

تمكين الذات وبعض المتغيرات الديموجرافية لدى عينة من مرضى السكري (دراسة عملية)

أ.د. حمدي محمد ياسين و أ. شيماء محمد دالي
كلية البنات-جامعة عين شمس كلية التربية قسم الإرشاد النفسي
جامعة حلب، سوريا

الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى قياس مستوى تمكين الذات لدى مرضى السكري مقارنة بالأصحاء ، وكذلك الكشف عن علاقة تمكين الذات بمجموعة من المتغيرات الديموجرافية ((الجنس ، العمر ، الحالة الاجتماعية، الدخل الشهري ، الاعتماد على الأُسولين) ،تم تطبيق مقياس تمكين الذات (إعداد الباحث) على (ن=٨٩) من مرضى السكري من النوعين الأولي والثانوي ومقارنتها مع (ن=١٠٤) من الأصحاء ، وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها وجود فروق ذات دلالة بين الأصحاء ومرضى السكري باتجاه الأصحاء ، كذلك عم وجود فروق في مستوى التمكين تعزى إلى اختلاف الجنس أو العمر أو الحالة الاجتماعية ، في المقابل وجود فروق ذات دلالة في مستوى تمكين الذات فيما يخص الدخل الشهري باتجاه ذوي الدخل المرتفع ، أما فيما يخص الاعتماد على الأُسولين فقد كانت الفروق دالة في مكون الفاعلية الذاتية ، وخلصت الدراسة إلى أن تمكين الذات يدور حول خمسة عوامل أساسية هي : الفاعلية الذاتية ، الشعور بالاستقلالية ، مهارة حل المشكلات ، التأثير في الآخرين ، إضفاء المعنى .

مقدمة :

في ظل التحولات المتلاحقة يميل الباحثون إلى تنمية العوامل والسمات الإيجابية بغرض تحصين الفرد لمواجهة هذه التحولات في البنى الفكرية والاخلاقية والاجتماعية والسياسية والاقتصادية للمجتمعات، وإذا كان هذا التحصين يطال الأصحاء فالمرضى هم من الفئات التي تحتاج وبشدة لقيادة الحياة وتعلم حسن اتخاذ القرارات في ظل موجة كبيرة من التركيز على الاستقلالية الشخصية وتحقيق الذات وإيجاد المعنى للحياة .
و قد فطن الأقدمون إلى وحدة الجسم والنفس في الإنسان، وإلى تأثيرهما ببعضهما، فالأمراض الجسمية قد يكون لها ردود فعل نفسية عديدة، ولأن عالم المرض في العادة عالم صغير يتأثر فيه الفرد بالمرض، وبالظروف المادية المحيطة - مثل الحاجة إلى الراحة وتخفيف الألم، والحاجة للدواء وما إلى ذلك، وخاصة إذا كان المرض مزمناً ومؤدياً إلى عجز دائم - فإن التكيف معه قد يكون صعباً . (سعد جلال ، ١٩٨٠، ص٢٦٩)
و هناك حكمة صينية تقول: "إذا أعطيت شخصاً سمكة فسوف يتناولها مرة واحدة، لكن إذا علمته الاصطياد فسوف يعرف كيف يكسب قوته طيلة حياته". من المؤكد أن هذه الحكمة تتضمن بشكل خلاق مفهوم تمكين الكفاءات الذاتية وذلك من حيث كونه مفهوماً أساسياً في مجال العمل الاجتماعي، وهو يتجه إلى أولئك الأشخاص الضعفاء إما اجتماعياً أو نفسياً أو جسدياً . (Chi & all , 2001)

ومن هؤلاء الضعفاء : مرضى السكري ، حيث ينظر إلى مرض السكري كمرض مزمن يحتاج المصاب به إلى القدرة على السيطرة والتحكم في حياته اليومية ، خاصة أن هذا المرض شائع ينتج عنه مضاعفات حادة ومزمنة في أجهزة الجسم المختلفة، ومن المحتمل أن يؤثر على الحالة النفسية للمريض وبالتالي يؤثر على رغبته في

العلاج والتكيف مع مرضه ، وهنا نتساءل إلى أي مدى يفتقر مريض السكري إلى الشعور بالتمكين الذاتي؟! وهنا تثار المشكلة :

أولاً : مشكلة الدراسة وتساؤلاتها :

يعتبر مرض السكري مرض معيق ، قاتل ، حيث يصيب ١ من كل ٥ من البالغين فوق سن ٦٥ ، ولسوء الحظ فإن القليل منهم يتلقون العناية الكافية والتوعية المطلوبة ، إن محاولة تكييف مرضى السكري مع مرضهم وجعل العناية الذاتية ك ممارسة يومية أمر يفوق مجرد اكتساب المعرفة وإتقان المهارة ، إنه أمر يتطلب قبول المرض من الداخل كنوع من الرضا والقناعة والرغبة بالتحكم والسيطرة والتغيير وهذا يتطلب أيضاً التدريب على مهارات حل المشكلات ، والأهم من ذلك كله يتطلب الإحساس بالتمكين الذاتي . (De Coster ,Vaughn A, George) (Lori,2005)

و قد انتشر مرض السكري بطريقة مخيفة وهو مرض مزمن يستدعي ضرورة انتهاج أساليب لرعاية المرضى لتحسين نتائج فحوصاتهم، وتقوم فلسفة التمكين على التركيز على الرعاية وتسهيل عملية تغيير السلوكيات اليومية بطريقة ذاتية مباشرة تنطلق من المريض نفسه . (Kameseh .M ,et .al ,2011)

و عندما ينال مرض السكري من صغار السن وخاصة المراهقين فإنه يكون له ردود فعل نفسية مثل الاكتئاب، القلق، ضعف القدرة على تأكيد الذات، وزيادة الضغوط النفسية، وعدم التوافق النفسي الاجتماعي كما جاء في دراسات كل من :

(Lustman. et al ,1988) (Leedom, Procci, 1991) ،(Gavard . et al, 1993) ،

(Roy, & Roy, 1994)

ورود الفعل تلك تؤدي إلى عدم القدرة على التحكم في المرض، وزيادة مضاعفاته العضوية وهذه المشكلات يزداد تأثيرها إذا لم يتم تعلم استراتيجيات معينة لمواجهتها وتعديلها، خاصة أن مواجهة هذه المشكلات بأساليب كيميائية يؤدي إلى مشكلات في التحكم بنسبة السكر باستخدام الأنسولين . (اسكالير، ١٩٩٥، ص ٢٨)

ويؤثر مرض السكري على أداء الطلبة المعرفي والأكاديمي ، وتظهر الحاجة ملحة لمزيد من الأبحاث حول التدخلات المدرسية الفعالة لضمان نجاح الطلبة أكاديمياً من ذوي السكري من الشباب والأطفال . (Miranda , et. al , 2011)

وقد أوضح الدليل التشخيصي والاحصائي الأمريكي للاضطرابات العقلية أن مرض السكري أحد الاضطرابات الجسمية والتي تسهم العوامل السيكولوجية بدور هام في بداية الإصابة به أو في تفاقم الحالة المرضية للفرد.

(الدليل التشخيصي والاحصائي الأمريكي للاضطرابات العقلية، ١٩٨٧، ص ٩٨)

ويرى بعض المحللون وجود علاقة بين مرض السكري والأمراض العقلية من منطلق أن الطاقة التي تقوم بعملية تشغيل الدماغ هي السكر، وزيادة نسبة السكر في الدم دليل على عدم الاستخدام الامثل لهذه الطاقة، وبالتالي هي دليل على عدم تامين الطاقة الكافية لعمل الدماغ مما يؤثر على قدرات المريض العقلية والإدراكية ، وبذلك تقل قوة إرادته ، وتضعف قوة الأنا لديه بسبب إضطراب الإدراك والتفكير . (الداھري والعبیدی، ١٩٩٩، ص ١٢٨ - ١٢٩)

يعتبر مرض السكري من الأمراض التي تتطلب إدارة ذاتية حيث يؤثر على القرارات المتعلقة بالصحة لدى المريض كما يؤثر على صحته النفسية ورفاهيته التي يمكن أن يوفرها لنفسه بالالتزام بنشاطات روتينية يومية مثل (نوع الغذاء والرياضة) .

(Anderson . R & Funnel . M , 2004)

فمرضى السكري يحتاجون يومياً إلى اتخاذ قرارات روتينية ونشاطات رياضية والالتزام بالعلاج بالإضافة لضبط سكر الدم ومواجهة الضغوط بطريقة إيجابية ، وهذا ما توفره برامج تنمية الفاعلية الذاتية الخاصة بمرض السكري والتي تعني ثقة المريض بقدرته على ضبط حياته والسيطرة على أعراض مرضه وهو ما يفرض على الحاجة إلى التمكين الذاتي الذي هو أعم وأشمل من الفاعلية الذاتية بمكوناته التي تشمل مهارة اتخاذ القرار والثقة بالقدرة على التأثير والشعور بالاستقلالية والعيش بطريقة هادفة وذات معنى تعين المريض على تحمل أعباء وآلام مرضه .
(Nazli ATAK, et.al,2008)

وبناء على ما تقدم نطرح مشكلة هذه الدراسة ونوضح محدداتها في ضوء المتغيرات التالية :

١. تساؤلات الدراسة : تتحدد مشكلة الدراسة بثلاثة من التساؤلات نوضحها في الآتي :
(أ) هل يختلف مستوى التمكين الذاتي ومكوناته بين مرضى السكري والأصحاء ؟
(ب) هل يرتبط التمكين الذاتي ومكوناته بالمتغيرات الديموجرافية التي تتناولها الدراسة (الجنس ، العمر ، الحالة الاجتماعية، الدخل الشهري ، الاعتماد على الأُسوليين)
(ج) ما هي العوامل المرتبطة بالتمكين الذاتي وهل يمكن تفسيرها كما ؟
٢. أدوات الدراسة : تعتمد الدراسة على أداة تشخيصية تتمثل بمقياس التمكين الذاتي (إعداد الباحثين) .
عينة الدراسة : تتحدد نتائج الدراسة في ضوء العينة وخصائصها ، وقد اعتمدت الدراسة على عينة من مرضى السكري من النوعين : الأولي والثانوي ، من مختلف الأعمار ممن يترددون على العيادات العامة والمشافي .
٣. الإطار الزمني : تم تطبيق الدراسة خلال شهور يناير وفبراير ومارس من عام ٢٠١٣ م .
٤. الإطار المكاني : تم اختيار عينة الدراسة من مرضى السكري ممن يترددون على مستشفى طب عين شمس التخصصي قسم العيادات الخارجية الخاصة باضطرابات الغدد ، ومن موظفي كلية التجارة والألسن / جامعة عين شمس ، أما عينة الأصحاء فقد تم سحبها عشوائياً من مختلف الأعمار والمستويات التعليمية والاقتصادية .
ثانياً : أهمية الدراسة : تتمثل أهمية الدراسة من خلال عدة اعتبارات يأتي في صدارتها ما يلي :
على مستوى المتغيرات : تأتي أهمية هذه الدراسة من حساسية متغيراتها من جهة ومن ندرتها من جهة أخرى ، فالتمكين الذاتي مفهوم محوري ينتمي إلى علم النفس الإيجابي والذي لم تعرها الدراسات العربية الاهتمام في الدراسة ، حيث يعتبر التمكين الضمانة الحيوية لرفع معنويات المرضى ذوي الأمراض المزمنة ، حيث يشعرون بمزيد من الثقة بقدراتهم على استغلال إمكاناتهم للسيطرة على أسلوب حياتهم .
يعتبر مفهوم التمكين من البنى الأساسية في برامج جودة الرعاية الصحية ، لما له من أثر إيجابي على المستوى الصحي حيث يتضمن مهارات التعلم الذاتي ، وصنع القرار والتخطيط والتنفيذ .
وحيث تتناول هذه الدراسة مرض السكري فإنه لا يخفى مدى انتشاره في مجتمعاتنا لأسباب مختلفة ، حيث يهدد هذا المرض أي شخص ، وفي أي سن ، وفي أي وقت . (مارجریت كلارك، ١٩٦٣، ص ٢١٥)
تستقي هذه الدراسة أهميتها من ضرورة لفت الانتباه إلى التمكين الذاتي وأهميته لدى مرضى السكري ، حيث أن هذه الفئة من المرضى لا يحتاجون إلى العلاج الدوائي فقط ، وإنما يحتاجون إلى عوامل أخرى تساعدهم على الاستمرار والشعور بالسيطرة على حياتهم ، وتحقيق التوافق مع المرض ومضاعفاته .
١. **على مستوى القياس النفسي :** حيث إعداد مقياس جديد (تمكين الذات لدى مرضى السكري) ، وهو مقياس - حسب حدود تقصي الباحثين - غير متوفر في المكتبة السيكولوجية العربية . فضلاً عن أنها تقدم إطاراً نظرياً قد يسهم في إعداد البرامج العلاجية والإرشادية .

٢. **على مستوى العمل المهني** : تفيد هذه الدراسة العاملين في مجال الإرشاد النفسي والعلاج وكذلك مجال الرعاية الصحية وكذلك المعنيين برعاية مرضى السكري وخاصة المعتمدين منهم على العلاج بالأنسولين ، حيث تقدم لهم إطاراً لفهم أهمية تمتع مريض السكري بالتمكين الذي يتيح له مزيداً من السيطرة والتحكم واتخاذ القرار حول صحته .

٣. **على مستوى الصحة** : كثير من الدراسات اللاحق ذكرها أكدت أن تمكين مرضى السكري نفسياً أدى إلى تحكم أفضل بمستوى السكر في الدم ، وبالتالي التقليل من استخدام العقاقير والعلاج الكيميائي لاسيما جرعات الانسولين ، فعندما يتمتع مريض السكري بقوة الإرادة والرغبة بالسيطرة على حياته فإنه يلتزم بالحمية ويقلل بالتالي من حاجته إلى العقاقير التي لا تخلو من الآثار الجانبية على المدى الطويل ، تتجلى وظيفة هذه الدراسة في تسليط الضوء على أحد المفاهيم الإيجابية الحساسة التي تحقق التوافق النفسي والصحة لدى مريض السكري ، حيث أثبتت الدراسات الآثار الإيجابية لتمكين المرضى إلى درجة أصبح فيها الفرق بين المريض الممكن نفسياً والآخر غير الممكن هو مسألة حياة أو موت .

مفاهيم الدراسة : نستعرض تعريفات المفاهيم التي تناولتها الدراسة على النحو التالي :

أولاً : مفهوم التمكين الذاتي والدراسات المتعلقة به:

تاريخياً ، تم استخدام مفهوم التمكين وتطويره في المجال السياسي ، حيث نشأ في البدايات للتغلب على الظروف المحيطة بالنسبة لضحايا التمييز الجنسي والعنصري . (Gutierrez L, 1990) ، (Kubiak. Et al , 2004) ومع مرور الزمن تم توسيع استخدام هذا المفهوم ليغطي مجال الأمراض المزمنة والإعاقات الجسدية ، حيث في كلتا الحالتين يفقد الفرد الإحساس بالقدرة والسيطرة على حياته . (Fawcett. S.et al , 1994) ، (Andrews GJ, 2002:22.pP343-363)

مفهوم التمكين الذاتي : يقصد بالمعنى الأصلي للتمكين " منح السلطة أو القوة" (Tulloch, 1993) ، ويعرف التمكين الذاتي بأنه العنصر الدافعي والنفسي الذي يظهر من خلال أربعة أبعاد وهي : المعنى (ويقصد به الإحساس الشخصي بالعمل) والكفاية (و يقصد بها أن الأفراد يعتقدون أنهم يمتلكون المهارات والخصائص اللازمة لأداء مهامهم بشكل جيد) والتصميم الذاتي (يقصد به الإحساس بالحرية إزاء طريقة أداء الأفراد لعملهم) والتأثير (يقصد به اعتقاد الأفراد بانهم يستطيعون التأثير على المحيط الذي يعملون في إطاره) . (Spreitzer ,1995 , p1444)

ويرى (Meredith & Murel) أن التمكين هو منح الفرصة لشخص ما ليتولى القيام بمسؤوليات أكبر وسلطة أوسع من خلال التدريب والثقة والدعم العاطفي . (العتيبي ، ٢٠٠٤ ، ص ٩٢) تتجلى عملية التمكين في تنمية الفاعلية الذاتية، والثقة في القدرة على أداء المهام، والشعور بالقدرة على التأثير في العمل، وحرية الاختيار في كيفية أداء المهام، والشعور بمعنى العمل .

(Conger and Kanungo, 1988), (Spreitzer, 1995), (Thomas and Velthouse, 1990)

وقد عرّف (Conger & Kanungo) التمكين كمفهوم تحفيزي للفاعلية الذاتية. وتبنى الكاتبان نموذج التحفيز الفردي للتمكين حيث تم تعريف التمكين " كعملية لتعزيز الشعور بالفاعلية الذاتية للعاملين من خلال التعرف على الظروف التي تعزز الشعور الضعف والعمل على إزالتها والتغلب عليها بواسطة الممارسات التنظيمية الرسمية والوسائل الغير رسمية التي تعتمد على تقديم معلومات عن الفاعلية الذاتية".

وقام (Thomas & Velthouse ,1990) بإكمال العمل الذي أنجزه (Conger & Kanungo) فبنى نموذج التمكين الإدراكي cognitive . وعرفا التمكين كزيادة في تحفيز المهام الداخلية والتي " تتضمن الظروف العامة

الفرد التي تعود بصفة مباشرة للمهمة التي يقوم بها التي بدورها تنتج الرضا والتحفيز". وأشار إلى أن التمكين يجب أن يبدأ من الذات ونظام المعتقدات. ويتضمن نظام المعتقدات كيفية النظرة للعالم الخارجي ومفهوم الذات الذي يشجع السلوكيات الهادفة ، وربطها مع أهداف ومنهجيات التمكين التي تطبق في المنظمة.

مستويات التمكين : حدد التمكين بمستويات ثلاثة، هي :

١. **المستوى الفردي** لتطوير الإحساس بالذات وتعزيز الثقة والقدرة الشخصية والقدرة على التواصل والتعاون والتأثير على طبيعة العلاقات والقرارات وعمل الأفراد مع الآخرين

٢. **المستوى الجمعي** لتطوير القدرة على التنظيم والعمل الجمعي والإحساس بالقوة والمنعة والقدرة الأكبر على التأثير .

٣. **المستوى البيئي** لتطوير المناخ السياسي والاجتماعي والقواعد الاجتماعية والحوار العام لتدعيم التمكين في المستويين السابقين.

تمثل هذه المستويات منهجية متدرجة في أسس التمكين وقواعده، والتي تبدأ بتأسيس قوى وعناصر التمكين في الفرد، انطلاقاً إلى المستوى الجمعي ثم البيئي. (محمد العقيد ، ٢٠٠٨)

أبعاد التمكين الذاتي : حدّد كل من (Thomas & Velthouse, 1990) أربعة أبعاد نفسية للتمكين تتمثل بـ :

١. **التأثير الحسي أو الإدراكي Sense of impact** : ويقصد بالتأثير الحسي " الدرجة التي ينظر للسلوك على أنه يحدث فرقاً أو اختلافاً فيما يتعلق بإنجاز الهدف أو المهمة التي بدورها تحدث التأثير المقصود في بيئة الفرد". وقيم التأثير بالاعتقاد بأن الفرد يمكن أن يؤثر في عمل الآخرين وكذلك القرارات التي يمكن أن تتخذ على كل المستويات.

٢. **الكفاءة Competence** : ويقصد بها إلى أي درجة يمكن للفرد أداء تلك الأنشطة بمهارة عالية عندما يقوم بالمحاولة". فالأفراد الذين يتمتعون بالكفاءة يشعرون بأنهم يجيدون المهام التي يقومون بها ، ويعرفون جيداً بأنهم يمكن أن يؤديوا تلك المهام بإتقان إن هم بذلوا جهداً ، فالكفاية شعور الفرد بالإنجاز عند ادائه أنشطة المهام التي اختارها بمهارة ، والشعور بالكفاية يتضمن الإحساس بأداء المهام بشكل جيد، والجودة في أداء المهام.

٣. **إعطاء معنى للعمل Meaningfulness** : تهتم بقيمة الهدف أو المهام التي يتم الحكم عليها من خلال معايير الفرد". ويشمل إعطاء معنى للعمل مقارنة بين متطلبات دور العمل ومعتقدات الفرد كاعتقاد الفرد مثلاً أن المهام التي يقوم بها ذات قيمة، وإعطاء معنى للعمل يعني أن يشعر الفرد بأن لديه الفرصة لممارسته مهام نبيلة ، فالشعور بمعنى العمل يمثل إحساساً أن الفرد يستحق جهده ووقته، وأنه يؤدي رسالة ذات قيمة.

٤. **حرية الاختيار Choice**: "تتضمن المسؤولية المسببة لتصرفات الفرد" ، تعني حرية الاختيار أن يشعر الفرد بالحرية في اختيار المهام ذات المعنى له وأدائها بطريقة تبدو ملائمة ، وهذا الشعور بحرية الاختيار يوفر شعوراً أن الفرد قادراً على استخدام حكمته الشخصية والتصرف من خلال تفهمه للمهمة التي يقوم بها.

