الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة2

كلية: العلوم الاجتماعية

قسم: علم النفس

الامتثال العلاجي وعلاقته بكل من مركز التحكم الصحي و السند الاجتماعي المدرك لدى الراشدين المصابين بداء السكري

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في: علم النفس

تخصص: علم النفس الصحي

إعداد الطالبة **إشراف الدكتورة**

براوي فاطمة الزهرة **هديبيل يمينة زوجة مقبال**

السنة الجامعية 2021/2020

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة2

كلية: العلوم الاجتماعية

قسم: علم النفس

الامتثال العلاجي وعلاقته بكل من مركز التحكم الصحي و السند الاجتماعي المدرك لدى الراشدين المصابين بداء السكري.

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في: علم النفس

تخصص: علم النفس الصحي

إعداد الطالبة **براوي فاطمة الزهرة**

أمام اللجنة المشكلة من:

اليازيدي فاطمة الزهراء	**أستاذ التعليم العالي البليدة– 2**	**رئيسة.**
هديبيل يمينة زوجة مقبال	**أستاذ التعليم العالي البليدة– 2**	**مشرفة ومقررة.**
فرشان لويزة	**أستاذ التعليم العالي الجزائر–2**	**مناقشة.**
ياحي سامية	**أستاذ التعليم العالي الجزائر–2**	**مناقشة.**
يعيش مهدية	**دكتورة البليدة–2**	**مناقشة.**

السنة الجامعية 2021/2020

ملخص البحث

يحتاج جل المصابين بالأمراض المزمنة والمصابين بداء السكري على وجه الخصوص إلى ما يمكنهم من التعايش مع مرضهم وإدارته بشكل جيد، الأمر الذي قد يعرقل الإيقاع المتسارع للمضاعفات الممكنة الحدوث، ولعل أهم ما يمكن أن يضمن هذا التعايش هو الامتثال للعلاج، لذا هدف هذا البحث إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الامتثال العلاجي وكل من مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك لدى الراشدين المصابين بداء السكري.

اعتمدنا في هذا البحث على المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والسببي المقارن، تألفت عينة بحثنا من 133 راشد مصاب بداء السكري ومن الجنسين تم اختيارهم بطريقة قصدية، وبغية قياس مستوى المتغيرات لدى أفراد العينة لجأنا إلى بناء مقياس لقياس مستوى الامتثال العلاجي، واعتمدنا على مقياس والستون وآخرون (1976-1978).Wallston et al المعرب من طرف جبالي (2007) لقياس مركز التحكم الصحي، واستخدمنا مقياس السند الاجتماعي المدرك لسارازون وآخرون (1983).Sarason et al المعرب والمكيف على البيئة العربية من طرف الشناوي و أبو بيه (1990).

بعد التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات البحث وتطبيقها على عينة هذه الأخيرة ومعالجة البيانات بالحزمة الإحصائية للبحوث الاجتماعية(SPSS)، اتضح لنا أن الراشدون المصابون بداء السكري يتميزون بمستوى متوسط من الامتثال العلاجي، كما أن بعد التحكم الصحي الخارجي للحظ والصدفة هو البعد السائد من أبعاد مركز التحكم الصحي لدى أفراد العينة، وتبين أن الراشدون المصابون بداء السكري بمستوى متوسط من السند الاجتماعي المدرك. وبالنسبة لعلاقة الامتثال العلاجي بكل بعد من أبعاد مركز التحكم الصحي فقد كانت دالة مع كل من البعد الداخلي والبعد الخارجي للحظ والصدفة من مركز التحكم الصحي في حين لم يكن الارتباط دال مع البعد الخارجي لذوي النفوذ والآخرون، وفيما يخص الارتباط بين السند الاجتماعي المدرك والأبعاد الثمانية للامتثال العلاجي لدى أفراد عينة البحث فقد كان قويا ودالا على كل الأبعاد، بينما لم يكن الارتباط دالا بين مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك لدى أفراد العينة. كما أن مستوى الامتثال العلاجي لدى أفراد العينة يختلف تبعا لكل من مركز التحكم الصحي، السند الاجتماعي المدرك، الجنس، نوع العلاج المتبع، ومدة الإصابة.

الكلمات المفتاحية: الامتثال العلاجي- مركز التحكم الصحي- السند الاجتماعي المدرك- داء السكري.

إهداء:

إلى أرواح أبي "براوي معمر" و جدتي" بن أحمد فاطمة"، التي أتمنى أن يكون هذا العمل صدقة جارية في ميزان حسناتهما إلى يوم الدين.

إلى الشمس التي أضاء نورها حياتي مذ وجدت في هذه الحياة، الشمعة التي احترقت لتنير دربي التي تعطي دون مقابل، التي ضحت بالغالي والنفيس لأنال وأبلغ مرادي إلى من تجحف كلماتي وعباراتي وتخونني في حقها بالثناء والتقدير، إلى التي تكبدت معي كل معاناتي، ملهمتي "أمي" نبع الحنان أطال الله في عمرها وجعلها من السبعين ألف الذين يدخلون الجنة بغير حساب.

إلى الذي فضل أن نرى النور رغم حرمانه منه، إلى من ساندني بكل قواه، من يأمل أن يرى فينا ما لم يتكمن من تحقيقه إلى الذي غاب ولم أتمكن من تكريمه بهذا العمل "أبي العزيز رحمه الله وجعله من السبعين ألف الذين يدخلون الجنة بغير حساب.

إلى مساندي ونصفي الثاني، حبيب القلب والروح، إلى من أيدني وعفا عن تقصيري في حقه في سبيل إتمام هذا العمل، إلى من يشعرني وجوده جنبي بالأمان، الراحة، السعادة، والاكتمال، زوجي الفاضل "شعبان".

إلى الألماسات، التي أنارت ببريقها مشوار حياتي، القلوب المرهفة التي تشحنني طاقة وحبا بالحياة، إلى الذين ينادونني بأسمى لقب في دنياي "أمي"، بطلاي وملاكاي الصغيرين والذكيين، ابنتي "غفران آلاء الرحمان، وابني أنس حفظهما الرحمان.

إلى من أشد به أزري، عضدي في حياتي، قوتي، إلى من ينال كل حبي واحترامي، إلى السباق بالمساندة، من يذلل في وجهي كل العقبات، إلى توأم روحي، نور قلبي، قرة عيني، أخي "طيب".

إلى الدرر النقية، اللآلئ المنيرة، إلى من سخرن كل جهودهن لمساندتي، إلى من تبرعن بما يعز عليهن من وقت وجهد ومال، إلى من كافئني الله بحبهن الغير مشروط واللامتناهي، حبيباتي غالياتي "إيمان" نور عيني، "روميساء" بهجتي وروحي، وصغيرتي ونبض قلبي "سارة".

إلى من وسعت فرحتي به كل الكون، إلى من يشعرني ضمه بامتلاك الكون صغيري ابن أختي بل ابني "يحيى".

إلى الحنونة، الغالية، القوية، المكافحة والعزيزة على قلبي الخلوقة، رفيقة الدرب "أسماء".

شكر وتقدير

الحمد لله الذي بإذنه تتم الصالحات، الحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه على منحي القدرة لإتمام هذا العمل.

أتوجه بالشكر الجزيل لكل من كانت له بصمة في هذا العمل، لكل من وجهني، ساعدني، أرشدني، من قريب أو من بعيد.

أخص بالشكر والامتنان والتقدير مشرفتي "هديبل يمينة زوجة مقبال"، على نصائحها القيمة وعلى أسلوبها المتميز في الإشراف

ولا يفوتني أن أشكر أستاذ جامعة تمنراست الذي ساعدني وقدم إلى الكثير من النصائح التي أنارت لي دروب هذا العمل غير أنه أبى يفصح عن اسمه بغية نيل رضا الرحمان.

كما أشكر الأستاذ نعموني على دعمه لي ومساعدتي في استخدام الحزمة الإحصائية.

ولا أنسى أن أشكر كل الأساتذة الذين أشرفوا علينا ورافقونا طيلة المشوار الدراسي والتكويني.

أقدم شكري للأساتذة المحكمين كل باسمه، الذين أبوا إلا أن يكرسوا من وقتهم الثمين بغية مساعدتي، حاملين مشعل شعاره العلم للجميع.

إلى الأساتذة الذين تقبلوا وبصدر رحب مناقشة هذا العمل وإثرائه بملاحظاتهم القيمة كل باسمه وأستسمحهم مسبقا على ما سيعترضهم فيه من هفوات.

فهرس ***المحتويات***

الموضوع ..... ***رقم الصفحة***

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

إهداء

شكر وتقدير

ملخص البحث باللغة العربية

مقدمة ***2***

الجانب النظري

الفصل الأول: الخلفية النظرية لإشكالية البحث

تحديد الاشكالية.....5

فرضيات البحث ***26***

دوافع اختيار الموضوع ***27***

أهمية البحث ***29***

أهداف البحث..... ***28***

مفاهيم البحث..... ***32***

الفصل الثاني: الامتثال العلاجي

تمهيد.....

نبذة تاريخية عن الامتثال العلاجي 37

عرض بعض المصطلحات التي قد يتم الخلط بينها وبين الامتثال العلاجي 51

تعريف الامتثال العلاجي Therapeutic adherence 40

محددات الامتثال العلاجي..... 49

النظريات المفسرة للامتثال العلاجي..... 63

أساليب تقييم الامتثال العلاجي..... 91

الامتثال العلاجي والأمراض المزمنة..... 93

علاقةا لامتثال العلاجي بداءالسكري 95

خلاصة الفصل..... 98

الفصل الثالث: مركز التحكم الصحي

تمهيد.....

نبذة تاريخية عن المفهوم..... 100

تعريف مركز التحكم Locus of control 101

تعريف مركز التحكم الصحي Health Locus of Control 106

أبعاد مركز التحكم الصحي 113

خصائص الأفراد ضمن كل بعد من مركز التحكم الصحي 122

العوامل المؤثرة في مركز التحكم الصحي 133

الانتماءالنظري لمركز التحكم الصحي 144

مقياس مركز التحكم الصحي 147

مركزا لتحكم الصحي و السلوكيات الصحية 159

مكانة مركز التحكم الصحي من داء السكري 162

خلاصة الفصل..... 165

الفصل الرابع: السند الاجتماعي المدرك

تمهيد.....

التطور التاريخي لمصطلح السند الاجتماعي المدرك..... 167

تعريف السند الاجتماعي المدرك Perceived social support 171

أنواع السند الاجتماعي المدرك..... 185

مصادر السند الاجتماعي المدرك..... 190

أبعاد السندا لاجتماعي المدرك..... 192

وظائف السندالاجتماعي المدرك..... 195

نظريات السند الاجتماعي..... 201

مكانة السندالاجتماعي المدرك من الامتثال للعلاج في حالة الإصابة بداء السكري..... 206

خلاصة الفصل..... 210

الفصل الخامس: داء السكري

تمهيد.....

نبذ تتاريخية عن مرض السكري 212

تعريف داء السكريDiabetes 214

التفسير العلمي لداءالسكري 215

فيزيولوجية حدوث داء السكري 218

التغيرات التي تحدث عند نقص الأنسولين 222

إبيديميولوجية داء السكري 184

تشخيص داءالسكري 231

أنواع داءالسكري 234

أعراض داءالسكري 248

عوامل الإصابة بداءالسكري 256

مضاعفات داءالسكري 209

خلاصةالفصل..... *266*

الجانب الميداني

الفصل السادس الاجراءات المنهجية

تمهيد:.....

منهج البحث..... *269*

الدراسة الاستطلاعية..... *270*

الحدود الزمانية والمكانية للبحث *272*

المعاينة..... *272*

خصائص العينة..... *273*

أدوات البحث..... *280*

الخصائص السيكومترية لأدوات البحث..... *288*

المعالجات الإحصائية..... *317*

خلاصة الفصل..... *318*

الفصل السابع مناقشة وتفسير النتائج

تمهيد.....

احصايات وصفية..... ***320***

الفرضية الأولى ..... *Erreur ! Signet non défini.*

الفرضية الثانية..... *Erreur ! Signet non défini.*

الفرضية الثالثة ***324***

الفرضية الرابعة ***343***

الفرضية الخامسة ***350***

الفرضية السادسة. ***354***

الفرضية السابعة. ***362***

الفرضية الثامنة.....**302**

خلاصة الفصل..... ***368***

الاستنتاج العام ***369***

المراجع

ملخص البحث باللغة الأجنبية

الملاحق

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
1	العوامل المتدخلة في الامتثال العلاجي تبعا للنموذج النسقي الوقائي.	**83**
2	نسب الامتثال للعلاج عند بعض الأمراض المزمنة.	**91**
3	تصنيف أبعاد السند الاجتماعي المدرك حسب باريا (Pariat, 2008).	**116**
4	الفروق بين خصائص الأفراد ضمن مركز التحكم الداخلي ومركز التحكم	**157**

	الخارجي.	
5	إحصائيات لعدد مرضى السكري في بعض الدول العربية في عام 2000 والمتوقع عام 2030.	185
6	مستوى الغلوكوز بالنسبة لشخص العادي والمصاب بداء السكري.	188
7	أهم الفروق الموجودة بين النوع الأول والنوع الثاني لداء السكري.	195
8	توزيع أفراد العينة حسب السن.	222
9	توزيع أفراد العينة حسب الجنس.	223
10	توزيع أفراد العينة تبعا لمدة الإصابة.	223
11	توزيع أفراد العينة وفق عامل نوع العلاج.	224
12	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.	225
13	توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية.	225
14	توزيع أفراد العينة تبعا لطبيعة أسرهم.	226
15	ثبات مقياس الامتثال العلاجي بطريقة ألفا كرونباخ.	233
16	ثبات مقياس الامتثال العلاجي بالاعتماد على طريقة التجزئة النصفية.	236
17	التعديلات التي طرأت على بعد المرض من مقياس الامتثال العلاجي بعد خضوعه للتحكيم.	237
18	التعديلات التي طرأت على بعد العلاج من مقياس الامتثال العلاجي بعد خضوعه للتحكيم.	238
19	التعديلات التي طرأت على بعد تعديل نمط الحياة من مقياس الامتثال العلاجي بعد خضوعه للتحكيم.	239
20	التعديلات التي طرأت على بعد الفحوصات الدورية والمتابعة الطبية من مقياس الامتثال العلاجي بعد خضوعه للتحكيم.	239

21	التعديلات التي طرأت على بعد العلاقة (معالج–متعالج) من مقياس الامتثال العلاجي بعد خضوعه للتحكيم.	240
22	التعديلات التي طرأت على بعد إدراك السند الاجتماعي من مقياس الامتثال العلاجي بعد خضوعه للتحكيم.	240
23	التعديلات التي طرأت على بعد الظروف البيئية من مقياس الامتثال العلاجي بعد خضوعه للتحكيم.	240
24	التعديلات التي طرأت على أسماء الأبعاد الخاصة بمقياس الامتثال العلاجي بعد التحكيم.	241
25	ارتباط الدرجة الكلية لكل بعد مع الدرجة الكلية لمقياس الامتثال العلاجي.	243
26	ارتباط درجات البنود مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه من مقياس الامتثال العلاجي.	244
27	صدق المقارنة الطرفية لمقياس الامتثال العلاجي.	246
28	ثبات مقياس مركز التحكم الصحي بطريقة ألفا كرونباخ.	247
29	ثبات مقياس مركز التحكم الصحي بطريقة التجزئة النصفية.	248
30	ارتباط الدرجة الكلية لكل بعد من مرمز التحكم الصحي مع الدرجة الكلية لمقياس مركز التحكم الصحي تبعا لطريقة الاتساق الداخلي.	249

31	ارتباط البنود مع أبعادها من مقياس مركز التحكم الصحي تبعا لطريقة الاتساق الداخلي.	250
32	صدق المقارنة الطرفية لمقياس مركز التحكم الصحي.	250
33	ثبات مقياس السند الاجتماعي المدرك بطريقة ألفا كرونباخ.	251
34	ثبات مقياس السند الاجتماعي المدرك بطريقة التجزئة النصفية.	252
35	ارتباط درجات الأبعاد مع الدرجة الكلية من مقياس السند الاجتماعي المدرك تبعا لطريقة (التجزئة النصفية).	253
36	ارتباط البنود مع أبعادها من مقياس السند الاجتماعي المدرك تبعا لطريقة التجزئة النصفية.	253
37	المقارنة الطرفية لمقياس السند الاجتماعي المدرك.	254
38	النسب المئوية الخاصة بمستوى الامتثال العلاجي لدى الراشدي المصابين بداء السكري.	257
39	النسب المئوية لدرجات الراشدين المصابين بداء السكري من أبعاد مركز التحكم الصحي.	261
40	مستوى السند الاجتماعي المدرك لدى الراشدين المصابين بداء السكري.	265
41	الانحدار الخطي المتعدد (المتغير المستقل: الامتثال العلاجي، المتغيرات المستقلة: مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك) .	270
42	الارتباط بين الامتثال العلاجي وكل بعد من أبعاد مركز التحكم الصحي لدى الراشدين المصابين بداء السكري.	275

43	الانحدار الخطي المتعدد (المتغير التابع: الامتثال العلاجي، المتغيرات المستقلة: مركز التحكم الصحي الداخلي والسند الاجتماعي المدرك).	278
44	معاملات ارتباط درجات أفراد العينة من مقياس السند الاجتماعي المدرك بدرجاتهم من كل بعد من أبعاد استبيان الامتثال العلاجي.	285
45	معامل ارتباط درجات أفراد العينة من مقياس مركز التحكم الصحي بدرجات أفراد العينة من مقياس السند الاجتماعي المدرك.	290
46	اختبار ت(T) للفروق بين متوسط درجات الذكور والاناث في الامتثال العلاجي.	294
47	اختبار ت(T) للفروق بين مستعملي الأقراص ومستعملي الانسولين في مستوى الامتثال العلاجي.	297
48	اختبار ANOVA للفروق في الامتثال العلاجي حسب مدة العلاج (قصيرة–متوسطة–طويلة).	300
49	الاختبار البعدي توكي (Tukey) للفروق في الامتثال العلاجي حسب مدة الإصابة لتحديد مكان الفروق بين المجموعات الثلاثة (قصيرة–متوسطة–طويلة).	301

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
1	الامتثال العلاجي ضمن نموذج السلوك المخطط له« PBM » .	70
2	الامتثال العلاجي حسب نموذج المعتقد الصحي « HBM »	74
3	عملية إنتاج وتخزين وتوزيع الأنسولين لدى الإنسان العادي.	181
4	نقص الأنسولين بالنسبة لمرضى السكري.	183

مقدمة

مقدمة:

شهد العصر الحديث تغيرات كثيرة أدت إلى تغير الخارطة الصحية من خلال تحول مضمون الوعاء الوبائي من الأمراض المستفحلة إلى الأمراض المزمنة، التي تفرض طبيعتها مناخا صارما وثقيلا على الفرد والمجتمع، فاتخاذها طابع الإزمان والتطور(المنحى التصاعدي للمضاعفات) والإيقاع المتزايد لنسب الانتشار جعل منها تحديا كبيرا للنظم الصحية عبر العالم وفرض عليها أعباء صحية واقتصادية جمّا كإجبارها على تخصيص ميزانيات ضخمة لتغطية النفقات الصحية من جهة وكذا البحث في السبل الوقائية من جهة أخرى، كما جعل المريض رهن العديد من الممارسات التي من شأنها الحفاظ على صحته أو وضعها على المحك، ما جعل التفكير في إتباع النهج الوقائي حتمية بل وحاجة تفرض نفسها وبإلحاح بالنسبة للمرضى والقائمين على الرعاية الصحية على حد سواء.

أجبر تجديد النظرة لمفهوم الصحة (من النظرة الطبية البحتة "الخلو من المرض" إلى النظرة الشمولية التي تعتقد في تداخل جملة من العوامل لتحديد معطى الصحة" التكامل بين الجوانب الجسدية–النفسية–والاجتماعية") القائمين على البحث عن آليات حديثة لاحتواء الخطر الناجم عن الأمراض المزمنة على مسايرة خصوصية هذه الأمراض المتعددة العوامل.

لعل من بين أهم العلوم التي حرصت على تناول معطى الصحة من المنظور الجديد نجد علم النفس الصحي الذي جعل حماية الصحة وترقيتها من أهم أهدافه، بارتكازه في البحث على محوري عوامل الحماية وعوامل الخطورة، من خلال العمل على إيجاد السبل والعوامل التي تعزز من الأولى"عوامل الحماية" وتقلل من الثانية "عوامل الخطورة"، ضمن نسق شامل "النموذج البيو نفسي اجتماعي" يأخذ بعين الاعتبار تداخل جميع العوامل بشكل تفاعلي دون أن يسبق أحدهم على الآخر، ومما يكسي علم النفس

الصحي طابع الخصوصية هو اهتمامه بالصحة حتى مع وجود المرض، فاتخاذه الطابع الوقائي بأنواعه الثلاثة "أولية–ثانوية–ثالثية" جعله العلم الملائم لتناول الأمراض المزمنة وعلى رأسها داء السكري، أين يتوجّب على المريض بذل كل ما في وسعه للحفاظ على استقرار حالته الصحية حتى لا يقع في فخ المضاعفات التي لا تقل خطورة عن داء السكري في حد ذاته خاصة وأنه يتربع على مقدمة مسببات الوفاة، العمى، القصور الكلوي، بتر الأعضاء، ناهيك عن ارتباطه الوثيق بالأمراض الوعائية القلبية.

بهذا يكتسي الامتثال العلاجي خصوصية وأهمية بالغة بالنسبة للمصابين بداء السكري وعلى رأسهم الراشدين منهم من أجل محاصرة تعقيداته، وكذا لكل النظم الصحية بغية ترشيد النفقات الصحية المخصصة للعلاج، حيث يؤمن علم النفس الصحي بأن ترقية صحة المصابين بالأمراض المزمنة وتحسين نوعية حياتهم وفي مقدمتها الراشدين المصابين بداء السكري لا يتأتى إلى من خلال التزام المريض بتبني جملة من السلوكيات الصحية التي ينتج عنها تعديل نمط حياة هذا الأخير نحو نمط آخر أكثر صحة يتلاءم مع خصوصية المرض، وهو ما يندرج ضمن قالب الامتثال العلاجي، والذي يعكس قدرا كبيرا من التحكم في المرض وإدارته الجيدة.

بما أن الامتثال العلاجي قد لا يتأتى إلى ضمن محددات ذات طابع شمولي حاولنا من خلال البحث الحالي الغوص فيه بنوع من البحث والتمحيص من خلال إقحام كل من الخصائص النفسية للمريض " مركز التحكم الصحي " الذي يعتبر متغيرا بالغ الأهمية في علم النفس الصحي وهذا انطلاقا من انعكاسه الكبير على الصحة وعلى شتى مجالات حياته، كونه يندرج ضمن أعمدة الخصائص النفسية التي تتمثل في الاستدلالات التي يبنيها الفرد حول مدى التحكم في الحالة الصحية خاصته، ما قد ينعكس على الامتثال للعلاج باعتبار هذا الأخير من أهم ما يمكن أن يستدعي التحكم والادارة الجيدة من المريض،

إلى جانب مخرجات البيئة الاجتماعية للمريض " السند الاجتماعي المدرك" الذي يعد فاعلا في دراسة علاقة السلوك بالصحة ذلك أنه ينطوي على ادراك الفرد لمدى تواجده ضمن بيئة داعمة قادرة على مواءمة طبيعة الدعم الذي يستقيه منها لحاجياته الآنية والذي غالبا ما يمثل دفعا قويا لتبني السلوك الصحي والالتزام به كالامتثال العلاجي الذي يبدو لنا أنه لا يمكن أن يتأتى بمعزل عن السياق الاجتماعي الذي يتواجد فيه، وهو ما سيتم الإفصاح عنه لاحقا في هذا البحث بجانبيه النظري والميداني.

الفصل الأول

الخلفية النظرية لإشكالية البحث.

1-تحديد الإشكالية

خلّف الإيقاع المتسارع لانتشار الأمراض المزمنة وما ينجر عنها من مضاعفات جسيمة وارتفاع نسب الوفيات بين مختلف الشرائح العمرية وفي كل بقاع العالم حالة طوارئ بين جل النظم الصحية بغض النظر عن إمكانياتها ومؤهلاتها، الأمر الذي جعل من البحث عن سبل جديدة للتكفل بالمصابين بالأمراض المزمنة بشكل أنجع حتمية ضرورية لا مناص منها. فأخذت الأنظمة الصحية على عاتقها مسؤولية تقديم الرعاية الصحية الخاصة بهم وحرصت على توفير كل ما يدعم ذلك، بل وعملت بعض الدول على إرسال مقدمي الرعاية الصحية إلى منازل المرضى ما ضخّم من الفواتير الصحية المخصصة للتكفل بهم.

مع ذلك لازالت معدلات الوفيات الناجمة عن الأمراض المزمنة مرتفعة جدا، حيث أحصت منظمة الصحة العالمية World Health Organization[WHO]عام 2008 ما يقارب 36 مليون نسمة من الراشدين الذين تقل أعمارهم عن 70 سنة والذين قضوا نحبهم بسبب الأمراض المزمنة، وهي بذلك تقف وراء 63% من الوفيات عبر العالم، غير أن هذه الأرقام لم تقف عند هذا الحد إذ ارتفع العدد إلى 38 مليون نسمة ما يعادل 68% من مسببات الوفيات في العالم عام 2012 [1]، ليبلغ عدد الوفيات الناجم عن الأمراض غير السارية عام 2018 إلى 71% من الوفيات عبر العالم كما أنها تقف خلف الموت المفاجئ بمعدل وفاة واحدة كل ثانيتين ما دفع ذات المنظمة لدق ناقوس الخطر والتشديد في توصياتها على الاهتمام بالجانب الوقائي بغية ترشيد النفقات والتقليل من نسب

[1] World Health Organization Report. *Chronic deases*. WHO Publications. 2021.

الوفيات [1]، كون هذه النسب مهولة وتنذر بالخطر وتوحي بأن علاج المصابين بالأمراض المزمنة أعمق من أن يختزل في تسخير الظروف المادية والمؤهلات البشرية. فأصبحت إعادة النظر وبشكل جاد في السبل التي من شأنها تجسيد تربية علاجية ناجعة وفعالة حاجة ملحة تفرض نفسها في سياق التكفل بالمصابين بالأمراض المزمنة والتي يمكنها أن تتخذ الطابع الوقائي المرافق للمرض المزمن، ولعلّ علم النفس الصحة يتقدّم التوجهات التي تعنى بالوقاية الملازمة للمصاب بالمرض المزمن، إذ يعد علما فتيّا غير أن حداثته لم تحول دون انتشاره في مختلف بقاع العالم، ذلك أنه كسر النظرة الكلاسيكية لعلم النفس، بطرحه مبادئ جديدة على الساحة العلمية والمتمثلة في حماية الصحة وترقيتها حتى في ضل وجود المرض بانتهاجه الوقاية الثانوية والثالثية، متبنيا النموذج البيو نفسي اجتماعي للصحة والمرض.

حسب يخلف (2001) فإنه يهتم بالتوجه الوقائي الارتقائي من خلال العمل على التقليل من عوامل الخطورة وتعزيز عوامل الحماية، كما يهدف للتكفل بالمصابين بالأمراض المزمنة [2]، معنى ذلك أن علم النفس الصحة يرمي إلى تعزيز الممارسات الصحية ودحض الغير صحية منها لدى المصابين بالأمراض المزمنة، ولعل الامتثال العلاجي يمثل الحجر الأساس للتربية العلاجية التي تسعى للتكفل بالمصابين بالأمراض المزمنة بشكل جدّي، كونه يعبر عن تفعيل دور المريض ضمن الخطة العلاجية

[1] Mutualité Française. *L'OMS alerte sur les maladies chroniques*. 2018. Septembre 27.

[2] يخلف عثمان، *علم النفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة*. دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع. 2001.

ما يجعله قادرا على الالتزام بكل الممارسات الصحية التي قد تضمن الحفاظ على صحته حتى مع وجود المرض، وهو ماقد يمكنه من التعايش مع مرضه بشكل أفضل.

كشفت العديد من الدراسات أن الامتثال العلاجي يبقى الملاذ الوحيد لاستقرار الحالة الصحية للمصابين بالأمراض المزمنة على غرار دراسة نايم وآخرون (2011) Nam et al التي بحثت في معيقات امتثال المصابين بداء السكري للعلاج من خلال مسح 1542 دراسة منشورة في الفترة ما بين (1990–2009) باللغة الإنجليزية، تناولت عوامل إدارة مرض السكري، وتوصلت إلى أن الامتثال العلاجي خطوة لا يمكن تجاوزها في علاج المصابين بداء السكري والسعي لعرقلة مضاعفاته، كما أكدت دراسة موبي–كيو وزملاؤه (2012) Mopi–Keou and His Freinds التي اهتمت ببحث العوامل المفعلة للامتثال العلاجي أن الامتثال العلاجي عامل مساعدا للرفع من مدى الحياة لدى المرضى، إلى جانب نتائج دراسة أوميج ونيبو (2012) Omeje and Nebo التي اعتبرت أن التعايش مع المرض وتقزيم حدة تعقيداته لا يمكن أن يتأتى إلا من خلال الامتثال للعلاج، وكذا دراسة سيليو (2019) Celeo التي اختصت بالتحقق من مدى تدخل السند الاجتماعي المدرك المقدم من طرف المعالج في التأثير على الامتثال العلاجي لدى المصابين بداء السكري معتمدين على مسح 21 برنامج علاجي وتوصلت إلى أن الامتثال العلاجي هو المنفذ والملاذ الوحيد للمصابين بالأمراض المزمنة والحادة التي يتقدمها الامتثال للعلاج[1]، كلها دراسات بينت أن الامتثال العلاجي يعتبر حتمية بل ضرورة لا مفر منها بالنسبة للمصابين بالأمراض المزمنة باعتباره اللبنة الأساسية في استقرار

[1] Celeo, J. Etude en Adhésion thérapeutique : Avancements dans la collaboration interprofessionnelle et dans les domaines cliniques de l'anticoagulation, de Diabète.(Thèse de Doctorat), Univ Geneve, 2019.

الحالة الصحية للمرضى والتعايش مع المرض، ما يجعل منه غاية سامية تسعى إليها كل النظم الصحية بغرض ترشيد النفقات الناجمة عن علاج المضاعفات والانتكاسات وكذا تخفيف الضغط على ممارسي الصحة، هذا ما قد يجعل من عدم الامتثال للعلاج معضلة عالمية متعددة الجوانب تؤرق المريض والمجتمع، وفي هذا الصدد يرى حدار(2008) أن "أغلب المصابين بالأمراض المزمنة لا يمتثلون للعلاج، وهو ما يؤدي للانتكاس، الضغط النفسي، وحتى الوفاة، وبذلك يمكن اعتبار عدم الامتثال العلاجي مشكلا صحيا ثقيلا نظرا لانعكاساته الوخيمة على الفرد والمجتمع على حد سواء"[1]، خاصة وأن "عدم الامتثال العلاجي يكبد النظام الصحي حوالي 200 مليون دولار سنويا"[2]. في نفس السياق يضيف جير Djir (2020) في دراسته للعوامل التي تقف خلف الامتثال للعلاج لدى عينة من المصابين بداء السكري من النمط الثاني والخاضعين لبرنامج التربية العلاجية بمصلحة الطب الباطني بمستشفى لوكسمبرغ أن داء السكري يؤثر سلبا على نوعية حياة المرضى، ذلك أن 60% من المصابين بداء السكري معرضون للاصابة بالإكتئاب[3]، كما قد أشار أدوبي وآخرون Adoubi et al.(2006) إلى أن خطورة عدم الامتثال العلاجي تجعل منه متغيرا جديرا بالدراسة خاصة في

[1] حدار عبد العزيز، مفاهيم التحكم كعوامل مقاومة وحماية للشخصية (دراسة مقارنة)، *المجلة الجزائرية للتربية والصحة النفسية*،(1). 2008 ، ص 44.

[2] Garnier, E. L'Observance thérapeutique connaitre les bons ressorts et les bons moyens. *Le médcin du Québec*, *45*(3), 2010. P2.

[3] Djir, M. Observance Thérapeutique chez le diabétique de type 2 : Thèse de Doctorat, Faculté de médecine et d'odontostomatologie, 2020.

أفريقيا، إذ أن 20% فقط هم من يمتثلون للعلاج [1]، بدورها أشارت دراسة عاشوري ورفقاؤه Achouri et al(2021) حول ضعف الامتثال العلاجي لمرضى السكري من النوع الثاني في شمال افريقيا،÷ اين تم مسح 16 دراسة تعنى بقياس مستوى الامتثال العلاجي لمرضى السكري في شمال افريقيا إلى أن ارتفاع نسب عدن الامتثال العلاجي بين مرضى السكري يدق ناقوس الخطر ويستدعي تظافر كل الجهود(مرضى الطاقم القائم على الرعاية الصحية والمرضى) بغية الإدارة والإحاطة الشاملة لهته الظاهرة[2]، وجاءت إحصائيات منظمة الصحة العالمية عام WHO(2021) مؤكدة أن حوالي 80% من نسب الوفيات الراجعة لداء السكري عبر العالم تنحدر من العالم النامي والسائر في طريق النمو وهي ترتبط ارتباطا وثيقا بعدم الامتثال العلاجي [3].

كما جاء الامتثال العلاجي ضمن أولويات منظمة الصحة العالمية (2003) WHO من خلال تنصيب مشكلة عدم الامتثال العلاجي أعلى هرم المشكلات الصحية، واعتبار البرامج والدراسات التي تبحث في السبل المدعمة لسلوك الامتثال العلاجي في مقدمة الاكتشافات حتى الطبية منها، ذلك أنه يمثل معضلة كبيرة لا تنفك عن التفاقم، خاصة وأن نسبة متوسط المصابين بالأمراض المزمنة الغير ممتثلين للعلاج لا تتعدى 50% في البلدان المتقدمة والتي تقل عن ذلك في البلدان النامية، كما

---

[1] Adoubi, K.A., Diby, K. F., Nguetta, R., Yangni-Angate, K. H., &Adoh, A. M. Facteurs de la mauvaise observance thérapeutique de l'hypertendu en Cote D'ivoire. *Rev int SC* Med, 8 (2), 2006. P18.

[2] Achouri, M, Y,. Tounsi,.F,. Messaoud,.M,.Senoussaoui,. A,. Abdeaziz,.A,.B. Prévalance de la mauvaise observance thérapeutique chez les diabétiques de type 2 en Afrique du Nord- revue systématique et meta-annalyse. *Faculté de Medecine*, Univ de Sidi bel Abèss-Algerie, 2021.

[3] WHO, op cit.

اعتبرت عدم الامتثال العلاجي للمريض يحد من فعالية العلاج كونه يعكس عدم استعداد المريض للانخراط في الخطة العلاجية خاصته والالتزام بها[1] ، الأمر الذي قد يؤرق الأنظمة الصحية في العالم على عدة مستويات من قبيل الاقتصادية، الصحية، الاجتماعية وغيرها ما دفعها لتشجيع البحث فيه وتثمينه.

كل هذه المعطيات المتعلقة بمدى شيوع سلوك عدم الامتثال العلاجي وانعكاساته الخطيرة على جميع الأصعدة (نفسية، صحية، اجتماعية، اقتصادية...) والتي تمس صحة الفرد وسلامة المجتمعات، تستلزم تضافر كل الجهود من أجل ترسيخ سلوك الامتثال العلاجي لدى المصابين بالأمراض المزمنة الذي يفرض نفسه كحاجة ملحة من أجل التخفيف من الإيقاع المتسارع للمضاعفات الناجمة عنها وإدارة المرض بشكل أفضل. ذلك أن الأمراض المزمنة ترهق الفرد والمجتمع، كونها تعد السبب الأول للوفيات عبر العالم الصناعي وحتى النامي كالجزائر التي تشهد تحولا وبائيا جعل منها مشكلة صحية خطيرة، لارتباطها بالسلوك ونمط الحياة من جهة وبعوامل الخطر كعدم الامتثال العلاجي والأمية الصحية وغيرها وهو ما جعل الباحثون يركزون اهتمامهم على علاقة الامتثال العلاجي بهذه الأمراض [2].

---

[1] World Health Organisation. *Adherence to longue term therapies: evidence for action.* Report N° : 92 4 154599 2. 107-112.2003.

[2] زعطوط رمضان،.*علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى المرضى المزمنين بورقلة*(رسالة ماجستير). جامعة ورقلة، الجزائر. 2005.

ربما يعد داء السكري من بين أهم هذه الأمراض وأخطرها وأوسعها انتشارا، إذ "يعتبر مرض العصر الذي يعكس الارتفاع المزمن في تركيز منسوب الغلوكوز في الدم الراجع إما لخلل في إفراز الأنسولين أو لاضطراب نشاطه" [1].

يعتبر داء السكري أرضية خصبة للبحث والدراسة بالنظر لسرعة انتشاره، حيث أكدت منظمة الصحة العالمية (2016) WHO أن داء السكري من الأمراض السارية التي لم تنفك عن التفاقم فبعدما قُدّر عدد المصابين به عام1989ب:108 مليون مصاب في العالم أصبح عام 2014 إلى 422 مليون مصاب ما يعادل 8.5% من المصابين بداء السكري في العالم، وهي ترشح العدد للارتفاع للضعف بحلول 2025، وعلى الرغم من عدم دقة الإحصائيات بالجزائر حسب الاتحاد الدولي للسكري(2016)إلا أن نسبة المصابين بالسكري في الجزائر قد قدرت ب: 14% من السكان [2].

زيادة على هذا فإن داء السكري ينتشر بين الجنسين ويمس مختلف الشرائح العمرية، وهو ما يستدعي الاهتمام بكل فئة على حدا وتقديم الرعاية الصحية لها تبعا لذلك، كون خصوصية المرحلة العمرية المرتبطة بالمرض قد تفرض ذلك، ولعل من بين أهم الفئات نجد فئة الراشدين المصابين بداء السكري،حيث ضمَّنت منظمة الصحة العالمية (2021)WHO داء السكري بين أهم مسببات الوفاة

---

[1] Haute Autorité de Santé. *Diabète de l'adulte type 2*. Guide parcours de soins. 2014. P10.

[2] الاتحاد الدولي للسكري. *1.8 مليون شخص مصاب بالسكري في الجزائر*. 2016 http://www.elbilad.net/article/detail?titre=18-.

في العالم ونوهت بأن الراشدين يمثلون الفئة الأكثر عرضة لذلك، إذ أن أكثر من 50% من الوفيات الناجمة مباشرة عن داء السكري تحدث بين فئة الراشدين الذين تتراوح أعمارهم بين18 و70 سنة، كما أن أكدت أن الراشدين المصابين بداء السكري يظلّون تحت التهديد المباشر للعمى، الفشل الكلوي، النوبة القلبية، السكتة الدماغية وبتر الأطراف السفلية [1]. فعدم تلقيهم الرعاية الصحية وفقدانهم القدرة على إدارة مرضهم بشكل جيد يخلف هذه المضاعفات خطيرة التي قد تصل حتى للوفاة.

لكن رغم الأهمية البالغة التي يوليها أعلى هرم في مجال الصحة وهو منظمة الصحة العالمية (WHO) للامتثال العلاجي بالنسبة للمرضى عامة و لمرضى السكري خاصة، بسبب خطورة داء السكري واكتساحه لمختلف بقاع العالم مع تنوع مضاعفاته التي أقل ما يقال عنها أنها خطرة إلا أن نسب الامتثال العلاجي لم تصل للحد المقبول، وفقا للتقارير التي تعود لذات المنظمة.

فالسؤال المطروح هنا ما مكانة الراشد المصاب بداء السكري من كل هذا؟ وهل العلاقة بين داء السكري والامتثال العلاجي أعمق وأكبر من أن تختزل في زاوية خطورة المرض فقط؟ وهل يمكن أن تكون الحلقة المفقودة بين المتغيرين هي المتغيرات الشخصية للمريض كمركز التحكم أم يتعداه لمتغيرات خارج النسق الداخلي للفرد كالسند الاجتماعي المدرك؟

يبدو لنا أن هذه التساؤلات لا يمكن أن تؤتي أكلها إلا ضمن النموذج البيو نفسي اجتماعي المتبنى في هذا البحث، والذي لا ينظر للامتثال العلاجي إلا ضمن السياق البيو نفسي اجتماعي، وهو ما يتفق مع ما جاء به ني وآخرون Neey et al.(2018) الذين اعتبروا أن سمات الشخصية، والسند الاجتماعي المدرك، والمحددات البيئية تندرج ضمن أهم العوامل التي من شأنها التأثير على

[1] WHO, op cit.

الامتثال العلاجي ومن ثمة على صحة المريض. وقد أيدت نتائج دراسة نايم وآخرون Nam et al.(2011) المعنونة بمعيقات امتثال المصابين بداء السكري للعلاج هذا الطرح ، أين تم مسح 1542 دراسة منشورة باللغة الإنجليزية في الفترة ما بين (1990–2009) ، لبحث عوامل الامتثال العلاجي لدى مرضى السكري من النمط الثاني، وتوصلوا إلى أن الامتثال العلاجي للمصابين بالنمط الثاني من داء السكري يمكن أن يتأثر بالعوامل الاقتصادية، طبيعة العلاقة (طبيب–مريض)، مركز التحكم الصحي، السند الاجتماعي المدرك، وبمدة الإصابة، واعتبرت أنه يجب أخذ هذه العوامل في الحسبان عند وضع الخطط العلاجية للمصابين بالنمط الثاني من السكري[1]. كما بينت دراسة سوياتونيوفسكا–لوك Swiatoniowska-Lok et al(2021) الموسومة بالمحددات النفسواجتماعية المرتبطة بالامتثال العلاجي لدى المصابين بداء السكري، التي قامت على مسح 2758 دراسة أن الامتثال العلاجي للمصابين بداء السكري يمكن أن يتأثر إيجابا ولحد بعيد بالعوامل النفسو اجتماعية للمريض والمتمثلة في كل من الفاعلية الذاتية والسند الاجتماعي المدرك المقدم من العائلة ومركز التحكم الصحي وشددت على ضرورة أخذ هته العوامل في الحسبان عند الحديث عن امتثال المصابين بداء السكري للعلاج[2].

[1] Nam, S., chesla, C., Stotts, A. N., Kroon, L.,& Johnson, S. L. Barriers to diabetes management: patient and provider factors. *Diabetes researche and clinical practice*,*93*(1), 2011. P 1.

[2] Swiatoniowska-Lok, N., Tank, w., Polanski, J., Jankowska-Polanska, B., Mazur, G. Psychosocial determinants of treatment adherence in patients with type 2 diabetes – a revue. *Diabetes, metabolic syndrom and obesity : targets and therapy*, 14. (2021).

يعد مركز التحكم الصحي المتغير النوعي لمركز التحكم في مجال الصحة، وهو من المتغيرات الرائدة في علم النفس الصحة وهو يعكس ما يعتقده الأفراد حول التحكم في السلوكيات المرتبطة بصحتهم، ومدى قدرتهم على تنظيم وإدارة كل العوامل التي تسمح بترقيتها والحفاظ عليها، وفيه تقول شويتزر Schweitzer (2002)أنه يعبر عن أثر وقع السلوك على الصحة [1]. بمعنى أن صحة الفرد تتأثر لحد كبير بما يقوم به الفرد من سلوكيات والتي قد تتبع بدورها من معتقداته حول كل ما يحكم صحته.

على ذكر مركز التحكم الصحي فقد تم تداوله من قبل العديد من الدراسات على أنه من مفعلات الامتثال العلاجي بناءا على ارتباطه القوي بهذا الأخير، حيث أسفرت نتائج دراسة أيرن وآخرون (2006).Erin et al التي محصت دور التفاعل بين أبعاد مركز التحكم الصحي في التنبؤ بالامتثال للعلاج لدى 109 راشد مصاب بالسكري، معتمدة غي ذلك على المقابلة ومقياس الامتثال العلاجي المعد من طرف أصحاب الدراسة (Test of Evaluation Adherence)، فأفصحت مخرجاتها على الارتباط القوي والموجب والدال بين مركز التحكم الصحي الداخلي والامتثال العلاجي لدى عينة دراستهم[2]، وهو ما أيده طرح أوميج ونيبو Omeje and Nebo (2011) الذي يؤمن

[1] Schweitzer, B.M. *Psychologie de la santé. model, concept et methodes*. Dunod. 2002.

[2] Erin, L. O., Karen, B. G., Jamie, S. B., Edwin, D. B.,& Phillip, J. B. Predicting medical regimen adherence: the interaction of health control beliefs. *Journal of health psychology*, 10(5), 2005.

بالعلاقة الموجبة بين الامتثال العلاجي ومركز التحكم الصحي الداخلي[1]. معنى ذلك أن المريض الممتثل للعلاج هو من يعتقد في قدرته على التحكم في صحته عموما ومرضه خصوصا، من جانبها جاءت نتائج دراسة موروواتي شريف أباد وآخرون Morowatisharifabad etal.(2009) التي اختصت ببحث إمكانية التنبؤ بالامتثال العلاجي لدى المصابين بداء السكري انطلاقا من تحديد نوع مركز التحكم الصحي المنتهج لديهم، وهذا لدى عينة قوامها 120 مصاب ومصابة بداء السكري من إيران، ارتكز القائمون بهذه الدراسة في محاولتهم لجمع البيانات على النسخة الإيرانية لمقياس مركز التحكم الصحي المتعدد الأبعاد (MHLC)، وعلى مقياس أنشطة الرعاية الذاتية لمرضى السكري في تقييمهم للامتثال العلاجي، ومن بين أهم ما أفصحت عنه هذه الدراسة هو أن الرجال كانوا أكثر ميلا للتحكم الصحي الداخلي، بينما ساد التحكم الصحي الخارجي للحظ والصدفة لدى النساء، إلى جانب وجود ارتباط قوي وموجب بين مركز التحكم الصحي الداخلي والامتثال العلاجي مع وجود فروق في ارتفاع مستوى الامتثال العلاجي لدى أفراد العينة تبعا لمتغير الجنس لصالح الذكور منهم، واعتبرت ذات الدراسة أن مركز التحكم الصحي يعد متغيرا مهما للتنبؤ بمستوى الامتثال العلاجي لدى مرضى السكري، كما خلصت إلى أن التدخلات العلاجية التي تهدف لتحسين مركز التحكم الصحي الداخلي من شأنها تحسين مستوى امتثال المصابين بداء السكري للعلاج مؤكدة على وجود علاقة ارتباطية سالبة وقوية ودالة إحصائيا بين البعد الخارجي للحظ والصدفة والامتثال العلاجي[2]، ما قد يدل على

---

[1] Omeje, O., Nebo, C. The influence of locus of control on adherence to treatement regimen among Hypertensive patients. *Patient preference and adherence*, (5), 2011.

[2] Morowatisharifabad, S. M., MahmoodAbad, S. M., Baghianimoghadam, N.,& Tonekaboni, N. R. Relationships between

أن ارتفاع مستوى الامتثال العلاجي لدى أفراد عينتهم يستدعي انخفاض التحكم الصحي للحظ والصدفة والعكس. كذلك أيدت هذا الطرح نتائج دراسة نارادي وزملاؤها Naradi and her Freinds (2017) المعنونة بهل تحكم المريض بصحته هو المفتاح ليمتثل للعلاج؟ هي دراسة مسحت 154 دراسة كُتبت باللغة الانجليزية في الفترة ما بين (2006– 2017) بغية تلخيص أحدث المعارف المتعلقة بالامتثال العلاجي انطلاقا من فحص علاقته بمركز التحكم الصحي لدى المصابين بداء السكري، وخلصت إلى عدة نتائجمن بينها وجود ارتباط وثيق بين مركز التحكم الصحي الداخلي والامتثال العلاجي، ارتباط موجب بين مركز التحكم الصحي لذوي النفوذ (الأطباء) والامتثال العلاجي، ارتباط سالب بين مركز التحكم الصحي للحظ والصدفة والامتثال العلاجي، كما أكدت على الأثر الإيجابي لمركز التحكم الصحي الداخلي، وبينت أن مركز التحكم الصحي لذوي النفوذ من نوع المعالجون يطرح مقاربة جديدة على الساحة العلمية تؤكد على أن الامتثال العلاجي مفهوم متعدد الجوانب ويتأثر كثيرا بالعلاقة (معالج–متعالج) وهو ما يجب الالتفات إليه عند بناء البرامج التي تقضي بتعليم المريض كي يمتثل للعلاج[1].

بدورها حققت دراسة كل من ويست وثيوما وكوردينا West,Theuma, &Cordina (2018) في علاقة الامتثال العلاجي بمركز التحكم الصحي لدى 110 مصاب بداء السكري ومن الجنسين أين قدرت نسبة الإناث ب 58% بينما تمثلت نسبة الذكور في 42% الباقية، وتوصلت إلى أن الإناث

---

health locus of control and diabetes regimen. *J Res Health Sci*,*28*(1), 2009.

[1] Naradi, L., Nakamoto, K., &Shulz . P., K. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between health locus of control, self-efficacy and medication adherence. *Journal pone*. 2017.

أكثر اعتقادا في التحكم الصحي لذوي النفوذ والآخرون (الأطباء) بينما كان التحكم الصحي الداخلي سائد بين الذكور، كما توصلت ذات الدراسة إلى وجود فروق في مستوى الامتثال العلاجي بين المصابين بداء السكري تعزى لمتغير مركز التحكم الصحي الداخلي ونوهت إلى أن التحكم الصحي الداخلي من المتغيرات ذات الأثر الواضح على الامتثال العلاجي لمرضى السكري وهو ما لايجوز إغفاله خاصة من قبل القائمين على الرعاية الصحية[1]، على العكس من ذلك فقد توصلت دراسة أزلن وهتا(2014) Azlin and Hatta إلى عدم وجود علاقة بين الامتثال العلاجي ومركز التحكم الصحي الداخلي لدى المرضى، في حين كان هناك ارتباط قوي بين الامتثال العلاجي ومركز التحكم الصحي الخارجي من نوع النفوذ والآخرون[2]. معنى ذلك أن المريض الذي يعتقد في سيطرة دوي النفوذ والآخرون على حالته الصحية يكون أكثر امتثالا للعلاج حسب ذات الدراسة، واتجه سبيريا (Spiriya, 2014) في دراسته حول امتثال المصابين بداء السكري للعلاج وعلاقته بمركز التحكم الصحي لدى 100 مصاب بداء السكري، مستعينين في ذلك على مقياس مركز التحكم الصحي المتعدد الأبعاد(MHLC) والستون ووالستون(1978-1976).Wallston et al، واستبيان معد من طرف الباحث لقياس مستوى الامتثال العلاجي، لعرض مقاربة مغايرة في الامتثال العلاجي كونه آمن بطبيعته المعقدة والشائكة ذلك أنه حاول التعاطي معه ضمن قالب شمولي كما تبنى مفهوم مركز التحكم الصحي بصورة تقترب من تصورنا في هذا البحث كونه حاول بحث علاقة الامتثال العلاجي

[1] West, L. M., Theuma, R., B., R&Cordina, M. Health locus of control : its relationship with medication adherence and medication wastage. *Res Social ADM Pharm*, 14 (11), 2018.

[2] Azlin, B., Hatta, S., Norzila, Z., &SCharifa, F. Health locus of control among non compliance hypertensive patients undergoing pharmacotherapy. *Malisian journal of psychiatry*,*16*(1), 2009.

بالأبعاد الثلاثة لمركز التحكم الصحي (البعد التفاعلي للمفهوم) وتوصل إلى وجود ارتباط قوي وموجب بين الأبعاد الثلاثة لمركز التحكم الصحي والدرجة الكلية للامتثال العلاجي لدى أفراد العينة[1].

رغم اتباع معظم الدراسات السابق عرضها عن علاقة الامتثال العلاجي بمركز التحكم الصحي الطابع الخطي (الايمان بعلاقة بعد واحد من التحكم الصحي فقط بالامتثال العلاجي) إلا أننا حاولنا توسيع دائرة البحث من خلال تناولهما ضمن نسق تفاعلي شامل من جهة مؤمنين بإمكانية وجود متغيرات أخرى قد تتدخل في العلاقة مع الامتثال العلاجي إلى جانب مركز التحكم الصحي لدى الراشد المصاب بالسكري من جهة أخرى. فتقيدا بالنموذج البيو نفسي اجتماعي كون الأمراض لا تخرج عن هذا السياق، وباعتبار الراشد المصاب بداء السكري كائن اجتماعي يؤثر ويتأثر بالمحيطين به، اعتقدنا أنه يمكن أن يكون السند الاجتماعي المدرك أفضل ما يمكن أن يجنيه من هذا التفاعل، ذلك أن السند الاجتماعي المدرك قد يمثل حاجة تتخذ طابع الإلحاح في سياق علاج المصابين بالأمراض المزمنة عامة والراشدين المصابين بداء السكري خاصة، والتي يمكنهم الحصول عليها من محيطهم الاجتماعي بغية التخفيف من حدة معاناتهم ومؤازرتهم لتبنّي ما يعود على صحتهم بالإيجاب من سلوكيات وممارسات صحية، وهو ما قد يجعله ذو وقع إيجابي على صحة المريض.

في هذا الصدد يرى القويوار وآخرون Allgeowar et al. (n. d.) أن "غياب السند الاجتماعي المدرك عامل مساعد على الانتكاس كما يمكن أن يكون مفجرا للمرض"[2] . الأمر الذي قد يجعل من وجود السند الاجتماعي المدرك عامل حماية للصحة، وهو ما تؤيده شويتزر Schweitzer (2002) باعتبارها للسند الاجتماعي المدرك كبعد خام من أبعاد السند الاجتماعي

[1] Spiriya, op cit.
[2] Fischer .G.N. *La Recherche en psychologie clinique*. Nathan. 2002 .P39.

والذي يمكن أن يعمل استغلاله كعامل حماية للصحة، انطلاقا من دعمه للفرد في تبني العديد من السلوكيات الصحية ومساعدته على التخلي عن غير الصحية منها[1]. قد يوحي هذا بأن للسند الاجتماعي المدرك بعد عميق في التأثير على الصحة من خلال تعزيزها بما يخدمها ويضمن سلامتها من ممارسات، وقد أيدت هذا التصور نتائج دراسة ما وآخرون (2011).MA and al حول علاقة امتثال الراشدين المصابين بداء السكري للعلاج بإدراكهم للسند الاجتماعي، طُبّقت هذه الدراسة على عينة من الراشين المصابين بداء السكري الذين تتراوح أعمارهم بين 18-75سنة، بالارتكاز على مقياس السند الاجتماعي المدرك لسارازون وآخرون (1983).Sarason and al، واستبيان أساليب الرعاية الذاتية لمرضى السكري، تمثل هدفها الأساسي في التحقق من العلاقة بين الامتثال العلاجي والسند الاجتماعي المدرك لدى العينة، أين اتضح وجود ارتباط قوي وموجب ودال بين السند الاجتماعي المدرك والامتثال العلاجي، كما أن انخفاض مستوى السند الاجتماعي يؤثر سلبا على امتثال الراشدين المصابين بداء السكري للعلاج[2]. مما قد يوحي بمدى تدخل السند الاجتماعي المدرك في التأثير على امتثال الراشدين المصابين بداء السكري للعلاج، وفي دراسة لغومز وآخرون (2012).Gomes et al أجريت حول العلاقة بين السند الاجتماعي العائلي المدرك والامتثال العلاجي والتحكم الأيضي لدى مرضى السكري، التي هدفت للتعرف على مستوى كل من السند الاجتماعي المدرك والامتثال العلاجي، الكشف عن العلاقة بين السند الاجتماعي المدرك والامتثال العلاجي، وتوضيح طبيعة العلاقة بين كل من السند العائلي الاجتماعي المدرك والامتثال العلاجي والتحكم الأيضي، دراسة العلاقة بين الامتثال العلاجي والتحكم الأيضي لدى عينة قصدية

---

[1] Schweitzer, op cit.

[2] Ma, E. K., Jeffrey, S., Psaros ; C., Feldman, J.,& Safren, op cit.

شملت 162 راشد مصاب بداء السكري من النوع الثاني بالبرازيل، معتمدة على مقياس السند الاجتماعي المدرك لسارازون وآخرون(1983) ,Sarason and al، ومقياس الامتثال العلاجي المعد في هذه الدراسة، اتضح وجود ارتباط قوي وموجب ودال بين السند الاجتماعي العائلي المدرك والامتثال العلاجي، كما ارتبط الامتثال العلاجي إيجابا بالتحكم الأيضي، بينما لم يكن هناك أي ارتباط بين السند الاجتماعي العائلي المدرك ومؤشرات التحكم الأيضي، واعتبر ذات الدراسة السند الاجتماعي العائلي المدرك عاملا مساعدا على تحقيق الامتثال العلاجي واقترحت أن تتم دراسته مستقبلا مع متغيرات أخرى[1].

من جهتها بحثت دراسة راد وآخرون (2013) .Rad et al عن أهمية السند الاجتماعي المدرك لامتثال المصابين بداء السكري للعلاج، بالارتكاز على مسح كل الدراسات التي تم نشرها في إيران في الفترة الممتدة بين (1990 و 2011) معتمدين على تحليل 1500 مقالة، وهذا بهدف بحث مكانة السند الاجتماعي المدرك من الامتثال العلاجي للمصابين بداء السكري، الكشف عن ماهية العلاقة بين السند الاجتماعي المدرك المقدم من العائلة والامتثال العلاجي لمرضى السكري، وتوصلوا إلى أن "الامتثال العلاجي هو أكثر ما يمكن أن يضمن استقرار الحالة الصحية للمرضى، ومع ذلك فإن نتائج الدراسات لم تتمكن من إعطاء ملمح عام حول مستوى الامتثال العلاجي لدى مرضى السكري، إلا أنها أجمعت على الوقع الايجابي للسند الاجتماعي المدرك على امتثال المصابين بداء السكري للعلاج، كما تبين أن السند المدرك المقدم من العائلة وخصوصا من الشريك يرتبط وبإيجاب مع استقرار

[1] Gomes, L. C., Boas. V., Foss. M., C., Freitas., M., C.,& Pace, A. M. Relatioship among social support, treatment adherence and metabolic control of diabetes mellitus patients. *Latino-Am enfermagem, 21*(1), 2012.

مستويات الغلوكوز لدى المرضى"[1]، وبذلك خلص راد وآخرون .Rad et al إلى أن السند الاجتماعي المدرك يعد متغيرا حاسما للتنبؤ بالامتثال العلاجي لمرضى السكري. كما حاولت دراسة لاسي وشيلتون Lacey and Schelton (2016) اثراء التراث الأدبي في هذا الموضوع من خلال بحثها عن علاقة الامتثال العلاجي بالسند الاجتماعي المدرك لدى المصابين بداء السكري، بين عينة تألفت من 465 مصاب بالسكري من النوع غير المعتمد على الأنسولين، متبنية مقياس السند الاجتماعي المدرك لسارازون وآخرون(1983) Sarason and al، ومقياس الامتثال العلاجي المعد في ذات الدراسة، وهدفت على سبيل الذكر لا الحصر إلى التعرف على مستوى امتثال أفراد عينتها للعلاج، والتحقق من وجود علاقة بين متغيرات الدراسة لدى المصابين بداء السكري، توصلت هذه الدراسة إلى أن أفراد العينة يتميزون بمستوى منخفض من الامتثال العلاجي وأرجعته لضعف مستوى السند الاجتماعي المدرك لدى أفراد العينة،واعتبرت السند الاجتماعي كعامل مهم للتنبؤ بمستوى الامتثال للعلاج لدى أفراد العينة نظرا لارتباطه القوي والدال به، كما اعتبرت السند الاجتماعي المدرك كعامل مفعل للامتثال العلاجي لدى مرضى السكري[2].

بدورها سعت دراسة أديسا وآخرون(2017) Adisa et al لفحص علاقة السند الاجتماعي المدرك بالامتثال العلاجي من خلال مقارنة بين الراشدين المصابين بالنمط الثاني من داء السكري والراشدين المصابين بارتفاع ضغط الدم في مراكز الرعاية الصحية جنوب غرب نيجيريا، وتمثلت عينة الدراسة في 450 فرد موزعين على النحو التالي(200 راشد مصاب بالنمط الثاني من داء السكري بمتوسط

[1] Rad, G. S., Bakht, L. A., Feizi, A.,& Mohebi, S. op cit.
[2] Lacey, M. T.,& Shelton, M. S. Locus of control, Social Support, and adherence to the Diabetes regimen. *The Diabetes educator*,*22(*2), 2016.

عمر قدر ب: 62.8، و250 راشد مصاب بارتفاع ضغط الدم السكري بمتوسط عمر قدر ب: 63.7) هدفت هذه الدراسة أساسا إلى التعرف على الفروق الموجودة في مستوى كل من الامتثال العلاجي والسند الاجتماعي المدرك لدى أفراد العينة، تقييم مصادر السند الاجتماعي المدرك، و التحقق من علاقة السند الاجتماعي المدرك بالامتثال العلاجي، التعرف على الفروق الموجودة في متغيرات الدراسة بين أفراد العينة تبعا لنوع الإصابة، مرتكزين في ذلك على طريقة المقارنة (بين مرضى السكري نمط2 ومرضى ارتفاع ضغط الدم)، قام واضعوا الدراسة ببناء كل من استبيان لقياس الامتثال العلاجي واستبيان للسند الاجتماعي المدرك، وأفصح تحليل نتائجها على وجود فروق في مستوى الامتثال العلاجي بين مرضى السكري نمط2 ومرضى ارتفاع ضغط الدم لصالح مرضى ارتفاع ضغط الدم كونهم بدوا أكثر امتثالا للعلاج بينما تميز المصابون بداء السكري بمستويات منخفضة من الامتثال العلاجي، وقد حدث العكس بالنسبة لمتغير السند الاجتماعي المدرك أين انخفضت مستوياته لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم وارتفعت لدى مرضى السكري النمط 2، كما تبين اتعدام العلاقة بين السند الأسري والامتثال العلاجي لدى عينة الدراسة، وأفصحت ذات النتائج على تأثر الامتثال العلاجي لكل أفراد العينة بالسند المقدم من المصادر الرسمية، إلى جانب عدم وجود علاقة بين السند الاجتماعي المدرك والامتثال العلاجي لدى كل أفراد العينة وهذا بالنسبة لكل أبعاد هذا الأخير، يفضل أفراد العينة السند الاجتماعي المدرك من النوع المادي تحديدا المالي[1]، قد يفسر ذلك بضخامة التكاليف المرتبطة بعلاج الأمراض المزمنة ما قد يجعل من السند المادي حاجة ملحة للمرضى مهما كانت طبيعة مرضهم، من جابنها اتفقت دراسة كريمي وآخرون Karimy et al.(2018) مع هذا الطرح في بحثها عن العلاقة بين الامتثال العلاجي والسند الاجتماعي المدرك

[1] Adisa, R., Olajide, O. O., &Fakeye, T. E. op cit. P 2.

والفاعلية الذاتية لدى عينة تألفت من 403 مصاب بداء السكري، معتمدة على مقياس الفاعلية الذاتية المعد في ذات الدراسة، مقياس السند الاجتماعي المدرك لزيميت Zimet، واعتمدوا في قياسهم للامتثال العلاجي على مقياس الرعاية الذاتية لتوبرت وغلاسجو Toobert and Glasgow كونها توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية قوية وموجبة ودالة إحصائيا بين الامتثال العلاجي والسند الاجتماعي المدرك لدى مرضى السكري، كما توصلت إلى أن الامتثال العلاجي لأفراد عينتها يمكن أن يتأثر بإدراكهم للسند الاجتماعي، ما جعلها تعتبر هذا الأخير من العوامل التي قد تساهم في التنبؤ بالامتثال العلاجي[1]، وفي دراسة Toljamo (2020) حول علاقة الامتثال العلاجي بالسند الاجتماعي المدرك التي طبقت على عينة قوامها 233 راشد مصاب بداء السكري، أين تم تصميم استبيانات لقياس كل من الامتثال العلاجي والسندالاجتماعي المدرك لدى العينة، واتضح أن الفروق بين الراشدين المصابين بداء السكري في مستوى الامتثال العلاجي ترتبط بمستوى السند الاجتماعي المدرك لديهم لصالح مرتفعي السند الاجتماعي المدرك، كما اتضح وجود فروق في الامتثال العلاجي بين أفراد عينة الدراسة تبعا لمتغير نوع العلاج[2]، مما قد يوحي لنا بامكانية تدخل السند الاجتماعي المدرك ونوع العلاج في التأثير على الامتثال العلاجي بين الراشدين المصابين بداء السكري. وهو ما يتفق مع ما جاء به لوزيي وآخرون Lauzier et al. (2015) باعتبار السند الاجتماعي المدرك مؤشرا للصحة العامة.

---

[1] Karimy, M., Koohestani, H. R.,& Araban, M. The association between attitude, Self-efficacy, and social support, and adherence to diabetes self-care behavior. *Diabetol MetabSyndr*. 2018.

[2] Toljamo, M. Adherence to self-care and social support. *Clinical nursing*, 5(10), 2020.

على الرغم من عدم الإجماع الكلي حول علاقة الامتثال العلاجي بالسند الاجتماعي المدرك إلى أننا نعتقد أن السند الاجتماعي المدرك يتمخض عن رحم العلاقات الداعمة التي تعزز من ظهور السمات الايجابية كالتفاؤل، الثقة بالنفس، الرغبة في التحدي، والدافعية للانجاز، والفاعلية الذاتية الأمر الذي دفعنا لاعتباره كلقاح ضد عوامل الفشل، وبذلك قد يفعل ويعزز السند الاجتماعي المدرك من تبني الفرد للسلوكيات الصحية، بشكل أكثر تحديد يمكن أن يساعد حصول الراشدين المصابين بداء السكري على السند الاجتماعي المدرك على الامتثال للعلاج، وهو مما قد يمكّنهم من التعايش مع المرض وإدارته بشكل أفضل.

في ضوء كل ما سبق ذكره تتجلى لنا أهمية الامتثال العلاجي موازاة مع خطورة داء السكري، فباعتبار الامتثال العلاجي حاويا للسلوك الصحي، وبما أن مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك من العوامل الداعمة للسلوك الصحي والمفعلة له، انتابنا الفضول لإجراء دراسة حول علاقة الامتثال العلاجي بكل من مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك لدى عينة من الراشدين المصابين بداء السكري، ومن أجل فك رموز هذه المعادلة حاولنا الإجابة على التساؤلات التالية:

1- ما هو مستوى الامتثال العلاجي الذي يتميز به الراشدون المصابين بداء السكري؟

2- ما هو البعد السائد من أبعاد مركز التحكم الصحي لدى الراشدين المصابين بداء السكري؟

3- ما مستوى السند الاجتماعي المدرك لدى الراشدين المصابين بداء السكري؟

4- هل توجد فروق في مستوى الامتثال العلاجي تبعا لكل من مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك لدى الراشدين المصابين بداء السكري ؟

5- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الامتثال العلاجي وكل بعد من أبعاد مركز التحكم الصحي لدى الراشدين المصابين بداء السكري؟

6- هل ترتبط الفروق في مستوى الامتثال العلاجي لدى الراشدين المصابين بداء السكري بكل من مركز التحكم الصحي الداخلي والسند الاجتماعي المدرك لديهم ؟

7- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين السند الاجتماعي المدرك والأبعاد الثمانية للامتثال العلاجي لدى الراشدين المصابين بداء السكري؟

8- هل توجد علاقة ارتباطية بين مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك، لدى الراشدين المصابين بداء السكري؟

9- هل توجد فروق في الامتثال العلاجي بين الراشدين المصابين بداء السكري تبعا لمتغير الجنس؟

10- هل توجد فروق في مستوى امتثال الراشدين المصابين بداء السكري للعلاج تبعا لنوع العلاج المعتمد (أقراص/أنسولين)؟

11- هل توجد فروق بين الراشدين المصابين بداء السكري في مستوى الامتثال العلاجي ترجع لمدة الإصابة(قصيرة-متوسطة-طويلة)؟

2- فرضيات البحث

انطلاقا من تساؤلات الدراسة قمنا بصياغة الفرضيات التالية:

1. **الفرضية الأولى:** توجد فروق في مستوى الامتثال العلاجي لدى الراشدين المصابين بداء السكري تبعا لكل من مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك لديهم.
2. **الفرضية الثانية:**توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الامتثال العلاجي وكل بعد من أبعاد مركز التحكم الصحي لدى الراشدين المصابين بداء السكري.
3. **الفرضية الثالثة:** يختلف مستوى الامتثال العلاجي بين الراشدين المصابين بداء السكري وفقا لكل من مركز التحكم الصحي الداخلي والسند الاجتماعي المدرك.
4. **الفرضية الرابعة:** توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين السند الاجتماعي المدرك والأبعاد الثمانية للامتثال العلاجي لدى الراشدين المصابين بداء السكري.
5. **الفرضية الخامسة:** توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك، لدى الراشدين المصابين بداء السكري.
6. **الفرضية السادسة:** توجد فروق في الامتثال العلاجي بين الراشدين المصابين بداء السكري تبعا لمتغير الجنس.
7. **الفرضية السابعة:** توجد فروق في امتثال الراشدين المصابين بداء السكري للعلاج تبعا لنوع العلاج المعتمد (أقراص/أنسولين).
8. **الفرضية الثامنة:** لاتوجد فروق في الامتثال العلاجي بين الراشدين المصابين بداء السكري تبعا لمدة الإصابة(قصيرة–متوسطة–طويلة).

3- دوافع اختيار الموضوع

جاء هذا البحث نتيجة لجملة من الدوافع والمتمثلة في استشعار القيمة النوعية للامتثال العلاجي إذ تم تناوله بالبحث والدراسة في مذكرة الماستر، الأمر الذي دفعنا للسعي إلى توضيح معالمه، محدداته ومدعماته في البحث الحالي بشكل أعمق مع إقحام متغيرات أخرى (مركز التحكم الصحي، والسند الاجتماعي المدرك) ولدى عينة مغايرة (فئة الراشدين المصابين بداء السكري)، وهذا بسبب قلة اهتمام القائمين على الرعاية الصحية "الأطباء بشكل خاص" بالجانب النفسي للمرضى عامة والراشدين المصابين بداء السكري خاصة، ضف إلى ذلك التزايد والانتشار الرهيب لمرض السكري بين فئة الراشدين، خاصة وأن الامتثال العلاجي يمكن أن يجنب، يقلل، أو يبطئ من الإيقاع المتسارع لمضاعفاته الخطيرة التي تتراوح بين الإعاقة والوفاة. وقد ساهم وجود سوابق مرضية في محيطنا العائلي في الرفع من مستوى فضولنا وحماسنا لتبني وتناول المتغيرات التالية (الامتثال العلاجي، مركز التحكم الصحي، السند الاجتماعي المدرك) بالبحث والدراسة، زيادة إلى التشجيع الذي حظينا به من أساتذة التخصص كون هذا الموضوع يمكن أن يساهم في الوقاية، خاصة وأن الامتثال العلاجي الجيد للمصابين بالأمراض المزمنة والتي يتربع الراشد المصاب بداء السكري على قمتها قد يمكنه من التعايش مع مرضه وإدارته بشكل أفضل.

4- أهداف البحث

يعد هذا البحث منبرا نسعى من خلاله لتحقيق جملة من الأهداف والتي فضلنا تلخيصها في العناصر التالية:

1. التأكد من أن الفروق في امتثال الراشدين المصابين بداء السكري للعلاج يمكن أن ترجع لكل من مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي لديهم.
2. الكشف على طبيعة العلاقة بين الامتثال العلاجي وكل بعد من أبعاد مركز التحكم الصحي لدى الراشدين المصابين بداء السكري.
3. التحقق من أن الفروق في مستوى الامتثال العلاجي لدى أفراد عينة بحثنا يمكن أن تعوى لكل من مركز التحكم الصحي الداخلي والسند الاجتماعي المدرك.
4. دراسة العلاقة بين السند الاجتماعي المدرك والأبعاد الثمانية للامتثال العلاجي لدى الراشدين المصابين بداء السكري.
5. التعرف على طبيعة العلاقة القائمة بين مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك، لدى الراشدين المصابين بداء السكري.
6. التأكد من وجود فروق في مستوى امتثال الراشدين المصابين بداء السكري ترتبط بنوع الجنس.
7. إثبات ما إذا كان نوع العلاج المعتمد (أقراص/أنسولين) يشرح التباين في مستوى امتثال الراشدون المصابون بداء السكري.
8. إثبات إذا كانت مدة الإصابة(قصيرة–متوسطة–طويلة) تفسر التباين في مستوى الامتثال العلاجي لدى أفراد عينة بحثنا.

5- أهمية البحث

يكتسي البحث الحالي أهمية بالغة حاولنا التي إيجازها في النقاط التالية:

1. الاهتمام الكبير التي توليه الأنظمة والهيئات الصحية في العالم لداء السكري وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية (WHO) نظرا لاتساع رقعة انتشاره، ناهيك عن ارتباطه وتداخله مع عدة أمراض خطيرة، كأمراض القلب، السمنة، أمراض الكلى والمسالك البولية، أمراض الغدد، ارتفاع ضغط الدم، تصلب الشرايين، ....وغيرها إذ يشكل قنطرة معها إما بحدوثه كنتيجة لها أو أن تكون محصلة له.
2. المعاناة اليومية للمرضى وضياعهم في ما يخص امتثالهم للعلاج، الذي يمكن أن يرجع للأمية الصحية المتعلقة بخصوصية مرضهم وما يقتضيه من ممارسات صحية، والذي لمسناه عند معظمهم إذ يعتقدون أن الإقلاع عن السكريات فقط هو الضامن الوحيد لاستقرار الحالة الصحية، ما يعطي البحث الحالي ميزة التوعية الصحية.
3. أهمية الامتثال العلاجي بالنسبة للمصابين بالأمراض المزمنة كافة والراشدين المصابين بداء السكري بوجه خاص، إذ لابد أن يعلم العام والخاص أن الحديث عن المرض المزمن يقتضي بالضرورة الحديث عن الامتثال العلاجي الذي يعكس بدوره عملية معقدة ومتعددة الأبعاد.
4. المساهمة في تحسين نوعية حياة المرضى إذ يعتبر الامتثال العلاجي متغيرا نوعيا وجوهريا تتأسس عليه نوعية حياة المرضى عامة والراشدين المصابين بداء السكري بشكل خاص،لا سيما وأننا نسعى إلى تناوله ضمن قالب شمولي، كونه يمكن أن يساهم في كسر النظرة النمطية للمرضى التي تحول دون أن ينعم المريض بحياة عادية يكون فعالا فيها ساعيا إلى تحقيق أهدافه.

5. تسليط الضوء على متغير حساس من متغيرات الشخصية وهو مركز التحكم الصحي الذي يميز اعتقادات المرضى حول العوامل المسؤولة على صحتهم في ظرف محدد، فوعي المريض بالعوامل التي تتحكم بصحته قد يساهم في تغيير نظرته للمرض ما قد يوسع اهتمامه في العلاج من التركيز على الجانب الدوائي فقط إلى وضعه ضمن نسق شمولي، وهو ما قد يجعله أساس متين يجب استثماره في خطة الامتثال العلاجي بغية تمكين المرضى من إدارة مرضهم والتعايش معه.
6. يجسد هذا البحث التصور الراهن للعلاجات الحديثة الذي يؤمن بأن مفتاح نجاح أي علاج هو إشراك المريض والمحيطين به ضمن الخطة العلاجية شريطة أن يكون المريض محورها، وهذا بتبنينا لمتغير السند الاجتماعي المدرك مركزين فيه على الجانب الإدراكي للمريض.
7. اتخاذ البحث الحالي الطابع الوقائي يعطيه خصوصية، ما يجعل منه محطة علمية يمكن الاستفادة منها في دعم الدراسات الاستشرافية، خصوصا وأن مجال البحث في الجزائر والعالم العربي لازال خصبا وهذا في ضل ندرة الدراسات والبحوث التي عنيت بمتغيرات بحثنا في حدود علمنا.
8. يمكن استغلال نتائج هذا البحث من طرف الجمعيات والهيئات التي تعنى بالتثقيف الصحي والرفع من مستوى الوعي الصحي، إلى جانب إمكانية توظيفه من طرف القائمين على الرعاية الصحية والمتخصصين في بناء البرامج العلاجية والإرشادية التي تراعى فيها متغيرات البحث.

9. لا يستهدف البحث الحالي المجتمع العلمي فقط، فثقل متغيراته وبساطة أسلوب المنتهج فيه يجعل منه مقصدا للمرضى، المجتمع العلمي، والمجتمع ككل.

6- مفاهيم البحث

نعني بمفاهيم البحث الوصف والتصور العام لأهم المتغيرات التي شكلت حجر الأساس للبحث الحالي وسنوجزها على النحو الآتي:

1. الامتثال العلاجي Therapeutic Adherence

- **اصطلاحا:** استنادا لتقرير منظمة الصحة العالمية (2003) WHO فإنه "متغير ملازم للأمراض المزمنة، وهو يعبر عن الدور الفعال للمريض ومدى التزامه بمشاركته لمقدمي الرعاية الصحية في وضع الخطة العلاجية الخاصة به والاستمرار في تطبيقها"[1].
- **إجرائيا:** نرى أن الامتثال العلاجي يعكس فاعلية المريض ودوره الدينامي في الحفاظ على صحته حسب ما تقتضي خصوصية مرضه، بمعنى قابلية المريض واستعداده للالتزام والانتظام والاستمرار بإتباع كل الممارسات والسلوكيات الصحية، التي تندرج ضمن الخطة العلاجية الخاصة بمرضه، والتي تتمثل في العقد العلاجي الذي يبرمه المريض والمعالج بغية الحفاظ على الصحة وترقيتها في ضل وجود المرض.

[1] WHO, op cit. P18.

يتحدد في بحثنا الحالي بالدرجة الكلية التي يحصل عليها الراشدون المصابون بداء السكري من مقياس الامتثال العلاجي المعتمد في هذا البحث، والذي سنتطرق إليه بنوع من التفصيل في الجانب الميداني منها.

2. مركز التحكم الصحي Health Locus of Control

- **اصطلاحا:** وفقا لوالستون وآخرون(1978).Wallston et al فإن مركز التحكم الصحي يعبر عن المعتقدات الصحية الخاصة بالفرد حول مركز التحكم بصحته ضمن ظروف معينة، وهو يتوزع بين التحكم الصحي الداخلي والتحكم الصحي الخارجي، وهذا بناء على توقع النتائج الصحية المترتبة عن ذلك[1].

اجرائيا: يعكس تصور الراشد المصاب بداء السكري حول العوامل المتحكمة بصحته، وهذا من خلال أبعاد مقياس مركز التحكم الصحي لوالستون وآخرون–1976).Wallston et al (1978 والمعرب من طرف جبالي نور الدين (2007) الذي تم تبنيه في هذا البحث.

[1] Wallston, K. A., Wallston, B. S., &Develis, R. Multidimensional health locus of control (MHLC) scales. Health educ monorg spring, *6*(2), 1978.

3. السند الاجتماعي المدرك Perceived social support

- **اصطلاحا:** يرى سارازون وآخرون (1983).Sarason et al أن السند الاجتماعي المدرك يعبر عن "إدراك الفرد لوجود أشخاص مستعدون لمساعدته وقت الحاجة بالشكل الذي يرضيه[1],
- **اجرائيا:** يشير السند الاجتماعي المدرك إلى عملية تفاعلية تقوم على إدراك الراشد المصاب بداء السكري لوجود أفراد من محيطه يمكنهم استقراء حاجته وتلبيتها حسب ما يرضيه، انطلاقا من ما تقيسه أبعاد مقياس السند الاجتماعي المدرك لسارازون وآخرون (1983).Sarason et al والمعرب من طرف محمد الشناوي وسامي أبوبيه (1990).

4. داء السكري Diabetes

- **اصطلاحا:** نتقيد بتعريف منظمة الصحة العالمية (2018)WHO والذي يرى أنه مرض مزمن يعكس اضطراب منسوب الأنسولين في الجسم والذي قد يرجع إما لنقص الإفراز أو للعجز عن التوظيف، مما يرفع من مستوى الغلوكوز في الدم[2].

---

[1] Sarason, I. G., Levin, H. M., Basham, R. B., &Sarason, R. B. Assessing social support : The social support questionnaire. *Journal of personality and social psychology,44*(1), 1983.

[2] World Health organization. *Noncommunicable diseases country profiles*. WHO Publications. 2018.

الفصل الثاني

الامتثال

العلاجي

تمهيد

يعد الامتثال العلاجي أحد أهم المفاهيم المحورية في الطب وعلم النفس عامة وفي علم النفس الصحي خاصة، نظرا للفوائد النوعية التي تعود على الأفراد والأنظمة الصحية من إتباعه وممارسته الأمر الذي جعل منه متغيرا حاسما تعول عليه كل المجتمعات، ولكن اختلاف التعامل مع المفهوم أو بالأحرى القصور الواضح في التعاطي معه قد يساهم وبشكل كبير في زيادة الهوة بينه وبين الممارسات الفعلية التي يقوم بها الراشد المصاب بداء السكري، وعلى هذا الأساس سنحاول من خلال هذا الفصل إزالة الغموض عن هذا المفهوم من خلال تحديد معالمه ضمن قالب شمولي، مع ذكر نبذة تاريخية عنه، محدداته، والنظريات المفسرة له.

1-نبذة تاريخية عن الامتثال العلاجي

يعود الاهتمام بالامتثال العلاجي إلى أعرق العصور ذلك أن عدم الامتثال للعلاج أرّق كل المهتمين بالرعاية الصحية إلا أنه لم يتم الإفصاح عنه كمفهوم محدد، فقد آمن به أبو قراط واعتقد أن وعي المريض ونيته في تنفيذ التوصيات الطبية هو الضامن الوحيد لسلامة صحته[1]، وظلت هذه الفكرة محل تمحيص إلى أن تبنى التيار الطبي الفكرة إذ تعود البدايات الأولى له إلى السبعينيات من خلال أعمال هاينس وسوكيت Haynes and Socket (1970) التي تندرج في سياق البحوث الطبية التي اهتمت بترقية صحة المريض من خلال

[1] Cerquiera, N. *Repérage des difficultés concrètes à l'aide d'un questionnaire auprès de 153 patients atteints de maladies chroniques*(Thèse de Doctorat,) Université de versailles. 2015.

العمل على تطوير مبادئ التربية العلاجية، غير أن المصطلح استعمل آن ذاك للتعامل مع مشكلة هروب المريض من سياق العلاج فاستعملوا مصطلحات كالانصياع والخضوع العلاجي (To Comply)للتعبير عن إتباع واحترام المريض للإرشادات والتعليمات الطبية الموصى بها من طرف الطاقم الطبي، وسرعان ما تبين أن الإشكال أعمق وذو أبعاد متعددة فالخضوع للعلاج دون المساهمة الفعلية للمريض النابعة من إدراكه أهمية الالتزام والاستمرار في الممارسات الصحية التي تنطوي عليها الخطة العلاجية للمريض لا يجدي نفعا، فأخذ هذا المفهوم في التطور ليحتل مكانة مرموقة تجعل منه "عامل مهم في مجال البحث العلاجي، وساهم هذا الاهتمام في إفساح المجال لظهور مصطلحات أكثر دقة وعلى رأسها الامتثال العلاجي الذي يعتبر سلوكا صحيا يندرج ضمن نسق العلاقات المعقدة بين الطاقم الطبي المريض ومحيطه[1]. كونه يقع ضمن نموذج العلاقات العلاجية التي تركز على الكفاءات الشخصية، الطبية والاجتماعية وهذا للطاقم الطبي الذي يتمكن من وضع خطة علاجية تتلاءم وطبيعة مرض الفرد وقدراته الشخصية وكذا كفاءات المرضى من حيث مدى قدرتهم على الالتزام بتعليمات الخطة العلاجية وتقبلهم لها.

ذلك يثني على أهمية المصطلح ومكانته في سياق التربية العلاجية للمصابين بالأمراض المزمنة التي تتطلب رغبة وإرادة فعلية من المريض للالتزام بتعديل نمط الحياة بصورة مسايرة للخطة العلاجية المرافقة للمريض طيلة حياته.

---

[1] Tarquinio, C.,& Tarquinio, M. P. L'observance thérapeutique déterminants et modèles théoriques. *Pratiques psychologiques*,(13), 2007. P1.

2-عرض بعض المصطلحات التي قد يتم الخلط بينها وبين الامتثال العلاجي

عرف المصطلح عدة تسميات فنجد الانصياع والخضوع للعلاج الطبي، التعاقد العلاجي، تقبل العلاج، والملائمة العلاجية أما في البحث الحالي فنقصد به الدور الدينامي للمريض الذي يبدأ من إدراكه لأهمية الامتثال العلاجي على أنه حتمية ومن ثم تقبله له وعزمه على الالتزام بكل الممارسات الصحية بما فيها تعديل نمط حياته وتطبيق التعليمات الطبية بشكل يجعله يتعايش مع مرضه بشكل أفضل.

وفيما يلي سنعرض بعض المصطلحات التي قد تتقاطع مع الامتثال العلاجي:

- الانصياع العلاجي« Therapeutic compliance » : الخضوع والتطبيق التام للتعليمات والوصفات الطبية.

- تقبل العلاج « Therapeutic observance »: هو الجانب السلوكي من الامتثال للعلاج ويتعلق بالممارسات الصحية المتبعة من طرف المريض غير أن الفرق بينه وبين الامتثال العلاجي يكمن في أن تقبل العلاج مؤقت وغير ثابت في الزمن ويتأثر بأحداث الحياة التي يمر بها المريض، كما يبقى التقبل ضمن الحيز الطبي ذلك أن التقبل المؤقت قد لا يعكس الإيمان بالفكرة بمعنى أنه قد يتقبل العلاج لكن تقبله لا ينم عن قناعاته، كما لا يجب أن نغفل أن التقبل يتعلق بما عرض على المريض من توصيات لأنه لم يشارك في بناء الخطة مع مقدم الرعاية الصحية.

- الامتثال العلاجي «Therapeutic Adherence»: قبل الولوج إلى مضمون مفهوم الامتثال العلاجي فضلنا التطرق إلى الامتثال العلاجي من الناحية اللغوية محاولين بذلك إزالة اللبس الذي يعتريه فحسب قاموس المعاجم العربية(2021) ينحدر الامتثال من مثل وامتثل بمعنى نحت وشكّل أي قام بالفعل وتقيد به حسب تصوره الموجود في ذهنه، أما من ناحية الإشكال القائم حيال التفرقة بينه وبين الالتزام، فقد مكننا الثراء الكبير للغة العربية وتعدد مفرداتها من مسح الغبار عنه إذ اتضح لنا أنه لا يوجد فرق بين المصطلحين إذ وجدنا في قاموس أبو الرجال أن الامتثال مرادف للتقيد والالتزام[1].

وعلى هذا الأساس نعتقد أن الامتثال هو التقيد والالتزام بالفعل النابع من القناعة والمعتقد حياله،لذا نرىأن الامتثال العلاجي يعبر عن التزام المريض بالإقلاع عن كل ما يهدد صحته، وبتبني كل ما يضمن الحفاظ على صحته انطلاقا من قناعته المبنية على وعيه بأن امتثاله للعلاج هو الضامن الوحيد لإدارة مرضه، ويتخذ هذا الأخير صفة الاستمرارية كما يتأثر بطبيعة المرض وبالسياق البيو نفسي اجتماعي للمريض.

3- تعريف الامتثال العلاجي Therapeutic Adherence

يعد الامتثال العلاجي التابل الرئيسي والأساس المتين لكل الخطط العلاجية التي تعنى بها برامج التربية العلاجية للمصابين بالأمراض المزمنة وعلى رأسها الراشدين المصابين بداء السكري، ومع ذلك لازال عدم الاتفاق قائما بين الباحثين حول التحديد والضبط الجيد

---

[1] أبو الرجال مسعود ، *قاموس المترادف والمتقابل*. https://www.english2arabic.com/omar/sattarsite/rigal.asp يناير-2021.

للمفهومذلك فلازالت التناولات التي عنيت به تركز على جوانب محددة منه، و بغية إماطة اللثام عن الامتثال العلاجي وليتضح أكثر سنحاول عرض التعريفات التالية:

يرى بيترمينز وآخرون (2010) ,.Petermans et al بأنه "درجة التلاؤم بين سلوك المريض وكل ما يتعلق بأخذ جرعات الدواء، الالتزام بالحمية وتعديل نمط الحياة وإتباع التعليمات الطبي"[1].نلاحظ من خلال هذا التعريف أن الامتثال العلاجي يعبر عن مدى قدرة المريض على القيام بالسلوكيات التي تضمن الحفاظ على صحته، بدءا بالتقيد بجرعات الدواء إلى تعديل نمط حياته بما يتماشى وخصوصية المرض، غير أن ما يمكن أخذه على هذا التعريف هو ذكره للامتثال على أنه الدرجة التي يتناسب فيها سلوك المريض مع ما تم وصفه طبيا متجاهلا العوامل الشخصية للفرد كالرغبة والقدرة، ذلك أن الامتثال العلاجي أكثر من كونه التقيد بالتعليمات الطبية.

ووفق المفوضية الأوربية الممولة لبرامج الامتثال العلاجي (European Commission Funded for Therapeutic Adherence Programmes [ECFTAP], 2009-2012) فإن "الامتثال العلاجي يتلخص في عنصرين محوريين وهما الاستمرارية والالتزام"[2]. لعل المراد من هذا التعريف هو التأكيد على أن الامتثال العلاجي

---

[1] Petermans, J.,& Samalea, A. S., Vann, T, H. Observance thérapeutique en gériatrie. *Revue med liege*, (65), 2010. P1.

[2] Schneider, M., Herzig, L. P., Hampai, H.,& Bugnon, D. O. Adhésion thérapeutique du patient chronique : des concepts à la prise en charge ambulatoire. *Rev Med Suisse*, *6*(9), 2013. P23.

مفهوم ملازم للمريض ملازمة مرضه المزمن، وهو ما يقود للالتزام الذي يتجسد في الطريقة التي يدير ويسير المريض مرضه من خلالها، لكن على الرغم من تسليمنا بأن غياب أحد هذين الشرطين يخرجنا من مفهوم الامتثال العلاجي إلا أن ما أخذناه على التعريف هو عدم كشفه للضبابية التي المتعلقة بتحديد الأدوار في الامتثال العلاجي ناهيك عن مكوناته، لذا نعتقد أن هذا التعريف لم يتمكن من وضع الإطار المناسيب الذي يندرج ضمنه الامتثال العلاجي.

ويضيف لامورو وآخرون Lamouroux et al.(2005) أن المفهوم يتخذ عدة أبعاد وهو يشير إلى محور أساسي لحماية الصحة العامة كونه يعمل على التقليل من عوامل الخطورة[1]. يتضح لنا أن هذا التعريف سلط الضوء على الدور الايجابي للامتثال العلاجي من حيث تدخله في حماية الصحة وترقيتها غير أنه ومع اعترافه بتعدد أبعاده إلا أنه لم يقدم شرحا لها أو توضيحا لمدلول ومضمون المفهوم ما يبقيه في الجانب الطبي فالامتثال العلاجي حسب رأينا بعيد عن وصفه من زوايا محددة خاصة وأن التعاطي الراهن مع الأمراض المزمنة وفي مقدمتها داء السكري يحدث ضمن النسق الشمولي.

وهو ما تفطن له براسك يفي وآخرون Paraskevi et al.(2012) ذلك أنه يعتبر الامتثال العلاجي "بعد مهم في تحديد درجة الرفاه لدى الفرد وهو يعبر عن مدى تلاؤم السلوك الطوعي مع توصيات الطاقم الطبي، ويرى أن الممتثلون للعلاج هم من يتسمون بدور

[1] Lamouroux, A., Magnan, A.,&Vervloet, D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons nous. Journal de *Mal respir*. (22), 2005. P 4-5.

فعال ونشط في تحقيق أهداف العلاج، كما أن الامتثال العلاجي يتأثر بالعوامل النفسية والاجتماعية للمريض"[1]. يثني هذا التعريف على الدور الايجابي للمفهوم من خلال تصنيفه ضمن محددات الرفاه، بشكل أدق يمكن أن يحسن الامتثال العلاجي من نوعية حياة المرضى التي لا يختلف عاقلان في أنها تتأثر بوضعية المرض، كما يلفت الانتباه لنقطة مهمة فلما نقول سلوك طوعي ذلك يدل على أنه يصدر من الفرد دون ضغط أو إرغام، بمعنى سلوك شخصي وإرادي نابع من داخل الفرد كونه يتمخض عن قناعاته وتصوره لصحته، مرضه، وعلاجه ودوره ضمن نسق العلاج، مما قد يجعل الممتثل للعلاج نشطا وفعالا في سعيه لتحقيق أهداف العلاج من خلال التزامه بالقيام بكل ما يحقق شروط العلاج ومتطلبات المرض، ويحدث هذا ضمن نسق تفاعلي شمولي يأخذ بعين الاعتبار الظروف النفسية والاجتماعية للفرد.

