

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم و البحث العلمي

جامعة البليدة 2

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

الكفاءة الذاتية و علاقتها بالالتزام الصحي لدى مرضى السكري

مذكرة مكملة لنيل درجة الماجستير علم النفس

تخصص : علم النفس العيادي

إشراف الدكتورة :

د. بوعافية نبيلة

إعداد الطالب :

سامعي صهيب

السنة الجامعية: 2014/2015

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم و البحث العلمي

جامعة البليدة 2

كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

الكفاءة الذاتية و علاقتها بالالتزام الصحي لدى مرضى السكري

مذكرة مكملة لنيل درجة الماجستير علم النفس

تخصص : علم النفس العيادي

إعداد الطالب :

سامعي صهيب

أمام اللجنة المشكلة من :

أ.فاضلي أحمد	أستاذ محاضر أ	جامعة البليدة 2	رئيسا
أ.نبيلة بوعافية	أستاذ محاضر أ	جامعة البليدة 2	مقررا و مشرفا
أ. العبزوزي الربيع	أستاذ محاضر أ	جامعة البليدة 2	عضوا مناقشا
أ.حناش فضيلة	أستاذ محاضر أ	جامعة البليدة 2	عضوا مناقشا

السنة الجامعية :2014/2015

الإهداء

إلى رمز العطاء والأمان حفظه الله إليك "أبي"
إلى القلب الصافي والحضن الدافئ "أمي الغالية"

إلى جميع أفراد أسرتي خاصة عيسى ، مهدي ، صونية ، سيرين ، أنفال ، زهرة الربيع

إلى جميع أصدقائي خاصة محمد ، حسان ، أبي بكر ، سليم ، رشيد ، طارق ، عزيز، عبد الغني

إلى كل الذين تحملوا المشقة معي و كانوا سندا لي لإنجاز هذه المذكرة ، و أخص بالذكر يوسف
إبراهيم ، عبد الكريم ، و إلى جميع طلبة الماجستير بجامعة البليدة 2 دفعة 2012 .

إلى زملائي في العمل خاصة رئيسة مصلحة وحدة النفس و التغذية السيدة لكحل سامية و إلى
الأنسة غازي رانية .

شكر و تقدير

إن الحمد لله جل ثناؤه و تقدست أسماؤه الحمد لله الذي أعانني و سير خطاي لإتمام هذا العمل المتواضع

و بعده أشكر أستاذتي المشرفة بوعافية نبيلة التي لم تبخل بتوجيهاتها و كانت عوناً لإنجاز هذا البحث.

كما يسرني أن أتقدم بخالص الشكر و وافر الامتنان إلى أستاذتي بقسم علم النفس و علوم التربية و الأطفونيا بجامعة البليدة 2 ، و كذلك أستاذتي بجامعة الحاج لخضر بباتنة .

كما أتقدم بالشكر و الامتنان إلى جميع الأطباء و الأخصائيين النفسيين العاملين بكل من العيادة الخاصة لعلاج مرضى السكري " معلم " ، و بالمستشفى الجامعي " بن فليس التهامي " بمدينة باتنة الذين ساهموا في إنجاز هذه الدراسة

و أشكر كثيرا مرضى السكري الذين لولاهم لما تم هذا العمل المتواضع ، كما أتمنى لهم الشفاء

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد مستوى كل من الالتزام الصحي و الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) ، كما سعت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة الكامنة بين الكفاءة الذاتية و الالتزام الصحي لدى مرضى السكري و ذلك من خلال طرح التساؤلات التالية :

1. ما هو مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) ؟
 2. ما هو مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) ؟
 3. هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) ؟
 4. هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام بإتباع الحمية الغذائية لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2)؟
 5. هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام بممارسة التمارين الرياضية لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2)؟
 6. هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام باستخدام الأدوية بصورة صحيحة لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2)؟
- و شملت الدراسة عينة قوامها 120 حالة من الجنسين ذكرا و إناثا ، بمتوسط عمري مقداره 51.33 سنة .

و قد اعتمدت الدراسة على الأدوات التالية :

1. مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ رالف شفارتزر (Ralf Schwarzer) في صورته المعربة لسامر جميل رضوان .
 2. استبيان الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من تصميم الطالب الباحث .
- و قد تم التأكد من صدق و ثبات الأداتين على العينة المحلية ، و استخدمت الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة تساؤلات و فرضيات الدراسة .
- و قد أسفرت الدراسة على النتائج التالية :
1. لدى مرضى السكري من النمط (1) و (2) مستوى منخفض من الالتزام الصحي .
 2. لدى مرضى السكري من النمط (1) و (2) مستوى منخفض من الكفاءة الذاتية .

3. وجود علاقة إرتباطية موجبة بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم لدى مرضى السكري من النمط(1) و النمط (2) .
4. وجود علاقة إرتباطية موجبة بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام بإتباع الحمية الغذائية لدى مرضى السكري من النمط(1) و النمط (2).
5. وجود علاقة إرتباطية موجبة بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام بممارسة التمارين الرياضية لدى مرضى السكري من النمط(1) و النمط (2).
6. وجود علاقة إرتباطية موجبة بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام باستخدام الأدوية بصورة صحيحة لدى مرضى السكري من النمط(1) و النمط (2).

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
	أ- الإهداء
	ب- الشكر و التقدير
	ج- الملخص
	د- قائمة المحتويات
	هـ- قائمة الجداول
	و- قائمة الأشكال
	س- قائمة الرسوم البيانية
	ك- قائمة الملاحق
19	مقدمة
	الباب الأول الجانب النظري للدراسة
	الفصل الأول : الإطار النظري لإشكالية الدراسة
24	1- تحديد الإشكالية
33	2- الفرضيات
34	3- أسباب اختيار الموضوع
34	4- أهمية الدراسة

34	4-1- أهمية علمية
35	4-2- أهمية عملية
35	5- أهداف الدراسة
36	6- تحديد مفاهيم الدراسة
36	6-1- الكفاءة الذاتية
37	6-2- الالتزام الصحي
38	7- الدراسات السابقة
39	7-1- دراسة كلارك و هودج (1999) Clark et Hodge
39	7-2- دراسة كاري أرنسون (2010) Kari Arneson
40	7-3- دراسة ميدل و آخرون (1995) Muddle et Al
40	7-4- دراسة شامبليس و ميري (1979) Champlis et murry
41	7-5- دراسة بيزي و آخرون (2006) Y.Bezie et al
41	7-6- دراسة نادية و ماجدة و بهية (2009)
42	7-7- دراسة بيتر و آخرون (2002) Peter Diem et al
43	8- التعليق على الدراسات السابقة
	الفصل الأول :الكفاءة الذاتية
46	تمهيد
47	1-1- مفهوم الكفاءة الذاتية.....
47	1-1-1 تعريف الكفاءة الذاتية

50	1-1-2- الفرق بين الكفاءة الذاتية العامة و الموقفية أو الخاصة
51	1-1-3- الفرق بين توقعات الكفاءة الذاتية و التفاؤلية
52	1-2- طبيعة و بنية الكفاءة الذاتية
53	1-2-1- العوامل المعرفية
53	1-2-2- عوامل ذات صلة بالدافعية
54	1-2-3- العوامل الانفعالية
54	1-2-4- عوامل ذات صلة بالاختيار
56	1-3- أبعاد الكفاءة الذاتية
56	1-3-1- قدر الكفاءة الذاتية.....
57	1-3-2- العمومية
57	1-3-3- القوة أو الشدة
59	1-4- مصادر الكفاءة الذاتية
61	1-4-1- الإنجازات الأدائية
63	1-4-2- النمذجة أو الخبرات البديلة
64	1-4-3- الإقناع اللفظي
65	1-4-4- الحالة الفسيولوجية و الانفعالية
66	1-5- تأثير اعتقادات الفرد على كفاءته الذاتية
66	1-5-1- اختيار السلوك
67	1-5-2- كم و معدل الجهد.....

68	1-5-3- أنماط التفكير و ردود الأفعال
68	1-5-4- الفرد منتج للسلوك
69	1-6- خصائص الكفاءة الذاتية
70	1-7- مقارنة بين الكفاءة الذاتية العالية والمرتدئة
75	1-8- الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي
77	خلاصة الفصل
	الفصل الثاني: الالتزام الصحي
79	تمهيد
80	2-1- تعريف الالتزام الصحي
80	2-1-1- التعريف اللغوي
81	2-1-2- التعريف الاصطلاحي
83	2-2- الأهمية الإكلينيكية ،الاقتصادية ، والأكاديمية للالتزام الصحي
85	2-3- العوامل المؤثرة في الالتزام الصحي
86	2-3-1- العوامل المتعلقة بالمريض
88	2-3-2- العوامل المتعلقة بالمرض
89	2-3-3- العوامل المرتبطة بالسيرورة العلاجية (أو بالعلاج)
93	2-3-4- العوامل الإجتماعية و الإقتصادية
94	2-3-5- العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب/مريض
95	2-4- نتائج عدم الالتزام.....

96	2-4-1- النتائج الاقتصادية
97	2-4-2- النتائج الطبية
99	2-5- النماذج النظرية المفسرة لسلوك الالتزام الصحي
99	2-5-2- نموذج المعتقدات الصحية لـ روزنستوك (Rosenstok)
103	2-5-2- نموذج مراحل التغيير
109	2-5-3- نموذج الالتزام الصحي
113	2-5-4- نموذج التمثلات الصحية لـ ليفونثال (Leventhal)
117	2-6- قياس الالتزام الصحي
117	2-6-1- القياس المباشر للالتزام الصحي
118	2-6-2- القياس غير المباشر للالتزام الصحي
122	2-7- تحسين الالتزام الصحي
126	2-8- الالتزام الصحي لدى مرضى السكري
127	2-8-1- الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط (1)
128	2-8-2- الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط (2)
131	خلاصة الفصل
	الفصل الثالث : داء السكري
134	تمهيد
135	3-1- نبذة تاريخية حول داء السكري
137	3-1-1- اكتشاف أصناف داء السكري

138	3-1-2- اكتشاف الأنسولين
139	3-1-3- اكتشاف الدواء لفمي لداء السكري
140	3-2- تعريف داء السكري
142	3-3- تصنيفات داء السكري
142	3-3-1- داء السكري المعتمد على الأنسولين (Type 1)
144	3-3-2- داء السكري غير المعتمد على الأنسولين (Type 2)
145	3-3-3- داء السكري الثانوي
145	3-4- سكري الحمل
147	3-4- أسباب الإصابة بداء السكري
151	3-5- أعراض داء السكري
155	3-6- تشخيص داء السكري
157	3-7- مضاعفات داء السكري
158	3-7-1- مضاعفات القلب و الأوعية الدموية
159	3-7-2- اضطرابات الكلى
159	3-7-3- مضاعفات البصر
160	3-7-4- تلف الأعصاب
160	3-7-5- اضطرابات الجهاز المناعي
162	3-8- علاج مرض السكري
163	3-8-1- العلاج بالأنسولين

164	 3-8-2- العلاج بالأقراص
166	 3-8-3- الحمية الغذائية
167	 3-8-4- الرياضة
169	 خلاصة الفصل
	الباب الثاني الجانب الميداني للدراسة
	الفصل الرابع : إجراءات الدراسة الميدانية
172	 تمهيد
173	 4-1- منهج الدراسة
174	 4-2- الدراسة الاستطلاعية
174	 4-2-1- حدود الدراسة الاستطلاعية
176	 4-2-2- أدوات الدراسة الاستطلاعية
187	 4-2-3- الخصائص السيكمترية لأدوات القياس
198	 4-3- الدراسة الأساسية
199	 4-3-1- المعاينة
204	 4-3-2- أدوات جمع البيانات
204	 4-3-3- حدود الدراسة الأساسية
205	 4-4- خطوات تطبيق الدراسة الأساسية
206	 4-5- أدوات تحليل البيانات

208	 خلاصة الفصل
	الفصل الخامس: عرض و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة
210	 تمهيد
211	 5-1- عرض و تحليل نتائج الدراسة الميدانية
211	 5-1-1- عرض و تحليل نتائج الفرضية الرئيسية الأولى
220	 5-1-2- عرض و تحليل نتائج الفرضية الرئيسية الثانية
223	 5-1-3- عرض و تحليل نتائج الفرضية الرئيسية الثالثة
230	 5-2- مناقشة نتائج الدراسة الميدانية
230	 5-2-1- مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الأولى
232	 5-2-2- مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الثانية
233	 5-2-3- مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الثالثة
233	 5-2-3-1- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى
235	 5-2-3-2- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية
236	 5-2-3-3- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
238	 5-2-3-4- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة
241	 5-3- الاستنتاج العام
245	 الاقتراحات
246	 قائمة المراجع
256	 الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	العمليات المعرفية لكل من الكفاءة الذاتية العالية و المتدنية	71
02	الدافعية لكل من الكفاءة الذاتية العالية و المتدنية	72
03	العمليات الانفعالية لكل من الكفاءة الذاتية العالية و المتدنية	73
04	عمليات الاختيار لكل من الكفاءة الذاتية العالية و المتدنية	74
05	يوضح عيوب بعض الطرق التي تقيس الالتزام	121
06	بعض الاستراتيجيات التي تحسن الالتزام الصحي	124
07	خصائص العينة الاستطلاعية	176
08	مستوى الالتزام الصحي	186
09	مستوى الالتزام لكل محور من محاور استبيان الالتزام الصحي	187
10	معاملات الارتباط بين درجة كل بند و الدرجة الكلية لمقياس الكفاءة الذاتية العامة	191
11	قيمة معامل ألفا لكل محور من محاور استبيان الالتزام الصحي .	193
12	البند التي تم تعديلها .	195
13	معاملات الارتباط بين درجة كل بند و الدرجة الكلية لاستبيان الالتزام الصحي .	196
14	معاملات الارتباط بين درجة كل محور و الدرجة الكلية لاستبيان الالتزام الصحي	198
15	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب السن.	201

202	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس.	16
203	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع المرض.	17
212	مستوى الالتزام بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم لدى أفراد عينة.	18
213	مستوى الالتزام يتناول الأدوية بصورة صحيحة لدى أفراد عينة.	19
214	مستوى الالتزام بالحماية الغذائية لدى أفراد عينة.	20
215	مستوى الالتزام بممارسة الرياضة لدى أفراد عينة.	21
216	مستوى الالتزام الصحي لدى أفراد العينة.	22
218	متوسطات بنود استبيان الالتزام الصحي وفق استجابات العينة.	23
221	مستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة.	24
222	المتوسطات الحسابية لبنود مقياس الكفاءة الذاتية وفق استجابات العينة .	25
224	نتائج الفرضية الجزئية الأولى .	26
225	نتائج الفرضية الجزئية الثانية .	27
226	نتائج الفرضية الثالثة .	28
228	نتائج الفرضية الجزئية الرابعة .	29
229	نتائج الفرضية الرئيسية الثالثة .	30

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يوضح نموذج الحتمية التبادلية	47
02	أبعاد الكفاءة الذاتية حسب باندورا	58
03	مصادر الكفاءة الذاتية	60
04	نموذج المعتقدات الصحية	102
05	مراحل تطور نموذج التغيير	106
06	نموذج الالتزام الصحي لـ هايبي و كارلسون	112
07	نموذج التنظيم الذاتي للصحة ليفونثال Leventhal	116

قائمة الرسوم البيانية

رقم	عنوان	الصفحة
01	توزيع أفراد العينة حسب السن	201
02	نسب توزيع أفراد العينة حسب الجنس	202
03	نسب توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض	203
04	مستوى الالتزام بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم لدى أفراد عينة	212
05	مستوى الالتزام بتناول الأدوية لدى أفراد عينة	213
06	مستوى الالتزام بالحمية الغذائية لدى أفراد عينة	214
07	مستوى الالتزام بممارسة الرياضة لدى أفراد عينة	215
08	مستوى الالتزام الصحي لدى أفراد عينة	216
09	مستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة	221

قائمة الملاحق

الرقم	العنوان	الصفحة
01	مقياس الكفاءة الذاتية العامة	258
02	استبيان الالتزام الصحي لدى مرضى السكري	260
03	أسماء المحكمين و درجاتهم العلمية	263
04	استبيان الالتزام الصحي الموجه للمحكمين	264

مقدمة

تشير أغلب الإحصائيات إلى أن زيادة نسبة الإصابة بالأمراض المختلفة بين البشر تفوق كثيرا ما تعرض له الإنسان في الماضي ، فقد أصبح من المسلم به أن الأمراض المزمنة التي تتطلب علاجاً طويلاً الأمد و بتكاليف مرتفعة ، من الأمراض الأكثر انتشاراً و التي تسبب الكثير من التعقيدات سواء الصحية أو الاقتصادية ، و من أهم المشاكل التي تواجه القائمين على الرعاية الصحية مشكلة الالتزام بالخطط العلاجية من طرف المرضى المصابين بأمراض مزمنة .

فعدم الالتزام الصحي لدى المرضى المزمنين بصفة عامة و مرضى السكري المزمن بصفة خاصة تفرض تحدياً للمعالجين و القائمين على رعاية هؤلاء المرضى ، و هذا لكون المرض له جوانب أخرى نفسية و اجتماعية و ليس الجانب البيولوجي فقط ، و هذا ما توصل إليه الباحثين في علم النفس أي النظرة التكاملية أو ما يعرف بالنموذج البيونفسي اجتماعي ، الذي يفترض أن للمرض ثلاثة مكونات ، عضوية ، نفسية ، و اجتماعية و من هذا المنظور فإن التشخيص و العلاج و المتابعة يجب أن يراعي هذه المكونات الثلاثة ، و وجهة النظر الواسعة هذه تسمح بتحليل ، تشخيص ، وعلاج الأمراض و الإصابات ، وذلك بدمج العوامل المتعددة والمتداخلة التي تؤثر على المرضى و على تقدمهم نحو الشفاء .

ويتبنى هذا النموذج قد نجد تفسيراً لاختلاف مستويات الالتزام الصحي لدى المصابين بمرض السكري ، حيث أن الالتزام يتأثر بعدة عوامل منها ما هو متعلق بالمرض و منها ما هو متعلق بالعلاج ، و منها ما هو متعلق بالمرضى في حد ذاته و هنا تتجلى قدرة الأفراد و كفاءتهم فيما يخص ممارسة السلوكات اللازمة و تنفيذها قصد السيطرة على المرض و تجنب تعقيداته على

المدى الطويل ، و هو ما جعل الكفاءة الذاتية من الموضوعات التي لقيت اهتماما كبيرا من قبل الباحثين ، فهي من البناءات النظرية التي تقوم على نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي لألبرت باندورا (Bandura ,A) ، حيث عرفت هذه النظرية عدة تطورات فــــي السنوات الأخيرة و أدخلت عليها تعديلات هامة أفقدتها طابعها الاجتماعي ، و أصبحت نظرية معرفية بحتة تعرف حاليا بنظرية كفاءة الذات ، حيث أوضحت مجموعة من الدراسات قام بها باندورا ، أن الصحة لن تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية فعالية أو كفاءة الذات و الممارسات الفعلية للسلوكات الصحية الإيجابية .

و تهدف الدراسة الحالية إلى البحث عن العلاقة الكامنة بين كفاءة الذات و الالتزام الصحي لدى مرضى السكري ، ففي حدود علم الطالب الباحث فإن هذه الدراسة تكتسب أهمية كبيرة في كونها من الدراسات الأولى في المجتمع المحلي التي تناولت هذه العلاقة فهي تشكل مساهمة مهمة لتزويد المتخصصين في علاج السكري بمعلومات حول كفاءة الذات و الالتزام الصحي و الكشف عن العلاقة بينهما ، من أجل التكفل الجيد بمرضى السكري و تجنب التعقيدات طويلة المدى للمرض و خفض تكاليف العلاج .

و سعيا لتحقيق أهداف الدراسة ، سنتناول الموضوع في جانبين ، جانب نظري و جانب ميداني في خمسة فصول .

. الجانب النظري : و فيه أربعة فصول على النحو التالي :

الفصل التمهيدي : تضمن إشكالية الدراسة و فروضها و أهميتها و أهدافها ، بالإضافة

إلى تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة و كذا إدراج الدراسات السابقة .

. الفصل الأول : سنتناول فيه الكفاءة الذاتية من حيث مفهومها و طبيعتها أبعادها

و خصائصها ، و كذلك مصادرها و مدى تأثير اعتقادات الفرد على كفاءته ، كما تناولنا مقارنة

بين الكفاءة الذاتية المرتفعة و الكفاءة الذاتية المتدنية ، و أخيرا دور الكفاءة الذاتية في السلوك الصحي .

الفصل الثاني : تم الطرق فيه للالتزام الصحي من حيث تعريفه و أهميته و العوامل المؤثرة فيه ، كما تناولنا نتائج عدم الالتزام الصحي و النماذج المفسرة له و قياسه ، و أخيرا تطرقنا إلى الالتزام الصحي لدى مرضى السكري .

الفصل الثالث : عرضنا فيه نبذة تاريخية عن مرض السكري و تعريفه وأنواعه وأعراضه و مضاعفاته ، كما تناولنا العوامل المساعدة على ظهور السكري ، و أخيرا علاجه الجانب الميداني للدراسة : فقد تضمن فصلين :

الفصل الرابع : و سنتناول فيه إجراءات الدراسة الميدانية من حيث المنهج ، الدراسة الاستطلاعية و عينة الدراسة و حدودها و أدواتها و الأساليب الإحصائية المستخدمة .

الفصل الخامس : تضمن عرض ، تحليل النتائج ، و مناقشة الفرضيات و الاستنتاج العام و أخيرا و مقترحات الدراسة .

الباب الأول

الجانب النظري للدراسة

الفصل التمهيدي

الإطار النظري لإشكالية الدراسة

1- تحديد الإشكالية :

شهدت السنوات الأخيرة ارتفاعاً ملحوظاً في نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة وارتفاع التكاليف الصحية المتعلقة بها ، حيث تشير الإحصاءات في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن حوالي 50% من الأفراد يعانون من حالة من حالات المرض المزمن و تشير الأرقام إلى أن 90% من الزيارات الطبية المنزلية ، و 83% من الوصفات الطبية و 80% من أيام الإقامة في المستشفى ، و 66% من الزيارات للأطباء ، و 55% من الزيارات لأقسام الطوارئ هي من نصيب المرضى المزمنين . (1)

و يشكل داء السكري أحد هذه الأمراض المزمنة التي تفرض تحدياً أمام الأمم ، حيث يحتل المرتبة الثالثة بين الأمراض المزمنة حول العالم ، و هو أحد الأسباب الرئيسية للوفاة(2) و تشير الإحصائيات بأن هناك أكثر من 180 مليون مصاب بالسكري ، و يتوقع أن يتضاعف هذا العدد في سنة 2030 م ، وداء السكري مسؤول عن وفاة 3.5 % من مجموع 36 مليون حالة وفاة بسبب الأمراض المزمنة سجلت سنة 2008 (3). و حسب الفدرالية العالمية للسكري فإنه في كل

¹. شيلي تايلور: علم النفس الصحي ،ترجمة وسام درويش بريك و آخرون .ط1.عمان:دار حامد للنشر والتوزيع،2008 ، ص 616.

². شيلي تايلور،2008، المصدر نفسه ،ص 760.

³. World health organization : world health statistics.Switzerland :WHO Library.2012, P34.

10 ثواني يشخص فردين بالسكري ، و في كل 10 ثواني يموت شخص بسبب السكري حول العالم.(1)

و تسجل بلدان العالم العربي 26.6 مليون شخص مصاب بالسكري ، و يتوقع أن يصل هذا العدد إلى 51.7 مليون مريض في 2030 م ، و يعتقد أن كل حالة مشخصة بالسكري تقابلها حالة أخرى غير مشخصة .(2)

و تحصي الجزائر ، حسب إحصائيات الاتحاد الدولي للسكري ، 1.6 مليون مصاب بداء السكري من النمط (2) ، و 1.2 مليون مصاب بداء السكري من النمط (1) ، بمجموع 2.8 مليون مصاب ، و قفز عدد المصابين بهذا الداء من مليون مصاب في 1993 م إلى العدد المذكور سالفا في 2011 م ، و هي الأرقام التي تعكس فقط عدد المصرحين بإصابتهم و في المقابل كان وزير الصحة و إصلاح المستشفيات السابق ، جمال ولد عباس ، كشف أن عدد المصابين بداء السكري في الجزائر أصبح يقارب 3.5 مليون مريض ، أي ما يعادل 10 بالمئة من مجموع الجزائريين ، و يأتي داء السكري في المرتبة الثانية من حيث عدد الإصابات بعد ارتفاع ضغط الدم الشرياني ، و حسب رئيس الفدرالية الوطنية لجمعيات المصابين بداء السكري نور الدين بوستة أن التحدي الأكبر الذي يواجه القائمون على البرنامج الوطني لمكافحة داء السكري هو منع مضاعفات الصحية للمصابين ، حيث يهدد بتر القدم أزيد من 7 بالمئة منهم ، بتعداد 200 ألف حالة .(3)

و داء السكري هو حالة عجز مزمن في العمليات الأيضية ، و الناجم عن إفراز كميات غير كافية من الأنسولين أو استخدامه بصورة صحيحة(4). و هو يمثل مشكلة صحية رئيسية بسبب

¹ .International Diabetes Federation:IDF Diabetes Atlas .4th edn . Belgium.2009,P10.

² . Tawfik Ahmed khoga and all: diabetes:the hidden pandemic and its impact on the middle east and northern Africa. Dubai: Mena Diabetes Leadership Forum.2010,P2.

³ .الجزائر :مكتب بث الأنباء.(www .bethpress.com/index.php/indetails/4139)

⁴ .شيلي تايلور،2008،المصدر المذكور سابقا،ص760.

المضاعفات التي يمكن أن تنتج عنه فهو يرتبط بمرض الشريان التاجي ، و هو السبب الرئيسي لضعف البصر أو فقدانه عند الكبار ، كما أن 50 % من مرضى السكري يعانون من الفشل الكلوي ، كما أنه السبب الرئيسي في بتر الأعضاء ، و يكون متوسط حياة مرضى السكري أقصر بـ 5 إلى 10 سنوات من معدل حياة غير المصابين ، بالإضافة إلى تفاقم صعوبات أخرى على مستوى الوظائف النفسية و الاجتماعية .⁽¹⁾

و هناك نوعان رئيسيان من مرض السكري ، يسمى الأول بالنمط 1 المعتمد على الأنسولين أما الثاني فيسمى بالنمط 2 و يدعى غير المعتمد على الأنسولين ، و يظهر النمط الأول عادة في مرحلة مبكرة من الحياة نسبيا ، و هو النمط الأخطر و يفارق كبير عن الثاني و لحسن الحظ فإنه لا يشكل سوى 10% فقط من كل حالات السكري ، و هذا النمط عرضة لمشكلتين هما نقص السكر في الدم (hypoglycemia) و زيادة السكر في الدم (hyperglycemia) .⁽²⁾

و يعالج النمط الأول من السكري عن طريق بديل خارجي من الأنسولين يتعاطاه المريض على شكل حقن مرتين أو أكثر في اليوم ، و إدارة الأنسولين تتطلب التزام المريض بتناول وجبات الطعام الخفيفة و الصحية ، و ممارسة الرياضة ، و كذلك الالتزام بالتوصيات الطبية للإبقاء على مستوى معتدل من الجلوكوز في الدم ، و هو أمر غاية في التعقيد لأن مستويات الجلوكوز في الدم غير ثابتة و يمكن أن تتقلب على مدار اليوم ، و هو ما يفرض على المريض مراقبة يومية لنسبة الجلوكوز في الدم .⁽³⁾

¹ Velma Harkins . A practical Guid to inegrated Tupe 2 Diabetes care . Irland :OAK House .2008,P30.

² . شيلي تايلور ، 2008، المصدر نفسه ، ص ص 761-762 .

³ . Susan Iewelyn and Paul Kennedy. Handbook of clinical health psychology. England: John Wiley & Sons, West Sussex. 2003,P205.

أما النمط الثاني من السكري فيحدث عادة بعد سن الأربعين ، و هو أقل وطأة من النمط الأول ، و يتطور النمط الثاني من السكري عند اختلال التوازن بين إفراز الأنسولين و استجاباته حيث تفقد الخلايا الموجودة في العضلات ، الدهون ، و الكبد بعضا من قدراتها على الاستجابة بصورة كاملة للأنسولين ، وهي حالة تدعى " مقاومة الأنسولين " واستجابة لمقاومة الأنسولين هذه يزيد البنكرياس من إفرازه للأنسولين بصورة مؤقتة وعند هذه النقطة تتوقف الخلايا التي تفرز الأنسولين ، فيحدث تناقص في إفراز الأنسولين ويصبح التوازن بين عمل الأنسولين و إفرازه غير منتظم ، مما يؤدي إلى الإصابة بالنمط الثاني من السكري .(1)

و يبقى هدف العلاج في النمط الثاني هو العمل على جعل مستوى الجلوكوز في الدم يقترب من المدى الطبيعي ، و لقد بينت دراسات بريطانية أجريت على مجموعات من مرضى السكري أن الإبقاء على مستويات الجلوكوز في الدم قريبة من المستوى الطبيعي يقلل أو يمنع التعقيدات طويلة المدى ، و ذلك من خلال تزويد المرضى بمعلومات عن مرضهم ، و تغيير أسلوب الحياة (يتضمن ذلك إتباع حمية غذائية صحية ، و ممارسة الرياضة) ، المراقبة الذاتية للجلوكوز في الدم ، الزيارات المنتظمة للطبيب ، و استخدام الأدوية و الأنسولين عند الضرورة و هذا لمنع أو التقليل من مضاعفات مرض السكري الحادة و المزمنة ، و في الحقيقة إن الإلتزام الصحي لمرضى السكري من النمط الثاني تفرض تحديا كبيرا للمرضى ، حيث أن هذا المرض يشخص عادة في سن الرشد ، بعد أن أصبحت سلوكيات التغذية ، و الرياضة عادات متأصلة عبر سنوات طويلة من حياة المرضى مما يجعل تغيير أسلوب الحياة صعب جدا . (2)

¹. شيلي تايلور ، 2008، المصدر المذكور سابقا ، ص 762 .

². susan et paul. 2003,Opcit :P210 .

إن الإلتزام الصحي مفتاح النجاح في السيطرة على السكري ، و بوجه خاص لدى مرضى النمط الثاني ، حيث يمكن إحداث أثر من خلال تغيير أسلوب حياة المرضى ، مما يؤدي إلى تحسين مسار المرض و تفادي مضاعفاته المدمرة ، و المعالجة المثالية في الوقت الحاضر هي المعالجة المتمركزة حول المريض لا على الطبيب ، فضبط السكري يقتضي إلتزام المريض بمراقبة مستويات الجلوكوز في جسمه يوميا و التصرف فورا إذا ما اقتضى الأمر ، بالإضافة إلى ذلك ، فإن الإلتزام بالحمية الغذائية المناسبة ، ممارسة الرياضة ضبط الوزن ، و استخدام الأدوية بصورة سليمة ، كلها عناصر أساسية لأي برنامج علاجي يسعى إلى ضبط السكري . (1)

و بغض النظر عن توافر استراتيجيات التدخل ، تبقى الحقيقة الماثلة أمامنا أن الكثير من الأفراد لا يلتزمون ببرامج التدخل ، أو لا يحافظون على السلوك الجديد لفترات زمنية ذات دلالة . حيث يقدر أن حوالي 50 % من الأشخاص لا يلتزمون بالنصائح الطبية أو الصحية ، بينما ينبغي لاستراتيجيات البرامج الناجحة أن تخلق التزاما و استمرارا طويل الأمد ، و ينبغي لها أيضا أن تأخذ كلا من العوامل السلوكية ، و النفسية الاجتماعية بعين الاعتبار . (2)

و في مرض السكري و لسوء الحظ فإن الإلتزام بالبرامج العلاجية من المراقبة المستمرة للجلوكوز في الدم ، و اتباع الحمية الغذائية ، ممارسة الرياضة ، و استخدام الأدوية بصورة صحيحة يكون متدنيا في العادة فقد وجد الباحثون أن :

. 58% من المرضى أخطئوا في تناول جرعات الأدوية .

77% كانت فحوصاتهم للجلوكوز في الدم غير دقيقة .

75% لم يتبعوا طريقة ثابتة في تناول الوجبات و انتظامها .

¹ . شيلي تايلور، 2008 ، المصدر المذكور سابقا ، ص 766.

² . تيموثي ج. ترول: علم النفس الإكلينيكي ، ترجمة فوزي شاكر طعيمة داوود. ط1. عمان: دار الرياض للنشر و التوزيع. 2007، ص 795.

75% لم يأكلوا الطعام الصحيح أو المطلوب (1).

و فـي دراسة مسحية واسعة للإلتزام الصحي أجريت على 5000 مريض بالسكري و 4000 مختص بمرض السكري في 13 دولة ، وجد أن 46% فقط من مرضى النمط الأول و 39% من مرضى النمط الثاني ، نجحوا بإنجاز ثلثي متطلبات البرنامج العلاجي المطلوب. (2)

و يعرف هاينز و آخرون (Haynes et al (1979) الإلتزام الصحي بـ: "مدى توافق سلوك المريض مع التوصيات الصحية و الطبية من حيث تناول الأدوية و اتباع الحمية ، تغييرات أخرى تخص نمط الحياة ."(3)

و من هنا فإن التدخلات المتعلقة بتحسين تعامل ، و تكيف الفرد مع هذا المرض و كذلك تخفيض التكاليف الصحية المتعلقة به باتت على درجة من الأهمية بالنسبة للمهتمين بالصحة ، و من المشكلات العالية الخطورة ، و البالغة التعقيد فيما يخص هذه التدخلات خصوصا ما يتعلق بالإلتزام المرضى بالبرامج الطبية بعيدة المدى الذي يشكل مشكلة واردة لدى جميع المرضى المصابين بأمراض مزمنة فحسب المنظمة العالمية للصحة :

عدم الإلتزام بعلاج الأمراض المزمنة يشكل مشكلة لافتة في جميع أنحاء العالم ، و يقدر متوسط عدم الإلتزام على المدى الطويل بعلاج الأمراض المزمنة بالبلدان المتقدمة بـ 50% من

¹. شيلي تايلور ، 2008، المصدر المذكور سابقا، ص767.

². Maine center for disease control and prevention division of chronic disease. Diabetes self management Education Barrier study :11 State House Station Augusta . 2006,P6.

³ . Anthony James Curtis : Health Psychology , 2nd Edition, Canada: Routledge .2001,P77.

المرضى المزمنين ، و في البلدان النامية تكون المعدلات أعلى ، و لا يمكن إنكار أن العديد من المرضى يجدون صعوبة في اتباع التوصيات العلاجية " .⁽¹⁾

و في هذا الصدد تعد أساليب رعاية الذات و التحكم في الذات من الجوانب المهمة في مجال الرعاية الصحية في مثل هذه الحالة ، يساند هذه القضية أن العقدين الأخيرين شهدا تطور أساليب سلوكية فعالة ، و مجالات بحوث مساندة موجهة نحو تعديل نمط الحياة و خفض الكدر المرتبط بخبرة العلاج ، و تيسير التغلب على المرض و التوافق معه ، حيث تعتبر الصورة التي يتمثلها كل فرد عن نفسه ذات أهمية قصوى في السلوك البشري .

إذ تعتمد قدراتنا على الفعل و دافعيتنا للنشاط و الإنجاز على مقدار ما ندرك من تقديرنا لذاتنا ووعينا بمفهوم الذات ، و هذا ما يعرف بـ " الكفاءة الذاتية " و التي تعد من المحددات الرئيسية لممارسة السلوك الصحي ، فقد بينت الأبحاث أن الكفاءة الذاتية تؤثر في السلوكيات الصحية بطرق متنوعة ، كضبط الوزن ، ممارسة التمارين الرياضية ، و تغيير النظام الغذائي وعموما فإن أغلب الأبحاث توصلت إلى وجود علاقة قوية بين إدراك الفرد بأنه يتمتع بالكفاءة الذاتية ، و بين قيامه مبدئيا بإحداث تغيير في أسلوب حياته و بين الحفاظ على هذه المتغيرات على المدى البعيد.⁽²⁾

و لم يبتعد ألبرت باندورا (1977) عن هذا الاتجاه ، فقد أشار بأن الفرد يدرك مختلف المواقف من خلال طريقته و أسلوبه في تناولها و معالجتها ، و أن طريقتنا في معالجة الأحداث المحيطة بنا تلعب دورا أساسيا في بناء شعورنا بفاعليتنا إزاء معالجة هذه المواقف ، فذوي الكفاءة المرتفعة يشعرون أن حياتهم أفضل و مشاعرهم أكثر إيجابية ، و بأن الكروب امتحان و تحد

¹ .World Health Organization : Adherence to long-term therapies, evidence for action , World Health Organization ,Switzerland. 2003,p7.

² .شيلي تايلور ،2008،المصدر المذكور سابقا ،ص ص 146.147.

لإمكانيات الفرد فإذا أصيبوا بمرض سرعان ما يتعافون منه ، و يرون أن المواقف الضاغطة تدفعنا إلى التكيف الإيجابي و التغلب عليها ، أما أولئك الذين يظنون بأنهم لا يملكون فرص وإمكانيات لتغيير سلوكهم و تحسينه ، فهم غير قادرين على تنمية النية أو قصدية سلوكية قوية ، عكس أولئك الذين لديهم إحساس قوي بالقدرة على التحكم في مجريات الأمور و السيطرة على الأحداث بفعالية ، و لذلك فإن التدخل هنا يكون بتعديل هيكل المعتقدات للفرد في حالة تبني معتقدات خاطئة (1) .

و قد أوضحت مجموعة من الدراسات قام بها باندورا ، أن الصحة لن تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية فعالية أو كفاءة الذات و الممارسات الفعلية للسلوكات الصحية الإيجابية ، أي عندما تصبح الكفاءة الذاتية متغيرا أساسيا في النشاط الفيزيولوجي الصحي للفرد (2) .

و على هذا الأساس انصبت جهود العلماء لتحري العلاقة بين الكفاءة الذاتية وممارسة السلوكات الصحية ، فعلى سبيل المثال توصلت دراسة كل من بغوزي و إدوارد (1998) Bagozzi & Edwards ، إلى أهمية الكفاءة الذاتية في اتباع نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة ، حيث بينت النتائج أن الأفراد الذين يتمتعون بمستوى عالي من الكفاءة الذاتية كانوا أكثر التزاما بالحمية الغذائية و ممارسة الرياضة ، كما بينت دراسة كل من جروسمان برينك و هوزار (1987) Grosman Bribk& Hauser الارتباط القوي بين الكفاءة الذاتية و القدرة على السيطرة الأيضية لدى مرضى السكري من النمط 1 حيث أظهر المراهقين مما من يتمتعون بمستوى عالي من الكفاءة الذاتية ، التزاما بتنفيذ مهام محددة لإدارة مرض السكري ، و هذه المهام هي : حقن الأنسولين ، قياس الجلوكوز في الدم الحمية الغذائية ، ممارسة الرياضة).

¹ . Bandura.A. Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavior change , vo184,N02. 1977 ,p259.

² . عثمان يخلف: علم نفس الصحة: الأسس النفسية و السلوكية للصحة .الدوحة : دار الثقافة. 2001،ص 103.

و بهذا الاعتقاد فإن الكفاءة الذاتية من المحددات الأساسية للالتزام الصحي لدى المرضى المزمنين ، فتوقع السيطرة على الصحة المقترن بالمعرفة بالعلاج هما من بين العوامل التي يمكن أن تتبىء بالالتزام عند مرضى السكري ، و مرضى ضغط الدم و مرضى الكلى على حد سواء (1).

و بناءا على ما تم عرضه في إشكالية الدراسة ، طرحت الأسئلة التالية :

1. ما هو مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) ؟
 2. ما هو مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) ؟
 3. هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) ؟
- و يندرج تحت السؤال الثالث مجموعة من التساؤلات الفرعية التالية :
- 1.3 هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية ومستوى الالتزام بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم لدى مرضى السكري من النمط (1) والنمط (2)؟
 - 2.3 هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام باستخدام الأدوية بصورة صحيحة لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2)؟
 - 3.3 هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام بإتباع الحمية الغذائية لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2)؟
 - 4.3 هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام بممارسة التمارين الرياضية لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2)؟

¹ . شيلي تايلور ، 2008 ، المصدر المذكور سابق ، ص 64.

2- الفرضيات :

و للإجابة على التساؤلات التي وردت في إشكالية الدراسة صيغت الفرضيات التالية :

2-1- الفرضية الرئيسية الأولى :

. لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) مستوى منخفض من الالتزام الصحي .

2-2- الفرضية الرئيسية الثانية :

. لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) مستوى منخفض من الكفاءة الذاتية .

2-3- الفرضية الرئيسية الثالثة :

. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام

الصحي لدى مرضى السكري من النمط(1) و النمط (2).

و يندرج تحت الفرضية الرئيسية الثالثة ، أربع فرضيات جزئية هي :

2-3-1- الفرضية الجزئية الأولى :

. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام

بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم لدى مرضى السكري من النمط(1) و النمط (2).

2-3-2- الفرضية الجزئية الثانية :

. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام

باستخدام الأدوية بصورة صحيحة لدى مرضى السكري من النمط(1) و النمط (2).

2-3-3- الفرضية الجزئية الثالثة :

. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام

بإتباع الحمية الغذائية لدى مرضى السكري من النمط(1) و النمط (2).

2-3-4-الفرضية الجزئية الرابعة :

. توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام

بممارسة التمارين الرياضية لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2).

3- أسباب اختيار الموضوع :

كانت هناك جملة من الأسباب دفعت الطالب الباحث لإجراء هذه الدراسة منها :

. قلة اهتمام القائمين بالرعاية الصحية في الجزائر بالالتزام الصحي لدى المرضى المصابين

بأمراض مزمنة و بالتحديد داء السكري .

. تزايد نسبة المصابين بداء السكري بالجزائر .

. المضاعفات الخطيرة لداء السكري على المدى البعيد ، و التكاليف الباهظة للعلاج الناتجة

عن عدم الالتزام الصحي من قبل المرضى .

. حداثة الموضوع بالنسبة للبيئة العربية و المحلية .

. مواكبة التطورات التي شهدتها علم النفس على المستوى العالمي ، إذا يندرج هذا الموضوع

ضمن التوجه الجديد لعلم النفس و هو علم النفس الصحي .

4- أهمية الدراسة :

لكل دراسة أهمية علمية و أخرى عملية ، لذلك قسمت أهمية هذه الدراسة إلى :

4-1- أهمية علمية : و تتمثل في :

• اختبار افتراضات نظرية الكفاءة الذاتية ل باندورا على عينة الدراسة في البيئة الجزائرية.

• كما تتمثل أهمية الدراسة في حداثة المتغيرات حيث ربطت بين مفهومين حديثين نسبيا

هما الالتزام الصحي و الكفاءة الذاتية .

- تدعيم التراث الأدبي في موضوع السكري من خلال إلقاء الضوء على ما يفرضه هذا الداء المزمن من تحديات على المرضى ، عائلاتهم ، و المجتمع ككل ، من أجل إيجاد الحلول المناسبة من قبل المختصين .
- ندرة الأبحاث و الدراسات التي تناولت مفاهيم الدراسة في البيئة الجزائرية ، فهي أول دراسة تناولت العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الالتزام الصحي لدى مرضى السكري في حدود علم الطالب .

4-2- أهمية عملية : و تتمثل في :

- بناء استبيان لقياس الالتزام الصحي لمرضى السكري .
- شد انتباه المتخصصين في علاج السكري إلى أهمية العوامل النفسية مثل الكفاءة الذاتية و ما تلعبه من دور فعال في تبني السلوكيات الصحية التي ترفع من مستويات الالتزام الصحي لدى مرضى السكري و تجنب التعقيدات الصحية طويلة المدى .
- يمكن لنتائج هذه الدراسة أن تسهم في وضع برامج للرفع من مستوى الكفاءة الذاتية لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة و خاصة مرضى السكري من أجل الوصول إلى مستويات مقبولة من الالتزام الصحي لديهم .

5- أهداف الدراسة :

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق الغايات التالية :

- تحديد مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) .
- تحديد مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) .
- الكشف عن العلاقة القائمة بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2).

- الكشف عن العلاقة القائمة بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم لدى مرضى السكري من النمط(1) و النمط (2).
- الكشف عن العلاقة القائمة بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام باستخدام الأدوية بصورة صحيحة لدى مرضى السكري من النمط(1) و النمط (2).
- الكشف عن العلاقة القائمة بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام باتباع الحمية الغذائية لدى مرضى السكري من النمط(1) و النمط (2).
- الكشف عن العلاقة القائمة بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام بممارسة التمارين الرياضية لدى مرضى السكري من النمط(1) و النمط (2).

6- تحديد مفاهيم الدراسة :

وردت في هذه الدراسة مجموعة من المصطلحات التي وجب تحديد مفهومها و هي كالآتي :

6-1- الكفاءة الذاتية :

يمكن تعريف الكفاءة الذاتية من الناحية الاصطلاحية و الإجرائية كالآتي :

6-1-1- التعريف الاصطلاحي :

قد تحدث باندورا عن مفهوم الكفاءة الذاتية و قد عنى بها : " أحكام الفرد أو توقعاته عن أدائه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض و تنعكس هذه التوقعات على اختيار الفرد للأنشطة المتضمنة في الأداء و الجهد المبذول و مواجهة المصاعب و انجاز السلوك ، بمعنى آخر فإن الفعالية الذاتية أو الكفاءة الذاتية تشير إلى الإعتقادات المفترضة التي يمتلكها الفرد حول قدراته ⁽¹⁾.

¹. Bandura.A.1977,opcit :p250

6-1-2- التعريف الإجرائي :

و هي الدرجة الكلية المتحصل عليها من مقياس الكفاءة الذاتية لرالف شفارتزر في صيغته المعربة لسامر جميل رضوان ، حيث تشير الدرجة المنخفضة إلى انخفاض توقعات الكفاءة الذاتية العامة ، و الدرجة العالية تشير إلى ارتفاع في توقعات الكفاءة الذاتية .

6-2- الالتزام الصحي :

يعرف الالتزام الصحي من الناحية الاصطلاحية و الإجرائية كما يلي :

6-2-1- التعريف الاصطلاحي :

يعرف هاينس و آخرون (1979) Haynes et al الالتزام الصحي بـ: "مدى توافق سلوك المريض مع التوصيات الصحية و الطبية من حيث تناول الأدوية و اتباع الحمية ، تغييرات أخرى تخص نمط الحياة . (1)

أما السلوكات الصحية لمرض السكري فيعرفها معهد الطب الأمريكي على أنها المهام التي يتعهد المريض بالقيام بها للعيش مع الشروط المزمدة ، هذه المهام تتضمن امتلاك الثقة للتعامل مع الحالات الطبية ، السلوك ، و إدارة العاطفة المتعلقة بهذه الحالات ، و هذه السلوكات الصحية مؤسسة لتحقيق السيطرة القصوى على الجلوكوز في الدم لتفادي تعقيدات مرض السكري من خلال المعرفة و الوعي و بتعليم تقنيات سلوكية فعالة لإدارة مرض السكري . (2)

و يعرف الطالب الباحث الالتزام الصحي بدرجة توافق سلوكات مرضى السكري مع السلوكات الصحية التي يجب القيام بها من أجل السيطرة على نسبة الجلوكوز في الدم و إبقائه

¹ . Anthony James Curtis .2001,opcit :p77

² . Maine center for control and prevention.2006,opcit:p6.

قدر المستطاع قريبا من المستوى الطبيعي من أجل ضبط السكري ، و منع أو التقليل من التعقيدات طويلة المدى ، و تتضمن هذه السلوكيات الصحية ما يلي :

. المراقبة اليومية و المستمرة للجلوكوز في الدم .

. استخدام الأدوية بصورة سليمة .

. إتباع الحمية الصحية بانتظام .

. ممارسة التمارين الرياضية .

6-2-2- التعريف الإجرائي :

يعرف الالتزام الصحي إجرائيا على أنه الدرجة الكلية المتحصل عليها من استبيان الالتزام الصحي لمرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) الذي أعده الطالب الباحث خصيصا لذلك ، حيث تتراوح درجات الاستبيان ما بين 0 إلى 84 ، قسمت إلى ثلاثة مجالات تحدد لنا مستوى الالتزام الصحي ، حيث تشير الدرجات التي تدخل في المجال [0، 28] إلى المستوى الضعيف من الالتزام ، بينما توضح الدرجات التي تدخل في المجال [29 ، 57] المستوى المتوسط من الالتزام الصحي ، في حين أن الدرجات التي تدخل في المجال [58 ، 84] تشير إلى ارتفاع مستوى الالتزام الصحي .

7- الدراسات السابقة :

سنتطرق في هذا العنصر إلى الدراسات و الأبحاث التي تناولت متغيرات الدراسة في البيئة العربية و الأجنبية ، حيث اهتمت هذه الدراسات بعلاقة الكفاءة الذاتية و إدارة الأمراض المزمنة كمرض القلب ، وارتفاع ضغط الدم ، وقضايا الصحة العامة مثل الإقلاع عن التدخين و خفض الوزن ، ومن جهة أخرى هناك دراسات اهتمت بالعوامل و الأسباب المؤثرة في الالتزام

الصحي لمرضى السكري من النمط (2) ، و يمكن عرض بعض هذه الدراسات السابقة على النحو التالي :

7-1-دراسة كلارك و هودج (1999) Clark et Hodge :

وهي دراسة حول دور الفعالية الذاتية في إدارة المرض المزمن، إذ قام الباحثان بدراسة على عينة من 570 امرأة مسنة ، مصابات بمرض القلب ، حيث أسفرت نتائجها على أن فاعلية الذات تنبأت بعد سنة من انطلاق الدراسة بمدى تنفيذ المريضة للسلوكيات الصحية الايجابية التي تساهم في إدارة حياتها المرضية ، ومن تلك السلوكيات نذكر على سبيل المثال التزام المريضة بالوصفة الطبية في ما يخص تناول العقاقير وممارسة النشاط البدني بصفة منتظمة، إدارة الضغوط و إتباع الحمية الغذائية التي ينصح بها الطبيب (1).

7-2-دراسة كاري أرنسون (2010) Kari Arneson:

هدفت هذه الدراسة إلى تحري العلاقة بين الكفاءة الذاتية و السلوكات الصحية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم ، و حيث شملت هذه السلوكات (كمية الصوديوم ، تخفيض الوزن ممارسة الرياضة ، استهلاك الغذاء غني بالخضر و الفواكه ، الامتناع عن تناول الكحول أو تقليل الكمية ، الالتزام بتناول الأدوية) ، و تكونت عينة الدراسة من 901 فرد (306 ذكور 595 إناث) ، دامت هذه الدراسة شهرين ، و قد أجريت في العيادات الخاصة ، و قد توصلت هذه الدراسة إلى أن الأفراد الذين يتمتعون بمستوى عالي من الكفاءة الذاتية ينجزون السلوكات الصحية المطلوبة للسيطرة على ارتفاع ضغط الدم لديهم .

¹ . عثمان يخلف، 2001، المصدر المذكور سابقا ، ص 115

7-3 - دراسة ميدل و آخرون (1995) Muddle et Al :

أجرى مادل وآخرون دراسة طولية تناولت العلاقة بين أبعاد فعالية الذات الثلاثة (الصعوبة التعميم، القدرة) : الصعوبة، ويشير هذا البعد إلى تنظيم المهمة وفق لمستوى الصعوبة، أما التعميم فيقصد به تعميم توقعات فعالية الذات حول موقف معين إلى مواقف أخرى، والقدرة تعني تقدير الفرد لقدراته على تحقيق انجاز أدائي، وقد كانت الدراسة حول الإقلاع عن التدخين .

وتوصلت نتائجها إلى أن:

- توقعات فعالية الذات في شأن الامتناع عن التدخين، تنبأت بالإقلاع عن التدخين على المدى المتوسط والبعيد.

- وتتنبأ بعد الصعوبة لمفهوم فعالية الذات بالامتناع عن التدخين على المدى القصير

- بينما تنبأ بعد القدرة للفعالية الذاتية بالإقلاع عن التدخين على المدى الطويل.

- وكان لبعدي التعميم والقدرة للفعالية الذاتية أكبر قوة تنبؤية في شأن الامتناع عن التدخين

بعد العلاج على المدى الطويل.⁽¹⁾

7-4 - دراسة شامبليس و ميري (1979) Champlis et murry :

في هذه الدراسة قام الباحثان بمعالجة مخبرية لـ 68 امرأة كن في المتوسط يملكن وزنا زائدا حيث أعطيت كل النساء بلاسيبو (placebo) و أعلمت المتناولات للبلاسيبو أن هذا الدواء يحث عمليات الإستقلاب، و يساهم من خلال ذلك على تخفيض الوزن بصورة غير مباشرة وإلى جانب ذلك قدمت النصائح للسيطرة على الوزن و بعد أسبوعين فقدت النسوة 1.8 رطلا.

و قد تم عند ذلك إعلام نصف النسوة عن حقيقة الدواء و سمعن محاضرة حول ضبط الذات و قد هنئن لأنهن تمكن ظاهريا على أساس قوة إرادتهن من خفض وزنهن وأن الدواء لم يكن له أي

¹ .عثمان يخلف ،2001، المصدر المذكور سابقا، ص ص 101.102 .

تأثير في خفض وزنهن و تمت مواصلة التجربة لمدة أسبوعين آخرين حيث مثلت النساء اللواتي تم الشرح لهن شرط توقع الكفاءة في حين مثلت النساء اللواتي لم يتم إخبارهن إلى تناول الدواء الكاذب و في نهاية التجربة ظهرت فقط لدى النساء اللواتي مثلن إلى شرط توقع الكفاءة نقصان في الوزن و هذا ما يتوافق مع نظرية الفعالية الذاتية وذلك أن قناعات الضبط تعتبر كواشف لتوقعات النتيجة وتوقعات النتيجة تعد مكملًا ضروريًا لتوقعات الفعالية الذاتية.⁽¹⁾

7-5- دراسة بيزي و آخرون (Y.Bezie et al 2006) :

و تهدف هذه الدراسة إلى الوقوف على العوامل المختلفة المؤثرة في الالتزام الصحي لدى مرضى السكري النمط 2 . و قد شملت الدراسة على 94 مريض داخل المستشفى بمصلحة أمراض السكري ، أعمارهم بين 41 و 89 سنة ، و قد استخدم الباحث استبيان الالتزام الصحي على العينة و كانت النتائج كالتالي :

. نسبة عدم الالتزام الصحي مرتفعة .

. 33 مريض لا يحترمون أوقات و مقادير الدواء .

. المرضى غير الملتزمين صحيا من فئة الشباب و ذو مستوى اقتصادي ضعيف .

. و وجد الباحثون بأن عدم الالتزام يأتي من نقص التربية و التقيف الصحي لمرضى

السكري.

7-6- دراسة نادية و ماجدة و بهية (2009) :

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم العوامل التي تؤثر على التزام مرضى السكري بالبرامج

العلاجية ، شملت عينة الدراسة على 80 مريض بالنمط الثاني من السكري (23 ذكر، 57 أنثى)

¹ . رالف شفارتزر : التفاؤلية الدفاعية و الوظيفية كشرطين أساسيين للسلوك الصحي، ترجمة سامر جميل رضوان ، مجلة الثقافة النفسية ، ع 38 ، المجلد 10 ، بيروت دار : النهضة العربية.1994،ص88 .

