

فعالية العلاج النفسي بنوعية الحياة في تحسين إدراكها والرضا عنها ورفع معدلات السعادة لدى مرضى السكري من الأطفال

د. إيمان صالح أحمد السنباني أ.د/ محمد نجيب أحمد الصبوة
قسم علم النفس - جامعة صنعاء قسم علم النفس - جامعة القاهرة

ملخص

السكري مرض مزمن وشائع، وهو يؤدي مع الوقت إلى حدوث أضرار ومضاعفات قد تؤدي إلى تدهور الحالة النفسية والصحية بشكل عام، ولهذا فإن الأطفال المرضى بالسكري هم الأكثر حاجة إلى المساعدة حتى يستطيعوا معايشة هذا المرض، ومن هنا فقد هدفت الدراسة الراهنة إلى التعرف على مدى فعالية بعض أساليب العلاج النفسي بنوعية الحياة في تحسين إدراك نوعية الحياة والرضا عنها ورفع معدلات السعادة لدى مرضى السكري من الأطفال، وبالتالي تخفيف الأعراض النفسية المصاحبة لمرض السكري وذلك من خلال مساعدتهم على تنمية واكتشاف ما لديهم من مهارات ونواحي إيجابية، وذلك على عينة قوامها (١٦) طفلاً من مرضى السكري النمط الأول، وقد كشفت النتائج الناجمة عن التدخل بالعلاج النفسي بنوعية الحياة عن مدى التحسن والفعالية للبرنامج العلاجي لدى المجموعة التجريبية بعد انتهاء فترة العلاج النفسي الإيجابي ببرنامج تحسين إدراك نوعية الحياة لدى الأطفال، وطوال فترتي المتابعة الأولى والثانية التي امتدت خمسة أشهر، وذلك مقارنة مع المجموعة الضابطة التي لم تتلق العلاج النفسي بنوعية الحياة كذلك تبين وجود فروق جوهرية داخل المجموعة التجريبية من حيث تحسن أعراضها وزيادة معدلات الرضا عن الحياة، وزيادة معدلات الشعور بالسعادة بعد ممارستها للمهارات التي تعلمها أفرادها من البرنامج العلاجي والتنموي بالمقارنة بخط الأساس لديهم قبل البرنامج في كل المتغيرات. كما تبين وجود تأثير دال للبرنامج من وجهة نظر المرضى وأقاربهم ومعلميهم وفقاً لأدائهم على مقاييس التقدير الذاتي بعد تطبيق البرنامج عنه قبل تطبيق البرنامج، الأمر الذي يشير إلى أهمية نظريات علم النفس الإيجابي العيادي والعلاجي وتطبيقاتها في مجال الأمراض الجسمية التي ينتج عنها بعض الاضطرابات النفسية، ومنها مرض السكري من النمط الأول لدى الأطفال.

الكلمات المفتاحية: العلاج بنوعية الحياة ، نوعية الحياة، الرضا، السعادة، السكري

مقدمة

يعتبر السكري واحداً من أخطر أربعة أمراض غير سارية حددتها منظمة الصحة العالمية. فكل سبع ثوان يموت شخص واحد جراء السكري، وهو ما يمثل أربعة ملايين حالة وفاة كل عام. وفي عام ٢٠١١ بلغ عدد مرضى السكري ٣٦٦ مليوناً، كما أن هنالك 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 ٥٥٢ مليوناً و ٣٩٨ مليوناً معرضون بشدة للإصابة على التوالي (الاتحاد الدولي للسكري : الخطة العالمية للسكري ، ٢٠١١) وبما أن مرض السكري قد يصيب جميع الفئات العمرية كباراً وصغاراً ومن كلا الجنسين فإن حالتهم النفسية ستتأثر بسبب المرض خاصة لما يترتب عليه من مضاعفات قد تؤدي إلى تدهور الحالة النفسية والصحية بشكل عام، وهو ما قد يؤدي إلى عجز المرضى عن مواصلة الحياة بالشكل المناسب، وبالتالي فإن نظرتهم للحياة سوف تتأثر بشكل كبير، وخاصة حين تحدث الإصابة في مرحلة مبكرة من الحياة حيث تزداد فرص حدوث المضاعفات أكثر، وذلك نظراً لطول فترة الإصابة بالمرض (International Diabetes Federation, 2006).

ولهذا فإن الأطفال المرضى بالسكري هم الأكثر حاجة إلى المساعدة على تفهم مرضهم وتقبله وتقبل الظروف الجديدة التي يفرضها المرض عليهم حتى يستطيعوا معيشة هذا المرض دون مخاوف أو قلق أو اكتئاب، ومن هنا فإن تحديد الأساليب العلاجية النفسية التي تساعد المرضى على تحقيق السعادة و الرضا وبالتالي تحقيق نوعية الحياة الإيجابية ستؤدي دوراً مهماً في تشكيل شخصية الطفل المريض وتمييزها .

إن التدخلات العلاجية لعلم النفس الإيجابي العيادي^١، يمكن أن تكون واحدة من الأساليب والطرق العلاجية القوية التي لا تستهدف فحسب تخليص الشخصية من ضعفها أو عاداتها الشاذة أو من اضطراباتها، بل يجعلها كذلك شخصية إيجابية وفعالة ومؤثرة ومنتجة حسبما ينبغي أن تكون (الصبوة ، ٢٠٠٨).

ويعتبر العلاج النفسي بنوعية الحياة أحد أهم طرق العلاج الفعالة المؤدية إلى نتائج فعالة سريعة في تعزيز المهارات والقدرات لدى المرضى، لأنه يزيد من قدرتهم على ممارسة رغباتهم في نواحي الحياة القابلة للتغيير لديهم، كما أنه يمكنهم من جعل أنفسهم أكثر إحساساً بالسعادة والنجاح، ولأن العلاج النفسي بنوعية الحياة علاج قائم على بناء المهارات والقدرات، فإن المعالج يسعى لتعليم المريض كيفية بنائه لحياته وتحديد أهدافه ومن ثم مساعدته على تحقيق هذه الأهداف، أما دور المريض فإنه يتركز حول تعزيز مهاراته في أن يتعلم وأن يوظف ما يتعلمه ليس فقط خلال فترة العلاج وإنما كي تظل معه هذه المهارات لمواجهة المواقف الحياتية الأخرى التي سيواجهها في المستقبل (Frisch, 2006) .

لهذا فإن اتجاه الدراسات النفسية من منظور فلسفة السعادة تسمح للباحثين بتتبع موارد الفرد ونقاط قوته وإمكاناته، وقد تكون هذه المعلومة ذات أهمية خاصة في تصميم برامج موجهة للأطفال والمراهقين (سلامة، ٢٠١١).

إن هذا القول يمكن البناء عليه بأن الأطفال المرضى بالسكري يحتاجون إلى تهيئة مناخ نفسي ملائم يساعدهم على اجتياز أزمة المرض في مراحله الأولى، وكيفية التكيف معه والالتزام بإجراءاته العلاجية، من أجل تحقيق التوافق النفسي للأطفال المرضى وبالتالي زيادة إحساسهم بالرغبة في الحياة، وفي نوعية حياة أفضل ورضا وشعور عاليين بالسعادة. ولهذا

فإنه من المهم جدا العمل على دعم الحالة النفسية لمرضى السكري وذلك من خلال القيام بتقديم البرامج الوقائية النفسية في المراحل العمرية المبكرة وخاصة في مرحلة الطفولة، والتي تهدف إلى تعليمهم كيفية التحكم بانفعالاتهم والتي ستؤثر على سير العلاج من حيث القدرة على التحكم في كمية السكر في الدم، ولذلك لابد من التعامل مع المصابين بمرض السكري بطريقة تشعرهم بأنه يمكنهم التعايش مع المرض والتحكم به وأنهم أشخاص مقبولون في المجتمع، وتحويل فكرة كونهم عبئاً على مجتمعهم وأسرتهم إلى كونهم أشخاصا منتجين ولهم دورهم المهم في الحياة، وهذا هو ما سعت إلى تحقيقه هذه الدراسة من خلال البرنامج العلاجي الذي يهدف إلى تحسين إدراك نوعية الحياة والرضا عنها ورفع معدلات السعادة .

العلاج النفسي بنوعية الحياة^١

لقد تعزز العلاج النفسي بنوعية الحياة مع ظهور أعمال فرش (Frisch) المنشورة في كتابه " العلاج النفسي بنوعية الحياة : تطبيق منحى الرضا عن الحياة من وجهة نظر علم النفس الإيجابي والعلاج المعرفي" والذي مثل الإعلان عن ولادة العلاج النفسي بنوعية الحياة كاتجاه جديد لعلم النفس، كما أنه مثل أيضا إضافة جديدة للعلاج المعرفي، لأن العلاج بنوعية الحياة من منظور علم النفس الإيجابي والعلاج المعرفي يهدف إلى الدمج الكامل بين أساليب العلاج المعرفي وعلم النفس الإيجابي (Frisch,2006).

إن العلاج النفسي بنوعية الحياة ينظر إليه حاليا على أنه منحى جديدا وشاملا لعلم النفس الإيجابي وموجه للوقاية من حدوث الانتكاسة في ممارسة العلاج المعرفي، لأنه يذهب إلى ما وراء التدخلات البسيطة والمحدودة جدا، كما أنه قد ينظر إليه أيضا على أنه طريقة تعمل على زيادة الاستجابة لعلاج الحالات الحادة للعملاء الخاضعين للمعالجات المعرفية، وذلك لأنه يفترض تنشيط الأسلوب البناء باعتباره مكونا مهما من مكونات العلاج المعرفي الناجح، ولذلك فإن العلاج النفسي بنوعية الحياة يمكن استخدامه لمعالجة الاضطرابات النفسية طبقا لما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، DSM-IV-TR كما أن العلاج النفسي بنوعية الحياة يمكن تطبيقه على العملاء غير الإكلينكيين الذين ليس لديهم اضطرابات نفسية أو عقلية (Frisch,2006).

ويحتل نموذج المسارات الخمسة للرضا عن الحياة، وفي معظم الأحوال، موقعا مركزيا في نظرية نوعية الحياة، حيث أنه يستخدم كأساس يقوم عليه عديد من تدخلات نوعية الحياة التي تشكل في مجملها العلاج النفسي بنوعية الحياة، كما أن التدخل في أي من مكوناته يمكن أن يؤدي إلى تحقيق إحساس متزايد بالسعادة في أي مجال من مجالات الحياة المختلفة، ويتكون نموذج المسارات الخمسة كاسيو (CASIO) لزيادة الرضا والسعادة لناعية معينة من نواحي الحياة من عناصر خمسة (Frisch,2006)

(1) Quality of life therapy(QOLT)

١. الخصائص الموضوعية لناحية من نواحي الحياة.
٢. موقف الشخص أو الإدراك لتلك الناحية من نواحي الحياة.
٣. تقييم الشخص لإنجازاته في تلك الناحية من الحياة بالاعتماد على تطبيق معايير الإنجاز.
٤. القيمة أو الأهمية التي يضعها الشخص لتلك الناحية من الحياة من إجمالي السعادة العامة أو التمتع .
٥. الرضا العام عن نواحي الحياة الأخرى والتي لا تعتبر حالياً ذات أهمية .

أهداف ومبررات إجراء الدراسة الراهنة

١. إبراز كفاءة العلاج النفسي بنوعية الحياة وقدرته في تحسين نوعية الحياة وتحسين الرضا عن الحياة ورفع معدلات السعادة .
٢. العلاج النفسي بنوعية الحياة من الأساليب العلاجية النفسية المعرفية الجديدة، ومن ثم فإن تناول الدراسة الحالية للعلاج النفسي بنوعية الحياة ونظرياته يعتبر إضافة علمية .
٣. إبراز دور العلاج النفسي بنوعية الحياة في الوقاية من الانتكاسة.
٤. ارتفاع عدد الأطفال المصابين بمرض السكري مقارنة بالأمراض الأخرى على مستوى المنطقة العربية ، واليمن إحدى هذه الدول ولن غابت الإحصاءات فيها.
٥. عدم الاهتمام بالجوانب النفسية للمرضى المصابين بالأمراض الجسدية المزمنة خاصة في هذه المرحلة العمرية، مثل مرض السكري، والربو، والسل، والصدفية إلى آخره .
٦. عدم وجود دراسات عربية - في حدود علم الباحثين - استخدمت العلاج النفسي بنوعية الحياة سواء على البالغين أو على الأطفال من مرضى السكري، سواء في العالم العربي أو في اليمن.
٧. ندرة الدراسات -على المستوى العالمي - التي أجريت لاختبار فعالية العلاج النفسي بنوعية الحياة لدى مرضى السكري، وكذلك تأثيره من المنظور الاجتماعي والمجتمعي .

مشكلة الدراسة

- مما سبق يمكن القول بأن مشكلة الدراسة تتبلور في أنها ستقيم كفاءة^١ العلاج النفسي بنوعية الحياة وتأثيره^٢ على الأطفال المصابين بمرض السكري لما تمثله مرحلة الطفولة من أهمية في الوقاية من الإصابة بالأمراض النفسية ومن ثم تحقيق مستقبل أفضل لهم شخصياً ولأسرهم ومجتمعهم، وتتحدد مشكلة الدراسة في الإجابة عن التساؤلات الآتية:
١. هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط أداء المجموعة التجريبية والتي تعرضت لعلاج نوعية الحياة والعلاج الطبي ومتوسط أداء المجموعة الضابطة والتي تتلقى العلاج

(1)Efficacy

(2)Effectiveness

- الطبي فقط وذلك على كل من اختبار نوعية الحياة واستخبار الرضا عن الحياة واستخبار السعادة في القياسين القبلي والبعدي؟
٢. وهل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي الأداء على اختبار نوعية الحياة واستخبار الرضا عن الحياة واستخبار السعادة قبل تطبيق العلاج بنوعية الحياة وبعده لدى المجموعة التجريبية؟
٣. وهل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أطفال المجموعة التجريبية على اختبار نوعية الحياة واستخبار الرضا عن الحياة واستخبار السعادة في القياسين البعدي والتتبعي؟
٤. وهل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الأداء التتبعي للمجموعة التجريبية والتي تعرضت لعلاج نوعية الحياة والعلاج الطبي ومتوسط الأداء التتبعي للمجموعة الضابطة والتي تتلقى العلاج الطبي فقط وذلك على كل من اختبار نوعية الحياة واستخبار الرضا عن الحياة واستخبار السعادة؟

مفاهيم الدراسة

أولاً: مرض السكري

السكري أو الداء السكري أو البوال السكري^١ ويعتبر من أهم وأشهر أمراض الغدد الصماء وهو متلازمة تتصف باضطراب في الاستقلاب (الأيض) ، مما يتسبب في ارتفاع غير طبيعي في تركيز سكر الدم (الجلوكوز) الناجم عن نقص في هرمون الأنسولين (Kumar&Clark,2009).

