

البروفيات المعرفية والوجدانية لأطفال مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين

د. / فوقيه أحمد السيد عبد الفتاح

أستاذ علم النفس التربوي المساعد بجامعة بنى سويف

ملخص الدراسة :

توجد جزر لانجرهانز *Islets Langerhans* داخل البنكرياس الذي يحتوي على ثلاثه أنواع من الخلايا منها خلايا بيتا *Betta Cells* التي تعزز هرمون الانسولين *Insulin* الذي ينظم نقل الجلوكوز في مجوعه الدم *Blood Stream* والذي ينظم الغذيه التي تمد الجسم بالطاقه اللازمه لاستمرار الحياه ويؤدي نقص خلايا بيتا في افراز الانسولين الى ظهور احد انواع مرض السكر الذي يطلق على المرضى بانهم مرضى السكر المعتمدين على الانسولين *Insulin Dependent Diabetes Mellitus (I.D.D.M)* وينتشر هذا النوع من مرض السكر بين الاطفال و يوضح (arab,1992) ما تشير اليه التقارير من وجود ٨٠٣ مريض بالسكر بين كل ١٠٠٠ مريض وان النمط (P) المعتمد على الانسولين غالبا ما ينتشر بين الاطفال وانطلاقا من الوحده الوظيفيه للانسان تشير نتائج العديد من الدراسات الى ان الاصابه المبكره للاطفال وتعرضهم طويل المدى للعلاج يؤثر بدوره على الوظائف المعرفيه والوجدانيه بينما لا تعزو نتائج بعض الدراسات الاثار السالبه لتلك الوظائف إلى متغير التعرض طويل المدى للعلاج ولهذا يهدف للبحث الى دراسه مدى التباين في البروفيات المعرفيه والوجدانيه بين اطفال مرضى السكر المعتمدين على الانسولين (I.D.D.M) باختلاف وقت الاصابه بالمرض والتعرض للعلاج.

فروض الدراسة :

- لا توجد فروق ذات دلالة احصائيه ترجع الى فتره التعرض للعلاج (٥سنوات فاقل/ اكثر من ٥ سنوات) بين اطفال مرضى السكر (I.D.D.M) في الوظائف المعرفية (استراتيجيات التعلم والذاكره)
- لا توجد فروق ذات دلالة احصائيه ترجع الى فتره التعرض للعلاج (٥سنوات فاقل/ اكثر من ٥ سنوات) بين اطفال مرضى السكر (I.D.D.M) في الوظائف الوجدانية (وجهه الضبط، القلق، تقدير الذات)
- تختلف البروفيات المعرفيه والوجدانيه بين اطفال مرضى السكر باختلاف فتره العرض للعلاج (٥ سنوات فاقل/ اكثر من ٥ سنوات) ولاختبار صحه الفروض تم اعداد الادوات التاليه:-

== البروفيلات المعرفية والوجدانية لأطفال مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين ==

• اختبار تقدير الذات لأطفال مرضى السكر (I.D.D.M)

• اختبار وجهه الضبط لأطفال مرضى السكر (I.D.D.M)

• اختبار القلق لأطفال مرضى السكر (I.D.D.M)

• اختبار الذاكرة لأطفال مرضى السكر (I.D.D.M)

• اختبار استراتيجيات التعلم لأطفال مرضى السكر (I.D.D.M)

وتم تطبيق تلك الأدوات على مجموعة قوامها ٦٠ طفل من مرحلة الطفولة المتأخره لمحافظه

بني سويف وتم تصنيفهم الى مجموعتين في ضوء متغير فتره العلاج :-

١ . الاطفال الذين تعرضوا للعلاج فتره خمس سنوات فأقل وعددهم ٣٠ طفل .

٢ . الاطفال الذين تعرضوا للعلاج فتره ٥ سنوات فأكثر وعددهم ٣٠ طفل .

تشير النتائج الى وجود فروق ذات دلالة احصائية في الوظائف المعرفية (استراتيجيات التعلم، والذاكرة) في اتجاه مجموعه التعرض للعلاج (٥ سنوات فأقل) حيث بلغ متوسط استراتيجيات التعلم ١٥،٩١ واختبار الذاكرة ٢٦،٨ بينما التعرض للعلاج (٥ سنوات فأكثر) بلغ متوسط درجاتهم ٨،٠٠ في اختبار استراتيجيات التعلم ٢١،٨ في اختبار الذاكرة.

كما تشير النتائج الى وجود فروق ذات دلالة احصائية في متوسطات درجات تقدير الذات في اتجاه مجموعه التعرض لفترة (٥ سنوات فأكثر) حيث بلغت متوسطات درجاتهم ١٥،٩٢ وهو اعلى من مجموعه (٥ سنوات فأقل) حيث بلغت ١٨،٨٣ بينما متوسطات درجات مجموعه التعرض للعلاج (٥ سنوات فأكثر ١٣،٦٢ ولم تشير النتائج الى وجود فروق داله في متغير وجهه الضبط في المجموعتين.

وفي ضوء تلك النتائج تتباين بروفيلات المجموعتين في الوظائف المعرفية والوجدانية .

المروفيلات المعرفية والوجدانية لأطفال مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين

د. / فوقيه أحمد السيد عبد الفتاح
أستاذ علم النفس التربوي المساعد
بجامعة بنى سويف

المقدمة :

تؤدى النظرة الثنائية *Dualism* بين الجسم والعقل إلى العديد من الصعوبات فى فهم الوظائف المعرفية والوظائف الوجدانية؛ لذا يفضل تبني الاتجاه الكلى *Holistic View Points* فى النظر إلى الإنسان على أنه وحدة وظيفية ذلك أن الاعتماد على كل من العوامل العضوية والعوامل المعرفية بمفردها لا تكفى لتفسير السلوك الإنسانى. فالعديد من المتعلمين الذين لديهم اضطرابات صحية غالباً ما تؤثر على الجوانب الشخصية الأخرى ولا يضعون فى صفوف التربية الخاصة، وإنما يبقون فى الصفوف العادية مع حاجتهم الماسة إلى رعاية تربوية وسيكولوجية وطبية خاصة، ومن هؤلاء الأطفال مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين *Insulin dependents diabetes mellitus (I.D.D.M)* وهو من الأمراض المزمنة التي يحتاج فيها المريض إلى رعاية خاصة منها حقن الأنسولين يومياً إلى جانب الحاجة إلى تنظيم الغذاء، وخفض النشاط، والقياس الدورى للبول، مما يترتب على ذلك الرعاية الزائدة من الوالدين، وهم ليسوا بالفئة القليلة فقد أوضح (Arab, 1992) فى دراسته عن مدى انتشار مرض السكر بين الأطفال فى مصر على عينة قوامها خمسة آلاف طفل فوق سن العاشرة من سكان (الريف ، الحضر ، البدو) مع اختيار عشوائى بنسبة ١٠% من كل منهم ليجرى عليهم اختبار السكر وأشارت الإحصائيات إلى أن نسبة انتشار المرض فى مصر بين الأطفال وصلت إلى ٤,٣٠%، وتباينت هذه النسب بتباين الموقع الجغرافى فكانت بين سكان الحضر ٥,٧% وبين سكان الريف ٤,١% ، ١,٥% بين سكان البدو، كما أشارت الدراسة إلى معدلات الانتشار فى مراحل التعليم المختلفة بمعدل ٠,٠٦% بين تلاميذ المرحلة الابتدائية ٠,١٤% بين تلاميذ المرحلة الإعدادية، ٠,١٤% بين طلاب المرحلة الثانوية وأشارت النتائج إلى أن النمط (أ) هو الأكثر انتشاراً فى المراحل العمرية الصغيرة، حيث تشير نتائج تلك الدراسة إلى وجود ٨,٣ مريض بالسكر بين كل ١٠٠٠ مريض وأن النمط (أ) (*IDDM*) غالباً ما يكون فى الأعمار الصغيرة وانطلاقاً من الوحدة الوظيفية للإنسان فإن الإصابة بالسكر وما يتبعها من ضغوط يمكن أن تؤثر على الجانب المعرفى والوجدانى للشخصية ويشير ضيائى حسين (١٩٨٧) إلى نتائج بحث أخرى على ٤٥ طفل مريض (*IDDM*) تم-

المبروفيلات المعرفية والوجدانية لأطفال مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين

مراقبتهم لمدة عشرين عاماً وجد أن طفلين قد توفيا علوة على ثلاثة حاولوا الانتحار مما يشير إلى أهمية الاهتمام بهؤلاء الأطفال، وقد قام ويسوكي (Wysocki, 2006) بمراجعة أدبيات البحث التطبيقي حول التقييمات السلوكية وطرق التدخل في سياق مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين من الأطفال والمراهقين وخلصت الدراسة إلى وصف المشكلات السلوكية التي يعاني منها مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين خاصة سلوكيات التجنب والمخاوف والقلق ومهارات التطبيع وحل المشكلات والتفاعل الأسرى.

ويوضح ذلك ما تشير إليه العديد من الدراسات أن الإصابة المبكرة والتعرض طويل المدى للعلاج بالأنسولين يمكن أن يؤثر على الوظائف المعرفية ومنها (Deichmann, 1997, Northam, et al., 1997, Wolter et al., 1996).

كما تشير نتائج العديد من الدراسات إلى أن الإصابة بالسكر تؤثر تأثيراً سلباً على الوظائف الوجدانية إذا لم تتم التهيئة النفسية لإدراك المرض والتكيف معه ومنها (Kovacs et al., 1994, Lynch, chen & Halmes, 2002 Hakimi, 1998).

مشكلة الدراسة :

توجد جزر لانجرهام داخل البنكرياس التي تحتوى على ثلاثة أنواع من الخلايا منها:

خلايا ألفا *Alpha Cells* التي تنتج هرمون جلوكاجون *Clucagon*. وخلياً بيتا *Betta- Cells* التي تقوم بإفراز هرمون الأنسولين *Insulin*.

ويؤدى توقف خلايا بيتا عن إفراز الأنسولين إلى ظهور مرض السكر، الذى يرجع إلى عدم إفراز الأنسولين بصورة كافية تمكن الجسم من استخدام السكر واختزانه مما يمنع استخدام أنسجة الجسم للجلوكوز فى الدم والزيائد يظهر فى البول، أى عندما لا تستطيع هذه الجزر تصنيع الكمية اللازمة يؤدى إلى نقص فى الأنسولين الذى ينظم استخدام الغذاء الذى يمد الجسم بالطاقة اللازمة لاستمرار الحياة، فالأنسولين ينظم استعمال الجلوكوز بالسماح له بالمرور من الدم إلى الخلايا، ويطلق على المرضى الذين يعانون من نقص الأنسولين بأنهم مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين (*Insulin dependent diabetes Mellitus (IDDM)*) (عبد الوهاب كامل ١٩٩٤، محمد صلاح الدين إبراهيم، ١٩٩٣)

ويمنع هذا الاضطراب فى إفراز الأنسولين استخدام أنسجة الجسم للجلوكوز الذى بدوره يؤثر على الوظائف المعرفية والوجدانية للأطفال المصابين بالسكر، هذا ما أشارت إليه العديد من الدراسات منها دراسة كوكس وآخرين (Cox, et al., 1987) التي أوضحت أن انخفاض

الجلوكوز يؤدي إلى تعذر القيام بالحركات الدقيقة والذي يمكن أن يؤثر بدوره على الوظائف المعرفية والوجدانية، كما تبين دراسة هيرشى وآخرين (Hershey, et al., 1997) الآثار السلبية لارتفاع نسبة السكر على تلف النصف الصدغي الأوسط، مما يؤثر على وظائف الذاكرة، كما قارنت دراسة (Deichmann, 1997) بين الأطفال مرضى السكر (IDDM) والأطفال العاديين في مجموعة من المهام البصرية والمكانية والكتابية والحركية وتوصلت إلى وجود تباين من حيث السرعة رغم تماثل دقة الأداء، وأن مع طول الوقت فشلت عينة مرضى السكر (IDDM) في المحافظة على الدقة في الأداء وقد تم عزو تلك النتائج إلى أنشطة الجهاز العصبي المركزي سواء الحسية أو الحركية، كما توصل والترز وآخرون (Walters, et al., 1996) إلى وجود ضعف في الذاكرة قصيرة المدى لدى عينة من أطفال مرض السكر (IDDM) وارتباط هذا التأثير بالعمر وقت الإصابة وطول فترة العلاج، وتتفق مع تلك النتائج ما أشار إليه كل من ليونش وهولمز (Lynch, & Holmes 2004). بأن الإصابة المبكرة لمرضى السكر مع التعرض طويل المدى للعلاج يظهر نقصاً في التمييز للتكوينات اللفظية والبصرية. كما توصل هيجين (Hegan, 1990) إلى أن الأطفال مرضى (IDDM) كانت نسبة نكائهم عادية وكان أدائهم الأكاديمي في المستوى الطبيعي إلا أنهم قد أظهروا مشكلات دراسية وقصور في الذاكرة. ويشير (ضيايى حسين، ١٩٨٧) إلى أن إصابة الأطفال بالسكر يصاحبها العديد من الضغوط منها حقن الأنسولين التي يعتبرها الأطفال نوع من العقاب واختبار البول بصفة دورية وما بصاحبة من الشعور بالقلق تجاه نتائجها. أي أن مصدر الضغوط يكمن في وعي الطفل وإدراكه للخطر والخوف من انخفاض الجلوكوز في الدم وما يتبعه من آثار سلبية، وفي دراسة إرفان وفريدريك (Irvin, & Fredrick, 1992) للبحث في العلاقة بين القلق من انخفاض جلوكوز الدم وبعض الأمراض السيكولوجية والفسيولوجية على عينة من مرضى النمط (أ) تشير النتائج إلى أن الضغوط النفسية الناتجة تتراوح من عدم السعادة إلى التهديد بالموت المبكر، وأوضح برند وآخرون (Brend, et al., 1993) أن من تلك الأعراض الخوف من المدرسة والهروب منها والقلق وتدمير الذات *Self Maltiating* وضعف التركيز *Poor Concentration*. كما وجدت (ماجدة خميس ١٩٩٢) فروق دالة بين مرضى السكر والأسوياء على مقياس القلق (حالة / سمه) القلق (الداخلي / الخارجي المنشأ).