بينما تتجلى رؤية بوتاي وزملاؤه Bottai et al.(2010) للمفهوم في أنه ينص على "أن المريض يأخذ مسؤولية صحته على عاتقه بشكل يتجلى في سلوكياته وممارساته اليومية، وهو ينم عن عملية تقييمية للوضعية الصحية الراهنة والمآل الذي ستؤول إليه، من أجل العمل على إعطاء معنى للمستقبل، من خلال الوعي الاهتمام والمشاركة"[2]. بهذا فإن الامتثال العلاجي قد يشير إلى نتاج القراءة المعرفية التي يقوم بها للمريض لحالته الصحية

[1] Petermans, J.,& Samalea, A. S., Vann, op cit. P1-6.

[2] Bottai, M. B., Bourcet, S., Dassa, D.,& Raymondet, P. Thématique la schizophrénie : penser le soin l'engagement thérapeutique dans les trouble schizophréniques. *Psychologie social, 1*(2). 2019. P 48.

والفوائد التي قد يجنيها هذا الأخير من الممارسات التي تندرج ضمن إطار الامتثال للعلاج والمتمركزة حول المشاركة، المسؤولية، والتوقعات والتي يمكن أن تساهم في تحسين نوعية حياته، وكأن المريض يجس نبض الوضع الصحي الخاص به الذي يتمخض عنه اتجاهه للامتثال للعلاج، ولكن يبدو لنا أنه رغم ذكر هذا التعريف للمشاركة التي تعد من الدعامات الأساسية للمفهوم إلا أنه قد أغفل جانب الرغبة والالتزام والاستمرارية من المريض إذ يمكن للمشاركة أن لا تستمر كما يمكن للمريض أن يشارك إكراها فتصبح مشاركته مصطنعة ولا تنم عن اتجاهه نحو حماية صحته.

هذا ما سعى كل من لابوز ومارشيند Labbouz and Marchand (2011) إلى استدراكه بقوله أن "الامتثال العلاجي يتجسد في العلاقة التي تجمع بين الفرد وسلوكه، كما أنه أكبر من أن يتم حصره في الجانب الانفعالي للفرد لأنه يمثل سلوك فعلي لا رجعة فيه"[1]. من خلال ما لمسناه من هذا التعريف يتضح لنا أن الامتثال العلاجي هو تجسيد لرؤية الفرد واتجاهاته وميوله ومعتقداته في سلوكياته التي تتسم بدورها بالديمومة بصيغة أدق الالتزام بالسلوك، ولعل ما قد يفتح شهيتنا للبحث هو التسليم بعدم إمكانية تقزيم الامتثال العلاجي من خلال عزوه لجانب واحد ذلك أنه كل مركب تشترك في تجسيده نواحي مختلفة، غير أن ما قد يؤخذ على هذا التعريف هو المبالغة في تعميم الامتثال العلاجي فعلى الرغم من كون

[1] Labbouz, D., &Marchand, M. . *Les théorie de l'engagement, du comportement planifié et de la norme altyuiste au service de développement durable*. [Poster Presentation]. Actes du 4ème Colloque ARPENV L'indivdu et la société face à l'incertitude environnementale.Lyon. France. 2011, Juin6-11. P3.

هذا الأخير يمثل سيرورة من العمليات المتداخلة والمتباينة إلا أنه يتسم بالدقة لأنه ليس كل سلوك يعكس الامتثال العلاجي ذلك أن هذا الأخير يتميز بالتحديد والخصوصية المصاحبة للحالة الصحية للمريض ولطبيعة المرض وكذا المرحلة العمرية، فعدم ضبط المصطلحات قد يساهم في حجب الرؤية عن المفهوم لأن الحديث عن الامتثال العلاجي يستدعي بالضرورة الحديث عن السلوك الصحي.

في ذات السياق يضيف إينتاس وزملاؤه (2018)Untas and his Freinds أن "الامتثال العلاجي يعبر عن كل الممارسات الحامية للصحة التي يتم فيها توظيف الإمكانيات والموارد الخاصة بالمريض والتي من شأنها تحسين نوعية حياته وجعله أكثر كفاءة في إدارة مرضه بشكل فعال، والتي تقوم أساسا على فهم المريض لمرضه"[1]. يبدو لنا من خلال ما جاء في هذا التعريف أن الامتثال العلاجي هو الثمرة التي تؤتي أكلها في حال إلمام المريض وفهمه للمعطيات المتعلقة بمرضه، ذلك أنه الصرح الذي تتحفز فيه السمات الايجابية للمريض بالشكل الذي يجعله أكثر استقلالية في سياق ما يتعلق بمرضه مما قد يجعل منه عامل رفاه، نتفق مع هذا الطرح لحد بعيد خصوصا فيما يعنى بالمخرجات الايجابية للامتثال العلاجي غير أننا نفند منه ما يرى أن الامتثال العلاجي يتوقف على الجانب المعرفي للمريض مع عدم إلغائه، فالتسليم بالجاني المعرفي ومدى تأثيره على امتثال المريض لا مناص منه ولكن قد يقول قائل أن هناك من لديهم من الثقافة الصحية حول

[1] Untas. A, Lelorain. S, Dany. L,& Koleck. M. Health psychology and patient education : state of play and perspectives. *Pratique psychologique*. 2018. P 1-2.

مضمون مرضهم ما يكفي لفهم المرض ولكنهم لا يمتثلون للعلاج فنجدهم قد يتحججون بقلة الوقت والانشغال مثلا، وهناك من يعاني من قلة المعلومات فيما يتعلق بمرضه وقد يكرس كل جهوده ليمتثل للعلاج، فبهذا يصبح عدم الامتثال العلاجي ليس حكرا على من يعانون الأمية الصحية بخصوص مرضهم فقط بل يتعداهم إلى كل شرائح المجتمع وهو ما يؤرق ويستدعي الغوص بشكل أعمق لبحث المفهوم من جانب المريض أكثر الأمر الذي قد يتجسد بتحديد دور المريض منه.

وهو ما تؤكده كاترين Catherin(2014) مضيفة أن الامتثال العلاجي هو "عقد عمل بين المريض والمعالج، يتطلب المساهمة الإرادية والفعلية للمريض في مشروع العلاج واتخاذ المسافة اللازمة من المعالج الذي يتوجب عليه إعلام المريض، كما يتأثر بالجانب النفسي والاجتماعي للمريض، ويرتبط بالاتجاه والحوافز وغيرها من المتغيرات التي تتفاعل معه وتؤثر فيه"[1]. تتجلى رؤية كاترين Catherineللامتثال العلاجيأنه يأخذ بعين الاعتبار خصوصية الفرد ضمن محيطه الاجتماعيليعبر عن مدى استعداد الفرد وقدرته على تحمل مسؤولية مرضه على عاتقه والالتزام بكل ما يضمن ذلك، كما ركزت في تناولها للمفهوم على عقد الشراكة الثنائي (معالج– متعالج) بذكرها لعنصر مهم والذي ينص على تحديد الأدوار الأمر الذي يؤكد تجاوز المفهوم الكلاسيكي كالخضوع للتعليمات الطبية، فاتخاذ المسافة من طرف

[1] Catherine. C.. *l'alliance thérapeutique patient-soignant*.[Video]. Youtube. 2014. Octobre 27. https://www.youtube.com/watch?v=j0CVDmvB4sA

مقدم الرعاية الصحية مع التركيز على تعليم المريض قد يدل على البناء الثنائي للخطة العلاجية، وقد يعكس هذا وجود قطبين مختلفين يعملان معا بشكل تلاحمي للوصول إلى الهدف المبتغى،بشكل أدق تجسيد أهداف العلاج يتم مع المريض وليس من أجل المريض.وبذلك يمكن اعتبار ما جاءت به كاترين Catherineهو الأقرب لشرح المفهوم حسب توجه بحثنا ما يدفعنا لتبنيه حيث يعتبر الامتثال العلاجي نسق منظم يضم سمات المريض، اتجاهاته، ورغباته، سلوكياته وكذا قناعاته التي تقضي بتحمل مسؤولية المرض والأخذ بالأسباب التي تضمن التعايش معه بشكل أفضل، كما يتأثر بالحوافز وهو ما يمكن أن يجنيه المريض جرّاء امتثاله للعلاج سواء من فوائد مادية ملموسة على صحته مثلا أو معنوية من محيطه الاجتماعي كالتشجيع الذي يحصل عليه من العائلة، المعالج ، وكل المقربين منه، وهو ما ينفي النظرة الخطية للامتثال العلاجي التي ترى بأنه يختص بتطبيق تعاليم العلاج إذ يحد من دور المعالج ويحصره في الإعلام والتوجيه، وبهذا يصبح أشمل كونه نابع من داخل الفرد وهو محصلة لخصائصه النابعة من ميوله اتجاهاته وقناعاته وحتى علاقاته بمعنى أنه يتأثر بالجانب المعرفي والانفعالي، والاجتماعي للفرد مما يكسيه رداء الديمومة والالتزام لذا من غير اللائق تقزيمه وحصره في الخضوع والتبعية للتعليمات الطبية.

وهي الفكرة التي تبنتها الجمعية الفرنسية حسّن صحتك (Améliore ta Santé [ATS], 2021)التي لخصت الامتثال العلاجي في الالتزام الطوعي والفعال للمريض بإبرام اتفاق بينه وبين مقدم الرعاية الصحية، بهدف تحقيق النتائج المرجوة من العلاج، وهذا من خلال الممارسات المؤسسة على قناعات المريض المدعمة باتجاهه وميله نحو إدارة مرضه

والتي تعكس قبول المريض للعلاج كما تتجسد في تبني السلوكيات الصحية وتجنب الغير صحية وتعديل نمط الحياة تبعا لما يقتضيه هدف العلاج[1]. يظهر لنا جليا من خلال هذا التعريف أن الامتثال العلاجي يعبر عن المشاركة الفعلية للمريض في خطة علاجه بانتهاجه كل السبل التي تصب في تحقيق الهدف من الخطة العلاجية، ولعل ما يلفت الانتباه هو أن اتخاذ المريض لقرار الالتزام بتلك الممارسات يتخذ الطابع الإرادي الذي يعكس بدوره البعد العميق للامتثال العلاجي، فيبدو لنا أن هذا الأخير يتمخض عن سيرورة من العمليات المتأثرة بالجانب النفسي وكذا السياق الاجتماعي التي تنتهي بقرار المريض.

ومن جهتنا نرى أن الامتثال العلاجي حتمية لا مناص منها في علاج الأمراض المزمنة، وهي ذلك الكل المتكامل الدينامي المتجدد والمستمر الذي تتصهر فيه الخصائص الشخصية للمريض وبشكل تفاعلي مع المتغيرات الاجتماعية والبيولوجية ضمن معايير البيئة الثقافية لتتجسد في التزامه الإرادي والمستمر بالممارسات الصحية وإقلاعه عن غير الصحية منها بغية الالتزام بتجسيد أهداف العلاج وإضفاء طابع الاستقلالية في تعاطيه مع مرضه وتحسين نوعية حياته في ضل وجود المرض، وفي سياق البحث الحالي نقصد بالامتثال العلاجي التزام الراشد المصاب بداء السكري بالعلاج من خلال (احترام الإرشادات الطبية مواقيت وجرعات أخذ الدواء، تعديل نمط الحياة نحو نمط آخر أكثر صحة، القيام بالفحوصات الدورية والمتابعة الطبية، المراقبة الذاتية، التوظيف الجيد لمخرجات العلاقة (معالج–متعالج) الاستثمار الجيد

[1] Améliore ta Santé*les bonnes habitudes et les soins pour la santé*. .2021. https://amelioretasante.com/quest-ce-que-ladhesion-therapeutique28/10/2019/

لمخرجات السند الاجتماعي المدرك، توظيف الظروف البيئية المحيطة به بشكل يجعلها مدعمة للامتثال العلاجي) مشاركته الفعلية في تحديد خطة علاجه إلى جانب المعالج بشكل يقحم خصائصه النفسية والاجتماعية في مسار العلاج، ويبدأ من قرار المريض بالالتزام بكل ما يعكس امتثاله للعلاج ليتجسد في الالتزام الفعلي بذلك بشكل يؤدي لتعديل نمط حياته حسب ما يقتضي التحكم في مرضه والتعايش معه بشكل أفضل، مما قد يجنبه أكبر قدر من المضاعفات والتعقيدات التي يطرحها المرض، كما نعتبر الامتثال العلاجي سلوك نابع من قناعات الفرد ومؤسس على اتجاهه وميوله للحفاظ على صحته إيمانا منه أن سلوكه الشخصي يقع على وزن كبير في تحديد معالم صحته مما قد يمكنه من تدبر شؤونها بشكل أفضل رغم إصابته بالمرض المزمن ويتعزز بإدراكه لحصوله على التعزيزات من محيطه، وبذلك يمكن أن يتأثر الامتثال العلاجي للراشد المصاب بداء السكري باعتقاده نحو العوامل المتحكمة بصحته وكذا بإدراكه لما يجنيه من بيئته الاجتماعية، معززين فكرتنا بشعار منظمة الصحة العالمية حول أن المريض هو محور كل عملية علاجية ولا يمكن لأي علاج أن ينجح دون إقحام المريض والمحيطين به.وهو ما نحاول التأكد من صحته من خلال هذا البحث.

4-محددات الامتثال العلاجي

توجد عوامل عديدة يمكنها التأثير على الامتثال العلاجي فمن شأنها تفعيله وتغذيته أو التأثير عليه بالعكس مما يعرقله ويضعفه وهي ما يعرف بمحددات الامتثال العلاجي،ولعلّ الفهم المبني على التمحيص الجيد لهته الأخيرة من شأنه فتح آفاق جديدة قد تمكننا من إيجاد السبل الفاعلة والداعمة للامتثال العلاجي خاصة لدى المرضى الذين يبدون مستويات

متدنية من الامتثال للعلاج، وسنحاول عرضها مرتكزين في ذلك على المحددات الخمسة التي قدمتها منظمة الصحة العالمية (2003)WHO والتي جاءت ضمن خمسة محاور كبرى سنوردها على النحو التالي:

4-1 عوامل مرتبطة بالمريض: من المتفق عليه أن المريض محور العملية العلاجية، ولعل الاستيعاب الجيد لمفهوم الامتثال العلاجي المتمحور على دور المريض من سياق العلاج يحيلنا إلى التسليم التلقائي بتحسس هذا الأخير كثيرا لخصائص المريض المختلفة المعرفية والانفعالية والسلوكية والتي تتفاعل فيما بينها بشكل يجعلها مدعمة للامتثال العلاجي أو منفرة له، وسنحاول ذكر أهم العوامل التي نعتقد بتدخلها ولو بشمل ضمني في تحديد الامتثال العلاجي وهو ما سنوضحه في العرض الموالي:

4-1-1 السن: يبدو لنا أنه يمكن للسن أن يتدخل لحد بعيد في تحديد الحالة الصحية وكذا السلوكيات المرتبطة بها انطلاقا من تأثيره المباشر على الجانب المورفولوجي للشخص، إذ يعرف الفرد خلال حياته تغيرات طبيعية قد تعزى مباشرة للسن كأن يكون الفرد في قمة نشاطه وصحته وحيويته في مرحلة الشباب بينما تتقهقر هذه القدرات فيشعر بالوهن كلما تقدم في السن، الأمر الذي قد يحد من قدراته ويعيقه عن تأدية مهام كان ينبغ فيها وهو ما ينطبق على سلوكياته من قبيل ممارسة الرياضة، إتباع نمط حياة صحي، كما قد يمتد هذا الوهن ليشمل الجانب المعرفي والانفعالي للفرد فيشعر بالعجز والإحباط والتشاؤم وتدني تقديره لذاته النابع من اهتزاز صورته لذاته المؤسس على تصوراته ومدركاته التي قد ترى أنه لم يبقى من حياته إلا القليل لذا فسلوكياته لن تجدي

نفعا، وهنا يمكن أن يتأثر مستوى امتثاله للعلاج بمعتقداته المرتبطة بخصوصية المرحلة العمرية التي يمكن أن تشكل بمفردها وضعية خاصة تستدعي سلوكيات وممارسات من نوع خاص، وتتفق محمد شويخ (2016) مع طرحنا هذا فهي ترى أن "السن قد يؤثر على سلوكياتنا إما من ناحية إضعاف القدرة على أداء السلوكيات الصحية التي كنا نمارسها بتلقائية، أو بزيادة الخبرة مما قد يوجه اتجاهاتنا وآرائنا ومعتقداتنا ويعدلها، كما تقترح التركيز على أي مرحلة عمرية إيقانا منها لدور السن في تحديد السلوكيات الصحية المحتواة ضمن قالب الامتثال للعلاج"[1]. ولعل إيماننا بتدخل عامل السن في الامتثال العلاجي يتجسد من خلال تركيزنا على فئة الراشدين في البحث الحالي إيقانا منا بأن خصوصية المرحلة العمرية من شأنها إحداث الأثر.

4-1-2 **الجنس:** تختلف التركيبة البشرية بين الذكر والأنثى وتقيدا بالنموذج البيو نفسي اجتماعي الشامل فإنه يمكن لهذا الاختلاف البيولوجي أن يكون ذا أطراف مترامية على الجانبي النفسي والاجتماعي لكلا الجنسين، فالاختلاف الهرموني بينهم قد ينعكس على الجانب الانفعالي والمعرفي ما يمكن أن يخلق هوة شاسعة بينهما في التعامل مع الوضعيات الضاغطة والتي تترأسها وضعية المرض، كما أن السياق الاجتماعي والثقافي قد يساهم في تعزيز الفروق بين الجنسين ما قد يجعل السلوك الصحي عامة والامتثال العلاجي خاصة رهينة هذا الاختلاف، ففي دراسة بيرت وليون Bert and Lyon (2005) حول الفروق في الامتثال للعلاج بين المرضى المزمنين تبعا لمتغير

[1] محمد الشويخ هناء، *علم النفس الصحي*. مكتبة الأنجلو مصرية. 2016. ص37.

الجنس تبين أن 39% من بين 120 امرأة يظهرن عدم الامتثال للعلاج و29% من بين 77 رجل يظهرون عدم الامتثال للعلاج[1]. وهو ما تؤكده رؤية فورشاو Forshaw (2002) من خلال اعتقاده بأن الاختلاف الموجود بين الجنسين في التعامل مع مشكلاتهم الصحية ومن ثمة الامتثال العلاجي راجع للاختلاف الهرموني وكذا التباين في أساليب التنشئة الاجتماعية بين كل منهما[2]. ومن هذا المنطلق حاولنا إسقاط هذه الفكرة في الفرضية التي تعزو الاختلاف في مستوى الامتثال العلاجي لدى الراشدين المصابين بداء السكري إلى الفروق بين الجنسين.

4-1-3 المعتقدات الصحية: وهي عبارة عن التمثلات التي يستقيها المريض من البيئة الثقافية والعرقية حول المرض، الشفاء، الدواء، والعلاج وقدرة الطب، وهذه المعتقدات لا تنجم عن التفاعل مع الطاقم الطبي بل من تفاعل الفرد مع بيئته الأسرية، وسائل الإعلام، المجتمع والتجارب الخاصة بالفرد والتي تعد كجزء من التراث الثقافي المشترك، هذه المعطيات تلعب دورا هاما في تحديد الامتثال العلاجي، وهو ما تثني عليه دانتزر(2017)Dantzer إذ ترى أنه "يستحيل بناء برامج التربية الصحية دون التركيز على المعتقدات الصحية للمرضى ذلك أنها محور السلوكيات المتعلقة بالصحة لذا لا بد لنا

[1] Bret, B. L. *L'observance Thérapeutique des Personnes de 70 ans et plu*s. Union régionale des médecins libéraux d'Il de France. 2005. P 7.

[2] Forshaw, M. *Essential Health psychology*. Arnold. 2002.

من أخذه بعين الاعتبار عند التعامل مع الامتثال العلاجي"[1]. وسنحاول من خلال البحث الحالي الولوج للمعتقدات الصحية لدى الراشدين المصابين بداء السكري من زاوية ما يعتقدونه عن العوامل المتحكمة بصحتهم التي تقع تحت مسمى مركز التحكم الصحي وهو ما سيتضح في العنصر الموالي.

4-1-4 مركز التحكم الصحي: يمكن اعتبار مركز التحكم الصحي من المتغيرات التي من شأنها التأثير على الامتثال العلاجي فمن غير المعقول تبني السلوكيات الصحية بمعزل عن التصور والاستدلال الذي يبنيه الفرد حيال صحته والعوامل المتحكمة فيها في موقف معين، ذلك أن استيعاب مفهوم الامتثال للعلاج على أنه التزام بممارسات من شأنها الحفاظ على الصحة في ضل وجود المرض نابع من إدراك الفرد لضرورة الامتثال للعلاج المؤسس أصلا على قناعته بأن أخذ مسؤولية إدارة مرضه على عاتقه هو الفيصل في الحفاظ على صحته من عدمه قد يحيلنا لا محالة إلى البحث في مكانة مركز التحكم الصحي ضمن نسق المحددات المؤثرة في الامتثال العلاجي، إذ يعتبر "مركز التحكم الصحي سلاح ذو حدين فالتحكم الصحي الداخلي قد يرفع من مستوى الفاعلية الذاتية مما يجعل الفرد أكثر امتثالا للعلاج في حين أن التحكم الصحي الخارجي قد يؤثر سلبا على الامتثال للعلاج"[2]. قد يفسر هذا بالسياق الذي يحدث فيه

---

[1] Dantzer, C . *Apport de la psychologie de la santé à l'éducation thérapeutique*. Santé Désision Management. 2017. P4.

[2] Hiller, M. N.,& Zarski, J. P. Peut –on favoriser et évaluer l'observance thérapeutique *?*. *Hépato-Gastro*, (16), 2009. P 47.

العزو الصحي لأن الجدل لازال قائما حيال هذه النقطة فليس كل تحكم صحي داخلي محفز على الامتثال العلاجي والعكس، وفي هذا الصدد ترى فورشاو Forshaw(2002)أن التباين الموجود في الأدبيات المتعلقة لمركز التحكم الصحي تستلزم التعاطي معه بشكل خاص يتم فيه احترام المعايير البيئية،لذلك يبدو لنا أنه من غير المنصف الاكتفاء بنتائج الدراسات الأخرى، ما يمكن أن يعزز من حتمية البحث في الانشغال المتعلق بعلاقة هذا الأخير مع الامتثال العلاجي بغية تحيين النتائج وإضفاء طابع الخصوصية على كل دراسة وكذا احتراما للسياق الثقافي والاجتماعي لها[1]، الأمر الذي نطمح إلى تجسيده من خلال بحثنا الحالي الرامية لتمحيص علاقة مركز التحكم الصحي بامتثال الراشدين المصابين بداء السكري.

4_1_5 الإحساس بالفاعلية الذاتية: ويعتبر كهمزة وصل بين المهارات، المعارف، والمعتقدات الصحية كونه يضغط على المعارف والمهارات المكتسبة والتجارب الخاصة بالفرد من أجل مواجهة المرض والتفاعل مع الطاقم الطبي كل هذا من خلال الإجابة على التساؤلين التاليين: هل يشعر المريض أنه قادر؟ وهل يعتقد أن إتباع التعليمات الطبية ضروري للتحكم في داء السكري مثلا؟ فالانفعالات الناجمة من خلال الإجابة على التساؤلين تحدد شعوره بالفاعلية من عدمه وهو ما قد يؤثر بالسلب أو بالإيجاب على الامتثال للعلاج، لأن هذه الانفعالات إما أنها تدعم الفاعلية الذاتية وتجعل الفرد يمتثل للعلاج أو تنتج الانفعالات السلبية كالإحساس بالذنب، الخجل من الامتثال للعلاج

[1] Forshaw, op cit.

في البيئة الاجتماعية والثقافية، الخوف من العلاج ومن آثاره الجانبية وهنا يكون العلاج بمثابة وصم سلبي، وهو ما "أكده عدة مرضى بالتهاب الكبد الفيروسي أثناء تفسيرهم لعدم امتثالهم للعلاج بعدم قدرتهم على إتباعه في بيئتهم ومجالهم الاجتماعي والأسري والمهني"[1].وزيادة على ذلك فقد يؤدي تدني الإحساس بالفاعلية الذاتية إلى محاولة تغطية هذا النقض بإنكار المرض ما يلغي الحديث عن الامتثال العلاجي جملة وتفصيلا، وتضيف براري(2011) أن "الامتثال العلاجي يمكن أن يتأثر في حالة إنكار المرض «The deny ofIllness »،فإنكار المرض وخطورته قد يؤدي إلى رفض المرافقة العلاجية وبالتالي عدم الامتثال أو سوء الامتثال، أين يعتبر إنكار المرض نمط دفاعي لمواجهة اعتقاد الفرد في عدم قدرته في السيطرة على مرضه ما يغذي إحساسه بتدني مستوى الفاعلية الذاتية لديه"[2]. لعل هذا قد يعيدنا ولو بشكل غير مباشر لمفهوم التحكم الصحي الذي من شأنه التأثير على مستوى الفاعلية الذاتية لدى المريض والمحدد في بحثنا هذا بالراشد المصاب بداء السكري الذي قد ينعكس على مستوى امتثاله للعلاج، قمن جهتنا نرى أنها كلها أمور متداخلة متفاعلة فيما بينها إيمانا منا بأنها محتواة ضمن النموذج البيو نفسي اجتماعي.

4-1-6 السند الاجتماعي المدرك: يعد السند الاجتماعي المدرك أفضل ما يمكن أن يجنيه الفرد من بيئته وبذلك فهو يقبل أن يتموقع ضمن العوامل السوسيو ثقافية خاصة وأنه لا يمكننا فهم وتفسير أي سلوك بمعزل عن السياق البيئي الذي يحدث فيه،غير أننا

[1] Hiller, M. N.,& Zarski, J. P. op cit. P47.

[2] براري، مرجع سابق، ص 47.

فضلنا ضمّه للعوامل المتعلقة بالمريض انطلاقا من التركيز على دور المريض في الامتثال العلاجي كما أن مفهوم السند الاجتماعي يرمي بثقله على إدراك المريض الذي من شأنه إحداث الفارق، وبذلك يمكن اعتباره كعنصر فاعل وحاسم في عملية الامتثال للعلاج، كون "إدراك المريض أنه محتوى ومدعوم من طرف محيطه يمكن يشعره بقدرته على السيطرة والتحكم في المرض وهو ما قد يساعده على الامتثال للعلاج"[1]. وفي هذا الصدد اقترحت ريسال Russel(2005) مقاربة مفادها أن السند الاجتماعي المدرك متغير يعول عليه كثيرا لتحسين مستوى الامتثال العلاجي لدى المرضى وهذا من خلال إقحام المحيطين به في خطة العلاج. وقد يتجسد الأثر الايجابي للسند الاجتماعي المدرك على الامتثال العلاجي لدى الراشد المصاب بداء السكري من خلال المشاركة الفعلية للمحيطين به كأفراد العائلة في تغيير بعض العادات السلوكية إلى أخرى أكثر صحة وتتماشى مع خطة علاج المريض، كما قد يساعد الطاقم الطبي المريض من خلال إشعاره بالاهتمام الذي قد يلمسه هذا الأخير من خلال الحرص الذي يبديه الطاقم الطبي في تعليم المريض حول خصوصية مرضه وعلاجه وكذا إشراكه في اختيار خطة علاجه التي تتماشى مع ظروفه وموارده وهو ما قد يشعره بقيمته ويعزز من ثقته بنفسه وبأهمية مساهمته الفعلية في علاجه الذي يبقى نجاحه مرهون ولحد بعيد بمدى امتثاله للعلاج، وعلى هذا الأساس يبدو لنا أن السند الاجتماعي المدرك عامل مشجع على الامتثال للعلاج وهو ما ستفصح عنه لاحقا القراءة الإحصائية للفرضية التي تعنى به.

[1] Hiller, M. N.,& Zarski, J. P. op cit. P47.

4-2 العوامل المتعلقة بالمرض: تلعب طبيعة المرض وتنوع أعراضه وارتفاع احتمال التعرض لجملة من المضاعفات الناتجة عن المرض دورا فاعلا في سياق الامتثال العلاجي، وغالبا ما قد يبنى كل هذا عن المفاهيم التي تتشكل لدى المريض حول مرضه، وهو ما تؤكده تايلور (2008) حيث ترى أن قلة المعلومات حول المرض أو جهل المريض وأميته الصحية قد يفضي في بعض الحالات إلى صعوبات في الامتثال للعلاج، فقد بينت دراسة غوداس وكوشير Gudas and Koocher(1991) أن الامتثال العلاجي الجيد ارتبط بمستويات جيدة من المعرفة الصحية حيال المرض، حيث أبدى الأطفال الذين يمتلكون معرفة جيدة للمرض مستويات مرتفعة من الامتثال للعلاج، ففهم المريض لما هو مطلوب منه وللإجراءات التي يشملها برنامج العلاج يسمح بتحقيق درجة عالية من الامتثال، أما إذا لم يفهم المريض هذه الإجراءات فإنه حتما لن يتبعها ولن يطبقها بدقة. وحسب لي (1988) Ley"يمكن للامتثال أن يكون في أعلى درجاته عندما يحصل المريض على وصف كامل للمرض ومسبباته وكيفية علاجه بأسلوب مبسط وخال من المصطلحات العلمية والطبية المعقدة والتعليمات المكتوبة والمكررة لضمان استيعابها، بمعنى لما يصل المريض لمستويات معتبرة من الوعي الصحي فإن هذا قد يؤثر وبإيجاب في مستوى امتثاله للعلاج" [1].

[1] تايلور شيلي، *علم النفس الصحي*. دار حامد للنشر والتوزيع. 2008. ص553.

ولعل ما لا يجوز إغفاله عند الحديث عن المرض هو تأثير الرموز والتمثلات الاجتماعية والثقافية لمفهوم المرض التي تحملها بيئة المريض في سياق انتهاج الفرد كل ما يمكنه من الامتثال العلاجي أو يحول دونه،وبهذا الصدد يعتقددوري Druais(2007) أن "المعنى الثقافي والاجتماعي للمرض يعد محورا أساسيا لعملية العلاج"[1]. ذلك أن المفهوم والسياق الاجتماعي للمرض قد يحفز الفرد على الالتزام بتبني أسلوب حياة صحي وإتباع العلاج الدوائي وغيرها من الممارسات الصحية، أو قد يعتبره حالة خارجة عن السياق العلمي فيدفعه للطب البديل كما أنه قد يعتبر المرض حتى وإن كان مزمنا كضائقة مؤقتة قد تزول بمفردها وهو ما قد يشجع عدم الذهاب للطبيب أصلا وبالتالي لا يمكننا حتى الحديث عن الامتثال للعلاج، وفي ذات السياق تعزز نتائج دراسة هجيلم ورفقاؤه Hjelm et al.(2005) وجهة نظرنا حيث أجروا دراسة مسحية حول المعتقدات المرتبطة بتطور مرض السكري والامتثال لعلاجه بالسويد على عينة من الراشدين المصابين بداء السكري والمنحدرين من ثقافات متباينة ووجدوا تباين واضح بين أفراد العينة حيال التفسيرات التي أقاموها على مرضهم فمنهم من أرجعها للانفعالات الراجعة للتعرض للضغوطات، بينما فضل آخرون عزوها للعوامل الوراثية ولنمط الحياة، في حين اعتبرها من الأمور الغيبية التي اختلفوا حتى في تحديدها فمنهم من أرجعها لرغبة وقدرة الخالق ومنهم من اعتقد في تأثير الأرواح الشريرة، وامتد هذا التباين ليمس أساليب العلاج بين مؤمن بقدرات طاقم الرعاية الصحية وبين مؤيد لأساليب الرعاية الذاتية

[1] Druais, P. L. *Prescription ou promotion de l'observance*. Presses universitaires de France. 2007. P 4.

وخلصوا إلى أن الفروق في الامتثال للعلاج راجعة للاختلاف في المعتقدات الصحية النابعة من اختلاف الخلفية الثقافية لأفراد العينة[1]. ومن هنا يمكننا القول بأن اختلاف المعاني التي يبديها الأفراد بخصوص الصحة والمرض مبني على تأثير البيئة الثقافية على معاني الصحة ما قد يفسر اختلاف تعاطيهم مع مهددات صحتهم ومن هذا المنبر قد يجوز لنا القول أن الامتثال العلاجي لا يمكن أن يتأتى دون الأخذ بعين الاعتبار السياق الثقافي والاجتماعي للمرض وعلاجه على حد سواء.

4-**3 العوامل المتعلقة بالعلاج:** يعتبر داء السكري مرضا مزمنا يلازم المريض طيلة حياته وهو ما يفرض علاجا طويل الأمد، غير أن الامتثال العلاجي قد يتأثر لحد كبير بالمفاهيم المرتبطة بطبيعة العلاج ونوعية الدواء والتي غالبا ما قد يستقيها من الطاقم الطبي أو يبحث عنها شخصيا، وتعكس هذه المعلومات مستوى الوعي الصحي والثقافة الصحية للمريض والتي يمكنها أن تتدخل بشكل مباشر في تحديد نوعية ومستوى الامتثال للعلاج ولعل هذا الأخير قد يتأثر بنوع العلاج "فكلما كان العلاج معقدا ومزمنا وذو آثار جانبية قل احتمال الامتثال للعلاج، كما أن تعدد الجرعات وارتفاع معدل عدد مرات أخذ الدواء يرتبط ارتباطا وثيقا بعدم الامتثال العلاجي"[2] .وترى زناد (2008) أن "مستوى الامتثال للعلاج يتدنى عندما تتعلق التعليمات بتغيير سلوكيات حياتية مثل التدخين،

---

[1] محمد الشويخ، مرجع سابق.

[2] Morin, M. *De la recherche à l'intervention sur l'observance thérapeutique : contributions et perspectives de sciences sociales*. Presse de Laboratoire de psychologie socialede l' Université d'Aix. No. Dated. P4.

الاستجابة الانفعالية الحادة للضغط وغيرها، ولهذا ترى أن المرضى يتبعون التوصيات الطبية بمعدل 90% عندما تكون طبية صيدلانية محضة، أما عندما يتعلق الامتثال بمواضيع أخرى كالحمية، النوم، الإنقاص من ساعات العمل، تغير سلوكيات حياتية وغيرها فقد يجد المرضى صعوبة في تبني سلوك الامتثال"[1]. كما أن ارتفاع التكاليف المرتبطة بالعلاج وصعوبة الحصول على بعض الأدوية قد يعرقل السير الجيد للامتثال العلاجيحيث يشير حدار(2008) أن الأدوية الباهضة التكاليف يمكن أن تعجز المرضى عن اقتنائها على فترة مطولة رغم وجود ما يعرف بالضمان الاجتماعي، مما قد يساهم في ارتفاع معدل عدم الامتثال العلاجي بين المرضى[2]. ولعل من بين التأثيرات المتعلقة بالعلاج نذكر فعالية العلاج إذ يمكن اعتبار العلاج الفعال كحافز يدعم المريض للامتثال للعلاج خاصة وأن العلاج طويل الأمد وقد تنطوي طرق أخذ الأدوية على تعقيدات، وقد تتجسد هذه الأخيرة في شروط أخذ الدواء كبعض المواقيت مثلا قبل أو بعد الأكل، أو تفادي بعض المأكولات التي ينصح بعدم تناولها مع الأدوية العكس، كلها تعقيدات من شأنها التأثير على السير الحسن لعملية الامتثال العلاجي للراشد المصاب بداء السكري، إذ يبدو لنا أن الامتثال العلاجي قد يتأثر بطول مدة العلاج خصوصا إذا كان يتطلب إجراءات معقدة كتعديل نمط الحياة الذي اعتاد عليه المريض، والمتضمن لتغيير عاداته الشخصية من مثل التوقف عن التدخين أو الامتناع عن تناول المشروبات الكحولية أو تغيير نظامه الغذائي ومستوى نشاطه،لهذا لابد لنا من عدم إغفال كل ما يتعلق بالعملية

[1] زناد، مرجع سابق. ص138.
[2] حدار مرجع سابق.

العلاجية وتكييفها حسب ما يتلاءم وظروف وإمكانيات المريض وقدراته، حتى يتمكن من الامتثال للعلاج بشكل أفضل.

4-4العوامـل السوسـيو ثقافيـة: تعتبـر الظـروف الاقتصـادية والاجتماعيـة المختلفـة للمرضى مؤشر رئيسي لتنوع سلوك الامتثال العلاجي، إذ تؤمن ميرار Merer (1979) أن "المرضـى المثقفين الذين يعيشون في بيئـة اجتماعيـة واقتصـادية ثابتـة يكونون أكثر امتثالا للعلاج من المرضى غير المثقفين والذين يعيشون في بيئة اجتماعية واقتصادية سيئة، وعليه فإن نمط الحياة يؤثر على المرضى بشكل واضح حيث يمكن أن يوقفوا العلاج بسببه"[1]. غير أن ألبيري ومينا فو Albery and Munafo (2008) طرحا فكرة مغايرة تقضي بأن "العلاقة بين العوامل السوسيو ثقافية تتخللها متغيرات وسيطة من قبيل العوامل الانفعالية والسلوكية وبهذا يصبح تأثير الجانب السوسيو ثقافي غير مباشر على الامتثال للعلاج"[2]. قد يوحي لنا هذا الطرح بأنه اعتراف ضمني أن الامتثال العلاجي يتأثر ضمن النسق الشمولي المنتهج في هذا البحث والذي يقضي باحترام كل العوامل والإيمان بتدخلها مهما كانت نسبة التأثير، ومن هذا المدخل نرى أن العوامل الاقتصادية والاجتماعية عوامل لا يجوز تغييبها عند التعامل مع لدى الراشد المصاب بداء السكري،

---

[1] Merer, L. *L'efficacité de l'observance à un ans d'un programme court de rééducation assorti d'un autoprogramme dans la lombalgie chronique*. Presse de l'Université de paris5. 1980. P 32.

[2] محمد الشويخ. مرجع سابق. ص 41.

فالمستوى التعليمي أو الحالة الاجتماعية مثلا كلها عوامل قد تتدخل في الامتثال العلاجي ولا بد من التحكم فيها أو الاطلاع عليها على الأقل.

4-5 العوامل المتعلقة بالطاقم المقدم للرعاية الصحية: يتمثل هذا الطاقم في الفريق الذي يبقى على اتصال دائم بالمريض بغية تحقيق أهداف الخطة العلاجية مع المريض، لذلك تقع نوعية العلاقة بين المريض و المعالج على قدر كبير من الأهمية فيجب أن تؤسس على التفهم الاحتواء المبني على التعاطف المتمحور حول تحديد الأدوار الاحترام والثقة، وعلى هذا الأساس شددت منظمة الصحة العالمية (WHO, 2003) على تكوين الطاقم العلاجي في مجال التربية الصحية والتربية العلاجية بما في ذلك الامتثال العلاجي فالأسلوب الجيد في التعامل مع المريض يمكن أن يعطي دفعا قويا لعملية الامتثال العلاجي، كونه يساعد في تقبل الطاقم الطبي للمريض واحتوائه وتوجيهه مما يجعله قابل ومستعد للانخراط والمشاركة الفعلية في برامج التربية العلاجية ، فشعور المريض بالإصغاء والاحتواء عند تعامله مع الطاقم المقدم للرعاية الصحية يعتبر دعامة أساسية من دعائم الامتثال العلاجي، بل وذهب لانجيرون Langérand(2005) في تصوره لمكانة العوامل المتعلقة بالعلاقة بين المريض ومقدمي الرعاية الصحية على أنها الفيصل في تحديد الامتثال العلاجي من ناحية المضمون والمفهوم إذ يعتقد أن العلاقة المبنية مع المريض والتي تحمل في ثناياها دلائل الشراكة بمثابة القنطرة التي من شأنها أن تنقل المريض من الانصياع والخضوع للعلاج إلى الامتثال العلاجي الذي يتسم

بالديمومة والاستمرارية في الزمن[1]، لذا فإن نوعية العلاقات بين الطاقم المعالج والمريض تعتبر جد حساسة خاصة وأن المريض لا بد عليه أن يبقى على اتصال مستمر معه فالحساسية في هذه العلاقات قد تقلب الموازين وتؤدي إلى تدني مستوى الامتثال العلاجي أو حتى عدم الامتثال للعلاج لهذا فالتكوين الجيد لمقدمي الرعاية الصحية وكذا حنكتهم وقدرتهم على التعامل الحيادي المتعاطف مع المريض يمكن أن يؤتي أكله في سياق الامتثال العلاجي عامة وللراشد المصاب بداء السكري خاصة، وهو الأمر الذي حاولنا الارتكاز عليه في البحث الحالي عند بنائنا لمقياس الامتثال العلاجي.

أخيرا وليس بآخر يتجلى لنا أن الامتثال العلاجي ظاهرة معقدة وشائكة تقضي بتدخل العديد من العوامل التي قد تؤثر عليها إما إيجابا أو سلبا، لذا لابد الأخذ بعين الاعتبار النظرة الشمولية التكاملية لهذه العوامل بغية تحقيق فهم أوسع وأشمل للامتثال العلاجي مما قد يمكننا من التدخل بشكل أنجع.

5- النظريات المفسرة للامتثال العلاجي

باعتبار بحثنا تندرج ضمن البحوث التي يعنى بها علم النفس الصحي الذي يمكن أن يكون الأقرب لدراسة وتفسير السلوك الصحي، فقد حاولنا أن لا نحيد عن هذا السياق في عرضنا للنظريات

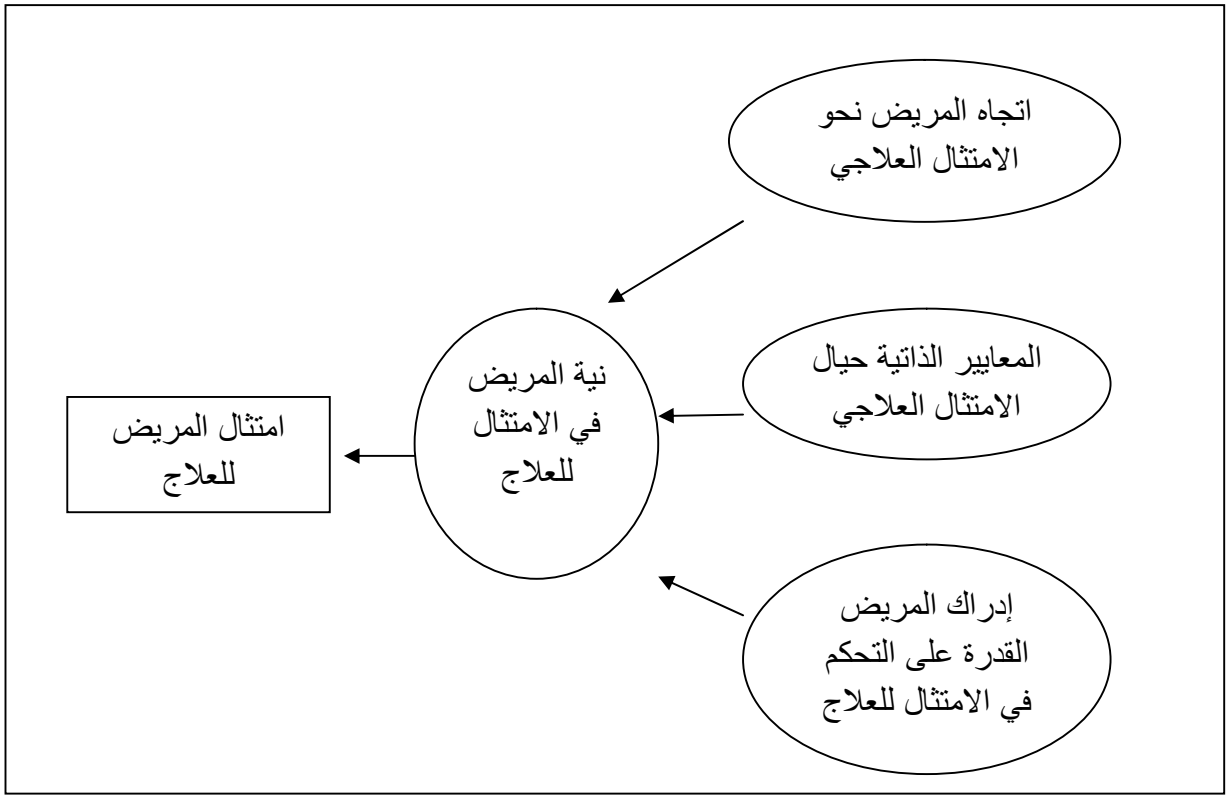
[1] Langérand, F. *De l'observance à une adhérence, l'utilisation de l'entretien motivationnel dans le renforcement de l'adhésion thérapeutique chez les patients schizophrènes*. UFR de sciences humaines cliniques. 2005.

المفسرة للامتثال العلاجي، وهذا من خلال ارتكازنا على التوجهات النظرية المتبناة من طرفه والتي سنوردها بالشكل الآتي:

1-5 نموذج السلوك المخطط لـه: تأسس هذا النموذج على مبادئ نظرية السلوك المبرر انطلاقا من أعمال أجزن(1985) Ajzen وأعمال فيشباين (1970) Fishbein وهو يطرح مقاربة تقضي بأن السلوك يتحدد من خلال نية الفرد في تبنيه والانخراط فيه من عدمها والتي تحدث تسبق اتجاهات الفرد المرتبطة بالسلوك مع الإشارة الضمنية إلى أن هذه الأخيرة تساهم في بناء المعتقدات حول السلوك المقصود، إضافة للمعايير الذاتية التي تعكس مواقف الآخرين من السلوك، مع التنويه على أن تبني أي سلوك يتوقف على مدى اعتقاد الفرد في قدرته على التحكم في السلوك وهذا ما يشبهه لابوز ومارشيند(2011) Labbouz and Marchand بمفهوم مركز التحكم الصحي الداخلي ومفهوم الفاعلية الذاتية لبندورا(1986) Bandura. ويرى أجزن Ajzen أن التنبؤ بالامتثال العلاجي يقوم أساسا على نية المريض في الحفاظ على صحته من خلال الحرص على تبني ما يضمن الحفاظ عليها من سلوكيات[1]، فاختبار المريض لوضعيات عمل فيها على الحفاظ على صحته من شأنه تعزيز اتجاهه نحو الامتثال العلاجي، كما أن هذه الاختبارات تؤسس لاعتقاد الفرد بقدرته على التحكم في كل ما قد يعود على صحته بالإيجاب، ويضيف ذات المصدر أن حضور النوايا والاتجاهات واعتقاد القدرة في التحكم بالامتثال العلاجي لا يكفي للانخراط في هذا الأخير بل يتطلب ضغوط اجتماعية داعمة. يبدو لنا يؤمن نموذج

[1] Labbouz, D., &Marchand, M, op cit.

السلوك المخطط له أن الامتثال العلاجي لا يحدث إلا بعد التخطيط له من طرف المريض ويتأسس هذا التخطيط على نية الفرد في الامتثال للعلاج المعززة باتجاه المريض نحو الامتثال للعلاج الذي يبنى على تصور التقييم العام لهذا الأخير، ويشرح الاتجاه بطبيعة الانفعالات المصاحبة للامتثال للعلاج التي قد تأتي سلبية أو إيجابية، مضيفا عنصر آخر وهو المعايير الذاتية للامتثال العلاجي التي تعكس تصور الفرد للضغوط الممارسة عليه من الأشخاص المهمين في حياته هل تؤهله ليمتثل للعلاج أم لا، ويدعم ذات النموذج كل هذا باعتقاد الفرد في قدرته على الامتثال للعلاج التي يستقيها من المزج بين تجاربه السابقة ومعتقداته حيال قدرته على الانخراط في الامتثال العلاجي ومن ثمّة يقرر المريض الامتثال للعلاج من عدمه، وقد حاولنا تلخيص هذا النموذج من خلال الشكل الموالي:



رقم(1): يشرح الامتثال العلاجي ضمن نموذج السلوك المخطط له « PBM » حسب براوي(2021).

نرى هذا النموذج قدم شرحا مهما للامتثال العلاجي إذ تتجلى رؤيته في أن الفرد يخطط لكل السلوكيات التي يقوم بها بما في ذلك الامتثال للعلاج،ويتم هذا التخطيط بناء على العوامل المتدخلة في شرح العلاقة بين النية والسلوك، وهي ، الاتجاه المعتقدات المرتبطة بالتحكم الذاتي بالسلوك والمعايير الذاتية المتمثلة في معتقدات المريض حول ما إذا كان المحيطون به يدعمونه أو لا للانخراط في الامتثال العلاجي وهو ما يستدل عليه من الضغوط الاجتماعية الممارسة عليه، كما

عرّج ولو بشكل ضمني على متغيرات ذات وزن ثقيل في التأثير على سلوكيات الفرد كمركز التحكم الصحي والفاعلية الذاتية، وفي حدود البحث الحالي قد يتمخض قرار الراشد المصاب بداء السكري لتبني الامتثال العلاجي عن نيته من خلال إقحام كل من الاتجاه العام نحو تبني الامتثال للعلاج الذي قد يعكسه اعتقاده أن امتثاله للعلاج من شأنه أن يعود بالإيجاب على صحته من خلال التقليل من الوتيرة السريعة لحدوث المضاعفات الخطيرة لمرضه، مع الاعتقاد في القدرة على الامتثال العلاجي والتحكم في بشكل يتناغم مع المعايير الذاتية التي تقضي بوجود أشخاص مهمين في حياته يرغبون أيضا في الامتثال العلاجي، كل هذا يبدو لنا أنه مقبول ولكن مع تحفظ ذلك أن هذا النموذج لم يتطرق إلى آلية التأثير (كيف يؤثر كل من الاتجاه، المعيار الذاتي، والاعتقاد بالتحكم على الامتثال العلاجي) من جهة ولم يعرج على الهوة الموجودة بين النية والسلوك من جهة أخرى فكيف تترجم النية إلى سلوكيات فعلية، زيادة على ذلك نرى أن هذا النموذج قد أغفل بعض العوامل السند الاجتماعي المدرك كما ذكر المعايير الذاتية بشكل يركز على مسايرة المريض للمحيط وبذلك قد أغفل فكرة أن الامتثال العلاجي يركز كثيرا على فعالية المريض بينما تجعل المحيطين به كمسايرين له لتحقيق هدفه (الامتثال للعلاج) وليس العكس لأننا نعتقد أن الامتثال العلاجي يتمحور على دور المريض ومشاركته الفعلية في خطة علاجه وبذلك لا يجوز تثبيط دوره وتقزيمه والنظر إليه كتابع ومساير لأن هذا يقودنا للحديث عن الانصياع العلاجي لا الامتثال العلاجي.

5-2نموذج المعتقد الصحي: ظهر هذا النموذج كنتاج لأعمال بيكر Becker (1974) وأعمال روزنستوك Rosenstock (1987) لبحث وتفسير العلاقة بين المعتقدات، الاتجاه نحو تبني السلوك الصحي، وسلوك الفرد فيما يتعلق بصحته، وهذا انطلاقا من التساؤل عن العوامل التي قد تمنع الأفراد من تبني السلوكيات الصحية الوقائية حتى وإن كانت الخدمات الصحية متاحة، فأخذ هذا النموذج على عاتقه مسؤولية تفسير السلوكيات المرتبطة بالصحة، حيث تم الاعتماد عليه بداية في تفسير رفض أو قبول المربض القيام بالفحوصات أو التحاليل والاختبارات للكشف عن الأمراض الصامتة (السكري، السرطان.....إلخ)، بعد ذلك استعمل لفهم السلوكيات المرتبطة بالوقاية من بعض الأمراض كسلوك التطعيم والانصياع العلاجي، وحاليا يستخدم لتفسير السلوكيات الصحية المرتبطة بعلاج الأمراض المزمنة كالامتثال العلاجي[1]،"وتقوم فكرته على أن تبني السلوكيات الصحية الوقائية والالتزام بها (بما فيها الامتثال العلاجي) مرتبط لحد بعيد بمقدار الفوائد التي يمكن للفرد أن يجنيها، والتي تعود بالإيجاب على صحته، ويفترض « HBM » أن تنفيذ السلوك الصحي الوقائي (كالامتثال للعلاج) يحدث عند ارتفاع شدة المرض وخطورته وارتفاع الاحتمال المدرك للإصابة بالمرض أو حدوث المضاعفات، وتكون الفوائد المتوقعة من الممارسات الصحية معتبرة"[2]. وبخصوص مكانة الامتثال العلاجي من هذا النموذج ترى محمد الشويخ (2016)

---

[1] Santé et société. *La promotion de la santé : une perspective, une pratique*. Edition promotion de la santé. 1988.

[2] الزروق، فاطمة الزهراء. *علم النفس الصحي مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه*. ديوان المطبوعات الجامعية. 2015. ص 15.

أن احتمال امتثال المرضى للعلاج يتحدد من خلال إدراكهم للتهديد الصحي الذي يطرحه وضعهم الصحي الراهن من جهة وتقييمهم للامتثال العلاجي من جهة أخرى[1]، وحسب روزنستوك Rosenstock(1974) فإن إدراك المريض قابليته للوقوع فريسة لتعقيدات المرض وكذا إدراكه لمدى خطورة المرض ومضاعفاته، يعد القوة المحركة للامتثال للعلاج، بينما توفر القيمة المدركة للفوائد التي يمكن جنيها منه وكذا قلة العراقيل التي يمكن مواجهتها نموذجا واضحا للامتثال للعلاج، وترى أن انخراط المريض في الامتثال العلاجي يتم من خلال العوامل التالية:

- القابلية المدركة « Perceived ability »: وتتمثل في اعتقاد الفرد أن مرضه يجعله ضعيفا إزاءه.
- إدراك خطورة المرض « Perceived severity of th illness »: وتتجلى في إدراك المريض للتعقيدات التي تنجر عن إصابته بالمرض.
- الفوائد المدركة من الامتثال للعلاج Perceived benifits of therapeutic« adhesion »: وتتعلق بإدراك قيمة الامتثال العلاجي من خلال تقدير كمية الفوائد التي قد تعود على صحته بالسلب جراء امتثاله للعلاج.
- العراقيل المدركة « Perceived barriers »: وهي جملة الصعوبات التي يعتقد المريض أنها قد تصادفه أثناء الامتثال للعلاج، كارتفاع تكاليف الرعاية الصحية على سبيل المثال.
- الدافع الصحي « Health motivatin »: ويعكس اتجاهات المريض المدرك حول الانخراط في الممارسات التي تضمن سلامة صحته والتي يترأسها الامتثال للعلاج.

[1] محمد الشويخ، مرجع سابق.

- مؤثرات الدخول في الامتثال العلاجي « Effects to therapeutic adhesion »: وهي كل المؤثرات المدركة الداخلية من قبيل أعراض المرض وآلامه وتعقيداته، أو الخارجية كموت أو إعاقة شخص من محيطه يحمل نفس مرضه بسبب عدم امتثاله للعلاج، أو مشاهدة حصص توعوية عن وجوب الامتثال العلاجي لمن يعانون من مرضه[1].وحاول حدار(2008) أن يضيف العنصر الموالي:

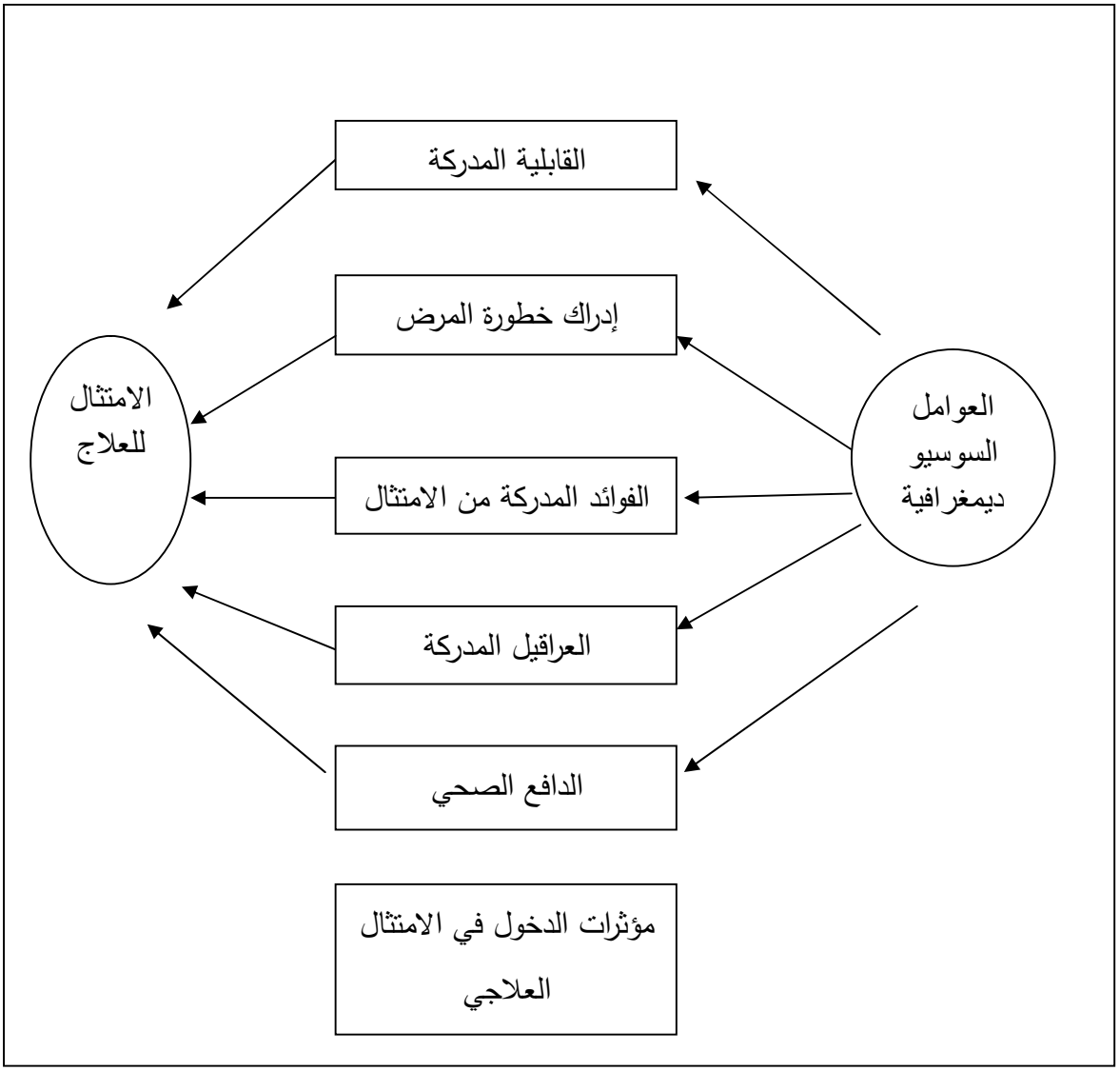
هـ- العوامل السوسيو ديمغرافية « Socio-demographic factors »: السن، الجنس والمكانة الاجتماعية، الشخصية وما ينجم عنها من خصائص معرفية[2].

يركز هذا النموذج في تفسيره للامتثال العلاجي على اتخاذ القرار من طرف المريض جاعلا من إدراك المريض دعامة محورية لامتثاله للعلاج آخذا بعين الاعتبار الأهمية التي يعطيها المريض للهدف (الامتثال العلاجي)، ومدى اعتقاده في قدرته على تحقيق ذلك الهدف، كما يرى أن اتخاذ المريض لقرار الامتثال للعلاج من عدمه مرهون برغبته في التحكم بحالته الصحية مع وجود المرض وتقييمه للتهديدات التي تترتب عن عدم امتثاله للعلاج من جهة وللتهديدات التي يمكنه امتثاله للعلاج من تفاديها والتي تعكس بدورها مقدار الفوائد التي يمكن أن يجنيها، وقد حاولنا تلخيص ما جاء به هذا النموذج في تفسيره للامتثال العلاجي في الشكل الموالي:

---

[1] Rosenstock, M. Historical origins of the health belief model. *Health education*, *2*(1), 1974. P 328-335.

[2] حدار، مرجع سابق.



شكل رقم(2): يشرح الامتثال العلاجي حسب نموذج المعتقد الصحي « HBM »وفقا لبراوي(2021).

من خلال المقاربة التي جاء بها هذا النموذج بخصوص الامتثال العلاجي يبدو لنا أن الامتثال العلاجي عامة وامتثال الراشدين المصابين بداء السكري خاصة ذو خلفية براغماتية نفعية نابعة من سيرورة من العمليات المعرفية التي يعد الإدراك القاسم

المشترك بينها، فتبعا لذات النموذج يبقى الامتثال العلاجي مرهون بالكفة المرجحة من إدراك المريض ما إذا كانت تصب في نهر الفوائد أم لا، بصيغة أدق يرى هذا النموذج أن المريض لن يمتثل للعلاج إلا إذا لمس كما معينا من الفوائد، وبذلك قد يبقى امتثال الراشدين المصابين بداء السكري رهن إدراكهم لخطورة داء السكري الذي قد يدفعهم إما لتبني السلوكيات الصحية التي ينطوي عليها الامتثال العلاجي، وهذا الإدراك قد يتعزز بالعوامل السيسوديمغرافية والتي قد تتصل بدورها بمدركاتهم حيال الامتثال العلاجي، وكذا كمية الفوائد التي سيجنونها منه، مع دراستهم وتقديرهم للعراقيل التي قد يواجهها في حال امتثالهم للعلاج كل هذا قد يدعم باتجاههم نحو الصحة بمعنى إن كان لديهم اتجاه للحفاظ على صحتهم وحمايتها فقد يلتزمون بذلك حتى في حالة المرض فيمتثلون للعلاج، وهو ما قد يتفق مع رؤية جينز وبيكر Jans and Becker (1984) اللذان يعتقدا تأت الامتثال العلاجي يتأثر بالخطر العام المدرك على الصحة، شدة خطورة بعض الأمراض كالسكري، الإيدز، والسرطان، إلى جانب اعتقاد الفرد بحصوله على فوائد لقاء الامتثال للعلاج، واعتقاد الفرد أنه سيصاب بالمرض أو ستتدهور حالته الصحية أو قد يرتفع احتمال ظهور المضاعفات الناجمة عن المرض بسبب عدم تبنيه الامتثال العلاجي أو نتيجة لتخليه عنه، تمتع الفرد بدوافع داخلية تدعم وتعزز الامتثال العلاجي لدى الفرد كإصابته بأمراض أخرى بجانب داء السكري مثلا فيخاف المريض ما قد ينجر عن ذلك، أو قد تكون معززات خارجية كانخراطه ضمن جمعيات تنظم

حملات تحسيسية أو متابعة بعض البرامج التي تعرض حالات لم تمتثل للعلاج فتدهورت حالتها الصحية تبعا لذلك[1].

ويمكن أن يرجع هذا إلى أن إدراك الفرد لقيمة صحته وأهمية الحفاظ عليها حتى في حالة غياب المرض (الاتجاه العام نحو الصحة) وهو ما يجعل الفرد يتبنى السلوكيات الصحية، وهو الأساس الذي يسير عليه في حال أصيب بالمرض فيمتثل للعلاج فقيمة صحته وأهمية الحفاظ عليها وإدراكه لشدة خطورة المرض التي قد تؤدي لسلسلة من المضاعفات هو ما قد يجعله يمتثل للحفاظ على صحته.

أخيرا وليس بآخر يرى هذا النموذج أن أهمية عملية التقييم التي يقوم بها الفرد هي التي قد تمنحه القدرة على الامتثال للعلاج من عدمه، إلا أنه لا يجب أن ننسى أن عملية التقييم في حد ذاتها تبنى ضمن السياق الثقافي والاجتماعي للمرض وحتى العلاج، فبعض المرضى قد لا يذهبون لطلب الفحص الطبي ولكن قد يلجئون إلى رجل الدين أو الساحر أو الصيدلي، فالتفسير الذي يعطيه المريض لمرضه انطلاقا من التصورات الثقافية والاجتماعية للمرض قد تؤثر على ما يشعر به من أعراض وعلى تكوين مفهوم أسبابها لديه، فقد يعزو مريض معين سبب مرضه لإصابته بالسحر في حين قد يرجعها آخر إلى نتائج أفعاله وقد يرى آخر أنها نتيجة لعدم تبنيه نمط حياة صحي، وعلى هذا الأساس تتعدد اتجاهات الفرد وقناعاته حول الممارسات العلاجية فتصور المريض للمرض يعد محورا مهما في عملية العلاج، وهكذا تتعدد مصادر العلاج وتختلف تبعا لاختلاف ثقافة المريض،ولكن رغم أهمية

[1] James, I., &Backer, F. Social support and quality of life of community. *Mental health journal*,*28*(5), 1992.

نموذج المعتقدات الصحية إلا أنناأخذ عليهإهماله العوامل الاجتماعية (تأثير العائلة، الزملاء،الطاقم المقدم للرعاية الصحية، المحيط) وكذا الجانب الانفعالي(كالخوف) خاصة وأنه لم يفسر تفاعل العوامل التي اقترحها ولم يتطرق للعوامل المتفاعلة (التفاعل بين الفرد والمحيط).

3-5 نموذج التغيير عبر مراحل: طرح هذا النموذج من طرف بروشاسكا وديك لمونت(1992) Prochaska & Diclemente وهناك من يفضل تسميته بالنموذج العابر للنظريات« Transtheoretical model » ويفترض أن تبني الفرد السلوك الصحي بما في ذلك الامتثال العلاجي يمثل سيرورة من العمليات المعقدة إذ يؤمن بالتدرج في الانخراط في السلوك بمعنى آخر الدخول في الفعل لا يتم بشكل فوري بل يحدث تدريجيا وعلى هذا الأساس يقترح ذات النموذج خمس مراحل تتأثر كلها بالأهداف الحالية للفرد وسلوكياته السابقة في تبني أي سلوك أو التخلي عنه، ووفق محمد الشويخ(2016) يتمثل الجزء الأساسي من هذا النموذج في إمكانية الانتقال اللولبي من مرحلة لأخرى مع إمكانية تغييب بعض المراحل والعودة إليها بعد الوصول لمراحل متقدمة لذا غالبا ما يوصف بنموذج الدوامة[1]، الذي تتلخص مراحله على النحو التالي:

[1] محمد الشويخ، مرجع سابق.

أ- **مرحلة ما قبل الوعي الصحي:**"يكون الفرد في هذه المرحلة غير واع وغير مهتم بنتائج سلوكياته الخطرة على صحته، ولهذا فهو لا يظهر أي رغبة في تغييرها، كما هو الحال بالنسبة للمدمن على المخدرات"[1].

بصيغة أخرى يكون الفرد في هذه المرحلة تابعا وخاضعا للممارسات الغير صحية ونظرا لتجرد هذه المرحلة من الوعي نجد الفرد غير مبال بخطورة وعواقب ممارساته الغير صحية على صحته، ولا ينوي حتى المبادرة بالقيام بالسلوك الصحي.

ب – مرحلة الوعي الصحي: وهي المرحلة التي "يكون الفرد غير نشط وينوي الشروع في السلوك المنتظم خلال ستة أشهر"[2].

أي أن الفرد يبدأ في هذه المرحلة بالشعور والإدراك الفعلي لمخاطر سلوكياته، مما يخلق له رغبة كبيرة في تعديلها أو الإقلاع عنها غير أنه ورغم التفكير الجدي في التغيير إلا أنه لا يقدم عليه وهو ما يضعه في صراع بين الرغبة في التغيير وعدم القدرة عليه.

ج – مرحلة التحضير: في هذه المرحلة يظهر المريض رغبة في الفعل والعمل،"ويقدم على خطوات تغير السلوك المشكل ولكن دون أن يصل بعد إلى الامتناع الكلي. ذلك أنه يقوم بالسلوك المنشود بصفة غير منتظمة بمعدل ثلاث مرات أسبوعيا وبمقدار 30 دقيقة لكل مرة.[3]

---

[1] الزروق، مرجع سابق، ص22.
[2] حدار، مرجع سابق، ص 56.
[3] حدار، مرجع سابق.

يمكن أن يدل هذا على ارتفاع مستوى إدراك الفرد لمخاطر سلوكياته على صحته مع زيادة قناعته بضرورة التخلي عنها وتبني ممارسات جديدة وصحية وهو ما يخلق حاجة ملحة للتغيير فيبدأ الفرد بالتغيير غير أنه لا يلتزم به كليا.

د – مرحلة التنفيذ والدخول في الفعل: وهي مرحلة "التغيير الفعلي والتخلي عن السلوك الغير صحي"[1]. يقوم الفرد هنا "بالسلوك والنشاط بصورة منتظمة خلال ستة أشهر" [2]. وخلال هذه المرحلة يغير المريض فعلا سلوكه وكذا المتغيرات المحيطة به مثل الشخصية، العائلة، المحيط ويكون التغير في السلوك المشكل واضحا ويلاحظ من طرف الجميع، و"يصب المريض اهتماماته في "الفعل والتغيير" ولكن يتناسى جهد الحفاظ على هذا التغيير لأن استمرار السلوك الإيجابي المكتسب هو الذي يضمن فعالية هذه المرحلة حيث يحتاج المريض خلالها إلى زيادة درجة فاعلية الذات وكذلك التعزيزات الإيجابية المستمرة من طرف المشرفين على العلاج وهذا ما قد يضمن عدم ظهور السلوك المشكل"[3].

معنى ذلك يتجسد تغير السلوك من غير الصحي إلى الصحي هو ما يظهر جليا على المريض، وكل هذا نابع من الرغبة الملحة في التغيير المؤسسة على ارتفاع مستوى إدراك مخاطر السلوك المنتهج (الغير صحي) وكذا الشعور به غير أن تركيز الفرد في هذه المرحلة يكون على التغيير الآني وليس على مواصلة التغيير والحفاظ عليه على المدى البعيد وهو ما يفقده خاصية الالتزام التي تعتبر ملحة خاصة بالنسبة للامتثال العلاجي.

---

[1] الزروق، مرجع سابق، ص23.
[2] نفس المرجع السابق، ص56.
[3] زناد، مرجع سابق، ص129.

و – مرحلة المحافظة: يثبت الفرد على القيام بالسلوك والنشاط ويستمر في ذلك بعد مرور ستة أشهر من بداية هذا النشاط، ويعمل المريض في هذه المرحلة على تفادي الوقوع في الانتكاسة كما يعمل على المحافظة وتوطيد النتائج التي توصل إليها، وتعني مرحلة المحافظة الاستمرارية للسلوك الإيجابي وهي القدرة على الحفاظ وإبقاء هذا السلوك الجديد المكتسب والالتزام به، كما يسعى المريض أيضا إلى تعميم سلوكه على وضعيات حياتية أخرى، ويستند هذا السلوك المنشود إلى أبعاد وبنى معرفية وهي سيرورة التغير، التي تتضمن موازنة القرار بين المكاسب العوائق، والفعالية الذاتية[1].

معنى ذلك أن الفرد قد يصل في هذه المرحلة إلى القدرة على استقراء وملاحظة النتائج الإيجابية للسلوك الصحي، مع حصوله على التعزيز وإدراكه للسند الاجتماعي المقدم له من محيطه (عائلي، الطاقم المقدم للرعاية الصحية)، كما يتمكن من التعرف على مؤهلاته وإمكاناته السانحة لمواصلة الممارسات الصحية والالتزام بها وكذا العقبات التي قد تعترضه في ذلك مما يمكن أن يسمح له بتحضير نفسه لموجهتها وتحديها كل هذا يشعره بالقدرة على التحدي والمواجهة وهو ما قد يرفع مستوى الفاعلية الذاتية لديه.

ويمكن أن نسقط هذا النموذج على بحثنا فباعتبار الامتثال العلاجي سلوكا صحيا قد يقتضي المرور بهذه السيرورة من المراحل وهو ما سنحاول شرحه في ما يلي:

---

[1] حدار، مرجع سابق، ص58.

أ- **مرحلة ما قبل الوعي الصحي:** قد يعاني المريض في هذه المرحلة من الأمية الصحية بخصوص أهمية الامتثال العلاجي المتعلقة بخطورة وخصوصية مرضه، مما يفسر غياب النية في الامتثال للعلاج مما قد يدل على غياب الدافع للامتثال العلاجي.

ج- **مرحلة الوعي الصحي:** تتسم هذه المرحلة بنمو الوعي إذ يتزود المريض بمعلومات قد تشعره بخطورة مرضه والانعكاسات المترتبة عنه، ويبدأ بجمع معلومات تغذي لديه فكرة أن الامتثال العلاجي هو الحل الأمثل لإدارة مرضه والتقليل من احتمال حدوث المضاعفات، فيستشعرون أهمية هذا الأخير ويبدأ بالتفكير الجدي في الامتثال للعلاج دون القيام بأي سلوك.

د- **مرحلة التحضير:** في هذه المرحلة ترتفع الرغبة في التغيير لدى المريض إذ تتخذ طابع الإلحاح، فيقدم على بعض الممارسات التي تعكس بداية إقلاعه عن ممارسة السلوكيات غير الصحية وتبني ممارسات الامتثال للعلاج كبداية إتباعه لبعض التعليمات الطبية أو قيامه للحمية ولكن لا يصل إلى الإقلاع الكلي وهنا يمكن تسميته بتقبل العلاج وليس الامتثال العلاجي.

و- **مرحلة التنفيذ والدخول في الفعل:** يشرع الراشد المصاب بداء السكري فعليا في تطبيق تعاليم ومبادئ الامتثال للعلاج ويظهر ذلك في تركيزه الكبير على تعديل نمط حياته، وهو ما قد يلاحظه الموجودين ضمن محيطه الاجتماعي أو الطبي حيث نجده مثلا يتبع الإرشادات الطبية بحذافيرها، يحرص على القيام بالفحوصات الدورية في مواعيدها، يلتزم بالمراقبة الذاتية، يعمل على تغيير نمط غذائه حسب متطلبات مرضه، يبدأ بممارسة الرياضة بشكل

منتظم، الحرص على نظافة إقدامه وحمايتها وارتداء الأحذية المخصصة لمرضى السكري، وغيرها من السلوكيات والممارسات الصحية التي قد تعكس امتثال الراشد المصاب بداء السكري للعلاج.

ي-**مرحلة المحافظة:** هنا يصل الراشد المصاب بداء السكري إلى مرحلة التخلي عن كل ما يمكن أن يساهم في عودة أو ظهور ما يخل بالامتثال العلاجي، كأن يتفادى الدخول إلى محلات الأكل السريع، أو عدم شرائه للسكريات والمشروبات الغازية، أو تجنب الأشخاص الذين يسخرون منه أثناء ممارسته للرياضة ولكل السلوكيات التي تعكس امتثاله للعلاج ويسعى لكل ما من شأنه مساعدته على الإبقاء عليهكما يسعى إلى الاقتراب من كل من يدعم ويساند امتثاله للعلاج كالانخراط في جمعيات خاصة بمرضى السكري مثلا، وحسب هذا النموذج في هذه المرحلة يمكن القول أن الراشد المصاب بداء السكري أصبح ممتثلا للعلاج انطلاقا من التزامه الفعلي بكل ما يتطلبه علاجه.

ومن جهتنا نرى أن هذا النموذج تمكن من عرض مراحل مهمة في تغيير السلوك مع الإشارة الضمنية إلى السند الاجتماعي المدرك إلا أننا لا نعتقد أنه تمكن من ملامسة المدلول الفعلي للامتثال العلاجي بشكل أدق مضمون الامتثال العلاجي، إذ لاحظنا أنه ركز في تناوله للمفهوم على الجانب السلوكي منه مما يبقيه في زاوية التقبل للعلاج أو الانصياع العلاجي ذلك أن الامتثال العلاجي لا ينم عن الالتزام الفعلي بالسلوك فحسب بل يضيف على ذلك المشاركة الفعلية في اختيار خطة علاجه من حيث ترجيح السلوكيات والممارسات التي تتماشى مع ظروفه المادية والاجتماعية في ظل السياق الثقافي والاجتماعي للفرد، ولعل ما لم ينمكن هذا النموذج من ضبطه هو التعريج

على المتغيرات التي تتوسط العلاقة من مرحلة ما قبل الوعي إلى مرحلة الإبقاء على السلوك وبذلك قد غيّب العديد من المتغيرات المفعّلة للامتثال العلاجي كمركز التحكم الصحي، الظروف البيئية والوضعية الاجتماعية والاقتصادية حيث جعل كل السلوكيات وعلى رأسها الامتثال العلاجي رهينة للوعي الصحي نحن نثمّن هذا الأخير ولكن قد يعجز هذا النموذج عن تفسير عدم الامتثال للعلاج لدى المتمتعين بمستويات عالية من الوعي الصحي لذا يبدو أن الفجوة الموجودة حيال الامتثال العلاجي أعمق، كما أن الترتيب الزمني للانتقال من مرحلة لأخرى قد لا يتبع نفس الوتيرة لدى جميع الأفراد. ومن هذا المنطلق نعتقد أن هذا النموذج ركز على المراحل متغاضيا عن العديد من العوامل التي من شأنها لإحداث الأثر، كما أنه موجه للأفراد ضمن مراحل محددة وليس كل الأفراد نظرا لما تطرفنا إليه سابقا.

5-4نموذج الامتثال الصحي : يعود الفضل لهذا النموذج إلى مؤسسيه هايبي وكارلستون Heiby and Carlston (1986) وهو عبارة على نسخة مكملة للنموذج السلوكي الاجتماعي الذي يشرح مراعاة الالتزام بممارسة التمارين الرياضية بانتظام، كما يهتم « HAM » بتفسير السلوكيات المتعلقة بإتباع العلاج الطبي، ويعتمد هذا النموذج في تفسيره للامتثال العلاجي على العوامل الظرفية السابقة و على نتائجه وتأثيره على المريض في وقت واحد، كل هذا يتم في سياق تقييمي بمعنى آخر تبعا لما يدركه ويشعر به المريض من امتثاله للعلاج انطلاقا من تأثير هذا الأخير على حياته، ويعتبر أول نموذج يأخذ بعين الاعتبار أسلوب حياة المريض وكيف يشعر حيال امتثاله للعلاج بناءا على ملاحظته

للنتائج الفورية والمختلفة على حياته، ويضم هذا النموذج ثلاثة متغيرات سنشرحها بالشكل التالي:

أ- **المتغيرات السابقة والظرفية:** وتتحدر من عدة جوانب نذكر منها على سبيل المثال محددات وخصائص العلاج بما فيها من (الذوق، اللون، الجرعة، تعقد طريقة التناول، طريقة الحفظ، إلخ...)، نوعية التعليمات المقدمة (كطبيعة وأهداف المعالجة، مدى التناسب مع نمط الحياة، شكل التعليمة كتابي أو لفظي، تلاؤم الاتصال اللفظي والكتابي، سهولة فهم وقراءة التعليمات)، متابعة المريض(من حيث عدد وتواتر المعاينات)،(نوعية العلاقة بين المريض والمعالج).

يقصد بهذا النوع من الخصائص جل الظروف والوضعيات والخصائص المتعلقة بالوضعية العلاجية، بما فيها خصائص العلاج والعلاقة القائمة بين المريض والمعالج التي يدرك ويقيم المريض من خلالها مدى امتثاله للعلاج.

ب-**المتغيرات الذاتية والفردية:** وتتضمن إدراك المريض لوضعية المرض، معتقداته إدراكه لفعالية العلاج التكلفة المدركة، الخطورة المقدرة ودرجة الرضا.

يتعلق هذا النوع من المتغيرات بالجانب الذاتي للمريض ومدى تدخله في تقييمه لوضعية المرض التي يبنى من خلاله تصوره العام حول العوامل التي قد تعزز امتثاله للعلاج.

ج- **النتائج:** وتتعلق بكل الانعكاسات السلبية والإيجابية على حد سواء وتكون محصلة للعوامل الفردية والذاتية أو نتاجا للامتثال العلاجي في حد ذاته، ويمكن للمكاسب أن تأتي

على عدة أشكال فقد تكون اجتماعية (كالتقدير والتعزيز الذي يحصل عليه الفرد من الآخرين)، شخصية (تحسن الحالة الصحية)، اقتصادية (وحسب بحثنا الحالي يمكن أن نلخصها في تفادي الراشد المصاب بداء السكري الوصول إلى المضاعفات مما يقلص نفقات الفحوصات وتكاليف العلاج التي قد تنجم عنها)، أما بالنسبة للانعكاسات السلبية فقد تتجلى في شكل صعوبات جسدية (كتدهور الحالة الصحية، ارتفاع، حدة، أو زيادة الآثار الجانبية للمرض)، وصعوبات مالية (كارتفاع تكاليف العلاج)، والصعوبات الاجتماعية (كالوصم الذي قد يعاني منه المريض نتيجة إصابته بالمرض أو بالمضاعفات الناجمة عنه) وبذلك يمكن للمكاسب والصعوبات أن تكون فورية أو بعيدة المدى[1].

بناءا على ما سبق عرضه يمكننا القول أن نموذج الامتثال الصحي قدم إضافة فيما يتعلق ببناء تصور عام حول العوامل التي قد تتدخل في سياق إدراك الفرد وتصوراته للمرض وللعوامل التي قد توجهه لتبني السلوكيات الصحية التي يحويها الامتثال العلاجي والالتزام بها، لكن ما قد يؤخذ على هذا النموذج هو عدم تقديمه للشرح الكافي حول التفاعل بين هذه العوامل لتحقيق الامتثال العلاجي من عدمه كما أنه لم يتطرق للعلاقة بين المتغيرات المذكورة، ولعل الهوة التي لاحظناها في هذا النموذج هو تفسير الامتثال العلاجي لما يكون قائما بمعنى أوضح ركّز هذا النموذج على المريض ضمن سياق الامتثال العلاجي بشكل جعله مقيّم للامتثال العلاجي أكثر من مفسر له، كما أغفل دور الجانب الانفعالي للمريض فقد حصره في الجانب المعرفي فقط، زيادة على ذلك فقط ركز كثيرا على

[1]Tarquinio, C.,& Tarquinio, M. P, op cit.

الجانب الطبي وجعل العديد من العوامل المهمة ضمن النتائج كالسياق الاجتماعي والثقافي للمرض،وكذا السند الاجتماعي المدرك الذي أشار إليه بذكره للتعزيزات الاجتماعية.

5-5النموذج النسقي الوقائي: هو نموذج إدماجي صمم خصيصا لدراسة الامتثال العلاجي في إطار الممارسات الإكلينيكية، ويقوم على دمج مجموعة من العوامل الممكن توظيفها في عملية الوقاية، ويكتسي هذا النموذج خصوصيته من خلال تسليط الضوء على أدوار كل من المريض والطبيب في حدوث الامتثال العلاجي، ويعود الفضل في تقديم هذا النموذج لوالش وماك في (1992) Walsh and MC pheeمعتمدين في ذلك على أعمال بندورا Bandura (1977) وأعمال فيشباين وأزجين (1970)Fishbein &Ajzen، "يفترض « MSP » تدخل جملة من العوامل في حدوث الامتثال العلاجي"[1].والتي حاولنا تلخيصها استنادا لما جاء به حدار (2008)، وتاركينيو وتاركينيو (2007) Tarquinio& Tarquinio في الجدول التالي:

جدول رقم (1): يوضح العوامل المتدخلة في الامتثال العلاجي تبعا للنموذج النسقي الوقائي.

العوامل	الخاصة بالمريض	الخاصة بالطبيب
العوامل الاستعدادية	السن، الجنس، المكانة، المعتقدات والاتجاهات نحو الوقاية، مشاعر الفعالية الذاتية مركز التحكم	تتضمن الخصائص السيسوديمغرافية، الاتجاهات نحو الوقاية، إدراك الفعالية الذاتية،

[1] حدار، مرجع سابق، ص6.

Predisposing factors	الصحي، القيمة الممنوحة للمرض .	إدراك دافعية المريض ومستوى معارفه، إدراك كفايته الطبية ودوره التربوي
عوامل التمكين Enabling Factors	تتعلق بإمكانياته ومهاراته وموارده للانخراط في عملية الامتثال العلاجي، بالإضافة إلى معتقداته ومعارفهحول مرضه، ضف إلى ذلك التصورات الثقافية والاجتماعية للمرض وخصائصه الفيزيولوجية وظروفه المادية للحصول على الرعاية الصحية.	وتتضمن مؤهلاته الحقيقية أو الواقعية التي يمكنه الاستفادة منها في عملية الوقاية، تخصصهومجاله الطبي، مستوى خبرته الفنية والطبية، إضافة إلى قدرته على فهم أهداف وتوجهات سلوكيات وبرامج الوقاية وكذلك العوامل اللوجيستية الوقت، المكان، العتاد وغيرها.
العوامل المعززة Reinforcing factors	السند الاجتماعي المدرك، التأثيرات والانعكاسات الإيجابية لعملية العلاج .	الحصول على تأثيرات إيجابية مدركة، رضا المريض، نوعية الاتصال المهني الوقائي.

العوامـــــل التنظيميـــــة Organizational factors	وتتضـمن القـدرة علـى تقبـل الرعايـة الصحية و خدمات الوقاية.	تتعلق بقدرة الطبيب علـى الالتزام بتقـديم العـلاج وتصـميم البـرامج الوقائيـة تبعـا لمـا يـتلاءم وقـدرات وإمكانيـات المرضـى، مـع القـدرة علــى توظيــف كــل مــا يمكنــه التحسـين مـن مسـتوى الامتثـال العلاجي.
العوامـــــل الســـــلوكية Behavioral factors	تتعلــق بمــدى فاعليــة ســلوكيات الامتثال لدى المريض.	القـدرة علـى بنـاء الأثـر المتوقـع مـن المـريض، مـع القـدرة علـى الـتحكم فـي المضـاعفات وتعـديل السلوكيات السلبية لدى المريض.
العوامل الموقفية Stuational factors	قد تكون داخلية كظهور (الأعراض	وتشـمل تـذكير الطبيـب للمـريض

	المرضـــية) أو خارجيـــة(تـــدخل المحـيط، المعلومـات التـي يحصـل علها المريض من وسائل الإعـلام). .	بشـأن احتـرام العـلاج، مـع الأخـذ بعين الاعتبار كل ما يمكنه ترقية وتحســـين مســـتوى الامتثـــال العلاجي لدى المريض .

[1]; [2]

علـى الـرغم مـن أن نمـوذج « MSP » قـدم نظـرة جديـدة تعمـل علـى دمـج العديـد مـن العوامـل المهمة كمركز التحكم الصحي، السند الاجتماعي المدرك، الفاعلية الذاتية، ومعايير البيئة الثقافية، مع الإشارة لرضا المريض عن ما قدّم له ضمن برنامج العلاج، كما حرص على الأخذ بعين الاعتبار لدور المريض والطبيب في تفسيره للامتثال العلاجي، إلا أنه يبقى نموذجا يتسم بالعمومية كونه لم يصل إلى تحديد دور وعلاقة هذه العوامل بالامتثال العلاجي من حيث تأثيرها عليه وتأثره بها ذلك أنه قام بعرض العناصر مصنفة ضمن عوامل معينة بشكل خطي، حتى أنه لم يشرح الغاية من ترتيب هذه العوامل ولم يعرج على العلاقة بينها، كما أنه لم يوضح مدى تموقع وتدخل هذه العوامل تبعا لاختلاف الأمراض وكذا أنماط شخصيات المرضى زيادة على ذلك فقد ركز كثيرا على العلاقة طبيب–مريض متجاهلا بقية الطاقم المقدم للرعاية الصحية لأن التركيز على المريض قد يحصرنا في الجانب الطبي، كما لا يجب إغفال الطابع المتعدد الجوانب للصحة والمرض عامة والمرض المزمن لذا وحسب رأينا من الأفضل ذكر كلمة معالج اعتبارا لكل المتدخلين في تقديم الرعاية الصحية

[1] حدار، مرجع سابق.

[2] Tarquinio, C.,& Tarquinio, M. P, op cit.

للمريض، وبالنظر لما تم ذكره بخصوص هذا النموذج يبدو لنا أنه رغم تطرقه لعوامل جد مهمة إلا أن إغفاله لآلية التدخل قلل من إمكانية التنبؤ بالامتثال العلاجي من خلاله.

5-6نموذج التنبؤ بالسلوك الصحي «The health behavior prediction model (HBPM) »:

اقترح هذا النموذج من طرف بوندر Pender (1975) ويقحم عدة تناولات نظرية في تفسيره للسلوك الصحي والتنبؤ به والذي يقع الامتثال العلاجي في مقدمته ويقوم هذا النموذج أساسا على مبادئ نموذج المعتقدات الصحية « HBM »، ونظرية التعلم الاجتماعي « SL »، ومركز التحكم الصحي « HLC »، كما يفترض تدخل مجموعة من العوامل وبشكل تكاملي في حدوث السلوكيات الصحية عامة والامتثال العلاجي خاصة وهي ما يسمح لنا في نفس الوقت بالتنبؤ بهما وسنوجزها فيما يلي:

أ- **عوامل التعديل « Modifying factors »**: وتخص المتغيرات السيسوديمغرافية والمتغيرات البيشخصية، بمعنى التوقعات والانتظارات والآمال التي علقها على علاقاته الاجتماعية، كما "تتضمن المتغيرات الظرفية التي ترتبط بالسياق النفسي الاجتماعي من حيث وجود ثقافة صحية تثمّن السلوكيات الصحية"[1].

معنى ذلك أن هذا النوع من العوامل يركز على السياق الثقافي والاجتماعي وحتى العلائقي للمريض، الذي يبني توقعات وتصورات الأفراد وفي سياق بحثنا تتحدد بالراشد

[1] حدار، مرجع سابق، ص54.

المصاب بداء السكري حول مرضه وإمكانية تبنيه للسلوكيات الصحية وبشكل أدق التزامه بالممارسات الصحية التي تعكس امتثاله للعلاج.

ب-**المدركات الفردية المتعلقة بالصحة والمرض ومكاسب العلاج « Individual perception of health and illness and the benefits of treatment»**: ويقصد بهامكانة وأهمية الصحة بالنسبة للمريض، وجهة مركز التحكم الصحي لديه، مستوى إدراكه لخطورة مرضه، بالإضافة إلى إدراك المكاسب الناتجة عن السلوكيات الصحية والامتثال العلاجي[1].

بصورة أخرى يختص هذا النوع من العوامل بمجموعة المتغيرات المرتبطة بالمعتقدات والتصورات الخاصة بالمريض، والتي يمكن أن تتدخل وتؤثر على تبنيه السلوكيات الصحية وفي عملية جمعه للمعلومات المتعلقة بمرضه، عملية العلاج والمكاسب الناجمة عنه.

ج- **إدراك عوائق السلوكيات الصحية:** وهذا يتعلق بسلم ترتيب الأولويات في حياة المريض وما يترتب عن ذلك من مواجهة بين السلوكيات الصحية والامتثال من جهة وطموحاته الحياتية من جهة أخرى، وقدرة المريض على إيجاد المعادلة المناسبة لحل هذه المشكلة.

د- **المؤشرات الداخلية والخارجية للمرض:** وهي تلك العلاقات الداخلية التي تشير إلى وضعية المريض (التعب، تمظهرات جسدية، أعراض أو إشارات خارجية، من قبيل تذكير الوسط بالوضعية التي يعيشها المريض وهي المؤشرات التي تعيد المريض إلى

---

[1]Tarquinio, C.,& Tarquinio, M. P, op cit, P4.

معايشة الحقيقية كما هي، وتذكيره بوضعيته المرضية حتى ولو سعى لأسباب دفاعية كاللجوء إلى الإنكار أو استخدام إستراتيجية موجهة نحو الانفعال.

هـ-**احتمال تبني السلوك الصحي:** وهو قياس توقعات تطبيق السلوك الصحي والامتثال من خلال التقاطع والتفاعل بين المؤشرات الداخلية والخارجية، إدراك العوائق والإدراكات الفردية[1].

يعتبر نموذج التنبؤ بالسلوك الصحي نموذجا حاول جمع عدة وجهات نظر وإقحامها في تفسير سيرورة حدوث الامتثال العلاجي مما يمكننا من التنبؤ به ولكن وعلى الرغم من اعتباره نموذجا مهما إلا أنه قد أغفل بعض العوامل التي كان من شأنها إعطاء دفع لهذا النموذج كالسند الاجتماعي المدرك الذي نعتبره من المتغيرات الفاعلة في حدوث الامتثال العلاجي.

