في سن مبكرة قبل استعداده لتحمل المسؤولية، أو يضغط طوال فترة الطفولة ثم في المراهقة تمنح الحرية فجأة. والأصح أن يمنح الحرية الموجهة والاستقلال في كل مراحل النمو، أما الحرية فجأة ستؤدي إلى إساءة فهمها.

2.8.العوامل الثقافية:

1.2.8. المستوى الثقافي للبيئة: يؤثر المستوى الثقافي للبيئة في نمو شخصية المراهق من خلال نوع المواقف الاجتماعية والثقافية التي يواجهها الفرد في حياته، حيث تختلف فترة الانتقال من الطفولة إلى المراهقة بين مختلف المجتمعات، فينتشر التعليم واكتساب المعارف في المجتمعات الحضرية أو المزدهرة أكثر من المجتمعات الريفية أو النامية، فالمجتمع الذي يعيش فيه الفرد يكتسب منه تعليم جيد ومستوى ثقافي أحسن ويكون له مستويات الطموح المرتفع و شخصية أكثر نضج، كما أن ثقافة البيئة لها تأثيرها سلبي أو إيجابي لنمو شخصية المراهق.

2.2.8. المدرسة: تساهم المدرسة في ملأ وقت التلاميذ بالحياة الاجتماعية، والتفاعل مع الأقران والمعلمين لما تقدمه لهم من الأنشطة الرياضية و البدنية، والاجتماعية والثقافية والفنية وتكوين الاتجاهات و العلاقات الاجتماعية و تمنح التلاميذ القدرة على التعبير بمختلف الوسائل المشروعة وهذا يساعدهم على نضج شخصيتهم.

3.2.8. جماعة الرفاق: وتتكون جماعة الرفاق من مجموعة من الأفراد في سن المراهقين حيث تتقارب أعمارهم الزمنية والعقلية ومولاتهم واتجاهاتهم، كما تؤثر جماعة الرفاق على عملية التنشئة الاجتماعية للمراهقي ونضج شخصيتهم أكثر من تأثير الأسرة والمدرسة.

4.2.8. وسائل الإعلام: تساهم الكتب، والمجالات، القصص، الوسائل السمعية والبصرية في نضج

شخصية المراهقين بطريقة فعالة خصوصا التي تحمل محتوى ذات قيمة علمية أخلاقية تربوية. (نوال حمريط. 2020.ص.37)

9. مشكلة إدارة مرض السكري عند المراهقين:

يشكل علاج السكري عند المراهقين مشكلة خاصة حيث يواجه المرضى من المراهقين مسائل تتعلق باستقلاليتهم، وتطور مفهوم الذات لديهم وبالسكري، بما يفرضه من قيود، لا ينسجم مع مثل هذه المتطلبات الإنمائية، فقد يرى المراهق في القيود التي يفرضها الوالدان على طعامه، محاولة للسيطرة عليه، كما قد يعتبر الحاجة إلى متابعة الحمية وضرورة التنبّه لحقن الأنسولين ومراقبتها، على أنها تعليمات وقواعد مفروضة عليه من الخارج. بالإضافة إلى ذلك، فإن أي اختلاف عن الأقران في ضوء ثقافة المراهقين، قد يقود إلى الوصمة الاجتماعية، وعليه فقد يهمل المراهق المريض بداء السكري الرعاية الصحية، وذلك لتجنب الاختلاف عن غيره من المراهقين، وخوفاً من رفضهم الآخرين له. (شيلي تايلور 2007 ص 629)

10. الاضطرابات النفسية للمراهقين المصابين بالسكري:

يتعرض الأطفال والمراهقون المصابون بالسكري لخطر كبير للإصابة بالمشاكل النفسية، بما في ذلك الاكتئاب والقلق واضطرابات الأكل. يزداد الخطر أضعافا مضاعفة خلال فترة المراهقة، وقد أظهرت الدراسات أن الاضطرابات النفسية تنبئ بسوء الإدارة والسيطرة على مرض السكري، وبالتالي على النتائج الطبية السلبية. على العكس من ذلك ، كلما تدهورت

السيطرة على نسبة السكر في الدم ، زادت احتمالية حدوث اضطرابات نفسية. غالبًا ما يتأثر وجود الأعراض النفسية والمشاكل المتعلقة بمرض السكري لدى الأطفال والمراهقين بشدة بضيق الوالدين أو أفراد الأسرة. كما أظهرت الأبحاث أنه في حين أن المشكلات النفسية الاجتماعية للوالدين يمكن أن تشوه تصورات أطفالهم عن السيطرة على مرض السكري، فإن هذه المشكلات غالبًا ما ترتبط بضعف التكيف النفسي وضعف السيطرة على مرض السكري. وقد ارتبط قلق الأمهات والاكنتاب بضعف السيطرة على مرض السكري لدى المراهقين الصغار وتقليل التأثير الإيجابي والتحفيز لدى المراهقين الأكبر سنًا. ومن بين هذه الاضطرابات نذكر ما يلي:

1.10. اضطرابات الأكل.

10% من المراهقات المصابات بداء السكري من النوع 1 يستوفون معايير الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV) لاضطرابات الأكل ، مقارنة بـ 4% من المراهقات غير المصابات بالسكري المطابقين للعمر.

بالإضافة إلى ذلك ، ترتبط اضطرابات الأكل بضعف التحكم في التمثيل الغذائي وكذلك ظهور مضاعفات الأوعية الدموية الدقيقة وتطورها بشكل أسرع.

يجب مراعاة احتمال حدوث اضطراب في الأكل لدى الفتيات المراهقات والشابات المصابات بداء السكري من النوع الأول اللائي لا يستطعن تحقيق أهداف التمثيل الغذائي أو الحفاظ عليها ، خاصة إذا كان هناك شك في فقدان الحقن.

من المهم تشخيص اضطرابات الأكل ، لأنه في وجود مثل هذه الاضطرابات ، يجب تعديل استراتيجيات الإدارة لتحسين التحكم الأيضي والوقاية من مضاعفات الأوعية الدموية الدقيقة.

10.2. الوقاية والتدخلات

يجب فحص الأطفال والمراهقين المصابين بالسكري ، وكذلك أسرهم ، بحثًا عن الاضطرابات النفسية طوال فترة نموهم. نظرًا لانتشار المشكلات النفسية لدى الأطفال والمراهقين المصابين بداء السكري ، يمكن اعتبار الفحص في هذا المجال بنفس أهمية فحص مضاعفات الأوعية الدموية الدقيقة. لقد ثبت أن التدخلات النفسية مع الأطفال والمراهقين ، وكذلك أفراد أسرهم، تعمل على تحسين الصحة العقلية ، والتي تشمل الرفاه العام ونوعية الحياة المتصورة ، فضلاً عن أعراض الاكنتاب. بالإضافة إلى ذلك ، هناك بعض الأدلة على أن التدخلات

النفسية يمكن أن تؤثر إيجاباً على التحكم في نسبة السكر في الدم، والأهم من ذلك، وجدت بعض الدراسات أن التدخلات النفسية يمكن أن تحسن الالتزام بعلاج السكري والتحكم في نسبة السكر في الدم ، تمامًا مثل الأداء النفسي الاجتماعي.

<https://www.canadianjournalofdiabetes.com/article>

11. أثر مرض السكري على الخصائص النفسية والاجتماعية عند المراهق:

وضح (Ajuriaguerra.De 1980) معاناة المراهق المريض بداء السكري المرتبط بالانسولين حيث يبقى رهينة الدواء المستمر المفروض عليه عن طريق حقن الانسولين وما ينتج عنها. كما يؤدي به المرض إلى اختلال التوازن النفسي له ولأسرته، مما يؤثر على نموه في أهم مراحلها وعلى العلاقة مع والديه، كما المرض يفرض تدعيماً لهذه العلاقة من الناحية الصحية عن طريق الحقن والتحاليل الطبية ومختلف الأنظمة الغذائية، ومن أهم تأثيرات داء السكري أن يصاب المراهق بصدمة نفسية عنيفة، فقد يمكن أن يؤدي به الضغط النفسي إلى استجابات سلوكية مثل العدوانية أو نوبات اكتئابية وأحياناً إلى القلق ومشكلات في التفاعل مع الآخرين والانطواء حول الذات وعدم تقبل المرض، وفي بعض الأحيان وصول المريض إلى درجة إيذاء ذاته. وأيضاً تحرض الاضطرابات الأيضية عند المريض بداء السكري المرتبط بالانسولين على عدم التوازن النفسي الذي يعتبر عامل أساسياً في عملية التكيف الاجتماعي، وفي الانجاز الروتيني للأنشطة اليومية، فتكون نتائج هذا الاضطراب بالغاً على الحياة النفسية للمراهق حيث يقوم بتنظيم حالة مضطربة داخلياً تعزز شعوره بالقلق والتوتر والانطوائية وتجنب الآخرين بسبب كتمانهم لمرضه وخجله منه، كما يظهر سلوك عدواني عنيف تتمثل مظاهره في الثوران والغضب لأتفه الأسباب وعدم التحكم في مختلف الانفعالات وحدوث تقلبات مزاجية متكررة، هذه الأعراض النفسية جميعها تمثل استجابة واضحة للحالة الصحية لدى المراهق. وفي بعض الحالات لا يتقبل المراهق المصاب مرضه المزمن ولا يعترف به كحقيقة مرضية يعيشها ولا يلتزم بتناول الدواء و قد يحاول البعض منهم الانتحار كوسيلة للخروج من حالة الأم والعذاب النفسي. وثمة أعراضاً أخرى تظهر على المراهق من خلال تلقيه تهديدات بالموت مرتبطة بحوادث الإغماء وبتعقيدات المرض الخطيرة المثيرة للقلق والخوف الحادين مما يمكن أن يطغى على حياته الحزن الشديد والتشاؤم فقد أشار كل من (F.Seidman R.Swift et H. Stein (1967) إلى وجود

اضطرابات نفسية اجتماعية متعددة وبنسب عالية عند المراهقين المصابين بداء السكري المرتبط بالأنسولين من خلال دراستهم حول المشاكل التي يتعرض إليها هؤلاء المراهقون حيث تمثلت هذه النسبة في 18% مستخلصة من الدراسة النفسية الاجتماعية على مائتان وستة وتسعون مراهقا من الجنسين مصابا بداء السكري المرتبط بالأنسولين والتي قام بها كل من

(S.Amir.S, Galatzer.A,M. Frish. Et Z. Laron. 1977). ويتضح من تلك الدراسة التحليلية أهم هذه الأنماط السلوكية في السيكولوجية الاجتماعية لشخصية المراهق المصاب بداء السكري المرتبط بالأنسولين والمرتبطة بتأثير المرض عليه: (زلوف و سنوساوي، 2016، ص 143)

1.11. العدوانية: يعاني أغلبية المراهقين المرضى بالسكري من العدوانية، وتبدو في مظاهر متعددة دالة على صورة الذات السلبية كالرغبة في تدمير الذات، حيث أشارت Barta. (1968) إلى وجود نسبة مرتفعة للانتحار عند فئة المراهقين المصابين مقارنة بمجموعة أخرى من المراهقين العاديين، ويؤكد كل من (Seidman Et Swift .1967) أن العدوانية نحو الذات وتدميرها تعبر القلق والمخاوف الحادة المرتبطة بالمرض، ولهذا يميل المراهق إلى الانتحار، ويمكن أن تظهر هذه العدوانية الذاتية في مظاهر أخرى كإهمال المرض وعالجه وإهمال تناول الدواء ورفض مراجعة الطبيب. (زلوف و سنوساوي، 2016، ص. 144)

2.11. القلق والتوتر: ويكون سببه المرض بحد ذاته ويؤدي بالمراهق للإصابة باضطرابا حادا في التوازن النفسي الذي من أهم أعراضه العدوانية حول الذات، ويرى كل من (Dunbar Karp 1969). (Jochmus. 1971) بأن القلق والتوتر يؤثر بشدة على المراهق المصاب بداء السكري المرتبط بالأنسولين حيث يصيبه بالإحباط الشديد، كما يؤدي أيضا إلى ظهور أعراض إكتئابية والعدوانية وأعراضا بسيكوسوماتية واضحة، وتتطلب الحالة الحادة للقلق والتوتر التكفل النفسي بالمراهق المريض. (زلوف و سنوساوي، 2016، ص. 144)

3.11. مشاكل التقمصات الجنسية والعلاقات الجنسية الغيرية: هذه النوع من المشكلات يكون أكثر صعوبة بالنسبة للمراهق مرضى السكري من الجنسين، فيشعر المريض بعقدة

النقص نحو الصورة المطلوبة للرجل أو المرأة في المجتمع، فلا يكون بإمكانه تقمص شخصية فرد عادي، ويتردد كثيرا في إقامة علاقة مع الطرف الآخر، كما يتجنب التفكير في الزواج لأنه هذا الموضوع يشعره بالخجل والدونية، وتؤدي صعوبة تقمص المراهق لشخصية الأب والمراهقة لشخصية الأم إلى ضعف الاهتمام والانجذاب نحو العلاقات الجنسية الغيرية، وتكون شخصية الذكر أقل تطورا من شخصية الأنثى نتيجة للتأخر في عملية البلوغ. (زلوف و سنوساوي، 2016، ص 144)

4.11. مشكل التبعية: يعتمد المراهق على والديه رغما عنه خاصة الأم في مرضه وفي الحالة التي يفقد فيها الوعي نتيجة لإنخفاض نسبة السكر في الدم، وهذه الحالة تؤدي إلى شعورة بعقدة الذنب في أنه يتسبب في المعانات للأخرين لأنه يعتقد نفسه مصدرا للقلق والألم والانزعاج لوالديه. كما أكدت دراسة (Alexandre. 1977) أن المراهقين المصابين بالسكري المرتبط بالأنسولين يتميزون بسلوكيات التبعية لأن احتياجاتهم للحنان والحب لم يتم إشباعها مما يخلق لديهم الإحساس بالإحباط الذي يستجاب له عن طريق العدوانية، كما أن الحماية المفرطة من طرف أحد الوالدين أو كالهما معا تحول دون استقلاليتهم، فهم يحتاجون إلى ذات مستقلة ليتمكنوا من الرعاية الذاتي دون الشعور بالذنب. (زلوف و سنوساوي، 2016، ص 144)

5.11. سوء التكيف الاجتماعي: حينما يواجه المراهق مريض السكري مواقف مقلقة أو محرجة اتجاه مرضه وحينها يفضل الانطواء على نفسه والعزلة ويصف كل من Seidman (1967) et swift (1967) المراهق المريض بالسلبية لأنه يبدو أحيانا متضايق وانطوائي، كما قد يؤدي التقبل المفروض على الوالدين للمرض إلى بعض السلوكيات اللاواعية كإهمال الرعاية المراهق المصاب ، أو قد تكون الحماية المفرطة مما يؤثر في عملية التكيف الاجتماعي، كما قد يجد المجتمع في حد ذاته صعوبة في التواصل مع المراهق المريض بداء السكري المرتبط بالأنسولين، وهذا ما يمنعه من أن يكون فردا عاديا مثل الآخري، ويرى كل من Manciaux(1967) Zeidel(1970) Khurana(1970) Besse(1972) Swift(1967) يجب على الأسري أن تساعد المراهق مريض السكري في تحقيق تكيف اجتماعي أفضل، فكلما كان الوسط الأسري والمحيط الاجتماعي والتربوي غير داعمين وغير

مهتمين بالظروف التي يعيشها المراهق ، فإن ذلك يساهم في حدة المشكلات النفسية الاجتماعية وتفاقم آثارها السلبية. (زلوف وسنوساوي، 2016، ص 145)
خلاصة الفصل:

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل نستنتج أن مرحلة المراهقة هي فترة نمو طبيعية إنتقالية بين مرحلتين وهما الطفولة و الرشد، وهي مرحلة بلوغ النضج على مستوى جميع جوانب النمو ونظرا لأن هذه المرحلة تتميز بمجموعة من الخصائص فإنه من الضروري التعامل مع المراهق بأسلوب يساعده على التوافق مع ذاته وأسرته والمجتمع، كما أن المراهقة تعتبر مرحلة أزمة و لكن شدتها تختلف من مراهق لآخر وهذا بحسب الظروف المحيطة بالفرد و لذلك فيجب أن يحضى المراهق بالرعاية الوالدية منذ طفولته والتي من شأنها أن تحميه من المخاطر المادية والمعنوية والتي تؤدي إلى إصابته بالعديد من الاضطرابات النفسية والصحية.

الفصل الخامس

مرض السكري

تمهيد

- 1) تعريف مرض السكري
- 2) الأعضاء والهرمونات المرتبطة بمرض السكري
- 3) أنواع مرض السكري
- 4) أسباب الإصابة بمرض السكري
- 5) أعراض مرض السكري
- 6) مضاعفات مرض السكري
- 7) العوامل التي تؤثر علي مستوى السكر في الدم
- 8) انتشار مرض السكري عند الأطفال والمراهقين
- 9) المراهق وداء السكري
- 10) المراحل النفسية التي يمر بها مريض السكري
- 11) مرض السكري وجودة الحياة الأسرية

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر مرض السكري من الأمراض المزمنة الأكثر انتشاراً في السنوات الأخيرة بين الفئات المخلفة في المجتمع، ويتمظهر في العديد من الأعراض التي قد تبدو واضحة عند بعض المرضى بينما قد لا تكون واضحة عند البعض الأخرى، فمنذ بداية تشخيص المرض، يحدث انحراف كبير جداً في حياة المريض وأسرته، فيتطلب الدعم والمساندة المادية والمعنوية، بالإضافة إلى التغيير الجذري في نمط العيش، سواء من ناحية تقبل المرض والعلاج، وتعديل نمط الغذاء والنشاط البدني وتنظيم الوزن بالإضافة إلى ضرورة الامتناع عن بعض الأنشطة والأطعمة والمشروبات. وكل هذه القيود تساعد الأسرة في التزام المريض بها. ففي هذا الفصل سوف نتطرق إلى تعريف مرض السكر والأعضاء المتحكمة فيه، وأعراضه، مضاعفاته، تشخيصه، انتشاره وسبل التكفل والوقاية.

1. تعريف مرض السكري

السكري هو مرض مزمن يتمثل حالة عجز مزمن في العمليات الأيضية، ينتج عن إفراز كميات غير كافية من الأنسولين أو عن استخدامه بصورة صحيحة، وحتى تقوم خلايا الجسم بوظائفها فهي تحتاج إلى الطاقة، والجلوكوز هو المصدر الرئيس لهذه الطاقة وهو السكر الناتج عن هضم الأطعمة التي تحتوي على النشويات، (Carbohydrates) فيجري في الدم ويقوم بتزويد الخلايا بالطاقة التي تحتاجها، ويتم إفراز هرمون الأنسولين عن طريق خلايا بيتا في البنكرياس التي ترتبط بالمستقبلات الواقعة على أطراف الخلية، وتعمل بصورة أساسية كمفتاح يسمح للجلوكوز بالدخول إلى الخلايا، وفي حالة ما لا يكون إفراز الأنسولين كافياً، أو تتطور المقاومة للأنسولين (أي أن الجلوكوز لم يعد يُستخدم من قبل الخلايا) فإنه يبقى الجلوكوز في الدم بدلاً من دخوله للخلايا، مما ينجم عنه حالة تسمى هيپوجلاسيما (Hypoglycemia). وهنا سيحاول الجسم التخلص من كمية الجلوكوز الزائد، في الحين الذي لا تتلقى فيه الخلايا ما تحتاجه من الجلوكوز، فترسل بإشارات لها للهيپوثلاموس بأن هناك حاجة للطعام. (تايلور، 2007)

مرض السكري هو من أمراض جهاز الغدد الصماء المزمن، وهو من الأمراض الرئيسية المسببة للموت، وقد يرتبط حدوثه بزيادة في سماكة الشرايين بسبب تكس الفضلات في الدم، حيث أن عدد كبير من مرضى السكري يصابون بأمراض الشريان التاجي وقد يكون

هو السبب الرئيسي لفقدان البصر عند كبار السن، يعتبر مرض السكري المسؤول عن (5%) من حالات التعرض للفشل الكلوي، كما قد يؤدي إلى تدميراً للجهاز العصبي مما يسبب فقدان الإحساس. وكثيراً ما يحدث في الحالات الشديدة أن يتعرض مرضى السكري لبتير الأطراف كالأصابع والأقدام. وكنتيجة لهذه المضاعفات الخطيرة، فإن معدل حياة مرضى السكري يكون أقصر مقارنة بالأفراد الذين لا يعانون من مرض السكري. (تايلور، 2007)

2. الاعضاء والهرمونات المرتبطة بمرض السكري

1.2 البنكرياس: هي عبارة عن غدة تقع خلف المعدة وتسمى (جزر لانجر هانز) نسبة إلى الطبيب الذي حددها ووصفها، ويزن حوالي نصف رطل، ويتكون جزء البنكرياس على حوالي مليون عنقود من الخلايا المسماة جزر لانجر هانز، لقد وجد أن عناقيد هذه الجزر تحتوي على ثلاثة أنواع من الخلايا وهي:

1 خلايا ألفا: التي تفرز هرمون الجلوكاجون والذي يعمل على رفع السكر في الدم في حالة انخفاضه عن المستوى الطبيعي.

2 خلايا بيتا: والتي تفرز هرمون الأنسولين والذي يعمل على ضبط السكر في الدم عن مستواه الطبيعي.

3 خلايا دلتا: والتي تفرز الهرمون المثبط لهرمون النمو والذي يمنع إفراز هرموني الجلوكاجون والأنسولين، ومهمة هذين الهرمونيين هي تنظيم مستوى تركيز السكر في الدم. وتعتبر هي العضو الذي ينتج هرمون الأنسولين وبالتالي يتحكم في مستوى السكر بالدم، وتحدث الإصابة بمرض السكري إذا لم يقوم البنكرياس بإنتاج الأنسولين بكمية طبيعية فيرتفع مستوى السكر بالدم وذلك بسبب تحطيم خلايا البنكرياس كما يحدث في سكر الأطفال، أو لحدوث زيادة طارئة بكتلة الجسم أو بسبب وجود عوامل وراثية مثل سكر الكبار. (زحيري، 2021، ص.19)

2.2 الكوليسترول و الدهون الثلاثية: الكوليسترول هو عبارة عن شحم أو مادة دهنية تساعد على بناء الخلايا والتراي جليسيريدات دهون منتجة للطاقة اللازمة لعمل الجسم، ويوجد الكوليسترول في بلازما الدم وهو نوعين:

-كولسترول البروتينات الدهنية مرتفعة الكثافة(HDL):

يتراوح تركيزها في بلازما الدم ما بين(53-55%) مليجرام، ويعمل على نقل الكولسترول من على جدار الأوعية الدموية إلى الدم، وعلى ذلك فزيادة هذا النوع يقلل من حدوث تصلب الشرايين.

-كولسترول البروتينات الدهنية منخفضة الكثافة(LDL):

ويتراوح تركيزها في بلازما الدم ما بين (150/60%)مليجرام ،وهي تعمل على نقل الكولسترول من الدم ليرسب على البطانة الداخلية للشرايين ويؤدي إلى تصلب الشرايين وما يتبعه من مضاعفات خطيرة، يوجد عدة طرق للوقاية والعلاج من الإصابة بارتفاع الكولسترول والدهون الثلاثية بالدم منها:

-السيطرة على ارتفاع ضغط الدم

-المحافظة على عدم ارتفاع مستوى نسبة السكر بالدم

-الابتعاد عن الانفعالات والضغط

- التقليل من تناول الدهون الحيوانية(الدهون المشبعة) مثل الزبدة ودهن اللحوم ، والقشدة وجلد الدجاج ومنتجات الألبان كاملة الدسم والسمن البلدي وذلك الإقلال من تناول الدهون النباتية (الدهون غيرا لمشبعة) مثل الموجودة في الفول السوداني والخضروات والزيوت النباتية والبندق واللوز،وان كانت أكثر أمانا من الدهون الحيوانية المشبعة.(زحيري،2021،ص.22)

3.2. الجلوكوز: يفرز هرمون الجلوكاجون عن طريق خلايا ألفا بالبنكرياس ويعرف بالجلوكاجون البنكرياسي ويساعد الجلوكاجون على إفراز الأنسولين، فعند تناول الجلوكوز عن طريق الفم ترتفع نسبة الجلوكاجون في البلازما مما يؤدي إلى: إطلاق الأنسولين، تكوين الجلوكوز في الكبد من الأحماض الأمينية، تحلل جليكوجين الكبد إلى جلوكوز. (زحيري،2021،ص.42)

4.2. الانسولين: الأنسولين هو هرمون طبيعي يتم إنتاجه من البنكرياس ويتسبب نقصه في الإصابة بالسكر. فعند الأصحاء يفرز البنكرياس كمية من الأنسولين اللازم، للاستفادة من الغذاء في تكوين الطاقة، وتخزين ما تبقى من المواد الغذائية في الكبد والعضلات. أما في الإصابة بمرض السكري فأن البنكرياس لا يفرز كمية كافية من الأنسولين ولذا لا يستفاد

الجسم من الطعام الذي يأكله المريض، استفاضة صحيحة وبدلاً من ذلك يبقى على هيئة سكر (جلوكوز) في الدم بكمية كبيرة، ويتردد من الجسم عن طريق الكليتين ، ويظهر في البول ولمعرفة أهمية الأنسولين ، يمكن تشبيه الجسم بالسيارة التي تحتاج إلى بنزين كوقود للقيام بالحركة، والطعام هو الوقود (البنزين) اللازم للجسم في حركته ونشاطه. فإذا ما حدث عطل ما في السيارة، فإنها لا تقدر على استعمال الوقود بطريقه صحيحة، وإذا لم يعالج هذا العطل فإن السيارة تتوقف في النهاية. وهكذا الأمر بالنسبة لمرض السكر، لأن نقص الأنسولين يعيق عملية تكوين الطاقة ، بمعنى عدم القدرة على الحركة من الوقود أي الغذاء. ولهذا فإنه من أعراض مرض السكر هي الضعف والوهن، وكثرة العطش و تعدد مرات التبول، وفي حالات أخرى زيادة الشهية للطعام، ولكن دون فائدة فتصبح صحة المريض أكثر تدهوراً بالإضافة إلى أن نقص إفراز الأنسولين يؤدي إلى ارتفاع مستوى نسبة السكر بالدم بسبب عدم استخدام سكر (جلوكوز) الدم في تكوين الطاقة.

ولأن الجسم يحتاج لتكوين الطاقة اللازمة للحركة والنشاط فإنه يبدأ بسحب المواد الغذائية المخزنة في العضلات والدهون لاستعمالها في عملية تكوين الطاقة. ولكن لا يستفاد أيضاً من سحب هذه المواد الغذائية المخزنة في تكوين الطاقة وهذا بسبب عدم وجود كمية كافية من الأنسولين، يؤدي ذلك إلى زيادة أكثر في مستوى السكر في الدم، وطرده عن طريق الكليتين في البول. (زحيري، 2021، ص. 25)

3. أنواع مرض السكري:

1.3. السكري من النوع الأول النمط الأول: ويسمى أيضاً السكري المعتمد على الأنسولين **Diabète InsulinoDipendant**، وفي الغالب يظهر في الطفولة المتأخرة أو المراهقة المبكرة، وتعود أسباب الإصابة به لعوامل جينية ، كما يرجح أنه ينشأ بسبب اضطراب في المناعة الذاتية، كما قد يحدث بسبب عدوى فيروسية، حيث قد يخطيء جهاز المناعة ويتعامل مع جزر لانجرهانز الموجودة في البنكرياس على أساس أنها أجسام غريبة فيقوم بتدميرها، ويؤدي ذلك إلى عجزها عن إنتاج الأنسولين. (تايلور، 2007)

كما يصيب كذلك الأشخاص من ذوي الوزن المعتدل ويمثل (من 5 إلى 20%) من مجموع المصابين بمرض السكري، والمريض هنا يعاني من عجز البنكرياس على إفراز الأنسولين

لاستهلاك الجلوكوز فيؤدي إلى تراكمه في الدم وترتفع بشكل تدريجي فتقوم الكلية بالتخلص منه عن طريق السائل البولي.. (دليلة عطية، 2017، ص. 129)

2.3. السكري من النوع الثاني: ويسمى أيضا السكري الغير خاضع للأنسولين **Diabète NoninsulinolinoDépendant** ، و في هذا النوع يتم إنتاج الأنسولين ولكن لا يكون بالقدر الكافي، أو قد لا يتجاوب الجسم مع الأنسولين الذي تم إنتاجه، وعلى الأغلب يكون سبب الإصابة به هو نمط الحياة الذي يعيشه الفرد، فهو يتضمن اضطراب في عملية أيض الجلوكوز، وفي عملية التوازن بين إنتاج كمية الأنسولين واستجابة الجسم له، وقد يتعرض التوازن للاختلال بسبب بعض العوامل التي تساهم في حدوثه مثل السمنة أو أن يكون الفرد عرضة للضغوطات. (تايلور، 2007)

كما يعتبر هذا النوع أقل خطورة من النمط الأول، ويطلق عليه اسم سكر الراشدين أو الكهولي لأنه يصيب الأفراد الأكبر من (40 سنة) ويحدث بسبب عدم فعالية البنكرياس إذ يقوم البنكرياس بعملية إفراز الأنسولين بكمية غير متوازنة مع الكمية التي يحتاجها الجسم، أي أن البنكرياس يفرز هرمون الأنسولين لكن بطريقة غير كافية، فقد يكون معتدل أحيانا أو بدون فعالية بسبب وجود حالة مقاومة للأنسولين، كما تتحكم البدانة في هذا النمط فيقوم البنكرياس بإفراز كمية أكبر من الأنسولين وهذا يؤدي إلى فرط في الشهية وبالتالي تكون نسبة تخزين الشحوم في البنكرياس مرتفعة. (دليلة عطية، 2017، ص. 130)

4. أسباب الإصابة بمرض السكري: هناك العديد من الأسباب الكامنة وراء الإصابة بمرض السكري، وقد يجتمع أكثر من سبب لدى الشخص المصاب.

1.4. العوامل الوراثية: توصل العلماء بدراستهم للتوائم المتشابهة وأشجار عائلات مرضى السكري أن الوراثة عامل مهم في الإصابة بالسكري من النوع الأول والثاني، وثمة احتمال بنسبة (50%) لإصابة الفرد الثاني من التوائم بالنوع الأول من السكري، إن كان الأول مصاباً به، كما هناك احتمالية بنسبة (5%) لإصابة الطفل بالمرض إن كان أحد الوالدين يعاني منه. أما بالنسبة للنوع الثاني، فمن المؤكد إصابة الفرد الثاني من التوائم بالمرض إن كان الأول مصاباً به. ويصعب معرفة من سيرث المرض بالتحديد، فيما يعدّ الاحتمال أقوى لدى عدد صغير من العائلات، وقد استطاع العلماء تحديد بعض الجينات التي يبدو أن لها دوراً في الإصابة بالسكري، فيمكن إخضاع أفراد الأسرة للفحص وتحديد خطر إصابتهم

بالسكري، لكن في أغلب الأحيان يصعب تحديد الجينات المسؤولة عن المرض، مما يجعله مختلفاً عن بعض الأمراض الأخرى، مثل التليّف الكيسي ، Cystic fibrosis إذ يوجد جين واحد مسؤول عن هذا المرض الوراثي، وبالتالي حتى في حال إصابة فرد قريب من عائلتك بالسكري، فإنه من غير المؤكد أنه سيصاب فرد آخر من نفس الأسرة أيضاً كم أن بعض الأشخاص قد يرثون قابلية الإصابة بالمرض، لكنهم لا يصابون به أبداً، فهناك عوامل أخرى غير الوراثة تساهم في الإصابة بالسكري. (هنادي مزبودي 2013)

2.4. عوامل متعلقة بالعدوى: من المتعارف منذ سنوات أن النوع الأول من السكري الذي يُصاب به الأطفال والشباب يأتي على الأرجح في فترات معيّنة من السنة حين يكثر السعال ونزلات البرد. ويعرف أن لبعض الفيروسات، مثل (فيروس النكاف) و(فيروس كوكساجي)، القدرة على إلحاق الضرر بالبنكرياس والتسبب بمرض السكري، لكن من النادر جداً أن يتمكن الأطباء من ربط بدء إصابة الأشخاص بالسكري، بعدوى محدّدة. وقد يكون التفسير الممكن لذلك، هو أن العدوى قد تكون نشأت سابقاً، لكن ظهرت فقط بعد سنوات طوال. (هنادي مزبودي 2013، ص9)

3.4. البيئة التي يعيش فيها المريض: إن الأشخاص الذين يصابون بالنوع الثاني من السكري غالباً هم من المصابين بالسمنة أو يكون نظامهم الغذائي غير متوازن، ومن المثير للاهتمام الإشارة إلى أن الأشخاص الذين ينتقلون من بلد يقل فيه خطر الإصابة بالسكري إلى آخر يرتفع فيه الخطر، تبرز لديهم الإمكانية نفسها للإصابة بالمرض. ويوجد رابط وثيق بين وزن الجسم والإصابة بالنوع الثاني من السكري؛ فقد أظهرت آخر الاستطلاعات زيادة كبيرة في عدد المصابون بالسمنة في المملكة المتحدة، وخصوصاً بين المراهقين، وهذا يعدّ مسؤولاً بشكل جزئي عن زيادة الإصابة بمرض السكري. كسكان جزيرة (ناورو) في المحيط الهادئ، والذين تحولوا إلى أثرياء بعد اكتشاف الفوسفات في جزيرتهم، وبالنتيجة فقد تغيّرت أنظمتهم الغذائية بشكل كبير، وزادت أوزانهم وابتوا أكثر عرضة للإصابة بالسكري. ويشير هذا إلى روابط مهمة بين النظام الغذائي والبيئة والسكري، لكن لا يوجد أي رابط محدّد بين الإصابة بالسكري واستهلاك السكر والحلويات. (هنادي مزبودي 2013)

4.4. السكري الثانوي: قليلون هم الأشخاص الذين يصابون بالسكري نتيجة مرض آخر في البنكرياس، فعلى سبيل المثال يمكن لالتهاب البنكرياس أن يؤدي إلى تلف أجزاء كبيرة منه،

كما أن بعض الأشخاص الذين يعانون من أمراض هرمونية، مثل متلازمة كوشينغ (Cushing's syndrome) حين ينتج الجسم كميات كبيرة جداً من هرمون الستيرويد، أو مرض ضخامة النهايات (Acromegaly) حين ينتج الجسم كميات كبيرة جداً من هرمون النمو، قد يصابون بالسكري كأثر جانبي لمرضهم الأساسي. وقد يحدث تلف للبنكرياس بسبب الإفراط في تعاطي المشروبات الكحولية، كما أن بعض العلاجات طويلة الأمد مثل الستيرويدات و أقراص حاصرات البيتا beta-blockers ترتبط بارتفاع معدل الإصابة بالسكري. (هنادي مزبودي 2013،)

5.4. الاجهاد النفسي: بالرغم من أن كثيراً من الأشخاص يقرنون بداية إصابتهم بالسكري بحادثة مجهدة إصابتهم أو موقف صادم، مثل التعرض لحادث أليم أو مرض خطير، إلا أنه يصعب إثبات وجود رابط بين الإجهاد النفسي والإصابة بالسكري. ويمكن تفسير ذلك في الواقع أن الأشخاص يزورون أطباءهم بسبب التعرض لبعض الأحداث المجهدة نفسياً، ويجري تشخيص إصابتهم في الوقت نفسه بالسكري. (هنادي مزبودي 2013، ص9)

5. أعراض مرض السكري: يمكن أن يتظاهر إرتفاع نسبة السكر في الدم بأعراض مزمنة منها:

- العطش ، جفاف الفم.
- تشوش الرؤية.
- التبول والتبول الليلي.
- الحكّة الفرجية، التهاب الحشفة
- التعب، ، الخمول.
- الغثيان، الصداع.
- تغير حديث في الوزن.
- الميل لتناول الأطعمة السكرية.

الجدول (02) مقارنة المظاهر السريرية بين النمط الاول و النمط الثاني من داء السكري.

المظاهر السريرية	النمط 1	النمط 2
سن البدء	دون عمر 40 عاماً	فوق عمر 50 عاماً
مدة الأعراض	أسابيع	أشهر حتى سنوات
وزن الجسم	سوي أو ناقص	سمين
البيلة الكيتونية	نعم	لا
الموت السريع دون المعالجة بالأنسولين	نعم	لا

الأضداد الذاتية	نعم	لا
تداخلات داء السكري عند التشخيص	لا	25%
التاريخ العائلي لداء السكري	غير شائعة	نعم
مرض مناعي ذاتي آخر	نعم	غير شائعة

تكون أعراض العطش و التبول و التبول الليلي وفقد الوزن السريع ظاهرة في النمط 1 من داء السكري، لكنها غالبا ما تكون غائبة عند المرضى المصابين بالنمط 2 حيث يكون معظمهم عديمي الأعراض أو لديهم شكاوي غير نوعية مثل التعب المزمن والتوعك. يترافق داء السكري غير المضبوط مع زيادة الاستعداد للإصابة بالأخماج و قد يظهر لدى المرضى إنتانات الجلد (الدامل) وداء المبيضات التناسلي، ويشتكون من الحكة الفرجية أو التهاب الحشفة، ولا يكون عند المرضى المصابين بالنمط 1 من داء السكري غالبا علامات سريريته تعزى للسكري لكن فقدان الوزن يكون شائع لديهم. كما تعتمد العلامات السريرية الملاحظة عند المصابين بالنمط 2 وقت التشخيص على نمط التظاهرات. ويكون أكثر من (70%) من هؤلاء المرضى أصحاب الوزن الزائد الوزن و قد تكون السمنة مركزية (جدعية أو بطنية). إن السمنة أقل شيوعا في البلدان النامية. يوجد فرط ضغط الدم عند (50%) من المرضى المصابين بالنمط 2 من داء السكري. ورغم أن فرط شحميات الدم شائع أيضا لكن الآفات الجلدية مثل اللويحات الصفراء Xanthelasma والأورام الصفراء الطفحية Eruptive Xanthomata نادرة نسبيا. (هنادي مزبودي 2013، ص28)

أعراض الحامض الكيتوني: قد يبدو على مرضى السكري أحيانا حالة اسعافية حادة بسبب الحامض الكيتوني و تتمثل أعراضه فيما يلي:

- البول، العطش.
- التجفاف
- فقد الوزن.
- نقص ضغط الدم.
- الضعف. تسرع القلب.
- تسرع القلب
- الغثيان، القيء.
- رائحة الأسيتون
- معص الساق.
- انخفاض الحرارة
- تشوش الرؤية.
- التخليط، النعاس، السبات (10%)
- الأم البطني.
- التعطش الهواء (تنفس كوسماول)

إن المظاهر السريرية للحامض الكيتوني تكون بارزة في الحالات الحادة و تكون ناتجة عن الانخفاض الحاد في الملح والماء مع زوال انتفاخ (امتلاء) الجلد و اللسان المفرد بمعنى اللسان المكسو بطبقة بيضاء، والشفتين بالإضافة إلى تسرع القلب و انخفاض ضغط الدم و انخفاض الضغط في العين. قد يكون التنفس عميقاً و تنهدياً و يكون رائحة النفس كريهاً عادة و قد تكون رائحة الكيتون السكرية المنفرة واضحة. كذلك قد يحدث الخمول الذهني أو تخليط الوعي أو نقص مستوى الوعي. كما تتنوع حالة الوعي بشكل كبير عند المرضى المصابين بالحامض الكيتوني السكري وعادتا لا يحدث لديهم السبات. و قد يسير المريض إلى غرفة الفحص رغم إصابته بحامض كيتوني خطير يحتاج إلى معالجة اسعافية. ولهذا السبب فإن تعبير الحامض الكيتوني السكري مفضل على تعبير السبات السكري الذي يوحي بعدم وجود حالة اسعافية إلا إذا حدث الوعي. و في الحقيقة من الضروري بدء المعالجة الفعالة في مرحلة مبكرة جداً. (ديفيدسون، 2005، ص.29)

6. مضاعفات مرض السكري:

1.6. المضاعفات الحادة :

1.1.6. غيبوبة السكر الكيتونية (Diabetic ketoacidosis): تعتبر غيبوبة السكر الكيتونية من الحالات الطارئة والحادة والخطيرة، التي تحتاج إلى تدخل استعجالي، وهو ينتج بسبب نقص الجلوكوز داخل الخلية، وتقوم الكبد بتحويل الدهون إلى أجسام كيتونية (Ketone Bodies) والتي تستخدم كمصدر للطاقة في بعض أعضاء الجسم. حيث يظهر على المريض فقدان الوعي في مراحل متقدمة من الحالة.

2.1.6. حالة ارتفاع الضغط التناضحي (Hyperglycemia hyperosmolar) :

(state) تحدث عند إخراج الجلوكوز من الدم عن طريق الكلى، مصحوب بفقد الماء وزيادة اسموزية (تناضحية) الدم.

3.1.6. فرط انخفاض الجلوكوز (Hypoglycemia):

وهذا نتيجة استخدام الأدوية الخافضة للسكر، أو الجرعات الزائدة من الأنسولين. ويكون المريض فاقد التركيز، متوتراً، وقد يزداد سيلان العرق، ومن الممكن أن يفقد المريض وعيه في الحالات المتقدمة.

2.6. المضاعفات المزمنة

1.2.6.1. اعتلال الشبكية السكري: تتمثل في نمو أوعية دموية جديدة في الشبكية تكون هشة و ضعيفة وذات كفاءة منخفضة ، مما قد تصاب بالتلف وتسبب نزيف داخل العين كما قد تؤدي إلى فقدان البصر.

2.2.6.2. اعتلال الأعصاب السكري: تتمثل في نقصان أو حدوث اختلال الإحساس في اليدين أو القدمين، وإذا كان يصاحبها تلف الأوعية الدموية يمكن أن يؤدي ذلك إلى القدم السكرية والتي تؤدي الى الغرغرينا وينتج عنها ضرورة بتر القدم.

3.2.6.3. اعتلال الكلى السكري: تتمثل تلف الكلى و يؤدي إلى فشل كلوي مزمن ويعتبر السكري هو أكثر الأسباب شيوعاً للإصابة بالفشل الكلوي في البالغين عالمياً.

4.2.6.4. اعتلال الشرايين التاجية: يؤدي اعتلال الشرايين التاجية إلى ذبحة صدرية أو إحتشاء في عضلة القلب.

5.2.6.5. اضطراب التئام الجروح: تتمثل في صعوبة إلتئام الجروح وضرورة مراقبتها طبياً. (إعداد كلية الصيدلة، 2014، ص.11/12)

7. العوامل التي تؤثر علي مستوى السكر في الدم:

1.7. كمية ونوعية الطعام: يرفع الطعام مستوى السكر ويكون في أعلي درجاته بعد ساعة إلي ساعتين من الأكل وتعتبر كمية ونوع الطعام الذي يتناوله الفرد هو الذي يؤثر علي مستوى السكر في الدم.

2.7. التمارين الرياضية والنشاط البدني: يساعد زيادة نشاط الجسم على خفض مستوى السكر في الدم بشكل عام، كما تعمل التمارين الرياضية علي نقل السكر إلي خلايا الجسم واستخدامه لإعطاء الجسم الطاقة اللازمة وخفض مستوى السكر في الدم. ومن أهم الأنشطة الرياضية: (المشي، الجري، ركوب الدراجات) بالإضافة إلى النشاطات البدنية الأخرى المتمثلة في الأعمال المنزلية المتنوعة التي تساعد علي خفض مستوى السكر في الدم.

3.7. العلاجات التي يستعملها المريض: تقوم حقن الأنسولين وأقراص السكر الأخرى علي خفض نسبة السكر في الدم ولكن إذا كان المريض يتناول بعض الأدوية لعلاجات أخرى قد تؤثر علي مستوى الكلوكوز، مثل الأستيرويد بالتحديد قد يرفع مستوى السكر في الدم.

وبعض العقاقير الأخرى التي تعالج ارتفاع ضغط الدم، أو ارتفاع الكولسترول مثل النيسين (niacin) قد ترفع من مستوى السكر أيضا.

4.7. إصابة الجسم ببعض الأمراض: تؤدي إصابة الجسم ببعض الأمراض مثل نزلات البرد إلى تحفيز الجسم علي إفراز بعض الهرمونات التي ترفع مستوى السكر في الدم، بالإضافة إلي ذلك ارتفاع درجة حرارة الجسم مثلا تزيد من عملية التمثيل الغذائي للجسم وتزيد من عملية ارتفاع الجسم بالسكر وبالتالي تغير من كمية الأنسولين التي يحتاجها الجسم في الحالة الطبيعية، لذا يجب مراقبة مستوى السكر بشكل منتظم أثناء فترات التعب والارهاق.

5.7. المشروبات الكحولية: تعمل الكميات البسيطة من المشروبات الكحولية علي خفض مستوى السكر بشكل كبير (مقدار 56 جرام) وقد يتسبب في بعض الأحيان تناول الكحول في رفع مستوى السكر. (ديفيدسون، 2005، ص.29)

6.7. الاضطرابات الهرمونية: يقوم الهرمون الأنتوي (الاستيروجين) بجعل خلايا الجسم أكثر حساسية تجاه الأنسولين بينما يقوم هرمون (البروجسترون) بجعل الخلايا أكثر مقاومة للأنسولين، وبالرغم من اضطراب مستوى هذه الهرمونات عند السيدات في فترة الدورة الشهرية إلا أنهن قد لا يلاحظن التغيير في مستوى السكر في هذه الفترة. وقد يتغير مستوى الهرمون في الجسم أيضا في فترة ما قبل انقطاع الدورة نهائيا عند السيدات (في سن انقطاع الدورة) ويختلف مستوى التأثير من سيدة إلي أخرى، إلا أنه يمكن السيطرة علي هذه التغيرات بسهولة عن طريق ممارسة التمارين الرياضية وتغيير نظام التغذية (إتباع نظام جيد) أما إذا كانت الحالة أكثر خطورة، فقد ينصح الطبيب بتناول بعض الأدوية أو استخدام الهرمونات البديلة بعد فترة انقطاع الدورة.

8 انتشار مرض السكري بين الأطفال والمراهقين:

في كل عام يتزايد عدد الأطفال والمراهقين المصابين بمرض السكري لدى السكان المنحدرين من أصل أوروبي، حيث يعيش الأطفال والمراهقين تقريبًا مع مرض السكري من النوع 1 لكن المجموعات السكانية الأخرى (مثل اليابان) يعد مرض السكري من النوع 2 أكثر شيوعًا من النوع 1 لدى الأطفال والمراهقين، وتشير الأبحاث و الدراسات إلى أن الإصابة بالنوع 1 من داء السكري لدى الأطفال والمراهقين تستمر في الازدياد في العديد من الدول، خصوصا بين الفئة الأقل من (15 سنة)، وتقدر الزيادة السنوية الإجمالية بحوالي (3 %) مع وجود

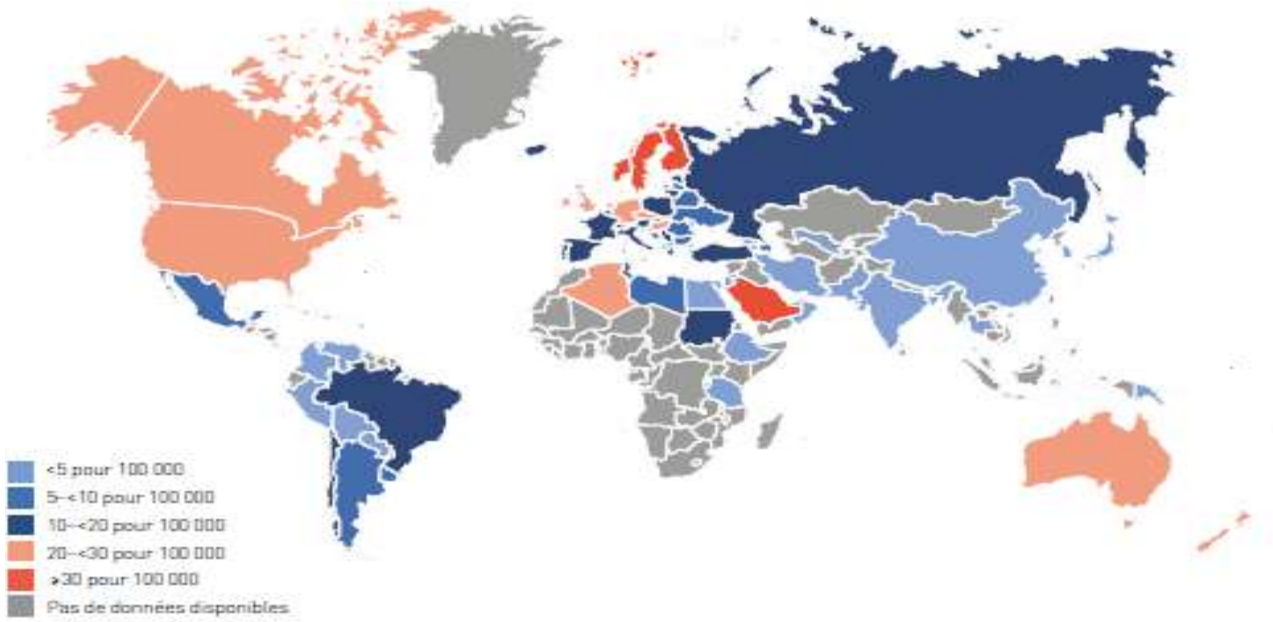
اختلافات جغرافية كبيرة. يقدر في المجموع أن (1,110,100) من الأطفال والمراهقين الأقل من (20 عامًا) مصابون بمرض السكري من النوع 1 في جميع أنحاء العالم. ويبلغ عدد الأطفال والمراهقين الأقل من (15 عامًا) المصابين بمرض السكري من النوع الأول يقدر بـ(98,200) كل عام ، وترتفع هذه الإحصائيات إلى (128,900) إذا أضفنا الأفراد الذين تقل أعمارهم عن (20 عامًا). (International Diabetes Federation.2019)

جدول رقم (03) يوضح الاحصائيات العالمية لمرض السكري من النوع الاول لدى الأطفال والمراهقين (0-14 و 0-19)، في سنة 2019

عدد السكان (0-14 سنة)	1.98 مليار نسمة
عدد السكان (0-19 سنة)	2.58 مليار
داء السكري من النوع الأول لدى الأطفال والمراهقين (0-14 سنة)	
عدد الأطفال والمراهقين المصابين بداء السكري من النوع 1 المنتشر (الموجود)	600 900
عدد الحالات (الجديدة) لمرض السكري من النوع الأول في السنة	98 200
داء السكري من النوع الأول لدى الأطفال والمراهقين (0-19 سنة)	
عدد الأطفال والمراهقين المصابين بداء السكري من النوع 1 السائد (الحالي)	1 110 100
عدد حالات الإصابة (الجديدة) لمرض السكري من النوع 1 سنويًا	128 900

(International Diabetes Federation.2019)

الخريطة رقم (01) معدلات الإصابة بمرض السكري من النوع 1 لدى الأطفال والمراهقين



(International Diabetes Federation.2019)

توضح الخريطة رقم (01) معدلات الإصابة حسب البلد (لكل 100000) بداء السكري من النوع 1 لدى الأطفال والمراهقين الأقل من (15 عامًا). في البلدان التي يكون فيها الوصول إلى الأنسولين محدودًا وعدم كفاية الخدمات الصحية، فيعاني الأطفال والمراهقون المصابون بداء السكري من النوع الأول من مشكلة التشخيص الصحيح بالإضافة إلى مضاعفات خطيرة ووفيات مبكرة. وهناك تفاوتات إقليمية ووطنية كبيرة في عدد الأطفال والمراهقين في سن (0 إلى 14 سنة) المصابون بمرض السكري السائد (الموجود) وحديث الإصابة من النوع الأول، في مناطق IDF EUR و NAC أعلى الأرقام التقديرية تقدر بـ: (162,600) و (121,4001) على التوالي.

ويعيش أكثر من الربع (27.0%) من العدد الإجمالي للعالم في منطقة (اليورو)، وُخمسهم (20.0%) في منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي. وتعد الهند والولايات المتحدة والبرازيل هي مناطق تضم أكبر عدد من الأطفال والمراهقين (0-14 سنة) المصابين بمرض السكري السائد (الموجود) والحديث (الجديدة) من النوع 1، فمن حيث معدل الإصابة لكل (100,000) نسمة سنويًا فإن فنلندا تقدر الإصابة لديها بـ(62.3) والسويد بـ(43.2) والكويت (41.7) لديها أعلى معدلات الإصابة بالنوع الأول من مرض السكري لدى فئة (من 0 إلى 14 عامًا).

(International Diabetes Federation.2019)

الجدول رقم (04) يوضح أعلى 10 دول أو أقاليم للعدد الاحصائي للأطفال والمراهقين (14-0 سنة) المصابين بداء السكري من النوع 1 السائد (الحالي) لسنة 2019

المرتبة	البلد أو الإقليم	عدد الأطفال والمراهقين (0-14 سنة) المصابين بالسكري من النوع 1 بالآلاف
1	الهند	95600
2	الولايات المتحدة الأمريكية	94200
3	البرازيل	51500
4	الصين	28700
5	الاتحاد الروسي	21600
6	المملكة المتحدة	21200
7	الجزائر	20100
8	ألمانيا	17200
9	المملكة المغربية	16400
10	المكسيك	14800

(International Diabetes Federation.2019)

يمثل الجدول أعلاه ترتيب لعشر دول التي تشهد أكثر انتشار لداء السكري من النوع الاول عند الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم ما بين (0 إلى 14 سنة) حيث تصدر القائمة دولة الهند و تقدر نسبة الإصابة فيها بـ (95600) تليها الولايات المتحدة الأمريكية تقدر نسبة الإصابة فيها بـ (94200) والبرازيل بـ (51500) وفي المرتبة الرابعة الصين بفارق كبير مع سابقتها البرازيل وتقدر بـ (28700) ثم الاتحاد الروسي في المرتبة الخامسة والمملكة المتحدة في المرتبة السادسة وتقدر الإصابة لديهم على التوالي بـ (21600) (21200) وهي متقاربة جدا فيما بينها وفي المرتبة السابعة الجزائر تقدر نسبة الإصابة فيها بـ (20100) وفي الثلاث مراتب الأخيرة نجد ألماني والمملكة المغربية وفي الأخير المكسيك وتقدر عدد الإصابات لديها على التوال بـ(17200) (16400) (14800).

9. المراهق وصعوبات مرض السكري:

تعتبر مرحلة المراهقة فترة صعبة يحدث فيها تغييرات كثيرة في حياة المراهق من الناحية الجسدية والنفسية والاجتماعية. تكون فترة المراهقة ومرض السكري صعبة العيش بطريقة طبيعية، حيث ينظر إلى مرض السكري على أنه حدث مهدد للحياة ينغص حياة المراهق. فلانتظام الذي يتطلبه علاج مرض السكري يقطع الحرية والعفوية. يمكن للمراهقين أن يقلقوا بشأن مستقبلهم مع مرض السكري، وغالبًا ما يحتاجون إلى دعم ونصيحة من طرف الأسرة و الأصدقاء و القائمين على الرعاية الطبية.

تتأثر جميع مجالات حياة المراهق عند الإصابة بداء السكري تأثير واضح جدا، وتظهر لدى المراهق تساؤلا متعددة حول مرضه، وظروف مراهقته، حيث يعيش المصاب مع أسرته مرحلة حدد عند الإعلان عن الإصابة، وتتحد استجابته اتجاه الوضع الصحي المرضي الجديد من خلال معتقداته وأفكاره حول ذاته ونظرة الآخرين إليه. ويشير Ajuriarguerre (1980.) إلى معاناة المراهق المصاب بالسكري المرتبط بالأنسولين، فيعتبر تناول المستمر للدواء والمفروض عليه عن طريق حقن الأنسولين أمر صعب ويؤرق المراهق الذي يميل عادتا يميل إلى التحرر والاستقلالية، كما يتسبب المرض في اختلال التوازن الانفعالي والسلوكي للمراهق والتوتر و الضغوطات لأسرته مما يؤثر على نموه في أهم مرحلة من حياته، ويؤثر كذلك في علاقته مع الوالدين سواء إذا تلقى الإهمال أو الحماية الزائدة، فالمراهق يرى في الضوابط التي يفرضها الأبوين على طعامه محاولة للسيطرة عليه، كما يعتبر أن حاجته إلى متابعة الحمية وحقن الأنسولين على أنها تعليمات وقواعد مفروضة عليه من المحيط الخارج (شيلي تايلور، 2008، ص.771)

إن الوضع الجديد يلزمه بأن يقوم بتخطيط لإستراتيجيات جديدة تساعد على التكيف وتغيير نمط حياته داخل الأسرة ومدرسته وعلاقاته الاجتماعية، فهو يحتاج إلى تنظيم نمط حياته سواء من حيث المراقبة الذاتية لمستوى السكر في الدم والوجبات الغذائية والالتزام بتناول الدواء أو حقن الأنسولين التي قد تصل إلى أربع مرات في اليوم، والزيارات الدورية إلى الطبيب المعالج، و القيام بالتحاليل الطبية الدورية. فكل هذه الأنشطة المتعلقة بمسيرة العناية بمرض السكري تصاحبه لمدة طويلة أو قد تصاحبه طول حياته، وتؤثر على النمو النفسي والاجتماعي له وقد تزيد من اعتمادية على أسرته وتؤثر سلبا على استقلاليتها.

