

## فاعلية برنامج معرفي صحي لتحسين الصمود النفسي لدى الأطفال المصابين بالسكري

محمد عبد الرحمن محمد العدوي (1) - محمد رزق البحيري (2) - مني حسين السماحي (3)  
1) كلية الدراسات العليا والبحوث البيئية، جامعة عين شمس (2) كلية الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس  
3) كلية الطب، جامعة عين شمس

### المستخلص

هدفت هذه الدراسة إلى تحسين الصمود النفسي لدى عينة من الأطفال المصابين بالسكري من النوع الأول في مرحلة الطفولة المتأخرة. وقد تم تطبيق مقاييس الدراسة واستخدام برنامج تحسين الصمود النفسي للأطفال المصابين بالسكري من النوع الأول (إعداد: الباحثين). وأظهرت النتائج أن الأطفال أصحاب الصمود المرتفع المصابين بالسكري من النوع الأول حققوا نتائج أفضل في نسبة السكر في الدم ضمن الهدف المطلوب ويتمتعون بجودة حياة أفضل. كما أشارت النتائج في هذه الدراسة إلى ارتفاع متوسطات درجات المجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة في القياس بعد تطبيق البرنامج على مقياس الصمود النفسي للأطفال في اتجاه المجموعة التجريبية، ارتفاع متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي على مقياس الصمود النفسي، وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية من الأطفال المصابين بالسكري في القياسين قبل وبعد تطبيق البرنامج في نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم، وذلك في اتجاه القياس البعدي، انخفاض متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي عن القياس القبلي لتطبيق البرنامج في نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم.  
**كلمات مفتاحية:** الصمود النفسي - السكري - البرنامج.

### مقدمة

تعد الأمراض المزمنة إحدى سمات العصر الحالي، وهي أمراض معقدة الأسباب تتطلب بصفة عامة علاج طويل الأمد، وتدخل طبي مستمر، وغالبا ما تستمر إلى نهاية الحياة، ويتبعها تدهور تدريجي في الجوانب الصحية ومن ثم تؤثر على جودة الحياة لدى المريض، حيث يترتب تغيير نمط وأسلوب الحياة، صعوبة في أداء الأدوار الاجتماعية، صعوبة في اتخاذ القرارات، مشكلات العزلة والشعور بالوحدة، عدم القدرة على التحكم في الضغوط ومشاعر القلق والخوف، ومشكلات في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ومشكلات اقتصادية، وتفرض عليه قيود مرتبطة بأدوية معينة ونظام غذائي معين وممارسة أنشطة معينة. (محمد، 2012: 1743)

فمن مما سبق نجد أن قدرة الأفراد على مواجهة الصعوبات ومقاومة التغيرات التي تحدث داخل البيئة المحيطة بهم، تكون ما بين من يتكيف ويصمد أمام الضغوط ويتعامل معها وهناك من يقع في براثنها، وإزاء المقاومة والاستسلام والتعافي والسقوط يظهر مفهوم الصمود النفسي للطفل المصاب بالسكري وأسرته وهذا هو موضوع الدراسة لذلك ينعكس الاهتمام المتزايد بتطبيق عمليات الصمود النفسي من خلال نموذج وقائي. ومع ذلك، هناك الكثير من العمل الذي يتعين القيام به لإجراء تقييم منهجي لعدد لا يحصى من المتغيرات داخل الأطفال وأسرهم وفي البيئة التي قد تساهم في نتائج البالغين والتوسط فيها واعتدالها. ولا يزال يتعين استكمال الكثير من البحوث الإضافية لفهم أفضل السبل لنشر هذه المعرفة وتعزيزها بحيث تصبح جزءا لا يتجزأ من تربية الأطفال وتعليمهم وتعزيز صحتهم العقلية. من المأمول أن يؤدي التطبيق السريري لعمليات الصمود إلى نموذج الوقاية الأولية الذي يؤدي إلى "استثمار سليم في مستقبل المجتمع"

ونود أن نضيف أن هذا في هذا الوقت "استثمار أساسي" إذا أردنا إعداد أطفالنا لمستقبل مجهول حقا. وفي غياب إعداد جيل من حقا من الأطفال، قد لا يكون هناك مستقبل. ومع ذلك، كما كتبنا مؤخرا لقد تغير العالم في السنوات الخمس والأربعين الماضية منذ أن بدأنا عملنا كعلماء نفس أكثر مما تغير في المئة عام السابقة أو أكثر. ترافق هذه التطورات السريعة مع تطور الشدائد بنفس القدر، والعديد منها من صنعنا إن تطور التكنولوجيا يتسابق إلى الأمام بسرعات فائقة. نحن قلقون من أن هذه السرعة المحمومة تفوق بسرعة قدرتنا البشرية على التأقلم والتكيف، وتسخير غرائزنا واستخدامها بفعالية ليس فقط للبقاء على قيد الحياة، ولكن للازدهار. كتبت الرواية البريطانية زادي سميث: "الماضي دائما متوتر، والمستقبل مثالي". نصح المهاتما غاندي، الذي اشتهر بأساليبه اللاعنفية في الاحتجاج: "المستقبل يعتمد على ما تفعله اليوم". نحن متفائلون بأنه مع نمو فهمنا لأنفسنا وأطفالنا، سنوفر الوسائل لإعداد الأجيال القادمة بشكل أفضل لقيادتنا إلى مستقبل واعد، وإن لم يكن احتملا، مثاليا. إن قوة قناعتنا لا تستمد فقط من المعرفة المنقولة في هذا المجلد، ولكن من آلاف الأطفال والعائلات الذين تعلمنا منهم مرارا وتكرارا عن المرونة والانضباط الذاتي والإبداع في العقل والروح البشرية (Goldstein, S., & Brooks, R. B., Crenshaw, D. A. (2023)

وتوقعت منظمة الصحة العالمية أن بحلول عام (2020) ستشكل الأمراض المزمنة ما يقرب من ثلاثة أرباع الوفيات في جميع أنحاء العالم، وأن (71%) من الوفيات بسبب أمراض القلب، (75%) من الوفيات بسبب السكتة الدماغية، (70%) من الوفيات بسبب مرض السكري ستحدث في البلدان النامية، كما سيزداد عدد الأشخاص المصابين بالسكري في العالم النامي بأكثر من (2.5) مرة من (84) مليون عام (1995) إلى (228) مليون عام (2025) على الصعيد العالمي، ستحدث (60%) من عبء الأمراض المزمنة في البلدان النامية) منظمة الصحة العالمية، 2019: (45)

يتبوء مرض السكري عند الأطفال مركز الصدارة بين الأمراض الناجمة عن قصور في وظائف الغدد الصماء، ومرض السكري هو مرض أو مجموعة من الأمراض التي لم يتوصل العلم بعد إلي الكثير من أسرارها، لاسيما علي صعيد الأسباب الكامنة وراء نشوء باثولوجيه المرض، ودور العوامل الوراثية- والبيئية فيها، ويستوي في ذلك النوع الأول منه الذي يصيب صغار السن تحت الثلاثين من العمر، والنوع الثاني الذي يصيب المجموعات الأكبر سنا بعد الأربعين من العمر، ولاتزال الأسرار مغلقة بصورة أكبر بالنسبة لنشأة مضاعفات المرض العديدة التي قد تصل إلي نهايات مأساوية بالنسبة للمريض.

وحتى الآن لا يوجد علاج شاف تماما من هذا المرض، إلا أن مضاعفات المرض ووسائل الوقاية من كثير من مخاطره قد أصبحت معروفة إلي حد معقول، بحيث يمكن مساعدة المصابين بالسكري وأسره علي التعايش بسلام مع مرضهم، وتبرز هنا أهمية الوعي والتثقيف الصحي والدعم الاجتماعي للمصابين بالسكري وأسره، باعتبار ذلك اللبنة الأولى الأساسية لضمان حصول المريض وأسرتة علي الحد الأدنى من المعرفة بطبيعة المرض ووسائل العلاج والوقاية منه، إضافة إلي قدر كبير من المهارات الأساسية الضرورية من الناحية الطبية والنفسية لضمان تكوين سلوكيات واستعدادات نفسية داخل المريض ومشاركة أسرته لتنمية إحساسه بالتعايش مع المرض والالتزام بتعليمات العلاج والوقاية من الكثير من المضاعفات التي يمكن أن تحدث له نتيجة إصابته بالسكري.

فقد يؤدي تشخيص مرض السكري عند الأطفال إلى صدمة لدى الطفل والعائلة أيضا وبالتالي فقدان التوازن لديهم، بالتعرض لمجموعة من ردود الفعل النفسية مثل القلق والصراع والخوف والغضب والحزن والآسى، مما يؤدي إلى عدم القدرة على هذا الوضع الجديد، ومن هنا يمكن القول إن القلق والضائقة النفسية في المرحلة الأولى للمرض المتمثلة في تشخيصه، تعد إحدى أهم المشكلات ضمن مجموعة المشكلات التي يتعرض لها الطفل وأسرته التي لا بد من التعامل معها وتجاوزها في مراحلها الأولى.

## مشكلة الدراسة

انتشار الأمراض المزمنة في مرحلة الطفولة تختلف تبعا للحالة وكيف يتم تعريفها من حيث شدة التأثير الوظيفي، وفي عام (2001) أقرت المكتبة الصحية للأمم المتحدة والطفولة بالولايات المتحدة الأمريكية النظر نظرة شاملة للمرض المزمن، وتحديد الأطفال الذين يحتاجون إلى رعاية صحية خاصة "هؤلاء الأطفال الذين يتعرضون لخطر متزايد من ناحية النمو أو من الناحية البدنية أو السلوكية أو الحالة الانفعالية، والذين يحتاجون أيضا نوع من الرعاية والخدمات الصحية المتواصلة (Jackson C. DeAngelis, JAMA (296): 2006; 1780)

الأمراض المزمنة لها تأثير كبير على جودة الحياة للأطفال وأسرهم، وأنها تؤثر على الأطفال من حيث الرفاهية الجسدية والنفسية والعاطفية وتفرض شروطا عدة على الأسرة للحفاظ على نمط المعيشة العادي لجميع أفراد الأسرة، وهناك العديد من الأمراض المزمنة في مرحلة الطفولة التي تختلف في شدتها بين الأطفال مثل الربو، الصرع، مرض فقر الدم المنجلي، والفشل الكلوي المزمن، ومرض السكري والذي هو موضوع الدراسة الحالية، فيعرف سكري الأطفال علي أنه اضطراب الغدد الصماء الأكثر شيوعاً في الأطفال في سن المدرسة، وخطر تطور مرض السكري النوع الأول هو أعلى من جميع الأمراض المزمنة الأخرى تقريباً في مرحلة الطفولة. (James S, Ashwill J, Droske S, 2002; 161-84)

ويصنف مرض السكري من قبل لجنة خبراء من رابطة مرض السكري الأمريكية ومنظمة الصحة العالمية (WHO) إلى نوعين رئيسيين، النوع الأول (تدمير الخلية بيتا بالبنكرياس مما يؤدي إلى نقص الأنسولين المطلق)، النوع الثاني (مقاومة الأنسولين)، وأنواع معينة أخرى من مرض السكري. (Judith A. Schilling M. Straight, 2008; 352-4)

فقد أشارت التقديرات العالمية لمرض السكري من النوع 1 لدى الأطفال والمراهقين (0-14 سنة، 0-19 سنة) في عام (2021) إلى أن نسبة انتشار داء السكري من النوع 1 لدى الأطفال والمراهقين (0-14 سنة) تمثل (651,700) حالة قائمة بالفعل، إلى جانب وجود حالات جديدة سنويا بنسبة (108,300)، بينما في المرحلة العمرية من (0-19) سنة فقد تمثلت نسبة الحالات القائمة بالفعل حسب إصدار الأتلس (2021) (1,211,900) حالة حول العالم، بينما تمثلت نسبة الحالات الجديدة سنويا (149,500) حالة. (IDF, Atlas 2021: 10th edition)

وعندما يعاني الطفل أمراضاً مزمنة كالسكري، فإنه يتعامل مع المستشفيات في سن مبكرة لمعالجة هذه الأمراض وبشكل دوري مما يغير نمط حياة العائلة بأسرها بحيث يجد أفراد العائلة صعوبة في ممارسة نشاطاتهم المعتادة، ويعاني الطفل المصاب بالسكري في هذه الحالة مشكلة في نظرتة إلى ذاته وإلى أصدقائه كونه يحتاج إلى وقت أطول لكسب ثقته بنفسه، فعندما يصاب بالمرض تسوء نظرتة إلى نفسه ويشعر بأنه مختلف مما يسبب له المزيد من المشكلات

النفسية والاجتماعية، لذا نجد أن الأطفال والمراهقين يواجهون صعوبة في التأقلم نفسياً مع حالتهم، وقد يؤدي السكري إلى التمييز ضدهم، ويحد من علاقاتهم الاجتماعية، ويؤثر على أدائهم في المدرسة. (IDF, Atlas 2010 ;12)

فالأعراض عضوية المنشأ تؤثر بالدرجة الأولى على حياة الطفل وقدرة على الصمود النفسي في مواجهة الضغوط الناتجة عن المرض، فالصمود النفسي وما يتضمنه من مكونات تشمل المساندة الاجتماعية والقيم الروحية والعلاقات مع الآخرين يساعد على تحطيم ومقاومة المواقف الضاغطة الناتجة عن المرض

وقد كشفت دراسة (Dan Luo, Xue Cai, Hong Wang & others, 2024) عن أهمية دور الصمود النفسي في إن أداء الأسرة والعلاقات مع الأقران والتكيف الإيجابي مترابطة، مما قد يؤثر بشكل مشترك على المرونة. توفر النتائج أساساً نظرياً لتطوير تدخلات تعزيز المرونة لدى المراهقين المصابين بالسكري من النوع الأول، مما قد يؤدي إلى تحسينات صحية خلال فترة النمو (Dan Luo, Xue Cai, Hong Wang & others, 2024).