تتراوح أعمارهم ما بين 30 و 75 سنة ، أكثر من نصف المرضى كانوا أميين 5, 52% ، كما أن 68,8 % من المرضى يسكنون في مناطق ريفية بعيدة أجريت الدراسة بمستشفى الزقازيق و امتدت من سبتمبر 2008 إلى فيفري 2009 ، و قد استخدم المنهج الوصفي الإرتباطي في الدراسة و المقابلة لجمع المعلومات ، و أسفرت نتائج الدراسة على أن الالتزام الصحي و المعرفة بطرق ضبط السكري منخفضين لدى عينة الدراسة ، كما أسفرت نتائج الدراسة على أن الالتزام الصحي يتأثر بدخل المرضى و بخصائص المرض بالإضافة إلى المعرفة بطرق ضبط السكري .⁽¹⁾

7-7-دراسة بيتر و آخرون (2002) Peter Diem et al :

هدفت هذه الدراسة إلى قياس مدى تمسك مرضى اسكري من النمط (2) بالأدوية التي تؤخذ عن طريق الفم ، و كذلك مدى التمسك بالنظام الغذائي ، و استمرت هذه الدراسة لمدة شهرين على 19 مريض بالسكري من النمط (2) ، و قد اعتمد الباحثون على التقرير الذاتي من قبل المرضى ، بالإضافة نظام مراقبة حديث (MEMS) الذي يحصي عدد مرات فتح قنينة الدواء . و توصلت نتائجها إلى :

- . تفاوت نسب التمسك باختلاف طرق التقييم .
- . مستوى التمسك بتناول الأدوية كان بعيدا عن المستوى المطلوب .
- . التمسك بتناول الأدوية في حالة الجرعة الواحدة كان أكثر في حالة جرعتين أو ثلاثة في اليوم .

¹ . Nadia M.Taha , Magda Abd el-azeaz ,Bahia Abd el-Rzik :Factors Affecting Compliance of Diabetic Patients toward Therapeutic Management , Medical journal of Cairo University,Vol 79.No 1, 2009, pp :211-218.

8- التعليق على الدراسات السابقة :

نستشف من دراسة كل من كلارك و هودج (Clark et Hodge) ودراسة كاري أرنسون (Kari Arneson) ، أن للكفاءة الذاتية علاقة قوية بإدارة الأمراض المزمنة كأعراض القلب وارتفاع ضغط الدم ،حيث بينت النتائج المتوصل إليها في كلتا الدراستين أن المرضى الذين يتمتعون بمستويات عالية من الكفاءة الذاتية ينجزون السلوكات الصحية الموصى بها من قبل الأطباء و هذا من أجل السيطرة على أمراضهم و منع أو تأخير التعقيدات الصحية على المدى البعيد .

في حين أشارت نتائج الدراسة التي قام بها ميدل و آخرون (Muddle et Al) بإمكانية التنبؤ بالإمتناع عن القيام ببعض السلوكات الضارة بالصحة كالتدخين من خلال مستويات الكفاءة الذاتية ، حيث أمكن التنبؤ بالإقلاع عن التدخين من خلال أبعاد الكفاءة الذاتية (الصعوبة ، القدرة ، التعميم) و هذا على المدى القصير و الطويل بعد الصعوبة بالامتناع . و هو ما يؤكد على أهمية الكفاءة الذاتية في تحقيق الصحة للأفراد .

و قد أوضحت دراسة التي قام بها الباحثان شامبليس و ميرري (Champlis et murry) أهمية قوة الإرادة و توقع القدرة على انجاز المهام و السلوكات المطلوبة ، و هو ما يتوافق مع نظرية الكفاءة الذاتية .

في حين سعت دراسة كل من بيزي و آخرون (Y.Bezie et al) و دراسة نادية و ماجدة و بهية (Nadia.M, Magda .A ,Bahia .A) إلى تحليل العوامل المرتبطة بالالتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط (2) ، و قد دلت نتائج الدراستين على أن أغلبية مرضى السكري لا يلتزمون بالسلوكات الصحية الموصى بها خاصة فئة الشباب ، في حين أن الالتزام

الصحي يتأثر بالدخل ، خصائص المرض ، و بالمعرفة بطرق العلاج و السيطرة على مرض السكري .

أما دراسة بيتر و آخرون (Peter Diem et al) ، فقد أسفرت على مستوى أقل من المطلوب في الالتزام بتناول الأدوية لدى مرضى السكري من النمط (2) ، و أن مستوى الالتزام بتناول الأدوية يتأثر بعدد الجرعات اليومية الموصوفة .

و مما سبق يتضح لنا أن معظم الدراسات التي تناولت متغير الكفاءة الذاتية من حيث : الأهمية ، و التأثير ، و السيطرة على الأمراض المزمنة ، و لقد أجمعت تلك الدراسات على أهمية متغير الكفاءة الذاتية في تبني أو تعديل السلوكات المرتبطة بالصحة ، من أجل الارتقاء بالصحة والتحكم في الأمراض المزمنة و منع المضاعفات الصحية البعيدة المدى.

كما وضحت الدراسات التي تناولت الالتزام الصحي لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة و خاصة مرضى السكري ، انخفاض مستوى الالتزام عند أغلبية المرضى ، و هو ما يطرح مشكلة كبرى للمنظومات الصحية ، في حين بينت الدراسات أن الالتزام الصحي يرتبط بعوامل كثيرة ومتداخلة ، مثل السن ، درجة المعرفة بالأمراض و علاجها ، و مستوى تعقيد الخطط العلاجية خصائص المرض و غيرها من العوامل .

و على هذا الأساس جاءت الدراسة الحالية لتؤكد أو تنفي ما تم التوصل إليه في بعض الجوانب التي تم بحثها في الدراسات السابقة الذكر ، فهي تهدف إلى فحص العلاقة الكامنة بين الكفاءة الذاتية و الالتزام الصحي لدى مرضى السكري .

و بذلك تكون هذه الدراسة مساهمة في إثراء المعرفة حول متغيرات الدراسة الحالية وسعياً لمزيد من الحقائق من خلال الإجابة عن الفرضيات التي تطرحها .

الفصل الأول

الكفاءة الذاتية

تمهيد:

تعتبر الكفاءة الذاتية و التي هي من البناءات النظرية التي تقوم على نظرية التعلم الاجتماعي لألبرت باندورا إحدى أبرز مفاهيم نظريات السلوك الصحي التي ظهرت في النصف الثاني من القرن العشرين، حيث أنها تعكس الحكم الذي يكونه الفرد بشأن قدراته على الأداء الناجح لمختلف الممارسات التي يقوم بها في حياته (العمل ، الدراسة السلوكيات المرتبطة بالصحة...) ، لذلك تلعب الكفاءة الذاتية دورا هاما في تحديد مدى نجاح الفرد في مواقف حياته بشكل عام ، و في المجال الصحي خاصة ، لا سيما في حالات الأمراض المزمنة التي تستدعي إلى جانب العلاجات المطولة ، والمعقدة بأساليبها و آثارها الجانبية إحداث تغيرات هامة في العادات السلوكية للمرضى و الإلتزام بها و هو ما توصلت إليه العديد من الدراسات التي أكدت على حقيقة أن للكفاءة الذاتية علاقة قوية بإدارة الأمراض المزمنة و التنبؤ بمدى قدرة الفرد على التخلي عن العادات السلوكية الضارة بالصحة والمواظبة على ممارسة السلوكات الإيجابية كممارسة الرياضة ،و إتباع الحمية الغذائية ، و غيرها من السلوكات المعززة للصحة .

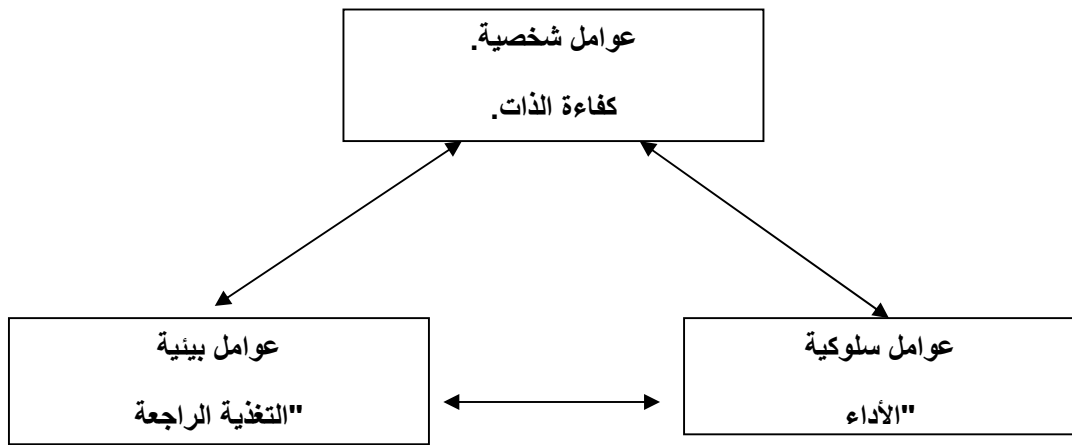
و عليه سنتطرق في هذا الفصل إلى مفهوم الكفاءة الذاتية ، طبيعتها و بنيتها أبعادها و مصادرها ، تأثير اعتقادات الفرد على كفاءته الذاتية ، خصائص الكفاءة الذاتية و مقارنة بين الكفاءة الذاتية العالية والمتدنية ، إضافة إلى علاقة الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي .

1-1- مفهوم الكفاءة الذاتية :

يمكننا توضيح مفهوم الكفاءة الذاتية من خلال النقاط التالية :

1-1-1 تعريف الكفاءة الذاتية :

إن النظرية المعرفية الاجتماعية افترضت أن سلوك الفرد والبيئة ، و العوامل الاجتماعية تتداخل بدرجة كبيرة ، فالسلوك الإنساني في نظرية باندورا يتحدد تبادليا بتفاعل ثلاث مؤثرات هي : العوامل الذاتية ، و العوامل السلوكية ، و العوامل البيئية ، و أطلق على هذه المؤثرات " نموذج الحتمية المتبادلة" (Reciprocal determinism) يوضحها الشكل التالي :



شكل رقم (01) : نموذج الحتمية التبادلية

و طبقا لهذا النموذج فإن السلوك الإنساني يحتاج إلى عدد من العوامل المتفاعلة (شخصية و سلوكية و بيئية).

✓ **العوامل الشخصية :** تطلق على معتقدات الفرد حول قدراته و اتجاهاته .

✓ **العوامل السلوكية :** تتضمن مجموعة الاستجابات الصادرة عن الفرد في موقف

معين .

✓ **العوامل البيئية** : تشمل الأدوار التي يقوم بها من يتعاملون مع الفرد و منهم

الآباء و المعلمين و الأقران . (1)

و يشير باندورا(1977) إلى عدم وجود أفضلية لأي من العوامل الثلاثة المكونة لنموذج الحتمية التبادلية في إعطاء الناتج النهائي للسلوك ، و أن كل عامل من هذه العوامل يحتوي على متغيرات معرفية ، و من بين هذه المتغيرات التي تحدث قبل قيام الفرد بالسلوك ما يسمى بـ "التوقعات أو الأحكام " سواء كانت هذه التوقعات أو الأحكام خاصة بإجراءات السلوك أو الناتج النهائي له ، و هو ما سماه باندورا بـ "فعالية الذات أو الكفاءة الذاتية". (2)

و تستخدم المراجع المتخصصة مفاهيم توقعات الكفاءة وتقدير توقعات الكفاءة وتوقعات الكفاءة الذاتية في السياق نفسه .

كما أن هناك بعض البرامج تستخدم مفهوم الفعالية الذاتية كمرادف للكفاءة وفيما يلي عرض لبعض هذه التعاريف :

يعرفها دوفان و والكر (1997) **Dovan & Walker** بأنها : " القدرة أو الإمكانية على أداء السلوك المطلوب ، ومن ثم التأثير في العمليات ومجريات الأمور لإحداث التغيير والتطور " .

فيما يعرفها برادواي و ويلكينينغ (**Bharadway and wilkening**) بأنها : "الإمكانية و القدرة على التأثير النشط و ممارسة الضبط عبر مظاهر البيئة و الايجابية اتجاه الأحداث المختلفة ، و مظاهر تسهم في شعور الفرد بالقدرة على الإنجاز و تقدير الذات " .

¹ . أحمد يحي الزق: علم النفس . ط1 . عمان : دار وائل للنشر . 2006، ص 264 .

² . محمد أبو هاشم حسن: مؤشرات التحليل البعدي لبحوث فعالية الذات في ضوء نظرية باندورا، مجلة كلية التربية ، ع25 ، الزقازيق . 2003، ص ص 34-35.

و يذكر شال (1989) Shell . M أن الكفاءة الذاتية هي : "الميكانيزم الذي من خلاله يتكامل الأشخاص و يطبقون مهاراتهم المعرفية و السلوكية ، و الاجتماعية على أداء مهمة معينة ، و يعبر عنها بأنها صفة شخصية في القدرة على أداء المهام بنجاح في مستوى معين".

و يرى بيرى (1989) Berry.J : " أن الفرد إذا شعر بالكفاءة و الثقة أي . كفاءة ذاتية عالية . فإنه من المحتمل أن يبذل الجهد و المثابرة اللازمة لإتقان العمل".

في حين أن الكفاءة الذاتية عند شينك (1983) Shunk.H : " تتعلق بالأحكام على مدى الجودة التي يستطيع بها المرء أن ينظم و يستخدم مجريات الأحداث في المواقف التي تحتوي على عناصر جديدة".

و يعرف المرى إسماعيل (1990) الشخص الكفاء بأنه : " الشخص المناسب ذو الأهلية الذي يستطيع تحقيق الهدف (إنجاز المطلوب) بعزيمة و بحزم و تأكيد ، و لا يدع مزيدا يمكن تحقيقه ، و يضيف إلى ذلك أن الشخص الكفاء يكون عادة ذا حيوية مجتهدا فطنا يقظا"⁽¹⁾

تعريف شفارتزر (1994) Schwartz : " الكفاءة الذاتية هي بعد من أبعاد الشخصية تتمثل في قناعات ذاتية في القدرة على التغلب على المتطلبات و المشكلات الصعبة التي تواجه الفرد من خلال التصرفات الذاتية".

و قد تحدث ألبرت باندورا عن مفهوم الكفاءة الذاتية و قد عنى بها: " أحكام الفرد أو توقعاته عن أدائه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض و تنعكس هذه التوقعات على اختيار الفرد للأنشطة المتضمنة في الأداء و الجهد المبذول و مواجهة المصاعب و إنجاز السلوك بمعنى آخر فإن الفعالية أو الكفاءة الذاتية تشير إلى الاعتقادات المفترضة التي يمتلكها الفرد حول قدراته " و ينسب

¹. عبد المنعم أحمد الدريد : دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي . ط1، ج2. القاهرة : عالم الكتب. 2004، ص ص 115-116 .

كلا الباحثين الأخيرين للكفاءة الذاتية وظيفة موجبة للسلوك تقوم على التحضير أو الإعداد للتصرف ، و ضبطه ، و التخطيط الواقعي له .⁽¹⁾

من خلال عرض التعاريف السابقة ، نلاحظ أن كل تعريف حاول إبراز مفهوم الكفاءة الذاتية من زاوية معينة ، فقد اعتبرها كل من **دوفان** و **والكر** على أنها القدرة على أداء السلوك بينما أكد كل من **برادواي** و **ويلكينينغ** على انعكاس الكفاءة الذاتية العالية على شعور الفرد بالثقة و تقدير الذات ، في حين اعتبرها **شال** آلية تحقق التوافق بين المهارات المعرفية و السلوكية و الإجتماعية لأداء المهام ، و قد ذهب كل من **بيري** و **المري إسماعيل** إلى تأكيد الدور الدافعي للكفاءة الذاتية لبذل الجهد و المثابرة اللازمة للنجاح و بالرجوع إلى تعريف كل من **شفارتزر** و **باندورا** فقد اعتبر أن الكفاءة الذاتية بعدا من أبعاد الشخصية تتمثل في قناعة ذاتية للفرد بقدرته على التغلب على الصعاب و المشاكل التي تعترضه .

و رغم تركيز كل تعريف على نقاط دون أخرى لمفهوم الكفاءة الذاتية ، إلا أنه يمكننا القول أن معظم التعاريف السابقة أجمعت على أن الكفاءة الذاتية تتعلق بالإدراكات و المعتقدات التي يتصورها الفرد عن فعالية ذاته في الإنجاز ، و في تخطي العقبات و الأزمات و المحن و مقاومة المثيرات التي تحول بينهم و بين السلوك المرغوب .

1-1-2- الفرق بين الكفاءة الذاتية العامة و الموقفية أو الخاصة :

على الرغم من أن **ألبرت باندورا** لم يرق بالتفريق بين توقعات الكفاءة الذاتية العامة والخاصة عندما قدم البناء للمرة الأولى ، و إنما قام بالتعريف الإجرائي لتوقعات الكفاءة الذاتية مستخدما لوصف كلا الشكليين من توقعات الكفاءة الذاتية مصطلح "الكفاءة الذاتية المدركة" **"Perceived Self-efficacy"** ، و الفرضية الكامنة وراء ذلك تتمثل في أنه في مجرى الحياة

¹ عماد الزغلول : نظريات التعلم . ط1. عمان: دار الشروق للنشر و التوزيع . 2003. ص139 .

تكتسب قناعات الضبط الذاتية صفة سمات الشخصية ، حيث تتغير مرونتها و ثباتها بصفة مختلفة في مواقف المتطلبات المختلفة ، غير أن وجود أشخاص يحملون كفاءة خاصة بالنسبة لمجموعة كبيرة من القضايا دفعت أيضا بافتراض إمكانية جمع عدد كبير من هذه الكفاءات الخاصة في بناء عام و ثابت ، و تشمل توقعات الكفاءة الذاتية العامة على المواقف العامة التي يمكن لأي شخص أن يمر بها ، في حين تشمل توقعات الكفاءة الذاتية الخاصة على مجالات خاصة من المشكلات التي يمكن أن تواجه أشخاصا محددين أو مجموعات خاصة كالمدخنين و ذوي الوزن الزائد...إلخ .

1-1-3- الفرق بين توقعات الكفاءة الذاتية و التفاؤلية :

يميز شفارتزر بين "توقعات الكفاءة الذاتية" و "التفاؤلية" و يرى أن باندورا قد استخدم مصطلح "القناعة الذاتية التفاؤلية" عوضا عن "الكفاءة الذاتية المدركة" ، و يرى أن هذا البناء الذي اقترحه باندورا في عام (1977) لتوقعات الكفاءة يعبر عن "تفاؤلية وظيفية تحتل في الموارد الإيجابية مركز الاهتمام" و تشكل جزءا ضروريا من توقعات الكفاءة و هو يختلف عن التفاؤلية النزوعية التي يقوم عليها توقعات النتائج الهامة لشاير و كارفير & Schaier (1985) التي تعرضت لانتقادات متعددة فالاعتقاد بأن أمور الحياة ستسير بصورة جيدة من تلقاء نفسها عبارة عن توقعات عامة تختلف عن الثقة بالإمكانات الذاتية و بقدرة المرء على القيام بسلوك معين .

و يقترح شفارتزر مفهوما دقيقا هو : "توقعات الكفاءة الذاتية التفاؤلية المعممة النزوعية" للفصل بين توقعات الكفاءة الذاتية و التفاؤلية النزوعية عند شاير و كارفير (1).

¹. سامر جميل رضوان: توقعات الكفاءة الذاتية " البناء النظري و القياس "، مجلة الشؤون الاجتماعية ، ع 1 ، 1997.

1-2- طبيعة و بنية الكفاءة الذاتية :

الكفاءة الذاتية هي مجموعة متمايضة من المعتقدات أو الإدراكات المترابطة أو المتداخلة

لتننتج مجموعة من الوظائف المتعلقة بـ:

- الوعي بالذات: Self-awareness و تتضمن الكفاءات التالية :

➤ الوعي الانفعالي Emotional awareness

➤ الدقة في تقدير الذات Accurate self-assessment

➤ الثقة في الذات Self-confidence

- تنظيم الذات Self-regulation و تتضمن الكفاءات التالية :

➤ التحكم أو الضبط الذاتي Self-control

➤ الجدارة بالثقة (الموثوقية) Trustworthiness

➤ الضمير الحي Conscienttiousness

➤ القدرة على التكيف Adaptability

➤ التجديد Innovation

- الدافعية : Motivation ، و تتضمن الكفاءات التالية :

➤ الدافع للإنجاز أو التحصيل Achivement drive

➤ الالتزام بالوعود و التعهدات Commitment

➤ المبادرة Initiative

➤ التفاؤل Optimism¹.

¹. عبد المنعم أحمد الدريد: دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي ، ط1، ج2، القاهرة: عالم الكتب، 2004، ص26 .

و يؤكد باندورا أن كفاءة الذات تعمل على تنظيم و تفعيل السلوك و ضبطه من خلال عوامل داخلية أساسية هي :

1-2-1- العوامل المعرفية :

إذ من خلال العوامل المعرفية يرى باحثوا النظرية المعرفية الاجتماعية أن الشعور والإحساس بكفاءة التنظيم الذاتي يؤثر في النشاط المعرفي الذي ينعكس بدوره على تفاعلات الفرد حيث يرقى بها أو بالعكس يعمل على إضعافها ، و عليه فإن سلوك الفرد بصفته سلوكا هادفا تنظمه آراء و أفكار أو تصورات معرفية تشتمل على أهداف واضحة تتضمن خطة مدروسة لتحقيقها لهذا فإن عملية وضع الأهداف الشخصية تتأثر بشكل مباشر بإدراكنا لقدراتنا ، فكلما نما الإحساس بكفاءة الذات كانت الأهداف السلوكية الصحية التي يضعها الناس لأنفسهم عالية و متقدمة ، و راقية ، و كذلك رغبتهم ، و قدراتهم في تحقيقها أيضا كبيرا جدا .⁽¹⁾

1-2-2- عوامل ذات صلة بالدافعية :

أما عن العوامل ذات الصلة بالدافعية فإن إدراك الكفاءة الذاتية يؤثر في الجهد الذي يبذله الناس و المثابرة التي يظهرونها في وجه الصعوبات و التحديات التي تعترض طريق حياتهم فكلما كان الشعور و الإحساس بالكفاءة الذاتية كبيرا بذلت جهودا كبيرة لتحقيق النجاح و انجاز الأداء ، حيث نجد أن الأفراد الذين يتمتعون أو يتميزون بكفاءة ذاتية عالية هم أكثر مثابرة في أعمالهم ، و جهودهم ، و ممارساتهم لسلوكيات صحية من غيرهم في وجه الصعوبات أو التحديات ، بينما الذين يعانون من ضعف أو انخفاض القدرات و الثقة بالذات فهم عرضة للعجز و يستسلمون للتشاؤم و اليأس .

¹. مفتاح محمد عبد العزيز: مقدمة في علم نفس الصحة ، ط 1 . عمان : دار وائل للنشر . 2010 ، ص 165.

1-2-3-العوامل الانفعالية :

يلاحظ أيضا أن الإحساس بالكفاءة الذاتية و إدراكها يؤثر كذلك على استجابات الفرد الانفعالية ، حيث يحدد مستوى التوتر و الاكتئاب الذي قد ينجم جراء تعرض الإنسان لمواقف ضاغطة و صعبة ، فالأفراد الذين لديهم ثقة عالية في قدراتهم لمواجهة و تحدي تهديدات محتملة تجددهم أقل توترا و أكثر ثقة و تركيزا في أدائهم و انجازهم ، الأمر الذي يزيد من قدرتهم و حركتهم على الجد و المثابرة في الأنشطة الصحية ، بينما الذين يعتقدون أنه لا قدرة و لا ثقة لهم على إدارة أية تهديدات قد يواجهونها تراهم يعانون من حالات التوتر و القلق ، و الانفعالية الشديدة التي بدورها قد تؤدي إلى سوء التوافق في الحياة .

1-2-4-عوامل ذات صلة بالاختيار :

من خلال عوامل الاختيار يستطيع الفرد أن يؤثر في مسار حياته ، فالبيئة التي يختارها لنفسه ، و البيئة التي يعمل على إحداثها من خلال ممارساته الناجحة أو انجازاته الراقية قد يكون للكفاءة الذاتية دور هام في اختيار النشاط الذي يريد الفرد أن يزاوله ، كما أن للإحساس والشعور بالكفاءة دورا في اختيار البيئة التي يريد الفرد أن يتفاعل معها و بالتالي فان الأشخاص الذين لديهم شعور أو إحساس ضعيف بالكفاءة الذاتية في مواجهة موقف معين في حياتهم قد يعملون بشدة و جهد على تجنبه ، و لهذا فان الأفراد الذين تخلوا عن التدخين حديثا قد يتجنبون مواقف اجتماعية حافلة بسلوك التدخين خوفا من الانتكاس و ربما يختارون موقفا يكون لهم فيه قدر كبير من التحكم و تحدي أو مقاومة رغبتهم في ممارسة عادة التدخين . و عليه يتضح مما سبق أن

قدرة الفرد على تحقيق أهدافه الوقائية الصحية تتأثر بدرجة كبيرة بقدرته و ثقته في ذاته على اختيار بيئته و ممارسته للنشاط الذي يختاره.⁽¹⁾

و يرتبط التصنيف النظري لتوقعات الكفاءة الذاتية بنظرية العزو **Attribution** « **theory** بصورة وثيقة ، فالفرد الذي لديه كفاءة ذاتية عالية في مجال معين ، فهو في الغالب يعزو سبب فشله في هذا المجال إلى عامل الجهد المبذول أما أولئك الذين لديهم مستوى كفاءة ذاتية منخفض فهم في الغالب يعزون سبب فشلهم إلى ضعف في قدراتهم الذاتية ، و من ناحية أخرى تعتبر توقعات الكفاءة الذاتية ذات أهمية بالنسبة للسيرورات الدافعية و تطور الإرادة في تصرف ما ، ففي طور الدافع تقوم توقعات الكفاءة الذاتية بتوجيه اختيار المتطلبات و القرارات فيما يتعلق باستراتيجيات التغلب و في طور الإرادة تؤثر توقعات الكفاءة الذاتية على الجهود المبذولة ، و مدى الاستهلاك المادي و المعنوي الذي سيبدله الفرد ، و مدى التحمل عند التغلب على مشكلة ما .

يوضح باندورا أن طبيعة الكفاءة الذاتية تتضمن قدرة إنتاجية تنظم فيها المهارات المعرفية و الاجتماعية عبر مسار متكامل من السلوك الملموس للتعامل مع عدد كبير من الأهداف وأن الاهتمام لا يكون حول المهارة التي يمتلكها الشخص بل على الحكم حول ما يستطيع الفرد فعله من خلال قدرته على التغلب على الصعوبات المتعلقة بأداء مهمة في موقف محدد ، و من هنا تعتبر الكفاءة الذاتية محددة بطبيعتها ، فيشير باندورا بأن الأحكام على الكفاءة الذاتية تؤثر على خيارات السلوك الذي يقوم به الفرد مثل اكتساب سلوك جديد أو إعاقه سلوك موجود .

فالكفاءة الذاتية هي ذات طبيعة متعددة الأبعاد :

¹. مفتاح عبد العزيز، 2010 ، المصدر المذكور سابقا، ص 166 .

. فهي من حيث المجال تشمل: البعد العام ، البعد الاجتماعي ، البعد الأكاديمي .

. ومن حيث الدرجة تختلف باختلاف : المستوى ، درجة العمومية ، القوة أو الشدة.⁽¹⁾

1-3- أبعاد الكفاءة الذاتية :

يحدد باندورا ثلاثة أبعاد للكفاءة الذاتية مرتبطة بالأداء و يرى أن معتقدات الفرد عن كفاءته

الذاتية تختلف تبعاً لها ، و هذه الأبعاد هي :

1-3-1- قدر الكفاءة الذاتية:

و يقصد بها مستوى قوة دوافع الفرد للأداء في المجالات ، و المواقف المختلفة
ويختلف هذا المستوى تبعاً لطبيعة أو صعوبة الموقف ، و يبدو قدر الكفاءة الذاتية بصورة أوضح
عندما تكون المهام مرتبة وفقاً لمستوى الصعوبة ، و الاختلافات بين الأفراد في توقعات
الكفاءة ، و يمكن تحديدها بالمهام البسيطة المتشابهة ، و متوسط الصعوبة و لكنها تتطلب
مستوى أداء شاق في معظمها ، و مع ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لدى بعض الأفراد فإنهم
لا يقبلون على مواقف التحدي ، و يرجع السبب في ذلك إلى تدني مستوى الخبرة و المعلومات
السابقة.⁽²⁾

و يؤكد باندورا في هذا الصدد أن طبيعة التحديات التي تواجه الكفاءة الشخصية يمكن الحكم
عليها بمختلف الوسائل مثل مستويات الإلتقان ، بذل الجهد ، الدقة ، الإنتاجية ، التهديد ، التنظيم
الذاتي المطلوب ، فمن خلال التنظيم الذاتي فإن القضية لم تعد أن فرداً إما يمكن أن ينجز عملاً

¹ . فتحي محمد الزيات: علم النفس المعرفي ، ط1، ج1، مصر : دار النشر للجامعات. 2001، ص 508

² . محمد أبو هاشم ، 2003 ، المصدر المذكور سابقاً ، ص 36.

معينا عن طريق الصدفة ، و لكن هي أن فردا ما لديه الكفاءة لينجز بنفسه و بطريقة منظمة من خلال مواجهة مختلف حالات العدول عن الأداء .⁽¹⁾

1-3-2-العمومية :

و يشير هذا البعد إلى انتقال كفاءة الذات من موقف ما إلى مواقف مشابهة فالفرد يمكنه النجاح في أداء مهام مقارنة بنجاحه في أداء أعمال و مهام مشابهة .
و تتباين درجة العمومية ما بين اللامحدودية و التي تعبر عن أعلى درجات العمومية والمحدودية الأحادية التي تقتصر على مجال أو نشاط أو مهام محددة و تختلف درجة العمومية باختلاف المحددات التالية :

- درجة تماثل الأنشطة .
- وسائل التعبير عن الإمكانية (سلوكية . معرفية . انفعالية) .
- الخصائص الكيفية للموقف و منها : خصائص الشخص ، أو الموقف محور السلوك

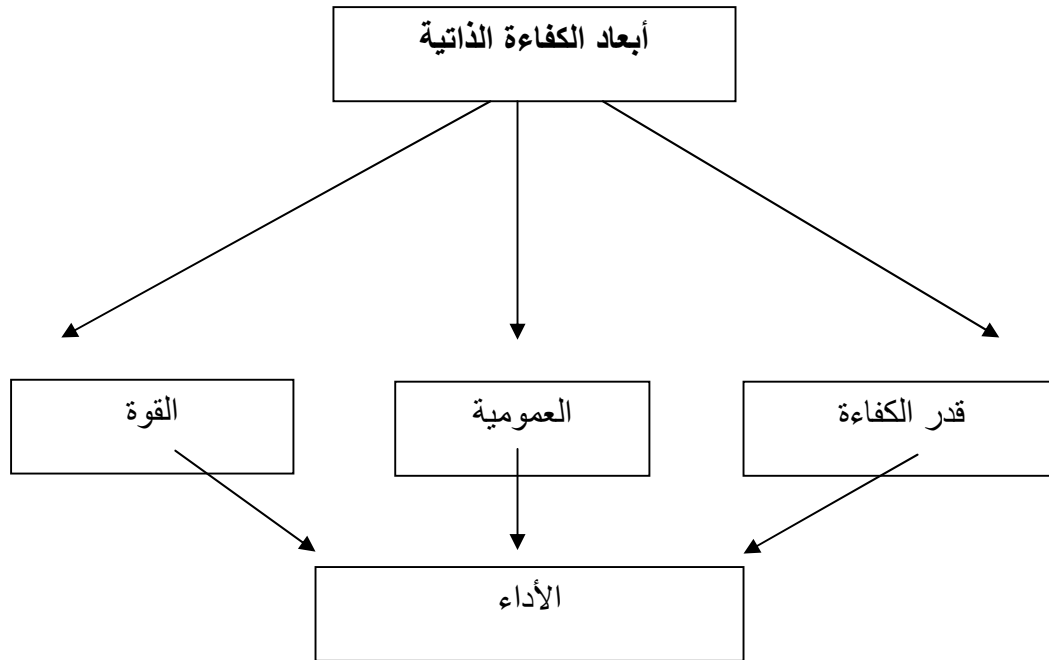
1-3-3-القوة أو الشدة :

فالمعتقدات الضعيفة عن الكفاءة الذاتية تجعل الفرد أكثر قابلية للتأثر بما يلاحظه (مثل ملاحظة فرد يفشل في أداء مهمة ما ، أو يكون أدائه ضعيفا فيها) ، و لكن الأفراد مع قوة الاعتقاد بكفاءة ذواتهم يثابرون في مواجهة الأداء الضعيف ، و لهذا فقد يحصل طالبان على درجات ضعيفة في مادة ما ، أحدهما أكثر قوة على مواجهة الموقف "كفاءة الذات ليه مرتفعة" والآخر أقل قدرة " كفاءة الذات ليه منخفضة" ، و تتحدد قوة الكفاءة الذاتية لدى الفرد في ضوء خبراته السابقة ، و مدى ملاءمتها للموقف .

¹. غالب بن محمد علي: قلق المستقبل و علاقته بكل من فاعلية الذات و مستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف .السعودية : جامعة الطائف. 2008، ص 85.

و يشير أيضا هذا البعد إلى عمق الإحساس بالكفاءة الذاتية ، بمعنى قدرة أو شدة أو عمق اعتقاد ، أو إدراك الفرد أن بإمكانه أداء المهام، أو الأنشطة موضوع القياس و يندرج بعد القوة أو الشدة على متصل ما بين قوي جدا إلى ضعيف جدا.⁽¹⁾

و يؤكد باندورا أن قوة الشعور بالكفاءة الشخصية تعبر عن المثابرة العالية و القدرة المرتفعة التي تمكن من اجتياز الأنشطة التي سوف تؤدي بنجاح ، كما يذكر أيضا أنه في حالة التنظيم الذاتي للكفاءة فإن الناس سوف يحكمون على ثقتهم و يمكنهم أداء النشاط بشكل منظم في خلال فترات زمنية محددة.(أنظر الشكل رقم 2).⁽²⁾



شكل رقم (02) : يوضح أبعاد الكفاءة الذاتية حسب باندورا

¹. علاء الشعراوي: فاعلية الذات و علاقتها ببعض المتغيرات الدافعية لدى طلاب المرحلة الثانوية .المنصورة : مجلة كلية التربية ،ع44. 2000،ص 293.

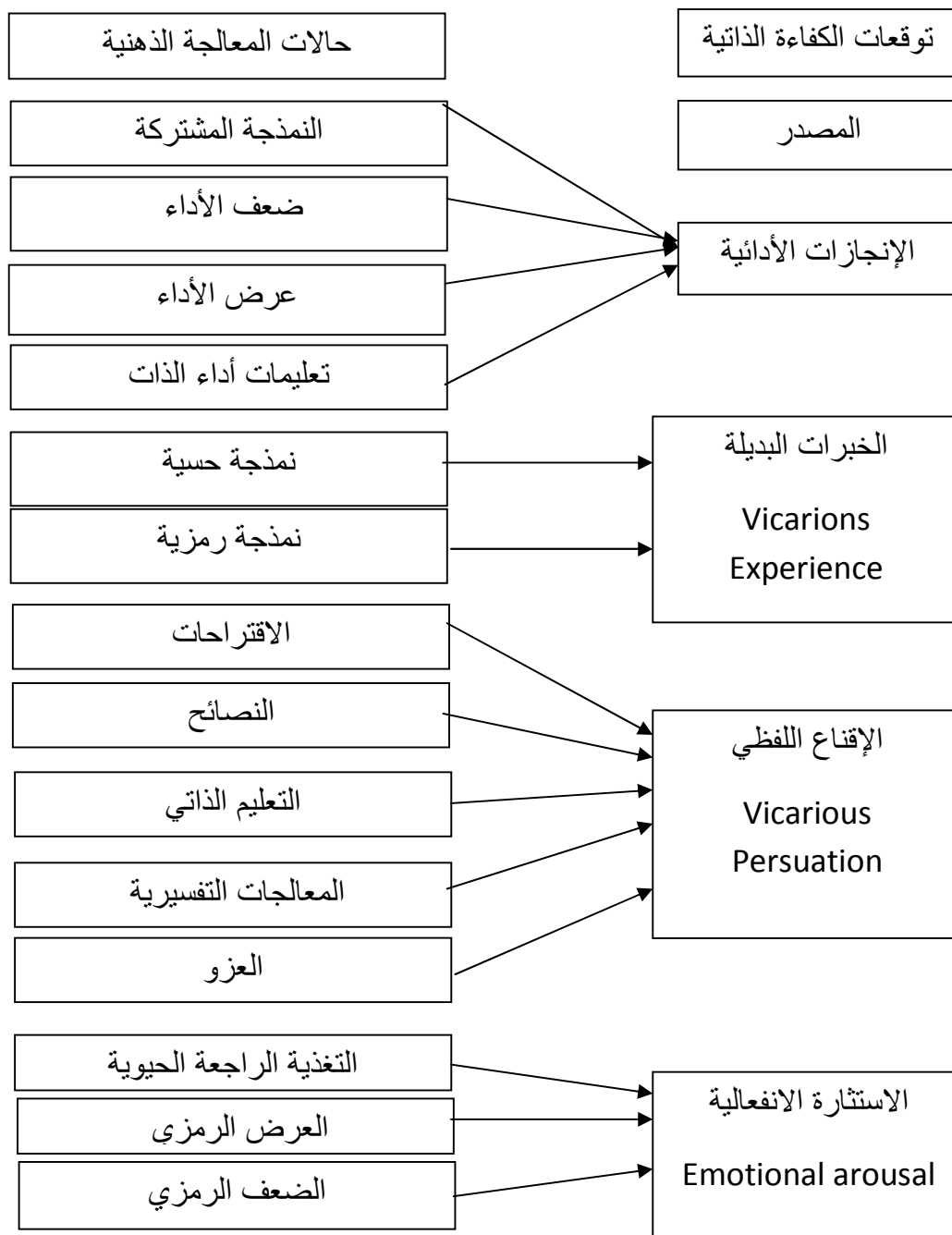
². غالب بن محمد علي ،2008، المصدر المذكور سابقا،ص 87.

1-4-مصادر الكفاءة الذاتية :

إن الإحساس بالكفاءة الذاتية أو الفعالية الذاتية و إدراكها لا يأتي من فراغ بل يعتمد على تفاعل الفرد السليم مع البيئة المحيطة به و الخبرات الاجتماعية التي يكتسبها في هذا الصدد و توجد حسب باندور أربعة مصادر أساسية للمعلومات حول الكفاءة الذاتية .⁽¹⁾

و يبين الشكل رقم (03) هذه مصادر و علاقتها بأحكام كفاءة الذات و السلوك أو الناتج النهائي للأداء .

¹. عثمان يخلف، 2001 ، المصدر المذكور سابقا ، ص 104.



شکل رقم (3) : يبين مصادر الكفاءة الذاتية

1-4-1- الإنجازات الأدائية :

و هو المصدر الأكثر نجاعة لخلق إحساس متين بالكفاءة الذاتية فالنجاح عادة ما يرفع توقعات الكفاءة ، بينما الفشل يثبطها .

إن المظاهر السلبية للكفاءة مرتبطة بالإخفاق ، و تأثير الإخفاق على الكفاءة الشخصية يعتمد جزئيا على الوقت ، الشكل الكلي للخبرات في حالة الإخفاق ، و تعزيز كفاءة الذات يقود إلى التعميم في المواقف الأخرى وخاصة في أداء الأشخاص الذين يشكون في ذاتهم من خلال العجز ، و الالفاعلية الشخصية و الإنجازات الأدائية يمكن نقلها بعدة طرق من خلال النمذجة المشتركة حيث تعمل على تعزيز الإحساس بالكفاءة الذاتية لدى الفرد .

فالخبرات ، و الإنجازات الأدائية السابقة لها تأثيرات كبيرة على كفاءة الذات لدى الفرد ، و خاصة تلك التي تحقق فيها للفرد النجاح.⁽¹⁾

و لهذا يشير جابر عبد الحميد(1990) إلى ما يلي:

• إن النجاح في الأداء يزيد من مستوى كفاءة الذات بما يتناسب مع

صعوبة المهمة أو العمل

• إن الأعمال التي يتم إنجازها بنجاح من قبل الفرد معتمدا على نفسه تكون

أكثر تأثيرا على كفاءة ذاته من تلك الأعمال التي يتلقى فيها المساعدة من الآخرين.

¹ . Bandura.A: Auto efficacité , traduit par : Jacques Lecomle , de boeck, Paris. 2003,p125.

• إن الإخفاق المتكرر يؤدي في أغلب الأحيان إلى انخفاض كفاءة الذات ، و خاصة

عندما يعلم الشخص أنه قد بذل أفضل ما لديه من جهد.⁽¹⁾

في مجال الصحة السلوكية يحصل الناس على معلومات ذات صلة بالفعالية من خلال نشاطهم اليومي ، حيث أن الأفراد الذين تنقصهم مثلاً القدرة على مزاوله نشاط معين يميلون إلى الشعور بالإحساس بالكفاءة بعد مشاركتهم في ذلك النشاط بصفة منتظمة و لبعض الوقت و الأشخاص الذين يحافظون مثلاً على وزن عادي أو سليم ، لهم القدرة على امتلاك إحساس قوي بالكفاءة نظراً لقدرتهم على ممارسة العادات الغذائية السليمة بصفة مستمرة.⁽²⁾

إن أثر الإنجاز أو الأداء الإنجازي على اعتقادات أو إدراكات الكفاءة الذاتية يتوقف على طبيعة هذه الإنجازات و قيمتها المدركة و مدى تقدير المجتمع و الأشخاص المهمين في حياة الفرد لهذه الإنجازات ، و يتوقف المدى المحدد لاستقرار وعي الفرد بكفاءته الذاتية من خلال ممارسته للخبرات أو تحقيقه للإنجازات على المحددات التالية :

- فكرته المسبقة عن إمكاناته و قدراته و معلوماته .
- إدراك الفرد لمدى صعوبة المهمة أو المشكلة أو الموقف .
- الجهد الذاتي النشط الموجه بالأهداف .
- حجم أو كم المساعدات الخارجية .
- الظروف التي من خلالها يتم الأداء أو الإنجاز .
- الخبرات المباشرة السابقة للنجاح أو الفشل .
- أسلوب بناء الخبرة أو الوعي بها ، و إعادة تشكيلها في الذاكرة .

¹. جابر عبد الحميد: نظريات الشخصية : البناء ، الديناميات، النمو، طرق البحث، التقويم .ط1 .القاهرة : دار النهضة العربية. 1990، ص 287.

². عثمان يخلف ، 2001، المصدر المذكور سابقاً ، ص 105.

- الأبنية القائمة على المعرفة و الخصائص التي تميزها.⁽¹⁾

1-4-2- النمذجة أو الخبرات البديلة :

و تعتبر المصدر الثاني الأكثر أهمية بعد الإنجازات الأدائية ، و ذلك باعتباره يمنح الفرصة للفرد بالتعلم و اكتساب إستراتيجيات مواجهة متينة (Coping) من خلال الملاحظة دون اللجوء إلى التجربة الشخصية ، فالنمذجة يمكن أن تشكل اتجاهها فعالا لتغيير العادات الصحية المولدة للمرض ، ففي إحدى الدراسات التي قام بها سارسون و آخرون (Sarason .I et al) (1991) أوضحت نتائجها أن طلبة المدارس الثانوية الذين شاهدوا آخرين يتبرعون بالدم كانوا أكثر ميلا إلى القيام بذلك السلوك .⁽²⁾

و قد استخدمت أساليب مختلفة للنمذجة بما في ذلك العرض الذي يقوم به المعالج و عروض الفيديو ، أو أشرطة التسجيل الصوتية ، أو النمذجة الواقعية بواسطة أفراد آخرين في المجموعة ، و عندما تستخدم النمذجة لوحدها فإنها يمكن أن تؤدي إلى بعض التحسن في السلوك المستهدف ، إلا أن هناك شكوكا حول مدى استمرار المزايا لما بعد موقف التدريب ، و انتقالها للمواقف التفاعلية الواقعية .

و قد استخدمت النمذجة عموما بوصفها جزءا من الحزمة الشاملة للتدريب على المهارات الاجتماعية ، و اقتفاء لأعمال باندورا شدد أغلب الباحثين على الحاجة إلى استخدام نماذج من نفس عمر ، و جنس ، و مكانة العملاء حتى يمكن تحقيق أقصى درجة من التعلم كما ذكر أيضا

¹. فتحي محمد الزيات ، 2001، المصدر المذكور سابق ، ص 511.

² . Sarason.I et al: Asocial learning approach to increasing blood donations: Journal of Applied Social Psychology.1991,p 21.

إن إيضاح أداء النموذج يؤدي إلى مرتبات إيجابية و ليست سلبية ، كما يزيد من احتمالية التقيد.⁽¹⁾

1-4-3- الإقناع اللفظي :

و يعني الحديث الذي يتعلق بخبرات معينة للآخرين ، و الإقناع بها من قبل الفرد أو معلومات تأتي للفرد لفظيا عن طريق الآخرين فيما قد يكسبه نوعا من الترغيب في الأداء أو الفعل ، و يؤثر على سلوك الشخص أثناء محاولاته لأداء المهمة .

و يضيف باندورا أن الإقناع اللفظي يستخدمه الأشخاص على نحو واسع جدا مع الثقة فيما يملكونه من قدرات و ما يستطيعون إنجازه ، و أنه توجد علاقة تبادلية بين الإقناع اللفظي و الأداء الناجح في رفع مستوى الكفاءة الشخصية و المهارات التي يمتلكها الفرد .

و يشير هذا المصدر أيضا إلى عمليات التشجيع و التدعيم من الآخرين أو ما يسمى بالإقناع الاجتماعي حيث يؤثر السياق الاجتماعي ، و الإطار الثقافي الحاضر و المدعم للجهد الذاتي للفرد على تنمية اتجاهات موجبة نحو تعظيم دور العمل المنتج القائم على الجهد الذاتي النشط للفرد . و في هذا الإطار يتجه الأفراد مدفوعين إلى تجنب فقد أو إضاعة إمكانات ، أو قدرات الحاضر أكثر مما يكونون مدفوعين إلى الاحتفاظ بهذه الإمكانيات أو القدرات أو تأمينها لتحقيق مكاسب مستقبلية من خلالها.⁽²⁾

¹. صفوت فرج: المرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين ، دار الأنجلو المصرية.2000،ص 297.

² . Bandura.A,1977,ppcit :P196.

1-4-4- الحالة الفسيولوجية و الانفعالية :

تؤثر البنية الفسيولوجية و الانفعالية أو الوجدانية تأثيرا عاما على الكفاءة الذاتية للفرد وعلى مختلف مجالات و أنماط الوظائف العقلية المعرفية و الحسية و العصبية لدى الفرد وعلى هذا هناك ثلاثة أساليب رئيسية لزيادة تفعيل إدراكات الكفاءة الذاتية و هي

- تعزيز أو زيادة أو تنشيط البنية البدنية أو الصحية .
- تخفيض مستويات الضغط و النزعات و الميول الانفعالية السالبة .
- تصحيح التفسيرات الخاطئة للحالات التي تعترى الجسم .

كما تؤثر الحالات المزاجية على الانتباه ، و على تفسير الفرد للأحداث وإدراكها ، و تنظيمها و تخزينها ، و استرجاعها من الذاكرة ، و بصورة عامة تؤثر الحالة المزاجية الانفعالية أو الدافعية على إدراك الفرد لكفاءته أو فاعليته الذاتية ، و على الأحكام التي يصدرها.(1)

و أخيرا يرى باندورا (1988) أن :

مصادر الكفاءة الذاتية و المتمثلة في "الإنجازات الأدائية، و الخبرات البديلة والإقناع اللفظي أو النصائح ، و الحالة الانفعالية و الفسيولوجية " يستخدمها الأفراد للحكم على مستويات كفاءتهم الذاتية .

كلما كانت هذه المصادر موثوق بها ، كلما زاد التغير في إدراك الفرد لذاته كإنسان قادر على السيطرة و على حل المشكلات ، و هكذا فإن المعلومات المبينة على الأداء الاجتماعي الفعلي للفرد من شأنها أن تكون أكثر تأثيرا على الكفاءة الذاتية من المعلومات القائمة على الإقناع من خلال الطرق الخاصة بالتفسير المنطقي للمشكلات أو المقترحات .

¹. فتحي محمد الزيات ، 2001، المصدر المذكور سابق ، ص ص 516-517..

إن هذه المصادر ليست ثابتة دائما و لكنها معلومات ذات صلة وثيقة بحكم الشخص على قدراته سواء كانت متصلة بالإنجازات الأدائية ، أو الخبرات البديلة أو الإقناع اللفظي أو الحالة الانفعالية و الفسيولوجية ، و إن نظرية التعلم الاجتماعي تسلم بأن هناك ميكانيزم عام في الإنسان يمكنه تغيير السلوك ، و أن كفاءة الذات هي أفضل منبئ بالسلوك الشخصي.⁽¹⁾

1-5- تأثير اعتقادات الفرد على كفاءته الذاتية :

يرى باندورا أن الاعتقادات أو الإدراكات عن الكفاءة الذاتية تؤثر على سلوك الفرد من خلال أربع نواحي :

1-5-1- اختيار السلوك :

تؤثر الإدراكات المتعلقة بالكفاءة الذاتية للفرد على اختياره لسلوكه ، و يبدو ذلك من خلال أن الناس يميلون إلى الاشتغال بالمهام التي يشعرون فيها بقدر عال من إمكانية المنافسة الثقة والانجاز ، و يتجنبون تلك المجالات أو المهام التي لا يشعرون فيها بذلك وتشير القياسات إلى تكرار العلاقة بين الكفاءة الذاتية ، والنتائج المتوقعة ، والمعرفة والمهارات إلى وجود ارتباطات عالية و دالة بينها.⁽²⁾

حتى الأفراد الذين لديهم إدراكات بقوة الكفاءة ، أو الفعالية الذاتية لديهم ، مع وجود نقص فعلي في مهاراتهم ، يتصرفون و يمارسون في ضوء إحساسهم لمستوى كفاءة الذات لديهم و ربما يؤدي بهم ذلك إلى نتائج وخيمة .

¹. محمد أبو هاشم حسن ، 2003، المصدر المذكور سابقا، ص 44.

². فتحي محمد الزيات، 2001، المصدر المذكور سابقا، ص 504.

و الأفراد الذين لديهم إدراكات بانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية لديهم مع وجود ارتفاع فعلي في المهارة ، ربما يعانون من الشعور بضعف الثقة بالنفس ، و التردد في قبول المهام أو التكاليفات و القيام بالمهام التي يملكون بالفعل انجازها .

و في هذا الإطار يستطرد باندورا أن الكفاءة تشكل المحدد الأساسي للسلوك و هي ذات قيمة تنبؤية به ، تفوق نتائجه المتوقعة (أي السلوك) ، كما أن قيمتها التنبؤية تفوق القيمة التنبؤية لكل من المعرفة و المهارة التي يملكها الفرد .

و على ذلك تقييما لإمكاناتنا أو قدراتنا الذاتية أو إدراكنا لكفاءة الذات يمثل المحدد الأساسي الذي يحكم المعرفة و المهارات التي نسعى إلى اكتسابها ، و كذا النتائج التي نتوقعها و من ثم فإن الكفاءة الذاتية هي محدد قوي للاختيارات التي يقوم بها الأفراد.

1-5-2- كم و معدل الجهد:

تحدد الإعتقادات عن الكفاءة الذاتية كم و معدل الجهد الذي يبذله الناس ومدى حرصهم على مواصلة أو مثابرتهم في أداء النشاط المستهدف ، فالأشخاص الذين لديهم إدراكات عالية بقوة الكفاءة الذاتية يبذلون جهود أكبر ، و يحتفظون لمدة أطول بمعدلات أعلى للنشاط و المثابرة .⁽¹⁾

و هذه الوظيفة لإدراكات أو اعتقادات الكفاءة الذاتية للفرد تساعد على توليد تنبؤ كلي بمستوى الأداء اللاحق ، كما أن ارتباط المثابرة بارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية ، يؤدي بدوره إلى ارتفاع مستوى الأداء ، الذي يعود مرة أخرى ليؤثر بالارتفاع على مستوى الكفاءة.

¹. فتحي محمد الزيات، 2001، المصدر المذكور سابقاً، ص 505.

1-5-3- أنماط التفكير و ردود الأفعال :

تحدد اعتقادات أو ادراكات الفرد لكفاءة الذات لديه أنماط من التفكير و ردود الأفعال الانفعالية ، فقد وجد كولينز (1986) Collins أن الإحساس بقوة الكفاءة الذاتية يشكل التفكير السببي العلائقي بين الفعل و نتيجته ، فيميل ذوو الإحساس بقوة الكفاءة الذاتية إلى عزو أو تفسير الفشل في المهام الصعبة إلى نقص الجهد أو عدم كفايته و هذا العزو أو التفسير يدعم الميل أو التوجه إلى النجاح ، بينما يعزو ذوو الإحساس بانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية ذلك الفشل إلى نقص القدرة.

1-5-4- الفرد منتج للسلوك :

يبدو تأثير اعتقاد أو إدراكات الكفاءة الذاتية للفرد على سلوكه إذا نظرنا إليه باعتباره منتجا للسلوك أكثر منه متنبئا به هذا الافتراض ، و مؤدى هذا الافتراض :

- أن الثقة بالنفس تولد النجاح الذي يقود إلى مستوى أفضل من الأداء .
- أن ضعف الثقة بالنفس يولد التردد م التراجع عن المحاولة لتجنب الفشل .

و على ذلك فان إدراكاتنا عن الكفاءة الذاتية تساعدنا على تحديد كيف نفكر وكيف نشعر و كيف نسلك أو نتصرف .

و الجدير بالاهتمام هنا هي أن اعتقادات أو إدراكات الفرد حول الكفاءة الذاتية لديه لا تؤثر على سلوكه فحسب ، و لكنه يستخدم هذه الإدراكات أو الاعتقادات بشكل إيجابي نشط وملموس كي يسلك أو يستجيب من خلالها ، و هو ما أشار إليه باندورا بمفهوم الحتمية التبادلية أو التبادلية الحتمية.⁽¹⁾

¹ . فتحي محمد الزيات، 2001، المصدر المذكور سابقا، ص 506.

1-6- خصائص الكفاءة الذاتية :

هناك خصائص عامة للكفاءة الذاتية و هي :

- مجموعة الأحكام و المعتقدات و المعلومات من مستويات الفرد ، و إمكاناته ، و مشاعره
- ثقة الفرد في النجاح و أداء عمل ما .
- وجود قدر من الاستطاعة سواء كانت فسيولوجية أم عقلية أو نفسية ، بالإضافة إلى توفر الدافعية في الموقف .
- توقعات الفرد للأداء في المستقبل .
- إنها لا تركز فقط على المهارات التي يملكها الفرد ، و لكن أيضا على حكم الفرد على ما يستطيع أدائه مع ما يتوافق لديه من مهارات ، كفاءة الذات هي الاعتقاد بأن الفرد يستطيع تنفيذ أحداث مطلوبة .
- هي ليست سمة ثابتة و مستقرة في السلوك الشخصي فهي مجموعة من الأحكام لا تتصل بما ينجزه الشخص فقط ، و لكن أيضا بالحكم على ما يستطيع انجازه و أنها نتاج للقدرة الشخصية.
- إن الكفاءة الذاتية تنمو من خلال تفاعل الفرد مع البيئة و مع الآخرين كما تنمو بالتدريب و اكتساب الخبرات المختلفة .
- إن الكفاءة الذاتية ترتبط بالتوقع و التنبؤ ، و لكن ليس بالضرورة أن تعكس هذه التوقعات قدرة الفرد و إمكاناته الحقيقية ، فمن الممكن أن يكون الفرد لديه توقع بالكفاءة الذاتية مرتفع و تكون إمكاناته قليلة .
- تتحد الكفاءة الذاتية بالعديد من العوامل مثل صعوبة الموقف ، كمية الجهد المبذول مدى مثابرة الفرد .