ومن أهم تأثيرات داء السكري أيضا أن تظهر استجابات سلوكية مثل العدوانية أو حالات اكتئابية، وصعوبات في التكيف الاجتماعي و أعراض اضطراب الضغط التالي للصدمة فيؤدي إلى الانطواء ورفض المرض وعدم تقبله، وقد لا يتقبل المراهق المرض ولا يعترف به كحقيقة مرضية يعيشها، لذلك يحاول البعض منهم الانتحار كوسيلة للهروب من حالات الألم والعذاب النفسي، و كلما كان الوسط الاسري غير متفهما للظروف التي يعيشها المراهق، زادت حدة جميع السلوكات السالفة الذكر وتفاقت آثارها السلبية والعكس صحيح. (بوشنة، صالح. 2019 ص 137)

ونظراً لأن المراهقين يصبحون أكثر استقلالية ويتحملون مسؤولية إدارة مرض السكري لديهم ، فمن المهم أن يتخذ الآباء قدراً أقل من المبادرة ويلعبوا دورهم الداعم الثانوي. إن إعطاء الكثير من المسؤولية للأطفال في وقت مبكر جداً هو خطأ شائع ، ومع ذلك ، فإن عدم إعطاء المسؤولية على الإطلاق يمكن أن يسبب أيضاً مشاكل. إن الانتقال إلى رعاية مرضى السكري إلى جناح البالغين في جميع أنحاء العالم ، يشعر العديد من المراهقين المصابين بداء السكري بالضيق عندما ينتقلون من عيادة الأطفال إلى عيادة البالغين، وعندما تكون رعاية المراهق المستقل غير كافية ، قد يحتاج الآباء وأفراد الأسرة إلى التدخل والإشراف مرة أخرى. تشير الأبحاث إلى أن التحكم في نسبة السكر في الدم لدى المراهقين يكون أفضل عندما يظل الآباء داعمين لأبنائهم بطريقة معتدلة طوال سنوات المراهقة، كما ثبت أن المشاركة في المعسكرات أو مجموعات العمل للتكيف لها آثار إيجابية على الالتزام بالنظام الغذائي ، ونوعية الحياة ، والتحكم في نسبة السكر في الدم. يمكن للمراهقين أيضاً تلقي الدعم الأساسي من أصدقائهم و تلقي التعاون من طرفهم. كما يمكن أن يشجع وجود صديق يرافق المراهق في جلسات التثقيف أو الزيارات الطبية على قبول إدارة مرض السكري واحترامها، لكن إذا انخرط المراهقين مرضى السكري مع رفاق يتناولون السجائر فإنه يتسبب التدخين لديهم في زيادة خطر حدوث مضاعفات جادة. بالإضافة إلى تناول مختلف الأطعمة السريعة في الشارع أو المشروبات الغازية و العصائر والحلويات، حيث أنه مظاهر تناول الوجبات منتشرة كثيرا عند فئة المراهقين.

(International Diabetes Federation.2017)

10. المراحل النفسية التي يمر بها مريض السكري:

بعد القيام بالتحاليل الطبية اللازمة لتشخيص مرض السكري، وعند تلقي المريض لنتيجة التشخيص بأن هناك مرض مزمن، فإنه تختلف رد فعل كل شخص في تلقي خبر الإصابة بالمرض وفي طريقة التعامل و التعايش مع هذا المرض المزمن، فيبدي المريض سلوكيات وانفعالات تتمثل في عدم تقبله المرض، و التشكيك في صحة النتائج و التشخيص، فالتفكير في أن المرض سيلازمه طوال حياته يصعب عليه التفكير و التركيز و القدرة على اتخاذ القرارات حول تقبل المرض و التعايش معه، فمنذ الإعلان عن وجود مرض مزمن يعيش المريض في تلك الفترة حالة ذهول وصدمة ، فتظهر عليه علامات القلق واللامبالاة أو الانفعال الزائد والمفاجئ و عدم التصديق ، و في مسار التقبل يظهر المريض سلوكيات تبدو كالاستجابات التي يقوم بها فرد ما عند فقدان شخص عزيز و المتمثلة في " عمل الحداد "، لذلك من الضروري على القائمين على الرعاية النفسية والصحية أن يدركوا و يتعرفوا على الاستجابات الانفعالية والسلوكية التي يبديها المريض لغرض الإحاطة بها والعمل على مساعدة المريض في تقبل المرض و التعايش معه بأقل قدر ممكن من الصعوبات. (عاشوري صونيا، 2019، ص 106)

وتتمثل بعض هذه المراحل فيما يلي:

1.10. مرحلة إنكار الواقع: والتي تمثل دفاعا ضد القلق، وتظهر في رفض المريض للتشخيص إصابته بالمرض والعلاج.

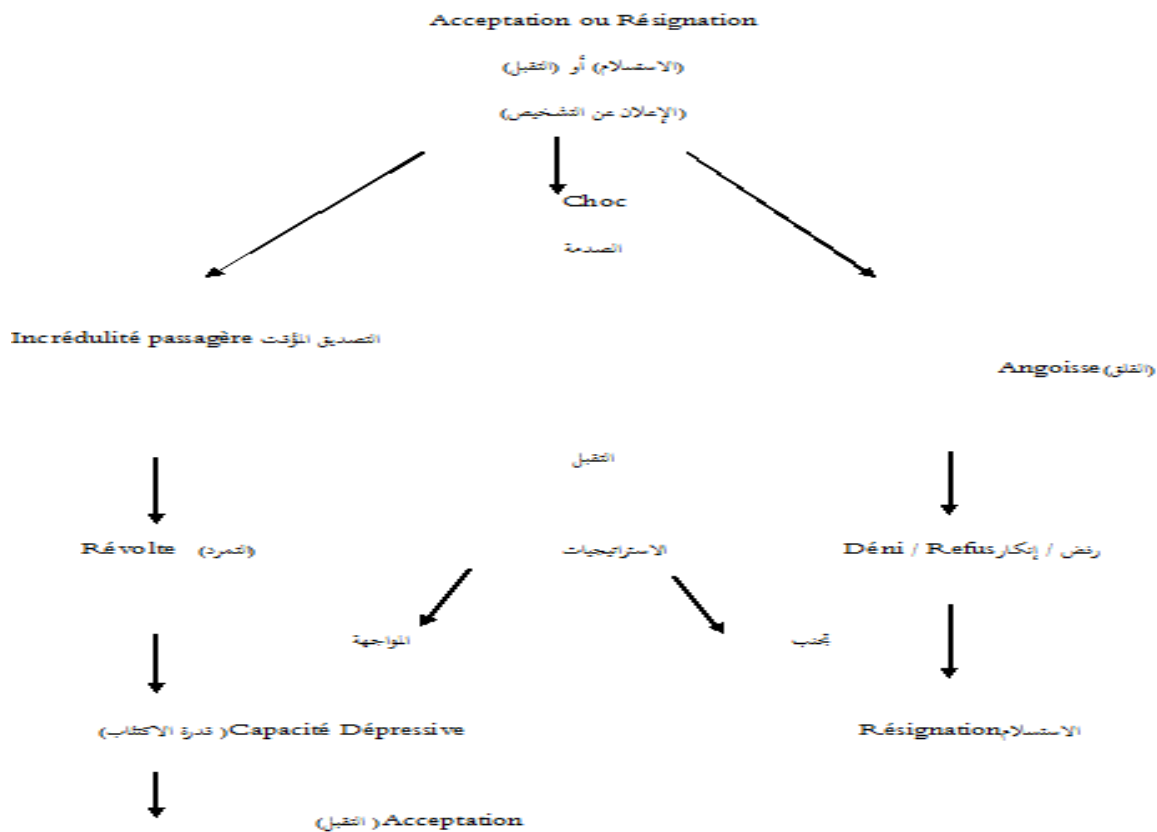
2.10. مرحلة الغضب: في هذه المرحلة يحاول المريض التظاهر بالقوة وان بإمكانه التغلب على المرض أو قد يبدي نوبات غضب، وسلوكيات عدوانية تجاه المحيطين والمعالجين والأطباء.

3.10. مرحلة الاكتئاب: تتميز هذه المرحلة بالانطواء على الذات وتجنب التواصل مع الآخرين، ويبدأ المريض في تقبل جزئي لجسمه كونه مريض، ويحاول التكيف مع وضع صحي جديد.

4.10. مرحلة المساومة: وتعتبر هذه المرحلة أولى خطوات تقبل الواقع والوضع المرضي الجديد، حيث يحاول المريض تحمل مسؤولية المرض والعلاج. لكن يواجه صعوبات مع الالتزام بالحمية وفق مبدأ المساومة المتمثل في (نعم للداء، لا للحمية).

5.10. مرحلة تقبل: قد تبدأ جزئياً أو كلياً، ومرضى السكري لا يستجيبون بنفس الطريقة والدرجة، وإنما يتحكم فيها جملة من العناصر: المرحلة العمرية التي يمر بها المصاب، دور المحيط الأسري، أما الشخص الهستيري فقد يستخدم أسلوب التوقف عن العلاج كمحاولة لجلب انتباه الآخرين. (بوشنة، صالح، 2019)

ولقد وضعت (A.Lacroix) نموذجاً توضح فيه المراحل النفسية التي يسلكها المريض بعد إخطاره بإصابته بمرض السكري.



الشكل رقم (06) المراحل النفسية التي يمر بها مريض السكري وحسب النموذج أعلاه فإن استجابات المريض تسلك طريقين عند التشخيص إما (الاستسلام) أو (التقبل) ولكل طريق منهما له مراحل خاصة بها، تتميز باستجابات مختلفة نلاحظها في تلك المرحلة ، ولكي تسهل عملية تحديد المرحلة التي يمر بها المريض وضعت الباحثة " A.lacroix " الجدول التالي لتوضح المراحل:

الجدول رقم (05) يوضح المراحل النفسية التي يمر بها مريض السكري

المرحلة	سلوك المتبع	المريض	مثال	سلوك المعالج العادي	العجز التهديد.

مرحلة الصدمة في حالة الاستسلام	مفاجئ، قلق	لا يستوعب تماما	إعطاء قدر الإمكان معلومات عن المرض	الإحاطة ومساعدة المريض على المحافظة على توازنه
مرحلة الرفض في حالة الاستسلام	لامبالاة، وعدم إعطاء أهمية لما يقال.	يوجد أمراض أكثر خطورة و حدة.	الاقتناع	خلق جو يسوده الثقة والبحث فيما يجعل المريض مهدهد.
مرحلة المعارضة	عدوانية	أنت السبب في ذلك، هذا سبب علاجك	شعر بأنه مهاجم فيحكم على المريض	يبحث على موضوع المعارضة .
مرحلة المساومة	أكثر تعاون كما يكون متلاعب.	أقبل اقل من أربعة حقن للأنسولين.	إعادة النظر في الموضوع	أخذ وعطاء مع المريض حول الأشياء الثانوية.
مرحلة الاكتئاب في حالة التقبل	حزن	ستعمل حجة مرضي ل... .	قليل الاستماع	تدعيم الاستماع الايجابي.
مرحلة التقبل	هدوء متعاون.	أتعاش معك لكن ليس على حساب مرضي.	إعطاء تشجيعات للمريض.	تدعيم وتوضيح التعليم و الاكتساب الذاتي للمريض.
مرحلة النفي في حالة الاستسلام	سلبي لامبالاة	اسلم أمري للطبيب	تمرد	العمل على تجنب تدهور صحة المريض
مرحلة شبه التقبل	الرفض البدائي للمرض.	ارفض أن أكون معاقا.	العجز التهديد.	العمل على إعادة أو الحفاظ على الجانب الانفعالي للمريض.

(عاشوري، 2019، ص 106)

مرض السكري وجودة الحياة الاسرية.

إن السلامة الصحية ترتبط بمدى رضا الفرد عن جودة حياته العامة و الاسرية خاصة، بالإضافة إلى إرتباطها بالسعادة والتي هي من أهم أسبابها الرئيسة التي تقوي الصلة بين الصحة والرضا، كما تتمثل الصحة حالة من الإيجابية و الرضا، فهي لا تتحقق بصورة آلية وإنما هي نتائج فعلية وملموسة لما يقوم به الفرد خلال محطات حياته كلها ومن خلال المحافظة على المهارات الاجتماعية، والنفسية، والجسدية، وتطويرها.

فقد بينت دراسة الكندري (2009) أن ذوي الاحتياجات الخاصة يميلون إلى السعادة العامة أكثر من الأفراد العاديين الذين يميلون أكثر إلى الرضا عن الصحة ، ويأتي الرضا عن الظروف المعيشية والعلاقات والأنشطة الاجتماعية والعمل في المقدمة عند الأشخاص العاديين .فالصحة العامة الجيدة للفرد تمكنه من بذل الجهد لمواجهة التوتر أو الضغوط اليومية، فالأفراد الذين يعانون من إحدى الإعاقات أو الأمراض المزمنة تعتد إصابتهم من مصادر الضغط التي تحد من نشاطاتهم وتحول دون تحقيق الكثير من أهداف حياتهم وطموحاتهم، بالإضافة إلى عدم إشباع حاجاتهم على الطريقة التي تناسبهم أو بالطريقة التي خططوا لها، لذلك نجد أن نظرية التكيف والتعود تقلل من الشعور بعدم الرضا عن الحياة ولكن لا تلغيه. إن الإصابة بالأمراض المزمنة كمرض السكري وغيره من الأمراض، تؤثر في العديد من نواحي حياة الفرد منها :العقلية المعرفية، والانفعالية، و السلوكية والاجتماعية والمهنية و الاسرية و الدراسية.

تشير بعض الدراسات إلى أنه يتوجب على مرضى السكري أن يتعايشوا مع وضعهم الصحي والأسري والاجتماعي الجديد بالطريقة الملائمة والمناسبة لطبيعة المرض من أجل قدرتهم على الاستمرار في الاستراتيجية الرعاية الذاتية و الأسرية المتعلقة بمرهم و يتمكنوا من الحفاظ على مستوى مقبول من الرضا عن الحياة لديهم.

و يحتاج مرضى السكري إلى الدعم من طرف أسرهم و أصدقائهم و القائمين على المتابعة الطبية و السيكولوجية حول صحتهم، فيقدم لهم المرشد والأخصائي النفسي توجيهات من شأنها أن تساعدهم على تقييم وضعهم النفسي، وتنظيم سلوكياتهم اليومية و يدرّبونهم على مهارات التكيف مع المرض وتقبل الوضع الجديد والتحرر من الضغوط النفس التي يفرضها عليهم بروتوكول التكفل بمرض السكري.و بالتالي تحسنهم من الجانب النفسي ورفع مستوى الرضا عن الحياة لديهم. و الرضا عن حياتهم الاسرية. وأشار ميشيل (Micheal.1998) إلى أن الضغوط اليومية و المتمثلة في مشاكل العمل والضغوط الأسرية، الوضع الاقتصادي السيء ، فإن هذه العوامل التي يتعرض لها مريض السكري تؤثر بشكل سلبي حاد على مستوى السكر في الدم، وكلما زادت هذه الضغوط ا زاد مستوى السكر في الدم.

ويضيف (Richard.1995) أن هناك عوامل أخرى تظهر عند المريض نتيجة عدم تفهم المحيطين لطبيعة مرضه وخبرته مع المرض، بالإضافة إلى خوف المريض من المضاعفات

المستقبلية للمرض وهذه العوامل تزيد من حدة الضغوط التي يتعرض لها مريض السكري وتؤثر عليه سلبا ككثرة الانفعالات، التي تؤدي إلى إفراز هرمون الأدرينالين والنورأدرينالين من الغدة الكظرية وهذا يرفع مستوى السكر في الدم.

ويختلف تأثير الانفعالات تختلف تبعا لاختلاف الضغوط التي يتعرض لها مريض السكري ومدى حدتها وتأثيرها على مستوى السكر في الدم تؤدي إلى ظهور أعراض صحية متفاوتة الخطورة. كسرعة ضربات القلب، وسرعة التنفس وكثرة التعرق كإسباب لمواقف صغيرة جدا لات تتطلب كل هذا المجهود.

كما توصلت دراسات أخرى كذلك إلى أن مرضى السكري يجب أن يبتعدوا عن الانفعالات والضغوطات النفسية سواء في الأسرة أو المدرسة أو مع المحيطين في العمل، وهذا تجنباً لتأثيرات السلبية الناتجة عن التعرض المستمر لضغوطات.

خلاصة:

من خلا ما تطرقنا إليه في هذا الفصل يتضح لنا أن مرض السكري هو من الامراض المزمنة الأكثر خطورة والأكثر انتشار بين جميع الفئات العمرية، فهو يتطلب علاجات معقدة ولمدة طويلة من الزمن، و يؤدي إلى تغيير في العادات والسلوكيات الغذائية و الرياضية و المتعلقة بتنظيم النوم و اليقظة وتنظيم الوزن، بالإضافة إلى تقبل المرض والعلاج، وهذا يلزم المريض على التكيف مع المرض و نمط الحياة الجديدة و العلاقة مع الطبيب والمعالجين، وهذا ما قد يساهم في حصول المريض على التوازن النفسي و الاستقرار الصحي مع المرض ومتطلباته، كما تبين كذلك أن مرض السكر يشكل على الجزائر عبئا اجتماعيا واقتصاديا لا يستهان به إلى جانب النص الحاد في المستوى الثقافي للأفراد ونقص التوعية والتحسيس والقيام بالتربية العلاجية للمرضى وكثرة التراخي في المعالجة وبالأخص رفض المتابعة النفسية والحرص على الوقاية من الاصابة بالمرض، خصوصا في حالة وجود الاستعداد للإصابة به.

الجانب الميداني



الفصل السادس

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد: ✍

أولاً: منهج الدراسة

ثانياً: الدراسة الإستطلاعية.

1. أهداف الدراسة الاستطلاعية.

2. حدود الدراسة الاستطلاعية.

3. أدوات الدراسة الاستطلاعية.

4. عينة الدراسة الاستطلاعية.

5. الخصائص السيكومترية لأدوات القياس.

ثالثاً: الدراسة الأساسية.

1. حدود الدراسة الأساسية.

2. عينة الدراسة الأساسية.

3. أدوات الدراسة الأساسية.

4. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الأساسية.

✍ خلاصة.

تمهيد:

تعتبر الدراسة الميدانية جانب أساسي في إجراء البحث العلمي، فهي تساهم في كمالية الجزء النظري من البحث وتشكل خطوة تالية له، حيث يحتوي الجانب الميداني من هذه الدراسة على تعريف بالمنهج المعتمد وإجراءات الدراسة الاستطلاعية، والتأكد من صدق و ثبات أدوات الدراسة من خلال حساب بعض خصائصها السيكمترية، ثم التطرق إلى إجراءات الدراسة الأساسية، وتتضمن بدورها تعريف بعينتها والإجراءات المنهجية لتطبيقها، وبعدها عرض أهم الأساليب الإحصائية المستخدمة في هذه الدراسة.

1. المنهج المتبع في الدراسة:

يرتبط منهج البحث بمشكلة البحث و فروضه، ولذلك يجب على الباحث أن يحدد المنهج المناسب والذي يجيب على الأسئلة أو يختبر الفروض بأكبر قدر من الفاعلية ولتحقيق ذلك يرجع الباحث إلى المناهج المتعارف عليها و يقتني منها أنسب منهج لبحثه. (أبو علام ص.196)

بما أن الدراسة الحالية تهدف إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة الأسرية المدركة و الكشف عن ووجود المعتقدات الصحية التعويضية العلاقة بينهما لدى عينة من المراهقين المصابين بالسكري بالمستشفيات الخاصة و الحكومية في مدينتي ورقلة و تقرت، فقد اعتمدنا على المنهج الوصفي الارتباطي، فالبحوث الوصفية الارتباطية تصف الظاهرة المراد البحث فيها وصفا كميًا والكشف عن العلاقة بين المتغيرات، لأن الغرض من جمع البيانات هو تحديد الدرجة التي ترتبط بها متغيرات كمية فيما بعضها البعض، ويعبر عن درجة العلاقة بين المتغيرات بمعامل الارتباط، الذي يعني أن درجات متغير ما ترتبط بدرجات متغير آخر. أو تستخدم هذه العلاقة في عمل تنبؤات تتعلق بهذه المتغيرات. (أبو علام ص.196)

2. الدراسة الاستطلاعية: يعتبر إجراء الدراسة الاستطلاعية مرحلة أساسية في البحوث

الميدانية خصوصا، و بالتحديد في حالة ما كان الباحث لا يملك دراية كافية حول مجتمع الدراسة ويجهل خصائصها و مشكلاتها، فتساعد الدراسة الاستطلاعية الباحث في الإحاطة بحيثيات البحث واستطلاع الصعوبات التي قد تكون من شأنها إعاقه سير البحث وتحقيق أهدافه، كما تساهم في قدرة الباحث على التعرف المبدئي بمجتمع بحثه وتسهيل القيام بإجراء الدراسة الأساسية.

وفي الدراسة الحالية قمنا بإجراء عدة خطوات من أجل تطبيق هذه الدراسة حيث تمثلت الخطوات فيما يلي:

. الاطلاع على العديد من الدراسات السابقة والأطر النظرية التي تناولت متغيرات الدراسة (جودة الحياة الأسرية، المعتقدات الصحية التعويضية مرحلة المراهقة. مرض السكري) ثم تحديد المقاييس المناسبة لإجراء الدراسة وترجمتها وعرضها على المحكمين.
 . الحصول على تسهيلات من قسم علم النفس بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة ورقلة بغرض زيارة المؤسسات الصحية المستهدفة في دراستنا.
 . قمنا بزيارة مستشفى محمد بوضياف بمدينة ورقلة على مستوى مصلحة طب الأطفال، بالإضافة إلى بيت مرضى السكري بمدينة ورقلة كذلك. و بعض العيادات الخاصة بمدينة تقرت.

. قمنا بلقاءات متعددة حيث تعرفنا على رؤساء المصالحة المذكورة وبعض أعضاء الفريق الطبي كما عرفناهم بأنفسنا وبالهدف من زيارتنا للمصلحة، كما تم الاتفاق على مخطط سير إنجاز الدراسة من أجل ضمان السير الحسن لمهامهم الطبية وتحقيق هدفنا البحثي. وتوفير الجو الحسن والمنظم لمرتادي المصلحة. ونظرا لعدم استقرار تواجد المرضى في المؤسستين، ألزمتنا تكرار عملية التعارف مع الحالات في كل مرة، والتعريف بدورنا والهدف من العمل معهم. كما قمنا بتطبيق أدوات الدراسة على عينة الدراسة الاستطلاعية بهدف التحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات.

1.2. أهداف الدراسة الاستطلاعية: وقد هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى تحقيق ما يلي:

. التعرف على مجتمع الدراسة وخصائصه وتكوين علاقة بحثية معه واستطلاع مدى تقبلهم لتعاون معنا، حيث يتم توضيح فكرة عن أدوات الدراسة و التعرف على المعوقات التي يمكن أن تواجهنا أثناء إجراء الدراسة الأساسية.
 . التحقق من درجة وضوح عبارات المقاييس ملائمتها لمستوى أفراد العينة من فهمها لها ومعرفة مدى قدرتها على القياس.
 . تقدير الوقت الكافي لإجراء الدراسة الأساسية.
 . تحديد العوامل المعيقة لإجراءات تطبيق أدوات الدراسة وإعادة تعديلها.

. إحاطة الباحثة بموضوع البحث وتطبيق المقاييس الخاصة بمتغيرات الدراسة وترجمتها والتحقق من الخصائص السيكومترية لها قبل استخدامها وتطبيقها في الدراسة الأساسية. . استكشاف الصعوبات التي يمكن أن تصادف الدراسة الاستطلاعية و بالتالي العمل على ضبطها و تجاوزها أثناء تطبيق الدراسة الأساسية. . تحديد الأساليب الإحصائية و التدريب على استخدامها.

2.2. عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت العينة الفعلية لدراسة الاستطلاعية من (30) مراهقا ومراهقة مصابين بالسكري من العيادات الخاصة في مدينة تقرت ومصحة بيت السكري بمستشفى محمد بوضياف في ورقلة ومصحة طب الأطفال، خلال سنة 2021. وقد تم اختيارهم بالطريقة القصدية.

2.3. وصف أدوات الدراسة:

لإجراء أي دراسة لا بد من استخدام أدوات دراسة وهذا نظرا لأهميتها ودورها في مساعدة الباحث في جمع البيانات الخاصة وتصنيفها وتحليلها كميًا و كفيًا. وهذا لغرض إثبات صحة الفرضيات أو نفيها والمتعلقة بالمشكلة المطروحة. وبناءا على هذا المنطلق جاءت الدراسة الحالية تتضمن مقياسين وهما :

- مقياس جودة الحياة الأسرية لمعدتيه (سميرة شند وأماني عبد المقصود، 2010)
- مقياس المعتقدات الصحية التعويضية لـ (كنوبر، 2004) والمترجم من الباحثة.

2.3.1. مقياس جودة الحياة الأسرية (سميرة شند و عبد المقصود، 2010)

2.3.1.1. هدف المقياس: لاحظت الباحثتان (سميرة شند وأماني عبد المقصود) أن

جودة الحياة الأسرية كمفهوم استخدم في البحوث الأجنبية وطبق على أسر لديها طفل معاق كدراسات (Tumbull,A.,et al.,2004;Summers,et al.,2005;Brown,et al.,2006;Pston,et al.;2007;Shek,et al.;2006;Brown & Brown,2006;Shek,et al.;2007;Pston,et al.;2008)

أو مريض بمرض عضوي كالسرطان كدراسة (Walton-Moss,et al.,2006;Lev,E.,et al.;2005;al.)، في حين وجدت ندرة في البحوث التي استخدمت هذا المفهوم مع أسر طبيعية أو عادية، وترى الباحثتان أن مفهوم جودة الحياة الأسرية يجب أن يستخدم مع الأسر بصفة عامة ثم الأسر ذات الطبيعة الخاصة كالأسر التي لديهم طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة.(عبد المقصود، شند 2010ص498)

قامت الباحثتان بإعداد هذا المقياس بعد أن تبين لهما الحاجة الملحة لوجود أداة تقيس جودة الحياة الأسرية. حيث يهدف هذا المقياس إلى تقديم الدعم و المساندة للقائمين على رعاية المراهقين وتشجيع جودة الرعاية لكل الأسر.

2.1.3.2. وصف المقياس

يتكون المقياس من (36) فقرة، ويتضمن (04) أبعاد وهي:

بعد التفاعل الأسري **Family interaction**: يضم (09) فقرات، من (01) إلى (09).

بعد الوالدية **Parenting**: يضم (09) فقرات، من (10) إلى (18).

بعد السعادة الانفعالية **Emotional well-being**: يضم (09) فقرات، من (19) إلى (27).

بعد المقدرة المادية/ السلامة الصحية **Physical/material well-being**: يضم (09) فقرات، من (28) إلى (36).

الجدول رقم (06) يوضح عدد الفقرات لكل بعد في مقياس جودة الحياة الاسرية

الرقم	الأبعاد	رقم البنود	عدد البنود
1	بعد التفاعل الأسري	1-2-3-4-5-6-7-8-9	09
2	بعد الوالدية	10-11-12-13-14-15-16-17-18	09
3	بعد السعادة الانفعالية	19-20-21-22-23-24-25-26-27	09
4	بعد القدرة المادية والسلامة الصحية	28-29-30-31-32-33-34-35-36	09
إجمالي الفقرات		36	

كما أن المقياس يتكون من عبارات إيجابية و عبارات سلبية والجدول الآتي يوضح ذلك

الجدول رقم (07) يوضح الفقرات الايجابية والسلبية لمقياس جودة الحياة الاسرية

الفقرات	مقياس جودة الحياة الأسرية	الفقرات
33	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35	الفقرات الإيجابية
03	18-27-36	الفقرات السلبية
36		مجموع الفقرات

3.1.3.2. تصحيح المقياس:

***الفقرات الموجبة:** تتم تنقيط الاستجابة بصورة ثلاثية للبنود الموجبة بالترتيب التالي (نعم، نوعا ما، لا) وزعت عليها بالمقابل الدرجات على الترتيب (3-2-1) وهي مرتبة كما يلي:

الإجابة بـ "نعم": إذا كانت العبارة تنطبق على المفحوص وتعطى له ثلاث درجات.

الإجابة بـ "نوعا ما": إذا كانت العبارة تنطبق بعض الشيء على المفحوص تعطى له درجتان.

الإجابة بـ "لا": إذا كانت العبارة لا تنطبق على المفحوص وتعطى له درجة واحدة.

***الفقرات السالبة:** يتم تنقيط الاستجابة بصورة ثلاثية للبنود السالبة كالتالي (لا، نوعا ما، نعم) وزعت عليها بالمقابل الدرجات على الترتيب (3-2-1) وهي مرتبة كما يلي:

الإجابة بـ "نعم": إذا كانت العبارة تنطبق على المفحوص وتعطى له درجة واحدة.

الإجابة بـ "نوعا ما": إذا كانت العبارة تنطبق بعض الشيء على المفحوص وتعطى درجتان.

الإجابة بـ "لا": إذا كانت العبارة لا تنطبق على المفحوص وتعطى له ثلاث درجات.

وعليه فإن: أعلى درجة (108) تمثل مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية (المرتفع)، أما أدنى درجة (36) تمثل مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية (المنخفض).

جدول رقم (08) يوضح مفتاح تصحيح مقياس جودة الحياة الأسرية

الدرجة	بدائل الفقرات السالبة	الدرجة	بدائل الفقرات الإيجابية
01	نعم	03	نعم
02	نوعا ما	02	نوعا ما
03	لا	01	لا

2.3.2. مقياس المعتقدات الصحية التعويضية:

1.2.3.2. مبررات ترجمة المقياس:

قمنا بترجمة مقياس المعتقدات الصحية التعويضية وهذا بسبب بعض المبررات وهي:

- عدم تمكن الباحثة من الحصول على مقياس المعتقدات الصحية التعويضية ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية البالغة العربية.
- اختلاف بعض الدراسات التي أعدت مقياس المعتقدات الصحية التعويضية في المعتقدات المراد دراستها منها المتعلقة بالسلوك الغذائي و المحافظة على الوزن.
- اختلاف بعض الدراسات التي أعدت مقياس المعتقدات الصحية التعويضية في أبعاده و أهداف الدراسة.

2.2.3.2. خطوات ترجمة المقياس:

قمنا بترجمة هذه الأداة إلى اللغة العربية بالاعتماد على الخطوات التالية:

الخطوة الأولى: قمنا في هذه المرحلة بترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية بالاعتماد على رصيدنا في اللغة الإنجليزية و القواميس الورقية والالكترونية.

الخطوة الثانية: عرضنا النسخة المترجمة الأولية من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية على أستاذة متقنين للغة الانجليزية.

الخطوة الثالثة: في هذه المرحلة قمنا بالمقارنة بين النسخة الأصلية باللغة الانجليزية مع النسخة المترجمة و المصححة باللغة العربية و التركيز على العبارات ذات المعاني المتعددة بعد ترجمتها للغة العربية، وتعديلها بحسب سياق الجملة.

الخطوة الرابعة: قمنا في هذه المرحلة بعرض المقياس على أساتذة مختصين في علم النفس بهدف إبداء ملاحظاتهم المتعلقة بالتعديل أو التغيير للعبارات. ومدى ملائمتها وصلاحيتها، وهذا بالنظر إلى أن مقياس المعتقدات الصحية التعويضية يتضمن معايير ثقافية واجتماعية، وعليه تم تصحيح بعض العبارات.

الخطوة الخامسة: بعد جمع استمارات تصحيح الترجمة من طرف الأساتذة قمنا بدراسة ملاحظاتهم واقتراحاتهم، ثم أجرينا التعديلات في ضوء توصياتهم مثل: تعديل بعض العبارات لتصبح أكثر ملائمة مع الخصائص الثقافية للمجتمع الدراسة، وتصحيح بعض أخطاء الصياغة اللغوية.

الخطوة السادسة: تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية للتأكد من وضوح التعليمات و البنود والقيام بعملية حساب الخصائص السيكومترية.

3.2.3.2. هدف المقياس:

صمم كنوبر Knauper و زملائه سنة (2004) مقياس المعتقدات الصحية التعويضية Compensatory Health Beliefs Scale (CHBs) والذي يسمح بتقييم درجة المعتقدات الصحية التعويضية التي يتبناها الأشخاص من أجل إعطاء تبريرات لسلوكياتهم الغير صحية.

4.2.3.2. وصف المقياس:

يتكون مقياس المعتقدات الصحية التعويضية من (17) فقرة موزعة على (4) أبعاد أساسية ولنبيين توزيع فقرات المقياس على النحو التالي:

- بعد استعمال المادة: يضم (06) فقرات وهي (17.16.13.9.5.3)
- بعد عادات الأكل والنوم: يضم (04) فقرات وهي (14.10.8.4)
- بعد الإجهاد: يضم (04) فقرات وهي (15.11.7.1)
- بعد تنظيم الوزن: يضم (03) فقرات وهي (12.6.2)

جدول رقم (09) يوضح أبعاد وفقرات مقياس المعتقدات الصحية التعويضية

الأبعاد	الفقرات
البعد الاول	استعمال المادة
البعد الثاني	عادات الأكل و النوم
البعد الثالث	الإجهاد
البعد الرابع	تنظيم الوزن
	يتضمن البنود 17,16,13,9,5,3
	يتضمن البنود 14,10,8,4
	يتضمن البنود 15,11,7,1
	يتضمن البنود 12,6,2

5.2.3.2. تصحيح المقياس:

تتقط الاستجابة على مقياس المعتقدات الصحية التعويضية حسب سلم (Likert) الخماسي حيث يتم الإجابة على الفقرات من خلال بدائل الأيجابية كالتالي (لا أوافق كلياً، لا أوافق نوعاً ما، لا أوافق ولا أرفض، أوافق نوعاً ما، أوافق كلياً) وزعت عليها بالمقابل الدرجات على الترتيب (1-2-3-4-5) في اتجاه واحد (إيجابي) وهي مرتبة كما يلي:

- الإجابة بـ "لا أوافق كلياً": إذا كانت العبارة لا تنطبق كلياً على المفحوص تعطى له درجة واحدة.
- الإجابة بـ "لا أوافق نوعاً ما": إذا كانت العبارة لا تنطبق نوعاً ما على المفحوص تعطى له درجتان.
- الإجابة بـ "لا أوافق ولا أرفض": إذا كانت العبارة لا توجد أي إجابة من المفحوص وتعطى له 3 درجات.
- الإجابة بـ "أوافق نوعاً ما": إذا كانت العبارة تنطبق نوعاً ما على المفحوص تعطى له 4 درجات.
- الإجابة بـ "أوافق كلياً": إذا كانت العبارة تنطبق كلياً على المفحوص وتعطى 5 درجات.

بهذا يمكن الحصول على الدرجة الكلية لكل مفحوص على مقياس المعتقدات الصحية التعويضية، حيث تتراوح الدرجات ما بين (17-85) درجة، ونجد أن أقل درجة تساوي (17) أي (1X17) وأعلى درجة تساوي (85) أي (5X17) وقد قسم المقياس إلى مستويين حسب درجاته المرتبطة بعدد فقراته، فإذا تحصل الفرد على الدرجة ما بين (17-59) دل على أن الفرد لا يحمل معتقدات صحية تعويضية أي أن تجنبه لمثل هذه المعتقدات تساعده على

الارتقاء بصحته من خلال ممارسته لسلوكيات صحية إيجابية، أما إذا تحصل الفرد على الدرجة ما بين (60-85) فإن الفرد يحمل معتقدات صحية تعويضية، أي أن المعتقدات التي يعتمد عليها في العناية بصحته تضره أكثر مما تنفعه.

جدول رقم (10) بدائل الإجابة الخاصة بمقياس المعتقدات الصحية التعويضية

الدرجة	البدائل
1	لا أوافق تماما
2	لا أوافق نوعا ما
3	لا أوافق ولا أرفض
4	أوافق نوعا ما
5	أوافق كليا

3. بعض الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة:

بهدف التحقق من مدى قابلية أدوات الدراسة للتطبيق في الدراسة الأساسية، قمنا بحساب بعض الخصائص السيكومترية من صدق وثبات.

1.3. بعض الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة الأسرية:

1.1.3. الصدق: Validity يعرف كل من أنن وين (Allen & Yen 1979) الصدق بأنه " قدرة الاختبار على أن يقيس ما وضع لقياسه". كما يعرف مهنرز و ولهمان (Mehrens) الصدق بأنه " الدرجة التي يتمتع بها الاختبار في تحقيق أهداف محددة، ويؤكدان على أهداف عامة وهي: (1) التنبؤ في أمور ذات علاقة بالمفحوص. (2) وصف المفحوص من جانب أو مجموعة من الجوانب. (عبد الرحمان بن سليمان الطيريري، 2014، ص. 219)

1.1.1.3. صدق المقياس في النسخة الأصلية: تمتع المقياس في صورته الأصلية بمعامل صدق مرتفع حيث تم إتباع عدة إجراءات للتحقق من صدق المقياس وهي: الصدق المنطقي والصدق الظاهري وصدق البناء أو التكوين. وقد تم حساب الاتساق الداخلي على ثلاث مستويات: الأول يتمثل في حساب معاملات الاتساق الداخلي بين درجة كل عبارة من العبارات المتضمنة في المقياس والدرجة الكلية للمقياس، والثاني: يتمثل في حساب معاملات الاتساق الداخلي بين درجة كل عبارة من العبارات المتضمنة في الأبعاد الرئيسية الأربع

والدرجة الكلية للبعد، أما المستوى الثالث فيتمثل في: حساب معاملات الاتساق الداخلي بين درجة كل بعد من الأبعاد الرئيسية الأربع والدرجة الكلية للمقياس ككل، وقد جاءت جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى 0.01 مما يشير إلى صدق الاتساق الداخلي سواء بالنسبة للعبارة المتضمنة في الأبعاد أو بالنسبة للأبعاد المتضمنة في المقياس ككل، وهي معاملات ارتباطية مرتفعة تكفي للثقة في المقياس. (العمرى، 2020، ص.22)

2.1.1.3. صدق الاتساق الداخلي:

قمنا بالتحقق من صدق الاتساق الداخلي بحساب معامل ارتباط بيرسون بين كل فقرة من فقرات الأداة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، والنتائج موضحة في الجدول الآتي:

جدول رقم (11) معاملات ارتباط فقرات بعد التفاعل الأسري مع الدرجة الكلية للبعد

فقرات البعد الأول	الفقرات	معامل الارتباط بيرسون	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
بعد التفاعل الأسري	01	0.789**	0.000	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	03	0.702**	0.000	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	04	0.631**	0.000	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	05	0.414*	0.023	دالة عند مستوى الدلالة (0.05)
	06	0.649*	0.000	دالة عند مستوى الدلالة (0.05)
	08	0.432*	0.017	دالة عند مستوى الدلالة (0.05)

// غير دالة

* دالة عند مستوى الدلالة (0.05)

** دالة عند مستوى الدلالة (0.01)

نلاحظ من خلال الجدول رقم (11) أن قيمة معاملات الارتباط بيرسون بين فقرات البعد

الأول والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه تتراوح ما بين (0.352-0.789) وهي:

الفقرات (4.3.1): قيمة معاملات الارتباط تتراوح ما بين (0.631-0.789) وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01

الفقرات (8.6.5): قيمة معاملات الارتباط تتراوح ما بين (0.414-0.649) وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.05

الفقرات (9.7.2): قيمة معاملات الارتباط تتراوح ما بين (-0.019-0.352) وهي غير دالة

جدول رقم (12) يوضح معاملات ارتباط فقرات بعد الوالدية مع الدرجة الكلية للبعد

فقرات البعد الأول	الفقرات	معامل الارتباط بيرسون	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
بعد الوالدية	10	0.580**	0.001	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	12	0.483**	0.007	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)

دالة عند مستوى الدلالة (0.01)	0.000	0.731**	13
دالة عند مستوى الدلالة (0.05)	0.019	0.427*	14
دالة عند مستوى الدلالة (0.01)	0.000	0.814**	15
دالة عند مستوى الدلالة (0.01)	0.000	0.710**	16
دالة عند مستوى الدلالة (0.05)	0.028	0.400*	17

** دالة عند مستوى الدلالة (0.01) * دالة عند مستوى الدلالة (0.05) // غير دالة

نلاحظ من خلال الجدول رقم (12) أن قيمة معاملات الارتباط بيرسون بين فقرات البعد الثاني والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه تتراوح ما بين (0.143-0.814) وقد كانت موزعة على الفقرات كالتالي:

الفقرات(10.12.13.15.16): قيمة معاملات الارتباط تتراوح ما بين(0.483-0.814) وهي دالة عند 0.01

الفقرات(14.17): قيمة معامل الارتباط تتراوح ما بين(0.400-0.427)وهي دالة عند 0.05

الفقرات رقم(11.18): قيمة معامل الارتباط تتراوح ما بين (0.143-0.269) وهي غير دالة
جدول رقم (13) يوضح معاملات ارتباط فقرات بعد السعادة الانفعالية مع الدرجة الكلية للبعد

فقرات البعد الثالث	الفقرات	معامل الارتباط بيرسون	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
	20	0.655**	0.000	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	22	0.616**	0.000	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	23	0.521**	0.003	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	24	0.687**	0.000	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	25	0.470**	0.009	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	26	0.515**	0.004	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	27	0.384*	0.036	دالة عند مستوى الدلالة (0.05)

** دالة عند مستوى الدلالة (0.01) * دالة عند مستوى الدلالة (0.05) // غير دالة

نلاحظ من خلال الجدول أن رقم (13) أن قيمة معاملات الارتباط بيرسون بين فقرات البعد الثالث والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه تتراوح ما بين (0.189-0.687) وقد كانت موزعة على الفقرات كالتالي:

الفقرات رقم (20.22.23.24.25.26): قيمة معاملاتها الارتباطية تتراوح ما بين (0.470-0.687) وهي دالة عند 0.01

الفقرة رقم (27): قيمة معامل الارتباط تساوي (0.384) وهي دالة عند 0.05

الفقرات رقم (19.21): قيمة معاملات الارتباط تتراوح ما بين (0.189-0.355) وهي غير دالة

جدول رقم (14) يوضح معاملات ارتباط فقرات بعد المقدرة المادية والسلامة الصحية مع الدرجة الكلية للبعد

فقرات البعد الرابع	الفقرات	معامل الارتباط بيرسون	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
بعد المقدرة	28	0.765**	0.000	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
المادية والسلامة	29	0.706**	0.000	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
الصحية	30	0.660**	0.000	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	31	0.369*	0.044	دالة عند مستوى الدلالة (0.05)
	33	0.380*	0.038	دالة عند مستوى الدلالة (0.05)
	34	0.627**	0.000	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)
	35	0.519**	0.003	دالة عند مستوى الدلالة (0.01)

// غير دالة

* دالة عند مستوى الدلالة (0.05)

** دالة عند مستوى الدلالة (0.01)

نلاحظ من خلال الجدول رقم (14) أن قيمة معاملات الارتباط بيرسون بين فقرات البعد الرابع والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه تتراوح ما بين (0.316-0.765) وقد كانت موزعة على الفقرات كالتالي:

الفقرات (28.29.30.34.35): قيمة معاملاتها الارتباطية تتراوح ما بين (0.519-0.765) وهي دالة عند 0.01.

الفقرات (31.33): قيمة معامل الارتباط تتراوح ما بين (0.369-0.380) وهي دالة عند 0.05.

الفقرات رقم (32.36): قيمة معاملات الارتباط تتراوح ما بين (0.00-0.316) وهي غير دالة

3.1.1.3. الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية): لمقياس جودة الحياة الأسرية:

يتم استخدام صدق المقارنة الطرفية من خلال الترتيب التنازلي لدرجات عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة الأسرية، وأخذ (27%) من درجات المقياس الأعلى، و (27%) من درجات المقياس الأدنى، ثم حساب الدلالة الإحصائية للفرق بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات على المقياس.

جدول رقم (15) يوضح صدق المقارنة الطرفية لفقرات مقياس جودة الحياة الأسرية

الدلالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية	قيمة "ت" المحسوبة	الفئة الدنيا ن= (08)		الفئة العليا ن= (08)		
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
دالة	0.033	-2,646	0.535	2.50	0.000	3.00	01
دالة	0.000	-9,000	0,354	1,88	0,000	3,00	03
دالة	0.002	-5,000	0,707	1,75	0,000	3,00	04
دالة	0.049	-2,376	0,744	2,38	0,000	3,00	05
دالة	0.006	-3,862	0,641	2,13	0,000	3,00	06
دالة	0.049	-2,376	0,744	2,38	0,000	3,00	07
دالة	0.033	-2,646	0,535	2,50	0,000	3,00	08
دالة	0.000	-9,000	0,354	1,88	0,000	3,00	10
دالة	0.001	-5,292	0,535	2,00	0,000	3,00	11
دالة	0.049	-2,376	0,744	2,38	0,000	3,00	12
دالة	0.000	-7,937	0,535	1,50	0,000	3,00	13
دالة	0.000	-7,937	0,535	1,50	0,000	3,00	15
دالة	0.002	-5,000	0,707	1,75	0,000	3,00	16
/ /	/ /	/ /	0,000 ^a	1,00	,000 ^a	3,00	17
دالة	0.018	-3,055	0,926	2,00	0,000	3,00	18
دالة	0.000	-7,638	0,463	1,75	0,000	3,00	19
دالة	0.000	-10,693	0,463	1,25	0,000	3,00	20
دالة	0.000	-7,000	0,354	2,13	0,000	3,00	21
دالة	0.000	-7,937	0,535	1,50	0,000	3,00	22
دالة	0.033	-2,646	0,535	2,50	0,000	3,00	23
دالة	0.000	-7,638	0,463	1,75	0,000	3,00	24
دالة	0.080	-2,049	0,518	2,63	0,000	3,00	27
دالة	0.033	-2,646	0,535	2,50	0,000	3,00	28
دالة	0.000	-9,000	0,354	1,88	0,000	3,00	29
/ /	/ /	/ /	0,000 ^a	1,00	,000 ^a	3,00	30

/ /	/ /	/ /	0,000 ^a	3,00	,000 ^a	3,00	32
دالة	0.006	-3,862	0,641	2,13	0,000	3,00	33
/ /	/ /	/ /	0,000 ^a	2,00	,000 ^a	3,00	34
/ /	/ /	/ /	0,000 ^a	2,00	,000 ^a	3,00	35
دالة	0.001	-5,851	15,712	75,50	0.000	108,00	المجموع

تبين من خلال الجدول رقم (15) أن مجموع الأفراد في العينة العليا والدنيا قد بلغ (8) أفراد عند الأخذ منها بنسبة 27% من مجموع أفراد العينة. وأن قيم المتوسط الحسابي لمعظم الفقرات في الفئة العليا قدر بـ (3.00) بانحراف معياري قيمته (0.000) وأن قيمة المتوسط الحسابي للفئة الدنيا تراوح ما بين (-2.63 - 1.00) بانحراف معياري تراوحت قيمتها ما بين (0.926-0.000) وبحساب قيمة "ت" المحسوبة لفقرات مقياس جودة الحياة الأسرية نجدها تراوحت ما بين ("1,426"-10,693") عند قيم احتمالية تتراوح ما بين (Sig=0.049/Sig=0.000) وهي أقل من (0.05) وبالتالي فهي قيم دالة ، فيما عدا الفقرات رقم (2.14.9.2.25.26.31.36) كانت قيمتها الاحتمالية تتراوح ما بين (Sig=0.080/Sig=0.197) وهي أكبر من (0.05) وبالتالي فهي قيم غير دالة، بينما جاءت الفقرات (17.30.32.34.35) بقيمة الانحراف المعياري في الفئة العليا والفئة الدنيا تساوي الصفر وذلك لأن جميع القيم متساوية، وفي هذه الحالة لا توجد فروق أو انحرافات بينهما وبين المتوسط الحسابي وبالتالي لا يوجد أي تشتت بين القيم، و بالتالي فإن قيمة الانحراف المعياري في حالة تساوي جميع القيم تساوي الصفر، وقد قدر المتوسط الحسابي للفئة العليا للمقياس ككل (108,00) بانحراف معياري قدره (0.000) وقيمة المتوسط الحسابي للفئة الدنيا قدر بـ (75,50) بانحراف معياري قدره (15,712) وجاءت قيمة "ت" بـ (-5,851) عند قيم احتمالية (Sig=0.001) وهي أقل من (0.05) وبالتالي فهي قيمة دالة. ما يدل على وجود فروق دالة بين مجموعة أفراد العينة العليا والعينة الدنيا، بمعنى أن المقياس لديه قدرة تمييزية في السمة المراد قياسها، ويمكن القول أن مقياس جودة الحياة الأسرية يتمتع بصدق مقبول. كما تم حذف الفقرة رقم (14) لأنها جاءت غير دالة.

2.1.3. ثبات مقياس جودة الحياة الأسرية:

1.2.1.3. الثبات: Reliability ويعرف الثبات بمدى الوثوق بالدرجات التي نحصل عليها من تطبيق الاختبار بمعنى أن هذه الدرجات أو النتائج يجب ألا تتأثر بالعوامل التي تعود

إلى أخطاء الصدفة، فهو يعنى مدى دقة الاختبار أو اتساقه، فإذا حصل نفس الفرد من العينة على نفس الدرجة أو ما يقرب منها في نفس الاختبار أو في مجموعات من الأسئلة المتكافئة أو المتماثلة في مناسبات مختلفة، فإننا نصف المقياس في هذه الحالة بأنه على درجة عالية من الثبات. (أبو هاشم حسن، 2006)

1.1.2.1.3. ثبات المقياس في النسخة الأصلية: وتمتع المقياس في صورته الأصلية بمعامل ثبات مرتفع حيث تم حساب الثبات بطريقتين وهما (طريقة إعادة التطبيق وطريقة ألفاكرونباخ) وبلغ معامل الثبات بالنسبة للمقياس ككل (0.836). (العمرى، 2020)

2.1.2.1.3. الثبات بطريقة التجزئة النصفية: وتعتمد هذه الطريقة على تجزئة المقياس المطلوب تحديد معامل ثباته إلى نصفين متكافئين وذلك بعد تطبيقه على مجموعة واحدة، وفي هذه الطريقة يطبق المقياس مرة واحدة فقط ثم تقسم درجات العينة إلى نصفين متكافئين تماماً من حيث العدد، ومستوى السهولة، والصعوبة، ولكي يتحقق ذلك فإنه يجب أن يقسم الاختبار إلى قسمين، بحيث يحتوى نصفه الأول على الفقرات ذات الترتيب الفردي، والقسم الثاني يحتوى على الفقرات ذات الترتيب الزوجي. وهذا يعنى أن المقياس يعطى بكامله في جلسة واحدة وفي زمن واحدة، إلا أنه بعد التطبيق نحصل على درجتان مختلفتان، واحدة من تصحيح الفقرات ذات الأرقام الفردية، والأخرى من تصحيح الفقرات ذات الأرقام الزوجية، ومعامل الارتباط بين الدرجتين يعطينا مقياساً للدقة التي يقيسها المقياس. ويجب علينا ملاحظة أن الارتباط المحسوب هو بين نصفى طول المقياس. وهذه القيمة لا تنطبق مباشرة على المقياس بكامله وهو أداة القياس الفعلية، وعليه يتعين علينا تعديل هذا المعامل الناتج أو تصحيحه حتى نحصل على معامل ثبات المقياس ككل. من خلال معاملات ارتباط متعددة منها معادلة (سبيرمان Spearman). وفيها يتم التعويض بمعامل الارتباط بين نصفى الاختبار لنحصل على معامل ثبات المقياس ككل، أو معامل (جتمان Guttman) حيث يتم في هذه المعادلة حساب تباين درجات النصف الأول، وتباين درجات النصف الثاني، وتباين درجات الاختبار ككل، أي أنها تضع في الاعتبار احتمال اختلاف تباين درجات النصف الأول للاختبار عن تباين درجات النصف الثاني. (أبو هاشم حسن، 2006)

جدول (16) يوضح معاملات ثبات مقياس جودة الحياة الأسرية بطريقة التجزئة النصفية

المؤشرات الإحصائية

تصحيح بمعادلة سبيرمان براون	معامل الارتباط قبل التصحيح	الأفراد	الفقرات الزوجية	مقياس جودة الحياة الأسرية
0.840	0.724	30	الفقرات الفردية	

يتبين لنا من خلال الجدول رقم (16) أن معامل الارتباط قبل التصحيح بين نصفي المقياس يمثل (0.724) وتم تصحيح معامل الارتباط من خلال معامل الارتباط سبيرمان- براون وتبين أنه يساوي (0.840) وهذه القيمة تبين أن معامل ثبات المقياس قوي جدا.

3.1.2.1.3. ثبات معامل ألفا-كرونباخ Alpha-cronbach:

قمنا بحساب معامل الثبات ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس، والجدول رقم (16) يوضح قيم ثبات ألفا كرونباخ المتحصل عليها.

الجدول رقم (17) يوضح قيم معاملات ألفا- كرونباخ لأبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية

أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
بعد التفاعل الأسري	09	0.596
بعد الوالدية	09	0.643
بعد السعادة الانفعالية	09	0.592
بعد المقدرة المادية و السلامة الصحية	09	0.619
قيمة الثبات الكلية للمقياس	36	0.845

يتضح من الجدول رقم (17) أن قيم معامل ثبات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية قد قدرت كما يلي: (0.596) لبعد التفاعل الأسري، و(0.643) لبعد الوالدية و(0.592) لبعد السعادة الانفعالية و(0.619) لبعد المقدرة المادية والسلامة الصحية. وقدرت قيمة معامل ثبات ألفا كرونباخ للمقياس ككل بـ (0.845) وهو ما يبين أن مقياس جودة الحياة الأسرية يتمتع بثبات قوي جدا. وبعد التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة الأسرية و الذي تكون من (36) فقرة و بناءً على النتائج المتحصل عليها نعتبر المقياس صالح للتطبيق في الدراسة الأساسية.

2.3. بعض الخصائص السيكومترية لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية:

لغرض التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس المعتقدات الصحية التعويضية فقد قامت الباحثة بالإجراءات الآتية:

1.2.3. صدق مقياس المعتقدات الصحية التعويضية المترجم الى اللغة العربية في الدراسة الحالية: تم تطبيق مقياس المعتقدات الصحية التعويضية على عينة مكونة من (30) مراهقا مصابين بداء السكري في مصلحة بيت السكري بمدينة ورقلة و بعض العيادات الخاصة.

1.1.2.3. صدق الترجمة Translation Validity:

تمت ترجمة مقياس المعتقدات الصحية التعويضية المعد من طرف كنوبر "Knauper" و زملائه سنة (2004) وفق الخطوات التالية:

. قامت الباحثة بترجمة المقياس من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية.

. قدم المقياس لأستاذة في تخصص علم النفس وذات خبرة في اللغة الانجليزية بهدف ترجمته والتأكد من ترجمة الباحثة.

. تم الاطلاع على ترجمة الأستاذة في علم النفس و تصحيح ترجمتنا بناء على ملاحظاته.

. قمنا بعرض المقياس بنسخته الانجليزية وكذلك اللغة العربية على أستاذة في تخصص علم النفس و ذوي خبرة في اللغة الانجليزية وهذا بغرض التحقق من صحة الترجمة.

. قمنا بعرض المقياس باللغة العربية على أستاذة في تخصص اللغة الانجليزية بهدف الحصول على الترجمة بطريقة عكسية للمقياس (من اللغة العربية إلى اللغة الانجليزية)

. عرضنا كل من النسخة الأصلية للمقياس باللغة الانجليزية الترجمة العكسية له على أستاذة في تخصص اللغة الانجليزية بغرض التحقق من مدى التطابق بين النسختين حيث اعتمدنا على نسبة (70%) فما فوق في تطابق الترجمة الصحيحة.

. في الأخير قمنا بعرض الصورة النهائية المترجمة للغة العربية للمقياس على بعض أساتذة اللغة العربية بهدف إفادتنا بالتدقيق اللغوي للمقياس والتأكد من سلامته من الأخطاء النحوية.

. قمنا بتعديل بعض فقرات المقياس حسب الملاحظات الواردة والتوجيهات من طرف الأساتذة المحكمين، كما تم الاحتفاظ ببعض الفقرات بترجمتها الأولى، ونستعرض في الجدول التالي لتوضيح الفقرات التي تم تعديلها بعد مراحل التحكيم.