التمكين الذاتي وفاعلية الذات : العلاقة بين التمكين الذاتي وفاعلية الذات تشبه جدلية أيهما أسبق الدجاجة أم البيضة ! ، فقبل شعور الفرد بالتمكين عليه ان يختبر الإحساس بالفاعلية الذاتية ، وأنه قادر على البدء بالمهام والواجبات بنفسه ، وفي المقابل نجد أن الاستراتيجيات المتبعة لتمكين الأفراد يزيد من إحساسهم بالفاعلية ، وحسب باندورا فإن الناس يندفعون إلى ممارسة الأفعال عندما يحكمون على أنفسهم بأنهم قادرين على تحمل الموقف ونتائجه . (Bandura .A, 1977)

و بالتالي يمكن أن يكون التمكين وسيلة لزيادة فاعلية الذات . (Bredeson , 1989)

بعضهم درس المفهوم على أنها مستقلان ولكن بينهما علاقة كما في دراسة (Edwards et al , 2002) وفي دراسات أخرى اعتبرت الفاعلية كبعد من أبعاد التمكين الذاتي كما في دراسة (Short & Rinehart , 1992) و (Mathews.S, 2009) وفي هذه الدراسة اعتبرت فاعلية الذات كمكون من مكونات التمكين الذاتي . الدراسات التي تناولت مفهوم التمكين الذاتي : وهنا نستعرض مجموعة من الدراسات التي تظهر ارتباط التمكين بغيره من المفاهيم والبنى النفسية :

لتحديد بنية تمكين الذات بغرض فهم الآلية التي يعمل بها التمكين كدافع إيجابي، أجرى كل من (Boudrias ,2004, et .al, Jean-sebastian) دراسة حول بنية التمكين الذاتي ، حيث افترضت أن تمكين الذات يتكون من أربعة أبعاد هي : المعنى ، الكفاءة ، الحرية في اتخاذ القرار ، والقدرة على التأثير في الآخرين ، وتطلعت الدراسة إلى التحقق من وجود فروق بين الجنسين فيما يخص أبعاد التمكين الذاتي ، طبق مقياس التمكين على عينة (ذكور=١٩١، إناث=٢٠٠) ممن يعملون في مجال التمكين ، أشارت النتائج إلى أن بنية تمكين الذات مكونة من أربعة أبعاد ثابتة بين الذكور والإناث فلا وجود لفروق فردية بين الذكور والإناث في تمكين الذات . و في البحث حول علاقة تمكين الذات بالاحترق لنفسه أجريت دراسة (Janice .L. O .Brien , 2011) على الممرضات اللواتي يعملن على حالات غسيل الكلى (ن=٢٣٣) طبق عليهن مقياس التمكين الذاتي ومقياس الاحتراق النفسي واستمارة حول الفاعلية في العمل ، أظهرت النتائج وجود علاقة عكسية بين الاحتراق النفسي والشعور بالتمكين الذاتي ، وأشارت الدراسة إلى ضرورة تمكين الممرضات نفسياً .

و في العام والسياق ذاته أجرى مجموعة من الباحثين (Shermuly et.al,2011) دراسة هدفت إلى تشخيص العلاقة بين التمكين الذاتي والرضا الوظيفي والاحتراق النفسي بين مدرء المدارس الابتدائية ، طبقت مقياس الدراسة على عينة من المدرء (ن=١٠٣) شملت هذه المقاييس مقياس التمكين ويتألف من أربعة أبعاد (الكفاءة ، المعنى ، حرية تقرير المصير ، القدرة على التأثير في الآخرين) ومقياس الرضا الوظيفي ومقياس الاحتراق النفسي ، أسفرت الدراسة عن مجموعة من النتائج أهمها أن التمكين الذاتي يرتبط بقوة وبشكل مباشر بالاحتراق النفسي وخاصة بعدي الكفاءة والمعنى حيث كان لهما القدرة على التنبؤ بالاحتراق النفسي لدى المدرء في ألمانيا .

وفي إطار العمل أجرى (Baker . S.L , et .al , 2010) دراسة لاختبار العلاقة بين الرضا الوظيفي ، والتمكين الذاتي ، وذلك على عينة (ن=١٣٩) ممرضة من نفس درجة الوظيفة ، حيث طبق عليهن مقياس التمكين الذاتي ومقياس الفاعلية في العمل ، وأشارت النتائج إلى أن نسبة كبيرة منهم كانوا راضين عن وظائفهم ، وأظهرت النتائج الإحصائية وجود علاقة إيجابية دالة بين التمكين الذاتي والرضا الوظيفي ، في المقابل لم يظهر للتمكين الذاتي أي ارتباط بالمستوى التعليمي أو الدرجة الأكاديمية .

و في الإطار ذاته تطلعت دراسة (Anith Thomas , 2007) للكشف عن العلاقة بين التمكين الذاتي والالتزام الوظيفي ضمن مستويات مختلفة من الدرجات الوظيفية والإدارية ، وحاولت الدراسة التنبؤ بالتمكين الذاتي (من خلال مقياس Menon1995) من خلال الالتزام الوظيفي (من خلال مقياس Allen & Meyer1990) وذلك على عينة (ن=٧١) موظف ، وأسفرت الدراسة عن أن التمكين الذاتي يرتبط إيجابا بالالتزام الوظيفي ، والإحساس بالاستقلالية والانضباط .

أما دراسة (Safari.K . et al , 2010) فقد سعت إلى الكشف عن العلاقة بين التمكين الذاتي بأبعاده الخمسة (المعنى ، الكفاءة ، التأثير ، الإدارة الذاتية ، الثقة) و روح المبادرة ، طبقت مقياس الدراسة على عينة من طلبة الجامعة (ن=١٨٩) ، وبعد تحليل البيانات تبين وجود علاقة دالة وموجبة بين التمكين الذاتي وروح المبادرة ، وأن

بعد المعنى هو أكثر أبعاد التمكين الذاتي قدرة على شرح الاختلاف في روح المبادرة بين أفراد العينة ، في حين كان بعد الكفاءة هو الأضعف في علاقة التمكين بروح المبادرة .

وأما دراسة (Reininger BM,2012) فقد بحثت في الارتباط بين الدعم الاجتماعي المدرك وبين تمكين المجتمع لدى طلاب المدارس المتوسطة والسلوكيات المنحرفة التي قد يبدونها كالاقتتال وتعاطي الكحول والتدخين والنشاطات الجنسية ، ولذلك طبقت أدوات الدراسة (مقاييس للتمكين والدعم الاجتماعي) على عينة من طلاب المرحلة المتوسطة (ن=1181) من 32 مدرسة ، وتمخضت الدراسة عن بعض النتائج ، فمثلاً بالنسبة للفتيات فإن ضعف الدعم الاجتماعي من الأسرة أو المدرسة أدى إلى زيادة الرغبة في الاقتتال وتناول الكحول والتدخين ، أما الذكور فإن ضعف تمكين المجتمع أدى إلى زيادة النشاط الجنسي ، وبهذا فإن كل من التمكين الذاتي والدعم الاجتماعي المدرك يرتبط بشكل لاقت بالسلوكيات المضرة لدى الجنسين .

ولمعرفة أثر البرامج السلوكية في تنمية مهارات خاصة بمن يقدمون الرعاية لمرضى السكري قامت دراسة (Roach , D & Runquist , J , 2012) لمعرفة أثر استخدام اثنين من المختصين النفسيين الاكلينيكين لتحسين رعاية الممرضات لمرضى السكري من خلال التمكين الذاتي للممرضات وذلك من خلال تطبيق برنامج يقدم المعرفة والتدريب على المهارات اللازمة لدعم مرضى السكري ، على (ن=28) ممرض وممرضة ممن يداومون في المستشفى ، تمت مساعدتهم من قبل طلبة الماجستير في علم النفس لاكتساب المهارات النفسية اللازمة للعناية بالمرضى للسيطرة على سكر الدم ، وقد أثبت البرنامج فاعلية في إكساب الممرضات مهارات النفسية والاجتماعية لمساعدة مرضى السكري ، وأن هذه البرامج قد تحسن جودة الخدمة في المستشفيات وتقلل من تكلفة الرعاية .

و بخصوص دراسة (Larrabee , J , et.al , 2011) فقد هدفت إلى تقييم مستوى التمكين الذاتي والرضا الوظيفي وجودة الحياة لدى الممرضات وبالتالي تحديد الخصائص والسمات المطلوبة لعمل التمريض ومستوى التمريض التمكين الذاتي المطلوب وجودة العمل والحياة التي يمكن ان تساهم في الرضا الوظيفي ودراسة العلاقة بين هذه المفاهيم النفسية ، ولأجل هذا الغرض طبقت الاستبانة على (ن=223) ممرضة بمتوسط 37 سنة ومتوسط سنوات خبرة 9 سنوات ، وتشير النتائج إلى أن سنوات الخبرة ارتبطت بعلاقة ذات دلالة إحصائية طردية مع الرضا الوظيفي ، وكذلك ارتبطت سنوات الخبرة بمستوى التمكين الذاتي ، حيث لعب التمكين كمتنبئ بالرضا الوظيفي وكان ذو علاقة دالة مع العمر والخبرة .

و للإجابة عن التساؤل حول ما يحققه تمكين الذات من مرونة نفسية كمهارة إيجابية لمواجهة الضغوط ، جاءت دراسة (Eula .W .Pines,1995) لاختبار العلاقة بين المرونة النفسية والضغط النفسية والتمكين الذاتي ونمط إدارة الصراع ، وتناولت بعض المتغيرات الديموجرافية (العرق - المستوى الدراسي) ، انطلقت هذه الدراسة من أن التمكين الذاتي تجاه الضغوط النفسية يزيد من قدرة طلاب التمريض للتحصيل الدراسي والتأقلم مع الضغوط مما يعطي نتائج إيجابية فيما يخص إدارة الصراع في مكان العمل ، أجريت الدراسة على (ن=166) من طلاب التمريض معظمهم من الإناث بعمر 25 سنة أخذت منهم البيانات من خلال مقاييس تخص التمكين والمرونة النفسية تجاه الضغوط ، وكان من نتائج هذه الدراسة أن العينة سجلت درجات مرتفعة في القصور عن إدارة الصراع وأكثر من 60% منهم لا يستخدمون استراتيجيات التنافس أو التعاون لإدارة الصراع ، كما بينت نتائج الدراسة ان مستوى التمكين الذاتي ارتبط وبشكل دال مع مقياس المرونة النفسية في مواجهة الضغوط النفسية .

و لتحديد الآثار النفسية والوقائية للتمكين الذاتي لدى الشباب على بعض السلوكيات الخاطئة كالتدخين مثلاً ، قامت دراسة (Martyn Denscombe,2001) لتحديد مدى مساهمة المعرفة والتحكم في جعل الفرد نشيطاً في

حياته الخاصة وفي مجتمعه ، وهل التدخين يمنح الأفراد ميزة الحماية من هذه السلوكيات ؟، طبقت أدوات الدراسة على عينة من المدخنين الشباب (ن=٧٩٨) من طلبة الجامعة ، أشارت النتائج إلى وجود ارتباط ذو دلالة بين التدخين والتمكين الذاتي ، وأثبتت الدراسة قدرة التمكين الوقائية في حماية الشباب من التدخين .

ثانياً : مرض السكري : دراسات ميدانية :

مرض السكر Diabetes معروف منذ القدم وقد ظهر مصطلح البول المعسل honeyed urine في الأدبيات الهندية القديمة وتحتوي أوراق البردي المصرية منذ ١٥٥٠ ق.م على هؤلاء الذين لديهم غزارة في البول ، ونلاحظ أن أول اهتمام اكلينيكي واضح بمرض السكر ظهر في كتابات أريتاوس Aretaeus عام ١٧٠ ق.م الذي وصف هذا المرض الغامض بأنه إذابة للجسد والأطراف وتحويلها إلى بول حياة قصيرة مؤلمة ومثيرة للألم، وعطش شديد، موت محقق.، وحتى اليوم مازلنا غير قادرين على تحدى مقلته بأن مرض السكر مرض غامض.، وفي الشرق الاسلامي تعرض له الرازي وابن سينا ووصفاه خير وصف، وأوضح أن أكثر مضاعفاته هو حدوث الغرغرينا . (دائرة المعارف الطبية، ١٩٩٥، ص ١٠)

وأطلق عليه في القرن الثاني الميلادي كلمة،(Diabetes Mellitus) حيث تعني (Diabetes) وتعني تمرير الشيء وهذا إشارة على إدرار كميات كبيرة من البول، أما (Mellitus) وهو تعبير لاتيني ويعني العسل،، حيث أن مرض السكري حالة يزيد فيها معدل السكر في الدم " الجلوكوز " عن حد معين وذلك لقصور في مقدرة الجسم عن الاستفادة من الكربوهيدرات نتيجة لأي سبب.

(جلال المخللاتي، ١٩٨٤، ص ١٧٤)

تعريف مرض السكري : يعرف مرض السكر على أنه : اضطراب في عملية التمثيل الغذائي Metabolic disorder يتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم ، والمسئول عن ذلك الارتفاع هو النقص المطلق، أو النسبي للأنسولين حيث يعجز الجسم عن تصنيع أو استخدام الأنسولين بشكل مناسب. وعلى اعتبار أن الأنسولين هو الهرمون الذي يفرزه البنكرياس والذي يتحكم في تحويل السكر، والكربوهيدرات إلى طاقة، فإنه عندما يحدث اضطراب وظيفي للأنسولين يزداد الجلوكوز بالدم ويظهر بالبول.

(هالة رمضان على، ١٩٩٧، ص١٢)

وإنتشار مرض السكري لا يقتصر على جنس دون الآخر أو على عمر محدد، ولكن الاختلاف في درجة الإستجابة والتعايش مع المرض، وليس طبيعة المرض، وبعض الدراسات أثبتت أن مرضى السكري الذكور لديهم القدرة على التعايش مع المرض من الناحية السلوكية والنفسية والإجتماعية والجسدية بدرجة أكبر من الإناث، كدراسة (Gravels, ٢٠٠٦) ولأن عواقب المرض بالنسبة لهم تمثل حوافز لتحسين التوافق مع المرض . (Rubin & Peyrot, 1998,p181)

أنواع مرض السكري: ينقسم مرض السكري إلى نوعين من حيث الاعتماد على الأنسولين في العلاج :

(١) المعتمد على الأنسولين (IDDM): حيث إنه لا يوجد أنسولين يفرز من خلال البنكرياس، سببه عادة هو تدمير خلايا بيتا الموجودة في البنكرياس والتي تصنع وتفرز الأنسولين، وسكري النوع الأول معظم مرضاه من الأطفال والشباب صغار السن، عادة يبدأ هذا النوع بين (١١-١٣) ويترافق بأعراض شديدة كالغثيان والقئ، والجفاف الحاد ومنهم من يصاب في البداية بزيادة الحموضة في الدم.

(٢) غير المعتمد على الأنسولين (NIDDM) : وهو يشكل حوالي (٩٠ %) ممن يعانون من مرض السكري تقريباً، فهو النوع الأكثر شيوعاً وويدأ عادة بعد سن الأربعين، يسمى سكري الكبار، ويمكن اكتشافه بالصدفة من

فحص روتيني عابر أو من شكوى المريض من أعراض معينة، حيث ينتج عن نقص نسبي في تركيز هرمون الأنسولين في الدم. (هاشم وباشا ، ١٩٨٨ ، ص ١٤٥-١٤٨)

و قد أضاف بعض الباحثين نوعين آخرين لمرض السكري وهما:

(٣) **سكري الحمل**: والذي يحدث في بعض حالات الحمل نتيجة للمتطلبات الضرورية في مرحلة الحمل والبعض يسمون هذا النوع بأنه " عدم تحمل للكربوهيدرات في الدم .

(٤) **مرض السكري المصاحب للأعراض الأخرى**: يظهر هذا النوع نتيجة تعاطي أدوية، أو اضطراب هرموني (Brunner & Suddarth, 1982, p640) . أو أمراض أخرى .

أسباب الإصابة بمرض السكري :

رغم الدراسات والأبحاث المتعددة لمرض السكري لم تحدد أسباب بعينها لهذا المرض وإنما عوامل متعددة تكون السبب في حدوث المرض وتأثيراته المختلفة وذلك على حسب نوع المرض : حسب نوع مرض السكري ، فمرض السكري المعتمد على الأنسولين قد يحدث بسبب إصابات فيروسية ، أو عوامل بيئية (غير محددة ولكنها لازالت تحت الدراسة) ، أو إستخدام الأدوية والهرمونات التي تؤثر على الأنسولين وإفرازه وخلل في مناعة جسم الإنسان ، أما مرض السكري غير المعتمد على الإنسولين فقد تسببه البدانة وزيادة نسبة الدهون في الجسم، والعامل الوراثي حيث أثبتت الدراسات أن الإستعداد الوراثي للمرض يورث وليس المرض بذاته . (Nettina ,1996,750), (Lewis ,2004,p1270)

وتعتبر الضغوط النفسية من المسببات المحتملة للإصابة بالمرض لأنها تزيد من إفراز هرمون الكورتيكوستيرويد في جسم الإنسان والذي بدوره يعمل على زيادة نسبة السكر في الدم، وأيضاً التهابات البنكرياس الحادة والتغذية غير الصحيحة.

(عدنان الزظمة، ١٩٨٥)

تشخيص مرض السكر : يتم التشخيص الدقيق للسكر في الدم على مرحلتين (في الصيام وفي الفطر) وفقاً للتالي :

١. **اختبار مستوى السكر في الدم في حالة الصيام** : ويجرى بعد الامتناع عن الأكل والشرب لمدة ٨ ساعات على الأقل .
٢. **اختبار تحمل الجلوكوز** : وهو أدق حيث يجرى بعد أن يعطى المريض جرعة من السكر سواء قطعة حلوى أو عصير ، وبعد ساعتين يجرى له التحليل .
٣. **الاختبار العشوائي** : حيث يجرى بتحليل جرعة عشوائية من الدم خلال النهار .

(American Diabetes Association , 2001)

مضاعفات مرض السكري على أجهزة الجسم : تكمن خطورة مرض السكري في أنه يؤثر على كل أجهزة الجسم الحساسة ، حيث تشير الدراسات إلى أن خطر الوفاة أكبر في مرضى السكري بغض النظر عن الجنس والعمر والحالة الاجتماعية ، وأن السبب الرئيسي للوفاة هو مرض القلب ، حيث أن مضاعفات مرض السكري تتضمن اعتلال الأوعية الدموية الصغيرة والكبيرة والأعصاب مما يؤدي إلى إتلاف العين ، والكلى ، والقلب ، وان التحكم في مستوى السكر له أثر بالغ في ضبط هذه المضاعفات والتقليل من خطرها . (Srivastava &

Brajendra , 2006)

و يمكن إجمال مضاعفات مرض السكري على المدى البعيد على أجهزة الجسم من خلال الجدول التالي كما :

جدول (٢) مضاعفات مرض السكري على أجهزة الجسم

النسيج أو العضو المصاب	التلف	المضاعفات
------------------------	-------	-----------

ضعف الدورة الدموية يؤدي إلى عدم التئام الجروح بسهولة ، ويمكن أن يؤدي إلى الجلطة القلبية ، والجلطة الدماغية وغرغرينا في القدم والأيدي ، وعدم انتصاب العضو الذكري والضعف الجنسي وكثرة الالتهابات .	تصلب الأوعية الدموية وانسداد الشرايين المتوسطة والكبيرة في القلب والدماغ والقدمين والعضو الذكري ، وتلف جدار الأوعية الدموية الصغيرة وفقدان قدرتها على نقل الأكسجين بشكل طبيعي .	الأوعية الدموية
قلة الإبصار مما يؤدي إلى العمى .	تلف الأوعية الدموية الصغيرة في الشبكية .	العيون
ضعف في وظائف الكلى والفشل الكلوي .	تضخم الأوعية الدموية في الكلى وإفراز البروتينات في البول ، وعدم ترشيح الدم بصورة طبيعية .	الكلى
ضعف مفاجئ أو تدريجي للقدم ، وقلة الإحساس والشعور بالوخز والألم في اليدين والقدمين وتلف مزمن للأعصاب .	تلف الأعصاب بسبب زيادة السكر وبسبب نقص التروية الدموية .	الأعصاب
تذبذب ضغط الدم ، وصعوبة البلع والهضم مع إسهال متقطع .	تلف الأعصاب التي تتحكم في الضغط والجهاز الهضمي .	الجهاز العصبي اللاإرادي
تورم وحدوث التهابات عميقة (قرحة السكر) .	ضعف وصول الدم إلى الجلد وفقدان الإحساس يؤدي إلى حدوث الإصابات .	الجلد
زيادة التعرض للالتهابات وخاصة المجاري البولية والجلد	خلل في وظائف كرات الدم البيضاء	الدم

(محمد الحميد ، ٢٠٠٧)

العوامل النفسية المرتبطة بمرض السكري: ينظر إلى مرض السكري على أنه من الأمراض المزمنة التي يمتد تأثيرها ليطال الحياة النفسية لدى المصاب ، خاصة عندما يبدأ لديه في سن المراهقة ، حيث يواجه حالة طويلة

الأمد تهدد حياته ، ويرتبط مرض السكري وفقاً للبحوث والدراسات بعدد من المتغيرات النفسية السلبية التي تجعل من الضروري الاهتمام بحياة مريض السكري النفسية ، نستعرض بعض هذه المتغيرات فيما يلي :

هدفت دراسة (Kilbourane B. et al ,2009) إلى قياس تأثير التدخين على الاكتئاب لدى مرضى السكري من ذوي الدخل المنخفض ، طبقت أدوات الدراسة التشخيصية على عينة من مرضى السكري ، واعتمدت هذه الدراسة على أن التدخين يتكون من أبعاد هي : الصلاة ، حضور المناسبات الدينية ، والمعتقدات الدينية ، وقراءة كتب الدين ، والاستماع إلى الخطابات الدينية ، وكشفت الدراسة وجود ارتباط قوي وعكسي بين أبعاد التدخين وبين مستوى الاكتئاب لدى مرضى السكري فيما عدا الاستماع إلى الخطابات الدينية ، حيث لم يرتبط بشكل واضح بمستوى الاكتئاب ، وأشارت الدراسة إلى أن التدخين يزيد من المرونة النفسية بين من يعانون من أراض مزمنة .