وفي ضوء ما تقدم ولأهمية الصمود النفسي لدى الأطفال وبخاصة المصابين بالسكري حيث يساعدهم على الاستقلال والقدرة على أداء أعمالهم بنجاح وأكثر كفاءة، ولندرة الدراسات السابقة العربية والأجنبية - في حدود اطلاع الباحثين - التي تناولت تحسين الصمود النفسي لدى الأطفال المصابين بالسكري من النوع الأول، ستجري هذه الدراسة للكشف عن فاعلية برنامج معرفي صحي لتحسين الصمود النفسي لدى لأطفال المصابين بالسكري، لذا يمكننا تحديد مشكلة الدراسة الحالية بالتساؤلات التالية:

### تساؤلات الدراسة

- 1- هل توجد فروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المصابين بالسكري في القياس بعد تطبيق البرنامج على مقياس الصمود النفسي للأطفال المصابين بالسكري من النوع الأول؟
- 2- هل توجد فروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية من الأطفال المصابين بالسكري من النوع الأول في القياسين قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الصمود النفسي للأطفال؟
- 3- هل توجد فروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المصابين بالسكري في القياس بعد تطبيق البرنامج في نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم؟
- 4- هل توجد فروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية من الأطفال المصابين بالسكري في القياسين قبل وبعد تطبيق البرنامج في نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم في اتجاه القياس البعدي؟

### أهداف الدراسة

- 1- التحقق من فاعلية برنامج معرفي صحي لتحسين الصمود النفسي لدى أطفال المصابين بالسكري.
- 2- التأكد من استمرار فاعلية البرنامج بعد القياس التتبعي في تحسين الصمود النفسية لدى عينة من الأطفال المصابين بالسكري.

## أهمية الدراسة

تتطوي هذه الدراسة على أهمية من الناحية النظرية والتطبيقية.

### الأهمية النظرية:

1. تتبع أهمية الدراسة من كونها تكشف عن طبيعة العلاقة بين الصمود النفسي، وتعرض الطفل لأحد الأمراض المزمنة (سكري الأطفال) والتي تؤثر على حالته النفسية وتكيفه.
2. تهتم الدراسة بفئة من أهم فئات المجتمع وهي الأطفال المصابين بالسكري (النوع الأول)، حيث أن هذه الفئة تمثل نسبة كبيرة بين الأطفال المصابين بالأمراض المزمنة بشكل عام، لذلك يطلق على السكري وباء القرن الواحد والعشرين.

### الأهمية التطبيقية:

- 1- تعليم الأطفال سلوكيات تساعدهم على التغلب على الضغوط والمشكلات اليومية التي يتعرضون لها.
- 2- مساعدة الأطفال في التحكم في الانفعالات بعدة طرق صحيحة.
- 3- قد تسهم هذه الدراسة في التطرق إلى احتياجات هذه الفئة ومن ثم تقديم الخدمات المعرفية الصحية والنفسية الملائمة للأطفال المصابين بالسكري.
- 4- تكمن أهمية الدراسة في تصميم برامج من شأنها رفع كفاءة الصمود النفسي لدى الأطفال المصابين بالسكري لرفع مستوى مواجهة الضغوط بشكل إيجابي لديهم.

## فروض الدراسة

في ضوء موضوع الدراسة وأهدافها ونتائج الدراسات السابقة أمكن صياغة فروض الدراسة في التالي:

**الفرض الأول:** توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المصابين بالسكري في القياس بعد تطبيق البرنامج على مقياس الصمود النفسي للأطفال وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية.

**الفرض الثاني:** توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية من الأطفال المصابين بالسكري في القياسين قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الصمود النفسي للأطفال وذلك في اتجاه القياس البعدي.

**الفرض الثالث:** توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المصابين بالسكري في القياس بعد تطبيق البرنامج في نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم في اتجاه المجموعة التجريبية.

**الفرض الرابع:** توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية من الأطفال المصابين بالسكري في القياسين قبل وبعد تطبيق البرنامج في نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم في اتجاه القياس البعدي.

## دراسات سابقة

### المحور الأول: دراسات تناولت البرامج المطبقة على الأطفال من مرضى السكري من النوع الأول.

(1) أجري (Mozhdeh Saghaeia, Pouya Omidia, 2017) دراسة تقييم مدى فاعلية دورة تدريبية لإدارة الضغوط المعرفية السلوكية في تنظيم نسبة السكر في الدم لدى الأطفال المصابين بداء السكري من النوع الأول وكذلك في الحالة الصحية النفسية لمهاتهم، اعتمدت الدراسة علي (50) طفلاً مصاباً بداء السكري من النوع الأول ومهاتهم، وتم تقسيمهم بطريقة عشوائية إلي (25) أم وطفل كمجموعة تجريبية طبق عليهم دورة تدريبية حول إدارة السلوك المعرفي والإجهاد، (25) أم وطفل كمجموعة ضابطة تلقت المجموعة الضابطة الرعاية المعتادة، ولتقييم فعالية التدخل، قبل وبعد الدورة، تم إجراء اختبار الهيموجلوبين الغليكوزيلاتي (HbA1c) على كلا المجموعتين من الأطفال، كما تم جمع بعض المعلومات من الأمهات من خلال المقابلة ومقياس (DASS) مقياس الاكتئاب والقلق والتوتر، واستبيان مؤشر الإجهاد الأبوي، حيث أشارت نتائج الدراسة إلي أنه بعد التدخل، انخفض مستوى (HbA1c) في المجموعة التجريبية، وكان الشعور بالاكتئاب والقلق والتوتر أقل بكثير من المجموعة الضابطة، علاوة على ذلك، فإن التدريب على إدارة الضغوط الوالدية أثر بشكل إيجابي على حس الطلب والتعزيز والقدرة على التكيف في مجال الطفل وكذلك على التعلق والكفاءة والاكتئاب والعلاقة مع الزوج وصحة الأسرة في مجال الوالدين.

(2) أجري (Elizabeth J. Mayer-Davis, 2018) دراسة هدفت إلى اختبار فعالية التدخل السلوكي التكيفي لأنماط الحياة المرنة لتمكين التغيير على النتائج الأولية (HbA1c) والثانوية (النفسية الاجتماعية والتمثيل الغذائي) في (18) شهراً، تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الشباب تراوحت أعمارهم ما بين (13-16) سنة، ونسبة السكري في الدم خلال عام من (64-119)، حيث تم استخدام المقابلات التحفيزية، والتدريب علي مهارات حل المشكلات لتعزيز الإدارة الذاتية، أجريت الدراسة في عيادتين للسكر والغدد الصماء للأطفال في ولاتي كولورادو، أوهايو بالولايات المتحدة الأمريكية. تم تنفيذ عملية جمع البيانات الموحدة من قبل موظفي تقييم فليكس المدربين والمعتمدين على أنهم مؤهلون لتنفيذ جميع إجراءات الدراسة، كانت الاستبيانات الخاصة بالمراهقين ومقدمي الرعاية المشاركين متاحة للاستكمال عبر الإنترنت من خلال موقع دراسة فليكس الآمن، أو إذا فضل المشاركون، يمكن إكمال الاستبيانات أثناء زيارات قياس الدراسة الشخصية، كما تم استخدام جهاز مراقبة الجلوكوز لمدة سبعة أيام لقياس مستويات الجلوكوز في الخلايا في الوقت الحقيقي طوال النهار والليل، تم تحديد نقاط التوقف للجلوكوز المستخدم لوصف نقص السكر في الدم وفقاً للقيم الموصي بها، فقد أشارت نتائج الدراسة إلي أنه لم يغير تدخل فليكس بشكل ملحوظ نسبة الهيموجلوبين الغليكوزيلاتي (HbA1c) بين هؤلاء المراهقين الذين يعانون من ارتفاع نسبة الهيموجلوبين الغليكوزيلاتي (HbA1c)، ولكنه أثر بشكل إيجابي على العديد من النتائج النفسية الاجتماعية على مدار (18) شهراً، أدت تجربة فليكس إلى تحسين الحافز ومهارات حل المشكلات والحواجر التي تحول دون الالتزام والإدارة الذاتية، على الرغم من عدم وجود تأثير على نسبة الهيموجلوبين الغليكوزيلاتي (HbA1c)

(3) قام (Fatemeh Jalayer, Mohammad Hatami, 2022) بدراسة مقارنة فعالية العلاج المرتكز على الرحمة والعلاج السلوكي المعرفي في المخططات العاطفية والمرونة لدى مرضى السكري المحولين إلى مستشفى باستور في باستور، كانت طريقة البحث شبه تجريبية مع التصميم القبلي والاختبار البعدي والمتابعة، وقد شمل المجتمع الإحصائي لهذه الدراسة جميع مرضى السكري المحولين إلى مستشفى باستور في النصف الثاني من عام (2018)

(152 مريضاً). من السكان الإحصائيين، تم اختيار (45) مريضاً عن طريق أخذ عينات عشوائية بسيطة وتقسيمهم عشوائياً إلى ثلاث مجموعات (مجموعة العلاج السلوكي المعرفي، والعلاج الذي يركز على الرحمة، ومجموعة المراقبة). قبل وبعد التدريب، استجاب الأشخاص لاستبيانات المرونة الخاصة بكونور وديفيدس (2003)، واستبيان ليهي للمخططات العاطفية (2009)، تم تحليل البيانات باستخدام التحليل متعدد المتغيرات للتباين المشترك بواسطة (IBM SPSS version 22)، أظهرت نتائج هذه الدراسة أن العلاج الذي يركز على الرحمة والعلاج السلوكي المعرفي يحسن المخططات العاطفية، ويزيد المرونة، كان تأثير العلاج الذي يركز على الرحمة أكبر من العلاج السلوكي المعرفي وحافظ على فعاليته مع مرور الوقت.

### المحور الثاني: دراسات تناولت الصمود النفسي لدى الأطفال مرضى السكري من النوع الأول:

(1) دراسة (Esti Iturralde & Other, 2019) ترتبط المواقف والسلوكيات التكيفية الخاصة بمرض السكري، والمعروفة باسم نقاط قوة مرض السكري، بالإدارة الذاتية الإيجابية ونتائج نوعية الحياة لدى مرضى السكري من النوع الأول (T1D)، ولكن لم تتم دراستها في مرحلة ما قبل المراهقة، لتسهيل الرعاية والأبحاث القائمة على نقاط القوة حول هذا الموضوع، قمنا بتطوير وتقييم الخصائص السيكومترية لقياس نقاط القوة لدى مرضى السكري للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (9 إلى 13) عاماً، كان المشاركون (187) طفلاً يتلقون الرعاية لمرض السكري من النوع الأول في مستشفى للأطفال للرعاية الثلاثية، لقد أكملوا مقياس التقرير الذاتي لنقاط القوة والمرونة في مرض السكري لدى الأطفال (DSTAR-Child) المكون من (12) بنداً، والذي قمنا بتعديله من مقياس تم التحقق من صحته للمراهقين، أكمل الشباب اختبار (DSTAR-Child) مرتين، ومقاييس البنات ذات الصلة في الأساس: نوعية الحياة العامة والمتعلقة بمرض السكري، وأعراض الاكتئاب، والضيق الناتج عن مرض السكري، قام الآباء بتقييم مشاركة الأطفال في سلوكيات الإدارة الذاتية والمرونة العامة، لقد استخرجنا نسبة الهيموجلوبين الغليكوزيلاتي (HbA1c) من السجل الطبي، وارتبطت نتائج (DSTAR-Child) بشكل إيجابي مع البنات التكيفية الأخرى بما في ذلك المرونة العامة ونوعية الحياة الخاصة بمرض السكري، وارتبطت سلباً بمؤشرات ضعف الرفاهية العاطفية بما في ذلك أعراض الاكتئاب والضيق الناتج عن مرض السكري، أظهر الارتباط العكسي الكبير مع الهيموجلوبين (A1c) أن مؤشر (DSTAR-Child) يرتبط بالتحكم في نسبة السكر في الدم، وهو مؤشر حيوي رئيسي للصحة العامة المرتبطة بمرض السكري ومؤشر على مرونة مرض السكري.