وتوصلت دراسة لبورجيسون (Borjeson, 1993) أن الإصابة في مرحلة عمرية مبكرة وطول فترة العلاج تزيد من المضاعفات النفسية حيث يعتقد الأطفال أن مرض السكر له تأثير سلبي على علاقتهم بأصدقائهم، كما توصل إلى أن القلق يزيد بطول فترة الإصابة، وأن تعرضهم لفحوصات طويلة مستمرة كان لها التأثير على الشعور بالقلق ووجهه الضبط .

وأهتم هوليدج (Hollidge, 2001) بقياس التوافق النفسي لدى الأطفال مرضى السكر من

== البروفيات المعرفية والوجدانية لأطفال مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين ==

خلال قياس مفهوم الذات والمشكلات السلوكية والقلق والإحباط على اختبارات مقننه وأظهرت النتائج أن لديهم ضغوط داخلية نبعث من القلق ومفهوم الذات المتدني.

كما توصلت دراسة لروبسون كارتر (Robinson, & Carter, 1983) إلى أنه كلما كان المريض أصغر سناً كلما ازداد اهتمام الأم مما يؤثر على وجهه الضبط، كما أن هناك ارتباط سالب بين فترة التعرض للعلاج والأعراض النفسية، وفي دراسة لهيلدرث وستوروكبرينك (Hilderth, & Struarkbrink, 1987) للكفاءة الذاتية لدى المراهقين من مرضى (IDDM) أوضحت النتائج أن الأفراد الذين سجلوا درجات مرتفعة على مقياس الكفاءة الذاتية كانوا أكثر قدرة على التحكم في المرض أما الذين سجلوا درجات منخفضة عبروا عن الشعور باليأس وعدم مساندة الجميع لهم، مما يؤثر ذلك على تقديراتهم لذواتهم، وهذا ما أشار إليه جرافن (Graven 1992) من أن المرضى الأقل قدرة على التحكم حصلوا على درجات أقل على مقياس تقدير الذات، بينما تشير دراسة جاكسون وهوسير (Jacobson, & Hauser, 1986) عند مقارنة المجموعة الضابطة والتجريبية في متغير العمر وقت الإصابة وفترة العلاج تبين عدم وجود فروق بين المجموعتين في درجة تقدير الذات وجهه الضبط والأعراض السلوكية.

ويؤكد ذلك ما تشير إليه نتائج العديد من الدراسات إلى أن متغيري البداية المبكرة للإصابة وطول فترة التعرض للعلاج ليس لها تأثير سالب على الوظائف المعرفية والوجدانية للأطفال بل تمزق تلك الدراسات التغيرات في الوظائف المعرفية والوجدانية إلى سلايب للتشنة الاجتماعية (التسلطية، الدكتاتورية، المتساهلة) وتعرضهم لفحوصات طويلة ومساظمتهم حول موضوعات حساسة وشائكة، وأن دور الأباء في الانتماء الوجداني كان أفضل تأثير على الوظائف الوجدانية والمعرفية ومن هذه الدراسات (Pyorala, 2005; Elsayan, 2004; Dasari 2004; Northam et al., 1997, Jacobsan, & Hauser, 1986 ضيائي حسين ١٩٨٧) وانطلاقاً من هذا التعارض تحاول الدراسة الحالية رسم بروفيل وجداني ومعرفي للأطفال مرضى (IDDM) في ضوء فترة التعرض للمرض والعلاج ٥ سنوات فأكثر و أقل من ٥ سنوات على الوظائف المعرفية والوظائف الوجدانية للأطفال مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين (IDDM) وتحدد مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

- هل تختلف الوظائف المعرفية (استراتيجيات التعلم - الذاكرة) لدى أطفال مرضى السكر باختلاف مدة العلاج (٥ سنوات فأقل/ أكثر من ٥ سنوات)؟
- هل تختلف الوظائف الوجدانية (وجهه الضبط - القلق - تقدير الذات) لدى أطفال مرضى السكر باختلاف مدة العلاج (٥ سنوات فأقل/ أكثر من ٥ سنوات)؟

أهداف الدراسة:

مقارنة البروفيلات المعرفية والوجدانية للأطفال (*IDDM*) الذين تعرضوا للعلاج (٥ سنوات فأقل/ أكثر من ٥ سنوات) لبيان أهمية التشخيص المبكر للخصائص المعرفية (استراتيجيات التعلم، والذاكرة) والخصائص الوجدانية (وجهة الضبط وتقدير الذات والقلق) لإمكانية وضع خطة مستقبلية علاجية مبكرة للوقاية من التعرض للاضطرابات اللاحقة لأوجه القصور.

أهمية الدراسة:

- توجيه الاهتمام إلى أهمية التدخل المبكر لاستيعاب أوجه القصور المعرفية والوجدانية ذات الصلة بمضاعفات المرض، نظراً لأنه يعد من الأمراض المزمنة والمنتشرة بين الأطفال والذي ليس له علاج قاطع، وقد توصلت دراسة ديسروشير وروفيت (*Desrocher, Rovet, 2004*) بأن التدخلات التربوية المبكرة بصورة مناسبة تساعد على استيعاب أوجه القصور تلك.
- بيان أهمية تضمين الإرشاد النفسي في رعاية الأطفال مرضى السكر بما سيدعم فعالية العلاج فقد أظهرت هذه النتيجة دراسة جيلفاند وآخرين (*Gelfand, et al., 2004*) بأن الإرشاد النفسي لهذه الفئة أتى بثمار جيدة التي ظهرت في التحسن الملحوظ في السيطرة على الأعراض التي يعانى منها أفراد العينة من زيادة القلق والاضطرابات النفسية.
- توجيه الانتباه إلى تفعيل دور الوالدين في الانتظام الوجداني للأطفال مرضى السكر الذى ينصح فى القدرة على السيطرة على العواطف السلبية لما له أكبر الأثر على توافقهم في الحياة كما اتضح من دراسة (*Dasari, 2004*) ويؤكد ذلك ما أشرت إليه دراسة (*Elsayan, 2004*) من ضرورة تدريب الوالدين على أساليب التنشئة لتقليل مواطن التوتر لأطفالهم.

الإطار النظري:

مرض السكر المعتمد على الأنسولين:

يعتبر البنكرياس من الغدد المختلطة التي تجمع بين الإفراز الخارجى القوي والإفراز اللاقوى حيث يفرز هرمونات خاصة فى الدم مباشرة وذلك من خلال خلايا غدية صغيرة متخصصة تعرف بجزر لانجرهانز *Islets Langerhans* وسميت كذلك على اسم مكتشفها *Langerhans* عام ١٩٦٩ وتتركب هذه الجزر من ثلاثة أنواع من الخلايا منها نوعين كبيرين:

- خلايا ألفا *Alpha Cells* التي تفرز هرمون الجلوكاجون *Glucagon* الذى يعمل على رفع

== البروتينات المعرفية والوجدانية لأطفال مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين ==

معدل السكر فى الدم، وذلك بتكسير مخزون الجليكوجين فى الكبد وتحويله إلى جلوكوز يمر إلى الدم.

• خلايا بيتا *Betta cells* التى تفرز هرمون الأنسولين ويسمى كذلك لأن كلمة *Insula* باللاتينية تعنى جزيرة وهى إشارة إلى جزر لانجرهانز.

ويعمل هرمون الأنسولين عكس ما يفعله هرمون الجلوكاجون فهرمون الأنسولين له تأثيرات بنائية *Anabolic Effects* حيث يقوم بتخزين الطاقة (تخزين السكر فى صورة جليكوجين بينما هرمون الجلوكاجون له تأثيرات هدمية *Catabolic Effects* حيث يقوم بتكسير الجليكوجين لتتطلق الطاقة، وهو يعمل دقيقة بدقة مع هرمون الأنسولين فى تنظيم مستوى السكر فى الدم (كمال شرقاوى غزال ١٩٩٧) وتتراوح نسبة السكر الطبيعية فى الدم ٧٠ : ١٠٠ ملليجرام فى كل مائه سنتمتر مكعب من الدم وتزداد هذه النسبة بعد تناول الغذاء وتبعاً لنوع المواد الغذائية وكمياتها، ولا يجوز أن تزيد نسبة السكر فى الدم عن ١٦٠ ملليجرام فى كل مائه سنتمتر مكعب من الدم (محمود البرعى، هانى البرعى، ١٩٨٨).

فالوظيفة المزدوجة لكل من *Alpha Cells & Betta Cells* للإفراز الداخلى للبنكرياس تسبب استدامة الاتزان بين السكر المتكون والسكر المستهلك من خلال للتغير النسبى فى إبتاجهم من هرمونى الأنسولين والجلوكاجون ويذكر مدحت حسين خليل (١٩٩٧) أن الفضل يرجع إلى سانجر ١٩٥٩ الذى نجح فى التوصل إلى التركيب الجزئى لهرمون الأنسولين، الذى أصبح أول بروتين يتم تخليقه معملياً ١٩٦٤ فى ألمانيا والولايات المتحدة والصين، كما أن تقدير الثلاثة أبعاد لجزئى هرمون الأنسولين بواسطة العالم هو دجيكن ١٩٧٢ أعطانا معرفة للعلاقة بين التركيب للجزئى لهرمون الأنسولين وأثاره الفسيولوجية وبالتالي فمعرفة أثاره الفسيولوجية أوضحت الكثير من التفاعلات الوسيطة فى التمثيل الغذائى *Metabolism*، كما أوضح أن وظيفة هرمون الأنسولين تتمثل فى السماح باستخدام الغذاء عن طريق إفراز هرمون الأنسولين بعد تناول الطعام ثم يسمح بتحريك المواد الغذائية المخزونة عن طريق إفراز هرمون الجلوكاجون *Glucagon* أثناء فترة الجوع، وفسيولوجيا الأنسولين تختص بطبيعة تحكمه فى تخزين المادة الغذائية بالإضافة إلى تحكمه فى امتيلاك المواد الغذائية، ويعمل الهرمون مباشرة مع كل أنسجة الجسم بخلاف بعض المناطق بالمخ، وهذه الممستقبلات للهرمون عادة ما تكون كثيرة فى خلايا العضلات والخلايا للدخنية والكبد وعند ارتباط هرمون الأنسولين بجدر خلايا النسيج الهدف *Target tissue* فهو يسهل انتشار الجلوكوز وانتقاله إلى داخل الخلايا كما يسهل عملية النقل للنشط للأحماض الأمينية وانتقالها داخل الخلايا وأى خال فى أى موضع من التفاعلات السابقة تؤدي إلى مرض السكر.

ويذكر محمود البرعى وهانى البرعى (١٩٨٨) أن هرمون الأنسولين ضرورى لإحداث الاتحاد الكيميائى للجلوكوز والأكسجين وإطلاق الطاقة فى الأنسجة العضلية، ولذا يعالج المرضى بواسطة حقن الأنسولين تحت الجلد ويُمْتَص الأنسولين تدريجياً وينقله الدم إلى العضلات والأنسجة.

ويذكر أحمد عكاشة (٢٠٠٥) أن مرض السكر ينشأ عندما يبطل تأثير الأنسولين على السكر بتأثير الأجسام المضادة للأنسولين فى الدم، ومن ثم تزداد نسبة السكر فى الدم كما قد ينشأ بفعل زيادة إفراز الثيروتوكسين أو هرمون النمو من الغدة النخامية أو هرمونات القشرة الأدرينالية.

كما أوضح كمال شرقاوى غزال (١٩٩٧) أنه بالرغم من ثبات النظرية القائلة بأن مرض السكر ما هو إلا نتيجة لعجز البنكرياس فى إنتاج القدر الكاف من هرمون الأنسولين إلا أن هناك أسباباً أخرى لهذا المرض وهى:

- زيادة إفراز هرمون الجلوكاجون نسبة إلى الأنسولين.
- الضغوط النفسية.
- الإصابة الفيروسية.

أما أسباب مرض السكر الذى يصيب الأطفال فأسبابه وراثية حيث لا تنتج الخلايا فى جسم الأطفال المصابين بهذا المرض الأنسولين المطلوب وبالتالي فهم فى حاجة إلى حقن الأنسولين باستمرار.

سعة الذاكرة Memory Capacity

تعد الذاكرة العمود الفقرى الذى تدور حوله العمليات المعرفية الأخرى بداية من الإحساس إلى صدور الاستجابة، فهى ترتبط بالإحساس والانتباه والإدراك والتعلم والتفكير، فإذا كان الإدراك وسيلة الفرد فى تحصيل المعرفة الحاضرة فإن الذاكرة هى استدعاء لهذه المعرفة وما يرتبط بها من خبرات سابقة، بل أن الشخصية الإنسانية لا تقوم إلا على الذاكرة.

ولذا رؤى ضرورة التعرف على سعة الذاكرة لدى الأطفال المرضى (*IDDM*) لتكون بمثابة مؤشراً للوظائف المعرفية بالإضافة إلى قياس استراتيجيات التعلم.

وجد ماسيمو وآخرون (*Mussimo, et al., 1984*) أن الإصابة بالسكر المعتمد على الأنسولين مرتبطة بانخفاض الدرجة العامة للذكاء والتعلم وانخفاض الذكاء العام والانتباه كما توصل أيضاً إلى وجود ارتباط بين طول فترة المرض والعلاج والخلل الوظيفى للمخ كما توصل كريستوفر (*Christopher, 1988*) باستخدام التحليل العاملى إلى المجالات المعرفية التى يظهر

== البروفيلات المعرفية والوجدانية لأطفال مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين ==

فيها تأثير الإصابة بالسكر فى الطفولة وهى الذكاء العام، التعلم، الذاكرة، الانتباه، الإنجاز الأكاديمي كما تبين أن الأفراد ذوى الإصابة المبكرة أكثر اضطراباً فى واحدة أو أكثر من المجالات السابقة.