• إن الكفاءة الذاتية ليست مجرد إدراك و توقع فقط ، لكنها يجب أن تترجم إلى بذل جهد و تحقيق نتائج مرغوب بها .

و هذه الخصائص يمكن من خلالها إخضاع الكفاءة الذاتية الايجابية للتنمية والتطوير ، و ذلك بزيادة التعرض للخبرات التربوية المناسبة.⁽¹⁾

1-7- مقارنة بين الكفاءة الذاتية العالية والمتدنية :

يمكن التمييز بين الكفاءة الذاتية العالية و المتدنية من خلال ملاحظة الخصائص المذكورة

سابقا ، و هذا وفق أربعة عناصر هي :

- العمليات المعرفية .
- الدافعية .
- العمليات الانفعالية .
- عمليات الاختيار .

¹. غالب بن محمد علي، 2008، المصدر المذكور سابقا ، ص ص 86-87.

• العمليات المعرفية :

جدول رقم (01) : العمليات المعرفية للكفاءة الذاتية العالية و المتدنية⁽¹⁾

الكفاءة الذاتية المتدنية	الكفاءة الذاتية العالية
1. أهداف غير واضحة و مشكك بها .	1. أهداف واقعية ، مفهومة و واضحة ، و
2. يطور حوارات ذاتية فاشلة و خاطئة حول أهدافه .	قابلة للتحقق ، و يظهر التزاما بها .
3. يفشل في السيطرة على الأهداف .	2. يطور حوارات ذاتية ناجحة حول أهدافه
4. أكثر شكا و شرودا ،متدن الطموح و الأداء .	3. يسيطر على الأحداث المؤثرة في حياته و خاصة الغامضة منها .
5. ينتشكون في إمكانية مواجهة الصعاب و المعوقات عند سعيهم لتحقيق أهدافهم	4. تفكير تحليلي يساعدهم على تحدي أدائهم لتلبية طموح عالي ، و يواجه العوائق و الصعوبات .
	5. يتخيلون أنهم يحققون أهدافهم .

¹. يوسف قطامي: النظرية المعرفية الاجتماعية .الأردن : دار الفكر.2004،ص 186.

• الدافعية :

جدول رقم (02) : الدافعية لكل من الكفاءة الذاتية العالية و المتدنية ⁽¹⁾

الكفاءة الذاتية العالية	الكفاءة الذاتية المتدنية
1. يبذلون جهدا عاليا لتحقيق الأهداف .	1. يبذلون جهدا أقل لتحقيق الأهداف .
2. لديهم أفكار عن ارتفاع قدراتهم مما يجعلهم يبذلون جهودا كبيرة.	2. لديهم أفكار عن تدني قدراتهم مما يجعلهم يفشلون .
3. مثابرون بدرجة كبيرة .	3. مثابرة متدنية .
4. مصادر أهدافهم و دافعتهم داخلية .	4. مصادر أهدافهم و دافعتهم متدنية .
5. لديهم قناعة ذاتية بالقدرة و بذل الجهد المناسب	5. يشكون بقدراتهم و يفشلون في بذل الجهد المناسب .
6. الدوافع تعمل على تعزيز قدراتهم في مواجهة أهداف صعبة التحقيق .	6. يواجهون إحباطا في مواجهة المواقف الصعبة
7. يستفيدون بدرجة عالية من مواقف التدريب الذاتي .	7. تدني إمكاناتهم في ممارستهم للتدريب الذاتي .

¹. يوسف قطامي ، 2004، المصدر المذكور سابقا ، ص 187.

• العمليات الانفعالية :

جدول رقم (03): العمليات الانفعالية لكل من الكفاءة الذاتية العالية و المتدنية ⁽¹⁾

الكفاءة الذاتية العالية	الكفاءة الذاتية المتدنية
1. يتدربون للسيطرة على التهديدات .	1. تتدني إمكانيات استفادتهم من التدريب .
2. تتدنى لديهم درجات القلق .	2. تزداد لديهم درجات القلق .
3. يتدربون على ضبط أنفسهم بدرجة عالية	3. تتدنى إمكانية استفادتهم من درجات ضبط ذاتهم
4. ظروف مناسبة و يمكن السيطرة على متغيراتها	4. البيئة مصدر خطر و تهديد .
5. يواجهون الإحباط بفعالية و يتفوقون على مصادرها .	5. يعمل الإحباط على إفساد مستوى أدائه
6. يوفر بيئة يسيطر فيها على المخاوف المحيطة.	6. يفشل في مواجهة المخاوف البيئية المحيطة .
7. يتفاعل مع الآخرين و يتجاوز الصعوبات البيئية .	7. يتطور عزله بسبب فشله في مواجهة أحداث البيئة .

¹. يوسف قطامي ، 2004، المصدر المذكور سابقا ، ص 187.

• عمليات الاختيار :

جدول رقم (04): عمليات الاختيار بين كل من الكفاءة الذاتية العالية و المتدنية ⁽¹⁾

الكفاءة الذاتية المتدنية	الكفاءة الذاتية العالية
1. سلوكه استجابة للمتغيرات البيئية و يصعب عليه مواجهتها .	1. سلوكه نتاج لتفاعل عملياته الذهنية الداخلية و خصائص المتغيرات البيئية .
2. يشعر أن المواقف تتجاوز قدراته .	2. يختار نشاطات مناسبة و يستطيع استثارة قدراته لتحقيق ما يريد .
3. يفشل في مواجهة التحديات و يفتقر إلى مهارة الاختيار .	3. ينجح في مواجهة التحديات و لديه مهارة في الاختيار .
4. تضرب اختياراته المهنية .	4. يختار مهنة مناسبة .
5. لديه مدى محدود من مجال الاختيار المهني	5. لديه مدى واسع لاختيار المهنة المناسبة .

1-8- الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي :

حسب باندورا (1977) فإن الصحة لا تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية فاعلية الذات ، و الممارسة الفعالة للسلوكيات الصحية الايجابية ، أي عندما تصبح كفاءة الذات متغيرا أساسيا في النشاط الفسيولوجي و الصحي للفرد .

ترى نظرية الكفاءة الذاتية أن أداء السلوك الصحي ، و ممارسة الكفاءة يتم وفقا لشروطين

أساسيين هما :

¹. يوسف قطامي ، 2004، المصدر المذكور سابقا ، ص 188.

❖ **توقعات الكفاءة :** خاصة بالقدرة على ممارسة السلوك و يعني القدرة المدركة على

أداء السلوك ، مثلا "هل أعتقد بأنني قادر على أداء السلوك المناسب ".

❖ **توقعات النتيجة :** خاصة بنتائج السلوك أو نجاحه و يعني الاعتقاد بأن السلوك

سيحقق النتائج الإيجابية ، مثلا "هل التزامي بحمية غذائية صحية سيحميني من خطر الإصابة بأزمة قلبية". (1)

و عليه فإن المحددات الرئيسية لممارسة السلوك الصحي هي امتلاك الفرد شعورا بالكفاءة الذاتية ، فاعتقاد المدخنين ، على سبيل المثال ، بأنهم لا يستطيعون تغيير عاداتهم بالشكل السليم سوف يمنعهم من محاولة التوقف عن هذه العادة ، مع أنهم يعلمون تماما بأن التدخين فيه مجازفة و أن التوقف عن التدخين أمر محبب .

و قد بينت الأبحاث أن الكفاءة الذاتية تؤثر في السلوكات الصحية بطرق متنوعة قد تصل إلى حد الامتناع عن التدخين ، و ضبط الوزن ، و ممارسة التمارين الرياضية و تغيير النظام الغذائي ، و عدد متنوع آخر من السلوكات المتعلقة بالصحة التي يؤديها الراشدون الأكبر سنا . و بذلك فإن معظم الأبحاث توصلت إلى وجود علاقة قوية بين إدراك الفرد بأنه يتمتع بالكفاءة الذاتية ، و بين قيامه مبدئيا بإحداث تغيير في سلوكياته المتعلقة بالصحة و بين الحفاظ على هذه التغيرات على المدى البعيد . (2)

و على هذا الأساس يرى باندورا (1986) أن الكفاءة الذاتية هي الآلية التي من خلالها تمارس العوامل النفسية الاجتماعية تأثيرها على الممارسات الصحية ، و قد تعمل كفاءة الفرد الذاتية على تنظيم كل من نشاطه النفسي الاجتماعي ، و عاداته الصحية بطرق عدة هي :

¹. عثمان يخلف ، 2001، المصدر المذكور سابقا، ص 103.

². شيلي تايلور ، 2008، المصدر المذكور سابقا ،ص ص 206-207.

- من خلال تأثيرها على ما يختاره الفرد من نشاط في حياته اليومية .
 - من خلال تأثيرها على مستوى الجهد الذي قد يبذله الفرد للوصول إلى هدف معين في حياته المهنية أو الشخصية .
 - من خلال تأثيرها على مستوى الضغط الذي سيعاني منه الفرد لدى مواجهته مطالب المحيط و تحدياته .
 - من خلال تأثيرها على طبيعة تفكيره و تصوراته للواقع.
- و يكاد يكون هناك شبه إجماع بأن هذا النموذج النظري مفيد في تنظيم المعرفة حول الجوانب النفسية الاجتماعية للصحة ، إذ أن له فائدة عملية و إكلينيكية كبيرة حيث تعتبر مبادئ كفاءة الذات عنصرا من العناصر الأساسية في التدخلات الوقائية و العلاجية في مجال علم نفس الصحة.(1)
- و هو ما تعكسه العديد من الدراسات تناولت مشكلات تعديل السلوك في مجالات عدة مثل : النشاطات الرياضية ، والسلوك الجنسي ، والعدوى وضبط الوزن والاكنتاب ، و التغذية الصحية ، والتوقف عم التدخين ، التي تبرهن عن فاعلية الكفاءة الذاتية في السلوك الصحي . (2)

¹. عثمان يخلف ، 2001، المصدر المذكور سابقا، ص ص 35.34.

². شيلي تايلور ، 2008، المصدر المذكور سابقا، ص 206.

خلاصة الفصل :

يتضح من خلال العرض السابق لنظرية الكفاءة الذاتية أنها تتعلق بإدراكات ومعتقدات الأفراد حول قدراتهم في الإنجاز ، وفي تخطي العقبات والأزمات والمحن ومقاومة المثيرات التي تحول بينهم وبين السلوك المرغوب ، وأن هذه التوقعات والمعتقدات تختلف تبعا لمستوى قوة دوافع الفرد للأداء في المواقف المختلفة ومستوى المثابرة والجهد الذي يبذله الفرد لتحقيق النجاح ، أين تمثل انجازاته الأدائية المصدر الأكثر نجاعة لخلق إحساس متين بالكفاءة الذاتية فالنجاح عادة ما يرفع توقعات الكفاءة الذاتية بينما الفشل يثبطها ، في حين تمنحه الخبرات البديلة و النماذج التي تقدمها البيئة التي يعيش فيها الفرد الفرصة للتعلم ، واكتساب إستراتيجيات مواجهة متينة لتغيير العادات الصحية المولدة للمرض ، كما أن الحالة الانفعالية و الفسيولوجية للفرد تؤثر تأثيرا عاما على الكفاءة الذاتية و على مختلف مجالات وأنماط الوظائف المعرفية و الحسية في تشكيل تصورات الفرد عن كفاءته الذاتية .

و يمكننا القول في الأخير أن لتوقعات الكفاءة الذاتية تأثير جوهري على سلوك الفرد من خلال اختيار السلوك ،كم و معدل الجهد ، أنماط التفكير ، وردود الأفعال وإنتاجية السلوك، وهو ما يكون ارتباط قوي بين الكفاءة الذاتية ، و ممارسة السلوكات الصحية ، خاصة في حالة الأمراض المزمنة التي تتطلب علاجات طويلة المدى كداء السكري الذي يتطلب من المرضى التزاما بالبرنامج العلاجي من أجل السيطرة على المرض و تجنب التعقيدات الطويلة المدى ، مما جعل مشكلة الالتزام الصحي لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة و خاصة مرضى السكري أحد أكبر المعضلات التي تواجه القائمين على الرعاية الصحية ، و سنتعرض في الفصل القادم بالتفصيل لموضوع للالتزام الصحي .

الفصل الثاني

الالتزام الصحي

تمهيد:

لقد أدى تزايد عدد المرضى المصابين بالأمراض المزمنة إلى بروز عدة صعوبات تواجه القائمين بالرعاية الصحية للتكفل الجيد بهم ، نظرا لما تتطلبه هذه الأمراض من علاج مستمر و متابعة طبية مستمرة ، و فرض قيود على النشاطات اليومية للمرضى ، وهذا للسيطرة على المرض أو لمنع المضاعفات الطويلة المدى .

و من أهم المشاكل التي تواجه القائمين على الرعاية الصحية للمرضى المزمنين بصفة عامة و مرضى السكري بصفة خاصة ، فشل معظم المرضى في متابعة التوصيات الموصوفة من قبل الأطباء و الأخصائيين ، و هذا ما يعرف بعدم الالتزام الصحي أو العلاجي و هو ما سيتناوله هذا الفصل ، من خلال التطرق لأهم التعريفات المقدمة حوله و لأهميته من الناحية الإكلينيكية ، و الاقتصادية ، و الأكاديمية ، و العوامل المؤثرة فيه كما سنستعرض نتائج عدم الالتزام الصحي على المستوى الطبي و الاقتصادي بالإضافة إلى أهم النماذج النظرية المفسرة له و طرق قياسه ، و أهم الإستراتيجيات المقدمة لتحسينه لدى المرضى ، لنعرض في الأخير سلوكيات الالتزام الصحي لدى مرضى السكري .

2-1- تعريف الالتزام الصحي :

يعرف الالتزام الصحي من الناحية اللغوية و الاصطلاحية على النحو التالي :

2-1-1- التعريف اللغوي :

الالتزام أو الامتثال " **compliance** " كلمة إنجليزية ، يعرفها قاموس أكسفورد بـ: " حالة أو حقيقة الاتفاق أو تلبية القواعد أو المعايير. " أما الامتثال في الفيزياء فله معنى خاص " خاصية المادة للخضوع لتشوه مرن عند التعرض لعمل قوة ما". و في الطب له معنى ثانوي يتمثل في " قدرة عضو على التمدد استجابة للضغط الممارس عليه ".⁽¹⁾

كلمة " **compliance** " لا وجود لها في اللغة الفرنسية و تترجم إلى

": **conformité ;compiasance ;Servilité ;acquiescement** ."

و هو يختلف عن المعنى الطبي للكلمة ، و لهذا اقترح الأطباء الفرنسيين ترجمة الكلمة بـ: " **Observance** " و التي يعرفها قاموس Larousse بـ: " عملية إتباع تعليمات عادة ، سلوك ، التقيد بقواعد توجيهية ". و بالتالي احترام التعليمات و التوجيهات التي يحددها الطبيب .⁽²⁾

و للإقتراب من المعنى الاصطلاحي يجب أن ننتقل إلى معجم المصطلحات الطبية حيث

يرد في قاموس **lexicon of psychiatry ; Neurology and Neurosciences**

¹ . The New Oxford Dictionary of English (NODE) :J Persall .Ed, Oxford, Clarendon Press.1998.

² . Larousse . p: Petite larousse , Dictionnaire encyclo-pédique pour tous , Paris : librairie larousse .1990.

التعريف التالي للإلتزام : " درجة تزامن و توافق سلوك الفرد مع التوصيات الطبية ."⁽¹⁾

أما في اللغة العربية فنجد عدة مصطلحات و معاني مقابلة للكلمة منها :
الالتزام ، الانضباط ، الامتثال ، الانصياع ، و قد اخترنا مصطلح الإلتزام لما يحمله من دور للمريض في العملية العلاجية باعتباره مشاركاً فيها .

من خلال ما سبق نجد أن الإلتزام "**compliance**" كلمة إنجليزية لها عدة مرادفات سواء في اللغة الفرنسية أم اللغة العربية ، و رغم تعدد المرادفات اللغوية للإلتزام إلا أنها تصب في نفس المعنى اللغوي ، على العموم يقصد بالإلتزام لغويا الامتثال لقواعد أو معايير أو سلوكيات محددة.

2-1-2- التعريف الاصطلاحي :

عندما نتكلم عن الإلتزام الصحي يتبادر للذهن في المقام الأول الإلتزام بتناول الدواء لكن في الواقع ، يجب أن ندرك أنّ كل توجيهات الطبيب يجب إتباعها ، و ليس فقط الأدوية مثل (الجرعة اليومية ، و مدة العلاج) المنصوص عليها ، و لكن أيضا توصيات أخرى مثل تلك التي تتعلق بإتباع الحمية ، و ممارسة النشاط البدني اليومي للسيطرة على الوزن أو نسبة السكر في الدم ، و أداء اختبارات إضافية قبل الزيارة القادمة ، أو مجرد الحفاظ على مواعيد الزيارات الطبية بانتظام.⁽²⁾

و بالتالي اختلفت و تنوعت التعريفات حسب الاستعمال ، و سنستعرض بعض ما ورد منها في التراث العلمي فيما يلي :

¹ . Alain Bottéro: La compliance au long cours dans les schizophrénies ,d'une nécessité à la réalité , neuropsychiatrie , Tendances et débats,N°17,Paris.2002 ,p 9.

² . Gérard Reach (2006) : Clinique de l'observance :l'exemple des diabètes , Paris : Editions John Libbey Eurotext.2006,p 1.

• يعرف هاينس (Haynes) الإلتزام الصحي بـ: "مدى توافق سلوك المريض مع التوصيات الصحية ، و الطبية (من حيث تناول الأدوية و اتباع الحمية أو تغييرات أخرى تخص نمط الحياة)".⁽¹⁾

• و يعرف الإلتزام الصحي على أنه : درجة الانسجام (التوافق) بين سلوك الفرد في تناول الجرعات الدوائية ، اتباع الحمية ، أو تعديل سلوك الحياة و اتباع الصفات و التوصيات الطبية .

• كما يعرف الإلتزام الصحي بأنه : " سلوك الشخص بأخذ الدواء بالانضباط و الانتظام الأمثل وفقا للشروط ، و الشروح التي يحددها الطبيب من إتباع دقيق لكيفية أخذ الدواء فيما يتعلق بالجرعات ، الشكل ، طريقة التعاطي ، نوعية الجرعة لكل يوم ، احترام الفترات الفاصلة بين الجرعات و الوجبات الغذائية ، المشروبات ، أو المواد التي تؤثر على فعالية الدواء"⁽²⁾

• أما المنظمة العالمية للصحة فقد تبنت التعريف التالي : " درجة التوافق بين سلوك الفرد (في أخذ الدواء ، إتباع حمية غذائية ، تبني نمط حياة ملائم ، أو القيام بتعديلات سلوكية) و التعليمات ، و الإرشادات الصحية من قبل محترفي الصحة ."⁽³⁾

• أما الإلتزام الصحي لمرضى السكري فيعرفه معهد الطب الأمريكي على أنه المهام التي يتعهد المريض بالقيام بها للعيش مع الشروط المزمنة ، هذه المهام تتضمن امتلاك الثقة للتعامل مع الحالات الطبية ، السلوك ، و إدارة العاطفة المتعلقة بهذه الحالات ، و هذه السلوكات الصحية

¹ . : Anthony James,2001 ,opcit : P77

² . Aurélie Gauchet: Observance thérapeutique et VIH :enquête sur les facteurs biologiques et psychosociaux ,France :Editions l'Harmattan. 2008,p 22.

³ . World Health Organization .2003 ,opcit :P3

مؤسسة لتحقيق السيطرة القصوى على الجلوكوز في الدم لتفادي تعقيدات مرض السكري من خلال المعرفة ، و الوعي بتعليم تقنيات سلوكية فعالة لإدارة مرض السكري .⁽¹⁾

و برغم تنوع و تعدد التعريفات الاصطلاحية للالتزام الصحي ، إلا أنها تتصع على مدى اتباع المرضى لكل ما هو متعلق بمتطلبات العلاج ، سواء كان أدوية ، حماية غذائية رياضة ، و غيرها من التوصيات و الإرشادات الصحية المقدمة من طرف الفريق العلاجي للمرضى .

2-2- الأهمية الإكلينيكية ،الاقتصادية ، والأكاديمية للالتزام الصحي :

وفقا لتقرير منظمة الصحة العالمية الذي نشر سنة 2003 ، يعتبر حل مشكلة عدم الالتزام تطورا أكثر أهمية من أي اكتشاف طبي.⁽²⁾

فالالتزام الصحي المنخفض للتوصيات الطبية الموصوفة هو مشكلة معقدة و دائمة ،خصوصا عند المصابين بأمراض مزمنة ، و هو مشكلة صحية رئيسية تفرض عبئا ثقيلا على عاتق أنظمة الرعاية الصحية حول العالم ، فالالتزام الصحي السيئ يكلف 100 مليون دولار في الولايات المتحدة الأمريكية بما في ذلك 10% من المرضى المتواجدين في المستشفيات ، و 23% من حالات الاعتناء بالمرضى في منازلهم ، كما يعتبر الالتزام الصحي المنخفض مصدر إحباط للأطباء ، و الأخصائيين.⁽³⁾

و هناك دليل قوي على أن العديد من المرضى المصابين بأمراض مزمنة كارتفاع ضغط الدم ، مرض السكري ، الربو ، هؤلاء المرضى يجدون صعوبة في الالتزام بالتوصيات العلاجية المقدمة

¹ . Maine center for control and prevention.2006,opcit :p6

² . Gérard Reach.2006,opcit :p1.

³ . Vermeire E ; Hearnshaw H : Van Royen P;and Denekens J.: Patient adherence to treatment : three decades of research. A comprehensive review . journal of Clinical Pharmacy Therapeutics .2001.P331

إليهم ، و هو ما يؤدي إلى التعقيدات الطبية ، و خفض لجودة حياة المرضى ، و استنزاف للموارد المالية للدول ، هذه النتائج تضعف مباشرة من قدرة أنظمة الرعاية الصحية حول العالم على تحقيق الأهداف الصحية لشعوبها .

و بالنسبة لمرض السكري فإن الالتزام الصحي السيئ يؤدي إلى معانات المرضى وزيادة كبيرة في تكاليف الرعاية الصحية ، فقد بينت دراسات أجريت في أوروبا أن 28% فقط منمرضى السكري تمكنوا من السيطرة على نسبة الجلوكوز في الدم ، أما في الولايات المتحدة الأمريكية فإن أقل من 2% من المصابين بمرض السكري نجحوا في إنجاز السلوكات الصحية التي أوصت بها جمعية مرض السكري الأمريكية .

فالالتزام الصحي السيئ هو السبب الرئيسي لحدوث تعقيدات مرض السكري و ما يرتبط بها من تأثيرات سلبية على المستوى الفردي ، الاجتماعي ، و الحضاري ، أما على الصعيد الاقتصادي فإن مرض السكري يشكل عبئا ضخما و متزايدا ، فقد بينت دراسات عديدة أن التكلفة الكلية لعلاج 10 مليون مريض بالسكري من النمط 2 كانت تقريبا 29 مليون دولار أمريكي ، و هو ما يمثل 5% من الإنفاق الكلي على الصحة في كل بلد و تمثل الكلفة المباشرة للتعقيدات المنسوبة للالتزام الصحي السيئ لمرضى السكري بـ 65% من التكاليف الإجمالية للمرض ، هذا بالإضافة إلى التكاليف غير المباشرة (خسائر إنتاج بسبب إجازات مرضية ، التقاعد المبكر و غيرها) . و من الواضح فإن زيادة اهتمام أنظمة الرعاية الصحية بالالتزام الصحي لدى مرضى السكري سينعكس بالإيجاب على الجوانب الاقتصادية و الإنسانية للمرضى (1) .

¹ . World Health Organization ,2003 ,opcit :pp 11-12.

و نظرا لأهمية الالتزام الصحي و دوره المحوري في نجاح العملية العلاجية أنجزت الكثير من الدراسات ، و الأبحاث التي نشرت في العديد من المجالات العلمية الطبية و الإجتماعية فاعتبارا من ماي 1995 م ، وجدت أكثر من 11600 بحث و مقالة باللغة الإنجليزية في الفهارس الطبية و غيرها من المراجع . فقد نشرت 22 مقالة باللغة الإنجليزية قبل سنة 1960 و 850 في 1978 . و تضاعف عدد المقالات حول الالتزام بين عامي 1966 و 1985 . و لا يزال عدد المقالات حول الالتزام هائلا . فقد تم نشر 700 مقالة حوله في سنة 1994 وحدها.⁽¹⁾

و مما سبق تتضح أهمية الالتزام الصحي لما له من تأثير كبير على تحديد تكاليف العلاج و السيطرة أو التقليل من التعقيدات الصحية الخطيرة على المرضى ، مما جعل دراسة موضوع الالتزام الصحي محل العديد من البحوث و الدراسات بهدف الوصول إلى فهم حقيقي للالتزام الصحي ثم العمل على الرفع من مستوياته لدى المرضى .

2-3- العوامل المؤثرة في الالتزام الصحي :

لقد حددت المنظمة العالمية للصحة (WHO 2003) العوامل المؤثرة في الالتزام الصحي

فيما يلي :

- عوامل متعلقة بالمريض .
- عوامل متعلقة بالمرض .
- عوامل متعلقة بالسيرورة العلاجية .
- العوامل الاجتماعية و الاقتصادية .
- العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب / مريض .

¹ . David S. Gochman:Handbook of health behavior research :Provider contents, V° 2,New York :Plenum Press.1997,p 110.

2-3-1-العوامل المتعلقة بالمريض :

يعتبر المريض الحجر الأساس في العملية العلاجية من أجل سيرورة جيدة للعملية العلاجية و تجنب المضاعفات السلبية للمرض خاصة في الأمراض المزمنة و يبقى المريض يعيش تجربة المرض و يتصورها بأسلوبه الخاص ، إذ يعايش المرض بمثابة وضعية انتقالية قد تقصر أو تطول مدتها ، تخضع خلالها تمثلات المريض و نشاطاته و رغباته للتوتر ، وتعاد ملائمتها من قبل المريض نفسه تبعا لهذه الوضعية التي تفرض عليه أدوارا اجتماعية و تكوين أنماط علائقية جديدة .

ذلك لأن سيرورة المرض اتجاه هذا الواقع الجديد قبل بدء العلاج ، لا تتحكم فيها طبيعة المرض أو العلاج فحسب و إنما معتقدات المريض و انفعالاته و كذلك سوابقه .
و من أهم المشاكل المطروحة و المؤثرة في الالتزام الصحي لدى المرضى مشكلة إنكار المرض من قبل المريض ، مما يعني رفض العلاج و تناول الأدوية ، إذ أن العديد من الأمراض العضوية المزمنة تحدث نوعا من الاختلال في سير النشاطات اليومية للمرضى .

مثلا مرضى السكري يحتاجون إلى ضبط حميتهم ، و مراقبة نظام غذائهم والمرضى الذين يدركون خبرة المرض المزمّن كخبرة ضاغطة و مؤلمة في معاشهم النفسي يظهرون صعوبات تكيفية ، و اضطرابات سيكولوجية ، و هذا ما يؤدي إلى فشلهم في إتباع علاجهم و حميتهم ، أي أنهم لا يمتثلون للتعليمات الطبية ، و لعل هذا يعود إلى تبني ميكانيزم الإنكار ، حيث ينكرون وجود المرض رغم أن أعراضه واضحة ، و نتيجة لذلك لا يتمكنون من إدراك أعراض مرضهم ، و يظهر هؤلاء المرضى سلوكات مرضية تزيد من شدة المرض ، حيث يهمل المرضى ذواتهم ، و لا ينتظمون في أغذيتهم و أحيانا يتناسون حتى الحصص العلاجية

كما أنهم يفشلون في تطبيق السلوك الصحي الذي يسمح إذا ما تم إتباعه بتخطي المرض أو على الأقل تجنب مضاعفاته .

و يمكن التعرض إلى بعض العوامل المتعلقة بالمريض فيما يخص التزامه الصحي رغم أن الدراسات التي تناولت هذا الموضوع قد جاءت غير متوافقة تماما ، فمثلا فيما يخص السن فقد بينت دراسة جيبسون (Gibson) أن الالتزام الصحي ينخفض مع التقدم في السن ، و على العكس يكون مرتفعاً لدى الأطفال و صغار السن .⁽¹⁾

لكن في مثل هذه الدراسات يمكن أن ترجع أسباب الالتزام الصحي لدى الأطفال الصغار إلى حرص الأولياء و الدعم الاجتماعي المقدم لهم ، و على العكس نجد أن المسنين قد يعانون من أمراض عضوية أخرى ، أو من النسيان ، أو عدم وجود المتكفلين بهم على عكس الأطفال الصغار .

كما أكدت بعض الدراسات على الدور الإيجابي للدعم الاجتماعي في زيادة الالتزام الصحي لدى المرضى . فقد وجد سبيكور (Specor) في دراسة أجراها سنة 1985 م أن الأطفال المصابين بالربو يزيد التزامهم الصحي في حال حصولهم على الدعم الاجتماعي فالأشخاص الذين لديهم دعم اجتماعي يمثلون أكثر للتوصيات الطبية أكثر من أولئك الذين لا تدعمهم عائلاتهم .⁽²⁾

و يمكن القول أن المريض يلعب دورا محوريا في تحديد مستوى الالتزام بالبرنامج العلاجي بما في ذلك من تناول للأدوية ، واتباع للحمية الغذائية ،وممارسة للرياضة و الامتنال للإرشادات الطبية ، هذا من خلال معتقدات المريض و انفعالاته و طريقة تقبله و إدراكه

¹ . Jack E. Fincham:Patient compliance with medications :issues and opportunities , USA , Haworth Press.2007,p 66.

² . Fischer .G:Traité de psychologie de santé , Edition Duno , Paris .2002,p 147.

لمرضه ، و هو ما يقودنا إلى عوامل أخرى تتعلق بطبيعة المرض في حد ذاته و هو ما سنوضحه في العنصر القادم .

2-3-2-العوامل المتعلقة بالمرض :

تؤثر طبيعة المرض على الالتزام الصحي لدى المرضى بطرق مختلفة ، فقد يزيد المرض من امتثال المريض ، و قد يكون العكس حسب طبيعة المرض و درجة خطورته التي يتصورها المريض ، و كيف يعيشها ، فمن بين أهم العوامل المتصلة بالمرض :

- إزمان المرض .
- عدم وجود أعراض واضحة .
- أعراض ثابتة يمكن الاعتماد عليها .
- عدم وجود خطورة للمرض كما يحسها المريض بشكل ذاتي .

إذ أن تشخيص الإصابة بالمرض ، و ما ينجر عنه من حتمية الخضوع للعلاج لا يثير اضطرابا على مستوى المظاهر الداخلية و الخارجية للفرد فحسب ، فهذا التغير بحكم المرض وما يفرضه من اختلال على الوظائف البيولوجية ، و ما ينجر عنها من آثار نفسية لا يكون تغييرا إراديا من قبل المريض .⁽¹⁾

و حسب الباحثة شنايدر (2005) **Schneider** فإن أسباب عدم الالتزام الصحي بسبب

المرض يكون نتيجة :

- عدم ظهور الأعراض أو استمرارها .
- تحسن الحالة الصحية للمريض (دون شفاؤه التام) .

¹ . Fisher,2002,opcit :P147

كما يتأثر الالتزام الصحي بمعاونة المريض من أمراض أخرى مصاحبة تعرقل الالتزام الجيد بعلاج المرض الأول أو علاجات الأمراض المصاحبة الأخرى ، فتصبح مسألة الالتزام الصحي تحديا صعبا للمريض ، يعيق شفاؤه و يحول دون تحسن حالته الصحية .

و هنا يطرح في هذا السياق مسألة الخضوع المطول للعلاج ، أي حالات الأمراض المزمنة التي لا تتوقف عند العلاج المطول فحسب ، بل تتعداها إلى تغييرات كثيرة في أسلوب حياة المريض ، و التي قد تكون عسيرة عليه في بعض الأحيان إذا كانت منفردة فكيف إذا اجتمعت هذه التعديلات مع تعقيدات المرض المزمن ، و مضاعفاته ، و تعقيدات العلاج و أثاره الجانبية و الظروف الاجتماعية و الاقتصادية ، يصبح حينها عدم الالتزام بالعلاج سلوكا متوقعا و معقدا في الوقت نفسه.(1)

و لاشك في أن طبيعة المرض و كيفية إدراكه من قبل المريض و من المجتمع الذي يعيش فيه تؤثر في مدى التزام المريض بالخطة العلاجية الموضوعة ، فكل مرض علاجه الخاص ومدته ، و أثاره الجانبية ، و هو ما يقودنا حتما إلى الحديث عن العوامل المتعلقة بالعلاج و التي تؤثر على الالتزام الصحي للمريض في العنصر التالي .

2-3-3- العوامل المرتبطة بالسيرورة العلاجية (أو بالعلاج) :

لا يمكن اعتبار الخضوع للعلاج أمرا هينا بالنسبة للمريض لأنه يقتضي تغييرا ذاتيا يستوجب التكيف ، و هذا من خلال ملائمة المعلومات الجديدة مع المعتقدات السابقة ، لذلك تختلف استجابة المريض تبعا لمدة العلاج ، و تعقيداته ، و فعاليته ، والأعراض الجانبية الناتجة عنه.(2)

¹. شيلي تايلور ، 2001، المصدر المذكور سابقا ، ص 558.

². Fisher,2002,opcit :P237.

و تتحكم مجموعة من العوامل في سير العملية العلاجية ، و مدى تقبل المريض لها
ومدى امتثاله ، و يمكن تحديد هذه العوامل فيما يلي :

2-3-3-1- المعرفة المرتبطة بالعلاج :

إن المعرفة المرتبطة بالعلاج و أهدافه و الوعي بمخاطر الانقطاع عنه ، أو وجود تفاعلات
بين العلاج و الأغذية أو الأدوية الأخرى التي قد يتناولها المريض في وقت واحد مع علاجه ترتبط
هذه المعارف بمستوى جيد من الالتزام العلاجي و تحدد بدورها المستوى المعرفي للمريض و نوعية
علاقاته مع فريق الرعاية الصحية.(1)

2-3-3-2- تعقيدات النظام العلاجي :

تؤكد معظم الدراسات أن تعقيد النظام العلاجي يؤثر سلبا على الالتزام الصحي سواء من
حيث تعدد الجرعات ، أو تعقيد طرق الاستخدام أو تدخل عدة علاقات في وقت واحد ، فقد
أظهرت دراسات أن عدم الالتزام يعادل 15% عندما يقتصر العلاج على دواء واحد ، و 25%
عندما يفوق خمسة أدوية .(2)

و يؤكد معظم الباحثين أن تعقيد النظام العلاجي و تعدد الجرعات العلاجية و كثرة
مواعيدها يعتبر من أبرز العوامل المؤدية إلى تدني مستوى الالتزام الصحي لدى المرضى و تبقى
الأمراض المزمنة من أهم الأمراض التي يكون فيها الالتزام و الامتثال للعلاج صعبا لكون مدة
العلاج طويلة جدا قد تدوم مدى الحياة بالنسبة للبعض .

¹ . Bauer .C , Tessier .S: Observance thérapeutique chez les personnes âgées ,
Synthèse documentaire , Paris .2001,p16.

² . J. de Blic , Groupe de Recherche sur les Avancées en Pneumopédiatrie
(GRAPP):Observance thérapeutique chez l'enfant astmatique : Recommandations pour
la pratique clinique , Paris :Elsevier masson.2007,p422.

2-3-3-3- الاستشفاء :

عادة ما يصل المرضى إلى المستشفى في حالة قلق حول ما يمكن أن يكون لديهم من أمراض أو اضطرابات ، حيث يخضع المريض لفحوصات تبدو غريبة له و غالبا ما يشعر هذا المريض بأنه محجوز في غرفته ، و عليه التكيف مع الوضع الجديد الذي يمكن أن يكون أصعب مما كان تصوره .

و قد يبدو على نزلاء المستشفيات من المرضى عادة أعراض ، لا سيما القلق و الكآبة كما أن التوتر الناشئ عن الفحوصات المستمرة أو الجراحة و نتائجها يمكن أن تسبب الأرق و الكوابيس و انعدام التركيز بصفة عامة .⁽¹⁾

و لكن رغم هذا نجد أنّ المرضى بمجرد خروجهم من المستشفى ينخفض التزامهم الصحي و لا يحافظون على الاستقرار في تناول الأدوية ، و الحمية الغذائية إذ يؤكد هيدبارغ (Heedeberg)، أن 39% فقط من المرضى يحافظون على استقرار الحمية العلاجية لثلاثة أشهر بعد فترة الاستشفاء ، و يضيف كريس (Kruse) في دراسة على 300 مريض مكثوا بالمستشفى ، أن 51% منهم غيروا علاجاتهم خلال الأيام العشرة الأولى التي تلت خروجهم و 48% التزموا بأقل من نصف الأدوية الموصوفة لهم بعد ستة أسابيع من خروجهم من المستشفى ، في حين قدرت نسبة التغييرات التي يحدثها المرضى على علاجاتهم بـ 30% بعد انتهاء نفس الفترة ، و ترتفع نسبة الالتزام خلال فترات الاستشفاء بسبب المراقبة الطبية الدائمة⁽²⁾

¹. شيلي تايلور ، 2001، المصدر المذكور سابقا ، ص 511.

². Bauer et tessier,2001,opcit : P16

2-3-3-4- تحسين الأعراض :

في هذا الصدد يرى بايدا و آخرون (Bayada et al) أن عدم تحسن الأعراض التي يشكو منها المريض ، و عدم ملاحظته للأثر العلاجي المرجو من العلاج يعد العامل الأول للانقطاع عنه .

و يؤكد كوليس و آخرون (2008) colis et al في الدراسة التي اشتملت على 1470 مريضة مصابة بسرطان الثدي يخضعن للعلاج الهرموني ، أن تدهور الحالة الصحية العامة درجة خطورة المرض ، و عدم تحسن الأعراض بالرغم من تلقي العلاج عوامل تؤدي إلى انخفاض مستوى تقبل المريض للعلاج ، و نقص التزامه .

و من جهة أخرى فإن تحسن الأعراض و زوالها يدفع المرضى إلى إيقاف العلاج وعدم الانصياع و الامتثال لتعليمات الطبيب ، و هذا ما نلاحظه في الأمراض الحادة فبمجرد زوال الأعراض يتوقف المريض على العلاج .⁽¹⁾

2-3-3-5- الآثار الجانبية للعلاج :

كثيرا ما تكون الآثار الجانبية للعلاج مصدر انزعاج كبير لدى المرضى خاصة عندما تطول فترة العلاج ، مما يدفع بالكثير من المرضى إلى التوقف عن العلاج أو عدم تقبله و هذه المشكلة مطروحة بصورة كبيرة في علاج أغلب الأمراض المزمنة .

ففي دراسة قام بها تورات و تيرجيس (Tourette et Turgis) سنة 2000 عن الآثار الجانبية لعلاج مرضى السيدا اتضح أن الآثار الجانبية للعلاج شكلت عاملا هاما لانقطاع مرضى السيدا عن علاجهم .

¹ . Bauer et tessier,2001,opcit : P16

كما أثبتت دراسة قام بها ليفنتال (Leventhal) عام 1986 لدى عينة من مريضات سرطان الثدي انقطعن عن علاجهن بسبب حدة الأعراض الجانبية خاصة الغثيان و التقيؤ .

و مما سبق تتضح أهمية العوامل المتعلقة بالمرض في تحديد مدى التزام الصحي للمرضى ، فمعرفة المريض بطبيعة علاج مرضه ، من حيث الأهداف ، و خطورة الانقطاع و مدة البقاء بالمستشفى ، و الآثار الجانبية غير المرغوبة كلها عوامل يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند دراسة موضوع التزام الصحي للمرضى .

2-3-4- العوامل الاجتماعية و الاقتصادية :

إن الوضع الاجتماعي ، و الاقتصادي ، و كذلك المستوى التعليمي ، و الدخل كلها عوامل تؤثر على الالتزام الصحي ، فالوضع الاجتماعي للفرد إما أن يكون مساهما بإيجابية في التزامه الصحي و تقبله للعلاج خاصة عند توفر المساندة الاجتماعية من طرف العائلة و هذا من خلال المشاركة الفعالة و النشطة بحالة المريض الصحية وتشجيعه والمحافظة على جو الاستقرار العائلي (1).

و لا تتوقف المساندة على دعم العائلة فقط ، بل تتعدى إلى مؤازرة محيط المريض ككل وهذا ما تدعمه الدراسات الحديثة حول المساندة الاجتماعية .

أما الجانب الاقتصادي فإن انخفاضه يجعل المريض غير قادر على نفقات العلاج ونقص وسائل النقل ، و كذلك عدم امتلاك التأمين الصحي يجعل مستوى الالتزام الصحي ينخفض عند مثل هذه الفئات ، فالمرضى الذين يعانون من انخفاض الدخل أو انعدامه مع قلة التعليم و تدني الحالة الاجتماعية ، و الاقتصادية لديهم من المرجح أن يواجهوا تحديا أكبر في

¹ . Aurélie Gauchet.20087,opcit :pp36-42.

تحقيق الالتزام الصحي الجيد ، على عكس ذوي الدخل المرتفع و الوضع الاجتماعي و الاقتصادي المرتفع .

2-3-5- العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب/مريض :

يهتم المريض كثيرا بنوعية العلاقة التي تربطه بالطبيب ، إلا أن هناك بعض التحفظات التي يحملها المريض بخصوص هذه العلاقة ، حيث تتركز الانتقادات الموجهة للقائمين بالرعاية الصحية عادة حول تدني التغذية الراجعة ، و استخدام مصطلحات علمية معقدة بحيث لا يستطيع المريض فهمها في بعض الأحيان ، و كذلك عدم تركيز الطبيب على المريض كإنسان له شخصيته المميزة .

لكن الملاحظ أن أحكام الناس حول النظام الصحي و جودته لا تتركز في كثير من الأحيان على مقومات موضوعية ، و علمية ، حتى لو كان هناك تقصير فعلي في الخدمات المقدمة أو شيء من عدم الكفاءة من قبل القائمين على تقديم الخدمات ، و تأتي تلك الأحكام في الغالب نتيجة عدم دراية المريض بالأمور الطبية ، و معايير الكفاءة و بالتالي عدم امتلاكهم ما يكفي من المعلومات ، أو المعايير التي تسمح لهم بالحكم بنزاهة إن كانوا قد تلقوا العلاج الملائم أم لا .⁽¹⁾

كما أنه من أسباب عدم الالتزام الصحي لدى المرضى ، و رفضهم للعلاج عدم وجود الإصغاء من طرف الطبيب ، ففي إحدى الدراسات وجد أنه 23% من الاستشارات لا يستطيع المريض الانتباه من طرح أعراضه ، و بث شكواه للطبيب حتى يتدخل الطبيب ليقاطع المريض

¹. شيلي تايلور ، المصدر المذكور سابقا ، ص 531.

قبل نهاية كلامه ، و في 69% من الحالات بوجه عام بعد 12 ثانية من بداية كلام المريض يقاطعه الطبيب.⁽¹⁾

و في تقرير المنظمة العالمية للصحة (WHO 2003) أشار إلى نوعية العلاقة بين المريض و الطبيب المعالج ، و التي من شأنها أن تعزز عملية الامتثال للعلاج عند المريض و أنه يجب أن ينظر للمريض على أساس أنه طرف فعال في العملية العلاجية و أن يسود هذه العلاقة نوع من التفاوض بين الطبيب و المريض ، حول اختيار الحمية الغذائية و نظام التغذية الجيد الذي سيخضع له المريض ، و حول اختيار الوسائل العلاجية البديلة .

إذن فالعلاقة طبيب /مريض قد تساهم بشكل فعال و ترفع من مستوى الالتزام الصحي خاصة لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة ، إذا كانت هذه العلاقة مبنية على الإصغاء التفاوض ، و إشراك المريض في الخطة العلاجية ، و شرح المرض أعراضه و مضاعفاته بأسلوب بسيط يجعل المريض يتعرف أكثر على مرضه ، و مضاعفاته مما يجعل منه فردا أكثر قابلية لتلقي التعليمات الطبية بالقبول ، و هو ما يرفع من درجة الالتزام الصحي لديه و هو ما يقود في نهاية المطاف إلى تجنب النتائج السلبية لعدم الالتزام على الصعيد الاقتصادي و الطبي ، و هو ما سنناقشه في العنصر التالي .

2-4- نتائج عدم الالتزام:

تتمثل أهمية الالتزام الصحي في ارتباطها مباشرة بنتائج العلاج ، فعدم الالتزام يخلف مخاطر صحية و اقتصادية ، سواء بصورة مباشرة أو غير مباشرة ، و لا يتعلق بالفرد وحده بل يتعداه إلى العائلة ، المجتمع ، النظام القائم على الرعاية ، و حتى إلى الدولة بصفة عامة. و سنوضح نتائج عدم الالتزام الصحي على المستوى الاقتصادي و الطبي فيما يلي :

¹. شيلي تايلور ، 2008، مرجع سابق ، ص ص 541-542.

2-4-1- النتائج الاقتصادية :

تنخفض فعالية الرعاية الصحية بسبب عدم الالتزام ، حيث يتم إهدار المال على الأدوية غير المستخدمة أو غيرها من العلاجات التي لا يتم إتباعها . كما يزيد عدم الالتزام أيضا من الفحوصات التي لا لزوم لها ، و يرفع من عدد الزيارات إلى غرف الطوارئ و الاستشفاء فعلى سبيل المثال : تقدر التكاليف المرتبطة بأمراض الالتهابات المقاومة للأدوية ما بين 100 و 200 مليون دولار سنويا في الولايات المتحدة الأمريكية .⁽¹⁾

و تقدر تكلفة عدم الالتزام في الولايات المتحدة الأمريكية (بما في ذلك المرضى الكبار والأطفال) بمئات الملايين من الدولارات سنويا ، و تتعلق التكلفة الناتجة عن عدم الالتزام لدى الراشدين المصابين بأمراض مزمنة ، بتضاعف تكاليف العلاج الناجمة عن الاستشفاء و بمدة الاستشفاء و النفقات المتعلقة بالصحة .⁽²⁾

و تتنوع التكاليف المرتبطة بعدم الالتزام و تشمل :

❖ التكاليف المباشرة : و تشمل ما يلي :

■ تكلفة الوصفات الطبية الأولية ، و التي لا تسفر عن نتائج العلاج المطلوب أو غير المستخدمة .

■ تكلفة الوصفات الإضافية ، التي قد لا تكون ضرورية في حال تم الالتزام بالأدوية الأولية ففي كثير من الأحيان تفوق تكلفة الأدوية الموصوفة في المرة الثانية تكلفة الأولى.

■ الزيارات الإضافية للأطباء .

¹ . Michael A. Rapoff: Adherence to pediatric medical regimes , New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.1999,p14.

² . Pamala D.Larsen ,Ilene Morof Lubkin:Chronic illness :impact and intervention , 7th editions,Unted Kingdom, Jones and Bartlett Publishers.2009,pp470-471.

- زيارات غرف الطوارئ .
- الاستشفاء .
- اختبارات تشخيصية إضافية .
- التمريض المنزلي .
- خدمات الرعاية الصحية المنزلية .
- الرعاية الصحية الإضافية المترتبة عن عدم مراقبة المرض المزمن ، مثل إعادة التأهيل بعد الإصابة بنوبة قلبية .

❖ التكاليف غير المباشرة : و تشمل ما يلي :

- انخفاض الإنتاجية .
 - فقدان الأرباح (، عندما يتسرب المرضى من نظام الرعاية الصحية)
 - الوفاة المبكرة و العجز .⁽¹⁾
- و مما سبق يتضح أن عدم الالتزام الصحي يكلف الدول ميزانيات إضافية ضخمة تصرف في القطاع الصحي ، ناهيك عن الآثار غير المباشرة على إقتصاد هذه الدول نتيجة لانخفاض الإنتاجية ، و التغيب عن العمل ، و هو ما كان بالإمكان تجنبه من خلال رفع مستويات الالتزام الصحي لدى المرضى خصوصا المصابين منه بأمراض مزمنة

2-4-2- النتائج الطبية :

يحتمل أن ينجم عن عدم الالتزام آثار صحية خطيرة . و يفيد بومان (Bauman) وآخرون سنة 2002م أن المرضى غير الملتزمين بعلاج الربو تتفاقم حالتهم ، ارتفاع حالات

¹. Jack. E , Fincham,1995,opcit :PP11-12

الاستشفاء لديهم ، الغياب عن المدرسة ، نقص الأداء ، و يقضوا المزيد من الأيام يعانون من سوء التنفس ، و عدم القدرة على ممارسة الأنشطة .

كما أظهرت التجارب حول مضاعفات السكري أن الحفاظ على نسبة معتدلة من السكر في الدم ، و ذلك بتكثيف العلاج في البداية من شأنه الإبطاء من المضاعفات على المدى البعيد (مثل العمى) و هذا يتطلب مستوى عالي من الالتزام بعلاج السكري . و يرتبط عدم الالتزام بمضادات الفيروسات في علاج نقص المناعة بتعقيد الحالة الصحية و تطور المرض .

إذ يؤدي عدم الالتزام إلى عجز بيولوجي ، و مناعي ، و يؤدي إلى مقاومة الدواء و هو ما قد يزيد من خطورة تطور مقاومة الدواء ، و التي يحتمل أن تؤدي إلى عدوى مقاومة الفيروس للدواء ، و بالتالي الحاجة إلى مراجعة العلاج .⁽¹⁾

كما يمكن أن يؤثر عدم الالتزام الصحي على ما يلي :

■ **القرارات السريرية :** يمكن للاختلاف في الالتزام أن يؤثر سلبا في القرارات الطبية .إذا كان الطبيب يجهل مشاكل عدم الالتزام ، حيث يمكن أن يرجع فشل العلاج إلى عدم كفاءة الدواء ، و بالتالي يقوم الطبيب بوصف أدوية أكثر فعالية بمزيد من الآثار الجانبية كما يمكن أن يتخذ إجراءات أكثر خطورة للحد من عدم نجاح العلاج .

■ **التجارب السريرية :** يمكن للالتزام أن يؤثر على التجارب السريرية للعلاجات المستقبلية .ففي تجربة سريرية لمقارنة دواء جديد (مجموعة أ) مع دواء وهمي (مجموعة ب) تتم مطابقة خصائص المرضى ، و يوزعون عشوائيا على المجموعتين. إذا كان للمرضى في المجموعة (أ)

¹ . World Health Organization : VIH / AIDS care and treatment for people who inject drugs in Asia and the Pacific : an essential practice guide , Switzerland , WHO Press.2008,p35.

التزام أقل من الالتزام الأمثل ، فإن الفوائد العلاجية و الآثار الجانبية للدواء الجديد يمكن أن يساء تقديرها . (1)

و يتضح مما سبق أن لعدم الالتزام الصحي نتائج وخيمة سواء على المستوى الاقتصادي أين يكلف أنظمة الرعاية الصحية مبالغ طائلة تكون عبئا على اقتصاد الدول وكذلك على المستوى الصحي للمرضى أين يكونون عرضة للمضاعفات الخطيرة للأمراض ولاسيما مرضى السكري الذين يعانون من مضاعفات القلب ، اضطرابات الكلى ، و البصر وغيرها من المضاعفات التي يمكن تفاديها أو تأخيرها من خلال الالتزام بالخطط العلاجية الموضوعة .

و نتيجة لهذا سعى العلماء و المتخصصين في ميدان علم النفس إلى محاولة تحليل و تفحص مفهوم الالتزام ، و هذا من خلال وضعهم لعدة نماذج نظرية سنتطرق إلى أهمها فيما يلي .

2-5- النماذج النظرية المفسرة لسلوك الالتزام الصحي :

لقد ظهرت عدة محاولات على شكل نماذج ، و نظريات حاولت تفسير السلوك الصحي وقد ركزت بعض النماذج عن أسباب و عوامل عدم الالتزام لدى المرضى المصابين بالأمراض العضوية و النفسية المزمنة ، و سنستعرض فيما يلي أهم النماذج المعروفة و الأكثر استخداما في مجال علم نفس الصحة ، و التي تناولت موضوع الالتزام الصحي .

2-5-2- نموذج المعتقدات الصحية لـ روزنستوك (Rosenstok):

ظهر هذا النموذج في بداية الخمسينات من القرن الماضي من قبل علماء علم النفس الاجتماعي الذين يعملون في مصالح الخدمات الصحية في أمريكا ، و قد طور البرنامج ردا

¹ . Michael A. Rapoff, 1999, opcit : pp11-12.

على فشل برنامج الصحة في علاج عدة أمراض كالسل ، و قد كان النموذج يركز على السلوكيات الوقائية لدى الأفراد ، و كان مجديا في مجال التطعيم و الوقاية بصفة عامة ثم بعد ذلك طُور النموذج للتنبؤ و تفسير السلوكيات المتعلقة بالصحة .

و لقد اتفق معظم العلماء على أن نموذج المعتقدات الصحية هو أفضل النماذج لدراسة السلوك الصحي ، و ذلك لأنه يتميز بالوضوح ، كما أنه طور نتيجة لدراسات نظرية وتطبيقية دقيقة ، كما أنه يتضمن معظم ما توصلت إليه دراسات السلوك الصحي من نتائج ويعرض عمليات و ميكانيزمات محددة تربط ما بين المتغيرات الاجتماعية و السلوك الصحي الفردي .

و يقوم نموذج المعتقدات الصحية على أساس نظرية نفسية سلوكية مفادها أن سلوك الشخص يتحدد عن طريق دوافع داخلية تدفع الفرد نحو تحقيق أكبر قدر من الحاجات أو الأهداف الخارجية ، و هو يمثل اتجاهها يركز على نتائج التوقع على أساس القيمة ، كما أنه اتجاه يحاول وصف عملية اتخاذ القرار كسلوك يكون مصحوب بحالة التردد أم عدم الثقة و يرى إمكانية التنبؤ بالسلوك عن طريق قيمة مجموعة الأهداف التي يرغب الفرد بتحقيقها و عن توقعات الفرد ذاته بأن سلوكا معيناً سوف يحقق هذه الأهداف .⁽¹⁾

و يفترض نموذج روزنستوك أن الناس عادة لا يحاولون اتخاذ إجراء الوقاية من المرض أو مقاومته إلا إذا كان لديهم حد أدنى من الدوافع الصحية و الثقافة الصحية و كانوا يرون أن احتمال تعرضهم للمرض و تهديده لهم هو احتمال قائم و بالتالي يقتنعون بجدوى محاولة الوقاية والعلاج ، و يتضمن هذا النموذج مبادئ هي :

¹. مفتاح عبد العزيز ، 2010، المصدر المذكور سابقا ، ص 34.