الجدول رقم (18) الفقرات المعدلة في مقياس المعتقدات الصحية التعويضية

الرقم	قبل تعديل الترجمة	بعد تعديل الترجمة
01	الاسترخاء في عطلة نهاية الأسبوع يمكن أن يعالج من الضغوطات التي نعيشها خلال أيام الأسبوع	الاسترخاء في عطلة نهاية الأسبوع يمكن أن يخفف من الضغوطات التي نعيشها خلال أيام الأسبوع

02	استخدام السكريات الاصطناعية البديلة (مثل سكر ستيفيا أو سكر الفركتوز) يقلل من أخطار السعرات الحرارية الزائدة في الجسم	استخدام السكريات الاصطناعية البديلة (مثل سكر ستيفيا أو سكر الفركتوز) يقلل من أخطار السعرات الحرارية الزائدة في الجسم
03	ممارسة التمرينات الرياضية يمكن أن تقلل من أضرار التدخين	ممارسة التمرينات الرياضية يمكن أن تقلل من أضرار التدخين
04	من المقبول النوم في وقت متأخر إذا كان بالإمكان النوم لفترة أطول في صباح اليوم الموالي (المهم المحافظة على ساعات النوم)	من المقبول النوم في وقت متأخر إذا كان بالإمكان النوم لفترة أطول في صباح اليوم الموالي (المهم المحافظة على ساعات النوم)
05	الامتناع عن تناول المشروبات الغازية والعصائر المعلبة خلال أيام الأسبوع يمكن أن يخفف من أضرار الإفراط في شربها خلال عطلة نهاية الأسبوع	الامتناع عن شرب الكحول خلال أيام الأسبوع يمكن أن يخفف من أضرار الإفراط في شربه خلال عطلة نهاية الأسبوع
06	التخلي عن تناول الوجبة الرئيسية يمكن أن نعوضه عن بتناول وجبة الفاكهة فقط	يمكن التخلي عن تناول الأكلة الرئيسي يمكن أن نعوضه بتناول وجبة الفاكهة فقط
07	الاستلقاء مسترخيا أمام التلفاز يمكن أن يخفف من الضرر الذي يسببه الإرهاق خلال اليوم	الاستلقاء مسترخيا أمام التلفاز يمكن أن يخفف من الضرر الذي يسببه الإرهاق خلال اليوم
08	من المقبول أن يأكل الشخص كل ما يريد في آخر النهار ما دام لم يأكل كثيرا خلال اليوم	من المقبول أن يأكل الشخص كل ما يريد في آخر النهار ما دام لم يأكل كثيرا خلاله
09	تناول طعام مفيد للصحة يمكن أن يخفف من أضرار تناول الدائم للمشروبات الغازية و العصائر المعلبة	تناول طعام مفيد للصحة يمكن أن يخفف يعوض آثار شرب الكحول بشكل معتاد تناول الدائم
10	النوم مطولاً في يومي عطلة نهاية الأسبوع يمكن أن يخفف من أضرار النوم القليل خلال أيام الأسبوع	النوم مطولاً الكثير في يومي عطلة نهاية الأسبوع يمكن أن يخفف من أضرار النوم القليل خلال أيام الأسبوع
11	بممارسة التمارين الرياضية نستطيع إصلاح الآثار السيئة الناتجة عن الضغوطات	بممارسة التمارين الرياضية تصلح نستطيع تعويض الآثار السيئة الناتجة عن الضغوطات
12	عند عدم احترام إتباع النظام الغذائي في اليوم الاول يمكن أن نصححه بالبدء في إتباع نظام غذائي صحي جديد في اليوم الموالي	البدء في اليوم الموالي بإتباع نظام غذائي صحي جديد سيصحح عدم احترام إتباع النظام الغذائي لهذا اليوم
13	الآثار الناتجة عن شرب القهوة يمكن أن تُعَدَّل بشرب نفس الكمية من الماء	الآثار الناتجة عن شرب القهوة يمكن أن تعوض بشرب نفس الكمية من الماء
14	من المقبول التخلي عن وجبة فطور الصباح إذا كان	من المقبول التخلي عن وجبة فطور الصباح إذا

	كان الشخص يأكل كثيرا في وجبتي منتصف النهار أو العشاء	الشخص يأكل كثيرا في وجبي منتصف النهار أو العشاء
15	النوم يعوض من الأضرار التي نعانيها بسبب الضغوطات	النوم يقلل من الأضرار التي نعانيها بسبب الضغوطات
16	من المقبول شرب الكثير من الكحول مادام الشخص يشرب الكثير من كمية الخمر المشروب	من المقبول تناول الكثير من المشروبات الغازية والعصائر المعلبة مادام الشخص يشرب الكثير من الماء من أجل طرح كمية هذه المشروبات.
17	التدخين من وقت لآخر مقبول (غير مُضر) بشرط أن يتناول الشخص الأغذية الصحية	التدخين من وقت لآخر مقبول (غير مُضر) بشرط أن يكون الشخص يتناول الأغذية الصحية

يتضح من خلال الجدول رقم (18) أنه تم تصحيح ترجمة بعض فقرات المقياس وفق

ملاحظات الأساتذة المحكمين، فقد تم إضافة كلمات لتوضيح في الفقرات التالية:

. الفقرة رقم (02) العبارة التوضيحية هي: (مثل سكر ستيفيا أو سكر الفركتوز).

. الفقرة رقم (17) العبارة التوضيحية هي: (غير مُضر).

. الفقرة رقم (16.9.5) استبدال (الكحول) بعبارة (المشروبات الغازية والعصائر المعلبة).

2.1.2.3.الصدق الاتساق الداخلي: تم حساب الاتساق الداخلي لمقياس المعتقدات

الصحية التعويضية من خلال حساب معامل الارتباط بيرسون بين كل بعد والدرجة الكلية

للمقياس، والجدول التالي بين النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم (19) يوضح معامل الارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس المعتقدات الصحية

التعويضية و الدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	الفقرات	معاملات الارتباط	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
استعمال المادة	06	0,785**	0.000	**دالة إحصائية عند(0.01)
عادات الكل/ النوم	04	0,655**	0.000	**دالة إحصائية عند(0.01)
الإجهاد	04	0,596**	0.000	**دالة إحصائية عند(0.01)
تنظيم الوزن	03	0,506**	0.000	**دالة إحصائية عند(0.01)

// غير دالة

* دالة عند مستوى الدلالة (0.05)

** دالة عند مستوى الدلالة (0.01)

يتبين من خلال الجدول رقم (19) أن أبعاد مقياس المعتقدات الصحية التعويضية ذات

معاملات ارتباط مقبولة و دالة عند مستوى الدلالة (0.01) حيث تراوحت معاملات الارتباط

ما بين (0.506 - 0,785) و هذا يعني أن أبعاد مقياس المعتقدات الصحية التعويضية

ذات معاملات صدق مقبول. كما تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية كذلك بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة من فقرات المحاور الأربعة والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه الفقرة. والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (20) معاملات الارتباط بين فقرات بعد استعمال المادة و الدرجة الكلية للبعد

فقرات البعد الأول	الفقرات	معامل الارتباط	قيمة الدلالة
بعد استعمال المادة	الفقرة 3	0,695**	0.000
	الفقرة 5	0,591**	0.001
	الفقرة 9	0,615**	0.000
	الفقرة 13	0.193	0.306
	الفقرة 16	//	//
	الفقرة 17	0.512**	0.004

// غير دالة

* دالة عند مستوى الدلالة (0.05)

** دالة عند مستوى الدلالة (0.01)

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20) أن قيمة معاملات الارتباط بيرسون بين فقرات البعد

الأول و الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه تتراوح ما بين (0.193-0.695) وهي:

- الفقرة رقم (03): قيمة معاملات الارتباط تساوي (0,695) وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01

- الفقرة رقم (05): قيمة معاملات الارتباط تساوي (0,591) وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01

- الفقرة رقم (09): قيمة معاملات الارتباط تساوي (0,615) وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01

- الفقرة رقم (13): قيمة معاملات الارتباط تساوي (0.193) وهي غير دالة

- الفقرة رقم (16): لا يوجد فروق في إستجابات أفراد العينة وبالتالي لا يمكن حسابها

- الفقرة رقم (17): قيمة معاملات الارتباط تساوي (0.512) وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01

وعليه فإن معظم فقرات البعد الأول متسقة داخليا مع المحور الذي تنتمي إليه مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لفقرات البعد الأول.

جدول رقم (21) يوضح معاملات الارتباط بين فقرات بعد عادات الاكل والدرجة الكلية للبعد

فقرات البعد الثاني	الفقرات	معامل الارتباط	قيمة الدلالة
بعد عادات الأكل	الفقرة 4	0.585**	0.001
	الفقرة 10	0.636**	0.000
	الفقرة 14	0.463**	0.010

// غير دالة

* دالة عند مستوى الدلالة (0.05)

** دالة عند مستوى الدلالة (0.01)

نلاحظ من خلال الجدول أن رقم (21) أن قيمة معاملات الارتباط بيرسون بين فقرات البعد الثاني والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه تتراوح ما بين (0.286-0.636) وهي: الفقرة رقم (04): قيمة معامل الارتباط تساوي (0,585) وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01

الفقرة رقم (08): قيمة معاملات الارتباط تساوي (0,286) وهي غير دالة الفقرة رقم (10): قيمة معامل الارتباط تساوي (0,636) وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01

الفقرة رقم (14): قيمة معامل الارتباط تساوي (0.463) وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 وعليه فإن معظم فقرات البعد الثاني متسقة داخليا مع المحور الذي تنتمي إليه مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لفقرات البعد الثاني.

جدول رقم (22) يوضح معاملات الارتباط بين فقرات بعد الاجهاد والدرجة الكلية للبعد

فقرات البعد الثالث	الفقرات	معامل الارتباط	قيمة الدلالة
بعد الإجهاد	الفقرة 1	0.480**	0.007
	الفقرة 7	0.531**	0.003
	الفقرة 11	0.610**	0.000
	الفقرة 15	0.779**	0.000

// غير دالة

* دالة عند مستوى الدلالة (0.05)

** دالة عند مستوى الدلالة (0.01)

نلاحظ من خلال الجدول أن رقم (22) أن قيمة معاملات الارتباط بيرسون بين فقرات المحور الثالث والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه تتراوح ما بين (0.480-0.779) وهي: لفقرة رقم (01): قيمة معامل الارتباط تساوي (0,480) وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 الفقرة رقم (07): قيمة معامل الارتباط تساوي (0,531) وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01

الفقرة رقم (11): قيمة معامل الارتباط تساوي (0,610) وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01

الفقرة رقم (15): قيمة معامل الارتباط تساوي (0.779) وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 وعليه فإن كل فقرات البعد الثالث متسقة داخليا مع البعد الذي تنتمي إليه مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لفقرات البعد الثالث.

جدول رقم (23) معاملات الارتباط بين فقرات بعد تنظيم الوزن و الدرجة الكلية للبعد

فقرات المحور الرابع	الفقرات	معامل الارتباط	قيمة الدلالة
	الفقرة 6	0.702**	0.000
	الفقرة 12	0.691**	0.000

** دالة عند مستوى الدلالة (0.01) * دالة عند مستوى الدلالة (0.05) // غير دالة

نلاحظ من خلال الجدول أن رقم (23) أن قيمة معاملات الارتباط بيرسون بين فقرات البعد الرابع والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه تتراوح ما بين (0.029-0.702) وهي الفقرة رقم (2): قيمة معاملات الارتباط تساوي (0.029) وهي غير دالة الفقرة رقم (6): قيمة معامل الارتباط تساوي (0.702) وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 الفقرة رقم (12): قيمة معامل الارتباط تساوي (0.691) وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 وعليه فإن معظم فقرات البعد الرابع متسقة داخليا مع المحور الذي تنتمي إليه مما يثبت صدق الاتساق الداخلي لفقرات البعد الرابع.

ومنه يمكن القول بأن مقياس المعتقدات الصحية التعويضية يتمتع بصدق مقبول.

3.1.2.3. صدق المقارنة الطرفية Comparison of Extreme groups:

لتحقق من صدق مقياس المعتقدات الصحية التعويضية بطريقة صدق المقارنة الطرفية، تم ترتيب درجات أفراد العينة تنازليا وأخذ نسبة 27% من طرفي الترتيب لأفراد العينة المرتبة والبالغ عددهم (30) مراهقا و مراهقة، ثم تطبيق اختبار "ت" لتحديد الدلالة الإحصائية للفروق بين مجموعتين متساويتين لكل فقرة من فقرات مقياس المعتقدات الصحية التعويضي، والجدول الآتي يوضح النتائج المتوصل إليها.

الجدول رقم (24) صدق المقارنة الطرفية لفقرات مقياس المعتقدات الصحية التعويضية

الدلالة الإحصائية	القيمة الاحتمالية	قيمة "ت" المحسوبة	الفئة الدنيا (ن=8)		الفئة العليا (ن=8)		
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
دالة عند 0.01	0.00	-19.811	0.518	1.38	0.000	5.00	01
دالة عند 0.01	0.00	-11.000	0.000	1.00	0.707	3.75	02
دالة عند 0.01	0.00	-15.000	0.707	1.25	0.000	5.00	03
دالة عند 0.01	0.00	-10.420	0.000	1.00	0.916	4.38	04
دالة عند 0.01	0.00	-8.104	0.000	1.00	0.916	3.63	05

06	3.63	1.506	1.00	0.000	-4.930	0.00	دالة عند 0.01
07	4.75	0.463	1.00	0.000	-22.913	0.00	دالة عند 0.01
08	2.13	1.246	1.00	0.000	-2.553	0.023	دالة عند 0.01
09	5.00	0.000	1.00	0.000	—	0.00	—
10	2.50	1.690	1.00	0.000	-2.510	0.025	دالة عند 0.01
11	5.00	0.000	2.13	1.553	-5.237	0.00	دالة عند 0.01
12	5.00	0.000	1.00	0.000	—	0.00	—
13	2.63	1.598	1.00	0.000	-2.876	0.012	دالة عند 0.01
15	5.00	0.000	1.25	0.463	-22.913	0.00	دالة عند 0.01
16	1.00	0.000	1.00	0.000	—	0.00	—
17	2.38	1.506	1.00	0.000	-2.582	0.022	دالة عند 0.01
المقياس	62.13	10.371	19.00	2.878	-11.333	0.00	دالة عند 0.01

// غير دالة

* دالة عند مستوى الدلالة (0.05)

** دالة عند مستوى الدلالة (0.01)

يتضح من خلال الجدول رقم (24) أن عدد أفراد الفئة العليا والفئة الدنيا يبلغ عددهم (16) فردا بنسبة (27%) من مجموع أفراد العينة الاستطلاعية، وأن قيم المتوسط الحسابي لكل الفقرات في الفئة العليا تراوح ما بين (1.00-5.00) بانحراف معياري تراوحت قيمته ما بين (0.00-1.690) وأن قيمة المتوسط الحسابي للفئة الدنيا تراوح ما بين (1.00-2.13) بانحراف معياري تراوحت قيمته ما بين (0.000-1.553) وبحساب قيمة "ت" لفقرات مقياس المعتقدات الصحية التعويضية نجدها تراوحت ما بين ("1.000"- "-22.913") عند قيم احتمالية (Sig=0.00) ومعظمها قيم دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وقد دل هذا على وجود فروق دالة إحصائية بين الفئة العليا والفئة الدنيا، وعليه فإن فقرات مقياس المعتقدات الصحية التعويضية تتمتع بقدرة تمييزية لقياس ما وضع لقياسه و كذلك المقياس ككل حيث جاءت قيمة المتوسط الحسابي له في الفئة العليا تساوي (62.13) بانحراف معياري قدره (10.371) و جاءت قيمة المتوسط الحسابي في الفئة الدنيا تساوي (19.00) بانحراف معياري قدره (2.878) وبلغت قيمة "ت" (-11.333) عند قيمة احتمالية (Sig=0.00) وهي دالة عند مستوى دلالة (0.01). كما جاءت الفقرة رقم (14) غير دالة لذلك تم حذفها.

ومنه فإن مقياس المعتقدات الصحية التعويضية يتمتع بصدق مقبول.

2.2.3. ثبات مقياس المعتقدات الصحية التعويضية المترجم الى اللغة العربية.

1.2.2.3. ثبات معامل ألفا-كرونباخ: قمنا بحساب معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية لكل بعد من أبعاده، والجدول التالي معامل يوضح ألف كرونباخ التي تم التحصل عليها:

جدول رقم (25): يوضح معامل ألفا كرونباخ لثبات مقياس المعتقدات الصحية التعويضية

الأبعاد	عدد الفقرات	قيمة معامل ألفا كرونباخ
استعمال المادة	06	0.539
عادات الكل و النوم	04	0.385
الإجهاد	04	0.512
تنظيم الوزن	03	-0.191

يتضح من خلال الجدول رقم (25) أن قيم ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس المعتقدات الصحية التعويضية جاءت متفاوتة والتي قدرت قيمها على التوالي:

- بعد استعمال المادة: قيمة معامل ألفا كرونباخ (0.539)

- بعد عادات الكل والنوم: قيمة معامل ألفا كرونباخ (0.385)

- بعد الإجهاد: قيمة معامل ألفا كرونباخ (0.512)

- بعد تنظيم الوزن: قيمة معامل ألفا كرونباخ (-0.191)

2.2.2.3. الثبات التجزئة النصفية Split- halves: لتأكد من ثبات مقياس المعتقدات

الصحية التعويضية تم استخدام ثبات التجزئة النصفية، حيث تم تجزئة المقياس إلى جزئين، يتكون الجزء الاول من الفقرات الفردية والجزء الثاني من الفقرات الزوجية، وبعدها قمنا بحساب معامل الارتباط بين درجات الجزئين باستخدام معامل الارتباط "سبيرمان"، ومن هذا المنطلق فإن الثبات بالتجزئة النصفية لا يقيس التجانس الكلي للمقياس، فهو معامل ثبات لنصف المقياس لذلك ينبغي تصحيحه. ولهذا فقد تم الاعتماد على معادلة "جتمان" لتصحيح ثبات المقياس، والجدول التالي يوضح النتائج.

جدول رقم (26) قيمة معامل الارتباط سبيرمان قبل وبعد التصحيح بين جزأي مقياس المعتقدات الصحية التعويضية

العينة	قيمة معامل "ر"	قبل التصحيح	بعد التصحيح
30	الفقرات الفردية	0.32	0.48
		الفقرات الزوجية	0.48

يتضح من خلال الجدول رقم (26) أن قيمة "ر" قبل التعديل بلغت (0.32) وقدرت قيمة معامل الارتباط بمعادلة "جتمان" بعد التصحيح بـ (0.48) وفي ضوء هذه القيمة يمكن القول بأن قيمة ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية ضعيفة نوعاً ما. من خلال الخطوات الواردة سابقاً والنتائج المتحصل عليها لتأكد من الكفاءة السيكومترية لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية تتبين صلاحيته لاستخدامه وهو جاهزة لجمع البيانات في الدراسة الأساسية.

4. خصائص عينة الدراسة الأساسية:

قمنا بإجراء الدراسة الأساسية: خلال سنتي 2022/2021 على عينة من المراهقين المصابين بمرض السكري بمدينة ورقلة وتقرت وبلغ عددهم (92) فرداً، حيث تم اختيارهم بالاعتماد على أسلوب العينة القصدية، ويقصد بها "الحصول على الحالات التي تتناسب معيار معين يتناسب مع الدراسة" (أبو علام، 2006، ص.178) وفيما يلي عرض لأهم خصائص عينة الدراسة الأساسية

الجدول رقم (27) يوضح خصائص عينة الدراسة الكلية حسب الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكور	11	11.95%
إناث	81	88.04%
المجموع	92	100%

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (27) أن نسبة الذكور بلغت (11.95%)، أي ما يمثل 11 فرداً، في حين أن نسبة الإناث بلغت (88.04%) بما يمثل 81 مراهقة، وهن الفئة الأكبر في العينة.

الجدول رقم (28) يوضح خصائص عينة الدراسة الكلية حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة المئوية
ابتدائي	26	28.26%
متوسط	29	31.52%
ثانوي	23	25%
جامعي	14	15.21%
المجموع	92	100%

يتضح لنا خلال الجدول (28) أن أفراد عينة الدراسة يتوزعون على مختلف المستويات التعليمية حيث تتراوح ما بين المستوى التعليمي الابتدائي إلى المستوى الجامعي، فقد تبين أن (26) فردا من العينة ذو مستوى ابتدائي أي ما يمثل نسبة (28.26%)، في حين أن (29) فردا منهم ذوي مستوى تعليمي متوسط و يمثلون نسبة (31.52%) وهي الفئة الأكبر في العينة، في حين أن الطور الثانوي مثله (23) فردا بما يمثل نسبة (25%)، أما ذوي المستوى الجامعي فقد بلغ عددهم (14) بنسبة (15.21%) وهي الفئة الأصغر في العينة.

الجدول رقم (29) يوضح خصائص العينة الكلية حسب سنوات الإصابة بالمرض

سنوات الإصابة بالمرض	التكرار	النسبة المئوية
أكثر من 5 سنوات	25	27.17%
أقل من 5 سنوات	66	71.73%
المجموع	92	100%

يبين الجدول أن (29) من أفراد العينة قد بلغت مدة إصابتهم بالسكري أكثر من خمس سنوات أي ما نسبته (27.17%) في حين أن الأفراد الذين بلغت مدة إصابتهم بالسكري أقل من خمس سنوات بلغ عددهم (66) بنسبة (71.73%) و هي الفئة الأكبر في العينة.

الجدول رقم (30) يوضح خصائص عينة الدراسة الكلية حسب حجم الأسرة

حجم الأسرة	التكرار	النسبة المئوية
أسرة كبيرة	36	39.13%
أسرة صغيرة	56	60.86%
المجموع	92	100%

نلاحظ من خلال الجدول أن الأفراد من الأسر الكبيرة قد بلغ عددهم (30) فردا بما يمثل نسبة (39.13%) في حين بلغ عدد الأفراد من الأسر الصغيرة (56) فردا بما يمثل نسبة (60.86%) وهي الفئة الأكبر في العينة.

الجدول رقم (31) يوضح خصائص العينة الكلية حسب المستوى المعيشي للأسرة

المستوى المعيشي للأسرة	التكرار	النسبة المئوية
ضعيف	13	14.13%
متوسط	70	76.08%
جيد	9	9.78%

المجموع	92	%100
---------	----	------

نلاحظ من خلال الجدول رقم (31) أن الأفراد من ذوي المستوى المعيشي الضعيف قد بلغ عددهم (30) فردا بما يمثل نسبة (14.13%)، بينما بلغ عدد الأفراد من ذوي المستوى المعيشي المتوسط (70) فردا بما يمثل نسبة (76.08%) فهم يمثلون النسبة الأكبر في العينة، في حين بلغ عدد الأفراد من ذوي المستوى المعيشي الجيد (09) أفراد بما يمثل نسبة (9.78%) وهم يمثلون الفئة الأصغر من العينة.

5. اعتبارات اختيار عينة الدراسة: قمنا باختيار فئة المراهقين من المصابين بداء السكري لعدة اعتبارات تتعلق بمتغيرات الدراسة من جهة و خصائص مرحلة المراهقة من جهة أخرى، فمن ناحية متغيرات الدراسة لدينا جودة الحياة الأسرية حيث تلعب دورا مهما في قدرة المراهقين على اجتياز هذه المرحلة بسلام، وعلى وجه الخصوص المصابين بداء السكري، فهم يحتاجون إلى قدرة أسرهم على توفير الجو المفعم بالتعاطف والطمأنينة إلى جانب توفير الغذاء المناسب والعلاج. والأمر كذلك بالنسبة للمعتقدات الصحية التعويضية. فيحتاج المراهقين إلى تطوير قدرتهم على اتخاذ القرارات و الضبط الذاتي، فهذه القدرات تساهم في التحكم في الاستجابة للمعتقدات الصحية التعويضية حيث يعتبر الانخراط في السلوكيات التعويضية أمرا خطيرا ويؤدي إلى مضاعفات صحية بمرور الوقت. وعليه فإن فئة المراهقين كانت هي الأنسب والأكثر ملائمة لتحقيق أهداف الدراسة، كون المراهقون و أسرهم في حاجة ماسة إلى تحسين معارفهم حول مرض السكري. وهذا ما أكده الأطباء في المستشفيات التي تمت زيارتها في هذه الدراسة، وما توصلنا إليه من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة و التراث النظري.

6. إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية: قمنا بتطبيق إجراءات الدراسة الأساسية خلال سنتي 2021/2022 حيث تتبعنا الخطوات التالية:

- تحصلنا على تسهيلات من طرف رئيس مصلحة الموارد البشرية بمستشفى محمد بوضياف بورقلة، كذلك العيادات الخاصة بمدينة تقرت.
- أجريت الدراسة الحالية بكل من بيت السكري ومصلحة طب الأطفال بمستشفى محمد بوضياف -ورقلة وبعض العيادات الخاصة بمدينة تقرت.

- قمنا بحصص تعارف مع الطاقم الطبي على مستوى المصلحتين و الاتفاق حول طريقة العمل بما يناسب مع راحة المرضى و ضمان السير الحسن لطاقم الطبي أثناء تأدية مهامهم و تخصيص وقت لتواصلنا وتطبيق أدوات الدراسة مع المرضى.
 - التعريف بدورنا للمرضى و الاستئذان من منهم بخصوص قبولهم الصريح بالمشاركة في بحثنا واستعداداهم لذلك وجمع البيانات الأولية لكل حالة.
 - شرح التعليمات الإجابة على المقاييس وضرورة الالتزام بالتعليمات الخاصة بكل مقياس.
 - تقديم مقياس الدراسة (المعتقدات الصحية التعويضية/جودة الحياة الأسرية) لهم فرديا ومنح الوقت المناسبة للإجابة على فقراته.
 - التأكيد على أفراد عينة الدراسة بأن يقومون بالإجابة على كل فقرات المقاييس وعدم ترك أي فقرة بدون إجابة.
 - التحقق من أن أفراد عينة الدراسة قد أجابوا على كل فقرات المقاييس عند استلامنا لها.
 - بعد تقديم أفراد عينة الدراسة للمقاييس نتقدم لهم بالشكر والامتنان على تعاونهم معنا والتبني لهم بتحسين حالتهم الصحية.
 - تقدمنا بالشكر والامتنان للأطعم الطبية التي تعاونت معنا في إجراء هذه الدراسة.
- 7. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:** قمنا باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لمعالجة بيانات الدراسة الحالية بناء على متطلباتها والأهداف المحددة وهي كالتالي:
- ***المتوسط الحسابي:** وقد تم استخدامه لحساب متوسط درجات المراهقين على المقاييس.
 - ***الانحراف المعياري:** وقد تم استخدامه لحساب انحراف درجات المراهقين على المقاييس.
 - ***معامل الارتباط "بيرسون":** : وقد تم استخدامه لحساب صدق المقاييس المستخدمة في الدراسة بأسلوب الاتساق الداخلي وكذلك حساب ثبات المقاييس بطريقة التجزئة النصفية، ولحساب معاملات الارتباط الثنائية بين متغيرات الدراسة.
 - ***اختبار "ت" للفروق:** وقد تم استخدامه لحساب صدق المقاييس المستخدمة في الدراسة بأسلوب المقارنة الطرفية، بالإضافة إلى المقارنة بين المتوسطات الفرضية ومتوسطات العينة
 - ***اختبار تحليل التباين الأحادي:** وقد تم استخدامه لتحقيق في دلالة الفروق بين متوسطات ثلاث مجموعات أو أكثر في متغير واحد.

وقد تمت المعالجة الإحصائية للبيانات المتحصل عليها في كل من الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية بالاعتماد على برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) النسخة 23.

خلاصة: تم التطرق في هذا الفصل إلى إجراءات تطبيق الدراسة الاستطلاعية، بغرض التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، و المتمثلة في مقياس جودة الحياة الأسرية ومقياس المعتقدات الصحية التعويضية، حيث توصلنا إلى أن تتميز هذه الأدوات صدق و ثبات مقبولين وهي قابلة للاستخدام في الدراسة الأساسية، كما تم التطرق في هذا الفصل إلى أننا اعتمدنا على المنهج الوصفي الارتباطي بهدف تحقيق أهداف الدراسة ومعالجة فرضياتها، حيث تم ذلك وفق إجراءات الدراسة الأساسية، إذ تكونت عينتها من (92) مراهقا و مراهقة مصابين بداء السكري، بمدينة تيرت و ورقلة و تقرت، يليها عرض مضمون إجراءات الدراسة الأساسية من جانب وصف خصائص العينة الأساسية، و في الأخير عرض الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة و تحليل بيانات الدراسة الحالية باستخدام الحزم الإحصائية (23) SPSS والتي سيتم من خلالها استخلاص نتائج الدراسة و التي سيتم عرضها في الفصل الموالي.

الفصل السابع

عرض وتحليل النتائج

تمهيد

1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى
2. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية
3. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة
4. عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة
5. عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة
6. عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة
7. عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة
8. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة
9. عرض وتحليل نتائج الفرضية التاسعة

خلاصة الفصل

تمهيد:

تطرقنا في الفصل السابق إلى الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، و سيتم في هذا الفصل عرض نتائج اختبار تساؤلات و فرضيات الدراسة الحالية، وهذا بعد أن تم تفرغ البيانات المتحصل عليها و معالجتها إحصائياً بناء على ما يخدم أهداف الدراسة التي تمت صياغتها من أجلها، في ترتيب منهجي وهو موضح في هذا الفصل.

1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الأول:

نص التساؤل الأول: ما مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية ؟

للإجابة على هذا التساؤل تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات عينة الدراسة الحالية على مقياس جودة الحياة الأسرية وأبعادها. ولتأكد من دلالة الفرق بين المتوسط الفرضي للمقياس ومتوسط العينة تم استخدام اختبار "ت" لعينة واحدة، والنتائج موضحة في الجدول التالي.

الجدول (32) يوضح الفرق بين المتوسط الحسابي لعينة الدراسة على مقياس جودة الحياة الأسرية والمتوسط الفرضي للمقياس و نتائج اختبار "ت" لدلالة هذه الفروق

الأبعاد	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	درجات الحرية	قيمة (ت)	قيمة الدلالة
بعد التفاعل الأسري	92	25,087	2,375	18	91	28,621	0.000
بعد الوالدية	92	25,565	3,716	18	91	19,527	0.000
بعد السعادة الانفعالية	92	24,413	2,782	18	91	22,111	0.000
بعد القدرة المادية والسلامة الصحية	92	21,065	2,788	18	91	10,543	0.000
الدرجة الكلية للمقياس	92	96,130	9,425	72	91	24,556	0.000

تظهر نتائج الموضحة في الجدول رقم (32) أنه: المتوسط الحسابي لمستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية المدركة لدى المراهقين المصابين بالسكري بلغت قيمة (96,130) بانحراف معياري قدره (9,425) درجة وهو أكبر من المتوسط الفرضي للمقياس والذي قدر بـ (72) كما بلغت قيمة اختبار "ت" (24,556) و قيمة الدلالة الإحصائية (sig=0.000)

أقل من (0.05) وهي قيمة دالة إحصائياً وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسط الفرضي والمتوسط الحسابي لجودة الحياة الأسرية حيث جاءت قيمة المتوسط الحسابي أكبر من المتوسط الفرضية، و يدل على أن مستوى جودة الحياة الأسرية مرتفع لدى عينة الدراسة الحالية. كما نجد أن بعد الوالدية احتل المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (25,565) درجة وانحراف معياري (3,716) درجة، بينما احتل بعد التفاعل الأسري المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (25,087) درجة وانحراف معياري (2,375) درجة، واحتل بعد السعادة الانفعالية المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (24,413) درجة وانحراف معياري (2,782) درجة، وفي الأخير بعد القدرة المادية والسلامة الصحية بمتوسط حسابي بلغ (21,065) درجة وانحراف معياري (2,788) درجة.

2. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

نص التساؤل الثاني: ما مستوى المعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية ؟

للإجابة على هذا التساؤل تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات عينة الدراسة الحالية على مقياس المعتقدات الصحية التعويضية وأبعادها. ولتأكد من دلالة الفرق بين المتوسط الفرضي للمقياس ومتوسط العينة تم استخدام اختبار "ت" لعينة واحدة، والنتائج موضحة في الجدول التالي.

الجدول (33) يوضح الفرق بين المتوسط الحسابي لعينة الدراسة على مقياس المعتقدات الصحية التعويضية والمتوسط الفرضي للمقياس و نتائج اختبار "ت" لدلالة هذه الفروق

الأبعاد	عدد الافراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	درجات الحرية	قيمة (ت)	الدلالة
استعمال المادة	92	15,793	4,719	18	91	-4,484	0.000
عادات الأكل و النوم	92	8,739	3,367	12	91	-9,289	0.000
الإجهاد	92	15,065	3,415	12	91	8,608	0.000
تنظيم الوزن	92	7,945	2,573	9	91	-3,930	0.000
الدرجة الكلية للمقياس	92	47,543	9,650	51	91	-3.436	0.000

تظهر نتائج الموضحة في الجدول (33) أن: المتوسط الحسابي لمستوى المعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري بلغت قيمة (47,543) بانحراف

معياري قدره (9,650) درجة، وقدر المتوسط الفرضي للمقياس بـ (51). كما بلغت قيمة اختبار "ت" (-3.436) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (sig=0.000) أقل من (0.05) وهي قيمة دالة إحصائياً وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسط الفرضي للمقياس والمتوسط الحسابي للمعتقدات الصحية التعويضية حيث جاءت قيمة المتوسط الحسابي أقل من المتوسط الفرضية، وهو ما يدل على انخفاض مستوى وجود المعتقدات الصحية التعويضية لدى عينة الدراسة الحالية. وبما أن مقياس المعتقدات الصحية التعويضية يتضمن أربعة أبعاد، فنجد أن المتوسط الحسابي لبعد استعمال المادة بلغ (15,793) درجة وانحراف معياري بقيمة (4,719) درجة و متوسط فرضي قدره(18)، أما المتوسط الحسابي لبعد عادات الأكل و النوم بلغ (8,739) درجة وانحراف معياري بقيمة (3,367) درجة و متوسط فرضي قدره(12)، بينما المتوسط الحسابي لبعد الإجهاد بلغ (15,065) درجة وانحراف معياري بقيمة (3,415) درجة و متوسط فرضي قدره(12)، أما المتوسط الحسابي لبعد تنظيم الوزن بلغ (7,945) درجة وانحراف معياري بقيمة (2,573) درجة و متوسط فرضي قدره (9).

الجدول (34) يوضح نسب المراهقين المصابين بالسكري من فئة ذات المستوى (المنخفض/المرتفع) للمعتقدات الصحية التعويضية

القيمة الاحتمالية	قيمة اختبار "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	النسبة	العدد	
0.302	-1,038	9,375	96,506	%88.04	81	فئة منخفضة للمعتقدات صحية تعويضية
		9,780	93,363	%11.95	11	فئة مرتفعة لمعتقدات صحية تعويضية

يوضح الجدول رقم (34) أن نسبة المراهقين المصابين بمرض السكري في عينة الدراسة الحالية من فئة ذات المستوى المنخفض للمعتقدات الصحية التعويضية قدرت بـ (88.04%) ويمثل عددهم (81) مراهقا من أصل (92) مراهقا وأن نسبة المراهقين المصابين بمرض السكري في عينة الدراسة الحالية من فئة ذات المستوى المرتفع للمعتقدات الصحية تعويضية قدرت بـ(11.95%) ويمثل عددهم (11) مراهقا.

3. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

نص التساؤل الثالث: هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية ومستوى المعتقدات الصحية تعويضية لدى عينة المراهقين المصابين بداء السكري".

للإجابة على هذا التساؤل تم حساب معامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية ومستوى المعتقدات الصحية تعويضية لدي عينة المراهقين المصابين بداء السكري والنتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (35) يوضح مصفوفة معاملات الارتباط بين مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية بأبعادها ومستوى المعتقدات الصحية التعويضية وأبعادها

الدرجة الكلية للمقياس		بعد القدرة المادية والسلامة الصحية		بعد السعادة الانفعالية		بعد الوالدية		بعد التفاعل الأسري		
-0,148	معامل الارتباط	-0,054	معامل الارتباط	-	معامل الارتباط	-0,223*	معامل الارتباط	-0,077	معامل الارتباط	استعمال المادة
0,159	مستوى الدلالة	0,609	مستوى الدلالة	0,422	مستوى الدلالة	0,033	مستوى الدلالة	0,467	مستوى الدلالة	
-0,126	معامل الارتباط	0,079	معامل الارتباط	-	معامل الارتباط	-0,165	معامل الارتباط	-0,159	معامل الارتباط	عادات الأكل والنوم
0,230	مستوى الدلالة	0,454	مستوى الدلالة	0,150	مستوى الدلالة	0,117	مستوى الدلالة	0,129	مستوى الدلالة	
0,012	معامل الارتباط	-0,029	معامل الارتباط	0,104	معامل الارتباط	-0,061	معامل الارتباط	0,058	معامل الارتباط	الإجهاد
0,907	مستوى الدلالة	0,782	مستوى الدلالة	0,326	مستوى الدلالة	0,564	مستوى الدلالة	0,586	مستوى الدلالة	
-0,113	معامل الارتباط	0,022	معامل الارتباط	-	معامل الارتباط	-0,117	معامل الارتباط	-0,165	معامل الارتباط	تنظيم الوزن
0,284	مستوى الدلالة	0,836	مستوى الدلالة	0,308	مستوى الدلالة	0,265	مستوى الدلالة	0,117	مستوى الدلالة	
-0,142	معامل الارتباط	-0,003	معامل الارتباط	-0,086	معامل الارتباط	-0,219*	معامل الارتباط	-0,117	معامل الارتباط	الدرجة الكلية للمقياس
0,176	مستوى الدلالة	0,975	مستوى الدلالة	0,414	مستوى الدلالة	0,036	مستوى الدلالة	0,268	مستوى الدلالة	

غير دالة

* دالة عند (0.05)

** دالة عند (0.01)

يتضح من خلال الجدول رقم (35) ما يلي:

1- لا توجد علاقة بين بعد استعمال المادة والثلاث أبعاد لجودة الحياة الأسرية (التفاعل الأسري. السعادة الانفعالية. القدرة المادية والسلامة الصحية) والدرجة الكلية جودة الحياة الأسرية لدى أفراد عينة الدراسة حيث بلغت معاملات الارتباط ومستويات دلالتها على التوالي: (-0,077) (sig= 0,467) (-0,085) (sig=0,422) (-0,054) (sig=0,609) (-0,148) (sig=0,159). وتوجد علاقة سالبة بين بعد استعمال المادة وبعد الوالدية حيث بلغت قيمة معامل الارتباط ($-0,223^*$) بمستوى دلالة (sig=0,033) وهي أقل من (0.05).

2- لا توجد علاقة بين بعد عادات الأكل والنوم وأبعاد جودة الحياة الأسرية (التفاعل الأسري. الوالدية. السعادة الانفعالية. القدرة المادية والسلامة الصحية) والدرجة الكلية جودة الحياة الأسرية لدى أفراد عينة الدراسة حيث بلغت معاملات الارتباط ومستويات دلالتها على التوالي: (-0,159) (sig= 0,129) (-0,165) (sig= 0,117) (-0,151) (sig=0,150) (0,079) (sig=0,454) (-0,126) (sig=0,230).

3- لا توجد علاقة بين بعد الإجهاد وأبعاد جودة الحياة الأسرية (التفاعل الأسري. الوالدية. السعادة الانفعالية. القدرة المادية والسلامة الصحية) والدرجة الكلية جودة الحياة الأسرية لدى أفراد عينة الدراسة حيث بلغت معاملات الارتباط ومستويات دلالتها على التوالي: (-0,061) (sig= 0,586) (-0,061) (sig=0,564) (0,104) (sig=0,326) (-). (0,029) (sig= 0,782) (0,012) (sig= 0,907).

4- لا توجد علاقة بين بعد تنظيم الوزن وأبعاد جودة الحياة الأسرية (التفاعل الأسري. الوالدية. السعادة الانفعالية. القدرة المادية والسلامة الصحية) والدرجة الكلية جودة الحياة الأسرية لدى أفراد عينة الدراسة حيث بلغت معاملات الارتباط ومستويات دلالتها على التوالي: (-0,165) (sig= 0,117) (-0,117) (sig=0,265) (-0,107) (sig=0,308) (0,022) (sig= 0,836) (-0,113) (sig= 0,284).

5- لا توجد علاقة بين الدرجة الكلية للمعتقدات الصحية التعويضية والثلاث أبعاد لجودة الحياة الأسرية (التفاعل الأسري. السعادة الانفعالية. القدرة المادية والسلامة الصحية) لدى

أفراد عينة الدراسة حيث بلغت معاملات الارتباط ومستويات دلالتها على التوالي: (-) (sig=0,975)(-0,003).(sig=0,414)(-0.086).(sig= 0 ,268)0,117) توجد علاقة سالبة ضعيفة بين الدرجة الكلية للمعتقدات الصحية التعويضية وبعد الوالدية حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (-0.219) بمستوى دلالة (sig=0,036) وهي أقل من (0.05).

6- لا توجد علاقة ارتباطية بين الدرجة الكلية لجودة الحياة الأسرية والدرجة الكلية للمعتقدات الصحية التعويضية حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (-0,142) بمستوى دلالة (sig=0,176) وهي أكبر من (0.05)

4. عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

نص الفرضية الأولى: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى عينة المراهقين المصابين بداء السكري تعزى لكل من متغير الجنس، المستوى التعليمي، سنوات الإصابة بالسكري، حجم الأسرة، المستوى المعيشي للأسرة".

ولتحقق من هذه الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لعينة الدراسة الحالية على مقياس جودة الحياة الأسرية وأبعادها. ولتأكد من دلالة الفرق بين المتوسط المتوسطات تم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لدلالة الفروق وكذلك اختبار انوفا، والنتائج موضحة بالتسلسل في الجداول التالية.

1.4. حسب الجنس: يبين الجدول التالي نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الذكور والإناث من عينة الدراسة الحالية على مقياس جودة الحياة الأسرية وأبعادها. ولتأكد من دلالة الفرق بين المتوسط المتوسطات تم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لدلالة الفروق، والنتائج موضحة في الجدول التالي.

الجدول رقم (36) نتائج اختبار "ت" للفروق في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية وفقا لمتغير الجنس

الأبعاد	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	قيمة الدلالة الإحصائية	الدلالة الإحصائية
بعد التفاعل الأسري	الذكور	11	24,454	3,077	-0,941	0,349	غير دالة
	الإناث	81	25,172	2,273			
الوالدية	الذكور	11	26,454	4,321	0,845	0,401	غير دالة
	الإناث	81	25,444	3,640			

بعد السعادة	الذكور	11	23,454	3,474	-1,221	0,225	غير دالة
		81	24,543	2,674			
الانفعالية	الإناث	11	20,727	3,797	-0,426	0,671	غير دالة
		81	21,111	2,650			
بعد القدرة المادية والسلامة الصحية	الذكور	11	95,090	11,978	-0,388	0,699	غير دالة
		81	96,271	9,107			
الدرجة للمقياس	الذكور	11					غير دالة
		81					

يتضح من خلال الجدول رقم (36) أن:

- متوسط بعد التفاعل الأسري لدى الذكور بلغ قيمة (24,454) بانحراف معياري قدره (3,077) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى الإناث قد بلغ قيمة (25,172) بانحراف معياري قدره (2,273) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (-0,941) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,349) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في بعد التفاعل الأسري تعزى لمتغير الجنس لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط بعد الوالدية لدى الذكور بلغ قيمة (26,454) بانحراف معياري قدره (4,321) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى الإناث قد بلغ قيمة (25,444) بانحراف معياري قدره (3,640) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (0,845) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,401) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في بعد الوالدية تعزى لمتغير الجنس.

- متوسط بعد السعادة الانفعالية لدى الذكور بلغ قيمة (23,454) بانحراف معياري قدره (3,474) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى الإناث قد بلغ قيمة (24,543) بانحراف معياري قدره (2,674) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (-1,221) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,225) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في بعد السعادة الانفعالية تعزى لمتغير الجنس لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط بعد القدرة المادية و السلامة الصحية لدى الذكور فقد بلغ قيمة (20,727) بانحراف معياري قدره (3,797) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى الإناث قد بلغ قيمة

(21,111) بانحراف معياري قدره (2,650) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (-) (0,426) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,671) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في بعد القدرة المادية و السلامة الصحية تعزى لمتغير الجنس لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط الحسابي مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى الذكور قد بلغ قيمة (95.090) بانحراف معياري قدره (11.978) بينما جاء المتوسط الحسابي للإناث بقيمة (96.271) بانحراف معياري قدره (9.107). كما جاءت نتيجة اختبار (ت) بـ (-0.388) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0.699) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وعليه نقرر أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى المراهقين المصابين بالسكري تعزى لمتغير الجنس.

2.4. حسب المستوى التعليمي: يبين الجدول التالي نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة الدراسة الحالية على مقياس جودة الحياة الأسرية وأبعادها. ولتأكد من دلالة الفرق بين المتوسطات تم استخدام تحليل التباين الأحادي الاتجاه لدلالة الفروق وفقا لمتغير المستوى التعليمي، والنتائج موضحة في الجدول التالي.

الجدول رقم (37) نتائج اختبار "Anova" للفروق في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية وفقا

لمتغير المستوى التعليمي

لأبعاد	المستوى التعليمي	العينة ن=92	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة F	قيمة الدلالة الإحصائية
بعد التفاعل الأسري	ابتدائي	26	24,576	2,715		0,903	0,443
	متوسط	29	25,413	2,179			
	ثانوي	23	25,478	1,879			
	جامعي	14	24,714	2,812			
بعد الوالدية	ابتدائي	26	26,384	3,699		1,415	0,244
	متوسط	29	25,931	3,585			
	ثانوي	23	25,087	3,752			
	جامعي	14	24,071	3,791			

0,761	0,389		2,569	24,730	26	ابتدائي	بعد السعادة الانفعالية
			3,018	24,551	29	متوسط	
			2,136	24,260	23	ثانوي	
			3,662	23,785	14	جامعي	
0,169	1,719		3,536	20,115	26	ابتدائي	بعد القدرة المادية والسلامة الصحية
			2,410	21,793	29	متوسط	
			2,424	21,173	23	ثانوي	
			2,213	21,142	14	جامعي	
0,633	0,575		10,131	95,807	26	ابتدائي	الدرجة الكلية
			9,651	97,689	29	متوسط	
			7,373	96,000	23	ثانوي	
			10,950	93,714	14	جامعي	

يتضح من خلال الجدول رقم (37) أن:

- متوسط بعد التفاعل الأسري لدى ذوي المستوى الابتدائي بلغ قيمة (24,576) بانحراف معياري قدره (2,715). بينما جاء المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى المتوسط قد بلغ قيمة (25,413) بانحراف معياري قدره (2,179). أما المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى ثانوي قد بلغ قيمة (25,478) بانحراف معياري قدره (1,879). وجاء المتوسط الحسابي لدوي المستوى جامعي قد بلغ قيمة (24,714) بانحراف معياري قدره (2,812). كما جاءت نتيجة اختبار (أنوفا) مقدرة بـ (0,903) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,443) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد التفاعل الأسري تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية.

- متوسط بعد الوالدية لدى ذوي المستوى الابتدائي بلغ قيمة (26,384) بانحراف معياري قدره (3,699). بينما جاء المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى المتوسط قد بلغ قيمة (25,931) بانحراف معياري قدره (3,585). أما المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى ثانوي قد بلغ قيمة (25,087) بانحراف معياري قدره (3,752). وجاء المتوسط الحسابي لدوي المستوى جامعي قد بلغ قيمة (24,071) بانحراف معياري قدره (3,791). كما جاءت نتيجة

اختبار (أنوفا) مقدرة ب (1,415) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,244) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الوالدية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المراهقين المصابين بداء السكري.

- متوسط بعد السعادة الانفعالية لدى ذوي المستوى الابتدائي بلغ قيمة (24,730) بانحراف معياري قدره (2,569) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى المتوسط قد بلغ قيمة (24,551) بانحراف معياري قدره (3,018). أما المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى ثانوي قد بلغ قيمة (24,260) بانحراف معياري قدره (2,136). وجاء المتوسط الحسابي لدوي المستوى جامعي قد بلغ قيمة (23,785) بانحراف معياري قدره (3,662). كما جاءت نتيجة اختبار (أنوفا) مقدرة ب (0,389) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,761) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد السعادة الانفعالية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المراهقين المصابين بداء السكري.

- متوسط بعد القدرة المادية والسلامة الصحية لدى ذوي المستوى الابتدائي بلغ قيمة (20,115) بانحراف معياري قدره (3,536) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى المتوسط قد بلغ قيمة (21,793) بانحراف معياري قدره (2,410) أما المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى ثانوي قد بلغ قيمة (21,173) بانحراف معياري قدره (2,424) وجاء المتوسط الحسابي لدوي المستوى جامعي قد بلغ قيمة (21,142) بانحراف معياري قدره (2,213) كما جاءت نتيجة اختبار (أنوفا) مقدرة ب (1,719) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,169) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد القدرة المادية والسلامة الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية.

- متوسط مقياس جودة الحياة الأسرية لدى ذوي المستوى الابتدائي بلغ قيمة (95,807) بانحراف معياري قدره (10,131) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى المتوسط قد بلغ قيمة (97,689) بانحراف معياري قدره (9,651) أما المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى ثانوي قد بلغ قيمة (96,000) بانحراف معياري قدره (7,373)

وجاء المتوسط الحسابي لدوي المستوى جامعي قد بلغ قيمة (93,714) بانحراف معياري قدره (10,950) كما جاءت نتيجة اختبار (أنوفا) مقدرة بـ (0,575) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,633) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية.

3.4. حسب سنوات الإصابة بالمرض: يبين الجدول التالي نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق بين متوسطات أفراد عينة الدراسة الحالية على مقياس جودة الحياة الأسرية وأبعادها. وفقا لمتغير سنوات الإصابة بالمرض، والنتائج موضحة في الجدول

الجدول رقم (38) نتائج اختبار "ت" للفروق في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية وفقا لمتغير سنوات الإصابة بالسكري

الأبعاد	سنوات الإصابة بالسكري	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	قيمة الدلالة الإحصائية
بعد التفاعل الأسري	أكثر من 5 سنوات	26	25,080	2,984	90	0,035	0,973
	أقل من 5 سنوات	66	25,060	2,133			
بعد الوالدية	أكثر من 5 سنوات	26	24,760	4,666	90	-1,230	0,222
	أقل من 5 سنوات	66	25,833	3,298			
بعد السعادة الانفعالية	أكثر من 5 سنوات	26	24,160	3,287	90	-0,472	0,638
	أقل من 5 سنوات	66	24,469	2,591			
القدرة المادية والسلامة الصحية	أكثر من 5 سنوات	26	20,640	3,160	90	-0,868	0,388
	أقل من 5 سنوات	66	21,212	2,663			
الدرجة الكلية	أكثر من 5 سنوات	26	94,640	11,835	90	-0,872	0,386
	أقل من 5 سنوات	66	96,575	8,405			

يتضح من خلال الجدول رقم (38) أن:

- متوسط بعد التفاعل الأسري لدى المصابين بالسكري لمدة أكثر من خمس سنوات بلغ قيمة (25,080) بانحراف معياري قدره (2,984) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى

المصابين بالسكري لمدة أقل من خمس سنوات قد بلغ قيمة (25,060) بانحراف معياري قدره (2,133) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (0,035) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,973) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد التفاعل الأسري تعزى لمتغير سنوات الإصابة بالمرض لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط بعد الوالدية لدى المصابين بالسكري لمدة أكثر من خمس سنوات بلغ قيمة (24,760) بانحراف معياري قدره (4,666) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري لمدة أقل من خمس سنوات قد بلغ قيمة (25,833) بانحراف معياري قدره (3,298) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (-1,230) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,222) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الوالدية تعزى لمتغير سنوات الإصابة بالمرض لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط بعد السعادة الانفعالية لدى المصابين بالسكري لمدة أكثر من خمس سنوات بلغ قيمة (24,160) بانحراف معياري قدره (3,287) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري لمدة أقل من خمس سنوات قد بلغ قيمة (24,469) بانحراف معياري قدره (2,591) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (-0,472) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,638) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد السعادة الانفعالية تعزى لمتغير سنوات الإصابة بالمرض. - متوسط بعد القدرة المادية والسلامة الصحية لدى المصابين بالسكري لمدة أكثر من خمس سنوات بلغ قيمة (20,640) بانحراف معياري قدره (3,160) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري لمدة أقل من خمس سنوات قد بلغ قيمة (21,212) بانحراف معياري قدره (2,663) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (-0,868) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,388) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد القدرة المادية والسلامة الصحية تعزى لمتغير سنوات الإصابة بالمرض لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط جودة الحياة الأسرية لدى المصابين بالسكري لمدة أكثر من خمس سنوات بلغ قيمة (94,640) بانحراف معياري قدره (11,835) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري لمدة أقل من خمس سنوات قد بلغ قيمة (96,575) بانحراف معياري قدره (8,405) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (-0,872) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,386) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة الأسرية تعزى لمتغير سنوات الإصابة بالمرض.

4.4. حسب حجم الأسرة: يبين الجدول التالي نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق بين متوسطات أفراد عينة الدراسة الحالية على مقياس جودة الحياة الأسرية وأبعادها. وفقا لمتغير حجم الأسرة ، والنتائج موضحة في الجدول التالي.

الجدول رقم (39) ونتائج اختبار (ت) للفروق في مستوى الادراك لجودة الحياة الاسري وفقا لمتغير حجم الاسرة

الأبعاد	حجم الأسرة	العينة ن=92	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	قيمة الدلالة الاحصائية
بعد التفاعل الأسري	أسرة كبيرة	36	25,000	2,164	0-،280	0,780
	أسرة صغيرة	56	25,142	2,518		
بعد الوالدية	أسرة كبيرة	36	25,277	3,630	0-،593	0,555
	أسرة صغيرة	56	25,750	3,791		
بعد السعادة الانفعالية	أسرة كبيرة	36	24,388	3,110	-0,066	0,947
	أسرة صغيرة	56	24,428	2,578		
بعد المقدره المادية و السلامة الصحية	أسرة كبيرة	36	21,166	2,478	0,278	0,781
	أسرة صغيرة	56	21,000	2,990		
الدرجة الكلية للمقياس	أسرة كبيرة	36	95,833	9,685	-0,241	0,810
	أسرة صغيرة	56	96,321	9,338		

يتضح من خلال الجدول رقم (39) أن:

- متوسط بعد التفاعل الأسري لدى المراهقين المصابين بالسكري الذين يعيشون في أسرة كبيرة بلغ قيمة (25,000) بانحراف معياري قدره (2,164) بينما جاء المتوسط الحسابي

لدى المصابين بالسكري الذين يعيشون في أسرة صغيرة قد بلغ قيمة (25,142) بانحراف معياري قدره (2,518) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (-0,280) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,780) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد التفاعل الأسري تعزى لمتغير حجم الأسرة لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط بعد الوالدية لدى المراهقين المصابين بالسكري الذين يعيشون في أسرة كبيرة بلغ قيمة (25,277) بانحراف معياري قدره (3,630) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري الذين يعيشون في أسرة صغيرة قد بلغ قيمة (25,750) بانحراف معياري قدره (3,791) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (-0,593) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,555) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الوالدية تعزى لمتغير حجم الأسرة لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط بعد السعادة الانفعالية لدى المراهقين المصابين بالسكري الذين يعيشون في أسرة كبيرة بلغ قيمة (24,388) بانحراف معياري قدره (3,110) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري الذين يعيشون في أسرة صغيرة قد بلغ قيمة (24,428) بانحراف معياري قدره (2,578) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (-0,066) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,947) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد السعادة الانفعالية تعزى لمتغير حجم الأسرة لدى عينة الدراسة.

- متوسط بعد المقدرة المادية و السلامة الصحية لدى المراهقين المصابين بالسكري الذين يعيشون في أسرة كبيرة بلغ قيمة (21,166) بانحراف معياري قدره (2,478) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري الذين يعيشون في أسرة صغيرة قد بلغ قيمة (21,000) بانحراف معياري قدره (2,990) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (0,278) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,781) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد المقدرة المادية و السلامة الصحية تعزى لمتغير حجم الأسرة لدى عينة الدراسة الحالية.

- المتوسط الحسابي لمستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى عينة فئة المراهقين المصابين بالسكري الذين يعيشون في أسرة كبيرة قد بلغ قيمة (95,833) بانحراف معياري

قدره (9,685) أما المتوسط الحسابي لمستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى عينة فئة المراهقين المصابين بالسكري الذين يعيشون في أسرة صغيرة بلغ (96,321) بانحراف معياري قدره (9,338). كما جاءت نتيجة اختبار (ت) بقيمة (-0.241) ، وكانت قيمة الدلالة (0.810) أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وهي غير دالة إحصائياً وعليه نقرر أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى المراهقين المصابين بالسكري وفقاً لمتغير حجم الأسرة.

5.4. حسب المستوى المعيشي للأسرة: يوضح الجدول التالي نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة الدراسة الحالية على مقياس جودة الحياة الأسرية وأبعادها. ولتأكد من دلالة الفرق بين المتوسطات تم استخدام تحليل التباين الأحادي الاتجاه لدلالة الفروق وفقاً لمتغير المستوى المعيشي للأسرة ، والنتائج موضحة في الجدول.

الجدول رقم (40) ونتائج اختبار (ANOVA) للفروق في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية وفقاً لمتغير المستوى المعيشي للأسرة

الأبعاد	المستوى المعيشي للأسرة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	قيمة الدلالة الاحصائية
بعد التفاعل الأسري	ضعيف	13	24,9231	1,55250	0,306	0,737
	متوسط	70	25,0429	2,56190		
	جيد	9	25,6667	1,87083		
بعد الوالدية	ضعيف	13	26,2308	3,63212	0,406	0,667
	متوسط	70	25,5429	3,54141		
	جيد	9	24,7778	5,26255		
بعد السعادة الانفعالية	ضعيف	13	24,3846	2,56705	0,025	0,975
	متوسط	70	24,4429	2,73271		
	جيد	9	24,2222	3,70060		
بعد المقدرة المادية و السلامة الصحية	ضعيف	13	20,0000	3,80789	1,763	0,177
	متوسط	70	21,1143	2,63501		
	جيد	9	22,2222	1,85592		

0,948	0,054	8,30276	95,5385	13	ضعيف	الدرجة الكلية للمقياس
		9,65985	96,1429	70	متوسط	
		10,05540	96,8889	9	جيد	

يتضح من خلال الجدول رقم (40) أن:

- متوسط بعد التفاعل الأسري لدى المراهقين المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي الضعيف بلغ قيمة (24,923) بانحراف معياري قدره (1,552) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي المتوسط قد بلغ قيمة (25,042) بانحراف معياري قدره (2,561) و جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي الجيد قد بلغ قيمة (25,666) بانحراف معياري قدره (1,870) كما جاءت نتيجة اختبار (أنوفا) مقدرة بـ (0,306) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,737) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد التفاعل الأسري تعزى لمتغير المستوى المعيشي للأسرة لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط بعد الوالدية لدى المراهقين المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي الضعيف بلغ قيمة (26,230) بانحراف معياري قدره (3,632) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي المتوسط قد بلغ قيمة (25,542) بانحراف معياري قدره (3,541) و جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي الجيد قد بلغ قيمة (24,777) بانحراف معياري قدره (5,262) كما جاءت نتيجة اختبار (أنوفا) مقدرة بـ (0,406) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,667) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الوالدية تعزى لمتغير المستوى المعيشي للأسرة لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط بعد السعادة الانفعالية لدى المراهقين المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي الضعيف بلغ قيمة (24,384) بانحراف معياري قدره (2,567) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي المتوسط قد بلغ قيمة (24,442) بانحراف معياري قدره (2,732) و جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي الجيد قد بلغ قيمة (24,222) بانحراف معياري قدره (3,700) كما جاءت نتيجة اختبار (أنوفا) مقدرة بـ (0,025) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,975)

أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد السعادة الانفعالية تعزى لمتغير المستوى المعيشي للأسرة لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط بعد المقدرة المادية و السلامة الصحية لدى المراهقين المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي الضعيف بلغ قيمة (20,000) بانحراف معياري قدره (3,807) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي المتوسط قد بلغ قيمة (21,114) بانحراف معياري قدره (2,635) و جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي الجيد قد بلغ قيمة (22,222) بانحراف معياري قدره (1,855) كما جاءت نتيجة اختبار (أنوفا) مقدرة ب (1,763) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,177) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد المقدرة المادية و السلامة الصحية تعزى لمتغير المستوى المعيشي للأسرة لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى المراهقين المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي الضعيف بلغ قيمة (95,538) بانحراف معياري قدره (8,302) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي المتوسط قد بلغ قيمة (96,142) بانحراف معياري قدره (9,659) و جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي الجيد قد بلغ قيمة (96,888) بانحراف معياري قدره (10,055) كما جاءت نتيجة اختبار (أنوفا) مقدرة ب (0,054) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,948) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية تعزى لمتغير المستوى المعيشي للأسرة لدى عينة الدراسة الحالية.

