تقبل المرض وعلاقته بالتفاؤل والتشاؤم ونوعية الحياة لدى مرضى السكر من طلاب المرحلة الثانوية بالكويت

لولوه عبدالله الحردان
وزارة التربية والتعليم
دولة الكويت

د. حصة عبدالرحمن النصار
كلية العلوم الاجتماعة - جامعة الكويت
دولة الكويت

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى دراسة العلاقة بين تقبل المرض والتفاؤل والتشاؤم ونوعية الحياة لدى مرضى السكري من النوع الأول، والكشف عن الفروق بين الجنسين في متغيرات الدراسة. وأجريت الدراسة على عينة متاحة قوامها ١٧١ طالباً وطالبة (٧٨ ذكوراً، و٩٣ إناثاً) من مرضى السكري من النوع الأول من طلاب المدارس الثانوية الحكومية في دولة الكويت وتراوحت أعمارهم من (١٥ إلى ٢٤ سنة) بمتوسط عمري (١٦,٥ سنة). وتم تطبيق مقياس تقبل المرض (إعداد فيلتون وزملائها، ١٩٨٤؛ ترجمة بدر الأنصاري، غير منشور)، ومقياس القائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم (إعداد أحمد عبد الخالق، ١٩٩٦)، ومقياس نوعية الحياة الخاص بمرض السكري (إعداد آلان جيكوبسون، Jacobson, 1994، ترجمة تغريد الشطي، ٢٠١٢)، وقامت الباحثتان بالتحقق من ثبات وصدق هذه المقاييس ووجدت أنها تتمتع بمعاملات ثبات وصدق مرتفعة. وأسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث من عينة البحث في تقبل المرض، والتفاؤل والتشاؤم، ونوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري (الدرجة الكلية والعوامل المكونة له)، في حين وجدت علاقة ارتباطية موجبة بين تقبل المرض والتفاؤل، وعلاقة ارتباطية سالبة بين تقبل المرض والتشاؤم، وكذلك علاقة ارتباطية سالبة بين تقبل المرض ونوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري (الدرجة الكلية والعوامل المكونة له)، وقد تم مناقشة النتائج في ضوء أدبيات البحث والدراسات السابقة ذات الصلة.

مقدمة

التقبل بوجه عام من أصعب الأمور التي يجب على الفرد القيام بها في حياته، فليس من السهل تقبل فقدان شخص عزيز، أو تقبل حدوث تغير في الحياة المهنية، أو من الناحية الاجتماعية (طلاق)، أو من الناحية الصحية تقبل الإصابة بمرض مزمن قد يلازم الفرد طوال حياته كمرض السكري.

ويعتبر مفهوم تقبل المرض Acceptance of illness من المفاهيم التي حظيت باهتمام كبير في الدراسات التي أجريت على المرضى المصابين بالأمراض المميتة Terminal illness والأمراض المزمنة Chronic illness (Kiely, 1989)، وتُعرف الأمراض المميتة بالأمراض التي سوف تؤدي إلى وفاة المريض بغض النظر عن أي تدخل للعلاج الطبي لذلك تتجه البحوث التي تناولت الأمراض المميتة إلى دراسة تقبل المرض كوجهة نظر للفقدان والحزن Grief نتيجة لمعرفة المريض بأن مرضه سوف يؤدي إلى الموت ولا يوجد علاج له (Stuifbergen et al., 2008).

أما الأمراض المزمنة فهي أمراضٌ تدوم فترات طويلة وتتطوّر بصورة بطيئة عموما، وَمن أمثلتها أمراض القلب، والسكتة الدماغية، والسرطان والأمراض التنفسية المزمنة، والسكري Diabetes. وتأتي هذه الأمراض في مقدمة الأسباب الرئيسة للوفاة في شتى أنحاء العالم، إذ تقف وراء ٦٣٪ من مجموع الوفيات (WHO, 2016).

وعند استقراء التراث النفسي نجد أن مفهوم تقبل المرض ظهر في الخمسينات من القرن الماضي، حيث كان مرتبطاً بالفقدان والحزن وبعدها ظهرت مقاييس تقيس تقبل الفقدان مثل مقياس تقبل الإعاقة عام ١٧١٩، وفي وقت لاحق اعتبر تقبل المرض استراتيجية للمواجهة أو مهمة تكيفية للمرض فظهرت مقاييس المواجهة والتكيف مثل المقياس الشهير لتقبل المرض الذي وضعته " باربرا فيلتون" وزملاؤها والمستخدم في الدراسة الحالية (Felton, Revenson & Hinrichsen, 1984) وتزخر قواعد البيانات بكم هائل من البحوث التي تناولت مفهوم تقبل المرض وعلاقته بالعديد من الأمراض المزمنة حيث أكدت هذه الدراسات أهمية تقبل المرض في الشفاء والتكيف مع الأمراض المزمنة بشكل عام (Ostapowicz et al., 2012).

ومما لا شك فيه أن مرض السكري يُعد من الأمراض المزمنة الواسعة الانتشار سواء عالمياً أو محلياً، حيث يشير مركز سكر الكويت للمعلومات (٢٠١٤) إلى أن الكويت تعتبر من الدول الخمس الأولى في العالم من حيث انتشار مرض

السكري الذي يتسبب بعدد أكبر من نسبة الوفيات في السنة مقارنة مع تلك التي يسببها مرض السرطان والإيدز مجتمعين (Awad et al., 2014; ; WHO, 2012). ويواجه الأطفال والمراهقون المصابون بالسكري من النوع الأول صعوبات كثيرة حيث يعتبر العلاج بالأنسولين هو إنقاذ لحياة المرضى طوال عمرهم، لذلك يجب عليهم التقيد بخطة للتدبر الذاتي للمرض Self-management تشمل استخدام الأنسولين، ومراقبة نسبة الجلوكوز في الدم، وممارسة الرياضة، واتباع نظام غذائي. وهذا التقيد والتغيير الذي يحدث في نمط حياة المرضى يمكن أن يسبب ضغوطاً نفسية شديدة، خاصة للمراهقين والأطفال، وعدم التقيد بهذه التغييرات يمكن أن يؤدي إلى مضاعفات صحية خطيرة قد تصل إلى خطر الموت المبكر؛ خاصة إذا لم تتوافر لديهم حقن الأنسولين، ونتيجة لذلك يواجه المراهقون صعوبة في مواجهة مرض السكري وجدانياً، خاصة أنه يُحِدُّ من علاقاتهم الاجتماعية أو قد يعزلهم اجتماعياً وقد يُؤثر ذلك سلباً على تحصيلهم الدراسي (أطلس الاتحاد الدولي لداء السكري، ٢٠١٥).

من جهة أخرى، استحوذت دراسة التفاؤل والتشاؤم على اهتمام بالغ من قبل الباحثين نظراً لارتباطهما بشكل وثيق بالصحة النفسية والجسمية للفرد (Richman et al., 2005) فقد برهنت الدراسات على أن التفاؤل ارتبط إيجابياً بالصحة النفسية والجسمية، وسلبياً مع الأعراض الجسمية (عبدالخالق، ١٩٩٨؛ الأيوب، ٢٠١٠) والاضطرابات النفسية الجسمية (المشعان، ٢٠٠٠). لذلك يعتبر التفاؤل من العوامل الوقائية الهامة في الصحة والرفاه أو الحياة الطيبة Well-being (Richman et al., 2005).

وبوجه عام، ارتبط التفاؤل إيجابياً بمجموعة من المتغيرات المرغوبة اجتماعيا وشخصيا منها: السعادة، والانبساط، وأساليب المواجهة، وتقدير الذات، في حين ارتبط التشاؤم إيجابيا بالقلق، والاكتئاب، والتفكير السلبي، والعصابية (أبو العلا، ٢٠١٠).

ومما لا شك فيه أن مرض السكري -كما هو الحال في كثير من

الأمراض المزمنة الأخرى- يمكن أن يكون له تأثير كبير على نوعية حياة Quality of Life المرضى من الناحية الاجتماعية والنفسية والصحية (Garratt, Schmidt, Mackintosh & Fitzpatrick, 2000). وبالفعل كشفت الدراسات الطبية التي أجريت على مرضى السكري من النوع الأول أن انخفاض مستوى السكر في الدم أدى إلى نوعية حياة أفضل (مركز سكر الكويت للمعلومات، ٢٠١٤؛ Abdulrasoul et al., 2014) وأن المراهقين المصابين بالسكري من النوع الأول والحاصلين على درجات مرتفعة في نوعية الحياة، أفضل من الناحية الجسمية والنفسية، ولديهم تقبل أفضل لتدبر المرض وثقة بالذات مقارنة بأقرانهم الحاصلين على درجات منخفضة في نوعية الحياة (Vanelli et al., 2003).

وعلى الرغم من تزايد الاهتمام البحثي عالمياً وعربياً لفحص نوعية الحياة لدى مرضى السكري من النوع الأول إلا أنه لا تتوافر - في حدود علمنا - محلياً سوى دراستان فقط هما (Abdulrasoul et al., 2013؛ شاهة التمار، ومحمد الصبوة، ٢٠١٠). من هذا المنطلق اهتمت الدراسة الحالية بهذا الموضوع وببحث علاقته بالتفاؤل والتشاؤم وتقبل المرض حيث لم تبحث هذه المتغيرات في الدراسات العربية على مرضى السكري من النوع الأول لدى فئة المراهقين التي تمثل فئة كبيرة من شباب المستقبل الذين يحدوهم الأمل للمساهمة في بناء أوطانهم بشكل فعال وبناء ولا يتأتى لهم ذلك إلا إذا تمكنوا من الاحتفاظ بمستوى جيد من الصحة الجسمية والنفسية.

مشكلة الدراسة

يمكن تلخيص مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

١ - هل توجد فروق بين الذكور والإناث من طلبة الثانوية المصابين بمرض السكري من النوع الأولفي تقبل المرض والتفاؤل والتشاؤم ونوعية الحياة؟

٢ - هل توجد علاقة بين تقبل المرض والتفاؤل لدى طلبة الثانوية المصابين بمرض السكري من النوع الأول؟

٣ - هل توجد علاقة بين تقبل المرض والتشاؤم لدى طلبة الثانوية المصابين بمرض السكري من النوع الأول؟

٤ - هل توجد علاقة بين تقبل المرض ونوعية الحياة لدى طلبة الثانوية المصابين بمرض السكري من النوع الأول؟

أهداف الدراسة

يتمثل الهدف العام من الدراسة في بحث علاقة تقبل المرض (مرض السكري) بكل من التفاؤل والتشاؤم ونوعية الحياة لدى عينة من طلبة الثانوية المصابين بمرض السكري من النوع الأول ويتضح الهدف العام فيما يأتي:

١ - التعرف على الفروق بين الجنسين في متغيرات الدراسة (تقبل المرض، والتفاؤل والتشاؤم، ونوعية الحياة).