(2) أجري. (Özlem Kara, 2020) دراسة للتعرف على حالة القلق والاكتئاب لدى الأطفال المصابين بداء السكري من النوع الأول وتحديد علاقتها بمواقف التكيف لدى الوالدين ومستويات المرونة والتأثيرات على التحكم في نسبة السكر في الدم، تكونت عينة الدراسة من (71) طفل من الأطفال مرضى السكري من النوع الأول وأولياء أمورهم، حيث قسمت أدوات الدراسة إلى قسمين الأول خاص بأولياء الأمور حيث طبق عليهم مقياس المرونة الأسرية (Family Resilience Scale FRS)، ومقاييس المواقف التكيفية للأسرة (COPE Inventory) بينما طبق القسم الثاني على الأطفال المصابين بالسكر، حيث طبق مقاييس الاكتئاب (CDI) لتحديد مستوى الاكتئاب لدى هؤلاء الأطفال، واختبار الطربيات القلق (SCARED)، حيث أظهرت نتائج الدراسة أنه مع زيادة مستوى المرونة لدى الأمهات تتخفف درجات الأطفال، أن (22) من أمهات وأباء استخدموا موقف التكيف التي تركز على المشكلة أكثر من غيرهم، وكان موقف التكيف غير الوظيفي هو الأقل استخداماً، زادت مواقف الإنكار وفك الارتباط السلوكي لدى

الأمهات ذوي المستوي التعليمي المنخفض، لا توجد علاقة بين مستويات المرونة لدي الوالدين وبعض المتغيرات منها العمر ومدة الإصابة بمرض السكري والتحكم في نسبة السكر في الدم، وجدت علاقة بين زيادة مستوي المرونة لدي الأم في انخفاض درجة الاكتئاب لدي الطفل حيث يلعب الآباء دوراً أساسياً في إدارة المرض، فإن الأمهات عادة ما يكون المسؤولون عن إدارة العلاج، استخدم الآباء والأمهات في الدراسة الحالية أساليب التكيف التي تعتمد علي المشكلة.

(3) أجرى (Dan Luo, Xue Cai, Hong Wang & others, 2024) دراسة على نموذج المرونة البيئية للمراهقين المصابين بداء السكري من النوع الأول: دراسة مقطعية تهدف هذه الدراسة إلى زيادة فهمنا لكيفية تأثر المرونة إيجاباً وسلباً بالعوامل البيئية الداخلية والبيئية.

وقد شملت هذه الدراسة المقطعية 460 مراهقاً مصاب بالسكري من النوع الأول من 36 مدينة في 11 مقاطعة بالصين. أكمل المشاركون استبيانات التقرير الذاتي حول المرونة، وأداء الأسرة، ودعم الأقران، وضغط الأقران، وأسلوب التكيف، والتركيب السكانية. تم إجراء اختبارات الهيموجلوبين السكرية القياسية على المراهقين. تم تطبيق نمذجة المعادلة الهيكلية لتحليل البيانات ووفقاً لما أظهرته الدراسة كان نموذج المرونة البيئية للمراهقين المصابين بداء السكري من النوع الأول نموذجاً جيداً مع مستوى عالٍ من التباين في المرونة (62%). كان أداء الأسرة هو أهم مؤشر على المرونة، يليه دعم الأقران، والتكيف الإيجابي، وضغط الأقران. علاوة على ذلك، كان التكيف الإيجابي هو الوسيط في العلاقة بين أداء الأسرة ومرونتها. لقد توسط التكيف الإيجابي وضغط الأقران في العلاقة بين دعم الأقران والمرونة.

وكانت استنتاجات الدراسة أن أداء الأسرة والعلاقات مع الأقران والتكيف الإيجابي مترابطة، مما قد يؤثر بشكل مشترك على المرونة. توفر النتائج أساساً نظرياً لتطوير تدخلات تعزيز المرونة لدى المراهقين المصابين بداء السكري من النوع الأول، مما قد يؤدي إلى تحسينات صحية خلال فترة النمو الضعيفة. تعقيب عام على الدراسات السابقة.

أظهرت نتائج الدراسات أن

- فعالية البرامج العلاجية والسلوكية المستخدمة مع فئة الأطفال المصابين بالسكري على تحسن نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم لديهم.
- وجود علاقة ارتباطية باتجاه عكسي ما بين تحسن مستوي المرونة النفسية لدي هؤلاء الأطفال، وانخفاض نسبة الهيموجلوبين السكري لديهم.
- زيادة وعي الأطفال بالحالة الصحية وسبل التكيف مع الوضع الصحي يؤثر إيجابياً على تحسن الوضع الصحي لدي هؤلاء الأطفال.
- هو ما داعي الباحثين لإجراء الدراسة الحالية لتحسين مستوي الصمود النفسي لدي الأطفال المصابين بالسكري من النوع الأول، وقياس أثر البرنامج على مستوي الهيموجلوبين السكري في الدم لديهم.

## مفاهيم الدراسة

### 1. البرنامج المعرفي الصحي.

**التعريف الإجرائي للبرنامج:** هو مجموعة من الأنشطة والألعاب والقصص التي أعدت وفق خطة معينة من خلال فنيات محددة التي تقدم للأطفال المصابين بالسكري من النوع الأول من سن (9-12) سنة والتي يمارسها الأطفال على فترات محددة والأنشطة مرتبة ترتيباً دقيقاً تبعاً لأهمية النشاط ومدى تحقيقه لهدف البرنامج وهو تحسين الصمود النفسي لدى الأطفال المصابين بالسكري.

**2. الصمود النفسي:** تبني الباحث في الدراسة الحالية مفهوم الصمود النفسي البحيري(2011): عرف الصمود النفسي بأنه العمليات التي تُشير عادة إلى السمات النفسية التي تصف سلوك الفرد، كالمرونة والمثابرة، والتحلي بالصبر والإيمان والصلابة النفسية والتوقعات المستقبلية الإيجابية وتكوين علاقات اجتماعية والتي تغير من التفاعل المتبادل بين البيئة بما تحمله من أزمات ومحن وتهديدات وشدائد ومخاطر وصدمات أو استجابات الفرد السلوكية لها، بهدف استعادة التوازن والتأقلم والتوافق وإدارة هذه الأزمات يدعمها خبرات وتجارب الفرد وإدراكه للمساندة الاجتماعية، وهي قابلة للأثراء وتختلف درجتها من موقف لآخر.

**التعريف الإجرائي للصمود النفسي:** هو الدرجة التي يحصل عليها الطفل في مقياس الصمود النفسي محل الدراسة الحالية.

### 3. سكري الأطفال.

**التعريف الإجرائي:** يحدث داء السكري من النوع 1 بسبب عملية المناعة الذاتية التي يهاجم فيها جهاز المناعة في الجسم خلايا بيتا المنتجة للأنسولين في البنكرياس. ونتيجة لذلك، ينتج الجسم القليل جداً من الأنسولين أو لا ينتج أي أنسولين، أسباب هذه العملية المدمرة ليست مفهومة تماماً، ولكن التفسير المحتمل هو أن الجمع بين القابلية الوراثية (التي يمنحها عدد كبير من الجينات) ومحفز بيئي مثل العدوى الفيروسية، يبدأ رد فعل المناعة الذاتية. (Craig ME, Jefferies C, 2014: 7)

## الإطار النظري للدراسة

### النظريات النفسية المفسرة للدراسة.

اعتمدت الدراسة الحالية على تفسير الضغوط البيئية ومستوي الإجهاد الواقع على الأطفال المصابين بالسكري المترددين على المستشفى لتلاقي جلسات العلاج من خلال المدخل المعرفي التفاعلي للزروراس وفولكمان (النموذج البيئي)

وفقاً لما ورد من تفسيرات بيئية أوردتها النموذج فإنه توجد علاقة وطيدة ما بين قدرة الطفل المصاب بمرض مزمن على الصمود ومواجهة ما قد يعترضه من ضغوط بيئية، وذلك وفقاً لرأي للزروراس وفولكمان حيث عرفوا الضغوط النفسية بأنها علاقة خاصة بين الفرد والبيئة، يقيّمها الشخص على أنها تتضمن نوع من الإرهاق، أو أنها تفوق قدرته أو تعترض سعادته للخطر، وأكد النموذج التفاعلي الخاص بهما أن أحداث الحياة ليست هي التي تنتج الضغوط، ولكن تفسير هذه الأحداث الضاغطة أكثر أهمية من تلك الأحداث نفسها، فإدراك الفرد أو تفسيره للحدث هو الذي يجعله ضاغطاً، ويشمل ذلك الإدراك تقدير الأضرار المتوقعة والتهديدات والتحديات، فضلاً عن إدراك الفرد لمدي قدرته على التعامل مع هذه

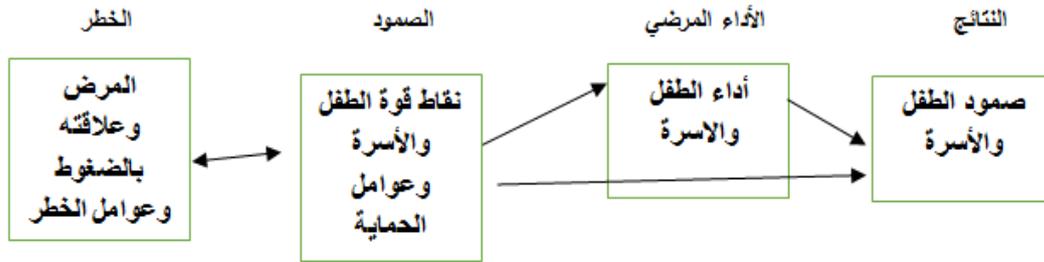
الأحداث وتحمل الضغوط، فقد يري شخص أن متطلبات العلاج ضاغطة ومرهقة، في حين يري آخر أن البقاء في وضع المرض ضاغط أكثر من متطلبات العلاج.

لذا نجد أن الضغوط أو المشقة التي يتحملها الفرد تنقسم إلى ثلاث مجموعات، أولها الأحداث الكارثية وهي حوادث عنيفة ومفاجئة تؤثر في إعداد كبيرة من البشر، ومن نماذج هذه المجموعة الحروب والكوارث الطبيعية بما فيها الزلازل والأعاصير والكوارث التكنولوجية، وهي التي ترتبط أكثر من غيرها باضطراب الضغوط التالية للصدمة، أما المجموعة الثانية فتتضمن الأحداث الضاغطة الشخصية، وهي أيضا أحداث قوية وشديدة تتطلب مواجهة تكيفية فاعلة، إلا أنها تؤثر في عدد قليل من الناس، ومن أمثلتها المرض العضوي وتتضمن المجموعة الثالثة ضغوط الحياة اليومية أو المشاحنات والمضايقات والمنغصات اليومية، وهي حوادث ذات شدة منخفضة، ولكنها تستمر أو تتكرر في الحياة اليومية، ومن أمثلتها الانتقال من مكان إلى مكان بشكل يومي أو شبه يومي ومواجهة الزحام، وهو ما يتعرض له الطفل المصاب بمرض مزمن فهو يواجه نوعان من الضغوط السابق ذكرها فهو يعاني من مرض عضو (أحداث شخصية ضاغطة) مما قد يضطر الطفل إلى الذهاب لوحدة العلاج داخل المستشفى بشكل أسبوعي بمعدل جلسة أو اثنتين في الأسبوع الواحد، إلي جانب تعرضه لضغوط ومنغصات يومية وهو مواجهة الزحام أثناء التنقل، حيث أن الفئة محل الدراسة تنتمي إلي طبعا اجتماعية متوسطة وأقل من المتوسط وتأتي للعلاج بالمجان داخل مستشفى حكومية، وهو ما يجعلها تواجه ضغوط بيئية من خلال التنقل داخل المواصلات العامة، وهو ما يجعل الطفل عند حضوره للمستشفى غير قادر علي أداء المهام المطلوبة منه داخل جلسات البرنامج العلاج، أيضا يعجل الطفل غير مرحب بفكرة الحضور وتلقي العلاج، وهنا يصنف الازدحام كأحد العوامل البيئية والتي لا تفرض تهديداً مباشراً في الحال، ولكن يبدو أن آثارها تصبح سلبية وتراكمية.