و للكشف عن العلاقة بين التوافق النفسي وأبعاده وقوة الأنا كانت دراسة (مرفت مقبل ، ٢٠١٠) حول عدد من المتغيرات الديموجرافية (عدد سنوات الإصابة بالمرض، نوع مرض السكري، مستوى الدخل، المستوى التعليمي، العمر، والنوع) لدى مرضى السكري ، وقد تم اختيار العينة عشوائياً من المرضى المسجلين بمركز حكومي، قامت الباحثة بتطبيق أدواتها من : مقياس التوافق النفسي من إعداد شفير (٢٠٠٣) على عينة من مرضى السكري (ن= ٣٠٠) ومقياس قوة الأنا لبارون ترجمة أبو ناهية وموسى (١٩٨٨) ، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين التوافق النفسي وأبعاده (الشخصي، الصحي، الأسري، الاجتماعي والتوافق النفسي العام) وقوة الأنا لدى مرضى السكري ، ووجود فروق دالة إحصائياً في التوافق النفسي بعد التوافق الصحي وعدد سنوات الإصابة بمرض السكري ، بينما لم توجد فروق دالة إحصائياً بين عدد سنوات الإصابة بمرض السكري وأبعاد التوافق التالية (التوافق الشخصي، التوافق الأسري، التوافق الاجتماعي) ، وكذلك عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين نوع الإصابة بمرض السكري (المعتمد على الأنسولين، المعتمد على حبوب السكر، سكر الحمل) بالنسبة لدرجات التوافق النفسي وأبعاده (الصحي، الأسري، الشخصي، الاجتماعي، النفسي العام) في حين لوحظ وجود فروق دالة إحصائياً بين نوع الإصابة بمرض السكري بالنسبة التوافق الصحي لدى الإناث ، ووجود فروق دالة إحصائياً في التوافق الشخصي والأسري والنفسي العام وذلك حسب مستويات الدخل الشهرية لمرضى السكري، في حين لوحظ عدم وجود فروق دالة إحصائياً في التوافق الصحي والاجتماعي حسب مستويات الدخل الشهرية لمرضى السكري ، وأخيراً وجود فروق دالة إحصائياً في التوافق النفسي وأبعاده المختلفة حسب المستويات التعليمية المختلفة لمرضى السكري.

ولاختبار الارتباط بين العلامات الطبية الحيوية لإدارة المرض وبعض البنى النفسية والاجتماعية أجريت دراسة (Kenneth , P , W , 2012) هو ، واختبار الارتباطات بين هذه البنى النفسية وبين الرضا بالحياة) لدى مرضى السكري من النوع الثانوي من العرقين الإسباني والأمريكي، جمعت البيانات من (ن=١٤٢) مريض سكري خلال زيارتهم الأولى لبرنامج الرعاية ، من نتائج هذه الدراسة وجود ارتباطات قوية بين مرض السكري والكدر النفسي ، ، وبالنسبة للعينة الأمريكية كان الدعم الاجتماعي هو المتنبئ الأقوى للرضا عن الحياة بينما بالنسبة للعينة الإسبانية كان الكدر النفسي هو المتنبئ الأقوى .

و لتشخيص العوامل السلوكية والإكلينيكية المصاحبة لمرض السكري ، أجرى الباحث (Z.Yekta, et.al , 2012) دراسة عرضية لوصف معدل انتشار الاكتئاب لدى مراجعين لعيادة السكري والتعرف على العوامل السريرية والسلوكية والاجتماعية والديموجرافية المصاحبة لهذا المرض ، طبقت أدوات القياس على عينة من مرضى السكري (ن=٢٩٥) لدى ١٢٨ منهم أعراض الاكتئاب تزيد عن ١٥ عرض وفق مقياس بيك للاكتئاب ، وكان مرضى السكري المصابون بالاكتئاب أكبر سناً وأدى في مستوى التعليم من الذين لا يعانون من الاكتئاب

وبفترة إصابة أطول ، كما ارتبط التقدم بالعمر ومستوى الدخل ارتباطاً إحصائياً دالاً بالاكتئاب لدى مرضى السكري .

أما دراسة (DePalma Mary . et . al , 2011) فقد سعت إلى معرفة ما إذا كان مفهوم المسؤولية ولوم الذات له دور في إدارة المرض لدى مرضى السكري بشكل عام ، واعتمدت هذه الدراسة على الطريقة المسحية لقياس كل من لوم الذات والغضب والدعم الاجتماعي وإدارة الحياة ، واستخدمت الدراسة لقياس المتغيرات السابق ذكرها أسلوب التقرير الذاتي ، حيث جمعت البيانات من (ن=٤٦) من مرضى السكري ، كان لهذه الدراسة بعض النتائج أهمها أن زيادة أعراض مرض السكري ارتبطت بسمة الغضب وارتبطت بزيادة لوم الذات والدعم الاجتماعي السلبي ، وارتبط الغضب بعلاقة موجبة بضعف إدارة المرض ، أظهرت النتائج أن سمة الغضب ، ولوم الذات ، والدعم الاجتماعي السلبي يتداخل مع مرض السكري .

أما دراسة (Rawson , et . al , 2011) فقد بحثت بعض التقنيات المعتمدة على نظرية التنظيم الذاتي لتطوير قدرة مريض السكري على التذكر والتعلم ، وخاصة المعلومات التي تتعلق بالعناية بمرضهم ، وتمت الاستعانة ببعض المواد العلمية المأخوذة من كتب ثقافية وإرشادية حول السكري ، وكذلك جرى تصميم بعض المقاطع التعليمية من أجل اختبار الذاكرة ، أكدت هذه الدراسة في نتائجها على فاعلية التعلم الذاتي في مساعدة مرضى السكري على التعلم ، وأن التعلم الذاتي يقوم أساساً على فلسفة الشعور بالفاعلية الذاتية .

في حين نجد دراسة (Starkey and Wade , 2010) طبقت على فتيات من مرضى السكري من النوع الأولي المعتمد على الأسولين من اللواتي يخشى عليهن من اضطراب الشرح العصابي واضطراب الأكل مما يؤدي إلى البدانة وقد تقود إلى الوفاة ، وأكدت هذه الدراسة على أن مرضى السكري يعانون من خلل في التمثيل الغذائي قد تؤدي بهم إلى الوقوع في براثن اضطرابات الأكل وبالتالي فقدان السيطرة والتحكم بحياتهم مما يعني مستوى متدني من التمكين الذاتي .

و هدفت دراسة (Atak , et . al , 2008) إلى اختبار أثر برنامج ذاتي مختصر للعناية بمرض السكري على فاعلية الذات المدركة وعلى الاتجاهات نحو المرض لدى مرضى السكري من النوع الثانوي ، تم تطبيق أدوات الدراسة من مقاييس ، وبرنامج على عينة من مرضى السكري (ن=٤٠) ، كما تم ضبط المتغيرات الديموغرافية ، وأسفرت الدراسة عن أن التدخل أعطى نتائج محدودة لكنها مشجعة خاصة فيما يخص تنمية فاعلية الذات المدركة حيث أنها زادت من قدرة المرضى على معالجة الشعور بالاستياء ، وبالتالي أثبتت الدراسة فاعلية البرنامج في تحسين شعور المرضى بفاعليتهم الذاتية في مواجهة ظروف المرض ، ومتطلبات العناية اللازمة لهذا المرض .

و حول العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى مريض السكري المراهق طبقت (حنان سليمان، ٢٠٠٩) دراستها على عينة (١٠١) من مرضى السكري المراهقين تتراوح أعمارهم ما بين (٢١) عاماً، وعينة اكلينيكية تكونت من (٤) حالات، واستخدمت الباحثة مقياس المساندة - ١٣ الاجتماعية ومقياس جودة الحياة لمريض السكري وكلاهما من اعدادها، وأيضاً استخدمت قائمة دراسة الحالة، ومن أهم نتائج الدراسة: وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين جميع أنواع المساندة الاجتماعية وبين أبعاد جودة الحياة، ولا يوجد تأثير دال إحصائياً لعامل الجنس في ادراك المساندة الاجتماعية بشكل عام بينما وجدت فروق لعامل الجنس في إدراك المساندة الاجتماعية من قبل الأصدقاء في اتجاه الإناث، ولا توجد فروق دالة إحصائياً لعامل الجنس في الشعور بجودة الحياة بشكل عام بينما وجدت فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في الشعور بجودة الحياة النفسية لصالح الإناث.

أما دراسة (عبد الكريم رضوان، ٢٠٠٨) فقد هدفت التحقق من فاعلية برنامج ارشادي تدريبي في خفض الضغوط النفسية لدى مرضى السكري بمحافظة غزة، بلغت عينة الدراسة (ن= ٢٤) من مرضى السكري، منهم (ن=١٢) يمثلون العينة الضابطة و(ن=١٢) يمثلون العينة التجريبية، واستخدم الباحث مقياس الضغوط النفسية، ومقياس التوافق النفسي، قائمة تقدير الذات واختبار المستوى الاجتماعي الاقتصادي للاسرة الفلسطينية، وبرنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، تمخضت هذه الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى مرضى السكري بمحافظة غزة، وكذلك أثبتت فاعلية البرنامج في خفض الضغوط النفسية وتنمية التوافق النفسي لدى العينة التجريبية .

وفي السياق ذاته كانت دراسة(Gravels&Wandell,2006) يهدف الكشف عن مهارات المواجهة عند مرضى السكري من كلا الجنسين المصابين بالنوع الثاني من السكري، ويراجعون مراكز الرعاية الأولية بالسويد، تكونت عينة الدراسة من(ن=٢٣٢) مريضاً بالسكري تتراوح أعمارهم من(٦٤-٣٥) منهم (١٢١) ذكور و(١١١) إناث، وتم اختيارهم عشوائياً طبق عليهم مقياس مهارات المواجهة وتمت الاستعانة بالتقارير الطبية الخاصة بأفراد المجموعة، ومن نتائج الدراسة، أن مهارات المواجهة كانت ضعيفة لدى النساء أكثر من الرجال ولوحظ انتشار الانعزالية والانطوائية والاستسلام لديهن أكثر من الرجال.

وفي دراسة مسحية لتقييم المشكلات التي يواجهها مرضى السكري مع من يقدم لهم العناية الصحية أجريت دراسة (Peyrot . M , et.al , 2005) لتقييم مستوى الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري ، وتمّ التشخيص عن طريق عمل مقابلات شخصية او هاتفية ، وتمّ اختيار العينة بشكل عشوائي من مرضى السكري من النوعين الأولي والثانوي (ن=٥١٠٤) اما عينة مقدمي الرعاية الصحية لمرضى السكري فكانت (ن=٣٨٢٧) منهم أطباء وممرضين ، أسفرت هذه الدراسة عن أن الالتزام بالحماية العلاجية ضعيفاً جداً وكانت تقارير مقدم الرعاية دائماً تعطي تقديرات أقل مما يعطيه المريض عن نفسه في جميع السلوكيات ، بالنسبة للمخاوف المتعلقة بمرض السكري فإن ٤١% من المرضى لديهم تدني في مستوى الصحة النفسية و ١٠% منهم تلقوا علاجاً نفسياً لدى متخصص لمعالجة المشكلات النفسية المرتبطة بالتكيف ، كما أثبتت الدراسة الحاجة الملحة لتدريب الأطباء والممرضين على تقديم الرعاية لمرضى السكري حيث تنقصهم الخبرة والمهارة .

وحول اختبار العلاقة بين فاعلية الذات وتوقع الناتج وسلوك الاهتمام الذاتي على مستوى سكر الدم لدى مصابين بالسكري من النمط الثاني طبق (Kathryn .B .Kott ,2008) مقياس فاعلية الذات ، ومقياس توقع الناتج ومقياس مسحي للرعاية الذاتية على (ن=١٠٠) من مرضى السكري تتراوح أعمارهم بين ٢٥-٧٥ سنة ، وتمّ تشخيص أعراض السكري لديهم منذ لا يقل عن سنة أشهر وممن تخلو حالتهم من مضاعفات شديدة، وكان من اهم نتائج هذه الدراسة هو أن فاعلية الذات كانت متنبئ قوي إحصائياً لسكر الدم .

ولمعرفة أثر الحالة الاجتماعية على مرض السكر قام (Paula et,al ,2001) بدراسة هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين التوافق النفسي والاجتماعي والعلاقة الزوجية ، ومدى تأثير ذلك على مستوى السكر لدى مرضى السكري، تكونت عينة الدراسة لدى الباحثين من (ن=٧٨) مريضاً بالسكري من الكبار المتزوجين من النوع الأول والنوع الثاني والذين يعالجون بالأنسولين، وتم اختيارهم بالطريقة العشوائية، واستخدم الباحثون عدة مقاييس في دراستهم مثل مقياس للتوافق الشخصي والاجتماعي وعلاقته بالزواج ومقياس لجودة الحياه ومقياس طبي لتحديد مستوى التحكم في السكر لدى المرضى، وأسفرت هذه الدراسة عن وجود ارتباط إحصائي إيجابي بين الرضا الزوجي ومستوى التوافق الشخصي والاجتماعي وأيضاً بين الرضا الزوجي وجودة الحياة، فكلما ارتفع مستوى الرضا الزوجي انعكس ايجاباً على مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي للمريض وعلى جودة الحياه

لديهم، ولكن لم تتضح حسب نتائج الدراسة أن هناك علاقة بين التوافق الزوجي ومستوى التحكم في السكر لدى مرضى السكري أفراد العينة بشكل عام.

و للكشف عن مستوى القلق لدى مرضى السكري وعلاقته بمتغيرات السلوك الديني، وتاريخ المرض، والجنس أجرى (عبد الكريم رضوان ، ٢٠٠٢) دراسته على عينة من مرضى السكري من الجنسين (ن=٢٦٧) بواقع (١١١) ذكور، (١٥٦) إناث، طبق عليها اختبار للقلق وللسلوك الديني، وكان من نتائج هذه الدراسة أن مرضى السكري يعانون من آثار القلق النفسية المترتبة على مضاعفات السكري، وأشارت كذلك إلى وجود فروق دالة احصائياً في القلق لدى مرضى السكري تعزى لمتغير الجنس باتجاه الإناث، ووجود فروق في السلوك الديني تعزى لمتغير الجنس باتجاه الذكور، أما بالنسبة لتاريخ المرض فقد كانت الفروق في القلق باتجاه المجموعة أكثر من (١٨) سنة ، وفي السلوك الديني لصالح المجموعة أقل من (٩) سنوات، وأن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين القلق والسلوك الديني لدى مرضى السكري ، أى أنه كلما زاد مستوى القلق قل مستوى السلوك الديني والعكس صحيح .

أما عن أسلوب الحياة لدى مرضى السكري فقد تطلعت دراسة (Frank et,al ,2001) إلى التعرف على مدى إرتباط حدوث مرض السكري النوع الثاني بالنظام الغذائي وبأسلوب الحياة لدى النساء، عمل الباحثون على متابعة (٨٤,٩٤١) مريضة خلال لسنوات (١٩٨١- ١٩٩٦) وكن خاليات من أمراض القلب والسكري قبل إجراء الدراسة، وعمل الباحثون على مراقبة أنظمة التغذية وأسلوب الحياة لديهن، أوضحت نتائج الدراسة التتبعية التي إستمرت (١٦) سنة أن (٣٣٠٠) حالة مرضية بالسكري النوع الثاني تم تشخيصها، وأن زيادة الوزن أو البدانة هو المقياس المؤشر الأكثر أهمية في حدوث المرض، وأيضاً قلة الرياضة وسوء التغذية والتدخين وشرب الكحول سبب في زيادة خطر الإصابة بالسكري النوع الثاني، جاءت نتائج الدراسة مؤكدة الفرضية التي تشير إلى أن معظم حالات مرض السكري من النوع الثاني يمكن التوافق مع المرض بإتباع أسلوب حياة أكثر صحة .

و لمعرفة الفروق الجنسية في ظهور علامات الإكتئاب لدى مرضى السكري، وعلاقتها بمستوى التحكم في نسبة السكر في الدم ، أجرى (Pouwer&Snok,2001) دراسته على عينة من الذكور والإناث (ن=١٧٤) من مرضى السكري الثانوي ، وإستخدم الباحثان مقياس خاص لتوضيح أسباب القلق والإكتئاب لدى المرضى في المستشفى، وأخذ الباحثان بعض المعلومات من السجلات الخاصة بالمرضى، ونتج عن الدراسة أن العلاقة الإرتباطية بين الإكتئاب والسكري كانت أقوى لدى النساء منه لدى الرجال، حيث وجدت علامات الإكتئاب بنسبة (٧٠%) لدى النساء، (٢٥%) حالات من الرجال.

ثالثاً : التمكين الذاتي لمرضى السكري : يمثل هذا المحور جوهر الدراسة ويتعلق بالتمكين الذاتي لدى مرضى السكري ، لا بد من البداية من التعرف على تمكين مرضى الأمراض المزمنة ، حيث ينطلق مفهوم تمكين المرضى من فلسفة مفادها أن تدخلات الرعاية الصحية المقدمة للمرضى تحقق نتائجها المثلى عندما يصبح المريض مشاركاً فعالاً في الرعاية الصحية ، وهذا يؤكد أهمية مشاركة المرضى في اتخاذ القرارات المصيرية والمتعلقة بصحتهم . (Monteagudo & Moreno , 2007)

تعريف التمكين الذاتي للمرضى :

يعني مفهوم تمكين المرضى هو أن للمرضى الحق في الاختيار والقرار بشأن المعاملة والرعاية التي يتلقونها . حيث يعرف معجم اكسفورد(٢٠١١) مصطلح التمكين بأنه إعطاء الشخص السلطة والامكانات لعمل ما يجعله أكثر ثقة وقوة وسيطرة على حياته ومعرفة بحقوقه ، ويُعرف التمكين : بأنه عملية اجتماعية للتعرف على قدرات

الناس وتطويرها بما يلاقي حاجاتهم الخاصة ، ويحل مشكلاتهم ويستثمر مواردهم ليشعروا بمزيد من السيطرة على حياتهم الشخصية . (Gibson, C ,1991)

نظرية تمكين المرضى Patient Empowerment Theory:

تعتبر نظرية التمكين نظرية غامضة بعض الشيء، فهي عملية ونتيجة في الوقت نفسه ، ويمكن أن تطبق على المستوى الفردي والجماعي والمجتمعي أيضاً ، فعلى مستوى الأفراد يتعلم الفرد اكتساب الضبط الذاتي لحياته ، وحل مشكلاته ، وهذا أساس التمكين كما أنه نتيجة فالأفراد الممكنين نفسياً هم الذين يسيطرون على حياتهم ويمسكون بزمامها بشكل أكثر ثقة .

(Powers, P ,2003),(Rappaport, J ,1981)

وأكثر الأفراد حاجة للتمكين هم المرضى ، وليس كل المرضى في كل الحالات ، إنما هؤلاء الذين يعانون من مشكلات صحية مزمنة عليهم التعايش معها ، كما مرضى السكري ، فطالما تمت مناقشة التمكين في أدبيات إدارة مرض السكري . (Funnell, M, et.al)

(,2005)

وفيما يخص الرعاية الصحية فإن تمكين المرضى يعني أن المرضى الذين ينشغلون كل يوم في إدارة مرضهم ، ولديهم الحق في اتخاذ قرارات مصيرية ، وحساسة بالنسبة لصحتهم وتحمل مسؤولية النتائج ، وهذا على الرغم من أن الأخصائيين لهم الحق في المساعدة في اتخاذ القرار الصحيح ، ولكن القرار النهائي فيما هو الأفضل للمريض هو من حق ومسؤولية المريض .

ولكن يجب الانتباه إلى أن المرضى الممكنين نفسياً هم الذين لديهم القدرة على التفكير بمنطقية ولديهم المعرفة والمهارات والوعي الذاتي اللازم ليؤثروا على سلوكهم ويحسنوا من نوعية الحياة لديهم ، ويرتبط التمكين بتقديم المعلومات الضرورية حول الأعراض والمضاعفات التي يعانون منها بسبب ارتفاع مستوى السكر وكيفية التعامل مع هذه الأعراض .

ويشير الأخصائيون إلى أن التمكين الذاتي للمرضى يدور حول مجموعة مبادئ :

1. لا يمكن إجبار المرضى على اتباع أسلوب حياة معين بمجرد تلقينهم إياه .
 2. للمرضى الحق في اتخاذ القرار المناسب وممارسته .
 3. لا يمكن تفعيل الطب الوقائي من دون الدعوة إلى التمكين . (Wikipedia , 2012)
- و المرضى الممكنين نفسياً هم الذين لديهم القدرة على التفكير بمنطقية ولديهم المعرفة والمهارات والوعي الذاتي اللازم ليؤثروا على سلوكياتهم ويحسنوا من أسلوب الحياة الذي ينتهجونه . (Anderson & Funnel , 2010)
- ملاح نظرية تمكين المرضى: تتلخص نظرية تمكين مرضى الأمراض المزمنة بعدة ملاح أهمها :**

1. احترام من يقدم الرعاية للمريض أهداف المريض وشخصه .
2. تلمس مشاعر المريض واتجاهاته نحو مرضه .
3. احترام استقلالية المريض .
4. تشجيع المريض على حل مشكلاته الخاصة .
5. تفعيل مشاركته في اتخاذ القرارات المصيرية والمهمة المتعلقة بأسلوب حياته الصحية . (Anderson & Feste ,1995)

إن نموذج نظرية تمكين المرضى ينقل المسؤولية في إدارة المرض واتخاذ القرار من مقدم الرعاية سواء كان طبيباً أو ممرضاً أو أحد أفراد الأسرة إلى المريض نفسه حيث يصبح هو محور القرار .

