البحث الخامس

الفروق بين أطفال مرضى السكري نوع(١) والعاديين في كل من صورة الجسم والتوافق الشخصي والاجتماعي.

د. رياض نايل العاسمي*

الملخص

أجريت هذه الدراسة بهدف تعرّف الفروق بين الأطفال المصابين بمرض السكّري، نوع(١) والأطفال العاديين في كل من: الرضا عن صورة الجسم والتوافق الشخصي والاجتماعي، فضلاً عن معرفة الفروق بين الذكور والإناث مرضى السكري في متغيرات الدراسة. وتمثلت عينة الدراسة في (٦٨) طفلاً يعانون من مرض السكر(١)؛ بواقع (٣٨) طفلاً، و(٣٠) طفلة تتراوح أعمارهم بين(١٠ و ١٤) سنة، تم اختيارهم من بعض عيادات مرضى السكري في مدينة دمشق، كما اختار الباحث عينة مماثلة لها في السن والجنس من الأطفال غير المصابين بمرض السكر(٦٨) طفلاً وطفلة، بغرض المقارنة في متغيرات الدراسة. واستخدم الباحث للتحقق من ذلك: مقياس الرضا عن صورة الجسد، ومقياس كاليفورنيا للتوافق الشخصي والاجتماعي.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن أطفال مرضى السكري أقل رضا عن صورة أجسادهم، وأن توافقهم الشخصي والاجتماعي كان متدنياً بشكل دال مقارنة مع الأطفال العاديين، فضلاً عن عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين ذكور وإناث مرضى السكري في الرضا عن صورة الجسم، والتوافق النفسي والاجتماعي، على الرغم من وجود فروق بينهما في بعض المقاييس، إذ كانت الإناث أكثر توافقاً في كل من(إحساس الطفل بقيمته، والمهارات الاجتماعية)، بينما كان الذكور أكثر توافقاً في بُعد العلاقات في البيئة المحلية فقط، وبُعد الرضا عن صورة الجسم أثناء التفاعلات الاجتماعية. وختم الباحث دراسته بتقديم مجموعة من التوصيات والمقترحات لتحسين التوافق بأبعاده المختلفة لدى هؤلاء الأطفال.

* كلية التربية، جامعة دمشق، سورية.

١- المقدمة:

يشكل الجسم والعقل وحدة لا تنفصم، إذ يتوقف حدوث كثير من الأمراض العضوية على عوامل انفعالية وأخرى بدنية؛ لذا فانفعالات الانسان ما هي إلاّ ظواهر بدنية، كما أن كل تغير فيزيولوجي له مقابل نفسي. هذا هو محور الدراسة الحالية التي تتناول مرض السكّري وعلاقته بالعوامل النفسية والشخصية والاجتماعية.

ويُعد مرض السكّري Diabetes Mellitus أحد الاضطرابات الجسمية المزمنة التي تسهم العوامل النفسية بدور مهم في بداية الإصابة به، أو في تفاقم الحالة المرضية لدى الكبار والصغار على حد سواء. وهذا المرض أصبح لا يستثنى من وجوده مجتمع من المجتمعات، أو إقليم جغرافي بامتداد الكرة الأرضية (إبراهيم وعسكر: ١٩٩٩). إذ وصلت نسبة الإصابة به حوالي (٤٪) من سكان العالم، كما تشكل الاضطرابات النفسية كالقلق، والاكتئاب، واضطرابات الأكل، واضطراب تشوه صورة الجسد ما نسبته (٢٧،٥٪) لدى مرضى السكّري (Kovacs, & Pollock, ,1995). وعلى الرغم من أنه من الأمراض المعروفة تاريخياً، فقد أشارت منظمة الصحة العالمية أن حوالي(١٢٠) مليون فرد يعانون من مرض السكري، وأن حوالي (١٢-١٣٪) من الناس الذين يقطنون المدن يعانون من مرض السكري، بينما نسبة الإصابة به في الأرياف تقدر بين(٢-٣٪). كما أن عدد مرضى السكري في العالم سيتضاعف ليصل إلى (٢٢٠) مليون بحلول عام ٢٠١٠ م (رضوان، ٢٠٠٨،٥١).

ومرض السكّري نادر الحدوث عند الأطفال حديثي الولادة، وتزيد نسبة حدوثه بالتدريج حتى سن البلوغ، وهو ما يسمى بسكر الأطفال والمراهقين، أو النوع (١)، ويقل حدوثه حول سن الثلاثين، ثم يعود إلى الظهور بعد سن الأربعين فيما يسمى بسكر متوسطي العمر أو النوع (٢). وتشير إحصائيات الاتحاد العالمي للسكر إلى أن نسبة المصابين بمرض السكر عند الأطفال والشباب تتزايد بنسبة ٣٪ سنوياً و٥٪ في الأطفال قبل سن الدراسة (علي، ٢٠٠١، ١٢).

كما أشارت دراسات عدة، كدراسة ويكباك وسكوبيرج (Weckback & Schoenberg, 2009) إلى أن لمرض السكري لدى الأطفال والمراهقين تأثيراً كبيراً في مختلف جوانب شخصية الطفل (جسمياً، ونفسياً، واجتماعياً، وعقلياً). كما تؤدي إلى تدهور في القدرة اللفظية، واضطرابات نفسية، كمشاعر الخوف، والاكتئاب، والعصبية، وتقلب المزاج، وتوهم المرض، والحساسية المفرطة... إلخ، فضلاً عن الضغوط النفسية والفيزيولوجية الناتجة عن عملية (حقن الأنسولين) بشكل يومي. فقد يكون أهمها الضغط اليومي المتمثل في حقن الأنسولين، والحرمان الدائم من بعض الأكلات المحببة (السكريات)، وزيارة معمل التحاليل بصفة دورية، واللجوء للطبيب المعالج بين الحين والآخر، بالإضافة للضغوط الانفعالية والمادية التي يتعرض لها الوالدان والتي تعود سلباً على الطفل، وتسبب له الكثير من الآلام النفسية (الميرز،٢٠٠٦، ٣٥). فقد أوضح برند (Brend, 1993) أن الاضطرابات النفسية لدى أطفال مرضى السكري تمثلت في: الانطواء الذاتي، والخوف من المدرسة، والهروب منها، والخوف من أماكن العمل، ومشكلات مع الزملاء، والصداع النفسي الفيزيولوجى، والأوجاع الجسدية، والسلوك المتّسم بالهلع، والوساوس، والمزاج الاكتئابي، والميول الانتحارية، وسوء استخدام الأدوية.

ولمّا كانت الصحة الجسدية شرطاً ضرورياً للصحة النفسية للفرد لأنها شكلاً من أشكال التوافق النسبي بين

الوظائف الجسمية المختلفة، فمن الطبيعي أن يتأثر كل منهما بالآخر ولاسيما لدى أطفال مرضى السكري. مع القدرة على مواجهة الصعوبات والتغيرات المحيطة بالفرد والإحساس الإيجابي بالنشاط. وبما أن الجسم والعقل وحدة متكاملة لا يمكن الفصل بينهما، فقد أوضح حسين (٦٣:١٩٨٧) أن دور العامل النفسي يتمثل في سرعة الاصابة بالمرض لدى الأطفال الذين لديهم استعداد وراثي للإصابة، ويحدد العامل النفسي أيضا قدرة المريض على الاستجابة للعلاج عند بدء تشخيص المرض والعلاج فوجود عوامل نفسية يقلل من الاستجابة للعلاج، ويطيل فترة البقاء في المستشفي حتى يصبح المريض قادراً على التحكم بالمرض والحد من خطورته ومضاعفاته. وهذا ما تسعى الدراسة الحالية إلى إظهاره من خلال استكشاف الفروق بين أطفال مرض السكّري والعاديين في بعض الجوانب النفسية والشخصية، كصورة الجسد والتوافق الشخصي والاجتماعي.

٢– مشكلة الدراسة:

مرض السكّري واحدٌ من أخطر المشكلات الصحية التي تواجه سكان العالم في الوقت الحالي. فقد أوضحت دراسة صحة الأسرة الخليجية لعام (٢٠٠٦)أن معدل انتشار مرض السكّري في الكويت هو (٢,٩٪) من مجموع السكان فوق (١٥) سنة، وفي السعودية وصلت نسبته عام (٢٠٠٤) إلى (٢٤٪) وفي الإمارات العربية يوجد طالب واحد من بين (٣٠٠) طالباً دون سن (١٥) سنة يعانون من مرض السكر (الميرز:٢٠٠٦). أما في الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال يُشخص سنوياً (١٣٠٠٠) طفل بأنهم يعانون من مرض السكر من نوع (١)، وبنسبة قدرها (٧٪) من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (١٢- ١٩) سنة (Hattersley,et al,2009). كما تشير تقارير الرعاية الصحية في أمريكا إلى تزايد أعداد الأطفال والمراهقين المصابين بمرض السكر من النوع (٢)، وهو مرض ينظر إليه عادة أنه يصيب الأشخاص فوق سن (٤٠) سنة (Rosenbloom, et al ,2009).

ومنذ بداية الاهتمام العلمي بهذا المرض، دار جدل بين الباحثين حول طبيعة العلاقة بين المشكلات النفسية والاجتماعية والجسدية، كالتوافق الشخصي والاجتماعي وصورة الجسد وغيرها ومرض السكري. وهل تختلف هذه المشكلات باختلاف الجنس(ذكر، أنثى) لدى مريض السكري وغيره من الذين لايعانون هذا المرض؟ من هنا ظهر اتجاهان متعارضان حول هذه المسألة؛ فالاتجاه الأول يشير إلى عدم وجود فروق بين مرضى السكري والعاديين في المشكلات النفسية والشخصية؛ وقد أشارت دراسة كل من: دابيلا(Dabelea et al, 2007)؛ بينار(Pinar, 2005)؛ وباريت (Parrett, 2007) إلى أن الأطفال المصابين بمرض السكري لا يختلفون كثيراً عن الأطفال العاديين في تقدير الذات والقدرة على التحكم والأعراض السلوكية والأداء الاجتماعي. وانتهت تلك الدراسات إلى أن مرض السكر لدى الأطفال لايؤدي بالضرورة إلى اضطراب في التوافق النفسي والاجتماعي وتشوه صورة الجسد. بينما أكد الاتجاه الثاني وجود مثل هذه العلاقة. فقد أشارت دراسة كل من: وبورتر(Porter,2004) وإجل (Edggle,1999) وجاكبسون (Jacobson,1997) وجبالي(١٩٧٩) أبو النيل (١٩٨٤) إلى أن الأطفال المصابين بمرض السكّري نوع (١) يختلفون كثيراً عن الأطفال العاديين في تقدير الذات والقدرة على

التحكم، فضلاً عن مشكلات سلوكية وجسدية، ونقص في الأداء الاجتماعي. فهؤلاء يعانون القلق الاجتماعي والوحدة النفسية، والانطواء الاجتماعي، وأن سوء التوافق واضطراب صورة الجسم قد يؤدي إلى تفاقم المشكلة لديهم. وأشارت دراسة ريزا (Reza,2005) أيضاً إلى أن مرض السكري ولاسيما وعند الأطفال والمراهقين قد يؤدي إلى بعض اضطرابات سوء التوافق على المستوى النفسي والشخصي والاجتماعي والجسدي، بل قد يعوقه عن أداء مهماته الاجتماعية ويجعله أكثر قلقاً واكتئاباً مقارنة مع أقرانه من عمره وجنسه. كما أشارت دراسة اتبيك وآخرون (Atabek et al ,2006) إلى أن أثر العوامل النفسية في مرض السكر تؤدي دوراً مهماً في زيادة نسبة الجلوكوز في الدم، وأن انتشار مرض السكري لا يقتصر على جنس دون آخر أوعمر محدد، ولكن الاختلاف في درجة الاستجابة والتعايش مع المرض، وليس لطبيعة المرض؛ فدراسة روبين(Rubin, 1998,181) أشارت إلى أن مرضى السكري لدى الذكور لديهم القدرة على التعايش مع المرض من الناحية السلوكية والنفسية والاجتماعية بدرجة أكبر من الإناث.