وعرف فؤاد أبو حطب (١٩٩٦) الذاكرة بأنها العملية العقلية الدالة على تخزين المعلومات واسترجاعها بصورتها الأصلية ولا يتم ذلك إلا بعد إتمام الاكتساب والتعلم، كما يعرفها من منظور معالجة المعلومات بأنها تمر بثلاث مراحل (التحويل الشفوي، التخزين الاسترجاع) وبذلك لا تمثل الذاكرة نظاماً واحداً بل إتحاد أنظمة ويعرف أنور الشوقاوى (١٩٨٤) سعة الذاكرة بأنها القدرة على الاستدعاء الكامل لسلسلة من العناصر والوحدات وتعرف سعة الذاكرة فى الدراسة بعدد الوحدات المعرفية (لفظياً ، عددياً ، شكلياً) التى يتم تشفيرها واستدعائها بصورة واضحة.

استراتيجيات التعلم: *Learning Strategies*

أن عملية التعلم تتم في سياق عدد من الجوانب المتفاعلة تؤثر كل منها على ناتج التعلم، وتشير استراتيجيات التعلم إلى الكيفية التى من خلالها ينشط ويعدل وينظم المتعلمون ممارستهم لعملية التعلم وتؤثر هذه الاستراتيجيات على طريقة معالجة المعلومات والمهارات الجديدة.

ويوضح كريستوفر (Christophe, 1988) أنه قد تم التيقن من أن الأطفال مرضى السكر الذين أصيبوا بالمرض فى فترة مبكرة من العمر وتعرضوا للعلاج طويل المدى هم أكثر عرضه لظهور عجز فى استخدام استراتيجيات تعلم فعالة والذاكرة وحل المشكلات.

وتوضح نادية شريف (١٩٨٩) أنه لا يوجد أسلوب تعليمي مثالي على نحو مطلق يمكن للمتعلمين جميعاً من تحقيق نفس الأهداف وإنما هناك استراتيجيات متنوعة متعددة وتختلف من حيث فاعليتها باختلاف الأهداف وباختلاف المتعلمين واختلاف خصائصهم. أي أن هذه الاستراتيجيات تعد انعكاساً للخصائص الشخصية للمتعلم.

يعرف وينستين وماير (Weinstein & Mayer, 1986) استراتيجيات التعلم بأنها كل فكرة أو أسلوب اكتسبه المتعلم ويشمل السلوك على اكتساب المعلومات وامتلاك مهارات حل المشكلات والمهارات العقلية، بينما يعرفها توبياس (Tobias, 1982) من خلال التمييز بين استراتيجيات التعلم الصغرى التى ترتبط بالعمليات العقلية الأساسية مثل الانتباه والإدراك أما استراتيجيات التعلم الكبرى فهى تتضمن الاستراتيجيات الصغرى بالإضافة إلى المراجعة وكتابة الملاحظات.

وفى ضوء هذا العرض يمكن تعريف استراتيجيات التعلم فى الدراسة باعتبارها بنية متعددة الأوجه تشمل مكونات معرفية وما وراء معرفية ودافعية.

وجهة الضبط: *Locus of Control*

نمثل وجهه الضبط لدى الطفل مريض (*IDDM*) محوراً مركزياً يمتد تأثيره إلى مختلف جوانب الشخصية، ويتمثل في مدى إدراك الطفل لملازمات حدوث المواقف وتقييمه لمصادرهما، ويشير إلى ذلك رايت (*Wright, 1996*) أن إدراك وجهه الضبط الخارجية من السمات السيكولوجية للأطفال مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين لارتباطها بالضعف النفسية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال وباستخدام تحليل الانحدار المتعدد لتحديد المنبئات بالتوافق باستخدام مقياس (التفاؤل، وجهه الضبط) وتشير النتائج إلى أن التفاؤل يسهم بـ ١٩% من التوافق النفسي بينما وجهه الضبط تسهم بـ ٤٢% باعتبارها من المنبئات الجوهرية بالكفاءة السيكولوجية.

ولذا كان من المفيد دراسة وجهه الضبط لدى الأطفال المرضى (*IDDM*) لتحديد اتجاه هذه الفئة من مواقف النجاح والفشل التي يمرون بها، وقد ظهر مفهوم وجهه الضبط (الداخلي/الخارجي) في تنايا نظرية التعلم الاجتماعي لروتر *Rotter, 1966* الذي افترض أن الأفراد على قطبي متصل الضبط، أن يدرك الفرد نفسه بوصفه المحدد *Determiner* والمسيطر على أحداث عالمه الخاص الإيجابية والسلبية فهو موجه ذاتياً أي ذو وجهه ضبط داخلية *Internal Locus of control* أما وجهه الضبط الخارجية *External Locus of Control* فهم يعتقدون بأنهم مهما بذلوا من جهد فإن ذلك لن يغير من مجريات الأحداث في حياتهم حيث تتحكم فيهم القوى الخارجية. وتوضح صفاء الأعرس (١٩٨٣) أن من أهم المتغيرات التي تتأثر بها وجهه الضبط أساليب التنشئة الأسرية حيث أن اتجاه التحكم وفقاً لعوامل داخلية يتكون من خلال المعاملة الوالديه القائمة على الدفاء والجو الديمقراطي، أما الذين يدركون الحكم وفقاً لعوامل خارجه عنهم يصفون والديهم بأنهم يستخدمون وسائل العقاب المادية والحرمان والحماية المفرطة، ويتفق ماركس (1998) *Marks* مع تلك النتائج حيث يشير إلى أن العوامل الاجتماعية هي المسئولة عن التنوع في وجهه الضبط.

وتعرف وجهه الضبط في الدراسة بأنها متصل يمتد بين إدراك الطفل لذاته بوصفه المحدد لسلوكه/ إدراك الطفل لذاته بوصفه تتحكم فيه القوى الخارجية: وهو نتاج أساليب التنشئة الوالديه.

القلق: *Anxiety*

أنه من الأهمية بمكان دراسة القلق لدى الأطفال المرضى (*IDDM*) لما يترتب على ذلك من فهم لبعض ما يعانونه واتخاذ إجراءات من شأنها تخفيف ما يعانونه من ضعف وإحباطات.

ويوضح ليوبين وآخرون (*Lewin et al., 2005*) أن هناك علاقة بين مقدار التوتر الأبوى

== البروفيلات المعرفية والوجدانية لأطفال مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين ==

المتعلق بإصابة الابن بالسكر والقلق ومشكلات الأطفال الداخلية والخارجية وأنها تتناسب طردياً مع شدة الإصابة وطول فترة التعرض للعلاج كما كشفت ماجدة خميس (١٩٩٢) في دراستها العاملة عن وجود علاقة بين مستوى القلق والإصابة بالأمراض العضوية ومنها السكر حيث وجد فروق دالة إحصائياً بين مرض السكر والعاديين على مقاييس القلق (حالة/سمة) قلق الموت (داخلي/خارجي) المنشأ.

وفي دراسة هولاج (Hollidge, 1995) لتقييم مدى التكيف النفسي للأطفال المرضى (IDDM) على عينة (٢٨) طفل تتراوح أعمارهم الزمنية من (٨-١٢) عام وتشير النتائج إلى أن هؤلاء الأطفال يعانون من ضغوط نفسية داخلية واضحة وأن المصادر الجوهرية للضغوط الشعور بالقلق وانخفاض مفهوم الذات.

ويذكر عبد السلام عبد الغفار (١٩٩١) أن القلق خبرة انفعالية غير سارة ويعانى منها الفرد عندما يشعر بالخوف أو التهديد من شيء دون أن يستطيع تحديده تحديداً واضحاً وازدياد النشاط الحركي وشعور عام بعدم القدرة على التفكير المنظم وفقدان القدرة على السيطرة على ما يقوم به من أعمال بينما أحمد عبد الخالق (١٩٨٧) بوضح بأن القلق انفعال غير سار وشعور مكرر بتهديد أو هم مقيم وعدم راحة أو استقرار وهو كذلك إحساس بالتوتر الشديد والخوف الدائم بلا مبرر موضوعي، وغالباً ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول ويعرف جابر عبد الحميد وعلاء كفافى (١٩٨٩) القلق بأنه مشاعر من عدم الراحة أو الخوف الشديد وتوقع حدوث كوارث ويميز مجدى عبد الكريم (١٩٩١) بين أنواع القلق فالقلق العام هو القلق الشامل الذى يتخلل جوانب عديدة من حياة الفرد وهو أشبه بسمة القلق فهو استعداد سلوكي مكتسب يظل كامناً حتى تنبئه أو تنشطه منبهات داخلية أو خارجية، فتثير حالة القلق ويتوقف مستوى إثارة حالة القلق عند الإنسان على مستوى استعداده للقلق أو (مستوى سمة القلق) ويعرفه أحمد عكاشة (٢٠٠٦) بأنه شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبى اللاارادى ويأتى فى نوبات متكررة، ويعرف في الدراسة بأنه شعور بالخوف والتوتر يتعلق غالباً بالمستقبل مصحوب ببعض التغيرات الجسمية تنشطه منبهات داخلية يتخلل جوانب عديدة من حياة الطفل.

تقدير الذات: Self- Esteem

تعد الذات المفهوم المركزى للهوية وهى نتاج لوعى الفرد بإمكاناته المعرفية والوجدانية والجسمية والاجتماعية واستجابات الآخرين ومعاملاتهم واتجاهاتهم نحو الفرد ويعرف عبد الرحيم بخيت (١٩٨٥) تقدير الذات بأنه مجموعة من الاتجاهات والمعتقدات التى يستدعيها الفرد عندما

يواجهه العالم المحيط به، ومن هنا فإن تقدير الذات يعطى تجهيزاً عقلياً يعد الشخص للاستجابة طبقاً لتوقعات النجاح والقبول والقوة الشخصية، وبالتالي فهو حكم الشخص تجاه نفسه وقد يكون هذا الحكم والتقدير بالموافقة أو الرفض ويرى عبد الوهاب كامل (١٩٨٩) أن تقدير الذات يتمخض عن وعى أو رؤية سليمة موضوعية للذات فقد يغالى الفرد فى تقديره لذاته ويصاب بما يمكن وصفه بسرطان الذات يجعله غير مقبول من الآخرين، أو أن الفرد قد لا يعطى نفسه حقها ويحط من قدرها وبالتالي ينحدر بذاته نحو الدونية والإحساس بالنقص، وأخيراً قد يكون الفرد مترناً يجمع بين الكبرياء الحميد والتواضع واحترام الآخرين، ويشير فاروق عبد الفتاح (١٩٨٧) إلى العوامل المؤثرة فى تقدير الذات عوامل ذاتية تتعلق بالفرد نفسه مثل استعداداته وقدراته والفرص التى يستغلها بما يحقق له الفائدة، ومنها ما يتعلق بالبيئة الخارجية والأفراد الذين يتعامل معهم فإذا كانت البيئة محببة وتضع العوائق أمام الفرد حيث لا يستطيع أن يستغل قدراته واستعداداته ولا يستطيع تحقيق طموحاته فإن تقديره لذاته ينخفض، ويشير زورو مسكى (Zorumski, 1997) إلى أن الأطفال مرضى (IDDM) الذين يتمتعون بمفهوم موجب عن الذات محسنون من قدراتهم الأكاديمية.

ويعرف تقدير الذات فى الدراسة بأنه تقييم الفرد لذاته وهو نتاج وعيه بإمكاناته واتجاهات الآخرين نحوه.

الدراسات السابقة:

يتم عرض الدراسات السابقة فى ضوء متغيرات الدراسة كما يلى:

- الدراسات التى تناولت فترة التعرض للعلاج بالأنسولين والوظائف المعرفية.
- الدراسات التى تناولت متغير فترة التعرض للعلاج بالأنسولين والوظائف الوجدانية.

أولاً: الدراسات التى تناولت فترة التعرض للعلاج بالأنسولين والوظائف المعرفية:

تعرض الدراسة الطولية لكوفاكس وآخرين (Kovacs, et al., 1994) على عينة من الأطفال المرضى (IDDM) تراوحت أعمارهم من (٨-١٣) عام وتشير النتائج إلى أن الإصابة المبكرة بمرض السكر وطول فترة التعرض للعلاج تؤثر سلباً على الذكاء اللغوى والذاكرة اللفظية ويؤكد ذلك ما توصل إليه أفرستري (Overstreet, 1995) من أن الوظائف المعرفية (الذاكرة، مهارات التعلم) تتأثر بالعلاج لفترات طويلة، وأن التعرض قصير المدى لارتفاع نسبة السكر لا يؤدي إلى مشكلات أو إعاقات معرفية إلا فى حالات التعرض لفترات طويلة من العلاج.

كما يتفق أيضاً والترز وآخرون (Walters, et al., 1996) مع ما سبق من نتائج وذلك

== البروفيات المعرفية والوجدانية لأطفال مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين ==

بفحص كفاءة الاسترجاع من الذاكرة قصيرة المدى على عينة من الأطفال مرضى السكر (IDDM) الذى تعرضوا للعلاج من قبل سن ٥ سنوات وآخرين بعد سن ٥ سنوات وتشير النتائج أن الأطفال الذين يستخدمون الأنسولين قبل بلوغهم الخامسة من العمر لديهم ذاكرة مدى قصير ضعيفة بينما الأطفال الذين أصيبوا فى نهاية مرحلة الطفولة كان استرجاعهم للكلمات أكثر، كما استخدموا استراتيجيات استرجاع أكثر فاعلية.

وحاول هولمز وآخرون (Holmes et al., 1996) قياس الوظائف المعرفية والأكاديمية للأطفال المرضى (IDDM) باستخدام مقياس وكسلر وتبين من نتائج الدراسة أن عملية التمثيل الغذائي الحادة والمزمنة للأطفال (IDDM) تؤثر سلباً على معدل أداء الوظائف العقلية مما يعرضهم لمشكلات تعليمية وأن البنين أكثر عرضه لتلك المشكلات عن البنات إلا أنه يمكن بالتدخل المبكر والملاحظة المستمرة رفع مستوى الأداء الأكاديمي.

