

فعالية الذات وعلاقتها بالتفكير الانتحاري لدى عينة من مرضى النوع الأول من مرض

السكري والأصحاء

| | |
|---|---------------------------------|
| أ/ نسرین محمد عبد المنعم الشرقاوي | د/ فاتن طلعت قنصوة |
| قسم علم النفس - جامعة كفر الشيخ | قسم علم النفس - جامعة كفر الشيخ |
| أ.د/ يوسف خليل عيسى | د/ رشا ناجي محمد |
| قسم الباطنة العامة والغدد الصماء - جامعة الأزهر | قسم علم النفس - جامعة كفر الشيخ |

ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة ما إذا كانت هناك فروق بين مرضى السكري من النوع الأول والأصحاء على مقاييس فعالية الذات والتفكير الانتحاري، كما تحاول هذه الدراسة كذلك التعرف على الفروق ذات الدلالة الإحصائية في فعالية الذات والتفكير الانتحاري تبعاً لمدة المرض، وتقديم مزيد من المعرفة عن فعالية الذات، ومعرفة تأثير الارتفاع والانخفاض فيها على التفكير الانتحاري لدى مرضى السكري من النوع الأول والأصحاء. وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (٣٠) من مرضى النوع الأول من مرض السكري، بمتوسط عمري قدره (٢٧,٥٠) سنة، وانحراف معياري (٤,٤٤) سنة، و (٣٠) من الأصحاء، بمتوسط عمري (٢٨,٤٦) سنة، وانحراف معياري (٤,٣٦) سنة، وقد تراوحت أعمارهم بين (٢٠: ٣٥) سنة، وشملت أدوات الدراسة: مقياس فعالية الذات من إعداد هويدة حنفي محمود، (٢٠١٣)، ومقياس احتمالية الانتحار من إعداد عبد الرقيب أحمد البحيري، (٢٠١٣)، ومقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة من إعداد عبد العزيز السيد الشخص، (٢٠١٣)، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

١- وجود فروق دالة إحصائية بين الأصحاء ومرضى السكري من النوع الأول في فعالية الذات، ٢- وجود فروق دالة إحصائية بين الأصحاء ومرضى السكري من النوع الأول في التفكير الانتحاري، ٣- وجود علاقة بين فعالية الذات والتفكير الانتحاري لدى مرضى السكري من النوع الأول، ٤- وجود علاقة ارتباطية بين مدة الإصابة بالنوع الأول من مرض السكري وكل من فعالية الذات، والتفكير الانتحاري. الكلمات المفتاحية: فعالية الذات، والتفكير الانتحاري، والنوع الأول من مرض السكري.

مقدمة

يُعد مرض السكري من الأمراض المزمنة التي تصيب الإنسان، وهو داء منتشر في كل أنحاء العالم، وهو ليس مرضاً عرضياً أو مرضاً محدد الأسباب والاتجاهات والعلاج، وإنما هو مرض متشعب ويصعب تحديد معالمه (مقبل، ٢٠١٠، ٢٧).

والنوع الأول من مرض السكري "المعتمد على الأنسولين" هو نوع من السكري الذي يظهر في معظم الأحيان لدى الأطفال والشباب؛ حيث يوجد أكثر من (٣٠) مليون شخص في العالم يعانون من النوع الأول من مرض

السكري نتيجة اختلال المناعة الذاتية لخلايا البنكرياس المفرزة للأنسولين¹، والناجمة عن مزيج من العوامل الوراثية وغير الوراثية (Forte et al., 2014).

ويقوم التفسير النفسي للأمراض النفسية الفسيولوجية على أساس أن الاضطرابات هي طاقة غير مشبعة (حبسية) أو تعبير عام عن القلق والتوتر، لم يتم التعبير عنه مباشرة فاتخذت صورة التعبير الجسمي، أي أن الأفراد الذين يصابون بمرض السكري مهينون للتعبير الجسمي أكثر من التعبير السلوكي العصابي (أبو القاسم، ٢٠١٣، ١٣٨).

ويُعد مفهوم فعالية الذات من أهم مفاهيم علم النفس الحديث الذي وضعه "باندورا"، حيث يرى أن معتقدات الفرد عن فعاليته الذاتية تظهر من خلال الإدراك المعرفي للقدرات الشخصية والخبرات المتعددة، سواء المباشرة أو غير المباشرة، ولذا فإن فعالية الذات يمكن أن تحدد المسار الذي يتبعه كإجراءات سلوكية، إما في صورة ابتكارية أو نمطية، كما أن هذا المسار يمكن أن يشير إلى مدى اقتناع الفرد بفعاليته الشخصية² وثقته بإمكانياته التي يقتضيها الموقف (المزروع، ٢٠٠٧). فضلاً عن أن فعالية الذات تمكن الأفراد من القيام بأمر غير عادية، وذلك باستخدام مهارات في التعامل مع العقبات ومن ثم فهمها (Alipour et al., 2012).

وبالنسبة للانتحار فقد أصبح ظاهرة مقلقة في السنوات القليلة الماضية في أغلب الدول العربية، وتشير الإحصاءات إلى أن أكثر من (٧٨%) ممن يقدمون على الانتحار تتحصر أعمارهم بين (١٧ - ٤٠) عاماً (السلطاني، ٢٠١٤).

وأكدت دراسة "فوجل ووايسبيرج" (Fogel & Weissberg, 2010) أن الشباب الذين يعانون من مرض السكري من النوع الأول يكونون عرضة للحالات المرضية النفسية والاجتماعية مثل الاكتئاب، واضطراب سلوك الأكل، وسوء نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وانخفاض فعالية الذات، وصعوبة في الالتزام الطبي والسيطرة الأيضية.

وبما أن مرض السكري يؤثر على أجهزة الجسم المتعددة ويرتبط بزيادة حدوث بعض الاضطرابات النفسية والأفكار الانتحارية (Siddharth & Yatan, 2014). كما أن سوء نوعية الحياة يرتبط بانخفاض فعالية الذات وارتفاع الشعور باليأس والتفكير في الانتحار (Pompili et al., 2009). فقد وجد الباحثون ضرورة التعرف على معدلات فعالية الذات وعلاقتها بالتفكير الانتحاري لدى عينة من مرضى السكري من النوع الأول والأصحاء.

مشكلة الدراسة

يُعد داء السكري مرضاً مزمناً شديداً الانتشار في كل أنحاء العالم بحيث أصبح ظاهرة وبائية (مؤتمر الاتحاد الإفريقي لوزراء الصحة، ٢٠١٣، ١). ففي عام ٢٠١١ بلغ عدد مرضى السكري (٣٦٦) مليوناً، كما أن هناك أيضاً (٢٨٠) مليون شخص معرضون بشدة للإصابة بالمرض، وفي حال عدم القيام بأي شيء إزاء ذلك سيرتفع الرقمان السابقان في غضون السنوات العشرين القادمة إلى (٥٢٢) مليوناً، و(٣٩٨) مليوناً يكونون عرضة بشدة للإصابة بنوعي السكري على التوالي (السنباني، والصوبة، ٢٠١٤). كما أفاد تقرير منظمة الصحة العالمية

1-Insulin.

2 personal-efficacy.

الصادر عام ٢٠٠٦ أن عدد مرضى السكري في جمهورية مصر العربية وصل إلى (٢,٦٢٣,٠٠٠) شخصاً، ويتوقع أن يصل في عام ٢٠٣٠ إلى (٦,٧٢٦,٠٠٠) شخصاً (عبد الحميد، ٢٠٠٧، ٢).

ومن المعروف أن مرض السكري هو أحد الاضطرابات الجسمية والتي تسهم العوامل النفسية بدور مهم في الإصابة بها، أو زيادة سوء الحالة المرضية للفرد (أبو القاسم، ٢٠١٣، ١٣٧).

كما أن فعالية الذات باتت تحظى في السنوات الأخيرة بأهمية متزايدة في مجال علم نفس الصحة لإسهامها في تعديل السلوك، ففعالية الذات لها دور في تحديد مدى قدرة الفرد على التواصل الاجتماعي، وإقامة علاقات ناجحة، وتؤثر كذلك فعالية الذات في طريقة تعاملنا مع الاضطرابات النفسية، بالإضافة إلى تأثيرها على الجانب الحيوي والوظيفي للانفعالات وجهاز المناعة (عليوة، ٢٠١٤).

وقد تعارضت نتائج الدراسات التي تناولت فعالية الذات لدى مرضى السكري من النوع الأول، ففي حين أثبتت غالبية الدراسات انخفاض فعالية الذات لدى مرضى السكري من النوع الأول عن الأصحاء، نجد أن دراسة "إيروول وأنس" (Erol & Anc, 2011) وجدت أن مرضى النوع الأول من مرض السكري لديهم ارتفاع في مستويات فعالية الذات بالمقارنة بمرضى النوع الثاني من مرض السكري.

وبالنسبة للتفكير الانتحاري فبالرغم من أن متصل السلوك الانتحاري يبدأ بالأفكار الانتحارية وينتهي بالفعل الانتحاري الكامل، ماراً بالمشاعر الانتحارية والتهديد بالانتحار أو محاولته، إلا أن معظم الدراسات العربية - كدراسة سامي عبد القوى (١٩٨٩)، ودراسة سهير كامل (١٩٩١) - اهتمت بدراسة عينات إكلينيكية ممن قاموا بمحاولات انتحار فاشلة، وأغفلت دراسة تصور الانتحار بما يتضمنه من أفكار ومشاعر انتحارية لدى الشباب (فايد، ٢٠٠٨، ٢٨٥).

وقد لاحظ الباحثون أن العلماء والباحثين قاموا بإجراء عديد من الدراسات النفسية على مختلف عينات المجتمع من المسنين والأطفال والمراهقين من مرضى السكري من النوع الأول، غير أنهم أهملوا فئة مهمة وهي الشباب من سن (٢٠ - ٣٥) سنة، كما لاحظ الباحثون ندرة الدراسات التي تناولت تأثير مدة المرض على متغيرات الدراسة الحالية، وأيضاً ندرة الدراسات التي تناولت علاقة فعالية الذات بالتفكير الانتحاري.

ومن هنا تبرز مشكلة الدراسة الحالية نظراً لكثرة المصابين بمرض السكري، والارتفاع الشديد في أعداد الأشخاص المعرضة لمرض السكري طبقاً للإحصاءات المتوقعة، وتعارض بعض نتائج الدراسات، وندرة الدراسات العربية والأجنبية - في حدود علم الباحثين - التي تناولت هذه الدراسة، فقد وجد الباحثون ضرورة دراسة فعالية الذات وعلاقتها بالتفكير الانتحاري لدى عينة من مرضى السكري من النوع الأول والأصحاء.

وتتمثل مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة عن الأسئلة الآتية:

- ١- هل توجد فروق بين متوسط درجات مرضى السكري من النوع الأول ومتوسط درجات الأصحاء على قائمة فعالية الذات؟
- ٢- هل توجد فروق بين متوسط درجات مرضى السكري من النوع الأول ومتوسط درجات الأصحاء على مقياس التفكير الانتحاري؟

٣- هل توجد علاقة ارتباطية سالبة بين فعالية الذات والتفكير الانتحاري لدى عينة من مرضى السكري من النوع الأول؟

٤- هل توجد علاقة ارتباطية بين مدة الإصابة بالنوع الأول من مرض السكري وكل من فعالية الذات والتفكير الانتحاري؟

أهمية الدراسة.

تتمثل الأهمية النظرية للدراسة في النقاط التالية:

١- ترجع أهمية الدراسة إلى تناولها لمرض السكري الذي يعد من أكثر الأمراض المزمنة انتشاراً ، وزيادة معدلات الإصابة به بنسب خطيرة، وأيضاً زيادة نسب أعداد المعرضين للإصابة به، بالإضافة لقلّة الاهتمام به من قبل الباحثين.

٢- أن الإصابة بمرض السكري وخاصة "النوع الأول المعتمد على الأنسولين" يفرض عديلاً من القيود على حياة "الشباب" تؤثر على نظرته المستقبلية للحياة، وذلك نظراً لأن هذا المرض يستمر طول العمر ويحتاج إلى علاج مدى الحياة.

٣- يُعد مرض السكري أبا الأمراض النفسية الجسمية، فضعف التحكم في المرض يؤدي إلى عديد من الأمراض العضوية الأخرى، مما يؤدي إلى عديد من الاضطرابات النفسية، ومن ثم انخفاض فعالية الذات، وزيادة التفكير الانتحاري.

٤- حداثة مصطلح فعالية الذات الذي يعد من البناءات النظرية التي تقوم على نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي والتي تسهم في تعديل السلوك.

٥- تهتم الدراسة الراهنة بظاهرة التفكير في الانتحار التي أصبحت كارثة حقيقية ازداد تواترها في هذا العصر المحمل بالأعباء والضغوط والأمراض خاصة بين المراهقين والشباب.

٦- كما تتبع أهمية الدراسة الحالية من أهمية الشريحة العمرية التي تتناولها؛ حيث تتناول الدراسة الحالية مرحلة عمرية لها أهمية كبيرة وهي مرحلة (الشباب) والتي ستتحمل عبء مسؤولية التخطيط للمستقبل، والبناء، وتقديم المجتمع من خلال القيام بواجباتها المهنية، فضلاً عن المسؤولية الوالدية في تنشئة الأبناء.

