



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة باتنة - 1

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس و علوم التربية و الارطوفونيا



فعالية برنامج تثقيف صحي في رفع درجة تقبل المرض

و التحكم الذاتي لدى مرضى السكري النمط الثاني.

(دراسة ميدانية على عينة من مرضى السكري نمط 2 بمدينة عين مليلة)

اطروحة محمله لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس

- تخصص علم النفس العيادي-

إشراف :

الدكتورة حنيفة صالح

إعداد :

عطية دليلة

أعضاء لجنة المناقشة :

الاسم و اللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
رحال غربي محمد الهادي	أستاذ تعليم عالي	باتنة 1	رئيسا
صالح حنيفة	أستاذ محاضر (أ)	باتنة 1	مشرفا و مقرا
بن زروال فتيحة	أستاذ تعليم عالي	أم البواقي	عضوا مناقشا
بو عون السعيد	أستاذ محاضر (أ)	باتنة 1	عضوا مناقشا
بن حفيظ مفيدة	أستاذ محاضر (أ)	باتنة 2	عضوا مناقشا
بولسان فريدة	أستاذ محاضر (أ)	مسيلة	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2016/ 2017

الشكر و التقدير :

أشكر المولى عز و جل و أحمده ،
فهو المنعم و المتفضل قبل كل
شيء بأن هيا لي و أرشدني لإعداد
هذه الدراسة .

كما أتقدم بفضيل الشكر و
التقدير للدكتورة المشرفة صالحى
بن شريف حنيفة على قبولها
الإشراف على هذا العمل و على ما
أمدتني به من مساعدات و
توجيهات و تصويبات .

ملخص الدراسة بالعربية:

تهدف الدراسة الحالية إلى اختبار فعالية برنامج تثقيف صحي في رفع درجة التحكم الذاتي (مركز ضبط داخلي) و تقبل المرض لدى عينة من مرضى السكري من النمط الثاني و ذلك بتطبيق استبيانين:

- استبيان "مصدر الضبط الصحي" لـ wallston et wallston ، و المترجم إلى العربية من طرف جبالي نور الدين.
- استبيان "عدم تقبل المرض" المعدّ من طرف الطالبة الباحثة .
- برنامج "تثقيف صحي مخصّص لمرضى السكري من النمط الثاني" من إعداد الطالبة الباحثة مكوّن من أربع محاور هي :

- 1- عموميات حول مرض السكري نمط 2 : ثلاث حصص و اختبار تقييمي.
- 2- أسلوب ونمط حياة مريض السكري نمط 2: ستة حصص و اختبار تقييمي .
- 3- التحكم الذاتي وإدارة المرض :أربع حصص و اختبار تقييمي .
- 4- تقبل مرض السكري : حصتين و اختبار تقييمي .

اعتمدت الدراسة على المنهج شبه تجريبي ،العينة مكوّنة من (12) فرد من مرضى السكري نمط (2) تم اختيارهم عشوائيا قسم أفراد العينة إلى مجموعتين تجريبية و ضابطة تحتوي كل مجموعة على ستة أفراد .كما تمّ ضبط متغير الجنس، السن ،المستوى الاقتصادي و الاجتماعي و الثقافي للفرد.

وتمّ التوصل إلى النتائج التالية:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي على مقياسي عدم تقبل المرض و مصدر الضبط الصحي .
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات رتب افراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي و البعدي على مقياسي عدم تقبل المرض و مصدر الضبط الصحي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية و أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياسي عدم تقبل المرض و مصدر الضبط الصحي .
- عد وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات استبثاني عدم تقبل المرض و مصدر الضبط الصحي لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التنقيف الصحي حسب مدة المرض .
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التبعي على مقياسي عدم تقبل المرض و مصدر الضبط الصحي.
- وجود فعالية كبيرة لبرنامج التنقيف الصحي في القياس البعدي لاستبثان مصدر الضبط الصحي و القياس البعدي لاستبثان عدم تقبل المرض.

Résumé de l'étude :

La présente étude a pour but de tester l'efficacité d'un programme d'éducation sanitaire dans l'amélioration de l'autocontrôle et l'acceptation de la maladie, appliqué sur un échantillon de patients atteints de diabète de type (2), en utilisant deux questionnaires :

- Questionnaire sur le lieu de contrôle sanitaire WALLSTON et WALLSTON traduit en arabe par NOUREDDINE JEBALI.
- Questionnaire de non acceptation de la maladie réalisé par la chercheuse.
- Un programme d'information et d'éducation sanitaire destiné aux malades diabétiques de type 2, conçu par la chercheuse et composé de 4 axes :
 - 1- Généralités sur le diabète type2 :3séances et un test d'évaluation.
 - 2- Style de vie du diabétique type2: 6 séances un test d'évaluation.
 - 3- Autocontrôle et gestion de la maladie :4 séances un test d'évaluation.
 - 4- Acceptation de la maladie :2 séances un test d'évaluation.

Pour ce faire on a adopté la méthode para-expérimentale .Notre échantillon fût composé de 12 malades choisis aléatoirement, divisés équitablement en deux groupes : expérimental et référentiel, avec une homogénéisation des variables parasites (telles que : sexe, âge, niveau économique, social et culturel).

Les résultats obtenus sont les suivants :

- Présence de différences statiquement significatives entre la moyenne de l'ordre des degrés parmi les membres du groupe

expérimental avant et après les deux mesures sur l'inacceptation de la maladie et sur le lieu de contrôle sanitaire .

- Pas de différences statistiquement significatives entre la moyenne de l'ordre des degrés parmi les membres du groupe de référence pour les mêmes mesures.
- Présence de différences statistiquement significatives entre la moyenne de l'ordre des degrés de classement du groupe expérimental et du groupe de référence après les mesures sur l'inacceptation de la maladie et sur le lieu de contrôle sanitaire .
- Pas de différences statistiquement significatives entre la moyenne de l'ordre des degrés dans les deux questionnaires pour les membres du groupe expérimental après l'application du programme de l'éducation sanitaire selon la durée de la maladie.
- Pas de différences statistiquement significatives entre l'ordre des degrés des membres du groupe expérimental dans les deux mesures : post-test et suivi sur l'inacceptation de la maladie et sur le lieu de contrôle sanitaire.
- Présence grande efficacité du programme de l'éducation sanitaire dans les mesures post-test sur
- l'inacceptation de la maladie et sur le lieu de contrôle sanitaire.

Summary of the study :

The present study aims to test the effectiveness of a health educative program in raising the degree of self control (internal locus of control) and in accepting the disease .It concerns a sample of diabetics type (2) by applying tow questionnaires :

- Questionnaire about wallston and wallston health locus of control, Translated to Arabic by noureddin jabali.
- Questionnaire about the in acceptance of the disease Prepared by the researcher .
- health education program of diabetes type2 Prepared by researcher consists of four axes preparation are:
 1. generalities about diabetes type 2: three sessions and evaluation .
 2. lifestyle of diabetics type 2: Six sessions and evaluation.
 3. Self-control and management of the disease: four sessions and evaluation.
 4. accept Diabetes: tow sessions and evaluation.

The study relied on a para-empirical method, the sample is composed of 12 individual diabetics pattern (2) randomly selected respondents to the Department of experimental groups and the control group each with six members. As has been the variable tuning, sex, age, level of economic and social and cultural of the individual.

The following conclusions have been recorded :

- Presence of differences statically significant of the degrees order average among the experimental group members before and

after the two measures upon the in acceptance of the disease and the health locus of control.

- No presence of differences statically significant of the degrees order average among the referential group members before and after the two measures upon the in acceptance of disease and the health locus of control.
- Presence of differences statically significant of the degrees order average between the two groups after the in acceptance of the disease and the health locus of control measures.
- No presence of differences statically significant of the degrees order average in the two questionnaires between the two groups after the application of the health education program depending on the duration of the disease .
- No presence of differences statically significant between the degrees order average of the experimental group members in the post-test and following measures upon the not acceptance of the disease and the health locus of control.
- The presence of highly effective health education program in the telemetric questionnaire health locus of control and telemetric questionnaire in accept the disease.

فهرس المواضيع:

الصفحة	المحتوى
ا	الشكر و العرفان.....
ب	ملخص الدراسة بالعربية.....
د	ملخص الدراسة بالفرنسية.....
و	ملخص الدراسة بالانجليزية.....
ح	فهرس المواضيع.....
س	قائمة الجداول.....
ق	قائمة الأشكال.....
ق	قائمة الملاحق.....
1	المقدمة.....
الفصل الاول : الإطار العـــــــام للدراسة و الدراسات السابقة	
6	1- إشكالية الدراسة.....
11	2- أهمية الدراسة
12	3- أهداف الدراسة
15	4- الدراسات السابقة.....
35	5- فرضيات الدراسة.....
37	6- الضبط المفاهيمي و الإجرائي لمتغيرات الدراسة.....

39	7- حدود الدراسة
الجانب النظري للدراسة	
الفصل الثاني : التثقيف الصحي .	
42	تمهيد.....
43	1- تعريف التثقيف الصحي.....
45	2- عناصر التثقيف الصحي.....
46	3- وسائل و تقنيات التثقيف الصحي.....
54	4- أهداف التثقيف الصحي.....
58	5- مجالات التثقيف الصحي.....
61	6- مبادئ التثقيف الصحي.....
67	7- كيفية إعداد برنامج التثقيف الصحي.....
73	8- إعداد المنقف الصحي.....
83	9- مفاهيم متعلقة بالتثقيف الصحي.....
94	خلاصة الفصل.....
الفصل الثالث: التحكم الذاتي و التعامل مع المرض.	
97	تمهيد.....
98	1- مفهوم التحكم الذاتي.....
98	1-1- مفهوم مركز التحكم.....
101	1-2- مفهوم التحكم الذاتي.....

101	1-3- مفهوم مركز تحكم الصحة.....
102	2- الفرق بين التحكم الذاتي و التحكم الخارجي.....
104	3- استراتيجيات التحكم الذاتي.....
105	4- النظريات المفسرة لمصدر الضبط الصحي.....
105	4-1- نظرية التعلم الاجتماعي.....
107	4-2- نظرية العزو السببي.....
107	4-3- نظرية مركز الضبط.....
110	4-4- نظرية الانضباط الذاتي.....
113	5- العلاقة بين مركز التحكم و السلوكيات الصحية.....
114	6- التحكم بالمرض المزمن.....
114	6-1- استراتيجيات التعامل و الأمراض المزمنة.....
116	6-2- معتقدات المريض حول المرض المزمن.....
118	6-3- عناصر التحكم بالمرض المزمن.....
122	خلاصة الفصل.....
الفصل الرابع: السكري من النوع الثاني	
124	تمهيد.....
125	1- تعريف مرض السكري و السكري من النمط 2.....
126	2- نسبة الانتشار.....
127	3- آلية حدوث السكري.....

129	4- أنواع مرض السكري.....
131	5- أسباب مرض السكري و السكري من النمط 2.....
136	6- أعراض مرض السكري و السكري من النمط 2.....
139	7- تشخيص مرض السكري
140	8- علاج داء السكري نمط 2.....
141	9- التفسير السيكوسوماتي لمرض السكري و شخصية المصاب به....
142	10- السلوك الوقائي لمريض السكري.....
144	خلاصة الفصل.....
الفصل الخامس: تقبل مرض السكري	
147	تمهيد.....
148	1- تعريف تقبل المرض.....
148	2- المظاهر السلوكية لمرض السكري.....
161	3- مراحل التكيف الانفعالي.....
163	4- تقبل الجسد المريض.....
166	5- مرض السكري و ما يسببه من مصاعب في الحياة اليومية.....
170	6- التدخلات النفسية من أجل التقبل و التعايش مع المرض المزمن..
177	خلاصة الفصل.....
الجانب الميداني للدراسة	
الفصل السادس: منهج الدراسة و إجراءاته	

180	1- الدراسة الاستطلاعية
180	1-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية
181	1-2- تحديد محاور برنامج التنقيف الصحي
182	1-3- عينة الدراسة الاستطلاعية
184	1-4- أدوات الدراسة
202	2- تقديم برنامج التنقيف الصحي
202	2-1- الأسس العلمية للبرنامج
204	2-2- فلسفة البرنامج
204	2-3- أهمية البرنامج
205	2-4- أهداف البرنامج
210	2-5- الحدود الإجرائية للبرنامج
214	2-6- أساليب تقديم البرنامج
215	2-7- الوسائل المستخدمة بالبرنامج
215	2-8- تقييم البرنامج
216	2-9- تحكيم البرنامج
217	2-10- التجريب الاستطلاعي للبرنامج
218	2-11- الصورة النهائية للبرنامج
218	3- الدراسة الأساسية
218	3-1- منهج الدراسة

219	3-2- مجتمع الدراسة.....
220	3-3- عينة الدراسة.....
221	3-4- تجانس أفراد العينة
227	3-5- برنامج التتقيف الصحي النهائي.....
227	3-6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.....
الفصل السابع: عرض، تحليل و مناقشة النتائج	
229	1- عرض و تحليل نتائج الدراسة.....
229	1-1- عرض و تحليل نتائج الفرضية الأولى.....
230	1-2- عرض و تحليل نتائج الفرضية الثانية.....
233	1-3- عرض و تحليل نتائج الفرضية الثالثة.....
234	1-4- عرض و تحليل نتائج الفرضية الرابعة.....
236	1-5- عرض و تحليل نتائج الفرضية الخامسة.....
237	1-6- عرض و تحليل نتائج الفرضية السادسة.....
240	1-7- عرض و تحليل نتائج الفرضية السابعة.....
241	1-8- عرض و تحليل نتائج الفرضية الثامنة.....
243	1-9- عرض و تحليل نتائج الفرضية التاسعة.....
244	1-10- عرض و تحليل نتائج الفرضية العاشرة.....
246	1-11- عرض و تحليل نتائج الفرضية الحادية عشر.....
248	1-12- عرض نتائج تقييم أفراد العينة التجريبية للبرنامج.....

250	2- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات و الدراسات السابقة..
250	2-1- مناقشة نتائج الفرضية الأولى.....
252	2-2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية.....
253	2-3- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة.....
254	2-4- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة.....
254	2-5- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة.....
256	2-6- مناقشة نتائج الفرضية السادسة.....
257	2-7- مناقشة نتائج الفرضية السابعة.....
257	2-8- مناقشة نتائج الفرضية الثامنة.....
259	2-9- مناقشة نتائج الفرضية التاسعة.....
260	2-10- مناقشة نتائج الفرضية العاشرة.....
261	2-11- مناقشة نتائج الفرضية الحادية عشر.....
261	2-12- التعليق على نتائج تقييم أفراد العينة التجريبية للبرنامج.
263	خاتمة.....
266	التوصيات و الاقتراحات
267	المراجع
279	الملاحق.....

قائمة الجداول :

الصفحة	المحتويات
78	الجدول رقم (1) يوضح الموضوعات المهمة للتثقيف الصحي
126	الجدول رقم (2) يوضح نسبة انتشار السكري من النوع الثاني
161	الجدول رقم (3) يوضح مراحل تقبل داء السكري
183	الجدول رقم (4) يوضح خصائص العينة الاستطلاعية
185	الجدول رقم (5) يوضح معاملات الارتباط لكارل بيرسون بين بنود البعد الداخلي و الدرجة الكلية لاستبيان مصدر الضبط الصحي
186	الجدول رقم (6) يوضح معاملات الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الثاني لاستبيان مصدر الضبط الصحي
187	الجدول رقم (7) يوضح معاملات الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الثالث لاستبيان مصدر الضبط الصحي
190	الجدول رقم (8) معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي
190	الجدول رقم (9) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين الأبعاد الثلاثة لاستبيان مصدر الضبط و الدرجة الكلية
191	الجدول رقم (10) يوضح طريقة استبيان مصدر الضبط الصحي
193	الجدول رقم (11) يوضح العبارات المتفق على حذفها من طرف الخبراء في استبيان عدم تقبل المرض

193	الجدول رقم (12) يوضح العبارات المتفق تعديلها من استبيان عدم تقبل المرض
194	الجدول رقم (13) يوضح العبارات التي تم تحويلها من محور إلى آخر في استبيان عدم تقبل المرض
195	الجدول رقم (14) يوضح معاملات الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحاور و الدرجة الكلية لاستبيان عدم تقبل المرض
200	الجدول رقم (15) يوضح درجة ألفا كرونباخ لاستبيان عدم تقبل المرض
200	الجدول رقم (16) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين الأبعاد الثمانية لاستبيان عدم تقبل المرض
201	الجدول رقم (17) يوضح طريقة تصحيح استبيان تقبل المرض
210	الجدول رقم (18) يوضح التوزيع الزمني للبرنامج المطبق
213	الجدول رقم (19) يوضح المراحل الأساسية لتطبيق البرنامج
217	الجدول رقم (20) يمثل بطاقة فنية (بروتوكول) للبرنامج المقترح
222	الجدول رقم (21) يمثل دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات في متغير الجنس بين أفراد العينة (التجريبية و الضابطة)
222	الجدول رقم (22) يمثل دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات في متغير السن بين أفراد العينة الكلية
223	الجدول رقم (23) يمثل دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات في متغير المستوى الاقتصادي و الاجتماعي و الثقافي

224	الجدول رقم (24) دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات في القياس القبلي لأبعاد استبيان مركز الضبط الصحي بين أفراد المجموعتين الضابطة و التجريبية
226	الجدول رقم (25) يوضح دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات في القياس القبلي لأبعاد استبيان عدم تقبل المرض بين المجموعتين الضابطة و التجريبية
229	الجدول رقم (26) يوضح نتائج قيمة اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي و البعدي للمجموعة التجريبية على استبيان عدم تقبل المرض
230	الجدول رقم (27) قيمة اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي و البعدي للمجموعة التجريبية على أبعاد مصدر الضبط الصحي
233	الجدول رقم (28) يوضح اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي و البعدي للمجموعة الضابطة على استبيان عدم تقبل المرض
234	الجدول رقم (29) يوضح اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي و البعدي للمجموعة الضابطة على استبيان مصدر الضبط الصحي
236	الجدول رقم (30) يبين نتائج اختبار مان-ويتني لدلالة الفروق بين

	المجموعتين التجريبية و الضابطة على مقياس عدم تقبل المرض في التطبيق البعدي
238	الجدول رقم (31) يبين نتائج اختبار مان-ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية و الضابطة في القياس البعدي على استبيان مصدر الضبط الصحي
240	الجدول رقم (32) يوضح نتائج اختبار (χ^2) لدلالة الفروق بين متوسطات رتب استبيان عدم تقبل المرض حسب متغير مدة المرض
241	الجدول رقم (33) يوضح نتائج اختبار (χ^2) لدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات استبيان مصدر الضبط الصحي حسب متغير مدة المرض
243	الجدول رقم (34) يوضح نتائج اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين القياسين البعدي و التبعي للمجموعة التجريبية على استبيان عدم تقبل المرض
244	الجدول رقم (35) يوضح نتائج ويلكوسون لدلالة الفروق بين القياسين البعدي و التبعي للمجموعة التجريبية على استبيان مصدر الضبط الصحي
247	الجدول رقم (36) يوضح حجم الأثر للبرنامج المطبق
248	الجدول رقم (37) يوضح نتائج تقييم أفراد العينة لبرنامج التثقيف الصحي المقدم

قائمة الأشكال :

الصفحة	المحتويات
53	المخطط رقم (1) يوضح وسائل التنقيف الصحي
56	المخطط رقم (2) يوضح كيف تعمل جميع العناصر و الهيئات للوصول إلى شروط حياة أفضل
72	المخطط رقم (3) يوضح طريقة بناء برنامج للتنقيف الصحي
219	المخطط رقم (4) يوضح تصميم الدراسة الأساسية المنهج شبه تجريبي

قائمة الملاحق :

ملحق رقم (1) الصورة النهائية لاستبيان مصدر الضبط الصحي
ملحق رقم (2) الصورة قبل النهائية لاستبيان عدم تقبل المرض
ملحق رقم (3) الصورة النهائية لاستبيان عدم تقبل المرض
ملحق رقم (4) القائمة الاسمية للمحكمين لاستبيان عدم تقبل المرض
ملحق رقم (5) استمارة التقييم المرحلية للبرنامج
ملحق رقم (6) استمارة التقييم الكلي للبرنامج
ملحق رقم (7) قائمة المحكمين للبرنامج
ملحق رقم (8) نسب آراء الخبراء بالبرنامج المقدم
ملحق رقم (9) الصورة النهائية للبرنامج

المقدمة:

أصبحت الصحة من المفردات التي توصف بها الحياة المزدهرة فتأثيرها المباشر والقوي على مختلف جوانب الحياة (الإنتاج، الاستهلاك، النمط المعيشي، التعليم، البرامج السياسية...) جعل منها مؤشراً قوياً على درجة تطور مجتمع دون سواه.

والصحة لا تعني المثالية فيمكن القول أن الصحة تكون موجودة عندما يتمكن الإنسان من بناء علاقات اجتماعية بشكل فعال، ويتمكن من التوافق والاندماج مع أفراد مجتمعه وعندما يستطيع تكييف حياته الخاصة مع الظروف المعقدة والمتنوعة للمحيط، بالإضافة إلى ذلك تقرير مصيره الفردي وتحقيق التوازن بين إمكاناته البيولوجية، الوراثية، الجسدية والنفسية، فالصحة هي تكامل وتوازن بين هذه الجوانب. وفي حالة الإصابة بالمرض يبدأ الفرد بإدراك التهديد، فالمرض الحاد يكون التهديد فيه مرة واحدة ثم يعود الجسد لطبيعته، أما في حالة المرض المزمن يكون العيش مع التهديد الجسدي مستمر وتستمر معه القيود البدنية.

وللوصول إلى تطبيق سلوكي للصحة خلال الممارسات اليومية يجب الانطلاق من مفاهيم صحية تساهم في تنمية الوعي الصحي أثناء عمليات التنقيف أو التربية الصحية للتقليل من المشكلات الصحية والحد من تطورها. والتنقيف يساهم بفاعلية في تبني أفراد المجتمع بصفة عامة مفهوم الصحة بصورتها المتكاملة، حيث تُعَلِّم الفرد كيفية حماية نفسه من الأمراض أو منع تطورها وتجنب تعقيداتها، وهذا من خلال اكتساب معلومات متعلقة بالصحة وتنمية الاتجاهات الإيجابية نحو الصحة الشخصية وصحة الآخرين وتعديل السلوك غير الصحي. وذلك أن هدف التنقيف الصحي غرس مفاهيم وعادات صحية سليمة لدى الأفراد حتى يضمن انتهاجها عن فهم واقتناع ووعي وإدراك، بحيث تصبح أسلوباً يمارس في الحياة من طرف أفراد المجتمع كله وبجميع فئاته.

وبما أن مرض السكري أحد الأمراض المزمنة غير المعدية الأكثر انتشاراً في العالم حيث أصبح عدد المصابين في تزايد وحالة المصابين تتطور بسرعة هائلة مع تغير نمط الحياة و دخول الإنسان في سلسلة من الضغوط أثرت على صحته النفسية و الجسدية على حد سواء. و الأكثر أهمية و الأخطر أن نصف مليون شخص جزائري يجهلون إصابتهم بهذا الداء و يُكتشفون بالصدفة فقط و أغلبهم من النمط الثاني و يرجع السبب في ذلك إلى نقص المعلومة الصحية و الوعي الصحي لدى الفرد الجزائري.

و العنصر الأهم الثاني بعد الجانب الصحي هي الخسائر المادية للأفراد و للهيئات المسؤولة عن الجانب الصحي إذ يعد السكري من الأمراض المكلفة مادياً و يحتاج إلى ميزانية ضخمة للتكفل بأعراضه الكثيرة التي تصيب أعضاء الجسم (الجهاز القلبي الوعائي، الكلى، العين...)

هذا ما جعل الجزائر تبدأ مؤخراً بتطبيق برامج وقائية صارمة تجاه مضاعفات داء السكري من النوع الثاني، في ظل شيوع أمراض قاتلة. فهذه البرامج من شأنها إيصال المعلومة الصحية بسلاسة إلى فئات عريضة من المجتمع. و هذا ما دفع الباحثة إلى محاولة بناء برنامج تثقيفي يعتمد على المنهج الشبه تجريبي لقياس فعاليته، التي يراد منها تقديم الحقائق العلمية و الطبية حول المرض للمريض علّه يغيّر من بعض سلوكياته غير الصحية و يلتزم أكثر بالأساليب العلاجية و الوقائية الناجعة.

وقد حاولت الباحثة الإلمام بكل ما يتعلق بالموضوع حيث اشتملت الدراسة على سبعة فصول توزعت بين الجانب النظري و التطبيقي، فاحتوى الفصل الأول: الإشكالية، أهمية و أهداف البحث، الدراسات السابقة، الفرضيات، التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة و أبعاد الدراسة .

أما الفصل الثاني: يتعلق بالتثقيف الصحي، حيث تم التطرق إلى ماهية التثقيف الصحي، عناصر التثقيف الصحي، أهداف التثقيف الصحي، مجالات التثقيف الصحي، مبادئ التثقيف الصحي،

كيفية إعداد برنامج التنقيف الصحي، إعداد المتقّف الصحي، وفي الأخير مفاهيم متعلّقة بالتنقيف الصحي. وقد تم اختيار هذا الفصل من أجل التمهيد و بناء أرضية صلبة للاستعانة بها من أجل تصميم برنامج تنقيف صحي للدراسة.

الفصل الثالث المتعلق بـ :مصدر الضبط الصحي حيث تمّ التطرق لمفهوم التحكم

الذاتي، الفرق بين التحكم الذاتي والتحكم الخارجي، استراتيجيات التحكم الذاتي، النظريات المفسرة لمصدر الضبط الصحي، العلاقة بين مركز التحكم و السلوكيات الصحية، و التحكم بالمرض المزمن. حيث من خلال هذا الفصل تمّ تحديد مصطلح التحكم الذاتي على أنه أحد أنواع مصدر الضبط ليتم تحديد التطور التاريخي لهذا المفهوم من خلال النظريات المفسرة له. كما يتم التمييز بين سمات الأفراد حسب نوع الضبط الذي يمارسونه .

الفصل الرابع يشمل تقبل المرض ماهية تقبل المرض، المظاهر السيكولوجية لمرض السكري

،مراحل التكيف الانفعالي، تقبل الجسد المريض، مرض السكري و ما يسببه من مصاعب في الحياة اليومية، التدخلات النفسية من أجل التقبل و التعايش مع المرض المزمن، إذ من خلال هذا الفصل تمّ التركيز على المعاش النفسي لمريض السكري .

الفصل الخامس يتعلق بمرض السكري و يشمل تعريف مرض السكري و السكري من النمط

2، نسبة الانتشار آلية حدوث السكري، أنواع مرض السكري أسباب مرض السكري و السكري من النمط 2، أعراض مرض السكري و السكري من النمط 2، تشخيص مرض السكري، علاج داء السكري نمط 2، التفسير السيكوسوماتي لمرض السكري و شخصية المصاب به، والسلوك الوقائي لمريض السكري.

فمن خلال التعرف على الجانب العضوي و الطبي للمريض يسهل ذلك إعطاء صورة لما

يعانيه مريض السكري جسديا و الذي يعطي تأثيرات نفسية .

أما الجانب التطبيقي فشمّل الدراسة الاستطلاعية ،أهداف الدراسة الاستطلاعية،تحديد محاور

برنامج التنقيف الصحي ،عينة الدراسة الاستطلاعية ،أدوات الدراسة. كما شمل الجانب التطبيقي تقديم

برنامج التنقيف الصحي :الأسس العلمية للبرنامج،أهمية البرنامج ،أهداف البرنامج ،الحدود الإجرائية

للبرنامج ،أساليب تقديم البرنامج،الوسائل المستخدمة بالبرنامج ،تقييم البرنامج ،تحكيم البرنامج،التجريب

الاستطلاعي للبرنامج.

أما الدراسة الأساسية فشملت :منهج الدراسة ،مجتمع البحث ،عينة البحث ،حدود

الدراسة،تجانس أفراد العينة ،برنامج التنقيف الصحي النهائي ،الأساليب الإحصائية المستخدمة في

الدراسة.

كما شمل هذا الفصل عرض وتحليل و مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات و في الأخير تم

تقديم خلاصة الدراسة التوصيات والاقترحات.

الفصل الأول:

الإطار العام

للدراسة

و الدراسات السابقة

1- إشكالية الدراسة:

لقد شهدت العقود الماضية تغييرا جذريا في أنماط الأمراض وانتشارها بين أفراد المجتمع من الأمراض المعدية إلى الأمراض المزمنة، لاسيما الأمراض التي يُعبّر عنها بأمراض النمط المعيشي كأعراض ارتفاع الضغط الأساسي والسكري. فكثير من هذه الأمراض إنما هي نتيجة لسلوك خاطئ، أو لإتباع نمط معيشي غير صحي، أو حتى الخضوع لضغوط الحياة العصرية التي تفتح مجالا واسعا للعديد من السلوكيات غير الصحية غالبا ما تكون نتيجة ظهور الأمراض و انتشارها و هو ما يطلق عليه بأمراض العصر لارتباطها بظروف المعاشة . ولهذا يشكّل التنقيف الصحي حجر الزاوية للوقاية من هذه الأمراض، بل هو أول معرّز لمفهوم الصحة لأنه يعمل على الارتقاء بالمعارف والمعلومات، وبناء التوجهات وتغيير السلوكيات لتصبح أكثر إيجابية لصحة الأفراد. و الباحث في مجال الصحة و المرض يمكن أن يلاحظ خلال السنوات الأخيرة السعي الحثيث للهيئات المختصة -سواء كانت رسمية أو غير رسمية- للارتقاء بمفاهيم التنقيف الصحي حيث أصبح علما من علوم المعرفة يستخدم النظريات السلوكية والتربوية، وأساليب الاتصال ووسائل التعليم ومبادئ الإعلام للارتقاء بالمستوى الصحي للفرد والمجتمع.

إن مستوى الوعي الصحي ينعكس مباشرة على اختيار الغذاء، السكن، اللباس، النشاطات الممارسة، الترفيه ... وكذا على القدرات العقلية، الحالة النفسية والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين، و بذلك أصبحت الصحة عامل أساسي في تحديد نوعية الحياة للمجتمعات والأفراد. (الرازحي، عبد الوارث: 1999، 681).

و الأمر لا يتعلق فقط بالفرد كوحدة فاعلة في الجماعة و لكن المجتمع برمته و بكافة أطرافه شريك أساسي في تحقيق أهداف الصحة العامة، فالأمر يتعلّق بسلوكيات فردية تجتمع في اتجاهات اجتماعية

عامة ، تقوم الدولة بتقنينها و تبني على أساسها سياسات واضحة تركز هذه الاتجاهات حتى تتحقق الصحة الجسدية و النفسية ، و تكون دافعا للأمة للتطور و التقدم. و هذا من الرهانات الأساسية التي تقوم عليها المنظومات الصحية في جميع دول العالم لأنها تتدرج في استراتيجيات و مخططات التنمية المستدامة.

و يعتبر السكري من النمط الثاني مرض مزمن و شائع حيث يصاب به حوالي 85-90% من إجمالي مرضى السكري، و يتزايد انتشار هذا المرض بشكل مخيف مما يشكل عبئاً صحياً كبيراً يثقل كاهل الفرد و الأسرة و الدولة من حيث تكاليف العلاج و المتابعة الصحية. و لقد أشارت منظمة الصحة العالمية في عام 2000 إلى أن عدد المصابين بالسكري هو 171 مليون شخص حول العالم، وأن تواتر حدوثه يتزايد بسرعة، و يُعتقد أن عدد المصابين سيتجاوز ضعف العدد، و قد يصل إلى 366 مليون مصاب في عام 2030. (Wild ,S ; 2004.26)

ومن المنتبأ أن البلدان النامية ستشهد الزيادة الأكبر في مرض السكري بسبب النمو السكاني و الشيخوخة و النظم الغذائية غير الصحية، و السمنة و أنماط الحياة غير المستقرة...لذا تتجه التدابير العلاجية و الوقائية إلى تفعيل القدرات الذاتية أو الإدارة الذاتية كجزء مهم من التدابير السريرية للمرض: فالتحكم في الغذاء و وزن الجسم و ضغط الدم و العديد من السلوكيات و الممارسات اليومية التي يتحكم فيها الفرد من الإجراءات الأساسية و الضرورية لمواجهة تطور المرض و تقليص تبعاته و نتائج السلبية، و هنا تنبع أهمية التنقيف الصحي في توعية المريض لتحسين نوعية الحياة للتعايش مع مرضه. (Wild ,S ; 2004.27)

و من خلال استقصاء اجري حول التنقيف الخاص بمرضى السكري سنة 2008 من طرف

القسم الاستشاري للاتحاد الدولي لمرضى السكري و شمل عدة دول افريقية أوروبية و من الشرق

الأوسط و شمال إفريقيا أمريكا الشمالية، و الكاريبي و جنوب ووسط أمريكا تبينت أهمية سير التعليم و التوعية بمرض السكري بالتكامل مع البرامج الوطنية لمرضى السكري، وهذا ما يحدث بالفعل في ثلثي الدول التي تمتلك مثل هذه البرامج. كما اثبت هذا الاستقصاء تطبيق فعلي للتثقيف الصحي لمرضى السكري في العديد من الدول المشاركة. أما عن معوقات هذه العملية التعليمية فهو قلة الموارد البشرية أو القائمين على التثقيف، كما أثبتت النتائج انه رغم وجود برامج وطنية عن مرض السكري إلا انه قد لا يتمكن المريض من الوصول إليها، وهذا ما دفع إلى البحث عن زيادة عدد القائمين على عملية التثقيف و التعليم و التوعية بمرض السكري و كيفية رعاية المريض لنفسه . (IDF 2003)

من جهة أخرى يعتقد الخبراء أن ثلثي المصابين بالسكري من النمط الثاني لا يعرفون إن كانوا مصابين أم لا، وهذا ما يجعل من عملية التثقيف أمراً ضرورياً على الأقل لتكون متابعة الفرد لصحته و لمستوى السكر في دمه سلوكاً عادياً يندرج ضمن نشاطاته اليومية. فأخطر ما قد يصيب مريض السكري في حالة عدم الضبط الجيد لفرط السكر في الدم، هو تطور المضاعفات القلبية الوعائية و اعتلال الشبكية و الاعتلال الكلوي العصبي و الضعف الجنسي و القدم السكرية. (UKPDS 1998,352)

و اخطر المضاعفات التي قد تصيب مرضى السكري هي السكتات الدماغية حيث تتجاوز نسبة الإصابة بالسكتة الدماغية خمسة أضعاف مقارنة بغير المصابين بهذا المرض، وهذا ما يصعب التعايش معه. (بن سكيريفة، مريم. بن زاهي، منصور: 2015)

فخطورة هذا الداء على حياة المصاب به جعل من الضروري الاستعداد له و الاطلاع على حيثياته و العلم بخصائصه من أجل التعايش معه وتخفيف مضاعفاته وهذا ما يصطلح عليه بتقبل

المرض، ويظهر هذا التقبل في الاستعداد على جميع النواحي (النفسية، السلوكية، الاجتماعية) سواء كانت الإصابة بدون علم مسبق أو من خلال ترقبه على المدى القريب أو المتوسط كمورث عائلي. فعلى المستوى الاجتماعي تبرز لدى مريض السكري غير المتقبل للإصابة سلوكيات جديدة كالعزلة والنفور من الآخرين، محاولة إخفاء المرض خوفاً من مركبات نقص، تناول المأكولات المحظورة أمام الآخرين تجنباً لكل ما من شأنه أن يُخلف لدى المريض نوعاً من الإحراج... وكل هذه الممارسات والتصرفات السلبية من شأنها العمل على مضاعفة الحالة المرضية بحيث لا تساعدهم على التخفيف من حدته فالمريض يسلك عادات غير صحيحة قد تطوّر مرضه من النمط الثاني غير المعتمد على الأنسولين إلى النمط الأول المعتمد على الأنسولين. أما على المستوى النفسي نلاحظ بعض التصرفات السلبية لدى مرضى السكري فيظهر عدم تقبل المرض في شكل قلق، تعصب، غضب... وهي سلوكيات تظهر لدى مريض السكري وتزيد حدة الأعراض وخطورتها في محاولة منه لإقناع الآخرين وإيهامهم بأنه إنسان غير مصاب بالسكري.

و قد لوحظ أن مرضى السكري يدخلون في حوارات ذاتية لمحاولة إقناع الذات وبشكل سلبي لرفض هذا المرض المزمن، علماً بأن مثل هذا السلوك من شأنه أن يعقّد الوضع الصحي للمريض على المدى القريب أو البعيد والجدير بالذكر أن المشاركة الإيجابية مرهونة بتقبل المريض لمرضه هذا. التقبل الذي يظهر في معاشته للمرض دون الوصول إلى تعقيدات غير مرغوب فيها، فتقبل المرض بما يتضمن من اعتراف بالإصابة والالتزام الدوائي وتغيير نمط المعيشة إلى نمط خاص. هذا ما يجعل المريض يدير مرضه ذاتياً أو ما يصطلح عليه بالتحكم الذاتي، يسلك المريض سلوكيات صحية تدل على وعيه الصحي. و مفهوم التحكم الذاتي هو أحد أنواع مصدر الضبط الذي ينقسم إلى نوعين يشكّل أحدهما امتداداً للآخر و هما مصدر الضبط الخارجي و الذي ينقسم بدوره إلى قسمين

مصدر ضبط خارجي للحظ و مصدر ضبط خارجي لأصحاب النفوذ، و النوع الثاني هو مصدر الضبط الداخلي أو ما يصطلح عليه بالتحكم الذاتي و هو مصدر الضبط الذي يسعى التنقيف الصحي إلى تعزيزه و إبرازه لدى المصابين الأمراض المزمنة لأهميته في تقبل المرض و إدارته و التعايش معه بأسلوب حياة صحي.

و تتجسد أهمية برنامج تنقيف صحي في كونه يبني قواعد لسلوكات من المفروض أن يتبناها المريض ، و لهذا يعتمد على: الإصغاء، الإعلام، الإقناع، المساعدة على اتخاذ القرار، التأثير، المحافظة على التوازن...و هذا بتفعيل آليات التواصل الفعال.

فما مدى فعالية برنامج تنقيف صحي في رفع درجة تقبل المرض لدى المصابين بداء السكري النمط الثاني؟ وما مدى فعاليته في رفع درجة التحكم الذاتي لديهم؟ و تتدرج ضمن هذين التساولين الرئيسيين تساؤلات فرعية هي:

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي على استبيان عدم تقبل المرض؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي على أبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي ؟
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي و البعدي على استبيان عدم تقبل المرض؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي و البعدي على أبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي ؟

5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية و أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس عدم تقبل المرض؟
6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية و أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على أبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي؟
7. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات عدم تقبل المرض لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التنقيف الصحي حسب مدة المرض؟
8. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التنقيف الصحي حسب مدة المرض؟
9. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي على مقياس عدم تقبل المرض؟
10. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي على أبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي؟
11. ما حجم تأثير فعالية برنامج تنقيف صحي في رفع مستوى تقبل المرض و التحكم الذاتي لدى مرضى السكري نمط 2؟

2- أهمية الدراسة:

- تبرز أهمية الدراسة الحالية في تناول متغيرات ذات أهمية في الدراسات و البحوث الإكلينيكية و هي التحكم الذاتي و تقبل المرض و هي من المتغيرات الفعالة في تبني سلوكيات صحية .
- تعدّ الدراسة مساهمة في إثراء الإطار النظري في علم نفس الصحة .

- تبني طريقة معينة لنشر الوعي الصحي للوصول إلى الصحة الجيدة والاستقرار الجسدي والنفسي خصوصاً للمصابين بالأمراض المزمنة و هذا من خلال البرنامج المقترح.
- تحسن الوعي الصحي ورفع مستوى الاهتمام والإدراك لدى المصابين بمرض السكري النمط الثاني، لتجنب تطوره إلى النمط الأول.
- بناء برنامج عناية ذاتية يستهدف مرضى السكري النمط الثاني.
- المساهمة في تطوير برنامج الصحة العامة.

3- أهداف الدراسة: وتشمل :

- **أهداف نظرية:**
- تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على أهمية التوعية الصحية للمصابين بالأمراض المزمنة بوضع برامج صحية و نفسية لذلك، حتى يكون دورهم فعالاً في العلاج.
- محاولة التطرق لبعض مواضيع علم نفس الصحة المساهمة في ممارسة السلوكيات الصحية و تعزيز الصحة و الارتقاء بها.
- التعرف على مختلف الدراسات السابقة التي أسهمت في هذا المجال.
- الكشف عن بعض المعتقدات الخاطئة و الاتجاهات غير الصحية لدى مرضى السكري بغرض دحضها بالمعلومات الصحيحة حول المرض.
- **أهداف تطبيقية:**
- اقتراح و بناء برنامج يساعد على تقبل مرض السكري نمط2 و المساعدة في التحكم الذاتي.

- الكشف عن الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي على استبيان عدم تقبل المرض.
- الكشف عن الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي على أبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي .
- الكشف عن الفروق بين متوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي و البعدي على استبيان عدم تقبل المرض
- الكشف عن الفروق بين متوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي و البعدي على أبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي .
- الكشف عن الفروق بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية و أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس عدم تقبل المرض.
- الكشف عن الفروق بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية و أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على أبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي .
- الكشف عن الفروق بين متوسط رتب درجات عدم تقبل المرض لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التنقيف الصحي حسب مدة المرض.
- الكشف عن الفروق بين متوسط رتب درجات أبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التنقيف الصحي حسب مدة المرض.
- الكشف عن الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التبعي على مقياس عدم تقبل المرض.

- الكشف عن الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي على أبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي.
- تحديد مدى فعالية برنامج التنقيف الصحي في رفع درجة تقبل المرض لدى مرضى السكري النمط (2).
- تحديد مدى فعالية برنامج التنقيف الصحي في درجة التحكم الذاتي لدى مرضى السكري النمط (2).

4- الدراسات السابقة:

4-1- دراسات حول التثقيف الصحي لمرض السكري نمط 2:

4-1-1- دراسة بلال بن حمود بن محمد الرحبي (2013) عمان:

عنوان الدراسة "الإدارة الذاتية لدى العمانيين المصابين بالسكري" :

وهدفت هذه الدراسة إلى تقييم مستوى الإدارة الذاتية لمرض السكري لدى العمانيين المصابين بالسكري من النوع الثاني وتقييم أو قياس العلاقة بين مستوى الإدارة الذاتية ومستوى التحكم بمستوى السكر بالدم (**Glycemic Control**) وتقييم العلاقة بين مستوى الإدارة الذاتية ومستوى التحكم بالسكري النوع الثاني. عينت الدراسة 135 مريض سكري من النمط الثاني في محافظة مسقط و131 في المحافظات الداخلية.

وخلص الباحث في دراسته إلى عدة نتائج أهمها: أن الإدارة الذاتية لدى مرضى السكري من النوع الثاني متدنية إذ أن نسبة المرضى الذين التزموا بتناول غذاء صحي بلغت 17% فيما بلغت نسبة المرضى الذين التزموا بالقيام بالنشاط البدني 18% كذلك نسبة المرضى الذين التزموا بالفحص الذاتي للسكر في المنزل تقدر بـ 05%.

ومن جانب آخر خلصت الدراسة إلى أن المرضى الذين بلغت مدة تشخيصهم أكثر من 05 سنوات كانوا أكثر التزاما بالإدارة الذاتية من المرضى المشخصين حديثا فيحين حقق المرضى من الرجال مستويات مرتفعة مقارنة بالنساء بقضية الالتزام بالنشاط البدني بينما حققت النساء مستويات عالية في قضية الالتزام بتعاطي الأدوية مقارنة بالرجال.

أشارت توصيات الدراسة إلى أن سوء الإدارة الذاتية يشير إلى الحاجة لمزيد من البحث في هذه القضية وكذا إجراء دراسات لتقييم البرامج الحالية للإدارة الذاتية لمرض السكري فيما يتعلق بالشمولية و الملائمة والاتساق مع المعايير المحلية والعالمية لإدارة مرض السكري، مثل هذه الدراسة تحتاج جهد مشترك بين العاملين على الصحة وأخصائي التغذية ومعلمي السكري المعتمدين وكذا العاملين في قطاع الصحة العقلية وأيضاً المرضى الذين يعانون مرض السكري أنفسهم. ويضيف الباحث أن المرضى العمانيين مسلمون فإنه بالإمكان إجراء دراسة في سلطنة عمان لمعرفة دور الدين والثقافة والمعتقدات في التأثير على الإدارة الذاتية للسكري، وكذا البحث عن العوامل المساعدة في إدارة مرض السكري. (Alarabi, Hilal ;dec2014, 352)

4-1-2- دراسة نادية مصطفى، العيدروسي أحمد (2012) السودان :

عنوان الدراسة: "فاعلية وسائل التنقيف الصحي في بث ونشر المعلومات الصحية لبناء مجتمع المعرفة الصحي السوداني"

تقدم الدراسة عرضاً مختصراً للتعريف بمجتمع المعرفة والتنقيف الصحي من حيث: أهدافه وطرقه ووسائله التقليدية والإلكترونية والتعريف بالمواقع الطبية (الصحية) ذات الصلة بالتنقيف الصحي.

