

بعض منبئات العجز المتعلم لدى المراهقين من مرضى السكر النوع الأول بمدينة بنغازي

د. حنان حسن بالشيخ الكوافي*

قسم علم النفس ، كلية الآداب ، جامعة بنغازي، ليبيا.

البريد الإلكتروني: hanan.bilsheikh@uob.edu.ly

تاريخ القبول / 10 / 6 / 2025 تاريخ الاستلام / 4 / 6 / 2025

Some Predictors of Learned Helplessness Among Adolescents with Type 1 Diabetes in Benghazi

Prepared by: Dr. Hanan Hassan Bilsheikh*

Assistant Professor, Department of Psychology / Health Psychology
Specialty

Faculty of Arts / University of Benghazi

Email: hanan.bilsheikh@uob.edu.ly- Tel:

Study Abstract:

The present study aimed to identify the extent of the variance that can be explained in learned helplessness among adolescents with Type 1 Diabetes in the city of Benghazi, which may be attributed to certain predictor variables, namely: self-esteem, gender, and socioeconomic status. The study sample consisted of (70) adolescents of both sexes. Data were collected using the Self-Esteem Scale (translated and adapted by Mamdouha Salama), the Socioeconomic Status Form for the participant's guardian, and the Learned Helplessness Scale developed by the researcher.

The statistical analysis revealed that self-esteem was the most significant predictor of learned helplessness, indicating that lower self-esteem is associated with higher levels of learned helplessness among the study participants, ($\beta = 0.715, p < 0.001$).

In contrast, gender and socioeconomic status showed no significant contribution to predicting learned helplessness within this sample.

Key words :Self-Esteem , socioeconomic Status, Learned Helplessness.

المأكولات :

استهدفت الدراسة الحالية التعرف على حجم التباين المتوقع تقسيمه في العجز المتعلم لدى المراهقين المصابين بمرض السكري من النوع الأول بمدينة بنغازي، والذي

يمكن عزوه إلى بعض المتغيرات المنبئة، وهي: تقدير الذات، والنوع، والمستوى الاقتصادي-الاجتماعي.

تتكوّن العينة من (70) مراهقاً من الجنسين. وقد جُمعت البيانات باستخدام مقاييس تقدير الذات ترجمة وتعريف ممدودة سلامة، واستمارة المستوى الاقتصادي-الاجتماعي لولي أمر المبحوث، ومقياس العجز المتعلّم الذي أعدّته الباحثة.

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي أن متغير تقدير الذات كان الأكثر إسهاماً في التنبؤ بالعجز المتعلّم، مما يشير إلى أن انخفاض تقدير الذات يرتبط بارتفاع مستوى العجز المتعلّم لدى أفراد العينة،

($\beta = 0.715, p < 0.001$). أما متغيري النوع والمستوى الاقتصادي-الجتماعي فلم يُظهرَا أي إسهام يُذكر في التنبؤ بالعجز المتعلّم لدى هذه العينة.

الكلمات المفتاحية: تقدير الذات – المستوى الاقتصادي الاجتماعي-العجز المتعلّم المقدمة:

يُعد العجز المتعلّم (Learned Helplessness) من المفاهيم النفسية العصبية المحورية التي تقسر استجابات الإنسان للمواقف غير القابلة للسيطرة أو التغيير، لوصف حالة العجز المعرفي والانفعالي والسلوكي الناتجة عن التعرض المتكرر للفشل، بحيث يتعلم الفرد أن جهوده لا تؤدي إلى نتائج، فيتوقف عن المحاولة حتى عندما تناح له فرص السيطرة لاحقاً.

و ضمن هذا السياق يناقش بعض المنظرين مثل (Maier & Seligman, 2016) و (Amat et al, 2005) أن العجز المتعلّم يرتبط بخلل في الدوائر العصبية داخل الجهاز العصبي المركزي، لاسيما بين القشرة الجبهية الأمامية (Medial Dorsal Raphe Nucleus) والنواء الظهرية للرفاء (Prefrontal Cortex) في جذع الدماغ (Brain Stem)، إذ تقوم القشرة الجبهية الأمامية عادةً بعملية الكبح العصبي للโนاء الظهرية عندما يدرك الفرد إمكانية التحكم بالموقف، أما في حالات الفشل المتكرر في السيطرة، فيضعف هذا الاتصال، مما يؤدي إلى فرط تشويط النواة الظهرية، وزيادة إفراز السيروتونين (Serotonin) بصورة غير متوازنة مما يؤثر على السلوك الإرادي ويظهر الإحساس بالعجز (Maier & Watkins, 2005).

إلى جانب ذلك تقوم اللوزة الدماغية (Amygdala) بدور مهم من خلال زيادة الاستثارة الانفعالية والخوف، بينما يتأثر الحُصين (Hippocampus) سلباً بارتفاع

الكورتيزول، مما يضعف الذاكرة السياقية (Contextual Memory) ويؤدي إلى تعميم الإحساس بالعجز (Kim et al., 2016).

وُظّهر دراسات التصوير العصبي أن القشرة الجبهية الأمامية (MPFC) المسؤولة عن التنظيم الانفعالي واتخاذ القرار تتأثر كذلك، مما يفسر الميل إلى الجمود وعدم المرونة عند مواجهة المواقف الصعبة (Hiser & Koenigs, 2018).

وفي هذا السياق أوضحت أبحاث (Hovens et al., 2012) أن التعرض للضغط المستمرة والصدمات النفسية لا سيما في فترة الطفولة تمثل أساساً للعجز المتعلّم، تؤدي إلى تغييرات كيميائية عصبية تتضمن:

- **السيروتونين:** (5-HT) يزداد نشاطه في النواة الظهرية (DRN) عند التعرض للإجهاد المزمن، مما يثبط المبادرة السلوكية ويزيد من مشاعر اليأس.

- **الدوبامين:** (Dopamine) ينخفض نشاطه في النواة المتكئة (Nucleus Accumbens) مما يضعف نظام المكافأة والتحفيز، فينتج عنه ضعف الدافعية (Nestler & Carlezon, 2006).

- **الكورتيزول:** (Cortisol) يرتفع إفرازه من محور Hypothalamic–Pituitary–Adrenal (HPA) استجابة للضغط المزمن، مما يسبب تدهوراً في الحُسين ويعزز حالة التوتر المستمر. (Kim et al., 2016).

وُظّهر هذه النتائج أن العجز المتعلّم ليس مجرد استجابة نفسية، بل إعادة تنظيم عصبية-كيميائية تؤدي إلى تثبيط السلوك وتعزيز الإحساس بالعجز.

وفقاً للمنظور الوظيفي، يتجلّى العجز المتعلّم في ثلاثة أبعاد متراابطة (Maier & Seligman, 2016):

- **البعد المعرفي:** ضعف إدراك السيطرة وتبني تفسير داخلي دائم للفشل، أنا السبب ولن أنجح أبداً.

- **البعد الانفعالي:** ازدياد مشاعر القلق، الاكتئاب، واليأس نتيجة خلل التنظيم الانفعالي.