- استعداد الفرد للقيام بسلوك صحي معين يحدد هو نتائجه و آثاره .
- تقييم الفرد لفائدة هذا السلوك المقترح ، و مقارنة هذه الفائدة بما يرتبط بهذا السلوك من تكاليف و أضرار أو معوقات جسمية أو اجتماعية .
- وجود مثير للسلوك يدفعه نحو البحث عن السلوك الصحي المناسب ، قد يكون المثير داخليا (الأعراض المرضية) أو خارجيا (وسائل الإعلام).⁽¹⁾
- و يتلخص تفسير السلوك الصحي أو السلوك المرضي عن طريق نموذج المعتقدات الصحية في نقطتين أساسيتين :
- أن السلوك الصحي للفرد اتجاه مشكلة صحية معينة يتحدد عن طريق ما يراه هذا الفرد من احتمالات تعرضه لهذه المشكلة (المرض).
- أن السلوك يتحدد من خلال صراع الأهداف و الدوافع ، وأن هذا السلوك يتجه أو يتبع أقوى الدوافع و أكثرها قيمة في رأي الفرد ، وعلى الرغم أن العوامل الديموغرافية والاجتماعية ، و الشخصية المتنوعة تؤثر على الدوافع ، والخبرات ، والمعلومات الصحية للشخص فإنها لا تعتبر أسبابا مباشرة للسلوك الصحي ، و إنما تعتبر عوامل تؤثر في أبعاد المعتقدات حسب نموذج المعتقدات الصحية الذي يحدد السلوك الصحي ، و يتم تنفيذ السلوك الصحي عندما تتوفر الشروط الآتية :
- ✓ عندما يدرك الفرد و يقتنع أن عدم ممارسة النشاط الصحي الوقائي سيعرضه لخطر الإصابة بالمرض (التهديد المدرك).
- ✓ قد تكون هناك عواقب وخيمة لامتناع الفرد عن اتخاذ إجراءات وقائية (الشدة المدركة).

¹ . Jan Ogden:Health psychology ,3rd Editions ,USA: Open University Press.2004,p24.

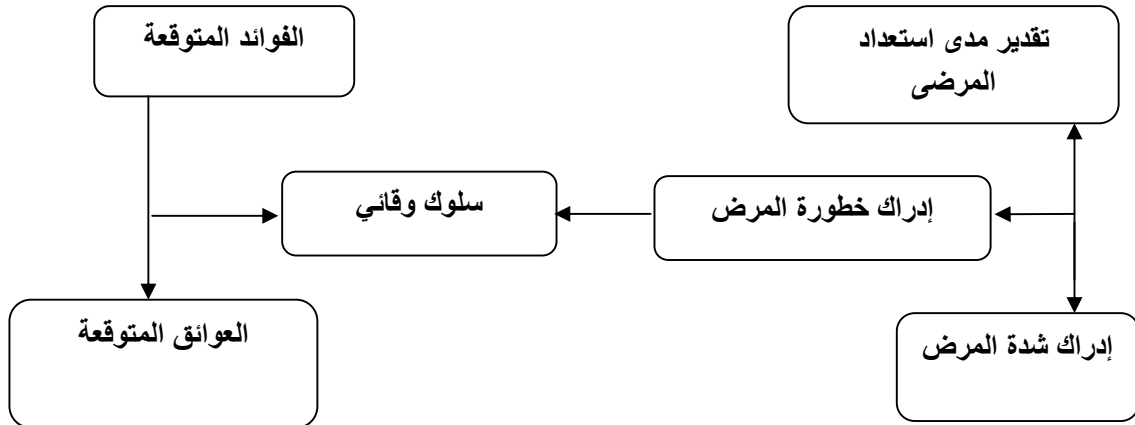
✓ أن تكون هناك فوائد متوقعة تعقب اتخاذ إجراءات وقائية (الفوائد المدركة).

✓ أن تكون الفوائد المتوقعة أهم من التكلفة .

✓ أن تتوفر قناعة ذاتية أم ممارسة النشاط الوقائي سيؤدي إلى نتائج إيجابية متوقعة.

✓ أن تتوفر دوافع داخلية تغذي السلوك الصحي الوقائي و تعززه .⁽¹⁾

و لقد استخدم نموذج المعتقدات الصحية في دراسة الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم من قبل نيلسون و آخرون (Nelson et al) سنة 1978 م ، و لدى مرضى السكري من قبل ألوجنا (Alogna) عام 1980 م ، و إجراء الفحص الذاتي للثدي لدى النساء المعرضات لخطر الإصابة بسرطان الثدي من قبل كالان (Calan) عام 1984 م و الالتزام بالحمية الغذائية من قبل إيربان و آخرون (Urban et al) سنة 1992 م ، وقد أكدت العديد من الأبحاث ملائمة النموذج لاستخدامه واقعياً لوضع استراتيجيات لتحسين الالتزام الصحي ، كما أثبتت فعاليته في مجال الأمراض المزمنة .⁽²⁾



شكل رقم (04) :نموذج المعتقدات الصحية⁽³⁾

¹. عثمان يخلف ، 2001، المصدر المذكور سابقا ، ص 32.

². Fisher, 2002, opcit : P 233.

³. عثمان يخلف ، 2001، المصدر المذكور سابقا ، ص 33.

من خلال ما سبق يتبين أن نموذج المعتقدات الصحية أعطى أهمية كبرى لدوافع الفرد في القيام أو عدم القيام بالسلوكيات الصحية المطلوبة ، و هذه الدوافع تتحدد بمقدار توقع الفائدة المرجوة من السلوك ، و تقييم معوقات السلوك أو تكلفته ، و بمعنى آخر فإن اقتناع فرد بإمكانية إصابته بمرض معين يدفعه إلى تبني سلوكيات تحافظ على سلامته و هو ما يطرح موضوع الثقافة الصحية في المجتمعات ، حيث يجب على الهيئات الوصية أن تعمل على زيادة الوعي الصحي لدى الأفراد ، من خلال التعريف بالأمراض و بأسبابها و بطرق الوقاية منها من أجل تقوية دوافع الأفراد لتبني السلوكيات الصحية السليمة .

2-5-2- نموذج مراحل التغيير :

لقد استطاع كل من ديكليمونت و بروشسكا (Diclimente et Prochaska) في عام 1994 م بناء نموذج يعنى بتحديد المراحل التي يمر من خلالها تغيير سلوك معين وتعتبر الدافعية حجر الزاوية في هذا النموذج ، و لهذا يعتقد العالمان أن تغيير سلوك ما يحدث من خلال مراحل الدافعية الخمسة ، و وفق السياقات الخاصة بكل مرحلة و تمثل مراحل التغيير بعدا زمنيا ، و الذي بدوره يسمح بالتعرف على التعديلات و التغيرات التي مست الحدس ، الاتجاهات أو السلوك ، و كذلك وقت ظهورها حسب تلك المراحل ، كما تسمح هذه المراحل أيضا بتحديد وضع الدافعية و لكن دون التنبؤ بها ، أما سياقات التغيير فهي تمثل البعد الثاني لهذا النموذج فهي توضح لنا الطريقة أو الكيفية التي حصل بها التغيير أي كيف يحدث التعديل و التغيير عند الفرد على مستوى سلوك معين و تعرف سياقات التغيير على أنها سلوكيات أو معارف خاصة تسهل المرور من مرحلة إلى أخرى ، كما أنها تؤدي دور الموجه لتقدير و تقييم مدى تغيير المريض و تبنيه لسلوكيات صحية⁽¹⁾.

¹. مفتاح عبد العزيز ، 2010، المصدر المذكور سابقا ، ص 38.

2-5-1-2-1 مراحل نموذج التغيير :

و يعتمد مسار التغيير حسب النموذج على المراحل الخمسة الآتية :

• المرحلة الأولى (مرحلة ما قبل التغيير) :

خلال هذه المرحلة يكون المريض غير مقتنع بفكرة التغيير أو تعديل السلوك و هذا خلال الستة أشهر من المشكلة الصحية ، و ذلك نتيجة رفض الواقع الجديد أو نتيجة نقص المعلومات أو عدم صحة المعلومات التي تم الحصول عليها حول المرض مثلا إذ أن المريض في هذه المرحلة ليس عاجزا عن رؤية الحل و إنما عاجز عن رؤية المشكل في حد ذاته لذلك فإن أفراد العائلة أو الأصدقاء هم الذين يلاحظون أو يشعرون أن للفرد سلوك مشكل مما يستدعي تدخلهم من أجل تقديم المساعدة للمريض من أجل تغيير سلوكه .

• المرحلة الثانية (مرحلة التأمل) :

خلال هذه المرحلة يشعر المريض أن هناك سلوك مشكل و يفكر جليا في التغلب عليه سواء بتعديله أو تغييره ، و لكن لم يأخذ بعد المبادرة للفعل (1).

و يعرف شيسترون (Chestreton) هذه المرحلة كالآتي : " يعرف الفرد إلى أين يتجه ولكن ليس جاهزا بعد للذهاب " ، فالمريض في هذه المرحلة يقوم بعملية تقييم الجوانب الإيجابية و السلبية للسلوك المشكل كما يحدد درجة الجهد و الطاقة التي سوف يبذلها من أجل تعديل أو تغيير هذا السلوك ، فمثلا حالة المدخن الذي يرغب في التوقف عن التدخين يفكر أولا في الأضرار الصحية الناتجة عن هذا التدخين المزمن ، و لكن يفكر أيضا في أهمية هذه السجائر في التقليل من الضغط اليومي الذي يعيشه ، و هنا نجد الصراع بين رغبتين ، و كنتيجة لهذا يأخذ

¹.مفتاح عبد العزيز ، 2010، المصدر المذكور سابقا ، ص 39.

المريض أو المفحوص وقتاً طويلاً خلال هذه المرحلة ، و ذلك حتى يستقر على قرار المبادرة و لكن أن تكون هناك نية التغيير .

• المرحلة الثالثة (مرحلة الإعداد و أخذ القرار) :

و هي مرحلة النية في التغيير و تكون في الشهر قبل التغيير مع ظهور بعض التعديلات الملحوظة ، فالشخص هنا يظهر رغبة في الفعل و العمل ، و يقدم على خطوات تغيير السلوك المشكل ، و لكن دون أن يصل بعد إلى الامتناع الكلي عن السلوك⁽¹⁾ .

• المرحلة الرابعة (مرحلة الفعل و التنفيذ) :

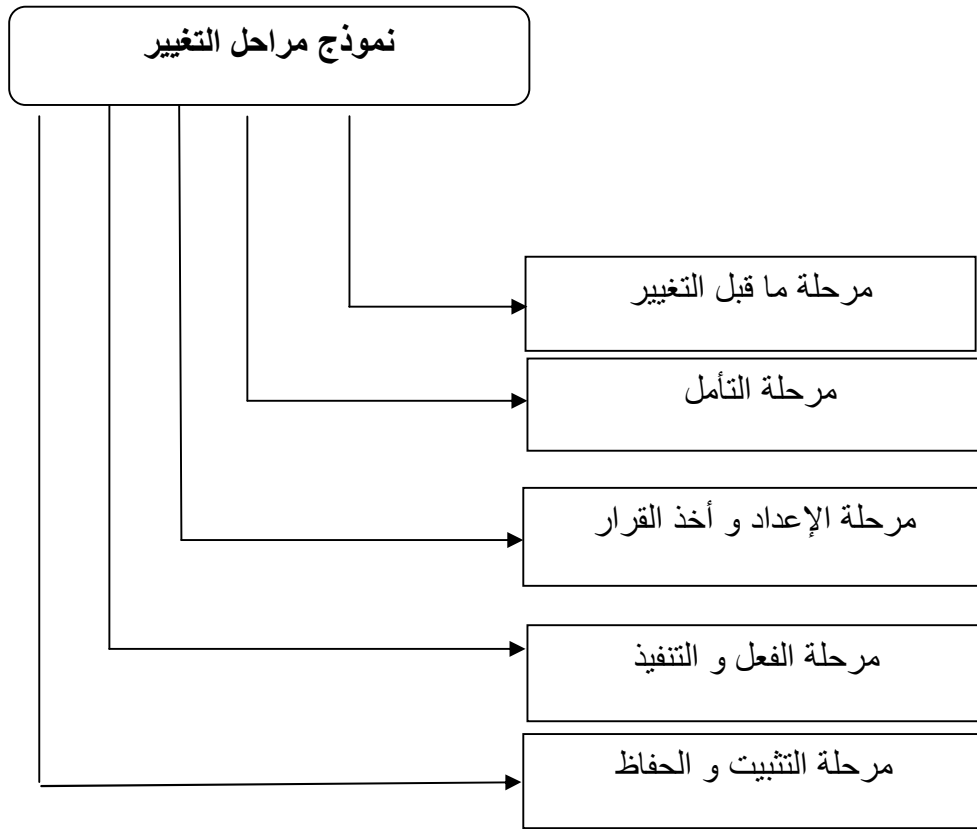
خلال هذه المرحلة يغير المريض فعلاً سلوكه ، و كذلك المتغيرات المحيطة به ويلتزم بهذه التغييرات التي حصلت ، و يكون التغيير في السلوك المشكل واضحاً و يلاحظه الجميع ، و يصب المفحوص اهتمامه في "الفعل" و التغيير ، و لكن يتناسى جهد الحفاظ على هذا التغيير ، لأن استمرار السلوك الإيجابي المكتسب هو الذي يضمن فعالية هذه المرحلة و يحتاج المفحوص خلالها إلى زيادة كفاءة الذات و كذلك التعزيزات الإيجابية المستمرة من طرف المشرفين على العلاج ، و هذا ما يضمن عدم الانتكاسة .

• المرحلة الخامسة (مرحلة التثبيت و الحفاظ) :

يعمل المفحوص من خلال هذه المرحلة على تقادي الوقوع في الانتكاسة كما يعمل على تثبيت و توطيد النتائج التي توصل إليها ، و مرحلة الثبات تعني الاستمرارية في السلوك الإيجابي و القدرة على الحفاظ على السلوك الجديد المكتسب و الالتزام به ، كي يصل المفحوص إلى تعميم سلوكه على وضعيات أخرى في حياته .

¹. مفتاح عبد العزيز ، 2010، المصدر المذكور سابقاً ، ص 40.

و الشكل التالي يوضح مراحل نموذج التغيير :



شكل رقم(05) : يوضح مراحل تطور نموذج التغيير⁽¹⁾

2-2-5-2- سياقات نموذج التغيير :

يرى كل من بروشاسكا و دكليمنت أن سياقات للتغيير هي التي تعدل وتنظم حالة الدافعية لدى الفرد ، و تتميز كل مرحلة من مراحل التغيير بمجموع سياقات التغيير و هي كالآتي :

■ الشعور :

تشير هذه العملية إلى تزويد المفحوص بالمعلومات و إثراء حصيلته المعلوماتية فيما يتعلق بذاته ، و خصائصه الشخصية ، و أيضا معلومات حول سلوكه المشكل ، كما تشير إلى

¹. مفتاح عبد العزيز ، 2010، المصدر المذكور سابقا ، ص 41.

تعلم و اكتساب أفعال جديدة ، و أفكار تعزز رغبة التغيير السلوكي ، فهي مجموع التدخلات التي تسعى إلى التحسيس و التوعية ، مثلاً في حالة الأمراض المزمنة يقدم الفاحص معلومات حول المرض ، أسبابه ، أنواع علاجه ، الرعاية النفسية و الاجتماعية كما يطلب الفاحص من المفحوص أن يقرأ حول مرضه ، وعلاجه ، و هذا ما يجعله يدرك مدى أهمية انضباطه للتعليم الطبية حتى ينجح علاجه .

■ التنفيس الإنفعالي :

و هو تعبير المفحوص عن مشاعره ، وأحاسيسه ، ومشاكله ، وحلولها ، أي التعبير والتنفيس عن الانفعالات السلبية التي تصاحب سلوك المخاطرة ، و يستعمل الفاحص هنا لبلورة هذه العملية تقنيات علاجية مثل لعب الأدوار ، الإفصاح الشخصي .

■ إعادة تقييم الذات :

خلال هذه العملية يعمل المفحوص على تقييم ما يشعر به ، و ما يفكر به بخصوص مشكلته ، و يكون هذا التقييم من حيث تصنيف و توضيح معتقداته ، وكذا الصور المعرفية والوجدانية ، و ذلك قبل و بعد تغيير سلوكه .⁽¹⁾

■ إعادة تقييم المحيط :

تشير هذه العملية إلى تقييم الفرد مدى تأثير مشكلته على المحيط العائلي و المهني الذي يتفاعل معه ، و تمكنه من إدراك الآثار السلبية لسلوكه المشكل ، مثلاً حالات المدمنين الذين يؤثرون سلباً على عائلاتهم ، و كذلك المرضى المزمنين الذين لا يتابعون علاجهم يسببون الأذى حتى لأفراد عائلاتهم و بذلك يتفاقم المرض لديهم .

¹. رزقي رشيد : الفعالية الذاتية و علاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الحاج لخضر ، باتنة .2012،ص 72.

■ تحرير الذات :

تشير هذه العملية إلى قدرة الاختيار ، والالتزام بالسلوك الإيجابي المتعلم ثم التصريح أمام المحيط العائلي بقرار التغيير ، و التعديل ، و التعهد بعدم الرجوع إلى السلوك المشكل .

■ علاقات المساندة :

و تشير إلى استراتيجيات المريض للبحث عن الدعم الاجتماعي و ذلك من خلال تكوين شبكة العلاقات الاجتماعية الفعالة التي تساعد على اكتساب السلوك الصحي وانطفاء السلوك المشكل .

■ تفسير الوضعيات :

يعمل المفحوص من خلال هذا السياق على تعزيز السلوك الإيجابي ، و إطفاء السلوك المشكل ، مثلا المكافئة على تحقيق التعديل ثم التغيير الكلي ، و لكن المعاقبة إذا ما كان هناك استمرار السلوك المشكل .

■ ضبط المثير :

هنا يصل المفحوص إلى مرحلة نزع و إلغاء المثيرات (الأسباب) المؤدية إلى السلوك المشكل ، كأن يتجنب الشخص المقلع عن التدخين المقاهي و المدخنين ، و بالمقابل تعزيز المثيرات المساعدة في اكتساب السلوك الصحي ⁽¹⁾.

■ التحرير الاجتماعي :

فكلما كان المجال الحيوي الاجتماعي صحيا كلما ساعد الأفراد على اعتماد السلوك الصحي و الإقلاع على السلوك المشكل .

¹. رزقي رشيد ، 2012 ، المصدر المذكور سابقا ، ص 73.

■ الإشراف المضاد :

و هو يشير إلى أن المفحوص يتعلم سلوكيات صحية بعدما يتخلى عن السلوك المشكل و يكون ذلك من خلال تقنيات : الاسترخاء ، تأكيد الذات ، التغذية الراجعة... إلخ⁽¹⁾

و يتضح من العرض السابق لنموذج مراحل التغيير ، أن هذا الأخير من البناءات النظرية القليلة التي حاولت تفسير المراحل التي يتم من خلالها تبني السلوكيات الجديدة و لاشك أن لهذا النموذج فوائد كبيرة خاصة إذا علمنا أنه من الصعب جعل المرضى يقدمون على تغيير سلوكياتهم التي ألفوها لسنوات طويلة ، و من خلال ما يقدمه نموذج التغيير من تفسيرات ومعلومات ، يمكننا وضع الإستراتيجيات اللازمة لمساعدة المرضى المصابين بأمراض مزمنة و لاسيما مرضى السكري على تبني سلوكيات صحية بديلة عن سلوكياتهم القديمة التي ربما كانت السبب في إصابتهم بالمرض أول مرة ، و التي ستزيد من إمكانية تطور المرض لديهم و تعرضهم لمضاعفاته الخطيرة عليهم .

2-5-3- نموذج الالتزام الصحي :

طور هذا النموذج من قبل هايبي و كارلسون (Heiby et Carlson) في 1986م وهو نسخة شاملة لنموذج اجتماعي سلوكي مفسر لمختلف أنماط الامتثال للعلاج (قواعد الصحة ممارسة التمارين الرياضية، تناول الأدوية.... إلخ) و قد شمل النموذج ثلاث أنواع من المتغيرات :

¹. رزقي رشيد ، 2012 ، المصدر نفسه ، ص 72.

2-5-3-1-السوابق أو المتغيرات الوضعية :

و تحدد حسب ما يلي:

- ✓ خصائص العلاج : التركيز ، الطعم ، اللون ، تعقيد الجرعات ، تعبئة الدواء .
- ✓ نوعية المعارف المقدمة على نوع و أهداف العلاج ، التكيف مع أسلوب الحياة الجديدة.

- ✓ نوعية المعلومات المقدمة كتابية ، شفوية ، أشرطةالخ
- ✓ متابعة المريض و عدد المعاينات ، و كذلك الدعم العائلي و الاجتماعي ، و نوعية العلاقة طبيب/مريض .

2-5-3-2-العوامل الفردية الذاتية :

- و تتضمن العوامل الفردية كل ما هو متعلق بإدراك المريض لوضعيته كمريض ومعتقداته ، و إدراكاته المرتبطة بفعالية العلاج ، و كذلك الثمن المدرك ، و الخطورة المقدرة و درجة الرضا التي يشعر بها المريض .

2-5-3-3-النتائج :

- و هي تتلق بالمنافع أو المساوئ الناجمة عن العوامل الذاتية المختلفة بإدراكات المريض الذاتية ، و هذه المنافع قد تكون :

- ✓ اجتماعية كالتقدير من قبل الآخرين .
- ✓ جسدية أي تحسن الحالة الصحية للمريض .
- ✓ مادية أي مكاسب اقتصادية .

أما المساوئ فتكون:

- ✓ اجتماعية: صفة المرض و أعراضه في المجتمع .

✓ جسدية:زيادة حدة المرض و مضاعفاته.

✓ مادية: زيادة تكاليف العلاج الباهظة.⁽¹⁾

و قد اعتبر هذا النموذج أن الالتزام الصحي يتم تبعا للسوابق ، و لنتائج السلوك القائم دون إغفال الطريقة التي يعيش بها الأفراد و يحسون فيها بالامتثال للعلاج عبر الآثار (النتائج المباشرة أو غير المباشرة) التي تحدث في حياتهم ، وهناك مستويين للعوامل (مكاسب/مساوئ) للإمتثال للعلاج :

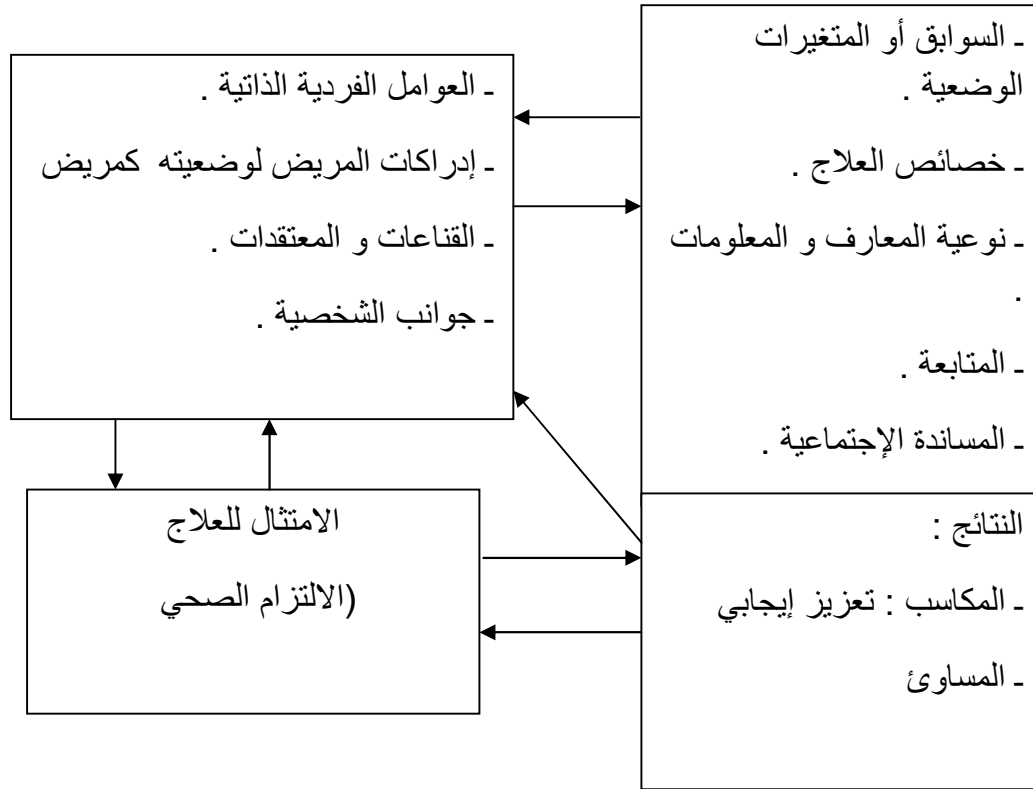
• في إطار العوامل الفردية للإمتثال للعلاج هناك مكاسب و مساوئ مدركة قبل السلوك هذا الإدراك يعد بمثابة محدد للالتزام الصحي .

• في إطار النتائج : يتعلق الأمر بالمكاسب ، و المساوئ المدركة ، و المعاشة بعد السلوك المتبني (الإمتثال أو عدم الالتزام) أي نتائج الامتثال للعلاج .

و تعمل هذه العوامل ضمن حلقة تغذية و تؤثر على السلوكات الداخلية المرتبطة بالعلاج في حد ذاته أو غيرها من السلوكات الأخرى . و تسمح هذه المقاربة بديناميكية النموذج و بالأخذ بالحسبان عامل الوقت ، و تأثيره ، و هو ما لم يطرح في باقي النماذج النظرية الأخرى.⁽²⁾

¹ . Aurélie Gauchet,20087,opcit :p60.

² . Aurélie Gauchet,20087,opcit :p61



شكل رقم (06): يوضح نموذج الالتزام الصحي لـ هايبي و كارلسون 1986م⁽¹⁾

لقد حاول كل من هايبي و كارلسون من خلال نموذجهما للالتزام الصحي تبني نظرة شاملة لمفهوم الالتزام ، و هذا من خلال تأكيدهما على تفاعل ثلاثة عوامل رئيسية تحدد التزام المريض و امتثاله لخطة علاج مرضه من عدمه ، فقد أكدا على دور المريض نفسه أي على أهمية العوامل الذاتية للمريض من معتقدات ، و إدراكات ، و خصائص شخصيته ، و ربطها بواقعه المعاش المرتبط بالمرض الذي يعاني منه كنوعية العلاج و المعلومات الخاصة بمرضه ، طبيعة علاقته بالطبيب المعالج ، و مقدار تلقيه للمساندة الاجتماعية من قبل عائلته و محيطه ، و نتائج سلوكياته التي تمثل تغذية راجعة إما أن تعزز سلوك الالتزام لديه أو تثبطه فكلما كانت نتائج سلوكياته جيدة على الصعيد الصحي كلما زاد التزامه و العكس صحيح .

¹. Aurélie Gauchet, 20087, opcit : p61.

2-5-4- نموذج التمثلات الصحية لـ ليفونثال (Leventhal):

ظهر هـذا النموذج على يـتد ليفونـثال Leventhal بين سنة 1980 م و 1984 م و هو قائـم على الفكرة التي مفادها أن الاستجابات السلوكية للتهديدات الصحية هي نتائج للتصورات المكونة من قبل المرضى حول المرض الذي يعانون منه . (1)

كما استخدم هذا النموذج لتفسير سلوكيات الالتزام الصحي انطلاقا من إدراكات مرض معين ، و هذا من خلال مجهودات الفرد للتصرف إزاء المرض ، و الأعراض و النتائج الناجمة عنهما ، و يستند هذا النموذج على ثلاث مسلمات أساسية هي :

■ أن الفرد هو عامل فعال (نشط) في حل مشكلته ، فهو يسعى إلى تخفيض الفارق بين حالته الصحية الراهنة ، و الحالة الصحية التي يتطلع إليها .

■ التمثلات المعرفية ، و الانفعالية لتهديد المرض التي توجه سيرورة التكيف ، و تقييم مخطط التصرف الذي سيتم تبنيه .

■ تفترض أن هذه التمثلات هي خاصة بكل فرد ، و يمكن أن لا تتفق مع الحقيقة الطبية و هي تصورات محددة اجتماعيا تنهياً انطلاقا من القيم الاجتماعية و الثقافية و هذه السيرورة يمكن أن تختلف سواء بالنسبة للطريقة التي يفكر بها فرد يتمتع بصحة جيدة من أمراض معينة ، أو بالنسبة للطريقة التي يحدد فيها مريض معنى مرضه. (2)

و تظم السلوكيات المرتبطة بالمريض تبعا لهذا النموذج خمس مكونات أساسية هي :

✓ الهوية : أي التسمية التي يطلقها المريض على مرضه و أعراضه .

✓ السبب : أي العوامل التي يعزو إليها المريض سبب مرضه .

¹ . Gérard Reach.2006,opcit : p 42.

² . Aurélie Gauchet,20087,opcit :p61.

✓ البعد الزمني : و هي المادة المفترضة من قبل المريض لمرضه (مرض مزمن ،حاد)

✓ الآثار : أي نتيجة المرض و عواقبه الواضحة بالنسبة للمريض .

✓ العلاج : الذي يلجأ إليه المريض بحثاً عن الشفاء و الاستقرار.⁽¹⁾

و لفهم الالتزام الصحي ، اقترح هذا النموذج حلقة تنظيم بين التصورات المكونة من قبل المريض حول مرضه من جهة ، و الإجراءات التي يستخدمها لمواجهة التهديدات الصحية وتشمل المراحل التالية :

• **التمثل المعرفي للمرض** : أي تنظيم المعلومات المختلفة المغذاة من قبل المحيط وتحدد هذه التمثلات حسب حجم المعلومات و صحتها التي يستقيها المريض ، فالمريض يسعى إلى فهم أعراضه و مرضه ، لهذا يكون تمثلات معرفية ، و نماذج سلوكية تسمح له بمواجهة الأخطار الصحية التي قد يتعرض لها ، و يستقي المريض معلوماته من الأصدقاء و العائلة الفريق الطبي و وسائل الإعلام أو من خلال أعراضه أو تجارب سابقة.

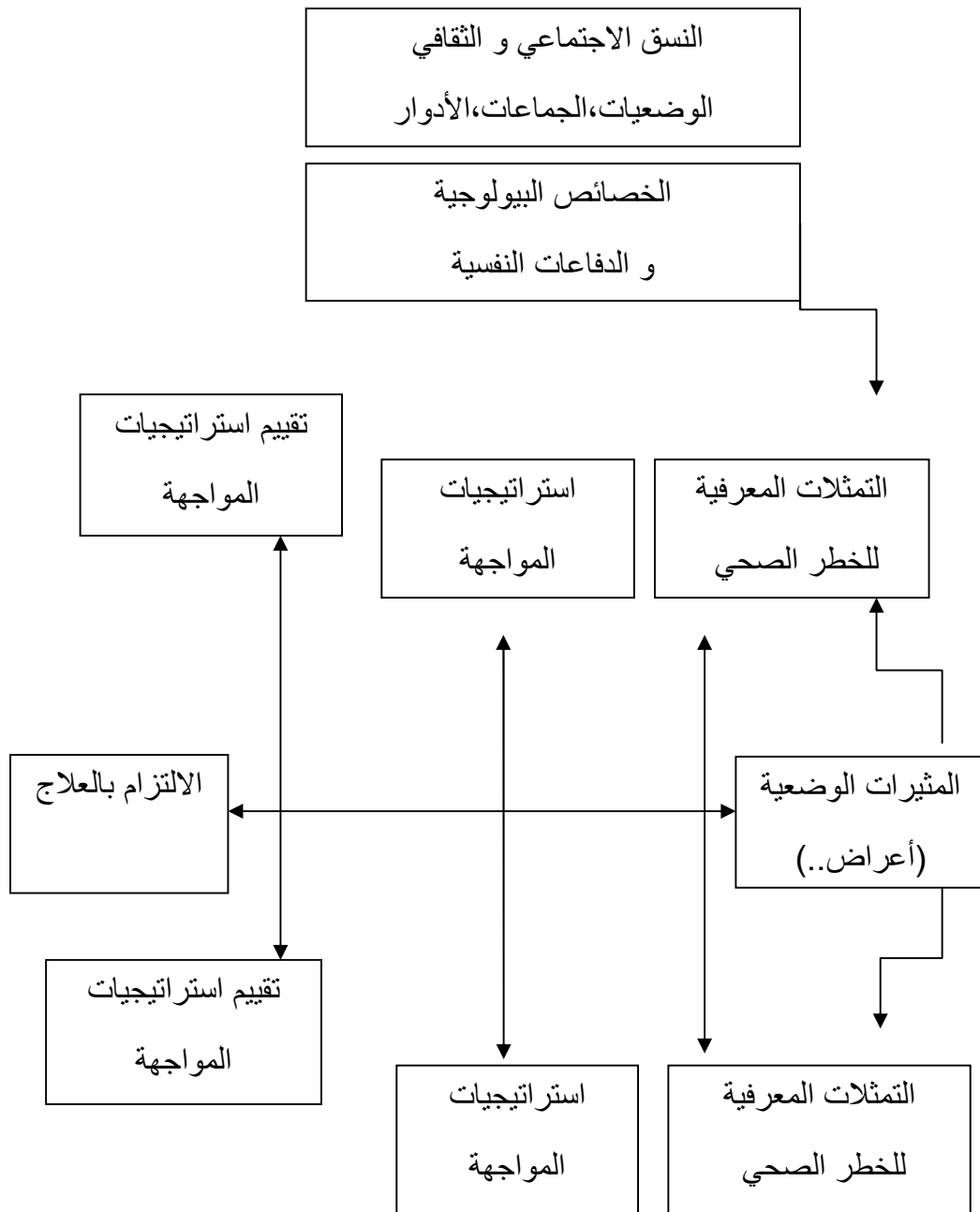
• **الاستجابة الانفعالية للمرض و العلاج** : و تنتج أساساً عن تصورات المريض لتحديد المرض و إدراكه لأهمية العلاج .

• **التسيير المتبني تبعاً للتمثلات** : أي الطريقة التي يواجه بها الفرد الوضعية المرضية سواء بتبني السلوك الصحي من خلال الالتزام بالعلاج طلباً لتحسين حالته الصحية أو من خلال التركيز على تنظيم الانفعالات ، و التقليل من الآثار السلبية للمرض ، و ما ينتج عنه من ضغط انفعالي .

¹. Fisher,2002,opcit : P 40.

- **التقييم الذي يقوم به الفرد فيما يتعلق بالاستجابات المنفذة :** يقوم المريض بتقييم مدى نجاح استراتيجيات المواجهة التي تبناها ، و كنتيجة لذلك يقوم بتعديل التمثيلات المعرفية و الاستجابات الانفعالية المرتبطة بالمرض و يتبنى استراتيجيات مواجهة أكثر فعالية .
- إن التغذية الراجعة تسمح بتفسير سلوك التنظيم الذاتي العائد إلى تعديل المعلومات و التمثيلات و تبني أنماط استراتيجيات مواجهة جديدة .⁽¹⁾

¹ . Aurélie Gauchet.20087,opcit : p62.



شكل رقم (07) : نموذج التنظيم الذاتي للصحة ليفونثال Leventhal 1980. 1984⁽¹⁾

¹ . Aurélie Gauchet, 20087, opcit : p63.

2-6- قياس الالتزام الصحي :

إجراء تقييم لسوك الالتزام ضروري للتخطيط لفعالية و كفاءة العلاج ، و ضمان أن التغيرات الصحية تعزى للنظام العلاجي المقترح ، بالإضافة إلى القرارات المتعلقة بتغيير التوصيات الأدوية ، و /أو أسلوب الاتصال كاستدعاء المريض للمشاركة في وضع الخطط العلاجية ، كل هذا يعتمد على قياس صحيح و موثوق للالتزام .

و بالطبع ليس هناك إستراتيجية واحدة لقياس سلوك الالتزام ، و هو ما خلق مشاكل تعترض الباحثين و القائمين على الرعاية الصحية للمرضى ، و لهذا فقد اختلف الباحثين والمختصين في الطرق المستعملة من أجل تقييم و قياس مدى الالتزام الصحي لدى المرضى و هذه الطرق تختلف باختلاف طبيعة المرض (حاد . مزمن) ، و حسب سن المريض (صغير . راشد . متقدم في السن ...) ، و يمكن تقسيم طرق قياس الالتزام الصحي إلى قسمين رئيسيين هما:

2-6-1-القياس المباشر للالتزام الصحي :

و يشتمل عدة طرق منها :

- الطرق البيولوجية و هذا بالتحاليل المخبرية (الدم ، البول) إذ من خلال هذين المؤشرين يكشف الطبيب مدى تمركز آثار الأدوية التي تناولها المريض .
- القياس الالكتروني : القياس الالكتروني للسلوك (على سبيل المثال : مراقبة مستوى السكر في الدم) يعتبر معيار جيد لقياس التزام المريض. من مزاياه القياس الدقيق و الآني للسلوك في وقته ، مع كمية كبيرة من المعلومات دون إزعاج المريض .
- وزن المريض ، ففي كثير من الأمراض التي تستوجب نظام غذائي خاص و لتجنب زيادة الوزن يلجأ الطبيب مباشرة لوزن المريض و مقارنة وزنه بآخر فحص لمعرفة مدى انضباطه و اندماجه في الخطة العلاجية .

- الملاحظة المباشرة إذ يقوم الطبيب بملاحظة مريضه أثناء الفحص من خلال هذه الملاحظة يقيم حالة مريضه .
- ملاحظة أثر العلاج من خلال تناقص الأعراض أو زوالها و تحسن الحالة الصحية للمريض .
- ملاحظة الآثار الجانبية للعلاج.(1)

2-6-2- القياس غير المباشر للالتزام الصحي :

و يشتمل على المقاييس الذاتية التي تعتبر الأكثر شيوعا في البحث و الممارسة السريرية و هي تستخدم لكونها سهلة ، منخفضة التكلفة ، و إمكانية تطبيقها على أي سلوك و قد أظهرت الأبحاث أن تقييم الالتزام من قبل المريض باستعمال مقياس ذاتي يعطي نتائج أعلى من التقييم بواسطة المقياس الموضوعي . لهذا فالمقاييس الذاتية تميل إلى الزيادة في نسبة الالتزام ويمكن إدراج البعض منها مثل :

- **سجلات المريض اليومية :** يمكن للسجلات أن تشمل أي سلوك يتعلق بتناول الدواء (النوع ، التردد ، المدة) ، ممارسة التمارين ، إتباع نظام غذائي (نوع و كمية الغذاء المستهلك) حيث يتم الاستعانة بقوائم أو استمارات معدة مسبقا لتسجيل هذا النوع من السلوك . من عيوب هذه الطريقة أنها تخضع للمحيط الاجتماعي ، و تحتاج لمواظبة من طرف المريض كما أنها قابلة للتلاعب من طرف المريض .

- **التقرير الذاتي للمريض :** هي أبسط طرق جمع المعلومات ، غير مكلفة ، قابلة للتنفيذ في كل أوضاع الرعاية الصحية . و هي تسمح بجمع معلومات أكثر تفصيلا عن الظروف

¹ . Drouin.D: l'observance un facteur de risque méconnu .Direction de santé .Québec. 2004,P48

المحيطة بعدم الالتزام أكثر من أي طريقة أخرى. و يمكن أن يكون من خلال أسئلة بسيطة أو مقابلة أو حتى استبيان منظم .

و يمكن للقياس باستعمال التقرير الذاتي أن يكون غير صالح ، و غير موثوق به ، إذ يمكن أن تكون المعلومات غير دقيقة ، فالمريض قد لا يتذكر ما أخذه من أدوية أو يختلط عليه ما أخذه بالضبط من جرعات ، و على الرغم من ذلك يبقى هذا النوع من القياس الأكثر شيوعا في تقييم الالتزام الصحي لدى المرضى ، بسبب تكلفة الطرق الموضوعية للقياس ، و كذا عدم إمكانياتها في بعض الحالات ، لذا فمن المرجح استعمال التقرير الذاتي لقياس الالتزام ، و الذي يشتمل على النقاط التالية :

■ **الدواء :** وضعت المئات من المقاييس لتقييم الالتزام بالدواء. و أبسطها أن يطلب من المريض " كم عدد المرات التي نسيت فيها تناول الدواء ، مع إدراج جدول زمني للأدوية المتناولة خلال تلك الفترة ". و يعتبر مقياس **موريسكي (Morisky)** الأكثر استعمالا ، حيث استخدم هذا المقياس لتقييم الالتزام الدوائي لعدد من الأمراض كالربو السكري ، نقص المناعة المكتسب ، و قد أثبتت كفاءته مع غيره من المقاييس .

■ **النشاط البدني :** هناك أبعاد مختلفة للنشاط البدني ، بما في ذلك السرعات الحرارية الوزن المرونة ، و القوة ، وتأثير كل بعد على النتائج الصحية (خطر الإصابة بأمراض القلب و الأوعية الدموية ..) ، و لهذا لا يوجد مقياس واحد ، و يمكن ذكر على سبيل المثال مقياس النشاط البدني ، الذي يقيم الأداء مع مراعاة للمدة ، الشدة ، و حجم النشاط البدني إذ يتم طرح أسئلة تتعلق بنوع و صعوبة التمارين الممارسة .

■ **الحمية :** كما هو الحال بالنسبة للنشاط البدني ، هناك أبعاد متعلقة بالتغذية و التي يمكن أن تؤثر على النتائج الصحية مثل السرعات الحرارية ، الدهون المشبعة الكوليسترول الألياف

، الخضروات و الفواكه ، الكالسيوم ، الكحول ، السكر ، و الصوديوم ، لهذا فمن المعقد إجراء تقييم شامل لكل هذه العناصر ، و كمثال نذكر مقياس تكرر الطعام (**food frequency questionnaires FFQ**) و الذي يعتبر من أفضل المقاييس الخاصة بالالتزام المتعلق بالحمية . (1)

في الأخير يبقى استعمال أكثر من طريقة وارد لقياس الالتزام . و يشر غورديس وآخرون (1979) **Gordis et al** ، أنه من الممكن أن تتأثر النتائج السريرية بعوامل أخرى غير الالتزام ، و بالتالي لا يجب الاعتماد على النتائج السريرية وحدها لتقييم الالتزام و إنما يجب إيجاد تدابير صالحة و موثوق بها لقياس سلوك الالتزام في حد ذاته أفضل من الاعتماد على النتائج السريرية للعلاج . (2)

و يبقى لكل نوع من القياس عيوبه ، و محاسنه و الجدول الموالي يبرز عيوب بعض الطرق في قياس الالتزام الصحي .

¹ . William T. O'donhue, Eric R. Levensky : Promoting treatment adherence : a practical handbook for health care providers, USA: Sage Publications2006,pp24-25.

² . Bruce A , Thyer W , Hudson W. :Progress in behavioral social work , journal of Social Service Research ,V°10,N2,USA : Haworth Press.1987,p67.

جدول رقم (05) :عيوب بعض الطرق التي تقيس الالتزام⁽¹⁾

طريقة القياس	العيوب
تقرير المريض	يمكن أن يكذب المريض أو ينسى
نتائج العلاج	تكون دقيقة إذا كان العلاج نفسه فعالا و له نسبة التزام عالية
تقدير الطبيب	عادة غير دقيق ، يميل باتجاه الالتزام
تقدير الصيدلي	تكون دقيقة في حال الحصول على الأدوية كما تحتاج إلى حالة مثالية للمقارنة مع بقية الحالات .
عد الحبوب و زجاجات الأدوية	تخضع لتزوير المريض، لا تعكس التغيرات اليومية
القياسات الميكانيكية(تسجل عدد و وقت الجرعات عند فتح العبوة)	لا تقيس بالضرورة الاستعمال الفعلي
المقابلات مع الأسرة	موثوق بها إلى درجة معقولة إذا كان أفراد الأسرة يتابعون العلاج .
فحص مصل الدم	دقيقة فيما يتعلق بمستويات الدم، ولكن الفحوصات غير متوفرة لجميع العقاقير و تستغرق وقتا وتكون مكلفة
فحص البول	وقت أخذ العينة مهم ، إذ يجب معرفة نمط امتصاص و إفراز الدواء

¹ . Mickey C . Smith ,Albert I.Wertheimer (1996):Social and behavioral aspects of pharmaceutical car ,USA,Haworth Press.1996,p331.

2-7- تحسين الالتزام الصحي :

من المتفق عليه عالميا أن على المرضى المصابين بأمراض مزمنة الالتزام بالتوصيات الصحية من أجل تعزيز الالتزام بالعلاج ، هناك مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات التي يمكن أن توظف من قبل مقدمي الرعاية الصحية ، سواء كانت تعليمية تنظيمية أو سلوكية ، نذكر منها :

• تعليم المرضى :

ينبغي أن تشمل التدخلات التعليمية تقييما لمستوى المريض التعليمي ، الثقافة وتحديد أهداف محددة . ينبغي أن تقدم المعلومات في أجزاء سهلة ، مع معلومات إضافية لتعزيزها في لقاءات لاحقة. كما يجب التركيز على القضايا الرئيسية في إدارة المرض مع تحديد أهم الجوانب اللازمة للحفاظ على الصحة .

يعتمد المريض في كثير من الأحيان على أفراد الأسرة لتفسير تفاصيل العلاج في المنزل و قد يشعرون بالحرج إزاء نقص المعرفة الصحية لديهم. لذلك ينبغي إشراك أفراد الأسرة و من يكون قادرا على مساعدة المريض في الدورات التعليمية مع المريض مع التركيز في العملية التعليمية ليس فقط على المعلومات الخاصة بالمرض ، و لكن أيضا على المهارات اللازمة لتسيير العلاج بالإضافة إلى تبسيط نظام العلاج قدر الإمكان .

• تحسين المعرفة و الفهم :

يجب أن تكون الأهداف التربوية أوسع من اكتساب المعرفة وحدها ، فالالتزام يعتمد على مشاركة المتعلم و ليس فقط الاستماع ، و القراءة ، و استيعاب المعلومات.

لابد للأطباء من تشجيع المرضى للمشاركة في الرعاية الصحية الخاصة بهم إن نظام الرعاية الذاتية تمكن المرضى من العيش في درجة من الاستقلال الذاتي ، و الذي قد لا يكون

خياراً في نظام العلاج المقنن، حتى عندما يتم تكييفه إلى حد ما . بالإضافة إلى مرونة التعليمات يجب إتاحة بعض الحرية في اتخاذ خيارات مدروسة، مما يعزز الاستقلال و تحسين نوعية الحياة⁽¹⁾

• الاستراتيجيات السلوكية لتحسين الالتزام :

تعتبر الاستراتيجيات السلوكية محاولة لتحسين الالتزام مباشرة باستخدام تقنيات مختلفة و يمكن استخدام هذه الاستراتيجيات منفردة أو مجتمعة ، لتحقيق النتائج المرجوة . و يعتقد أن الالتزام يزيد عند المرضى بإشراكهم في تقرير كيفية تنفيذ العلاج الموصوف .

¹. لكل رقيقة : تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الحاج لخضر ، باتنة .2011.

جدول رقم (06): بعض الاستراتيجيات التي تحسن الالتزام الصحي⁽¹⁾

جذب الانتباه
■ جعل الرسائل أكثر وضوحاً.
تحسين الفهم
■ استخدام تعليمات بسيطة و التركيز على النقاط المهمة . ■ تدعيم الفهم بمعلومات مكتوبة . ■ التأكد من أن المريض لديه المهارات اللازمة لإتباع الإرشادات الطبية .
تحسين التذكر
■ تقديم المعلومات ببطء ، و بكميات صغيرة . ■ البدء بالنقاط المهمة في الأول و تكرار النصائح و المعلومات .
تحسين عملية تنفيذ العلاج
■ استخدام الحوافز و تعزيز سلوك الالتزام الصحي . ■ تكيف العلاج للأفراد لتحسين التزامهم . ■ الحفاظ على برنامج علاجي بسيط و قصير . ■ تشجيع الدعم الاجتماعي للمريض . ■ وضع أهداف علاجية يمكن تحقيقها لتعزيز الكفاءة الذاتية .

¹. لكل رقيقة ، 2011، المصدر المذكور سابقاً ، ص

• تحسين المساندة الاجتماعية :

إن إقحام العائلة و الأصدقاء في العملية العلاجية يشجع المريض على الالتزام بالعلاج. اهتمام محيط المريض بأدويته ، و مواعيد زيارته للطبيب ، و حميته الغذائية يساعد المريض على تقبل العلاج و الالتزام به. (1)

• تبسيط العلاج :

من الممكن أن يكون المريض غير قادر على إدارة تعقيدات العلاج الموصوف وبالتالي يجب التفاوض حول تبسيط العلاج أكثر لتحسين الالتزام ، و كقاعدة عامة ينبغي تقليل عدد الأدوية و تخفيض عدد الجرعات إلى الحد الأدنى قدر الإمكان .

• تعزيز استراتيجيات التكيف :

على مقدمي الرعاية الانتباه لما يصدر عن المرضى من استجابات عاطفية التي تتداخل مع تعلم السلوكيات الصحية ، إذ ترتبط ظروف القلق ، و الحرمان و الاكتئاب مع مستويات منخفضة من الالتزام. ينبغي أن تفسر هذه الردود العاطفية و على المريض أن يتعلم التكيف معها و بالتالي فإن التعديل في نهج العلاج قد يكون أكثر فعالية .

• تعليم القائمين على الرعاية الصحية :

هناك مبادئ عملية لتحسين العلاقة طبيب/مريض ، إذ يمكن للطبيب تعلم مختلف تقنيات الاتصال الخاصة (اللفظية و غير اللفظية) التي يمكن أن تحسن من عملية الاتصال بين المريض و الطبيب ، كما يمكن تدريب الطبيب لتطوير صفات التعاطف الإصغاء الفعال التواصل غير

¹ . Julia Russell : Introduction to psychology for health carers ,United Kingdom ,Nelson Thomes.2005,pp 122-123.

اللفظي ، التشجيع و التفاوض ، فنوعية الاتصال بين الطبيب و المريض هي مفتاح الالتزام الصحي.(1)

2-8- الالتزام الصحي لدى مرضى السكري :

تؤكد التوجهات الحديثة في رعاية مرضى السكري على الدور المركزي للعناية الذاتية للمريض ويشير مفهوم العناية الذاتية أن المريض يراقب بشكل نشط ، و يستجيب للتغيرات البيئية و البيولوجية من خلال إجراء تعديلات للتكيف مع مختلف جوانب العلاج مرض السكري وهذا للحفاظ على السيطرة الأيضية الكافية ، و التقليل من احتمال حدوث مضاعفات على المدى البعيد.

و قد وصف هانتينان (Hentinen) الالتزام بسلوكات العناية الذاتية على أنها عملية مرنة نشطة ،و مسؤولة من الإدارة الذاتية التي يتبناها المريض من أجل تحقيق الصحة الجيدة و ذلك بالتعاون مع الفريق الطبي المعالج .

إن سلوكات العناية الذاتية التي تسهم في تحقيق إدارة مرض السكري بنجاح ، تتمثل في المراقبة المستمرة لنسبة السكر في الدم ، اتباع الحمية الغذائية ، التحكم في نسبة الأنسولين عن طريق الحقن أو الحبوب ، ممارسة الرياضة بانتظام العناية بالأقدام ، الزيارات المنتظمة للأطباء و سلوكات أخرى كالعناية بالأسنان و اختيار الألبسة المناسبة...إلخ.

ضمن هذه الخلفية من المتطلبات المتعلقة بالمرض ، فإن الالتزام الصحي هو نشاط طوعي يشترك فيه المريض لإدارة مرضه من خلال إتباع البرنامج العلاجي ، و تقاسم المسؤولية بينه و بين الفريق الطبي .(2)

¹ . J. de Blic ,2007,opcit : pp 420-421.

² . World Health Organization, 2003,opcit:p72.

و من أجل قياس الالتزام الصحي لدى مرضى السكري فقد أجريت العديد من الدراسات التي تناولت كل بعد من أبعاد البرنامج العلاجي الذي يتضمن قياس نسبة السكر في الدم تناول الأدوية ، إتباع الحمية الغذائية ، ممارسة الرياضة و غيرها من سلوكيات الرعاية الذاتية و سنعرض النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات فيما يلي :

2-8-1- الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط (1) :

سنستعرض بعض نتائج الدراسات التي أجريت على مرضى السكري من النمط (1) حسب كل بعد من أبعاد الالتزام الصحي على حدى كما يلي :

2-8-1-1- المراقبة المستمرة للسكر في الدم :

مدى الالتزام بالمراقبة المستمرة للسكر في الدم يتفاوت بين مرضى السكري من النمط (1) على نحو واسع ، فعلى سبيل المثال في عينة من أطفال مراهقين مصابين بالنمط (1) فإن 26 % من هذه العينة إلتزموا بما هو مطلوب منهم ، بينما وصلت النسبة إلى 40% عند البالغين المصابين بالنمط(1) ، و نفس النتائج توصلت إليها دراسة فلندية أجريت على 213 مريضاً تتراوح أعمارهم ما بين 17- 65 سنة حيث أن 20% من المشاركين راقبوا نسبة السكر في دمهم كما هو موصى بها ، و في دراسة أخرى أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية على عينة من مرضى السكري من النمط(1) يتراوح متوسط السن لديهم 30 سنة بلغت نسبة الإلتزام 7% فقط .

2-8-1-2- استخدام حقن الأنسولين :

إن الإلتزام باستخدام حقن الأنسولين على نحو صحيح يتفاوت على نحو واسع بين مرضى السكري من النمط(1) ، فقد بلغت نسبة المرضى من المسنين الذين إستخدموا حقن الأنسولين كما هو موصى به 84 % ، بينما بلغت النسبة 53% عند الشباب ، و في دراسة أخرى بلغت النسبة 25% فقط لدى المراهقين.

2-8-1-3- إتباع الحمية الغذائية :

نتائج البحث على مدى التزام مرضى السكري من النمط (1) بالحمية الغذائية كانت متناقضة ، ففي دراسة أجريت من قبل كرفجال و آخرون **Carvajal et al** في كوبا ودراسة وينغ و آخرون **Wing et al** في الولايات المتحدة الأمريكية ، بينت نتائجهما أن ما بين 70 إلى 75 % من المشاركين في هاتين الدراستين لا يلتزمون بالحمية الغذائية بينما وجد في دراسة تولجامو و آخرون **Toljamo et al** التي أجريت في فلندا أن الالتزام بالحمية الغذائية كان مرتفعا ، حيث أن 70 % من المشاركين كانوا يلتزمون بنظام غذائي صحي ⁽¹⁾.

2-8-1-4- ممارسة الرياضة بانتظام :

إن الدراسات التي أجريت لتحديد مدى الإلتزام بممارسة الرياضة لدى مرضى السكري من النمط (1) نادرة ، ففي دراسة أجريت في فلندا على 213 مريضا وجد 35 % مارسوا التمارين الرياضية مرتين في الأسبوع ، و 10% مارسوا التمارين الرياضية كل يوم .

2-8-2- الإلتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط (2) :

سنورد بعض نتائج الدراسات التي أجريت على مرضى السكري من النمط (2) حسب كل بعد من أبعاد الإلتزام الصحي على حدى كما يلي :

2-8-2-1- المراقبة المستمرة للجلوكوز في الدم :

في دراسة أجريت لتقييم مدى التزام مرضى السكري من النمط (2) بالمراقبة الذاتية للجلوكوز في الدم أجريت في شمال كاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية ، و جد أن 67% ممن شملتهم الدراسة ذكروا أنهم لا يراقبون نسبة الجلوكوز في دمهم كما هو موصى به ، و نفس النتائج

¹. World Health Organization, 2003,opcit:p73.

توصلت إليها دراسة أجريت في الهند ، حيث أن 23% فقط من المشاركين أبلغوا عن قيامهم بمراقبة الجلوكوز في الدم كما هو مطلوب منهم من الفريق الطبي.⁽¹⁾

2-2-8-2- استخدام الأدوية :

في دراسة أجريت على 91 مريضا بالنمط(2) من السكري وجد أن 75% ممن شملتهم الدراسة أخطوا في تناول الجرعة اللازمة ، و الشكل السائد من عدم الإلتزام بتناول الأدوية حسب نفس الدراسة كان بتناول المرضى جرعات أكثر مما هو مطلوب منهم ، و في دراسة أخرى أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية بالتعاون مع الصيدليات وجد أن 15% فقط من مرضى السكري من النمط (2) يسعون للحصول على أدويتهم عند نفاذها في الوقت المناسب

2-2-8-3- إتباع الحمية الغذائية :

في دراسة أجريت في الهند توصلت إلى أن 37% فقط من مرضى السكري من النمط(2) التزموا بالنظام الغذائي المطلوب ، بينما وصلت نسبة الإلتزام بالحمية الغذائية في الولايات المتحدة الأمريكية 52% ، و في دراسة قام بها وينغ و آخرون Wing et al بينت أن مرضى السكري من النمط(2) يخسرون وزنا أقل من أزواجهم غير المصابين ، و هذا دليل على الإلتزام السيئ بالحمية الغذائية .