٢ - الكشف عن العلاقة بين تقبل المرض والتفاؤل.

٣ - الكشف عن العلاقة بين تقبل المرض والتشاؤم.

٤ - الكشف عن العلاقة بين تقبل المرض ونوعية الحياة.

أهمية الدراسة

تكمن الأهمية النظرية للدراسة في تناول مفهوم تقبل المرض وهو مفهوم جدير بالاهتمام لما له من تأثير إيجابي على نوعية حياة المريض. ومن خلال استعراض الدراسات السابقة يتضح أن هناك نُدرة في الدراسات التي تتعلق بتقبل المرض وعلاقته بالتفاؤل والتشاؤم ونوعية الحياة لطلبة الثانوية المصابين بمرض السكري خاصة بالنسبة للدراسات العربية؛ حيث يتسم طلبة الثانوية في مرحلة المراهقة بتقلب المزاج وعدم الاستقرار النفسي لوجود التغيرات الجسمية والنفسية، والإصابة بمرض مزمن مثل السكري سوف يسبب للطالب قلقاً وتوتراً؛ بسبب حاجته إلى رعاية خاصة للمحافظة على مستوى السكر لديه، فعدم تقبله لمرض السكري وقيامه بسلوكيات صحية خاطئة من شأنها أن تسهم بمضاعفات خطيرة مما يؤثر سلباً على صحته فلا بد من توعية المراهق المريض بالسكري،

وتوجيهه التوجيه الصحيح لطرق التكيف والتوافق مع المرض بتقبله للمرض والاعتراف بواقع حالته الصحية وما فيها من عوامل خطورة، واتخاذ خطوات إيجابية ومتفائلة من خلال التعرف على المرض ومضاعفاته وما السلوكيات الصحية التي يجب عليه اتباعها حتى يتجنب المضاعفات الصحية وبالتالي يكون أكثر رضا عن حياته.

وتكمن الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة، فيما قد تُسْفِرُ عنه من نتائج، في الإسهام بتطوير برامج تدخل مناسبة لمرضى السكري من النوع الأول وبخاصة للمراهقين وأن يكون هناك دور للمدرسة والأسرة في الاهتمام بالنواحي النفسية والصحية المرتبطة بالمرض للحد من تفاقم المرض والإصابة بمضاعفاته.

مصطلحات الدراسة

تقبل المرض: تُعرِّفُ "فيلتون" وزملاؤها تقبل المرض بأنه "استراتيجية من استراتيجيات المواجهة التي ينجح فيها المريض في تقبل مرضه على الرغم من الإعاقة، والاعتمادية والشعور بعدم الفائدة التي سببها له المرض" (Felton et al., 1984: 892). ويُعرف إجرائياً على أنه الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص في مقياس تقبل المرض المستخدم بالدراسة الحالية.

التفاؤل Optimism: يُعرف أحمد عبدالخالق (١٩٩٦: ٦) التفاؤل بأنه "نظرة استبشار نحو المستقبل، تجعل الفرد يتقبل الأفضل ويتوقع حدوث الخير، ويرنو إلى النجاح، ويستبعد ما خلا ذلك". ويُعرف إجرائياً بأنه الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص في مقياس التفاؤل المستخدم بالدراسة الحالية.

التشاؤم Pessimism: يُعرف أحمد عبدالخالق (١٩٩٦: ٦) التشاؤم بأنه "توقع سلبي للأحداث القادمة، يجعل الفرد ينتظر حدوث الأسوأ، ويتوقع الشر والفشل وخيبة الأمل، ويستبعد ما عدا ذلك إلى حد بعيد". ويُعرف إجرائياً بأنه الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص في مقياس التشاؤم المستخدم بالدراسة الحالية.

نوعية الحياة: تُعَرِّفُ تغريد الشطي (٢٠١٢: ١١) نوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري بأنها "تفسير وإدراك المريض للقلق الاجتماعي الناجم عن مرض السكري، ومدى رضاه عن تدبره للمرض، فضلا عن تأثير أعراض ومضاعفات المرض على نوعية حياته". وتُعرف إجرائياً بأنها الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص في مقياس نوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري المستخدم بالدراسة الحالية.

مرض السكري من النوع الأول:

يُعَرِّفُ مرض السكري من النوع الأول بأنه "اضطراب حاد عادة ما يظهر في الطفولة المتأخرة أو المراهقة المبكرة، ويرجع في الأغلب لأسباب جينية، ويُعتقد بأنه ينشأ عن اضطراب في المناعة الذاتية، وقد يحدث بسبب عدوى فيروسية، فيجعل البنكرياس عاجزاً عن إنتاج الأنسولين" (تايلور، ٢٠٠٨: ٧٠).

الإطار النظري

أولاً - مرض السكري: يُعرف المرض بأنه" مرض مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج مادة الأنسولين بكمية كافية، أو عندما يعجز الجسم عن استخدام تلك المادة بشكل فعال. والأنسولين هرمون ينظّم مستوى السكر في الدم، وارتفاع مستوى السكر في الدم من الآثار الشائعة التي تحدث جرّاء عدم السيطرة على مرض السكري، وهو يؤدي مع الوقت إلى حدوث أضرار وخيمة في الكثير من أعضاء الجسد، وبخاصة في الأعصاب والأوعية الدموية" (WHO, 2012). وينقسم مرض السكري كما ورد في أطلس الاتحاد الدولي لداء السكري (٢٠١٥: ٢٢) إلى ثلاثة أنواع:

١ - **السكري من النوع الأول:** ويسمى أحيانا "بمرض السكري المعتمد على الأنسولين"، أو "سكري الأطفال" لأنه يظهر في مرحلتي الطفولة والمراهقة ولدى الشباب اليافعين (معهد دسمان للسكري، ٢٠١١). ويعزى ظهوره إلى رد فعل المناعة الذاتية حيث يكون الجسم في حالة دفاع فيهاجم

(لسبب غير معروف) الخلايا المنتجة للأنسولين مما يتسبب في قلة إنتاج (أو عدم انتاج) الأنسولين لذا يتم علاجه بحقن الأنسولين يومياً من أجل السيطرة على مستويات الجلوكوز في الدم، وفي حال عدم حصول المريض على العلاج المناسب قد يتعرض للوفاة.

٢ - **السكري من النوع الثاني:** وهو الأكثر شيوعاً وانتشاراً ويشكل (٩٠٪) من جميع حالات السكري. وله تسميات عديدة سابقة مثل: "سكري الكبار أو سكري البالغين"، و"السكري المرتبط بالسمنة"، و"السكري غير المعتمد على الأنسولين" (WHO, 2012)، وتكون هناك مقاومة من الجسم للأنسولين مما يؤثر على فاعلية عمله.

٣ - **سكري الحمل:** ويحدث عندما ترتفع معدلات السكر في الدم خلال فترة الحمل لدى النساء اللاتي لم يكن مصابات بمرض السكري من قبل. ولاتزال الأسباب المؤدية إلى الإصابة به غير واضحة.

وتكمن خطورة مرض السكري في المضاعفات الخطيرة التي يسببها إذ يصبح المريض أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، والفشل الكلوي، واعتلال شبكية العين والقدم السكرية ومضاعفات الحمل وتعسر الولادة. ولا يقتصر أثر المرض على ذلك إنما يؤثر أيضاً على الجوانب النفسية فيصبح المريض أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب والقلق (انظر مثلاً: شاهة التمار، ومحمد الصبوة، ٢٠١٠؛ Lewko et al., 2012). كما أشارت هدى حسن (٢٠٠٦ ب) إلى أن مرضى السكري من النوع الأول حصلوا على درجات أعلى في مقياس العدوانية وحالة الغضب مقارنة بمرضى السكري من النوع الثاني.

وفي نفس السياق يظهر جلياً دور العوامل الاجتماعية والنفسية متمثلة في عدم الامتثال للعلاج والالتزام به خاصة لدى المراهقين المصابين بالنوع الأول إذ يتسبب إدراكهم وفهمهم لطبيعة المرض وطول فترته وما يتضمنه من مضاعفات على صحتهم، بالشعور بعدم الثقة بالمستقبل فيرون حياتهم غير واضحة وهشة ومن ثم يشعرون بالغضب والخديعة (Sarafino et al., 2008: 82) لذلك قد

يظهرون السلوك العدواني بشكل خارجي ويتمثل ذلك برفضهم للامتثال لنظام العلاج الذي يصفه الطبيب.

ثانياً - تقبل المرض:

بدأ ظهور مفهوم التقبل علميا في الخمسينيات من القرن الماضي عندما وضع كل من (Dembo, Leviton & Wright's, 1956)، نظرية تقبل الفقدان Acceptance of loss (كما ورد في: Belgrave, 1991) ويجب أن نشير إلى أن نوع التقبل هنا هو تقبل الإعاقة، ووفقا لهذه النظرية فإن عملية تقبل الفقدان عبارة عن سلسلة من التغيرات الهامة التي يقوم بها الفرد بحيث يصبح قادراً على إعطاء أهمية وقيمة للأمور الأخرى في حياته بدلا من أن يظل في صراع مع إعاقته. وفي وقت لاحق ظهر اتجاه جديد في مفهوم التقبل حيث أصبح أكثر تركيزاً على الأمراض وبخاصة تقبل الأمراض المميتة حيث وضعت "إليزابيث كوبلر - روس" Elisabeth Kubler-Ross اعتماداً على ملاحظاتها ومعايشتها للمرضى المحتضرين نموذجاً في كتابها "في الموت والاحتضار" عام ١٩٦٩، يتكون من خمس مراحل (الإنكار، والغضب، والمقايضة أو المساومة، والاكتئاب ثم التقبل)، وهي المراحل التي يمر بها المريض أثناء عملية الاحتضار، واستجابته لتوقع الموت (تايلور، ٢٠٠٨: ٩٦٤-٦٩٦).