أثر التمكين الذاتي على سكر الدم : يعتبر ضبط سكر الدم من أول أهداف تمكين مرضى السكري ، وخاصة أولئك الذين لا يتعاطون العلاج بالأنسولين ، حيث يشعرون بالحاجة الملحة للحفاظ على هذه الميزة ، وقد اختلفت البحوث والدراسات في نتائجها حول علاقة التمكين الذاتي بسكر الدم ، وتحليل مجموعة من الدراسات الإنمائية العلاجية التي تناولت التمكين الذاتي لدى مرضى السكري ، وتتنوعت هذه الدراسات بين عدد منها اتبع أسلوب التدخل الفردي في العلاج (ن=٤) ، ومنها ما اتبع استراتيجيات التدخل الجماعي (ن=٥) ' وتحليل نتائج هذه الدراسات استخلصت الملاحظات التالية :

١. أن تمكين مرضى السكري ارتبط إلى حد كبير بتقبل المرض والرضا عن العلاج ، فالأفراد الذين كانوا راضين عن العلاج أظهروا مقدرة أكبر في إدارة المرض .
٢. أن التمكين لا يساوي بالضرورة ضبط سكر الدم ، ولكن يلاحظ أن الأفراد الذين يتمتعون بإحساس مرتفع من الفاعلية الذاتية حافظوا على مستوى منضبط لسكر الدم ، وهذا قد يرجع إلى ما سماه باندورا بتوقعات الفاعلية وتوقعات الناتج ، كذلك فإن الأفراد الذين تمّ تمكينهم استطاعوا السيطرة على سكر الدم من خلال إدراكهم للفاعلية في أداء مهام تتصل بإدارة المرض ، وبالعاية الذاتية .
٣. في بعض الحالات لم يعكس التمكين انخفاضاً في سكر الدم ، وهذا قد يرجع إلى عدم رغبة الأفراد في إتباع تعليمات الطبيب .
٤. من هنا تتجلى ضرورة تنفيذ كل فنيات التدخل لتنمية التمكين الذاتي وذلك لكشف أقواها تأثيراً في ضبط سكر الدم .

٥. أن التمكين عملية محورية في إدارة المرض لدى مرضى السكري . (Susan Moore Mathews,2009)

ثالثاً : التمكين الذاتي لدى مرضى السكري : دراسات ميدانية : نستعرض في هذا المقام بعض الدراسات على النحو التالي :

قام (David Samoocha. et al , 2010) بدراسة تحليلية للدراسات التي تناولت تنمية التمكين الذاتي وذلك بهدف مقارنة فاعلية البرامج التي تستخدم التدخل وجهاً لوجه بالبرامج التي سعت نحو تنمية التمكين الذاتي وفاعلية الذات الخاصة بالمرض وتقدير الذات عبر شبكة الانترنت ، تناولت الدراسة (ن=١٤) من الدراسات التي أجريت بين عامي (١٩٨٥-٢٠٠٩) ، أظهر تحليل النتائج أن التدخلات العلاجية عبر شبكة الانترنت قد أعطت آثار إيجابية فيما يخص التمكين الذاتي وفاعلية الذات الخاصة بالمرض وعلى عكس التدخلات التي تتم وجهاً لوجه لم تتم مقاطعة الجلسات العلاجية ، إلا أن هذه الآثار الملموسة كانت عامة وقليلة وتحتاج إلى دراستها إكلينيكيًا .

أما دراسة (Craig Mckenna , 2010) فقد هدفت إلى اختبار العلاقة بين نموذج الشخصية أ وب وإدارة المرض بفاعلية والضغط النفسية وفاعلية الذات لدى مرضى السكري من النوعين الأول والثاني ، ، طبقت أدوات الدراسة على عينة من مرضى السكري (ن=٨٠) قسموا إلى أربع مجموعات تم تشخيصهم وتصنيفهم ضمن الشخصية أ أو ب وطبق عليهم اختبار تمكين الذات (DES) لقياس فاعلية الذات الخاصة بالتمكين واختبار إدراك الضغوط النفسية لقياس مستوى الضغوط واختبار نموذج الشخصية ، أظهرت النتائج أن نوع مرض السكري (الأول ، الثاني) وكذلك نمط الشخصية لا يرتبط بشكل دال إحصائياً بالضغط النفسي وكذلك بتمكين الذات ، في المقابل وجدت هذه الدراسة علاقة ذات دلالة بين نوع مرض السكري (أولي أو ثانوي) والإحساس بالاستياء وعدم الرغبة بالتغيير وبالتالي له علاقة بالتمكين الذاتي ، وأثبتت المعالجات الإحصائية

وجود علاقة ذات دلالة عكسية بين التمكين الذاتي والضعف النفسية ، في حين يلعب التمكين الذاتي دوراً إيجابياً في تحسين قدرة المرضى على إدارة المرض وكذلك الصحة ككل .

أجرى كل من (Watkins , et .al , 2010) دراسة للتحقق من العلاقة بين الروحانية ونشاطات الرعاية الذاتية (الحمية - الجهد البدني - اختبار سكر الدم- العناية بالقدم - التدخين) لدى مرضى السكري من النوع الثانوي ، وكذلك اختبار العلاقة بين الروحانية والرعاية الذاتية كوسيط لتحقيق التمكين الذاتي ، تم تطبيق مقياس الروحانية (SBI) وهو مقياس مسحي يتألف من مقياسين فرعيين : المعتقدات الدينية والدعم الاجتماعي ، وكذلك مقياس العناية الشخصية لمرضى السكري ومقياس التمكين الذاتي لمرضى السكري على عينة (ن=١٠١) من الجنسين ٧١% من الذكور و ٢٩% إناث بمعدل عمري ٥١,٨ ، و ٣% منهم فقط يدخنون ، و ٢٩% منهم بمستوى تعليم ثانوي فقط ، من نتائج هذه الدراسة أن التمكين الذاتي لا يلعب دوراً وسيطاً في العلاقة بين الروحانية والرعاية الذاتية ، وأثبتت المعالجات الإحصائية عدم وجود علاقة ارتباطية بين التمكين والنشاط البدني ، ولا بين التمكين الذاتي والروحانية.

أما عن تأثير الوعي بالمرض في المرونة والاستعداد للتغيير أجريت دراسة (Sherry Grover , 2009) بهدف فهم العلاقة بين شعور المريض بالتمكين وقدرته على التعلم والاحتفاظ في برامج العناية بمرضى السكري ، طبق البرنامج الخاص برعاية مرضى السكري على عينة من مرضى السكري ممن يلتزمون بأنشطة الكنيسة (ن=٤٨) من الجنسين تتراوح أعمارهم بين ١٨-٨٢ سنة ، أسفرت النتائج عن أن درجات مرضى السكري فيما يخص المعرفة بالمرض اختلفت بين القياسين القبلي والبعدي ، أما ما يخص الاستعداد للتغيير والشعور بالتمكين فلم يلحظ أي تغيير ، مما يدل على أن زيادة المعرفة بالمرض لا يعني بالضرورة زيادة الشعور بالتمكين لدى المريض وقدرته على التحكم والسيطرة على سكر الدم والالتزام بالحمية .

ولتقييم فاعلية تنمية التمكين وأثرها على جودة الحياة قام كل من (Vivian ,L. et .al , 2006) بدراسة على عينة من مرضى السكري من النوع الثاني، تم قياس سكر الدم وجودة الحياة الخاص بالصحة ، قبل التدخل كانت درجات كل من السكر وجودة الحياة لا تختلف بشكل دال بين المجموعة التجريبية والضابطة ، ولكن بعد التدخل العلاجي النفسي لوحظ أن سكر الدم بدأ أقل لدى المجموعة التجريبية بينما جودة الحياة كانت أعلى لدى المجموعة التجريبية مقارنة بدرجات الضابطة ، وأشارت النتائج إلى حساسية مفهوم جودة الحياة والتمكين الذاتي لدى مرضى السكري من النوع الثانوي .

وللغرض ذاته أجريت دراسة (Strenharelt . M . et . al , 2009) التي هدفت نحو تحديد فاعلية برنامج تدريبي لمرضى السكري من النوع الثانوي على ضبط سكر الدم ، واستخدمت الدراسة منهج المجموعة التجريبية الواحدة أجرت عليها قياسات قبلية وبعديّة ، طبقت أدوات الدراسة (من مقياس المرونة النفسية ومقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط ، مقياس التمكين الذاتي ، مقياس أعراض الاكتئاب ، ومقياس الإدارة الذاتية) على عينة من مرضى السكري (ن=١٦) بعدد من الجنسين متساوي ، وكما هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر البرنامج على المتغيرات النفسية السابقة على سكر الدم ومؤشر كتلة الجسم وضغط الدم ، استمرت الدراسة ٨ أشهر تم فيها جمع البيانات ، أشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج في تنمية التمكين الذاتي ، وتحسين مؤشر كتلة الجسم ، ونسبة الكوليسترول ، وشحوم الدم ، وسكر الدم ، إضافة إلى تحسين اتجاهات المرضى في الإقبال على مثل هذه البرامج .

و لتحديد أثر التمكين الذاتي على تقبل العلاج وزيادة الإدارة الذاتية أجريت دراسة (Mamerow .M , 2008) لتحديد جدوى برامج التمكين الذاتي والإدارة الذاتية لتدريب مرضى السكري على ضبط أسلوب حياتهم وتمكينهم

من التعلم بمرونة طبقت الأدوات على (ن=١٦) من المسنين والتي تضمنت برنامج مدته ٦ أشهر جمعت فيها البيانات وعينات الدم مع الخضوع لدورات تدريبية وتعليمية كل أسبوعين مرة ، أشارت النتائج إلى أن درجات التوتر المرتفعة ارتبطت مع انخفاض في المرونة ومهارات التكيف ، وكذلك تدني قيادة النفس وضبطها ، وارتبط الضغط النفسي بمستوى ضعيف من التمكين الذاتي وبأعراض الاكتئاب ، وأثبت البرنامج فاعلية في تحسين مستوى التمكين الذاتي والتدخل لتحسين الوزن ومؤشر كتلة الجسم ونسبة سكر الدم وكذلك الكولسترول وضغط الدم مما يدل على ان تنمية الإدارة الذاتية لدى مريض السكري من شأنه أن يزيد من المكاسب الصحية .

طبق (Robert.M. Anderson, EDD ,et, al,2000) برنامجاً لتطوير برنامج الرعاية الذاتية لمرضى السكري من كبار السن بحيث ينمي لديهم الشعور بالفاعلية الذاتية والتمكين الذاتي وليس مجرد تقديم معلومات حول الرعاية الذاتية ، بحيث يستطيع المريض التحكم والسيطرة على مستوى السكر في الدم ، جمعت البيانات من مرضى السكري ممن ينتمون إلى نادي السكري وأظهرت النتائج تحسن كبير لدى مرضى السكر في تنمية فاعلية الذات وسلوكيات الرعاية الذاتية وكذلك تراجع في مستوى سكر الدم وزيادة في مستوى التمكين الذاتي والسيطرة على الصحة .

أما دراسة (Azar Toi et.al,2011) فقد سعت إلى تقييم تمكين الذات لدى مرضى السكري من النوع الثاني ، استغرقت هذه الدراسة أربعة شهور وهي دراسة وصفية تناولت تشخيص التمكين الذاتي لدى مرضى السكري حيث طبق مقياس التمكين DES المؤلف من ثلاثة مقاييس فرعية (إدارة المرض - الاستياء والقدرة على التغيير - تحقيق الذات) على عينة (ن=٦٨٨) تراوحت أعمار المشاركين بين ٣٨-٧٨ وشكل الذكور ٤٩,٤% من العينة والباقي إناث وتعليم فوق المتوسط وبفترة مرض من ٥,٦٢-٣,٨ سنوات ، أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى التمكين الذاتي لدى مرضى السكري يرتبط بعلاقة دالة إحصائياً بكل من مستوى التعليم والعمر والجنس ومدة المرض بعلاقة عكسية ، كما أشارت الدراسة إلى أن التمكين الذاتي لديهم هو نفسه فاعلية الذات تجاه مرض السكري ، وأن التمكين يرتبط بعلاقة سلبية مع الاعتماد على الانسولين وأنه عنصر هام في إدارة المرض .

و في دراسة مشابهة سابقة (Debra Pustartert , 1996) هدفت إلى تشخيص درجة التمكين الذاتي وعلاقتها بمستوى سكر الدم والهيوموغلوبين لدى مرضى السكري من النوع الثانوي ممن لا يعتمدون في علاجهم على الأنسولين ، أجريت الدراسة على عينة من المرضى (ن=٤٤) تتراوح أعمارهم بين ٣١-٨٠ سنة ممن هم مصابين بالسكري ، بينما لا علاقة دالة إحصائياً بين التمكين الذاتي والمتغيرات الديموغرافية المتتوالدة كالعمر والجنس والعرق والدخل ومستوى التعليم .

و ضمن منهج التشخيص أجرى الباحثان (Elliott . J & Lynn. J,2002) دراسة تناولت وصف العلاقة بين فاعلية الذات والاكتئاب والتمكين الذاتي والالتزام بالحمية لدى مرضى السكري من النوع الثاني ، طبقت أدوات الدراسة على عينة من مرضى السكري (ن=٧٦) ممن تتراوح أعمارهم بين ٢٥-٧٥ سنة ، شملت أدوات الدراسة مقياس تمكين الذات (EDE) واختبار بيك للاكتئاب وقائمة حول الالتزام بالحمية ، أظهرت النتائج أن الالتزام بالحمية يرتبط عكسياً مع الاكتئاب وبشكل إيجابي ودال إحصائياً مع التمكين الذاتي ، وأن الاكتئاب هو متنبئ أقوى من فاعلية الذات في التنبؤ بالالتزام بالحمية لدى الإناث من مرضى السكري .

وأما (Kameseh .M,et.al ,2011) فقد طبق مقياس التمكين لمرضى السكري ومقياس جودة الحياة ومقياس الكدر النفسي Distress على عينة من مرضى السكري (ن=١٤٨) لمعرفة أثر السكري في إحساس المريض بالكدر النفسي وجودة الحياة والتمكين الذاتي لدى مرضى السكري، وتم الأخذ بعين الاعتبار مجموعة من

المتغيرات الديموغرافية مثل مدة المرض ، ومستوى التعليم ، ومؤشر كتلة الجسم ، ومستوى الهيموغلوبين وسكر الدم لكل مريض ، وتمخضت الدراسة عن مجموعة من النتائج أهمها أن مرض السكري يرتبط بالكدر النفسي بعلاقة سلبية ذات دلالة وهذا يؤثر سلباً على مستوى تمكينهم الذاتي وعلى عملية الأيض (التمثيل الغذائي) ، وأثبتت الدراسة أن الدعم الاجتماعي عامل مهم لتحقيق التمكين الذاتي لدى المرضى بما يتضمنه من حسن إدارة لمرضه .

وفي سياق إدارة المرض أجريت دراسة (Susan Mathews. et , al , 2009) لتشخيص إدارة المرض السكري لدى النساء لتحسين التزامهن بالرعاية اللازمة للسيطرة على سكر الدم وتوسيع فرصهم في التواصل بتعمق مع من يقدم لهم الرعاية ، جمعت البيانات من (ن=٥) تتجاوز أعمارهن ٥٠ سنة ، اعتمدت الدراسة على المقابلات المعمقة ، أسفرت النتائج عن وجود ثلاثة عوامل رئيسية تؤثر في التزام مريضات السكري بالرعاية والعلاج ، أهمها : زيادة المعرفة بمرض السكري ، ووعي نتائج ضعف التحكم بمستوى السكر ، وطبيعة التواصل مع من يقدم لهم الرعاية ، والدعم واستقلالية الشخص تلعب دوراً في حسن إدارة المرض ، وأثبتت الدراسة أن زيادة إحساس المريض بالتمكين الذاتي يرتبط بمدى تحقيقه للالتزام بأهدافه في مجال الصحة ، وبالتالي يحسن من اتخاذ قرارات إيجابية متعلقة بصحته .

و حول تقييم الأداء والتمكين الذاتي فيما يخص سبعة سلوكيات تخص الإدارة الذاتية لمرض السكري ، طبقت دراسة (Debra Fisher , 2005) مقياس التمكين الذاتي الصورة المختصرة (DES-SF) على عينة من البالغين يعانون من النوع الثانوي حيث أنهم أقر على تحقيق نتائج فيما يخص برامج تحسين الشعور بالتمكين ، وبعد التحليل الإحصائي توصلت الدراسة إلى أن المرضى الذين سجلوا درجات أعلى على مقياس التمكين الذاتي يمارسون سلوكيات تخص الإدارة الذاتية لمرضهم أكثر من الذين هم أقل تمكيناً .

أما دراسة (Howorka .K, et.al , 2000) فقد هدفت إلى اختبار الآثار الطويلة الأمد لنتائج برنامج تثقيفي تعليمي يدور حول تقبل العلاج بالأنسولين على وظيفة العلاج بالأنسولين وعلى الضبط المدرك لدى مرضى السكري والمتعلق بفاعلية الذات لديهم وذلك بهدف تحسين تقبل المريض للعلاج بالأنسولين ، استخدمت الدراسة مجموعتان : الأولى مؤلفة من (ن=٣٢) مصاب بالسكري ويتعالج بالأنسولين ، أما الثانية فكانت (ن=٦٨) مصاب بالسكري ويتبع حمية غذائية لضبط سكر الدم ، أشارت النتائج إلى ان البرنامج حسن من استقلالية المرضى وشعورهم بالتمكين الذاتي والارتياح والإقبال على العلاج ، وكذلك حسن من قدرتهم على ضبط سكر الدم ، وأكدت هذه الدراسة على النتائج الإيجابية التي يحققها العلاج الجماعي وخاصة تنمية الفاعلية الذاتية المتعلقة بمرض السكري .

ولتحديد ما إذا كان التدخل السلوكي التدريبي على مهارات التكيف بالإضافة للعلاج المكثف لمرض السكري، يمكن أن يحسن من التحكم في طبيعة المرض ويحسن من جودة الحياة للشباب المصابين بمرض السكري، أجريت دراسة (Grey , ١٩٩٩) على (ن= ٧٧) مريض ، وقسمت الباحثة المرضى لمجموعتين تخضعان لعلاج مكثف بالأنسولين وأخضعت إحدى المجموعتين لبرنامج تدريبي تكيفي من إعداد الباحثة والمجموعة الأخرى بقيت كما هي، وجمعت الباحثة المعلومات قبل البدء بتطبيق البرنامج السلوكي التدريبي على مهارات التكيف، وبعد ثلاث سنوات وست شهور بعد التدخل من خلال استخدام معايير إكلينيكية ونفسية، أسفرت نتائج الدراسة: أن أفراد المجموعة التي خضعت للبرنامج يتمتعون بقدرة على التحكم في نسبة السكر في الدم لديهم، وكان لديهم مستوى فاعلية ذات أعلى وبالتالي مستوى تمكين نفسي أفضل، أيضاً إنخفاض في مستوى التأثيرات السلبية لمرض السكري (كالقلق، المخاوف، .. الخ) من المجموعة الضابطة .

ومن قبل قام (Robert M Anderson ١٩٩٥) بدراسة تجريبية لتحديد ما إذا كان إخضاع مرضى السكري لبرنامج ينمي لديهم التمكين الذاتي ويحسن من مستوى الفاعلية الذاتية الخاصة باتجاهاتهم نحو مرض السكري بالإضافة إلى نقص في مستويات السكر في الدم ، استخدمت الدراسة مجموعتين تجريبيتين وأخرى ضابطة (ن=٦٤) من مرضى السكري ، حيث خضعت المجموعة التجريبية لبرنامج التمكين الذاتي ومدته ستة أسابيع ، وأظهرت النتائج أن المجموعة التجريبية قد حققت تقدماً ملحوظاً على مقاييس التمكين وفاعلية الذات وكذلك انخفاضاً ملحوظاً في مستوى السكر في الدم ، مما يشير إلى فاعلية برامج التدخل النفسية في مجال التمكين والفاعلية الذاتية لدى مرضى السكري من خلال زاويتين الأولى تتجلى في السيطرة على مستويات الجلوكوز في الدم والثانية من خلال تطوير قدراتهم النفسية على التعايش مع المرض والمحيط .