حيث تتضمن المنغصات البيئية من وجهة نظر علماء النفس البيئي التعامل مع الزحام، أو العيش والتنقل في الشوارع المزدحمة والملينة بالضوضاء والتلوث، وفي بعض الأحيان السفر، فهذه المنغصات اليومية تعد أكثر مصادر الضغوط أهمية، لأنها تحدث طوال الوقت، فتجعل حياة الأفراد غير مريحة، كما تؤثر في السلوك الأداء، وتسبب الكثير من المخاطر الصحية، وتتضمن الأحداث المعتادة والمتكررة في الحياة اليومية لمعظم الأفراد، تتضمن تنبهاً زائد يصدر عن عوامل البيئة المحيطة، ويتجاوز إمكانية الفرد في التحكم فيه، وبالتالي يمكن للفرد تحملها لفترات قصيرة من الوقت، ضرر واضح، إلا أن التعرض الممتد لأي ضاغط محيط بالغ الشدة يسبب زيادة في مستويات الاستثارة، والتي تتدخل في أداء المهام، وتؤثر في الحالات المزاجية والصحية، الجسمية للأفراد. (محمد حسن غانم، 2010: 94)

لذا فأحد الصعوبات التي قد تقابل طفل الدراسة الحالية هي مواجهة الازدحام المروري حيث أن مكان تلقي العلاج مكان حكومي يقدم خدمات للأطفال المصابين بالسكري داخل محافظ القاهرة وخارجها، فهناك بعض الأطفال المصابين بالسكري يأتون من أماكن خارج محافظة القاهرة، أو أماكن بعيدة عن مكان المستشفى، وهو ما أشار إليه علماء البيئة من أن الازدحام المروري يعد من أكثر المشكلات البيئية الضاغطة في البيئة المحيطة، والذي يبرز في ما يمكن أن يسمى بضغط الذهاب إلي مكان العلاج، فقد اهتم علماء النفس البيئيون بالعلاقة بين الضغوط والانتقال من المكان واليه، وقد أعطوا اهتماماً خاصاً للانتقال المعوق، والذي يجب علي الأشخاص فيه أن يسافروا لمسافات طويلة، في مرور مكثف علي الطريق، وأوضحوا بحوثهم أن الانتقال المعوق يرفع ضغط الدم، ويخلق مشاعر سلبية، ويخفض تحمل الإحباط، ويتقص الرضا عن الحياة العامة، وقد يدفع الناس إلى تغيير مساكنهم لمواجهة مشاكل الانتقال والغياب المتكرر عن جلسات العلاج، كما أنه يرتبط بشدة بالأمراض المتكررة وخاصة البرد والأنفلونزا.

نظرية جيسور (البيئة الأسرية المحيطة بالطفل): تتضمن الفكرة القائلة بأن الأطفال وأسرههم يقللون من عوامل الخطر، ويعززون عوامل الحماية، ويتحركون نحو الصمود الموضحة في الشكل رقم (1)  
نظرية جيسور التي تقترح أن عوامل الخطر والمرونة تؤثر على الأداء الفردي، والتي طبقاها أيضا على نطاق واسع على أداء الأسرة، لأنه في رأينا أن الطفل ومقاومة المخاطر من نتائج أداء الطفل والأسرة ونقاط القوة وعوامل الحماية والضغوطات وعوامل الخطر المرتبطة بالمرض تؤثر على صمود الطفل والأسرة



الشكل (1) نموذج يصور العوامل المتعلقة بصمود الطفل والأسرة.

حدد جيسور عوامل الخطر والحماية في مجالات (1) علم الأحياء / علم الوراثة، (2) البيئة الاجتماعية، (3) البيئة المدركة، (4) الشخصية، و (5) السلوك. عوامل المرونة في البيئة الاجتماعية والبيئة المدركة والشخصية والسلوك مبتكرة. على سبيل المثال، يمكن أن تكون تصورات الدعم من العائلة والأصدقاء، وسلوكيات التأقلم الإيجابية (على سبيل المثال، ممارسة الألعاب، والفن، والصلاة)، مفيدة جدا للأطفال الذين يواجهون إجراءات طبية ودورة طويلة في المستشفى إن وجهة نظر (2; McCubbin et al. 1983) بأن أداء الطفل يرتبط ارتباطا وثيقا بصمود الأسرة أمر بالغ الأهمية، وافترضوا أن الأطفال الذين يعانون من حالات صحية مزمنة يكونون أكثر صمودا إذا حصلوا على دعم من أفراد أسرهم. نستفيد أيضا من نظرية والش (2006)، واقترحت أن تأقلم أفراد الأسرة يتم تحفيزه من خلال أداء الأسرة والتكيف عندما تواجه الأسرة ضغوطا. يوصي (Rolland and Walsh, 2006; 525) بالتركيز على نقاط القوة الأسرية ويساعدنا على تذكر أن الافتراضات متعددة الأجيال قد تدعم أو تضر بأداء الأسرة. وبالمثل، قد يرتبط أداء الطفل والأسرة، سواء أثناء الأحداث المجهدة أو قبل الأحداث (أي الأداء قبل المرض)، بالمرونة (التي نتصورها على أنها تكيف في مواجهة الإجهاد، مثل إصابة الطفل بمرض مزمن أو خضوعه للعلاج في المستشفى (ماستن ومون، 2015). قد تسهل عدة أنواع من السلوكيات التأقلم على مستوى الطفل أو مقدم الرعاية، وقد يؤدي تسهيل التأقلم الإيجابي إلى زيادة أداء الطفل أو مقدم الرعاية (على سبيل المثال، سلوكيات التأقلم) وبالتالي تعزيز المرونة.

## الإجراءات المنهجية للدراسة

1- **نوع الدراسة:** تعتبر الدراسة من الدراسات شبه التجريبية لأنها أنسب أنواع الدراسات الملائمة لطبيعة الظاهرة موضوع الدراسة.

2- **منهج الدراسة:** اعتمد الباحثون في دراستهم على المنهج التجريبي والتصميم التجريبي ذي المجموعتين التجريبية والضابطة والقياس القبلي البعدي التتبعي للكشف عن فاعلية برنامج معرفي صحي لتحسين الصمود النفسي لدى لأطفال المصابين بالسكري.

**أدوات الدراسة:** شملت الدراسة الحالية على مجموعة من الأدوات منها: مقياس الصمود النفسي للأطفال المصابين بالسكري (إعداد الباحثين) ، برنامج تحسين الصمود النفسي للأطفال المصابين بالسكري من النوع الأول (إعداد: الباحثين) ، اختبار المصفوفات المتتابعة الملونة ل رافن: (إعداد: عماد حسن) ، مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي (إعداد: إعداد محمد سعفان، دعاء خطاب) ، وسوف نوجز فيما يلي عرض تلك الاختبارات كما هي في التسلسل السابق، وقد قام الباحثون بعمل صدق وثبات للأدوات في ضوء عينة الدراسة الحالية:

(1) **مقياس الصمود النفسي للأطفال المصابين بالسكري.** (إعداد الباحثون) أعد الباحثون هذا المقياس بهدف تقدير الصمود النفسي للأطفال المصابين بالسكري تتراوح أعمارهم ما بين (9-12) عاماً، ويمكن توضيح مراحل إعداد هذا المقياس فيما يأتي:

- انتهت هذه الدراسة إلى أن أنسب شكل لمحتوى المقياس هو اختبار الورقة والقلم (لفظي)، لذا فقد تم بناء المقياس ليكون لفظياً.

- مكونات المقياس حددت عن طريق استقراء الأدبيات والنظريات العلمية التي تناولت الصمود النفسي ومكوناته، وعمل مسح للمقاييس التي أعدت من قبل منها: مقياس الصمود النفسي للأطفال ذوي صعوبات القراءة (إعداد أمينة فاروق)، الصمود النفسي لدى ممرضي العناية الفاتكة (إعداد باسل محمد)، مقياس الصمود النفسي لأمهات الأطفال المتأخرين عقلياً (إيمان مصطفى)، مقياس الصمود النفسي للأطفال مجهول النسب (إعداد محمد البحيري)، ومن خلال ما سبق تم التوصل لمكونات هي (الصلابة النفسية، المرونة، الكفاءة الذاتية، الكفاءة الاجتماعية، البنية القيمية، الإيمان والصبر، المثابرة، التوقعات المستقبلية الإيجابية) وتم ترتيبهم حسب أعلى نسبة اتفاق كالآتي: الكفاءة الذاتية (100%)، المساندة الاجتماعية (60%)، الصلابة النفسية (50%)، الإيمان والصبر (50%)، لذلك لقد استخدم الباحثين في دراسته المكونات الأربعة السابقة.

- صياغة بنود المقياس: صيغت بنود المقياس بحيث تناسب عينة الدراسة، وقد بلغ عددهم في الصورة الأولية (49) بند، وقد حددت بدائل الاستجابة ذات التدرج الثلاثي (أوافق - أحياناً - لا أوافق) بحيث تشير أوافق إلى ارتفاع درجة الصمود النفس، وتأخذ ثلاث درجات، وتشير أحياناً إلى التوسط في درجة الصمود النفسي وتأخذ درجتين، أما لا أوافق فتشير إلى انخفاض درجة الصمود النفسي وتأخذ درجة واحدة

**أولاً: صدق المقياس:** الصدق التمييزي بين المجموعات المتباينة: حسب الباحثون الصدق التمييزي بين المجموعات المتباينة (عينا الأطفال المصابين بالسكري، والأطفال الأصحاء) على مقياس الصمود النفسي، ويوضح الجدول (1) النتائج التي تم التوصل إليها.

**جدول (1):** المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم (ت) ودلالاتها بين عيني الأطفال المصابين بالسكري والأطفال الأصحاء على مقياس الصمود النفسي

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	أطفال أصحاء (ن=30)		أطفال مصابين بالسكري (ن=30)		المجموعة المتغير
		معياري	انحراف متوسط	معياري	انحراف متوسط	
0.001	11.570	2.942	27.633	3.709	17.633	الكفاءة الذاتية
0.001	17.317	3.191	28.233	2.473	15.467	المساندة الاجتماعية
0.001	14.657	2.916	28.333	3.122	16.900	الصلابة النفسية
0.001	7.230	2.661	29.433	3.336	23.800	الإيمان والصبر
0.001	16.169	8.657	113.632	9.859	73.800	الدرجة الكلية

تشير نتائج جدول (1) إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال المصابين بالسكري والأطفال الأصحاء على مقياس الصمود النفسي، الدرجة الكلية، والمكونات الفرعية (الكفاءة الذاتية، المساندة الاجتماعية، الصلابة النفسية، الإيمان والصبر)، حيث بلغت قيمة "ت" للمكونات والدرجة الكلية للصمود النفسي دالة عند مستوى (0.001) وكانت الفروق في اتجاه الأطفال الأصحاء، مما يؤكد على قدرة مقياس الصمود النفسي على التمييز بين المجموعات المتباينة.

**ثانياً: ثبات المقياس:** قام الباحثون بتطبيق المقياس على عينة مكونة من (30) طفل مصابين بالسكري بمستشفى الأطفال جامعة عين شمس، تتراوح أعمارهم من (9-12) عاماً حسب الباحثون ثبات المقياس لعينة من الأطفال المصابين بالسكري بطريقتين يوضحهما جدول (2)

م	طرق حساب الثبات	معدل الثبات	مستوى الدلالة
1	معامل الفا كرونباخ	0.817	0.01
2	إعادة التطبيق بعد 15 يوم	0.776	0.01

يوضح (2) أن معاملي الثبات وبرغم اختلاف طرق حسابها إلا أنهما دالين ومرتفعين، مما يشير إلى تمتع المقياس بثبات مقبول.

**(2) اختبار المصفوفات المتتابعة الملونة ل رافن: (إعداد / عماد حسن)**

**وصف الاختبار:** أعد الاختبار رافن وتم إعادة تعديله وتقنيته بواسطة دكتور/ عماد احمد حسن علي (2016)، بالإضافة إلى أنه تم استخدامه في العديد من الدراسات والأبحاث في البيئة العربية، ويعد هذا الاختبار من الاختبارات غير اللفظية المتحررة من قيود الثقافة لقياس الذكاء فهو مجرد مجموعة من الرسوم الزخرفية (التصميمات) ويتكون من ثلاثة أقسام متدرجة الصعوبة هي (أ، ب، ج)، ويشمل كل قسم (12) بنداً ويشمل الاختبار (36) مصفوفة أو تصميم، أحد أجزاءه ناقصاً وعلى الفرد أن يختار الجزء الناقص من بين (6) بدائل معطاة

**تصحيح الاختبار:** على الفرد أن يختار الجزء الناقص من التصميم من بين (6) بدائل معطاة، لا يوجد سوى بديل واحد صحيح، ويعطى درجة واحدة للإجابة الصحيحة وصفرًا للإجابة الخاطئة والدرجة الكلية للاختبار هي (36) درجة. صدق الاختبار.

استخدم في حساب صدق الاختبار في صورته الأصلية عدة أساليب منها: الصدق العملي الصدق التنبؤي والصدق التلازمي وذلك بحساب معامل ارتباط مع كل من مقياس ستانفورد بينه ومقياس وكسلر واختبار رسم الرجل.

**ثبات الاختيار.** تم حساب ثبات الاختبار على العينات المصرية باستخدام معادلة كودر ريشاردسون وقد بلغت قيمتها (0.85)، وهي قيمة مقبولة للثبات.