توصلت نتائج الفرضية الأولى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى فئة المراهقين المصابين بالسكري وفقا لكل من المتغيرات، الجنس والمستوى التعليمي وسنوات الإصابة بالسكري، حجم الأسرة، المستوى المعيشي للأسرة.

5. عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة:

نص الفرضية: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المعتقدات الصحية التعويضية لدى عينة المراهقين المصابين بداء السكري تعزى لكل من متغير الجنس، المستوى التعليمي، سنوات الإصابة بالسكري، حجم الأسرة، الدخل الشهري للأسرة".
ولتحقق من هذه الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لعينة الدراسة الحالية على مقياس المعتقدات الصحية التعويضية وأبعادها. ولتأكد من دلالة الفرق بين المتوسط المتوسطات تم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لدلالة الفرق وكذا اختبار انوفا، والنتائج موضحة في الجداول التالي.

1.5. حسب الجنس: يبين الجدول التالي نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الذكور والإناث لعينة الدراسة الحالية على مقياس المعتقدات الصحية التعويضية وأبعادها. ولتأكد من دلالة الفرق بين المتوسط المتوسطات تم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لدلالة الفرق، والنتائج موضحة في الجدول التالي.

الجدول رقم (41) نتائج اختبار "ت" للفرق في وجود المعتقدات الصحية التعويضية وفقا

لمتغير الجنس

الأبعاد	الجنس	ن=92	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	قيمة الاحصائية	الدلالة
استعمال المادة	الذكور	11	14,272	4,518	-1,141	0,257	
	الإناث	81	16,000	4,735			
عادات الأكل والنوم	الذكور	11	7,454	2,583	-1,355	0,179	
	الإناث	81	8,913	3,435			
الإجهاد	الذكور	11	12,636	3,384	-2,591	0,011	
	الإناث	81	15,395	3,304			
تنظيم الوزن	الذكور	11	6,818	1,721	-1,561	0,122	
	الإناث	81	8,098	2,639			
الدرجة الكلية للمقياس	الذكور	11	41,181	5,879	-2,390	0,019	
	الإناث	81	48,407	9,761			

يتضح من خلال الجدول رقم (41) أن:

- متوسط بعد استعمال المادة لدى الذكور بلغ قيمة (14,272) بانحراف معياري قدره (4,518) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى الإناث قد بلغ قيمة (16,000) بانحراف معياري قدره (4,735) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (-1,141) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,257) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد استعمال المادة تعزى لمتغير الجنس لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط بعد عادات الأكل والنوم لدى الذكور بلغ قيمة (7,454) بانحراف معياري قدره (2,583) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى الإناث قد بلغ قيمة (8,913) بانحراف معياري قدره (3,435) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (-1,355) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,179) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد عادات الأكل والنوم تعزى لمتغير الجنس لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط بعد الإجهاد لدى الذكور بلغ قيمة (12,636) بانحراف معياري قدره (3,384) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى الإناث قد بلغ قيمة (15,395) بانحراف معياري قدره (3,304) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (-2,591) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,011) أصغر من (0.05) وهي قيمة دالة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الإجهاد تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط تنظيم الوزن لدى الذكور بلغ قيمة (6,818) بانحراف معياري قدره (1,721) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى الإناث قد بلغ قيمة (8,098) بانحراف معياري قدره (2,639) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (-1,561) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,122) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد تنظيم الوزن تعزى لمتغير الجنس لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط المعتقدات الصحية التعويضية لدى الذكور بلغ قيمة (41,181) بانحراف معياري قدره (5,879) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى الإناث قد بلغ قيمة (48,407) بانحراف معياري قدره (9,761) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (-2,390) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,019) أصغر من (0.05) وهي قيمة دالة وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية التعويضية تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث لدى عينة الدراسة الحالية.

2.5. حسب المستوى التعليمي: يبين الجدول التالي نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة الدراسة الحالية على مقياس المعتقدات الصحية التعويضية وأبعادها. ولتأكد من دلالة الفرق بين المتوسطات تم استخدام تحليل التباين الأحادي الاتجاه لدلالة الفروق وفقاً لمتغير المستوى التعليمي، والنتائج موضحة في الجدول التالي.

الجدول رقم (42) نتائج اختبار "Anova" للفروق في المعتقدات الصحية التعويضية وفقاً لمتغير المستوى التعليمي

الأبعاد	المستوى التعليمي	العينة ن=92	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	قيمة الاحصائية الدلالة
إستعمال المادة	ابتدائي	26	14,6538	4,08845	1.357	0.261
	متوسط	29	15,3448	5,33369		
	ثانوي	23	16,8261	4,75444		
	جامعي	14	17,1429	4,16685		
عادات الأكل	ابتدائي	26	7,9615	3,11744	1.682	0.177
	متوسط	29	9,2069	3,80206		
	ثانوي	23	9,6522	3,35219		
	جامعي	14	7,7143	2,49395		
الإجهاد	ابتدائي	26	15,5000	3,27719	0.550	0.649
	متوسط	29	14,4483	3,53135		
	ثانوي	23	15,0435	4,03933		
	جامعي	14	15,5714	2,24343		
تنظيم الوزن	ابتدائي	26	8,3077	2,92259	0.787	0.504
	متوسط	29	7,6897	2,76591		
	ثانوي	23	8,3043	2,14126		
	جامعي	14	7,2143	2,11873		
الدرجة الكلية للمقياس	ابتدائي	26	46,4231	8,75065	0.614	0.608
	متوسط	29	46,6897	11,43023		
	ثانوي	23	49,8261	9,73117		

		7,04499	47,6429	14	جامعي
--	--	---------	---------	----	-------

يتضح من خلال الجدول رقم (42) أن:

- متوسط بعد استعمال المادة لدى ذوي المستوى الابتدائي بلغ قيمة (14,653) بانحراف معياري قدره (4,088) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى المتوسط قد بلغ قيمة (15,344) بانحراف معياري قدره (5,333) أما المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى ثانوي قد بلغ قيمة (16,826) بانحراف معياري قدره (4,754) وجاء المتوسط الحسابي لدوي المستوى الجامعي قد بلغ قيمة (17,142) بانحراف معياري قدره (4,166) كما جاءت نتيجة اختبار (أنوفا) مقدرة بـ (1.357) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0.261) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد استعمال المادة تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط عادات الأكل والنوم لدى ذوي المستوى الابتدائي بلغ قيمة (7,9615) بانحراف معياري قدره (3,117) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى المتوسط قد بلغ قيمة (9,2069) بانحراف معياري قدره (3,802) أما المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى ثانوي قد بلغ قيمة (9,6522) بانحراف معياري قدره (3,352) وجاء المتوسط الحسابي لدوي المستوى جامعي قد بلغ قيمة (7,7143) بانحراف معياري قدره (2,493) كما جاءت نتيجة اختبار (أنوفا) مقدرة بـ (1.682) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0.177) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في عادات الأكل والنوم تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط بعد الإجهاد لدى ذوي المستوى الابتدائي بلغ قيمة (15,500) بانحراف معياري قدره (3,277) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى المتوسط قد بلغ قيمة (14,448) بانحراف معياري قدره (3,531) أما المتوسط الحسابي لدى ذوي المستوى ثانوي قد بلغ قيمة (15,043) بانحراف معياري قدره (4,039) وجاء المتوسط الحسابي لدوي المستوى جامعي قد بلغ قيمة (15,571) بانحراف معياري قدره (2,243) كما جاءت نتيجة اختبار (أنوفا) مقدرة بـ (0.550) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0.649) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الإجهاد تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط بعد تنظيم الوزن لدوي المستوى الابتدائي بلغ قيمة (8,3077) بانحراف معياري قدره (2,922) بينما جاء المتوسط الحسابي لدوي المستوى المتوسط قد بلغ قيمة (7,6897) بانحراف معياري قدره (2,765) أما المتوسط الحسابي لدوي المستوى ثانوي قد بلغ قيمة (8,3043) بانحراف معياري قدره (2,141) وجاء المتوسط الحسابي لدوي المستوى جامعي قد بلغ قيمة (7,2143) بانحراف معياري قدره (2,118) كما جاءت نتيجة اختبار (أنوفا) مقدرة بـ (0.787) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0.504) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد تنظيم الوزن تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط مقياس المعتقدات الصحية التعويضية لدوي المستوى الابتدائي بلغ قيمة (46,423) بانحراف معياري قدره (8,750) بينما جاء المتوسط الحسابي لدوي المستوى المتوسط قد بلغ قيمة (46,689) بانحراف معياري قدره (11,430) أما المتوسط الحسابي لدوي المستوى ثانوي قد بلغ قيمة (49,826) بانحراف معياري قدره (9,731) وجاء المتوسط الحسابي لدوي المستوى جامعي قد بلغ قيمة (47,642) بانحراف معياري قدره (7,044) كما جاءت نتيجة اختبار (أنوفا) مقدرة بـ (0.614) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0.608) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية التعويضية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى عينة الدراسة الحالية.

3.5. حسب سنوات الإصابة بالمرض: يوضح الجدول التالي نتائج اختبار قيمة (ت) لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق في طبيعة المعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري وفقا لمتغير سنوات الإصابة بالمرض.

الجدول رقم (43) نتائج اختبار "ت" للفروق في المعتقدات الصحية التعويضية وفقا لمتغير سنوات الإصابة بالسكري

الأبعاد	سنوات الإصابة بالسكري	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	قيمة الدلالة الإحصائية
استعمال المادة	أكثر من 5 سنوات	26	14,800	4,163	-1,258	0,212
	أقل من 5 سنوات	66	16,197	4,918		

0,412	- 0,825	3,009	8,320	26	أكثر من 5 سنوات	عادات الأكل والنوم
		3,472	8,969	66	أقل من 5 سنوات	
0,694	0,394	3,017	15,240	26	أكثر من 5 سنوات	الإجهاد
		3,544	14,924	66	أقل من 5 سنوات	
0,615	0,505	3,149	8,200	26	أكثر من 5 سنوات	تنظيم الوزن
		2,334	7,893	66	أقل من 5 سنوات	
0,534	-0,624	8,641	46,560	26	أكثر من 5 سنوات	الدرجة الكلية للمقياس
		10,095	47,984	66	أقل من 5 سنوات	

يتضح من خلال الجدول رقم (43) أن:

- متوسط بعد استعمال المادة لدى المصابين بالسكري لمدة أكثر من خمس سنوات بلغ قيمة (14,800) بانحراف معياري قدره (4,163) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري لمدة أقل من خمس سنوات قد بلغ قيمة (16,197) بانحراف معياري قدره (4,918) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (-1,258) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,212) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد استعمال المادة تعزى لمتغير سنوات الإصابة بالمرض لدى عينة الدراسة.

- متوسط بعد عادات الأكل والنوم لدى المصابين بالسكري لمدة أكثر من خمس سنوات بلغ قيمة (8,320) بانحراف معياري قدره (3,009) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري لمدة أقل من خمس سنوات بقيمة (8,969) بانحراف معياري قدره (3,472) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (- 0,825) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,412) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد عادات الأكل والنوم تعزى لمتغير سنوات الإصابة بالمرض .

- متوسط بعد الإجهاد لدى المصابين بالسكري لمدة أكثر من خمس سنوات بلغ قيمة (15,240) بانحراف معياري قدره (3,017) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري لمدة أقل من خمس سنوات قد بلغ قيمة (14,924) بانحراف معياري قدره (3,544) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (0,394) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية

(0,694) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الإجهاد تعزى لمتغير سنوات الإصابة بالمرض لدى عينة الدراسة الحالية. - متوسط تنظيم الوزن لدى المصابين بالسكري لمدة أكثر من خمس سنوات بلغ قيمة (8,200) بانحراف معياري قدره (3,149) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري لمدة أقل من خمس سنوات قد بلغ قيمة (7,893) بانحراف معياري قدره (2,334) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (0,505) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,615) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد تنظيم الوزن تعزى لمتغير سنوات الإصابة بالمرض لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط المعتقدات الصحية التعويضية لدى المصابين بالسكري لمدة أكثر من خمس سنوات بلغ قيمة (46,560) بانحراف معياري قدره (8,641) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري لمدة أقل من خمس سنوات قد بلغ قيمة (47,984) بانحراف معياري قدره (10,095) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (-0,624) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,534) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية التعويضية تعزى لمتغير سنوات الإصابة بالمرض لدى عينة الدراسة الحالية.

4.5. حسب حجم الأسرة: يبين الجدول التالي نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ونتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق بين متوسطات أفراد عينة الدراسة الحالية على مقياس المعتقدات الصحية التعويضية وأبعادها. وفقا لمتغير حجم الأسرة ، والنتائج موضحة في الجدول التالي.

الجدول رقم (44) نتائج اختبار "ت" للفروق في المعتقدات الصحية التعويضية وفقا لمتغير حجم الأسرة

الأبعاد	حجم الأسرة	العينة ن=92	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	قيمة الدلالة الإحصائية
إستعمال المادة	أسرة كبيرة	36	15,66	4,215	-0,206	0,838
	أسرة صغير	56	15,875	5,052		
عادات الأكل	أسرة كبيرة	36	9,2778	3,630	1,234	0,221
	أسرة صغير	56	8,3929	3,171		

0,773	0,289	3,470	15,194	36	أسرة كبيرة	الإجهاد
		3,408	14,982	56	أسرة صغير	
0,098	1,673	2,853	8,500	36	أسرة كبيرة	تنظيم الوزن
		2,333	7,589	56	أسرة صغير	
0,386	0,872	8,890	48,638	36	أسرة كبيرة	الدرجة الكلية للمقياس
		10,124	46,839	56	أسرة صغير	

يتضح من خلال الجدول رقم (44) أن:

- متوسط بعد استعمال المادة لدى المراهقين المصابين بالسكري الذين يعيشون في أسرة كبيرة بلغ قيمة (15,66) بانحراف معياري قدره (4,215) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري الذين يعيشون في أسرة صغيرة قد بلغ قيمة (15,875) بانحراف معياري قدره (5,052) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (0,206-) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,838) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد استعمال المادة تعزى لمتغير حجم الأسرة لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط بعد عادات الأكل والنوم لدى المراهقين المصابين بالسكري الذين يعيشون في أسرة كبيرة بلغ قيمة (9,277) بانحراف معياري قدره (3,630) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري الذين يعيشون في أسرة صغيرة قد بلغ قيمة (8,392) بانحراف معياري قدره (3,171) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (1,234) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,221) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد عادات الأكل والنوم تعزى لمتغير حجم الأسرة .

- متوسط بعد الإجهاد لدى المراهقين المصابين بالسكري الذين يعيشون في أسرة كبيرة بلغ قيمة (15,194) بانحراف معياري قدره (3,470) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري الذين يعيشون في أسرة صغيرة قد بلغ قيمة (14,982) بانحراف معياري قدره (3,408) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (0,289) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,773) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الإجهاد تعزى لمتغير حجم الأسرة لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط تنظيم الوزن لدى المراهقين المصابين بالسكري الذين يعيشون في أسرة كبيرة بلغ قيمة (8,500) بانحراف معياري قدره (2,853) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين

بالسكري الذين يعيشون في أسرة صغيرة قد بلغ قيمة (7,589) بانحراف معياري قدره (2,333) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (1,673) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,098) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد تنظيم الوزن تعزى لمتغير حجم الأسرة لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط المعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري الذين يعيشون في أسرة كبيرة بلغ قيمة (48,638) بانحراف معياري قدره (8,890) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري الذين يعيشون في أسرة صغيرة قد بلغ قيمة (46,839) بانحراف معياري قدره (10,124) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (0,872) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,386) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية التعويضية تعزى لمتغير حجم الأسرة لدى عينة الدراسة الحالية.

5.5. حسب المستوى المعيشي للأسرة: يوضح الجدول رقم (44) نتائج تحليل التباين الأحادي الاتجاه للفروق في طبيعة المعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري وفقا للمستوى المعيشي للأسرة.

الجدول رقم (45) نتائج اختبار " Anova " للفروق في المعتقدات الصحية التعويضية وفقا لمتغير المستوى المعيشي للأسرة

الأبعاد	المستوى المعيشي للأسرة	العينة ن=92	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (f)	قيمة الدلالة الإحصائية
إستعمال المادة	ضعيف	13	16,538	4,274	0.733	0.483
	متوسط	70	15,471	4,832		
	جيد	9	17,222	4,521		
عادات الأكل	ضعيف	13	8,461	3,017	0.406	0.668
	متوسط	70	8,900	3,384		
	جيد	9	7,888	3,919		
الإجهاد	ضعيف	13	13,538	3,430	1.538	0.221
	متوسط	70	15,300	3,406		
	جيد	9	15,444	3,244		

0.741	0.301	3,105	8,153	13	ضعيف	تنظيم الوزن
		2,550	7,985	70	متوسط	
		2,061	7,333	9	جيد	
0.942	0.060	8,547	46,692	13	ضعيف	الدرجة الكلية للمقياس
		9,983	47,657	70	متوسط	
		9,413	47,888	9	جيد	

يتضح من خلال الجدول رقم (45) أن:

- متوسط بعد استعمال المادة لدى المراهقين المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي الضعيف بلغ قيمة (16,538) بانحراف معياري قدره (4,274) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي المتوسط قد بلغ قيمة (15,471) بانحراف معياري قدره (4,832) و جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي الجيد بقيمة (17,222) بانحراف معياري قدره (4,521) كما جاءت نتيجة اختبار (أنوفا) مقدرة بـ (0.733) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0.483) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد استعمال المادة تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط عادات الأكل والنوم لدى المراهقين المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي الضعيف بلغ قيمة (8,461) بانحراف معياري قدره (3,017) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي المتوسط قد بلغ قيمة (8,900) بانحراف معياري قدره (3,384) و جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي الجيد بقيمة (7,888) بانحراف معياري قدره (3,919) كما جاءت نتيجة اختبار (أنوفا) مقدرة بـ (0.406) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0.668) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد عادات الأكل والنوم تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط بعد الإجهاد لدى المراهقين المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي الضعيف بلغ قيمة (13,538) بانحراف معياري قدره (3,430) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي المتوسط قد بلغ قيمة (15,300) بانحراف معياري قدره (3,406) و جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى

المعيشي الجيد بقيمة (15,444) بانحراف معياري قدره (3,244) كما جاءت نتيجة اختبار (أنوفا) مقدرة بـ (1.538) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0.221) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الإجهاد تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط بعد تنظيم الوزن لدى المراهقين المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي الضعيف بلغ قيمة (8,153) بانحراف معياري قدره (3,105) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي المتوسط قد بلغ قيمة (7,985) بانحراف معياري قدره (2,550) و جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي الجيد بقيمة (7,333) بانحراف معياري قدره (2,061) كما جاءت نتيجة اختبار (أنوفا) مقدرة بـ (0.301) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0.741) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد تنظيم الوزن تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى عينة الدراسة الحالية.

- متوسط مقياس المعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي الضعيف بلغ قيمة (46,692) بانحراف معياري قدره (8,547) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي المتوسط بقيمة (47,657) بانحراف معياري قدره (9,983) وجاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي الجيد بقيمة (47,888) بانحراف معياري قدره (9,413) كما جاءت نتيجة اختبار (أنوفا) مقدرة بـ (0.060) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0.942) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية التعويضية تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

6. عرض و تحليل نتائج الفرضية السادسة:

نص الفرضية الثالثة: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية بين فئة ذات المستوى المنخفض للمعتقدات الصحية التعويضية وفئة ذات المستوى المرتفع للمعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية".

ولتحقق من هذه الفرضية تم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لدراسة الفروق في درجات مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية بين فئة ذات المستوى المنخفض للمعتقدات الصحية التعويضية وفئة ذات المستوى المرتفع للمعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (46) يوضح نتائج اختبار "ت" الفروق في درجات مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية بين فئة الغير حاملون وفئة الحاملون للمعتقدات الصحية التعويضية

المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	قيمة الدلالة الاحصائية
فئة منخفضوا للمعتقدات الصحية التعويضية	81	74.52%	96.50	9.37	-1,038	0,302
فئة مرتفعوا للمعتقدات الصحية التعويضية	11	10.12%	93.36	9.78		

يوضح الجدول رقم (46) أن: المتوسط الحسابي لمستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى فئة ذات مستوى المنخفض للمعتقدات الصحية التعويضية بلغ قيمة (96.50) بانحراف معياري قدره (9.37). بينما بلغت قيمة المتوسط الحسابي لمستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى فئة ذات مستوى المرتفع للمعتقدات الصحية التعويضية (93.36) بانحراف معياري قدره (9.78). كما جاءت نتيجة اختبار (ت) بقيمة (-1.038) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0.302) أكبر من (0.05) وبالتالي فهي غير دالة وعليه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية بين فئة الغير حاملون للمعتقدات الصحية التعويضية وفئة الحاملون للمعتقدات الصحية التعويضية لدى عينة الدراسة الحالية.

7. عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة:

تنص الفرضية: " توجد فروق في مستوى المعتقدات الصحية التعويضية بين الفئة ذات مستوى الإدراك المرتفع لجودة الحياة الأسرية والفئة ذات مستوى الإدراك المنخفض لجودة الحياة الأسرية من عينة المراهقين المصابين بداء السكري".

ولتحقق من هذه الفرضية تم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لدراسة الفروق في المعتقدات الصحية التعويضية بين الفئتين ذات مستوى (المرتفع/المنخفض) لإدراك جودة الحياة الأسرية من عينة الدراسة الحالية، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (47) يوضح نتائج اختبار "ت" للفروق في درجات المعتقدات الصحية التعويضية بين فئة مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية المرتفع المنخفض

قيمة الدلالة الإحصائية	قيمة (ت)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	النسبة المئوية	التكرار	مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية
0,385	-0.873	9,734	47,382	%96.73	89	مستوى الإدراك المرتفع لجودة الحياة الأسرية
		5,686	52,333	%3.26	3	مستوى الإدراك المنخفض لجودة الحياة الأسرية

يوضح الجدول رقم (47) أن: متوسط المعتقدات الصحية التعويضية لدى الفئة ذات مستوى الإدراك المرتفع لجودة الحياة الأسرية بلغت (47,382) بانحراف معياري قدره (9,734) بينما بلغت قيمة متوسط المعتقدات الصحية التعويضية لدى الفئة ذات مستوى الإدراك المنخفض لجودة الحياة الأسرية بلغت (52,333) بانحراف معياري قدره (5,686). كما جاءت نتيجة اختبار (ت) بقيمة (-0.873) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,385) أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي فهي غير دالة وعليه فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية التعويضية بين فئة ذات مستوى الإدراك المرتفع لجودة الحياة الأسرية والفئة ذات مستوى الإدراك المنخفض لجودة الحياة الأسرية من عينة الدراسة الحالية.

8. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة:

نص الفرضية: "توجد مستويات متباينة بين أبعاد المعتقدات الصحية التعويضية لدى الفئة ذات مستوى الإدراك المرتفع لجودة الحياة الأسرية من المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية".

ولتحقق من هذه الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لأبعاد مقياس المعتقدات الصحية التعويضية، لدى فئة الأفراد ذات مستوى الإدراك المرتفع لجودة الحياة الأسرية من عينة الدراسة الحالية.

جدول رقم (48) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لأبعاد مقياس المعتقدات الصحية التعويضية

الأبعاد	الفقرات	الدرجة الكلية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة
---------	---------	---------------	-----------------	-------------------	--------------	--------

3	%52.39	4,752	15,719	30	6	استعمال المادة
4	%43.65	3,400	8,730	20	4	عادات الأكل والنوم
1	%75.22	3,430	15,044	20	4	الإجهاد
2	%52.57	2,569	7,887	15	3	تنظيم_الوزن

يتضح من الجدول رقم(48) أنه يوجد تباين بين مستويات أبعاد المعتقدات الصحية التعويضية لدى الفئة ذات مستوى الإدراك المرتفع لجودة الحياة الأسرية من المراهقين المصابين بداء السكري في عينة الدراسة الحالية. حيث جاء في الترتيب الاول بعد الإجهاد وبلغ وزنه النسبي(75.22%) بمتوسط حسابي بلغت قيمته(15,044) وانحراف معياري قدره (3,430) وفي المرتبة الثانية بعد تنظيم الوزن حيث بلغ وزنه النسبي (75.22%) بمتوسط حسابي قدره(7,887) وانحراف معياري بلغ قيمة (2,569)ويحتل بعد استعمال مادة المرتبة الثالثة وبلغ وزنه النسبي (52.39%) بمتوسط حسابي قدره(15,719) وانحراف معياري قدره بـ (4,752)، وفي الترتيب الرابع والأخير بعد عادات الأكل والنوم حيث بلغ وزنه النسبي (43.65%) وقدر المتوسط حسابي بقيمة (8,730) وانحراف معياري قدره (3,400).

9. عرض وتحليل نتائج الفرضية التاسعة:

نص الفرضية: " يوجد تباين بين مستويات أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية المدركة لدى فئة ذات مستوى المنخفض للمعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية".

ولتحقق من هذه الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لأبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية المدركة، لدى فئة الغير حاملون للمعتقدات الصحية التعويضية من المراهقين المصابين بمرض السكري من عينة الدراسة الحالية.

الجدول رقم (49) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لأبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية المدركة

الأبعاد	عدد الفقرات	الدرجة الكلية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الرتبة
التفاعل الأسري	9	27	25,160	2,277	%93.18	2
الوالدية	9	27	25,777	3,724	%95.47	1
السعادة الانفعالية	9	27	24,518	2,748	%90.80	3

4	%77.95	2,801	21,049	27	9	السلامة الصحية
---	--------	-------	--------	----	---	----------------

يتضح من الجدول رقم (49) أنه يوجد تباين بين مستويات أبعاد جودة الحياة الأسرية المدركة عند الذين لا توجد لديهم معتقدات صحية تعويضية من عينة المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية، حيث جاء في الترتيب الأول بعد الوالدية وبلغ وزنه النسبي (95.47%) بمتوسط حسابي بلغت قيمته (25,777) وانحراف معياري قدره (3,724)، ويليه في المرتبة الثانية بعد التفاعل الأسري حيث بلغ وزنه النسبي (93.18%) بمتوسط حسابي قدره (25,160) وانحراف معياري بلغ قيمة (2,277)، في حين يحتل بعد السعادة الانفعالية المرتبة الثالثة وبلغ وزنه النسبي (90.80%) بمتوسط حسابي قدرة (24,518) وانحراف معياري قدره ب (2,748)، وفي الترتيب الرابع و الأخير بعد السلامة الصحية حيث بلغ وزنه النسبي (77.95%) وقدر المتوسط حسابي بقيمة (21,049) وانحراف معياري قدره (2,801).

خلاصة الفصل: تم في هذا الفصل عرض وتحليل نتائج تساؤلات و فرضيات الدراسة وفقا لترتيبها المنهجي، وهذا بعد أن تمت عملية معالجتها إحصائيا بأساليب إحصائية متعددة بحسب ما يتناسب مع كل تساؤل أو فرضية، فقد تضمن الفصل عرض للتساؤل الأول والذي نص على: ما مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية؟ وقد أسفرت نتيجة المعالجة الإحصائية للتساؤل الأول على أن: مستوى جودة الحياة الأسرية المدركة لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية مرتفع. كما تمت الإجابة على التساؤل الثاني و الذي نصه: هل توجد معتقدات صحية تعويضية لدى المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية؟ وقد أسفرت نتيجة المعالجة الإحصائية للتساؤل الثاني على أن: لا توجد معتقدات صحية تعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية. كما تمت الإجابة على التساؤل الثالث والذي نصه: هل توجد علاقة ارتباطية بين مستوى جودة الحياة الأسرية المدركة والمعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية؟ وقد أسفرت نتيجة المعالجة الإحصائية لهذا التساؤل على أن: وقد أسفرت نتيجة المعالجة الإحصائية للتساؤل الثالث على أن: لا توجد علاقة بين مستوى جودة الحياة الأسرية المدركة والمعتقدات الصحية التعويضية لدى عينة المراهقين المصابين بالسكري من

عينة الدراسة الحالية حيث جاءت قيمة معامل الارتباط بيرسون مقدرة بـ(0,142-) بقيمة دلالة تساوي (0,176). بالإضافة إلى ذلك تضمن الفصل التحقق من صحة فرضيات الدراسة حيث جاء نص الفرضية الأولى على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة الأسرية المدركة تعزي لكل من متغير الجنس، المستوى التعليمي، سنوات الإصابة بالسكري، حجم الأسرة، المستوى المعيشي للأسرة لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية. وقد أسفرت نتيجة المعالجة الإحصائية للفرضية الأولى على أن: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة الأسرية المدركة تعزي لكل من متغير الجنس، المستوى التعليمي، سنوات الإصابة بالسكري، حجم الأسرة، المستوى المعيشي للأسرة لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية. كما تم التحقق من صحة الفرضية الثانية حيث نصت على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في وجود المعتقدات الصحية التعويضية تعزي لكل من متغير الجنس، المستوى التعليمي، سنوات الإصابة بالسكري، حجم الأسرة، المستوى المعيشي للأسرة لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية. وقد أسفرت نتيجة المعالجة الإحصائية للفرضية الثانية على أن: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في وجود المعتقدات الصحية التعويضية تعزي لكل من متغير الجنس، المستوى التعليمي، سنوات الإصابة بالسكري، حجم الأسرة، المستوى المعيشي للأسرة لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية فيما عدا الجنس لصالح الإناث. كما تم التحقق من صحة الفرضية الثالثة حيث نصت على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية بين فئة الحاملون للمعتقدات الصحية التعويضية وفئة الغير حاملون للمعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية. وقد أسفرت نتيجة المعالجة الإحصائية للفرضية الثالثة على أن: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية بين فئة الحاملون للمعتقدات الصحية التعويضية و فئة الغير حاملون للمعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية. كما تم التحقق من صحة الفرضية الرابعة حيث نصت على أنه:توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية التعويضية بين الفئة ذات المستوى المرتفع لجودة الحياة الأسرية المدركة والفئة ذات المستوى المنخفض لجودة الحياة الأسرية المدركة لدى المراهقين

المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية. وقد أسفرت نتيجة المعالجة الإحصائية للفرضية الرابعة على أن: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية التعويضية بين الفئة ذات المستوى المرتفع لجودة الحياة الأسرية المدركة والفئة ذات المستوى المنخفض لجودة الحياة الأسرية المدركة لدى المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية. كما تم التحقق من صحة الفرضية الخامسة حيث نصت على أنه يوجد تباين بين مستويات أبعاد المعتقدات الصحية التعويضية لدى الفئة ذات المستوى المرتفع لجودة الحياة الأسرية المدركة لدى المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية. وقد أسفرت نتيجة المعالجة الإحصائية الفرضية الخامسة على أن: يوجد تباين بين مستويات أبعاد المعتقدات الصحية التعويضية لدى الفئة ذات المستوى المرتفع لجودة الحياة الأسرية المدركة من المراهقين المصابين بداء السكري في عينة الدراسة الحالية كما تم التحقق من صحة الفرضية السادسة حيث نصت على أنه: يوجد تباين بين مستويات أبعاد جودة الحياة الأسرية المدركة لدى فئة الغير حاملون للمعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية. وقد أسفرت نتيجة المعالجة الإحصائية الفرضية السادسة على أن: يوجد تباين بين مستويات أبعاد جودة الحياة الأسرية المدركة لدى فئة الغير حاملون للمعتقدات صحية تعويضية من المراهقين المصابين بداء السكري في عينة الدراسة الحالية وعليه في الفصل الموالي سيتم عرض تفسير ومناقشة النتائج المتوصل إليها لتساؤلات و فرضيات الدراسة وفق ما ورد في التراث النظري و الدراسات السابقة حول موضوع الدراسة الحالية.

الفصل الثامن

تفسير ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأول
2. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية
3. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة
4. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة
5. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة
6. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة
7. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة
8. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة
9. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة

خلاصة الفصل

تمهيد:

نستعرض في هذا الفصل مناقشة و تفسير لنتائج تساؤلات و فرضيات الدراسة الحالية بناء على ما توفر في الأدبيات النظرية والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة وفق تسلسل أهداف الدراسة الحالية. وذلك بعد أن قمنا بعرض وتحليل النتائج في الفصل السابق وفق التحليل الإحصائي للبيانات التي تم جمعها خلال الدراسة الأساسية. كما يحتوي هذا الفصل على خلاصة عامة لدراسة و عرض بعض الاقتراحات والتوصيات.

1. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

نص التساؤل الأول: ما مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية؟

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للإجابة عن التساؤل الأول و المعروضة في الجدول رقم(32) أن مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة جاء مرتفعاً على مقياس جودة الحياة الأسرية. حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي (96,13) وهي أكبر من المتوسط الفرضي للمقياس جودة الحياة الأسرية والتي قدرت ب (72).

وتفسر الطالبة الباحثة هذه النتيجة انطلاقاً من أن عملية إدراك جودة الحياة الأسرية تتطور من خلال المواقف اليومية للمراهقين والتفاعل مع أفراد الأسرة. فهي تمثل الأداء الجيد للوالدين من خلال تحقيق السعادة والقدرة على شعور الأبناء بالاستمتاع في الحياة وإشباع حاجاتهم الأساسية، حيث إن إدراك الأبناء لهذه المكاسب يساهم في جودة التطور النفسي و الصحي لديهم، كما أن الرعاية الصحية و النفسية المتميزة و المقدمة من طرف الأسرة للأبناء في مرحلة المراهقة والمراعاة لأنهم مصابون بمرض السكري، ينتج عنه إدراك ذو مستوى مرتفع لجودة حياتهم الأسرية. كما تعتبر حاجات المراهقين الأساسية ضرورة لا مفر من إشباعها وهي حاجات متعددة منها: الحاجة إلى الأمن والحاجة إلى الحب والقبول والحاجة إلى تأكيد وتحسين الذات، الحاجة إلى النمو العقلي والابتكار، الحاجة إلى الترفيه والتسلية. و الحاجة هي مفهوم معياري ونسبي متغير من وقت لآخر، تتأثر بالمستوى المعيشة للأسرة، والمناخ الاجتماعي والاقتصادي السائد في الأسرة، ومستويات النمو، والإطار الثقافي الذي يعيش فيه المراهق. (شنين. جغوب. 2013ص.09)

ومن هنا تسعى أسر المراهقين بداء السكر إلى تحقيق هذه الحاجات، مهما كانت ظروفها، فهي تتحدى الكثير من الصعاب و العوائق خوفا على صحة وسلامه أبنائها. إن الإدراك الجيد لجودة الحياة الأسرية يتأثر بمجموعة من العوامل عند المراهقين المصابين بداء السكري على وجه الخصوص، فمعايشة المراهق للإشراف الأبوي المتمثل في الحرص على تناول الدواء بانتظام والزيارات الدورية لطبيب و إرشادهم حول الالتزام بالوجبات الصحية المغذية والحذر الشديد تجاه حدوث مضاعفات صحية بالإضافة إلى تذكركم بضرورة مراقبة مستوى السكر في الدم وتميز معاملتهم باللطف وعدم ممارسة الضغط عليهم. فيستثمر المراهق كل هذا الاهتمام في تعلم أهمية الاعتناء بالذات، وأن المحافظة على صحته تبعث على الراحة للأبوين و بالتالي يستطيع الوالدين تحقيق جو أسري يسوده طمأنينة و سعادة و مع زيادة التزام المراهق بهذه العملية يصبح قادر على الاستقلالية في تنظيم حياته و تنظيم أسلوب التعايش مع مرض السكري بدون صعوبات هذا ما قد يساعده على إدراكه الجيد لجودة حياته الأسرية بعد الجهد المبذول من طرف أبوية و مساعدته للوصول إلى الاستقلالية في ظروف أسرية جيدة. بالإضافة إلى توفير كل الماديات المطلوبة للعلاج و تحقيق الحماية المناسبة له في هذه المرحلة.

وهذا ما أشار إليه إيزاكس و آخرون (Isaacs,et al. 2007) أن جودة الحياة الأسرية "الأداء الجيد للوالدين في الأسرة أو السعادة الأسرية." ويعتبر الرضا والفرص المتاحة لزيادة دخل الأسرة أو العمل على الاشتراك في أنشطة وقت الفراغ من أهم مؤشرات جودة الحياة الأسرية. وتتضمن جودة الحياة الأسرية العديد من الجوانب الداخلية والخارجية، وتتمثل الداخلية منها في طبيعة رؤية أفراد الأسر لأنفسهم من جانب الوظيفية فيما يتعلق بالصحة، العلاقات الأسرية، المعتقدات الثقافية والدينية. بينما الخارجية منها تكمن في أسلوب رؤية أفراد الأسر لأنفسهم فيما يتعلق بالمؤثرات الخارجية، وتتجلى في كلا من السعادة المادية المتضمنة مصادر الدخل المتنوعة، من رواتب شهرية وعلاوات وكذلك الدعم الاجتماعي، والحصول على الدعم من المؤسسات والجمعيات العاملة في مجال المشكلات الصحية. (أماني، شند، 2016)

وقد بينت دراسة (حسين، 1987) أن العامل النفسي ونمط حياة الأسرة له دور في الإسراع بالإصابة بمرض السكري لدى صغار السن الذين لديهم استعداد وراثي للإصابة. حيث

يعتبر السكري مرض طويلة الأمد له آثار مهددة للحياة خصوصا في مرحلة المراهقة فيتطلب رعاية منتظمة طوال الحياة، وتتحدد عوامل التعايش مع مرض السكري من خلال الظروف الأسرية، ومشاعر المريض ومستوي نموه المعرفي وردود فعله تجاه المرض، بالإضافة إلى الإنكار والرفض والتمرد على العلاج والخوف الشديد من مضاعفات المرض والقلق. (رولا رضا، 2014).

وفي دراسة ماكري (Macrea,1986) توصلت إلى أن المرضى الذين يتوافقون مع المرض ومضاعفاته تساعدهم عوامل متعددة في ذلك منها، الدخل المناسب للأسرة، المساندة الاجتماعية الفعالة وقدرتهم على مقاومة الضغوط، وتعليم المريض القدرة على مواجهة المشكلات المتعلقة بالعلاج. وهذا ما يؤكد ضرورة تحسين قدرة أسرة المريض على التعامل مع المراهقين المصابين بالسكري وتقديم الرعاية الجيدة لهم، كنمط الغذاء والنشاط البدني وتحقيق الاحتياجات النفسية لهم والالتزام بالجدية في العلاج، فسوء تعامل الأسرة مع المراهق المريض بالسكري، يقلل من الاستجابة للعلاج والتحكم في خطورة المرض ومضاعفاته. (رولا رضا، 2014).

كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (رامي طشطوش و محمد القشار: 2016) التي هدفت إلى الكشف عن مستوى نوعية الحياة ومستوى تقدير الذات والعلاقة بينهما لدى مرضى السكري في الأردن. إلى أن مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري جاء ضمن المستوى المرتفع و يحتل بعد الصحة الجسدية في مقياس جودة الحياة المرتبة الرابعة و الأخيرة . (رامي طشطوش و محمد القشار: 2016).

كما توصلت الدراسة التي أجراها أوزلاندر وستيرزنج وزايا ووايت (Auslander, Sterzing, Zayas & White, 2010) إلى تحديد الموارد النفسية والعوائق أمام إدارة الذات لدى 10 من المراهقين، من مرض السكر وأمهاتهم، في أمريكا من أصل أفريقي، تتراوح أعمارهم بين (14 إلى 19 سنة)، ولا تقل مدة مرضهم عن سنة واحدة ، وتم عمل مقابلات مستقلة مع المشاركين، وأجابوا على استبانات تتضمن أسئلة مفتوحة بشأن تجاربهم مع المرض ومصادر دعم وعوائق إدارة الذات لديهم، وأشارت النتائج إلى اتفاق رؤى المراهقين وأمهاتهم بشأن إدارة الذات؛ حيث تمثلت مصادر دعم المراهقين المصابين بالسكري في: دور الأم كمساند أولي في حياتهم، وارتفاع فعالية الذات لديهم، والشعور بالتكيف مع

مرور الوقت، وإدراكهم بأن أسرهم على دراية بخطورة مرضهم وتساندهم في ذلك، وجود أقران داعمين ومساندين لهم، أما عوائق إدارة الذات فتمثلت في الإحساس بالتعب، وتحديات إتباع حمية غذائية، والتأثير السلبي للأقران. (هيام صابر صادق شاهين ص.467.468)

كما قد تعزى نتائج الدراسة الحالية إلى عوامل مختلفة منها ما هو متعلق بكل من الأبوين ومخاطر ومضاعفات مرض السكري، وخصائص المرحلة الإنمائية في فترة المراهقة لدى مريض السكري.

- فمن ناحية الأبوين: يعتبران هما المسئولان عن سلامة واستقرار الأسرة بصفة عامة و الأبناء المصابين بأمراض مزمنة أو إعاقات بصفة خاصة، ومنذ تكوينهم لأسرهم يسعى الأب والأم إلى توفير المأوى المناسب لهم، ويسعون للوصول إلى مستوى مادي يضمن لهم السلامة الصحية و الصحة النفسية و التعليم الجيد. ولكن تواجه أسر الأبناء المصابين بمرض السكري العديد من التحديات والصعوبات. ومن أهم الصعوبات التي تواجههم في التعامل مع أبنائهم من جانب نوع وكمية الغذاء اليومي، القيام باختبارات البول، الالتزام بمواعيد حقن الأنسولين، وانتظام الأنشطة اليومية، والمساندة والتشجيع الاجتماعي، التوقعات المستقبلية. وهذا إلى ما توصلت إليه دراسة (Janet et,al :1983) التي كانت تهدف إلى التعرف على تأثير مرض السكري لدى المراهقين في العلاقات الاجتماعية بالأسرة ومدى التوافق والاختلاف بين المراهق وأسرته في موضوعات مختلفة، وأوضحت النتائج أنه لا يوجد اتفاق بين وجهات نظر الآباء والمراهقين على مختلف المواقف، واختلفت وجهات نظر الأبناء باختلاف بالجنس والسن، كما كان تأثير المرض ضعيف على الأداء الدراسي والقدرة على التركيز، وتبين أن المراهقين الذكور المصابين بالسكري كانوا يشعرون أكثر بتأثير تحديات وصعوبات المرض على الحياة الاجتماعية مقارنة مع الإناث. وعلى الرغم من أن آباءهم كانوا كان يسعون لتقليل من هذه المشاعر عند أبنائهم إلا أنهم في الواقع كانوا مدركين للتأثير الكبير للمرض على حياة أبنائهم. (علاء عبد العظيم سليمان.2015. ص.17.16.)

وكل هذه التحديات تؤدي إلى بذل مجهود أكبر من طرف الابوين و السهر على حماية ورعاية أبنائهم. كما توصلت دراسة (بولتيس 1998 Politis) والتي طبقت على عينة من الأبناء المصابين ببعض الأمراض المزمنة وأسره ومنها الأبناء المصابين بالسكر حيث

توصلت إلى أن المرض المزمن يؤثر على التوافق النفسي والاجتماعي لدى المريض وأفراد أسرته خاصة فيما يتصل بطبيعة العلاقة بين الزوجين والقلق على مستقبل الابن. فالأسرة التي لديها ابن مصاب بالسكر يجب عليها التأقلم مع العديد من الضغوطات المرتبطة بأمور التواصل والتفاعل الاجتماعي الأسري لدى هذه الفئة من الأبناء بالإضافة إلى السلوك غير المتوقع الذي يظهره والروتين اليومي الصلب صعب التغيير المرتبط بالعلاج، أي أن الأسر التي تتعامل مع طفل مصاب بمرض مزمن تواجه تحديات كبيرة تُصعب أدائها لأدورها تجاه كافة أفرادها. (علاء عبد العظيم سليمان. 2015. ص. 16. 17.)

فتضاعف مجهوداتها تجاه أبنائها مما يجعل المراهقين يدركون أن الأبوين يبذلون مجهودا خاصا بهم ويتلائم مع وضعهم الصحي ويحقق إحتياجاتهم.

- من ناحية مخاطر ومضاعفات مرض السكري: فمرض السكر ليس مجرد ارتفاع مستوى نسبة السكر بالدم عن المعدل الطبيعي وما يترتب عن ذلك من أعراض ولكنه يتضمن مشكلات استجابة جسم المصاب مع العناصر الغذائية التي يتناولها والمتمثلة في السكريات و البروتينات والدهون والمعادن وبمرور الوقت تؤثر هذه المشكلات على المصابين بالسكر، خصوصا في حالة إهمال الخضوع للعلاج و العمل على الرعاية الذاتية، وتؤدي إلى تضرر أعضاء كثيرة في الجسم، وهذه الأضرار والمضاعفات يمكن الوقاية أو التخفيف من حدوثها بإتباع التعليمات للسيطرة على المرض. فعندما يشعر مريض السكري بالتحسن في معدل نسبة السكر بالدم في اغلب الأحيان يعتقد أن التوقف عن العلاج بالدواء أو تقليل الجرعات انه لا يشكل خطرا على صحته، لكن ما لا شك فيه أن العلاج بالدواء يعمل على التحكم في مستوى السكر بالدم . وبدونه يتم فقدان السيطرة على المرض وتبدأ المضاعفات في الظهور. وهذا يقتضي معرفة إن علاج مرض السكر لا ينحصر على تناول الأقراص أو الحقن بالأنسولين فقط، وإنما ينبغي إتباع الكثير من تدابير النظافة البدنية ونظافة المحيط، الالتزام بالنشاط الحركي اليومي و النوم المعتدل، وضرورة تعاون أفراد الأسرة في توفير أساسيات العلاجات الطبية المادية و الإحاطة المعنوية و العاطفية للمريض لتحقيق التحكم التام على مرض السكر. وعليه فإن إدراك المريض وأسرته لخطورة المرض و مضاعفاته يسهم في حرصهم على مساعدة المراهق في العناية الذاتية مما يجعله يشعر بأهمية هذه المساعدة من طرف الأسرة رغم كثر القيود و الالتزامات. (زحيري ص. 18.)

- أما من ناحية خصائص المرحلة الإنمائية في فترة المراهقة لدى مريض السكري فإن هذه المرحلة بذاتها تتميز العديد من الخصائص والتغيرات في جميع جوانب حياة الفرد فيرى ستانلي هول (Stanley hall) أن المراهقة كمرحلة إنمائية تعرف تغيرات بيولوجية عميقة تتعكس بشكل كبير على سلوك المراهق، فهي مرحلة مهمة جدا قادرة على تغيير مسار الحياة المستقبلية، فيها تتحدد الأدوار الاجتماعية وتتمو القيم والقدرة على التفكير، ويصبح التفاعل مع الآخرين أكثر وعيا ونضجا. (بوشنة صالح.2019)

وقد أرجعت "مقرت ميد" مشاكل كل المراهقين إلى وجود معايير وقيم ثقافية متصارعة في اختيارات الفرد، ومن ثمة فإن حيرة المراهق تتغير بتغير المناخ كما يرى سولنجير (SOLENGEUER) أن التحول من الطفولة إلى المراهقة قد لا يكون مفاجئا في بعض المجتمعات البدائية، ويتم بالتدرج كما يحدث في المجتمعات التي يكون فيها الأطفال والكبار منفصلين عن بعضهم، فيتخذ المراهق في هاته المجتمعات موقف اللا انتماء إلى الجماعتين، جماعة الكبار وجماعة الأطفال. (بوشنة صالح.2019ص.137).

و يضيف (كيرت ليفين) Kurt Levin بأنه في فترة المراهقة تظهر اهتمامات ورغبات وأهداف جديدة تحدث خلالها التغيرات المعرفية والانفعالية والاجتماعية لكن قد لا يستطيع تحقيقها كلها وهذا ما يولد لديه بعض التعقيدات ينتج عنها القلق والتوتر وبروز المشكلات. (بوشنة صالح.2019)

وكل هذه التعقيدات المصاحبة لمرحلة المراهقة من شأنها أن تؤثر عليهم في حالة إصابتهم بمرض السكري، حيث يشير (زلوف منير، 2011) إلى أن أهم تأثيرات داء السكري أن يصاب المراهق بصدمة نفسية عنيفة، حيث يمكن أن يؤدي به الضغط النفسي إلى استجابات سلوكية مثل العدوانية أو حالات اكتئابية، وصعوبات في التكيف الاجتماعي مما ينجم عنه غالبا الانطواء ورفض المرض وعدم تقبله، وفي بعض الحالات لا يتقبل المراهق المرض ولا يعترف به كحقيقة مرضية يعيشها لذلك يحاول البعض منهم الانتحار كوسيلة للخروج من حالات الألم والعذاب النفسي، وتجدر الإشارة إلى أنه كلما كان الوسط العائلي غير متفهما للظروف التي يعيشها المراهق، زادت حدة جميع السلوكات وتفاقت آثارها السلبية والعكس صحيح. (بوشنة صالح.2019ص.137)

إن مرض السكري لدى المراهقين يخلق مضاعفات على الصحة النفسية والجسدية يتطلب مصاريف مادية زائدة، كما أن حرص المراهق على ضبط مستوى السكر في الدم يؤدي إلى أن تصبح الأعراض أقل خطورة وتحسن حالته و يكتسب نشاطا جسديا يساعده على أداء أعماله اليومية بوتيرة مريحة. ولكن في حالة عدم التزام المراهق المصاب بالسكري بالنظام الغذائي الذي نصح بإتباعه من طرف الطبيب، ولا يمارس النشاط البدني بشكل يومي ومنتظم ولا يبالي بقياس نسبة السكر في الدم فهذا يعرضه لمضاعفات صحية خطيرة كالتلف في الأعصاب والأوعية الدموية و مشكلات في القدرة على الإبصار و تدهور الكليتين أو أمراض في المفاصل وغيرها من المضاعفات، وكل هذه المضاعفات تتطلب مقدرة مادية كبيرة من طرف أسرته ما من شأنها أن تساهم في فحص وعلاج هذه المضاعفات لدي أطباء خواص غير الطبيب الخاص بمتابعة مرض السكري. كل ذلك له دور كبير في إدراك المراهق لسلامته الصحية والمقدرة المادية لأسرته عل أنها أقل جودة بالمقارنة مع باقي مجالات الحياة الأسرية.

2. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

نص التساؤل كالتالي: " هل توجد معتقدات صحية تعويضية لدى المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية؟"

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للإجابة على التساؤل الثاني والمعروضة في الجدول رقم (33) أنه لا توجد معتقدات صحية تعويضية لدى نسبة (88.04%) من المراهقين ويمثل عددهم (81) مراهقا وبلغ المتوسط الحسابي لديهم (96,506) وأنه توجد معتقدات صحية تعويضية لدى نسبة (11.95%) ويمثل عددهم (11) مراهقا وبلغ متوسط الحسابي لديهم (93,363) وقد بلغ عددهم الإجمالي (92) مراهقا مصابا بالسكري من عينة الدراسة الحالية.

كما تبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسط الفرضي للمقياس والمقدر ب (51) والمتوسط الحسابي للمعتقدات الصحية التعويضية المقدر ب (47,543) حيث جاءت قيمة المتوسط الحسابي أقل من المتوسط الفرضي، وهو ما يدل على انخفاض مستوى وجود المعتقدات الصحية التعويضية لدى عينة الدراسة الحالية.

وتفسير الطالبة الباحثة هذه النتائج من خلال ما تحمل عملية متابعة مرض السكري من صعوبة، مثل الالتزام بنظام غذائي محدد، الوجبات المنتظمة و الامتناع عن تناول المشروبات و المأكولات المصنعة التي تؤدي إلى زيادة نسبة السكر في الدم والالتزام بالحركة الدائمة و التمرينات الرياضية المنتظمة و تنظيم أوقات الراحة و النوم الجيد، بالإضافة و تجنب التدخين و أي من العقارات المنبهة، و تناول الدواء في المواعيد المحدد واحترام الجرعات الموصوفة من الطبيب، و تجنب العلاجات الغير طبية. فبالنسبة لمرحلة المراهقة ترتبط فكرة المرض المزمن بفكرة الموت المبكر و الخوف من المضاعفات التي قد يكون المراهق قد خبرها من قبل، وبالتالي فإنه بالرغم من صعوبة الرعاية المتعلقة بمرض السكري إلى جانب الخوف من المضاعفات، تجعل من المراهقين يتجنبون كل الممارسات و المعتقدات الغير صحية والتي من شأنها أن تؤدي بهم إلى سوء حالتهم الصحية أو تكون مهددة لحياتهم. ويحرصون على تجنب الانخراط في المعتقدات الصحية التعويضية و التي تعني ممارسة سلوك يؤدي صحتهم و بالتالي اللجوء إلى تصحيحه بسلوك صحي إيجابي وحرصه على تناول أغذية معينة ويحرم من أخرى.

حيث يعتقد بعض المرضى أنه بإمكانهم تجاوز الالتزام بكل هذه السلوكيات المضرة بصحتهم و تصحيحها بسلوكيات صحية إيجابية لاحقة من شأنها أن تخفف من الأضرار التي تخلفها السلوكيات الصحية المضرة السابقة، لكن يعتبر تفعيل المعتقدات الصحية التعويضية لدى المصابين بالسكري خطأ كبير يؤدي إلى مضاعفات صحية سيئة بمرور الوقت، و يستوجب عليهم مقاومة الإغراءات التي يوجهونها يوميا مثل الراحة المفرطة والنوم المطول وتناول الوجبات الدسمة و المحلات بالسكريات وعدم ممارسة الرياضة. فهي تتعارض مع أهدافهم الصحية، حيث يعتبر تفعيل المعتقدات الصحية التعويضية هو طريقة لتخفيف من التنافر المعرفي حول الانخراط في السلوك المضر بصحتهم (لكنها مغرية) أو المحافظة على هدف توازن نسبة السكر في الدم، فهذه العملية تسمح بعدم الشعور بالذنب حيال السلوك المضر بالصحة. و بالتالي يتعين على المصابين بالسكري اتخاذ قرارات تتضمن تحقيق أهدافهم الصحية. (T. Radtke, U. Scholz. 2012)

إن مفهوم المعتقدات الصحية التعويضية ينبثق من نظريات السلوك الصحي و قد أصبح قضية مهمة في مجالات عدة مثل تعزيز الصحة والتحكم في الأمراض المزمنة، كما أن

المعتقدات الصحية التعويضية تمثل حجر الأساس في رعاية مرضى السكري، و يؤدي الوعي الصحي لمرضى السكري و غياب المعتقدات الصحية التعويضية لديهم إلى تحسن أسلوب إدارتهم للمرض وأسلوب حياتهم اليومي بالإضافة إلى المحافظة على صحتهم و تجنب حدوث مضاعفات صحية. فيجب على المراهقين المصابين بالسكري تجنب الانخراط في المعتقدات الصحية التعويضية، وذلك حتى تتحقق النتائج المثلى للمتابعة الطبية فكلما كان المريض لا توجد لديه معتقدات صحية تعويضية فيما يتعلق إدارة مرض السكري كلما تمكن من عدم الانخراط في السلوكيات التعويضية و بالتالي يتمكن من إدارة سلوكه الصحي مثل ممارسة الرياضة و إتباع نظام غذائي و تجنب تناول المنبهات و يحافظ على الإجهاد الجسدي و هذا ما يساهم بطريقة جيدة في ضبط السكر في الدم لديه.

يري كل من (كنوبر، مونسون، كرونيك. Kronick، Knäuper، Monson، 2008) أن متبعوا الحميات يقومون بتوليد معتقدات صحية تعويضية تلقائياً استجابةً للإغراء. وهذا ما يتطابق مع نتائج دراسة أجراها (كنوبر وكرونيك. Knäuper & Kronick، 2010)، والتي وجدت أن متبعوا الحميات كانت لديهم نوايا تعويضية عندما واجهوا إغراء الطعام غني بالسكريات. بالإضافة إلى ذلك يلقي ذات الباحثين دعماً لرأي القائل بأن وجود نوايا تعويضية مرتبط بقرار تناول أطعمة عالية السعرات الحرارية. حيث يبدو أن النوايا التعويضية هي إحدى الاستراتيجيات للتعامل مع الإغراءات عندما يسمح الأفراد لأنفسهم بالانغماس.

(T. Radtke, U. Scholz. 2012. P38)

و جاءت دراسة متناقضة جزئياً مع دراستنا توصلت (Radtke & Scholz) أن المراهقين الذين تم تشخيص إصابتهم بمرض السكري ، لديهم معتقدات تعويضية فيما يتعلق باختبار الجلوكوز. ارتبطت هذه المعتقدات باختبار أقل انتظاماً لمستوى الجلوكوز وبضعف التحكم في التمثيل الغذائي. (T. Radtke, U. Scholz. 2012. P38)

وتوصلت نتائج دراسة نجوين وكنوبر ورابياو (2006) أنه كلما زادت معتقدات الصحة التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري ، قل احتمال تحكمهم في مستوى السكر في الدم ، ومراقبة السكر في الدم ، والالتزام بقواعد النظام الغذائي الخاصة بهم.