وبرجوع الباحث إلى الدراسات السورية والعربية، لم يجد دراسة واحدة في حدود علمه تناولت هذه الفئة من الأطفال الذين يعانون من مرض السكر نوع (١) من حيث متغيراتها: صورة الجسد والتوافق الشخصي والاجتماعي، مع ما لهذه المتغيرات من أهمية على حياة الطفل! علاوة على الكشف عن الفروق بين الذكور والإناث، وبين مرض السكري والعاديين في هذه المتغيرات التي لم تصل الدراسات السابقة إلى نتيجة قاطعة بشأنها. لذلك جاءت هذه الدراسة لتقدم مادة عملية قد تمهد الطريق لأبحاث مستقبلية في هذا الجانب. وبناءً على ذلك يحدد الباحث مشكلة دراسته في التساؤل الرئيس التالي:

هل هناك فروق جوهرية بين الأطفال المصابين بالسكر نوع (١) والعاديين في كل من الرضا عن صورة الجسم والتوافق الشخصي والاجتماعي؟ وهل تختلف هذه المتغيرات لدى كل من الذكور والإناث المصابين بمرض السكري نوع (١)؟

٣- أهمية الدراسة:

تنبع أهمية الدراسة الحالية من انتشار مرض السكّري في مجتمعات العالم أجمع ولاسيما لدى الأطفال، وذلك لأسباب وراثية فيزيولوجية من جهة، وبيئية مكتسبة من جهة أخرى، نتيجةً للعادات الغذائية الخاطئة أو التعرض لضغوط نفسية شديدة. وما يتركه هذا المرض من آثار سلبية على التوافق الشخصي والاجتماعي والجسمي للطفل. ويمكن توضيح هذه الأهمية في النقاط الآتية:

٣-١- طبيعة الموضوع والعيّنة المستهدفة؛ فالأطفال الذين يعانون من مرض السكر نوع (١) يُعد أحد الأمراض الوبائية المزمنة التي تصيب الأطفال في أي سن، ويطال الأطفال المتدرجين في المشي والرضع. فالإحصائيات العالمية تؤكد أن (٤) مليون حالة وفاة تتعلق مباشرة بمرض السكري. كما يعاني أكثر من(٥٠٠,٠٠٠) طفل في العالم تحت عمر (١٥) سنة من النوع (١) من السكري، وأن أكثر من نصف الأطفال المصابين بالسكري يتعرضون لمشكلات نفسية واجتماعية وصحية خلال (١٥) سنة من الإصابة

(هلال،١٩٩٨). وقد أوضحت دراسة علي (١٩٨٩) وجود علاقة ارتباطية بين مرض السكر وبين ظهور حالات نفسية مصاحبة أو تالية لمرض السكر نوع (١) كالقلق والاكتئاب وسوء التوافق النفسي واضطراب صورة الجسد، واضطرابات الأكل، والسلوك العدواني.

٣–٢– غياب الدراسات السابقة في البيئة المحلية لدى أطفال مرضى السكري في حدود علم الباحث.

٣–٣– ما تسفر عنه الدراسة الحالية من نتائج قد يساعد الآباء والمربين على توعيتهم حول استخدام أساليب الرعاية الصحية والنفسية المناسبة لهذه الفئة من الأطفال بهدف التقليل من مضاعفاته من جهة، وتحقيق توافق أفضل تسمح به قدراتهم وإمكانياتهم من جهة ثانية.

٤ – أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

٤–١– معرفة الفروق بين الأطفال المصابين بمرض السكري نوع(١) والأطفال العاديين في الرضا عن صورة أجسادهم.

٤–٢– معرفة الفروق بين الأطفال المصابين بمرض السكري نوع(١) والأطفال العاديين في التوافق الشخصي والاجتماعي.

٤–٣– معرفة الفروق بين الذكور والإناث من الأطفال المصابين بمرض السكري من نوع (١) والرضا عن صورة أجسادهم وتوافقهم الشخصي والاجتماعي.

٥– مصطلحات الدراسة:

٥–١– مرض السكري Diabetes Mellitus: يعرف جونسون (Johnson ,1988,8-31) مرض السكري بأنه عبارة عن" خلل في نسبة الجلوكوز داخل جسم الإنسان، ويكون سبب ذلك هو نقص إفراز الأنسولين من البنكرياس، أو انعدام إفرازه، أو نقص فعاليته، مما يسبب زيادة نسبة السكر في الدم، وبالتالي اضطراب في عملية التمثيل الغذائي للكربوهيدرات والبروتينات والدهون".

ويّعرّف هؤلاء الأطفال إجرائياً بأنهم الأطفال الذين يعانون من مرض السكري المعتمد على الأنسولين Insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM) الذين تتراوح أعمارهم بين (١٠ .١٤) سنة، والمترددون على العيادة السكرية لأخذ حقن الأنسولين لمعالجة مرض السكري نوع (١) لديهم.

٥–٢– صورة الجسد Body image : وردت تعريفات لصورة الجسد بمعاني مختلفة، ورغم هذا التباين في تعريف صورة الجسد، إلا أنها تركز على بعض النقاط الرئيسة في تعريف صورة الجسد. فقد عرفها شيلدر Schilder بأنها تعني شكل الجسم كما نتصوره في أذهاننا، والطريقة التي يبدو بها الجسد لأنفسنا والعملية التي نخبرها كوحدة مميزة(Pryor1996,13-18). أما جابر وكفافي (١٩٨٩) فعرفها: "بأنها" صورة ذهنية نكونها عن أجسامنا ككل بما فيها الخصائص الفيزيقية والخصائص الوظيفية (إدراك الجسم) واتجاهاتنا نحو هذه الخصائص.

فضلاً عن أن صورة الجسم تنبع لدينا من مصادر شعورية ولا شعورية وتمثل مكوناً أساسياً في مفهومنا عن ذواتنا" (جابر وكفافي: ١٩٨٩، ٢٤٨).

ويعرف الباحث صورة الجسم إجرائياً: بأنها الدرجة التي يحصل عليها المفحوص عند تطبيق مقياس صورة الجسم والذي يتناول البعد الذاتي والاجتماعي.

٥-٣- التوافق Adjustment: يعرف معجم انجلش انجلش (English & English , 1961.45) التوافق بأنه: حالة من العلاقات المنسجمة بين الفرد وبين البيئة. بينما يعرفه زهران (١٩٧٨ :٢٣):" بأنه عملية ديناميكية مستمرة، تتناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته.

ويُعَرّف التوافق الشخصي والاجتماعي إجرائياً: بأنه الدرجة الكلية التي يحصل عليها الطفل الذي يعاني من مرض السكر من جراء تطبيق مقياس كاليفورنيا للأطفال، والذي يتضمن التوافق الشخصي والاجتماعي بأبعادهما المتعددة.

٦- فرضيات الدراسة:

يصوغ الباحث فرضيات الدراسة على النحو الآتي:

٦ -١- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات الأطفال المصابين بداء السكر نوع (١) ومتوسط درجات الأطفال غير المصابين (العاديين) في الرضا عن صورة الجسم.

٦-٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات الأطفال المصابين بداء السكر نوع (١) ومتوسط درجات الأطفال العاديين في التوافق النفسي/ الاجتماعي.

٦-٣- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات الذكور والإناث المصابين بمرض السكر نوع (١) في الرضا عن صورة الجسم.

٦-٤- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات الذكور والإناث المصابين بمرض السكر نوع (١) في التوافق الشخصي والاجتماعي.

٧- الدراسات السابقة:

وأهم الدراسات التي تناولت مرض السكّري عند الأطفال وعلاقته بمتغيرات الدراسة الحالية:

٧-١- الدراسات العربية:

دراسة سليمان (٢٠٠٩) والتي تهدف إلى معرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى (١٠١) من المراهقين الذين يعانون من مرض السكري، والتي تراوحت أعمارهم بين (١٣- ٢١) سنة، وذلك باستخدام مقياس المساندة الاجتماعية ومقياس جودة الحياة. وأظهرت النتائج وجود فروق بين الذكور والإناث في إدراك المساندة الاجتماعية من الأصدقاء، ومالت هذه الفروق لصالح الإناث.

وفي دراسة موسى وآخرون (Moussa,et al,2005) حول الخصائص الاجتماعية والنفسية للأطفال والمراهقين المصابين بمرض السكري بدولة الكويت، قام الباحثون بدراسة (٣٤٩) من الأطفال الذين تتراوح

أعمارهم بين (٦- ١٨) سنة، و(٤٠٩) من الأطفال الأصحاء، إذ استخدم الباحثون مقياس الشدة النفسية ومقابلات مع الأطفال وأولياء أمورهم، ومقياس القلق والاكتئاب. وأظهرت النتائج وجود فروق جوهرية بين الأطفال السكريين والأصحاء في الجوانب الاجتماعية وسوء التوافق النفسي والقلق والاكتئاب والغياب عن المدرسة.

وكما أجرى الجمل (٢٠٠٥) دراسة حول تأثير مرض السكري في النمو الجسمي والنفسي والاجتماعي للأطفال المصابين في سن (١٢) سنة، وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات الديمغرافية. وتكونت العينة من (٣٢٧) طفل وطفلة، وقد استخدم لتحقيق هذه الهدف المقابلات الشخصية، واستبياناً يتضمن متغيرات الدراسة. وأظهرت النتائج أن الأطفال السكريين يعانون من صعوبات في التكيف الشخصي والاجتماعي، وأن مهاراتهم الاجتماعية في التواصل مع الآخرين تجعلهم غير قادرين على إقامة علاقات طيبة مع أقرانهم الأسوياء في المدرسة أو خارجها.

٧-٢- الدراسات الأجنبية:

أجرى يورفاشي وسميث(Urvashi and Smith,2010) دراسة للتحقق من العلاقة بين الرضا عن صورة الجسم ومرض السكري لدى المراهقين الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٩- ١٨) سنة. تكونت العينة من (٣٣٥) مراهقاً ومراهقة، واستخدم لهذا الغرض مقياس الرضا عن الجسم، فضلاً عن معايير التقويم المتعلقة بصورة الجسم في المجتمع الأمريكي. وأظهرت النتائج أن(٧٠٪) من الإناث المصابات بمرض السكري لديهن رفض لصورة أجسامهن مقابل(٥٣٪) من الذكور، وأن الإناث لديهن معاناة في التوافق النفسي والاجتماعي أكثر من الذكور.

بينما أشارت نتائج الدراسة التي أجراها (Kakleasa,2009) على (٧٠) طفلاً، بواقع (٣٤) طفلاً، و(٣٦) طفلة، وباستخدام مقياس الشخصية، والقلق والاكتئاب، إلى أن المراهقين المصابين بمرض السكري نوع (١) أكثر عرضة للأمراض النفسية، كالقلق والاكتئاب، وعدم الامتثال للعلاج، وتدهور الحالة الصحية، فضلاً عن اضطرابات الأكل وسوء التوافق النفسي والاجتماعي.

وأجرى نوبو ورفاقه (Nobuo, et al, 2007) دراسة حول العلاقة بين التكيف النفسي للأطفال المصابين بالسكري وأشقائهم، وذلك من خلال عينة مكونة من (٤١) طفلاً يعاني من مرض السكري وأشقائهم الذين تتراوح أعمارهم بين (٦ . ١١) مع مجموعة مقارنة من الأطفال الأسوياء عددها(٣٥) طفلاً، بهدف تعرّف المشكلات السلوكية داخل وخارج المدرسة، وذلك من خلال قياس المشكلات السلوكية لديهم. وأظهرت النتائج أن الأطفال السكريين يعانون من أعراض الوسواس القهري وفرط النشاط والعدوانية، وصعوبة في التوافق النفسي والاجتماعي، وضعفاً في الأداء المدرسي، واضطراباً في السلوك مقارنة بأشقائهم.