- **البعد السلوكي (الداعي):** التوقف عن المحاولة، والانسحاب الاجتماعي واتباع أسلوب الهروب والتجنّب. وعاد ما تظاهر هذه الأبعاد لدى ذوي الأمراض المزمنة.

ويُعدّ مرض السكري من النوع الأول (Type 1 Diabetes Mellitus) لدى المراهقين من أكثر الأمراض المزمنة التي تستدعي الدراسة، فقد أشار مكتب الإحصاء وتوثيق المعلومات بالمركز الطبي لتشخيص وعلاج السكر بمدينة بنغازي

أن عدد المترددين من مرضى السكر من عمر 18 عاماً (5132) حالة في سنة 2024، وفي سنة 2025 حتى تاريخ 9-27 كان عدد الترددات من هذه الفئة العمرية (2130) حالة. فالمراهقين في هذه المرحلة يمرون بمجموعة من التغيرات البيولوجية والنفسية وما تحمله هذه التغيرات من تأثير على شخصيته وسلوكه. إلى جانب أن المراهق المصاب بمرض السكري يواجه تحديات أخرى تظهر في متطلبات يومية دقيقة كحقن الأنسولين، المراقبة الذاتية لمستوى السكر،، القيود الغذائية ؛ مما يولّد لديه شعوراً بالضغط المستمر.

تأيدت مثل هذه الفرضيات في عدة دراسات منها ،ما خلصت إليه دراسة Dunn(1987) أن بعض مرضى السكري من المراهقين يظهرون نوبات الغضب والإحباط وانخفاض مستوى الدافعية نتيجة عدم انتظام مستوى السكري في الدم برغم المتابعة المنتظمة، مما يعكس ملامح العجز المتعلّم.

كذلك أظهرت دراسة (Kuttner, et al, 1990) وجود علاقة دالة بين العجز المتعلّم وارتفاع المعدل التراكمي للسكر (HbA1c). وبين العجز المتعلّم والاكتئاب، مما يوضح الترابط بين العوامل الانفعالية والتنظيم الفسيولوجي للمرض. وبينت دراسة كل من (Graue, et al, 2004) أن أنماط التعايش غير التوافقية لدى المراهق مثل الانفعال الزائد والجدال المستمر مع الوالدين عند ذكره بأخذ العلاج أو الالتزام بالحمية الغذائية، والانشغال بأنشطة بديلة، واللامبالاة تؤدي إلى ارتفاع HbA1c ، مما يعزز الدوامة النفسية للعجز المتعلّم.

وتحقيقاً للأدبيات ما يتصل منها بالعجز المتعلّم أهمية تغيير تقدير الذات الذي قد يكون له دور مؤثر في انخفاض العجز المتعلّم ، وهذا ما أظهرته نتائج دراسة طسطوش ومحمد عشار (2017) أن الأفراد ذوو تقدير الذات المرتفع لديهم قدرة أكبر على التوافق مع مرضهم، وبالتالي عجز المتعلّم أقل.

ومن جانب آخر فإنّ تغيير النوع (ذكور، إناث) قد يكون له دور حيوي ومؤثر في العجز المتعلّم ، فقد أشارت دراسة أوضحت دراسة (Morowatisharifabad, et al, 2009) أن الذكور لديهم مركز ضبط داخلي (عجز المتعلّم منخفض) مقارنة بالإإناث.

وثمة متغيرات أخرى (اجتماعية) لها دور رئيسي في العجز المتعلّم، ومن هذه المتغيرات المستوى الاقتصادي - الاجتماعي؛ إذ يصاحب هذا المتغير عادةً أنماط

سلوكية متعددة يمتلها الفرد وتsem بدورها في تفكيره، وتوجه استجاباته تفاعلاً وتوافقاً مع ما يعايشه في حياته اليومية؛ فقد أشارت دراسة (Reshma, et al,2021) أن المرضى من ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض يعانون من ضغوط نفسية، وضعف في الدعم الأسري، وصعوبة في الوصول إلى الرعاية الصحية، وهي عوامل تزيد من ظهور العجز المتعلّم.

ويمكن القول حول ما استعرض لموضوع بالعجز المتعلّم وبعض المتغيرات ذات الصلة (تقدير الذات، والنوع، والمستوى الاقتصادي الاجتماعي) الذي أثارته بحوث عربية وغربية، ما يزال هذا الموضوع في حاجة إلى مزيد من الدراسات، لاسيما في المجتمع الليبي، ومن خلال التوصل إلى بعض النتائج عن بعض من Bennat العجز المتعلّم لدى عينة الدراسة (المراهقين من مرضى السكر النوع الأول).

وتحدد مشكلة الدراسة بالتساؤلات الآتية:-

- مستوى العجز المتعلّم وأبعاده لدى عينة الدراسة؟
- ما مدى قوة العلاقات (كارتباطات بينية) لمتغيرات الدراسة: تقدير الذات، النوع، المستوى الاجتماعي الاقتصادي والعجز المتعلّم؟
- ما حجم التباين المتوقع تفسيره في العجز المتعلّم ، الذي يمكن عزوه لهذه المجموعة من متغيرات التنبؤ؟ وأي متغيرات التنبؤ (فرادي) أفضل من حيث إسهامها النسبي في تفسير تباين المحك؟
- أهمية الدراسة:
- الأهمية النظرية:
- تتجلى أهمية هذه الدراسة في كونها واحدة من الدراسات التي تsem في دعم القياس والتقييم للمتغيرات النفسية ذات العلاقة بمرض السكري، مما يثري الجانب النظري في هذا المجال.
- إعداد أداة جديدة تتناسب مع الخصوصية الثقافية للمجتمع الليبي لقياس العجز المتعلّم، وذلك لعدم توفر أدوات محلية في هذا المجال – في حدود علم الباحثة – لدى عينة الدراسة.

الأهمية التطبيقية:

- قد يستفاد من نتائج هذه الدراسة في تصميم برامج إرشادية تستهدف تعديل الأفكار السلبية وتعزيز السلوكيات الإيجابية المرغوبة، بما يساهم في تنمية تقدير الذات والحد

من مظاهر العجز المتعلّم لدى المراهقين من مرضى السكر، وذلك من خلال وضع أهداف صغيرة قابلة للتحقيق تُساعدهم على التعايش الإيجابي مع مرضهم.

التحديد الإجرائي للمصطلحات الرئيسية في الدراسة:

1- **تقدير الذات:** يعرف إجرائياً بأنه ما يحصل عليه المبحوث من درجة تعكس تقديره لذاته، سواء بالسلب أو الإيجاب من خلال المقياس المستخدم في هذه الدراسة.

2- **العجز المتعلّم:** يتحدّد هذا المفهوم إجرائياً، بأنه ما يحصل عليه الفرد من درجة تعكس مدى ادراكه ووعيه بعجزه عند قيامه بواجباته المتوقعة منه في مواجهة مرض السكري من خلال المقياس المستخدم في هذه الدراسة.