٧- التحقق من الفروض النظرية للدراسة والتعرف على العلاقة بين فعالية الذات والتفكير الانتحاري لدى كل من مرضى السكري من النوع الأول والأصحاء.

٨- التعرف على حجم العلاقة الارتباطية السالبة بين كل من فعالية الذات والتفكير الانتحاري، بالإضافة إلى معرفة مدى إسهام فعالية الذات بالتفكير الانتحاري حتى يتسنى لنا توجيه مرضى السكري من النوع الأول في ضوء ما يسفر عنه البحث من نتائج.

٩- تعد هذه الدراسة مهمة إلى حد ما، لأنها الدراسة الأولى من نوعها- في حدود علم الباحثين- التي تناولت فعالية الذات وعلاقتها بالتفكير الانتحاري لدى مرضى السكري من النوع الأول في البيئة العربية.

وتتمثل الأهمية التطبيقية للدراسة في:

١- الاستفادة من نتائج الدراسة في التحكم في مرض السكري لدى المرضى والتخفيف من آثاره النفسية وذلك لتقادي مضاعفاته، إذا ما ظهرت علاقة ارتباطية دالة بين متغيرات الدراسة.

- ٢- توضيح أن مرضى السكري من النوع الأول يحتاجون إلى رعاية خاصة؛ حيث لا تقتصر الرعاية على المريض أو على المتابعة الصحية فقط، بل أيضاً على أهالي المرضى والمحيطين بهم من خلال دعمهم نفسياً .
- ٣- كما تكمن أهمية الدراسة في الجانب الوقائي، فدراسة التفكير الانتحاري لدى عينات غير إكلينيكية (الشباب مرضى السكري من النوع الأول) ومعرفة العوامل الكامنة وراء هذا الفكر، يساعد في التخطيط وإعداد برامج وقائية أكثر فاعلية للشباب للحد من الانتحار.
- ٤- كما أن نتائج هذه الدراسة من الممكن أن تساعد واضعي البرامج العلاجية في وضع برامج علاجية ووقائية للتعايش مع المرض، وتنمية فعالية الذات، وتقليل التفكير الانتحاري، ومن الممكن أيضاً أن تساعد المرضى أنفسهم والمحيطين بهم كذلك.

مفاهيم الدراسة

أولاً: فعالية الذات^١

تعرف بأنها ثقة الأفراد في قدرتهم على الأداء في المجالات المتنوعة، فيكون الفرد أكثر معرفة لنفسه ويكون لديه القدرة على إحراز الأهداف، ويؤثر هذا على الأهداف البعيدة والتي تتصل بالقدرة على إنجاز السلوك والتي تعتمد على قدرات الشخص ومكاناته (Hallinan & Danaher, 1994).

كما أنها اعتقاد الفرد في قدرته على القيام بسلوك ما باستخدام وسائل تمكنه من ضبط الأحداث التي تؤثر في حياته، وتمثل معتقدات فعالية الذات أسساً قوية لدى الفرد، فالفرد الذي لا يثق في قدراته للوصول إلى النتائج المنشودة غالباً ما يكون لديه حافز ضعيف للعمل والأداء أو المثابرة في مواجهة العقبات (الدق، والصبوة، وإسماعيل، ٢٠١٤).

مظاهر فعالية الذات.

١. **الثقة بالنفس وبالقدرات:** لعل من أهم صفات الشخص الذي يتمتع بالثقة في النفس؛ قدرته على تحديد أهدافه بنفسه، وذو الثقة يقوم بأصعب الأعمال ببسر بالغ.
٢. **المثابرة الفكرية أو الذهنية:** عبارة عن سمة فعالة روحها السعي، وهي تعين الفرد على إخراج طموحاته من داخله إلى حيز الوجود، والمثابرة تعني الاستمرارية وانتقال الفرد من نجاح إلى نجاح.
٣. **القدرة على إنشاء علاقات سليمة مع الآخرين:** حيث تعتمد كفاءة الفرد على تكوين علاقات قوية وسليمة مع الآخرين.
٤. **القدرة على تقبل المسؤولية وتحملها:** تحمل المسؤولية أمر له قيمته، فلا يقدر على حملها إلا شخص يكون مهيناً أنفعالياً لقبول المسؤولية، ويبدع عند أداء واجبه مستخدماً كل طاقاته وقدراته، ويكون قادراً على التأثير في الآخرين.
٥. **البراعة في التعامل مع المواقف التقليدية:** وهي من مظاهر فعالية الذات المرتفعة، فالفرد ذو الفعالية المرتفعة يستحيب للمواقف الجديدة بطريقة مناسبة، ويعدل من نفسه وأهدافه وفق ظروف البيئة (المشيخي، ٢٠٠٩، ٨٧ - ٨٨).

1-Self- efficacy.

كما أن فعالية الذات لا تركز فقط على المهارات التي يمتلكها الفرد ولكن أيضا على حكم الفرد على ما يستطيع أدائه مع ما يتوفر لديه من مهارات، ففعالية الذات هي الاعتقاد بأن الفرد يستطيع تنفيذ أحداث مطلوبة، وهي ليست سمة ثابتة أو مستقرة في السلوك الشخصي فهي مجموعة من الأحكام لا تتصل بما ينجزه الشخص فقط ولكن أيضا بالحكم على ما يستطيع إنجازه (عبيد، ٢٠١٣، ٦٧).

ثانياً: التفكير الانتحاري^١

يشير "ريتش Rich" إلى التفكير بالانتحار باعتباره نوع من تنمية خصائص شخصية أو عوامل اجتماعية واقتصادية تحول هذا السلوك من الانتحار الكامن إلى محاولة الفرد تدمير حياته بنفسه دون تحريض من أحد والقيام بالانتحار الفعلي (Rich, 1992, 50) ويُقصد به سيطرة الأفكار المتعلقة بالموت والانتحار وسلوكيات إيذاء الذات الخطرة، والتفكير في التخلص من الحياة كحل لوضع حد لمعاناة الفرد (البحيري، وأبو الفضل، ٢٠٠٨).

المؤشرات الدالة على الانتحار.

ييدي معظم الأشخاص الذين يقدمون على الانتحار بعض العلامات بسبب ما يعانونه، ومنها:

١- **العلامات اللفظية:** وتكون في صورة عبارات منطوقة أو مكتوبة وتكون إما مباشرة (أنا ذاهب لأفعلها هذه المرة، سوف أقتل نفسي) أو غير مباشرة (لم تعد ترجى مني أية فائدة).

٢- **العلامات السلوكية:** مثل شراء آلة حادة، أو إحداث خدش أو قطع برسغ اليد كحركة أو إيذاء للانتحار، وغالباً ما تفسر هذه العلامات بأنها صرخة من أجل المساعدة أكثر من أن تكون رغبة حقيقية للموت.

٣- **العلامات الموقفية:** وتعبّر عما يعانيه الفرد من هموم وكدر في عدد من الظروف والمواقف مثل موت الزوج أو الزوجة، أو الطلاق، أو إصابة جسمية مؤلمة، أو أحد الأمراض المهلكة أو المفضية إلى الموت كالسرطان أو نقص المناعة "الإيدز"، أو الاستغراق أو الانشغال الكامل بالسكري السنوية لوفاة شخص عزيز، أو غير ذلك من المتغيرات الجذرية في مواقف حياة الفرد.

٤- **الأعراض والمظاهر النفسية التي تدل على الانتحار:** مثل الاكتئاب الشديد والشعور بالوحدة واليأس والعجز وعدم الرضا عن الحياة (السلطاني، ٢٠١٤).

كما أظهرت الدراسات الحديثة التي تمت على الشباب المنتحرين أن (٢٠ - ٥٠%) منهم كانت لديهم اضطرابات في الشخصية متمثلة في اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع^٢، والشخصية المتكيفة والشخصية النرجسية، وبعض الصفات الشخصية مثل الاندفاع والعنف. هذا بالإضافة إلى زيادة نسب الانتحار بين المصابين باضطراب الزعر والمصابين باضطرابات التغذية مثل فقدان الشهية العصبي^٣، والشره المرضي^٤ (عبد الله، ٢٠٠٨، ٢١).

1-Suicidal Thinking.

2-Antisocial Personality disorder.

3-Anorexia Nervosa.

4-Bulimia.

كما أن معظم الأشخاص الذين يقبلون على الانتحار يرون أن ذلك هو الحل الوحيد للموقف الذي لا يحتمل بسبب معاناتهم النفسية الشديدة، فيصيبهم الإحباط في محاولاتهم المتكررة لإشباع حاجاتهم النفسية حتى يسقطوا في حالة من اليأس، ويرون أنه لا وسيلة لديهم للهروب إلا الانتحار (عبد الرحمن، ٢٠٠٩، ٣٣٦ - ٣٣٧).

النظريات والنماذج المفسرة للانتحار:

توجد عديد من النظريات المفسرة للانتحار منها: النظرية بين الشخصية؛ حيث اقترح "جوينر" joiner عام ٢٠٠٥ أن الحاجة للانتماء هي من الدوافع الإنسانية، وبالتالي فالرضا عن هذه الحاجة يقلل من خطورة الانتحار، في حين أن إحباط هذه الحاجة يزيد من الرغبة في الانتحار، كما توجد النظرية النفسية في تفسير الانتحار التي تقوم على فكرة الصراع النفسي على المستوى الفردي، وأن الحد من الانتحار والتدخل النفسي للعلاج يكون من خلال تلك الصراعات وتعلم أساليب التكيف مع تلك الضغوط والصراعات، وتقوم الدراسات النفسية للانتحار على ثلاثة محاور هي: التحليل النفسي، وعلم النفس النمائي، وعلم النفس المعرفي - السلوكي، كما لا يجب أن نغفل أيضاً التفسيرات الطبية لظاهرة الانتحار، والتي تعيد بوجود أسباب عضوية للأمراض العقلية؛ حيث يوصف الانتحار بأنه انقلاباً للسادية ضد الشخص نفسه، وخاصة في انتحار مريض الاكتئاب، وهناك اتجاهان نظريان أساسيان في علم الاجتماع لتفسير الانتحار، إحداهما يتجه إلى النظرة الواسعة للأفعال الإنسانية باعتبارها نتاج وأثر للمجتمع على الأفراد الذين يعيشون فيه، أما النظرة الضيقة فهي تعبر عن رؤية الفرد للأشياء وما تبدو عليه في اعتقاده؛ فالانتحار ظاهرة اجتماعية ترتبط بالبناء الاجتماعي وما يطرأ عليه من تغيير، كما أنها ترتبط أيضاً بمدى تنوع شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد في المجتمع أو جماعته الاجتماعية (باشا، وشنودة، ٢٠١٤).

ثالثاً: مرض السكري^١.

مرض السكري سببه خلل في إفراز البنكرياس "أحد الغدد الصماء" التي تفرز هرمون الأنسولين، والذي يصب عن طريق قناة في الأمعاء الدقيقة مكوناً إنزيمات مساعدة لعملية الهضم، والأجزاء الداخلية من البنكرياس والخلايا المتخصصة في إفراز هذا الهرمون تعرف باسم جزر لانجرهانز (شقيير، ٢٠٠٥، ٣٠٠).

وقد عرفه كل من "إيمان السنباني، ومجد الصبوة" بأنه أهم أمراض الغدد الصماء وأشهرها، وهو زملة تتصف باضطراب في الاستقلاب "الأبيض"، مما يتسبب في ارتفاع غير طبيعي في تركيز سكر الدم "الجلوكوز" الناجم عن نقص في هرمون الأنسولين (السنباني، والصبوة، ٢٠١٤).

وقد اجتمعت "لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية لمرض السكري في جنيف"، وناقشت أفضل تعريف لهذا المرض، وهو أن مرض السكري هو حالة مرضية مزمنة ينتج عن ازدياد مستوى السكر في الدم لدى البعض، وسبب هذه الزيادة قد يكون وراثياً أو بيئياً أو عوامل أخرى كثيرة غالباً ما تتضافر مع بعضها بعضاً، وهرمون الأنسولين هو المنظم الرئيسي لتركيز الجلوكوز في الدم، وهو هرمون تقوم بتخليقه وتصنيعه وإفرازه خلايا بيتا في البنكرياس (الإسي، ٢٠١٥، ٣٦).

أسباب النوع الأول من مرض السكري "المعتمد على الأنسولين"

يحدث النوع الأول من مرض السكري بين الأطفال والبالغين الشباب، ويرجع السبب فيه عادة إلى فرط نشاط نظام المناعة في الجسم، الأمر الذي يسبب تلف الخلايا المولدة للأنسولين الموجودة في البنكرياس مما يؤدي إلى احتياج كلي للأنسولين، وعندما لا يتوفر الأنسولين، لا تكون هناك سيطرة على سكر الدم. ويحتاج مرضى السكري من النوع الأول إلى حقن الأنسولين، لا من أجل السيطرة على الأمراض فحسب، بل للمحافظة على استمرار حياتهم (غولديبرغ، وإيليوت، ٢٠٠٢، ١٢٦).

كما يحدث هذا النوع من مرض السكري بسبب إصابات فيروسية، وخلل في مناعة الجسم، والأدوية والهرمونات التي تؤثر سلباً على الأنسولين وإفرازه، وعوامل بيئية "غير محددة ولكنها لازالت تحت الدراسة" (رضوان، ٢٠٠٨، ٥٥).