### (3) البرنامج المعرفي الصحي لتحسين الصمود النفسي للأطفال المصابين بالسكري:

- تضمنت جلسات البرنامج (١٨) جلسة جماعية، بواقع جلستين أسبوعياً، مدة الجلسة تراوحت من (3٠-45) دقيقة وذلك لمدة ثلاثة أشهر. وكانت على النحو الآتي:

- الجلسة الأولى: (موضوعها التعريف بالبرنامج): استهدفت الترحيب بالأطفال، والتعارف، وتعريفهم بأهداف البرنامج ومفاهيمه، وضع معايير الجماعة، مواعيد الجلسات، حثهم على الالتزام، تحسين روح الجماعة والمشاركة الجماعية والتعاون والمواظبة على مواعيد الجلسات في الأوقات المحددة، أن يكون صريحاً وصادقاً، عدم الاستهزاء أو التحقير أو التقليل من شأن أي عضو في الجماعة أثناء الحديث أو المناقشة، أن يفعل أساليب السلوك المكتسبة من خلال جلسات البرنامج، أن يتعلم الطفل أهمية تبادل ونقل السلوكيات الإيجابية المكتسبة من خلال جلسات البرنامج مع زملائه بالمجموعة حتى تعم الفائدة .

- الجلسات (2-3-4-5) : (تحسين بعد الكفاءة الذاتية): استهدفت تحسين قدرة الأطفال على التخطيط وحل المشكلة، الإصرار على الوصول للهدف تحت أي ظرف، حب التنافس والالتزام، ومشاركة زملائهم في الأوقات السارة ووقت المحن، والأمل وذلك بإجراء لعبة الكرة والصندوق وعرض فيلم كارتون "موانا" عليهم، وسرد قصة "القدرة على حل المشكلات" عليهم ومناقشتها وتمثيلها، وتقديم شخصية "سامر" كنموذج يقتدى به الأطفال، وعرض بعض المواقف الحياتية على الأطفال وتدريبهم على الاستجابات الصحيحة لتحسين الصلابة النفسية من خلالها، بالإضافة الي الواجب المنزلي.

- الجلسات (6-7-8-9): (تحسين مكون المساندة الاجتماعية): استهدفت مساعدة الغير دون انتظار الرد، كيفية تكوين علاقات جديدة، كيفية التواصل والتنافس مع الآخرين، واستثمار قدراتهم، تدريبه على حسن التصرف في المواقف الاجتماعية المختلفة، وذلك من خلال ممارسة لعبة السفينة وعرض فيديو عن "مساعدة الغير" وسرد قصة "طنان وزنان"، وإجراء لعبة "شبكة الاتصال" وتقديم شخصية "أيمن وتحمل المسؤولية" كنموذج يقتدى به الأطفال، عرض بعض المواقف الحياتية للأطفال وتدريبهم على الاستجابات الصحيحة لتحسين الكفاءة الاجتماعية من خلالها، بالإضافة الي الواجب المنزلي.

- الجلسات (10-11-12-13) (تحسين مكون الصلابة النفسية): استهدفت تحسين قدرة الأطفال على إنجاز الأعمال التي يكلف بها بأفضل شكل، وان يتدرب على ما يفشل في عمله ويحاول مرة أخرى، وان الفشل يدفعه للنجاح والتعاون مع زملائه، القدرة على الاختيار، كيفية تخطي المصائب، وذلك من خلال سرد قصة "التحلي بالهدوء"، إجراء لعبة برج الاتزان، لعبة توازن الكرة، وإجراء لعبة تطابق الأشكال وتقديم شخصية " طه حسين" كنموذج يقتدى به الأطفال، عرض بعض المواقف الحياتية لهؤلاء الأحداث وتدريبهم على الاستجابات الصحيحة لتحسين المرونة من خلالها بالإضافة الي الواجب المنزلي.

- الجلسات (14-15-16-17) (تحسين مكون التحلي بالإيمان والصبر): استهدفت تحسين قوة الإيمان وقوة الصبر عند الأطفال المصابين بالسكري، والإيمان بالقدر والعمل والاجتهاد، وحرية التعبير عن الرأي والميول القيادية، وان الإنسان يقوى بتعرضه للآزمات والأزمة اختبار لإيمان الفرد والالتزام بالصدق. ذلك بعرض بطاقات المواقف السلوكية وسرد قصة "أحمد والمعلم" وقصة "كلنا مختلفون" وتقديم شخصية "طفل الكافيتريا" كنموذج يقتدى به

الأطفال وعرض بعض المواقف الحياتية لهؤلاء الأطفال وتدريبهم على الاستجابات الصحيحة لتحسين التحدي بالصبر والإيمان من خلالها، بالإضافة الي الواجب المنزلي.

- الجلسة (18): الختامية: استهدفت مراجعة أهداف البرنامج، إقامة حفلة ختامية للبرنامج، تقديم جوائز رمزية لجميع الأطفال والأمهات وتطبيق مقياس الصمود النفسي للأطفال المصابين بالسكري قياساً بعدياً، وذلك بتدريب الأطفال على فقرات الحفلة، ومراجعة أهداف البرنامج ومدى الاستفادة منه وشكر الباحثين أفراد المجموعة التجريبية، ثم تطبيق القياس البعدي لمقياس الصمود النفسي.

1- المجال البشري: تكونت عينة الدراسة من (20) مفردة موزعة كالاتي (10) من الأطفال المصابين بالسكري (مجموعة ضابطة)، (10) من الأطفال المصابين بالسكري (مجموعة تجريبية).

2- المجال المكاني: أجريت هذه الدراسة في مستشفى الأطفال (الدمرداش) - جامعة عين شمس - محافظة القاهرة.

3- المجال الزمني: تم تطبيق البرنامج المستخدم في الدراسة على أفراد العينة التجريبية دون الضابطة واستغرق تطبيق البرنامج ثلاثة أشهر في الفترة من 13/6/2023 إلى 13/9/2023.

#### عينة الدراسة.

شروط العينة: تم اختيار الأطفال المصابين بالسكري (مستشفى الأطفال - جامعة عين شمس حيث أن أحد الباحثين يعمل بها وكذلك لضبط متغير المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، وأيضا لضبط أسلوب التدخل العلاجي الطبي ونظام التنقيف الصحي، وقد تم تطبيق مقياس الصمود النفسي عليهم، وتحديد قيمة الربيع الأدنى واختيار الأطفال الذين قلت درجاتهم عن درجة الربيع الأدنى حتى تتأكد إنهم بالفعل منخفضو في الصمود النفسي، ووصلت في النهاية للعشرين طفلاً، ثم توزيعهم عشوائياً بين المجموعتين، التجريبية (ن=10)، والضابطة (ن=10)، فقد تم اختيار عينة التطبيق بالطريقة العمدية المقصودة، كما تمت مراعاة الشروط التالية في الاختيار:

لقد وضع الباحثون مجموعة من المعايير لاختيار عينة الدراسة من الأطفال وتوضح على الأسس التالية:

- 1- ألا يصاحب السكري أي أمراض مزمنة أخرى
- 2- أن يكون مضي على اكتشاف الإصابة بالسكري أكثر من عام.
- 3- أن يسجل الطفل تحليل هيموجلوبين سكري أكثر من  $(A1c < 8.0)$
- 4- أن تقبل الأسرة تدخل الباحثين معها مهنيًا ومع الطفل.
- 5- أن يكون الطفل المصاب بالسكري (النوع الأول) ملتحق بالتعليم.
- 6- أن يكون كلاً من الزوجين أحياء ومعهم أبناءهم في نفس المنزل.
- 7- إتمام الطفل والأم للدورة التنقيفية عن السكري. (بعبارة السكر).
- 8- تم استبعاد بعض الأطفال كالتالي: وجود أمراض مصاحبة للسكري، تأخر دراسي، تسرب من المدرسة، اضطراب في النطق.

النتائج المتعلقة بوصف أفراد الدراسة (خصائص العينة)

(1) المتوسط والانحراف المعياري لعمر وذكاء العينة الكلية.

1. العمر

جدول (3) المتوسط والانحراف المعياري لعمر العينة من الأطفال المصابين بالسكري

الأطفال المصابين بالسكري (ن=20)		العينة
الانحراف المعياري	المتوسط	المتغير
1.231	10.600	العمر

اتضح من الجدول السابق أن أعمار العينة الكلية من الأطفال المصابين بالسكري تراوحت ما بين (9-12) عامًا.

2- الذكاء

جدول (4) المتوسط والانحراف المعياري لذكاء العينة من الأطفال المصابين بالسكري

الأطفال المصابين بالسكري (ن=20)		العينة
الانحراف المعياري	المتوسط	المتغير
1.468	93.450	الذكاء

اتضح من الجدول السابق أن نسب ذكاء العينة الكلية من الأطفال المصابين بالسكري تراوحت ما بين (90-110)

(2) المتوسط والانحراف المعياري لعمر وذكاء العينة التجريبية والضابطة.

1. العمر

جدول (5) المتوسط والانحراف المعياري للمجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال في العمر

المجموعة الضابطة (ن=10)		المجموعة التجريبية (ن=10)		المجموعة
الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	المتغير
1.269	10.500	1.251	10.700	العمر

2. الذكاء

جدول (6) المتوسط والانحراف المعياري للمجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال في الذكاء

المجموعة الضابطة (ن=10)		المجموعة التجريبية (ن=10)		المجموعة
الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	المتغير
1.577	93.400	1.433	93.500	الذكاء

اتضح من الجدول السابق أن تجانس عينتي الدراسة، حيث إنه لا توجد فروق كبيرة بين متوسط العينة الضابطة (93.400)، ومتوسط العينة التجريبية (93.500) في متغير الذكاء.

وقد قام الباحثون بالتحقق من شروط المجانسة بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بالنسبة للأطفال واتبع الآتي:

(1) التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة عينة الدراسة من الأطفال المصابين بالسكري من النوع الأول:

قام الباحثون بحساب التكافؤ بين المجموعة التجريبية والضابطة في عدة متغيرات من شأنها التأثير في نتائج

الدراسة كالتالي:

1. التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال في العمر: حسب الباحثون التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المصابين بالسكري في العمر باستخدام اختبار مان ويتي اللابارامتري لدلالة الفرق بين المجموعات المستقلة ويحتوي جدول (7) على النتائج التي تم التوصل إليها.  
جدول (7): متوسطا الرتب ومجموعهما وقيمتي (U و Z) ودلالتهما بين الأطفال المصابين بالسكري المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال في العمر

المتغير	المجموعة التجريبية (10=ن)		المجموعة الضابطة (10=ن)		قيمة (Z)	قيمة (U)	مستوى الدلالة
	متوسط رتب درجات	مجموع رتب درجات	متوسط رتب درجات	مجموع رتب درجات			
العمر	11	110	10	100	0.393	45	غير دالة

أظهرت نتائج جدول (7) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أعمار الأطفال المصابين بالسكري في المجموعتين التجريبية والضابطة؛ وهذا يؤكد على تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر.  
2. التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال في الذكاء: حسب الباحثين التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المصابين بالسكري في الذكاء باستخدام اختبار مان ويتي اللابارامتري لدلالة الفرق بين المجموعات المستقلة ويحتوي جدول (8) على النتائج التي تم التوصل إليها.  
جدول (8) متوسطا الرتب ومجموعهما وقيمتي (U و Z) ودلالتهما بين الأطفال المصابين بالسكري المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال في الذكاء

المتغير	المجموعة التجريبية (10=ن)		المجموعة الضابطة (10=ن)		قيمة (Z)	قيمة (U)	مستوى الدلالة
	متوسط رتب درجات	مجموع رتب درجات	متوسط رتب درجات	مجموع رتب درجات			
الذكاء	10.60	106	10.40	104	0.078	49	غير دالة

أظهرت نتائج جدول (8) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال المصابين بالسكري في المجموعتين التجريبية والضابطة في الذكاء؛ وهذا يؤكد على تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في الذكاء.  
3. التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال في مدة الإصابة بالسكري.  
حسب الباحثون التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال في مدة الإصابة بمرض السكري باستخدام اختبار مان ويتي اللابارامتري لدلالة الفرق بين المجموعات المستقلة ويحتوي جدول (9) على النتائج التي تم التوصل إليها.  
جدول (9) متوسطا الرتب ومجموعهما وقيمتي (U و Z) ودلالتهما بين أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال في مدة الإصابة بمرض السكر

المتغير	المجموعة التجريبية (10=ن)		المجموعة الضابطة (10=ن)		قيمة (Z)	قيمة (U)	مستوى الدلالة
	متوسط رتب درجات	مجموع رتب درجات	متوسط رتب درجات	مجموع رتب درجات			
مدة الإصابة بمرض السكر	9.85	98.5	11.15	111.5	0.500	43.50	غير دالة

أظهرت نتائج جدول (9) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال في المجموعتين التجريبية والضابطة في مدة الإصابة بمرض السكري؛ وهذا يؤكد على تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في مدة الإصابة بمرض السكري.

4. التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال في نسبة الهيموجلوبين السكري. حسب الباحثون التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال في نسبة الهيموجلوبين السكري باستخدام اختبار مان ويتني اللابارامتري لدلالة الفروق بين المجموعات المستقلة ويحتوي جدول (10) على النتائج التي تم التوصل إليها. **جدول (10)** متوسطا الرتب ومجموعهما وقيمتي (**U** و **Z**) ودلالتهما بين أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال في نسبة الهيموجلوبين السكري

المتغير	المجموعة التجريبية (ن=10)		المجموعة الضابطة (ن=10)		قيمة (U)	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
	متوسط رتب درجات	مجموع رتب درجات	متوسط رتب درجات	مجموع رتب درجات			
نسبة الهيموجلوبين السكري	10.20	102	10.80	108	47	0.228	غير دالة

أظهرت نتائج جدول (10) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الأطفال في المجموعتين التجريبية والضابطة في نسبة الهيموجلوبين السكري؛ وهذا يؤكد على تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في نسبة الهيموجلوبين السكري.

5. التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال في القياس القبلي للصدود النفسي للأطفال. حسب الباحثون التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المصابين بالسكري في القياس القبلي للصدود النفسي للأطفال باستخدام اختبار مان ويتني اللابارامتري لدلالة الفروق بين المجموعات المستقلة ويحتوي جدول (11) على النتائج التي تم التوصل إليها.

**جدول (11)** متوسطات الرتب ومجموعها وقيم (**U** و **Z**) ودلالتهما بين الأطفال المصابين بالسكري المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي على مقياس الصدود النفسي للأطفال

البعد	تجريبية (ن=10)		ضابطة (ن=10)		قيمة (U)	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
	متوسط رتب درجات	مجموع رتب درجات	متوسط رتب درجات	مجموع رتب درجات			
الكفاءة الذاتية	10.20	102	10.80	108	47	0.242	غير دالة
المساندة الاجتماعية	11.50	115	9.50	95	40	0.822	غير دالة
الصلابة النفسية	10.10	101	10.90	109	46	0.326	غير دالة
الإيمان والصبر	9.30	93	11.70	117	38	0.978	غير دالة
الدرجة الكلية	10.40	104	10.60	106	49	0.079	غير دالة

أظهرت نتائج جدول (11) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال المصابين بالسكري على مقياس الصدود النفسي للأطفال (الكفاءة الذاتية، والمساندة الاجتماعية، والصلابة النفسية، والإيمان والصبر، والدرجة الكلية)، وهذا يؤكد على تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي للصدود النفسي للأطفال.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة: لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي تم جمعها، فقد تم استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة باستخدام البرامج الإحصائية الأتية: (SPSS Version 28)، لتحليل البيانات ومعالجتها.

فيما يلي مجموعة من الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات:

1. معامل ارتباط بيرسون للتأكد من صدق الاتساق الداخلي والصدق البنائي للمقاييس.
2. معادلة سبيرمان - براون لتصحيح طول المقياس.
3. المتوسطات.
4. الانحراف المعياري.
5. اختبار ويلكوكسون للبارامتري لدلالة الفروق بين المجموعات المرتبطة.
6. اختبار مان ويتي للبارامتري لدلالة الفروق بين المجموعات المستقلة.

### نتائج الدراسة

**أولاً: النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى وتفسيرها:** توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المصابين بالسكري في القياس بعد تطبيق البرنامج على مقياس الصمود النفسي للأطفال وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية.

وقد حسب الباحثين اختبار (مان ويتي) للبارامتري لدلالة الفروق بين المجموعات المستقلة للتحقق من صدق هذا الفرض، وجدول (12) يوضح النتائج التي تم التوصل إليها.

**جدول (12)** متوسطات الرتب ومجموعها وقيم (U و Z) بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس بعد تطبيق البرنامج على مقياس الصمود النفسي للأطفال

قيمة (Z)	قيمة (U)	ضابطة (ن=10)		تجريبية (ن=10)		البعد
		مجموع رتب درجات	متوسط رتب درجات	مجموع رتب درجات	متوسط رتب درجات	
3.838**	صفر	55	5.50	155	15.50	الكفاءة الذاتية
3.819**	صفر	55	5.50	155	15.50	المساندة الاجتماعية
3.839**	صفر	55	5.50	155	15.50	الصلابة النفسية
3.905**	صفر	55	5.50	155	15.50	الإيمان والصبر
3.797**	صفر	55	5.50	155	15.50	الدرجة الكلية

\*\* دال عند (0.01)

أظهرت نتائج جدول (12) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المصابين بالسكري في القياس بعد تطبيق البرنامج على مقياس الصمود النفسي للأطفال بأبعاده المختلفة (الكفاءة الذاتية، والمساندة الاجتماعية، والصلابة النفسية، والإيمان والصبر، والدرجة الكلية)؛ وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية.

ولمزيد من التأكيد على هذه النتائج حسب الباحثين المتوسطات والانحرافات المعيارية للمجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المصابين بالسكري في القياس بعد تطبيق البرنامج على مقياس الصمود النفسي للأطفال، وجدول (13) يبين ذلك:

**جدول (13) المتوسطات والانحرافات المعيارية للمجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المصابين بالسكري على مقياس الصمود النفسي للأطفال في القياس بعد تطبيق البرنامج**

المجموعة الضابطة (ن=10)		المجموعة التجريبية (ن=10)		البعد
الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
0.737	9.901	0.994	21.100	الكفاءة الذاتية
0.875	10.900	1.197	22.101	المساندة الاجتماعية
0.738	10.100	0.948	21.300	الصلابة النفسية
0.516	9.400	0.707	20.500	الإيمان والصبر
<b>1.888</b>	<b>40.301</b>	<b>2.160</b>	<b>85.001</b>	الدرجة الكلية

أظهر جدول (13) ارتفاع متوسطات درجات المجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة في القياس بعد تطبيق البرنامج على مقياس الصمود النفسي للأطفال بأبعاده المختلفة (الكفاءة الذاتية، والمساندة الاجتماعية، والصلابة النفسية، والإيمان والصبر، والدرجة الكلية)، مما يؤكد على تحقق صدق الفرض الأول.

وقد يرجع ذلك إلى الأنشطة التي تم استخدامها لتحسين الصمود النفسي للأطفال المصابين بالسكري ومكوناته، وهذا أدى إلى الاختلاف بين درجات المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس الصمود النفسي للأطفال المصابين بالسكري، فقد تعرض أفراد المجموعة التجريبية لجلسات البرنامج المعرفي الصحي وأنشطته المختلفة، بينما لم تتعرض المجموعة الضابطة، ويتفق ذلك مع نتائج دراسة (علاء عبد العظيم، 2015) والتي أشارت إلى أن البرنامج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد، أدى إلى تحسن المرونة النفسية لدى المجموعة التجريبية، حيث أظهرت الدراسة وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس المرونة الأسرية ككل لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

وقد يعزى نجاح البرنامج إلى تنوع الأنشطة ما بين أنشطة جماعية وقصصية وفنية وحركية، والتي أكدت الدراسات جودها ودورها الفعال في تحسين الصمود النفسي وأبعاده (الكفاءة الذاتية، والمساندة الاجتماعية، والصلابة النفسية، والإيمان والصبر، والدرجة الكلية).

ويتضح مما سبق أن تعرض المجموعة التجريبية للأنشطة المختلفة للبرنامج وبقاء الضابطة دون تدخل أدى إلى تحسن درجات المجموعة التجريبية على مقياس الصمود النفسي للأطفال المصابين بالسكري بينما ظلت المجموعة الضابطة كما هي دون تحسن.

**ثانياً: النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية وتفسيرها:** توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية من الأطفال المصابين بالسكري في القياسين قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الصمود النفسي للأطفال وذلك في اتجاه القياس البعدي.

وقد حسب الباحثون اختبار (ويلكوكسون) اللابارامتري لدلالة الفروق بين المجموعات المرتبطة للتحقق من صدق هذا الفرض، وجدول (14) يوضح النتائج التي تم التوصل إليها.

**جدول (14)** متوسطات الرتب ومجموعها وقيم (**W** و **Z**) بين المجموعة التجريبية ( $n=10$ ) في القياسين قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الصمود النفسي للأطفال

البعد	قياس قبلي		قياس بعدي		قيمة (Z)	قيمة (W)
	متوسط رتب	مجموع رتب	متوسط رتب	مجموع رتب		
الكفاءة الذاتية	صفر	صفر	5.50	55	2.859**	صفر
المساندة الاجتماعية	صفر	صفر	5.50	55	2.823**	صفر
الصلابة النفسية	صفر	صفر	5.50	55	2.829**	صفر
الإيمان والصبر	صفر	صفر	5.50	55	2.831**	صفر
الدرجة الكلية	صفر	صفر	5.50	55	2.842**	صفر

\*\* دال عند (0.01)

أظهرت نتائج جدول (14) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية من الأطفال المصابين بالسكري في القياسين قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الصمود النفسي للأطفال (الكفاءة الذاتية، والمساندة الاجتماعية، والصلابة النفسية، والإيمان والصبر، والدرجة الكلية)؛ وذلك في اتجاه القياس البعدي. ولمزيد من التأكيد على هذه النتائج حسب الباحثين المتوسطات والانحرافات المعيارية للمجموعة التجريبية من الأطفال المصابين بالسكري في القياسين قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الصمود النفسي للأطفال، وجدول (15) يبين ذلك:

**جدول (15)** المتوسطات والانحرافات المعيارية للمجموعة التجريبية ( $n=10$ ) من الأطفال المصابين بالسكري على مقياس الصمود النفسي للأطفال في القياسين قبل وبعد تطبيق البرنامج

البعد	قياس قبلي		قياس بعدي	
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري
الكفاءة الذاتية	9.800	0.788	21.100	0.994
المساندة الاجتماعية	10.900	0.875	22.101	1.197
الصلابة النفسية	10.100	0.737	21.300	0.948
الإيمان والصبر	9.001	0.666	20.500	0.707
الدرجة الكلية	39.801	1.813	85.001	2.160

أظهرت نتائج جدول (15) ارتفاع متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس بعد تطبيق البرنامج عن القياس قبله على مقياس الصمود النفسي للأطفال (الكفاءة الذاتية، والمساندة الاجتماعية، والصلابة النفسية، والإيمان والصبر، والدرجة الكلية)؛ مما يؤكد على تحقق صدق الفرض الثاني.

وقد يرجع ذلك إلى الأنشطة التي تم استخدامها لتحسين الصمود النفسي لدي الأطفال المصابين بالسكري ومكوناتها والتي تنوعت ما بين تنمية الجانب المعرفي لدي الأطفال وذلك من خلال عرض للمفاهيم المتعلقة بالصمود النفسي والإرشاد الجماعي، والتي تمثلت في المناقشة، الحوار الذاتي، التحليل والمعرفة، التخيل، إعادة البناء المعرفي، حل المشكلات، ملاحظة الذات، التفسير، الإقناع، طرح البدائل، توجيه الأسئلة، والواجب المنزلي، إلى جانب تنمية الجانب الوجداني وذلك من خلال عرض بعض النماذج الناجحة، وذلك لحث عينة الدراسة علي الاقتداء بهم.

والجانب السلوكي الذي يركز على سلوكيات الأطفال المصابين بالسكري المحبطة ومحاولة تعديلها من خلال مساعدتهم على تنمية الجوانب الإيجابية لديهم، والتي تمثلت في انتقال الخبرة، لتشجيع الطفل علي المقاطعة أثناء إلقاء القصص، التدعيم الذاتي، التغذية الراجعة، والتعزيز الإيجابي، والاستراتيجيات الاجتماعية والتي تمثلت في الحث والتشجيع، النمذجة، المشاركة، السيكو دراما، الاستماع الجيد، التوجيه اللفظي، والمساندة الاجتماعية.

اعتمد الباحثون علي استخدام أفلام الكرتون: وهي تعد إحدى الوسائل التربوية التي تؤثر بشكل كبير علي الأطفال حيث إنها وسيلة محببة للأطفال فتتمس حواسهم، كحاسة البصر فتكون ذات تأثير نتيجة لمؤثرات الحركة والألوان التي تقوم عليها، وكذلك الشخصيات المتنوعة التي تجذب انتباههم ومنها: كارتون الالتزام، وفيلم كابتن ماجد، كما راع الباحثون أن تكون الأنشطة المقدمة تثير في نفسية الطفل البهجة والسعادة وأن تكون محببة له حتي تكون الأنشطة دافع لاستمراره في الجلسات ومحفزة علي الإنجاز، كم راع وجود معززات تقدم للأطفال والتي ساعدت علي تدعيم السلوكيات الإيجابية وكانت معززات مادية واللعب وأيضاً في صورة معززات معنوية ككلمات الثناء والشكر ولقد كانت مفيدة في تدعيم السلوك وأثارت البهجة والسرور وحسنت ثقة الطفل بنفسه.

