

فاعلية برنامج قائم على إدارة الذات في تحسين السلوك
الصحي لدى المراهقين مرضى السكر.

إعداد

د. هيام صابر صادق شاهين

أستاذ علم النفس المساعد - كلية البنات - جامعة عين شمس

Doi: 10.12816/0045073

مجلة الدراسات التربوية والانسانية . كلية التربية . جامعة دمنهور

المجلد الثامن - العدد الثاني - لسنة 2016

"ISSN 2090-7885" (PRINT)

فاعلية برنامج قائم على إدارة الذات في تحسين السلوك الصحي لدى المراهقين مرضى السكر.

د. هيام صابر صادق شاهين

Doi: 10.12816/0045073

المقدمة:

شهدت المائة سنة الماضية تغيرات جذرية فيما يتعلق بالأسباب الرئيسة للصحة والمرض، وكذلك زيادة الوعي العام بهذه الأسباب؛ فغالبية الحالات الكلينيكية واسعة الانتشار في القرن الحادي والعشرين (أمراض القلب والأوعية الدموية والسكر والسرطان) تتحدد بواسطة عوامل فسيولوجية ونفسية في آن واحد؛ ولذلك لم تعد الصحة نقطة ارتكاز اختصاصي الطب الحيوي فقط، لكنها تجمع بين رؤى معقدة اجتماعية ونفسية واقتصادية وطبية؛ فهي تتأثر بالاستعدادات الجينية، وبيئات العمل والحياة، ونمط حياة الفرد، والخدمات الصحية المتاحة، ويقرر (Machova, 2009) أن هذه العوامل يمكن ترتيبها حسب الأهمية على النحو التالي: نمط الحياة بنسبة (50%)، والبيئة (20%) والاستعدادات الجينية (20%) والخدمات الصحية (10%)؛ ويعني ذلك أن صحتنا تتأثر بشكل أساسي بأسلوبنا في الحياة؛ بمعنى أن سلوكنا هو العامل الأكثر أهمية في تحديد حالتنا الصحية، ومن الطبيعي أن يتنوع الناس بشكل كبير في مقدار الجهد المبذول للحفاظ على صحتهم، وكذلك في نمط وعدد السلوك الصحي الذي يقومون به؛ فالسلوك الصحي يتأثر بقوة بنمط الشخصية، والعديد من العوامل المعرفية والانفعالية (مثل المخاطر والتهديدات المُدركة - وجهة الضبط الصحية- تقدير الذات- السعادة- إدارة الذات- أساليب المواجهة - توقعات الفرد تجاه المستقبل - العزو) (In Dosedlova, Klimusova,

Buresova, Jelinek, Slevachova & Vasina, 2015)

يعتمد السلوك المعزز للصحة في مرحلة الرشد على عادات المعيشة التي تكونت في وقت مبكر من النمو؛ ولذلك فإن البحوث المتعلقة بتعزيز السلوك الصحي لدى المراهقين تُعد مهمة للغاية؛ خاصة وأن المراهقين في فترة انتقالية ديناميكية تعبر بالفرد من الطفولة إلى الرشد، ويتميز هذا الانتقال بالتغيرات السريعة والمترابطة في الجسم والعقل والعلاقات الاجتماعية (Chen, Lai, Chen & Gaete, 2014).

يُعد مرض السكر من أكثر الأمراض المزمنة المنتشرة بين الأطفال والمراهقين، ويبلغ ذروته في بداية مرحلة المراهقة، وإدارة مرض السكر هو أمر مُعقد وصعب ويتطلب من المراهق والأسرة المراقبة المتكررة لمستويات السكر بالدم، وتناول الطعام، وممارسة التدريبات الرياضية، وضبط الأنسولين وفقاً لذلك، وبالنسبة لمريض السكر فإن الانتقال لمرحلة المراهقة عادةً ما يرتبط بإدارة الذات الضعيفة وتدهور السيطرة على عملية التمثيل الغذائي (Jaser, Faulkner, Whittermore, Delamater & Grey, 2012)، ويُوصف مرض السكر بأنه من أكثر الأمراض المزمنة ذات المتطلبات النفسية والسلوكية بسبب متطلباته اليومية الواسعة المرتبطة بشكلٍ وثيق بإدارة الذات، ولكون المراهقة فترة نمو فإن ذلك يُضيف تحدياً خاصاً للمراهقين مرضى السكر؛ فقد أظهرت البحوث أنهم يعانون انخفاضاً في إدارة الذات، وكذلك ضبط عملية التمثيل الغذائي بمجرد دخولهم مرحلة المراهقة، ويستمر ضعف ضبط عملية التمثيل الغذائي خلال فترة المراهقة (Verchota, 2014).

وفي ضوء ما تقدم فإن البحوث المتعلقة بالسلوك الصحي لا بد وأن تهتم ببحث المتغيرات الشخصية مثل إدارة الذات؛ حيث يفترض (Jessor, 1984) أن دراسة السلوك الصحي للمراهقين لا بد وأن تركز على العوامل العديدة المؤثرة فيه والتي تشمل نموذجاً مُعقداً من البنى النفسية والاجتماعية مثل: المتغيرات البيئية (المساندة الاجتماعية، والمساندة الوالدية) والمتغيرات التعليمية والاجتماعية

والديموجرافية وكذلك متغيرات الشخصية مثل الدافعية وإدارة الذات (In Rorres, 1995).

وتمثل إدارة الذات محورًا مهمًا في إدارة مرض السكر؛ حيث أشارت نتائج البحوث إلى أنها تحسن نوعية حياة المريض؛ فهي تقلل من شدة المضاعفات طويلة المدى (Alrahbi, 2014)، كما أنها ترتبط بالرضا عن نوعية الحياة، وكذلك بالتحكم في عملية التمثيل الغذائي، ومستوى السكر بالدم؛ وخاصةً لدى المراهقين، وهكذا فإن إدارة الذات هي أمر بالغ الأهمية لتحسين كل من النتائج النفسية والسيولوجية لدى المراهقين مرضى السكر (Guo, Dixon, Whittemore & He, 2012).

ويفترض الباحثون أنه بتعزيز إدارة الذات فإن كل مريض سوف تنمو لديه القدرة على تحديد مشكلاته، واتخاذ قرارات واعية بشأن إدارة مرضه، ويضع أهدافًا واستراتيجيات واقعية لتحقيق هذه الأهداف مع اعتقاده في قدرته على إنجاز هذه المهام (Thompson, 2010).

بناءً على ما سبق تمثل إدارة الذات مُتطلب أساسي وضروري لرعاية مرضى السكر؛ إذ تلعب دورًا مهمًا في ضبط نسبة السكر بالدم، وتأخير ظهور مضاعفات المرض، كما أن انخفاضها من الممكن أن يؤدي مضاعفات تتطلب دخول المستشفى، واستخدام الخدمة الطبية وزيادة الأعباء على نظام الرعاية الصحية (Nyuyen, Green & Fnguidanos, 2015)؛ ولذا فقد جاءت هذه الدراسة بهدف اختبار فاعلية برنامج قائم على تنمية إدارة الذات في تحسين السلوك الصحي لدى المراهقين مرضى السكر.

• مشكلة الدراسة:

تشير الإحصاءات إلى وجود ما يقرب من 1.2 مليار مراهق؛ بنسبة 1: 5 أشخاص يعيشون في جميع أنحاء العالم، ومن ناحية أخرى فإن الغالبية العظمى من التغيرات في النواحي الجسدية والنفسية والتفاعلات الاجتماعية تحدث خلال فترة المراهقة، وعادةً ما يُعتقد أن المراهقين مجموعة تتمتع بالصحة، ومع ذلك

فإن العديد منهم يموت قبل الأوان نتيجة أحداث يمكن الوقاية منها من سلوكيات خطيرة مثل: الحوادث والأمراض، وفي العديد من المجتمعات تعتبر المشكلات الصحية للمراهق من أولويات الصحة القومية؛ فغالبية السلوكيات غير الصحية عادةً ما تبدأ في فترات النمو؛ حيث المراهقة أو الطفولة، وسلوك المراهق ربما يتتبع بالسلوك الصحي والحالة الصحية في مرحلة الرشد المبكر؛ ولذلك فإن بحث الحاجات الصحية للمراهق، وتعزيز صحة أصبح من الأولويات البحثية على مستوى العالم (Aghamolaei & Tavafian, 2013)؛ فكثير من أنماط السلوك الصحي الخطأ تظهر بوضوح خلال فترة المراهقة بما يعمل على خلق قاعدة على المدى الطويل من العادات السلوكية غير الصحية؛ ولذلك فإن معرفة العوامل التي تؤدي إلى تعزيز السلوك الصحي من شأنه أن يعمل على خفض معدل انتشار السلوك غير الصحي لدى المراهقين (Huntsinger & Luecken, 2004).

وتشير التقارير إلى تضاعف معدل الحالات المرضية المزمنة بين الأطفال والمراهقين خلال العقدين الماضيين؛ الأمر الذي يؤثر سلباً على نوعية حياتهم؛ حيث أن فشلهم في التعامل مع المرض يضع عليهم قيوداً نفسية واجتماعية عديدة ولذلك فهم بحاجة ماسة للتدريب على إدارة الذات للحد من مخاطر المضاعفات الثانوية للمرض المزمن ونسبته، وزيادة فاعليتهم الذاتية التي من شأنها أن تزيد من احتمالية أن يعيش المراهق بشكلٍ مستقل طوال حياته دون حاجة للاعتماد على الآخرين (Lindsay, Kingsnorth, Mcdougall & Keating, 2014).

ويُعد مرض السكر من أهم وأخطر المشكلات الطبية التي تنتشر بين المراهقين؛ نظراً لانتشاره بمعدلات مرتفعة، وكذلك لطبيعته المزمنة ومضاعفاته، فضلاً عن ارتباطه بارتفاع معدل الوفيات المبكرة بسبب أمراض القلب والأوعية الدموية بما في ذلك السكتة الدماغية (Sadeghian, Madhu, Agrewal, Kannan

(Agrawal, 2016) ، ووفقًا لتقارير منظمة الصحة العالمية (2013) فإن ما يقرب من 347 مليون شخص في العالم يعانون من هذا المرض الذي تكمن خطورته في مضاعفاته؛ حيث أمراض الكلى والأوعية الدموية وأمراض الشبكية، فضلاً عن مشكلات القدم، وما يترتب على ذلك من ارتفاع التكاليف الطبية، ووفقًا لأطلس الإتحاد الدولي لمرض السكر عام 2009 فإنه من المتوقع تزايد عدد الأشخاص المصابين بالمرض في الفترة من 2010 وحتى 2030 بنسبة 54% في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، وقد يرجع ذلك إلى التغيرات الاجتماعية والاقتصادية الكبرى، وانخفاض معدل وفيات الأطفال، وارتفاع متوسط العمر، والتي حدثت على مدى العقود الثلاثة الماضية في هذه المنطقة، إذ حدث تغير هائل في نمط الحياة نحو النمط الغربي انعكس في تغير العادات الغذائية، وقلة النشاط البدني، والميل للسمنة وازدياد معدل التدخين؛ فضلاً عما تقدم فإن مرض السكر يمثل حالة مستمرة خلال الأربع وعشرين ساعة باليوم، وكل أيام الإِسبوع؛ فمجرد أن يتم تشخيصه يُواجه المريض بحاجته لأنماط مختلفة من العلاج؛ حيث العلاج الطبي والتوافق مع نمط الحياة الجديدة (انخفاض الوزن وضبط التغذية والتدريب)، ولذلك فإن مريض السكر بحاجة ماسة للتشجيع المستمر على أن يلعب دورًا رئيسًا في إدارة ذاته ومن ثم إدارة مرضه، وتشير نتائج العديد من الدراسات في هذا الصدد إلى أن المرضى الذين يتمكنون من إدارة ذاتهم ومرضهم بفاعلية يحصلون على نتائج أفضل للرعاية الصحية (Shakibazadeh, Rashidian, Larijani & Shojaezadeh, 2012).

ولما كان مرض السكر هو مشكلة طبية عالمية وحرجة، ويمثل حالة مستمرة مدى الحياة لا يمكن علاجها (Lee, Lin & Anderson, 2016)؛ إنما يمكن السيطرة على مستوياته بالدم وربما يكون العامل الأكثر أهمية هو إدارة المريض لذاته؛ خاصةً وأن الضبط الضعيف لمستويات السكر بالدم يساهم إلى حد كبير في حدوث مضاعفات عديدة؛ ولذلك فإن تحسين إدارة الذات يمكن أن

يكون مدخلاً مهماً لتحسين مآل السكر وتقليل مخاطر مضاعفاته على المدى الطويل (Schmitt, Reimer, Hermanns, Huber, Ehramann, Schall & Kulzer, 2016).

أشارت بعض الدراسات أن برامج التنقيف الصحي لها معدلات نجاح تُقدر فقط بـ 10.5% ولذلك فإن التدخلات الحديثة الفعالة لمساعدة هؤلاء المرضى، والتي تركز على تحسين مهارات إدارة الذات لديهم تُعد مطلوبة بشكلٍ جاد (Song, Xu & Sun, 2014)؛ ولذلك توصي الجمعية الأمريكية ADA للسكر بأن جميع المرض لابد وأن يتعلموا إدارة الذات، والهدف الأساسي لهذا النوع من التعليم هو تدريبهم على اتخاذ القرارات، مع الأخذ في الاعتبار طبيعة مرضهم، ومثل هذه التدخل من شأنه أن يحسن النتائج الطبية والحالة الصحية وكذلك نوعية حياة المريض (Grillo, Neumann, Scain, Rozeni, Gross & Leitao, 2013).