ونتيجة لتطور مفهوم تقبل المرض من الناحية النظرية حاول بعض الباحثين تصميم مقاييس نفسية تقيس مفهوم التقبل عمليا، ففي عام (١٩٧١) وضع "دونالد لنكوسكي" Linkowski مقياس تقبل الإعاقة، وبعدها ظهرت قلة من المقاييس التي تقيس التوافق مع المرض أو تقبل المرض ولكنها كانت غير مباشرة وتقيس نتائج المرض مثل المزاج أو الأداء الاجتماعي. وفي عام (١٩٨٤) قامت "باربرا فيلتون وزملاؤها" (Felton et al., 1984) بوضع مقياس تقبل المرض Acceptance of Illness Scale (AIS)، وخلافاً لمقاييس التوافق السابقة فقد تم التركيز على تقبل المرض من غير التعبير عن المشاعر أو الاستجابات السلبية. وتشير "فيلتون وزملاؤها" إلى مفهوم تقبل المرض كاستراتيجية من استراتيجيات

المواجهة وأن نجاح المريض في المواجهة يعتمد على تقبل المرض بما فيه من نتائج سلبية وإيجابية على حياته. وبالتالي يجب ملاحظة تطور مفهوم تقبل المرض، حيث أصبح يُعرف حاليا كاستراتيجية لمواجهة المرض وبخاصة الأمراض المزمنة، على عكس تقبل الأمراض المميتة حيث يُعرف التقبل بأنه استسلام (Felton & Revenson, 1984; Weinman et al., 1995).

وعند استقراء التراث النفسي لدراسات تقبل المرض وجدت وفرة في الدراسات التي استخدمت مقياس "فيلتون وزملائها"حيث تم تطبيقه على مرضى مصابين بأمراض متنوعة مثل الملاريا، والسكري، والفشل الكلوي، والصدفية، وتوصلت هذه الدراسات إلى أهمية تقبل المرض بالنسبة للأمراض المزمنة بشكل عام. فقد أشار كل من (Ostapowicz et al., 2012) إلى أن الأفراد الذين يتقبلون المرض يصبح لديهم فهم واضح لمسار المرض، وبالتالي يدفعهم ذلك إلى اتخاذ منهج يتصف بالتفاؤل والأمل نحو حالتهم الصحية. كما يُظهر المريض ثقة أكبر بالأطباء والأساليب العلاجية ويشارك بفاعلية في العملية العلاجية.

ومن جانب آخر يسهم انخفاض تقبل المرض في انخفاض فعالية الذات Self-efficacy والشعور بالاعتماد على الآخرين والتقليل من قيمة الذات (Lewko et al., 2007). ومن الأهمية النظر إلى تقبل المرض باعتباره استراتيجية مواجهة وليس استسلاماً للمرض فبعض الدراسات توصلت إلى أن الاستسلام للمرض يمكن أن يعجل بالموت (Carver et al., 2010).

ويشير (Nakamura & Orth, 2005: 283) إلى وجود نوعين للتقبل هما:

١ - **التقبل الفعال أو النشط Active acceptance** ويُقصد به: "معرفة المريض بالخبرات السلبية للمرض وعدم لجوئه للحيل الدفاعية للسيطرة عليه، وإنما يستعيد الإحساس بالحياة من خلال دمج المرض في حياته اليومية وهو محاولة تحقيق أهدافه الهامة وجعل قيمة لحياته". وهو التقبل الذي يتسم بالتفاؤل وحب الحياة ويرتبط التقبل الفعال بالنظرة الإيجابية العامة والجهود البناءة لتطوير حياة الفرد، وبالتالي ينعكس ذلك على

صحته إيجابيا، حيث يقلل من الاكتئاب ويزيد من مواجهة المرض والتكيف معه (Chan, 2012).

٢ - **التقبل الاستسلامي Resigning acceptance** وهو "التقبل الذي يؤدي إلى نتائج سلبية ويتسم بالتشاؤم والسلبية وعدم حب الحياة، وأيضا يمكن أن يقال أنه تقبل الواقع والاستسلام له وتحمل ما فيه، وهو يحتوي على الأفعال والتأثيرات السلبية". ويمكن الإشارة إليه بالتقبل السلبي، ويرتبط التقبل الاستسلامي بالمرارة، والإنكار، والإحباط واليأس.

وقد أشار (Wright & Kirby, 1999) إلى أن التقبل يمكن تصنيفه لثلاث مكونات رئيسة هي: المكون الوجداني، والسلوكي والمعرفي. فالمرضي الذين يتقبلون مرضهم يظهرون انفعالات إيجابية، وأفكار سلبية محدودة عن مرضهم وطرق علاجه، وسلوكيات تكيفية. وقد قام (Williams & Lynin, 2011) بدراسة استعرضا فيها التاريخ النفسي وتطور مفهوم التقبل في عديد من الدراسات النفسية في القرن الماضي وتوصلا إلى أن التقبل له فوائد عديدة منها: إعطاء الفرد الفرصة لتوسيع خبراته، وزيادة القدرة على الفعل الهادف، وزيادة التعاطف وخفض إلقاء اللوم على الآخرين، وزيادة الامتثال للأوامر Compliance، والهدوء Serenity والعقلانية، وانخفاض المشاعر السلبية الضاغطة، ويؤدي إلى نتائج علاجية إيجابية. ويؤكده الباحثون أن تقبل المرض يرتبط بانخفاض أعراض الاكتئاب، وارتفاع عملية التمثيل الغذائي عند مرضى السكري، وارتفاع الصحة الجسمية والنفسية (Dijkstra et al., 2008).

خلاصة ما سبق يتضح أن مفهوم التقبل بوجه عام يستخدم كوسيلة لمواجهة الضغوط النفسية المختلفة عند الإصابة بمرض مزمن كمرض السكري.

ثالثاً - التفاؤل والتشاؤم:

عُرِّف التفاؤل بتعريفات متعددة من منظور علم النفس، والتعريف الأشهر هو تعريف "شاير، وكارفر" بأنه "النظرة الإيجابية والإقبال على الحياة والاعتقاد باحتمال حدوث الخير أو الجانب الجيد من الأشياء بدلا من حدوث الشر أو

الجانب السيئ" (من: أحمد عبدالخالق، وبدر الأنصاري، ١٩٩٥). ويرى الباحثون بوجه عام أن التفاؤل والتشاؤم من الخصائص الشخصية المستقرة والثابتة إلى حد بعيد، ويعتقد بعض الباحثين أن التفاؤل عادة ما يكون موروثاً في حين يرى باحثون آخرون أنه مكتسب في المقام الأول (حسن، ٢٠٠٦أ).

النظريات المفسرة للتفاؤل والتشاؤم

نظرية تنظيم الذات Self-regulation Theory وضع "مايكل شاير، وشارلز كارفر" Michael Scheier & Charles Carver في عام (١٩٨٥) نموذجاً يفسر كيف يمكن للتفاؤل أن يؤثر على السلوك حيث وجدا أنه كلما أصبح الأفراد أكثر نجاحا في مواجهة التحديات كانوا أكثر تفاؤلاً بشأن قدرتهم على التعامل مع المشكلات، لأن الفرد المتفائل قادر على تنظيم ذاته أو التحكم في مرضه وسوف يسعى جاهداً للمحافظة على صحته والإيمان بأن تحديات المستقبل سوف يكون لها نتائج إيجابية. بعكس المتشائم الذي يفشل في التعامل مع الصعوبات فعندما يواجه مشكلة ما سوف ينسحب أو لا يواجهها، لهذا يكون التفاؤل أكثر ملاءمة ونفعا للمحافظ على سلامة الذات عند إصابته بمرض مزمن كمرض السكري مثلاً .(Burant, 2006; Johnson, 2002)

نماذج التوقع والقيمة Expectancy-value Models وتقوم فكرة هذه النماذج على تفسير التفاؤل والتشاؤم على أساس قيمة الهدف وتوقع تحقيق الهدف أي الثقة وعدم الشك في الوصول إلى الهدف المرغوب، فمثلا عندما يتوقع مريض السكري إمكانية مواجهة المرض والتعايش معه، وليس لديه شك في تحقيق هذا الهدف وتكون لديه الثقة الكافية لتصدر عنه أفعال تحقق الهدف، لذلك نرى أنه عند وجود تحدٍ لدى المتفائل فإنه يتحلى بالثقة والإصرار، حتى عندما يواجه صعوبات بعكس المتشائم الذي يتوقع بأن كارثة سوف تحصل، وهذا يؤدي إلى اختلاف في الإجراءات المتعلقة بالمخاطر أو المضاعفات الصحية مثل أخذ الحيطة من الظروف الخطرة واستمرار المحاولة للتغلب على المخاطر الصحية (Carver, n.d.).

نظرية العزو AttributionTheory ترجع أصول هذه النظرية إلى "فرتز هايدر" Fritz Heider الذي يرى أن الأفراد لديهم دافع لفهم أسباب الأحداث واستخدامها للتنبؤ والتحكم، وتقوم عملية العزو بناءً على مركز الضبط الصحي Health locus of control (Ogden, 2011) الذي عرفته "شيلي تايلور" (٢٠٠٨: ٨٨٨) بأنه "إدراك الفرد بأن صحته تخضع لتأثير الضبط الذاتي، وضبط الآخرين الذين يملكون السلطة مثل الأطباء، أو أنها تتقرر بفعل عوامل خارجية بما في ذلك عوامل الصدفة". ووفقا لهذه النظرية فإن الأفراد الذين يعزون أو ينسبون الأحداث السلبية إلى أسباب مؤكدة ومستقرة حدثت لهم في الماضي عادة ما يكونون أكثر تشاؤماً؛ فهم يتوقعون نتائجاً سلبية لأن السبب دائم نسبياً، وبالتالي من المرجح أن يظل السبب موجوداً وعادة ما تكون الأسباب خارجية مثل إلقاء اللوم على الآخرين أو عوامل الصدفة، أما الأفراد الذين ينسبون أو يعزون الأحداث الإيجابية لأسباب غير مؤكدة لنتائج سيئة عادة ما يكونون أكثر تفاؤلاً؛ لأن السبب غير مؤكد لنتائج سلبية في الماضي فتكون النظرة للمستقبل أكثر إشراقًا وإيجابية وغالبا ما تكون الأسباب داخلية أي ضبط ذاتي نابع من داخل الفرد (Carver, n.d.; Ogden, 2011; Peterson, 2000; Smart, 2006).