2-2-8-4- ممارسة الرياضة بانتظام :

سجلت دراسات أجريت في هذا المجال ، ففي كندا مثلاً أجريت دراسة على عينة من مرضى السكري من النمط (2) تم اختيارها بطريقة عشوائية ، وجد أن 37% فقط من المرضى يمارسون

¹ . World Health Organization, 2003,opcit:p74.

الرياضة ، و 7% فقط مشتركين في نوادي رياضة ، و في دراسة ثانية أجريت بالولايات المتحدة الأمريكية ، و جد أن 26% فقط من المشاركين يتبعون برنامج رياضي طيلة أيام الأسبوع .⁽¹⁾

من خلال العرض السابق يتضح لنا أن مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط(1) و النمط(2) منخفض جدا ، و هو ما يدعوا إلى دق ناقوس الخطر نظرا لما يسببه عدم التزام مرضى السكري بالبرامج العلاجية من أخطار صحية تهدد حياة المرضى و المنتبج لنتائج الدراسات التي تم عرضها ، يلاحظ أن نسب الالتزام تتفاوت ما بين كل بعد من أبعاد الالتزام الصحي ، هذا التفاوت في النسب يمكن أن يفسر إنطلاقا من عوامل متعددة يمكن أن تؤثر في مدى الالتزام الصحي لدى مرضى السكري كالسن ، الجنس ، نوع السكري ، تعقيد البرامج العلاجية و حتى البعد الثقافي يطرح بقوة ، و من هنا وجب إجراء المزيد من الدراسات و البحوث من أجل الوصول إلى تحليلي عميق للعوامل المؤثرة في الالتزام الصحي .

¹. World Health Organization, 2003,opcit:p75.

خلاصة الفصل :

من خلال العرض السابق نستنتج أن الالتزام الصحي خاصة لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة ، هو مشكلة صحية تفرض عبئا ثقيلا على عاتق أنظمة الرعاية الصحية لدول العالم ، نظرا للتكلفة المالية الباهظة لعدم الالتزام ، بالإضافة إلى المضاعفات الخطيرة للأمراض لهذا أصبح موضوع الالتزام الصحي من أولويات الأنظمة الصحية للبلدان و مجال بحث واسع للباحثين ، و المتخصصين في علم النفس .

و يمكننا تعريف الالتزام الصحي على أنه مدى توافق سلوكيات المريض مع توصيات الفريق المعالج مثل الالتزام بتناول الأدوية ، و اتباع الحمية الغذائية ، و ممارسة الرياضة حيث أن هناك عدة عوامل تؤثر فيه ، منها ما هو متعلق بالمريض و المرض و بالسيرورة العلاجية ، و بالحالة الاجتماعية و الاقتصادية ، بالإضافة إلى العلاقة التي تربط بين المريض و طبيبه .

و نظرا للأهمية الإكلينيكية و الاقتصادية للالتزام الصحي فقد سعى العلماء لتعزيز الالتزام بالعلاج لدى المرضى من خلال استراتيجيات متنوعة ، و التي يمكن أن توظف من قبل مقدمي الرعاية الصحية ، مثل زيادة وعي المرضى بمضاعفات المرض و بالعلاجات المتوفرة و تعزيز ثقتهم بالنفس ، و بقدراتهم على اتباع العلاج و تدريبهم على الرعاية الذاتية و إدارة مرضهم ، تبسيط العلاج ، و توعية أسر المرضى و محيطهم بأهمية المساندة الاجتماعية .

و في الأخير يمكننا القول أن الالتزام الصحي ليس مشكلة يتحمل مسؤوليتها المرضى فقط بل يجب على كامل الفريق المعالج من أطباء ، و أخصائيين نفسانيين و نظام الرعاية الصحية ، بالإضافة لأسر المرضى ، و وسائل الإعلام ، بل على المجتمع ككل العمل على رفع مستوى الالتزام الصحي لدى المرضى لتجنب مضاعفات الأمراض و التقليل من

تكاليف الرعاية الصحية ، خاصة في حالة مرض السكري نظرا لانتشاره الكبير في المجتمع الجزائري ، و هو ما يشكل معضلة صحية تدعو المسؤولين عن المنظومة الصحية لإعادة النظر في الإستراتيجيات الوقائية و العلاجية المتبعة التي أثبت عدم فعاليتها إلى حد الآن.

الفصل الثالث

داء السكري

تمهيد :

إن داء السكري من الأمراض المزمنة التي عرفها الإنسان منذ القدم ، حيث كان المرضى آنذاك يعانون الكثير من جراء الإصابة به ، و لذلك أعتبر هذا المرض من أبرز أعداء البشرية إذ أنه يصيب أعداد كبيرة من البشر من جميع أنحاء العالم ، و من جميع الأعمار بحيث شكل معضلة عويصة بالنسبة للصحة العمومية .

و بالإضافة لما يسببه هذا الداء من مخاطر ، فإنه يتسبب في التعقيدات الطويلة المدى مما يعقد أكثر الحالة الصحية للمرضى المصابين به ، ناهيك عن التأثيرات السلبية على مختلف مجالات الحياة سواء على الصعيد الاجتماعي أو المهني ، و هو ما يجعل إشكالية تقبل المرض ، و التعايش معه ، والسيطرة عليه مطلباً ملحا بالنسبة للمرضى و للفريق العلاجي وللمنظومات الصحية للدول ، و لا يكون هذا إلا من خلال التكيف مع الواقع الجديد الذي يفرضه داء السكري المزمن ، والالتزام بمتطلبات علاجه سواء من الجانب الطبي كالأدوية و الفحوصات الطبية ، و من خلال إحداث تغييرات في النشاطات اليومية للمرضى كإتباع لنظام غذائي و ممارسة الرياضة و غيرها من المتطلبات التي يفرضها هذا الداء .

و من خلال هذا الفصل سوف نتعمق في المعرفة بهذا الداء ، و هذا من خلال تتبع تاريخ ظهور داء السكري ، و التعرض إلى مفهومه ، و تصنيفاته ، و الأسباب المؤدية إلى الإصابة به و أعراضه ، و مضاعفاته ، و طرق علاجه .

3-1- نبذة تاريخية حول داء السكري :

إن داء السكري من الأمراض العضوية التي شغلت عقول البشرية منذ معرفتهم إياه حيث كان شائعاً منذ قديم الزمان ، و كان يسمى "بول" و مع مرور الزمن اكتشفوا بأن بول المريض له طعم حلو المذاق ، لذا أضيفت هذه الصفة إلى التسمية الأولى ، و أصبح اسمه الحقيقي "البول السكري" " **Diabète Mellitus** " ، و هذه التسمية الأخيرة لاتينية و معناها " الحلو كالعسل"(1) و في الحقيقة يرجع أصل هذا الداء إلى سنوات قديمة ، أي منذ 1550 قبل الميلاد بحيث عرفت أعراضه (أو ما سمي قديماً صفاته) من قبل هاريس (Herbes) عندما اشترى ورقة البردي المسماة "بردي إبيرز" عند قدماء المصريين ، في تيبس (Thébes) اليونانية بحيث احتوت هذه الورقة على صفات مرض تميز بالطرح المتزايد للبول.(2) كما اكتشفه الصينيون منذ القرون الأولى قبل الميلاد ، و قد كانوا يشخصونه بواسطة تذوق البول المريض لمعرفة ما إذا كان يحتوي على السكر يجعل طعمه حلو المذاق أو لا.(3) و قد وصفت أيضاً أعراضه في مراجع طبية عديدة فارسية ، و يونانية قديمة على لسان العديد من العلماء القدامى.(4)

ثم توالى البحوث حول حقيقة هذا الداء ، و عن أعراضه ، و أسبابه ، ففي القرن السابع عشر ميلادي 17م اكتشف توماس وليس (Tomas Willis) الطعم الحلو في بول المريض

¹. أمين رويحة:داء السكري ، أسبابه ، أعراضه و طرق مكافحته . ط 1 . لبنان : دار القلم .1973،ص11.

² . Laouar.S: Le diabète dans l'histoire , Le fascicule de la santé , N5 , Alge : Maison de la presse.2006,p11

³. حامد محمد الهرساني : قصة البول السكري . ط 1 . مكة المكرمة.مؤسسة مكة للطباعة و الإعلام .1965، ص 04.

⁴. محمد رفعت : السكر و علاجه ، ط 1 ، دار المعرفة للطباعة و النشر، لبنان.1974،ص 07.

ثم اكتشف بعدها أنا هذا العرض ليس حتمي ، و بالتالي استطاع إعطاء تصنيف مبدئي لهذا الداء و ذكر: سكري ذو ارتفاع في نسبة السكر ، و سكري ذو انخفاض نسبة السكر .

و ابتداء من القرن 18م ، بدأ الباحثان الإنجليزيان **بول و دوبسون (Dobson Pool et)** عام 1775 م بوضع فكرة تواجد السكر في البول بعين الاعتبار، و في عام 1797 م و مع الإنجليزي **جون رولو (John Rollo)** تم وضع النظريات الأولى الأيضية كما هي في الوقت الحالي و القائلة : " إن السكر المتزايد في البول ينتج عن تحورات غير عادية للغلوسيدات الغذائية من طرف المعدة" .⁽¹⁾

كما يرجع الفضل إلى **توماس كاولي (Tomas Cawley)** في زيادة فهم حقيقة هذا الداء و ذلك باكتشافه لدور البنكرياس في الإصابة به ، حيث نشر ما توصل إليه عام 1788 م في جريدة لندن الطبية "**London Medical Journal**" ، و ذلك بعد أن أجرى تشريح لشخص مصاب بداء السكري و توصل إلى وجود عجز واضح لديه في عمل البنكرياس ، و هذا للربط بين عجز البنكرياس و الإصابة بالمرض .

ثم تجلت أهمية البنكرياس من خلال **أوسكار مينكووسكي (Oscar Minkowski)** عام 1889م ، حيث قام هو و **فون ميرينغ (Von Mering)** بتجارب مخبرية على مجموعة من الكلاب ، و ذلك باستئصال قطع من بنكرياس الكلاب و ترقب الآثار التي يخلفها هذا الاستئصال .

و قد وجدا أن الاستئصال الكامل لغدة البنكرياس يكون سببا في الإصابة المميتة بداء السكري في كلاب تجاربهم ، و أنه إذا استأصل 8/7 (سبعة أثمان) الغدة البنكرياسية فنسبة السكر في دم الكلب ترتفع ، و يصاب الكلب إصابة بسيطة بداء السكري ، أما إذا ترك تسع الغدة فقط

¹. Laouar .S. 2006 ,opcit :p11

فارتفاع نسبة السكر في الدم يكون بليغا ، و هكذا عرفت العلاقة الغدة البنكرياسية و لاسيما إفرازها الداخلي بالتمثيل الغذائي للمواد الكربومائية.

و بعد عشرين سنة من هذه التجارب اكتشف بول لانجرهانس (Paul Langerhans) و هو لا يزال طالب الخلايا الأنسولينية الموجودة في البنكرياس و التي أخذت اسمه فيما بعد "الجزر اللانجرهانية"⁽¹⁾.

و قد كان هذا لاكتشاف نصرا عظيما للجنس البشري ، و بهذا انطلق البحث الفعلي لعلاج هذا الداء.

3-1-1 - اكتشاف أصناف داء السكري :

يرجع الفضل للفرنسي إميل لورنسيرو (Emile Lancereax) عام 1979م في التمييز بين صنفين هامين من داء السكري ، أي بين ما يسمى بالسكري المتعلق بالأنسولين ، و هو ما سمي فيما بعد بالسكري نمط 1 ، و بين السكري غير المتعلق بالأنسولين و الذي سمي فيما بعد بالسكري نمط 2 ، تبعا للتصنيف الحالي .

ففي بداية القرن العشرين 20م ، بدأت تتضح الميكانيزمات و الآليات التي تقود إلى معرفة مختلف أنماط و أصناف هذا الداء ، فقد كانت الخطوة الأولى هي ما قام به سلومون بارسون (Salomon Berson) و روزلين يالو (Rosalyn Yalow) اللذان توصلا إلى إمكانية إجراء طريقة الأشعة المناعية ، و تقدير جرعات الأنسولين في البلازما ، هذا الذي

¹ . Bloom.G, Arnold.J: Atlas color of diabetes London thueno & gender , duration and complications Diabetic Medication, Vol 10, N8.1982, p09.

أمكن من التمييز بين النمطين الرئيسيين السابقين الذكر ، بحيث يتميز النمط الأول بخطاً واضح في نسب الأنسولين أما الثاني فيتميز بنقص جزئي فقط منه.(1)

3-1-2 - اكتشاف الأنسولين :

لقد تواصل البحث و التقصي عن خفايا المرض ، حيث كان الأطباء عاجزين عن مساعدة مرضاهم إلا بالنظام الغذائي الصارم ، و كان تشخيص هذا المرض نذيراً بالموت أو تخفيض سنوات العمر الباقية ، و هذا ما دفع الباحثون إلى تكثيف جهودهم من أجل بلوغ حلول تمكن من معالجة هؤلاء المرضى .

و بالفعل ففي بداية القرن العشرين تم اكتشاف ما يسمى حالياً بالأنسولين ، ففي أوت 1921 م و في بوخارست "Bucarest" توصل الباحث بوليخسو (Paulexo) إلى التعرف على هرمون بنكرياسي (يصدر أو تفرزه الغدة البنكرياسية) مخفض لنسبة السكر المتواجدة في الدم سماه **Pancréine** .

و بعد أشهر قليلة و بالتحديد في ديسمبر 1921م و في توريننتو "Toronto" الكندية نشر الباحثان الكنديان بست (Best) و بانتج (Banting) اكتشافهما لهرمون تفرزه غدة البنكرياس و طبيعته إنقاص نسبة السكر في الدم ، و أعطياه تسمية أنسولين "Insouline" و هي التسمية التي بقيت تستعمل إلى الآن ، و قد تحصل الباحثان الكنديان من خلال ما توصلا إليه على جائزة نوبل عام 1923م .(2)

¹ . Laouar .S ,2006 ,opcit :p11

² . Laouar .S ,2006 ,opcit :p11

و بعدها تضافرت الجهود من أجل استخلاص و تنقية الأنسولين من مستخلصات بنكرياسية ، و بالفعل تحقق ذلك بسرعة عن طريق الكيميائي الكندي كوليب " Collip " عام 1922م ، و قد تم أول علاج عن طريق الأنسولين في 11 جانفي 1922م.

بعد هذه الاكتشافات ظهرت بحوث طبية أخرى باكتشافات هامة في مجال داء السكري منها اكتشاف الأنسولين طويل المفعول الذي خفض عدد الحقن اللازمة للمريض إلى واحدة فقط في اليوم.⁽¹⁾

و بذلك يمكننا اعتبار هذا الاكتشاف (الأنسولين) من الانتصارات العظيمة التي حققها الإنسان و التي أنقذت و لازالت تنقذ حياة الملايين من البشر .

3-1-3 - اكتشاف الدواء لفمي لداء السكري :

يمثل اكتشاف الأنسولين نجاح باهر لعلاج المصابين داء بالسكري ، و لكن للمصابين بالنمط الأول منه فقط ، أما النمط الثاني فاستوجب بحوث لا تنقص أهمية عن البحوث السابقة التي توصلت إلى اكتشاف الأنسولين .

و بالفعل فقد وصل الباحثون إلى اكتشاف أدوية تأخذ عن طريق الفم و تكون مضادة للسكري أو بالأحرى مخفضة لنسبة السكر في الدم ، وذلك في النصف الثاني من القرن الماضي و تسمى الأدوية المضادة للسكري الفموية .

ففي عام 1942م اكتشف مارسيل جومبون " Marcel Jambon " أن بعض السولفاميدات المضادة للبكتيريا من شأنها أن تنقص من نسبة السكر في الدم .

¹.حامد الهرساني ، 1965، المصدر المذكور سابقا ، ص 188.

و توالى الأبحاث لتظهر عام 2000م مجموعة **Les Glinides** ، و كذا **Les Glitazone** كنوع جديد من مضادات السكري المتحسسة للأنسولين التي ظهرت في الثلاثي الثاني من 2001م.⁽¹⁾

و من خلال العرض السابق لتاريخ السكري يتبين أن الإنسان تعرف عليه ، و على أعراضه منذ القدم ، ومنذ ذلك الحين توالى الجهود و البحوث من أجل زيادة المعرفة حول داء السكري ، و بالرغم من الاكتشافات الباهرة التي توصل إليها الباحثون و التي تسهم في المحافظة على حياة المرضى ، إلا أن البحوث لازالت متواصلة من أجل بلوغ أعلى مستويات الوقاية و الرعاية الطبية للمرضى .و قبل أن نتعمق في هذا الداء علينا التعرض إلى أهم التعريفات الواردة في التراث الأدبي لداء السكري و هو ما سنتناوله فيما يلي .

3-2-تعريف داء السكري :

لقد اشتمل داء السكري على تعريفات متعددة و مختلفة من حيث المنطلقات المعرفية و لكنها كلها تصب في المعاني نفسها ، و من بين هذه التعريفات ما يلي :

في البداية تجدر الإشارة بأن كلمة " **Diabète** " كلمة مشتقة من فعل يوناني يعني "الانتقال عبر **Passer a travers** " و هذا يعني أن الكلية لا تقوم بتصفية المواد التي تمر عبرها.⁽²⁾

¹ . Pacaud .G:Le diabète et ses complication, prévention, pris en charge et traitement. Alger :Edition dahlab.1995, p11.

² . Pacaud .G,1995,opcit: p11.

و يعرف داء السكري بأنه : وصف لأمراض تتميز بأعراض مشتركة ، أهمها التبول الشديد المرتبط بارتفاع نسبة السكر في الدم ، و ليس انخفاضها ، و تتدرج ضمن هذه الأعراض المختلفة ، المسميات المتعددة لأنواع داء السكري.(1)

و تعرفه المنظمة العالمية للصحة (OMS) من خلال أول تعريف لها لهذا الداء بأنه : "حالات الإفراط السكري" ، و يعني ذلك زيادة معدل الغلوكوز في الدم ، و أنه من الأمراض المزمنة التي تتوقف على عوامل وراثية و يعتبر الأكثر شيوعا ."

كما يعرف هذا الداء بأنه ذلك المرض الذي يجعل جسم المصاب به غير قادر على هضم الطعام ، و الاستفادة منه كما ينبغي ، فتتراكم بذلك كميات السكر في الدم بدلا من أن تحترق للحصول على الطاقة ، و يبدأ بعضها في الخروج من الجسم مع البول .(2)

و يعرف أيضا جون ستيرن (jean sterne) السكري بأنه مصطلح يوصف به مجموعة من الأمراض المميزة التي تكون لها اضطرابات أيضية موحدة من أصل وراثي أو هرموني أين تتحدد طبيعة هذه الأمراض من خلال الوصف الذي يلي كلمة السكري.(3)

كما يمكن أن يعرف داء السكري على أنه مرض مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس على إنتاج أنسولين كافي ، أو عندما يعجز الجسم عن استعمال الأنسولين الذي ينتجه البنكرياس و نتيجة لذلك تحدث تعقيدات صحية كثيرة كأمراض القلب و الأوعية اضطرابات الكلى مضاعفات البصر و غيرها ، عموما يمكن تصنيف داء السكري إلى نوعين رئيسيين هما :

¹ . Larousse.P ,1980,opcit :p290.

² . أيمن الحسيني: عزيزي مريض السكر، كيف تنتصر على مرضك وتحيا حياة سعيدة، ب ط .الجزائر :دار الهدى.1988، ص 07.

³ . Garnier & Delamare (2003) : Dictionnaire des termes de médecine , 27éd , Paris : maloine .2003,p226.

سكري النمط 1 ، و سكري النمط 2 ، و هذا بالإضافة إلى سكري الحمل (يحدث أثناء فترة الحمل)⁽¹⁾.

و من خلال التعريفات السابقة يتضح أن داء السكري هو من الأمراض المزمنة الذي ينجم عن اضطراب في عملية التمثيل الغذائي تتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم بسبب النقص المطلق أو النسبي لهرمون الأنسولين المفرز من البنكرياس والذي يتحكم في تحويل السكر والكربوهيدرات الى طاقة .

كما تمت الإشارة في بعض التعريفات إلى التصنيفات الرئيسية لداء السكري ، و هو ما سنتناوله بالتوضيح من خلال العنصر فيما يلي .

3-3- تصنيفات داء السكري :

توجد تصنيفات عديدة و مختلفة لداء السكري ، و أشهر هذه التصنيفات هي التي تحدد أربعة أنواع منه ، هي النوع الأول الذي يعتمد على الأنسولين في علاجه ، والثاني الغير المعتمد على الأنسولين ، والثالث هو السكر الثانوي ، والأخير سكر الحمل و سنتطرق إلى كل نوع من خلال تعريفه وبعض الأسباب المؤدية له و أعراضه فيما يلي .

3-3-1- داء السكري المعتمد على الأنسولين (Type 1):

يسمى بمرض السكري النمط (1) وقديما كان يسمى هذا النوع بالسكر المعتمد على الأنسولين (IDDM) (Insulin dépendent Mellitus) ويقصد به مرضى السكري الذين يعتمدون على الأنسولين في علاجهم ، وكان يسمى كذلك بسكر الصغار لأنه عادة ما تظهر

¹ . International Pharmaceutical Federation: World Diabetes Day , Pharmacist Contributions to diabetes care , Netherlands : hague.2012,p06.

أعراضه في سن الخامسة عشر لكن هذه التسمية ألغيت لأنه يصيب المسنين والشباب على حد سواء ، وهو أيضا اضطراب حاد عادة ما يظهر في الطفولة المتأخرة أو المراهقة المبكرة.⁽¹⁾

و سنتناول أعراض داء السكري النمط (1) و كذلك الأسباب المؤدية إلى حدوثه و هذا فيما يلي :

- **ومن أعراضه :** حدوث عطش وتبول كثير و انفتاح للشهية وفقدان الوزن يتم في خلال أيام عديدة ، و تزيد معه احتمال حدوث المضاعفات كحموضة الدم الكيتونية والغيوية السكرية (بن السعيد الحميد محمد ، 2007، ص16) ، ومن أعراضه أيضا التعب والضعف، وسرعة الهياج، والغثيان والرغبة القهرية للطعام (خصوصا الحلويات)... إلخ من الأعراض .

- **ومن أسبابه :** نقص في كفاءة الجهاز المناعي للجسم وهو السبب الرئيسي في حدوث هذا النوع والتي يصاحبها ظهور أجسام مضادة (**Antibodies**) تهاجم بروتينات الأنسولين وخلايا لا نجرهانز .إلى جانب هذا السبب العوامل الوراثية والفيروسات مثل المسببة للحصبة الألمانية وفيروسات أخرى من فصيلة كوكس ساكي .خاصة الأشخاص الذين لديهم الإستعداد الوراثي كذلك إختلاف الأجناس أو السلالات (بن السعيد الحميد محمد ، 2007، ص ص 18.17) ، و بالنسبة للعلاج فإن هذا النوع يعالج هذا النمط بشكل رئيسي من خلال الحقن المباشر بالأنسولين .⁽²⁾

¹. بن السعيد الحميد محمد: السكر أسبابه ، مضاعفاته ، علاجه .ط1 .المملكة السعودية : دار الرياض للنشر والتوزيع. 2007، ص 15.

². شيلي تايلور ، 2008، المصدر المذكور سابقا ، ص ص 763.762.

3-3-2-داء السكري غير المعتمد على الأنسولين (Type 2) :

كان يسمى قديماً بالسكري الذي لا يعتمد على الأنسولين **Non Insulin dépendent**

diabets Mellitus (NIDDM) ، ويسمى أيضاً سكر الكبار لأنه عادة ما يبدأ بعد سن

الأربعين وهو يكتشف عن طريق الصدفة عند إجراء التحاليل الطبية الروتينية يفرز الأنسولين من

البنكرياس لكن بكميات قليلة ولكنها قد تكون هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعوق

وظيفة الأنسولين بسبب نقص مستقبلات الأنسولين أو لوجود أجسام مضادة لهذه المستقبلات تمنع

الأنسولين وتتنافس على الوصول إليها مباشرة مما يؤدي إلى ارتفاع السكر في الدم .⁽¹⁾

- **ومن أعراضه:** زيادة مرات البول ، والتعب ، و جفاف الفم ، و فقدان الإحساس

الضعف الجنسي، التهاب الجلد والالته، الألم، الحكة الشديدة والنعاس إلى آخره من الأعراض.⁽²⁾

- **ومن أسبابه:** إفراز البنكرياس لكميات قليلة من الأنسولين لا تكفي لاستهلاك الجلوكوز

في الدم ويعيده لمعدله الطبيعي ، ومن الأسباب أيضاً نقص نسبي أو وجود خلل بحيث لا يتناسب

مع كمية النشويات أو السكريات التي يحتاجها الجسم ويتناولها .⁽³⁾

وتلعب الوراثة والسمنة دوراً هاماً في حدوث هذا النمط حيث أوضحت الدراسات الحديثة أن

إنقاص الوزن بما يعادل (5 %) فقط كاف لمنع حدوث هذا المرض ، ويعالج هذا النوع باتباع نمط

غذائي والقيام بالتمارين البدنية وتناول الأدوية الخاصة كما يحتاج ثلث المصابين به إلى حقن

الأنسولين .

¹. بن السعيد الحميد محمد ، 2007، المصدر المذكور سابقاً ، ص 18.

². شيلي تابلور ، 2008، المصدر المذكور سابقاً ، ص 763.

³. غرابية فيصل محمد : الخدمة الاجتماعية الطبية ، العمل الاجتماعي من أجل صحة الإنسان. ط 2 .الأردن : دار وائل للنشر. 2008، ص 119.

3-3-3-داء السكري الثانوي :

وهو يحدث نتيجة لوجود علة مرضية تؤثر في أو على الخلايا المفرزة للأنسولين في البنكرياس وأهمها الالتهاب المزمن للبنكرياس واستئصاله في حالة ظهور أورام سرطانية كذلك أورام الغدة فوق كلوية وبعض أمراض الغدد الصماء كمرض العملاقة، أيضا يحدث في حالات التسمم الدريقي ومتلازمة كوشينغ وأخذ بعض الأدوية مثل هرمون الغدة الدرقية الكورتيزون⁽¹⁾.

3-3-4-سكري الحمل :

وهي حالة من حالات السكر المؤقتة تصاحب الحمل متحولة إلى النوع الثاني، وتعود للظهور عند تكرار الحمل وفي بعض الأحيان تستمر بعد الولادة.
وسكري الحمل نوعان :

أ. سكر الحمل:

الذي يظهر أثناء الحمل فقط في النساء اللواتي لم يصبن بمرض السكري في السابق وغالبا ما يعود سكر للجوكوز في الدم إلى معدلاته الطبيعية بعد الولادة.
- ومن أعراضه :العطش، وكثرة التبول، والتعب المبكر ...إلخ. وأحيانا يكون بدون أعراض تميزه .

- ومن أسبابه :إعاقة هرمونات المشيمة المرتبطة بنمو الجنين والقابلية الجينية للإصابة بسكر الحمل عند بعض النساء، أما علاجه فيتم غالبا بالاكتهاء بتنظيم الغذاء وحده وممارسة التمارين الرياضية المناسبة لحالتها.

¹. كفا في علاء الدين و آخرون : موسوعة علم النفس التأهلي للأمراض المزمنة. القاهرة : دار الفكر العربي للنشر. 2006، ص256.

ب . مرض السكر مع الحمل:

وهو حدوث الحمل لمريضة مصابة بالسكر، ولا يوجد خلاف بين سكر الحمل وهذا النوع في مدى الخطورة على الأم والجنين والعلاج وطرقه، ويرتكز علاج هذا النوع من السكر الحمل على الحفاظ على مستوى ثابت وطبيعي للسكر في الدم طوال فترة الحمل .

ويعتبر الأنسولين العقار الوحيد الواجب استخدامه لضبط مستوى السكر عند المرأة الحامل سواء كانت مصابة بالنوع الأول أو الثاني مع تجنب الأقراص الخافضة للسكر لأنها تسبب زيادة إفراز هرمون الأنسولين من البنكرياس للجنين الذي يؤدي إلى تقليل مستوى السكر بدم الجنين خاصة بعد الولادة مباشرة عكس الأنسولين لأنه هرمون طبيعي لا يسبب أي تشوهات خلقية للجنين⁽¹⁾.

و من خلال ما سبق يتبين أن لداء السكري ليس مرضا واحدا بل لديه عدة أنواع متعددة فمنه المعتمد على الأنسولين ، و غير المعتمد عليه ، و السكري الثانوي و السكري الناتج عن ظروف الحمل ، و من الطبيعي أن تكون أسباب الإصابة بهذا المرض عديدة و متنوعة و هو ما سنتعرض إليه بالتفصيل في العنصر الموالي .

¹. بن السعيد الحميد محمد، 2007، المصدر المذكور سابقا، ص21.

3-4- أسباب الإصابة بداء السكري :

تختلف أسباب الإصابة بداء السكري حسب أنواعه ، وسنستعرض أهم الأسباب الإصابة

بهذا المرض فيما يلي :

أ . الوراثة :

أظهرت الدراسات أن هناك ما يقارب من 10% من الأطفال الصغار المصابين بمرض السكري يكون لديهم قريب أو أحد الوالدين يعاني من هذا المرض ، في حين يوجد 1% فقط من مرضى السكري لا يعاني أحد من أقاربهم منه ، و هكذا يكون العامل الوراثي من أبرز العوامل المسببة للمرض ، إلا أنه ليس العامل الوحيد من حيث أنه توجد نسبة من الصغار مصابين بالمرض ليس لديهم أقرباء مصابين به.⁽¹⁾

لذلك فهناك من يرى بأن السكري من النوع الأول مرتبط بتعطيم خلايا لانجر هانز للبنكرياس ذات أصل مناعي يكون بسبب أو بدون سبب.⁽²⁾

بالرغم من أن البحوث أثبت أن للعامل الوراثي دور مهم للإصابة بالسكري ، إلا أنه من المؤكد أنه ليس العامل الوحيد المسئول عن الإصابة بهذا المرض و هو ما يقودنا إلى أسباب أخرى لها دور في الإصابة بمرض السكري سنوضحها في ما يلي.

ب . الالتهابات و الفيروسات :

ثمة فيروسات متعددة مسؤولة عن حدوث هذا النوع الداء ، و خصوصا لدى الأطفال كفيروسات الغدة النكفية (Mumps) و داء الكوكسائي (Coxsackie) ، و الحصبة الألمانية و قد

¹ . Bloom.G, Arnold.J .1982, opcit :p12.

² Pierre Jeans Guillaussen: Vivre & Comprendre Le Diabète de type 2 , V2 , faculté de Médecin Lariboisière saint louis université Paris.2003,p14.

يكون فيروس الكوكساكسي مسؤول من الوجهة التجريبية عن تخريب خلايا جزر لانجر هانز و ثمة دراسات تشير إلى أهمية الحصبة الألمانية الوراثية في الإصابة بهذا المرض حيث وجد أن 50% من الأطفال الذين أصيبوا بالحصبة الألمانية الوراثية تظهر عليهم الإصابة بداء السكري في مرحلة المراهقة.⁽¹⁾

ج . الخلل المناعي :

قد تكون هناك آلية مناعية مسؤولة عن ظهور داء السكري ، و يحتمل أنها تؤثر بإحدى الطريقتين :

أ . بطريقة مباشرة : حيث يتمكن الفيروس من مهاجمة خلايا بيتا المفرزة للأنسولين و ينجح في شل وظيفتها و تدميرها .

ب . بطريقة غير مباشرة : حيث يتمكن الفيروس من الاتحاد بالشفرة الوراثية المختصة بالمناعة و عندئذ يتمكن الفيروس من خداع هذه الشفرة الوراثية و توجيهها توجيهها خاطئ لصنع الأجسام المضادة داخل الخلايا المناعية ، و للتصدي لخلايا بيتا المفرزة للأنسولين بدلا من التصدي لأعداء الجسم و بذلك تشل وظيفتها ، ثم تتسبب في تدميرها بعد ذلك .

و عند تدمير خلايا بيتا المنتجة للأنسولين سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة تتفرد الخلايا الملائمة (خلايا ألفا المنتجة لهرمون الجلوكاجون) بالعمل في غياب أو فقد الأنسولين و هي ذات نشاط عكسي و تستطيع زيادة السكر في الدم زيادة كبيرة .

¹. مصطفى خياطي : داء السكري لدى الطفل ، ترجمة مروان القنواطي . الكويت : المركز العربي للوثائق و المطبوعات الصحية. 1990، ص 16.

د . السمنة :

حيث أو ضح التقرير الثاني للجنة خبراء منظمة الصحة العالمية (WHO) عن مرض السكري ، أن البدانة تعتبر من أهم و أقوى العوامل المؤدية إلى مرض السكري من النمط الثاني ، و قد وجد أن كمية الأنسولين في الدم تكون طبيعية في بادئ حدوث المرض عند ذوي السمنة المفرطة ، إذ أن الخلايا التي تفرز الأنسولين تكبر ، و يزداد إفرازها ، و يزداد تبعا لذلك خزن المواد الدهنية ، فإذا لم يحاول صاحب السمنة المفرطة أن يخفض وزنه فإنه سيحتاج بالضرورة إلى الأنسولين أو ماشابه ، ليعوض النقص الذي حدث عنده.(1)

هـ . عمر الإنسان :

فمن المسلم به طبقا للإحصائيات في كثير من البلدان ، أن نسبة حدوث داء السكري تزداد مع تقدم العمر حتى تبلغ الذروة بعد عمر الخمسين ، و لكن ما يزداد أكثر مع السن ما يعرف الآن بضعف تحمل الجلوكوز (و هو تعبير يقصد به بأن الجسم لم يعد يستطيع التصرف الكيميائي في الجلوكوز و بالقدرة الطبيعية) ، فيرتفع مستوى السكر في الدم و لكن ليس إلى درجة حدوث الأعراض و المضاعفات ، أي أن الحادث هو حالة وسطى بين حالة طبيعية و بين مرض السكري الواضح ، و نسبة هؤلاء الأشخاص تبلغ أكثر من ضعفي مرضى السكري ، و جزء ضئيل من هؤلاء هو الذي يتحول إلى مرضى السكري.(2)

¹. أيمن الحسيني ، 1988، المصدر المذكور سابقا ، ص 107.

². محمد صلاح الدين إبراهيم: اختبارات المهارات الإجتماعية ، ط2 . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.1993، ص ص 34-35.

و . الأسباب النفسية:

اهتمت العديد من الدراسات بهذا الموضوع من حيث تشخيص الاضطرابات المسببة لمرض السكري سواء كعوامل مصاحبة ، أو مترتبة ، أو مسببة ، أو مساعدة للإصابة بمرض السكري كما أثبتت العديد من الدراسات التي تناولت هذا الجانب حيث أشار الطبيب (ويلسون) (B-welson) في كتابه الطب السكوسوماتي سنة (1976)م إلى أن العلاقة بين مرض السكري والعوامل النفسية علاقة وطيدة، كعلاقة مرض السكري بضغط الدم ، حيث أن السكر في الدم يرفع من ضغط الدم كالأملح تماما. كما أن الصدمات النفسية تؤثر أيضا بضغط الدم لهذا ينصح جميع مرضى السكري بالابتعاد عن الانفعالات والصدمات النفسية .⁽¹⁾

كما أوضح طبيب الأمراض النفسية (تارتلسون) سنة 1981م المظاهر والأعراض الطب النفسية المصاحبة لمرض السكري. وكشفت دراسته عن أن مرضاه يعانون من القلق والإكتئاب، كما أوصى بضرورة مشاركة الأطباء والمعالجين النفسيين في تشخيص الاضطرابات النفسية المصاحبة لهذا المرض.

وكان للاختبارات النفسية دور هام في تشخيص وتقييم العوامل النفسية زمنها دراسة نالييوف (1982م) التي حاولت تشخيص الاضطرابات النفسية المصاحبة لهذا المرض عن طريق بطارية مينوسوتا متعددة الأوجه للشخصية (MMDI) والتي رصدت عدد من المصاحبات منها القلق الاكتئاب، الهستيريا وأوضحت هذه الدراسة بضرورة فحص المرضى كل سنة تقريبا من ثلاث جوانب انفعالية والقدرات العقلية أو السلوكية .⁽²⁾

¹. خير الزراد فيصل محمد: الأمراض النفسية الجسدية أمراض العصر ، ط2000، ص389.

². أبو النيل محمد السيد: الأمراض السيكوسوماتية . ط2. بيروت : دار النهضة العربية للنشر والتوزيع. 1994، ص354.

ويعتبر البعض أن مرض السكري من الأمراض التي تتضح فيها العلاقة الدائرية المتداخلة بين القلق واضطراب التوازن الكيميائي بالجسم، وربما كان مرض السكري نتيجة من نتائج الاضطراب الانفعالي والتأزم النفسي، ومن ناحية أخرى فإن الإصابة بهذا المرض تجعل مستوى القلق مرتفع فينمو مريض السكري عرضة لأعراض الضيق والعصبية الزائدة.⁽¹⁾

يتبين من العرض السابق أن هناك عوامل عديدة تساهم في الإصابة بداء السكري فلا شك أن للوراثة دور مهم في الإصابة بداء السكري بحيث تمثل الاستعداد البيولوجي للإصابة و هذا بالإضافة إلى الفيروسات و الاختلال المناعي ، التي تعمل على تدمير خلايا لانجر هانس المفرزة للأنسولين ، و بالتالي الإصابة بهذا الداء ، دون أن ننسى عوامل أخرى كالسمنة و التقدم في السن و العوامل النفسية ، هذه كلها عوامل مسؤولة عن الإصابة بالسكري إما بصفة منفردة أو مجتمعة . و تجدر الإشارة إلى أن داء السكري هو مرض مزمن له أنواع عديدة و أسباب كثيرة كما شاهدنا من قبل ، فمن الطبيعي أن تكون أعراضه متنوعة و هذا حسب نوع داء السكري و هو ما سنوضحه من خلال العنصر التالي .

3-5- أعراض داء السكري:

إن أعراض وعلامات داء السكري كثيرة جدا ، و لكن أهمها وأكثرها ملاحظة من الإنسان هي العطش الزائد ، و التبول الكثير خاصة بالليل ، و كثير من الأحيان لا يظهر على المريض أعراض محددة تدل على المرض ، و قد يكتشف المرض فقط عند إجراء فحص طبي. ويمكن تحديد الأعراض وفهمها كالاتي:

¹. عبد المعطي حسن مصطفى: الأمراض السيكوسوماتية . ط1 . القاهرة : مكتبة الزهراء الشرق.2003،ص 124.

- **كثرة التبول:** وذلك بسبب وجود كمية كبيرة من السكر في البول ، و التي تؤدي إلى طرح كميات كبيرة من الماء معه.

- **كثرة العطش:** وهذا بسبب طرح كميات كبيرة من الماء في البول.

- **جفاف في اللسان والفم والجلد مع الإعياء والخمول:** هذا إذا لم يتم شرب كمية كافية من الماء لتعويض الكميات المطروحة في البول.

- **فقدان أو هبوط الوزن:** إن فقدان الوزن يعتبر من الأعراض المبكرة لداء السكري فكثرة طرح البول تجعل جسم المصاب يبدأ مضطرا لاستهلاك المواد الدهنية والدهون المختزنة في جسمه ولهذا يبدأ وزنه بالانخفاض.

- **نهم زائد :** أو إحساس مفرط بالجوع بسبب اختلال التمثيل الغذائي في الجسم.⁽¹⁾

ثم تأتي الأعراض التالية التي يجب أن تثير الاهتمام للتقصي عن احتمال وجود داء السكري:

- **أعراض في العينين :** و تظهر في اضطرابات الرؤية بصفة أو بصورة مختلفة، واعتلال شبكية العين، وذلك بسبب إصابة الأوعية الدموية الدقيقة المغذية للعين بأضرار معينة غير تصلب الشرايين..

- **الحكة وخاصة في منطقة الأعضاء التناسلية:** السكر مادة تساعد على نمو الجراثيم لذلك تكثر الالتهابات في المناطق الرطبة بالجسم مثل الأعضاء التناسلية خاصة لدى السيدات والجلد كما تساعد على تقليل مقاومة الجسم ضد الجراثيم في مواقع أخرى من الجسم.

¹. زلوف منيرة: علاقة صورة الذات و مستوى القلق بالتحصيل الدراسي لدى المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين (دراسة مقارنة بين طالبات الطور الثانوي)،رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة الجزائر 2008،ص 84.

. الأعراض في اللثة والأسنان: حيث تظهر في إصابة الأسنان و التخلل والسقوط دون

أن تصاب بأي عطب ظاهر.(1)

- التأخر في التئام الجروح : حيث يتأخر التئام الجروح و الرضوض عند حدوثها

(التقرحات في القدم أكثرها).

- اضطرابات التنفس : أحيانا يشعر المريض للحاجة للتنفس بسرعة يحصل هذا إذا كانت

بعض التفاعلات الكيميائية في الجسم قد أنتجت ما يسمى بالأسيتون الذي يهيج المراكز الموجودة في الدماغ والمسؤولة عن تنظيم سرعة وعمق التنفس.

- مشاكل لها علاقة بالجهاز العصبي: (الأعصاب الطرفية مثل الإحساس بالتنميل

أو الخدر في الأطراف خاصة الطرفين السفليين) وربما يحدث فقدان الإحساس بباطن القدم.

- أعراض في الغدد التناسلية: وهي فقدان الطاقة الجنسية خاصة عند الذكر أما عند المرأة

فقد تصاب بالعقم واضطرابات الطمث . (2)

- مشاكل في الوضع و الحمل : مولود كبير الحجم لحد غير طبيعي عند السيدات

أو إسقاطات متكررة عند الحامل دون سبب واضح.

- وفي بعض الحالات يمكن للمريض أن يأتي بشكوى خناق الصدر بسبب تصلب أوعية

القلب وبالتالي نقص تروية العضلة القلبية وكذلك أوعية الدماغ والجلد وهذا قد يسبب تقرحات

جلدية يساعد السكري على تأخر اندمالها.

¹. فيصل محمد خير الزراد، 2000، المصدر المذكور سابقا ، ص 386.

². أمين رويخة ، 1983، المصدر المذكور سابقا ، ص 15.

أما فيما يخص الأعراض النفسية ، فإن مرض السكري يؤثر على الجانب النفسي مثلما يؤثر على الجانب العضوي وخاصة في الوظائف النفسية والاجتماعية مما يساهم في نشوء عدة اضطرابات منها :

اضطرابات الأكل، اختلاف الوظيفة الجنسية عند الرجال والنساء على السواء، الشعور بالاكتئاب، وقد يؤدي العطل في الجهاز العصبي المركزي الذي يؤثر على الذاكرة وخصوصا بين كبار السن الزهايمر وتشير الأبحاث إلى أن مرضى السكري بنوعيه (1)-(2) أنهم حساسون لأثر الضغوط النفسية التي يمكن أن تعجل في حدوث النمط الأول، وأن معدل السكر يرتفع لدى تعرضهم للضغوط، كما تعمل الضغوط على تفاقم كلا النمطين بعد إكتشاف المرض، كما توصلت الأبحاث إلى أن الغضب والعدائية يرتبطان بزيادة مستويات الجلوكوز لكن عندما يتوفر هرمون الضغط وهو الكورتيزول المفرز من الغدة الكظرية يكون الأنسولين أقل فاعلية في تسهيل اختزان الجلوكوز وهناك (14) دراسة ا توصلت إلى وجود علاقة بين الضغوط وضعف السيطرة على مرض السكري.(1)

ولقد اختصرها بعض الباحثين في نقاط واعتبروها كاضطرابات نفسية تصاحب مرض السكري وهي كالتالي :

- الاكتئاب ومشاعره الحادة .
- انخفاض في مفهوم الذات لدى هؤلاء المرضى .
- انخفاض الكفاءة الذاتية.
- صعوبة حل المشكلات وسوء التوافق النفسي.
- الخجل، والقلق الشديد.

¹. شيلي تايلور ، 2008، المصدر المذكور سابقا ، ص 764.

- صعوبة التركيز واضطرابات الذاكرة⁽¹⁾

عموما تعتبر الأعراض السابقة الذكر هي الأعراض الأكثر بروزا للمصابين بداء السكري والتي على أساسها يتم تشخيص داء السكري ، و لمزيد من التوضيح سنتطرق في العنصر الموالي لطرق و استراتيجيات تشخيص داء السكري فيما يلي .

3-6- تشخيص داء السكري :

عند تواجد الأعراض المرضية ، فإن تشخيص السكري لا يطرح أي إشكال أو صعوبة لدى مريض تظهر عليه أعراض كتكرار مرات التبول مع ارتفاع في نسبة السكر في الدم .
عادة يلجأ الأطباء إلى تشخيص داء السكري بالاعتماد على قياس نسبة السكر في الدم و يتم التحقق من التشخيص إذا ما توفرت إحدى الشروط التالية :

. إذا كانت نسبة السكر عشوائيا أكثر من 200 مغ/دسل مع وجود أعراض واضحة للمرض مثل كثرة التبول ، العطش ، و فقدان الوزن .

. إذا كانت نسبة سكر الدم للصائم أكثر من 140 مغ/دسل في يومين مختلفين .

. إذ كانت نسبة سكر بالدم للصائم بين 115. 140 مغ/دسل أثناء عمل فحص تحمل

الجلوكوز وجود قراءتان لنسبة السكر أكثر من 200 مغ/دسل أحدهما بعد ساعتين من تناول الجلوكوز

. إذا لم يتم تشخيص داء السكري فإنه يلزم المريض مدى الحياة و لابد من السيطرة الدائمة

على المرض . (2)

¹ . فوقية حسين رضوان: الإعاقة الصحية . القاهرة : دار الكتاب الحديث.2006، ص 105.

² . National Diabetes Education program: Guiding Principles for Diabetes Car , No 09-4343 NDEP-16.2009, p03.

كما يقوم الأطباء بعدة طرق لتشخيص الداء و ذلك من خلال :

- الاستجواب: يتم البحث من خلاله على العوامل المنشطة والمحبة لظهور السكري.
- السوابق المرضية: هناك أنواع من الأمراض يمكنها أن تصيب البنكرياس سواء بصفة مفاجئة أو تطورية وفي هذه الحالة يصيب السكري الأشخاص المتقدمين في السن.
- الاضطرابات الأيضية: هناك أعراض تنتج عن طريق الاضطرابات الأيضية فمثلا في حالة البدانة وما يرافقها من اضطرابات أيضية فمثلا في حالة البدانة وما يرافقها من اضطرابات أيضية فإنها ترتبط ارتباطا وثيقا إحصائيا ووراثيا بالسكري، لكن هذا لا يمنع من وجود أشخاص يعانون من البدانة من غير الإصابة بداء السكري.
- الصدمة: يمكن للصدمة النفسية أن تساهم في ظهور السكري و ذلك لما تمارسه الانفعالات الشديدة والقوية من تأثير على العضوية.
- تعاطي بعض الأدوية: تساهم أدوية عديدة في التأثير على البنكرياس مما يولد لدى الشخص أعراض تشابه السكري والتي يتماشى تأثيرها تدريجيا على عضوية الفرد لتكسبه الداء الحتمي.
- السوابق الولادية: تعتبر الولادة من العوامل المهمة والملازمة لاكتشاف أو ظهور السكري

ولهذا يجب التحذير دائما من بعض السوابق الولادية كالحالات التالية:

- ✓ الالتهابات الولادية العفوية والمتكررة
- ✓ ولادة طفل يزن أكثر من 4 كلغ
- ✓ بعض حوادث ولادة الطفل (كالطفل الخديج مثلا)
- ✓ أو نقص في نسبة السكر خلال الولادة أو نقص الكالسيوم

✓ السوابق العائلية: البحث في السوابق يمكن من تقدير خطر إمكانية وراثته السكري وبعض الأمراض الأيضية التي عادة تكون مصاحبة له، وبالبحث في العرق والأصل لداء السكري قد يمكن التعرف على نمط هذا الداء أيضا.⁽¹⁾

3-7- مضاعفات داء السكري :

تكمن مشكلة داء السكري أساسا فيما يسببه من مضاعفات على المدى البعيد و لو أمكن للمصاب أن يتغلب على حدوث هذه المضاعفات فإن مرضه لا يعني شيئا ، و سبب حدوث هذه المضاعفات بصفة عامة هو ارتفاع مستوى السكري في الدم ، و زيادة تركيزه في الأنسجة لفترات طويلة من العمر ، و كلما طالت مدة هذه الفترات زادت فرصة حدوث المضاعفات ، و لذلك فإن الوقاية من مضاعفات داء السكري تتمثل في السيطرة على مستوى السكري في الدم لأطول فترة ممكنة من العمر .

إذن يعتبر الارتفاع المستمر للسكر في الدم هو المشكلة الأساسية للعديد من المضاعفات المصاحبة لداء السكري و قد أوضحت العديد من الدراسات أن المحافظة على مستويات مثالية لسكر الدم عن طريق تناول الأدوية ، و الحماية الغذائية الجيدة ، بالإضافة لممارسة الرياضة بانتظام(حوالي 150 دقيقة /الأسبوع) تساعد على الوقاية أو بمعنى آخر تأخير مضاعفات هذا الداء بنسب تصل إلى 76% لأمراض العيون و حوالي 60% لأمراض الكليتين و تلف الأعصاب كما أن قصور الشرايين التاجية قد انخفض بنسبة 35% مقارنة بهؤلاء الذين لا يهتمون بالحفاظ على مستوى مثالي للسكر في الدم .

¹ . Perlemuter .L , Sélan .J & Collin de l'hortet .G: Diabète et Maladies métaboliques , 4ème éd .Paris.2003,p70.

و تحدث المضاعفات عادة من جراء نقص إفراز هرمون الأنسولين الذي سوف يؤدي إلى زيادة نسبة الجلوكوز في الدم و من ثم يتحول كيميائيا إلى مادة سامة للأنسجة تسمى السوربيتول ، كما أن زيادة نسبة السكر في الدم ترفع أيضا من معدلات ارتباط الجلوكوز بالبروتينات المكونة لخلايا الجسم المختلفة مما يؤدي إلى خلل في عمل الخلايا و من ثم اعتلال القلب و الكليتين و العيون و غيرهم.⁽¹⁾

عموما فإن مضاعفات داء السكري متعددة و تمس جميع الأنسجة المتواجدة بجسم المريض كما سبق و إن ذكر ، و من بين هذه المضاعفات ما يأتي :

3-7-1- مضاعفات القلب و الأوعية الدموية :

إن المصابين بداء السكري ترتفع لديهم نسبة الإصابة بأمراض القلب كقصور الشرايين التاجية ، و ضعف عضلة القلب إلى أربع مرات ، كما أن خطر الإصابة بالسكتة الدماغية تصل إلى خمس مرات مقارنة بغير المصابين بداء السكري ، و السبب الرئيسي لهذه الزيادة هو تصلب الشرايين ، و ضعف وصول الدم محملا بالأكسجين إلى الخلايا الحيوية نتيجة انسداد الأوعية الدقيقة نظرا لارتفاع شحوم الدم مثل الكوليسترول و الدهون .

كما أن داء السكري يؤثر على الصفائح الدموية التي تلعب دورا أساسيا في تجلط الدم فتزيد من فرص جلطات القلب و المخ ، إذن فإن تصلب الشرايين من المضاعفات الرئيسية لمرضى السكري خاصة تصلب شرايين القلب ، و ما يترتب عليه من أزمات قلبية كالذبحة الصدرية .

كما وجد أن أكثر من 60% من المصابين بداء السكري النوع الثاني يعانون بعد فترة من ارتفاع ضغط الدم ، كما أن ارتفاع ضغط الدم في النوع الأول لداء السكري هو دلالة مباشرة على

¹ . Novo Nordisk Pharma: Comprendre mon diabète , changing diabetes , Bruxelles , CORP , 29N2/fr.2011,p14.

تلف الكليتين ، و تتضاعف فرص الإصابة بأمراض القلب و الأوعية الدموية في حال مصاحبة ارتفاع ضغط الدم مع داء السكري.(1)

3-7-2-اضطرابات الكلى :

تعمل الكليتان على تخليص الجسم من المواد الضارة فقط ، في حين تمنعان مرور المواد المفيدة ، و في حال ارتفاع السكر في الدم فإنه يمر عبر الأوعية الدموية المسؤولة عن عملية الترشيح مما يؤدي إلى ترسب السكر بها فتصبح صلبة ، و مع مرور الوقت تختل عملية الترشيح فتسمح بمرور بروتينات لم يكن مسموحا بمرورها من قبل ، و تتوقف عن ترشيح مواد كان يجب التخلص منها ، و يترتب على ذلك حدوث الفشل الكلوي لاحقا.

و لهذا يعتبر اضطراب الكليتين من أخطر مضاعفات داء السكري التي يصاحبه أعراض معينة : كلزوجة البول بسبب خروج كمية من البروتينات ، و إحساس عام بالتعب و الإنهاك. (2)

3-7-3-مضاعفات البصر :

مرضى داء السكري هم عرضة للإصابة بأمراض مثل المياه البيضاء ، و ذلك لأن ارتفاع سكر الدم يؤدي إلى ترسب السكر ببروتين العدسة المسؤولة عن الرؤية ، و يسبب تعتمها مبكرا مقارنة بالأفراد غير المصابين بالسكري ، كما أنهم عرضة للإصابة بالمياه الزرقاء أو الجلوكوما (ارتفاع ضغط العين) نظرا لضيق أو انسداد القنوات السائل داخل العين .

أما مرض ضعف الشبكية فهو من المضاعفات الخطيرة و يعتبر السبب الأول لفقدان البصر في الولايات المتحدة الأمريكية في حال عدم السيطرة على سكر الدم ، و قد لوحظ أن

¹. أيمن الحسيني ، 1988، المصدر المذكور سابقا ، ص 21.

² . Diabetes Australia: Diabetes management in Canada practice ,Guidelines for type 2 Diabetes, 2012,p12.

الارتفاع المستمر للسكر في الدم يقلل من نسبة الأوكسجين اللازمة لعمل الشبكية مما يضطرها لصنع شرايين جديدة و لكنها للأسف تكون ضعيفة ، و عرضة للنزف داخل السائل الزجاجي و من ثم تكون الندبات و التليف بالشبكية.(1)

3-7-4 - تلف الأعصاب :

إن مستويات سكر الدم المرتفعة يمكن أن تؤذي الأعصاب إما مباشرة عن طريق الحد من تدفق الدم الخاص بها مما يؤدي إلى التهاب الأعصاب .
و هناك أنواع متعددة لالتهاب الأعصاب منها ، فمنها الطرفي فيصيب الأطراف بصورة متماثلة باليدين أو القدمين فيشعر المريض بالتميل أو بالآلام أو بفقدان الإحساس ، و ذلك عندما تبدأ كميات من السكر أو المركبات السكرية في التجمع داخل العصب ، مما يؤدي إلى تضخمه واختلال وظيفته.

و قد يصيب تلف الأعصاب المعدة و الأمعاء فيكون سببا لبطء حركتها و ينتج عنه إحساس بالشبع مع قيئ أحيانا و إسهال متناوب .