وأجرى همولدي وآخرون (Humlede et al, 2006) دراسة لمعرفة المتغيرات الشخصية والتوافق الاجتماعي في السنوات الثلاث الأولى من الإصابة بمرض السكر ينوع (١). وتكونت العينة من (٦٤) مريضاً تراوحت أعمارهم (٤ – ١٧) سنة، حيث استخدم الباحثون مقاييس فحص الحالة العقلية، وتقويم الوضع الاجتماعي. وأظهرت النتائج عدم وجود فروق في الحالة العقلية لمرض السكري في البداية، بينما زادت الأعراض العدوانية، والقلق المرضي حول الصحة الجسدية، وسوءاً في التوافق الاجتماعي.

وحول العلاقة بين اضطرابات الأكل وصورة الجسم لدى عينة من المراهقين الذين يعانون من مرض السكري نوع (١)، أجرى بينار (Pinar,2005) دراسة لدى (٤٥) مراهقاً من المترددين على عيادات مرضى السكر في تركيا، و(٥٥) مراهقاً من الأصحاء كمجموعة مناظرة، وقد استخدم الباحث مقياس اضطراب الأكل، ومقياس صورة الجسم. وأظهرت النتائج أن المراهقين المصابين بمرض السكر يعانون من اضطراب في الأكل، كما أن صورة الجسم لديهم مشوهة نتيجة لتأثيرات المرض على أجسامهم. كما أظهرت الدراسة أن أطفال مرض السكري يعانون من سوء التكيف الاجتماعي مقارنة بالعاديين.

وأشارت دراسة قام بها مورتليتي (Mortality,2005) حول العلاقة بين الاضطرابات النفسية لدى الشباب والأطفال ومرض السكر من النوع(١)، وذلك من خلال عينة مكونة من (٣٢) طفلاً، ومجموعة مماثلة من الأطفال الأسوياء، وذلك باستخدام مقياس التوافق الاجتماعي، ومقياس القلق المعدل للأطفال، ومقياس الاكتئاب، والسلوك العدواني تجاه الزملاء ومقياس الوحدة النفسية. وأشارت النتائج إلى أن الأطفال الذين يعانون من مرض السكر نوع (١) أكثر عدوانية، وانخفاضاً في مستوى الدعم من الأقران، وأكثر اكتئاباً وقلقاً وعزلة مقارنة بالأطفال غير المصابين بالسكري.

وتناولت الدراسة التي أجراها إنزلين، ماثيو وتينير (Enzlin, Mathieu & Tenaere, 2002) بهدف الكشف عن الفروق بين الجنسين فيما يتعلق بالتكيف النفسي والاجتماعي لدى (٢٨٠) مريضاً سكرياً نصفهم من الذكور ونصفهم الآخر من الإناث، إذ استخدم الباحثون اختبار التكيف والاكتئاب، وأظهرت النتائج أن الذكور يعانون من سوء التوافق مقارنة مع الإناث وأن الإناث أكثر اكتئاباً من الذكور.

وقام أجرى جلبرت، وآخرون (Gilbert et al, 1989) دراسة حول أطفال مرض السكري، بلغ عددهم (٣٠) مراهقاً يعانون من مرض السكّري المعتمد على الأنسولين، تراوحت أعمارهم بين (١١–١٨) سنة، من الذين مضى على إصابتهم بالمرض سنة واحدة على الأقل، و(١٨) مراهقاً ممن لا يُعانون من مرض السكّر إلى ثلاثة عوامل مخبرية مُثيرة للتوتر، فضلاً عن توافقهم النفسي. وأظهرت الدراسة أن المراهقين الذين تضعف سيطرتهم على مرض السكّر أظهروا ارتفاعاً واضحاً في ضربات القلب طيلة فترة الدراسة مقارنة بالمراهقين المصابين بالسكّري الذين يُسيطرون على المرض بشكلٍ جيد وكذلك الأصحاء، تبين أنهم يعانون من سوء التوافق الشخصي والاجتماعي داخل المنزل وخارجه.

٧–٣– التعليق على الدراسات السابقة:

بعد استعراض الباحث لأهم الدراسات المتعلقة بمرض السكري لدى الأطفال، يتضح أن معظم هذه الدراسات تناولت متغيرات متباينة عن متغيرات الدراسة الحالية، فثمة دراستان فقط هما: دراسة(Urvashi and Smith,2010) ودراسة (Pinar,2005) تناولتا صورة الجسم عند أطفال السكري، وهذا المتغير يعد إضافة جديدة لأبحاث مرض السكري لدى الأطفال في البيئة المحلية. أما المتغير الآخر وهو التوافق الشخصي والاجتماعي، فقد أشارت إليه معظم الدراسات السابقة كمتغير مهم من متغيراتها. كذلك تنوعت العينات المستخدمة في الدراسات السابقة من حيث العدد والجنس، فهي بحدود (٤٠-٣٤٩)، كذلك وتباينت الأدوات

المستخدمة في الدراسات السابقة، فبعضها استخدم مقياس القلق ، والضغوط، وجودة الحياة والمساندة الاجتماعية، وبعضها الآخر استخدم مقياس التوافق، والتقويم الاجتماعي. ومن حيث النتائج فقد جاءت نتائج الدراسات السابقة وفق ما خُطّط لها. ومن الملاحظ لتلك الدراسات أن أغلبها كانت أجنبية، مثل دراسة كل من: Urvashi (Nadeau and Missi,1994 and Smith,2010)،وقلة في الدراسات العربية (Mussa, 2005)، سليمان (٢٠٠٨)، فيما غابت عن الدراسات المحلية، وهذا ما يعطي الأهمية لهذه الدراسة في تناولها للتوافق الشخصي والاجتماعي وصورة الجسد. وقد استفاد الباحث من هذه الدراسات في صياغة الفرضيات، واختيار العينة، ومناقشة وتفسير للنتائج التي توصل إليها.

٨– الإطار النظري:

٨–١– مرض السكري: Diabetes Mellitus:

يُعد مرض السكّر من أقدم الأمراض التي عرفها الإنسان، فقد عرفته الحضارات الفرعونية كما عرفته الحضارات الإغريقية والآشورية والبابلية أيضاً. فمخلّفات أوراق البردي التي كتبها قدماء المصريين منذ نحو ٢٥٠٠ سنة تؤكد معرفتهم بالمرض، وبكيفية علاجه كذلك. كما ذكرته أوراق كونفوشيوس الصينية القديمة، وورد فيها أن المصاب بهذا الداء لا ترويه مياه أنهار الصين كلها، بينما ذكر الإغريق أيضاً غرابة أعراض هذا المرض، حيث وصفوه بأنه ذوبان "الشحم"و"اللحم"وخروجهما بكثرة مع البول (الجمل،٢٠٠٥). أما مفهوم هذا المرض فجاء من كلمة Diabetes باللاتينية التي تعني "تمرير شيء ما"، تعني Mellitus "العسل"، وهذه إشارة إلى إدرار كميات من البول الحلو من جسم الإنسان (المخللاتي،١٩٨٤ :١٧٤). كما أطلق علماء القرن السابع عشر على هذا المرض اسم "شيطان البول" (The Pissing Evil) نظراً إلى ما يصيب المريض من كثرة غير طبيعية في كميات البول (أبو خطوة، والقصيمي: ١٩٨٩).

ومرض السكّري يعد من أشهر أمراض الغدد الصماء فهو اضطراب في عمليتي هدم الكربوهيدرات وبنائها مما يتسبب في ارتفاع غير مناسب للجلوكوز، إما بسبب نقص مطلق في إفراز الأنسولين أو انخفاض تأثيره البيولوجي أو كليهما، أو قد ينشأ المرض عندما يبطل تأثير الأنسولين على السكر بتأثير الأجسام المضادة للأنسولين في الدم، ومن ثم تزيد نسبة السكر في الدم، أو ينشأ المرض بفعل إفراز هرمون الثيروكسين، أو هرمون النمو في الغدة النخامية، أو هرمونات قشرة الأدرينالين، ويزداد إفراز الأنسولين في حالة تورم جزر لانجرهانز مما يؤدي إلى هبوط سريع في نسبة السكر للدم Hypoglycemia والجهاز العصبي ولاسيما المخ يعتمد في وقوده وغذائه على نسبه السكر في الدم (عكاشة، ١٩٨٢، ١٤٣).

وقد تحدث العلماء عن أنواع عدة لمرض السكر، وأهمها نوعان رئيسان، هما:

النوع الأول: ويعرف بالسكري المعتمد على الأنسولين Insulin dependent diabetes Mellitus وهذا النوع يحدث نتيجة عجز البنكرياس عن إنتاج الأنسولين اللازم لتنظيم عملية أيض الجلوكوز، ويعد هذا النوع أكثر شيوعاً لدى الأطفال وصغار السن، ومع ذلك فقد لوحظ زيادة في نسب هذه المرض في السنوات المتأخرة من عمر الإنسان.

النوع الثاني: ويعرف بالسكري غير المعتمد على الأنسولين (Insulin undependent diabetes Mellitus) ويحدث نتيجة لعدم استجابة خلايا الجسم لفاعلية الأنسولين المنتج بواسطة البنكرياس، ويعد هذا النوع الأكثر شيوعاً، ويمثل حوالي (٩٠٪) من حالات السكري في العالم، كما يصيب هذا النوع البالغين، على الرغم من ملاحظة وجوده لدى الأطفال والمراهقين أيضاً. لذلك سوف يركز الباحث في دراسته الحالية على النوع الأول من مرض السكر لدى الأطفال فقط، ومن دون التطرق إلى النوع الثاني (حسين:١٩٨٧).

وتكمن خطورة نمط مرض السكر نوع (١) وهو ما يسمى بمرض السكر المعتمد على الأنسولين لدى الأطفال والشباب في حدوث الإصابة بمضاعفات في كل " الأوعية الدموية " حيث يزداد ضيق وانسداد الشرايين وانسدادها بين مرضى السكر، ويرفع من معدلات حدوث غرغرينا بالأطراف، كذلك تأثيرات المرض على "العين". بتعبير آخر نجد مرض السكري بداية لسلسلة متواصلة من الأمراض المزمنة الأخرى، وبالتالي فهو يؤثر في حيوية الإنسان بصفة عامة فيصيبه بالشيخوخة المبكرة والضعف الجنسي (هلال:١٩٩٨).

٨-٢- صورة الجسد: Body Image:

يُعد مظهر الجسم من الأمور الرئيسة التي تشغل بال الكثير من الناس، ويظهر ذلك جلياً في النظرة الخارجية التي تختص بالتأثيرات الاجتماعية للمظهر، والنظرة الداخلية التي تشير إلى التجارب أو الخبرات الداخلية بمعناها الواسع هي ما أطلق عليه علماء النفس صورة الجسد، وهي الصورة التي يكونها الفرد في عقله عن جسده. وقد تكون هذه الصورة مرغوباً بها أو غير مرغوبة بها (الدسوقي،٢٠٠٦).

وغالباً ما يرتبط رضا الفرد عن جسده أو عدم رضاه عن صورة جسده بما يصدره الآخرون من أحكام وتقويمات عنه، كذلك فإن النمط الجسدي الذي يعد جذاباً ومناسباً ومثالياً من وجهة نظر الثقافة التي يعيش فيها الفرد، والتي يكون لها تأثير كبير على مدى رضا الفرد أو عدم رضاه عن جاذبيته الجسدية، وكلما كانت هذه الصورة مطابقة أو قريبة من معايير الجسد المثالي في ثقافته شعر بجاذبية نحو جسده، والعكس صحيح، فكلما تباعدت هذه الصورة الذهنية لجسده عن معايير المجتمع أصبح الفرد غير راض عن جسده (برنار،١٩٨٣ :٤٢).