(T. Radtke, U. Scholz. 2012. P38)

وفي ذات السياق توصلت دراسة كل من الباحثين (نادية بوشلاق و نوار شهرا زاد. 2019) إلى أن مرضى السكري يتبعون السلوك الصحي لكن بشكل نسبي (متوسط)، و تريان بأن السلوك الصحي لدى مرضى السكري، والالتزام العلاجي تعد من أبرز المشكلات في الوسط الطبي. إذ يلاحظ الأطباء أن بعض المرضى لا يلتزمون بمواعيد الفحص الطبي وقد يرفضون إتباع توجيهات القائمين على الرعاية الصحية، فلا يمكن لهم أن يعتمدوا فقط تناول الدواء وإنما يجب إتباع عدد من الشروط لتحقيق رعاية صحية مفيدة وتتمثل في الالتزام بالفحص الدوري، وتناول الأدوية وفقاً لتوجيهات الطبية، وإتباع حمية غذائية مضبوطة. (نادية بوشلاق د. شهرزاد نوار. 2019 ص. 92).

كما تتفق دراستنا مع دراسة (Kummer.stahl &Graf.2014) (pehe.castillo.bachle.) وكانت حول السلوك الصحي لدى الأطفال و المراهقين المصابين بداء السكري مقارنة بمجموعة تمثيلية، حيث هدفت الدراسة إلى تقديم لمحة شاملة عن السلوك الصحي للأطفال و المراهقين المصابين بالسكري بالمقارنة مع عامة السكان، وكذلك مدى ملائمة هذه السلوكيات الصحية للسيطرة و ضبط مستوى السكر في الدم والحالة الصحية المصنفة ذاتياً، ولقد تمت مقارنة البيانات المأخوذة من استبيانات المراهقين البالغ عددهم (629) وتتراوح أعمارهم ما بين (11 إلى 17) سنة بعينة تمثيلية يبلغ عددها (6813)، و من أهم النتائج المتحصل عليها أن الأطفال و المراهقين المصابون بالسكري أظهروا نمط مختلف للسلوك الصحي، و تحسن حالتهم الصحية العامة إذا كان تعليمهم يركز على وجه التحديد على النشاط البدني المتكرر لفترة طويلة، مع استخدام أقل للتلفاز أو أجهزة الكمبيوتر. (عيادي و عبيدي. 2021).

وهذا ما يؤكد أهمية ممارسة الرياضة لمرضى السكري و تجنب بقاء المراهقين لساعات طويلة أمام الشاشات اعتقاداً منهم أنه يمكنهم القيام سلوكيات أخرى من شأنها أن تقلل من خطورة الخمول الجسدي، أو ربما عدم وعيهم بخطورة قلة النشاط البدني، فيجب أن يكونوا على دراية تامة بأهمية الحركة المستمرة وممارسة الرياضة بشكلها المناسب لسنهم و نمط حياتهم اليومي، و ضرورة تجنب الاعتقاد التعويضي حول النشاط البدني.

ويمكن تفسير هذه النتائج وفقاً لنموذج المعتقدات الصحية الذي يرى أن سلوكيات الأفراد محددة منطقياً، ويعتبر هذا النموذج أن اختيارات الأفراد لها وظيفة قائمة على أساس

التقديرات الذاتية للفوائد والتكاليف اللاحقة لكل السلوكيات المختارة، كما يفترض النموذج وجود قابلية للتنبؤ باتجاهات الأفراد المتعلقة بالصحة، حيث أن احتمال قيام الأفراد بالسلوكيات الوقائية هو ناتج من تقديراتهم حول خطورة المشكلات الصحية التي سيواجهونها لاحقاً، كما تحدد ممارسة السلوكيات الوقائية بناء على تقديراتهم السلبية والإيجابيات التي يحتمل أن تتجم عن ذلك السلوك (هبة فتحي النادي. 2018. ص 292).

فالمراهقين المصابين بالسكري يختارون سلوكياتهم الغذائية والمتعلقة بالرعاية الذاتية حول السكري بناء على تقديراتهم للفوائد التي تعود بالإيجاب على صحتهم و الحفاظ على مستوى السكر في الدم، و بالتالي يتجنبون من البداية السلوكيات المضرة بصحتهم، وهذا ما يغنيهم عن الانخراط في ممارسة السلوكيات التعويضية التي من شأنها أن تؤدي إلى تفاقم الأعراض لديهم. (هبة فتحي النادي. 2018. ص 292).

إن الأفراد الذين يعتقدون أن باستطاعتهم تبديل سلوكهم غير الصحي بسلوك آخر صحي يمتلكون في الوقت ذاته الدافعية اللازمة لبناء الاستراتيجيات والقيام بالمهام الكفيلة بضمان بلوغ الأهداف المسطرة، وهم بهذا الاعتقاد يوصفون بذوي مركز الضبط الداخلي حيث يشير جولومبكوفيفوش. golomabcofifosh (1995) إلى أن "الأفراد ذوو الضبط الداخلي يعتقدون أن النتائج اللاحقة لسلوكهم هي نتيجة جهدهم الذي بذلوه ويتوقعون أن بإمكانهم السيطرة على مخرجات هذا السلوك عن طريق التحكم بمقدار الجهد المبذول في أي مهمة معطاة لهم. (أسماء لشهب، 2021)

ولكن في حالة الأفراد المصابون بمرض السكري والذين يتمتعون بقدر كافي من الوعي الصحية و الخبر في التعامل مع المرض لديهم إستراتيجية مختلف عن ما جاء به نموذج المعتقدات الصحية التعويضية، فهم بحكم التجارب المتعلقة بالتجاوزات في نمط الغذاء و النشاط البدني مثلاً يسعون دائماً إلى تجنب ممارسة أي نشاط غي صحي أو التفكير في تعويضه بنشاط صحي بعد ذلك.

3. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

نص التساؤل الثالث: " هل توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية والمعتقدات الصحية تعويضية لدي عينة المراهقين المصابين بداء السكري".

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للإجابة على التساؤل الثالث والمعروضة في الجدول رقم (35) أنه لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الإدراك لجودة الحياة ووجود المعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بمرض السكري من عينة الدراسة الحالية، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بيرسون (-0,142) بمستوى دلالة إحصائية (sig=0,176) وهي أكبر من (0,05).

وأنه لا توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد مقياس الإدراك لجودة الحياة و أبعاد مقياس المعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بمرض السكري من عينة الدراسة، بينما توجد علاقة ارتباطية بين بعد الوالدية وكلا من بعد استعمال المادة و مقياس المعتقدات الصحية التعويضية ككل.

تفسر الطالبة الباحثة العلاقة الإرتباطية بين بعد الوالدية في مقياس جودة الحياة الأسرية ومقياس المعتقدات الصحية التعويضية ككل انطلاقا من كون الرعاية المقدمة من طرف الأسرة للمرضى المراهقين المصابين بالسكري تمثل عملية مهمة في مجالات حياتهم الصحية والنفسية لأنها تعمل على وقايتهم من حدوث مضاعفات خطيرة والعمل تحسن وضعهم الصحي، و تتجلى الرعاية الصحية لأسر المرضى المراهقين في بعض الأساليب التي من شأنها أن تساهم في العيش بنمط حياة مستقرة و تتمثل في ما يلي: تناول الوجبات الصحية الغنية بالخضار والفواكه و تجنب تناول الوجبات السريعة والوجبات الدسمة عالية السعرات الحرارية و الدهون، و الابتعاد عن تناول الحلويات و المشروبات الغازية والمحلاة، بالإضافة إلى الامتناع عن تناول السجائر وتجنب التجمع في أماكن المدخنين، و العمل على الاسترخاء و تجنب التحسس من ضغوطات الحياة، و يجب الحرص على ممارسة التمارين الرياضية من أجل الترفيه و التحكم في الوزن.

وتمثل هذه السلسلة من أساليب الرعاية الأسرية و التي تتفق مع المقومات الأساسية للوالدية حيث تعتبر الوالدية معيارا أساسيا في تحقيق درجة جودة الحياة الأسرية، وحسب ساوفاكون فيراسيري وآخرون. Saovakon Virasiri et al. تتمثل الوالدية في ثلاث سمات محددة على النحو التالي.

1. العملية والنشاط والتفاعل فيما يتعلق بتربية وتعليم الطفل.

2. يتم القيام بها من قبل الوالدين / الوالدين أو الشخصيات الأبوية في أحداث الحياة اليومية.

3. تهدف إلى تعزيز نمو الطفل وتطوره ورفاهه

(Saovoon Virasiri et al.,2011)

وحسب معجم APA لعلم النفس فإنه تشترك ممارسات الوالدية في جميع أنحاء العالم في ثلاثة أهداف رئيسية: ضمان صحة الأطفال وسلامتهم ، وإعداد الأطفال للحياة كبالغين منتجين ، ونقل القيم الثقافية. وتعد العلاقة عالية الجودة بين الوالدين والطفل أمرًا بالغ الأهمية للنمو الصحي. (<https://www.apa.org/topics/parenting>)

كما تهدف الوالدية إلى تربية الأطفال، وتقديم الرعاية والحب والإرشاد الذي يقدمه أحد الوالدين. وهو يتألف من الأساليب والتقنيات والأنشطة الأخرى المستخدمة أو المطلوبة في تربية الأطفال. وهي عملية تربية وتعليم الطفل منذ ولادته حتى سن الرشد ، والتي توجه للطفل من قبل الأم والأب أو الوالدين البيولوجيين. بالإضافة إلى ذلك ، يعرف قاموس ويبستر الدولي الجديد الوالدية بأنها فعل أو عملية أداء الأبوين وتربية الأطفال. ويشير إلى مهارة أو نشاط رعاية الأطفال من طرف أحد الوالدين.

(Saovoon Virasiri et al.,2011)

وتصنف عالمة النفس التنموي الأمريكية ديانا بومريند (1927-) أنماط الوالدية إلى أربعة أنواع وهي :

الوالدية الاستبدادية: وفيها يشدد الابوين أو مقدمي الرعاية على الطاعة، ويقللون من أهمية التعاون والحوار في الاسرة، ويستخدمون أساليب عنيف للعقاب. الوالدية الموثوقة: حيث يشجع الابوين أو مقدمي الرعاية استقلالية على الابناء إلى جانب وضعهم لقيود معينة على السلوك. الوالدية المتساهلة: والتي يتقبل فيها الابوين أو مقدمي الرعاية ويوافقون علي كل ما يصدر من الابناء، وتتطلب القليل من الضوابط الاسرية، وتتجنب ممارسة السيطرة والرفض. الوالدية المهملة: حيث يكون الابوين أو مقدمي الرعاية لا يقدمون الدعم والمساندة ، ويفشلون في مراقبة سلوك أبنائهم أو الحد منها، ويكونون أكثر حرصا على احتياجاتهم بدلا من احتياجات أبنائهم. (<https://dictionary.apa.org/parenting>)

فنتفق دراسة (دراسة إيمان طالبى.2017) مع النتيجة الجزئية في دراستنا والمتعلقة بوجود علاقة بين الوالدية المدركة المعتقدات الصحية التعويضية. حيث توصلت إلى أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة بين كل من (المساندة الأسرية وإتباع الحمية) (المساندة الأسرية وتناول الأدوية) (المساندة الأسرية والمواظبة و إجراء الفحوصات) لدى مرضى السكري. حيث تعتبر المساندة الأسرية للمريض المزمّن أمراً في غاية الأهمية ، ليس لأنها تعزز الأداء الجسمي و العاطفي للمريض فحسب، بل لأنها تعزز التزامه بالعلاج أيضاً، فأفراد الأسرة لا يقومون بتذكير المريض بنشاطات هو بحاجة إلى ممارستها، ولكنهم يربطون العلاج بنشاطات موجودة مسبقاً، وبالتالي تزداد احتمالات الالتزام بالعلاج. (إيمان طالبى.2017)

واتفقت نتيجة الدراسة كذلك مع ما توصلت إليه دراسة كوين و داوونى و ويشلورد آخرون و (Coyne et Downey et Wichlurd et al ,1973 ودراسة لويد و آخرون Loyd) (et al,1993 ودراسة ويلجاموث وبيتز Waljamouth et Pitz, 1991) أن المساندة التي يتلقاها المرضى من طرف أفراد الأسرة تعتبر من العوامل الأساسية في تقبل العلاج الالتزام به، من خلال مساعدتهم على تناول الأدوية والالتزام بالفحوص الدورية والالتزام بنصائح الطبيب و إرشاداته. (إيمان طالبى.2017)

كما توصلت دراسة أوزلاندر وستيرزنج وزايا ووايت (Auslander, Sterzing, Zayas & White, 2010) التي هدفت إلى تحديد الموارد النفسية والعوائق أمام إدارة الذات لدى المراهقين، حيث تكونت عينة الدراسة من 10 مراهقين أمريكيين من أصل أفريقي، تتراوح أعمارهم بين 14 و 19 عاماً، ولا تقل مدة مرضهم بالسكري عن سنة واحدة وقد شملت الدراسة أمهاتهم كذلك، وتم عمل مقابلات مستقلة مع المشاركين، وأجابوا على استبيانات تتضمن أسئلة مفتوحة بشأن تجاربهم مع المرض ومصادر دعم وعوائق إدارة الذات لديهم، وأشارت النتائج إلى تماثل رؤى المراهقين وأمهم بشأن إدارة الذات؛ حيث تمثلت مصادر دعمها في دور الأم كمساند أولي، وارتفاع فعالية الذات، والتوافق مع مرور الوقت، وإدراك الأسرة لخطورة مرض السكر، وجود أقران داعمين ومساندين، أما عوائق إدارة الذات فتمثلت في الإحساس بالتعب، وتحديات إتباع حمية غذائية، والتأثير السلبي للأقران، والمشكلات التي يتعرض لها المراهق في حياته. (هيام صابر صادق شاهين ص.468).

وفي دراسة أمال بوعيشة و نرجس زكري(2019) التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية الموجودة بين جودة الحياة والسلوك الصحي لدى مرضى السكري، حيث تم الاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي وبتطبيق مقياسين تمثال في: مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية، ومقياس السلوك الصحي لـ "بن دغفة شريفة" (2010-2011) حيث أجريت الدراسة على عينة قوامها 20 مريض بالسكري تم اختيارهم بطريقة قصدية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة بين درجة جودة الحياة ودرجة السلوك الصحي للمصابين بداء السكري من عينة الدراسة. (أمال بوعيشة. نرجس زكري.2020.ص 72)

فلاحظ أن للأسرة دور هام ومحوري للحفاظ على صحة أبنائهم سواء كانوا يعانون من أمراض مزمنة أو أمراض خطيرة أو حتى من الجانب الوقائي، فإن العادات الصحية في التغذية و نمط الحياة الصحية التي يعتاد عليها الطفل ويصعب عليهم العيش حين اختلالها بل و تسهل حياتهم مهما تغير ظروفهم الصحية، لذلك يجب تنشئة الأطفال على عادات غذائية سليمة. فالبيئة الأسرية تؤثر على العادات الغذائية ونمط الحياة لدى المراهقين فقد يتأثر المراهقين بالبيئة حيث قد يتصادم مع ملاحظات وتعليقات حول السمنة، أو تمجدي لممارسة الرياضة، و نبذ الاتجاه إلى تناول المواد و المشروبات المنبهة والمخدرة وهذا كله يؤدي بالمراهقين إلى تبني بعض العادات المساهمة في الحصول على وزن مناسب ولياقة بدنية بطريقة معتدلة. ولمن حين تميل هذه المعتقدات و السلوكيات إلى طرف المبالغ فهنا قد تحدث مضاعفات مؤذية.

فهناك مؤشرات قد يلاحظها الآباء حول ميل المراهقين إلى سلوكيات ضارة بصحتهم. كتناول الطعام بقوة وزيادة الوزن السريع أو فقدان الوزن المفاجئ. أو شعور الأم بتناول الطعام السري بسبب النقص.

أو إتباع المراهق نظام غذائي قاسي والحفاظ عليه لفترة من الوقت، على الرغم من عدم وجود زيادة الوزن. أو ممارسة مفرطة للرياضة لفترة طويلة والشعور بوجود أزمة في حالة عدم القدرة على ممارسة مرة واحدة ، وهذا هو تحول الممارسة إلى هاجس حقيقي. أو حدوث قلق مفرط من الأكل والوزن. (علي صالح محمد.2018)

وفي دراسة أوبييري اريجان وآخرون (Opipari- Arrigan et al.,2005) حول فاعلية تدخل قائم على مساعدة الأسرة في تنمية الإدارة الذاتية لمرض السكر، ودوره في تحسين الوظائف المرتبطة بمرض السكر وضبط السكر، لدى عينة قوامها (29) مراهقا تتراوح أعمارهم بين (10 إلى 14) عاما رفقة آبائهم، وتكون التدخل من 6 جلسات أسبوعية، كما تم تقدير معلوماتهم عن مرض السكر والتوافق مع المرض، والمسئولية عنه، ومعدل السكر بالدم في بداية التدخل، وبعد 12 شهرا من فترة المتابعة، أظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً ودالاً في إدارة الذات، وما تبعه من زيادة المعلومات المرتبطة بالسكر والتوافق مع المرض، وكذلك المسئولية الشخصية. وهذا ما يدل على أهمية جودة ممارسة الوالدية داخل الأسرة في تحسين السلوكيات الصحية المتعلقة بإدارة مرض السكري و تجنب تبني المعتقدات الصحية التعويضية التي من شأنها أن توؤدي إلى مضاعفات خطيرة على صحة مريض السكري. (هيام صابر صادق شاهين.ص. 472 السنة 2017)

إذا فالتربية الأسرية تلعب دورا مهما في إتباع السلوك الصحي من طرف الأبناء حيث يري (شيلي تايلور، 2008) أن الأطفال يتعلمون عاداتهم الصحية من آبائهم، لذلك فان التأكد من التزام الأسر بنمط حياة صحي يعطي الأطفال الفرصة الأفضل للبدء بحياة صحية منذ البداية، فالحياة الأسرية تشكل مصدر تعزيز للصحة وللسلوكيات الصحية السليمة لذا نرى أن هناك تزايد مستمر في توجيه إجراءات ن تدخل إلى الأسر بدلا من الأفراد، لضمان حدوث قدر أعظم من التغيير في السلوك. (القص صليحة، 2016، ص، 290.)

وتساهم الأسرة وخاصة الأبوين في تنمية السلوكيات الصحية و التدريب على ممارستها للأبناء، ويعد نمط الحياة الصحية أحد أهم جوانب الوعي الصحي التربوي للأبوين وهو عامل مهم يظهر أثره في الجانب الجسمي والنفسي للأبناء، فيتوجب على الأبوين أن يتزودا برصيد معرفي كبير متعلق بالوعي الصحي، كمعرفة الفوائد الصحية لأنواع الأغذية المقادير الملائمة لكل المراحل العمرية، والإلمام بالضوابط الصحية التي شأنها أن تعمل على المحافظة على صحة الأبناء أو الوقاية من خطر المضاعفات المرتبطة بمرض السكري أو الأمراض المزمنة.

وقد عرّف (موريسون. Morrison.) الوالدية بأنها "عملية تطوير واستخدام المعارف والمهارات المناسبة للتخطيط و / أو الإنشاء و / أو الإنجاب و / أو تربية الأبناء و / أو

توفير الرعاية لهم". أي أن الوالدية تبدأ عندما تكون هناك خطة لها ولا تتضمن فقط تربية الأطفال ولكن أيضًا توفير الرعاية لهم.

وهناك العديد من خصائص الوالدية. منها أولاً: أنه مع التقدم التكنولوجي والطبي ، تصبح الوالدية خيارًا في الحياة. ثانيًا: الوالدية هي التزام مدى الحياة. ثالثًا: تتضمن الوالدية على العديد من المسؤوليات حيث يتحمل الآباء مسؤولية رعاية أطفالهم جسديًا ونفسيًا على حد سواء. رابعًا: الوالدية لا تشمل الزوجين فقط ولكن جميع أفراد الأسرة منذ ولادة الطفل حيث يؤثر ذلك على الأسرة بأكملها. وتعتمد جودة التربية على عدة عوامل منها: الشخصية الناضجة للوالدين وهي العامل الأساسي للتربية الجيدة. مساهمة هذا النضج في استقرار العلاقة الزوجية الحميمة ، بالإضافة إلى تأثير دافع الوالدين في إنجاب الابناء على طريقة تربيتهم، وما إذا كان الحمل مخططًا أم لا، وهذا يعد أيضًا عاملاً مهمًا لأن الحمل المخطط له يعني استعدادًا أفضل ليكونا أحد الوالدين. كما تعتبر صفات الطفل الجسدية عاملاً مهماً أيضًا. حيث أن الطفل الذي يعاني من إعاقة جسدية أو مرض مزمن سيجعل مهمة الأبوة أكثر صعوبة من الطفل السليم الذي يتمتع بسمات جيدة.

(Saovoon Virasiri et al.,2011)

فعتبر جودة الحياة بما فيها من جوانب وخصوصا جانب الحياة الأسرية مدعما أساسيا لقدرة المريض على التكيف مع مرض السكري، وتمهد للاندماج في تقبل المرض والعلاج و تساهم في تعود المريض على تبني سلوكيات صحية جديدة تتلاءم مع حالته. وترتبط النظرية الحيوية النفسية الاجتماعية تطور المرض بالعوامل النفسية الاجتماعية من خلال الدور الذي تلعبه نوعية الحياة باعتبارها تعمل على الوقاية من الأحداث الضاغطة اليومية فهي تؤثر إيجابا على الصحة. (أمال بوعيشة. نرجس زكري،2020، ص72)

4.تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

نص الفرضية الاولى: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى عينة المراهقين المصابين بداء السكري تعزى لكل من متغير الجنس، المستوى التعليمي، سنوات الإصابة بالسكري، حجم الأسرة، الدخل الشهري للأسرة"

أولاً: حسب الجنس

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للإجابة على الجزئية المتعلقة بالجنس في الفرضية الأولى الإدراك لجودة الحياة الأسرية وكل أبعادها (التفاعل الأسري، الوالدية، السعادة الانفعالية، القدرة المادية و السلامة الصحية) لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالي تعزى لمتغير الجنس، حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى الذكور بـ(95.090) بينما بلغت قيمة المتوسط الحسابي لدى الإناث بـ(96.271). كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (-0.388) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0.699) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة.

ترى الطالبة الباحثة أن النتائج المتوصل إليها في هذه الجزئية تعود إلى عدة عوامل منها: الوعي مرض المراهقين باختلاف جنسهم و أسرهم بمدى خطورة المرض: وهذا ما يجعل طبيعة تعامل الأسرة مع أبنائها في حالة إصابتهم بأمراض خطيرة أو مزمنة معاملة خاصة، حينها لا يعنون بأبنائهم على أساس اختلاف جنسهم وإنما يتكفلون برعايتهم بالمساواة بين الذكر والأنثى بنفس الحقوق والواجبات، بالإضافة إلى إدراك الأبوين لخطورة المرض على صحة أبنائهم فيدركون كذلك أنهم بحاجة ماسة للحرص في العلاج والرعاية بدون تقصير ولا تفرقة بين الجنسين، كما أن طبيعة جودة الحياة الأسرية التي يدركها المرضي المراهقين سواء كان ذكرا أو أنثى تحمل نفس الخصائص و المميزات، فإن التفاعل الأسري و إدراك الوالدية من طرف الأبناء و الجوانب المادية و الانفعالية للأسرة هي نفسها التي يدركها المراهق الذكر أو الأنثى وهذا ما يجعل عدم وجود فرق بينهما في الإدراك لجودة الحياة الأسرية.

كما أنا المصابين بالسكري في مرحلة يتعرضون لنفس التجارب الذاتية المتعلقة بأعراض المرض ومضاعفاته وطرق تناول الأدوية والحقن، وكذلك مساعدة المحيطين بهم حيث أن المساعدة تتمثل في المرافقة العلاجية والمساندة في الحياة اليومية من خلال ضرورة الالتزام بالزيارات الدورية لطبيب ومرافقة الأبوين لهم لا تتحدد باختلاف الجنس، و كذلك المساعدة من طرف فراد الأسرة على الوجبات الصحية وضبطها، بالإضافة حرصهم على تجنب تناول كل أنواع المواد المنبهة فكل هذه الأنماط في حياة المراهقين مرضى السكري موحدة، الأمر الذي يجعل غياب وجود الفروق بينهم فيما يتعلق بإدراكهم لجودة حياتهم الأسرية.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (رياش سعيد وبعوني نجاه. 2016) حول "المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري" والتي توصلت إلى انه لا توجد فروق في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير الجنس.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية كذلك مع دراسة جريكو داون- م (Greco-2004) و (Dawn-M) بعنوان "فحص العوامل الأسرية التي تؤثر في المساندة الاجتماعية المدركة في الأطفال المصابين بأمراض مزمنة" والتي توصلت إلى انه لا توجد فروق في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير الجنس. (نوال حمريط. 2020. ص148)

وفي دراسة (نوال حمريط. 2020): حول دور المساندة الاجتماعية في تقبل داء السكري لدى المراهق، حيث أجريت الدراسة على عينة قوامها (150) مراهق و مراهقة مصابين بداء السكري، وقد قامت باستخدام مقياس المساندة الاجتماعية والذي يضم بعد المساندة الأسرية ومقياس تقبل داء السكري، حيث توصلت إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير الجنس لدى المراهق".

وترى ذات الباحثة أن مجتمعنا أصبح فيه الرجل والمرأة متساويان في نفس الحقوق والواجبات وخصوصا إذا تعلق الأمر بالمرض، وأن المراهقين من نفس الجنس يمارسون نفس السلوكيات الوقائية ويتلقون نفس المعاملة و المساعدة التي تعتبر من المساندة الاجتماعية مما يجعلهم يقدرون ذاتهم ولا يختلفون في طبيعة إدراكهم للمساندة الأسرية والاجتماعية التي يتلقونها. (نوال حمريط. 2020. ص148)

كما تتفق نتائج دراستنا مع دراسة للباحث (واكد رابح، 2019) حيث هدفت إلى التعرف على مستوى الرضا عن الحياة لدى المصابين بمرض السكري، و التعرف على أثر كل من متغير الجنس، ونوع السكري، ومدة الإصابة، ومستوى الدخل، و المستوى التعليمي على مستوى الرضا عن الحياة، حيث طبق مقياس الرضا عن الحياة لـ (مجدي الدسوقي، 1998) على (65) حالة مصابين بداء السكري من النوع الثاني، توصلت نتائج الدراسة إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن الحياة تعزى لمتغير الجنس. (واكد رابح، 2019، ص20)

ثانيا: حسب المستوى التعليمي

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للإجابة على الجزئية المتعلقة بالمستوى التعليمي في الفرضية الأولى والمعروضة في الجدول رقم (37) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية وكل أبعادها (التفاعل الأسري، الوالدية، السعادة الانفعالية، القدرة المادية و السلامة الصحية) لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية تعزى لمتغير المستوى التعليمي. حيث بلغ متوسط جودة الحياة الأسرية لذوي المستوى الابتدائي قيمة (95,807)، بينما جاء المتوسط الحسابي لذوي المستوى المتوسط بقيمة (97,689) أما المتوسط الحسابي لذوي المستوى ثانوي قيمة (96,000)، وجاء المتوسط الحسابي لذوي المستوى جامعي بقيمة (93,714)، كما جاءت نتيجة اختبار (أنوفا) مقدرة ب (0,575) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,633) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة.

ترى الطالبة الباحثة أنه يمكن تفسير النتيجة المتوصل إليها إلى عوامل منها: مستوى معاشية المراهقين وإدراكهم للمعاناة اليومية المصاحبة للمرض و خطورة مضاعفاته ، أي أنهم في مواجهة يومية لتحديات المرض مع حرص أفراد الأسرة على ضرورة التزامهم بقياس السكر في الدم وتناول الأدوية ومرافقة الأبوين الى الزيارة الدورية لطبيب وتوفير المصاريف، بالإضافة إلى الحرص الشديد على الغذاء المناسب و المختلف عن أفراد الأسرة. فإن كل هذه الالتزامات وغيرها تكون بمساعدة أفراد الأسرة، والمراهقين بمختلف مستوياتهم التعليمية هم بحاجة إليها مهما اختلفت مستوياتهم العلمية، وبهاد يتبين أن إدراكهم لجودة حياتهم الأسرية لا يختلف باختلاف مستوياتهم العلمية. أي أن المستوى التعليمي قد لا يكون معزراً لإدراك جودة الحياة الأسرية.

بالإضافة إلى أن المستوى التعليمي ليس له تأثير في نوع النصائح المقدمة للمراهقين المصابين بداء السكري، بحيث تتنوع هذه النصائح بين الاعتناء بالغذاء ونظافتهم الشخصية، التزامات الدراسة، المواضيع المتعلقة بسن بالبلوغ، الانضباط في العلاقات الاجتماعية، مما يثبت أن التوجيهات الأسرية للمراهقين للمصابين بالسكري تمس كل مجالات حياتهم بغض النظر عن مستواها التعليمي، ففي مرحلة المراهقة هم بأمس الحاجة إلى الرعاية الاسرية بغض النظر عن كونهم مصابون بمرض السكري.

و تتفق نتائج الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة (Spasic al et.2014) والتي أجريت على عينة (86) من مرضى السكري في مدينة نيش الصربية، وكان متوسط مدة الإصابة لديهم من (8-12) سنة. وأسفرت النتائج إلى أن مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري (النوع الثاني) كان مرتفعاً لدى المرضى الذين مدة إصابتهم بالسكري أقل من (10 سنوات) والذين نقل أعمارهم عن (65 عاماً) وأن مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري الذكور أفضل من مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري الإناث بينما لم يكن هناك فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة ، المؤهل التعليمي. (إسماعيل. وآخرون. 2022.ص.2729)

وفي ذات السياق جاءت دراسة (فتيحة بقواسي و نبيلة عيساوي.2021) التي كانت حول: الرعاية الأسرية للمرأة المصابة بداء السكري داخل الأسرة الشلالية الجزائرية. فقد توصلت النتائج المتعلقة بالمستوى التعليمي للمصابة و نوع النصائح المقدمة من طرف الأسرة إلى أن أعلى نسبة هي (65%) من المجموع الكلي للمصابات صرحن بأنهن يتلقين الرعاية و النصائح من طرف أفراد الأسرة كلها باختلاف مستوياتهم التعليمية. حيث تمثل نسبة دوي المستوى التعليمي الجامعي (75%) تليها فئة كل من المستوى التعليمي الابتدائي و المتوسط بنسبة (66.7%) ثم فئة الأميين بنسبة (58.8%) وفي الأخير فئة دوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (50%) حيث أن تفاوت النسب بين المستويات التعليمية من حيث النصائح الموجهة لهن من الأسرة و المتمثلة في (الالتزام بموعد الطبيب، شراء الأغذية، الحرص على مواعيد الطعام، الابتعاد عن الأغذية المحتوية على سكر) تثبت أن المستوى التعليمي ليس له تأثير في مدى تقديم الرعاية الأسرية للمرأة المصابة بالسكري، وتتنوع النصائح التي صرحن بأنهن يتلقينها من طرف الأسرة، وهذا ما يدل على مدى إدراك المصابات بجودة حياتهن الأسرية من جانب السلامة و الصحة و من جانب الرعاية الوالدية. (بقواسي. عيساوي.2021.ص.71)

وتتعارض نتائج هذه الدراسة مع دراسة (يحي عبد المجيد سلمان عيسى،2015) وهي دراسة حول التوافق النفسي وعلاقته بمفهوم الذات لدى مرضى السكري المنتفعين من عيادات وكالة الغوث الدولية في منطقة الخليل التعليمية، ودور المتغيرات الديمغرافية في التأثير على التوافق و مفهوم الذات. طبقت الدراسة على عينة تكونت من (180) مصابا

بمرض السكري حيث استخدمت مقياس مفهوم الذات و مقياس التوافق النفسي و المتكون من (بعد التوافق الشخصي الانفعالي، بعد التوافق الصحي الجسمي، بعد التوافق الأسري، بعد التوافق الاجتماعي) وتوصلت إلى أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المستجيبين في التوافق النفسي وكل من الأبعاد (الصحي والأسري والاجتماعي) تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح بكالوريوس فأكثر. (سلمان عيسى، 2015، .)

كما جاءت نتيجة الدراسة الحالية متناقضة مع دراسة محمد القشار ورامي طشطوش (2017) حول نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن، تكونت عينة الدراسة من (360) مصابا بمرض السكري، حيث بينت نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري تعزى لمتغير المؤهل العلمي، فجاء مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري ذوي مستوى البكالوريوس وماجستير فأعلى، أفضل من مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري ذوي مستوى التوجيهي فما دون. (القشار. طشطوش. 2017. ص. 148)

ثالثاً: حسب سنوات الإصابة بمرض السكري:

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للإجابة على الجزئية المتعلقة بسنوات الإصابة بالمرض في الفرضية الأولى والمعروضة في الجدول رقم (38) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة الأسرية وكل أبعادها (التفاعل الأسري، الوالدية، السعادة الانفعالية، القدرة المادية و السلامة الصحية) لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالي تعزى لمتغير سنوات الإصابة بالمرض. حيث بلغ متوسط جودة الحياة الأسرية لدى المصابين بالسكري لمدة أكثر من خمس سنوات بقيمة (94,640) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري لمدة أقل من خمس سنوات بقيمة (96,575) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة ب (-0,872) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,386) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة.

ترى الطالبة الباحثة أنه لا تختلف طريقة الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى المراهق المصاب بداء السكري التي يعيشونها مع الأسرة باختلاف سنوات الإصابة بالمرض، فالمراهقين المصابين بداء السكري لمدة طويلة أو لمدة قصيرة يتلقون رعاية أسرية مكثفة، فكلاهما يحتاجان إلى التكيف مع المرض ومضاعفاته المتوقعة و التطورات الجسمية و

النفسية و الجنسية التي تحدث بطريقة مستمرة في فترة المراهقة، بالإضافة التغيرات السلوكية و النفسية المرتبطة بالمراهقة و المرض بحد ذاته. كل هذه التغيرات تكون مستمرة من فترة المراهقة المبكرة إلى غاية المراهقة المتأخرة، و هذا ما يستدعي استمرارية تقديم الرعاية من طرف الأسرة و بالتالي فإن المراهق طوال هذه الفترة يدرك كل الامتيازات المتعلقة بجودة الحياة الأسرية مهما اختلفت سنوات الإصابة بالسكر خلال فترة المراهقة.

حيث تعتبر المراهقة من أخطر المراحل التي يمر بها الإنسان ضمن أطواره المختلفة التي تتسم بالتجدد المستمر ، و النمو في مدرج التطور نحو الكمال الإنساني الرشيد، ومكمن الخطر في هذه المرحلة التي تنتقل بالإنسان من الطفولة الى الرشد هي التغيرات في مظاهر النمو المختلفة (الجسمية والفسولوجية والعقلية والاجتماعية والانفعالية والدينية والخلقية والجنسية)، ولما يتعرض المراهق فيها إلى صراعات متعددة، داخلية وخارجية". (**هنا عبد الوهاب فريد زيدان.2016**)

و تتفق دراستنا مع دراسة (**يحي عبد المجيد سلمان عيسى**) التي كانت حول، التوافق النفسي وعلاقته بمفهوم الذات لدى مرضى السكري المنتفعين من عيادات وكالة الغوث الدولية في منطقة الخليل التعليمية، وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات التوافق النفسي على الأبعاد (التوافق الشخصي و الانفعالي. الصحي. الأسري. الاجتماعي) والدرجة الكلية للمقياس وفقا لمتغير فترة الإصابة بمرض السكري. (**سلمان عيسى.2015. ص.98**)

إن إدراك جودة الحياة الأسرية يتمثل في درجة رضا الفرد عن امتيازات وخصائص إيجابية في شتى مجالات الأسرة وتتكون وتتطور هذه الحالة من الرضا مع نمو الفرد وتفاعله مع أسرته ويساهم في ذلك عدة عوامل منها

نمط الوالدية الممارس من طرف الأبوين، ونمط الحياة اليومية الذي يعيشه الأبوين و الأبناء، فالأبناء تتكون لديهم إدراك لجودة الحياة الأسرية مرتفع أو منخفض منذ طفولتهم، ولا يكون إدراكهم مرتبط ب إصابته بمرض مزمن أو إعاقة معينة، لهذا فإن مستوى الإدراك لمستوى جودة الحياة الأسرية المرتفعة أو المنخفضة لا يتأثر بعدد سنوات الإصابة بمرض السكري في فترة المراهقة بالتحديد. ولكن بعد تجاوز سن المراهقة و الوصول إلى النضج في معظم مجالات حياة الفرد ومع زيادة عدد سنوات الإصابة بالمرض يشعر المريض بالإرهاق

النفسي والجسدي نظرا لمصاحبة المرض وروتين العلاج والخوف من مضاعفات المرض و الموت المفاجئ، بالإضافة إلى وصول المريض إلى مرحلة لاعتماد على الذات و بالتالي لا يكون للأسرة دور كبير في المرافقة العلاجية و العناية باحتياجات المتعلقة بمرض السكري، وهذا ما يؤدي إلى ضعف مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية.

بينما هذه الدراسة تتعلق بمريض السكري في مرحلة المراهق، فهناك اختلاف كبير يجب أخذه بعين الاعتبار بين الأفراد في المراحل الإنمائية المتفاوتة بالإضافة إلى البيئة الأسرية و الاجتماعية الخاصة بالفرد حيث أن الرعاية الأسري والدعم الاجتماعي يساعد المراهق مريض السكري على التكيف مع الصعوبات المتعلقة بالمرض و بالمرحلة الإنمائية بحد ذاتها، وتزيد قدرتهم على مسايرة المرض ومضاعفاته، وتعتبر جودة الحياة الأسرية من العوامل النفس اجتماعية التي تساهم في تسيير الموافق الصعبة التي يتعرض لها الفرد في حياته بإستراتيجيات إيجابية. فقد جاءت العديد من الدراسات التي متناقضة مع نتائج دراستنا الحالية، منها:

دراسة (نوال حرميط. بوسنة، 2018) حول مستوى المساندة الاجتماعية لدى المراهق المصاب بداء السكري. حيث طبقت الدراسة على عينة قوامها (150) مراهق باستخدام مقياس المساندة الاجتماعية و المتضمن و المتضمنة لأبعاد (المساندة الأسرية والأصدقاء والطبيب)، وقد عرفت الباحثة بأنها تلقي العون و المساعدة من طرف أفراد الأسرة والمحيطين التي تساعد على التعايش مع المرض و تشعره بالراحة النفسية و تقبل المرض و محاولة فهمه وحل المشكلات الناجمة عن مضاعفاته. و توصلت نتائجها إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض لدى المراهق (نوال حرميط، عبد الوافي زهير بوسنة، 2018)

ودراسة (عبد الكريم قريشي 2014) والذي أشار إلى أن صغار السن حديثي الإصابة بالمرض أكثر إيجابية من ناحية الاتجاه نحو السلوك الصحي .كما أشارت نتائج دراسة () Velickovi إلى وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري تعزى لمتغير مدة الإصابة، إذ جاء مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري الذين تراوحت مدة إصابتهم بالمرض (5)سنوات فأقل أفضل من الرضا عن الحياة لدى

مرضى السكري الذين تراوحت مدة إصابتهم (6 سنوات) فما فوق. (هبة فتحي النادي 1991.ص 295)

كما أظهرت دراسة سيو وآخرون (Siu et al.2001) و تتفق مع نتيجة دراسة (يونس.2004) حيث وجدت أنه ينخفض مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري كلما زادت عدد سنوات الإصابة بالمرض ولا سيما في الجوانب النفسية والجسدية. فمع مرور الزمن على وجود مرض مزمن كالسكري يتوجب على المريض الالتزام بالعلاج وبنظام غذائي مدى الحياة، وتفكير بملازمة المرض طول العمر وهذا يشعر المريض بالملل والإحباط إذا لم يستطع الالتزام بكل التعليمات؛ مما يتسبب في انخفاض مستوى الرضا عن الحياة. (رولا رضا شريقي2014. ص 178)

ويمكن تفسير التوافق بين هذه الدراسات واختلافها مع نتائج الدراسة الحالية بالرجوع إلى طبيعة عينة الدراسة الحالية وما تتلقاه من رعاية صحية أسرية ، وبالإضافة إلى أن عينة الدراسة الحالية هم في مرحلة عمرية لم يبدأ فيها التعرض لضغوطات الحياة التي يتعرض لها الراشد مريض السكري الذي يعاني من عديد المواقف وضغوطات الحياة الصعبة والمسؤوليات مع زيادة عدد سنوات إصابته، وتستوجب هذه الحالات بذل جهد أكبر للتأقلم ، ويحتاج لمجهود دائم للمحافظة على التوازن النفسي والصحي، وبزيادة سنوات الإصابة بالمرض والتقدم في عمر تقل قدراته الجسمية والنفسية ويضعف مستوى الرضا عن الحياة الأسرية لديه. لكن المراهق رغم مرضه فهو يشعر أنه يمتلك قوة بدنية فتية تختلف عما كان عليه في الطفولة، و بالمقابل فهو ليس على دراية بمدى ضعف قوته البدنية مع التقدم في العمر و زيادة عدد سنوات المرض، إذا فإدراكه لهذا الوضع يختلف عن الراشد الذي يدرك أن بمرور سنوات المرض بالسكري ضعفت قدراته الجسدية وازداد المضاعفات الخطيرة عند خصوصا مع عدم الالتزام بالتعليمات الرعاية الذاتية أحيانا ، ومع زيادة عدد سنوات الإصابة بمرض السكري كذلك تضطرب نسبة السكر في الدم وترتفع احتمالية الإصابة بالمضاعفات، حيث تحدث المضاعفات بسبب عوامل منها تاريخ المرض وعدد سنوات الإصابة وعدم الالتزام بالعلاج، وبهذا يتضح أن عدد سنوات الإصابة بمرض السكري من أسباب تدهور الوضع الصحي والنفسي وضعف مستوى الرضا عن الحياة الأسرية لدى المريض وبخاصة إذا أصيب بإحدى مضاعفات السكري أو يعيش في بيئة معرض باستمرار لضغوط اجتماعية

واقصادية ومتاعب المرض، مما يؤثر على التكيف النفسي العام و التكيف الأسري، وعلى مستوى جودة حياته الأسرية. وفي ضل كل هذه الصراعات فإن المراهق لا يكون معرض لها. و بالتالي مستوى الإدراك لجودة الحياة الاسرية لايتغير باختلاف سنوات الاصابة بالمرض لدى المراهقين المصابين بالسكري.

رابعا: حسب حجم الأسرة

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للإجابة على الجزئية المتعلقة بحجم الأسرة في الفرضية الاولى والمعروضة في الجدول رقم (39) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الادراك لجودة الحياة الأسرية وكل أبعادها (التفاعل الأسري، الوالدية، السعادة الانفعالية، القدرة المادية و السلامة الصحية) لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالي تعزى لمتغير حجم الأسرة. حيث بلغ المتوسط الحسابي لمستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى فئة المراهقين المصابين بالسكري الذين يعيشون في أسرة كبيرة قد بلغ قيمة (95,833)، وبلغ المتوسط الحسابي لمستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى فئة المراهقين المصابين بالسكري الذين يعيشون في أسرة صغيرة (96,321) بانحراف معياري قدره (9,338). كما جاءت نتيجة اختبار (ت) بقيمة (-0.241) ، وكانت قيمة الدلالة (0.810) أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وهي غير دالة إحصائيا

ويمكن تفسير هذه النتيجة باعتبار أن مستوى الإدراك جودة الحياة الاسرية لا يختلف باختلاف حجم الاسرة إن كانت كبيرة أو صغيرة . فمهما كان حجم الأسرى كبير و يحتوي على العديد من الإخوة فإن هذا لا يؤثر في تعامل الأبوين مع المراهق المصاب بالسكري بل يولونه عناية خاصة كونه مصاب بمرض مزمن ولا يؤثر في الخدمات العلاجية والعاطفية التي يقدمها له أفراد الاسرة، وقد يكون عدد أفراد الاسرة الكبير عامل من عوامل تقديم الدعم والمساند للمراهق بل وحتى يساهمون في تخفيف العبء على الابوين في تقديم الرعاية للمراهق مريض السكري. و بالتالي يتعلم المراهق التعاون والتشارك مع أفراد الاسرة في نشاطاتها وهو ما يمثل عامل أساسي في جودة الحياة الاسرية. فقد توصلت إيناس ماهر الحسينى بدير.(2012) في دراسة تهدف إلى التعرف على العلاقة بين إدراك الأبناء لديناميات التفاعل الأسرى وتنمية الشعور بالمسئولية الاجتماعية لديهم، وذلك من خلال التعرف على الفروق بين الذكور والإناث فى إدراكهم لديناميات التفاعل الأسرى، والتعرف

على الفروق بين أفراد العينة في ديناميات التفاعل الأسرى والمسئولية الاجتماعية تبعاً لمتغيرات المتمثلة في (المستوى التعليمي للوالدين، ترتيب الأبناء في الأسرة، حجم الأسرة، الدخل الشهري للأسرة، عمل الأم) وقد تكونت عينة الدراسة من (213) من أبناء أسر متكاملة في مرحلة العمرية ما بين (15-18) سنة وكانت أسرهم ذات مستويات اقتصادية واجتماعية مختلفة، و قد طيقت في الدراسة مقياس ديناميات التفاعل الأسرى، ومقياس المسئولية الاجتماعية وأسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ديناميات التفاعل الأسرى تبعاً لمتغير حجم الأسرة .
 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الشعور بالمسئولية الاجتماعية تبعاً لحجم الأسرة.
- حيث تتفق دراسة إيناس ماهر الحسينى بدير.2012. مع دراسة كلاً من (زينب حقي، 1996)، (فاتن لطفى وآخرون، 2009) في عدم وجود فروق في المسئولية الاجتماعية (الذاتية و الأسرية و المجتمعية) تبعاً لحجم الأسرة.

فقد فسرت الباحثة ذلك بأنه قد تكون زيادة عدد أفراد الأسرة محفزاً للمراهقين لتحمل المسئولية الذاتية وعدم الاعتماد على الوالدين بل والمشاركة في مسئولية الأسرة بهدف التخفيف من الأعباء الأسرية على الوالدين وبهذا يزداد لديهم الإحساس بالمسئولية المجتمعية. وقد يكون كبير حجم الأسرة دافعاً لبعض المراهقين للتكالية وعدم تحمل المسئولية بسبب اعتقادهم بأن هناك من يقومون عنهم بتحمل المسئوليات (الأب أو الأم أو أحد الأخوة). (إيناس ماهر الحسينى بدير.2012).

بالإضافة إلى دراسة الكور، نيمة، أحمد (2003) : بعنوان العلاقة بين معرفة مرض السكر والاتجاه نحو مرض السكر ومساندة الأسرة والأصدقاء وفوائد وعوائق العلاج والإذعان للنظم الغذائية الصحية بين المراهقين الأردنيين المصابين بمرض السكر المعتمد على الأنسولين، وتهدف هذه الدراسة للكشف عن العالقة بين هذه المتغيرات وتكونت عينة الدراسة من (93) مراهق يعتمد في عالجهم على الأنسولين، من أربد بالأردن. واستخدمت الدراسة مجموعة من الأدوات وهي اختبار معرفة مرض سكري، مقياس التمسك والالتزام بالنظام الغذائي واستبيان لمساندة الأسرة و الأصدقاء. وأظهرت نتائج الدراسة أن مساندة الأصدقاء هي عامل التنبؤ الوحيد ذو الدلالة عن الالتزام المقرر ذاتياً للنظم الغذائية الصحية الموصى بها، وكما ارتبطت عوائق العلاج بعدد السنوات التي تم فيها تشخيص

المرض، كما توصلت إلى أنه يوجد ارتباط بين عوائق العلاج و حجم الأسرة و المتمثل في عدد الأفراد الذين يعيش معهم المراهقين مرضى السكري. (إيمان طالبى. 2017) بمعنى أنه كلما كان عدد افراد الاسرة كبير تزداد عوائق علاج المراهقين المصابين بالسكري و قد يعود ذلك إلى أن وجود عدد كبير في الاسرة يؤدي إلى كثر المصاريف المادية، فقد يصعب على الابوين تلبية جميع حاجياتهم، وهذا قد يتسبب في إنقاص المصاريف على المراهق مريض السكري، من حيث توفير الغذاء الصحي وعادتا يكون سعره أعلى، أو من حيث مصاريف الدواء أو من حيث الالتزام في مواعيد الطبيب، فقد يبلي الابوين إحتياجات باقي الابناء على حساب مواعيد واحتياجات المراهق مريض السكري، أو العكس و هذا ما يسبب في مشاحنات في الاسرة و شعره بأنه فرض مهمل في الاسرة كونه مختلف عن إخوانه.

كما توصلت دراسة دراسة فاطمة ميسيني إلى أن الإزدحام الذي يعتبر عامل إجتماعي يؤدي إلى إنخفاض المستوى الصحي، لأن تكديس أعداد كثيرة من أفراد الاسرة في غرفة واحدة أو 3 غرف أو حتى 4 غرف، وأعداد كبيرة من حجم الأسرة طوال اليوم يؤدي إلى سوء التهوية و سهولة إنتقال العدوى و يخلق عدم التجانس بين أفراد الأسرة الواحدة. يعتبر الاكتضاض من عوامل تقييم الوضع الإقتصادي والإجتماعي للأسرة، كما أن تواجد أكثر من ثلاثة أشخاص في الحجرة الواحدة علامة مؤكدة من علامات الفقر. ويمكن القول أن سوء البيئة المحيطة بالإنسان والأهم من ذلك المساكن السيئة، خاصة المزدحمة بسكانها، من أهم العوامل المؤثرة على الصحة، حيث تؤدي ظروف البيئة للفقراء إلى زيادة إحتمال التعرض للمرض و إرتفاع نسبة السكر بسبب الإزدحام من ناحية، ومن ناحية أخرى بسبب إضطراب العلاقات الأسرية. وعليه فإن إنخفاض مستوى مقاومة جسم الإنسان وإرتباطه بالتعرض المستمر للظروف غير الصحية تجعله سريع التأثر بالأمراض الأخرى، مما يزيد مشكلات الصحة تعقيدا. إن إرتفاع حجم الأسرة يرتبط بمستوى صحتها و ما يعترىها من أمراض، فكبر حجم الأسرة وما يصاحبه من إنخفاض في الدخل و إزدحام في المسكن بالأفراد يسهم في سوء الحالة الصحية للأسرة، ويعرضها لكثير من الأمراض، كما يصعب التكيف بين أعضائها. فالعلاقة واضحة بين حجم الأسرة و الحالة الصحية و إنتشار الأمراض. (ميسيني فاطمة)

خامسا: حسب المستوى المعيشي للأسرة:

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للإجابة على الجزئية المتعلقة بالمستوى المعيشي للأسرة في الفرضية الأولى والمعروضة في الجدول رقم (40) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية تعزى لمتغير المستوى المعيشي للأسرة لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية، حيث بلغ متوسط مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى المراهقين المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي الضعيف قيمة (95,538) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي المتوسط بقيمة (96,142) وجاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي الجيد بقيمة (96,888) كما جاءت نتيجة اختبار (أنوفا) مقدرة ب (0,054) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,948) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة.

تعزو الطالبة الباحثة هذه النتائج إلى عدة أسباب منا ما هو مرتبطة بالأسرة حيث أن كل الأسرة مهما كان مستواها المعيشي تعمل على تأمين متطلبات أبنائها في مرحلة الطفولة و المراهقة بوجه عام وخصوصا لغرض العلاج والإنفاق على الغذاء اليومي، ومصاريف الدراسة. كما يساعد على تحسين مستوى الرفاهية لمرضى السكري، مما يولد لديهم شعورا بالأمن و الاستقرار والراحة، باعتبارها عمليات تقوية واستقرار وتدعيم تهدف للسعادة والرضا عن الحياة.

وتتناقض نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة (رولا رضا شريقي.2015) حول فاعلية برنامج إرشادي لرفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مضر السكري على عينة تبلغ (40) تتراوح أعمارهم ما بين (16-50) سنة مصابين بمرض السكري. توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات أفراد عينة البحث على مقياس الرضا عن الحياة تبعاً لمتغير مستوى الدخل المادي للمريض في الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية، لصالح المرضى الذين كان مستوى دخلهم المادي المرتفع. (رولا رضا شريقي.2015. ص.182)

وتوصلت نتائج دراسة (خلف. وآخرون. 2022) وكانت تهدف إلى التعرف على علاقة مؤشرات جودة الحياة الصحية لدى المعلمات المريضات بالسكري من النوع الثاني ببعض

المتغيرات الديمغرافية، وهي (نوع مرض السكر، مرض السكر المصاحب لأمراض أخرى، ومدة الإصابة بالمرض، نوع العلاج، ومستوى الدخل) حيث بلغ عدد المشاركين (123) من المعلمات في محافظة الفيوم، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مؤشرات جودة الحياة الصحية تعزى إلى مستوى الدخل لصالح الدخل المرتفع و المتمثل في الدخل الذي يكفي لسد الضروريات والكماليات فقط ، والدخل الذي يكفي لسد الضروريات والكماليات ويبقى فائض. في مؤشرين هما مؤشر الصحة العامة، ومؤشر الحيوية والحالة المعنوية. (أحمد خلف. وآخرون. 2022. ص. 2698)

وتشير دراسة بشير إبراهيم الحجار وعاطف جابر إسماعيل (2008) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الدخل وذلك لصالح المرضى الأعلى دخلًا، دراسة ربا أحمد الحديدي، فاروق شخاترة (2015) حيث وجدوا فروقا بين المرضى في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الدخل. (أحمد خلف. وآخرون. 2022. ص. 2771)

كما توصل دراسة بشير إبراهيم الحجار وعاطف جابر إسماعيل (2008) والتي أجريت على عينة قوامها (513) من مرضى السكري، إلى أن مستوى جودة الحياة كان مرتفعا لديهم، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير عمر المريض لصالح المريض الأصغر سنا ، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الدخل الشهري وذلك لصالح المرضى الأعلى دخلا. نهى محمد إسماعيل أحمد خلف. وآخرون. 2022. ص. 2728

من خلال عرض ومناقشة الجزئيات المتعلقة بالفرضية الثانية توصلنا إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى فئة المراهقين المصابين بالسكري تعزى لمتغيرات، الجنس والمستوى التعليمي وسنوات الإصابة بالسكري، حجم الأسرة، المستوى المعيشي للأسرة.

5. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

نص الفرضية الثانية: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية تعزى لكل من متغير الجنس، المستوى التعليمي، سنوات الإصابة بالسكري، حجم الأسرة، الدخل الشهري للأسرة" أولاً: حسب الجنس

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للإجابة على الجزئية المتعلقة بالجنس في الفرضية الثانية والمعروضة في الجدول رقم (41) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية و بعد الإجهاد، تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية حيث بلغ متوسط المعتقدات الصحية التعويضية لدى الذكور قيمة (41,181) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى الإناث بقيمة (48,407) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (-2,390) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,019) أصغر من (0.05) وهي قيمة دالة.

بينما تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد استعمال المادة وبعد عادات الأكل والنوم وبعد تنظيم الوزن تعزى لمتغير الجنس لدى عينة الدراسة الحالية.

وتتوافق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (هبة فتحي النادي، 2018) حول السلوك الصحي وعلاقته بالرضا عن الحياة لدى عينت من مرضي السكر في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية و التي توصلت إلى وجود فروقاً دالة إحصائياً بين عينة الذكور وعينة الإناث في جميع الأبعاد الفرعية لمقياس السلوك الصحي (بعد النظام الغذائي، بعد العناية الصحية الجسدية، بعد استخدام العقاقير، البعد النفسي الاجتماعي) في صالح عينة الإناث (هبة فتحي النادي، 2018).

وتوصلت دراسة كل من جونسون، ماكليود وليام، لورا كينيدي، ماكليود كاثرين (C.Shanthi Johnson, William Mcleod, Laura Kennedy, Katherine Mcleod) حول المعتقدات الصحية وترقق العظام بين الشباب وكبار السن لدى كلا الجنسين حيث توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس المعتقدات الصحية لصالح الإناث أسماء لشهب. 2021.

بالإضافة إلى دراسة (نوار و زكري، 2016) التي هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري بمدينة ورقلة.

حيث تكونت عينة الدراسة من (205) فردا من مرضى السكري، فقد تم الاعتماد على مقياس الصلابة النفسية لعماد مخيمر (2002) و مقياس السلوك الصحي من إعداد الباحثين. توصلت نتائج الدراسة إلى أنه توجد علاقة إرتباطية بين الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري، وتوجد فروق بين الذكور و الإناث في استجاباتهم على مقياس السلوك الصحي و ذلك لصالح الإناث. (نوار و زكري، 2016)

ودراسة (نوار و بوشللق. 2019) تمحورت حول مستويات السلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (120) فردا مصابا بمرض السكري بمدينة ورقلة وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيا في السلوك الصحي حسب الجنس. وذلك لصالح الإناث. (نوار و بوشللق. 2019. ص92)

ودراسة (Keogh, 2008) التي توصلت أن النساء أكثر إتباعا للسلوك الصحي من الرجال. ودراسة كل من (Greenspan et al, 2006) ودراسة (Hallin, 2005) ودراسة (Mogil, Bailey, 2010) ودراسة (Brand, 1993) ودراسة (waldron 1995) التي توصلت الي إن السلوك الصحي لدى الإناث أكثر دقة من الذكور. و أنهن كن أكثر التزاما بالسلوكيات الصحية. و اقل ميلا إلى السلوكيات الخطرة من الرجال. بالإضافة إلى دراسة (Wardle et al, 1997) التي توصل من خلالها الى وجود ارتباطات دالة بين السلوك الصحي والجنس وذلك لصالح الإناث. (نوار و بوشللق. 2019. ص92)

ويمكن تفسير نتيجة هذه الدراسة وانفاقها مع الدراسات المعروضة هو أن طبيعة الإناث في العادة هن أكثر تنظيما حياتهم اليومية و أكثر حرصا على نظافة جسمهن وملبسهن ومسكنهن وعادات ما يعطين اهتماما كبير لسلامة صحتهم ومظهرهم الخارجي و تتاسق حجم حسدهم، و خصوصا في مرحلة المراهقة. ففي هذه المرحلة تبدأ المراهقة المصابة بالسكري بالإدارة الذاتية الايجابية المتعلقة بمرضها، كما تتعلم الالتزام بنمط حياتها اليومي المنتظم الممارسة الدائمة لرياضة ومراقبة وزنها وتحديد نمط غذائي صحي، وكذا تنظيم مواعيد النوم و الراحة، بالإضافة إلى و تتجنب الانخراط في السلوكيات المضرة بصحتها.