رؤية تحليلية للدراسات السابقة : بعد إلقاء نظرة كلية تحليلية للدراسات التي تم عرضها سابقاً والتي تناولت التمكين الذاتي ومرض السكري يمكن تقييم ما تم بحثه في هذا الميدان بهدف توضيح مدى الإفادة منها سواءً في بناء الفروض أو في العمل الميداني ، يمكن استخلاص الملاحظات التالية :

أولاً : أوجه الاتفاق والتلاقي : التقت الدراسات السابقة في بعض القضايا نوضحها فيما يلي :

(١) اتفقت الدراسات السابقة في اعتبار تمكين الذات كواحد من أهم مفاهيم علم النفس الإيجابي ، لما له من أثر في زيادة وعي الفرد بأهدافه وتعزيز مهاراته في السيطرة على حياته ، وهذا ما يوضح الارتباطات الإيجابية القوية التي تجلت بين مفهوم تمكين الذات ومفاهيم إيجابية أخرى تدور في فلك علم النفس الإيجابي مثل إدارة المرض ، فاعلية الذات ، روح المبادرة ، الالتزام بالحمية ، التدخين ، قوة الأنا ، والتوافق النفسي ، والتنظيم الذاتي وذلك في دراسة كل من :

(Shemy Grover , 2006) (Vivian ,L. et .al , 2006) (Strenharelt . M . et . al , 2009) (Watkins , et .al , 2009) (Robert.M. Anderson ,et, al,2000) (Elliott . J & Lynn. J,2002) (Janice .L. O .Brien , 2011) (Debra Fisher , 2005) (Roach , D & Runquist , J , 2012) (Eula .W .Pines,1995) (2010)

(٢) نلمح من تحليل الدراسات العلاقات السلبية التي ربطت بين مفهوم تمكين الذات ومفاهيم سلبية لها أثر هدام في حياة الفرد وصموده في مواجهة الضغوط المستمرة التي يتعرض لها مريض السكري مثل الضغوط النفسية ، الاكتئاب ، الكدر النفسي ، الشره واضطرابات الأكل ، الاحتراق النفسي ، التدخين وذلك في دراسة كل من :

(Boudrias Jean-sebastian, et , 2010) (Craigie Mckenna , 2010) (Azar Toi et.al,2011) (2004)

(Debra Pustartert , 1996) (Martyn Denscombe,2001)

(٣) يلعب مفهوم التمكين دوراً واضحاً في تحقيق الصحة النفسية والتوافق لدى مريض السكري ، وهذا يتضح في الدراسات التجريبية في هذا المجال منها :

(Craigie Mckenna , 2010) (Robert.M. Anderson, et, al,2000) (Elliott . J & Lynn. J,2002)

(٤) يعتبر مرض السكري من الأمراض المزمنة التي تلقي بظلال سوداء على حياة الإنسان فتؤثر في جوانب متعددة في شخصيته ، وبالتالي تنعكس على أسلوب حياته بالكامل ، وهذا ما تبدى جلياً في الارتباطات بين مرض السكري واختلالات نفسية مثل الاكتئاب في دراسة ، والقلق ، وضعف المساندة الاجتماعية ، وخلل في

النظام الغذائي وبالتالي اضطرابات الأكل كما في دراسة ، والاحتراق النفسي في دراسة ، والسلوكيات المنحرفة مثل التدخين كما في دراسة :

(Peyrot . M , et.al , 2005) (Atak , et . al , 2008) (Rawson , et . al , 2011)

(DePalma Mary . et .al , 2011) (Frank et,al ,2001)

٥)ثمة شبه اتفاق بين الدراسات التي تناولت التمكين الذاتي لدى مرضى السكري على أن زيادة الإحساس بالتمكين يؤدي إلى ضبط أعراض السكري وتحسين قدرة المريض على إدارة مرضه ، ونلمح هذا الاتفاق في نتائج كل من :

(Howorka .K, et.al , 2000) (David Samoocha. et al , 2010) , (Grey,1999)

(Susan Mathews. et , al , 2009)

بينما خالفت في نتائجها فقط دراسة (Shemy Grover , 2009)حيث لم تثبت أي أثر للتمكين على مستوى السكر .

ثانياً : أوجه الاختلاف : اختلفت الدراسات السابقة في بعض القضايا نشير إليها وفق الاعتبارات التالية : من حيث المنهج : اختلفت معظم الدراسات السابقة بتشخيص التمكين ووصفه لدى عينات مختلفة بما فيها مرضى السكري ، في حين سعت دراسات أخرى لتبني منهج التجريب سواء على عينة واحدة او عينتين تجريبية وضابطة ، حيث حاولت تنمية هذا المفهوم لدى عينات تعاني من انخفاض في مستوى المهارات المطلوبة لتحقيق الفاعلية والسيطرة على الحياة وهي مهارات تمكين الذات ، وذلك كما في دراسة :

(Watkins , et .al , 2010) (Craig Mckenna , 2010) (David Samoocha. et al , 2010)

(Mamerow .M , 2008) (Strenharelt . M . et . al , 2009) (Vivian ,L. et .al , 2006)

(Susan Mathews. et , al , 2009) (Grey,١٩٩٩)(Howorka .K, et.al , 2000) (Kameseh

.M,et.al ,2011)([Robert M Anderson,1995](#)) ([Reininger BM,2012](#)).

في حين لجأت بعض الدراسات إلى المقابلات المتعمقة بهدف التوسع في الوصف وتناول الظاهرة بشكل إكلينيكي ، مثل دراسة (Elliott . J & Lynn. J,2002) ، (Paula et,al,2001) ، وتبعاً للمنهج المتبع يتم تحديد حجم العينة ففي الدراسات التشخيصية المسحية نجد العينات الكبيرة ، في حين يقل حجم العينة في الدراسات التجريبية .

من حيث الأدوات : لجأت معظم الدراسات السابقة إلى مقاييس جاهزة معدة سلفاً ، وعمدت إلى تطبيقها كما هي ، بينما نلاحظ بعض الدراسات التي سعت نحو بناء أدواتها الخاصة وتفصيلها بما يتلاءم وخصائص العينة المدروسة مثل دراسة : (Robert.M. Anderson, et, al,2000) (Atak , et . al , 2008)

من حيث النتائج : معظم الدراسات السابقة لجأت إلى وصف تمكين الذات وأغفلت أهمية المتغيرات الديموجرافية التي تزيد من قدرة الباحث على وصف المفهوم ورسم علاقاته الشائكة بغيره ، في حين تناولت بعض الدراسات المطبقة على مرضى السكري مجموعة من المتغيرات المهمة مثل الجنس والعمر والمستوى الثقافي والاقتصادي والاجتماعي...الخ مما يضيفي على الدراسة مزيداً من الدقة ، ونلاحظ ذلك في دراسة :

(Strenharelt . M . et . al , 2009) (Robert.M. Anderson, EDD ,et, al,2000) (Azar Toi

et.al,2011) (Debra Pustartert , 1996) (Susan Mathews. et , al , 2009)([Robert M](#)

[Anderson, 1995](#)) (Atak , et . al , 2008)(٢٠١٠ ، مرفت مقبل)

و اتجهت بعض الدراسات إلى تطبيق أدواتها على مرضى السكري من النوع الأول كما في دراسة (Reininger BM, 2012) ، بينما تناولت بعضها مرضى السكري من النوع الثاني مثل دراسة كل من : (Watkins , et .al , 2010) (Vivian ,L. et .al , 2006) (Robert.M. Anderson, et, al,2000) (Susan Mathews. et , al , 2009) (Debra Fisher , 2005), (Robert M Anderson,1995) (Kenneth , P , W , 2012 (Atak , et . al , 2008) (Kathryn .B .Kott ,2008).

و في مجموعة ثالثة من الدراسات اتجهت نحو تناول النوعين من مرضى السكري مثل دراسة كل من : (Craig Mckenna , 2010) (Strenharelt . M . et . al , 2009) (Mamerow .M , 2008) (Robert.M. Anderson ,et, al,2000) (Kameseh .M,et.al ,2011) (Kilbourane B. et al ,2009) (Rawson , et . al , 2011) (Gravels&Wandell,2006) (Frank et,al,2001) (عبد الكريم رضوان ، ٢٠٠٨

و استفادت هذه الدراسة من هذا التباين في الطرح بأن توسعت في نطاق التطبيق لتشمل النوعين من مرضى السكري للكشف عن أثر الاعتماد على الأنسولين في مستوى التمكين ، ولجدة الطرح في التراث العربي السيكولوجي الوصفي .

من خلال استعراض الأطر والدراسات الخاصة بمتغيرات الدراسة يمكن أن نشير إلى بعض القضايا المستخلصة :

١. قصرت الدراسات العربية تجاه هذا المفهوم في مجال الصحة النفسية ، حيث نلمح إقبالاً نحو تناول تمكين الذات في مجال الإدارة وعلوم الاقتصاد ، حيث التركيز على مفهوم تمكين الموظفين أو تمكين المؤسسات والمنظمات بما يحقق أهدافاً مجتمعية ، فيما قصر باحثو علم النفس في الاستفادة من هذا المفهوم ، ويوضح ذلك عدم وجود دراسة عربية - في حدود تقصينا- تناولت تمكين الذات لدى مرضى السكري في بيئات عربية رغم حساسية هذه العينة وتفاقم حاجتها إلى الضبط والسيطرة والفاعلية قياساً على سعة انتشارها في مجتمعاتنا .

٢. انتهجت الدراسة منهج الوصف والتشخيص بسبب جدة الطرح في التراث السيكولوجي ، بحيث تكون هذه الدراسة نقطة انطلاق نحو مزيد من التشخيص والتجريب أيضاً .

٣. استفادت هذه الدراسة من تحليل الدراسات السابقة في التركيز على المتغيرات الديموجرافية للحصول على مزيد من الدقة في الوصف بما يحقق الاستفادة للدراسات اللاحقة تشخيصاً وتجريباً .

ما تضيفه الدراسة الحالية : من مبررات هذه الدراسة نزع أنه لا توجد دراسة عربية (و ذلك حسب حدود علم الباحثين) تناولت تشخيص مفهوم التمكين الذاتي لدى مرضى السكري ، وبالتالي تشكل هذه الدراسة إثراء معرفي للدراسات النفسية العربية إضافة إلى ربط هذا المفهوم بعدد من المتغيرات الديموجرافية مما يوفر رؤية شاملة للعلاقات التي تربط مفهوم التمكين بظروف المرضى وخصائصهم ، بالإضافة إلى بناء مقياس يكاد يكون وحيداً يقيس التمكين الذاتي لدى مرضى السكري الذي يمكن استخدامه في تحديد درجة التمكين الذاتي ، وهذا يحمل في مضمونه إثراء للمكتبة السيكولوجية العربي .

فروض الدراسة : وفي ضوء العرض السابق للإطار النظري والدراسات السابقة يمكن الإجابة عن تساؤلات الدراسة من خلال التحقق من الفروض التالية :

١. يختلف مستوى التمكين الذاتي بمكوناته بين عينة الأصحاء وعينة مرضى السكري .
٢. يختلف مستوى التمكين الذاتي بمكوناته باختلاف المتغيرات الديموجرافية المتمثل بـ : (الجنس ، العمر ، الحالة الاجتماعية ، الدخل الشهري ، الاعتماد على الأنسولين) .

٣. يتكوّن التمكين الذاتي من مجموعة من العوامل التي يمكن تفسيرها كماً.

منهج الدراسة وإجراءاتها :

(أ) منهج الدراسة : تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي للإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من فروضها ، سواء ما يتعلق منها في قياس التمكين الذاتي لدى مرضى السكري ، أو البحث في الارتباطات بين التمكين والمتغيرات الديموجرافية التي تناولتها الدراسة .

(ب) عينة الدراسة (خصائصها ومنطق اختيارها) : يعتبر المجتمع الأصلي للدراسة هو مرضى السكري ممن يترددون على العيادات الخاصة والمستشفيات العامّة والخاصّة ، سواء ممن يعانون من النوع الأولي أو الثانوي ، وتمّ سحبها عشوائياً على مرحلتين :

- المرحلة الأولى لتكوين العينة الاستطلاعية : تم اختيارها بطريقة عشوائية، بلغ عددها (ن=٥١) مريض سكري من كلا الجنسين ومختلف الأعمار ممن يترددون على العيادات الخارجية التابعة لطب عين شمس، وتم تطبيق مقياس التمكين للتأكد من صدقه وثباته .

- المرحلة الثانية لتكوين عينة الدراسة : تكونت من عيّنتين : الأولى (ن=٨٩) مريض ومريضة بالسكري من مختلف الأعمار تمّ اختيارهم بطريقة عشوائية ممن يُعالجون في مستشفى طب عين شمس ومستشفى القصر العيني، بمتوسط عمري (٥٢,٣٩) سنة وبانحراف معياري (٩,٧٨) سنة، وقد بلغ متوسط عمر الإصابة بمرض السكري لديهم (٦,٢٢) سنة وبانحراف معياري (٣,٧٢) سنوات، أما العينة الثانية فهي عينة عشوائية ممن لا يشكون من مرض السكري أو أي من أعراضه (ن=١٠٤) بهدف المقارنة والتحقق من الفرض الأول ، بمتوسط عمري (٤٥,٨٧) وبانحراف معياري (١٢,٣٨) ، وجدول (٣) يبين خصائص العينات المتناولة في هذه الدراسة .

جدول (٣) خصائص العينة المتناولة وفق المتغيرات المستقلة

عينة الأصحاء	العينة الكلية	العينة الاستطلاعية	نوع العينة	
			المتغيرات المستقلة	المتغيرات المستقلة
١٠٤	٨٩	٥١	العدد	
٤٥,٨٧	٥٢,٣٩	٥١,٣٣	المتوسط العمري	
٤٠	٤٠	٢١	ذكر	الجنس
٦٤	٤٩	٣٠	أنثى	
٤٥	١٦	١٠	عازب	الحالة الاجتماعية
٥٩	٧٣	٤١	متزوج	
٣٠	٢٠	٤	أقل من ٥٠٠ ج	الدخل الشهري
٥٥	٤٠	٢٥	بين ٥٠٠-١٣٥٠	
٢٩	٢٩	٢٢	فوق ١٣٥٠	
	٥١	٢٤	معتمد	الاعتماد على الأنسولين
	٣٨	٢٧	غير معتمد	

(ج) أدوات الدراسة : استخدمت الدراسة الأدوات التالية :

أولاً : مقياس التمكين الذاتي لمرضى السكري :مرّ هذا المقياس بعدة خطوات نوضحها فيما يلي :

الدراسة الاستطلاعية : تتضمن الدراسة الاستطلاعية جمع مصادر المعرفة المرتبطة بالمقياس ، سواء كان ذلك تحليل النظريات أو تنفيذ الدراسات والمقاييس أو الوقوف على الملاحظات الميدانية من قبل المفوضين أو الخبراء ، ويمكن الكشف عن ذلك فيما يلي :

١. **دراسة وتحليل النظريات والبحوث السابقة** : من المسلم به أن القياس النفسي يعتمد على نظريات تفسره، وبحوث ميدانية تختبر صلاحيته، وكفاءته، ومن ثم جاءت ضرورة تحليل النظريات والبحوث المرتبطة بالتمكين الذاتي، وذلك بهدف معرفة وجهات النظر المختلفة في تفسير هذا المفهوم مما يساعد على استخلاص مجالات ومكونات الظاهرة وتحديد التعريف الإجرائي، ويعد ذلك خطوة أساسية لبناء المقياس وتحديد مكوناته ، حيث لاحظ باندورا (Bandura,1977) أن انخفاض فاعلية الذات تقود الناس إلى تجنب المواقف التي تتطلب مهارات خاصة ، هذا السلوك التجنبي بدوره يمنع الأفراد من التحكم بالخوف ، مما يعني مستوى ضعيف من تمكين الذات ، كما أن أحد العناصر المهمة لتحقيق التمكين الذاتي لدى الفرد هو تعليمه مهارة اتخاذ القرار ، بحيث يحسن اتخاذ قرارات مهمة في حياته الشخصية والمهنية .

(Steven P. Segal (Kenneth W. Thomas ,1990), (1995 ,

و لا بد من شعور المرء بالاستقلالية والحرية في اختيار الأهداف واتخاذ القرارات لكي يحقق التمكين لذاته مما يعني أفضل سيطرة على حياته . (Mushin Lee & Joon Koh,2001) ، ويقصد بالقدرة على التأثير الدرجة التي ينظر للسلوك " على أنه يمكن أن يحدث فرقاً أو اختلافاً "فيما يتعلق بإنجاز الهدف أو المهمة التي بدورها تحدث التأثير المقصود في بيئة الفرد". (Thomas & thouse,1990)

وعلى ضوء إحساس الفرد بأنه يؤثر تكون درجة تحقيقه للتمكين الذاتي . (Short & Greer,1993)، ويتمثل التمكين في حرية الاختيار في كيفية أداء المهام، والشعور بمعنى العمل أو الهدف .

(Conger and Kanungo, 1988),(Spreitzer, 1995),(Thomas and Velthhouse, 1990)

٢. **الإطلاع على المقاييس والاختبارات السابقة** : تم الإطلاع على المقاييس السابقة التي فحصت التمكين الذاتي بهدف الاستفادة منها في تحديد مكونات المقياس والتعرف بصورة عملية على كيفية كتابة بنود المقياس ، من أشهر هذه المقاييس :

أ)مقياس (DES)The Diabetes Empowerment Scale : قام بتطوير هذا المقياس (Anderson) مترافقاً مع مقياس فاعلية الذات لدى البالغين من مرضى السكري ، وكان هذا ضمن دراسة لأثر برنامج للتمكين الذاتي على سكر الدم لدى مرضى السكري ، يتكون المقياس من (٢٨) بند وفق مقياس ليكرت الخماسي ، وينقسم المقياس إلى ثلاثة مقاييس فرعية : إدارة المظاهر النفسية لمرض السكري .، الاستيلاء من المرض (عدم الرضا) ، وتحقيق أهداف تتعلق بالصحة ، حيث تشير الدرجة المرتفعة على هذا المقياس إلى مستوى مرتفع من التمكين الذاتي ، وحقق هذا المقياس درجات مرتفعة من الصدق والثبات ، وترجم إلى عدة لغات منها الصينية ، ويتوفر منه صورة مختصرة تتألف من (٨) بنود تمّ اعتباره في التراث النفسي على أنه مقياس فاعلية الذات المدركة نحو مرض السكر .

ب)مقياس (PES)The Psychological Empowerment Scale : وضع هذا المقياس كل من (Russell A. Matthews ,2003) وآخرون وفق نظرية Zimmerman في التمكين الذاتي ، ويتكون من (١٩) بند كل منها يقيس التحكم ، والسيطرة على مجالات الحياة كافة بما في ذلك قدرة الفرد على التقليل من الحوادث الخطرة في حياته ،تنتمي البنود إلى ثلاثة مقاييس فرعية : الاتجاه نحو الضبط ، ومهارات التفكير

النقدي ، وسلوك المشاركة ، تتراوح الدرجات بين ٢٠-١٠٠ ، حيث الدرجة المرتفعة على هذا المقياس تشير إلى التمكين ، بلغ الاتساق الداخلي له (٠,٨٤) .

(ج) **(LEBQ) the Leader Empowering Behavior Questionnaire** : صمم هذا المقياس (Konczak et al, 2000) لقياس قدرة المدراء والقادة على توفير التمكين الذاتي لدى موظفيهم ، يتكون من ستة مقاييس فرعية : الفاعلية الذاتية ، الإحساس بالمسؤولية ، حرية اتخاذ القرار ، تبادل المعلومات ، تنمية المهارات ، التدريب على التفكير الإبداعي ، وتعكس الدرجة المرتفعة على هذا المقياس مستوى عال من التمكين .

(هـ) **Diabetes Management Self-Efficacy Scale** : صممت هذا المقياس جامعة ستانفورد ، وهو مقياس مختصر مؤلف من (٨) بنود جميعها تقيس فاعلية الذات الخاصة بإدارة المرض لدى مرضى السكري ، وسلم الإجابات عبارة عن أرقام تتدرج من ١-١٠ بين (أثق بشكل كامل) و(لا أثق مطلقاً) ، يبلغ الاتساق الداخلي (٠,٨٢) .

٣. **الاستفادة من خبراء علم النفس** : من خلال طرح استبانة مفتوحة تتضمن سؤالاً واحداً طبق على عينة من الخبراء والمتخصصين في علم النفس والإرشاد النفسي وأطباء الغدد (ن=١٠) ، وكان مضمون السؤال : برأيك ..ما الصفات الشخصية والمهارات الاجتماعية والوجدانية التي تميز مريض السكري الذي يسيطر على حياته ويشعر باستقلاليته ومسؤوليته ؟

٤. **الاستبانة المفتوحة** : من خلال طرح السؤال التالي على مجموعة متجانسة وعينة الدراسة في المتغيرات الديموجرافية وكان السؤال على الشكل التالي :

السؤال : يعرف التمكين الذاتي بأنه هو دافع إيجابي يتولد لدى الفرد ، ويتجلى في إدراك الفرد لقدرته على اتخاذ القرار المناسب وشعوره بالحرية والقدرة على ضبط حياته ، انطلاقاً من هذا التعريف يمكننا أن نعرف أن فلاناً شخص يتمتع بالتمكين الذاتي لأنه يتصف بـ ...؟ من فضلك اذكر بعض هذه الصفات .

٥. **تكوين المفردات** : تمّ تحديد المفهوم الإجرائي لكل مكون من مكونات التمكين الذاتي على النحو التالي :
أ) فاعلية الذات **Self Efficacy** : وهو اعتقاد الفرد بأنه قادر على تنفيذ المهمة على أكمل وجه لتحقيق الهدف

ب) مهارة اتخاذ القرار **Decision Making** : هي عملية معرفية يهدف بها التوصل إلى قرار فعال .

ج) الاستقلالية **Autonomy** : تشير إلى درجة شعور الفرد بالحرية في اتخاذ قراراته .

د) القدرة على التأثير **Sense Of Impact** : هو إحساس الفرد بأن سلوكه يحدث أثراً أو تغييراً في محيطه .

هـ) إضفاء المعنى على الهدف **Meaningfulness** : ويشير إلى قيمة الهدف المراد تحقيقه .

٦. **صياغة عبارات المقياس** : تمّ صياغة مفردات المقياس في ضوء مصادر المعرفة السابقة وبناء على التعريفات الخاصة بكل مكون ، وقد بلغ المقياس في صورته الأولية (٥٨) مفردة صيغت عبارات المقياس بلغة عربية سهلة وواضحة غير موحية أو مزدوجة في المعنى .

٧. **الصورة النهائية للمقياس** : في ضوء تجريب المقياس أصبح يتكون في صورته النهائية من (٥٥) عبارة موزعة على خمسة مكونات فرعية تتعلق بالتمكين الذاتي منها (٢٢) عبارة سلبية ، يوجد أمام كل منها خمسة اختيارات هي (أوافق بشدة ، أوافق ، غير متأكد ، غير موافق ، غير موافق نهائياً) تحصل العبارات الإيجابية منها على الدرجات (١-٢-٣-٤-٥) على التوالي ، أما السلبية منها فتتبع عكس هذا التدرج ، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (٥٥) كحد أدنى و(٢٧٥) كحد أعلى ، تدل الدرجة المرتفعة على معدل مرتفع من التمكين الذاتي والعكس صحيح ، ولا يوجد وقت محدد للإجابة على هذا المقياس .