وقد أشار بريكي Breakey ,1997 إلى ثلاثة مكونات: مكون إدراكي، ويشير إلى دقة إدراك الفرد لحجم جسمه، ومكون ذاتي: ويشير إلى عدد من الجوانب مثل الرضا والانشغال، أو الاهتمام والقلق بشأن صورة الجسم،ومكون سلوكي: ويركز على تجنب المواقف الاجتماعية التي تسبب للفرد عدم الراحة أو التعب التي ترتبط بالمظهر الجسمي (الدسوقي، ٢٠٠٦، ١٦).

وفي مرحلة الطفولة المبكرة والمتأخرة يمر المراهقون بفترة قصيرة من عدم الرضا النسبي عن أجسامهم، ولكن أحياناً تزول هذه بعد اكتمال النضج الجسدي وتخطي مرحلة المراهقة، لكن وجود أمراض جسدية أو عاهات دائمة، مثل مرض السكري وغيرها تجعل الطفل أو المراهق، يضع عبئاً إضافياً يضاف إلى التغيرات الجسدية التي يمر بها في أثناء مرحلة المراهقة؛ إذ يبدأ بتشكيل مفهوم سلبي عن جسده وعدم رضاه عنه نتيجة للآثار التي يتركها هذا المرض على جسده النامي. فقد أشارت دراسة بينار(Pinar,2005) ودراسة يوفاشي وسميث (Urvashi and Smith, 2010) إلى أن الفرد المصاب بمرض السكري، يشعر بعدم الرضا عن صورة جسده، نتيجة لما يحدثه هذا

المرض في جسده من وهن وضعف، وعدم تناسق بين أعضائه، فضلاً عن توهم المرض، وتمركز تفكير الطفل في التغيرات التي تحدث في جسده نتيجة لارتفاع السكر في دمه.

٨–٣– التوافق Adjustment:

التوافق مفهوم مركزي في علم النفس ولاسيما في الصحة النفسية؛ فمعظم سلوك الفرد هو محاولات من جانبه لتحقيق توافقه، على المستوى الشخصي والاجتماعي، كذلك فإن مظاهر عدم السواء في معظمها ليست إلا تعبيراً عن سوء التوافق أو الفشل في تحقيق التوافق (غريب،١٩٩٩:٩٥).

وقد اختلف موقف العلماء في علم النفس من مصطلح التوافق والتكيّف، فمنهم من يساوي بينهما، ومنهم من يفرق بين التكيف والتوافق؛ فالعمليات البيولوجية التي تقابل متطلبات البيئة الطبيعية هي نشاط تكيفي، وبالمثل فإن السلوك الإنساني الذي يقابل متطلبات البيئة الاجتماعية التي يعيش في ظلها الفرد هو نشاط توافقي (مخيمر، ١٩٧٨، ١٦).

من هنا فإن الباحث يركز في هذا البحث على عملية التوافق باعتبارها تحمل معاني متعددة، فهو يستخدم بمعنى عملية، وبمعنى حالة في ذات الوقت، لأنه يتضمن نوعاً من النشاط الذي تثيره متطلبات أو حاجات معينة يتلاءم الكائن الحي عن طريقها مع البيئة المحيطة به.

ويرى علماء النفس والصحة النفسية أن هناك أشكالاً للتوافق، ولكن أهمها:

٨–٣–١– التوافق الشخصي: Personality Adjustment والذي يتضمن سعادة النفس والرضا عنها، وإشباع الدوافع والحاجات الداخلية الأولية الفطرية والعضوية والفزيولوجية والثانوية والمكتسبة، ويعبر عن "سلام داخلي"، حيث يقل الصراع الداخلي والمخاوف المستقبلية، وتعزيز ثقة الفرد بنفسه. ويتضمن كذلك التوافق لمطالب النمو في مراحله المتتابعة.

٨–٣– ٢– التوافق الاجتماعي: Social Adjustment ويتضمن السعادة مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الاجتماعية، والامتثال لقواعد الضبط الاجتماعي وتقبل التغير الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي السليم، والعمل لخير الجماعة، مما يؤدي إلى تحقيق " الصحة النفسية على المستوى الاجتماعي.

وإذا كان للتوافق الشخصي والاجتماعي بشكل عام مظهر إيجابي ومظهر سلبي، فإن أطفال مرضى السكري قد يعانون من سوء في التوافق الشخصي والنفسي والاجتماعي وفق ما ذكرته العديد من الدراسات، مثل دراسة كل من: بيرج، (Berg, etal, 2009)، وموسى وآخرون (Moussa,et al, 2005) ومورتليتي (Mortality, 2005) ونتيجة لما يواجهونه من مشكلات تتعلق بما يرافق هذا المرض لديهم؛ فهم أكثر حساسية من غيرهم وأكثر قلقاً واكتئاباً، غير قادرين على إقامة علاقات اجتماعية بنّاءة، ولا يستطيعون ممارسة هواياتهم وأنشطتهم المختلفة.

٩- منهج الدراسة وإجراءاتها:

٩-١- المنهج:

استخدم الباحث في دراسته الحالية المنهج الوصفي التحليلي المقارن، والذي يصف فيه الفروق بين الأطفال المصابين بمرض السكري نوع (١) والأطفال العاديين في كل من الرضا عن صورة الجسد، والتوافق الشخصي والاجتماعي، وكذلك تحديد فيما إذا وجد تباين بين الذكور والإناث في متغيرات البحث.

٩-٢- العينة:

تكونت عينة الدراسة الحالية من(٦٨) طفلاً من الأطفال المصابين بمرض السكر نوع (١) والمترددين على عيادات مرضى السكري (باب مصلى، نهر عيشه) في مدينة دمشق ممن تراوحت أعمارهم بين (١٠- ١٤) سنة، بواقع (٣٨) طفلاً و(٣٠) طفلة، بمتوسط عمري قدره (١٢،١٩) وانحراف معياري(٢٧،١)، والذين يتعاطون الأنسولين عن طريق الحقن للحد من ارتفاع السكر في دمهم بناء على التشخيص المخبري، وقد جرى اختيارهم بطريقة قصدية من (٢٧٤) طفلاً وطفلة بناء على شروط حددها الباحث في دراسته، وهي:

- ألاّ يقل عمر الطفل عن عشر سنوات ولا يزيد عن ١٤ سنة.
- ألاّ يتجاوز اكتشاف الإصابة بمرض السكري لديهم السنتين.
- ألاّ يكون الطفل مصاباً بأمراض أخرى غير مرض السكر، وقد تعرّف ذلك بواسطة فحص الطبيب المختص، وملف الطفل.

كما اختيرت عينة عشوائية من الأطفال الأصحاء، مماثلة لعينة أطفال مرضى السكري في: العدد، والعمر، والجنس، والبالغ عددهم (٦٨) طفلاً، بمتوسط عمري قدره(١٢،٤٥)، وانحراف معياري(١،٦٣) من الذين لا يعانون من مرض السكري، بواقع (٣٨) طفلاً، و(٣٠) طفلة، تم اختيارهم من بعض مدارس التعليم الأساسي في مدينة دمشق (إعدادية الميدان، وابتدائية نهر عيشة) والذين لا يعانون من مشكلات صحية بناء على تقاريرهم الذاتية. والجدول التالي يوضح توزع أفراد عينة الدراسة:

الجدول (١)

توزع عدد أطفال مرضى السكري والعاديين وفق عيادات السكري والمدارس

المتغيرات	أطفال مرض السكّري		الأطفال الأصحاء		المجموع
	باب المصلى	نهر عيشة	إعدادية الميدان	نهر عيشة الابتدائية	
ذكور	١٧	٢١	٢٠	١٨	٧٦
إناث	١٢	١٨	١٣	١٧	٦٠
المجموع	٢٩	٣٩	٣٣	٣٥	١٣٦

٩-٣- حدود الدراسة: تتمثل حدود الدراسة الحالية في الآتي:

٩-٣-١- البشرية: والمتمثلة بالأطفال المصابين بمرض السكري نوع (١) والأطفال العاديين (غير المصابين بمرض السكّري) من الجنسين(ذكور، إناث) في مدينة دمشق.

٩–٣–٢– المكانية: بعض مراكز علاج السكر في مدينة دمشق.

٩–٣–٣– الموضوعية: استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي في معالجة استجابات أفراد العينة على: مقياس صورة الجسد، ومقياس التوافق الشخصي والاجتماعي، وقد حللت البيانات بوساطة البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية SPSS.

٩–٣–٤– الزمانية: طُبقت أدوات البحث على العينة في عام ٢٠١٠م.

٩–٤– أدوات الدراسة:

للتحقق من صحة الفرضيات التي طرحها الباحث في دراسته الحالية، استخدم لذلك الأداتين الآتيتين: (مقياس صورة الجسم واختيار الشخصية للأطفال) على النحو الآتي:

٩–٤–١– مقياس صورة الجسم: من إعداد الباحث (٢٠٠٨)، ويتكون المقياس من (٢٠) عبارة تقريرية تتناول بعدين هما: الرضا الذاتي، والرضا الاجتماعي، إذ يجيب المفحوص عن عبارات المقياس من خلال سلم إجابات مدرج وفق طريقة ليكرت Likert من خمسة تدرجات تبدأ بـ أبداً، وتنتهي بـ دائماً، ودرجة كل عبارة تتراوح بين (١ إلى ٥) درجات، مع العلم أن بعض عبارات المقياس إيجابية وبعضها الآخر سلبية، وتوفق تلك الدرجات بعكس الدرجة. وتتراوح درجة الكلية للمقياس بين (٢٠) درجة كحد أدنى، و(١٠٠) كحد أعلى. وتشير الدرجة المرتفعة التي يحصل عليها المفحوص كمؤشر على وجود رضا عن صورة جسده، بينما الدرجة المنخفضة فتشير إلى عدم الرضا عن هذه الصورة.

٩–٤–٢– صدق وثبات المقياس:

للتحقق من صدق المقياس وثباته قام الباحث بتطبيق المقياس بصورته الأولية على عينة استطلاعية من أطفال مرضى السكر والعاديين بلغ عددهم (٥٤) طفلاً وطفلة، نصفهم من أطفال مرضى السكري والنصف الآخر من الأطفال العاديين، بمتوسط عمري قدره (١٣،٩) وانحراف معياري (١،٤٨). وفيما يلي تبيان للخصائص السيكومترية للمقياس.

٩–٤–٣– صدق المقياس: وتضمن الإجراء مايلي:

– **صدق المحتوى:** للتأكد من مصداقية المقياس وقدرته على قياس ما وضع لقياسه، عُرض المقياس بصورته الأولية (٢٦)عبارة على مجموعة من المحكمين في قسم علم النفس والإرشاد النفسي بجامعة دمشق للتأكد من مناسبة العبارات ووضوحها لما يقيسه المقياس. وفي ضوء هذا الإجراء تم أخذ العبارات التي اتفق عليها (٩٠٪) من المحكمين، واستبعدت العبارات الأخرى دون هذه النسبة. إذ استبعدت (٦) عبارات لم يتم الاتفاق عليها، وبذلك أصبح المقياس مكوناً من (٢٠) عبارة.

– **الصدق العاملي:** للتحقق من الصدق العاملي للمقياس تم إجراء التحليل العاملي على أبعاد المقياس بطريقة المكونات الأساسية، وتشبع كل بعد على عامل واحد، مما يدل على ارتباطها وتماسكها وتمتعها بدرجة جيدة من الصدق. ويبين الجدول التالي نتائج هذا التحليل.