كما أشار (سيدكي. Siddiqui, 2013) إلى اختلاف السلوك الصحي بإخلاف الجنس، فالإناث أقل ميلاً إلى السلوكيات الخطرة من الذكور وهو ما يفسر ارتفاع نسبة الوفيات في فئة الذكور، كما أن الإناث أكثر حرصا على إستعمال الوسائل والتدابير المتعلقة بالرعاية

الصحية أكثر من الذكور، بالإضافة إلى أن الإناث أكثر قدرة على تعلم الاستراتيجيات الإيجابية في التعامل مع المرضى. و هن أكثر عرضة لأعراض مرضية أخرى من الذكور وهذا ما يفسر التزامهن بالسلوكيات الصحية الملائمة.. (هبة فتحي النادي، 2018، ص.292)

ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضا وفقاً لنموذج المعتقدات الصحية الذي ينظر إلى التصرفات الأفراد بأنها محددة منطقياً، ويعتبر هذا النموذج أن هناك وظيفة لعملية الاختيارات الفردية القائمة على أساس الحسابات الذاتية للفوائد والتكاليف، ويفترض النموذج، وجود سلسلة مترابطة للتنبؤ بالاتجاهات المتعلقة بالصحة، فاحتمال تنفيذ الأفراد لسلوكيات وقائية يرجع مباشرة إلى نتائج تقديراتهم للسلبيات والإيجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط (هبة فتحي النادي، 2018، ص.292) وعادات ما نجد أن الإناث هن أكثر ميل لسلوكيات الوقائية في حياتهن ويتجهن إلى السلوكيات التي تعود على صحتهم بالفوائد على المدى القريب و البعيد و لهن القدرة على تقديرها وتحليلها.

وهناك دراسات متناقضة مع الدراسة الحالية منها: دراسة (سرار عائشة سنة، 2019) حول الانضباط الصحي وعلاقته بدرجة القلق لدى مرضى السكري بمدينة باتنة حيث توصلت هذه الدراسة إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الانضباط الصحي بين الجنسين. وتوصلت دراسة (عماد جاسم سنة، 2017) حول الصلابة النفسية وعلاقتها بالمعتقدات الصحية التعويضية لدى طلبة جامعة القادسية (العراق) إذ توصلت إلى أنه لا توجد فروق في المعتقدات الصحية التعويضية وفق الجنس.(هبة فتحي النادي، 2018، ص.292)

و دراسة (أسماء لشهب.2021): التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية وتنظيم الذات الصحي لدى عينة من للمسنين المصابين بداء السكري المزمن. حيث بلغ عددهم (40) فرداً. وتوصلت إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المعتقدات الصحية التعويضية للمسنين المصابين بداء السكري المزمن باختلاف جنسهم(إناث/ذكور).(أسماء لشهب.2021. ص876)

إن الإناث هن أكثر عرضة للإصابة بالأمراض، وعادتا هن أكثر تردد على الطبيب إطلاع على طرق الوقاية من الأمراض أو العلاجات المنزلية. وهذا نظرا لمكانتها في الأسرة.

حيث تتعدد أدوارها بين الحمل والإرضاع و الأشغال المنزلية و الاعتناء بالأولاد صحيا ودراسيا وعاطفيا، بالإضافة إلى حالات المرأة العاملة. هذه السلسلة من الوظائف تجعل الإناث يحرصن على الوقاية من الأمراض وهذا تحسبا لكل تلك الوظائف التي لا يمكن أن يؤديها أي فرد من الاسرة غيرها.

ثانيا: حسب المستوى التعليمي

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للإجابة على الجزئية المتعلقة بالمستوى التعليمي في الفرضية الثانية والمعروضة في الجدول رقم (42) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية وكل أبعاده (بعد إستعمال المادة ، بعد عادة الأكل والنوم، بعد الإجهاد، بعد تنظيم الوزن) تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية، حيث بلغ متوسط مقياس المعتقدات الصحية التعويضية لدوي المستوى الابتدائي قيمة (46,423) بينما جاء المتوسط الحسابي لدوي المستوى المتوسط بقيمة (46,689) أما المتوسط الحسابي لدوي المستوى ثانوي قد بلغ قيمة (49,826)، وجاء المتوسط الحسابي لدوي المستوى التعليمي الجامعي بقيمة (47,642) كما جاءت نتيجة اختبار (أنوفا) مقدرة ب (0.614) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0.608) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة.

ترى الطالبة الباحثة أن المستوى التعليمي لا يؤثر في الوعي الصحي و معتقدات الأفراد تجاه الرعاية الذاتية المتعلقة بمرض السكر فقد يكون البعض منهم لديهم مستويات تعليمية عليا، إلا أنهم لا يملكون مستوى وعي صحي مرتفع يساعدهم في تحسين معتقداتهم حول إتباع نمط حياة صحي مناسب، ولم يكتسبوا مهارات صحية إيجابية وهذا نظرا لانشغلاهم المفرط في التحصيل الدراسي دون مراعاة أساسيات العناية بصحتهم و تصحيح معتقداتهم المتعلقة بسلوكهم الغذائي و الرياضي، أو قد يكون توجههم في المسار الدراسي لا يتضمن مناهج دراسية متعلقة بالعلوم المتصلة بالجانب الجسدي و المفاهيم والمعارف حول بالصحة، وفي المقابل قد نجد بعض الأفراد رغم تدني مستوياتهم التعليمية إلا أنهم يتجهون إلى تثقيف أنفسهم من خلال البرامج التلفزيونية، أو الاطلاع على مواقع عبر شبكة الانترنت، ومواقع التواصل الاجتماعي وكذا الانخراط في نوادي وجمعيات رعاية مرضى السكري. حيث يحاول هؤلاء الأفراد تعويض تدني مستوى تعليمهم بتكثيف الحضور في المحاضرات و

النوادي من أجل تدارك العجز المعرفي الذي يشعرون به تجاه مرضهم و بالتالي يخففون من درجة القلق حول صحتهم.

بالإضافة إلى أن المراهقين المصابين بالسكري يحضون برعاية خاصة من طرف أسرهم و من طرف الجمعيات وحتى الإعلام. على اعتبار أنهم فئة مهم في المجتمع، فهم لا يزالون في بداية حياتهم ويعول عليهم بعد سنوات قليلة في عطائهم العلمي والمهني، وبالتالي فإن المحيطين بهم سواء الأبوين أو المدرسين أو المؤسسات التعليمية و الاجتماعية يرون أنه من الواجب الاعتناء بهم ومساعدتهم في المحافظة على صحتهم. كي يجدون في مستقبلهم ما ينتفع بهم لذاتهم ولغيرهم. وفي ضل كل هذا الاهتمام يحصل المراهقين على محطات تعليمية و تثقيفية يحسنون بها معتقداتهم الصحية التي من شأنها أن تحافظ عليهم وتقلل من مخاطر ومضاعفات مرض السكري، وهذا رغم الاختلاف في مستوياتهم العلمية. كما أن الأفراد في مرحلة المراهقة هم في مرحلة تعليمية تمثل بداية تلقي العلوم و المعارف المختلفة و ونمو معرفي أكثر من مرحلة الطفولة حيث يكتسبون معارف ومدرجات تساهم في تسير نمط حياتهم اليومية وتحسن من معتقداتهم حول الصحة و المرض و الوقاية و العلاج. وهذا ما يساعدهم على تحسين تفكيرهم المنطقي اكتساب بعد النظر في سلوكياتهم المتعلقة بالوقاية من مضاعفات مرض السكري و بالتالي تتطور لديهم القدر على اتخاذ القرار حول الانسياق وراء رغباتهم الغذائية التي تضر بصحتهم و الدخول في دائرة تعويض السلوكيات السلبية بسلوكيات إيجابية.

فتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (بوشلاق و نوار) التي كانت حول مستويات السلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (120) فردا مصابا بمرض السكري بمدينة ورقلة وتوصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الصحي تعزى المستوى التعليمي لدى أفراد العينة (دراسة نوار و بوشلاق.2019.ص92)

وتتفق كذلك مع دراسة ايمان رمضان بشير (2019) التي أجريت على عينة قوامها (60) مصابا بالسكري من الذكور والإناث، تتراوح أعمارهم ما بين (23 – 55) سنة، حيث توصلت إلي وجود علاقة موجبة بين سلوكيات الرعاية الذاتية وجودة الحياة، وأنه لا توجد

فروق دالة بين المتعلمين والأميين في سلوكيات الرعاية الذاتية. (أحمد خلف، 2022. ص2732)

وفي ذات السياق جاءت دراسة (فتيحة بقواسي و نبيلة عيساوي. 2021) حول الرعاية الأسرية للمرأة المصابة بداء السكري في الأسرة الجزائرية الشلالية. حيث أجريت الدراسة على عينة قوامها (40) امرأة بمنطقة قصر الشلال. وبينت النتائج المتعلقة بالمستوى التعليمي مصابات بالسكري ومعرفتهم بأخطر مضاعفات المرض ويتجنبون السلوكيات المؤدية للإصابة بها، أن أعلى نسبة وصلت إلى (50%) من المجموع الكلي للمصابات المصريحات أن أكثر المضاعفات ذات خطورة هي القصور الكلوي، أما نسبة (47.5%) تمثل المجموع الكلي للمصابات المصريحات أن أخطر مضاعفات السكري هو قصور النظر، بينما أدنى نسبة بلغت (2.5%) عند المجموع الكلي للمصابات المصريحات بالتهاب الأعصاب. و بالتالي فإنه لا توجد علاقة بين المستوى التعليمي للمصابات بداء السكري ودرائتهن بأخطر مضاعفاته، فالنسب المتساوية المسجلة و التي تؤكد على أن مضاعفة هذا المرض يظهر في القصور الكلوي صرحت به كل من ذات المستوى التعليمي الجامعي و اللواتي بدون مستوى تعليمي، وحتى عند المستوى التعليمي المتوسط و الابتدائي، فكل النسب متقاربة تقريبا ماعدا التهاب الأعصاب فهو قليل الحدوث و غير معروف عند المصابين بداء السكري.

كما أوضحت نتائج الدراسة المتعلقة بالمستوى التعليمي للمصابات بداء السكري والممارسات التي يرونها تزيد من السيطرة على المرض(ممارسة الرياضة، الابتعاد عن الاضطرابات، الراحة النفسية) أن هناك تباين واختلاف بين كل المستويات حول أهم الاقتراحات الايجابية التي يرونها تزيد في السيطرة على المرض، مما يثبت أن المستوى التعليمي لا علاقة له بمستوى الوعي الصحي حول داء السكري و أنه ليس ضروريا أن تكون المصابة بداء السكري ذات مستوى تعليمي عالي لتتمكن من التحكم في مرضها والتغلب عليه، وتتجنب السلوكيات السلبية و المضاعفات الخطيرة.

كما توصلت كذلك إلى أن المصابات الواعيات لتجنب مضاعفات السكري الخطيرة و يحافظن على توازن السكر لديهن ومن أكدن على ممارسة الرياضة و الابتعاد عن

الاضطرابات و القلق و لدهن راحة نفسية هن دات المستوى التعليمي العالي أو المتوسط، بعكس دوات المستوى الابتدائي أو الأمي. (بقواسي، عيساوي، 2021، ص81) وتتعارض نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (مرفت عبدربه، 2010. ص90) في دراسة حول التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكري في قطاع غزة، و خلالها توصلت إلى نتيجة مفادها وجود فروق دالة إحصائياً بين المستويات التعليمية المختلفة لمرضى السكري (أمي، دون الثانوية، الثانوية العامة، دبلوم، جامعي فما فوق) بالنسبة لدرجات التوافق الصحي، فقد تبين أن مرضى السكري غير المتعلمين لديهم توافق صحي أقل من المرضى الحاصلين على شهادات أقل من ثانوية وكذلك المرضى الحاصلين على شهادة الثانوية العامة والحاصلين على شهادة الدبلوم المتوسط و المرضى الحاصلين على شهادة الجامعة فما فوق، وكذلك تبين أن المرضى الحاصلين على شهادة الدبلوم المتوسط لديهم توافق صحي أكثر من المرضى الحاصلين على شهادات أقل من الثانوية، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية أقل في حين لم تلاحظ أي فروق بين المستويات التعليمية الأخرى.

وكذلك دراسة Telishevka et,al (2001) حيث بينت أن الأسباب الكامنة وراء ارتفاع معدل الوفيات لدى مرضى السكري تتمثل في قلة وعي المرضى بمرضهم ومضاعفاته وبما ينبغي عليهم إتباعه وقلة وعيهم مرتبطة بمستواهم التعليمي. إذا يساهم المستوى التعليمي في زيادة فهم الفرد للظواهر المحيطة به ويكسبه مهارات حل المشكلات والتكيف معها، ولذلك يستطيع مريض السكري المتعلم فهم طبيعة مرض السكري وأعراضه وما معنى مضاعفات السكري الخطيرة، ويساعده على تقبل الإرشادات والعلاج والاستمرارية به طول حياته وهذا يؤثر على توافقه والصحي(مرفت عبدربه، 2010، ص90).

و دراسة (أسماء لشهب. 2021): التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية وتنظيم الذات الصحي لدى عينة من للمسنين المصابين بداء السكري المزمن. حيث بلغ عددهم (40) فردا توصلت إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المعتقدات الصحية التعويضية بين المسنين المصابين بداء السكري المزمن باختلاف مستوى تعليمهم؛ أي أن المعتقدات الصحية التعويضية لدى المسنين تختلف باختلاف

مستوياتهم الدراسية وتتناقص كلما انخفض المستوى التعليمي لهم لصالح مجموعة الجامعيين مقابل أقل متوسط سجلته مجموعة غير المتعلمين. (أسماء لشهب. 2021)

كما يمكن تفسير عدم وجود فروق في المعتقدات الصحية التعويضية باختلاف المستوى التعليمي إلى كون مرض السكري يحتم على المرضى الالتزام بضوابط السلامة الصحية و الوقاية من مخاطر المرض كتجنب الإفراط في النوم بعد العمل المجهد، أو الإفراط في الجوع مع تناول كميات قليلة وجبات سكرية.

ثالثاً: حسب سنوات الإصابة بالمرض السكري:

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للإجابة على الجزئية المتعلقة بسنوات الإصابة بالمرض في الفرضية الثانية والمعروضة في الجدول رقم (43) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية وكل أبعاده (بعد استعمال المادة ، بعد عادة الأكل والنوم، بعد الإجهاد، بعد تنظيم الوزن) تعزى لمتغير سنوات الإصابة بالمرض لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية، حيث بلغ متوسط المعتقدات الصحية التعويضية لدى المصابين بالسكري لمدة أكثر من خمس سنوات قيمة (46,560) (8,641) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري لمدة أقل من خمس سنوات بقيمة (47,984) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة بـ (-0,624) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,534) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة.

ترى الطالبة الباحثة أن فئة المراهقين المصابين بالسكري الذين تمثل سنوات إصابتهم بالمرض أقل من (5) أو أكثر من (5) سنوات لا يزالون في بداية النضج المعرفي و وفي بداية استيعابهم لمفهوم المرض المزمن والعلاج ، وفي مرحلة المراهقة يكون التكيف مع المرض مختلف عن مرحلة الطفولة أو الرشد، حيث يجد المراهق مستجدات في حياته، كظهور علامات النضج الجنسي، و تغير نمط تفكيره تجاه ذاته و تغير تعامل أفراد الأسرة و المجتمع معه، بالإضافة إلى تطور قدرته على فهم حقيقة مرض السكري و مدى خطورة مضاعفته، وبداية تقاسم مسؤولية العلاج بينه وبين الأسرة، كل هذه العوامل في مرحلة المراهقة يشعر بها المريض أنه في البداية ويحتاج إلى إستراتيجيات تكيف جديد تتلاءم مع التغيرات المعرفية و العاطفية و الجسدية عنده، وتتطلب عملية التكيف في هذه المرحلة التدريب على العديد من إستراتيجيات الرعاية الذاتية، على رأسها التغذية الصحية، ومنها

كذلك ممارسة الرياضة في المدرسة أو النوادي الترفيهية، والحرص على المحافظة على الوزن المناسب وهذه الاستراتيجيات، فهنا قد يكون المراهقة عرضة للوقوع في مشكلات تصحيح السلوكيات الناتج عن الانخراط في المعتقدات الصحية التعويضية. ولكن قدرة المراهقين على التكيف مع المرض ومع مستجدات فترة المراهقة، تساهم من تجنب انخراطهم في دائرة المعتقدات الصحية التعويضية.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (بوشلاق و نوار. 2019) التي كانت حول مستويات السلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (120) فردا مصابا بمرض السكري بمدينة ورقلة، إذ توصلت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في السلوك الصحي باختلاف مدة المرض. (نادية بوشلاق د. شهرزاد نوار. 2019. ص. 94)

ويرى أتالي, Attali (2010) أن المصابين بأمراض مزمنة يمكن أن يتعايشوا مع المرض حوالي (100) سنة في ظل توفر شروط الرعاية الصحية المتكاملة، حيث يعتبر أن السيطرة على المرض والالتزام بالعلاج إلى جانب ممارسة السلوكيات الصحية الايجابية وتجنب مبدأ تعويض السلوكيات المضرة، وكل هذا يساعد على العيش المناسب. ويجب كذلك التركيز على أهمية الالتزام بنظام العلاج باستمرار، كما يجب أن يتم التعاون بين المعالج، والأسرة والمريض. بالإضافة إلى توخي الحذر في جانب المعتقدات الخاطئة التي من شأنها أم تعرقل عملية ممارسة السلوكيات الصحية الايجابية.

ويمكن تفسير الاستجابات الغير تكيفيه و المعتقدات السلبية و اللاعقلانية وطرق التخلص منها، فهذا يدل على أن المريض يعتبر طرفا فعالا في العملية العلاجية، فيستوجب تعليم المريض (مهما كانت مدة مرضية) على السيطرة على سلوكياته و مراقبة معتقداته السلبية و الاجابية التعويضية، مما يساهم القدرة على التكيف الفعال مع المرض.

وتتناقض نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (قريشي وزعطوط. 2014) وكانت حول الاتجاه نحو السلوك الصحي وعلاقته بالتدين لدى مرضى السكري ومرضى ضغط الدم المرتفع بورقلة، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (276) ومنهم (128) مريض بالسكري، توصلت نتائج الدراسة إلى أنه توجد فروق بين ذوي الإزمان المرتفع (أكثر من 5 سنوات) وذوي الإزمان المنخفض (أقل من 5 سنوات) في الاتجاه نحو السلوك الصحي لصالح ذوي

الإيمان المنخفض حيث أن اتجاههم إيجابي و اتجاه ذوي الإيمان المرتفع سلبي. (قريشي وزعطوط. 2014. ص.291)

وكذلك دراسة (هبة فتحي النادي. 2018) حول السلوك الصحي وعلاقته بالرضا عن الحياة لدى عينت من مرضى السكر من النوع الثاني في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية حيث توصلوا إلى أنه توجد فروقاً دالة إحصائياً في السلوك الصحي تبعاً لمتغير مدة الإصابة بالمرض في اتجاه أقل من 7 سنوات وذلك على جميع الأبعاد الفرعية لمقياس السلوك الصحي (بعد النظام الغذائي، بعد العناية الصحية الجسدية، بعد استخدام العقاقير) فيما عدا البعد النفسي الاجتماعي. (هبة فتحي النادي. 2018. ص. 294)

ودراسة (نوار و زكري، 2016) التي هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري بمدينة ورقلة. حيث تكونت عينة الدراسة من (150) فرداً من مرضى السكري، فقد تم الاعتماد على مقياس الصلابة النفسية لعماد مخيمر (2002) و مقياس السلوك الصحي من إعداد الباحثين. توصلت نتائج الدراسة إلى أنه توجد علاقة ارتباطية بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات مدة المرض (أقل من 5 سنوات، من 5 إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات) في استجاباتهم على مقياس السلوك الصحي. ص 104. (نوار و زكري، 2016. ص.106)

أما دراسة بورجسون (Borjison et al,1993) فقد توصلت إلى أن المرضى المصابين بالمرض منذ فترة قصيرة أكثر مقدرة على التكيف مع مرض السكري وإتباع سلوكيات صحية من المرضى المصابين منذ مدة طويلة ، وقد يتزايد الخوف من المضاعفات بطول فترة الإصابة بالمرض. (نادية بوشلاق د. شهرزاد نوار. 2019. ص.94) أما دراسة روثمان وآخرون، Rothman et al (2008) فقد هدفت إلى دراسة تأثير كل من تقدير والسلوك الصحي لدى المراهقين، فأجريت الدراسة على المراهقين الأمريكيين مرضى النمط الثاني من السكر، متوسط أعمارهم 15 عاماً، ومتوسط مدة إصابتهم بالمرض أقل من خمس سنوات، وتوصلوا إلى وجود فروق واضحة بين أفراد العينة في السلوك الصحي؛ فبينما أفاد 80% منهم أنهم منتظمون في تناول الدواء، وجد 59% منهم فقط يحرصون على مراقبة مستوى السكر بالدم، كما صرح بعض المرضى أنهم يتعرضون لنوبات

متكررة من الإفراط في تناول الطعام، وشرب المشروبات السكرية، وتناول الوجبات السريعة، كما أفاد ما يقرب من 70% من المرضى أنهم يمارسون التدريبات الرياضية أكثر من مرتين بالإسبوع. (يام صابر صادق شاهين. ص. 471)

ويمكن تفسير النتائج المتناقضة مع دراستنا فإن معظمها قد أجريت على فئة الراشدين حيث أن المصابين بالسكري منهم قد وصلوا إلى درجة التكيف مع المرض وأساليب التعايش معه مما يساهم في انضباطهم في إتباع السلوكيات الصحية المناسبة، حيث أصبحوا على دراية تامة بخطورة تأجيل تناول الوجبات الغذائية وخطورة الخمول وعدم ممارسة الرياضة. أصبح بإمكانهم التمييز بين نوعية وكيفية ومواعيد الوجبات التي من شأنها أن ترفع نسبة السكر في الدم، بالإضافة إلى درايتهم بخطورة تبني السلوكيات الصحية التعويضية بوتيرة مستمرة و التي قد تؤدي إلى اضطرابات في ضبط مستوى السكر في الدم. فمدة المرض لدى فئة الراشدين تجعلهم قادرين على الاعتماد على انفسهم نفسه بشكل أفضل، و تجنبهم مخاطر المرض.

رابعاً: حسب حجم الأسرة

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للإجابة على الجزئية المتعلقة بحجم الأسرة في الفرضية الثانية والمعروضة في الجدول رقم (44) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية التعويضية وكل أبعاده (بعد إستعمال المادة ، بعد عادة الأكل والنوم، بعد الإجهاد، بعد تنظيم الوزن) تعزى لمتغير حجم الأسرة لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية حيث بلغ متوسط المعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري الذين يعيشون في أسرة كبيرة بلغ قيمة (48,638) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المراهقين المصابين بالسكري الذين يعيشون في أسرة صغيرة بقيمة (46,839) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) مقدرة ب (0,872) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,386) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة.

تري الطالبة الباحثة أن الأسرة الكبيرة أو الصغير بعدد أفرادها لا يؤثر في معتقدات الصحية التعويضية للمراهق مريض السكري، لأن المعتقدات الصحية التعويضية متعلقة بتجنب استجابة المريض للمواقف المغرية والتي تحقق له متعة مؤقتة، وحرصه على عدم القيام بالسلوكيات التي تضر صحته. حيث ان هذه السلوكيات لا تتطلب المساعد من طرف عدد

كبير أو صغير من أفراد الأسرة. بل الخبرات السابقة للمراهقة التي كان قد تعلم منها خطورة الانخراط في السلوكيات التعويضية هي التي تتحكم في اتخاذ القرار حول عدم الانخراط فيها. وفي دراسة متناقضة مع ما توصلت إليه دراستنا، حول: أنماط السلوك الاستهلاكي لدى المراهقين وعلاقته بمتغيرات المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة السعودية. للباحثة خلود حسن هجرس الحازمي.(2010) توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين أنماط السلوك الاستهلاكي للذكور والإناث وبين عدد أفراد الأسرة الكلي. أي أنه كلما زاد عدد أفراد الأسرة انخفضت أنماط الاستهلاك للمراهقين الذكور والإناث. حيث أشارت دراسة فاتن لطفي (1995) إلى أنه بزيادة حجم الأسرة فإن الدخل الشهري للأسرة لا يكفي لسد الاحتياجات؛ لذلك فإن أي زيادة في الدخل توجه إلى الإنفاق على الخدمات الاسرية، لتوفير الحاجات الضرورية. كما تؤكد نتائج دراسة سماح مشرف (2004) على أنه كلما زاد حجم الأسرة أصبحت دوافع الشراء أكثر تعقلاً ورسداً، حيث تتعدد بنود الإنفاق لدى الأسرة الكبيرة مقارنة بالدخل؛ مما يجعلها تركز على شراء الاحتياجات الضرورية. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من: فاتن لطفي (1995) وإيمان أحمد (1997) التي أشارت إلى أن زيادة عدد أفراد الأسرة يؤثر بطريقة مباشرة على نوعية سلوك أفرادها وكمية استهلاكهم؛ وبالتالي تقل نسبة الادخار لدى الأسرة. بينما يختلف مع نتائج دراسة رحاب عبده (2005) التي أكدت على أنه ليس لحجم أسرة الفتاه السعودية تأثير على نمط سلوكها الاستهلاكي.

فقد أجريت هذه الدراسة على فئة المراهقين الاسوياء، لكن دراستنا تتمحور حول المراهق مريض السكري، حيث أن مدركاته وإهتماماته مازالت متعلقة بالدواء والطبيب و الحمية وتنظيم، ولم ترقى بعد إلى إهتمامات المراهقين الاسوياء، فهي إهتمامات متحررة من القيود الطبية و النفسية والاسرية والاجتماعية.(الحازمي.2010.ص174)

ولكن من ناحية أخرى يعتبر موضوع حجم الاسرى من العوامل التي تؤثر في تنشئة الطفل، كما يؤدي إلى زيادة الرابطة بين الطفل وأبويه وتحقيق التفاعل بينهما. كما أن الاسرة الكبيرة توجه الاباء إلى أسلوب السيطرة في تحقيق المطالب بينما الاسرة الصغير تجعل الاباء يتبعون أسلوب الاقناع. ونجد أن الاسرة المكونة من أب وأم وابن وحيد، أو عدد كبير من

الاناث مع ابن وحيد، أو عدد من الذكور مع بنت واحدة، كل هذه الانواع من الاسر تختلف في طبيعتها وعالقاتها مع زيادة عدد أفرادها. إذ تضعف العلاقات مع الآخرين، وتزداد العلاقات الاسرية تعقيدا بين أفرادها، ويكثر الصراع بين الابناء، ويقل اهتمام الوالدين بالابناء، عكس الاسرة ذات الاعداد القليلة من الافراد، إذ تقل الصراعات بين أفرادها ويزداد الترابط والحب بينهم، فتكون فرصة للأبوين لالهتمام بالابناء ومتابعة تنشئتهم تنشئة سليمة. وتتسم الاسرة الكبيرة بميل الاباء نحو أسلوب الاهمال؛ لأنه يصعب عليهم الاهتمام بأمور كل الابناء، ويصعب استخدام أسلوب الضبط وتفسير أمور الحياة المختلفة لأبائهم، وهنا تفرض القيود الصارمة فتزداد صعوبة حثهم على السلوك المقبول اجتماعيا التسلط والسيطرة، بينما في الاسرة صغيرة الحجم يتميز أسلوب الوالدين بالتعاون المتبادل بين أفرادها، وتقديم المساندة الانفعالية والحب، وخصوصا من ناحية الام التي تهتم بمعظم حاجات أبناءها. وهذا أسلوب يتميز بالديمقراطية، إذ يسود أسلوب الضبط المعتدل والنظام المعقول، وتتوافر الفرص الحسنة لتكوين العادات الانفعالية والاجتماعية التي تقيد الابناء في حياتهم، كما تتسم أحيانا اساليب الوالدين في الاسر الصغيرة بالحماية الزائدة التي تفقد الابناء القدرة على الاعتماد على النفس، وتسبب مشكالت له من حيث توافقه الاجتماعي، خصوصا في حالة مواجهته لإحباطات وتحديات المحيط الذي يتعرض لها في أسرته، أو في مدرته. (الصوافي.2020. ص9)

خامسا: حسب المستوى المعيشي للأسرة:

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للإجابة على الجزئية المتعلقة بسنوات الإصابة بالمرض في الفرضية الثانية والمعروضة في الجدول رقم (45) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية وكل أبعاده (بعد استعمال المادة ، بعد عادة الأكل والنوم، بعد الإجهاد، بعد تنظيم الوزن) تعزى لمتغير المستوى المعيشي للأسرة لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية. حيث بلغ متوسط مقياس المعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي الضعيف قيمة (46,692) بينما جاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي المتوسط بقيمة (47,657) وجاء المتوسط الحسابي لدى المصابين بالسكري دوي المستوى المعيشي الجيد بقيمة (47,888) كما جاءت نتيجة اختبار

(أنوفا) مقدرة ب (0.060) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية (0.942) أكبر من (0.05) وهي قيمة غير دالة.

تري الطالبة الباحثة أنه يمكن تفسير نتائج هذه الدراسة بناء على أن الدخل المتدني لا يسمح للمرضى بالحفاظ على مواعيد الطعام وكميته ونوعيته. فهو يتناول أي وجبة دون مراعاة ضوابط الغذاء الصحي لمريض السكري، كما الالتزام لإتباع الحمية الغذائية دائما يرتبط بالدخل الشهري للأسرة فإذا كان دخلها الشهري مرتفعا فسوف يكون إنفاقها على الغذاء أكبر وتهتم بتوفير كل أنواع الأغذية لمريضها حتى وإن كان سعرها مرتفع، و بالمقدار الكافي للمريض، وهذا ما يسهل على المريض حياته بصفة عامة وإستراتيجية التكفل الأمثل بمرضه، و بالتالي تجنب اللجوء لاستعمال الأساليب الصحية التعويضية و التي من شأنها تؤدي إلى مضاعفات صحية خطيرة. لكن المرضى في مرحلة المراهق غالبا ما يكون الآباء هم المسئولون عن المستوى المعيشي للأسرة وعلى توفير الغذاء الصحي المناسب للمراهق مريض السكري وكذلك مشاركتهم في تنظيم مواعيد تناول الطعام وبشكل صحي. بالإضافة إلى كونهم متمدرسون فإن نظامهم اليومي يكون منتظم مع مواعيد الدراسة بالإضافة إلى ممارسة الرياضة المدرسية. وبالتالي لا يكون عرضة لقلة النشاط البدني وبالتالي فإن انخراط المراهقين في المعتقدات الصحية التعويضية لا يختلف باختلاف المستوى المعيشي لأسرهم. وتتعارض نتائج الدراسة الحالية مع بعض الدراسات منها: دراسة (قريشي وزعطوط. 2014) وكانت حول الاتجاه نحو السلوك الصحي وعلاقته بالتدين لدى مرضى السكري ومرضى ضغط الدم المرتفع بورقلة، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (276) ومنهم (128) مريض بالسكري، توصلت نتائج الدراسة إلى أنه توجد فروق في الاتجاه نحو السلوك الصحي باختلاف المستوى المعيشي، لصالح ذوي المستوى المرتفع. (قريشي وزعطوط. 2014. ص. 291)

ودراسة (Bezie et al, 2006) فقد أجريت الدراسة حول العوامل المختلفة المؤثرة في الانضباط الصحي لدى مرضى السكري من النوع الثاني على عينة متكونة من (94) مريضا داخل المستشفى بمصلحة أمراض السكري تتراوح أعمارهم ما بين (85 و 106) سنة، وقد استخدم الباحث استبيان الانضباط الصحي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن نسبة عدم الانضباط الصحي كانت مرتفعة لدى أفراد العينة من حيث عدم احترام أوقات تناول

الدواء ومقاديره، كما أن المرضى غير المنضبطين صحياً هم من فئة الشباب و ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض، ووجد الباحثون بأن عدم الانضباط الصحي مرتبط بنقص التربية والتثقيف الصحي لمرض السكري. (نوار. زكري. 2016. ص. 98) ودراسة (فاطمة مسيني. 2010) فقد هدفت الدراسة للكشف عن مدى تأثير المستوى المعيشي على الحالة الصحية لمرضى داء السكري، حيث قامت بتطبيق استمارة مقابلة على (150) فرداً مصاباً بداء السكري بالقطاع الصحي بالدويرة قسم علاج مرض السكري، و توصلت نتائج الدراسة إلى أن: فئة المرضى من ذوي الدخل الشهري الأسري المنخفض هم أكثر تباطؤاً في اللجوء للخدمات الصحية، وأنهم يمارسون سلوكيات غير صحية في حالة تعرضهم لمشاكل صحية، ولا ينفذون تعليمات الطبيب و إرشاداتهم كإتباع الحمية الغذائية، كما أن نسبة كبيرة منهم يعانون من أمراض أخرى مزمنة أغلبها مضاعفات لداء السكري. وتوصلت كذلك إلى أنه توجد فروق في محافظة المريض على مواعيد الطعام و كميته و نوعيته تعزى لمتغير الدخل الشهري للأسرة لصالح ذوي الدخل الشهري المرتفع.

(فاطمة مساني. 2010. ص. 69)

ويمكن تفسير التناقض بين نتائج الدراسة الحالية والمتعلقة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية وكل أبعاده (بعد إستعمال المادة ، بعد عادة الأكل والنوم، بعد الإجهاد، بعد تنظيم الوزن) تعزى لمتغير المستوى المعيشي للأسرة لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية والدراسات السابقة المعروض كون هذه الأخيرة استهدفت فئات عمرية مختلفة. ففئة الراشدين مثلاً لديهم خبرة تتعلق بغلاء المعيشة والمعانات التي يتكبدونها في كسب رواتبهم. كما قد يكون بعض الراشدين من ذوي الدخل الضعيف مسئولون عن تلبية حاجات أسرهم وملزمون بدوام عمل مستمر، كما أنهم يحاولون الموازنة ما بين نظام حياتهم المتعلق بعلاج مرضهم و بين توفير مطالب الأسرة المتعددة في ظل تدني الدخل الشهري، هذه العوامل وغيرها لدى فئة الراشدين من شأنهم أن تساهم في عدم الالتزام بنظام المتابعة الصحية لتكفل بمرض السكري و قيد يكون فيها عرضة للانخراط في السلوكيات الصحية التعويضية اعتقاداً منهم أن هذا الأسلوب يساهم في اقتصاد معيشتهم، ومسايرة تدنى الدخل الشهري لديهم.

6. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة:

نص الفرضية الثالثة: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية بين الفئة الحاملة للمعتقدات الصحية التعويضية و الفئة الغير حاملة للمعتقدات الصحية التعويضية لدى عينة من المراهقين المصابين بداء السكري".

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للإجابة على الفرضية الثالثة والمعروضة في الجدول رقم (46) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية بين الفئة التي يوجد لديها معتقدات الصحية التعويضية و الفئة التي لا يوجد لديها معتقدات صحية تعويضية من المراهقين المصابين بالسكري. حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي لمستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى فئة المراهقين الذين لا يوجد لديهم معتقدات صحية تعويضية (96.50) بينما بلغت قيمة المتوسط الحسابي لمستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى فئة المراهقين الذين يوجد لديهم معتقدات صحية تعويضية (93.36) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) بقيمة (-1.038) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0.302) أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وهي قيمة غير دالة

وهذا ما يؤكد أنه مهما كانت فئة المراهقون (يحملون أو لا يحملون) معتقدات صحية تعويضية فإن إدراكهم لجودة الحياة الأسرية لا يختلف باختلاف انتمائهم لإحدى الفئتين من الإدراك لجودة الحياة الأسرية (مرتفع/منخفض) ويبدو أن ارتفاع مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية لدى عينة الدراسة الحالية متعلق فقط بكونهم مصابون بداء السكري حيث يتلقون رعاية خاصة من طرف أسرهم، و بالتالي فإن اهتمام أفراد الأسرة و تقديم الدعم و المساندة للمراهقين المصابين بداء السكري يساهم في تحسين إدراكهم لجودة الحياة الأسرية، وهذا ما قد يؤدي بدوره إلى الالتزام المرضى بالحفاظة على صحتهم وتقدير مجهودات أسرهم. فقد توصلت دراسة إيمان طالبى(2017): هدفت الدراسة الى تقصي العلاقة بين المساندة الاجتماعية والملائمة العلاجية لدى المصابات بداء السكري ، حيث شملت عينة الدراسة على 40 مصابة بداء السكري متواجدة بمستشفى محمد لمين دباغين بباب الواد الواقع بالجزائر العاصمة ، وتم استخدام مقياس الإمداد بالعلاقات الاجتماعية، ومقياس الملائمة العلاجية الخاص بمرضى السكري ، خلصت الدراسة إلى النتائج التالية : وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيا بين المساندة الأسرية وكلا من إتباع الحمية الغذائية و

أخذ الأدوية و المواظبة في إجراء الفحوصات لدى المصابات بداء السكري، لدى المصابات بداء السكري. (إيمان طالبى، 2017)

وتوصلت دراسة أوديل و ميكوليم، ديلورس، و آخرون. **del. Mecollum. Delores. O' (1997):** في دراستهم أن الأسرة هي المصدر الاول المساعد على الانتظام في تناول الأنسولين واختبار سكر الدم وإتباع النظام الغذائي حيث أن الأسرة و الأصدقاء كانوا متساويين في المساعدة في الممارسات الرياضية والمشاعر وكان أفراد الأسرة أكثر ميلا لتقديم المساعدة المادية والوجدانية بينما كان الأقران أكثر ميلا لتقديم المرافقة والمساعدة الوجدانية والانفعالية.

بالإضافة إلى دراسة غرينستن وآخرون (Greensten et al، 1975) توصلت هذه الدراسة إلى أن الأفراد الذين يحصلون على مستويات مرتفعة من المساعدة الاجتماعية والمتضمنة للمساعدة الأسرية يكونون في أغلب الأحيان أكثر تقيدا بالالتزام بالنظام العلاجي الخاص بهم وأكثر ميلا للاستفادة من الخدمات الصحية و لاسيما عندما يحمل أعضاء شبكة العلاقات الاجتماعية التي يرتبطون بها توجهات ايجابية نحو هذه الخدمات. (إيمان طالبى، 2017)

فتعتبر جودة الحياة الأسرية لدى المراهقين المصابين بالسكري عاملا ايجابيا يساهم في تبني المرضى لنمط صحي إيجابي يعود عليهم بالراحة و الاستقرار كم تساعد في تقبل داء السكري وتخفيف من أثاره، وتساعد في اكتساب القدرة على التكيف مع المرض، و القدر على التغلب على المواقف المغرية و التي تسبب لهم متعة وراحة مؤقتة و تؤدي بهم إلى الدخول في دائرة الاستجابة للمعتقدات الصحية التعويضية، وهذا ما يساهم في الوقاية من التعرض لتوتر و مضاعفات المرض. كما تساهم جودة الحياة الأسرية في مساعدة المريض للحصول على العلاج المناسب وفي الوقت المناسب وترافق المريض تعلم أهمية تبني سلوكيات ملائمة مع الحالة الصحية له.

كما يحرص أفراد الأسرة على حث المريض على تناول جرعات الدواء في الوقت المناسب الدواء ومرافقته في مواعيد زيارة الطبيب، وهذا يجعل المراهق يشعر بالاهتمام من طرف أفراد الأسرة، فيشعر بالطمأنينة والرضا عن أسرته و الخدمات المقدمة له وهذا ما يعزز لديه الانضباط و الالتزام بالرعاية الذاتية و الابتعاد عن كل ما يلحق ضرر بصحته. كما تساهم

جودة الحياة الأسرية في تحسين الحالة المزاجية لدى المراهقين المصابين بالسكري، حيث يسمح الحوار السلمي والهدوء السائد في الأسرة وطيب المعاملة بين أفرادها في شعور المراهق بمزاج مبتهج ومقبل على الحياة بطريقة إيجابية، فقد يؤدي به الأمر إلى الحماس في تحمل مسؤوليات حياته الشخصية و التعامل مع المرض بإيجابية، وتزيد من ثقته في نفسه وتجاوز صعوبات المرض.

7. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة:

نص الفرضية الرابعة: "توجد فروق في المعتقدات الصحية التعويضية بين الفئة ذات مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية المرتفع و الفئة ذات مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية المنخفض لدى عينة المراهقين المصابين بداء السكري.

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للإجابة على الفرضية الخامسة والمعروضة في الجدول رقم (47) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية التعويضية بين الفئة ذات مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية المرتفع و الفئة ذات مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية المنخفض من عينة المراهقين المصابين بداء السكري.

حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي للمعتقدات الصحية التعويضية لدى فئة المراهقين ذات مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية المرتفع (47,382) بينما بلغت قيمة المتوسط الحسابي للمعتقدات الصحية التعويضية لدى فئة المراهقين ذات مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية المنخفض (52,333) كما جاءت نتيجة اختبار (ت) بقيمة (-0.873) و كانت قيمة الدلالة الإحصائية (0,385) أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وهي قيمة غير دالة

ومن هنا يتضح أنه مهما كان مستوى الإدراك لجود الحياة الأسرية (مرتفع أو منخفض) يبقى المراهق مريض السكري يتجنب تبني المعتقدات الصحية التعويضية ويحافظ على صحته و يتجنب مضاعفات السكري، أي أن مستوى إدراك جودة الحياة الأسرية لا يؤثر في تبني المعتقدات الصحية التعويضية المراهقين المصابين بداء السكري. و أنه مهما كانت الظروف الأسرية جيدة أو غير جيد فهذا لا يؤثر في معتقدات مرضى السكري.

وترى الطالبة الباحثة أنه يمكن تفسير هذه النتيجة إنطلاقاً من أن جودة الحياة الأسرية المدركة لست وحدها المساهمة في التحكم والتأثير في تقرير مريض السكري على عملية تبني للمعتقدات الصحية التعويضية والانخراط في السلوكيات التي من شأنها أن تعدل من

أثار السلوكيات الغير صحية السابقة، وإنما قد تكون هناك عوامل أكثر قوة تساهم في قرار مريض السكري لتبنيه للمعتقدات الصحية التعويضية ومن أهمها الوعي الصحي وحيارة المريض على قدر كافي من المعلومات حول مخاطر بعض السلوكيات على المرض، بالإضافة إلى النضج الفكري وقدرته على التحكم في إتخاذ القرارات المتعلقة بالسلامة الصحية في الوقت المناسب و بالطريقة المناسبة، إلى جانب خبرات المريض السابقة في التعامل مع المواقف والسلوكيات المهددة لصحته، و التي يكون قد عايشها وتعرض لمضاعفات صحية وكانت له هذه المواقف تجربة حية. فقد ظهرت بعض النماذج لتفسير العوامل المسببة في إقدام الأشخاص على القيام ببعض السلوكيات الصحية، منها نموذج المعتقد الصحي لـ (Rosenstock.1966) و الذي انبثق منه نموذج المعتقدات الصحية التعويضية. ووفقا لنموذج (Rosenstock.1966) يرى أن الفرد يقرر فيما إذا كان سيقوم بسلوك صحي، فهذا يمكن أن يتوقف على دراية الفرد بعاملين هما: درجة إدراك الفرد بأنه معرض لخطر صحي، وإدراكه بأن بعض السلوكيات الصحية ستساهم في التخفيف من حدة التهديد.

فقد توصلت دراسة (Peterson.1991) في أميركيا إلى أن إدراك الأفراد المصابين بمرض السكري لمرضهم و وجود معتقدات حول الصحة والمرض لديهم هي من العوامل المساهمة في تحديد سلوك الملاءمة

كما توصلت دراسة (مساني فاطمة.0000) إلى أنه يوجد إرتفاع ملحوظ في نسبة المرضى الذين يمارسون سلوكيات غير صحية ومهددة لصحتهم من خلال طلب المساعدة غير الطبية، حيث إشتكت أغلب أفراد هذه العينة من أمراض ومشاكل صحية أخرى، كما توصلت أيضا إلى أنه عدم إتباع نظام غذائي معين و المحافظة على مواعيد الطعام من حيث الكمية و النوعية، يزيد من نسبة التعرض للأمراض، وأن هذه النتيجة ترتبط أساسا بعدم إتباع الاحتياطات الوقائية اللازمة بهدف تجنب المضاعفات الناتجة عن مرض السكري. وتوصلت أيضا إلى أن سبب إتباع المرضى لسلوكيات غير صحية وتتناقض مع توجيهات الطبيب المعالج يعود إلى عدم درايتهم بأهمية وفوائد تلك التوجيهات و انعدام وعيهم الصحي بقيمة الغذاء الصحي من حيث كميته ونوعيته، حيث ارتبطت كل تلك

العوامل مع التربية الوقائية التي يتلقاها المرضى من مجالات التربية الصحية وليس من الأسرة بمفردها. (مساني فطمة. 2015. ص 60).

كما توصلت دراسة جيانغ وآخرون (2021) حول دور المعتقدات الصحية في التأثير على فحص مضاعفات مرض السكري المزمن لدى المرضى: تحميل المسار بناءً على نموذج المعتقدات الصحية. أجريت الدراسة على عينة قوامها (785) من مرضى السكري في المركز الصحي المجتمعي في الصين، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن: للمعرفة تأثير كبير و غير مباشر على سلوك فحص مرض السكري المزمن، و يتعلق الامر بالقابلية المتصورة و الفوائد المتصورة و الحواجز المتصورة و الكفاءة الذاتية. (سهام بنت عطا الله. 2022. ص 53).

ويوضح (Park.et.al.2010) أنه قد قامت دراسات تجريبية بتحليل التغيرات في السلوك الصحي خلال السنوات التي ظهرت فيها جائحات السارس وفيروس H1N1 حيث توصلت تلك الدراسات إلى أنه عندما يقتنع الأفراد بخطورة الوباء، فإنهم يدركون بأنهم معرضون بشدة لذلك الوباء وخطورته، ويتقنون بأن السلوك الوقائي هو الأجدى و الأكثر فعالية، ويرون بأن تبني السلوك الاحترازي له تكلفة منخفضة، ويكونون دائماً أكثر استعداداً لتبني السلوك الوقائي والسلوك الموصى به. (سهام بنت عطا الله. 2022. ص 53).

وبناء على هذه الدراسات نلاحظ أنه قد يرتبط وجود المعتقدات الصحية التعويضية أو عدم وجودها لدى مرضى السكر بتوقعات الأفراد للفوائد الناتج عن ممارستها لبعض السلوكيات الصحية وهذا ما يقر به نموذج المعتقدات الصحية في شرح السلوكيات المرتبطة بالصحة، حيث يركز على دور العوامل الاجتماعية و النفسية في تحديد هذه السلوكيات.

وقام علماء النفس الاجتماعي في دائرة الصحة العامة الأمريكية بتطوير نموذج المعتقد الصحي حيث كان هدفهم الأساسي من هذا النموذج هو التركيز على جهودات الأشخاص الذين يحاولون تحسين الصحة العامة ليهم من خلال فهم سبب فشلهم في تبني تدابير الصحة الوقائية. ففي نموذج المعتقد الصحي تؤثر معتقدات الناس (مثل الفوائد المتصورة للسلوكيات الصحية، وعقبات الممارسة، والكفاءة الذاتية) على التزامهم بالسلوكيات المعززة للصحة. فإن نموذج المعتقد الصحي يركز نظرياً على العناصر المعرفية. فمن وجهة نظر

معرفية، يعتمد سلوك الناس غالبًا على توقعاتهم العقلانية. (سهام بنت عطا الله. 2022. ص 53.)

8. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة:

نص الفرضية: "توجد مستويات متباينة في أبعاد مقياس المعتقدات الصحية التعويضية لدى الفئة ذات مستوى الإدراك المرتفع لجودة الحياة الأسرية لدى المراهقين المصابين بداء السكري عينة الدراسة".

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للإجابة على الفرضية الخامسة والمعروضة في الجدول رقم (48) أنه يوجد تباين بين مستويات أبعاد المعتقدات الصحية التعويضية لدى الفئة ذات مستوى الإدراك المرتفع لجودة الحياة الأسرية من المراهقين المصابين بداء السكري في عينة الدراسة الحالية. حيث جاء في الترتيب الأول بعد الإجهاد وبلغ وزنه النسبي (75.22%) بمتوسط حسابي بلغت قيمته (15,044)، يليه في المرتبة الثانية بعد تنظيم الوزن حيث بلغ وزنه النسبي (75.22%) بمتوسط حسابي قدره (7,887)، في حين يحتل بعد استعمال مادة المرتبة الثالثة وبلغ وزنه النسبي (52.39%) بمتوسط حسابي قدرة (15,719)، وفي الترتيب الرابع و الأخير بعد عادات الأكل والنوم حيث بلغ وزنه النسبي (43.65%) و قدر المتوسط حسابي بقيمة (8,730).

ترى الطالبة الباحثة أنه يمكن أن يكون تصدر بعد الإجهاد في هذه الدراسة للمرتبة الأولى والذي يتضمن الاسترخاء المفرط والخمول الجسدي مقابل النشاط البدني المنتظم أمر منطقي، وهذا يعود لكون عينة الدراسة تتمثل في فئة المراهقين، حيث أنهم في هذه المرحلة أكثر نشاطا مقارنة بالمرحل الأخرى، كما يميلون لممارسة الرياضة من ناحية مجال للمتعة، أو بحكم البرنامج المدرسي المقرر عليهم، أو وبحكم إحساسهم بالقوة البدنية التي هي في طور الخروج من ضعف مرحلة الطفولة إلى نضج مرحلة المراهقة، حيث تعتبر ممارسة الرياضة والنشاط البدني المنتظم من السلوكيات المفيدة لدى المراهق مريض السكري، فمن الناحية الجسمية تساعد على ضبط مستوى السكر في الدم، ومن الناحية الانفعالية تساهم في تحسين المزاج والتكيف مع المرض والقدرة على مواجهة الضغوطات اليومية، فقد توصلت دراسة (kummer, stahl pehe, castillo, pachle, Graf, 4201) أن المراهقين المصابين بالسكري اللذين يمارسون نشاطا بدنيا متكرر و لمدة أطول مع استخدام أقل للتلفاز وأجهزة

الكمبيوتر تتحسن حالتهم الصحية العامة، كما أنه يختلف مستوى التفوق الدراسي لدى المراهقين المتمدرسين لصالح الممارسين للنشاط البدني مقارنة بالمراهقين غير الممارسين للنشاط البدني، كما تساهم ممارسة الرياضة في تحسين الحالة المزاجية والتخفيف من الضغوطات اليومية و كذلك تساعد في التخفيف من أعراض القلق والاكتئاب التي قد تصاحب المراهق المصاب بالسكري حث إشارة دراسة (طبلاوي و بلحوت، 2019) إلى أن ممارسة الرياضة تساهم في التخفيف من الأعراض الاكتئابية لدى المراهقين المتمدرسين المصابين بالسكري، ولحصص التربية البدنية المدرسية دور في توجيه التلاميذ المصابين بالسكري إلى الرضا عن الحياة، مع إرتفاع مستوى الشعور بالسعادة. (عيادي. عبيدي. 2021. ص100)

وترى كلا من الباحثين (بن سيد، بن منصور. 2018) أن لنشاط البدني دور مهم في المحافظة على صحة المصابين بداء السكري، فتؤدي إلى ارتفاع حساسية الخلايا لاسيما تلك الخاصة بهرمون الأنسولين، مما يجعل خلايا الجسم تمتص الجلوكوز من الدم، مما يساعد في المحافظة على مستوى معتدل من نسبة السكر في الدم. حيث أن الارتفاع في حساسية الخلايا للأنسولين من جراء ممارسة النشاط البدني تمتد لمدة قد تصل إلى (16 ساعة بعد التوقف عن ممارسة النشاط البدني، ثم تبدأ في التلاشي. ومن هذا المنطلق تكمن أهمية الالتزام بممارسة النشاط البدني بشكل منتظم وينصح أن يتراوح من (4-5) أيام في الأسبوع على الأقل. ومن فوائد ممارسة النشاط البدني لدى مرضى السكري كذلك أنه يزيد من تكوين أوكسيد النترات (oxyde Nitrique) من الخلايا المبطنة للأوعية الدموية، مما يؤدي إلى توسع هذه الأوعية، وينعكس ذلك إيجابيا على ضغط الدم الشرياني. كما أن الأعراض المصاحبة لداء السكر مثل ارتفاع مستويات الكوليسترول فإن النشاط البدني يساعد في التحكم بها من خلال خفض نسبة الشحوم في الجسم ويحافظ على كتلة العضلات كذلك، وهذا يحافظ على مستوى مناسب من تركيز الجلوكوز في الدم، وعلى العكس من ذلك، فإن انخفاض الكتلة العضلية لدى مرضى السكري يؤدي إلى انخفاض قدرة العضلات الإجمالية على امتصاص السكر في الدم. (بن سيد، بن منصور. 2018. ص169)

كما توصلت نتائج دراسة مكاوي يوسف. هوارة ميلود(2019) إلى أن التلاميذ المصابين بداء السكري الممارسين للنشاط البدني الرياضي يتمتعون بمستوى عالي من الصحة النفسية، حيث ينعكس النشاط المدرسي البدياغوجي الوقائية والترويحي بالإيجاب على فئة المصابين بداء السكري، فمن ناحية الجسمية للمراهق فإن الانقباضات العضلية مثلا تحتاج إلي الطاقة لتقويتها واستمرارها في أداء وظائفها، بالإضافة إلى أن الجلوكوز و الدهون المعتدل في الجسم هما المصدر الرئيسي للطاقة، وبممارسة الرياضة فإنه يضمن المراهقين المصابين بالسكري الحصول على هذه الامتيازات.

كما توصلت ذات الدراسة كذلك إلى أنه لنسبة الجلوكوز والدهون أهمية في الأنشطة الرياضية المبرمجة القصيرة كالحركات التسخينية والأنشطة البدنية المستمرة كالمداومة فهي تساهم في أن معدل نسبة السكر في الدم لفئة الممارسين لرياضة والمصابين بالسكري تصبح في مستواها الطبيعي مقارنة بزملائهم غير المصابين بالمرض هذا ما يكسب التلميذ المراهق المصاب بالسكر ثقة عالية بالنفس قد تؤدي به الى الاطمئنان والشعور بالرضا والسعادة النفسية، كل هذا يجعله مندمجا تربويا ونفسيا واجتماعيا وكذا بيداغوجيا. (مكاوي يوسف. هوارة ميلود. 2019.ص130)

وبالوجه النقيض فإن قلة النشاطات تؤدي إلى زيادة المضاعفات الخطيرة لمرضى السكري، فهناك العديد من العوامل التي تلعب دورا هاما في التقليل من النشاط الحركي لدى المراهقين المصابين بالسكر منها: توافر وسائل النقل التي تسهل على عليهم الانتقال من مكان لآخر وبالتالي يقل لديهم القيام بمجهود عضلي حركي. كما يؤثر الجلوس لساعات طويلة أمام التلفاز وقلة الحركة البدنية الصحة النفسية والجسدية خصوصا في أيام نهاية الأسبوع، بالإضافة إلى استغراق وقت طويل مع الألعاب الالكترونية أو مواقع التواصل الاجتماعي كذلك. كل هذه العوامل تؤدي إلى ظهور مضاعفات خطيرة على صحة المراهقين. حيث يعتبر السبب الرئيسي في حدوث العديد من المضاعفات الخطيرة للمصابين بمرض السكري هو قلة المجهود العضلي والرياضي، وعادت يحرص الأطباء و القائمين على الرعاية الصحية لمرضى السكري و الناشطين في الجمعيات المتكفلة بمساعدتهم على تشجيع المرضى على أهمية ممارسة الرياضة والأنشطة البدنية اليومية وعدم الاستسلام للمرض والخمول الجسدي، حيث يرتبط قلة النشاط بارتفاع في حالات الوفاة، أي أن الذين يعانون

من المرض السكري ولا يلتزمون بتوجيهات الطبيب ولا يمارسون الرياضة ولا يتبعوا الحمية فهم أكثر تعرضاً للإصابة بالاعتلال ومن ثم الوفاة، لدى إن النشاط البدني اليومي والرياضة المنتظمة هي عوامل مهمة جداً بالنسبة لصحة المصابين بالسكري.

(بن سيد. بن منصور. 2018. ص. 167..)

أما بالنسبة لترتيب بعد تنظيم الوزن في المرتبة الثانية فقد يكون مرتبطاً بأن معظم أفراد العينة إناث حيث يمثلون نسبة (88.04%) في الدراسة الحالية، وهذا يعود لعوامل متعددة منها، كون الإناث أكثر اهتماماً بشكلهن الخارجي، والاحتفاظ بالوزن المقبول اجتماعياً حيث يمثل التناسق بين الطول و الوزن المعتدل لدى الإناث أساس كمال الأنوثة والتكيف النفسي الاجتماعي وهذا ما يقدر يساعدهم في تعويض الشعور بالنقص الناتج عن إصابتهم بمرض السكري. ومن ناحية أخرى قد يكون تصدر بعد تنظيم الوزن يعود إلى إدراك المرضى بخطورة مضاعفات السكري والمتعلقة بالسمنة الناتجة عن قلة الحركة حيث ترى كلا من الباحثتين (أسية بن سيد، أ.د. مليكة بن منصور. 2018) أن التحول السريع من الحياة الريفية إلى حياة المدن، والتغيرات في النمط المعيشي للأسرة والفرد في المجتمع، وتزايد الاعتماد على الوسائل الكهربائية والتكنولوجية في كل أمور الحياة اليومية، أدى إلى انتشار وحدوث مضاعفات خطيرة لدى مرضى السكري، ففي الحياة الريفية يعتمد السكان على تحضير احتياجاتهم بالطريقة اليدوية بنمط يومي، وهذا ما يساهم بالنشاط البدني المستمر، في عمل على حمايتهم من حدوث الأمراض أو ظهور المضاعفات. (بن سيد. بن منصور. 2018. ص. 167..)