وفى دراسة لاحقه لـ أوفرستريت وآخرين (Overstreet, et al., 1997) للمقارنة بين عينة من الأطفال مرضى (IDDM) تتراوح أعمارهم من (٨-١٦) عام تعرضوا لفترات طويلة من العلاج وعينة ضابطة من الأصحاء تشير النتائج إلى وجود فروق بين العينين فى الأداء على اختبارات المهارات النفسحركية والمكانية لصالح الأصحاء مع وجود فروق على اختبارات الذاكرة والمستوى الأكاديمي.

كما أهتم سنسبرى وآخرون (Sunsbury et al., 1997) بدراسة المنبئات بالوظائف المعرفية للأطفال والمراهقين المرضى (IDDM) وتراوح العمر الزمنى للعينة من ٦-١١ عام وتم تقسيم العينة وذلك تبعاً لمتغيرى العمر وقت الإصابة ومدة التعرض للعلاج وأشارت النتائج إلى تأثير الوظائف المعرفية بطول فترة التعرض للعلاج نتيجة لإصابة المبكرة بالسكر، بينما الإصابة فى المراحل العمرية الأكبر والتعرض قصر المدى للعلاج كان تأثيره أقل وأوضحت نتائج الدراسة وجود ارتباط مرتفع بين طول فترة التعرض للعلاج وانخفاض الأداء على المهارات المعرفية المرتبطة بالانتباه وأشار الباحثون إلى ضرورة تنمية المراقبة الذاتية للوظائف المعرفية لدى العينة الأكبر سناً، كما تبين من دراسة هيرشى وآخرين (Hershey et al., 1997) وجود أثر لزيادة السكر فى الدم على عمليات الذاكرة وذلك على عينة تضمنت (٣٨) تتراوح أعمارهم (١٥-٤٢) عام من (IMMD) والذين استخدموا الأنسولين منذ صغرهم وقد اتضح من نتائج الدراسة التأثير السالب للسكر الذى يتضح على الفص المتوسط من الدماغ *On Medial temporal lobe structures hippocampus*.

وفى دراسة لديشمان (Deichmann, 1997) باستخدام مقياس وكسلر لقياس السرعة والدقة

لمجموعة من المهام البصرية والمكانية والكتابية والحركية على عينة من المرضى (IDDM) وعينة من العاديين ومتوسط عمرهم الزمني (١٥,٦) وتشير النتائج إلى أنه رغم تماثل دقة الأداء لدى المجموعتين إلا أن ١٧% من الاستجابات البطيئة تصدر عن عينة مرض السكر وذلك فى مهارات التمييز البصرى، وسرعة معالجة المعلومات البصرية المعقدة معرفياً رغم الحفاظ على الدقة وكذلك بطء المهارات الحركية وأشارات النتائج أن بطء الأداء قد تم عزوه إلى أنشظة الجهاز العصبى المركزى سواء الحسية أو الحركية كما اتضح فى بطء المهارات المكانية والبصرية والحركية.

كما حاول ليونش وهولمز (Lynch, & Holmes, 2004) تحليل البنية العاملية للذاكرة والتعلم لدى الأطفال مرض السكر (IDDM) توصلت الدراسة إلى العوامل التالية (الذاكرة، الذاكرة البصرية، الانتباه، التعلم الشكلى) وأن هذه العوامل تقدم وصفاً دقيقاً للذاكرة والتعلم للأطفال مرضى (IDDM) إلا أن الأطفال الذين أصيبوا مبكراً قد يظهروا بروفيلاً معيناً حيث يظهر نقصاً فى التمييز بين التراكيب اللفظية والبصرية.

وتقدم دراسة ديسروشير ورفيت (Desrocher & Rovet, 2004) مراجعة شاملة للأدبيات ذات الصلة بالنواتج المعرفية لمرض السكر وأشارت الدراسة أن البداية المبكرة بالمرض وطول فترة العلاج من المتغيرات التى تقع وراء الأداء المنخفض والردى فى المجالات المعرفية.

بينما تشير النتائج التي توصل إليها نورثام وآخرون (Northam et al., 1997) فى المقارنة بين عينة تضمنت (١٢٤) طفل تتراوح أعمارهم (٣-١٤) عام من دراسة أثر للتعرض طويل المدى للعلاج بالأنسولين على الوظائف المعرفية (الذكاء العام، الانتباه، الذاكرة، الإنجاز الأكاديمي) أوضحت النتائج أن البروفيل التعليمى والمعرفى للأطفال الذين يعالجون بالأنسولين لا يختلف عن البروفيل التعليمى والمعرفى لعينة الأطفال العاديين إلا أن الباحثين اقترحوا إعادة تطبيق الاختبارات كل سنتين لأنه من المتوقع أن التعرض للإصابة بالمرض قد يؤثر على الأداء.

وفى دراسة ماك كارثى وآخريين (McCarthy, et al., 2002) حول تأثير السكر المعتمد على الأنسولين على التعلم عند الأطفال فالهدف من الدراسة هو إدراك إذا كان نوع (أ) من السكر يتدخل بطريقة واضحة فى تدهور الأداء على المهارات الأكاديمية، واقترحت الدراسة أن وجود قصور فى الأداء الأكاديمي بين الأطفال المرضى (IDDM) والعادين وباستخدام اختبارات مقننه على الأداء الأكاديمي وهى معدة من قبل مراكز متخصصة للاختبارات فى (الرياضيات، للقراءة) إلى جانب استمارة من المعلومات المدرسية (عدد أيام الغياب، عدد مرات الرسوب) إلى جانب معلومات حول وقت الإصابة بالمرض وفترة العلاج وتشير النتائج إلى عدم ارتباط الأداء

المبروفيلات المعرفية والوجدانية لأطفال مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين

الأكاديمي الضعيف بمتغير طول فترة التعرض للعلاج إلا أن هذا لا يتعارض مع ضرورة الملاحظة الجيدة لهؤلاء الأطفال كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن الوظائف الوجدانية في حده الوالدان وهما اللذين يقرانه.

يتضح من هذا العرض للدراسات السابقة وجود تعارض بين النتائج حول تأثير التعرض طويل المدى للعلاج على العمليات المعرفية ويؤكد هذا التعارض ما أشار إليه روفيت وروبيرت (Rvovet, & Robert, 1993) لما توصل إليه Ach, 1966 في أن العمر في بداية الإصابة بالمرض له تأثير قوى على نسبة الذكاء فالأطفال الذين أصيبوا قبل سن ٥ سنوات كانت أقل من الآخرين ١٠ درجات في المتوسط وعلى العكس كان هناك ٢٥ طفل تم تشخيص المرض لديهم بعد ٥ سنوات وكان أدائهم مثل الآخرين.

ثانياً: الدراسات التي تناولت متغير فترة التعرض للعلاج بالأنسولين والوظائف الوجدانية:

توصل بورجسون (Borjeson, 1993) أن طول فترة دواء مرض السكر يؤدي إلى العديد من المضاعفات الناتجة عنه خاصة لدى المرضى من صغار السن ومن هذه الأعراض القلق وتوصلت الدراسة إلى أن المرضى المصابين منذ فترة طويلة أكثر مقدرة على التكيف، وقد يتزايد القلق من المضاعفات بطول فترة الإصابة، وتؤثر مضاعفات المرضى على إدراك المريض الذاتي.

كما تشير نتائج دراسة لليود وأندروز (Liyod, & Andrews, 1993) أن مرضى السكر من الأطفال لديهم رغبة في العزلة الاجتماعية وأنهم أقل من الآخرين في إقامة علاقات اجتماعية وطيدة وهو ناتج عن انخفاض تقديره لذاته، وحاول سياركوسكى (Siarkowski 1999) دراسة العلاقة بين فترة التعرض لمرض السكر والتقدير الشامل للذات على عينة عمرها يتراوح من (٨-١٥) عام، أى مدى إدراك الفرد وتقديره لذاته في ضوء متغير فترة التعرض للعلاج وتشير النتائج أن متغير فترة التعرض للعلاج المعتمد على الأنسولين يفسر ١٧% من نسبة التباين فى التقدير الشامل للذات.

حاول هاكىمي (Hakimi, 1998) فى دراسته للتكيف النفسى للأطفال مرضى السكر بمرحلة ما بعد التشخيص بالإصابة، الذى يمثل ضغطاً نفسياً على الأسرة بما يتبعه من نظام روتينى فى الحياة من حيث نوعية الطعام وحقن الأنسولين وأشارت النتائج أن التهيئة النفسية الأولية حين العلم بالإصابة تؤثر على الحالة النفسية فيما بعد، كما تؤكد على التأثير النفسى السالب لعلم التهيئة الجيدة للمريض، وأكدت الدراسة على أهمية التهيئة النفسية بإدراك المرض والتكيف معه مما يقلل من الأعراض السالبة التى قد تتبع الإصابة والتعرض طويل المدى للعلاج.

وتعرض دراسة اليسان (Elsayan, 2004) لكيفية تأثير أساليب التنشئة الوالديه على التوتر الشخصى لدى الأطفال مرضى (IDDM) وذلك على عينة قوامها ٢٤ فرداً، وتشير النتائج إلى أن استخدام أسلوب التنشئة التساطى يؤدي إلى حدوث توترات على المستوى الشخصى والأسرى وكذلك الأسلوب الدكتاتورى فقد كان أعلى فى التوترات و كذلك الأسلوب التأهل، مما يؤثر على الشعور بالقلق وانخفاض تقدير الطفل ذاته.

وتتفق تلك النتائج مع ما توصلت إليه نتائج دراسة بيورالا (Byorala, 2005) على عينة من الأطفال مرضى (IDDM) تتراوح أعمارهم الزمنية من (٧-٩)، (١٣-١٥) التى تشير إلى أن أساليب التربية الوالديه فى الإرشاد الغذائى تجعل موقف الأطفال سلبى من خطة العلاج وأن تعرضهم لفحوصات طويلة ومساءلتهم حول موضوعات حساسة وشائكة كان لها تأثير على شعورهم بالقلق وانخفاض تقدير الذات وأن يصح لديهم وجهه ضبط خارجية.

بينما دراسة داسارى (Dasari, 2004) نوضح أن قدرة الأطفال مرضى (IDDM) على الانتظام الوجدانى الذى يتمثل فى القدرة على السيطرة على العواطف السلبية بهدف الانغماس بصورة توافقية فى الحياة.

ولذا تحاول الدراسة الحالية التعرف على خصائص الوظائف المعرفية(الذاكرة، استراتيجيات التعلم) والوظائف الوجدانية(وجهه الضبط القلق، تقدير الذات) لعينة من الأطفال المرضى (IDDM) واستعانت الدراسة بعينة من الأطفال تراوح أعمارهم من (٦ : ١٣) عام ونظراً لعدم وضوح الأدوات التى تم الاستعانة بها فى الدراسات السابقة تم إعداد اختبارات (للذاكرة، واستراتيجيات التعلم) لقياس الوظائف المعرفية وإعداد اختبارات (وجهه الضبط تقدير الذات، القلق) لقياس الوظائف الوجدانية كما تحاول الدراسة رسم بروفيل لخصائص الوظائف المعرفية والوجدانية لعينة الدراسة من الأطفال المرضى (IDDM).

يمكن فى ضوء هذا العرض للدراسات السابقة فى محورى الدراسة المتغيرات المعرفية والمتغيرات الوجدانية يمكن صياغة فروض الدراسة كما يلى:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ترجع إلى فترة التعرض للعلاج (٥ سنوات فأقل/ أكثر من ٥ سنوات) من أطفال (IDDM) فى الوظائف المعرفية (الذاكرة واستراتيجيات التعلم).
- لا توجد فروض ذات دلالة إحصائية ترجع إلى فترة التعرض للعلاج (٥ سنوات فأقل/ أكثر من ٥ سنوات) من الأطفال (IDDM) فى الوظائف الوجدانية(وجهه الضبط، القلق، تقدير الذات).

إجراءات الدراسة:

منهج الدراسة:

تم استخدام المنهج الوصفي، وذلك لملاءمته لطبيعة وأهداف الدراسة.

عينة الدراسة:

قامت الباحثة باختيار عينة الدراسة من خلال الزيارات لمكاتب الصحة المدرسية في مدينة بنى سويف، وأخذ أسماء ومدارس أفراد العينة وتم انتقاء الذين تراوحت أعمارهم ما بين (٦-١٣) عام وبلغت العينة ٦٠ طفلاً، وقد تم تصنيفهم إلى مجموعتين في ضوء متغير فترة التعرض للعلاج.

١- الأطفال الذين تعرضوا للعلاج خمس سنوات فأقل وعددهم ٣٠ طفل.

٢- الأطفال الذين تعرضوا للعلاج خمس سنوات فأكثر وعددهم ٣٠ طفل.

أدوات الدراسة:

(١) اختبار استراتيجيات التعلم *Learning strategies test*

الهدف من الاختبار: التوصل إلى الكيفية التي يتعلم بها الأطفال مرضى السكر كيف ينشطون ويعملون ممارستهم لعملية التعلم. وفي ضوء تعريف استراتيجيات التعلم في الدراسة باعتبارها بنية متعددة الأوجه تشمل مكونات معرفية وما وراء معرفية ودافعية.

و كذلك في ضوء الإطلاع على التراث السيكلوجى في مجال قياس استراتيجيات التعلم منها:

• قائمة استراتيجيات التعلم والدراسة:

The learning and study strategies inventory lasst weinstein & sehulte

إعداد وانستين وشولت تعريف وتقنين محمد المرى (١٩٩٣)

• أنشطة استراتيجيات التعلم المباشر (المهمة الأساسية، والقائمة المركبة، تعريف وإعداد فتحى عبد الحميد عبد القادر (١٩٩٥).

• استبانة تقييم الاستراتيجيات الدافعة للتعلم عند طلبة جامعة صنعاء إعداد على هود باعباد وتوفيق أحمد مرعى (١٩٩٦).