٨. ثبات المقياس : تم حساب الكفاءة السيكومترية للمقياس على عينة مكونة من (ن=٥١) من مرضى السكري من الجنسين ، وقد تبين أن المقياس يتمتع بمعدلات مرتفعة من الثبات حيث بلغ معامل الثبات بطريقة ألفا كرومباخ (٠,٨٧٧) وبطريقة التجزئة النصفية (٠,٨٠٥)، وتم حساب الثبات أيضاً عن طريق حساب الاتساق الداخلي بهدف الاطمئنان لاستقرار وتجانس الاختبار من خلال معامل الارتباط بين مكونات المقياس ونوضح ذلك في الجدول التالي

جدول (٤)

ثبات مقياس التمكين الذاتي بطريقة الاتساق الداخلي

مقياس تمكين الذات									
المكون (١) إضفاء المعنى على الهدف		المكون (١) القدرة على التأثير في الآخرين		المكون (١) الاستقلالية		المكون (١) مهارة اتخاذ القرار		المكون (١) فاعلية الذات	
معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة
٠,٤٣٣	٥	٠,٣٩٦	٤	٠,٢٣٠	٣	٠,٤٧٤	٢	٠,٢٥٨	١
0.249	١٠	0.196	٩	0.350	٨	0.469	٧	٠,٢٤٨	٦
0.403	١٥	0.046	١٤	0.417	١٣	0.549	١٢	٠,٣٤٦	١١
٠,٣١٤	٢٠	٠,٣٧٣	١٩	٠,٥٤٣	١٨	٠,١٥٣	١٧	٠,٤٩١	١٦
٠,٥٠٧	٢٥	٠,٤٠١	٢٤	٠,٤٣٢	٢٣	٠,٤٣٧	٢٢	٠,٤٥٨	٢١
٠,٦٢٥	٣٠	٠,٠٩٤	٢٩	٠,٣٩٠	٢٨	٠,٢٠٧	٢٧	٠,٦٢٥	٢٦
٠,٥٦١	٣٥	٠,٣٧٦	٣٤	٠,٠١٧	٣٣	٠,٤٤٥	٣٢	٠,٤٧٢	٣١
٠,٢٠٠	٤٠	٠,٥١٢	٣٩	٠,٣٧٦	٣٨	٠,٣٥٤	٣٧	٠,٣٨٥	٣٦
٠,٣٠٢	٤٥	٠,٦١٣	٤٥	٠,٣٦٦	٤٤	٠,٠٩٢	٤٣	٠,٤٧٧	٤١
٠,٢٨٠	٥٠	٠,٤١٢	٤٩	٠,٤٩٦	٤٨	٠,٤٧٥	٤٧	٠,٤٤٨	٤٦
٠,٣٥٣	٥٤	٠,٤١٨	٥٣	-	-	٠,٣١٠	٥٢	٠,٦١٠	٥١
-	-	-	-	-	-	٠,١٢١	٥٥	-	-

و تم حساب معاملات ارتباط كل مكون والمقياس ككل ويمكن توضيح ذلك بالجدول التالي :

جدول (٥) معاملات الارتباط بين مكونات مقياس التمكين الذاتي والدرجة الكلية للمقياس

الدرجة الكلية	مكونات المقياس
0.815**	فاعلية الذات
0.546**	مهارة اتخاذ القرار
0.806**	الاستقلالية
0.789**	القدرة على التأثير
٠.795**	إضفاء المعنى على الهدف

****Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).**

و في ضوء معاملات الثبات وكذلك معاملات الارتباط بين مفردات المقياس والدرجة الكلية للمقياس ، وبين كل مكون والمقياس ككل ، نخلص إلى ان المقياس يتمتع بثبات مرتفع عبر الزمن مما يحملنا على الوثوق به والاطمئنان لنتائجه .

٩. صدق المقياس : تم حساب الصدق بطريقتين هما :

(أ) صدق المحكمين : حيث عرض المقياس على (ن=٣) من المختصين والخبراء في مجال علم النفس^١ ، وقد أخذت آراءهم بعين الاعتبار ، فقد كان يتكون من (٥٨) مفردة وبعد العرض على المحكمين تم حذف (٣) مفردات : (أشعر ان حياتي بلا جدوى) ، (أجد صعوبة في فهم المعلومات الجديدة التي أتلقاها) ، (أعيش بالطريقة التي أفتتخ بها .) لأسباب مختلفة كالعومية أو الغموض أو تكرار المعنى، وفي ضوء ما أكدت عليه ملاحظات المحكمين وتعديل بعض منها ، فأصبحت عدد مفرداته (٥٥) مفردة.

(ب) الصدق العاملي : وتم حساب الصدق أيضاً عن طريق التحليل العاملي لبنود المقياس وسيرد تفصيل ذلك في الفرض الرابع .

(د) الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة : في ضوء أهداف الدراسة وحجم العينة ، ونوعية الأدوات المستخدمة ، وكذلك الفروض المطروحة ، تم الاستعانة بالأساليب الإحصائية المناسبة ، وذلك من خلال استخدام الرزم الإحصائية (SPSS) " Statistical package for the social sciences " الإصدار 17.0 ، للتحقق من صحة الفروض .

(هـ) نتائج الدراسة : ويتضمن معالجة الفروض ومناقشة نتائجها في ضوء نتائج الدراسات السابقة وكذلك

السياقات الاجتماعية والثقافية والنفسية ، ويتم عرض ذلك على النحو التالي :

١. نتائج الفرض الأول ونصه : (يختلف مستوى التمكين الذاتي بين عينة السكري وعينة الأصحاء) .

للتحقق من هذا الفرض تم معالجة استجابات عيني الأصحاء ومرضى السكري وفق اختبار ت للعينتين

المستقلتين ، و الجدول التالي يبين النتائج التي تمخضت عنها المعالجة الإحصائية :

جدول (٥) نتائج اختبار ت للمقارنة بين متوسط درجات مرضى السكري والأصحاء في تمكين الذات ومكوناته

حجم التأثير Eta Squared	مستوى دلالتها	قيمة ت	عينة الأصحاء		عينة مرضى السكري		القيم الإحصائية مكونات تمكين الذات
			الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
٠,٠٢٤	٠,٠٣١ **	2.17	6.3	39.2	7.4	37.0	الفاعلية الذاتية
٠,٠٦	0.00 **1	3.50	3.4	39.8	5.7	37.5	مهارة اتخاذ القرار
٠,١٠٣	0.00 **0	4.68	5.9	37.5	5.9	33.4	الاستقلالية
٠,١٧٠	**0.	6.24	4.2	39.9	5.0	35.7	التأثير في

^١ د.محمد البحري، د. هيام شاهين ، د. محمد مصطفى .

	000						الآخرين
٠,٠١٢	0.12	1.52					إضفاء المعنى
	9		7.9	38.6	6.9	36.9	
	غير دالة						
٠,٠٨٥	0.00	4.13	20.6	195.1	26.6	180.7	الدرجة الكلية
	**0						

درجة الحرية (١٩١) ، ** دالة عند مستوى ٠,٠٥

بقراءة الجدول السابق نلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة الأصحاء وعينة مرضى السكري في مستوى التمكين الذاتي ومكوناته جميعها ماعدا (إضفاء المعنى) وكانت هذه الفروق باتجاه عينة الأصحاء حيث المتوسط الأعلى ، وبهذا يكون الفرض الأول قد تحقق ويفيد بانخفاض مستوى تمكين الذات ومكوناته لدى مريض السكر حيث تؤثر معاناته اليومية في مواجهة تحدي الالتزام بالحمية أو ضبط السكر في شعوره بالتمكين والسيطرة على حياته بخلاف الشخص العادي، وتتفق هذه النتائج مع الدراسات التشخيصية التي هدفت إلى قياس مستوى التمكين الذاتي لدى مرضى السكري - علماً أن جميعها مطبقة في مجتمعات غير عربية - مثل دراسة :

(Azar Toi et.al,2011), (Debra Pustartert , 1996), (Elliott . J & Lynn.

J,2002),(Kameseh .M,et.al ,2011), (Debra Fisher , 2005), (Vivian ,L. et .al , 2006).

حيث أفادت الدراسات السابقة بانخفاض شعور مريض السكر بالتمكين ، وتتفق هذه النتيجة مع أدبيات الدراسة في ان المرضى هم أكثر الناس حاجة إلى التمكين وليس كل المرضى إنما هؤلاء الذين يعانون من مشكلات صحية مزمنة عليهم التعايش معها مثل مرضى السكري (Funnell, M, et.al ,2005) ، أما ما يخص عدم وجود فروق ذات دلالة بين الأصحاء والمرضى في إضفاء المعنى أو القيمة على أعمالهم أو حياتهم بشكل عام فيمكن إرجاعه إلى كون إيجاد المعنى في الحياة هو بحث إنساني وجدلية فلسفية قد لا يرتبط بشكل كبير بمرض معين أو حالة خاصة ، فخبيرة الفراغ أو اللاجدوى قد يعاني منها الشخص العادي ، حيث يمتلك كل إنسان نزعة جوهرية للبحث عن المعنى ، وهذا يؤكد أن ما يصيب الإنسان من أمراض حادة أو مزمنة لا يؤثر على الناحية الجسدية فقط وإنما على النواحي النفسية والعقلية والمعرفية والاجتماعية .(إبراهيم، ٢٠٠٤ ،ص٢٢)

٢. الفرض الثاني ونصه : (يختلف مستوى التمكين الذاتي بمكوناته باختلاف المتغيرات الديموجرافية المتمثل بـ (الجنس ، العمر ، الحالة الاجتماعية، الدخل الشهري ، الاعتماد على الأنسولين)).

ينبثق عن هذا الفرض مجموعة من الفروض التالية :

أ) يختلف مستوى التمكين الذاتي بمكوناته باختلاف الجنس : للتحقق من هذا الفرض تمت معالجة استجابات الذكور والإناث من مرضى السكري على اختبار ت للعينتين المستقلتين ، والجدول التالي يبين نتائج هذه المعالجة :

جدول (٦)

نتائج اختبار ت للمقارنة بين متوسطي درجات الذكور والإناث من مرضى السكري في تمكين الذات ومكوناته

حجم التأثير	مستوى	قيمة	عينة الإناث		عينة الذكور		القيم الإحصائية
			الانحرا	المتو	الانحرا	المتوسط	

مكونات تمكين الذات	ف المعيار ي	سط	ف المعيار ي	ت	دلالتها	Eta Squ ared
الفاعلية الذاتية	8.6	37.4	6.4	0.5	0.57	٠,٠٠٤
مهارة اتخاذ القرار	6.4	38.0	5.0	0.9	0.32	٠,٠٠١
الاستقلالية	6.8	33.6	5.0	0.3	0.76	٠,٠٠٠
التأثير في الآخرين	5.9	36.2	4.2	0.9	0.32	٠,٠٠١
إضفاء المعنى	7.2	37.0	6.6	0.1	0.89	٠,٠٠٠
الدرجة الكلية	31.2	182.5	22.3	0.6	0.51	٠,٠٠٠

درجة الحرية (٨٧) ، ** دالة عند مستوى ٠,٠٥

تشير القيم الإحصائية في الجدول (٦) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التمكين تعزى إلى اختلاف الجنس ، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Boudrias Jean–sebastian, et .al,2004) التي أشارت إلى عدم وجود فروقات جنسية فيما يخص بنية تمكين الذات كمفهوم نفسي بغض النظر عن مرض السكري، بينما تخالف هذه النتيجة دراسة كل من (Azar Toi.et al, 2011) ، (Cooper,2003) والتي أظهرت أن الإناث أكثر شعوراً بالتمكين الذاتي من الذكور .

و في ضوء هذه النتيجة يمكن القول بأن ضغوط الحياة بالإضافة إلى المعاناة اليومية في ضبط السكر متشابهة لدى الجنسين ، خاصة أن الدراسة طبقت في المجتمع المصري حيث المرأة تعمل كما الرجل وتحمل المسؤوليات ذاتها ، وهذا يضيف عليها أعباء ثقيلة في مواجهة المشكلات الصحية التي تعرض لها .

و لا نغفل عن أن التمكين الذاتي تم قياسه من خلال التقرير الذاتي الذي يعكس معتقدات الأفراد عما يحملونه من معتقدات وما يشعرون به ، فحتى لو أن التنشئة الاجتماعية تمنح الذكور الأفضلية إلا أن الأنثى تسعى بشكل دؤوب لتنمية قدراتها وتولي مسؤوليات كبيرة لا تقل عما يتحمله الرجل وقد تتفوق عليه في حالات كثيرة وهذا ينطبق على شعورها بالتمكين .

ب) يختلف مستوى التمكين الذاتي بمكوناته باختلاف العمر : للتحقق من هذا الفرض تمّ حساب معامل الارتباط بيرسون بين العمر ومستوى التمكين الذاتي ومكوناته ، والجدول (٧) يوضح قيم الارتباط :

جدول (٧) يوضح العلاقة الارتباطية بين تمكين الذات ومكوناته وبين العمر

مكونات تمكين الذات	الفاعلية الذاتية	مهارة اتخاذ القرار	الاستقلالية	التأثير في الآخرين	إضفاء المعنى	الدرجة الكلية
العمر	٠,٦٦	٠,٠٨٩	٠,٤٨	٠,٤٦	*٠,٠٢	٠,٠٧

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

بالنظر في الجدول السابق نجد ما يلي :

أ- أنه لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة بين العمر ومستوى التمكين ومكوناته المتمثلة في الفاعلية الذاتية ، مهارة اتخاذ القرار ، الاستقلالية ، التأثير في الآخرين .

ب- يوجد ارتباط دال إحصائياً بين العمر وإضفاء المعنى قيمته (٠,٠٢) وهو دال عند مستوى ٠,٠٥ .

تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (Debra Pustartert , 1996) حيث أكدت على عدم وجود علاقة دالة بين العمر ومستوى التمكين الذاتي ، ويرجع الباحثون عدم وجود علاقة دالة بين العمر ومستوى التمكين إلى أن مرض السكري يؤثر على أجهزة الجسم الحساسة تأثيراً لا يتعلق بالعمر فمخاطر المرض واحدة بالنسبة للفئات العمرية . (Srivastava & Brajendra , 2006)

وبالتالي فإن الآثار النفسية للمرض لا تختلف باختلاف العمر وخاصة فيما يخص الشعور بالفاعلية والسيطرة بمعنى الشعور بالتمكين الذاتي الذي أكدت الدراسة على انخفاضه لدى مرضى السكري ، ويرجع الباحثون الأسباب إلى اهتمام وسائل الإعلام الحديثة بنشر التوعية حول السكري لدى كل الفئات العمرية ، ويمكن أيضاً تفسير النتيجة من خلال ملاحظة المدى العمري في هذه الدراسة والذي يتراوح بين (٧٩) كحد أعلى و(٢٩) كحد أدنى ، وهي عينة مؤلفة من بالغين على مستوى من النضج العقلي والانفعالي مما قد يقلص الفروق في النتائج تبعاً لمراحل العمر ، هذا عن الدراسة التي عضدت نتائج هذه الدراسة ، أما عن الدراسات التي خالفت هذه النتيجة فجمالها فيما يلي : دراسة كل من (Larrabee , J , et.al , 2011) (Azar Toi .et al, 2011) والتي أكدت أن زيادة العمر ارتبطت بزيادة الشعور بالتمكين .

أما ما يخص إضفاء المعنى كمنوع من مكونات تمكين الذات فقد أكدت هذه الدراسة على علاقته الإيجابية بالعمر فكلما تقدم مريض السكر بالعمر كلما زادت قدرته على الشعور بالهدف من تجاربه اليومية وصراعه مع مرضه ، ويتوافق ذلك مع تحمله للألم والمعاناة التي يعيشها حيث يجد لها معنى وقيمة في حياته ، فالمسألة تراكمية تتشكل من تزايد تجارب الحياة اطراداً مع تقدم العمر .

ج) يختلف مستوى التمكين الذاتي بمكوناته باختلاف الحالة الاجتماعية : للتحقق من ذلك تمت معالجة استجابات العزاب والمتزوجين من مرضى السكري على اختبار (ت) للعينتين المستقلتين ، والجدول التالي يبين نتائج هذه المعالجة :

جدول (٨)

نتائج اختبار ت للمقارنة بين متوسطي درجات المتزوجين والعزاب من مرضى السكري في تمكين الذات

ومكوناته

القيم	عينة العزاب	عينة المتزوجين

الإحصائية	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى دلالتها
مكونات تمكين الذات						
الفاعلية الذاتية	37.5	5.3	36.9	7.9	0.29	غير دالة ٠,٧٧
مهارة اتخاذ القرار	37.1	5.1	37.5	5.8	٠,٢٥	غير دالة ٠,٨٠
الاستقلالية	34.1	6.2	33.3	5.8	٠,٤٦	غير دالة ٠,٦٤
التأثير في الآخرين	38.0	3.8	35.2	5.1	١,٩٩	٠,٠٤٩ **
إضفاء المعنى	38.0	6.7	36.7	6.9	٠,٧٠	غير دالة ٠,٤٨
الدرجة الكلية	184.93	22.6	179.8	27.5	٠,٦٨	غير دالة ٠,٤٩

درجة الحرية (٨٧) ، ** دالة عند مستوى ٠,٠٥

يبين الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة بين العزاب والمتزوجين من مرضى السكري في التمكين الذاتي ومكوناته (الفاعلية الذاتية ، اتخاذ القرار ، الاستقلالية ، اضعاف المعنى) ، وتتفق هذه النتائج مع ما ذكرته أدبيات الموضوع من ان مخاطر مرض السكري لا تختلف باختلاف الحالة الاجتماعية ، وانه لا توجد فروق بين العزاب والمتزوجين في السيطرة على سكر الدم وأسلوب الحياة ، كما في دراسة (Debra Pustartert ، 1996) ، (Azar Toi .et al, 2011) ، ويدعم هذه النتيجة فلسفة التمكين التي تعتبر عملية التمكين نوع من التحفيز الذاتي الذي يتم من خلاله تفهم كل المسؤوليات وبالتالي لا يعول فيه على دعم المحيط بقدر ما يركز على الدافع الذاتي للفرد في تحسين سيطرته على أسلوب حياته ، وينطبق هذا التحليل على مفهوم التمكين لدى مرضى السكري حيث يرمي إلى أن يكون هو مركز قراراته وبهذا ينتقي الوجود المنطقي للفروق بين العزاب والمتزوجين في التمكين الذاتي .

بينما تخالف هذه النتيجة ما توصلت إليه دراسة (Paula,et.al,2001)و التي أكدت على أن وجود الشريك في الحياة الزوجية يساعد على الصبر وتحمل الألم ويزيد من قدرة المريض على ضبط حياته بما يلائم متطلبات العناية بمرضه .

و تشير المعالجة الإحصائية إلى وجود فروق ذات دلالة بين العزاب والمتزوجين من مرضى السكري في التأثير في الآخرين ، حيث تشير إلى تفوق مجموعة العزاب في التأثير في الآخرين ، يمكن تفسير هذه النتيجة بالرجوع إلى معنى هذا المكون حيث يعكس مدى إيمان الفرد بأنه يحدث فرقاً في محيطه ويؤثر على الآخرين ، وربما يلاقي العزاب مزيداً من الوقت والفراغ لإنجاز الأهداف وبالتالي الشعور بالثقة والقدرة على ترك بصمة خاصة في محيطهم في الوقت الذي ينشغل المتزوجون بتكاليف المعيشة .