وبالنسبة لترتيب بعد عادات الأكل والنوم للمرتبة الأخيرة في دراستنا فقد توصلت دراسة موفق ديهية إلى نتائج تختلف عن النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية، وتشير إلى أنه توجد مستويات متباينة في أبعاد مقياس المعتقدات الصحية التعويضية لدى الأفراد الأكثر ملاءمة في العلاج حيث جاء بعد عادات الأكل (تنظيم الوزن) في المرتبة الأولى يليها في المرتبة الثانية بعد النوم (عادات النوم) في حين يحتل بعد المشروبات الغازية و العصائر المعلبة (استعمال المادة) المرتبة الثالثة يليها في المرتبة الرابعة بعد الاسترخاء (الإجهاد). (موفق ديهية. 2014)

حيث ترى ذات الباحثة أن الوظائف الغريزية لها دور رئيسي في المعتقدات الصحية، وأن التحكم بالأكل والالتزام بنظام غذائي معين يؤدي إلى توازن مستوى السكر في الدم. ثم تليها المشروبات حيث كلما ابتعد عنها المصاب بالسكري واعتمد على المياه كلما كان هناك توازن في حميته، فهم لا يدركون الكميات الكبيرة المتوفرة في المشروبات والعصائر من السكريات . ويحتل في المراتب الأخيرة كل من الاسترخاء والنشاطات هذا ما يدل أن عينة البحث لا تدرك أنها تقوم بهذه النشاطات رغم قيامها بها بطريقة غير مباشرة كالخروج في نزهة، القيام بالمهام التي تتطلب جهد عضلي وغيرها. (موفق ديهية.2014)

وقد يرجع سبب الاختلاف بين نتائج الدراسة والحالية ودراسة (موفق ديهية.2014) إلى الاختلاف في الفئة العمرية و المتمثلة في فئة المراهقين في الدراسة الحالية و فئة الراشدين في الدراسة السابقة حيث أن ترتيب أولويات الرعاية الصحية و المعتقدات الصحية التعويضية يختلف ترتيبها باختلاف الخبرات والتجارب التي يخبرها الفرد (مراهقين راشدين)، كذلك باختلاف المعارف التي يكتسبها الأفراد حول مرض السكري(من الأسرة أو المراكز العلاجية) بالإضافة إلى الاختلاف في الثقافة بين المناطق التي أجريت فيها الدراسة و المتمثلة في المدن الشمالية و الجنوبية حيث أن طريقة تحضير الوجبات الغذائية و نمط العيش يختلف من منطقة إلى أخرى و قد تلعب طبيعة المناخ كذلك دور في اختلاف نتائج المتوصل إليها حيث فمثلا الإقبال على شرب كميات من الماء يتأثر بعامل المناخ البارد و الحار.

9. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة:

نص الفرضية: "توجد مستويات متباينة في أبعاد جودة الحياة الأسرية المدركة لدى الغير حاملون للمعتقدات الصحية التعويضية من المراهقين المصابين بداء السكري في عينة الدراسة الحالية".

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للإجابة على الفرضية السادسة والمعروضة في الجدول رقم (49) أنه يوجد تباين بين مستويات أبعاد جودة الحياة الأسرية المدركة عند الذين لا توجد لديهم معتقدات صحية تعويضية من عينة المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية، حيث جاء في الترتيب الأول بعد الوالدية وبلغ وزنه النسبي (95.47%) بمتوسط حسابي بلغت قيمته (25,777)، و يليه في المرتبة الثانية بعد التفاعل الأسري حيث

بلغ وزنه النسبي (93.18%) بمتوسط حسابي قدره (25,160)، في حين يحتل بعد السعادة الانفعالية المرتبة الثالثة وبلغ وزنه النسبي (90.80%) بمتوسط حسابي قدرة (24,518)، وفي الترتيب الرابع و الأخير بعد القدرة المالية والسلامة الصحية حيث بلغ وزنه النسبي (77.95%) وقدر المتوسط حسابي بقيمة (21,049).

ترى الطالبة الباحثة أن تصدر محور الوالدية في المرتبة الأولى قد يكون مرتبطا بمجالات النمو عند المراهق حيث تكون البيئة الأسرية مصدرها الاول، والمكان الذي ينشأ فيها الفرد، فهو يكتسب منها عادات وتقاليده واتجاهات ومعتقدات وميول من ما هو متعلق بحياته العامة ومنها ما هو متعلق بإصابته بالسكري كل هذا من شأنها أن يؤثر عليه و يمهّد لتوافقه النفسي الاجتماعي، وكل ما يتعلمه من قيم ومبادئ ونظم هي الموجه الأساسي لسلوكياته اليومية. وتعتبر طبيعة العلاقات الأسرية وأساليب التواصل مع المراهقين هي اللبنة الأولى التي لها الدور الكبير في تحديد التوجهات السلوكية للمراهق في تواصله مع الآخرين وعلاقاته بالمحيط الأسري الخارجي وتحديد نمط الحياة اليومية المتعلقة بالتكيف مع مرض السكري، ويرى "علي أحمد عبد الواحد وافي" عن أهمية الأسرة: >>أنها تكون لدى الفرد الروح العائلية والعواطف الأسرية وتنشأ لديه الاتجاهات الأولى للحياة الاجتماعية المنظمة وهي التي تجعل من الطفل فردا اجتماعيا وتزوده بالعواطف والاتجاهات اللازمة للحياة في الأسرة والمجتمع. فالتماسك الأسري الفعال بوجود الأب والأم وقيام كلا منهما بأدوارهم المحققة للوالدية الحسنة كتوفير الحب والرعاية النفسية والصحية وتحقيق الجو الأمن والمبهبج في الأسرة، من شأنه أن يجعل من المراهق ذا شخصية متزنة ومدرك لجودة حياته الأسرية، و يزوده بالقدرة على التغلب على صعوبات الناتجة عن مرض السكري و الاعتماد على نفسه. فإن المراهق لا بد أن يتلقى الاهتمام والحب والثقة والمراقبة الوالدية ولكن بطريقة غير مباشرة ولا بد من تقبل آرائه ومناقشتها وتقبلها وتعزيز آرائه الايجابية ومحاولة توجيهه السلبية منها بعبارات مقبولة وغير جارحة. (دبلة خوله. 2015. ص126)

أما التفاعل الأسرية الذي يحتل المرتبة الثانية فترى الباحثة أنه ترتيب منطقي كذلك خصوصا وقد سبقه في الترتيب بعد الوالدية وهما بعدان متقاربين جدا من حيث أهميتهما البالغة لحياة الفرد في مرحلة المراهقة، حيث التفاعل الأسري أساسيات نجاح الإدراك لجودة الحياة الأسرية حينما يتحقق التفاعل الأسري و الحوار الهادف داخل الأسرة. حيث نجد

معظم الآباء و المراهقين قد يتعرضون إلى نقاشات حادة ونوبات توتر وعصبية أو تصرفات تفرق الآباء، ويبحث الآباء عن سبل تخطي مثل هذه المشاحنات، وقد يهتدي البعض منهم إلى أسلوب الحوار. حيث يرى (رياض العاسمي) أنه لا بد من سيادة لغة الحوار بين المراهقين و أسرهم، لأن الحوارات الجماعية و الحوارات الأسرية المشتركة تسمح لأفرادها التعبير عن انفعالاتهم و مشاعرهم، و التصريح بمشكلاتهم التي يتعرضون لها، ويرى أنه لا يجب ألا يكون حدود للتواصل الأسري في المنزل، فيجب على الأم أن تقوم الأم بتزويد المراهق بالمعلومات المتعلقة بالتغيرات (الجسمية و السلوكية و العاطفية و الجنسية) لهم و بعض المواقف الاجتماعية التي يمكن أن يتعرض لها، وتوضح كيفية التعامل معها وهنا تتم المناقشة في أسلوب علمي وفي إطار اجتماعي مقبول فهذا يساهم في تكوين رصيد معرفي لدى المراهق يمكنه من التعامل مع المواقف بدون انفعالية، ففي حال عدم حدوث هذا النوع من الحوارات في الأسرة قد يحصل المراهق على المعلومات من الرفاق أو عن طرق وسائل الإعلام والبعض منها غير موثوق بها. وقد تكون متناقضة تماما مع مجتمع وأسرته المراهق. وبذلك لا يستطيع المراهق العيش في استقرار وسعادة في المستقبل. ف دائما يجب على الاسرى أن تطرح إي قضية لنقاش في جو ديمقراطي دون خجل أو عقاب. (محمد حسن. 2005. ص66)

ولوصول الأبناء إلى مستوى جيد من الإدراك لجودة الحياة الأسرية فيجب العمل على بناء علاقات أسرية متزنة وناجحة بين الوالدين والأبناء إذ يساهم ذلك في شعور الأبناء بالانتماء و الرضا عن الحياة الأسرية فبشعور الأبناء أنهم يتلقون المعاملة والدية حسنة تغمرهم بالود و المحبة والتفاعل الأسري الإيجابي فإن هذا يعزز نشأتهم الايجابية و مستقرة وتقدمهم كأفراد يعودون بالفائدة لأسرهم ولمجتمعهم، كما تساعد التفاعلات الأسرية الجيدة في شعور الأبناء بالأمن الأسري وتعزز قدراتهم الجسدية و الفكرية وتعمل على الاستفادة منها بالأسلوب الذي يجعلهم يرتقون في شتى مجالات حياتهم منها الصحية، التعليمية، الاجتماعية، العاطفية، الإبداعية. كما يساهم التفاعل الأسري الجيد و قاية الأبناء من السلوكيات السلبية و التي من شأنها أن تضر بصحتهم كالتدخين والسلوكيات الاجتماعية المنحرفة و التعرض للأمراض المعدية و العقوبات و الإخفاق الدراسي.

فالتفاعل الأسري المضطرب يؤدي إلى اضطرابات في شخصية الأبناء وتوتر في مسار التطور الجسدي و النفسي بالإضافة إلى تدني مستوى التكيف النفسي الاجتماعي لديهم. وقد يصاحبه تدني تقدير الذات و مشكلات في التحصيل الدراسي.

ويشير (Purgess, 1992) إلى أن الأسرة التي تحضي بالتفاعل الإيجابي تساهم في تعزيز قوة وفعالية تأثيرها العام على توجيه سلوكيات أبنائها في شتى مجالات حياتهم، ترتبط التفاعلات الشخصية في الجو الأسرى بكلاً من العلاقات الثنائية بين الأب والأم وبين الأبوين والأبناء الذين ينشئون في رعايتهم، كما ترتبط التفاعلات الشخصية بكلاً من العلاقات الثنائية المتبادلة بين كل من الأخوة والأخوات، فالأسرة التي تتميز بجودة حياة مرتفعة تتصف بأسلوبها الناجح والمثمر في التربية وتتعامل مع المراهق بعناية وتأخذ بعين الاعتبار الخصائص الإنمائية لهذه المرحلة. وتساعده بناء شخصية اجتماعية متزنة، وتشارك آرائه في الأمور الأسرية وفي التعاون مع الوالدين وتقاسمه بعض المسؤوليات والاحتياجات الأسرية. (إيناس ماهر الحسيني بدير. 2012)

كما يعتبر ترتيب بعد القدرة المادية والسلامة الصحية في المرتبة الأخيرة هو ترتيب منطقي حيث تري الطالبة الباحثة أن قد يكون تفسير ذلك يعود لكون المراهقين من عينة الدراسة الحالية فيما يتعلق بجزئية السلامة الصحية المدركة أنه في الأساس هم فاقدين لصفة السلامة الصحية بالمقارنة مع أقرانه، فإن الخبرات المتعلقة بالزيارات المتكررة لطبيب المعالج، وتناول جرعات الدواء بشكل مستمر، و النمط الغذائي المختلف عن أفراد أسرته و أقرانه، و الأعراض المصاحبة لمرض السكري، و النمط المختلف في تعامل الوالدين معه. كل هذه العوامل تجع المراهق مريض السكري يدرك أنه لا يتمتع بالسلامة الصحية كغيره من الأقران والإخوة و الزملاء. حيث تشير العديد من الدراسة أن الإصابة بمرض السكري ترتبط بالعديد من المشكلات في شتى مجالات حياتهم. وأنه رغم الرعاية الأسرية المقدمة له إلا أنه يتعرض أحيانا لمشكلات صحية وأخرى نفسية متعلقة بمرض السكري.

حيث توصلت دراسة (دراسة ضيائي حسين، 1687) حول المشكلات النفسية عند المراهقين المصابين بالسكر، فتوصلت إلى أنه أن دور العامل النفسي يساهم في الإسراع في الإصابة بالمرض لدى المراهقين الحاملون لاستعداد وراثي للإصابة بالسكري. كما أن العامل النفسي يحدد شدة المرض عند أول ظهوره فنجد أن غيبوبة السكر أحيانا ما تكون هي أول ظهور

للمرض ويحدد العامل النفسي كذلك قدرة المصاب على الاستجابة للعلاج في بداية تشخيصه بالمرض، وتوصلت أيضا إلى أن وجود عوامل نفسية تقلل من فعالية الاستجابة للعلاج وتمدد فترة بقاء المريض في المستشفى إلى غاية قدرته على التحكم في المرض والتقليل من خطورته ومضاعفاته. (زيدان. فريد. 2016. ص16)

خلاصة عامة ومقترحات

بناء على ما تقدم في هذه الدراسة تبين أن متغيرات الدراسة و المتمثلة في جودة الحياة الاسرية و المعتقدات الصحية التعويضية هي متغيرات معرفية صحية إجتماعية، فمن ناحية المعرفية فهي تعتبر من العوامل الأساسية في التحكم في عملية الرعاية الذاتية والوقائية، فهي تسمح لنا بأخذ الكثير من المعارف حول أساليب تسير المراهقين المصابين بالسكري فيما يتعلق بتناول الادوية و التنظيم اليومي لوجباتهم و نشاطاتهم و تحركاتهم، و كذلك تسمح لنا بالتوصل إلى طرح تفسير لسلوكياتهم تجاه مرض السكري و العلاج و الوقاية من المضاعفات، أما من جانب أنها متغيرات صحية إجتماعية، فهي تعتبر من محددات التكيف الأسري في حالة الإصابة بمرض مزمن. فهي تزودنا بتصور عام لهيكل التفاعل الاسري و الرضا عن الظروف المعيشية للأسرة في ضل الإصابة بمرض السكري، فهو مرض يؤثر على كل مجالات حياة المراهق المريض، و على التوازن الاسري كذلك، ويبدو جليا هذا التأثير في سلوكياتهم و معتقداتهم المتعلقة بمحاولة الحكم في المرض و تجنب المخاطر الصحية، التي قدم تتجم عن بعض الممارسات التي تبدو حاليا أنه صحيحة، و لكن باستمرار في ممارستها قد تؤدي إلى عواقب صحية تحمل خطر الموت.

كما يبدو تأثير المرض على المراهق المريض بالسكري في مدركاته تجاه الاسرة التي يعيش فيها، فقد تكون الاسرة ذات خصائص تختلف عن مستوى الجودة المتعارف عليها إلا أنه يري أن أسرته تتميز بمؤشرات جودة مرتفعة وهذا ناتج عن تعاملهم الاستثنائي معه كونه مرصاب بمرض السكري.

ومن هذا المنطلق تجسد هدف هذه الدراسة، و ذلك من خلال البحث في مستوى جودة الحياة المدركة لدى المراهقين المصابين بالسكري و ومدى وجود المعتقدات الصحية التعويضية لديهم و فيما إذا كانت علاقة ارتباطية بينهما. و عليه فقد توصلت الدراسة نتائج لما يلي:

1- مستوى جودة الحياة الأسرية المدركة لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية مرتفع.

2- لا توجد معتقدات صحية تعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية.

- 3- لا توجد علاقة بين مستوى جودة الحياة الأسرية المدركة والمعتقدات الصحية التعويضية لدى عينة المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية حيث جاءت قيمة معامل الارتباط بيرسون مقدرة بـ(-0,142) بقيمة دلالة تساوي (0,176).
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة الأسرية المدركة تعزي لكل من متغير الجنس، المستوى التعليمي، سنوات الإصابة بالسكري، حجم الأسرة، المستوى المعيشي للأسرة لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية.
- 5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في وجود المعتقدات الصحية التعويضية تعزي لكل من متغير، المستوى التعليمي، سنوات الإصابة بالسكري، حجم الأسرة، المستوى المعيشي للأسرة لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية فيما عدا الجنس لصالح الإناث.
- 6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية بين فئة الحاملون للمعتقدات الصحية التعويضية و فئة الغير حاملون للمعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بالسكري من عينة الدراسة الحالية.
- 7- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية التعويضية بين الفئة ذات المستوى المرتفع لجودة الحياة الأسرية المدركة والفئة ذات المستوى المنخفض لجودة الحياة الأسرية المدركة لدى المراهقين المصابين بداء السكري من عينة الدراسة الحالية.
- 8- يوجد تباين بين مستويات أبعاد المعتقدات الصحية التعويضية لدى الفئة ذات المستوى المرتفع لجودة الحياة الأسرية المدركة من المراهقين المصابين بداء السكري في عينة الدراسة الحالية
- 9- يوجد تباين بين مستويات أبعاد جودة الحياة الأسرية المدركة لدى فئة الغير حاملون للمعتقدات صحية تعويضية من المراهقين المصابين بداء السكري في عينة الدراسة الحالية وفي ظل ما تقدم من نتائج الدراسة يمكن طرح بعض التوصيات والمقترحات وهي:
- تظافر جهود الباحثين لتصميم مقاييس خاص بالمعتقدات الصحية التعويضية بما يتناسب مع البيئة العربية و المحلية.

- توعية القائمين على الرعاية الطبية لمرضى السكري بأهمية توعية المرضى بخطوة الممارسة التعويضية على صحتهم و التأكيد على أنها مخاطر بعيدة المدى لكنها حتما ستحدث في وقت غير معروف.
- إجراء المزيد من البحوث و الدراسات تربط بين متغير المعتقدات الصحية التعويضية والمتغيرات المساهمة في الإدمان عليها.
- إجراء المزيد من البحوث و الدراسات التي تقترح برامج تربوية علاجية تساهم في الحد التام من الانخراط في المعتقدات الصحية التعويضية.
- إجراء المزيد من البحوث والدراسات التي تقترح برامج إرشادية لأسر مرضى السكري تساهم في مساعدة المراهقين على الضبط الذاتي تجاه المواقف المغرية ولكنها ضارة بصحتهم.
- دعوة الجمعيات و النوادي لتنشيط حملات تحسيسية تجمع بين الأباء و المراهقين المصابين بالسكري فصد توفير مرافقة صحية نفس إجتماعية، و التي منشأها التخفيف عن المرضى وأسرهـم.

المراجع

- إبراهيم، صفاء صلاح سند. (2016). جودة الحياة و الصحة النفسية. (ط.8).
<https://www.neelwafurat.com/itempage.aspx?id=egb219236-5233635&search=books>
- أبو علام، رجاء محمود. (2006). مناهج البحث في العلوم النفسية و التربوية. دار النشر للجامعات.
- أحمد محمد شويخ، هناء. (2009). علم النفس الصحة. مكتبة الانجلو المصرية.
<https://www.noor-book.com/%D9%83%D8%AA%D8%A7%D8%A8-%D8%B9%D9%84%D9%85-%D8%A7%D9>
- أسعد، رزوق. (1987). موسوعة علم النفس. (ط.3). المؤسسة العربية للدراسات و النشر. بيروت.
- أسماء لشهب. (2021). المعتقدات الصحية التعويضية لدى المسن المصاب بداء السكري المزمن وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي لديه. مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، 6(8)، 875-897. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/170233>.
- أسية بن سيد، مليكة بن منصور. (2018). مرض السكري وعلاقته بالمتغيرات الاجتماعية والثقافية. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، 6(1)، 163-173. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/99546>
- أحمد، مسعودي. (2015). بحوث جودة الحياة في العالم العربي: دراسة تحليلية. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، 7(20) 203-220. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/38854>

بقواسي، فتيحة وعيساوي نبيلة.(2021). الرعاية الأسرية للمرأة المصابة بداء السكري داخل الأسرة الشلالية الجزائرية. مجلة آفاق لعلم الاجتماع 11(2)، 59-86.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/174129>

بن عائشة سعيدي، عبد القادر و إيدر، عبد الرزاق.(2021). الكفاءة الذاتية العامة وعلاقتها بمنظور الزمن لدى الطلبة الجامعيين. مجلة العلوم النفسية و التربوية، 7(1)،

. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/144177>. 104-123

بهلول، سارة اشواق. (2018). سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول و

قلة النشاط البدني) و علاقتها بكل من نوعية الحياة و المعتقدات الصحية. مجلة

دراسات في علم نفس الصحة، 3 (1)، 59-81.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/179760>

بوخلخال علي وبكاي رشيد.(2018) المكانة والرعاية الاجتماعية لمرضى السكري داخل

الأسرة الجزائرية. مجلة دراسات وأبحاث المجلة العربية في العلوم الإنسانية والاجتماعية،

10(4)، 527-537 . <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/68450>

بوشاللق، نادية ونوار، شهرزاد.(2019). مستويات السلوك الصحي لدى المرضى

المصابين بمرض السكري. مجلة التنمية البشرية والتعليم للأبحاث التخصصية، 5(2)،

1730-2462 . www.manaraa.com

بوعمامة، حكيم. (2019). جودة الحياة: المفهوم والأبعاد، مجلة العلوم النفسية

والتربوية، 8(1)، 343-360، أفريل 2019.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/87167>

بوعيشة، أمال؛ زكري، نرجس.(2020 /02/04). جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك

الصحي لدى مرضى السكري. أعمال الملتقى الوطني الأول: جودة الحياة والتنمية

المستدامة في الجزائر - الأبعاد والتحديات. جامعة الوادي.الجزائر.

جلال حسين، محمد.(2018). المعتقدات والممارسات الثقافية وأثرها على الحالة

الصحية للأوغنديين، مجلة جيل العلوم الانسانية والاجتماعية العدد 46.

<https://jilrc.com/archives/9486>

- جلان، لافيراك ؛ البرازي، عفت. (2018). كتاب تعزيز الصحة مابين النظريات و التطبيق: القوة التمكين، تم النشر بواسطة New Impact Books Pty Ltd. ملبورن أستراليا). <https://www.researchgate.net/publication/327231341>.
- حسن هجرس الحازمي، خلود.(2010). أنماط السلوك الاستهلاكي لدى المراهقين وعلاقته بمتغيرات المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة السعودية، مجلة بحوث التربية النوعية، 2010(18)، 153-
- https://journals.ekb.eg/article_143844.html
- الحفني، عبد المنعم. (2000). الموسوعة النفسية الجنسية عبد المنعم الحفني.(ط.2). مكتبة مدبولي.
- حلمي خلف حمدان، محمد.(2018). قياس جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإعاقة وتأثير بعض المتغيرات الديموجرافية عليها.(ط.1)، مؤسسة يسطرون للطباعة و النشر. <https://books.google.dz>.
- حمريط نوال.(2020). دور المساندة الاجتماعية في تقبل داء السكري لدى المراهق. أطروحة دكتوراه، جامعة محمد خيضر، بسكرة. <http://thesis.univ-biskra.dz/5662/1/04-12-2021.pdf>
- حيدر معن إبراهيم. (2019). اليقظة العقلية والمعتقدات المعرفية وكيفية قياسها.ط.1. دار كلكماش لطباعة والنشر.العراق بغداد. https://www.zaid-alwan3204.com/2021/05/blog-post_77.html
- خشمون محمد.(2017). جودة الحياة الأسرية والتنشئة الاجتماعية. مجلة المقدمة للدراسات الانسانية والاجتماعية، 2(1)، 160-171.
- <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/125471>
- داودي، محمد وبن الطاهر التجاني.(2016). التأهيل المعرفي وجودة الحياة الأسرية لذوي صعوبات التعلم في مرحلة الطفولة المبكرة. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 8(27) 641-649. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/40749>
- دبلة خوله.(2015). دور التصدع الأسري المعنوي في ظهور الاغتراب النفسي لدى المراهقين(ط.1). دار الجنان لنشر والتوزيع.

الدليل التثقيفي في السكري في الرعاية الأولية والمضاعفات الحادة لمراكز وعيادات السكري المرجع الوطني للتثقيف في السكري عزمي فريد الجمهورية العربية السورية وزارة الصحة.

https://extranet.who.int/ncdccs/Data/SYR_D1_10%20Pages.pdf

رابح، واكد. (2019). مستوى الرضا عن الحياة لدى المصابين بمرض السكري - دراسة ميدانية على عينة من مرضى السكري "النوع الثاني" بولاية المدية. للباحث مقال منشور

في <https://ouakedrabe.com>

[https://ouakedrabe.com/%D8%AF%D8%B1%D9%88%D8%B3-](https://ouakedrabe.com/%D8%AF%D8%B1%D9%88%D8%B3-%D9%88%D9%85%D8%AD%D8%A7%D8%B6)

[D8%B6](https://ouakedrabe.com/%D8%AF%D8%B1%D9%88%D8%B3-%D9%88%D9%85%D8%AD%D8%A7%D8%B6)

رودي بيلوس. (2013). مرض السكري. ترجمة (مزبودي، هنادي). دار

المؤلف

[https://ketabpedia.com/%D8%AA%D8%AD%D9%85%D9%8A%D](https://ketabpedia.com/%D8%AA%D8%AD%D9%85%D9%8A%D9%84/%D9%85%D8%B1%D8%B6-%D8%A7)

[9%84/%D9%85%D8%B1%D8%B6-%D8%A7](https://ketabpedia.com/%D8%AA%D8%AD%D9%85%D9%8A%D9%84/%D9%85%D8%B1%D8%B6-%D8%A7)

رولا رضا شريقي. (2014). فعالية برنامج إرشادي لرفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري. أطروحة دكتوراه، جامعة دمشق، كلية التربية قسم الإرشاد النفسي.

<http://mohe.gov.sy/Masters/Message/PH/rola%20shreki.pdf>

زحيري، إيمان أحمد محمد، و الطيب حاج ابراهيم عبدالله. (2021). تأثير برنامج

ترويحي رياضي مصحوب بالتثقيف الصحي على مستويات سكر الدم والقياسات

الجسمية وضغط الدم والدهون لدى الأطفال مرضى السكري في اليمن . أطروحة

دكتوراه. جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا).

<https://repository.sustech.edu/handle/123456789/25965>

الزروق، فاطمة الزهراء. (2015). علم النفس الصحي مجالاته، نظرياته والمفاهيم

المنبثقة عنه. ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر.

زينب حدر. (2017). أساليب التنشئة الأسرية وانعكاساتها على جودة الحياة لدى

المراهق. مجلة المقدمة للدراسات الإنسانية و الاجتماعية. العدد الثالث/ ديسمبر 2017.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/125514> .150-129

- سامية بن رمضان.(2017). الصحة الاجتماعية والنفسية وعلاقتها بجودة الحياة الأسرية.مقاربة من منظور سوسيو- نفسي. مجلة المقدمة للدراسة الإنسانية والاجتماعية، 3 /ديسمبر، 97-110. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/125512>
- سايل, حدة وحيدة, يعيش, مهدية, بن نوار, ويوسري. (2019). صحة طلاب الجامعات تتناول خاص بالمعتقدات الصحية وتأثيرها على السلوك الصحي من خلال نموذج علم النفس الصحة..جامعة الجزائر2.الموقع. رقم التسجيل I05L03UN160220150001 الجزائر. [http://www.ddeposit.univ-](http://www.ddeposit.univ-alger2.dz:8080/xmlui/handle/20.500.12387/1149)
- سعيد سبعون.(2021). الدليل المنهجي في إعداد المذكرات والرسائل الجامعية في علم الاجتماع.ط2، دار القصة للنشر..
- سليمان، علاء عبد العظيم.(2015). استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتحسين المرونة الأسرية لآباء وأمهات الأطفال المصابين بمرض السكر. التربية (الأزهر): مجلة علمية محكمة للبحوث التربوية والنفسية والاجتماعية)، 34، (165 جزء4)، 13-60.
- https://jsrep.journals.ekb.eg/article_55816_ca21d134333d194ccebaf05cba49415.pdf
- سناء، عيسى الدغستاني وديار، عوني المفتي.(2010). المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي. مجلة البحوث التربوية والنفسية، 7(26)، 78-141. <https://www.iasj.net/iasj/download/2325b409c9310569>
- السيد الكشكي، مجده و محمد الصّبّان عبير. (2021)، جودة الحياة الأسرية كمتغير وسيط في العلاقة بين الأمن الفكري وأحادية الرؤية لدى عينة من طلاب الجامعة السعوديين. مجلة كلية التربية (أسيوط)، 37(4)، 411/471. https://journals.ekb.eg/article_165532.html
- السيد محمد أبو هاشم حسن.(2006). الخصائص السيكومترية لأدوات القياس في البحوث النفسية و التربوية بإستخدام SPSS.جامعة الملك سعود. www.pdfactory.com

- شريم، محمد ببشير . (2012). الثقافة الصحية. مكتبة الاسرة الاردنية. عمان الاردن
[.file:///C:/Users/ben/Downloads/Noor-Book.com](file:///C:/Users/ben/Downloads/Noor-Book.com)
- الشعيلي، علي بن هويشل والرواحي، ناصر بن ياسر . (2013). المعتقدات الصحية
لدى الطلاب العمانيين بمرحلة التعلم مابعدالأساسي في ضوء بعض المتغيرات
الديموجرافية .مجلة العلوم التربوية-كلية التربية بقنا، 18(18)، 63-
https://journals.ekb.eg/article_143920.html، 81
- شكر، فايز عبد المقصود؛ أسعد، أمين محمد؛ عبد الحليم، أبو القاسم إبراهيم (2007).
الصحة المدرسية، (ط.2) دار عالم الكتب للنشر و التوزيع.
- شنين، فاتح الدين وجغوب، الاخضر.(2013). كيفية التعامل مع المراهقين من أجل
سعادة الأسرة. الملتقى الوطني الثاني حول: الاتصال وجودة الحياة في الاسرة. جامعة
ورقة (2013).-[https://dspace.univ-](https://dspace.univ-ouargla.dz/jspui/handle/123456789/2105?mode=full)
[ouargla.dz/jspui/handle/123456789/2105?mode=full](https://dspace.univ-ouargla.dz/jspui/handle/123456789/2105?mode=full)
- شويخ، هناء . أحمد.، هناء احمد, & صادق أحمد. (2022). مؤشرات جودة الحياة
الصحية وعلاقتها بعض المتغيرات الديمغرافية لدى المعلمات المريضات بالسكري. مجلة
جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية , 16 (10), 2697-2780.
https://jfust.journals.ekb.eg/article_277662.html
- شيلي تايلور.(2007). علم النفس الصحي. (ترجمة بريك وسام درويش ؛ فوزي شاکر
طعمية). دار الحامد لنشر، عمان الأردن.
- صابر صادق شاهين، هيام.(2017). فاعلية برنامج قائم على إدارة الذات في تحسين
السلوك الصحي لدى المراهقين مرضى السكر . دراسات عربية في علم
النفس, 16 (العدد الثالث), 455-506.
https://assj.journals.ekb.eg/article_92675.html
- صالح، بوشينة. (2019). فاعلية الذات وعلاقتها بإدارة الانفعالات لدى المراهقين
المصابين بداء السكري دراسة ميدانية ببعض مستشفيات الجزائر .، رسالة دكتوراه. جامعة
مسيلة-<http://dspace.univ->
[msila.dz:8080/xmlui/handle/123456789/19304](http://dspace.univ-) ..

- صلاح الكعبي، أمال؛ داود السعد، هدى؛ خالد شعبان، هدى. (2016). مؤشرات نوعية الحياة في مدينة البصرة دراسة مقارنة لحيي الهادي و مناوي باشا.مجلة حوليات المنتدى.مجلد6 الاصدار 2016.الصفحات 518/479.
- <https://www.researchgate.net/publication/338515454>
- الصنعاني عبده سعيد.(2019). جودة الحياة الأسرية لدى أسرة كل من الأطفال المصابين بالتوحد و المعاقين عقليا من وجهة نظر الوالدين. مجلة بحوث و دراسات تربوية، العدد 2019، 11، 94-
- .file:///C:/Users/smservice/Downloads/60180190.pdf.127
- طالبى، إيمان.(2017). المساندة الإجتماعية وعلاقتها بالملاءمة العلاجية لدى مصابات بداء السكري. مجلة دراسات في علم نفس الصحة. 2(1)، 144-126.
- <https://www.asjp.cerist.dz/en/downArticle/739/2/1/177635>
- الطريي، عبد الرحمان بن سليمان.(2014). القياس النفسي و التربوي نظرياته، أسسه، تطبيقاته. (ط.2). مكتبة الرشد للنشر و التوزيع الرياض المملكة العربية السعودية.
- عبد الأمير نصيف، 2017. الصلابة النفسية وعلاقتها بالمعتقدات الصحية التعويضية لدى طلبة الجامعة. مجلة كلية التربية الاساسية للعلوم الانسانية، (98)23، -1015
- <https://www.iasj.net/iasj/article/128344.1041>
- عبد العاطي راغب، رشا.(2014). استراتيجيات إدارة الصراع وعلاقتها بجودة الحياة الأسرية كما تدركها الزوجة. المجلة المصرية للاقتصاد المنزلي. 30(30)، 42/1.
- عبد الوهاب فريد زيدان، ه. (2016). تأكيد مفهوم الذات لدى عينة من مرضى السكر المراهقين من خلال الأنشطة الفنية. مجلة الإرشاد النفسي، 46(46-الجزء الثالث)، 1-
- https://cpc.journals.ekb.eg/article_48984.html.40
- عبد الوهاب فريد زيدان، هناء.(2016). تأكيد مفهوم الذات لدى عينة من مرضى السكر المراهقين من خلال الأنشطة الفنية. مجلة الارشاد النفسي، 46(46-الجزء الثالث)، 1-40
- https://cpc.journals.ekb.eg/article_48984.html.40-1

عبد الوهاب، أ. ع. ا.، وأماني عبد المقصود. (2016، 08، 14). جودة الحياة الأسرية و علاقتها بفعالية الذات لدى عينة من الأبناء المراهقين. مؤتمر مركز الارشاد النفسي- كلية التربية، جامعة عين شمس.

عبد الوهاب، أ. ع. ا.، وأماني عبد المقصود. (2016). جودة الحياة الأسرية وتنمية القدرات الإبداعية للأبناء. *المجلة العلمية لكلية التربية النوعية-جامعة المنوفية*, 3(العدد الخامس يناير 2016 الجزء الاول), 95-120.

https://molag.journals.ekb.eg/article_157612_77699a2ad94f242850fc306e34bad9f4.pdf

عبدالخالق، أحمد محمد. (2008). الصيغة العربية لمقياس نوعية الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية: نتائج اولية. *مجلة دراسات نفسية*, 18(2). أبريل. ص ص 247-257.

عدودة، صليحة. (2015). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام للعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي. (أطروحة دكتوراه). جامعة باتنة، الجزائر
http://theses.univ-batna.dz/index.php/theses-en-ligne/doc_details/4881

العطوي، سهام بنت عطا الله. (2022) المعتقدات الصحية ودورها بالتزام مرضى الفشل الكلوي بالخطة العلاجية. *مجلة الخدمات الاجتماعية*, 73(1)، 46-64.
https://egjsw.journals.ekb.eg/article_246884_d8aae0502b8f76abd86fced315d7f1df.pdf

على، عبد الموجود ومحمد، عبد القادر. (2018). الصمود النفسي والمعتقدات الصحية كمنبئين بتنظيم الذات وأبعاد عمه المشاعر لدى مرضى النمط الثاني من السكري والأصحاء. *المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي*, 6(4)، 485-538.
https://pshj.journals.ekb.eg/article_99708.html

علي صالح محمد. (2018). آثار عدم الوعي بأهمية الأكل الصحي على المراهقين. *المجلة الالكترونية الشاملة متعددة التخصصات*, 6 ديسمبر.

<https://www.eimj.org/uplode/images/photo/%D8%A2%D8%AB%D>

<http://www.ijerph.com/abstract/view/abstract-id/1125>
<http://www.ijerph.com/abstract/view/abstract-id/1125>

العمرى، عزيزة أحمد وعزيزة أحمد عبدالله. (2020). جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بالدافعية للإنجاز لدى عينة من طلاب وطالبات المرحلة الثانوية بمدينة جدة. مجلة كلية التربية بالمنصورة، 112 (5)، 2740-2776.

<http://search.mandumah.com/Record/1219084>

عيادي ريمة و عبيدي سناء. (2021). السلوكيات الصحية عند المراهق المصاب بمرض السكري. مجلة (مخبر السيرورات الاجتماعية والمؤسساتية) les cahiers du LAPSI، 18 (1)، 91-106.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/downArticle/50> ص. (39).

غوستاف، لوبون. (2014). الآراء و المعتقدات. ترجمة (زعيتير، عادل). (ط1). دار النشر، المجلة العربية. [https://www.noor-](https://www.noor-book.com/)

[book.com/](https://www.noor-book.com/)
[book.com/](https://www.noor-book.com/)
[book.com/](https://www.noor-book.com/)

فتحي النادي، هبة. (1991) السلوك الصحي وعلاقته بالرضا عن الحياة لدى عينت من مرضى السكر من النوع الثاني في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية. مجلة كمية الآداب، 1 (1).

https://jfab.journals.ekb.eg/article_63122_c52ba0521cccca89f1318e2357b39680.pdf

قريشي، عبد الكريم وزعطوط رمضان. (2014). الاتجاه نحو السلوك الصحي وعلاقته بالتدين لدى مرضى السكري ومرضى ضغط الدم المرتفع بورقلة. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 17، 279/294.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/37292>

القشار، محمد و طشطوش، رامي. (2017). نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 13 (2)، 133، 2017 - 151.

<https://journals.yu.edu.jo/ijes/Issues/2017/Vol13No2/1.pdf>

- القص، صليحة.(2016). فعالية برنامج تربية صحية في تغيير سلوكيات الخطر و تنمية الوعي الصحي لدى المراهقين. أطروحة دكتوراه. جامعة محمد خيضر، بسكرة. <http://thesis.univ-biskra.dz/4177/>
- كارين رودهام.(2009). علم النفس الصحي. (ترجمة هناء، أحمد محمد شويخ). مكتبو الأنجلو المصرية..
- ليندزاي؛ ج، بول. (2000). علم النفس الإكلينيكي للراشد. (ترجمة صفوة فرج). مكتبة الأنجلو المصرية.
- ماهر الحسينى بدير، إيناس. (2012). إدراك الأبناء لديناميات التفاعل الأسرى وأثره على تنمية شعورهم بالمسؤولية الاجتماعية. مجلة بحوث التربية النوعية، 2012(26)، 141-176. https://journals.ekb.eg/article_145420.html
- ماهر الحسينى بدير، إيناس. (2012). إدراك الأبناء لديناميات التفاعل الأسرى وأثره على تنمية شعورهم بالمسؤولية الاجتماعية. مجلة بحوث التربية النوعية، 2012(26)، 141-176. https://journals.ekb.eg/article_145420_0.html
- مجمع اللغة العربية، المعجم الوسيط. 2005. مكتبة الشروق الدولية للنشر. <file:///C:/Users/ben/Downloads/Noor-Book.com>
- محمد اسماعيل، نهى و شويخ، هناء احمد وصادق، أحمد مروة.(2022). مؤشرات جودة الحياة الصحية وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية لدى المعلمات المريضات بالسكري. مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية، 16(10)، 2697-2780. https://jfust.journals.ekb.eg/article_277662_5b9111ed7fe28f6c50ef1cf668441817.pdf
- محمد بن ناصر بن سعيد الصوافي.(2020). العوامل المؤثرة في التنشئة الأسرية: المجتمع العماني أنموذجاً. المجلة الالكترونية الشاملة متعددة المعرفة لنشر الابحاث العلمية والتربوية (MESCIJ)، العدد 24 (نيسان) 2020.

- محمد حسن.(2005).مرحلة المراهقة بين مسؤولية الأسرة ودور المجتمع.(
<https://www.psyco-dz.info/2018/07/stages-of-adolescence-family-role-of-society-pdf.html>
- مزوز بركو.(2009). التنشئة الإجتماعية في الأسرة الجزائرية الخصائص والسمات.
مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 21.22 شتاء و ربيع
<http://arabpsynet.com/archives/op/TopicJ21-2009.22MazouzBroukou.pdf>
- مساني فاطمة.(2017). المستوى المعيشي وانعكاساته على الحالة الصحية لمرضى داء السكري. مجلة الاداب و العلوم الاجتماعية،10(1)،49-71.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/62741>
- مساني فطيمة.(2015).الثقافة الصحية وتسيير المرض المزمن في الجزائر. مجلة أفاق لعلم الاجتماع، 5(1)، 61/44.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/14738>
- المصري وأسيل جمال عبد القادر.(2016). التنبؤ بالاستقواء في ضوء جودة الحياة الأسرية وأحداث الحياة الضاغطة لدى المراهقين في محافظة غزة. أطروحة دكتوراه. جامعة الأقصى بغزة- فلسطين.
<https://scholar.alaqsa.edu.ps>
- مصطفى حجازي.(2015).الأسرة وصحتها النفسية المقومات، الديناميات، العمليات. المركز الثقافي العربي، الدارالبيضاء المغرب.
- مكاوي، يوسف.(2019). انعكاس ممارسة النشاط البدني الرياضي على الصحة النفسية وعلاقتها بمستوى الطموح لدى التلاميذ المصابين بالداء السكري: مقارنة تربوية تنموية وقائية. مجلة علوم وتقنيات النشاط البدني الرياضي، 10(2)، 115-136.
<https://www.asjp.cerist.dz/en/downArticle/260/10/2/105402>
- منظمة الصحة العالمية.(1989). التثقيف من أجل الصحة. دليل التثقيف الصحي في مجال الرعاية الصحية الأولية. الطبعة العربية المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/119797>

موفق، ديهية.(2014). أثر المعتقدات الصحية على الملاءمة العلاجية عند مرضى السكري. المجلة الجزائرية للطفولة والتربية، 2(2)، 167-182.

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/35346>

نوار شهرزاد وزكري نرجس.(2016).العلاقة بين الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري بمدينة ورقلة. مجلة العلوم النفسية والتربوية، 2(2)،

<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/5018> .108.85

هبري، منال و بشلاغم، يحي.(2018). جودة الحياة الأسرية لدى الطالب الجامعي في ضوء بعض المتغيرات. المجلة الدولية التربوية المتخصصة، 7(11).

<http://search.shamaa.org/FullRecord?ID=246065>

همشري، عمر أحمد.(2013). التنشئة الإجتماعية للطفل، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان

يحي عبد المجيد سلمان عيسى.(2015). التوافق النفسي وعلاقته بمفهوم الذات لدى مرضى السكري المنتفعين من عيادات وكالة الغوث الدولية في منطقة الخليل التعليمية. أطروحة دكتوراه، جامعة القدس، فلسطين .

<https://dspace.alquds.edu/bitstreams/023c3e08-c5fc-4268-959d-bdc10b05818f/download>

المراجع الأجنبية

Alison Smith, Nikos, Ntoumanis, and Joan.(2007). Goal Striving, Goal Attainment, and Well-Being: Adapting and Testing the Self-Concordance Model in Sport. Journal of Sport & Exercise Psychology, 2007, 29, 763-782 © 2007. <https://www.researchgate.net/publication/5758757>.

Jones, A., A(2002). Guide to Doing Quality of Life Studies. University of Birmingham. p7.127. <file:///C:/Users/smservice/Downloads/60180190.pdf>.

KNAUPER et all.2003.

COMPENSATORYHEALTHBELIEFS:
SCALEDEVELOPMENTAND

PSYCHOMETRICPROPERTIES. jornel of Psychology and
Health October2004, Vol.19,No.5,pp.607–

624.https://www.mcgill.ca/healthpsychologylab/files/healthpsychologylab/compensatory_health_beliefs-theory_and_measurement.pdf

Marjorie Rabio*, Bairbel Knauber and Paul Miquelon.(2006).

The eternal pursuit of the optimal balance between maximizing pleasure and minimizing harm: The compensatory health belief model. British Journal of Health Psychology (2006), 11, 139-153.www.bpsjournals.co.uk.

Saovoon Virasiri PhD ,RN * ,Jintana Yunibhand PhD ,RN **

Waraporn Chaiyawat DNS ,RN.2011. Parentalité : quels sont les traits essentiels ?. J Med Assoc Thai 2011 ; 94(9): 1109-16
Journal électronique : <http://www.mat.or.th/journal>.

T. Radtke, U. Scholz.(2012) "Enjoy a delicious cake today and eat healthily tomorro" : Compensatory Health Beliefs and their impact on health. The European Health Psychologist, 14(2):37-40. DOI: 10.5167/

المواقع الالكترونية:

<https://www.apa.org/topics/parenting>.

<https://dictionary.apa.org/parenting>.

الملاحق

ملحق رقم (01)

قائمة الأساتذة المحكمين لترجمة مقياس المعتقدات الصحية التعويضية

الرقم	الاسم والقب	التخصص	الدرجة العلمية	الجامعة المنتمي إليها
01	غطاس محمد الأمين	علوم الاتصال واللغة العربية والترجمة	أستاذ محاضر أول	جامعة روما العالمية UNINT
02	بن دانية أحمد	علم النفس	أستاذ مساعد	جامعة الملك فهد الظهران المملكة السعودية
03	طعربي محمد الطاهر	علوم تربوية	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله
04	حجاج محمد الأمين	علم النفس العصبي	أستاذ التعليم العالي	المدرسة العليا للأساتذة - ورقلة
05	يعقوب مراد	علم النفس العيادي	أستاذ محاضر أ	جامعة غرداية
06	غيلاسي نادية	علم النفس الاجتماعي	علم النفس الاجتماعي	جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله

ملحق رقم (02)

قائمة الأساتذة المحكمين للتدقيق اللغوي لمقياس المعتقدات الصحية

التعويضية

الرقم	اسم ولقب الأستاذ	التخصص	الدرجة العلمية	الجامعة المنتمي إليها
01	حسام الدين تاويريريت	تخصص معجمية عربية	أستاذ بحت أ	جامعة ورقلة
02	ايمان شاشة	تخصص معجمية عربية	أستاذ بحت أ	جامعة ورقلة
03	آمنة مناع	تخصص معجمية عربية	أستاذ بحت أ	جامعة ورقلة

الملحق رقم (03)

النسخة الأصلية لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية باللغة الانجليزية

Instrument Title: Compensatory Health Belief Scale

Instrument Author: Knäuper, B., Rabiau, M., Cohen, O., & Patriciu, N.

Cite instrument as: Knäuper, B., Rabiau, M., Cohen, O., & Patriciu, N. .

(2013) . Compensatory Health Belief Scale .

Measurement Instrument Database for the Social Science. Retrieved from www.midss.ie

Compensatory Health Beliefs Scale

(Reliability and validity data in: Knäuper, B., Rabiau, M., Cohen, O., & Patriciu, N. (2004).

Compensatory

health beliefs: Theory and measurement. Psychology and Health, 19(5), 607-624.)

Instructions: Different people believe different things about their health. Below is a list of beliefs that

someone might have about staying healthy. **Please read each sentence carefully and tell us how much**

you agree or disagree with it by putting an “X” on one of the following responses:

Totally disagree;

Somewhat disagree; Neither agree nor disagree; Somewhat agree; or Totally agree.

Remember that there

are **no right or wrong answers**, because everybody believes different things.

1. Relaxing on the weekend can make up for stress during the week.

Totally	Somewhat	Neither agree	Somewhat	Totally
Disagree	disagree	nor disagree	agree	agree

2. Using artificial sweeteners compensates for extra calories.

Totally	Somewhat	Neither agree	Somewhat	Totally
Disagree	disagree	nor disagree	agree	agree

3. Exercising can compensate for smoking.

Totally	Somewhat	Neither agree	Somewhat	Totally
Disagree	disagree	nor disagree	agree	agree

4. It is OK to go to bed late if one can sleep longer the next morning

(only the number of hours count).

Totally	Somewhat	Neither agree	Somewhat	Totally
Disagree	disagree	nor disagree	agree	agree

5. Not drinking alcohol during the week can make up for the effects of drinking too much

alcohol during the weekend.

Totally	Somewhat	Neither agree	Somewhat	Totally
Disagree	disagree	nor disagree	agree	agree

6. Skipping the main dish can make up for eating dessert.

Totally	Somewhat	Neither agree	Somewhat	Totally
---------	----------	---------------	----------	---------

Disagree	disagree	nor disagree	agree	agree
7. Relaxing in front of the TV can compensate for a stressful day.				
Totally	Somewhat	Neither agree	Somewhat	Totally
Disagree	disagree	nor disagree	agree	agree
8. Eating whatever one wants in the evening is OK if one did not eat much during the day.				
Totally	Somewhat	Neither agree	Somewhat	Totally
Disagree	disagree	nor disagree	agree	agree
9. Eating healthy can make up for the effects of regularly drinking alcohol.				
Totally	Somewhat	Neither agree	Somewhat	Totally
Disagree	disagree	nor disagree	agree	agree
10. Sleeping in on the weekends can compensate for too little sleep during the week.				
Totally	Somewhat	Neither agree	Somewhat	Totally
Disagree	disagree	nor disagree	agree	agree
11. Exercising can make up for the bad effects of stress.				
Totally	Somewhat	Neither agree	Somewhat	Totally
Disagree	disagree	nor disagree	agree	agree
12. Starting a new diet tomorrow compensates for breaking a diet today.				
Totally	Somewhat	Neither agree	Somewhat	Totally
Disagree	disagree	nor disagree	agree	agree
13. The effects of drinking coffee can be balanced by drinking equal amounts of water.				
Totally	Somewhat	Neither agree	Somewhat	Totally
Disagree	disagree	nor disagree	agree	agree
14. It is OK to skip breakfast if one eats more during lunch or dinner.				
Totally	Somewhat	Neither agree	Somewhat	Totally
Disagree	disagree	nor disagree	agree	agree
15. Sleep compensates for stress.				
Totally	Somewhat	Neither agree	Somewhat	Totally
Disagree	disagree	nor disagree	agree	agree
16. It is alright to drink a lot of alcohol as long as one drinks lots of water to flush it.				
Totally	Somewhat	Neither agree	Somewhat	Totally
Disagree	disagree	nor disagree	agree	agree
17. Smoking from time to time is OK if one eats healthy.				
Totally	Somewhat	Neither agree	Somewhat	Totally
Disagree	disagree	nor disagree	agree	agree

ملحق رقم (04)

استمارة تحكيم ترجمة مقياس المعتقدات الصحية التعويضية

The Compensatory Health Beliefs Scale

(من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية)

جامعة قاصدي مرباح ورقلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

شعبة علم النفس

..... الأستاذ المحكم:	الطالبة الباحثة: مونه زهور
..... الدرجة العلمية:	الدرجة العلمية: دكتوراه (ل.م.د)
..... التخصص:	التخصص: علم النفس الاجتماعي
..... مؤسسة الانتماء:	مؤسسة الانتماء: جامعة قاصدي مرباح ورقلة

استمارة تحكيم ترجمة مقياس

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته أستاذي الكريم:

تقوم الباحثة بإجراء دراسة (حول جودة الحياة الأسرية و علاقتها بالمعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بداء السكري) وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة دكتوراه (ل.م.د) تخصص علم النفس الاجتماعي، لذا قامت الباحثة بترجمة أحد المقاييس التي تهدف لاستعملها في الدراسة وهو مقياس المعتقدات الصحية التعويضية الصادر عن KnÅuper, B., Rabiau, M., Cohen, O., & Patriciu, N. والذي يهدف إلى معرفة المعتقدات العامة التي يعتمد عليها الفرد للارتقاء بصحته، ذلك عن طريق مبدأ التعويض أي تعويض سلوك بآخر. ويتكون من 17 بندا يقيس المعتقدات الصحية التعويضية في أربع أبعاد وهي:

1 بُعد استعمال المادة

2 بُعد عادات الأكل والنوم

3 بُعد الإجهاد

4 - بُعد تنظيم الوزن

الملاحق

وهذا المقياس هو الذي ستتبناه الباحثة في دراستها ولقد استقر البحث على تعريف المعتقدات الصحية التعويضية بأنها:

"اعتقاد الفرد بقدرته على تغيير أو تعديل سلوك سابق غير صحيح بسلوك آخر لاحق صحي خلال وقت معين. حيث ترتبط الطوعية هنا بمدى إرادة الفرد على ضبط نفسه" لذا أرجو التكرم بإبداء رأيكم السديد ومقترحاتكم بشأن الترجمة المقدمة إليكم في هذا المقياس الذي قامت الباحثة بتعريبه، وأية اقتراحات أو تعديلات ترونها مناسبة لتحقيق هدف الدراسة الحالية علماً أن الباحثة حاولت ترجمة البنود وبدائلها إلى المعنى الذي رأته الأقرب للدراسة لتكون أكثر ملائمة، وشكراً.

مقياس المعتقدات الصحية التعويضية

الصادر عن Knäuper, B., Rabiau, M., Cohen, O., & Patriciu, N.

(جدول خاص بإبداء رأي الأستاذ المحكم حول صحة ترجمة محتوى التعليمات)

ترجمة غير صحيحة	ترجمة صحيحة	التعليمات المترجمة إلى العربية من قبل الباحثة	التعليمات باللغة الانجليزية
		<p>التعليمات: مختلف الأشخاص يعتقدون أموراً مختلفة عن صحتهم. فيما يلي قائمة بالمعتقدات التي قد تكون موجودة لدى بعض الأشخاص حول بقائهم بصحة جيدة.</p> <p>يرجى قراءة كل جملة بعناية والإجابة بـ: مدى موافقتك أو عدم موافقتك عليها بوضع علامة "X" على إحدى الردود التالية:</p>	<p>Instructions: Different people believe different things about their health. Below is a list of beliefs that someone might have about staying healthy. Please read each sentence carefully and tell us how much you agree or disagree with it by putting an "X" on one of the following responses:</p>
<p>التصحيح المقترح لترجمة نص التعليمات</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			

الملاحق

		<p>لا أوافق تماماً لا أوافق نوعاً ما لا أوافق ولا أرفض أوافق نوعاً ما أوافق كلياً</p>	<p>1 Totally disagree 2 Somewhat disagree 3 Neither agree nor disagree 4 Somewhat agree 5 Totally agree</p>
<p>التصحيح المقترح لترجمة بدائل الإجابة</p> <p>..... 1. 2. 3. 4. 5.</p>			
		<p>تذكر أنه لا توجد إجابات صحيحة أو إجابات خاطئة لأن كل فرد يعتقد أموراً مختلفة عن الفرد الآخر.</p>	<p>Remember that there are no right or wrong answers, because everybody believes different things.</p>
<p>التصحيح المقترح لترجمة النص التابع للتعليمات</p> <p>.....</p>			

(جدول خاص بإبداء رأي الأستاذ المحكم حول صحة ترجمة بنود المقياس)

الملاحق

ترجمة غير صحيحة	ترجمة صحيحة	البند المترجم من اللغة الإنجليزية العربية	البند بالغة الإنجليزية	
		الاسترخاء في عطلة نهاية الأسبوع يمكن أن يخفف من الضغوطات التي نعيشها خلال أيام الأسبوع	Relaxing on the weekend can make up for stress during the week	1
التصحيح المقترح لترجمة البند 1				
.....				
		استخدام السكريات الاصطناعية البديلة (مثل سكر ستيفيا أو سكر الفركتوز) يقلل من أخطار السرعات الحرارية الزائدة في الجسم	Using artificial sweeteners compensates for extra calories	2
التصحيح المقترح لترجمة البند 2				
.....				
		ممارسة التمرينات الرياضية يمكن أن يقلل من أضرار التدخين	Exercising can compensate for smoking	3
التصحيح المقترح لترجمة البند 3				
.....				
..				
		من المقبول النوم في وقت متأخر إذا كان بالإمكان النوم لفترة أطول في صباح اليوم الموالي (المهم المحافظة على ساعات النوم)	It is OK to go to bed late if one can sleep longer the next morning (only the number of hours count)	4
التصحيح المقترح لترجمة البند 4				
.....				
..				
		الامتناع عن تناول المشروبات الغازية والعصائر المعلبة خلال أيام الأسبوع يمكن أن يخفف من أضرار الإفراط في شربها خلال عطلة نهاية الأسبوع	Not drinking alcohol during the week can make up for the effects of drinking too much alcohol during the weekend	5
التصحيح المقترح لترجمة البند 5				

.....		
	التخلي عن تناول الوجبة الرئيسية يمكن أن نعوضه عن بتناول وجبة الفاكهة فقط	6 Skipping the main dish can make up for eating dessert.
التصحيح المقترح لترجمة البند 6		
.....		
	الاستلقاء مسترخيا أمام التلفاز يمكن أن يخفف من الضرر الذي يسببه الإرهاق خلال اليوم	7 Relaxing in front of the TV can compensate for a stressful day.
التصحيح المقترح لترجمة البند 7		
.....		
	من المقبول أن يأكل الشخص كل ما يريد في آخر النهار ما دام لم يأكل كثيرا خلال اليوم	8 Eating whatever one wants in the evening is OK if one did not eat much during the day.
التصحيح المقترح لترجمة البند 8		
.....		
	تناول طعام مفيد للصحة يمكن أن يخفف من أضرار تناول الدائم للمشروبات الغازية و العصائر.	9 Eating healthy can make up for the effects of regularly drinking alcohol.
	النوم مطولاً في يومي عطلة نهاية الأسبوع يمكن أن يخفف من أضرار النوم القليل خلال أيام الأسبوع	10 Sleeping in on the weekends can compensate for too little sleep during the week.
التصحيح المقترح لترجمة البند 10		
.....		
	بممارسة التمارين الرياضية نستطيع إصلاح الآثار السيئة الناتجة عن الضغوطات	11 Exercising can make up for the bad effects of stress.
التصحيح المقترح لترجمة البند 11		
.....		