رابعاً - نوعية الحياة:

تعرف نوعية الحياة بأنها "إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع: أهدافه، وتوقعاته، وقيمه، واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، وحالته النفسية، ومستوى استقلاليته، وعلاقاته الاجتماعية، واعتقاداته الشخصية، وعلاقته بالبيئة بصفة عامة" (WHOQOL Group, 1997). وتعتبر دراسة نوعية الحياة مهمة في حياة مرضى السكري حيث يشير (Rubin, 2000) إلى أن الأطفال والمراهقين المصابين بأمراض مزمنة يزداد لديهم خطر التعرض للمشكلات النفسية حيث يلجأ الكثير منهم إلى الغياب بسبب حالتهم الصحية مما يتسبب في تدني المستوى التحصيلي وبالتالي ظهور مشاكل تعليمية.

دراسات سابقة

أولاً - دراسات تناولت تقبل المرض:

أجرى (Sanden-Eriksson, 2000) دراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين تقبل المرض ومعدلات السكر في الدم - الهيموجلوبين المتسكر - (HbA1c) في السويد على عينة قوامها (ن=٨٨) مريضاً من مرضى السكري النوع الثاني متوسط أعمارهم (٦٥) سنة. وكشفت النتائج عن وجود علاقة إيجابية لانخفاض معدلات السكر في الدم وارتفاع التدبر الذاتي لمرض السكري، وارتفاع تقبل مرض السكري، وتبين أن التقبل باعتباره سلوك مواجهة فعال يؤثر على تغيير نمط الحياة لمرضى السكري أكثر من سلوكيات المواجهة السلبية كالتجنب والإنكار والعزلة.

كما هدفت دراسة (Karademas et al., 2009) إلى فحص تأثير تقبل المرض على الصحة على عينة يونانية من مرضى الأمراض المزمنة بلغت (ن=١٢٨) فردا في المستشفى وأشارت النتائج إلى أن تقبل المرض يرتبط إيجابيا مع الصحة وتقدير الصحة الذاتي وسلبيا مع الأعراض النفسية.

وأشار "سلفستر" (Sylvester, 2011) إلى فاعلية برنامج علاجي للتقبل والالتزام على عينة من المرضى الأمريكيين (ن=١٧) مريضاً من المصابين بإصابة دماغية مكتسبة Acquired brain injury وأشارت النتائج إلى أن العلاج بالتقبل والالتزام يؤدي إلى تحسين التكيف وانخفاض الضغوط النفسية، وانخفاض السلوكيات التجنبية بعد إعطاء البرنامج العلاجي.

كما أشار (Janowski et al., 2013) في دراسة بولندية تم تطبيقها على عينة (ن=٣٠٠) مريضا من مرضى الأمراض المزمنة مثل (السكري، وأمراض الجهاز التنفسي وأمراض الجهاز الدوري، وأمراض الجهاز الحركي، وأمراض الجهاز العصبي) إلى وجود ارتباط إيجابي بين مرض السكري وتقبل المرض والسلوك المتعلق بالصحة.

ثانياً - الدراسات التي تناولت التفاؤل والتشاؤم:

أجرى (Besen & Esen, 2012) دراسة هدفت التعرف على مستويات تقبل

مرض السكري من النوع الثاني في المجتمع التركي والعوامل المرتبطة به وقد تم تطبيق على عينة قوامها (ن=٣٠٠) مريضا من مرضى السكري من النوع الثاني متوسط أعمارهم (٥٢) سنة، وكشفت نتائج الدراسة أن ٤٦٪ من المرضى لديهم مستوى منخفض لتقبل المرض وانخفاض في الاتجاه المتفائل نحو الحياة وأنه لا يوجد فروق بين الجنسين في مستوى تقبل المرض.

كما أجرى (Roy et al., 2010) دراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين التفاؤل والتشاؤم لدى مرضى تصلب الشرايين، لدى عينة كبيرة من الأمريكيين متعددي الأعراق بلغت (ن=٦٨١٤) مريضاً. وكشفت النتائج عن ارتفاع مستوى التفاؤل وانخفاض مستوى التشاؤم عند المفحوصين الأكبر سنا عن المفحوصين الأصغر سنا، وعدم وجود فروق بين الذكور والإناث في التفاؤل والتشاؤم. وتبين أن هناك ارتفاعاً في التشاؤم عند المفحوصين الأقل مستوى في الحالة الاقتصادية والتعليمية بالإضافة إلى ارتفاع التفاؤل وانخفاض التشاؤم عند ممارسة الأنشطة الرياضية.

من جانب آخر أجرى (Zalewska et al., 2007) دراسة هدفت إلى بحث العلاقة بين تقبل المرض والتفاؤل، وأجريت الدراسة على عينة قوامها (ن=١٠٠) مريضا من مرضى الصدفية (٧٠) ذكوراً و(٣٠) إناثاً وتراوحت أعمارهم بين (١٧-٦٢ سنة). وتم تطبيق مقياس تقبل المرض (AIS) ومقياس التوجه نحو الحياة، وكشفت النتائج عن عدم وجود تأثير للجنس أو النوع على تقبل مرض الصدفية، ومن جهة أخرى وجدت علاقة إيجابية بين التفاؤل وتقبل مرض الصدفية.

ثالثاً - الدراسات التي تناولت نوعية الحياة:

قام (Thiagarajan, 1998) بدراسة هدفت إلى معرفة أثر تقبل مرض السكري كاستراتيجية لمواجهة المرض وأثره على نوعية الحياة، وطبقت الدراسة على عينة قوامها (ن=٩٠) مريضاً من مرضى السكري من النوع الأول، واستخدم مقياس نوعية الحياة لمرض السكري Diabetes Quality of life (DQOL)، وكشفت النتائج وجود أثر إيجابي لتقبل المرض على نوعية الحياة.

بحث (Hoey et al., 2001) نوعية الحياة عند عينة من المراهقين المصابين بالسكري من النوع الأول قوامها (ن=٢,١٠١) تراوحت أعمارهم بين (١٠-١٨سنة) من إحدى وعشرين دولة في أوروبا واليابان وجنوب أفريقيا، وطبق مقياس نوعية الحياة لمرض السكري (DQOL). وكشفت نتائج الدراسة عن ارتباط انخفاض الهيموجلوبين المتسكر مع انخفاض المخاوف، وارتفاع الرضا، وأصبحت المعتقدات الصحية أفضل، ووجود فروق بين الذكور والإناث في نوعية الحياة لصالح الذكور، حيث وجد أن الإناث أعلى في المخاوف المتعلقة بمرض السكري، وأقل رضا عن الحياة وانخفاض في المعتقدات الصحية وهي المقاييس الفرعية لنوعية الحياة.

بحث (Hanberger et al., 2009) الفروق بين الجنسين في نوعية الحياة الصحي Health-related quality of life لمرضى السكري من النوع الأول على عينة سويدية قوامها (ن=٤٠٠) مريضا ومتوسط أعمارهم (١٣سنة)، وطبق مقياسين لنوعية الحياة: الأول مقياس نوعية الحياة لأطفال السكري والمقياس الثاني هو المقياس الأوربي لنوعية الحياة (EQ-5D) وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الذكور أعلى من الإناث في نوعية الحياة.

اهتمت دراسة تغريد الشطي (٢٠١٢) ببحث الفروق بين الجنسين في نوعية الحياة على عينة كويتية من مرضى السكري من النوع الثاني قوامها (ن=٢٢٣) مريضا بواقع (١٠٧ ذكوراً، و١١٦ إناثاً) تراوحت أعمارهم بين (٣٥-٥٥ سنة) وطبق مقياس نوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري (DQOL). وكشفت نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الجنسين في نوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري.

أجرى (Ostapowicz et al., 2012) دراسة هدفت إلى دراسة نوعية الحياة والرضا عن الحياة وتقبل المرض وقد وطبق مقياس تقبل المرض (AIS) ومقياس نوعية الحياة على عينة قوامها (ن=١٢٠) مريضاً من مرضى الملاريا النيجيريين تراوحت أعمارهم بين (١٥- ٥٠ سنة)، وأشارت النتائج إلى أن غالبية المرضى لم يتقبلوا مرض الملاريا، وأن هناك ارتباط جوهري بين مستوى تقبل المرض

ونوعية الحياة والرضا عن الحياة فكلما كان تقبل المرض مرتفعا أدى ذلك إلى ارتفاع نوعية الحياة، كما توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين الجنسين في نوعية الحياة لصالح الذكور في الجانب الاجتماعي والبيئي والجسمي، في حين لا توجد فروق بينهما في الجانب النفسي. ووجد أن الذكور أكثر تقبلاً للمرض من الإناث ولم تفسر الدراسة سبب ذلك.

أجرى (Abdulrasoul et al., 2013) دراسة هدفت إلى تقييم نوعية الحياة على عينة كويتية قوامها (ن=٤٣٦) طفلاً ومراهقاً من مرضى السكري من النوع الأول تراوحت أعمارهم من (٢-١٨ سنة)، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط بين نوعية الحياة ومستوى السكر في الدم، ووجدوا أن الذكور أفضل في نوعية الحياة من الإناث وقد يرجع ذلك إلى تحمل الإناث مسئولية مرضهن في وقت مبكر بالإضافة إلى بلوغ ونضج الإناث بدرجة أسرع من الذكور.

وفي دراسة هدفت إلى فحص الارتباط بين نوعية الحياة وتقبل المرض والسلوكيات الصحية أجرى (Kurpas, Morczek & Bileska, 2013) دراسة طبق فيها مقياس تقبل المرض (AIS) ومقياس منظمة الصحة العالمية نوعية الحياة - النسخة المختصرة - على عينة من المرضى البولنديين المتقدمين بالسن والمصابين بأمراض مزمنة متوسط أعمارهم (٧١ سنة). وقد كشفت النتائج عن وجود ارتباط بين تقبل المرض والمقياس الفرعي من نوعية الحياة المتمثل بالبعد الجسمي والمواقف النفسية الإيجابية. ولا يوجد ارتباط بين تقبل المرض والدرجة الكلية لنوعية الحياة.