وتركز معظم التدخلات القائمة على تنمية إدارة الذات على تعليم الناس كيف يتعاملون بفاعلية مع أمراضهم المزمنة؛ فهم يحتاجون إلى إدارة مرضهم ذاتياً في الأساسيات اليومية (أخذ الأدوية- التمرينات الرياضية- الأكل الصحي- الإقلاع عن التدخين)، ولذلك فإنهم ربما يستفيدون بشكلٍ كبير من التدخل القائم على تنمية إدارة الذات الذي يزودهم باستراتيجيات سلوكية ومعرفية للتعامل مع الأنماط المختلفة من المشكلات اليومية، وليس التدخلات التي تركز على المشكلات المرتبطة بالأمراض فقط؛ فالتعامل الناجح مع الحالات المزمنة هو عملية طويلة المدى لتحقيق والحفاظ على الصحة والرفاهة بشكلٍ عام، وتوجد معلومات قليلة عن العلاقة بين إدارة الذات والصحة البدنية لدى المرضى بأمراض مزمنة؛ حيث تركز معظم الدراسات على إدارة الذات المرتبطة بالمرض فقط، في حين يوجد نقص في الدراسات التي تبحث مهارات إدارة الذات ودورها في الحفاظ على الصحة عمومًا (Gramm & Neiboer, 2012)، كما أن غالبية البحوث المعنية تبحث إدارة الذات لدى المرضى بأمراض مزمنة قد ركزت على

عينات كبار السن؛ حيث تزايد أعباء وتكاليف المرض المزمن، وزيادة العجز بشكل واضح، ومع ذلك فإن الأمراض المزمنة - ومن بينها السكر - ومشكلات السلوك تنتشر أيضًا بشكل واضح في مرحلة المراهقة؛ وتؤثر في المراهقين بطرق عديدة؛ فبالإضافة لمتطلبات النظام العلاجي المعقد نجد أنه قد يؤثر في معدل نمو المراهق، ومظهره وهويته، وصحته النفسية، وعلاقاته مع الأقران، وتعليمه وعمله فيما بعد، كما أنه يؤثر بشكل عميق على كفاءة الأسرة وفعاليتها، وخبرات الأقران، والعلاقات الزوجية فيما بعد، ومقارنةً بالأطفال فإن التعامل مع المراهقين مرضى السكر يمثل تحدٍ كبير؛ فالطفل ينفذ ما يطلبه والداه منه، أما المراهق فلن ينفذ بتلقائية ما يُطلب منه فبمجرد أن ينضج لابد وأن يتعلم كيف يعتني بذاته، ولذلك تأتي أهمية التدريب على إدارة الذات (Sawyer & Aroni, 2005).

يتضح مما تقدم أنه مع انتشار الأمراض المزمنة في المراهقة، وانخفاض معدل الوفيات فإن هناك حاجة ملحة ومتزايدة لتعليمهم كيفية الإدارة الذاتية الفعالة لحالتهم الصحية؛ إذ أنها تسهم في تحسين النتائج الصحية ونوعية الحياة، وتقلل من معدلات المرض والزيارات الطبية الطارئة وتكاليف الرعاية الصحية، وتساعد في السيطرة على الأعراض المرضية، وعملية العلاج والآثار النفسية والجسدية للمرض، وهي ضرورية جدًا لتحقيق تأثير إيجابي في الصحة حتى يستطيع هؤلاء المراهقين أن يعيشوا بشكل جيد في مرحلة البلوغ (Lindsay, Kingsnorth, Mcdougall & Keating, 2014).

استنادًا لما تقدم تمت مراجعة الدراسات المعنية بهذه المتغيرات، وتبين عدم وجود دراسات عربية - في حدود اطلاع الباحثة - اهتمت ببحث إدارة الذات وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى المراهقين مرضى السكر، وكذلك عدم وجود دراسات اهتمت بتسمية إدارة الذات لديهم، كما تبين وجود ارتباط موجب بين إدارة الذات والسلوك الصحي لدى المراهقين مرضى السكر؛ (Thompson, 2010; Al- Khawaldah; Al Hassan & Froelicher, 2012) وكذلك بين إدارة

الذات ومؤشرات تحسن الصحة البدنية، وضبط نسبة السكر بالدم (Gramm & Nieboer, 2012; Gua, Whittermore, Jeon, Grey & Zhou, 2015) كما أشارت نتائج هذه الدراسات إلى افتقار المراهقين مرضى السكر لمهارات إدارة الذات؛ (Yin, Wie & Hong, 2010; Gua, Whittermore, Jeon, Grey & Zhou, 2015) وأهمية هذه المهارات لارتباطها بارتفاع معدلات كل من الرفاهة النفسية، وفاعلية الذات، ونوعية الحياة (Law, Kelly, Hueg & Summerbell, 2002; Sarkar, Fisher & Schillinger, 2006; Jaser, Faulkner, Whittermore, Jeon, Delamater & Grey, 2012) وفضلاً عما تقدم أسفرت هذه الدراسات عن أهمية تنمية إدارة الذات لدى المراهقين مرضى السكر؛ لما لها من دور في تدعيم استقلاليتهم واعتمادهم على أنفسهم، وتحسين النتائج الصحية (Opipari- Arrigan, Kichler & Fredericks, 2005; Bulaclac, Mulvancy, Rothman, Wallston, Lybarger & Dietrich, 2010; 2011)؛ وأشارت أيضاً إلى فاعلية البرامج الإرشادية في تنميتها لديهم (2015; Musekamp; Bengel; Schuler & Faller, 2015; Mc Gowan, 2015)، وبناءً على ما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة في السؤالين التاليين:

1. هل يتحسن أداء المجموعة التجريبية من المراهقين مرضى السكر على مقياس السلوك الصحي في القياس البعدي للبرنامج الإنمائي؟
 2. هل يختلف أداء المجموعة التجريبية من المراهقين مرضى السكر على مقياس السلوك الصحي باختلاف القياسين البعدي والتتبعي (بعد شهر من انتهاء البرنامج) للبرنامج الإنمائي؟
- **أهداف الدراسة:** تهدف هذه الدراسة إلى اختبار فاعلية برنامج قائم على تنمية إدارة الذات في تحسين السلوك الصحي لدى المراهقين مرضى السكر.
 - **أهمية الدراسة:** تستمد هذه الدراسة أهميتها من الاعتبارات التالية؛

1. حذب الاهتمام لفئة المراهقين من مرضى السكر في محاولةٍ لمساعدتهم على حل مشكلاتهم والارتقاء بصحتهم النفسية والبدنية .
2. أهمية المرحلة العمرية؛ إذ تمثل المراهقة فترة انتقالية مهمة من الاعتماد على الوالدين ومُقدمي الرعاية الصحية إلى الاعتماد على الذات وتحمل المسؤولية الشخصية في الرعاية الصحية، ومتابعة البرنامج العلاجي؛ الأمر الذي يعزز أهمية التدخل في هذه الفترة لدعم وتنمية القوى الإيجابية في الشخصية ولاسيما إدارة الذات.
3. نُدره الدراسات العربية -في حدود اطلاع الباحثة- التي اهتمت بتنمية إدارة الذات لدى المراهقين مرضى السكر لمساعدتهم على التحكم في مرضهم والتعايش معه.
4. أهمية متغيري إدارة الذات والسلوك الصحي؛ إذ تمثل إدارة الذات الخط الدفاعي الأول للمراهق مريض السكر الذي يُمكنه من التعايش الصحي مع مرضه، وتقليل مضاعفاته، ومن ثم دعم وتنمية السلوك الصحي لديه، والذي يمثل غاية مهمة لكلٍ من المرضى والأصحاء على حد سواء.
5. الأهمية السيكميتريّة؛ حيث إعداد مقياسين لتقدير إدارة الذات والسلوك الصحي لدى المراهقين مرضى السكر؛ الأمر الذي قد يسهم في إثراء المكتبة العربية بمقاييس جديدة .
6. تضطلع هذه الدراسة بإعداد برنامج قائم على تنمية إدارة الذات بهدف تحسين السلوك الصحي، وهذا البرنامج -في حال ثبوت فاعليته- يمكن استخدامه وتطبيقه على قطاعات أكبر من المراهقين مرضى السكر؛ الأمر الذي قد يسهم في مساعدتهم والارتقاء بصحتهم النفسية والبدنية.
7. الأهمية التطبيقية؛ يمكن أن تساعد نتائج هذه الدراسة الإختصاصيين النفسيين وأختصاصي الصحة العاملين مع المراهقين مرضى السكر في

تصميم البرامج الإرشادية التي تهدف دعم الجوانب الإيجابية لديهم كمحاولة لتشجيعهم وتدريبهم على ضبط مرضهم والتعامل معه بفاعلية

■ **مُصطلحات الدراسة:** تضطلع هذه الدراسة بتناول المصطلحات التالية؛

1. إدارة الذات Self- Management: في ضوء تحليل تعريفات إدارة الذات في قاموس (APA, 2007) ولدى كل من (Barlow, et al., 2002; Xue & Sun, 2012; Mezo & Short, 2012; Lee; Lin; & Anderson, 2016) على الصعيد الأجنبي، و (جابر عبد الحميد جابر، وعلاء الدين كفاي، 1995؛ أنور فتحي عبد الغفار، 2003؛ زهير أحمد الزبيدي، 2007؛ هويده محمود حنفي، 2013؛ سمر عبد البديع عبدالعزيز، 2015) على الصعيد العربي نخلص إلى تعريفها نظرياً بأنها "مجموعة المهارات والاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد في المواقف المختلفة بهدف التحكم الذاتي في سلوكه وتوجيهه لتحقيق أهدافه، وتتضمن مهارات مراقبة وتوجيهه وتقييم وتعزيز الذات، فضلاً عن إدارة الوقت والانفعالات"، وتُعرّف إجرائياً في إطار هذه الدراسة بأنها "عملية معرفية سلوكية يتم من خلالها تدريب المراهقين مرضى السكر على تحقيق مستويات عالية من الاستقلالية في التعامل الفعّال مع مرضهم من خلال مهارات مراقبة، وتوجيهه، وتقييم، وتعزيز الذات، وذلك كما تعكسه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقياس المُعد في هذه الدراسة".

2. السلوك الصحي Health Behavior: في ضوء تحليل تعريفات كل من (Ferguson & Danial, 1995; Taylor, 2003) على الصعيد الأجنبي، و(محمد نجيب الصبوة، وأميره أحمد الدق، 2009؛ كريمة سيد محمود، 2011؛ رمضان زعطوط، وعبد الكريم قريشي، 2014؛ يونان اسحق عزيز، 2015) على الصعيد العربي نخلص إلى تعريف السلوك الصحي إجرائياً بأنه "أي نشاط يقوم به الفرد بهدف الحفاظ على حالته الصحية،

وتعزيزها، ومنع تفاقم مرضه من قبيل ممارسة الأنشطة البدنية، واتباع عادات صحية إيجابية في التغذية والنوم، وممارسة سلوكيات الرعاية الذاتية، واتخاذ الإجراءات الصحية الوقائية وتعزيز الصحة النفسية، وذلك كما تعكسه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقياس المُعد في هذه الدراسة".

3. مرض السكر Diabetes Mellitus: هو مرض إستقلابي (أيضي) مزمن Metabolic Disease يتميز بزيادة مستوى السكر في الدم Hyperglycemia نتيجة لنقصٍ نسبي أو كامل في الأنسولين Insulin في الدم أو لخلل في تأثير الأنسولين على الأنسجة، مما ينتج عنه مضاعفات مزمنة في أعضاء مختلفة من الجسم (يسام خالد الطيارة، 1998: 9-10).

دراسات سابقة: يمكن عرض الدراسات المعنية بموضوع هذه الدراسة على النحو التالي؛

إدارة الذات لدى المراهقين مرضى السكر؛ ومنها دراسة (Law, Kelly, Hueg & Summerbell, 2002) التي بحثت العلاقة بين المعتقدات حول المرض، وإدارة الذات والرفاهة النفسية وضبط السكر بالدم لدى (30) مراهقاً بالمملكة المتحدة، وتوصلت إلى أن المعتقدات حول المرض لا ترتبط بسلوك إدارة الذات، في حين أن كليهما كانا منبئاً دالاً بالرفاهة النفسية .

كما بحث (Storch, et al, 2006) العلاقة بين التتمر وإدارة الذات وضبط عملية التمثيل الغذائي لدى الأطفال والمراهقين ذوي النمط الأول من السكر (ن=167)، طُبقت عليهم مقاييس لتقدير المتغيرات السابقة، كما تم الحصول على تقارير زيارات الرعاية المنتظمة، وأسفرت النتائج عن وجود ارتباط سالب ودال بين التتمر وإدارة الذات، وأن الأعراض الاكتئابية تتوسط هذه العلاقة جزئياً .

أما دراسة (Sarkar, Fisher & Schillinger, 2006) فبحث العلاقة بين إدارة الذات وفاعلية الذات لدى عينة من ذوي النمط الثاني من السكر منخفضي الدخل (ن = 408) بولاية سان فرانسيسكو، طُبِق عليهم مقياس فاعلية الذات المرتبط بمرض السكر، ومقياس أنشطة رعاية الذات لتقدير إدارة الذات، وانتهت النتائج إلى وجود ارتباط موجب ودال بين إدارة الذات وفاعلية الذات.

كما قام (Wallston, Rothman & Cherrington, 2007) بتطبيق مقياس الإدارة الذاتية لمرض السكر على عينة قوامها (398 من مرضى السكر: 57 من ذوي النمط الأول، و 341 من ذوي النمط الثاني) وأشارت النتائج إلى أن إدارة الذات لا ترتبط بمتغيرات العمر، فترة الإصابة بالمرض، وعدد سنوات التعليم.