تهدف الدراسة إلى الوقوف على مدى اهتمام وكفاية قنوات البث السوداني للبرامج الخاصة بالتوعية الصحية (التنقيف الصحي)، ومدى ملائمة أوقات بثها ومساهمتها في إثراء مجتمع المعرفة الصحي لدى جميع شرائح المجتمع السوداني، كما تهدف إلى التعريف بالوسائل الأفضل للحصول على المعلومات الطبية والصحية الدقيقة من الانترنت ليتمكن الجمهور السوداني من القيام بدور أكثر فاعلية

في رعايته الصحية، حيث إن الانترنت لم تعد تساعد فقط المرضى على اكتساب المزيد من المعلومات عن أمراضهم، بل غيرت أيضاً شكل العلاقة بين المريض والطبيب.

انتهجت الدراسة عدة مناهج للبحث منها المنهج الوصفي وذلك بالإطلاع على الإنتاج الفكري المنشور، والمنهج التحليلي وذلك بالتركيز على عينة مختارة من المرضى والأصحاء بنسبة 31% من الجمهور السوداني على اختلاف فئاتهم العمرية ومستوياتهم التعليمية.

وكأدوات لجمع البيانات استخدمت الدراسة الاستبانة والملاحظة وذلك لمعرفة مدى فاعلية هذه الوسائل في تلبية احتياجات المجتمع السوداني بالمعلومات الصحية بالدقة والسرعة المطلوبة، وأيضاً التعرف على المشاكل والمعوقات التي تعوق استخدامها من قبل بعض شرائح المجتمع السوداني.

أيضاً تقدم الدراسة مقترحات من شأنها تطوير البرنامج والمواقع الصحية بما يحقق أكبر الفوائد للجمهور السوداني في هذا المجال. (مصطفى، نادية. العيدروسي ، أحمد : 2012)

4-1-3- دراسة أسامة عبد الكريم، عبد الرحمن راشد عام (2012) طولكرم:

الدراسة بعنوان "أثر برنامج تنقيف سكري على مرضى السكري من النوع الثاني في مديرية صحة طولكرم".

هدف الدراسة هو قياس أثر برنامج التنقيف السكري على مرضى السكري من النوع الثاني في مديرية صحة طولكرم.

أجريت الدراسة بمنهج شبه تجريبي من برنامج تنقيف صحي مع فحص قبلي وبعدي لعينة الدراسة، كما تضمن ذلك بعض القياسات (الوزن، الطول، معامل كتلة الجسم، محيط الخصر) وبعض

الفحوصات المخبرية الروتينية للمريض: مستوى السكر بالدم، المعدل التراكمي، مستوى الكوليسترول، الدهون الثلاثية) بالإضافة إلى فحص لمستوى المعرفة عند المريض.

شملت عينة الدراسة على 215 مريض سكري من النوع الثاني والذين لا يعتمدون على الأنسولين وتمثلت خصائص العينة في أن:

- نسبة الذكور 41.4% و الإناث 58.6% وكان متوسط العمر لدي أفراد العينة 51.07 سنة.

أظهرت الدراسة النتائج التالية:

- انخفاض الوزن انخفاضا ذو دلالة معنوية (على مستوى الدلالة المحسوب 0.00، من 80.8 إلى

77.3 كلغ، وتبعاً لذلك انخفض معامل كتلة الجسم). كما انخفض محيط الخصر انخفاضا ذو

دلالة معنوية (على مستوى الدلالة المحسوبة 0.036، من 96.36 إلى 95.51 سم.

- انخفض مستوى السكر بالدم انخفاضا ذو دلالة معنوية على مستوى الدلالة المحسوبة 0.049،

من 188.65 إلى 177.7 دسل.

- انخفض مستوى التراكمي انخفاضا ذو دلالة معنوية على مستوى الدلالة المحسوب 0.000، من

8.57 إلى 7.95%.

- انخفض مستوى الكوليسترول انخفاضا ذو دلالة معنوية على مستوى الدلالة المحسوب 0.000

من 183.27 إلى 169.75 ملغم.

- كما انخفض مستوى الدهون الثلاثية على مستوى الدلالة المحسوب 0.025 من 209.85 إلى

183.28 ملغم.

- كما أظهرت الدراسة أيضا ارتفاعا ملحوظا ذو دلالة معنوية على مستوى الدلالة 0.000 على

الدرجات الحاصل عليها المريض من 60.6 إلى 78.1.

أما عن توصيات الدراسة فكانت مبنية على أساس أن للتنقيف الصحي تأثير إيجابي على مريض السكري، وهذا يؤكد أنه يشكّل حجر الأساس في علاج وإدارة المرض وجزءاً لا يتجزأ من عملية التخطيط الصحي وذلك بإشراك المريض وعائلته والفريق الطبي المعالج والمجتمع وصناع القرار في عملية التنقيف. (عبد الكريم، أسامة. راشد، عبد الرحمن: 2012)

4-1-4- دراسة نوار صاحب خليل (2010) اليمن:

جاءت الدراسة بعنوان "أثر برنامج التنقيف الصحي على مرضى السكري البالغين من العمر أكثر من 40 عام في العاصمة صنعاء".

والهدف العام من هذه الدراسة هم تحديد تأثير التعليم الذاتي لإدارة مرضى السكري للأشخاص البالغين من العمر أكثر من 40 سنة والمتريدين على مركز السكري في صنعاء، جمهورية اليمن.

أما الأهداف المحددة فهي:

- تحديد أثر التعليم الذاتي لإدارة مرضى السكري على المرضى أكثر من 40 سنة من العمر.
- تحديد أثر التعليم الذاتي (self-management) لإدارة مرضى السكري على مستويات السكر في الدم بين المرضى أكثر من 40 سنة من العمر.
- تحديد أثر التعليم الذاتي لإدارة مرضى السكري على مؤشر كتلة الجسم بين المرضى أكثر من 40 عاماً من العمر.

أما فرضية البحث: فإنه يوجد اختلاف في المعايير المحددة الموصوفة بين مرضى السكري البالغين الذين يحصلون على التعليم الذاتي لإدارة المرض وبين أولئك الذين لا يحصلون على هذا التعليم. أجريت الدراسة في مركز السكري بالعاصمة صنعاء باليمن.

تمثلت عينة الدراسة في 50 مرض يحصلون على دورات نظرية / ممارسة مرة أسبوعيا لمدة

06 أشهر، وتم استخدام المحاضرات ومناقشة الممارسات واستخدمت الملصقات والنشرات.

تم جمع البيانات من خلال استبيان يقدم أثناء المقابلة يتكون الاستبيان من محورين:

- المحور الأول: خصائص ديموغرافية (الاسم، العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، دخل الأسرة

شهريا، مستوى التعليم، المهنة، الوزن، الطول، مؤشر كتلة الجسم)، تاريخ مرض السكري،

نوع مرض السكري، مدة المرض، تواتر الزيارة، نوع العلاج، تاريخ العائلة، سكر الصوم في

الدم نسبة السكر ساعتين بعد الأكل.

- المحور الثاني: شملت طبيعة مرض السكري والأدوية، الرصد الذاتي للسكر في الدم و البول

، النظام الغذائي وممارسة الرياضة والرعاية الذاتية (عناية البشرة، رعاية القدم، رعاية العين

والأسنان).

كما تم تقييم المعرفة من خلال 35 سؤال، ومنحت درجة واحدة للإجابة الصحيحة، حددت نسبة

السكر في الدم، السكري الصائم والسكري بعد ساعتين من الأكل، وقياس وزن الجسم مع الملابس

الخفيفة دون حذاء.

تم حساب النتائج بـ **Microsoft Excel** و **SPSS** أما البيانات الديمغرافية وتاريخ السكري

استخدم الإحصاء الوصفي (التردد + النسب المئوية) واختبار مربع كاي.

تم قياس البيانات المتعلقة بالمعرفة بالمرض وإدارته ومستوى السكر في الدم ومؤشر كتلة الجسم

في نقطتين [قبل/بعد] التثقيف الصحي، كمال تمت مقارنة [قبل/بعد] التثقيف لمستويات السكر في الدم

ومؤشر كتلة الجسم [BMI] بين المجموعات باستخدام اختبار **Z test** و **chi-square test** ÷ 2 .

وجاءت النتائج كالتالي:

- لا يوجد اختلاف في المعرفة الإحصائية حول مرض السكري وإدارته والسيطرة بين المجموعات، ومع ذلك أظهر أن هناك دلالة إحصائية في تحسين المعرفة حول مرض السكري وإدارته.
 - لا فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في مستوى السكر الصائم في الدم أو في ساعتين بعد الأكل، مع ذلك لوحظت فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات لسكر الصائم، ويظهر تحسن كبير في مجموعة التدخل في نسبة السكر بعد ساعتين من الأكل.
 - ليس هناك فرق كبير في تأثير التنقيف في وزن الجسم بين مجموعتي الضابطة والتجريبية، كما لوحظ فرق في مرحلة ما بعد التنقيف ذو دلالة إحصائية بين المجموعات.
- تشير نتائج الدراسة أن هناك تأثير إيجابي للتنقيف الصحي على مرض السكري وإدارته. (خليل، نوار: 2010)

4-1-5- دراسة وفاء محمود (2010) دمشق:

عنوان الدراسة: "العوامل المترابطة مع سوء ضبط سكر الدم عند مرضى السكري من النمط الثاني".
(كلية الصيدلة - جامعة دمشق)

هدفت الدراسة إلى تقييم ضبط سكر الدم عند مرضى سوريين مصابين بالسكري من النمط الثاني، وتعيين العوامل المترابطة مع سوء ضبط سكر الدم. أنجزت دراسة مقطعية متصالبة لدى 390 مريضاً مصاباً بالسكري من النمط الثاني يراجعون مخابر التحاليل الطبية في دمشق وريفها. جرى جمع معلومات - من المرضى بشكل مباشر - تضمنت عمر المريض وجنسه ومدة الإصابة بالسكري و الأدوية الحالية المستخدمة لمعالجة السكري و العناية الذاتية، من حيث مدى الالتزام بالأدوية و اتباع

حمية غذائية و ممارسة الرياضة و المراقبة الذاتية لسكر الدم ،و كذلك سجل عدد زيارات المرضى السنوية للطبيب ،و فيما إذا كانوا يتابعون عند اختصاصي أمراض الغدد الصماء والسكري أم عند طبيب عام. حُسبت نسبة كتلة الجسم و الهيموغلوبين السكري **Hba1c**، و اعتبر تقييم **Hba1c** الأعلى من 7% دالة على ضبط سكري غير ملائم. وجد أن 79% من المرضى كانت لديهم قيم **Hba1c** أعلى من 7%، مما يكشف مستوى سيء من الضبط لدى هذه المجموعة من المرضى. كما ترابط سوء ضبط سكر الدم مع زيادة مدة الإصابة بالسكري ،ومع عدم التزام المرضى بالحمية ،ومع نقص الوعي لضرورة الالتزام بالأدوية و المراقبة الذاتية لسكر الدم، و كان جلياً أن ضبط سكر الدم أفضل عند المرضى الذين يراجعون اختصاصي أمراض الغدد الصماء و السكري. يمكن أن نستنتج أنه ينبغي زيادة وعي المرضى بما يتعلق بمفهوم رعاية السكري من خلال البرامج التثقيفية التي تهدف إلى منع مضاعفات السكري. ويمكن أن نؤكد أيضاً على أهمية متابعة المريض عند اختصاصي أمراض الغدد الصماء و السكري الذي يمكن أن ينصح المريض حول كيفية التعامل مع مرضه و يحقق حالة جيدة من ضبط سكر الدم ،و الذي يمكنه أيضاً أن يعدل برنامج المعالجة عند اللزوم. (محمود، وفاء:2011)

4-1-6- دراسة حبيبية علي 2007:

عنوان الدراسة "دور التثقيف الغذائي في التحكم في مستويات السكر بالدم لدى المرضى الإماراتيين المصابين بالسكري من النوع الثاني وفوائد ممارسة الأنشطة البدنية وأثرها في تحسن حالة المرضى الصحية." شملت عينة الدراسة على 200 مريض إماراتي بالسكري من النوع الثاني ممن تتراوح أعمارهم ما بين 20-70 سنة ومن المترددين بانتظام على ثلاث مراكز صحية تابعة للخدمات الصحية العلاجية الخارجية بهيئة الصحة أبو ظبي. تكمن أهمية البحث في أن أغلبية المرضى لا يدركون الأطعمة التي قد تؤدي إلى زيادة نسبة السكر في الدم هذا ما أدى إلى البحث عن تطوير

التقافة الغذائية لدى مرضى السكري تساعد على التعايش بصورة سليمة مع المرض، كما تؤهلهم لاتخاذ القرارات الصائبة أثناء ممارستهم لحياتهم العادية اليومية، خاصة أن عدم قدرتهم على التحكم في نسبة السكر بالدم قد تتسبب في إصابتهم بأمراض أخرى خطيرة تهدد باقي أجهزة الجسم كالعمى والفشل الكلوي وأمراض القلب والأوعية الدموية.

تمت الدراسة في مرحلتين:

- المرحلة الأولى: التثقيف الغذائي لمرضى السكري وشارك 40 طبيباً وممرضة وأخصائي تغذية.

- المرحلة الثانية: تتضمن ممارسة النشاط البدني بمعدل يومي على الأقل أسبوعياً لمدة ستة

أشهر. (علي، حبيبة: 2007)

4-1-7- دراسة الجمعية المصرية (2007) المملكة العربية السعودية:

عنوان الدراسة "التثقيف الصحي للهيئة التدريسية عن الربو الشعبي في مدينة الرياض: كفاءة

المطويات كأداة تعليمية"

الهدف من البحث: استهدف البحث إعادة رزمة تعليمية من المطويات التثقيفية عن الربو وقياس

مدى كفاءتها وكأداة تعليمية من خلال تقييم أثرها على معارف واتجاهات الهيئة التدريسية المتعلقة

بالربو والتدابير العلاجية التي تقدمها للطالبات اللاتي تعانين من أزمات الربو.

انتهج البحث المنهج التجريبي القبلي و البعدي لمجموعة واحدة كمنهج للبحث.

ضمت عينة البحث الهيئة المدرسية في أربع مجتمعات مختارة عشوائياً من المدارس الابتدائية والإعدادية والثانوية للبنات. واستهدف البحث الهيئة التدريسية بأكملها في تلك المجتمعات وبلغت حجم العينة 297 مدرسة ومديرة وأخصائية اجتماعية.

أدوات الدراسة:

- استبانته ذاتية التعبئة للهيئة المدرسية لجمع بيانات التقييم القبلي و البعدي شملت قياس المعارف المتعلقة بالربو والتدابير العلاجية والوقائية وأيضا قياس اتجاهات الهيئة التدريسية عن التنقيف الصحي المدرسي في مجال الربو.
- رزمة تعليمية تحتوي على ستة مطويات تناولت عناوينها طبيعة مرض الربو، الوقاية من الربو وعلاجه، أدوية الربو، كيفية استخدام البخاخ وجهاز شدة النوبة ، دور المدرسة في علاج الربو، ودور الهيئة التدريسية في علاج الربو.

تم تحليل البيانات باستخدام الحزم الإحصائية **SPSS** المراجعة الحادية عشر، واستخدم اختبار (ت) والتحليل الخطي المتعدد الانحدار.

نتائج الدراسة:

- أوضحت النتائج أن متوسط أعمار الهيئة التدريسية هو 33.1 عام وأن المدرسات شكلن الأغلبية (75.8%)، وأن فقط 7.5% منهم قد تلقوا تدريب مسبق عن الربو الشعبي والتنقيف عنه.
- كما ظهر افتقار الهيئة المدرسية للمعارف عن المرض مع وجود بعض المعلومات الخاطئة وبالأخص المعلومات التي تتعلق بالعلاج واستخدام المضادات الحيوية و الكورتيكوزون والآثار الجانبية للفتولين وإدمان البخاخة.

- ارتأت 62.6% منهن أن وسائل التثقيف الصحي المكتوبة هي المكتوبة هي مصدر الأساسي لاستقاء المعلومات الصحية يليها الخبرة الشخصية ووسائل الإعلام والأسرة ثم مقدمي الرعاية الصحية.
- تبين من التقييم القبلي أن 35% و 40.1% منهن قد حصلن على مستوى جيد من المعرفة بمرض الربو والتدابير العلاجية المقدمة للطالبات على التوالي. وقد وصلت هاتين النسبتين إلى 83.9% و 68.6% عند التقييم البعدي.
- أما الاتجاهات فقد تحسنت بدرجة مرغوبة في التقييم البعدي حيث زاد متوسط درجاتها من 53.5 إلى 55 درجة.
- تبين افتقار الهيئة التدريسية إلى التقييم القبلي للمعلومات التي تختص بأدوية الربو وأيضا المعلومات عن "الربو هو حساسية الصدر"، "الربو مرض غير وراثي"، "الانفعالات وبعض الأطعمة والرياضة الشديدة هي مثيرات الربو"، وأيضا ضرورة تغيير الأماكن المثيرة للحساسية ومعرفة وظيفة جهاز تحديد شدة نوبة الربو.
- بالتحليل الانحداري المتعدد وجد أن العمر وسنوات الخبرة والتخصص هم المنبآت التي شاركت في تفسير 14.8% من تباين المعرفة لدى الهيئة التدريسية عن الربو وعلاجه، كما أن المعرفة كانت المتنبأ الأواحد لكل من الاتجاهات والتدابير العلاجية للهيئة التدريسية وشكلت 9.1% و 10.2% من تباين كل منهما على التوالي.
- اجتمعت الأغلبية العظمى على أن عدم التدريب في مجال علاج الربو والتثقيف عنه (92%)، وعدم وجود سياسة صحية بالمدرسة خاصة بعلاج الربو (88.3%) وافتقار المدرسة للوسائل والمراجع التعليمية تعتبر من أهم المعوقات التي تحول دون القيام بدور فعال في معالجة الربو بالمدارس. (مجلة الصحة المصرية: 2007، 147)

4-1-8- دراسة المعهد العالي للصحة العامة (2006) المملكة العربية السعودية:

الدراسة بعنوان "أثر برنامج التنقيف الغذائي الفردي والجماعي على معارف ومدارك وممارسات

مرضى السكري البالغين ومدى انضباط مستوى السكر لديهم في الرياض"

الهدف من البحث تقييم أثر برنامج التنقيف الغذائي الفردي والجماعي على المعارف والمدارك

والممارسات والحالة الصحية لمرضى السكري من النوع الثاني المترددين على مركز السكري

بمستشفى الملك عبد العزيز الجامعي بمدينة الرياض. تمت الدراسة بالمنهج التجريبي القبلي و البعدي

والعينة من مرضى السكري من النوع الثاني بمستشفى الملك عبد العزيز الجامعي بمدينة الرياض

وتضمنت العينة التجريبية كل المرضى المحولين في فترة ستة أشهر إلى عيادة التغذية بمركز السكري

بالمستشفى والذين توافرت لديهم شروط عينة الدراسة، وبلغ عددهم 141 مريض وتم تقسيمهم إلى

مجموعتين و هما مجموعة التنقيف الفردي ومجموعة التنقيف الجماعي (برنامج تنقيفي روتيني يقدم

في 05 أيام، وتمّ انتقاء عينة ثالثة ضابطة عشوائيا من مرضى السكري المترددين على عيادات

الرعاية الصحية الأولية الموجودة في مبنى آخر بالمستشفى وبلغ عددهم 61)

أما أدوات الدراسة فشملت:

- استبيان مقابلة شخصية لجمع بيانات التقييم القبلي و البعدي عن المعلومات والسلوكيات الغذائية والمعتقدات الصحية لدى المرضى (تم استخدام نموذج المعتقدات الصحية).
- كما تم أخذ قياسات الجسم البشري من الوزن والطول وحساب مؤشر كتلة الجسم.
- إضافة إلى مراجعة ملفات المرضى للحصول على بيانات الفحوص المعملية لمستوى السكر الصائم ومستواه ساعتين بعد الأكل ونسبة الدهون الثلاثية و الكوليسترول و الخضاب السكري.

أما خطوات الدراسة فتمثلت في ثلاث مراحل:

- المرحلة الأولى: شملت إجراء الاختبار القبلي وتحديد الاحتياجات التثقيفية.
- المرحلة الثانية: تم إعداد وتنفيذ برامج التثقيف الغذائي الفردي الذي احتوى على جلستين بينهما مدة شهر ومدة الجلسة 45 دقيقة كما تم تنفيذ البرنامج الجماعي الروتيني المقدم من المستشفى لمدة 05 أسام والذي اشتمل على أنشطة تثقيفية نشطة ومحاضرات وعرض أفلام فيديو وحساب السرعات الحرارية وعمل حمية خاصة وتقديم وجبات صحية وتمارين علاج طبيعي وفحص لمستوى السكر.

- المرحلة الثالثة: شملت الاختبار البعدي.

وكانت نتائج الدراسة كالتالي:

- برنامج التثقيف الغذائي قد أدى إلى التحسن الملحوظ في متوسطات الدرجات الكلية للمجموعتين التجريبيتين من حيث المعرفة والممارسات الغذائية والنشاط البدني وإدراك أهمية ونفع الحماية الرياضية في التحكم في السكري وذلك بالمقارنة بمتوسطات العينة التجريبية.
- أحدث البرنامج الجماعي تحسن في درجات السلوك الغذائي للمرضى بصورة أكبر من مثلتها للمجموعة المستهدفة ببرنامج التثقيف الفردي.
- أم عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين التقييم القبلي و البعدي فلم يظهر أي فرق بين متوسطات السرعات الحرارية الكلية والكميات المتناولة يوميا من الكربوهيدرات والبروتين والدهون والألياف لكافة المجموعات فيما عدا وجود فرق ذو دلالة إحصائية في الكميات المتناولة للألياف و الكربوهيدرات للعينة الضابطة.
- أما عن وزن الجسم ومؤشر كتلة الجسم لم توجد أي فروق بين المجموعات التجريبية والضابطة سواء للذكور أو الإناث في كل من التقييم القبلي و البعدي.

- بمقارنة الوزن ومؤشر كتلة الجسم في التقييم القبلي و البعدي لكل مجموعة على حدة أظهر اختبارات وجود فرق إحصائي بسيط بين أوزان السيدات اللاتي تعرضن للتثقيف الفردي وأيضا بين مؤشر أجسامهن.
 - كما أحدث البرنامج تغيير إيجابي في المعتقدات التغذوية الشائعة بين المرضى الخاصة بتناول التمر والعسل والمرة والحنظل والأعشاب والخبز الأسمر.
 - وبخصوص إدراك المرضى بالمعوقات التي تحول دون التزامهم بالحمية الغذائية والرياضية فقد قل إحساسهم بتلك المعوقات في كافة المجموعات.
 - كما أحدث البرنامج الفردي والجماعي انخفاض واضح في مستوى السكر الصائم ومستواه ساعتين بعد الأكل، وأيضا انخفاض بسيط في مستوى الهيموغلوبين السكري والدهون الثلاثية بينما ظلت نسبة الكوليسترول تقريبا ثابتة.
- أما عن توصيات الدراسة فجاءت بتوصية تعميم برنامج التثقيف الغذائي لمرضى السكري في كافة المستشفيات والمراكز الصحية وتقديمه بشكل يتناسب مع أساليب معيشة الأفراد وظروف حياتهم، مع تدريب القائمين برعاية المرضى في هذا المجال. (مجلة المعهد العالي للصحة: 2006. 447)

4-2- دراسات حول التحكم الذاتي:

4-2-1- دراسة إسمهان عزوز (2015) باتنة، الجزائر:

- عنوان الدراسة "مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن"، هدفت الدراسة إلى معرفة طبيعة العلاقة بين مصدر الضبط الصحي بأبعاده ونوع استراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن .

وقد تمّ إتباع المنهج الوصفي الارتباطي للتحقق من الفرضيات بحيث تكونت العينة من 72 مريض بالقصور الكلوي المزمن (43 ذكر و 29 أنثى) أما المستوى التعليمي فقد تراوح لدى الذكور بين 13.95 من أميين 18.60 ابتدائي 25.85 متوسط 25.85 ثانوي 16.27 جامعيين أما بالنسبة للإناث فقد تراوح بين 27.58 أميين 20.68 ابتدائي 27.58 متوسط 10.34 ثانوي 13.79 جامعيات وبالنسبة لمدة المرض فتوزعت على مدى 1-10 سنوات والمدى الثاني من 11-20 سنة . تراوح المدى العمري من سنة 60-20 وقد تم اختيارهم انطلاقاً من المرضى المتواجدين بالمستشفى الجامعي و عيادة التصفية المغرب بانتة .

المقاييس المستخدمة تمّ استخدام مقياس مصدر الضبط الصحي لـ Wallston&AL1978 و الذي ترجمه واعده إلى العربية جبالي نور الدين . واستبيان استراتيجيات المواجهة لـ 1996Cousson و الذي تمّت ترجمته من قبل الباحثة وتمّ التصديق عليه من قبل أساتذة علم النفس بانتة . وتمّت معالجة نتائج المقاييس بالنظام الإحصائي SPSS13.

وانتهت الدراسة بعد تحليل النتائج وتفسيرها على ضوء الفرضيات السابقة الذكر الى وجود علاقة ارتباطيه جزئية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ونوع استراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة أين وجدنا علاقة ارتباطيه بين استراتيجيات المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية وبعدي الضبط الخارجي لذوى النفوذ والحظ حيث بلغ معامل الارتباط (0.20، 0.24)

لم تثبت وجود علاقة ارتباطيه بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض لدى عينة الدراسة، وجود علاقة ارتباطيه بين نوع استراتيجيات المواجهة ومدة المرض أين وجدت العلاقة بين استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال و استراتيجيات المواجهة المركزة على المساندة

الاجتماعية ومدة المرض حيث بلغ معامل الارتباط (0.19، 0.35)، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي عند أفراد العينة باختلاف الجنس والمستوى التعليمي.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نوع استراتيجيات المواجهة باختلاف الجنس والمستوى

التعليمي لدى عينة الدراسة. (عزوز، أسمهان: 2015)

4-2-2- دراسة عبد الحليم خلفي (2013) الجزائر:

الدراسة بعنوان "اثر الضبط الصحي على مستوى الوعي الصحي لدى طلبة المركز الجامعي بتامنغست"

تكونت عينة الدراسة من 252 طالب و طالبة تم اختيارهم بطريقة قصديه من مختلف التخصصات و استخدم المنهج الوصفي كما تمت معالجة البيانات بواسطة الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية spss19.00 باستخدام المقياس الذي طوره عماد عبد الحق و زملاؤه 2012 و مقياس مصدر الضبط الصحي متعدد الأبعاد لوالستون wallston و الذي ترجمه إلى العربية جبالى نور الدين 2007، وقد تم التوصل إلى النتائج التالية:

- مستوى الوعي الصحي لدى طلبة المركز الجامعي عالي جدا 81.94%.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي بين الإناث و الذكور و لصالح الإناث عند المستوى 0.05، و لا توجد فروق بين الذكور و الإناث في الضبط الصحي .
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد الذين يزيد عمرهم عن 25 سنة و الذين يقل عمرهم عن 25 سنة في مستوى الضبط الصحي و الوعي الصحي عند المستوى 0.05.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الطلبة في التخصصات الإنسانية و التخصصات التقنية في مستوى الضبط الصحي و الوعي الصحي عند المستوى 0.05.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الطلبة العزاب و الطلبة المتزوجين في مستوى الوعي الصحي عند مستوى 0.01 ، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الطلبة العزاب و الطلبة المتزوجين في مستوى الضبط الصحي.
- توجد علاقة بين مستوى الوعي الصحي و الضبط الصحي لدى الطلبة بين الذكور الإناث و الذكور دالة عند مستوى 0.01 . (خلفي ، عبد الحليم:2013. 269)

Susan L. Norris, Joseph Lau, S. Jay Smith, Christopher H. دراسة 3-2-4
(2002)Schmid, Michael M

الدراسة بعنوان تعليم الإدارة الذاتية للبالغين المصابين بمرض السكري نط 02 وتأثيرها على **GHB** تمت الدراسة من خلال تحليل الأدبيات في ميدلاين (1999-1980) **cinahl** (1999-1982) وكذا الموارد التعليمية في مركز قاعدة بيانات (ERIC) (1980-1999). ومعظم هذه الدراسات قامت باختبار تأثير التعليم والإرادة الذاتية على البالغين الذين يعانون من مرض السكري من النوع 02، وتم ذكر تأثير العلاج على **GHB**.

من بين 31 دراسة بها 463 مقال تم تحديد معايير الاختبار، وتم احتساب صافي التغيير في **GHB**.

اختبار تأثير التعليم والإدارة الذاتية على البالغين الذين يعانون من مرض السكري من النوع 02 وذكرت البيانات القابلة للاستخراج على تأثير العلاج على **GHB**. اجتمع ما مجموعه 31 دراسة من

463 المقالات التي تم تحديدها في البداية معايير الاختبار، نحن احتساب صافي التغيير في **GHB**،

طبقية من قبل الفاصل المتابعة، واختبارها لعدم التجانس محاكمة، وبحسب المجمع آثار الأحجام باستخدام نماذج التأثيرات العشوائية. درسنا تأثير خط الأساس **GHB**، فاصل المتابعة، وخصائص

التدخل في **GHB**.

النتائج: في المتوسط انخفض بنسبة 0.76% التدخل (95% CI 0.34-1.18) أكثر من المجموعة الضابطة في المتابعة الفورية، بنسبة 0.26% (الزيادة 0.21% - انخفاض 0.73%) في الأشهر 1-3 من اتبع متابعة، وبنسبة 0.26% (0.05-0.48) في ≤ 4 أشهر من المتابعة. **GHB** انخفضت أكثر مع وقت الاتصال إضافية بين المشاركين ومرب، لوحظ انخفاض قدره 1% عن كل ساعة إضافية **h23.6** (105.4-13.3) من الاتصال.

استخلصت الدراسة أن إدارة الذات يحسن مستويات **GHB** في المتابعة الفورية، وزيادة وقت الاتصال يزيد من تأثير. صالح يرفض 1-3 أشهر بعد توقف التدخل، ومع ذلك، مما يدل على أن السلوكيات المستفاد تتغير مع مرور الوقت.

هناك حاجة إلى إجراء مزيد من البحوث لتطوير التدخلات الفعالة في الحفاظ على السيطرة على سكر الدم على المدى الطويل. (Susan et autre ;2002 . 1159-1171)

4-3-3- الدراسات التي تناولت تقبل مرض السكري:

4-3-3-1- دراسة سمية حربوش (2014) سطيف، الجزائر:

عنوان الدراسة المهارات الاجتماعية وعلاقتها بتقبل داء السكري - دراسة استطلاعية على عينة من المرضى المصابين بالسكري (من 30 إلى 50 سنة) بمدينة سطيف.

تناولت هذه الدراسة محاولة اكتشاف مدى علاقة المهارات الاجتماعية بتقبل داء السكري لدى عينة من المصابين بالسكري بمدينة سطيف، تمّ انتقاء أفرادها من بعض المراكز المتخصصة، ومن خلال تطبيق مقياسي المهارات الاجتماعية وتقبل داء السكري الذي هو من إعداد الباحثة، كشفت نتائج المعالجة الإحصائية عن تحقق الفرضية الرئيسية، وتأكيد تواجد علاقة قائمة وقوية بين المهارات

الاجتماعية وتقبل داء السكري، وكشفت أيضا أن كل من متغيري الجنس والمستوى التعليمي يلعبان

دور المتغير الثالث المعدل في هذه العلاقة، حيث أوضحت النتائج وجود اختلاف في العلاقة القائمة بين المهارات الاجتماعية وتقبل داء السكري بين الرجال والنساء وكذا بين مرتفعي التعليم ومنخفضي

التعليم . (حربوش،سمية: 2014)

التعليق على الدراسات السابقة :

التعليق على دراسات التنقيف الصحي و التنقيف الصحي لمرض السكري نمط 2:

من خلال مجمل الدراسات السابقة التي تناولت التنقيف الصحي و التنقيف الصحي لمرض السكري نمط 2 تبين أن مجموع البرامج المقدمة و الشاملة على العناصر الهادفة إلى التحكم في مستوى السكر بالدم ، أدت جميعها إلى تحسن ملحوظ في الدرجات الكلية للمجموعات التجريبية. كما أن من أهم ما توصلت إليه هذه الدراسات أن البرامج المقدمة تقوم بتغيير ايجابي في معارف المرضى حول مرضهم و بالتالي تساعد على تغيير سلوكياتهم . فالتنقيف الصحي ذو تأثير ايجابي على مريض السكر من النمط 2 حسب هذه الدراسات كون أن إدارة المرض جزء مهم من مهام المريض و مجتمعه و كذا فريقه الصحي .

إن برامج التنقيف الصحي تقوم بتصحيح المفاهيم الخاطئة و التي بني الأفراد عليها طريقة تعاملهم مع مرضهم .

و أن التنقيف الصحي يستخدم عدة وسائل و أدوات لإيصال المعلومة مثل المطويات ،

المحاضرات، الأفلام التوضيحية

التعليق على دراسات التحكم الذاتي:

من الدراسات السابقة يتضح أن مفهوم مصدر الضبط أو التحكم (الداخلي/الخارجي) يمدنا

بنتائج تساعدنا على التنبؤ بالسلوك الإنساني النفسي و الاجتماعي.

معظم هذه الدراسات أوضحت أن هناك علاقة دالة بين مصدر الضبط وبين المتغيرات المختلفة

التي درست، كما أشارت النتائج إلى أن الأفراد يعتقدون أن أفعالهم الخاصة و خصائصهم

الشخصية تحدد وتوجه مسار الأحداث التي تواجههم (وهم أفراد الضبط الداخلي) أظهروا مستويات

عالية في مجالات التكيف و التوافق المختلفة، بالمقارنة مع أولئك الذين يعتقدون أن الأحداث تحدث

بشكل مستقل عن أفعالهم وهم أفراد الضبط الخارجي.

وبالتالي ينظر مصدر الضبط بوصفه متغيرا أساسيا من متغيرات الشخصية يتعلق بعقيدة الفرد

عن أي العوامل هي الأقوى الأكثر تحكما في النتائج الهامة في حياته: العوامل الذاتية من مهارة

وقدرة وكفاءة، أم العوامل الخارجية من صدفة وحظ وقدر.

وتتفق نتائج الدراسات السابقة على أن أفراد الضبط الداخلي يتميزون بدلالة واضحة عن أفراد

الضبط الخارجي في مجالات متعددة منها الصحة النفسية والتوافق، والصحة الجسدية، والصحة

الاجتماعية، وأكثر قناعة ورضا عن الحياة وأكثر اطمئنانا و هدوء، وأكثر ثقة بالنفس وأكثر ثباتا

انفعاليا ، وأقل اكتئابا وأكثر إنجازا وأحسن صحة، وأكثر إيجابية، هذه المميزات تتحقق عندما

يمارس الأفراد التحكم والسيطرة الذاتية على حياته وصحته بشكل مباشر وصريح وتلعب معتقدات

الفرد مصدر صحته دورا أساسيا في الحفاظ و الرقي بصحته (الجسدية- النفسية- الاجتماعية-

الفكرية) و التعامل مع أي مرض قد يصيبه، وذلك من خلال تنفيذه لسلوكيات صحية سليمة تمكنه

من الاهتمام بذاته وتزيد من شعوره بإحساس التحكم الذاتي و السيطرة على صحته الشاملة وحياته

العامة.

فقد أوضحت الدراسات التي تناولت الأمراض المزمنة كالسكري والسرطان وأمراض القلب ومرض الصرع، مدى تأثير مركز الضبط في الصحة الإنسانية وتوضح الأبعاد الثلاثة لمقياس مركز الضبط الصحي في أسلوب تعامل المريض مع مرضه ومدى التزامه بالقواعد الصحية السليمة.

و تجدر الإشارة انه تم الاعتماد عل دراسة ماجستير في علم نفس الصحة كونها تخدم الدراسة الحالية إضافة الى ندرة الدراسات الحديثة في هذا المجال على حد علم الباحثة. ومن خلال مجمل هذه الدراسات يمكن بناء قاعدة متينة لهذه الدراسة وذلك بالاستفادة من منهج هذه الدراسات و أدواتها و أساليبها الإحصائية.

5- فرضيات الدراسة:

بعد التطرق لإشكالية الدراسة و تساؤلاتها و الاطلاع على الدراسات السابقة يمكن صياغة

الفرضيات التالية:

1.توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي على استبيان عدم تقبل المرض.

2.توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي على أبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي.

3.لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي و البعدي على استبيان عدم تقبل المرض.

4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي و البعدي على أبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي.

5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية و أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس عدم تقبل المرض.

6. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية و أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على أبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي.

7. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات عدم تقبل المرض لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التنقيف الصحي حسب مدة المرض.

8. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التنقيف الصحي حسب مدة المرض.

9. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التبعي على مقياس عدم تقبل المرض.

10. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التبعي على أبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي.

11. توجد فعالية كبيرة لبرنامج التنقيف الصحي في القياس البعدي لاستبيان مصدر الضبط الصحي و القياس البعدي لاستبيان عدم تقبل المرض.

6- الضبط المفاهيمي و الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

- برنامج التنقيف الصحي
- تقبل المرض
- التحكم الذاتي
- مرض السكري النمط الثاني.

6-1- برنامج التنقيف الصحي:

هو برنامج مخطط و منظم يستند على مبادئ و تقنيات محددة تتعلق بالتنقيف الصحي للفرد. و يتضمن هذا البرنامج مجموعة من الخبرات و المعلومات و الممارسات بهدف تنقيف الفرد صحياً لتبني سلوكيات صحية تزيد من تقبل المرض و التحكم الذاتي. إذ أن هذه الأنشطة المخططة المتتالية المتكاملة و المترابطة و التي تقدم خلال فترة زمنية محددة تعمل على تحقيق الهدف العام للبرنامج. (

السيد، السيد. بدر، فائقة : 2001. 12)

أما التنقيف الصحي:

و يعرف أيضاً بالتعليم الصحي هو عملية التعلم والتعليم، والتي من خلالها يغير المتعلمون من سلوكهم الصحي وذلك للوصول إلى حالة صحية أفضل. (الصفدي، عصام. أبو حويج، مروان، العماد، عادل: 2001.

(169

وهو عملية تزويد أفراد المجتمع بالخبرات اللازمة بهدف التأثير في معلوماتهم واتجاهاتهم وممارساتهم

فيما يتعلق بالصحة تأثيراً مرغوباً (حميداً). (سلامة، بهاء الدين: 2001. 42)

يعرّف برنامج التثقيف الصحي إجرائياً: على انه المتغير المستقل بهذه الدراسة و هو عبارة عن 22 جلسة بتواتر حصتين أسبوعياً لمدة 16 شهراً ،الهدف منه تثقيف مرضى السكري من النمط الثاني صحياً من أجل رفع درجة التحكم الذاتي و تقبل المرض لديهم .

6-2- تقبل المرض:

التسليم بالمرض من الناحية النفسية والاجتماعية باعتباره داء عادي حيث يمكن للفرد الحد من درجة تأثيره على مختلف أعضاء الجسم عبر اتخاذ مبدأ الاحتراس والحيطرة والحماية، فالأساس هو وعي المرض بمرضه، واتخاذ كل التدابير اللازمة من أجل الحد من تفاقمه مستقبلاً. (البحيري، أحمد: د ت). ويعرف تقبل المرض إجرائياً على أنه: الدرجات المتحصّل عليها من طرف أفراد العينة على استبيان عدم تقبل المرض المعد من طرف الباحثة.

6-3- التحكم لذاتي:

مصدر الضبط أو مركز التحكم locus of control هو اعتقاد الفرد في العوامل المحددة لصحته منها عوامل داخلية و منها خارجية و التي تعود بدورها للنفوذ أو للحظ. حيث مصدر الضبط الداخلي يعرف بالتحكم الذاتي وهو المقصود في هذه الدراسة .

أما إجرائياً:مصدر الضبط هي الدرجة الكلية المتحصّل عليها على كل بعد من أبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي (البعد الداخلي لمصدر ضبط الصحة، بعد ذوي النفوذ لمركز ضبط الصحة،بعد الصدفة لمركز ضبط الصحة)من مقياس مصدر الضبط الصحي الذي ترجمه إلى العربية جبالي نور الدين.

أما التحكم الذاتي إجرائياً: هي الدرجة المتحصّل عليها على البعد الداخلي لاستبيان مصدر

الضبط الصحي المترجم من طرف جبالي نور الدين.

6-4- مرض السكري نمط (2):

مرض السكري هو من أمراض جهاز الغدد الصماء المزمنة و يحدث بسبب عجز الجسم عن إفراز

الأنسولين أو عن استخدامه بالشكل المناسب.(تايلر،شيلي: 2010. 76)

- **النمط الأول :** ويشكل 10% من مرضى السكري وعادة ما يصيب الأطفال صغار السن أو الشباب ما دون 30 سنة ويتميز بعدم مقدرة البنكرياس على إفراز هرمون الأنسولين و عادة ما يحتاجون لأخذ الأنسولين بصفة دائمة.

- **النمط الثاني:**يسمى سكري الكبار أو سكري البالغين ، هو أكثر شيوعا في منتصف أو متأخر العمر ، يحدث بسبب انخفاض كمية الأنسولين أو عدم فعاليته الطبيعية ، بحيث يرتفع الجلوكوز ببطء في الدم ،وتتكرر كميات أقل من الدهون والبروتينات ، وتنتج كميات أقل بكثير من الكيتونات ، وعليه فإن خطر الإصابة بالغيوبية.الكيتونية يكون أقل . (بيلوس ،رودي

: 2013، 8)

5- حدود المشكلة:

حدود بحثية: تقتصر الدراسة على محاولة التعرف على فعالية برنامج تثقيف صحي في رفع درجة تقبل المرض والتحكم الذاتي لدى مرضى السكري من النمط الثاني.

حدود زمنية: تم تطبيق هذه الدراسة خلال فترة: من 2013-2017 .

حدود مكانية: دائرة عين مليلة ولاية أم البواقي حيث طبقت الدراسة الاستطلاعية و الأساسية

بمستشفى مدينة عين مليلة و عيادات خاصة بأمراض الغدد و داء السكري و جمعية مرضى السكري بنفس المدينة.

حدود بشرية: فئة مرضى السكري من النمط الثاني.

الإطار النظري
لِلدراسة

الفصل الثاني:

التثقيف الصحي

تمهيد :

أصبح من البديهي القول أن العلم و التكنولوجيا لا يمكن أن يساهما في تحسين المستويات الصحية ، إلا إذا أصبح أفراد المجتمع أنفسهم شركاء كاملين مع القائمين على توفير الرعاية الصحية في الحفاظ على الصحة و النهوض بها ، فالقاعدة العامة هي أن الصحة منظومة شاملة لا تعني فقط الخلو من الأمراض و لكنها تشمل الاكتمال البدني و النفسي و الاجتماعي و الروحي ، و يأتي التنقيف الصحي كأحد دعائم الصحة بهذا المفهوم ، لأن الوصول إلى هذا المفهوم المتكامل للصحة لا يقع على عائق جهات الرعاية الصحية وحدها ، و لكنه يشمل مسؤولية الأفراد أيضا و من هنا فإن التنقيف الصحي يساعد هؤلاء الأفراد على تحمل مسؤوليتهم لتحقيق الصحة بمعناها الواسع .

و خلال السنوات الأخيرة تم الارتقاء بمفاهيم التنقيف الصحي و الذي أصبح علما من علوم المعرفة يستخدم النظريات السلوكية و التربوية و الاجتماعية و مبادئ الإعلام و التعليم و الاتصال للنهوض بالصحة و تحسين نوعية الحياة.