تناولت دراسة (Kurpas et al., 2013) العلاقة بين نوعية الحياة وتقبل المرض على عينة قوامها (ن=٣١٥) مريضاً من مرضى الانسداد الرئوي المزمن متوسط أعمارهم (٣٦ سنة)، وتم تطبيق مقياس منظمة الصحة العالمية نوعية الحياة - النسخة المختصرة، ومقياس تقبل المرض (AIS). وخلصت نتائج الدراسة إلى انخفاض مستوى تقبل المرض، ووجود ارتباط إيجابي بين تقبل المرض ونوعية الحياة خاصة البعد النفسي والجسمي.

التعقيب على الدراسات السابقة

١ - اتفقت معظم الدراسات على العلاقة الإيجابية بين تقبل المرض والتفاؤل والصحة النفسية والجسمية.

٢ - اتفقت معظم الدراسات على العلاقة السلبية بين تقبل المرض والتشاؤم والصحة النفسية والجسمية.

٣ - أشارت أغلب الدراسات السابقة إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في تقبل المرض إلا في دراسة (Ostapowicz et al., 2012) حيث كشفت نتائج الدراسة أن الذكور أفضل من الإناث في تقبل المرض.

٤ - مقياس تقبل المرض (AIS) "لفيلتون وزملائها" هو الأكثر استخداما في معظم الدراسات السابقة لمرضى الأمراض المزمنة ومرضى السكري.

٥ - الدراسات الأجنبية التي تناولت مفهومي التفاؤل والتشاؤم على عينات متنوعة من المرضى المصابين بأمراض مزمنة منها مرض السكري، في حين لم تجد الباحثة دراسات عربية بحثت مفهومي التفاؤل والتشاؤم عند مرضى السكري أو أي أمراض مزمنة أخرى وذلك في حدود علم الباحثة.

٦ - أشارت دراسة (Roy et al., 2010) إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في التفاؤل والتشاؤم، في حين لم تجد الباحثة دراسات أخرى بحثت الفروق بين الجنسين للتفاؤل والتشاؤم لدى مرضى الأمراض المزمنة أو مرضى السكري وذلك في حدود علم الباحثة.

٧ - اتفقت معظم الدراسات على وجود علاقة إيجابية بين تقبل المرض ونوعية الحياة.

٨ - اختلاف المقاييس المستخدمة في دراسات نوعية الحياة لمرضى السكري، وقد استخدم مقياس نوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري (DQOL) في دراسات عديدة.

٩ - أجريت الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة على فئات عمرية مختلفة شملت الأطفال، والمراهقين، والراشدين، وكبار السن.

١٠ - عدم وجود دراسات تناولت مفهوم تقبل المرض وعلاقته بالتفاؤل والتشاؤم ونوعية الحياة عند مرضى السكري على المستوى المحلي أو العربي وذلك في حدود علمنا.

فروض الدراسة

١ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الذكور والإناث من طلبة الثانوية المصابين بمرض السكري من النوع الأول على مقاييس تقبل المرض، والتفاؤل والتشاؤم، ونوعية الحياة المستخدمة في الدراسة.

٢ - توجد علاقة ارتباطية موجبة بين درجات طلبة الثانوية المصابين بمرض السكري من النوع الأول على مقياس تقبل المرض ودرجاتهم على مقياس التفاؤل.

٣ - توجد علاقة ارتباطية سالبة بين درجات طلبة الثانوية المصابين بمرض السكري من النوع الأول على مقياس تقبل المرض ودرجاتهم على مقياس التشاؤم.

٤ - توجد علاقة ارتباطية موجبة بين درجات طلبة الثانوية المصابين بمرض السكري من النوع الأول على مقياس تقبل المرض ودرجاتهم على مقياس نوعية الحياة (درجة كلية وعوامله الثلاثة).

منهج الدراسة

تتبع الدراسة الحالية المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، حيث تم تحديد العلاقة بين تقبل المرض وكل من التفاؤل والتشاؤم ونوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري، ومقارنة المتوسطات بين الذكور والإناث بهدف فحص الفروق بينهما في متغيرات الدراسة.

عينة الدراسة

اقتصرت الدراسة على عينة متاحة من مرضى السكري من النوع الأول من طلاب المدارس الثانوية الحكومية في دولة الكويت مستمدة من بعض المحافظات (العاصمة، والأحمدي، وحولي، والفروانية، ومبارك الكبير). ولم يتم التطبيق في محافظة الجهراء نظراً لضيق الوقت، وقد تراوح المدى العمري للعينة من (١٥- ٢٤ سنة) بمتوسط عمري (١٦,٥ سنة) وتكونت العينة من (١٧١) طالباً وطالبة (٧٨ ذكوراً، و٩٣ إناثاً) كما يتضح من الجدول رقم (١). كما تم التحقق من الخواص السيكومترية لمقاييس الدراسة على عينة استطلاعية من طلبة الثانوية المصابين بمرض السكري من النوع الأول (ن= ٥٢)، وعينة أخرى قوامها (٢٠) طالباً لتطبيق إعادة الاختبار.

جدول رقم (١)

خصائص عينة الدراسة (العمر، مدة الإصابة بالمرض)

	العمر				مدة الإصابة بالمرض			
خصائص العينة	المتوسط (م)	الانحراف المعياري (ع)	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	المتوسط (م)	الانحراف المعياري (ع)	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الذكور ن=٧٨	١٦,٥	١,٢	٠,١٥٩	غير دال	٦,٨	٤,٢	٠,٠٦٢	غير دال
الإناث ن=٩٣	١٦,٦	١,٦	٠,١٦٣	غير دال	٧,٢	٣,٥	٠,٠٦٨	غير دال
المجموع الكلي ن=١٧١	١٦,٥	١,٤	--	--	٧,١	٣,٨	--	--

مقاييس الدراسة

١ - **مقياس تقبل المرض:** (إعداد Felton et al., 1994، ترجمة بدر الأنصاري، غير منشور) ويتألف من ثمانية بنود تصف المترتبات السلبية لسوء الصحة والناجمة عن المرض ومن أمثلة البنود: "مرضي يجعلني عبء على أسرتي

وأصدقائي"، و" أفتقد الأشياء التي أحب ان أعملها بسبب سوء صحتي". ويتم الإجابة على المقياس على أساس بدائل خماسية (أوافق بشدة، أوافق، محايد، أعارض، أعارض بشدة). وتشير الدرجات المنخفضة على المقياس على عدم تقبل المرض أو عدم التكيف معه، أما الدرجات المرتفعة على المقياس فتشير إلى تقبل المرض بشكل تام أو مرتفع. وتتسم النسخة الأصلية من المقياس بثبات عال حيث تم حساب الثبات بطريقتين أولهما: الاتساق الداخلي (ألفا- كرونباخ ٠,٨١-٠,٨٣) والثانية بإعادة تطبيق الاختبار بعد أكثر من سبعة أشهر (سبيرمان ٠,٦٩). (In: Weinman et al., 1995) وقد قام بدر الأنصاري (غير منشور) بترجمة المقياس، ولم يتم استخدامه في دراسة عربية في حدود علمنا. وقد قامت الباحثة في الدراسة الحالية بالتحقق من خواصه السيكومترية عن طريق حساب الصدق والثبات على عينة استطلاعية من طلبة الثانوية المصابين بمرض السكري من النوع الأول (ن= ٥٢) حيث بلغ معامل الثبات (ألفا-كرونباخ ٠,٦٨). وتم حساب معاملات ثبات الاستقرار (إعادة التطبيق) لمقياس تقبل المرض بعد (٧-٩ أيام) من التطبيق الأول وذلك على عينة قوامها (ن=٢٠) من طلبة الثانوية المصابين بمرض السكري من النوع الأول، وقد بلغ معامل الارتباط بين التطبيقين (٠,٦١٢) وهو دال عند مستوى (٠,٠١). وللتحقق من صدق الاتساق الداخلي لمقياس تقبل المرض تم حساب معاملات ارتباط "بيرسون" للبنود المفردة بالدرجة الكلية مع الاحتفاظ بالبند وتراوحت معاملات الارتباط بين البنود المفردة والدرجة الكلية للمقياس بين (٠,٦١٥، و٠,٨١٧) مما يعد مؤشراً لصدق الاتساق الداخلي للمقياس. كما تم حساب الصدق المرتبط بالمحك لمقياس تقبل المرض مع قائمة "بيك" الثانية للاكتئاب، وقد بلغ معامل الارتباط (-٠,٦٦١) وهو دال عند مستوى (٠,٠١)، ويدل ذلك على ارتباط سلبي بين الاكتئاب وتقبل المرض مما يدل على الصدق المرتبط بالمحك.

٢ - **القائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم**: (إعداد أحمد عبدالخالق، ١٩٩٦) وتتألف من (٣٠) بنداً، تقيس البنود الأولى التفاؤل (١٥ بنداً) بينما تقيس البنود التالية التشاؤم (١٥ بنداً)، ويختار المفحوص بين ١ (لا) و٥ (كثيراً جداً). وقام مؤلف المقياس بحساب معامل ثبات ألفا "كرونباخ" للعينة الكويتية (ن=

١٠٢٥) وبلغ (٠,٩٣) لمقياس التفاؤل، و(٠,٩٤) لمقياس التشاؤم. كما قام مؤلف المقياس بالتحقق من الصدق التلازمي وذلك بارتباطه بمقياس التوجه للحياة من تأليف "شاير، وكارفر" وبلغ معامل الارتباط (٠,٧٨) لمقياس التفاؤل و(-٠,٦٩) لمقياس التشاؤم وهذه المعاملات تشير إلى صدق مرتفع للمقياسين. وهذا يشير إلى أن المقياس تتوافر فيه خصائص سيكومترية جيدة على البيئة الكويتية. وقامت الباحثة في الدراسة الحالية في حساب معامل الثبات على العينة الاستطلاعية وقد بلغت قيمة ألفا- كرونباخ (٠,٩٣).

مقياس نوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري: (إعداد آلان جاكوبسون، Jacobson, 1994، ترجمة تغريد الشطي، ٢٠١٢) ويتكون من (٥٩ عبارة × ٥ بدائل للإجابة) مقسمة على العوامل الثلاث التالية: الرضا عن أعراض السكري (١٨عبارة × ٥ بدائل للإجابة)، والأثر الناتج عن السكري (٢٧ عبارة × ٥ بدائل للإجابة) والقلق الاجتماعي المتعلق بالسكري (١٤عبارة × ٥ بدائل للإجابة) (Jacobson, de Groot & Samson, 1994).