الجدول (٢)

يُبين الصدق العاملي لبنود مقياس صورة الجسد

العامل الأول		العامل الثاني	
رقم العبارة	التشبع	رقم العبارة	التشبع
٢	٠،٤٢٠	١	٠،٣٩٢
٤	٠،٣٩٦	٣	٠،٥٦٣
٥	٠،٥١٧	٨	٠،٣٧٩
٦	٠،٤٨٨	١٠	٠،٥٨٥
٧	٠،٣٧٣	١٥	٠،٤٢٠
٩	٠،٤١٦	١٧	٠،٥٦٨
١١	٠،٨٢٣	١٨	٠،٧٤٣
١٢	٠،٧٣٨	١٩	٠،٤١٤
١٣	٠،٧٤٤		
١٤	٠،٥١٩		
١٦	٠،٨٢٣		
٢٠	٠،٣٤٨		
الجذر الكامن	١٨،٣٦	الجذر الكامن	١٤،٨٠
نسبة التباين	٠،٨١٠	نسبة التباين	(٠،٥٨٦)

يبين الجدول رقم (٢) عاملين هما: الرضا الذاتي أو الشخصي والرضا الاجتماعي عن صورة الجسد، حيث تكون البعد الأول (الرضا الذاتي أو الشخصي) من (١٢) عبارة، هي: (٢،٤، ٥، ٦، ٧، ٩، ١١،١٢،١٣، ١٤، ١٦، ٢٠)، والبعد الثاني (الرضا الاجتماعي) من (٨) عبارات، هي:(١، ٣، ٨، ١٠، ١٥، ١٧، ١٨، ١٩).

٩-٤-٤- ثبات المقياس:

وللتحقق من ثبات المقياس استخدم الباحث الطرائق التالية:

- **التطبيق وإعادة التطبيق** (Test -Rretest): تم حساب معامل ثبات مقياس صورة الجسد باستخدام طريقة التطبيق وإعادة التطبيق وفقاً لطريقة "بيرسون"Pearson، وذلك بعد (١٠) أيام على أفراد العينة الاستطلاعية.

الجدول (٣) معامل ثبات مقياس صورة الجسد وأبعاده بطريقة إعادة التطبيق

مقياس صورة الجسد	العينة	معامل الثبات
الرضا الذاتي	٥٤	٠،٧١٢
الرضا الاجتماعي	٥٤	٠،٦٥٩
الدرجة الكلية	٥٤	٠،٦٧٣

يلاحظ من نتائج الجدول رقم (٣) وجود معامل ارتباط دال بين نتائج تطبيق مقياس صورة الجسد وإعادة تطبيقه. وتؤكد هذه النتيجة تمتع المقياس بدرجة مقبولة الثبات يمكن الوثوق بها، وتسمح للباحث بتطبيقه على أفرد العينة المستهدفة في هذه الدراسة.

– **التجزئة النصفية** (Spilt Half Method): للتحقق من ذلك استخدم قانون "سبيرمان براون" Spearman-Brown لحساب معامل ارتباط العبارات الفردية بالعبارات الزوجية، وذلك من خلال تطبيق المقياس على أفراد العينة الاستطلاعية، إذ توصل إلى أن معامل ثباته هو (٠،٨٢٢). وتشير هذه النتيجة إلى تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات، تجعل الباحث يطمئن على صحة استخدامه.

٩–٤–٥– اختبار الشخصية للأطفال: أعده للعربية "عطية محمود هنا (١٩٦٥) "من مقياس كاليفورنيا للشخصية California Test of Personality الذي يتكون من قسمين، وكل قسم (٨ أبعاد) لكل منها (٨) عبارات، يحمل بعضها الصفة الإيجابية، وبعضها الآخر الصفة السلبية. القسم الأول يتناول التوافق الشخصي(اعتماد الطفل على نفسه، وميله إلى القيام بما يراه من عمل دون أن يطلب منه القيام به، وإحساس الطفل بقيمته، وشعوره بأنه قادر على توجيه سلوكه، وبأن له حرية المشاركة في تقرير سلوكه، مع شعوره بالانتماء لأسرته ومجتمعه، وعدم ميله إلى الوحدة والانطواء والتمركز حول ذاته، وخلوه من الأعراض العصابية). والقسم الثاني يتناول التوافق الاجتماعي، ويتضمن (معرفة الطفل للمهارات الاجتماعية المختلفة، وتحرره من الميل أو الميول المضادة للمجتمع، وعلاقاته في محيط الأسرة، وعلاقاته في محيط المدرسة، وعلاقاته في محيط البيئة المحلية).

– **ثبات المقياس:** للتحقق من ثبات المقياس استخدمت طريقتا ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية بطريقة جتمان وسبيرمان براون، وذلك كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول (٤)

معاملات ثبات أبعاد مقياس التوافق الشخصي والاجتماعي والدرجة الكلية بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية

م	أبعاد المقياس / التوافق الشخصي	معامل الفاكرونباخ	التجزئة النصفية	
			بطريقة جتمان	طريقة سبيرمان– براون
١	التوافق الاجتماعي	٠،٧١٢	٠,٦٣١	٠,٦٤٣
٢	التوافق العام	٠،٦٥٩	٠,٦٧٣	٠,٦٣٩
الدرجة الكلية		٠,٧٨٤	٠،٦٨٣	٠،٧٥٢

يلاحظ من نتائج الجدول رقم (٤) أن المقياس يتمتع بدرجة مقبولة من الثبات، تسمح بتطبيقه على أفراد العينة.

٩–٥– المعالجة الإحصائية:

استخدم الباحث لمعالجة البيانات البرنامج الإحصائي (spss) على النحو الآتي:

٩–٥–١– التحليل العاملي لمقياس صورة الجسد.

٩–٥–٢– معامل الارتباط بيرسون للتأكد من ثبات الأداة بالإعادة.

٩-٥-٣- معامل ألفا كرونباخ وطريقة جتمان وسبيرمان براون للتجزئة النصفية للتأكد من ثبات أداة البحث.

٩-٥-٤- اختبار (T.Test) لمعرفة الفروق وفق فرضيات البحث.

١٠- نتائج الدراسة:

١٠-١- نتائج الفرض الأول: توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات الأطفال المصابين بمرض السكري نوع (١) ومتوسط درجات الأطفال غير المصابين (العاديين) في الرضا عن صورة الجسم.

استخدم الباحث لتحقيق ذلك اختبار "ت" ستودنت، وذلك لمعرفة دلالة الفروق بينهما، كما يظهره الجدول التالي:

الجدول (٥)

نتائج اختبار "ت" سودنت لدلالة الفروق بين أطفال مرضى السكري والعاديين في صورة الجسم

أبعاد القياس	العاديون(٦٨)		أطفال السكر(٦٨)		قيمة ت	اتجاه الفروق
	م	ع	م	ع		
الرضا الذاتي	٣٧،٠٤	٧،٩٥	٣١،٨٢	٧،٠٧	٤،١٠ (**)	دال لصالح العاديين
الرضا الاجتماعي	٢٨،٧٢	٤،٦٠	٢٧،٢٦	٣،٨٥	٢،١٢(*)	دال لصالح العاديين
الدرجة الكلية	٦٦،١١	٩،٧١	٥٩،٠٥	٧،٥٥	٤،٦٧(**)	دال لصالح العاديين

**= مستوى الدلالة عند٠،٠١ *= دال عند مستوى٠،٠٥

يلاحظ من الجدول رقم (٥) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠،٠٥، ٠،٠١) بين أطفال مرضى السكري نوع (١) والعاديين في أبعاد مقياس الرضا عن صورة الجسم، والدرجة الكلية، وذلك لصالح العاديين.

١٠-٢- نتائج الفرض الثاني: توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات الأطفال المصابين بداء السكر نوع (١) ومتوسط درجات الأطفال العاديين في التوافق النفسي/ الاجتماعي.

وللتحقق من ذلك استخدم الباحث اختبار"ت" ستودنت لمعرفة دلالة الفروق بينهما.

١٠-٢-١- التوافق الشخصي:

الجدول (٦)

نتائج اختبار "ت" سودنت لدلالة الفروق بين أطفال مرضى السكري والعاديين في التوافق الشخصي

أبعاد التوافق الشخصي	العاديون (٦٨)		أطفال مرضى السكري (٦٨)		قيمة ت ودلالتها	اتجاه الفروق
	م١	ع١	م٢	ع٢		
اعتماد الطفل على نفسه	٦،١٠	١،١٠	٤،٧٥	١،٠١	٧،٥٧(**)	دالة لصالح العاديين
إحساس الطفل بقيمته	٥،٦٤	١،١٢	٤،٠٢	١،١٦	٩،٦٤ (**)	دالة لصالح العاديين
شعور الطفل بحريته	٥،٣٣	٠،٩٧	٤،٩٤	١،٤٥	٢،٣١(*)	دالة لصالح العاديين
شعوره بالانتماء	٤،٩٧	١،١٣	٤،١٧	١،٠٣	٤،٠٢(**)	دالة لصالح العاديين
التحرر من الانفراد	٥،٧٠	١،١٩	٤،٢٢	١،٠٠	٧،٥٣(**)	دالة لصالح العاديين

الخلو من العصابية	٥،٥٧	١،١٧	٤،٢٧	١،٠٠	٧،٠٨(**)	دالة لصالح العاديين
التوافق الشخصي العام	٣٤،٦٤	٦،٢٧	٢٦،١٤	٦،٦٣	٢،٤٥(*)	دالة لصالح العاديين

يلاحظ من الجدول رقم (٦) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠،٠١) ومستوى (٠،٠٥) بين أطفال السكر نوع (١) والأطفال العاديين في أبعاد التوافق الشخصي ودرجته الكلية، وذلك لصالح الأطفال العاديين.

١٠–٢–٢– التوافق الاجتماعي:

الجدول (٧)

نتائج اختبار "ت" سودنت لدلالة الفروق بين أطفال مرضى السكري والعاديين في التوافق الاجتماعي

أبعاد التوافق الاجتماعي	العاديون		أطفال السكر		قيمة ت ودلالتها	اتجاه الفروق
	م	ع	م	ع		
المستويات الاجتماعية	٥،٧٩	١،٠٨	٤،٩٤	١،٠٤	٥،٠٣(**)	دالة لصالح العاديين
المهارات الاجتماعية	٥،٦٤	١,١٢	٤،٥٠	١،٠٧	٧،٥٠(**)	دالة لصالح العاديين
الميول المضادة للمجتمع	٥،٣٣	٠،٩٧	٤،٨٢	١،٠٢	٣,١٥ (*)	دالة لصالح العاديين
العلاقات في الأسرة	٤،٩٧	١,١٣	٤،١٥	٠،٩٦	٢،٣٦(*)	دالة لصالح العاديين
العلاقات في المدرسة	٥،٦٦	١,١٦	٤،٩١	٠،٨٩	٤،١٢(**)	دالة لصالح العاديين
العلاقات في البيئة المحلية	٥،٥٧	١،١٧	٤،٦٤	٠،٨٩	٥،٧٩(**)	دالة لصالح العاديين
التوافق الاجتماعي العام	٣٢،٩٦	٦،٥٥	٢٨،٥٠	٥،٨٧	٤،٢٠(**)	دالة لصالح العاديين

يتضح من الجدول رقم (٧) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠،٠١) و(٠،٠٥) بين متوسط درجات أبعاد التوافق الشخصي، والمتمثلة في: المستويات الاجتماعية، والمهارات الاجتماعية، والتحرر من الميول المضادة للمجتمع، والعلاقات في الأسرة والمدرسة والبيئة المحلية بين أطفال السكر نوع (١) والعاديين، وجاءت هذه الفروق لصالح العاديين.

١٠–٣– نتائج الفرض الثالث، ونصه: توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات الذكور والإناث المصابين بمرض السكري نوع (١) في الرضا عن صورة الجسم.

للتحقق من ذلك استخدم اختبار "ت" ستودنت، والجدول التالي يوضح ذلك.