إن التغيير الجذري في أنماط الأمراض المزمنة و انتشارها بين أفراد المجتمع من الأمراض المعدية إلى الأمراض المزمنة و بشكل خاص أمراض القلب و الشرايين و السكري و السرطان و الحوادث ، كل هذا أدى إلى بروز حاجة ملحة إلى إيجاد برنامج فعال للتنقيف الصحي يعمل على وضع و تنفيذ استراتيجيات الصحة الوقائية في كافة ميادين التنقيف الصحي بدءا بالتنقيف الصحي المدرسي و انتهاء بالتنقيف الصحي الجماهيري و التي تشمل جميع فئات المجتمع.

لذا فإن التنقيف الصحي يعتبر أحد أهم العوامل المستخدمة في تقديم الرعاية الأولية للأفراد المجتمع حيث يساهم في الوقاية من الأمراض أو تعليم التعايش معها ، و بذلك تحسين صحة الفرد و المجتمع.

1-تعريف التنقيف الصحي :

التنقيف الصحي هو عملية تعليمية منظمة و مخططة تستهدف تسهيل و تبني سلوكيات و أنماط حياتية معززة للصحة على مستوى الأفراد و الجماعات و المجتمع المدني ، من خلال تقديم برنامج و تدخلات تعليمية و تربوية و صحية تحدث تغييرات في الفهم و المعرفة و التأثير على المعتقدات و الاتجاهات و توضيح القيم مما يسهل اكتساب المهارات و السلوكيات للصحة السليمة.

فالتنقيف الصحي هو وسيلة لتنمية الوعي الصحي هذا الأخير الذي يعد معيار تقدم الأمة و رقيها، فلم يعد مفهومه مجرد أحاديث أو عضات أو دروس ، و إنما هي عملية تربوية يتحقق عن طريقها تزويد الفرد بالمعلومات و الخبرات بقصد التأثير في معرفته و ميوله و سلوكه من حيث صحته و صحة المجتمع الذي يعيش فيه.(طنطاوي، محمود: 1989 .29)

و أهم ما يميز التنقيف الصحي أنه يبنى على العمل الطوعي و ليس الإجباري ، و قد عرف من طرف منظمة الصحة العالمية (OMS) على أنه عملية تعليمية تسعى إلى زيادة المعرفة و تطوير المهارات و المعرفة ، وهذه العملية لا تؤثر على الفرد فحسب و لكن تؤثر على العائلة و المجموعات و المجتمعات . (Bize ,P ;1999 .19-22)

يؤكد هذا التعريف على هدف التنقيف الصحي في تبني سلوكيات صحية و التخلي عن السلوكيات غير الصحية .كما يعد التنقيف الصحي عملية تربوية أساسية تستهدف تعديل السلوك و تغيير المفاهيم و إكساب الناس عادات صحية سليمة ترتبط بمفهوم صحي سليم في مختلف مراحل العمر.(حجر ، سليمان: 2002 .21)

ويعرفه احمد بدح " عملية ترجمة الحقائق الصحية المعرفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد و المجتمع ، بهدف تغيير الاتجاهات و العادات السلوكية غير السوية ، و كذلك

مساعدة الفرد على اكتساب الخبرات و ممارسة العادات الصحية الصحيحة .(بدح ،أحمد .مزاخرة،أيمن

بدران ، زين :2009 .14)

و إذا أردنا أن نضع تعريفا شاملا للتثقيف الصحي ، فيمكننا أن نقول :

" التثقيف الصحي هو جعل المعلومات و الحقائق الصحية سلوكا حيا واقعيا في حياتنا ، مستخدمين في

ذلك الأساليب التربوية الحديثة "

و كما هو واضح فإن التعريف يشمل جانب العلم و المعلومات مضافا إليه جانب التطبيق أو

العمل ، كما يحتوي ضمنا على وسائل أو أساليب للاتصال و التأثير .

تجدر الإشارة في هذا المجال أن القدوة الحسنة « تلعب دورا أساسيا و بارزا في جعل

التثقيف الصحي قادرا على تأدية المنوط به من آثار إيجابية ، فالطفل عندما يرى معلمه أو معلمته ، أو

أباه أو أمه ، يقومون بتنفيذ التوجيهات الصحيحة في حياتهم ، فسوف يقلدهم ، و يمضي على منوالهم ،

أما إذا كان يسمع الإرشاد الجيد ، ثم يرى الفعل المخالف فلن تترسخ لديه القناعة ، و لن يلتزم بالسلوك

المطلوب « .

قد يظن البعض أن التثقيف الصحي يركز على سلامة البدن وحده و حمايته من الأمراض ،

معتقدا أن الصحة هي سلامة الجسم ، و الواقع أن التعريف الصحيح لمفهوم الصحة يعني السلامة

البدنية و النفسية و العقلية و الاجتماعية ، و من ثم فإن الصحة بمفهومها الواسع تشمل مختلف

الجوانب بالفرد و بما حوله من بيئة و علاقات ، و ما يخالجه من مشاعر و عواطف و صراعات.

يعد تثقيف المرضى من أولويات سياسة الصحة العامة .(Gausseil. dec 2011.9)

و تلخيصا لما سبق فإن التثقيف الصحي :

- علم و عمل .. أو معلومات و سلوك.
- قدوة حسنة و ليس مجرد إرشاد.
- يشمل الطفل في كل نواحي حياته بدنيا و نفسيا و عقليا و اجتماعيا.
- ضرورة في حالة الصحة و حالة المرض.
- و يشكل أولوية مطلقة في نطاق الخدمات الصحية.
- و هو مسؤولية الجميع ، وليس مسؤولية الجهاز الطبي وحده.
- و أنه يتخذ الأساليب التربوية و النفسية المناسبة كوسيلة لبلوغ الغاية.

(الكيلاني، نجيب :.43.2013).

2-عناصر التنقيف الصحي :

التنقيف الصحي هو عملية اتصال يتم خلالها نقل الرسالة وهي عبارة عن المعلومات و المعارف الصحية من المرسل و هو المتقف الصحي إلى المستقبل وهو المستهدف بالتنقيف الصحي و يتم ذلك عن طريق قناة الاتصال وهي وسيلة التنقيف الصحي.

من هذا نستنتج أن عناصر التنقيف الصحي هي :

- الرسالة الصحية.
- المتقف الصحي.
- المستهدف بالتنقيف الصحي.
- وسيلة التنقيف الصحي.

أ-الرسالة الصحية : على المعلومة أن تتميز بالصحة و الوضوح لتكون مفهومة لدى المتلقي ، كما أنه من الأفضل أن تتسم التشويق لتحقيق الهدف المنشود.

ب-المتقف الصحي : كما يدعى "المصدر" و هو الشخص الحامل للمعرفة (المعلومة) كما يتميز بالقدرة على توصيل المعلومة بطريقة مقنعة كما عليها أن يكون مؤمنا بالرسالة التي هو بصدد إيصالها، كما يعد حاملا لمهارات الاتصال و فنونه.

ج-المستهدف بالتنقيف الصحي " المتلقي " : و لضمان إيصال الرسالة و تحقيق هدف التنقيف الصحي يجب تحديد درجة فهم المتلقي و ثقافته ، و كذا رغبته في التغيير مع التركيز على حاجته الصحية.

د-وسائل التنقيف الصحي : تتنوع وسائل التنقيف الصحي المستخدمة في نشر المعلومات الصحية من وسائل تقليدية نمطية إلى تقنيات عصرية حديثة،، و كلما كانت وسيلة الاتصال تفاعلية و تخاطب أكثر من حاسة كلما كان تأثيرها أكبر.(الدهان ،صلاح: د ت)

3-وسائل و تقنيات التنقيف الصحي:

3-1- الوسائل :

- وسائل مسموعة : يتم نقل المعلومات عن طريق الكلمة مثل : المقابلات - الندوات - المحاضرات - المؤتمرات .
- وسائل مقروءة :يتم نقل المعلومات عن طريق العبارات المكتوبة مثل : النشرات - الكتيبات - الملصقات - رسائل الجوال - السبورة - النماذج - الصور التوضيحية - العينات - المعارض - الشرائح ...

- وسائل متنوعة مرئية: مثل : التلفاز - الفيديو - عرض الأفلام - الأقراص المدمجة

(منظمة الصحة العالمية. 1989)

3-2- بعض التقنيات التي يستخدمها المتقّف الصحي:

- المحاضرة : أسلوب المحاضرة، كطريقة تعليم وتعلّم، هي عملية تواصل شفهيّ من جانب واحد، يقوم خلالها المعلّم بإلقاء معلومات على مسامع المتعلّمين بشكل منظمّ، مع مراعاة قواعد الإلقاء واستعمال الوسائل المعينة . تتنوّع أشكال هذه الطريقة: عرض معلومات، سرد قصّة، خبر، معلومة، عرض تجربة، وصف ظاهرة أو شيء ...

أمّا إيجابيّاتها فنذكر منها:

-تسمح بإلقاء وعرض كمّ كثير من المعلومات في وقت قصير، زاد عليه لجوء المعلّم إلى تقنيّات العرض الحديثة.

- اقتصادية، توفر الوقت خاصّة في حال ضغط المناهج

-تناسب في عرض موضوع جديد لا يعرف عنه المتعلّمون الكثير ولا إمكانيّة للنقاش فيه ابتداءً.

- المناقشة : أسلوب قديم في التعليم تدور هذه الطريقة حول إثارة تفكير والمشاركة وإتاحة فرصة الأسئلة والمناقشة، مع احترام آراء واقتراحات الآخر، وهذه الطريقة تساعد في تنمية شخصية الفرد معرفياً ووجدانياً .

فهي طريقة تقوم في جوهرها على البحث وجمع المعلومات وتحليلها، والموازنة بينها، ومناقشتها.

وتقوم هذه الطريقة على خطوات ثلاثة متداخلة هي:

- الإعداد للمناقشة.

- السير في المناقشة.

- تقويم المناقشة.

- عمل المجموعات: أنشطة جماعية تنمي روح المساعدة و التعاون.

-العصف الذهني: إستراتيجية العصف الذهني واحدة من أساليب تحفيز التفكير والإبداع،ويستخدم

العصف الذهني كأسلوب للتفكير الجماعي أو الفردي في حل كثير من المشكلات العلمية والحياتية المختلفة ، بقصد زيادة القدرات والعمليات الذهنية .

ويعني تعبير العصف الذهني : استخدام العقل في التصدي النشط للمشكلة .

يهدف العصف الذهني إلى تحقيق الآتي :

- حل المشكلات حلا إبداعيا .

- إيجاد مشكلات ، أو مشاريع جديدة .

- تحفيز وتدريب تفكير وإبداع المتدربين .

مراحل العصف الذهني :

يمكن استخدام هذا الأسلوب في المرحلة الثانية من مراحل عملية الإبداع ، والتي تتكون من ثلاث

مراحل أساسية هي :

1 – تحديد المشكلة .

2 – إيجاد الأفكار ، أو توليدها .

3 – إيجاد الحل .

مبادئ العصف الذهني :

يعتمد استخدام العصف الذهني على مبدئين أساسيين هما :

- تأجيل الحكم على قيمة الأفكار

- كم الأفكار يرفع ويزيد

(هنانو، عبد الله: 2008.

كيفها

(12

-تقنية حل المشكلات: يقصد به مجموعة العمليات التي يقوم بها الفرد مستخدماً المعلومات والمعارف التي سبق له تعلمها ، والمهارات التي اكتسبها في التغلب على موقف بشكل جديد ، وغير مألوف له في السيطرة عليه ، والوصول إلى حل له .

إن أسلوب حل المشكلة هو أسلوب يضع المتعلم أو الطفل في موقف حقيقي يُعملون فيه أذهانهم بهدف الوصول إلى حالة اتزان معرفي ، وتعتبر حالة الاتزان المعرفي حالة دافعية يسعى الطفل إلى تحقيقها وتتم هذه الحالة عند وصوله إلى حل أو إجابة أو اكتشاف .

أنواع المشكلات :

حصر ريثمان أنواع المشكلات في خمسة أنواع ، استناداً إلى درجة وضوح المعطيات والأهداف :

— مشكلات تحدد فيها المعطيات والأهداف بوضوح تام .

— مشكلات توضح فيها المعطيات ، والأهداف غير محددة بوضوح .

— مشكلات أهدافها محدد وواضحة ، ومعطياتها غير واضحة .

— مشكلات تفتقر إلى وضوح الأهداف والمعطيات .

— مشكلات لها إجابة صحيحة ، ولكن الإجراءات اللازمة للانتقال من الوضع القائم إلى الوضع

النهائي غير واضحة ، وتعرف بمشكلات الاستبصار .

ويصف المتخصصون طريقة حل المشكلات في تناولها للموضوعات والقضايا المطروحة على

الأفراد / التلاميذ إلى طريقتين قد تتفقان في بعض العناصر ولكن تختلفان في كثير منها هما :

• طريقة حل المشكلات بالأسلوب العادي الاتفاقي أو النمطي .

وطريقة حل المشكلات العادية هي أقرب إلى أسلوب الفرد في التفكير بطريقة علمية عندما

تواجهه مشكلة ما ، وعلى ذلك تعرف بأنها : كل نشاط عقلي هادف مرن يتصرف فيه الفرد بشكل

منتظم في محاولة لحل المشكلة .

أ — إثارة المشكلة والشعور بها .

ب — تحديد المشكلة .

ج — جمع المعلومات والبيانات المتصلة بالمشكلة .

د — فرض الفروض المحتملة .

هـ — اختبار صحة الفروض واختيار الأكثر احتمالاً ليكون حل المشكلة .

• طريقة حل المشكلات بالأسلوب الابتكاري ، أو الإبداعي .

– تحتاج إلى درجة عالية من الحساسية لدى التلميذ أو من يتعامل مع المشكلة في تحديدها وتحديد أبعادها لا يستطيع أن يدركها العاديون من التلاميذ / أو الأفراد ، وذلك ما أطلق عليه أحد الباحثين الحساسية للمشكلات .

– كما تحتاج أيضاً إلى درجة عالية من استنباط العلاقات واستنباط المتعلقات سواء في صياغة الفروض أو التوصل إلى الناتج الابتكاري .

خطوات حل المشكلة :

إن نشاط حل المشكلات هو نشاط ذهني معرفي يسير في خطوات معرفية ذهنية مرتبة ومنظمة في ذهن الطالب والتي يمكن تحديد عناصرها وخطواتها بما يلي :

– الشعور بالمشكلة : وهذه الخطوة تتمثل في إدراك معوق أو عقبة تحول دون الوصول إلى هدف محدد .

– تحديد المشكلة : هو ما يعني وصفها بدقة مما يتيح لنا رسم حدودها وما يميزها عن سواها .

– تحليل المشكلة : التي تتمثل في تعرف الفرد / التلميذ على العناصر الأساسية في مشكلة ما ، واستبعاد العناصر التي لا تتضمنها المشكلة .

– جمع البيانات المرتبطة بالمشكلة : وتتمثل في مدى تحديد الفرد / التلميذ لأفضل المصادر المتاحة لجمع المعلومات والبيانات في الميدان المتعلق بالمشكلة .

– اقتراح الحلول : وتتمثل في قدرة التلميذ على التمييز والتحديد لعدد من الفروض المقترحة لحل مشكلة ما .

— دراسة الحلول المقترحة دراسة نافذة: وهنا يكون الحل واضحاً ، ومألوفاً فيتم اعتماده ، وقد يكون هناك احتمال لعدة أبدال ممكنة ، فيتم المفاضلة بينها بناءً على معايير نحددها .

— الحلول الإبداعية: قد لا تتوافر الحلول المألوفة أو ربما تكون غير ملائمة لحل المشكلة ، ولذا يتعين التفكير في حل جديد يخرج عن المألوف ، وللتوصل لهذا الحل تمارس منهجيات الإبداع المعروفة مثل (العصف الذهني — تآلف الأشتات) .(فتحي،عكاشة:17.2011)

و منه يمكن تقسيم الوسائل التنقيبية حسب المخطط التالي :

وسائل التثقيف

وفقا للاتصال

وفقا للحواس

غير مباشر

مباشر

سمعية بصرية

المسموعة

المقروءة

التلفاز

الاذاعة

الصحف

المجلات

المطويات

الملصقات

الانترنات

الندوات

المحاضرات

حلقة النقاش

الحوار المباشر

المحادثة

التلفاز

الاقراص المدمجة

المقابلات

المحاضرات

الندوات

المؤتمرات

الفيديو

البلوتوث

الراديو

الاشرطة المسجلة

النشرات

الكتيبات

الملصقات

رسائل الجوال

الشرائح

السيورة

النماذج

المعارض

البريد الالكتروني

المواقع المتخصصة

مواقع التواصل الاجتماعي

الفيس بوك

يوتيوب

تويتر

المنتديات

مخطط رقم (1) يوضح وسائل التثقيف الصحي

(باريان، أحمد: 1425هـ.45)

4- أهداف التثقيف الصحي: من أهداف التثقيف الصحي نذكر ما يلي:

- نشر المعارف الصحية السليمة في المجتمع.
- تمكين الناس من تحديد مشاكلهم الصحية و احتياجاتهم.
- مساعدة الناس في حل مشاكلهم الصحية باستخدام إمكاناتهم.
- بناء الاتجاهات الصحية السوية.
- ترسيخ السلوك السليم و تغيير الخاطئ إلى سلوك صحي صحيح.
- تحسين الصحة على مستوى الفرد و المجتمع.
- خفض حدوث الأمراض.
- خفض الإعاقات و الوفيات.
- تحسين نوعية الحياة للفرد و المجتمع. (الجشي، نادية: 2014. 23)

ومن الأهداف الأساسية كذلك:

- العمل على تغيير مفاهيم الأفراد فيما يتعلق بالصحة و المرض و محاولة أن تكون هدفا لكل منهم و يتوقف تحقيق ذلك على عدة عوامل من بينها النظم الاجتماعية القائمة ، و مستوى التعليم في هذا المجتمع ، و الحالة الاقتصادية ، و على مدى ارتباط الأفراد بوطنهم و حبهم له وذلك من خلال مساعدتهم للقائمين على برامج الصحة العامة في المجتمع و محاولة التعاون معهم فيما يخططون له من برامج لصالح خدمة المجتمع.

- العمل على تغيير اتجاهات و سلوك و عادات الأفراد لتحسين مستوى صحة الفرد و الأسرة و المجتمع بشكل عام ، وخاصة فيما يتعلق بصحة الأم المرضعة و صحة الطفل ، و صحة المنزل و

العناية بالتغذية السليمة ، و طرق التصرف في حالات الإصابات البسيطة ، وفي حالة المرض و جميع الأعمال التي يشارك فيها كل أب و أم بطريقة إيجابية من أجل رفع المستوى الصحي في المجتمع.

- العمل على تنمية و إنجاز المشروعات الصحية في المجتمع ، و ذلك عن طريق تعاون الأفراد مع المسؤولين و تفهمهم للأهداف التي من أجلها تم إنشاء و تجهيز المشروعات ، و يتضح ذلك من خلال محافظتهم عليها و الاستفادة منها في العلاج و اقتراح ما يجدونه مناسباً لتحسين أداء تلك المشروعات.

- العمل على نشر الوعي الصحي بين أفراد المجتمع و الذي بدوره سوف يساعد على تفهمهم للمسؤوليات الملقاة عليهم نحو الاهتمام بصحتهم و صحة غيرهم من المواطنين.

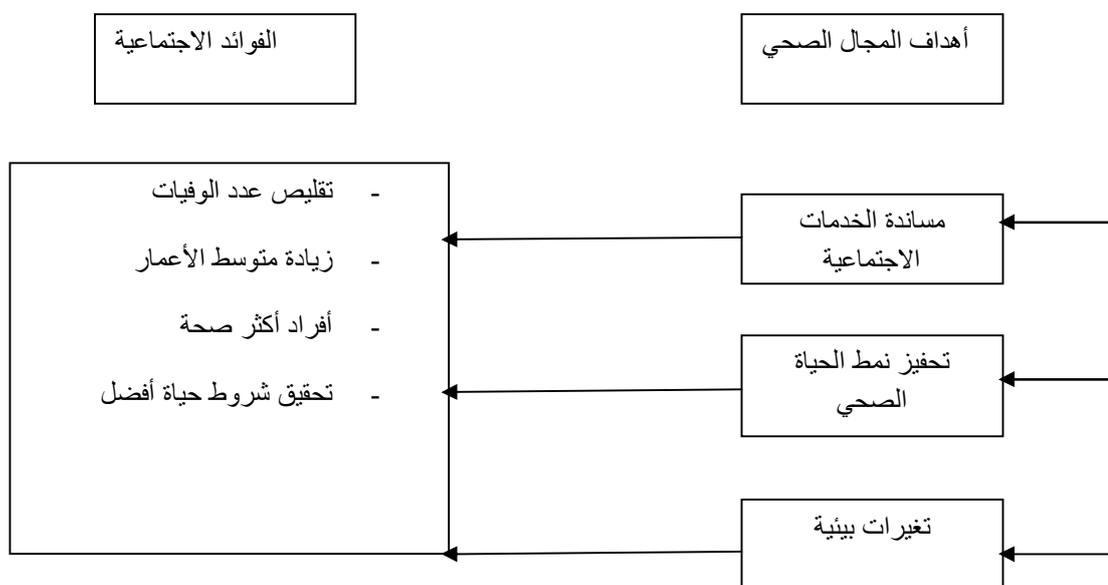
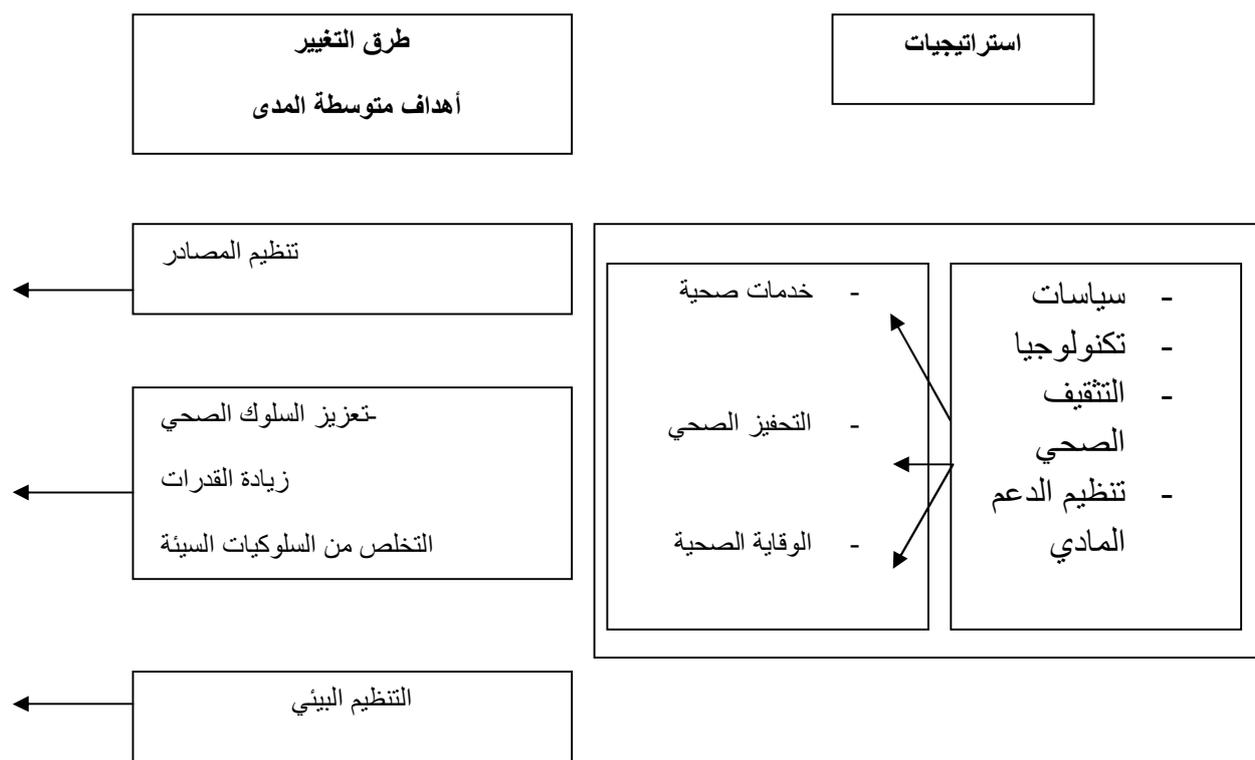
(سلامة، بهاء الدين: 2001. 43-44).

أن هدف التنقيف الصحي غرس مفاهيم وعادات صحية سليمة لدى الأفراد حتى يضمن إتباعها عن فهم واقتناع ووعي وإدراك، بحيث تصبح أسلوباً يمارس في الحياة من طرف أفراد المجتمع كله وبجميع فئاته . (سليم ، محمد و آخرون 1988، 97)

من خلال ما سبق ذكره يمكن تلخيص أهداف التنقيف الصحي في العناصر التالية :

- تغيير السلوك غير الصحي إلى سلوك صحي.
- زيادة الوعي الصحي.
- الإدارة الذاتية للأمراض.
- الرقي بالصحة.

و المخطط التالي يوضح كيف تعمل جميع العناصر و الهيئات للوصول إلى شروط حياة أفضل



مخطط(2) يوضح كيف تعمل جميع العناصر و الهيئات للوصول إلى شروط حياة أفضل

(Last, J : 1992,72)

أما أحمد محمد بدح في كتابه الثقافة الصحية ، حدد أهداف التنقيف الصحي على أساس مجالات الصحة (وقائية ، علاجية ، مهنية) حيث قدم الأهداف التالية :

-الحرص على جعل المحافظة على الصحة و التمتع بها غاية و هدفا يسعى جميع أفراد المجتمع إلى الوصول إليه ، وجعل الرقي بالمستوى الصحي مطلباً أساسياً من خلال حرص الجميع على بذل الجهود لتنمية الجانب الثقافي التنظيمي لديهم و الاستفادة من خبرات الآخرين خصوصاً المتقنين منهم في المجال الصحي.

-تشجيع أفراد المجتمع و إشراكهم في تنمية و تطوير الخدمات الصحية من خلال المساهمة الإيجابية في تفعيل دور المؤسسات الصحية و تحسين مستوى الأداء فيها.

-العمل على تغيير السلوكيات و العادات غير الصحية سلوكيات صحية و تنميتها.

-الرقي بالمستوى الصحي لدى أفراد المجتمع حتى يتمتعوا بصحة جيدة مع المحافظة على استمرارية هذه الحالة ، و جعل عملية التنقيف الصحي أحد الأركان الأساسية لتنمية المجتمع.

-التعريف بالأدوار الفعالة التي تقوم بها المؤسسات الصحية الأساسية و المساندة من خدمات صحي مثل : تقديم اللقاحات الضرورية للوقاية من الأمراض. (بدح ، أحمد: 2009 . 16)

مما سبق نستخلص أن عملية التغيير هي أهم الأهداف المرجوة من عملية التنقيف الصحي، فعند التعرض للتنقيف الصحي يجب ذكر التغييرات المرغوبة بطريقة متسلسلة مروراً بسلسلة من المراحل المميزة قبل إتباع السلوك الجديد ويجب على كل من يقوم بالتنقيف الصحي فهم هذه المراحل جيداً لكي يكون متفائلاً و مصراً على محاولاته من أجل التغيير و هذه المراحل كالاتي:

أ- **مرحلة الوعي:** وهي الاستجابة المبدئية للرسالة وتتأثر بالأساليب التعليمية المتبعة و مقدرة الشخص على الاستيعاب و في هذه المرحلة يتعرف الشخص على الأفكار و السلوك الجديد بصورة عامة و يعرف قليلاً عن فائدته و مدى إمكانية تحقيقه و العقبات التي تعترض سبيله .

ب- **الاهتمام:** و هي المرحلة التي يبحث فيها الفرد عن تفاصيل المعلومات ويكون مرحباً بالاستماع أو القراءة أو التعلم عن الموضوع .

ج- **التقييم:** و أثناء هذه المرحلة يزن الفرد الإيجابيات والسلبيات لهذا السلوك ويقوم بتقييم فائدتها له ولأسرته و مثل هذا التقييم هو نشاط ذهني ينتج عنه اتخاذ القرار بمحاولة إتباع السلوك المقترح أو رفضه.

د- **التجربة أو المحاولة:** وهي المرحلة التي يتم فيها تنفيذ القرار عملياً و يحتاج الفرد لمعلومات إضافية و مساعدة أثناء هذه المرحلة للتغلب على المشاكل التي تعترض طريق التطبيق.

هـ- **التبني أو الإلتحاق:** وفي هذه المرحلة يكون الفرد مقتنعاً و يقرر صحة السلوك الجديد و إتباعه و هذه المراحل ليست أجزاء مستقلة حرفياً عن بعضها حيث تتداخل مع بعضها أثناء تنفيذها ويمكن للأشخاص المختلفين الذين تعرضوا لنفس المعلومات أن يمروا بمراحل مختلفة من عملية الإلتحاق و هو ما يمكن تشجيعه بالسلوك الجماعي الإيجابي حيث يكون بطيئاً في البداية ويزداد كلما اتبعه عدد أكبر من الأفراد. (الدغستاني ، سناء .المفتي ،ديار : 2010)

5-مجالات التنقيف الصحي :

إن مجالات التنقيف الصحي تختلف حسب اختلاف أهدافه ليتوزع بذلك على أربع مستويات و

هي :

- **التثقيف الصحي للأفراد:** حيث يتم تثقيف الفرد عن الأمور التي تهتمه مثل التغذية ، طبيعة المرض و مسبباته و الوقاية منه ، النظافة الشخصية.

- **التثقيف الصحي الأسري:** الكثير من السلوك الصحي يغرس في أفراد الأسرة لذا فإن التثقيف في هذا المستوى مطلب لما له من تأثير إيجابي مستقبلي على أفراد الأسرة و من ثم المجتمع بأسره مثل: أسلوب معاملة أفراد الأسرة بعضهم بعض ، كيفية تصرف الأسرة في حالة وجود مريض بالعائلة.

- **التثقيف الصحي للمجموعات:** حيث تشمل المجموعة أفرادا ذوي خصائص متشابهة و المعرضين أو المصابين ببعض المشاكل الصحية الشائعة المبنية على الجنس أو العمر أو الوظيفة ، كما يمكن أن يشمل المجتمع مجموعات مختلفة مثل : أطفال المدارس – الأمهات – مجموعة المدخنين ... كما يجب اختيار الموضوع الذي يهم المجموعة كلها مثلا : تعليم الحوامل عن الولادة و كيفية رعاية الطفل ، تعليم أطفال المدارس النظافة الشخصية و من الأهمية في تثقيف المجموعات هو المشاركة الإيجابية الحية بين المتلقين.

- **التثقيف الصحي المجتمعي:** و يتم ذلك عن طريق وسائل الإعلام بحيث يصل إلى عدد كبير من المواطنين على اختلاف شرائحهم و مستوياتهم ، و منها : التثقيف الصحي المدرسي و الصحة المجتمعية.

في حين حدد صالح محمد صالح مجالات التثقيف الصحي في:

- الصحة الشخصية

- التغذية

- الإسعافات الأولية و الأمان

- التربية الجنسية
- صحة البيئة
- الصحة العقلية و النفسية
- العقاقير و الكحوليات و التبغ
- الأمراض و الوقاية منها
- صحة المستهلك

(صالح، صالح: 2002. 9)

و يعد مجال التنقيف الصحي بالمناهج الدراسية من أهم المجالات نظرا لتأثيره على الطلبة و على مستقبلهم الصحي و هذا ما ركزت عليه العديد من الدراسات مثل دراسة أحمد محمد عبد السلام (2001) و التي هدفت إلى إعداد برنامج تربية صحية ودراسة أثره على الثقافة الصحية لتلاميذ الصفوف الثلاثة الأولى من المرحلة الابتدائية، واستخدم الباحث المنهج المسحي لتحديد القائمة الرئيسية لمقياس الثقافة الصحية، وإعداد برنامج التربية الصحية المقترح والمنهج التجريبي للتعرف على أثر تطبيق البرنامج على تلاميذ الصفوف الثلاثة الأولى من المرحلة الابتدائية، واشتملت العينة على 1200 تلميذ وتلميذة تم اختيارهم بطريقة عشوائية، وقام الباحث ببناء مقياس الثقافة الصحية وإعداد برنامج للتربية الصحية لتلاميذ الصفوف الثلاثة الأولى من المرحلة الابتدائية، وتم تطبيق الدراسة في سنة 2001 وكانت أهم النتائج أن تدريس برنامج التربية الصحية المقترح لتلاميذ الصفوف الثلاثة الأولى من المرحلة الابتدائية قد أدى إلى تحسن مستوى الثقافة الصحية لديهم وقد بلغت نسبة التحسن 30.3، وأوصت الدراسة بضرورة تطبيق برامج التربية الصحية المقترح لتلاميذ الصفوف الثلاثة الأولى من المرحلة الابتدائية وإعادة النظر في برنامج الصحة المدرسية بحيث تتضمن الثقافة الصحية بالنسبة لتلاميذ الصفوف الثلاثة الأولى من مرحلة التعليم الابتدائي. (عبد السلام، أحمد محمد: 2001)

6-مبادئ التثقيف الصحي :

إن التثقيف الصحي عملية مستمرة لحل المشاكل و وضع البرامج المتكاملة لتحقيق ما هو أفضل ، و هناك مبادئ عامة تتعلق بالتثقيف الصحي نشير إلى أهمها :

أولا - الوسائل :

إن الوسائل التي نستخدمها في التثقيف الصحي كثيرة و متنوعة ، و هذه الوسائل يحددها الجمهور أو المتلقي ، و قد نستخدم أكثر من وسيلة في وقت واحد حسب مستوى الفئة المستهدفة و مميزاتها. و الوسائل المستخدمة في التثقيف الصحي كثيرة منها :

- الحديث المباشر من شخص لآخر.
- المحاضرات و الندوات.
- النشرات و الملصقات ، و لكل نوع مواصفاته.
- البرامج الإذاعية التلفزيونية.
- الأفلام الخاصة بموضوعات صحية.
- الفنون و استخدامها في التثقيف.
- الاستفادة من الدين في التثقيف.
- القدوة الحسنة في المنزل و خارج المنزل و بالنسبة للمتقف.
- الأخبار و التحقيقات الصحفية.

ثانيا - اختيار الموضوع المناسب : على المتقف الصحي أن يلم بالمشكلات و الأخطار التي تواجه الفئة المستهدفة، و أن يضع لها جدول أولويات ، فليست المشكلات الصحية على درجة واحدة من الأهمية ، و عليه أن يبدأ بالأمر الصحية التي تشغل بال الناس ، و تؤثر في حياتهم ، لأن الناس لا يقبلون و لا

يهتمون إلا بما يتعلق بحياتهم وواقعهم ، و عندئذ يستقبلون القضايا الصحية الملحة بما تستحقه من اهتمام و فهم و تنفيذ.

و على المثقف الصحي أن يكون ملما بموضوعه إماما كافيا ، حتى يوفيه حقه من الشرح ، و يستطيع الإجابة على أي سؤال يوجه إليه ، و هناك موضوعات حرجة يستطيع المثقف أن يلمسها بخفة و لباقة ، دون أن يجرج الشعور ، أو يصطدم مباشرة بالتقاليد الأعراف المرعية ، و عليه دائما أن يحاول الربط بين العلم و الدين ما أمكن ، لأن للدين تأثير كبير على النفوس. و كلما كان المثقف قادرا على استخدام « الوسائل التوضيحية » كالأفلام و الفنون التشكيلية و غيرها كلما كان مؤثرا و موقفا.

ثالثا - تحديد الهدف: لكل نشاط في الحياة هدف أو غاية ، فنحن لا نقول أو نعمل شيئا إلا إذا كنا نقصد من ورائه غاية ، فما الذي يريد المثقف أن يصل إليه ؟ و الهدف دائما يرتبط بالوسيلة ، و من ثم فإن الهدف يجب أن يكون واضحا في ذهن المثقف الصحي ، و يكون كذلك واضحا وضوحا تاما لدى المتلقي .

رابعا - المشاركة الاجتماعية: يجب أن ندرك منذ البداية أن التنقيف الصحي ، ليس مهمة العاملين في وزارة الصحة وحدهم ، إنه نشاط جماعي يستطيع أن يشارك فيه مئات المجتمع ، كل حسب قدرته و إمكاناته ، يستوي في ذلك المتعلم و غير المتعلم ، و المرأة و الرجل ، فالأم التي تعلمها التنقيف الصحي تستطيع أن تنقله إلى طفلها و أسرتها ، و التلميذ في المدرسة يستطيع أن يكون إشعاع في بيئته ، و كذلك المدرس و الأخصائي و خطيب المسجد و الصحافي و الفلاح في مزرعته ، و المهندس في مصنعه ، و غير ذلك كثير.

التنقيف الصحي ضرورة حياتية تهتم الجميع ، و من ثم على الجميع أن يساهموا فيها بقدر ما يستطيعون .

و هناك أفراد مهمون و مؤثرون اجتماعيا يستطيعون أن يكون لهم دور فعال في التنقيف الصحي إذا ما فهموا و اقتنعوا ، منهم أصحاب السلطة ، و المطاوعة ، و الرايات و علماء الدين و رجال التجارة و الصناعة و غيرهم.

خامسا - وضوح الفكرة: قد لا يتحفز الناس من المادة العلمية الجافة ، و المصطلحات الصعبة ، إنهم في حاجة إلى من يبسط لهم الأمور ، و يبسر لهم المعلومات ، و يقدمها لهم في أسلوب سهل سلس واضح ، إن التعالي بالعلم يقف حائلا بين عقول الناس و عواطفهم و بين المتقف ، و الأمور العلمية لا تحتل الصعوبة أو الالتباس ، لأنهما يعوقان وصول الرسالة إلى الناس ، و الوضوح و الصدق وسيلة الإقناع ، و لهذا فإن المتقف الصحي يجب أن يكون ذا استعداد خاص و خبرة في ضرب الأمثلة ، و قد يقص بعض القصص بقصد التوضيح ، و أن تكون حركاته و إشاراته محسوبة ، و أن يتكلم بلهجة أو لغة المخاطبين لتحقيق هدف التنقيف الصحي.

سادسا - معرفة واقع المتلقي : لكل فئة مستهدفة حظها من التحضير و الثروة و الإمكانيات الثقافية و العليم ، و على كل متقف أن يدرك طبيعة الناس اللذين يخاطبهم و العوامل الاجتماعية و النفسية التي يخضعون لها ، و هذا يقتضي الإمام بمبادئ أولية من علم النفس و علم الاجتماع باعتبارهما من العلوم التي تنير الطريق ، و تسير سبيل الاتصال ، و تكشف عن أفضل الأساليب و الطرق الموصلة لقلوب الناس.

و من الأمور الشديدة الارتباط بهذه النقطة : إدراك علاقة الناس بالمشكلة القائمة ، فقد يكون هؤلاء الناس يحققون بعض الكسب من بقاء الحال على ما هو عليه ، فعلى المتقف الصحي إدراك ذلك ، و البحث عن وسائل لتعريض هؤلاء الناس عما سيلحق بهم من ضرر حتى نضمن لهم الرزق و استمرارية الحياة الكريمة.

و إذا طلبنا من المتلقي أن يغسل يديه بالماء و الصابون ، و أن يكافح الذباب و البعوض ، فعلينا أولاً أن نوفر لهم الإمكانيات التي تحقق لهم هذه الأهداف.

سابعاً - المرونة في وضع البرامج :لا يمكن القول أن هناك برنامج واحد جامع مانع للتنقيف الصحي نطبقه في كل الأحوال ، و ما نسميه برنامجاً عاماً ما هو إلا إطار مرن شامل نتحرك من خلاله إلى البرامج التي ننشدها طبقاً للأحوال و الظروف.

و الحقيقة أن هناك عدة برامج نوعية و ليس برنامج واحد.

- إن الأطفال يحتاجون إلى برنامج تنقيف صحي خاص بهم ، و يحتاجون إلى وسائل خاصة؛
- الأمهات لهن برنامجهن النوعي الخاص.
- طلبة المدارس لهم برنامجهم.
- المعوقون ، و المسنين ، و المرضى النفسيون ، و المدمنون ، و الوعي البيئي ، و الصحة المهنية ، و المعرضون للحوادث ... لكل برنامج نوعي.
- صحة الفم و الأسنان تحتاج إلى نشاط تنقيفي خاص.
- المرضى في المستشفيات حسب أمراضهم يحتاجون إلى تنقيف صحي خاص يتعلق بأسلوب حياتهم ، و نظام غذائهم .
- المناسبات المحلية و الإقليمية و الدولية لها برنامج.

و لهذا فإن المثقف الصحي يجب أن يتسم برنامجه بالمرونة (في إطار البرنامج العام) و أن يتجاوب مع طبيعة كل فئة و متطلباتها.

ثامناً = التنسيق : من الواضح أن مجالات التنقيف الصحي واسعة و متنوعة ، و هي بطبيعتها متداخلة مع نشاطات أخرى كثيرة في المجتمع ، و التنقيف الصحي واحد من هذه النشاطات ، و بالتالي فإن

الحملة التثقيفية تحتاج إلى تنسيق دائم مع هذه الجهة أو تلك طبقا لما تقتضيه الحال ، حتى لا تحدث ازدواجية أو متناقضات ، و هناك جهات كثيرة يمكن التنسيق معها ، حتى تصب الجهود في مجرى واحد ، منها البلديات - المدارس - المساجد - الجمعيات النسائية - الأندية الرياضية و الثقافية - جمعيات النفع العام.

و التثقيف الصحي وثيق الصلة بالإعلام، و هذا يقتضي التنسيق أيضا مع أجهزة الإعلام المختلفة بصفة عامة ، و من خلال البرامج و الأركان الإذاعية و التلفزيونية بصفة خاصة.

كذلك لا يمكن فصل التثقيف الصحي عن التعليم، و لهذا فإن التنسيق ضروري أيضا مع إدارات المناهج، حتى يمكن تضمين الكتب المدرسية بعض الموضوعات الصحية الهامة، خاصة من النواحي الوقائية.

تاسعا - الاستجابة السريعة للطوارئ : التثقيف الصحي يجب أن يكون على يقظة تامة بالأحداث المفاجئة ، و المشكلات الطارئة ، فإذا تفشى وباء مباحث ، أو حلت كارثة بيئية أو مرضية فجأة ، فإن التثقيف الصحي عليه أن يكون في مقدمة الناهضين للتصدي لهذا الخطر أو ذاك ، و هذا يقتضي التسلح بالمعرفة و المعلومات الصحيحة ، و طريقة التحرك ، و الأسلوب المناسب.

عاشرا - الأبحاث و الدراسات و الاستبيانات : إن للأبحاث و الدراسات و الاستبيانات دور في عملية التثقيف، فهي جانب حيوي و أساسي في التثقيف الصحي ، لذا يجب أن نعطيه حقه من الرعاية و الاهتمام.

إن الأبحاث و الدراسات الخاصة بالتثقيف الصحي تبين لنا مسيرتنا على وجهها الصحيح ، و تشير إلى مدى النجاح الذي تحقق ، فضلا عن أنها هي التي تساعد في :

- وضع البرامج الجديدة.
 - و التقييم المستمر ، و معرفة السلبيات و الإيجابيات.
 - و هي نوع من المتابعة.
 - و هي سبب في تعديل المسار ، و استدراك الناقص أو الخاطئ.
- و من ثم علينا أن نعرف أسلوب الإحصاء و الدراسات و الاستبيانات و تحليل النتائج ، حتى نقوم بهذا الدور العلمي و الحيوي.

حادي عشر- الدورات التدريبية: من مبادئ التنقيف الصحي الناتج من الارتباط الدائم بالتدريب بشتى أنواعه ، و خاصة التدريب الذاتي ، و الإشراف في الدورات المختلفة ، و إقامة الندوات المتخصصة ، فالتدريب إضافة و تجديد ، و استفادة من منجزات العصر الذي نعيش فيه ، و من خبرات العالم من حولنا ، و من البديهي أن تكون الدورات التدريبية مبرمجة سلف ، و أن تتناول التخصصات الدقيقة في مجال التنقيف الصحي ، فهناك جزئيات في التنقيف الصحي تحتاج إلى مزيد من الفهم و التعمق ، فضلا عن أن هذه الدورات يجب اختيار موضوعاتها بمشاركة الكوادر التدريبية ، و بعض رجال الإعلام ، و الدارسين الاجتماعيين و التربويين و غيرهم.

ثاني عشر - صفات المتقف الصحي : المتقف الصحي هو العامل الأساسي في نجاح نشاط التنقيف الصحي و بلوغه الأهداف المرجوة ، و لهذا كان الاهتمام بتأهيله و تدريبيه و دعمه و تيسير السبل أمامه حتى ينجح في مهمته.

و من أهم صفات المتقف الصحي :

- أن يكون قدوة في سلوكه و تصرفاته.
- أن يتميز بمظهر خارجي لائق.