أما عن الأسباب النفسية والانفعالية المسببة لحدوث الإصابة بالسكري فترى "زينب شقير" أن المشكلات النفسية تؤدي دوراً كبيراً في إحداث الإصابة بالمرض لدى الأفراد ذوي الاستعداد الوراثي للإصابة به، ويحدد العامل النفسي أيضاً قدرة المصاب على الاستجابة للعلاج عند بدء تشخيص المرض والعلاج، وأن هناك عوامل نفسية تقلل من الاستجابة للعلاج وتطيل فترة بقاء المريض بالمستشفى، حتى يمكن التحكم في المرض والحد من خطورته ومضاعفاته. حيث إن المخاوف والأحزان والهموم تخفض الضغط وتزيد من الإصابة بالسكر. كما أن حالات القلق والانفعالات والتوتر مسئولة إلى حد كبير وبصورة غير مباشرة عن زيادة كمية الكربوهيدرات في الجسم بسبب الزيادة في الامتناس. ويشير عديد من الأحداث والحالات العيادية إلى أن الإصابة بمرض السكري تعقب انفعالات حزن شديد، أو غضب عنيد، أو قلق مستبد مما يمكن تفسيره في ضوء اختلال وظائف آليات تنظيم موازنة السكر بالجسم نتيجة زيادة إجهادها أو المفاجأة المذهلة في وظائفها، كما أن التعرض للعديد من الضغوط اليومية يعرض الفرد للإصابة بالمرض (شقير، ٢٠٠٢، ١٤٦ - ١٤٧).

وأخيراً فإن مرض السكري من الأمراض المزمنة والشائعة التي تصيب الصغار والكبار على حد سواء، وعموماً فإن الإصابة بهذا المرض تعد في حد ذاتها يسيرة إلى حد ما، إذا ما اتبع المريض بانتظام واستمرار نظاماً غذائياً وعلاجياً ونشاطاً بدنياً معيلاً، إلا أنه في الوقت نفسه يعد من أخطر الأمراض إذا لم ينتظم المريض في تلك الإجراءات بدقة أو أهملها (أحمد، ١٩٩٣).

الدراسات السابقة

قام الباحثون بمراجعة عدد كبير من قواعد البيانات العالمية، وكذلك مراجعة ما توفر لهم من نورتات متخصصة حديثة في موضوع البحث الراهن، وتبين من خلال ذلك ندرة الدراسات السابقة - في حدود علم الباحثين - التي تناولت متغيرات الدراسة الراهنة معاً لدى مرضى السكري من النوع الأول في البيئة الأجنبية والعربية، وقد اهتم عدد من الباحثين في البيئة الأجنبية بدراسة موضوع البحث الراهن؛ حيث عني بعضهم بدراسة متغير واحد من متغيرات الدراسة لدى مرضى السكري من النوع الأول، بينما اهتم قليل جداً منهم بدراسة فعالية الذات والتفكير الانتحاري معاً عند مرضى السكري من النوع الأول، ومن هذه الدراسات:

أولاً : الدراسات التي تناولت فعالية الذات لدى مرضى السكري من النوع الأول:

دراسة "إيرول وأنس" (Erol & Anc, (2011) والتي هدفت إلى تحديد الخوف من نقص السكر في الدم ومستويات فعالية الذات لدى المرضى الذين يعالجون بالأنسولين، والعوامل التي تؤثر على هذه المستويات، وذلك على عينة قوامها (٣٤٥) من مرضى السكري من النوع الأول في تركيا، وكان متوسط أعمارهم (٥١,٧١) ± (١٤,١٢) سنة، واستخدم الباحثان المنهج الوصفي الارتباطي في هذه الدراسة، وتم جمع البيانات باستخدام نموذج المعلومات عن المريض، ومقياس الخوف من نقص السكر في الدم، ومقياس الرعاية الذاتية للسكري. وقد أسفرت النتائج عن أن مرضى النوع الأول من مرض السكري، والذين تلقوا العلاج بالأنسولين كان لديهم قلق شديد وخوف من نقص السكر في الدم، كما أسفرت نتائج هذه الدراسة عن ارتفاع مستويات فعالية الذات لدى المرضى الذين يعانون من النوع الأول من مرض السكري عن المرضى الذين يعانون من النوع الثاني من مرض السكري.

وقد أجرى "موهبي وآخرون" (Mohebi et al., (2013) مراجعة منهجية لمراجعة دور فعالية الذات باعتباره عاملاً حاسماً في الرعاية الذاتية لمرض السكري، وتم البحث في مختلف بنوك المعلومات، بالإضافة إلى المقالات المختلفة من البحوث المحلية والمجلات العلمية، وتم البحث باستخدام مصطلحات البحث التالية (مرض السكري، والرعاية الذاتية، وفعالية الذات)، وأجريت هذه المراجعة للدراسات التي نشرت في الفترة من ١٩٩٠ حتى عام ٢٠١١. وقد أسفرت نتائج تلك الدراسات عن أن وضع الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري ليس فقط غير هوسي، ولكن أيضاً أظهرت نتائج الدراسات أن معدل فعالية الذات منخفض بين مرضى السكري، كما أسفرت النتائج كذلك عن وجود علاقة مباشرة بين فعالية الذات والرعاية الذاتية لمرض السكري.

ولاستكشاف العلاقة بين السيطرة على الانفعالات، وفعالية الذات الخاصة بالسكري، وإدارة مرض السكري بين المراهقين الذين يعانون من مرض السكري النوع الأول، فقد أجرى "ستيبينسكي وآخرون" (Stupiansky et al., (2013) دراسة على عينة قوامها (٢٠٤) من الذكور والإناث من مرضى السكري من النوع الأول في المدرسة الثانوية، ممن تراوحت أعمارهم بين (١٧ - ١٩) سنة، وكان متوسط أعمارهم (١٨,٢٥ ± ٠,٤٥) سنة، وطبق الباحثون اختبار السيطرة على الانفعالات، ومقياس فعالية الذات، واستبانة الإدارة الذاتية لمرض السكري. وأظهرت النتائج أن السيطرة على الانفعالات ارتبطت مع تحسين إدارة مرض السكري بين هؤلاء المراهقين، كما أكدت النتائج كذلك أن فعالية الذات الخاصة بالسكري تتوسط العلاقة بين السيطرة على الانفعالات وإدارة مرض السكري.

في حين أجرى كل من "أميري، وفافا، وجوندير - فريدريك" (Amiri, Vafa & Gonder-Frederick, (2015) دراسة هدفت إلى معرفة أثر فعالية الذات والخوف من نقص السكر في الدم لدى مرضى السكري من النوع الأول، وذلك على عينة قوامها (٦١) طفلاً يعانون من مرض السكري من النوع الأول، ممن تراوحت أعمارهم بين (٦ : ١٢,٧) سنة، وطبق الباحثون استبانة الخوف من نقص السكر في الدم للأطفال، ومقياس فعالية الذات. وأسفرت النتائج عن أن الأطفال أكبر من (١٠) سنوات لديهم مستويات أقل من الخوف من نقص السكر في الدم، ولديهم ارتفاع في فعالية الذات، كما أفاد (٤٢,٣%) من الفتيات، و (٣١,٤%) من الأولاد أن انخفاض نسبة السكر في الدم هو مشكلة كبيرة بالنسبة لهم ومصدر قلق كبير لديهم، كما أشارت النتائج أيضاً إلى أن (١٩,٧%) فقط من الأطفال لديهم تحكم في مرض السكري، ومستوى الهيموجلوبين السكري.

كما أجرى "غاربييه وآخرون" (Gharaibeh et al., 2016) دراسة هدفت إلى اختبار العلاقة بين الاكتئاب، والمعرفة بمرض السكري، وقوة الرعاية الذاتية، والفعالية الذاتية، وإدارة الرعاية الذاتية للسكري لمرضى السكري الذين يعالجوا بالأنسولين، وذلك على عينة قوامها (٣٥) من مرضى السكري من النوع الأول، و(٤٣) من مرضى السكري من النوع الثاني، وكان متوسط أعمارهم (٤٦,٦ : ١٣,٧) سنة، وتم تقييم ارتباطات الانحدار الخطي المتعدد بين الاكتئاب، وسلوكيات الرعاية الذاتية، والفعالية الذاتية، والمعرفة بمرض السكري. وأشارت النتائج إلى وجود علاقة سلبية مباشرة بين الاكتئاب وكل من قوة الرعاية الذاتية والفعالية الذاتية، في حين كانت العلاقة بين الاكتئاب وإدارة الرعاية الذاتية للسكري غير مباشرة، كما أشارت النتائج إلى أن قوة الرعاية الذاتية والفعالية الذاتية تتوسط تأثير الاكتئاب على إدارة الرعاية الذاتية للسكري، كما أن الفعالية الذاتية تتوسط تأثير قوة الرعاية الذاتية على إدارة الرعاية الذاتية للسكري.

ثانياً: الدراسات التي تناولت التفكير الانتحاري وبعض متغيرات الدراسة لدى مرضى النوع الأول من مرض السكري:

دراسة "جولدستون وآخرين" (Goldston et al., 1997) والتي هدفت إلى معرفة مدى انتشار الأفكار والسلوكيات الانتحارية خلال عام لدى المراهقين من مرضى السكري من النوع الأول المعتمد على الأنسولين، ومعرفة العلاقة بين الأفكار الانتحارية وعدم الالتزام لدى المراهقين من مرضى السكري المعتمد على الأنسولين وأيضاً العوامل التي قد تتوسط العلاقة بين الأفكار الانتحارية وعدم الامتثال مثل (الاضطراب النفسي، وتوقعات فعالية الذات، واليأس)، وذلك على عينة قوامها (٩١) من المراهقين من مرضى السكري من النوع الأول، وقد أجرى الباحثون مقابلة شبه منظمة، واستخبارات لتحديد: تاريخ التفكير الانتحاري والسلوك الانتحاري، وعدم الالتزام الجاد مع النظام الطبي، والاضطراب النفسي الحالي، واليأس، وتوقعات فعالية الذات. وقد أظهرت النتائج أن نسبة التفكير في الانتحار بين المراهقين أعلى مما كان متوقفاً، كما ارتبطت الأفكار الانتحارية بشدة مع عدم الالتزام الجاد مع نظام طبي، كما أظهرت أن التفكير في الانتحار كان مرتبطاً بمدة مرض السكري وتشخيص الأمراض النفسية على حد سواء خلال العام السابق وعمر التفكير في الانتحار، ووجدت أيضاً ارتباطاً بين تشخيص الاضطراب النفسي لدى المراهقين الذين لا يعيشون في منزل والديهم وعدم الامتثال لتلقي العلاج الطبي.

أما عن دراسة "بومبيلي وآخرين" (Pompili et al., 2009) فقد هدفت إلى تقييم نوعية الحياة وارتباطها بالتفكير الانتحاري لدى المرضى الإيطاليين ذوي مرض السكري، وذلك على عينة قوامها (١٠٠) مريض يعانون من النوع الأول والثاني من مرض السكري، منهم: (٥٢) من السيدات، و(٤٨) من الرجال، ممن تراوحت أعمارهم بين (١٦ - ٩١) سنة، وكان متوسط أعمارهم (٥٠,٨ ± ١٥,٩) سنة، وأجرى الباحثون الدراسة باستخدام مقياس اليأس، ومقياس الانتحار، ومقياس المسح الصحي، ومقياس فعالية الذات العامة. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن المرضى الذين يعانون من مرض السكري لديهم يأس أكبر، وتفكير في الانتحار، كما أسفرت النتائج بأن سوء نوعية الحياة يرتبط بانخفاض فعالية الذات، وارتفاع اليأس، والانتحار، كما أسفرت النتائج أيضاً عن أن الانتحار أكبر لدى النساء عن الرجال مرضى السكري، وكان المرضى الذين تزيد أعمارهم عن (٥٠) سنة أسوأ في فعالية الذات، وأقل في نوعية الحياة من المرضى الأصغر سناً، كما كانت النساء والمرضى الذين تزيد أعمارهم عن (٥٠) سنة والمرضى الذين يعانون من النوع الأول من مرض السكري أكثر عرضة لليأس، والتفكير في الانتحار.

وأجرى كل من "أليس ومونيك ومالفين" (Alec, Monique & Malvin, 2010) دراسة عن محاولات الانتحار أو التفكير فيه لدى الأمريكيين الأفارقة الذين يعانون من مرض السكري، وهدفت هذه الدراسة إلى تقييم الانتحار لدى مرضى السكري من النوع الأول، وتكونت عينة الدراسة من (٤١٢) من مرضى السكري النوع الأول من الأمريكيين الأفارقة، و (٤٠٢) من الأمريكيين الأفارقة الأصحاء، وشملت أدوات الدراسة مقابلة شبه منظمة وسُئلوا عما إذا كانوا قد حاولوا في أي وقت مضى الانتحار، كما أكمل المرضى استبانة صدمات الطفولة، واستبانة العداة واتجاه العداة، ومقياس بيك للاكتئاب، وتمت مقارنة مرضى السكري من النوع الأول بالأصحاء في معدل محاولات الانتحار، وتمت أيضاً مقارنة مرضى السكري من النوع الأول الذين حاولوا والذين لم يحاولوا الانتحار على البيانات الاجتماعية والسكانية والعيادية. وقد أكدت نتائج هذه الدراسة أن مرضى السكري من النوع الأول كانوا عرضة لمحاولات الانتحار من (٤:٣) مرات أكثر من الأصحاء، وكانت الإناث أكثر عرضة للانتحار من الذكور مرضى السكري من النوع الأول.