هدفت الدراسة الكيفية التي أجراها (Auslander, Sterzing, Zayas & White, 2010) تحديد الموارد النفسية والعوائق أمام إدارة الذات لدى المراهقين (ن = 10 مراهقاً أمريكياً من أصل أفريقي، تتراوح أعمارهم بين 14: 19 عامًا، ولا تقل مدة مرضهم عن عام) ذوي النمط الثاني من مرض السكر وأمهاتهم، 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 تماثل رؤى المراهقين وأمهم بشأن إدارة الذات؛ حيث تمثلت مصادر دعمها في دور الأم كمساند أولي، وارتفاع فاعلية الذات، والتوافق مع مرور الوقت، وإدراك الأسرة لخطورة مرض السكر، وجود أقران داعمين ومساندين، أما عوائق إدارة الذات فتمثلت في الإحساس بالتعب، وتحديات اتباع حمية غذائية، والتأثير السلبي للأقران، والمشكلات التي يتعرض لها المراهق في حياته.

ولبحث مستوى إدارة الذات وعلاقته بالمتغيرات الديموجرافية والخصائص المرتبطة بالسكر قام (Yin, Wie & Hong, 2010) بتطبيق مقياس إدارة الذات والخصائص المرتبطة بالسكر واستبانة البيانات الديموجرافية على عينة قوامها (2011) صيني يعيشون بأمريكا يعانون من النمط الثاني من السكر، وتوصلوا لوجود ارتباط موجب بين إدارة الذات ومستوى التعليم، كما أن ذوي المدة الأطول من المرض، والذين يستخدمون الأنسولين كعلاج أكثر إدارة للذات من ذوي المدة الأقصر، ويستخدمون أدوية عن طريق الفم، فضلاً أن ممارسة إدارة الذات لدى المرضى كانت دون المستوى الأمثل وهو ما يشكل الدافع للقيام بالأبحاث التي تهدف تعزيز الإدارة الذاتية.

وفي سياق متصل سعى (Hughes, 2011) لبحث الدور الوسيط للمعالجة الإنفعالية (فهم - الاعتراف - قبول المشاعر) في العلاقة بين التحكم الذاتي (تنظيم الأفكار والمشاعر والسلوك) والقدرة على ضبط السكر لدى المراهقين (ن = 137، ومتوسط أعمارهم 13.48 عاماً) ذوي النمط الأول من السكر ممن تم تشخيص السكر لديهم منذ ما لا يقل عن عام، طُبق عليهم مقاييس: التحكم الذاتي (Finkenayer, et al., 2005) والمعالجة الانفعالية (Stanton, et al., 2000)، وكفاءة الإدارة الذاتية لمرض السكر (Iannotti, et al., 2006) وأسفرت النتائج عن أن المعالجة الإنفعالية تتوسط بشكلٍ دال العلاقة بين التحكم الذاتي وكل من ضبط نسبة السكر بالدم، وعملية التمثيل الغذائي، وأن المراهقين ذوي المعالجة الإنفعالية العالية قد تخفوا من الآثار السلبية للتحكم الذاتي الضعيف في حين أن المراهقين ذوي المعدل المنخفض في كل من المعالجة الإنفعالية والتحكم الذاتي كانت لديهم أسوأ معدلات السيطرة الأيضية . هدفت دراسة (Gramm & Nieboer, 2012) بحث قدرة إدارة الذات على التنبؤ بالصحة البدنية والأعراض الاكتئابية لدى عينة قوامها (1570 من مرضى القلب والأوعية الدموية، 719 من مرضى الإنسداد الرئوي المزمن،

و412 من مرضى السكر)، طُبق عليهم ثلاثة مقاييس فرعية لقدرات إدارة الذات تشمل (فاعلية الذات، وأخذ زمام المبادرة، وسلوك الاستثمار)، والمكون البدني من مقياس المسح الصحي، ومقياس الاكتئاب، وأشارت النتائج إلى أن إدارة الذات هي منبئ قوي ودال بالصحة البدنية والأعراض الاكتئابية لدى المجموعات الثلاث.

كما بحثت دراسة (Jaser, Faulkner, Whittermore, Jeon , Delamater & Grey, 2012) العلاقة بين إدارة الذات وكل من التوافق ورد الفعل للضغوط ونوعية الحياة وضبط السكر بالدم وعملية التمثيل الغذائي لدى عينة من المراهقين ذوي النمط الأول من السكر (ن = 327)، تتراوح أعمارهم بين 11: 14 عامًا ولا يعانون من مشكلات طبية أخرى، وتم تشخيص المرض لديهم منذ 14 عامًا أو أكثر، طبقت عليهم مقاييس إدارة الذات للمراهقين مرضى السكر، واستراتيجيات مواجهة المشكلات المرتبطة بمرض السكر، ومقياس نوعية الحياة، وأسفرت النتائج عن أن إدارة الذات تتوسط العلاقة بين الضغوط وأساليب مواجهتها من ناحية، ونوعية الحياة وضبط السكر وعملية التمثيل الغذائي من ناحية أخرى.

أما دراسة (Gua, Whittermore, Jeon, Grey & Zhou, 2015) فبحثت إدارة الذات والأعراض الاكتئابية وضبط عملية التمثيل الغذائي والرضا عن نوعية الحياة على مر الزمن لدى عينة من الشباب الصيني ذوي النمط الأول من السكر (ن = 136) تم تتبع (86) منهم مرة أخرى في فترة قُدرت من 6: 12 شهرًا عقب القياس الأول، وأشارت النتائج إلى انخفاض إدارة الذات مع مرور الوقت، في حين أن متغيرات الأعراض الاكتئابية والرضا عن الحياة لم تتغير في القياسين، كما تبين وجود ارتباط موجب بين إدارة الذات وضبط التمثيل الغذائي، وسالبا بين الأعراض الاكتئابية والرضا عن الحياة، وأشارت النتائج أيضًا إلى أن الشباب مرضى السكر يواجهون صعوبة في التوافق مع

مرض السكر؛ خاصةً مع تدهور قدرات إدارة الذات، وأن تعزيز إدارة الذات وخفض الأعراض الاكتئابية يعزز التوافق مع مرض السكر .

ولبحث العلاقة بين المساندة الاجتماعية بأنماطها والقدرة على إدارة

الذات لدى عينة من مرضى النمط الثاني من السكر قام (Koetsenruijter, et al., 2016) بتطبيق مقياسي المساندة الاجتماعية وإدارة الذات، واستبانة البيانات الديموجرافية على عينة قوامها (1692) تبدأ أعمارهم من 18 عامًا فما فوق، وتوصل إلى أن المساندة المعرفية والانفعالية والاشترك في منظمات المجتمع المحلي قد ارتبطت إيجاباً وبشكل دال بإدارة الذات، وكان الارتباط بين المساندة المعرفية وإدارة الذات أكثر قوة لدى منخفضي مستوى التعليم، في حين أن المساندة الانفعالية كانت الأقوى ارتباطاً بإدارة الذات لدى مرتفعي التعليم .

وعن السلوك الصحي لدى المراهقين مرضى السكر قام (Rorres,

1995) باختيار عينة عشوائية من المراهقين (ن= 100) الصغار (تتراوح أعمارهم بين 12: 13 عامًا) والكبار (16 تتراوح أعمارهم بين 16: 17 عامًا) من مدارس مدينة كورونا بأسبانيا، وطبق عليهم مقياس تقدير الذات (Gordon, 1978) والسلوك الصحي (ويقيس مكونات التغذية، الصحة الشخصية، الصحة النفسية، المخدرات، الأمان، الاجتماعية)، وقيمة الصحة، وأسفرت النتائج عن وجود ارتباط إيجابي دال بين تقدير الذات وقيمة الصحة ومؤشرات السلوك الصحي الإيجابي .

ولبحث تأثير كل من تقدير الذات وقيمة الصحة في السلوك الصحي

لدى المراهقين، قام (Rothman, et al., 2008) بدراستهم على المراهقين الأمريكيين مرضى النمط الثاني من السكر (ن= 103: 69% منهم إناث) متوسط أعمارهم 15.4 عامًا، ومتوسط مدة إصابتهم بالمرض عامين، وتوصلوا إلى وجود فروق واضحة بين أفراد العينة في السلوك الصحي؛ فبينما أفاد 80% منهم أنهم منتظمون في تناول الدواء، نجد 59% منهم فقط يحرصون

على مراقبة مستوى السكر بالدم، كما ذكر المرضى نوبات 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، وتشير هذه النتائج إلى أن المراهقين بحاجة إلى التدريب على سلوك إدارة الذات بدرجة ملحّة .

أما إدارة الذات وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى المراهقين مرضى السكر؛ فقد هدفت دراسة (Thompson, 2010) بحث العلاقة بين الوعي الصحي وكلّ من فعالية الذات وإدارة الذات، ومعرفة ما إذا كانت فعالية الذات تتوسط العلاقة بين المتغيرين لدى عينة من مرضى النمط الأول والثاني من مرض السكر بولاية أوكلاهوما، طُبق عليهم مقاييس: محو الأمية الصحية، وأنشطة الرعاية الذاتية لتقدير إدارة الذات، وفعالية الذات، وأسفرت النتائج عن وجود ارتباط موجب ودال بين إدارة الذات وفعالية الذات، وبين السلوك الصحي وكل من إدارة وفعالية الذات، وأن فعالية الذات لا تتوسط العلاقة بين إدارة الذات والوعي الصحي .

أما دراسة (Al- Khawaldah; Al Hassan & Froelicher, 2012) فبحث كل من إدارة الذات وفعالية الذات وعلاقتها بضبط السكر بالدم لدى عينة قوامها (223) من مرضى النمط الثاني من مرض السكر تبدأ أعمارهم من سن 25 فما فوق ممن يتلقون الرعاية بالمركز الوطني للسكر بعمان - الأردن تم عمل مقابلات منظمة، ومراجعة السجلات الطبية، وطُبقت استبانة بيانات ديموجرافية ومقاييس فعالية الذات والإدارة الذاتية، كما تم استخدام الهيموجلوبين Glycosylated hemoglobin كمؤشر لضبط السكر بالدم، وتوصلت النتائج إلى أن فعالية الذات وإدارة الذات يتنبأان بشكلٍ دال بنسبة السكر بالدم، وأن المرضى ذوي فعالية الذات المرتفعة قرروا وجود إدارة ذاتية

أفضل لسلوك النظام الغذائي، والرياضة، وفحص نسبة السكر بالدم، وتناول الأدوية .

وفيما يتعلق بتنمية إدارة الذات لدى المراهقين مرضى السكر نجد

دراسة (Opipari- Arrigan, Kichler & Fredericks, 2005) التي بحثت 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) بمرحلة المراهقة المبكرة تتراوح أعمارهم بين 10: 14 عامًا وآبائهم، وتكون التدخل من 6 جلسات إسبوعية، كما تم تقدير معلوماتهم عن مرض السكر والتوافق مع المرض، والمسئولية عنه، ومعدل السكر بالدم في بداية التدخل، وبعد 12 شهرًا في فترة المتابعة، وأظهرت النتائج تحسنًا ملحوظًا ودالًا في إدارة الذات، وما تبعه من زيادة المعلومات المرتبطة بالسكر والتوافق مع المرض، وكذلك المسئولية الشخصية.

أما دراسة (Mulvancy, Rothman, Wallston, Lybarger & Dietrich,

2010) فبحثت فاعلية برنامج قائم على الأنترنت لتنمية إدارة الذات لدى المراهقين ذوي النمط الأول من مرض السكر (ن = 72) تتراوح أعمارهم بين 13: 17 عامًا؛ قُسموا عشوائيًا إلى مجموعتين الأولى ضابطة تعرضت للرعاية المعتادة، والثانية تجريبية تعرضت للرعاية المعتادة، بالإضافة إلى برنامج لدعم إدارة الذات عبر الأنترنت، واعتمد البرنامج على نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي، وتقدير الذات، واستمر لمدة 11 إسبوعًا عُرض خلالها ست قصص باستخدام الوسائط المتعددة تصور العوائق النفسية والاجتماعية لإدارة الذات (مثل ضغط الوقت - متطلبات التنافس - التردد) فضلًا عن النظريات المختلفة للتوافق وحل المشكلات، ومراحلها، كما تضمن التدريب التعرف على المشكلات التي تعوق إدارة الذات، والتدريب على كيفية مواجهتها، وقد أظهرت المجموعة

التجريبية تحسناً دالاً إحصائياً في إدارة الذات، وكذلك القدرة على حل المشكلات .

وفي ذات السياق سعت دراسة (Bulaclac, 2011) لتقييم فاعلية برنامج تدخل عبر الانترنت يهدف تنمية إدارة الذات لدى المراهقين ذوي النمط الأول من مرض السكر (تتراوح أعمارهم بين 13: 17 عامًا) بجنوب كاليفورنيا، وبعد الموافقة المبدئية تم اختيار اثنين من المشاركين لعمل دراسة حالة لهم، وأسفرت النتائج عن فعالية التدخل القائم على تنمية إدارة الذات في دعم الشعور بالتحكم الذاتي وفعالية الذات في ضبط السكر لديهم في فترة انتقالهم من مرحلة الرعاية الوالدية، وتوصي هذه الدراسة بإجراء مزيد من الدراسات على المراهقين مرضى السكر ذوي فترات المرض المختلفة وأنماط الخبرة المختلفة.