- أن يكون قادرا على التعبير اللغوي السليم الواضح.
- أن يفهم طبيعة الجمهور المتلقي و إمكاناته ، و أن يتعاطف معه.
- أن يكون مقبول الحركات و الإشارات دون مبالغة.
- أن يتميز بالنزاهة و الحياء.
- ألا يبدي الضيق أو التذمر أو التوتر ، و يفسح صدره لأسئلتهم و ملاحظتهم.
- ألا يتعالى أو يتأفف.
- أن يبدأ بداية جذابة تشد المتلقي ، و أن ينهي عمله و الناس متشوقون للمزيد ، فلا يسترسل حتى يملوه و يبدوون بالانصراف عنه.
- أن يعامل الجميع كإخوة و أصدقاء و أحماء حتى يكسب حبهم و ثقتهم.
- ألا يكون الحديث من طرف واحد (أي منه هو) عند اللقاء الجماعي ، بل لا بد أن كامل الفرصة ليعبروا عن ذاتهم.
- أن يحتفظ بعلاقات ودية مع عدد منهم خارج النشاط و بصفة تكاد تكون دائمة ،..... العلاقات الشخصية ، تفت القلوب ، و تساهم في إنجاز العمل.
- أن يكثر الحديث عن مظاهر الحياة الصحية السليمة و روعتها ، أكثر من الحديث عن الأمراض و همومها ، و أن يفتح باب الأمل دائما ...

(الكيلاني.نجيب:2012.8-15)

7-كيفية إعداد برنامج التنقيف الصحي :

تتمثل خطوات إعداد برنامج تنقيف صحي فيما يلي:

أولا : تحديد المشاكل الصحية على مستوى المدرسة.

ثانيا : تحديد المشكلة الصحية ذات الأولوية.

ثالثا : صياغة المشروع الصحي.

رابعا :تقييم المشروع الصحي.

أولا : تحديد المشاكل الصحية على مستوى المدرسة

يمكن معرفة المشاكل الصحية في المدرسة عن طريق المصادر التالية :

- الوحدة الصحية المدرسية و القطاعات الصحية الأخرى.
- الملاحظة و المشاهدة.
- الاستبيانات.
- السجلات و الوثائق و الإحصاءات.
- المقابلة الشخصية.

ثانيا :تحديد المشكلة الصحية ذات الأولوية

ترتب المشاكل الصحية تبعا للأولوية طبقا للتالي :

- درجة الخطورة (الآثار الناجمة عن المشكلة سواء اجتماعية ، اقتصادية ، نفسية ، تربوية).
- حجم المشكلة (مدى انتشارها).
- سهولة الوقاية منها و توفير العلاج .
- درجة التأثير على تغيب الطالب و تحصيله الدراسي.
- الموارد المتاحة و الخدمات القائمة.
- اهتمام المجتمع و مطالبته بحل المشكلة و استعداده للدعم.

- إمكانية التدخل الصحي و مدى النفع العائد من حلها.
- حلها يساعد على حل مشاكل أخرى مع زيادة عدد المستفيدات.

ثالثا : صياغة المشروع (البرنامج) الصحي

- اسم المشروع : اختيار اسم مختصر و معبر و يتلاءم مع المشكلة الصحية.
- شعار المشروع : تصميم شعار مبسط يعبر عن مضمون المشروع.
- الفئة المستهدفة : و يقصد بها تلك الفئة التي يوجه لها هذا المشروع لتحقيق الأثر المتوقع.
- وضع الهدف العام (الغرض) : يقصد به الغاية النهائية العامة للمشروع و يصاغ بجمل محددة تعبر عن التغييرات التي سيحدثها المشروع (زيادة ، نقص ، خفض ، تحسين) و هذا الهدف يرتبط بالحالة الصحية للفئة المستهدفة.
- وضع الأهداف (التفصيلية) : هي أهداف محددة يتم العمل على تحقيقها و تؤدي جميعها إلى تحقيق الهدف العام. و تتصف بالخصائص التالية: محددة، واضحة ، سهلة و قابلة للقياس.

قاعدة كتابة الهدف التفصيلي :

فعل يمكن قياسه + الخبرة التعليمية (معارف ، مهارة ، سلوك ، تحفيز ، مشاعر ، ...) + الفئة المستهدفة

- تحديد أنشطة المشروع : تعتمد على نوعية الأهداف ، البدء بالأهداف التفصيلية و تحليل كل هدف إلى نشاط/أنشطة بحيث تتوافق مع الإمكانيات و الموارد المتاحة.
- خطوات التنفيذ : بعد وضع الخطة تأتي مرحلة التنفيذ و نعني بذلك التفاصيل الدقيقة لتنفيذ المشروع بحيث يحدد نوعية الأنشطة المختلفة و تواريخ البدء و الانتهاء منها مع وضعها في تسلسل منطقي و مترابط (داخل الفصل ، داخل المدرسة ، خارج المدرسة) مع تحديد من

يقوم بها بحيث تكون كل مجموعة مسئولة عن تنفيذ نشاط معين و تحديد الزمن المحدد و الموارد المطلوبة.

رابعاً : تقييم المشروع الصحي :

و نهدف من خلال التقييم إلى :

1. معرفة ما تم إنجازهُ و ما تم تحقيقه من أهداف.
2. معرفة الصعوبات و المعوقات.
3. الحصول على معلومات و تطوير المشروع.

كيفية التقييم :

- تحديد نسبة التغطية (عدد المستفيدات ÷ عدد المستهدفات) $\times 100$.
- قياس مدى التغيير المعرفي لدى الفئة المستهدفة (استبانة قبلية و بعدية).
- استقصاء آراء المحيطين بالفئة المستهدفة ، و المشاركات في تنفيذ البرنامج.
- استقصاء لآراء المحيطين بالفئة المستهدفة ، و المشاركات.
- الإجراءات المتبعة في تنفيذ البرنامج.
- الملاحظات الشخصية.

(الجشي ، نادية :2014. 25)

و منه فالنتقيف الصحي هو طريق يسلكه المتقف الصحي و لهذا الطريق معالم ينبغي أن يسترشد

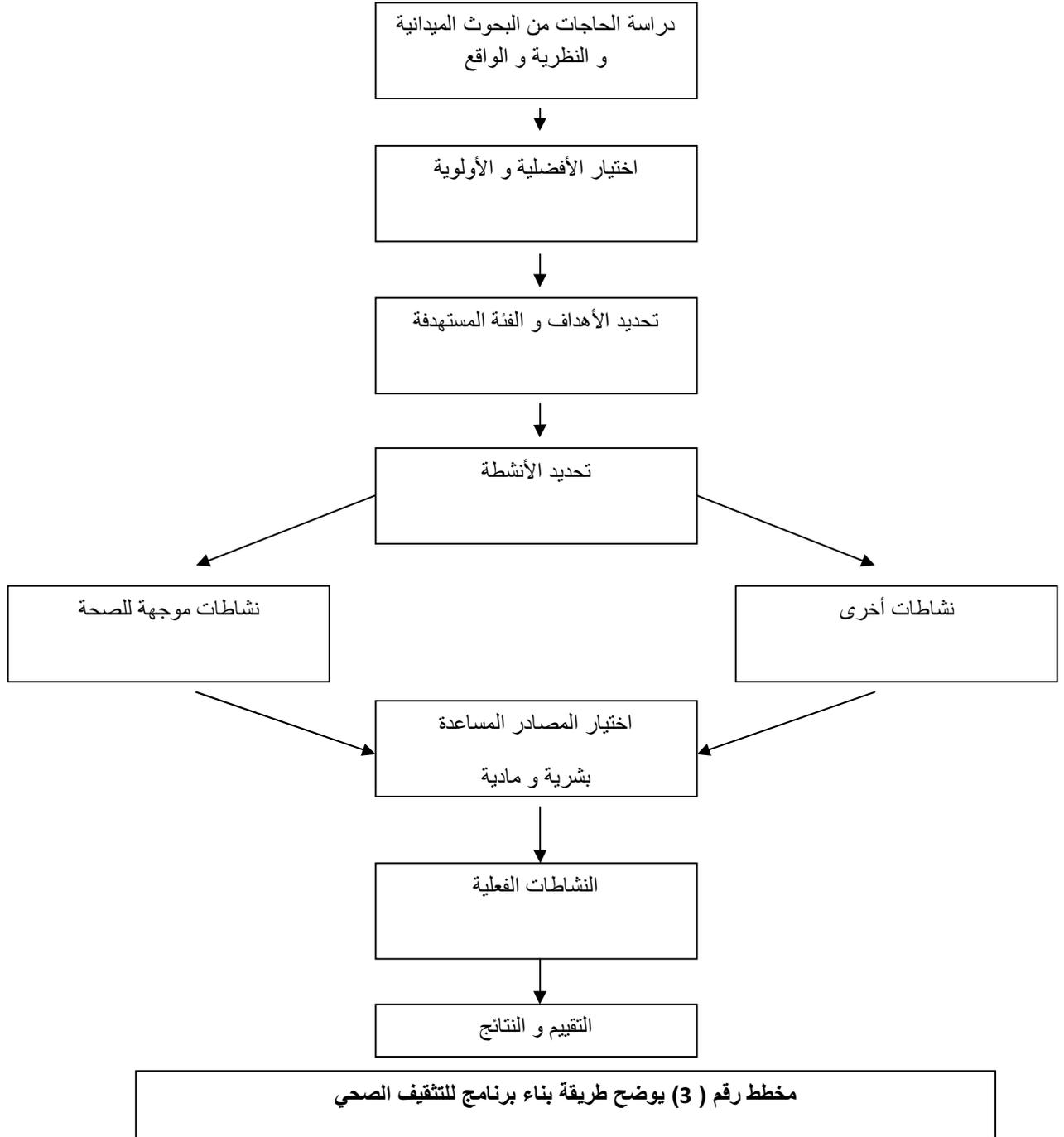
بها المتقف و صولا إلى غايته الأسمى و المتمثل في تغيير السلوكيات الصحية و من هذه المعالم :

- الاهتمام :لا يرحب الأفراد بسماع ما لا يهمهم لذلك يجب أن يقوم المتثقف الصحي على أساس ما يشعرون من احتياجات و في مختلف المناسبات يوجههم من يقوم بالتنقيف الحي للتعرف على هذه الاحتياجات قبل بدء معالجتها.
- المشاركة:و تقوم على أسس التعلم الإيجابي في مختلف وسائله مثل مناقشات المجموعة _ اللقاءات و الندوات.
- المعلوم و المجهول :يجب أن يبدأ التنقيف الصحي مما هو معلوم لدى الأفراد ثم يتدرج لما هو مجهول لديهم لإمدادهم بالمعلومات اللازمة و بهذه الطريقة تبنى المعلومات بطريقة نظامية تمكن المجتمع من تكوين نظرة عميقة لمشاكلهم الصحية.
- الإدراك :ويعني مساعدة من يتعلم على فهم ما تقوله و يعتمد ذلك على درجة تعليم المتلقي و قدرة من يقوم بالتنقيف على مخاطبته .
- الإصرار : يعني تكرار المعلومات في نفس الجلسة أو الجلسات التالية.
- التشجيع :و هو خلق الرغبة لدى الفرد للتعلم عن طريق الحوافز مثل : المديح ، الحب ، التفاس ، المكافآت و التقدير.
- التعلم بالعمل :عادة بترك بصمات واضحة و يؤدي للتعلم الذاتي بالخطوات الصحية نحو العمل الإيجابي.
- التربة و البذرة و من يزرعها :التربة هي الأفراد و البذرة هي الحقائق الصحية و من يزرعها هو من يقوم بالتنقيف و كل هذه المكونات تؤثر على الناتج و لن يكون التنقيف الناتج المرغوب إلا بعد الربط الجيد بين هذه المكونات الثلاثة و بصورة مرضية.
- العلاقات الإنسانية الطيبة :إن الصفات الشخصية للقائم بالتنقيف الصحي هي أكثر أهمية من مؤهلاته الفنية ، فمن الضروري تقبل الأفراد له كصديق يتقون به.

- القيادات : يتعلم الأفراد أكثر ممن يكون الاحترام و التقدير لذلك يجب على القائم بالتنقيف الصحي محاولة الوصول للمجتمع عن طريق مختلف القيادات.

(demarteau, Michel ; 1991)

المخطط التالي يوضح طريقة تصميم برنامج للتنقيف الصحي :



8- إعداد المتقف الصحي :

المتقف الصحي هو في الغالب في أقسام الاجتماع و الخدمات الاجتماعية ، كما قد يكون من فئات أخرى:

- لدرائتهم بطبيعة المجتمع و الظواهر الاجتماعية و العوامل المؤثرة في حركة المجتمع.
- لرغبتهم في امتهان التنقيف الصحي كعمل.
- للتحصيل العلمي خلال سنواتهم الدراسية في شتى المراحل.

و مجالات العمل بالنسبة لهؤلاء المتدربين مجالات واسعة تشمل :

- مراكز رعاية الطفولة و الأمومة.
- المدارس.
- مراكز الرعاية الصحية الأولية.
- المستشفيات بمختلف أقسامها :
- أقسام الولادة و توعية الأم بالرضاعة الطبيعية مثلا و التطعيمات ، و كل ما يتعلق بالطفل.
- أقسام الباطنية ، حيث الغذاء المناسب لكل مرض طبقا لإرشادات الطبيب ، و السلوكيات المناسبة ، و الأنشطة المناسبة أيضا لكل حالة.
- أقسام الأطفال.
- أقسام الجراحة.

- أقسام العلاج الطبيعي.
 - أقسام القلب ، و ما يتعلق بالوقاية من أمراض القلب و مضاعفات.
 - أقسام الأمراض الجلدية.
 - أقسام العيون.
 - أقسام الأمراض المعدية.
 - أقسام الأسنان.
 - أقسام الصيدلة ، و التوعية الخاصة ب الدواء.
 - الزيارات المنزلية.
 - القوافل الثقافية (و عرض الأفلام و الوسائل التوضيحية) في الحملات الصحية العامة.
 - الجمعيات النسائية ، و بعض جمعيات النفع العام مثل :
 - المساهمة في النشاطات الصحية بوسائل الإعلام المختلفة.
 - برامج التحصين الموسع.
 - المشاركة في عمل المسوح و الدراسات الميدانية ذات الأهمية و الاستفادة من نتائجها في معرفة أولويات المشكلات الصحية ، و التركيز عليها.
 - و غير ذلك من المجالات الأخرى و المناسبات المحلية و الإقليمية و العالمية .
- أما عن محتويات المنهج التدريبي الخاص بالمتقف الصحي:**

أولا :المنهج النظري :

يشتمل المنهج النظري الذي يقدم كمحاضرات كالاتي :

1- تعريف و تحديد مفهوم التنقيف الصحي علميا و عمليا ، و ذلك على ضوء مفهوم « السلامة »

أو « الصحة » حسبما وضعته منظمة الصحة العالمية :

2- وسائل التنقيف الصحي مثل :

- المحاضرات و الندوات و مواصفاتها.

- الحديث المباشر.

- البرامج الإذاعية و التلفزيونية.

- النشرات و الملصقات و مواصفات كل منهما.

- الفنون و استخدامها في التنقيف الصحي.

- الاستفادة من النصوص الدينية.

- الأخبار و التحقيقات الصحفية.

3- كيفية اختيار الموضوع المناسب ، و أسلوب تناوله.

4- تحديد الهدف الأساسي من التوعية ، و كذلك الأهداف الفرعية الأخرى.

5- الحرص على تأكيد المشاركة الاجتماعية في عملية التوعية الصحية و كيفية ذلك.

6- أهمية العمل على وضوح « الفكرة » ، و تيسير المعلومات ، تجنباً للالتباس ، و عدم وضوح

الرسالة.

7- معرفة واقع المتلقي حتى يمكن التعامل معه بحكمة و بالأسلوب الذي يناسبه.

8- المرونة في وضع البرامج ، لأن طبيعة المجتمع ، و مستوياته الثقافية و قطاعاته الإنتاجية

المختلفة ، و تفاوت الأعمار ، و الاهتمامات ، و تنوع المشكلات الصحية ، تقتضي ألا نضع

برنامجاً واحداً و إنما عدداً من البرامج.

9- طبيعة الفئة المستهدفة فمثلاً يمكن وضع مثل هذه البرامج :

- برامج للأطفال تتناسب و مستواهم الفكري و العمري.
 - برامج توعية للأمهات.
 - برامج لطلبة المدارس.
 - برامج للمسنين.
 - برامج للمعوقين.
 - برامج للصحة النفسية.
 - برامج لصحة البيئة.
 - برامج لصحة الأسنان.
 - برامج للمرضى المزمنين ... إلخ.
- 10- التنسيق مع الجهات المعنية الأخرى ، و معرفة اهتماماتها و برامجها
- 11- طريقة الاستجابة السريعة للأحداث الصحية الطارئة.
- 12- إجراء الدراسات و الأبحاث وذلك :
- لاكتشاف المشكلات الصحية و أسبابها و طريقة التصدي لها.
 - و لمعرفة مدى نجاح البرامج الموضوعه مسبقا و ما تحقق منها و مدى احتياجها للتطوير و التعديل.
- 13- استمرارية التدريب الذاتي التنشيطي ، و توفير المواد و الأدلة العلمية اللازمة لذلك ، فالمتقف الصحي لا يعتمد فقط على ما يسمعه و يمارسه من تطبيقات ، و إنما يجب أن يكثر من الإطلاع و القراءة في الموضوعات التي ترتبط بعمله.

14- صفات المثقف الصحي ، التي يجب اكتسابها بالتعلم و المران و الصقل و هذه الصفات ضرورية ، و في غاية الأهمية ، و ذات صلة وثيقة بالنجاح الذي ننشده من وراء عملية التثقيف الصحي.

15- وسائل التأثير المختلفة ، و الاستفادة من فعاليتها.

16- جدول المحاضرات النظرية.

هذه المحاضرات تتركز على الموضوعات الأساسية و الرئيسية التي يحتاج المثقف الصحي إلى فهمها و هضمها هضمًا جيدًا حتى يستطيع طرحها بوضوح ، و يكون على استعداد للإجابة على أي استفسار أو سؤال بشأنها.

و يضم الجدول التالي الموضوعات المهمة ، و هي قابلة للإضافة :

-الجدول رقم (1) يوضح الموضوعات المهمة للتثقيف الصحي. (الاتحاد الدولي لمرض السكري،4)-

الرقم المسلسل	الموضوع	المفردات
1	التغذية	- الغذاء الصحي المتوازن. - دور العناصر الغذائية المختلفة. - أهمية الفيتامينات و الأملاح. - الغذاء الصحي للطفل. - الرجيم (أو النظام الغذائي لأصحاب الأمراض المزمنة مثل مرضى السكر و الضغط و القلب و الكبد و الكلى ، و بعض الأمراض الأخرى كمرضى القرحة و

<p>القولون و البدانة و النحافة... إلخ)</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - تعريفها. - أسباب العدوى. - مصادر العدوى. - الأعراض العامة و العلامات. - الوقاية من الأمراض المعدية ، مع التركيز على أمراض الطفولة و التطعيمات - و غذاء مرضى الحميات... إلخ 	<p>الأمراض المعدية</p>	<p>2</p>
<ul style="list-style-type: none"> - السكر. - القلب و الضغط و تصلب الشرايين. - الصحة النفسية و اضطراباتها. - وباء الحوادث. - أهمية النواحي الوقائية بالنسبة لذلك. 	<p>أمراض العصر الحديث</p>	<p>3</p>
<ul style="list-style-type: none"> - دور الأم في ذلك. - رعاية الأمومة و الطفولة. - المسكن الصحي. - المسكن الآمن. - الحيوانات المنزلية. 	<p>صحة الأسرة</p>	<p>4</p>

<ul style="list-style-type: none"> - النظافة الشخصية و نظافة المأكل و المشرب و الملابس. - الوقاية من أمراض السرطان. 		
<ul style="list-style-type: none"> - أهمية التطعيم و فائدته. - أنواع الطعوم الموجودة بالوزارة و مواعيد إعطائها. - عدم الخوف من مضاعفاتها الجانبية. - دور التطعيمات في الوقاية من العاهات و المضاعفات. - نجاح برنامج التحصين الموسع. 	<p>برنامج التحصين الموسع</p>	<p>5</p>
<ul style="list-style-type: none"> - الأسنان اللبنية و أهمية الحفاظ عليها. - أسباب نخر الأسنان. - تشوهات الأسنان و أسبابها. - الوقاية من أمراض الفم و الأسنان. - أهمية نظافة الأسنان و استعمال الفرشاة. 	<p>صحة الفم و الأسنان (نظرا لارتفاع معدل تسوس الأسنان)</p>	<p>6</p>
<ul style="list-style-type: none"> - خطورة هذا التلوث على الصحة. - أساليب الغواية. - رعاية الشباب و الصبية من هذا الخطر. - دراسات و إحصائيات عن هذه المواد الضارة. - التدخين السلبي و خطره على الآخرين. 	<p>المخدرات و المسكرات و التدخين</p>	<p>7</p>
<ul style="list-style-type: none"> - بروز موضوع البيئة بشدة في الفترة الأخيرة. - ما المقصود بالبيئة. - الأخطار التي تهدد البيئة. 	<p>الصحة البيئية</p>	<p>8</p>

<ul style="list-style-type: none"> - الأمراض التي تتجم عن ذلك. - الحفاظ على البيئة ، و الوقاية من الصحية التي تسببها. - التربية البيئية في المدارس. 		
<ul style="list-style-type: none"> - الإسعافات الأولية ضرورة في هذا العصر. - أنواع الإسعافات الأولية. - التدريب على الإسعافات الأولية. - تجنب الموروثات الخاطئة في الإسعافات الأولية. 	الإسعافات الأولية	9
<ul style="list-style-type: none"> - ما هي العقاقير الطبية. - آثارها الجانبية. - سوء استخدامها. - أهمية استشارة الطبيب. - ترشيد استهلاكها. - ضوابط الجرعات الدوائية. 	الدواء و العقاقير الطبية	10
<ul style="list-style-type: none"> - ارتفاع نسبة الحوادث و مضاعفاتها. - لماذا تحدث الحوادث ؟ - حوادث المنزل - الشارع - المدرسة من حرائق و اختناقات و كهرباء، و حوادث الغرق و الملاعب...إلخ. 	الحوادث	11

<ul style="list-style-type: none"> - ارتفاع معدل الإعاقة. - أسباب الإعاقة. - الوقاية من الإعاقة. 	<p>المعوقون</p>	<p>12</p>
<ul style="list-style-type: none"> - أهم أمراض الشيخوخة. - رعاية المسنين منزليا و في المؤسسات. - سياسة الوقاية و الترويح و الانفتاح. 	<p>رعاية المسنين</p>	<p>13</p>
<ul style="list-style-type: none"> - تحديد هذه الممارسات. - كيفية التخلص منها بالأسلوب المقنع. - وضع الطب الشعبي في مكانه الصحيح. - القضاء على الخرافات و الشعوذات. 	<p>العادات و التقاليد المنافية للصحة</p>	<p>14</p>
<ul style="list-style-type: none"> - أهمية الرياضة و تأثيرها على الجسم. - تنوع الرياضة تبعا لمرحل العمر. - الرياضة في حالة الصحة و حالة المرض. 	<p>الرياضة و الصحة</p>	<p>15</p>
<ul style="list-style-type: none"> - طبيعة سن المراهقة. - المخاطر الصحية التي يتعرض لها الشباب. - الوقاية من الأمراض الصحية التي تهدد الشباب. 	<p>مشكلات الشباب الصحية</p>	<p>16</p>
<ul style="list-style-type: none"> - الإنهاك الحراري. - الانهيار الحراري. - العوامل التي تؤدي إلى ذلك و طريقة الوقاية من أمراض الإصابة بالجو الحار. 	<p>أمراض الإصابة بالجو الحار</p>	<p>17</p>

18	أمراض الشتاء	<ul style="list-style-type: none"> - معدية و غير معدية. - سبب الحدوث. - أساليب الوقاية.
19	أمراض الحساسية	<ul style="list-style-type: none"> - أسبابها و كيف تحدث. - ما الدور الوقائي الذي يؤديه الفرد ؟ - خطورة الحساسية للدواء.
20	الاستفادة من الخدمات الصحية بأسلوب سليم	<ul style="list-style-type: none"> - الحفاظ على المؤسسات الصحية واجب وطني. - معرفة طرق التعامل مع هذه المؤسسات. - وسائل التسجيل الصحي. - أهمية حسن التعامل مع العاملين في هذه المؤسسات و الثقة بهم. - التأكيد على حرص الهيئة الصحية على كتمان أسرار المرضى.

ثانيا : المنهج العملي:

1- التدريب على أهم الإسعافات الأولية.

2- زيادة مراكز رعاية الأمومة و الطفولة ، و مراكز الرعاية الصحية الأولية. لمشاهدة الممارسة

العلمية للتنظيف الصحي و المشاركة فيها.

3- زيارة أقسام المستشفيات لرؤية ما درسوه نظريا في كل قسم من الأقسام.

- 4- زيارة مراكز المعوقين و المسنين تحت إشراف الفنيين.
- 5- عرض خاص للمتدربين ليشاهدوا بعض الأفلام الصحية التي تعالج قضايا صحية مختلفة.
- 6- حضور بعض المحاضرات و الندوات الخاصة بالتنقيف الصحي .
- 7- زيارة الإذاعة و التلفزيون لمعرفة كيفية إعداد البرامج الصحية.
- 8- توزيع النشرات و الكتيبات و الملصقات الصحية عليهم كنماذج يجب الاسترشاد بها.
- 9- عرض خاص لنماذج من الرسائل التلفزيونية القصيرة ، و الرسائل الإذاعية ، و كذلك عرض بعض حلقات سلامتك المتوفرة لدى الوزارة.
- 10- التدريب على استبيان مبدئي عن بعض الموضوعات المهمة مثل :
- معدل الرضاعة الطبيعية.
 - أسباب الحوادث (بقسم الحوادث)...
- 11- تكليفهم بعمل بعض الوسائل التثقيفية الممكنة ، و مراجعتها لهم ، و إبداء الملاحظات على الشكل و المضمون مثل :عمل رسم يصلح بملصق ، أو بطاقة خاصة (في المناسبات) أو إعداد نشرة مطوية ...
- 12- الاشتراك فعليا في برنامج إذاعي معد سلفا و تعويدهم الوقوف أمام الميكروفون ، و لقطات تلفزيونية قصيرة في بعض الأركان الصحية لمعرفة مدى استيعابهم و كفاءتهم.
- (الاتحاد الدولي لمرض السكري، 12)
- 9- مفاهيم متعلقة بالتنقيف الصحي :

9-1- الصحة :

يعد مفهوم الصحة من المفاهيم الهامة التي تعني العديد من المعاني و تحمل الكثير من الاتجاهات ، و لقد زاد الاهتمام بالصحة في تعريفها بطرق مختلفة تعكس كل منها توجهها نظريا معينا ، و يمكننا أن نحدد بعض هذه التعريفات:

فقد عرف البعض الصحة على أنها حالة التوازن النسبي لوظائف أعضاء الجسم ، و يبدوا واضحا هذا التعريف يقوم على إبراز الجانب الفسيولوجي للجسم كمحدد رئيسي للوضع الصحي للفرد ، و يغلب هذا الاتجاه عند الأطباء.

الصحة هي غياب المرض الظاهر و خلو الإنسان من العجز و العلل و يعتبر هذا المفهوم عن الصحة أكثر شيوعية لدى عامة الناس حيث يحكم على المستوى الصحي من خلال سلامة الجسم و خلوه من الإصابات.(عبد العزيز ، مفتاح:2010. 44)

و قد عرفها العالم نيومان (*Newman*) أنها عبارة عن حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم ، و حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها.(الشاعر ،عبد المجيد و اخرون :2001. 35)

و من التعريفات الرائدة التي تقوم على فكرة الشمولية ، تعريف منظمة الصحة العالمية OMS "إن الصحة حالة السلامة و الكفاية البدنية و العقلية و الاجتماعية و ليست مجرد الخلو من المرض أو العجز . (يخف ، عثمان: 2001 . 4-5)

و يغلب على تعريف منظمة الصحة العالمية ، الجانب التنموي و الإنساني باعتبار الصحة حقا من حقوق الإنسان الأساسية ، و بالتالي هو هدف تسعى لتحقيقه و إنجازة كل المجتمعات في العالم.

(عبد العزيز ، مفتاح : 2010. 46)

وقد حاول الباحثون و المنظرون في الدراسات النفسية و العلوم الصحية تقديم عدة تصورات نظرية للصحة مما ساعد على بلورة مفهوم الصحة و تعريفه إجرائيا و تطويره نظريا ، و في هذا السياق توصل وايلي (1970) Wylie إلى تحديد اتجاهين رئيسيين في استخدام مفهوم الصحة هما :

1-1- مفهوم " مفتوح " للصحة : Open-Endedconcept

الذي ينظر إلى الصحة نظرة مثالية بمعنى أن الصحة حالة مثالية يسعى الناس إلى تحقيقها لا يتم إلا جزئيا و بالتالي ليست بحالة يتوقع الناس تحقيقها كليا.

1-2- مفهوم مطاطي للصحة : Elastic Concept

ينظر إلى الصحة على أنها القدرة أو الكفاءة على مواجهة تحديات الحياة و التكيف معها ، و كذلك القدرة على التفاعل الفعال و الإيجابي مع البيئة المحيطة و التوافق معها.

و يورد بندر (1982) Pendre من جهته أنه يمكن تصنيف مفاهيم الصحة إلى ثلاثة أنواع مختلفة و هي كالتالي :

(1) مفهوم تحقيق الذات: هذا التصور أو النموذج للصحة يقترح مفهوما للصحة يغلب عليه الطابع المثالي ، بحيث أن الفرد وصل إلى درجة قصوى من الطاقة و القوة سيحقق ذاته و ذلك من خلال حالته الصحية المتميزة.

(2) مفهوم الاستقرار : هذا التعريف للصحة يركز على قدرة الفرد على مواجهة مطالب الحياة و يرى أن حالة الفرد تحددها قدرته التوافقية و تكيفه الداخلي و الخارجي ، أي مع البيئة المحيط به.

3) أمل التصور الثالث للصحة فيشمل بعدي الاستقرار و تحقيق الذات ، و ينظر إلى الصحة على أنها حالة من تحقيق الذات القدرة على الحفاظ على الاستقرار من خلال التوافق الشخصي و الاجتماعي . (بخلف ،بخلف: 2001 ، 7-8)

9-2- السلوك المتعلق بالصحة :

لقد أثبتت العديد من الأبحاث و الدراسات في مجالات مختلفة مثل: علم نفس الصحة ، الطب السلوكي ، علم الأوبئة السلوكية ... أن العوامل السلوكية دورا رئيسيا في نشأة الأمراض و تطورها ، فجهل الأفراد للعلاقة الموجودة بين المشكلات الصحية من جهة و نمط السلوك من جهة أخرى يؤدي إلى تعريضهم لمخاطر صحية مستقبلية.

لذا فأهم مواضيع علم نفس الصحة هي أسلوب حياة الفرد و أنشطته اليومية و طريقتة في تفسير الأحداث و سلوكياته المتعلقة بالصحة، فمثلا أمراض القلب تعد أحد الأسباب الأولى للوفاة في العالم لذا يتم دراستها من طرف علم نفس الصحة لتغيير أسلوب الحياة و سلوكيات الأفراد المؤدية إلى هذا المرض. (عبد الخالق ،أحمد: 2006. 8).

و السلوكيات المتعلقة بالصحة تضم كل من السلوكيات الصحية : و هي السلوكيات السليمة الرامية لتحقيق الصحة كما تضم سلوكيات الخطر و هي السلوكيات التي يفرز عنها المرض.

9-2-1- السلوك الصحي :

يعد تعريف (Coll et Kasl) 1966 من أشهر تعاريف السلوك الصحي " كل نشاط يقوم به الفرد الذي يعتقد أنه معافى لغرض الوقاية من المرض أو اكتشافه من قبل ظهور أعراضه. (Fischer ,Gustave-nicolas 2002. 6)

يعرفه (Ferber) 1979 على أنه مفهوم جامع لأنماط السلوك و المواقف كلها القائمة على

الصحة و المرض و على استخدام الخدمات الصحية. (رضوان ،سامر الجميل.شركة ،كوندار 2010)

و السلوكيات الصحية مجموعة من التصرفات التي ننخرط فيها بشكل قصدي لتحقيق الصحة الجيدة أو

الحفاظ عليها أو لتحسينها إضافة إلى التصرفات التي نقوم بها لنقي أنفسنا من الأمراض ، و السلوك

الصحي هو التصرف المؤدي إلى تأثير ايجابي أو سلبي على صحة الفرد. (رودهام ، كارين: 2009، 24)

و قد حدد كل من (Breslou et Belloc) سبع سلوكيات صحية :

1. النوم لمدة 07-08 في اليوم.
2. عدم التدخين.
3. تناول الإفطار كل يوم.
4. عدم تناول الكحول أكثر من مرة أو مرتين في اليوم.
5. ممارسة الرياضة بشكل منتظم.
6. تجنب الأكل بين الوجبات.
7. تجنب حدوث زيادة في الوزن تزيد عن 10 % عن الحد المطلوب.

أما العادة الصحية فهي ما يؤديه الفرد بلا تفكير أو شعور نتيجة كثرة تكراره من سلوكيات صحية.

9-2-2- سلوك الخطر :

سلوكيات الخطر يعرفها (Matarrazzo) 1984 بأنها سلوكيات ممرضة و تزيد احتمال الإصابة

بالمرض : التدخين ، شرب الكحول ، الاستهلاك الكبير للمواد الدسمة و السكر ...

(Branchon –Schweitzer ;2002. 29)

كما تعني وضع الذات في خطر ، خطر فسيولوجي للجسم أو الصحة (جروح ، مرض أو موت) و أيضا خطر نفسي و هذه الأخطار تختلف حسب درجة خطورتها ، و يمكن أن تكون منخفضة كما يمكن أن تؤدي إلى نتائج خطيرة جدا.

بعض سلوكيات الخطر :

- البدانة : و هي المسببة لأمراض السكر ، ارتفاع ضغط الدم الأساسي ن الربو ...
- شرب الكحول : يسبب تشمع الكبد.
- التدخين : يسبب السرطان.
- الضغط النفسي : يسبب أمراض القلب ، و الأوعية الدموية.

9-3- أسلوب الحياة الصحي (نمط الحياة الصحي) healthy life style :

أسلوب أو نمط الحياة مفهوم يستند على فكرة أن الناس لديهم عموما نمط سلوكي في حياتهم اليومية كعادات العمل الترفيه الحياة الاجتماعية.

يمكن الحكم على أن نمط الحياة للفرد صحي و ذلك بتحديد نشاطه اليومي حيث يكون هذا النشاط متوازن أي " حياة متوازنة " باختيار من الفرد فنمط الحياة مزيج من الاختبارات و الفرص و الموارد.

يقدم (Rutten) 1995 مجموعة من المفاهيم لتوضيح مفهوم النمط الصحي :

- الظروف المعيشية (الموارد).
- سلوك الحياة (السلوكيات النموذجية).
- نمط الحياة (جميع النماذج من سلوك الحياة).
- فرص الحياة (احتمال وجود هيكلية بين أسلوب الحياة و موقعها).

وفقا لـ (Shields) 1992 نمط الحياة مجموعة من السلع الاستهلاكية بما في ذلك مدونات السلوك الرمزي الحلي للأذواق العصرية.

تعريف OMS لنمط الحياة : أنماط السلوك هي التكيف المستمر في أعقاب تطور الظروف الاجتماعية و البيئية ، مع القيام بتدابير لتحسين الصحة من خلال تمكين الناس لتغيير نمط الحياة ليس فقط للفرد بل أيضا على الظروف الاجتماعية التي تساهم في نمط الحياة.

تعريف OMS يبين أنه لا وجود للحياة للأمتل و أنه هناك عوامل كثيرة تحدد نمط الحياة المناسب : نمط الغذاء ممارسة الرياضة استخدام الكحول.

إذن نمط الحياة الصحي " ممارسة السلوكيات المساعدة على التكيف مع تحديات و ضغوط الحياة دون اللجوء إلى سلوكيات الخطر".

و يختلف نمط الحياة حسب الجنس مراحل الحياة الثقافة الجغرافيا الموارد...

و المفهوم الجديد لنمط الحياة الصحي يشمل العوامل ذات الصلة بالشخص و المجتمع و الاعتماد المتبادل بينهما. ليصبح نمط الحياة الصحي " السعي لإيجاد توازن معقول بين تعزيز الدولة لصحة الفرد و الصحة و رفاه الآخرين و صحة المجتمع . (Lyons 2000,13-21)

نمط الحياة الصحي يساعد الفرد على الاستمتاع بالمزيد من جوانب حياته كما يصبح الفرد قدوة لبقية أفراد أسرته و المحيطين به .

و أهم ما يميز النمط الصحي :

- الإقلاع عن التدخين : أحد المخاطر على الجهاز التنفسي و القلب و الأوعية لذا فهو أحد مخاطر الصحة للجميع.

- ممارسة نشاط بدني :من أهم ما يحتاجه الفرد للبقاء بصحة جيدة و لياقة عالية.
- الأكل الصحي :من المهم أن يكون كل ما نتناوله صحيا.
- الإقلال من شرب الكحول : الزيادات في كميته يزيد من عدة أخطار صحية.

(OMS 1998)

أما الجوانب التي يؤثر عليها نمط الحياة فهي:

- صحة المخ و القلب :هناك عدة عوامل تتعلق بنمط الحياة و يمكن التحكم بها للحفاظ على صحة المخ و القلب لدى الإنسان. مثل :ممارسة الأنشطة الذهنية الاجتماعية و التدريبات و الابتعاد عن التدخين.
- معالجة بعض الأمراض : أصبح نمط دور الحياة مهما في علاج الأمراض ، فمثلا عند تناول الوجبات الصحية مثل الفواكه و الخضروات و البقوليات و الحبوب و المشي يوميا لمدة نصف ساعة و التأمل يساعد على التخفيف من الإصابة بسرطان البروستات.
- السمنة : يلعب نمط الحياة الشخصي دورا مهما في زيادة الوزن ، حيث إن الجلوس لفترات طويلة ، و عدم ممارسة الأنشطة الرياضية و تناول الوجبات ذات السعرات الحرارية يؤدي بشكل مباشر إلى السمنة.
- العقم : إن الانفعالات النفسية و أسلوب التغذية و الثياب غير المناسبة يؤثر على إمكانية الإنجاب لدى الزوجين.
- السلوك : إن البيئة و النمط الذي يعيش فيه الإنسان يؤثر بشكل مباشر على سلوكه. فمثلا :سكان المدن و القرى يختلفون في طريقة سلوكهم و تصرفاتهم نتيجة للمكان الذي ينتمون إليه.

9-4- الوعي الصحي :

تعرفه ناهد عبد الفتاح (2000) بأنه " القدرة على ترجمة المعلومات الصحية إلى سلوكيات صحية سليمة في المواقف الحياتية التي يتعرض لها ، و التي من خلالها يستطيع المحافظة على صحته في حدود الإمكانيات المتاحة " . (سليمانى ، جميلة: 2015).

إن الوعي الصحي إمام الناس بالمعلومات و الحقائق الصحية و إحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم و صحة غيرهم.

بناء على ذلك فإن الوعي الصحي هو المعرفة و الفهم و تكوين الميول و الاتجاهات لبعض القضايا الصحية المناسبة للمرحلة العمرية بما ينعكس إيجابا على السلوك الصحي اليومي.

ولا يقتصر الوعي الصحي على جانب معين من الأمور المتصلة بالصحة ، و لكن الوعي يتسع مجاله ليشمل كافة العناصر و التي هي ضرورية لكي يكون الإنسان يتمتع بصحة جيدة ، و هذه العناصر متداخلة بشكل يصعب فصلها ، لأنها متشابكة بطبيعتها و يؤثر بعضها في الآخر ، و لكن ذكرها على شكل عناصر قد يكون أكثر توضيحا :

أولا : الصحة الشخصية : و تشمل البيئة المنزلية الصحية ، و النظافة الشخصية ، و التغذية الصحية. و يشمل هذا المجال النظافة و المشاكل الناتجة عن قلة النظافة ، النظافة الشخصية ، نظافة المنزل ، نظافة الطعام و الشراب و نظافة الشارع.

ثانيا : التغذية : و يهدف إلى الوعي الغذائي للأفراد على جميع المستويات الاجتماعية و الاقتصادية بما يحقق عادات صحية سليمة ، و لا يشمل هذا المجال فقط الأغذية و أنواعها ، و إنما هو : علم يبحث في العلاقة بين الغذاء و الجسم الحي ، و يشمل ذلك تناول الغذاء و هضمه و امتصاصه و

تمثيله في الجسم و ما ينتج عن ذلك من تحرير الطاقة و عمليات النمو و التكاثر و صيانة الأنسجة و الإنتاج كإنتاج الحليب و البيض ، و كذلك التخلص من الفضلات.

ثالثا : الأمان و الإسعافات الأولية : و يهدف إلى توعية الأفراد للعناية بأمنهم و سلامتهم الشخصية حتى يستطيعوا تجنب المخاطر و الحوادث الفجائية ، و اتخاذ القرارات الكفيلة بتقليل نسبة الإصابات في حال وقوع الحوادث سواء في المنزل ، أو المدرسة أو الشارع و يشمل إسعافات النزف ، الحروق ، التسمم ، اللدغات ، العضات ، الحرائق ، الكسور ، و الجروح.

رابعا : صحة البيئة : و تهتم بغرس المفاهيم البيئية بشأن المحافظة على صلاحية البيئة التي يعيش فيها الأفراد و باقي الكائنات الحية.

و صحة البيئة هو العلم الذي يبحث البيئة من الناحية الصحية و مدى صلاحيتها لمعيشة الفرد و الكائنات الحية. و تشمل صحة البيئة الموضوعات التالية :

- الماء و وقايته من التلوث و تنقيته.
- الهواء و التهوية و التدفئة و الإضاءة.
- تصريف الفضلات ، ووسائل التطهير المختلفة.
- الحشرات و القوارض.
- المساكن الصحية النظيفة.
- الضوضاء و تأثيرها على الصحة.
- الإشاعات المؤينة (الأيونات الكهربائية).
- صحة الأغذية.
- وحدات الخدمات الصحية في البيئة.

خامسا : الصحة العقلية و النفسية : و تهدف على تحقيق الكفاءة النفسية و العقلية لدى الأفراد بغية التحكم في انفعالاتهم الداخلية و التقليل من المؤثرات الخارجية على وجدانه . و حمايته من الإصابة بالأمراض النفسية و العقلية.

سادسا : التبغ و الكحوليات و العقاقير : و يتعلق هذا بإبراز الأضرار الفسيولوجية و النفسية و الاجتماعية نتيجة تعاطي التبغ و الكحوليات و سوء استخدام العقاقير.

و تكمن أهمية هذا المجال في الأخطار التي يسببها التدخين ، و انتشار الظاهرة على مستوى العالم ، و تشير إحصائيات إلى أن هناك تزايدا مطردا في أعداد المدخنين سواء في الدول المتقدمة أو دول العالم الثالث ، كما يلاحظ أن الزيادة هي أكثر بالنسبة للمراهقين و الفتيان اللذين هم في مقتبل العمر أو دون العشرين عاما ، سواء كان هؤلاء الفتيان في الدول النامية أو دول متقدمة ، و الفارق بين العالمين ، هو تزايد نسبة المدخنات في العالم المتقدم بدرجة تقترب من نسبة المدخنين فيه أو بنسبة المدخنات في العالم المتقدم أو الغربي.

سابعا : الأمراض و الوقاية منها : و تهدف إلى الوعي بالأمراض و كيفية انتقالها ، و منع أو الحد من انتشارها ، و التعرف على الأمراض المعدية و الأمراض غير المعدية.

ثامنا : صحة المستهلك : و يهدف إلى المحافظة على صحة المستهلك و حمايته سواء أكان عن طريق الالتزام بالحقائق عن الإعلان عن الأطعمة ، أو تقييم الحملات الدعائية ، و التأمين الصحي ، و تصويب المعتقدات غير الصحية ، و كذلك البدع و الخرافات.

تاسعا : التربية الجنسية : و التي تهدف إلى توعية الأفراد بالتكوين التشريحي و الوظيفي للجهاز التناسلي في الإنسان و الزواج الأمومة ، و الأبوة ، و مراحل تكوين الجنين ، و المشكلات الجنسية الصحية.