كما أجرى "بوت وآخرون" (Bot et al., 2013) دراسة عن العلاقة بين أعراض الاكتئاب ومراقبة السكر في الدم في العيادات الخارجية لمرض السكري، على عينة قوامها (٦٤٦) في ثلاث عيادات خارجية للسكري في هولندا، منهم: (٣٢٩) من الإناث، و(٣١٧) من الذكور، وكان متوسط أعمارهم (٥٣,٣ ± ١٥,١) سنة، وتم قياس الاكتئاب وفقاً لأعراض الاكتئاب التسعة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية بعد تقييم الطبعة الرابعة منه مع البنود التسعة لاستبانة صحة المريض ١، واشتقت نسبة الهيموجلوبين السكري من السجلات الطبية، وتمت المتابعة لمدة عام. وقد أسفرت النتائج عن أن أكثر من (٤٥%) من مرضى السكري من النوع الأول يعانون من واحد أو أكثر من أعراض الاكتئاب، والتفكير في الانتحار، ومشاكل الشهية، وصعوبات في النوم، وهذه الأعراض مرتبطة إلى حد كبير بارتفاع مستوى الهيموجلوبين السكري.

في حين قام "فورتى وآخرون" (Forte et al., 2014) بإجراء مراجعة منهجية هدفت إلى التحقق من وجود علاقة بين النوع الأول من مرض السكري والسلوك الانتحاري، وتحديد ما إذا كان مرضى النوع الأول من مرض السكري لديهم تفكير انتحاري أو حاولوا الانتحار أو في خطر متزايد للانتحار؟ وقد أجريت مراجعة نقدية على المقالات التي نشرت باللغة الإنجليزية من مصادر البيانات المختلفة في الفترة من ١٩٧٠ - ٢٠١٣، وأُستخدمت كلمات البحث التالية (التفكير في الانتحار، ومحاولة الانتحار، والانتحار، ومرض السكري)، وشملت معايير الأهلية المواد الأصلية فقط التي نشرت في المجالات الإنجليزية، وتم استثناء التحليلات الوصفية والمراجعات المنهجية والدراسات التي لم تكن واضحة عند أوقات المتابعة، وأيضاً تم استبعاد النوع الثاني من مرض السكري لأن عمر بداية النوع الثاني من مرض السكري وسبب المرض فيه يختلف عن ذلك في النوع الأول من مرض السكري. وقد أشارت مراجعة الأبحاث إلى أن المرضى الذين يعانون من النوع الأول من مرض السكري لديهم تفكير انتحاري وفي خطر متزايد للانتحار، على الرغم من عدم وجود إجماع واضح فيما يتعلق بمستوى الخطر المتزايد.

وفيما يتعلق بخطر التفكير في الانتحار لدى مرضى السكري حسب نظام المرض، ومدته، ومستوى نسبة الهيموجلوبين السكري، فقد أجرى "هو ومينج وسانج" (Hoo, Myung & Sang, 2014) دراسة هدفت إلى تقييم

عوامل المخاطرة للتفكير في الانتحار لدى عينة كبيرة من السكان في كوريا الجنوبية، وتكونت عينة الدراسة من (٩١٥٩) مريضاً، وكان عمرهم أكبر من أو يساوي (٤٠) سنة، وشملت أدوات الدراسة تقييم عوامل المخاطرة السريرية للتفكير في الانتحار وفقاً لنظام مرض السكري، ومدته، ومستوى نسبة الهيموجلوبين السكري مقارنة مع الأصحاء. وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن التفكير في الانتحار أكثر انتشاراً بين المرضى الذين يعتمدون على حقن الأنسولين بصورة ملحوظة، وكانت مدة المرض أكبر من أو يساوي (٥) سنوات، وكان مستوى الهيموجلوبين السكري أكبر من أو يساوي (٦,٥) مقارنةً بالأصحاء، وخلصت هذه الدراسة إلى أن العلاج بالأنسولين لمدة طويلة ونسبة الهيموجلوبين السكري المرتفعة هي العوامل التي تؤدي للتفكير في الانتحار.

كما قام "سيدهارث وياتان" (Siddharth & Yatan, 2014) بمراجعة نقدية للدراسات السابقة المتعلقة بمرض السكري والانتحار، وأستخدمت كلمات البحث التالية (الاكتئاب، ومرض السكري، والأنسولين، والسلوك الانتحاري). وقد أشارت الدراسات إلى أن التفكير في الانتحار ومحاولات الانتحار هي أكثر تواتراً في المرضى الذين يعانون من مرض السكري عن الأصحاء على الرغم من تقرير عدد قليل من الدراسات عكس ذلك، وقد أثبتت النتائج أيضاً أن الأمراض النفسية بما في ذلك الاكتئاب تسبق الأفكار والمحاولات الانتحارية، والمحاولات الانتحارية تعد أمراً شائعاً في المرضى الذين يعانون من مرض السكري وهي استخدام جرعات عالية من الأنسولين أو من الأدوية لعلاج هذا المرض.

التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال مراجعة الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية إما بطريقة مباشرة أو غير مباشرة اتضح للباحثين ما يلي:

١. حادثة الدراسات المعروضة، حيث تمت كلها في الفترة الزمنية من (٢٠٠٩ - ٢٠١٦)، ماعدا دراسة (Goldston et al., 1997).

٢. ندرة الدراسات التي جمعت بين متغيرات الدراسة (فعالية الذات، والتفكير الانتحاري) لدى مرضى السكري من النوع الأول في إطار واحد؛ فمعظم الباحثين في البيئة الأجنبية تناولوا متغيراً واحداً من متغيرات الدراسة لدى مرضى السكري من النوع الأول، وفي ضوء اهتمام الباحثين بمرض السكري، ومفهوم فعالية الذات الذي يعد من المصطلحات الحديثة نسبياً والتي تسهم في تعديل السلوك، ومع ذلك فلم يجد الباحثون أي دراسة عربية تناولته لدى مرضى السكري من النوع الأول، وكذلك بالنسبة لمتغير التفكير الانتحاري فلم يجد الباحثون -فيما قاموا به من جهد- أي دراسة عربية تناولت هذا المتغير لدى مرضى السكري من النوع الأول، الأمر الذي يميز الدراسة الحالية من غيرها ونأمل أن يكون فيها إضافة جديدة فيما ستقدمه من نتائج.

٣. اتفاق الدراسات كدراسة "ستييانسكي وآخرون" (Stupiansky et al., 2013)، على أن برنامج تعليم الإدارة الذاتية المكثف للسكري أدى إلى تحسين نسبة الهيموجلوبين السكري، وارتفاع فعالية الذات، بالمقارنة بمجموعة الرعاية المعتادة فقط.

٤. اتفاق الدراسات السابقة على أن التفكير الانتحاري يرتبط إيجابياً مع نسبة الهيموجلوبين السكري (Bot et al., 2013; Hoo, Myung & Sang, 2014) ويرتبط سلباً بفعالية الذات (Pompili et al., 2009).

٥. ندرة الدراسات التي تناولت مدة المرض على متغيرات الدراسة، فلم يجد الباحثون سوى دراسة (Goldston)
et al., 1997; Hoo, Myung & Sang, 2014.

٦. لم يجد الباحثون -في حدود علمهم- أي دراسات تناولت فعالية الذات لدى مرضى السكري من النوع الأول والأصحاء، فجميع الدراسات أجريت على مرضى السكري من النوع الأول.

٧. لاحظ الباحثون أن غالبية الدراسات اعتمدت على عينات كبيرة مما يكسب النتائج ثقة وتعميماً أكبر.

ومن ثم يمكن صياغة فروض الدراسة كالتالي:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى السكري من النوع الأول ومتوسط درجات الأصحاء على قائمة فعالية الذات.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى السكري من النوع الأول ومتوسط درجات الأصحاء على مقياس التفكير الانتحاري.

٣- توجد علاقة ارتباطية سالبة بين فعالية الذات والتفكير الانتحاري لدى عينة من مرضى السكري من النوع الأول.

٤- توجد علاقة ارتباطية بين مدة الإصابة بمرض السكري وكل من فعالية الذات والتفكير الانتحاري.

منهج الدراسة وإجراءاتها

أولاً : منهج الدراسة

اتباع الباحثون في هذه الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، الذي يعد أكثر المناهج ملاءمة لطبيعة هذه الدراسة وأهدافها وهو الكشف عن شدة العلاقة بين فعالية الذات والتفكير الانتحاري لدى عينة من مرضى السكري من النوع الأول والأصحاء، وأيضاً اختبار الفروض والتحقق من صحتها حيث يصف هذا المنهج الظاهرة المقاسة وصفاً كمياً من خلال تحديد حجم العلاقة الارتباطية بين المتغيرات، وقد أُختر هذا المنهج نظراً لكون متغيرات الدراسة الراهنة تعتمد على الوصف والتصنيف، ولا يمكن التحكم فيها ولكن يمكن جمع بيانات عنها بالاختبارات النفسية. كما أنه لا يمكن التدخل العمدي في المتغيرات المستقلة، ولا يمكننا ضبط كل المتغيرات الدخيلة.

ثانياً: التصميم البحثي.

استخدم الباحثون تصميماً غير تجريبي تمثل في تصميم مجموعة الحالة في مقابل مجموعة المقارنة، وقد تم اختيار مجموعة من مرضى السكري التي تُعد مجموعة الحالة، ومجموعة أخرى من الأصحاء مناظرة لها تسمى مجموعة المقارنة، كما قام الباحثون بإحداث التكافؤ بين كل من مرضى السكري والأصحاء، وذلك بتثبيت بعض المتغيرات التي قد تتدخل في الآراء من قبيل: العمر، والمستوى التعليمي، وعدد أفراد الأسرة، والدخل، والحالة الاجتماعية. ومن ثم المقارنة بين عيني الدراسة فيما يختص بأدائهم على قائمة فعالية الذات، ومقياس احتمالية الانتحار، ومادامت هذه التقديرات تتم في وقت واحد فإن النتائج قد تم تفسيرها على أساس ارتباطي.

ثالثاً: وصف العينات.

(أ) الدراسة الاستطلاعية.

قبل الوصول بالاختبارات إلى الصورة التي تم استخدامها في التطبيق بها بالصورة النهائية، أجرى الباحثون دراسة استطلاعية للتأكد من مدى صلاحية الاختبارات للتطبيق على عينة قوامها (١٠) من الشباب مرضى السكري من النوع الأول من الذكور والإناث، وذلك في عيادة الباطنة العامة وأمراض الغدد الصماء والسكر للأستاذ الدكتور/ يوسف خليل عيسى بمدينة دسوق، محافظة كفر الشيخ، مقابل (١٠) من الشباب الأصحاء من الذكور والإناث، وكان التطبيق يتم في جلسات فردية، وتراوحت مدة الجلسة ما بين ٤٥ : ٦٠ دقيقة، تتخللها فترة راحة تقدر بـ ١٠ دقائق تعطى للمشارك ليحدد نشاطه الذهني، وقد استمر تطبيق الدراسة الاستطلاعية من شهر أغسطس ٢٠١٥ إلى شهر أكتوبر ٢٠١٥ أي مدة شهرين.

وقد كان الهدف من استخدام الباحثين للعينة الاستطلاعية هو التأكد من الكفاءة القياسية لاختبار فاعلية الذات، واحتمالية الانتحار، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، وحساب معاملات الصدق والثبات لهما، والتأكد من وضوح البنود والأسئلة، والتحقق من ملاءمة التعليمات ووضوحها لدى المشاركين، وأيضاً معرفة الترتيب المناسب لتقديم الاختبارات لاستبعاد عامل الملل، والفترة الزمنية التي تستغرقها الاختبارات في التطبيق، وقد أسفر التطبيق على الدراسة الاستطلاعية عن معرفة مدى ملاءمة الاختبارات للتطبيق على المشاركين، والتوصل إلى الترتيب المناسب عند تقديم الاختبارات، مع ضرورة إعطاء المشارك فترة راحة لتجديد النشاط الذهني والبدني، وتبديد الملل والتعب.

(ب) العينة الأساسية.

أجريت الدراسة الراهنة على عينة مكونة من (٣٠) من الشباب مرضى السكري النوع الأول "المعتمد على الأنسولين" (١٨ من الذكور، ١٢ من الإناث)، وذلك من أصل (٣٧) حيث استبعد الباحثون (٧) حالات، لم يجيبوا عن بنود بعض المقاييس، ومنهم من يعاني من أمراض مزمنة أخرى بالإضافة لمرض السكري، أو لتفاوت سنهم عن باقي أفراد العينة، وذلك في عيادة الباطنة العامة وأمراض الغدد الصماء والسكر للأستاذ الدكتور/ يوسف خليل عيسى بمدينة دسوق، محافظة كفر الشيخ. أما عينة الأصحاء فتكونت من (٣٠) من الشباب الذين لا يعانون من أي أمراض مزمنة (١٥ من الذكور، ١٥ من الإناث).