ولاختبار فاعلية نوعين من برامج تنمية إدارة الذات في حدوث تحسن لدى مرضى النمط الثاني من مرض السكر، فضلاً عن تقرير ما إذا كانت هناك فروق في فاعلية البرنامجين، اعتمد (Mc Gowan, 2015) على عينة قوامها (405) من مرضى السكر تم تقسيمهم عشوائياً إلى ثلاث مجموعات: تضمنت الأولى (130) تعرضوا لبرنامج تنمية الإدارة الذاتية لمرض السكر، والثانية (109) تعرضت لبرنامج تنمية إدارة الذات العامة، والثالثة (122) ومثلت المجموعة الضابطة التي لم تتعرض لأي تدخل، وتم قياس مجموعة من المتغيرات التابعة بعد التدخل مباشرةً وفي القياس التبعي بعد مُضي 12 شهراً من التدخل، وأسفرت النتائج عن عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين البرنامجين من حيث الفاعلية؛ حيث أسهم كليهما في حدوث نفس التحسن لدى المجموعتين في متغيرات: التعب، وإدارة الأعراض، وفاعلية الذات المرتبطة بالمرض، والتواصل مع الطبيب، ومقياس التمكين المرتبط بالسكر، فضلاً عن متغير ضبط السكر بالدم .

أما دراسة (Musekamp; Bengel; Schuler & Faller, 2015) فاختبرت فاعلية برنامج لتنمية مهارات إدارة الذات ودوره في تحسين نوعية الحياة وخفض الأعراض الاكتئابية لدى المرضى بأمراض مزمنة - من بينها السكر - بألمانيا (ن = 580)، طُبق عليهم مقاييس إدارة الذات، ونوعية الحياة، والأعراض الاكتئابية وبمقارنة القياسات القلبية والبعديّة والتتبعية (بعد ثلاثة شهور من انتهاء التدخل) أشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج في تحسين مهارات إدارة الذات، وكذلك نوعية الحياة، وخفض الأعراض الاكتئابية لدى عينة الدراسة .

ولاختبار فاعلية برنامج تعليمي قائم على تنمية إدارة الذات في ضبط عملية التمثيل الغذائي لدى مرضى النمط الثاني من السكر اعتمد (Sadegghian, Madhu, Agrawal, Kannan & Agrawal, 2016) على عينة تجريبية (ن = 134)، وأخرى ضابطة (ن = 123)، ورُوعي تحقيق التكافؤ بينهما في كل المتغيرات الصحية، وتم تقسيم المجموعة التجريبية لمجموعات صغيرة يتراوح عدد أفرادها بين 4: 12 بواقع جلستين أسبوعياً مدة الجلسة ساعتان، وأستمر التدخل لمدة ستة أشهر حدث بعدها تحسن دال لدى المجموعة التجريبية مقارنةً بالضابطة في ضبط عملية التمثيل الغذائي ومستوى النشاط البدني ومؤشر كتلة الجسم.

تعقيب عام على الدراسات السابقة: من خلال استقراء وتحليل الدراسات السابقة نخلص إلى ما يلي:

اتفقت نتائج الدراسات السابقة على:

أ. أهمية متغير إدارة الذات لدى المراهقين مرضى السكر؛ إذ أنه يرتبط بارتفاع معدلات كل من الرفاهة النفسية، وفاعلية الذات، ونوعية الحياة (Sarkar, Fisher & Schillinger, 2006; Jaser, Faulkner, Whittermore, Jeon , Delamater & Grey, 2012)، وانخفاض الاكتئاب (Storch, et al, 2006; Gramm & Nieboer, 2012).

- ب. افتقار المراهقين مرضى السكر لمهارات إدارة الذات؛ الأمر الذي يعزز من ضرورة تصميم برامج إرشادية لتنميتها لديهم (Yin, Wie & Hong, 2010; Gua, Whittermore, Jeon, Grey & Zhou, 2015).
- ج. أهمية تنمية إدارة الذات لدى مرضى السكر؛ خاصة المراهقين منهم؛ لما لها من دور في تدعيم استقلاليتهم واعتمادهم على أنفسهم، وتحسين النتائج الصحية (Opipari- Arrigan, Kichler & Fredericks, 2005; Mulvancy, Rothman, Wallston, Lybarger & Dietrich, 2010; Bulaclac, 2011).
- د. فاعلية البرامج الإرشادية في تنمية إدارة الذات لدى المراهقين مرضى السكر (Musekamp; Bengel; Schuler & Faller, 2015; Mc Gowan, 2015).
- هـ. وجود ارتباط موجب بين إدارة الذات والسلوك الصحي لدى المراهقين مرضى السكر؛ (Thompson, 2010; Al- Khawaldah; Al Hassan & Froelicher, 2012).
- و. وجود ارتباط موجب بين إدارة الذات ومؤشرات تحسن الصحة البدنية، وضبط نسبة السكر بالدم لدى المراهقين مرضى السكر (Gramm & Nieboer, 2012; Gua, Whittermore, Jeon, Grey & Zhou, 2015).
- ز. وجود فروق بين المراهقين مرضى السكر بصدد مدى انتظامهم في اتباع السلوك الصحي؛ الأمر الذي يوضح ضرورة دعمه وتعزيزه لديهم (Rorres, 1995; Rothman, et al., 2008).
- 1) تباينت نتائج الدراسات السابقة بشأن علاقة إدارة الذات بفترة الإصابة بالمرض؛ فبينما توصلت دراسة (Wallston, Rothman & Cherrington, 2007) إلى أن إدارة الذات لا ترتبط بمتغير فترة الإصابة بالمرض، نجد دراسة (Yin, Wie & Hong, 2010) توضح أنها كانت أقوى لدى المرضى ذوي المدة الأطول من المرض، والذين يستخدمون الأنسولين كعلاج.

(2) تضمنت عينات الدراسات السابقة -خاصة التجريبية منها- ذكوراً وإناثاً دون الإشارة إلى وجود فروق بينهما في إدارة الذات .

(3) أما عن أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة فتمثلت في اختيار العينة؛ حيث جاءت من المراهقين ذكوراً وإناثاً، كما ظهرت أوجه الاستفادة في صياغة المفاهيم الإجرائية، وطرح الفروض في ضوء ما أسفرت عنه الدراسات السابقة من نتائج، وإعداد أدوات الدراسة، فضلاً عما يمكن استخلاصه من تعزيزات للنتائج عند مناقشتها لاحقاً.

أما عن الجديد الذي تُضيفه هذه الدراسة؛ فيتمثل في:

أ. عدم وجود دراسة عربية -في حدود اطلاع الباحثة- اهتمت بتنمية إدارة الذات لتحسين السلوك الصحي لدى المراهقين مرضى السكر .
ب. إعداد مقياسين لتقدير كل من إدارة الذات والسلوك الصحي؛ علاوةً على تصميم برنامج لتنمية إدارة الذات لدى المراهقين مرضى السكر.

■ فروض الدراسة:

في ضوء نتائج الدراسات السابقة والأطر النظرية المختلفة فإن هذه الدراسة تسعى للتحقق من الفروض الآتية؛

(1) يتحسن أداء المجموعة التجريبية من المراهقين مرضى السكر على مقياس السلوك الصحي في القياس البعدي للبرنامج الإنمائي .

(2) لا يختلف أداء المجموعة التجريبية من المراهقين مرضى السكر على مقياس السلوك الصحي باختلاف القياسين البعدي والتتبعي (بعد شهر من انتهاء البرنامج) للبرنامج الإنمائي .

منهج وإجراءات الدراسة:

منهج الدراسة: اعتمدت الدراسة على المنهج التجريبي - للكشف عن

فاعلية برنامج قائم على تنمية إدارة الذات في تحسين السلوك الصحي لدى

عينة الدراسة من المراهقين مرضى السكر؛ واستخدمت التصميم التجريبي ذي المجموعة الواحدة؛ وذلك لصعوبة استخدام التصميم التجريبي ذي المجموعتين لتعذر تحقيق التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة في كل المتغيرات التي من شأنها التأثير على المتغير التابع (السلوك الصحي) من قبيل نسبة السكر، ونوع العلاج، والسمات الشخصية الأخرى للمراهق نفسه، وتأثير شخصية الطبيب المعالج، ومستوى تعليم وثقافة وتدين الوالدين، وما يتبع ذلك من تحديد اتجاهاتهما نحو مرض ابنهما، فضلاً عن مدى مساندة الأسرة والرفاق والمجتمع المحيط؛ فكل هذه العوامل من شأنها أن تؤثر في إدارة المراهق لمرضه، وذاته (Auslander, Sterzing, Zayas & White, 2010; Yin, Wie & Hong, 2010; Koetsenruijter, et al., 2016

إجراءات الدراسة وتشمل:

أولاً **عينة الدراسة**؛ تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية، وتضمنت المجموعتين الفرعيتين التاليتين:

أ- **المجموعة السيكومترية**، وتضمنت (40) من المراهقين مرضى السكر (من بعض العيادات والمستشفيات الحكومية والخاصة بمحافظة القاهرة)، تتراوح أعمارهم بين 13: 15 عامًا بمتوسط (13.87) عامًا وانحراف معياري (0.777)، وقد أُختيرت هذه العينة بهدف التحقق من الكفاءة السيكومترية لمقياسي الدراسة، وقد روعي عند اختيار هذه أفراد العينة أن يكون قد تم تشخيص مرض السكر لديهم بشكل واضح منذ ما لا يقل عن عام؛ حتى يكونوا علي وعي بأعراضه، ومتطلباته، وألاً يعانون من أمراض أو إعاقات أخرى.

ب- **المجموعة الأساسية** وتضمنت (8) ثمانية مراهقين (5 ذكورًا، 3 إناثًا) ممن حصلوا على درجات تقع في الإربعي الأدنى على مقياسي

إدارة الذات، والسلوك الصحي؛ وقد جاء اختيار العينة على هذا النحو لمبررات عدة نعرضها فيما يلي:

(1) نتيجة للتغيرات العديدة (البيولوجية والاجتماعية والمعرفية) التي تحدث في مرحلة المراهقة؛ فإن تنمية إدارة الذات لدى مرضى السكر عادةً ما يكون ضرورياً في هذه الفترة من الحياة (Luyckx, 2012) .

(2) إن المراهقين مرضى السكر في خطر متزايد للمعاناة من مشكلات رعاية الذات وضبط السكر (Opipari- Arrigan, Kichler & Fredericks, 2005)؛ حيث يواجهون صعوبة بالغة في ضبط نسبة السكر، وكذلك عملية التمثيل الغذائي؛ نظراً لصعوبة مواكبة الاحتياجات المتزايدة من الأنسولين التي تسببها التغيرات الهرمونية المرتبطة بالبلوغ، وضعف سلوك رعاية الذات لدى المراهقين مقارنةً بالبالغين والأطفال، كما أن المراهقين سواء مرضى السكر أو الأصحاء أكثر مقاومة للأنسولين مقارنةً بالبالغين؛ الأمر الذي يسهم في مضاعفة الصعوبات التي يعايشها المراهقون في ضبط عملية التمثيل الغذائي، وبالتالي فليس من المستغرب أن يعاني المراهقون صعوبات في ضبط مرض السكر بشكلٍ يفوق الأطفال والبالغين (Verchota, 2014).

(3) إن نتائج الرعاية الصحية السيئة التي تظهر بشكلٍ خاص في المرحلة الانتقالية من الطفولة والمراهقة إلى الرشد توضح ضرورة التدريب على إدارة الذات قبل مرحلة البلوغ؛ فبينما يكون متوقعاً من المراهقين أن يتحملوا المسؤولية الأكبر في رعاية أنفسهم ومتابعة مرضهم فإن معلوماتهم ومهاراتهم في إدارة الذات تكون أقل من المستوى المطلوب، وهذا يمثل مشكلة كبيرة؛ حيث أن سلوكيات إدارة الذات غير المناسبة وغير الكافية ربما تقلل من الاستفادة من العلاج، وتقلل النتائج الصحية الإيجابية، وتزيد مخاطر النتائج الصحية الجانبية؛ وهكذا فإن التدخل المبكر يُعد شرطاً ضرورياً (Lindsay, Kingsnorth, Mcdougall & Keating, 2014) .

ثانياً أدوات الدراسة؛ لتحقيق أهداف الدراسة تم اعداد الأدوات التالية:

1. أدوات لتشخيص متغيرات الدراسة وتشمل:

أ. مقياس إدارة الذات للمراهقين مرضى السكر: أُعد بهدف توفير مقياس يتفق وخصائص عينة الدراسة من المراهقين مرضى السكر؛ فعلى الرغم من الوفرة الشديدة في مقاييس إدارة الذات على الصعيد العربي، إلا أن غالبيتها قد أُعد لعينات تختلف في خصائصها وطبيعتها عن المراهقين مرضى السكر؛ وفي ضوء ما تقدم تمت مراجعة الأطر النظرية المتعلقة بمتغير إدارة الذات؛ وذلك بهدف تعريفه إجرائياً، ثم تحديد مكونات المقياس عن طريق استقراء الأدبيات النفسية، والمقاييس السابقة على الصعيد العربي (عبد الوهاب كامل، 1988؛ إيمان مختار عامر، 2010؛ أسماء محمد عدلان، 2011؛ نجوى السيد إمام، 2011؛ إيهاب سيد محمود، 2012؛ حسام محمد عبد الغني، 2012؛ هويده حنفي محمود، 2013؛ صابر فاروق محمد، 2014؛ مصطفى عطية الشيخ، 2014؛ إيمان محمد ريان، 2015؛ سمر عبد البديع عبد العزيز، 2015؛ خالد عبد الله المطيري (2015)؛ محمد الشبراوي أحمد، 2015؛ وصل عبدالله بن عبدالله، (2016)، والأجنبي (Tangney, Baumeister & Boone, 2004; Schuurmans, Steverink, frieswiikn, et al., 2005; Wallston, Rothman & Cherringgton, 2007; Mezo, 2009; Shakibazadeh, Rashidian, Larijani, & Shojaeezadeh, 2012; Xue & Sun, 2012; Zhang, Wang, Li, Cai, Zhang, Wang & Wang, 2013; Klassen, et al., 2015; Lee, Lin & Anderson, 2016) فضلاً عن تطبيق استبانة مفتوحة على مجموعة من أساتذة علم النفس، وكذلك الوالدين والقائمين بالرعاية الصحية للمراهقين مرضى السكر لاستطلاع رأيهم بشأن مكونات إدارة الذات، والسمات الدالة على كل مكون، وهو ما أسفر عن تحديد أربعة مكونات -كانت هي الأعلى شيوعاً بين المصادر السابقة- تمثلت في: مراقبة، وتوجيه، وتقييم، وتعزيز

الذات، وبعد تحديد مكونات المقياس تمت صياغة بنوده في ضوء ما أسفر عنه تحليل المصادر السابقة، وقد رُوِيَ في الصياغة التنوع بين السلب والإيجاب، والدقة والوضوح، والبعد عن البنود الموحية، والمنفية، والمركبة، ومزدوجة المعنى، كما تم تحديد بدائل الاستجابة، وصياغة تعليمات المقياس في صورة واضحة وملائمة للعينة، وتضمن المقياس في صورته الأولى (48) بنداً، تم عرضها كمكونات مستقلة على عينة من أساتذة علم النفس لتقييمها شكلاً ومضموناً، وكان من نتائج التحكيم الإبقاء على البنود التي حازت على نسبة اتفاق (85,7% فأكثر) بالإضافة إلى تعديل صياغة بعض البنود، وتم تجريب المقياس من خلال تطبيقه في صورته النهائية على عينة استطلاعية (10 من المراهقين مرضى السكر) للاطمئنان لوضوح صياغة البنود والتعليمات، وصلاحية بدائل الاستجابة .