الملاحق

		عند عدم احترام إتباع النظام الغذائي في اليوم الاول يمكن أن نصحه بالبدء في إتباع نظام غذائي صحي جديد في اليوم الموالي.	Starting a new diet tomorrow compensates for breaking a diet today.	12
التصحيح المقترح لترجمة البند 12 اختاري أيهما ترين أفضل				
.....				
		الآثار الناتجة عن شرب القهوة يمكن أن تُعَدَّل بشرب نفس الكمية من الماء	The effects of drinking coffee can be balanced by drinking equal amounts of water.	13
التصحيح المقترح لترجمة البند 13				
.....				
		من المقبول التخلي عن وجبة فطور الصباح إذا كان الشخص يأكل كثيرا في وجبي منتصف النهار أو العشاء	It is OK to skip breakfast if one eats more during lunch or dinner.	14
التصحيح المقترح لترجمة البند 14				
.....				
		النوم يقلل من الأضرار التي نعانيها بسبب الضغوطات	Sleep compensates for stress	15
التصحيح المقترح لترجمة البند 15				
.....				
		من المقبول تناول الكثير من المشروبات الغازية والعصائر المعلبة مادام الشخص يشرب الكثير من الماء من أجل طرح كمية هذه المشروبات.	It is alright to drink a lot of alcohol as long as one drinks lots of water to flush it	16
التصحيح المقترح لترجمة البند 16				
.....				
..				

الملاحق

		التدخين من وقت لآخر مقبول (غير مُضر) بشرط أن يكون الشخص يتناول الأغذية الصحية	Smoking from time to time is OK if one eats healthy	17
التصحيح المقترح لترجمة البند 17				
.....				

ملاحظات أخرى حول ترجمة المقياس:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الملحق رقم (05)

استمارة تحكيم التدقيق اللغوي لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية

جامعة قاصدي مرباح ورقلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

شعبة علم النفس

الطالبة الباحثة: مونه زهور
الأستاذ المحكم:
الدرجة العلمية: دكتوراه (ل.م.د.)
الدرجة العلمية:
التخصص: علم النفس الاجتماعي
التخصص:
مؤسسة الانتماء: جامعة قاصدي مرباح ورقلة
مؤسسة الانتماء:

استمارة تحكيم الصياغة اللغوية

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته أستاذي الكريم:

تقوم الباحثة بإجراء دراسة (حول جودة الحياة الأسرية و علاقتها بالمعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بداء السكري) وذلك استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة دكتوراه (ل.م.د.) تخصص علم النفس الاجتماعي، لذا قامت الباحثة بترجمة أحد المقاييس التي نهدف لإستعملها في الدراسة وهو مقياس المعتقدات الصحية التعويضية الصادر عن KnÅuper, B., Rabiau, M., Cohen, O., & Patriciu, N. والذي يهدف إلى معرفة المعتقدات العامة التي يعتمد عليها الفرد للارتقاء بصحته، وذلك عن طريق مبدأ التعويض أي تعويض سلوك بآخر. و يتكون من 17 بندا يقيس المعتقدات الصحية التعويضية في أربع أبعاد وهي:

1 - بُعد استعمال المادة

2 - بُعد عادات الأكل والنوم

3 - بُعد الإجهاد

4 - بُعد تنظيم الوزن

وهذا المقياس هو الذي ستنبناه الباحثة في دراستها ولقد استقر البحث على تعريف المعتقدات الصحية التعويضية بأنها:

" اعتقاد الفرد بقدرته على تغيير أو تعديل سلوك سابق غير صحي بسلوك آخر لاحق وصحي خلال وقت معين. حيث ترتبط الطواعية هنا بمدى إرادة الفرد على

الملاحق

ضبط نفسه"لذا أرجو التكرم بإبداء رأيكم السيد ومقترحاتكم بشأن الصياغة اللغوية لهذا المقياس الذي قامت الباحثة بتعريبه، وأية اقتراحات أو تعديلات ترونها مناسبة لتحقيق هدف الدراسة الحالية علمًا أن الباحثة حاولت ترجمة البنود وبدائلها إلى المعنى الذي رأته الأقرب للدراسة لتكون أكثر ملائمة وشكرا.

مقياس المعتقدات الصحية التعويضية

الصادر عن Knäuper, B., Rabiau, M., Cohen, O., & Patriciu, N.

(جدول خاص بإبداء رأي الأستاذ المحكم حول الصياغة اللغوية محتوى التعليم)

العبارات		الصياغة اللغوية
غير واضحة	واضحة	
		<p>التعليمية: مختلف الأشخاص يعتقدون أمور مختلفة عن صحتهم. فيما يلي قائمة بالمعتقدات التي قد تكون موجودة لدى بعض الأشخاص حول بقائهم بصحة جيدة. يرجى قراءة كل جملة بعناية وأجب ب: مدى موافقتك أو عدم موافقتك عليها بوضع علامة "X" على إحدى الردود التالية:</p>
<p>التصحيح المقترح لترجمة نص التعليم</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
		<p>(6) لا أوافق كلياً (7) لا أوافق نوعاً ما (8) لا أوافق ولا أرفض (9) أوافق نوعاً ما (10) أوافق كلياً</p>

الملاحق

التصحيح المقترح لترجمة بدائل الإجابة	
 6
 7
 8
 9
10
	تذكر أنه لا توجد إجابات صحيحة أو إجابات خاطئة لأن كل فرد يعتقد أمور مختلفة عن الفرد الأخر.
التصحيح المقترح لترجمة نص التابع التعليمية	
.....	
.....	
.....	

جدول خاص بإبداء رأي الأستاذ المحكم حول الصياغة اللغوية لبنود المقياس

الملاحق

الصياغة اللغوية		العبارات
واضحة	غير واضحة	
		1 الاسترخاء في عطلة نهاية الأسبوع يمكن أن يعالج من الضغوطات التي نعيشها خلال أيام الأسبوع
التصحيح المقترح لصياغة البند رقم 1		
		2 استخدام السكريات الاصطناعية البديلة (مثل سكر ستيفيا أو سكر الفركتوز) يقلل من أخطار السرعات الحريية الزائدة في الجسم
التصحيح المقترح لصياغة البند رقم 2		
		3 ممارسة التمرينات الرياضية يمكن أن تقلل من أضرار التدخين
التصحيح المقترح لصياغة البند رقم 3		
		4 من المقبول النوم في وقت متأخر إذا كان بالإمكان النوم لفترة أطول في صباح اليوم الموالي (المهم المحافظة على ساعات النوم)
التصحيح المقترح لصياغة البند رقم 4		
		5 الامتناع عن تناول المشروبات الغازية والعصائر المعلبة خلال أيام الأسبوع يمكن أن يخفف من أضرار الإفراط في شربها خلال عطلة نهاية الأسبوع
التصحيح المقترح لصياغة البند رقم 5		
		6 التخلي عن تناول الوجبة الرئيسية يمكن أن نعوضه عن بتناول وجبة الفاكهة فقط

		التصحيح المقترح لصياغة البند رقم 6
.....		
		7 الاستلقاء مسترخيا أمام التلفاز يمكن أن يخفف من الضرر الذي يسببه الإرهاق خلال اليوم
		التصحيح المقترح لصياغة البند رقم 7
.....		
		8 من المقبول أن يأكل الشخص كل ما يريد في آخر النهار ما دام لم يأكل كثيرا خلال اليوم
		التصحيح المقترح لصياغة البند رقم 8
.....		
		9 تناول طعام مفيد للصحة يمكن أن يخفف من أضرار التناول الدائم للمشروبات الغازية و العصائر
		التصحيح المقترح لصياغة البند رقم 9
.....		
		10 النوم مطولاً في يومي عطلة نهاية الأسبوع يمكن أن يخفف من أضرار النوم القليل خلال أيام الأسبوع
		التصحيح المقترح لصياغة البند رقم 10
.....		
		11 بممارسة التمارين الرياضية نستطيع إصلاح الآثار السيئة الناتجة عن الضغوطات
		التصحيح المقترح لصياغة البند رقم 11
.....		
		12 عند عدم احترام إتباع النظام الغذائي في اليوم الاول يمكن أن نصححه بالبدء في إتباع نظام غذائي صحي جديد في اليوم الموالي
		التصحيح المقترح لصياغة البند رقم 12
.....		

الملاحق

		13 الآثار الناتجة عن شرب القهوة يمكن أن تُعدّل بشرب نفس الكمية من الماء
التصحيح المقترح لصياغة البند رقم 13		
.....		
		14 من المقبول التخلي عن وجبة فطور الصباح إذا كان الشخص يأكل كثيرا في وجبي منتصف النهار أو العشاء
التصحيح المقترح لصياغة البند رقم 14		
.....		
		15 النوم يقلل من الأضرار التي نعانيها بسبب الضغوطات
التصحيح المقترح لصياغة البند رقم 15		
.....		
		16 من المقبول تناول الكثير من المشروبات الغازية والعصائر المعلبة مادام الشخص يشرب الكثير من الماء من أجل طرح كمية هذه المشروبات
التصحيح المقترح لصياغة البند رقم 16		
.....		
		17 التدخين من وقت لآخر مقبول (غير مُضر) بشرط أن يكون الشخص يتناول الأغذية الصحية
التصحيح المقترح لصياغة البند رقم 17		
.....		

الملحق رقم (06)

الصورة النهائية لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية

المترجم من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية

الرقم	العبارات	لا أوافق تماماً	لا أوافق نوعاً ما	لا أوافق ولا أرفض	أوافق نوعاً ما	أوافق كلياً
1	الاسترخاء في عطلة نهاية الأسبوع يمكن أن يخفف من الضغوطات التي نعيشها خلال أيام الأسبوع					
2	استخدام السكريات الاصطناعية البديلة (مثل سكر ستيفيا أو سكر الفركتوز) يقلل من أخطار السرعات الحرارية الزائدة في الجسم					
3	ممارسة التمرينات الرياضية يمكن أن يقلل من أضرار التدخين					
4	من المقبول النوم في وقت متأخر إذا كان بالإمكان النوم لفترة أطول في صباح اليوم الموالي (المهم المحافظة على ساعات النوم)					
5	الامتناع عن تناول المشروبات الغازية والعصائر المعلبة خلال أيام الأسبوع يمكن أن يخفف من أضرار الإفراط في شربها خلال عطلة نهاية الأسبوع					
6	التخلي عن تناول الوجبة الرئيسية يمكن أن نعوضه عن تناول وجبة الفاكهة فقط					
7	الاستلقاء مسترخياً أمام التلفاز يمكن أن يخفف من الضرر الذي يسببه الإرهاق خلال اليوم					
8	من المقبول أن يأكل الشخص كل ما يريد في آخر النهار ما دام لم يأكل كثيراً خلال اليوم					
9	تناول طعام مفيد للصحة يمكن أن يخفف من أضرار تناول الدائم للمشروبات الغازية و العصائر					
10	النوم مطولاً في يومي عطلة نهاية الأسبوع يمكن أن يخفف من أضرار النوم القليل خلال أيام الأسبوع					
11	بممارسة التمارين الرياضية نستطيع إصلاح الآثار السيئة الناتجة عن الضغوطات					
12	عند عدم احترام إتباع النظام الغذائي في اليوم الاول يمكن أن نصححه بالبدء في إتباع نظام غذائي صحي جديد في اليوم الموالي					
13	الآثار الناتجة عن شرب القهوة يمكن أن تُعدّل بشرب نفس الكمية من الماء					

الملاحق

					14	من المقبول التخلي عن وجبة فطور الصباح إذا كان الشخص يأكل كثيرا في وجبة منتصف النهار أو العشاء
					15	النوم يقلل من الأضرار التي نعانيها بسبب الضغوطات
					16	من المقبول تناول الكثير من المشروبات الغازية والعصائر المعلبة مادام الشخص يشرب الكثير من الماء من أجل طرح كمية هذه المشروبات.
					17	التدخين من وقت لآخر مقبول (غير مُضر) بشرط أن يكون الشخص يتناول الأغذية الصحية

الملحق رقم (07)

مقياس جودة الحياة الاسرية

التعليمات

سيدي/ سيدتي: السلام عليكم ورحمة الله

فيما يلي مجموعة من العبارات التي نتمنى أن تجيب عليها، فضلاً اقرأ كل عبارة وحدد بصدق إلى أي مدى تنطبق عليك، ضع علامة (X) في المربع الذي يوضح إجابتك الصادقة تجاه كل عبارة. تأكد من أنك قمت بالتقدير على كل عبارة، و عندما تترك عبارة ما عليك أن تعود إليها مرة أخرى بعد الإجابة على كل العبارات. ملاحظة: لا توجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة و الإجابة الصحيحة هي ما تنطبق عليك و تختارها بدقة. و فيما يلي مثال يوضح لك طريقة الإجابة .

لا	نوعاً ما	نعم	العبارة
			التحاور مع أفراد الأسرة يساعد في التنفيس من الضغوطات التي يعانها المراهقين

بعد قراءتك لهذه العبارة، إذا كنت توافق عليها ضع العلامة (X) تحت إجابة نعم، وإذا كنت لا توافق عليها ضع العلامة (X) تحت الإجابة لا، و إذا كنت لست موافقا و لست معارضا ضع العلامة (X) تحت الإجابة نوعاً ما
وشكراً لتعاونكم معا

الرقم	العبارة	نعم	نوعاً ما	لا
1	أستمتع بقضاء الوقت مع أسرتي.			
2	أتحدث مع أفراد أسرتي بحرية.			
3	أفراد أسرتي يقومون بحل مشاكلهم معاً			
4	أفراد أسرتي يساندون بعضهم البعض لتحقيق أهدافهم			

الملاحق

			5 أفراد أسرتي يظهرون الحب والرعاية لبعضهم البعض.
			6 أشعر بالغيرة وسط أسرتي
			7 يساند أفراد أسرتي بعضهم البعض في المسرات والأحزان.
			8 أفراد أسرتي يساندون بعضهم البعض في المواقف الصعبة.
			9 يتناول أفراد أسرتي الغذاء مع بعضهم البعض.
			10 أفراد أسرتي يساعدون الصغار على تعلم الاستقلالية.
			11 أفراد أسرتي يساعدون الصغار على أداء الواجبات المدرسية والأنشطة.
			12 أفراد أسرتي يعلمون الصغار كيف يتعرفون على الآخرين
			13 الكبار في الأسرة يعلمون الأطفال القدرة على اتخاذ القرارات.
			14 الكبار في الأسرة يعلمون الأطفال كيفية التعرف على الآخرين مثل (الأصدقاء المعلمين).
			15 الكبار في الأسرة يخصصون وقت لإشباع الحاجات الشخصية لكل طفل.
			16 الكبار في الأسرة يشاركون في رأئي.
			17 الكبار في أسرتي يساعدوني في كيفية شغل أوقات فراغي.
			18 لا يهتم بي أحد من الكبار في الأسرة.
			19 أسرتي تجد المساندة التي احتاجها لتخفيف الضغوط.
			20 أفراد أسرتي لديهم أصدقاء يمكنهم تقديم المساندة لي.
			21 أفراد أسرتي لديهم بعض الوقت للاهتمام بمصالحهم الشخصية.
			22 أسرتي تجد المساعدة عندما تحتاجها لإشباع احتياجات كل الأسرة.
			23 أفراد أسرتي يحترمون بعضهم البعض.
			24 أفراد أسرتي يشاركوني اهتماماتي وأنشطتي.
			25 أشعر بالأمان داخل أسرتي.

الملاحق

			26	أشعر بأبني قريب من عائلتي.
			27	أنا غير راضي عن حياتي العائلية.
			28	تحصل أسرتي على الرعاية الصحية عندما تحتاجها.
			29	تحصل أسرتي على الدعم المادي عندما تحتاجه.
			30	أفراد أسرتي لديهم وسيلة نقل خاصة (سيارة) لأماكن التي يريدون الذهاب إليها.
			31	أسرتي تشعر بالأمان في المنزل، العمل، المدرسة، وبين الجيران في الحي
			32	توفر أسرتي الغذاء المناسب لأفرادها.
			33	سكن عائلتي مناسب ومريح
			34	دخل أسرتي مناسب ويحقق احتياجاتنا.
			35	حالتي الصحية بصفة عامة جيدة.
			36	لا يهتم أحد من أسرتي بصحتي.

الملحق رقم (08)
رخصة القيام بالدراسة الميدانية رقم (1)

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة قاصدي مرباح ورقلة

الى السيد: مدير المديرية
المندية للصحة والسكان لولاية تقرت

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية
مصلحة التكوين العالي لما بعد التدرج وما بعد التدرج المتخصص

الرقم: 1002 / 2021

الموضوع: تقديم تسهيلات

تحية طيبة وبعد.....

في إطار التعاون بين الجامعة والمؤسسات الوطنية، يقوم قسم علم النفس وعلوم التربية بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بتدريب طلابه علميا وعمليا على انجاز البحوث والدراسات الميدانية، وذلك بهدف إعدادهم وتكوينهم لخدمة قضايا البحث العلمي وتحقيق أهداف منظومة التعليم العالي في بلادنا. ومن أجل ذلك تسعدنا مشاركتكم إيانا في تحقيق هذه الأهداف وذلك بتقديم تسهيلات للطلبة أثناء تقديمهم إلى مؤسساتكم.

اسم الطالب (ة): مونة زهور

التخصص: علم النفس

المستوى: السنة الثالثة دكتوراه الطور الثالث

الإشراف: الأستاذة آيت مولود يسمينة

موضوع الدراسة: " جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بالمعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بداء السكري." نحن على يقين بأنكم ستبدلون الجهد الكافي في إطار مايسمح به القانون لتقديم التسهيلات الضرورية لطلابنا.

تقبلو منا فائق التقدير والإحترام

ورقلة في: 2. 05. 2021.

رئيس القسم



الملحق رقم (09)
رخصة القيام بالدراسة الميدانية رقم (2)



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة قاصدي مرباح ورقلة



الى السيد: مدير مستشفى
(سليمان عميرات تقرت)

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية
مصلحة التكوين العالي لما بعد التدرج وما بعد التدرج المتخصص

الرقم: 2021 / 403

الموضوع : تقديم تسهيلات

تحية طيبة وبعد...

في إطار التعاون بين الجامعة والمؤسسات الوطنية، يقوم قسم علم النفس وعلوم التربية بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بتدريب طلابه علميا وعمليا على انجاز البحوث والدراسات الميدانية، وذلك بهدف إعدادهم وتكوينهم لخدمة قضايا البحث العلمي وتحقيق أهداف منظومة التعليم العالي في بلادنا. ومن أجل ذلك تسعدنا مشاركتكم إيانا في تحقيق هذه الأهداف وذلك بتقديم تسهيلات للطلبة أثناء تقديمهم إلى مؤسستكم.

اسم الطالب (ة): مونة زهور

التخصص: علم النفس

المستوى: السنة الثالثة دكتوراه الطور الثالث

الإشراف: الأستاذة أيت مولود يسمينة

موضوع الدراسة: " جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بالمعتقدات الصحية التعويضية لدى المراهقين المصابين بداء السكري." نحن على يقين بأنكم ستبدلون الجهد الكافي في إطار مايسمح به القانون لتقديم التسهيلات الضرورية لطلابنا.

تقبلو منا فائق التقدير والإحترام

ورقلة في: 26 ماي 2021

رئيس القسم



الملحق رقم (10) نتائج الدراسة الأساسية

DESCRIPTIVES VARIABLES=الوالدية_تفاعل_الاسري_جودة_الحياة_القدرة_المادية_السعادة_الانفعالية
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives

المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لمستوى الادراك لجودة الحياة الاسرية

Statistiques descriptive					
	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
جودة_الحياة	92	66,00	108,00	96,1304	9,42549
تفاعل_الاسري	92	16,00	27,00	25,0870	2,37502
الوالدية	92	15,00	30,00	25,5652	3,71603
السعادة_الانفعالية	92	15,00	27,00	24,4130	2,78202
القدرة_المادية	92	12,00	24,00	21,0652	2,78853
N valide (liste)	92				

T-TEST GROUPS=الجنس(1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=السعادة_الانفعالية_الوالدية_تفاعل_الاسري_جودة_الحياة_القدرة_المادية
/CRITERIA=CI (.95).

Test T

الفروق في مستوى الادراك جودة الحياة الاسرية وفقا لمتغير الجنس

Statistiques de groupe					
	الجنس	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
جودة_الحياة	ذكر	11	95,0909	11,97877	3,61173
	أنثى	81	96,2716	9,10771	1,01197
تفاعل_الاسري	ذكر	11	24,4545	3,07778	,92799
	أنثى	81	25,1728	2,27371	,25263
الوالدية	ذكر	11	26,4545	4,32120	1,30289
	أنثى	81	25,4444	3,64005	,40445
السعادة_الانفعالية	ذكر	11	23,4545	3,47458	1,04763
	أنثى	81	24,5432	2,67418	,29713
القدرة_المادية	ذكر	11	20,7273	3,79713	1,14488
	أنثى	81	21,1111	2,65047	,29450

Test des échantillons indépendants

Test de
Levene sur
l'égalité des
variances

F Sig.

T

Test t pour égalité des moyennes

Sig. (bilatéral) Différence moyenne

Différence erreur standard d

Intervalle de confiance de la différence à 95 %

Inférieur Supérieur

الملاحق

جودة_الحياة	Hypothèse de variances égales	,676 ,413	-,388	90	,699	-1,18070	3,04296	-7,22606	4,86467
	Hypothèse de variances inégales		-,315	11,623	,759	-1,18070	3,75083	-9,38256	7,02117
_الاسري تفاعل	Hypothèse de variances égales	2,757 ,100	-,941	90	,349	-,71829	,76365	-2,23543	,79884
	Hypothèse de variances inégales		-,747	11,529	,470	-,71829	,96176	-2,82332	1,38673
الوالدية	Hypothèse de variances égales	,242 ,624	,845	90	,401	1,01010	1,19597	-1,36590	3,38610
	Hypothèse de variances inégales		,740	12,006	,473	1,01010	1,36422	-1,96211	3,98231
_الانفعالية السعادة	Hypothèse de variances égales	,475 ,493	-1,221	90	,225	-1,08866	,89155	-2,85988	,68256
	Hypothèse de variances inégales		-1,000	11,664	,338	-1,08866	1,08895	-3,46888	1,29155
القدرة_المادية	Hypothèse de variances égales	2,141 ,147	-,426	90	,671	-,38384	,90010	-2,17205	1,40437
	Hypothèse de variances inégales		-,325	11,361	,751	-,38384	1,18215	-2,97568	2,20800

ONEWAY السعادة_الانفعالية الوالدية تفاعل_الاسري جودة_الحياة
 المستوى_التعليمي BY القدرة_المادية
 /STATISTICS DESCRIPTIVES
 /MISSING ANALYSIS.

Unidirectionnel

12 الفروق في مستوى الادراك جودة الحياة الاسرية وفقا وفق للمستوى التعليمي

Descriptives

	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum	
					Borne inférieure	Borne supérieure			
جودة_الحياة	أبتدائي	26	95,8077	10,13122	1,98689	91,7156	99,8998	66,00	107,00
	متوسط	29	97,6897	9,65144	1,79223	94,0184	101,3609	72,00	108,00
	ثانوي	23	96,0000	7,37317	1,53741	92,8116	99,1884	83,00	108,00
	جامعي	14	93,7143	10,95044	2,92663	87,3917	100,0369	68,00	105,00
	Total	92	96,1304	9,42549	,98268	94,1785	98,0824	66,00	108,00
_الاسري تفاعل	أبتدائي	26	24,5769	2,71548	,53255	23,4801	25,6737	16,00	27,00
	متوسط	29	25,4138	2,17973	,40477	24,5847	26,2429	20,00	27,00
	ثانوي	23	25,4783	1,87979	,39196	24,6654	26,2911	20,00	27,00
	جامعي	14	24,7143	2,81284	,75176	23,0902	26,3384	18,00	27,00
	Total	92	25,0870	2,37502	,24761	24,5951	25,5788	16,00	27,00
الوالدية	أبتدائي	26	26,3846	3,69948	,72553	24,8904	27,8789	15,00	30,00
	متوسط	29	25,9310	3,58500	,66572	24,5674	27,2947	17,00	30,00
	ثانوي	23	25,0870	3,75273	,78250	23,4642	26,7098	15,00	30,00
	جامعي	14	24,0714	3,79198	1,01345	21,8820	26,2609	16,00	29,00
	Total	92	25,5652	3,71603	,38742	24,7956	26,3348	15,00	30,00
_الانفعالية السعادة	أبتدائي	26	24,7308	2,56994	,50401	23,6927	25,7688	18,00	27,00
	متوسط	29	24,5517	3,01882	,56058	23,4034	25,7000	16,00	27,00
	ثانوي	23	24,2609	2,13664	,44552	23,3369	25,1848	20,00	27,00
	جامعي	14	23,7857	3,66225	,97878	21,6712	25,9002	15,00	27,00
	Total	92	24,4130	2,78202	,29005	23,8369	24,9892	15,00	27,00
القدرة_المادية	أبتدائي	26	20,1154	3,53640	,69355	18,6870	21,5438	12,00	24,00
	متوسط	29	21,7931	2,41098	,44771	20,8760	22,7102	16,00	24,00
	ثانوي	23	21,1739	2,42435	,50551	20,1255	22,2223	14,00	24,00
	جامعي	14	21,1429	2,21384	,59167	19,8646	22,4211	17,00	24,00
	Total	92	21,0652	2,78853	,29072	20,4877	21,6427	12,00	24,00

الملاحق

ANOVA

		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
جودة الحياة	Intergruppes	155,332	3	51,777	,575	,633
	Intragruppes	7929,103	88	90,103		
	Total	8084,435	91			
تفاعل الاسري	Intergruppes	15,327	3	5,109	,903	,443
	Intragruppes	497,977	88	5,659		
	Total	513,304	91			
الوالدية	Intergruppes	57,838	3	19,279	1,415	,244
	Intragruppes	1198,771	88	13,622		
	Total	1256,609	91			
السعادة الانفعالية	Intergruppes	9,225	3	3,075	,389	,761
	Intragruppes	695,080	88	7,899		
	Total	704,304	91			
القدرة المادية	Intergruppes	39,178	3	13,059	1,719	,169
	Intragruppes	668,431	88	7,596		
	Total	707,609	91			

3 الفروق في مستوى الادراك جودة الحياة الاسرية وفقا لسنوات الاصابة بالسكري

T-TEST GROUPS=سنوات_الأقدمية(1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=السعادة_الانفعالية_الوالدية_تفاعل_الاسري_جودة_الحياة

القدرة_المادية

/CRITERIA=CI (.95) .

Test T

Statistiques de groupe

	سنوات_الأقدمية	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
جودة الحياة	سنوات 05 من أكثر	25	94,6400	11,83526	2,36705
	سنوات 05 من أقل	66	96,5758	8,40524	1,03461
تفاعل الاسري	سنوات 05 من أكثر	25	25,0800	2,98496	,59699
	سنوات 05 من أقل	66	25,0606	2,13310	,26257
الوالدية	سنوات 05 من أكثر	25	24,7600	4,66619	,93324
	سنوات 05 من أقل	66	25,8333	3,29841	,40601
السعادة الانفعالية	سنوات 05 من أكثر	25	24,1600	3,28735	,65747
	سنوات 05 من أقل	66	24,4697	2,59123	,31896
القدرة المادية	سنوات 05 من أكثر	25	20,6400	3,16070	,63214
	سنوات 05 من أقل	66	21,2121	2,66323	,32782

Test des échantillons indépendants

Test de Levene
sur l'égalité des
variances

Test t pour égalité des moyennes

		Test de Levene		Test t pour égalité des moyennes				Intervalle de confiance de la différence à 95 %		
		F	Sig.	T	Ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
جودة الحياة	Hypothèse de variances égales	2,155	,146	-,872	89	,386	-1,93576	2,22010	-6,34706	2,47554
	Hypothèse de variances inégales			-,749	33,594	,459	-1,93576	2,58328	-7,18796	3,31645

الملاحق

تفاعل_الاسري	Hypothèse de variances égales	,839	,362	,035	89	,973	,01939	,56195	-1,09719	1,13598
	Hypothèse de variances inégales			,030	33,717	,976	,01939	,65218	-1,30641	1,34520
الوالدية	Hypothèse de variances égales	5,707	,019	-1,230	89	,222	-1,07333	,87295	-2,80786	,66119
	Hypothèse de variances inégales			-1,055	33,502	,299	-1,07333	1,01773	-3,14274	,99608
السعادة_الانفعالية	Hypothèse de variances égales	1,735	,191	-,472	89	,638	-,30970	,65664	-1,61442	,99503
	Hypothèse de variances inégales			-,424	35,892	,674	-,30970	,73075	-1,79189	1,17249
القدرة_المادية	Hypothèse de variances égales	,887	,349	-,868	89	,388	-,57212	,65899	-1,88152	,73727
	Hypothèse de variances inégales			-,803	37,640	,427	-,57212	,71209	-2,01412	,86987

T-TEST GROUPS=الأسرة (1 2)
 /MISSING=ANALYSIS
 /VARIABLES=السعادة_الانفعالية_الوالدية_تفاعل_الاسري_جودة_الحياة_القدرة_المادية
 /CRITERIA=CI (.95) .

4 الفروق في مستوى الادراك جودة الحياة الاسرية وفق حجم الاسرة

Test T

		Statistiques de groupe			
	حجم الأسرة	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
جودة الحياة	كبيرة أسرة	36	95,8333	9,68504	1,61417
	صغيرة أسرة	56	96,3214	9,33830	1,24788
تفاعل_الاسري	كبيرة أسرة	36	25,0000	2,16465	,36078
	صغيرة أسرة	56	25,1429	2,51850	,33655
الوالدية	كبيرة أسرة	36	25,2778	3,63012	,60502
	صغيرة أسرة	56	25,7500	3,79114	,50661
السعادة_الانفعالية	كبيرة أسرة	36	24,3889	3,11015	,51836
	صغيرة أسرة	56	24,4286	2,57863	,34458
القدرة_المادية	كبيرة أسرة	36	21,1667	2,47848	,41308
	صغيرة أسرة	56	21,0000	2,99090	,39968

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	T	Ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
جودة الحياة	Hypothèse de variances égales	,002	,969	-,241	90	,810	-,48810	2,02401	-4,50914	3,53295
	Hypothèse de variances inégales			-,239	72,792	,812	-,48810	2,04029	-4,55458	3,57839
الاسري_تفاعل	Hypothèse de variances égales	,452	,503	-,280	90	,780	-,14286	,50995	-1,15596	,87024
	Hypothèse de variances inégales			-,290	82,610	,773	-,14286	,49338	-1,12424	,83852
الوالدية	Hypothèse de variances égales	,012	,913	-,593	90	,555	-,47222	,79668	-2,05496	1,11051

الملاحق

	Hypothèse de variances inégales			-,598	77,151	,551	-,47222	,78912	-2,04351	1,09906
الانفعالية_السعادة	Hypothèse de variances égales	,282	,597	-,066	90	,947	-,03968	,59758	-1,22688	1,14752
	Hypothèse de variances inégales			-,064	64,725	,949	-,03968	,62244	-1,28288	1,20352
القدرة_المادية	Hypothèse de variances égales	,864	,355	,278	90	,781	,16667	,59874	-1,02283	1,35616
	Hypothèse de variances inégales			,290	84,229	,773	,16667	,57478	-,97631	1,30964

ONEWAY السعادة_الانفعالية الوالدية تفاعل_الاسري جودة_الحياة
الدخل BY القدرة_المادية
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING ANALYSIS.

5الفروق في جودة الحياة الاسرية وفق المستوى المعيشي الاسرة Unidirectionnel

		Descriptives							
		N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum
						Borne inférieure	Borne supérieure		
جودة الحياة	ضعيف	13	95,5385	8,30276	2,30277	90,5212	100,5558	81,00	106,00
	متوسط	70	96,1429	9,65985	1,15457	93,8395	98,4462	66,00	108,00
	جيد	9	96,8889	10,05540	3,35180	89,1596	104,6182	80,00	108,00
	Total	92	96,1304	9,42549	,98268	94,1785	98,0824	66,00	108,00
تفاعل_الاسري	ضعيف	13	24,9231	1,55250	,43059	23,9849	25,8612	22,00	27,00
	متوسط	70	25,0429	2,56190	,30621	24,4320	25,6537	16,00	27,00
	جيد	9	25,6667	1,87083	,62361	24,2286	27,1047	22,00	27,00
	Total	92	25,0870	2,37502	,24761	24,5951	25,5788	16,00	27,00
الوالدية	ضعيف	13	26,2308	3,63212	1,00737	24,0359	28,4256	19,00	30,00
	متوسط	70	25,5429	3,54141	,42328	24,6984	26,3873	15,00	30,00
	جيد	9	24,7778	5,26255	1,75418	20,7326	28,8229	15,00	30,00
	Total	92	25,5652	3,71603	,38742	24,7956	26,3348	15,00	30,00
الانفعالية_السعادة	ضعيف	13	24,3846	2,56705	,71197	22,8334	25,9359	19,00	27,00
	متوسط	70	24,4429	2,73271	,32662	23,7913	25,0944	15,00	27,00
	جيد	9	24,2222	3,70060	1,23353	21,3777	27,0668	16,00	27,00
	Total	92	24,4130	2,78202	,29005	23,8369	24,9892	15,00	27,00
القدرة_المادية	ضعيف	13	20,0000	3,80789	1,05612	17,6989	22,3011	12,00	24,00
	متوسط	70	21,1143	2,63501	,31494	20,4860	21,7426	14,00	24,00
	جيد	9	22,2222	1,85592	,61864	20,7956	23,6488	18,00	24,00
	Total	92	21,0652	2,78853	,29072	20,4877	21,6427	12,00	24,00

		ANOVA				
		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
جودة الحياة	Intergruppes	9,744	2	4,872	,054	,948
	Intragruppes	8074,691	89	90,727		
	Total	8084,435	91			
تفاعل_الاسري	Intergruppes	3,510	2	1,755	,306	,737
	Intragruppes	509,795	89	5,728		
	Total	513,304	91			
الوالدية	Intergruppes	11,374	2	5,687	,406	,667
	Intragruppes	1245,235	89	13,991		
	Total	1256,609	91			

الملاحق

السعادة_الانفعالية	Intergruppes	,400	2	,200	,025	,975
	Intragroupes	703,904	89	7,909		
	Total	704,304	91			
القدرة_المادية	Intergruppes	26,967	2	13,484	1,763	,177
	Intragroupes	680,641	89	7,648		
	Total	707,609	91			

```
SAVE OUTFILE='C:\Users\ulti\Desktop\Sans titre\زهور.sav'
/COMPRESSED.
DESCRIPTIVES VARIABLES=عادات_الأكل_استعمال_المادة_المعتقدات_الصحية_تنظيم_الوزن_الاجهاد
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.
```

Descriptives

المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للمعتقدات الصحية التعويضية

[Jeu_de_données0] C:\Users\ulti\Desktop\Sans titre\زهور.sav

Statistiques descriptives						
	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	
المعتقدات_الصحية	92	23,00	76,00	47,5435	9,65039	
استعمال_المادة	92	6,00	28,00	15,7935	4,71970	
عادات_الأكل	92	4,00	19,00	8,7391	3,36716	
الاجهاد	92	6,00	20,00	15,0652	3,41556	
تنظيم_الوزن	92	3,00	14,00	7,9457	2,57359	
N valide (liste)	92					

```
CORRELATIONS
/VARIABLES=جودة_الحياة_المعتقدات_الصحية
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.
```

الفروق في المعتقدات الصحية التعويضية وفق الجنس

```
T-TEST GROUPS=الجنس(1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=الاجهاد_عادات_الأكل_استعمال_المادة_المعتقدات_الصحية_تنظيم_الوزن
/CRITERIA=CI(.95).
```

Test

Statistiques de groupe					
	الجنس	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
المعتقدات_الصحية	ذكر	11	41,1818	5,87908	1,77261
	أنثى	81	48,4074	9,76189	1,08465
استعمال_المادة	ذكر	11	14,2727	4,51865	1,36242
	أنثى	81	16,0000	4,73550	,52617
عادات_الأكل	ذكر	11	7,4545	2,58316	,77885
	أنثى	81	8,9136	3,43583	,38176
الاجهاد	ذكر	11	12,6364	3,38446	1,02045
	أنثى	81	15,3951	3,30408	,36712

الملاحق

تنظيم_الوزن	ذكر	11	6,8182	1,72152	,51906
	أنثى	81	8,0988	2,63915	,29324

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes					Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		F	Sig.	T	Ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
الصحية_المعتقدات	Hypothèse de variances égales	2,844	,095	-2,390	90	,019	-7,22559	3,02372	-13,23273	-
	Hypothèse de variances inégales			-3,477	18,565	,003	-7,22559	2,07813	-11,58207	-
استعمال_المادة	Hypothèse de variances égales	,121	,729	-1,141	90	,257	-1,72727	1,51409	-4,73527	1,28073
	Hypothèse de variances inégales			-1,183	13,169	,258	-1,72727	1,46050	-4,87838	1,42383
عادات_الأكل	Hypothèse de variances égales	2,236	,138	-1,355	90	,179	-1,45903	1,07705	-3,59878	,68071
	Hypothèse de variances inégales			-1,682	15,272	,113	-1,45903	,86738	-3,30495	,38688
الاجهاد	Hypothèse de variances égales	,087	,769	-2,591	90	,011	-2,75870	1,06461	-4,87373	-,64366
	Hypothèse de variances inégales			-2,544	12,729	,025	-2,75870	1,08448	-5,10665	-,41075
تنظيم_الوزن	Hypothèse de variances égales	5,235	,024	-1,561	90	,122	-1,28058	,82053	-2,91072	,34955
	Hypothèse de variances inégales			-2,148	17,183	,046	-1,28058	,59616	-2,53736	-,02381

ONEWAY السعادة_الانفعالية الوالدية تفاعل_الاسري جودة_الحياة
 المستوى_التعليمي BY القدرة_المادية
 /STATISTICS DESCRIPTIVES
 /MISSING ANALYSIS.

Unidirectionnel

2الفروق في المعتقدات الصحية التعويضية وفق المستوى التعليمي

Descriptives

	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
أبتدائي جودة_الحياة	26	95,8077	10,13122	1,98689	91,7156	99,8998	66,00	107,00
متوسط	29	97,6897	9,65144	1,79223	94,0184	101,3609	72,00	108,00
ثانوي	23	96,0000	7,37317	1,53741	92,8116	99,1884	83,00	108,00
جامعي	14	93,7143	10,95044	2,92663	87,3917	100,0369	68,00	105,00
Total	92	96,1304	9,42549	,98268	94,1785	98,0824	66,00	108,00
أبتدائي_الاسري	26	24,5769	2,71548	,53255	23,4801	25,6737	16,00	27,00
متوسط تفاعل	29	25,4138	2,17973	,40477	24,5847	26,2429	20,00	27,00

الملاحق

ثانوي	23	25,4783	1,87979	,39196	24,6654	26,2911	20,00	27,00	
جامعي	14	24,7143	2,81284	,75176	23,0902	26,3384	18,00	27,00	
Total	92	25,0870	2,37502	,24761	24,5951	25,5788	16,00	27,00	
الوالدية	أبتدائي	26	26,3846	3,69948	,72553	24,8904	27,8789	15,00	30,00
	متوسط	29	25,9310	3,58500	,66572	24,5674	27,2947	17,00	30,00
	ثانوي	23	25,0870	3,75273	,78250	23,4642	26,7098	15,00	30,00
	جامعي	14	24,0714	3,79198	1,01345	21,8820	26,2609	16,00	29,00
	Total	92	25,5652	3,71603	,38742	24,7956	26,3348	15,00	30,00
الانفعالية_السعادة	أبتدائي	26	24,7308	2,56994	,50401	23,6927	25,7688	18,00	27,00
	متوسط	29	24,5517	3,01882	,56058	23,4034	25,7000	16,00	27,00
	ثانوي	23	24,2609	2,13664	,44552	23,3369	25,1848	20,00	27,00
	جامعي	14	23,7857	3,66225	,97878	21,6712	25,9002	15,00	27,00
	Total	92	24,4130	2,78202	,29005	23,8369	24,9892	15,00	27,00
المادية_القدرة	أبتدائي	26	20,1154	3,53640	,69355	18,6870	21,5438	12,00	24,00
	متوسط	29	21,7931	2,41098	,44771	20,8760	22,7102	16,00	24,00
	ثانوي	23	21,1739	2,42435	,50551	20,1255	22,2223	14,00	24,00
	جامعي	14	21,1429	2,21384	,59167	19,8646	22,4211	17,00	24,00
	Total	92	21,0652	2,78853	,29072	20,4877	21,6427	12,00	24,00

		ANOVA					
		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F		Sig.
جودة_الحياة	Intergroupes	155,332	3	51,777	,575		,633
	Intragroupes	7929,103	88	90,103			
	Total	8084,435	91				
تفاعل_الاسري	Intergroupes	15,327	3	5,109	,903		,443
	Intragroupes	497,977	88	5,659			
	Total	513,304	91				
الوالدية	Intergroupes	57,838	3	19,279	1,415		,244
	Intragroupes	1198,771	88	13,622			
	Total	1256,609	91				
السعادة_الانفعالية	Intergroupes	9,225	3	3,075	,389		,761
	Intragroupes	695,080	88	7,899			
	Total	704,304	91				
القدرة_المادية	Intergroupes	39,178	3	13,059	1,719		,169
	Intragroupes	668,431	88	7,596			
	Total	707,609	91				

T-TEST GROUPS=سنوات_الأقدمية (1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=الاجهاد_عادات_الأكل_استعمال_المادة_المعتقدات_الصحية

تنظيم_الوزن

/CRITERIA=CI (.95) .

3 للفروق في المعتقدات الصحية التعويضية وفق سنوات الإصابة بالمرض

Test T

		Statistiques de groupe			
	سنوات_الأقدمية	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
المعتقدات_الصحية	سنوات 05 من أكثر	25	46,5600	8,64137	1,72827
	سنوات 05 من أقل	66	47,9848	10,09568	1,24269
استعمال_المادة	سنوات 05 من أكثر	25	14,8000	4,16333	,83267

الملاحق

سنوات 05 من أقل	66	16,1970	4,91847	,60542
سنوات 05 من أكثر	25	8,3200	3,00998	,60200
سنوات 05 من أقل	66	8,9697	3,47284	,42748
سنوات 05 من أكثر	25	15,2400	3,01773	,60355
سنوات 05 من أقل	66	14,9242	3,54449	,43630
سنوات 05 من أكثر	25	8,2000	3,14907	,62981
سنوات 05 من أقل	66	7,8939	2,33455	,28736

Test des échantillons indépendants

Test de Levene
sur l'égalité des
variances

Test t pour égalité des moyennes

		Test de Levene		Test t pour égalité des moyennes		Différence		Intervalle de confiance de la différence à 95 %		
		F	Sig.	T	Ddl	Sig. (bilatéral)	moyenne	erreur standard	Inférieur	Supérieur
الصحية_المعتقدات	Hypothèse de variances égales	1,009	,318	-,624	89	,534	-1,42485	2,28384	-5,96279	3,11310
	Hypothèse de variances inégales			-,669	50,270	,506	-1,42485	2,12867	-5,69983	2,85013
المادة_استعمال	Hypothèse de variances égales	1,693	,197	-1,258	89	,212	-1,39697	1,11004	-3,60260	,80866
	Hypothèse de variances inégales			-1,357	50,837	,181	-1,39697	1,02950	-3,46394	,67000
الأكل_عادات	Hypothèse de variances égales	,964	,329	-,825	89	,412	-,64970	,78774	-2,21492	,91553
	Hypothèse de variances inégales			-,880	49,645	,383	-,64970	,73833	-2,13295	,83355
الاجهاد	Hypothèse de variances égales	,291	,591	,394	89	,694	,31576	,80093	-1,27566	1,90718
	Hypothèse de variances inégales			,424	50,541	,673	,31576	,74473	-1,17968	1,81119
الوزن_تنظيم	Hypothèse de variances égales	4,202	,043	,505	89	,615	,30606	,60581	-,89768	1,50980
	Hypothèse de variances inégales			,442	34,481	,661	,30606	,69227	-1,10009	1,71221

الفروق في المعتقدات الصحية التعويضية وفق حجم الاسرة

T-TEST GROUPS=حجم_الأسرة (1 2)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=الصحية_المعتقدات_المادة_استعمال_الأكل_عادات_الاجهاد

تنظيم_الوزن

/CRITERIA=CI (.95) .

Test T

Statistiques de groupe

	حجم الأسرة	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الصحية_المعتقدات	كبيرة أسرة	36	48,6389	8,89029	1,48172
	صغيرة أسرة	56	46,8393	10,12428	1,35291
المادة_استعمال	كبيرة أسرة	36	15,6667	4,21562	,70260
	صغيرة أسرة	56	15,8750	5,05268	,67519
الأكل_عادات	كبيرة أسرة	36	9,2778	3,63012	,60502
	صغيرة أسرة	56	8,3929	3,17191	,42386
الاجهاد	كبيرة أسرة	36	15,1944	3,47085	,57848
	صغيرة أسرة	56	14,9821	3,40850	,45548
تنظيم_الوزن	كبيرة أسرة	36	8,5000	2,85357	,47559
	صغيرة أسرة	56	7,5893	2,33376	,31186

Test des échantillons indépendants

Test de Levene
sur l'égalité des
variances

Test t pour égalité des moyennes

		F	Sig.	T	Ddl	Sig. (bilatéra l)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
الصحية المعتقدات	Hypothèse de variances égales	,627	,430	,872	90	,386	1,79960	2,06427	-2,30143	5,90064
	Hypothèse de variances inégales			,897	81,596	,372	1,79960	2,00645	-2,19217	5,79137
المادة استعمال	Hypothèse de variances égales	1,937	,167	-,206	90	,838	-,20833	1,01359	-2,22200	1,80533
	Hypothèse de variances inégales			-,214	83,939	,831	-,20833	,97444	-2,14614	1,72947
الأكل عادات	Hypothèse de variances égales	2,607	,110	1,234	90	,221	,88492	,71725	-,54002	2,30986
	Hypothèse de variances inégales			1,198	67,449	,235	,88492	,73872	-,58940	2,35924
الاجهاد	Hypothèse de variances égales	,766	,384	,289	90	,773	,21230	,73334	-1,24461	1,66922
	Hypothèse de variances inégales			,288	73,799	,774	,21230	,73627	-1,25482	1,67942
الوزن تنظيم	Hypothèse de variances égales	2,694	,104	1,673	90	,098	,91071	,54443	-,17088	1,99231
	Hypothèse de variances inégales			1,601	64,036	,114	,91071	,56873	-,22543	2,04686

السعادة_الانفعالية الوالدية تفاعل_الاسري جودة_الحياة ONEWAY
الدخل BY القدرة_المادية
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING ANALYSIS.

Unidirectionnel

5 للفروق في المعتقدات الصحية التعويضية وفق المستوى المعيشي

Descriptives

	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
ضعيف_الحياة	13	95,5385	8,30276	2,30277	90,5212	100,5558	81,00	106,00
متوسط جودة	70	96,1429	9,65985	1,15457	93,8395	98,4462	66,00	108,00
جيد	9	96,8889	10,05540	3,35180	89,1596	104,6182	80,00	108,00
Total	92	96,1304	9,42549	,98268	94,1785	98,0824	66,00	108,00
ضعيف الاسري	13	24,9231	1,55250	,43059	23,9849	25,8612	22,00	27,00
متوسط تفاعل	70	25,0429	2,56190	,30621	24,4320	25,6537	16,00	27,00
جيد	9	25,6667	1,87083	,62361	24,2286	27,1047	22,00	27,00
Total	92	25,0870	2,37502	,24761	24,5951	25,5788	16,00	27,00
ضعيف الوالدية	13	26,2308	3,63212	1,00737	24,0359	28,4256	19,00	30,00
متوسط	70	25,5429	3,54141	,42328	24,6984	26,3873	15,00	30,00
جيد	9	24,7778	5,26255	1,75418	20,7326	28,8229	15,00	30,00
Total	92	25,5652	3,71603	,38742	24,7956	26,3348	15,00	30,00
ضعيف الانفعالي	13	24,3846	2,56705	,71197	22,8334	25,9359	19,00	27,00

الملاحق

متوسط	70	24,4429	2,73271	,32662	23,7913	25,0944	15,00	27,00
جيد السعادة	9	24,2222	3,70060	1,23353	21,3777	27,0668	16,00	27,00
Total	92	24,4130	2,78202	,29005	23,8369	24,9892	15,00	27,00
ضعيف المادية	13	20,0000	3,80789	1,05612	17,6989	22,3011	12,00	24,00
متوسط القدرة	70	21,1143	2,63501	,31494	20,4860	21,7426	14,00	24,00
جيد	9	22,2222	1,85592	,61864	20,7956	23,6488	18,00	24,00
Total	92	21,0652	2,78853	,29072	20,4877	21,6427	12,00	24,00

ANOVA

		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
جودة الحياة	Intergruppes	9,744	2	4,872	,054	,948
	Intragruppes	8074,691	89	90,727		
	Total	8084,435	91			
تفاعل الاسري	Intergruppes	3,510	2	1,755	,306	,737
	Intragruppes	509,795	89	5,728		
	Total	513,304	91			
الوالدية	Intergruppes	11,374	2	5,687	,406	,667
	Intragruppes	1245,235	89	13,991		
	Total	1256,609	91			
السعادة الانفعالية	Intergruppes	,400	2	,200	,025	,975
	Intragruppes	703,904	89	7,909		
	Total	704,304	91			
القدرة المادية	Intergruppes	26,967	2	13,484	1,763	,177
	Intragruppes	680,641	89	7,648		
	Total	707,609	91			

CORRELATIONS

/VARIABLES=الوالدية تفاعل الاسري جودة الحياة المعتقدات الصحية
القدرة المادية السعادة الانفعالية
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

العلاقة الارتباطية 3

Remarques

Sortie obtenue	09-JAN-2022 15:47:11	
Commentaires		
Entrée	Données	C:\Users\ulti\Desktop\Sans titre1 زهور.sav
	Jeu de données actif	Jeu_de_données1
	Filtre	<sans>
	Pondération	<sans>
	Scinder un fichier	<sans>
	N de lignes dans le fichier de travail	92
	Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante
	Observations utilisées	Les statistiques associées à chaque paire de variables sont basées sur l'ensemble des observations contenant des données valides pour cette paire.

الملاحق

Corrélations

		الصحية المعتقدات	المادة استعمال	الأكل عادات	الاجهاد	تنظيم الوزن	جودة الحياة	الاسر ي تفاعل	الوالدية	الانفعالية السعادة	القدرة المادية
الحياة جودة	Corrélation de Pearson	-,142	-,148	-,126	,012	-,113	1,824*	,862**	,842**	,690**	
	Sig. (bilatérale)	,176	,159	,230	,907	,284	,000	,000	,000	,000	
	N	92	92	92	92	92	92	92	92	92	
الاسري تفاعل	Corrélation de Pearson	-,117	-,077	-,159	,058	-,165	,824**	1	,590**	,703**	,447**
	Sig. (bilatérale)	,268	,467	,129	,586	,117	,000	,000	,000	,000	
	N	92	92	92	92	92	92	92	92	92	
الوالدية	Corrélation de Pearson	-,219*	-,223*	-,165	-,061	-,117	,862**	,590*	1	,652**	,428**

Syntaxe

CORRELATIONS

/VARIABLES=الصحية_المعتقدات
الاجهاد_عادات_الأكل_استعمال_المادة
جودة_الحياة_تنظيم_الوزن
السعادة_الانفعالية_الوالدية_تفاعل_الاسري
القدرة_المادية
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

Ressources

Temps de processeur

00:00:00,16

Temps écoulé

00:00:00,22

الملاحق

	Sig. (bilatérale)	,036	,033	,117	,564	,265	,000	,000	,000	,000
	N	92	92	92	92	92	92	92	92	92
الانفعالية السعادة	Corrélation de Pearson	-,086	-,085	-,151	,104	-,107	,842**	,703*	,652**	1,380**
	Sig. (bilatérale)	,414	,422	,150	,326	,308	,000	,000	,000	,000
	N	92	92	92	92	92	92	92	92	92
المادية القدرة	Corrélation de Pearson	-,003	-,054	,079	-,029	,022	,690**	,447*	,428**	,380**
	Sig. (bilatérale)	,975	,609	,454	,782	,836	,000	,000	,000	,000
	N	92	92	92	92	92	92	92	92	92

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

[Jeu_de_données1] C:\Users\ulti\Desktop\Sans titre زهور.sav

6_ هل توجد فروق في مستوى الإدراك لجودة (2 1) المعتقدات T-TEST GROUPS الحياة الأسرية بين الفئة ذات الاعتقاد الصحي التعويضي الايجابي و الفئة ذات الاعتقاد الصحي التعويضي السلبي من عينة المراهقين المصابين بداء

السكري؟

```
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=01 الجودة
/CRITERIA=CI (.95) .
```

Test T

Statistiques de groupe

	المعتقدات	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
01 الجودة	سلبي	11	93,3636	9,78031	2,94888
	إيجابي	81	96,5062	9,37566	1,04174

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	T	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 % Inférieur Supérieur	
01 الجودة	Hypothèse de variances égales	,282	,597	-1,038	90	,302	-3,14254	3,02743	-9,15706	2,87199
	Hypothèse de variances inégales			-1,005	12,627	,334	-3,14254	3,12747	-9,91937	3,63430

7_ هل توجد فروق في طبيعة المعتقدات الصحية (2 1) الجودة T-TEST GROUPS التعويضية بين الفئة ذات مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية المرتفع و الفئة ذات مستوى الإدراك لجودة الحياة الأسرية المنخفض من عينة المراهقين

المصابين بداء السكري؟

```
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=01 المعتقدات
/CRITERIA=CI (.95) .
```

الملاحق

Test T

Statistiques de groupe

	الجودة	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
المعتقدات01	مرتفع	89	47,3820	9,73455	1,03186
	منخفض	3	52,3333	5,68624	3,28295

Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur l'égalité des variances

Test t pour égalité des moyennes

		F	Sig.	T	Ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
المعتقدات01	Hypothèse de variances égales	1,206	,275	-,873	90		-4,95131	5,67220	-16,22013	6,31751
	Hypothèse de variances inégales			-1,439	2,414	,266	-4,95131	3,44130	-17,57148	7,66886

9— هل توجد مستويات متباينة في أبعاد جودة الحياة الأسرية لدى T-TEST الفئة ذات المعتقدات الصحية التعويضية الايجابية من عينة المراهقين

المصابين بداء السكري؟

/TESTVAL=23

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=السلامة_الصحية_السعادة_الانفعالية_الوالدية_تفاعل_الأسري

/CRITERIA=CI (.95).

Test T

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
تفاعل_الأسري	81	25,1605	2,27737	,25304
الوالدية	81	25,7778	3,72492	,41388
السعادة_الانفعالية	81	24,5185	2,74823	,30536
السلامة_الصحية	81	21,0494	2,80134	,31126

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 23

Intervalle de confiance de la différence à 95 %

	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
تفاعل_الأسري	8,538	80	,000	2,16049	1,6569	2,6641
الوالدية	6,712	80	,000	2,77778	1,9541	3,6014
السعادة_الانفعالية	4,973	80	,000	1,51852	,9108	2,1262
السلامة_الصحية	-6,267	80	,000	-1,95062	-2,5700	-1,3312

الوزن_تنظيم_الاجهاد_عادات_الاكل_استعمال_المادة
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives هل توجد مستويات متباينة في أبعاد المعتقدات الصحية التعويضية لدى الفئة ذات مستوى الإدراك المرتفع لجودة الحياة الأسرية من

عينة المراهقين المصابين بداء السكري؟

Statistiques descriptives

الملاحق

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
استعمال_المادة	89	6,00	28,00	15,7191	4,75296
عادات_الاكل	89	4,00	19,00	8,7303	3,40041
الاجهاد	89	6,00	20,00	15,0449	3,43084
الوزن_تنظيم	89	3,00	14,00	7,8876	2,56922
N valide (liste)	89				

T-TEST

/TESTVAL=18

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=استعمال_المادة

/CRITERIA=CI (.95).

Test T

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
استعمال_المادة	89	15,7191	4,75296	,50381

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 18

	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
استعمال_المادة	-4,527	88	,000	-2,28090	-3,2821	-1,2797

T-TEST

/TESTVAL=12

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=عادات_الاكل

/CRITERIA=CI (.95).

Test T

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
عادات_الاكل	89	8,7303	3,40041	,36044

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 12

	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
عادات_الاكل	-9,071	88	,000	-3,26966	-3,9860	-2,5534

T-TEST

/TESTVAL=12

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=الاجهاد

/CRITERIA=CI (.95).

Test T

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الاجهاد	89	15,0449	3,43084	,36367

الملاحق

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 12

	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
الاجهاد	8,373	88	,000	3,04494	2,3222	3,7677

T-TEST

/TESTVAL=9

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=الوزن_تنظيم

/CRITERIA=CI (.95) .

Test T

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الوزن_تنظيم	89	7,8876	2,56922	,27234

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 9

	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
الوزن_تنظيم	-4,085	88	,000	-1,11236	-1,6536	-,5711

رقم 9

T-TEST

/TESTVAL=18

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=السلامة_الصحية_بعد_السعادة_بعد_الوالدية_التفاعل_الأسري

/CRITERIA=CI (.95) .

Test T

[Jeu_de_données0]

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
التفاعل_الأسري	81	25,1605	2,27737	,25304
بعد_الوالدية	81	25,7778	3,72492	,41388
بعد_السعادة	81	24,5185	2,74823	,30536
السلامة_الصحية	81	21,0494	2,80134	,31126

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 18

	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
التفاعل_الأسري	28,298	80	,000	7,16049	6,6569	7,6641
بعد_الوالدية	18,792	80	,000	7,77778	6,9541	8,6014
بعد_السعادة	21,347	80	,000	6,51852	5,9108	7,1262
السلامة_الصحية	9,797	80	,000	3,04938	2,4300	3,6688