وقد راعى الباحثون تجانس أفراد العينة من حيث العمر، والمستوى التعليمي، وعدد أفراد الأسرة، والدخل، والحالة الاجتماعية. والجدول التالي يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية، وقيم (ت)، ومستوى دلالتها بين مرضى السكري من النوع الأول، والأصحاء، والتي تم المكافأة بينهما عليهم:

جدول (١)

المتوسطات والانحرافات المعيارية، وقيم (ت)، ومستوى دلالتها

بين مجموعتي الدراسة على بعض المتغيرات السكانية

| قيمة (ت) ودالتها | | عينة الأصحاء (ن = ٣٠) | | عينة مرضى السكري (ن = ٣٠) | | محاكات المقارنة المتغيرات |
|------------------|-------|--------------------------|--------|------------------------------|--------|------------------------------|
| | | ع | م | ع | م | |
| ٠,٤٠ | ٠,٨٥ | ٤,٣٦ | ٢٨,٤٦ | ٤,٤٤ | ٢٧,٥٠ | العمر |
| ٠,٣٠ | ١,٠٣ | ٢,٣٧ | ١٣,٨٣ | ٢,٣٥ | ١٣,٢٠ | المستوى التعليمي |
| ٠,٦٩ | ٠,٤١ | ٢,٤٦ | ٦,١٦ | ١,٩٢ | ٥,٩٣ | عدد أفراد الأسرة |
| ٠,٧٢ | ٠,٣٦- | ٢٣٦,٩٠ | ٩٢٩,٣٣ | ٣٠٩,٧١ | ٩٥٥,٠٠ | الدخل |
| ٠,١٩ | ١,٣٢ | ٠,٥٠ | ٢,٤٦ | ٠,٤٦ | ٢,٣٠ | الحالة الاجتماعية |

ويتضح من جدول (١) عدم دلالة اختبار (ت)، مما يشير إلى اختفاء الفروق بين عينة مرضى السكري من النوع الأول، وعينة الأصحاء مما يحقق شروط التكافؤ بينهم في متغير العمر، والمستوى التعليمي، وعدد أفراد الأسرة، والدخل، والحالة الاجتماعية.

ثالثاً: أدوات الدراسة وخصائصها القياسية.

١ - مقياس فعالية الذات:

من إعداد محمود، (٢٠١٣)، وتم إعداده بهدف تقدير مستوى فعالية الذات لدى طلاب الجامعة، ويتكون من (٣٢) مفردة مقسمة إلى (٣٠) فقرة موجبة، و (٢) فقرة سالبة تقيس أربعة أبعاد للفعالية الذاتية هي: إنجاز الأداء ويمثله (١٢) فقرة، والخبرات البديلة ويمثله (٦) فقرات، والافتقار اللفظي ويمثله (٨) فقرات، والاستثارة الانفعالية ويمثله (٦) فقرات. وتتم الإجابة عبر مقياس خماسي متدرج (كثيراً جداً - كثيراً - غير متأكد - أحياناً - نادراً)، وأعطيت أوزان (٥ - ٤ - ٣ - ٢ - ١) لل فقرات الموجبة، وتعكس الدرجات لل فقرات السالبة، وبذلك تكون الدرجة العظمى للمقياس (١٦٠)، والدرجة الصغرى (٣٢).

الشروط القياسية لمقياس فعالية الذات:

لمعرفة الخصائص القياسية قامت عدة المقياس بتطبيقه على (٢٠٢) طالباً وطالبة تم اختيارهم بطريقة عشوائية من طلاب كلية التربية - جامعة الإسكندرية بأقسامها الأدبية والعلمية بواقع (١٠٠) طالب، و (١٠٢) طالبة، ولقد تأكدت عدة المقياس من تمتع المقياس بصدق وثبات دال وقوي، وذلك بحساب الصدق بطريقة صدق المحكمين، والصدق العاملي (التحليل العاملي الاستكشافي، والصدق العاملي التوكيدي). وقد استخرجت عدة المقياس ثبات مقياس فعالية الذات ككل، وثبات كل بعد من أبعاده الأربعة باستخدام طريقة ألفا كرونباخ، والقسمة النصفية مع تصحيح الطول، وحساب الثبات المعياري.

٢- مقياس احتمالية الانتحار:

من إعداد البحيري، (٢٠١٣). وتم إعداده بهدف قياس الاتجاهات المقررة ذاتياً والسلوكيات التي لها احتمال بمخاطرة الانتحار، بعد ترجمة هذا المقياس وعرضه على مجموعة من المحكمين العياديين لتقرير مدى وضوح وملاءمة هذه العبارات لما يقاس.

ويتكون مقياس احتمالية الانتحار من (٣٦) بنداً، ويعتمد على التقرير الذاتي في تقدير مخاطرة الانتحار عند الراشدين والمراهقين، ويطلب من الأفراد أن يقدروا تكرار خبرتهم الذاتية والسلوكيات السابقة مستخدمين مقياس ليكرت ذي الدرجات الأربعة الممتد من (أبداً أو قليلاً من الوقت- بعضاً من الوقت- كثيراً من الوقت- معظم أو طوال الوقت)، وموزعة على أربعة مقاييس عيادية فرعية كما يلي:

١- الشعور باليأس: ويتكون من (١٢) بنداً، ٢- تصور الانتحار: ويتكون من (٨) بنود، ٣- تقييم الذات السلبي: ويتكون من (٩) بنود، ٤- العداوة: ويتكون من (٧) بنود.

الشروط القياسية لمقياس احتمالية الانتحار:

لمعرفة الخصائص القياسية قام معد المقياس بتطبيقه على عينة قوامها (١٠٠٦) أفراد في ثلاث مراحل نمائية مختلفة هي: المراهقة المتوسطة (١٦- ١٨ سنة)، والمراهقة المتأخرة (١٩- ٢١ سنة)، ومرحلة الرشد وشملت الأفراد الذين تتراوح أعمارهم (٢٢- ٦٠ سنة)، وقد تم حذف الأفراد المستجيبين والذين اتضح أن لديهم تاريخ طبي نفسي سابق أو قاموا بمحاولات انتحارية سابقة، وقد أصبح عدد أفراد العينة النهائية (٩٤١) فرداً منهم (٤٤٨ ذكراً، ٤٥٣ أنثى) وهم الذين يمثلون عينة التقنين، وقد تحقق معد المقياس من ثبات المقياس بطريقة الاتساق الداخلي حيث تم حساب معاملات "ألفا كرونباخ" للدرجة الكلية الموزونة للمقياس على كل من الذكور والإناث في كل مرحلة عمرية، حيث كان معامل ثبات ألفا للذكور في مرحلة المراهقة المتوسطة (٠,٦٦)، أما الإناث فكانت (٠,٧٧)، وكان الذكور في مرحلة المراهقة المتأخرة (٠,٦٤)، أما الإناث فكانت (٠,٧٠)، وكان معامل ثبات ألفا للذكور في مرحلة الرشد (٠,٧١)، أما الإناث فكانت (٠,٦٤) وأيضاً تم حساب ثبات إعادة الاختبار للدرجة الكلية الموزونة وكانت (٠,٦٨). كما تحقق معد المقياس من صدق مقياس احتمالية الانتحار عن طريق "صدق المضمون" حيث قام بدراسة كيفية منظمة لأبعاد المقياس وعباراته لمعرفة مضمونه، ولمعرفة مدى تمثيل هذا المضمون للسلوك الانتحاري، كما قام بالاطلاع على النظريات والدراسات المرتبطة بالسلوك الانتحاري وخاصة الأعمال المكثفة من قبل بيك وطلابه، وبالفحص المنظم لبنود المقياس وجد أنها تمثل السلوك الانتحاري والتنبؤ به وأنها متجانسة جداً، ومما يدعم هذا التجانس ثبات الاتساق الداخلي والذي يدعم صدق مضمون العبارات، كما تم التحقق من صدق المقياس عن طريق "صدق التعلق بمحك" حيث تم استخدام الصدق التلازمي لحساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للاكتئاب على قائمة بيك للاكتئاب كمحك (غريب عبد الفتاح، ١٩٨٥) ومقياس احتمالية الانتحار وذلك على عينة قوامها (٦٥) فرداً من طلبة وطالبات مرحلة المراهقة المتأخرة، وكانت الدرجة الكلية (٠,٧٩).

٣- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة:

المقياس المستخدم في الدراسة الحالية هو من إعداد الشخص، (٢٠١٣). وتم إعداده بهدف مراجعة مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، وتحديثه في ضوء المستجدات التي طرأت على المجتمع المصري خلال

العشر سنوات الماضية؛ حيث قام معد المقياس بالاعتماد على الأبعاد الخمسة المستخدمة في مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة لـ (الشخص، ١٩٩٥) من خلال عدة إجراءات تضمنت عرض بطاقة استطلاع رأي على عينة تضم أعضاء هيئات التدريس بالجامعات، والموظفين في وظائف ومهن مختلفة، وطلاب وطالبات بالسنوات النهائية بكليتي التربية والبنات جامعة عين شمس، وقد طلب من أفراد العينة تحديد موافقتهم أو عدم موافقتهم على الأبعاد التالية كمؤشرات أساسية يمكن استخدامها في تحديد الوضع الاجتماعي الاقتصادي للأسرة: ١- وظيفة رب الأسرة أو مهنته، ٢- مستوى تعليم رب الأسرة، ٣- وظيفة ربة الأسرة أو مهنتها، ٤- مستوى تعليم ربة الأسرة، ٥- متوسط دخل الأسرة في الشهر، وقد اتفق ٦١% أو أكثر من أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية على أن الأبعاد الخمسة سالفة الذكر ذات أهمية (بنسبة ٧٥% تقريباً) في تحديد المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية، وسوف يعتمد معد المقياس الأبعاد الخمسة السابقة في تحديد الوضع الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، مع استبدال متوسط دخل الأسرة في الشهر بمتوسط دخل الفرد الواحد في الشهر.

تقدير الكفاءة القياسية للأدوات في الدراسة الحالية:

وصف عينة التقنين:

لحساب الكفاءة القياسية لأدوات الدراسة، اعتمد الباحثون على عينة التقنين، والتي تكونت من (٢٠) مشاركاً (١٠ من الأصحاء، و ١٠ من مرضى السكري من النوع الأول)، إذ تراوح المدى العمري للمشاركين بين (٢٠-٣٥) سنة، بمتوسط عمري (٢٦,٣٧) سنة، وانحراف معياري (٦,٤٥) سنة، وأجري التطبيق بشكل فردي.

إجراءات التقنين:

أولاً : صدق الأدوات: اعتمد الباحثون في تقدير صدق أدوات الدراسة على:

١- تقدير صدق المضمون: عن طريق فحص بنود المقياس والتقدير الكيفي لمدى تمثيلها للمجال محل الاهتمام، ثم حساب ارتباط تقديرات المحكمين وأحكامهم على هذا التمثيل ولذا تم الاستعانة بخمسة محكمين ١ للحكم على مدى تمثيل البنود للمجال السلوكي محل الاهتمام، وبناءً على اطلاع هؤلاء المتخصصين على أدوات الدراسة، تم إدخال بعض التعديلات البسيطة في صياغة البنود لتصبح أكثر وضوحاً ودقة، ولقد أقر المتخصصون بكفاءة أدوات الدراسة، وتمثيل البنود في كل مقياس للهدف الأساسي المطلوب قياسه.

٢- تقدير الصدق المرتبط بالمحك: لقد تم حساب الصدق المرتبط بالمحك لجميع أدوات الدراسة كما بالجدول (٢).

جدول (٢)

الصدق المرتبط بالمحك لأدوات الدراسة

| م | المقياس | الأصحاء (ن=١٠) | مرضى السكري (ن=١٠) |
|---|--|----------------|--------------------|
| | | ر | ر |
| ١ | مقياس فعالية الذات. | ٠,٩٠ | ٠,٨٨ |
| ٢ | مقياس فعالية الذات (أمني عبد المقصود، ٢٠١٣). | | |

١ قام كل من د/ هناء عبد العظيم، و د/ أسماء مصطفى، و د/ محمد نجيب الصبوة، و د/ محمد أبو العطا بكلية الآداب- جامعة كفر الشيخ، و د/ شيماء خاطر بكلية الآداب- جامعة طنطا بتحكيم أدوات الدراسة ويتقدم الباحثون بالشكر لهم جميعاً على ما بذلوه من جهد.

تابع جدول (٢)

| | | |
|------|------|--|
| ٠,٨٥ | ٠,٨٩ | ٣ مقياس احتمالية الانتحار. |
| | | ٤ مقياس التفكير الانتحاري (حسين فايد، ١٩٩٨). |

ويتضح من جدول (٢) أن المقياسان يتمتعان بمعاملات صدق مرتفعة، وعلى ذلك يمكننا أن نعتمد عليها في جميع بيانات الدراسة الراهنة.
ثانياً: ثبات مقاييس الدراسة:

(١) ثبات مقياس فعالية الذات: بالرغم من نتائج الدراسة القياسية المتوصل إليها من طرف معدة المقياس، إلا أنه في الدراسة الحالية خضع المقياس لإعادة تقنيه، حيث إن الباحثين لم يستخدموا أبعاداً لمقياس فعالية الذات، واستخدموا المقياس ككل.

وقد قام الباحثون بحساب ثبات مقياس فعالية الذات عن طريق معامل ثبات "ألفا كرونباخ"، كذلك بحساب معامل الثبات بالتجزئة النصفية مع تصحيح الطول باستخدام معادلة "سبيرمان- براون" نظراً لتساوي نصفي مقياس فعالية الذات، وأيضاً بثبات الاتساق الداخلي. وفيما يلي عرض لمعاملات الثبات.