الكفاءة السيكومترية للمقياس؛ وتشمل: الثبات؛ للتحقق من ثبات المقياس عبر الزمن تم استخدام طريقة إعادة التطبيق بعد (17 يوماً) على عينة من المراهقين مرضى السكر (ن = 40)، وبلغ معامل الثبات (0.856)؛ فضلاً عن التحقق من ثباته عبر خلاياه عن طريق حساب التجزئة النصفية وبلغ (0.980. بعد تصحيح الطول)، وكذلك معامل ألفا، وبلغ (0.965، للمقياس ككل، و0.837، لمكون مراقبة الذات، و0.897، لتوجيه الذات، و0.872، لتقييم الذات، و0.9، لتعزيز الذات)؛ أما الصدق؛ فتم التحقق منه عن طريق صدق المحكمين، وسبقت الإشارة إليه، وكذلك الصدق المرتبط بالمحك؛ حيث حُسب معامل الارتباط بين درجات عينة التحقق من الكفاءة السيكومترية (ن = 40) على المقياس ودرجاتهم على مقياس فاعلية الذات (أحمد حسنين أحمد، 2002) - لوجود ارتباط موجب بين إدارة الذات وفاعلية الذات (Sarkar, Fisher & Schillinger, 2006; Al- Khawaldah; Al Hassan & Froelicher, 2012) - وبلغ (0.862)، وقائمة تشخيص الاكتئاب (مجدي محمد الدسوقي، 2002) - لوجود ارتباط سالب بين إدارة الذات والاكتئاب

لدى مرضى السكر (Storch, et al, 2006; Gramm & Nieboer, 2012) وبلغ (-786)؛ علاوةً على ما تقدم تم التحقق من قدرة المقياس على التمييز باعتبارها مؤشراً على الصدق - عن طريق حساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات الأفراد مرتفعي (50% الأعلى) ومنخفضي الدرجة (50% الأدنى) على المقياس، وجاءت قيمة (ت=13.78) دالة عند (001) في اتجاه مرتفعي الدرجات (ن=20، م=116,60 / ع=8,83) مقارنةً بمنخفضي الدرجات (ن=20، م=78,2 / ع=8,78)؛ مما يبرهن على صدق المقياس.

ب. مقياس السلوك الصحي للمراهقين مرضى السكر: على الرغم من وفرة مقاييس السلوك الصحي على الصعيد العربي؛ إلا أن غالبيتها قد صُمم ليُطبق على الراشدين (رمضان زعطوط، وعبد الكريم قريشي، 2014؛ يونان إسحق عزيز، 2015؛) أو الرياضيين (قتيبة الحراحشة، وحسين أبو الرز، 2015)، وفي ضوء ما تقدم تمت مراجعة الأطر النظرية المتعلقة بالسلوك الصحي؛ وذلك بهدف تعريفه إجرائياً، ثم تحديد مكونات المقياس عن طريق استقراء الأدبيات النفسية، والمقاييس السابقة على الصعيد العربي (سبق ذكرها) والأجنبي مثل (Hooker & Vickers, Conway & Hervig, 1990; Kaus, 1994; Chen, Wang, Yong & Liou, 2003; Shin, 2010; Moreno, Kelley, Landry, Paasch, Terlecki, Johnston & Foreyt, 2011; Dosedlova, Klimusova, Buresova, Jelinek, Slevachova & Vasina, 2015) فضلاً عن تطبيق استبانة مفتوحة على مجموعة من أساتذة علم النفس، وكذلك القائمين على الرعاية الصحية لمرضى السكر لاستطلاع رأيهم بشأن أشكال ومظاهر السلوك الصحي، وهو ما أسفر عن تحديد خمسة مكونات - كانت هي الأعلى شيوعاً بين المصادر السابقة - تمثلت في: النشاط البدني، عادات التغذية والنوم، والرعاية الذاتية الصحية، والإجراءات الصحية الوقائية، وتعزيز الصحة النفسية، وبعد ذلك تمت

صياغة بنود المقياس في ضوء ما أسفر عنه تحليل المصادر السابقة، وصياغة تعليماته، وتم عرض المقياس كمكونات مستقلة على عينة من أساتذة علم النفس لتقييمها، وقد تم تعديل بنود المقياس في ضوء توصيات المحكمين، بعد ذلك تم تجريب المقياس من خلال تطبيقه في صورته النهائية على عينة استطلاعية (10 من المراهقين مرضى السكر) للاطمئنان لوضوح صياغة البنود، وسهولة فهم التعليمات، وصلاحيته بدائل الاستجابة .

الكفاءة السيكومترية للمقياس؛ وتشمل: **الثبات؛** وتم التحقق منه ثبات بطريقة إعادة التطبيق بعد (17 يوماً)، وبلغ معامل الثبات (0,882)؛ **والتجزئة النصفية** وبلغ (965، بعد تصحيح الطول)، وكذلك معامل ألفا، وبلغ (971، للمقياس ككل، و735، لمكون النشاط البدني، و929، لعادات التغذية والنوم، و866، للرعاية الذاتية الصحية، و882، للإجراءات الصحية الوقائية، و849، لتعزيز الصحة النفسية)؛ أما **الصدق؛** فتم التحقق منه عن طريق صدق المحكمين، وسبقت الإشارة إليه؛ علاوة على ما تقدم تم التحقق من قدرة المقياس على التمييز -باعتبارها مؤشراً على الصدق- عن طريق حساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات الأفراد مرتفعي (50% الأعلى) ومنخفضي الدرجة (50% الأدنى) على المقياس، وجاءت قيمة (ت=18.11) دالة عند (001و) في اتجاه مرتفعي الدرجات (ن=20، م=138,10 / ع=8,75) مقارنةً بمنخفضي الدرجات (ن=20، م=89,45 / ع=8,22)؛ مما يبرهن على صدق المقياس.

أدوات إنمائية، وتمثلت في برنامج إنمائي لتنمية إدارة الذات للمراهقين مرضى السكر، ويُعرف هذا البرنامج بأنه "خطة ارشادية معرفية سلوكية قائمة على تنمية إدارة الذات تُقدم على نحو مباشر وبصورة جماعية لعينة من المراهقين مرضى السكر بهدف تحسين السلوك الصحي لديهم"

ولإعداد هذا البرنامج تم اتباع الخطوات التالية:

1. الإطلاع على الأطر النظرية والدراسات السابقة؛ لبناء تصور عام عن خصائص الظاهرة موضوع الدراسة بالإضافة إلى خصائص العينة، وتكوين قاعدة عريضة يتم في ضوءها انتقاء أنشطة البرنامج وفتياته .
2. مراجعة الأدبيات السيكولوجية المعنية بالإرشاد النفسي للإستفادة منها في انتقاء فنيات البرنامج ومادته العلمية .
3. استقراء وتحليل الدراسات السابقة التي هدفت تنمية إدارة الذات، وتحسين السلوك الصحي، وقد أفضت هذه المرحلة إلى عدة نتائج تتمثل فيما يلي:
 - أ- ثمة دراسات أجنبية تناولت متغيري الدراسة - إدارة الذات، والسلوك الصحي - بشكل عام، وإن كانت الدراسات الوصفية تفوق الدراسات الإرشادية.
 - ب- أشارت نتائج الدراسات الأجنبية إلى أهمية تنمية إدارة الذات لدى مرضى السكر بوجه عام، والمراهقين بوجه خاص؛ وذلك لتحقيق الاستقلالية، والانتقال من الاعتماد على الوالدين والمربين إلى الاعتماد على الذات في متابعة المرض، والرعاية الذاتية .
 - ج- أغلب الدراسات السابقة التي هدفت تنمية إدارة الذات قد أعتمدت على التدخل الجماعي؛ مما يشير إلى فاعليته .في ضوء تحليل نتائج الخطوات السابقة تم تصميم البرنامج، وتكون في صورته النهائية من (17 جلسة) تم تقديمها بمعدل جلستين إسبوعياً، وتبعها التقييم التتبعي للبرنامج بعد شهر من إنتهاء تطبيقه؛ كما تراوحت المدة الزمنية للجلسة الواحدة بين (60 : 90) دقيقة؛ وفقاً لأهداف وإجراءات الجلسة، على أن يتم أخذ فترة راحة حسب احتياجات الجماعة الإرشادية .

تم عرض هذا البرنامج على عدد من المحكمين لإبداء رأيهم في محتواه ومدى مناسبته لعينة وهدف الدراسة، وقد أخذت آراء المحكمين بعين الاعتبار للإرتقاء بمستوى البرنامج .

فضلاً عما تقدم تم التحقق من صدق البرنامج في تنمية إدارة الذات، وذلك بحساب دلالة الفروق بين أداء العينة التجريبية على مقياس إدارة الذات في القياسين القبلي والبعدي للبرنامج الإنمائي باستخدام اختبار ويلكسون للعينات المرتبطة، وكانت النتائج كما بالجدول التالي:

جدول (1): مجموع ومتوسطات الرتب وقيمة (Z) لدلالة الفروق بين

القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس إدارة الذات

القياس	عدد الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة Z	الدلالة
إدارة الذات	الرتب الموجبة = 8	36.00	4.50	-2.523	.01
	الرتب السالبة = 8	صفر	صفر		

يتضح من القيم المُدونة بالجدول (1) وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للعينة التجريبية على مقياس إدارة الذات؛ حيث بلغت قيمة " Z " (-2.523) وهي دالة إحصائياً عند مستوى (0,01)، وهذه الفروق في اتجاه القياس البعدي (م = 129.12 في مقابل 72.25 للقبلي)؛ مما يشير إلى تحسن مستوى إدارة الذات لدى المشاركين بالبرنامج، كما تم التحقق من فاعلية البرنامج من خلال حساب نسبة الكسب المعدل وبلغت (1.3) وهي نسبة أعلى من الحد الأدنى (1.2) للفاعلية كما حدده بلاك Blake (عزت عبد الحميد محمد، 2011)؛ الأمر الذي يبرهن على صدق البرنامج المُعد لتنمية إدارة الذات، ويُثبت فاعليته، وتتفق هذه النتيجة السابق بيانها مع نتائج دراسات

كل من (Museum; Bengel; Schuler & Faller, 2015; Mc Gowan, 2015) التي أشارت إلى فاعلية البرامج الإرشادية في تنمية إدارة الذات لدى المراهقين مرضى السكر.

ثالثاً تطبيق أدوات الدراسة: تم تطبيق أدوات الدراسة على النحو التالي:
أولاً: تطبيق مقياسي إدارة الذات والسلوك الصحي على العينة الاستطلاعية في أوائل شهر يونيه/ 2016، **ثانياً:** اختيار العينة الأساسية وتطبيق البرنامج الإنمائي على العينة التجريبية ابتداءً من الإِسبوع الأخير من شهر يونيه، وخلال شهري يوليو وأغسطس/ 2016، ثم عمل التقييم التبعي للبرنامج بعد شهر من انتهاء تطبيقه.

رابعاً الأساليب الإحصائية: في ضوء الوصف الإحصائي لمتغيرات الدراسة، وطبيعة الفروض، وحجم العينة تم الاستعانة بالإحصاء البارامتري متمثلاً في معامل الارتباط، واختبار (ت) للعينات المستقلة (للتحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياسين)، كما أستعانت بالإحصاء اللابارامتري مُتمثلاً في اختبار ويلكسون للعينات المرتبطة (للتحقق من صحة فرضي الدراسة) .

نتائج الدراسة؛ مناقشتها وتفسيرها .

الفرض الأول، ونصه "يتحسن أداء المجموعة التجريبية من المراهقين مرضى السكر على مقياس السلوك الصحي في القياس البعدي للبرنامج الإنمائي"، وللتحقق من صحة هذا الفرض عُولجت استجابات عينة الدراسة التجريبية على مقياس السلوك الصحي باستخدام اختبار ويلكسون للعينات المرتبطة، وأسفر عن النتائج المبينة بالجدول التالي :

جدول (2) : مجموع ومتوسطات الرتب وقيمة (Z) لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس السلوك الصحي

القيمت الإحصائية المتغير	عدد الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة Z	الدلالة
السلوك الصحي	الرتب الموجبة = 8	36.00	4.50	-2.524	,01
	الرتب السالبة = صفر	صفر	صفر		

بمراجعة القيم الواردة بالجدول (2) يتبين لنا تحقق صحة هذا الفرض؛ حيث بلغت قيمة " Z " لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية (ن =8) على مقياس السلوك الصحي (-2.524) وهي دالة إحصائياً عند مستوى (01)، وهذه الفروق في اتجاه القياس البعدي (م =150 في مقابل 76.12 للقبلي)؛ وهذا يعني تحسن مستوى السلوك الصحي لدى المشاركين بالبرنامج، كما تم التحقق من فاعلية البرنامج من خلال حساب نسبة الكسب المعدل وبلغت (1.2) وهي نسبة تساوي من الحد الأدنى (1.2) للفاعلية كما حدده بلاك Blake (عزت عبد الحميد محمد، 2011)؛ الأمر الذي يُثبت فاعلية البرنامج في تحسين السلوك الصحي.