• مقياس استراتيجيات التعلم المنظم ذاتياً إعداد لطفى عبد الباسط (٢٠٠١).

• مكونات الاختبار: تم إعداد الاختبار في صورة ٧ مواقف يتبع كل موقف ثلاث اختبارات

متدرجة فى الإجابة (أ، ب، ج) ودرجاتها على التوالي (٣، ٢، ١) وعلى الطفل أن يضع علامة (٧) أمام الاختيار الذي ينطبق عليه وبذلك تكون الدرجة العظمى (٢١) والصغرى (٧).

• تم تطبيق الاختبار على عينة استطلاعية لتحديد الزمن المناسب وقد تبين أن ٣٠ دقيقة تعد زمناً كافياً للتطبيق.

الكفاءة السيكومترية للاختبار:

النتائج: تم تطبيق الاختبار على عينة قوامها ٢٠ طفل من مرضى (IDDM) وبلغت قيمة معامل الثبات بطريقة ألفا ٠,٨٥.

الصدق: تم عرض الاختبار على خمسة من أساتذة علم النفس التربوي لتحديد مدى صدق الفقرات لقياس ما وضعت لقياسه واعتبر أن موافقة ٨٠% من المحكمين على فقرات الاختبار كافية لاعتبارها صادقة. كما تم حساب صدق المحك بتطبيق مقياس استراتيجيات التعلم المنظم ذاتياً إعداد لطفى عبد الباسط (٢٠٠١)، وبلغ معامل الارتباط ٠,٥٣٠ وهي قيمة مرتفعة ودالة عند مستوى دلالة ٠,٠٥.

(٢) اختبار سعة الذاكرة:

يهدف الاختبار إلى قياس سعة الذاكرة الارتباطية لدى الأطفال المرضى (IDDM) لتحديد خصائصها لإمكانية التدخل المبكر للارتقاء بها، ثم إعداد الاختبار على ضوء الاختبارات المعرفية العملية (اكستروم، فرنش، هارمان، ديرمين) تعريب وإعداد أنور الشرقاوى، سليمان الخضرى الشيخ، نادية عبد السلام، ١٩٩٣) نظراً لصعوبة تطبيق البطارية على عينة الدراسة من الأطفال وقد روى التنوع فى المضامين المستخدمة فى الاختبار نظراً لتباين المضامين التى يواجهها الطفل فى حياته منها ما هو فى شكل مصوراً ولفظياً و عددياً.

مكونات الاختبار:

ويتكون الاختبار من (٣) محاور كل محور يتضمن صفتين:

الصفحة الأولى: هى صفحة الذاكرة اللفظية وتتضمن (١٤) شكل فى ارتباطها مع (١٤) كلمة وعلى الطفل دراستها جيداً لمدة (٥) دقائق .

الصفحة الثانية: هى صفحة الاختبار وعلى الطفل كتابة الكلمات الخاصة بكل شكل فى المكان المخصص فى زمن (٣) دقائق، وهكذا فى اختبار المفردات العديدة والصور.

== البروفيلات المعرفية والوجدانية لأطفال مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين ==

وبذلك يتضمن الاختبار (٤٢) مفردة (لفظية، عددية، مصورة)

• تطبيق الاختبار على عينة استطلاعية لتحديد الزمن اللازم للتطبيق مع مراعاة أن التطبيق يتم بصورة فردية وقد تبين أن الزمن السابق تحديده مناسب للعينة وأن (٣٠) دقيقة وقتاً كافياً للتطبيق.

• تقدير الدرجة: تم على أساس إعطاء درجة واحدة على الإجابة الصحيحة وصفر على الإجابة الخاطئة وبذلك تصبح الدرجة العظمى للاختبار (٤٢).

الكفاءة السيكومترية للاختبار:

تم تطبيق الاختبار على عينة قوامها ٢٠ طفل من مرضى (IDDM) وبلغ معامل الثبات بطريقة ألفا ٠,٧٩, ٠,٨٣, ٠,٨١ للمحور اللفظي والعددي والمصور على الترتيب.

ولحساب الصدق: تم عرض الاختبار على ٥ من أساتذة علم النفس التربوي لتحديد مدى صدق مفردات الاختبار لقياس ما وضع لقياسه وأعتبر أن موافقة ٨٠% من المحكمين على مفردات الاختبار كافية لاعتبارها صادقة وإلى جانب صدق المحكمين تم استخدام صدق المحك وهو مهام سعة الذاكرة إعدادا الباحثة (٢٠٠٤) وبلغ معامل الارتباط ٠,٦٥ وهي قيمة مرتفعة ودالة عند ٠,٠١.

(٣) اختبار وجهه الضبط:

في ضوء تعريف وجهه الضبط في البحث بأنه متصل يمتد بين إدراك الطفل لذاته بوصفه المحدد لسلوكه/ إدراك الطفل لذاته بوصفه تتحكم فيه القوى الخارجية وهو نتاج أساليب التنشئة الوالدية وبعد إطلاع الباحثة على التراث السيكلوجي في مجال قياس وجهه الضبط ومنها:

- مقياس روتر *Rotter* للضبط الداخلي/ الخارجي سنة ١٩٦٦ تعريب وتقنين علاء الدين كفاقي (١٩٨٢) ويتكون المقياس من ٢٣ مفرد.

- مقياس جيمس *James* (١٩٦٣) لوجهه للتحكم الداخلي/ الخارجي تعريب وتقنين طلعت حسن عبد الرحيم (١٩٨٥) ويتكون المقياس من ٦٠ مفردة.

- اختيار موضع التحكم للأطفال إعداد ستيفن ناروكي وبوني ستركلاند (١٩٧٣) تعريب وتقنين فاروق عبد الفتاح (١٩٩١) ويتكون المقياس من ٤٠ سؤال.

ويتكون الاختبار الحالي من (٢٠) عشرة تمثل الضبط الداخلي وعشرة تمثل الضبط الخارجي

وأمام كل منها استجابتين (ينطبق، لا ينطبق) ليبر عن وجهه الضبط (داخلية/ خارجية) وعلى الطفل وضع علامة (√) أمام اختياره وبذلك يصبح لكل طفل درجتان على متصل وجهه الضبط والدرجة الأعلى تعبر عن اتجاه وجهه الضبط لديه (داخلية/ خارجية).

الكفاءة السيكومترية للاختبار:

تم تطبيق الاختبار على عينة قوامها (٢٠) طفل من الأطفال مرضى (IDDM) تم حساب الثبات بطريقة ألفا وقد بلغت ٠,٨١ لعبارات وجهة الضبط الداخلي، و٠,٨٢ لعبارات وجهة الضبط الخارجي. ولحساب الصدق تم عرض الاختبار على (٥) من أساتذة علم النفس التربوي واعتبر أن موافقة ٨٠% من المحكمين على المفردات كافية لاعتبارها صادقة، كما تم استخدام صدق المحك بتطبيق مقياس روتر للضبط الداخلي والخارجي تعريف وتقنين علاء الدين كفاقي وبلغ معامل الارتباط بين الاختبارين ٠,٦٢٠ و ٠,٥٩ للضبط الداخلي والخارجي على الترتيب وهي قيمة مرتفعة ودالة عند مستوى دلالة ٠,٠٥.

(٤) اختبار تقدير الذات:

في ضوء تعريف تقدير الذات بأنه اتجاه الطفل نحو ذاته وهو نتاج وعيه بإمكاناته واتجاهات الآخرين نحوه وفي ضوء الإطلاع على أدب القياس النفسي في مجال تقدير الذات ومنها:

١- مقياس تقدير الذات - قائمة تكساس للسلوك الاجتماعي تعريب وتقنين عادل عبد الله (١٩٩١).

٢- اختبار تقدير الذات للأطفال تقنين فاروق عبد الفتاح (١٩٩١).

ويتضمن الاختبار ٢٠ عبارة يقابل كل منها استجابتين وعلى المفحوص أن يضع علامة (√) أمام العبارة التي تنطبق.

تقدير الدرجة: يتضمن الاختبار ٢٠ عبارة (١٠) عبارات موجبة إذا أجاب عنها الطفل (تنطبق) يعطى درجة على كل منها أما إذا أجاب (لا تنطبق) لا يعطى درجة كما يتضمن المقياس (١٠) عبارة سالبة إذا أجاب الطفل (لا تنطبق) فإنه يعطى درجة على كل منها وإذا أجاب (تنطبق) لا يعطى درجة وتعد (٢٠) الدرجة العظمى للاختبار.

الكفاءة السيكومترية للاختبار:

تم تطبيق الاختبار، على عينة قوامها ٢٠ طفل من مرضى (IDDM) وتم حساب الثبات بطريقة ألفا وقد بلغت قيمته ٠,٧٣٠. ولحساب الصدق تم عرض الاختبار على خمسة من المتخصصين في علم النفس التربوي واعتبر أن موافقة ٨٠% من المحكمين على المفردات كافية

== البروفيلات المعرفية والوجدانية لأطفال مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين ==

لاعتبارها صادقة وإلى جانب صدق المحكمين، فقد تم استخدام صدق المحك وذلك بتطبيق مقياس تقدير الذات للأطفال تقنين فاروق عبد الفتاح (١٩٩١) وبلغ معامل الارتباط ٠,٦١٠ وهي قيمة مرتفعة ودالة عند مستوى دلالة ٠,٠٥.

(٥) اختبار القلق:

في ضوء تعريف القلق في الدراسة بأنه شعور بالخوف والتوتر يتعلق غالباً بالمستقبل مصحوب ببعض التغيرات الجسمية تنشطه منبهات داخلية، يتخلل جوانب عديدة من حياة الطفل وبالإطلاع على التراث السيكولوجي لقياس القلق ومنها:

• مقياس القلق للأطفال تقنين فيولا البيلاوى (١٩٨٧).

• مقياس القلق ما أفكر فيه وما أشعر به* تقنين محمد محمد الشيخ (١٩٨٧).

• مقياس هاملتون لتقدير مدى القلق تقنين لطفى فطيم (١٩٩٤).

يتضمن الاختيار ٢٥ عبارة يقابل كل منها استجابتين وعلى الطفل وضع علامة (٧) أمام العبارة التي تنطبق معه.

تقدير الدرجة إعطاء درجة واحدة للاستجابة (تنطبق) فهي تمثل القلق أي أن ارتفاع الدرجة يعد مؤشر الزيادة القلق والعكس صحيح أي أن الاستجابة (لا تنطبق) يعد مؤشراً للانخفاض القلق. الكفاءة السيكمترية للاختبار:

تم تطبيق الاختبار على عينة قوامها (٢٠) طفل من مرضى (IDDM) وحساب الثبات بطريقة ألفا وبلغ معامل الثبات ٠,٦٨٠ وتم عرض الاختبار على (٥) من أساتذة علم النفس واعتبر أن موافقة ٨٠% من المحكمين على العبارات كافية لاعتبارها صادقة كما تم حساب صدق المحك حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين درجات الأطفال (IDDM) على اختبار القلق ومقياس القلق للأطفال تقنين فيولا البيلاوى (١٩٨٧) ٠,٦٧٠ وهي قيمة مرتفعة ودالة عند مستوى دلالة ٠,٠٥.

(٦) مقياس رافن للذكاء:

أعد هذا المقياس في الأصل رافن وقام فؤاد أبو حطب وآخرون بتقنيته على البيئة السعودية، والمقياس يتكون من (٥) مجموعات هي (أ، ب، ج، د، هـ) وكل مجموعة من المجموعات السابقة تتكون من (١٢) مفردة ومن ثم فإن عدد مفردات المقياس الكلية هي (٦٠) مفردة. وتتابع المجموعات الخمس حسب درجة الصعوبة وكل مفردة عبارة عن رسم أو تصميم هندسي أو نمط شكلي حذف منه جزء وعلى المفحوص أن يختار الجزء الناقص من بين (٦) أو (٨) بدائل معطاه.

صدق المقياس:

تم تقدير الصدق المرتبط بالمحك حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين هذا المقياس ومقياس ذكاء الشباب اللفظي لحامد زهران وذكاء الشباب المصور لحامد زهران ٠,٧٣ إلى ٠,٧٨ على الترتيب وجميعها دال عن ٠,٠١.

وفي الدراسة الحالية تم استخدام طريقة الصدق المرتبط بالمحك حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين هذا المقياس ومقياس الذكاء المصور لأحمد زكي صالح (٠,٨٦) وهي دالة عند (٠,٠١).

ثبات المقياس:

تراوحت قيم معامل الثبات بطريقة إعادة التطبيق ما بين ٠,٤٦ إلى ٠,٨٦ وهي قيم مرتفعة ودالة عند مستوى ٠,٠١، كما تراوحت قيم معاملات الثبات بطريقة كيودر ريتشاردسون (٢٠) على عينات في أعمار مختلفة (٨-٣٠+) ما بين ٠,٨٧ إلى ٠,٩٥ وجميعها قيم مرتفعة ودالة إحصائياً.

وفي الدراسة الحالية تم استخدام طريقة كيودر ريتشاردسون (٢٠) حيث بلغت قيم معاملات الثبات (٠,٨١، ٠,٨٣، ٠,٨٠، ٠,٨٥، ٠,٨٠) وجميعها قيم مرتفعة.

(٧) مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة المصرية. إعداد محمد بيومي خليل" (٢٠٠٣):

تم استخدام هذا المقياس بغرض التحقق من التكافؤ بين مجموعتي الدراسة في المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي والذي يتم قياسه من خلال ثلاثة أبعاد أساسية هي:

١- المستوى الاجتماعي:

وذلك من خلال الوسط الاجتماعي، وحالة الوالدين، والعلاقات الأسرية، والمناخ الأسري السائد، وحجم الأسرة، والمستوى التعليمي لأفراد الأسرة، ونشاطهم المجتمعي، والمكانة الاجتماعية لمهنتهم.