جدول (٣)

ثبات مقياس فعالية الذات لدى عينة من

مرضى السكري من النوع الأول والأصحاء

| العينة | ن | ألفا كرونباخ | التجزئة النصفية باستخدام معادلة "سبيرمان- براون" |
|-------------|----|--------------|--|
| الأصحاء | ١٠ | ,٦٩ | ,٧٥ |
| مرضى السكري | ١٠ | ,٧٦ | ,٧٩ |

ويتضح من خلال عرضنا لجدول (٣) أن مقياس فعالية الذات في الدراسة الراهنة يتمتع بمعاملات ثبات مناسبة ومقبولة.

- ثبات الاتساق الداخلي: حيث تم حساب الارتباطات الداخلية بين كل بند من البنود والدرجة الكلية للمقياس "بمعادلة بيرسون"، والجدول (٤) يوضح ذلك:

جدول (٤)

معاملات الارتباط بين الدرجة على البند والدرجة الكلية لمقياس فعالية الذات

| رقم البند | رقم البند | رقم البند | رقم البند | رقم البند | رقم البند | رقم البند | رقم البند | رقم البند | رقم البند | رقم البند | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----|
| ١ | ,٧٨ | ٧ | ,٤٢ | ١٣ | ,٧٢ | ١٩ | ,٣٩ | ٢٥ | ,٦٩ | ٣١ | ,٧٦ |
| ٢ | ,٤٢ | ٨ | ,٥٩ | ١٤ | ,٥٠ | ٢٠ | ,٥١ | ٢٦ | ,٥٣ | ٣٢ | ,٧١ |
| ٣ | ,٨٩ | ٩ | ,٦٩ | ١٥ | ,٥٦ | ٢١ | ,٦١ | ٢٧ | ,٤٩ | | |
| ٤ | ,٦٠ | ١٠ | ,٥٥ | ١٦ | ,٢٩ | ٢٢ | ,٥٧ | ٢٨ | ,٦٩ | | |
| ٥ | ,٦٤ | ١١ | ,٦٢ | ١٧ | ,٤٥ | ٢٣ | ,٨٠ | ٢٩ | ,٧٤ | | |
| ٦ | ,٤٢ | ١٢ | ,٥٣ | ١٨ | ,٧٩ | ٢٤ | ,٤٢ | ٣٠ | ,٥٦ | | |

ويتضح من الجدول (٤) أن معاملات الارتباط المتبادلة بين البنود والدرجة الكلية للمقياس جميعها مقبولة، ويمكن القول وفقاً للمؤشرات السابقة بتميز هذا المقياس بخصائص قياسية جيدة تتيح لنا استخدامه في الدراسة الحالية.

جدول (٥)

معاملات الارتباط بين مقياس فعالية الذات والأبعاد الفرعية لدى العينة الاستطلاعية

| مقياس فعالية الذات لمرضى السكري (ن=١٠) | مقياس فعالية الذات للأصحاء (ن=١٠) | البعد |
|---|--------------------------------------|----------------------|
| ٠,٨١ | ,٨٥ | إنجاز الأداء |
| ٠,٧١ | ,٧٢ | الخبرات البديلة |
| ٠,٧٨ | ,٨١ | الاقتناع اللفظي |
| ٠,٧٩ | ,٨٠ | الاستثارة الانفعالية |
| | ٠,٨٩ | الدرجة الكلية |

ويتضح من الجدول (٥) أن معاملات الارتباط المتبادلة بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس جميعها مرتفعة، ويمكن القول وفقاً للمؤشرات السابقة بتميز هذا المقياس بخصائص قياسية جيدة تتيح استخدامه في الدراسة الحالية.

(٢) **ثبات مقياس التفكير الانتحاري:** بالرغم من نتائج الدراسة القياسية المتوصل إليها من طرف معد المقياس، إلا أنه في الدراسة الحالية خضع المقياس لإعادة تقنيه، حيث إن الباحثين لم يستخدموا أبعاداً لمقياس احتمالية الانتحار، واستخدموا المقياس ككل.

وقد قام الباحثون بحساب ثبات مقياس التفكير الانتحاري عن طريق معامل ثبات "ألفا كرونباخ"، كذلك بحساب معامل الثبات بالتجزئة النصفية مع تصحيح الطول باستخدام معادلة "سبيرمان- براون" نظراً لتساوي نصفي مقياس التفكير الانتحاري، وأيضاً بثبات الاتساق الداخلي. وفيما يلي عرض لمعاملات الثبات.

جدول (٦)

ثبات مقياس التفكير الانتحاري لدي عينة من مرضى السكري من النوع الأول والأصحاء

| العينة | ن | ألفا كرونباخ | التجزئة النصفية باستخدام معادلة "سبيرمان- براون" |
|-------------|----|--------------|--|
| الأصحاء | ١٠ | ,٧٥ | ,٨٥ |
| مرضى السكري | ١٠ | ,٨٦ | ,٧٧ |

ويتضح من خلال عرضنا لجدول (٦) أن مقياس التفكير الانتحاري في الدراسة الراهنة يتمتع بمعاملات ثبات مناسبة مقبولة.

- ثبات الاتساق الداخلي: تم حساب الارتباطات الداخلية بين كل بند من البنود والدرجة الكلية للمقياس "بمعادلة بيرسون"، والجدول (٧) يوضح ذلك:

جدول (٧)

معاملات الارتباط بين الدرجة على البند والدرجة الكلية لمقياس التفكير الانتحاري

| رقم البند | رقم البند | رقم البند | رقم البند | رقم البند | رقم البند | رقم البند | رقم البند | رقم البند | رقم البند | رقم البند | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----|
| ١ | ٥٨ | ٧ | ٨٢ | ١٣ | ٦٢ | ١٩ | ٧٩ | ٢٥ | ٦١ | ٣١ | ٥٣ |
| ٢ | ٤٢ | ٨ | ٤٢ | ١٤ | ٥٣ | ٢٠ | ٤٥ | ٢٦ | ٥٧ | ٣٢ | ٤٩ |
| ٣ | ٨٩ | ٩ | ٨٩ | ١٥ | ٧٢ | ٢١ | ٩٩ | ٢٧ | ٩٠ | ٣٣ | ٧٩ |
| ٤ | ٦٠ | ١٠ | ٦٩ | ١٦ | ٩٠ | ٢٢ | ٥٩ | ٢٨ | ٤٢ | ٣٤ | ٦٤ |
| ٥ | ٤٤ | ١١ | ٤٥ | ١٧ | ٥٦ | ٢٣ | ٥١ | ٢٩ | ٦٩ | ٣٥ | ٥٦ |
| ٦ | ٥٣ | ١٢ | ٦٢ | ١٨ | ٧٧ | ٢٤ | ٥٧ | ٣٠ | ٥٩ | ٣٦ | ٧٢ |

ويتضح من جدول (٧) أن معاملات الارتباط المتبادلة بين البنود والدرجة الكلية للمقياس جميعها مقبولة، ويمكن القول وفقاً للمؤشرات السابقة، تميز هذا المقياس بخصائص قياسية جيدة تتيح لنا استخدامه في الدراسة الحالية.

جدول (٨)

معاملات الارتباط بين مقياس التفكير الانتحاري

والأبعاد الفرعية لدى العينة الاستطلاعية

| البعد | مقياس التفكير الانتحاري للأصحاء (ن=١٠) | مقياس التفكير الانتحاري لمرضى السكري (ن=١٠) |
|----------------------|--|---|
| الشعور باليأس | ٨٨ | ٨٥ |
| تصور الانتحار | ٧٩ | ٧٥ |
| التقييم السلبي للذات | ٨٥ | ٨٠ |
| العداوة | ٧٤ | ٧١ |
| الدرجة الكلية | ٩٠ | ٩٠ |

ويتضح من الجدول (٨) أن معاملات الارتباط المتبادلة بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس جميعها مرتفعة، ويمكن القول وفقاً للمؤشرات السابقة بتميز هذا المقياس بخصائص قياسية جيدة تتيح استخدامه في الدراسة الحالية.

إجراءات التطبيق

١- اختار الباحثون المقاييس المناسبة في الدراسة الحالية؛ حيث إن كلا من مقياس فعالية الذات، ومقياس التفكير الانتحاري، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي تم تطبيقها في البيئة المصرية وإجراء الشروط القياسية لها، كما أنها جميعاً مقاييس حديثة حيث تم إعدادهما عام ٢٠١٣م.

٢- لقد تم التطبيق في إحدى غرف عيادة الأستاذ الدكتور/ يوسف خليل عيسى، وتم اختيار الأوقات المناسبة وذلك قبل حضور الطبيب إلى العيادة مع مراعاة الحالة الصحية للمريض وتقبله لتطبيق الاختبارات.

٣- في البداية تم التطبيق عن طريق مقابلة عيادية قصيرة الغرض منها جمع البيانات الأولية عن المريض، وإقامة علاقة ودية تسمح للمشاركة بأن يقدم أفضل ما لديه من أداء.

٤- وقد تم التطبيق فردياً، وتراوح طول الجلسة بين ٤٥: ٦٠ دقيقة، تتخللها فترة راحة تقدر بـ ١٠ دقائق تعطى للمشارك ليحدد نشاطه الذهني والبدني، وقد استمر تطبيق الاختبارات على العينة الأساسية من شهر نوفمبر ٢٠١٥م إلى شهر أبريل ٢٠١٦م أي مدة ٥ شهور.

٥- وتم تقديم مقاييس الدراسة وفقاً للترتيب الآتي: مقياس فعالية الذات، ثم مقياس التفكير الانتحاري.

الأساليب الإحصائية

استخدم الباحثون برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية ١ النسخة (٢٠) للتحقق من أسئلة

الدراسة الحالية وفروضها اعتماداً على الأساليب الإحصائية التالية:

١- حساب معاملات الارتباط البسيط لـ "بيرسون" للوقوف على العلاقة الارتباطية بين فعالية الذات والتفكير الانتحاري لدى مرضى السكري من النوع الأول، ولأيضاً العلاقة بين مدة المرض وكل من فعالية الذات، والتفكير الانتحاري لدى مرضى السكري من النوع الأول.

٢- اختبارات T- Test لدلالة الفروق بين متوسطات مرضى السكري من النوع الأول والأصحاء على مقياس فعالية الذات، والتفكير الانتحاري.

نتائج الدراسة وتفسيرها.

وفيما يلي سنعرض لنتائج هذه الدراسة وتفسيرها:

أولاً: الفرض الأول.

وينص الفرض الأول على أنه: توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى السكري من النوع الأول ومتوسط درجات الأصحاء على مقياس فعالية الذات، واختبار هذا الفرض تم استخدام اختبار "ت" للكشف عن دلالة واتجاه الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري من النوع الأول والأصحاء في فعالية الذات.

جدول (٩)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" ودلالاتها

بين مرضى السكري والأصحاء في فعالية الذات

| العينة | ن | م | ع | ت | مستوى الدلالة |
|-------------|----|--------|-------|------|---------------|
| الأصحاء | ٣٠ | ١٠٥,٩٠ | ٢٨,٨١ | ٢,٩٥ | ٠,٠٠٥ |
| مرضى السكري | ٣٠ | ٨٢,٨٧ | ٣١,٥٤ | | |

ويشير تحليل نتائج جدول (٩) إلى تحقق صدق الفرض الأول من حيث وجود فروق بين الأصحاء ومرضى السكري من النوع الأول في فعالية الذات؛ حيث بلغت قيمة "ت" (٢,٩٥)، وذلك في اتجاه الأصحاء.

وقد اتفقت نتيجة هذا الفرض مع دراسة كل من (Pompili et al., 2009; stupiansky et al., 2013; Mohebi et al., 2013). واختلفت نتيجة هذا الفرض مع دراسة (Erol & Anc, 2011; Amiri, Vafa & Gonder-Frederick, 2015).

وقد تناولت غالبية الدراسات تأثير فعالية الذات على مرضى السكري من النوع الأول، وتأثيرها على نوعية الحياة لديهم، وأثبتوا أن مرضى النوع الأول من مرض السكري لديهم انخفاض في فعالية الذات. وفسر ذلك بأن مرضى السكري من النوع الأول لديهم انخفاض في السيطرة على الانفعالات مما يؤدي إلى انخفاض الإدارة الذاتية لمرض السكري بين المراهقين، ومن ثم انخفاض فعالية الذات لديهم في حين أن السيطرة على الانفعالات ارتبطت مع تحسين الإدارة الذاتية للسكري، حيث إن فعالية الذات الخاصة بالسكري تتوسط العلاقة بين السيطرة على الانفعالات، وإدارة مرض السكري (stupiansky et al., 2013). كما أن انخفاض الرضا عن تقديم الرعاية يؤثر على فعالية الذات للمراهقين والشباب مرضى السكري من النوع الأول (cramm et al., 2013)، ففعالية الذات العامة والتغيرات التي تطرأ عليها لها تأثير إيجابي على نوعية حياة المراهقين الذين يعانون من مرض السكري وذلك من وجهة نظر المراهقين وآبائهم، ففعالية الذات قد تكون هدفا مهما للتدخلات التي تهدف إلى تحسين نوعية الحياة للمراهقين الذين يعانون من مرض السكري. كما يوجد ارتباط كبير بين نوعية الحياة، والرضا عن الرعاية، وفعالية الذات (Cramm, Strating & Nieboer, 2013).