عند استخدام لفظ الجنس فإننا لا نكون قاصرين المفهوم على ذلك ، بل ينسحب المعنى إلى نطاقات أخرى لا تتصل بالجوانب الجسمية مباشرة ، و ذلك كالعواطف و الأفكار و البواعث التي قد لا تبين عن الجنس أو الدافع الجنسي. (الشاعر ،عبد المجيد 2001 ، 5 - 20).

خلاصة الفصل :

أصبح من الأمور المقررة أن عملية التنقيف الصحي تكتسب أولوية مطلقة في مجال الخدمات الصحية ، فهي خطة الدفاع الأول ضد المرض أو الانحراف في الصحة ، و هي تلزم الأصحاء كما تلزم المرضى ، فبالنسبة للأصحاء تشكل الثقافة الصحية (التنقيف الصحي - التربية الصحية) أهم الخطوات الوقائية ضد المرض ، فتحاول منع حدوثها ابتداء ، و بالنسبة للمرضى يسهم التنقيف الصحي في تحقيق الشفاء ، و تجنب المضاعفات ، و تنظيم عملية الغذاء و الدواء و النشاط المناسب ، و غير ذلك من الأمور المهمة ، كما أنها تلعب دورا مهما في التأهيل للمعوقين .

و لقد كان يظن قديما أن التنقيف الصحي مسئولية الطبيب و الجهاز الطبي بصفة خاصة ، أما اليوم فقد أصبح التنقيف الصحي مسئولية الجميع ، يستوي في ذلك الطبيب و الممرضة و المعلم و الأخصائي الاجتماعي ، و المشرف الرياضي ، و رجل الإعلام و عالم الدين ، و ربة البيت وغيرها ، حتى يمكن اليوم أن يقال : إن التنقيف الصحي مسئولية الجميع بدرجات متفاوتة ، على قدر استعدادات كل فرد من حيث المعرفة و القناعة و أساليب العمل .

التنقيف الصحي عملية تربوية تتكون من إعطاء معلومات صحية مؤثرة لفرد أو لمجموعة من الأفراد - تحظر بالقبول و الإقناع ، و تنعكس على العادات و السلوك ، فتسهم في رفع المستوى الصحي ، بخلق الدافع القوي للوقاية أو العلاج عند الضرورة ، و ذلك باستخدام وأساليب تنقيفية مناسبة.

و الواقع أن « المعلومة » الصحية تهتم بالدرجة الأولى بموضوع اتخاذ الإجراءات الوقائية ضد الأمراض المعدية و غير المعدية ، و كذلك عدم الوقوع في براثن بعض التصرفات و الممارسات التي تجر إلى مشاكل صحية ، مثل التدخين و تعاطي المسكرات و المخدرات ، و طرق الغذاء الخاطئة ، و الوقوع في كوارث و الحوادث و غيرها.

و التنقيف الصحي يشمل حياة الإنسان من شتى جوانبها ، في مختلف الأعمار و الظروف ، و في حالات الصحة و المرض ، و حيال الجوانب البدنية و النفسية و العقلية و الاجتماعية ، لأن « السلامة - كما نعلم - لا تعني الخلو من الأمراض أو العجز فحسب ، و لكنها تشمل النواحي البدنية و النفسية و العقلية و الاجتماعية » حسبما جاء في تعريف منظمة « الصحة العالمية » السابق.

الفصل الثالث:

التحكم الذاتي

و

التعامل مع المرض

تمهيد :

إن طبيعة الإنسان تجعله يسعى دوماً إلى التحكم و السيطرة على مجريات حياته و حاجاته (النفسية ، الاجتماعية و الفيزيولوجية) و حتى السيطرة على بيئته.

و ما يجعله في حالة استقرار نفسي هو إحساسه و شعوره بالتحكم الذاتي .و بهذا الإحساس يستطيع اتخاذ قرارات مناسبة و التصرف بالطريقة التي سوف تضمن له نتائج إيجابية و تستثني من النتائج السلبية.

لقد استخدم مفهوم التحكم الذاتي في عدة مجالات من علم النفس منذ أكثر من عشرين عاماً للإشارة إلى امتلاك الفرد و توقعاته للنجاح و إلى ميله إلى الاعتقاد بأن لديه القدرة الكافية لتحقيق ميوله و رغباته و طموحاته، و تؤكد بعض الدراسات أن الأفراد اللذين لديهم إحساس عالي بالتحكم الذاتي لهم القدرة على التأثير على الأحداث في حياتهم و كذا السيطرة على ضغوط قد يتعرضون لها و يستخدمون استراتيجيات سلوكية و معرفية لضمان نفوذهم و تحقيق السيطرة على الأحداث.

1- مفهوم التحكم الذاتي:

1-1- مفهوم مركز التحكم:

يذكر "عبد الرحمن سليمان، و هشام عبد الله" (1996) أن مفهوم الضبط يعتبر أحد المفاهيم الحديثة نسبياً، لذلك تعددت الترجمات العربية للمصطلح الأجنبي locus of control مثل مركز التحكم وموضع التحكم، وجهة الضبط، موضع الضبط. (سليمان ، عبد الرحمان.عبد الله ،هشام :1996)

إذ يحتل مفهوم مركز التحكم مكانة خاصة في الوقت الحاضر و ذلك لمحاولة فهم وتعديل السلوك و التحكم فيه و معرفة مركز التحكم أو مصدر الضبط الواقع عليه. ويعتبر بوصفه متغيراً أساسياً من متغيرات الشخصية التي تتعلق بعقيدة الفرد عن أي العوامل هي الأقوى و الأكثر تحكما في النتائج الهامة في حياته هي العوامل الذاتية نحو المهارة والقدرة والكفاءة أم العوامل الخارجية مثل الحظ و الصدفة .

و الإنسان بحكم طبيعته و حاجاته الفسيولوجية ، النفسية ،الاجتماعية و ميوله و شخصيته تجعله يسعى دائما إلى التحكم (الضبط) في مجريات حياته و السيطرة على بيئته ، كما يحاول أن يضمن إحساسا بالتحكم الذاتي. (عبد العزيز ،مفتاح: 2010 .150-151)

و كانت بداية هذا المفهوم على يد جوليان روتر (, Julian Rotter 1966) حيث وضع تصورا نظريا و عملية لتفسير الفروق الفردية في الإحساس بالتحكم الذاتي حيث فرق روتر بين فئتين من الناس وفقا لإدراكهم لمصدر التدعيم أي إدراك الأفراد للعلاقة بين سلوكهم وما يرتبط بها من نتائج. فدوي مركز التحكم الذاتي الداخلي Locus of control Internal (ILOC) يعتقدون أن التدعيمات المتعلقة بأفعالهم و تصرفاتهم ترتبط بعوامل داخلية بشخصيتهم أما ذوي التحكم الخارجي

Locus of control external (ELOC) فيعتقدون أن ما يحدث لهم من أحداث يرجع أساسا إلى العوامل الخارجية كالحظ و الصدفة أو تأثير الآخرين من ذوي النفوذ.

وقد ظهرت عدة تعاريف من علماء وباحثين و منها تعريف (ليفوكرت Lefcourt 1984) الذي أوضح أن مصدر الضبط يعتبر بعدا من أبعاد الشخصية ،ويؤثر في العديد من أنواع السلوك ،و أن الاعتقاد لدى الفرد يستطيع التحكم و السيطرة بأمره الخاصة والعامة ،يسمح له بالاستمرار على قيد الحياة دون ضغط، و من ثم يمكنه التوافق مع البيئة التي يعيش فيها .

(النواد الجوهرية، عبد الله: 2002. 127)

كما يعرف مصدر التحكم بأنه كيفية تفسير الفرد لما يحدث معه من الأحداث على أنها ترجع لعوامل خارجية (الحظ،الصدفة،القدر والأفراد) أو ترجع لعوامل داخلية (القدرة،السلوك).

(Bruchon – schweitzer ,Marilon.Lantzer ,Robert ; 1994 . 69)

كما عرفه روتر (Rotter 1966) على انه اعتقاد الفرد بأن التدعيمات الايجابية و السلبية التي تحدث له أو ما يحدث له من حوادث طيبة أو سيئة ترتبط بعوامل خارجية مثل الحظ أو الصدفة أو تأثير الآخرين أو العوامل غير معروفة و هو لا يعتبر نفسه مسئولا عما يحدث له من أحداث. (روتر جوليان :1989. 65)

وعرفته صفاء الأعرس: يشير مفهوم وجهة الضبط إلى إدراك الفرد للعلاقة بين سلوكه و بين ما يرتبط من نتائج فقد يرجع بعض الأفراد انجازاتهم إلى خبراتهم و قدراتهم و جهودهم أي من داخلهم وهم ذوي التحكم الداخلي . (الأعرس 1978 ، 37)

نشأ عن مفهوم روتر في علم الاجتماع مفهوم موازي له في علم نفس الصحة محدد أكثر هو مركز التحكم بالصحة أو مركز ضبط الصحة من طرف Wallston عام 1978.

كما يعرف على أن هناك أفراد يفسرون ويرجعون ما يحدث معهم على أنه راجع إلى قدرات خاصة نقول أنهم من ذوي التحكم الداخلي *contrôle interne* وآخرون يرجعون أسباب ما يحدث معهم إلى عوامل خارجية نقول أنهم من ذوي التحكم الخارجي *contrôle externe* إذن مركز التحكم هو مجموع المعتقدات الداخلية والخارجية هذه المعتقدات تكون ثابتة لدى الأفراد ، لدى نعتبرها كسمة ثنائية القطب في الشخصية (I-E) وبعد روتر الذي أعطى بعدين جاء levenson ليعطي 3 أبعاد :

أ) وهي بعد داخلي وهو ما يصطلح عليه بالتحكم الذاتي.

ب) بعد الحظ.

ج) بعد أصحاب النفوذ.

(Bruchon –Schuveitzer ,Marilon 2002 ,230)

وبعد سرد هذه التعاريف ما يمكن قوله هو اقتباس من قول **Gustave-Nicolas fisher**

: "سواء كان المفهوم العام لروتر أو المفهوم الخاص لوالستون (Wallston) فهما يحددان طريقة

تكيف الفرد مع الحياة الضاغطة بأسلوب حياة صحي . " (fisher, Gustave-nicolas; 2002 . 57)

من خلال العرض السابق للتعريفات التي تناولت مفهوم مصدر الضبط يمكن أن نستخلص ما يلي:

- إن مصدر التحكم متغير من متغيرات الشخصية.
- إن مصدر التحكم يرتبط بطريقة عزو الفرد للنجاح أو الفشل الذي يحصل عليه.

- إن مصدر التحكم يبين إدراك الفرد و اعتقاده عن من هو المسئول عن نتائج الأحداث التي يمر بها.

- إن مصدر التحكم يرتبط بسلوك الفرد و رد فعله تجاه الضغوط و الأحداث , فإذا كان يعتقد بأن نتائج الأحداث ترجع إلى العوامل الداخلية فإن سلوكه و تصرفه سوف يختلف عما إذا كان يعتقد بأن نتائج الأحداث ترجع إلى العوامل الخارجية .

- يختلف ذو التحكم الداخلي عن ذو التحكم الخارجي في اعتقاداتهم و إدراكهم لأنفسهم و للبيئة المحيطة بهم و كذلك للتدعيمات التي يحصلون عليها.

1-2- مفهوم التحكم الذاتي:

من الواضح أن معظم التعريفات السابقة لمصدر التحكم ركزت على مركزين للضبط:

التحكم الداخلي أو الذاتي و هو ما يقصد به تأثير العوامل الشخصية الداخلية للفرد و التي تتبع من خصائصهم الشخصية وذلك نتيجة لما يقومون به و بالتالي يحاول الفرد تعزيز سلوكه على أساس الضبط الداخلي لهم و هو ما يصطلح عليه بالتحكم الذاتي.

أما الضبط الخارجي و هو ما يقصد به البيئة التي تدور من حوله و الأحداث التي يمر بها الفرد بوصفها عوامل خارجية تابعة للصدفة و الحظ و يحاول الفرد بذلك تعزيز سلوكه بناء على هذه العوامل و على أساس الضبط الخارجي لها.

و يعد بذلك تأكيد للمفهوم الذي طرحه " روتر " لوجهة الضبط و التي ظهرت بداياته على يده .

1-3- مفهوم مركز تحكم الصحة:

و لوحظ أن مفهوم مركز أو مصدر التحكم تطور تطورا ملحوظا في العقود الثلاثة الماضية ،

حيث قام العديد من العلماء و الباحثين و الدارسين لتطبيقه في مجال الصحة السلوكية Behavioral

health، و لقد توصلت تلك البحوث و الدراسات التي أجريت في هذا السياق إلى أن السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول مصدر صحته أي بمفهوم مصدر صحته Healthlocus of control و يرجع الفضل في جعل هذا المفهوم يحتل مركز الصدارة في التراث العلمي الصحي إلى: كنيثواستون، بارباراواستون (1978) حيث قاموا بإعداد مقياس تقيس معتقدات الأفراد حول مصدر صحتهم.

إن من المجالات التي طُبِق في دراسات مفهوم مركز التحكم هو مجال الصحة السلوكية حيث ظهرت عدة دراسات تتناول هذا المفهوم ، و قد توصلت هذه الدراسات إلى أن السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول مصدر صحته Health locus of control و من رواد هذه الدراسات بارباراواستون)

حيث استخلص أداة خاصة بقياس معتقدات الأفراد حول مصدر صحتهم multi dimensional Health locus of control. (بخف ، عثمان: 2001. 92)

2- الفرق بين التحكم الذاتي و التحكم الخارجي:

قبل أن نستعرض أهم المميزات لذوى التحكم الذاتي أو التحكم الداخلي و ذوى التحكم الخارجي يجب أن نشير إلى أن فيرز (1988) Phares أشار إلى أنه عندما نستخدم صيغة ذوى التحكم الداخلي و ذوى التحكم الخارجي لا يجب أن يتبادر إلى الذهن أنهما نمطان منفصلان بل يجب أن ينظر إلى وجهة الضبط على أنه متصل يمتد عبر طرفين أحدهما التحكم الداخلي و الآخر التحكم الخارجي ويقع الأفراد على هذا المتصل بدرجات متفاوتة قد تتجه نحو طرف الضبط الداخلي أو نحو طرف التحكم الخارجي . و قد أشارت العديد من الدراسات و الأبحاث إلى أن هناك بعض السمات التي تميز الأفراد ذوى التوجه نحو التحكم الداخلي . و الأفراد ذوى التوجه نحو التحكم الخارجي.

السمات المميزة لأصحاب التحكم الذاتي :

يذكر "صلاح أبو ناهية" أن أفراد الضبط الداخلي أو التحكم الذاتي يتميزون ب :

- البحث و الاستكشاف للوصول إلى المعلومات ثم استخدام هذه المعلومات بفاعلية في الوصول إلى حل المشكلات التي تعترضهم في البيئة فضلا عن قدرتهم على استرجاع هذه المعلومات و معالجتهم بأشكال مختلفة.

- القدرة على تأجيل الإشباع ومقاومة المحاولات المغرية للتأثير عليهم

- المودة و الصداقة في علاقاتهم مع الآخرين و أكثر تعاونا ومشاركة للآخرين العمل و الأداء المهني حيث تبين أن لديهم معرفة شاملة لعالم العمل الذين يعملون فيه و البيئة المحيطة بهم كما أنهم أكثر إشباعا و رضا عن عملهم و أكثر انهماكا و اهتماما بهذا العمل.

- التحصيل و الأداء الأكاديمي حيث تبين ارتفاع مستوى تحصيلهم الدراسي و أساليبهم في حل المشكلات كما أنهم أكثر تفتحا و مرونة في التفكير الإبداعي و أكثر تحملا للمسائل و المشكلات الغامضة و أكثر توقعا للإجابات الصحيحة.

- أكثر احتراما للذات و أكثر قناعة و الرضا عن الحياة و أكثر اطمئنان أو أكثر ثقة بالنفس و

أكثر ثباتا انفعاليا و أقل قلقا و اكتئابا و أقل إصابة بالأمراض النفسية و أكثر توافقا و صحة

نفسية

من خلال الدراسات التي أجريت على أصحاب التحكم الخارجي وجد أن هؤلاء يبذلون جهدا

كبيرا وذلك لمحاولة السيطرة الكاملة على البيئة الخارجية و التعامل الجيد مع بيئتهم و هم أقل رضا

وتوافق و أنهم أكثر اهتماما بالمؤثرات المتعلقة بالبيئة و تغلب عليهم الصفات الآتية:

- و جود تناسب طردي بين مصدر الضبط الخارجي و بين الأحداث الضاغطة غير المرغوبة.

- أكثر ميلا للمرور بخبرة القلق و الاكتئاب و الوسواس القهري و الأعراض السيكوسوماتية .
- انخفاض تقدير الذات, و ضعف الأنا.
- الميل إلى العدوان و العدائية.
- تعاطي المواد المخدرة.
- أقل ثقة و مسابرة و أنهم مترددون و حذرون و غير متزنين في مستوى تفكيرهم .
- يعدون من ذوي سريعي الغضب و يتسموا بالارتباك .
- اهتماماتهم بحاجات و اهتمامات الآخرين قليلة.
- ينقصهم التروي في التفكير و إدراكهم منخفض عن بعض الأساليب و الصور التي تؤدي بهم إلى النجاح. (أبو ناهية ، صلاح الدين : 1989 . 59)

كما يضيف" صلاح الدين أبو ناهية " أن ذوي الضبط الخارجي يتسمون بانخفاض مفهوم الذات لديهم و بمستوى منخفض من التحصيل الأكاديمي , أقل تحملا للمسئولية وأكثر اعتمادية على الآخرين كما ينظرون إلى المستقبل بتوقعات سلبية و تشاؤمية كما يميلون إلى ظهور درجة منخفضة في تقدير الذات بالإضافة إلى الشعور بالنقص.

3- استراتيجيات التحكم الذاتي:

- وهي استراتيجيات يمارسها الفرد ، يمكن تحديدها بعضها فيما يلي :
- **التحكم السلوكي**: يشير إلى القدرة على التعرف قصد التقليل من آثار الضغوط السلبية ، و يتضمن ذلك تنفيذ سلوكيات من شأنها التخفيف من شدة الضغوط أو تخفيض مداها.

- **التحكم المعرفي** : و يتمثل في القدرة على استخدام استراتيجيات معرفية محكمة قصد التخفيف من تأثير الضغوط و تتمثل هذه الاستراتيجيات في النظر إلى الأحداث الضاغطة و التفكير فيها بطريقة مختلفة.
- **التحكم في القرار** : يشير إلى إمكانية الاختيار بين الخيارات المتاحة و الممكنة ، كما يقصد به فرصة الاختيار بين الإجراءات العملية المختلفة كالذي يفقد وظيفته مثلا و يلتحق بصوف البطالين بإمكانه أن يبحث عن وظيفة أخرى أو ان يدخل في دورة تدريبية يتعلم مهارات مهنية جديدة و مطلوبة و كذا تحسين فرص توظيفه في المستقبل.
- **التحكم في المعلومات** : يتمثل في محاولة الحصول على معلومات كافية حول طبيعة الموقف الضاغط و أسبابه و نتائجه ، و مجرد الحصول على معلومات عن الحدث الضاغط من شأنه تخفيض الضغط و تخفيف حدة الخوف من المجهول ، و ذلك عن طريق تحسين القدرة على التنبؤ بالنتائج المحتملة.

4- النظريات المفسرة لمصدر الضبط الصحي:

4-1- نظرية التعلم الاجتماعي:

و تشمل هذه النظرية:

4-1-1 نظرية التوقع: تشير نظرية التوقع لروتر (Rotter)، أن التعلم يخلق توقعات معرفية

توجد السلوك و أن الشخص يكتسب هذه التوقعات نتيجة لنوعية خبراته و تعزيزات سلوكه و كيفية

تفسيره للعزو . (رشاد ،موسى.عبد العزيز ، علي :1999 . 257)

و يرى "Rotter" أن الناس يتعلمون أساليب عامة للتفكير، و خاصة كيف تضبط المكافآت و

العقوبات ، و اقترح وجود مركز للضبط (Louas of Control) اعتبره توقعا سائدا أو إستراتيجية

معرفية يقيم الناس في ضوءه المواقف ، و رأى أن الناس ينقسمون إلى فريقين في هذا المجال، فمنهم من يعتقد أن مركز الضبط داخلي أي أن مكافأة السلوك أو معاقبته تعتمد على سلوك الفرد و حسب ، و يخطط لسلوكه على هذا الأساس، و يعتقد مثل هؤلاء بأنهم بالعمل الجاد و المهارة و الأمانة يمكنهم أن يجدوا مكافأة (تعريزا) لسلوكهم ، و يتجنبوا العقوبات ، أما الفريق الثاني فيعتقد أن المكافآت و العقوبات تقرر إلى حد كبير بالحظ و الصدفة ، و أنهم لا يملكون من أمرهم شيئا أي أن مركز الضبط لديهم خارجي.

وقد كشفت الدراسة على أن أفراد الفئة الأولى يتحملون مسؤوليات حياتهم ، فقد ظهر في إحدى الدراسات أن مرضى السل من هذا الطراز قد تعلموا عن مرضهم و علاجه أكثر مما تعلمه مرضى الفئة الثانية مما يعني أنهم أكثر استعدادا لحمل المسؤولية ، ثم أن أفراد الفئة الأولى أقل تأثرا بالآخرين ويميلون إلى التخطيط لحياتهم بعناية كبيرة ، فضلا عن أنهم يحصلون على علامات مدرسية في الاختبارات المقننة أكبر من الفئة الثانية.

4-1-2 نظرية التعزيز: إن التعزيز يقوي التوقع لسلوك أو حدث معين سوف يحدث بواسطة هذا التعزيز في المستقبل ، لذا فإن الأفراد يختلفون في الدرجة التي يمكن عن طريقها تقديم التعزيزات المختلفة، و هذا الاختلاف نتيجة طبيعية للتوقع، و يرى "روتر" أن إدراك الفرد للتعزيز يتوقف على سلوكه ، لذلك فإن حدوث تعزيز موجباً وسالب يقوي أو يضعف طاقة السلوك ، أما إذا أدرك الفرد أن التعزيز خارج عن سيطرته أو تحكمه ولا يتوقف عليه ، بينما يتوقف على الصدفة و القدر و الآخرين الأقوياء ، فإن سلوكه اتجاه هذا يكون ضعيفا.

(الوقفي ، راضي : 2003 ، 258 - 256)

4-2- نظرية العزو السببي:

ترجع الخلفية الأساسية لنظرية العزو إلى عالم النفس الاجتماعي الألماني فريتز هايدر (Firtz Heider) إذ يرى أن الإنسان ليس مستجيباً للأحداث كما هو الحال في النظريات السلوكية، وإنما مفكر في سبب حدوثها، وأن سلوك الفرد هو الذي يؤثر على سلوكه القادم، وليس النتيجة التي يحصل عليها. ويفترض هايدر أن الأفراد يقومون بالعزو لأسباب النجاح أو الفشل عندهم. إذ أن أدراك الفرد لسبب يساعده في السيطرة على ذلك الجو من البيئة، يعتقد هايدر أن معتقدات الأفراد حول أسباب نتائجهم حتى ولو لم تكن حقيقية— يجب أن تأخذ بعين الاعتبار عند التفسير توقعاتهم. و أشار إلى أن الأفراد يرجعون الأسباب إما إلى عوامل خارجية بيئية مثل الحظ و صعوبة العمل أو إلى عوامل داخلية تتعلق بهم مثل الجهد و القدرة.

إلا أن نظرية العزو تعتبر تنقية وأحكام لمفهوم مصدر الضبط عند روتر، وتعكس ابتعاد عن نظرية التعلم الاجتماعي، حيث يفترض علماء نظرية العزو أن البشر يدفعوا أساس الفهم أنفسهم و العالم من حولهم. (عتيق العتيبي 2010، 19)

4-3- نظرية مركز الضبط:

لقد طورت نظرية مركز الضبط من قبل "روتر" (1954) Rotter و منذ ذلك الحين أصبحت بعدا مهما في دراسات الشخصية لأنها تعد من متغيراتها التي تهتم بالمعتقدات التي يحملها الأفراد بخصوص أي العوامل التي تتحكم بالنتائج المهمة في حياته، و قد اشتق (1954) Rotter هذه النظرية من نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning وهي النظرية التي تحاول أن تجمع بين نظريتين مختلفتين هما: النظرية السلوكية من ناحية و النظرية المعرفية من الناحية الأخرى، من هذا المنطلق يعرف (1966) Rotter مركز الضبط Locus of control بأنه: "الدرجة التي يدرك

عندها الفرد أن المكافأة أو التدعيم يعتمد على سلوكه هو و خصائصه ،في مقابل الدرجة التي يدرك عندها الفرد أن المكافأة أو التدعيم محكومة بقوى خارجية ،أو ربما تحدث مستقلة عن سلوكه و بينما ينتج عن هذا السلوك من مكافأة أو تدعيم“ ، و بناء على ما سبق ،يمكن القول بأن مركز الضبط يشير إلى معتقدات الشخص و اتجاهاته حول أسباب النتائج الجيدة أو السيئة في حياته ،في مجالات الحياة المختلفة مثل الصحة فالأفراد الذين لديهم ضبط داخلي عال يعتقدون بأن الأحداث تكون نتيجة سلوكهم و أعمالهم الخاصة، و من ثم يمكن الافتراض أن مدى إدراك أو اعتقاد الأفراد بأن لديهم ضبطا على البيئة يؤثر في دوافعهم للإنجاز أو العمل ، و بما أن أصحاب الضبط الداخلي مدركون أن لديهم سيطرة أكبر على البيئة من أصحاب الضبط الخارجي فمن المتوقع أن يظهروا دافعية أكبر للإنجاز، أما أصحاب الضبط الخارجي فيعتقدون أنهم تحت رحمة الظروف و غير قادرين على السيطرة أو التحكم بالأحداث التي تمر بهم. لذلك فهم يعززون الأخطاء إلى العمل الشاق للغاية لأنه ليس بإمكانهم أن يفعلوا شيئاً لذلك يميلون إلى اختيار التحديات الأسهل و يستسلمون سريعا و يصبح لديهم إحساس بالعجز، و عدم القدرة على تبادل العواطف مع الآخرين ،مما يجعلهم أكثر شعورا بالضعف و العجز و أكثر يأسا ،و أقل ثقة بالنفس و لا يشعرون بتحمل المسؤولية. (بحري، نبيل .شويلع ،يزيد:2014. 145)

إن مفهوم مركز ضبط الصحة قد أخذ من نظرية التعلم الاجتماعي

و قد سماه في الأصل "مركز الضبط بالتعزيز"و كان بهذا قد سد -روتر- الهوة بين علم النفس السلوكي و علم النفس المعرفي حيث كان يؤمن أن السلوك ينقاد بشكل كبير باستعمال التعزيز، و أن العقوبة و المكافأة بدورها كانت تشكل الطريق الذي يترجم بها الناس نتائج أفعالهم الشخصية ،ففي البداية كانت النظرية تأخذ بمبدأ التعزيز فقط ،لكن هذا كان غير كاف لتفسير السلوك الإنساني و لكونها نظرية معرفية فقد ربطته بمفهوم التوقع لكي يصبح توقع التعزيز محدد أساسي لحدوث السلوك

الإنساني و حيث أن الأفراد يواصلون القيام بسلوك معين عند توقعهم أنه سيعقبه تعزيز، أي أن التعزيز يعمل على تغيير التوقعات المستقبلية. (بخلف، عثمان: 2001، 93)

وقد عرف مفهوم التحكم الذاتي تطورا ملحوظا في العقود الثلاثة الماضية ،ويرجع الفضل في جعل هذا المفهوم يحتل مركز الصدارة في التراث العلمي الصحي إلى (باربارا و كنيثالسنون)

حيث وضعها كلا من بربارا وكنيث دالسنون (1974-1978) مقياس لقياس مصدر الضبط الصحي

حيث قاما بإعداد هذه الأداة التي تقيس معتقدات الأفراد حول مصدر صحتهم ويعرف هذا المقياس باسم (Multidimensional Health locus of Control) كما هو موضح في الجدول (4) فالمقياس يتكون من (18) عبارة تنصب في ثلاثة أبعاد

1. البعد الداخلي لمركز ضبط الصحة : Internal Health Locus Of Control يشمل 06

عبارات يقيس مدى اعتقاد الفرد بأنه مسؤول عن صحته

2. بعد ذوي النفوذ لمركز الصحة : Powerful Others Health Locus Of Control

ويشمل 06 عبارات يفيد أن صحته يتحكم فيها غيره من ذوي النفوذ (أطباء ،أصدقاء ، أسرة...)

3. بعد الخط لمركز ضبط الصحة : Chance Health Locus Of Control ويشمل 06

عبارات يتضمن البعد الأول ست منها (سلوكي شخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي عند إصابتي

بالمرض) وبوسعي أن أتحكم في المحافظة على صحتي ، ويقيس البعد الداخلي ، مدى اعتقاد الفرد

بأنه مسؤول عن صحته أي أن مصدر صحته داخلي ويرجع أساسا إلى عوامل داخلية ، وبالتالي

مسؤولية صحته تقع على عاتقه ، أما البعد الثاني فيتضمن ست عبارات أيضا منها المدامة على

زيارة الطبيب هي أفضل طريقة لتجنب المرض "ولأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض او

بقائي سليماً " وقيس هذا البعد مدى اعتقاد الفرد بأنه غير مسؤول عن صحته أي أن مصدر صحته خارجي ويتحكم فيها ذوي النفوذ Powerful Others من أطباء وأفراد الأسرة والأصدقاء . والبعد الثالث هو الآخر يشتمل على ست عبارات منها على سبيل المثال " إذا قدر لي أن أمرض فإن ذلك سيحدث مهما بذلت من جهد ومعظم الأشياء التي تؤثر على صحتي تحدث لي بمحض المصادفة وتعكس هذه العبارات مدى اعتقاد الفرد بأن صحته أو مرضه يحدث بمجرد الصدفة أو سوء الحظ أو القدر .(عبد العزيز، مفتاح: 2010، 156)

4-4- نظرية الانضباط الذاتي:

التي قام بوضعها العالم زيدنر وزملائه من النظريات التي اهتمت برصد العوامل الثقافية و الاجتماعية المسببة للمرض ،وعرف الانضباط الذاتي "بأنه عملية نسقيه منظمة تتكون من محاولات واعية للتحكم في العواطف والسلوك للوصول إلى أهداف محددة ضمن أحداث تغيير للبيئة المحيطة بالفرد" ووصف الإنسان الذي يتمتع بالانضباط الذاتي إنسان لا يمارس سلوكيات صحية خاطئة مثل التدخين وشرب الكحوليات ،والأكل الغير صحي ،ويمارس الرياضة بشكل منتظم الأمر الذي يجعله يحافظ على وزنه المثالي ويبعده عن الإصابة بالأمراض المزمنة ،وسلوكياته هي أسلوب حياة يتبنى خلاله أسلوب الحياة الصحي ،و الانضباط الذاتي له دوافع دينامية وأهداف محددة وحتى يصل الإنسان إلى هذه الأهداف فإن هنالك إستراتيجيات و ميكانيزمات للوصول إليها ، هذه الإستراتيجيات و الميكانيزمات تقع داخل سياق اجتماعي و اقتصادي وثقافي وهو البناء المعرفي للمرض الصحة ،طرق العلاج ،خبرات الفرد مع الأسرة ، المجتمع المحلي ،المجتمع ككل ،والأبعاد الاجتماعية والاقتصادية تؤثر على السلوك الصحي عن طريق التحكم في المرض والوقاية منه ،وعلى سبيل المثال الرجل الأبيض ، متزوج ،متعلم تعليماً جامعي أو فوق الجامعي أكثر صحة من المرأة السوداء ،الغير متزوجة ،متعلمة

تعليمًا متوسطًا.

التعليم يؤثر إيجابياً على الصحة، التعليم يشجع على تبني الأسلوب الصحي. وقيام الإنسان

بتبني عملية الانضباط الذاتي تتطلب ثلاث و ميكانزمات ضرورية لإحداث هذه العملية:

- المراقبة الذاتية أي أن يراقب الفرد سلوكه ويضع نصب عينيه النتائج المترتبة على سلوكه بالرجوع إلى العوامل الفردية والبيئية .

- أن يكون لديه معتقدات فيما يمكنه القيام به.

- أن يضع لنفسه أهدافاً يجب الوصول إليها. فإذا كان الفرد يريد المحافظة على نسبة الكوليسترول

الضار في الدم فيجب عليه أن يضع نسق لأفعاله تمكنه من الوصول إلى هدفه مثل البعد عن

أكل اللحوم الحمراء والدهون المشبعة، ممارسة الرياضة بشكل منتظم، تناول الفيتامينات

المساعدة على تقليل نسبة الكوليسترول .(الناشري، طلال . السايس، آمال . باوزير، زينب. 1434هـ)

وقد أجريت العديد من الدراسات وتناولت موضوع مركز التحكم لدى المصابين بالأمراض

المزمنة (كالكسري والسرطان وأمراض القلب ...) لتحديد مدى تأثير مركز ضبط الصحة في

أسلوب تعامل المريض مع مرضه ومدى التزامه بالقواعد الصحية السليمة

كما جاءت عدة دراسات تناولت العلاقة بين مفهوم مركز التحكم الصحة وسلوكيات غير

صحية مثل التدخين وأخرى صحية مثل ممارسة السلوكيات الوقائية .

مما سبق يتضح أن صحة الفرد الإيجابية تتحقق عندما يمارس هذا الأخير التحكم والسيطرة على حياته وصحته بشكل مباشر وصريح وتلعب معتقدات الفرد عن مصدر صحته دورا أساسيا في الحفاظ على صحته والتعامل مع أي مرض قد يصبه وذلك من خلال تنفيذه لسلوكيات صحية سليمة التي تمكنه من العناية بنفسه وتزيد من شعوره بإحساس التحكم والسيطرة على صحته وحياته .

بهذا يتضح الدور الذي تؤديه معتقدات الفرد حول مصدر صحته بحيث يلعب أسلوب التحكم الداخلي للصحة دورا وقائيا في مجال الصحة الشخصية ويعمل على الحفاظ عليها من خلال تكوين عادات صحية سليمة . وهذا ما تؤكدته دراسة لو (lau1982) حيث وجد أن العلاقة بين التحكم الذاتي في الصحة وإتباع الواعد الصحية السليمة هي علاقة إيجابية ، بينما يعمل الميل إلى التحكم الخارجي عكس ذلك حيث أن أصحاب التحكم الخارجي عرضة لحالة العجز المكتسب المرضية والتشاؤم وفي نفس الوقت تجدهم أقل استعداد لتنفيذ سلوكيات صحية إيجابية قد تحقق لهم سيطرة أفضل على حياتهم وتجسد طموحاتهم غير أنه في الثقافات الجماعية يكون التحكم الخارجي مصدر قوة حيث أجرى عثمان يخلف وزملاؤه (1997) دراسة على عينة من طلبة جامعة قطر بهدف فحص العلاقة بين السلوك الصحي وبعض متغيرات الشخصية منها مركز ضبط الصحة وانتهت الدراسة إلى أن ذوي التحكم الخارجي كانوا أكثر ميلا إلى ممارسة السلوكيات الصحية الإيجابية من ذوي التحكم الداخلي ولذي يجب إعطاء أهمية لهذه المعطيات الثقافية كل ما سبق يؤكد مسؤولية الفرد ودوره في الحفاظ

على صحته والتعامل مع مرضه بطريقة إيجابية لذا كان على الأخصائيين النفسيين والأطباء ومستشاري الصحة تنمية شعور الفرد بالتحكم والسيطرة على حياته بما يؤدي إلى ممارسة أنشطة إيجابية لصحته من أجل صحة أفضل .

5- العلاقة بين مركز التحكم و السلوكيات الصحية:

إن الدراسات التي بحثت في العلاقة بين مركز الضبط و السلوكيات الصحية السليمة كانت دائماً محل تساؤل بفضل حقيقة مفادها أن الفرد قد يملك الاستعداد و القابلية ليكون داخليا في الكثير من جوانب الحياة ،لكن مع وجود اعتقاد خارجي ينظر به إلى سلوكيات الصحة السليمة ،و كذلك فإن النتائج التي استعملت في سلم " روتر" و السلوكيات الصحية كانت أكثر ارتباطا بالأشخاص ذوي الضبط الداخلي و أنهم مستعدون للتصرف بشكل أكثر صحي، وهناك دراسات تؤكد أنهم يملكون أفضل العادات لبلوغ اللياقة الجسدية ومثال ذلك أن الأشخاص ذوي الضبط الداخلي قد يكون مفيدا لهم في خسارة الوزن الزائد و عملية تقليل و إيقاف التدخين الناجحة.

بهذا توصلت معظم الدراسات إلى حقيقة مفادها أن السلوك الصحي يميز أصحاب التحكم الداخلي فمثلا في الدراسة التي أجراها كل من " سيمين و سيمين" في سنة (1983) حول العلاقة بين مركز ضبط الصحة و الميل إلى تنفيذ ممارسات وقائية ذات صلة بالرعاية الصحية الأولية Preventive health care () أظهرت نتائجها أن ذوي التحكم الخارجي هم أقل استعدادا و ميلا إلى تنفيذ سلوكيات صحية وقائية ،بينما كان ذوي التحكم الداخلي أكثر ميلا إلى تنفيذ سلوكيات صحية وقائية و العناية بأنفسهم من خلال ممارسات صحية و إجراءات صحية أخرى يتخذونها بثلاثة أضعاف من ذوي التحكم الخارجي . (بخلف، عثمان: 2001، 96)

6- التحكم بالمرض المزمن :

رغم وجود أعراض نفسية واضحة للأمراض المزمنة إلا أن المصاب بها لا يبحث عن علاج نفسي بل يرجع في علاج ذلك إلى مصادره الذاتية والاجتماعية للتخفيف من هذه الأعراض المزعجة .

6-1- استراتيجيات التعامل والأمراض المزمنة :

إن التعامل مع تشخيص الأمراض المزمنة يشبه التعامل مع ضغوط الحياة ، فالمرض المزمن هو تهديد وتحدي يجعل المريض يقوم بخطوات الهدف منها التكيف .

حيث في نتائج دراسة حول مرض السكري جاء الخوف وغموض المستقبل أكثر شيوعا (41%) ثم القيود الجسدية للمظهر وأسلوب الحياة (24%) ثم إدارة الألم (12%)

وهناك خمس استراتيجيات للتعامل مع هذه المشكلات : الدعم الاجتماعي الحل المباشر للمشكلات (التحدث عن الموضوع) الإقصاء (لن ادع المرض ينال مني) الهروب المعرفي / التجنب (تمنيت الاختفاء من الموقف) التركيز الايجابي (خرجت من الموقف أفضل مما دخلت فيه) الهروب السلوكي/ التجنب (الهروب للطعام أو الشراب أو النوم).

ومما سبق نلاحظ أنها نفس الاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد في الحياة الضاغطة إلا أن المريض المزمن يضيف الاستراتيجيات النشطة أو الفعالة (كالمواجهة) وكثير من الاستراتيجيات السلبية كالتركيز الايجابي والهروب / (التجنب).

أما الاستراتيجيات التي تسهل عملية التكيف النفسي عند المريض المزمن هي التعامل النشط حيث يسبب ذلك التكيف الجيد كما ان المرضى الذين يحصلون على معلومات أكثر عن حالتهم يكونون اقدر على التعامل معها .

كما أثبتت دراسات أخرى أن سوء التكيف يظهر بالانسجام ولوم الآخرين ، ولوم الذات والسعي نحو نسيان المرض .

إذن ، فاستراتيجيات التعامل أكثر فعالية في إدارة الأمراض المزمنة هي مسألة معقدة ، وتعتمد على أي من جوانب الموقف الضاغط يحاول الفرد التكيف معه ، و بأي مرحلة من مراحل عملية التكيف ، والتعامل النشط مع المرض يرتبط بالتكيف الجيد بينهما يرتبط النمط التجنبي بسوء التكيف حتى مجرد إدراك الفرد لذاته على انه شخص يجيد التعامل مع المرض المزمن . (تايلر، شيلي: 2008،

(638-653)

6-2- معقدات المريض حول المرض المزمن :

إن التكيف مع المرض يعني دمج المريض بين حياته ومرضه حيث أن الأمراض المزمنة تغير من نشاطات المريض ، فمرضى السكري عليهم ضبط غذائهم واخذ الأنسولين...

فالمريض الذي لا يمكنه دمج مرضه بنشاطات حياته هو مريض عاجز وينعكس ذلك على التزامه ببرنامجه العلاجي إذن على المريض تطوير إحساس واقعي بالمرض وبالقيود التي ينطوي عليها وبنمط العلاج الذي يتطلبه ، تشكل جميعها عناصر مهمة في التكيف مع المرض المزمن .

6-2-1- معقدات حول طبيعة المرض :

ثمة مشكلة يمكن أن تظهر أثناء عملية التكيف للمرض المزمن ، تتمثل في تبني المريض نموذجا غير مناسب لمرضه ، خصوصا النموذج الحاد ، فمريض السكري مثلا قد يعتقد خطأ انه إذا شعر بتحسن فلا حاجة به للدواء ، وذلك بحجة أن المشكلة تحت سيطرته ، وتبعا لذلك يتوقف عن مراقبة حالته أو متابعتها وعليه ، فمن المهم بالنسبة للقائمين على تقديم الرعاية الصحية ، إن يتحروا عن طبيعة فهم المريض لمرضه ، وعن وجود أية ثغرة أو سوء فهم في معرفته للمرض ، مما قد يعيق إدارته الذاتية.

6-2-2-2-معتقدات حول أسباب المرض:

من بين المعتقدات التي يحملها المريض ذات الصلة بتكيفه بعيد المدى ، هي إدراكه لأسباب المرض ، واعتقاده بإمكانية السيطرة عليه فالمريض - سواء كان مرضه حادا أو مزمنا- كثيرا ما يطور نظرياته الخاصة حول مرضه وكيف جاء وتتضمن هذه النظريات عددا من الخواطر و الأفكار حول مسائل كثيرة ومتنوعة ، تبدأ بالضغط و الإصابة الجسمية والبكتيريا المسببة للمرض ، وتنتهي بالقدر و إرادة الخالق ، وربما الأهم من ذلك ، لمن يوجه المريض لومه بالنسبة للمرض : هل يلوم ذاته ؟ شخصا آخر؟ البيئة أو المجتمع ؟ أم يلوم القدر؟

6-2-3-معتقدات حول السيطرة على المرض :

تشير الأبحاث أيضا إلى أن المرضى الذين يعتقدون ان لهم سيطرة على مرضهم ، هم في وضع أفضل من أولئك الذين لا يرون أنفسهم بهذه السيطرة ، كما ويطور المرضى عددا من المعتقدات حول السيطرة على المرض : فبعض مرضى السرطان قد يعتقدون أنهم قادرون على منع عودة المرض من خلال العادات الصحية الجيدة أو بمحض الإرادة ، وقد يعتقد مرضى آخرون أنهم يمكنهم السيطرة على مرضهم ، عن طريق الالتزام بالعلاج وبتوصيات الطبيب بالطبع ، قد تكون مثل هذه

المعتقدات حول السيطرة دقيقة ، إن إتباع المرض لبرنامج العلاجى يتضمن ممارسة فعلية للسيطرة على المرض ، أما مجرد الاعتقاد بإمكانية السيطرة على المرض من خلال تبني اتجاه ايجابى ، فربما يكون صحيحا وربما لا يكون .

ما هي الدلائل على أن الاعتقاد بالسيطرة و الإحساس بالكفاءة الذاتية بالنسبة للمرض وعلاجه يكون تكيفيا؟ تشير بعض الدراسات إلى أن مرضى السرطان الذين اعتقدوا أنهم يسيطرون على مرضهم تكيفوا للمرض بصورة أفضل ممن لديهم مثل هذا الاعتقاد ، وقد توصلت مجموعة أخرى من الباحثين إلى نتائج مشابهة لهذه في دراساتهم لمرضى التهاب المفاصل ، ومرضى فقدان المناعة ، ومرضى إصابات الحبل الشوكى و المرضى المصابين باحتشاء القلب وحتى المرضى الذين يكونون في حالة جسمية أو نفسية اجتماعية متدنية يكون تكيفهم أسهل حين يدركون أنهم يسيطرون على مرضهم وهكذا فالسيطرة الذاتية لا تساعد في التعامل مع الاضطرابات الحادة ومعالجتها فحسب و إنما في التعامل مع التدهور بعيد المدى. (تايلر، شيلي: 2008، 653-638)

6-3- عناصر التحكم بالمرض المزمن:

6-3-1-التزام **Adherence**: مشكلة الالتزام بالبرامج الطبية بعيدة المدى يستعان بالمعالجات السلوكية والمعرفية لمساعدة المريض على الالتزام بالبرنامج الطبى قد يدرّب مريض السكرى على كيفية التعرف على ما يطرأ على الأعراض أو معالجتها من تغييرات ، وفي الواقع تتسم معالجة المرض المزمن بمستوى عال من عدم الالتزام زمنا طويلا ، وتتدخل في العديد من أنشطة المريض المرغوبة أو الإيجابية أو ذات الصلة بأسلوب حياته

إضافة إلى العلاقة بين المعالجات ونتائجها ما تزال غير مؤكدة ، فمرضى القلب مثلا عليهم

التوقف عن التدخين والتخفيف من وزنهم وممارسة التمارين وتقليل مستوى الكولسترول وتغيير كمية

وجباتهم الغذائية في آن واحد ومع ذلك ، فالعلاقة ما بين هذه التغيرات ومستوى الخطورة قد تكون ضعيفة وفوق ذلك كله ، فإن الالتزام بناحية واحدة من نواحي هذه المعالجات المعقدة ليس ضمانا للالتزام بالنواحي الأخرى منها .