الجدول (٨)

نتائج اختبار "ت" سودنت لدلالة الفروق بين الذكور والإناث من مرضى السكري في صورة الجسد

أبعاد القياس	الذكور(٣٨)		الإناث(٣٠)		قيمة ت	اتجاه الفروق
	م	ع	م	ع		
الرضا الذاتي	٣٢،١٠	٨،١٢	٣١،٤٦	٥،٤٩	٠،٣٦٩	غير دالة
الرضا الاجتماعي	٢٨،٢٩	٣،٧٠	٢٧،٢٦	٤،١٠	٢،١٢(*)	دالة لصالح الذكور
الدرجة الكلية	٥٩،٣٦	٨،٠٨	٥٨،٦٦	٦،٩٣	٠،٣٧٨	غير دالة

من استقراء النتائج الواردة في الجدول رقم (٨) يتبين لنا مايلي:

– وجـود فروق دالة إحصائياً عنـد مستوى (٠،٠٥) بين متوسط درجات الذكور والإناث الذين يعانون من

مرض السكر، نوع (١) في بعد الرضا الاجتماعي، وذلك لصالح الذكور.

– عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات الذكور والإناث السكريين في بعد الرضا الذاتي عن صورة الجسد والدرجة الكلية. وتشير هذه النتيجة إلى أن الأطفال السكريين متساوون من حيث درجة الرضا عن صورة الجسم الذاتية والكلية.

١٠–٤– نتائج الفرض الرابع، ونصه: توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات الذكور والإناث المصابين بمرض السكري نوع (١) في التوافق الشخصي والاجتماعي.

للتحقق من ذلك استخدم اختبار "ت" ستودنت، والجدولان التاليان يوضحان ذلك.

١٠–٤–١ – التوافق الشخصي:

الجدول (٩)

نتائج اختبار "ت" سودنت لدلالة الفروق بين الذكور والإناث من مرضى السكري في التوافق الشخصي

أبعاد القياس	الذكور(٣٨)		الإناث(٣٠)		قيمة ت	اتجاه الفروق
	م	ع	م	ع		
اعتماد الطفل على نفسه	٤،٧٣	١،١٠	٤،٧٦	٠،٨٩	٠،١٢	غير دال
إحساس الطفل بقيمته	٣،٧٦	٠،٩٩	٤،٣٦	١،٠٩	٢،٣٦ (*)	دال لصالح الإناث
شعور الطفل بحريته	٤،٩٤	٠،٩٨	٤،٩٣	١،١٤	٠،٥٦	غير دال
شعوره بالانتماء	٤،١٥	١،٠٥	٤،٢٠	١،٠٣	٠،١٦	غير دال
التحرر من الانفراد	٤،٣٤	٠،٩٦	٤،٠٦	١،٠٤	١،١٢	غير دال
الخلو من العصابية	٤،٤٧	٠،٩٧	٤،٠٣	٠،٩٩	١،٨٢	غير دال
التوافق الشخصي العام	٢٦،٣٩	٦،٠٥	٢٦،٣٤	٦،١٨	٠،٤٧	غير دال

يلاحظ من الجدول رقم (٩) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات أبعاد التوافق الشخصي بين الذكور والإناث السكريين نوع (١)، بينما ظهرت فروق دالة عند مستوى (٠،٠٥) في بعد شعور الطفل بقيمته وذلك لصالح الإناث.

١٠–٤–٢– التوافق الاجتماعي:

الجدول (١٠)

نتائج اختبار "ت" سودنت لدلالة الفروق بين الذكور والإناث من مرضى السكري في التوافق الشخصي

أبعاد القياس	الذكور		الإناث		الفرق	قيمة ت	اتجاه الفرق
	م	ع	م	ع			
المستويات الاجتماعية	٤،٥٢	٠،٩٥	٤،٨٣	٠،٩٨	٦٦	٠،١٢٠	غير دال
المهارات الاجتماعية	٤،١٨	١،٢٧	٤،٣٣	٠،٩٩	٦٦	٢،٣٦ (*)	دال لصالح الإناث
التحرر من الميول المضادة للمجتمع	٤،٦٥	١،١٤	٤،٦٠	١،٠٦	٦٦	٠،٦٨	غير دال

العلاقات في الأسرة	٤،٦٨	١,١١	٤،١٣	١،١٣	٦٦	٠،١٦٤	غير دال
العلاقات في المدرسة	٤،٦٥	١،١٤	٤،٥٦	١،١٠	٦٦	٠،٣٩٠	غير دال
العلاقات في البيئة المحلية	٥،٠٢	١،١٠٢	٤،٤٦	١،٠٠	٦٦	٢،٢٠(*)	دال لصالح الذكور
التوافق الاجتماعي العام	٢٧،٥٠	٦،٧١	٢٦،٩١	٦،٢٦	٦٦	٠،٢٦	غير دال

يتضح من الجدول رقم (١٠) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث المصابين بمرض السكري في أبعاد التوافق الاجتماعي التالية: المستويات الاجتماعية، والتحرر من الميول المضادة للمجتمع، والعلاقات في الأسرة، والعلاقات في المدرسة، بينما أظهرت النتائج فروقاً دالة عند مستوى (٠،٠٥) في المهارات الاجتماعية لصالح الإناث، بينما مال الفرق لصالح الذكور في بعد العلاقات في البيئة المحلية.

١١- تفسير النتائج:

أظهرت نتائج الفرض الأول المتعلقة بالفروق بين أطفال مرضى السكري والأطفال العاديين من الجنسين(ذكور وإناث) كما يظهرها الجدول رقم (٥) أن أطفال مرضى السكري يعانون من اضطراب في تشوه صورة الجسم وعدم الرضا عنها على المستوى الذاتي والاجتماعي بالمقارنة مع الأطفال العاديين. بمعنى أن هؤلاء الأطفال غير راضين عن صورة أجسامهم، ويعانون نتيجة لهذا من القلق والانسحاب الاجتماعي والشعور بالوحدة النفسية، ولاسيما عندما يقارنون أنفسهم بغيرهم من الأطفال الأصحاء داخل المدرسة أو خارجها. فهؤلاء الأطفال يمرون بمرحلة مهمة من مراحل تكوين مفهوم الذات الجسمي، ألا وهي مرحلة المراهقة المبكرة، والتي تُعد من أكثر المراحل اهتماماً بصورة الجسد؛ فالمراهق الذي يتأمل في جسمه ومظهره الخارجي، ويريد أن يطمئن على مدى انسجام مقاييس جسمه مع المقاييس المثالية، فإنه يجد تناقضاً بين تلك الصورة الذهنية والصورة الواقعية لجسمه، وكذلك الحال عندما يجد تناقضاً بين تلك الصورة الذاتية وتقويمات الآخرين حول صورة جسده من جهة، ومقارنة جسده بأجسام أقرانه من جهة ثانية (زيور:١٩٩٧).

والمتتبع لنتائج الدراسات في هذا المجال ((Pinar,2005), (Urvashi and Smith,2010 الجمل(٢٠٠٥) يجد أن المراهقين غير راضين وساخطين بشأن أجسامهم بشكل دال مقارنة بالأطفال العاديين. كما أن لعدم الرضا عن صورة الجسم لدى أطفال مرضى السكري تأثيراً سلبياً في توافق الطفل في تفاعلاته الاجتماعية. فقد أشارت دراسة رودين(Rodin,2010) إلى أن الأطفال والمراهقين الذين يعانون من مرض السكري لديهم مشاعر سلبية نحو أجسادهم من حيث الوزن والمظهر. كما أنهم يعانون من اضطرابات الأكل، ولاسيما (فقدان الشهية العصبي) وذلك بسبب ما يلاحظونه على أجسامهم من تغيرات كالنحافة، وآثار الحقن، وضمور العضلات، وشحوب الوجه، والوهن الجسمي نتيجة لأثر هذا المرض عليهم.

وبناء على ذلك يمكن القول: إن التصور الجسدي لدى أطفال مرضى السكري يعد شرطاً ضرورياً لتشكل مفهوم الذات لديهم، ومجرد الشعور بالاختلاف عن رفاقهم العاديين يسبب لهم قلقاً نفسياً وشعوراً بالعجز وعدم القدرة على التأثير على الآخرين ولاسيما في مجال العلاقات الشخصية المتبادلة، نتيجة للآثار المترتبة على هذا المرض. لذلك لا يمكن الفصل عادة بين نواحي القصور الجسمي والشعور النفسي.

أما فيما يتعلق بالفروق بين الإناث والذكور السكريين فيما يتعلق بالرضا عن صورة الجسم، فقد أظهرت النتائج الواردة في الجدول رقم (٨) عدم وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث من مرضى السكري في الرضا عن صورة الجسم ولاسيما الرضا الذاتي، بينما كان الذكور أكثر رضىً عن صورة الجسم في المواقف الاجتماعية. ويعني ذلك، أن الذكور والإناث من أطفال مرضى السكري يعانون درجة واحدة من الرضا عن صورة الجسد، وإن كانت هذه الصورة مشوهة أو مضطربة مقارنة مع الأطفال العاديين، فهؤلاء المرضى من أطفال مرضى السكري من النوع (١) يشعرون بالضيق والقلق الاجتماعي من آثار المرض على صحتهم الجسدية ولاسيما على مظهرهم، بيد أن الإناث أقل توافقاً من الناحية الاجتماعية في الرضا عن مظهرهن مقارنة بالذكور السكريين. فقد أظهرت العديد من الدراسات أن الإناث أقل رضى عن صورة أجسامهن مقارنة بالذكور، فقد وجد كاكليزا (kakleasa 2009) أن الإناث المصابات بمرض السكري أقل تقديراً لأجسامهن ومظهرهن الشخصي من الذكور، إذ يبدين قلقاً وتوتراً في المواقف الاجتماعية نتيجة لذلك.

وفي ضوء هذه النتيجة يمكن القول:إن البناء الجسمي يؤثر بطريقة أو بأخرى على تطور نمو الشخصية والسلوك لدى الفرد، وقد ينبع هذا التأثير من خلال اتجاهات الطفل الإيجابية نحو ذاته ونحو جسده. وقد يظهر هذا التأثير من خلال تصور أطفال مرضى السكري لكيفية إدراكهم لأنفسهم وتقويمات الآخرين لأجسادهم والتي تنبع من مصادر شعورية وغير شعورية، والتي تمثل مكوناً أساسياً في مفهومهم عن ذواتهم وتوافقهم الشخصي والاجتماعي. لذلك، فهي عملية يدركها الطفل منذ مرحلة مبكرة من حياته، وإنها شائعة لدى الذكور والإناث، وإن كانت أكثر لدى الإناث. فهناك سبب معقول للاعتقاد بأن الاتجاه العام للطفل والمراهق ذاته يؤثر في مظهره العضوي ويتأثر به، فقد أكد كفافي والنيال (١٩٩٥) وجود درجة كبيرة من التوافق بين مشاعر المراهقين التقويمية لأجسامهم وبين مشاعرهم من ذواتهم؛ إذ يؤثر المظهر الجسمي للمراهق ورأي الآخرين بهذا المظهر بصورته عن ذاته بطريقة أكثر تعقيداً مما تبديه الدراسات المشار إليها.