٢- المستوى الاقتصادي:

أما البعد الثاني فيتمثل في المستوى الاقتصادي للأسرة ويقاس من خلال المكانة الاقتصادية لمهني أفراد الأسرة ومستوى معيشة الأسرة، ومستوى الأجهزة والأدوات المنزلية، ومعدل استهلاك الأسرة للطاقة، والتغذية، والرعاية الصحية، والعلاج الطبي، ووسائل النقل، والاتصال للأسرة،

== البروفيلات المعرفية والوجدانية لأطفال مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين ==

ومعدل إنفاق الأسرة على التعليم، والخدمات الترويحية، والاحتفالات، والخدمات المعاونة، والمظهر الشخصي، والهدام لأفراد الأسرة.

٣- المستوى الثقافي:

ويتمثل البعد الثالث في المستوى الثقافي للأسرة ويقاس المستوى العام لثقافة الأسرة من حيث الاهتمامات الثقافية داخل الأسرة، والمواقف الفكرية للأسرة، واتجاه الأسرة نحو العلم والثقافة، ودرجة الوعي الفكري، والنشاط الثقافي لأفراد الأسرة.

ويعطي هذا المقياس ثلاث درجات مستقلة بمعدل درجة واحدة لكل بعد، كما يعطي درجة واحدة كلية للأبعاد الثلاثة مجتمعة تتوزع على عدد من المستويات هي: مرتفع جداً، ومرتفع، وفوق المتوسط، ومتوسط، ودون المتوسط، ومنخفض، ومنخفض جداً..

ثبات المقياس: يتمتع المقياس بمعدلات ثبات مناسبة؛ حيث استخدم مُعد المقياس طريقة إعادة التطبيق لتقدير الثبات، وقد تراوحت قيم معاملات الثبات بعد ثلاثة أشهر من التطبيق الأول بين (٠,٩٢) إلى (٠,٩٧) وهي جميعاً قيم دالة عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وذلك بالنسبة للأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية. وفي الدراسة الحالية تم استخدام طريقة ألفا لكرونباخ في تقدير ثبات المقياس بأبعاده المختلفة، وكانت جميعها قيم مرتفعة ويوضح الجدول التالي نتائج ذلك.

جدول (١) معاملات ثبات أبعاد مقياس المستوى الاقتصادي

الاجتماعي الثقافي بطريقة ألفا لكرونباخ

البعد	معامل ألفا لكرونباخ
المستوى الاقتصادي	٠,٨٩
المستوى الاجتماعي	٠,٨٤
المستوى الثقافي	٠,٨٧

صدق المقياس:

استخدم مُعد المقياس طريقة المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي) حيث تراوحت قيم "ت" الدالة على صدقه التمييزي من (٣,٨٠) إلى (١٢,٦) وذلك للأبعاد الثلاثة، والدرجة الكلية.

وفي الدراسة الحالية تم استخدام طريقة صدق المحك حيث كانت قيم معاملات الارتباط بين الأبعاد الثلاثة للمقياس مع الأبعاد الثلاثة لمقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي

لـ "أميمة مصطفى كامل" (١٩٨٨) (٠,٧٤) و(٠,٧٣) و(٠,٧٣) و(٠,٧٣)، و(٠,٨٠) للأبعاد الثلاثة والدرجة الكلية على الترتيب، وجميعها قيم مرتفعة ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١).

التحقق من تكافؤ عينة الدراسة في المستوى الاقتصادي الثقافي الاجتماعي:

باستخدام اختبار "ت" لعينتين غير مرتبطتين تم التأكد من تكافؤ المجموعتين في المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي، والجدول التالي يبين نتائج ذلك.

جدول (٢) اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي درجات

أطفال المجموعتين في مقياس المستوى الاقتصادي الثقافي الاجتماعي

متغيرات الدراسة	المجموعة	حجم العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الثقافي	٥ فأقل	٣٠	٨٧,٣٠٠٠	٤,٩٧٦٨٤	٠,٠٧٦	غير دالة
	أكثر من ٥	٣٠	٨٧,٢٠٠٠	٥,٢٦٧٩٩		
الاقتصادي	٥ فأقل	٣٠	٧٣,٩٦٦٧	٤,٨١٠٠٧	٠,٢٢٤	غير دالة
	أكثر من ٥	٣٠	٧٣,٧٠٠٠	٤,٣٩٥٥٣		
الاجتماعي	٥ فأقل	٣٠	٣٠,٢٦٦٧	١,٦١٧٤٣	٠,٠٨٤	غير دالة
	أكثر من ٥	٣٠	٣٠,٣٠٠٠	١,٤٦٥٧٠		
الدرجة الكلية	٥ فأقل	٣٠	١٩١,٥٣٣٣	٧,٤٦٣٦٣	٠,١٧٦	غير دالة
	أكثر من ٥	٣٠	١٩١,٢٠٠٠	٧,١٩٣٨٧		

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة في المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي، مما يعني تكافؤ مجموعتي الدراسة في المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي.

التحقق من تكافؤ عينة الدراسة في مستوى الذكاء:

باستخدام اختبار "ت" لعينتين غير مرتبطتين تم التأكد من تكافؤ المجموعتين في مستوى الذكاء، والجدول التالي يبين نتائج ذلك.

البروفيلات المعرفية والوجدانية لأطفال مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين

جدول (٣) اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أطفال المجموعتين في مستوى الذكاء

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط	حجم العينة	المجموعة
غير دالة	٠,٧٧٧	٤,٤٥٩٤٠	٣٩,٩٠٠٠	٣٠	٥ فأقل
		٥,٤٥٤٢٠	٤٠,٩٠٠٠	٣٠	أكثر من ٥

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة في مستوى الذكاء مما يعني تكافؤ مجموعتي الدراسة الذكاء.

المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة:

للإجابة عن أسئلة الدراسة واختبار صحة الفروض تم استخدام اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطات غير المرتبطة، كما تم الاعتماد على الأشكال النيانية في رسم البروفيل الوجداني والمعرفي لعينة الدراسة.

حدود الدراسة:

تحدد نتائج الدراسة الحالية بالعينة المستخدمة والتي اشتملت على (٦٠) طفلاً من مرضى السكر بمحافظة بني سويف، كما تحدد بالأدوات المستخدمة فيها، وكذلك بالأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة بيانات الدراسة.

نتائج الدراسة وتفسيرها:

أولاً: للتحقق من صحة الفرض الأول للدراسة والذي ينص على: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ترجع إلى فترة التعرض للعلاج (٥ سنوات فأقل/أكثر من ٥ سنوات) بين أطفال مرضى السكر في الوظائف الوجدانية (تقدير الذات - وجهة الضبط - القلق). تم استخدام اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطات ويوضح الجدول التالي نتائج ذلك.

جدول (٤) نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين مرضى السكر في الوظائف الوجدانية (تقدير الذات-وجهة الضبط-القلق) والتي ترجع إلى فترة العلاج

الوظائف الوجدانية	فترة العلاج	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
تقدير الذات	٥ فأقل	٣٠	٩,٣٦٦٧	٠,٩٩٩	٢٥,٢٥	٠,٠٠٠
	أكثر من ٥	٣٠	١٥,٩٣٣٣	١,٠١٤٨٣		
وجهة الضبط (خارجي)	٥ فأقل	٣٠	١٠,٧٣٣٣	١,٧٧٩٨٤	١,٧٤٨	٠,٠٨٦
	أكثر من ٥	٣٠	١١,٣٣٣٣	٠,٦٠٧		
وجهة الضبط (داخلي)	٥ فأقل	٣٠	١٠,٠٦٦٧	٠,٦٤٠	١,٠٠٣	٠,٣٢٠
	أكثر من ٥	٣٠	٩,٧٠٠٠	١,٨٩٦٤٦		
القلق	٥ فأقل	٣٠	١٨,٧٦٦٧	١,٨٦٩٦٠	١١,٧٣٨	٠,٠٠٠
	أكثر من ٥	٣٠	١٣,٦٠٠٠	١,٥٢٢٢٥		

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

• عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ترجع إلى فترة التعرض للعلاج (٥ سنوات فأقل/أكثر من ٥ سنوات) بين أطفال مرضى السكر في الوظائف الوجدانية (وجهة الضبط داخلي-خارجي).

إذا كانت وجهه الضبط تتبع من إدراك الفرد لنفسه بوصفه المحدد والمسيطر على متغيرات عالمه الخاص الإيجابية والسلبية فإن الطفل المريض (*IDDM*) يفقد هذا الإدراك حيث يدرك أنه مهما بذل من جهد فإن ذلك لن يغير من مجريات أحداث حياته حيث تتحكم فيه القوى الخارجية.

فهو في حاجة دورية يومية لمن يعطيه حقن الأنسولين إلى جانب حاجته لتنظيم الغذاء، والقياس الدوري للبول مما يترتب على تلك الرعاية الزائدة والحماية المفرطة من الوالدين، وخاصة العمر الزمني للعينة ٦ : ١٣ فإنهم يشتركون جميعاً في هذه الظروف المحيطة بهم من أساليب التنشئة والديه ذات نظام قائم على السيطرة والتحكم من أجل الحماية الزائدة، وتشير العديد من نتائج الدراسات إلى أن من أهم المتغيرات التي تتأثر بها وجهه الضبط أساليب التنشئة الوالديه حيث أن اتجاه التحكم يتكون من خلال تلك الأساليب. (صفاء الأعرس ١٩٨٣، وماركس ١٩٩٨) (*Marks, 1998*)

وتتفق تلك النتائج مع ما توصل إليه بورجير (*Burger, 1995*) في مقارنته بين عينة من

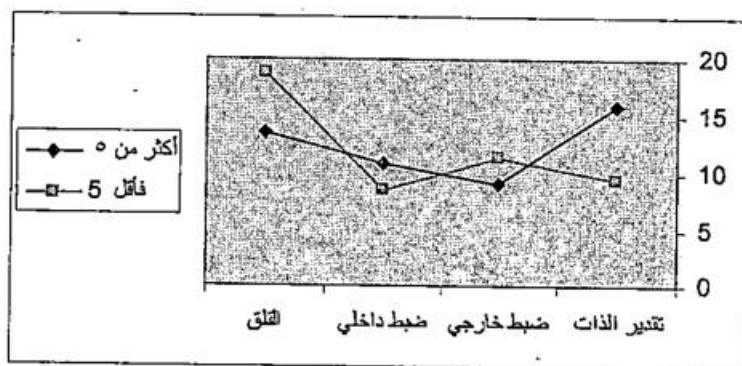
الأطفال المرضى (*IDDM*) والأطفال العاديين في متغير وجهه الضبط وذلك على عينة تضمنت

البروفيلات المعرفية والوجدانية لأطفال مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين

(٢٧) طفل من مرضى (IDDM) و (١٦) طفل من غير المرضى تتراوح أعمارهم من (٨-١٢) عام وأشار تحليل التباين إلى عدم وجود فروق في إدراك وجهه الضبط.

كما يتضح من النتائج بجدول (٤) السابق:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية ترجع إلى فترة التعرض للعلاج (٥ سنوات فأقل/أكثر من ٥ سنوات) بين أطفال مرضى السكر في تقدير الذات، وهذه الفروق لصالح الأطفال الذين تعرضوا للعلاج فترة أكثر من ٥ سنوات والذين بلغ متوسط درجاتهم ١٥,٩٣ وهو أكبر من متوسط درجات الأطفال الذين تعرضوا للعلاج فترة ٥ سنوات فأقل والذي بلغت قيمته ٩,٣٧.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية ترجع إلى فترة التعرض للعلاج (٥ سنوات فأقل/أكثر من ٥ سنوات) بين أطفال مرضى السكر في القلق، وهذه الفروق لصالح الأطفال الذين تعرضوا للعلاج فترة أكثر من ٥ سنوات والذين بلغ متوسط درجاتهم ١٣,٦٠ وهو أقل من متوسط درجات الأطفال الذين تعرضوا للعلاج فترة ٥ سنوات فأقل والذي بلغت قيمته ١٨,٧٧.



شكل (١) البروفيل النفسي لعينة الدراسة في الوظائف الوجدانية

يتضح من النتائج بجدول (٤) ومن البروفيل النفسي لعينة الدراسة في الوظائف الوجدانية وجود فروق ذات دلالة بين مجموعتي الدراسة (أقل من ٥ سنوات/ ٥ سنوات فأكثر) في متغير القلق في اتجاه المجموعة (أقل من ٥ سنوات) حيث يتضح من النتائج زيادة القلق لديهم مقارنة بالمجموعة الأخرى ويرتبط بزيادة القلق لدى تلك العينة انخفاض تقدير الذات، وبما أن تقدير الذات ينبع من إدراك موضوعي بالذات فإذا كان هناك الشعور بالقلق والتوتر والإحباط وانعدام الأمن والإحساس بالنقص، فإن هذا قد يؤدي إلى أن يحط الفرد من ذاته، وينحدر بها نحو الدونية، ويؤكد ذلك ما أوضحه هوليدج (Hollidage, 1995) أن الأطفال مرضى (IDDM) يعانون من ضغوط نفسية داخلية واضحة وأن المصادر الجوهرية للضغوط الشعور بالقلق الذي يؤثر بدوره على مفهوم

الذات، وتتفق تلك النتائج مع ما أوضحتها فيولا البيلاوى (١٩٨٧) من أن حالات القلق تزداد فى المواقف التى يزداد فيها تهديد تقدير الذات أى شعور الفرد بالقصور والدونية وانعدام الأمن مما يؤدى إلى إثارة مشاعر القلق.

ومن هذا المنطلق فإن الطفل حديث التعرض للإصابة بالسكر المعتمد على الأنسولين، يشعر بالتوتر وعدم الأمن لأن هناك ما ظهر والذي قد يؤثر على تحقيقه لأهدافه وطموحاته. فإن ذلك يشعره بالقلق.