و لآثار الجانبية الناجمة عن العلاج دورها أيضا في عدم الالتزام ، وهذه مشكلا تلاحظ بصورة خاصة في علاج فرط ضغط الدم من ناحية أخرى ، يمكن التغلب على الميل نحو عدم إتباع المعالجات غير السارة من خلال مساعدة المريض على إدراك أن العلاج يمثل إجراء ربما يبقى على حياته

وأولى الخطوات المهمة لضمان الالتزام بالمعالجة تتم عبر التعليم والتوعية المناسبة ، إذ لا يترك بعض المرضى مدى أهمية العلاج في قيامهم بوظائفهم بنجاح فقد يعتقد المريض مثلا أن التمارين الرياضية قرار اختياري ، وليست أمرا جوهريا في استعادته لوظائفه الجسمية فالتعليم المناسب في مثل هذه الحالات يصبح إذن من الأمور الأساسية

كما يعد الاعتقاد بالكفاءة الذاتية من المحددات الضرورية للالتزام بالعلاج عند المرضى المزمنين فتوقع السيطرة على الصحة المقترن بالمعرفة بالعلاج هما من بين العوامل التي يمكن أن تنبئ بالالتزام عند مرضى السكري.

6-3-2- نوعية الحياة المتماشية مع طبيعة المرض:

كانت نوعية الحياة تقاس بالفترة التي يبقى فيها المريض على قيد الحياة ، وبوجود المرض دون اي اعتبار للعواقب النفسية والاجتماعية الناجمة عن المرض والعلاج .

والواقع أن المعايير الطبية ضعيفة الارتباط بتقييمات المريض أو محيطه الأسري المتعلقة بنوعية الحياة ، ففي دراسة مشهورة حول فرط ضغط الدم ، وجد انه على الرغم من أن 100% من الأطباء ذكروا أن نوعية حياة مرضاهم تحسنت مع الاستعمال المنتظم لدواء ضغط الدم ، إلا أن نسبة من أيد ذلك من المرضى لم تتجاوز 50% ولم يؤيده أي من المحيطين بالمريض. إضافة إلى ذلك ، تشير العديد من الأبحاث إلى أن المرضى يدركون بعض الأمراض ومعالجتها على أنها قدر أسوء من الموت ، وذلك لأنها تهدد جوانب أو نشاطات حيوية ومهمة في حياتهم.

لذا أصبح يفترض الآن أن لنوعية الحياة عناصرها التي تشمل الوظائف الجسمية ، والوضع النفسي والوظائف الاجتماعية و الأعراض ذات الصلة بالمرض والعلاج.

هناك عدة أسباب تجعل نوعية الحياة مهمة عند المريض المزمن:

أولاً: إن تحديد تأثير المرض على النشاط المهني والاجتماعي والشخص المريض وعلى حياته اليومية ، من شأنه أن يزودنا بأساس مهم للمعالجة التي تصمم لغايات تحسين الحياة .

ثانياً: يمكن لمقاييس نوعية الحياة أن تساعد في تحديد نوع المشكلات التي تنشأ لدى المرضى المصابين بأمراض من نمط معين ، فقد تكشف مثل هذه المقاييس عن وجود صعوبات جنسية مرتبطة بأنواع معينة من السرطان بينما تكشف أن الاكتئاب يرتبط بأنواع أخرى من السرطان ، ومما لاشك فيه أن معلومات كهذه تساعد على بلورة المعالجة المطلوبة .

ثالثاً: تتناول هذه المقاييس تأثير المعالجات على نوعية الحياة ، ففي العناية بالسرطان مثلاً قد نحتاج إلى تقييم فيما إذا كانت المعالجة مؤذية أكثر من المرض نفسه أم لا ، أو فيما إذا كانت تزيد من معدلات بقاء المرض أم لا أو فيما كانت لها آثار جانبية سلبية أم لا وفي هذا السياق استطاعت مقاييس

نوعية الحياة قياس اثر المعالجات غير السارة والتعرف على بعض المتغيرات التي تضعف من التزام المريض بتلك المعالجات .

أما رابعا : فمن الممكن استخدام المعرفة بنوعية الحياة في المقارنة بين المعالجات ، فمثلا كانت معدلات الحياة الناجمة عن إتباع أسلوبين في المعالجة متساوية ، وكان هذان الأسلوبان يختلفان غي تأثيرهما على نوعية الحياة فيمكننا عندها اختيار الأسلوب الذي يكون له أدنى تأثير على نوعية الحياة . و أخيرا يمكن للمعلومات المتعلقة بنوعية الحياة أن تساعد أصحاب القرار على اختيار العلاجات التي تزيد من فرص البقاء وتتيح للمريض في الوقت نفسه أفضل نوعية حياة ممكنة كما يمكن لها ان تزودهم بفرص الموازنة بين كلفة العلاج وجدواه من جهة ، ونوعية الحياة من جهة أخرى.

إن لهذا الاهتمام بالمسائل التي تتعلق بنوعية الحياة فائدته الكبيرة ، إذ يساعد على تحديد بعض الجوانب التي تتطلب اهتماما أو تدخلا معينا ، عند التشخيص بمرض مزمن.

أما عن نمط الحياة للسكري نوع 02 فمن المعروف أن عددا من العوامل المتعلقة بنمط الحياة يمكنها أن تلعب دورا على قدر من الأهمية في الإصابة بمرض السكري من النوع 2 وهي تشمل : السمنة (التي تحدد بارتفاع مؤشر كتلة الجسم عن الثلاثين) ، والافتقار إلى النشاط البدني وسوء التغذية ، والتوتر ، والحياة الحضرية.

ازدياد معدل الدهون في الجسم مع % 30 من الحالات الحادثة لدى الأفراد المنحدرين من أصول صينية ويابانية و 60-80% من الحالات الحادثة لدى المنحدرين من أصول أوروبية وأفريقية ، و100% من الحالات الحادثة لدى هنود بيما وسكان جزر المحيط الهادي ومن الجدير أن الأفراد الذين لا يعانون من السمنة المفرطة غالبا ما تكون نسبة محيط الخصر/ الورك مرتفعة لديهم تؤثر

العوامل الغذائية أيضا على إمكانية الإصابة بالداء السكري من النوع 2 يرتبط الاستهلاك الزائد للمشروبات المحلاة بالسكر بتزايد إمكانية الإصابة.

كما تلعب الدهون في النظام الغذائي دورا مهما أيضا ، حيث تسبب الدهون المشبعة و الأحماض الدهنية الانتقالية ارتفاع وإمكانية الإصابة بينما تساهم غير المشبعة والدهون غير المشبعة الأحادية في خفض إمكانية الإصابة ويبدو أن تناول الكثير من الأرز الأبيض يلعب دورا في زيادة إمكانية الإصابة ويعتقد أن عدم ممارسة الرياضة تساهم في إحداث 7 % من الحالات .

(Risérus ,U.Willett ,W ; 2009 , 44-51)

خلاصة الفصل:

يحتل مفهوم مصدر التحكم الذاتي أو الداخلي مكانة خاصة في دراسات علم نفس الصحة وذلك لمحاولة فهم وتعديل السلوك والتحكم فيه، فأصحاب التحكم الذاتي أفراد قادرين على ممارسة السلوكيات الصحية التي من شأنها تحقيق أهداف الوقاية من مختلف الأمراض و المشاكل الصحية. فما يميّز التحكم الذاتي عن التحكم الخارجي هو القدرة على المبادرة و القيادة و السيطرة في مختلف المواقف ومنها المواقف الصحية .

وبهذا يتضح الدور الذي تؤديه معتقدات الفرد حول مصدر صحته ،حيث يلعب أسلوب التحكم الداخلي للصحة دورا وقائيا في مجال الصحة الشخصية و يعمل على الحفاظ عليها من خلال تكوين عادات صحية سليمة في الحياة ،و هي النتيجة التي توصلت إليها معظم الدراسات في هذا الشأن حيث إن التحكم الذاتي في الصحة يصل إلى إتباع القواعد الصحية السليمة بينما يعمل الميل إلى التحكم الخارجي تقريبا عكس ذلك حيث نجد ذوي التحكم الخارجي عرضة لحالة العجز و المرض.

الفصل الرابع:

السكري من النوع الثاني

تمهيد:

إن مرض السكري إضافة إلى أثر الوراثة في حدوثه فنمط الحياة يلعب دورا مهما لا يقل عن الوراثة، فالبدانة مثلا وهي كنتيجة لنمط حياة غير صحي أحد مسببات داء السكري النمط 2. فآلية ظهور هذا المرض لا تنحصر في قصور عمل البنكرياس فقط، بل يكون بسبب عدة أمراض وأعراض وسلوكيات أخرى تؤثر على نسبة السكر بالدم. فلقد كان لتطور العلاج وأساليبه وتنوع التحاليل الطبية والفحوصات التشخيصية أثرها في الحفاظ على الحالة المستقرة للمريض السكري، لهذا الثقافة الطبية حول هذا المرض المزمن مطلوبة للتعرف على المرض وكيفية التعامل معه، لأن للمريض دوره الأساسي والفعال في علاجه وتفاذي مضاعفاته. فقد أصبح مرض السكري وباء عالمي على الخريطة الصحية لمنظمة الصحة العالمية حيث يصيب شخص من بين كل 6 أشخاص.

مرض السكري لا شفاء منه يلزم المريض بقية عمره و هذا يلزمه تقبل الإصابة والتعامل معها بطريقة علمية تضمن التعايش مع المرض وتفاذي مضاعفاته الخطيرة.

ويعد مرض السكر ورغم سهولة تشخيصه من أخطر الأمراض نظرا لمضاعفاته التي تمس الكثير من أعضاء الجسم (القلب، الكلى، الكبد، العيون والأذن).

ومما يزيد من خطورته هو سهولة تعرض مريض السكري للأمراض أخرى كمرض (الدرن).

1-تعريف مرض السكري و السكري من النمط 2:

تعريف منظمة الصحة العالمية في جنيف عام 1979م: ينتج داء السكري عن ارتفاع مزمن لمستوى سكر الجلوكوز في الدم. وهذا الارتفاع قد يكون وراثياً أو بيئياً أو نتيجة لعوامل كثيرة أخرى أي انه مرض عضوي يظهر عندما يعجز البنكرياس على إنتاج الأنسولين أو حينما لا يستعمله الجسم بصورة صحيحة . (الزربا، فاروق: 2002).

إذن **التعريف الطبي** هو انه عبارة عن اضطراب في عملية التمثيل الغذائي ، يتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم ، و المسؤول عن ذلك الارتفاع هو النقص المطلق، أو النسبي للأنسولين حيث يعجز الجسم عن تصنيع أو استخدام الأنسولين بشكل مناسب ، وعلى اعتبار أن الأنسولين هو الهرمون الذي يفرزه البنكرياس والذي يتحكم في تحويل السكر، و الكربوهيدرات إلى طاقة ، فإنه عندما يحدث اضطراب وظيفي للأنسولين يزداد الجلوكوز بالدم ويظهر بالبول . (علي، هالة :1997 . 12)

أما **التعريف** السيكولوجي للمرض وفقا لما ورد بالدليل التشخيصي و الإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي ، يعتبر مرض السكري أحد الاضطرابات الجسمية الحقيقية والتي تسهم العوامل السيكولوجية بدور هام في بداية الإصابة بها أو في تقاوم الحالة المرضية للفرد . (علي، هالة :1997 .

(12

أما مفهوم الداء السكري النوع الثاني و الذي هو موضوع دراستنا يعرف كما يلي:

تعريف الداء السكري النوع الثاني : يسمى سكري الكبار أو سكري البالغين ، هو أكثر شيوعا في منتصف أو متأخر العمر ، يحدث بسبب انخفاض كمية الأنسولين أو عدم فعاليته الطبيعية ، بحيث يرتفع الجلوكوز ببطء في الدم ، و تتكسر كميات أقل من الدهون والبروتينات ، وتنتج كميات أقل بكثير

من الكيتونات ، وعليه فإن خطر الإصابة بالغيبوبة الكيتونية يكون أقل. (بن سكريفة، مريم. بن زاهي، منصور: 2015)

1- نسبة الانتشار:

أكدت إحصائيات الفيدرالية العالمية لداء السكري أن منطقة الشرق الأوسط و شمال إفريقيا تحصي أكثر من 26,6 مليون مصاب بالسكري من بينهم 3 ملايين مصاب بالجزائر أي أن شخص من بين خمسة أشخاص مصاب و حسب الجمعية الجزائرية لداء السكري فان 25 % من المصابين هم شباب إضافة إلى 10% أطفال بينما تتوزع 65% المتبقية على أشخاص تزيد أعمارهم عن 30 سنة، أما بالنسبة للفروق الجنسية فقد كشفت آخر الإحصائيات حسب المنظمة العالمية للصحة أن 4,6% من النساء في الجزائر يمتن بسبب هذا الداء مقابل 2,8% من الرجال .

أما نسبة انتشار النوع الثاني فترتفع بزيادة السن خصوصا بعد سن 60 سنة و ذلك بوجود فروق

بين الجنسين توضح في الجدول التالي :

الفئات العمرية	رجال	نساء
50-59 سنة	8,6%	3,9%
60-69 سنة	11,2%	0,4%
70-79 سنة	20,7%	3,7%
80-89 سنة	21,8%	23,7%

(International Diabètes Fédération . 2015)

الجدول رقم (2) يوضح نسبة انتشار السكري من النوع الثاني

3- آلية حدوث السكري:

3-1- تعريف الأنسولين: الأنسولين هو هرمون يُفرز من خلايا بيتا في جزر لانجرهانس Islets

of Langherhans Beta Cells في البنكرياس Pancreas و يتكون من سلسلتان من

الأحماض الأمينية مرتببتان بروابط كيميائية بعد أن تنفصل منه سلسلة سي C Peptide حتى

يصبح فعال و يمر في الكبد حيث يُدمر 50% من الأنسولين المفروز. و الأنسولين ضروري للجسم

كي يتمكن من الاستفادة و استخدام السكر و الطاقة في الطعام.

3-2- آلية عمل الأنسولين:

تفرز خلايا (بيتا) في البنكرياس الأنسولين، وتعرفنا لمرض السكر نجده هو ارتفاع دائم للسكر

في الدم ودرجة ارتفاعه ترتبط مباشرة بقصور في إفراز الأنسولين من البنكرياس أو القصور في

فاعليته. عندما يصل هذا القصور إلى حد شديد فإن ثمة أعراضا تظهر ومن بينها كثرة التبول ولا

سيما بالليل والعطش الشديد وفقدان للوزن والشعور بالإعياء مع بقاء الشهية للطعام، ولو كان

القصور في الأنسولين متوسط فإن هذه الأعراض لا تظهر .

وإذا زاد معدل السكر في الدم لدى الشخص العادي، فإن خلايا (بيتا) تفرز الأنسولين تزيد من

كمياته لاستهلاك السكر، وعندما يستهلك ويهبط من الدم تتوقف خلايا (بيتا) عن الإفراز. وإذا زادت

كمية الأنسولين عن الحاجة معناه استهلاك كميات كبيرة من السكر في الدم فيجوع المخ والأعصاب

التي خلاياها عليه ويتعرضان للتلف والمريض قد يتعرض لغيبوبة نقص سكر حادة تؤدي إلى

موته. وعندما يكون تركيز الأنسولين منخفضا بسبب عدم كفاءة نقص السكر تقضي إلى موته.

وعندما يكون تركيز الأنسولين منخفضا بسبب عدم كفاءة البنكرياس أو أن تركيزه عال ولا يقوى

على استهلاك السكر فيرتفع معدل الجلوكوز فيقوم برفع قدرة الدم على اجتذاب الماء من الأنسجة

لتخفيفه ، وهذا قد يعرض المريض لغيبوبة قد تقضي إلى موته.

وامتصاص خلايا الجسم للجلوكوز ليس سهلة كما تبدو، لأنها تحتوي على جزيئات ناقلة تنقله من الدم لداخل أغشيتها لإمدادها بالطاقة وله الأنسولين بهذه العملية الحيوية، وهذه النواقل للجلوكوز توجد في خلايا الدم ويقوم الأنسولين بتحريكها تجاه أغشية الخلايا. عندما ينخفض معدل الأنسولين ومعدل الجلوكوز في الدم بهذه النواقل تغير اتجاهها في الدم.

ولا يعتبر الطعام المتهم الوحيد في ظهور مرض السكر، فهناك عدة عوامل بينها قلة أو عدم إفراز الأنسولين والعوامل النفسية والعاطفية والقلق والغضب والحزن والأسى. فهذه عوامل تسهم في ظهوره، وفي هذه الحالة الطعام وإعطاء الأنسولين في التغلب على المرض.

وقد يكون سببه زيادة إفراز هرمون النمو. لهذا يظهر بسبب العلاج (ACTH) أو في المراحل النشطة لظاهرة العملاقة، و البدنيين أو الشبان الذين يعانون من مرض السكر الكيتوني. فرغم وجود الأنسولين في دمائهم إلا أنهم يعانون من حالة تضاد ضد مفعول الأنسولين، فكلما ارتفع معدل الجلوكوز لديهم كلما أفرز البنكرياس كميات كبيرة للتغلب على هذا الارتفاع في السكر دون طائل مما يجهد البنكرياس وقد يتوقف عن الإفراز للأنسولين . إلا أن البدنيين بعد التخسيس يمكنهم الاستفادة بالأنسولين الطبيعي في دمائهم بشكل ملحوظ، لأن هناك علاقة وثيقة بين الجلوكوز والأحماض الدهنية في الدم، لأن زيادتها تتدخل في عمل الأنسولين. فهناك أنسجة مقاومة للأنسولين وهذه مرتبطة بالبدانة وارتفاع ضغط الدم.

وقد يعاني مريض السكر من خلل في التمثيل الغذائي داخل الجسم، فلعدم إفراز الأنسولين بكميات كافية لاستهلاك السكر ولعدم استغلاله ينزل الجلوكوز في البول مما يجعل الجسم يلجأ إلى بروتينات العضلات فيكسرها للحصول منها على الجلوكوز والطاقة، ولهذا ترتفع نسبة (اليوريا) في الدم والبول ويظهر على المريض النقرس.

و هناك بعض العقاقير ترفع السكر في الدم كالكورتيزونات و الكافيين (في الشاي و القهوة و الشكولاتة و الكولا). و مدرات البول و الهرمونات الأنثوية في أقراص منع الحمل، كما توجد أدوية تخفض السكر في الدم غير الأدوية المخفضة للسكر و منها الأسبرين و السلفا بكافة أنواعها ، كما أن الصيام و التمارين الرياضية و المشي كلها تخفض السكر في الدم. (بدح ،أحمد .مزهرة،أيمن. بدران، زين : 2009، 100)

3-3- فيسيولوجية حدوث المرض:

تم التعرف على هذه الآلية عام 1950 من طرف العالم " كوري" و قد أكدت على هذه الآلية فيما بعد فهو يرى أن جسم الإنسان يفرز في الحالة العادية كمية من الأنسولين تتراوح ما بين 0.7 إلى 1.10 غ / ل) اثر تناول وجبة غذائية حيث تبين التحاليل الطبية أن كمية السكر في الدم للشخص العادي تكون أقل من 1.7 غ / ل خلال ساعة من تناول الطعام لكن سرعان ما تعود للصور العادية بعد ساعتين من الزمن فالملاحظ عند المصاب هو ارتفاع الكمية إلى 0.80 غ/ل على الأقل و غالبا ما تصل إلى 3.2 غ/ل في النصف ساعة الأولى و العودة إلى الاستقرار من جديد تكون من 3 إلى 4 ساعات تحت تأثير الأنسولين.

4- أنواع مرض السكري: ينقسم مرض السكري إلى:

أ- النوع الخاص للأنسولين **Diabète InsulinoDipendant**:

يطلق عليه اسم نمط واحد **Diabète type 1** وهو يمس الأطفال و المراهقين خاصة، كما يصيب الأشخاص ذوي الوزن المعتدل ويمثل (5 إلى 20%) من مجموع المصابين بالسكري، والمصاب هنا يعاني من عجز البنكرياس على إفراز الأنسولين لاستهلاك الجلوكوز مما يتسبب في تكديسه في الدم وترتفع تدريجيا مما يجعل الكلية تقوم بدفعه نحو السائل البولي.

ويتطلب هذا النوع العلاج بالأنسولين بصفة مستمرة مدى الحياة ويعتبر من أشد الأنواع خطورة.

4-1- النوع الغير خاضع للأنسولين **Diabète NoninsulinolinoDépendant**:

يمثل النمط الثاني من السكر **Diabète type 2**، ويعتبر أقل خطورة من النمط الأول، يسمى بسكر الراشدين أو الكهولي لأنه يصيب الأشخاص الذين تجاوزوا (40 سنة) ويرجع السبب في حدوثه إلى عدم فعالية البنكرياس إذ يفرز الأنسولين بكمية غير متوازنة مع الكمية التي يحتاجها الجسم، أي أن البنكرياس يفرز هرمون الأنسولين لكن بصفة غير مكيفة فأحيانا يكون معتدل أو غير فعال نتيجة وجود مقاومة للأنسولين كما يتحكم في هذا النوع عامل آخر هو البدانة، تدفع البنكرياس إلى إفراز المزيد من الأنسولين مما يؤدي بدوره إلى زيادة في الشهية وبالتالي تكون نسبة تخزين الشحوم في البنكرياس مرتفعة.

كما ينقسم مرض السكري من النوع الثاني إلى قسمين هما :

4-1-1- مرض السكري من النوع الثاني غير مصحوب بالسمنة : ويشكل المصابون به أقل من 10

بالمئة من مرضى السكري غير المعتمد على الأنسولين

4-1-2- مرض السكري النوع الثاني المصحوب بالسمنة : ويشكل المصابون به أكثر من 90 بالمئة

من مرضى السكري النوع الثاني (المرزوقي، جاسم: 2008. 26)

4-2- سكري الحمل:

غالبا ما تتعرض إليه السيدات الحوامل اللواتي يعانين من وجود تاريخ مرضي لداء السكري في العائلة، و اللاتي يعانين من قصور الجسم عن احتمال الغلوكوز (أي عندما يتناول الإنسان مواد سكرية

فإن البنكرياس غير قادر على التخلص منها بسهولة) وزيادة الوزن واللاتي يلدن أطفالا أوزانهم أكثر من 4 كـلـغ.

(المرزوقي، جاسم : 2008، 25-26)

4-3- التداخل بين النمطين:

يلاحظ وجود تداخل كبير بين نمطي مرض السكر إذ أن اختبار حد السن يكون فاصلا بينهما و هو سن 30 عاما وهو حد ظاهري ومخادع في أحيان كثيرة، فمن المعلوم أنه يوجد (15-20%) من المرض بعد سن الأربعين ينتمون إلى النمط الأول type1 وحوالي (50%) من المرض تحت سن الثلاثين ينتمون إلى النمط الثاني type2. (عبد العزيز، مفتاح: 2010 . 212).

- تطابق أعراض الإصابة السكري الحلمي أعراض النمط2، ويشخص السكري في أغلب الأحيان عن طريق الفحوص السابقة للولادة، وليس جراء أعراضه. ويمثل اختلال تحمل الجلوكوز واختلال الجلوكوز مع الصيام مرحلتين وفي عملية الانتقال من الحالة الطبيعية إلى الإصابة بالسكري، الأشخاص الذين من هذين الاختلايين معرضون بشدة للإصابة بالسكري من النمط 2، مع أنه ليس بقدر محتوم.

5-أسباب مرض السكري و السكري نمط 2:

إن لمرض السكري عدة أسباب ولكن أهم ما يمكن قوله أن أسباب الإصابة به مازالت غامضة ويبدو أن نقص الأنسولين ليس السبب الوحيد لأن الأعراض توجد لدى الإنسان نسبة الأنسولين لديهم مرتفعة وقد يرجع مرض السكري إلى أسباب أخرى مجتمعة، ومن هنا تدور مفعولية تسميته لمرض سيكوسوماتي مزمن.

العامل الأساسي هو نقص كمية الأنسولين:

أو أن يفرز البنكرياس كمية كافية من الأنسولين ولكن ضعيف المفعول بسبب من الأسباب، أي أن سبب مرض السكري هو النقص الكمي أو الكيفي لهرمون الأنسولين ويكون ذلك بسبب تكسير الخلايا المخصصة في إفراز الأنسولين نتيجة لمرض يصيب غدة البنكرياس أو باستئصال جزء من البنكرياس أو كله جراحيا كعلاج للإصابة بالسرطان مثلا.

وفي هذه الحالة وفي غياب أو نقص الأنسولين فإن جلوكوز الدم لا يمكن أن يدخل إلى الخلايا ويظل مستوى السكر في الدم مرتفعا ويزيد ارتفاعا لأن المريض يتناول مواد سكرية ويزيد بالتالي ارتفاع سكر الدم كذلك فإن نسبة من الدهون تنوب إلى أحماض دهنية في الدم وتعاكس أي مفعول للأنسولين ولو بسيط وهكذا تظل نسبة السكر في زيادة في الدم حتى تصل إلى مستوى أعلى من قدرة الكليتين على إعادة امتصاص السكر من البول إلى الدم عندئذ فإن ما زاد عن مستوى قدرة الكليتين فإنه ينزل في البول ويؤدي إلى ظهور سكر في البول (غالبا يظهر في البول بعد أن يصل إلى أعلى من 180 ملغرام) وهذا السكر لا بد له من سائل يذوب فيه ولهذا يؤدي إلى زيادة كمية البول وكلما زادت نسبة السكر في البول زاد التبول ومع زيادة كمية البول تقل كمية السوائل في الجسم مما يؤدي إلى شعور المريض بالعطش- وهكذا يتبول كثيرا ويشرب كثيرا ومع عدم دخول السكر في خلايا الجسم فإن هذه الخلايا تصبح صائمة مما يؤدي إلى شعور المريض بالجوع فيأكل أكثر وتزيد نسبة السكر في الدم أكثر وأكثر وهكذا وإذا استمر بدون علاج يلجأ الجسم إلى مصدر آخر غير السكر في الدم للحصول على طاقة فيبدأ في استهلاك الدهون وينتج عن احتراقها احتراقا غير كامل زيادة في نسبة الأجسام الكيتونية في الدم والتي إذا زادت عن قدرة الكبد لاستهلاكها ظهرت في البول كأسيتون وهذا يؤدي إلى حموضة الدم، وبالتالي إلى غيبوبة السكر، ونسبة الإصابة بمرض السكر تصل إلى 4 % .

ونسبة حدوثه تزيد بالتدرج في السن وهو نادر الحدوث في حديثي الولادة ثم تزيد النسبة حتى سن البلوغ (سكر الأطفال) ويقل حدوث السكر حول سن الثلاثين ثم يعود للظهور بعد سن الأربعين (سكر متوسط العمر).

و أهم أسباب المرض:

أولا : الوراثة:

إصابة أحد الوالدين أو كليهما يزيد من احتمال الإصابة في الأولاد ومما يساعد على ظهور المرض زيادة البدانة أو الاضطرابات الهرمونية و العصبية. أيضا هناك عوامل وراثية تزيد احتمال حدوث المضاعفات من مرض السكر فهناك مثلا من يعيشون بارتفاع شديد في السكر لسنين طويلة ولا يتعرضوا لمضاعفاته ويرجع ذلك للاستعداد الوراثي. و بالنسبة للإصابة بالسكر قبل سن الثلاثين فهذا يرجع إلى إصابة البنكرياس بنوع من أنواع الفيروسات.

أما النوع الوراثي فيصيب الأشخاص بعد سن الثلاثين، وبالنسبة للأولاد في حالة تزواج الأقارب فقد ينطبق قانون الوراثة على حوالي 50 % فقط إلى 75 % .

ثانيا: أمراض الغدد الأخرى:

هناك علاقة بين البنكرياس و بعض الغدد الصماء الأخرى مثل الغدة النخامية والغدة فوق الكلوية فزيادة إفراز بعض الهرمونات مثل هرمون النمو في الغدة النخامية أو هرمون الأدرينالين و الكورتيزون من الغدة فوق الكلوية يزيد من احتمال الإصابة بالسكر و يزيد من ارتفاعه إذا كان موجود أصلا.

وهناك بعض العقاقير التي قد يساء استخدامها فتتسبب في الإصابة بالسكر مثل الكورتيزون وبعض الأدوية المدرة للبول - وبعض أقراص منع الحمل ولذا وجب استشارة الطبيب عند تناول أي عقار دوائي.

ثالثاً: تحطيم الخلايا التي تفرز الأنسولين:

قد تتحطم الخلايا لإصابة مباشرة أو لإصابة بأورام خبيثة أو كنتيجة حتمية لإزالة البنكرياس أو ضمور البنكرياس المصاحب للالتهاب المزمن وقد تتحطم الخلايا نتيجة الإصابة ببعض الأمراض الفيروسية كالتهاب الغدة النكفية أو حمى التيفوئيد أو التيفوس.

أو كنتيجة لاضطراب في الجهاز المناعي وهذا السبب من أهم أسباب الإصابة بالسكر المبكر أو سكر الأطفال والشباب، فليسبب غير معروف قد يبدأ الجسم في تكوين مناعة ضد بعض خلاياه فتحدث أمراض مختلفة منها الذئبة الحمراء ومرض الروماتويد وبعض أمراض الكلى ومرض السكر... ، وهنا يكون مرض السكر ناتج عن تحطم خلايا "لانجر هانز" لهجوم جهاز المناعة في الجسم نفسه.

في معظم الحالات يصاب الأطفال أو الشباب الصغير في مدى أسبوع أو أسبوعين بأعراض ظاهرة مثل تبول مستمر - شرب المياه بكثرة - فقدان الوزن - هبوط شديد عدم انتباه في الدراسة - سرعت التهيج - توتر - فقد الأعصاب - تناول الحلويات بكثرة، وإذا لم يكتشف ذلك أو لم يلاحظ قد يصاب بقيء شديد ثم جفاف وتشنجات عصبية وقد ينتهي الأمر بغيوبة سكر أو موت، ولذا فإن اكتشاف المرض مبكراً هو الفارق بين الحياة أو الموت، والوعي الكامل هو العامل الأساسي في سرعة التشخيص ويتم عن طريق تحليل الدم لمعرفة نسبة السكر.

أما العلاج فهو باستعمال الأنسولين فقط الذي يعيش عليه طول العمر، فحقن الأنسولين تحل محل أنسولين البنكرياس وإذا أصيب المريض بغيوبة يعالج بمحلول الجلوكوز بالوريد وعلى

المريض أن يستعيز ما يفقده من ماء خلال البول بالشرب الكثير أو بسوائل وريدية قلوية إذا احتاجت الحالة. (الطواب 2007، 469-472).

أما أسباب سكر الكبار أو النمط 2:

هناك عوامل متصلة بالخلل الوظيفي لإفراز الأنسولين بسبب تقاعس الخلايا المنتجة له عن إطلاقه إلى الدم بالسرعة الكافية أو ظهور ما يسمى بالمقاومة ضد عمل الأنسولين في الأنسجة و بالتالي يفقد فاعليته في خفض منسوب السكر بالدم و هناك عوامل أخرى ظاهرة مثل :

5- **السمنة:** فقد أوضح التقرير الثاني للجنة خبراء منظمة الصحة العالمية OMS عن مرض السكر أن البدانة تعتبر أهم و أقوى العوامل المؤدية إلى مرض السكري غير المعتمد على الأنسولين و تشير التقديرات أن 80% إلى 95% من الزيادة الحالية في داء السكري لهذا النوع بسبب السمنة و زيادة الدهون التي تلعب دورا هاما في مقاومة الأنسولين .

6- **عمر الإنسان :** تزداد نسبة حدوث السكر غير المعتمد على الأنسولين مع تقدم العمر حتى تبلغ الذروة بعد عمر الخمسين و ذلك راجع إلى عدم قدرة الجسم على التصرف الكيميائي بالجلوكوز بشكل طبيعي فيرتفع منسوب السكر في الدم و هي حالة وسطى بين الحالة الطبيعية و بين مرضى السكر الواضع.

7- **الاضطرابات النفسية:** للعوامل النفسية (الانفعالات، القلق، التوتر.....) دخل في ظهور داء السكري خاصة ما إذا وجد استعداد وراثي له فأكثر الإصابات بداء السكري كانت كامنة لكن التعرض لصدمة نفسية يعمل على ظهور المرض ، كما قد تعمل على تقاوم الأعراض و صعوبة ضبط سكر الدم. (عطية، موريس: 1993. 24).

8- **أسباب أخرى تعرض للإصابة بالسكري:**

بعض الأدوية: كالأقراص المانعة للحمل والأدوية الكظرية (الكورتيزون) وغيرها من الأدوية

التي قد تساهم في رفع مستوى نسبة السكر في الدم. (مرزوق، عيسى: 2011. 20)

الانفعالات النفسية الشديدة: الخوف الشديد، التوتر الشديد والقلق المستمر أو الخسارة المادية

الكبيرة والمفاجئة، كلها أسباب قد تساهم في الإصابة بالسكري، وهنا تجدر الإشارة إلى هذه

الحالات النفسية الشديدة ليست المسببة بشكل مباشر لهذا المرض ولكنها إذا تعرض شخص لديه

استعداد للسكري أو مصاب بالسكر بشكل بسيط فإنها تزيد من خطورة الإصابة وتساهم في رفع

نسبة السكر في الدم وفيما يخص العوامل النفسية التي تساهم في ارتفاع مستوى السكر في الدم فقد

أجريت بعض الأبحاث (Neal 1995)، المكاي و عبد الرحمان (1999) أن هناك علاقة بين

الضغوط النفسية ومرض السكري، وفيما يخص نمط الحياة فقد أظهرت دراسة المكاي و عبد

الرحمان أن مرض السكر يكون أكثر انتشاراً في مجتمعات معينة كما أظهرت تلك الدراسات أن

السكن في المدينة و الأماكن الحضرية تزيد من احتمالات الإصابة بمرض السكري من النوع

الثاني. (المرزوقي، جاسم، 2008، 30-32)

النشاط الجسدي والخمول: لقد بينت عدة دراسات أن الرياضة والنشاط البدني يرفعان من فعالية

الأنسولين كما بينت دراسات أخرى بالمقابل كثرة ظهور السكري بصورة متميزة عند الذين

يكثر الجلوس ويستكينون للراحة الجسدية ومن البديهي إن عامل السمنة يترافق مع عامل

الخمول الجسدي. (عويس، سمير: 1996. 13)

6- أعراض مرض السكري و السكري نمط 2 :

إن الأعراض عند المصابين بداء السكري متنوعة في مختلف أعضاء الجسم وأجزائه وهي

كما يلي:

- أعراض اللثة واللسان:

ربما تكون التبادلات التي تحدث عند المصاب بالتبول السكري أول أعراض مرضية تلفت انتباه المصاب إذ نجد أن الإنسان بالتخلخل والسقوط دون أن تصاب بنخرة أو بأي عطب ظاهر وطبيب الأسنان الماهر يستطيع أن يركز على هذه الظاهرة لتشخيص الإصابة أو على الأقل الاشتباه بوجودها قبل معرفة المصاب بواقعها.

- أعراض الجهاز الهضمي:

أنها تظهر بشكل معدي، الألم في المعدة ترافقه نزلات معوية (إسهال)، أو كسل معوي (الإمساك).

- أعراض الجهاز التنفسي:

من النادر أن يظهر المرض أعراضا على الجهاز التنفسي وقد يصاب المريض بالسل الرئوي ولكن إصابته هذه لا تختلف عن مثيلاتها عند غير المصابين بالبول السكري إلى جانب إصابتهم بالسل الرئوي.

- أعراض الجهاز العصبي:

فقد تسبب التهابات في بعض أعصاب الجهاز العصبي المركزي كالعصب الوكري والعصب في مؤخرة الجمجمة ومن النادر أن يسبب شللا في أحد أعصاب الجهاز.

- أعراض الأوعية الدموية:

إن الإصابة بالبول السكري يعرض الأوعية الدموية إلى إصابتها بأمراض أشدها التعرض إلى ما يسمى بالغرغرينا وتظهر على أصابع اليدين أو القدمين، إذ يشعر المصاب بها بالألم كما يزرق لونها وتصاب بالخدرد واضطرابات تحسسية أخرى نتيجة لتوقف الدورة الدموية فيها مما يؤدي في النهاية إلى موتها بالغرغرين و لكن الظاهرة الخطرة التي أصبحت من النواذر باكتشاف الأنسولين

- أعراض الغدد التناسلية :

فقد يفقد الرجل الرغبة في ممارسة الجنس أو قد يفقد الطاقة الجنسية أما المرأة فقد تظهر لديها اضطرابات الصمت، ومع عدم المعالجة قد تصل إلى العقم.

- أعراض العينين:

وقد تظهر علامات التضيق و التصلب على شرايين العين ، فمن الضروري قياس السكر في الدم و معالجة شرايين العين بأشعة الليزر وإلا فسيصاب المريض بالعمى.

- أعراض الجهاز النفسي :

عندما تحدث للمرء اضطرابات عصبية عديدة كالخوف الدائم بسبب وبدون سبب، وسرعة الإثارة، واليأس من الحياة، عليه أن يقيس السكر للوقوف على حقيقة الأمر. (الهبر، عصمت:

(24.1998)

أما أعراض السكري من النمط الثاني لا تظهر علامات و أعراض الإصابة بالنوع الثاني في مراحله الأولى، إلا أنها قد تظهر عند البعض على النحو التالي:

تكرار عملية التبول، فرط العطش، فرط الشهية، فقدان الوزن، تخيم الرؤية، تتمل ووخز الأطراف السفلية، العدوى الفطرية، و أيضا الإعياء و الضعف العام.

7-تشخيص مرض السكرى:

يعتبر الشخص مصاب بالنوع الأول (Type1) من مرض السكري إذا:

- لا يوجد لديه أنسولين , أي إخفاء كامل للأنسولين من الجسم .
- يحتاج للأنسولين للعيش ابتداءا.
- يوجد لديه تحطيم ذاتي (أضداد ذاتية في الدم) لخلايا بيتا في البنكرياس , و هذه الأضداد الذاتية إما أن تكون ضد جزر لانجرهانس في البنكرياس و غير خاصة بجزء معين منها

Antigen-UnspecificIsletCellAntibodies (ICAS)

أو تكون خاصة و محددة بجزء معين من خلايا بيتا مثل أضداد حمض الغلوماتيكديكاربوكسيليز

65

Antigen-SpecificGlutamic Acid Decarboxylase 65 Antibodies (GADA) .

تحليل سلسلة سي (C Peptide) تكون غير موجودة في الدم.

و يعتبر الشخص مصاب بالنوع الثاني (Type2) من مرض السكري إذا:

لديه مقاومة للأنسولين (InsulinResistance) و نقص نسبي في الأنسولين و ليس اختفاءً كاملاً للأنسولين من الجسم .

لا يحتاج للأنسولين للعيش على الأقل ابتداءً .

لا يوجد لديه تحطيم ذاتي (أضداد ذاتية في الدم) لخلايا بيتا في البنكرياس أو سبب آخر للمرض مثل

(أدوية مسببة للسكري مثل الكورتيزونات- خلل وراثي في جزئ الأنسولين-أمراض البنكرياس.

يعتمد تشخيص الإصابة بالنوع الثاني من السكري على عدد من الفحوصات المخبرية و منها:

- الفحص المخبري للهيموغلوبين السكري (A1C) الذي يرتفع عن 6.5 عند الإصابة بالسكري.
- الفحص المخبري للجلوكوز العشوائي (يُشخص السكري بارتفاعه عن 200 مغ / دسل)
- الفحص المخبري لجلوكوز الصيام (يُشخص السكري بارتفاعه عن 126 مغ / دسل)
- اختبار تحمل الجلوكوز الفموي الذي يكشف عن تركيز الجلوكوز بعد مرور ساعتين على تناول محلول سكري و تُشخص الإصابة بالسكري بارتفاع تركيز الجلوكوز عن 200 مغ / دسل)
- و أيضا الفحص المخبري للبول الذي يكشف عن وجود الأجسام الكيتونية . (البيشاوي ،سندس : د ت)

8-علاج داء السكري نمط 2:

- قد يشمل علاج مرض السكري النوع الثاني باتخاذ عدد من التدابير التي تهدف إلى الحفاظ على سلامة أعضاء الجسم المختلفة كالكليتين ، الدماغ و غيرها ، و تتمثل بما يلي:
- السيطرة على مستوى الجلوكوز في الدم من خلال العقاقير الدوائية و ممارسة الرياضة بشكل منتظم.
 - إتباع نظام غذائي قليل السعرات الحرارية و غني بالخضراوات والفواكه.
 - العلاج التعويضي لهرمون الأنسولين في الحالات المتقدمة، و العلاج بالخلايا الجذعية لمرض السكري النوع الثاني. (البيشاوي ،سندس : د ت)

9-التفسير السيكوسوماتي لمرض السكري و شخصية المصاب به:

السكري مرض ذو شقين الشق الأول سيكوسوماتي و يظهر من خلال الدراسات التي قام بها السيكوسوماتيون حيث يوضح (موريس عطية 1993) أن داء السكري لم يصب الفرد إلا بعد صدمة فجائية في حياته كوفاة قريب عزيز أو حادث سيارة أو إفلاس تجاري ، و لكنه يوضح أن ربط السكري بهذه الصدمات لا يكون بصورة مباشرة حيث أن الدور الأول للاستعداد الوراثي و الأثر الأكبر لهذه الصدمات يكون بالتعجيل في ظهور المرض قبل أوانه .(عطية ،موريس: 1993 .24)

أي أن الفرد يرث الاستعداد للإصابة بالمرض و الضغوط و الانفعالات التي يتعرض لها هي التي تزيد من احتمال الإصابة و تسرع من ظهوره ، و يفسر ذلك بزيادة إفراز الأدرينالين و الكورتيزول المضادين للأنسولين.

و هناك دراسات أخرى تنظر إلى الضغوط النفسية كنتاج للإصابة بهذا المرض حيث أن على المريض ليس فقط العلاج و الحمية بل أيضا التخفيف من الضغوط.

أما عن شخصية مريض السكري فنشير الدراسات النفسية إلى أن شخصية مريض السكري تتصف بالسمات التالية :

- التردد مع ترك الآخرين يتخذون القرارات عوضا عنه.
- نادرا ما يقوم بعمل شيء دون أخطاء أو تملل.
- معظمهم يعانون في طفولتهم لصراع بين الاستياء من الآباء والخضوع لهم.
- معظم مرضى السكري كانوا مدللين.

أشارت أيضا هذه الدراسات إلى أن مرضى البول السكري كانت أمهاتهم تسيطر عليهم وكانوا يعتمدون عليهم وهم يميلون إلى السلبية في مجال الجنس ولذلك يكون زواجهم مخيبا للأمل في معظم الحالات، ومرض السكري يرغب أن يعامل ويدلل كطفل لا كرجل أو زوج.

(قطاش، راشدي: 1994. 139)

وتفسير سلبية مرضى البول السكري بأنها مظهر لرغبتهم القوية في العودة إلى حالة من الطفولة المبكرة التي تتسم بحنين شديد إلى إطعام الآخرين لهم وهذا الحنين يطلق كميات كبيرة من السكر في الدم، ولما كان الفرد عاجزا عن إشباع رغباته الطفولية الفمية فقد يطلق دون وعي ذلك الطعام الذي يورده في مستودعات السكر في جسده. (الزراد ، فيصل: 2007. 386)

10- السلوك الوقائي لمرضى السكر —ري:

الوقاية من أمراض العصر مسؤولية المجتمع و الفرد قبل الطبيب، ولذا فإن الإدارات المتعلقة بالصحة الوقائية أخذت على عاتقها العمل على مكافحة الأمراض والأوبئة ومنع حدوثها قدر الإمكان عبر برامج خاصة نمطية متعلقة بالغذاء وسلوكيات الغذاء الصحي، والممارسات البيئية الملوثة مثل التدخين على سبيل المثال لا الحصر، حيث تم إقرار قانون خاص لمكافحة التدخين. ويمثل قرار انضمام قسم التنقيف الصحي إلى إدارة الصحة الوقائية خطوة في الاتجاه الصحيح بغرض تفعيل دور العمل الصحي الوقائي، حيث يكمل كل منهما دور الآخر، وذلك عبر اختيار وسيلة الإعلام الناجحة من حيث الشكل والمضمون وطريقة العرض الذي بالمقابل يمكن التنبؤ بالحصول على أكبر درجة فاعلية لجهود الوقاية من الأمراض والأوبئة.