وتبدو هذه النتيجة منطقية نوعاً ما؛ فالإناث في بداية مرحلة المراهقة أكثر اهتماماً بأجسامهن من الذكور؛ إذ يتطلعن دائماً إلى الظهور بمظهر مثالي، فضلاً عن مقارنة أجسادهن بأجساد الآخرين، وهذه ميزة خاصة عند الإناث، وإن كان الذكور يهتمون بهذا الجانب إلاّ أن الإناث يتفوقن عليهم في هذا، نتيجة لطبيعة الأنثى النفسية والجسمية والاجتماعية. فقد أشارت الدراسات السابقة إلى أن المراهقين يعانون من مشكلات تتعلق بمظهرهم الجسدي والتي تنعكس سلباً على توافقهم الاجتماعي والنفسي والأكاديمي، فقد أشارت دراسة إبراهيم والنيال (١٩٩٤) إلى وجود علاقة دالة بين اضطراب صورة الجسم والقلق الاجتماعي والعزلة الاجتماعية، فضلاً عن ذلك فقد أشارت دراسة ويكباك وسكونبيرج: (Weckback and Schoenberg,2009) أيضاً إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين اضطراب صورة الجسد بين الذكور والإناث، وإن الإناث أكثر اضطراباً في هذا المتغير مقارنة بالذكور، وأن زيادة الوزن (البدانة) في سن المراهقة هو واحد من عوامل الخطر الرئيسة لظهور مرض السكري من النوع (٢)، فضلاً عن العوامل النفسية كالقلق والاكتئاب واضطرابات الأكل، مضافاً إليها العوامل المتعلقة

بالمرحلة النمائية للمراهقين، وهذه المتغيرات النفسية قد تكوّن الأرضية المناسبة لاضطراب صورة الجسد Body Dysmorphic Disorder لدى أطفال مرض السكّري.

وبالنظر إلى النتائج الموضحة في الجدول رقم (٦، ٧) يتبين للباحث وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠،٠١) بين أطفال مرضى السكري والأطفال العاديين في التوافق الشخصي والاجتماعي، وقد جاءت هذه الفروق لصالح الأطفال العاديين. بمعنى أن الأطفال العاديين أكثر توافقاً على المستوى الشخصي والاجتماعي من أطفال مرضى السكري. كما أظهرت النتائج الموضحة في الجدول رقم (٩، ١٠) عدم جود فروق بين الذكور والإناث المصابين بمرض السكري في أبعاد مقياس التوافق الشخصي والاجتماعي، على الرغم من وجود فروق دالة عند مستوى (٠،٠٥) بين الذكور والإناث في بُعد إحساس الطفل بقيمته(التوافق الشخصي)، والمهارات الاجتماعية (التوافق الاجتماعي) لصالح الإناث، بينما وجدت فروق دالة عند مستوى(٠،٠٥) بينهما في بُعد البيئة المحلية (التوافق الاجتماعي) لصالح الذكور.

ويعلّل الباحث هذه النتيجة بالنسبة إلى الفروق بين أطفال مرضى السكري والعاديين في التوافق الشخصي والاجتماعي أن أطفال مرضى السكري يواجهون العديد من المواقف الضاغطة في حياتهم اليومية والتي تجعلهم غير قادرين على التكيف معها بطريقة سوية بالمقارنة مع أقرانهم، فقد ينقطع بعضهم عن الذهاب إلى المدرسة، وتقل نشاطاتهم ومهاراتهم الاجتماعية نتيجة لما يترتب عليه أخذ جرعات الدواء أو تناول وجبة الغذاء الخاصة بهم في موعدها المحدد. فضلاً عن شعورهم بأنهم غير قادرين على الاعتماد على أنفسهم، وأن شعورهم بقيمتهم الذاتية بين أفراد أسرهم وأصدقائهم ليست مثل التي تمنح للأطفال العاديين، كما أن العلاقات الأسرية والاجتماعية يكتنفها الكثير من مشاعر الشفقة على الطفل ومعاملته معاملة خاصة نتيجة لوضعه الصحي. من كل هذا نجده يعيش حالة من سوء التوافق على المستوى الشخصي والاجتماعي بالمقارنة مع الأطفال العاديين. على اعتبار أن البناء الجسمي السليم إذا اقترن بالتوافق الشخصي والاجتماعي قد يؤدي إلى الرضا والصحة النفسية لدى الطفل؛ فخلو الطفل من التوترات الداخلية، يولد لديه الشعور بالراحة النفسية والسعادة إذا استطاع إشباع حاجاته الشخصية وفق ما تفرضه عليه من القيود الاجتماعية والمادية، وبقدر ما يستطيع الطفل أن يوفق بين حاجاته وضغوط البيئة الاجتماعية يحوز على رضا نفسه والجماعة التي ينتمي إليها، وبذلك يستطيع أن ينمي علاقات طيبة ومرضية مع جماعته، فيشعر بالأمن الاجتماعي والقبول الاجتماعي.

وتتفق هذه النتيجة التي توصل إليها الباحث الحالي مع العديد من الدراسات التي تناولت علاقة مرض السكري بالتوافق النفسي؛ فقد أشارت دراسة كل من: يورفاشي وسميث (Urvashi and Smith, 2010)، وكاكليسا (Kakleasa, 2009)، وبيرج وآخرون (Berg et al,2009)، وموسى وآخرون(Moussa, et al,2005)، ومورتليتي (Mortality,2005) والجمل (٢٠٠٥) إلى أن أطفال مرضى السكري يعانون صعوبة في التوافق النفسي والشخصي والاجتماعي بالمقارنة مع نظرائهم من الأطفال العاديين، كذلك صعوبة قدرة الامتثال للعلاج الطبي، مع تدهور في الحالة الصحية، وضعف في التوافق المدرسي، وانخفاض مستوى التحصيل واضطراب السلوك،

والغياب المتكرر عن المدرسة، وعدم قدرتهم على إقامة علاقات اجتماعية، فضلاً عن أن مهاراتهم الاجتماعية في التواصل مع الآخرين تجعلهم غير قادرين على إقامة علاقات طيبة مع أقرانهم الأصحاء في المدرسة وخارجها.

وبالنسبة إلى الفروق بين الذكور والإناث من أطفال السكري في التوافق الشخصي والاجتماعي، فقد أظهرت نتائج الجدول رقم (٩-١٠) عدم وجود فروق جوهرية بينهما، إلاّ أن فروقاً دالة موجودة في أبعاد التوافق الشخصي والاجتماعي ولاسيما في بُعد إحساس الفرد بقيمته ومهاراته الاجتماعية. فقد جاء متوسط الدرجات لصالح الإناث، بينما في علاقات الفرد في بيئته المحلية فجاء المتوسط لصالح الذكور. فهذه النتيجة تبدو منطقية نوعاً ما؛ فالذكور والإناث المصابون بمرض السكري يعانون من درجة متقاربة في التوافق نتيجة لما يعانونه من ضغوط اجتماعية وشخصية تحد من حريتهم. فهؤلاء الأطفال يتلقون الدعم الاجتماعي نفسه من الأهل لما يشعرون به من اهتمام ورعاية خاصة، وهذا ما يجعلهم غير قادرين على تعويض نواحي الضعف في بنيتهم الجسمية، لذلك نجدهم لا يصلون إلى درجة من التوافق على المستوى الشخصي والاجتماعي يستطيعون من خلاله التحكم بمواقف كثيرة يمرون بها. وعلى الرغم من ذلك فقد نجد الإناث أكثر توافقاً من الذكور في إحساس الطفل بقيمته ومهاراته الاجتماعية، وهذا يعكس أساليب التعويض التي تستخدمها الإناث لإثبات ذواتهن على المستوى الفردي والاجتماعي، وذلك تماشياً مع طبيعة الأنثى في المجتمع، والتي تسعى بكل ما تملك من قوة لتضمن مستقبلها المهني والأسري. بينما تفوق الذكور عن الإناث في العلاقات بالبيئة المحلية، وهذا، مرده إلى رغبة الطفل في تلقي القبول الاجتماعي من الآخرين على الرغم مما يعانيه من مشكلات، فهو لديه الرغبة في الحركة والتنقل والتفاعل مع الآخرين، لاعتقاده بأن مرضه قد لا يعيقه كثيراً عن إشباع تلك الرغبة.

وتتفق النتيجة التي توصل إليها الباحث مع ما توصلت إليه دراسة (Nobuo,et al, 2007) والجمل (٢٠٠٥) من وجود فروق بين الذكور والإناث المصابين بمرض السكري وأشقائهم في التوافق النفسي والاجتماعي. بينما خالفت هذه النتيجة ما أشارت إليه دراسة (Urvashi and smith, 2010) ودراسة (Gilbert, et al,1989) ودراسة نادو وميسي (Nadeau and Missi, 1994) إلى أن الإناث أقل توافقاً على المستوى النفسي والاجتماعي من الذكور. كما أشار الحجار (١٩٩٢) إلى أن هؤلاء الأطفال يظهرون سمات شخصية شبيهة بالفصام؛ فتحت الضغوط والشدّات التي يعانون منها نتيجة لهذا المرض، قد يحنحون لإبعاد أنفسهم عن المشكلات، والعجز المزمن يؤثر تأثيراً سلبياً في إستراتجيات حياتهم اليومية، وواقع الأمر أنهم ينظمون كامل حياتهم حول هذا العجز.

وتلخيصاً لما سبق، فقد أوضحت نتائج الدراسة الحالية وجود فروق دالة إحصائياً بين أطفال مرضى السكري والعاديين في الرضا عن صورة الجسم والتوافق الشخصي والاجتماعي، وجاء هذا الفرق لصالح الأطفال العاديين. وفي ضوء ذلك فإن صورة الجسم تؤدي دوراً مهماً في الشخصية السليمة، فالجسم هو أرض الملتقى بين الجانب النفسي والفيزيولوجي، وكما توجه الأنا وتحكم فيه، فيمكن أن تقع تحت تحكم وتوجيه الرغبات والنزعات الجسمية، وكذلك فإن مظهر الجسم وصورته السليمة وصحته عوامل مهمة في التوافق النفسي والاجتماعي للفرد، ومؤشرٌ دالٌ وملازمٌ للمرض منذ بدء تشخيصه الأولي ومروراً بمرحلة التعايش معه أو رفضه. فقد يكافح الطفل

المصاب بالسكري في الوصول إلى حالة من التوافق بين بيئته الداخلية بكل ما تحمله من معاناة نتيجة لهذا المرض، والخارجية بكل ما تتضمنه من تقويمات وفعاليات وأنشطة اجتماعية، وهذه المحاولات الحثيثة لدى الطفل لا ترقى إلى المستوى المطلوب من التوافق بالمقارنة مع أقرانه. ونتيجة لذلك يبدو غير قادر على الشعور بالحرية والاستقلالية، لأن المرض يضع أمامه العديد من العوائق التي تحبط قدرته على تحقيق التوافق المطلوب على المستوى الشخصي والاجتماعي، لذلك نراه قلقاً ومكتئباً وعدوانياً، مع بعض مشاعر النقص أو العجز والذنب، وغير قادر على إحداث تغيير جوهري في بنائه النفسي والاجتماعي أسوة بأقرانه . وهكذا نجد أن العمل على تحسين صورة الجسم والتوافق الشخصي والاجتماعي لدى أطفال مرضى السكري قد يضعف أو يحد من الآثار النفسية والجسمية الناجمة عن المرض.

لذلك، فإن الاهتمام بأطفال مرضى السكري من قبل المحيطين بهم سواء من جانب الأسرة أو المدرسة سيخفف من معاناتهم النفسية والجسدية والاجتماعية الناجمة عن هذا المرض، ويجعلهم أكثر توافقاً وتعايشاً مع هذا المرض الوبائي المزمن من جهة، ومع متطلبات حياتهم اليومية من جهة ثانية، ويتحقق ذلك من خلال إلقاء محاضرات حول أهمية الصحة النفسية والجسدية للأطفال الأصحاء والأطفال المصابين بمرض السكري عن طريق المرشد المدرسي وطبيب الصحة المدرسية بمشاركة الأهل والطلاب والمعلمين، من أجل توعيتهم بكيفية التعامل مع الطفل المصاب بالسكري، وتحسين توافقهم الشخصي والاجتماعي، وتنمية صورة إيجابية نحو جسده. فضلاً عن زيادة التعاون بين الأسرة والمدرسة بحيث يتم تزويد المدرسة بالمعلومات اللازمة عندما يطرأ على الطفل المصاب بمرض السكري مشكلات جديدة نتيجة لهذا المرض من أجل وضع برامج داعمة للحد منها أو للتخفيف من حدتها.