3- **النوع:** ويقصد به إجرائياً أداء كل من مجموعتي الذكور والإناث في مقياس العجز المتعلّم. وقد تم اختيار متغير النوع نظراً لما أشارت إليه كثير من الأديبيات في تراث علم النفس من وجود فروق حيوية ومعرفية ومزاجية بين الجنسين، كذلك لمعرفة دور هذا المتغير في متغير الدراسة الرئيسي.

4- **المستوى الاقتصادي الاجتماعي:** يتحدّد هذا المفهوم إجرائياً من خلال:

- **مستوى التعليم:** يتحدّد إجرائياً بالدرجة التي يتحصل عليهاولي أمر المبحوث وفق تصنيف مستويات التعليم الذي تضمنته استمارة البيانات الأولية. ويتدرج هذا المستوى من صفر: 6 درجات بدءاً بالأمي، وانتهاءً بشهادتي الماجستير والدكتوراه.

- **المهنة:** تتحدّد إجرائياً بالدرجة التي يتحصل عليهاولي أمر المبحوث وفق التصنيف المهني الذي تضمنته استمارة البيانات الأولية ويتضمن هذا التصنيف مدى درجات من (6:1) بدءاً بالمهن البسيطة والتي لا تتطلب أي مهارة وانتهاءً بالمهن الإدارية العليا.

مفاهيم الدراسة:

1- **مفهوم تقدير الذات:** عرف كوبر Cooper (في: عطا، 1993: 269) تقدير الذات بأنه التقييم الذي يضعه الفرد لذاته، شاملاً اتجاهاته الإيجابية أو السلبية نحوها. وترتبط الاتجاهات الإيجابية بمدى تقييم الفرد لذاته وأهميتها وقيمتها ومدى تقبله لها. بينما تشير الاتجاهات السلبية نحو الذات إلى عدم قبول الفرد لنفسه وتقليله من شأنها، وشعوره بالنقص عند مقارنته بالآخرين، وتقييمه لذاته كشخص ليس له أهمية أو قيمة. ويرتبط التقدير الإيجابي للذات بالاتجاهات والسمات الإيجابية، كالاستقلالية، والثقة بالنفس، وتبني الأفراد لأهداف وقيم خاصة ودرجة مرتفعة من المرونة ، وهو مؤشر دال على الصحة النفسية، أما الأفراد ذوو التقدير المنخفض للذات فعادةً ما

يعانون من مشاعر النقص، وعدم الكفاءة، والعجز عن مواجهة الصعاب والمواقف الشاقة.

مفهوم العجز المتعلّم: اقترب ظهور مفهوم العجز المتعلّم بأعمال سليجمان (Seligman) في ستينيات القرن العشرين، إذ أجرى تجارب لدراسة تشريح الخوف لدى الحيوانات. ففي إحدى تجاربها داخل معمل بافلوف، عرضت الكلب لتجربة التشريح الكلاسيكي، حيث كانت تسمع نغمة تتبعها صدمات كهربائية متوسطة الشدة وغير مؤذية جسدياً. حاولت الكلب في البداية تجنب تلك الصدمات، إلا أن حماقاتها باعثت بالفشل. وبعد انتهاء التجربة، وُضعت نفس الكلب في صندوق مزدوج الجوانب يتيح لها الانتقال من جانب إلى آخر لتقادي خمسين صدمة من الصدمات غير المنتظمة، إلا أنها لم تحاول الهروب بعد تعرضها لهذه الصدمات، وأصبحت تتلقى الصدمات بشكل سلبي. وعدم اكتئاث وصف سليجمان هذه الحالة بالعجز المتعلّم.

(Maier & Seligman, 1976:2-6)

قدم كل من (Overmier&Seligman, 1967:29-31) تجارب متعددة لمعرفة كيفية اكتساب العجز المتعلّم. استخدما في إحدى تجاربها نحو 150 كلباً، تم تدريبيهم داخل صندوق معدني على تجنب الصدمات الكهربائية بالضغط على لوح خشبي بأنوفهم، ثم قسمت العينة إلى ثلاثة مجموعات:

- المجموعة الأولى: تلقت صدمات محددة من حيث العدد والنطاق والشدة، مع إمكانية التحكم في إيقافها.

- المجموعة الثانية: تلقت الصدمات نفسها من دون أن تملك القدرة على التحكم أو تجنبها.

- المجموعة الثالثة: كانت مجموعة ضابطة لم تتعرض لأي صدمات كهربائية. أظهرت النتائج أن المجموعتين الأولى والثالثة تمكنتا من الضغط على اللوح والخروج من الصندوق بنجاح، في حين فشلت المجموعة الثانية في ذلك، وأبدت سلوكاً يتسم باللاإنساني العجز نتيجة الخبرة السابقة بعدم القدرة على التحكم في الموقف.

وفي تجاري لاحقة، طبق سليجمان النموذج نفسه على الإنسان، وقسمت العينة إلى ثلاثة مجموعات وفق التصميم السابق؛ إذ تعرضت المجموعة الأولى والمجموعة الثانية لمؤثرات منفردة مثل الضوضاء العالية أو الصدمات الكهربائية الخفيفة أو المهام الصعبة. المجموعة الأولى أخبرت بأنها قادرة على التحكم في إيقاف المؤثرات. أما

المجموعة الثانية فأُخبرت بعدم قدرتها على التحكّم، مهما حاولت. في حين لم تتعرّض المجموعة الثالثة لأي مؤثّرات منفّرة.

أظهرت النتائج أن الأفراد الذين تعلّموا فقدان السيطرة على الموقف أظهروا استجابات سلبية مشابهة لتلك التي لوحظت لدى الحيوانات، مما يؤكّد أن العجز المتعلّم سلوك يمكن أن يظهر لدى جميع الكائنات الحية (Seligman, 1975:90-100).

يسنّت من هذه التجارب إن معظم ما يتعلّمه الإنسان هو نتاج ارتباط الاستجابات بنتائجها، أي أن الدعم أو المكافأة الذي يلي سلوكًا معيناً يعزّز التوقع بأن العائد مرتبط بالاستجابة. أما إذا انفصل العائد عن الاستجابة، يتكون لدى الفرد اعتقاد بأن النتيجة ستحدث بغضّ النظر عن الاستجابة من عدمه، وهو ما يؤدي إلى ظهور العجز المتعلّم. يرى سليجمان أن هذا الانفصال يولّد خلاً في ثلاثة مكونات أساسية:

1- الاضطراب المعرفي: يتمثل في ضعف قدرة الفرد على الربط بين الاستجابات ونتائجها، مما يصعب عليه التعلم الفعال.

2- الاضطراب الانفعالي: يؤدي تعرّض الفرد لموقف ضاغط إلى زيادة حالة الخوف. فإذا تعلّم أنه يستطيع التحكّم في الموقف، ينخفض الخوف تدريجيًّا، أما إذا شعر بالعجز عن التحكّم، فإن القلق والخوف يتحولان إلى اكتئاب، ويعود الاضطراب الانفعالي من أسوأ الاضطرابات، فالخوف والغضب يزودان الفرد بطاقة انفعالية سلبية مرتفعة في مواقف العجز.