وفي المراجعة المنهجية التي أجراها "موهبي وآخرون" (2013) Mohebi et al., والتي وجدت أن وضع الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري غير مرض، ومعدل فعالية الذات منخفض بين مرضى السكري، كما وجدت علاقة مباشرة بين فعالية الذات والرعاية الذاتية لمرض السكري، وتشير هذه المراجعة إلى دور فعالية الذات في سلوك الرعاية الذاتية، حيث إن فعالية الذات توفر إطاراً مناسباً للفهم والتنبؤ والالتزام تجاه سلوكيات الرعاية الذاتية وفعالية الإدارة الذاتية في علاج المرض، كما توجد مشاكل تواجه مرضى السكري في التغيرات في نمط الحياة مثل العادات الغذائية، والتدخين، وممارسة الرياضة، وهذه الأمور تتطلب مستوى عال من الثقة بالنفس، وتحقيق فعالية الذات هو أمر صعب، ففعالية الذات تمكن الناس من استخدام المهارات في التعامل مع العقبات، وبالتالي فإن فعالية الذات هي عامل حيوي في تنفيذ الأداء الناجح، وتؤثر فعالية الذات كذلك على مستوى المحاولات في القيام بعمل أو وظيفة ما لأن الأشخاص الذين يتقنون في فعاليتهم الذاتية لديهم القدرة على التغلب على المعوقات والمشاكل.

أما دراسة "إيرول وأنس" (2011) Erol & Anc, فقد اختلفت مع الفرض الحالي حيث وجدت أن مرضى النوع الأول من مرض السكري لديهم ارتفاع في مستويات فعالية الذات بالمقارنة بمرضى النوع الثاني من السكري، كما وجدت أنه كلما زاد العمر انخفضت فعالية الذات للمرضى، وفسر ذلك بأنه كلما زاد العمر؛ زاد عبء العيش مع حالة مزمنة مثل السكري، كما أن الدافع على الالتزام في علاج مرض السكري والحفاظ على صحة جيدة يمكن أن يقل مع مرور الوقت، كما وجدت علاقة إيجابية بين مستوى التعليم وفعالية الذات؛ لأن التعليم العالي يجلب مستويات أعلى من المعرفة والوعي، كما أن الوضع الاقتصادي هو أحد العوامل المهمة التي تؤثر بشكل كبير على الوضع الصحي؛ فالمرضى الذين يعانون من وضع اقتصادي أفضل كانت درجات فعالية الذات عندهم أعلى، كما أن مرضى السكري من النوع الأول الذين لديهم مستويات عالية من الدخل كانوا أفضل في الرعاية الذاتية، ومستويات فعالية الذات؛ لأنهم مع ارتفاع الدخل والتعليم يكونون أكثر حرصاً على زيارة المتخصصين.

ثانياً: الفرض الثاني

وينص الفرض الثاني على أنه: توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى السكري من النوع الأول ومتوسط درجات الأصحاء على مقياس التفكير الانتحاري، ولاختبار هذا الفرض تم استخدام اختبار "ت" للكشف عن دلالة واتجاه الفروق بين متوسطات درجات مرضى السكري من النوع الأول والأصحاء في التفكير الانتحاري.

جدول (١٠)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" ودلالاتها

بين مرضى السكري والأصحاء في التفكير الانتحاري

| العينة | ن | م | ع | ت | مستوى الدلالة |
|-------------|----|--------|-------|-------|---------------|
| الأصحاء | ٣٠ | ٨٦,٤٦ | ٢٩,١٠ | -٢,٧٨ | ٠,٠٠١ |
| مرضى السكري | ٣٠ | ١٠٦,٠٣ | ٢٥,١٠ | | |

ويشير تحليل نتائج جدول (١٠) إلى تحقق صدق الفرض الثاني من حيث وجود فروق بين الأصحاء ومرضى السكري من النوع الأول في التفكير الانتحاري؛ حيث بلغت قيمة "ت" (-٢,٧٨)، وذلك في اتجاه مرضى السكري من النوع الأول.

واتفقت نتيجة هذا الفرض مع دراسة (Pompili et al., 2009; Alec, Monique & Malvin, 2010; Bot et al., 2013; Hoo, Myung & Sang, 2014; Forte et al., 2014; Siddharth & Yatan, 2014). حيث وجدوا أن مرضى السكري لديهم تفكير في الانتحار أكثر بالمقارنة بالأصحاء، وقد اختلفت نتيجة هذا الفرض مع دراسة (Siddharth & Yatan, 2014).

وقد وجد أن مرضى السكري من النوع الأول لديهم زيادة في فقدان الدافع، وسوء في التوقعات المستقبلية، ويعانون أكثر من اليأس والاكتئاب؛ حيث أشار مرضى السكري من النوع الأول بأنهم تعبوا من العيش مع مرض السكري وأن الحياة ليست جديدة بأن تعاش، وأن لديهم تفكير في إنهاء حياتهم، وعلى ما يبدو أن التفكير في الانتحار موجود في المرضى الذين يعانون من مرض السكري من النوع الأول، ولكن الانتحار أو محاولات الانتحار سواء المميتة أو غير المميتة قد لا يكون شائعاً بين مرضى السكري من النوع الأول؛ حيث وجد مريض سكري واحد في هذه الدراسة كان لديه محاولة انتحارية سابقة (Pompili et al., 2009).

وقد يرجع التفكير في الانتحار عند البالغين من مرضى السكري من النوع الأول إلى صدمة في الطفولة، وسوء المعاملة الجسدية في مرحلة الطفولة: كالإذاء البدني، والاعتداء الجنسي على الأطفال بالإضافة إلى الصدمات النفسية في مرحلة الطفولة، كل هذا يؤثر على مرضى السكري من النوع الأول فيجعلهم أكثر عدائية، وهذا يؤدي إلى التفكير في الانتحار، أما محاولة الانتحار فهي ليست شائعة بين مرضى النوع الأول من مرض السكري (Alec, Monique & Malvin, 2010).

كما أن التفكير الانتحاري لدى مرضى السكري من النوع الأول قد يرجع إلى مشاكل النوم التي ترتبط بشدة مع نسبة الهيموجلوبين السكري المرتفعة؛ حيث إن مشاكل النوم أكثر شيوعاً في مرضى النوع الأول والثاني من مرض السكري مقارنةً بالأصحاء، كما أن المزاج المكتئب، وصعوبات النوم، ومشاكل الشهية، والتفكير في

الانتحار تكون متصلة بقوة أكبر بمستويات نسبة الهيموجلوبين السكري في مرضى السكري من النوع الأول (Bot et al., 2013). في حين أن مضاعفات مرض السكري، والطلاق والانفصال يؤديان إلى التفكير في الانتحار لدى مرضى السكري (Hoo, Myung & Sang, 2014). وقد ترجع الأفكار الانتحارية إلى عدم الامتثال الطبي، والاضطرابات النفسية الشائعة بين المراهقين، أو إلى صدمات في الطفولة، والتدخين، أو إلى سوء استخدام الأنسولين (Forte et al., 2014).

أما دراسة "سيدهارث وياتان" (Siddharth & Yatan, 2014) واللذين قاما بمراجعة نقدية للدراسات التي تناولت التفكير الانتحاري لدى مرضى السكري من النوع الأول والأصحاء؛ فقد توصلت إلى اتفاق معظم الدراسات على أن مرضى السكري من النوع الأول لديهم تفكير في الانتحار أكثر مقارنةً بالأصحاء، على الرغم من تقرير عدد قليل من الدراسات توصلت نتائجها إلى عكس ذلك بأن الأصحاء أكثر تواتراً في التفكير الانتحاري مقارنة بمرضى السكري من النوع الأول، وأرجعت الدراسات التي اتفقت مع نتيجة الفرض الثالث في الدراسة الحالية بأن مرضى السكري من النوع الأول لديهم تفكير انتحاري أكثر من الأصحاء إلى التعليم المنخفض، وعدم مراقبة نسبة السكر بالدم، وسوء المعاملة في الطفولة، والضغط النفسي، وترجع أيضاً إلى الأمراض الطبية المزمنة الكامنة لخصائص المريض مثل مهارات التكيف، وسماته الشخصية، بالإضافة إلى العوامل ذات الصلة بالمرض نفسه مثل: الافتقار إلى الدعم الاجتماعي، وأحداث الحياة السلبية، وتفاقم المرض، ومضاعفات مرض السكري.

ثالثاً: الفرض الثالث.

وينص الفرض الثالث على أنه: توجد علاقة ارتباطية سالبة بين فعالية الذات والتفكير الانتحاري لدى مرضى السكري من النوع الأول، ولاختبار هذا الفرض تم حساب معاملات الارتباط البسيط لـ "بيرسون" للوقوف على العلاقة الارتباطية بين فعالية الذات والتفكير الانتحاري.

جدول (١١)

معامل الارتباط ودلالته بين فعالية الذات والتفكير

الانتحاري لدى مرضى السكري من النوع الأول

| المتغير | معامل الارتباط |
|-------------------|----------------|
| فعالية الذات | -٠,٨٩١** |
| التفكير الانتحاري | |

** دالة عند مستوى ٠,٠١

ويشير تحليل نتائج جدول (١١) إلى تحقق صدق الفرض الثالث من وجود علاقة ارتباطية عكسية دالة بين فعالية الذات والتفكير الانتحاري لدى مرضى السكري من النوع الأول؛ فكلما ارتفعت فعالية الذات انخفض التفكير الانتحاري لدى مرضى السكري من النوع الأول، والعكس صحيح.

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسة (Goldston et al., 1997; Pompili et al., 2009). حيث وجد أن انتشار الاضطرابات النفسية لدى المراهقين مرضى السكري من النوع الأول، وشعورهم باليأس، وانخفاض فعالية الذات لديهم يؤدي إلى عدم الالتزام لتلقي العلاج الطبي لمرض السكري، وزيادة التفكير في الانتحار (Goldston et al., 1997). في حين أن ارتفاع فعالية الذات يعد عاملاً رئيساً في السلامة العاطفية،

والجسدية، ويؤدي إلى انخفاض التفكير الانتحاري، فمرضى السكري من النوع الأول الذين لديهم ارتفاع في فعالية الذات يكونون أكثر نشاطاً، وراضين اجتماعياً، كما أن فعالية الذات تؤدي إلى تحسن نوعية الحياة، وبالتالي انخفاض التفكير الانتحاري (Pompili et al., 2009). فكلما زاد الإحساس بالكفاءة زاد الجهد والمثابرة والصلابة؛ فالأفراد ذوو فعالية الذات المرتفعة يتعاملون مع المشكلات والأنشطة الصعبة بمزيد من الإحساس بالهدوء والرصانة (العلوان، والمحاسنه، ٢٠١١).

رابعاً : الفرض الرابع.

وينص الفرض الرابع على أنه: توجد علاقة ارتباطية بين مدة الإصابة بمرض السكري وكل من فعالية الذات والتفكير الانتحاري، ولاختبار هذا الفرض تم حساب معاملات الارتباط البسيط لـ "بيرسون" للوقوف على شدة العلاقة الارتباطية بين مدة الإصابة بمرض السكري وكل من فعالية الذات والتفكير الانتحاري.

جدول (١٢)

معاملات الارتباط ودلالاتها بين مدة المرض وكل من فعالية الذات والتفكير الانتحاري لدى مرضى السكري من النوع الأول

| المتغيرات | فعالية الذات | التفكير الانتحاري |
|-----------|--------------|-------------------|
| مدة المرض | -.٧٠٥،** | ٠.٧٠٣،** |

** دالة عند مستوى ٠,٠١

ويشير تحليل نتائج جدول (١٢) إلى تحقق صدق الفرض الرابع من وجود علاقة ارتباطية عكسية دالة بين مدة المرض وفعالية الذات، وعلاقة طردية دالة بين مدة المرض والتفكير الانتحاري.

وقد اختلفت نتيجة الفرض الرابع الذي أكد وجود علاقة عكسية بين مدة الإصابة بمرض السكري وفعالية الذات مع دراسة "إيرول وأنس" (Erol & Anc, 2011) التي أوضحت وجود علاقة طردية بين مدة الإصابة بمرض السكري وفعالية الذات؛ حيث إن المرضى الذين يعانون من مدة مرض أطول كانوا أفضل في فعالية الذات وذلك نظراً لفترات التشخيص الطويلة فقد ازدادت تجارب المرضى المتعلقة بالسكري، وتقبلوا العيش مع مرض السكري، وهو ما دفعهم إلى اتخاذ قرارات أكثر فعالية، وهذا يسهم في إعطائهم مزيد من الثقة بالنفس.

وترى "أسماء أبو عسل" أن طول فترة استمرار مرض السكري يزيد من فرص التعرض للاكتئاب والقلق مما يؤدي إلى سوء التوافق النفسي والمشكلات السلوكية مما يضعف من التحكم في نسبة جلوكوز الدم، ومن ثم التعرض لأعراض المرض الشديدة وربما الدخول في غيبوبة السكري مما يزيد من احتمال تعرض المريض لمضاعفات المرض الأمر الذي يزيد من الاضطرابات النفسية والسلوكية ويؤدي إلى سوء التوافق النفسي (أبو عسل، ٢٠١٠، ١٩٠). ويرى الباحثون أن مرضى السكري من النوع الأول الذين يعانون من المرض منذ فترة طويلة، بالإضافة إلى الإصابة به من الصغر لديهم حرمان من الاستمتاع بالحياة، كما أنهم يصابون بالإجهاد والإنهاك، وهذا قد يؤدي إلي إعاقتهم عن تحقيق أهدافهم وطموحاتهم، وبالتالي انخفاض فعالية الذات لديهم.