وقامت الشطي (٢٠١٢) بترجمة المقياس وتحققت من خواصه السيكومترية على عينة كويتية من مرضى السكري من النوع الثاني حيث وجدت أنه يتمتع بالصدق الاتفاقي للمقاييس المتفرعة من مقياس نوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري وتم حساب الثبات بطريقة ألفا لكرونباخ وبلغ معامل الثبات (٠,٨٧) وإعادة التطبيق حيث بلغ معامل الثبات (٠,٨٦) وهي معاملات ثبات مرتفعة بوجه عام. وقد قامت الباحثة في الدراسة الحالية في حساب معامل الثبات على العينة الاستطلاعية وقد بلغت قيمة ألفا- كرونباخ (٠,٩٦).

الاجراءات

بعد الحصول على الموافقة الخطية اللازمة من الجهات المختصة في وزارة التربية تم التطبيق جمعيا في الفصول الدراسية، وتم إجراء مقابلة أولية قصيرة مع الطلبة المصابين بمرض السكري النوع الأول بهدف التعريف بالباحثة

والجهة التابعة لها وللتأكد من انطباق الشروط الخاصة من ناحية الجنسية الكويتية، ونوع العلاج ومدة الإصابة بالمرض. وفي مرحلة لاحقة تم إدخال البيانات في الحاسب الآلي، وتحليلها إحصائياً باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS.

النتائج

يبين جدول رقم (٢)، الفروق بين متوسطات درجات الذكور والإناث والانحرافات المعيارية وقيم (ت) على مقاييس تقبل المرض، والتفاؤل والتشاؤم، ونوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري (الدرجة الكلية وعوامله الثلاثة). ومن ملاحظة هذا الجدول يتضح عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في جميع متغيرات الدراسة.

جدول رقم (٢)

المتوسطات الحسابية (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيم (ت) لمتغيرات الدراسة لعينة الذكور والإناث (ن= ١٧١)

المتغير / المقاييس	الذكور (ن=٧٨)		الإناث (ن= ٩٣)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
تقبل المرض	٢٧,٥٧	٥,٨٣	٢٧,٧٢	٥,٠٤	٠,١٧٢	غير دال
التفاؤل	٥٦,٠٥	١١,٧٨	٥٥,٣٧	١٠,٢٠	٠,٤٠١	غير دال
التشاؤم	٢٨,٠٢	١١,٣٤	٢٧,٣١	١٢,٠٦	٠,٣٩٦	غير دال
نوعية الحياة المتعلقة بمرض السكرى	١٢٥,١	٤٠,٣٥	١٢٩,٣	٣٢,٥٩	٠,٧٥٨	غير دال
- الرضا عن أعراض السكري	٣٩,٧٥	١٤,٤٤	٤٢,٧٧	١٢,٧٣	١,٤٥٢	غير دال
- الأثر الناتج عن السكري	٥٧,٣٨	١٨,٥٨	٥٨,١٧	١٤,٠٢	٠,٣٠٨	غير دال
- القلق الاجتماعي المتعلق بالسكري	٢٧,٩٧	١١,٢٧	٢٨,٢٩	١١,٤٣	٠,٢٤٣	غير دال

ويبين جدول رقم (٣) معاملات ارتباط بيرسون بين الدرجات على مقياس تقبل المرض، والتفاؤل والتشاؤم ونوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري.

ويتضح من قراءة هذا الجدول أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) وتراوحت بين ٠,٤٩ و٠,٦٦. وأن هناك معامل ارتباط موجب دال بين تقبل المرض والتفاؤل (٠,٥٩١). في حين ارتبط تقبل المرض سلباً بكل من التشاؤم (-٠,٦١١) ونوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري (-٠,٦٦١).

جدول رقم (٣)

معاملات ارتباط "بيرسون" بين الدرجات على مقياس تقبل المرض، والتفاؤل والتشاؤم ونوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري للعينة الكلية (ن=١٧١)

المتغيرات	تقبل المرض	التفاؤل	التشاؤم	نوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري
تقبل المرض	--	,٥٩١**	-,٦١١**	-,٦٦١**
التفاؤل	--	--	-,٥٨٨**	-,٤٩٩**
التشاؤم	--	--	--	-,٦٢٥**
نوعية الحياة المتعلقة بمرض السكرى	--	--	--	--

** دال عند مستوى ٠,٠١

جدول رقم (٤)

معاملات ارتباط "بيرسون" بين تقبل المرض ونوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري وعوامله الفرعية للعينة الكلية (ن=١٧١)

المتغيرات	تقبل المرض	نوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري
نوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري	-,٦٦١**	-
- الرضا عن أعراض السكري	-,٥٣١**	,٨٣٠**
- الأثر الناتج عن السكري	-,٥٩١**	,٩٢٧**
- القلق الاجتماعي المتعلق بالسكري	-,٦٣٤**	,٨٨١**

** دال عند مستوى ٠,٠١

ويوضح الجدول رقم (٤) معاملات الارتباط بين تقبل المرض وبين نوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري والعوامل الفرعية المكونة له وهي: الرضا عن أعراض السكري، والأثر الناتج عن السكري، والقلق الاجتماعي المتعلق بالسكري. ويتبين من قراءة هذا الجدول، وجود ارتباطات سالبة دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين تقبل المرض وكل من: نوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري (-٠,٦٦١)، والرضا عن مرض السكري (-٠,٥٣١)، والأثر الناتج عن مرض السكري (-٠,٥٩١)، والقلق الاجتماعي المتعلق بالسكري (-٠,٦٣٤).

النتائج

استهدفت هذه الدراسة بحث العلاقة بين تقبل المرض والتفاؤل والتشاؤم ونوعية الحياة لدى مرضى السكري من النوع الأول، والكشف عن الفروق بين الجنسين في متغيرات الدراسة. وفيما يخص الفرض الأول والذي ينص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الذكور والإناث من طلبة الثانوية المصابين بمرض السكري من النوع الأول على مقاييس تقبل المرض، والتفاؤل والتشاؤم، ونوعية الحياة المستخدمة في الدراسة" فلم يتحقق هذا الفرض حيث لم تسفرالنتائج عن وجود فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في جميع متغيرات الدراسة.

وتتفق هذه النتيجة مع عدد من الدراسات السابقة (انظر: Zalewska et al., 2007; Casier et al., 2008; Besen & Esen, 2012) حيث اتفقت تلك الدراسات على أنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في تقبل المرض، في حين تعارضت نتيجة الدراسة الراهنة مع دراسة (Ostapowicz et al., 2012) التي وجدت فروقاً بين الجنسين في نوعية الحياة لصالح الذكور في الجانب الاجتماعي والبيئي والجسمي، في حين لا توجد فروق بينهما في الجانب النفسي، كما وجدت تلك الدراسة أن الذكور أكثر تقبلا للمرض من الإناث ولم تفسر سبب هذه الفروق. كذلك تعارضت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة كل من (Hanberger et al., 2009; Hoey et al., 2001) التي أظهرت وجود فروق بين

الجنسين في نوعية الحياة في حين اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة (الشطي، ٢٠١٢) في عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في نوعية الحياة لمرضى السكري من النوع الثاني. ومن جهة أخرى اتفقت الدراسة الراهنة مع دراسة (Roy et al., 2010) التي كشفت عن عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في التفاؤل والتشاؤم.

ويمكن تفسير عدم وجود فروق بين الجنسين في تقبل المرض، والتفاؤل والتشاؤم ونوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري نظرا لتشابه أفرد العينة من الجنسين في نمط الحياة من ناحية العادات والسلوك تجاه الغذاء وكيفيته ونوعيته والنشاط البدني (الشطي، ٢٠١٢)، حيث نجد أن الفئة العمرية لعينة البحث من طلبة الثانوية المراهقين وهم بوجه عام يتبعون نمطاً يومياً متشابها إلى حد ما نتيجة لتشابه الظروف الصحية والدراسية، لذلك تساوت المتغيرات الديموغرافية فأفراد عينة البحث من الطلبة الكويتيين الذين يتمتعون بخدمات وزارة الصحة فلا توجد تفرقة بين الجنسين من ناحية تقديم الخدمات الصحية.

وبوجه عام، يمكن إرجاع تضارب النتائج الخاصة بالفروق بين الجنسين إلى اختلاف خصائص العينات وحجمها، واختلاف الأدوات المستخدمة.

أما الفرض الثاني الذي ينص على أنه "توجد علاقة ارتباطية موجبة بين درجات طلبة الثانوية المصابين بمرض السكري من النوع الأول على مقياس تقبل المرض ودرجاتهم على مقياس التفاؤل". فقد أسفرت النتائج عن تحقق هذا الرفض حيث وجد ارتباط موجب دال عند مستوى (٠,٠١) بين تقبل المرض والتفاؤل (٠,٥٩١) (انظر جدول رقم ٣). وتتفق هذه النتيجة مع دراسات (Besen & Esen, 2012; Zalewska et al., 2007) حيث تؤكد هذه الدراسات أن التفاؤل اتجاه عام نحو الإيجابية لإدراك العالم ومستقبل الفرد، ويمكن اعتباره نوعاً من الاتصال والقدرة على التعامل مع الصعوبات، فمن المعروف أن الإصابة بمرض السكري وهو مرض مزمن يجبر المريض على القيام بتغييرات في أسلوب حياته وهذا يعتبر نوع من الصعوبات التي يواجهها مريض السكري، حيث يعتبر

المرض موقفاً مرهقاً وضاغطاً عليه، فتحلي الفرد بالتفاؤل والإيجابية بواقعية مع المرض وتقبله في حياته يؤدي إلى التكيف مع المرض بصورة إيجابية وفعالة (Dijkstra et al., 2008).

وهذا يتوافق مع نظرية العزو التي تم ذكرها آنفا، وتشير إلى أن الأفراد الذين ينسبون أو يعزون الأحداث الإيجابية لأسباب غير مؤكدة لنتائج سيئة عادة ما يكونون أكثر تفاؤلا؛ لأن السبب غير مؤكد لنتائج سلبية في الماضي فتكون النظرة للمستقبل أكثر إشراقاً وإيجابية وغالباً ما تكون الأسباب داخلية أي ضبط ذاتي نابع من داخل الفرد مثال: أنا مسئول بشكل مباشر عن صحتي (Carver, n.d.; Ogden, 2011; Peterson, 2000; Smart, 2006).