3- اضطراب الدافعية: عندما يدرك الفرد أن النتائج لا تتأثر بسلوكه، يجعله يكون توقعاً واعتقاداً سلبياً، وهذا يؤدي بدوره إلى خفض الباخت أو الدافع، مما يؤدي إلى انخفاض واضح في المبادرة والاستجابة (Seligman, 1975:50-55).

بناءً على ذلك، فإن توقع انفصال الاستجابة عن النتيجة يؤدي إلى توليد حالة من الخوف المستمر، لاسيما إذا كان الفرد متشككاً في قدرته على التحكّم في العائد، الأمر الذي يسهم في انخفاض الدافع لدى الفرد للتحكم في الأحداث المحيطة به. ويمكن القول إن العجز المتعلّم لدى مرضى السكري يمثل حالة نفسية تنشأ نتيجة تكرار التعرض لمواقف ضاغطة تنتهي بانعدام القدرة على التحكّم فيها، وهو ما يؤدي بدوره إلى تدهور الحالة الانفعالية والداعية للمرضى، ومن ثم تأثير سلبي في المعدل التراكمي للسكر في الدم.

الدراسات السابقة :

سيتم عرض الدراسات السابقة ذات الصلة بمتغيرات الدراسة ، مع مراعاة الترتيب الزمني لهذه الدراسات من الأقدم إلى الأحدث.

تعد دراسة (Dunn 1987) من أوائل الدراسات المبكرة والسريرية حول العجز المتعلّم في سياق السكري، من خلال دراسة حالة شاب عمره (23 عاماً) مصاب بالسكري من النوع الأول. تمت متابعته ضمن برنامج للمراقبة الذاتية لسكر الدم، أظهرت المتابعة تقلبات كبيرة في مستويات الجلوكوز ترافقت مع نوبات غضب، وإحباط، وانخفاض في مستوى الدافعية، بما يمثل نموذجاً للعجز المتعلّم رغم تكرار الجهود التنظيمية في تحقيق السيطرة على مستوى السكري في الدم.

واستهدفت دراسة (Kuttner et al., 1990) التعرّف على العلاقات المتبادلة بين العجز المتعلّم والإكتئاب ، والالتزام بالعلاج و HbA1c لدى عينة من الأطفال والمراهقين المصابين بالسكري، بلغ حجم العينة 50 مشارك (20 ذكور و30 إناث)، تراوحت أعمارهم ما بين 10-16 عاماً.

كشفت نتائج الدراسة ارتباط دال إحصائياً بين العجز المتعلّم و HbA1c (كلما زاد العجز المتعلّم كلما زاد المعدل التراكمي للسكري). كما وجد ارتباط دال إحصائياً ($P < 0.001$) بين العجز المتعلّم والإكتئاب. وفسر الانحدار المتعدد لهذه المتغيرات 24% من تباين HbA1c. كما أشارت النتائج أن النوع والخلفية الاقتصادية - الاجتماعية ، لم ترتبط بالعجز المتعلّم لدى عينة هذه الدراسة.

وضمن هذا السياق درس (Graue, et al., 2004) أنماط التعايش لدى المراهقين المصابين بالسكري من النوع الأول ودرجة ارتباطها ب (HbA1c). شملت العينة (103) مراهق من الجنسين متوسط مدة الإصابة بالسكري (7.1 إلى 3.8) سنوات، ومتوسط HbA1c (9.4 إلى 16.1%). خلصت النتائج وجود علاقة دالة إحصائية ($p < 0.01$) بين أنماط التعايش غير التوافقية مثل فشل في مواجهة مرض السكر وعدم التحكم الذاتي. وهناك علاقة دالة إحصائية ($p < 0.05$) بين أنماط التعايش الأخرى (الهروب والتجنّب، والسلوك العدواني) وارتفاع HbA1c. وتدلل مثل هذه النتائج على ضعف السيطرة الذاتية لدى عينة الدراسة ، وهي مؤشرات للدلالة على العجز المتعلّم. وقدم (Morowatisharifabad, et al., 2009) دراسة استهدفت التعرّف على العلاقة بين مركز الضبط (Locus of control) والالتزام بعلاج السكري. شارك

في الدراسة 120 مريضاً تراوحت اعمارهم بين 17-73 عاماً من المصابين بالسكري من النوعين الأول والثاني.

أظهرت النتائج وجود فروق بين الجنسين في مركز الضبط وذلك في اتجاه الذكور؛ فقد كانوا أكثر التزاماً بالخطة العلاجية، ويسعون إلى الاعتقاد بأن صحتهم تعتمد على جهودهم الشخصية(مركز ضبط داخلي)، بما يشير إلى مستويات أدنى في العجز المتعلّم مقارنة بالإثاث اللواتي يملن إلى عزو الصحة لعوامل خارجية أقل قابلية للضبط. كما أشارت النتائج إلى أن الأفراد الأكثر تعليماً هم الأكثر التزاماً بالعلاج ، وأكثر ضبط داخلي(انخفاض العجز المتعلّم). ومراكز الضبط الداخلي هو المتغير الأكثر قدرة على التنبؤ بالالتزام بالخطة العلاجية بمستوي دلالة إحصائية ($p < 0.01$).

وقارن (McLaughlin, et al, 2010) بين المصابين بالسكري من النوع الأول (23 مشارك) بمجموعة أخرى من غير المصابين بالسكري (25 مشارك) في العجز المتعلّم ،من خلال تكليفهم بمجموعة من المهام القابلة للحل ،ومهام أخرى ثانية غير قابلة للحل (مهما بذلوا فيها من جهد). ثم عرضت على المجموعتين مهمة ثلاثة قابلة للحل ،ومعرفة هل الأداء في المهمة الأولى والثانية(العجز المتعلّم تجريبيا) يؤثر على أدائهم سلباً في المهمة الثالثة.

أشارت النتائج أنه لم تكن هناك فروق بين المجموعتين (الأصحاء والمرضى) في أدائهم لهذه المهام. مما يشير أن المراهقين من مرض السكري لم يظهروا عجز متعلم أثناء أدائهم لهذه المهام.

وقام كل من طشطوش، ومحمد عشار (2017) بدراسة استهدفت مجموعة من الأهداف؛ أهمها تقدير الذات لدى مرض السكري، والتحقق مما إذا كان هذا المتغير باختلاف النوع، العمر، ومستوى التعليم. تكونت العينة من 530 مريضاً بلغ عدد الذكور 254 وعدد الإناث 276 تراوحت اعمارهم بين 30-60 عاماً، أظهرت البيانات أن 60% من أفراد العينة لديهم شهادة ثانوية وأقل، و25% لديهم شهادة جامعية ، و15% لديهم ماجستير وأعلى. خلصت النتائج أن مستوى تقدير الذات كان مرتفعاً لدى أفراد العينة ، كما وجدت فروق بين الجنسين في تقدير الذات، وذلك في اتجاه الذكور. كما تبيّن أن متوسط تقدير الذات يرتفع لدى ذوي المستويات العليا من السلم التعليمي مقارنة بأصحاب المستويات الأدنى.