أما بالنسبة لوجود علاقة طردية دالة بين مدة الإصابة بمرض السكري والتفكير الانتحاري، فقد اتفقت نتيجة هذا الفرض مع دراسة (Hoo, Myung & Sang, 2009; Goldston et al., 1997; 2014)، والذين أوضحوا أن التفكير في الانتحار كان مرتبطاً إيجابياً بمدة الإصابة بمرض السكري؛ حيث إن

مرضى السكري من النوع الأول يعتمدون على حقن الأنسولين اليومية التي تسبب لهم الألم؛ بالإضافة إلى ارتفاع نسبة الهيموجلوبين السكري (Hoo, Myung & Sang, 2014). ويرى الباحثون أن المعاناة من المرض المزمن، وطول مدة مرض السكري، وفقدان الأمل في الشفاء منه؛ حيث إنه ملازم لهم طوال حياتهم يؤدي إلى التفكير في الانتحار.

قائمة المراجع

أولاً : مراجع باللغة العربية

- العلوان، أحمد، والمحاسنة، رندة (٢٠١١). الكفاءة الذاتية في القراءة وعلاقتها باستخدام استراتيجيات القراءة لدى عينة من طلبة الجامعة الهاشمية. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، ٧(٤)، ٣٣٩-٤١٨.
- أبو عسل، أسماء (٢٠١٠). الأنماط السلوكية للشخصية وجودة الحياة لدى عينة من المراهقين مرضى السكر. *رسالة ماجستير (منشورة)*، كلية التربية، جامعة كفر الشيخ.
- عبيد، أسماء (٢٠١٣). الذكاء الوجداني وعلاقته بفاعلية الذات لدى الأيتام المقيمين في قرية SOS. *رسالة ماجستير (غير منشورة)*، كلية التربية، الجامعة الإسلامية: غزة.
- الدق، أميرة، والصبوة، محمد، وإسماعيل، أحمد (٢٠١٤). العلاج المعرفي- السلوكي لعينة من حالات الرهاب الاجتماعي عن طريق تنمية فعالية الذات. *المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي*، ٢(١)، ٨٧-١٢٠.
- السنباني، إيمان، والصبوة، محمد (٢٠١٤). فاعلية العلاج النفسي بنوعية الحياة في تحسين إدراكها والرضا عنها ورفع معدلات السعادة لدى مرضى السكري من الأطفال. *المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي*، ٢(٢)، ١٥٧-١٩١.
- أحمد، جمال (١٩٩٣). إصابة الأطفال بمرض السكر وعلاقته بدافعيتهم للإنجاز في مرحلة الطفولة المتأخرة. *مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية*، العدد ٤، ١٠٨-١٧٣.
- فايد، حسين (٢٠٠٨). *دراسات في السلوك والشخصية*. مؤسسة طبية للنشر والتوزيع، القاهرة.
- أبو القاسم، رحاب (٢٠١٣). أثر القلق في ارتفاع مرض السكر لدى النساء الحوامل "دراسة مقارنة على عينة من النساء الحوامل بمدينة طرابلس". *المجلة الجامعة*، ٢(١٥)، ١٣٧-١٥٦.
- شقير، زينب (٢٠٠٢). *الأمراض السيكوسوماتية "النفس- جسمية"*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- شقير، زينب (٢٠٠٥). *الاكتشاف المبكر والتشخيص التكاملية لغير العاديين*. (مج ١). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- عبد المقصود، أماني (٢٠١٣). *مقياس فاعلية الذات*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عليوة، سميرة (٢٠١٤). مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري. *مجلة الواحات للبحوث والدراسات*، ٧(٢)، ١٧٧-١٩٢.

- الإسي، طلال (٢٠١٥). فاعلية برنامج إرشادي سلوكي للتخفيف من أعراض قلق المستقبل لدى مرضى السكري بغزة. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، الجامعة الإسلامية بغزة.
- البحيري، عبد الرقيب (٢٠١٣). مقياس احتمالية الانتحار. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- البحيري، عبد الرقيب، وأبو الفضل، محفوظ (٢٠٠٨). بعض الاضطرابات النفسية المرتبطة بالتفكير الانتحاري لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ١٨ (٦٠)، ٣-٥٤.
- الشخص، عبد العزيز (٢٠١٣). مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- رضوان، عبد الكريم (٢٠٠٨). فاعلية برنامج إرشادي تدريبي لخفض الضغوط النفسية وتحسين التوافق النفسي لدى مرضى السكري بمحافظة غزة. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، معهد البحوث والدراسات العربية، جامعة الدول العربية: القاهرة.
- المشيخي، غالب (٢٠٠٩). قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة أم القرى.
- غولدبرغ، لين، وإيليوت، داين (٢٠٠٢). أثر التمارين الرياضية في الشفاء "التمارين تجنبك الأمراض وتعالج: السكري، الاكتئاب، أمراض القلب، ارتفاع ضغط الدم، التهاب المفاصل وغيرها". ترجمة: محمد العطائي. الرياض: العبيكان.
- عبد الله، مجدي (٢٠٠٨). الاتجاه نحو الانتحار وعلاقته بالشخصية "دراسة سيكومترية مقارنة". الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- الحميد، محمد (٢٠٠٧). مرض السكر "أسبابه ومضاعفاته وعلاجه". الرياض: جامعة الملك سعود.
- عبد الرحمن، محمد (٢٠٠٩). علم الأمراض النفسية والعقلية "الأسباب - الأعراض - التشخيص - العلاج". (ط٢). القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- مقبل، مرفت (٢٠١٠). التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكري في قطاع غزة. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، الجامعة الإسلامية: غزة.
- مؤتمر الاتحاد الإفريقي لوزراء الصحة (٢٠١٣). أثر الأمراض غير المعدية والأمراض الاستوائية المهمة على التنمية في أفريقيا، تقرير عن مرض السكري، الدورة العادية السادسة. أديس أبابا، إثيوبيا، في الفترة من ٢٢ - ٢٦ أبريل ٢٠١٣، ١ - ٧.
- السلطاني، نازك (٢٠١٤). قياس الميل نحو الانتحار لدى طلبة المرحلة الإعدادية. مجلة كلية التربية البنات للعلوم الإنسانية، ١٤، ٣٦١ - ٤٠٥.
- محمود، هويدا (٢٠١٣). مقياس فاعلية الذات. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

References

ثانياً: مراجع باللغة الإنجليزية:

- Alec Roy.; Monique Roy.; & Malvin Janal. (2010). Suicide attempts and ideation in African-American type 1 diabetic patients. **Psychiatry Research**, 179 (1), 53- 56.
- Alipour, A.; Zare, H., Poursharifi, H.; Sheibani, KA.; & Ardekani, MA. (2012). The Intermediary Role of Self-Efficacy in Relation with Stress, Glycosylated Haemoglobin and Health-Related Quality of Life in Patients with Type2 Diabetes. **Iranian Journal of Public**, 41 (12), 76- 80.
- Amiri, F.; Vafa, M;. & Gonder-Frederick, L. (2015). glycemic control, self-efficacy and fear of hypoglycemia among iranian children with type 1 diabetes. **Canadian Journal of Diabetes**, 39(4), 302- 307.
- Bot, M., Pouwer, F.; de Jonge, P.; Tack, C. J.; Geelhoed-Duijvestijn, P. H. L. M.; & Snoek, F. J. (2013). Differential associations between depressive symptoms and glycaemic control in outpatients with diabetes. **Diabetic Medicine**, 30 (3), 115- 122.
- Cramm, Jane M.; Strating, Mathilde M H.; & Nieboer, Anna P. (2013). The Importance of General Self-Efficacy for the Quality of Life of Adolescents with Diabetes or Juvenile Rheumatoid Arthritis Over Time: A Longitudinal Study among Adolescents and Parents. **Frontiers in Pediatrics**, 1 (40), 1- 8.
- Cramm, Jane M.; Strating, Mathilde M. H.; Sonneveld, Henk M.; & Nieboer, Anna P. (2013). The Relationships between Quality of Life, Satisfaction with Care and Self-Efficacy as Perceived by Adolescents with Diabetes: A Questionnaire Survey. **Child Indicators Research**, 6 (3), 593- 604.
- Erol, Ozgul.; & Enc, Nuray. (2011). Hypoglycemia Fear and Self-efficacy of Turkish Patients Receiving Insulin Therapy. **Asian Nursing Research**, 5 (4), 222- 228.
- Fogel, Naomi & Weissberg-Benchell, Jill. (2010). Preventing Poor Psychological and Health Outcomes in Pediatric Type 1 Diabetes. **Current Diabetes Reports**, 10(6), 436- 443.
- Forte, Alberto.; Pompili, Maurizio.; Lester, David.; Erbuto, Denise.; Rovedi, Fabiana.; Innamorati, Marco.; Amore, Mario.; & Paolo Girardi. (2014). Suicide Risk in type 1 Diabetes Mellitus: A systematic Review. **Journal of Psychosomatic Research**, 76 (5), 352- 360.
- Gharaibeh, B.; Gajewski, BJ.; Al-smadi, A.; Boyle, DK. (2016). The relationships among depression, self-care agency, self-efficacy and diabetes self-care management. **Journal of Research in Nursing**, 21(2), 110- 122.
- Goldston, DB.; Kelley, AE.; Reboussin, DM.; Daniel, SS.; Smith, JA.; Schwartz, RP.; Lorentz, W.; & Hill, C.(1997). Suicidal ideation and behavior and noncompliance with the medical regimen among diabetic adolescents. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 36(11), 1528- 1536.

- Hallinan, P & Danaher, P. (1994). The Effect Of Contracted Grades On Self-Efficacy And Motivation In Teacher Education Courses. **Educational Research**, 36(1), 75- 82.
- Hoo-Yeon Lee., Myung-Il Hahm., & Sang Gyu Lee. (2014). Risk of Suicidal Thinking in diabetes varies by diabetes regimen, diabetes duration, and HbA1c level. **Journal of Psychosomatic Research**, 76 (4), 275- 279.
- Mohebi, Siamak.; Azadbakht, Leila.; Feizi, Avat.; Sharifirad, Gholamreza.; & Kargar, Mehdi. (2013). Review the key role of self-efficacy in diabetes care. **Journal of Education and Health Promotion**, 2 (36), 1- 7.
- Pompili, Maurizio.; Lester, David.; Innamorati, Marco.; Pisa, Eleonora De.; Amore, Mario.; Ferrara, Camilla.; Tatarelli, Roberto.; & Girardi, Paolo. (2009). Quality of Life and Suicide Risk in Patients With Diabetes Mellitus. **Psychosomatics**, 50 (1), 16- 23.
- Rich, Ar.; Kirkpatricksmith, J.; Bonner, Rl.; Jans, F (1992). Gender Differences in the Psychosocial Correlates of Suicidal Ideation among Adolescents. **Suicide and Life – Threatening Behavior**, 22(3), 364- 373.
- Siddharth Sarkar.; & Yatan Pal Singh Balhara. (2014). Diabetes mellitus and suicide. **Indian Journal of Endocrinology and Metabolism**, 18 (4), 468- 474.
- Stupiansky, Nathan W.; Hanna, Kathleen M.; Slaven, James E.; Weaver, Michael T.; Fortenberry, J. Dennis. (2013). Impulse Control, Diabetes-Specific Self-Efficacy, and Diabetes Management Among Emerging Adults With Type 1 Diabetes. **Journal of Pediatric Psychology**, 38 (3), 247- 254.

Self-Efficacy and their Relationship to Suicidal Thinking among a Sample of Patients with type 1 Diabetes and Healthy individuals

Nesreen M. Elsharkawy
Dept. Psychology-
Kafr El-Shiekh University

Faten T. Konsouh
Dept. Psychology-
Kafr El-Shiekh University

Youssef Kh. Esa
Faculty of Medicine-
Al-Azhar University

Rasha N. Mohamed
Dept. Psychology-
Kafr El-Shiekh University

Abstract

The aim of this study is to examine whether there are differences between the diabetic Patients and healthy individuals in relation to self-efficacy measures and suicidal thinking. This study tries to identify the statistically significant differences in self-efficiency and suicidal thinking depending on the duration of illness. It seeks provide to more knowledge about self-efficacy and to highlight the impact of the rise and fall on the suicidal thinking I have diabetes and healthy. The study was conducted on a sample of 30 patients with type I

diabetes, with an average age of (27.50) years, and a standard deviation (4.44) years, and 30 healthy, average age (28.46 years), and a standard deviation (4.36) years, and aged (20: 35) years. The study relied upon the following tools: Self-efficacy scale. (Setup/ Howayda Hanafi Mahmoud, 2013), the probability of suicide scale (Setup/ Abd al-rakeeb Ahmed El behairy, 2013), and the socio-economic of the family scale (Abdel Aziz el shakhs, 2013) .The results of the survey indicated: 1- there are statistically are function differences between healthy people and diabetics self-efficiency. 2- there are statistically function differences between healthy people and diabetics suicidal thinking. 3- there is a relationship between self-efficacy and suicide thinking. 4- there is a relation is between the duration of diabetes, both self- efficacy and suicidal thinking .

Keywords: self-efficacy, suicidal thinking and type I diabetes.