5-7النموذج البيو نفسي اجتماعي: طور هذا النموذج على يد أنجل(1977) Engel وهو يؤمن بتدخل العوامل النفسية (معتقدات، اتجاهات، سلوكيات الفرد)، والاجتماعية(مؤثرات البيئة الثقافية والسياق الاجتماعي للفرد)، والبيولوجية(الجانب الفيزيولوجي والطبي للفرد) في تفسير الحالة الصحية للشخص، وبذلك يقدم معالجة متعددة الأبعاد للحالة الصحية وكل ما يتعلق بها من سلوكيات وممارسات، كانت البدايات الأولى لهذا التناول بمثابة تلبية لحاجات الأطباء في محاولتهم لتقديم تصور شمولي متعدد الأبعاد في تفسير الأمراض متحديا بذلك النظرة الثنائية القطب والتي تفصل الجانب النفسي والاجتماعي عن نظيره الطبي البيولوجي[2].

---

[1] حدار، مرجع سابق،ص 54-63.

[2] الشويخ، مرجع سابق.

غير أن مخرجاته الإيجابية أقحمته في التيارات التي تعنى بالعلاج كالتربية العلاجية التي تشترط تدخل الجانب النفسي والطبي للفرد ضمن السياق الاجتماعي الذي يحدث فيه، فكنتاج لذلك وباعتبار الامتثال العلاجي المحور الرئيسي والهدف المنشود من التربية العلاجية توسع نطاق البحث في هذا التناول ليفسر الامتثال العلاجي بأنه قالب عام تتدفق فيه العديد من الخصائص الشخصية للمريض إذ يؤمن بتدخل الجانب الفطري كاستعدادات الفرد وميوله واتجاهاته، التي تساهم في توجيه الجانب المعرفي للمريض الذي يؤثر في الجانب السلوكي المتأثر أيضا بالخصائص الطبية وكل هذا يحدث ضمن محددات البيئة الثقافية والاجتماعية[1]، ويسلم هذا النموذج بأن الأثر الناتج عن هذه العوامل يحدث ضمن سياق تفاعلي لا تترأس إحداهن القائمة ومن هذا المنطلق يمكننا أن نقول أنه لا تهم نسبة التأثير بقدر ما يهم إقصاء أحد العوامل من القائمة. و يفسر هذا النموذج الامتثال العلاجي على أنه سلوك لا يمكن عزله عن المنحى البيولوجي باعتبار سلوكياتنا هي المخرجات الناتجة عن سيل من التفاعلات الكيميائية والكهربائية الداخلية وبالتالي يرى أن العجز الفيزيولوجي قد يعرقل السير الحسن للامتثال العلاجي، كما يرى أن العوامل النفسية والتي من الكثرة يصعب حصرها ثنائية التأثير حيث تتفاعل مع الجانب الفيزيولوجي والاجتماعي ويحترم هذا التناول خصائص ومعايير البيئة الثقافية للمرضى والتي قد تتباين لدى أبناء المنطقة تأثرا بالعرق والدين والوضعية الاقتصادية والاجتماعية، وفي هذا السياق ترى محمد الشويخ(2016) أن "النموذج البيو نفسي اجتماعي يعد الإطار الأمثل لفهم الامتثال العلاجي من خلال دراسة المرضى ضمن سياق حياتهم النفسو

[1] Société Canadienne de la recherche. *Aspects biopsychosociaux des troubles Gastro-Intestinaux fonctionnels*. 2020.

اجتماعي فضلا عن الاعتراف بالتأثير المحتمل للجانب البيولوجي"[1]. وبهذا يوقن هذا النموذج أن التفاعل بين كل العوامل يؤتي أكله في تحديد الامتثال العلاجي ويقر أن تعدد العوامل وإقحامها جملة دون تفصيل لا ينم عن تمييع الامتثال العلاجي بل يفتح السبل والآفاق لتناول الظاهرة من جوانب عدة كل حسب تخصصه وهو الأمر الذي يتيح الفرصة لتعدد التدخلات ما قد يمكننا من التعاطي الفاعل والناجع معه، وعلى هذا الأساس تبنينا هذا النموذج في البحث الحالي.

6- أساليب تقييم الامتثال العلاجي

يعد تقييم وقياس الامتثال العلاجي الشغل الشاغل للعديد من الباحثين فقد تساءل معظمهم عن طبيعة ونوعية الأساليب والاستراتيجيات التي يمكن الاعتماد عليها في ذلك.

يرى قارة (2015) أن تقييم الامتثال العلاجي يصب ضمن محورين عامين، وهما محور التقييم المباشر ويحوي طرق تحليل نسب الدواء من خلال البول، المراقبة، حساب عدد الحبوب وعدد الزيارات الطبية، وتقييم عدد مرات شرائه للأدوية، تطبيق استمارات ومقاييس الامتثال العلاجي على المرضى، أما محور التقييم غير المباشر فيندرج ضمنه الحكم الذاتي للمريض عن حالته الصحية، نتائج الفحص الإكلينيكي إذ أن تحسن الحالة الصحية يعكس مستوى الامتثال للعلاج[2]، غير أن فيراي (2016) Feray يرى أن قياس الامتثال العلاجي يشبه استعمال مصطلح في غير مكانه ذلك أن التقييم يرجع للتقييم الموضوعي بينما يرتبط الامتثال العلاجي بالجانب الذاتي للمريض وبذلك يختلف من مريض لآخر محترما بذلك حالة المريض ضمن السياق الخاص به، وهو ما يجعل قياسه

[1] محمد الشويخ، مرجع سابق، ص 36.
[2] قارة، مرجع سابق.

صعب جدا لذلك من الأفضل التعاطي معه من الجانب السلوكي النوعي بدلا من الجانب الكمي الرقمي[1].

من جانبنا يبدو لنا أن هذا الطرح منطقي ونتفق معه لحد بعيد إذ يبدو لنا أنه يخدم نفس توجه بحثنا الحالي كونه يراعي بالشكل الكافي الجانب الانفعالي والسلوكي والمعرفي وحتى السياق الاجتماعي للامتثال العلاجي، ذلك أنه يعترف بأنه مفهوم مركب ويخضع لتدخل عدة عوامل تتمحور في مجملها على دور المريض، وبما أن الامتثال العلاجي الذي نبحث فيه من خلال هذا البحث أسقطناه ضمن القالب البيو نفسي اجتماعي، فلابد من أن يحترم التقييم للامتثال العلاجي للراشد المصاب بداء السكري مفهوم الامتثال للعلاج المقولب ضمن الجانب البيولوجي المباشر المماثل للشق النفسي تبعا لقارة (2015)، والذي يختص بالسمات الشخصية والسلوكية للمريض، والاجتماعي والذي يتعلق بالسند الاجتماعي المدرك والذي قد يحصل عليه الفرد من المحيطين به من أفراد الأسرة ومن زملاء العمل وحتى الطاقم المعالج، وكذا الظروف الاجتماعية والاقتصادية للمريض وهو ما حاولنا توضيحه من خلال تصميمنا لأداة تقيس الامتثال العلاجي لدى الراشد المصاب بداء السكري، ومع ذلك يبقى الامتثال العلاجي مفهوما شائكا يستدعي تضافر عدة تقنيات حتى نتمكن من تقييمه بشكل أفضل، فباعتبار هذا الامتثال العلاجي يخضع في معظم جوانبه للجانب الذاتي للمريض فإن قياسه قد يبقى نسبيا ولا يمكن قياسه بشكل مطلق كماأن مرض السكري مرضا مزمنا فلا يمكننا الجزم بالتزام المريض وبصفة مطلقة طيلة حياته بسلوك الامتثال للعلاج لذلك

[1] Feray, S. *Apports d'un outil de la mesure de l'adhésion thérapeutique durant la prise en charge de patients lombalgiques chroniques non spécifiques*, (Thèse de doctorat). Université de la Loire. 2016.

أشرنا إلى أنه مفهوم مستمر ومتجدد (يستدعي التحيين تماشيا والحالة الصحية للمريض وظروفه)، لذلك يبدو لنا أنه من الأفضل الحديث عن مستوى الامتثال العلاجي (مرتفع-متوسط-منخفض) بدلا من الحديث عن (الامتثال المطلق والتقدير الكمي البحت الذي يعكس الجانب الطبي) لأن الاعتقاد في الطابع الذاتي للامتثال العلاجي قد يجعل منه مفهوما نسبيا، وهو ما يتطلب مراعاة الظروف والعوامل التي قد تؤثر في سلوك الامتثال العلاجي.

7- الامتثال العلاجي والأمراض المزمنة

يلاحظ سوء الامتثال العلاجي في الاضطرابات التي تحتاج إلى رعاية مطولة إذ يؤدي الفشل في العلاج إلى الإزمان أو الوفاة أو التلازمية المرضية، الانتكاسة، العدوى، الشدة النفسية على المقربين والتكاليف الصحية الباهضة ومشكلات نفسية واجتماعية، وقدرت دراسة كريس تونس Christensen (2004) نسبة تتراوح بين 60% إلى 80% من الامتثال للعلاج قصير المدى كتناول المضادات الحيوية في أسبوع ونسبة 40% إلى 80% من الامتثال للعلاج ذو المدى الطويل كالعلاج بالأنسولين لمرضى السكري[1]. والجدول الموالي يوضح نسب الامتثال العلاجي عند بعض الأمراض المزمنة:

[1] حدار، مرجع سابق، ص 47.

جدول رقم (2): يوضح نسب الامتثال للعلاج عند بعض الأمراض المزمنة.

الأمراض المزمنة	نسبة الامتثال للعلاج فيها
السيدا	% 94,30
الأمراض القلبية	% 87,50
اضطرابات الدورة الدموية في الرأس	% 85,20
السكري	% 76,00
اضطرابات النوم	% 61,90
الاكتئاب والقلق	% 60,00
اضطرابات الدورة الدموية في الساق	% 59,00
داء المفاصل	% 49,00
القرحة المعدية	% 37,00
الدوار	% 35,70

[1]

يتضح من خلال الجدول رقم (2): أن نسب الامتثال للعلاج تختلف تبعا لاختلاف نوع المرض المزمن حيث يحتل مرض السيدا الصدارة بنسبة قدرت بـ: 94,30%من الامتثال للعلاج ،

[1] Bert, op cit, P 28.

لتليها الأمراض القلبية في المرتبة الثانية بنسبة 87,50%، بينما احتلت اضطرابات الدورة الدموية في الرأس المرتبة الثالثة بنسبة 85,20%، بينما حصل داء السكري على المرتبة الرابعة بنسبة قدرت بـ: 76,00%، لتليه اضطرابات النوم بنسبة 61,90%،وبالنسبة لاضطرابات الاكتئاب والقلق فحصلت على نسبة 60,00%،وبالنسبة لاضطرابات الدورة الدموية في الساق فقد حازت على نسبة 59,00%، ليليها داء المفاصل بنسبة 49,00%، ثم اضطراب القرحة المعدية بنسبة 37,00% في وأخيرا احتل الدوار المرتبة العاشرة بنسبة قدرت بـ: 35,70%من الممتثلين للعلاج.

كل هذا قد يؤكد الفرضية القائلة أن مستوى الامتثال العلاجي يختلف باختلاف عدة عوامل والتي يندرج ضمنها نوع المرض، شدة خطورته ومستوى تعقيداته، وعدد المضاعفات التي يطرحها كل مرض، وهو ما قد يفسر اختلاف نسبة الممتثلين للعلاج بين مرض وآخر.

8- علاقة الامتثال العلاجي بداء السكري

يعتبر الامتثال العلاجي مشكلا عالميا إذ يؤرق المرضى وممتهني الصحة كونه يعتبر ملازما للأمراض المزمنة والتي يقع داء السكري في مقدمتها، وفي نفس السياق يؤكد تقرير منظمة الصحة العالمية (2003)WHO"أن نسبة المرضى غير الممتثلين للعلاج في العالم تتراوح بي50-55%"[1]. وهي نسبة تستدعي الاهتمام خاصة وأن داء السكري مرض قابل للتطور كونه يفسح المجال لظهور العديد من المضاعفات، وفي نفس السياق يؤكد بيان حقوق مريض السكري للجمعية الايطالية لمرضى السكري (Associazion Diabete Italia [ADI], 2009) أن داء السكري مرض خطير

[1] WHO, op cit, P 7.

وهو في تزايد مستمر عبر العالم وتأتي خطورته على مستوى أولي من حيث تعقيدات أعراضه وصعوبتها، ومستوى ثانوي من خلال المضاعفات التي قد تنجم عنه كالعمى السكري، الفشل الكلوي، القدم السكري وغيرها من المضاعفات الخطرة لذلك يستدعي التعايش معه استقرار الحالة الصحية الراهنة والعمل على وقاية المريض من ظهور المضاعفات، ويفترض ذات البيان أن هذا لا يتأتى إلا من خلال تفعيل الامتثال العلاجي والعمل على تحسينه لدى المرضى، كما أنه وحسب البيان أن الامتثال العلاجي للمريض لا يتأتى إلا من خلال تضافر جهود كل من المريض والمحيطين به والطاقم الطبي ضمن البرنامج العلاجي لمريض السكري[1]. ويضيف المرجع الوطني لتثقيف مرضى السكري (2011) أنه باعتبار مرض السكري ملازما للمريض طيلة حياته فإن هذا قد يؤثر على الجوانب الصحية النفسية الجسدية وحتى الاجتماعية للمريض وحتى المحيطين به، لهذا فإن هذا الداء يتطلب دورا قياديا ومشاركة فعالة من طرف المريض في حد ذاته والمحيطين به وهذا لا يتأتى إلا من خلال الامتثال العلاجي حتى يتمن المريض من التعايش مع المرض ويتجنب حدوث المضاعفات التي تحدث على المدى الطويل وحتى القصير ضف إلى ذلك المضاعفات التي تتسم بالإزمان، مما قد يمكنه من التوافق مع مختلف جوانب الحياة رغم المرض[2].

---

[1] Associazion Diabete Italia. *Diabete attitudes wishes & needs*. Primary Care Diabetes Europe, 2009.

[2] المرجع الوطني لتثقيف مرضى داء السكري، (مرجع حول داء السكري...). مطبوعات الإدارة السعودية العامة للأمراض الغير معدية. 2011.

استنادا لما تم عرضه نستنتج أن الامتثال العلاجي يعتبر سلوك صحي وقائي بالنسبة للراشد المصاب بداء السكري، إذ يقي المريض حتى وهو في حالة المرض وهو ما يعرف بالوقاية الثانوية والتي تعني الوقاية من حدوث المضاعفات وما أكثرها بل وما أخطرها بالنسبة لمرضى السكري، فقد تتجاوز خطورتها في بعض الأحيان خطورة داء السكري في حد ذاته، لذلك لابد على الطاقم الطبي والمحيطين بالمريض التجند لمساعدة المريض وتشجيعه على الامتثال للعلاج حفاظا على استقرار حالته الصحية، بغية التعايش مع المرض ومواصلة حياته بشكل أفضل حتى في ظل وجود المرض من جهة، وتفاديا لتعقيد حالته الصحية من جهة أخرى، لذلك ترى الباحثة أن الحديث عن داء السكري يستدعي بالضرورة الحديث عن الامتثال العلاجي نظرا للقيمة العلاجية والوقائية وحتى الاقتصادية (تقليص النفقات التي تنجم عن تدهور الحالة الصحية للمريض في حال عدم امتثاله للعلاج) التي يحظى بها هذا الأخير.

خلاصة الفصل

من خلا ما تم التطرق إليه في هذا الفصل تتضح لنا أهمية الامتثال العلاجي بالنسبة للراشد المصاب بداء السكري، كونه يمثل وعاء حاوي لكل السلوكيات الصحية الواجب على هذا الأخير إتباعها والالتزام بها بغية التعايش مع مرضه وتفادي حدوث المضاعفات، وبذلك يتخذ الامتثال العلاجي الطابع الوقائي حتى في ظل وجود المرض، كما تبين لنا لأن هذا الأخير يحدث ضمن نسق تفاعلي يتأثر بالعديد من العوامل، وهو ما لا يجوز إغفاله في التعامل مع المفهوم، كما يظهر لنا جليا أن عدم الامتثال للعلاج يضع الراشد المصاب بداء السكري أمام تحديات كبيرة قد يكون في غنى عنها في حال امتثاله للعلاج، وهي النقطة الأساسية التي يجب أن يأخذها كل من المريض والمحيطين به وحتى الطاقم المقدم للرعاية الصحية، كون هذا الأخير يفرض نفسه كحاجة صحية ملحة ملازمة لكل المصابين بالأمراض المزمنة وعلى رأسهم الراشدين المصابين بداء السكري، وهو ما قد يجعل الاهتمام بهذا المتغير وتناوله بالبحث والدراسة واجبا علينا كمختصين إيقانا منا أن هذا لا يتأتى إلا من خلال البحث في المتغيرات والعوامل التي تقع خلفه وتدعمه وهو ما نرمي إليه من خلال بحثنـــــــــــــــــــــــــــــــــا الحـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــالي.

الفصل الثالث

مركز التحكم الصحي

تمهيد

يعتبر مركز التحكم الصحي أحد أهم أنواع التحكم النوعي لنظرية العزو(مركز التحكم)، وهو يعكس اعتقادات المريض حول النتائج المتحكّمة بصحته، ما قد يشكل الأساس المتين للعديد من السلوكيات الصحية وعلى رأسها الامتثال للعلاج، لذلك سنحاول في هذا الفصل التطرق لكل من مركز التحكم، ومركز التحكم الصحي، أنواع هذا الأخير وكذا خصائص الأفراد ضمن أنماطه، العوامل المؤثرة فيه، انتمائه النظري، علاقته بالسلوك الصحي، ومكانته بالنسبة لداء السكري، وهذا بغية الإحاطة الشاملة بالمفهوم، وفي سبيل توضيح علاقته بالامتثال العلاجي لاحقا.

1- نبذة تاريخية عن المفهوم

يعد مركز التحكم الصحي وليدا لمصطلح آخر وهو مركز التحكم، ظهر مصطلح مركز التحكم من خلال الأعمال الأولى لروتر (1966) Rotter في سياق نظرية التعلم الاجتماعي المبنية على أحد أبعاد نظرية العزو(البعد الداخلي مقابل البعد الخارجي) لهايدر (1958) Heider التي تقوم على فكرة أن الأفراد يحتاجون لاستخدام آليات وأساليب عقلية تساعدهم في فهم سلوكيات من حولهم من جهة وتساعدهم في التعامل مع الوضعيات المحيطة من جهة أخرى[1].وتعد صياغة مفهوم "**التوقعات المعممة للضبط الداخلي- الخارجي للتعزيز**"بمثابة الإعلان الرسمي لروتر(1966) Rotter عن مفهوم مركز التحكم والانطلاقة الفعلية لنظرية التعلم الاجتماعي[2] . التي تفترض أن الفرد يختبر عدة تجارب في

[1] الزروق، مرجع سابق.

[2] بو الليف أمال ، مصدر الضبط وعلاقته بالتفوق الدراسي الجامعي،(مذكرة ماجستير)، علم النفس التربوي، جامعة عنابة، الجزائر، 2010.

حياته مما يجعله يؤسس نظرة شاملة ومعممة عما يتحكم فيها، وهو ما يصنفه ضمن تيارين أولهما يتمثل في إدراك الفرد أنه قادر على التحكم والتأثير الذاتي في الأحداث التي تواجهه، بينما يتمثل الثاني في أن التحكم في هذه الأحداث يرجع إلى عوامل وقوى خارجية [1](Berger, 2009).ويعتبر مركز التحكم من المفاهيم والمتغيرات المهمة والتي اكتسحت العديد من المجالات البحثية على غرار المجال المهني، الصحي، دراسات الألم ...، فأصبحنا نتحدث عن مركز التحكم المهني، مركز التحكم بالألم ومركز التحكم الصحي. ويعتبر مركز التحكم الصحي أحد أهم المتغيرات من حيث التأثير على الصحة (يخلف، 2001)، كونه برهن على قوته في شرح العلاقة بين الصحة والسلوك في مجالات عديدة كالتربية الصحية، الوقاية والتعامل مع وضعيات المرض.(الزروق، 2015). وترى ديبوا (1978) Dubois أن هذا الأخير يتمثل في سمة ثابتة تختص بالعلاقة السببية بين سلوكيات الفرد والنتائج الصحية تبعا لذلك، وهو ما ستتضح معالمه من خلال ما سنقوم بعرضه في هذا الفصل.

2-تعريف مركز التحكم Locus of control

أدّى ظهور مصطلح مركز التحكم إلى ثورة كبيرة في مختلف ميادين البحث كونه أعطى بعدا جديدا لفهم وتفسير الظواهر والتنبؤ بها ولقد حاز على عدة تعريفات سنذكر من بينها ما نعتقد أنه مهم ويخدم مجال البحث الحالي على النحو التالي:

[1] Berger, M. *Le sentiment de solitude, Le stress et le lieu de contrôle chez les personnes atteintes de Cancer* (Thèse de doctorat), Département de psychologie, Université du Trois rivières. 2009.

بداية لابد لنا من التعريج على بعض التسميات التي يحملها نفس المفهوم " Locus of Control" في اللغة العربية حيث يمكن أن نجده تحت مسمى مصدر الضبط، موضع الضبط، موقع الضبط، موضع المراقبة، مصدر التحكم، مركز التحكم أو وأحيانا يشار إليه بوجهة الضبط أو مركز الضبط، وكلها مفاهيم تنبثق عن نظرية العزو، وقد فضلنا تبني تسمية مركز التحكم انطلاقا من المعنى الذي يحمله المصطلح في لغته الأصلية إذ يشير مصطلح Locus في اللغة الانجليزية حسب قاموس الكمبريدج Cambridge Dictionary (2021) إلى مركز وهي تعبر بشكل أدق عن مجال الاهتمام المركزي في الموضوع الذي تجري مناقشته[1]، أما control فتعني حسب قاموس ترجمان TordjmanDictionary(2021) التحكم في الشيء والسيطرة عليه وبهذا نكون قد بررنا توظيفنا لمركز التحكم بدلا من التسميات السابق ذكرها[2].

أما من ناحية المدلول والمضمون الخاص لهذا الأخير فيرى روتر Rotter (1966) أن مركز التحكم يعبر عن تقييم الفرد لمصدر حصوله على التعزيز، وهذا التقييم يقوده إما لتبني مركز تحكم داخلي لما يدرك العلاقة السببية بين سلوكياته والنتائج المتوقعة، أو لتبني مركز التحكم الخارجي لما لا يدرك العلاقة بين سلوكياته والحصول على التعزيز فيعزوها للحظ والصدفة[3].

---

[1] Cambridge Dictionary, https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/locus, 21tfvhdv-2021.

[2] Torjoman Dictionary, https://torjoman.com/dictionary/ar/search/english-arabic/control/2021-يناير.

[3] Rotter, J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*,*80*(9), 1966. P1-21.

يوضح لنا روتر (1966) Rotter أن مركز التحكم هو آلية مبنية على الإدراك والتقييم للخبرات الماضية التي تمكن الفرد من تفسير الوقائع والتعزيزات أو التدعيمات على أنها نتيجة حتمية لسلوكياته أو أنها لا تخضع لسيطرته الخاصة وعلى هذا يصنف الأفراد في تعاطيهم مع ما يعترضهم من مواقف ضمن قطبين أحدهما داخلي والآخر خارجي، وهو ما قد يسمح لنا بالتنبؤ بالنتائج المتوقعة.

يشير في نفس السياق جونتي وأندري (2001) Genty and André أن مركز التحكم الداخلي هو حالة نفسية قد تدفع الفرد لبذل مجهود أكبر اعتقادا منه أنه مسؤول على نتائج أفعاله، أو قد تفقده روح الحماس ويتسم بالتبعية والانصياع والخضوع نتيجة لاعتقاده أن النتائج المتوقعة ترجع لقوى أخرى خارجة عن سيطرته. قد يدل ذلك على أن مركز التحكم يخضع للتقدير الذاتي للفرد، بصيغة أخرى يعبر عن اتجاه معمم في تفسير الأحداث والوقائع التي تواجه الفرد بشكل يعكس توقعاته حيال قدرته على التحكم في النتائج المرتبطة بسلوكياته بأنها تقع ضمن قدرته الشخصية أو أنها دون ذلك[1].

من جهة نيتو وآخرون (2006).Netto et al فإن تصورهم لمركز التحكم يتجلى في القول بأنه سمة شخصية، وينتج الشعور بالتحكم عن الاعتقاد بأن سلوكنا مسؤول عن تحقيق أهدافنا وتجنب كل الأحداث الغير مرغوبة، ومركز التحكم يتم تعلمه في السياق الاجتماعي من خلال خبرات الفرد وما يعتقده عن محيطه[2].

---

[1] Genty, J., &André, N. Effet du sentiment de liberté sur le locus d'internalité et sur l'apprentissage d'une pratique sportive. *Revue de Staps, 2*(55), .1966 P 39-48.

[2] Netto, A. P., Dardennes, R., Dabadie, H., Brnard, M., Herrero, P.,& Periera, L. R. Lieu de controle chez les obeses : Traduction et premiere

يتضح لنا من خلال هذا التعريف أن مركز التحكم هو سمة، لما نقول سمة هذا يعني أنها تتسم بدرجة من الثبات تجعلها تظهر وبشكل تلقائي في معظم سلوكيات الفرد مما قد يعكس خاصية بارزة من شخصيته وهو ما قد يمكننا من التنبؤ بسلوكياته، بشكل أدق يمكننا القول أنه أسلوب خاص بالفرد في الحكم على ما يواجهه من أحداث إذ يكتسب ضمن محددات البيئة الثقافية للفرد من خلال تحليل التجارب الشخصية أو ملاحظة تجارب الآخرين ليصبح عادة فأسلوب معمم، كان بإمكاننا القول أن هذا الوصف هو الأكثر دقة والأقرب لمركز التحكم لو لم يغفل البعد الخارجي منه لأن ذكر كل شيء عنه حتى منشأ هذا المفهوم ومدى تأثره بسياق البيئة الثقافية وكيف يتكون إلا أن تركيزه الكبير على البعد الداخلي وإهماله البعد الخارجي قد أثر عليه.

من خلال عرضنا للتعريفات السابقة يظهر لنا جليا أنه يوجد نوع من الاختلاف حول مضمون المفهوم وتعريفه، فعلى الرغم من اختلاف بعض المصطلحات بين من يراه كسمة و من ينظر له كأسلوب أو من يحصره في كيفية اعتقاد الفرد وتوقعه للنتائج، إلا أنهم اتفقوا على تلخيص دوره في التفسير والتنبؤ بالنتائج المرتبطة بالأحداث انطلاقا من طبيعة إدراك نوعية العلاقة بين النتيجة والسلوك.

ونعرفه في سياق بحثنا الحالي بأنه أسلوب معمم وثابت نسبيا يتبعه الراشدون المصابون بداء السكري للحكم على الوقائع وتفسيرها انطلاقا من توقعهم للنتائج والتعزيزات التي يمكنهم الحصول عليها وهذا، ويمكن لهذا الأسلوب أن يترسخ في الشخصية من خلال التعلم الاجتماعي (من التجارب الشخصية، أو من ملاحظة نتائج تجارب الآخرين) وهو ما يصنفهم ضمن قطبين أولهما ذوي التحكم

étude de validation de l'échelle du lieu de contrôle du pois de Saltzer. *Cahier de nutrition et de diététique*,*41*(4), 2006. P 225-231.

الداخلي من يعتقدون أنهم مسؤولون عن كل ما يواجههم من أحداث ووقائع مقابل ذوي التحكم الخارجي الذين يعتقدون أن هته الأخيرة تفوق قواهم على التحكم والسيطرة فيرجعونها للقدر، الصدفة أو الحظ ، وذوي النفوذ والآخرون.

رغم اعتبار مركز التحكم كأسلوب معمم إلا أنه طابع العمومية قد يجعله يتسم بالنمطية والتمييع مما قد يصعب إسقاطه والعمل به ضمن بعض الميادين الدقيقة كالصحة، وهو ما يدفعنا للحديث عن مصطلح أكثر دقة ألا وهو مركز التحكم الصحي، وفي نفس السياق يؤكد والستون ووالستون Wallston and Wallston (1976) أنه من الصعب الاعتقاد بأنه يمكننا الاعتماد على مركز التحكم العام لروتر (Rotter) للتنبؤ ببعض السلوكيات أو النتائج خاصة السلوكيات المرتبطة بالصحة، لأنه يعتقد بأن الفرد يتبنى بعد معين من مركز التحكم بناء على معايشته تجارب سابقة ومشابهة أو استخلاصه العبرة من تجارب الآخرين، فيبني نظرة شمولية لتفسير كل المواقف الموالية بناءا على تلك التجارب، لذلك يؤكد على تبني مقاييس ومفاهيم أكثر دقة كمركز التحكم الصحي الذي يشرح العلاقة بين السلوكيات والحالة الصحية[1]، لأنه لا يمكننا الاعتماد على مركز التحكم العام مثلا بالنسبة لشخص لم يختبر تجربة المرض المزمن أو الإعاقة من قبل، كما نعتقد أن موضوع الصحة يتسم بالحساسية والخصوصية فلا يمكن لشخصين اختبار نفس التجربة واستخلاص نفس العبر منها حتى وإن أصيبوا بنفس المرض، ذلك أن التعامل مع مفهومي الصحة والمرض لا يتم إلا ضمن النسق الشمولي الذي يقضي بالتفاعل بين العديد

[1] Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D.,& Maides, S. A. Development and validation of the health locus of control (HLC) scal.*Journal of consuling and clinical psychology*,*44*(4), 1976. P 580-585.

من العوامل البيولوجية، النفسية، والاجتماعية التي من غير الممكن أن تتساوى لدى الأفراد إيمانا بمبدأ الفروقات الفردية بينهم خاصة فيما يتعلق بالجانب الذاتي كالإدراك وكذا الجوانب الانفعالية التي من شأنها إضفاء طابع الخصوصية على المواقف بين الأفراد حتى داخل الأسرة الواحدة، كما أن اختلاف الظروف المصاحبة للوضعيات الخاصة بالصحة والمرض من شأنها التأثير على المدركات المتعلقة بهذه الأخيرة حتى لدى الفرد الواحد نظرا لتدخل العديد من العوامل التي لا يجوز التغاضي عنها تقيدا بالنموذج الشمولي للصحة والمرض كتغير مستوى الوعي الصحي، تغير إدراك الفرد للسند الاجتماعي مثلا، ومن هذا المنبر قد يكون لزاما علينا التخلي عن المفاهيم المعممة « Standard » (كمركز التحكم) واستبدالها بأخرى أكثر دقة حسب مجال البحث وفي حدود البحث الحالي سنتبنى مركز التحكم الصحي،من حيث علاقته بالامتثال العلاجي والسند الاجتماعي المدرك لدى الراشدين المصابين بداء السكري.

3-تعريف مركز التحكم الصحي Health Locus of Control

يعتبر مركز التحكم الصحي من المفاهيم التي حظيت باهتمام الباحثين في مجال الطب وعلم النفس عامة وعلم النفس الصحة خاصة، انطلاقا من تأثيره المباشر على الصحة مما أوجد له عدة تعريفات سنورد بعضها بالشكل الموالي:

يشير مركز التحكم الصحي تبعا ل: وولف وآخرون Ulf et al (1989) إلى درجة اعتقاد الفرد أن مرضه يتأثر بالسلوكيات الصحية اليومية التي يقوم بها[1]. بمعنى أن مركز التحكم الصحي يضم كل المعلومات والمعطيات التي يمكن أن تجعل الفرد يعتقد بفاعليته الذاتية تجاه مرضه انطلاقا من إيمانه بنجاعة سلوكياته الصحية والعكس، ولكن ما قد يؤخذ على هذا التعريف هو أن مركز التحكم الصحي لا يؤثر فقط على سياق المرض بل على الحالة الصحية ككل.

يرجع مفهوم مركز التحكم الصحي حسب ألكسندرا وشوارتز Aleksandraand Schwarz (2005) إلى مركز التحكم، إذ يمثل نوع من أنواع الاعتقاد بالتحكم ويلعب دورا هاما في عمليتي التفسير والتنبؤ بعلاقة الصحة بالسلوك، فيكون داخليا لما يعتمد الفرد على سلوكياته وخصائصه ويكون خارجيا لما يعتقد الفرد في القوى الخارجية والحظ[2]. ذكر هذا التعريف أن مركز التحكم الصحي هو جزء أو اتجاه من الاتجاهات الممكنة الوجود ضمن مفهوم التحكم العام، كما أشار إلى وظيفته التي لخصها في التفسير والتنبؤ بكل ما يرتبط بالصحة، إضافة لذكره أبعاد مركز التحكم وهي الداخلي والخارجي، وهو ما يجعلنا نعتقد أن هذا التعريف يتسم بالطابع الشمولي كونه لم يهمل العناصر المهمة المتصلة بالمفهوم.

---

[1] Ulf, S., Andres, W., Per, O. A., &Olof, R. Relationship between locus of control beliefs and metabolic control in insulin-dependent diabetes mellitus. *Britich journal of health psychology*,(3), 1998 . P 15-25.

[2] Aleksandra, L., &Schwarz, R.. Multidimensional health locus of control: Comments on The Construct and its Measurement. *Journal of Health Psychology,*(10), 2005. P 633-642.

يعتقد كل من بيرين وشابيرو Perrin and Shapiro (1985) أن مركز التحكم الصحي يعبر عن درجة اعتقاد الفرد أن صحته هي نتاج لسلوكياته الخاصة أم لقوى أشخاص من محيطه أو الصدفة أو لأحداث بيئية، وهو يتأثر بالسن وبخبرات المرض[1]. نلاحظ من خلال هذا التعريف أن مركز التحكم الصحي يعبر عن الوجهة التي يعزو إليها الفرد حالته الصحية فقد تكون داخلية أو خارجية، ولكن ما أضافه هو تأثير الظروف البيئية غير أنه لم يشرح المقصود منها فهل يمكن اعتباره أن هذه الأخيرة تتجسد في الإصابة بالمرض مثلا أو تدهور الحالة الصحية أو غياب بعض الظروف التي تثمّن تبني السلوكيات الصحية، فعلى سبيل المثال يتوجب على المصاب بداء السكري تبني نظام غذائي صحي متوازن وتجنب الأكل الجاهز الغني بالدهون والسكريات في حين نجد الفرد مجبرا على تناول الأكل الجاهز والسريع الذي لا تتوفر فيه شروط الأكل الصحي نظرا لطبيعة عمله التي لا تمنح له وقت للذهاب للمنزل وتناول الأكل الصحي وحتى إن وجده خارج المنزل فقد يكون باهض الثمن ولا يمكن للفرد إتباعه فيمكن أن يكون هذا المقصود من الظروف البيئية ولكن قد تبقى نسبية ومؤقتة.

بينما ذهب أيرين وآخرون Erin et al.(2005) للقول بأنه يعبر عن التفاعل بين البعد الأحادي وهو مركز التحكم الصحي الداخلي والمتعدد الأبعاد وهو مركز التحكم الصحي الخارجي[2]. سلط هذا التعريف الضوء على عامل التفاعل بين أبعاد مركز التحكم الصحي وهو عامل مهم جدا في سياق الحفاظ على الصحة وترقيتها، ولكنه لم يقف على ماهية المفهوم وبالتالي لم يقدم لنا إضافة بخصوص ضبط المفهوم

[1] Perrin , E. C., Shapiro, E. Health locus of control beliefs of healthy children, children with a chronic physical illness, and their mothers. Journal of pediatrics,*107*(4), 1985. P 627-633.

[2] Erin, L. O., Karen, B. G., Jamie, S. B., Edwin, D. B.,& Phillip, J. B. op cit.

لكن قدم لنا عنصرا مهما يجب الوقوف عليه عند التعامل مع مركز التحكم الصحي من حيث إقحامه في الخطة العلاجية للمريض، وفي سياق بحثنا يعتبر التفاعل بين أبعاد مركز التحكم الصحي لدى الراشدين المصابين بداء السكري عاملا مهما من أجل امتثالهم للعلاج، وهو ما قد يبعدنا عن فكرة السببية الخطية للمفهوم. وهو ما حاول الطرح الذي جاء به والستون وآخرون (1976) .Wallston et al توضيحه حيث يرون أن مركز التحكم الصحي هو أسلوب دقيق للتنبؤ بالعلاقة بين السلوك والوضعية الخاصة متأثرا في ذلك بمتغيرات البيئة ، كما أنه وسيلة لشرح العلاقة بين المعتقدات الخاصة بظروف معينة (كداء السكري، ارتفاع ضغط الدم، والسمنة) والسلوكيات الخاصة (كالبحث عن المعلومات الخاصة بالمرض، إجراء الفحوصات الدورية، إتباع تعليمات الطبيب..... وغيرها)، وبذلك فهو يعكس عملية تقييم الفرد لمصادره الشخصية وقدرته على التحكم في الوضعية التي يواجهها تحويه من تعزيزات، مما يجعله عامل حماية للصحة.من خلال هذا التعريف يمكننا أن نستخلص أن مركز التحكم الصحي يعبر عن طريقة خاصة ومحددة لوصف طبيعة العلاقة بين ما يعتقد الفرد عن العوامل المتحكمة بحالته الصحية ضمن ظروف ووقائع محددة وما يتبناه تبعا لذلك، ويمكن أن يتأثر بالفوائد التي قد يجنيها من إتباعه للسلوك ضمن النسق السوسيو ثقافي، كما بدا لنا أن وفقا لهته المقاربةأنه يمكننا اعتبار مركز التحكم الصحي كسيرورة منظمة يعتمد عليها الفرد لمواجهته الوضعيات التي تعترضه، من خلال مقارنة إمكانياته الشخصية ومتطلبات وظروف الوضعية حتى يتمكن من التعامل معها والتحكم فيها بشكل يضمن له الحفاظ على صحته، لعلّ ما حبّذناه من هذا المفهوم هو الإشارة الضمنية إلى أن مركز التحكم الصحي لا ينم عن توجه عام للفرد في الحكم على الأمور المتعلقة بصحته بقدر ما يعكس الديناميكية والحركية ضمن ذات المفهوم من حيث احترامه لخصوصية المواقف،ومن هنا قد يتفق هذا التعريف مع

فكرة التفاعل التي جاء بها أيرين وزملاؤه Erin et al. (2005) وهو ما نؤمن به في هذا البحث معنى ذلك حتى وإن تبنّى الراشدون المصابون بداء السكري وجهة معينة (داخلية–خارجية) من مركز التحكم الصحي فإن هذا لا يدفعنا للتسليم بأنها وجهة ثابتة للحكمعلى كل الوقائع المرتبطة بالصحة بل يحيلنا للبحث في طبيعة الوضعية (كالعوامل والظروف المتعلقة بالامتثال العلاجي) إيقانا منا أن مفهوم مركز التحكم يتسم بالديناميكية ما قد يجعله يختلف تبعا للوضعيات متأثرا دائما بالعديد من العوامل (الجنس، المستوى التعليمي، مستوى الوعي الصحي،..... وغيرها من العوامل) ضمن السياق الذي يحدث فيه، وبذلك قد يعكس هذا التصور المقاربة التي نحاول تبنيها في البحث الحالي ما يدفعنا لتبنيه والارتكاز عليه (تعريف والستون وآخرون Wallston et al. (1976) فيها.

من جهتنا نعتقد أن مركز التحكم الصحي هو مؤشر هام للتنبؤ بالسلوك في وضعيات صحية محددة انطلاقا من إدراك الفرد وتقييمه لها ولمدى سناحة موارده الشخصية للتحكم فيها، وهو يعكس نسق شامل يتحرك فيه الفرد وبمرونة في اختياره للاتجاهين الداخلي (مركز تحكم صحي داخلي) أو الخارجي(مركز تحكم صحي خارجي لذوي النفوذ والآخرون، أو للحظ والصدفة) متأثرا في ذلك بخصوصية الوضعية الصحية، معايير البيئة الثقافية خاصته، والمتغيرات الخاصة به والعوامل المرتبطة بها كما قد يتأثر بمدى إدراكه للتعزيزات الموجودة في محيطه، وبإسقاط هذا الطرح وفقا لحدود بحثنا يمكن أن نشرحه على أنه يعبر عن مدى اعتقاد الراشد المصاب بداء السكري على أن استقرار حالته الصحية أو تدهورها مقرون بمدى إتباعه والتزامه بالسلوكيات الصحية التي يقضي بها امتثاله للعلاج من عدمه وهذا يعبر عن مركز تحكم صحي داخلي، أو أن هذا الاستقرار أو التدهور راجع للتحكم الصحي الخارجي إما لذوي النفوذ والآخرون (الطاقم الطبي، القائمون على الخدمات

الاجتماعية،...)، أو للقضاء والقدر أو نتيجة للصدفة والحظ ومهما فعل فلن يستطيع تعديل أو تغيير، فحتى وإن امتثل للعلاج قد لا تستقر حالته الصحية وبذلك قد لا يمتثل، وقد يتأثر في الحكم على وضعيته الصحية وامتثاله للعلاج وما يرتبط بهما من سلوكيات بخصوصية مرضه وتصوره له وما يملكه من معلومات عنه وعن الامتثال للعلاج، وببيئته (الدين، العرق، التصورات الاجتماعية لداء السكري ولعلاجه)، وبمدى إدراكه أن هناك من هو مستعد لمساعدته على الامتثال العلاجي بالشكل الذي يشعره بالرضا ويستجيب لتطلعاته، ومن هنا يمكننا القول أن ما يعتقد المريض عن حالته الصحية ودوره في السيطرة عليها يمكن أن يحدث فارقا كبيرا في عملية العلاج واستقرار حالته الصحية والتعايش مع المرض وتفادي أكبر قدر من المضاعفات الممكنة الحدوث، جراء عدم امتثال المريض للعلاج.

يوضح لنا عرض التعريفات السابقة عدم وجود إجماع واتفاق تام المفهوم وفكرته وأبعاده خاصة في الشق المتعلق بتبنيه كاتجاه ثابت في التعامل مع الوضعيات الصحية (سمة) أو كاعتقاد بالتحكم في وضعيات صحية محددة وهو ما يمكن أن يحدث الفارق، لأننا نرى أن مركز التحكم الصحي هو أكثر من كونه سمة لأن هذه الأخيرة تمثل استعداد مسبق وفيه من الثبات ما يجعلنا قادرين على معرفة السلوك والتنبؤ به بشكل آلي وهو ما يندرج ضمن مركز التحكم العام، ولكن يبدو لنا أنه مسار تقييمي تفاعلي نسقي مؤقت وخاص بالوضعية والحالة الصحية أي موقفي، بمعنى أنه أسلوب مرن في التعامل مع معطى الصحة يتأثر بالعديد من العوامل وعلى رأسها المحددات الثقافية للبيئة الاجتماعية، وهو ما أكده الاختلاف في نتائج الدراسات التي تناولته بالدراسة حيث "قامت شويتزر (2002) Schweitzer بمسح 72 دراسة حول مركز التحكم الصحي وتوصلت إلى أن مركز التحكم الداخلي هو عامل حماية للصحة، على عكس التحكم الخارجي الذي يعتبر عامل خطورة على الصحة النفسية والجسدية كون

التحكم الصحي الداخلي يجعل الفرد مندمج اجتماعيا، ويلعب دورا محوريا في الحفاظ على الصحة من خلال تبني السلوكيات الصحية"[1]. وعلى العكس من ذلك فقد وجدت دراسات عديدة نتائج معاكسة تماما لهذا الطرح على غرار دراسة يخلف(1997) أين وجد ذوي مركز التحكم الصحي الخارجي هم أكثر ميلا للحفاظ على صحتهم وهو ما يثبت أن طبيعة الموقف هي من تحدد نوع مركز التحكم الصحي[2]. فعلى سبيل المثال إذا اعترض الفرد حالة وفاة مثلا ولم يؤمن بأنها مشيئة الخالق فقد يمنعه هذا من تقبل الوضع وإقامة الحداد وهو ما قد ينعكس سلبا على الصحة، وفي نفس السياق إذا أصيب الراشد بداء السكري ولم يتقبله على أنه ابتلاء من عند الله مثلا فيمكن أن يؤثر على امتثاله للعلاج ويبقى في دائرة الفراغ ويلوم نفسه ولا يصل لمرحلة يسعى فيها لبحث السبل التي يمكنها مساعدته في الحفاظ على صحته، وفي الجهة المعاكسة قد يتقبل المريض مرضه إيمانا منه بقضاء الله وقدره (مركز تحكم صحي خارج) ولكن لا يتوقف هنا بل يدرك أن هناك العديد في مثل حالته وهم متعايشون بشكل جيد مع المرض بسبب امتثالهم للعلاج، وهنا سيبذل ما في وسعه لتعديل نمط حياته من خلال تبنيه للسلوكيات الصحية والتي يقع في مقدمتها الامتثال للعلاج (مركز تحكم صحي داخلي)، هذا إن دل على شيء إنما يدل على أن المرونة في استخدام البعدين قد تضمن سلامة الصحة النفسية والجسدية والحفاظ عليها، كما أن هذا قد يشرح أن مركز التحكم الصحي هو إسقاط لمفهوم مركز التحكم في ميدان الصحة ولكن بشكل أكثر تفاعل وديناميكية ودقة حيث تتدخل عدة عوامل للتأثير على هذه السيرورة فهي اتجاه مبني على التقييم المؤسس على إدراك المواقف وتحليلها ضمن الأطر الثقافية لبيئة

---

[1] Netto, A. P., Dardennes, R., Dabadie, H., Brnard, M., Herrero, P.,& Periera, L. R. op cit. Lieu de controle chez les obeses : Traduction et premiere étude de validation de l'échelle du lieu de contrôle du pois de Saltzer. *Cahier de nutrition et de diététique*,*41*(4), 2006. P 225.

[2] يخلف، مرجع سابق.

المريض مما يجعلها موقفية وقابلة للتحيين، وهو ما يؤكده حدار(2008) إذ ينظر إليه على أنه مسار تقييمي لمختلف الموارد الذاتية، الاجتماعية، والوضعية الضاغطة لتحدد بعد ذلك لدى الفرد قدرته من عدمها في التحكم في العامل الضاغط[1]. ومن جهة أخرى نجد أن التعصب لبعد واحد من مركز التحكم الصحي يعيدنا بشكل مباشر لمركز التحكم العام كل هذا سيتم توضيحه من خلال عرضنا لأبعاد مركز التحكم الصحي.

2- أبعاد مركز التحكم الصحي

بما أننا نتعامل مع مركز التحكم الصحي الذي يعتبر وليد مركز التحكم فإن الحديث عن أبعاد مصدر التحكم الصحي يستدعي الحديث عن نفس أبعاد مركز التحكم العام، غير أن الفرق يكمن في أن مركز التحكم الصحي اقتبس أبعاد مركز التحكم العام ليسقطها ضمن توجه الصحة في سياق مرن تفاعلي وديناميي. حيث يرى جيتراس(1987) Jutras أن مركز التحكم الصحي المتعدد الأبعاد لوالستون (1987) Wallston et al تمكّن من عكس النظرة النمطية الخطية لروتر (1966) Rotter كما أضاف بعدا آخرا للتحكم الخارجي وهو بعد الحظ والصدفة[2]، ولكن وعموما يوجد بعدين داخلي مقابل الخارجي الذي يتضمن بدوره أبعادا أخرى والتي سنشرحها في العرض الموالي:

---

[1] حدار، مرجع سابق.

[2] Jutras, S. L'IPAH version Canadienne Française de l'échelle de levenson mesurant le lieu de contrôle tridimensionnel. *Canad. Sci. Coomp*, *19*(1), 1987. P74-85.

بالاعتماد على نظرة يتوزع الأفراد حسب أسلوبهم في إدراك وتقييم قدرتهم على التحكم في النتائج المتعلقة بصحتهم ضمن توجهين، مركز تحكم صحي داخلي مقابل مركز تحكم صحي خارجي، ويتعلق البعد الداخلي باعتقاد الأفراد أن مسؤولية صحتهم تقع على عاتقهم انطلاقا من إيمانهم بقدرتهم على التحكم الذاتي في المواقف والتأثير فيها، وفي نفس السياق يضيف كل من لين وتساي Lin and Tsay (2005) أن أصحاب التحكم الصحي الداخل يعتقدون أن التعزيزات والحوافز التي يحصلون عليها هي نتيجة لتبنيهم سلوكيات معينة[1]، في حين ترى الزروق (2015) أن أصحاب التحكم الصحي الداخلي يعتقدون بأن مسؤولية صحتهم تقع على عاتقهم وحدهم، بما يقومون به من ممارسات سلوكية صحية وقائية[2]. ونظرا للسمعة الإيجابية التي يتحلى بها أصحاب مركز التحكم الصحي الداخلي فلقد اتخذ عدة مرادفات، وهو ما يؤكده كل من ألكسندرا وشوارتز(2005) Aleksandra andSchwarz كونهما يعتبران أن العديد من الباحثين في علم النفس ينظرون إلى مركز التحكم الداخلي بأنه مرادف للفعالية الذاتية المدركة على غرار باندورا (1997) Bandura وبهذا يتفق مع لاو (1982) Lau من خلال تعريفه لمركز التحكم الصحي الداخلي بأنه الاعتقاد في الفاعلية الذاتية[3]، في حين اعتبرته كوبازا وآخرون (1982).kobasa et al بأنه أحد سمات الشخصية الثلاثة أولها الصلابة أو التحمل وتعني

---

[1] Lin, C. C., &Tsay, H. F. Relationships among Perceived diagnostic disclosure, health locus of control, and levels of hope in Taiwanese cancer patients. *Psycho-Oncology*, (14), 2005.

[2] الزروق، مرجع سابق,

[3] Aleksandra, L., &Schwarz, R. Multidimensional health locus of control: Comments on The Construct and its Measurement. *Journal of Health Psychology,*(10), 2005.

الإحساس بالتحكم الشخصي للأحداث الضاغطة للحياة، والسمة الثانية هي الالتزام والثالثة التحدي والذي يدل على مرونة التكيف مع التغيرات المنتظرة[1]. لفتت هذه النظرة انتباهنا إلى المكونات الايجابية لمركز التحكم الصحي الداخلي والتي قد تمثل أساسا متينا يعول عليه في الامتثال العلاجي لدى الراشد المصاب بداء السكري، بدءا من الاعتقاد الشخصي بقدرته في السيطرة على الحالة الصحية في وضعية المرض مرورا بالإيمان بالقدرة على الاستمرار والالتزام بالسلوكيات الصحية وصولا إلى المرونة التي تقضي بالقدرة على تكييف وتعديل نمط الحياة حسب خصوصية المرض، وبهذا تصبح مكونات مركز التحكم الصحي الداخلي رصيدا هاما وفاعلا لابد من استثماره في سياق السلوكيات التي تقتضي مستويات هامة من الفاعلية وعلى رأسها الامتثال العلاج. إذ يبدو أن ذوي التحكم الصحي الداخلي قد يكونوا أكثر امتثالا للعلاج وأكثر إدراكا للسند الاجتماعي انطلاقا من السمات الايجابية التي يحفز هذا الأخير من ظهورها لديهم مما يدفعهم للالتزام بالسلوكيات الصحية التي تدفعهم لتحدي الصعوبات التي تفرضها خصوصية وطبيعة داء السكري وعلاجه.

في نفس السياق تضيف شويتزر Schweitzer (2002) أن مركز التحكم الصحي الداخلي يمثل الأثر الإيجابي(مباشر–غير مباشر) للسلوك على الصحة[2]. بإماطة اللثام على ما جاءت به شويتزر يبدو لنا مركز التحكم الصحي الداخلي هو عامل حماية للصحة كونه ناتج القناعات التي تدفع الفرد لإتباع السلوكيات صحية، وهذا أما بشكل مباشر بناء على نتائج السلوك على الصحة من مثل ملاحظة النتائج

---

[1] Kobassa, S. C., &Puccetti, M. V. Personality and social support resources in stress resistance. *Journal of personality and psychology*,(45), 1983. P45-48.

[2] Schweitzer, op cit.

المباشرة للامتثال العلاجي على صحة الراشد المصاب بداء السكري، أو بشكل غير مباشر من قبيل الالتزام بالسلوكيات التي تندرج ضمن التوجه العام للحفاظ على الصحة كالاتجاه نحو السلوك الصحي الناتج عن الإيمان بأن الحفاظ على الصحة مسؤولية شخصية، وكذا تحسن نوعية حياة المريض وارتفاع مستوى الخصائص الإيجابية لديه كالفاعلية الذاتية، التفاؤل، المرونة، ارتفاع مستوى الثقة بالنفس ومستوى تقدير الذات لديه. بينما تؤكد رؤية براري (2011) على أن الاعتقاد في الإنصاف والعدالة البيئية يدفع الفرد إلى تقبل مسؤولية صحته من خلال استشعار التمكن والفاعلية والقدرة على التحكم بكل ما يتعلق بمعطى الصحة[1].

ركزت براري(2011) على دور العدالة البيئية وقد يكون المقصود منها هنا هو الإنصاف في توزيع الإمكانيات وكذا الوضعيات الضاغطة بين الأفراد وبالتالي ينبغي عليه تحمل مسؤولية صحته على عاتقه مثل غيره من الأفراد الموجودين في بيئته، وهو ما يعيدنا لدور السياق الثقافي والاجتماعي واستقراء تجارب الآخرين في تبني مركز تحكم صحي على حساب الآخر.

من خلال هذا العرض يمكننا القول أن مركز التحكم الصحي الداخلي(IHLC) يعبر عن إدراك الفرد أن سلوكه الصحي هو من يؤهله للحفاظ على صحته ويضمن حصوله التعزيز الذي يمكن أيضا أن يكون ماديا (كتحسن الحالة الصحية) أو معنويا (كالتشجيع والتقدير اللذان يحصل عليهما من محيطه)، وفي سياق بحثنا يشير إلى مدى اعتقاد الراشد المصاب بداء السكري بقدرته على التحكم والسيطرة على مختلف الوضعيات والظروف المتصلة بحالته الصحية في وضعيتي الفشل والنجاح بما فيها الامتثال للعلاج.

---

[1] براري، مرجع سابق.

يتعلق مركز التحكم الصحي الخارجي (EHLC) بمدى اعتقاد الفرد بأن التحكم في صحته يفوق قدرته على السيطرة كونها تخضع لتحكم قوى أخرى خارجية، وتضيف حياة وبراويت Hayatt and Prawit (2001) أن مركز التحكم الصحي الخارجي يتمثل في الاعتقاد في القوى الخارجية حتى وإن حصل الفرد على التعزيزات الخارجية نجده يتفادى نسبها لنفسه، فقد يعزوها للمساعدة التي تلقاها من الآخرين الذين يعتبرهم أقوياء أو إلى الحظ[1]. بمعنى أن ذوي مركز التحكم الصحي الخارجي يتبرؤون من مسؤوليتهم تجاه صحتهم فالصحة والمرض لا يقعان ضمن حدودهم الخاصة بالتحكم، ويشير يعقوب (2002) أن البعد الخارجي لمركز التحكم الصحي يعبر عن اعتقاد الفرد أن ما حدث له في مواقف صحية معينة ليس مرتبطا بما يفعله في هذه المواقف، بل هو مرتبط بالحظ أو القدر أو بسبب تدخل آخرين ويرجع نجاحه أو فشله في حقيقة الأمر إلى عوامل خارجية لا تخضع لإرادته[2]. معنى ذلك أن مركز التحكم الصحي الخارجي يعكس الاستدلالات الخارجية للصحة والتي تقضي بأن الصحة تحكمها عوامل خارجة عن النطاق الشخصي للفرد، وهو ما يؤكده شيريباخو Cherepakho (2006) بقوله أن مركز التحكم الصحي الخارجي يعبر عن شعور الفرد بتحكم عوامل وقوى خارجية في صحته كالحظ،

---

[1] Hayatt, T. A.,& Prawitt, D. F. Does congruence between audit structure and auditor's locus of control affect job performance?. *The accounting review*, *67*(2), 2001.

[2] أبوسكران عبدالله يوسف، *التوافق النفسي والاجتماعي وعلاقته بمركز الضبط (الداخلي . الخارجي) للمعاقين حركيا في قطاع غزة، (*رسالة دكتوراه)، علم الصحة النفسية،.الجامعة الإسلامية. فلسطين.2009.

الطاقم الطبي، وقدرة الإله[1]. يتضح لنا حسب هذا التعريف وجود عامل مهم خاصة بالنسبة لنا كمنتمين للبيئة الإسلامية وهو الاعتقاد في قدرة الله "جل وعلا" أي في قضاء الله وقدره كوننا لا نؤمن بالحظ والصدفة، يبدو لنا أن هذا التعريف جد مهم وهو ما قد يعطي بعدا آخر للتعامل مع معطى الصحة.

لعل ما يمكننا قوله عن مركز التحكم الصحي الخارجي بعد عرضنا لبعض وجهات النظر المختلفة أنه يتمثل في اعتقاد الفرد في عدم قدرته على التحكم في النتائج والتعزيزات المرتبطة بصحته سلبية كانت أو إيجابية وهو ما اتفق عليه الكل، غير أن الاختلاف يكمن في تعريف وتحديد كل باحث لأبعاد التحكم الصحي الخارجي فهناك من يرى أنها ترتبط بالحظ والصدفة، بينما أضاف آخرون بعد ذوي النفوذ أو الأقوياء وهناك من لخصهم في الطاقم الطبي وهناك من فضل حصرها في الحظ والصدفة بينما فضل آخرون إضافة بعد القدر، وبالنسبة لنا فإنه اعتقاد الفرد بأن مسؤولية صحته في موقف معين هي خارجة عن نطاق قدرته على التحكم بل ترجع للقدر (ما سمي بالحظ والصدفة)، وذوي النفوذ والآخرون، وهذا ضمن معايير البيئة الثقافية دائما.

ربما يبقى الشرح الذي قدمته ديبوا(1987) Dubois الأفضل حيث فصلت في أنواع مركز التحكم الخارجي حسب الشكل الموالي:

الاعتقاد في الصدفة ويمثل اعتقادا ماورائيا وغيبيا في التحكم الصحي، وتعتبره أقصى حد على محك التحكم الخارجي ذلك أن الفرد يعتقد بأن حصوله على التعزيزات راجع لعوامل غير قادر على تحديدها

[1] Cherepakho, V. *Health locus of control, risk perception, and health behavior in African Americans*, (Thesis of Doctorat's Science), B S Biological sciences. Pittsburg University. 2006.

وهو ما يجعله غير ملموس. يبدو لنا أن هذا النوع يتسم بالشمولية والغموض فعدم قدرة الفرد على عزو الأحداث والتعزيزات إلى مصدر معين هو ما قد يدفعه لإلقائها على الصدفة حتى يخلص نفسه من المجهول.

الاعتقاد في الحظ : ترى بأنه وعلى الرغم من تصنيفه ضمن البعد الخارجي إلا أن اتسامه بالاحتمالية يرجعه إلى البعد الداخلي حتى وإن كان ذلك بطريقة غير مباشرة، ذلك أن الاعتقاد في الحظ يبقى رهن الانتظار فقد يحدث الحدث ويحصل التعزيز أو لا[1]. يتضح لنا أن هذا طرح مهم فعامل الحظ قد ينتج عن تضارب أفكار الفرد وعدم قدرته على تحليل الأمور بشكل جيد مما قد يعيقه عن التموقع ضمن البعد الداخلي من مركز التحكم الصحي، وعلى هذا الأساس يبدو لنا أنه عنصر مشابه للصدفة ولكنه أقل حدة منها.

الاعتقاد في القدر: يتعلق بعدم قدرة الفرد على التحكم في الوقائع والتعزيزات كونها ترجع لقوة الإله، وهو ما يدفعه لتقبل الأحداث على حالها والقول أنه قضاء أو قدر. يمثل الاعتقاد في القدر عنصرا مهما كونه يريح الفرد من تحمل مسؤولية أحداث من غير الممكن أن يسيطر أو يتحكم فيها كإصابة الفرد بحادث سبب له إعاقة أو معايشته حدثا يفوق قدرته على التحمل والمواجهة فيفجر الإصابة بداء السكري، وترى الباحثة أن هذا النوع قد يكون قريبا من الصحة أو بالأحرى كعامل حماية إذا تم استخدامه في المواقف التي تستدعي فعلا هذا النوع من الاعتقاد، فتقبل الإصابة بداء السكري مثلا قد تدفع الراشد لاتخاذ الأسباب التي من شأنها الحفاظ على صحته رغم ما قد يعترضها من تهديدات،

[1] Dubois, N. *La psychologie du contrôle*. Grenoble :PUG. 1987.

ويمكن أن يتعزز هذا بإدراك المساعدات المختلفة التي يحصل عليها من محيطه وهو ما قد يدفعه للامتثال للعلاج[1].

ذوي النفوذ والآخرون: ويتعلق هذا النوع بإرجاع مسؤولية الأحداث إلى أشخاص أقوياء أو من لهم نفوذ واسع. هذا يعني أن الراشد المصاب بداء السكري قد يعتقد أن الطاقم الطبي مسؤول على تحسن حالته الصحية أو رئيسه في العمل هو من كان سببا في فقدانه السيطرة على مرضه ودخوله المستشفى، مما قد يجعل المريض مركزا على من يعتقد بقدرتهم على التحكم بدلا من تركيزه على امتثاله للعلاج بغية التعايش مع داء السكري وإدارته بالشكل المطلوب.

العراقيل الموضوعية: ويقصد بها الظروف البيئية (اجتماعية، ثقافية، اقتصادية..... وغيرها) والتي من شأنها التأثير على الأحداث والتعزيزات. يبدو لنا أن هذا العنصر قد يكون العنصر الموضوعي المهم بعد الإيمان بالقدر وذوي النفوذ والآخرون، ففي سياق بحثنا دائما قد لا يمتثل مريض السكري للعلاج نتيجة لغلاء النظام الغذائي الواجب عليه إتباعه، أو عدم معرفته بما تستوجبه خصوصية مرضه، إضافة إلى عدم حصوله على سند اجتماعي مدرك كأن تعدل الأسرة نمطها الغذائي حسب ما تتطلبه حمية المريض حتى تشجعه على الامتثال وهو ما قد يعرقل فعلا التحكم والسيطرة على وضعية المرض وحالته الصحية[2].

[1] Dubois, op cit.
[2] Dubois, op cit.

القدرات والجهود: تمثل أقصى حد على محك التحكم الصحي الداخلي،وتتعلق القدرة بمدى تمكن الفرد من التحكم في الأحداث وإدارتها، في حين تتعلق الجهود بإرادة الفرد ورغبته في التحكم. على الرغم من أن المصطلحان يبدوان مختلفين ظاهريا إلا أنه يمكن اعتبارهما وجهين لعملة واحدة كون أحدهما يكمل الآخر فلا يمكن الحديث والحكم على القدرة من عدمها إلا بعد بذل مجهود، كما لا يمكننا الحديث عن الجهد إلا لتحديد القدرة، وقد يتجلى هذا البعد في قدرة الراشدين المصابين بداء السكري على بذل مجهود للالتزام بكل ما يتطلبه امتثالهم للعلاج من ممارسات انطلاقا من رغبتهم في الحفاظ على ما تبقى من صحتهم وتحسين نوعية حياتهم في ضل الإصابة بداء السكري.

بعد الاطلاع على الأدبيات المتناولة لأبعاد مركز التحكم الصحي تبين لنا التركيز الكبير على البعد الداخلي والخارجي بتقسيماته المختلفة غير أن والستون وآخرون (1978).Wallston et al تمكنوا من عرض مقاربة أقل ما قد يقال عنها أنها أكثر منطقية وأقرب لتوجه البحث الحالي،فاعتمادهم على الدرجات التي يحصل عليها الفرد من المقياس المتعدد الأبعاد لمركز التحكم الصحي وضح الطابع المرن أو السلاسة التي قد يتسم به بعض الأفراد في تبنيهم لمركز التحكم الصحي وهو ما سنورده في العرض الموالي:

1. نمط داخلي خالص (درجات مرتفعة على مركز التحكم الداخلي ومنخفضة على بعد نفوذ الآخرين والحظ).
2. نمط نفوذ الآخرين خالص (درجات مرتفعة على نفوذ الآخرين ومنخفضة على بعدي الداخلي والحظ).

3. نمط الحظ (الصدفة) خالص (درجات مرتفعة على بعد الحظ ومنخفضة على بعدي الداخلي ونفوذ الآخرين).
4. نمط خارجي مزدوج (درجات مرتفعة على بعدي الحظ ونفوذ الآخرين ومنخفضة على بعد الداخلي).
5. نمط الاعتقاد في التحكم الصحي (درجات مرتفعة على بعدي نفوذ الآخرين والداخلي ومنخفضة على بعد الحظ).
6. النمط السادس (درجات مرتفعة على بعدي الداخلي والحظ ومنخفضة على بعد نفوذ الآخرين).
7. المجيب بنعم (درجات مرتفعة على الأبعاد الثلاثة).
8. المجيب بلا (درجات منخفضة على الأبعاد الثلاثة)[1].

يبدو لنا من خلال هذا التقسيم أن والستون وآخرون (1987).Wallston et al قد أكدوا مرة أخرى على خاصية التفاعل، فليس كل الأشخاص داخليي أو خارجيي التحكم كما أنهم ليسوا كلهم من المؤمنين بالمزج بين الأبعاد، وهو ما قد يشرح لنا أن الأفراد يتوزعون بشكل مختلف ضمن مجال التحكم الصحي وقطباه هما التحكم الصحي الداخلي والتحكم الصحي الخارجي.

3- **خصائص الأفراد ضمن كل بعد من مركز التحكم الصحي** يقصد بالخصائص الصفات التي تميز الأفراد ضمن بعد معين من مركز التحكم الصحي دون آخر، وينتج

---

[1] عزوز إسمهان، *مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن*،(رسالة دكتوراه) علم النفس العيادي، جامعة باتنة. الجزائر. 2009.

الاختلاف في توزيع الأفراد ضمن هته الأبعاد تبعا لاختلاف اعتقاداتهم حول قدرتهم على التحكم في الوضعيات الصحية والنتائج والتدعيمات المترتبة عنها، وقد حاولنا في البحث الحالي تصنيفهم بالشكل الموالي:

5-1 خصائص الأفراد ضمن مركز التحكم الداخلي

اعتبرت العديد من الباحثين تواجد الأفراد ضمن بعد مركز التحكم الصحي الداخلي كعامل حماية للصحةعلى غرارجيل فيرن(2008) Gulveren ، جيرتاس (1987) Jurtas، شويتزر(2002-2014)Schweitzer نتيجة ارتباطه بالعديد من السلوكيات الصحية والسمات الايجابية وهو ما سنورده بالشكل الموالي:

يعتبر أصحاب مركز التحكم الصحي الداخلي أكثر ميلا للحفاظ على صحتهم حيث يرى أن هؤلاء الأفراد يتميزون بمستويات مرتفعة من التكيف الاجتماعي كما يبدون أكثر التزاما بممارسة السلوكيات الصحية كالالتزام بالتمارين الرياضية، والابتعاد عن التدخين وغيرها[1]. وقد يرجع هذا لدرجة اعتقاد الفرد في قدرته على التحكم في صحته فنجده يتجه دائما لبذل المجهود الذي يؤهله للحفاظ على صحته اعتقادا منه أن سلوكه الشخصي فقط هو من يضمن سلامة صحته، وفي نفس السياق يؤكد كريم وآخرون Carrim et al. (2006) أن التواجد ضمن البعد الداخلي لمركز التحكم الصحي يجعل

[1] Jurtas, op cit, P75.

الفرد أكثر تحدي وإصرار كونه يعتقد أن قدراته الخاصة والعمل بجد هما السبيل المؤدي إلى التعزيزات الايجابية، وكذا الحفاظ على الصحة وترقيتها[1].

ويطرح جيل فيرن(2008) Gulveren فكرة أن "ذوي التحكم الصحي الداخلي يعتقدون بقوتهم في العوامل والظروف المتعلقة بصحتهم، كما يؤمنون بقدرتهم على تسيير كل ما يتعلق بصحتهم طيلة حياتهم، مما يجعلهم حذرين، يقظين، واثقين بأنفسهم مسيطرين، مركزين على النجاح" [2].

من جانبه يرى ساعد (2017) أن استشعار الفرد وإدراكه للعلاقة بين أفعاله والنتائج الصحية المترتبة عنها يجعله ضمن مركز التحكم الصحي الداخلي مما يجعله يعزو نجاحه وفشله إلى ذاته، حيث يرجع النجاح لمهاراته وقدراته وجهوده، وفي حالة الفشل يرجع السبب لإهماله وتهاونه وعدم حرصه وعادة ما يكون أكثر اهتماما بقدراته وبفشله أيضا ويعطي قيمة كبيرة لتعزيزات الأداء ويقاوم المحاولات المغرية للتأثير عليه، ويكون أكثر حذرا وانتباها لتلك النواحي المختلفة من البيئة التي تزوده بمعلومات مفيدة لسلوكه المستقبلي ومن أهم مميزات الأفراد يذكر: سمات عقلية: وتتلخص في مستوى ذكاء مرتفع، قدرة عالية على الإبداع والابتكار كفاءة ذهنية عالية، سمات نفسية: وتشمل ثقة عالية بالنفس، مستوى مرتفع من الثبات الانفعالي والطموح والتوافق النفسي، أقل قلقا واكتئابا. سمات إرادية: قدرة عالية على الصبر الجد وقوة الإرادة والقدرة على تحقيق أهداف محددة،سمات اجتماعية القدرة على التفاعل في

---

[1] Carrim, G., Scheil-Adlung, X., Juetting, J., &Xu, K. *What is the impact of social health protection an acces to health care, health expenditure and impoverishment? A comparative analysis of three African countries*. International Labour Editions. 2006.

[2] قارة، مرجع سابق، ص 35.

المواقف الاجتماعية والتعاون مع الآخرين والقدرة على التأثير فيهم بالاعتماد على الأساليب القيادية والقدرة على تحقيق مستوى اجتماعي مرتفع وتكوين علاقات اجتماعية[1].

يتضح لنا أن مركز التحكم الصحي الداخلي يتمثل في عزو النجاح والفشل في التحكم في وضعيات صحية معينة إلى سلوك الفرد وتصرفاته فإما يمدح نفسه ويعزز سلوكياته أو يلومها ويحاول بذل مجهود كبير لتغييرها كما نجده يرفض عزو النتائج والتعزيزات للقوى الخارجية حتى في حالة الفشل، ولقد وضح ساعد(2017) خصائص عقلية، نفسية، إرادية واجتماعية للأفراد المنتمون لهذا البعد غير أن شرحه لهذه الخصائص بين أن السمات الإرادية تندرج ضمن الانفعالية إذ يبدو لنا أنه من الأفضل تصنيفها إلى سمات عقلية، نفسية واجتماعية في حدود الشرح الذي قدمه هو.

وحسب تصور رودن Rodin فإن البعد الداخلي لمركز التحكم الصحي يستخدم كثيرا لتقييم مستوى الامتثال العلاجي لمرضى السكري والتنبؤ به كما يعتقد بأن ارتفاع مستوى مركز التحكم الصحي الداخلي للمريض يساعد في استقرار الحالة الصحية له والتعايش مع المرض كونه أكثر قابلية لتحسين صحته (IN : Theofilou & Saborit, 2012). وهو ما يدل على أن تحسين مستوى مركز التحكم الصحي الداخلي يمكن أن يؤدي إلى صحة جيدة بشكل أدق قد يمتثل المصابون بداء السكري للعلاج بشكل جيد إذا ارتفع مستوى مركز التحكم الصحي الداخلي لديهم.

---

[1]ساعد شفيق ، مصدر الضبط الصحي وعلاقته بأساليب مواجهة الضغوط لدى المصابين بالأمراض القلبية الوعائية–(دراسة لعينة من المرضى بمستشفيات ولاية بسكرة).*مجلة علوم الإنسان والمجتمع*، (22)، 2017.

يبدو أن البعد الداخلي لمركز التحكم الصحي مؤشر لصحة جيدة ولارتفاع مستوى الامتثال العلاجي لدى مرضى السكري، وستتضح معالم هذه الفكرة من خلال ما ستفصح عنه النتائج المندرجة ضمن الفصل الميداني من هذا البحث.

5-2 خصائص الأفراد ضمن مركز التحكم الصحي الخارجي

يشير ساعد (2017)أن مركز التحكم الصحي الخارجي يعبر عن مدى اعتقاد الفرد حول تجرده من المسؤولية حيال أي نجاح أو فشل يتعلق بصحته حيث ينخفض لديه الإحساس بالسيطرة داخلية على كل ما يرتبط بها، فيلقي مسؤولية وقوع الأحداث على عوامل خارجية يصعب التنبؤ بها كالقدر، الحظ والصدفة أو بسبب تدخل أشخاص ذوي النفوذ ويمتاز هؤلاء الأفراد بكونهم أقل ثقة في أنفسهم كما أنهم ضعيفي الطموح والإرادة وهم أكثر سلبية ومجاراة للأحداث كما يتسمون باليأس والملل من الحياة وهو ما يتجلى في كثرة الاعتماد على الآخرين في إنجاز الأعمال، وهو ما اتفق مع ما جاء به معمرية(2009) إذ يرى أن المنتمون لمركز التحكم الخارجي يتسمون بالسلبية كونهم قليلي المشاركة والإنتاج، كما لا يتحلون بالمسؤولية تجاه سلوكياتهم سواء في الحوادث السلبية أو الايجابية[1].

ويمكن أن يرجع هذا إلى افتقار الفرد للتعزيز وهو ما قد يجعله يعزو حتى الأحداث والتعزيزات الايجابية المرتبطة بصحته للتحكم ما وراء الشخصي، مما قد يفقد الفرد القدرة على إدراك احتمال مساهماته في النتائج المحتملة، فتعوده على الانسحاب وتحميل أطراف أخرى للمسؤولية هو ما يمكن أن

[1] معمرية بشير، *مصدر الضبط والصحة النفسية وفقا للاتجاه السلوكي المعرفي، المكتبة العصرية*. 2009.

يجعله غير قادر على الأخذ بمسؤولية صحته على عاتقه وهو ما قد يفسر عدم امتثال الراشدين المص ابين بداء السكري للعلاج كما أن اللامبالاة الزائدة قد تخلق كف انفعالي أو معرفي لدى الفرد أو ما يصطلح عليه سليقمان (Seligman) بمفهوم العجز المكتسب بمعنى تعود الفرد على تفسيره لعدم قدرته على تحمل زمام الأمور والتأثير في الأحداث وهو ما قد يجعله غير قادر على إدراك السند المقدم له من الآخرين.

وتعتقد البراق (2008) أن "ذوو مركز التحكم الخارجي يتصفون بتكوين مفهوم سلبي عن الذات وأقل توافقا من الناحية النفسية الاجتماعية والصحية، كما يتسمون بانخفاض مستوى دافعتيهم للإنجاز ويبدون أعلى قلقا وأقل طموحا ومثابرة، وعلاوة عن ذلك يرتفع لديهم مستوى العدائية والجمود وضعف مستوى الثقة بالنفس"[1].وهو الطرح الذي يسلم به إيماسوجي وآخرون(2016) .Umasugi et alكونهم يعتقدون أن "المصابين بداء السكري من ذوي التحكم الصحي الخارجي يبدون أقل امتثالا للعلاج"[2].

يبدولنا من خلال هذا العرض أن مركز التحكم الصحي الخارجي هو عامل معزز لظهور السمات السلبية في الشخصية كونه يرتبط بشكل مباشر بها وهو ما يدل على أنه عامل خطورة، وتبعا لهذه النظرة قد يعتبر من العوامل المؤثرة سلبا على مستوى امتثال أفراد عينة هذا البحث، غير أننا لا نعتقد كثيرا في هذه النظرة الخطية لذا سننتظر ما ستأتي به النتائج المتعلقة بالشق الميداني لهذا البحث.

---

[1] البراق، مرجع سابق، ص 8.

[2] Umasugi, M. T., Tunny, I. S., Tappang, Y., &Asni, U. The relation between health locus of control and compliance of diet management of Diabetes mellitus in Piru hospital. *Western part of seram regency*, *1*(11), 2016. P 75.

وفي سياق المقارنة بين خصائص ذوي التحكم الصحي الداخلي والخارجي سنحاول تلخيص الفروق في جملة من العوامل النفسية والاجتماعية والتي فضلنا توضيحها من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (3): يوضح الفروق بين خصائص الأفراد ضمن مركز التحكم الداخلي ومركز التحكم الخارجي وفقا لحدار(2008)، والزروق (2015).

المتغيرات	البعد الداخلي	البعد الخارجي
الميول والاستعدادات	أكثر ميلا واستعدادا لممارسة السلوكيات الصحية الوقائية.	يبدون غير مبالون ولا يعتقدون في قدرتهم على التأثير فلا يمارسون السلوكيات الصحية الوقائية.
التعامل مع الضغوط	يبدون أكثر فاعلية في التعامل مع وضعيات المرض. لديهم ثقة كبيرة في أنفسهم مما يجعلهم فاعلين في سياق	ضعيفي الاهتمام بحالتهم الصحية ويميلون إلى الانسحاب. يتسمون بالشك في قدراتهم والانفعال السريع والميل إلى تأجيل تحقيق القرارات لأجل غيرمحدد. كثيري القلق نتيجة لإيمانهم بالمجهول والقوى

الثقة في النفس	المواجهة أو التعامل مع المرض.	الخارجية. المجاراة والعدوانية.
القلق والعدائية	يستعملون أساليب حيدة لمقاومة القلق، غير أنهم قد يخفون مستويات عالية من القلق والعدائية نتيجة لحرصهم الدائم على تحقيق أهدافهم.	يتعاملون بسلبية مع الأحداث بسبب الإحساس بالعجز على تغيير الوقائع أو التحكم والسيطرة عليها.
التغيير والتحكم	يتعاملون بإيجابية وتفاؤل وطموح مع ما يعيشونه ويتعرضون له وهو نابع من اعتقادهم الكبير في القدرة على تغيير المواقف والتحكم فيها.	

[2،1]

يتضح لدينا من خلال الجدول رقم(3): أن الأشخاص يختلفون في الميول والاستعدادات، التعامل مع الضغوط، الثقة في النفس، القلق والعدائية، والتغيير والتحكم باختلاف انتمائهم لمركز التحكم الصحي.

أخيرا وليس بآخر توصلنا ومن خلال استقراء وجهات نظر مختلفة لوجود اتفاق كبير حول الدور الايجابي للبعد الداخلي من مركز التحكم الصحي، إذ يظهر لنا جليا أنه عامل حامي للصحة من خلال التحفيز المستمر للفرد على تبنى سلوكيات صحية وقائية وهو ما جعله يصنف ضمن قائمة السمات الايجابية على عكس البعد الخارجي الذي يضع الفرد دائما في كفة التنحي من المسؤولية وعدم القدرة على التغيير، قد يبدو لنا هذا وللوهلة الأولى على أنه التصنيف المثالي ولكن إيماننا بأن الأمور لا تجري دائما بهذه النمطية فقد تتدخل متغيرات ثقيلة يمكنها قلب الموازين كطبيعة الموقف، أو تأثير السياق الثقافي في تقييم الوضعيات الصحية والحكم عليها متفقين بذلك وبشكل عميق مع مقاربة يخلف

[1] حدار، مرجع سابق,

[2] الزروق، مرجع سابق.

(1997) مرتكزين دائما على النموذج البيو نفسي اجتماعي يجعلنا نعيد التفكير في ذلك إذ لا يمكننا فهم السلوك ومن ثمة التنبؤ به إلا ضمن معايير السياق الذي يحدث فيه، وعلى هذا الأساس نرى أن الحكم على الأشخاص ضمن أي بعد من التحكم الصحي لا يحدث على هذا النهج فليس كل تحكم صحي داخلي عامل حماية وهو الحال بالنسبة للبعد الخارجي من مركز التحكم الصحي، وهو ما أقرته دراسة ولستون وولستون (1978) Wallston and Wallston حيث صنفت مركز التحكم الصحي الداخلي ضمن عوامل حماية الصحة ولكن مع توفر الشروط المدعمة إذ يمكن تدخل بعض العوامل قد تعرقل المسار الحامي وتغير وجهته لعامل خطورة[1]، وهو ما تؤكده شويتزر (2002) Schweitzer بقولها أن "خصوصية بعض المواقف قد تجعل لمركز التحكم الصحي الداخلي انعكاسات سلبية على الصحة"[2] . ولعل ما تجدر الإشارة إليه هو أن "كل هذه الأنواع من التحكم المفرط تعتبر تحكما مرضيا، يخفي ورائه سمات مرضية تنتظر العوامل المفجرة حتى تتخلل شخص الفرد لتطور اضطرابا معينا"[3]. بشكل أوضح يعد الاستمرار في تبني بعد واحد من مركز التحكم الصحي هو بالتحديد ما يمكن اعتباره مرضيا أو بالأحرى عامل خطورة كونه يلغي البعد التقييمي للوضعيات من مركز التحكم الصحي إلى جانب التغاضي عن مركز التحكم الصحي ما قد يجعل سلوك الفرد غير ملائم لما يعترضه من مواقف بشكل قد يضع صحته على محك التهديد، وبذلك تصبح المرونة في تموقع الفرد بين الأبعاد تبعا لخصوصية المواقف ومحددات البيئة التي يتواجد بها الفرد والتفاعل بين الأبعاد ما يمكن اعتباره كعامل حماية.

---

[1] Wallston, K. A., Wallston, B. S., &Develis, R. Multidimensional health locus of control (MHLC) scales. Health educ monorg spring, *6*(2), (1978).

[2] Schweitzer, op cit, 319.

[3] حدار، مرجع سابق، ص 176.

في السياق التفاعل بين الأبعاد أضافت أحمان(2012) بعد ذوي اتجاه البعد الوسطي (الفرصيون) مستندة على وجهة نظر كونيل (1977) Connell الذي يرى أنه من الخطأ الاعتقاد بوجوب وجود الفرد ضمن النمط الداخلي أو الخارجي فقط حيث لا توجد أنماط نقية من الفئتين فالاختلاف يكمن في الدرجة التي يحصل عليها ضمن البعد وليس في نوع البعد في حد ذاته، وهو ما اتفق مع ما جاء به أبو ناهية (1984) الذي يرى أن هناك فئة من البعدين (داخلي وخارجي) تعتقد أنه رغم عدم قدرتها الشخصية في السيطرة على كل الوضعيات الصحية إلا أنها قد تتمكن من إشباع حاجاتها الخاصة من خلال زيادة قدرتها على فهم العالم الخارجي، "ويتسم الأفراد ضمن هذا النوع بقدرتهم على بذل مجهودات كبيرة للتوافق مع الظروف والوضعيات والمواقف الصحية الجديدة وزيادة فهمهم لطبيعة الآخرين وللنظم التي تحكم المواقف، وهم من يحق وصفهم بالفرصيين كونهم يغتنمون الفرص" [1]، قدمت أحمان تصورا جديدا مؤكدا لوجهة نظرنا في هذا البحث ويبدو لنا أن الفرصيين هم القادرون على تكييف اعتقاداتهم في التحكم في الأحداث والتعزيزات المرتبطة بالصحة حسب ما تقتضيه طبيعة كل موقف ما قد يجعل من مركز التحكم الصحي قائما على التحيين تبعا لطبيعة الموقف والعوامل المؤثرة فيه ضمن الوعاء الثقافي الذي يحويه.

وهو ما يؤكد بضرورة اتسام الفرد بالمرونة والموضوعية عند تبنيه بعد معين من مركز التحكم الصحي وعدم التعصب لبعد واحد، مما قد يعزز من فكرة أن مركز التحكم الصحي يبقى موقفي وظرفي والشخص الفاعل الذي يريد استثماره للحفاظ على صحته وترقيتها لابد عليه من السلاسة في التحرك بين مختلف أبعاده حسب ما يقتضيه الموقف، كل هذا قد يدفعنا للقول بأن الراشد المصاب

---

[1] أحمان، مرجع سابق، ص 135.

بالسكري قد يمتثل للعلاج ويكون أكثر إدراكا للسند الاجتماعي المقدم له إذا تمكن من تحليل المواقف التي يواجهها والتعامل معها بموضوعية من خلال استخدام العقلاني والموضوعي لمركز التحكم الصحي وهو ما يؤكده النموذج البيو نفسي اجتماعي المتبنى في هذا البحث كونه يقر بتداخل العوامل بشكل تفاعلي مع عدم الاهتمام بعامل دون الآخر كما لا يقر بالعلاقات الخطية (نفس السبب ونفس النتيجة) وهو ما نرتكز عليه في هذا البحث.

4- العوامل المؤثرة في مركز التحكم الصحي

نعتقد أن التسليم بضرورة التحلي بالمرونة في تبني أبعاد مركز التحكم الصحي وكذا تفسير النتائج المرتبطة به نابع من الاقتناع بتدخل عوامل تؤثر على نظرة الفرد لكل الأحداث التي ترتبط بصحته بشكل أو بآخر، وهو ما قد يكسر تلك النظرة الخطية الكلاسيكية للمفهوم في حد ذاته، فحتى من يؤمن بأن مسؤولية صحته تقع على عاتقه وحده وعليه الأخذ بها من أجل الحفاظ على صحته وحمايتها وترقيتها قد يضطر بين الفينة والأخرى لتبني مركز تحكم صحي خارجي، وهو ما قد ينم على قدرة الفرد على التقييم الجيد للوقائع والمصادر الشخصية ما قد يقترب ولحد بعيد من نظرة سيلي (Seley)، ولعل هذا ما يعطي مركز التحم الصحي صبغة الفردانية كونه سمة شخصية قابلة للتحيين المؤسس على جملة من العوامل التي سنحاول عرضها بالشكل الأتي:

1. طبيعة المواقف

يبدو لنا أن المواقف تتسم بخصائص عديدة قد توجه نظرة الفرد حول اعتقاده في قدرته على التحكم فيها وفي التعزيزات المرتبطة بها من عدمها، ولعل أفضل مثال لذلك هو حالات الوفاة أو

الكوارث الطبيعية مثلا فالفرد لا يمكنه التحكم والتأثير في مثل هذه المواقف أو مواجهتها فيلجأ لمركز التحكم الصحي الخارجي وهو ما قد يفسر بسيادة بعد التحكم الصحي الخارجي على حساب الداخلي حتى يتمكن من الشعور بالراحة واستعادة التوازن، لأن عزو الفرد لمثل هذه الوضعيات لنفسه قد ينعكس سلبا على صحته النفسية والجسدية بسبب إحساس الفرد بعدم قدرته على التحكم والإحساس المفرط بالعجز الذي قد يؤدي للوم الذات وهو ما يمكن اعتباره كعامل خطورة على الصحة، وبالتالي يمكننا القول أن قدرة الفرد على التموقع السلس من بعد لآخر بما يتناسب وطبيعة المواقف قد يعتبر كعامل مفعل لحماية الصحة وترقيتها.

2. الخصائص والسمات الانفعالية

من جانبنا نرى أن مركز التحكم الصحي قد يتأثر لحد بعيد بطبيعة السمات الانفعالية للأفراد، فالخصائص والسمات الايجابية كالتفاؤل، الصلابة، الإرجاعية، التقدير المرتفع للذات والرغبة في التحدي، كلها خصائص تجعل الفرد يجدد طاقاته وقدراته بشكل مستمر مما قد يمكنه من التقدير والتقييم الموضوعي للأحداث والوقائع واحتمال حصوله على التعزيزات المرتبطة بالصحة بشكل موضوعي فيتواجد تارة في التحكم الداخلي وتارة في الخارجي بناءا على التقدير الجيد لقدراتهم على التحكم، في حين يتميز ذوي الانفعالات السلبية بالانسحاب والعدائية وضعف روح المسؤولية والتشاؤم وهو ما قد يشعره بالعجز فنجد الفرد غير قادر حتى على تقييم موارده وقدراته الشخصية وطبيعة المواقف أو التعزيزات المرتبطة بالصحة وقد يكون ذلك نتيجة للانفعالية السلبية التي يمكن لها أن تجعل الفرد متشائما وعاجزا نتيجة لاعتقاده بعدم قدرته على التأثير فيرجع الأحداث مباشرة للقوى الخارجية مثلا تهربا من المسؤولية وتجنبا للدخول في نقاش مع نفسه ومع الآخر أو قد يصر على

تبني بعد معين من مركز التحكم الصحي بشكل لا يتماشى وطبيعة الوضعية الصحية قيد التحكم كأن يستمر في الاعتقاد بالتحكم الداخلي عند مواجهة وضعيات صحية تفوق قدرته على التحكم مثلا لما يكون ضحية خطأ طبي، في نفس الفكرة أضاف معمرية (2009) أن ارتباط حصول الفرد على التعزيز الصحي ببعد معين من مركز التحكم الصحي يمكن أن يتأثر بمصادر التحكم التي تتجسد في: الذكاء والقدرات العقلية، المهارات، والكفاءة، والقدرة على توظيف الخبرات السابقة حسب ما يضمن التحكم الموضوعي في الوضعية الصحية (تحكم داخلي أو خارجي)، طغيان بعض السمات المزاجية والانفعالية في الشخصية كالطموح والثقة بالنفس والاكتفاء الذاتي وغيرها[1]، بصورة أخرى قد تعتبر السمات الانفعالية عاملا مدعما على التعاطي والتقدير الملائم للوضعية الصحية وكذا الموارد الشخصية ما قد يؤدي بالضرورة إلى التموقع ضمن البعد الملائم من مركز التحكم الصحي وقد يحدث العكس بالنسبة للسمات السلبية، وهو ما قد يقودنا للقول بأن مركز التحكم الصحي يتأثر بالانفعالية السلبية والايجابية، وتعزز خطار(2001) هذه الفكرة مضيفة أن الانفعالية السلبية والايجابية تتأثر بدورها بمفهوم الذات الأمر الذي قد لا يجوز إغفاله،إذ ترى أن النظرة للذات أو المفهوم الذي يتصوره الفرد عن ذاته عاملا مهما ومفعّلا للعديد من السلوكيات نظرا لما قد ينجر عنها من أسلوب في تقييم الوضعيات والتعامل معها، وفي نفس السياق"وجد كل من هوروكس، جاكس، كريياسي، وفيتلس Creasy, Horrocks, Jacks, Fittles أن مركز التحكم يرتبط ببعض العوامل والمتغيرات الاجتماعية والنفسية منها مفهوم الذات"[1]. فمفهوم الذات يمكن اعتباره كأساس بناء المعتقدات

---

[1] معمرية، مرجع سابق,

[1] زاهية خطار، *التداخل بين استراتجيات التعامل ومركز التحكم لمواجهة ضغط البكالوريا*، (رسالة دكتوراه)، علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر2.الجزائر. 2001. ص 83.

والتصورات وقد تنجر عنه سلسلة من التداعيات المعرفية والسلوكية السلبية والايجابية بناءا على ما وصم الفرد به نفسه فالفرد الذي يعتقد في قدرته وإمكاناته يكون أكثر ميلا للتقييم الموضوعي للأحداث المرتبطة بصحته ما قد يقوده لتبني البعد الملائم من التحكم الصحي تبعا لها، وقد ينزع ذوي المفهوم السلبي للذات إلى التعصب للبعد واحد من التحكم الصحي أو بالأحرى لا يوفقون في تبنيهم لأحد أبعاد هذا الأخير بالشكل الذي تقتضيه خصوصية الموقف الصحي.

وبهذايمكن اعتبار مفهوم الذات كأحد المحددات الهامة التي من شأنها إحداث الفارق في مركز التحكم الصحي والتي يجب أخذها بعين الاعتبار عند التعامل معه. الأمر الذي أكدته شويتزر (2002) Schweitzer أن مركز التحكم الصحي الداخلي يتأثر بالانفعالات الايجابية (كارتفاع مستوى تقدير الذات، وانخفاض مستوى كل من العدائية والعصابية والقلق، وارتفاع مستوى الدافعية للإنجاز)، كما ترى أن مركز التحكم الخارجي يتأثر بالانفعالية السلبية (كالاكتئاب، العدائية، التشاؤم والعزلة)،وتضيف أنها انفعالات تبنى انطلاقا من المفهوم الذي يتصوره الفرد حيال ذاته[2]. يبدو لنا من خلال ما جاءت به شويتزر Schweitzer يمكن أنه يمكننا اعتبار الانفعالات السلبية والايجابية متغيرات مساهمة في شرح العلاقة بين أبعاد مركز التحكم الصحي وترقية الصحة والحفاظ عليها أو تدهورها من خلال معرفة وهو ما قد يسمح لنا بمعرفة ما إذا كان بوسعنا اعتبار بعد معين على أنه عامل حماية للصحة أم أنه عامل خطورة.

---

[2] Schweitzer, op cit.