أما دراسة (Reshma,et al.,2021) فقد استهدفت التعرّف على معيقات الرعاية الذاتية لمرضى السكري من ذوي الخلفيات الاقتصادية الاجتماعي المنخفضة. تمثلت العينة في 30 مريضاً بالسكري. وباستخدام أسلوب المقابلة مع أفراد العينة، أشار المشاركون إلى أن المعوقات التي واجهوها تمثلت في صعوبة الحصول على رعاية صحية مناسبة، وارتفاع تكلفة الأدوية. وشعورهم بالضغط النفسي، والاكتئاب وقلة الدعم الاسري، وهي جميعاً عوامل ساهمت في ضعف السيطرة على مرض السكري. كما كشفت المقابلات عن مؤشرات الجوانب المعرفية والوجدانية والسلوكية للعجز المتعلّم لدى أفراد العينة.

تعقيب على الدراسات السابقة:

يلاحظ من الدراسات التي تم عرضها افتقار البحوث العربية إلى الدراسات السيكولوجية التي تبحث في دور تقدير الذات، والنوع، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي في التنبؤ بالعجز المتعلّم. من هنا كان منطلق الدراسة الحالية والاهتمام بهذه المتغيرات على فئة المراهقين؛ لما لتلك القررة النمائية من أهمية في تكوين الشخصية السوية، وتحديد اتجاهات الفرد نحو ذاته ومشكلاته الصحية.

كما أن هذه الدراسات أجريت في مجتمعات تختلف عن المجتمع الليبي، من حيث السياق الحضاري والتراكمي ، فإن التباين في طبيعة هذه المجتمعات، قد يحد من امكانية تعميم نتائجها على البيئة المحلية، من هنا كان منطلق الدراسة من خلال دراسة بعض من Bennat العجز المتعلّم لدى المراهقين من مرضى السكر النوع الأول في ضوء الخصوصية الثقافية للمجتمع الليبي.

منهج وإجراءات الدراسة:

أجريت الدراسة الحالية وفقاً للمنهج الوصفي؛ إذ يتم تناول المتغيرات فيه بناء على الوصف والتوصيف، وليس على التحكم العمدي.

عينة الدراسة:

تكونت من (70) مبحوثاً من المراهقين من كلا الجنسين، وممن تم تشخيصهم بمرض السكر النوع الأول. بلغ عدد الذكور(38)، وعدد الإناث (32) . تراوحت أعمارهم بين 14-18 عام.

وقد اختيرت العينة بالطريقة المتأحة، من بين المراجعين للعيادات الخارجية بالمركز الطبي لتشخيص وعلاج السكري، ومستشفي الأطفال.

أدوات الدراسة:

1- استمارة البيانات الأولية:

- مستوى تعليمولي الأمر: تضمن مؤشر مستوى تعليم الفرد المستويات التعليمية الآتية: 1- أمي. 2- يقرأ ويكتب. 3- شهادة ابتدائية. 4- شهادة إعدادية. 5- شهادة ثانوية أو ما يعادلها. 6- شهادة جامعية. 7- شهادة الماجستير/ الدكتوراه.
وفي ضوء هذا التصنيف خُصص لهذا المؤشر مدى من (صفر: 6) درجات بدءاً بالأمي، وانتهاءً بشهادتي الماجستير والدكتوراه. (Arif, 1987).
 - مهنةولي الأمر: أما بالنسبة لمؤشر المهنة فقد شمل:
 - 1 – العمال غير المهرة، كمهنة بواب، أو عامل بناء مثلًا.
 - 2 – العمال شبه المهرة، مثل طباخ، وبستانى.
 - 3 – العمال المهرة (مهارة يدوية) كالسوق، والنجار، والميكانيكي.
 - 4 – المستخدمين المهرة (مهارة غير يدوية) مثل السمسرة، والتجار (أصحاب المحلات) وموظفي مكاتب الخدمات والفنادق.
 - 5 – الإداريين كفئة موظفي الدولة، والشرطة، والمعلمين.
 - 6 – الإدارة العليا (القيادات المهنية، والإدارية العليا)، مثل مهنة القاضي، والطبيب، والمهندس، والأستاذ الجامعي، والوزراء، والمحافظين، ومديري الشركات والمؤسسات الكبرى.
- وبناءً على هذا التقسيم حدد لهذا المؤشر مدى من (1 : 6) درجات بدءاً بالمهن البسيطة والتي لا تتطلب أي مهارة وانتهاءً بالمهن الإدارية العليا (Arif, 1987).

2- مقياس تقدير الذات:

تم قياس تقدير الذات باستخدام مقياس فرعي (يتكون من تسعة فقرات) من مقياس تقدير الشخصية إعداد (رونالد، 1986) وقد قامت مدوحة سلامه بترجمته وأعدته للبيئة العربية.

والمقياس رباعي التدرج يتم تصحيحه كما يلي: تتطبق دائمًا=4 ، تتطبق أحياناً=3 ، تتطبق نادراً=2 ، لا تتطبق أبداً=1 ، ماعدا العبارات (2-4-6) فهي تأخذ التصحيح العكسي (تتطبق=1 ، أحياناً=2 ، نادراً=3 ، لا تتطبق أبداً=4).
وقد صمم المقياس بحيث تشير الدرجة المرتفعة إلى الجانب السلبي من السلوك المقاس. فكلما زادت الدرجة دل ذلك على انخفاض تقدير الذات.

3- مقياس العجز المتعلّم:

روعيت عدة اعتبارات ؛ عند اعداد هذا المقياس ، هو أن يكون المقياس ملائم لطبيعة العينة ، ولطبيعة ثقافة المجتمع الليبي. وتم اعداد هذا المقياس من قبل صاحبة الدراسة الراهنة بناء على عدد من الأسس والمصادر العلمية، وذلك بالاطلاع على ما ورد من كتابات علمية متعلقة بمفهوم العجز المتعلّم في إطار نظرية سيلجمان (Seligman, 1975). إلى جانب مراجعة بعض المقاييس العربية لقياس العجز المتعلّم مثل حجازي (2023)، كذلك تم الاطلاع على بنود بعض المقاييس الأجنبية الواردة بعض المصادر العلمية أبرزها: مقياس العجز المتعلّم لذوي الأمراض المزمنة (Yessick & Salomons, 2022).