وفيما يختص بالفرض الثالث الذي ينص على أنه "توجد علاقة ارتباطية سالبة بين درجات طلبة الثانوية المصابين بمرض السكري من النوع الأول على مقياس تقبل المرض ودرجاتهم على مقياس التشاؤم"، فقد أسفرت نتائج الدراسة عن صحة هذا الفرض حيث وجدت علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائيا عند مستوى (٠,٠١) بين تقبل المرض والتشاؤم (-٠,٦١١) (انظر جدول رقم ٣).

ويدعم صحة هذا الفرض - طبقاً لما ورد في الإطار النظري لهذه الدراسة - نظرية تنظيم الذات حيث إن المتشائم يفشل في التعامل مع الصعوبات، فعندما يواجه مشكلة سوف ينسحب أو لا يواجهها (Johnson, 2002; Burant, 2006). وقد ذكر (Chang, 2001: 204) أن المتشائمين يتصفون بالآتي: أفكار مكبوتة، والاستسلام، واضطراب الذات، والتجنب المعرفي، والتركيز على الحدث الضاغط، وإنكار عقلي وسلوكي واضح. وفي نفس السياق تشير نظرية نماذج التوقع والقيمة إلى أن المتشائم يتوقع أنه لا فائدة من مواجهة المرض لأنه يتوقع الموت في نهاية الأمر لذلك يكون لديه شك في التعايش مع المرض أو مواجهته (Carver, n.d.).

وفيما يختص بالفرض الرابع الذي ينص على أنه" توجد علاقة ارتباطية

موجبة بين درجات طلبة الثانوية المصابين بمرض السكري من النوع الأول على مقياس تقبل المرض ودرجاتهم على مقياس نوعية الحياة (درجة كلية وعوامله الثلاثة). فلم يتحقق هذا الفرض وجاءت النتائج على عكس ما هو متوقع إذ ارتبط تقبل المرض سلباً وبشكل دال إحصائياً بكل من نوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري والعوامل الفرعية المكونة له وهي: الرضا عن أعراض السكري، والأثر الناتج عن السكري، والقلق الاجتماعي المتعلق بالسكري (انظر جدول رقم ٤).

وتتعارض هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات السابقة (Kurpas et al., 2013; Ostapowicz et al., 2012; Thiagarajan, 1998). ويمكن تفسير ذلك في ضوء خصائص أفراد العينة التي شملت عينة من المراهقين وما تتميز به خصائص مرحلة المراهقة من تغيرات فسيولوجية وهرمونية ونفسية من شأنها أن تؤثر على حياة المراهق فيصبح عرضة لعدم الاستقرار النفسي. وبالإضافة إلى ذلك تتعدد مصادر الضغوط لدى الطلبة خاصة المصابين بمرض السكري لتشمل ضغوطاً تعليمية مثل عدم تقديم الاختبارات بسبب حالتهم الصحية وأعراض مرضهم، أوعدم حضور الحصص بسبب الغياب المتكرر الناتج عن الأعراض التي تصيبهم نتيجة المرض ومراجعاتهم الدورية للطبيب، وضغوطاً اجتماعية تتمثل في شعورهم بالخجل والحرج من تعاطي حقن الأنسولين في أوقات معينة خاصة خارج المنزل، والخجل أو الحرج الذي يتسببه وجود مضخة الأنسولين بشكل ظاهر للعيان. وضغوطاً أسرية إذ يشعر مريض السكري بأنه عبء على عائلته وأصدقائه، واعتقاده بأن الناس عندما يكونون بصحبته يشعرون بالقلق حول مرضه (Lewko et al., 2007) وضغوطاً نفسية كالقلق والضيق والاجهاد النفسي والتوتر بسبب طبيعة المرض ونمط علاجه المرهق الذي يتطلب استمرارية فحص مستوى السكر في الدم، والانتظام بمزاولة الرياضة، وتناول وجبات صحية. لذا فمن الطبيعي أن تكون ردة فعلهم للتعامل مع المرض سلبية، ويكون تقبلهم للمرض تقبلاً استسلامياً، وهذا يتفق مع تم ذكره آنفاً في الإطار النظري من أن التقبل الاستسلامي يتسم بالتشاؤم والسلبية وعدم حب الحياة.

نخلص من هذه الدراسة إلى أن مقياس تقبل المرض المستخدم بالدراسة الحالية يتمتع بخواص سيكومترية جيدة، وأن تقبل المرض ارتبط إيجاباً بالتفاؤل وسلباً بالتشاؤم مما يشير إلى أهميته كاستراتيجية من استراتيجية مواجهة الضغوط النفسية ومنها الإصابة بالمرض، حيث إن تقبل المريض لمرضه يجعله أكثر التزاماً بالعلاج وبالتالي يسرع من شفائه. من جهة أخرى، وحيث إن الدراسة لم تسفر عن ارتباط موجب بين تقبل المرض ونوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري يمكن التوصية بإجراء البحوث التالية:

١ - دراسة العلاقة بين تقبل المرض ونوعية الحياة لدى مرضى السكر (بأنواعه المختلفة كالنوع الأول، والنوع الثاني وسكر الحمل) باستخدام مقاييس أخرى مشهورة في التراث النفسي والطبي، منها على سبيل المثال، مقياس نوعية الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية.

٢ - تصميم برامج إرشادية لمتابعة طلبة الثانوية المصابين بمرض السكري من النوع الأول باستخدام علاج التقبل والالتزام.

٣ - إجراء مزيد من البحوث حول تقبل أمراض مزمنة أخرى (كفرط ضغط الدم، وأمراض القلب، والسرطان)، وإجراء دراسات على شرائح عمرية مختلفة في المجتمع الكويتي.

Acceptance of Illness and its Relation to Optimism, Pessimism and Quality of life Among Diabetic Patients Among Secondary School Students in Kuwait

Lulwa A. Al-Hardan
Moe
State of Kuwait

Dr. Hessah A. Al-Nassar
College of Social Sciences - Kuwait University
State of Kuwait

Abstract

This study aims to examine the relationship between the acceptance of illness, optimism, pessimism, and the quality of life among Type I diabetic patients, and to identify gender differences in these variables among a sample of Kuwaiti secondary schools' students (N = 171, 78 males and 93 females M_{age} = 16.5 years, age range: 15-24 years) from government schools. The Acceptance of Illness Scale (AIS) (developed by Felton et al., 1984 and translated by Al-Ansari, unpublished), the Arabic Inventory of Optimism and Pessimism (developed by Abdel-Khalek, 1996), and the Diabetes Quality of Life (DQOL) (developed by Jacobson, 1994; and translated by Al-Shatti 2012) were administered. Psychometric properties of these scales were measured and high reliability and validity scores were obtained. The results revealed no significant differences between males and females in regard to the acceptance of illness, optimism, pessimism, and quality of life (total score and its components). However, there was a positive relationship between the acceptance of illness and optimism, a negative relationship between the acceptance of illness and pessimism, and negative relationship between the acceptance of illness and diabetes quality of life. Results were discussed in light of reviewed literature and related previous studies.

المراجع

١ - أبو العلا، محمد (٢٠١٠). التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بتقدير الذات ومستوى الطموح والتوافق مع الحياة الجامعية لدى عينة من الطلاب والطالبات. **دراسات عربية في علم النفس**، ٩ (٢)، ٣٣٩-٣٩٨.

٢ - أطلس الاتحاد الدولي لداء السكري (٢٠١٥). ط ٧. بلجيكا: بروكسل، الاتحاد الدولي لداء السكري.

٣ - الأيوب، حصة (٢٠١٠). التفاؤل وحب الحياة والدعم الاجتماعي وعلاقتهما بالصحة النفسية والجسمية لدى المسنين. رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت.

٤ - تايلور، شيلي (٢٠٠٨). **علم النفس الصحي**. ترجمة وسام بريك وفوزي داود. عمان: دار الحامد.

٥ - التمار، شاهة والصبوة، محمد نجيب (٢٠١٠). الفروق بين مرضى السكر والأصحاء بين الجنسين في الغضب والاكتئاب والسعادة ونوعية الحياة: المؤتمر الإقليمي لعلم النفس، ٤٦٩-٥٠٩.

٦ - حسن، هدى جعفر (٢٠٠٦ أ). التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بضغوط العمل والرضا عن العمل. **دراسات نفسية**، ١٦(١)، ٨٣-١١١.

٧ - حسن، هدى جعفر (٢٠٠٦ ب). مرض السكر وعلاقته ببعض العوامل النفسية والسمات الشخصية. **مجلة العلوم الاجتماعية، ٣٤** (١)، ٩٣-٤٨.

٨ - الشطي، تغريد (٢٠١٢). بعض منبئات التدبر الذاتي الفعال لدى مرضى النوع الثاني من السكري في الكويت. رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

٩ - عبدالخالق، أحمد (١٩٩٦). **دليل تعليمات القائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم**. الكويت: دار المعرفة الجامعية.

١٠- عبدالخالق، أحمد (١٩٩٨). التفاؤل وصحة الجسم: دراسة عاملية. **مجلة العلوم الاجتماعية**، (٢٦)٢، ٤٥-٦٢.

١١- عبدالخالق، أحمد (٢٠٠٨). الصيغة العربية لمقياس نوعية الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية: نتائج أولية. **دراسات نفسية**، ١٨(٢)، ٢٤٧-٢٥٧.

١٢- عبدالخالق، أحمد والأنصاري، بدر (١٩٩٥). **التفاؤل والتشاؤم: دراسة عربية في الشخصية**. بحوث المؤتمر الدولي الثاني للإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ١، ١٣١-١٥٢.

١٣- مخيمر، هشام وعبد المعطي، محمد (٢٠٠٠). التفاؤل والتشاؤم وعلاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة. **مجلة دراسات تربوية واجتماعية**، (٣)، ٤١-١.

١٤- المشعان، عويد سلطان (٢٠٠٠). التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بالاضطرابات النفسية والجسمية والرضا الوظيفي لدى موظفين في القطاع الحكومي بدولة الكويت. **دراسات نفسية**، ١٠ (١٠)، ٩٦٥-٩٤٧.