وتقسم منظمة الصحة العالمية مرض السكري إلى ثلاثة أنماط رئيسة هي: سكري النمط الأول وسكري النمط الثاني وسكري الحوامل، وكل نمط له أسبابه وأماكن انتشاره في العالم. وسبب عجز خلايا بيتا عن إفراز الأنسولين الكافي في النمط الأول يرجع إلى تدمير (مناعي ذاتي) لهذه الخلايا في البنكرياس، بينما يرجع هذا السبب في النمط الثاني إلى وجود مقاومة للأنسولين في الأنسجة التي يؤثر فيها، أي أن هذه الأنسجة لا تستجيب لمفعول الأنسولين مما يؤدي إلى الحاجة لكميات مرتفعة فوق المستوى الطبيعي للأنسولين فتظهر أعراض السكري عندما تعجز خلايا بيتا عن تلبية هذه الحاجة (Rother, 2007) .

مضاعفات مرض السكري:

- أ. **المضاعفات الحادة:** غيبوبة السكري^٢ هي حالة طبية طارئة يكون فيها الشخص فاقداً للوعي وتكون ناتجة عن واحدة من المضاعفات الحادة لمرض السكري وهي: انخفاض سكر الدم الشديد،^٣ أو حمض الدم الكيتوني،^٤ أو غيبوبة فرط الأسموزية اللاكيتونية.^٥

(1) Diabetes mellitus

(2) Diabetic Coma

(3) Severe Hypoglycaemia

(4) Diabetic Ketoacidosis

(5) Non Ketosis Hyper osmolality

ب. **المضاعفات المزمنة:** ومنها: اعتلال الأعصاب السكري، واعتلال الشبكية السكري، وأمراض القلب والأوعية الدموية، واعتلال الكلى السكري، وأمراض اللثة والأسنان.

المضاعفات النفسية لمرض السكري:

إن التأثير النفسي لمرض السكري على حياة الأفراد على المستويين الصحي والنفسي تؤكدته عديد من الدراسات السابقة ، حيث يؤثر المرض على مختلف جوانب شخصية الطفل الجسمية ، والنفسية، والاجتماعية، ممثلة بظهور عدد من الاضطرابات النفسية كمشاعر الخوف، والاكتئاب، والقلق، والعصبية، والغضب، والعدوانية، وتقلب المزاج، وتوهم المرض، والحساسية المفرطة، بالإضافة إلى سوء التوافق النفسي، وعدم القدرة على التكيف، وتشويه صورة الذات (الميزر ، ٢٠٠٩ ، الحسيني، ١٩٩٨، وموسى وزملائه، ٢٠٠٤، وجعفر، ٢٠٠٦)، كما أن بعض الدراسات قد وجدت أيضا أن الأطفال المرضى بالسكري يعانون من سوء تقدير الذات، وانخفاض في نوعية الحياة والرضا عنها والشعور بأنهم أقل سعادة من غيرهم (Harve, Angela, Hugh & Alex, 2006).

كما أشارت الدراسات إلى أن الأطفال المصابين بأمراض مزمنة يصعب عليهم التكيف مع الحياة المحيطة بهم، حيث لا تقتصر معاناتهم بسبب إصابتهم بتلك الأمراض فقط ، لكنهم أيضا لا يستطيعون القيام ببعض الأنشطة والألعاب والممارسات التي يستطيع القيام بها أقرانهم الأصحاء خلال حياتهم اليومية. حيث تشير النتائج إلى أن المراهقين سيئوا التحكم في مستوى السكري يغلب عليهم القلق وينخفض لديهم مفهوم الذات، ومشاكل كثيرة في العلاقات مع أصدقائهم وحدث الاكتئاب ومستويات عالية من الضغوط (La Greca, et al., 1995)

أما دراسة روفت وايرليك وهوبي (Rovet, Ehrlich, & Hoppe, 1987) فتشير إلى أن معدل حدوث الاضطرابات النفسية يكون أكبر بين الأطفال المرضى بالسكري من النمط الأول المعتمد على الأنسولين بالمقارنة مع الأطفال الأصحاء. وهذا ما أكدته أيضا الدراسة التي أجريت في بوسطن بالولايات المتحدة، وتوصلت نتائجها إلى أن مرضى السكري لديهم معدلات أعلى من الاكتئاب مقارنة بالأصحاء، كما أن الاكتئاب بدوره يزيد من معدلات الاعتلال والوفيات لدى مرضى السكري، حيث وجد أن مرضى السكري كانوا أكثر اكتئابا وأقل شعورا بالمتعة مقارنة بالأصحاء (Petersen, et al., 2006).

وكلما طالبت مدة المرض زادت فرصة حدوث المضاعفات النفسية، ولهذا فإن الأطفال المصابين بمرض السكري يكونوا أكثر عرضة للمضاعفات أكثر من السكري لدى الكبار في السن. لهذا يجب مساعدة الأطفال على رعاية أنفسهم ، وهذا بدوره يقلل الضغوط الواقعة عليهم ويساعدهم على إدراك المرض والاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكري ومعالجتها كالاكتئاب. كما قد يترتب على الإصابة بالأمراض الجسمية انخفاض الرضا عن الحياة لدى المرضى بالأمراض المزمنة (Frijers, et al., 2011).

ثانياً: نوعية الحياة

لقد أصبح من نافلة القول أن نذكر أن مفهوم نوعية الحياة كان ومازال من الموضوعات الجاذبة لاهتمام كثير من الباحثين في مختلف المجالات، فقد ظهر هذا المفهوم في المجال الطبي لتقييم نتائج التدخلات والمعالجات الطبية، وفي المجال الاجتماعي لتقييم نوعية الحياة لدى جمهور محدد، وفي المجال الاقتصادي في إطار استهداف الرفاهية كمرادف لمفهوم نوعية الحياة، وفي المجال السياسي لتحقيق الأمن والخروج من الأزمات السياسية (الغدور ١٩٩٩)، وكل هذه المجالات تهدف إلى تحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والنفسية من أجل تحقيق التطور وإشباع حاجات الفرد والوصول لنوعية حياة جيدة .

أما علماء النفس فقد ذكر كل من (Seligman & Csiksentmihaly, 2002) أنهم قد اهتموا بدراسة الخبرات الذاتية الإيجابية والسمات الشخصية الإيجابية والعادات الإيجابية، لأنها تؤدي إلى تحسين نوعية الحياة وتجعل للحياة قيمة، كما أنها تحول دون الأعراض المرضية التي تنشأ عندما لا يكون للحياة معنى.

ومع كون الاجتهادات الحالية تُعرف نوعية الحياة، وكما نظر إليها كثير من الفلاسفة أمثال أفلاطون " Plato"، في أنها " الحياة الجيدة " (Diener, 2003)، إلا أن كلاً من فرش (Frisch) و داينر (Diener) قد عرفا الحياة الجيدة ونوعية الحياة والايجابية في علم النفس الايجابي بأنها السعادة أو التنعم الذاتي أو التنعم بما تتضمنه السعادة من الغلبة النسبية للسرور أو الوجدان الإيجابي للممارسات على الوجدان السلبي أو غير السار كالقلق والاكئاب والغضب والذي يحدث عادة في الممارسة الواعية (Frisch, 2006).

لقد بات من المسلم به أيضاً أن وضع تعريف محدد " لنوعية الحياة" وقياسها هو أمر معقد ولكنه ليس مستحيلاً، فالتعريفات المتعددة قد تتلاقى لتعكس تقييماً لمستوى الإيجابية لحياة شخص ما بما يتوافق مع تجاربه.

ثالثاً: الرضا عن الحياة

الرضا عن الحياة كلمة لاتينية تعني أن يصل الفرد لدرجة الكافية، وهي تتضمن - الكلمة - قناعة الفرد أو قبوله لكل ظروف حياته، أو أنها تعني رضا الفرد الكامل مما أنجزه في حياته ككل سواء فيما كان يحتاجه أو يريده، على هذا النحو يكون رضاه عن الحياة بمثابة تقييم ذاتي من قبله لنوعية حياته (فهمي، ٢٠٠٩، ٦٨٦). وبمجازاة واضعي النظريات المعرفية الذين يأخذون بمفهوم الرضا عن الحياة، فإن "الرضا عن الحياة" وفقاً لنظرية نوعية الحياة يرجع إلى تقييمنا الشخصي للدرجة التي تحققت فيها أكثر احتياجاتنا المهمة وأهدافنا ورغباتنا، وبالتالي فإن الفجوة المدركة بين ما نملك وما نريد أن نملكه في نواحي الحياة يحدد مستوى رضانا أو عدم رضانا عن الحياة (Frisch, 2006).

ويرى داينر (Diener,1984) بأن الحكم على مستوى الرضا عن الحياة يعتمد على مقارنة الفرد لظروفه بالمستوى المثالي الذي يفرضه لحياته، أي أن الحكم على مدى رضا الفرد عن حياته الحالية يعتمد على مقارنته بالمستوى المثالي والذي يضعه أمامه حتى يصل إليه مع ما وصل إليه فعلاً حتى الآن.

رابعاً : السعادة

ترى نظرية نوعية الحياة بأن التنعم الذاتي والتنعم هما مرادفان للسعادة الشخصية وفي المقابل فإن السعادة تُعرف اصطلاحياً بأنها تتشكل من ثلاثة مكونات هي:

➤ الرضا عن الحياة .

➤ الوجدان الايجابي .

➤ الوجدان السلبي .

ففي السعادة أو التنعم الذاتي العالي هناك رضا عال عن الحياة وغلبة للوجدان الايجابي¹ (مثل المتعة والعاطفة والسرور) على الوجدان السلبي² (مثل الحزن والاكتئاب والقلق أو الغضب) . وبمعنى آخر فإن ممارستنا الواعية تتكون من الانفعالات الإيجابية وهي أكثر بكثير من الانفعالات السلبية (Diener,etal.,1999). أي أن درجة سعادتنا هي وظيفة إيجابية لدرجة الرضا عن الحياة وهي على امتداد الوجدان الإيجابي الغالب للممارسة اليومية (Frisch,2006) أما السعادة الدائمة والرضا عن الحياة، فوفقاً لليومريسي وكنج (Lyubomirsky& King) فإنها تعطينا إشارة على بذل ما بوسعنا كي نحقق الإنجازات في مجالات الحياة القيمة وهو ما يؤدي إلى زيادة كبيرة في المنافع ، وعليه فإن السعادة تقود إلى نجاح كبير في الحياة ، والتمتع بصحة جيدة (Frisch,2006,22).

الدراسات السابقة

أجريت دراسات عديدة تناولت برامج علاجية لتحسين نوعية الحياة لدى عينات مرضية مختلفة، كما تناولت دراسات أخرى تدخلات علم النفس الإيجابي والعلاج النفسي بنوعية الحياة على عينات متنوعة، أما الجزء الثالث من الدراسات فقد تناولت مرض السكري لدى الأطفال من حيث الأسباب والأعراض المرضية المصاحبة له، إلا أننا لم نجد إلا قليلاً من الدراسات العربية - في حدود علم الباحثة - التي تناولت علاج الأعراض النفسية المصاحبة لمرض السكري لدى الأطفال، كما أن الباحثة لم تجد أي دراسة تناولت العلاج النفسي بنوعية الحياة لدى الأطفال مرضى السكري .

أولاً : الدراسات التي تناولت برامج علاجية لتحسين نوعية الحياة

هدفت دراسة فرش (Frisch,1992) إلى التعرف على مدى فاعلية البرامج العلاجية المعرفية في التأثير على نوعية الحياة لدى المكتئبين، حيث تضمنت هذه الدراسة كيفية حل

(1) Positive Affect

(2) Negative Affect

المشكلات والتدريب على المهارات اللازمة، وأظهرت نتائج الدراسة بأن تعلم تطبيق أساليب البرامج العلاجية المعرفية يؤدي إلى تحسن نوعية الحياة .

أما دراسة هيريك (Herrick, 1994) فقد كان هدفها التعرف على الآثار التي يمكن أن يحدثها المرض وتداعياته المرضية على إفساد نوعية الحياة لدى المرضى، باعتبار أن هذه الأعراض المرضية تفسد نوعية الحياة وتعتبر عاملاً مهدداً للحياة. أجريت الدراسة على مجموعة من المصابين بإصابات الحبل الشوكي باستخدام مقياس نوعية الحياة، حيث قام الباحث بتطبيق برنامج تأهيلي. أشارت النتائج إلى أن الأمراض العضوية تؤدي إلى الإحساس باليأس مما يفسد نوعية الحياة إلا أن التدخل المقصود يمكن أن يحدث تغييراً في إدراك الفرد للمرض ومن ثم زيادة الاستبصار بالحالة المرضية مما يساعد على مواجهة المشاكل الأمر الذي يؤدي إلى تحسين سير الحياة إلى الأفضل. وقد هدفت دراسة جلوب دنيز (Globe-Denis, 1999) إلى وضع برنامج تأهيلي لمرضى القلب لخفض معدل القلق وتحسين نوعية الحياة لديهم، حيث استمر البرنامج لمدة ١٢ أسبوعاً. أظهرت النتائج تغييرات في الدرجات على مقاييس نوعية الحياة، وظهر ارتباط بين درجات نوعية الحياة ودرجات القلق، كما وجد أن المرضى الذين أظهروا معدلاً عالياً من القلق قد أظهروا نوعية حياة ضعيفة.

كما أجرى لينز و ديماس (Lenz&Dema, 2000) لمعرفة تأثير العلاج المعرفي السلوكي على نوعية الحياة على عينة من مرضى الاكتئاب، قوامها (٣٧) مريضاً، تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً مكثفاً على مدى ستة أسابيع، وأشارت النتائج إلى أن ١٣.٥% من المرضى تحسّنوا بدرجة عالية، و ٤٥.٩% تحسّنوا تحسناً متوسطاً، و ٢٦.٣% حدث لديهم تحسناً طفيفاً، و ١٦.٢% لم يتحسنوا، كما أشارت النتائج إلى أن الكفاءة الذاتية، وأسلوب نوعية الحياة ساهما في تحسن بعض النواحي مثل العمل، والتعليم، وأوقات الفراغ، والعلاقات الاجتماعية، ومستوى عام من الرضا عن الحياة، وهذا يشير إلى كفاءة العلاج المعرفي السلوكي في تحسن الكفاءة الذاتية وتغيير أسلوب نوعية الحياة لدى مرضى الاكتئاب .