وكانت هذه المصادر العلمية المعين التي استقصت منه الباحثة بنود المقياس وأبعاده، وقد تكون المقياس في صورته النهائية من (30 بندًا) تكشف عن مدى إدراك الفرد لعجزه، وتوقعه للفشل، عند قيامه بالواجبات والمسؤوليات المتوقعة منه في مواجهة مرض السكري. توزعت عبارات المقياس وفق الأبعاد الثلاثة الآتية:

- 1- **البعد المعرفي:** ويتجلى في التوقعات السلبية مثل (لا شيء سيتغير، والعلاج لن يفيد) من خلال البنود الآتية: 3-*4-9-12-18-19-24-25-26-28-30.
- 2- **البعد الانفعالي:** يظهر في مشاعر اليأس، والحزن والإحباط، والقلق حول المرض، من خلال البنود الآتية: 1-7-*10-14-17-22-29.
- 3- **البعد السلوكي / الدافعي:** يتمثل في الانسحاب، ضعف الدافعية، ضعف الالتزام بالعلاج، من خلال البنود الآتية: 2-*5-6-8-*11-*13-15-*16-*20-*21-*23-*27.

ويجب عن هذا المقياس ضمن ثلاثة بدائل هي: دائمًا، أحياناً، نادرًا. ويتم تصحيحه وفق مقياس ليكرت ثلاثي التدرج؛ دائمًا: ثلات درجات، أحياناً: درجتين، نادرًا: درجة واحدة، أما البنود العكسية المشار إليها بالنجمة * فتصح في الاتجاه العكسي. وتقسّم الدرجات على النحو التالي: ارتفاع الدرجة يدل على ارتفاع مستوى العجز المتعلّم لدى المبحوث، وانخفاض الدرجة يدل على كفاءة المبحوث وتوافقه النفسي مع المرض . مدي الدرجات يتراوح ما بين 30:90 درجة.

الخصائص القياسية لأدوات الدراسة:

تم التحقق من الثبات والصدق لهذه الأدوات بسحب عينة عشوائية حجمها (30) مبحوثاً من العينة الأساسية(70)، وحساب الصدق بطريقة الاتساق الداخلي (ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية بالنسبة لمقياس تقدير الذات، أما مقياس العجز المتعلم فقد تم قياس الاتساق الداخلي عن طريق ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية ،وقياس ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية. أما الثبات فقد تم حسابه بطريقة ألفا كرونباخ. والجداول (1)، (2)، (3)، (4) توضح معاملات الصدق والثبات لهذه الأدوات.

جدول (1) معامل الصدق لمقياس تقدير الذات بطريقة الاتساق الداخلي (ن=30)

معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم البند/ مقياس تقدير الذات
*0.612	6	*0.688	1
*0.649	7	*0.631	2
*0.829	8	*0.733	3
*0.612	9	*0.658	4
		*0.521	5

* معامل ارتباط دال بمستوى 0.01

جدول (2) معامل الصدق لمقياس العجز المتعلم بطريقة الاتساق الداخلي(ن=30)

معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	معامل الارتباط	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	معامل الارتباط	مقياس العجز المتعلم رقم البند
*0.723	25	*0.714	17	*0.677	9	*0.712		1
*0.701	26	*0.753	18	*0.605	10	*0.784		2
*0.603	27	*0.796	19	*0.619	11	*0.653		3
*0.563	28	*0.663	20	*0.631	12	*0.702		4
*0.528	29	*0.541	21	*0.763	13	*0.77		5
*0.692	30	*0.591	22	*0.524	14	*0.553		6
		*0.663	23	*0.875	15	*0.624		7
		*0.638	24	*0.714	16	*0.573		8

* دال عند مستوى 0.01

جدول (3) معامل الصدق الاتساق الداخلي (ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية لمقياس العجز المتعلّم)

معامل الارتباط	البعد
*0.701	المعرفي
*0.792	الانفعالي
*0.684	السلوكي / الدافعي

*دال عند مستوى 0.01

جدول (4) معامل الثبات (آلفا كرونباخ) لمقياس تقدير الذات

معامل آلفا كرونباخ	المقاييس
*0.803	- تقدير الذات

*دالة عند مستوى 0.01

جدول (5) معامل الثبات (آلفا كرونباخ) لمقياس العجز المتعلّم وأبعاده الفرعية

معامل آلفا	البعد
*0.810	المعرفي
*0.792	الانفعالي
*0.883	السلوكي / التحفيزي
*0.822	المقياس ككل

*دالة عند المستوى 0.01

يتضح من الجداول (1، 2، 3، 4، 5) أن مقاييس الدراسة الحالية تتمتع بدرجة مقبولة من الصدق، وثبات، مما يبرر إمكانية الوثوق في البيانات المستمدة منها.

إجراءات التطبيق:

طبقت مقاييس الدراسة على المبحوثين بشكل فردي ، بعد توضيح الهدف من الدراسة توضيحاً مبسطاً ، والتأكيد على سرية البيانات وأهميتها لأغراض البحث العلمي، وقد كان هناك تعاون مستمر من قبل أفراد العينة أثناء فقرة التطبيق، استغرق وقت تطبيق المقاييس نحو(20-25) دقيقة، خلال الفترة من 2025\8\20 إلى 2025\9\27

الأسلوب الإحصائي المستخدم:

قبل اختيار الأسلوب الإحصائي لتحليل البيانات تم التأكيد من اعتدالية توزيع متغيرات الدراسة، باستخدام ما يعرف باختبار اعتدالية التوزيع (Normality test). بناءً على ذلك تم تحليل البيانات باستخدام برنامج الحقائق الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS للتحقق من أهداف الدراسة:

- 1- المتوسطات والانحرافات المعيارية لمتغير الدراسة الرئيسي وأبعاده.
- 2- مصفوفة معاملات الارتباط بين متغيرات الدراسة.
- 3- الانحدار المتعدد باستخدام طريقة Stepwise وفيها تدخل المتغيرات المستقلة إلى معادلة خط الانحدار على عدة خطوات ، بهدف تحديد أكثر المتغيرات تنبؤاً بالمحك، واستناداً إلى حجم معامل الارتباط المتعدد(R) ورديفه معامل التحديد (R^2).

نتائج الدراسة:

التساؤل الأول: ما مستوى العجز المتعلّم وأبعاده لدى عينة الدراسة؟
للإجابة على هذا التساؤل تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمتغير الرئيسي العجز المتعلّم وأبعاده.

جدول (6): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للعجز المتعلّم وأبعاده.
(ن=70)

المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
العجز المتعلّم:	63.157	12.181
البعد المعرفي	23.629	5.031
البعد الانفعالي	17.043	4.130
البعد السلوكى / الدافعى	22.614	4.427

تشير نتائج الجدول (6) إلى أن المتوسط الكلّي للعجز المتعلّم بلغ (63.157) بانحراف معياري (12.181)، مما يدل على مستوى متوسط إلى مرتفع في العجز المتعلّم لدى أفراد العينة. كما تنسق مع نتائج Dunn (1987) التي لاحظت لدى المراهقين المصابين بالسكري نوبات غضب وإحباط وضعف الدافعية، وهي مظاهر سلوكية ومعرفية من العجز المتعلّم. وتؤيدتها كذلك دراسة (Graue et al. 2004) التي بيّنت أن أنماط التعايش غير التوافقية ترتبط بارتفاع HbA1c، وهو ما يعكس ضعف السيطرة الذاتية وجود عجز المتعلّم.