يتضح مما تقدم تحسن أداء العينة التجريبية على مقياس (السلوك الصحي) في القياس البعدي، وهذا ما توصلت إليه دراسة كل من (Thompson, 2010; Al- Khawaldah; Al Hassan & Froelicher, 2012) التي أشارت إلى وجود ارتباط موجب بين إدارة الذات والسلوك الصحي لدى المراهقين مرضى السكر، وكذلك دراسة كل من (Gramm & Nieboer, 2012;

(Gua, Whittermore, Jeon, Grey & Zhou, 2015)، التي أيدت وجود ارتباط إيجابي بين إدارة الذات ومؤشرات تحسن الصحة البدنية، وضبط نسبة السكر بالدم لدى المراهقين مرضى السكر .

■ مناقشة النتائج:

يمكن مناقشة نتائج هذا الفرض على النحو التالي:

أولاً ما أشارت إليه الأدبيات النفسية وأيدته الدراسات السابقة من وجود علاقة موجبة وقوية بين إدارة الذات والسلوك الصحي، وأن تنمية إدارة الذات من شأنه أن ينعكس على تحسن السلوك الصحي لدى الأفراد؛ فمفهوم إدارة الذات من المفاهيم النفسية العصرية التي لها دور إيجابي وفَعَّال في تنظيم حياة الفرد؛ فالشخص القادر على إدارة ذاته هو الذي استفاد من مواهبه وطاقاته ووقته لتحقيق أهدافه، وإدارة الفرد لذاته يساعده على أن يكون ذو شخصية متميزة تتمتع بخصائص فريدة تمكنه من إدراك إمكاناته وقدراته وتحقيق طموحاته (وصل عبدالله بن عبدالله، 2016)، وبذكر (Mezo & Short, 2012) ، إن مفهوم إدارة الذات ينبثق من نظريات التنظيم الذاتي، وقد أصبحت إدارة الذات قضية جوهرية في مجالات عدة مثل تعزيز الصحة والسيطرة على الأمراض المزمنة؛ كما أن إدارة الذات تمثل حجر الأساس في رعاية مرضى السكر (Sarkar, Fisher & Schillinger, 2006)، وتهدف برامج تنمية إدارة الذات إلى تحسين مهارات المريض في إدارته لمرضه المزمن عبر الحياة اليومية فمن المُفترض أن تحسين إدارة الذات يحسن بدوره في النتائج بعيدة المدى مثل نوعية الحياة (Musekamp, Bengel, Schuler & Faller, 2015) ، إن المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة مثل السكر يحتاجون إلى الإدارة الذاتية لحالاتهم وذلك حتى تتحقق النتائج المُتلى وكلما شعر مريض السكر بدرجة عالية من الكفاءة والفعالية الذاتية في

إدارة ذاته كلما تمكن من إدارة سلوكه الصحي مثل اتباع نظام غذائي أو ممارسة التدريبات الرياضية، وكلما تمكن من ضبط سكر الدم لديه (Wallston, Rothman & Cherrington, 2007)؛ فالإدارة الذاتية الفعالة تمثل جزءاً مهماً من نموذج رعاية الأمراض المزمنة؛ حيث أنها تساعد في تحسين النتائج الصحية وخفض التكاليف، لقد تم تطوير العديد من التدخلات التعليمية والإرشادية لدعم التغيير السلوكي، وتحسين إدارة الذات لدى المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة، ولقد حققت البحوث المعنية ببرامج التغيير السلوكي والتعليمي لهذه الحالات درجات متنوعة من النجاح (Koetsenruijter, et al., 2016).

وتشير تقارير هيئة الصحة العالمية إلى أن كثيراً من الأمراض المزمنة يمكن الوقاية منها من خلال التحكم في أنماط سلوك الرعاية الصحية (كريمة سيد محمود، 2011)، وقد أُجريت دراسات عديدة على سلوك المراهق الصحي في العديد من المجتمعات أشارت في مجملها إلى أنه يتأثر بالعديد من العوامل النفسية من بينها إدارة الذات (Shin & Kang, 2014). وتمثل مهارات إدارة الذات نموذجاً معرفياً سلوكياً للتوافق تم تطبيقه بنجاح في مجال التقييم والعلاج (Mezo, 2009)؛ فمعظم الناس ليسوا على وعي كلي بالسلوكيات المختلفة التي يندمجون فيها؛ فالسلوكيات المعتادة هي سلوكيات آلية، ونادراً ما يلاحظ الناس سلوكهم في نمط متسق ومنظم، وبالرغم من ذلك فإنه عندما يُتاح للناس فرصة لملاحظة سلوكهم فإنه تحدث كثيراً من التغييرات في سلوكهم، ويتبين أن المعلومات التي يتم الحصول عليها من خلال الملاحظة الدقيقة للسلوك تؤدي إلى تقويم الذات وتعديل السلوك، وتكشف عن أهمية التغذية المرتدة في تحديد مستوى سلوك الشخص، كما أن التسجيل الذاتي للسلوك يمكن أن يؤدي إلى معالجة بعض السلوكيات الخطأ؛ وهذه العمليات كلها تمثل مقومات مفهوم إدارة الذات، كما يسهم التدريب على إدارة الذات في تنمية المهارات الشخصية للفرد؛

حيث يساعده في الاعتماد على ذاته في اتخاذ القرارات، كما أنه يساعده في تحديد الجوانب التي يرغب في تحسينها أو تطويرها، علاوةً على أنه يقلل من الاعتماد على الراشدين في ضبط السلوك (محمد الشبروي أحمد، 2015)، وتوجد أدلة متعددة من خلال المراجعة المنتظمة لبرامج تنمية إدارة الذات التي أجريت على الراشدين توضح أن زيادة إدارة الذات تحسن النتائج الصحية، ونوعية الحياة، وفاعلية الذات وتخفض نسبة الاعتلال والزيارات الطبية الطارئة وتكاليف الرعاية الصحية (Lindsay, Kingsnorth, Mcdougall & Keating, 2014)

ثانياً: يمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً في ضوء بعض العوامل المتعلقة

بالبرنامج الإنمائي، وأسس وفنياته، حيث:

1. تنوع روافد ومصادر بناء البرنامج؛ فقد تمت الاستفادة من البرامج السابقة التي سعت لنفس الهدف وثبتت فعاليتها في تنمية إدارة الذات، وتحسين السلوك الصحي؛ ففي ضوءها تم تحديد عدد جلسات البرنامج، وتحديد المدة الزمنية للجلسة الواحدة وانتقاء فنياته، وأنشطته.
2. مراعاة الأسس العملية لبناء البرامج الإرشادية؛ حيث الحرص على تشجيع المراهقين على المشاركة بأنشطة البرنامج، وتقبلهم كما هم دون شروط، والتركيز على خصائصهم الإيجابية، ومن الناحية النفسية والتربوية فقد تم الاهتمام بالجوانب الدافعية عن طريق ربط أنشطة البرنامج بميول المشاركين واهتماماتهم، وتشجيعهم عند إنجاز كل خطوة، والحرص على ملائمة الأنشطة لأعمارهم الزمنية وقدراتهم، والاهتمام بتنوعها لتجنب تسرب الملل إلى نفوسهم؛ إضافةً إلى مراعاة الفروق الفردية فيما بينهم، وتوفير التغذية الراجعة المناسبة، واجتماعياً تم الاهتمام بكل فرد في المجموعة دون تمييز، فضلاً عن تشجيعهم على تكوين صداقات مع

أقرانهم من خلال أداء الأنشطة الجماعية أثناء الجلسات (محمد الشبراوي أحمد، 2015).

1. تنوع وتدرج سُبُل ومراحل تقييم البرنامج؛ فكان هناك تقييم أولي قبل الشروع في تطبيقه عن طريق أساتذة وخبراء في المجال، فضلاً عن التقييم المبدئي من خلال استطلاع رأي المشاركين عن توقعاتهم فيما يتعلق بالبرنامج ومحتواه، والتقييم المرحلي الذي كان يتم في نهاية كل جلسة، إضافة إلى تخصيص جلسة في منتصف البرنامج للمراجعة والتقييم، فضلاً عن التقييم النهائي؛ كل ذلك ساعد على تلافي الأخطاء التي قد تعوق الاستفادة القصوى من البرنامج، فضلاً عن تقديم تغذية راجعة للباحثة ساعدت على تطوير الأداء بما يساعد على تحقيق الهدف النهائي.

2. استخدام الإرشاد الجماعي؛ الذي يعمل على التقليل من تمركز العميل حول نفسه، ويوفر الفرصة لتحقيق الذات، مما ينمي الثقة بالنفس وبالآخرين ويقوي عاطفة اعتبار الذات واحترامها والشعور بالقيمة، ويكفل تعديل مفهوم العميل عن ذاته والآخرين، مما يزيد من تقبله للآخرين، وتقبل الآخرين له .

3. فضلاً عما تقدم فإن اختيار مكان وزمان تطبيق البرنامج بالإتفاق مع المشاركين كان له أفضل الأثر في التزامهم بحضور الجلسات؛ بحيث أنها لم تمثل عبئاً عليهم، فضلاً عن أن توفير جو من الحب والتعاون والثقة المتبادلة بين المشاركين كان له أعمق الأثر في استفادتهم من البرنامج، وهذا ما أعرب عنه المشاركون غير مرة من أن البرنامج يلبي احتياجاتهم، ويناقش مشكلاتهم، ويوفر لهم متنسفاً للتعبير عما يؤرقهم من مشكلات في التعامل مع مرضهم .

4. تنوع الأنشطة والفنيات التي وُظفت بالبرنامج لتقابل التنوع في السلوك البشري، والطبيعة البشرية؛ حيث تنوعت ما بين معرفية ووجدانية وسلوكية لتخاطب الشخصية الإنسانية بجوانبها الثلاثة؛ فمثلاً:

أ. وُظفت فنية المناقشة والحوار؛ استنادًا لما أشار إليه (حامد عبد السلام زهران، 2002، 330) من أن هذه الفنية تؤدي إلى نتائج مهمة في تعديل اتجاهات الأفراد نحو أنفسهم، ونحو الآخرين ومشكلاتهم، كما أنها تقيّد في إتاحة الفرصة لأفراد الجماعة الإرشادية للتعاون وسماع الرأي والرأي الآخر، وتعميق الألفة والإتصال والثقة بين أفراد الجماعة وبعضهم البعض، كما تساعد في الإفصاح عما يدور بداخلهم وتتيح لهم الفرصة للتعبير عن انفعالاتهم وأفكارهم؛ فضلاً عن أنها تساعد المرشد على أن يتعرف على أنماط تفكير أفراد الجماعة الإرشادية والقضايا التي تشغلهم؛ فيحاول تنفيذها ومناقشتها.

ب. أما فنية الإقناع اللفظي فإنها تلعب دوراً مهماً في نجاح البرنامج الإرشادي المُستخدم؛ لما لها من دور في إعادة البناء المعرفي، فضلاً عن تأثيرها في تحقيق ضبط النفس من جانب المسترشد، وبيدأ ذلك الدور بشرح منطق الإرشاد للمسترشد وإقناعه بضرورة الإلتزام به وتنفيذه وأداء ما يُطلب منه من مهام مختلفة، ومن واجبات منزلية كممارسة عملية لما يتم التدريب عليه خلال البرنامج الإرشادي (عادل عبد الله محمد، 2000، ص 47).

ج. كذلك فنية المحاضرة، والتي تُعتبر من أنجح السبل الإرشادية لاعتمادها على أهم الصفات الإنسانية والمتمثلة في قدرة الإنسان على الكلام، وتوظيف الرموز (محمد محروس الشناوي، 1996).

د. أما فنية التغذية الراجعة فنجد أن التعلم يتحسن حين يخبر المتعلم إذا كانت استجابته صحيحة أم لا ولماذا؟ وإذا لم تكن صحيحة يخبر باتجاه الخطأ، وتؤدي هذه المعلومات إلى تصميم المتعلم وتحكمه الذاتي في سلوكه، وبالتالي مزيد من التحسن في الأداء (آمال صادق، وفؤاد أبو حطب، 1988: 395).

هـ. إن الحرص على وجود واجب منزلي في نهاية كل جلسة كان بمثابة تفعيل لانتقال أثر التدريب بما يساعد على التمكن من المهارات المتعلمة خلال الجلسات، فضلاً عن التدريب عليها بدقة .

و. علاوةً على ما تقدم نجد فنية العصف الذهني، والتي تهدف لتحسين القدرات العقلية والمعرفية، بالإضافة إلى المساعدة على التعاون والتفكير الجماعي؛ الأمر الذي يجعل المسترشد على درجة عالية من الإدماج في العمل والسعي إلى أداءه بكفاءة عالية .