أما دراسة جاندهي (Gandhi, 2002) والتي هدفت إلى التحقق مما إذا كان هناك إمكانية لتحسين نوعية الحياة لدى السيدات المصابات بأورام ليفاوية عن طريق التمارين الرياضية، وقد تضمنت عينة الدراسة (١٥) سيدة تراوحت أعمارهن ما بين ٢٨-٦٥ سنة ممن لديهن أورام ليفاوية، وقد تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين، المجموعة الأولى والتي خضعت لبرامج تمارين رياضية مناسبة لمرضهن، والمجموعة الثانية التي لم يخضعن لأي نوع من التمارين الرياضية. توصلت نتائج الدراسة إلى أن المجموعة الأولى أظهرن تحسناً ملحوظاً في قلة الألم، والتعب، والقلق، والإحباط، وسهولة النوم، والقدرة على مواجهة الضغوط الشخصية، وتحسناً ملحوظاً في نوعية حياتهن بشكل عام، أما المجموعة الثانية فقد واجهن

صعوبات في كل من مواجهة الضغوط الشخصية، وسرعة التعب، والإحباط، والأرق، وقلة الثقة بالنفس.

كما قام عزب (٢٠٠٤) بدراسة هدفت إلى تقديم برنامج لخفض الاكتئاب وتحسين نوعية الحياة لدى عينة من طلاب جامعة عين شمس الذين يعانون من اكتئاب مرتفع وفقاً لتشخيص إكلينيكي. تكونت عينة الدراسة من (٣٠) طالبا ممن كانوا يترددون على العيادة النفسية الخاصة بكلية التربية، وتراوحت أعمارهم بين ٢٠-٢٢ سنة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة. استخدم الباحث برنامجاً إرشادياً من النوع التكاملي، وقد استغرق البرنامج شهرين متتابعين. أظهرت نتائج الدراسة أن هناك فروقا دالة إحصائية في اتجاه القياس البعدي على المجموعة التجريبية، مما يشير إلى تحسن الحالة النفسية للمجموعة التجريبية، والذي أدى بدوره إلى تحسن في نوعية الحياة لدى هذه المجموعة.

أما شويخ (٢٠٠٧) فقد أجرت دراسة كان هدفها استكشاف فاعلية برنامج تدريبي لتحسين بعض المتغيرات النفسية والسيولوجية لنوعية الحياة لدى بعض مرضى الفشل الكلوي المزمن الخاضعين للعلاج بالاستصفاء الدموي المتكرر، وذلك من خلال المقارنة بين مجموعتين متكافئتين إحداهما التجريبية (١٢) والأخرى الضابطة (١٢). أظهرت النتائج فروقا بين المجموعة التجريبية في تحسن نوعية الحياة مقارنة بالمجموعة الضابطة، كما استمر التحسن خلال فترة المتابعة وهذا يدل على فاعلية البرنامج التدريبي.

كما قامت سلوى سيد (٢٠٠٨) بتطبيق برنامج إرشادي لتحسين نوعية الحياة لدى عينة من المراهقين المقبلين على جراحات الصدر والقلب. تكونت العينة التجريبية من (١٢) من المراهقين بين ١٢ إلى ١٨ عاماً، حيث أثبتت الدراسة أثر البرنامج العلاجي في تحسين نوعية الحياة لدى العينة التجريبية بعد البرنامج وبعد المتابعة بشهر.

ثانياً : الدراسات التي تناولت تدخلات علم النفس الإيجابي والعلاج النفسي بنوعية الحياة

لقد وجد إيمونز و ماكلوه (Emmons and McCullough,2003) أن المشاركين في المجموعة التجريبية الذين تم تعريفهم لبرنامج علاج نفسي إيجابي يقوم على خصلة الاعتراف بالفضل أظهروا زيادة جوهرية في الوجدان الإيجابي مقارنة بالمجموعة الضابطة، و كانت المهمة المطلوبة منهم هي كتابة خمسة أشياء أو مواقف كانوا شاكرين جهود من قاموا بها، وطلب منهم القيام بهذا الواجب أسبوعياً ولمدة عشرة أسابيع، أما المجموعة الضابطة فقد طلب منهم الكتابة عن بعض المشاهدات اليومية أو المحايدة(الصبوة، ٢٠١١).

أما بورتون وكنج (Burton and King,2004) فقد أجريا دراسة علاجية استخدمتا فيها تصميم المجموعة التجريبية العشوائية ومجموعة العلاج النفسي الوهمي للضابطة، وذلك بهدف اختبار تأثير التدخل الإيجابي بالكتابة بهدف تعديل المزاج والصحة البدنية لدى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة. استمرت التدخلات الإيجابية لمدة ثلاثة أيام متتابعة بواقع عشرين دقيقة يومياً، حيث أعطيت

المجموعة التجريبية تعليمات بكتابة موضوع عن الخبرات الإيجابية، أما المجموعة الضابطة فقد طلب منها كتابة موضوعات محايدة (مثل وصف حجرات نومهم ووصف حقائبهم) . أظهرت النتائج بان معايشة المجموعة التجريبية للخبرات الإيجابية رفعت لديهم معدلات السعادة لفترة زمنية قصيرة، وتغير المزاج الكئيب إلى المزاج السعيد، كما أقر عدد كبير من المشاركين في المجموعة التجريبية أنهم لم يراجعوا مركز الصحة البدنية لمدة ثلاثة شهور بعد انتهاء التجربة العلاجية(الصبوة، ٢٠١١).

كما أجريت دراسة على ستة عشر مريضاً من مرضى الاكتئاب الأساسي، وقد أجريت الدراسة على المجموعة التجريبية، ولم يقابلها مجموعة ضابطة، وقد استخدم العلاج بالقراءة، حيث كان يطلب من كل مريض أن يقرأ يومياً وطوال فترة العلاج نصوصاً مفيدة تعمل على زيادة سعادتهم ورضاهم عن الحياة في مجالات الصحة، وتقدير الذات، وتحقيق الأهداف، واحترام القيم، والمال، والعمل، واللعب، والتعلم، والإبداع، والحب، والمساعدة، والأصدقاء، والأطفال، والأقارب، والبيت، والجوار، والمجتمع، كما كان المرضى يلتقون بالمعالج النفسي أسبوعياً ولمدة خمسة عشر أسبوعاً لمناقشة القراءة التي كلفوا بها (Frisch,2004)، وبعد خمسة عشر أسبوعاً تحسن ثلاثة عشر مريضاً من أصل ستة عشر مريضاً، بحيث لم تعد تنطبق عليهم معايير تشخيص الاكتئاب على قائمة بك ومقياس هاملتون للاكتئاب، واستمر التحسن لدى اثني عشر مريضاً منهم بعد أسبوع من المتابعة(الصبوة، ٢٠١١).

أما دراسة باركز و سيلجمان (Parks and Seligman,2004) والتي أجريها لتقييم فعالية برنامج للتدخل الإيجابي لمدة ستة أسابيع. تكونت التدخلات من تمارينات لزيادة السعادة، والانغماس في النشاط المثمر المنتج، وذلك كوسيلة لعلاج الأعراض الاكتئابية لدى راشدين شباب يعانون من الاكتئاب الحاد يتراوح بين الخفيف والمتوسط . أشارت النتائج إلى أن المشاركين الذين تلقوا تدخلات إيجابية حصلوا على درجات على قائمة الاكتئاب تقل ست درجات عن أفراد المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا هذه التدخلات الإيجابية، كما زادت معدلات السعادة بالمقارنة بالمجموعة الضابطة، وانخفضت معدلات القلق ولكن بشكل غير جوهري (الصبوة، ٢٠١١) .

كما هدفت دراسة تقييم نوعية الحياة في مركز أبحاث السلوك الصحي لزراعة الأعضاء في جامعة فلوريدا والتي قام رودريجو وزملاؤه (Rodrigue,etal.,2005) إلى تقييم فعالية العلاج النفسي بنوعية الحياة في تحسين نوعية الحياة واضطراب المزاج والألفة الاجتماعية لخمسة وثلاثين من المرضى الذين ينتظرون زراعة الرئة. تم اختيار المرضى عشوائياً حيث تلقى (١٧) منهم جلسات علاج فردية لنوعية الحياة أساسها الهاتف، بينما (١٨) منهم لم يتلقوا العلاج النفسي بنوعية الحياة. لقد قيمت الدراسة نوعية الحياة والمزاج والألفة الاجتماعية قبل بداية العلاج كخط أساس، وبعد شهر من العلاج وبعد ثلاثة أشهر. أظهرت التحليلات اللاحقة أن المجموعتين لم تختلفا بشكل ملحوظ قبل بداية العلاج، لكنهما اختلفتا بشكل دال في تقييمات المتابعة للشهر الأول والثلاثة الأشهر الأخيرة، وقد وجد أن المرضى الذين تلقوا العلاج النفسي بنوعية الحياة قد ظهروا تحسناً مرتفعاً في نوعية الحياة للشهر الأول والثلاثة

الأشهر الأخيرة ، وانخفاضاً في اضطراب المزاج في تقييم الثلاثة الأشهر، أما الألفة الاجتماعية فقد تحسنت كثيراً في الشهر الأول . إن هذه النتائج تُشير إلى أن نوعية الحياة للمرضى المسجلين لانتظار زراعة الرئة رديئة جداً ، وأنه يمكن أن تعزز نوعية الحياة للمرضى ومزاجهم والعلاقة مع مقدمي الرعاية الأساسية إيجابياً من خلال تدخل نفسي قصير قبل زراعة الرئة.

كما استخدمت لوبوميرسكاى وزملاءها (Lyubomirsky,etal., 2005) التدخل بأسلوب تعدد النعم، حيث طلب من المشاركين في المجموعة التجريبية أن يعدوا النعم التي يعيشون فيها مرة أسبوعياً أو ثلاث مرات أسبوعياً، وفي نهاية الأسبوع السادس من الدراسة تبين أن المشاركين الذين عدوا النعم مرة واحدة كانوا أكثر سعادة ممن عدوها ثلاث مرات أسبوعياً من المشاركين في المجموعة الضابطة، وفسر الباحثون هذه النتيجة في ضوء فلسفة أن " الأقل أشد تأثيراً من الأكثر " ، بمعنى أن خلق التعود في التدخلات الإيجابية يقلل الفعالية والتأثير خاصة في مواقف الشعور بالسعادة(الصبوة، ٢٠١١).

كما قامت شقير (٢٠١٠) بدراسة المساهمة الإيجابية لعلم النفس في تحسين نوعية الحياة، وخفض القلق من المستقبل لدى حالة صداع توتري (نفسى). هدفت الدراسة إلى التعرف على دور علم النفس الإيجابي في تحسين نوعية حياة الفرد ، قام البرنامج التدريبي الإرشادي على بعض الفنيات السلوكية والمعرفية الإيجابية التي يراعى فيها علم النفس الإيجابي الإشراف نحو الحياة وذلك للتخفيف من عدد مرات حدوث نوبات الصداع ، وقلق المستقبل، وكذلك تحسين ورفع مستوى نوعية الحياة، وذلك لدى حالة فتاة خليجية جامعية من خلال بعض الجلسات الإرشادية و التدريبية، أجرى بعضها من خلال الدردشة بشبكة المعلومات والأخرى من خلال المقابلة الشخصية مع الحالة، وأسفرت نتائج الدراسة عن تحسن ملحوظ في جميع متغيرات الدراسة، مع استمرار التحسن لما بعد انتهاء الجلسات الإرشادية بفترة زمنية .

ثالثاً : الدراسات التي تناولت مرض السكري ومتغيرات الدراسة

أن الأطفال المرضى بسكري النمط الأول معرضون لنتائج نفسية واجتماعية ووظيفية سلبية وخاصة مع دخولهم إلى مرحلة المراهقة، فقد هدفت إحدى التجارب العشوائية التي قام بها جراي وزملاؤه (Grey,etal.,1995) إلى تحديد آثار التدريب على المهارات التدريبية على التحكم بالعمليات الحيوية بين الأطفال، ونوعية الحياة، وأعراض الاكتئاب، والإجراءات التدريبية، والأعمال الأسرية، والكفاءة الذاتية خلال عام كامل وذلك من خلال وسطاء، ورؤساء جلسات للتدريب مكونة من ٥٣ مشاركاً، وذلك على عينة من أطفال المدارس وآبائهم مكونة من ٨٢ طفلاً تتراوح أعمارهم بين ٨ - ١٢ سنة ومقارنتها مع مجموعة ضابطة مكونة من ٢٩ طفلاً وخاضعة للعلاج وتتلقى برنامجاً تثقيفاً تكميلياً عاماً عن المرض. أظهرت النتائج أن الحالة الصحية للمجموعتين قد تحسن مع الوقت من حيث أن تأثير

المرض على الأطفال كان بسيطاً، وأن التدبير والكفاءة الذاتية والسيطرة على المرض من قبل الوالدين كان جيداً، كما أن أعراض الاكتئاب كانت ظاهرة بشكل أقل، لكن التأقلم مع المرض وتأدية الأعمال الأسرية، والرضا عن الحياة كان واضحاً بشكل أكبر بين الأطفال والآباء الذين تدربوا على المهارات التدريبية مقارنة بتلك العائلات في المجموعات التثقيفية فقط. كما بينت نتائج الدراسة أن التكيف مع المشاكل البسيطة للمرض ينتهي بنهاية السنة الأولى، لكن بعض المشاكل قد تظهر ثانية في نهاية السنة الثانية من المرض.

كما أشارت كثير من الدراسات الأخيرة إلى أن الأطفال المصابين بمرض السكري، والأطفال المصابين بالأمراض المزمنة المختلفة، قد يكونوا في خطر متزايد للمشاكل النفسية ففي دراسة لكوفاكس وزملائه (Kovacs,et.al.,1997) والتي هدفت إلى تحديد الاضطرابات النفسية الناتجة عن الإصابة بمرض السكري، وأجريت على عينة من (٩٢) طفلاً، تراوحت أعمارهم ما بين (٨-١٣ عاماً)، وتم تتبعهم بعد التشخيص الأولي لمرض السكري، وجد أن الاضطرابات الأكثر شيوعاً تتضمن القلق العام، والاكتئاب، والاضطرابات السلوكية، وكان الأكثر تكراراً هو الاكتئاب .