(د) يختلف مستوى التمكين الذاتي بمكوناته باختلاف الدخل الشهري : للتحقق من صحة هذا الفرض تمّ حساب الفروق بين مستويات الدخل الشهري (أقل من ٥٠٠ جنية - بين ٥٠٠-١٣٥٠ - فوق ١٣٥٠) على مقياس تمكين الذات لدى مرضى السكري بمكوناته الخمسة باستخدام اختبار One-Way ANOVA ، ويبين الجدول (٩) القيم الإحصائية للتباين :

جدول (٩)

قيمة (ف) لدلالة الفروق بين تمكين الذات والدخل الشهري

الدلالة	ف	التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	القيم الإحصائية مكونات تمكين الذات
**0.000	17.412	712.711	2	1425.422	بين المجموعات	الفاعلية الذاتية
		40.932	86	3520.173	داخل المجموعات	
			88	4945.596	المجموع	
**0.019	4.133	126.363	2	252.726	بين المجموعات	مهارة اتخاذ القرار
		30.576	86	2629.498	داخل المجموعات	
			88	2882.225	المجموع	
**0.002	6.787	211.457	2	422.914	بين المجموعات	الاستقلالية
		31.155	86	2679.334	داخل المجموعات	
			88	3102.247	المجموع	
**0.000	9.007	194.718	2	389.435	بين المجموعات	التأثير في الآخرين
		21.618	86	1859.127	داخل المجموعات	
			88	2248.562	المجموع	
**0.000	17.919	620.336	2	1240.672	بين المجموعات	إضفاء المعنى
		34.618	86	2977.148	داخل المجموعات	
			88	4217.820	المجموع	
**0.000	14.569	7914.488	2	15828.976	بين المجموعات	الدرجة الكلية
		543.232	86	46717.968	داخل المجموعات	
			88	62546.944	المجموع	

** دالة عند مستوى ٠,٠٥

يبين الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين مستويات الدخل الشهري تبعاً لتمكين الذات وجميع مكوناته ، ولمعرفة اتجاه الفروق بين مستويات الدخل تم إجراء اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين ،

جدول (١٠) اختبار شيفيه لمعرفة اتجاه الفروق في مكونات تمكين الذات تبعاً لمستويات الدخل الشهري

مكونات تمكين الذات	مستويات الدخل الشهري	المتوسط	أقل من ٥٠٠ جنيه	بين ٥٠٠- ١٣٥٠ جنيه	فوق ١٣٥٠ جنيه
الفاعلية الذاتية	أقل من ٥٠٠ جنيه	30.05	1	0.000	0.000
	بين ٥٠٠- ١٣٥٠	37.82		1	0.15
	فوق ١٣٥٠	40.86			1
اتخاذ القرار	أقل من ٥٠٠ جنيه	35.65	1	0.67	0.03
	بين ٥٠٠- ١٣٥٠	٣٦,٧٥		1	0.07
	فوق ١٣٥٠	٣٩,٨٦			1
الاستقلالية	أقل من ٥٠٠ جنيه	٣٠,٣٠	1	٠,١٨	٠,٠٠٢
	بين ٥٠٠- ١٣٥٠	٣٣,١٢		1	٠,٠٨
	فوق ١٣٥٠	٣٦,٢٠			1
التأثير في الآخرين	أقل من ٥٠٠ جنيه	٣٣,٤٠	1	٠,٥٣	٠,٠٠١
	بين ٥٠٠- ١٣٥٠	٣٤,٨٢		1	٠,٠٠٥
	فوق ١٣٥٠	٣٨,٦٥			1
إضفاء المعنى	أقل من ٥٠٠ جنيه	٣٠,٩٠	1	٠,٠٠١	٠,٠٠٠
	بين ٥٠٠- ١٣٥٠	٣٦,٩٥		1	٠,٠١٧
	فوق ١٣٥٠	٤١,١٣			1
الدرجة الكلية	أقل من	١٦٠,٣	١	٠,٠١٤	٠,٠٠٠

				٥٠٠ جنيه	
٠,٠١٣	١		١٧٩,٤٧	بين -٥٠٠ ١٣٥٠	
١			١٩٦,٧٢	فوق ١٣٥٠	

يكشف الجدول السابق عن وجود فروق دالة إحصائياً بين مستويات الدخل الشهرية المختلفة والدرجة الكلية للتمكين الذاتي ومكوناته باتجاه ذوي الدخل الأعلى ، حيث أن مرضى السكري الذين يقل دخلهم عن ٥٠٠ جنيه مصري لديهم مستوى أقل من الشعور بالتمكين ، ويلاحظ أن هذه النتيجة تتفق مع تقرير منظمة الصحة العالمية والذي يفيد بأن ٨٠% من وفيات السكري تحدث في البلدان منخفضة الدخل الشهري وكذلك نتائج دراسة كل من : (مرفت مقبل ، ٢٠١٠)، (Azar Toi et.al,2011) ، (Z.Yekta, et.al , 2012) التي ربطت بين مجموعة من المشاعر السلبية بتدني الدخل الشهري لدى مرضى السكري ، ويمكن تفسير هذه الفروق إلى أن مستوى الدخل المنخفض (أقل من ٥٠٠ جنيهه) لا يكفي لإشباع حاجات الفرد الأولية مما يدفعه نحو الشعور بعدم الثقة في ظل الغلاء المعيشي ومتطلبات الحياة وخاصة من لديه أسرة يعولها، وهذه المشاعر السلبية تضعف شعوره بالسيطرة والتحكم وتضعف قدرة المريض على الصمود وتحدي المرض .

أما مستوى الدخل المرتفع (فوق ١٣٥٠) فهو يساهم في إشباع حاجات الفرد الأولية والترفيهية ويعين مريض السكري على الالتزام بالحمية وممارسة الرياضة والاسترخاء ، وبالتالي أسلوب حياة صحي خالي من الهموم الاقتصادية .

في حين تخالف هذه النتيجة ما خلصت إليه دراسة (Debra Pustartert , 1996) حيث لم تثبت وجود علاقة بين التمكين ومستوى الدخل.

ز) يختلف مستوى التمكين الذاتي بمكوناته باختلاف نوع مرض السكري حسب الاعتماد على الأنسولين: وللتحقق من صحة الفرض تم حساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات مرضى السكري على مقياس التمكين بين مجموعة المعتمدين على الأنسولين وغير المعتمدين ، وأسفرت المعالجة الإحصائية عن النتائج التي يوضحها الجدول (١١) :

جدول (١١)

قيمة اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات المعتمدين على الأنسولين وغير المعتمدين من مرضى السكري في تمكين الذات ومكوناته .

مستوى دلالتها	قيمة ت	عينة غير المعتمدين		عينة المعتمدين على الأنسولين		القيم الإحصائية
		الانحراف المتوسط	الانحراف المعياري	الانحراف المتوسط	الانحراف المعياري	
		٨.٣	٣٩.١	٦.٣	٣٥.٤	مكونات تمكين الذات
** ٠,٠٢	٢,٣٥					الفاعلية الذاتية

٠,٩٥	٠,٠٦	5.7	37.4	5.7	37.5	مهاره اتخاذ القرار
٠,٣١	١,٠١	6.5	34.2	5.4	32.9	الاستقلالية
٠,٦٦	٠,٤٣	5.4	36.0	4.7	35.5	التأثير في الآخرين
٠,١٢	١,٣٤	7.1	38.2	6.6	35.9	إضفاء المعنى
٠,١٧	١,٣٥	٢٧,٧	١٨٥,٢١	٢٥,٥	١٧٧,٤٩	الدرجة الكلية

درجة الحرية (٨٧) ، ** دالة عند مستوى ٠,٠٥

يشير الجدول (١١) إلى عدم وجود دلالة في العلاقة بين مستوى التمكين في درجته الكلية ومكوناته (مهاره اتخاذ القرار، الاستقلالية، التأثير في الآخرين، إضفاء المعنى) والاعتماد على الانسولين ، وهذا ما أكدت عليه نتائج دراسة كل من :

(Vivian ,L. et .al , 2006)،(Sherry Grover , 2009) (Mamerow .M , 2008)،(Robert.M. Anderson, EDD ,et, al,2000 . (Howorka .K, et.al , 2000) (Grey,1999)

و يمكن تفسير هذه النتيجة بتقصير المجتمعات العربية في تقديم الدعم الفعلي لمرضى السكري وتوفير ورشات عمل حقيقية لتدريب المرضى على حسن اختيار قراراتهم واتباع الحماية والالتزام العلاجي فضلاً عن الثقة بالنفس والصمود ، وبهذا فإن الفئتين من مرضى السكري سواء المعتمدين على الأنسولين او غير المعتمدين يعانون من انخفاض الشعور بالتمكين الذاتي وهذا يفسر تماثل استجاباتهم على مقياس التمكين .

و من جهة أخرى لم تلق هذه النتيجة تأييد بعض الدراسات التجريبية حيث كان منطلقها الفكرة التي تقول ان المرضى غير المعتمدين على الأنسولين لديهم شعور بالاستقلالية عن المعالجة الدوائية وبالتالي يقوي لديهم فرص التحكم بسكر الدم عن طريق انتهاج أسلوب حياة صحي :

(Debra) (Debra Pustartert , 1996) ،(Azar Toi et.al,2011) ،(Craig Mckenna , 2010) (Fisher , 2005)

بالنظر إلى النتائج الإحصائية في جدول (١١) نجد ان الفاعلية الذاتية كمكوّن من مكونات التمكين قد ارتبط ارتباطاً دالاً بالاعتماد على الانسولين حيث كان متوسط درجات غير المعتمدين في العلاج على الانسولين اعلى من متوسط درجات المعتمدين ، وبالنظر إلى بنود الفاعلية الذاتية نجد انها تتجه لقياس الثقة بالنفس والإيمان بقدرة الفرد على مواجهة مرضه ولا يخفى ما يشعر به غير المعتمد على الانسولين من نعمة القدرة على ضبط سكر دمه المرهونة بالتزامه بالحماية وتعليمات الطبيب في الوقت الذي يشعر به المعتمد انه سواء التزم أو لا فهو يتعاطى الأنسولين كيميائياً ، ويمكن تفسير النتيجة بالجدل الذي يدور حول اعتبار الفاعلية الذاتية الخاصة بمرض السكري أحد اهم قياسات التمكين أم أنها هي ما يقصد بالتمكين الذاتي ، وقد سبق وتمت الإشارة إلى هذا الخلط الذي يجعلنا نميل إلى التفريق بين المعتمد على الانسولين وغير المعتمد في التمكين الذاتي والدراسات التجريبية المستقبلية هي خير ما يزيل هذا اللبس .

٣. الفرض الثالث ونصه : (يرتبط التمكين الذاتي بعدة عوامل يمكن تفسيرها عاملياً) :

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم معالجة استجابات العينة الكلية (ن = ٨٩) على مفردات مقياس تمكين الذات البالغ عددها (٥٥) مفردة لمعرفة هل يوجد عامل عام أم توجد عوامل نوعية تتفق وما ذكر في التراث ، وذلك من خلال استخدام طريقة المكونات الأساسية Principal Components لما تتسم به هذه الطريقة من استخلاص

أقصى تباين ممكن كما استخدم محك Kaiser في استخلاص العامل العام وهو ما لا يقل جذره الكامن عن واحد صحيح . (صفوت فرج ، ١٩٩١، ص٢١٠-٢٤٤)

ثم أعقب ذلك تدوير العوامل المستخرجة تدويراً متعامداً بطريقة Varimax واعتبر التشبع المقبول للمفردة هو ٠,٣ على الأقل، وبناء على المحكات السابقة تم استخلاص ستة عوامل من الدرجة الأولى لمقياس تمكين الذات ، ويمكن تفسير هذه العوامل على النحو التالي :

أ) تفسير العامل الأول : يتضمن العامل الأول بعد التدوير (١٥) متغيراً تراوحت تشبعاتها بين (٠,٧٩٣) و(٠,٣٧٦) ويلاحظ أن هذا العامل ذو تشبعات مرتفعة ويتضمن (١٥) مفردة فهو عامل قوي .

جدول (١٣) العامل الأول بعد التدوير

رقم المفردة	نص المفردة	مقدار التشبع
١٣	أقود الأنشطة التي أشارك فيها مع الآخرين .	٠,٥٨٥
١٩	أمارس بعض الأعمال التطوعية .	٠,٥٧٨
٢١	أنا شخص متردد .	٠,٣٧٦
٢٢	أرى أنني أقوى من مرضي .	٠,٣٥٢
٢٤	يصفني من حولي باللامبالاة والإهمال .	٠,٤٠٨
٢٦	أجمع المعلومات الكافية حول الموضوع الذي أنوي اتخاذ قرار حوله .	٠,٦٣٠
٣١	أسارع إلى تنفيذ ما قررت .	٠,٤٨٤
٣٢	أتخوف من اتخاذ قرارات بمفردي .	٠,٣٧٢
٣٦	أستعين بذوي الخبرة قبل أن أتخذ قراراً ما .	٠,٦٢٦
٣٨	أحرص على التأثير بمعنويات زملائي في أوقات الإحباط .	٠,٦٨٢
٣٧	لدي شخصية مستقلة .	٠,٤٢٥
٣٩	أؤدي بعض الأعمال لإسعاد الآخرين من حولي .	٠,٧٩٣
٤٠	أثق بقدرتي على أداء العديد من المهام المختلفة .	٠,٥٦٩
٤١	أتجنب اتخاذ قرارات دون دراسة للموضوع .	٠,٤٩٣
٤٨	أستطيع تغيير ما يزعجني في حياتي	٠,٣٨٧

من خلال ملاحظة مكونات العامل نجد أن هناك ترابطاً قوياً بينها ، حيث تدور حول التقدير العالي الميل للمبادرة وبذل الجهد في تحقيق الأهداف ، والثقة بالقدرة على أداء العديد من المهام ، وهو ما يمكن تسميته وفقاً للتراث السيكولوجي بالفاعلية الذاتية Self Efficacy ، حيث يرى أن انخفاض فاعلية الذات تقود الناس إلى تجنب المواقف التي تتطلب مهارات خاصة ، هذا السلوك التجنبي بدوره يمنع الأفراد من التحكم بالخوف وبالتالي بناء الكفاءات مما يعني مستوى ضعيف من تمكين الذات ، كذلك اعتبرت دراسة (Robert.M.Anderson,2000) أن الفاعلية الذاتية أحد أهم قياسات التمكين الذاتي .

ب) تفسير العامل الثاني : يتضمن العامل الثاني بعد التدوير (١٣) متغيراً تراوحت تشبعاتها بين (٠,٧٠٠) و(٠,٣٥٢) ويلاحظ أن هذا العامل ذو تشبعات مرتفعة ويتضمن (١٣) مفردة فهو عامل قوي .

جدول (١٤) العامل الثاني بعد التدوير

رقم المفردة	نص المفردة	مقدار التشبع
٢٣	إذا عزمت على القيام بعمل فلا أحد يستطيع منعي .	٠,٣٩٤
٢٥	همتي ضعيفة على الالتزام بتعليمات الطبيب .	٠,٣٩٤
٢٧	أعتمد على الحظ والصدفة في حياتي .	٠,٦٦٠
٢٨	عندما أتغيب عن الحضور لا يشعر أحد .	٠,٤٣٠
٣٠	أركز في العمل الذي أكلف به .	٠,٤٤٩
٣٤	أشعر أنني معتمد على الآخرين .	٠,٦٠٢
٣٥	سرعان ما أتخلى عن هدفي إذا تعرضت لنقد الآخرين .	٠,٥٦٢
٤٥	أبادر بما أقتنع به ولا أنتظر الآخرين .	٠,٥٥١
٤٦	أستطيع توقع النتائج المترتبة على اتخاذ قرار ما .	٠,٥٤٦
٥٠	عندما أتعلم شيئاً جديداً أواظب عليه حتى أتقنه .	٠,٦٧٢
٥١	أهدافي واضحة ومحددة في ذهني .	٠,٥١٨
٥٢	انتقاد الآخرين يدفعني نحو التوقف عن أداء العمل .	٠,٧٠٠
٥٥	أندفع نحو حل واحد للمشكلة بدلاً من وضع بدائل ومقترحات متعددة	٠,٣٥٢

يلاحظ أن مكونات العامل الثاني مترابطة بشكل قوي وتدور حول شعور المرء بتقته في اختيار أهدافه وتحقيقها على الرغم من انتقاد الآخرين وتعويقهم لسعيه ، ويتضمن شعوره بالاستقلالية والحرية ويشكل أعلى مستوى في السيطرة على حياته ، وفي التنظير النفسي لعملية التمكين يرى كل من : (Cordery et al , 1991) (Susman , 1976) (Gulowsen , 1972) أنه لا بد من الشعور بالحرية من أجل تحقيق أعلى مستوى من التمكين الذاتي وخاصة فيما يتعلق بالقرارات المهمة في الحياة الشخصية والمهنية للأفراد ، وبهذا يمكن تسمية هذا العامل بالشعور بالاستقلالية **Autonomy** .

ج) تفسير العامل الثالث : كما ويتضمن العامل الثالث بعد التدوير (١١) متغيراً تراوحت تشبعاتها بين (٠,٦٥٤) و(٠,٣٠٨) ويلاحظ أن هذا العامل ذو تشبعات مرتفعة ويتضمن (١١) مفردة فهو عامل قوي أيضاً .

جدول (١٥) العامل الثالث بعد التدوير

رقم المفردة	نص المفردة	مقدار التشبع
١	تضعف همتي فأترك العمل قبل أن أنجزه .	٠,٣٧٣
٢	لدي القدرة على اختيار أنسب الحلول للمشكلة التي تعترضني .	٠,٦٥٤
٤	لدي القدرة على التأثير بالآخرين من حولي .	٠,٥٥٥
٦	عندما تعترضني مشكلة أبادر فوراً بالبحث عن حلول .	٠,٦١٢
١١	يصعب علي تحديد ما أريد تحقيقه في حياتي .	٠,٣٠٨
١٢	أعطي نفسي الوقت الكافي للتفكير قبل اتخاذ قرار ما .	٠,٤٨١

٠,٥٥٨	أضع نفسي أهدافاً تحسّن مستواي .	١٨
٠,٦٠٠	أرتب أعمالي تبعاً لأهميتها .	٤٤
٠,٤٦٨	أفتقد الشعور بمتعة التعلم .	٤٩
٠,٤٧٨	أعاني من صعوبة كبيرة في تنظيم وقتي .	٥٣
٠,٣٦١	أستمتع بالعمل الشاق .	٥٤

بتحليل البنود التي تشبعت على العامل الثالث ، نلاحظ أنها تتعلق بقدرة الفرد على اختيار أنسب الطرق لحل مشكلاته ، ومواجهة ضغوط الحياة بشكل عام مثل تنظيم الوقت ، ووضع الأهداف المناسبة لحاجاته والبحث عن المعلومات المتعلقة بموضوع مشكلته ثم وضع تصورات لحل المشكلة والاستمرار في المحاولة دون كلل ، وهو ما يمكن أن نطلق عليه باستقراء الإطار النظري للمقياس بمهارة حل المشكلات **Resolving Problem Skills**.

(د) تفسير العامل الرابع : يتضمن العامل الرابع بعد التدوير (٩) متغيرات تراوحت تشبعتها بين (٠,٦٨٢) و(٠,٣٥٩) ويلاحظ أن هذا العامل ذو تشبعت مرتفعة ويتضمن (٩) مفردة فهو عامل قوي .

جدول (١٦) العامل الرابع بعد التدوير

رقم المفردة	نص المفردة	مقدار التشبع
٣	أملك مطلق الحرية في اتخاذ قراراتي الشخصية .	٠,٤٨٥
٧	أجد صعوبة في الالتزام بالحماية من أجل صحي .	٠,٦٨٢
٨	أعيش وفقاً لمبادئ وقناعاتي .	٠,٤٧٣
٩	أجد صعوبة في قيادة زملائي نحو عمل جماعي .	٠,٥٤٣
١٤	أشعر بأهمية أهدافي التي أسعى لتحقيقها .	٠,٥٨٧
١٥	ينتابني القلق إزاء المواقف المفاجئة التي تعترضني .	٠,٥٠٧
١٦	أخذ قرارات وأنا غاضب .	٠,٣٥٩
٢٠	النجاح مرهون بالعمل الجاد وليس الحظ.	٠,٤٠٧
٣٣	أحاول أن أنشر البهجة بمن حولي ولو بابتسامة .	٠,٤١٠

و في ضوء ما سبق ، نلاحظ أن مكونات هذا العامل مترابطة وأنها تدور في فلك إحساس الفرد أنه مسيطر على شؤونه الخاصة وأنه يدير حياته الذاتية بنجاح فلا يحمل بمعطفه ما يمكن أن يقلل من شأنه أو يشعره بالدونية، وتنعكس هذه الثقة في تعامله مع المحيطين فيشعر بقدرته على قيادة زملائه والتأثير فيهم بما يحقق مصالح مشتركة ، وهو ما يمكن أن نطلق عليه وفقاً لتشبعت البنود وللإطار النظري للمقياس بالقدرة على التأثير في الآخرين **Sence of Impact** وهي الدرجة التي ينظر للسلوك " على أنه يمكن أن يحدث فرقاً أو اختلافاً " فيما يتعلق بإنجاز الهدف أو المهمة التي بدورها تحدث التأثير المقصود في بيئة الفرد". (Thomas & thouse,1990) ، (Short & Greer,1993).

(هـ) تفسير العامل الخامس : يتضمن العامل الخامس بعد التدوير (٥) متغيرات تراوحت تشبعتها بين (٠,٧١٩) و(٠,٣٤٢) ويلاحظ أن هذا العامل ذو تشبعت مرتفعة ويتضمن (٥) مفردات فهو عامل ذو قيمة .

جدول (١٧) العامل الخامس بعد التدوير

رقم المفردة	نص المفردة	مقدار التشبع
-------------	------------	--------------

٥	سرعان ما أفقد إحساسي بالمتعة فيما قررت عمله .	٠,٣٤٨
١٠	يصعب أن أراجع عن شيء أو من به .	٠,٣٤٢
٢٩	أسعى نحو النجاح لأرضي من حولي .	٠,٥٧٤
٤٢	درست اختصاصاً لا يستهويني .	٠,٥٠٦
٤٣	مهما فعلت لا يتغير مزاجي السلبي	٠,٧١٩

نلاحظ أن مكونات العامل الخامس تترايط في معناها وتدور حول شعور المرء بمعنى وقيمة العمل الذي يؤديه ، بعكس اللامبالاة التي تعني جهداً أقل لأداء العمل أو تحقيق الهدف ، وبالتالي يتنافى هذا مع شعور الفرد بالتمكين ، وفي التنظير السيكولوجي للتمكين نجد أن دراسة انضباط الفرد وسيطرته على السلوك وإيمانه بالقدرة على إنجازها هو عامل أساسي في التمكين الذاتي .

(Conger and Kanungo, 1988; Spreitzer, 1995; Thomas and Velthhouse, 1990).

ووفقاً لهذا يمكن تسمية العامل الخامس بإضفاء المعنى **Meaningfulness** .

(و) **تفسير العامل السادس** : أما العامل السادس فقد تشعب عليه مفردتان فقط وإن كانت تشعباتها مرتفعة تتراوح بين (٠,٧٦٧)، (٠,٥٥٥) ، ومن ثم فهو عامل ضعيف لا يسمح لنا بالتسمية أو التفسير ، ومن ثم يجب استبعاده وحذفه .

جدول (١٨) العامل السادس بعد التدوير

رقم المفردة	نص المفردة	مقدار التشعب
١٧	أنا متفائل بمستقبلي فهو صنع يدي.	٠,٧٦٧
٤٧	تصعب علي السيطرة على حياتي	٠,٥٥٥

مستخلص العوامل : يلاحظ أن نتائج التحليل العاملي أسفرت عن أن مكونات تمكين الذات والتي بلغ قوام مدخلاتها (٥٥) متغيراً قد أسفرت عن أن تمكين الذات يدور حول خمسة عوامل أساسية هي : العامل الأول : الفاعلية الذاتية (١٥) عبارة ، وعلى العامل الثاني : الشعور بالاستقلالية (١٣) عبارة ، وعلى العامل الثالث : مهارة حل المشكلات (١١) عبارة ، وعلى العامل الرابع : التأثير في الآخرين (٩) عبارات ، وعلى العامل الخامس : إضفاء المعنى (٥) عبارات، ويلاحظ أن هناك تداخل وترابط بين مكونات المقياس بحيث يدل على أنها تقيس ظاهرة واحدة في المجلد بحيث تدفعنا إلى تسميتها بالتمكين الذاتي ، وبهذا يمكن القول بأن هذا الفرض قد تحقق وأن التمكين الذاتي يرتبط بخمسة عوامل هي : (الفاعلية الذاتية ، الشعور بالاستقلالية ، مهارة حل المشكلات ، الشعور بالقدرة على التأثير بالآخرين ، إضفاء المعنى على الأهداف) .