3. الخصائص السوسيو ديمغرافية (السن–الجنس)

تعتبر المراحل العمرية المختلفة بمثابة نتاج لخبرات متعددة تعكس كل واحدة منها مجموعة من الخصائص والقدرات والمهارات فما كنا نعجز عن فعله في مراحل الطفولة قد نتعلمه ونتمكن منه في الشباب والكهولة، وقد يضعف في مرحلة الشيخوخة أو يتعزز، وفي ذلك تشير تولير (1978) Tolar في دراستها لدور المعتقدات في تفعيله حيث أشارت إلى أن اختبار الفرد لتجارب مؤلمة وإصابته المتكررة بالأمراض تجعله يعتقد بالتحكم الصحي الخارجي، مؤكدة على أن المعتقدات هي من يتأثر بالخبرات والتجارب السابقة ضمن مراحل عمرية مختلفة ومقدار الفوائد فتدفع الفرد لتبني مركز تحكم على حساب الآخر وهو ما أكدته دراسة والستون وآخرون (1980).Wallston et al التي أشارت إلى أن خبرات الصحة والمرض التي يعايشها الفرد في مراحل متباينة من حياته هي من تؤثر على معتقدات الفرد، ولكن يجب أن تكون متكررة وذات تأثير كبر على الفرد حتى تتمكن من التأثير على كيفية اعتقاده في التحكم في معطى الصحة [1]، مما يمكن أن يقودنا للقول بأن مركز التحكم الصحي يتأثر بالمرحلة العمرية ولو بشكل غير مباشر نظرا لتغير إدراكه وتقييمه للوضعيات الصحية تبعا لسنه، فالطفل الصغير يدرك أنه لا يستطيع حماية صحته والحفاظ عليها بل هي مقرونة بمدى إتباع والديه لأساليب واقية تضمن سلامة صحته في حين أن ذات الطفل لما يصل لمرحلة الشباب مثلا قد يأخذ مسؤولية صحته على عاتقه ويتبنى السلوكيات الصحية التي تؤدي دورا وقائيا وحاميا للصحة، وهو ما

[1] Lau, op cit. P 323.

اتفق مع تقدير قارة (2015) بأن مركز التحكم الصحي يعتبر عنصرا حساسا لعامل السن حيث عرض مجموعة من الدراسات التي كشفت أن :

مركز التحكم الداخلي يرتفع مع التقدم في السن على غرار دراسات ناوي كي وسبي جل(1974) Nawicki and Spigal، رونر وآخرون Rohner et al.(1980)، ويشرن وواويكي (1976)Wichern and Wowick، كريندل وآخرون (1965).Crandal et al، التي اتفقت نتائجها على أن الأطفال الذين يدركون أنهم فاعلون ومقبولون في محيطهم الاجتماعي يزداد مستوى تحكمهم الداخلي بين 9 و 11 سنة على عكس من يشعرون بأنهم منبوذون اجتماعيا فلا يحدث أي تغيير مع التقدم في السن[1].

نستنتج من كل هذا أن عامل السن يلعب دورا هاما في تحديد نوع مركز التحكم الصحي فاختلاف المرحلة العمرية قد يزيد من المهارات الشخصية ويرفع من مستوى الفاعلية الذاتية للفرد أو لا فما يكون مقبولا دون نقاش في مرحة معينة(الطفولة) قد يصبح مثيرا للجدل والبحث والاستفسار في مرحلة أخرى (الشباب مثلا)، فتقبل الطفل الصغير إرشادات ونصائح أمه التي تهدف للحفاظ على صحته في الطفولة قد يغفل عمدا في المراهقة والشباب مثلا كما قد يلجأ الفرد للقيام بسلوكيات غير صحية في الشباب كالتدخين مثلا الذي كان يعجز عن القيام به في الطفولة كونه كان راضخا لأوامر الأولياء ولهذا يجب علينا الانتباه للمرحلة العمرية عند التعامل مع معطى مركزالتحكم الصحي، لذلك حرصنا في البحث الحالي على تحديد فئة عمرية معينة والتي تتمثل في الراشدين المصابين بداء السكري.

---

[1] قارة، مرجع سابق، ص 135.

في هذا الصدد تعتقد عزوز(2009) أنه لا يجوز إغفال عامل مهم من العوامل السوسيو ديمغرافية ألا وهو عامل الجنس، إذ تؤمن بتأثر مركز التحكم الصحي من قبل عامل الجنس مستندة في ذلك على البحوث والدراسات التي تعرضت للفروق بين الجنسين في التحكم الصحي الداخلي والخارجي كدراسة زيرجا وآخرون (1976).Zerga et al على 541 تلميذا في المدرسة الثانوية باستخدام مقياس روتر (Rotter) والتي أكدت على أن الإناث كن أكثر خارجية من الذكور وكان الفرق بينهما دالا إحصائيا، ودراسة لاو وآخرون(Lao et al., 1977)لأبعاد التحكم الصحي الخارجي لدى الجنسين على عينة صينية مكونة من 517 طالبا جامعيا بواسطة مقياس (Levenson) أن الذكور حصلوا على درجات عالية في التحكم الصحي الداخلي مقارنة بالإناث[1]. ويضيف هاركي وكينغ Harkey & King أن النساء هم أكثر ميلا للتحكم الصحي الداخلي من الرجال[2]. وهو ما قد يدل على أن الفروق المورفولوجية والمعرفية بين الجنسين قد تخلق تفاوتا بينهما في تبنييعد معين من مركز التحكم الصحي دون الآخر، ذلك أن ليس من الضروري أن كل ما يمكن للأنثى أن تتحكم به وتؤثر فيه يستلزم تأثير وتحكم الذكر، وهو ما قد ينعكس على قدرتهم في التحكم بالامتثال العلاجي من عدمه كل هذا قد تفصح عنه أو تساهم في شرحه نتائج الفرضية المتعلقة بالفروق بين الجنسين في الامتثال للعلاج بين الراشدين المصابين بداء السكري في فصل تفسير ومناقشة النتائج من هذا البحث.

4. العوامل السوسيو ثقافية

[1] عزوز، مرجع سابق.

[2] Wallston, K. A., Wallston, B. S., &Develis, R. Multidimensional health locus of control (MHLC) scales. Health educ monorg spring, *6*(2), 1987. p 108.

تعتبر العوامل السوسيو ثقافية من العناصر التي نعتقد أنها ذات تأثير كبير على معتقدات الفرد وقدرته على تبني سلوكيات معينة دون أخرى، موازاة مع المنظور البيو نفسي اجتماعي المعتد في هذا البحث والذي يؤمن بتداخل التفاعلي لكل هذه العوامل في التأثير والتحكم على الوضعيات الصحية والتي يقع مركز التحكم الصحي في مقدمتها نتيجة لتأثره الكبير بالمعتقدات التي تعكس بدورها الانتماء العرقي، الطائفي، والثقافي، فحسب تايلور (2008) تلعب العوامل البيئية الاجتماعية والثقافية دورا كبيرا في تبني سلوكيات معينة دون أخرى فما هو مقبول في ثقافة قد يكون مرفوض بتاتا في ثقافة أخرى، كما أن ما يعتبر صحيا في ثقافة معينة قد يعتبر مرضي في ثقافة أخرى[1]. ويضيف شيريباخو Cherepakho (2006) أن البنود الثقافية للبيئة الاجتماعية قد تؤثر في معتقدات أفرادها، فالطفل الذي يتواجد ضمن بيئة محفزة ومشجعة على القيام بسلوكيات صحية كالفحوصات الدورية عند الطبيب، غسل الأسنان، وتبني طرق صحية في الأكل والجلوس وممارسة الرياضة قد يكون أكثر ميل لتبني مسؤولية صحتهم على عاتقهم وهو ما قد يفسر وجوده دائما ضمن البعد الملائم للوضعية الصحية من مركز التحكم الصحي، فالمعايير الاجتماعية تتثبت في عمق شخصية الفرد وتنعكس على سلوكه[2]. وهو ما يؤكد على أهمية السياق الثقافي في التأثير على المعتقدات مما ينعكس على السلوك. كل هذا قد يدل على أن التواجد ضمن أحد أبعاد مركز التحكم الصحي ناتج عن تقييم الفرد المواقف الصحية الآنية والفوائد التي سيجنيها من إتباعه سلوك معين من عدمه ومعتقدات الفرد حول الموضوع أو الموقف الصحي هي الفيصل في اتخاذ الفرد قرار حول أن تبني مسؤولية صحته يقع على عاتقه أو

---

[1] تايلور، مرجع سابق,

[2] Cherepakho, op cit.

ضمن نطاق القوى الخارجية وهذا بناءا على تقييمه للوضع الصحي الذي قد يكتسي رداء البيئة التي ينحدر منها الشخص.

يبدو لنا أن مدى تشرب الفرد للقيم الثقافية والاجتماعية في بيئته يمكن أن يظهر جليا في تبنيه لمركز تحكم صحي داخلي على حساب الخارجي والعكس، فقد نجد المرأة مثلا تختبر الولادات القيصرية المتكررة ولا تبالي بالحد الأقصى الذي تفرضه خصوصية هذه الولادة بأن لا يتجاوز 4 ولادات وهو ما قد يعتبر كعامل خطورة مما قد يعرض صحتها للخطر، وكل هذا نابع من القيم الثقافية والمعايير الاجتماعية التي تبجل المرأة الولودة حيث تعتبر مثالا للأنثى الحقيقية إذ نجدها لا تبالي بتعريض صحتها للخطر اعتقادا منها أن صحتها بيد خالقها مثلا فحتى وإن باعدت بين الولادات ولم تتجاوز ما نصحت به من الطاقم الطبي وقدّر لها المرض فسوف تمرض، وقد تتسع رقعة الخصوصية الثقافية لتشمل حتى المصطلحات المعمول بها في مجال الصحة والمرض فقد يميل الأفراد المنحدرين من البيئة الإسلامية إلى الامتناع عن استخدام مصطلح تحديد النسل معوضينه بمصطلح تباعد الولادات وهذا تأثرا بالدين الإسلامي، كل هذا ينم على أن التعاطي مع سمات الشخصية والعوامل المتداخلة معها كمركز التحكم الصحي يقتضي مراعاة القيم السوسيو ثقافية للبيئة قيد الدراسة، فبالرغم من توصل العديد من الدراسات للعلاقة القوية بين مركز التحكم الصحي الداخلي وارتفاع مستوى تبني السلوكيات الصحية كدراسةماديكس وآخرون (1995) .Madux et al،ودراسة الستون ووالستون Wallston and Wallston (1978)، وكذا دراسة والستون وآخرون .Wallston et al (1989)،ودراسة والستون(1992) Wallston،إلا أن نتائج دراسة يخلف وآخرون (1997) قد أظهرت العكس حيث وجدت أن ذوي التحكم الصحي الخارجي هم أكثر ميلا لممارسة السلوكيات الصحية

والحفاظ على صحتهم، وهو ما فسره بتدخل العوامل السوسيو ثقافية بما في ذلك الوازع الديني في التأثير على مركز التحكم وجعله مصدر قوة عوض أن يكون مصدر ضعف كونه ارتبط بالعديد من الخصائص الايجابية[1]. أكدت هذا البحث على أن مركز التحكم الصحي يختلف من بيئة لأخرى وأنه نسبي كونه يتأثر بالمعطى السوسيو ثقافي. في نفس السياق تعزز أحمان(2012) هذا الطرح مقدمة نوع من التفصيل إذ يبدو لها أن مركز التحكم الصحي يتأثر بالعوامل السوسيو ثقافية بشكل مباشر من خلال التنشئة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من الأسرة والمدرسة، كما يمكن أن يكون بشكل غير مباشر من خلال القيم التي يكتسبها من وسائل الإعلام و المساجد وغيرها من المؤسسات ذات الطابع الرسمي وغير الرسمي، وفي هذا السياق يقرر لاوLaw أن البيئة بمستواها الثقافي، الاجتماعي، والاقتصادي، وطبيعة العلاقات الاجتماعية بها تؤثر في تبني الفرد لمركز التحكم الصحي تبعا لاتجاهاتها نحو الأحداث[2]، يتضح لنا أن مركز التحكم الصحي يتأثر لحد بعيد بالتنشئة الاجتماعية كونها عملية مستمرة تهدف لإكساب الفرد القيم والمعتقدات في السياق الثقافي والاجتماعي للفرد، وهو ما قد يتدخل في تكوين جوانب مختلفة من شخصية الفرد بما في ذلك القناعات والمعتقدات المفعلة للسلوك، وهو ما قد يدفع الفرد لاختيار مركز تحكم صحي دون الآخر كون الصحة جزء لا يتجزأ من الثقافة سواء من ناحية تقديم تفسير لمفهومي الصحة والمرض أو من خلال السلوكيات والممارسات الثقافية التي تهدف

---

[1] يخلف عثمان،،وفرح يوسف عبد الله، *السلوك الصحي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية لدى عينة من طلبة جامعة قطر*. [بحث مقدم]. الندوة العلمية الأولى لأقسام علم النفس بجامعات دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية حول علم النفس وآفاق التنمية في دول مجلس التعاون الخليجي، كلية التربية، جامعة قطر. 1997.

[2] أحمان، مرجع سابق,

للحفاظ على الصحة، فبغض النظر عن صحة أو خطأ هذه المعتقدات إلا أنها تتجذر بشكل عميق في شخصية الفرد وتساهم في بناء قدر كبير من اتجاهات الأفراد وممارساتهم السلوكية فيما يتعلق بالصحة والمرض.

أخيرا وليس بآخر يبدو لنا أن مفهوم مركز التحكم الصحي قابل للقولبة إذ تتدخل العوامل السابقة الذكر في التأثير عليه، فزيادة على عدم الاتفاق الواضح حول تصور المفهوم فإن تأثره بهذه العوامل قد يخلق اختلافا جليا حول التموقع ضمن أبعاده،ذلك أن الاختلاف في تبني أحد أبعاد مركز التحكم الصحي (داخلي–خارجي) قد يتأسس على عوامل شخصية وقناعات واعتقادات يستقيها الفرد ضمن المعايير الثقافية لبيئته حول الوضعية الصحية محل التقييم، بشكل يعزز إيقانه بإمكانية تحكمه فيها وكذا في التعزيزات الممكنة الحدوث من عدمه، وعموما يمكننا القول أنه يجب مراعاة تفاعل العوامل المؤثرة في مركز التحكم الصحي من جهة وكذا التفاعل بين مركز التحكم الصحي ومختلف جوانب الشخصية الأخرى وكذا العوامل البيئة حتى يتمكن من تأدية دوره بشكل فعال وهو ما يؤكده دائما المنظور البيو نفسي اجتماعي، فعلى سبيل المثال يمكننا تفسير التفاعل بين مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك والامتثال العلاجي لدى الراشدين المصابين بداء السكري، في أنمركز التحكم الصحي قد يساهم في الرفع من مستوى إدراكهمللسند الاجتماعي المقدم له انطلاقا من تقييمهم للامتثال العلاجي على أنه عملية معقدة تتطلب تضافر كل الجهود (المرونة في التواجد ضمن أبعاد مركز التحكم الصحي لما يقر بحاجته لدعم الآخرين ويدرك السند الاجتماعي ويستفيد منه ثم يعود للتحكم الصحي الداخلي لما يوظف تلك الفوائد لما يخدمه هو بهدف الحفاظ على صحته ويمتثل للعلاج) ولكنها تقوم أساسا على فاعليته ودوره منها فيتمكن من الامتثال للعلاج إذا راعينا تفاعل هذه العوامل مثلا.

5- الانتماء النظري لمركز التحكم الصحي

يعتبر مركز التحكم الصحي الابن الشرعي لمركز التحكم العام الذي ظهر في ثنايا نظرية التعلم الاجتماعي لروتر (1954) Rotter، من خلال إعلانه الرسمي عنه في (1966).

"تركز نظرية التعلم الاجتماعي على الطريقة التي تحدد اختيارات الفرد للطاقات السلوكية المتاحة عن طريق مبدأ التعزيز كخاصية أساسية في تعلم الفرد"[1]. بمعنى آخر تركز هذه النظرية على دراسة أسلوب الفرد في تفسيره للمواقف والحكم عليها بناءا على ما يتوقعه من تعزيزات والتي ستصبح بمثابة خبرات متعلمة يستند إليها في توقعه السيطرة على المواقف اللاحقة، وترى ذات النظرية أن مركز التحكم يمثل طريقة تفسير الفرد للعلاقة السببية بين سلوكه الشخصي والمواقف وما يرتبط بها من تعزيزات وهو ما يخلق توقعات معممة حول مصدر التحكم في تلك التعزيزات والتي ترجع إما للتحكم الداخلي الشخصي أو التحكم الخارجي[2]. وبذلك يعتبر الأب الروحي لمركز التحكم الصحي بمثابة سمة شخصية ثابتة نسبية تتسم بالشمولية والقابلية للتعميم على جميع المواقف.

ولقد وضع روتر (Rotter) أربعة متغيرات والتي تعتبر الحجر الأساس الذي انبثق عنه مركز التحكم وهي:

---

[1] ساعد، مرجع سابق، ص 287.

[2] Jutras, op cit.

- جهد السلوك: ويعبر عن إمكانية حدوث سلوك معين في موقف ما من أجل التعزيز.
- التوقع: وهو الاحتمال الذي يضعه الفرد لحدوث تعزيز معين كنتيجة لسلوك معين يصدر عنه.
- قيمة التعزيز: وهو درجة توقع الفرد للمكافئات والتدعيمات فكلما كانت سلبية قل احتمال تكرار السلوك والعكس، ويعتبر التعزيز رد فعل المحيط تجاه السلوك[1].
- الموقف النفسي: "وهو البيئة الداخلية–الخارجية التي تحفز الفرد بناءا على التجارب السابقة كي يتعلم الفرد كيف يستخلص أعظم إشباع، في أنسب مجموعة من الظروف" [2].

كل هذه العوامل شكلت اللبنات الأساسية لظهور مركز التحكم الذي اعتبر كنقلة نوعية حيث حاول المزج بين مبادئ نظريات الشخصية والنظريات المعرفية للتنبؤ بالسلوك ولقد شاع استخدامه في عدة ميادين وعلى رأسها المجال الصحي، ولكن الانتقادات التي وجهت لهذه النظرة ضد البعد الأحادي(داخلي–خارجي) في التفسير والتصنيف المطلق للأشخاص خلق حاجة ملحة للمزيد من الدقة ليأتي مركز التحكم الصحي الذي يعتبر بمثابة إسقاط لمركز التحكم العام في مجال الصحة كونه يعبر عن أحد أهم أنواع التحكم النوعي، وترى هذه النظرية أن السلوك الصحي يتأثر بمعتقدات الفرد عن

---

[1] ساعد، مرجع سابق، ص 278.
[2] أحمان، مرجع سابق، ص 133.

مركز التحكم في وضعية صحية محددة وهو ما أدى لحدوث نقلة نوعية في تفسير السلوكيات المرتبطة بالصحة والتنبؤ بها.

يعود الفضل لظهور مفهوم مركز التحكم الصحي لوالستون ووالستون Wallston and Wallston(1978) من خلال بنائهما لمقياس التحكم الصحي المتعدد الأبعاد (MHLC) وكذا ضبط مفهوم مركز التحكم الصحي على أنه يعبر عن مدى إدراك الأفراد لقدرتهم على التحكم في كل ما يرتبط بوضعية صحية معينة من خلال تبنيهم السلوكيات الصحية التي تضمن ذلك، وهو ما يصنفهم ضمن نقاط مختلفة من مجال التحكم الصحي طرفاه مركز التحكم الصحي الداخلي ومركز التحكم الصحي الخارجي ويتوسطه الأفراد ضمن مواقع مختلفة بين القطبين.

في نفس السياق تؤكد الزروق(2015) بأن نظرية التحكم الصحي اعتمدت على مركز التحكم في ميدان الصحة للحديث عن مركز التحكم الصحي، مضيفة أنها برهنت على قوتها في شرح العلاقة بين الصحة والسلوك في مجال التربية الصحية، الوقاية، والتعامل مع وضعيات المرض، كما أكدت على ضرورة اعتماد فكرة تفاعل مفهوم مركز التحكم الصحي مع متغيرات الشخصية ومعطيات البيئة الخارجية للحفاظ على البعد التنبؤي العميق لمركز التحكم الصحي[1]. ولعل هذا التصور يبرر محاولتنا توضيح طبيعة العلاقة بين الامتثال العلاجي ومركز التحكم الصحي لدى الراشدين المصابين بداء السكري، رغبة منا في الإفصاح على مدى تأثير هذا الأخير في مستوى امتثال أفراد عينة البحث الحالي انطلاقا من اعتبارنا للامتثال العلاجي كوضعية خاصة تندرج ضمن ظروف وسياق بيئي خاص، وإيقانا منا أن مركز التحكم الصحي يتخذ بعد وقائي لما يتم إقحامه في شرح العلاقة بين سلوك

[1] الزروق، مرجع سابق.

الفرد(الامتثال العلاجي) والحالة الصحية (الإصابة بداء السكري) ومقدار التعزيزات التي قد يجنيها في حال الامتثال العلاجي (من الانعكاسات على صحته، ومن التشجيع الذي قد يناله من محيطه "العائلة والأصدقاء– المعالج).

من جانبنا نرى أن نظرية مركز التحكم الصحي قدمت إضافة نوعية في شرح العلاقة بين الصحة والسلوك، غير أن هذا المفهوم قد يكتسي أهميته ويحقق مبتغاه إذا تم التعامل معه على أنه مسار تقييمي تفاعلي للسلوكيات المرتبطة بالصحة، وأنه يتأثر بجملة من العوامل السابق ذكرها كما أن مركز التحكم الصحي يعتبر محورا فاعلا في التأثير على الصحة باعتباره نسق داخلي يمكن الفرد من التحكم في سلوكياته انطلاقا من معتقداته المرتبطة بالصحة (دائما ضمن وضعيات محددة).

6- مقياس مركز التحكم الصحي

يعتبر مقياس مركز التحكم الصحي الأداة السيكومترية التي تقيس خاصية مركز التحكم الصحي من خلال تحديدها للأبعاد والمؤشرات التي تعكس درجة اعتقاد الفرد بشأن العوامل المحددة لصحته في مواقف معينة، ولقد بني مقياس مركز التحكم بالاعتماد على مقياس مركز التحكم العام لروتر Rotter (1966) الذي يقيس درجة اعتقاد الفرد حول العوامل المرتبطة بالتعزيز والتي قد تكون داخلية أو خارجية (Internal factors– External factors).

بني مقياس مركز التحكم الصحي من طرف والستون وزملاؤه (1978)Wallston et al، ويشار له بمقياس مركز التحكم الصحي المتعدد الأبعاد (Multidimensional Health Locus of

(Control وهو ما يختصر في: « MHLC » كونه يضم ثلاثة أبعاد بعد داخلي (شخصي) وبعدين خارجيين (ذوي النفوذ والآخرون من الأقوياء)، (الحظ والصدفة)، وهو ما سنوضحه بالشكل الموالي:

أ- **بعد التحكم الصحي الداخلي** يختص هذا البعد بقياس المعتقدات الخاصة بمدى قدرة الفرد على التحكم في ما يتعلق بصحته في وضعية معينة.

ب-**بعد التحكم الصحي للحظ** ويقيس هذا البعد درجة اعتقاد الفرد بتحكم الحظ في كل ما هو مرتبط بصحته في موقف خاص.

ج- **بعد التحكم الصحي للصدفة** ويقيس هذا البعد درجة اعتقاد الفرد بتحكم الصدفة في كل ما هو مرتبط بصحته في موقف خاص.

لـ

نـ

و

ي

الـ

نـ

فـ

و

نـ

يئ

ء

لـ

ق

ه

ن

ا

ال

بـ

ع

د

بـ

قا

يا

س

د

ر

جـ

ة

ا

ع

نا

قا

ا

د

الـ

ف

ر

د

ف

ي

ق

د

ر

ة

ا

لأ

ق

و

يا

ء

و

ن

و

ي

ا

ن

ف

و

ن

ف

ي

ا

ن

ح

ك

م
وا
لتا
أثا
يـ
ر
ف
ي

الـ
طـ
حـ
ة
،
بـ
مـ
عـ
نـ

ى

أ

ن

الـ

حـ

فـ

ا

ظـ

ء

لـ

ى

الـ

طـ

حـ

ة

ف

ي

و

ض

ع

م

ح

د

د

م

ر

تب

ط

ب

سلوكيات

وقوة الآخرون

م

ن

ذ

و

ي

ا

ن

ف

و

ذ

ك

ا

ط

اق

م

ا

ط

ب

ي

م

ث

لا

.

استعمل مقياس MHLC لمدة تزيد عن ربع قرن كأحد أهم مقاييس المعتقدات الصحية الفعالة، ولقد عرف تطورات في المحاور من حيث البنود لأنه كان مكونا من بعدين متوازيين(A–B) يضم: مركز التحكم الصحي الداخلي ومركز التحكم الصحي الخارجي ثم طور كل من والستون وآخرون(1978) .Wallston et alمحور خارجي آخر من مقياس مركز التحكم الصحي MHLC ألا وهو البعد C أين تم تقسيمه إلى ذوي النفوذ والآخرون(الأطباء والآخرون)، وفي الأخير أضافوامحورا فرعيا لتقييم المعتقدات حول الاعتقاد في الحظ والصدفة (قضاء وقدر "الله") في التحكم بالحالة الصحية في وضعيات محددة.[1]

[1] قارة، مرجع سابق.

اعتمدنا في البحث الحالي النسخة العربية لمقياس مركز التحكم الصحي « MHLC » المعدة من طرف جبالي (2007)، للبحث عن البعد السائد لدى الراشدين المصابين بداء السكري من مركز التحكم الصحي ومدى تدخّله في تحديد مستوى امتثالهم للعلاج.

7- مركز التحكم الصحي والسلوكيات الصحية

اعتبرت العلاقة بين مركز التحكم الصحي والسلوكيات الصحية بما في ذلك الامتثال العلاجي من أكثر ما شغل الباحثين، حيث سعى كل واحد منهم لتوضيح مدى تدخل مركز التحكم الصحي في سياق تبني السلوكيات الصحية، وهو ما خلف دراسات مختلفة فقد حاول الكل شرح هذه العلاقة من منظوره الخاص وسنحاول عرض مجموعة من الدراسات التي يمكنها توضيح هذه العلاقة في العرض الموالي:

يرى والستون وزملاؤه Wallston et al.(1978) أن هناك ارتباط قوي ودال بين مركز التحكم الصحي والوضعية الصحية للفرد ومدى تبني السلوكيات الصحية[2]. بمعنى أن مركز التحكم الصحي قد يؤثر على الحالة الصحية للفرد من خلال تدخله في تبني هذا الأخير السلوكيات الصحية من عدمه، ما قد يقحمه ولو بشكل غير مباشر في تحديد معالم الوضعية الصحية لديهم وهو ما قد ينطبق على الامتثال العلاجي وتضيف شويتزر Schweitzer (2002) أن:

[2] Wallston, K. A., Wallston, B. S., &Develis, R. op cit.

مركز التحكم الداخلي يمكن أن يكون كعامل محدد لمدى تبني الفرد للسلوكيات الصحية، فبعد ملاحظتها لثمانية وخمسون دراسة توصلت إلى أن 40 دراسة أسفرت على وجود تأثير مباشر لتدخل مركز التحكم الصحي في تبني الفرد السلوكيات الصحية بينما أسفرت نتائج 18 دراسة على وجود تأثير غير مباشر على تبنيه هذه السلوكيات[1].

مما قد يدل على أن مركز التحكم الصحي يعتبر كعامل حماية للصحة من خلال تدعيم قدرة الفرد على تبني سلوكيات صحية وقد يكون هذا التأثير بشكل مباشر أو غير مباشر.

في ذات السياق أشار كل من أبريل وآخرون April et al. (2012) أن مركز التحكم الصحي ببعديه الداخلي والخارجي يرتبط بالصحة حيث يرتبط البعد الداخلي بالسعادة والرفاه الذاتي كونه يدفع الفرد لإتباع الممارسات التي تضمن ذلك، بينما يرى أن أصحاب البعد الخارجي هم أكثر عرضة للاكتئاب حيث كما وجدهم يتسمون بارتفاع مستوى الضيق النفسي ويتسمون بالميول الانتحارية[2]. تعتبر وجهة النظر هذه بمثابة تأكيد على الأفكار السابقة ولكن بشكل أشمل حيث يؤكد على تأثر الصحة بمركز التحكم الصحي ببعديه الداخلي والخارجي وهو ما قد يجعل هذا الأثر يتصف بالسلبية والايجابية وهو ما نتفق مع غير أن ما نختلف معه فيه هو التوجه المسبق للحكم على الأبعاد دون مراعاة خصوصية المواقف، إذ أن البعد الداخلي حسبهم يؤدي للسعادة والرفاه في حين قد يضع الخارجي منه

[1] Schweitzer, op cit, P 236.

[2] Kurt, A. A., Babar, D., Kai, P. Impact of locus of control expectancy on level of well-being. Review of European studies,*4*(2), .2012

الفرد في دائرة الاكتئاب، وحاول نيتو وآخرون(2006).Netto et al تأكيد الفكرة من زاوية أخرى حيث أشاروا إلى أن الإحساس بالقدرة على التحكم في الصحة يمنح الفرد القدرة على تحقيق أهدافه ويجنبه الوقوع في المشكلات والوضعيات الصعبة[1].

بينما ذهب لاو(1982) Lau للقول أن مركز التحكم الصحي يعتبر من أهم محددات الصحة كونه يرتبط بشكل إيجابي معها حيث أسفرت نتائج فحصه للأدبيات المتناولة للعلاقة بين مركز التحكم الصحي والاتجاه نحو تبني السلوكيات الصحية على ارتباط الدرجة الكلية لمركز التحكم الصحي بالعادات الصحية المبكرة كالرعاية الذاتية، في حين ارتبط سلبا مع التجارب السابقة للمرض[2]. تتفق هذه النظرة مع سابقاتها في نقطة تأثير مركز التحكم على الصحة من خلال العمل على السلوكيات الايجابية، غير أن ما يميزها عنهم في نفس الوقت أنها تحدثت عن مركز التحكم الصحي مضمنة كل الأبعاد ولم تركز فقط على بعد معين منه، وهذا ما نعتبره بمثابة تأكيد على دينامية المفهوم وأن تأثيره على الصحة يتم في سياق تفاعلي بين الأبعاد مراعيا العوامل السابقة العرض والتي يمكنها التأثير عليه.

أضاف كل من جونتي وأندري (2001) Genty and André أن مركز التحكم الصحي يعتبر عاملا مهما في عملية التعلم بما فيها تعلم السلوكيات الصحية[1]. من جانبنا نعتقد أن مركز التحكم الصحي يعد من المتغيرات ذات الثقل الكبير في التأثير على تبني الفرد للسلوكيات الصحية وعلى

---

[1] Netto, A. P., Dardennes, R., Dabadie, H., Brnard, M., Herrero, P.,& Periera, L. R. op cit.

[2] Lau, R. R. Origins of health locus of control beliefs. *Journal of personality and social psychology,42*(2), 1982.

[1] Genty, J., &André, N. op cit.

رأسها تلك التي يقتضيها امتثال الراشدين المصابين بداء السكري للعلاج، وهو ما نسعى للتأكد منه من خلال معرفة مدى تدخله في تعلم الفرد استثمار كل ما يساعده على التحكم في الحالة الصحية وإدارتها بشكل جيد انطلاقا من تدخله في تقييم الامتثال العلاجي والوضعية الصحية مع وجود داء السكري، وإدراك السند الاجتماعي المقدم للراشد المصاب بداء السكري حتى يمتثل للعلاج.

8- مكانة مركز التحكم الصحي من داء السكري

يعتبر داء السكري مرضا مزمنا يتأثر بالخصائص الاجتماعية والنفسية كغيره من الأمراض المزمنة وهو ما يجب أخذه بعين الاعتبار عند التعامل معه خاصة في العلاج، كونه يتطلب تدخل جملة من العوامل النفسو اجتماعية في ذلك، ولعل مركز التحكم الصحي يقع في مقدمتها، فمن خلال اطلاعنا على الأدبيات ذات الصلة بمتغيرات الدراسة نعتقد أنه احتل مكانة مهمة منها، حيث اتفقت عدة دراسات على غرار دراسة أيرين وآخرون (2005).Erin et al، ودراسة ميركا وآخرون Mirka et al.(1999)، إلى جانب دراسة وولف وآخرون(1989).Wulf et al، على بروزه كعامل محوري بالنسبة للتدخلات العلاجية واستقرار أو تدهور الحالة الصحية للمصابين بداء السكري.

في نفس السياق ترى تايلور (2008) أن مركز التحكم الصحي من أهم المتغيرات التي تندرج ضمن المحددات التي تسهل عملية التكيف النفسي مع مرض السكري شأنه شأن التدخل في التعامل مع الضغط، فالتعامل النشط الذي يعمل على الأخذ بالأسباب الموضوعية والاعتقاد بالقدرة على التحكم يجعل الفرد أكفأ في التعامل معه[1]. تعتبر تايلور المرض كوضعية ضاغطة يجب العمل على التعايش

[1] تايلور، مرجع سابق، ص 636.

معها من خلال الاعتقاد في القدرة على التحكم وهو ما يمكن أن يضمنه مركز التحكم الصحي، وهو ما يتفق مع ما جاءت به دراسة وو وآخرون (2015).Wu et al التي ترى أن مركز التحكم الصحي يلعب دورا مهما في الأمراض المزمنة بما فيها مرض السكري حيث ارتبط مركز التحكم الداخلي بارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لمواجهة المرض وانخفاض مستوى الضيق النفسي المرتبط به[2]. لعل هذا ما يمكننا من القول أن مركز التحكم الصحي يمثل معطى ذو بعد عميق كونه يتدخل في حماية الصحة حتى في حالة المرض وهو ما لا يجوز إغفاله. هذا ما أيده والستون وزملاؤه Wallston et al. (1976) حيث أكدوا أن مركز التحكم الصحي يشكل مجال واسع للتنبؤ بالسلوكيات الصحية في جميع الحالاتبما فيها وضعية المرض المزمن وعلى رأسها داء السكري[3]. بينما أشار لاسي وآخرون Lacey and Schelton(1996) أن مركز التحكم الصحي يعتبر عاملا إيجابيا بالنسبة لمرض السكري كون نتائج دراستهم كشفت أن مركز التحكم الصحي يعتبر عاملا مدعما ومشجعا على الالتزام بالحمية الخاصة بمرض السكري[1]. تعتبر هذه النظرة مدعمة لما نحاول بحثه وتوضيحه في خضم هذا البحث.

من جهتها تعتقد تايلور(2008) أن مركز التحكم الصحي يكتسح الأهمية في مجال إدارة داء السكري إذ ترى أنه كلما ارتبط هذا الأخير باعتقاد الفرد بالقدرة على المواجهة والتحكم ارتفع مستوى السيطرة على الغليسيميا Glycemia، مضيفة أن التكيف مع مرض السكري يقتضي دمج المرض

---

[2] Wu, A. M. S., Tang, C. S. K., & Kwok, T. C. Y). Self-efficacy, Health locus of control, and Psychological distress in elderly Chinese women with chronic illnesses, *Aging & mental health*,*8*(1), 2015.

[3] Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D.,& Maides, S. A. op cit.

[1] Lacey, M. T.,& Shelton, M. S, op cit.

ضمن نمط الحياة وأن المريض الغير قادر على ذلك لن يستطيع الامتثال للعلاج[2]. قد يوحي لنا هذا أن التعايش مع داء السكري خصوصية ملحة تقتضي تعديل نمط الحياة بشكل يجعل المرض محورا مهما يجب احترامه من خلال تكييف نمط الحياة حسب ما تفرضه خصوصية المرض وكل هذا يتأثر بمعتقدات المريض حول مرضه وإمكانية السيطرة عليه.

يتجلى لنا أن مركز التحكم الصحي ذو مكانة كبيرة وبعد عميق في سياق الإصابة بمرض السكري، كونه يدفع الفرد لتبني السلوكيات الصحية التي تضمن استقرار المرض لحد بعيد وكذا التعايش معه وهو المهم جدا باعتبار هذا الأخير مرضا يلازم الفرد طيلة حياته، ومن خلال كل ما سبق عرضه يمكننا القول أنه يمكن توظيف معتقدات الراشد المصاب بداء السكري حول قدرته على التحكم في كل ما يتعلق بمرضه في استقرار الحالة الصحية والتعايش بشكل أفضل مع المرض ليتجنب قدرا كبيرا من لمضاعفات الممكنة الحدوث(الامتثال للعلاج)، فنظرا لمكانة مركز التحكم الصحي ودوره المحوري في تفعيل الامتثال العلاجي للمريض يمكن اعتباره كعامل حماية، غير أن استثماره بشكل جيد هو من يضمن ذلك، وهذا لا يتم إلا في سياق التسليم بالتفاعل بين أبعاده مع مراعاة مختلف العوامل التي يمكنه أن تؤثر عليه بشكل أو بآخر، وهو الأمر الذي يشجع على إعادة طرحه على الساحة البحثية نظرا لارتباط مخرجاته بخصوصية الموقف قيد الدراسة والذي يتمثل في البحث الحالي في امتثال الراشدين المصابين بداء السكري للعلاج.

---

[2] تايلور، مرجع سابق.

خلاصة الفصل

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل نستنتج أن مركز التحكم الصحي من المتغيرات الهامة في مجال الصحة خاصة مع ارتباطه بتبني السلوكيات الصحية (بما في ذلك الامتثال للعلاج)، ومع ذلك يجب مراعاة خاصية الثبات النسبي في التعامل معه كونه يتحسس لعدة عوامل كطبيعة المواقف، السن، الجنس ، المرحلة العمرية، والسمات الشخصية وكذا العوامل السوسيو ثقافية، ما يجعل هذا الأخير يعبر عن سيرورة معرفية مؤقتة تعكس ما يبنيه الفرد من استدلالات مؤسسة عن قناعات شخصية حول العوامل المسؤولة عن التحكم في صحته ضمن وضع محدد والتي قد ترجع إما لسلوكياته الشخصية أو تعزى للعوامل الخارجية كالحظ والصدفة وذوي النفوذ والآخرون، وعلى هذا الأساس قد يمكن أن يلعب مركز التحكم الصحي دورا وقائيا وحاميا للصحة من خلال استثماره بالشكل الذي قد يساعد الراشد المصاب بداء السكري على الامتثال للعلاج نظرا لمكانته من السلوكيات الصحية وبالأخص الامتثال العلاجي، وهو ما قد يجعل هذا الأخير متغيرا بالغ الأهمية خاصة في ما يتعلق بامتثال الراشدين المصابين بداء السكري للعلاج، وهو ما سيتم التأكد منه لاحقا تبعا لما سيفصح عنه الجانب الميداني من نتائج.

الفصل الرابع

السند

الاجتماعي

المدرك

تمهيد

يعتبر السند الاجتماعي المدرك من المفاهيم التي حظيت بالعناية والاهتمام في السنوات الأخيرة بشكل ملحوظ نظرا لدوره في التخفيف من معاناة الفرد عند مواجهته للوضعيات الصعبة والتي قد تتقدمها الإصابة بالأمراض المزمنة كداء السكري،أين يحتاج المريض للحصول على السند الاجتماعي المدرك بكل أنواعه سواء كان عاطفي، مادي، أو معلوماتي من عائلته، أصدقائه،المعالج وكل من يمكنه تبصيره بالطرق الفعالة للتعامل مع المرض بشكل يساعده على الامتثال للعلاج، وهو ما جعله يمثل إغراء كبير لعدة باحثين ومن تخصصات مختلفة فنجد أن كل باحث تناوله من وجهة نظره الخاصة،مما صعّب الاتفاق حول تحديده كمفهوم واضح المعالم، وسنحاول في هذا الفصل إزاحة الستار عن هذا الغموض من خلال التطرق للسند الاجتماعي المدرك من عدة جوانب بدءا من السياق التاريخي للمفهوم وصولا إلى مكانته من الامتثال العلاجي للمثابين بداء السكري.

1- التطور التاريخي لمصطلح السند الاجتماعي المدرك

سنحاول من خلال هذا العنصر تقديم لمحة تاريخية لمصطلح السند الاجتماعي المدرك وكيف تمت قولبته ليصل إلينا بالمفهوم الحالي.

يعتبر مفهوم السند الاجتماعي مفهوما قديما قدم الإنسانية كون الإنسان ذو طبيعة اجتماعية ولا يستطيع العيش بمعزل عن التفاعل مع غيره من البشر، غير أن المفهوم بحد ذاته لم يحظى بحقه بالدراسة والتناول العلمي إلى غاية السبعينات أين عرفت هذه الفترة تهافت كثير من الباحثين على دراسته. ولكن ما لاحظناه من خلال الاطلاع على الأدبيات المختلفة هو أنه حتى وإن تم إغفال السند

الاجتماعي المدرك وإهماله كمفهوم محدد إلا أنه قد تم إقحامه بطريقة أو بأخرى في عدة دراسات سواء في المجال النظري، التجريبي، وحتى في عمليات التدخل، "فالفكرة ليست بجديدة ولكنها حملت أسماء أخرى تحت عناوين مختلفة اتسمت بالعمومية كالصداقة، التعاطف والاهتمام، حس الجماعة وفي مواضيع متنوعة"[1]. ولعل خير دليل على ذلك نجد التأثير النظري (نظرية التعلق) لباولبي Bowlby (1969) أين ركز على أهمية العلاقات البيشخصية المتناغمة التي تبدأ مع الأم في تطوير سعادة الفرد، وأعمال براونBrown، إلى جانب أعمال هاريسHarris،وكذا هيندرسون Henderson، "أين كان التركيز منصبا على الروابط الأساسية التي تكون مصحوبة بكم عاطفي وانفعالي أكثر من التركيز على الشبكة الاجتماعية بأكملها"[2].

في نفس السياق تناولت تيارات العلوم الاجتماعية المصطلح وخاصة الأنثروبولوجيا ولكن من وجهة نظر أخرى فنجد أعمال بوتBott الذي يعتبر "أول من تحدث عن الشبكة الاجتماعية، كما أشاد كل تيار علم الاجتماع الأمريكي بين الحربين العالميتين بدور التفكك الاجتماعي في نشأة الاضطرابات والأمراض الاجتماعية في المدن الكبرى مقدمين الانحراف مثالا لذلك، وهذا مقارنة مع المجتمع الريفي

---

[1] Pariat, L. *Etude des liens entre le soutien social l'adjustement universitaire et la persevérence en premiere année de Baccalauréat* [Thèse de doctorat en éducation, Département de psychologie]. Université de Montréal. 2008. P 21.

[2] Henderson, S. Social relationship and adversity and neurosis (A study of association in general population simple).*British journal of psychiatry*, (38), P 66.

الصغير المنظم بشكل جيد"[1].أين لعبت ولازالت الشبكات الاجتماعية "دورا فعالا في ضبط السلوك كونها تعتبر نقطة مرجعية لمجتمع صحي محافظ على الهوية" [2].

غير أن مساهمات علم الاجتماع بقيت حفظ الأدراج لمدة طويلة إلى أن تم جمعها تحت شعار علم النفس الاجتماعي من طرف النفسانيين المهتمين بالشبكة الاجتماعية، فظهرت عدة مقاربات مهمة تبحث في المجموعات المرجعية كتلك التي تبحث في مفهوم الانتماء والمقارنة الاجتماعية، وتعتبر أعمال فريق لايتون Leighton أحسن مثال لذلك (Leighton, 1963).

كما نجد مساهمات علم الأوبئة التي اعتبرت أن ضعف النسيج الاجتماعي هو الذي يفقد الفرد الشعور بالانتماء ما قد يؤثر سلبا على صلابته حيال مواجهة الأمراض. ومن جانبها أكدت الممارسات الوقائية الطبية والاجتماعية على مزايا النهج الوقائي المرتكز على الشبكات الاجتماعية حيث ترى كابلن Caplanأن علم النفس الإكلينيكي كممارسات يبقى قصيرا كلما تعلق الأمر بتغيير الأصول الاجتماعية[3].

كل هذا شكل اللبنات الأساسية للمفاهيم الأولى لهيكل الشبكات الاجتماعية التي تعتبر البداية الأولى لمفهوم السند الاجتماعي المدرك والتي تجسدت فعليا من خلال أعمال دوركايم

---

[1] Levey, L.,& Rowitz. *The echology of mental disorders*. Behavioral publications. 1973. P 310.

[2] Mills, C. W. The professional ideology of social pathologists. *American journal of sociology*, (49), 1943.P 22.

[3] Albee, D., &Lin, N . The stress buffering rol of social support. *The journal of nervious and mental diseas*, (6), 1979.

Durkeim(1983) ومع ذلك كان التركيز منصبا على الخصائص الرسمية للشبكة الاجتماعية كأعمال ميلر Muller التي ركزت على العدد، الكثافة، تعدد الوظائف، وتبادل الصلات[1]. غير أن هذه الخصائص حتى وإن اختلفت بين المجتمعات لم تقدم أي تفسير حيث لم يكن التركيز منصبا على نوعية التفاعل ومختلف جوانب الدعم التي تقدمها هذه الشبكات لذا بقينا نتحدث عن الشبكة الاجتماعية وليس عن السند الاجتماعي المدرك.

في هذا الصدد يؤكد بوزيني وتيسيي(1985) Bouzini and Tessierأنه "حتى وإن تمكنّا من وصف الخصائص الشكلية للشبكة الاجتماعية فإن جوهر السند الاجتماعي الذي يغطي مجموعة معقدة من المساعدات أو سيرورة مختلفة الموارد التي يمكن استخدامها مع صعوبات الحياة يبقى صعب الفهم والتحديد"[2]. هذا ما جعل المؤلفون يصرون على ترسيم مصطلح السند الاجتماعي بدلا من المشاركة، الانتماء، الاندماج الاجتماعي أو حتى الشبكة الاجتماعية، لأن السند الاجتماعي أبعد من ذلك فهو لا يشير إلى تكامل الفرد وانغماسه في المجتمع بل يقصد به المساعدة التي يقدمها المحيطين بالفرد في المواقف الصعبة، كما يختلف السند بالنسبة للفرد نفسه باختلاف المواقف فقد يحتاج تارة لدعم معنوي وأخرى لمساعدة معنوية، ويبقى تقديم السند مصطلحا ومفهوما "لا يخلو من الذاتية كونه يرتبط بشخصية مقدم الدعم أيضا حيث يمكنه تقديم دعم انفعالي مع التكبر، التعالي، أو حتى اللامبالاة لأنه

[1] Muller, P., Palier, B.,& Surel , Y. L'analyse polyptique de l'action publique .Confrontation des approches, des concepts, et des méthodes. *Revue française des sciences politique*,*55*(1), 2005.

[2] Bouzzini, L.,& Tessier, R. *Support social et santé*. presse de l'université de lyon. 1985. P 910.

يتأثر كثيرا باتجاهات المقدم للسند مما يؤثر على الطريقة التي سيتم إدراك السند من خلالها" [1].لعل ما يثيرنا من هذا الطرح هو أن المفهوم يتمحور على عمليات معقدة أين يشكل الإدراك أساسها المتين والمنعطف الذي من شأنه إحداث الفارق، وهو العنصر الذي فضلنا الارتكاز عليه في البحث الحالي من خلال تبنينا لمصطلح السند الاجتماعي المدرك بدلا من السند الاجتماعي إيقانا منا بوجود فروق بين المفهومين.

يبدو أن كل هذه التعقيدات المرتبطة بتحديد مفهوم السند الاجتماعي المدرك وكذا الفروق بينه وبين السند الاجتماعي امتدت لتشمل أيضا وسائل قياسه "فكل صمم مقياسه حسب المعايير التي تخدم بحثه فقط"[2].

قد يعكس هذا عدم الاتفاق الفعلي حول تصور المفهوم ووسائل قياسه على حد سواءوهو ما خلق صعوبة في أجرأته كمفهوم مضبوط، وعلى الرغم من هذا لابد من مواصلة الجهود لتناوله بالدراسة من أجل تحقيق فهم أفضل له وضبط مؤشراته وتصميم أدوات أكثر مصداقية لقياسه كونه مفهوم يقع على درجة عالية من الأهمية انطلاقا من علاقتهالوطيدة بالصحة.

2- تعريف السند الاجتماعي المدركPerceived Social support

عرف المفهوم تهافت العديد من الباحثين على تناوله بالدراسة منذ بداية السبعينات، ومع ذلك بقي هذا الأخير غير واضح المعالم، بسبب اختلاف الباحثين وعدم اتفاقهم حول تعريفه فكل عرفه حسب

[1] Kobassa, S. C., &Puccetti, M. V. op cit, P 848.

[2] Heitzmann, C. A., &Kaplan, R. M. Assessment of methods for measuring social support. *Health psychology,7*(1), 1988. P 75.

انحداره فهناك من عرفه من منظور سيكولوجي وهناك من عرفه من منظور سوسيولوجي، لذلك سنقوم بعرض مجموعة من التعريفات حتى نتمكن من توضيح المفهوم وتبني التعريف الذي يتماشى وأهداف بحثنا.

يقع السند الاجتماعي المدرك تحت مسميات عديدة من مثل الدعم الاجتماعي المدرك، المساندة الاجتماعية المدركة، المعاضدة الاجتماعية المدركة، ولعلّ ما تجدر الإشارة إليه هو أن الثروة البلاغية للغة العربية التي تضع مصطلحات متعددة لكلمة واحدة هي من تقف وراء هذا التعدد، حيث يشير مصطلح سند "حسب قاموس أنيس وآخرون(1972) إلى الدعم والمساندة، والمعاضدة وكلمة سند مشتقة من الفعل سند ويقال أسند الشيء أي دعمه ومنعه من السقوط، ويضيف المصري(1955) ساندت الرجل مساندة أي عاضدته ودعمته" [1]. من خلال التعريف اللغوي يتضح لنا أن السند والمساندة والدعم كلها مرادفات في اللغة العربية تشير إلى معنى تقديم المساعدة ومد يد العون للآخر، وقد حبذنا استخدام كلمة سند في البحث الحالي انطلاقا من معناه في اللغة التي ينحدر منها حيث يشير مصطلح support في اللغة الانجليزية حسب قاموس ليرن انجليش نو (2016) Learnenglish. Nu إلى السند، المؤازرة، المساعدة والتأييد، والتعزيز [2].

---

[1] الهنداوي حامد ابراهيم، *الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظة غزة*، (رسالة دكتوراه)، علم النفس. جامعة الأزهر. 2011. ص 12.

[2] Learnenglish. Nu.
https://learnenglish.nu/learn-english-free.php?id=20161013.2016 -جوان

نظرا لعدم الاتفاق حول مفهوم محدد للسند الاجتماعي المدرك المبني أساسا على الخلط بينه وبين السند الاجتماعي فقد فضلنا وكخطوة أولى التعريج على تقديم مجموعة من التعريفات المتناولة للسند الاجتماعي ثم التي تعنى بالسند الاجتماعي المدرك بغية إماطة اللثام عن الاختلاف القائم بينهما ولنبرر تبنينا لمصطلح السند الاجتماعي المدرك الذي يتماشى وسياق بحثنا وهو ما ستتضح معالمه في العرض الموالي:

عرّفت كوب Cobb (1976) السند الاجتماعي "بأنه كل المعلومات التي تجعل الفرد يعتقد بأنه موضعا للحب، الاحترام، التقدير، والاهتمام كما تشعر الفرد بالانتماء لشبكة من الالتزامات المتبادلة"[1]. لعل المقصود من هذا التعريف هو أن السند الاجتماعي يعبر عن مجموعة من المعطيات التي من شأنها التأثير على ما يعتقده الفرد بشكل قد يفعّل من ظهور الانفعالات الايجابية لديه إضافة إلى غرس حس الانتماء، لكن ما قد يؤخذ على هذا التعريف هو تقزيمه السند الاجتماعي بحصره لفحواه في الجانب المعرفي ولمخرجاته في الجانب الاجتماعي من خلال اعتباره مفعلا لكل ما قد يبعث على الشعور بالانتماء، لأننا نعتقد أن السند الاجتماعي أعمق ويتخذ أبعاد أخرى تمتد نتائجها لتشمل عدة جوانب.

من جهتها ترى كابلن Caplan(1974-1981) أن السند الاجتماعي يعبر عن مجموعة التوجيهات والتعليقات المقدمة من طرف الآخرين والتي تسمح بالسيطرة على الانفعال وإدارته في المواقف الضاغطة، وتضيف أن السند الاجتماعي يمكن أن يكون ماديا كالاعتناء بطفل صغير أو

[1] Cobb, S. M . Social Support as a Moderator of life stress, *Psychosomatic Medcine*,*38*(5), 1976. P 302.

إمداد الفرد بالمساعدات المالية[1] . تبنى هذا التعريف المنظور المعرفي في تفسيره للمفهوم ولكنه بين بأن السند الاجتماعي يمثل سيرورة من العمليات التي تهدف أساسا إلى مساعدة الفرد ليتمكن من التحكم في انفعالاته وإدارة الضغوطات وبالتالي قد يتمكن التسيير الحسن لطاقاته الداخلية وهو عنصر مهم خاصة بالنسبة لعينة بحثنا، فتسيير الانفعالات وإدارة الضغوطات قد يسمح للفرد بالتعامل الفعال مع المواقف الضاغطة مما قد يجعل منه عامل حامي للصحة، ولعل هذا ما يحتاجه الراشدون المصابون بداء السكري للتحكم في حالتهم الصحية من خلال الامتثال للعلاج لكن يبقى السند الاجتماعي ظاهرة مركبة وتتسم بالعمومية حسب هذا التعريف تحتاج لتفصيل أكثر حتى يسهل علينا توظيفها بشكل يخدم صحة الفرد.

بالنسبة لكان وأنتونوتشي Cahan and Anthonotchi (1980) فقد وضعا تحديدا للسند الاجتماعي ب:(A3) (Affirmation–Affects–Aid) أو (3أ) أي أنه يشير إلى التأكيد، التعبير عن الانفعالات، وتقديم المساعدة، فقد ينطوي السند الاجتماعي على التعبير عن مشاعر الحب والاهتمام، توفير المعلومة حول موضوع معين بأنه صواب أو خطأ أو التعليق على تصرفات الفرد وسلوكياته (التأكيد)، كما يمكن أن يتجسد في شكل مساعدات مالية، وقتية، أو بذل مجهود أو ما شابه[2]. يتضح لنا من خلال ما جاء في هذا التعريف أن السند الاجتماعي هو نتاج مركب لعملية مرنة تقحم فيها الجوانب المعرفية، الانفعالية والسلوكية، بهدف مساعدة الفرد وهي تتخذ عدة أشكال تبعا لذلك، ولكن ما يمكن

[1] Muller, P., Palier, B.,& Surel , Y. op cit.

[2] Alarie, C. *L'Impact du support social sur la santé des femmes : Une revue littéraire*. Centre d'excellence des prairies pour la santé des femmes. 1988.

ملاحظته هنا هو إغفال جوهر ومصدر هذا السند وكيف يتم، بصيغة أخرى يبدو لنا أن هذا التعريف تحدث عن أنواع السند الاجتماعي ولكنه لم يتطرّق لمضمونه وآلية حدوثه ومكانة الفاعلين منه.

فيما يتعلق بكيترونا Cutrona(1996): فإنها تعتبره "حاجة أساسية للفرد يحصل عليها من الأفراد المهمين في حياته،ذلك أنه يحويالحب، الاحترام، التفهم، التقدير، التواصل، التعاطف والمشاركة، وتقديم النصائح والمعلومات، متى احتاج لذلك"[1]. وصف هذا التعريف السند الاجتماعي بأنه حاجة كغيرها من الحاجات الأساسية للفرد وهي تتخذ عدة أشكال كأن تكون انفعالية، معلوماتية، ومعنوية، ويمكن أن يحصل عليها الفرد من الشبكة التي ينتمي إليها والتي يمكنه الاعتماد عليها وقت العوز إليها، لكن لما نقول حاجة بمعنى وجود ضرورة أي نداء يتطلب إغاثة بصورة تجعل من السند الاجتماعي عنصرا ملازما للفرد في الوضعيات الصعبة إن صح القول، وهذا جانب مهم في السند الاجتماعي ولكنه لم يوضح إن كان المقدم للسند قادر على استقراء حاجة الآخر وتلبيتها وعلى أي شيء يعول في ذلك، غير أن هذا التعريف أهمل الجانب الذاتي للسند والذي يتمثل في إدراك الفرد لكل هذه السيرورة.

يضيف جوتليب Gottlieb(1987) في ذات المجال أن السند الاجتماعي يضم السلوك المستدام عاطفيا والذي يتمثل الشق الأكبر منه في التعبير عن القلق، الإصغاء، وتوفير العلاقة المبنية على الثقة، وسلوك حل المشكلات كالمساعدة على التوجيه المعرفي وتقديم المساعدات المادية أو الاقتراحات والتي يعتبرها أحسن مثال لسلوك حل المشكلات، ويضيف بأن سلوك حل المشكلات يمكن أن يتجسد من خلال طريقتين: إيصال فكرة أنني موجود(متاح) لمساعدتك إلى الآخر، وعمل أفراد المحيط على

[1] Cutrona, C. *Social support souples*. Sage publication. 1996. P 10.

التقليل من مصادر الضغط والتوتر[1]. قد يبدو لنا أن هذا التعريف هو الأفضل بل والأقرب لوصف السند الاجتماعي كونه ذكر بأن هذا الأخير هو عبارة عن ممارسات تتخذ عدة أشكال يتمثل الجزء الأكبر منها في الجانب الانفعالي والذي سماه بالسلوك المستدام عاطفيا الذي قد يكون المقصود منه الأثر النفسي الذي يتركه بدءا من الأثر الذي يتركه متلقي السند في نفس المقدم للسند وكأنها رسائل ضمنية ليشعره أنه في حاجة للمساعدة ليلبي مقدم المساعدة تلك الحاجة ومن ثمة يحدث الأثر في نفس المتلقي، ولكن تبقى الحلقة المفقودة هنا هي الإدراك بمعنى إدراك متلقي السند لما قدم له من مساعدات، كما يضيف أن السند الاجتماعي يتضمن أيضا سلوك حل المشكلات بمعنى أنه عملية مركبة تهدف إلى استقراء وتقييم حاجة الآخر ومشكلته ومن ثمة تزويده بما ينفعه لحل مشكلته مما يسمح بالتقليل من الضغط والتوتر. وهو ما استدركه رريكز(1984) Riks كونهأعطى وجهة نظر أكثر تفصيلا بخصوص المفهوم إذ يقول أن تعريف السند الاجتماعي لابد ا يجزأ إلى ثلاثة محاور وهي:

التعريف الوصفي ويشير إلى وجود شريك أو فرد من أفراد الأسرة أو عدد من الأصدقاء أو الانتماء إلى الأندية والجماعات والمنظمات الدينية... إلخ

التعريف القائم على النشاطات ويتعلق بتفاعلات الفرد داخل شبكة علاقاته الاجتماعية كالمقابلات مع الأصدقاء وأفراد العائلة، وتتجسد النشاطات في العمل الدقيق الذي يقوم به الفرد والذي يعمل على دعم التفاعلات بمعنى أن كل نشاط يعزز ويوسع من شبكة العلاقات.

[1] Alarie, op cit.

التعريف القائم على الرضا عن الدعم الذي تلقاه الفرد كأن يكون هناك شخص يعول عليه، أي توقع الفرد بأنه يمكنه الحصول على السند من خلال اقتناعه بوجود شخص يمكنه الاعتماد عليه مثلا وهنا يرتبط الأمر بنوعية العلاقات والانطباع الذي تتركه عند الفرد[1]. يبدو أن ريكز Riks(1984) قد تجاوز غيره من الباحثين في الموضوع بتقديمه إضافة نوعية للمفهوم حيث يرى أن السند الاجتماعي هو مفهوم متعدد الأبعاد ولا يمكن تناوله من جانب واحد، لذلك ذكر الجانب الوصفي والذي لخصه في الانتماء للشبكة الاجتماعية، ثم ذكر عنصر النشاطات والذي قصد به الاندماج الاجتماعي، وكلّل تعريفه بعنصر نوعي هو الرضا المبني على القناعة المؤسسة على الأثر الذي تركه هذا الشخص الذي يمكن للفرد التعويل عليه وكل هذا قد يعكس تقييم الفرد لما قدّم له من مساعدات، وهو ما نبحث عنه من خلال بحثنا الحالي لذلك فالسند الاجتماعي كمفهوم يبقى مفهوما عاما يحتاج إلى نوع من التفصيل وهو ما جعلنا نفضل تبني مفهوم السند الاجتماعي المدرك في هذا البحث، وفي هذا الصدد يؤكد بريرا Barrera (1986) على ضرورة التخلي عن المفاهيم الواسعة للسند الاجتماعي وكل ما يتصل به من مفاهيم وذلك باللجوء إلى المفاهيم الضيقة والأكثر دقة[2]، ومن هنا وجب علينا التمييز بين الشبكة الاجتماعية، الاندماج الاجتماعي، والسند الاجتماعي ، والسند الاجتماعي المدرك. وحسب كاب وآخرون Cappe et al.(2015) فإن "الشبكة الاجتماعية تمثل التصور البنيوي للسند الاجتماعي والمتمثل في قوة علاقات الفرد وعدد اتصالاته، بينما يعبر الجانب الوظيفي منها عن السند الاجتماعي كونه يتمثل في المساعدة الفعلية التي يتلقاها الفرد من

[1] Alarie, op cit.

[2] Barrera, M . Distinction between social support concepts, measures, and models. *American journal of community psychology*,*14*(4),1986.

الآخرين"[1]. أما بالنسبة إلى الاندماج الاجتماعي حسب بريرا Barrera (1986) فإنه يشير إلى العلاقات التي يقيمها الفرد في بيئته الاجتماعية والتي تمنحه الإحساس بروح الجماعة والشعور بالانتماء، ويرى ذات المصدر أنه يوجد منظورين مختلفين لتفسير الاندماج الاجتماعي: إذ يرى أصحاب الاتجاه الأول أن الاندماج الاجتماعي يعبر عن كم العلاقات التي يقيمها الفرد مع محيطه الاجتماعي وبأنه الجانب المعاكس للعزلة الاجتماعية والاغتراب، أما الاتجاه الثاني فيرى بأن الاندماج الاجتماعي يعبر عن مدى المشاركة والانخراط في المنظمات الاجتماعية.

يتضح لنا من خلال ما قدمه كل من كاب وآخرون Cappe et al.(2015)، وبريرا Barrera (1986)أن الشبكة الاجتماعية هي الجانب الكمي أو الوصفي للسند الاجتماعي كونها قد تعبر عن عدد الروابط التي يبنيها الفرد مع الآخرين من محيطه الاجتماعي ومدى قوة هذه الروابط، في حين قد يشير الاندماج الاجتماعي إلى مدى انصهار الفرد في محيطه الاجتماعي وذلك من خلال قيامه بالمشاركة في مختلف النشاطات الاجتماعية أو الانخراط في الأنشطة والمنظمات التي تمنح الفرد الشعور بأنه جزء لا يتجزأ من هذه الجماعة وهو ما يعبر عنه بالشعور بالانتماء وهو يعبر حسب كوهين Cohen et al.(2009) عن الطريقة التي يشارك بها الفرد في المنظمة الاجتماعية النابعة من إدراكه لانتمائه إلى جماعة[2].

---

[1] Cappe, E., Smock, N., Boujoit, E. Scolarisation des enfants ayant un trouble de l'autisme et expérience des enseignant : Sentiment d'auto efficacité, stress perçu et soutien social perçu. *Evol psychiatre*,*81*(1). 2015. P 10.

[2] Cohen, S., Brissette, L. Shoner, P. D., &Doyle, W. J. Social integration and health: The case of the common old, *Journal of social structure*, *1*(6), 2009.

يبدو لنا من خلال ما سبق عرضه من معطيات حول السند الاجتماعي بأن هذا الأخير يعبر عن السند المقدّم إلى الآخر وليس السند المدرك من الشخص المتلقي للسند، فعلى الرغم من تعدد التعريفات وتنوعها إلا أن السند الاجتماعي بقي مفهوما لم يفز باتفاق الباحثين حول مدلوله حيث أخذ عدة صور ذلك أن لكل باحث رؤيته الخاصة التي تعكس انتمائه، من السوسيولوجي الذي يركز على الاندماج الاجتماعي إلى السيكولوجي الذي يركز على انفعالات الفرد المستسقاة من الجماعة التي ينتمي إليها، غير أنهم اتفقوا وبإجماع على أن السند الاجتماعي يتم الحصول عليه من الشبكة الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد.

بالنسبة لنا فإننا نعتقد أن توفر مجموعة من الأشخاص الذين يحبون الفرد ويقدرونه ويعززون انفعالاته الايجابية لا يكفي دائما لوجود السند، لأن الفرد نفسه قد يحتاج تارة لسند انفعالي (حالة فقدان) في حين قد يحتاج لسند مادي (مواقف العوز) تارة أخرى كما قد يحتاج لسند معلوماتي في حالة وجود المرض أين يحتاج لكم هائل من المعلومات لسد حاجته كي يتمكن من مواجهة مرضه بفاعلية، وبالتالي فإن السند الاجتماعي هو مجموع المساعدات المختلفة التي يتلقاها الفرد من خلال تفاعله مع شبكة علاقاته الاجتماعية، التي يمكن أن تكون مادية، معلوماتية، أو حتى انفعالية وغيرها، للتعامل مع مواقف الحياة المختلفة، وفي بحثنا الحالي يتمثل السند الاجتماعي في جل الخدمات والمساعدات التي يتلقاها الراشد المصاب بالسكري من مختلف الأشخاص في محيطه الاجتماعي،بغرض مساعدته على الامتثال للعلاج الذي يقتضيه التعايش مع مرضه بشكل أفضل، لكن وعلى الرغم من كل هذا فقد نجد أشخاصا محاطين بكم هائل من الأفراد يقدمون لهم العون في مختلف المواقف غير أنهم يشعرون بأنهم يواجهون المشكلات والمواقف لوحدهم وأنهم لم يتلقوا أي دعم أو سند، فأين يمكن أن يكون الإشكال؟،

يتجلى لنا أن الأمر يتعلق بمدى ملائمة تلك المساعدات للحاجات الفعلية للمتلقي وبالشكل الذي يرضيه، وهو ما يقودنا للحديث عن عنصر مهم وهو إدراك هذا السند أي إدراك الفرد وتقديره لما يتلقاه من مساعدات مما يسمح له بتوظيفها بشكل أفضل،وعلى هذا الأساسنرى أنه لابد لنا من الحديث عن مصطلح أكثر تطورا ودقة وهوالجانب النوعي من السند الاجتماعي الذي يمكن أن يؤدي وظيفته المتمثل في السند الاجتماعي المدرك. وفق ليبور Lepore(1991) فإن السند الاجتماعي المدرك يعبر عن "مدى إدراك واعتقاد الشخص بوجود أشخاص من بيئته الاجتماعية يمكنهم منحه الشعور بالراحة النفسية أو تقديم المساعدة العملية له وقت الحاجة، وهو ما قد يساعد في التخفيف من الآثار السلبية للضغوطات البيئية"[1]. يؤكد ليبور Lepore على عنصر الإدراك وهو ما نبحث عنه من خلال هذا البحث، غير أنه اقتصر على جانب الوفرة التي تتجسد من خلال إدراك الفرد لاستعداد الأشخاص المندرجون ضمن حيز علاقاته الاجتماعية لإمداده بالمساعدات المختلفة، التي تمكنه من مواجهة ما يعترضه من مشكلات بشكل أفضل، ومع أن هذا التعريف قد ضمن البعد التقديري، السيكولوجي، والاجتماعي إلا أنه لم يوضح مدى رضا الفرد عن هذه المساعدات كما لم يتطرق لكل التصنيفات الممكنة للسند الاجتماعي المدرك.أما من جهة كاب Cappe (2016) فإنه يشير عموما إلى "العنصر المهم في تقييم فعالية السند حيث يرجع إلى اعتقاد الفرد بأنه قد حصل على المساعدة والاهتمام والتقدير من المحيط، ويأتي السند الاجتماعي المدرك على عدة أنواع"[2].نعتقد أن الطرح الذي قدّمه كاب Cappe يركز على دور الفرد في الحكم على ما يحصل عليه من مساعدات بجعله محور السند

[1] Lepore, S. Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psychological distress. *Journal of personality and social psychology*, *62*(6), 1991. P 899.

[2] Cappe, op cit, P 10.

الاجتماعي المدرك، وهو ما يدل على أن هذا الأخير أعمق من أن يختزل في التسليم والاستلام، بل يعبر عن سيرورة من العمليات التي تعمل على تصفية وتقييم المساعدات التي يحصل عليها الفرد ليتم إدراكها على أنها داعمة أو غير داعمة، بشكل أدق يعدّ السند الاجتماعي المدرك نتاج تقييم وإدراك المتلقي لما قدّم له بشكل يجعله هو من يحدد أهمية السند المقدم له من خلال رضاه المبني على التقييم المعرفي وبالتالي لن يبقى كمتلقي فقط مثلما كان في السند الاجتماعي، بل يعد محور السند الاجتماعي المدرك، ولكن هل يمكن للمقدم للسند الاجتماعي المدرك أن يتبصر بحاجة الآخر دون الإعلان عنها؟، وفي حال الإعلان عنها بطلب صريح، فكيف يمكن لخدماته أن ترضي المتلقي؟ لعلّ هذه التساؤلات قد تحيلنا إلى إقحام دور مقدم المساعدة ضمن نسق السند الاجتماعي المدرك انطلاقا من التسليم أن السند الاجتماعي المدرك هو عملية ديناميكية تحدث ضمن نسق من التفاعلات.

يبدو لنا أن هذا ما قصده سارازون وآخرون Sarason et al.(1983) بتعريفهم للسند الاجتماعي المدرك بأنه يقوم على مبدئي تصور وإدراك الوفرة والإشباع، حيث تتعلق الوفرة بإدراك الإتاحة بمعنى أن الفرد يعتقد بوجود عدة أشخاص من محيطه مستعدون لمساعدته عند الحاجة، أما الإشباع فيعبر عن الجانب النوعي للسند الاجتماعي المدرك إذ يتعلق بالرضا عن السند المتلقى، ويضيف أن عنصري الوفرة والإشباع يختلفان باختلاف شخصية الأفراد حيث قد يعتقد البعض أن العدد الكبير من الأفراد المستعدون لتقديم المساعدة وحده من يضمن الرضا عن السند في حين قد يكون وجود شخص واحد كافي ومرضي، فشعور الفرد بالارتياح تجاه الآخرين هو من يحدد الرضا عن السند

كما قد تتدخل بعض العوامل الشخصية في السند الاجتماعي المدرك كتقدير الذات ومركز التحكم(ذوي النفوذ والآخرون) وأحداث الحياة كلها عوامل من شأنها التأثير عن الرضا عن السند[1].

يتجلى لنا أن هذا التعريف هو الأكثر شمولية والأجدر بتعريف السند الاجتماعي المدرك وهو ما سنتبناه في بحثنا الحالي، كونه يتمثل في إدراك الفرد لوجود عدد من الأشخاص مستعدين في أي وقت للتعرف على ما يحتاجه بالضبط وتزويده به عند الحاجة وبمعنى آخر يقوم متلقي السند بتقييم مدى ملائمة ما قدم له من مساعدة مع نوع وحجم احتياجاته، وهو ما يحقق له الإشباع والرضا.

بالتالي نعتقد أن المصطلح يقوم على محورين مهمين: محور فعالية مقدم المساعدة الذي يستطيع استقراء ما يحتاجه (المتلقّي) وقت الحاجة لتزويده به من جهة،وهو ما أكدته رؤية كل من سترينجر وسميث Stringer and Smith (2015) حيث يعتقدان أن "السند الاجتماعي المدرك لن يؤدي دوره إلا من خلال الموائمة بين احتياجات الفرد وتوقعاته"[2]. ومحور فعالية مستقبل الخدمة الذي يستطيع أن يدرك ما قدم له من جهة أخرى، كما لا يجب أن نغفل دور مقدّم السند والمعاني الرمزية المنسوبة إليه من قبل متلقّي السند، حيث أن المعانيالمنسوبة إلى الأفراد من الشبكة الاجتماعية ومشاعر الفرد تجاههم تعتبر مهمة حتى وإن لم يكن لها أساس واقعي وهو ما أشار إليه ريكز Riks(1984) ضمنيا بذكره لنوعية العلاقات، وقد أكد كل من كوباسا وبوسيتي Kobassa and Pucceti (1983) هذه الفكرة بقولهما أن السند الاجتماعي يرتبط بشخصية مقدّم السند وصورته بالنسبة لمتلقيه أيضا، بمعنى أدق إذا وصف متلقي السندمن قدّم إليه السند بصفة معينة كاللامبالاة

[1] Sarason, I. G., Levin, H. M., Basham, R. B., &Sarason, R. B. op cit.
[2] Stringer, C. C.,& Smith, A. D. Communicating social support identifying supportive episode in an HIV/AIDS support group, *Communication quarterly, 43*(3), 1995. P 15.

مثلا فعلى الرغم من أنها قد تكون ذاتية وليس لها أساس من الصحة فإن متلقي السند سيتعامل مع مقدمه على هذا الأساس، وبالتالي يمكن أن لن يستفيد من السند معناه الشخص (س) يعتقد أن الشخص (ج) شخص مخادع ولا يتمنى له الخير ولكن ليس بالضرورة أن يكون (ج) على هذه الهيئة كما لا يمكن ل: (ج) أن يدرك ما يشعر به (س) تجاهه، فلا يكون دائما الشعور متبادلا وهذا ما يجعلنا نقر أن السند نفسه أي السند الاجتماعي المقدم ليس بالضرورة يكون دائما فعالا ويدركه المستقبل فيمكن أن لا يقدم السند الاجتماعي مبتغاه، وفي نفس السياقيؤكد ميتشال (1985)Mitchell أن مصدر السند أي"المقدم للسند الاجتماعي يعتبر عنصرا فعالا في هذه السيرورة ويجب أخذه بعين الاعتبار"(P 134).

يؤكد بروسيدانو وهيلر (1983) Procidano and heller أنه على الرغم من أن كلا من السند الاجتماعي والسند الاجتماعي المدرك يرتبط بحجم المساعدات التي يتلقاها الفرد من الشبكة الاجتماعية، إلا أنه يجب التمييز بينهما، ذلك أن السند الاجتماعي يتأثر ببنية ووظائف الشبكة الاجتماعية في حين أن السند الاجتماعي المدرك يتأثر بالعوامل الشخصية بما فيها اتجاهات الفرد وتصوره للمحيطين به وكذا التغيرات الزمنية للموقف المواجه[1].

ومنه نستخلص أن السند الاجتماعي المدرك يمثل سيرورة معقدة من العمليات والأدوار التي يجب أخذها بعين الاعتبار كشخصية المقدم للسند وقدرته على استقراء ما يحتاجه الآخر وشخصية المستقبل

[1] Procidano, M. E., &Heller, K. Measure of perceived social support from friend and from family: Three validation study. *American journal of community and psychology,11*(1), 1983 .

وقدرته على فهم ما قدم له وتوظيفه بشكل أفضل في مواجهة مواقف حياته المختلفة، وهو ما يوصلنا للسند الاجتماعي المدرك الذي يكون فعالا في التعامل مع المواقف بموضوعية.

لهذا نعتقد ومرتكزين على ما تم عرضه من تعريفات للسند الاجتماعي المدرك أنه بغض النظر عن انتماءات الباحثين أو الأساس النظري الذي تم الانطلاق منه لتعريف هذا المصطلح إلا أنه يمكننا القول بأن السند الاجتماعي المدرك جزء من السند الاجتماعي وهو يتعلق بادراك الفرد لما قدّم له من مساعدات بشكل يسمح لمه بتوظيفها حسب ما يخدمه، ولابد أن يحوي شرطين مهمين:

1. إدراك الفرد لتوفر عدد كاف من الأشخاص المحيطين به الذي يمكنه اللجوء إليهم عند الحاجة، وأن يكون لمقدّم السند الاجتماعي المدرك القدرة على تفهم ما يحتاجه الآخر بالضبط ليزوده به حسب الموقف وهو ما يقودنا للشرط الثاني.
2. أن يصل مستقبل السند لدرجة من الرضا عن السند المقدم له والاعتقاد في كفايته.

وفي حدود بحثنا يشير السند الاجتماعي المدرك إلى إدراك الراشد المصاب بداء السكري للمساعدة المقدمة له ومهما كان نوعها(معلوماتية، مادية، انفعالية) على أنها تستجيب لتوقعاته وتلبي احتياجاته، وتبنى هذه المساعدة على مدى قدرة المحيطين به على فهم حاجياته وسدّها متى احتاج لذلك بالشكل الذي يشعره بالرضا، مما قد يزيد من كفاءته، فاعليته، واستقلاليته في التعايش مع مرضه وإدارته بشكل جيد من خلال الحرص على الامتثال للعلاج.

3-أنواع السند الاجتماعي المدرك تنوعت التقسيمات المقترحة لأنواع السند الاجتماعي المدرك وتباينت نتيجة للاختلاف الواضح وعدم الاتفاق في تعريف المفهوم وقد فضلنا عرض جملة الاقتراحات على النحو التالي:

فضّل ألاري (1998) Alarie تصنيف السند الاجتماعي المدرك إلى خمسة أنواع استهلها بالسند الانفعالي الذي لخصه في كل ما يشعر الفرد بالاحتواء والثقة، مرورا بالسند المادي الفعّال الذي يتجسد في المساعدات الملموسة، كما اقترح أيضا السند المعياري الذي يشعر الفرد بالهوية الاجتماعية، التواصل والانتماء، ليصل لسند التحليل المعرفي الذي يتعلق حسب ذات المصدر بتقديم النصح والمشورة، وأخيرا سند التنشئة الاجتماعية الذي يعمل على إكساب الفرد طرق التعايش والاندماج مع الآخر[1]. قدم ألاري Alarie تصنيفا مهما بذكره لأنواع مختلقة إلا أن ما قد يؤخذ على هذا التصنيف هو اعتباره للسند المادي على أنه فعّال لأن هذا لا يتماشى مع الطرح الذي نسير عليه في بحثنا الحالي الذي يعتبر السند الفعّال هو السند الذي يدركه الفرد ويستجيب لتطلعاته كونه يلاءم خصوصية الموقف الضاغط بشكل يشعر المتلقي بالرضا ويشبع رغباته، فحسب رأينا المتواضع فعّالية السند مقرونة بمدى تغطيتها لما أشرنا إليه وليست بنوع السند.

بينما اعتمد ميتشل وتراكيت (1980) Mitchell and Trikett منظورا آخر لتصنيف أنواع السند الاجتماعي المدرك حيث يفترضان أنه قد يأتي عل عدة صور كأن يكون انفعاليا يرمي إلى إشعار الفرد بأنه موضع حب، أو أن يأتي على صورة سند المحيط الاجتماعي الذي يعتبره مفتاح السند الاجتماعي المدرك باعتباره متضمنا لكل الظروف التي تتوزع تلقائيا حول منظمة معينة والمنظمة هنا هي المصابين

[1] Alarie, op cit.

بالسكري وعندما يتعلق الأمر بالبيئة الاجتماعية فهي فئة الراشدين، وقد أضاف سند الانتماء الذي لخصه في مجموع الروابط القائمة بين أفراد الجماعة والتي تؤدي إلى التلاحم والاتحاد بينهم واعتبر التزام الأعضاء بالمنظمات والهياكل هو جوهر تحديد درجة الانتماء، وضمّن سند الأيديولوجية الاجتماعية التي تعبر عن أي حركة اجتماعية وسياسية تدعي نفس الحريات والحقوق، ليختتم قائمة أنواعه بسند الشبكة الاجتماعية الذي يعبر عن العلاقات الممكنة في المحيط[1]، يبدو لنا أن هذا التصنيف ركز على الجانب الاجتماعي الذي نرى أنه يمثل الجانب الشكلي للسند الاجتماعي، بمعنى أدق تحدّث هذا التصنيف عن مصدر السند الاجتماعي المدرك لا مضمونه ماعدا ذكره للسند الانفعالي، وهذا ما قد يعكس الانحدار الاجتماعي للباحث.

بالنسبة لكل من كيترونا وريسال(1987) Cutrona and Russel فقد قاما بمسح عدة تصنيفات وتوصلا إلى ستة أنواع تمثلت في السند الإعلامي الذي يضم كل النتائج والمعلومات ووجهات النظر التي تساهم في تسهيل حل المشكل، وسند تقدير الذات ويتعلق بالمعارف والاستعدادات وهو راجع لتقدير الفرد، أي إلى ما تم إدراكه من السند المقدم له من أفراد الشبكة الاجتماعية الذين يشعروننا بقيمتنا ويعكسون صورة إيجابية لذاتنا من خلال تعبيرهم عن ثقتهم بقدراتنا على تجاوز المصاعب وهو يهدف إلى الرفع من مستوى تقدير الذات، ثم تحدثا عن السند الانفعالي وهو ما يمكّن الفرد من التعبير عن مشاعره للآخر بكل ثقة وأمان من خلال إشعاره بالتعاطف والإصغاء خاصة في الوضعيات الضاغطة، واعتبرا أن كل أنواع المساعدات الملموسة تندرج ضمن السند الإجرائي، ثم سند الاندماج الاجتماعي الذي يشمل السلوكيات التي تهدف إلى خلق وتطوير الشعور بالانتماء إلى الجماعة وهو ما يسمح للفرد

[1] Alarie, op cit. P 4.

بتحديد مكانته من الشبكة الاجتماعية، واختتما قائمتهما بسند الآخرين الذي يختص بما تمنحه الشبكة الاجتماعية من فرص لأعضائها ليشعروا بأهميتهم وفعاليتهم وذلك من خلال مساهمتهم في إسعاد أشخاص من بيئتهم الاجتماعية[1]. لعل هذا التصنيف يشترك مع سابقيه في السند الانفعالي ولكنه قد كرّره بذكره لسند تقدير الذات الذي نرى أنه يمكن أن يندرج ضمن السند الانفعالي، لكن ما لفت انتباهنا هو ذكره لسند الآخرين الذي يعد تصورا فريدا من نوعه كونه اعتبر إتاحة الفرصة للفرد كي يثبت وجوده من خلال مساعدته للآخرين بمثابة سند وهو ما حبّذناه ومع ذلك نعتقد أنه كان من الأفضل أن يدمج ضمن السند الانفعالي مع التفصيل في هذا الأخير بنوع من الشرح نظرا لمخرجاته التي تتسم بالأثر الانفعالي.

ذهب بريرا Barrera (1981) في عرضه لأنواع السند الاجتماعي المدرك للقول بأنها يمكن أن يأتي في شكل سند جسدي الذي يختص بالمساعدات التي تقوم على الجهد العضلي، أو سند قائم التفاعل الحميم ويتعلّق هذا النوع بالمساعدات الضمنية كالإصغاء للفرد ومنحه الفرصة للإفصاح عن مشاعره، وأضاف السند المبني على النصيحة الذي يشمل كل النصائح، المعلومات، والإرشادات المقدمة للفرد، والسند التقديري ويعبر عن تقديم معلومات تسمح بتقييم شخصية الفرد وسلوكياته، إلى جانب سند المشاركة الاجتماعية الذي يُشعر الفرد بالانتماء والاحتواء الاجتماعي[1].

---

[1] Cutrona, C., &Russel, D. W. The provisions of social support relationships and adaptation to stress. *Advance in personal relationships, 1*(1), 1987.

The provisions of social support relationships and adaptation to stress. *Advance in personal relationships, 1*(1),1990 , P 37-67.

[1] Barrera, M. Social support in the adjustment of pregnant Adolescents: Assessment issues. *Social Networks*, *11*(6), .1981. P 68-73.

يبدو لنا أن هذا التصنيف قد يلتقي في عدة نقاط مع نظرة من كيترونا وريسال Cutrona and Russel (1990) كالسند الإعلامي والانفعالي، ولكن ما يمكن انتقاده هنا هو تقزيمه للسند التقديري في المعلومات في حين يمكن أن يتخذ أشكالا أخرى كالإشارات الضمنية والمعلنة التي تشعره بالكفاءة والحب والتقدير ما يحيلنا مباشرة للسند الانفعالي.

يتضح لنا ن خلال ما تم عرضه حول أنواع السند الاجتماعي أنه يوجد اختلاف واضح في التعاطي مع المفهوم وقد يرجع هذا إلى عدم الاتفاق حوله، ومن جهتنا نعتبر تصنيف تايلور(2008) أكثر دقة والأقرب للطرح المنتهج في البحث الحالي بذكرها للسند التقييمي، المادي، والمعلوماتي، والانفعالي. وسنحاول إسقاط هذا التصنيف على محددات بحثنا بنوع من الشرح الذي سنورده كما يلي:

1- سند تقييمي: يتجسّد من خلال مساعدة الراشد المصاب بداء السكري على تحقيق فهم أفضل لمرضه للتهديد الذي يسببه مرضه وللاستراتيجيات التي يجب حشدها للتعامل معه، كما يمكن أن يستفيد من مقترحات عن كيفية إدارته والتي تقوم أساسا على الامتثال للعلاج.

بمعنى أنه سند يساعد الراشدين المصابين بداء السكري على التقدير المعرفي لما يواجهه من وضعيات ضاغطة بسبب مرضه، مما يمكنه من التعاطي معها بشكل فعال انطلاقا من تحقيق فهم أفضل للامتثال للعلاج وتنصيبه كأسلوب أنجع في التعامل.

2- سند مادي: يتضمن توفير المواد المساندة، مثل الخدمات، المساعدات المالية، والأدوية، أي دعم الراشد المصاب بداء السكري بالوسائل والخدمات والإمكانيات اللازمة للامتثال للعلاج بشكل يمكّنه من التعامل مع مرضه بشكل أفضل.

3- سند معلوماتي: يختص هذا النوع بتقديم المعلومات والنصائح التي قد تكون جد مهمة خاصة في أولى مراحل الإعلان عن التشخيص، أين يصاب المريض بقطيعة ومخزونه المعرفي فحتى وإن كان يملك كما هائلا من المعلومات حول الموضوع فإنه يصعب عليه توظيفها للمرة الأولى ومثل هذا السند يكون جد فعال في مثل هذه المواقف، بصورة أخرى قد يتمثل في تزويد الراشدين المصابين بداء السكري بالمعلومات التي يحتاجونها حيال مرضهم وعلاجه، كتنويرهم حول سبل الرعاية الذاتية، أو تقديم معلومات وتوضيحات عن ضرورة ممارستهم للرياضة وكيفية تعديل نمط حياتهم، وعن إزمان المرض الذي يجب على العلاج مسايرته مما قد يسّهل امتثالهم للعلاج[1].

4- سند وجداني: هنا يقوم الأصدقاء وأفراد الأسرة وكذا المعالج بتقديم المساعدة المرتكزة على أهمية الراشد المصاب بداء السكري كالتعبير عن حبهم وثقتهم به وبقدرته على مجابهة المرض والتعقيدات المرتبطة به[2]، حتى وإن اقتضى الأمر تغيير مثلا أفراد الأسرة لبعض عاداتهم الغير صحية لأخرى أكثر صحة كتغيير أسلوب الغذاء من الغير صحي إلى الصحي وهو ما يعتبر بمثابة تعزيزات داعمة للامتثال للعلاج، كما قد يعتبر الإصغاء والتفهم والعبارات المحفزة من المعالج للمريض بمثابة جرعة طاقة يمكنها مساعدة الراشدين المصابين بداء السكري على التعامل مع داء السكري بثقة أكبر من خلال إيمانه بقدرتهم على الامتثال للعلاج، فقد يكون هذا النوع جد فعال خاصة لما يشعر الراشد المصاب بداء السكري بالضعف إزاء مواجهة مرضه ويحتاج للمواساة والشعور بالاحتواء.

---

[1] تايلور، مرجع سابق.

[2] تايلور، مرجع سابق.

5-مصادر السند الاجتماعي المدرك

من خلال الاطلاع على أدبيات الدراسة تبين لنا أنه يتم الحصول على السند الاجتماعي بمختلف أنواعه من الشبكة الاجتماعية للفرد، فبالرغم من عدم الاتفاق حول المفهوم إلى أن مصادره عرفت الإجماع عليها فقد اتفق كل الباحثين على أن السند الاجتماعي يأتي من أفراد الشبكة الاجتماعية والتي تضم الأولياء، الأبناء، الشريك"الزوج-الزوجة"،الأصدقاء، زملاء العمل، زملاء الدراسة، الجمعيات، المنظمات والمؤسسات الأحزاب والتكتلات السياسية والاجتماعية والطوائف الدينية.... وغيرها من المجموعات التي ينتمي إليها الفرد والتي يمكنها مساعدته وهو ما سمح للباحثين بتصنيف هذه المصادر ضمن فئتين وهي المصادر الرسمية والمصادر الغير رسمية والتي سنوردها فيما يلي:

يرى ستريتر وفرنك لاين(1992)Streeter and Franklin أنه من الضروري التفريق بين المصادر الرسمية (formel sources) والتي تضم الأفراد الذين ينتمون إلى شبكات مؤهلة ورسمية كالمنظمات المجتمعية، الإدارات، الخدمات والأقسام[1]، ويضيف مرسي (2000) أنها تقدم من طرف المختصين النفسانيين والاجتماعيين المؤهلين لمساعدة الناس في الأزمات والنكبات والمشكلات، إما عن طريق مؤسسات حكومية متخصصة أو جمعيات أهلية متطوعة، حيث يهرع هؤلاء الأخصائيون إلى تقديم السند الاجتماعي للمتضررين للتخفيف من آلامهم ومعاناتهم ومشكلاتهم في المواقف والأزمات. "وتشمل المصادر الرسمية تقديم الإرشاد النفسي الاجتماعي في حل المشكلات وتقديم المساعدات المالية والعينية بهدف التخفيف عنهم والأخذ بأيديهم في هذه المواقف"[1]. وفي سياق البحث الحالي فالمصادر

[1] Pariat, op cit, P 22.

[1] أحمان، مرجع سابق، ص 114.

الرسمية لمرضى السكري يمكن أن تكون وزارة الصحة، جمعيات مرضى السكري، القائمين على بناء برامج التربية العلاجية وبرامج تعديل السلوك، الأطباء، الأخصائيين النفسانيين، أخصائيي التغذية. أما المصادر الغير رسمية (Unformelsources) فتتعلق بالسند المقدم من طرف الأولياء والأصدقاء والشركاء، وعلى الرغم من أنه أقل هيكلة من السند الذي ينحدر من المصادر الرسمية إلا أنه يتسم بالمرونة كما أنه غير خاضع للتخصيص والتهديدات البيروقراطية والقواعد، وحسب مرسي (2000) تشمل المصادر غير الرسمية حصول الفرد على المساعدات من الأهل والأصدقاء والزملاء والجيران بدوافع المودة والمحبة والمصالح المشتركة والالتزامات الأسرية، الاجتماعية والأخلاقية والإنسانية والدينية، وتقدم المصادر غير الرسمية السند الاجتماعي بعدة طرق أهمها تبادل الزيارات والاتصالات التلفونية والمراسلات، والتجمع في الأعياد والمناسبات، وتقديم الهدايا والمساعدات المالية والعينية في الأزمات والنكبات[2]. وحسب كل من بيول وآخرون (2007) .Buole et al، وبارك (2007) Parck فإن المصادر الغير رسمية تحوز على الأهمية الكبرى من حيث نوعية مقدمي السند وذلك كونها تضم العائلة والشريك والأصدقاء، نظرا لأهمية هذه العلاقات النوعية ودورها في سياق تحديد شخصية الفرد، بهذا الصدد يعتقد مورجان (2002) Morgan ومن منظور تواصلي أن الأسرة والأصدقاء يمثلون أول مؤسسة يلجأ إليها الفرد تلقائيا لطلب المساعدة، ويضيف كل من هارتيب وستيفنس Hartup and (1997) Stevens أنه وبمجرد أن يحاط الفرد بمجموعة من الأصدقاء الذين يمكنه الاعتماد عليهم لمساعدته عند الحاجة فإنه سيساعد في الرفع من مستوى تقديره لذاته، وهو ما يبرره جولد سميث Gold_Smith إذ يرى أن "التعبير عن المشاعر والمشكلات للصديق أو لأحد أفراد العائلة يعود بأثر

[2] أحمان، مرجع سابق.