كما أشارت دراسة أخرى قام بها جراي وزملائه (Grey,et.al.,1998) على عينة قوامها (٥٢) مراهقاً ومتوسط أعمارهم ١٦.١ سنة، إلى أن المراهقين الذين ظهرت عليهم تأثيرات المرض بدرجة كبيرة كانوا أقل رضا، وأكثر انزعاجاً، وأكثر قلقاً، وأن تحكّمهم بالمرض كان صعباً جداً. وبالإضافة إلى ذلك فإن القلق الزائد المتصل بالمرض كان مرتبطاً بمستوى منخفض من الكفاءة الذاتية وبمستوى عال من الاكتئاب وبدعم عائلي أقل، في حين كشفت تحليلات الانحدار المتعدد بأن نوعية الحياة المتعلقة بالمرض كان متتباً بها بدرجة عالية مع الاكتئاب، وبدرجة أقل مع صعوبة التدبير مع المرض، لكن مستوى السكر التراكمي لم يكن مرتبطاً بأي وجه مع نوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري.

أما دراسة الحسيني (١٩٩٨) والتي هدفت إلى تطبيق أسلوبين من أساليب العلاج النفسي هما: العلاج المعرفي السلوكي، والتدريب التوكيدي من خلال دمج البرنامجين معاً لدراسة فاعلية هذه الأساليب في تعديل بعض الجوانب النفسية كالإكتئاب، وتأكيد الذات في تعديل بعض الخصائص النفسية لدى المراهقين المرضى بالسكري، فقد توصلت نتائجها إلى أن البرنامجين كانا فعالين في تعليم مرضى السكري من المراهقين بعض الخطط المعنوية بمواجهة الأراجاع النفسية للمرض .

وفي الدراسة التي قام بها جوتمان وزملائه (Guttman,et.al.,1998) لفحص العلاقة بين السيطرة الأيضية ونوعية الحياة المتعلق بمرض السكري على عينة قوامها ٦٩ مراهقاً متوسط أعمارهم ١٥ سنة ، ومتوسط مدة مرضهم ٧ سنوات، فقد كشفت عن وجود علاقة وثيقة بين مستوى السكر التراكمي^١ مع كل من الرضا وتأثير المرض، ولكن ليس مع القلق،

أما في الحالات الحادة فقد وجد أن مستوى السكر التراكمي له علاقة قوية مع تأثير المرض والقلق، وأن العلاقة كانت ظاهرة بقوة مع متوسط السكر التراكمي المستعمل في التحليلات خلال عام.

وفي دراسة لفارو (Faro,1999) لتقييم تأثير مرض السكري على نوعية الحياة من خلال تأثير المرض على مجريات الحياة اليومية، والرضا عنها، والمعاناة من الاحباطات، والتي استهدفت عينة من المراهقين قوامها ٢٣ مراهقاً في الفئة العمرية بين ١٢-٦ اعاماً، من خلال استخدام عدد من المقاييس والمقابلات، فقد توصلت النتائج الى أن المراهقين قد أقرروا بانزعاجهم من النظام الغذائي الصارم، وأنهم قلقون كثيراً بشأن مستقبلهم خاصة فيما يتعلق بمضاعفات المرض، كما تبين بأن المراهقين الأكبر سناً كانوا أقل قلقاً وأقل تأثراً بالمرض، وأكثر تمتعاً بنوعية حياة جيدة، كما عبر المراهقون عن قدرتهم على التكيف ومواجهة المشاعر السلبية بشكل واضح وكبير. كما توصلت نتائج الدراسة التي قام بها فاننبرج و زملائه (VanTilburg et al.,2001) والتي اشتملت على عينة من مرضى سكري النمط الأول والنمط الثاني، إلى أن علاج الاكتئاب البسيط أو المزاج المكتئب يساهم في التحكم بمرض سكري النمط الأول.

أما الميزر (٢٠٠٢) فقد أجرت دراسة باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال المرضى بسكري النمط الأول لتأهيلهم اجتماعياً، وانطلقت الباحثة من اعتبار أن مرض السكري يعد من الأمراض المزمنة التي تصيب الأطفال، ولذا فهم بحاجة إلى تهيئة مناخ اجتماعي ونفسي ملائم يساعدهم على اجتياز أزمة المرض في مراحله الأولى. أظهرت نتائج الدراسة التي أجريت على (١٠) أطفال من مرضى سكري النمط الأول تراوحت أعمارهم بين ٨-١٢ سنة، أن جميع الحالات قابلة للتعلم والتدريب وتعديل السلوك واكتساب سلوكيات جديدة، كما توصلت الدراسة إلى إمكانية تطبيق أساليب العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال مرضى السكري لأنها ترتبط بتغيير البنية المعرفية للطفل وتعديل سلوكه، كما اتضحت فاعلية تناول وعلاج مشكلات الأطفال المرضى بسكري النمط الأول، والتي تتفق مع طبيعة الطفل في هذه المرحلة العمرية. كما كشفت دراسة موسى وزملائه (Moussa,et.al.,2005)، والتي تم تطبيقها على أطفال من الكويت مصابين بسكري النمط الأول، وشملت (٣٤٩) طفلاً تراوحت أعمارهم بين ٦-١٨ سنة، إلى أن الأطفال الذين لم يستقر معدل السكر في دمهم كانوا أكثر عرضة للاكتئاب، والاضطراب العصبي، وعدم القدرة على التكيف.

وفي دراسة لهارفام (Harpham,2005) والتي هدفت لمعرفة العلاقة بين الأمراض المزمنة (كأمراض السرطان والقلب والسكري) وتقبل الحياة، من خلال تركيزه على تشجيع المرضى

لمواجهة المرض، والتعايش معه، فقد أكدت النتائج أن الشعور بالسعادة سبب رئيس للحد من المرض، وعامل مهم للحصول والتمتع بحياة صحية جيدة.

أما دراسة هارفي وزملائه (Harve,et.al.,2006) والتي استهدفت عينة من المرضى أعمارهم ١٧ عاما فأكثر، لمعرفة تأثير مرض السكري على تقدير الذات والصحة العامة ونوعية الحياة والرضا عنها والسعادة، فقد أظهرت نتائجها بأن المرضى كانوا في أسوأ تقدير للذات والصحة العامة، وأن نوعية الحياة والرضا عنها لدى المرضى المعتمدين على الأنسولين كانتا متدنية وأنهم غير سعداء في حياتهم . أما جعفر (٢٠٠٦) والتي تناولت مرض السكري وعلاقته ببعض العوامل النفسية والسمات الشخصية لعينة من الأطفال مكونة من (٢٣٩) طفلا ، منهم (١٢٢) من مرضى السكري (٥١) من النمط الأول، و(٧١) من النمط الثاني، فقد أظهرت النتائج أن مرضى السكري النمط الأول قد حصلوا على درجات أعلى من غيرهم في كل من العدوانية والغضب مقارنة بمرضى سكري النمط الثاني.

وفي دراسة للعلاقات بين خبرات المدرسة المدركة للمرض، والتحكم فيه، ونوعية الحياة، فقد قامت جولي وزملاؤها (Julie,etal.,2006) بدراسة ثمانية وخمسين طفلاً مريضاً بسكري النمط الأول، وكانت أعمار كل منهم ١٢ عاما، ويعانون من المرض منذ ٥ سنوات، ويدرسون في مدارس حكومية، وبمشاركة من آبائهم، ووجدت أن الأطفال الذين أفاد آبائهم بأن موظفي المدرسة تلقوا تدريباً على مرض السكري كانت سيطرتهم على المرض أفضل بكثير من الأطفال الذين أفاد آبائهم بأن موظفي المدرسة لم يتلقوا تدريباً على المرض، وأن الأطفال الذين أبلغوا أن زملاءهم قد تلقوا تدريباً على مرض السكري كان لديهم وبشكل ملحوظ نوعية حياة جيدة مقارنة بزملائهم الذين لم يتلقوا أي تدريب. وبالإضافة إلى ذلك فقد وجد أن الأطفال الذين أبدوا مرونة كبيرة في الواجبات المدرسية المتعلقة بالعناية بالمرض كانت سيطرتهم على المرض أفضل بكثير من الأطفال الذين أبدوا مرونة أقل، وكل ذلك يعني أن الطلاب بمرض السكري يواجهون تحديات مستمرة في المدرسة، وأن تدريب العاملين وزملائهم والسماح لهم بالمرونة القصوى والملائمة للعناية بالمرض تبدو مفيدة للسيطرة على المرض ومهمة من أجل تحقيق نوعية حياة جيدة .

أما دراسة شاهه التمار (٢٠٠٩) للكشف عن الفروق بين الأطفال المرضى بسكري النمط الأول والأصحاء من ناحية، وفي تعريف طبيعة العلاقة بين مرض السكري وكل من الغضب، والاكتئاب، والسعادة، ونوعية الحياة من ناحية أخرى، فقد استهدفت عينة قوامها (٨٠) طفلاً من مرضى سكري النمط الأول، و (٨٠) طفلاً من الأصحاء. أسفرت نتائج الدراسة عن وجود ارتباطات موجبة دالة إحصائياً بين الغضب والاكتئاب ، وبين نوعية الحياة والسعادة لدى عينة الأصحاء والمرضى، كما وجدت علاقات ارتباطية سالبة بين الغضب كسمة والتعبير عنه، وبين السعادة وأغلب مقاييس نوعية الحياة، وبين الاكتئاب والسعادة وأغلب مقاييس نوعية الحياة لدى كل من مرضى السكري والأصحاء كل مجموعة منها على

حدة، كما أشارت النتائج إلى أن متوسطات استجابات الأصحاء في مقاييس نوعية الحياة والسعادة كانت أعلى جوهرياً من متوسطات استجابات مرضى السكري من الأطفال، بينما كانت متوسطات مرضى السكري من الأطفال في الغضب والاكتئاب أعلى جوهرياً من متوسطات الأصحاء .

أما دراسة جافسكو وزملائه (Iafusco,et al.,2011) فقد كان هدفها فحص أثر خط دردشة عبر شبكة المعلومات، وأجريت على ١٩٣ من المراهقين المصابين بسكري النمط الأول الذين تراوحت أعمارهم بين ١٠-١٨ سنة لمعرفة نوعية حياتهم وتحكمهم بالاستقلاب (الأبيض). شارك الأطفال أسبوعياً في جلسات دردشة أشرف عليها طبيب لمدة سنتين حيث طبق على كل مريض " مقياس نوعية حياة مرضى السكري للصغار " في خط الأساس، وبعد سنة و بعد سنتين، كما تم مراقبة نسبة السكر التراكمي في الدم. أما المجموعة الضابطة فتكونت من ٢٠٣ من المرضى بسكري النمط الأول، واختيروا عشوائياً من بين ٨٣٤ من المرضى الذين رفضوا المشاركة في جلسات الدردشة مع تماثل في العمر والجنس، وفي خط الأساس لمقياس السكر التراكمي في الدم ، والحالة الاجتماعية الاقتصادية. وكشفت نتائج الدراسة عن أن استجابة نوعية الحياة لمرضى سكري النمط الأول قد أظهرت تحسناً كبيراً فقط لدى المرضى الذين شاركوا في جلسات الدردشة، كما انخفض مستوى سكر الدم التراكمي بشكل ملحوظ (٠.٤ %) في المرضى الذين شاركوا في جلسة الدردشة مقارنة مع (٠.١ %) في المجموعة الضابطة.

كما هدفت دراسة وايتمور وزملائه (Whittemore,et al.,2012) إلى المقارنة بين فعالية التدخل عبر شبكة المعلومات لكل من التدريب على المهارات التدريبية (مجموعة المهارات التدريبية) و التنقيف حول المرض (مجموعة إدارة المرض) على ٣٢٠ مراهقاً من المرضى بسكري النمط الأول، من خلال جمع البيانات في خط الأساس، وبعد ٣ أشهر، وبعد ٦ أشهر من التدخل لعلاج المتغيرات التي تمثل النتائج الأولية الفسيولوجية (السكر التراكمي) والنفسية الاجتماعية (نوعية الحياة)، كما جمعت بيانات عن متغيرات النتائج الثانوية السلوكية (إدارة الذات) والنفسية الاجتماعية (التوتر، وفعالية الذات التدريبية، والكفاءة الاجتماعية، والصراعات الأسرية) والتي كانت متسقة مع الإطار المفاهيمي للدراسة. أظهرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية على النتائج الأولية بعد ٦ أشهر من التدخل، في حين كانت النتائج دالة جوهرياً في الكفاءة الاجتماعية لمجموعة إدارة المرض مقارنة بمجموعة المهارات التدريبية. ومع مرور الوقت كانت هناك تأثيرات جوهرية على مجموعة المهارات التدريبية (انخفاض التوتر وزيادة المهارات التدريبية) ومجموعة إدارة مرض السكري (تحسين نوعية الحياة لمرضى السكري).

أما دراسة سنثيا وزملائها (Cynthia,et al., 2013) فقد هدفت لبحث ما إذا كانت المشكلات اليومية التي تواجه المراهقين المصابين بمرض سكري النمط الأول ترتبط بخطط الأبوبين الإقناعية للمراهقين من أجل القيام بالمزيد لإدارة مرضهم، وما إذا كان هذا الارتباط بسبب قلق الوالدين الشديد، وانخفاض ثقتهم في قدرات أبنائهم المراهقين على إدارة المرض، وكيف يمكن أن تقدم هذه الخطط الأبوبية للإقناع التصحيحات لضبط مستوى السكر في الدم لاحقاً. استهدفت الدراسة عينة من المراهقين

قوامها ١٨٠مراهقا تتراوح أعمارهم بين ١٠.٥ - ١٥.٥٨ عاما، كما شملت العينة ١٦٧ من الأمهات و ١٣٩ من الآباء. أظهرت نتائج الدراسة أن الآباء قد عبروا عن قلقهم اليومي من المرض، وأظهر المراهقون كفاءتهم الذاتية لإدارة مرضهم بوجه عام ، كما أظهرت النتائج أن الوالدين استخدموا خطط أكثر إقناعاً في الأيام التي كانت فيها المعاناة من مشاكل السكري أكثر، وأن هذا الارتباط كان ناتجا عن نموذج التوسط لقلق الولدين وانخفاض الثقة في المراهقين حول إدارة المرض، في حين أن التحاليل المتأخرة كشفت من أن تصورات المراهقين عن خطط الأبوية للإقناع قد ارتبطت مع التحسن في مستوى سكر الدم في اليوم التالي.