(و) توصيات الدراسة : بالاحتكاك مع مرضى السكري ومعالجتهم اليومية في التعامل مع مرضهم ، ومراجعة نتائج الدراسة نوصي بالتوصيات التالية :

١. تفعيل دور الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين لمساعدة مرضى السكري على السيطرة على متاعبهم النفسية وذلك بعقد دورات تدريبية حول تمكين الذات ومرض السكري .
٢. توفير برامج توعية في جميع وسائل الإعلام حول مرض السكري : مخاطره وطرق السيطرة عليه ، والوقاية منه .
٣. عمل ورشات تدريب للأخصائيين النفسيين والمرضى وللقائمين على العناية بمرضى السكري وخاصة ممن يعتمدون على الأنسولين من صغار السن وكبارهم .

٤. تشجيع مرضى السكري على الانضمام إلى المنتديات الاجتماعية عبر شبكة النت والتي يشرف عليها مختصين لتوفير خدمات مجانية صحية ومعرفية ، بما يحقق توفير التواصل والدعم الاجتماعي لمرضى السكري .
٥. تشجيع مرضى السكري على تحقيق التعايش مع المرض والخروج من العزلة النفسية التي يقعون في براثنها من خلال إشراكهم في أنشطة جماعية تطوعية تشرف عليها الجمعيات المختصة .
٦. توفير الدولة مخصصات مالية وتسهيلات قانونية للموظفين من المصابين بالسكري ، وذلك بهدف دعمهم ومساعدتهم على العناية الشخصية ومتابعة أوضاعهم الصحية .
- ز) البحوث المقترحة : من خلال رحلة الدراسة في ميدان التمكين الذاتي ومرض السكري نقترح الدراسات التالية :
 ١. فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتنمية التمكين الذاتي لدى مرضى السكري .
 ٢. تحديد ملامح الصفحة النفسية لمريض السكري (بهدف فهم أهم العوامل النفسية المؤثرة) .
 ٣. دراسة تأثير برنامج توعوي حول مرض السكري على التمكين الذاتي لدى مرضى السكري .
 ٤. تنمية مهارات مواجهة الضغوط لدى مرضى السكري .
 ٥. تنمية الشعور بالسعادة والتمكين الذاتي لدى مرضى السكري.
 ٦. تنمية الوعي بالذات لإثراء تمكين الذات لدى مرضى السكري .

المراجع

أولا المراجع العربية

- إسكاليير. م (١٩٩٥) "استعمال مضادات الاكتئاب فى مكافحة الألم" مجلة العلوم. المجلد الحادى عشر. العدد الثالث. ص ص ٢٨-٣٥ تصدر عن مؤسسة الكويت للتقدم العلمى.
- جلال المخلاتي. (1984) **التغذية وصحة الإنسان**، الجامعة الإسلامية. غزة.
- حنان مجدي صالحى سليمان. (٢٠٠٩). **المساعدة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مريض السكر المراهق دراسة سيكومترية كينيكية** . رسالة ماجستير . كلية التربية ، قسم الصحة النفسية ، جامعة الزقازيق .
- سعد العتيبي. (٢٠٠٤). **أفكار لتعزيز تمكين العاملين في المنظمات العربية** . القاهرة : ورقة علمية للملتقى الإداري الخامس ، المنظمة العربية للتنمية الإدارية .
- سعد جلال (١٩٨٠) **فى الصحة العقلية**. القاهرة. دار المعارف.
- صالح حسن الداھري وناظم هاشم العبيدي. (١٩٩٩). **الشخصية والصحة النفسية**. دار الكندي للنشر والتوزيع، ط١، الأردن
- عبد الكريم رضوان. (٢٠٠٢) : **القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات**، دراسة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة
- عبد الكريم رضوان. (٢٠٠٨) : **فاعلية برنامج إرشادي تدريبي لخفض الضغوط النفسية وتحسين التوافق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة**، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
- عبد الله البكييري. (١٩٩٤) : **الغذاء وصحة المجتمع**، مكتب التربية العربي، المملكة العربية السعودية
- عدنان الزطمة. (١٩٨٥) : **الداء السكري-النظرة الحديثة فى معالجته واختلاطاته**، رسالة

ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق

- عصام الحمصي. (١٩٨٥) : الموسوعة الطبية الموجزة، دار النشر، دمشق .
- ماجريت كلارك . (١٩٦٣) الطب الحديث. (ترجمة أحمد نظيف). القاهرة : دار الفكر العربي.
- محمد العقيد. (٢٠٠٨). المنتدى العربي لإدارة الموارد البشرية . متاح على الرابط :
<http://www.brbrnet.net/vb/showthread.php?p=455076>
- محمد بن سعد الحميد. (٢٠٠٧) : السكري ، أسبابه مضاعفاته علاجه . ط١. موقع القدم السكرية www.algadam.net
- محمد هاشم ووائل باشا. (١٩٩٠) : أمراض الغدد الصم والاستقلاب، الجزء ٦ مطبعة الأمانى دمشق .
- مرفت عبد ربه عايش مقليل. (٢٠١٠). التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكري في قطاع غزة . بحث متطلب للحصول على الماجستير. الجامعة الإسلامية غزة .
- منظمة الصحة العالمية . (٢٠١٢). السكري . صحيفة وقائع رقم ٣١٢ (سبتمبر ٢٠١٢). متاح على
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/ar/index.html>:
- هالة رمضان على. (1997) الأصابة بمرض البول السكرى لدى عينة من الأطفال وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية لكل من الطفل المريض والأم". رسالة ماجستير. غير منشورة. كلية الآداب. جامعة طنطا.

ثانيا المراجع الأجنبية :

- David Samoocha, David J Bruinvels , Nieke A Elbers , Johannes R Anema and Allard J van der Beek. (2010) **Effectiveness of Web-based Interventions on Patient Empowerment: A Systematic Review and Meta-analysis.** journal of internet medical research. 2010;12(2):e23 doi:10.2196/jmir.1286.
- Anderson RM, Funnell MM. **The Art of Empowerment: Stories and Strategies for Diabetes Educators.** 2nd. Alexandria, VA: American Diabetes Association; 2005.
- Anderson, R M, Funnell, M M, Butler, P M, Arnold, M S , Fitzgerald, J T, & Feste, C C (1995) **Patient empowerment results of a randomized controlled trial Diabetes Care**, 18(7), 943-949 .
- Andrews GJ.(2002). **Private complementary medicine and older people: service use and user empowerment.** Ageing and Society. 2002; 22: 343-368.

- Anitha Thomas .(2007). **Impact of Psychological Empowerment on Organizational Commitment: A Case study with Reference to an Air Conditioning organization in India** Department of Management Studies,National Institute of Technology, Durgapur-713209, West Bengal.
- Azar Tol,Golamreza Sharifirad. (2011).**Determination of empowerment score in type 2 diabetes patients and its related factors**.Retrivedfrom:
http://jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=3219 .
- Bandura, A (1977) **Self-efficacy Toward a unifying theory of behavioral change** Psychological Review, 84, 194–215.
- Barbara Kilbourne, Sherry M. Cummings and Robert S. Levine. (2009). **The Influence of Religiosity on Depression among Low-Income People with Diabetes**. Health Social Work (2009) 34 (2): 137–147 . doi: 10.1093/hsw/34.2.137
- Barrie J (2011) **Patient empowerment and choice in chronic pain management**. Nursing Standard.25, 31, 38–41. Date of acceptance: November 16 2010
- [Boudrias, Jean-Sebastien](#); [Gaudreau, Patrick](#); [Laschinger, Heather K. Spence](#). (2004). [Testing the Structure of Psychological Empowerment: Does Gender Make a Difference?](#). Educational and Psychological Measurement, v64 n5 p861–877 Oct 2004.
- Brajendra, K, and Srivastava, A.: **Diabetes mellitus complication and therapeutics**.. Med Sci Monit, 2006; 12(7): RA130–147.
- Bredeson, P. V. (1995, April). **From gazing out the ivory tower to heavy lifting in the field: Empowerment through collaborative action research**. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, San Francisco.
- Brunner.L.& Suddarth.D.(1982): **Manual of nursing practice.3ed.** Lippincott company. New York.
- Catherine Feste and Robert M. Anderson. (1995). **Empowerment: from philosophy to practice**. Patient Education and Counseling Volume 26, Issues 1–3, September 1995, Pages 139–144.
[http://dx.doi.org/10.1016/0738-3991\(95\)00730-N](http://dx.doi.org/10.1016/0738-3991(95)00730-N)

- Chi, M.T.H., Siler, S.A. & Jeong, H. (2004). « **Can tutors monitor students' understanding accurately ?** », *Cognition and Instruction*, 22(3), 363–387.
- Conger, J.A. and Kanungo, R.B. (1988), **The Empowerment Process: Integrating Theory and Practice**, *Academy of Management Review*, 13 (3), 471–482.
- Craig W. McKenna. (2010). **The Relationship of Type A and Type B Personalities and Disease Management Effectiveness on the Perceived Stress and Self-Efficacy of People with Type 1 and Type 2 Diabetes**. Walden University.
- Debra Pusateri. (1996). **Empowerment scores and glycosylated hemoglobin levels in adults with noninsulin dependent diabetes**. Master thesis . university of Florida.
- [DeCoster, Vaughn A.](#); [George, Lori](#). (2005). [An Empowerment Approach for Elders Living With Diabetes: A Pilot Study of a Community-Based Self-Help Group--the Diabetes Club](#). *Educational Gerontology*, v31 n9 p699–713 Oct.
- [DePalma, Mary T.](#); [Rollison, Julia](#); [Camporese, Matthew](#). (2011). [Psychosocial Predictors of Diabetes Management](#). *American Journal of Health Behavior*, v35 n2 p209–218 Mar 2011.
- Fawcett S, White G, Balcazar F, Suarez-Balcazer Y. **A contextual-behavioral model of empowerment: Case studies involving people with physical disabilities**. *Am. J. Psychol.* 1994;22: 471–495.
- Frank B. Hu, JoAnn E. Manson, Meir J. Stampfer, Graham Colditz, Simin Liu, Caren G. Solomon, and Walter C. Willett. (2001). **Diet, Lifestyle, and the Risk of Type 2 Diabetes Mellitus in Women**, *The New England Journal of Medicine*. Vol. 345, No. 11, September 13.
- Funnell MM, Anderson RM. (2004). **Empowerment and self-management education**. *Clinical Diabetes*. 2004;22:123–7.
- Funnell, M M, Nwankwo, R, Gillard, M L, Anderson, R M, & Tang, T S (2005) **Implementing an empowerment-based diabetes self-management education program** . *The Diabetes Educator*, 31(1), 53–61.
- Gavard,s and Lustman,p,(1993):**Prevalence of depression in adult with diabetes** ,*Diabetes Care* ,vol. 16.No.8,pp 1167–1178.

- Gibson, C (1991) A concept analysis of empowerment *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354–361.
- Gravels, C. & Wandell, P. (2006): **Coping strategies in men and women with type II diabetes in Swedish primary care**. *Diabetes Research and clinical practice*, vol. 71, No. 3, pp 280–589.
- Gutierrez L. (1990). **Working with women of color: An empowerment perspective**. *Social Work*. 1990; 35: 149–153.
- GUTIERREZ, L.M. (1990). **Working with women of colour: an empowerment perspective**. *Social Work*, 35(2):149–53.
- Janette Barrie. (2011). **Patient empowerment and choice in chronic pain management**. *Nursing Standard*. Volume 25, Number 31.
- Janice L. O'Brien. (2011). **Relationships among structural empowerment, psychological empowerment, and burnout in registered staff nurses working in outpatient dialysis centers**. *Nephrology Nursing Journal*, 38(6), 475–481.
- José Luis Monteagudo and Oscar Moreno. (2007). **Patient empowerment opportunities with eHealth, eHealth ERA Report on Priority Topic Cluster Two and recommendations**, March 2007, available:
http://ec.europa.eu/information_society/newsroom/cf/document.cfm?action=display&doc_id=320.
- Julian Rappaport. (1981). **In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention**. *American Journal of Community Psychology* February 1981, Volume 9, Issue 1, pp 1–25.
- June Larrabee, Stacey Culp, Cynthia Persily, Kari Sandjecklin, Gretchen M. Spreitzer. (2011). **Theoretical Model of Nurse Outcomes: Associations among Nurse Characteristics, Psychological Empowerment, Generation, Quality of Work life, and RN Job Satisfaction**. Dissertation submitted to the School of Nursing at West Virginia University.
- Karina Starkey and Tracey Wade. (2010). **Disordered eating in girls with Type 1 diabetes: Examining directions for prevention**. *Clinical Psychologist*. Volume 14, Issue 1, pages 2–9, March 2010.
- Kathryn B Kott. (2008). **Self-efficacy, outcome expectation, self-care behavior and glycosylated hemoglobin level in persons with**

- type 2 diabetes.** Marquette University, 2008. 3306514.
- [Khalil Safari](#) [Ahmad Rastegar](#), [Reza Ghorban Jahromi](#). (2010). **The relationship between psychological empowerment and entrepreneurship among clerks of Fars Payame Noor University.** [Procedia . Social and Behavioral Sciences. Volume 5](#), 2010, Pages 798–802.
 - Kubiak SP, Siefert K, Boyd CJ. **Empowerment and public policy: An exploration of the implications of Section 115 of the Personal Responsibility and Work Opportunity Act.** Am. J. Community Psychol. 2004; 32:127–143.
 - KUBIAK, S.P., SIEFERT, K. & BOYD, C.J. 2004. **Empowerment and public policy: an exploration of the implications of Section 115 of the Personal Responsibility and Work Opportunity Act.** Journal of community Psychology, 2(32):127–143.
 - [Kucera, Miranda](#); [Sullivan, Amanda L.](#) (2011). **The Educational Implications of Type I Diabetes Mellitus: A Review of Research and Recommendations for School Psychological Practice.** Psychology in the Schools, v48 n6 p587–603 Jul 2011.
 - Lee, Mushin and Koh, Joon (2001) **“Is empowerment really a new concept?”**, Int. J. of Human Resource Management 12:4 June 2001 684–695, ISSN 0958–5192 print/ISSN 1466–4399 online © 2001 Taylor & Francis Ltd <http://www.tandf.co.uk/journals>.
 - Leedom.L.M.Procci.W(1991):**Symptoms of depression in patients with Type II diabetes mellitus.**psychosomatics vol.32.No.3,pp 280–286.
 - Lewis.S.,Weilitz.P.&Collier.I.(2004): Medical Surgical nursing, sixth edition, Mosby company, U.S.A.
 - [Lou, Vivian W. Q.](#); [Zhang, Yiqi](#). (2006). [Evaluating the Effectiveness of a Participatory Empowerment Group for Chinese Type 2 Diabetes Patients](#). Research on Social Work Practice, v16 n5 p491–499 .
 - Lustman,P.(1988): **Anxiety disorders in adults with diabetes mellitus** ,psychiatry clinic North America ,vol.11 ,No.2 ,pp 419–432.
 - Madonna Marie Mamerow. (2008). **Biopsychosocial Outcomes of a**

Resilience and Diabetes Self-Management Education Intervention in African American Adults with Type 2 Diabetes. Doctorial thesis . The University of Texas at Austin.

- Martyn Denscombe. (2001). **Uncertain identities and health-risking behaviour: the case of young people and smoking in late modernity.** The British Journal of Sociology [Volume 52, Issue 1](#), pages 157–177, March.
- Nazli Atak, Kenan , Tanju GRKAN. (2008). **The Impact of Patient Education on Diabetes Empowerment Scale (DES) and Diabetes Attitude Scale (DAS-3) in Patients with Type 2 Diabetes.** Turk J Med Sci. 2008; 38 (1): 49–57
- Nettina,S(1996): **Manual of Nursing practice.6th edition.** Lippincott company, New York.
- Paula.M.,Surwit,R,Zucker,N.& McCaskill,C. (2001). **The marital relationship and psychosocial adaptation and Glycemic control of individuals with diabetes.** Diabetes Care.vol.24,pages:1384–1389.
- Penny Powers. (2003). **Empowerment as Treatment and the Role of Health Professionals.** Advances in Nursing Scienc July/August/September 2003 – Volume 26 – Issue 3 – p 227–237.
- [Phelps, Kenneth W.](#); [Hodgson, Jennifer L.](#); [Lamson, Angela L.](#); [Swanson, Melvin S](#) and [White, Mark B.](#) (2012). **Satisfaction with Life and Psychosocial Factors among Underserved Minorities with Type 2 Diabetes.** Social Indicators Research, v106 n2 p359–370 Apr 2012.
- Pouver,F.&Snock,F.(2001):**Association between symptoms of depression and Glycemic control may be unstable across gender.**journal of diabetes–united kingdom. vol.18. No.7.
- Powers, P (2003) **Empowerment as treatment and the role of health professionals** . Advances in Nursing Science, 20(3), 227–237
- Rappaport, J (1981) In praise of paradox a social policy of empowerment over prevention American Journal of Community Psychology, 9, 1–25
- [Rawson, Katherine A.](#); [O'Neil, Rochelle](#); [Dunlosky, John.](#) (2011). **[Accurate Monitoring Leads to Effective Control and Greater Learning of Patient Education Materials.](#)** Journal of Experimental Psychology: Applied, v17 n3 p288–302 Sep 2011.

- Richard R. Rubin and Mark Peyrot. (2001). **Psychological Issues and Treatments for People with Diabetes**. JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY, Vol. 57(4), 457–478.
- [Robert M Anderson](#), [Martha M Funnell](#), [Patricia M Butler](#), [Marilynn S Arnold](#) , [James T Fitzgerald](#), and [Catherine C Feste](#). (1995). **Patient Empowerment Results of a randomized controlled trial**. DIABETES CARE. Volume 18 , number 7 , July 1995 .
- Robert M. Anderson and Martha M. Funnell. (2010). **Patient Empowerment: Myths and Misconceptions** . Patient Educ Couns. 2010 June; 79(3): 277–282.
- Roy, M (and Roy ,A(1994): **Excess of depression symptoms and life events among diabetics** ,comparative psychiatry ,vol.35 ,No. 2 ,pp .١٣١-١٢٩
- Runquist, Jean|Roach, Diane. (2010). **Optimizing the care of the patient with diabetes: Empowering nurses**. The college of St.Scholastica.
- Sandra L . Baker, Joyce J . Fitzpatrick And Mary Quinn Griffin. (2011). **Empowerment and Job Satisfaction in Associate Degree Nurse Educators**. Nursing Education Perspectives . July / August Vol .32 No.4
- **Self empowerment**. Wikipedia, the free encyclopedia. Retrived from : http://en.wikipedia.org/wiki/Self_empowerment.
- Sherry Grover. (2009). [The effects of ProjectPower diabetes education program on adult African Americans' diabetes knowledge, empowerment, and readiness to change](#). Texas Woman's University.
- Short, P. M., & Greer, J. T. (1993). **Restructuring schools through empowerment**. In J. Murphy & P. Hallinger (Eds.), Restructuring schooling: Learning from ongoing efforts (pp. 165– 187). Newbury Park, CA: Corwin.
- Spreitzer , G.M (1995)."**Psychological Empowerment In the Workplace :dimentions , measurement, and validation** " . Academy of Management Journal . VOL.38,NO.5,1444.
- Spreitzer, G.M. (1995). **Psychological empowerment in the workplace: Construct definition, measurement and validation**.

- Academy of Management Journal, 38(5), 1442–1465.
- Steven P.Segal, Carol Silverman and Tanya Temkin. (1995). **Measuring Empowerment in Client–Run Self–Help Agencies.** Community Mental Health Journal, Vol.31,June 1995.
 - Susan Moore Matthews (2009). **Evaluation of the Relationship of Perceived Communication Self–efficacy, Attitudes Toward Diabetes and Satisfaction with Treatment with Glycemic Control.** University of Kentucky.
 - Thomas, K. W., and Velthouse, B.A. (1990), **Cognitive Elements of Empowerment: An Interpretive Model of Intrinsic Task Motivation,** Academy of Management Review, 15 (4) 666–681.
 - [Watkins, Yashika Jamee](#), (2010). **Spirituality, religion, and diabetes self–care activities in African Americans.** University of Illinois at Chicago, Health Sciences Center, School of Public Health, 2010 , 106 pages; AAT 3417510.
 - [World Health Organisation](#) Department of Noncommunicable Disease Surveillance (1999) .[Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications.](#) rerrived in <http://ar.wikipedia.org>.

Abstract

The aim of this study was to measure the level of self–empowerment in diabetes, and its relationship to demographic variables ((sex , age, marital status , monthly income , dependence on insulin) , has been the application of self–empowerment scale (prepared by the researcher) to (n = 89) of patients with diabetes from two types and compare it with (n 104) of the healthy , the study concluded a series of important results and significant differences between healthy and diabetic patients toward healthy , as well as there was differences in the level of empowerment is attributable to the difference in gender, age, marital status , on the other hand, the existence of significant differences in the level of self–empowerment regarding monthly income toward the high–income , regarding the dependence on insulin were significant differences in the component self–efficacy , and the study concluded that self–empowerment revolves around five key factors are: self–efficacy Autonomy , problem solving skills Sense Of Impact , Meaningfulness.