كما يظهر أن أعلى متوسط حسابي تحقق في البعد المعرفي (23.629)، يليه البعد السلوكى/الداعى (22.614)، ثم البعد الانفعالي (17.043) ويوضح ذلك أن أفراد العينة لديهم درجة أكبر من الجوانب المعرفية والسلوكية المرتبطة بالعجز المتعلم مقارنة بالجانب الانفعالي. وتشير مثل هذه النتيجة ضمنياً أن العجز المتعلم لدى أفراد العينة يظهر من خلال طريقة تفكيرهم وهذا يؤثر بدوره سلباً على سلوكهم وانخفاض داعييهم.

التساؤل الثاني: معرفة الارتباطات البينية لجميع المتغيرات: تقدير الذات، النوع ، المستوى الاجتماعي الاقتصادي ، والعجز المتعلم، كما تعبّر عنه درجات عينة الدراسة. والجدول (7) يبيّن مصفوفة معاملات الارتباط لهذه المتغيرات، ودلالتها الإحصائية.

جدول (7) مصفوفة معاملات الارتباط لمتغيرات الدراسة (n=70)

تقدير الذات	النوع	المستوى الاجتماعي الاقتصادي	العجز المتعلم	المتغيرات
-	-0.274	-0.075	0.638*	تقدير الذات
-0.274	-	0.046	-0.270	النوع
-0.075	.046	-	-0.047	المستوى الاجتماعي الاقتصادي
0.638*	-0.270	-0.047	-	العجز المتعلم

*معاملات ارتباط دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.01

يوضح الجدول (7) أن العجز المتعلم يرتبط ارتباطاً موجباً ومرتفعاً مع تقدير الذات ($r=0.638 p<0.01$). مع ملاحظة أن الدرجات المرتفعة في مقياس تقدير الذات تدل على انخفاض في تقدير الذات. وتشير مثل هذه النتيجة إلى أن المراهقين من عينة الدراسة ذوي تقدير الذات منخفض يظهرون مستوى أعلى في العجز المتعلم. وتخالف هذه النتيجة مع نتائج دراسة طشوط و محمد عشار (2017) التي خلصت أن الأفراد ذوي تقدير الذات المرتفع لديهم قدرة أكبر على التوافق مع مرضهم، وعجز متعلم أقل. أما الارتباط بين النوع والعجز المتعلم فقد كان ضعيف وسالب، وتنتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (1990) Kuttner et al. التي لم تجد فروقاً بين الجنسين في العجز المتعلم. كما يتضح من الجدول (7) أن الارتباط بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي والعجز المتعلم ضعيف. وتبدو هذه النتيجة غير متسقة مع نتائج

(Reshma, et al. 2021) التي أظهرت أن المرضى من ذوى الاقتصادي المنخفض يعانون من العديد من المشكلات النفسية وصعوبة في الخدمات الصحية، مما يزيد العجز المتعلّم لديهم.

التساؤل الثالث: معرفة الارتباط المتعدد، ومدى الإسهام النسبي لكل من تقدير الذات، النوع ،والمستوى الاجتماعي الاقتصادي في التنبؤ بالعجز المتعلّم، كما تعبّر عنه درجات عينة الدراسة؟ والجدول (8) يوضح نتائج هذا الهدف.

جدول (8) يوضح نتائج تحليل الانحدار المتعدد للمتغيرات المنبنة بالعجز المتعلّم لعينة الدراسة (n=70)

المتغير التابع	المتغير المنبئ	R ²	الارتباط المتعدد	مربع معامل الارتباط المتعدد	B	معامل الانحدار	Beta	قيمة (ت)	مستوى الدلالة الإحصائية	قيمة (ف)	مستوى الدلالة الإحصائية	مستوى الدلالة الإحصائية
العجز المتعلّم	ثابت	0.744	0.553	37.644		-1.679	-0.069	0.807	0.422	27.206	0.000	0.455
	النوع											
	المستوى الاجتماعي الاقتصادي											
	تقدير الذات											

أوضحت نتائج تحليل الانحدار المتعدد في الجدول (8) أن المتغيرات المستقلة الثلاثة: تقدير الذات، المستوى الاجتماعي الاقتصادي، والنوع؛ تفسّر ما نسبته 55.3% من التباين في العجز المتعلّم لدى أفراد العينة، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط المتعدد $R = 0.744$ ، وربع معامل الارتباط المتعدد $R^2 = 0.553$ ، وهي دلالة على أن النموذج يمتلك قدرة تفسيرية متوسطة إلى مرتفعة. كما اتضح أن النموذج دال إحصائياً بمستوى ($p < 0.001$).

كما بين الجدول(8) أن تقدير الذات هو المتغير الأكثر إسهاماً ودلالة إحصائية في التنبؤ بالعجز المتعلّم ($Beta = 0.715$)، ويشير ذلك إلى أن انخفاض تقدير الذات له علاقة بارتفاع مستوى العجز المتعلّم. وتنسق هذه النتيجة إجمالاً مع الأسس النظرية التي أشارت إلى أن الأفراد ذوي تقدير الذات المنخفض ، غالباً ما تهيمن عليهم الأفكار

الانهزامية والتي تسهم في ظهور مشاعر القلق والخوف من الفشل، مما يقلل من دافعيتهم للمبادرة وظهور سلوك العجز عند مواجهة المواقف الصعبة. أما متغيري النوع، والمستوى الاقتصادي الاجتماعي، لم يكن لهما أي دور تنبؤي في العجز المتعلّم، وهو ما تدل عليه قيم معاملات الانحدار المعيارية (بيتا) وقيمة (ت) بالجدول (8) وهي قيم غير دالة إحصائياً.

من المحتمل أن يرجع غياب دور النوع في العجز المتعلّم إلى أن المفاهيم المرتبطة بالنوع والدور الجنسي أكثر تحديداً، والتوقعات الاجتماعية لهذا الدور بدأت تتضاءل في المجتمع الليبي. كما يمكن تفسير ضعف إسهام المستوى الاجتماعي الاقتصادي، في تباين العجز المتعلّم في ضوء الخصائص الحضارية والثقافية للمجتمع الليبي، فهو مجتمع متجانس لا توجد فيه فوارق بين الشرائح الاجتماعية. وأيًّا كان التعليل فإنه يستحق التحقق منه في قبولي أو رفضه من خلال دراسات أخرى.

وبناءً على ذلك، يمكن التعبير عن معادلة التنبؤ بالعجز المتعلّم من خلال المتغير الأكثر تأثيراً (تقدير الذات) كما يلي: $(تقدير الذات \times 1.353) + 37.644 = \text{العجز}$

المتعلم

وتشير هذه المعادلة إلى أن كل زيادة قدرها درجة واحدة في تقدير الذات (أي انخفاض فعلي في تقدير الذات) تؤدي إلى زيادة في العجز المتعلّم بمقدار 1.353 درجة تقريرياً، مما يؤكد دور تقدير الذات في تفسير تباين العجز المتعلّم لدى عينة الدراسة.