وأجرت سنثيا (Cynthia,Mary&Melissa,2013) دراسة أخرى لمعرفة تأثيرات كل من الدعم الزوجي، والتحكم في إدارة مرض السكري من خلال النشاط البدني، وذلك على عينة من مرضى السكري النمط الثاني قوامها ٧٠ زوجاً وزوجة وأعمارهم ٥٥ فأكثر، فقد أوضحت نتائج التحليلات متعددة المستويات على أساس يومي أن الدعم الزوجي يرتبط إيجابيا مع النشاط البدني، في حين كانت السيطرة الزوجية إما أنها لا علاقة لها أو أنها مرتبطة بنشاط بدني أقل ، ومن جهة أخرى بينت النتائج أنه في الأيام التي يقوم فيها الزوجان بتقديم مستويات عالية في كل من المساندة والتحكم، فإن المرضى قد شعروا بنجاحة الممارسة الرياضة أكثر، وبذلو طاقة أعلى في اليوم التالي. كما أن الدعم الزوجي قد يسهل من الإدارة اليومية للمرض من خلال النشاط البدني.

تعليق عام على الدراسات السابقة

نستطيع أن نستخلص عددا من النقاط على النحو التالي :

- ١- أثبتت نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة فرش (Frisch, 1992) ودراسة هيريك (Herrick,1994) ودراسة جلوب دنيوز (Globe-Denis,1999) ودراسة جنادهي (Gandhi,2002) ودراسة كريستن وآخريين (Christensen,etal.,2002) ودراسة شويخ (٢٠٠٧) ودراسة سيد (٢٠٠٨) ودراسة لينز و ديما (Lenz&Dema,2000) فعالية الأساليب العلاجية في تحسين نوعية الحياة .
- ٢- أكدت نتائج الدراسات السابقة فعالية أساليب التدخلات الايجابية ومنها العلاج النفسي بنوعية الحياة .
- ٣- أظهرت نتائج الدراسات السابقة، التي تناولت الأطفال مرضى السكري من النمط الأول، وجود تأثير لمرض السكري عليهم ومعاناتهم من الاضطرابات النفسية والتي ينجم عنها تدني نوعية الحياة و الرضا عنها وعدم الشعور بالسعادة .
- ٤- بوجه عام فإن نتائج الدراسات السابقة تشير إلى أن الأطفال المرضى بالسكري لديهم مخاطر للتكيف مع المشاكل أثناء الفترة الأولية بعد التشخيص، إلى درجة أن مثل هذه المشاكل، ومخاطر الصعوبات المستمرة والمتصلة بالتكيف وبتقدير الذات يبدو أنها في حالة متزايدة كالاضطرابات النفسية والاجتماعية، بما فيها القلق، والاكتئاب، وانخفاض

تقدير الذات ، والمستويات العالية من الضغوط، وسوء التكيف في أساليب التدبير وكلها مرتبطة بسوء التحكم بمستوى السكري، والتواصل الاجتماعي السيء، والدعم الملائم للعناية بمرض السكري وكلها كانت مرتبطة أيضاً بالسيطرة السيئة على مستوى السكري وسوء الالتزام بالحمية، وجميع هذه العوامل هي من السمات المهمة لنوعية الحياة .

٥- قلة الدراسات التي تناولت المتغيرات المعاصرة في علم النفس الإيجابي كنوعية الحياة والرضا عنها والشعور بالسعادة خاصة لدى الأطفال مرضى السكري من النمط الأول ومن هنا تأتي أهمية الدراسة في تناولها لمثل هذه المتغيرات .

٦- ندرة الدراسات التي تناولت العلاج النفسي بنوعية الحياة لدى مرضى السكري من النمط الأول لدى الأطفال على المستوى المصري والعربي عامة وعلى المستوى اليمني خاصة وهذا ما يؤكد أهمية هذه الدراسة .

فروض الدراسة

هدفت الدراسة الراهنة لاختبار الفروض التالية :

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط أداء المجموعة التجريبية والتي تعرضت لعلاج نوعية الحياة والعلاج الطبي ومتوسط أداء المجموعة الضابطة والتي تلقت العلاج الطبي فقط وذلك على كل من اختبار نوعية الحياة واستخبار الرضا عن الحياة واستخبار السعادة .

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي الأداء على اختبار نوعية الحياة واستخبار الرضا عن الحياة واستخبار السعادة قبل تطبيق العلاج بنوعية الحياة وبعده لدى المجموعة التجريبية .

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال المجموعة التجريبية على اختبار نوعية الحياة واستخبار الرضا عن الحياة واستخبار السعادة في القياسين البعدي والتتبعي .

٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الأداء التتبعي للمجموعة التجريبية والتي تعرضت لعلاج نوعية الحياة والعلاج الطبي ومتوسط الأداء التتبعي للمجموعة الضابطة والتي تلقت العلاج الطبي فقط وذلك على كل من اختبار نوعية الحياة واستخبار الرضا عن الحياة واستخبار السعادة .

المنهج

تتبع الدراسة الحالية المنهج التجريبي، ويمثل العلاج النفسي بنوعية الحياة المتغير المستقل، أما المتغير التابع فهو التحسن الناتج من التعرض للبرنامج العلاجي، والمتمثل في المؤشرات الدالة على تحسن إدراك الأطفال الذين يعانون من السكري من النمط الأول لنوعية حياتهم والرضا عنها ورفع معدلات السعادة لديهم .

التصميم البحثي

اتبعت الدراسة الراهنة تصميم المجموعة الضابطة غير المتكافئة بقياس قبلي وقياس بعدي متكرر، وفيما يلي وصف هذا التصميم:

المجموعة التجريبية : قياس قبلي	معالجة	قياس بعدي
ق ١	×	ق ٢ ق ٣ ق ٤
المجموعة الضابطة : ق ١	---	ق ٢ ق ٣ ق ٤ (القرشي، ٢٠٠١)

وصف عينة البحث:

أجريت التجربة العلاجية في الدراسة الراهنة على عينة مكونة من (ن=١٦) من الأطفال مرضى السكري النمط الأول، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين على النحو التالي :

أ) **المجموعة التجريبية** وتتمثل في مجموعة الأطفال مرضى السكري النمط الأول والذين تلقوا العلاج النفسي بنوعية الحياة بالإضافة إلى العلاج الدوائي الطبي، وقد تكونت العينة من ثمانية من المرضى (٥ إناث و ٣ ذكور) .

ب) **المجموعة الضابطة** وهي مجموعة الأطفال مرضى السكري النمط الأول والذين تلقوا العلاج الدوائي فقط ، ولم يتلقوا أي علاج نفسي، وقد تكونت العينة من ثمانية من المرضى (٦ إناث و ٢ ذكور).

محكات اختيار العينة :

تم تحديد عدد من المحكات وذلك بهدف اختيار عينة الدراسة ، وذلك لإحداث الضبط التجريبي، ولتجنب تأثير عدد من المتغيرات الدخيلة والتي يمكن أن تؤثر على نتائج التجربة، أو تتداخل مع مؤشرات التحسن، وهي كما يلي :

١. **العمر**: يتراوح المدى العمري لأفراد العينة ما بين ٨-١١ عاماً، وهذه هي مرحلة الطفولة.

٢. **مستوى التعليم** : أن يكون مستوى تعليمهم بين الصف الثالث إلى السادس من المدارس الحكومية، أو على الأقل أن يتوفر لديهم شرط القراءة والكتابة وذلك لما يتطلبه البرنامج العلاجي من مهام يقوم بها المشاركون في هذا البرنامج .

٣. **المستوى الاقتصادي والاجتماعي** : روعي أن يكون جميع أفراد العينة من ذوي الدخل المتوسط ، وأن يكونوا من سكان الحضر.

٤. **التشخيص** : وتم التأكيد على توفر شروط أساسية عند اختيار المجموعة المرضية المصابة بمرض السكري كالتالي :

➤ أن تكون الإصابة بمرض السكري من النمط الأول ، على أن يتم تحويلهم من قبل طبيب خبير في تشخيص أمراض السكري لدى الأطفال

➤ أن يكون قد مضى على إصابتهم بمرض السكري فترة زمنية لا تقل عن ستة شهور .

➤ أن يتلقون علاجاً طبياً لمرض السكري .

وصف الأدوات:

قام الباحثان بإعداد نوعين من الأدوات النفسية استخدمت في هذه الدراسة العلاجية: (أ) أدوات للفحص والتقدير النفسي لأغراض تحديد خط الأساس ومدى التحسن الناجم عن التدخل، وهي اختبار نوعية الحياة، ويغطي خمسة أبعاد هي: مقياس التنعم بالصحة البدنية، ومقياس التمتع بالصحة النفسية، ومقياس التنعم بالعلاقات الاجتماعية، ومقياس البيئة الاجتماعية والفيزيائية، ومقياس التنعم بالسلوك الديني. واختبار الرضا عن الحياة، واختبار السعادة. كما توفر الأدوات الدراسة كفاءة قياسية نفسية جيدة من خلال معاملات الصدق بطريقة صدق المضمون وصدق الاتساق الداخلي، ومعاملات الثبات بطريقة إعادة الاختبار، وألفا كرونباخ.

(ب) الأدوات المستخدمة في سياق البرنامج العلاجي وهي: استمارة تاريخ الحالة و تضمنت الاستمارة الخاصة بدراسة الحالة على بعض البيانات الديموجرافية للمريض، وغيرها من البيانات المهمة في البحث. وجدول المراقبة الذاتية للأفكار الآلية. ومقياس التقدير الذاتي وجدول النعم والإنجازات والميزات، وخطة النشاط اليومية وقائمة الحلول عن طريق المسارات الخمسة.

البرنامج العلاجي^١:

تم إعداد البرنامج العلاجي بناءً على ترجمة وتعديل الباحثين لبرنامج العلاج النفسي بنوعية الحياة لفرش (Frisch,2006) والذي تم الاعتماد عليه بشكل أساسي، وقد تم الحصول عليه من المكتبة الخاصة لعيادة أ. د/ محمد نجيب الصبوة. كما تم الاطلاع على عديد من البرامج العلاجية وذلك بهدف الوصول إلى تصميم مناسب للبرنامج الحالي.

١- العلاج المعرفي- السلوكي لحالة رهاب اجتماعي نوعي: رهاب الإملاء، من إعداد أ.د/محمد نجيب الصبوة (٢٠٠٧).

٢- دورة تدريبية عن العلاج المعرفي- السلوكي للرهاب والقلق الاجتماعي، من إعداد أ. د/ محمد نجيب الصبوة، فبراير (٢٠١٠).

دورة تفصيلية عن العلاج المعرفي - السلوكي للوسواس القهري، من إعداد أ. د/ محمد نجيب الصبوة، سبتمبر (٢٠١٠).

فعالية برنامج علاج سلوكي - معرفي في تخفيف اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء إليهم، إعداد /إيمان صالح أحمد السنباني (٢٠٠٥).

بعد ذلك مر البرنامج بمرحلتين هما:

١- الصورة المبدئية: بعد ترجمة وتعديل البرنامج العلاجي، وكذلك مراجعة الأسس النظرية للبرامج العلاجية تم اختيار التدخلات المناسبة لمحتوى الجلسات وفقاً للأسس العلمية التي

(١) من يريد البرنامج العلاجي عليه الاتصال بالباحث الأول الدكتورة / إيمان صالح السنباني مدرس علم النفس الإكلينيكي بكلية الآداب- جامعة صنعاء- اليمن .

يقوم عليها البرنامج العلاجي، بعد ذلك عرض البرنامج العلاجي على الباحث الثاني أ. د/ محمد نجيب الصبوة عدة مرات وتم الأخذ بجميع الملاحظات بعدها تم تطبيقه على حالة من الأطفال مرضى السكري النمط الأول وذلك لبيان مدى ملاءمته للتطبيق العملي على عينة الدراسة بهدف اكتشاف نواحي الضعف في البرنامج وتلافيها في إعداد المرحلة النهائية .

٢- الصورة النهائية : تحديد أهداف كل جلسة ومحتواها وجدول أعمالها وإجراءات تنفيذها، ومن ثم، تم التوصل إلى وضع البرنامج في صورته النهائية التي تتكون من ١٣ جلسة .

محتوى جلسات برنامج العلاج النفسي بنوعية الحياة:

تم وضع محتوى جلسات البرنامج بهدف تدريب الأطفال مرضى السكري النمط الأول وذلك لتحسين إدراك نوعية الحياة والرضا عن الحياة ورفع معدلات السعادة.

أولاً: الإطار العام للبرنامج ويشتمل على ثلاث مراحل هي :

١. المرحلة الأولى: المرحلة قبل العلاجية أو مرحلة تحديد خط الأساس للجوانب المراد تحسينها لدى أطفال السكري من النمط الأول وتحتوي على " ثلاث جلسات "
٢. المرحلة الثانية: مرحلة التدخلات العلاجية وإنهاء العلاج وتحتوي على " عشر جلسات " وقد استغرقت شهرين ونصف .

٣. المرحلة الثالثة: مرحلة المتابعة الأولى والثانية وهي فترة تعادل ضعف فترة العلاج، وقد استمرت خمسة أشهر، وتم فيها التقييم فقط لتحسين نوعية الحياة، والرضا عن الحياة، والسعادة.

ثانياً : الأهداف العلاجية والإجراءات العامة للبرنامج :

أ- المرحلة الأولى : وهي مرحلة تحديد خط الأساس أو المرحلة التمهيدية وتحتوي على " ثلاث جلسات " ومن ضمن أهدافها ما يلي :

١. معرفة وتحديد مشكلات المرضى بالسكري الأساسية، وما ترتب عليها من مشكلات أخرى وصياغتها صياغة دقيقة .
٢. إقامة التحالف العلاجي، والاتفاق على عدد الجلسات ومواعيدها والزمن المستغرق لكل جلسة، والتأكيد على أهمية العلاقة العلاجية التعاونية بين المعالج والمريض .
٣. تحديد خط الأساس وذلك بإجراء القياسات المبدئية لتدني نوعية الحياة وعدم الشعور بالرضا عن الحياة وانخفاض معدلات السعادة .
٤. التأكيد على أهمية الواجبات المنزلية في تقدم سير العلاج .

الإجراءات العامة :

١. تمت الجلسات الثلاث الأولى خلال أسبوع بفاصل زمني يوم واحد .
٢. زمن الجلسة يتراوح بين ٥٠-٦٠ دقيقة .

٣. تم تقييم خط الأساس وذلك من خلال تطبيق أدوات الدراسة على كل مريض على مدار الثلاث الجلسات.

٤. تخصيص جزء من كل جلسة لمعرفة مشكلات المريض وتحديد الأفكار الآلية السلبية والتي تسبب له عدم الشعور بالسعادة وانخفاض نوعية الحياة والرضا عنها .