إيجابي على الفرد مهما كان عمره، لأن الصداقة تحقق السعادة للفرد لما لها من أهمية كبيرة في تحقيق رفاه الفرد ومواجهة التحولات الحياتية الكبرى التي يمر بها"[1]. كالإصابة بداء السكري مثلا، كما تطرقت دراسة سيفاج (1986) Sevage التي طبقت على عينة مكونة من 220 عاملة، إلى تفضيل الأفراد لمصادر السند الاجتماعي وبينت نتائجها أن أكثر المصادر تفضيلا من قبلهن كان السند المقدم من الأسرة، ليليه السند المقدم من الزملاء[2]. ويضيف هوبفول (1988) Hobfull بأن اختلاف مصادر الدعم يقضي إلى اختلاف وتنوع السند تبعا لذلك فدعم الشريك والمقربون مثلا يكون عاطفيا في حين يقدم زملاء العمل سندا فعالا في العمل أو سند أدائي لأنهم قد يقدمونه عن خبرة[3].

قد يوحي لنا هذا بأن مصادر السند الاجتماعي تتعدد وتتنوع تبعا لطبيعة علاقات الفرد وكذا للمواقف المواجهة.

6-أبعاد السند الاجتماعي المدرك

بالنظر لثراء المصطلح وتعقيده بل وشساعته وتعدد وجهات النظر التي تناولته بالبحث والدراسة يبدو لنا أن الحديث عن أبعاد السند الاجتماعي المدرك يستدعي التعاطي معها من عدة منافذ، خاصة وأن كل بعد أخذ عدة تسميات، وفي هذا الصدد حاول باريا(2008) Pariat وبعد قيامه لمسح مجموعة

---

[1] Pariat, op cit, P 28.

[2] شويطر، مرجع سابق، ص 142.

[3] Hobfoll, S. *Stress, Social support and women*, Departement of psychology. Aviv university Press. 2013. P 28.

كبيرة من التعريفات التي تناولت المفهوم من مختلف الزوايا تصنيف تلك الأبعاد ضمن ثلاثة محاور ثم قدم تعريفا لكل بعد وهو ما سنعرضه بالشكل الموالي:

1. **المنظور البنائي:** ويختص بحجم العلاقات الاجتماعية وعدد الأفراد المشاركين.
2. **المنظور الوظيفي:** الذي يهتم بسلوكيات ومؤشرات السند الاجتماعي المقدم من شخص لآخر.
3. **المنظور الذي يهتم بالجانب التقديري للسند:** ويتعلق بإدراك نوعية السند المتوفرة.

جدول رقم(4): يمثل تصنيف أبعاد السند الاجتماعي المدرك حسب باريا (2008) Pariat.

البعد	تعريفه
شبكة السند الاجتماعي المدرك	يندرج ضمن الشبكة الاجتماعية وتضم مجموعة من الأفراد الذين يمكن للفرد اللجوء إليهم للبحث عن السند.
سلوكيات السند الاجتماعي المدرك	تمثل مجموع النشاطات والسلوكيات الخاصة التي يمكنها تقديم المساعدة الفعلية للفرد.
التقدير الذاتي للسند الاجتماعي المدرك	وهو التقييم المعرفي الذي يقوم به الفرد لتقدير السند المستقبل من طرف الآخر.

[1]

يظهر لنا من خلال مقاربة باريا(2008) Pariat أن السند الاجتماعي المدرك قد لا ينم عن علاقة خطية ثابتة ثنائية القطب بقدر ما ينم عن ظاهرة شائكة متعددة الأبعاد تتخذ كل من الشبكة الاجتماعية والسلوكيات المساندة وتقدير السند محركا لها، لكن حسب رأينا الخاص لازال هذا التصنيف مجردا من

[1] Pariat, op cit, P 26.

الديناميكية إذ يبدو لنا أن الطرح الذي التف حوله كل منبريرا (1986-1981)Barrera، ستريتر وفرنكلاين(1992) Streeter and Franklin، وفوكس(1988) Vaux، والذي جاء به سارا زون وآخرون (1983).Sarason et al، تمكّن من توضيح العلاقة بين الأبعاد التي جاءت على النحو التالي:

1- بعد أول: ويمثل الشعور بإمكانية الحصول على السند الكافي بمعنى القيام بتقدير معرفي للسند المقدم، من خلال إدراك الفرد لمدى توفر محيطه على أشخاص يمكنه اللجوء إليهم متى احتاج لذلك وهو ما يمكن قياسه بإدراك الوفرة.

2- ثاني: ويتمثل في تقييم مدى ملائمة السند الاجتماعي الذي حصل عليه الفردأي إدراك مدى ملائمة السند، معنى ذلك إدراك الفرد أن حاجته للدعم قد تم تلبيتها مع تقييم كفاية هذا السند المقدم وكل هذا يقاس بالرضا والإشباع.

بالنسبة لنا فإننا نتفق مع ما اقترحه سارا زون وآخرون(1983).Sarason et al في ذكره لعنصري الوفرة، والرضا والإشباع، بصورة تتماشى مع متغيرات بحثنا تتجلى أبعاد السند الاجتماعي للراشدين المصابين بداء السكري في إدراكهم لاستعداد أشخاص من محيطهم (أفراد الأسرة، زملاء العمل، معالج، جيران، هيئات ومنظمات صحية.....)لمساعدتهم على الامتثال للعلاج، ورضاهم عن ما قّدم لهم من مساعدات وخدمات كونها سايرت احتياجاتهم وواءمت تطلعاتهم مما حقق لهم الإشباع.

7- وظائف السند الاجتماعي المدرك

يقع السند الاجتماعي المدرك على قدر بالغ من الأهمية ذلك أن عنصر الإدراك هو من يجعل الفرد يعتقد بفعالية المساعدات التي قدمت له ومدى نجاعتها، مما قد يعينه على تأدية وظيفته بشكل يتماشى مع متطلباته، توقعاته، وحاجياته، ولقد تأثرت وظيفة وأهمية هذا الأخير كغيرها من العناصر السابقة الذكر بخاصية تعدد التوجهات، فكل ينظر لها من زاوية معينة.

حيث يعتقد باريا Pariat (2008) أن خاصية تعدد الأبعاد تنعكس بدورها على وظائف السند المدرك وتتمحور حول بعض الحقائق وهي: أن الاعتماد على بعض أنواعه في التعامل مع الضغوط يمكن أن يكون غير كاف وغير مناسب وهو ما يؤكد على أهمية التفرقة بين الأنواع للحفاظ على توازن الفرد، إذ يساهم التمييز بينها في تحديد الأكثر فاعلية منها مما قد يسهّل بلورة استراتيجيات الوقاية والتدخل[1].

يضيف الهنداوي (2011) أنه من المهم التمييز بين الوظائف المرجوة من السند الاجتماعي المدرك لمعرفة نوع السند الواجب تبنّيه ولخّصها في خمسة أنواع: وظيفة حماية الذات، الوقاية من الأمراض والاضطرابات، مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، مصدر للتوافق الانفعالي، إشباع الحاجة للأمن النفسي[2]. من جهتها فضلت أحمان (2012) الحديث عن وظائف السند الاجتماعي المدرك بالاعتماد على منظورين: وهما المنظور الوقائي والمنظور النمائي لتخرج في الأخير بمجموعة نقاط كحوصلة عامة[3]. أما ما سنتبعه في بحثنا الحالي هو تصنيف كل وظيفة على حدى وذلك اتفاقا منا مع

---

[1] Pariat, op cit.

[2] الهنداوي، مرجع سابق.

[3] أحمان، مرجع سابق.

وجهة نظر كل من باريا (2008) Pariat وكذا الهنداوي(2011)، واعتقادا منا أن تصنيف وظائف السند الاجتماعي المدرك سيمكن كل من المتلقي والمقدم للمساعدة من التعرف على النوع المطلوب أو بالأحرى الهدف المرجو من السند المدرك، ولهذا نفضل اقتراح الوظائف التالية:

-**الوظيفة الوقائية:** والتي تعني حماية الفرد من الإصابة بالاضطرابات والأمراض، وهو ما يتفق مع رؤية كوب(1976) Cobb بأن السند الاجتماعي المدرك يعمل دورا وقائيا من الآثار الناجمة عن الأزمات والضغوطات الحياتية على الصحة، والتي تتنوع نتائجها كفقدان الوزن، التهاب المفاصل، السل، الاكتئاب، إدمان الكحول، كما يساعد على عملية الاسترجاع بعد إجراء العمليات الجراحية، كما يمنع الانتكاس ويساعد في عملية الامتثال للنظم العلاجية وهذا في حال تم توظيفه واستغلاله بشكل يجعله عاملا وقائيا عندها يصبح الطبيب يعمل على منع ظهور المرض بدلا من العمل على علاجه[1].

يضيف كروس وآخرون (1992) Kruse أن للسند الاجتماعي المدرك تأثير إيجابي على الصحة أكثر من السند الاجتماعي كونه ينطبق مع السند المتوقع، وبذلك نجده يخفف من مشاعر الوحدة التي قد تؤدي إلى تدهور الحالة الصحية والنفسية[2].

يرى سارازون وآخرون (1983).Sarason et al فإن السند الاجتماعي المدرك يعتبر عاملا فعالا في الوقاية من الأمراض والاضطرابات النفسية، كونه يعمل أساسا على التخفيف من حدة ووقع الضغوطات على الفرد والتي تعتبر منبع العديد من الأمراض[3].

---

[1] Cobb, op cit.

[2] Kruse, W.(1992). Patient compliance with drug treatement new prespective on an old problem. *journal of clin invest*, (70), 6-163

[3] Sarason, I. G., Levin, H. M., Basham, R. B., &Sarason, R. B. op cit.

بينما يؤكد بروسيدانو وهيلر Procidano and Heller (1983) أن الأثر الناتج عن السند الاجتماعي المدرك يرجع لمدى إدراك الفرد وشعوره بأنه مساند ومدعوم من الآخرين مما يعزز من مناعته في مواجهة الأمراض[1].

يتضح لنا من خلال ما تم عرضه وجود إجماع بين الباحثين على الدور الوقائي للسند الاجتماعي المدرك، كما يعتبرون ملائمة السند الاجتماعي المدرك لمتطلبات وتطلعات المتلقي وحاجاته الفعلية، وقدرة هذا الأخير على استثمار ماقدم له من مساعدات قد يرفع من مستوى كفاءته وفاعليته الذاتية ويجعله قادرا على تبني السلوكيات الصحية التي يمكنها مساعدته في الشفاء من الأمراض وتفادي أكبر قدر من المضاعفات، وتقيدا ببحثنا يمكننا أخذ الامتثال العلاجي مثالا للسلوك الصحي الوقائي الذي يمكنه أن يجنب الراشد المصاب بداء السكري حدوث المضاعفات كالعمى السكري مثلا، وبهذا يمكننا القول أن حصول الراشدين المصابين بداء السكري على السند الاجتماعي المدرك يعتبر كعامل حماية بالنسبة لهم كونه يمكن أن يعتبر كعنصر مُفعّل ومعزز ومدعّم لامتثالهم للعلاج.

- **وظيفة مواجهة الضغوطات:** يعتقد كثير من الباحثين أن السند الاجتماعي المدرك يمكّن الفرد من التعامل الايجابي والفعّال مع الضغوطات، كونه يتخذ عدة أشكال مما يفتح عدة منافذورؤى واضحة قد تمكنه من التعاطي مع المواقف والأحداث بشكل أفضل وهو ما قد يسمح بالتخفيف من حدة

[1] Procidano, M. E., &Heller, K. op cit.

الضغوطات ومواجهتها بطرق فاعلة. ويذهب لوزيي وآخرون(2015) .Lauzier et al إلى أن السند الاجتماعي المدرك لديه تأثير إيجابي على تقدير الذات وإدارة الضغوط[1] .

بذلك يلعب السند الاجتماعي دورا مهما في التعامل مع الضغوطات ما قد يجعله متغيرا وسيطا بين الضغط والإصابة بالمرض، وهو ما أثنى عليه لاوبر وآخرون (2005).Lauber et al إذ يعتقد بأنه يمكن للسند الاجتماعي المدرك أن يتدخل للتخفيف من حدة الضغوطات التي لا يمكننا التعامل معها[2].

في نفس السياق اتفقت عديد الدراسات أمثال دراسة كازيل (1976)Cassel، ودراسة كابلن، (1974-1976) Caplan، إلى جانب دراسة كوب (Cobb, 1976)على وجود علاقة سلبية بين السند الاجتماعي المدرك والضغط النفسي بمعنى عند ارتفاع أحدهما ينخفض الآخر[3]. وهو ما أيّده كل من براون ويلوشو ماكر (1984) Brownwill and Schomaker حيث أشارا إلى أن السند الاجتماعي المدرك يخفف من الآثار النفسية السلبية للضغوطات الحياتية كونه يعود الفرد على مواجهتها بواقعية، مما يمنع من تأثيراتها السلبية على الصحة النفسية والجسمية، ولخص هذا التعامل الواقعي في مجموعة من النقاط تمثلت في: التقييم المعرفي « cognitive appreciation » الذي يتفرّع بدوره إلى

---

[1] Lauzier, M., Coté, K., & Sansoi, A. Effet du soutien social sur le bien-être psychologique et la poursuite des études postsecondaires : Une étude chez les élèves en contexte francophone minoritaire, *L'orientation scolaire et professionnelle en ligne, 44*(1).2015. P 2.

[2] Lauber, C., Muller, P., Rueesch, C., Brigit, N. Meyer, P.C., &Wulf, R. Social support modifies stigmatization in the first years of mental illness: A Longuitudinal approach. *Social science & Medcine*,*62*(26), 2005.

[3] Barrera, op cit.

تقييم أولي أين يفسر الفرد المواقف الضاغطة ويعمل السند الاجتماعي المدرك على إعطاء تفسير معقول للموقف كي يعتقد الفرد أنه قادر على مواجهته، وتقييم ثانوي الذي يختص بتقييم المصادر والموارد المتاحة لمواجهة المواقف وهنا يتدخل السند الاجتماعي المدرك ليوسع دائرة المصادر المتاحة للمواجهة وعلى هذا الأساس يمكن للفرد أن يختار الأفضل والأنجع من بينها. ثم النموذج النوعي للسندالاجتماعي المدرك «Qualitatif model of Perceived social support» الذي يعمل على تزويد الفرد مباشرة بالمصادر والموارد المناسبة لطبيعة الموقف الضاغط حتى يتمكن مواجهته بشكل فعال، مما يحقق التكيف المعرفي « Cognitive adaptation » للفرد والذي يتدرج من محاولة تحديد طبيعة المشكلة فالبحث عن الأساليب الممكنة للتعامل معها بشكل ناجع وهو ما يمكنه من السيطرة عليها[1]. كل هذه السيرورة قد تعزز من الفاعلية الذاتية للفرد وترفع من مستوى تقديره لذاته وثقته بنفسه من خلال إشعاره بالقدرة على السيطرة والتحكم في المواقف، وهو ما قد يزيده صلابة في التعامل مع الضغوط، ومن هذا المنبر يمكن اعتبار السند الاجتماعي المدرك كأداة فاعلة يمكن للراشد المصاب من الارتكاز، عليها بغية تحقيق استبصار وفهم أفضل لمرضه ولوضعه الصحي بشكل قد يُنمّي من مستوى الوعي الصحي لديه مما قد يتيح له الفرصة لترشيح الامتثال العلاجي كأنجع وسيلة تمكّنه من إدارة مرضه والتعامل معه بشكل فعّال.

وظيفة حماية الذات وتحقيق التوازن: يعتبر تحقيق التوازن الهدف الأسمى لكل الأشخاص،ولعلّ هذا الأخير يشترط قواعد وأسس متينة ترمي في مجملها إلى حماية الذات، التي تبنى بدورها على تحقيق

[1] Brown well, A., &Shumaker, S. Social support: An introduction to a complex phenomenon. *Journal of social issues, 40*(4), 1984. P 1-9.

التوافق النفسي والاجتماعي للفرد، وهنا مربط الفرس إذ يمكن أن يلعب السند الاجتماعي المدرك دورا هاما في تذليل الصعاب التي تعترض الفرد وتهدد توازنه مما قد يساهم في تعزيز المشاعر الايجابية التي تمنح الفرد الشعور بالسيطرة والتحكم والقدرة على حماية ذاته وهو ما قد يعيده لحالة التوازن. بهذا الصدد يرى كابلن Caplan أن نظام السند الاجتماعي المدرك يهدف في مجمله إلى حماية توازن الفرد[1]. وتضيف كوب Cobb (1976) أن السند الاجتماعي المدرك يشعر الفرد بقيمته مما يعزز تقديره لذاته وهو ما يحافظ على استقرارها[2]، وهذا ما اتفق مع ما قدمه كل من كيترونا وريسال Cutrona and Russel(1987) على أن السند الاجتماعي المدرك يرفع من تقدير الذات ويمنح الفرد الشعور بالكفاءة مما يجعله أكثر نضجا واتزانا[3]. كما يرى دوراد وآخرون Dorard et al.(2013) أن السند الاجتماعي المدرك يلعب دورا تكيُّفيا كبيرا في التوظيف النفسي للفرد حيث يمكن اعتباره كعامل حماية للذات وهو ما يعزز شعوره بالكفاءة. ووفق أرجايل(1993) أن "نظام السند المدرك له تأثير فوري على نظام حماية الذات إذ يؤدي إلى زيادة تقدير الذات والثقة بها والشعور بالسيطرة على المواقف، كما يولد درجة من المشاعر الايجابية التي تمنحه الشعور بالسيطرة على المواقف"[4]. ومن وجهة نظر برهام Breham (1984) فإن السند الاجتماعي المدرك يقوم بمهمة حماية الشخص لذاته وزيادة الإحساس بالفاعلية، بل إن احتمال اصابة الفرد بالاضطرابات النفسية والعقلية يقل عندما يدرك الفرد أنه يتلقى السند الاجتماعي

[1] Pariat, op cit.

[2] Cutrona,C .E,& Russel, D.W. *Type of social support and spicific stress : Toward a theory of optimal matching*. Wiley Press. 1990.

[3] Dorad, G., Bungener,C., &Berthoz, S. Self-Esteem, perceived social support, copping style and psychoactive substance use during adolescence. *Psychologie française*, (58), 2013.

[4] الهنداوي، مرجع سابق، ص 17.

من شبكة علاقاته الاجتماعية المحيطة به، ولا شك أن هذا السند يلعب دورا مهما في تجاوز أي أزمة قد تواجه الشخص، كما أن السند الاجتماعي المدرك يلبي حاجات الفرد والتي قسمها إلى الحاجة إلى الانتماء، الحاجة إلى احترام الذات، الحاجة إلى تحديد الهوية والحفاظ عليها، مما يجعله عاملا مساعد على التوازن[1].

من جهتنا نعتقد أن السند الاجتماعي المدرك قد يتقدّم كل ما يمكن أن يحصل عليه الراشدون المصابون بداء السكري ويوظفونه ليتمكنوا من الامتثال للعلاج، فبالنظر للوظائف التي يؤديها السند الاجتماعي المدرك قد يجوز لنا تنصيبه أعلى هرم مدعّمات ومفعّلات الامتثال العلاجي، لأنه يساير عملية الامتثال العلاجي بدءا من تقييمها مرورا إلى التسليم بها وصولا إلى الالتزام بها من خلال الممارسة الفعلية لكل ما يتضمّنه الامتثال للعلاج، وهذا ما قد يعزز من كل الافتراضات التي ترى بأنه عامل حماية للصحة والتي ستفصح عنها نتائج البحث الحالي في الشق الميداني منها من حيث علاقة السند الاجتماعي المدرك بامتثال الراشدين المصابين بداء السكري للعلاج.

8-نظريات السند الاجتماعي

تعددت النماذج النظرية المفسرة للسند الاجتماعي عامة فمنها التي ركزت على الجانب الوظيفي ومنها ما ركز على شخص المتلقي كنظرية المقارنة الاجتماعية، ولكن حاولنا من خلال هذا البحث تسليط الضوء على النظريات التي تبنت تفسير السند الاجتماعي المدرك من حيث علاقته بالصحة والتي سنوردها بالشكل الموالي:

[1] Brown well, A., &Shumaker, S, op cit.

7-1 نموذج الأثر المباشر

يفترض رواد هذا النموذج أن السند الاجتماعي المدرك يحوز على مكانة جوهرية كونه يهدف إلى تحقيق الرفاه والاتزان بغرض حماية صحة الفرد وسلامتها.

يشير إديث أستي (2009) Edith St أن هذا النموذج يؤمن بوجود تأثير إيجابي مباشر للسند الاجتماعي المدرك على صحة الفرد مهما كنت الظروف، ويضيف باريا (2008)Pariat مستعينا بأفكار كل من أن هذا الاتجاه يرى أن للسند الاجتماعي المدرك تأثير إيجابي على صحة الفرد سواء كان معرّضا لمواجهة المواقف والوضعيات الضاغطة أم لا[1]. بمعنى أن السند الاجتماعي المدرك يلعب دورا وسيطا بين الفرد والصحة سواء في وجود عامل الضغط أو في غيابه. وحسب كوهين وويلز (1985) Cohen and wills يرجع التأثير الايجابي للسند الاجتماعي المدرك على صحة الفرد إلى الانفعالات الايجابية الناتجة عنه كالشعور بالانتماء، وأنه ذا قيمة بالنسبة للآخرين، وهو ما يلبي حسب هاوس (1981) House الحاجات الأساسية لفرد كالحاجة للاستقرار، الانتماء والتقدير الاجتماعي مما يؤدي إلى الرفاه والتوازن[2]. وبالنسبة لماتسون وهول(2011)Mattson and Hull فإنهما يسلما ضمن حدود هذا النموذج بأن غياب السند الاجتماعي المدرك في حد ذاته يعتبر عامل ضاغط ومؤشر للمرض، ذلك أنه يتوسط العلاقة(ضغط ــ مرض)فارتفاع مستوى السند الاجتماعي المدرك يعتبر عاملا مخففا من تأثير الحوادث الضاغطة على الصحة وانخفاضه يرفع من مستو الشعور بالضغط وإدراكه. ويؤمن رواد هذه النموذج أن إدراك السند الاجتماعي يعد عاملا مفعلا لتأكيد الذات والفعالية الذاتية

---

[1] Pariat, op cit.

[2] Pariat, op cit.

ومخفضا لمستوى القلق وهو ما يمكن الفرد من تقييم الوضعيات الضاغطة على أنه يمكنه التعامل معها ومواجهتها بكل ثقة مما قد يعود على صحته بالإيجاب[1].

يبدو لنا أن هذا النموذج يعتقد بالأثر المباشر للسند الاجتماعي على الصحة، إيقانا أن وجود السند الاجتماعي يعتبر عازلا وعنصر واقي يحمي من الوقوع في المرض في أن غيابه يعتبر عاملا مهما للوقوع فيه، بمعنى يتماشى والبحث الحالي يعد السند الاجتماعي المدرك عامل حامي للصحة كونه يقف وراء الانفعالات الايجابية التي من شأنها منح الراشد المصاب بداء السكري القدرة على التحكم في كل ما يرتبط بصحته وعلى رأسها إصابته بداء السكري، وقد يمتد هذا الإحساس بالتحكم ليتجسد في شكل سلوكيات فعلية تندرج ضمن قالب الامتثال العلاجي رغبة منه في إدارة مرضه والتعاطي معه من منبر الجدية والالتزام حتى يتسنى له العيش بسلام في ضل وجود المرض من خلال عرقلة المنحى التصاعدي لحدوث المضاعفات، ولعل ما لفت انتباهنا هو أن الطرح النابع من هذا النموذج قدا يحيلنا إلى التفكير في احتمال وجود علاقة بين السند الاجتماعي المدرك ومركز التحكم الصحي لدى أفراد عينتنا، وكذا التساؤل عن ما إذا كان التفاعل بينهما هو من يؤثر على الامتثال العلاجي لأفراد عينة بحثنا أم لا وهو ما سنغوص فيه أكثر عند التحقق من الفرضيات التي قد تجيب على هذه الانشغالات في هذا البحث.

7-2 النموذج المخفف للضغط

يرى أصحاب هذا النموذج أن للسند الاجتماعي المدرك تأثير إيجابي على الصحة في حالة مواجهة المواقف الضاغطة فقط، فمجرد الاعتقاد بوجود أفراد مستعدون لتقديم المساعدة الملائمة للموقف وبشكل

[1] Morgan, J.D. *Social support : A reflection of humanity*. Bay wood publishing company. 2000.

مرضي قد يساهم في التقليل من المعاناة الناجمة عنه ويرفع من إدراك الفرد لقدرته على إدارة الضغط المرتبط بالوضعية والتحكم فيه، مما يقلل من الانفعالات السلبية المصاحبة ويجنب الفرد تبني استراتيجيات التعامل السلبية كالتجنب والهروب، وهو ما يمنع ظهور الاستجابات السلوكية السلبية فيتعزز نظام سلوكيات الحماية وتضعف سلوكيات الخطر، وهو ما يمكن أن ينعكس إيجابا على الصحة. ويفترض هذا النموذج تدخل السند الاجتماعي المدرك من خلال أسلوبين:

إما عن طريق مساعدة الفرد على إيجاد حلول ملموسة وفعالة للمشكلة وهو ما قد يحول دون تعظيمها أو تقزيمها بغية التعامل معها بشكل فعّال، أو عن طريق تشتيت انتباه الفرد عن الضغط من خلال مساعدته على القيام بنشاطات ممتعة تعود عليه بالمنفعة[1].

ترى نوار (2014) حسب هذا التوجه أن ارتفاع مستوى إدراك السند الاجتماعي بمختلف أنواعه يحمي الشخص من سيطرة الضغط النفسي وتأثيره السلبي على حالته الصحية، ويرتبط هذا النموذج بالصحة فقط بشكل أساسي للأفراد الذين يقعون تحت الضغوط، وينظر فيه إلى أن السند الاجتماعي يحمي الأفراد من احتمال التأثير الضار للضغوط[2].

---

[1] Edith, ST. Les relations entre le soutien social le bient etre et la detresse psychologique chez les femmes et les hommes avec des troubles anxieuxm résultat d'une anquete national, Canadian journal of public health, 100(2). 2009. P 8.

[2] *نوار، شهرزاد*. (2014). دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري. *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*، (13).

يبدو لنا أن هذا النموذج تناول علاقة السند الاجتماعي المدرك بالصحة جاعلا من الضغط متغيرا وسيطا بهذه المعادلة، وبذلك فهو يقر بأن التعرض للضغط عامل مهدد للصحة خاصة غي ضل غياب الأساليب الناجعة التي تمكن الفرد من التعامل الفعال معه، وبذلك يجعل من السند الاجتماعي المدرك حصنا متينا يعزز من صلابة الفرد وقدرته على الحفاظ على صحته من خلال مدّه بكل ما يساعده على التقييم الموضوعي للحدث الضاغط ومن ثمة تنصيب الإستراتيجية المثلى للتعامل مع هذا الأخير، ومن هنا قد يصح القول أن داء السكري يمكن أن يمثل حدثا ضاغطا بالنسبة للراشدين المصابين به، وهو ما يتطلّب منهم تقييمه بموضوعية دون تهويل أو تقزيم بشكل يجعل من الامتثال العلاجي اللبنة الأساسية التي يعولون عليها لترميم شظايا صحتهم وتحسين نوعية حياتهم حتى مع المرض، وبذلك وحسب هذا النموذج دائما يمكننا القول أن السند الاجتماعي المدرك يلعب دورا مهما ويشكل محورا رئيسيا في حياة الفرد كونه يعد من أهم المحركات الفاعلة في معادلة الصحة والمرض.

3-7 نظرية المواءمة بين السند الاجتماعي المدرك والحدث الضاغط

يخلق التعامل مع الضغط احتياجات مختلفة، وترى تايلور(2008) حسب هذه النظرية أن الدور الفعال للسند الاجتماعي يتجلى من خلال تلاؤمه والحاجات التي خلفها الضغط، وهو ما يسلط الضوء على دور مقدم السند المتمثل في القدرة على تحسس واستقراء النوع الملائم من السند الذي يمكن أن يكون له الأثر الكبير في مساعدة المتلقي على مواجهة الموقف الضاغط، كما لا تغفل دور المتلقي من خلال قدرته على التعبير عما يحتاجه بالضبط. انطلاقا من ذلك يمكن اعتبار فاعلية السند الاجتماعي المدرك عاملا مساعدا على التكيف و التعامل الفعّال مع

المشكلات، كما أن إدراك السند الاجتماعي مصدر يساعد على التعامل مع المواقف الضاغطة[1]، مما يعزز فكرة أن السند الاجتماعي الفاعل قد يعتمد على الموائمة ما بين الحاجات المنتظرة والمساعدة المقدمة هي من تحدد فعالية السند الاجتماعي المدرك.

انطلاقا من نظرية الموائمة فإن أفضل سند اجتماعي مقدم هو الذي يتماشى واحتياجات الفردومتطلبات الحدث الضاغط وهو ما فضلنا تسميته بالسند الاجتماعي المدرك، بشكل أوضح ترى هذه النظرية أن فعالية السند تتحدد بمدى مسايرة بل ومطابقة المساعدات المقدمة للفرد لحاجياته الفعلية التي يوظفها لمواجهة موقف ضاغط، وقد تحيلنا هذه المقاربة إلى أهمية السند الاجتماعي المدرك وتعزز من تبنينا له كونها تبنت شقا كبيرا من الطرح الذي نسير عليه في البحث الحالي، إذ نرى أن الراشد المصاب بداء السكري لا يمكن أن يستفيد من السند الاجتماعي إلا إذا أدركه (السند الاجتماعي المدرك) على أنه يستجيب لاحتياجاته وتطلعاته، بمعنى أن ما حصل عليه من مساعدات (ومن الأفراد الذين بدرك أنهم مستعدون فعلا لمعاضدته) يمكنها أن تسد الثغرات التي قد تعرقل امتثاله للعلاج بشكل يجعله راض عنها.

9-مكانة السند الاجتماعي المدرك من الامتثال للعلاج في حالة الإصابة بداء السكري

[1] تايلور، مرجع سابق.

مما لا شك فيه أن السند الاجتماعي المدرك يعتبر عامل حماية للصحة، كونه يعمل على التخفيف من وقع الأحداث الضاغطة على الفرد من خلال توسيع دائرة الاقتراحات حول الحلول الممكن إتباعها لمواجهة المشكلة والتعاطي معها بشكل موضوعي وهو ما يمنح الفرد الشعور بالقدرة على السيطرة والتحكم.

لعل الإصابة بداء السكري تمثل أهم المواقف الضاغطة التي تعترض الفرد كونها تشكل تهديدا ذلك أنها تؤثر على الوتيرة العادية لحياة الفرد، وفي هذا الصدد تتفق آراء كل من "لازروس ولوني Lazarus and Launier(1978) في أن أحداث الحياة الضاغطة تنشأ عندما يتعرض الفرد لموقف ما يحس أنه مهدد لحياته، وهو ما يفقده الاستجابة الايجابية لمواجهته أو التعامل معه"[1]. ويرى سلطان وآخرون (2003) .sultan et al أن مساهمة السند الاجتماعي المدرك في داء السكري تكمن في التخفيف من التأثير النفسي لمرض السكري كونه يهدف للرفع من الانفعالات الايجابية والتخفيف من الانفعالات السلبية مما يحقق الرفاهية النفسية للمريض، التي من المحتمل أن تؤثر على سلوكيات الرعاية و الوقاية والتي يقع الامتثال العلاجي في مقدمتها، كما يؤثر على استقرار الحالة الصحية له خاصة وأن العديد من الدراسات قد أكدت على العلاقة القوية بين مستوى إدراك الضغط عند الفرد وعدم استقرار نسبة السكر في الدم، هذه العلاقة الأخيرة تؤكد بشكل رئيس، حقيقة أن الانفعالات السلبية ستعطل وتعيق تبني السلوكيات الصحية[2].

---

[1] نوار، مرجع سابق، ص 156.

[2] Sultan, S., Hartmann, H., &Grimaldi, A. Comprendre les patients pour promouvoir l'autorégulation dans le diabète de type 2 : Vivre avec une maladie qui commence avant son début. *Diabète&metabolism*,*29*(21), 2003.

حسب كويتسنرويجتر ورفقاؤه Koetsenruijter his freinds (2016) فإن "السند الاجتماعي المدرك خاصة المعلوماتي منه يعمل، على تعزيز الانفعالات الايجابية لدى المصابين بداء السكري وهو ما قد يجعلهم متحكمين في كل أساليب الرعاية الذاتية التي يقتضيها داء السكري"[1] وبالنسبة لرامكيسون وآخرون Ramkesson et al,(2017) فإن "السند الاجتماعي المدرك هو أفضل ما يمكن أن يحصل عليه الراشدون المصابون بداء السكري لأنه يساعدهم على الامتثال للعلاج من خلال مساعدتهم على تثبيط كل ما يمكن أن يعرقله"[2].

يتجلى لنا أن السند الاجتماعي المدرك يمكن أن يلعب دورا فعالا في الإصابة بداء السكري من خلال مستويين:

1. أولي: وهو ما يتعلق بمساعدة الفرد على تقبل الإصابة بالسكري من خلال مساعدته على تقييم المرض تقييما موضوعيا عن طريق تزويده بالمعلومات والمعطيات التي تدل على أن الإصابة بالسكري وضعية جديدة تتطلب تعديل نمط الحياة من أجل التأقلم معها، وأنه لا يمثل تهديدا أو موقفا مفقدا للسيطرة، وهو ما يقودنا للمستوى الثاني.

---

[1] Koetsenruitjer, J., Eikelenboom, N., Lieshout, J. V., et al. Social support and self management capabilities in diabetes patients: an international observational study. *Patient Educ Couns, 99*(4), 2016. P 638.

[2] Ramkisson, S., Pillay, B. J.,& Sibanda, W. Social support and coping in adulte wiyh type2 diabetes. *Prim health care*,*9*(1), 2017.P 1.

2. ثانوي: ويتعلق بتوسيع دائرة الاقتراحات والحلول الممكنة لمواجهته، وتزويد الفرد بالمشاعر الايجابية التي ترفع من تقديره لذاته ومن مستوى الفاعلية الذاتية لديه مما يشعره بالتحكم ويقوده لتبني الاستراتيجيات الفعالة التي تمكنه من التعايش معه، وهذا يعني التطبيق الفعلي للمتطلبات التي تفرضها خصوصية المرض والتي يقع في مقدمتها الامتثال للعلاج.

وهو ما يجعل السند الاجتماعي المدرك يلعب دورا فعالا في سياق حماية الصحة وترقيتها، وهذا حسب التناول "البيو نفسي اجتماعي" المتبع في هذا البحث المؤسس على المفهوم الحالي للصحة الذي يؤكد بأنها حالة متكاملة من السلامة النفسية والجسدية والاجتماعية، وهو ما يجب الأخذ به في سياق العلاج فلا يمكن لأي علاج أن ينجح دون مراعاة المفهوم الأصلي للصحة وهو ما يشرح العلاقة الوطيدة بين التعرض للضغط والإصابة بالمرض وتدخل السند الاجتماعي المدرك للتخفيف من الضغط الذي ينعكس على استقرار الحالة الصحية للمريض.

خلاصة الفصل

يتجلى لنا من خلال ما تم عرضه حول السند الاجتماعي المدرك أنه مفهوم حديث نسبيا من حيث التناول العلمي بالبحث والدراسة، إلا أنه يبقى مفهوم لم يحظى بالقدر الكافي من الاتفاق حول مضمونه وتسميته، فهناك من ينظر إليه من حيث كم العلاقات، بينما يراه البعض الآخر من زاوية الأنواع التي يحتويها، في حين يتعامل معه البعض الآخر من حيث حجم الخدمة المقدمة أو مصادره، إلا أننا تبنينا المفهوم الذي يعكس الإدراك الفعلي للأشخاص المساندون من شبكة العلاقات الاجتماعية ومدى ملائمة الخدمات المقدمة له لاحتياجاته التي تتحدد بمدى رضاه عنها، ومع اختلاف الآراء بين الباحثين حول المفهوم إلا أنهم وفي الكفة المعاكسة يتفقون كلهم حول الأثر الإيجابي لهذا الأخير على صحة الفرد، كونه يشحنه بما يوقظ فيه كل ما يخدم صحته ويحافظ عليها، وهو ما نرمي للتأكد منه في بحثنا الحالي من خلال سعينا لبحث مكانته من الامتثال العلاجي لدى الراشد المصاب بداء السكري الذي ستتضح معالمه في الجانب الميداني منه.

الفصل الخامس

داء السكري

تمهيد:

يصنف داء السكري ضمن الأمراض المزمنة الواسعة الانتشار كما أنه يتأثر بالعوامل النفسية والاجتماعية للمريض، غير أن ما يميزه عن باقي الأمراض الأخرى هو حدة مضاعفاته التي تمثل سلسلة من الأمراض الخطيرة التي تجر بعضها البعض واضعة صحة المريض على المحك، وعلى هذا الأساس أصبحت السيطرة على داء السكري وإدارته بشكل جيد تمثل تحديا بالنسبة للمرضى والقائمين على تقديم الرعاية الصحية بما في ذلك النظم الصحية على الصعيدين المحلي والعالمي، ما جعل البحث في السبل الوقائية الحل الأنجع، ولعل أهم ما يمكن أن يضمن التفوق في هذا الرهان هو الامتثال للعلاج، لذلك حاولنا بحث هذا الأخير لدى فئة الراشدين المصابين بداء السكري وخصّصنا هذا الفصل لتحديد مفهوم داء السكري، أنواعه، وأعراضه، والعوامل المساعدة على ظهوره، وكذا الأساليب المنتهجة في علاجه، دون أن ننسى الحديث على مضاعفاته.

1- نبذة تاريخية عن مرض السكري

يعد مرض السكري من الأمراض التي عرفت منذ القدم، ذلك أنه شغل فكر العلماء والباحثين والمهتمين بالمجال الطبي والصحي حتى في العصور الماضية.

يعتبر الطب الصيني أو من تحدث عنه تحت مسمى بول العسل « Honey Urine » وهذا حوالي 4000 سنة قبل الميلاد، كما وُصف المرض على صفحة من صفحات البردي(3000 ق.م) عند قدماء المصريين من خلال ماتم العثور عليه في بعض الجدران والمخطوطات المصرية القديمة بمتلازمة البول والعطش وذلك في عام 1500ق.م. في نفس السياق ذُكر داء السكري عند اليونان

(70 سنة ق.م) حيث أطلقوا عليه اسم « Diabetes Mellitus » فكلمة (Mellitus) تعني باللغة اللاتينية حلو المذاق، أما كلمة (Diabetes) فتعني خروج السائل والذي يقصد به البول، وبذلك يكتمل المعنى للدلالة على البول السكري[1].

وبالنسبة للعرب فقد ذُكر ذات المرض من طرف الرازي (860–932)، وكذا عند ابن سينا (960–1037) واصفين أعراض المرض بنوع من الدقة حيث حددا أعراضه بالعطش الشديد، الضعف الجسمي، الإجهاد العصبي، وعدم انتظام الشهية، كما ذكر ابن سينا إمكانية ظهور القنرغرينيا « The gangrinia » في الأطراف،أما برنارد 1859(Bernard) فقد بين أن دم المصابين بالسكري يحتوي على كمية زائدة من السكر وهو يعكس صفة دائمة وهامة لهذا الداء[2].

يتجلى لنا تبعا لما تم عرضه أن داء السكري قديم قدم الإنسانية، وهو ما جعله يشغل اهتمام الباحثين مذ زمن طويل وعلى الرغم من اختلاف المصطلحات التي أطلقها كل منهم عليه إلا أن معظمها يصب في فكرة سلس البول السكري، وذلك من خلال وصفهم له بالحلو أو العسل، وتواصلت سبل البحث حوله وبدأت تأخذ منحى أعمق وذو طابع أكثر دقة كونها تعدت الوصف إلى البحث في العوامل المسؤولة عنه والأعضاء المتأثرة منه محاولين تقديم شرح عن آلية وعوامل حدوثه.

ففي "عام 1869 توصل طالب الطب الألماني لنجرهنسLangerhans إلى وصف جزر الخلايا التي تنتج هرمون الأنسولين الموجود في البنكرياس، فأخذت اسم الطالب المكتشف الآن، كما نجح ذات

---

[1] فؤاد شاهين، *كتاب المعرفة(جسم الانسان)*. الشركة الشرقية للمطبوعات. بدون سنة.

[2] المرزوقي جاسم محمد عبد الله .*مدخل الى الصحة النفسية*. دار الفكر. 2008.

الطالب في اكتشاف الخلايا (B) المسؤولة عن إنتاج الأنسولين"[1](مرجع سابق، 2008، ص 19). بالنسبة للأنسولين فقد تم اكتشافه من طرف العالمان باست ينج وبيست Basting and Best (1921) اللذان اعتبراها مادة تستخلص من البنكرياس تسبب هبوط السكر في الدم، ومع اكتشاف الأنسولين أصبح بعض مرضى السكري أطول عمرا وأقل تعرضا للأزمات الحادة. ففي عام 1989 تمكن كل من الباحثين فون ومالينكوفسكي Malinoviski and Phone(1989) من تقديم إضافة نوعية مهمة ساهمت في توضيح وفهم طبيعة مرض السكري، وذلك من خلال تشريح غدة البنكرياس لأحد الكلاب، وبعد الجراحة لاحظوا كثرة شرب الماء والتبول لدى الكلب وتجمع الذباب بكثرة على بول الكلب، الأمر الذي دفعهما إلى تحليله فوجدا أنه يحتوي على نسبة عالية من سكر الغلوكوز، وسرعان ما اكتشفا بأنهما قد تسببا في إصابة الكلب بمرض السكري[2].

استنادا لما سبق عرضه يمكن اعتبار ما جاء به كل من لنجرهنس(1869)Langerhans، وباست ينج وبيست Basting and Best (1921)، وفون ومالينكوفسكي Malinoviski and Phone (1989) أنه قفزة نوعية في مجال البحوث والدراسات التي تعنى بداء السكري، حيث ساهمت دراساتهم في التعرف على الفيزيولوجية الإمراضية لداء السكري والعناصر المهمة المتدخلة فيه كالأنسولين وجزر لنجرهنس، ذلك أنهم أسسوا لنقلة نوعية من المجال الوصفي البحت إلى المجال التشريحي الفيزيولوجي وهو ما يعكس لنا التطور التاريخي للنظرة إلى مفهوم داء السكري.

2- تعريف داء السكريDiabetes

[1] المرزوقي، مرجع سابق، ص 19.

[2] André, G. *Gide pratique du diabète collection*. 3ème Ed. DimografEditions. 1999.

تعددت التعريفات التي عُنيت بشرح داء السكري وتوضيح طبيعته وقد فضّلنا عرض ما يلي:

يعرّف روديي (2001) Rodier داء السكري "بأنه ارتفاع مزمن في تركيز الغلوكوز في الدم بشكل يجعل منه متلازمة حقيقية ناتجة عن (اضطراب إفراز و/أو عمل الأنسولين)"[1].

بالنسبة للبحث الحالي فإننا نعتبر داء السكري اضطرابا استقلابيا مزمنا أين لا يقل معدّل تركيز الغلوكوز في الدم لدى المريض (الراشد) عن 1.26غ/ل في وضعية الصيام، أما في الحالة العادية فلا يقل عن 2غ/ل بعد ساعتين من تناول المريض (الراشد) لآخر وجبة، وبذلك يكون قد تجاوز المعدل الطبيعي المقدّر ب:1غ/ل، ويرجع هذا الفارق إلى خلل في إفراز هرمون الأنسولين أو لعجز العضوية عن توظيفه والاستفادة منه.

3- التفسير العلمي لداء السكري

يعتبر داء السكري من بين أهم الأمراض الغددية المزمنة، وهو يعكس اختلال منسوب السكر في الدم بسبب اضطراب هرمون الأنسولين.

حيث يشير مصطلح « Diabetes » إلى "الانتقال عبر وهو ما يعبر عن انتقال بعض المواد داخل الجسم بمستوى مرتفع عن المنسوب الطبيعي"[2]. مما قد يفسر ارتفاع مستوى السكر في الدم عن المنسوب الطبيعي. ويضيف ترافيس Traves بأنه "اضطراب في عملية تحويل الغذاء الذي نتناوله إلى

---

[1] Rodier, M. Difinition et classification du diabète. *Médecine nucléaire-Imagerie fonctionnelle et métabolique*, *25*(2), 2001. P 91.

[2] Atkinson, M.,&Eisenbarth,G.S. Type 1 Diabetes: new Prospective On disease Pathogenesis and Treatment. *Lancent*, *92*(358), 2001. P 92.

طاقة"[1] . وهو ما يصنفه ضمن الأمراض الإستقلابية. بينما يرى المجلس الأسترالي لداء السكري Australian Diabetes Council [ADC](2012)"أنه حالة تكون فيها نسبة الغلوكوز (Glucose) في الدم جد مرتفعة"[2]. هذا يعني أن داء السكري يحدث عند ارتفاع منسوب الغلوكوز (Glucose) في الدم عن المقدار العادي. في حين يرى كل من أتكنسون وإيزنبيرت Atkinson and Eisenbart (2001) أنه يحدث نتيجة وجود خلل في إفراز الأنسولين من البنكرياس، فقد تكون كمية الأنسولين التي يتم إفرازها أقل من المطلوب أو يكون هناك توقف تام عن إنتاجه، وهو ما يعرف ب "قصور الأنسولين"، كما يمكن أن ترتفع نسبته في بعض الأحيان مثلما هو الحال بالنسبة للمصابين بالسمنة فيتعرض لمقاومة خلايا الجسم ويطلق على هذه الحالة "مقاومة الأنسولين" وفي كلتا الحالتين يكون الغلوكوز غير قادر على دخول الخلايا[3]. يبدو لنا أن أتكنسون وإيزنبيرت Atkinson andEisenbart تمكّنا من تقديم تفسير شامل لداء السكري، من خلال الإشارة إلى أنه يرتبط أساسا باختلال مستوى الغلوكوز في الدم وليس بالضرورة ارتفاعه فقط، فانخفاض منسوبه عن المستوى الطبيعي يندرج أيضا ضمن متلازمة السكري، غير أنهما قد أغفلا خاصية الإزمان التي تعد أساسه المتين. وهو الطرح الذي يتفق مع ما جاء في تعريف منظمة الصحة العالمية (2018) WHO لداء السكري على أنه مرض مزمن يحدث بسبب عجز البنكرياس عن إنتاج الكمية اللازمة للجسم من هرمون الأنسولين، أو عندما يكون الجسم غير قادر على استخدام الأنسولين بشكل فعال وهو ما يرفع من مستوى تركيز الغلوكوز

---

[1] Kiati.M. *Le diabète sucré chez l'enfant*. Edition OPU. 1993. P 16.

[2] Australian Diabetes Council. *Diabetes : What you need to know*. National diabetes service scheme. 2012. P 8.

[3] Atkinson, M.,&Eisenbarth,G.S. op cit.

(السكر) في الدم[1]. بصيغة أخرى يعتبر السكري مرض مزمن ينتج عن تذبذب مستوى هرمون الأنسولين بالجسم، أو عند إعاقته عن القيام بدوره بالشكل المطلوب، وهو التعريف الذي حبذنا السير عليه في البحث الحالي.

من جهتنا نرى أن داء السكري مرض أيضي مزمن يحدث إما بسبب فشل غدة البنكرياس عن تأدية دورها في إنتاج هرمون الأنسولين (الهرمون الذي يعمل على تسهيل اختراق الغلوكوز في الدم لتزويده بالطاقة) بالشكل السليم وحسب ما يحتاجه جسم المريض، أو عدم قدرة العضوية على الاستفادة منهبسبب إعاقة الأنسولين عن تأدية دوره الطبيعي، كما يمكن المزج بينهما (فشل البنكرياس وعجز العضوية معا) حيث يعبر عن الاختلال الواضح في منسوب السكر في الدم عن المستوى الطبيعي، إذ يعد الغلوكوز بمثابة الوقود الذي يحتاجه الجسم لتأدية مهامه، وتعتبر الغلوسيدات المورد الأساسي له، فبعد اكتفاء الجسم من الغلوكوز عند كل وجبة يعمل الكبد بمثابة الحصّالة التي تدّخر الفائض منه لتوظفه عند الحاجة (طوارئ، مجهودات كبيرة، الصيام، الحمية.....إلخ) غير أن تحرير الكبد للغلوكوز لا يكفي بل يتطلب تدخل البنكرياس ليفرز هرمون الأنسولين الذي يعد بمثابة كلمة السر التي تُفتح من خلالها المسارات الخلوية التي تسمح بدورها بتصريف الغلوكوز في الدم بصورة ملائمة وبكميات محددة، وإعاقة هذا النظام قد تحدث إما بسبب قصور و/أو عجز البنكرياس عن مسايرة الكميات المحرّرة من الغلوكوز أو بسبب عجز المستقبلات الخلوية للأنسولين عن مسايرة هذه الأخيرة أو رفضها تماما استقبالها مما يعزز من تضخُّم الكميات الكبيرة للغلوكوز في الدم فيحدث داء السكري وهو ما يرتبط بالمشكلات الصحية.

[1] WHO. Op cit.

استنادا لما تم عرضه يمكننا القول أن الراشد يمكن أن يصاب بداء السكري والذي نعني به اختلال منسوب السكر في الدم نتيجة لمقاومة الأنسولين أو لقصور الأنسولين، وكلتا الحالتين تعتبر خطيرة وقد تضع حياة وصحة المريض على المحك وهو ما يسلط الضوء على أهمية الامتثال العلاجي بالنسبة له.

4- فيزيولوجية حدوث داء السكري

نعني بالفيزيولوجية آلية حدوث داء السكري، فما الذي يحدث بشكل غير طبيعي ويتسبب في حدوث داء السكري من الناحية الفيزيولوجية؟ سنحاول شرح كل هذا من خلال عرضنا الموالي:

يندرج داء السكري كما سبقت الإشارة إليه ضمن قائمة الأمراض الإستقلابية كونه يعبر عن متلازمة استقلابية (Metabolic Syndrom) تحدث في سياق الأمراض المختلفة سريريا ومرضيا، "وينجم فرط السكر في الجسم عن النقص المطلق أو النسبي للأنسولين، وينجر هذا النقص عن قلة إنتاج هرمون الأنسولين أو اضطراب الأعصاب الذي يقلل من مستوى الفعالية الحيوية للهرمون"[1]. بصيغة أخرى يصنف داء السكري ضمن الأمراض (التحوُّلية أي تحدث عند تحول العناصر والسوائل في الجسم وإفراز الهرمونات واستقلابها وهو ما يعرف بعملية الأيض) المختلفة المنشأ والمتعددة الأعراض، ويحدث فيها اختلال هرمون الأنسولين الذي قد يحدث إما كنتيجة لفشل البنكرياس عن إنتاج النسبة الكافية للجسم، أو بسبب اضطرابات تمُس الأعصاب أو النواقل العصبية بشكل يثبّط من مستقبلات الأنسولين الموجودة على مستواها وهو ما يعرقل عمل الأنسولين، كما يمكن أن يجتمع

[1] Marie, R. , &Ham, L. *Précis de la Sémiologie, Réimpression*. OPU. 2004. P 35.

السببين معا لدى المريض الواحد. ففي الحالات الطبيعية يحتاج الجسم إلى مصدر إمداده بالطاقة وهو ما يعرف بالغلوكوز، ويتم الحصول على هذا الأخير إما من خلالتحليل الأطعمة التي تحوي الكربوهيدرات، أو من استحداث السكر (Gluconéogenèses) وهو استخراج السكر من العناصر الغير سكرية كالأحماض الآمنية وهو عمل تقوم به الكلى والكبد، أو من تحليل الكبد للغلوكاجون (Glycogenolysis)، بمعنى أوضح تعد المصادر الثلاثة موردا لسكر الدم الذي يطلق عليه اسم الغلوكوز، كما يعد الغلوكوز بمثابة الوقود الإستقلابي الأساسي للدماغ ولكن رغم اعتماده الاستثنائي على الغلوكوز في تأدية النشاطات الفيزيولوجية إلا أنه يعجز عن صنعه كما لا يمكنه تخزينه في صيغة غلوكاجون لأكثر من دقائق معدودة، لذا فهو يحتاج لمئونة مستمرة من الغلوكوز خاصة وأن هذا الأخير يتدخل في تركيب العديد من الأغشية الخلوية والبروتينات المُرتبطة بالغليكوزيل (Glycosil)، لذا فإن الآليات التي تعمل على ضبط مستوياته في الجسم تعمل بسرعة ودقة [1].

ينقل الغلوكوز في مختلف أنحاء الجسم بواسطة الدم بشكل يتلاءم والمنسوب الطبيعي الذي يحتاجه الجسم، وعند تجاوز المستوى الطبيعي يخزن جزء منه في الكبدليستفاد منه وقت الحاجة "في حالة الصيام، أو الحمية مثلا" ويخرج الجزء الآخر من الدم لأنسجة الجسم للحفاظ على عمل الجسم بشكل جيد[2]. ويعدُّ البنكرياس العضو الذي يقع عليه قدر كبير من المسؤولية إذ يُعوّلُ عليه الجسم كثيرا

---

[1] الموسوعة الطبية المتخصصة. . داء السكري. https://www.arab-ency.com.sy/medical/ مايو-2021.

[2] الاتحاد الدولي للسكري، مرجع سابق.

لأنه يحتاج لما يفرزه من الأنسولين حتى يستفيد من الغلوكوز، ويعمل الأنسولين على ضبط مستويات الغلوكوز في الدم من خلال تثبيط استحداث السكر وتحلل الغلوكاجون في الكبد فتنخفض مستويات الإنتاج الكبدي للغلوكوز، وتحفيز القبط الخلوي للجلوكوز على مستوى العضل الهيكلي وأقل منه في عضلة القلب والنسيج الشحمي[1]. وبذلك يعتبر كل من البنكرياس (The pancreas) وهرمون الأنسولين (Insulin Hormone) من العناصر المهمة والمتدخلة في داء السكري كونهما يلعبان الدور الفاعل والأساسي من الناحية الفيزيولوجية في حدوثه.

> في حالة الإصابة بداء السكري قد يحدث عجز نسبي على إنتاج وإفراز الأنسولين بسبب اعتلالات قد تصيب البنكرياس والتي قد تحدث بدورها كنتاج لجملة من العوامل، مما يعيق الغلوكوز عن اختراق معظم الخلايا (باعتبار الأنسولين الهرمون الذي يتيح هذا الاختراق) ويظل محصورا في القنوات الدموية، وهذا السكر يزداد في الدم ولا يخزن فيُسد جهاز الطاقة كله مما يتسبب في اختلال التوازن[2].

ذلك أن ارتفاع الغلوكوز عن المنسوب الطبيعي يتجاوز قدرة الكلى على التحكم في تنظيمها أثناء عملية تصفية الدم ولهذا تتسرب بعض الغرامات من السّكر لتخرج مع البول، وحتى تتمكن الكلى من القضاء على الغلوكوز الزائد الذي يصل إليها باستمرار بواسطة الدم تعمل على طرحه عن طريق البول،لذلك فإنها تضطر إلى رفع حجم البول وهو الشيء الذي يفسر كثرة التبوّل عند المصابين

---

[1] الموسوعة الطبية المتخصصة، مرجع سابق.

[2] قباني، سامي. *بإمكانك أن تقهر داء السكري*. دار العلم للملايين. 1993. ص 12.

بالسكري، والإحساس بالعطش الشديد والمتواصل لتعويض الماء المفقود، ونظرا لنقص استعمال العضوية لعنصر الغلوكوز فإنها تضطر لاستعمال عناصر الليبدات(Lipids) والبروتيدات (Protids) وتحويلها إلى غلوسيدات (Glycides) كمصدر للطاقة بدلا من الغلوكوز،مع العلم أن الطاقة التي تتحصل عليها العضوية من وراء استعمالها للغلوكوز أكبر من تلك التي تتحصل عليها عن طريق استعمال الليبدات والبروتيدات، وهو ما يفسر حالة النحافة أو الضعف الجسمي الذي قد يتميز به المصاب بالسكري[1].

استنادا لما تم عرضه يبدو لنا أن البنكرياس هو الغدة المسؤولة عن الإصابة بداء السكري وهو ما يتجلى في نقص إفراز هرمون الأنسولين الذي يعمل على هيكلة عملية استفادة الجسم من المواد الغذائية كونه يعد مفتاحا لقنوات الغلوكوز، باعتباره يفسح المجال لخلايا الجسم سانحا لها بنقل الجلوكوز من الدم إلى مختلف خلايا الجسم من أجل تزويده بالطاقة، وهو ما يعرف بعملية الأيض أو أيض الغلوكوز، وفي حالة داء السكري يوجد احتمالين لطغيان مستويات الغلوكوز في الدم يتمثل أولهما في عدم قدرة البنكرياس على سد حاجة الجسم من الأنسولين، أما الاحتمال الثاني فيمكن تلخيصه في عجز الأنسولين عن تأدية دوره بالشكل الصحيح بسبب تثبيط مستقبلات الأنسولين مما يتسبب في غلق قنوات الجلوكوز،ومع ذلك يمكن أن يجتمع الاحتمالين لدى الشخص الواحد، ولعل ما تجدر الإشارة إليه هو أنه انطلاقا من الاحتمالين السابق ذكرهما تتفرع أنواعه الرئيسية ضمن نوعين رئيسيين سيتم شرحهما لاحقا.

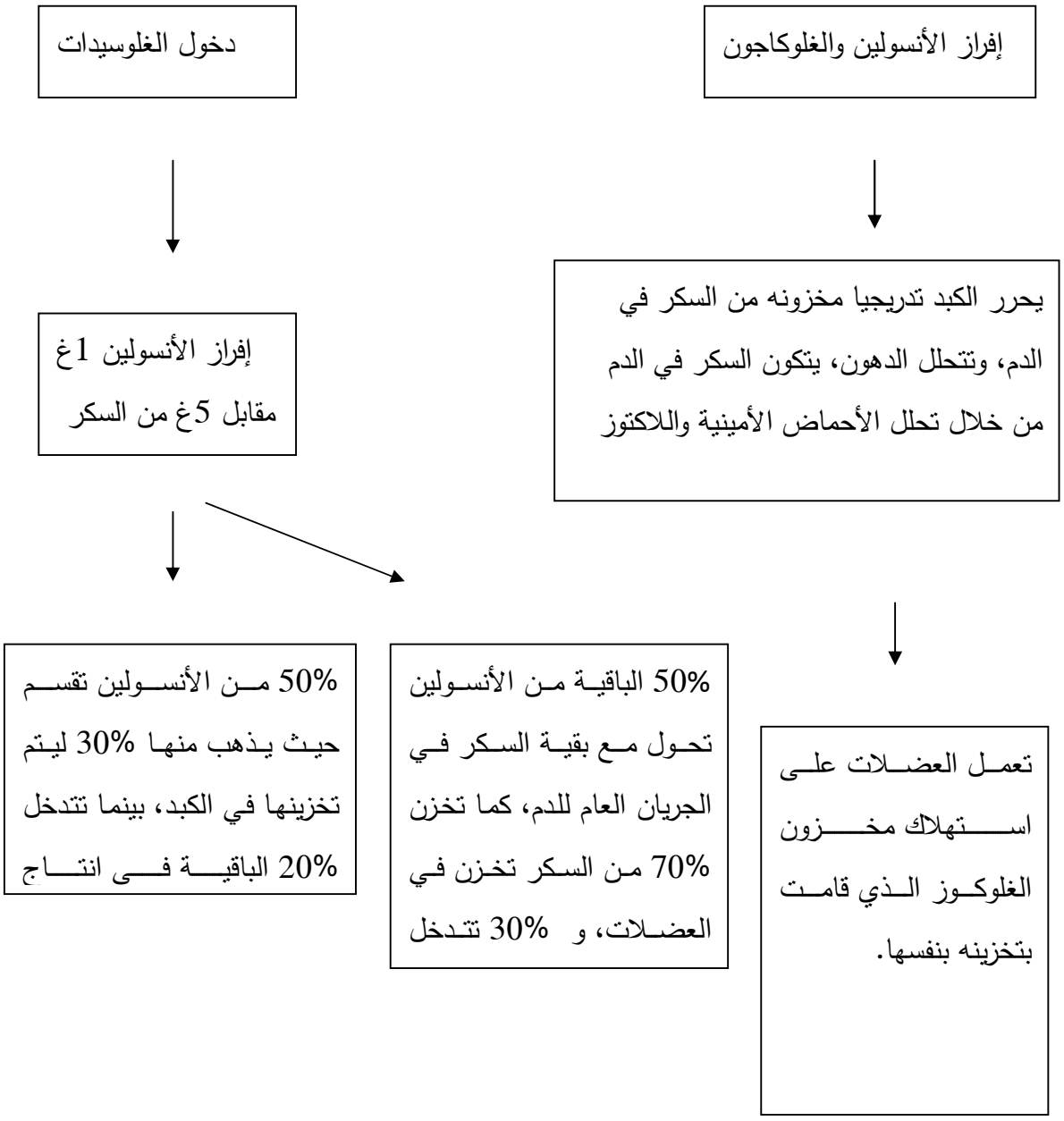
[1] الزروق، مرجع سابق.

أخيرا وليس بآخر يتجلى لنا أن الغلوكوز عنصر حيوي استقلابي مهم للجسم، ويتمكن من الولوج لخلايا الجسم من خلال هرمون الأنسولين الذي يفرزه البنكرياس من خلايا لنجرهنس تحديدا من خلايا بيتا (β)، والذي يسمح للجلوكوز بالمرور لخلايا الجسم إما لتزويده الفوري بالطاقة أو بغية تخزينها لاستعمالها عند الحاجة، كل هذا يسمح بتسليط الضوء على أهمية الأنسولين في عمليتي التنظيم والتحكم في نسبة الغلوكوز التي تجري بالدم، واختلال هذا التنظيم المحكم بشكل لا متناهي قد يساهم في الإصابة بداء السكري.

5- التغيرات التي تحدث عند نقص الأنسولين

يعتبر الأنسولين الهرمون المقاوم والمعدّل للإفراز الغير طبيعي أو المرتفع من الغلوكوز، فبالنسبة للأشخاص الغير مصابين بالسكري يتم إفراز هرمون الأنسولين بشكل دائم كل 12 دقيقة ويتوقف لفترة قصيرة من أجل الإفراز القاعدي (Basal secretion) وهو ما يعادل حقن 120 حقنة من الأنسولين كل 24 ساعة، نظريا قد تبدو العملية بسيطة ولكن عمليا هي عملية شائكة ومعقدة سنحاول توضيحها من خلال الشكل التالي:



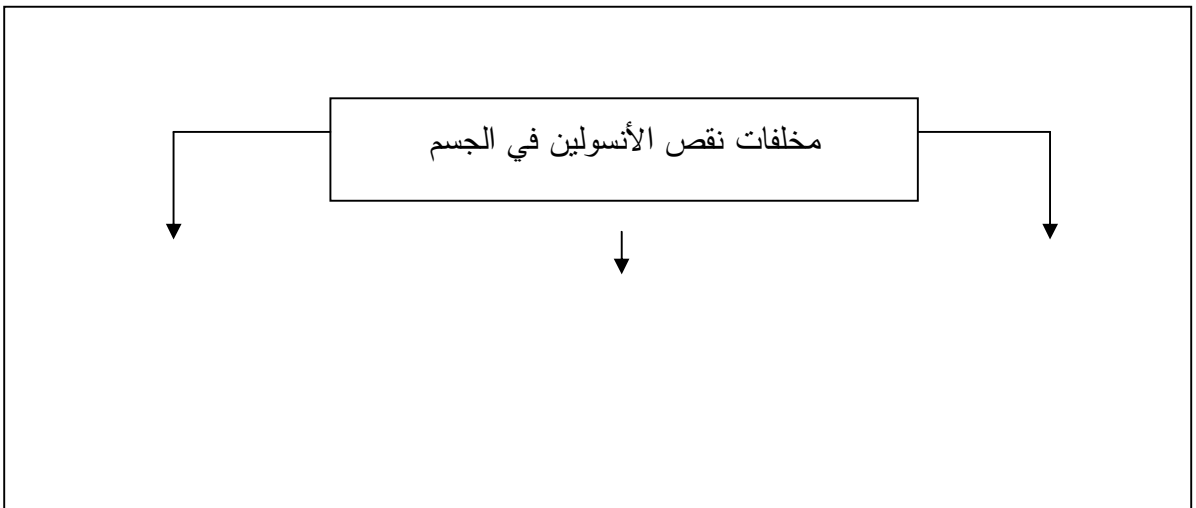


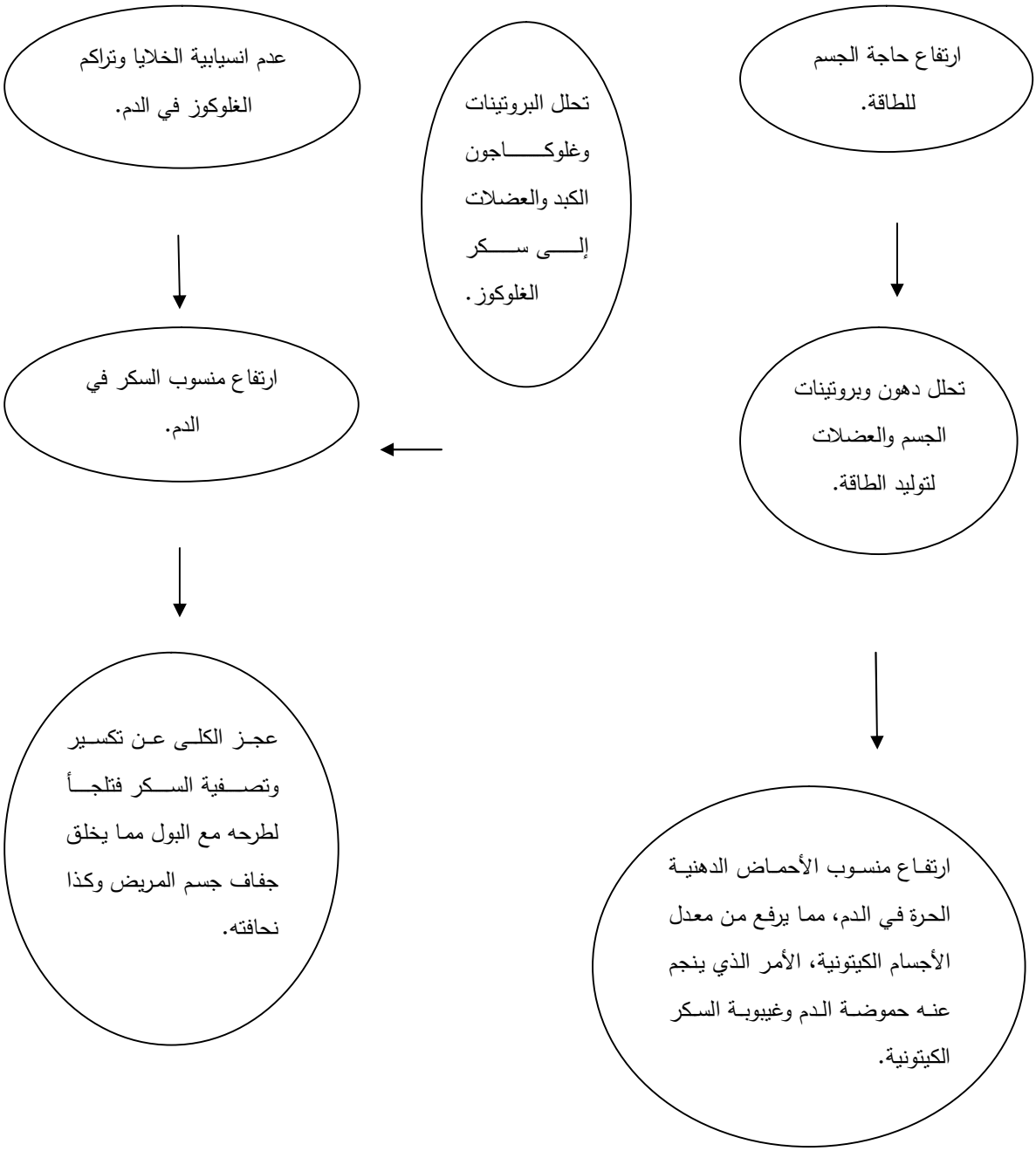
شكل رقم (3): يوضح عملية إنتاج وتخزين وتوزيع الأنسولين لدى الإنسان العادي[1].

[1] Guerreiro, R. *Evaluating the impact of Bracil's bolsa familia: crash transfer programmes in comparative perspective*. International poverty center. 2007. P 3.

كل هذا يجعل من الأنسولين هرمونا فاعلا باعتباره يتدخل في تنظيم مستوى الغلوكوز في الدم، وتزويده بالطاقة الضرورية ليمارس مهامه ويحافظ على حيويته، ويعمل الأنسولين على حجز السكر في صيغة الأحماض الأمينية كي لا يتحول لغلوكوز، كما يلعب الأنسولين دور الحامي من الغيبوبة الكيتونية كونه يمنع تحلل الدهون مما يحافظ على النسب المعقولة من الأحماض الدهنية الحرة في الدم، ففي الحالات الطبيعية يعمل الأنسولين بدقة ليضمن للجسم مستويات معتدلة من الغلوكوز والأحماض الدهنية الحرة وهذا في وقت محدد وبنسب دقيقة إذ يختلف إفرازه في حالة الصيام عن الحالات العادية وكذا بعد تناول الطعام وتبعا لاختلاف أنواعه أيضا.

ونظرا لأهمية الأنسولين للجسم فإن نقصه قد يتسبب في عدة تعقيدات وهو ما سنوضحه من خلال تصميمنا للشكل الموالي:





شكل رقم (4) يوضح حالة نقص الأنسولين بالنسبة لمرضى السكري حسب براوي(2021).

من خلال الشكل رقم(4) الموضح أعلاه تتعزز لدينا فكرة أن الإصابة بداء السكري تتميز بارتفاع غير طبيعي في منسوب السكر في الدم، وقد ينجم هذا الارتفاع عن قصور البنكرياس على سد حاجة

الجسم من الأنسولين أو عن عجز مستقبلات هذا الأخير عن مسايرة إفرازه المفرط الذي يتناغم والمستويات العالية للغلوكوز، وهو ما قد يخلق تعقيدات جد وخيمة على الصحة.

6- إيبيديميولوجية داء السكري

يعد داء السكري من أمراض العصر ونظرا لتغير نظم الحياة بشتى ضروبها فقد عرفت جل الأمراض المزمنة انتشارا مهولا خاصة بعد تغير الخارطة الصحية للأمراض من الإستفحالية الوبائية إلى المزمنة والتي يقع داء السكري ضمن أهمها وأخطرها، خاصة وأنه ينتشر ضمن جميع بقاع العالم ويمس مختلف الشرائح العمرية ومن الجنسين، فرغم أن هذا الداء عرف من آلاف السنين إلا أنه في تزايد مستمر.

وجاء تقرير منظمة الصحة العالمية (2016) WHO معززا لفكرتنا حيث عرض مقارنة بين "نسب انتشار داء السكري لدى الراشدين في 1980 أين بلغت النسبة 4.7% ما يعادل 108 مليون مصاب عبر العالم لتصل عام 2014 إلى 8.5% من سكان العالم ما يعادل 422 مليون مصاب عبر العالم"[1]. وقد نالت الجزائر حصتها من داء السكري حيث قدّم مالك (2008) Malek بدوره أرقاما دلت على تطور نسب انتشار داء السكري بين الراشدين من 1990 أين قدّر المعهد الوطني للإحصائيات نسبة الراشدين المصابين بداء السكري الذين تتراوح أعمارهم بين 30 و 64 سنة ب 6.8%، والتي تطورت لتصل عام 1998 إلى 9.08% وحسب ذات المصدر فقد احتل داء السكري المرتبة الرابعة

[1] WHO, op cit, P 1.

بين مسببات الوفاة بين الراشدين في الجزائر[1]. في نفس السياق تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية (2016) WHO أنه قدّر عدد الوفيات الناجم مباشرة عن داء السكري ب: 1.6 مليون شخص في مختلف أنحاء العالم، وهو ما جعل ذات المنظمة ترشحه أن يكون السبب السابع للوفاة في العالم بحلول 2030، كما أقرت نفس الهيئة أن هذا الداء ينتشر بسرعة في البلدان المتوسطة والمنخفضة الدخل[2]. ومن جهته قدر الاتحاد الدولي للسكري(2017) International federation of Diabetes [IFD] عدد المصابين بالسكري بما يقارب ال382 مليون شخص حول العالم، وأنه بحلول عام 2035 سيرتفع إلى حوالي 592 مليون شخص مصاب بالسكري، وذلك بما يعادل مريض واحد لكل 10 أشخاص،وبالنسبة للوطن العربي فإن هذا الداء يعرف انتشارا رهيبا ومتسارع الإيقاع حيث تقع 6 دول عربية ضمن قائمة أكثر 10 دول إصابة بمرض السكري، ذلك أن حوالي 20% من المواطنين في الكويت، لبنان، وقطر، السعودية، الإمارات، ومصر مصابون بالسكري، وأن 10% تقريبا من وفيات العالم العربي تعد نتاجا لمضاعفاته، كماأن السكري من النمط الثاني يعد الأكثر انتشارا بين مرضى السكري، حيث أنهم يمثلون90% من مجمل مرضى السكري بالعالم[3].

هي أرقام مهولة وتنذر بالخطر المحدق بالعالم، خاصة وأن خطورة هذا الداء متعددة المستويات فزيادة على تعقيدات الداء وأزماته نجد المضاعفات التي تطرح بدورها مستوى آخر من الخطورة والتي يمكن أن تصل للوفاة،وبما أن الجزائر كغيرها من بلدان العالم لم تنجو من هذا الداء فقد صنفتها منظمة

---

[1] Malek, R. Épidémiologie du diabète en Algérie : revue des données, analyse et perspectives, *Médecine des maladies métaboliques*,*2*(3), (2008).

[2] WHO, op cit.

[3] الاتحاد الدولي للسكري، مرجع سابق.

الصحة العالمية (2006) WHO ضمن قائمة الدول التي تعرف انتشارا سريعا لعدد المصابين بالمرض والتي تتوقع أن إيبيديميولوجية داء السكري فيها تتشبث بالمنحى التصاعدي وهو ما سنوضحه في الجدول الموالي:

جدول رقم (5): يوضح إحصائيات لعدد مرضى السكري في بعض الدول العربية في عام 2000 والمتوقع عام 2030.

الدولة	سنة 2000	سنة 2030
البحرين	37.000	99.000
جمهورية مصر العربية	2.623.000	6.726.000
العراق	668.000	2.009.000
الأردن	195.000	680.000
الكويت	104.000	319.000
لبنان	146.000	378.000
ليبيا	88.000	245.000
المغرب	427.000	1.138.000
عمان	113.000	343.000
قطر	38.000	88.000
المملكة العربية السعودية	890.000	2.523.000
الصومال	97.000	331.000

السودان	447.000	1.277.000
سوريا	627.000	2.313.000
الإمارات العربية المتحدة	350.000	684.000
اليمن	327.000	1.286.000
الجزائر	426.000	1.203.000

1

استنادا للجدول المعروض سابقا يتضح لنا أن داء السكري يشكل تهديدا صحيا لمختلف دول العالم العربي، وتعد الجزائر ضمن إحدى الدول التي يمثل داء السكري خطرا ومشكلا صحي وتحديا كبيرا للقائمين على الرعاية الصحية لذا لا بد من التعاطي معه بحزم وجدية أكبر، كما أن داء السكري يترأس هرم المشكلات الصحية التي تستدعي الغوص فيها بعمق بغية بحث العوامل التي قد تتدخل في حدوثها أو تساهم في حصرها، حتى نتمكن من سن النهج الذي قد يضمن السير عليه التحكم في هذه النسب أو التقليل من ما قد ينجر عنها، والذي نعتقد أنه لا يمكن له أن يحيد عن النسق الوقائي.

ومن جهته قدَّر الإتحاد الدولي للسكري IFD(2017)عدد المصابين بالسكري في الجزائر بحوالي 1.8 مليون مصاب سنة 2017، ووفقا لدراسة أجرتها وزارة الصحة الجزائرية (2017–2016) AMH بالتنسيق مع منظمة الصحة العالمية (2017–2016) WHO فقد قدرة نسبة الراشدين المصابين به

[1] تقرير منظمة الصحة العالمية. *داء السكري*. المكتب الإقليمي للشرق الأوسط. . 2006، أفريل 26.

فـي الجزائـر ب: 14.8% وبهـذا فـإن النسـبة التـي قـدرت سـنة 2004 ب 4.5 مليـون مصـاب قـد تضاعفت بشكل جد سريع[1].

من خـلال مـا أوردنـاه حـول انتشـار هذا الداء، يتضـح لنـا أنـه مشـكل صـحـي عـالمـي يتسم بوتيرة سريعة في الانتشار إذ لم تسلم منه أي منطقة من العالم، وبالنسبة للجزائر فيمكن أن نقول أنـه بالرغم من محاولات وزارة الصحة إجراء إحصائيات حول مدى انتشار هذا المرض إلا أنها لازالت تفتقر للدقة، ومع أن نسبة انتشار داء السكري تعتبر كبيرة وخطيرة إلا أنها قد لا تعكس الانتشار الفعلي والحقيقي له فـي الوقت الراهن ذلك أن هنـاك العديد من المرضـى قد لا يُقدمون علـى القيـام بـالفحص الطبـي، كمـا طبيعة المرض التـي تكتسـي رداء الصمت إذ لا يعلن السكري عن وجوده لدى المريض إلا بعد نخره للجسم لمدة قد تتراوح من 5 سنوات إلى عقد من الزمن، إضـافة إلـى غيـاب التنسيق بين المتخصصـين فـي طـب الغدد ومـرض السكري والمسؤولين فـي وزارة الصـحة وكـذا مراكـز الإحصـائيات فـي مختلـف المستشفيات مع غياب خلايا الإحصاء في مختلف المراكز والوحدات الإستشفائية الذي يعد عائقا كبيرا وعقبة تعرقل تقديم الواقع الفعلي للمرض، ما قد يجعل من افتكاك الأرقام والإحصاءات الدقيقة لـه هدفا صعب المنال في الكثير من الأحيان، ومع كل هذا يبقى داء السكري مرضا فيه من الخطورة ما يمكن أن يـودي بحيـاة المـريض للإعاقـة أو الوفـاة، لـذلك يجـب تضـافر جهـود مختلـف الهيئـات والتنسـيق مـع المرضـى ومختلـف شـرائح المجتمـع بغيـة تـوعيتهم بأهميـة الامتثـال العلاجـي ومـدى تـدخل المـريض والمحيطين به في تحقيقه وهو ما نرمي إليه من خلال بحثنا الحالي.

[1] الاتحاد الدولي للسكري، مرجع سابق.

7- تشخيص داء السكري

يمثل التشخيص عملية مهمة في تحديد منحى تطور داء السكري نظرا لمكانة الكشف المبكر ودوره الكبير في محاولة إدارة المرض وتفادي التعقيدات التي قد تنجم عنه.

وهو ما يؤكده بن حمو (2005) Benhamou بقوله أن التشخيص المبكر لداء السكري يعد جزءا من العلاج، كما يرى أن التنبؤ بداء السكري يقتضي الكشف مرتين على الأقل عن معدلات غير طبيعية من الغلوكوز في الدم، ويتم التأكد منه من خلال نسب ومستويات محددة سنقوم بتوضيحها في الجدول الموالي:

جدول رقم(6): يوضح مستوى الغلوكوز بالنسبة لشخص العادي والمصاب بداء السكري.

الحالة	مستوى الغلوكوز في حالة الصيام	مستوى الغلوكوز ساعيتين من آخر وجبة بعد اختبار تحمل الغلوكوز
بالنسبة للشخص العادي	أصغر من 1.10غ/ل	أصغر من 1.40غ/ل
بالنسبة للمصاب بداء السكري	أكبر أو يساوي 1.26غ/ل	أكبر أو يساوي2.00غ/ل

بالنسبة لمن يعانون من اضطراب تنظيم الغلوكوز	مابين 1.10غ/ل إلى 1.26غ/دسل	مابين 1.40غ/ل إلى2.00غ/ل

1

بناءا على الجدول الموضح أعلاه نلاحظ أنه وجود ثلاثة حالات يمكنها تأكيد الإصابة بداء السكري وهي:

3. إذا كانت الأعراض السريرية المصاحبة لارتفاع سكر الدم العشوائي لا تقل عن 2غ/ل.
4. إذا كان معدل الغلوكوز في الدم في حالة الصيام لا يقلعن 1.26غ/ل.
5. إذا كان معدل الغلوكوز ساعتين بعد اختبارتحمل الغلوكوز(H.G.P.O) أكبر من 2غ/ل.

ويتوجب توفر شرط أو شرطين من هذه النسب حتى نتمكن ن تشخيص داء السكري، وهو ما يمكننا في نفس الوقت من تحديد النسب الطبيعية على النحو التالي:

1- منسوب الغلوكوز قبل في حال الصيام 1.10≤ (Fasting Blood Suger) غ / ل.

2- الارتفاع العشوائي لنسبة السكر قبل الإفطار ما بين 1,10 غ / ل و1,26غ / ل.

3- نسبة السكري ساعتين بعد اختبار (H.G.P.O) ≤ 1,40 غ / ل و 2غ / ل.

[1] Benhamou, P.Y, Diagnstic positif et etiologique du Diabète, Corpus médical- Faculté de médecine de grenoble, 2005. P 1.

بناءا على ما ذكرناه سابقا يتضح لنا أن تشخيص داء السكري مبني أساسا على التحاليل والفحوصات المخبرية.

إضافة إلى التشخيص المخبري هناك مجموعة من الأعراض السريرية التي يمكنها أن تعكس إصابة المريض بداء السكري والتي سنوردها لاحقا بنوع من التفصيل، ولعلّ ما تجدر الإشارة إليه هو أن هذه الأعراض رغم أنها تتواجد لدى النمطين (1-2) الرئيسيين من داء السكري إلا أنها غالبا ما تمثل السبيل لتشخيص النمط الأول منه فقط، ذلك أن النمط الثاني يتطور بصمت شديد في جسم المريض وغالبا ما يكتشف صدفة كأن يقوم المريض بإجراء بعض الفحوصات الطبية، وظهور الأعراض لدى المصابين بالنمط الثاني يكون تدريجيا ويحدث في المراحل المتقدّمة من المرض، فحسب جمعية أملي الفرنسية للمؤمَّنين Ameli pour les assurés (2021) فإن داء السكري من النوع الثاني لا تفصح عنه أعراضه التي تظهر تدريجيا (على عكس النمط الأول) بقدر ما تفصح عنه مضاعفاته من قبيل تصلُّب الأوعية الدموية اعتلالات الكلى والأعين وارتفاع معدلات الكولسترول الضار بالجسم، وخصوصا ارتفاع ضغط الدم[1].

يبدو لنا من خلال ما تمت الإشارة إليه أن تشخيص داء السكري يقوم أساسا على الفحص المخبري لعينات من دم المريض، أما عن مجموعة الأعراض التي يمكن أن تتواجد مجتمعة أو بشكل

[1] Ameli pour les assurés. *Symptoms et diagnostic du diabète*.https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/diagnostic/diagnostic-diabete#:~:text=Si%20le%20diab%C3%A8te%20n%27est%20pas%20trait%C3%A9%2C%20d%27autres%20signes,issues%20de%20la%20d%C3%A9gradation%20des%20graisses%20dans%20l%E2%80%99organisme%29. 2021.

متفرق لدى مريض السكري فغالبا ما تكون مؤشرا يستدعي الكشف المخبري بشكل أدق قد تمثّل الدافع وراء الكشف عن النمط الأول المرض بشكل خاص، كما أن الفوارق الموجودة بينوقت وكيفية ظهورها يمكن أن تقودنا لتصنيف المصابين بداء السكري ضمن محورين رئيسيين هما داء السكري من النمط الأول وداء السكري من النمط الثاني، وهو ما سنوضحه من خلال تقديمنا لأنواع داء السكري

8- أنواع داء السكري

لقد ساد الاعتقاد سابقا بوجود نمطين فقط من داء السكري ومع تطور الطب ونتائج تقارير ودراسات منظمة الصحة العالمية تبين وجود عدة أنواع من داء السكري نمطان رئيسيان (1-2) ومجموعة أخرى من الأنواع الثانوية إضافة إلى سكري الحمل وهو ما سنوجزه فيما يلي:

8-1 النمط الأول Type1: يعرف هذا النوع أيضا باسم النمط المرتبط بالأنسولين « Diabetes insulino dependant type » ويتميز هذا النوع" بعدم قدرة جسم المريض على إنتاج الأنسولين بالشكل الكافي، أو عجزه الكلي عن إنتاجه"[1]. ويعدُّ هذا العجز أو القصور "كنتاج لرد فعل مناعي ذاتي حيث يقوم جهاز المناعة (خلايا تاء (T) المناعية) بمحاربة جزر لنجرهنس (خلايا بيتا (β) المسؤولة عن إنتاج الأنسولين)، فيصبح الجسم غير قادر على توفير الكميات التي يحتاجها من الأنسولين، وبذلك يتميز هذا النمط بالقصور النسبي أو المطلق في الأنسولين"[2].

---

[1] Heike, L., Nicole, J., Noémie, M., Daniela, S.,& Patricia, H. Définition du Diabète, Conseils pour la prise en charge des patients diabétiques. *Fiche Soignants,*1-1.20 17. P 1.

[2] Fédération International du Diabète . *Atlasdu diabète du FID.* 8 ème Ed. version en ligne de L'Atlas du diabète : www.atlasdiabete.org ؛ .2017 .P 17.

استنادا لما عُرض سابقا يتجلى لنا أن النمط الأول من داء السكري يمثل وصف علمي لحالة العجز أو القصور في إنتاج هرمون الأنسولين، ويرجع هذا إلى المناعة الذاتية التي تعمل على تخريب مراكز إنتاج الأنسولين على مستوى غدة البنكرياس.

يصيب هذا النوع الأطفال أو الشباب ولكنه عُرف سابقا بسكري الأطفال لأن معظم المصابين به هم الأطفال، ومع ذلك يمكن أن يظهر هذا النمط لدى الراشدين المصابين مسبقا بالنمط الثاني من داء السكري الذين أصبحوا غير قادرين على التجاوب مع العلاج بالحبوب، ويعتمد علاج هذا النمط أساسا على حقن الأنسولين مع المراقبة اليومية لغلوكوز الدم، "ويمكن أن يصاب المريض الذي لا يحقن الأنسولين بالحماض الكيوتيني المؤدي للغيبوبة الكيتوتينية أو للوفاة، وعلى الرغم من أن خسارة خلايا بيتا(β) لاتعوض إلا أنه على المريض أن يتحكم في نمط حياته خصوصا فيما يتعلق بنوعية الغذاء وممارسة الرياضية" [1].

وبهذا فإن إدارة هذا النوع من السكري ترتبط لحد بعيد بتعديل نمط الحياة ومن هنا تتجلى لنا أهمية الامتثال العلاجي القائم على دور المريض وسعيه للتحكم في صحته بغية التعايش مع المرض.

وحسب بن محمد (2012) Benmohammed فإن داء السكري من النوع الأول يعكس حالة التدمير النهائي لخلايا بيتا(β) من خلال الأجسام المضادة بحيث يعتبر من أمراض المناعة الذاتية التي تحدث بسبب عدة عوامل من قبيل التعرض للضغط أو حساسية الجسم لبعض المواد كبروتينات حليب البقر، التسمم، والفيروسات وكلها عوامل تشترط أرضية خصبة لتعمل عليها وهي الاستعداد

---

[1] Galibois, I. *Le Diabète type 1 et ses défis alimentaires quotidiens*. Les Presses de l'université Laval. 2006. P 26.

الجيني، ويعد هذا النوع أقل شيوعا من النمط الثاني كونه يمس من 5% إلى 10 % من إجمالي المصابين بداء السكري، كما أن هذا النوع يضم نوعين فرعيين وهما: سكري المناعة الذاتية(AID)، والسكري المجهول العوامل (ITD)[1].

بهذا الصدد حاول كل من سوفانيت ورفقاؤه Sauvanet and his freinds(1999) تقديم شرح أوضح عن النوعين الفرعيين من هذا النمط على النحو التالي:

أ- **سكري المناعة الذاتية:** ويتم فيه تدمير خلايا بيتا (β) من خلال وجود أجسام مضادة للخلايا وللأنسولين على مستوى الجزيرة(المنتجة للأنسولين)، لهذا النوع علاقة وطيدة مع الجينات « DQA-DQB » من النظام الجيني للجسم، فلما يتأثر « HLA » ب « DQB » يتم تدمير خلايا بيتا (β) بشكل جد سريع لدى الطفل والشاب مقارنة بالراشد، ولما يتأثر « HLA » ب « DQA » يكون ذلك نتيجة للإصابة بأمراض أخرى كالغدة الدرقية وبيرمو وغيرها، وهذا النوع يمكن أن يظهر لدى مختلف الشرائح العمرية حتى بعد 70 سنة.

ب-**مرض السكري مجهول السبب:** ويمس فئة قليلة من الأفراد حيث يصابون بنوبات الأنسولين مع الحماض الكيتوني الغير معروف السبب، وغالبا ما يكون هذا النوع وراثي المنشأ كما يظهر بشكل كبير لدى الآسيويون والأفارقة[2].

استنادا لما جاء به سوفانيت وآخرون(1999).Sauvanet et al يتبين لنا أن النمط الأول من داء السكري يرتبط بشكل مباشر بتدمير الخلايا المنتجة للأنسولين، ومع ذلك فإن هذا النوع ينقسم بدوره

---

[1] Benmohammed, op cit.

[2] Sauvanet, A., Balter, G., Le, M.,& Belghiti. J. (Diagnosis and conservative management intrathoracic leakage after oesofagectomy. *British journal of surg, 85*(10), 1999.

لشقين يتمثل أولهما في تدمير الخلايا المناعية لجسم المريض لخلايا بيتا (β) المسؤولة عن إنتاج الأنسولين وهذا راجع لعوامل جينية أو للتعقيدات الناجمة عن الإصابة ببعض الأمراض، أما الشق الثاني منه فيتلخص بوجود نوبات حادة من الحماض الكيتوني وهو مجهول المنشأ.

يتطور السكري من النوع الأول عبر ثلاثة مراحل: مرحلة الكمون (Latency stage) التي تشير إلى فترة الاستعداد الوراثي، ثم مرحلة ما قبل الإكلينيكية (Pre-clinical stage) والتي تتميز ببداية نشاط الجهاز المناعي الذاتي ضد خلايا بيتا (β)وأخيرا المرحلة الإكلينيكية (Clinical stage) التي يتزامن حدوثها مع تدمير أو زوال ما يقارب 80% من خلايا بيتا(β) ومع ارتفاع نسبة السكر[1].

وفي هذه المرحلة من هذا النمط "تظهر الأعراض بشكل مفاجئ كالإحساس بالعطش وكثرة التبول، الانفتاح للشهية وفقدان الوزن"[2]

يمكن أن يدل هذا التدرج على وجود استعداد وقاعدة يتأسس عليها المرض تدريجيا ليظهر للعيان، وهو ما يسلط الضوء على أهمية تبني الممارسات الصحية التي يقع الامتثال العلاجي في مقدمتها، ليتمكّن المريض من التحكم في مخلفات المرض أو وتيرة مرضه على الأقل.

---

[1] الزروق، مرجع سابقً، ص 103.

[2] Zhang, C., Baffy, G., Perret, P., Krauss, S., Peroni, O., &Grujic, D. Uncoupling protein-2 negatively regulates insulin secretion and is major link between obesity, beta cell dysfunction and type 2 diabetes. *Cell*,(15), 2001.

8-2 النمط الثاني Type2 : يطلق عليه أيضا اسم النمط غير المعتمد على الأنسولين Diabetes not insulino dependant type، يتميز هذا النمط بارتفاع نسبة الغلوكوز في الدم بسبب خلل في إفراز الأنسولين أو عدم فاعليته، بهذا الصدد ترى لابوينت Lapointe (2008)أن هذا النوع يحدث نتيجة لاحتمالين يتمثل أولهما في عجز البنكرياس عن إنتاج الكمية الكافية من الأنسولين بما يضاهي منسوب السكر في الدم، أما الثاني فيتجلّى في مقاومة الخلايا لإفراز الأنسولين، وتشرح ذلك بالمفتاح الذي يعجز على حل الباب، وترى أن هذين الاحتمالين يمكن وجودهما مجتمعين لدى الفرد وقد يطغى أحدهما على الآخر وهو ما يختلف باختلاف الأفراد[1]. ومن جهته يشير جيورج Georges (2001) أن النمط الثاني يتميز عن الأول من خلال مقاومة العضوية للأنسولين بالإضافة إلى قلة إفرازه، حيث تقاوم مختلف مستقبلات الخلايا لأنسجة الجسم الأنسولين مما يرفع من نسبتها في الدم، وهنا يحتاج المريض للأدوية ترفع من فاعلية الأنسولين وتقلل من مقاومة الخلايا كما تعمل على التخفيض من مستوى إنتاج الكبد للغلوكوز[2]، ومع تطور المرض تنقص فاعلية الأنسولين."ورغم أن جزر لنجرهنس في البنكرياس قادرة على إنتاج الأنسولين لكن هذا الإفراز يكون متأخرا فحتى وإن كان هذا الأخير كاف إلا أنه لا يواكب احتياجات اللّحظة"[3]. حيث يتم إفراز الأنسولين في شكل نبضات كل 11إلى 14 دقيقة بهدف التنظيم العادي للسكر في الدم، ويعرف الجسم خلال كل يوم ذبذبات قصوى من الإفراز

---

[1] Lapointe, J. *Accepter son diabète : suivez le guide*. Dépôt légal de la bibliothèque national de Québec. 2008.