كما راع الباحثين أن يكون هناك تقويم مستمر مباشر لكل جلسة مما مكن الباحثين من معرفة مدي تحقق هدف كل نشاط ومدي تنميته للمكون القائم عليه، وذلك من خلال مناقشة الأطفال في القصص وتمثيلهم لها ورسم الشخصيات وتلوونها، كما راع استمرار أثر النشاط مع الأطفال حتى الجلسة المقبلة وكان ذلك عن طريق الواجب المنزلي.

كما ساعد صغر حجم العينة علي تمكين الأطفال من ممارسة مواقف وأنشطة البرنامج حيث أُتيحت الفرصة لجميع الأطفال مع الباحثين ومع الأطفال الآخرين والاشتراك في الأنشطة التي كانت تقدم لهم.

**ثالثاً: النتائج المتعلقة بالفرضية الرئيسية الثالثة وتفسيرها:** توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المصابين بالسكري في القياس بعد تطبيق البرنامج في نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم في اتجاه المجموعة التجريبية.

وقد حسب الباحثون اختبار (مان ويتي) اللابارمترية لدلالة الفروق بين المجموعات المستقلة للتحقق من صدق هذا الفرض، وجدول (16) يوضح النتائج التي تم التوصل إليها.

**جدول (16)** متوسطا الرتب ومجموعهما وقيمتي (U و Z) بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس بعد تطبيق البرنامج في نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم

المتغير	تجريبية (ن=10)		ضابطة (ن=10)		قيمة (U)	قيمة (Z)
	متوسط رتب	مجموع رتب	متوسط رتب	مجموع رتب		
نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم	5.50	55	15.50	155	صفر	3.819**

\*\* دال عند (0.01)

أظهرت نتائج جدول (16) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المصابين بالسكري في القياس بعد تطبيق البرنامج في نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم؛ وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية.

ولمزيد من التأكيد على هذه النتائج حسب الباحثون المتوسطين والانحرافين المعياريين للمجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المصابين بالسكري في القياس بعد تطبيق البرنامج في نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم، وجدول (17) يبين ذلك:

**جدول (17)** المتوسطان والانحرافان المعياريان للمجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال مرضى السكري في نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم في القياس بعد تطبيق البرنامج

المجموعة الضابطة (ن=10)		المجموعة التجريبية (ن=10)		المتغير
الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
0.585	8.730	0.737	4.900	نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم

أظهر جدول (17) انخفاض متوسطات درجات المجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة في القياس بعد تطبيق البرنامج في نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم، مما يؤكد على تحقق صدق الفرض الثالث قد يرجع ذلك إلى الأنشطة المطبقة من خلال البرنامج والتي تضمنت مجموعة من العمليات الأساسية التي ساعدت علي تحسين الصمود النفسي، فعملية التقبل والرضا عن الوضع الحالي والاختلاف الذي يشعر به الطفل مريض السكري جسميا وصحيا، ساعدهم في تحسين الصلابة النفسية، حيث شعر الأطفال من خلال جلسات البرنامج بأنه أشخاص أقوياء قادرين على حل المشكلات والتعامل مع المشاعر من خلال الأفكار التي تؤدي إلى هذه المشاعر باستخدام النمذجة وتقديم المعارف.

فالصمود النفسي يتكون في أحد أجزائه من الصلابة النفسية والتي تساعد في السيطرة والتحكم للذات وللواقف والتعامل معها، حيث إن من العوامل التي تدعم وتحسن الصمود النفسي ما هو مرتبط بأفراد العينة وتقبلهم للمرض، ومنها ما هو مرتبط بالبيئة المحيطة بهم مثل الأسرة والعلاقات مع الأصدقاء والثقة في الآخرين.

وفي جانب الصلابة النفسية فقد أعد الباحثون بعض الاستراتيجيات الخاصة بتحسين الصلابة النفسية، ومنها عرض القصص التي تنمي فكرة التحلي بالصبر والتخطي الصعاب، كتحديد نموذج "طه حسين" كنموذج يحتذى به، كما اعتمد في مكون التحلي بالصبر والإيمان على سرد بعض القصص والمواقف التي تنمي لدي الطفل فكرة الصبر على المحن والشدائد. رابعا: النتائج المتعلقة بالفرضية الرئيسية الرابعة وتفسيرها: توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية من الأطفال المصابين بالسكري في القياسين قبل وبعد تطبيق البرنامج في نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم في اتجاه القياس البعدي.

وقد حسب الباحثين اختبار (ويلكوكسون) اللابارامتري لدلالة الفروق بين المجموعات المستقلة للتحقق من صدق هذا الفرض، وجدول (18) يوضح النتائج التي تم التوصل إليها.

**جدول (18)** متوسطا الرتب ومجموعهما وقيمتي (W و Z) بين المجموعة التجريبية (ن= 10) في القياسين قبل وبعد تطبيق البرنامج في نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم

المتغير	قبلي		بعدي		قيمة (W)	قيمة (Z)
	متوسط رتب	مجموع رتب	متوسط رتب	مجموع رتب		
نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم	5.50	55	صفر	صفر	صفر	2.810**

\*\* دال عند (0.01)

أظهرت نتائج جدول (18) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية من الأطفال المصابين بالسكري في القياسين قبل وبعد تطبيق البرنامج في نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم؛ وذلك في اتجاه القياس البعدي.

ولمزيد من التأكيد على هذه النتائج حسب الباحثون المتوسطين والانحرافين المعياريين للمجموعة التجريبية من الأطفال المصابين بالسكري في القياسين قبل وبعد تطبيق البرنامج في نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم، وجدول (19) يبين ذلك:

**جدول (19):** المتوسطان والانحرافان المعياريان للمجموعة التجريبية من الأطفال المصابين بالسكري (ن = 10) في نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم في القياسين قبل بعد تطبيق البرنامج

القبلي		البعدي		المتغير
المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
8.750	0.800	4.900	0.737	نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم

أظهر جدول (19) انخفاض متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي عن القياس القبلي لتطبيق البرنامج في نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم، مما يؤكد على تحقق صدق الفرض الرابعة. وقد يرجع ذلك إلى تنوع أنشطة البرنامج في الجزء الخاص بتحسين الكفاءة الذاتية للأطفال، والمساندة الاجتماعية، وتنمية الجانب الروحي من خلال التحلي بالإيمان والصبر، وهي عوامل تساعد الطفل على تحسين ثقته بنفسه، وهو ما يؤدي إلى ارتفاع مستوي الصمود النفسي لدي الطفل، وبالتالي يؤثر على الصحة الجسمية للطفل، ويساعد في انخفاض مستوي القلق والتوتر تجاه المرض ومضاعفاته، وهو ما يؤدي إلى تحسين مستويات السكري في الدم، حيث أن القلق والتوتر والخوف من المضاعفات عوامل نفسية لها تأثير على الصحة الجسمية خاصة لدي الأطفال أصحاب الأمراض المزمنة، فهي عوامل تتسبب في تدهور الحالة الصحية لهم.

حيث راع الباحثون في البرنامج المعرفي الصحي المقدم لهؤلاء الأطفال عرض القصص التي تنمي القدرة على مواجهة المشكلات وحلها، إلى جانب طرح مواقف ومحاولة حلها من خلال وجهة نظر الأطفال أنفسهم، إلى جانب عرض أفلام الكرتون والتي تحوي مشكلات يتعرض لها أبطال الأفلام ويجب عليهم حلها.

لذلك قد يساعد التدريب على حل المشكلات الأطفال الصغار المصابين بأمراض مزمنة على مواجهة الألم والمشاكل المتعلقة بمرضهم ومساعدتهم على تطوير توجههم من شأنه "تسليحهم" بأداة في التخلص من مسار المرض وتجاوز مرضهم، ومنعطفاته غير المتوقعة، لسنوات قادمة، وفي تجربتنا، يمكن أن يؤدي اعتماد نهج حل المشكلات إلى تسهيل التأقلم، لأنه قد يعمل على تقليل التأقلم القائم على العاطفة، مما قد يزيد عن غير قصد من القلق والاستجابات السلبية لدى الأطفال الذين يتعاملون مع الأمراض والألم المرتبط بالأمراض أو الإجراءات الطبية. إن التأقلم الإيجابي أمر بالغ الأهمية للأطفال المصابين بأمراض مزمنة. أفاد (Compas et al.) أن التأقلم كان مجموعة من الجهود الهادفة والمتعمدة لتنظيم الذات والبيئة في مواجهة الإجهاد. على هذا النحو، فإن وجود توجه لحل المشكلات يؤكد على الجهد الإرادي الذي قد يسهل التأقلم. أظهر كوين وآخرون (1995) أن مهارات حل المشكلات يمكن أن تقلل من التوتر وتحسن التكيف للأطفال في المناطق الحضرية. تألف برنامجهم من (12) جلسة تم فيها تقسيم (36) طفلاً من

الصف (4-6) إلى مجموعات من خمسة إلى ثمانية أطفال. أكد منهج البرنامج على نهج حل المشكلات، حيث يقوم قادة المجموعة بتعليم المشاركين فهم مشاعرهم، وأخذ وجهات نظر الآخرين، وحل المشكلات الاجتماعية، والتعامل مع المشكلات غير القابلة للحل، وتطوير احترام الذات، ونعتقد أن هذه المفاهيم الأساسية يمكن تطبيقها على التعامل مع الألم والإجراءات.

ان فهم الوضع العائلي ومشاعر الوالدين والتفكير في كيفية حل المشكلات المتعلقة بالتواصل مع الأطباء والممرضات والمهنيين الصحيين (المشكلات الاجتماعية)؛ والتفكير في التعامل مع المشاكل غير القابلة للحل المتعلقة بالمرض (على سبيل المثال، الإجراءات الطبية المؤلمة)؛ وبناء مشاعر إيجابية لدى. حول مهارات التأقلم لدى المرء ينتج عنه تحسين احترام الذات، وقد وجد كوين وآخرون (1995) أن برنامجهم أدى إلى تغييرات إيجابية للأطفال في المناطق الحضرية. أشار تقييم قبل وبعد جلسات البرنامج ال (12) إلى تحسينات كبيرة في قدرات الأطفال على حل المشكلات، ومشاعر الفعالية الذاتية، وأشارت النتائج إلى انخفاض مستويات القلق. وقد تعمل برامج الوقاية المماثلة على تحسين الأطفال المصابين بأمراض مزمنة ضد الإجهاد وتعليمهم التأقلم الإيجابي الذي من شأنه أن يحمهم من الاكتئاب والقلق والشك في الذات، الأمر الذي من شأنه أن يعوق أداءهم وبالتالي يقلل من القدرة على الصمود.

قد يعتمد الأطفال الذين يواجهون إجراءات المستشفى على أفراد الأسرة الآخرين، وخاصة الآباء، للحصول على الدعم ويقدم الآباء الرعاية والدعم العاطفي، بالإضافة إلى تقديم الدعم المادي من خلال إعطاء الأدوية وأخذ الأطفال إلى المواعيد والمساعدة في التعافي من المرض.

قد يؤدي الدعم المقدم من الأشقاء أيضا إلى تعزيز تأقلم الأطفال ويمكن أن يكون الأشقاء شركاء في اللعب، ويمكنهم تقديم التشجيع والصدقة، والتي قد تكون مهمة بشكل خاص عندما يكون الأطفال في المستشفى ومنفصلين جسديا عن الأصدقاء، الأشقاء هم أصدقاء يزورون المستشفى ويساعدون في تخفيف عبء الوالدين من خلال تقديم المساعدة في الرعاية الطبية للطفل الذي يواجه مرضا.

على هذا النحو، غالبا ما يشكل الآباء والأشقاء شبكة دعم، ومع ذلك فإنه تجدر الإشارة إلى أن تأقلم الأشقاء يحتاج إلى مراقبة، لأنهم يمكن أن يعانون من التوتر والقلق فيما يتعلق بدخول أحيهم أو أختهم إلى المستشفى بالإضافة إلى ذلك، أشارت ملاحظتنا إلى أنه عندما يتم إدخال الطفل إلى المستشفى، فإن أفراد الأسرة الآخرين، مثل الأجداد والعمات والأعمام، غالبا ما يدعمون من خلال الزيارات الشخصية والبطاقات والمكالمات الهاتفية. قد تضيف المزيد من الأبحاث حول الطبيعة الراقية لدعم الأسرة الممتدة إلى الأدبيات التي تساعدنا على فهم الدعم الأسري الوقائي لطفل مصاب بمرض مزمن. (Nabors, L Resilient Children Nurturing Positivity and Well-Being Across. 2021).