ثالثاً عينة الدراسة : فقد جاءت من المراهقين مرضى السكر الذين يعانون انخفاض مستوى إدارة الذات لديهم، وبالتالي انخفاض عدد ومعدل السلوكيات الصحية؛ ولقد ثبت علمياً أنه مع انتشار الأمراض المزمنة بين المراهقين وانخفاض معدل الوفيات فإن هناك حاجة ملحة لتعليمهم كيفية إدارة حالتهم الصحية بطريقة فعالة، وحتى يتمكن هؤلاء المراهقون من العيش حياة مستقرة في مرحلة البلوغ فإن الأمر يتطلب التدخل لتنمية إدارة الذات؛ وذلك لتقليل الآثار الجانبية للمرض المزمن، وتقليل معدل المرض ذاته (Dosedlova, Klimusova, Buresova, Jelinek, Slevachova & Vasina, 2015)؛ إذ تمثل فترة المراهقة فرصة لاكتشاف الاحتياجات واتخاذ القرارات وتكوين العلاقات الاجتماعية، ولذلك فإن العادات التي يتم تكوينها خلال هذه الفترة من الحياة سوف تستمر على مدى الحياة بأكملها (Aghamolaei & Tavafian, 2013)؛ كما أن المراهقين مرضى السكر عادةً ما يفتقرون إلى الالتزام بضبط معدل السكر لديهم خلال الفترة الانتقالية من الرقابة الوالدية إلى الاستقلالية؛ الأمر الذي ينتج عنه عدم التحكم في مستويات السكر وزيادة خطر المضاعفات الصحية (Bulaclac, 2011)؛ وبالتالي فقد توفرت لدى المشاركين دافعية عالية للمشاركة في البرنامج حتى يتمكنوا من إدارة ذاتهم ومرضهم بشكلٍ فعّال، وهذا

ما ظهر جلياً في اهتمامهم بحلقات البرنامج والمواظبة على الحضور، فضلاً عن الإهتمام بالأنشطة والتدريبات، وخاصةً ما يُكلفوا به من واجبات منزلية .

الفرض الثاني، ونصه: "لا يختلف أداء المجموعة التجريبية من المراهقين مرضى السكر على مقياس السلوك الصحي باختلاف القياسين البعدي والتتبعي (بعد شهر من انتهاء البرنامج) للبرنامج الإنمائي"، وللتحقق من صحة هذا الفرض عُولجت استجابات المجموعة التجريبية على مقياس السلوك الصحي باستخدام اختبار ويلكسون للعينات المرتبطة وأسفر عن النتائج التالية :

جدول (3): مجموع ومتوسطات الرتب وقيمة (Z) لدلالة الفروق بين

القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس السلوك الصحي

المتغير	عدد الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة Z	الدلالة
السلوك الصحي	الرتب السالبة = 3	13.5	4.5	-0.707	48, غير دال
	الرتب الموجبة = 5	22.5	4.5		

يضح من القيم المدونة بالجدول (3) تحقق صحة هذا الفرض حيث؛ بلغت قيمة " Z " لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية (ن = 8) على مقياس السلوك الصحي (-0.707). وهي غير دالة إحصائياً؛ وبذلك يمكننا القول أنه لا يختلف أداء المجموعة التجريبية على السلوك الصحي باختلاف القياسين البعدي والتتبعي؛ وهذا يؤكد أن التحسن الذي حققه أفراد المجموعة التجريبية استمر على الرغم من انقضاء شهر على الإنتهاء من تطبيق البرنامج، وأن الأنشطة المُتضمنة في البرنامج لها من الفاعلية بما يسمح بتحقيق واستمرارية ما هدفت إليه، وهذا يدعم ما تم التوصل إليه من نتائج بصدد الفرض الأول؛ أي أن البرنامج يتمتع بدرجة من الفاعلية استمرت إلى ما بعد الانتهاء من تطبيقه لمدة شهر، ويمكن أن نفسر هذه النتيجة في ضوء عدة اعتبارات أهمها:

1. بناء البرنامج؛ حيث التزم بالأسس العامة والأسس النفسية والتربوية والاجتماعية للإرشاد النفسي .
2. تنوع مصادر بناء البرنامج والتدقيق في انتقاء الأنشطة بما يتلائم مع قدرات المشاركين وأعمارهم وسماتهم، فضلاً عن الهدف العام للبرنامج الإرشادي.
3. فنيات البرنامج؛ حيث اعتمد على عدة فنيات ثبتت فعاليتها في برامج سابقة، كما تنوعت فنياته ما بين معرفية ووجدانية وسلوكية، وقد أورد بعض الباحثين أن الاستراتيجيات السلوكية تؤدي إلى تنظيم المشاعر والإنفعالات المضطربة والتعبير عنها، وهو ما يؤدي بدوره إلى تحقيق الصحة النفسية لفترات طويلة؛ فضلاً عن أن البرنامج اعتمد في بعض جلساته على تدريب المشاركين على كيفية مواجهة الأفكار الخاطئة بصورة مستمرة، مع الإقناع الذي يساعد على التيقن من عدم منطقية هذه الأفكار، وتعلم طرق جديدة لمواجهة مواقف الصراع، وهذا أيضاً يستمر مداه لفترة طويلة إلى حد ما (مسعد نجاح الرفاعي، 2011)، ولعل هذا يفسر في جزء منه احتفاظ المشاركين بالبرنامج الإرشادي بالمكاسب التي حققوها .
1. كما أن توظيف البرنامج لفنية الواجب المنزلي ساعد على تعميق انتقال أثر التدريب من الجلسات الإرشادية إلى الواقع المعاش؛ حيث يقوم الواجب المنزلي على محاولة الفرد ممارسة المهارات والفنيات التي تعلمها في الجلسة ضمن الحياة الواقعية ثم قيامه بعد ذلك بمحاولة إعادة تذكر لما قام بممارسته وإبداء رأيه عن سبب نجاح أو فشل جهوده من خلال مراجعة هذا الواجب، وذلك إنطلاقاً من فكرة أن احتمال استمرار التحسن الذي يتم في الجلسات الإرشادية يكون ضئيلاً إذا لم يتم ممارسة ما تم التدريب عليه في مواقف الحياة الواقعية .

2. يمكن أيضاً أن نعزو استمرار التحسن لدى المشاركين حتى القياس التتبعي إلى تزويدهم بدليل إرشادي، يعمل بمثابة مرشد متنقل، يمكنهم الرجوع إليه في أي وقت، ولعل هذا يتفق مع الحقيقة التي مفادها أن البرامج الناجحة هي التي تستطيع أن توفر لأفرادها نماذج تدريبية تُعد بمثابة إطار مرجعي يمكن الإستعانة به فيما يُحتمل أن يواجههم في حياتهم الواقعية مستقبلاً (إيمان مصطفى سرميني، 2011) .
3. فضلاً عما تقدم فإن حُسن الإصغاء من قِبل الباحثة واهتمامها بالمشاركين فضلاً عن التغذية المرتدة التي توفرت للباحثة من خلال استبانة تقييم الجلسات التي كانت تُوزع على المشاركين عقب كل جلسة كان لها أفضل الأثر في تعديل طريقة العمل بالجلسات في ضوء احتياجات ومتطلبات المشاركين، مما ساعد على تعميق استفادتهم من البرنامج، وهو ما أنعكس في بقاء أثره حتى القياس التتبعي .

الدراسات والتوصيات المُقترحة، وتتضمن ما يلي؛

- أولاً الدراسات المُقترحة؛ في ضوء مراجعة الدراسات السابقة، ونتائج هذه الدراسة يمكن اقتراح بعض الدراسات المستقبلية على النحو التالي:
1. المتغيرات المُنبئة بالسلوك الصحي لدى المرضى بأمراض مزمنة.
 2. فاعلية الذات مدخل لتنمية إدارة الذات لدى المراهقين مرضى السكر.
 3. تنمية إدارة الذات لتحسين نوعية الحياة لدى مرضى السكر.
 4. تنمية فاعلية الذات للتحكم بمستوى سكر الدم لدى مرضى السكر.
 5. المساندة المعرفية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى المرضى بأمراض مزمنة.

ثانياً توصيات تطبيقية؛ في ضوء الملاحظات الميدانية، وما توصلت إليه الدراسة من نتائج، وكذلك نتائج الدراسات السابقة فإنه يمكن الانتهاء إلى التوصيات التالية:

1. عقد ندوات لتوعية الوالدين بضرورة دعم الجوانب الإيجابية لدى أبناءهم من مرضى السكر، لما له من دور مهم في دعم صحتهم النفسية والبدنية.
2. إعداد البرامج الوقائية والعلاجية التي تهدف دعم الصحة النفسية لدى المراهقين مرضى السكر.
3. عقد ندوات لتوعية العاملين بالمؤسسات الصحية بدورهم في تأهيل المراهقين من مرضى السكر وتدريبهم على تحمل مسؤولية الرعاية الصحية لأنفسهم .
4. تصميم برامج إعلامية للمراهقين مرضى السكر لتوعيتهم بمضاعفات وخطورة المرض، وتوعيتهم بأنماط السلوك الصحي المختلفة .
5. تصميم برامج إعلامية للمراهقين مرضى السكر لتوعيتهم بالعلاقة التبادلية من النفس والبدن، وتأثير كل منهما على الآخر .

قائمة المراجع

أولا : المراجع العربية

1. أحمد حسنين أحمد (2002) . أثر استخدام برنامج إرشادي على تنمية فاعلية الذات لدى تلاميذ الصف الثاني الإعدادي. *رسالة ماجستير* (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة المنيا .
2. أسماء محمد عدلان (2011). مقارنة بين مستويات الإدارة الذاتية في كل من مركز التحكم ومستوى الطموح وفاعلية الذات لدى طلاب الجامعة. *رسالة ماجستير* (غير منشورة)، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.
3. آمال صادق، وفؤاد أبو حطب (1988). علم النفس التربوي (ط4). القاهرة: الأنجلو المصرية.
4. أنور فتحى عبد الغفار (2003). الذكاء الوجداني وإدارة الذات وعلاقتها بالتعلم الموجه ذاتياً لدى طلاب الدراسات العليا كلية التربية. مجلة كلية التربية بالمنصورة، 53(2)، 134 - 167.
5. إيمان محمد ريان (2015). التدريب على استخدام السيناريوهات المستقبلية في تنمية إدارة الذات لدى عينة من الشباب الجامعي. *رسالة ماجستير* (غير منشورة). كلية التربية، جامعة عين شمس.
6. إيمان مختار عامر (2010). الكفاءة الوالدية وضبط الذات لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية. *رسالة ماجستير* (غير منشورة)، كلية البنات، جامعة عين شمس .
7. إيمان مصطفى سرميني (2011) . تنمية المهارات الاجتماعية لخفض أعراض الوحدة النفسية لدى مدمني الأنترنت . *رسالة ماجستير* (غير منشورة) . كلية البنات، جامعة عين شمس.

8. إيهاب سيد محمود (2012). فاعلية برنامج إرشادي في إدارة الذات لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية. *رسالة دكتوراه* (غير منشورة). كلية التربية، جامعة عين شمس.
9. بسام خالد الطيارة (1998). *السكري مرض العصر*. بيروت: مؤسسة المعارف .
10. جابر عبد الحميد جابر، وعلاء الدين كفاقي (1988). معجم علم النفس والطب النفسي (الجزء الأول). القاهرة: دار النهضة العربية .
11. حامد عبدالسلام زهران (2002). *دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي*. القاهرة: عالم الكتب.
12. حسام محمد عبد الغني (2012). العلاقة بين ممارسة نموذج التركيز على المهام في خدمة الفرد وتحسين إدارة الذات لدى مرضى السكر. *رسالة دكتوراه* (غير منشورة)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
13. خالد عبد الله المطيري (2015). إدارة الفاعلية الأبوية ومهارات إدارة الذات لدى ذوي صعوبات تعلم القراءة والعادين من تلاميذ المرحلة المتوسطة بدولة الكويت. *رسالة دكتوراه* (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة المنصورة.
14. رمضان زعطوط، وعبد الكريم قريشي (2014). الاتجاه نحو السلوك الصحي وعلاقته بالتدين لدى مرضى السكري ومرضى ضغط الدم المرتفع بورقلة. *مجلة العلوم الإنسانية والتربوية*. الجزائر، 17، 279-294 .
15. زهير أحمد الزبيدي (2007). إدارة الذات، نحو تطوير الشخصية. عمان : دار كنوز المعرفة العلمية.

16. سمر عبد البديع عبد العزيز (2015). تنمية إدارة الذات لتحسين الفاعلية الأكاديمية وهرمون الدوبامين لدى عينة من طلاب الجامعة. *رسالة دكتوراه* (غير منشورة)، كلية البنات، جامعة عين شمس .
17. صابر فاروق محمد (2014). برنامج إرشادي تكاملي لتحسين قدرة اتخاذ القرار وأثره على إدارة الذات لدى عينة من الشباب الجامعي. *رسالة دكتوراه* (غير منشورة). كلية التربية، جامعة عين شمس.
18. عادل عبد الله محمد (2000). *العلاج المعرفي السلوكي* . أسس وتطبيقات. القاهرة: دار الرشاد.
19. عبد الوهاب كامل (1988). مقياس التحكم الذاتي (كراسة التعليمات). القاهرة: الأنجلو المصرية.
20. عزت عبد الحميد محمد (2011). الإحصاء النفسي والتربوي، تطبيقات باستخدام برنامج SPSS, 18. القاهرة: دار الفكر العربي.
21. قنتية الحراشنة، وحسين أبو الرز (2015). السلوك الصحي لدى لاعبي ولاعبات أندية الإعاقة الحركية في الأردن. *مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الانسانية)* . 29(3)، 549- 576.
22. كريمة سيد محمود (2011). فعالية الذات كمحدد نفسي لكل من الإفصاح عن الذات وأنماط السلوك الصحي لدى عينة من الراشدين. *مجلة دراسات عربية في علم النفس*، 10(1)، 119-154.
23. مجدي محمد الدسوقي (2002). *قائمة تشخيص الاكتئاب*. القاهرة: الأنجلو المصرية.