أما إذا أصيب العصب المسؤول عن المثانة و الجهاز التناسلي فإن المريض قد يعاني من عدم القدرة على التحكم في التبول أو في التفريغ الكامل لمثانة بالإضافة للاضطرابات الجنسية.(2)

3-7-5 - اضطرابات الجهاز المناعي :

إن الارتفاع الشديد لمستويات السكر في الدم تؤدي إلى ضعف جهاز المناعة المتمثل في كريات الدم البيضاء بأنواعها المختلفة و بالتالي تزداد فرص الإصابة بالأمراض

¹. سمير سعيد شبل : مرض السكري و العين .جامعة طنطا: مجلة المعلومات.1994،ص 56.

². أيمن الحسيني ، 1988، المصدر المذكور سابقا ، ص 18.

فمن المعروف أن كريات الدم البيضاء هي المسؤلة عن مهاجمة البكتريا و الفيروسات و الفطريات التي تسبب العدوى و لكن زيادة نسبة السكر في الدم يضعفها و يجعلها غير قادرة على حماية الجسم كما أن هذه الزيادة تنشط الميكروبات و تقويها على مهاجمة جسم الإنسان في أجزاء كثيرة مثل :

أ. القدمان :

إن مشاكل القدمين لها أهمية خاصة بالنسبة للمصابين بداء السكري بسبب ضعف الدورة الدموية لديهم أو تلف أعصاب الأطراف ، كما أن مرضى السكري يصابون بالعدوى التي تظهر غالبا في القدمين فحتى القرحة الصغيرة يمكن أن تتحول إلى مشكلة خطيرة بسبب سوء انتظام السكر بالدم ، و التي تتطور شيئا فشيئا ، لتصبح تشكل أكبر خطر على الأطراف و هو مرض الغرغرينا أو الآكال ، معناه موت الجزء الذي تعرض في البداية لقرح بسيطة و يستوجب في هذه الحالة بتر ذلك الجزء المصاب .

ب . الجلد :

عندما لا تتم السيطرة على مستوى الجلوكوز بالدم فإن الجسم يتخلص من السكر الزائد عن طريق التبول و معه كمية كبيرة من السوائل مما يسبب جفاف الجلد ، و هذا يجعله أكثر عرضة لالتهابات الجلد و للحكة مما يؤدي إلى ظهور بقع في أماكن الارتكاز كالأرداف و الركبتين ،و الكوعين ، و يعتبر الحفاظ على مستوى دقيق للسكر بالدم هو الحل الأمثل ضد جفاف الجلد.

ج . الفم :

إن داء السكري يمكن أن يسبب أمراضا حادة في اللثة ، و التهابات صديدية بالأسنان للصغار والكبار ، وذلك لأن ارتفاع معدلات السكر بالدم يجعل اللعاب أيضا غني بالسكريات فيكون الفم عرضة أكثر للبكتريا المسببة لالتهابات اللثة و الأسنان ، و متى بدأ التلوث فإنه من الصعب محاربته.(1)

و من خلال العرض السابق تتضح المضاعفات الخطيرة لداء السكري ، حيث يختلف ظهورها من شخص إلى آخر كما تختلف درجتها كذلك لعدة عوامل ، أهمها مدى تقبل المريض لمرضه و سعيه للسيطرة على مستويات السكر في الدم و جعلها أقرب ما يكون من المستويات العادية ، و يتأتى هذا من خلال الالتزام بالخطة العلاجية التي يضعها الفريق المعالج ، و هو ما يقودنا إلى التحدث عن الإستراتيجيات العلاجية لداء السكري كما سنوضحه في العنصر الموالي.

3-8- علاج مرض السكري :

إن داء السكري مرض مزمن أي أنه يصيب الفرد و يستمر معه طوال الحياة و معنى هذا أنه يحتاج إلى استمرارية للعلاج و المتابعة الطبية ، و كما اتضح فإن داء السكري لا يصيب عضوا أو جزءا واحدا من الجسم ، بل يمكن أن يصيب و يؤثر تأثيرا سلبيا على أعضاء الجسم .

و تجدر الإشارة إلى أن قواعد العلاج في حالة داء السكري ثابتة ، و متفق عليها بين جميع أطباء العالم عند علاج المصابين مع اختلاف بسيط حسب كل حالة مرضية ، ليبقى الهدف من

¹. فاروق مرشد ، كمال المتيم: الفم و الأسنان ، و الوقاية للسليم ، و العلاج للمريض ، العدد 162، القاهرة 1995، ص 33.

العلاج هو المحافظة على معدل طبيعي لسكر في الدم طوال النهار ، و تجنب الهبوط الحاد في مستوى السكر في الدم ، و منع حدوث أعراض و مضاعفات داء السكري و تمكين المريض من مزاوله أنشطته اليومية بدون تعب أو وهن .⁽¹⁾

و يمكن تلخيص القواعد الأساسية التي يركز عليها العلاج فيما يلي :

3-8-1 - العلاج بالأنسولين :

الأنسولين هو عبارة عن مادة بروتينية لا يتم تناوله عن طريق الفم و إلا سوف يتم هضمها بالأنزيمات الموجودة في الأمعاء ليمتص بعدها ، و يصبح عديم المفعول ، لذا يؤخذ عن طريق الحقن تحت الجلد ، و يجب حفظه في الثلاجة في درجة حرارة 2-8 درجة مئوية ويتخلص الأنسولين من مصدرين هما :

. بشري : و هو مصنع بطرق الهندسة الكيميائية لكي يصبح مطابقا لمواصفات الأنسولين

الطبيعي و هو الذي يستخدم حاليا .

. حيواني : و هو مستخلص من الحيوانات كالبقر و لا يفضل استخدامه .⁽²⁾

يستخدم الأنسولين لعلاج مرضى السكري من النمط (1) يوميا لمدى الحياة و لا يستخدم الأنسولين لعلاج مرضى السكري من النمط (1) فقط ، بل أن مرضى السكري من النمط (2) سيحتاجون لحقن الأنسولين للسيطرة على مستوى السكر في الدم إلى جانب أدوية السكري التي تؤخذ عن طريق الفم و هذا على المدى البعيد .

ففي دراسة بريطانية توصل الباحثون إلى أن 50% من مرضى السكري من النمط (2) سيحتاجون للعلاج بالأنسولين بعد 5 سنوات من الإصابة بهذا الداء من أجل تحقيق السيطرة على

¹. بن السعيد الحميد محمد ، 2007، المصدر المذكور سابقا ، ص 40.

². الوكالة المساعدة للطب الوقائي : المرجع الوطني لتتقيف مرضى السكري ، الإصدار الأول. المملكة العربية السعودية : وزارة الصحة. 2011، ص 40.

مستويات السكر في الدم ، و لهذا فإن العلاج بالأنسولين يكون نتيجة طبيعية لعلاج مرضى السكري من النمط (2).⁽¹⁾

أن كمية الأنسولين التي تحقق لمعالجة داء السكري يحددها الطبيب وفقا لكل حالة لذلك يجب على المرضى إتباع أوامر الأطباء فيما يخص أوقات الحقن ، و كذا الكميات العلاجية المقدمة لهم .

و لكي يستخدم هذا الدواء استخداما فعالا و صحيحا ، يجب أن تحدد بعناية الجرعة اللازمة للعلاج ، و التي يجب أن تتماشى مع نسبة السكر في الدم التي تتأثر بكمية الطعام الذي يتناوله المصاب ، و بمقدار ما يبذل من نشاط جسماني ، بحيث يجب أن تكون نسبة الأنسولين في الدم عالية متى كانت نسبة السكر في الدم عالية ، و أن تكون نسبة كل منهما منخفضة في نفس الوقت ، و هذا يتطلب أن يكون المريض على اتصال دائم بطبيبه من أجل تحقيق نظام محكم للعلاج بهذا الدواء.⁽²⁾

3-8-2- العلاج بالأقراص :

إن علاج داء السكري عن طريق تعاطي الأقراص الطبية عن طريق الفم يستخدم مع المرضى المصابين حديثا بداء السكري غير المعتمد على الأنسولين أي سكري النمط 2 و يحتاج من 30 إلى 50% من مرضى السكري إليها في حالة عدم السيطرة على داء السكري بواسطة الحمية و التمارين ، و تعتبر الأقراص الطبية بديلة عن الحمية أثناء المعالجة ، و لكل نوع منها عدة أساليب في تخفيض سكر الدم ، إذ أن عمل هذه الأقراص الأساسي هو إثارة

¹ . International Diabetes Federation: International curriculum for Diabetes health professional Education, Pharmaceuticals North America.2008 , p49.

² . ايمن الحسيني . 1988، المصدر المذكور سابقا ، ص 24.

هرمون الأنسولين الكامن في غدة البنكرياس ، حيث أن الأنسولين لا يكمن في البنكرياس إلا عند المصابين البدناء أو من هم في سن الشيخوخة.⁽¹⁾

و يمكن ذكر بعض الأقراص المخفضة للسكر و فعاليتها :

. **سلفونيل يوريا:** مثل **الدايميكرون** و **الدوانيل** تزيد معدل الأنسولين بالدم و تعطى للمرضى الذين ليس لديهم أجسام كيتونية بالبول ، و قد يصاحبها زيادة في الوزن ، و لا تفيد مع مرضى السكر من النوع الأول ، و لا تستعمل مع الأطفال أو في حالة الارتفاع الشديد في السكر أو في حالة غيبوبة السكر ، و يفضل أقراص **جليكيدون** للذين لديهم مشاكل في الكلى لأنها لا تفرز عن طريقها ، و من تأثيراتها الجانبية لا سيما في حالة الصيام خفض معدل السكر و الشعور بالاهتزاز و العرق و الإرهاق و الجوع و الاضطرابات ، و قد تظهر بعض الحساسية و الهرش و لكن لا يوقف الدواء .

. أقراص **ميتوفورين** : (**سيدوفاج**) و يفضل استخدامها لدى مرضى السكري البدينين بعد فشل الحمية الغذائية ، و الرياضة في تخفيض الوزن ، و تعمل على التقليل من مقاومة الخلايا للأنسولين ، و لا تقلل إفراز الأنسولين من البنكرياس ، و لا تسبب ظهور غيبوبة نقص السكر و إنما تقلل الدهون بالدم كما تقلل انطلاق الجلوكوز من الكبد أو امتصاصه من الأمعاء ، و أثاره الجانبية فقدان الشهية و الشعور بطعم معدني بالفم و الغثيان و القيء و آلام البطن و الإسهال و هذه الآثار تقل مع الوقت .

¹. عقيل حسين عيدروس : مرض السكري بين الصيدلي و الطبيب . ط1. مكة المكرمة: مطابع مؤسسة مكة للطباعة و الإعلام. 1993، ص 101.

. ثيازوليد بتديونات : منها أقراص تروجليتازون التي تزيد من حساسية الأنسولين ، فتساعد الأنسجة و العضلات على أخذ الجلوكوز من الدم ، و تقلل كمية الجلوكوز التي يصنعها الكبد من الجليكوجين و يحسن مقاومة الخلايا للأنسولين ، و آثارة الجانبية ظهور انخفاض في السكر .

. ألفاجلوكوزيدار : كأقراص (أكاربوز) ، و هي تقلل من عمل الإنزيم المسؤول عن تكسير السكر و النشويات أثناء الهضم ، و تحويلها إلى جلوكوز يمتص بالأمعاء ، لهذا يؤخذ قبل الأكل مباشرة ليققل امتصاص السكر من الأمعاء ، و لهذا تقلل جرعات أدوية السكري.(1)

3-8-3-الحمية الغذائية :

و نعني به وضع خطة لنوعية و كمية الأغذية المختارة و زمن تناولها ، و الغاية من هذه الخطة هي إنقاص الوزن الذي يشكل علاجا مثاليا للسكري في بعض الأحيان حيث يراعى في هذه الوجبات سن المريض ، وزنه ، كمية الأنسولين الموجودة لديه ، و عمله اليومي أي نشاطه الجسماني و الأطعمة المفضلة لديه .

و من مميزات النظام الغذائي ، المحافظة على الحالة الطبيعية لنسبة السكر في الدم والدهون ، وبذلك تمنع ظهور مضاعفات المرض ، كما أن دور النظام الغذائي يتمثل في السيطرة على الحالة المرضية للمريض ، فإذا كان هذا الأخير يستعمل الأنسولين فيجب أن يعمل هذا النظام بجانب الأنسولين من أجل أن تتضمن هذه الحمية الغذائية للمصاب عدم التعرض للغيبوبة السكرية مهما كان نوعها ، بالإضافة على ذلك يجب أن يتمتع المريض بالطاقة اللازمة لأداء عمله اليومي بفضل الأغذية.

¹. عقيل حسين عيروس ، 1993، المصدر المذكور سابقا ، ص 102.

و من أجل نجاح هذا النظام الغذائي يجب أن تحدد كمية السعرات الحرارية التي يحتاجها الفرد ، و كذلك المواد الغذائية التي تشمل وجبة الطعام اليومية من مواد كربوهيدراتية و البروتينية ، و الدهنية ، و كذلك الفيتامينات ، و المعادن.⁽¹⁾

3-8-4 - الرياضة :

إن الاعتقاد بأن الحمية الغذائية وحدها كافية في معالجة داء السكري ، اعتقاد خاطئ حيث يمكن أن تؤدي الحمية الغذائية المتشددة إلى آثار ضارة ، إذا لم تقترن بنشاط جسماني مبرمج ، و لذا فإن ممارسة النشاط الجسماني المدروس هو أحد أركان معالجة داء السكري.

و لهذا فإن للرياضة دور كبير في الخطة العلاجية لمرضى السكري فهي تساهم بدرجة كبيرة في تنظيم نسبة السكر في الدم ، و تنشيط الدورة الدموية ، و تساهم في الوصول إلى الوزن المثالي للمريض و المحافظة عليه ، مما يساهم في خفض نسبة المضاعفات المزمنة لداء السكري ، و الأمراض المصاحبة له مثل : اختلال الدهون و ارتفاع ضغط الدم إضافة إلى ذلك فإن مزاوله التمارين الرياضية يؤدي إلى زيادة الإحساس بالصحة العامة و الراحة النفسية و تحسن المظهر العام للمريض .

و ينتج تأثير الرياضة بشكل رئيسي من خلال استهلاك قدر أكبر من السعرات الحرارية والأداء الأفضل للأنسولين الموجود في الجسم ، فعند ممارسة الرياضة يتحسن تأثير الأنسولين على النسيج العضلي ، و بالتالي زيادة استهلاك الجلوكوز الموجود بالدم كذلك يزيد تأثير الأنسولين على الكبد فيخفض معدل إطلاق السكر منها.

و لكي يتمكن مريض السكري من الاستفادة القصوى من التمارين الرياضية دون حدوث مضاعفات فلا بد أن يكون ذلك جزءاً من برنامجه العلاجي و تحت إشراف الفريق الطبي المعالج.

¹. أيمن الحسيني ، 1988، المصدر المذكور سابقا ، ص ص 43-44.

و تأكيداً على أهمية الرياضة فقد أكدت دراسة حديثة أن التقيد بحمية غذائية وممارسة بعض التمارين الرياضية أكثر فعالية من الأدوية في معالجة داء السكري ، فقد طلب الباحثون من 3234 شخصاً تتراوح أعمارهم بين 25 و 85 سنة يعانون من فرط ارتفاع نسبة السكر في الدم بتغيير نمط حياتهم عن طريق اتباع حمية ، و ممارسة بعض التمارين الرياضية ، أو بإعطائهم دواء (الميتفورمين) ، و تبين أن المشاركين الذين اتبعوا الحمية الغذائية و مارسوا الرياضة شهدوا انخفاضاً في معدل السكر في الدم بنسبة 58% لكن المتطوعين الذين تناولوا (الميتفورمين) ، و هو دواء يعمل على خفض نسبة السكر في الدم سجلوا انخفاض السكر بنسبة 31% . (1)

و من خلال ما سبق يتبين أن لداء السكري علاجات متنوعة حسب أنواعه المختلفة فمن العلاج الدوائي كالأنسولين ، و الأقراص إلى الحمية الغذائية ، و ممارسة الرياضة ، و هذا من أجل السيطرة على المرض و التقليل من مضاعفاته الخطيرة على الصحة ، و برغم هذا تبقى الوقاية خير من العلاج من أجل تجنب الإصابة بالمرض و ذلك من خلال تبني نظام غذائي صحي ، و ممارسة الرياضة ، و التحكم في الوزن قدر المستطاع .

¹. أمين رويحة ، 1973، المصدر المذكور سابقاً ، ص 12.

خلاصة الفصل:

من خلال عرضنا لهذا الفصل يمكننا استخلاص أن داء السكري عبارة عن مجموعة من الأمراض تصيب و تؤثر على طريقة استخدام الجسم لسكر الدم ، الذي يعتبر عنصر حيوي للجسم ، حيث أنه يمدّه بالطاقة اللازمة ، بحيث يدخل الجلوكوز خلايا الجسم بشكل طبيعي عن طريق الأنسولين ، و هو عبارة هرمون يفرز عن طريق البنكرياس و يعمل على فتح الأبواب التي تسمح بمرور الجلوكوز إلى خلايا الجسم .

و في حالة داء السكري فإنه يحدث خلل في هذه العملية حيث يتجمع الجلوكوز في المجرى الدموي في الجسم و يخرج في النهاية مع البول ، و تحدث هذي العملية عادة إما لأن جسم المريض لا يفرز كمية أنسولين مناسبة أو لأن خلايا الجسم لا تستجيب للأنسولين بشكل سليم .

و بالنسبة إلى علاج داء السكري فإنه متنوع ، و يختلف باختلاف نوع المرض و من أهم طرق علاج السكري نجد حقن الأنسولين ، و الأقراص التي تؤخذ عن طريق الفم و إتباع نظام غذائي صحي ، و ممارسة الرياضة ، و هذا بهدف تحقيق سيطرة جيدة على نسبة السكر في الدم و جعلها أقرب إلى المستوى الطبيعي ، و من أجل التحكم في المرض و تجنب أو تأخير المضاعفات الخطيرة له ، و في حالة إهمال المريض للعلاج و عدم التزامه بالخطّة العلاجية فإنه يكون عرضة لتدهور صحته ، و إصابته بأمراض و مضاعفات السكري المتعددة ، كأمراض القلب و الأوعية الدموية ، و اضطرابات الكلى و مضاعفات البصر وغيرها .

لذا أصبح الالتزام الصحي لدى مريض السكري مطلباً ملحا من قبل الفريق الطبي المعالج و كذا منظومات الصحة لدول العالم .

الباب الثاني

الجانب الميداني للدراسة

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد :

تعتمد الدراسات الميدانية على جانبين يكمل أحدهما الآخر ، فالجانب الأول هو الجانب النظري الذي يعتبر كأساس قاعدي للدراسة ، يكمله الجانب الميداني ، الذي يعد بدوره من أهم خطوات البحث العلمي ، حيث يمكن الباحث من اختبار المعلومات الواردة في الجانب النظري في الميدان ، و الوصول إلى إثبات أو نفي فرضيات بحثه .

سوف نعرض من خلال هذا الفصل كل ما يتعلق بالأركان الأساسية التي يقوم عليها الجانب الميداني لهذه الدراسة ، ابتداء من منهج الدراسة ، الدراسة الاستطلاعية الدراسة الأساسية خطوات الدراسة الأساسية ، و أدوات تحليل البيانات .

4-1- منهج الدراسة:

يرجع تعدد مناهج البحث و اختلافها إلى طبيعة المواضيع و المشكلات المدروسة و بما أن موضوع بحثنا هو "الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام الصحي لدى مرضى السكري فإن المنهج الذي يتم اعتماده هو المنهج الوصفي الإرتباطي .

يعرف المنهج على أنه الطريق أو المسلك المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة مجموعة من القواعد العامة ، التي تهيمن على تسيير العقل و تحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة .⁽¹⁾

و يعرف المنهج الوصفي الإرتباطي على أنه دراسة الوضع الراهن للبشر والأشياء والأحداث، وذلك دون تغيير من طرف الباحث لأي من متغيرات الدراسة ، فهو يهدف إلى استكشاف حجم ونوع العلاقات بين البيانات ، أي إلى أي مدى ترتبط المتغيرات ، أو إلى أي حد تتطابق المتغيرات ، أو إلى أي حد تتطابق تغيرات في عامل واحد مع تغيرات في عامل آخر، وقد ترتبط المتغيرات مع بعضها البعض ارتباطا تاما أو ارتباطا جزئيا موجبا كان أو سالبا، أو يرجع إلى الصدفة ... الخ، والدراسات الإرتباطية تهتم بدراسة وتحديد ما إذا كانت هناك علاقة بين متغيرات البحث ، وإيجاد قيمة العلاقة والتعبير عنها بشكل كمي من خلال ما يعرف بمعامل الارتباط ⁽²⁾

¹. بدوي عبد الرحمان : مناهج البحث العلمي . الكويت: وكالة المطبوعات.1977،ص 05.

². عبد الفتاح محمد الدويدار:مناهج البحث في علم النفس . القاهرة : دار المعرفة الجامعية .1999،ص179 .

4-2- الدراسة الاستطلاعية :

لكون عينة الدراسة من فئة مرضى السكري النمط (1) و النمط (2) ، فقد تمت الدراسة الاستطلاعية في كل من العيادة الخاصة لعلاج داء السكري "معلم" الكائن مقرها بمدينة باتنة و بالمستشفى الجامعي (بن فليس التهامي) ، و هذا بعد أخذ الموافقة من الأطباء المتخصصين بالنسبة للعيادة الخاصة ، و من المسؤولين القائمين على المستشفى الجامعي ، و هذا للتعرف على الحالات ، و لتوضيح الأهداف التي نسعى لتحقيقها من خلال هذه الدراسة .

و على العموم هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى :

- التعرف على الظروف التي ستتم فيها الدراسة الأساسية.
- التعرف على الصعوبات التي يمكن أن تواجه الطالب الباحث في الميدان.
- التعرف على خصائص العينة.
- تطبيق مقياس فعالية الذات .
- تصميم و تطبيق استبيان الالتزام الصحي.
- حساب الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة .

4-2-1- حدود الدراسة الاستطلاعية :

يقصد بحدود الدراسة الاستطلاعية ، المكان الذي أجريت فيه الدراسة الاستطلاعية المدة الزمنية التي استغرقتها ، و عينة الدراسة الاستطلاعية التي سيطبق عليها مقياس فعالية الذات ، و استبيان الالتزام الصحي لحساب الخصائص السيكومترية لهما ، و هو ما سنتناوله فيما يلي :

4-2-1-1- الحدود المكانية :

تم إجراء الدراسة الاستطلاعية في كل من العيادة الخاصة لعلاج مرضى السكري "معلم" وهي عيادة خاصة تهتم بعلاج مرضى السكري وأمراض الغدد ، يشرف عليها مجموعة من الأطباء ، يرأسهم الطبيب معلم وهو مختص في علاج السكري ، وزوجته مختصة في أمراض الغدد، وفيما يخص التكفل النفسي بالمرضى يشرف عليه ثلاثة أخصائيين نفسانيين كما أجرى الطالب الباحث الدراسة الاستطلاعية كذلك بالمستشفى الجامعي "تهامي بن فليس" الذي يقع بمدينة باتنة ، حيث تقدر طاقة استيعابه بـ 596 سريرا و يضم قسم للاستعجالات ، و 6 أقسام للجراحة ، و 9 أقسام طبية من بينها قسم أمراض الغدد الذي تمت فيه الدراسة الاستطلاعية حيث يحتوي هذا القسم على 30 سريرا ، تم استقبال 425 مريضا فيه خلال السنة 2013 - 2014 ، و بلغ عدد أيام الاستشفاء في هذا القسم وحده 5532 يوم ، فيما بلغ عدد الذين خضعوا للفحص 6262 شخصا .

4-2-1-2- الحدود الزمانية :

امتدت الدراسة الاستطلاعية من 2013/10/15 إلى 2013/12/01 ، أي حوالي شهر و نصف ، حيث قام الطالب الباحث في هذه الفترة بجمع المعلومات عن مشكلة الدراسة ، تطبيق مقياس الكفاءة الذاتية ، و تصميم و تطبيق استبيان الالتزام الصحي .

4-2-1-3- عينة الدراسة الاستطلاعية :

تم اختيار العينة الاستطلاعية من العيادة الخاصة لعلاج داء السكري "معلم" و من المستشفى الجامعي (بن فليس التهامي) وهي عينة قصدية ، أي أن العينة تلائم أغراض الدراسة ، إذ تم اختيار مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) بناء على ملفاتهم واستنادا إلى المعلومات الطبية المتوفرة عن حالاتهم ، و قد اشتملت العينة الاستطلاعية 30 مريض

مصاحبون بداء السكري من النمط (1) و النمط (2) من كلى الجنسين ، و تتراوح أعمارهم بين 23 و 75 سنة . (أنظر الجدول رقم : 7)

جدول رقم (7) : خصائص العينة الاستطلاعية

الفئة العمرية	نوع مرض السكري		الجنس		حجم العينة الاستطلاعية
	النمط (2)	النمط (1)	إناث	ذكور	
ما بين 23 و 75 سنة	17	13	17	13	30

و قد تم تطبيق مقياس الكفاءة الذاتية و استبيان الالتزام الصحي على أفراد العينة الاستطلاعية من أجل حساب الخصائص السيكمترية للمقياسين .

4-2-2- أدوات الدراسة الاستطلاعية:

لكل دراسة أداة أو مجموعة من الأدوات تعتمد عليها بغية الوصول إلى نتائج موضوعية وفي دراستنا هذه اعتمدنا على أداة الاستبيان.

و يعرف الاستبيان على أنه نموذج يضم مجموعة من الأسئلة توجه إلى الأفراد من أجل الحصول على معلومات حول موضوع أو مشكلة أو موقف، ويتم تقديم الاستمارة إما عن طريق المقابلة الشخصية ، أو أن ترسل عن طريق البريد .⁽¹⁾

و قد اعتمدنا في هذه الدراسة على استبيانين هما :

¹. زرواتي: تدريبات على منهجية البحث في العلوم الإجتماعية .ط1.الجزائر :ديوان المطبوعات الجامعية .2002، ص 123.

4-2-2-1 - مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ رالف شفارتزر :

ظهر مقياس الكفاءة الذاتية العامة على يد رالف شفارتزر ، و كانت صياغته في النسخة الأصلية باللغة الألمانية ، و قد ترجمه سامر جميل رضوان إلى اللغة العربية و سنتناول تعريف المقياس و وصفه فيما يلي :

1- التعريف بالمقياس :

منذ عام 1981 و شفارتزر يعمل ومجموعته في جامعة برلين بألمانيا على تطوير أداة تشخيصية لمقياس الكفاءة الذاتية تتلاءم مع مجموعة كبيرة من المواقف ، على عكس باندورا الذي قصر هذا البناء على مواقف خاصة فقط ، وقد اشتملت هذه الأداة على توقعات الكفاءة الذاتية العامة و النزوعية « Dispositional » ، و يشير شفارتسر و جيروزيليم (jerusalem Schwarzer et al) سنة 1989 إلى أن سلم توقعات الكفاءة الذاتية العامة يقيس قناعات وإمكانات الضبط الذاتي أو توقعات الفعالية في مواقف المتطلبات الاجتماعية، ومواقف الانجاز، أي بتعبير آخر يقيس الاستبيان مسألة التقدير الذاتي الذي يقوم به شخص ما حول رؤيته لنفسه قادر على التغلب على عدد كبير من مشكلات الحياة

إذ كان الاستبيان المطور في 1981 يحتوي على 20 بنداً تم تخفيضها في عام 1986 إلى 10 بنود فقط وسمي " توقعات الكفاءة الذاتية العامة " ، وقد ترجمت الصيغة المختصرة للاستبيان إلى أكثر من 15 لغة ، كالإنجليزية ، الفرنسية ، الهنجرية ، التشيكية السلوفاكية و التركية وغيرها .

وينصح معدا المقياس باستخدامه لدراسة متغيرات تتعلق بالكفاءة الذاتية العامة في مجالات البحث المختلفة، لأنها تتسم بصفات العمومية ، و التفسير ، والتنبؤ، بأنماط السلوك و الخبرة

الممكنة مثل التعلم و الإنجاز المدرسي ، و سلوك العمل و الانجاز المهني ، و السلوك الصحي ، و اللياقة البدنية و الصحة النفسية .

• مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة في صيغته المعربة لسامر جميل رضوان:

قام الباحث سامر جميل رضوان بأخذ موافقة مطوري القياس على إعداد نسخة باللغة العربية منها واختبارها على عينة سورية ، بعد ذلك قام الباحث بترجمة البنود العشرة التي يتضمنها الاستبيان من اللغة الألمانية إلى اللغة العربية ، وترجمت الصيغة الانجليزية بالمقياس نفسه من قبل متخصصين في اللغة الانجليزية بهدف إجراء مقارنة بين ترجمتين من لغتين مختلفتين واستيضاح مدى دقة الترجمة واستيفائها المعنى، حيث تم بعد ذلك إجراء بعض التعديلات الطفيفة في بعض العبارات أو الكلمات، بعد ذلك عرض المقياس على مجموعة من المتخصصين وغير المتخصصين الذين أبدوا رأيهم من حيث الصياغة وفهم المعنى، وإمكانية التطبيق، ولم تجري نتيجة ذلك تعديلات جوهرية تذكر، حيث أجمعت الآراء على صلاحية المقياس (أنظر الملحق رقم 1).⁽¹⁾

و يقترح مؤلفا المقياس عدم الترجمة الحرفية لبنود المقياس إلى البيئات الأخرى و إلى عدم الاقتصار على المعنى السطحي له ، و إنما أخذ الاعتبارات النفسية للثقافات المختلفة بعين الاعتبار ، و إعطاء المعنى الجوهرى المتناسب مع كل ثقافة على حدى .

¹. عدودة صليحة : الكفاءة الذاتية و علاقتها بأسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الحاج لخضر ، باتنة .2009، ص 99.

2- وصف المقياس :

يتألف المقياس في صيغته الأصلية من عشرة بنود ، يطلب فيها من المفحوص اختبار إمكانية الإجابة وفق مقترح مندرج يبدأ من " لا . نادرا . غالبا . دائما " ، و يتراوح المجموع العام للدرجات بين 10 و 40 أي أن التصحيح يكون على النحو التالي :

1 ←	لا
2 ←	نادرا
3 ←	غالبا
4 ←	دائما

و بالتالي فإن الدرجة المنخفضة تشير إلى انخفاض توقعات الكفاءة الذاتية العامة والدرجة العالية تشير إلى ارتفاع في توقعات الكفاءة الذاتية العامة ، و تتراوح مدة التطبيق بين 7.3 دقائق و يمكن إجراء التطبيق بصورة فردية أو جماعية .

4-2-2-2- استبيان الالتزام الصحي:

لقد تم تصميم هذا الاستبيان من قبل الطالب الباحث ، و ذلك بهدف قياس الالتزام الصحي لدى مرضى السكري النمط (1) و النمط (2)، و تعود مبررات إعدادة إلى قلة المقاييس التي تقيس مدى الالتزام الصحي لمرضى السكري من النمطين (1) و (2) و إن وجدت فإنها صممت خصيصا في البيئة الأجنبية مثل الولايات المتحدة الأمريكية و إنجلترا ، أين تختلف إمكانيات العلاج و الوسائل المتاحة لمرضى السكري ، أما بالنسبة للبيئة العربية و الجزائرية بالتحديد فلا توجد مقاييس متوفرة في حدود علم الطالب الباحث .

- كيفية بناء استبيان الالتزام الصحي :

لقد تم إعداد استبيان الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من خلال الاعتماد على :

- التراث الأدبي من خلال الاطلاع على الكتب والدوريات التي تناولت متطلبات علاج

مرض السكري النمط (1) و النمط (2) .

-الاتصال ببعض الأطباء المختصين في أمراض السكري من أجل تحديد المحاور

الأساسية في الالتزام الصحي لدى مرضى السكري النمط (1) و النمط (2) .

. الاطلاع على المقاييس السابقة : إذا أنه أثناء محاولة بناء الاستبيان كان على الطالب

الإطلاع و تفحص المقاييس المتوفرة و هي كالتالي :

. مقياس الكفاءة الذاتية لمرضى السكري الصادر عن مركز البحث ستانفورد لتعليم المرضى

يحتوي على 8 بنود يتم الإجابة عنها من خلال مدرج من 1 إلى 10، حيث تدل العلامة العالية

على مستوى مرتفع للكفاءة الذاتية لمرضى السكري ، و العلامة المنخفضة تدل على مستوى

منخفض من الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري .

. استبيان مرضى السكري الصادر عن مركز البحث ستانفورد لتعليم المرضى ، يحتوي هذا

الاستبيان على 10 محاور هي :المعلومات العامة ، الصحة العامة ، الأعراض ، النشاطات

اليومية ، مراقبة السكر في الدم ، النشاط الجسدي ، الثقة حول أداء المهام ، الحمية الغذائية ،

الأدوية و الرعاية الطبية .

. استبيان لتقييم السلوكيات الصحية لدى مرضى السكري المطور من قبل مشروع الإدارة

الذاتية لمرضى السكري بعيادة رازا Raza بأوكلاند بالولايات المتحدة الأمريكية .

. مقياس الالتزام بتناول الأدوية . Bhrett A. ، الصادر عن قسم علم النفس بجامعة لويزيانا بالولايات المتحدة الأمريكية ، صمم هذا المقياس لقياس مدى التزام مرضى السكري من النمط (2) بتناول الأدوية ، و يحتوي هذا المقياس على 70 بند ، و أربع بدائل للإجابة هي :

دائماً صحيح ، بعض الأحيان صحيح ، دائماً خطأ ، بعض الأحيان خطأ .

بعد مراجعة التراث الأدبي و تفحص للمقاييس السابقة ، قام الطالب باستخلاص البنود التي تخدم موضوع البحث ، و اعتماداً على هذه الخطوات تم صياغة 28 بنداً مقسمين على أربعة محاور أساسية هي :

. المحور الأول : خاص بالمراقبة اليومية للسكر في الدم .

. المحور الثاني : خاص باستخدام الأدوية بصورة سليمة .

. المحور الثالث : خاص بإتباع الحمية الغذائية الصحية بانتظام .

. المحور الرابع : خاص بممارسة التمارين الرياضية .

مع أربع بدائل للإجابة هي : (لا) ، (نادراً) ، (غالباً) ، (دائماً) ، حيث يتراوح المجموع

العام للدرجات بين 0 إلى 84 أي أن التصحيح يكون على النحو التالي :

لا ← 0

نادراً ← 1

غالباً ← 2

دائماً ← 3

. الاستعانة بالمحكمين :

بعد الخطوات السالفة الذكر تم عرض الاستبيان على مجموعة من المحكمين و عددهم

(10) مكونين من أساتذة قسم علم النفس بجامعة الحاج لخضر بباتنة ، و أطباء متخصصين

في علاج مرضى السكري ، و أخصائيين نفسانيين (أنظر الملحق رقم 3) و طلب منهم

قراءة كل الأسئلة بإمعان و ذلك لتحديد ما يلي :

. هل تقيس البنود ما وضعت لقياسه .

. اقتراح بنود جديدة و حذف بنود معين .

. اقتراح تعديل في صياغة البنود .

. اقتراح تعديل على بدائل الإجابة . (أنظر الملحق رقم 4)

و اعتمادا على هذه الخطوة تم إجراء تعديلات في صياغة بعض البنود ، لتكون الصورة

النهائية لاستبيان الالتزام الصحي مكونة من 28 بندا مقسمين إلى أربع محاور أساسية كما يلي :

● **المحور الأول :** يضم البنود الخاصة بالمراقبة اليومية للسكر في الدم و هي كالتالي :

➤ البند رقم (1) أقيس مستوى السكر في الدم قبل ممارسة الرياضة.

➤ البند رقم (14) أقيس مستوى السكر في الدم قبل تناول أي وجبة طعام (

فطور،غذاء، عشاء).

➤ البند رقم (21) أقيس مستوى السكر في الدم عندما أكون مرهقا فقط.

➤ البند رقم (23) أقيس مستوى السكر في الدم عند تغيير جرعة الدواء (أنسولين أو

أقراص).

➤ البند رقم (25) أقيس مستوى السكر في الدم عندما أستيقظ من النوم .

➤ البند رقم (26) أقيس مستوى السكر في الدم بعد ساعتان من تناول أي وجبة

طعام(فطور،غذاء، عشاء).

➤ البند رقم (27) أقيس مستوى السكر في الدم قبل الذهاب إلى النوم.

● **المحور الثاني :** يضم البنود الخاصة باستخدام الأدوية بصورة سليمة و هي كالتالي :

- البند رقم (2) أتناول أدويتي بانتظام كل يوم .
- البند رقم (5) أتناول أدويتي عندما أكون مرهقا فقط .
- البند رقم (6) أنسى تناول أدويتي .
- البند رقم (11) أتناول جرعات أكثر مما يصفه لي طبيبي .
- البند رقم (13) توقفت عن تناول أدويتي .
- البند رقم (16) أتناول جرعات أقل مما يصفه لي طبيبي .
- البند رقم (20) أنسى أخذ أدويتي عندما أكون مسافرا .

● **المحور الثالث :** يضم البنود الخاصة بإتباع الحمية الغذائية الصحية بانتظام و هي

كالتالي

- البند رقم (8) أبقي وزني تحت السيطرة .
- البند رقم (10) أحافظ على حميتي الغذائية في المناسبات مثل (الأعراس و الأعياد) .
- البند رقم (15) أحافظ على حميتي الغذائية عندما أكون بعيدا عن المنزل (مسافر) .
- البند رقم (18) أحافظ على حميتي الغذائية عندما أكون متوترا .
- البند رقم (22) أختار الأطعمة المناسبة لصحتي .
- البند رقم (24) أحافظ على حميتي الغذائية عندما أكون مريضا فقط .
- البند رقم (28) أتبع الحمية الغذائية كما حددها لي طبيبي .

● **المحور الرابع :** يضم البنود الخاصة بممارسة التمارين الرياضية و هي كالتالي :

- البند رقم (3) أمارس التمارين الرياضية بانتظام .
- البند رقم (4) أميل إلى كثرة النشاط و الحركة .
- البند رقم (7) أهتم بلياقتي البدنية .
- البند رقم (9) أفضل استعمال وسائل النقل على المشي .
- البند رقم (12) أمارس رياضة المشي نصف ساعة كل يوم .
- البند رقم (17) ألجأ إلى النوم بعد تناول وجبة العشاء مباشرة .
- البند رقم (19) أحب القيام بنشاطات حركية يوميا .

. ترتيب الأسئلة بطريقة عشوائية :

بعد وضع البنود في صيغتها النهائية ، قام الطالب الباحث بترتيبها بطريقة عشوائية حتى لا يتبين لأفراد العينة البعد الذي تقيسه كل عبارة .

. وضع تعليمة الاستبيان :

تم وضع تعليمة الاستبيان متضمنة الغرض منه و طريقة الإجابة عليه كالتالي :

التعليمة :

في إطار القيام بدراسة حول " الكفاءة الذاتية و علاقتها بالالتزام الصحي لدى مرضى السكري " ، نطلب منك المساهمة في إثراء هذه الدراسة من خلال مشاركتك في الإجابة على هذا الاستبيان .

كما نرجو منك أن تجيب بصدق على كل العبارات و ذلك بوضع علامة (x) في الخانة

التي تناسب سلوكك .

تأكد أن معلوماتك ستوظف لأغراض علمية فقط ، و أنها ستحظى بقدر عالي من السرية
و الائتمان .

. تصحيح الاستبيان :

تم تصحيح الاستبيان وفقا للأوزان التالية :

لا ← 0

نادرًا ← 1

غالبًا ← 2

دائمًا ← 3

مع الإشارة إلى أن البنود :

1، 2 ، 3 ، 4 ، 7 ، 8 ، 10 ، 12 ، 14 ، 15 ، 17 ، 18 ، 19 ، 22 ، 23 ، 25 ،

26 ، 27 ، 28 كانت طريقة طرحها ايجابية ، أي أن تصحيحها يكون حسب الأوزان الموضحة

سابقا في حين أن البنود :

5 ، 6 ، 9 ، 11 ، 13 ، 16 ، 20 ، 21 ، 24 كانت طريقة طرحها عكسية ، أي أن

تصحيحها يكون وفق ما يلي :

لا ← 3

نادرًا ← 2

غالبًا ← 1

دائمًا ← 0

تفسير الدرجات المتحصل عليها من استبيان الالتزام الصحي :

بما أن عدد بنود الاستبيان حددت بـ 28 بندا ، و تصحيح الاستبيان يكون من 0 إلى 3 فإن درجات استبيان الالتزام الصحي تتراوح ما بين 0 و 84 ، و لتفسير الدرجات المتحصل عليها بعد تطبيق الاستبيان ، فقد قام الطالب الباحث بتقسيم الدرجات إلى ثلاث مجالات ، تحدد لنا مستويات الالتزام الصحي. (أنظر الجدول رقم : 8)

جدول رقم (8) : مستويات الالتزام الصحي

المجال	مستوى الالتزام الصحي
من 0 إلى 28	مستوى ضعيف
من 29 إلى 57	مستوى متوسط
من 58 إلى 84	مستوى مرتفع

أما بالنسبة لمحاور الاستبيان ، فإن كل محور يتضمن 7 بنود أين تتراوح درجات كل محور من 0 إلى 23، و بنفس الطريقة قام الطالب بتقسيم الدرجات إلى ثلاث مجالات أيضا لتحديد مستوى الالتزام الخاص بكل محور من محاور الاستبيان على حدى (أنظر الجدول رقم : 9)

جدول رقم (9) : مستويات الالتزام لكل محور من محاور استبيان الالتزام الصحي

محاور الالتزام الصحي	مستوى الالتزام الصحي	المجال
. المراقبة اليومية للسكر في الدم . . استخدام الأدوية بصورة سليمة . . إتباع الحمية الغذائية الصحية بانتظام . . ممارسة التمارين الرياضية .	مستوى منخفض	من 0 إلى 7
	مستوى متوسط	من 8 إلى 14
	مستوى مرتفع	من 15 إلى 21

4-2-3- الخصائص السيكومترية لأدوات القياس :

جرى اختيار التحليلات الإحصائية طبقاً لسمات العينة و فرضيات الدراسة ، و قد تم

التحليل الإحصائي بمساعدة برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية Statistical
(SPSS) package for socail sciences .

4-2-3-1- مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة :

قام الطالب الباحث من التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس الكفاءة الذاتية

العامة من خلال حساب الصدق و الثبات و هو ما سنوضحه فيما يلي :

1- ثبات مقياس الكفاءة الذاتية العامة :

• في النسخة الألمانية :

يتراوح معامل ألفا كرونباخ ($\alpha=0.74 ; 0.93$) في قياس الثبات ، أي أن موثوقيته

عالية .

• في النسخة العربية :

للتحقق من مدى ثبات المقياس تم تطبيقه في فترتين مختلفتين من طرف الباحث سامر جميل رضوان ، يفصل بينهما 6 أسابيع على عينة مكونة من 37 مفحوص بواقع 20 أنثى و 17 ذكر ، و أسفر حساب معامل الارتباط بين درجة التطبيقين عن معامل ثبات مقداره 0.71 وهو دال إحصائيا ، أما معامل الارتباط العام فقد بلغ (ALPHA=0.85) و هو دال إحصائيا .

• في البيئة المحلية :

تم حساب الثبات بطريقتين من طرف الطالبة عدودة صليحة في دراستها الموسومة بالكفاءة الذاتية و علاقتها بأسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصحي ، و كانت النتائج كما يلي :

أ. معامل ألفا كرونباخ :

و الذي أسفر عن معامل مقداره 0.92 و هي درجة مقبولة تعكس ثبات المقياس .

ب . طريقة التجزئة النصفية :

و التي أسفرت عن معامل ثبات وصل إلى 0.86 و هي قيمة دالة على ثبات المقياس .

• في الدراسة الحالية :

برغم التحقق من ثبات مقياس الكفاءة الذاتية العامة في البيئة المحلية في دراسات سابقة

قام الطالب الباحث بإعادة حساب ثبات المقياس كما هو مبين فيما يلي :

أ . معامل ألفا كرونباخ :

و الذي أسفر عن معامل مقداره 0.931 و هي درجة مقبولة تعكس ثبات المقياس .

ب . طريقة التجزئة النصفية :

و التي تقوم على تجزئة الاختبار إلى نصفين تكافئين (فقرات فردية و زوجية) ، و ذلك بعد تطبيقها على نفس العينة (ن = 30) ، حيث تتحصل على مجموعتين من الدرجات مجموعة تخص النصف الزوجي من الاختبار (ن=15) ، مجموعة تخص النصف الفردي من الاختبار (ن=15) ، و بعدها تم حساب معامل الارتباط بين الفقرات الفردية و الزوجية بمعامل الارتباط بيرسون ، و الذي يمثل معامل ثبات الاختبار و الذي وصل إلى 0.75 و عند تصحيحه بمعادلة سبيرمان - براون بلغ 0.88 و هي قيمة دالة على ثبات المقياس .

2- صدق مقياس الكفاءة الذاتية العامة :

يعتبر المقياس صادقا إذا كان يقيس ما وضع لقياسه . قام الطالب الباحث من التحقق من صدق مقياس الكفاءة الذاتية العامة كما يلي :

• في البيئة الألمانية :

يتربط السلم مع متغيرات عديدة ترابطات إيجابية و سلبية ، فمعامل الترابط مع الانبساط (0.49) ، و الانطواء (-0.64) ، و العصابية (-0.42) ، و الأمل بالنجاح (0.46)، و الخوف من الفشل (0.52) ، و القلق العام (-0.54) ، و مع قلق الإنجاز (-0.42) ، و مع الخجل (-0.58) ، و قناعات الضبط الداخلية (0.40) .

• في البيئة العربية :

تم حساب الصدق من طرف الباحث سامر جميل رضوان عن طريق :

. صدق الاتساق الداخلي : فكانت معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية للاختبار كما يلي على الترتيب :

0.83 / 0.83/0.83/0.82/0.82/0.84/0.82/0.82/0.82/0.82 و جميعها دالة

إحصائياً عند 0.01 .

• في البيئة المحلية :

تم حساب الصدق من طرف الطالبة عدودة صليحة في دراستها الموسومة بالكفاءة

الذاتية و علاقتها بأسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي لنيل شهادة الماجستير في

علم النفس الصحي عن طريق :

• صدق الاتساق الداخلي :

كانت معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية للاختبار على الترتيب كما يلي :

0.80 - 0.73 - 0.79 - 0.85 - 0.82 - 0.66 - 0.88 - 0.68 - 0.91-0.73 .

و هي جميعها دالة عند 0.01 .

• في الدراسة الحالية :

رغم قيام الطالبة عدودة صليحة بحساب صدق مقياس الكفاءة الذاتية العامة في البيئة

المحلية إلا أن الطالب قام بإعادة حساب صدق المقياس كما يلي :

• صدق الاتساق الداخلي :

تعتمد طريقة الاتساق الداخلي على حساب معاملات الارتباط بين الدرجة على كل بند

(محك داخلي) و الدرجة الكلية للمقياس . و عليه تم حساب معاملات ارتباط درجات كل بند من

البنود العشرة المكونة للمقياس مع الدرجة الكلية ، و جاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي :

جدول رقم (10): معاملات الارتباط بين درجة كل بند و الدرجة الكلية لمقياس الكفاءة

الذاتية العامة

البنود	الارتباك بين درجة البند و الدرجة الكلية	مستوى الدلالة
البند 1	0.765	0.01
البند 2	0.638	0.01
البند 3	0.758	0.01
البند 4	0.770	0.01
البند 5	0.745	0.01
البند 6	0.632	0.01
البند 7	0.772	0.01
البند 8	0.703	0.01
البند 9	0.701	0.01
البند 10	0.808	0.01

يتبين من نتائج الجدول رقم (10) أن بنود مقياس الكفاءة الذاتية تتمتع بمعاملات ارتباط

قوية و دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) ، و هذا يدل صدق المقياس .

4-2-3-2-استبيان الالتزام الصحي لمرضى السكري :

قام الطالب الباحث من التحقق من الخصائص السيكومترية لاستبيان الالتزام الصحي

لمرضى السكري من خلال حساب الصدق و الثبات و هو ما سنوضحه فيما يلي

1- ثبات استبيان الالتزام الصحي لمرضى السكري :

يقصد بالثبات دقة المقياس أو اتساقه ، فإذا حصل نفس الفرد على نفس الدرجة (أو درجة قريبة منها) في نفس الاختبار (أو مجموعات من الأسئلة المتكافئة أو المتماثلة) عند تطبيقه أكثر من مرة فإننا نصف الاختبار أو المقياس في هذه الحالة بأنه على درجة عالية من الثبات.(1) و لقد قام الطالب الباحث بالتحقق من ثبات استبيان الالتزام الصحي بعد تطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من 30 مريضا بالسكري من النمط (1) و النمط (2) في كل من العيادة الخاصة بعلاج مرضى السكري "معلم" و بالمستشفى الجامعي "التهامي بن فليس" بباتنة باستخدام معاملات الثبات التالية :

أ. معامل ألفا. كرونباخ :

يمثل معامل ألفا متوسط المعاملات الناتجة عن تجزئة الاختبار إلى أجزاء بطرق مختلفة و بذلك فإنه يمثل معامل الارتباط بين أي جزئين من أجزاء الاختبار ، و يستخدم هذا المعامل في صورته العامة عندما تكون احتمالات الإجابة على الأسئلة ليست ثنائية (صفر، واحد) أي يجب أن تكون متعددة.

و بما أن الاستبيان الحالي لا تقتصر إجابته على الصفر و الواحد ، لذلك فقد تم حساب معامل ألفا. كرونباخ للتحقق من ثباته ، و لقد قم الطالب بحساب معامل ألفا. كرونباخ لكل محور

¹. رجاء محمود أبو علام:مناهج البحث في العلوم الإجتماعية .ط6.القاهرة: دار النشر للجامعات .2007، ص

من المحاور الأربعة للاستبيان و كذلك معامل ألفا. كرونباخ الكلي للاستبيان ، فكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي :

جدول رقم (11) : قيمة معامل ألفا لكل محور من محاور الاستبيان ، و قيمة ألفا الكلية

محاور الاستبيان	قيمة ألفا. كرونباخ	عدد البنود	متوسط الارتباط بين البنود
المحور 1	0.783	7	0.349
المحور 2	0.733	7	0.291
المحور 3	0.855	7	0.464
المحور 4	0.761	7	0.306
الكلية	0.939	28	0.358

يتضح من الجدول رقم (11) أن معاملات الثبات بطريقة ألفا. كرونباخ لمحاور استبيان الالتزام الصحي تراوحت بين (0.733 و 0.855) و هي معاملات ثبات مرتفعة ، و هو ما عكسه معامل ألفا. كرونباخ الكلي الذي قدر بـ 0.939 ، مما يعني أن الاستبيان ثابت .

ب . طريقة التجزئة النصفية :

يعتمد أسلوب التجزئة النصفية أساسا على تقسيم فقرات المقياس إلى قسمين متكافئين حيث يمثل القسم الأول الفقرات الفردية و الآخر يمثل الفقرات الزوجية و بعدها يتم حساب معامل الارتباط بينهما . و حساب الثبات بهذه الطريقة لا يقيس التجانس الكلي للمقياس ، لأنه يقسم الفقرات إلى قسمين ، لذلك فهو معامل ثبات لنصف المقياس و لتعديل ذلك فإنه يتم تصحيح معامل الثبات بين نصفي الاختبار ببعض الطرق الإحصائية و من أشهرها معادلة سبيرمان . براون .

و عليه فقد تم حساب معامل ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية حيث بلغ (0.832) وبعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان . براون أصبح (0.908) ، و هو معامل ثبات مرتفع يدل على ثبات الاستبيان .

2- صدق استبيان الالتزام الصحي لمرضى السكري :

الصدق هو أن يقيس الاختبار ما وضع لقياسه ، أي أن الاختبار الصادق يقيس الوظيفة التي يزعم أنه يقيسها و لا يقيس شيئاً آخر بدلاً منها أو بالإضافة إليها .⁽¹⁾

و لهذا قام الطالب الباحث بالتحقق من صدق استبيان الالتزام الصحي بطرق حساب الصدق التالية:

أ. صدق المحتوى :

قام الطالب الباحث للتأكد من صدق المحتوى بعرض استبيان الالتزام الصحي على عدد من المحكمين عددهم 10 كان من بينهم أساتذة جامعيين مختصين في مجال علم النفس أطباء متخصصين في علاج مرضى السكري ، و أخصائيين نفسانيين (أنظر الملحق رقم 3) و ذلك لإبداء رأيهم و الحكم على مدى صدق مضمون العبارات ، و مدى صلاحيتها لقياس ما وضعت لقياسه ، ثم قام الطالب الباحث بتفريغ الآراء و مراعاة الملاحظات الخاصة ببند كل بعد و هكذا تم اعتبار نسبة اتفاق المحكمين على بنود الاستبيان معياراً للصدق ، حيث تم تعديل بعض البنود المبينة في الجدول رقم (12).

¹. رجاء محمود أبو علام ، 2007 ، المصدر المذكور سابقاً ، ص 465.

جدول رقم (12) : البنود التي تم تعديلها

رقم البند	قبل التعديل	بعد التعديل
25	أقيس مستوى السكر في الدم عندما أستيقظ . كل صباح .	أقيس مستوى السكر في الدم عندما أستيقظ من النوم .
21	أقيس مستوى السكر في الدم عندما أكون مريضاً أو متعباً .	أقيس مستوى السكر في الدم عندما أكون مرهقاً فقط .
18	أحافظ على حميتي الغذائية عندما متوتراً أو عندما أشعر بالقلق .	أحافظ على حميتي الغذائية عندما أكون متوتراً .
4	لا أميل إلى كثرة النشاط و الحركة .	أمل إلى كثرة النشاط و الحركة .
7	أهتم بلياقتي الجسمية .	أهتم بلياقتي البدنية .

و لحساب صدق المحكمين تم تطبيق معادلة "كوبر" (Cooper) ، و ذلك على النحو

التالي : معادلة "كوبر" (Cooper) = (عدد مرات الاتفاق ÷ عدد أسئلة الاختبار) × 100

أي (23 ÷ 28) × 100 ، و قد بلغت نسبة الاتفاق 82 % و هذه النسبة عالية مما يؤكد

بأن البنود الموضوعة صادقة في قياسها .