[2] Georges, H. *Endocrinologie*. Boeck université. 2001.

[3] مفتاح، محمد عبد العزيز. *مقدمة في علم النفس الصحة مفاهيم-نظريات- نماذج دراسات*. دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع.2010. ص 331.

خارجة عن السياق الأول خاصة بعد الوجبات، ويؤدي الارتفاع الحاد لمستوى الغلوكوز إلى انفجار في إفراز الأنسولين يدوم من 5إلى10دقائقكمرحلة أولى، ليليه ارتفاع آخر في إفراز الأنسولين كمنبه يدوم دوام ارتفاع الغلوكوز في الدم كمرحلة ثانية، وفي حال الإصابة بالنمط الثاني من السكري تُغيَّب المرحلة الأولى ويحدث هذا في الفترات الأولى من المرض، وتُعدُّ المرحلة الأولى جد هامة كونها تتدخل أثناء الهضم للتحكم في نسبة السكر بعد الهضم، يظهر اختلال المرحلة الأولى لدى الأصحاء في شكل اختلال تحمل الغلوكوز، بينما يؤدي استرجاع المرحلة الأولى لدى المصابين بالنمط الثاني من داء السكري إلى التحكم في مستويات الغلوكوز بعد الهضم مباشرة، ويتم استعادة انتعاش المرحلة الأولى بعد التحكم المكثف في مستويات الغلوكوز لمدة طويلة، يتطور النمط الثاني تدريجيا ويزداد ارتفاع السكر في الدم مع الوقت نظرا للاعتلالات التي تمس خلايا بيتا (β)، ذلك أن السمة البارزة من هذا النمط هي التدهور البطيء وبلا هوادة للخلايا البائية المسؤولة عن المسار السريري الخاص بانخفاض الاستجابة لمخفضات السكري التي تؤخذ عن طريق الفم ما يفسر احتياج العديد من المرضى لحقن الأنسولين للتحكم في مستويات الغلوكوز[1].

يعتبر هذا النمط تطوريا(يتطور تدريجيا لدى المريض) "وهو أكثر تواترا بين مرضى السكري بحيث يمثل نسبة 85% إلى 90% من إجمالي المصابين بداء السكري"[2]. وعلى الرغم من عدم تشابهه بين كل المرضى إلا أن الفحوصات العيادية للمصابين به أثبتت أن هذا النوع لا يظهر لدى أي كان وفي أي وقت حيث توجد بعض الخصائص المشتركة بين المرضى، ذلك أن أغلبهم لديهم تاريخ عائلي

---

[1] Leahy, J., L.. *Pathogenesis of type 2 diabetes mellitus*. Human press. (Undated) .

[2] Benmohammed, op cit, P 3.

للمرض، ويعانون من الزيادة في الوزن خاصة تراكم الدهون على مستوى البطن، تاريخ الولادة بالنسبة للنساء (إنجاب أطفال بوزن زائد– سكري الحمل)، الاختلالات الطفيفة في تنظيم السكر في الدم بسبب التناول اللاعقلاني للسكريات والدهون ما يجعل من المرض يتفاقم تدريجيا في الجسم دون الإعلان عن المرض تحت التأثير السام للسكريات والدهون [1].

لعلّ البعد الوقائي هنا يكتسي حُلّة وميزة خاصة بالنسبة لمن تظهر لديهم سمات معينة كالسمنة أو من لديهم سجل وراثي، فالتقليل من الوزن وتعديل نمط الحياة واعتماد العادات الأكثر صحة قد يفتك بالثقل الأكبر من السبل الممكنة لحدوث المرض بالنسبة للأصحاء وكذا مضاعفاته بالنسبة للمرضى في حال امتثلوا للعلاج.

أما بالنسبة لاحتمال حدوث الغيبوبة الكيتونية في هذا النمط فيكون أقل مقارنة بالنمط الأول، وفيما يخص العلاج الرئيسي له فإنه لا يعتمد على الحقن اليومي للأنسولين بل يتطلب استعمال وتناول الأقراص التي تحث البنكرياس على إفراز الأنسولين مما يسهل السيطرة على كمية السكر في الدم (غوردون، 1964).[2] كما "يعالج مرضى هذا النمط كذلك بواسطة تعديل نمط الحياة والمراقبة المستمرة لمنسوب الغلوكوز في الدم"[3].

---

[1] Rigaleau, V., Lang, J., &Gin, H. Etiologie et physiopathologie de diabète de type2. *Endocrinologie-Nutrition*, (10), 2007.

[2] غوردون جمال، *الجديد في مرض السكر، أسبابه، علاجه، مأكولاته، مضاعفاته الوقاية منه*. دار مطابع الشعب. 1964.

[3] Lapointe, J. *Accepter son diabète : suivez le guide*. Dépôt légal de la bibliothèque national de Québec. 2008. P 7.

واستنادا على ما ذكرناه آنفا نستنتج أن داء السكري يصنف عموما إلى نوعين رئيسيين وهما النمط الأول المعتمد على الأنسولين والذي يتضمن بدوره نوعين نوع المقاومة الذاتية والنوع المجهول السبب، والنمط الثاني غير المعتمد على الأنسولين الذي يغلب عليه مقاومة الأنسولين التي قد تتبع بنوبات الأنسولين أو يحدث فيه نقص كبير في إفراز الأنسولين، فرغم أن كلاهما ينتمي لداء السكري إلا أن خصائص الأفراد تتباين تبعا لكل نمط كالخلل الفيزيولوجي، سن الإصابة، والعلاج المعتمد، ومع ذلك يبقى القاسم المشترك بينهما هو تعديل نمط الحياة والامتثال للعلاج بغية الإدارة الجيدة للمرض والتقليل أو التعطيل من حدوث المضاعفات، ولتوضيح الفرق بين النمطين سنعرض الجدول الموالي:

جدول رقم (7): يبين أهم الفروق الموجودة بين النوع الأول والنوع الثاني من داء السكري.

الخصائص	النوع الأول	النوع الثاني
سن الإصابة	غالبا قبل سن 30	غالبا بعد سن 40
ظهور الأعراض المرضية	فجأة	تدريجيا
وزن المريض	تغلب عليه النحافة وقد يكون أحيانا سوي الوزن	يتميز المريض بالسمنة، خاصة تراكم الدهون في وسط البطن.
الأعراض	تظهر مع بداية المرض وتكون السبب للتشخيص.	غالبا ما يكون دون أعراض، ويتم اكتشاف المرض بمحض الصدفة، كما يمكن أن تظهر

		في مراحل متقدمة من المرض
الغيبوبة الكيتونية	موجودة وتمثل التهديد الأكبر.	لا يحتمل حدوثها
وضعية الأنسولين بالجسم	غير موجود	يوجد أنسولين ولكنه غير فعال
حقن الأنسولين	إجباري مع حمية	مطلوب مع حمية بالنسبة للمرضى الذين يصبح جسمهم عاجزا على إنتاج الأنسولين.
الأدوية الخافضة للسكر	يمنع استخدامها	يقوم عليها العلاج مع إتباع الحمية حسب خصوصية المرض.
الخلل الفيويولوجي	نقص الأنسولين المطلق بسبب تليف الخلايا المسؤولة عن إفرازه الناجم عن مرض مناعي ذاتي.	نقص جزئي للأنسولين بسبب ارتفاع مضادات الأنسولين في الجسم ما يعيق اختراقها للخلايا.
الوراثة	موجودة بنسب قليلة+.	موجودة بنسب أعلى من النمط الأول+++.

من خلال استقراء ما ينطوي عليه الجدول الموضح أعلاه يتبين لنا أنه زيادة على الفرق الموجود في آلية حدوث كل نمط فإن لكل نوع منهما خصائص تميزه عن الآخر يتبين كالعمر الذي تحدث فيه الإصابة، كيفية ظهور الأعراض المرضية، الحالة البدنية للمريض، نوع الأعراض من الناحية الطبية، كذلك تمظهر الغيبوبة الكيتونية، وجود الأنسولين من عدمه داخل جسم المريض، ضف إلى ذلك السجل الوراثي للمريض كما يبين لنا نوع العلاج المعتمد وهل يتطلب حمية مع العلاج أولا، وهو ما يمكننا من تصنيف المريض ضمن نمط معين دون سواه، ومع ذلك لازالت هناك أنواع ثانوية سنحاول عرضها بشيء من التفصيل كما يلي:

أ- **السكري الناجم عن اضطراب المناعة الذاتية لدى الراشدين:** يظهر غالبا بعد سن الثلاثين وعادة ما يصعب تشخيصه فهو يشبه كثيرا النمط الأول لأنه يعكس حالة من التدمير الذاتي (الأجسام المضادة) للخلايا البائية المسؤولة عن إفراز الأنسولين إلا أن هذا التدمير يحدث بشكل أبطأ من النمط الأول وأسرع من النمط الثاني، ونضرا لصعوبة تصنيفه ضمن أحد النمطين (1-2) فإن الجدل لازال قائما حيال سبل علاجه من حيث الاعتماد على العلاج الدوائي(بالأقراص) أو إمكانية حقن الأنسولين، إلا أن العلاج الأنجع يبقى العلاج الذي يتمكن من حماية خلايا بيتا (β) من التدمير النهائي بغية الحفاظ على إفراز الأنسولين بشكل طبيعي لأطول فترة ممكنة[1].

[1] Hals, I.K., Fleiner, H. F., Reimers, N., Astor, M. C., Filipsson, K., Ma, Z., Grill, V., &Bjorklund, A. Investigatin optimal β-cell- preserving treatement in latent autoimmune diabetes in adultes : result from 21-month randomized trial, *Diabetes obes metab,21(*10), 2019.

يبدو لنا أن هذا النوع من داء السكري هو من أمراض المناعة الذاتية وبذلك يشبه لحد كبير النمط الأول إلا أن ما يميزه عنه هو تطوره البطيء وكذا إصابة الراشدين به.

ب-**السكري الذي يصيب الفرد في بداية الشباب:**" ويصطلح عليه « Mody » يصيب الفرد بسبب قوة المكونات الوراثية وغالبا ما لا يعتمد علاج المصابين به على العلاج بالأنسولين"[1] وهو نوع نادر من أنواع داء السكري يؤثر على طريقة استخدام وتخزين الجسم للسكريات، يحدث بسبب طفرة جينية تمنع البنكرياس من إنتاج ما يكفي من الأنسولين، كما تلعب الوراثة فيه دورا بارزا كون احتمال الإصابة يرتفع إلى 50% في حال إصابة أحد الوالدين كما يمكن أن يتم توارث المرض لأكثر من جيل (ينتقل من الجد للحفيد)، في حال انتقال الطفرة الوراثية فإن الفرد يستمر في تطويره قبل سن 25 سنة بغض النظر عن وزنه ونمط حياته أو عرقه، ونظرا لندرته فإن 90% من المرضى يتم تشخيصهم بهذا النوع عن طريق الخطأ بأحد النمطين (1-2)[2]، ومن أهم ما يصعّب تشخيصه هو أنه رغم أن الشباب في مقتبل العمر (أقل من 25 سنة) هم أغلب من يصاب به ومع ذلك يمكن أن يصيب الفرد في أي عمر وهو على العكس من النمط الثاني لا يرتبط بالسمنة أو بارتفاع ضغط الدم، يتفرع هذا النوع بدوره لأنواع فرعية تبعا للعطب الجيني ويختلف التدخل العلاجي تبعا لهذا التباين [3].

---

[1] Rigaleau, V., Lang, J., &Gin, H. op cit, P 7.

[2] British Diabetic Association operating as diabetes UK. *Maturity onset diabetes of the young "Mody"*.https://www.diabetes.org.uk/diabetes-the-basics/other-types-of-diabetes/mody. 2021.

[3] Dansinger, M. M. *What is maturity-onset diabetes of the young*.https://www.webmd.com/diabetes/what-is-mody-diabetes#:~:text=Maturity-

بشكل أدق هو السكري الوراثي أين يمتلك الفرد خصائص عن طريق الوراثة ترفع من مستوى استعداده للإصابة بالسكري، وبذلك يقترب كثيرا من النمط الأول إلا أن احتمال اصابة الراشدين به، وعدم ارتباطه بالعوامل البيئية، وتطوره البطيء تمثل الفيصل في التشخيص.

ت-**السكر الكلوي:** يتمثل في تركيز السكر في البول مع استقرار نسبه في الدم، وبذلك هو يعكس حالة تعجز فيها الكلى عن تصفية الغلوكوز وإرجاعه للجسم عبر الدم بل تطرحه مباشرة مع البول، وهذا ما يعكس الخلل الصامت للكلى الذي قد يكون ذو مصدر تسممي « Toxic in origin »[1]

بمعنى أن هذا النوع ينتج عن تسمم الكلى التي تعجز عن تصفية الغلوكوز من البول فتطرحه معه، بغض النظر عن استقرار مستواه بالجسم.

ث-**سكري الغدد الصماء :** وهو السكري الناتج عن اعتلال الغدد الصماء الذي يتسبب في اختلال التوازن الهرموني كهرمون النمو، الكورتيزول، الغلوكاجون، والبينفرين) Growth- hormone, coortisol, glucagon, epinephrine) التي يؤدي فرط إفرازها إلى عكس نشاط الأنسولين مسببا بذلك بعض الاعتلالات كمتلازمة كوشينج «Cushing syndrom »، وفرط إفراز الغدة الدرقية « Hyperthyroidism»، الغلوكاجونوما

---

onset%20diabetes%20of%20the%20young%20%28MODY%29%20is%20a,so%20it%27s%20important%20to%20get%20the%20right%20diagnosis. 2020.

[1] Rédaction Médisite. *Diabète rénal : la définition.*https://www.medisite.fr/diabete-diabete-renal-la-definition.1527227.60.html/28/2/2017/15:01h. 2017.

« Glucagonoma »، ورم القـــوائم « Pheochromocytome » ، و ســـكري الأيـــض «Metabolic diabetes» الناجم عن نقص الهرمون المقاوم لإدرار البول « Anti-diuretic-hormone » ، ويصيب هذا النوع الأشخاص ذوي الاستعداد المسبق للإصابة بداء السكري من مثل عيوب إفراز الأنسولين، ويمكن شفاء المريض المصاب بالسكري من هذا النوع بمجرد معالجة فرط الهرمون المعيق لعمل الأنسولين[1].

بشكل أدق يمكن للاختلالات الغددية أن تؤثر على النسب الطبيعية لبعض الهرمونات مما يعيق النشاط الطبيعي لعمل الأنسولين بالجسم، كما يمكن اعتبار هذا النوع عابرا انطلاقا من إمكانية الشفاء منه.

ج- **السكري المتعلق بتناول الأدوية:** يؤدي استخدام بعض الأدوية إلى ارتفاع مستوى السكر في الدم الذي قلما قد يكون عابرا ذلك أنه يمثل مرحلة ما قبل الإعلان عن المرض، ومن أهم هذه الأدوية نذكر على سبيل العد لا الحصر الكورتيكويدات(Corticosteroids)، مضادات الذهان (Atypical neuroleptics)، مضادات الفيروسات (Anti-virals)، ومضادات السرطان (Anti-cancer)، ومضادات الحمل الهرمونية (Hormonal contraceptives) خصوصا تلك التي تحتوي على جرعات عالية من البروجسترون والأستروجين (Progestin & estrogin)[2].

---

[1] American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus, *Diabetes care*,*32*(1), 2009. P 62-67.

[2] Catherine, C. *Médicaments : ils peuvent provoquer le diabète !*.https://www.topsante.com/medecine/medicaments/grandes-

قد يوحي لنا هذا أن هذا النوع يمثل جانبا من الآثار الجانبية أو من المضاعفات الناجمة عن خضوع المريض لعلاج ما وهو ما.

د- **سكري الحمل** : "ويطلق عليه العالم (White)اسم« Pregnancy diabetes » "[1]. كما أنه اضطراب يشخص خلال الفترة الأولى من الحمل وهو مزدوج الخطورة كونه يعرض صحة الجنين للخطر إذ يرفع من احتمال وفاته أو الإصابة بالماكروزوميا أو بالربو واضطرابات التنفس بأنواعها، زيادة إلى اعتباره كأرضية خصبة لتفجير الأم لداء السكري المزمن، ويتأثر هذا النوع بالسمنة وارتفاع ضغط الدم وغيرها من الأمراض المتفاوتة الخطورة[2]. وهو ما قد يعزز ويثمّن دور الامتثال العلاجي في فترة الحمل حتى نتفادى العواقب، ويحدث هذا النوع بسبب عدم قدرة جسم الحامل على إنتاج الأنسولين بالقدر الكافي أو عدم قدرتها على استغلاله بالشكل الجيد، ويظهر سكري الحمل عادة في الفترة مابين الأسبوع (24 و28) من الحمل بسبب التغيرات الهرمونية التي تحدث للحامل وهو ما يزيد الحاجة للأنسولين بشكل يشبه كثيرا النمط الثاني من السكري[3]. وفي نفس السياق تشير منظمة الصحة العالمية WHO

---

familles-de-medicaments/medicaments-ils-peuvent-provoquer-le-diabete-23493/12/4/2016/11:44h. 2016.

[1] Martin, C. A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. *Journal of medicine,34*(6), 1999. P 411.

[2] Benhamou, op cit.

[3] Lalla, E., Chang, B., Lal, S., Kaplan, S., Softness, B., Greenberg, E., Goland, S.R., &Lamster, B. Diabetes-related parameters and periodontal conditions in children. *Journal of Periodontal Res*, (42), 2007.

(2012)أن السكر الحملي غالبا ما تتعرض له الحوامل اللاتي تعانين من وجود تاريخ عرضي لمرض السكري في العائلة، واللاتي تعاني قصورا في الجسم[1].

هذا يعني أنه اضطراب موقفي في تحمل الغلوكوز كونه مرتبط بفترة الحمل، كما أنه يتميز بعدم كفاية الأنسولين أو نقص فاعليته مما يجعله شبيها لنمط السكري غير المعتمد على الأنسولين غير أن هذا الأخير يختلف عنه من حيث الإزمان، إذ يبدأ أو يتم تشخيصه في فترة الحمل ويمكن أن يعلن عن نفسه كمرض مزمن في حال استمراره بعد الولادة. يعدُّ تصنيف داء السكري عملية جد مهمة فهي تساهم بقدر كبير في تفعيل عملية العلاج، ففي نفس السياق يشير بن حمو Benhamou (2005) أن تصنيف داء السكري يكتسي أهميته من خلال مساعدتنا على تصنيف خصائص أنواعه وهو ما يسمح لنا بالتعاطي بفعالية أكبر مع المرض كونه يفصح عن ميكانيزماته وآليات حدوثه، مع إمكانية الشفاء بالنسبة لبعض الأنواع الثانوية، كما يمكننا من التنبؤ بمآل المرض خاصة فيما يتعلق بالخضوع للأنسولين[2].

يتجلى لنا من خلال ما تم عرضه أن الأنواع الثانوية لداء السكري تنتج عن ظروف ووضعيات خاصة تعمل على التقليل من إفراز الأنسولين أو التقليل من كفاءته مثلما هو الحال بالنسبة للسكر الحملي، ومع ذلك يبدو لنا أن كل هذه الأنواع الثانوية هي امتداد للنمط الثاني من داء السكري غير أن الضرر يكون غير مباشر، واختلاف طبيعة الأعراض وحدتها بين المرضى ناجم عن اختلاف النمط والضرر المولد لكل نوع، وهو ما قد يتضح من خلال ما سنعرضه حول الأعراض.

9- أعراض داء السكري

[1] WHO, op cit.

[2] Benhamou, op cit.

تعد الأعراض المرآة العاكسة للحالة الجسمية للمريض ولذلك فإنها تشغل حيزا كبيرا من اهتمام الباحثين والأطباء وحتى المرضى كونها جرس الإعلان عن الأمراض الصامتة والتي يقع داء السكري في مقدمتها، فبغض النظر عن نوع السكري نجد الراشدين المصابين به يعانون وبنسب متفاوتة من الأعراض مع اختلاف مدتها وحدتها وزمن ظهورها، وسنحاول تصنيفها ضمن مجموعات تبعا لكيفية تمظهرها على النحو التالي:

أ- **كثرة التبول** : أو ما يعرف ب: (Polyuria) وهي تعكس طبيا تجاوز مقدار البول لدى الفرد 3 لترات في 24 ساعة، وبذلك يرتفع عدد مرات التبول في اليوم الواحد إلى أكثر من 8 مرات، وهذا بسبب عجز الكلى عن مسايرة المستويات العالية للغلوكوز فيصبح طرحها مع البول هو السبيل الوحيد للتخلص منها، ومع أنه عرض شائع لدى المصابين بالسكري إلا أنه يحتاج لوجود أعراض أخرى كالعطش الشديد[1].

ب-**العطش الشديد** : ويعرف أيضا ب: (Polydipsia)"يحدث بسبب فقدان السوائل بشكل كبير مما يتطلب تعويضها عن طريق الشرب"[2]. يؤدي هذا العطش الشديد إلى استمرار الحاجة

---

[1]Kavalar, F. *Miction fréquente et diabète: mise en garde à recherché*.https://genialsante.com/miction-frequente-et-diabete-mises-en-garde-a-rechercher/1/06/2021/13:52h/. 2021.

[2]أطلس الإتحاد الدولي للسكري.*السكري والأكل الصحي*. مكتبة الشرق الأوسط. 2015. ص 17.

لشرب السوائل التي تنتهي بكثرة التبول وهو ما يعرف بمتلازمة العطش (Plyuropolydipsic)[1].

ت-**التغيرات الجلدية** : يؤثر داء السكري على مناطق عديدة من الجسم بما في ذلك الجلد وتشمل هذه التغيرات الالتهابات البكتيرية(Bacterial infections)، الالتهابات الفطرية (Fungal infections)، الحكة(Tiching)، النخر الشحمي السكري(Necroboisis lipoidica diabeticorum)، دمامل السكري (Diabetic blisters)، وداء الزانثوما البركاني(Eruptive xanthomatosis)[2].

ث-**أعراض العينين** : وتتجلى في جملة الاعتلالات التي تصيب عيني المريض والتي تؤثر على مستوى الرؤية لديه، اعتلال شبكة العين السكري(Diabetic retinopathy)، ذمة البقعة الصفراء السكري(Diabetic macular edema) ، إعتام شبكة العين(Cataracts)، والزرق[3](Glaucoma).

ج- أعراض الأعضاء التناسلية: تحدث لدى الجنسين وتلاحظ بشكل كبير لدى النساء، تتمثل في وجود التهابات مع حكة شبه مستمرة في الجهاز التناسلي، ويرجع ذلك إلى ارتفاع مستويات

---

[1] Spée, M. *La polyurie : quel est ce problème d'urine abondante ?*.https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Symptomes/Fiche.aspx?doc=polyurie-symptome/7/2017/. 2017.

[2] American Diabetes Association. *Complications : skin conditions*. https://www.diabetes.org/diabetes/complications/skin-complications/01/06/2021/14:22h/.2021 .

[3] National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. *Diabetic eye disease*.https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/overview/preventing-problems/diabetic-eye-disease#affect/01/06/2021/14:39h/.2017 .

الغلوكوز في الدم مما يؤدي غلى كثرة إفرازه غي البول، وباعتبار السكر أرضية خصبة لنمو وتكاثر البكتيريا، وتراكم هذه الأخيرة حول الأعضاء التناسلية هو ما يولد الحكة والالتهابات[1].

د- فقدان مفاجئ للوزن: غالبا ما يظهر الفقدان للوزن في بديات المرض ذلك أن المصاب بالسكري لا يتمكن من الاستفادة من مخزون الطاقة (الغلوكوجين) على مستوى الجسم لأنه لم يقدم الأنسولين بالشكل الكافي، فإنه يضطر لسحب الطاقة باللجوء إلى إذابة الشحوم والبروتينات الموجودة في مختلف عضلات الجسم، وهو ما يفسر كثرة الأكل لدى المريض مع عدم اكتساب الوزن لأن حالته الصحية تحول دون استفادته من البروتينات ومختلف العناصر الطاقوية الموجودة في الغذاء، في حال عدم امتثال المريض للعلاج فستظهر جملة من الأعراض الأخرى وهي:

آلام في البطن، استفراغ وغثيان، التعب الشديد والوهن العضلي، اضطرابات حادة في الرؤية وزغللة العينين، تغير رائحة الفم والبول بسبب مواد ناتجة عن تكسير الدهون، فقدان الشهية، عدوى فيروسية متكررة، بطئ التئام الجروح[2].

لعلّ ما قد تجدر الإشارة إليه هو إمكانية ظهور هذه الأعراض بشكل متفرّق ومتباين وعلى مستويات متفاوتة الخطورة لدى المصابين بداء السكري عامة والراشدين منهم بشكل خاص، لذلك فالفضول المرتبط بالبحث عن مصدر هذه الأعراض غالبا ما يكون المُؤَسس للتشخيص المبكر، ومع

---

[1] The Global Diabetes Community. *Genital itching-symptom of diabetes*.http://www.diabetescommunity.com/symptoms/genital-itching.html#:~:text=Genital%20itching%20%E2%80%93%20symptom%20of%20diabetes%20Genital%20itching,the%20skin%20on%20the%20outside%20of%20the%20vagina/01/06/2021/15:51h/. 2021.

[2] André, G. *Les diabétiques comprendre pour traiter*. Flammarion Editions. 2005.

ذلك قد يبقى الفحص الدوري كل 6 أشهر الحل الأنجع للكشف عن الأنواع الصامتة منه (النمط الثاني) التي تأتي على الأخضر واليابس في جسم المريض دون سابق إنذار.

هـ- الأعراض النفسية لدى الراشدين المصابين بداء السكري

حبذنا الحديث عن الأعراض النفسية لدى الراشدين المصابين بداء السكري إيمانا منا بأن خصوصية المرحلة العمرية قد تلقي بوزنها على الآلية التي يقيم بها ويدرك ويعايش من خلالها المصاب بداء السكري مرضه، باعتبار المرحلة العمرية بحد ذاتها وضعية خاصة تقضي تعامل من نوع خاص وبذلك يبدو لنا أن الأعراض النفسية قد تعكس في نفس الوقت السمات النفسية لدى الراشدين المصابين بداء السكري.

فمن المعروف أن داء السكري مرض يتجسد فيه الخلل الفيزيولوجي بشكل واضح، إلا أن هذا لا يمنعه من أن يرمي بثقله على الجانب النفسي للمصابين به وهذا تقيُدا بمفهوم الصحة حسب منظمة الصحة العالمية (WHO) التي أقرّت بأنها حالة متكاملة من السلامة الجسدية والنفسية والاجتماعية واختلال هذا التكامل والتوازن هو من يسبب المرض[1]، فالحالة النفسية للمرضى يمكن أن تؤثر وتتأثر في سياق مرضى السكري خاصة الراشدين منهم.

ونظرا للطبيعة الشائكة والمعقدة للمرض التي تتسم بالإزمان وما تفرضه من تغييرات كبيرة يتزعزع على إثرها نمط حياة المرضى بل ويُقلب رأسا على عقب، حيث يمكن أن تُجبرهم وضعية المرض على التخلي عن العديد من الممارسات والسلوكيات التي اعتادوا عليها وارتاحوا في ممارستها لوقت طويل أو بالأحرى نشئوا عليها(خاصة أنهم راشدين بمعنى أنه قد تتحطم عاداتهم

[1] WHO, op cit .

التي مارسوها لأكثر من عقدين من الزمن) وهو أمر ليس بالهين، ما قد يُخرجهم من دائرة الأمان (Confort zone)، فالخروج عن دائرة الأمان قد يُدخل المريض في دوامة المجهول والإحساس باللاّأمن أو اللاّاستقرار، وهو ما قد ينعكس على مستوى الصحة النفسية لديه فيمكن أن يعاني الراشد المصاب بداء السكري العديد من الاضطرابات النفسية، التي تظهر في شكل أعراض مصاحبة للمرض والتي يمكن أن تختلف باختلاف شخصية الأفراد ، نوع المرحلة التي يتواجدون فيها من المرض (مرحلة التشخيص– مرحلة الأعراض– مرحلة المضاعفات) ومدى تحكّمهم في مرضهم وكذا مدى إدراكهم لحصولهم على السند الاجتماعي.

بهذا الصدد يرى روبنسون وآخرون Robinson et al.(2018) أن ظهور الاضطرابات النفسية لدى الراشدين المصابين بداء السكري يمكن أن يتأثر بالعديد من العوامل وعلى رأسها مرحلة الإعلان عن التشخيص، فبمجرد الإعلان عن التشخيص قد يدخل الراشد المصاب بداء السكري في دوامة من المشاعر التي تبعث على الشعور بعدم الاستقرار بسبب عدم التأقلم مع الوضعية الجديدة التي تعرقل سير الحياة اليومية بالشكل الذي اعتاد عليه سابقا، وكنتيجة لذلك تظهر الأعراض الاكتئابية لدى 30% من الراشدين المصابين بداء السكري في حين يطور 10 % اكتئاب حاد، وبذلك يشكل احتمال الإصابة بالاكتئاب لدى الراشدين المصابين بداء السكري الضعف مقارنة بالأصحاء[1].

[1] Robinson, D., Coons, M., &Haensel, H . Clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada: diabetes and mental health. *Can J Diabetes*,*42*(1),.2018 P 130-141.

في نفس السياق تشير ديبوا Dubois (2019) أن داء السكري يمثل وضعية خاصة بالنسبة للراشد أين يختل الاستقرار في العلاقة بين النفس والجسد جرّاء الثوران الفيزيولوجي الذي يخلّفه اختلال منسوب السكر في الدم والوتيرة المفاجئة لظهور الأعراض من جهة وكذا ثقل العلاج وملازمته للمرض من جهة أخرى، ما قد يحصر المريض ضمن حلقة الخوف من المجهول الذي يمكن أن يتجسد في الكثير من الأحيان في شكل نوبات من القلق الحاد، وتؤكد أن السن هو الفيصل في تحديد حدة وشدة ونوع الانعكاسات النفسية المصاحبة لداء السكري فالطفل يكون دائما تحت رعاية الأكبر منه (الأولياء في الغالب) بينما يجد الراشد صعوبة أكبر ويعاني من حدة الأعراض النفسية كون داء السكري يجبره في كثير من الأحيان إلى اللجوء للآخرين بعدما اعتاد على الاستقلالية التامة[1] وهو ما يبرز دور المحيط في احتواء المريض.

ويتفق روبنسون ورفقاؤه Robinson and his freinds(2018) مع هذا الطرح مضيفين أن الراشد المصاب بداء السكري يجد نفسه مهددا بالعديد من المخاطر كحدة المضاعفات واحتمال حدوث النوبات الأمر الذي قد يُشعره بالعجز النابع من الخوف المعمم حيال ما يمكن أن يحدث له، مما قد يدفعه للقيام ببعض العادات الوسواسية كالمراقبة المستمرة لمستويات الغلوكوز، وقد ينجر عن كل هذا اضطراب القلق العام، كما أن الأمر قد لا يتوقف عن هذا الحد بل قد يتجاوزه

[1] Dubois, R. *Les conséquences psychologiques de diabète.* https://www.doctissimo.fr/sante/diabete/complications-du-diabete/diabete-consequences-psychologiques/18/11/2019/. 2019.

لصعوبة في التركيز وفقدان الذاكرة، الأرق واضطرابات النوم، وسرعة الاستثارة، والشعور بالتعب والإرهاق[1].

قد نستخلص من كل هذا أن إصابة الراشد أو معايشته لداء السكري يمكن أن تشكل ضغطا عليه، كونها قد ترفع من كفة التحديات التي يمكن أن يواجهها والتي تقضي في مجملها بالتنازل عن العديد من الممارسات والعادات السلوكية التي لطالما شكلت لذته في الحياة، وتواجد الراشد بين رغبته في الإبقاء على ما كان يقوم به وحتمية التخلي عنها لضمان إدارة أفضل لمرضه قد يستنزف قدرا كبيرا من طاقته، كما أن طبيعة المرض وخصوصية أعراضه ومضاعفاته واكتسائها رداء الفجأة في الظهور، ناهيك عن التمثلات والتصورات الاجتماعية للمرض والمعنى الرمزي الذي تعطيه البيئة الثقافية لداء السكري وللراشد المصاب به على حد سواء كلها أمور قد تؤثر على تقييم المريض لذاته ولمرضه وعلى اختياره للسبل التي يمكنه انتهاجها للتعامل معه، مما يجعل جسد المريض في حالة تأهب واستثارة دائمة، وبما أن الجانب النفسي يعد ضلا للجانب الجسدي فإن هذه التغيرات لا يمكن أن تمر مرور الكرام على هذا الأخير مما قد يفتح عليه وابلا من التهديدات النفسية الجسيمة الخطورة كالقلق، الوساوس، والاكتئاب، وكل هذا قد يسلط الضوء على ضرورة التعامل الشمولي مع المريض، بمعنى أوضح يبدو لنا أن الامتثال العلاجي لدى الراشد المصاب بداء السكري لابد من أن يؤخذ ضمن قالبه البيو نفسي اجتماعي للصحة والمرض، كما أن تقديم السند الاجتماعي المدرك للراشد المصاب بداء السكري يمكن أن يكون أسمى ما قد يحصل عليه بغية إدارته الجيدة لمرضه وتحكمه(مركز التحكم الصحي) في تطوره بشكل فعال.

[1] Robinson, D., Coons, M., &Haensel, H . Op cit.

أخيرا وليس بآخر يتجلى لنا بناءا على كل ما تم عرضه بخصوص أعراض داء السكري أن الإصابة به تنعكس على العديد من الوظائف النفسية والجسدية، وهو ما يفسر تنوع عوامله وانعكاساته وكذا مضاعفاته التي تقف عند مستويات متفاوتة الخطورة، ومع ذلك يمكن لهذه الأعراض في حال الانتباه المبكر لها أن تساعد في عملية إدارة المرض خاصة مع وجود أنواع من المرض تكتشف غالبا عن طريق الصدفة، حيث يعرف النمط الثاني بالنمط الصامت فغالبا ما يشخص لما يصل المريض لمرحلة المضاعفات، وهذا يسلط الضوء على أهمية الفحوصات الدورية في الإفصاح عن هذا النوع من الأمراض، كما أن تعدد الأعراض وتنوعها واختلافها يدعم فكرة تبنينا المنظور الشمولي في هذا البحث ويبرر تعدد العوامل المساهمة في حدوث المرض خاصة وأنه ورغم التطور الكبير الذي عرفه المجال البحثي والطبي إلا أنهم لازالوا عاجزين عن حل لغز الإصابة، لذا حاولنا جمع عدد من العوامل التي يمكنها المساهمة في توليد المرض وهو ما سنوضحه من خلال العنصر الموالي.

10- عوامل الإصابة بداء السكري

فضلنا مصطلح عوامل على احتراما للمنظور البيو نفسي اجتماعي من جهة وكي نوضح أن وجود مجموعة من العوامل التي تتفاعل فيما بينها هو من يؤسس لظهور داء السكري وليس سبب واحد، بغية إسقاط مفهوم داء السكري على التعريف العام للصحة الذي يقر بأن الصحة والمرض يقعان ضمن المنظور الشمولي لا الخطي.

ومما لاشك فيه أن "الوراثة يمكن أن تلعبدورا ملحوظا بين جملة العوامل التي تؤخذ في الحسبان عند تشخيص داء السكري، حيث يرتفع احتمال الإصابة إلى 20% لدى الأبناء الذين يصاب أحد والديهم بداء السكري، بينما يرتفع إلى 100% لدى التوائم المتوافقة"[1].

يبدو لنا أن العامل الوراثي يمكن أن يساهم في حدوث المرض ذلك أن احتمال الإصابة يرتفع كلما ارتفع التاريخ العائلي للمصابين بداء السكري، ومع ذلك إلا أنه لا يمكننا الجزم بأنه العامل الوحيد والمسبب للمرض ذلك أنه يوجد عدد كبير من المصابين من ليس لديه تاريخ عائلي لداء السكري، إلا أنه يمكننا استغلال احتمالية تدخله في ظهور المرض وتوظيفها في تفعيل الأساليب والسبل الوقائية.

كما أن عامل السن يمكن أن يتدخل في سيرورة الإصابة بداء السكري حيث يظهر جليا تدخله في إحداث الفرق في الإصابة ببعض أنماطه كالفرق بين النمطين (1-2)، حيث يرى أندري وآخرون André et al.(2009) أن "احتمال الإصابة بالنمط الثاني يرتفع غالبا بعد سن الأربعين على العكس من النمط الأول الذي يكثر ظهوره قبل الثلاثينيات، وغالبا ما يتعزز ذلك باقترانه مع عوامل الخطر"[2]. ولعل السمنة تتربع على عرش عوامل الخطر كونها تفتح الباب للإصابة بالعديد من الأمراض المزمنة والخطيرة ومن ضمنها داء السكري. وهو ما أكده المرجع الوطني لتثقيف مرضى السكري(2011) بأن

[1] Rigaleau, V., Lang, J., &Gin, H, op cit, P 2.

[2] André, G., Hartmann, H. A., Jacqueminet, S., Bosquet, F., Masseboeuf, M., Halbron, N., &Sachon, C. *Guide pratique du diabete*. 4 ème Masson Editions. 2009. P 27.

"للسمنة علاقة وطيدة بداء السكري ذلك أن (80%إلى 90%) من المصابين بداء السكري يعانون من الوزن الزائد"[1].

كما لا يجب أن ننسى أن الإصابة المتكررة بالأمراض تعد عاملا مدعما للإصابة بأمراض أخرى من بينها داء السكري، وفي نفس السياق يشير أندري وآخرون (2009).André et al أن "احتمال الإصابة بداء السكري يرتفع لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم، الربو، والالتهابات الفيروسية المتكررة"[2]."كالحميراء، النكاف، الزكام"[3]. والتهاب الورك، وبعض الإنتانات التي تصيب الكبد والبنكرياس [4].

معنى ذلك أن داء السكري كغيره من الأمراض لذا يمكن أن يتأثر بالسوابق المرضية والإصابات التي تمس المناطق المسؤولة على حدوث السكري في الجسم، ولكنه عامل غير كافي لتفجير الإصابة كونه يمس المرضى بنسب متفاوتة وعلى مستويات مختلفة فلا يمكن الحديث عن هذا العامل إلا ضمن المنظور الشمولي.

---

[1] المرجع الوطني لتثقيف مرضى داء السكري.[مرجع حول داء السكري...].مطبوعات الإدارة السعودية العامة للأمراض الغير معدية.2011 . ص 27.

[2] André, G., Hartmann, H. A., Jacqueminet, S., Bosquet. Op cit, P 27.

[3] Lee, D. Virus et Diabète de Type 1, In Diabétologie Pédiatrique. Doin Edition. 1989. P 57.

[4] Michel, M. *Diabéte et rein*. Paris : Edition de Phase Aout.

Mills, C. W. (1943). The professional ideology of social pathologists. *American journal of sociology*, (49), 2005.

وبعد أن غيرت النظرة الحديثة للصحة التصور العام حول مدى تدخل العوامل النفسية في حدوث الأمراض المزمنة، أصبحنا الآن نسلم بتدخل العامل النفسي وبشكل كبير في حدوث الأمراض المزمنة وعلى رأسها داء السكري أو في تفاقم المرض والرفع من إمكانية حدوث المضاعفات.

وقد شاع في الآونة الأخيرة الحديث عن مصطلح مهم نال حقه بالبحث آنفا لكن دون وجود قرائن علمية مما أضعف مصداقيته ألا وهو الهشاشة النفسية، أما حاليا فقد ظهرت دلائل تبين تدخلها في الأمراض المزمنة وفي مقدمتها داء السكري انطلاقا من انعكاس العوامل النفسية على الجانب الجسدي، إذ يؤكد بيرجامين وآخرون Bergman et al (2004) أن الهشاشة النفسية متلازمة تتسم بالضعف الواضح في التعامل مع الضغوط الذي اقتُرن فيزيولوجيا مع قصور الاحتياطي الفيزيولوجي لعدة أنظمة كضعف نشاط الغدد الصماء، وقصور الجهاز المناعي والجهاز العصبي، وبذلك تضعف التركيبة الفيزيولوجية في التعامل مع الوضعيات الطارئة ما يفجر العديد من الأمراض المزمنة والمستعصية على غرار داء السكري السرطانات وأمراض القلب، غير أن هذه الهشاشة لا تعمل بمفردها بل تتطلب توفر العديد من العوامل الأخرى[1]. وهو ما قد يثمّن فكرة دور التفاعل بين العوامل البيو نفسية والاجتماعية في ظهور داء السكري أو التأثير على وتيرته وحدته، وبهذا الصدد يطرح فاريي Verrier (2003)مقاربة أكثر وضوحا حيث يعتقد أن داء السكري لا يمكن فهمه إلا ضمن النموذج البيو نفسي اجتماعي، ذلك أنه يحمل في طياته الشعور بالألم الذي ينجر بدوره عن عجز المريض عن التعامل الفعال مع الضغوط، وعدم قدرته على التعبير عن مشاعر الخوف، والإحباط، والقلق، وعدم قدرته على

[1] Bergman, H., Béland, F., Karunananthan, S., Hummel, S., Hogan, D., &Wolfson, C. Développement d'un cadre de travail pour l'initiative canadienne sur la fragilité et vieillissement. *Gérontologie et société. 27*(2), 2004. P 2-15.

بناء التعلق الآمن، كل هذه الأمور قد تشكل معاناة كبيرة لدى الفرد ما قد يشعره بالألم النفسي الذي يأخذ بعد عميق لدى الفرد كما أنه يخضع للتشفير الثقافي، ناهيك عن الأفكار والمعتقدات الخاطئة التي تصطدم مع الواقع ما يشعر الفرد بالمعاناة النفسية والألم النفسي الذي يضع الفرد تحت ضغط دائم، وهذا التعرض للضغط هو من يمكنه التأثير على عمليات الأيض، فقلب النظام الداخلي وزعزعته باستمرار قد يؤدي لعجز البنكرياس على مسايرة الاستثارة المستمرة ما قد يفجر داء السكري[1]. يمكننا القول إذا حاولنا تلخيص ما تم ذكره أن داء السكري قد يصيب الفرد الذي يعجز عن التفريغ عن انفعالاته السلبية والتعاطي مع المواقف بشكل مناسب ما قد يشعره بالضغط، ولعل استمرار التعرض للضغط قد ينعكس على صحة الفرد في حال تفاعل مع العديد من عوامل الخطر الأخرى كإتباع نمط حياه غير صحي مثلا، أو وجود عامل وراثي أو خلل جيني فإن هذه العوامل تعمل بشكل متناغم لتجهيز الأرضية الصلبة التي يبنى عليها داء السكري أو مضاعفاته، ولعل ما قد يعزز فكرتنا هو وجود بعض الأنواع من داء السكري (النمط الثاني) التي يفصح ظهورها عن سنين عديدة من تشكُّل المرض.

وعلى ذكر الضغط قد يعدُّ التعرض للضغط النفسي من أهم العوامل التي من شأنها التأثير على الراشدين المصابين بداء السكري سواء من حيث مساهمته في حدوث المرض أو ظهور التعقيدات، ففي ذات السياق يشير مفتاح(2010) أن هذا التأثير يمكن أن يحدث بطريقتين وهما:

أ- **التأثير المباشر:** حيث يزيد التوتر الناجم عن تعرض الفرد للضغوط من تنبيه الجملة العصبية الودية لغدة الكظر وهو ما يطلق العنان لهرمونات الكاتيكولامين والكورتيزول كي تجري في

[1] Verrier, P. Docteur ce n'est pas dans ma tête j'ai vraiment mal. *Le médecin de Québec*,*38*(6), .2003 P 53-60.

الدم، وهو ما يمنع إفراز الأنسولين كما يحرر الغلوكوجين من الخلايا مما يرفع من مستوى الغلوكوز في الدم.

ب-**التأثير غير المباشر**: ويتجلى في أن الضغط يحول في كثير من الأحيان دون امتثال المريض للنظم والبرامج العلاجية، كأن يأكل مريض السكري أكثر من المعتاد عند تعرضه للضغوط كما قد يتناول أطعمة غير ملائمة للحمية، كما يمكن أن ينسى تناول الأدوية أيضا[1].

يبدو لنا أن عامل الضغط يمكن أن يولد أو يصاحب داء السكري، كما أن إصابة الراشد بداء السكري لوحدها قد تعتبر عاملا ضاغطا بالنسبة للمريض، كونها تفرض عليه التخلي عن عادات وممارسات اعتاد عليها لفترة طويلة، ويبدو أن للضغط النفسي ارتباط وثيق بتحفيز الجهاز الودي على إفراز مضادات الأنسولين مما يولد نوبات السكري، كما أن التعرض للوضعيات الضاغطة والتي تفوق قدرة الراشد المصاب بداء السكري خاصة وكل المصابين به عامة على التحمل، من شأنها إخراج المريض من دائرة قدراته الطبيعية على المواجهة والسيطرة وهو ما قد يحول دون امتثاله العلاجي خاصة وأن هذا الأخير يعتمد في شق كبير منه على دور المريض وقدرته على مواجهة المرض، وهو ما يسلط الضوء على الجانب النفسي الذي لا يجوز إغفاله عند التعامل مع المصابين بالأمراض المزمنة خاصة السكري.

ولقد حاول أندري وآخرون(2009).André et al وزملاؤه تصنيف كل هذه العوامل تحت اسم عوامل الخطر المرتبطة بداء السكري، والتي تتمثل حسبهم في الإصابة بالاضطرابات القلبية الوعائية،

---

[1] مفتاح محمد عبد العزيز، *مقدمة في علم النفس الصحة مفاهيم-نظريات- نماذج دراسات*. دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع. 2010.

أمراض الكلى، مختلف الإصابات التي تمس البنكرياس، اضطرابات الغدد المخلفة للاختلالات الهرمونية، السمنة، الجسم على شكل تفاحة والذي يعكس تراكم الدهون منطقة الخصر وهو دليل على إتباع نظام غذائي غير صحي، الاستعداد الوراثي المرتبط بالتعرض للضغوط، الإصابات القبلية بالسكري كالسكر الحملي والارتفاع الغير مبرر لنسب الغلوكوز في الدم والتي لا يمكنها الإعلان عن الإصابة بداء السكري، الانتماء العرقي إذ يكثر انتشاره لدى الأسيويين والأفارقة وسكان أمريكا اللاتينية، التدخين وتعاطي الكحول والمخدرات، تناول الأدوية، وقلة النشاط الحركي[1].

من جهتنا نرى أن داء السكري هو نتاج لتراكمات تعكس تفاعل العوامل السابقة الذكر في سياق نسقي شمولي، وهذه العوامل حتى وإن لم تساهم بالشكل المباشر في ظهور المرض ولكن يمكنها الرفع من التعقيدات والتسريع من وتيرتها، وعلى هذا الأساس لا بد من التعامل مع المصابين بداء السكري عامة والراشدين منهم خاصة مع تضمين كل هذه العوامل فاستقرار الحالة الصحية للمريض والرفع من قدرته على إدارة مرضه يقتضي عدم إهمال أي عامل منها، خاصة إذا علمنا أن مضاعفات السكري لوحدها يمكن أن تكون أخطر من المرض بحد ذاته وهو ما سنتطرق إليه لاحقا.

11- مضاعفات داء السكري

تعتبر المضاعفات نتاجا للآثار الوخيمة التي يتركها المرض في المريض، وكما سبق الذكر فإن مضاعفات داء السكري تشكل نوعا آخر من الخطورة، لهذا نسعى من خلال هذا البحث توضيح مكانة الامتثال العلاجي بالنسبة للمريض بغية التقليل من المضاعفات أو التخفيف من وتيرتها السريعة.

[1] André, G., Hartmann, H. A., Jacqueminet, S., Bosquet. Op cit.

لعل من أهم ما يجب ذكره هو أن المضاعفات لدى المصابين بالنمط الأول لا تحدث قبل 5 سنوات من الإصابة، بينما قد تكون أول ما يمكن ملاحظته لدى المصابين بالنمط الثاني نظرا للطبيعة الصامتة والتطورية لهذا النوع[1]. ومن بين المضاعفات المبكرة الحدوث نذكر لإصابة الأعصاب التي قد تحدث إما نتيجة لنقص الدم في الشرايين الدقيقة التي تغذي الأعصاب فينتج عنها تصلب الشرايين وإصابة الأعصاب، أو بسبب تراكم الغلوكوز على مستوى الخلايا فيتسبب بتلفها،وهو ما يتسبب بفقدان الإحساس بالأطراف خاصة الأرجل[2]..وتعتبر إصابات الأعصاب جد خطيرة كونها تنتشر على جميع أنحاء الجسم وبالتالي يمكن لأي منطقة منه أن يلحقها الضرر بسبب تلف الأعصاب المسؤولة عنها وتصلبها، كما "قد يصاب المريض باعتلال شبكية العين الذي يتم اكتشافه من خلال فحص قاعدة العين، ويحدث الخلل في الشبكية بسبب تلف الأوعية الدموية مما يولد نزيف في مختلف أجزاء العين، مما يخلف ضعف النظر"[3]. ونظرا لشيوع القدم السكري (عبارة عن إصابة في القدم بسبب سوء جريان الدم الناتج عن السكريوالتي تولد إنتانات وتعفنات وغالبا مايتم بترها) بين المصابين بداء السكري فكثيرا ما يشدد المعالج على رعايتها خاصة وأن إصابتها غالبا ما تؤول للبتر، وحسب صحيفة سكري التبت Diabete du Québec [DQ](2005) فإنه وفي "كل 30 ثانية يتم بتر رجل شخص واحد في العالم بسبب الإصابة بداء

---

[1] Benmohammed, op cit.

[2] الحميد، محمد بن سعد.*السكري أسبابه علاجه*. دواوين الرياض. 2007.

[3] Haute Autorité de Santé. (2014). *Diabète de l'adulte type 2*. Guide parcours de soins. 2014. P 27.

السكري، ومع ذلك فإن 85% من الحالات يمكن تفاديها في حال إتباع الإرشادات الوقائية"[1]. هي أرقام تنذر بالخطر وتسلط الضوء على أهمية الممارسات الصحية والامتثال العلاجي في العلاج وتجنب المضاعفات.

ربما الهيبوغليسيميا المتمثلة في هبوط حاد لمستوى الغلوكوز في الدم بين (20–50ملغ/ل)، التي تتمثل أعراضها في الرعشة، الصداع، الجوع الشديد ، الدوخة والإرهاق، التعرق الغزير وزغللة البصر، غيبوبة وفقدان الوعي[2]. تمثل تهديدا كبيرا للمصابين بداء السكري كغيرها من المضاعفات السابقة الذكر ولكن الأدهى هو أنها تؤدي للغيبوبة، كما لا يفوتنا ذكر"الغيبوبة الكيتونية الناتجة عن الارتفاع الغير طبيعي والحاد لمستوى الغلوكوز الذي يتمظهر في فقدان المريض للوعي، وهي اضطراب استقلابي يمكن أن يؤدي للوفاة في حال تأخر العلاج"[3].

مما لا شك فيه أن الكليتين تتدخلا بشكل واضح في داء السكري ويظهر هذا جليا من خلال بعض الأعراض كسلس البول، حيث أن عجز الكلى عن تأدية دورها بالشكل الصحيح يؤدي إلى تراكم الفضلات في الجسم، فيتسبب هذا في احتباس السوائل ويختل التوازن الكيميائي وهو ما يعرف باعتلال الكلى السكري، وغالبا ما يكتشف في المراحل المتأخرة كما قد يؤدي إلى التهاب المثانة والمسالك البولية وقد يصل حتى للقصور الكلوي، ولكن يمكن التقليل من مخاطر المضاعفات على مستوى الكلى بالعدول عن التدخين، تبني نمط حياة صحي، مع القيام

[1] Diabete Quebec. *Pour la vie depuis 50ans*. 2005.Novembre20. P 1.

[2] المرجع الوطني لتثقيف مرضى السكري، مرجع سابق.

[3] André, G., Hartmann, H. A., Jacqueminet, S., et al, op cit, P 145.

بالفحوصات الدورية للكلى وضغط الدم[1]. وبما أن الأوعية الدموية هي المسار الطبيعي للدم وللغلوكوز فمن البديهي أن أي خلل فيه يمكن أن يؤثر على هذا المسار، لذلك عادة ما يشكو المصاب بداء السكري من تسارع دقات قلبه في فترات الراحة وهذا راجع لتصلب الأعصاب المتحكمة في الحركات اللاإرادية القلبية والتي قد تكون سبب في 15%–53% من حالات الوفاة، وبما أن داء السكري يمكن أن يتسبب في تصلب الشرايين فقد تظهر الجلطات الدماغية والقلبية تبعا لذلك، حيث أن 60% من حالات الوفاة بين مرضى السكري تعزى إلى الجلطة القلبية و15 %من حالات الوفاة كانت بسبب الجلطة الدماغية[2].

بناءا على ما تم ذكره يتضح لنا أن داء السكري مرض مزدوج الخطورة، ويتجسد ذلك من خلال حدة أعراضه وشدة وخطورة مضاعفاته والتي يبدو لنا أنه يمكننا تصنيفها إلى مضاعفات قصيرة المدى كغيبوبة الهيبوجليسيميا والغيبوبة الكيتونية والتي قد تؤدي للوفاة، ومضاعفات مزمنة قد تتسبب في ظهور أمراض مزمنة والتي غالبا ما تصل للإعاقة كالعمى السكري، بتر القدم السكري، القصور الكلوي وغيرها، ولكن ما لاحظناه أن التدخل المبكر والامتثال للعلاج يمكنه التقليص وبشكل كبير من حدة المضاعفات كما قد يساعد على التأخير من ظهورها وعرقلة الإيقاع المتسارع لوتيرتها.

---

[1] Australian Diabetes Council. *Diabetes : What you need to know*. National diabetes service scheme.2012 .

[2] الحميد، مرجع سابق.

خلاصة الفصل

استنادا لما جاء في الفصل الخاص بداء السكري، تتجلى لنا خطورته خاصة من حيث مضاعفاته التي تمثل تهديدات كبرى لصحة المريض، ما قد يجعل الامتثال العلاجي لدى المصابين به عامة والراشدين منهم خاصة سبيلا لا مناص منه للظفر بحالة صحية مستقرة حتى مع وجود المرض، ولعل ما يضاعف خطورة داء السكري هو تعدد العوامل المؤدية إليه ما يدفع بمصمم الخطة العلاجية للراشد المصاب بداء السكري إلى مسايرتها، وهو ما نرمي إليه من خلال تناولنا لمفهوم الامتثال العلاجي ضمن قالب شمولي يرتكز أساسا على دور المريض في التحكم في صحته من خلال بحث العلاقة بين مركز التحكم الصحي والامتثال للعلاج مستعينا في ذلك بالسند الاجتماعي المدرك الذي يتلقاه هذا الأخير من محيطه، وسيتم تفكيك رموز هذه المعادلة والتأكد من صحة هذه العلاقة الثلاثية أو وقع الأثر الثنائي القطب(مركز التحكم الصحي–السند الاجتماعي المدرك) على الامتثال العلاجي من خلال الفصل الخاص بعرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضيات.

الجانب الميداني

الفصل السادس

الاجراءات المنهجية

تمهيد

بعد أن تطرقنا في الفصول السابقة من الجانب النظري إلى إشكالية البحث والمحطات الفكرية والمعلوماتية المتعلقة بمتغيراتها، تأتي اللبنة الأساسية التي تمثل حجر الأساس لبحثنا ألا وهي الجانب التطبيقي المكمل للجانب النظري، تشغل الدراسة الميدانية حيزا كبيرا من الأهمية إذ يتم فيها استثمار المكتسبات النظرية وتحويل معطياتها الخام إلى معطيات كمية بغية تحقيق أهداف الدراسة التي تتجسد من خلال دراسة فروضها، وهو ما قد يؤسس للقيمة العلمية لنتائجها.

على هذا الأساس سنتطرق في هذا الفصل إلى الإجراءات المنهجية، التي تضم كل من الدراسة الاستطلاعية، أهدافها وأوجه الاستفادة منها، المنهج المتبع في الدراسة، المجتمع الأصلي للدراسة، عينة الدراسة وكذا طريقة اختيارها وخصائصها، كما سنعرض الأدوات المعتمدة لجمع البيانات وظروف تطبيقها، ليختتم الفصل في الأخير بالإشارة إلى الأساليب الإحصائية الملائمة لاختبار صحة الفرضيات.

1- منهج الدراسة

يعد المنهج الأساس العلمي والموضوعي المتبع من طرف الباحث، وهو ما يعكس أسلوب تنظيمه لأفكاره وتحليلها وعرضها بغية تمحيص الغموض عن الظاهرة قيد الدراسة. وبما أن طبيعة الموضوع هي الفيصل في تبني المنهج، وكوننا نرمي من خلال البحث الحالي إلى توضيح طبيعة العلاقة القائمة بين الامتثال العلاجي وكل من مركز التحكم الصحي، والسند الاجتماعي المدرك، فإن هذا يلزمنا بتبني المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والسببي المقارن، الذي يتطلب وفق جابر(1993) أن

جمع البيانات واختبار الفروض في سبيل إثبات أوصاف الظواهر كما تبدو عليه[1]. إذ يعتمد المنهج الوصفي على وصف السمة ودراستها بموضوعية وحيادية كما هي في الواقع دون أي تدخل من الباحث، بغية التزود بالوصف الكمي للظواهر كما يمكنه تقديم وصف كيفي يعكس مميزات وخصائص السمة المدروسة، وهو ما يجعل الدراسات الوصفية دراسات مسحية آنية تتناول الظاهرة بظروفها التي تكون عليها وقت إجراء الدراسة.

استنادا لما تم ذكره يتضح لنا أن المنهج الوصفي يدرس متغيرات الدراسة كما هي لدى أفراد العينة بظروفها وخصائصها مع عزل دور الباحث في إحداث أي تعديل أو ضبط لهته المتغيرات، وهو ما يجعل بحثنا يندرج ضمن البحوث الوصفية التي تخضعها لوصف وتحليل مكوناتها كما هي عليه في أرض الواقع.

2- الدراسة الاستطلاعية

تعتبر الدراسة الاستطلاعية المحطة الأولى التي يلامس فيها الباحث ميدان دراسته، بغية التعرف عليه وجمع المعلومات حول كل الظروف والإمكانيات وكذا الصعوبات المتعلقة ببحثه، كما تمكنه من بناء تصور واضح عن الفرضيات الممكن صياغتها بناءا على أهدافه المسطرة في البحث، إضافة إلى الكشف والتحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات المستعملة فيه، مما يرشحها لتكون المعبر الرئيسي لنجاح البحث. وقد سعينا من خلال الدراسة الاستطلاعية إلى تحقيق الغايات التالية:

[1] جابرعبد الحميد جابر *مهارات البحث التربوي*. دار النهضة العربية. 1993.

1- التعرف على الميدان كخطوة منهجية كان لابد علينا من إجراء الدراسة الاستطلاعية بغية التحقق من إمكانية الوصول إلى العينة بالشكل الذي يسمح لنا بإجراء الدراسة الأساسية.

2- بناء مقياس الامتثال العلاجي لمرضى السكري قمنا ببناء مقياس الامتثال العلاجي وصياغة بنوده كي تتماشى مع خصائص الفئة قيد الدراسة، كما مكننا الاحتكاك المباشر بالمرضى من التعرف على بعض الخصائص والاعتقادات والسلوكيات التي يعزو إليها معظم المرضى امتثالهم للعلاج من عدمه كالعلاقة (معالج متعالج)، الظروف الاجتماعية والاقتصادية وكذا محصلة إدراكهم للسند الذي يحصلون عليه من المحيطين بهم وكذا ما يعتقدونه حول المرض وعملية العلاج. كما مكنتنا الدراسة الاستطلاعية من استشارة الممارسين في الميدان من أطباء، أخصائيين نفسانيين، وحتى ممرضين، حول العناصر الواجب أخذها بعين الاعتبار في بناء الخطة العلاجية للراشدين المصابين بداء السكري.

3-التحقق من الخصائص السيكو مترية لأدوات الدراسة تجسدت هذه الخطوة في توزيع مقياس الامتثال العلاجي المعد من في البحث الحالي، ومقياس مركز التحكم الصحي، وكذا مقياس السند الاجتماعي المدرك على مجموعة من المرضى (الراشدين المصابين بداء السكري).

4-تقييم أدوات الدراسة من حيث مدى وضوح البنود وتعليناتها وسهولة فهمها من طرف أفراد العينة.

3. مجموعة الدراسة الاستطلاعية

اشتملت دراستنا الاستطلاعية على عينة مكونة 68 راشد مصاب بداء السكري ومن الجنسين تراوحت أعمارهم بين 28 سنة و49 سنة.

3- الحدود الزمانية والمكانية للبحث

تتمثل في الظروف التي أجري فيها البحث والتي لخصناها في العناصر الآتية:

1. **المجال الزماني** امتدت فترة انجاز البحث الحالي من 19 إلى جانفي 2020.
2. **المجال المكاني** نظرا للعوامل السابقة الذكر فقد حاولنا في بحثنا عن عينة البحث عدم التقيد بمؤسسة واحدة، لذلك تربع المجال المكاني لبحثنا على كل من مستشفى ابراهيم بن عبد الله تريشين بالبليدة، وكذا العقون يوسف المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالبليدة، والعيادة الخاصة للسكري والطب الباطني وأمراض الغدد للدكتور عبد الحفيظ بطاش بدائرة القليعة ولاية تيبازة.

4- المعاينـة نعني بالمعاينة النسق الذي يضم كل الظروف المرتبطة بالعينة بما في ذلك مجتمع البحث.

1. مجتمع البحث

يقصد به المجتمع الأصلي الذي يضم كل مفردات الظواهر المراد دراستها، والذي تجسد في البحث الحالي في كل الراشدين المشخصين بالإصابة بداء السكري عبر الوطن.

2. عينة البحث

تمثل العينة المفردة الإحصائية الممثلة للمجتمع الأصلي تمثيلا صحيحا من حيث الخصائص والظروف، كونها تشكل مجتمع الدراسة الذي يعتبر جزء من المجتمع الأصلي للدراسة، وتختلف أساليب اختيارها باختلاف طبيعة كل بحث وهدفه.

أما بالنسبة لعينة البحث الأساسية فقد تألفت من 150 راشد(من الجنسين) مصاب بداء السكري من المجال المكاني الذي سبقت الإشارة إليه، إلا أننا قمنا بإلغاء 17 استمارة لاحتوائها أخطاء ونقائص في الإجابة كالإجابة على بند واحد بأكثر من اختيار، أوتجاوز خانة البيانات الشخصية، وإغفال بعض البنود، لذا تم الإبقاء على 133 حالة تراوحت أعمارهم بين 28 و40سنة.

وقد تم اختيارهم بطريقة قصدية، ذلك أن عينة بحثنا هي عينة مرضية وبما أن اختيار العينة مرهون لحد كبير بطبيعة الدراسة وأغراض البحث، فكان من غير الممكن اختيارها دون اللجوء إلى المعلومات الطبية المتعلقة بحالتهم الصحية إذ قمنا باختيار الراشدين المصابين بداء السكري، من المجال الأساسي الذي يشمل كل المصابين بداء السكري. وهو ما يؤكده الزراد (1984) إذ يرى أنه يتم انتقاء أفراد العينة القصدية بشكل مقصود من قبل الباحث ويحدد الخصائص المرجوة في الأفراد المراد العمل معهم دون غيرهم، لكون تلك الخصائص من الأمور الهامة في دراسته[1]. وهو النهج الذي اتبعناه في البحث الحالي.

5-خصائص العينة

بناءا على المعايير السابقة الذكر اختيرت عينة بحثنا بطريقة قصدية ووفقا لمقتضيات موضوع الدراسة، وتمثلت عينة البحث الحالي في 133 راشد مصاب بداء السكري، وسنورد أهم الخصائص المميزة لها في العرض الموالي.

[1] الزراد فيصل محمد خير، *الأمراض النفسية الجسدية، أمراض العصر*.ط2. دار النفائس. 2009.

5-1 توزيع أفراد العينة حسب السن

يمتد سن أفراد عينة بحثنا من 28 سنة إلى 40 سنة كأكبر سن وهو ما سيتضح أكثر من خلال عرضنا للجدول الموالي.

جدول رقم (8): يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن.

السن	عدد المصابين بالسكري	النسبة المئوية
30-28	39	%29
33-31	17	%13
36-34	7	%5
40-37	70	%53
المجموع	133	%100

يتبين لنا من خلال الجدول الموضح أعلاه أن الراشدون المصابون بداء السكري يتراوح سنهم من 28 سنة إلى 40 سنة موزعين بذلك ضمن أربعة مجموعات، حيث قدر عددهم في المجموعة الأولى والتي تضم فئة 28 سنة إلى 30 سنة ب: 39 فرد ويمثلون نسبة 29%، وبالنسبة للمجموعة التي تضم الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 31 سنة و33 سنة فقد بلغ عددهم 17 فرد مشكلين بذلك نسبة 13% من عينة بحثنا، بينما بلغ عدد الراشدون المصابون بداء السكري المندرجون في المجموعة الثالثة التي تحوي الفئات العمرية من 34 إلى 36 سنة 7 راشدين ممثلين 7% من جل الراشدين المصابين

بداء السكري هذا البحث، أخيرا وليس بآخر احتوت مجموعة الفئات العمرية التي تتراوح بين 37 سنة إلى 40 على 70 فرد وبلغت نسبتهم 53% من المجموع الكلي لأفراد العينة وبذلك يمثلون الأغلبية.

5-2 توزيع أفراد العينة حسب الجنس

يتوزع أفراد عينة بحثنا حسب عامل الجنس مثلما سنورده في الجدول رقم (9).

جدول رقم(9): يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكور	**62**	**%47**
إناث	**71**	**%53**
المجموع	**133**	**%100**

يتبين لنا من خلال استقراء النتائج التي تم عرضها في الجدول أعلاه أن الإناث يتصدرون قائمة أفراد عينتنا بنسبة مئوية قدرت ب: 53% ممثلة بذلك 71 راشدة مصابة بداء السكري، ليليها الذكور الذين قدر عددهم ب:62 راشد بداء السكري بنسبة 47%.

5-3 توزيع العينة حسب مدة الإصابة

نظرا لطبيعة داء السكري ووجود بعض الأنواع التي قد تكون مؤقتة كداء السكر الحملي وبعض نوبات السكري التي ترجع لاضطرابات أخرى، ارتأينا تحديد أدنى مدة للإصابة بسنة واحدة كي نكون متأكدين من الإصابة، وتتوزع عينة بحثنا تبعا لعامل السن على النحو التالي:

جدول رقم(10): يوضح توزيع أفراد العينة تبعا لمدة الإصابة.

مدة الاصابة	التكرار	النسبة المئوية
قصيرة من1إلى3 سنوات	39	%29
متوسطة من 4 إلى 7 سنوات	45	%34
طويلة من8 سنوات فما فوق	49	%36
المجموع	133	%100

يبين الجدول أعلاه توزيع العينة وفق مدة الإصابة التي قسمت بدورها على ثلاثة فئات، فئة مدة الإصابة القصيرة من سنة إلى ثلاث سنوات وتضم 39 راشد مصاب بداء السكري وهم يمثلون 29% من حجم العينة الإجمالي، بينما حظيت فئة مدة الإصابة المتوسطة التي تمتد من أربعة سنوات إلى سبعة سنوات ب: 45 راشد مصاب بداء السكري وهم يشكلون 34% من القيمة الكلية لعينة بحثنا، في حين اندرج 49 راشد مصاب بداء السكري ضمن فئة مدة الإصابة الطويلة المدى التي حدد أدنى حد لها بثمانية.

5-4 توزيع أفراد العينة حسب نوع العلاج

يقع نوع العلاج المعتمد لدى الراشد المصاب بداء السكري على أهمية بالغة كونه يعكس لنا نوع السكري، وهو ما جهلنا نهتم بتوضيحه من خلال العرض الموالي.

جدول رقم (11): يوضح توزيع أفراد العينة وفق عامل نوع العلاج.

نوع العلاج	التكرار	النسبة المئوية
علاج معتمد على الأنسولين	54	%41
علاج معتمد على الأقراص	79	%59
المجموع	133	%100

يوضح لنا الجدول رقم(11): أن العينة شملت كل من المعتمدين على العلاج بالأقراص ويمثلون 41% من عينة بحثنا وهي نسبة تغطي 54 راشد مصاب بداء السكري، في حين اكتسح الراشدون المصابون بداء السكري المعتمدون على العلاج بالأنسولين النسبة الكبرى والتي قدرت ب: 59% وهي نسبة تعكس 79 فرد من أفراد عينتنا.

5-5 توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

يعتبر المستوى التعليمي عاملا مهما كونه قد يساعد الفرد على تبني السلوكيات الصحية التي تندرج ضمن الامتثال العلاجي، وبالنسبة للمستوى التعليمي الخاص بعينة بحثنا فقد صنفنا آنفا أفراد العينة الذين ينحدرون من المستوى الابتدائي ومن التعليم المتوسط غير الحاصلين على شهادة التعليم المتوسط ضمن المستوى الضعيف، بينما احتوى المستوى المتوسط على الأفراد الذين الحاصلين على شهادة التعليم المتوسط والذين ينحدرون من المستوى الثانوي الغير حاصلين على شهادة البكالوريا، في حين تألف المستوى المرتفع من الأفراد الحاصلين على شهادة البكالوريا والجامعيين،وسيتكفل الجدول الموالي بتوضيحه بشكل أفضل.

جدول رقم(12): يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.

المستوى	التكرار	النسبة المئوية
ضعيف	27	%20
متوسط	87	%65
مرتفع	19	%15
المجموع	133	%100

يتضح لنا جليا من خلال ما تم عرضه في الجدول رقم (12) أن المستوى التعليمي لدى عينة بحثنا مصنف ضمن ثلاثة فئات، وعلى هذا الأساس تبين لنا أن معظم أفراد عينة بحثنا يتميزون بمستوى تعليمي متوسط كونهم يشكلون نسبة 65% من أفراد العينة ليليهم أصحاب المستوى الضعيف ب: 20% فالمرتفع بنسبة 15%.

6-5 توزيع أفراد العينة تبعا للحالة الاجتماعية

نقصد بالحالة الاجتماعية تصنيف الراشدون المصابون بداء السكري ضمن أربعة فئات وهي على التوالي أعزب، متزوج، مطلق، أرمل، وهو ما سنعرضه في الجدول الموالي:

جدول رقم(13): يوضح توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية.

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة المئوية
أعزب	18	%14

متزوج	92	%69
مطلق	17	%13
أرمل	6	%4
المجموع	133	%100

يوضح لنا الجدول أعلاه أن المتزوجون يمثلون الأغلبية الساحقة من عينة بحثنا كونهم يمثلون نسبة 69%، ليليهم العزاب بنسبة 14%، فالمطلقون بنسبة 13%، بينما يمثل الأرامل الأقلية بنسبة 4%.

5-7 توزيع أفراد العينة تبعا لطبيعة الأسر التي ينتمون إليها

حاولنا البحث عن طبيعة الانتماء الأسري اعتقادا منا أنه قد يتدخل بشكل أو بآخر في الامتثال العلاجي وعلاقته بمتغيرات بحثنا الحالي، وهو ما سنعرضه في الجدول التالي:

جدول رقم(14): يوضح توزيع أفراد العينة تبعا لطبيعة أسرهم.

طبيعة الأسرة	**التكرار**	**العدد**
نووية	111	%83
ممتدة	22	%17
المجموع	133	%100

نستنتج من خلال ما عرض في الجدول أعلاه أن معظم أفراد عينة بحثنا ينحدرون من أسر نووية، كونهم يمثلون83% من العينة، بينما تمثل 17% الباقية نسبة الراشدون المصابون بداء السكري الذين ينحدرون من أسر ممتدة.

6- أدوات البحث

في سبيل تحقيق أهداف البحث الحالي، واختبار صحة فروضه لجأنا إلى اعتماد الأدوات التالية:

1. مقياس الامتثال العلاجي للراشدين المصابين بداء السكري والذي قمنا ببنائه في هذا البحث.
2. مقياس مركز التحكم الصحي المعد من طرف والستون وآخرون Wallston et al.(1976- 1978) المعرب من طرف جبالي (2007).
3. مقياس السند الاجتماعي المدرك لسارازون وآخرون Sarason et al.(1983)، المعرب والمكيف والمقنن على البيئة العربية من طرف الشناوي وأبو بيه (1990).
4. استمارة البيانات الشخصية لتحديد بعض الخصائص عن العينة كالحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي.

6-1مقياس الامتثال العلاجي للراشد المصاب بداء السكري

اعتمدنا في قياسنا للامتثال العلاجي على مقياس قمنا ببنائه في هذا البحث وهو ما سنتطرق إليه بنوع من التفصيل.

أ- **بناؤه:** هو مقياس معد في البحث الحالي ليقيس مستوى امتثال الراشد المصاب بداء السكري للعلاج، حيث يمثل سلما تقديريا لتقييم سلوك الامتثال العلاجي لدى الراشدين المصابين بداء

السكري، يتم تطبيقه من خلال إجراء مقابلة تمهيدية تدوم حوالي 15 دقيقة يُشرح فيها بعناية المطلوب من المريض.

تم بناؤه بعد الاطلاع على العديد من الدراسات المشكلة للتراث العلمي المتعلق بالسمة قيد الدراسة والقياس، واعتمدنا في ذلك على قائمة محددات الامتثال العلاجي الخمسة السابقة الذكر والتي وضعتها منظمة الصحة العالمية (2003–2018) WHOتوصيات منظمة الصحة العالمية حول شروط التربية العلاجية للمصابين بالأمراض المزمنة التي ترى أن أي علاج لا ينجح دون إقحام المرض والمحيطين به إضافة إلى تعليماتها حول الخطة العلاجية للمصابين بداء السكري عامة وللراشد المصاب بداء السكري خاصة، مع الارتكاز على مقياس الامتثال العلاجي لفرانسوا وآخرون (1999).François et al،وعلى استبيان الامتثال العلاجي ل: قارة (2016)، وكذلك بعد الاحتكاك المباشر مع الراشدين المصابين بداء السكري من خلال محاولتنا لحصر أهم النقاط التي يعتبرونها مدعمة لامتثالهم للعلاج من عدمه.

كل هذه المعطيات مكنتنا من صياغة أبعاده الثمانية، حيث يقيس كل بعد جانب معين من جوانب سلوك الامتثال العلاجي للراشدين المصابين بداء السكري، وسنعرضها بنوع من التفصيل فيما يلي:

1. **بعد المرض:** هوعبارة عن مجموعة من البنود تعكس ما يعرفه المريض حول مرضه، وكل ما يدركه وما يتصوره حياله من حيث مستوى الخطورة والتعايش والتقبل.
2. **بعد العلاج:** يمثل مجموعة من البنود تعكس لنا ما يتصوره المريض وما يشعر به تجاه عملية

العلاج، من حيث أهميتها وضرورتها ومستوى تقيده والتزامه بمتطلبات العلاج.

3. **بعد تعديل نمط الحياة:** عبارة عن مجموعة من البنود تكشف ما يعرفه المريض حول تعديل نمط حياته، كقيامه بالحمية والرياضة وأن يحاول بناء ظروف حياتية تتلاءم ومرضه وهذا من كل النواحي.
4. **بعد الفحوصات الدورية والمتابعة الطبية:** هوجملة البنود التي تفصح عن مدى تقيد المريض بالفحوصات والإجراءات الطبية الدورية التي يتطلبها مرضه.
5. **بعد المراقبة الذاتية:** يتجلى في جملة البنود التي من شأنها تزويدنا بكل ما يعرفه المريض حول إدارة مرضه، وهو ما يكشف لنا إن كان يتمتع بالاستقلالية في التعايش مع مرضه أم لا.
6. **بعد العلاقة (معالج–متعالج):** هو البنود تلخص لنا ما يعرفه المريض حول علاقته بمعالجه، وهل يقيمها بالسلب أم بالإيجاب.
7. **بعد إدراك السند الاجتماعي:** يحوي البنود التي تكشف لنا كل ما يتصوره و يدركه المريض حول المساعدات التي يحصل عليها من علاقاته أو الشبكة الاجتماعية المحيطة به كالأسرة والرفاق حول ما إذا كنت تدعمه بالقدر الكافي لمواجهة مرضه والامتثال لعلاجه أم لا.
8. **بعد الظروف البيئية:**هو جملة من البنود تعكس لنا المستوى الاجتماعي، الاقتصادي وحتى معايير البيئة الثقافية للمريض، بحيث يمكننا من معرفة ما إذا كانت البيئة الخاصة بالمريض هي من تشجع على الامتثال العلاجي أم تحول دون تفعيله.

ب-تصحيحه:

يحوي المقياس في صورته النهائية 69 بند مصنفة ضمن الأبعاد السابقة الذكر، كما يضم عبارات سالبة وعبارات موجبة، وهو ما سيتوضح من خلال عرض التنقيط الذي سنورده على النحو التالي:

1. **البعد الأول:** ويضم ثمانية بنود. موجبة 2-4-8، السالبة: 1-3-5-6-7.
2. **البعد الثاني:** ويضم تسعة بنود.الموجبة1-4-7-9، السالبة: 2-3-5-6-8
3. **البعد الثالث:** ويضم سبعة بنود.الموجبة: 1-3-5-6، السالبة: 2-4-7.
4. **البعد الرابع:** ويضم سبعة بنود.الموجبة: 1-2-3-7، السالبة: 4-5-6-
5. **البعد الخامس:** ويضم سبعة بنود.الموجبة: 1-3-4-5-6-7، السالبة: 2.
6. **البعد السادس:** ويضم أحد عشر بند.الموجبة: 1-3-5-6-9-10-11.
7. **البعد السابع:** ويضم عشرة بنود.1-2-3-4-5-6-8-9-10، السالبة: 7.
8. **البعد الثامن:** ويضم عشرة بنود.الموجبة: 7، السالبة: 1-2-3-4-5-6-8-9-10.

يحتوي المقياس على أربعة بدائل وهي على التوالي: (دائما- أحيانا- نادرا-أبدا)، ويتم تنقيط العبارات الموجبة بالشكل التالي: دائما4- أحيانا3-نادرا2-أبدا1، أما العبارات السالبة فيتم تنقيطها كما يلي: دائما1، أحيانا2، نادرا3، أبدا4.

6-2 مقياس مركز التحكم الصحي

اعتمدنا في قياس سمة مركز التحكم الصحي على مقياس التحكم النوعي في المجال الصحي لوالستون وزملاؤه (1976-1978).Wallston et al، المعرب والمكيف على البيئة الجزائية من طرف جبالي (2007)، وسنصفه بنوع من التفصيل في العرض الآتي:

أ- **بناؤه: تم بناء المقياس من طرف** والستون وآخرون(1976-1978).Wallston et al، ولأن التكييف من أهم المحطات المنهجية التي من شأنها ضمان صلاحية الأدوات، فقد قام جبالي نور الدين من جامعة باتنة- الجزائر عام 2007 بتعريبه ومن ثمة تكييفه بما يتماشى مع بنود البيئة الاجتماعية والثقافية للمجتمع الجزائري.

يهدف مقياس مركز التحكم الصحي إلى التعرف على معتقدات الفرد ومدركاته وتصوراته حول كل ما يتحكم بصحته، وعلى هذا الأساس وضعت ثلاث أبعاد للمقياس وهي:

1. **بعد التحكم الصحي الداخلي** : ويرمز له ب: (IHLC) ويضم مجموعة من البنود تكشف عن مدى اعتقاد الفرد في قدرته على التحكم في صحته وضب كل الظروف والنتائج المرتبطة بها.
2. **بعد التحكم الصحي الخارجي لذوي النفوذ والآخرون:** ويرمز له ب: (PHLC) ويعكس مجموعة العبارات التي تفصح عن مدى اعتقاد الفرد في قوى الآخرون كالأطباء مثلا في السيطرة على كل ما يؤسس صحته.
3. **بعد التحكم الصحي الخارجي للحظ والصدفة** : ويرمز له ب: (CHLC) وهو البعد الذي يختص بالعبارات التي تعبر عن مدى اعتقاد الفرد في أن حالته الصحية ترجع للحظ والصدفة.

ب-تصحيحه:

يتكون مقياس مركز التحكم الصحي (HLC) من 18 عبارة مقسمة بالتساوي على الأبعاد الثلاثة التي سبقت الإشارة إليها، وبهذا فإننا نجد ستة بنود في كل بعد. فيما يتعلق بطريقة التنقيط فإنها تتم وفق سلم ليكرتLee-kart لخمسة بدائل، وهي على التوالي: موافق بشدة، موافق، متردد، غير موافق، غير موافق بشدة،ونظرا لأن المقياس لا يحوي عبارات سالبة فإن البدائل السابقة الذكر تنقط على النحو الآتي: موافق بشدة5، موافق4، متردد3، غير موافق2، غير موافق بشدة1، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين18-90. وتتراوح الدرجة الكلية لكل بعد بين 1-30[1].

6-3مقياس السند الاجتماعي المدرك

بغية الإفصاح عن مستوى إدراك الراشدين المصابين بداء السكري لجأنا لاستخدام مقياس السند الاجتماعي المدرك المعد من قبل سارازون وآخرون (1983).Sarason et al

بناؤه:قام سارازون وزملائه(1983). Sarason et al ببناء مقياس السند الاجتماعي المدرك والذي شاع استخدامه كثيرا وتمت ترجمته من لغته الإنجليزية إلى عدة لغات كالفرنسية، الألمانية، الإسبانية، واللغة العربية وقد تمت ترجمته وتكييفه وتقنينه على البيئة العربية من طرف الشناوي وأبو بيه(1990)، ويعتبر هذا المقياس فريدا من نوعه كونه يأخذ بعين الاعتبار المفهوم الفعلي للسند الاجتماعي المدرك الذي سبقت الإشارة إليه في الفصل الخاص بالسند الاجتماعي المدرك. ويهدف هذا المقياس إلى تقدير مدى إدراك الفرد والمقصود في بحثنا

[1] قارة، مرجع سابق.

الحالي هو الراشد المصاب بداء السكري للأشخاص المتاحين في شبكة علاقاته الاجتماعية والمستعدون لمعاضدته وقت الحاجة ومدى رضاه عن هذه المساعدة، وهذا من خلال بعدين هما:

1. **بعد الوفرة:** يتضمن 27 بند تعبر عن عدد الأفراد الذين يدركهم الفرد بأنهم أشخاص يمكنه الاعتماد عليهم في حال احتاج لأي مساعدة.
2. **بعد الرضا والإشباع:** يتضمن بدوره 27 بند تعكس هذه البنود في مجملها مدى اعتقاد الفرد في قدرة الأشخاص الذين حددهم في البعد الأول على إمداده بما يحتاجه وبالشكل المطلوب، وهو ما يفصح عن مدى رضاه عن هذه المساعدات وهل يمكنها إشباع حاجياته الفعلية.

أ- **تصحيحه:** يضم المقياس 27 سؤال يعبر كل واحد منها عن موقف معين، ينطوي كل سؤال على شقين يمثل الشق الأول من كل سؤال بند من بنود بعد الوفرة، أما الشق الثاني من كل سؤال فيندرج تحت بعد الرضا والإشباع. يطلب من الشخص (الراشد المصاب بداء السكري) في الجزء الأول من كل موقف تحديد مجموعة الأشخاص (من شخص إلى تسعة أشخاص) الذين يمكنهم معاضدته فيه وهذا من خلال ذكر أول حرفين من اسم كل شخص على سبيل المثال (ش، إ)، وفي الشق الثاني من كل سؤال السؤال يطلب منه تحديد مدى رضاه عن تلك المساعدات، وهذا من خلال اختياره أحد البدائل التالية: غير

راض على الإطلاق، غير راض، غير راض بدرجة قليلة، راض بدرجة قليلة، راض، راض بدرجة كبيرة[1].

بالنسبة للتنقيط فهو لا يحتوي على بنود سلبية إلا أنه يختلف بين البعدين بحيث يكون لكل سؤال (بند) درجتان، حيث ينقط البعد الأول حسب عدد الأشخاص المحددين في كل موقف من 0 إلى9، بمعنى إن حدد في أي سؤال 9 أشخاص نعطيه 9 درجات وإذا لم يحدد نعطيه صفر فإذا حدد مثلا ثلاثة أشخاص نعطيه ثلاثة وهكذا، وتصنف الإجابة على كل سؤال ضمن أحد المستويات التالية:

1. ضعيف إذا حصل على درجة من 0إلى3.
2. متوسط إذا حصل على درجة من 4إلى6.
3. مرتفع إذا حصل على درجة من 7إلى9.

أما فيما يتعلق بالبعد الثاني فإن فتتحدد درجة رضا الفرد عن ما قدم له من خلال إجابته على أحد البدائل التي تمت الإشارة إليها أعلاه بالترتيب من 1 إلى6 درجات، وكل إجابة تصنف ضمن أحد المستويات التالية:

1. ضعيف إذا حصل على درجة من 1إلى2.
2. متوسط إذا حصل على درجة من 3إلى4[2].
3. مرتفع إذا حصل على نقاط من 5إلى6.

---

[1] أحمان، مرجع سابق.

[2] نفس المرجع.

وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للبعد الأول من 0 إلى 243، أما البعد الثاني فتتراوح الدرجة الكلية خاصته بين 27–162. وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس من 27–405.

7-الخصائص السيكومترية لأدوات البحث

يعد التحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات المتبناة في أي دراسة محطة ضرورية لا مناص منها حتى تحضى بالموضوعية، وتتجسد هذه الخطوة من خلال حساب الصدق والثبات.

نعني بالصدق قدرة الأداة على قياس ماوضع لقياسه، بمعنى أن تعكس بنودها مؤشرات السمة المراد قياسها، أما الثبات فهو إمكانية الحصول على نفس النتائج بعد إعادة تطبيق الأداة بعد مدة زمنية معينة (وهذا في حدود طبيعة المتغير أو السمة المراد قياسها). من جانبنا قمنا بحساب الصدق والثبات لأدوات البحث (مقياس الامتثال العلاجي، مقياس مركز التحكم الصحي، مقياس السند الإجتماعي المدرك)، بتطبيقها على عينة تألفت من 68 راشد مصاب بداء السكري، وجاءت النتائج كالتالي:

7-1 مقياس الامتثال العلاجي: سنورد في العرض الموالي النتائج التي برّرت تبنينا لمقياس الامتثال العلاجي في البحث الحالي على النحو التالي:

أ-ثبات مقياس الامتثال العلاجي

اعتمدنا في حسابنا لثبات الأدات الﻟمذكورة أعلاه على طريقة ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية وهذا بعد عرضه على المحكمين وضياغته في صورته النهائية وستتضح الفكرة أكثر في العرض الموالي:

1. الثبات بطريقة ألفا كرونباخ

تقوم هذه الطريقة على حساب معامل التّناسق الداخلي ألفا كرونباخ لقياس ثبات الأداة، حيث تعتبر القيم الأكبر من 0.7 دليل على الثبات الجيد للأداة.

جدول رقم(15): يوضح ثبات مقياس الامتثال العلاجي بطريقة ألفا كرونباخ.

المحاور	عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ
المرض	8	0.984
العلاج	9	0.99
تعديل نمط الحياة	7	0.986
الفحوصات الدورية والمتابعة الطبية	7	0.979
المراقبة الذاتية	7	0.980
العلاقة (معالج-متعالج)	11	0.989
إدراك السند الاجتماعي	10	0.982

الظروف البيئية	10	0.989
المقياس الكلي	69	0.998

يتضح من الجدول رقم (15): أن معاملات ثبات المحاور مرتفعة وجيدة، حيث قدر ثبات بعد المرض ب: 0.984، وبالنسبة لبعد العلاج فقد حصد حصة الأسد حيث قدر معامل الثبات خاصته ب: 0.990، وفيما يتعلق بمعامل ثبات بعد تعديل نمط الحياة حاز على معامل ثبات تساوي 0.986، في حين كانت قيمة معامل ثبات محور الفحوصات الدورية والمتابعة الطبية ب: 0.979، وجاءت قيمة معامل ثبات محور المراقبة الذاتية كالتالي: 0.980، وفيما يتعلق ببعد العلاقة (معالج–متعالج) فقد قدر معامل ثباته ب: 0.989، أما معامل ثبات محور إدراك السند الاجتماعي فقد حددت قيمته ب: 0.982، في حين بلغت قيمة معامل ثبات بعد الظروف البيئية: 0.989، وجاءت قيمة معامل الثبات الكلي للمقياس على النحو التالي: 0.998 وهو يعبر عن ثبات عال للمقياس، كما تبين لنا أن كل أبعاد المقياس تتمتع بمستوى مرتفع من الثبات، حيث تتراوح معاملات ثبات المحاور بين 0.979 (محور الفحوصات الدورية) كأقل قيمة، و0.990 (محور العلاج) كأعلى قيمة، وتعتبر دليلا على الثبات المرتفع لمقياس الامتثال العلاجي.

2. الثبات بطريقة التجزئة النصفية للامتثال العلاجي

تعتمد طريقة التجزئة النصفية على تقسيم المقياس إلى نصفين (بنود زوجية وبنود فردية)، ثم حساب معامل الارتباط بينهما، ليتم تصحيحها بمعادلة سبيرمان براون Spearman Brown ويكون الثبات عال كلما ارتفع معامل الارتباط، وسنقوم بتوضيح النتائج في الجدول الموالي:

جدول رقم(16): يوضح ثبات مقياس الامتثال العلاجي بالاعتماد على طريقة التجزئة النصفية.

المقياس	عدد البنود	معامل الثبات ألفا	الارتباط بين النصفين	التصحيح بمعادلة سبيرمان براون (نصفين غير متساويين)
النصف الأول	35	0.997	0.996	0.998
النصف الثاني	34	0.996		

نلاحظ من خلال استقراء النتائج المعروضة في الجدول الموضح أعلاه أنه وبعد تقسيم البنود حاز النصف الأول على 35 بند وقدر معامل الثبات ألفا الخاص به ب: 0.997، بينما حصل النصف الثاني على 34 بند بمعامل ثبات ألفا بلغت قيمته 0.996، وهي قيم تدل على ثبات مرتفع لكلا النصفين، وهو ما يمكن أن يفسر الارتباط المرتفع والقوي بينهما والذي قدر ب: 0.996، وقدرت قيمة معامل ألفا لقيمة معامل الارتباط المصحح بمعادلة سبيرمان براونSpearmanBrown(وهي معامل

ألفا للنصفين) ب: 0.998 ويعتبر ارتباط قوي جدا، مما يدل على ثبات المقياس، وبهذا تؤكد لنا نتائج الجدولين الخاصين بالتجزئة النصفية أن مقياس الامتثال العلاجي على درجة عالية من الثبات.

ب- صدق مقياس الامتثال العلاجي

اعتمدنا في محاولتنا التحقق من صدق مقياس الامتثال العلاجي على طريقة الاتساق الداخلي، وصدق التمييز (المقارنة الطرفية)، وهذا بعد عرض المقياس على المحكمين وصياغته في الصورة النهائية (صدق المحكمين)، وهو ما سنتطرق إليه بشيئ من التفصيل.

1. طريقة صدق المحكمين

حاولنا من خلال هذه الطريقة جمع أكبر قدر من الملاحظات باللجوء إلى الأساتذة الأقرب للتخصص والممارسين في ميدان علم النفس الصحي، علم النفس العيادي، داء السكري ومن عملوا على الامتثال العلاجي، من جامعة البليدة-2، جامعة الجزائر-2، جامعة الحاج لخضر-باتنة، وهذا من خلال عرض المقياس في صورته الأولية على المحكمين (أنظر الملاحق) بغرض التحقق من السلامة اللغوية ومدى ملائمة البنود للأبعاد التي تنتمي إليها، وكذا مدى وضوح البنود وهذا على سلم من 0 إلى 6، ومدى ملائمة البنود للمقياس ككل، وبعد التحكيم قمنا بتعديل مجموعة من البنود من حيث الصياغة، كما ألغينا 6 بنود وهو ما سنوضحه من خلال الجداول التالية:

جدول رقم (17): يوضح التعديلات التي طرأت على بعد المرض من مقياس الامتثال العلاجي بعد خضوعه للتحكيم.