ومن هنا فإن النتائج التي استخلصت من هذه الدراسة تعد أرضية أولية للقيام بدراسات تالية تتناول متغيرات نفسية واجتماعية وأسرية بهدف تعرّف سمات هؤلاء الأطفال وخصائصهم واتجاهاتهم، وقدراتهم العقلية والشخصية، ومشكلاتهم واحتياجاتهم المختلفة.

١٢– المقترحات:

من كل هذا يقترح الباحث ما يلي:

١٢–١– مساعدة أطفال مرضى السكري على تنمية أساليب التوافق الشخصي والاجتماعي للتعايش مع أعراض المرض.

١٢–٢– تنمية اتجاهات إيجابية لدى أطفال السكري نحو تكوين صورة إيجابية نحو أجسادهم والمحافظة على هذه الصورة أثناء تفاعلاتهم الاجتماعية.

١٢–٣– يجب على الوالدين والمعلمين وفريق الرعاية الصحية في المدارس العمل معاً لتوفير الرعاية الصحية والنفسية، مع تقديم الوجبات الغذائية في الوقت المناسب، والسماح للطفل في المدرسة استخدام المراحيض والحصول على السوائل وفق الحاجة.

١٢-٤- تقويم وتشخيص حالة الأطفال الصحية عند دخولهم المدرسة وبشكل دوري بهدف الكشف عن المشكلات المتعددة ولاسيما مرضى السكري، وذلك من أجل وضع استراتيجية مناسبة للتدخل.

١٢-٥- إجراء دراسات حول أثر صدمة السكر لدى الآباء من أطفال مرضى السكري.

١٢-٦- إجراء دراسات مقارنة بين نوعي مرض السكري (١) ، (٢) لدى مختلف فئات المجتمع في سماتهم الشخصية والجسدية وتوافقهم العام.

١٢-٧- وضع برامج إرشادية للحد من صعوبات التوافق كنتيجة من نتائج مرض السكري.

المراجع

المراجع العربية:

– إبراهيم، عبد الستار، وعسكر، عبد الله. (١٩٩٩). *علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي*. (ط٢)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

– إبراهيم، علي؛ النيال، مايسه. (١٩٩٤). صورة الجسد وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية. *مجلة دراسات نفسية(رانم)*، القاهرة: رابطة الأخصائيين النفسيين، ٤ (١)، ١–٤٠.

– أبو النيل، محمود. (١٩٨٤). *الأمراض السيكوماتية، دراسات عربية وعالمية*. القاهرة: مكتبة الخانجي.

– أبو خطوة، أحمد نبيل، والقصيمي، محمد عبد الله. (١٩٨٩). *مرض السكّر*. جدة: مطبوعات تهامة.

– برنار، ميشيل. (١٩٨٣). الجسد. دمشق. وزارة الثقافة.

– جابر، عبد الحميد، كفافي، علاء الدين. (١٩٨٩). *قاموس علم النفس والطب النفسي*. القاهرة: دار النهضة العربية.

– جبالي، نور الدين. (١٩٨٩). *علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية*. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

– الجمل، زهرة البشير محمد. (٢٠٠٥). *تأثير مرض السكر في النمو الجسمي والنفسي والاجتماعي للأطفال المصابين في السن من (٥- ١٤) سنة*. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية والتطبيقية، جامعة الفاتح.

– الحجار، محمد حمدي الحجار. (١٩٩٢). *فن العلاج في الطب النفسي السلوكي*. بيروت: دار العلم للملايين.

– حسين، ضيائي. (١٩٨٧). المشكلات النفسية عند الأطفال المصابين بالسكر. *مجلة علم النفس*، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، (٣) ، ٦٣– ٦٥.

– الدسوقي، مجدي محمد. (٢٠٠٦). *اضطراب صورة الجسم الأسباب –التشخيص– الوقاية والعلاج*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

– رضوان، عبد الكريم. (٢٠٠٨). *فاعلية برنامج تدريبي لخفض الضغوط النفسية وتحسين التوافق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة*. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية: جامعة عين شمس، القاهرة.

– زهران، حامد. (١٩٧٨). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*.(ط٢)، القاهرة: عالم الكتب.

– زيور، نيفين. (١٩٩٧). صورة الجسم لدى الطفل البوالي. دراسة إكلينيكية. *مجلة علم النفس*، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، (٥٤) ، ١٢–٢٥.

– سليمان، حنان مجدي صالح. (٢٠٠٩). *المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرض السكر المراهق. دراسة سيكومترية إكلينيكية*. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية: جامعة الزقازيق.

– عكاشة، أحمد. (١٩٨٢). *علم النفس الفسيولوجي*. القاهرة : دار المعارف.

– علي، ممدوح مختار. (٢٠٠١). *العلاج السلوكي المعرفي كآلية واحتواء وعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض المتغيرات الشخصية*. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة طنطا: كلية الآداب.

– علي، هالة رمضان. (١٩٨٩). *الإصابة بمرض البول السكري لدى عينة من الأطفال وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية والانفعالية لدى كل من المريض والأم*. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة طنطا.

– غريب عبد الفتاح غريب. (١٩٩٩). *علم الصحة النفسية*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

– كفافي علاء الدين، و النيال مايسة. (١٩٩٥).*صورة الجسم وبعض متغيرات الشخصية لدى عينة من المراهقات دراسة ارتقائية عبر ثقافية*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

– المخللاتي، جلال. (١٩٨٤). *التغذية وصحة الإنسان*. غزة: الجامعة الإسلامية.

– الميزر، هند عقيل محمد. (١٤٢٧هـ). *التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكر نوع (١) وتأهيلهم اجتماعياً*. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الملك سعود: كلية الخدمة الاجتماعية.

– مخيمر، صلاح. (١٩٧٨). *نظرية جديدة في التوافق*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

– هلال، أحمد محمد الحسين. (١٩٩٨). *برنامج لتعديل بعض الخصائص النفسية لدى المراهقين بمرض السكر*. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب: جامعة طنطا.

– هنا، عطية محمود. (١٩٧٥). *كراسة تعليمات اختبار الشخصية*. القاهرة: دار النهضة العربية.

المراجع الأجنبية:

- Emre, A. Kurtoglu, S. Pirgon, O. and Baykara, M. (2006). Arterial wall thickening and stiffening in children and adolescents with type diabetes, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 74 (1), 33- 40.

-Barrett TG. (2007). Differential diagnosis of type 1 diabetes: which genetic syndromes need to be considered?. *Pediatr Diabetes*. 8 (6)15-23.

-Berg A.Cynthia; Ines, Schindler and Shannon, Maharajh .(2009). Adolescents' and Mothers' Perceptions of the Cognitive and Relational Functions of Collaboration and adjustment in Dealing with type 1 Diabetes, *Journal of Family Psychology*, 22(6) 865-874.

-Brend.A. Gale.(1993). The discovery of type 1 diabetes. *Diabetes*, 50, 217.

-Dabelea D. Bell, A. D'Agostino R. Imperatore G, Johansen J. (2007). Incidence of diabetes in youth in the United States. *Jama*. 27 (2), 16-24.

-Edggle J, Ford - Adams M, Dunger D.(1999. Causes of death in children with insulin dependent diabetes 1990-96. *Arch Dis Child*. 81(4), 318-23.

-English, H. and English, A. (1961). A comprehensive Dictionary of Psychological and *Psychoanalytical terms*. New York: Lon - Mans Green.

-Enzlin, Y. Mathieu S and Kazahari K .(2002). The Japanese Study Group of Insulin Therapy for childhood and adolescent diabetes (JSGIT): initial aims and impact of the family history of type I diabetes mellitus in Japanese children, *Pediatr. Diab*. (2) 160–169.

-Hattersley A, Bruining J, Shield J, Njolstad P, Donaghue K.(2009). The diagnosis and management of monogenic diabetes in children and adolescents. *Pediatr Diabetes*. 10 , (12) 33-42.

-Hummble and Ahnsjo. (2006). Personality changes and social adjustment during the first three years of diabetes in children, *Acta Paediatrica Journal*, 70 (3) 321-327.

-Jacobson, A. M. (1997). The quality of life and diabetes Mulittus quale. *Life-res*,6 (1) 23-61.

-Johnson. S. B. (1988). Diabetes Mellitus in childhood. In. D.K. Routh, Editor, *Handbook of pediatric psychology*. New York: Guilford Press.

-Gilley Mc Pryor, T M. and B Iederman. (1989). Laxative abuse among women with eating disorders: An indication of psychopathology, *International Journal of Eating Disorders*, (1) 13–18.

-kakleasa H. Yokoyama .(2009). Age of onset and type of Japanese younger diabetics in Tokyo, *Diab. Res. Clin.* 10, 241–244.

-Kovacs, M. H. V. & Pollock, M. H. (1995). Criterion and predictive validity of the diagnosis of adjustment disorder: A prospective study of youths with new-onset insulin-dependent diabetes mellitus. *American Journal of Psychiatry*, 152, 523–528

. Mortality. B. Dahlquist. G, Kallen. (2005). in childhood-onset type 1 diabetes: a population-based study. *Diabetes Care*. 28 (10) 2384-7.

-Moussa, M. Alsaeid. N. Abdella, T.M.K. Refai, N. Al-Sheikh and J.E. Gomez.(2005). Social and psychological characteristics of Kuwaiti children and adolescents with type 1 diabetes, *Social Science & Medicine*, 60(8) 1835-1844.

-Nadeau & Missi. (1994). Living with diabetes: the relationship between quality of life, coping style, adherence, and metabolic control in adolescence (diabetes mellitus). *Dissertation abstracts international*, 56-02, No. AAI9513441, P. 1117.

-Nobuob, Kaichi Kidac, Nozomu Sasakid & Matsuura. (2007). Matsuurae and The Japanese Study Group of Insulin Therapy for Childhood and Adolescent *Diabetes Research and Clinical Practice* 67,(3), 227-233.

-Paul Enzlin, Chantal. Mathieu and Koen Demy Ttenaere. (2002). Gender differences in the psychological adjustmten to type 1 diabetes mellitus: an explorative study. *Patient Education and Counseling*. 48 (2), 139-145.

-Pinar, Rukiye. (2005). Disordered Eating Behaviors Among Turkish Adolescents With and Without Type1. *Diabetes*, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 74 (1), 33-40.

-Porter JR. (2004). Acquired non-type 1 diabetes in childhood: subtypes, diagnosis, and management. *Arch Dis Child.* 89 (12) 1138 - 44.

-Reza Alaghehbandan, Kayla D. Collins Leigh Anne Newhook and Don MacDonald. (2006). Childhood type 1 diabetes mellitus in New found land and Labrador, Canada, *Journal of Pediatric Nursing*, 20, (5), 383-388.

-Rosenbloom AL, Silverstein JH, Amemiya S, Zeitler P.(2009). Type 2 diabetes in children and adolescents. *Pediatr Diabetes*. 10 (12), 17-32.

-Rubin,R and Peyrot,M. (1998). Levels and risk of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care*, 120 585-590.

-Urvashi. Mulasi-Pokhriyal, and Chery, S. (2010). Assessing body image issues and body satisfaction /dissatisfaction among American children 9-18 years of age using mixed methodology. *International Journal of Diabetes Mellitus*, 2 (2) 73-77.

-Weckback,S and Schoenberg,S(2009).Whole body Mr imaging in diabetes, *European Journal of Radiology*, 170 (30) 424-430.

>> وصل هذا البحث إلى المجلة بتاريخ ٢٠١٠/١٢/١٥، وصدرت الموافقة على نشره بتاريخ ٢٠١٢/٣/١٢<<