المرحلة الثانية : وهي مرحلة التدخلات العلاجية وإنهاء العلاج النفسي، وتحتوي على "عشر جلسات" والتي من أهدافها ما يلي :

١. زيادة وعي المريض واستبصاره بطبيعة مرضه، وعلاقته بما يعانيه من أعراض

٢. شرح أهمية العلاج النفسي بنوعية الحياة ، وإجراءاته بطريقه مبسطة .

٣. مواجهة حالات الشد العصبي والقلق والتغيرات الجسمية والفسولوجية بتطبيق أساليب الاسترخاء وممارسة النشاطات السارة .

٤. تعليم المريض التصدي للمعتقدات والأفكار الآلية وكيفية تنفيذها بطرق متعددة.

٥. اكتشاف النواحي الإيجابية للمريض والمهارات التي يملكها .

٦. تعليم المريض مهارات وأساليب جديدة تساعده في مواجهة الضغوط .

ولتحقيق هذه الأهداف العلاجية تم اتباع عدد من الاجراءات التنفيذية والتي تمثل التدخلات العلاجية ، والتي تقدم خلال الجلسات في المرحلة الثانية، وفيما يلي عرض لهذه الأساليب العلاجية كالتالي :

١. التدريب على بعض المهارات مثل ممارسة الاسترخاء بالتنفس العميق، وكذلك الاسترخاء العضلي العميق .

٢. التدريب على مهارة كتابة (النعم والانجازات والميزات) .

٣. التدريب على مهارة كتابة خطة النشاط اليومية .

٤. التدريب على كيفية ملء جدول المراقبة المعرفية الذاتية للأفكار الآلية ، وكيفية تنفيذها .

٥. التدريب على كيفية حل المشكلات والوصول إلى الرضا والسعادة .

٦. التقييم النهائي لكل ما تم انجازه خلال الجلسات الماضية.

٧. تقييم البرنامج العلاجي من خلال التقرير الذاتي وما مدى استفادة المريض مما قدم له من التدخلات العلاجية وخطته للمستقبل.

٨. إنهاء مرحلة العلاج .

وسوف يتم شرح الاجراءات السابقة تفصيلا ضمن إطار عرض الجلسات العلاجية .

المرحلة الثالثة : وهي مرحلة المتابعة الأولى والثانية، وذلك لتقييم المجموعتين التجريبيية والضابطة.

اجراءات المرحلة:

١- يجب المريض عن بنود كل الاستخبارات التي تم الإجابة عن بنودها في مرحلة خط الأساس (وهي المرحلة الأولى من مراحل العلاج) .

٢- تحديد مدى استفاضة المريض من البرنامج العلاجي ومن كل أسلوب علاجي على حدة، وذلك من خلال التقييم الذاتي للمريض باستخدام مقاييس التقرير والتقدير الذاتي من قبله ومن قبل بعض أفراد أسرته.

٣- التأكيد على أهمية الاستفاضة مما تعلمه من مهارات في مواجهة أي مواقف في المستقبل.

٤- التأكيد على أهمية تطبيقه وممارسته لجميع الأساليب العلاجية التي تعلمها في البرنامج العلاجي .

٥- تبصير المريض بما يملكه من جوانب إيجابية ونقاط قوة .

إجراءات تطبيق البرنامج وآليات تنفيذه:

١. تم اعداد البرنامج وفقا للمراحل السابق عرضها، وتمت الموافقة عليها من قبل الباحث الثاني أ. د/ محمد نجيب الصبوة بعد أن أجرى على البرنامج التعديلات المناسبة .

٢. تم تطبيق البرنامج على حالات من الأطفال مرضى السكري النمط الأول، وذلك لبيان مدى ملاءمته للتطبيق العملي على عينة الدراسة.

٣. تم تنفيذ البرنامج في الفترة من شهر فبراير ٢٠١٢ حتى شهر أكتوبر ٢٠١٢ .

٤. تم تنفيذ البرنامج في المركز الوطني للداء السكري بمستشفى الثورة العام بصنعاء .

٥. تلقت المجموعة التجريبية برنامج العلاج النفسي بنوعية الحياة، بواقع ثلاث عشرة جلسة. ثم لقاءين للتقييم وتطبيق الاستخبارات الثلاثة لرصد التراكم العلاجي واستمراره بعد توقف تطبيق البرنامج العلاجي .

٦. لم تتلق المجموعة الضابطة البرنامج العلاجي وإنما تم التقييم للحالات على أربع مراحل: الأولى : لتحديد خط الأساس، والثانية : بعد مرور مدة تساوي مدة تنفيذ البرنامج، والثالثة: بعد مرور فترة المتابعة الأولى، والرابعة: بعد مرور فترة المتابعة الثانية .

٧. تضمن الأسبوع الأول من البرنامج عقد ثلاث جلسات بفاصل يوم واحد ، بهدف إعطاء فرصة للمريض للحديث عن مشاكله بكل جوانبها، وتقييمها من خلال المقابلة وأدوات الدراسة .

٨. ولمعرفة كل من فعالية البرنامج العلاجي وتأثيره، قامت الباحثة ببناء استمارة للتقدير الذاتي والذي يجيب عن أسئلتها الوالدين أو من هم بالقرب من الطفل وذلك بهدف الحكم على مدى استفاضة الطفل من البرنامج العلاجي وذلك من خلال الحكم على تحسين إدراك الطفل لنوعية الحياة بكل مكوناتها. ومظاهر ارتفاع معدلات الرضا عن الحياة، و معدلات السعادة .

عرض النتائج ومناقشتها :

وفيما يلي سنعرض لنتائج هذه الدراسة العلاجية ومناقشتها، وللإجابة عن السؤال الأول والرابع سنعرض الجداول التالية:

جدول (١) نتائج الفروق بين متوسطي رتب درجات متغيرات الدراسة لمجموعتي الدراسة في القياس القبلي (خط الأساس)

متغيرات الدراسة	متوسط رتب المجموعة التجريبية	متوسط رتب المجموعة الضابطة	قيمة مان ويتني U	القيمة المعيارية (Z)	مستوى الدلالة
نوعية الحياة	٨.٨١	٨.١٩	٢٩.٥	٢.٩٩	٠.٧٦٥
السعادة	٨	٩	٢٨	٠.٤٨٨	٠.٦٢٦
الرضا	٧.٩٤	٩.٠٦	٢٧.٥	٠.٥٣١	٠.٥٩٦

وبالنظر إلى الجدول السابق يتضح بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة فيما يتعلق بالأداء على مقاييس الدراسة في القياس القبلي (خط الأساس)، وهذا يشير إلى التكافؤ بين عینتي الدراسة وبالتالي توحيد خط الأساس بينهما، وهذا يمكننا من متابعة نتائج التدخل العلاجي .

جدول (٢) نتائج الفروق بين متوسطي رتب درجات متغيرات الدراسة لمجموعتي الدراسة في القياس البعدي

متغيرات الدراسة	متوسط رتب المجموعة التجريبية	متوسط رتب المجموعة الضابطة	قيمة مان ويتني U	القيمة المعيارية (Z)	مستوى الدلالة
نوعية الحياة	١١	٦	١٢	٢.٤٤	٠.٠٢
السعادة	١٠.٩٤	٦.٦	١٢.٥	٢.٣٧٢	٠.٠٢
الرضا	١١.٢٥	٥.٧٥	١٠	٢.٥٥٣	٠.٠١

تشير نتائج الجدول السابق (٢) القياس البعدي إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الأداء البعدي (بعد انتهاء البرنامج العلاجي) وذلك على جميع مقاييس الدراسة، حيث كانت الفروق تشير إلى تحسن المجموعة التجريبية تحسناً جوهرياً مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتلق البرنامج العلاجي، وذلك على النحو التالي :

(أ) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، بحيث كانت المجموعة التجريبية أكثر إدراكاً بشكل إيجابي لنوعية حياتها، وأشد رضا عنها وأصبحوا أكثر سعادة من المجموعة الضابطة وذلك في الأداء على اختبار نوعية الحياة.

(ب) توجد فروق دالة إحصائية على اختبار الرضا عن الحياة، بين المجموعة التجريبية التي أظهرت رضا أشد وأعلى مقارنة بالمجموعة الضابطة، حيث كانت الفروق تشير في اتجاه تحسن المجموعة التجريبية تحسناً جوهرياً بالمقارنة بالمجموعة الضابطة .

(ج) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية ، والمجموعة الضابطة ، وذلك على اختبار السعادة، وكانت الفروق في اتجاه تحسن المجموعة التجريبية بحيث أصبحت أكثر سعادة

جدول (٣) نتائج الفروق بين متوسطي رتب درجات متغيرات الدراسة لمجموعتي الدراسة في المتابعة الأولى

متغيرات الدراسة	متوسط رتب المجموعة التجريبية	متوسط رتب المجموعة الضابطة	قيمة مان ويتني U	القيمة المعيارية Z	مستوى الدلالة
نوعية الحياة	١١.٢٥	٥.٧٥	١٠	٢.٥٧٨	١.٠١
السعادة	١١.٧٥	٥.٢٥	٦	٢.٩٢٢	١.٠٠٣
الرضا	١٢	٥	٤	٣.٠٥٠	١.٠٠٢

تشير نتائج الجدول السابق (٣) إلى استمرار الأثر الإيجابي للبرنامج العلاجي حيث سجلت المجموعة التجريبية ارتفاعاً ملحوظاً على كل من اختبار نوعية الحياة و اختبار الرضا عن الحياة و اختبار السعادة و ذلك في ضوء نتائج القياس في المتابعة الأولى بعد انتهاء البرنامج بشهرين ونصف ، حيث يشير الجدول الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة في الأداء على أدوات الدراسة ، وهذه الفروق تؤكد أن الاثر الفعال واستمرار التحسن في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة بدا أكثر وضوحاً في المتابعة الأولى عنه في القياس البعدي، وكذلك خط الأساس .

جدول (٤) نتائج الفروق بين متوسطي رتب درجات متغيرات الدراسة لمجموعتي الدراسة في المتابعة الثانية

متغيرات الدراسة	متوسط رتب المجموعة التجريبية	متوسط رتب المجموعة الضابطة	قيمة مان ويتني U	القيمة المعيارية (Z)	مستوى الدلالة
نوعية الحياة	١١.٧٥	٥.٢٥	٦	٢.٨٩٧	٠.٠٠٤
السعادة	١٢	٥	٤	٣.١٣٠	٠.٠٠٢
الرضا	١٢.٢٥	٤.٧٥	٢	٣.٢٥٨	٠.٠٠١

يوضح الجدول (٤) استمرار الأثر الإيجابي للبرنامج العلاجي في المتابعة الثانية ، والتي تمت بعد خمسة أشهر من انتهاء البرنامج . وجاءت النتائج لتؤكد وجود فروق دالة احصائياً بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على جميع متغيرات الدراسة مؤداها استمرار التحسن لدى المجموعة التجريبية بشكل جوهري بالمقارنة بالمجموعة الضابطة.

نتائج الفرض الثاني والثالث:

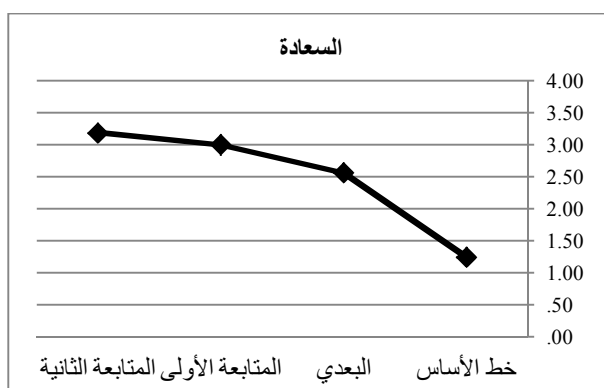
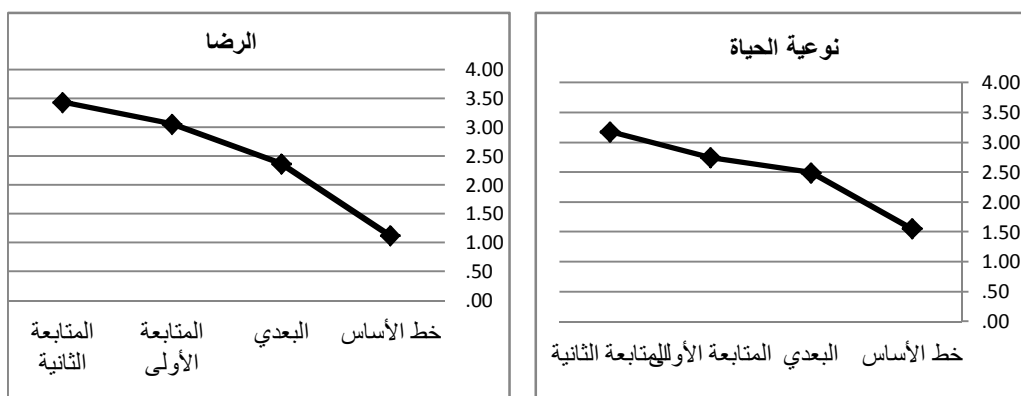
سنعرض في هذا الجزء لأداء المجموعة التجريبية فقط على أدوات الدراسة، عبر المراحل العلاجية المتتالية لمتابعة التحسن، باستخدام اختبار فريدمان .