البند	قبل التحكيم	بعد التحكيم
1	أعتقد أن داء السكري ليس خطيرا.	داء السكري ليس خطيرا.
2	أشعر أنه يمكنني التعايش مع إصابتي بداء السكري	يمكنني التعايش مع إصابتي بداء السكري
6	أعتقد أنه لا يمكن لأحد أن يفهم معاناتي مع المرض.	قمنا بإلغائه لأنه لا يمثل البعد.
7	أعتقد أن مرض السكري من أخطر الأمراض.	قمنا بحذفه لأنه يحقق نفس الغرض من البند الأول.
10	أعتقد أنني لست الوحيد المصاب بالسكري وهذا ما يدفعني للعيش بشكل طبيعي.	لست الوحيد المصاب بالسكري وهذا يدفعني للعيش بشكل طبيعي.

يتضح لنا من خلال استقراء نتائج الجدول رقم (17): أن عدد البنود في بعد المرض تقلص بعد خضوعه لعملية التحكيم من عشرة بنود ليصل إلى ثمانية بنود.

جدول رقم(18): يوضح التعديلات التي طرأت على بعد العلاج من مقياس الامتثال العلاجي بعد خضوعه للتحكيم.

البند	قبل التحكيم	بعد التحكيم
1	أدرك أنني بحاجة لأخذ دوائي بانتظام كما يصفه لي الطبيب.	أحتاج لأخذ دوائي بانتظام كما يصفه لي الطبيب.
5	أعتقد أنه يمكنني تعدي جرعة أووقت الدواء دون استشارة الطبيب.	يمكنني تعدي جرعة أووقت الدواء دون استشارة الطبيب.
6	أعتقد أن معاناتي مع المرض لا يمكن فهمها.	تم إلغاء البند لأنه لايخدم بعد العلاج.
7	أشعر أن دوائي غير فعال لذا أغيره دون استشارة الطبيب.	دوائي غير فعال لذا أغيره دون استشارة الطبيب.

10	**أعتقد أن تناولي للدواء بانتظام هو الضمان الوحيد للحفاظ على صحتي واستقرار مرضي.**	**تنـاولي للـدواء بانتظـام هـو الضـمان الوحيـد للحفـاظ علـى صـحتي واسـتقرار مرضي.**

بهذا أصبح بعد العلاج يحتوي على تسعة بنود بدلا من عشرة بنود لأننا قمنا بإلغاء بند واحد بعد خضوع المقياس للتحكيم.

جدول رقم(19): يوضح التعديلات التي طرأت على بعد تعديل نمط الحياة من مقياس الامتثال العلاجي بعد خضوعه للتحكيم.

البند	قبل التحكيم	بعد التحكيم
6	**أدرك أن القلق والتوتر يؤثران على حالتي الصحية.**	**القلق والتوتر يؤثران على حالتي الصحية.**
7	**أعتقد أن التدخين يؤثر على صحتي ولا أكترث لذلك.**	**يؤثر التدخين على صحتي ولا أكترث لذلك.**

من خلال ملاحظة ما جاء في الجدول المضح أعلاه، يتضح لنا أنه لم يتم إلغاء أي بند بعد خضوع بعد تعديل نمط الحياة للتحكيم.

جدول رقم(20): يوضح التعديلات التي طرأت على بعد الفحوصات الدورية والمتابعة الطبية من مقياس الامتثال العلاجي بعد خضوعه للتحكيم.

البند	قبل التحكيم	بعد التحكيم
8	أحرص على قياس نسبة السكري لدي يوميا وقبل كل وجبة.	تم إلغاء البند كونه لا يحقق هدف البعد.

من خلال الجدول المعروض أعلاه يتبين أننا لم نقم بتعديل بنود بعد الفحوصات الدورية والمتابعة الطبية بعد خضوع مقياس الامتثال العلاجي للتحكيم، ومع ذلك تم إلغاء البند الثامن منه لأنه لا يمثل البعد. وبالنسبة لبعد المراقبة الذاتية فقد نال رضا المحكمين ولم يطله أي تغيير بعد خضوع مقياس الامتثال العلاجي للتحكيم.

جدول رقم(21): يوضح التعديلات التي طرأت على بعد العلاقة (معالج–متعالج) من مقياس الامتثال العلاجي بعد خضوعه للتحكيم.

البند	قبل التحكيم	بعد التحكيم
3	أعتقد أن معالجي متمكن، فهو	معالجي متمكن، فهو يشرح لي بوضوح

	يشـرح لـي بوضـوح كلمـا يتعلـق بحالتي الصحية.	**كلما يتعلق بحالتي الصحية.**
4	**أشعر أن معالجي يتضايق من كثرة الأسئلة.**	**يتضايق معالجي من كثرة الأسئلة.**
5	**أعتقـد أن معـالجي يهـتم بحـالتي، فهـو يؤكـد دائمـا علـى التعليمـات الصحية.**	**يهـتم معـالجي بحـالتي الصـحية، فهـو يؤكـد دائمـا علـى التعليمـات الصـحية المناسبة.**
9	**أشـــعر أنـــه بإمكـــاني الاتصـــال بمعالجي بسهولة في حال احتجت لذلك.**	**بإمكاني الاتصال بمعالجي بسـهولة في حال احتجت لذلك.**

نلاحظ من خلال الجدول رقم(21): أنه بعد خضوع مقياس الامتثال العلاجي للتحكيم طرأت بعض التعديلات البسيطة على بنود بعد العلاقة (معالج–متعالج) غير أننا لم نلغي منه أي بند.

جدول رقم(22): يوضح التعديلات التي طرأت على بعد إدراك السند الاجتماعي من مقياس الامتثال العلاجي بعد خضوعه للتحكيم.

البعد	**قبل التحكيم**	**بعد التحكيم**

4	**أسرتي تهتم لأمري فهي تشجعني على القيام بالسلوكيات الصحية.**	**أعتقدأن أسرتي تهتم لأمري وهي تشجعني على القيام بالسلوكيات الصحية.**
5	**يشجعني طبيبي كلما كانت نتائج فحوصاتي وتحاليلي جيدة.**	**تم إلغاء البند لأنه لا يخدم هذا البعد.**
8	**مرضي يرهق أسرتي.**	**أعتقد أن مرضي يثقل كاهل أسرتي.**
9	**لدي أشخاص كثيرون يمكنني الحديث معهم في ما يخص مرضي.**	**أعتقد أنه لدي أشخاص كثيرون يمكنني الحديث معهم حول ما يتعلق بمرضي.**

من خلال استقراء ما جاء به الجدول الموضح أعلاه يتبين لنا أن بنود بعد إدراك السند الاجتماعي قد تقلص عددها إذ تم إلغاء بعد زيادة على التعديلات التي مست بعض البنود من حيث إعادة صياغتها، وهذا بعد خضوع مقياس الامتثال العلاجي للتحكيم.

جدول رقم(23): يوضح التعديلات التي طرأت على بعد الظروف البيئية من مقياس الامتثال العلاجي بعد خضوعه للتحكيم.

البعد	قبل التحكيم	بعد التحكيم
1	تعيقني المسافة الكبيرة بين منزلي وعيادة الطبيب عن الفحوصات الدورية.	تعيقني المسافة الكبيرة بين منزلي وعيادة الطبيب عن القيام بالفحوصات الدورية.

يتضح لنا من ملاحظة محتوى الجدول رقم(23): أن بعد الظروف البيئية مسه تعديل طفيف فيما يخص إعادة صياغة البند الأول منه، كما لم نقم بحذف أي بعد منه. وبالنسبة لتسمية أبعاد المقياس فقد اقترح المحكمون تعديلها بتقديمهم الحجج العلمية الموضوعية التي أقنعتنا، وهو ما سنورده في الجدول الموالي:

جدول رقم(24): يوضح التعديلات التي طرأت على أسماء الأبعاد الخاصة بمقياس الامتثال العلاجي بعد التحكيم.

اسم البعد قبل التحكيم	اسم البعد بعد التحكيم
بعد المعتقدات والمعارف المتعلقة بالمرض.	بعد المرض.
بعد المعتقدات والمعارف المتعلقة بالعلاج.	بعد العلاج.
بعد المعتقدات والمعارف المتعلقة بتعديل	بعد تعديل نمط الحياة.

نمط الحياة.	
بعـــد المعتقـــدات والمعـــارف المتعلقـــة بالفحوصات الدورية والمتابعة الطبية.	**بعد الفحوصات الدورية والمتابعة الطبية.**
بعد المعتقدات والمعارف المتعلقة بالمراقبة الذاتية.	**بعد المراقبة الذاتية.**
بعد المعتقدات والمعارف المتعلقة بالعلاقة (معالج–متعالج)	**بعد العلاقة (معالج–متعالج)**
بعد المعتقدات والمعارف المتعلقة بادراك السند الاجتماعي.	**بعد ادراك السند الاجتماعي.**

من خلال ما جاء به الجدول أعلاه يتبين لنا أنه تم تعديل اسم كل الأبعاد ما عدا بعد الظروف البيئية الذي بقي كما هو بعد عملية التحكيم، وبعد إجماع كل المحكمين على الملاحظات وعلى صدق المقياس ومدى ملائمته لهذا البحث، وإقرارهم بأنه صادق، ذهبنا للتحقق من ذلك أكثر من خلال اعتمادنا على الطرق الاحصائية والتي ستتضح في العنصر الموالي.

2.طريقة صدق الاتساق الداخلي

تعتمد طريقة الاتساق الداخلي على حساب معاملات الارتباط بين: البنود والأبعاد التي تنتمي إليها، وبين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، وهذا بالاعتماد على معامل الارتباط ر. بيرسون (*r*.pearson)، في البحث الحالي اعتمدنا هذه الطريقة عند مستوى الدلالة 0.01، وستتضح الرؤية أكثر من خلال النتائج التي سيتم عرضها في الجداول التالية:

جدول رقم(25): يوضح ارتباط الدرجة الكلية لكل بعدد مع الدرجة الكلية لمقياس الامتثال العلاجي.

البند	الارتباط	الدلالة
المرض	0.986**	<0.01
العلاج	0.996**	<0.01
تعديل نمط الحياة	0.995**	<0.01
الفحوصات الدورية والمتابعة الطبية	0.996**	<0.01
المراقبة الذاتية	0.995**	<0.01

العلاقة(معالج–متعالج)	0.996**	<0.01
السند الاجتماعي	0.995**	<0.01
الظروف البيئية	0.984**	<0.01

يتبين من الجدول رقم (25): أن معاملات ارتباط الأبعاد مع المقياس الكلي تتراوح بين 0.984 كأدنى قيمة و0.996 كأعلى قيمة، وهي على التوالي بعد المرض 0.986، بعد العلاج 0.996، بعد تعديل نمط الحياة 0.995، وبالنسبة لمعامل ارتباط بعد الفحوصات الدورية والمتابعة الطبية بمقياس الامتثال العلاجي فقد قدر ب: 0.996، بينما قدرت قيمة ارتباط بعد المراقبة الذاتية مع المقياس الخاص بالامتثال العلاجي ب: 0.995، وفيما يتعلق بارتباط بعد العلاقة (معالج–متعالج) بذات الأداة فقد جاءت قيمته على النحو التالي0.996، في حين أن ارتباط بعد إدراك السند الاجتماعي بالمقياس فقد قدرت قيمته ب: 0.995، وبالنسبة لعلاقة بعد الظروف البيئية بالمقياس الذي تنتمي إليه فقدرت قيمة معامل ارتباطه ب: 0.984، وهذا عند مستوى الدلالة 0.01، وهي قيم معاملات ارتباط عالية وتدل على اتساق المحاور مع المقياس ككل، بمعنى أن كل بعد من أبعاد المقياس يقيس ما وضعت لقياسه فعلا وهو دليل على تمتع أبعاد المقياس بدرجة عالية من صدق الاتساق الداخلي.

جدول رقم(26): يوضح ارتباط درجات البنود مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه من مقياس الامتثال العلاجي.

الأبعاد	أقل قيمة	أعلى قيمة	الدلالة	الملاحظة
المرض	0.928**	0.974**	<0.01	ارتباط قوي جدا
العلاج	0.950**	0.980**	<0.01	ارتباط قوي جدا
تعديل نمط الحياة	0.932**	0.986**	<0.01	ارتباط قوي جدا
الفحوصات الدورية والمتابعة الطبية	0.911**	0.961**	<0.01	ارتباط قوي جدا
المراقبة الذاتية	0.893**	0.967**	<0.01	ارتباط قوي جدا
العلاقة(معالج-متعالج)	0.927**	0.969**	<0.01	ارتباط قوي جدا
إدراك السند الاجتماعي	0.886**	0.947**	<0.01	ارتباط قوي جدا
الظروف البيئية	0.902**	0.983**	<0.01	ارتباط قوي جدا

نستنتج من خلال استقراء نتائج الجدول رقم(26): وجود ارتباط قوي بين البنود والأبعاد التي تحويها ذلك أن معاملات ارتباط البنود مع محاورها تتراوح بين 0.886 كأدنى قيمة و0.986 كأعلى قيمة، وقد جاءت نتائج صدق الاتساق الداخلي بين كل بند والبعد الذي يندرج ضمنه على النحو التالي: بالنسبة لارتباط درجة كل بند والدرجة الكلية لبعد المرض فقد قدر ب: 0.928 كأدنى قيمة و0.974 كأعلى قيمة وهي قيم دالة عند مستوى الدلالة 0.01، مما يدل على أن البنود تعكس فعلا البعد الذي تنتمي إليه، وهو الحال بالنسبة لارتباط بنود بعد العلاج مع البعد الذي يحويها فقد تراوحت بين 0.950 و 0.980 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01، مما يدل على أن البنود تقيس ما يقيسه المحور وهي تنتمي إليه فعلا، فيم تراوحت قيم ارتباط بعد تعديل نمط الحياة ببنوده بين 0.932 و 0.986 وهي دالة عند 0.01، مما يؤكد الارتباط القوي وأن البعد فعلا ممثل من قبل بنوده التي تقيس ما وضعت لقياسه، وقد تبين أن بنود بعد الفحوصات الدورية والمتابعة الطبية تعكس البعد الذي تنتمي إليه وتحقق الغرض الذي وضعت من أجله حيث تراوحت قيم معامل ارتباط كل واحد منها مع البند الذي يتضمنها بين 0.911 و0.961 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01، كما لا حظنا ارتباط بعد المراقبة الذاتية ببنوده من خلال معاملات ارتباطهم التي قدرت ب: 0.893 كأقل قيمة و0.967 كأعلى قيمة وهي قيم دالة عند 0.01 مما يؤكد أنه يقيس ما وضع لقياسه، بينما عكست القيم التي تراوحت بين 0.927 و0.969 الارتباط القوي لبنود بعد العلاقة (معالج–متعالج) وبعدها وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 مما يوضح أنها تحقق الغرض التي وضعت من أجله، وفيما يتعلق ببنود بعد إدراك السند الاجتماعي فقد تبين أنها صادقة وتقيس ما وضعت من أجله من خلال الارتباط القوي ببعدها الذي اتضح من خلال قيم معاملات ارتباطها المتراوحة بين 0.886 و 0.947 والتي اعتبرت قيم دالة عند مستوى الدلالة 0.01، وفيما يتعلق بارتباط بنود بعد الظروف البيئية مع البعد الذي تنتمي

إليه فقد كان ارتباطا قويا إذ تراوح بين 0.902 و 0.983 وهي دالة عند 0.01، مما يؤكد لنا أن البنود تقيس ما وضعت لقياسه، وهو ما يقودنا للجزم بأنها معاملات ارتباط عالية وتدل على اتساق البنود مع المحور الذي تنتمي إليه، وهو دليل على أن البنود والأبعاد تقيس ما وضعت لقياسه، مما يحقق صدق اتساقه الداخلي.

3.صدق التمييز (المقارنة الطرفية) لمقياس الامتثال العلاجي

تقوم طريقة المقارنة الطرفية على إعطاء الدرجات الكلية لكل فرد ثم ترتيب الدرجات تنازليا، وأخذ 27% من الدرجات العليا و27% من الدرجات الدنيا، ثم نحسب دلالة الفرق بينهما، واعتمدنا في دراسة الفروق على اختبار **ت(*T*)**، وجاءت النتائج كما سنورده في الجدول الموالي.

جدول رقم (27): يوضح نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس الامتثال العلاجي.

الفئات	العدد(n)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	مستوى الدلالة
العليا	18	266.17	22.47	35.15	اقل من 0.001
الدنيا	18	77.22	3.88		

يتضح من خلال الجدول رقم(27): أن مقياس الامتثال العلاجي له القدرة على التمييز بين الفئات الراشدين المصابين بالسكري (من حيث مستوى امتثالهم للعلاج)، حيث كانت قيمة اختبار ت(*T*) دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.001، وهو ما يؤكد وجود فروق دالة إحصائيا في درجة

الامتثال العلاجي بين الفئة العليا بمتوسط حسابي قدر ب: (*M*= 266.17)، وانحرف معياري مقدر ب: (*SD*=22.47)، وفيما يتعلق بالفئة الدّنيا فقد بلغت قيمة المتوسط الحسابي خاصتها (*M*=77.22) بانحراف معياري قدر ب: (*SD*=3.88)، أما قيمة اختبار ت(*T*) فقد جاءت على النحو التالي(*T*(34)=35.15, *P*<0.001) وهذا ما يدل على أن مقياس له خاصية التمييز بين الأفراد وهو دليل على صدق المقياس.

تبين لنا من خلال الاطلاع على نتائج اختبارات الثبات والصدق الخاصة بمقياس الامتثال العلاجي، أن الأداة صالحة للاستعمال كونها تتمتع بمستويات عالية من الصدق والثبات.

7-2 مقياس مركز التحكم الصحي

لم يمنعنا التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس مركز التحكم الصحي في البيئة الجزائرية أين تبين أن صالح للإستخدام فيها، من إعادة حساب الصدق والثبات في البحث الحالي وهو ما سيتضح من خلال العرض الموالي:

أ- ثبات مقياس مركز التحكم الصحي

اعتمدنا أثناء محاولتنا التأكد من ثبات مقياس مركز التحكم الصحي على طريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية، و هو ما سنوضحه لاحقا.

1. الثبات بطريقة ألفا كرونباخ

تم التطرق لطبيعة وهدف هذه الطريقة وسنوضح النتائج التي توصلنا إليها في الجداول الموالية:

جدول رقم (28): يوضح ثبات مقياس مركز التحكم الصحي بطريقة ألفا كرونباخ.

الأبعاد	عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ	الأبعاد	عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ
التحكم الداخلي	6	0.997	**تحكم صحي خارجي لذوي النفوذ والآخرين**	6	0.998
المقياس الكلي	18	0.904	**تحكم صحي خارجي للحظ والصدفة**	6	0.999

يتبين لنا من خلال الجدول الموضح أعلاه أن معامل الثبات الكلي للمقياس هو 0.904 ويعبر عن ثبات عال للمقياس، بينما تراوحت معاملات ثبات الأبعاد بين 0.997 و 0.999، حيث حصل بعد مركز التحكم الصحي الداخلي على معامل ثبات قدر ب: 0.997، بينما بلغ معامل ثبات بعد التحكم الصحي لذوي النفوذ والآخرون 0.998، في حين قدر معامل ثبات بعد التحكم الصحي الخارجي للحظ والصدفة ب: 0.999، وهي قيم مرتفعة تعتبر دليل على الثبات المرتفع لمقياس مركز التحكم الصحي حسب طريقة ألفا كرونباخ.

2. طريقة التجزئة النصفية لمقياس مركز التحكم الصحي

سنوضح النتائج التي تمخضت عن حساب ثبات مركز التحكم الصحي بطريقة التجزئة النصفية التي ذكرناها آنفا، والجدول الموالي سيوضحها أكثر.

جدول رقم (29): يوضح ثبات مقياس مركز التحكم الصحي بطريقة التجزئة النصفية.

المقياس	عدد البنود	معامل الثبات ألفا	الارتباط بين النصفين	التصحيح بمعادلة غوتمان (ألفا للنصفين مختلف)
النصف الأول	9	0.668	0.578	0.685
النصف الثاني	9	0.957		

يتضح لنا من خلال الجدول أن قيمة معامل ألفا لثبات النصف الأول قدر ب: 0.668، أما النصف الثاني فقد قدر معامل الثبات ألفا الخاص به ب: 0.957، وقدر الارتباط بين النصفين ب: 0.57 وهو يدل على ارتباط مقبول، وبعد تصحيح هذا الأخير بمعادلة بمعادلة غوتمان Guttmann (تساوي معامل ألفا للنصفين) قدرت نسبة الارتباط ب: 0.685 ويعتبر ارتباط قوي، وهو ما يؤكد ثبات مقياس مركز التحكم الصحي.

بعد حساب ثبات مقياس مركز التحكم الصحي بكل من الطريقتين السابق ذكرهما تبين أنه يتمتع بمستويات عالية من الثبات.

ب–صدق مقياس مركز التحكم الصحي

بغية التحقق من صدق مقياس مركز التحكم الصحي اعتمدنا على طريقتي الاتساق الداخلي، والمقارنة الطرفية اللتان سنفصل فيهما لاحقا.

1. طريقة الاتساق الداخلي

وهي الطريقة الأولى التي ارتكزنا عليها في محاولة تحققنا من صدق الأداة وجاءت نتائجها كما سنوضحه في الجدولين رقم (30) و (31).

جدول رقم (30):يوضح ارتباط الدرجة الكلية لكل بعد من مقياس مركز التحكم الصحي مع الدرجة الكلية لمقياس مركز التحكم الصحي تبعا لطريقة الاتساق الداخلي.

البعد	الارتباط	الدلالة	البعد	الارتباط	الدلالة
التحكم الصحي الداخلي	0.417**	<0.01	التحكم الصحي للحظ والصدفة	0.475**	<0.01
تحكم الصحي الخارجي لذوي النفوذ والآخرون	0.997**	<0.01			

نلاحظ من الجدول رقم (30): أن الدرجات الكلية للأبعاد ترتبط بالدرجة الكلية للمقياس، حيث قدر ارتباط الدرجة الكلية لبعد التحكم الصحي الداخلي بالدرجة الكلية لمقياس مركز التحكم الصحي ب: 0.417 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.41، بينما بلغ ارتباط بعد التحكم الخارجي لذوي النفوذ والآخرون 0.997، في حين اقدر ارتباط الدرجة الكلية لمقياس مركز التحكم الصحي بالدرجة الكلية لبعد الحظ والصدفة 0.475، وبذلك تراوحت معاملات ارتباط الأبعاد مع المقياس الكلي بين 0.417 كأدنى قيمة و0.997 كأعلى قيمة، وهي معاملات ارتباط مقبولة وتدل على اتساق الأبعاد مع المقياس ككل، وهو دليل على صدق المقياس.

جدول رقم(31): يوضح ارتباط البنود مع أبعادها من مقياس مركز التحكم الصحي تبعا لطريقة الاتساق الداخلي.

البعد	أقل قيمة	أعلى قيمة	الدلالة	الملاحظة
التحكم الصحي الداخلي	0.978**	0.998**	<0.01	ارتباط قوي جدا
تحكم صحي لذوي النفوذ والآخرون	0.972**	0.999**	<0.01	ارتباط قوي جدا
تحكم صحي للحظ والصدفة	0.997**	0.999**	<0.01	ارتباط قوي جدا

من الجدول رقم (31): يتبين أن معاملات ارتباط البنود مع أبعادها تتراوح بين 0.972 كأدنى قيمة و0.999 كأعلى قيمة، وجاءت على التوالي: معامل ارتباط بعد التحكم الصحي الداخلي مع ما يحتويه من أبعاد تراوحت قيمه بين: 0.998 و 0.998، بينما تمثل القيم من 0.972 إلى 0.999 معامل ارتباط بنود بعد التحكم الصحي لذوي النفوذ والآخرون مع البعد الذي تنتمي إليه، في حين تتراوح قيم ارتباط بنود بعد التحكم الصحي للحظ والصدفة مع البعد الذي تنتمي إليه بين: 0.997 و 0.999، وتوحي القيم العالية لمعاملات الارتباط ب اتساق البنود مع الأبعاد التي تندرج ضمنا، وهو دليل على أنها تقيس ما وضعت لقياسه مما يؤكد صدق المقياس.

2.طريقة صدق التمييز (المقارنة الطرفية)

انتهجنا هذه الطريقة لندعم طريقة الاتساق الداخلي أكثر وقد جاءت نتائج صدق التمييز كما يلي:

جدول رقم(32): يوضح نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس مركز التحكم الصحي.

الفئات	العدد(n)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	مستوى الدلالة
العليا	18	66.11	0.47	115.57	اقل من 0.001
الدنيا	18	19.06	1.66		

يتضح من خلال الجدول المعروض أعلاه أنّه توجد فروق دالة إحصائيا في درجة مركز التحكم الصحي بين الفئة العليا التي قدر متوسطها الحسابي ب: (*M*=66.11) بانحراف معياري بلغت قيمته(*SD*=0.47)،والفئة الدّنيا التي بلغت قيمت متوسطها الحسابي(*M*=19.06) بانحراف معياري قدر ب: (SD=1.66)، وهو ما تؤكده نتائج اختبار ت(*T*) للفروق بين متوسط درجات الفئتين الذي قدر ب: (*T*=115.57, P<0.001)، وهذا ما يدل على أن مقياس له خاصية التمييز بين الراشدين المصابين بداء السكريوهو دليل على صدق المقياس.

من خلال ما تم عرضه من نتائج يتضح لنا أن أداة قياس مركز التحكم الصحي المرتكز عليها في هذا البحث صالحة فقد تحقق صدقها وثباتها، وهو ما سمح لها من تبنيها.

7-4 مقياس السند الاجتماعي المدرك

لم يعقنا تطبيق المقياس في البيئة الجزائرية والتأكد من خصائصه السيكومترية فيها من محاولة التحقق منها في هذا البحث، وهو ما سيتضح لاحقا.

أ- ثبات مقياس السند الاجتماعي المدرك

اعتمدنا في حسابنا لثبات الأداة على طريقتين وستتضح النتائج في العرض الموالي:

1. الثبات بطريقة ألفا كرونباخ

اعتمدنا في محاولتنا التحقق من ثبات مقياس السند الاجتماعي المدرك على طريقة التجزئة النصفية التي سبقت الإشارة إليها، وجاءت النتائج كما سيتم عرضه في الجدول الموالي:

جدول رقم(33): يوضح ثبات مقياس السند الاجتماعي المدرك بطريقة ألفا كرونباخ.

المحاور	عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ	المحاور	عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ
الوفرة	27	0.999	الرضا والإشباع	27	0.999
المقياس الكلي	54	0.995			

نستنتج من خلال الجدول الموضح أعلاه أن معامل الثبات الكلي للمقياس هو 0.995 ويعبر عن مستوى مرتفع من الثبات ، بينما كانت معاملات ثبات المحورين (الوفرة، الرضا والإشباع) 0.999، وهي قيم مرتفعة تعتبر دليل على الثبات المرتفع لمقياس السند الاجتماعي.

2. التجزئة النصفية لمقياس السند الاجتماعي المدرك

دعمنا حسابنا لمعامل ثبات مقياس السند الاجتماعي المدرك بطريقة التجزئة النصفية التي أشرنا إليها عند حسابنا لثبات استبيان الامثال العلاجي.

جدول رقم(34): يوضح ثبات مقياس السند الاجتماعي المدرك بطريقة التجزئة النصفية.

المقياس	عدد البنود	معامل الثبات	الارتباط بين النصفين	التصحيح بمعادلة سبيرمان براون
النصف الأول	27	0.999	0.692	0.818

النصف الثاني	27	0.999		

يتبين من الجدول رقم(34): أن قيمة معامل ثبات كل نصف من مقياس السند الاجتماعي المدرك قدرت قيمتها ب: 0.999، وهو يعكس مستوى جد مرتفع من الثبات، بينما قدر معامل الارتباط بين النصفين ب: 0.69، وهو ارتباط مرتفع ومقبول، بينما بلغت قيمة الارتباط بين النصفين المصحح بمعادلة سبيرمان براون (تساوي معامل ألفا للنصفين) 0.818 وتعبر هذه القيمة عنالارتباط القوي جدا، معنى ذلك أن بنود كل بعد متسقة فيما بينها وهو ما يجعل المقياس على درجة من الثبات مما يسمح للباحثة باستخدامه في هذا البحث.

ب- صدق مقياس السند الاجتماعي المدرك

تم حساب صدق مقياس السند الاجتماعي المدرك بالارتكاز على طريقتي صدق الاتساق الداخلي، وصدق المقارنة الطرفية وسنتطرق له بنوع من التفصيل فيما يلي:

1, طريقة الاتساق الداخلي

تعد طريقة الاتساق الداخلي الطريقة التي انتهجتها الباحثة لحساب صدق مقياس السند الاجتماعي المدرك، وسنوردها بشيئ من الشرح في الجدولين الآتيين:

جدول رقم(35): يوضح ارتباط درجات الأبعاد مع الدرجة الكلية من مقياس السند الاجتماعي المدرك تبعا لطريقة (التجزئة النصفية).

البعد	الارتباط	الدلالة	البعد	الارتباط	الدلالة

الوفرة	0.958**	<0.01	الرضا والاشباع	0.870**	<0.01

نلاحظ من خلال الجدول رقم(35): أن معاملات ارتباط الأبعاد مع المقياس الكلي تتراوح بين 0.870 كأدنى قيمة (بعد الرضا والإشباع) و0.958 كأعلى قيمة (بعد الوفرة)، وهي معاملات ارتباط عالية وتعكس اتساق الأبعاد مع المقياس ككل، وهو دليل على صدق المقياس.

جدول رقم(36): يوضح ارتباط البنود مع أبعادها من مقياس السند الاجتماعي المدرك تبعا لطريقة التجزئة النصفية.

المحور	أقل قيمة	أعلى قيمة	الدلالة	الملاحظة
الوفرة	0.987**	0.994**	<0.01	ارتباط قوي جدا
الرضا والإشباع	0.971**	0.992**	<0.01	ارتباط قوي جدا

من الجدول رقم (36): يتبين لنا أن معاملات ارتباط البنود مع أبعادها تتراوح بين 0.971 كأدنى قيمة والتي كانت من نصيب بعد الرضا والإشباع و0.994 كأعلى قيمة والتي كانت من نصيب بعد الوفرة، وهي معاملات ارتباط عالية توحي باتساق البنود مع المحور الذي تنتمي إليه، وهو دليل على صدق مقياس السند الاجتماعي المدرك. يؤكد لنا الجدولين رقم (35) و(36): أن مقياس السند الاجتماعي صادق حسب طريقة التجزئة النصفية.

2.طريقة صدق التمييز (المقارنة الطرفية) لمقياس السند الاجتماعي المدرك

وضحنا مفهوم الطريقة سابقا وسنعرض النتائج الخاصة بالأداة في الجدول التالي:

جدول رقم (37): يوضح نتائج المقارنة الطرفية لمقياس السند الاجتماعي المدرك.

الفئات	العدد(n)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	مستوى الدلالة
العليا	18	334.78	15.20	73.08	اقل من 0.001
الدنيا	18	61.61	4.51		

يتضح من خلال الجدول المبين أعلاه أنّه توجد فروق دالة إحصائيا في درجة السند الاجتماعي المدرك بين الفئة العلياالتي بلغت قيمة متوسطها الحسابي:(*M*=334.78) بانحراف معياري قيمته قدر ب: (*SD*=15.20)،والفئة الدّنيا التي قدر متوسطها الحسابي ب: (*M*=61.61) وذلك بانحراف معياري يساوي: (SD=4.51)، وجاءت قيمة اختبار ت(*T*) دالة على وجود فروق حيث قدرت ب: (*T*(34)=73.08, P<0.001) وهذا ما يدل على أن مقياس السند الاجتماعي المدرك يتسم بخاصية التمييز بين الأفراد وهو دليل على صدق المقياس.

من خلال ما تم عرضه يتضح لنا أن أدوات البحث الحالي تتسم بالصدق والثبات ما يقيم الحجة من ارتكازنا عليها فيها.

8.المعالجات الإحصائية

اعتمدنا اعتمدنا مجموعة من الأساليب الاحصائية في البحث الحالي، فلمعرفة نوع الإجابة استعنا بالتكرارات والنسب المئوية، كما لجأنا لحساب المتوسط الحسابي، الوسيط، والربيع، والانحراف المعياري لمعرفة نوع البعد السائد وكذا مستوى المتغيرات لدى أفراد العينة، كما استعنا بمعامل الارتباط ر. بيرسون (*r*.pearson) في محاولتنا لتوضيح طبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة لدى أفراد العينة، ولجأنا في بحثنا للفروق بين المتغيرات إلى حساب اختبار ت(*T*)، كما قمنا بحساب **اختبار ف. أنوفا**(***F*.ANOVA**) **للفروق أين قادتنا نتيجته لحساب معامل توكي** (Tukey) لتحديد موضع الفروق من المجموعات، ومعادلة الإنحدار المتعدد معامل الأثر (R^2) لنتأكد من تأثر الامتثال العلاجي لمرضى السكري بكل من مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك وتحديد قيمة الأثر، كل هذا بالاعتماد على البرنامج الإحصائي (SPSS) (الحزمة الإحصائية للبحوث الإجتماعية).

خلاصة الفصل

تتضح لنا في ضوء ما تم عرضه في هذا الفصل معالم حدود بحثنا المكانية والزمنية والمجتمع الأصلي للبحث، وحجم وخصائص عينة بحثنا، أدوات البحث وتمتعها بالخصائص السيكومترية، وكل الإجراءات التي اتبعناها في سبيل اختبار صحة فروض بحثنا التي سيتم توضيحها أكثر من خلال ما سيحويه الفصل الموالي من معطيات.

الفصل السابع

مناقشة

وتفسير

النتائج.

تمهيد

يعتبر هذا الفصل مجالا لعرض النتائج التي انبثقت عن فرضيات بحثنا الحالي وأرضية خصبة تمكننا من مناقشة وتحليل نتائجه مستشهدين في ذلك بآراء الباحثين، والنظريات التي تناولت متغيرات البحث، والدراسات السابقة التي تلتقي في بعض محاورها مع البحث الحالي محاولين بذلك تحديد تموقع نتائج بحثنا بين المؤيدة والمعارضة منها، بغية استخلاص مجموعة من النتائج حول علاقة الامتثال العلاجي بكل من مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك لدى الراشدين المصابين بداء السكري، والتي سيتم صياغة جملة من الاقتراحات في ضلها.

1- الاحصايات الوصفية

1-1 عرض النتائج المتعلقة بمستوى امتثال أفراد عينة البحث للعلاج

بغرض اللاجابة على التساؤل المتعلق بمستوى امتثال أفراد عينة البحث للعلاج لجأنا لحساب المتوسطات الحسابية الوسائط والنسب المئوية وجاءت النتائج كما سنوضحه في الجدول رقم(38).

جدول رقم (38): يوضح النسب المئوية الخاصة بمستوى الامتثال العلاجي لدى الراشدي المصابين بداء السكري.

عدد الأفراد	المتوسط	الوسيط	نسبة الأفراد الأقل من المتوسط	نسبة الأفراد الأكبر من المتوسط
133	158.23	138	%51.1	48.9%

يتبين من خلال الإطلاع على نتائج الجدول رقم(38): أن متوسط درجات الامتثال العلاجي لأفراد العينة هو 158.23، بينما قدرت قيمة الوسيط ب:138، وتوضح النسبة المئوية للأفراد الأقل من المتوسط 51.1%، والأكبر من المتوسط 48.9%، وهي نسب متقاربة تدل على أن الراشدون المصابون بداء السكري يتميزون بمستوى متوسط من الامتثال العلاجي.

2-1 عرض النتائج المتعلقة بالبعد السائد من التحكم الصحي لدى عينة البحث

اعتمدنا في محاولة التحقق من البعد السائد الخارجي من مركز التحكم الصحي لدى الراشدين المصابين بداء السكري، على المتوسط الحسابي، الوسيط، وعلى النسب المئوية، وستتضح الرؤية من خلال ما سيتم عرضه من نتائج في الجدول الموالي:

جدول رقم (39): يوضح النسب المئوية لدرجات الراشدين المصابين بداء السكري من أبعاد مركز التحكم الصحي.

أبعاد مركز التحكم الصحي	عدد الأفراد	المتوسط	الوسيط	نسبة الأفراد الأقل من المتوسط	نسبة الأفراد الأكبر من المتوسط
الداخلي	133	13.86	6	%65.4	34.6%
النفوذ	133	12.86	9	%68.4	%31.6
الصدفة	133	19.53	30	%48.9	%51.1

نلاحظ من الجدول الموضح أعلاه أن متوسط درجات التحكم الصحي الداخلي هو 13.86. في حين تقدر قيمة الوسيط الخاص بنفس البعد ب: 6، أما عن النسبة المئوية للأفراد ضمن بعد التحكم الصحي الداخلي الأقل من المتوسط فبلغت 65.4 %، وعن نسبة الأفراد الأكبر من المتوسط فقد قدرت ب: 34.6 %، وفيما يتعلق بمتوسط درجات التحكم الصحي لذوي النفوذ والآخرون فتحددت قيمته ب 12.86، كما بلغت قيمة الوسيط الخاص بذات البعد 9، وبذلك تمثل نسبة 68.4%الأفراد الأقل من المتوسط بينما يمثل الأفراد الأكبر من المتوسط 31.6%، كما نلاحظ أن المتوسط الحسابي الخاص ببعد التحكم الصحي للحظ والصدفة هو 19.53، في حين قدرت نسبة الوسيط ب: 30، وبهذا تمثل النسبة 48.9 % نسبة الأفراد الأقل من المتوسط،في حين قدرت النسبة المئوية للأفراد الأكبر من المتوسط ب:51.1 %، وفي خضم هذه النتائج تتضح لنا سيادة بعد التحكم الصحي للحظ والصدفة، بين الراشدين المصابين بداء السكري.

3-1عرض النتائج الخاصة بمستوى السند الاجتماعي المدرك لدى الراشدين المصابين بداءء السكري

ارتكزنا على بعض الأساليب الإحصائية بغية التحقق من مستوى السند الاجتماعي المدرك لدى أفراد عينة بحثنا وقد تمثلت في المتوسط الحسابي، الوسيط، الالتواء والنسب المئوية والجدول رقم(40) سيوضح النتائج الخاصة بها.

جدول رقم (40): يوضح مستوى السند الاجتماعي المدرك لدى الراشدين المصابين بداء السكري.

	عدد الأفراد	المتوسط	الانحراف المعياري	الوسيط	الالتواء	نسبة الأفراد الأقل من المتوسط	نسبة الأفراد الأكبر من المتوسط
السند المدرك	133	194.02	131.6	123	0.325	%51.9	%48.1
الوفرة	133	113.22	86.11	81	0.450	%52.6	%47.4
الرضا	133	80.80	50.59	54	0.468	%51.1	%48.9

يتضح لنا من خلال استقراء النتائج المعروضة في الجدول رقم(40) أن متوسط درجات بعد الوفرة من مقياس السند الاجتماعي المدرك لدى الراشدين المصابين بداء السكري هو 113.22 وهي قيمة أكبر من قيمة الوسيط التي قدرت ب: 81، أما النسبة المئوية لأفراد العينة الأقل من المتوسط فقدرت ب:52.6 %، في حين قدرت النسبة المئوية للراشدين المصابين بداء السكري الأكبر من المتوسط ب: 47.4%، بينما تمثلت قيمة المتوسط الحسابي لدرجات أفراد عينة بحثنا على بعد الرضا والإشباع من مقياس السند الاجتماعي المدرك في 80.80، أما قيمة الوسيط فهي 54 وهي أقل من قيمة المتوسط، كما أن النسبة المئوية لأفراد العينة الأقل من المتوسط قدرت ب:51.1 %، في حين قدرت النسبة المئوية للراشدين المصابين بداء السكري الأكبر من المتوسط ب: 48.9%، وفيما يتعلق بمتوسط درجات أفراد عينة بحثنا من مقياس السند الاجتماعي المدرك ككل فقد قدر ب: 194.02 أما قيمة

الوسيط فهي123 وهي أصغر من قيمة المتوسط الحسابي، كما أن النسبة المئوية لأفراد العينة الأقل من المتوسط قدرت ب:51.9 %، في حين قدرت النسبة المئوية للراشدين المصابين بداء السكري الأكبر من المتوسط ب: 48.1 %، كما نلاحظ أن النسب متقاربة مما يؤكد على أن الراشدون المصابون بداء السكري يتميزون بمستوى متوسط من السند الاجتماعي المدرك.

2-عرض ومناقشة النتائج

الفرضية الأولى: توجد فروق في مستوى الامتثال العلاجي للراشدين المصابين بداء السكري ترجع لكل مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك.

2-1 عرض النتائج

لجأنا في محاولتنا للتحقق من احتمال وجود تباين في مستوى الامتثال العلاجي لدى الراشدين المصابين بداء السكري راجع لكل من مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك إلى حساب معامل الانحدار وستتضح النتائج أكثر بعد الإطلاع على الجدول الموالي:

جدول رقم(41): يوضح الانحدار الخطي المتعدد للفروق في امتثال أفراد العينة للعلاج تبعا لكل من مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك.

المتغير	المتغيرات	معامل R^2	F	دلالة F	المعاملات	قيمة T	مستوى

التابع	المستقلة	التحديد					الدلالة
الامتثال العلاجي	مركز التحكم الصحي	0.907	636.57	<0.001	-0.730	-1.417	0.159
	السند الاجتماعي المدرك				0.583	35.654	<0.001
					87.96	3.307	0.001

يتضح من الجدول (41): أن التنبؤ بالفروق في الامتثال العلاجي بواسطة كل من مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك دال إحصائيا، $F(2,132)=636.57$, $P<0.01$، حيث أن المتغيرات المستقلة (مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك) تفسر ما مقداره ($R^2=0.901$) من التباين في الامتثال العلاجي، ما قد يعكس تحقق الفرضية الأولى، كما قدرت قيمة معامل مركز التحكم الصحي ب: (0.730-) بمستوى دلالة أكبر من 0.05 (غير دال) حسب قيمة T (1.417-)، وعليه فلا توجد علاقة دالة بين مركز التحكم الصحي والامتثال للعلاج حسب معامل الانحدار كما أن قيمة معامل السند الاجتماعي المدرك (0.583) بمستوى دلالة أقل من 0.01 حسب قيمة(35.654)T، وهو يدل على العلاقة القوية وأنه كلما ارتفع مستوى السند الاجتماعي المدرك ارتفع مستوى الامتثال العلاجي لدى عينة بحثنا، وتأتي معادلة الانحدار كالتالي:

الامتثال العلاجي = 87.96 + (**مركز التحكم الصحي**0.730-x) + (**السند الاجتماعي المدرك**0.583x)

2-2 مناقشة النتائج

بينت النتائج التي ينطوي عليها الجدول رقم (41): تحقق الفرضية الأولى التي تنص على أن مستوى امتثال أفراد عينة بحثنا للعلاج يمكن أن يختلف تبعا لمستوى كل من مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك لديهم، معنى ذلك أنه يمكننا التنبؤ بمستوى امتثال الراشدين المصابين بداء السكري من خلال مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك، غير أن معامل الانحدار بين عدم وجود ارتباط دال بين مركز التحكم الصحي والامتثال العلاجي، بينما بين وجو ارتباط طردي بين الامتثال العلاجي والسند الاجتماعي المدرك، ولعل العودة لكل من مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك كل على حدى قد تتيح لنا تفسير هذه النتيجة.

فمركز التحكم الصحي يعكس جملة الاستدلالات التي يبنيها الراشد المصاب بداء السكري حول إمكانية التحكم بمرضه وعلاجه (الامتثال العلاجي) والنتائج المرتبطة بهم في وضع خاص، وقد تكون هذه الاستدلالات داخلية، أو خارجية لذوي النفوذ والآخرون أو خارجية للحظ والصدفة، وكما سبقت الإشارة إليه فقد تبنينا هذا المفهوم إيمانا منا بالتفاعل القائم بين أبعاده المؤسس دائما على طبيعة الموقف (الوضع الصحي الخاص)، ونظرا لطبيعة كل من داء السكري (الإزمان والتطور) والتي قد تحتاج تارة لتحكم داخلي وتارة لتحكم ذوي النفوذ والآخرين أو لتحكم الحظ والصدفة من جهة، والامتثال العلاجي الشائكة والمتعددة الأبعاد والتي قد تقتضي تعدد أبعاد مركز التحكم الصحي تبعا لذلك من

جهة أخرى، كأن يحتاج الراشد المصاب بداء السكري إلى الاعتقاد أن استقرار علاقته مع المعالج قد يتدخل في التحكم بصحته ولحد بعيد (مركز تحكم صحي خارجي لذوي النفوذ والآخرين) وهذا من حيث كفاءة المعالج في تقييم وضعه الصحي ووصفه للعلاج الفعال له مما قد يؤثر على مستوى امتثاله للعلاج، وهو ما شدد عليه لانجيرون Langérand (2005) باعتباره لاعتقاد وإيمان المريض بقدرة المعالج على التدخل في تحديد حالته الصحية انطلاقا من استقرار العلاقة (معالج–متعالج) خطوة كبيرة من امتثاله للعلاج، بينما قد يحتاج تارة أخرى للتسليم بأن مرضه راجع للقضاء والقدر (احتراما للمعاير الثقافية للبيئة الجزائرية المسلمة) مركز تحكم صحي خارجي للحظ والصدفة ذلك أن تقبل المرض جزء من العلاج وهي الفكرة التي أثنى عليها كامبس وفيرال Combes and Feral (2011) بقولهما أنه يستحيل امتثال المريض للعلاج ما دام غير متقبل لمرضه أصلا. وزيادة على ذلك فقد يساعدنا الارتكاز على مفهوم الامتثال العلاجي في توضيح الرؤية، كونه يقوم أساسا على رغبة المريض بالالتزام بالممارسات الصحية التي تعكس الامتثال العلاجي، ولعل كل من الالتزام والرغبة قد يستدعي الاعتقاد بالقدرة على التحكم والسيطرة في الوضع الصحي (مركز تحكم صحي داخلي) وهو ما أيدهفورشاو Forshaw (2002) بقوله أن الامتثال العلاجي قد يعكس قدرا كبيرا من التحكم الصحي الداخلي. ولعل هذه الحاجة المتعددة الجوانب التي تتطلب تدخل كل أبعاد مركز التحكم الصحي وفي وقت واحد ولغرض واحد(الامتثال للعلاج)، لذا قد تتجاوز مفهوم مركز التحكم الصحي الذي رغم التفاعل والديناميكية التي تتسم بها أبعاده إلا أنها تتأثر بطبيعة المواقف ولهذا قد تُفَسَّر النتيجة المتعلقة بعدم وجود ارتباط بين مركز التحكم الصحي والامتثال العلاجي بعدم قدرة مركز التحكم الصحي على توظيف أبعاده الثلاثة في وقت واحد للتعاطي مع الامتثال العلاجي، وهو الطرح الذي أثنى عليه أيرين وآخرون Erin et al.(2005) حيث يؤكد أنه لا بد لنا من التسليم أنه ورغم تميز مركز التحكم

الصحي بالتفاعل والديناميكية بين أبعاده إلا أنه غالبا ما يطغى بعد معين على البعدين الآخرين تبعا لطبيعة المواقف، من جهة أخرى يمكن تفسير هته النتيجة في ضل خصوصية عينة بحثنا التي تتميز بسيادة البعد الخارجي للحظ والصدفة لدى أفراد العينة ما قد يعيق محطات عديدة من الامتثال العلاجي، والتي تُبنى في مُجملها على الالتزام والاستمرارية النابعين من الاعتقاد التام في أن حتمية الحفاظ على ما بقي من صحتهم قد لا يتأتى إلا إذا أخذ المرضى مسؤولية حماية صحتهم على عاتقهم والذي غالبا ما قد يندرج ضمن البعد الداخلي من مركز التحكم الصحي وهي المقاربة التي طرحها هيلمر وآخرون (2012).Helmer et al والتي ترى أن مركز التحكم الصحي الداخلي هو من يؤثر على الامتثال العلاجي ويرفع من مستواه.

قد تحيلنا النتيجة الحالية (وجود فروق في الامتثال العلاجي ترجع لمركز التحكم الصحي رغم عدم الارتباط بينهما) إلى البحث أكثر ضمن أبعاد مركز التحكم الصحي لتحديد من منها يرتبط أكثر بالامتثال العلاجي، ثم محاولة التأكد من النتيجة المتوصل إليها بصياغة فرضية تعنى بالتحقق من مدى امكانية عزو الفروق في الامتثال العلاجي لذلك البعد ، وهو ما سيتجسد في الفرضيتين الثالثة والرابعة.

وعن الفروق في الامتثال العلاجي للراشدين المصابين بداء السكري المرتبطة بالسند الاجتماعي المدرك وارتباطه الدال بهذا الأخير، فقد تُبرر هذه النتيجة بالتمعن في الامتثال العلاجي وكذا أبعاده التي يمكن أن تتضح أكثر بالاطلاع على مقياس الامتثال العلاجي المعد في هذا البحث الذي يتضمن بعدا خاصا بإدراك السند الاجتماعي، ما قد يوحي بأن وجود الامتثال العلاجي قد يستدعي الحصول على السند الاجتماعي المدرك، وهو الأمر الذي أقرته منظمة الصحة العالمية (2018) WHOوالذي

نطمح لمراعاته في البحث الحالي، وبالعودة إلى البنود الثقافية للبيئة الجزائرية نلمس تشديد الثقافة الإسلامية التي تتدرج ضمن الثقافة الجزائرية على أهمية تقديم السند الاجتماعي المدرك للمريض كونها تطرح معاني كثيرة، كزيارة المريض، الرحمة، الإيثار، التسامح، الصدقة، التكافل، وكلها أمور برهن الدين على أهميتها بالنسبة للشخص العادي وللمريض خاصة، ولعل تواجد أفراد عينتنا ضمن هذه البيئة المشجعة على تقديم السند الاجتماعي المدرك يمكن أن يلقي بوقعه الإيجابي على صحة الراشدين المصابين بداء السكري عموما وامتثالهم للعلاج على وجه الخصوص، وهو ما أكده أدوبي وزملاؤه (2006) Adoubi and his freinds بقولهم أن طبيعة ومقدار التنبؤ بالامتثال العلاجي من خلال السند الاجتماعي المدرك لا يمكن تفسيره خارج النظم السوسيو ثقافية التي يحدث فيها.

بالنسبة للدراسات التي تقترب من بحثنا الحالي والتي قد تتفق نتائجها أو تتعارض مع النتيجة الحالية يمكننا ذكر دراسة كامبز وفيلر (2011) Combes and Feler التي حققت في علاقة الامتثال العلاجي بمركز التحكم الصحي لدى عينة من المصابين بالفصام وتوصلت إلى التباين في الامتثال العلاجي لدى أفراد عينتها راجع لمركز التحكم الصحي، في ذات السياق اعتبر نايم وآخرون (2011) .Nam et al مركز التحكم الصحي من العوامل التي قد تسمح لنا بالتنبؤ بالامتثال العلاجي لمرضى السكري، كما تتفق بحثنا الحالي مع نتائج قارة (2015) في شقها المتعلق بغياب الارتباط بين مركز التحكم الصحي والامتثال العلاجي، وبخصوص الدراسات التي خالفت نتائجها نتيجتنا الحالية نذكر دراسة سبيريا (2014) Spiriya التي بينت نتائجها أن مركز التحكم الصحي يرتبط بقوة بالامتثال العلاجي للمصابين بداء السكري.

أما عن الدراسات التي أيدت نتائجها أو عارضت تأثر الامتثال العلاجي بالسند الاجتماعي وارتباطه به نذكر منها دراسة ما وآخرون (2013).Ma et al التي اعتبرت السند الاجتماعي المدرك من عوامل التنبؤ بالامتثال العلاجي نظرا لتأثر هذا الأخير بالسند الاجتماعي المدرك وارتباطه القوي والموجب به، بدورها دراسة غومز وآخرون(2012) .Gomes et al بينت أن الفروق في الامتثال العلاجي بين المصابين بداء السكري يمكن أن ترجع إلى مستوى السند الاجتماعي المدرك لديهم، وتوصلت إلى أن كل من الامتثال العلاجي والسند الاجتماعي المدرك يرتبطان ارتباطا موجبا. بينما جاءت دراسة أديسا وآخرون (2017).Adisa et al منافية لما توصلنا إليه كون نتائجها بينت عدم وجود ارتباط بين السند الاجتماعي المدرك والامتثال العلاجي، وعدم إمكانية التنبؤ بالامتثال العلاجي من خلال السند الاجتماعي المدرك.

كما سلف الذكر فإن لكل دراسة أو بحث خصوصية ولعل ما يميز بحثنا الحالي عن غيره هو أسلوبه في تناول المتغيرات بالدراسة والقالب الشمولي الذي أضفى نوعا من السلاسة والتسلسل على نتائجه أيضا، وعلى ذكر التسلسل سنحاول التحقق من الإبهام الذي طال هذه الفرضية في جانبها الخاص بغياب الارتباط الدال بين مركز التحكم الصحي والامتثال العلاجي رغم امكانية عزو الفروق في هذا الأخير لسابقه، من خلال الفرضيتين المواليتين لتحديد موطن الارتباط.

الفرضية الثانية: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الامتثال العلاجي وكل بعد من أبعاد مركز التحكم الصحي لدى الراشدين المصابين بداء السكري.

2-3 عرض النتائج

بغيـة التأكـد مـن صـحة فرضـيتنا ارتكزنـا علـى معامـل الارتبـاط ر.بيرسـون (*r*.pearson) وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم(42): يوضح الارتباط بين الامتثال العلاجي وكل بعد من أبعاد مركز التحكم الصحي لدى الراشدين المصابين بداء السكري.

المحور	التحكم الداخلي	التحكم الصدفة والحظ	تحكم ذوي النفوذ
الارتباط	0.937**	0.902-**	0.003-
الدلالة	<0.01	<0.01	0.96

يتبين من خلال الجدول رقم(42): أن هناك علاقة طردية قوية بين الامتثال العلاجي وبعد التحكم الصحي الداخلي أين قدر معامل الارتباط ب: (0.937) مما قد يدل على أن ارتفاع مستوى مركز التحكم الصحي الداخلي يقتضي ارتفاع مستوى امتثال العلاج لدى عينة بحثنا، كما أوضح ذات الجدول أن العلاقة بين الامتثال العلاجي وبعد الصدفة والحظ علاقة عكسية قوية حيث بلغ معامل الارتباط (0.902-) بمعنى كلما ارتفع مستوى بعد التحكم الصحي للحظ والصدفة انخفض مستوى الامتثال العلاجي، كما أنه لا توجد علاقة بين الامتثال للعلاج وبعد التحكم ذوي النفوذ ذلك أن قيمة معامل الارتباط قدرت ب:(0.003- =*r*) وهي قيمة غير دالة، ما يدل على عدم تحقق الفرضية الثانية ذلك أن الارتباط مع الامتثال العلاجي اقتصر على البعد الداخلي والبعد الخارجي للحظ والصدفة من مركز التحكم الصحي.

4-2 مناقشة النتائج

يظهر لنا جليا من خلال ما أسفرت عنه القراءة الإحصائية للجدول رقم (42) عدم تحقق الفرضية الثانية، بشكل أدق فقد بينت النتائج المتعلقة بها أن امتثال أفراد عينة بحثنا للعلاج يمكن أن يتأثر طرديا بتبتيهم للبعد الداخلي من مركز التحكم الصحي فقد يرتفع أو ينخفض تبعا لذلك، كما يمكن أن يتأثر امتثالهم للعلاج أيضا ولكن بشكل عكسي بإتباعهم البعد الخارجي للحظ والصدفة معنى ذلك أن ارتفاع أحدهما يقتضي انخفاض الآخر، وقد نتمكن من تفسير هذه النتيجة بالعودة إلى طبيعة الامتثال العلاجي الذي يقضي كما سبق الذكر تعهدا والتزاما من المريض باستمراره في الامتثال للعلاج، وقد ينبع هذا انطلاقا من اعتقاده بإمكانية إخضاع كل ما يتعلق بالامتثال للعلاج لسيطرته الشخصية ما قد يندرج ضمن مركز التحكم الصحي، في نفس السياق أشار أيرن وآخرون (2005).Erin et al أنه رغم التسليم بالتفاعل بين أبعاد مركز التحكم الصحي إلا أن البعد الداخلي منه هو من يحظى بالقدر الكبير في التأثير على الامتثال العلاجي انطلاقا من ارتباطه الوثيق بهذا الأخير، كما أن الارتباط السالب بين بعد التحكم الصحي للحظ والصدفة بالامتثال العلاجي يمكن أن يُرَد لخصائص العينة التي ساد لديها التحكم الصحي للحظ والصدفة، وبهذا الصدد يشير موروواتي شريف أباد وآخرون Morowatisharifabad et al. (2009) أن الامتثال العلاجي يمكن أن يتأثر بطغيان بعد معين من مركز التحكم الصحي لدى أفراد العينة. ولعل ما قد يبرر الارتباط العكسي للامتثال العلاجي بالتحكم الصحي للحظ والصدفة هو خاصية الالتزام والمشاركة الفعلية في وضع الخطة العلاجية، فكون الامتثال العلاجي يتمحور في شقه الأكبر على دور وفعالية المريض يمكن أن يجعل من التسليم في الحظ والصدفة وترك مسؤولية الرعاية الصحية للأمور الغيبية عاملا منفرا من الامتثال العلاجي، في

ذات السياق يؤكد سبيريا (2014) Spiriya أن التجرد من المسؤولية المتعلقة بحماية الصحة وترقيتها والتخلي عنها والتسليم بمركز التحكم الصحي غالبا ما يرتبط وبإيجاب مع انخفاض مستوى الامتثال العلاجي، من جهتها أكدت محمد الشويخ(2016) أن الامتثال العلاجي باعتباره سلوك صحي يمكن أن يتأثر ويرتبط وبقوة مع ارتفاع مستوى الامتثال العلاجي، حتى بعد التحكم الصحي لذوي النفوذ والآخرون قد يرتبط ارتباطا موجبا مع الامتثال العلاجي كون هذا الأخير يتحسس جدا للعلاقة (معالج–متعالج) غير أن تبني مركز التحكم الصحي للحظ والصدفة قد يساهم في تدني الامتثال العلاجي.

قد يبدو لنا تبعا لما تم عرضه وجود التفاف شبه تام حيال طبيعة العلاقة بين كل من البعد الداخلي من التحكم الصحي والامتثال العلاجي من جهة، وبين مركز التحكم الصحي للحظ والصدفة من جهة أخرى، غير أن غياب الارتباط بين مركز التحكم الصحي لذوي النفوذ والآخرون والامتثال العلاجي لدى أفراد العينة يمكن أن يفسر بتوتر العلاقة بين (المعالج والمتعالج)، زيادة إلى ذلك فغياب المرافقة الصحية بما في ذلك النفسية والاجتماعية للراشد المصاب بداء السكري عامة والمصابين بالأمراض المزمنة عامة قد يساهم في تبني أساليب غير فعالة في التعامل مع الامتثال العلاجي ما قد يحول دون التأثير عليه، ولعل التعصب لبعد الحظ والصدفة في ضل النتائج المتحصل عليها قد يحول دون الوثوق في قدرات ذوي النفوذ والآخرون (معالجين، النظم الصحية، جمعيات، مؤسسات التوعية.....وغيرها ممن يرتبطون مباشرة بالصحة) ما قد يعيق الاعتقاد في التحكم الصحي الخارجي لذوي النفوذ والآخرين، كما أن تمتع أفراد عينة بحثنا بمستوى تعليمي متوسط قد لا يسمح لهم هذا بالاعتقاد في قدرة ذوي النفوذ والآخرون ومدى تدخلهم في سياق امتثالهم للعلاج، وهي الفكرة التي

جاءت بها نارادي وزملاؤها Naradi et al.(2017) التي ترى أن اللجوء لبعد معين ضمن مركز التحكم الصحي يمكن أن يرتبط أساسا بالمستوى التعليمي للفرد.

زيادة على كل هذه الرؤى والمبررات العلمية حاولنا عرض نتائج بعض الدراسات التي عنيت بذات الطرح كدراسة أوميج ونيبو Omeje and Nebo (2011) التي حققت في تأثير مركز التحكم الصحي على الامتثال العلاجي للمصابين بارتفاع ضغط الدم وتوصلت إلى أن البعد الداخلي من مركز التحكم كان أكثر ارتباطا بالامتثال العلاجي، ليليه ارتباط بعد ذوي النفوذ والآخرون، بينما لم يكن هناك أي ارتباط بين بعد الحظ والصدفة والامتثال العلاجي، وبذلك ارتبط البعدين الأولين فقط من أبعاد التحكم الصحي بالامتثال العلاجي كما كانت كل تلك الارتباطات موجبة، وبذلك قد تتفق مع بحثنا الحالي في شطرها المتعلق بعلاقة مركز التحكم الصحي بالامتثال العلاجي، بينما تعارضت في شقها المتعلق بالبعدين الآخرين، كما جاءت نتائج دراسات كل من موروواتي شريف أباد وآخرون Morowatisharifabad et al. (2009) متفقة مع نتيجتنا الحالية تماما، أما دراسة قارة (2015) فقد أفصحت نتائجها عن غياب الارتباط بين الامتثال العلاجي وكل بعد من أبعاد مركز التحكم الصحي، ولعل هذا التباين بين النتائج قد يخضع لأمور سبقت الإشارة إليها، وبالعودة إلى نتيجة الفرضية الحالية وباعتبار الارتباط الأقوى لأبعاد مركز التحكم الصحي بالامتثال العلاجي كان من نصيب البعد الداخلي منه، فسعينا منا لتحديد حجم التنبؤ بالتباين في الامتثال العلاجي من خلال مركز التحكم الصحي الداخلي انطلاقا من تناول هذا الأخير مع السند الاجتماعي المدرك وهو ما سيتضح أكثر من خلال الفرضية الثالثة والموالية.

الفرضية الثالثة: توجد فروق في مستوى الامتثال العلاجي لدى الراشدين المصابين بداء السكري ترجع لكل من مركز التحكم الصحي الداخلي والسند الاجتماعي المدرك.

2-5عرض النتائج

لجأنا لحساب معادلة الانحدار المتعدد بغية التأكد من تحقق الفرضية الثالثة التي جاءت نتائجها كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم(43): يوضح الانحدار الخطي المتعدد للفروق في الامتثال العلاجي لدى أفراد عينة البحث تبعا لكل من مركز التحكم الصحي الداخلي والسند الاجتماعي المدرك.

المتغير التابع	المتغيرات المستقلة	معامل R^2 التحديد	F	دلالة F	المعاملات	قيمة T	مستوى الدلالة
الامتثال العلاجي	مركز التحكم الصحي الداخلي	0.955	1365.59	<0.001	3.388	11.79	<0.001
	السند الاجتماعي المدرك				0.342	14.75	<0.001
					44.86	16.79	<0.001

يتضح من الجدول (43) أن التنبؤ بالامتثال العلاجي بواسطة كل من مركز التحكم الصحي الداخلي والسند الاجتماعي المدرك دال إحصائيا، $P<0.01$,$F(2,132)=1365.59$، حيث أن المتغيرات المستقلة (مركز التحكم الصحيالداخلي والسند الاجتماعي المدرك) تفسر ما مقداره ($R^2=0.955$) من التباين في الامتثال العلاجي، كما أن قيمة معامل مركز التحكم الصحي الداخلي قدرت ب: (3.388) بمستوى دلالة أقل من 0.001 حسب قيمة T (11.79)، وعليه فإنه توجد علاقة طردية قوية بين مركز التحكم الصحي الداخلي والامتثال للعلاج، أي كلما ارتفع مستوى التحكم الصحي الداخلي ارتفع مستوى الامتثال للعلاج لدى الراشدين المصابين بداء السكري، كما كانت قيمة معامل السند الاجتماعي المدرك (0.342) بمستوى دلالة أقل من 0.001 حسب قيمة (14.75)T ، مما يدل على العلاقة الموجبة القوية بينهما وأنه كلما ارتفع مستوى السند الاجتماعي لدى أفراد العينةارتفع مستوى امتثالهم للعلاج تبعا لذلك مما يعنى تحقق الفرضية الثالثة، وتأتي معادلة الانحدار كما يلي:

الامتثال العلاجي=44.86+(مركز التحكم الصحي الداخلي3.388x)+(السند الاجتماعي المدرك0.342x)

6-2 مناقشة النتائج

تبين لنا القراءة الإحصائية تحقق الفرضية الثالثة وهذا يعني أن مستوى الامتثال العلاجي قد يختلف بن الراشدين المصابين بداء السكري تبعا للاختلاف في كل من مركز التحكم الصحي الداخلي ومستوى السند الاجتماعي المدرك الخاص بهم، ما يجعل إمكانية التنبؤ بهذا السلوك لديهم قد تتحدد بمستوى كل من مركز التحكم الصحي الداخلي والسند الاجتماعي المدرك، وهو ما يتماشى مع ما

توقعناه، وما جاء به أدنياني وآخرون Adneyani et al.(2004) بأن "الامتثال العلاجي لمرضى السكري يختلف وفقا لمركز التحكم الصحي الداخلي ولنظام السند الاجتماعي المدرك" (IN : Umasugi et al., 2016, P 74). كما اقترح أيرين وآخرون Erin et al.(2005) إمكانية التنبؤ بالامتثال العلاجي انطلاقا من مركز التحكم الصحي الداخلي، بينما طرح غومز وزملاؤه Gomes and his freinds (2012) تصورا يقضي بأن السند الاجتماعي المدرك من العوامل التي قد تسمح بالتنبؤ بالامتثال العلاجي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضا بالعودة المحطات التي تشرح كل متغير على حدى، فالامتثال العلاجي عبارة عن سلوك صحي وقائي يعكس قدرة ورغبة الراشد المصاب بداء السكري في الالتزام المنتظم والمستمر بكل الممارسات الصحية التي تندرج ضمن الخطة العلاجية الخاصة بمرضه بمعنى تعديل نمط حياته بما يتماشى وحالته الصحية (خصوصية المرض وخطة العلاج ووضعه الصحي).

بينما يشير مركز التحكم الصحي الداخلي إلى اعتقاد الراشد المصاب بداء السكري بأن مسؤولية صحته تقع على عاتقه وحده، بشكل أدق قد يعبر هذا الأخير عن اعتقاد الفرد أن سلوكياته الشخصية هي من تحدد حالته الصحية، وهو ما قد يرفع من مستوى السمات الايجابية في شخصيته كالتفاؤل، الدافعية للإنجاز، الرغبة في التحدي، تقدير الذات، الفاعلية الذاتية، الصلابة النفسية،الثقة بالنفس، الإدراك الايجابي لصورة الذات في ضل وجود المرض، المرونة، وتبني أساليب التعامل الفعالة، مما قد يجعل الفرد قادرا على التعامل مع الوضعيات الضاغطة التي قد يقع داء السكري في مقدمتها، فيتجه الراشدون المصابون بداء السكري ربما لبحث كل الوسائل والسبل التي تمكنهم من التعايش مع هذا الأخير وإدارته بشكل أفضل وهو ما يندرج ضمن الامتثال العلاجي، وبذلك يمكن أن يبدي الراشدون المصابون بداء السكري من ذوي التحكم الصحي الداخلي مستويات مرتفعة من الامتثال العلاجي أكثر

من غيرهم، على ذات النهج اعتبر مورواتي شريف أباد وآخرون Morowatisharifabad et al.(2009) البعد الداخلي من مركز التحكم الصحي كالمحرك الخفي والمحفز لظهور السمات والخصائص الإيجابية في شخصية الفرد التي تدعم الفرد وتساعده على الارتكاز على الأساليب الفعالة في تعامله مع الوضعيات الصعبة، كما يمكن أن تقف وراء التزام الفرد بتبني السلوكيات الصحية التي يتقدمها الامتثال للعلاج،وفي هذا الصدد يضيف كل من عدوان وعيادي (2014) أن صحة الفرد يمكن أن تتحقق عندما يمارس عليها هذا الأخير السيطرة والتحكم بشكل مباشر وصريح (تحكم صحي داخلي)، كون معتقدات الفرد حول مركز صحته قد تلعب دورا أساسيا في الحفاظ عليها والتعامل مع أي مرض قد يصيبه، وذلك من خلال تنفيذ سلوكيات صحية سليمة تمكنه من العناية بنفسه، وتزيد من شعوره بإحساس التحكم والسيطرة على صحته وحياته. معنى ذلك أن تبني الفرد للممارسات والسلوكيات الصحية التي تندرج ضمن الامتثال العلاجي قد ينم عن اعتقاده بالقدرة على التحكم في صحته والنتائج المترتبة عنها ويمكن أن يتأسس على مركز التحكم الصحي الداخلي، وهو ما يتفق مع ما جاءت به دراسة ميركا وآخرون Mirka et al.(1999) التي خلصت إلى اعتبار مركز التحكم الصحي الداخلي كمؤشر للتنبؤ بالسلوكيات الصحية وعلى رأسها الامتثال للعلاج، نتيجة لارتباط الفروق في هذا الأخير بها، في نفس السياق اعتبرت نارادي وآخرون Naradi et al.(2017) مركز التحكم الصحي الداخلي كمفتاح للامتثال العلاجي، وهو ما قد يبرر النتيجة الحالية في جزئها المتعلق بارتباط الفروق الامتثال العلاجي للراشدين المصابين بداء السكري بمركز التحكم الصحي الداخلي.

بدوره يعبر السند الاجتماعي المدرك عن أحد المتغيرات الهامة التي تعكس إدراك الراشد المصاب بداء السكري لوجود أفراد من محيطه متاحون لمساعدته متى احتاج لذلك وبالشكل الذي يرضيه، وإدراكه لحصوله على السند الاجتماعي قد يمكنه من استثمار موارده الشخصية وتوظيفها بشكل

أفضل، وكما سبق الذكر فإن للسند الاجتماعي المدرك وقع إيجابي كونه قد يساعد الفرد على التعامل الإيجابي مع المواقف الصعبة والضاغطة والمهددة للصحة(داء السكري) فقد يشعره بفاعليته وبقدرته على المواجهة والتحمل، وهو ما يؤكده لوزيي وآخرون Lauzier et al.(2015) بقولهم أن" للسند الاجتماعي المدرك أثر إيجابي على الصحة إذ يرفع من مستوى الصلابة النفسية، والفاعلية الذاتية لدى الفرد ويساعده في تبني أساليب ناجعة وفعالة في التعامل مع المواقف الصعبة والمهددة"(P 2).بهذا الصدد شدّد بريرا Barrera (1986) في دراسته حول الفروق بين مفاهيم السند الاجتماعي، مقاييسه، ونماذجه على أهمية ومكانة السند الاجتماعي المدرك انطلاقا من ارتباطه ارتباطا سالبا وقويا مع إدراك وتوقع الضغط، كما اعتبر أن ضعف مستوى إدراك السند الاجتماعي يمكن أن يؤدي إلى ارتفاع مستوى السمات السلبية كالانفعالية السلبية، التشاؤم، سرعة الاستثارة مما يمكن أن يضع الفرد وبشكل مستمر تحت الضغط النفسي. بشكل أدق قد يدل هذا على أن السند الاجتماعي المدرك يعد عاملا ملطفا من حدة الضغوط ومن وقعها على الصحة، مما قد يمكن هذا الأخير من التعامل معها بشكل يعود على صحته بالإيجاب، كأن يتعامل الراشد المصاب بداء السكري مع مرضه على أنه وضعية صحية خاصة وملازمة وعليه أن يتقبلها ويبحث السبل التي تضمن تحسين نوعية حياته حتى يتعايش مع تلك الوضعية، مما قد يعزز رؤيته للامتثال العلاجي كوسيلة ضرورية للحفاظ على صحته بدلا من كونه عامل يتجاوز قدراته على السيطرة. وفي نفس السياق توصلت دراسة هولا ند وهولهان Holland and Holhan (2003) إلى وجود ارتباط قوي موجب ودال بين السند الاجتماعي المدرك واستراتيجيات التعامل الايجابي مع الوضعيات الضاغطة، إضافة إلى الارتباط القوي بين كل من السند الاجتماعي المدرك والتكيف مع الإصابة بالمرض المزمن، الذي مكنها من اعتبار السند الاجتماعي

المدرك كعامل مساعد على التكيف والتعايش مع المرض من خلال دفع الفرد لتبني أساليب التعامل الفعالة والمركزة على حل المشكل.

يمكن أن يساهم السند الاجتماعي المدرك أيضا في تعزيز وصقل المعارف والمعتقدات المتعلقة بالمرض وعلاجه التي تندرج ضمن محددات الامتثال العلاجي مما قد يرفع من مستوى الشعور بالخطر فيمتثل للعلاج، خاصة وأنه وعلى الرغم من عدم الاتفاق حول المفهوم من الناحية اللغوية إلا أنه وحسب كاب وزملاؤها Cappe et al.(2015) قد تم الاتفاق حول إمكانية تجسده في شكل سند إعلامي، زيادة على الالتفاف التام حول مضمونه ومخرجاته التي قد تجعل منه عامل حماية للصحة، بدورها شويتزر Schweitzer (2004) أثنت على الأثر الإيجابي للسند الاجتماعي المدرك على الصحة كونه يمكن أن يتدخل في دعم كل الممارسات التي تضمن الحفاظ على الصحة مما دفعها لتنصيبه ضمن قائمة عوامل حماية الصحة. من جانبنا نتفق مع هذا الطرح ونعتقد أنه يمكن لهذا الأخير أن يدفع الفرد إلى استشعار قيمته ومكانته وأهمية وجوده ضمن الجماعة التي ينتمي إليها، مما قد يحفزه للسعي على انتهاج كل الممارسات التي ينطوي عليها الامتثال للعلاج، كما لا يجب أن نغفل أن طبيعة المرض واحتمال حدوث النوبات قد يجعل صحة الفرد رهن التهديد المستمر فإشعار الراشد المصاب بداء السكري بالحب والاحتواء والمساندة والتقبل حتى مع الإصابة، النابع من إدراكه أن المحيطين به مستعدون لمساعدته مهما صعبت حالته الصحية وتأزمت وكيف ما كانت الظروف، قد يرفع من مستوى إدراكه السند الاجتماعي المدرك الذي يمكن أن ينعكس على مستوى امتثاله للعلاج وعلى النقيض من ذلك بالنسبة لمنخفضي السند الاجتماعي المدرك، كما أن مساعدة المريض على الامتثال للعلاج التي يلمسها من المحيطين به من خلال تأكيدهم على ضرورة امتثاله العلاجي وكذا تذكيره بمواعيد زيارة الطبيب ومرافقته في إجراء الفحوصات الدورية، ومده بالمساعدات المادية كلها

أمور قد تذلل ما يعترضه من عقبات مما يمكن أن يعزز من قدرته على الالتزام بكل ما يحقق الحفاظ على صحته في ضل إصابته بداء السكري، فيصبح الامتثال العلاجي أسمى ما قد يطمح لتحقيقه من أهداف، وهو ما قد يفسر نتيجة فرضيتنا هته في شقها المتعلق بعزو الفروق في الامتثال العلاجي لدى الراشدين المصابين بداء السكري إلى السند الاجتماعي المدرك لديهم.

بالنسبة للدراسات التي تتفق نتائجها مع ما أسفرت عنه بحثنا الحالي من نتائج، فعلى الرغم من عدم تحصلنا على دراسات بحثت العلاقة بين نفس متغيرات بحثنا (في حدود علمنا)، إلا أنه يمكننا ذكر بعض الدراسات التي تتفق أو تختلف نتائجها ولو بشكل جزئي مع نتائج بحثنا وسنستهلها بالدراسات التي تعنى بمركز التحكم الصحي الداخلي والامتثال العلاجي، على غرار دراسة أيرين وآخرون Erin et al.(2005) حول دور التفاعل بين أبعاد مركز التحكم الصحي في التنبؤ بالامتثال للعلاج لدى عينة من الراشدين المصابين بالسكري من النوع الثاني، حيث أسفرت نتائجهاعلى وجود علاقة قوية وموجبة بين مركز التحكم الصحي الداخلي وارتفاع مستوى الامتثال للعلاج واستقرار الحالة الصحية، وبالنسبة لدراسة سبيريا Spiriya (2014) فرغم أن معظم أفرادها كانوا من منخفضي الامتثال العلاجي إلا أنها فسرت من أبدوا مستويات مرتفعة من الامتثال العلاجي باعتمادهم على البعد الداخلي من مركز التحكم الصحي ، كما اعتبرت هذا الأخير يمكن أن يلقي بوزنه على الامتثال العلاجي واعتبرته من المؤثرات القوية عليه، وفي محاولة قامت بها نارادي وزملاؤها Naradi andher freinds (2017) لفحص المتغيرات التي يمكن أن يتأثر بها الامتثال العلاجي في دراستها التي اختصت بفحص العلاقة بين مركز التحكم الصحي والامتثال العلاجي للمصابين بداء السكري تبين أن البعد الداخلي من مركز التحكم الصحي يؤثر على مستوى امتثال مرضى السكري للعلاج، ذلك أن الفروق في مستوى امتثالهم العلاجي رجعت لمركز التحكم الصحي الداخلي، إلا أن نتائج دراسة قارة (2015) قد أظهرت العكس

حيث بينت نتائجها عدم وجود علاقة بين مركز التحكم الصحي الداخلي والامتثال العلاجي لدى عينة الدراسة.

وعن الدراسات التي عنيت ببحث الفروق في الامتثال العلاجي المرتبطة بالسند الاجتماعي المدرك يمكننا ذكر دراسة لاسي وشيلتون (1996) .Lacey and Schelton خلصت إلى اعتبار "السند الاجتماعي كعامل مهم كونه يؤثرفي مستوى الامتثال للعلاج لدى أفراد عينتها نظرا لارتباطه القوي والدال بهذا الأخير، كما اعتبرت السند الاجتماعي المدرك كعامل مفعل للامتثال العلاجي لدى مرضى السكري"(P 133). وهو ما يتفق مع نتائج بحثنا الحالي الذي يتفق بدوره مع كل من نتائج دراسة كريمي ورفقاؤه (2018) .Karimy et al التي سعت إلى بحث علاقة السند الاجتماعي بالامتثال العلاجي لدى الراشدين من مرضى السكري، وتوصلت من بين جملة من النتائج إلى أن قيمة معامل التحديد تساوي0.921= R^2 حيث كانت قيمة دالة ما دفعهم للقول أن السند الاجتماعي المدرك مؤشر لا بد من أخذه في الحسبان عند التنبؤ بالامتثال العلاجي نظرا لتأثر هذا الأخير القوي والدال بالسند الاجتماعي المدرك، ودراسة لوريك (2006) Lorec التي وجد أن0.87 من التباين بين المصابين بفيروس فقدان المناعة المكتسب(AIDS) في الامتثال العلاجي راجع للسند الاجتماعي المدرك. كل هذه الدراسات التي تم عرضها حول مدى ارتباط الفروق في الامتثال العلاجي بالسند الاجتماعي المدرك تتفق مع نتيجة فرضيتنا الحالة في شقها الذي اختص بفحص هذا التباين ولعل عدم حصولنا على دراسات تتعارض مع هذه النتيجة يسطر وبالبند العريض الإجماع الكبير على دور وأهمية السند الاجتماعي المدرك ومدى تدخله في تحديد مستويات امتثال المرضى عامة والراشدين المصابين بداء السكري خاصة للعلاج.

من خلال هذا العرض تتجلى لنا مكانة كل من مركز التحكم الصحي الداخلي والسند الاجتماعي المدرك من الامتثال العلاجي للراشدين المصابين بداء السكري، فعلى الرغم من اختلاف عينة وظروف وخصوصية ونتائج كل الدراسات السابقة المؤيدة والمعارضة لنتائج بحثنا، إلا أنه يوجد اتفاق على دور كل من مركز التحكم الصحي الداخلي والسند الاجتماعي المدرك في تفعيل الجوانب الايجابية من شخصية الأفراد التي تدفعهم لتبني السلوكيات الصحية والتي تحددت في بحثنا الحالي بتدخل هذين الأخيرين في الرفع من مستوى الامتثال العلاجي لدى الراشد المصاب بداء السكري، والذي تحققت فيه مقولة منظمة الصحة العالمية (1978) WHO أن امتثال المصابين بالمرض المزمن عامة وبداء السكري خاصة للعلاج لا يتحقق إلى بتضافر جهود كل من المريض (من خلال بذل مجهود للتحكم في صحته في ضل وجود المرض–التحكم الصحي الداخلي) والمحيطين به (من خلال العمل على استقراء حاجات المريض ومؤازرته بها بالطريقة التي ترضيه–السند الاجتماعي المدرك) : IN). (Marono, 2011 وهو ما قد تعكسه نتيجة هذه الفرضية.

الفرضية الرابعة: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين السند الاجتماعي المدرك والأبعاد الثمانية الامتثال العلاجي لدى الراشدين المصابين بداء السكري.

2-7 عرض النتائج

اعتمدنا في محاولة التحقق من الفرضية القائلة بوجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين السند الاجتماعي المدرك والامتثال العلاجي لدى الراشدين المصابين بداء السكري، على معامل الارتباط بيرسون (r) لقياس مدى ارتباط الدرجة الكلية مقياس السند الاجتماعي المدرك مع الدرجة الكلية لكل

بعد من الأبعاد الثمانية للامتثال، التي يحصل عليها الراشدون المصابون بداء السكري، وجاءت النتائج كما سيتم عرضه في الجدول الموالي:

جدول رقم(44): يوضح نتائج معاملات ارتباط درجات أفراد العينة من مقياس السند الاجتماعي المدرك بدرجاتهم من كل بعد من أبعاد مقياس الامتثال العلاجي.

البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
المرض	0.938	<0.01
العلاج	0.938	<0.01
تعديل النمط	0.944	<0.01
الفحوصات الدورية والمتابعة الطبية	0.942	<0.01
المراقبة الذاتية	0.945	<0.01
العلاقة (معالج–متعالج)	0.942	<0.01
السند الاجتماعي المدرك	0.945	<0.01
الظروف البيئية	0.948	<0.01

يتبين لنا من الجدول الموضح أعلاه أن وجود ارتباط قوي ودال بين الدرجة الكلية للسند الاجتماعي المدرك والأبعاد الثمانية للامتثال العلاجي، بناءا على قيم معاملات الارتباط التي تتراوح بين 0.938 و0.948، حيث قدر معامل ارتباط السند الاجتماعي المدرك وبعد المرض ب: 0.938

وهي قيمة مرتفعة ودالة عند مستوى الدلالة 0.01، وحصل بعد العلاج على نفس قيمة ارتباط بعد المرض بالسند الاجتماعي المدرك وهي قيمة دالة عند نفس مستوى الدلالة، بينما قدر معامل ارتباط السند الاجتماعي المدرك ببعد تعديل نمط الحياة ب: 0.944 وهي قيمة دالة عند 0.01 وتدل على الارتباط القوي جدا، وبخصوص ارتباط السند الاجتماعي المدرك ببعد الفحوصات الدورية والمتابعة الطبية فقد بلغت قيمة الارتباط 0.942 وهو ارتباط دال عند 0.01، كما بلغت قيمة معامل ارتباط السند الاجتماعي المدرك ببعد المراقبة الذاتية 0.945 وهو ارتباط دال عند 0.01، وقدرت قيمة معامل ارتباط السند الاجتماعي المدرك ببعد العلاقة (معالج–متعالج) ب: 0.942، بمستوى دلالة 0.01، كما أن ارتباط الدرجة الكلية للسند الاجتماعي المدرك ببعد إدراك السند الاجتماعي من مقياس الامتثال العلاجي قدرت ب: 0.945 وهي دالة عند 0.01، وقدر ارتباط الدرجة الكلية للسند الاجتماعي المدرك ببعد الظروف البيئية ب: 0.948، وهو ارتباط دال عند 0.01، وكلها قيم لمعاملات ارتباط قوية ومرتفعة وتدل على العلاقة الطردية القوية جدا بين الدرجة الكلية للسند الاجتماعي المدرك والأبعاد الثمانية للامتثال العلاجي وعليه فإن الفرضية الرابعة محققة.

2-8 مناقشة النتائج

من خلال ما أسفرعنه الجدول رقم(44) من نتائج يتضح لنا تحقق الفرضية التي تنص على وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين السند الاجتماعي المدرك والأبعاد الثمانية للامتثال العلاجي، وقديرجع هذا لشعور المريض بالحب والاحتواء والتفهم الذي يستقيهم من حصوله على السند الاجتماعي المدرك من المحيطين به سواء من العائلة، الأصدقاء أو حتى الطاقم المعالج، وكل هذاقد ينمي فيه الخصائص الإيجابية كالفعالية الذاتية مثلا والتي قد تدفعه للامتثال للعلاج، وهو ما أكده

لوريك (2006) Lorec بقوله غياب شعور المريض بالاحتواء والحب والانتماء للجماعة، وهو ما قد يفسر الارتباط الموجب والقوي بين انخفاض مستوى السند الاجتماعي بانخفاض مستوى امتثال المرضى للعلاج وهذا على جميع أبعاده، ذلك أن السند الاجتماعي المدرك يمكن أن يعزز من الامتثال العلاجي، كما قد تعكس هذه النتيجة احتمال حصول الراشدون المصابون بداء السكري على أنواع عديدة من المساعدات بشكل يساير الطبيعة المتعددة الأبعاد للامتثال العلاجي مما قد يفسر الارتباط الوثيق بين كل بعد من أبعاد هذا الأخير والسند الاجتماعي المدرك، وفي ذلك يقول غومز وآخرون (2012).Gomes et al أن ارتباط السند الاجتماعي المدرك بأبعاد الامتثال العلاجي يمكن أن يرجع لمحتوى السند الاجتماعي المدرك الذي يحاكي طبيعة الامتثال العلاجي.

كما قد ترجع هذه النتيجة إلى مستوى الوعي الصحي لدى المحيطين بالمريض والمساندين له وإلمامهم وإحاطتهم بالمعلومات الصحيحة المرتبطة بداء السكري وعلاجه مما قد يدفع المريض لاستقاء المعلومات الصحية الصحيحة حول داء السكري وكذا مجموع السلوكيات والممارسات الصحية التي ينطوي عليها الامتثال العلاجي، ولعل ذات النتيجة يمكن أن ترجع أيضا إلى انحدار الراشدين المصابين بداء السكري من أوساط تشجع على تثقيف المريض صحيا وعلى توعيته ودفعه لتبني السلوكيات الصحية وعلى رأسها الامتثال للعلاج، فيغرسون في المريض القيم التي تساعده على الامتثال للعلاج، وفي هذا الصدد ترى تايلور (2008) أنه لا يمكن لأي سلوك بما في ذلك الامتثال العلاجي أن يتعرى من المعايير الاجتماعية للبيئة الثقافية، وعلى هذا الأساس فإن التمحيص الدقيق لهذا الأخير غالبا ما يفصح عن تأثره بمكنونات التنشئة الاجتماعية والبنود الثقافية الوسط الاجتماعي الذي ينحدر منه الفرد. بذلك قد يجوز لنا إرجاع هذه النتيجة إلى طبيعة التمثلات الصحية لداء السكري ولعملية العلاج المرتبطة به والموجودة ضمن محيط الراشد المصاب بداء السكري التي يمكن أن تتسم

بالصحة، الدقة، والوضوح، والايجابية مما قد يحث من المحيطين به على إحاطته بجو من المساعدات (السند الاجتماعي المدرك بأنواعه) المحفزة للراشد المصاب بداء السكري على الامتثال للعلاج.

من جهة أخرى قد يبذل المحيطون بالمريض مجهودات كبيرة في سبيل استقصاء وتوفير وتلبية حاجيات الراشد المصاب بداء السكري بالشكل الذي يرضيه ويغنيه عن البحث عنها من المصادر الخاطئة، ولعل بالرجوع إلى خصائص عينة الدراسة نجدها تتمتع بمستوى متوسط من السند الاجتماعي المدرك، وتنحدر من أسر نووية التي يقل فيها عدد الأفراد، مما قد يسمح بالمشاركة ولو بشكل غير مباشر في تعديل نمط الحياة بشكل يساعد الراشد المصاب بداء السكري ربما على الامتثال للعلاج كأن يغيروا عاداتهم الغذائية بمايتلاءم وحمية هذا الأخير، أو يقومون بممارسة الرياضة معه الأمر الذي يرفع من مستوى الحماس والدافعية لديه للاستمرار في ممارسة السلوكيات الصحية التي تعكس الامتثال للعلاج، وهو ما أكدته منظمة الصحة العالمية (2016) WHO حول التربية العلاجية لمرضى السكري كونها اعتبرت أن سعي المحيطين بالمريض على تعديل نمط حياتهم نحو نمط أكثر صحة يمكنه أن ينعكس أساسا على مستوى امتثال المرضى للعلاج، ذلك أن إشعار المحيطين بالمريض على استعدادهم بتغيير عاداتهم السلوكية غير الصحية قد يعود بالإيجاب على المريض وهو ما يجب أن تراعيه كل برامج التربية العلاجية، لأن هذا قد يعكس استعداد المحيطين بالمريض على تشارك وتقاسم نفس الظروف مع المريض ما قد يتدخل في جعل نظرة المريض للامتثال العلاجي أكثر نضجا وإيجابية، وفي نفس الوقت قد يبرر النتيجة التي أعلنت عنها النتائج الخاصة بهذه الفرضية.

ورغم أن أساليب التعلم قد تطورت إلا أن نموذج بندورا Banura المتعلق بالتعلم عن طريق النمذجة لم تتزعزع مكانته، إذ قد يساهم المحيطون بالمريض في تبصيره وتعليمه لأساسيات الامتثال العلاجي الخاصة بالراشدين المصابين بداء السكري، من خلال عرض نتائج عن أفراد يعرفهم هذا الأخير امتثلوا

للعلاج وحافظوا على استقرار حالتهم الصحية، أو أشخاص عاندوا وكابروا ولم يمتثلوا للعلاج فتأزمت حالتهم الصحية وتدهورت، ويتركون للراشد المصاب بداء السكري مجالا للمقارنة والتعلم من نتائج الآخرين وهو ما قد يدفعه للامتثال للعلاج بشكل جيد اقتداء بمن خطوا خطوات كبيرة في التعايش مع السكري وإدارته بشكل أحسن، وتفاديا للوقوع في النتائج السلبية التي حصدها من لم يمتثل للعلاج، تضيف كوب Cobb (1976) أن الاستثمار الجيد للسند الاجتماعي المدرك يمكن الفرد من الضفر بالدور الوقائي والحامي من الأزمات والتعقيدات الناجمة عن الأمراض كالسكري، السمنة، والتهاب المفاصل، وإدمان الكحول والذي يتلخص في الامتثال للعلاج. معنى ذلك أن حسن توظيف السند الاجتماعي المدرك واستغلاله لصالح الفرد قد يجعل منه عاملا وقائيا وعامل حماية للصحة وهو ما قد يتجسد في امتثال الراشد المصاب بداء السكري للعلاج. لعل فكرة التوظيف الجيد قد تعيدنا لمفهوم السند الاجتماعي الذي يمثل نسقا من العمليات المنظمة التي قد تبدأ بقدرة المحيطين بالراشد المصاب بداء السكري على استقراء وفك الرموز المشفرة لطبيعة الحاجة التي يتعين عليهم تلبيتها، وكذا قدرة الراشد المصاب بداء السكري على الاستفادة من المساعدات التي قدمت له انطلاقا من رضاه التام عنها، لذا قد تؤول النتيجة الحالية إلى رضا أفراد عينتنا على السند المقدم لهم والذي تمكن من ملامسة حاجاتهم الفعلية (أبعاد الامتثال العلاجي).