إلى جانب ذلك فقد أثبتت العديد من الدراسات أن الجانب الروحي له تأثير واضح على خفض الضغط النفسي مما يؤدي إلى رفع مناعة الجسم لتصدي للأمراض، ولذا ازداد الاهتمام بالجانب الروحي لدى المصابين بالأمراض الحادة والأمراض المزمنة، إذ تبين حوالي (200) دراسة الترابط بين العامل الروحي والنواحي الصحية أن هناك ارتباط إيجابي من بينها دراسة أجريت علي(232) شخصاً تعرضوا لعمليات جراحة القلب المفتوح، تبين إثرها أن الأشخاص الذين يؤمنون بالله وينقبولون قدرهم تماثلوا للشفاء أسرع من غيرهم، وفي دراسة أخرى علي مجموعة من مصابات سرطان الثدي متقدم، خلصت الدراسة إلي وجود ارتباط موجب بين نشاط الجهاز المناعي والتدين من الناحيتين الاعتقادية الروحية والعملية(السلوكية)، فقد حاول العلماء الذين قاموا بدراسات ربطت بين الجانب الروحي والمناعة تفسير ذلك بأن التدين يساعد علي التقليل من الضغط النفسي لدي الفرد، مما يرفع من جهاز المناعة وينعكس ذلك علي تحسين وضعه الصحي، فالأديان تتضمن جملة من الممارسات والمعتقدات الفكرية التي تساعد علي خفض الضغط والقلق والإحباط والمشاعر السلبية لدي الإنسان مثل: التسليم بالقضاء والقدر في المصائب، والاستبشار بالأجر الذي يلحق الإنسان جزاء الصبر علي مصائب الحياة في جميع النواحي الاقتصادية، الصحية.

كما اتفقت النتيجة الحالية مع دراسة (Rebecca Thompson, 2014Deborah Christie,) والتي أظهرت أن جلسات البرنامج التعليمي الخاصة بالدراسة قد ساعدت الأطفال على التحكم في نسبة السكري في الدم، كما أشارت إلى أن الأطفال الذين حصلوا على نسبة أعلى من قياسات سكري الدم هم الأقل حضوراً للبرنامج. كما اتفقت مع دراسة (Mozhdeh Saghaeia, Pouya Omidia, 2017) والتي أظهرت أنه بعد التدخل بالبرنامج المطبق من خلال الدراسة انخفض مستوى السكري في الدم في المجموعة التجريبية (HbA1C). دراسة شرافي وآخرون (2015) والتي أظهرت أن التدريب مع التركيز على تقاسم المسؤوليات بين المراهقين المصابين بداء السكري من النوع الأول وأسرهم، مفيداً لتوفير حياة صحية والتزام أفضل بالنظام، تحسنت دقة إدارة مقدمي الرعاية والمراهقين الذين يعانون من T1DM في اختبار نسبة الجلوكوز في الدم، أدى التدخل التدريبي إلى تحسين إدارة الأنسولين لدى المراهقين وتعديل جرعة الأنسولين ومراقبة مقدم الرعاية والإشراف على أداء المراهقين الذين يعانون من T1DM.

### نتائج عامة

يمكن تفسير نتائج الدراسة في ضوء أهداف الدراسة حيث أوضحت النتائج فعالية البرنامج المعرفي الصحي في تحسين الصمود النفسي لدى الأطفال المصابين بالسكري، ارتفاع متوسطات درجات المجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة في القياس بعد تطبيق البرنامج على مقياس الصمود النفسي للأطفال بأبعاده المختلفة، ارتفاع متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس بعد تطبيق البرنامج عن القياس قبله على مقياس الصمود النفسي للأطفال؛ انخفاض متوسطات درجات المجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة في القياس بعد تطبيق البرنامج في نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم، انخفاض متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي عن القياس القبلي لتطبيق البرنامج في نسبة الهيموجلوبين السكري في الدم.

وفي ضوء تحسين الصمود النفسي لدى الأطفال نجد أن هذه العوامل قد ساهمت في إنجاح البرنامج المعرفي الصحي

1. حاجة الأطفال المستمرة للمساندة النفسية.
2. مراعاة المبادئ الأساسية للإرشاد الجماعي.
3. مراعاة المبادئ الواجبة في أولى جلسات البرنامج.
4. التقييم المستمر خلال فترة تطبيق البرنامج.
5. المناخ النفسي العام الذي حققه البرنامج المعرفي الصحي.
6. تعليقات الأطفال وأمهاتهم ورأيهم حول البرنامج المقدم لهم.

### الخلاصة

هدفت الدراسة الى تحسين الصمود النفسي لدى عينة من الأطفال المصابين بالسكري من النوع الأول في مرحلة الطفولة المتأخرة، و تدريبهم على سلوكيات تساعدهم على التغلب على الضغوط والمشكلات اليومية التي يتعرضون لها واستخدمت الدراسة برنامج الصمود النفسي للأطفال المصابين بالسكري النوع الأول والذي كانت أبعاده الكفاءة الذاتية والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية والإيمان والصبر ومن خلال استخدام أدوات القياس قي الدراسة أظهرت النتائج التالية تحسن الصمود النفسي لدى أطفال المجموعة التجريبية وتحسين مستويات الهيموجلوبين السكري

وقد ساهمت في تحسين قدره الأطفال المصابين بالسكري العديد من القدرات مثل القدرة علي تحطى التحديات والفخر بالإنجازات التي حققها والرضا عن الذات و النجاح في تكوين علاقات جديدة واستمرار علاقاتهم مع الآخرين ووجود روح التعاون والتعاطف معهم داخل البيئة التي ينتمون إليها، مع بذل المزيد من الجهد لإتمام العمل بصورة جيدة والاستمرار والتحدى في العمل للتغلب علي المشكلات والتحديات التي تواجههم والتحلي بالصبر والأخلاق، مما ساعد في تحسين نسبة الهيموجلوبين السكري والتعايش مع السكري بشكل امن واتقاء المضاعفات على المدى البعيد.

### توصيات الدراسة

1. توصي الدراسة بضرورة الاهتمام بالأطفال ذوي الأمراض المزمنة، وخاصة المصابين بالسكري وألا يقتصر الأمر على ذوي الإعاقات الظاهرة، خاصة أن هناك بعض الباحثين صنف المصابين بالسكري بفئات معاقة.
2. الحرص على تطوير البرنامج المقترح والذي ثبتت فعاليته لدى أفراد العينة المستهدفة، بحيث يواكب آخر المستجدات في مجال العلاج المعرفي السلوكي.
3. تطوير بروتوكول التعاون مع الوزارات المعنية مثل وزارة الشباب والرياضة ووزارة الثقافة بإقامة ورش عمل وندوات ولقاءات رياضية بهدف تحسين الصمود النفسي لدى الأطفال المصابين بالسكري وأمهاتهم.
4. التعاون مع المستشفيات الجامعية والتأمين الصحي بهدف تعميم البرنامج مع وحدات السكر التابعة لهذه الأماكن.

### المراجع

- البحيري، محمد رزق، (2011) تباين الصمود النفسي بتباين بعض المتغيرات لدي عينة من الأيتام بطبئي التعلم، المجلة المصرية للدراسات النفسية، (21) 70.
- محمد حسن غانم، (2010) علم النفس البيئي، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر، ص 94
- Craig M. E., Jefferies C., Dabelea D., Balde N., Seth A., Donaghue K. C. (2014). Definition, epidemiology, and classification of diabetes in children and adolescents. *Pediatr Diabetes* 19 (Suppl 27):7–19.
- Dan Luo, Xue Cai, Hong Wang et al. (2024). An ecological resilience model for adolescents with type 1 diabetes: a cross-sectional study *BMC Psychiatry* volume 24, Article number: 263.
- Deborah Christie, Rebecca Thompson, Mary Sawtell, Elizabeth Allen, John Cairns, Felicity Smith, Elizabeth Jamieson, Katrina Hargreaves, Anne Ingold, Lucy Brooks, Meg Wiggins, Sandy Oliver, Rebecca Jones, Diana Elbourne, Andreia Santos, Ian C K Wong, Simon O'Neill, Vicki Strange, Peter Hindmarsh, Francesca Annan, and Russell Viner, (2014). Structured, intensive education maximising engagement, motivation and long-term change for children and young people with diabetes: a cluster randomized controlled trial with integral process and economic evaluation -study, [Health Technol Assess.](#)
- Esti Iturralde1, Korey K. Hood, Jill Weissberg-Benchell, Barbara J. Anderson, Marisa E. Hilliard, (2019). Assessing strengths of children with type 1 diabetes: Validation of the Diabetes Strengths and Resilience (DSTAR) measure for ages 9 to 13, *Pediatr Diabetes*. Author manuscript; available in PMC 2020 July 06. *Pediatr Diabetes*.

- Elizabeth J. Mayer-Davis, David M. Maahs, M. D., Michael Seid, Jamie Crandell, Franziska K. Bishop, Kimberly A. Driscoll, Christine M. Hunter, Jessica C. Kichler, Debra Standiford, and Joan M. Thomas, (2018). The Flexible Lifestyles Empowering Change (FLEX) Intervention for Adolescents with Type 1 Diabetes: Randomized Clinical Trial Results for Effect on Metabolic Status, Diabetes Related Behaviors, and Quality of Life, *Lancet Child Adolescent Health*.
- Fatemeh Jalayer , Mohammad Hatami , Hadi Hashemi Razini , Rita Liyaghat (2022). Comparing the Effectiveness of Compassion focused therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Emotional Schemas and Resilience in Patients with Diabetes, *Razavi International Journal of Medicine*, 2022.
- Goldstein, S., & Brooks, R. B., Crenshaw, D. A. (2023). *Handbook of Resilience in Children USA Third Edition* Springer.
- International Diabetes federation (IDF) (2010) *Diabetes Atlas*.
- International Diabetes federation (IDF) (2021) *Diabetes Atlas 2021 – 10<sup>th</sup> edition*.
- Jackson C. DeAngelis, (2006). Theme Issue on Chronic Diseases in Infants, Children, and Young Adults, *JAMA* (296).
- James S, Ashwill J, Droske S. (2002). *Nursing Care of Children Principles and Practice*, 2<sup>nd</sup> ed. USA: W.B. Saunders Company.
- Judith A. Schilling M. (2008). *Straight as in Pediatric Nursing*, 2<sup>nd</sup> ed. New York, London, Philadelphia: Lippincott Company.
- McCubbin, H. L., & Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage and Family Review*, 6, 7–37
- Mozhdeh Saghaeia, Pouya Omidia, Elham Hashemi Dehkordib, Parvin Safavic, (2017). The effectiveness of cognitive-function stress management training in glycemic control in children and in mental health of mother caring for child with type 1 diabetes mellitus, *Diabetes & Metabolic Syndrome*.
- Nabors, L. (2021). *Resilient Children Nurturing Positivity and Well-Being Across Development*, Springer, 145-159.
- Özlem Kara, Mehmet Erdem Uzun, Relationship Between the Anxiety and Depression Levels of Children with Type 1 Diabetes and The Resilience and Coping Attitudes of Their Parents, *Ankara Med Journal*, 2020;(4):814-824.
- Walsh, F. (2003a). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42(1), 1–18.
- World health organization8(2019): from:  
<http://www.emro.who.int/egy/programmes/noncommunicable-diseases.html>.

# THE EFFECTIVENESS OF A HEALTHY COGNITIVE PROGRAM TO IMPROVE PSYCHOLOGICAL RESILIENCE IN CHILDREN WITH DIABETES

**Mohammed A. Mohammed** <sup>(1)</sup>; **Mohammed R. AL- Behairy** <sup>(2)</sup>; **Mona H. EL Samahy** <sup>(3)</sup>  
1) Faculty of Graduate Studies and Environmental Research, Ain Shams University  
2) Faculty of Postgraduate Studies of Childhood, Ain Shams University 3) Faculty of  
Medicine, Ain Shams University.

## ABSTRACT

This study aimed to improve the psychological resilience of a sample of children with type 1 diabetes in late childhood. The study standards were applied and the program for improving the psychological resilience of children with type 1 diabetes was used (prepared by: researchers). The results showed that children with high resilience to type 1 diabetes achieved better results in blood sugar levels within the required target and enjoyed a better quality of life. The results of this study also indicated higher average scores for the experimental group than the control group in the measurement after applying the program on a scale. The psychological resilience of the children in relation to the experimental group, the increase in the average scores of the experimental group in the post-measurement on the psychological resilience scale, the presence of statistically significant differences between the average ranks of the scores of the experimental group of children with diabetes in the two measurements before and after applying the program in the percentage of glycated hemoglobin in the blood, in the trend of the post-measurement: the average scores of the experimental group in the post-measurement decreased compared to the pre-measurement for the application of the program in the percentage of glycated hemoglobin in the blood.

**Keywords:** Psychological resilience, Diabetes, Program.