جدول(٥) نتائج الفروق داخل المجموعة التجريبية عبر المراحل العلاجية باستخدام اختبار

فريدمان

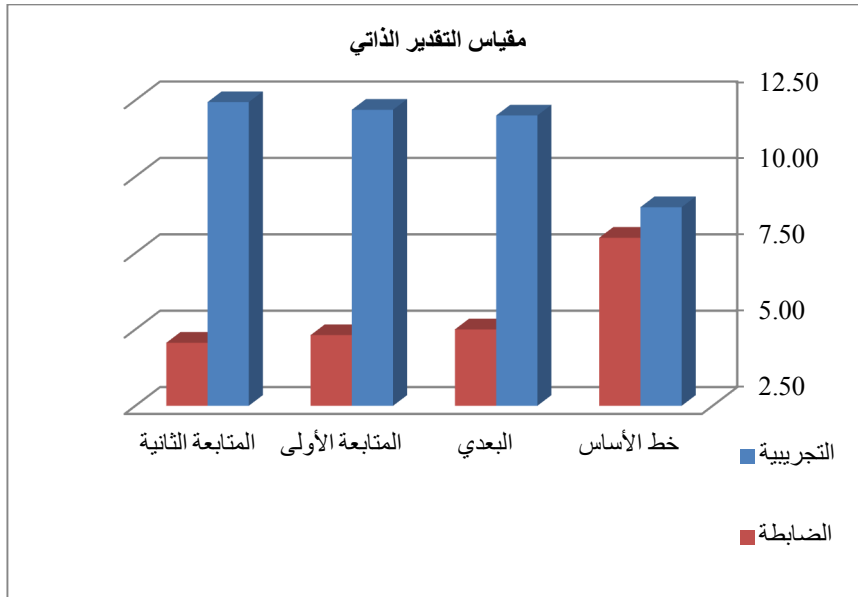
الاستخبار	القياس القبلي	القياس البعدي	المتابعة الأولى	المتابعة الثانية	٢٤ ك	درجة الحرية	الدلالة
نوعية الحياة	١.٥٦	٢.٥	٢.٧٥	٣.١٩	١٣.٢٤	٣	٠.٠٠٤
الرضا	١.١٣	٢.٣٨	٣.٠٦	٣.٤٤	١٨.١٦	٣	٠.٠٠١
السعادة	١.٢٥	٢.٥٦	٣	٣.١٩	١٧.٥٨	٣	٠.٠٠١

وبفحص النتائج الواردة في الجدول السابق يمكن الإشارة إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية عبر المراحل العلاجية الاربع على جميع أدوات الدراسة استخبار نوعية الحياة، واستخبار الرضا عن الحياة، واستخبار السعادة . ومن هنا نستطيع القول بأن هذه النتائج، والتي تشير إلى حدوث تحسن مطرد وجوهري عبر المراحل العلاجية، إنما تؤكد فعالية برنامج العلاج النفسي بنوعية الحياة في إحداث تغيرات إيجابية في تحسين نوعية الحياة، وتحسين الرضا عن الحياة، ورفع معدلات السعادة، واستمرارها بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي. ويمكن توضيح هذه النتائج من خلال الأشكال التالية:



تأثير العلاج:

وما يؤكد فعالية البرنامج وتأثيره من وجهة النظر المجتمعية، هو نتائج التقدير الذاتي لأحد المقربين من الأطفال المرضى بالسكري، والتي تشير إلى تحسن عام، مما يدل على أن البرنامج العلاجي يتمتع بدرجة عالية من الصدق الداخلي والصدق الخارجي.



شكل (٤) متوسط درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس التقدير الذاتي لأثر

العلاج النفسي بنوعية الحياة

ومن هنا نستطيع القول بأن هذه النتائج، والتي تشير إلى حدوث تحسن مطرد وجوهري عبر المراحل العلاجية، إنما تؤكد فعالية برنامج العلاج النفسي بنوعية الحياة في إحداث تغيرات إيجابية في تحسين نوعية الحياة، وتحسين الرضا عن الحياة، ورفع معدلات السعادة، واستمرارها بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.

مناقشة النتائج :

مناقشة نتائج الفروق بين مجموعتي الدراسة في القياسين القبلي والبعدي:

أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي (خط الأساس) لمتغيرات الدراسة نوعية الحياة والرضا عن الحياة والسعادة، وهو ما يشير إلى توحيد خط الأساس، وبالتالي تكافؤ أداء المجموعتين على جميع الاختبارات، كما أنه يمكن إرجاع ذلك في جزء منه إلى قصر فترة المرض في كلتا المجموعتين، حيث كان القصد من ذلك هو تحديد التأثيرات الأولية للإصابة بالمرض كالصدمة والخوف من المستقبل والقلق وشدة الأعراض المرضية، بحيث يعزى التأثير في القياس البعدي والمتابعات في الأداء على متغيرات الدراسة للبرنامج العلاجي. ، وهذا ما يؤكد الثقة وارجاع التحسن إلى نوع التدخل العلاجي الذي تلقته هذه المجموعة، ومن هنا نستطيع القول بأن المتغير المستقل (العلاج) هو المتغير الحاسم في الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة مجموعة من الباحثين رودريجو وزملائه (Rodrigue, et al., 2005) والتي هدفت إلى تقييم فعالية العلاج بنوعية الحياة في تحسين نوعية الحياة للمرضى الذين ينتظرون زراعة الرئة، وكان من نتائجها أن المجموعتين لم تختلفا بشكل ملحوظ قبل بداية العلاج ، مما يشير إلى توحيد خط الأساس.

كما تشير النتائج في القياس البعدي إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية لمتوسطات الأداء بين المجموعتين التجريبية والضابطة لمتغيرات الدراسة في القياس البعدي، وأن نوعية الحياة والرضا والسعادة قد تحسنت لدى المجموعة التجريبية، وأن هذا التحسن قد استقر طيلة فترة البرنامج العلاجي وحتى بداية المتابعة الأولى مقارنة بالمجموعة الضابطة التي تتلقى فقط العلاج الدوائي ولم تتلق العلاج النفسي بنوعية الحياة حيث لم يطرأ عليها أي تغيير. وهذه النتائج يمكن أن تعزى أيضا إلى الاستفادة مما تضمنه البرنامج العلاجي من معلومات ومهارات وتدريبات ساعدت المرضى على مواجهة متطلبات ومسئوليات المرض واستبصارهم به، خاصة وأنهم يفتقرون إلى المعلومات الكافية عن طبيعة وخصائص مرضهم وتأثيراته على نوعية الحياة قبل الالتحاق بالبرنامج، وهذا ما كان يؤدي بهم إلى الشعور بعدم السعادة والرضا عن نوعية حياتهم وبالتالي تولد انفعالات ومشاعر سلبية لديهم كمشاعر التوتر والقلق، والحزن، والاكتئاب وغير ذلك .

ولأن الرضا عن الحياة هو الأساس الذي تقوم عليه تدخلات العلاج النفسي بنوعية الحياة، فإن مستوى الرضا لدى المجموعة التجريبية أثناء العلاج هو الذي يمكن أن يعزى إليه إرجاع التحسن ، وبالتالي فإن متغير الرضا هو المتغير الحاسم فيما يتعلق بالفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة ومستوى التحسن المتحقق. أما الأمر الآخر المتعلق بذلك فإن استبصار المريض والتزامه بجلسات العلاج والواجبات المنزلية ووعيه بالمرض جميعها مرتبطة بمستوى الرضا الذي تحقق، حيث استهدف البرنامج العلاجي تنمية وتوظيف القوى والجوانب الإيجابية في شخصية وحياة الأطفال مرضى السكري كالشجاعة على مواجهة المرض وتقبله والتعامل معه بصبر ومثابرة، والرؤية متعددة الجوانب للحياة والمستقبل، والسعادة، والنشاط الهادف، والاستبصار، وذلك من خلال تدريبهم على بعض الأساليب الإيجابية حول تعزيز مهاراتهم وقدراتهم وتوظيفها ليس فقط خلال فترة العلاج وإنما كي تظل معهم هذه المهارات لمواجهة مضاعفات المرض في المستقبل، وهي التي ساعدت فعلا في خفض مشاعر الحزن، وتدني الشعور بالتشاؤم والاكتئاب، وارتفاع مستويات الرضا والسعادة ونوعية الحياة في المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة. لقد اعتمد البرنامج العلاجي في التدريب على بعض المهارات التي تساعد على اجتياز أزمة المرض في مراحله الأولى وكيفية التكيف معه والالتزام بالإجراءات العلاجية ومواجهة المشكلات وطرق حلها، وذلك من خلال تدريبهم على كيفية التحكم بانفعالاتهم والتفنيذ المعرفي للأفكار الآلية السلبية وما يرافقها من شعور بالاكتئاب، والحزن، والنظرة التشاؤمية بطريقة تشعرهم بأنه يمكنهم التعايش مع المرض والتحكم به وأنهم مقبولون في المجتمع ولهم دور مهم في الحياة، وهو ما أدى إلى تصحيح هذه الأفكار والمعتقدات وبالتالي زيادة شعور الأطفال المرضى بالسكري بالرغبة في الحياة، و بالسعادة، والإيجابية مع الآخرين.

إن ما يدعم هذا الاتجاه هو أن الاحساس بالسعادة والشعور بالرضا هو ما يؤدي بالتأكيد إلى تحقيق النجاحات في نواحي الحياة المختلفة كأهمية الصحة الجيدة والتمتع بها والقدرة على تكوين العلاقات والإحساس بالأمن وبالتالي تحسن نوعية الحياة (Frisch,2006). وما يدعم استخدام مهارة تصحيح الأفكار السلبية وتعديلها العديد من الدراسات مثل دراسة (شقيير، ٢٠١٠) والتي هدفت إلى تحسين نوعية الحياة، من خلال تعديل بعض الأفكار اللاعقلانية والخطئة نحو قلق المستقبل، ومخاطر الصداع التوترية، حيث توصلت نتائج دراستها إلى تحسن ملحوظ في جميع متغيرات الدراسة، مع استمرار التحسن لما بعد انتهاء الجلسات بفترة زمنية، ودراسة (عزب، ٢٠٠٤) والتي هدفت إلى تقديم برنامج لخفض الاكتئاب وتحسين نوعية الحياة وذلك من خلال تحدي الأفكار السلبية ومواجهتها. ومن المهارات المهمة في الحياة التي تعلمها أطفال مرضى السكري في الدراسة الراهنة هي مهارة الاسترخاء بالتنفس العميق والاسترخاء العضلي والتي استفادوا منها في مواجهة حالات الشد العصبي والقلق والتغيرات الجسمية والفسولوجية، وهذا ما يتفق أيضا مع عديد من الدراسات ومن بينها دراسة (الحسيني، ١٩٩٨) والتي توصلت إلى فعالية استخدام مهارة الاسترخاء العضلي في تعليم مرضى السكري من المراهقين لمواجهة الأراجاع النفسية لمرض السكري .

مناقشة نتائج الفروق بين مجموعتي الدراسة في مرحلتي المتابعة:

لقد أشارت النتائج إلى استمرار ارتفاع متوسطات المجموعة التجريبية جوهريا في المتابعة الأولى والثانية عن متوسطات المجموعة الضابطة، وهو ما يعني استقرار التحسن الجوهرية واستمرار تأثير البرنامج العلاجي الذي اعتمد في هذه المرحلة على تقييم الإنجاز والتفائل والاستفادة من التحرر النسبي من الضغوط النفسية والوجدان السلبي الذي تحقق في مرحلة العلاج، وذلك بالاعتماد على المخططات الشخصية التي لها ارتباط نشط في التخطيط اليومي، والسلوك الموجه بالهدف مع الاستمتاع بتحقيق الأهداف و التدريب على الاستمرار بالمتابعة في مواجهة معوقات الانجاز. كما أن هذه النتائج قد عززتها دراسة جولي وزملائها (Julie,et al.,2006) والذين وجدوا أن الأطفال الذين تلقوا تدريباً على مرض السكري كان لديهم وبشكل ملحوظ نوعية حياة جيدة مقارنة بزملائهم الذين وجد أنهم لم يتلقوا أي تدريب، وهذا يتفق أيضا مع نتائج دراسة إيمونزوماكلوه (Emmons&McCullough,2003) حيث وجدوا أن تعريف المجموعة التجريبية لبرنامج علاج نفسي إيجابي قد أدى إلى زيادة جوهرية في الوجدان الإيجابي بالمقارنة بالمجموعة الضابطة.

كما اعتمد البرنامج العلاجي في هذه الدراسة على بعض الأساليب التي تركز على النظرة الشاملة للحياة كزيادة وعي المريض، واستبصاره بطبيعة مرضه، وعلاقته بما يعانيه من أعراض صحية ونفسية، وتم تعليمها للأطفال مع إعطائهم المهارات والمعارف التي يحتاجونها من أجل كسب الرضا، ومن أن هناك صلة مباشرة بين هذه التدخلات العلاجية أو الواجبات المنزلية وبين ما تحقق من تحسن، وهذا ما يتفق مع الدراسات السابقة على فعالية

هذه الأساليب في تحسن نوعية الحياة، وما يدعم هذا الأسلوب هو نتائج دراسة هيريك (Herrick، 1994) والتي أشارت إلى أن الأمراض العضوية تؤدي إلى الإحساس باليأس مما يفسد نوعية حياة المرضى إلا أن إدراك الفرد للمرض ومن ثم زيادة الاستبصار بالحالة المرضية والتشجيع على مواجهة المرض والتعايش معه هو ما يساعد على مواجهة المشاكل الأمر الذي يؤدي إلى تحسين نوعية الحياة إلى الأفضل، وهو الأمر الذي يتفق تماما مع ما ركزت عليه دراسة هارفام (Harpham,2005) على تشجيع المرضى على مواجهة المرض والتعايش معه مثل أمراض الأورام السرطانية، والقلب، والسكري.

كما أن تعليم الأطفال بعض التدريبات الإيجابية التي تعمل على تنشيط الأساليب البناءة مثل التدريب على كتابة تعدد النعم، والإنجازات، والميزات ودورها في رفع معدلات السعادة، والشعور بالرضا عن الحياة، وما لهذه المهارة من أهمية في تغيير المزاج الكئيب إلى مزاج سعيد، وبالتالي خفض معدلات الاكتئاب، وزيادة المشاعر الإيجابية حول الحياة بزيادة معدلات السعادة، وما يدعم نتائج استخدام هذه المهارة الدراسة التي قامت بها لوبوميرسكاوي وزملاؤها (Lyubomirsky et. al.,2005) واستخدمت أسلوب تعدد النعم، حيث أظهرت النتائج أن المشاركين في المجموعة التجريبية كانوا أكثر سعادة من المشاركين في المجموعة الضابطة، كما تم تدريب الأطفال المرضى بالسكري على كيفية التخطيط للنشاط اليومي والذي كان له دور في زيادة الشعور بالرضا عن الحياة والشعور بالسعادة وبالتالي تحسن نوعية الحياة لديهم، وما يؤكد ذلك نتائج دراسة بورتون وكنج (Burton&King,2004) والتي أظهرت بان معايشة المجموعة التجريبية للخبرات الإيجابية رفعت لديهم من معدلات السعادة بالإضافة إلى تغيير المزاج من الكئيب إلى السعيد، كما أقر المشاركون أنهم لم يرجعوا مركز الصحة البدنية لمدة ثلاثة شهور بعد انتهاء التجربة العلاجية.