كل هذه الافتراضات قد تصب في قالب واحد قاسمه المشترك هو أن الامتثال العلاجي بأبعاده الثمانية يمكن أن يتأثر ولحد كبير بمقدار السند الاجتماعي المدرك الذي يمثل شبكة داعمة بمختلف المقاييس، ذلك أن الفرد كائن اجتماعي بطبعه وتواجده ضمن بيئة يدرك ويشعر فيها بالمعاضدة والاحتواء يمكن أن يدفعه لبحث كل السبل التي تسمح بالحفاظ على صحته، كما أن تعدد أنواع السند الاجتماعي المدرك التي سبقت الإشارة إليها في فصل السند الاجتماعي المدرك يمكن أن تجعل من هذا الأخير

عاملا مسايرا لأبعاد ومؤشرات الامتثال العلاجي لدى الراشد المصاب بداء السكري كونه قد يساهم في دفع الراشد المصاب بداء السكري للامتثال العلاجي من زوايا مختلفة، فهذه المسايرة قد تعمل على تغطية القصور أو تلبية الحاجة التي قد يعيق غيابها الامتثال للعلاج، ومما قد يفسر الارتباط القوي جدا بين السند الاجتماعي المدرك والأبعاد الثمانية للامتثال العلاجي لدى الراشدين المصابين بداء السكري هو أنه يمكن أن يتدخل على المستويات الثمانية نظرا لتعدد أنواعه ومصادره، مما قد يشكل أرضية صلبة لتفسير النتيجة الحالية.

وبما أن قياس مستوى الامتثال العلاجي في البحث الحالي اعتمد على مقياس معد بما قد يتناسب وهذا البحث، فمن الصعب وجود دراسات حول علاقة السند الاجتماعي المدرك بالأبعاد الثمانية التي وضعت في بحثنا لقياس للامتثال العلاجي، ومع ذلك يمكننا ذكر بعض الدراسات التي تتقارب أو تتق جزئيا مع نتائج بحثنا كدراسة كريمي وآخرون Karimy et al.(2018) التي قامت بتمحيص علاقة الامتثال العلاجي بالسند الاجتماعي المدرك لدى مرضى السكري، وتوصلت إلى وجود ارتباط قوي موجب ودال بين السند الاجتماعي وكل بعد من أبعاد الامتثال العلاجي، ظاهريا قد تتفق هذه النتيجة مع بحثنا لكن قد تختلف عنها من خلال اعتمادها على أدوات مغايرة، وبدورها تناقضت نتائج دراسة أديسا وآخرون Adisa et al.(2017) حول علاقة الامتثال العلاجي بالسند الاجتماعي المدرك لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم، مع النتيجة الحالية لفرضيتنا هته كون نتائج دراستهم أسفرت عن غياب الارتباط بين السند الاجتماعي المدرك وكل بعد من أبعاد الامتثال العلاجي.

كما سلف الذكر فإن التباين والاتفاق بين نتائج الدراسات التي عنيت بذات الفرضية يمكن أن تخضع لعوامل ومتغيرات أخرى، ثقافية، اقتصادية، اجتماعية، (أدوات القياس)....وغيرها من العوامل التي ربما يمكن تفسير هذا الاختلاف ضمنها، لذا لابد من مراعاة هذا الطرح في التعاطي مع النتائج.

لعل أهم ما يمكننا قوله هو أن السند الاجتماعي المدرك يمكنه أن يذلل احتمال مواجهة الراشد المصاب بداء السكري لصعوبة في الامتثال للعلاج، من خلال تنوع أبعاده التي تساهم ربما في الرفع من مستوى الخصائص الايجابية لديه كالفعالية الذاتية، الأمر الذي قد يمكن هذا الأخير من الامتثال للعلاج بمختلف مكوناته وأبعاده وهو ما يمكن أن يتجلى لنا في ضل تحقق هذه الفرضية.

الفرضية الخامسة: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك لدى أفراد العينة.

2-9 عرض النتائج

ارتكزنا في سبيل التحقق من صدق الفرضية الثامنة القائلة بوجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك، لدى أفراد العينة على حساب معامل الارتباط (ر) بيرسون (*r*:pearson) وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم(45).

جدول رقم (45): يوضح معامل ارتباط درجات أفراد العينة من مقياس مركز التحكم الصحي بدرجات أفراد العينة من مقياس السند الاجتماعي المدرك.

المتغيرات	معامل الارتباط	الدلالةالإحصائية
مركز التحكم الصحي	0.078	0.37 غير دالة
السند الاجتماعي المدرك		

يتضح من خلال استقراء النتائج الموضحة في الجدول رقم (45): أن قيمة معامل الارتباط بين مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك بلغت 0.078=ر وهي غير دالة عند مستوى الدّلالة

0.05، والتي تدل على عدم وجود علاقة بين المتغيرين، وعليه عدم تحقق الفرضية التي تنص على وجود علاقة ارتباطية بين مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك لدرى الراشدون المصابون بداء السكري، مما يدل على تحقق الفرض الصفري القائل بعدم وجود علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين ذات المتغيرين لدى أفراد عينة بحثنا، بشكل أدق فإن الفرضية الخامسة من هذا البحث لم تتحقق.

2-10 مناقشة النتائج

من خلال القراءة الإحصائية لنتائج الفرضية الخامسة يتضح لنا جليا عدم تحققها، مما يدل على عدم وجود علاقة ارتباطية بين مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك لدى الراشدين المصابين بداء السكري، وهو ما جاء منافيا ومعاكسا لتوقعاتنا.

يبدو لنا أنه يمكن تفسيرهذه النتيجة في ضل نتيجة الاحصائيات الوصفية دلت نتائجها على سيادة البعد الخارجي للحظ والصدفة لدى الراشدون المصابون بداء السكري، معنى ذلك أن الراشدون المصابون بداء السكري قد يبنون استدلالات خارجية تقوم أساسا على الحظ والصدفة حول التحكم في النتائج المرتبطة بصحتهم،وهو ما قد يجعل اعتقادهم في قدرات المحيطين بهم على المساندة والدعم ضعيفة، وفي ذلك تقول شويتزر Schweitzer (2003) أن اعتقاد الفرد في قوى الآخرين يمكن أن يرفع من إدراكه للسند الاجتماعي. ضف إلى ذلك يمكن أن يعتقد الراشدين المصابين بداء السكري أن الحظ والصدفة لا يحالفان المحيطين بهم فيعزفون عن الاستنجاد بهم أو الرضا عن ما يقدموه له من مساعدات، وفي هذا السياق توصلت دراسة أحمان (2012) إلى "وجود ارتباط جد ضعيف ين الدرجة الكلية السند الاجتماعي المدرك ومركز التحكم الصحي الخارجي للحظ والصدفة حيث قدر ب: 0.27

وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0.01"(ص 214). يبدو لنا من خلال ما أسفرت عنه دراسة أحمان أنه رغم أهمية كلى المتغيرين ومكانتهما الإيجابية من الصحة عامة ومن الامتثال العلاجي لداء السكري خاصة إلا أن كل متغير يعمل على حدى (بشكل منفصل) حيث لا يوجد ارتباط بينهما حسب بحثنا الحالي.

من جهة أخرى يمكن أن تفسر هذه النتيجة بعدم قدرة المحيطين بالراشد المصاب بداء السكري على تمحيص واستقراء الحاجيات الفعلية للراشد المصاب بداء السكري بالشكل الكافي والذي قد يمكنه من تفعيل مركز التحكم الصحي لديه، كأن يساندوه ماديا بينما يحتاج في الأصل سند معنوي أو إعلامي، وهنا قد لا تمر الرسالة بشكل فعال فلا يتمكن الراشد المصاب بداء السكري إدراك ما قدم له من مساعدات على أنها تلبي حاجياته الفعلية بالشكل الذي يُغنيه عن اللجوء لمصادر أخرى، مما يبقيه في حاجة مستمرة للسند الاجتماعي المدرك وهو ما قد يشغله على التحكم في صحته، من جهة أخرى فعدم إدراك السند الاجتماعي بالقدر الكافي (مستوى مرتفع) قد يحول دون قدرة الفرد على التحكم في صحته سواء من خلال التحكم الداخلي أو التحكم الخارجي بنوعيه(ذوي النفوذ والآخرون–الحظ والصدفة) ولعل ما قد يعزز هذا الطرح هو إبداء أفراد عينتنا لمستويات متوسطة من السند الاجتماعي المدرك، مما يمكن أن نفسر به غياب العلاقة بين المتغيرين، وفي هذا الصدد يرى سارازون وآخرون Sarason et al.(1983) أن السند الاجتماعي لا يمكن أن يؤدي وظيفته ما لم يتم إدراكه على أنه يتلاءم والحاجة الفعلية للفرد بالقدر الكافي. وهو ما قد يؤكد فكرتنا.

في نفس السياق يضيف بروسيدانو Procidano (1983) أن السند الاجتماعي المدرك يتأثر بالتغيرات الزمنية للمواقف المواجهة. معنى ذلك أن طبيعة المواقف هي التي يمكن لها أن تحدد فعالية السند الاجتماعي المدرك وكذا مدى ارتباطه بالمتغيرات الأخرى، فعلى الرغم من أن العديد من الباحثين

أكدوا على الارتباط القوي بين السند الاجتماعي المدرك ومركز التحكم الصحي على غرار بيكر وزملاؤه (1992) .Baker et al، وسارا زون وآخرون(1983).Sarason et al، إلا أن نتائج بحثنا أظهرت عدم الارتباط بينهما التي يمكن أن ترجع حسب رأينا إلى نسيبة المفهوم وكذا خصوصية داء السكري التي يمكن لها أن تفقد الراشد المصاب بداء السكري القدرة على ترتيب أولوياته والتحكم في صحته كما قد ينجر عنها عدم إدراك السند الاجتماعي المقدم له، خاصة وأن الدراسات السابقة الذكر أكدت على العلاقة بين المتغيرين في حال ارتفاع مستوى السند الاجتماعي المدرك وهو ما لم يتحقق في بحثنا الحالي كون أفراد عينتنا لهم مستوى متوسط من إدراك السند الاجتماعي المدرك.

كما لا يجب أن نغفل جانب مهم من جوانب السند الاجتماعي المدرك وهو أيضا طبيعة مقدمي السند ذلك أن"مصدر السند عنصر مهم في سيرورة السند الاجتماعي المدرك ككل ويجب أخذه بعين الاعتبار"(Mitchell, 1985, P 134). معنى ذلك أن الراشد المصاب بالسكري قد لا يدرك السند الاجتماعي المقدم له في حال حصل عليه من أشخاص لا يثق في مستوى تأهيلهم وكفاءتهم لمعاضدته، وبالنسبة لنا فاختلال هذا التوازن قد يؤثر على علاقة السند الاجتماعي المدرك بالعديد من متغيرات الشخصية وفي مقدمتها مركز التحكم الصحي مما قد يفسر غياب العلاقة بين هذين الأخيرين في بحثنا الحالي.

فيما يخص الدراسات التي تتعارض نتائجها مع نتائج بحثنا الحالي نذكر دراسة ليفكورت Lefcourt (1984) التي أثنت نتائجها على العلاقة القوية بين كل من مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك. وهو الحال بالنسبة لدراسة "فايد (2005) حول ضغوط الحياة والتحكم الصحي المدرك للحالات الذاتية والسند الاجتماعي كمنبئات بالأعراض المرضية لدى عينة غير إكلينيكية قوامها 416 راشد، حيث توصلت إلى وجود علاقة بين التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك" (عن:

أحمان، 2012، ص 50). بينما لم نتمكن من الوصول للدراسات التي اتفقت نتائجها ونتائج بحثنا الحالي، ومع ذلك وفي ضل ما تم ذكره يبدو لنا أنه قد تحددت مكانتهما الإيجابية من الامتثال العلاجي لدى عينة بحثنا إلا أن العلاقة بينهما يمكن أن تحكمها العوامل السابقة الذكر في ضل النموذج البيو نفسي اجتماعي الشامل للصحة والمرض.

الفرضية السادسة: توجد فروق في مستوى الامتثال العلاجي لدى الراشدين المصابين بداء السكري تبعا لمتغير الجنس.

2-11 عرض النتائج

لبحث الفروق في الامتثال العلاجي المصابين بداء السكري بين الجنسين تجسيدا للفرضية التي تفترض وجد فروق في مستوى الامتثال العلاجي لدى الراشدين تبعا لمتغير الجنس.قمنا بحساب اختبار ت (T) للفروق وقد جاءت النتائج كما سنعرضه في الجدول الموالي:

جدول رقم (46): يوضح نتائج اختبار ت(T) للفروق بينمتوسط درجات الذكور والإناث في الامتثال العلاجي.

الجنس	العدد(n)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمةT	مستوى الدلالة
ذكر	62	172.84	79.99	1.98	0.05 دالة
أنثى	71	145.46	78.98		

يتضح من خلال الجدول رقم(46): أن عدد الإناث يقدر ب: 71، بينما تمثل 62 الباقية عدد الذكور، كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات الذكور والإناث في درجات الامتثال العلاجي لصالح الذكور حيث وذلك بمتوسط حسابي مقدر ب: 172.84=*M* وانحراف معياري بلغت قيمته 79.99=*SD* أما بالنسبة للإناث فقدر متوسطها الحسابي ب: M=145.46 وبانحراف معياري بلغ78.98=*SD*، كما جاءت قيمة اختبار ت(*T*) دالة(*P*=0.05 ,1.98=(131)*T*، وهذا ما يدل على وجود فروق في الامتثال العلاجي بين الراشدين المصابين بداء السكري تبعا لمتغير الجنس، وهو ما يعكس تحقق الفرضية السادسة.

2-12مناقشة النتائج

يتبين من خلال تحقق الفرضية السادسة أن الراشدون المصابون بداء السكري أكثر امتثالا للعلاج من الراشدات المصابات بداء السكري، وقد ترجع هذه النتيجة لطبيعة الرجل الذي يعتنق المسؤولية منذ نعومة أظافره من خلال أساليب التنشئة الاجتماعية التي تزرع فيه القدرة على تحمل المسؤولية أكثر من الأنثى، وهو ما يمكن أن يجعل الراشد المصاب بداء السكري يلتزم وباستمرار وانتظام بالقيام بكل ما يندرج تحت مظلة الامتثال للعلاج، فربما قد يتأسس هذا الأخير على قناعات الذكور بأنهم أكثر قدرة من الإناث على السيطرة والتحكم في الوضعيات التي يقع داء السكري ضمن أهما وأين يمثل الامتثال للعلاج بوابتها الرئيسية.

كما يمكن أن تفسر هذه النتيجة بالعودة إلى طبيعة المرأة وتعدد مسؤولياتها العائلية، فقد يشغلها التفاني في خدمة أفراد أسرتها وتلبية حاجياتهم ومتطلباتهم إلى التضحية بصحتها في سبيل إرضاء المحيطين بها، وهو ما قد ينعكس سلبا على مستوى امتثالها للعلاج.

وبالنظر إلى التصورات الاجتماعية للمرأة والرجل في البيئة الجزائية قد نتمكن من ذكر بعض العوامل التي من شأنها إحداث الفارق بين الجنسين في مستوى امتثالهم للعلاج، فقد تجد المرأة نفسها غير قادرة على ممارسة الرياضة مثلا التي تعد ضرورية بالنسبة لكل المصابين بالسكري والراشدين منهم بشكل خاص، فقد يمنعها المحيطون بها بناءا على معايير البيئة الثقافية من ممارسة الرياضة كالجري أو المشي بغية تفادي خرق هذه الأخيرة (القيم والمعايير الثقافية للبيئة الاجتماعية) وحفاظا على الصورة الإيجابية في المجتمع.

في ضل هذه التصورات يصبح اللجوء إلى القاعات والمراكز الرياضية هو الحل الأنسب لها، غير أن هذا الباب قد يرتبط برهانات أخرى كالمستوى الاقتصادي للمرأة الذي يسمح لها بدفع التكاليف من عدمه، كما تعتبر فلسفة المستوى الاقتصادي عاملا مهما في عملية الامتثال للعلاج حيث يؤكد Adoubi et al.(2006) في دراسته أن انخفاض المستوى الاقتصادي يعتبر من أكبر معيقات الامتثال العلاجي، وهو ما أثنت عليه منظمة الصحة العالمية (2003) WHO بإدراجها للعوامل الاقتصادية ضمن أهم المحددات البيئية لعملية الامتثال للعلاج. وزيادة على العوامل الاقتصادية من المرجح أن ارتفاع مستوى الامتثال العلاجي في بحثنا الحالي لدى الذكور قد يقوم على ارتفاع مستوى الوعي الصحي لديهم، إذ يؤكد نموذج الامتثال الصحي « HAM »أنه"يمكن أن يتأثر بالجانب الذاتي للمريض الذي يتضمن معتقداته وتقييمه لوضعية المرض، وهو ما يمكن أن يعكس مستوى الوعي الصحي لدى الفرد".(Tarquinio&Tarquinio, 2007, P 5-6)

كما يمكن أن ترجع نتيجة هذه الفرضية إلى الفروق بين الجنسين في اتجاهات المرضى نحو تبني السلوكيات الصحية بما فيها الامتثال العلاجي، وفي هذا الصدد يرى مجالي (2009) Magalie أن "الامتثال العلاجي يعكس اتجاه الفرد نحو استعداده وقدرته على القيام بالسلوكيات الصحية والاستمرار

فيها والالتزام بها بشكل منتظم"(P 23). معنى ذلك أن سلوك الامتثال العلاجي نابع من اتجاه مؤسس على قناعات نابعة من معتقدات خاصة بالفرد يمكن أن يعكس الاختلاف فيها بين الراشدين المصابين بداء السكري الاختلافات الموجودة (بين الجنسين) في مستوى الامتثال العلاجي بينهم.

حسب نموذج التنبؤ بالسلوك الصحي« HBPM » فإن إدراك الفوائد المتوقعة من الامتثال للعلاج عامل يمكن الارتكاز عليه في تفسير الفروق في الامتثال العلاجي بين الأفراد (Tarquinio& Tarquinio, 2007). لذا قد يوحي لنا هذا بأن الاختلاف في مستوى الامتثال العلاجي بين الجنسين من عينة بحثنا يمكن أن يعود إلى الفروق بينهم في إدراك مكاسب العلاج فمن المرجح أن الذكور يبنون تصورات إيجابية حول ما سيحصلون عليه من فوائد في حال امتثالهم في العلاج فيمتثلون بمستويات مرتفعة، وعلى النقيض من ذلك قد تبني الإناث تصورات سلبية حول المكاسب المتوقعة في حال امتثالها للعلاج فينخفض مستواه لديها، كل هذه التوقعات والتصورات المدركة للنتائج يمكنها أن تتجسد في ضل نسق العوامل السابقة الذكر والتي قد يتم تفعيلها بالقيمة المدركة للصحة.

من جهة الدراسات التي قد تتعارض نتائجها مع نتيجة الفرضية الحالية يمكننا ذكر دراسةبراري (2011) حول أساليب التعامل مع الضغط الدينية ومركز التحكم الصحي المدرك وعلاقتهما بالامتثال العلاجي لدى الراشدين المصابين بداء السكري، حيث تكونت عينة الدراسة من 50 مصابا بداء السكري ومن كلا الجنسين إذ بلغ عدد الذكور 16 ذكرا بينما بلغ عدد الإناث بـ: 34 أنثى، وتوصل هذا البحث إلى عدم وجود فروق في مستوى الامتثال العلاجي لدى الراشدين المصابين بداء السكري تعزى لمتغير الجنس. ومن جانبنا يبدو لنا أن اختلاف نتائج هذه الدراسة عن نتيجة فرضية بحثنا قد يرجع للاختلاف في حجم العينة وللطريقة الضيقة التي تم تناول الامتثال العلاجي بها.

بينما جاءت نتائج دراسة أدوبي وزملاؤه Adoubi et al.(2006) موافقة لنتائج بحثنا إذ تبين أن مستوى الامتثال العلاجي يتدنى لدى الإناث من عينة دراستهم مقارنة بالذكور. بدورها نتائج دراسة مورواتي شريف أباد وآخرون Morowatisharifabad et al.(2009) اتفقت تماما مع نتيجة بحثنا الحالي ذلك أن الذكور هم من كانوا أكثر امتثالا للعلاج مقارنة بالإناث من أفراد عينة دراستها(المصابين بداء السكري).

يتجلى لنا من خلال ما تم عرضه أن الفروق بالموجودة بين الجنسين في الامتثال العلاجي لصالح الذكور قد ترجع لعدة عوامل تتداخل بشكل تفاعلي في التأثير على الأفراد ضمن نسق الامتثال العلاجي الواسع، وهو ما قد يؤكد الفكرة التي مفادها أن الامتثال العلاجي يتم ضمن قالب ونسق شمولي يقتضي تضافر الجوانب السابقة الذكر.

الفرضية السابعة: يختلف مستوى امتثال الراشدون المصابون بداء السكري للعلاج تبعا لنوع العلاج المعتمد (أقراص/أنسولين).

2-13 عرض النتائج

اعتمدنا على اختبار ت(T) في محاولتنا لتحري الفرضية التي تنص على وجود فروق في مستوى الامتثال العلاجي بين الراشدين المصابين بداء السكري تبعا لمتغير نوع العلاج الذي يضم شقين، وهما شق العلاج المعتمد على الأقراص، وشق العلاج المعتمد على الأنسولين.

جدول رقم (47): يوضح نتائج اختبار ت(T) للفروق بين مستعملي الأقراص ومستعملي الانسولين في مستوى الامتثال العلاجي.

نوع العلاج	العدد(n)	المتوسط	الانحراف	قيمةT	مستوى

		الحسابي	المعياري		الدلالة
المعتمد على الأقراص	54	196.61	79.91	4.94	أقل من 0.001
المعتمد على الأنسولين	79	131.99	69.74		

يتضح من خلال الجدول رقم(47): أن عدد الراشدين المعتمدين على العلاج بالأقراص قدر ب: 54، وبلغ متوسط درجاتهم في الامتثال العلاجي 196.61، وهذا بانحراف معياري يقدر ب: 79.91، كما يتجلى لنا من ذات الجدول أن عدد الراشدين المعتمدين على العلاج بالأنسولين قدر عددهم ب: 79 فرد، وهم بذلك يمثلون الأغلبية، وقدر متوسط درجاتهم من مقياس الامتثال للعلاج ب: 131.99، بانحراف معياري بلغ 69.74، ومنه يتبين لنا وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الامتثال العلاجي بين مستخدمي الأقراص ومستخدمي الأنسولين حيث قدرت قيمة اختبار ت ب: ($T(131)=4.94,$ $P<0.001$)، وهذا ما يجعلنا متأكدون بنسبة 99 % مع احتمال الخطأ بنسبة 1% من وجود فروق في مستوى الامتثال العلاجي تعزى لمتغير نوع العلاج بين الراشدين المصابين بداء السكري لصالح المعتمدين على العلاج بالأقراص، ما يعني أن الفرضية السابعة محققة.

14-2 مناقشة النتائج

يتضح لنا من خلال القراءة الإحصائية لنتائج الفرضية السابعة التي تحققت وجود فروق في الامتثال العلاجي بين الراشدين المصابين بداء السكري المعتمدين على العلاج بالأقراص والراشدين المصابين بداء السكري المعتمدين على العلاج بالأنسولين، لصالح الفئة الأولى.

يمكننا تفسير هذه النتيجة لسهولة أخذ الأقراص مقارنة مع الأنسولين، إذ يمكن للعلاجات المعقدة أن تؤثر على مستوى امتثال المصابين بالأمراض المزمنة عامة والمصابين بداء السكري خاصة، وهو ما يؤكده تاركينيو و تاركينيو Tarquinio and Tarquinio(2007) حيث يرى أن خصوصية الدواء والتعقيدات المرتبطة به كالطعم والجرعة واللون وطريقة ووقت أخذه من شأنها التأثير على مستوى امتثال المريض للعلاج .

كما أن طريقة وشروط حقن الأنسولين قد تسبب الإحراج للمريض ما قد ينعكس سلبا على مستوى امتثاله للعلاج، خاصة وإذا ارتبط مفهوم الحقنة ببعض التصورات الخاصة بالبيئة الثقافية للمريض ما يجعل هذا الأخير يعرض عن أخذها.

كما أن بعض المرضى قد يعجزون عن حقن أنفسهم بسبب الخوف ربما خاصة في الفترة الأولى من تشخيص الإصابة، فيمكن لهذا التخوف أن يعطل الراشد المصاب بداء السكري عن أخذ دوائه بموعده تحججا بانتظار الشخص الذي يحقنه، وهو ما قد ينعكس على مستوى امتثاله للعلاج.

وقد ترجع نتيجة بحثنا الحالي لعدم تقبل المعتمدون على العلاج بالأنسولين للمرض وعلاجه، الذي قد يحول دون تفعيل الخطة العلاجية وانخراط الراشد المصاب بداء السكري المعتمد على العلاج

بالأنسولين فيها، وهو ما تؤكده لكحل (2011) أن عدم تقبل المرض يعتبر حاجزا منيعا إزاء الامتثال للعلاج.

ربما من بين أهم العوامل التي تعد محور النموذج البيو نفسي اجتماعي الشامل للصحة والمرض هو الاعتقاد في دور التمثلات والتصورات الخاصة بالبيئة الثقافية للمريض، إذ أن بعض المرضى قد يستقون تصوراتهم حول المرض وعلاجه من خلال ما تفرزه بيئتهم الثقافية من معايير، فنجد أن بعض الأشخاص لا يأخذون الإصابة بالسكري على محمل الجد انطلاقا من مخرجات معاييرهم الثقافية التي تعزو النسب الكبيرة لانتشاره إلى مبدأ التمييع، أو تحاول اللجوء إلى علاجات لا تمد للعلاج الخاص بالمصاب بالسكري بأية صلة، كأن يلجأ الراشد المصاب بداء السكري المعتمد على الأنسولين إلى التداوي بالأعشاب، بالرقية الشرعية إيمانا منه بأن مرضه راجع لقوى أخرى كالمس والسحر، ولعل هذا ما يعكسه سيادة مركز التحكم الصحي الخارجي للحظ والصدفة لدى عينة بحثنا الحالي، فاعتقاد الراشد المصاب بداء السكري أن التحكم في صحته خارج عن نطاقه كونه يخضع لقوى تفوق قدرته على السيطرة والتحكم يمكن أن يثبطه على القيام بأي سلوك بغية الحفاظ على صحته، وهو ما قد يفسر تدني مستوى الامتثال للعلاج لدى المعتمدين على العلاج بالأنسولين من الراشدين المصابين بداء السكري.

من جهة أخرى قد يحصل الراشدون المصابون بداء السكري والمعتمدون على العلاج بالأقراص على السند الاجتماعي المدرك من المحيطين بهم كأن يذكروهم بمواقيت أخذ الدواء، وبجرعاته أو يساعدونهم على اقتنائه، هي أمور قد تبدو بسيطة إلا أن مضمونها قد يكون جد عميق، وفي هذا الصدد أكدت منظمة الصحة العالمية (2003) WHO في تقريرها حول عوامل ومحددات الامتثال

العلاجي على الدور الذي يلعبه السند الاجتماعي المدرك في الدفع بالمريض إلى دائرة الامتثال للعلاج.

بالنسبة للدراسات التي حاولت التحقق من الفروق في الامتثال العلاجي لمرضى السكري تبعا لمتغير نوع العلاج، نذكرمنها على سبيل الذكر لا الحصر دراسة سيدو Sidot (2011)حول العوامل المؤثرة في الامتثال العلاجي لمرضى السكري، التي توصلت إلى أن الامتثال العلاجي لدى المصابين بداء السكري لا يتأثر بنوع السكري ونوع العلاج المعتمد. وقد أوضحت دراسة براري (2011) في نفس السياق أن نوع العلاج لا يؤثر في مستوى امتثال المصابين بالسكري، ومع أن بحثنا الحالي لم يتفق مع نتائج دراسة سيدو Sidot، ودراسة براري إلا أنه اتفق مع نتائج دراسة كريمي وآخرون Karimy et al.(2018) التي حاولت التحقق من وجود فروق بين المصابين بداء السكري في مستوى امتثالهم للعلاج تبعا لمتغير نوع العلاج (أقراص/أنسولين) وتوصلت إلى أن المعتمدين على العلاج بالأقراص كانوا أكثر امتثالا للعلاج مقارنة بمن يرتكزون في العلاج على الأنسولين، وبين متفق ومعارض لنتيجتنا الحالية قد يبقى بحثنا هذا محافظ على طابعه الخاص من خلال تقيده بمبادئ النموذج البيو نفسي اجتماعي.

الفرضية الثامنة: لا توجد فروق في مستوى الامتثال العلاجي لدى الراشدون المصابون بداء السكري تعزى لمتغير مدة الإصابة (قصيرة–متوسطة–طويلة).

2-15 عرض النتائج

لجأنا في محاولتنا التأكد من صحة الفرضية الثامنة إلى حساب اختبار *F*.ANOVA للفروق، ذلك أنه يوضح الفروقبين أكثر من مجموعتين وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول رقم(48): يوضح نتائج اختبار ANOVA للفروق في الامتثال العلاجي حسب مدة الإصابة (قصيرة–متوسطة–طويلة).

مدة الاصابة	العدد(n)	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	مستوى الدلالة
قصيرة	39	187.97	95.23	38.94	أقل من 0.001
متوسطة	45	201.84	55.80		
طويلة	49	94.49	32.46		

يتضح من خلال الجدول رقم(48) أنّ: عدد الراشدين المصابين بداء السكري المصنفون ضمن المدة القصيرة هو 39 وبلغ متوسط درجات امتثالهم للعلاج M=187.97، بانحراف معياري بلغت قيمته SD=95.23، بينما قدر عدد الراشدين المصابين بداء السكري المصنفون ضمن المدة المتوسطة ب: 45 وبلغ متوسط درجات امتثالهم للعلاج M=201.84، بانحراف معياري بلغت قيمته SD=55.80، في حين أنّ عدد الراشدين المصابين بداء السكري المصنفون ضمن المدة الطويلة هو 49 وبلغ متوسط درجات امتثالهم للعلاج M=94.49، بانحراف معياري بلغت قيمته SD=32.46، ومما يؤكد وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الامتثال العلاجي بين الراشدين المصابين بداء السكري تبعا لمدة الإصابة (قصيرة–متوسطة–طويلة) هو قيمة اختبار **ANOVA.F** ($F(133)=38.94, P<0.001$) وهي قيمة دالة مما يدل على أن الفرضية الثامنة غير محققة. معنى ذلك أننا متأكدون بنسبة 99% من وجود فروق في الامتثال العلاجي بين الراشدين

المصابين بداء السكري تعزى لمتغير مدة الإصابة (قصيرة–متوسطة–طويلة) مع احتمال الخطأ بنسبة 1%، وبما أننا تأكدنا من وجود الفروق سنحاول تحديد موضعها من المجموعات الثلاثة، لذلك لجأنا لحساب اختبار توكي (Tukey) الذي ستتضح نتائجه من خلال الجدول رقم (49).

جدول رقم(49): يوضح نتائج الاختبار البعدي توكي Tukey للفروق في الامتثال العلاجي حسب مدة الإصابة لتحديد مكان الفروق بين المجموعات الثلاثة (قصيرة–متوسطة–طويلة).

الجموعات	قصيرة	متوسطة	قصيرة	طويلة	متوسطة	طويلة
متوسط الفروق	−13.87		93.48		107.35	
الدلالة	0.58 غير دالة		<0.01		<0.01	

نلاحظ من خلال ما تم عرضه في الجدول الموضح أعلاه أن القياسات البعدية لاختبار توكي Tukey بينت أن الفروق كانت بين فئة مدة الإصابة الطويلة وكل من مدة الإصابة القصيرة والمتوسطة. حيث لا توجد فروق دالة بين المجموعة التي تضم مدتي الإصابة (القصيرة والمتوسطة) كون قيمة معامل توكي Tukey للفروق بين هته الأخيرتين قدرت ب:13.87−، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة 0.01، في حين قدر معامل توكي Tukey للفروق بين المجموعتين (قصيرة–طويلة) ب93.48، وهي قيمة دالة عند 0.01، بينما قدر معامل توكي Tukey للفروق بين مجموعتي مدة الإصابة (المتوسطة–الطويلة) ب: 107.35 وهي قيمة دالة عند 0.01، مما يدل على عدم تحقق الفرضية الثامنة.

16-2 مناقشة النتائج

يتضح لنا جليا من خلال الجدولين رقم (48) و(49) عدم تحقق الفرضية التي نصت على عدم وجود فروق في مستوى الامتثال العلاجي بين الراشدين المصابين بداء السكري تعزى لمتغير مدة الإصابة، حيث جاءت نتائج هذه الفرضية منافية لما توقعناه، إذ تبين لنا أن مستوى امتثال الراشدين المصابين بداء السكري يمكن أن يتأثر بمدة الإصابة (طويلة-متوسطة) و(قصيرة-متوسطة).

يمكن إرجاع هذه النتيجة إلى ما جاءت به منظمة الصحة العالمية (WHO(2018 كونها ترى أن من بين التحديات الكبيرة التي يجابهها امتثال المصابون بالأمراض المزمنة للعلاج، وحتى القائمون على الرعاية الصحية وبناء برامج التربية العلاجية بما في ذلك النظم الصحية هو مشكلة الإزمان وطول مدة الإصابة. حيث أن المريض يمكن أن يمتثل للعلاج ما دامت وضعية المرض جديدة، فقد نجده يسعى للحفاظ على استقرار الحالة الصحية خاصته، وقد يتجسد ذلك من خلال سعيه للبحث أن الأطباء المتخصصون ذوي الخبرة والكفاءة، والانشغال بالبحث عن المعلومات المتعلقة بالمرض وعلاجه مثلا، أو أن يحاول إتباع الحمية، أو ممارسة الرياضة وغيرها من الممارسات التي قد تعكس الامتثال للعلاج، إلا أنه وبمرور الوقت يمكن أن يتعود المريض على مرضه ويصبح جزءا لا يتجزأ من حياته فنجد اهتمامه بصحته قد يتراجع وقد يتدنى مستوى امتثاله للعلاج.

من جهة أخرى قد يلعب الإزمان دورا فاعلا في التأثير على قناعات الراشدين المصابين بداء السكري وخصائصهم الشخصية وعلى رأسها مركز التحكم الصحي الذي من المعروف عنه أنه متغير نسبي يتأثر بتغير المواقف، ما قد يجعل الفرد الذي كان يسعى جاهدا للحفاظ على صحته من خلال امتثاله للعلاج إيقانا منه أن سلوكياته الشخصية هي فقط من تحدد حالته الصحية ينتكس ويتراجع مستوى

امتثاله للعلاج انطلاقا من فكرة جديدة مفادها أن المرض يلازمه طيلة حياته ولا يمكنه التغيير وبالتالي يرمي مسؤولية صحته على القوى الخارجية وهو ما قد يتأكد من خلال طغيان بعد التحكم الصحي الخارجي للحظ والصدفة.

كما أن مدة الإصابة قد تضُر حتى المحيطين بالمريض فيتوقفون عن مساندة الراشدين المصابين بداء السكري بسبب الملل، ويمكن أن ترتبط عوامل أخرى بمدة الإصابة وهي ضعف وتوتر العلاقة مع المعالج طيلة مدة معينة وعدم قدرة هذا الأخير على إيصال المعلومة للمريض حول الدور الوقائي للامتثال العلاجي، فنقص التوعية والتبصير بمضاعفات داء السكري التي لا تقل خطورة عن المرض بحد ذاته، هي ما يمكن أن يحول دون امتثال الراشدين المصابين بداء السكري للعلاج، وفي هذا الصدد تؤكد الزروق (2015) أن تنفيذ السلوك الصحي الوقائي وعلى رأسه الامتثال للعلاج مرهون ولحد كبير بإدراك خطورته المرض وارتفاع الاحتمال المدرك للإصابة بالمرض أو حدوث المضاعفات، وبوجود فوائد صحية معتبرة.

مما يجب أخذه بعين الاعتبار هو مفهوم الامتثال العلاجي بحد ذاته الذي يقتضي الالتزام والاستمرار المنتظم في ممارسة السلوكيات التي تندرج ضمنه، بذا قد امتثال الراشدين المصابين بداء السكري في الفترة الأولى من المرض ببعض العوامل كالنسيان، وهو ما أكدت عليه دراسة أدوبي وزملاؤه (2006)Adoubi et al، ودراسة (2012).Mopi-Keou et al، وعلى ذكر الدراسات تتفق نتائج بحثنا الحالي مع نتائج دراسات كل من دراسة أدوبي وآخرون Adoubi et al، ودراسة موبي-كيو وآخرون .Mopi-Keou et al، ودراسة نايم ورفقاؤه (2011) Nam and his freinds، إذ كشفت نتائجهم أن مدة الإصابة من المؤثرات التي يتحسس منها الامتثال العلاجي، بينماتختلف

نتائج بحثنا الحالي (الفرضية الثامنة) مع نتائج كل من دراسة سيدو Sidot (2011) وبراري (2011) إذ أنهما توصلا إلى عدم وجود فروق في مستوى امتثال المصابين بداء السكري ترجع لمدة الإصابة.

يبدو لنا أنه على الرغم من عرضنا لبعض الدراسات التي لم تؤيد نتائجها النتيجة الحالية إلا أن تقرير منظمة الصحة العالمية الذي أولى اهتماما كبيرا لمدة الإصابة قد يؤكد على أهمية النتيجة خاصة وأن هذه الأخيرة لا تنطق من العدم إذ تقوم بصياغة تقاريرها في ضل دراسات معمقة، ومع ذلك يبقى احترام خصوصية وظروف إجراء كل دراسة هو الذي يحدث الفرق بينها.

خلاصة الفصل

يتجلى لنا بناءا على ما تم التوصل إليه في هذا الفصل التباين بين نتائج فرضيات بحثنا، وكذا العوامل المعتمدة في تفسير هذه الأخيرة، ما يعطي لنا صورة أوضح عن متغيرات البحث، من خلال ظهور بعض العوامل التي قد تتدخل بشكل أو بآخر في هذه النتائج، وهو ما سنحاول استغلاله في صياغة الاقتراحات لاحقا.

الاستنتاج

العام

الاستنتاج العام

خلصنا في بحثنا الذي تناول الامتثال العلاجي وعلاقته بكل من مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك لدى عينة مكونة من 133 راشد مصاب بداء السكري ومن الجنسين، إلى مجموعة من النتائج التي تبين مدى تأثر الامتثال العلاجي بمدة الإصابة بداء السكري، ونوع علاجه، وكذا ببعض الخصائص كالجنس، زيادة على اعتبار كل من مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك من العوامل المساعدة على التنبؤ بالامتثال العلاجي لدى الراشدين المصابين بداء السكري وهذا بالارتكاز على ما أسفر عليه بحثنا الحالي من نتائج والتي سنوردها بإيجاز في النقاط التالية:

1. يتميز الراشدون المصابون بداء السكري بمستوى متوسط من الامتثال العلاجي.
2. يسود بعد التحكم الصحي الخارجي للحظ والصدفة لدى الراشدين المصابين بداء السكري.
3. يتميز الراشدون المصابون بداء السكري بمستوى متوسط من إدراك الوفرة ومستوى متوسط من إدراك الرضا والإشباع، كما يتميزون بمستوى متوسط من السند الاجتماعي المدرك.
4. ترجع الفروق في مستوى الامتثال العلاجي لدى الراشدين المصابين بداء السكري إلى كل من مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك، مما يدل على تحقق الفرضية الأولى.
5. وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الامتثال العلاجي والبعد الداخلي من مركز التحكم الصحي لدى أفراد عينة بحثنا، كما توجد علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائيا بين الامتثال العلاجي وبعد الحظ والصدفة من مركز التحكم الصحي لدى الراشدون المصابون بداء السكري، بينما لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الامتثال العلاجي وبعد ذوي النفوذ والآخرون من مركز التحكم الصحي لدى أفراد عينة بحثنا، وهذا يدل على عدم تحقق

الفرضية التي تنص على وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الامتثال العلاجي وكل بعد من أبعاد مركز التحكم الصحي لدى أفراد عينة بحثنا.

6. توجد فروق بين أفراد عينة الراشدين المصابين بداء السكري في مستوى الامتثال العلاجي تعزى لكل من مركز التحكم الصحي الداخلي والسند الاجتماعي مما يعني أن الفرضية الثالثة محققة.

7. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين السند الاجتماعي المدرك والأبعاد الثمانية للامتثال العلاجي لدى الراشدين المصابين بداء السكري، مما يدل على تحقق الفرضية الرابعة.

8. لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك لدى الراشدين المصابين بداء السكري، وهو ما ينفي تحقق الفرضية الخامسة التي افترضت وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك لدى أفراد عينة بحثنا.

9. توجد فروق في مستوى الامتثال العلاجي بين الراشدين المصابين بداء السكري تبعا لمتغير الجنس، وهو ما أثبت تحقق الفرضية السادسة.

10. توجد فروق في مستوى الامتثال العلاجي بين الراشدين المصابين بداء السكري تبعا لنوع العلاج المعتمد(أقراص–أنسولين)، وهو ما اتفق مع ما جاءت به الفرضية السابعة مما يدل على تحققها.

11. توجد فروق في مستوى امتثال الراشدين المصابين بداء السكري تبعا لمتغير مدة الإصابة(قصيرة–متوسطة–طويلة)، وهو ما جاء عكس ما نصت عليه الفرضية التي توقعت

عـدم وجـود فـروق فـي امتثـال الراشـدين المصـابين بـداء السـكري تعـزى لمتغيـر مـدة الإصابة(قصيرة–متوسطة–طويلة) مما يدل على عدم تحققها.

الخاتمة

الخاتمة

اتضحت الرؤية حول متغيرات البحث من خلال كل ما سبق عرضه من دراسات وآراء علمية ونظريات، إذ يبدو جليا أن موضوع الامتثال العلاجي يعد موضوعا جديرا بالاهتمام كونه من الركائز الأساسية التي تعول عليها التربية العلاجية التي تحرص على إقحامه في كل برامجها خاصة تلك التي توجه منها لعلاج الراشدين المصابين بداء السكري، وهذا بغية تحسين نوعية حياة المرضى والتعايش مع مرضهم بشكل أفضل والإبقاء على أكبر قدر من الاستقلالية لديهم من خلال حمايتهم من التعقيدات والمضاعفات، لهذا الغرض حاولنا تناول الامتثال العلاجي بالبحث والدراسة، كما اتضح من خلال بحثنا أن الامتثال العلاجي مفهوم معقد وشائك ومتعدد الأبعاد، والتعاطي معه من نطاق ضيق يعد تقصيرا بحقه، وهو يعكس مدى وعي المريض عامة والراشد المصاب بداء السكري بشكل خاص ورغبته وقدرته على الالتزام المنتظم بتبني السلوكيات والممارسات الصحية التي من شأنها الحفاظ على استقرار الحالة الصحية للفرد في ضل وجود المرض كتعديل نمط الحياة نحو نمط أكثر صحة انطلاقا من الإحاطة السليمة بالمعلومات حول المرض وعلاجه، احترام جرعات ومواقيت أخذ الدواء، والقيام بالفحوصات الدورية والمتابعة الطبية، والمراقبة الذاتية، والقدرة على استثمار مخرجات العلاقة (معالج–متعالج)، مع القدرة على إدراك السند الاجتماعي الذي يتلقاه من المحيطين به وتوظيفه بالشكل الذي يعود على صحته بالإيجاب، وكذا استغلال الظروف البيئية المساعدة وتجنب المعرقلة منها انطلاقا من تصحيح المعارف والمعطيات حول المرض وعلاجه، وهذا بغية التعايش مع داء السكري بشكل أفضل والإبطاء من الإيقاع المتسارع لأعراضه الخطيرة ما قد يجعل هذا الأخير عامل حماية للراشد المصاب بداء السكري، إذ يكتسي طابع الوقاية الثانوية(تفادي المضاعفات في ضل المرض) والثالثية (تفادي

الإعاقة أو فقدان الحياة في ضل وجود المضاعفات)، كما لا يفوتنا أن تناوله ضمن قالب شمولي بيَّن أن الامتثال العلاجي يمكن أن يتأثر بالسمات الشخصية وعلى رأسها مركز التحكم الصحي، إلى جانب العوامل البيئية والتي يترأسها السند الاجتماعي المدرك، ما سلط الضوء أكثر على أهمية هذين الأخيرين في التأثير على الامتثال العلاجي.

حيث يعبر مركز التحكم الصحي على الاستدلالات التي يبنيها الفرد حيال التحكم بصحته والنتائج المرتبطة بها في وضع صحي خاص، انطلاقا من اعتقاداته في قدرته على التحكم بهذا الأخير من عدمه، كما تبين لنا أن مركز التحكم الصحي مفهوم يتسم بالحركية والديناميكية كونه قد يتأثر بطبيعة المواقف والمعايير الثقافية والاجتماعية للبيئة التي يعيش فيها الفرد، ما قد يفرض علينا أخذ هذه الخاصية في الحسبان عند التعامل معه، كما قد تبين أن لهذا الأخير وقع إيجابي على الصحة في حال انطلق من قاعدة معتقدات تساهم في خدمة الفرد، كونه قد يساهم في قولبة سلوكيات المرضى خاصة الراشدين المصابين بداء السكري وتفعيل اتجاهاتهم نحو صحتهم، مما قد يجعله خلفية داعمة للامتثال العلاجي.

في حين يعكس مفهوم السند الاجتماعي المدرك الجانب الإيجابي لتفاعل الفرد ضمن نسق من العلاقات حيث تعمل هذه الأخيرة على تنمية وتعزيز إدراكه لوجود العدد الكافي من الأفراد المحيطين به والقادرين على التعرف احتياجاته وتمحيصها ومساندته بها متى احتاج لها، ما يجعله راض عن علاقاته ومخرجاتها (عن المحيطين به وما قدموه له من مساعدات) وهو ما قد يشحنه بالطاقة الإيجابية التي تحفز من ظهور سمات الايجابية التي قد يساهم استغلالها الجيد في الرفع من مستوى الامتثال للعلاج، مما قد يجعل منه محركا داعما لهذا الأخير

كما تبين لنا أن داء السكري يتربع على قمة هرم الخطورة كونه يندرج ضمن الأمراض الصامتة التي يمكن أن تفتك بالفرد في حال لم يتبع الإجراءات الوقائية اللازمة والتي تندرج تحت غطاء الامتثال العلاجي، ما يجعل هذا الأخير حتمية لا مفر منها كونه يفرض نفسه كحاجة ملحة لدى المصابين بالأمراض المزمنة عامة وبين الراشدين المصابين بداء السكري بشكل خاص، ولعل ما قد يؤكد على الأهمية البالغة للامتثال العلاجي هو تشديد منظمة الصحة العالمية (WHO (2003-2016-2018 في معظم تقاريرها وبلهجة حادة على ضرورة الامتثال العلاجي واعتبرته السبيل الوحيد الذي يمكنه تحسين نوعية حياة المريض ووقايته من تأزم حالته الصحية، و يعكس الامتثال العلاجي مدى جدية المريض في التعامل مع مرضه، كما اتضح لنا أن امتثال الراشد المصاب بداء السكري يمكن أن يتأثر بمركز التحكم الصحي (الداخلي) والسند الاجتماعي المدرك وكذا بعض خصائص الفرد كالمستوى التعليمي، الانتماء الأسري، نوع العلاج، مدة الإصابة، وكذا الحالة الاجتماعية.

لعل أهم ما ساهم في توسيع نظرتنا لمفهوم الامتثال العلاجي هو تقيدنا بالنموذج البيو نفسي اجتماعي الذي كسر النظرة الكلاسيكية (سبب-نتيجة) كونه يعمل بمبدأ مفاده أن الصحة عامة والامتثال العلاجي خاصة نتاج لتفاعل جملة من العوامل ضمن نسق شامل وبذلك يحرص على أن لا يغفل أي جانب يمكنه أن يحدث الأثر ولو بمنسوب ضئيل.

بناءا على النتائج المتوصل إليها والتي تثني على أهمية كل من مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك في التأثير على الامتثال العلاجي لدى الراشدين المصابين بداء السكري، ونظرا للمكانة التي يتربع عليها الامتثال العلاجي والتي شددت عليها الهيئات الصحية العالمية كمنظمة الصحة العالمية (WHO) يبدو لنا أن الامتثال العلاجي متغيرا لازال مجال البحث فيه خصبا وفتيا ما يجعل من الدراسات التي قد تتناوله مستقبلا ذات أهمية بالغة كونها ستساهم في بلورة رؤى جديدة من شأنها المساهمة في تعزيز الامتثال العلاجي وحصر التعقيدات المنجرة عن الأمراض المزمنة (داء السكري) خاصة بالنظر للمنحى التصاعدي لهته الأمراض والتعقيدات التي تنجم عنها على حد سواء، وفي خضم كل هذا وانطلاقا من مخرجات البحث الحالي التي تبقى في حدود بحثنا وكل ما يندرج ضمنه من خصائص وما يحيط به من ظروف، حاولنا طرح جملة من الاقتراحات على النحو التالي:

1. نقترح على الباحثين والطلبة في التخصص إجراء دراسات مستقبلا تراعى فيها متغيرات البحث مع عينات أكبر وأكثر تمثيل وضمن خصائص مختلفة، كون هذا المجال البحثي لازال خصبا وفي حاجة للمزيد من الدراسة والتمحيص.
2. رغم أن نتائج بحثنا الحالي أكدت على علاقة الامتثال العلاجي بمركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك، إلا أن تحليلنا للنتائج أظهر لنا إمكانية دراسته مع متغيرات أخرى كالوعي الصحي والتمثلات الاجتماعية والمعتقدات الصحية، الفاعلية الذاتية، وهو ما نقترح أن يتم تناوله بالدراسة مستقبلا.
3. نقترح على القائمين على النظم الصحية خاصة في الجزائر إيلاء اهتمام خاص بعلم النفس الصحة، وجعل مبادئه محور أساسي في التعامل مع المصابين بالأمراض المزمنة من خلال العمل على إقحامه في الوسط الطبي.

4. نقترح على العاملين والمتخصصين في علم النفس والهيئات الوصية بناء برامج علاجية يراعى فيها متغير الامتثال للعلاج.
5. نقترح بناء برامج إرشادية وبرامج تعديل السلوك يراعى فيها كل من مركز التحكم الصحي والسند الاجتماعي المدرك.
6. كما نقترح على الوزارة الوصية، والمعنيين بالتعامل المباشر مع المصابين بالأمراض المزمنة عامة والراشدين المصابين بداء السكري بشكل خاص، أخذ العوامل النفسية والاجتماعية وكذا رموز البيئة الثقافية للمريض أثناء صياغة البرامج والخطط العلاجية خاصتهم.
7. العمل على جعل المريض والمحيطين به جزأ لا يتجزأ من الخطة العلاجية من خلال إقحامهم فيها، وذلك بمفاوضة المريض حول خطة علاجه وتبصيره بأهمية امتثاله للعلاج الذي يقوم أساسا على مدى تقيده التزامه المنتظم والفعال بالممارسات الصحية التي يقتضيها مرضه من جهة، ومحاولة استغلال ما يمكن أن يخدم المريض من خلال تسخير جهود المحيطين به من أجل شحنه بما يدفعه للامتثال للعلاج.

المراجع

المراجع:

أبوسكران، عبدالله يوسف. *التوافق النفسي والاجتماعي وعلاقته بمركز الضبط (الداخلي . الخارجي) للمعاقين حركيا في قطاع غزة.* (رسالة دكتوراه). كلية العلوم الإسلامية والاجتماعية، الجامعة الإسلامية، غزة، 2009.

براري، جازية. *استراتيجيات مواجهة الضغط الدينية ومركز التحكم الصحي المدرك وعلاقتها بالامتثال العلاجي للمصابين الراشدين بداء السكري.* (مذكرة ماجستير). كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة أبو القاسم سعد الله، الجزائر. 2011.

أمال، بو الليف. مصدر الضبط وعلاقته بالتفوق الدراسي الجامعي. (مذكرة ماجستير). كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة عنابة، الجزائر، 2010.

أحمان، لبنى. *دور كل من المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الضغط النفسي والمرض الجسدي.* (رسالة دكتوراه). كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية. جامعة الحاج لخضر. الجزائر، 2012.

أطلس الإتحاد الدولي للسكري. *السكري والأكل الصحي*. مكتبة الشرق الأوسط، 2015.

تايلور، شيلي. *علم النفس الصحي*. دار حامد للنشر والتوزيع. ط1. الأردن، 2008.

تقرير منظمة الصحة العالمية.*داء السكري*. المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، 2006، أفريل 26.

جابر، عبد الحميد جابر. *مهارات البحث التربوي*. دار النهضة العربية، 1993.

حدار، عبد العزيز. مفاهيم التحكم كعوامل مقاومة وحماية للشخصية (دراسة مقارنة)، *المجلة الجزائرية للتربية والصحة النفسية*، ع (1)، جامعة أبو القاسم سعد الله، الجزائر، 2008.

الحميد، محمد بن سعد. *السكري أسبابه علاجه*. دواوين الرياض. المملكة العربية السعودية، 2007.

خطار، زاهية. *التداخل بين استراتجيات التعامل ومركز التحكم لمواجهة ضغط البكالوريا*، (رسالة دكتوراه). كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة أبو القاسم سعد الله، الجزائر، 2001.

الزراد، فيصل محمد خير. *الأمراض النفسية الجسدية، أمراض العصر*.ط2. دار النفائس. لبنان، 2009.

الزروق، فاطمة الزهراء. *علم النفس الصحي مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه*. ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2015.

زعطوط، رمضان. *علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى المرضى المزمنين بورقلة*.(رسالة دكتوراه). علم النفس الاجتماعي. جامعة قاصدي مرباح، الجزائر، 2005.

زناد، دليلة. *سلوك الملاءمة العلاجية وعلاقته بالمتغيرات النفسية، المعرفية والسلوكية لدى مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم (الهيموديالیز) .(دراسة ميدانية من خلال نموذج علم نفس الصحة)*. (رسالة دكتوراه) في علم النفس العيادي. جامعة أبو القاسم سعد الله، الجزائر، 2009.

ساعد، شفيق. مصدر الضبط الصحي وعلاقته بأساليب مواجهة الضغوط لدى المصابين بالأمراض القلبية الوعائية–(دراسة لعينة من المرضى بمستشفيات ولاية بسكرة). *مجلة علوم الإنسان والمجتمع*، ع (22)، جامعة محمد خيضر، الجزائر، 2017.

عدوان، يوسف. وعيادي، نادية. مركز ضبط الصحة عند مرضى السكري. *آفاق علمية*، ع (9)، جامعة تامنغست، الجزائر، 2014.

عزوز، إسمهان. *مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن*. (رسالة دكتوراه). كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الحاج لخضر، الجزائر، 2009.

عليوة، سمية. مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري. *مجلة الواحات للبحوث والدراسات*،مج *7*، ع(2)، جامعة قاصدي مرباح، الجزائر، 2014.

غوردون، جمال. *الجديد في مرض السكر، أسبابه، علاجه، مأكولاته، مضاعفاته الوقاية منه*. مطابع دار الشعب، مصر، 1964.

فايد، حسين. *دراسات في الصحة النفسية*. دار طيبة للنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية، 2006.

فؤاد، شاهين. *كتاب المعرفة(جسم الانسان)*. الشركة الشرقية للمطبوعات، لبنان، بدون سنة.

قارة ، سعيد. *مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي*. (رسالة دكتوراه). كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر، الجزائر، 2015.

قباني، سامي. *بإمكانك أن تقهر داء السكري*. دار العلم للملايين، مصر، 1993.

لكحل، رفيقة. *تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم*، (رسالة دكتوراه)، علم النفس الصحة غير منشورة، جامعة الحاج لخضر، الجزائر، 2011.

محمد الشويخ، هناء. *علم النفس الصحي*. مكتبة الأنجلو مصرية. مصر، 2016.

المرجع الوطني لتثقيف مرضى داء السكري.[مرجع حول داء السكري...].مطبوعات الإدارة السعودية العامة للأمراض الغير معدية، المملكة العربية السعودية، 2011.

معمرية، بشير. *مصدر الضبط والصحة النفسية وفقا للاتجاه السلوكي المعرفي، المكتبة العصرية*، الجزائر، 2009.

مفتاح، محمد عبد العزيز. *مقدمة في علم النفس الصحة مفاهيم–نظريات– نماذج دراسات*. ط1، دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، 2010.

منظمة الصحة العالمية. *داء السكري.صحائف الوقائع.312*. 2012، سبتمبر 23.

نوار، شهرزاد. دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري. *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية،ع* (13)، جامعة قاصدي مرباح، الجزائر، 2014.

الهنداوي، حامد ابراهيم. *الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظة غزة*. (رسالة دكتوراه). كلية التربية، جامعة الأزهر، مصر، 2011.

يخلف، عثمان. *علم النفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة*. دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، 2001.

يخلف، عثمان. وفرح يوسف، عبد الله. *السلوك الصحي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية لدى عينة من طلبة جامعة قطر*. [بحث مقدم]. الندوة العلمية الأولى لأقسام علم النفس بجامعات دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية حول علم النفس وآفاق التنمية في دول مجلس التعاون الخليجي، كلية التربية، جامعة قطر، قطر، 1997.

الاتحاد الدولي للسكري.. *1.8 مليون شخص مصاب بالسكري في الجزائر*. 2016. استرجعت بتاريخ 2017 نوفمبر 14 http://www.elbilad.net/article/detail?titre=18-

الموسوعة الطبية المتخصصة. داء السكري. 22 ماي 2021. استرجعت بتاريخ 2021، ماي 25 من موقع الموسوعة الطبية المتخصصة https://www.arab-ency.com.sy/medical //

أبو الرجال، مسعود. *قاموس المترادف والمتقابل. 2021.*

https://www.english2arabic.com/omar/sattarsite/rigal.asp

قاموس المعاجم العربية. 2021.

https://www.maajim.com/dictionary/%d8%a7%d9%84%d8%a7%d9%85%d8%aa%d8%ab%d8%a7%d9%84

Achouri, M, Y,. Tounsi,.F,. Messaoud,.M,.Senoussaoui,. A,. Abdeaziz,.A,.B. Prévalance de la mauvaise observance thérapeutique chez les diabétiques de type 2 en Afrique du Nord- revue systématique et meta-annalyse.*Faculté de Medecine*, Univ de Sidi bel Abèss- Algerie, 2021.

Adisa, R., Olajide, O. O., &Fakeye, T. E. Social support, treatment adherence and outcome among hypertensive and type 2 diabetes patients in ambulatory care setting in southwestern Nigeria, Ghana *Med Journal, 51*(2), (2017).

Adoubi, K.A., Diby, K. F., Nguetta, R., Yangni-Angate, K. H., &Adoh, A. M. Facteurs de la mauvaise observance thérapeutique de l'hypertendu en Cote D'ivoire. *Rev int SC* Med, 8 (2), 2006.

Agnishen, R. Le Guide Pratique de Diabète. 2ème éditions.Edition masson. 2001.

Alarie, C. *L'Impact du support social sur la santé des femmes : Une revue littéraire*. Centre d'excellence des prairies pour la santé des femmes. 1998.

Albee, D., &Lin, N. The stress buffering rol of social support. *The journal of nervious and mental diseas*, (6), 1979.

Aleksandra, L., &Schwarz, R. Multidimensional health locus of control: Comments on The Construct and its Measurement. *Journal of Health Psychology,*(10), 2005.https:www.//hpq.sagepub.com/

American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus, *Diabetes care*, *32*(1), 2009.

André, G. *Gide pratique du diabète collection*. 3ème Ed. Dimograf Editions. France.1999.

André, G. Guide Pratique de Diabète. 2ème. Ed. Masson Editions. France. 2001.

André, G. *Les diabétiques comprendre pour traiter*. Medecine- Science Flammarion. Paris. 2005.

André, G., Hartmann, H. A., Jacqueminet, S., Bosquet, F., Masseboeuf, M., Halbron, N., &Sachon, C. *Guide pratique du diabete*. 4 ème Masson Editions. France. 2009.

April, K. A., Dharani, B.,& Peters, K. Impact of locus of control expectancy on level of well-being. *Review of European studies*,4(2), 2012.

Associazion Diabete Italia. *Diabete attitudes wishes & needs*. Primary Care Diabetes Europe. 2009.

Atkinson, M.,&Eisenbarth,G.S. Type 1 Diabetes: new Prospective On disease Pathogenesis and Treatment. *Lancent*, *92*(15), 2001.

Aurelie, G. *Observance thérapeutique et VIH :enquête sue les facteurs biologiques et psychosociaux*. Edition l'harmattan. Paris. 2008.

Australian Diabetes Council. *Diabetes : What you need to know*. National diabetes service scheme. Denmark. 2012.

Azlin, B., Hatta, S., Norzila, Z., &SCharifa, F. Health locus of control among non compliance hypertensive patients undergoing pharmacotherapy. *Malisian journal of psychiatry*, *16*(1), 2007.

Barrera, M. Social support in the adjustment of pregnant Adolescents: Assessment issues. *Social Networks*, *11*(6), 1981.

Barrera, M. Distinction between social support concepts, measures, and models. *American journal of community psychology*,*14*(4), 1986.

Benhamou, P.Y, Diagnsticpositif et etiologique du Diabète, Corpus médical- Faculté de médecine de grenoble, Université de Joseph Fourier, France.2005.

Berger, M. *Le sentiment de solitude, Le stress et le lieu de contrôle chez les personnes atteintes de Cancer.*(Thèse de doctorat), Département de psychologie]. Université du Trois rivières. Canada. 2009.

Bergman, H., Béland, F., Karunananthan, S., Hummel, S., Hogan, D., &Wolfson, C. Développement d'un cadre de travail pour l'initiative canadienne sur la fragilité et vieillissement. *Gérontologie et société. 27*(2), 2004.

Beuaregrd, L., &Dumont, S. La mesure du soutien social. *Service social, 45*(3),1996.

Bhushan, N. L., Golen, C. E., Grath, N. M., Maman, S., Tsidya, M., Chimondzi, L., Wesevich, A., Hoffman, I. F., Hosseinipour, M. C., Miller, W.C., &Rosenberg, N. E. The impact of HIV couple testing and counseling on social support among pregnant women and their partners in Lilongwe, Malawi: An observational study. *Aids caire*. 2018.Doi: http://Doi.org/10.1080/09540121.2018.1510102.

Bottai, M. B., Bourcet, S., Dassa, D.,& Raymondet, P. Thématique la schizophrénie : penser le soin l'engagement thérapeutique dans les trouble schizophréniques. *Psychologie social, 1*(2). 2019.

Bouvard, M., &Cottraux, J. *Protocoles et échelles en psychiatrie et en psychologie, Collection pratiques en psychothérapie*. 3ème Ed. Masson Editions. France. 2002.

Bouzzini, L., Tessier, R. *Support social et santé*. presse de l'université de lyon. France. 1985.

Bret, B. L. *L'observance Thérapeutique des Personnes de 70 ans et plus*. Union régionale des médecins libéraux d'Il de France. France. 2005.

Brian, M.M., Andea, R ., H.,& Mark. C. Using an extended theory of planned behavior to understand smoking amongst schoolchildren. *Addiction Research and Theory*. Vol 13. N°3. 2005.

Brown well, A., &Shumaker, S. Social support: An introduction to a complex phenomenon. *Journal of social issues, 40*(4), 1984.

Djir, M. Observance Thérapeutique chez le diabétique de type 2, (Thèse de Doctorat), Faculté de médecine et d'odontostomatologie, 2020.

Cappe, E., Smock, N., Boujoit, E. Scolarisation des enfants ayant un trouble de l'autisme et expérience des enseignant : Sentiment d'auto efficacité, stress perçu et soutien social perçu. *Evol psychiatre*,*81*(1), 2015.

Carrim, G., Scheil-Adlung, X., Juetting, J., &Xu, K. *What is the impact of social health protection an acces to health care, health expenditure and impoverishment? A comparative analysis of three African countries*. International Labour Editions. 2006.

Catherine, T. T., Maryline, R.,& Lennize, P. P. L'adhésion à l'observance thérapeutique: Réunir les conditions d'une primo-observance et developer une multiplicité d'intervention dans la durée. *Counseling, santé et développement*, (1), 2004.

Celeo, J. Etude en Adhésion thérapeutique : Avancements dans la collaboration interprofessionnelle et dans les domaines cliniques de l'anticoagulation, de Diabète. Thèse de Doctorat, Univ Geneve, 2019.

Cerquiera, N. *Repérage des difficultés concrètes à l'aide d'un questionnaire auprès de 153 patients atteints de maladies chroniques*. (Thèse de Doctorat), Faculté des sciences humains. Université de versailles. France. 2015.

Chahraoui, K., Reynaud, M., Pinot. J. M., Bénony, B., & Gisselmann, A. Style d'attachement et soutien social perçu chez les femmes déprimées, *L'encéphale*, *152*(1), 2006.

Chappuy , H., Treluyer, J., Gary, A., Pons,G., &Cheron, G. Observance médicamenteuse chez l'enfant. *Archives de Pédiatrie*,(12), 2005.

Cherepakho, V. *Health locus of control, risk perception, and health behavior in African Americans.* (Thesis of Doctorat's Science), B S Biological sciences. Pittsburg University. USA. 2006.

Cobb, S. M . Social Support as a Moderator of life stress*, Psychosomatic Medcine*,*38*(5), 1976.

Cohen, S., Brissette, L. Shoner, P. D., &Doyle, W. J. Social integration and health: The case of the common old, *Journal of social structure*, *1*(6), 2009.

Cutrona, C. *Social support souples*. Sage publication. London.1996.

Cutrona, C., &Russel, D. W. The provisions of social support relationships and adaptation to stress. *Advance in personal relationships, 1*(1), 1987.

Cutrona,C .E,& Russel, D.W. *Type of social support and spicific stress : Toward a theory of optimal matching*. Wiley Press. USA. 1990.

Sarason, B.R., Sarason, I.G., &Pierce, G.R. Social *support: An international* View, 15(2), 1987.

Dantzer, C . *Apport de la psychologie de la santé à l'éducation thérapeutique*. Santé Désision Management. 12(1). 2017. DOI:10.3166/sdm.13.25-38

David, D., Robinson, M. D., Marea, L. M., &Michelle, V. Diabète et Santé mental. *Canadian Journal of diabetes*, (27), 2013.

Delongis, A., Folkman, S., &Lazarus, R. S. The Impact of daily stress on health and mood. psychological and social resource as moderators. *Journal of Personality and Social Psychology*,*54*(3), 1988.

Diabete Quebec. *Pour la vie depuis 50ans*. Canada. 2005.Novembre 20.

Dorad, G., Bungener,C., &Berthoz, S. Self-Esteem, perceived social support, copping style and psychoactive substance use during adolescence. *Psychologie française*, (58), 2013.

Druais, P. L. *Prescription ou promotion de l'observance*. Presses universitaires de France. France. 2007.

Dubois, N. *La psychologie du contrôle*. Grenoble PUG. France. 1987.

Edith, ST. Les relations entre le soutien social le bient etre et la detresse psychologique chez les femmes et les hommes avec des troubles anxieuxm résultat d'une anquete national, Canadian journal of public health, 100(2). 2009.

Elodie, s. *Les facteurs associés à l'adhésion des patients diabétiques au projet thérapeutique : la place de la relation médcin-patient. (*Thèse de Doctorat), Faculté de médecine. Université Henré Poincaré-Nancy1. France. 2009.

Erin, L. O., Karen, B. G., Jamie, S. B., Edwin, D. B.,& Phillip, J. B. Predicting medical regimen adherence: the interaction of health control beliefs. *Journal of health psychology*, 10(5),2005.

Fédération International du Diabète. *Atlasdu diabète du FID.* 8 ème Ed. 2017. version en ligne de L'Atlas du diabète : www.atlasdiabete.org

Feray, S. *Apports d'un outil de la mesure de l'adhésion thérapeutique durant la prise en charge de patients lombalgiques chroniques non spécifiques*, (Thèse de doctorat), Département des sciences médicales. Université de la Loire. France. 2016.

Fischer .G.N. *La Recherche en psychologie clinique*. Nathan. 2002.

Forshaw, M.. *Essential Health psychology*. Arnold. 2002.

Galibois, I. *Le Diabète type 1 et ses défis alimentaires quotidiens*. Les Presses de l'université Laval. Canada. 2006.

Galibois, N. Sex differences in informational aggression: Psychological evidence from young adults. *Evolution and human behavior*, (27), 2007.

Garnier, E.. L'Observance thérapeutique connaitre les bons ressorts et les bons moyens. *Le médcin du Québec*, *45*(3), 2010.

Genty, J., &André, N. Effet du sentiment de liberté sur le locus d'internalité et sur l'apprentissage d'une pratique sportive. *Revue de Staps, 2*(55), 2010.http://www.cairn.info/revue-staps-2001-2page-39.htm

Georges, H. *Endocrinologie*. Boeck université. 2001.

Gomes, L. C., Boas. V., Foss. M., C., Freitas., M., C.,& Pace, A. M. Relatioship among social support, treatment adherence and metabolic control of diabetes mellitus patients. *Latino-Am enfermagem, 21*(1), 2012.

Guerreiro, R. *Evaluating the impact of Bracil's bolsa familia: crash transfer programmes in comparative perspective*. International poverty center. United States. 2007.

Hals, I.K., Fleiner, H. F., Reimers, N., Astor, M. C., Filipsson, K., Ma, Z., Grill, V., &Bjorklund, A. Investigatin optimal β-cell- preserving treatement in latent autoimmune diabetes in adultes : result from 21-month randomized trial, *Diabetes obes metab,21(*10), 2019.

Haute Autorité de Santé. *Diabète de l'adulte type 2*. Guide parcours de soins.2014. www.has-sant.fr/mars2014

Hayatt, T. A.,& Prawitt, D. F. Does congruence between audit structure and auditor's locus of control affect job performance?. *The accounting review*, *67*(2), 2001.

Haynes, R. B. *Introduction on compliance in health care*. John Hopkins University press. New York. 1979.

Heike, L., Nicole, J., Noémie, M., Daniela, S.,& Patricia, H. Définition du Diabète, Conseils pour la prise en charge des patients diabétiques. *Fiche Soignants,*1-1.2017.

Heitzmann, C. A., &Kaplan, R. M. Assessment of methods for measuring social support. *Health psychology,7*(1), 1988.

Henderson, S. Social relationship and adversity and neurosis (A study of association in general population simple).*British journal of psychiatry*, (38), 1981.

Hiller, M. N.,& Zarski, J. P. Peut –on favoriser et évaluer l'observance thérapeutique *?*. *Hépato-Gastro*, (16), 2009.

Hobfoll, S.(*Stress, Social support and women*, Departement of psychology. Aviv university Press. Palestine. 2013.

Holland, K.,& Holhan, C. The Relation of social support and coping to positive adaptation to breast Cancer. *Psychology & Health*, *18*(1), 200.http://dx.doi.org/10-1080/01463379509369975. http://www.cm4.ed/joss/content/articles/volume1/cohen.html/1/06/2009/09:47:37.

James, I., &Backer, F. Social support and quality of life of community. *Mental health journal*,*28*(5), 1992.

Jutras, S. L'IPAH version Canadienne Française de l'échelle de levenson mesurant le lieu de contrôle tridimensionnel. *Canad. Sci. Coomp*, *19*(1), 1987.

Karimy, M., Koohestani, H. R.,& Araban, M. The association between attitude, Self-efficacy, and social support, and adherence to diabetes

self-care behavior. *Diabetol MetabSyndr*. 2018.https://doi.org/10.1186/s13098-018-0389-6.

Kelley, L. Locus of controland attitudes to working in virtual teams. *International Journal of project management*,*24*(3), 2006.

Kiati.M. *Le diabète sucré chez l'enfant*. Edition OPU. USA.1993.

Kobassa, S. C., &Puccetti, M. V. Personality and social support resources in stress resistance. *Journal of personality and psychology*,(45), 1983.

Koetsenruitjer, J., Eikelenboom, N., Lieshout, J. V., Vassilev, I., Lionis, C., Todorva, E., Portillo, M. C., Foss, C., Gil, M.S., Roukova, P., Angelaki, A., Mujika, A., Knutsen, I. R., Rogers, A., &Wensing, M. Social support and self management capabilities in diabetes patients: an international observational study. *Patient Educ Couns, 99*(4), 2016.

Kruse, W. Patient compliance with drug treatement new prespective on an old problem. *journal of clin invest*, (70), 1992.

Kurt, A. A., Babar, D., Kai, P. Impact of locus of control expectancy on level of well-being. Review of European studies,*4*(2), 2012.

Labbouz, D., &Marchand, M. *Les théorie de l'engagement, du comportement planifié et de la norme altyuiste au service de développement durable*. [Poster Presentation]. Actes du 4ème Colloque ARPENV L'indivdu et la société face à l'incertitude environnementale.Lyon. France. 2011, Juin 6-11.

Lacey, M. T.,& Shelton, M. S. Locus of control, Social Support, and adherence to the Diabetes regimen. *The Diabetes educator*,*22(*2), 1996.

Lalla, E., Chang, B., Lal, S., Kaplan, S., Softness, B., Greenberg, E., Goland, S.R., &Lamster, B. Diabetes-related parameters and

periodontal conditions in children. *Journal of Periodontal Res*, (42), 2007.

Lamouroux, A., Magnan, A.,&Vervloet, D..Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons nous. Journal de *Mal respir*. (22), 2005.

Langérand, F. *De l'observance à une adhérence, l'utilisation de l'entretien motivationnel dans le renforcement de l'adhésion thérapeutique chez les patients schizophrènes*. UFR de sciences humaines cliniques. Paris. 2005.

Lapointe, J. *Accepter son diabète : suivez le guide*. Dépôt légal de la bibliothèque national de Québec. Canada. 2008.

Lau, R. R. Origins of health locus of control beliefs. *Journal of personality and social psychology,42*(2), 1982.

Lauber, C., Muller, P., Rueesch, C., Brigit, N. Meyer, P.C., &Wulf, R. Social support modifies stigmatization in the first years of mental illness: A Longuitudinal approach. *Social science & Medcine*,*62*(26), 2005.

Lauzier, M., Coté, K., & Sansoi, A. Effet du soutien social sur le bien-être psychologique et la poursuite des études postsecondaires : Une étude chez les élèves en contexte francophone minoritaire, *L'orientation scolaire et professionnelle en ligne, 44*(1). 2015.

Leahy, J., L. *Pathogenesis of type 2 diabetes mellitus*. Human press. Undated.

Lee, D. Virus et Diabète de Type 1, In Diabétologie Pédiatrique. Doin Edition. France. 1989.

Lefcourt, H. M. Locus of control and social support : Interactive moderators of stress. *Journal of Personality and Social Psychology*,*47*(2), 1984.

Leighton, D. C. *The character of danger*. Basic books. 1963.

Lepore, S. Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psychological distress. *Journal of personality and social psychology*, *62*(6), 1991.

Levey, L.,& Rowitz. . *The echology of mental disorders*. Behavioral publications. USA. 1973.

Lin, C. C., Tsay, H. F. Relationships among Perceived diagnostic disclosure, health locus of control, and levels of hope in Taiwanese cancer patients. *Psycho-Oncology*, (14), 2005.

Lorec, E. V. Perceived social support and (HIV/AIDS) medication adherence among African & American woman. *Qualitative health research*, *16*(5), 2006.

MA , E. K., Jeffrey, S., Psaros ; C., Feldman, J.,& Safren, S . *Social support, depression and adherence to treatement type2 diabetes patients*. Press of yeshiva university. Amsterdam. 2011.

Magalie, B. B. *Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux : modélisation d'une intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer des compétances mobilisables au quotidien – application aux patients diabétiques type 2- Médicaments*. (Thèse de doctorat) .Faculté des sciences. Université Joseph-Fourier. Grenoble. 2009.

Malek, R. Épidémiologie du diabète en Algérie : revue des données, analyse et perspectives, *Médecine des maladies métaboliques*,*2*(3), 2008.

Marie, R. , &Ham, L. *Précis de la Sémiologie, Réimpression*. OPU. 2004.

Marono, A. *Prévention-promotion de la santé-éducation de la santé-2ducation thérapeutique*.Editon de l'Université de Poitiers. France. 2011.

Martin, C. A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. *Journal of medicine,34*(6), 1999.

Merer, L. *L'efficacité de l'observance à un ans d'un programme court de rééducation assorti d'un autoprogramme dans la lombalgie chronique*. Presse de l'Université de paris5. France. 1992.

Michel, M. *Diabéte et rein*. Edition de Phase Aout. Paris 2005.

Mills, C. W. The professional ideology of social pathologists. *American journal of sociology*, (49), 1943.

Mirka, C., Anna, M. H., Syrja, E. E., Matti, L. E.,& Kunnuttila.l. Locus of control beliefs predicting oral and diabetes health behavior and health status. *Acta odontol scanned*, (57), 1999.

Mitchell, J. C. *Social network in urban situations*. Humanities press.USA. 1966.

Mopi-Keou, F. X., Djomassi, L. D.,& Monebenimp, F. Etude des facteurs liés à l'observance au traitement antirétroviral chez les patients suivis à l'unité de prise en charge du VIH/SIDA de l'hopital de sitrict de Schang , Caméroun. *Pan African Medical Journal*,*12*(5), 2012.

Morgan, J.D. *Social support : A reflection of humanity*. Bay wood publishing company. Japan.2000.

Morin, M. *De la recherche à l'intervention sur l'observance thérapeutique : contributions et perspectives de sciences sociales*.

Presse de Laboratoire de psychologie socialede l' Université d'Aix. Marseille. Undated.

Morowatisharifabad, S. M., MahmoodAbad, S. M., Baghianimoghadam, N.,& Tonekaboni, N. R. Relationships between health locus of control and diabetes regimen. *J Res Health Sci*,*28*(1), 2009.

Muller, P., Palier, B.,& Surel , Y. L'analyse polyptique de l'action publique .Confrontation des approches, des concepts, et des méthodes. *Revue française des sciences politique*,*55*(1), 2005.

Mutualité Française. *L'OMS alerte sur les maladies chroniques*. France. 2018. Septembre 27.

Nam, S., chesla, C., Stotts, A. N., Kroon, L.,& Johnson, S. L. Barriers to diabetes management: patient and provider factors. *Diabetes researche and clinical practice*,*93*(1), 2011.

Naradi, L., Nakamoto, K., &Shulz . P., K. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between health locus of control, self-efficacy and medication adherence. *Journal pone*. 2017.https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186458.

Nazareth, M., Richards, J., Javalkar, K., Haberman, C., Zhong, Y., Rak, E., Jan, N., Ferris, M., Miranda, A, L., &Tilburg, V. Relating health locus of control to health care use, adherence and transition reardiness among youths with chronic conditions, North Carolina, Prev Chronic, *2015*.http://dx.doi.org/10.5888/pcd13.160046external icon.

Netto, A. P., Dardennes, R., Dabadie, H., Brnard, M., Herrero, P.,& Periera, L. R. Lieu de controle chez les obeses : Traduction et premiere étude de validation de l'échelle du lieu de contrôle du pois de Saltzer. *Cahier de nutrition et de diététique*,*41*(4), 2006.

Norris, F. H.,& Kaniasty, K. Recieved and percieved social support in time of stress. A Test of the social deteriorisation delerence model. *Journal of personality and social psychology*,*71*(3), 1996.

Nyee, A. N., Nkoum, B. A., Bassong, O.,& Nonga, B. N., Les Facteurs de non adhésion au programme de prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH à l'hôpital central de Yaoundé. *Journal of Médecine and Health sciences*,*19*(2), 2018.

Omeje, O.,&Nebo, C. The influence of locus of control on adherence to treatement regimen among Hypertensive patients. *Patient preference and adherence*, (5), 2011.

Pariat, L. *Etude des liens entre le soutien social l'adjustement universitaire et la persevérence en premiere année de Baccalauréat* [Thèse de doctorat en éducation, Département de psychologie]. Université de Montréal. Canada. 2008.

Perrin , E. C., Shapiro, E. Health locus of control beliefs of healthy children, children with a chronic physical illness, and their mothers. Journal of pediatrics,*107*(4), 2008.

Petermans, J.,& Samalea, A. S., Vann, T, H. Observance thérapeutique en gériatrie. *Revue med liege*, (65), 2010.

Plech, M. M. *Effets du programme «Action-Prévention- Ostéoporose » sur les croyances et attitudes de santé reliées à l'Ostéoporose*. (Thèse de doctorat en psychologie), Services de la bibliothèque. Université de Trois-Rivières. France. 1999.

Procidano, M. E., &Heller, K. Measure of perceived social support from friend and from family: Three validation study. *American journal of community and psychology*,*11*(1), 1983.

Rad, G. S., Bakht, L. A., Feizi, A.,& Mohebi, S. Importance of social support in diabetes care. *Journal of education and health promotion,1*(2). 2013. DOI:10.4103/2277-9531.120864

Ramkisson, S., Pillay, B. J.,& Sibanda, W. Social support and coping in adulte wiyh type2 diabetes. *Prim health care*,*9*(1), 2017.

Rigaleau, V., Lang, J., &Gin, H. Etiologie et physiopathologie de diabète de type2. *Endocrinologie-Nutrition*, (10), 2007.

Robinson, D., Coons, M., &Haensel, H. Clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada: diabetes and mental health. *Can J Diabetes*,*42*(1),2018.

Rodier, M. Difinition et classification du diabète. *Médecine nucléaire-Imagerie fonctionnelle et métabolique*, *25*(2), 2001.

Rosenstock, M. Historical origins of the health belief model. *Health education*, *2*(1), 1974.

Rotter, J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*,*80*(9), 1966.

Ruiller, C. *Construction d'une échelle de la perception du soutien social: Première résultats d'une étude de cas sur un centre Hospitalier*. Presse du Centre de recherche et de management à l'université de Renne 1.France. 2007.

Santé et société. *La promotion de la santé : une perspective, une pratique*. Edition promotion de la santé. Guyane. 1988.

Sarason, I. G., Levin, H. M., Basham, R. B., &Sarason, R. B. Assessing social support : The social support questionnaire. *Journal of personality and social psychology,44*(1), 1983.

Sauvanet, A., Balter, G., Le, M.,& Belghiti. J. Diagnosis and conservative management intrathoracic leakage after oesofagectomy. *British journal of surg, 85*(10),1999.

Schneider, M., Herzig, L. P., Hampai, H.,& Bugnon, D. O. Adhésion thérapeutique du patient chronique : des concepts à la prise en charge ambulatoire. *Rev Med Suisse*, *6*(9), 2013.

Schweitzer, B.M. *Psychologie de la santé. model, concept et methodes*. Dunod. Paris.2002.

Schweitzer, B. M. Stress et coping: Un model intégratif en psychologie de la santé. *Revue psychiatrique*, 106(10), 2003.

Schweitzer, B.M. *Introduction à la psychologie de la santé*. Edition Psychologie d'aujourd'hui. France. 2004.

Sidot, E. *Les facteurs associés à l'adhésion des patients diabétiques au Projet thérapeutique : La place de la relation médecin-patient.* (Thèse de Doctorat), Faculté de médecine. Université Henni Poincaré-Nancy1. France. 2011.

Solomon, Z., Mikulincer, M.,& Avitzur, E. Coping, Locus of control, Social Support, and Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. A Prospective study. *Journal of personality and social psychology, 55*(2), 1988.

Spector, P. E. Perceived control by employees: A meta-analysis of studies concerning autonomy and participation at work. *Journal of human relations*,*10* (3), 1986.

Sripriya, G. Health locus of control and compliance in diabetic patients. *International jurnal of nursing care*,(2), 2014. DOI:10.5958/2320-8651.2014.01283.6.

Stringer, C. C.,& Smith, A. D. Communicating social support identifying supportive episode in an HIV/AIDS support group, *Communication quarterly, 43*(3), 1995.

Sultan, S., Hartmann, H., &Grimaldi, A. Comprendre les patients pour promouvoir l'autorégulation dans le diabète de type 2 : Vivre avec une maladie qui commence avant son début. *Diabète&metabolism*,*29*(21), 2003.

Swiatoniowska-Lok, N., Tank, w., Polanski, J., Jankowska-Polanska, B., Mazur, G. Psychosocial determinants of treatment adherence in patients with type 2 diabetes – a revue. *Diabetes, metabolic syndrom and obesity : targets and therapy*, 14. (2021).

Tardy. C. H Social Support Measurement, *American Journal of Community Psychology*, *20*(18),1985.

Tarquinio, C.,& Tarquinio, M. P. L'observance thérapeutique déterminants et modèles théoriques. *Pratiques psychologiques*,(13), 1-19. 2007.

Theofilou, P., &Saborit, A. R. Health Locus of Control and Diabetes Adherence. *Journal of psychol psychother,* (3), 2012. Doi:10.4172/2161-0487. S3-e002

Toljamo, M. Adherence to self-care and social support. *Clinical nursing*, 5(10), 2020.

Tonikaboni, L. La théorie de l'auto-efficacité de Bandura (1977-1997) et son application dans le contexte des pays du sud: Cas de la républiquede Bénin. *Revue des cames, 9 (2*), 2006.http://dx.doi.org/10.1016/j.ijproman.2006.01.003

Uchino, B. N.& Reblin, M*Social and emotional support and its application for health*. Department of psychology and health Press. 2008.

Uchino, B., &Garvey, T. The Avaibility of social support reduces cardio-vascular reactivity to acute psychological stress. *Journal of Behavioral Medcine,20*(1), 1997.

Ulf, S., Andres, W., Per, O. A., &Olof, R. Relationship between locus of control beliefs and metabolic control in insulin-dependent diabetes mellitus. *Britich journal of health psychology*,(3), 1998.

Umasugi, M. T., Tunny, I. S., Tappang, Y., &Asni, U. The relation between health locus of control and compliance of diet management of Diabetes mellitus in Piru hospital. *Western part of seram regency*, *1*(11), 2016.

Untas. A, Lelorain. S, Dany. L,& Koleck. M. Health psychology and patient education : state of play and perspectives. *Pratique psychologique*. 2018.https://doi.org/10.1016/j.prps.2018.11.005

Verrier, P. Docteur ce n'est pas dans ma tête j'ai vraiment mal. *Le médecin de Québec*,*38*(6), 2003.

Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D.,& Maides, S. A. Development and validation of the health locus of control (HLC) scal.*Journal of consuling and clinical psychology*,*44*(4), 1976.

Wallston, K. A., Wallston, B. S., &Develis, R. Multidimensional health locus of control (MHLC) scales. Health educ monorg spring, *6*(2), 1978. Doi: 10.1177/109019817800600107

Weiss, L. *The provision of social relationships*. Mit press.Cambridge. 1974.[1] West, L. M., Theuma, R., B., R&Cordina, M. Health locus of

control : its relationship with medication adherence and medication wastage. *Res Social ADM Pharm*, 14 (11), 2018.

World Health Organisation. *Adherence to longue term therapies: evidence for action*. Report N° : 92 4 154599 2. 2003.

World Health Organization Report. *Chronic deases*.WHO Publications.Geneva. 2021.

World Health organization. *Noncommunicable diseases country profiles*. WHO Publications. Geneva. 2018.

Wu, A. M. S., Tang, C. S. K., & Kwok, T. C. Y. Self-efficacy, Health locus of control, and Psychological distress in elderly Chinese women with chronic illnesses, *Aging & mental health*,*8*(1), 2015. http://dx.doi.org/10.1080/13607860310001613293

Zhang, C., Baffy, G., Perret, P., Krauss, S., Peroni, O., &Grujic, D. Uncoupling protein-2 negatively regulates insulin secretion and is major link between obesity, beta cell dysfunction and type 2 diabetes. *Cell*,(15), 2001.

Zimet. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., &Farley, G. K. The Multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality Assessment, 52*(1), 1988.

Ameli pour les assurés. *Symptoms et diagnostic du diabète*. 2021.https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/diagnostic/diagnostic-diabete#:~:text=Si%20le%20diab%C3%A8te%20n%27est%20pas%20trait%C3%A9%2C%20d%27autres%20signes,issues%20de%20la%20d%C3%A9gradation%20des%20graisses%20dans%20l%E2%80%99organisme%29.

Améliore ta Santé. *les bonnes habitudes et les soins pour la santé*. 2021. https://amelioretasante.com/quest-ce-que-ladhesion-therapeutique28/10/2019/

American Diabetes Association. *Complications : skin conditions*. 2021.https://www.diabetes.org/diabetes/complications/skin-complications/01/06/2021/14:22h/

British Diabetic Association operating as diabetes UK. *Maturity onset diabetes of the young "Mody". 2021.* https://www.diabetes.org.uk/diabetes-the-basics/other-types-of-diabetes/mody.

Cambredge Dictionary. 2021. https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/locus

Catherine. C*l'alliance thérapeutique patient-soignant*.[Video]. Youtube. 2014. Octobre 27. https://www.youtube.com/watch?v=j0CVDmvB4sA

Catherine, C. *Médicaments : ils peuvent provoquer le diabète !. 2016.* https://www.topsante.com/medecine/medicaments/grandes-familles-de-medicaments/medicaments-ils-peuvent-provoquer-le-diabete-23493/12/4/2016/11:44h

Dansinger, M. M. *What is maturity-onset diabetes of the young. 2020.*https://www.webmd.com/diabetes/what-is-mody-diabetes#:~:text=Maturity-onset%20diabetes%20of%20the%20young%20%28MODY%29%20is%20a,so%20it%27s%20important%20to%20get%20the%20right%20diagnosis

Dubois, R. *Les conséquences psychologiques de diabète.2019.* https://www.doctissimo.fr/sante/diabete/complications-du-diabete/diabete-consequences-psychologiques/18/11/2019/

Greche, S. *Diabète insulino dépendant*. 2009. https://www.docteurclic.com/maladie/diabete-insulino-dependant.aspx2021.

Kavalar, F*Miction fréquente et diabète: mise en garde à recherché*.2021. https://genialsante.com/miction-frequente-et-diabete-mises-en-garde-a-rechercher/1/06/2021/13:52h/

Learnenglish. Nu. 2016. https://learnenglish.nu/learn-english-free.php?id=20161013

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. *Diabetic eye disease*. 2017. https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/overview/preventing-problems/diabetic-eye-disease#affect/01/06/2021/14:39h/

Nicard, Q *Pancreas : Anatomie, fonctions, traitements*. 2017.https://www.passeportsante.net/fr/parties-corps/Fiche.aspx?doc=pancreas/juillet,2017/

Rédaction Médisite. *Diabète rénal : la définition.2017.* https://www.medisite.fr/diabete-diabete-renal-la-definition.1527227.60.html/28/2/2017/15:01h

Société Canadienne de la recherche. *Aspects biopsychosociaux des troubles Gastro-Intestinaux fonctionnels*. 2020.https://badgut.org/centre-information/sujets-de-a-a-z/aspects-biopsuchosociaux-des-troubles-gastro-intestinaux-fonctionnels/?lang=fr#:~:text=Le%20mod%C3%A8le%20biopsychosocial%20%28BPS%29%2C%20qui%20est%20une%20fa%C3%A7on

,de%20nombreux%20facteurs%20interagissent%20pour%20provoquer%20la%20maladie/

Spée, M. *La polyurie : quel est ce problème d'urine abondante ?*.2017.https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Symptomes/Fiche.aspx?doc=polyurie-symptome/7/2017/

The Global Diabetes Community. *Genital itching-symptom of diabetes*.2021.http://www.diabetescommunity.com/symptoms/genital-itching.html#:~:text=Genital%20itching%20%E2%80%93%20symptom%20of%20diabetes%20Genital%20itching,the%20skin%20on%20the%20outside%20of%20the%20vagina/01/06/2021/15:51h/

Torjoman Dictionary.2021. https://torjoman.com/dictionary/ar/search/english-arabic/control/

Summary

In this study, we relied on the descriptive approach, and the sample of our study consisted of 133 adults with diabetes, including both sexes, who were chosen intentionally. In order to measure the level of variables among the sample members, we resorted to building a scale to measure the level of Therapeutic Adherence, and we relied on the Wallston et al.(1976-1978)scale, which has been translated into Arabic byJabali (2007) to measure the Health Locus of Control, and we used the scale ofThe Perceived Social Support built by Sarason et al.(1983) which has been Arabized and adapted on the Arab Environment by Al-Shennawi & Abu Bayh (1990).

After checking the psychometric properties of the study tools and applying them to their sample and processing the data with the Statistical Package for Social Research (SPSS), It became clear to us that adults with diabetes are characterized by a medium level of Therapeutic Adherence, and the dimension of external Health control of Luck and Chance is the dominant dimension of the Health Locus of Control among the respondents, and it was found that adults with diabetes have a medium level of Perceived Social Support. As for the relationship of Therapeutic Adherence with each dimension of the Health Locus of Control, Also There is a statistically significant correlation between therapeutic adherence and each dimension of the health locus of control in adults with diabetes, while the correlation was not significant with the external dimension of those with influence and others, and with regard to the correlation between the perceived social support and the eight dimensions of Therapeutic Adherence among the research sample, it was strong and indicative on all dimensions. It was also We also found that the level of Therapeutic Adherence the respondents differed according to each of the health control center, the perceived social support, the gender, the type of treatment used, and the duration of the injury.

Key words : Therapeutic Adherence-Health Locus of Control-Perceived Social Support-Diabetes.