ب . صدق الاتساق الداخلي :

قام الطالب الباحث بحساب صدق الاتساق الداخلي بين كل بند من بنود استبيان الالتزام

الصحي و الدرجة الكلية للاستبيان ، ثم حساب صدق الاتساق الداخلي بين كل محور من محاور

الاستبيان الأربعة و الدرجة الكلية ، و سنعرض النتائج المتحصل عليها في الجدولين التاليين :

جدول رقم (13) : معاملات الارتباط بين درجة كل بند و الدرجة الكلية للاستبيان

البند	معامل الارتباط بين البند و الدرجة الكلية	مستوى الدلالة
البند 1	0.587	0.01
البند 2	0.821	0.01
البند 3	0.631	0.01
البند 4	0.715	0.01
البند 5	0.586	0.01
البند 6	0.615	0.01
البند 7	0.605	0.01
البند 8	0.679	0.01
البند 9	0.738	0.01
البند 10	0.381	0.05
البند 11	0.624	0.01
البند 12	0.770	0.01
البند 13	0.732	0.01
البند 14	0.604	0.01
البند 15	0.702	0.01
البند 16	0.91	0.01
البند 17	0.659	0.01

البند 18	0.509	0.01
البند 19	0.535	0.01
البند 20	0.338	0.05
البند 21	0.394	0.05
البند 22	0.450	0.05
البند 23	0.612	0.01
البند 24	0.602	0.01
البند 25	0.659	0.01
البند 26	0.633	0.01
البند 27	0.471	0.05
البند 28	0.521	0.01

من خلال نتائج الجدول رقم (13) يمكن ملاحظة أن معاملات الارتباط بين درجة كل

بند و الدرجة الكلية للاستبيان تراوحت بين (0.338 و 0.91) و كلها دالة عند مستوى الدلالة

(0.01) أو (0.05) . و هذا يدل على أن بنود الاستبيان تتمتع بمعامل صدق يتراوح بين المقبول

و القوي

بالإضافة إلى هذا قام الطالب الباحث بحساب معاملات ارتباط كل محور من المحاور

الأربعة لاستبيان الالتزام الصحي بالدرجة الكلية ، و سوف نعرض النتائج في الجدول التالي:

جدول رقم (14) : معاملات الارتباط بين درجة كل محور و الدرجة الكلية للاستبيان

المحاور	معامل الارتباط بين المحور و الدرجة الكلية	مستوى الدلالة
المراقبة اليومية للجلوكوز في الدم	0.90	0.01
تناول الأدوية بصورة صحيحة	0.928	0.01
ممارسة الرياضة	0.949	0.01
الحمية الغذائية	0.924	0.01

يتضح من نتائج الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين درجة كل محور و الدرجة الكلية للاستبيان قوية حيث تراوحت بين (0.90 و 0.949) و كلها دالة عند مستوى الدلالة (0.01) ، و هو يدل على أن محاور الاستبيان تتمتع بدرجة كبيرة من الصدق .

4-3- الدراسة الأساسية :

تهدف الدراسة الأساسية إلى الإجابة على التساؤلات المطروحة من خلال إشكالية الدراسة والوصول إلى إثبات أو نفي الفرضيات المطروحة حول الدراسة على عينة من مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) ، و ذلك بإتباع خطوات منهجية محددة توضح ، عينة الدراسة وأدواتها ، و كذا الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة .

4-3-1- المعايينة :

المعاينة هي العملية التي تمكننا من اختيار عدد من الأفراد للدراسة بطريقة تجعل هؤلاء الأفراد يمثلون المجتمع ⁽¹⁾ . و للحصول على عينة ممثلة لمجتمع الدراسة ، اتبع الطالب الباحث الخطوات التالية :

4-3-1-1- مجتمع الدراسة :

يعرف "موريس أنجلس" مجتمع البحث بأنه مجموعة عناصر لها خاصية أو عدة خصائص مشتركة تميزها عن غيرها من العناصر الأخرى ، التي يجرى عليها البحث والتقصي ⁽²⁾ . و عليه فإن مجتمع الدراسة هو المجتمع الذي يأخذ منه الباحث عينة بحثه .

و على هذا الأساس يتكون مجتمع الدراسة الحالية من " مرضى السكري من النمط(1) والنمط (2)" من الجنسين ، الذين يتابعون العلاج في عيادة "معلم" ، و بالمستشفى الجامعي " بن فليس التهامي" بقسم أمراض الغدد في مدينة باتنة.

4-3-1-2- عينة الدراسة :

تعرف العينة على أنها مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة يتم اختيارها بطريقة معينة وإجراء الدراسة عليها ، و من ثم استخدام تلك النتائج و تعميمها على كامل مجتمع الدراسة الأصلي ⁽³⁾.

و لتحقيق أهداف الدراسة قام الطالب الباحث بتطبيق أدوات دراسته على عينة قوامها 120 مريضا بالسكري من النمط (1) و النمط(2)، و لقد تم اختيار أفراد العينة من الجنسين الذين يتابعون العلاج بعيادة الخاصة "معلم" و بقسم أمراض الغدد بالمستشفى الجامعي "بن فليس التهامي

¹ . رجاء محمود أبو علام ، 2007 ، المصدر المذكور سابقا ص 159.

² . موريس أنجرس : منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية ، ترجمة بوزيد صحراوي ، كمال بوشرف ، سعيد سبعون . الجزائر : دار القصة للنشر . 2004 ، ص 298.

³ . عبيدات و آخرون (1999) : منهجية البحث العلمي . ط1 . عمان : دار وائل للنشر . 1999 ، ص 84.

" بمدينة باتنة .و لقد أبدى أفراد العينة استعدادا للمشاركة في هذه الدراسة من خلال إجابتهم على كل من مقياس الكفاءة الذاتية العامة ، و استبيان الالتزام الصحي .

4-3-1-3- طريقة المعاينة :

نظرا للصعوبة التي واجهت الطالب الباحث في تحديد مجتمع الدراسة بدقة ، و وضع قائمة بأسماء جميع مرضى السكري من النمط(1) و (2) الذين يتابعون العلاج بعيادة "معلم" و بقسم أمراض الغدد بالمستشفى الجامعي "بن فليس التهامي" و من ثم اختيار عينة الدراسة بطريقة احتمالية أي عشوائية ، فإن الطالب الباحث اضطر إلى اختيار عينة الدراسة بطريقة غير احتمالية أي بشكل قصدي ، و يشير أبو علام أن الطريقة القصدية في اختيار عينة الدراسة ، تكون مقبولة في بعض المواقف كصعوبة الحصول على عينة من مجتمع يصعب التوصل إليه .⁽¹⁾

و قد تم اختيار عينة الدراسة بناء على الملفات الطبية لمرضى السكري ، و تشخيص الأطباء المعالجين .

4-3-1-4- خصائص عينة الدراسة الأساسية :

اشتملت هذه الدراسة على عينة قوامها 120 مريضا بالسكري من النمط(1) و (2) يتابعون العلاج بالعيادة الخاصة لعلاج السكري "معلم" و بالمستشفى الجامعي " بن فليس التهامي" بمدينة باتنة ، و سنورد فيما يلي خصائص عينة الدراسة الأساسية :

• السن :

قدر عدد مرضى السكري الذين يقل سنهم عن 40 سنة ، بستة و عشرون فردا (26) أي ما يعادل 21.66 % ، أما المرضى الذين كان سنهم يتراوح من 40 إلى 60 سنة فقد كان عددهم ثلاثة و ستون فردا أي 52.5% ، و هم يمثلون أكبر نسبة من عينة الدراسة بينما قدر عدد

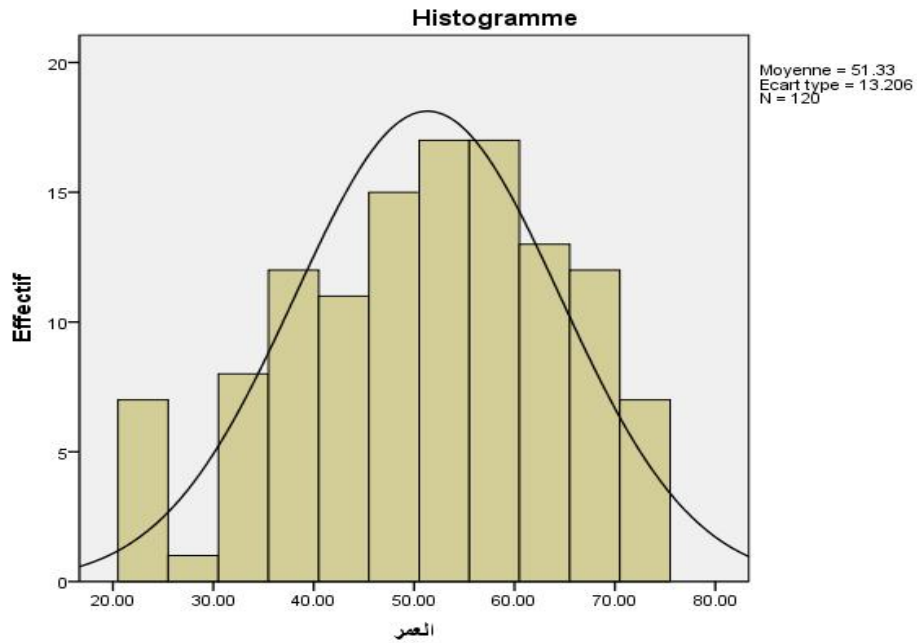
¹. رجاء محمود أبو علام، 2007 ، المصدر المذكور سابقا ص 465.

المرضى ممن كان سنهم أكبر من 60 سنة بواحد و ثلاثون فردا أي ما يعادل 25.83% من

العينة الإجمالية . (أنظر الجدول رقم 15)

جدول رقم (15): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب السن

السن	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 40 سنة	26	% 21.66
من 40 إلى 60 سنة	63	%52.5
أكثر من 60 سنة	31	%25.83
المجموع	120	% 100

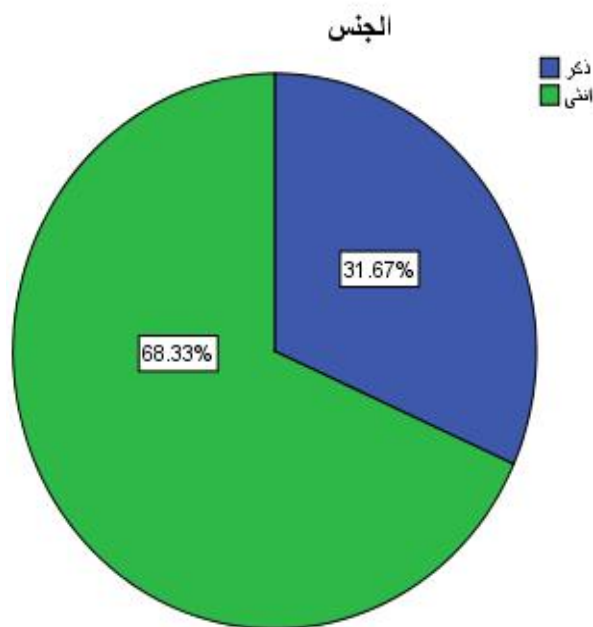


• الجنس :

قدر عدد الذكور بثمانية و ثلاثون (38) أي ما يعادل 31.66% ، بينما شكلت الإناث الأغلبية بـ إثنان و ثمانون (82) أنثى أي ما يعادل 68.33% من الحجم الكلي لعينة الدراسة و هو ما يوضحه الجدول رقم (16)

جدول رقم (16): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

الجنس	التكرار	النسب المئوية
ذكور	38	31.66%
إناث	82	68.33%
المجموع	120	100 %



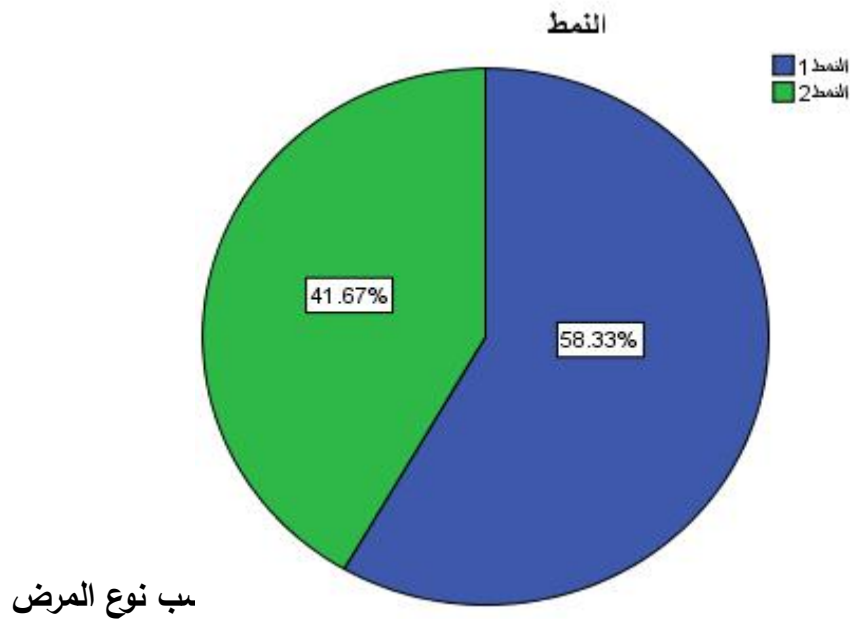
رسم بياني رقم (2) يوضح نسب توزيع أفراد العينة حسب الجنس

• نوع مرض السكري :

بلغ عدد أفراد العينة المصابون بالنمط (1) من السكري سبعون مصابا (70) ، بما يقدر بـ 58.33% ، بينما قدر عدد المصابون بالنمط (2) من السكري بـ خمسون مصابا (50) أي ما يعادل 41.66% من الحجم الكلي لعينة الدراسة. (أنظر الجدول رقم 17)

جدول رقم (17): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع المرض

نوع المرض	التكرار	النسب المئوية
النمط (1) من السكري	70	58.33%
النمط (2) من السكري	50	41.66%
المجموع	120	100 %



4-3-2- أدوات جمع البيانات :

لقد اعتمد الطالب الباحث في دراسته الأساسية على الأدوات التالية :

. مقياس الكفاءة الذاتية في صيغته المعربة لسامر جميل رضوان .(أنظر الملحق رقم 1)

. استبيان الالتزام الصحي من تصميم الطالب .(أنظر الملحق رقم 2)

حيث تم تطبيق أداتي الدراسة أحيانا فرديا و أحيانا جماعيا حسب تواجد العينة ، إذ قام

الطالب الباحث بـ :

. توزيع مقياس الكفاءة الذاتية .

. توزيع استبيان الالتزام الصحي .

. إعطاء التعليمات اللازمة للمرضى .

. التأكد من أوراق الإجابة ، إذ تم عزل 20 حالة من مجموع 140 حالة لعدم إجابتهم على

جميع البنود .

. تصحيح استجابات المرضى .

4-3-3- حدود الدراسة الأساسية :

يقصد بحدود الدراسة ، المكان الذي أجريت فيه الدراسة ، و المدة الزمنية المستغرقة و

عينة الدراسة و هو ما سنتناوله بالتفصيل فيما يلي :

4-3-3-1- الحدود المكانية :

تم إجراء هذه الدراسة في المؤسسات الصحية التالية :

. المستشفى الجامعي "بن فليس التهامي" قسم أمراض الغدد و السكري بمدينة باتنة .

. العيادة الخاصة لعلاج مرضى السكري(معلم) . الكائن مقرها بمدينة باتنة .

4-3-3-2- الحدود الزمانية :

تم إجراء الدراسة الأساسية في الفترة الممتدة بين 25 /02/ 2014 إلى غاية 28/04/ 2014 ، حيث تم تطبيق مقياس الكفاءة الذاتية ، و استبيان الالتزام الصحي على أفراد عينة الدراسة .

4-3-3-3- الحدود البشرية :

لتحقيق أهداف الدراسة قام الطالب بتطبيق أدوات دراسته على عينة قوامها 120 مريضا بالسكري من النمط (1) و (2) من كلا الجنسين ، يتابعون العلاج في العيادة الخاصة لعلاج مرضى السكري "معلم" ، و بقسم أمراض الغدد و السكري بالمستشفى الجامعي "بن فليس التهامي" بباتنة .

4-4- خطوات تطبيق الدراسة الأساسية :

1. تحديد متغيرات الدراسة ، ووضع الإطار النظري للدراسة .
2. اختيار مقياس الكفاءة الذاتية العامة في صيغته المعربة لسامر جميل رضوان ، و بناء استبيان الالتزام الصحي لمرضى السكري من طرف الطالب الباحث ، لعدم توفر مقاييس تخدم أهداف الدراسة الحالية .
3. تحديد المجتمع للدراسة و العينة التي سيتم تطبيق الأدوات عليها ، ولقد تم اختيار العينة من مرضى السكري من النمط (1) و (2) ممن يتابعون العلاج في العيادة الخاصة "معلم" وبالمستشفى الجامعي "بن فليس التهامي" .
4. قام الطالب الباحث بالتأكد من صدق و ثبات الأدوات المستخدمة في الدراسة عن طريق تطبيقها على عينة استطلاعية قوامها 30 مريضا بالسكري من النمط (1) و (2) .

5. بعد التأكد من صدق و ثبات أدوات الدراسة ،قام الطالب الباحث بتطبيق مقياس الكفاءة الذاتية و استبيان الالتزام الصحي على عينة قوامها 120 مريضاً بالسكري من النمط (1)و(2) ابتداء من 25 فيفري 2014 إلى غاية 28 أفريل 2014 .

6. بعد جمع المقاييس و استبعاد الحالات التي لا تستوفي الشروط العلمية ، شرع الطالب الباحث في تفريغ البيانات و معالجتها ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية (SPSS) ثم قام الطالب الباحث بتحليل النتائج و تفسيرها .

7. في الأخير قام الطالب بتقديم بعض المقترحات بناء على نتائج المتوصل إليها من الدراسة الحالية .

4-5- أدوات تحليل البيانات :

قام الطالب الباحث بتفريغ و تحليل أدوات الدراسة الحالية طبقاً لسمات العينة وفرضيات الدراسة ، و قد تم استخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية (SPSS 18.0) و قد تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية :

1. النسب المئوية لعرض خصائص العينة .
2. المتوسط الحسابي لحساب متوسط درجات أفراد العينة في المقاييس المستخدمة في الدراسة .
- 2 . الانحراف المعياري لحساب تشتت درجات أفراد العينة في المقاييس المستخدمة في الدراسة .

4. معادلة كوبر (Cooper) لحساب صدق المحكمين .

5. معامل ألفا كرونباخ (Alpha –cronbach) ، ومعادلة سبيرمان – براون (Spearman-

brown) للتحقق من صدق و ثبات المقاييس المستخدمة في هذه الدراسة .

6. معامل الارتباط بيرسون (Pearson) ، للتحقق من نوع و مقدار العلاقة التي تربط بين

متغيرات الدراسة الحالية ، كما تم استخدامه للتحقق من صدق و ثبات أدوات الدراسة .

خلاصة الفصل :

قام الطالب الباحث بإجراءات الدراسة الميدانية على عينة من مرضى السكري بولاية باتنة حيث اعتمد الطالب في هذه الدراسة على المنهج الوصفي الإرتباطي ، الذي يلاءم فرضيات الدراسة التي تبحث عن العلاقة الإرتباطية بين متغيراتها . و في خطوة أولى قام الطالب الباحث بإجراء الدراسة الاستطلاعية التي تم من خلالها تكوين نظرة أولية عن الدراسة و تصميم استبيان الالتزام الصحي لدى مرضى السكري ، ثم التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة المتمثلة في مقياس الكفاءة الذاتية العامة في صورته المعربة و استبيان الالتزام الصحي ، و ذلك بتطبيقهما على عينة استطلاعية مكونة من 30 مريضا بالسكري . و في خطوة ثانية قام الطالب بتحديد العينة النهائية للدراسة بطريقة قصدية بما يتوافق مع أهداف الدراسة ، حيث تشكلت هذه العينة من (120) مريضا بالسكري من النمط (1) و النمط (2) و من كلا الجنسين ، بعد ذلك تم تطبيق أدوات الدراسة على هذه العينة و في الأخير قام الطالب بتحليل البيانات المتحصل عليها عن طريق استخدام عدد من الأساليب الإحصائية ، مستخدما برنامج (SPSS) ، و في الفصل الموالي سوف يتم عرض و مناقشة النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية .

الفصل الخامس

عرض و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة

تمهيد :

في هذا الفصل سيتم عرض و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة الميدانية ، كما أفرزتها المعالجة الإحصائية للبيانات المتحصل عليها بعد تطبيق أدوات جمع البيانات على عينة الدراسة بداية بعرض و تحليل فرضيات الدراسة ، ثم مناقشة النتائج المتوصل إليها .

5-1- عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية :

يمكن تلخيص نتائج الدراسة الميدانية وفقا لترتيب فرضيات الدراسة كما يلي :

5-1-1- عرض و تحليل نتائج الفرضية الرئيسية الأولى :

نصت الفرضية الرئيسية الأولى على أن : لدى مرضى السكري من النمط (1)

والنمط (2) مستوى منخفض من الالتزام الصحي .

و للتحقق من الفرضية الرئيسية الأولى ، قام الطالب الباحث بحساب المتوسطات

الحسابية ، و الانحرافات المعيارية للدرجات المتحصل عليها من استبيان ————— ان الالتزام الصحي

و تحليل الرسوم البيانية لمعرفة مستوى الالتزام الصحي لدى أفراد العينة ، حيث تم تناول كل

محور من محاور الالتزام الصحي على حدى ، ثم تم تناول الدرجة الكلية للاستبيان ككل، و يأتي

بعد ذلك تحليل البنود لمعرفة أي البنود أكثر بروزا و ظهورا ، و أقلها بروزا ما يسمح بتحليل

الاستبيان وفق استجابات عينة الدراسة ، و هو ما سنوضحه فيما يلي :

5-1-1-1- النتائج الخاصة بمحاور الالتزام الصحي لدى مرضى السكري :

سنستعرض فيما يلي نتائج كل محور من محاور الالتزام الصحي على التوالي :

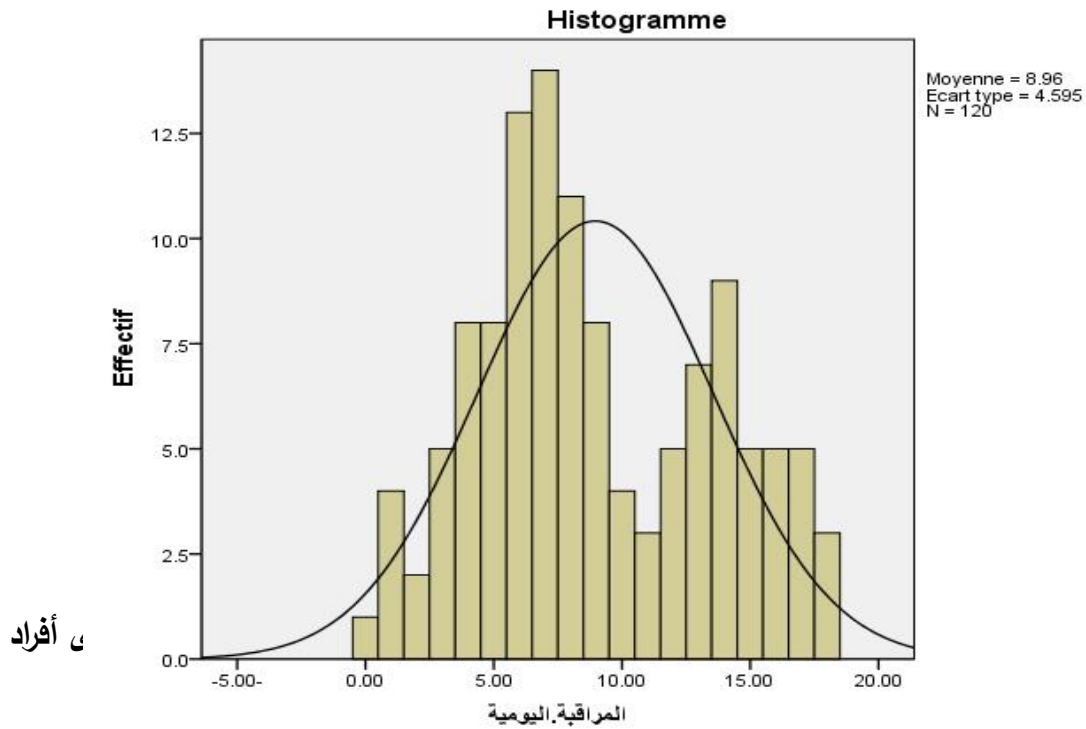
▪ محور المراقبة اليومية للجلوكوز في الدم :

قام الطالب الباحث بالتحقق من مستوى الالتزام بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم لدى

أفراد عينة و الجدول رقم (18) يوضح النتائج المتحصل عليها :

جدول رقم (18) : مستوى الالتزام بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم لدى أفراد عينة

المحور	العينة	المتوسط	الوسيط	المنوال	الانحراف
المراقبة اليومية للجلوكوز في الدم	120	6.80	6.00	5.00	3.59



نلاحظ من الجدول رقم (18) و الرسم البياني رقم (4) ، أن متوسط التزام أفراد العينة بمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم بلغ (6.80) و هو ينتمي إلى المجال [0 ، 7] أي أن مستوى الالتزام بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم لدى أفراد العينة منخفض .

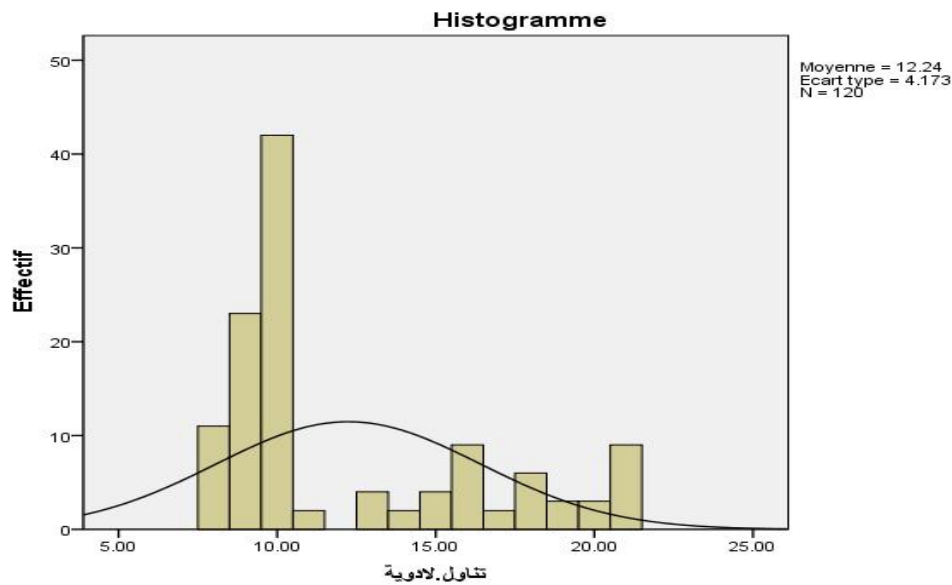
■ محور تناول الأدوية بصورة صحيحة :

تم التحقق من مستوى الالتزام بتناول الأدوية بصورة صحيحة ، و الجدول رقم (16) يبين

النتائج المتحصل عليها :

جدول رقم (19) : مستوى الالتزام بتناول الأدوية بصورة صحيحة لدى أفراد العينة

المحور	العينة	المتوسط	الوسيط	المنوال	الانحراف
تناول الأدوية بصورة صحيحة	120	10.24	08.00	08.00	4.17



من خلال الجدول رقم (19) و الرسم البياني رقم (5) ، يتبين أن متوسط التزام أفراد العينة بتناول الأدوية بصورة صحيحة قدر بـ (10.24) و هو ينتمي إلى المجال [8 ، 14] أي أن مستوى الالتزام بتناول الأدوية لدى أفراد العينة متوسط .

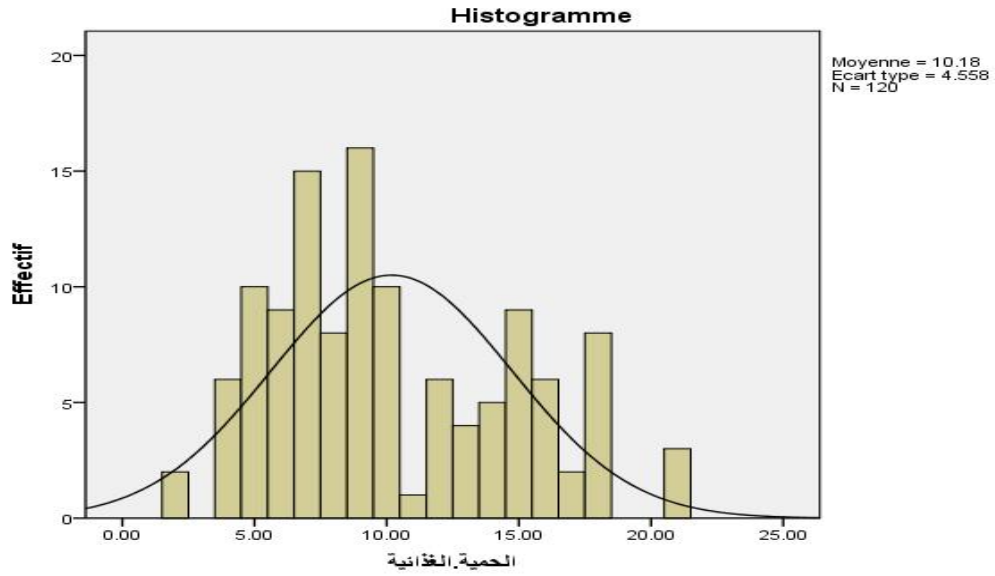
■ محور الحمية الغذائية :

قام الطالب الباحث بالتحقق من مستوى الالتزام بالحمية الغذائية لدى أفراد عينة

والجدول رقم (20) يوضح النتائج المتحصل عليها :

جدول رقم (20) : مستوى الالتزام بالحمية الغذائية لدى أفراد العينة

المحور	العينة	المتوسط	الوسيط	المنوال	الانحراف
الحمية الغذائية	120	6.95	6.18	6.00	4.55



نلاحظ من الجدول رقم (20) و الرسم البياني رقم (6) ، أن متوسط التزام أفراد العينة بالحمية الغذائية قد بلغ (6.95) و هو ينتمي إلى المجال [0 ، 7] ، أي أن مستوى الالتزام بالحمية الغذائية لدى أفراد العينة منخفض.

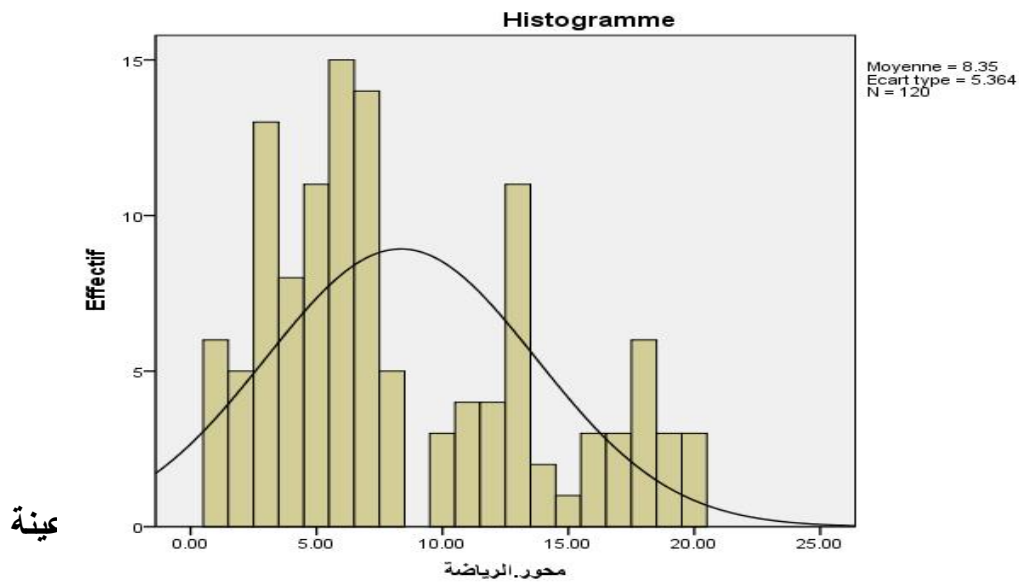
■ محور ممارسة الرياضة :

تم التحقق من مستوى الالتزام بممارسة الرياضة بانتظام لدى أفراد العينة ، و الجدول رقم

(21) يبين النتائج المتحصل عليها :

جدول رقم (21): مستوى الالتزام بممارسة الرياضة لدى أفراد العينة

المحور	العينة	المتوسط	الوسيط	المنوال	الانحراف
ممارسة الرياضة	120	6.35	6.00	5.00	5.36



نلاحظ من الجدول رقم (18) و الرسم البياني رقم (7) ، أن متوسط التزام أفراد العينة بممارسة الرياضة بلغ (6.35) و هو ينتمي إلى المجال [0 ، 7] ، أي أن مستوى الالتزام بالحمية الغذائية لدى أفراد العينة منخفض.

و من خلال النتائج الخاصة بكل محور من محاور الالتزام الصحي ، يمكننا ترتيب المحاور تنازلياً من حيث مستوى التزام أفراد العينة بها ، حيث جاء محور تناول الأدوية بصورة صحيحة أولاً بمتوسط حسابي بلغ (10.24) ، يليه في المرتبة الثانية محور الحمية الغذائية بمتوسط حسابي قدر بـ (06.95) ، و جاء محور المراقبة اليومية للجلوكوز في الدم في المرتبة

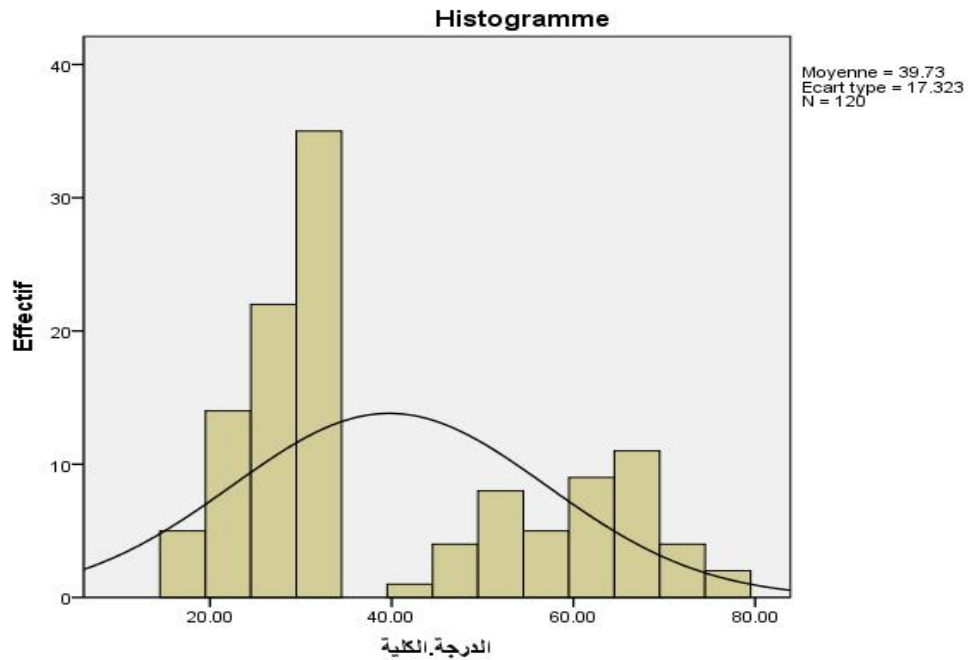
الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (06.80) ، في حين جاء محور ممارسة الرياضة في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (06.35) .

5-1-1-2- النتائج الخاصة بالدرجة الكلية للالتزام الصحي لدى أفراد العينة :

قام الطالب الباحث بالتحقق من مستوى الالتزام الصحي لدى أفراد العينة من خلال حساب المتوسط الحسابي ، الوسيط ، المنوال ، و الانحراف المعياري للدرجة الكلية على استبيان الالتزام الصحي ، و الجدول رقم (22) يوضح النتائج المتحصل عليها :

جدول رقم (22) : مستوى الالتزام الصحي لدى أفراد العينة

استبيان الالتزام الصحي	العينة	المتوسط	الوسيط	المنوال	الانحراف
الدرجة الكلية	120	27.73	29.00	29.00	17.32



نلاحظ من الجدول رقم (22) و الرسم البياني رقم (8) ، أن متوسط الالتزام الصحي لدى أفراد العينة قد بلغ (27.73) ، و هو ينتمي إلى المجال [0 ، 28] ، أي أن مستوى الالتزام الصحي لدى عينة الدراسة منخفض.

من خلال عرض النتائج السابقة يمكننا القول أن الفرضية الرئيسية الأولى التي نصت على أن لمرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) مستوى منخفض من الالتزام الصحي قد تحققت .

5-1-1-3- تحليل بنود استبيان الالتزام الصحي حسب استجابات عينة الدراسة :

قام الطالب الباحث بتحليل بنود استبيان الالتزام الصحي وفق استجابات عينة الدراسة لتحديد البنود الأكثر بروزا في الاستبيان ، و البنود الأقل بروزا ، و هذا عن طريق حساب متوسطات كل بند من بنود الاستبيان و ترتيبها تنازليا من الأكثر بروزا إلى الأقل بروزا و هو ما يوضحه الجدول رقم (23) .

جدول رقم (23): متوسطات بنود استبيان الالتزام الصحي وفق استجابات العينة

البنود	العينة	أقل درجة	أعلى درجة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
البند 16	120	0	3	2.05	0.951
البند 24	120	0	3	1.88	0.927
البند 2	120	0	3	1.88	0.832
البند 13	120	0	3	1.85	0.904
البند 5	120	0	3	1.73	1.053
البند 4	120	0	3	1.72	0.963
البند 22	120	0	3	1.69	0.858
البند 11	120	0	3	1.68	0.907
البند 21	120	0	3	1.67	1.087
البند 6	120	0	3	1.60	.920
البند 28	120	0	3	1.58	.940
البند 14	120	0	3	1.52	.970
البند 25	120	0	3	1.46	.849
البند 15	120	0	3	1.45	1.011
البند 20	120	0	3	1.45	1.036
البند 23	120	0	3	1.41	1.065
البند 19	120	0	3	1.38	1.030

البند 18	120	0	3	1.27	0.950
البند 12	120	0	3	1.25	0.919
البند 27	120	0	3	1.23	0.968
البند 10	120	0	3	1.18	0.879
البند 26	120	0	3	1.16	0.917
البند 8	120	0	3	1.13	0.966
البند 17	120	0	3	1.12	1.156
البند 7	120	0	3	1.08	1.026
البند 9	120	0	3	1.05	1.076
البند 3	120	0	3	0.74	0.992
البند 1	120	0	3	0.52	0.869

نلاحظ من خلال الجدول رقم (23) ، أن المتوسط الحسابي لاستجابات العينة على البند رقم 16 " أتناول جرعات أقل مما يصفه لي طبيبي " كان أعلى المتوسطات الحسابية في كل بنود استبيان الالتزام الصحي حيث بلغ (2.05) ، بمعنى آخر أن معظم أفراد العينة أجابت على هذا بالبند بـ لا أو نادرا ، أي أنهم لا يتناولون جرعات أقل مما يوصف لهم أو نادرا ما يفعلون ذلك .

في حين كان المتوسط الحسابي لاستجابات العينة على البند رقم 1 " أقيس مستوى السكر في الدم قبل ممارسة الرياضة " كان أدنى المتوسطات الحسابية في كل بنود استبيان الالتزام

الصحي ، الذي قدر بـ (0.869) ، أي أن معظم أفراد العينة أجابوا بـ لا أو نادرا على هذا البند أي أنهم لا يقيسون مستوى السكر في الدم قبل ممارستهم للرياضة ، أو نادرا ما يفعلون ذلك .

من شأن النتائج المتحصل عليها من خلال تحليل استجابات أفراد العينة على بنود استبيان الالتزام الصحي أن تزودنا بحقائق هامة حول ما هي أكثر السلوكات الصحية التي يلتزم بها مرضى السكري ، و ما هي أكثر السلوكات الصحية التي لا يؤديها المرضى هذه النتائج يمكن أن يستخدمها المختصين في علاج مرضى السكري في وضع برامج لمساعدة المرضى على رفع و تعزيز مستوى الالتزام الصحي لديهم .

5-1-2-عرض و تحليل نتائج الفرضية الرئيسية الثانية :

نصت الفرضية الرئيسية الثانية على أن : لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) مستوى منخفض من الكفاءة الذاتية .

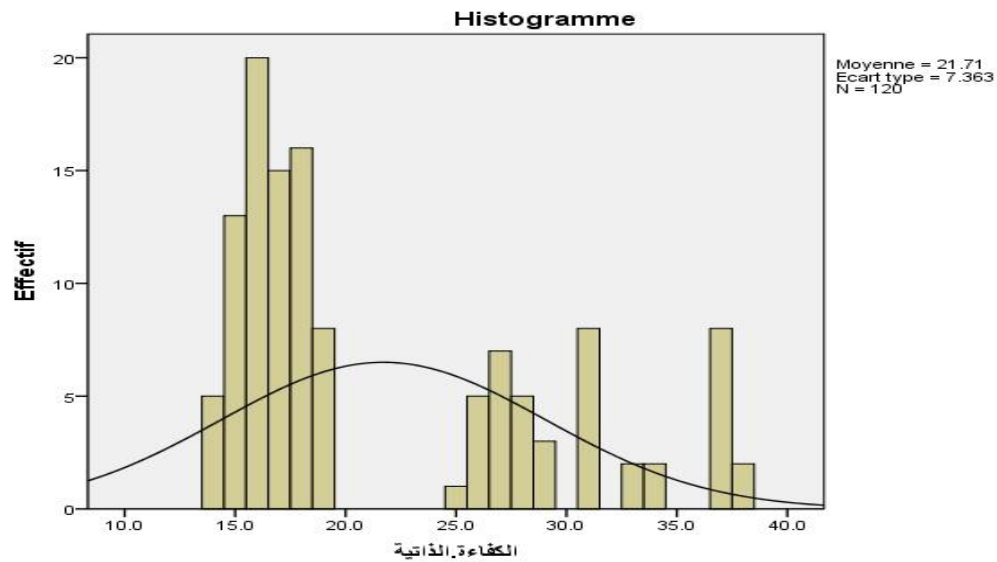
للتحقق من الفرضية الرئيسية الثانية قام الطالب الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ، و تحليل الرسوم البيانية للدرجات المتحصل عليها من مقياس الكفاءة الذاتية ، لمعرفة مستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة ، كما قام الطالب بتحليل كل بند من بنود المقياس وفق استجابات أفراد العينة .

5-1-2-1-النتائج الخاصة بمقياس الكفاءة الذاتية العامة :

كما ذكرنا سابقا تم التحقق من مستوى الكفاءة الذاتية لدى أفراد العينة عن طريق حساب المتوسطات الحسابية ، و الانحرافات للدرجات المتحصل عليها على مقياس الكفاءة الذاتية و هو ما يوضحه الجدول رقم (24) .

جدول رقم (24) يبين مستوى الكفاءة الذاتية لدى العينة

مقياس الكفاءة الذاتية	العينة	المتوسط الحسابي	الوسيط	المنوال	الانحراف المعياري
الدرجة الكلية	120	19.708	18.00	16.00	7.362



من خلال الجدول رقم (24) نلاحظ أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة على مقياس الكفاءة الذاتية بلغ (19.708) ، مع العلم أن مجال درجات مقياس الكفاءة الذاتية يمتد من 10 إلى 40 ، و الدرجات أقل من 20 تعتبر درجات منخفضة ، و بالتالي فإن مستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة منخفض ، و عليه يمكننا القول أن الفرضية الرئيسية الثانية التي تنص على أن لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) مستوى منخفض من الكفاءة الذاتية قد تحققت .

5-1-2-2- تحليل بنود مقياس الكفاءة الذاتية وفق استجابات أفراد العينة :

قام الطالب الباحث بتحليل بنود مقياس الكفاءة حسب استجابات أفراد عينة الدراسة لتحديد البنود الأكثر بروزا في المقياس ، و البنود الأقل بروزا ، و هذا عن طريق حساب متوسطات كل بند من بنود المقياس ، و ترتيبها تنازليا من الأكثر بروزا إلى الأقل بروزا ، و هو ما يوضحه الجدول رقم (25) .

جدول رقم (25) : متوسطات بنود مقياس الكفاءة الذاتية وفق استجابات أفراد العينة

البنود	العينة	أقل درجة	أعلى درجة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
البند 2	120	1.00	4.00	2.5917	.92123
البند 4	120	1.00	4.00	2.3000	.91302
البند 10	120	1.00	4.00	2.2917	1.04033
البند 1	120	1.00	4.00	2.2667	1.00196
البند 9	120	1.00	4.00	2.2417	.91666
البند 6	120	1.00	4.00	2.1167	.88102
البند 7	120	1.00	4.00	2.0417	.89251
البند 5	120	1.00	4.00	2.0333	.96956
البند 8	120	1.00	4.00	2.0167	.99565
البند 3	120	1.00	4.00	1.8083	.90094

نلاحظ من خلال الجدول رقم (25) ، أن المتوسط الحسابي لاستجابات العينة على البند رقم 2 " إذا ما بذلت من جهد كفاية ، فإنني سأنجح في حل المشكلات الصعبة " كان أعلى المتوسطات الحسابية في كل بنود مقياس الكفاءة الذاتية ، حيث بلغ (2.59) أي أن معظم أفراد العينة أجابوا بـ غالبا على هذا البند ، بمعنى أنهم يعتقدون فعلا أن بذل الجهد الكافي سيمكنهم من حل المشكلات الصعبة ، في حين كان المتوسط الحسابي لاستجابات العينة على البند رقم 3 " من السهل علي تحقيق أهدافي " كان أدنى المتوسطات الحسابية في كل بنود مقياس الكفاءة الذاتية ، حيث قدر بـ (1.80) ، أي أن معظم أفراد العينة أجابوا بـ مطلقا على البند ، أي أن أفراد العينة لا يعتقدون بأنه من السهل عليهم تحقيق أهدافهم .

إن تحليل بنود مقياس الكفاءة الذاتية وفق استجابات أفراد عينة الدراسة ، يمكننا من الحصول على معلومات قيمة ، يمكن استخدامها من قبل المختصين في علاج مرضى السكري لتطوير برامج توظف للرفع من مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري .

5-1-3- عرض و تحليل نتائج الفرضية الرئيسية الثالثة:

نصت هذه الفرضية على أنه : توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2).

و تتضمن هذه الفرضية أربع فرضيات جزئية سيتناولها الطالب الباحث فيما يلي :

5-1-3-1- عرض و تحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى :

قام الطالب الباحث بالتحقق من الفرضية الجزئية الأولى التي تنص على أنه " توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2)." ، و ذلك باستخدام معامل

الارتباط "بيرسون" بين الكفاءة الذاتية و الالتزام بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم لدى 120 مريضاً بداء السكري و الجدول رقم (26) يوضح نتائج الفرضية الجزئية الأولى :

جدول رقم (26) : نتائج الفرضية الجزئية الأولى

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	الدلالة
الكفاءة الذاتية	120	0.793	0.01	دالة
الالتزام بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم				

نلاحظ من الجدول رقم (26) أن معامل الارتباط بيرسون ($r = 0.793$) ، أي أن هناك علاقة إرتباطية موجبة بين الكفاءة الذاتية و الالتزام بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم و هي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 ، و هذا يعني أنه كلما ارتفع مستوى الكفاءة الذاتية ، ارتفع مستوى الالتزام بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم لدى مرضى السكري من النمط (1) و (2) ، و كلما انخفض مستوى الكفاءة الذاتية ، انخفض مستوى الالتزام بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم لدى مرضى السكري من النمط (1) و (2).

و منه فالفرضية الجزئية الأولى التي نصت على أنه توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) قد تحققت .

5-1-3-2- عرض و تحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية :

تنص الفرضية الجزئية الثانية على أنه " توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام باستخدام الأدوية بصورة صحيحة لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2)."

و للتحقق من الفرضية الجزئية الثانية قام الطالب الباحث باستخدام معامل الارتباط "بيرسون" بين الكفاءة الذاتية و الالتزام باستخدام الأدوية بصورة صحيحة لدى 120 مريضاً بداء السكري و الجدول رقم (27) يوضح نتائج الفرضية الجزئية الثانية :

جدول رقم (27) : نتائج الفرضية الجزئية الثانية

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	الدلالة
الكفاءة الذاتية	120	0.841	0.01	دالة
الالتزام باستخدام الأدوية بصورة صحيحة				

نلاحظ من الجدول رقم (27) أن معامل الارتباط بيرسون بلغ ($r = 0.841$) ، أي أن هناك علاقة إرتباطية موجبة بين الكفاءة الذاتية و الالتزام باستخدام الأدوية بصورة صحيحة و هي دالة عند قيمة 0.01 ، و هذا يعني أنه كلما ارتفع مستوى الكفاءة الذاتية ارتفع مستوى الالتزام باستخدام الأدوية بصورة صحيحة لدى مرضى السكري من النمط (1) و (2) ، و كلما انخفض مستوى الكفاءة الذاتية ، انخفض مستوى الالتزام باستخدام الأدوية بصورة صحيحة لدى مرضى السكري من النمط (1) و (2).

و منه فالفرضية الجزئية الثانية التي نصت على أنه توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام باستخدام الأدوية بصورة صحيحة لدى مرضى السكري من النمط(1) و النمط (2). " قد تحققت .

5-1-3-3-عرض و تحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة :

للتحقق من الفرضية الجزئية الثالثة التي نصت على أنه "توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام بإتباع الحمية الغذائية لدى مرضى السكري من النمط(1) و النمط (2). " قام الطالب الباحث باستخدام معامل الارتباط "بيرسون" بين الكفاءة الذاتية و الالتزام بإتباع الحمية الغذائية لدى 120 مريضا بداء السكري و الجدول رقم (28) يوضح نتائج الفرضية الجزئية الثالثة :

جدول رقم(28) : نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	الدلالة
الكفاءة الذاتية	120	0.830	0.01	دالة
الالتزام بإتباع الحمية الغذائية				

نلاحظ من الجدول أن معامل الارتباط بيرسون ($r = 0.830$) ، أي أن هناك علاقة إرتباطية موجبة بين الكفاءة الذاتية و الالتزام بإتباع الحمية الغذائية و هي دالة عند قيمة 0.01 ، و هو ما يعني أنه كلما ارتفع مستوى الكفاءة الذاتية ، ارتفع مستوى الالتزام بإتباع الحمية الغذائية

لدى مرضى السكري من النمط (1) و (2) ، و كلما انخفض مستوى الكفاءة الذاتية ، انخفض مستوى الالتزام بإتباع الحمية الغذائية لدى مرضى السكري من النمط (1) و (2).
و منه فالفرضية الجزئية الثالثة التي نصت على أنه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام بإتباع الحمية الغذائية لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) قد تحققت .

5-1-3-4-عرض و تحليل نتائج الفرضية الجزئية الرابعة :

نصت الفرضية الجزئية الرابعة على أنه "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام بممارسة التمارين الرياضية لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2)".، و للتحقق منها قام الطالب الباحث باستخدام معامل الارتباط "بيرسون" بين الكفاءة الذاتية و الالتزام بممارسة التمارين الرياضية لدى 120 مريضا بداء السكري و الجدول رقم (29) يوضح نتائج الفرضية الجزئية الرابعة :

جدول رقم (29) : نتائج الفرضية الجزئية الرابعة

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	الدلالة
الكفاءة الذاتية	120	0.850	0.01	دالة
الالتزام بممارسة التمارين الرياضية				

نلاحظ من الجدول رقم (29) أن معامل الارتباط بيرسون ($r = 0.850$) ، أي أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الكفاءة الذاتية و الالتزام بممارسة التمارين الرياضية و هي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 ، و هذا يعني أنه كلما ارتفع مستوى الكفاءة الذاتية ارتفع مستوى الالتزام بممارسة التمارين الرياضية لدى مرضى السكري من النمط (1) و (2) و كلما انخفض مستوى الكفاءة الذاتية ، انخفض مستوى الالتزام بممارسة التمارين الرياضية لدى مرضى السكري من النمط (1) و (2).

و منه فالفرضية الجزئية الرابعة التي نصت على أنه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام بممارسة التمارين الرياضية لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) قد تحققت .

بعد التحقق من الفرضيات الجزئية الأربعة ، قام الطالب الباحث بحساب معامل الارتباط بيرسون بين الكفاءة الذاتية و الدرجة الكلية لاستبيان الالتزام الصحي لدى عينة الدراسة من أجل التحقق من الفرضية الرئيسية الثالثة التي نصت على أنه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة

إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2)، و سنوضح النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم (30) التالي:

جدول رقم (30) : نتائج الفرضية الرئيسية الثالثة

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	الدلالة
الكفاءة الذاتية	120	0.895	0.01	دالة
الالتزام الصحي				

نلاحظ من الجدول أن معامل الارتباط بيرسون ($r = 0.895$) ، أي أن هناك علاقة إرتباطية موجبة بين الكفاءة الذاتية و الالتزام الصحي لدى مرضى السكري و هي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 ، و هذا يعني أنه كلما زاد مستوى الكفاءة الذاتية ، زاد مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط (1) و (2) ، و كلما انخفض مستوى الكفاءة الذاتية انخفض مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط (1) و (2) و منه يمكننا القول أن الفرضية الرئيسية الثالثة التي نصت على أنه توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) قد تحققت.

5-2- مناقشة نتائج الدراسة الميدانية :

سنناقش نتائج الدراسة وفق ترتيب الفرضيات الواردة في إشكالية الدراسة كما يلي :

5-2-1- مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الأولى :

من خلال نتائج الفرضية الرئيسية الأولى ، يمكننا القول بأن الفرضية تحققت أي أن مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) منخفض حيث جاء متوسط درجات استبيان الالتزام الصحي لدى عينة الدراسة مساويا لـ (27.73) و للتذكير فإن درجات هذا الاستبيان مقسمة على ثلاثة مجالات هي : المجال المنخفض تتراوح درجاته من [0 إلى 28] ، المجال المتوسط تتراوح درجاته من [29 إلى 57] ، بينما المجال المرتفع من الالتزام تتراوح درجاته من [58 إلى 84] ، و على الرغم من أن قيمة المتوسط الحسابي (27.73) جاءت في المجال المنخفض من الالتزام الصحي ، يمكننا أن الفرضية الرئيسية الأولى التي تنص على أن مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) منخفض قد تحققت .

و تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسة المسحية للالتزام الصحي التي أجريت على 5000 مريض بالسكري ، و 4000 مختص بمرض السكري في 13 دولة ، و التي توصلت إلى أن 46% فقط من مرضى النمط الأول ، و 39% من مرضى النمط الثاني نجحوا بإنجاز ثلثي متطلبات البرنامج العلاجي المطلوب.⁽¹⁾

كما تجدر الإشارة إلى أن النتائج الخاصة بكل محور من محاور الالتزام الصحي تعكس مدى انخفاض مستوى الالتزام لدى عينة الدراسة حيث جاء مستوى الالتزام بتناول الأدوية بصورة صحيحة متوسطا حيث قدر المتوسط حسابي بـ (10.24) و هو ينتمي للمجال المتوسط بينما

¹ . Main center for disease control and prevention, 2006, opcit : p6.

جاءت مستويات الالتزام بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم (م = 6.80) ، الالتزام بالحمية الغذائية (م = 6.95)، الالتزام بممارسة الرياضة (م = 6.35) جاءت منخفضة ، و للتذكير فإن درجات كل محور من محاور الالتزام الصحي تتراوح ما بين [0 إلى 21] ، حيث يقسم هذا المجال إلى ثلاثة مجالات هي المجال المنخفض [0 إلى 7] ، المجال المتوسط [8 إلى 14] ، المجال المرتفع [15 إلى 21].

و هو ما يتفق مع نتائج العديد من الدراسات التي تناولت الالتزام الصحي لدى مرضى السكري ، حيث أن الالتزام بالبرامج العلاجية من المراقبة المستمرة للجلوكوز في الدم و اتباع الحمية الغذائية ، ممارسة الرياضة ، و استخدام الأدوية بصورة صحيحة يكون متدنيا في العادة فقد وجد الباحثون أن 58% من المرضى أخطئوا في تناول جرعات الأدوية ، و 77 % كانت فحوصاتهم للجلوكوز في الدم غير دقيقة ، 75% لم يتبعوا طريقة ثابتة في تناول الوجبات و انتظامها ، و 75% لم يأكلوا الطعام الصحيح أو المطلوب .⁽¹⁾

إن النتيجة المتوصل إليها سواء في الدراسة الحالية أو في الدراسات السابقة تعكس حجم التحدي الذي يفرضه داء السكري على المرضى ، حيث أن الهدف الرئيسي من علاج هذا الداء هو المحافظة قدر الإمكان على مستوى مقبول من الجلوكوز في الدم ، و هو ما يتطلب التزاما من قبل المرضى على إنجاز مهام المحافظة على مستوى الجلوكوز في الدم يكون قريبا من المستوى المطلوب ، حيث أن كثرة المهام و تعقيدها في بعض الأحيان يشكل ضغطا كبيرا على المرضى ، خصوصا و أن داء السكري من الأمراض المزمنة التي تفرض على المريض العيش مدى الحياة في مواجهة الخطر ، و من هنا كان التزام مرضى السكري بمهام إدارة المرض يتطلب ثقة عالية في النفس بقدرتهم على مواجهة هذا المرض من خلال إنجاز المهام التي من

¹. شيلي تايلور ، 2008 ، المرجع المذكور سابقا ، ص 767.