كما أن قلق الوالدين وتصرفاتهما مع الطفل المريض (IDDM) للمصاب حديثاً نتيجة المفاجئة بالإصابة الحديثة ينتقل هذا القلق إلى الطفل مما يؤدى إلى الالتصاق الزائد بالوالدين، الذى قد يظهر فى أن يصبح الطفل غير قادر على اللعب مع الآخرين وتؤدى به تلك العزلة إلى عدم تقدير الطفل لذاته، وقد أشار ليوين وآخرون (Lewin, et al., 2005) إلى أن هناك علاقة بين مقدار التوتر الأبوى المتعلق بإصابة الابن بالسكر والقلق لدى الأبناء.

كما أن الإصابة وما يصاحبها من العديد من الضغوط التى قد تكون قد اعتاد عليها الأطفال المصابين (٥ سنوات فأكثر) ومنها حقن الأنسولين والاختبار الدورى للبول وما يصاحبه من الشعور بالقلق تجاه نتائجها ويشير إلى ذلك الرفان وفريدريك (Irvine, & Fredrick, 1992) إلى أن مصدر القلق يكمن فى وعى الطفل وإدراكه للخطر الذى يمكن أن يحدث نتيجة انخفاض الجلوكوز فى الدم وما يتبعه من آثار سلبية.

إلا أن نتائج بورجيسون (Borjeson, 1993) تشير إلى أن الإصابة فى مرحلة مبكرة وطول فترة التعرض للعلاج تزيد من المضاعفات النفسية للإصابة بالسكر، وأن المصابين منذ فترة قصيرة أكثر قدرة على التكيف وأن القلق قد يتزايد مع طول فترة الإصابة.

وبينما يرجع إليسان (Elsayan, 2004) وبورالا (Pyorala, 2005) القلق إلى التأثير السالب للتشنج الوالديه (التسلطية، الديكتاتورية، والمتساهلة) التى تؤثر على الشعور بالقلق وانخفاض تقدير الذات.

ثانياً: للتحقق من صحة الفرض الثانى للدراسة والذي ينص على: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ترجع إلى فترة التعرض للعلاج (سنوات فأقل/أكثر من سنوات) بين أطفال مرضى السكر فى الوظائف المعرفية (استراتيجيات التعلم-الذاكرة). تم استخدام اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطات ويوضح الجدول التالي نتائج ذلك.

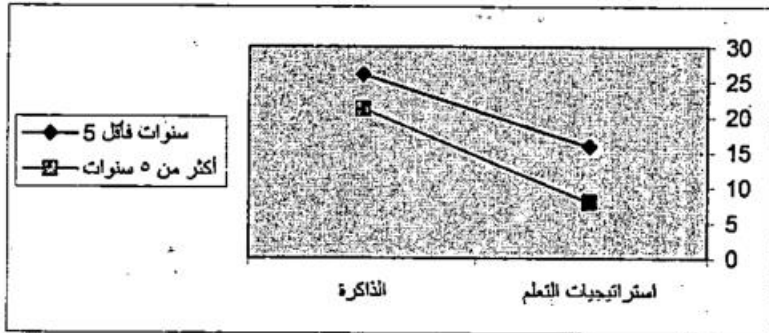
جدول (٥) نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين مرضى السكر في الوظائف المعرفية (استراتيجيات التعلم-الذاكرة) والتي ترجع إلى فترة العلاج

الوظائف الوجدانية	فترة العلاج	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
استراتيجيات التعلم	٥ فأقل	٣٠	١٥,٧٣٣٣	٢,٤٩٠٤٤	١٥,٠٨	٠,٠٠٠
	أكثر من ٥	٣٠	٧,٩٦٦٧	١,٣٢٥٧٠		
الذاكرة	٥ فأقل	٣٠	٢٦,١٦٦٧	٢,٤٢٢٣٦	٥,٣٠	٠,٠٠٠
	أكثر من ٥	٣٠	٢١,٣٠٠٠	٤,٤١١١٩		

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

• وجود فروق ذات دلالة إحصائية ترجع إلى فترة التعرض للعلاج (٥ سنوات فأقل/أكثر من ٥ سنوات) بين أطفال مرضى السكر في استراتيجيات التعلم، وهذه الفروق لصالح الأطفال الذين تعرضوا للعلاج فترة ٥ سنوات فأقل والذين بلغ متوسط درجاتهم ١٥,٧٣ وهو أكبر من متوسط درجات الأطفال الذين تعرضوا للعلاج فترة أكثر من ٥ سنوات والذي بلغت قيمته ٧,٩٧.

• وجود فروق ذات دلالة إحصائية ترجع إلى فترة التعرض للعلاج (٥ سنوات فأقل/أكثر من ٥ سنوات) بين أطفال مرضى السكر في الذاكرة، وهذه الفروق لصالح الأطفال الذين تعرضوا للعلاج فترة ٥ سنوات فأقل والذين بلغ متوسط درجاتهم ٢٦,١٧ وهو أكبر من متوسط درجات الأطفال الذين تعرضوا للعلاج فترة أكثر من ٥ سنوات والذي بلغت قيمته ٢١,٣٠.



شكل (٢) البروفيل النفسي لعينة الدراسة في الوظائف المعرفية

يتضح من النتائج بجدول (٢) والبروفيل النفسي لعينة الدراسة في الوظائف المعرفية انخفاض كفاءة الذاكرة واستراتيجيات التعلم لدى أفراد العينة الذين تعرضوا لفترة أكثر من خمس سنوات للمرضى والعلاج.

وتتفق تلك النتائج مع ما توصل إليه هيرشى وآخرون (Hershy et al., 1997) من أن الاضطراب في إفراز الأنسولين قد يمنع استخدام أنسجة الجسم للجلكوز والذي بدوره يؤثر على الوظائف المعرفية، كما أوضح ديشمان (Deichmann, 1997) في مقارنته بين الأطفال مرضى السكر والأطفال العادين في المهام البصرية والمكانية والكتابية والحركية وتبين وجود فروق لصالح الأطفال العادين أرجعها الباحث إلى أنشطة الجهاز العصبي المركزي. كما أشار كل من ليونس وهولمز (Lynch, & Holmes, 2004) والترز وآخرين (Walter, et al., 1996) من وجود ضعف في الذاكرة قصيرة المدى لدى الأطفال المرضى (IDDM) ونقصاً في التمييز للتكوينات اللفظية والبصرية وارتباطها بطول فترة المرض والتعرض للعلاج.

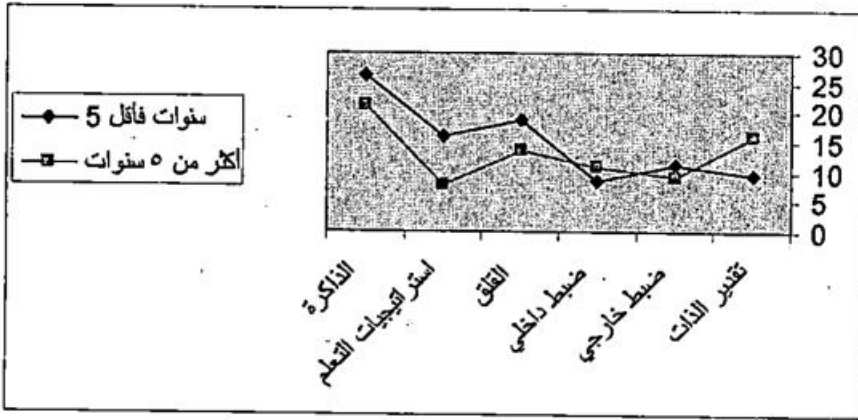
كما توصل ماسيمو وآخرون (Massimo, et al., 1984) إلى أن إصابة الأطفال بمرض (IDDM) وخاصة للتعرض طويل المدى للعلاج يؤدي إلى الإصابة بالخلل الوظيفي للمخ مما يؤثر على التعلم والانتباه وهذا وما أكدته كريستوفر (Christopher, 1988) من أن الإصابة المبكرة للأطفال بمرض (IDDM) يؤدي إلى اضطرابات في التعلم والذاكرة والانتباه والنكاء العام وهم أكثر عرضه لظهور عجز في استخدام استراتيجيات التعلم الفعالة وحل المشكلات، ويتفق مع تلك النتائج ما توصل إليه كل من (Overstreet, 1995, Kovacs, et al., 1995, Walter, et al., 1996, Herchey et al., 1997)

من وجود فروق بين الإصابة المبكرة بالمرض وأن التعرض طويل المدى للمرض والعلاج قد أثر على كفاءة الذاكرة لدى الأطفال بينما التعرض قصير المدى لا يؤدي إلى إعاقات أو مشكلات معرفية.

بينما أشارت نتائج كل من (Northam, 1997, Overstreet, et al., 1997, McCarthy et al., 2002) إلى عدم وجود ارتباط بين الإصابة (IDDM) والعمليات المعرفية وأن العمليات المعرفية لا تتأثر بطول فترة للمرض.

بالنسبة للبروفيل النفسي لعينة الدراسة في الوظائف الوجدانية المعرفية:

يوضح الشكل التالي البروفيلات النفسية لعينة الدراسة في كل من الوظائف الوجدانية والوظائف المعرفية.



شكل (٣) البروفيل النفسي لعينة الدراسة في الوظائف الوجدانية والوظائف المعرفية

تؤكد نتائج شكل (٣) ما توصلت إليه الدراسة من نتائج حيث تتضح الفروق بين المجموعتين في تقدير الذات وهذه الفروق لصالح الأطفال الذين تعرضوا للعلاج فترة أكثر من ٥ سنوات، وكذلك بالنسبة للقلق، بينما تقترب نتائج المجموعتين في كل من وجهة الضبط الداخلي والخارجي، كما توجد فروق بين المجموعتين في كل من استراتيجيات التعلم والذاكرة وهذه الفروق لصالح الأطفال الذين تعرضوا لفترة علاج ٥ سنوات فأقل.

التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة الحالية، فإنه يمكن تقديم مجموعة التوصيات التالية:

- تجنب إشعار الطفل مريض (IDDM) بالعطف الزائد مقارنة بأشقائه في المنزل أو الزملاء في المدرسة بل التعامل معه كفرد قادر على العطاء كأقرانه الأصحاء.
- عقد معسكرات للأطفال مرضى السكر سواء يوم واحد أو بضعة أيام تحت إشراف متخصصين من (الأطباء وعلماء النفس وعلماء الاجتماع وأخصائي التربية الرياضية وأخصائي التغذية) حيث يتلقى الأطفال الإرشادات عن المرض وطرق العلاج وطرق التغذية الصحيحة، وممارسة الرياضة المناسبة حتى يعيشوا حياة طبيعية مع أقرانهم ويشعروا أنهم ليسوا وحدهم في هذا العالم.
- قد يعاني هؤلاء الأطفال من بطئ في معدل أداء الوظائف المعرفية مما يعرضهم لمشكلات تعليمية ولذا فإن التدخل المبكر والملاحظة المستمرة قد ترفع من مستوى الأداء الأكاديمي.

البحوث المقترحة:

- في ضوء نتائج الدراسة الحالية، فإنه يمكن القيام بالعديد من البحوث والدراسات والتي منها:
 - فعالية برنامج للانتظام الوجداني للسيطرة على الانفعالات السالبة لدى الأطفال مرضى (IDDM).
 - فعالية برنامج للتهيئة النفسية الأولية المبكرة لحين الإصابة بمرض (IDDM) وأثره على خفض حده القلق.
 - فعالية برنامج للحد من القلق لدى عينة من الأطفال مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين.

المراجع

- ١- أحمد عبد الخالق (١٩٨٧). قلق الموت، سلسلة عالم المعرفة، الكويت.
- ٢- أحمد عكاشة (٢٠٠٥). علم النفس الفسيولوجي، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٣- أحمد عكاشة (٢٠٠٦). الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٤- أميمة مصطفى كامل (١٩٨٨). التغير الاجتماعي كما تدرسه فئات من الشباب المصري في المستويات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة وعلاقته بكل من الطموح والقلق، رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- ٥- أنور الشراقوى (١٩٨٤). العمليات المعرفية وتناول المعلومات، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٦- أنور الشراقوى وسليمان الحضري. نادية عبد السلام (١٩٩٣). بطارية الاختبارات المعرفية العاملة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٧- جابر عبد الحميد وعلاء كفاقي (١٩٨٩). معجم علم النفس والطب النفسي ط٢، مكتبة دار النهضة العربية.
- ٨- صفاء الأعرس (١٩٧٨). بعض المتغيرات المرتبطة بوجهه الضبط دراسات سيكولوجية، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٩- ضيائي حسين (١٩٨٧). المشكلات النفسية عند الأطفال المصابين بالسكر مجلة علم النفس العدد الثالث.
- ١٠- طلعت حسن عبد الرحيم (١٩٨٥). وجهه التحكم وتقبل الآخرين لدى طلاب الجامعة المحرومين وغير المحرومين من آباءهم. مجلة كلية التربية بالمنصورة، العدد السابع.
- ١١- عادل عبد الله (١٩٩١). اختيار تقدير الذات للمراهقين والراشدين، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٢- عبد الرحيم بخيت (١٩٨٥). مقياس كوبر سميث، تقدير الذات المنيا دار حراء.
- ١٣- عبد السلام عبد الغفار (١٩٩١). مقدمة في الصفحة النفسية، مكتبة دار النهضة العربية.
- ١٤- عبد الوهاب كامل (١٩٨٩). المكونات العاملة لتقدير الذات، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا.