وبناء على كل ما تقدم نستطيع أن نركز على أنماط السلوك الصحي التالية ولما لها من تأثيرات إيجابية على الصحة من منطلق حماية الإنسان من الدخول في متاهة أمراض العصر وهي :

1- التمارين الرياضية لما لها من أثر إيجابي على الصحة وعلى النفس أيضا وقدرة الشخص على

التركيز والتي بالتالي تحمي من مشاكل السمنة، السكري ومشاكل القلب أيضا.

2- الغذاء الجيد المتوازن كما وكيفا والذي بالضرورة سوف يحمي الإنسان من كافة الأمراض الناتجة

عن سوء أو نقص في الغذاء ومن ثم يكون قد شكل طريق غذائي جيد لغايات تنشيط القدرات

الذهنية والعقلية.

3- التنشئة الاجتماعية والثقافة الأخلاقية المستندة على تواجد الوازع الديني والمجتمعي والذي سوف

يشكل دائرة حماية صلبة للإنسان من الدخول في متاهة آفات العصر سواء كانت أمراض

مناعية، أمراض جنسية، أو أمراض مزمنة كالسكري. (بدح، أحمد: 2009. 124-125).

خلاصة الفصل:

السكري نمط 2 يسمى هذا النوع من مرض السكري أيضا بمرض السكري الغير معتمد على الأنسولين، أو سكري الكهولة، يتميز باختلافه عن النوع الأول من حيث وجود مقاومة مضادة لمفعول الأنسولين بالإضافة إلى قلة إفراز الأنسولين، و لا تستجيب مستقبلات الأنسولين الموجودة في الأغلفة الخلوية لمختلف أنسجة الجسم بصورة صحيحة للأنسولين.

في المراحل الأولى تكون مقاومة الأنسولين هي الشذوذ الطاعي في استجابة الأنسجة للأنسولين و مصحوبة بارتفاع مستوى الأنسولين في الدم، و في هذه المرحلة يمكن تقليل مستوى جلوكوز الدم عن طريق وسائل و أدوية تزيد من فاعلية الأنسولين و تقلل إنتاج الجلوكوز من الكبد.

و كلما تطور المرض تقل كفاءة إفراز الأنسولين من البنكرياس و تصبح هنا كحاجة لحقن الأنسولين. و يشكل الاستهلاك المكثف للسكريات الحرارية و السمنة، عاملا مهما في تطور هذا النوع من السكري.

إن السمنة، خاصة تلك المتمركزة حول البطن، تعد عامل الخطر الأهم. إن انخفاض الوزن أحيانا بدرجة قليلة فقط، يترافق بتحسن جلي . كما أن احتمال الإصابة بهذا النوع من السكري، يرتفع وسط الأشخاص الذين لا يقومون بأي نشاط جسدي،

يمكن، أحيانا، أن يظهر مرض السكري لدى المرضى المصابين بإفراز هرمونات مفرط، تلك المنتمية للهرمونات المقاومة لنشاط الأنسولين ، و الزائدة لدرجات السكر في الدم.

لا يوجد اليوم شك أن حالات الضغط النفسي المختلفة قادرة على تسريع ظهور السكري. من الملاحظ أن هذا النوع من مرض السكري يغلب عليه العامل الوراثي، حيث ينتشر بين عدة أفراد

من نفس العائلة، على عكس السكري النوع الأول حيث من الممكن ظهوره على أحد أفراد العائلة دون أن يظهر على فرد آخر. هذا العامل الوراثي هو الذي يؤدي لمقاومة الجسم لامتصاص الأنسولين.

لكن هذا لا يمنع القدرة على تأخير حدوثه أو حتى عدم حدوثه و ذلك بالوقاية المبكرة في حالة وجود عوامل مرسبه .

الفصل الخامس:

تقبل مرض السكري

تمهيد:

يضع داء السكري تحديات لدى المصابين به، وبعد وقت قصير من التشخيص يعاني معظم المرضى من مشاكل التكيف، وإذا لم تحل تلك المشاكل في السنوات التي تلي التشخيص فهناك ارتفاع في احتمال حدوث تكيف سيئ مع مرض السكري، نذكر منه مشاكل في احترام النظام الغذائي، ضعف في ضبط نسبة السكر في الدم واستمرار الصعوبات النفسية وهذا ما يضاعف تأثيرات المرض الجسدية. ويمكن أن يكون للتوتر، لانعدام التفاعل الاجتماعي والأسري، للأفكار الخاطئة حول طبيعة مرض السكري والقدرة على التكيف، آثار سلبية على العلاجات الذاتية وضبط نسبة السكر في الدم. وفي العديد من الثقافات، يسجل الراشدون المصابون بالسكري من النوع (1) أو من النوع (2) ارتباط السكري بضائقة نفسية جسيمة، التي تؤثر سلباً على الإدارة الذاتية للسكري. كما أن السكري يمكن أن يعجل بظهور الاضطرابات النفسية أو يزيد في الاضطرابات الموجودة سلفاً.

1- تعريف تقبل المرض :

إن تقبل المرض عبارة عن استجابة نفسية، معرفية و سلوكية أيضا، يتضح من خلالها قدرة الشخص على التكيف مع المتغيرات الحياتية المختلفة ، كما تمكنه من تطبيع كل طارئ لما يتمشى و حياتها الخاصة، بحيث لا تمثل لهذه التغيرات أي عائق في سير حياته النفسية و الاجتماعية و غيرها... ولذلك من المهم التحدث عن تقبل الشخص المريض لمرضه العضوي، أياً كان نوع هذا

المرض. (Amar, L ; 2005, 01)

كما يعرف على انه التسليم بالمرض من الناحية النفسية والاجتماعية باعتباره داء عادي حيث يمكن للفرد الحد من درجة تأثيره على مختلف أعضاء الجسم عبر اتخاذ مبدأ الاحتراس والحيطه والحماية، فالأساس هو وعي المرض بمرضه، واتخاذ كل التدابير اللازمة من أجل الحد من تفاقمه مستقبلاً. (البحيري، احمد: د ت)

2-المظاهر السيكولوجية لمرض السكري:

هناك آثار يتركها المرض المزمن على حياة المريض ، ومثل الأمراض الحادة هناك مرحلة أولية مؤقتة تضرب فيها كل أنشطة الحياة. إلا أن المرض المزمن قد يتطلب إحداث تغييرات دائمة في الأنشطة الجسمية والمهنية والاجتماعية. أضف إلى ذلك، يتوجب على من يعانون من مرض مزمن أن يتوحدوا من الناحية النفسية مع الدور المرضي إذا ما أرادوا التكيف مع اضطراباتهم.

وبعد تشخيصهم بمرض مزمن، كثيراً ما يواجه المرضى أزمة تتخللها حالة من عدم التوازن الجسدي والنفسي و الاجتماعي حيث يكتشفون أن أساليبهم الاعتيادية في التكيف مع المشكلات ليست فعالة. وعندما لا تستجيب المشكلات المصاحبة للأمراض المزمنة لجهود التعامل، عندها تكون النتيجة

مبالغة في الأعراض ودلالاتها، وفي محاولات التعامل الغير واضحة أو المحددة، وفي الاتجاهات العصبية وسوء العواقب الصحية قد يسيطر القلق والخوف و الاكتئاب بشكل مؤقت.

وبما أن حياة المريض أصبحت غير مستقرة بوجود الاضطرابات النفسية والمضاعفات المرضية المشتركة، فإن كشف الاضطرابات النفسية الممكنة، مثل الاكتئاب، القلق، و اضطرابات التغذية أصبح

ذو أهمية أولى.(Fédération Internationale du Diabète Région Afrique ;2005)

وفي النهاية تمر مرحلة الأزمة، ويبدأ المريض شيئاً فشيئاً يدرك كيف سيغير المرض الزمن حياته. وفي هذا الوقت، قد تظهر صعوبات بعيدة المدى تتطلب جهداً تأهيلي مستمراً، وهي صعوبات يمكن أن تقع ضمن فئات عامة من التأهيل الجسمي، والتأهيل المهني، والتأهيل الاجتماعي والمسائل النفسية. في الجزء التالي سنتعرض أولاً للمسائل الانفعالية وعلاقتها بالتعامل مع المرض المزمن، ثم نلتفت بعد ذلك لبعض المسائل العامة في التأهيل.

وكون المرض يمثل حالة طويلة الأمد كما أنه يحمل دلالات مهددة للحياة نفسها ، والمرض يعنى وعى الفرد وإدراكه للخطر ويكمن مصدر الخطر الذي لا ينتهي في خوف المصاب من حدوث نقص الجلوكوز في الدم. فقد أوضح كوكس وآخرون (Cox et al (1987) أن انخفاض جلوكوز الدم من الممكن أن يؤدي إلى أعراض كريبية بالنسبة له سواء من الناحية المعرفية أو السلوكية فانخفاض جلوكوز الدم يحتوى على أعراض فسيولوجية مثل الشعور بالجوع ، و الإحساس بالتعب ، وصعوبة المشي ، وتعذر القيام بالحركات الدقيقة و بالتالي يكون المريض في خوف دائم من حدوث هذا الانخفاض وأن هذا الانخفاض قد يؤدي إما إلى إنكار هذه الأعراض أو الجهاد بنشاط ضد انخفاض جلوكوز الدم. وقام الباحثون بتطوير مقياس تحدد به المخاوف المرتبطة بجلوكوز الدم المنخفض وتضمنت الأداة بعدين. بعد يقيس السلوكيات المتعلقة بهذه المخاوف مثل: أتناول واجبات خفيفة قبل

النوم ، أتجنب التمارين عندما اعتقد أن السكر منخفض. أما البعد الآخر من المقياس فهو الانزعاج من

انخفاض جلوكوز الدم مثل أخاف أن ينخفض جلوكوز الدم عندما أكون وحدي ؛ أخاف من ألا

يساعدني أحد عندما أكون وحدي ؛ أخاف من أن أربك نفسي و أصدقائي في المواقف الاجتماعية ؛

أخاف من انخفاض جلوكوز الدم وأنا نائم. (Cox,J ;1987 , 617)

ويكون رد الفعل النفسي عند اكتشاف المرض سيئاً لما تواتر واستقر في الأذهان من سنين

طويلة عن مضاعفات المرض الضارة ويكفى لمرض السكر أن يحدث مضاعفاته في أحد الأفراد في

محيط الأسرة أو المجتمع الصغير. وردود الفعل النفسية تختلف من مريض لآخر اختلافاً كبيراً ،

وتتمثل في إما أن يكون الرفض و الإنكار هو رد الفعل الشائع فبعض المرضى قد يعتمد عدم إتباع

النظام الغذائي أو الإهمال في علاج المرضى أو تناول العقاقير كأنما يتحدى نفسه ، وهناك أيضاً

التمرد على العلاج وهو جانب من جوانب الرفض خاصة إذا كان المحيطون بالمريض من أفراد

الأسرة ينتحلون صفة الوصاية الكاملة على أكل وشرب المريض فما من أحد يمكن أن يقبل التحكم

الكامل طوال الوقت ولمدة طويلة في تفاصيل معيشتة وتذكيره باستمرار بمرضه أو قد ينشأ خوف

شديد من المرض وآثاره كرد فعل عند بعض المرضى وخاصة ذوى الشخصية الوسواسية وإذا زاد

الخوف عن حدة فإنه يسبب للمريض اكتئاباً ويحول حياته إلى حياة منكمشة على نفسها. وأخيراً هناك

الشعور بالذنب الذي يحدث عند وجود المرض في أسرة واحدة حيث ينتاب المريض شعور بأن

المرض عقاب له بسبب معاصي ارتكبت في الماضي الأمر الذي يؤدي بالمريض إلى حالة من

الإحباط. (إبراهيم ، محمد:2007. 119).

ومن القيود المفروضة على المريض و التي تمثل مواقف ضاغطة هي القيود الخاصة بنظام

التغذية و التي ينتج عنها نمو مشاعر الخوف والقلق لدى الوالدين تجاه الأطعمة وبصفة خاصة الخوف

من المواد الكربوهيدراتية ويتناول مريض السكر نفس الأطعمة كل يوم تقريباً وهذا النقص في تنوع

المواد الغذائية غالباً ما يثير لديهم الميل إلى المقاومة والتمرد وينتج عن ذلك فرض القيود من الأسرة على المريض.

ومن أهم المظاهر النفسية المصاحبة لمرض السكري:

2-1- الإنكار :

يشكل التشخيص بمرض مزمن في أغلب الأحيان صدمة كبرى بالنسبة للفرد، حيث يتغير فجأة كل

شيء في حياته، بدء من البسيط (ماذا يمكن أن يفعل غدا) إلى المعقد (ماذا يمكن أن يفعل بقية

حياته). إذ أن التشخيص المبدئي قد يربك الشخص لدرجة تجعله عاجزاً عن الإدراك الفوري لعمق

التغيير المطلوب. وقد تمتد حيرته من التساؤل حول من سيذهب إلى محل تنظيف الملابس صباحاً، إلى

التساؤل حول الفائدة من العودة للدراسة، أو الانتقال إلى بيت جديد، أو إنجاب طفل آخر، أو التخطيط

لرحلة طويلة.

وقد يحتاج المريض إلى أيام، وربما أسابيع، للإجابة عن كثير من هذه التساؤلات التي تتعلق

بحياته الراهنة والمستقبلية، وكيف يضعها ضمن نظام أولويات مناسب، فكل لحظة قد تحمل في طياتها

خطة تحتاج إلى تعديل. كما أن كثرة المسائل التي يجد المريض أن عليه النظر فيها قد تجعله يبدوا

عاجزاً عن الاستجابة للمعالجة، أو فهم المدى والحدود التي تتطلبها. أما أبرز العواطف التي تصاحب

حالة الارتباك والإحساس بالضياع عادة، فهي الإنكار والقلق، وقد يسيطر الاكتئاب فيما بعد على الحالة

الوجدانية للشخص.

ويعتبر الإنكار وسيلة دفاعية، يتجنب الشخص من خلالها حقيقة المرض وأبعاده. فقد يتصرف

وكأن المرض ليس بالشدة التي هو عليها، أو أنه يزول خلال فترة وجيزة، أو أن آثاره بعيدة المدى لا

قيمة لها. وفي الحالات الأكثر تطرفاً، قد ينكر المريض أن لديه مرضاً بالرغم من كل المعطيات

الواضحة حول التشخيص. فالإنكار إذن هو حالة من المنع اللاشعوري لإدراك واقع المرض وأبعاده، فهو رد فعل شائع للمرض المزمن عند مرضى القلب والجلطات الدماغية ومرضى السرطان.

لطالما أعتبر الإنكار في الماضي وسيلة دفاعية بدائية غير ناجحة، وقناعا يحجب الألم مؤقتا، لكن علماء النفس يدركون الآن إيجابياته، إلى جانب إدراكهم لسلبياته. متى يكون الإنكار إيجابيا، ومتى يكون سلبيا؟ يبدو أن الإجابة تعتمد على تلك المرحلة من المرض التي يظهر فيها المريض الإنكار، وعلى المحك الذي يستخدمه المختص في قياسه للتكيف.

وربما يكون لإنكار مضمون الأعراض أثره في عرقلة السعي إلى العلاج المناسب. كما أن

للإنكار دوره في تأخير أو تأجيل السلوك عند مرضى السرطان والقلب.

على أية حال، يمكن للإنكار أن يشكل حماية للفرد بعد التشخيص مباشرة، وأثناء المرحلة الحادة من المرض. فقد بعده الإنكار عن إدراك حجم المشكلات الناجمة عن المرض، في وقت لا يكون فيه المريض قادرا على مواجهتها، وقد وجد في إحدى الدراسات على مرضى القلب، أن الإنكار قد ارتبط بفترات أقل من الإقامة في وحدات العناية المركزة، وبإشارات أقل على وجود خلل وظيفي في القلب. أما أثناء مرحلة التأهيل، فقد يكون للإنكار آثاره السلبية، خصوصا إذا تدخلت بقدرة المريض على استيعاب المعلومات الضرورية التي ستكون جزءا من المعالجة أو من برنامج الإدارة الذاتية.

فالدراسات التي أشارت إلى وجود فوائد أولية للإنكار عند مرضى القلب، أظهرت كذلك أن المرضى الذين كانوا على درجة عالية من الإنكار كانوا أقل تكيفا مع المرض في السنة التي تلت خروجهم من المستشفى. كما أنهم كانوا أقل التزاما ببرنامج العلاج، واحتاجوا إلى فترة أطول من الإقامة مرة أخرى في المستشفى. مما يعني أن الإنكار قد يتدخل في قدرة المريض على مراقبة حالته ومتابعتها بنجاح.

فعندما يكون المريض بصدد المشاركة في برنامج علاجي بفاعلية، وتقييم نشاطه بواقعية، و الالتزام

بالدواء وأية تغييرات أخرى في أسلوب حياته، فإن الإنكار قد يشكل مصدر إعاقة كبير. أما بالنسبة للمرضى الذين ليس عليهم إتباع برنامج علاجي محدد، فيمكن للإنكار أن يساعدهم في حماية أنفسهم نفسياً، ويجعلهم قادرين على استئناف حياتهم العادية بسرعة.

وبشكل عام، يمكن للإنكار أن يكون مفيداً من حيث أنه يمكن المريض من ضبط ردود فعله الانفعالية للمرض. ولكنه من ناحية أخرى، قد يتدخل في قدرة المريض على الرصد الدقيق لحالته، والمبادرة في البحث عن العلاج، أو متابعة حالته بصورة مسؤولة.

2-2-القلق :

القلق استجابة شائعة تظهر مباشرة بعد تشخيص المرض، حيث تخور قوى العديد من المرضى، ويحسون بالعجز إزاء ما يمكن أن ينطوي عليه المرض المزمن من تغيير في حياتهم ومن احتمالات الموت. وقد يظهر القلق على فترات متقطعة أثناء المرض، فمع كل وخزة ألم في الصدر، يخاف المريض من حدوث نوبة قلبية أخرى. ويصبح مريض السرطان حساساً ويقظاً باستمرار لأية تغييرات في حالته الجسمية، وكل ألم - مهما كان بسيطاً - يثير خوفه من حدوث انتكاسة.

وينظر إلى القلق على أنه مشكلة، ليس لأنه بطبيعته يبعث على الضيق و التوتر والشدة فحسب، وإنما لأنه قد يؤثر في قدرة المريض على القيام بوظائفه. فالمريض يقلق من علاج مزعج، قد ترهقه الشدة الانفعالية وتستنزف طاقاته قبل بدء العلاج، ومريض كهذا ستكون قدرته على التكيف للعلاج أقل من الشكل المطلوب. وعادة ما يكون مرضى السرطان الذين على درجة عالية من القلق، أقل تكيفاً للعلاج الإشعاعي، وأقل استفادة من المعالجات السلوكية الموجهة للتقليل من الضغوط التي تصاحب العلاج الكيماوي. كما لوحظ تدني ضبط الجلوكوز وزيادة الأعراض لدى مرضى السكري الذين يعانون من القلق. كذلك وجد أن مرضى القلب القلقين لم يعودوا إلى عملهم في المواعيد المقررة.

وهناك عدة أنواع من الحوادث التي ثبت أنها تزيد من مستوى القلق عند المرضى المزمنين، إذ يكون القلق عالياً عادةً عندما يكون الفرد بانتظار نتائج فحوصه، أو عند تبليغه بالتشخيص الطبي لحالته، أو عندما يكون الفرد بانتظار إجراءات طبية رئيسية، أو عندما يتوقع آثاراً جانبية سلبية للعلاج.

ويرتفع القلق أيضاً عندما يتوقع الفرد تغييراً جوهرياً في نمط حياته نتيجة المرض أو علاجه، أو عندما يشعر بالاعتمادية على أخصائي الصحة، أو عند توقعه عودة النوبة المرضية، أو حين يفترق للمعلومة الصحيحة حول طبيعة مرضه أو علاجه. والمحزن في الأمر أن هذا الموقف الأخير ليس نادر الحدوث. ومع أن القلق الذي يعزى للمرض مباشرة قد يقل مع الوقت، إلا أن القلق حول احتمال ظهور مضاعفات، والأبعاد المستقبلية للمرض، وأثره على نواح حيوية من حياة الفرد مثل العمل والترويح، ربما يزداد مع الوقت. وعليه فقد نحتاج إلى تقييم مثل هذا القلق ومعالجته.

وعن دراسة التعايش مع مرض السكر وعلاقته بالجنس والقلق من فترة دوام المرض Duration والمضاعفات الناتجة عنه وجد بورجيسون وآخرون (1993) Borjeson et al أن الرجال يستخفون بالمشكلات المتعلقة بالمرض أكثر من السيدات، ولذا فإن درجة القلق عندهم بسيطة عن احتمال وجود مضاعفات طويلة المدى في المستقبل وبالرغم من وجود قلق أعلى عند السيدات إلا أنهم كانوا أكثر قدرة على اكتشاف الجوانب الإيجابية في التعامل مع المرض، وكذلك المرضى صغار السن كان لديهم اتجاه إيجابي نحو المرض حتى، ولو كانوا يعتقدون أن مرض السكر له تأثير سلبي على علاقاتهم بأصدقائهم، ووجد أيضاً أن المرضى المصابين منذ فترة قصيرة أكثر مقدرة على التكيف مع المرضى المصابين منذ فترة طويلة وقد يتزايد الخوف من المضاعفات بطول فترة الإصابة، وتؤثر مضاعفات المرض على إدراك المريض الذاتي، والحياة الاجتماعية، والمرضى في مرحلة الطفولة

يعرفون القليل عن هذه المضاعفات ، وهذا يقلل من سعه استجابتهم السيكلوجية عند التشخيص .

(Borjeson,B ; 1993,768)

2-3-الاكتئاب :

يعتبر الاكتئاب من ردود الفعل الشائعة والمرهقة عند المرضى المزمنين. فحوالي ثلث مجموع هؤلاء المرضى يعانون من أعراض الاكتئاب، فيما يعاني ربعهم من الاكتئاب الشديد. ومع أن الدلائل تشير إلى أن الاكتئاب يحدث في المراحل المتأخرة من عملية التكيف مقارنة بالإنكار والقلق الشديد، إلا أنه يمكن أيضا أن يحدث على فترات متقطعة. وتشير الدراسات إلى أن الاكتئاب كثيرا ما يصاحب جلطات الدماغ والسرطانات وأمراض القلب، وأمراض مزمنة أخرى.

والاكتئاب هو رد فعل متأخر للمرض المزمن، وذلك لأن المريض كثيرا ما يحتاج إلى بعض الوقت حتى يستوعب أبعاد الحالة التي يعاني منها. فأتثناء المرحلة الحادة من المرض وعقب التشخيص مباشرة، يكون على المريض اتخاذ قرارات ملحة: فقد يدخل المستشفى أو ينتظر المعالجة، أي أن هناك القليل من الوقت للتأمل في مرضه وما ينجم عنه من تداعيات. ومع نهاية المرحلة الحادة من المرض، تبدأ أبعاده تأخذ مداها.

ولا تكمن أهمية الاكتئاب في ما يتسبب به من ضيق ومعاناة فحسب، وإنما في ما يمكن أن يخلفه من آثار في الأعراض واحتمالات تأهيل المريض أو شفائه، حيث وجد مثلا أن الاكتئابيين من مرضى الجلطات الدماغية تطول فترة إقامتهم في المستشفى، وأن نسبة من يغادر منهم إلى دور العناية أكبر مقارنة بغيرهم من المرضى. فضلا عن أن دافعيتهم للتأهيل تكون أقل ، كما أنهم أقل محافظة على ما يحرزونه من تقدم خلال التأهيل، وأقل استعادة لنوعية الحياة السابقة لإصابتهم بالجلطة الدماغية.

وقد يشكل قياس الاكتئاب عند المريض المزمن مشكلة، فالعديد من العلامات الجسمية للاكتئاب، كالتعب وقلة النوم وفقدان الوزن، قد تكون نفسها علامات المرض أو آثار جانبية للمعالجة، فإذا كانت الأعراض الاكتئابية تعزى للمرض أو للعلاج، فقد لا تكون دلالتها واضحة، وبالتالي قد يبقى الاكتئاب دون علاج. وقد وجدت إحدى الدراسات لمريضى الجلطات الدماغية الاكتئابيين أن ثلثهم فقط أحيلوا من أجل معالجة الاكتئاب. وتبدو هذه المسألة مشكلو حقيقية بصورة خاصة في الأمراض التي تصيب وظائف الدماغ، كالسرطان والجلطة الدماغية والسكري والإيدز والصرع.

ومن الصعوبات الأخرى أمام التشخيص والعلاج المناسبين، غياب معايير تشخيص الاكتئاب عند مثل هؤلاء المرضى، ففي كثير من الحالات يبقى الاكتئاب دون علاج، وذلك لسبب بسيط، وهو أن الكثير من الناس يفترضون بأن شعور المريض بالاكتئاب بعد تشخيصه بمرض مزمن هو أمر متوقع وطبيعي. إن اعتقاد الشخص الذي يقوم على رعاية المريض المزمن بأن الاكتئاب أمر متوقع وأنه نتيجة منطقية للمرض، ربما يؤدي إلى حرمان المريض من المعالجة النفسية المثمرة.

ما هي العوامل التي تساعد على التنبؤ بالاكتئاب عند المريض المزمن؟ أولاً، يزداد الاكتئاب بازدياد شدة المرض، حيث يمكن من خلال شدة الألم أو مدى الإعاقة أو العجز، بصورة خاصة، التنبؤ بالاكتئاب. وربما يكون هناك علاقة تبادلية بين القصور الجسمي من جهة، والاكتئاب من جهة أخرى، أي أن حالة القصور الجسمي تسهم في الاكتئاب الشديد، وهذا بدوره يزيد من درجة العجز أو الإعاقة.

وقد يرتبط الاكتئاب بعوامل أخرى غير المرتبطة بالمرض، فالمرضى المصابين بالمرض المزمن و الذين يعيشون خبرات حياتية سلبية، أو ضغوطا اجتماعية، يفتقرون للدعم الاجتماعي، يعانون من مستويات أعلى من الاكتئاب. وتشير الأدلة إلى أن العوامل الجسمية قد تتنبأ بالاكتئاب بصورة أفضل في المراحل المبكرة من المرض المزمن، بينما تدل العوامل السيكولوجية على حالة الاكتئاب بصورة

أفضل من المراحل المتأخرة. فعلى سبيل المثال، دلت إحدى الدراسات التي تناولت مرضى الجلطة الدماغية على أن موقع التلف الذي خلفته الجلطة تنبأ بالاكتئاب في الأشهر الستة الأولى، في حين كانت عوامل القصور المعرفي، العجز الجسمي، الدعم الاجتماعي، التغيير في صورة الجسم وتقدير الذات، والآثار المزاجية السلبية للعقاقير العلاجية، هي المحددات الأقوى أثراً في الاكتئاب فيما بعد.

يعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة بين مرضى الأمراض الجسمية المزمنة

بصفة عامة ومرضى السكر بصفة خاصة وانتشار الاكتئاب بين مرضى المزمنة يحظى

باهتمام إكلينيكي واسع لأن الاكتئاب كاضطراب نفسي يصعب التشخيص الطبي الإكلينيكي لمرضى

الأمراض الطبية المزمنة ، أن علاج النمطان من الاضطرابات (النفسي والجسمي) باستخدام الأدوية

من الممكن أن يتداخل.

والاكتئاب كمرض نفسي يعد حالة عابرة تحدث نتيجة لبعض الأحداث المؤلمة وتتسم به وتحدث

كمحاولة من جانب الفرد قلقه الحاد ويصاحبها انخفاض في قيمة الذات وهو عصاب يغطيه القلق

بمزاج من التعاسة والأفكار غير السارة بالإضافة إلى العجز عن مجارة الحياة اليومية وضعف الطاقة

، وصعوبة التركيز ، وسرعة الإنهاك عادة.

أن علاقة الاكتئاب بالحالات الطبية المزمنة قد أوضحتها دراسات عديدة وبينت الأوجه النفسية

الديناميكية له بطريقة أو بأخرى ففي مقال لـ فيليب روث (Philip Roth 1983) أوضح أن مريض

الاكتئاب المرتبط بتشخيص عضوي تتداخل عنده الأعراض الفسيولوجية والسيكولوجية ودرس فرويد

(Frud1917)، أبراهام (Abraham 1972) ، سبيتر (1942 Spitz) وجود صراعات خاصة

ومعتقدات للمريض حول نفسه بسبب مرضه وأفكاره السلبية عن صورة الجسم و احساسه العام

بالضياع ، وأوضح بيبيرنج (Bibring1965) أن الاستهانة بتقدير الذات لدى مرضى الجسم سبب

رئيسي لخلق الاكتئاب وأوضح كات (Kaht1977) أن الاكتئاب لا يظهر فقط كنتيجة لعلاقته

بصراعات أو اهتمامات خاصة ولكنه يظهر كنتيجة لمكونات غير سعيدة لأي صراع نفسي

داخلي (Kennth,B ; 1993 , 976) أما عن العلاقة النوعية بين مرض السكر والاكتئاب فقد حاول

الباحثون و الإكلينيكيون في تقاريرهم المبكرة أن يحددوا ما إذا كان مرض السكر يؤدي إلى ارتفاع

متزايد في الاكتئاب؟ وقد خرجت هذه الدراسات بالعديد من المضامين الهامة بخصوص هذه العلاقة

نذكر منها ما يلي:

- أن الاكتئاب قد يكون طويل المدى ، ومهدد للحياة وهو مرض يفقد الفرد القدرة على أي شيء ، وإن

الاضطرابات الكئيبة يصاحبها نوع من العجز الاجتماعي وتأثيرها يكون أكثر عمقاً على جودة الحياة

ووجود الاكتئاب مصاحباً لمرض السكر يجعل مضاعفات المرض أكثر ويجعل الحياة أكثر قسوة

أن الاكتئاب المصاحب للسكر يمكن علاجه بأساليب العلاج النفسي Psycho therapy لأن

استخدام مضادات الاكتئاب تعوق مفعول الأنسولين.

أن الاكتئاب عندما يوجد مصاحباً لمرض السكر فإنه يجعل التحكم في الجلوكوز ضعيف ، ومن

الممكن أن يكون التحكم في الجلوكوز عامل هام في تطور الاكتئاب فوجود الاكتئاب يؤدي إلى حالة

من الإذعان(المطاوعة) التي تصيب المريض ، وتزيد من ضعف التحكم ، ومن الممكن افتراض أن

هذه علاقة ثنائية الاتجاه أي أن الاكتئاب يؤثر على التحكم في السكر ، التحكم يؤثر على الاكتئاب .

(Jacobsan,A ;1993 ,1621)

ويوضح جاكبسون (1993) أيضاً أن الانتشار المتزايد للاكتئاب عند مرضى السكر إنما لا

يكون بسبب الإصابة بالمرض ولكن للتأثير العام والضغط المتزايد والتوتر بسبب وجود مرض طبي

مزمن وعندما نعقد مقارنات بين عينات مريضة بالسكر والأفراد ذوي الأمراض العضوية المزمنة

الأخرى مثل أمراض القلب والرئة فإن معدل انتشار الاكتئاب بين مرضى السكر يكون متقارباً مع

معدل وجوده عند هؤلاء المرضى.

أما كريستيان (Kristen) فقد أوضحت أن وجود المرض العضوي يرتبط دائماً بزيادة درجة الأقدام على الانتحار مثل مرض الصرع ، وتصلب الشرايين ، ومرض السكر المعتمد على الأنسولين ، ومن خلال دراستهم لـ 1682 مريض بالسكر وجد منهم بعد فترة المتابعة 168 رجل توفوا منهم 12 حالة انتحار. ثلاثة مرضى استخدموا الأنسولين كوسيلة للانتحار ، وأربعة مرضى استخدموا الوسائل العنيفة ، وخمسة مرضى استخدموا السموم وقبل انتحارهم فإن كثير منهم عبروا عن رغبتهم في الانتحار وظهرت عليهم علامات الاكتئاب (Kristen,O ; 1994 , 210).

2-4-اضطرابات التغذية:

تتواتر اضطرابات التغذية لدى النساء الشابات والمراهقين المصابين بالسكري الأولي وترتبط تلك الاضطرابات بضبط سيئ لنسبة السكر في الدم وارتفاع في احتمال الإصابة بالمضاعفات على المدى البعيد.

وقد أظهرت بعض الدراسات أن نسبة الشره المرضي أكثر ارتفاعاً لدى الفتيات المصابات بداء السكري مقارنة بشهود في صحة جيدة. وقد أثبتت دراسات أخرى أن متلازمات كاملة للتغذية وغير متمثلة سريريا مرتفعة مرتين أكثر في وجود السكري مقارنة بغيابه.

2-5-الاضطرابات المعرفية:

شهدت السنوات العشر الأخيرة العديد من الأبحاث في مجال الوظائف المعرفية لدى الأفراد المصابين بالسكر وتم التيقن من اكتشافين هامين في هذا المجال أن الأطفال والمراهقين الذين أصيبوا بالمرض في السنوات الخمس الأولى من حياتهم هم الأكثر عرضه لظهور عجز خطير في مقاييس التعلم والذاكرة وحل المشكلات أكثر من الذين أصيبوا به

بعد هذا السن.

إن المصابين بالسكر المعتمد على الأنسولين والذين لديهم تحكم ضعيف في المرض يعانون من صعوبة أكثر في المتطلبات المعرفية لحل المشكلات ومهام تشغيل المعلومات أكثر من المصابين بالمرض ولديهم تحكم جيد.

وقد أثبت آك ، وآخرون (Ach et al (1961) أن العمر في بداية الإصابة بالمرض له تأثير قوى على نسبة الذكاء فالأطفال الذين أصيبوا بالمرض قبل سن 5 سنوات كانت درجاتهم أقل من الآخرين بعشر درجات في المتوسط ، وعلى العكس كان هناك 25 طفلاً ثم تشخيص المرض لديهم بعد 5 سنوات وكان أدائهم مثل الآخرين ولم يجد الباحثون علاقة بين التمثيل العضوي ونسبة الذكاء. أما كريستوفر (Christopher (1988 فوجد عن طريق التحليل العاملي ستة مجالات معرفية تظهر فيها صعوبات لدى مرضى السكر مثل الذكاء العام ، وعمليات الرؤية المجردة ، والتعلم ، والذاكرة ، والانتباه ، والانجاز الدراسي ، وظهر أن الأفراد ذوي الإصابة المبكرة أكثر اضطراباً في واحد أو أكثر من الجوانب الستة السابقة ، ووجد أيضاً أن هؤلاء المراهقين تعلموا معلومات أقل كفاءة من مجموعة الإصابة المتأخرة كما أنهم تذكروا المعلومات بعد مرور أكثر من 30 دقيقة وكانت لهم أخطاء في اختبارات الرؤية المجردة ، ويعانون من بطئ التأزر البصري الحركي ، وسجلوا درجات أقل في المهام المستخدمة لتقدير الذكاء العام (Christopher, 1998 ;86) .

وعن الفروق الفردية في الأداء (النفس / عصبي) أثناء المعدل المتوسط لانخفاض جلوكوز الدم

وجد كوكس (Cox (1994 أن المعدل المتوسط لانخفاض جلوكوز الدم يؤدي لوجود خلل

نيروسيكولوجي وأن الرجال أظهروا معدلات للخلل أكثر من السيدات والأفراد أصحاب التاريخ الطويل

من فقدان الوعي الناتج عن نقص السكر كان الخلل عندهم أكثر من الأفراد الذين لم يكن لهم تاريخ من فقدان الوعي . (Cox, J ; 1994 , 1413)

3-مراحل التكيف الانفعالي:

لقد قاد ظهور أنماط من الاستجابات الانفعالية الشديدة عند العديد من المرضى المزمنين والتي قد يظهر بعضها مبكرا، وبعضها الآخر متأخرا- بعض الباحثين إلى التفكير باحتمالية وجود سلسلة من المراحل في تكيف المريض مع المرض المزمن. لكن محاولات البرهنة على وجود مثل هذه المراحل باءت بالفشل. فمع أن الإنكار على سبيل المثال يبدو شائعا في المراحل المبكرة من المرض، إلا أنه قد يظهر أيضا في فترات متقطعة من عملية التكيف. كذلك الأمر بالنسبة للاكتئاب، فمع أنه لا يظهر عادة إلا بانتهاء المرحلة الحادة من المرض، إلا أننا نجد أن بعض من يشكون من الأمراض الحادة مكتئبين أيضا. وهذا يعني أن ردود الفعل الانفعالية لا تحدث تبعا لنسق متتابع ومحدد مسبقا، وإنما قد تعاود الحدوث عبر العملية التكيفية بأكملها.

ورغم هذا البعض من الباحثين يضع مراحل دون التأكيد على ترتيبها:

حيث أنهم يركزون على أن التوتر الناتج عن داء السكري يتطلب تقبلا وتكيفا نفسيا.

ف Marc keipes حدد عدة مراحل يمر بها مريض السكري لتقبل مرضه ، بداية بتشخيص

مرضه و حتى المراحل التالية لذلك وقد لخص LACROIX هذه المراحل بالجدول التالي :

الجدول التالي يوضح مراحل تقبل داء السكري:

المرحلة	المريض	مثال	الموقف
الصدمة	المفاجئة و الصدمة	لست متصورا الفكرة	مساعدة المريض على

استيعاب الموقف			
خلق جو ثقة و البحث عن عوامل التهديد	هناك أمراض أكثر خطورة	انفصال عن الذات	الإنكار
البحث في موضوع التمرد	انه خطأ	عدواني و ادعائي	التمرد
المفاوضة حول النقاط الثانوية	لا اقبل حقنة رابعة	أكثر مساعدة و تهيمن	المفاوضة
تقوية الاستماع للمريض	أدرك أنني سألقي خاضعا لدائي	حزين و تألمي	الاكتئاب
تقوية التوعية	أعيش مع مرضي وليس بالرغم منه	هادئ و متعاون	التقبل
تقادي تأزم المرض	أفوض أمري لك يا دكتور	طائع و مستسلم	الخضوع
محاولة إعادة المستوى الانفعالي اللازم	ارفض أن أكون معاقا	الرفض شعوريا بالإحساس بالمرض	التقبل الزائف

الجدول رقم (3) يوضح مراحل تقبل داء السكري. (حربوش،سمية: 2014)

وقد اعتمدت عدة دراسات التقسيم السابق منها دراسة نيل و لانجد وزملائه سرويت (2002) و التي تؤكد بأن هناك بعض المؤشرات الدالة على تأثيرا لضغوط النفسية و فقدان الدعم الانفعالي على مرض السكري وهذا بالإضافة إلى تعرض مريض السكري لقلق شديد متبوع بالشعور بالنقص وعدم الأمان نتيجة لما يواجهه من قيود جسمية لاعتماده على الأنسولين والأدوية والرعاية الطبية

المستمرة. ويواجه مرض السكري درجات عالية من التوتر والضغط النفسي خاصة عند بداية إصابتهم بالمرض، كما يعتقدون بأن الضغط النفسي يؤثر بشكل غير مباشر على مستوى السكر في الدم، ومن هنا تبلغ أهمية معرفة المريض لعوارض الضغط النفسي، للتعامل معها بشكل ايجابي وقد وصف الخبراء في أبحاث مرض السكري بأن المصاب بالسكري معرض بالإصابة بالاكتئاب أكثر من خمسة مرات من غير المصابين بالمرض وأن المصاب بالسكري يمر بمراحل:

الإنكار ← الغضب ← الخوف ← الذنب ← الحزن ← الاكتئاب

(المرزوقي، جاسم: 2008، 13)

4- تقبل الجسد المريض:

4-1- الذات الجسمية:

ومفهوم الجسم هو إدراك الفرد وتقييمه لوظائفه الجسمية ومظهره. وتشير الدراسات التي أجريت على المرضى في المستشفيات إلى أن مفهوم الجسم يتدنّى أثناء المرض. والتقييم السلبي لا يشمل الجزء المصاب فقط، وإنما مفهوم الجسم كله. التغيرات في صورة الجسم في حالة المصابين بأمراض حادة تكون قصيرة المدى، بينما في حالة المرضى المزمنين، فإن التقييمات السلبية قد تبقى مدة أطول. على أن معظم الباحثين الذين درسوا مفهوم الجسم، يعتقدون أن التكيف في النهاية يتم، مع أن العملية قد تستغرق عاما أو أكثر.

وربما يكون الاستثناء الأكثر بروزا هو حدوث تشوهات الوجه. فالمصابون بالتشوهات قد لا يقبلون التغيير في مظهرهم أبدا. ويبدو أن هناك سببين يجعلان تشوهات الوجه تؤدي إلى تبدلات حادة في مفهوم الجسم، فالوجه أولا، غالبا ما يرتبط بالشخصية، وحين يصيب الوجه أي تشوه، فإن المريض

نفسه، ومن حوله أيضا، يرون أن طبيعة الفرد ككل قد تشوهت، وثانيا، لا يمكن حجب تشوهات الوجه بقناع ما: فهي مكشوفة لكل المارة الذين قد يتصرفون لا إراديا باشمئزاز، أو يشيحون بوجوههم عن الشخص المصاب. ومن الأمثلة على التأثير العنيف لتشوهات الوجه، حالة السيدة دوفر:

قبل إصابتها بالتشوه (بتر نصف أنفها)، عاشت السيدة دوفر مع إحدى بناتها المتزوجات، وقد كانت معروفة بشخصيتها المستقلة، والدافئة والودودة، وتستمتع بالسفر و التسوق وزيارة الأقارب. لكن تشوه وجهها أدى إلى تغير واضح في نمط حياتها، ففي أول سنتين أو ثلاثة، كانت نادرا ما تخرج من منزل ابنتها، مفضلة البقاء في غرفتها، أو الجلوس في الحديقة الخلفية للمنزل. " لقد كانت حزينة وقانطة"، هكذا تقول السيدة دوفر: "فقد أغلق الباب على حياتي".

وثمة استثناء آخرون يتمثل بأمراض الجلد التي تترك ندبا وآثارا باقية كداء الصدفية الذي يمكن أن يؤثر على نوعية الحياة على المدى البعيد. فالمصابون بمثل هذه الأمراض تقلقهم الوصمة من قبل الآخرين، وكنتيجة لذلك ، قد يجدون أن علاقاتهم بالآخرين تتعرض للشدة والزعة.

تعتمد درجة التهديد الذي يشكله المرض المزمن لمفهوم الجسم، على عوامل عديدة، بما فيها مفهوم الفرد عن جسمه في السابق، وحجم التلف الجسمي، أو الندبة، ومستوى النشاط الممكن بعد المرض أو الإصابة. فمن الصعوبة بمكان تقبل التدهور في المظهر أو فقدان الحركة الجسمية، إذا كانت هذه الجوانب تحتل قيمة خاصة في حياة الفرد. كذلك الأمر بالنسبة للمعالجات التي تترك آثارا واضحة أو تغيرات في المظهر، فهي أيضا تشكل صعوبة من حيث التكيف. فعلى سبيل المثال، في معالجة سرطان الثدي، أظهرت الدراسات أن النساء يكون تكيفهن النفسي أفضل بعد إزالة ورم من الثدي منه بعد استئصال الثدي.

وعندما يهدد المرض الوظيفة الجنسية - كما يحدث في الجلطة الدماغية أو الشلل أو بعض السرطانات أو أمراض القلب - فإن صورة الجسم تتأثر أيضا. كما أن شدة المرض ووجود أعراض شديدة، تؤثر بشكل واضح على مفهوم الجسم ونوعية الحياة كلية.

هذا ويمكن تحسين مفهوم الجسم لدى الشخص الذي يعاني من تشوه دائم أو إعاقة شديدة، وذلك من خلال التأكيد على جوانب أخرى في مظهره وصحته. فقد لاحظ الباحثون أحيانا زيادة تلقائية في التمارين البدنية، وتحسنا في نواح أخرى من المظهر الجسمي أو الصحة، كرد فعل للمرض.