شأنها أن تمنع أو تؤخر مضاعفات المرض و بشكل يومي و هو ما يحتاج إلى قدرة فكرية و عاطفية قوية تمكنهم من ذلك .

5-2-2- مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الثانية :

دلت نتائج الفرضية الرئيسية الثانية ، على أنه لدى مرضى السكري من النمط (1) والنمط (2) مستوى منخفض من الكفاءة الذاتية ، و بالتالي تحقق الفرضية الرئيسية الثانية و هو ما عكسه المتوسط الحسابي المنخفض لدرجات العينة على مقياس الكفاءة الذاتية الذي بلغ (م=19.708) .

إن انخفاض مستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة المتمثلة في مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) ، يعكس شكهم في قدرتهم على مواجهة التحديات التي يفرضها داء السكري المزمن ، و يتجلى ذلك في فشلهم في تحقيق أهدافهم المتمثلة في السيطرة على المرض ، فهم غير قادرين على بذل الجهد الكافي و المثابرة من أجل إنجاز المهام المتعلقة بعلاجهم ، أين يعمل الإحباط الذي يشعرون به على إعاقة مستوى أدائهم الوظيفي ، و هو ما ينعكس بالسلب على مستوى التزامهم بالسلوكيات الصحية المطلوبة منهم .

و مما سبق يمكننا و حسب رأي الطالب يمكن أن نتساءل هل يمكن لانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري يكون سببا في إصابتهم بهذا الداء أول مرة و ما يعزز هذا الطرح هو أن الإصابة بالنمط (2) من السكري ترتبط بقوة بأسلوب الحياة غير الصحي حيث تعد السمنة من الأسباب الرئيسية في الإصابة به ، و هو ما يترجم عجز الأفراد عن تبني أسلوب حياة صحي من خلال تناول الغذاء الصحي ، و ممارسة الرياضة بانتظام ، نتيجة ضعف ثقتهم في النفس ، و عدم مثابرتهم لتحقيق أهدافهم و ضعف قدرتهم على حل

المشكلات و مواجهة ضغوط الحياة ، مما يجعلهم عرضة للإحباط ، و القلق المستمر الذي يمكن له أن يكون سببا في الإصابة بالنمط (2) من السكري .

5-2-3- مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الثالثة :

قبل مناقشة الفرضية الرئيسية الثالثة ، سنناقش أولا الفرضيات الجزئية المرتبطة بها وهو ما سنتعرض إليه فيما يلي :

5-2-3-1- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى :

من خلال نتائج الفرضية الجزئية الأولى ، يمكننا القول أن هذه الفرضية تحققت أي أن هناك علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) ، و هو ما عكسه معامل الارتباط بيرسون الذي قدر ب ($r = 0.793$) و هي قيمة دالة عند مستوى الدلالة (0.01) .

حيث أن المرضى الذين يتمتعون بمستوى مرتفع من الكفاءة الذاتية كانوا ملتزمين بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم ، و هي نتيجة تتفق مع دراسة أنا ماري بالتو⁽¹⁾ التي أكدت على دور العوامل النفس اجتماعية (الكفاءة الذاتية ، مركز الضبط ، و الدعم الاجتماعي) في التمسك بالسلوكات الصحية لدى مرضى السكري ، حيث توصلت هذه الدراسة إلى وجود علاقة إرتباطية قوية بين الكفاءة الذاتية و الالتزام بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم ، إذ تؤكد الباحثة على أن هناك بعض المؤثرات التي تنبئ بسلوك الالتزام الصحي أهمها المعتقدات الخاصة بالصحة ، و المرض و ما مدى قدرة المريض على تطبيق هذه المعتقدات .

¹ . Anna-Mari Alto:Glycemic control , Self-care behaviors and psychosocial factors among insulin treated , International journal of Behavioral Medicine, V4 , Issue 3,publisher Springer-verlag.2008,p19.

كما تتفق النتيجة المتوصل إليها في الدراسة الحالية أيضا مع ما توصلت إليه دراسة بغوزي و إدوارد (Bagozzi & Edwards,1998) ، التي توصلت إلى أنه هناك ارتباط قوي بين الكفاءة الذاتية و القدرة على السيطرة الأيضية لدى مرضى السكري ، حيث أظهر المرضى الذين يتمتعون بمستوى عالي من الكفاءة الذاتية ، التزاما بتنفيذ مهام إدارة مرض السكري كقياس نسبة الجلوكوز في الدم .

إن مرضى السكري ملزمون بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم من أجل تجنب مشكلتين رئيسيتين هما نقص السكر في الدم (hypoglycemia) ، وزيادة السكر في الدم (hyperglycemia) ، و اللتين قد تؤديان إلى الوفاة في حالات كثيرة ، فإدراك مرضى السكري و اقتناعهم بأن عدم ممارسة النشاط الصحي اللازم سيعرضه حياتهم للخطر (التهديد المدرك) و توقعهم للنجاح في السيطرة على المرض (الفوائد المدركة) هو ما يشكل دافعا قويا لديهم للالتزام بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم .

و على الرغم من المخاطر الكبيرة الناتجة عن عدم الالتزام بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم إلا أن هناك الكثير من مرضى السكري غير ملتزمين بأداء هذه المهمة على أكمل وجه حيث سجلت الدراسة الحالية مستوى متوسط يميل إلى الانخفاض من التزام أفراد العينة بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم ، و هو ما عكسه المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة على محور المراقبة اليومية للجلوكوز في الدم ، حيث قدر هذا المتوسط بـ(8.95=م) أي أن أفراد العينة ينجزون تقريبا ثلث المهام المتعلقة بمراقبة الجلوكوز في الدم ، و هو ما يجعلهم عرضا للخطر باستمرار .

5-2-3-2- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية :

أكدت نتائج الفرضية الجزئية الثانية على تحقق هذه الأخيرة ، أي توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام باستخدام الأدوية بصورة صحيحة لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) ، حيث بلغ معامل الارتباط بيرسون ($r = 0.841$) و هو دال عند مستوى الدلالة (0.01).

و قد جاءت نتائج الدراسة الحالية متوافقة مع نتائج الدراسة التي قام بها كل من **كلارك و هودج (Clark et Hodge 1999)** حول الكفاءة الذاتية و إدارة المرض و قد كانت الدراسة على 570 امرأة مصابة بمرض القلب حيث أسفرت نتائجها على أن فعالية الذات تنبأت بعد سنة من انطلاق الدراسة بمدى تنفيذ المريضة للسلوكيات الصحية الايجابية التي تساهم في إدارة حياتها المرضية ، و من تلك السلوكيات نذكر الالتزام بالوصفات الطبية و تناول الأدوية وممارسة الرياضة . (1)

كما تتفق نتائج هذه الدراسة كذلك مع ما توصلت إليه دراسة **غوشات Gauchet (2008) A.** التي تحدثت عن أهمية معتقدات مريض السيدا بشأن قدرته و إمكاناته الشخصية على الأداء الناجح لمختلف المهام أي : اعتقاده بكفاءته الذاتية في مدى التزامه بالعلاج بما في ذلك النجاح في الالتزام الكمي و النوعي بالأدوية الموصوفة من قبل الهيئة الطبية المعنية(2) .

¹. عثمان يخلف ، 2001، المدر المذكور سابقا ، ص 115.

². رحاحلية سامية: الكفاءة الذاتية و علاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الحاج لخضر ، باتنة .2010، ص 150

و في هذه الدراسة كان مرضى السكري الذين يتمتعون بكفاءة ذاتية مرتفعة أكثر التزاما بتناول الأدوية الموصوفة لهم بصورة صحيحة ، أي احترام أوقات و جرعات الأدوية ، على الرغم ما يفرضه هذا الإجراء من ضغوط على المرضى بحكم عيشهم تحت الشروط المزمّنة لداء السكري خاصة مرضى النمط (1) الأول المعتمد على الأنسولين ، الذين يكونون معرضين لوخز الإبر مرات عدة كل يوم ، إن التزام هؤلاء المرضى بتناول الأدوية بصورة صحيحة يعكس ثقتهم بقدرتهم على إنجاز هذه المهمة الصعبة و اليومية ، و مواجهة الضغوط الناتجة عنها ، و من هنا كان إحساسهم بكفاءتهم الذاتية عاملا فاصلا في التزامهم بذلك .

و حسب رأي الطالب الباحث ، أنه بالإضافة إلى الكفاءة الذاتية يمكن أن تكون هناك عوامل أخرى قد تؤثر في التزام المرضى بتناول الأدوية بصورة صحيحة و بانتظام ، كعدد مرات تناول الدواء كل يوم ، فكلما زاد عدد مرات تناول الأدوية كل يوم ، كلما زادت الضغوط على المرضى و صعبت مهامهم ، و العكس صحيح ، هذا ربما يكون له أثر في تحديد مستوى التزام مرضى السكري بتناول الأدوية .

5-2-3-3- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة :

أسفرت نتائج الفرضية الجزئية الثالثة على تحقق الفرضية التي نصت على أنه توجد علاقة ارتباطية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام بإتباع الحمية الغذائية لدى مرضى السكري من النمط(1) و النمط (2) ، حيث جاء معامل الارتباط بيرسون ($r = 0.830$) ، و هو دال عند مستوى الدلالة (0.01) .

إن نتيجة الفرضية الجزئية الثالثة جاءت مؤيدة للعديد من الدراسات السابقة التي أجمعت على أنه توجد علاقة جوهرية بين الكفاءة الذاتية و عامل الحمية الغذائية لدى مرضى السكري فالحمية الغذائية الصحية لها أثر بالغ الأهمية في الإبقاء على مستوى مقبول من السكر في الدم

و بالتالي تمكين مرضى السكري من السيطرة على المرض و تجنب التعقيدات الطويلة المدى حيث جاءت نتائج هذه الدراسة متوافقة مع ما توصلت إليه دراسة شامبليس و ميرى (1979) Champlis et murry ، حيث توصلت هذه الدراسة إلى تأكيد أهمية كفاءة التحكم المعرفي في السلوكيات الصحية و الدور المهم الذي تلعبه كفاءة الذات المدركة في هذه العملية لتخفيض الوزن و الالتزام بنظام غذائي صحي .⁽¹⁾

و قد لاحظ الطالب الباحث من خلال النتائج المتحصل عليها أن المرضى الذين يملكون كفاءة عالية يقبلون على الالتزام بالحمية الغذائية الموصى بها من قبل الفريق المعالج ، في حين أظهر المرضى الذين يمتلكون كفاءة ذاتية منخفضة عدم مقدرتهم على الالتزام بالحمية الغذائية رغم إدراكهم لأهمية القيام بذلك .

و يبقى دفع المرضى لتغيير نظامهم الغذائي يعد من الأمور الصعبة خاصة عند المرضى المسنين لأنهم مارسوا عاداتهم الغذائية لسنوات طويلة ، و هو ما ينطبق على أفراد عينة الدراسة حيث بلغت نسبة الفئة العمرية التي يتراوح سنها ما بين 40 إلى 60 سنة بلغت 52.5% من حجم العينة الكلية ، كما قدر متوسط سن أفراد العينة ككل 51.33 سنة ، و هو ما قد يصعب على المرضى الالتزام بالنظام الغذائي الجديد مع مرور الوقت .

كما لا ينبغي إغفال عامل آخر مهم و هو ثقافة التغذية في مجتمعنا التي عرفت تحولا كبيرا في العادات الغذائية خلال السنوات الأخيرة ، و هو ما يترجمه الانتشار الكبير لمحلات الأكل السريع التي تقدم وجبات غنية بالدهون بالإضافة إلى الاستهلاك الكبير للمشروبات الغازية الغنية بالسكريات ، هذه الثقافة الغذائية السيئة على الصحة تشكل عائقا أمام التزام مرضى السكري بالحمية الغذائية ، حيث لا تقتصر هذه المهمة على المرضى فقط بل يجب على أفراد

¹. رالف شفارتزر، 1994، المصدر المذكور سابقا ، ص88 .

الأسرة ككل مساندة المريض في التزامه بالحماية الغذائية من خلال تبنّيهم للعادات الغذائية الصحية ، و هو ما ينطبق على وسائل الإعلام و المجتمع ككل ، و من هنا فإن النماذج السوية التي تقدمها بيئة المريض تشكل مصدرا مهما من مصادر الكفاءة الذاتية فتوفر درجة كبيرة من الإحساس بالكفاءة الذاتية لدى مريض السكري (أي اعتقاد المريض بأنه قادر على تغيير نظام غذائه) يشكل عاملا حاسما في الالتزام بالحماية الغذائية الموصى بها من قبل الفريق المعالج .

5-2-3-4- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة :

أسفرت نتائج الفرضية الجزئية الثالثة على تحقق الفرضية التي نصت على أنه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام بممارسة التمارين الرياضية لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2). حيث جاء معامل الارتباط بيرسون ($r = 0.850$) و هو دال عند مستوى الدلالة (0.01) .

و قد جاءت نتائج هذه الدراسة مؤكدة لنتائج الدراسة التي قام بها كل من **كلارك و هودج (1999) Clark et Hodge** وهي دراسة حول دور الكفاءة الذاتية في إدارة المرض المزمن ، حيث أسفرت نتائجها على أن كفاءة الذات تنبأت بمدى تنفيذ المرضى للسلوكيات الصحية الايجابية التي تساهم في إدارة المرض ، ومن تلك السلوكيات ممارسة النشاط البدني بصفة منتظمة .⁽¹⁾

كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع النتائج التي توصل إليها كل من **بوث و آخرون (2000) Booth et al** من خلال دراسة ميدانية أجروها في أستراليا على عينة عشوائية مكونة من 499 شخصا ، حيث تم قياس نشاطهم الرياضي ، إضافة إلى قياس كفاءة الذات متغيرات أخرى نفسية و اجتماعية ، و قد أظهرت النتائج بكل وضوح أن ذوي الكفاءة الذاتية العالية كانوا

¹. عثمان يخلف ، 2001، المصدر المذكور سابقا ، ص 115.

أكثر نشاطا و حيوية من غيرهم . في حين أظهرت نتائج الدراسة التي قام بها **مارتنيز و آخرون (1999) Martinez et al** ، الدور التأثيري الذي تلعبه الكفاءة الذاتية في تحسين جودة الأداء أو ضعفه فيما يخص ممارسة التمارين الرياضية و انعكاس ذلك على تحسن المزاج و الصحة النفسية.⁽¹⁾

و بالرجوع إلى نتائج هذه الفرضية الجزئية ، تتجلى أهمية الكفاءة الذاتية في التزام مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) بممارسة الرياضة بانتظام ، حيث أن مرضى السكري الذين كانوا يتمتعون بكفاءة ذاتية مرتفعة كانت لديهم ثقة في قدرتهم على ممارسة النشاطات الرياضية ، و هو ما ساعد على ترسيخ ممارستهم الفعلية للرياضة في حين أظهر المرضى الذين يمتلكون كفاءة ذاتية منخفضة عدم قدرتهم على الالتزام بممارسة التمارين الرياضية.

وعلى الرغم من النتائج المتوصل إليها ، إلا أنه وجب التذكير بأنه ربما للتقدم في السن تأثير على ممارسة الرياضة ، فأغلب أفراد العينة متقدمين في السن ، و هو ما أشار إليه الطالب سابقا حيث يقدر متوسط سن العينة بـ 52.33 سنة ، فمع التقدم في السن فإن الإتجاهات نحو الرياضة ، و مشاعر الكفاءة الذاتية المتعلقة بممارسة الرياضة تتدنى مع أن الدافع يبقى عاليا ، كما أن 68.3% من أفراد عينة الدراسة كانوا إناثا و بالتالي فإن عدم التزامهم بممارسة الرياضة بانتظام يمكن أن يفسر انطلاقا من خصائص المجتمع المحلي المحافظ ، و هو ما يكون قد أثر في نتائج هذه الفرضية .

انطلاقا من النتائج المحققة من الفرضيات الجزئية الأربعة التي أشارت إلى وجود علاقة إرتباطية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى كل بعد من أبعاد الالتزام الصحي فإننا نخلص إلى تحقق الفرضية العامة و التي مفادها : وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين مستوى الكفاءة

¹ . عودة صليحة ، 2009، المصدر المذكور سابقا ، ص 107.

الذاتية و مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط(1) و النمط(2) . و هو ما ترجمه معامل الارتباط بيرسون ($r = 0.895$) ، و هو ما يؤكد ما أشرنا له سابقا

هذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه العديد من الدراسة التي أكدت على العلاقة الإرتباطية القوية بين الكفاءة الذاتية و الالتزام بالسلوكات الصحية الموصى بها و التي تم التطرق إليها في الجانب النظري ، مثل دراسة كل من كلارك و هودج (Clark et Hodge , 1999) و دراسة كاري أرنسون (Kari Arneson, 2010) اللتين أكدتا على أن المرضى الذين يتمتعون بمستوى عالي من الكفاءة الذاتية ينجزون السلوكات الصحية المطلوبة للسيطرة على مرضهم .

و في الدراسة الحالية أظهر أفراد العينة الذين يتمتعون بكفاءة ذاتية عالية مستوى مقبول من الالتزام بالسلوكات الصحية الموصى بها من قبل الفريق الطبي المعالج ، على عكس أفراد العينة الذين كان لديهم مستوى منخفض من الكفاءة الذاتية و الذي انعكس بالسلب على مدى التزامهم بالسلوكات الطبية الموصى بها .

و على الرغم من النتائج المتوصل إليها من خلال تحليل نتائج الفرضيات الجزئية و نتائج الفرضية الرئيسية الثالثة ، لا يمكننا إهمال بعض المتغيرات التي يمكن أن تكون قد أثرت في النتائج المتوصل إليها كعامل السن ، و الخصائص الثقافية لمجتمع الدراسة و هذا لا يعني التقليل من أهمية متغير الكفاءة الذاتية التي تعتبر كأحد المتغيرات الرئيسية في دراسة موضوع الالتزام الصحي لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة بصفة عامة و مرضى السكري بصفة خاصة .

5-3- الاستنتاج العام :

من خلال ما تم عرضه من أبحاث ، و دراسات حول موضوع الدراسة الحالية ومن خلال تطبيق مقياس الكفاءة الذاتية و استبيان الالتزام الصحي بهدف معرفة العلاقة بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام الصحي المحدد أساسا في المراقبة اليومية للجلوكوز في الدم استخدام الأدوية بصورة صحيحة ، إتباع الحمية الغذائية ممارسة التمارين الرياضية لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2) ، فقد أسفرت النتائج على ما يلي :

. تحققت الفرضية الرئيسية الأولى التي نصت على أن " لدى مرضى السكري من

النمط (1) و النمط (2) مستوى منخفض من الالتزام الصحي ."

. تحققت الفرضية الرئيسية الثانية التي نصت على أن " لدى مرضى السكري من

النمط (1) و النمط (2) مستوى منخفض من الكفاءة الذاتية ."

. تحقق الفرضية الرئيسية الثالثة التي نصت على أنه " توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة

إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من النمط

(1) و النمط (2) " .

. كما تحققت أيضا الفرضيات الجزئية لهذه الدراسة التي نصت على ما يلي :

. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام

بالمراقبة اليومية للجلوكوز في الدم لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2).

. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام

باستخدام الأدوية بصورة صحيحة لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2).

. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام

بإتباع الحمية الغذائية لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2).

. توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الكفاءة الذاتية و مستوى الالتزام

بممارسة التمارين الرياضية لدى مرضى السكري من النمط (1) و النمط (2).

هذه النتائج تتفق مع نتائج العديد من الدراسات التي قد تم التطرق إليها في الجانب

النظري نذكر منها دراسة أنا ماري بالتو (Anna Mari Alto (2008 و دراسة بغوزي

وإدوارد (Bagozzi & Edwards (1998 ، اللتين توصلتا إلى التأكيد على الارتباط القوي

بين الكفاءة الذاتية و الالتزام بالسلوكات الصحية لدى مرضى السكري كما اتفقت مع نتائج

دراسة كل من كلارك و هودج (Clark et Hodge (1999 و دراسة كاري أرنسون

(Kari Arneson , 2010) اللتين أكدتا كذلك على أن المرضى الذين يتمتعون بمستوى عالي

من الكفاءة الذاتية ينجزون السلوكات الصحية المطلوبة للسيطرة على مرضهم .

و من خلال كل هذه النتائج المتوصل إليها سواء من الدراسة الحالية أو الدراسات السابقة

تتجلى بكل وضوح أهمية متغير الكفاءة الذاتية كأحد أهم المتغيرات القوية التي تؤثر بصورة مباشرة

على الالتزام الصحي لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة و من بينهم مرضى السكري ، و هو

ما يتوافق مع الطرح الذي تقدمه نظرية الكفاءة الذاتية ل باندورا التي ترى أن الأداء الفعلي

للسلوك الصحي لا يتحقق إلا إذا كان هناك توقع بالقدرة على ممارسة السلوك من قبل الفرد

و توقع النتائج الإيجابية للسلوك .

فمرضى السكري الذين يتميزون بمستوى مرتفع من الكفاءة الذاتية في الدراسة الحالية

يعتقدون بأنهم قادرون على الالتزام بالسلوكات الصحية المطلوبة منهم ، كما يعتقدون أن نتائج

الالتزام بهذه السلوكات ستمكنهم من السيطرة على مرضهم ، و تجنب مضاعفات داء السكري

الخطيرة على صحتهم ، و بالتالي فإن الكفاءة الذاتية تؤثر على ما يختاره مريض السكري من

نشاطات في حياته اليومية ، و مستوى الجهد الذي قد يبذله من أجل تحقيق هدفه و هو السيطرة

على مرضه ، كما تؤثر الكفاءة الذاتية على مستوى الضغط الذي يعاني منه مريض السكري جراء العيش و لمدى الحياة في مواجهة متطلبات مرضه المزمن ، و ما تفرضه من تحديات يومية من مراقبة الجلوكوز في الدم تناول الأدوية ، إتباع الحمية الغذائية ، و ممارسة الرياضة .

و مما سبق تتضح أهمية إدراكات و معتقدات مرضى السكري في قدرتهم على إنجاز متطلبات السيطرة على مرضهم ، و في تخطي العقبات ، و المثيرات التي تحول بينهم و بين السلوك المرغوب . لذا ليس من الغريب أن تكون نظرية الكفاءة الذاتية متغيرا أساسيا للعديد من الدراسات التي تناولت مشكلات تعديل السلوك في مجالات عدة مثل : التغذية الصحية ضبط الوزن ، ممارسة الرياضة ، اتباع التوصيات الطبية ، و غيرها من الدراسات التي برهنت على فاعلية الكفاءة الذاتية في تبني السلوك الصحي .

و بالرغم من النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية التي أكدت على الارتباط الإيجابي القوي بين الكفاءة الذاتية و الالتزام الصحي لدى مرضى السكري ، و تأييد العديد من نتائج الدراسات التي تناولها الطالب سابقا ، يبقى موضوع الالتزام الصحي لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة ، موضوعا معقدا نظرا لتداخل العديد من العوامل في تحديد مدى التزام المرضى بالسلوكات الموصى بها من قبل الفريق العلاجي .

فهذه الدراسة تناولت عاملا واحدا من بين العوامل المؤثرة في الالتزام الصحي التي حددتها المنظمة العالمية للصحة و هو العامل المتعلق بالمرض ، و تناولت خاصية واحدة من خصائص شخصية المريض و هي خاصية الكفاءة الذاتية ، في حين لم تتناول هذه الدراسة تأثير العوامل الأخرى على الالتزام الصحي ، و نقصد هنا العوامل المتعلقة بالمرض ، العوامل المتعلقة بالسيرورة العلاجية ، العوامل الإجتماعية و الاقتصادية العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب/مريض .

و من هنا يتضح لنا أن بحث موضوع الالتزام الصحي يحتاج إلى موارد بشرية ومادية كبيرة من أجل تحليله و فهمه بشكل يمكننا من الاستفادة أكثر من نتائج البحث في هذا الميدان و ما تمثله هذه الدراسة المتواضعة إلا جزءا بسيطا في هذا المجال .

و في الأخير تجدر الإشارة أن نتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة ، تبقى بحاجة إلى مزيد من البحث ، بغية الوصول إلى ضبط أكثر للمتغيرات ، وتحسين شروط البحث و استخدام أدوات أكثر دقة على عينة أكبر حجما .

الاقتراحات :

- بناء على النتائج المتحصل عليها من الدراسة الحالية يمكن إدراج الاقتراحات التالية :
- إجراء المزيد من الدراسات للكشف عن العلاقة الكامنة بين الكفاءة الذاتية و الالتزام الصحي
- لدى مرضى السكري بصفة خاصة ، و مرضى المصابين بأمراض مزمنة بصفة عامة .
- إجراء مزيد من الدراسات التي تتناول العلاقة بين العوامل النفسية في الأمراض المزمنة .
- ضرورة المزاوجة بين التكفل العضوي و التكفل النفسي في المستشفيات و جميع القطاعات الصحية .
- ضرورة العمل الجماعي (طبيب مختص ، طبيب عام ، أخصائي نفسي ، أخصائي تغذية ممرض) من أجل إنجاح البرامج العلاجية مع المرضى المزمنين و منهم مرضى السكري
- ضرورة إدماج المريض منذ البداية في الخطة العلاجية و مشاركته في إعدادها .
- تنظيم دورات تكوينية لممتهني الصحة حول أهمية العوامل النفسية و ما لها من تأثير على المرضى المزمنين .
- تنظيم دورات تدريبية مبنية على تنمية الكفاءة الذاتية لدى المرضى المزمنين بما فيهم مرضى السكري .
- تنظيم أيام تحسيسية و إعلامية حول موضوع الالتزام الصحي و دوره في الحد و/أو تفادي مضاعفات المرض تكون موجهة للمرضى المزمنين و عائلاتهم .

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

- 1 — أبو النيل محمد السيد، الأمراض السيکوسوماتية ، ط2.بيروت ، دار النهضة العربية للنشر والتوزيع.1994.
- 2 — أبو هاشم حسن محمد ، مؤشرات التحليل البعدي لبحوث فعالية الذات في ضوء نظرية باندورا، مجلة كلية التربية ، ع25 ، الزقازيق ، 2003 .
- 3 — أحمد الدردير عبد المنعم ، دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي ، ط1، ج2.القاهرة عالم الكتب. 2004.
- 4 — الحسيني أيمن، عزيزي مريض السكر، كيف تنتصر على مرضك وتحيا حياة سعيدة، ب ط ، الجزائر ، دار الهدى ، 1988.
- 5 — الزغلول عماد ، نظريات التعلم ، ط1، عمان ، دار الشروق للنشر و التوزيع، 2003.
- 6 — الرزق أحمد يحيى، علم النفس ، ط1 ، عمان ، دار وائل للنشر . 2006.
- 7 — الهرساني حامد محمد ، قصة البول السكري ، ط 1 ، مكة المكرمة، مؤسسة مكة للطباعة و الإعلام، 1965.
- 8 — الوكالة المساعدة للطب الوقائي : المرجع الوطني لتتقيف مرضى السكري ، الإصدار الأول، المملكة العربية السعودية ، وزارة الصحة. 2011.
- 9 — بدوي عبد الرحمان ، مناهج البحث العلمي ، الكويت ، وكالة المطبوعات ، 1977.

- 10 — بن السعيد الحميد محمد ، السكر أسبابه ، مضاعفاته ، علاجه ، ط1 ، المملكة
السعودية ، دار الرياض للنشر والتوزيع.2007.
- 11 — تيموثي.ج.ترول ، علم النفس الإكلينيكي ، ترجمة فوزي شاكر طعيمة داوود ، ط1،
عمان، دار الرياض للنشر و التوزيع.2007.
- 12 — جابر عبد الحميد ، نظريات الشخصية : البناء ، الديناميات ، النمو ، طرق البحث،
التقويم ، ط1 القاهرة ، دار النهضة العربية ، 1990.
- 13 — حسن مصطفى عبد المعطي ، الأمراض السيكوسوماتية ، ط1 ، القاهرة ، مكتبة
الزهراء الشرق،2003.
- 14 — خياطي مصطفى ، داء السكري لدى الطفل ، ترجمة مروان القنواطي ، الكويت ،
المركز العربي للوثائق و المطبوعات الصحية ،1990.
- 15 — خير الزراد فيصل محمد ، الأمراض النفسية الجسدية أمراض العصر ، ط1 ،
2000.
- 16 — رالف شفارتزر ، التفاؤلية الدفاعية و الوظيفية كشرطين أساسيين للسلوك الصحي،
ترجمة سامر . جميل رضوان ، مجلة الثقافة النفسية ، ع 38 ، المجلد 10 ، بيروت دار ، النهضة
العربية.1994.
- 17 — رجاء محمود أبو علام ، مناهج البحث في العلوم الإجتماعية ، ط6، القاهرة ، دار
النشر للجامعات ،2007.
- 18 — رحاحلية سامية ، الكفاءة الذاتية و علاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان
الخاضعين للعلاج الكيميائي رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الحاج لخضر ، باتنة ،
2010.

- 19 — رزقي رشيد ، الفعالية الذاتية و علاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الحاج لخضر ، باتنة ، 2012.
- 20 — رفعت محمد ، السكر و علاجه ، ط 1 ، دار المعرفة للطباعة و النشر ، لبنان، 1974.
- 21 — رويحة أمين، داء السكري ، أسبابه ، أعراضه و طرق مكافحته ، ط1 ، لبنان ، دار القلم 1973.
- 22 — زرواتي ، تدريبات على منهجية البحث في العلوم الإجتماعية ، ط1 ، الجزائر ، ديوان المطبوعات الجامعية .2002.
- 23 — زلوف منيرة ، علاقة صورة الذات و مستوى القلق بالتحصيل الدراسي لدى المراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين (دراسة مقارنة بين طالبات الطور الثانوي)،رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة الجزائر ، 2008 .
- 24 — سامر جميل رضوان: توقعات الكفاءة الذاتية " البناء النظري و القياس "، مجلة الشؤون الاجتماعية ، ع 1 ، 1997.
- 25 — سعيد شبل سمير ، مرض السكري و العين ، جامعة طنطا ، مجلة المعلومات.1994.
- 26 — شيلي تايلور، علم النفس الصحي ،ترجمة وسام درويش بريك و آخرون ، ط1 ، عمان، دار حامد للنشر و التوزيع، 2008 .
- 27 — صفوت فرج ، المرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين ، دار الأنجلو المصرية، 2000.
- 28 — عبيدات و آخرون ،منهجية البحث العلمي ، ط1، عمان ، دار وائل للنشر، 1999.

- 29 — عثمان يخلف ، علم نفس الصحة: الأسس النفسية و السلوكية للصحة ،الدوحة ، دار الثقافة. 2001.
- 30 — عدودة صليحة ، الكفاءة الذاتية و علاقتها بأسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الحاج لخضر ، باتنة ، 2009.
- 31 — علاء الشعراوي ، فاعلية الذات و علاقتها ببعض المتغيرات الدافعية لدى طلاب المرحلة الثانوية المنصورة ، مجلة كلية التربية ، ع44 ، 2000.
- 32 — عيدروس عقيل حسين ، مرض السكري بين الصيدلي و الطبيب ، ط1، مكة المكرمة، مطابع مؤسسة مكة للطباعة و الإعلام، 1993.
- 33 — غالب بن محمد علي ، قلق المستقبل و علاقته بكل من فاعلية الذات و مستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف ، السعودية ، جامعة الطائف ، 2008 .
- 34 — غرابية فيصل محمد ، الخدمة الاجتماعية الطبية ، العمل الاجتماعي من أجل صحة الإنسان، ط 2 ،الأردن ، دار وائل للنشر ، 2008.
- 35 — فاروق مرشد ، كمال المتيم ، الفم و الأسنان ،و الوقاية للسليم ، و العلاج للمريض ، العدد 162 ، القاهرة ، 1995 .
- 36 — فوقية حسين رضوان: الإعاقة الصحية . القاهرة : دار الكتاب الحديث. 2006.
- 37 — كفاي علاء الدين و آخرون ، موسوعة علم النفس التأهلي للأمراض المزمنة، القاهرة ، دار الفكر العربي للنشر، 2006.
- 38 — لكحل رفيقة ، تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الحاج لخضر ، باتنة ، 2011.

- 39 — محمد الدويدار عبد الفتاح ، مناهج البحث في علم النفس ، القاهرة ، دار المعرفة الجامعية 1999.
- 40 — محمد الزياد فتحي ، علم النفس المعرفي ، ط1، ج1، مصر ، دار النشر للجامعات، 2001.
- 41 — محمد صلاح الدين إبراهيم ، اختبارات المهارات الإجتماعية ، ط2 ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية، 1993.
- 42 — محمد عبد العزيز مفتاح ، مقدمة في علم نفس الصحة ، ط1 ، عمان ، دار وائل للنشر، 2010.
- 43 — موريس أنجرس ، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية ، ترجمة بوزيد صحراوي ، كمال بوشرف ، سعيد سبعون ، الجزائر ، دار القصبة للنشر ، 2004 .
- 44 — يوسف قطامي: النظرية المعرفية الاجتماعية .الأردن : دار الفكر.2004،ص 186.

ثانيا: المراجع الأجنبية

45- Alain Bottéro , La compliance au long cours dans les schizophrénies d'une nécessité à la réalité , neuropsychiatrie , Tendances et débats,N°17,Paris , 2002.

46- Anna-Mari Alto, Glycemic control , Self-care behaviors and psychosocial factors among insulin treated , International journal of Behavioral Medicine, V4 , Issue 3,publisher Springer-verlag,2008.

47- Anthony James Curtis , Health Psychology , 2nd Edition, Canada, Routledge ,2001.

48- Aurélie Gauchet , Observance thérapeutique et VIH , enquête sur les facteurs biologiques et psychosociaux ,France , Editions l'Harmattan. 2008.

49- Bandura.A , Auto efficacité , traduit par , Jacques Lecomle , de boeck, Paris. 2003.

50- Bandura.A. Self-efficacy , Toward a unifying theory of behavior change , vo184,N02. 1977.

51- Bauer .C , Tessier .S , Observance thérapeutique chez les personnes âgées , Synthèse documentaire , Paris ,2001.

52- Bloom.G, Arnold.J, Atlas color of diabetes London thuenco & gender , duration and complications Diabetic Medication,Vol 10,N8,1982.

53– Bruce A , Thyer W , Hudson W. :Progress in behavioral social work , journal of Social Service Research ,V°10,N2,USA , Haworth Press.1987.

54– David S. Gochman , Handbook of health behavior research :Provider contents, V° 2,New York ,Plenum Press ,1997.

55– Diabetes Australia, Diabetes management in Canada practice ,Guidelines for type 2 Diabetes, 2012.

56– Drouin.D, lobservance un facteur de risque méconnu ,Direction de santé ,Québec. 2004.

57– Fischer .G ,Traité de psychologie de santé , Edition Duno , Paris ,2002.

58– Garnier & Delamare , Dictionnaire des termes de médecine , 27éd , Paris ,maloine ,2003.

59– Gérard Reach , Clinique de l’observance :l’exemple des diabètes , Paris : Editions John Libbey Eurotext.2006.

60– International Pharmaceutical Federation: World Diabetes Day , Pharmacist Contributions to diabetes care , Netherlands , hague , 2012.

61– International Diabetes Federation , IDF Diabetes Atlas .4th edn . Belgium.2009.

62– International Diabetes Federation , International curriculum for Diabetes health professional Education, Pharmaceuticals North America ,2008 .

63– J. de Blic , Groupe de Recherche sur les Avancées en Pneumopédiatrie (GRAPP),Observance thérapeutique chez l'enfant astmatique Recommandations pour la pratique clinique , Paris ,Elsevier masson.2007.

64– Jack E. Fincham , Patient compliance with medications , issues and opportunities , USA , Haworth Press.2007.

65– Jan Ogden:Health psychology ,3rd Editions ,USA: Open University Press,2004.

66– Julia Russell , Introduction to psychology for health carers ,United Kingdom ,Nelson Thomes,2005.

67– Laouar.S, Le diabète dans l'histoire , Le fascicule de la santé , N5 , Alge , Maison de la presse.2006.

68– Larousse . p , Petite larousse , Dictionnaire encuclo-pédique pour tous , Paris , librairie larousse ,1990.

69– Maine center for disease control and prevention division of chronic disease. Diabetes self management Education Barrier study ,11 State House Station Augusta , 2006.

70– Michael A. Rapoff , Adherence to pediatric medical regimes , New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers,1999.

71– Mickey C . Smith ,Albert I.Wertheimer ,Social and behavioral aspects of pharmaceutical car ,USA,Haworth Press.1996.

72– Nadia M.Taha , Magda Abd el-azeaz ,Bahia Abd el-Rzik , Factors Affecting Compliance of Diabetic Patients toward Therapeutic Management Medical journal of Cairo University,Vol 79.No 1, 2009.

73– National Diabetes Education program, Guiding Principles for Diabetes Car , No 09-4343 NDEP-16,2009.

74– Novo Nordisk Pharma, Comprendre mon diabète , changing diabetes , Bruxelles , CORP , 29N2/fr.2011.

75– Pacaud .G, Le diabète et ses complication, prévention, pris en charge et traitement. Alger :Edition dahlab.1995.

76– Pamala D.Larsen ,Ilene Morof Lubkin , Chronic illness :impact and intervention , 7th editions,Unted Kingdom, Jones and Bartlett Publishers,2009.

77– Perlemuter .L , Sélan .J & Collin de l'hortet .G, Diabète et Maladies métaboliques , 4^{ème} éd ,Paris.2003.

78– Pierre Jeans Guillaussen , Vivre & Comprendre Le Diabète de type 2 , V2 , faculté de Médecin Lariboisière saint louis université Paris,2003.

79– Sarason.I et al , A social learning approach to increasing blood donations, Journal of Applied Social Psychology.1991.

80– Tawfik Ahmed khoga and all, diabetes:the hidden pandemic and its impact on the middle east and northern Africa. Dubai, Mena Diabetes Leadership Forum,2010.

81– The New Oxford Dictionary of English (NODE) , J Persall .Ed, Oxford, Clarendon Press.1998.

82– Vermeire E ; Hearnshaw H , Van Royen P;and Denekens J.: Patient adherence to treatment : three decades of research, A comprehensive review , journal of Clinical Pharmacy Therapeutics .2001.

83– William T. O'donhue, Eric R. Levensky , Promoting treatment adherence : a practical handbook for health care providers, USA, Sage Publications,2006.

84– World Health Organization , Adherence to long-term therapies, evidence for action , World Health Organization ,Switzerland, 2003.

85- World Health Organization , VIH / AIDS care and treatment for people who inject drugs in Asia and the Pacific : an essential practice guide , Switzerland , WHO Press,2008.

86- World health organization , world health statistics.Switzerland , WHO Library,2012 .

87-Velma Harkins . A practical Guid to inegrated Tupe 2 Diabetes care . Irland , OAK House .2008.

88-Susan liewelyn and Paul kennedy , Handbook of clinical health psychology. England: john wiley & sons,West Sussex. 2003.

ثالثا: مواقع الإنترنت

89- الجزائر ، مكتب بث الأنباء.

([www .bethpress.com/index.php/indetails/4139](http://www.bethpress.com/index.php/indetails/4139))

90- سامر جميل رضوان (1997): توقعات الكفاءة الذاتية " البناء النظري و القياس " ،

مجلة الشؤون الاجتماعية ، ع 1 مدون في :

([http :de .geocities.com/psychoarab/komp](http://de.geocities.com/psychoarab/komp) :04/20/2013-16 :40)

الملاحق

ملحق رقم (1) :مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة

السن :..... الجنس :.....

العمل (إذا كنت تعمل) :.....

تعليمات : أمامك عدد من العبارات التي يمكن أن تصف أي شخص ، اقرأ كل عبارة وحدد مدى انطباقها عليك بوجه عام ، و ذلك بوضع علامة (X) أمام كلمة واحدة فقط مما يلي كل عبارة منها .

ليس هناك إجابة صحيحة و أخرى خاطئة ، و ليست هناك عبارات خادعة ، أجب بسرعة ولا تفكر كثيرا بالمعنى الدقيق لكل عبارة ، و لا تترك أي عبارة دون إجابة .

العبارات	مطلقا	نادرا	غالبا	دائما
1. عندما يقف شخص في طريق تحقيق هدف أسعى إليه ، فإنني قادر على إيجاد الوسائل المناسبة لتحقيق مبتغاي .				
2. إذا ما بذلت من جهد كفاية ، فأني سأنجح في حل المشكلات الصعبة .				
3. من السهل علي تحقيق أهدافي و نواياي .				
4. أعرف كيف أتصرف مع المواقف غير المتوقعة .				
5. أعتقد بأنني قادر على التعامل مع الأحداث حتى و لو كانت هذه مفاجأة لي .				
6. أتعامل مع الصعوبات بهدوء لأنني أستطيع دائما				

				الاعتماد على قدراتي الذاتية .
				7. مهما يحدث فأني أستطيع التعامل مع ذلك .
				8. أجد حلا لكل مشكلة تواجهني .
				9. إذا ما واجهني أمر جديد فأني أعرف كيفية التعامل معه .
				10. أمتلك أفكارا متنوعة حول كيفية التعامل مع المشكلات التي تواجهني .

ملحق رقم (2): استبيان الالتزام الصحي لدى مرضى السكري

الاسم (اختياري) :..... السن :.....

الجنس : ذكر (....) أنثى (....) مدة المرض :

نوع داء السكري : النمط (1) (....) النمط (2) (....)

. ماذا تستخدم في علاجك :

1. حبوب السكري (....) 2. حقن الأنسولين (....) كم مرة في اليوم (....)

3. حبوب السكري و حقن الأنسولين معا (....)

. هل تعاني من : 1. مضاعفات القلب (....) ، 2. اضطرابات الكلى (....)

3. مضاعفات البصر (....) ، 4. تقرحات في القدمين (....).

5. أمراض أخرى حدد من فضلك :

تعليمية الاستبيان :

في إطار القيام بدراسة حول " الكفاءة الذاتية و علاقتها بالالتزام الصحي لدى مرضى

السكري " ، نطلب منك المساهمة في إثراء هذه الدراسة من خلال مشاركتك في الإجابة على هذا

الاستبيان ، كما نرجو منك أن تجيب بصدق على كل العبارات و ذلك بوضع علامة (X) في

الخانة التي تناسب سلوكك .

تأكد أن معلوماتك ستوظف لأغراض علمية فقط ، و أنها ستحظى بقدر عالي من السرية و

الانتماء .

العبارات	لا	نادرا	غالبا	دائما
1. أقيس مستوى السكر في الدم قبل ممارسة الرياضة.				
2. أتناول أدويتي بانتظام كل يوم .				
3. أمارس التمارين الرياضية بانتظام.				
4. أميل إلى كثرة النشاط و الحركة .				
5. أتناول أدويتي عندما أكون مرهقا فقط .				
6. أنسى تناول أدويتي .				
7.أهتم بلياقتي البدنية .				
8. أبقى وزني تحت السيطرة .				
9. أفضل استعمال وسائل النقل على المشي.				
10. أحافظ على حميتي الغذائية في المناسبات مثل (الأعراس و الأعياد).				
11. أتناول جرعات أكثر مما يصفه لي طبيبي .				
12. أمارس رياضة المشي نصف ساعة كل يوم .				
13. توقفت عن تناول أدويتي.				
14. أقيس مستوى السكر في الدم قبل تناول أي وجبة طعام (فطور،غذاء، عشاء).				
15. أحافظ على حميتي الغذائية عندما أكون بعيدا عن المنزل (مسافر) .				

				16. أتناول جرعات أقل مما يصفه لي طبيبي .
				17. ألجأ إلى النوم بعد تناول وجبة العشاء مباشرة .
				18. أحافظ على حميتي الغذائية عندما أكون متوترا .
				19. أحب القيام بنشاطات حركية يوميا .
				20. أنسى أخذ أدويتي عندما أكون مسافرا.
				21. أقيس مستوى السكر في الدم عندما أكون مرهقا فقط.
				22. أختار الأطعمة المناسبة لصحتي .
				23. أقيس مستوى السكر في الدم عند تغيير جرعة الدواء (أنسولين أو أقراص).
				24. أحافظ على حميتي الغذائية عندما أكون مريضا فقط.
				25. أقيس مستوى السكر في الدم عندما أستيقظ من النوم .
				26. أقيس مستوى السكر في الدم بعد ساعتان من تناول أي وجبة طعام(فطور،غذاء، عشاء).
				27. أقيس مستوى السكر في الدم قبل الذهاب إلى النوم.
				28. أتبع الحمية الغذائية كما حددها لي طبيبي .

ملحق رقم (3): أسماء المحكمين و درجاتهم العلمية

1. جبالى نور الدين أستاذ محاضر أ : بقسم علم النفس بجامعة الحاج لخضر باتنة .
2. أمزيان وناس أستاذ محاضر أ : بقسم علم النفس بجامعة الحاج لخضر باتنة .
3. بوعون السعيد أستاذ محاضر أ : بقسم علم النفس بجامعة الحاج لخضر باتنة .
4. صالحى حنيفة أستاذ محاضر أ : بقسم علم النفس بجامعة الحاج لخضر باتنة .
5. مزوز بركو أستاذ محاضر أ : بقسم علم النفس بجامعة الحاج لخضر باتنة .
6. فحلول سعاد : طبيب مختص في الأمراض الباطنية ، عيادة (معلم) لعلاج أمراض السكري باتنة .
7. منزر آمال : طبيب مختص في الأمراض الباطنية ، عيادة معلم لعلاج أمراض السكري بباتنة .
8. عز الدين زعير : أخصائي نفسي و مستشار تربية علاجية ، عيادة معلم لعلاج أمراض السكري بباتنة .
9. حماني جمال : أخصائي نفسي ، مستشار تربية علاجية ، عيادة معلم لعلاج أمراض السكري بباتنة .
10. بشتلة لامية : أخصائية نفسانية ، عيادة معلم لعلاج أمراض السكري بباتنة .

ملحق رقم (4): استبيان الالتزام الصحي الموجه للمحكمين

استبيان الالتزام الصحي لدى مرضى السكري، من إعداد الطالب الباحث
صهيب سامعي
(الاستبيان المقدم إلى السادة المحكمين الأفاضل)

اسم و لقب المحكم:
الدرجة العلمية:
التخصص:
الجامعة:

جامعة البليدة 2
كلية الآداب و العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

الأستاذ (ة) الفاضل (ة) ، تحية طيبة و بعد

الطالب الباحث بصدد بناء استبيان الالتزام الصحي لدى مرضى السكري في دراسته الموسومة (الكفاءة الذاتية و علاقتها بالالتزام الصحي لدى مرضى السكري) ، و يعرف (Haynes et al 1979) الالتزام الصحي بـ: "مدى توافق سلوك المريض مع التوصيات الصحية و الطبية من حيث تناول الأدوية و اتباع الحمية ، تغييرات أخرى تخص نمط الحياة أما السلوكات الصحية لمرض السكري فيعرفها معهد الطب الأمريكي على أنها المهام التي يتعهد المريض بالقيام بها للعيش مع الشروط المزمنة ، هذه المهام تتضمن امتلاك الثقة للتعامل مع الحالات الطبية ، السلوك ، و إدارة العاطفة المتعلقة بهذه الحالات ، و هذه السلوكات الصحية

مؤسسة لتحقيق السيطرة القصوى على الجلوكوز في الدم لتفادي تعقيدات مرض السكري من خلال المعرفة و الوعي و بتعليم تقنيات سلوكية فعالة لإدارة مرض السكري .

و بعد الإطلاع على الرصيد النظري حول الالتزام الصحي لمرضى السكري ، و الاستعانة بخبرة الأطباء المختصين في علاج مرضى السكري في كل من عيادة معلم لعلاج مرضى السكري ، و المستشفى الجامعي بباتنة ، فإن الطالب يعرف الالتزام الصحي بدرجة توافق سلوكيات مرضى السكري مع السلوكيات الصحية التي يجب القيام بها من أجل السيطرة على نسبة الجلوكوز في الدم ، و إبقائه قدر المستطاع قريبا من المستوى الطبيعي من أجل ضبط السكري و منع أو التقليل من التعقيدات طويلة المدى ، و تتضمن هذه السلوكيات الصحية ما يلي :

. المراقبة اليومية و المستمرة للجلوكوز في الدم .

. إتباع الحمية الصحية بانتظام .

. ممارسة التمارين الرياضية .

. استخدام الأدوية بصورة سليمة .

أما إجرائيا : هي الدرجة الكلية المتحصل عليها من استبيان الالتزام الصحي لمرضى السكري الذي يعده الطالب خصيصا لذلك .

و عليه فقد قسم الطالب استبيان الالتزام الصحي لدى مرضى السكري إلى أربع محاور رئيسية و هي :

1/. المراقبة اليومية السكر في الدم .

2/. إتباع الحمية الغذائية الصحية بانتظام .

3/. ممارسة التمارين الرياضية .

4/. استخدام الأدوية بصورة سليمة .

ثم قام الطالب بتغطية كل محور من هذه المحاور بمجموعة من البنود ، حيث اشتمل هذا الاستبيان 28 بنداً و على 04 بدائل الإجابة و هي: (لا) ، (نادراً)، (غالباً)، (دائماً) .

و نظراً لما تتمتعون به من خبرة و دراية في مجال البحث العلمي، فإن الباحث يرجوكم إبداء آرائكم و مقترحاتكم في صدق و صلاحية كل بند من بنود المحاور الأربعة للاستبيان وكذلك مدى صلاحية بدائل الإجابة.

و أخيراً يتقدم الطالب الباحث بخالص شكره و تقديره لتعاونكم. رعاكم الله.

المحور	البند	مناسب	غير مناسب	ملاحظات
المراقبة اليومية لمستوى السكر في الدم .	1/ أقيس مستوى السكر في الدم عندما أستيقظ من كل صباح .			
	2/ أقيس مستوى السكر في الدم قبل تناول أي وجبة طعام (فطور،غذاء، عشاء) .			
	3/ أقيس مستوى السكر في الدم بعد ساعتان من تناول أي وجبة طعام(فطور،غذاء، عشاء) .			
	4/ أقيس مستوى السكر في الدم قبل ممارسة الرياضة .			
	5/ أقيس مستوى السكر في الدم قبل الذهاب إلى النوم .			
	6/ أقيس مستوى السكر في الدم عند تغيير جرعة الدواء (أنسولين أو أقراص) .			
	7/ أقيس مستوى السكر في الدم عندما أكون مريضا أو متعبا .			

إتباع الحمية الغذائية الصحية بانتظام .			1/ أتبع الحمية الغذائية كما حددها لي طبيبي .
			2/ أختار الأطعمة المناسبة لصحتي .
			3/ أحافظ على حميتي الغذائية عندما أكون مريضا .
			4/ أبقى وزني تحت السيطرة .
			5/ أحافظ على حميتي الغذائية عندما أكون متوترا أو عندما أشعر بالقلق .
			6/ أحافظ على حميتي الغذائية في المناسبات مثل (الأعراس و الأعياد) .
			7/ أحافظ على حميتي الغذائية عندما أكون بعيدا عن المنزل (مسافر) .
ممارسة التمارين الرياضية بانتظام			1/ أمارس التمارين الرياضية بانتظام.
			2/ لا أميل إلى كثرة النشاط و الحركة .
			3/ أحب القيام بنشاطات حركية يوميا .
			4/ أفضل استعمال وسائل النقل على المشي .
			5/أهتم بلياقتي الجسمية .
			6/ ألجأ إلى النوم بعد تناول وجبة العشاء

			مباشرة .	
			7/ أمارس رياضة المشي نصف ساعة كل يوم .	
			1/ أتناول أدويتي عندما أحتاج إليها فقط .	استخدام الأدوية بصورة سليمة .
			2/ أتناول أدويتي بانتظام كل يوم .	
			3/ أنسى أخذ أدويتي عندما أكون مسافرا .	
			4/ أنسى تناول أدويتي .	
			5/ توقفت عن تناول أدويتي منذ فترة طويلة .	
			6/ أتناول جرعات أكثر مما يصفه لي طبيبي .	
			7/ أتناول جرعات أقل مما يصفه لي طبيبي .	

Résumé

La présente étude visait à révéler la relation sous-jacente entre l'auto-efficacité et l' Observance thérapeutique chez les patients atteints de diabète et ce en posant les questions suivantes :

1- Quel est le niveau d' Observance thérapeutique chez les patients atteints de diabète de type (1) et de type (2) ?

2- Quel est le niveau de l'auto-efficacité chez les patients atteints de diabète de type (1) et de type (2) ?

3- y a-t-il une corrélation statistiquement significative entre l'auto-efficacité et l' Observance thérapeutique pour le contrôle quotidien de la glycémie chez les patients atteints de diabète de type (1) et de type (2) ?

4- y a-t-il une corrélation statistiquement significative entre l'auto-efficacité et l' Observance thérapeutique à suivre le régime alimentaire chez les patients atteints de diabète de type (1) et de type (2) ?

5- y a-t-il une corrélation statistiquement significative entre l'auto-efficacité et l' Observance thérapeutique à l'exercice sportif chez les patients atteints de diabète de type (1) et de type (2) ?

6- y a-t-il une corrélation statistiquement significative entre l'auto-efficacité et l' Observance thérapeutique à prendre d'une manière correcte les médicaments chez les patients atteints de diabète de type (1) et de type (2) ?

L'étude portait sur un échantillon de 120 cas des deux sexes , (masculin et féminin) , dont la moyenne d'âge est 51,33 ans .

Les outils ont été employés pour réaliser cette étude :

1- la mesure de l'auto-efficacité générale de Ralf Schwarzer dans sa version arabisée par Samer Djamil Radhouane.

2- un questionnaire de Observance thérapeutique des diabétique conçu par l'étudiant .

Après vérification de l'exactitude et de la constance des deux outils employés sur l'échantillon local et l'utilisation des méthodes statistiques adaptées à la nature des question et aux hypothèses, l'étude a donne résultats suivants :

1- chez les patients atteints de diabète de type (1) et de type (2) un niveau d' Observance thérapeutique faible .

2- 1- chez les patients atteints de diabète de type (1) et de type (2) un niveau de l'auto-efficacité faible

3- L'existence d'une corrélation positive entre l'auto-efficacité et l' Observance thérapeutique pour le contrôle quotidien de la glycémie chez les patients atteints de diabète de type (1) et de type (2) .

4- L'existence d'une corrélation positive entre l'auto-efficacité et l'Observance thérapeutique à suivre le régime alimentaire chez les patients atteints de diabète de type (1) et de type (2) .

5- L'existence d'une corrélation positive entre l'auto-efficacité et l'Observance thérapeutique à l'exercice sportif chez les patients atteints de diabète de type (1) et de type (2) .

6- L'existence d'une corrélation positive entre l'auto-efficacité et l'Observance thérapeutique à prendre d'une manière correcte les médicaments chez les patients atteints de diabète de type (1) et de type (2) .