- ١٥- عبد الوهاب كامل (١٩٩٤). علم النفس الفسيولوجي، النهضة المصرية.
- ١٦- علاء الدين كفاى (١٩٨٢). مقياس وجهه الضبط، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٧- على هود باعيد وتوفيق أحمد مرعى (١٩٩٦). تقييم طلبة جامعة صنعاء لاستراتيجيات تعلمهم لمقرارات الجامعة. مجلة اتحاد الجامعات العربية العدد ٣١.
- ١٨- غريب عبد الفتاح (٢٠٠٢). الإكتئاب ومركز الضبط لدى عينة مصرية من الراشدين. المجلة المصرية للدراسات النفسية المجلد الثانى عشر العدد (٣٤).
- ١٩- فؤاد أبو حطب (١٩٩٦). القدرات العقلية، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٢٠- فاروق عبد الفتاح (١٩٨٧). علاقة التحكم الداخلى الخارجى بكل من التروى والاندفاع وللتحصيل الدراسى لطلاب وطالبات الجامعة، مجلة كلية التربية جامعة الزقازيق العدد الرابع المجلد الثانى.
- ٢١- فاروق عبد الفتاح (١٩٩١). اختبار تقدير الذات للأطفال ط٤، مكتبة النهضة المصرية.
- ٢٢- فتحى عبد الحميد. عبد القادر (١٩٩٥). الاستراتيجيات المعرفية المستخدمة فى تعلم المهام وعلاقتها بإحداث الاستنكار لدى طلاب كلية التربية، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر العدد (٤٨)
- ٢٣- فؤاد أبو حطب وآخرون (١٩٧٧). بحث فى تقنين الاختبارات النفسية، المجلد الأول. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٢٤- فؤادية أحمد السيد عبد الفتاح (٢٠٠٤). سعه الذاكرة واستراتيجيات ومستويات التشفير لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد الرابع عشر، العدد ٤٢.
- ٢٥- فيولا البيلاوى (١٩٨٧). مقياس القلق للأطفال، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٢٦- كمال شرقاوى غزال (١٩٩٧). فسيولوجيا (علم وظائف الأعضاء) دار المعارف.
- ٢٧- لطفى عبد الباسط إبراهيم (٢٠٠١). مقياس استراتيجيات التعلم المنظم ذاتياً، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٢٨- لطفى فطيم (١٩٩٤). مقياس هاميلتون لتقدير القلق، مكتبة الأنجلو المصرية.

== البروفيلات المعرفية والوجدانية لأطفال مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين ==

- ٢٩- ماجدة خميس (١٩٩٢). للقلق النفسى وعلاقته ببعض الأمراض العضوية. رسالة دكتوراه غير منشورة كلية الآداب جامعة الاسكندرية.
- ٣٠- مجدي عبد الكريم (١٩٩١). القلق العام والخاص دراسة عملية لاختبارات القلق الجمعية المصرية للدراسات النفسية بحوث المؤتمر السابع لعلم النفس فى مصر، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٣١- محمد أحمد دسوقى (١٩٨٥). مركز التحكم وعلاقته بمفهوم الذات لدى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة ومعلمى المرحلة الثانوية العامة، مجلة كلية التربية جامعة الملك عبد العزيز.
- ٣٢- محمد بيومي خليل (٢٠٠٣). استمارة المستوى الاجتماعى الإقتصادى الثقافى المطور للأسرة المصرية، القاهرة، دار النهضة.
- ٣٣- محمد المرى محمد إسماعيل (١٩٨٧). العلاقة بين مركز التحكم وتقدير الذات لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية. مجلة كلية التربية جامعة الزقازيق - المجلد الثانى العدد السابع.
- ٣٤- محمد المرى محمد إسماعيل (١٩٩٣). استراتيجيات التعلم وعلاقتها بالتروى والاندفاع، دراسات تربوية - المجلد الثامن الجزء (٥٠) ولدى طلبة كلية التربية جامعة الزقازيق.
- ٣٥- محمد صلاح الدين إبراهيم (١٩٩٣). السكر أسبابه ومضاعفاته، وعلاجه، القاهرة - مركز الأهرام للترجمة والنشر.
- ٣٦- محمد محمد الشيخ (١٩٨٧). قياس القلق لدى التلاميذ، مكتبة النهضة المصرية.
- ٣٧- محمود البرعى وهانى البرعى (١٩٨٨). تشریح وظائف أعضاء جسم الإنسان، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٣٨- مدحت حسين خليل (١٩٩٧). علم الغدد الصماء، مكتبة المدينة، العين الإمارات.
- ٣٩- نادية محمود شريف (١٩٨٩). أثر استخدام المنظمات المسبقة والأسلوب المعرفى على التعلم فى مستوياته المختلفة دراسات تربوية، المجلد الرابع - الجزء (١٧).
- 40- Arab, M. (1992): World Health statistics. Gineve, V., 45, N.4.

- 41- Borjeson, B, (1993). *Living with diabetes relationship to gender duration and complications* Diabetic Medicine. V. 10 N. 8.
- 42- Brend. J. Blanz, beatrices, & Rensch, (1993). (IDDM) as a risk factor for adolescente psychiatric disorder diabetes Care V, 16 N. 12.
- 43- Burger, L. (1995). *A comparison of the locus of control of chronically ill children and healthy children.* Dissertation abstracts international V. 34.
- 44- Christopher, M. (1988). *Neurobehavioural complication of type (I) diabetes.* Diabetes Care V. 11 N. (1).
- 45- Cox, Danial; Frdrick, G, & Linda; (1987). *A multi center Evaluation of Blood Golucose awareness traning* "Diabetes car Vol. 18, N4.
- 46- Dasari, M. (2004). *Emotion regulation and adherence in children with diabetes.* Disseration abstracts international. Vo. 65, P 3702.
- 47- Deichmann, M, M, (1997). *Nonverbal intelligence and the speed/accuracy trade off in children with Diabetes.* Dissertation abstracts international V. 59 p. 433.
- 48- Desrochr, M, & Rovet, (2004). *Neurocognitive correlates of type I diabetes mellitus in childhood, child – Neuropsychology V. 10 N. 1.*
- 49- Elsayan. M., (2004). *How different parenting styles affect children diabetes.* Disseration Abstracts international. V. 43 P. 59.
- 50- Gelfand, K., Geffken, G Lewin, A & Heidgerken A., (2004). *An intial evaluation of the design of pediatric psychology consultation service with children with diabetes.* J. of child – health – Care V. 8 N. (2)
- 51- Graven, J. H; (1992). *Relationship of self-efficacy and binging to adherence to diabetes regime among adolescent* Diabetes Car Vol. 15, N. 1
- 52- Hagen, W., (1990). *Intellective functioning and strategy use in children with (IDDM)* Child Development V. 61. N. (6)
- 53- Hakimi., (1998): *Psychosocial adaptation following the diagnosis of (IDDM)* Dissertation abstracts international, V. 59.

- 54- Hershey, T., Craft, S., Bhargava, N., & White, H, (1997). *Memory and insulin dependent diabetes mellitus effects of child hood onset and severe hypoglycemia. J. of the International Neuropsychological – Society. V. 3N. 6.*
- 55- Hilderth., & struarkbrink, (1987). *Self – efficacy in adolescent girls and bayes with (IDDM) Diabetes Care, V. 10, N (3).*
- 56- Hollidge, C., (1995). *The psychological adjustment of siblings to a diabetic child. Dissertation abstracts international V. 56, P. 3744.*
- 57- Hollidge, C. (2001). *Psychological adjustment of siblings to a child with Diabetes. Helth & Socical Work. V. 26. N. (1).*
- 58- Holmes, S., Obrien, B & Greer, T, (1996). *Cognitive functioning and academic achievement in children with (IDDM) Schoal-Psychology quarterly V. 10, N. (4).*
- 59- Irvine, & Fredrick, (1992). *Fear of hypoglycemia relationship to physical and psychological symptoms in patinas with (IDDM). Health psychology V. 11 N (2)*
- 60- Jacobson, A & Hauser, S., (1986). *Psychological adjustment with recently diagnosed diabetes mellitus. Diabetes Care V. 9 N. (4).*
- 61- Kovacs., Ryan, C., & Obrosky, D., (1994): *Verbal intellectual and verbal membory performance of youth with childhood onset (IDDM). J. of pediatric psychology V. 19 N (4).*
- 62- Lewin, A., Storch, E., Silverstein, H., BVaumeister, A, & Gelfken, G, (2005). *An Examination of parenting stress, Anxiety and childhood psychologopathology. Families – Systems and Helth V. 23, PP 56-65 P. 3744.*
- 63- Liyod, C., & Andrews, B; (1992). *Are t he social relationship of yang insulin dependent diabetic pations affected by their conditions? Diabetic Medicine V. 10. N5.*
- 64- Lynch, P., & Holmes, C. (2004). *Factor structure of the wide Range Assessment of Memory and hearing in children with (IDDM). Child-Neuropsychology Vo. 10. N. (4).*
- 65- Marks, L. (1998). *Deconstructing Locus of control. Implications for practitioners. J. of counseling and Development. V. 76, No.3.*

- 66- Massimo, Nicola, & Canal, (1984). *Cognitive processes in insulin dependent diabetes* Diabetes Care, V. 7 N.3
- 67- McCarthy, Carthg, Lindgren., & Tsalikian, (2002). *Effects of diabetes an learning in children pediatrics 2002; 109 (1)*. URL; <http://www.type1diabetesacademicachievement.children>.
- 68- Northam, Anderson, Alder, & Andrewes, (1997): *Neuropsychological complication of (IDDM)*. Child-Neuropsychology V.1, N. (1).
- 69- Oversteet, S, T., (1995). *Effects of chronic Hyperglycemia and race of cognitive functioning in children and adolescents with Diabetes*. Dissertation Abstracts international V. 56 N. 11.
- 70- Overstreet, S., Holmes, & Wiliam, (1997). *Socio-demographic risk factor to intellectual and academic functioning in children with diabetes*. Intelligence V. 24. N. (3).
- 71- Pyorola, E. (2004). *The participation roles of children and adolescents in the dietary counseling of diabetics*. Patient-Education and Cesunsclng. V. 55. N3.
- 72- Robinson, & Carter, (1983). *Problems of mothers in management children with diabetes*. Diabetes Care, Vo 6. N. 6
- 73- Rovet, J., & Robert, M., (1993). *Psycho Education characteristics of children with diabeters*, diabetes Care, V, 6., N. 6.
- 74- Ryan, M & Morow, A. (1986). *Self-esteem in Diabetic Adolescents: Relationship Between age at onset and Gender*. J. of consulting and clinical psychology. V. 54, N (5).
- 75- Siarkowski, A, (1999). *Children's adaptation to (IDDM) Global self-worth disease duration*. Dissertation abstracts international. V. 58. P. 1807.
- 76- Sunsubury, Brown, R, & Meacham, L, (1997). *Predictors of cognitive functioning in children and adolescent (IDDM)*. Children's - health - Care. V. 26 N. (3)
- 77- Tobias, S, (1982). *When Do instructional methods make a difference* Edu. Resea, V.11.
- 78- Weinstein, C, & Mayer (1986). The teaching of learning strategies Handbook of Research on teaching Network, McMiblan.

- 79- Wolters, Christopher., Yu, Shirley., Hagen & Kail, R., (1996): Short-term, memory and strategy use in children with (IDDM). J. of consulting and clinical-psychology. V. 64, N. 6.
- 80- Wright, (1999). Predicting adolescent adjustment to Diabetes Mellitus from locus of central and optimism Dissertation abstracts international V. 57
- 81- Wyoski, T. (2006). Behavioral assessment and intervention in pediatric Diabetes Behavior Modification, V., 30, N. (1).
- 82- Zorumski, (1997). The effects of self-Care training an the self-cencept, Selfcare behavior Dissertation abstracts international V. 58.

Affective profiles of insulin Dependent Diabetes Mellitus Children

Dr. Fawkia Abd Elfatah

Assistant Professor of Psychology

Bni Swaif University

Islets lanterns exist into pancreas which includes three types of cells. One of these cells is called beta cells which produce insulin that organizes glucose transductions in blood stream and that organizes food which provides body with power necessary for life continuation.

When beta cells decrease the production of insulin. one of diabetes types is appeared and people who suffer from this type of illness are called insulin dependent diabetes mellitus. This sort of diabetes spreads among children. Arab (1992) recalls that reports refer to the existence of 8.3 diabetes mellitus among every 1000 ill persons and the pattern (A) which depends on insulin, exists frequently among children assure the functional unity of human. Results of several studies state that children's early hurt and their long. Term exposure termed affect cognitive and affective functions, while results of some studies do not refer to negative effects of cognitive and affective behavior to the variable of early illness and long - term exposure to remedy. Consequently, the current research aims at investigating if cognitive and affective profile among insulin dependent diabetes mellitus children differs according to the different time of illness and period length of exposure to remedy.

Hypotheses of the study:-

- 1- The first hypothesis :- there are no significant differences due to the period of exposure to remedy (five years and less/ more than five years) among diabetes mellitus Childers in cognitive functions (learning strategies / memory)*
- 2- The second hypothesis: - there are no significant differences due to the period of exposure to remedy (five years and less / more than five years) among diabetes mellitus children in affective functions (locus of control / anxiety / self- esteem).*
- 3- The third hypothesis :- cognitive and affective profile among (I.D.D.M) differ according to the different periods of remedy exposure (five years and less more than five years)*

The following tools where prepared for research objectives

Self esteem of diabetes mellitus of children test:-

-Anxiety of diabetes mellitus of children test

- Locus of central of diabetes mellitus of children test memory test.

-memory test

Tools where applied on research sample in the stage of backward childhood in Beni-Suif, the totaled size of the sample included (60) children and was divided in terms of remedy period into tow groups:-

- Children who exposed to illness and remedy for a period of five years and less. The size of this group was (30) children.
- Children who exposed to illness and remedy for a period of more than five years. the size of this group was (30) children.

Results indicated that there are significant differences in cognitive functions (learning strategies and memory) in favor of the group which exposed to remedy for five years and less as the mean of learning strategies was 15.91 the memory test mean was 26.8, while the mean of the group which exposed to remedy for more than five years was 8.00 in learning strategies differences in self - esteem, in favor of the group exposed to a remedy of more than five years , as its mean was 15.92 and this mean is more than the other group mean which was 9.42 . Results also indicated that anxiety mean is in favor of the group exposed to period of five years of remedy was 18.83 while the other group mean was 13.62 . Results did not indicate that there are significant differences between the tow groups in locus of control.

In terms according to these results, the profiles of the tow groups in cognitive and affective functions are different.