١٥- مركز سكر الكويت للمعلومات (٢٠١٤). تم استرجاعها بتاريخ ١٩ مارس، ٢٠١٤ من < http://www.diabetes.org.kw/ar/page/view/level/2.id/19 >

١٦- معهد دسمان للسكري (٢٠١١). تم استرجاعها بتاريخ ٤ نوفمبر، ٢٠١٤ من < http://www.dasmaninstitute.org/ar/diabetes-basics >

17 - Abdulrasoul, M., Alotaibi, F., Abdulla, A., Rahman, A., &Alshawaf, F. (2013). Quality of life of children and adolescents with type 1 diabetes in Kuwait. **Medical Principles and Practice**, 22, 379-384.

18 - Awad, S., El-Tarrasm, E., Almalki, A., Alghamdi, A., Sabry, M. & Nemenqani, D. (2014). Prevalence of A6224G Insulin Receptor Substrate-1 and Mitochondrial DNA (TRNA) Leu (UUR) 3243 Polymorphisms in Diabetes Mellitus Patients in Saudi Arabia. **World Journal of Medical Sciences**, 10, 279-284.

19 - Belgrave, F. Z. (1991). Psychosocial predictors of adjustment to disability in African Americans. **Journal of Rehabilitation**, 57, 37-40.

20 - Besen, D., & Esen, A. (2012). Acceptance of illness and related factors in Turkish patients with diabetes. **Social Behavior and Personality**, 40, 1596-1610.

21 - Burant, J. (2006). Optimism as a mediator of social structural disparities effects on physical health and psychological well-being: A longitudinal study of hospitalized elders. (Doctoral Dissertation), Case Western Reserve University School of Graduate Studies.

22 - Carver, C.S. (No Date). Retrieved September 14, 2013 from the World Wide Web:http://cancercontrol.cancer.gov/brp/constructs/dispositional_optimism/dispositional_optimism.pdf.

23 - Carver, C., Scheier, M., & Segerstrom, S. (2010). Optimism. **Clinical Psychology Review**, 30, 879-889.

24 - Casier, A., Goubert, L., Huse, D., Theunis, M., Franckx, H., Robberecht, E., Matthys, D., & Crombez, G. (2008). The role of acceptance in psychological functioning in adolescents with cystic fibrosis: A preliminary study. **Psychology of Health**, 23, 629-638.

25 - Chang, E. (2001). **Optimism & pessimism: implications for theory research and practice**. Washington, DC: American Psychological Association.

26 - Chan, R. (2012). The effect of acceptance on health outcomes in patients with chronic kidney disease. **Nephrology Dialysis Transplantation Journal**, 0, 1-4.

27 - Dijkstra, A., Buunk, A.P., Toth, G., & Jager, N. (2008). Psychological adjustment to chronic illness: The role of prototype evaluation in acceptance of illness. **Journal of Applied Biobehavioral Research**, 12(3-4), 119-140.

28 - Felton, B.J. & Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychology adjustment. **Journal of Consulting and Clinical Psychology,** 52 (3), 343-353.

29 - Felton, B.J., Revenson, T. A. & Hinrichsen, G.A. (1984). Stress and

coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. **Social Science and Medicine**, 18(10), 889-898.

30 - Garratt, A.M., Schmidt, L.J., Mackintosh, A.E. & Fitzpatrick, R. (July 2000) Instruments for Diabetes: a Review Report from the Patient-reported Health Instruments Group (formerly the Patient-Assessed Health Outcomes Programme) to the Department of Health. Retrieved from http://phi.uhce.ox.ac.uk/pdf/phig_diabetes_report.pdf

31 - Hanberger, L., Ludvigsson, J., & Nordfeld, S. (2009). Health-related quality of life in intensive treated young patients with type 1 diabetes. **Pediatric Diabetes**, 10, 374-381.

32 - Hoey, H., Aanstoot, H., Chiarelli, F., Daneman, D., Danne, T., Dorchy, H.,... Aman, J. (2001). Good metabolic control is associated with better Quality of Life in 2,101 adolescents with type 1 diabetes**.** **Diabetes CARE Journal**, 24, 1923-1928.

33 - Jacobson, A.M. (1994). The DCCT Research Group: The diabetes quality of life measure. In Bradley C., (Ed.), **Handbook of Psychology and Diabetes** (65-87). Switzerland, Chur: Harwood Academic Publishers.

34 - Jacobson, A.M., de Groot, M., Samson, J.A. (1994). The evaluation of two measures of quality of lifein patients with type I and type II diabetes. **Diabetes Care**, 17(4),267-274.

35 - Janowski, R., Kurpas, D., Kusz, J., Mroczek, B., & Jedynak, T. (2013). Health-related behavior, profile of health locus of control and acceptance of illness in patients suffering from chronic somatic diseases**.** **Public Library of Science One Journal**, 8, 1-8.

36 - Johnson, J. (2002). The contributions of optimism and pessimism to physical and psychological well-being among adults with type 2 diabetes. (Master Thesis). West Virginia University.

37 - Karademas, E. C., Tsagaraki, A., & Lambrou, N. (2009). Illness acceptance, hospitalization stress and subjective health in a sample of chronic patients admitted to hospital. **Journal of Health Psychology**, 14, 1234-1250.

38 - Kiely, D. (1989). The phenomenon of acceptance as revealed in cancer

patient's acceptance of his terminal illness: An existential phenomenological investigation. (Doctoral Dissertation). Duquesne University.

39 - Kurpas, D. (2013). The correlation between quality of life, acceptance of illness and health behaviors of advanced age patients. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, 56, 448-456.

40 - Kurpas, D., Mroczek, B., Knap-Czechowska, H., Bielska, D., Nitsch-Osuch, A. Kassolik, K., Steciwko, A. (2013).Quality of life and acceptance of illness among patients with chronic respiratory diseases. **Respiratory Physiology & Neurobiology**, 187, 114-117.

41 - Lewko, J., Polity, B., Kochanowicz, J., Zarzycki, W., Okruszko, A., Sierakowska, M., Jankowiak, B., Gorska, M., Krajewska-Kulak, E., & Kowalczuk, K. (2007). Quality of life and its relationship to the degree of illness acceptance in patients with diabetes and peripheral diabetic neuropathy. **Advances in Medical Sciences**, 52, 144-146.

42 - Lewko, J., Zarzycki, W., & Krajewska, E. (2012). Relationship between the occurrence of symptoms of anxiety and depression, quality of life, and level of acceptance of illness in patients with type 2 diabetes. **Saudi Medical Journal**, 33, 887-894.

43 - Nakamura, Y. M., & Orth, U.(2005).Acceptance as a coping reaction: adaptive or not?. **Swiss Journal of Psychology**, 64, 281-292.

44 - Ogden, J. (2011). Health psychology. Retrieved septemper,27,2011 from the world wide web: <http://www.acrobatplanet.com/non-fictions-ebook/pdf-ebook-health-psychology.html>.

45 - Ostapowicz, K., Kulak, E., Rozwadowska, E., Nahorski,W., & Olszanski, R. (2012). Quality of life and satisfaction with life of malaria patients in context of acceptance of the disease: Quantitative studies**. Malaria Journal**, 1, 111-171.

46 - Peterson, C. (2000). The future of optimism. **American Psychologist**. 55, 44-55.

47 - Richman, L., Kubzansky, L., Maselko, J., & Kawachi, I. (2005). Positive emotion and health: going beyond the negative. **Health Psychology**, 4, 422-429.

48 - Roy, B., Roux, A.,Seeman, T., Ranjit, N., Shea, S., & Cushman, M.

(2010). The association of optimism and pessimism with information and hemostasis in the multi ethnic study of Atherosclerosis (MESA). **Psychosomatic Medicine**, 72, 134-140.

49 - Rubin, R. (2000). Diabetes and quality of life. **Diabetes Spectrum**, 13, 21-23.

50 - Sanden-Eriksson, B. (2000). Coping with type-2 diabetes: The role of sense of coherence compared with active management. Journal of Advanced Nursing, 31, 1393-1397.

51 - Sarafino, E. P., Caltabiano, M. L. & Byrne, D. (2008). **Health psychology: biopsychosocial interactions**, (2nd Ed.). Australia, Queensland: John Wiley & sons.

52 - Smart, C. M. (2006). Cross-validation of the HOT (health optimism test): an analysis of the influence of health-related optimism on symptom management in individuals with complex regional pain syndrome. Doctoral Dissertation, Loyola University: Chicago.

53 - Stuifbergen, A., Becker, H., Blozis, S., & Beal, C. (2008). Conceptualization and development of the acceptance of chronic health conditions scale. **Mental Health Nursing**, 29, 101-114.

54 - Sylvester, M. (2011). Acceptance and commitment therapy for improving adaptive functioning in persons with a history of pediatric acquired brain injury. (Doctoral Dissertation), University of Nevada.

55 - Thiagarajan, K. (1998). Stress, social support problem solving coping, acceptance of diabetes &self management as predictors of metabolic control & quality of life among adults with insulin dependent diabetes mellitus. (Doctoral Dissertation), University of Washington.

56 - Vanelli, M., Chiarelli, F., Chiari, G., & Tumini, S. (2003). Relationship between metabolic control and quality of life in adolescents with type 1 diabetes report from two Italian centres for the management of diabetes in childhood. **Acta Bio- Medica Journal**, 74, 13-17.

57 - Weinman, J., Wright, S., & Johnston, M. (1995). **Measures in health psychology a user's portfolio health status and health related quality of life.** Berkshire: National foundation for educational research Nelson.

58 - WHO (World Health Organization) (2012). Retrieved September 13,

2012 from the World Wide Web. < http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/ar/ > .

59 - WHO (World Health Organization) (2014). Retrieved September 27, 2014 from the World Wide Web.http://www.who.int/topics/chronic_diseases/ar/.

60 - WHOQOL Group (1997). The World Health organization quality of life instruments (THE WHOQOL-100 AND THE WHOQOL-BREF): Measuring quality of life. Switzerland: Geneva, Author. Retrieved from: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

61 - Williams, J. C., & Lynin, S. J. (2011). Acceptance: An historical and conceptual review. **Imagination, Cognition and Personality**, 30, 5-56.

62 - Wright, S. & Kirby, A. (1999). Deconstructing conceptualizations of 'Adjustment' to chronic illness: a proposed integrative framework. **Journal of Health Psychology**, 4: 259-272.

63 - Zalewska, A., Miniszewska, J., Chodkiewicz, J., & Narbutt, J. (2007). Acceptance of chronic illness in Psoriasis Vulgaris patients. **Journal of European Academy of Dermatology and Venereology**, 21, 235-242.