إن استمرار التحسن في فترتي المتابعة الأولى والثانية في نتائج الدراسة الراهنة قد لوحظ في نتائج دراسة (شويخ، ٢٠٠٧) والتي أظهرت نتائجها فروقا بين المجموعة التجريبية في تحسن نوعية الحياة مقارنة بالمجموعة الضابطة، واستمرار التحسن خلال فترة المتابعة وهذا يدل على فاعلية البرنامج التدريبي الذي استهدف تحسين بعض المتغيرات النفسية والفسولوجية لنوعية الحياة لدى بعض مرضى الفشل الكلوي المزمن. وقد اتفقت مع نتائج دراسة (سيد، ٢٠٠٨) والتي أثبتت نتائج الدراسة التي أجريت على عينه من المراهقين المقبلين على إجراء جراحات الصدر والقلب أثر البرنامج العلاجي في تحسين نوعية الحياة لدى العينة التجريبية بعد البرنامج وبعد المتابعة بشهر. كما تتسق أيضاً مع نتائج دراسة مجموعة من الباحثين رودريجو وزملاؤه (Rodrigue,et al.,2005) والتي هدفت لمعرفة مدى فعالية العلاج بنوعية الحياة في تحسين نوعية الحياة للمرضى الذين ينتظرون زراعة الرئة، والذين تلقوا العلاج النفسي بنوعية الحياة حيث أظهروا تحسناً مرتفعاً في نوعية الحياة مقارنة بالمجموعة الضابطة، كما أظهرت النتائج أن كلتا المجموعتين قد اختلفتا في تقييمات المتابعة للشهر الأول والثلاثة الأشهر الأخيرة.

ومما سبق نستطيع القول بأن وجود فروق جوهرية وتغيرات إيجابية حدثت داخل المجموعة التجريبية بين إجراء القياس القبلي والبعدي وأثناء فترة المتابعة على مقاييس الدراسة التي تتمثل في نوعية الحياة والرضا والسعادة، يمكن أن تعزى هذه الفروق إلى التدريب التي تلقتها المجموعة التجريبية، وكذلك إلى انتظام أطفال المجموعة التجريبية في متابعة جلسات البرنامج، وحرصهم على الاستفادة من الأساليب والممارسات الإيجابية التي تعلموها في البرنامج العلاجي بنوعية الحياة، ونظرا لأن هذه الأساليب دينامية ومستمرة فإن هذا التحسن يؤدي إلى مزيد من التحسن، وهذا ما أظهرته نتائج استمرار التأثيرات الإيجابية للبرنامج في تحسين نوعية الحياة خلال فترتي المتابعة الأولى والمتابعة الثانية والتي استمرت بعد الانتهاء من البرنامج، وهذه التأثيرات تم الوقوف عليها بنوعين من المؤشرات، هما: مؤشرات الكفاءة ومؤشرات التأثير .

كما إن هذه النتائج التي تشير إلى النجاح الذي حققه البرنامج العلاجي في تحسين نوعية الحياة والرضا والسعادة لدى المجموعة التجريبية يرجع في كثير منه إلى القدرة على تحسينه للرضا عن الحياة في مجالات مهمة كالصحة النفسية، والاستمتاع بالأنشطة، وتكوين العلاقات والجوانب الإيجابية في شخصية الأطفال، والذي بدوره حفز وظيفة الأسلوب البناء القائم على تقوية أساليب التفكير البناءة وتنفيذ الأفكار الخاطئة، لأن إنجاز المرضى لأهدافهم الشخصية قد انعكست بانفعالات إيجابية لديهم كالسعادة التي زادت قيمتها بعد الانتهاء من البرنامج في القياس البعدي وفي فترتي المتابعة الأولى والمتابعة الثانية وهو ما استفاد منه الأطفال أيضا في التخفيف من أعراض الاكتئاب وذلك من خلال تعليمهم للمهارات العلمية والخطوات اللازمة لتحقيق هذه الإنجازات.

وهذه النتائج تؤكد دور الفوائد الإيجابية للرضا المتزايد في الحياة، وأهمية التركيز على السمات والمظاهر النفسية الإيجابية لدى الأطفال، لذلك فإن الشعور الداخلي بالسعادة والرضا يرفع من ثقتنا وتفاؤلنا وفعاليتنا الذاتية وحب الاختلاط بالآخرين وزيادة الأنشطة والحركة ورفع المناعة والصحة الجسدية والتعامل الجيد مع التحديات والضغوط وزيادة الإبداع والمرونة والسلوك الموجه نحو الهدف.

ومن نتائج الدراسة الراهنة نصل بالفعل إلى ما أكد عليه (سيلجمان، ٢٠٠٦) من أن السعادة ليست ناجمة عن جين وراثي أو حظ طيب، وإنما يمكن زراعتها عن طريق تحديد واستخدام كثير من مصادر القوة والسمات التي نملكها بالفعل، ومنها اللطف، والرفق والإبداع، وروح الدعابة، والتفاؤل. ومع تكرار استدعاء الأفراد لقوتهم المميزة في كل لحظاتهم الصعبة في الحياة، فإنهم لن يطوروا فقط حاجزا ضيقا ضد المعاناة من المشاعر السلبية بل سيدفعون بحياتهم إلى مستوى أكثر إيجابية، والسعداء فوق هذا، لديهم عادات صحية أفضل، وضغط أقل، وأجهزة مناعية أقوى من الأشخاص الأقل سعادة. وكل هذا يدل على أن السعادة تطيل العمر وتحسن الصحة.

قائمة المراجع

أولاً: مراجع باللغة العربية:

- الاتحاد الدولي للسكري - الخطة العالمية للسكري ٢٠١١ - ٢٠٢١ (٢٠١١).
- الحسيني، أحمد (١٩٩٨). برنامج لتعديل بعض الخصائص النفسية لدى المراهقين مرضى السكر. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة طنطا.
- السنباني، إيمان صالح أحمد. (٢٠٠٥). فعالية برنامج علاج سلوكي - معرفي في تخفيف اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء إليهم. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية: الجامعة الأردنية.
- سيد، سلوى. (٢٠٠٨). برنامج إرشادي لتحسين نوعية الحياة لدى عينة من المراهقين المقبلين على جراحات الصدر والقلب. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، معهد الدراسات العليا للطفولة: جامعة عين شمس.
- شقير، زينب (٢٠١٠). المساهمة الإيجابية لعلم النفس في تحسين جودة الحياة وخفض قلق المستقبل لدى حالة صداع توتري (نفسى) عبر الدردشة بالإنترنت (الشات). جامعة طنطا.
- شويخ، هناء (٢٠٠٧). فعالية برنامج تدريبي لتحسين بعض المتغيرات النفسية والفسولوجية لنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للعلاج بالاستصفااء الدموي المتكرر. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- الصبوة، محمد نجيب (٢٠٠٧). العلاج المعرفي - السلوكي لحالة رهاب اجتماعي نوعي: رهاب الإماء، مجلة الطفولة العربية، ٨ (٣٠)، ٥٧-٣١.
- الصبوة، محمد نجيب (٢٠١٠). العلاج المعرفي - السلوكي للرهاب والقلق الاجتماعي. القاهرة: الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين (جمعن).
- الصبوة، محمد نجيب (٢٠١١). دور علم النفس الايجابي في تفعيل إجراءات الوقاية والعلاج النفسي. دراسات في علم النفس الحديث. (كتاب تذكاري) قسم علم النفس، جامعة القاهرة.
- الصبوة، محمد نجيب (٢٠١٢). العلاج السلوكي للتبول اللاإرادي أو "سلس البول". القاهرة: الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين (جمعن).
- عزب، حسام الدين (٢٠٠٤). برنامج إرشادي لخفض الاكتئابية وتحسين نوعية الحياة لدى عينة من معلمي المستقبل، التعليم للجميع. التربية وآفاق جديدة في تعليم الفئات المهمشة في الوطن العربي، كلية التربية، جامعة حلوان.
- الغندور، العارف بالله (١٩٩٩). أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة. المؤتمر الدولي السادس (جودة الحياة)، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.
- فهمي، السيد (٢٠٠٩). الرضا عن الحياة لدى شرائح مختلفة من المجتمع المصري. المؤتمر الإقليمي الأول لقسم علم النفس بجامعة القاهرة في الفترة من ١٩-٢١ أكتوبر ٢٠٠٩. ٧٧٦-٦٨٥.

- الميزر، هند (٢٠٠٩). التدخل المهني لخدمة الفرد باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأطفال المصابين بمرض السكري لتأهيلهم اجتماعيا. رسالة ماجستير (غير منشورة) ، كلية الآداب، جامعة الملك سعود .

- يونس، مرعي سلامة (٢٠١١). علم النفس الايجابي . القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

References:

ثانيا: مراجع باللغة الإنجليزية

- Cynthia A., Jonathan E., Jorie M., Pannela S., Amy E. & Deborah J. (2013). Parental Persuasive Strategies in the Face of Daily Problems in Adolescents Type 1 Diabetes Managements. **Health Psychology**.32(7), 719 - 728
- Cynthia M., Mary, Melissa M., Karen S., & James K. (2013). Influences of Spousal Support and Control on Diabetes Managements through Physical Activity. **Health Psychology**.32(7), 737 – 747
- Diener, E. (2003). What is positive about psychology: The curmudgeon and Pollyanna. **Psychological Inquiry**.14, 115- 120.
- Faro, B. (1999). The effect of diabetes on adolescents' quality of life. **Paediatric Nursing**.25(3), 247-253.
- Frijers, P., Haisken-Denew, J ., & Shields, M . (2011). The Increasingly Mixed Proportional Hazard Model: An Application to Socioeconomic Status, Health Shocks, and Mortality. **Journal of Business and Economic Statistics**. 29 (2), 271- 281.
- Frisch, M. B . (2006). **Quality of life therapy**. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey .
- Gandhi, N . (2002). Effect of exercise program on quality of life woman with fibromyalgia, **Woman &Therapy**. 25 (2), 91-103 .
- Grey, M., Boland, E. A., Yu C, Sullivan-Bolyai S, & Tamborlane W.V. (1998). Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes. **Diabetes Care Journal**. 21, 909-14.
- Guttman, B., I., Flaherty, B.P., Strugger, M., & McEvoy, R.C . (1998). Metabolic control and quality-of-life self-assessment in adolescents with IDDM. **Diabetes Care Journal**. 21,915-18.
- Harpham, S. W. (2005). **Happiness in a storm**: Facing illness and embracing life as a healthy survivor. New York: W. Norton.

- Harvey, T., Angela, G., Hugh, T., & Alex, M. (2006). Comparing Self-Rated, Health, Satisfaction and Quality of Life Scores between Diabetics and others living in Bella Coola Valley. **Social Indicators Research**. 76 (2), 263 - 281.
- Herrick, S. Ellicott, Timothy R., & Crow, F. (1994). Self-appraised problem solving skills and the prediction of secondary complications among persons with spinal cord injuries. **Journal of clinical psychology in medical setting**, 1(3), 269-283.
- Jafusco, D., Galderisi, A., Nocerino, I., Cocca, A., Zuccotti, G., Prisco, F., & Scaramuzz, A. (2011) Chat line for adolescents with type 1 diabetes: a useful tool to improve coping with diabetes: a 2-year follow-up study. **Diabetes Technology and Therapeutics**. 13(5), 551-555.
- Julie, W., Alicia, H., Amy, J., & Gina, A. (2006). Brief Report: Glycemic control, Quality of life and School Experiences among Student with Diabetes. **Journal of Pediatric Psychology**. 31(8), 764-769.
- Kovacs, M., Goldston, D., Obrosky, D., & Boran, L. (1997). Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. **Diabetes Care Journal**, 20, 36-44.
- Kumar & Clark. (2009). **Clinical Medicine**, 7th Edition Imprint: Saunders Ltd.
- La Greca, A. M., Swales, T., Klemp, S., Madigan, S., & Skyler, J. (1995). Adolescents with diabetes: gender differences in psychosocial functioning and glycemic control. **Child Health Care**. 24, 61-78.
- Lenz, G., & Dema, V. (2000). Quality of life in depression and anxiety disorders: An exploratory follow-up after intensive inpatient cognitive behavior therapy. **Psychopathology**. 33 (6), 297-302.
- Petersen, T, Iosifescu DV, Papakostas GI, Shear DL & Fava M. (2006). Clinical characteristics of depressed patients with comorbid diabetes mellitus. **Clinical Psychopharmacology**. (21), 43-47.
- Rodrigue, J. R. Baz, M. A. Widows, M. R. Ehlers. S. L. (2005). A randomized evaluation of quality of life therapy with patients awaiting lung transplantation. **American Journal of Transplantation**. 5(10), 2425-32.
- Rother, K. I. (2007). Diabetes Treatment — Bridging the Divide. **The New England Journal of Medicine**. 356(15), 1499- 1501
- Rovet, F., Ehrlich, R. & Hoppe, M. (1987). Behavior problems in children with diabetes as a function of sex and age of onset of disease. **Journal of child psychology and psychiatry**. 28, 477-491.

- Van Tilburg, M., Mccaskill, C., Lane, J., Edwards, C., Bethel, A., Feinglos, M. (2002). Depressed mood in factor in glycemic control in type 1 diabetes. **Psychosomatic Medicine**, 63, 551-555.
- Whittemore, R., Jaser, S., Jeon, S., Liberti, L., Delamater, A., Muphy, K., Faulkner, M. & Grey, M.(2012). An internet coping skills training program for youth with type 1 diabetes: six-month outcomes. **Nursing Research**. 61(6), 395-404.

Efficacy of Quality of Life Psychotherapy in Improving Quality of Life Perception, Satisfaction and Increase Rates of Happiness in Children with Diabetes Mellitus

Eman S. AL-Sanabani
Sana'a University

Mohammed N. Al-Sabwah
Cairo University

Abstract

The current study aimed to identify the efficacy of some methods of Quality of Life Psychotherapy in improving quality of life perception, its satisfaction and increasing happiness rates in diabetic children's patients, and thus relieving the psychological symptoms associated with diabetes by helping them to develop and discover their skills and positive areas of life. The study carried out on a sample of (16) child with diabetes type 1, divided into 8 children as an experimental group (females=5, males=3) and 8 as a control group (females= 6, males= 2), with age ranged from 8-11 years old. The results attributed to the Quality of Life Psychotherapy intervention had revealed an extent improvement and efficiency of the therapeutic program in the experimental group after the positive quality of life psychotherapy program was terminated, and during the first and second follow-up periods, which was continued for five months, and that compared to the control group that did not receive Quality of Life Psychotherapy. The results also showed significant differences within the experimental group in the improvement of symptoms, the increase of the levels of life satisfaction and the increase of happiness rates after practicing the skills they had learned in the therapeutic and developmental program in comparison to their base lines recorded before receiving the program in all variables. There was also a significant effect, from the patients, patient's relatives and teachers' point of view, according to their performance in all the self-rating measures in comparing the pre and post-application of the therapeutic program, this refers to the importance of the theories of the positive clinical therapeutic psychology and its applications in the field of somatic diseases like diabetes type 1 in children patients which leads to some psychological disorders.

Keywords: quality of life therapy, quality of life, satisfaction, happiness, diabetes