ومثل هذه الدراسات التنبؤية يجب أن تؤخذ نتائجها بحذر؛ لأنه من الخطأ افتراض أن معظم المتغيرات المنبئة قد قيست بهذه الدراسة ، فقد تكون هناك متغيرات أخرى لم تشملها الدراسة الراهنة، وتفسر نسبة أعلى على ما تباين العجز المتعلّم، وهذا يتطلب المتابعة بدراسات أخرى مكملة لهذه الدراسة، وبالتالي تكون نتائج هذه الدراسة أساساً أميريكياً وهادياً لها، وإنجمالاً فهذه الدراسة قدمت إنجازاً متواضعاً في فهم بعض المتغيرات ذات الإسهام في العجز المتعلّم، كأحد الموضوعات المتعلقة بعلم نفس الصحّة.

التوصيات:

1- إقامة برامج تنقيف نفسي صحي للإباء والأمهات لتوسيعهم بأهمية الدعم الأسري لأنّائهم المصابين بالسكري دون تعزيز مشاعر العجز أو الاعتمادية الزائدة لديهم.

2- استخدام مهارات العلاج المعرفي السلوكي مع المراهقين من مرضى السكري وتعليمهم السيطرة على العجز المتعلم من خلال:

- اكتساب مهارة حل المشكلات للتعامل مع تذبذب نسبة السكر في الدم.

- استبدال الأفكار اللاعقلانية بأفكار أخرى بديلة وأكثر عقلانية والتي قد تساعدهم في التحكم في معدل السكر.

- تدريب المرضى على مهارة الاسترخاء Relaxation.

3- دعم الوعي النفسي الصحي عن طريق ورش العمل في المدارس حول مرض السكري وتقليل الوصمة النفسية والاجتماعية للمراهقين داخل المدرسة.

المقترحات:

1- اجراء مثل هذه الدراسة باستخدام متغيرات أخرى مثل الدعم الأسري واستراتيجيات التعايش، والمرؤنة النفسية في التنبؤ بالعجز المتعلم.

2- اجراء دراسات تعتمد على بعض فنون العلاج المعرفي السلوكي مثل التقبل والالتزام ACT في خفض العجز المتعلم لدى مرضى السكري.

3- التحقق من صلاحية مقاييس العجز المتعلم من خلال إعادة تطبيقه على عينات أخرى من ذوي الأمراض المزمنة مثل: مرض القلب ومرضى الفشل الكلوي.

بيان تضارب المصالح

يقر المؤلف بعدم وجود أي تضارب مالي أو علاقات شخصية معروفة قد تؤثر على العمل المذكور في هذه الورقة.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

رونالد، روتر.(1986). كراسة تعليمات دليل واستخدام استبيان تقدير الشخصية(ترجمة ممدودة سلامه).القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

طسطوش، رامي ومحمد عشار(2017). نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكر في الأردن.المجلة الأردنية في العلوم التربوية.(13). 2. 132-155.

عطاء، محمود.(1993) تقدير الذات وعلاقته بالوحدة النفسية والإكتئاب لدى طلاب الجامعة.مجلة دراسات نفسية.(3). 3. 269-287،جامعة القاهرة.

حجازي، نورة عبد الجاد.(2023). الخصائص السيكومترية لمقياس العجز المتعلم لدى طالبات المرحلة الثانوية. مجلة دراسات تربوية واجتماعية، كلية التربية، جامعة حلوان. 29 (3) 94-120.

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Amat, J., Paul, E., Watkins, L. R., & Maier, S. F. (2005). Medial prefrontal cortex determines how stressor controllability affects behavior and dorsal raphe nucleus. *Nature Neuroscience*, 8(3), 365–371. <https://doi.org/10.1038/nn1401>.
- Arif, A. F. (1987). *Children's reasoning in two countries: A comparison of operativity, short-term memory and scholastic attainment in Libyan and English primary schools (Doctoral dissertation, University of Nottingham)*. University of Nottingham.
- Dunn, S. M. (1987). Psychological issues in diabetes management: (I) Blood glucose monitoring and learned helplessness. *Practical Diabetes International*, 4(3), 108–112. <https://doi.org/10.1002/pdi.1960040304>.
- Graue, M., Wentzel-Larsen, T., Bru, E., Hanestad, B. R., & Søvik, O. (2004). The coping styles of adolescents with type 1 diabetes are associated with degree of metabolic control. *Diabetes Care*, 27 (6), 1313–1317. <https://doi.org/10.2337/diacare.27.6.1313>.
- Hiser, J., & Koenigs, M. (2018). The multifaceted role of the ventromedial prefrontal cortex in emotion, decision making, social cognition, and psychopathology. *Nature Reviews Neuroscience*, 19(3), 154–167. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.147>
- Hovens, J. G. F. M., Giltay, E. J., Spinhoven, P., van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. J. H. (2012). Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(3), 198–207. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01828.x>
- Kim, E. J., Pellman, B., & Kim, J. J. (2016). Stress effects on the hippocampus: A critical review. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 44, 6–13. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2016.12.001>
- Kutner, M. J., Delamater, A. M., & Santiago, J. V. (1990). Learned helplessness in diabetic youths. *Journal of Pediatric Psychology*, 15 (5), 581–594. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/15.5.581>
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. P. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105(1), 3–46.
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. P. (2016). Learned helplessness at fifty: Insights from neuroscience. *Psychological Review*, 123(4), 349–367. <https://doi.org/10.1037/rev0000033>
- Maier, S. F., & Watkins, L. R. (2005). Stressor controllability and learned helplessness: The roles of the dorsal raphe nucleus, serotonin, and

- corticotropin-releasing factor. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(4-5), 829–841. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2005.03.021>.
- McLaughlin, E., Lefavre, M.-J., & Cummings, E. (2010). Experimentally-induced learned helplessness in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(4), 405–414. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp061>.
- Morowatisharifabad, M. A., Mazloomy Mahmoodabad, S. S. M., Baghianimoghadam, M. H., & Rouhani Tonekaboni, N. (2009). Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen. *Journal of Research in Health Sciences*, 9(1), 37–44.
- Nestler, E. J., & Carlezon, W. A. Jr. (2006). The mesolimbic dopamine reward circuit in depression. *Biological Psychiatry*, 59(12), 1151–1159. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.09.018>.
- Overmier, J. B., & Seligman, M. E. P. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 63(1), 28–33. <https://doi.org/10.1037/h0024166>
- Reshma, P., Thomas, S. A., George, R., & Kumar, R. (2021). Barriers to diabetes self-management among socioeconomically disadvantaged patients. *Journal of Health Psychology*, 26 (7), 905–918. <https://doi.org/10.1177/1359105319851444>
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco, CA: Freeman.
- Yessick, L. R., & Salomons, T. V. (2022). The chronic disease helplessness survey: Developing and validating a better measure of helplessness for chronic conditions. *PAIN Reports*, 7, e991. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000991>