24. محمد الشبراوي أحمد (2015). استخدام فنيات إدارة الذات في علاج صعوبات تعلم القراءة لدى الأطفال. *رسالة دكتوراه* (غير منشورة). كلية التربية، جامعة عين شمس.
25. محمد محروس الشناوي (1996). *العملية الإرشادية*. القاهرة: دار غريب .
26. محمد نجيب الصبوة، وأميرة أحمد الدق، (2009). الفروق بين مرضى الكبد الفيروسي المزمن والأصحاء. *مجلة دراسات عربية في علم النفس*، 8(2)، 263 - 341.
27. مُسعد نجاح الرفاعي (2011). تنمية أساليب المواجهة لخفض الأعراض الإكلينيكية المصاحبة للأليكسيثيميا لدى عينة من الأطفال ذوي العراض الذاتية. *رسالة دكتوراه* (غير منشورة). كلية البنات، جامعة عين شمس.
28. مصطفى عطيه الشيخ (2014). الفروق بين مرتفعي ومنخفضي إدارة الذات في بعض المتغيرات المعرفية والوجدانية لدى طلاب المرحلة الثانوية. *رسالة ماجستير* (غير منشورة)، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.
29. نجوى السيد إمام (2011). ضبط الذات كمدخل لتنمية استراتيجيات المواجهة لدى معلمي التربية الخاصة. *رسالة دكتوراه* (غير منشورة)، كلية البنات، جامعة عين شمس .
30. هويده حنفي محمود (2013). مقياس إدارة الذات (كراسة التعليمات). القاهرة: الأنجلو المصرية.
31. وصل عبدالله بن عبدالله (2016). فاعلية برنامج إرشادي يستند إلى استراتيجيات التفكير الإيجابي في مهارات إدارة الذات وتحسين

مستوى الطموح لدى طلاب المرحلة الثانوية. المجلة المصرية للدراسات النفسية. 91(26). 429-467.

32. يونان إسحق عزيز (2015). السلوك الصحي وأسلوب حل المشكلات كمنبئات للهناء الذاتي لدى عينةٍ من مرضى فيروس سي. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة المنيا.

ثانياً : المراجع الأجنبية

- 1- Aghamolaei, T. & Tavafian, S. S. (2013). Health behaviors of a sample of adolescents in Bandar Abbas, Iran. *International Journal of High Risk Behavior & addiction*, 2(1), 34- 38.
- 2- Al-Khawaldah, O. A.; Al-Hassan, M. A. & Froelicher, E. S. (2012). Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*, 26(1), 10-16.
- 3- Alrahbi, H. (2014). Diabetes self-management (DSM) in Omani with type-2 diabetes. *International journal of nursing science*, 1, 352- 359.
- 4- Auslander, W. F.; Sterzing, P. R.; Zayas, L. E. & White, N. H. (2010). Psychosocial resources and barriers to self-management in African American adolescents with type 2 diabetes: *A Qualitative Analysis, diabetes educator*, 36(4), 613-622.
- 5- Barlow, J.; Wright, C.; Sheasby, J.; Turner, A. & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187.
- 6- Bulaclac, S. L. (2011). An internet-based self- management program to facilitate glycemic control in adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Unpublished master's thesis*, The Faculty of California State University.
- 7- Chen, M.; Lai, L.; Chen, H. & Gaete, J. (2014). Development and validation of the short-form adolescent health promotion scale. *BMC Public Health*, 14:1106 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/1106>.
- 8- Chen, M.Y.; Wang, E. K.; Yong, R.J. & Liou, Y. M. (2003). Adolescent health promotion scale: development and psychometric testing. *Publ Health Nurs*, 20:104–110.

- 9- Cramm, J. M. & Nieboer, A. P. (2012). Self-management abilities, physical health and depressive symptoms among patients with cardiovascular diseases. Chronic obstructive pulmonary disease and diabetes. *Patient Education and Counseling*. 87, 411–415.
- 10- Dosedlova, J; Klimusova, H.; Buresova, I.; Jelinek, M.; Slevachova, A. & Vasina, L. (2015). Optimism and health-related behavior in Czech university students and adults. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 1051–1059. Doi: 10.1016/j.sbspro.2015.01.278
- 11- Ferguson, E. & Danial, E. (1995). The illness attitude scale: A psychometric analysis in a non-clinical population. *Personality & individual differences*, 18, 463- 469.
- 12- Grillo, M.; Neumann, C. R.; Scain, S. F.; Rozeni, R. F.; Gross, J. L. & Leitao, C.B. (2013). Effect of different types of self-management education in patients with diabetes. *Revista da Associacao Medica Brasileira*. 59(4):400-405.
- 13- Guo, J.; Dixon, J. K.; Whittemore, R. & He, G. P. (2012). Instrument translation and initial psychometric evaluation of the Chinese version of the self-management of type 1 diabetes for adolescents scale. *Journal of Advanced Nursing* 69(4), 960–969. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06129.x.
- 14- Guo, J.; Whittemore, R.; Jeon, S.; Grey, M. & Zhou, Z.(2015). Diabetes self-management, depressive symptoms, metabolic control and satisfaction with quality of life over time in Chinese youth with type 1 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 24.9-10 .
- 15- Hooker, K., & Kaus, C. R. (1994). Health-related possible selves in young and middle-adulthood. *Psychology and Aging*, 9, 126–133.
- 16- Hughes, A. E. (2011). Regulatory benefits of emotional processing & self- control in adolescents with type 1 diabetes. *Unpublished master's thesis*, The University of Utah.
- 17- Huntsinger, E. T. & Luecken, L. J. (2004). Attachment relationships and health behavior: The mediation role of self- esteem. *Psychology and Health*. 19 (4), 515–526.
- 18- Jaser, S. S.; Faulkner, M. S.; Whittemore, R.; Jeon, S.; Murphy, K. & Delamater, A. & Grey, M. (2012). Coping, self-

- management, and adaptation in adolescents with type 1 diabetes. *The Society of Behavioral Medicine* , 43(3), 311-319.
- 19- Klassen, A. F.; Grant, C.; Barr, R.; Brill, H.; Kraus de Camargo, O.; Ronen, G. M.; Samaan, M. C.; Mondal, T. ; Cano, S. J.; Schlatman, A.; Tsangaris, E.; Athale, U.; Wickert, N. & Gorter, J.W. (2015). Development and validation of a generic scale for use in transition programmes to measure self-management skills in adolescents with chronic health conditions: the TRANSITION-Q. *Child: care, health and development*, 41(4), 547-558.
- 20- Koetsenruijter, et al., (2016). Social support and self-management capabilities in diabetes patients: An international observational study. *Patient Education and Counseling*, 99, 638-643.
- 21- Law, G. U.; Kelly, T. P.; Huey, D. & Summerbell, C. (2002). Self – management and well-being in adolescents with diabetes mellitus: do illness representations play a regulatory role? *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 31.(4) , 381-385.
- 22- Lee, C. L.; Lin, C. C. & Anderson, R. (2016). Psychometric evaluation of the Diabetes Self-Management Instrument Short Form (DSMI-20). *Applied Nursing Research*, 29, 83-88.
- 23- Lindsay, S.; Kingsnorth, Sh., Mcdougall, C. & Keating, H. (2014). A systematic review of self-management interventions for children and youth with physical disabilities. *Disability & Rehabilitation* , 36(4): 276-288.
- 24- Luyckx, K. (2012). Coping, Self-management, and Adaptation in Adolescents with Type 1 Diabetes. *The Society of Behavioral Medicine*, 43:282-283.
- 25- Mc Gowan, P. (2015). The Relative effectiveness of self-management programs for type 2 diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*. 39, 411-419.
- 26- Mezo, P. G. & Short, M. M. (2012). Construct Validity and Confirmatory Factor Analysis of the Self-Control and Self-Management Scale. *Canadian Journal of Behavioral Science*. 44 (1), 1-8.

- 27- Mezo, P. G. (2009). The Self-control and self-management scale (SCMS): Development of an adaptive self-regulatory coping skills instrument. *Journal of Psychopathology Behavior Assessment*, 31:83–93 DOI 10.1007/s10862-008-9104-2.
- 28- Moreno, J. P.; Kelley, M. L.; Landry, D.; Paasch, V.; Terlecki, M. A.; Johnston C. A. & Foreyt, J. P. (2011). Development and validation of the Family Health Behavior Scale, *International Journal of Pediatric Obesity*, 6, 480–486. DOI: 10.3109/17477166.2011.575148.
- 29- Mulvancy, S. A.; Rothman, R. L.; Wallston, K. A.; Lybarger, C. & Dietrich, M. S. (2010). An internet based program to improve self-management in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 33(3), 602- 604.
- 30- Musekampa, G.; Bengelb, J.; Schulera, M. & Faller, M.(2015). Improved self-management skills predict improvements in quality of life and depression in patients with chronic disorders. *Patient Education and Counseling*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.03.022>.
- 31- Nguyen, A. L. ; Green, J. & Enguidanos, S. (2015). The relationship between depressive symptoms, diabetes symptoms, and self-management among an urban, low-income Latino population. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 29,1003–1008.
- 32- Opiipari- Arrigan, L.; Kichler, J. & Fredericks, E.; Burkhart, N. (2005). Self-management intervention improve diabetes related functioning in at risk adolescents with type 1 diabetes. *ProQuest Central*. 54, A455.
- 33- Rorres. R. (1995). Self-esteem and value of health as correlates of adolescent health behavior. *Adolescence*, 30 (118), 403-412 .
- 34- Rothman, R. L.; Mulvaney, S.; Elasy, T. A.; VanderWoude, A.; Gebretsadik, T. et al. (2008). Self-Management Behaviors, Racial Disparities, and Glycemic Control Among Adolescents With Type 2 Diabetes. *Pediatrics*. 121,4, E912.
- 35- Sadeghian, H. A. ; Madhu, S. V.; Agrawal, K.; Kannani, A. T.; Agrawal, K. (2016). Effects of a self-management educational program on metabolic control in type 2 diabetes. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 46: 719-726, doi:10.3906/sag-1501-115.

- 36- Sarkar, U.; Fisher, L. & Schillinger, D. (2006). Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care*, 29 (4), 823- 829.
- 37- Sawyer, S. M. & Aroni, R.A. (2005). Self-management in adolescents with chronic illness. What does it mean and how can it be achieved? *Medical Journal of Australia*, 183 (8), 405- 408.
- 38- Schmitt A, Reimer A, Hermanns N, Huber J, Ehrmann D, Schall S, et al. (2016). Assessing diabetes self-management with the diabetes self- management questionnaire (DSMQ) can help analyses behavioral problems related to reduced glycemic control. *Public Library of Science. (PLoS ONE)* 11(3): e0150774. doi:10.1371/journal.pone.0150774.
- 39- Schuurmans H, Steverink N, Frieswijk N, et al. (2005). How to measure self-management abilities in older people by self-report? The development of the SMAS-30. *Qual Life Res.* 14, 2215-2228.
- 40- Shakibazadeh, E.; Rashidian, A.; Larijani, B. & Shojaezadeh, D. (2012). Psychometric properties of the iranian version of resources and support for chronic illness self-management scale in patients with type 2 diabetes. *International Journal of Preventive Medicine*, 3:84-90.
- 41- Shin, Y. H. & Kang, S. J (2014). Health behaviors and related demographic factors among Korean adolescents. *Asian Nursing Research*, 8, 150-157.
- 42- Shin, Y. H. (2010). Development and psychometric evaluation of a scale to measure health behaviors of adolescents. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 40(6), 820-830.
- 43- Song, A.; Xu, T. & Sun, Q. (2014). Effect of motivational interviewing on self-management in patients with type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis. *international Journal of Nursing Science.* 1, 291 – 297.
- 44- Storch, E. A.; Heidgerken, A. D.; Geffken, G. R.; Lewin, A. B.; Ohleyer, V.; Freddo, M.& Silverstein, J. H. (2006). Bullying, regimen self-management, and metabolic control in youth with type I diabetes. *The Journal of Pediatrics*, 148, (6), 784-787.

- 45- Tangney, J.P., Baumeister, R.F. & Boone, A.L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 271-324.
- 46- Taylor, S. E. (2003). Health psychology, 5th ed. New York: Mc Graw-Hill.
- 47- Thompson, A. (2010). The relationship among health literacy, self-efficacy, & self-management of individuals with diabetes. Unpublished doctoral dissertation, Texas Women's University.
- 48- Vanden Bos, G. R. (Ed.) (2007). American Psychological Association (APA) Dictionary of psychology. American Psychological Association, Washington, DC.
- 49- Verchota, G. M. (2014). Testing components of a self-management theory in adolescents with type1 diabetes mellitus. Unpublished doctoral dissertation, The University of Wisconsin-Milwaukee.
- 50- Vickers, R. R., Conway, T. L., & Hervis, L. K. (1990). Demonstration of replicable dimensions of health behaviors. *Preventive Medicine*, 19, 377-401.
- 51- Wallston, K. A.; Rothman, R. L. & Cherrington, A. (2007). Psychometric Properties of the Perceived Diabetes Self-Management Scale (PDSMS). *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 395-401 . DOI 10.1007/s10865-007-9110-y.
- 52- Xue, G. & Sun, X. (2012). Construction and validation of self-management scale for undergraduate students. *Creative Education*, 2(2), 142-147. DOI:10.4236/ce.2011.22020
- 53- Yin, X; Wei, P. & Hong, L. (2010). Self-management practices of Chinese Americans with type 2 diabetes. *Nursing and Health Sciences*, 12.(2), 228-234.
- 54- Zhang, C. ; Wang, W.; Li, J.; Cai, X.; Zhang, H. ; Wang, H. & Wang, X. (2013). Development and validation of a COPD self-management scale. *Respiratory Care*, 58(11):1931-1936. DOI: 10.4187/respcare.02269.