4-2- الذات الإنجازية:

وتعتبر الذات الإنجازية - على صعيد النشاطات المهنية و اللامهنية- من الجوانب المهمة الأخرى بالنسبة لتقدير الذات ومفهوم الذات. فبينما يستمد الكثير من الناس شعورهم بالرضا من عملهم أو مهنتهم، نجد بعضهم الآخر يستمتع بهواياته ونشاطاته الترويحية. و بقدر ما يشكله المرض المزمن من تهديد لهذه النواحي المهمة من حياة المريض، بقدر ما يكون أثره سلبيا على الذات ومفهومها، والعكس صحيح أيضا، فعندما لا يتعرض عمل المريض أو هواياته للتهديد أو الضمور - تبقى مصادر الإشباع الأساسية في حياته قائمة، يستمد منها اعتبارا للذات، وتكتسب معاني جديدة بالنسبة له.

4-3- الذات الاجتماعية:

وقد رأينا كيف أن الذات الاجتماعية بم تتطلبه من إعادة بناء، هي أحد الجوانب المهمة في التكيف بعد المرض المزمن، وكيف أن التفاعل مع العائلة والأصدقاء يمكن أن يكون من أهم وأخطر مصادر اعتبار للذات، فالإمكانات والمصادر الاجتماعية المتاحة للمريض، من شأنها أن تزوده بالمعلومات والخدمات والدعم العاطفي، وهي جوانب هو في أمس الحاجة إليها. كما أن انهيار هذا النظام الداعم له انعكاساته الخطيرة على الجوانب العملية والعاطفية من حياة المريض، وعلى فرص شفائه أيضا. وربما

لهذا السبب يعتبر التخوف من توقف هذا الدعم من بين أكبر هموم المرضى المزمنين وأكثرها شيوعاً. لذا فمشاركة الأسرة في عمليات التأهيل، هي من بين الأمور التي تلقى تشجيعاً بصورة واسعة.

4-4- الذات الخاصة:

وتتوتر الذات الخاصة أيضاً بفعل المرض المزمن، إذ أن الأمراض المزمنة قد تولد الحاجة للاعتماد على الآخرين، وبالتالي فإن تدني استقلالية المريض، وما يشكله من ضغوط وأعباء على الآخرين يمثل تهديداً للذات.

هذا ويمكن التنبؤ بالتكيف للمرض المزمن من خلال تلك الجوانب المنبثقة عن هوية المريض: طموحاته، أهدافه، رغباته، وتطلعاته للمستقبل. فمن بين الأسباب التي تعيق التكيف للمرض المزمن أحياناً، ضياع أحلام المريض ومشاريعه الحياتية. على أن تشجيع المريض على مناقشة مثل هذه الصعوبات ربما يكشف عن طرق ومسارات أخرى بديلة قادرة على تحقيق غايته، وإيقاظ القدرة لديه على تكوين طموحات وأهداف وخطط جديدة للمستقبل. (تايلر، شيلي: 2008، 630-634)

5-مرض السكري وما يسببه من مصاعب في الحياة اليومية:

التعامل مع السكري أثناء العمل، المدرسة وأثناء السفر وفي مختلف مجالات الحياة.

5-1- التعامل مع السكري أثناء العمل والمدرسة:

من الضروري الحديث مع الطبيب المعالج حول نوع الأنشطة التي يمكن مزاومتها أثناء العمل والمدرسة، ومن الضروري من وقت لآخر تغيير في أنشطة المريض، العلاج أو التغذية. ويتزود العديد من الأشخاص بلوازم نسبة السكر في الدم في المدرسة والعمل وبذلك يمكن لهم مراقبة تلك النسبة متى سنحت له الفرصة.

ويختار بعض الأشخاص إطلاع زملائهم في العمل والمدرسة، وأساتذتهم على كيفية المساعدة في حال حدوث أي مشكلة مرتبطة بالسكري. ويعلمونهم متى يمكن القول أن نسبة السكر في الدم قد انخفضت وكيفية علاج هذه الحالة.

ويميل بعض الأشخاص إلى كتابة الخطوات الواجب إتباعها في ملف في مكان عملهم أو مع أساتذتهم.

5-2- التعامل مع داء السكري أثناء السفر:

وفي حالة التخطيط للسفر يتعين على مريض السكري أن يفكر في برنامج يومي ويحترمه قدر الإمكان يتعين على مريض السكري أن يفكر في برنامج يومي ويحترمه قدر الإمكان. على سبيل المثال، إذا كان مريض السكري يراقب يوميا نسبة السكر في الدم عند الزوال ثم وجبة الغداء بعد ذلك، فعليه أن يخطط لذلك أثناء السفر أيضا. وتجدر الإشارة إلى أن السفر يمكن أن يحمل مفاجآت في حالات التأخير والتغيير.

كما أنه يمكن أن تختلف أنواع الأطعمة و الوازم التي يمكن أن يشتريها المريض في السفر عن تلك التي يحصل عليها في المنزل. وقبل السفر يتوجب العمل مع الطبيب أو الطاقم الصحي المعالج لأجل التخطيط لجدول تناول الدواء والغذاء والنشاط البدني. ولا بد من الحديث حول ما يجب فعله في حالة وجود تغييرات في قراءة نسبة السكر في الدم.

ولا بد من التخطيط للسفر ولذلك لا بد من إتباع الخطوات التالية:

- الاحتفاظ بالوجبات الخفيفة التي يمكن استعمالها في علاج انخفاض نسبة السكر في الدم أو الوقاية منه.
- حمل الأغذية الإضافية والتزود بأنواع المشروبات كعلب العصائر الصغيرة والمياه المعبأة في زجاجات.

- حمل لوازم قياس نسبة السكر في الدم.
- حمل كل أدوية السكري التي يحتاجها المريض طوال مدة السفر. ومن الضروري الاحتفاظ بالأدوية في علبتها أو قنينتها الأصلية مع نطاقاتها المطبوعة إلي تعرف بشكل واضح بالدواء. وعند السفر، لا بد من التأكد من :
- القياس المتكرر لنسبة السكر في الدم مع الحافظة على مراقبته.
- حمل الدفتر الصحي حيث متابعة ومراقبة داء السكري الشيء الذي يدل على إصابة المريض بداء السكري.
- إطلاع الآخرين على كيفية المساعدة في حالة حدوث أية مشاكل ناتجة عن داء السكري.
- الاتصال بالخطوط الجوية للتزود بنصائح تفيد في كل ما يتعلق بداء السكري.
- وفي حالة السفر إلى بلد آخر، فيمكن أن يحتاج المريض إلى تغيير أوقات الوجبات الغذائية، تناول الدواء والأنشطة. ولا بد من الحديث مع الطبيب أو الطاقم الصحي المعالج للمساعدة في هذه الحالة. ويتوجب الحديث حول الأغذية والمشروبات المختارة المناسبة لصحة المريض. وفي حالة الوجود في بلد آخر، يتوجب الطلب من الطبيب كتابة رسالة تبين الإصابة بداء السكري.

(Centers for Disease Control and Prevention,2007).

5-3- السكري وقيادة السيارة:

إن انخفاض نسبة السكر في الدم من الأسباب الطبية المتواترة لحوادث السير، ويوجد في غالب الأحيان تمييز ضد الشخص المصاب بالسكري الذي يطلب رخصة سباق. ويتعين على كل قائد للسيارة أن يتصرف كمسئول وينظم تناوله للدواء ووجباته ليتجنب انخفاض نسبة السكر في الدم. ويجب نصح سائقي السيارات المحترفين الذين يعالجون بالأنسولين أو بمادة ترفع من إفراز الأنسولين إخبار أرباب العمل والسلطات التي تصدر رخص السياقة.

ومن بين النصائح التي تفيد السائقين في هذا المجال:

- إخبار شركات التأمين بالإصابة بالسكري.
- الاحتفاظ الدائم بالسكر والمنتجات المستهلكة الحلوة في السيارة.
- الاجتناب الأبدي لتعاطي الكحول والقيادة.
- اجتناب القيادة في حالة عدم تناول وجبة من الوجبات.

ويطلب في أغلب الأحيان من مرضى السكري دفع مصاريف إضافية من أجل تأمين الحياة والتأمين على المرض. ويرفض أحيانا طلب التأمين نوعيا للبعض. ومن الضروري الولوج العادل لكل الأشخاص المصابين بهذا الداء إلى أنظمة التأمين وبثمن مناسب.

(Agence de la santé publique du Canada ; 2011)

4-5- النشاط البدني والرياضة وداء السكري:

لا يمنع مرضى السكري المعالجون بالأنسولين والأقراص المخفضة لنسبة السكر في الدم من مزاولة الرياضة أو النشاط البدني الشديد إلا إذا كانوا مصابين بأمراض شرايين القلب أو داء الشبكية في مرحلة متقدمة أو أمراض أخرى تصيب الأوعية الدموية.

ويرتفع احتمال الإصابة بانخفاض نسبة السكر في الدم المرتبط بالرياضة أو النشاط البدني الشديد. ويمكن أن يظهر انخفاض نسبة السكر في الدم بعد مدة من التمارين الرياضية، لذلك يمكن أن تفرض الأنشطة البدنية والرياضية على المريض وجبات إضافية وتخفيض جرعات الأنسولين. و إذا اقترحت الأنشطة الرياضية، لا يجب منعها على مريض السكري مع الحرص على مراقبة دقيقة له. ويجب الحصول على النصائح المفصلة لدى موظف في الصحة من أجل تخفيض أخطار

انخفاض نسبة السكر في الدم..(Diabète Québec ;2000)

6-التدخلات النفسية من أجل التقبل والتعايش مع المرض المزمن:

كما رأينا، يحقق معظم المرضى المزمنين تحسنا في نوعية الحياة بعد تشخيصهم بالمرض ومعالجته. في الحقيقة إن كثير من الأفراد الذين يعانون من الألم أو المرض المستقل، يحققون نوعية حياة ذات مستوى عال أو أفضل مما كانت عليه قبل المرض. ولكن رأينا أيضا أن هناك آثارا سلبية تنجم عن المرض المزمن، منها القلق والاكتئاب واضطراب العلاقات الشخصية المتبادلة. ولذلك حرص علماء نفس الصحة على إيجاد الطرق التي من خلالها يمكن التخلص من هذه المشكلات. وعليه، لا بد من اعتبار قياس مثل هذه العواطف أو الانفعالات جزءا لا يتجزأ من رعاية الأمراض المزمنة. فالباحثون والإكلينيكيون بحاجة إلى تطوير طرق وأساليب كفيلة بمساعدتهم على التعرف على الأفراد المعرضين للإصابة باضطرابات انفعالية، فالمرضى الذين لديهم تاريخ من الاكتئاب أو الاضطرابات النفسية الأخرى قبل بداية مرضهم المزمن، هم عرضة للإصابة بالاضطرابات الانفعالية، وبالتالي ينبغي تقييمهم لغايات التدخل المبكر. هذا، وقد طورت أساليب علاجية متنوعة للتعامل مع المشكلات التي تصاحب الأمراض المزمنة.

6-1- التدخلات الصيدلانية:

ومن الأساليب التي استخدمت في علاج الاكتئاب المصاحب للأمراض المزمنة، مضادات الاكتئاب، حيث دلت الدراسات على فاعليتها في معالجة حالات الاكتئاب الأساسي، التي تصاحب مرض السرطان. ومع ذلك، هناك محاذير من استخدامها مع المرضى من كبار السن. كذلك، هناك العديد من المرضى الذين لا يلتزمون بالطريقة التي يصفها الطبيب لتناول العلاج.

6-2-العلاج الفردي:

كما أستخدم العلاج النفسي الفردي - وهو الأكثر شيوعاً- في معالجة التداخيات أو التعقيدات النفسية والاجتماعية الناجمة عن المرض المزمن. على أن هناك فروقا مهمة بين العلاج النفسي الموجه للأمراض الطبية، وذلك الموجه للاضطرابات النفسية، فالعلاج النفسي مع الحالات الطبية ليس مستمرا، وإنما يرتبط بالأزمات أو النوبات. فعلى سبيل المثال، المشكلات التي قد تواجه الفتاة المراهقة، بعد أن عولجت أمها من سرطان الثدي، قد لا تحدث مباشرة، وإنما قد تتطور على مدى الأشهر اللاحقة. كذلك يشكل الانتكاس أو التدهور أزمة لدى المريض، ربما تحتاج إلى اهتمام المعالج النفسي، كحالة مريض القلب الذي أصيب بنوبة ثانية، أو مريض السرطان الذي أصيب بورم خبيث آخر.

كما يعتبر التعاون بين الطبيب وأفراد الأسرة من الأمور الضرورية في هذا النمط من العلاج النفسي، فمن موقعه المهم والحساس، يعلم المرشد أو المختص النفسي بحالة المريض الجسمية الراهنة. ولأن المشكلات التي يواجهها المريض سوف تكون لها آثارها على مختلف نشاطات أفراد العائلة، فإن هؤلاء لا يكونون في الغالب مشتبهين مع ما ينجم عن المرض من مشكلات.

ويتطلب العلاج النفسي مع الحالات الطبية، احترام دفاعات المريض أكثر مما هي الحال في العلاج النفسي التقليدي. حيث يكون واحد من أهم أهداف المعالج في العلاج النفسي التقليدي هو تحدي دفاعات المريض التي يمكن أن تشكل عائقا أمام فهم المريض الكافي لمشكلاته، بينما في العمل مع الحالات الطبية تقوم هذه الدفاعات بحماية المريض مما يمكن أن ينجم عن المرض من تعقيدات. أخيرا، لا بد للمعالج الذي يعمل مع الحالات الطبية، من الفهم الشامل للحالة المرضية وأساليب علاجها، إذ يمكن أن يؤدي المرض، وكذلك العلاج، إلى مشكلات نفسية (كالإكتئاب الذي يعزى إلى

العلاج الكيماوي مثلا). كما أن المعالج النفسي الذي يجهل هذه الحقائق، ربما يصل إلى تفسيرات خاطئة.

6-3- تدخلات العلاج النفسي المختصر:

تقع التدخلات العلاجية قصيرة المدى التي تستخدم في التخفيف من الانفعالات الشديدة، ضمن مدى

واسع من أنماط التواصل مع المختصين في العلاج النفسي قصير المدى. فالكثير من التدخلات

المعلوماتية المختصرة يمكن تقديمها على أساس وقائي، وضمن الأطر الطبية المختلفة. كما أن تزويد

المريض وأسرته بالمعلومات حول ما يمكن توقعه أثناء عمليات التشخيص والعلاج، يمكن أن يعمل

على تخفيف الكثير من القلق لديهم، أو حتى منع حدوثه. فالتأكيد للمريض بأن القلق عبارة عن استجابة

طبيعية لضغوط المرض المزمن، وأن الاكتئاب هو من الآثار الشائعة لبعض الأمراض، كالجلطة

الدماغية، قد يخفف من قلق المريض وأفراد أسرته فيما يتعلق باستجابتهم للمرض. وهذا النوع من

التواصل بين المختصين والمرضى يمكن له أن يحسن من عملية تقييم وجود اضطرابات مزاجية، كما

يمكن أن يحسن من انسياب المعلومات أو تدفقها.

لقد تزايد إقبال علماء النفس على الأساليب العلاجية قصيرة المدى ومحددة الخطوات، وذلك في

محاولاتهم تطوير طرق مقننة واقتصادية، تستهدف أكبر عدد من الناس و بأقل فترة من الزمن، فقد

قارن "ثلثوتلتش" بين التدريب الجماعي على مهارات التعامل، والعلاج الجماعي المساند لمجموعة من

مرضى السرطان، فوجدا بعد ستة أسابيع أن مرضى مهارات التعامل أظهروا توترا انفعاليا أقل

وحيوية أكثر من مجموعتي العلاج الجماعي أو اللاعلاج. كما أن مجموعة التدريب على مهارات

التعامل أحست بكفاءة ذاتية عالية وبمشكلات أقل. ولعل نجاح أسلوب مهارات التعامل يعزى إلى

طبيعته المحددة والموجهة نحو تعزيز الإحساس بالسيطرة.

ومع أن معظم التدخلات العلاجية ركزت بالتحديد على مهارات التعامل، إلا أننا نجد أن هناك أساليب جديدة، تستخدم في محاولة تحسين استجابة المريض الانفعالية والسلوكية للمرض المزمن. وهذه تشمل أساليب مثل العلاج الموسيقي أو الفن أو الرقص.

6-4- تثقيف المريض:

كما وجد أن برامج تعليم المرضى التي تتضمن التدريب على مهارات التعامل، فعالة في تحسين أداء فئات متعددة من المرضى المزمنين، بمن فيهم مرضى القلب و السرطان والجلطات الدماغية. وقد وجد أن مثل هذه البرامج تزيد من المعرفة بالمرض، وتقلل من القلق، وتزيد من شعور المريض بوجود هدف ومعنى لحياته. كما وجد أنها تقلل من الألم والاكتئاب، وتحسن من إدارة الموقف، وتزيد من الالتزام بالعلاج، وترفع من مستوى الثقة بالقدرة على تدبير الألم، والآثار الجانبية الأخرى، وذلك بالمقارنة مع مرضى على قائمة الانتظار لم يشاركوا بأية برامج من هذا النوع. ومع ذلك، ما زال بحجة إلى مزيد من الأبحاث للتعرف على تلك الفئات التي تلجأ للإنكار كوسيلة للتعامل والتكيف، أو التي يكون التنبؤ بحالتها غير إيجابي.

6-5- الاسترخاء والتمارين:

ويستخدم التدريب على أساليب الاسترخاء بشكل واسع في علاج المدمنين، فهو يقلل من القلق والشعور بالغثيان الناجم عن العلاج الكيماوي، ويقلل من الألم عند مرضى السرطان. وقد ثبت أن الجمع بين الاسترخاء وإدارة الضغوط ومراقبة ضغط الدم كان مفيداً في معالجة ضغط الدم الأساسي. أما التمارين، فقد استخدمت بشكل واسع مع مرضى القلب، حيث أدت إلى تحسن في لياقتهم الجسمية وفي نوعية حياتهم. أما فيما يتعلق بالأثر المباشر للتمارين على مزاج المرضى، فلم تكن النتائج حاسمة في هذا الشأن.

6-6- تدخلات المساعدة الاجتماعية:

كما أشرنا في السابق، يبدو أن المساعدة الاجتماعية أحد المصادر المهمة للذين يعانون من المرض المزمن. فالمرضى الذين يتمتعون بعلاقات اجتماعية جيدة، من الأرجح أن يكون تكيفهم للمرض إيجابيا أيضا. وقد وجدت مثل هذه العلاقة لدى العديد من المرضى من بينهم مرضى السرطان، مرضى التهاب المفاصل، مرضى الكلى، ومرضى إصابات العمود الفقري. وهناك الكثير من الدلائل التي تشير إلى أن المساعدة الاجتماعية يمكن أن تؤثر إيجابيا في النتائج الصحية بما يعزز الشفاء ويزيد من احتمالية طول العمر.

لكن مصادر المساعدة الاجتماعية، يمكن أن تتهدد بفعل المرض المزمن، وبالتالي ربما تحتاج العديد من التدخلات إلى الاهتمام بمسائل المساعدة الاجتماعية. ويحتاج المرضى إلى الوعي بمصادر المساعدة الاجتماعية المتوفرة في بيئتهم الاجتماعية، وتعليمهم كيفية استخدام هذه المصادر بفعالية. فعلى سبيل المثال، يمكن حث المرضى على الانضمام إلى جماعة من الجماعات أو الفعاليات المجتمعية أو الاجتماعية.

كما تعتبر المساعدة الأسرية للمريض المزمن أمرا في غاية الأهمية، ليس لأنها تعزز الأداء الجسدي والعاطفي للمريض فحسب، وإنما لأنها تعزز التزامه بالعلاج أيضا، فأفراد الأسرة لا يقومون بتذكير المريض بنشاطات هو بحاجة إلى ممارستها، ولكنهم يربطون العلاج بنشاطات موجودة مسبقا، وبالتالي تزداد احتمالات الالتزام بالعلاج، كما هو الحال بالنسبة للأسرة التي تمارس الركض صباحا ومساء كل يوم مثلا. وفي بعض الأحيان قد تحتاج الأسرة إلى التوجيه كي تتجنب تصرفات يمكن أن تصدر منها بحسن نية، فالعديد من الأسر مثلا تشعر بأن عليه تشجيع المريض على المرح، الأمر الذي يمكن أن يكون له آثاره السلبية غير المقصودة، كالشعور بعدم القدرة على مشاركة الآخرين معهم

وهمومهم. فأحيانا - وفي مراحل معينة من المرض- قد تكون أنواع من المساندة ملائمة أكثر من غيرها، كالمساندة العملية الملموسة ، بينما في مراحل أخرى قد تكون المساندة العاطفية هي الأكثر ملائمة وأهمية. لذلك قد يحتاج الأقارب و الأصدقاء إلى المساعدة في التمييز بين السلوكيات التي تشكل مساندة، وتلك التي لا تشكل مساندة بالنسبة للمريض. وأحيانا قد يكون للمعلومات البسيطة تأثيرها الإيجابي الكبير في مساعدة أفراد الأسرة على توفير المساندة الاجتماعية للمريض المزمن. وفي إحدى الدراسات على زوجات مجموعة من المرضى الذين عانوا من نوبات قلبية تبين أن الغالبية منهم يفتقرن للمعلومات حول أمراض القلب، ويواجهن صعوبة في إيجاد الفرصة المواتية للاستفسار، مما ينجم عنه شعور بالتوتر والضيق. ولعل تدخلا قصير المدى موجه لتوعية الأهل والأصدقاء بالمرض، يمكن أن يوضح مثل هذه المواقف.

6-7- جماعات المساندة:

وتمثل جماعات المساندة الاجتماعية مصدرا آخر بالنسبة للمريض المزمن. بعض هذه الجماعات يشكلها ويقودها المريض نفسه. وتبحث هذه الجماعات قضايا ذات اهتمام مشترك، وكثيرا ما تزود المريض بمعلومات ذات قيمة حول نجاحات الآخرين في التعامل مع المشكلات التي تتجم عن المرض، فتزوده بفرص مشاركة الآخرين عواطفهم وخبراتهم. ويمكن أن تلبي جماعات المساندة الاجتماعية حاجة الأسرة - وكذلك الفريق القائم على تقديم الرعاية الصحية- للمساندة الاجتماعية. ومع أن هذا كان يتم تقليديا وجها لوجه، فتتبادل الجماعة المعلومات بصورة مباشرة، إلا أن تطورا جديدا بدأ يظهر في هذا المجال، وهو تقديم المساندة الاجتماعية وتلقيها عبر الأنترنت.

باختصار تتوافر للمريض المزمن في تصديه لمشكلاته المعقدة، عدة أساليب من العلاج النفسي.

وتشمل هذه الأساليب: التدخل في الأزمات، والعلاج الأسري، والعلاج الفردي، والعلاج الجمعي أو

جماعات المساندة. ولكل من هذه الأساليب خصائصه ومزاياه، التي قد تلائم أنواعا من المشكلات أكثر من غيرها. أما الدراسات التي أجريت حول فاعلية هذه الأساليب، فتدل، في مجملها، على ما لها من تأثير إيجابي وثابت. (تايلر، شيلي: 2008، 660)

خلاصة الفصل:

نعني بالاستعداد النفسي لتقبل مرض السكري سواء أثناء الإصابة به بدون علم مسبق، أو من خلال ترقبه على المدى القريب أو المتوسط كموروث عائلي يفترض أن يكون الإنسان معرضاً له التسليم بالإصابة و البحث عن وسائل التعايش مع أعراضه و في حالة عدم التقبل تظهر على المريض أعراض كالعزلة ، النفور ، الاكتئاب، القلق، التعصب والغضب وهي سلوكيات لا تليق بمرضى السكري... و كل هذه الممارسات والتصرفات السلبية من شأنها العمل على مضاعفة الحالة المرضية لمرضى السكري بحيث لا تساعدهم على التخفيف من حدته.

كما قد يحاول إقناع الآخرين بأنه إنسان سوي وذلك بتصنع سلوكيات لمخادعة الآخرين و إيهامهم بأنه إنسان غير مصاب بمرض السكري و كذا دخول مرضى السكري في حوارات ذاتية لمحاولة إقناع الذات وبشكل سلبي على رفض هذا المرض المزمن و الحاد، علماً بان مثل هذا السلوك من شأنه أن يؤزم الوضع الصحي للمريض على المدى القريب أو البعيد.

إننا بالنظر لهذا العامل النفسي و درجة تأثيره على تفاقم مرض السكري يبرز الدور الذي يلعبه سواء في التخفيف من حدة المرض و من مضاعفاتها و في تفاقم الحالة المرضية، و لذلك وجب على مرضى السكري التسليم بالمرض من الناحية النفسية الاجتماعية باعتباره داء عادي يمكن للإنسان أن يجد من درجة تأثيره على مختلف الأعضاء التي يحتويها الجسم عبر اتخاذ مبدأ الاحتراس و الحيطة و الحماية اللازمة، لأن الأساسي في هذا الجانب هو أن يعمل المريض على الوعي بمرضه و اتخاذ كل التدابير اللازمة من أجل الحد من تفاقمه مستقبلاً.

الإطار الميداني

للدراسة

الفصل السادس:

منهج الدراسة وإجراءاته

إن هدف الجانب النظري هو الوصول إلى قاعدة متينة يبني عليها الجانب الميداني للدراسة وهو التطبيق الميداني للأدبيات النظرية حيث من خلاله يتم التعرف على متغيرات البحث. فمن خلال التحديد الدقيق للإطار النظري يمكن التحكم في مراحل الدراسة التطبيقية والتي تشمل كل من الدراسة الاستطلاعية الممهدة للمرحلة الثانية والمتمثلة في الدراسة الأساسية ولكلا الدراستين أو المرحلتين خطوات منظمة في منهج وعينة وأدوات وأساليب إحصائية للوصول إلى نتائج يتم تحليلها و مناقشتها في الأخير.

أولاً: الحصول على معلومات من المستشفى قسم أمراض الغدد وعيادات الغدد الصماء لدى أخصائي الغد وجمعية أمراض السكري ، حيث يتم إجراء الدراسة الاستطلاعية بمستشفى مدينة عين مليلة .
ثانياً: مجتمع الدراسة يتم إجراء الدراسة الأساسية بمستشفى مدينة عين مليلة.

شمل مجتمع الدراسة كل مرضى السكري المشخص مرضهم على أساس مرض السكري نمط(2) بمستشفى مدينة عين مليلة ولاية أم البواقي ومرضى السكري نمط (2) بالعيادات الخاصة، وجمعية مرضى السكري.

1- الدراسة الاستطلاعية

تعد الدراسة الاستطلاعية دراسة كشفية للتعرف على الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث.(منسي ،عبد الحليم 2003 .61). إذن هي عبارة عن عملية كشف الظروف ،المحيطة بالظاهرة وكشف جوانبها و أبعادها.

1-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية :

يمكن تحديد أهداف الدراسة الاستطلاعية في:

- بلورة موضوع البحث أو الظاهرة موضوع البحث التي يختارها الباحث وصياغتها بطريقة أكثر إحكاما بغية دراستها بصورة أعمق في المستقبل.
- تحديد المفاهيم الأساسية ذات الصلة بالموضوع الذي اختاره الباحث.
- تنمية الفروض وذلك ببلورة مشكلة البحث أو صياغتها في صورة فروض علمية أو تساؤلات.
- إيجاد مرتكز وقدرة من المعرفة ينطلق منه الباحث في بحثه المعمق.
- التعرف على مختلف جوانب موضوع البحث أو الدراسة .
- يمكن تحديد جوانب النقص في إجراءات تطبيق أدوات جمع بيانات البحث ويمكن تعديل تعليمات هذه الأدوات في ضوء ما تسفر عليه الدراسة الاستطلاعية
- ممارسة تطبيق الاختبارات وتحديد الصعوبات ومحاولة.(منسي عبد الحليم: 6، 2003)
- تقدير حجم الصعوبات التي سيتعرض لها الباحث في تطبيق أدوات البحث
- تقدير الصعوبات التي قد تواجه تطبيق البرنامج
- التحضير الجيد للبرنامج وتجربة تطبيقه على العينة الاستطلاعية لتحديد إمكانية تطبيقه في الدراسة

2-1- تحديد محاور برنامج التنقيف الصحي:

يرتكز برنامج التنقيف الصحي لمرض السكري نمط 2 و ذلك حسب التراث الأدبي و الدراسات السابقة على الأسس التالية:

- الثقافة والمعرفة الصحية بالمرض، أعراضه، وأساليب التعامل معه .
- تقوية الدافع الذاتي والإدارة والالتزام.
- اكتساب المهارات العلمية والسلوكية للتعايش مع المرض .

أما عن محاور البرنامج :

المحور الأول: عموميات عن مرض السكري نمط 2 .

المحور الثاني: أسلوب ونمط حياة مريض السكري .

المحور الثالث: التحكم الذاتي وإدارة المرض .

المحور الرابع: تقبل مرض السكري.

وقد تم تحديدي هذه المحاور استنادا إلى عدة برامج استهدفت هذه الفئة وكذا برأي مجموعة من الأطباء في التخصص أمراض الغدد والسكري وكذا أخصائي التغذية وكذا من الدراسات السابقة من أهم المراجع:

1-Management of diabetes a National clinical guide line

Scottish Intercollegiate Guide lines Net Work .March 2010 :SIGN

2-المنهج الدولي لتعليم الأخصائيين الصحيين المعنيين بمرض السكري الاتحاد الدولي لمرضى

السكري : اللجنة الاستشارية المعنية بالتعليم الخاص بمرض السكري 2008 بلجيكا .

3-المرجع الوطني لنتقيف مرضى داء السكري : المملكة العربية السعودية وزارة الصحة .

1- التكوين الخاص الذي تلقته الباحثة حول التثقيف و التربية الصحية و الذي تمّ تحت تأطير

قطاع السجون ،المدرية العامة للبحث و اعادة ادماج المحبوس التابعة لوزارة العدل.

3-1- عينة الدراسة الاستطلاعية:

شملت عينة الدراسة الاستطلاعية عدد من المرضى المشخصين على أنهم مرضى السكري نمط 2 والمترددین على مستشفى مدينة عين مليلة ، العيادات الخاصة لأمراض الغدد و السكري، وجمعية مرضى السكري.

وقد تم تحديد 60 مريض حيث تم اختيارهم بطريقة عشوائية و ذلك خلال زيارتهم من أجل الفحص الطبي. وقد تراوحت أعمارهم من 35 إلى 65 سنة .

- خصائص العينة : 60 مريض سكري نمط 2

-الجدول رقم (4) يوضح خصائص العينة الاستطلاعية-

الخاصية	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
السن	[45-35]	10	16,66%
	[45-35]	30	50%
	[45-35]	20	33,33%
الجنس	ذكر	23	38,33%
	أنثى	37	61,66%
مدة المرض	[3 - 0]	21	35%
	[6 - 3]	29	48,33%
	[9 - 6]	10	16,66%
الحالة الاقتصادية	جيد	10	16,66%
	متوسط	42	70%
	ضعيف	08	33,33%
المستوى التعليمي	أمي	5	8,33%

ابتدائي	21	35%
متوسط	25	41,66%
ثانوي	06	10%
جامعي	03	5%

1-4- أدوات الدراسة :

تعتمد كل دراسة على إدارة أو مجموعة من الأدوات الوصول إلى نتائج علمية

موضوعية وفي هذه الدراسة تم الاعتماد على أداتين:

- الأداة الأولى :استبيان خاص بمصدر الضبط الصحي (مصدر التحكم)

- الأداة الثانية: استبيان خاص بعدم تقبل المرض

1-4-1- استبيان مصدر الضبط الصحي :

- وصف الأداة: تمّ استخدام استبيان مصدر الضبط الصحي Wallston et Wallston عام

1978 أو الذي أعده إلى العربية الدكتور جبالي نور الدين من جامعة باتنة الجزائر .

يقيس الاستبيان ثلاث أبعاد لمصدر الضبط الصحي :

- مصدر الضبط الداخلي (IHLC)

- مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ (PHLC)

- مصدر الضبط للحط (CHLC)

حيث يحتوى كل بعد على 6 بنود أي يحتوى الاستبيان على 18 بند، لكل من هذه الأبعاد خمس

خيارات موافق تماماً، موافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق

- الخصائص السيكومترية : لكل أداة من أدوات جمع البيانات درجة من الموضوعية يجب

توفرها لإعطاء أكثر مصداقية لذا وجب أن تتميز الأداة بالصدق والثبات.

ا- الصدق :

تكون الأداة صادقة إذا كانت صالحة لقياس ما وضعت لقياسه. (مقدم عبد الحفيظ: 1993 . 146)

وقد تم حساب الصدق على عينة مكونة من (60) مريض السكري نمط 2 بطريقتين وتمثلت

النتائج فيما يلي :

- صدق محتوى أو صدق الاتساق الداخلي :

ويتم ذلك بحساب معاملات الارتباط بين بنود كل محور أو بعد والدرجة الكلية التي تنتمي إليها

والجدول التالي يوضح النتائج :

-جدول رقم (5) يوضح معاملات الارتباط لكارل بيرسون بين بنود البعد الداخلي والدرجة الكلية لاستبيان

مصدر الضبط الصحي -

المحور الأول	البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
IHLC الضبط الداخلي	1. سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض.	0.63	0.01

0.01	0.65	2. إذا قدر لي أن أمرض فإنني لا أستطيع فعل شيء لتفادي المرض.
0.01	0.69	3. المداومة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتفادي المرض
0.01	0.68	4. اغلب ما يؤثر على صحتي يعود الى الصدفة
0.01	0.56	5. عند شعوري بوعكة صحية ازور فورا طبيبا مختصا .
0.01	0.60	6. اعتقد انني متحكم في صحتي.

من خلال السابق نلاحظ أن معاملات الارتباط دالة عند **0.01** أو **0.05** وهذا يعني أن الاستبيان صادق.

-الجدول رقم (6) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الثاني لإستبيان مصدر الضبط الصحي-

المحور الثاني	البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
IHLC مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ	7. لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليما	0.80	0.01

0.01	0.70	8. لا ألوم إلا نفسي عند إصابتي بالمرض
0.01	0.69	9. يلعب الحظ دورا كبيرا في سرعة شفائي من المرض
0.05	0.54	10. يلعب المختصون في المجال الصحي دورا كبيرا في التحكم في الصحة .
0.05	0.57	11. حظي السعيد هو الذي جعلني أتمتع بصحة جيدة.
0.05	0.56	12. تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحتي .

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن معاملات الارتباط دالة عند **0.01** و **0.05** ومنه فبعد ذوي النفوذ

يتمتع بصدق المحتوى

-الجدول رقم (7) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الثالث لاستبيان مصدر

الضبط الصحي -

المحور الثالث	البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
IHLC مصدر الضبط للحظ	13. إذا اعتنيت بصحتي جيدا يمكنني تجنب المرض.	0.54	0.05

0.05	0.53	14. يرجع شفائي من المرض إلى العناية التي ألقاها من (الأطباء ، الأصدقاء ..)
0.01	0.59	15. اعتقد أنني معرض للإصابة بالمرض مهما بذلت لتفاديه.
0.01	0.68	16. القدر و المكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة.
غير دالة	0.44	17. يمكنني المحافظة على صحتي إذا اعتنيت بنفسني.
0.05	0.53	18. إتباع إرشادات الطبيب حرفيا هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحتي.

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن معاملات الارتباط جميعها دالة أما عند 0.05 أو 0.01 إلا البند رقم 5 فهو غير دال عند المستويين السابقين وبما أن معاملات الارتباط دالة ، نستنتج أن بعد الحظ يتمتع بالصدق.

من خلال ملاحظة الجداول الثلاث السابقة نجد أن مجموع العبارات الدالة عند مستوى الدلالة 0.01 لهذا الاستبيان هو (10) عبارة أي بنسبة 55.55%

ومجموع العبارات الدالة عند مستوى الدلالة 0.05 لهذا الاستبيان هو (07) عبارة أي بنسبة 38.88%

وأن مجموع العبارات غير الدالة عند مستوى الدلالة 0.01 و 0.05 لهذا الاستبيان هو (01) عبارة أي بنسبة 5.55%

أي أن مجموع العبارات الدالة (17) عبارة من مجموع 18 عبارة أي بنسبة 94.44% ما يعطي الدليل على وجود نوع من الاتساق الداخلي للاستبيان .

- الصدق الإحصائي (الذاتي) :

وهو حاصل الجذر التربيعي لمعامل الثبات (معامل الثبات $\sqrt{\quad}$) وقد تم حساب الصدق الإحصائي بعد حساب الثبات وكانت النتائج:

$$\text{المحور 1 البعد الداخلي: } 0.80 = \sqrt{0.64}$$

$$\text{المحور 2 بعد النفوذ: } 0.83 = \sqrt{0.70}$$

$$\text{المحور 3 بعد الحظ: } 0.80 = \sqrt{0.65}$$

أي أن الاستبيان يتمتع بصدق إحصائي عالي.

ب - الثبات : الثبات هو مدى الدقة و الاتساق و الاستقرار في نتائج الاختبار فيما يطبق على عينة من الأفراد في مناسبتين مختلفتين . (مقدم عبد الحفيظ:146،1993)

يكون المقياس ثابت إذا كان يعطي نفس النتائج باستمرار ،إذا ما تكرر تطبيقه على نفس المفحوصين و تحت نفس الظروف. (دويدار،عبد الفتاح: 1999، 216)

- حساب الثبات بمعامل ألفا كرونباخ:

تم حساب معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من الأبعاد الثلاثة لاستبيان مصدر الضبط -الصحي

والنتائج المتحصل عليها في الجدول التالي

-جدول رقم (8) معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي-

البعد	البعد الداخلي	بعد ذوي النفوذ	بعد الحظ
معامل ألفا كرونباخ	0.64	0.70	0.65

من خلال قيم معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد نلاحظ أن جميع أبعاد الاستبيان تتمتع بالثبات وهذا يؤكد ثبات استبيان مصدر الضبط الصحي (مصدر التحكم)

- حساب الثبات عن طريق الاتساق الداخلي :

وذلك من خلال حساب معامل الارتباط الخطي(لكارل بيرسون) بين محاور الاستبيان والدرجة الكلية له والنتائج موضحة في الجدول التالي :

-جدول رقم (9) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين الأبعاد الثلاثة لمقياس مصدر الضبط والدرجة الكلية -

الأبعاد	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
البعد الداخلي-IHLC	0.84	0.01
بعد الحظ-PHLC	0.75	0.01
بعد النفوذ-CHLC	0.87	0.01

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية لاستبيان الضبط ذات ارتباط عالي مما يدل على الاتساق بين أبعاد الاستبيان والدرجة الكلية له، ومنه فالاستبيان ذو ثبات عالي

من خلال ما سبق من حساب لمعاملات الصندق والثبات لاستبيان مصدر الضبط نلاحظ أنه يتمتع بدرجة مقبولة فالاستبيان يتمتع بخصائص سيكومترية مقبولة تجعله قابل للتطبيق في هذه الدراسة .

- **تصحيح الاستبيان:** يحتوى الاستبيان على ثلاث محاور :

1- محور مصدر الضبط الداخلي : ويحتوى على 6 بنود هي العبارة 1-6-8-12-13-17

2- محور مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ : ويحتوي على 6 بنود هي العبارة 3-5-7-

10-14-18

3- مصدر الضبط للحظ: 2-4-9-11-15-16

-الجدول رقم (10) يوضح طريقة تصحيح استبيان مصدر الضبط الصحي-

الدرجة	البدائل
5 نقاط	أوافق تمام
4 نقاط	أوافق
3 نقاط	غير متأكد
2 نقطة	غير موافق
1 نقطة	غير موافق تماما

- يكون الفرد ذو ضبط داخلي إذا كانت درجة البعد الداخلي هي الأعلى.
- يكون الفرد ذو ضبط خارجي لأصحاب النفوذ إذا كانت درجة هذا البعد هي الأعلى.
- يكون الفرد ذو ضبط خارجي للحظ إذا كانت درجة هذا البعد هي الأعلى.

استبيان مصدر الضبط الصحي موضّح في الملحق رقم (1)

1-4-2- استبيان عدم تقبل المرض السكري :

أ- وصف الأداة : تمّ إعداد استبيان عدم تقبل مرض السكري من أجل تحقيق أهداف البحث وذلك

بعد الاطلاع على الأدبيات والدراسات السابقة في هذا المجال , وأهم ما تمّ الاعتماد عليه لبناء هذا

الاستبيان مراحل تقبل المرض وهي مرحلة :

- مرحلة الصدمة
- مرحلة الإنكار
- مرحلة التمرد
- مرحلة المفاوضة
- مرحلة الاكتئاب
- مرحلة التقبل
- مرحلة الخضوع
- مرحلة التقبل الزائف

ولضرورة البناء الجيد الاستبيان تم تحويل مرحلة التقبل لعدم التقبل ومرحلة الخضوع بعدم

الخضوع الاستبيان إلى صورته قبل النهائية الملحق رقم (2) ليصل إلى الصورة النهائية بعد

التحكيم الملحق رقم (3) .

ب- الخصائص السيكومترية :

حيث تمّ عرض الاستبيان على مجموعة من الخبراء وعددهم (06) وقد طلب منهم الإشارة إلى

ما إذا كانت العبارة تقيس أو لا تقيس ما وضعت لقياسه كما يتم إعطاء ملاحظات من حيث

وضوحها ومناسبتها للسلوك المراد قياسه وكذا التأكد من الصياغة اللغوية وبعد تقديم مجموعة من

الملاحظات من طرف المحكمين (الملحق رقم (4) يبين القائمة الاسمية للمحكمين لاستبيان عدم

تقبل المرض)، قامت الباحثة بتعديل ما تمّ الاتفاق عليه من طرف معظمهم (75% كنسبة

اتفاق). كما تمّ تعديل وحذف بعض العبارات وفيما يلي العبارات التي تمّ حذفها:

-جدول رقم (11) يوضح العبارات المتفق على حذفها من طرف الخبراء في استبيان عدم تقبل المرض-

المحور	العبارة المحذوفة
المحور الأول: الصدمة	عبارة 4- لم أتخيل أن يحدث لي هذا
المحور الثالث: التمرد	عبارة 4- لا أستطيع تناول الأدوية في موعدها المحدد
المحور الخامس: الاكتئاب	عبارة 5- لا أقيس نسبة السكر في الدم بانتظام
المحور السابع: عدم الخضوع	عبارة 6- لا أحترم الفحوصات الطبية الدورية

و قد تمّ حذف هذه العبارات كونها اما لا تخدم المحور و الاستبيان او انها مكررة.

أما العبارات المتفق على تعديلها هي :

-جدول رقم (12) يوضّح العبارات المتفق على تعديلها من استبيان عدم تقبل المرض-

المحور	العبارة قبل التعديل	العبارة بد التعديل
(1)الصدمة	عبارة 6- لم أتوقع أن يصيبني شيء من هذا	لم أتوقع أن يصبني مرض مزمن

عبارة 4-حياتي لازالت عادية كما كانت	لا فرق بين حياتي قبل وبعد إصابتي بالسكري	(2) الإنكار
-------------------------------------	---	-------------

-جدول رقم (13) العبارات التي تم تحويلها من محور إلى آخر من استبيان عدم تقبل المرض-

المحور بعد التعديل	العبارة
إلى المحور 7	العبارة (2) من المحور (8) أرفض أن أكون معاقا عن فعل أمور عادية

وبعد هذا التعديل توصلت الباحثة إلى الاستبيان في صورته النهائية والذي يحتوي على 40 بند موزعة على 8 محاور بمعدل 5 عبارات للمحور الواحد.

وقد تمّ استخدام معادلة لوشي لحساب الصدق الظاهري، لهذا الاستبيان وذلك بقياس صدق كل عبارة بواسطة هذه المعادلة:

$$ص = \frac{ن م - ن}{ن} = \frac{ن م - ن}{ن}$$

حيث : ن م = عدد المحكمين الذين اعتبروا أن العبارة تقيس ما وضعت لقياسه

ن = العدد الكلي للمحكمين

ولكي تكون العبارة صادقة يجب أن تكون $v \leq 0.5$ وقد قدرت v لمتوسط درجات الصدق الظاهري لعبارات مقياس عدم تقبل المرض تساوي $v=0.86$ ، وهذا يدل على أن الاستبيان صادق وبالتالي فهو يقس ما وضع لقياسه .

- صدق المحتوى أو صدق الاتساق الداخلي :

وذلك بحساب معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود كل محور والدرجة الكلية للاستبيان.

-جدول رقم (14) يوضح معاملات الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحاور والدرجة الكلية للاستبيان عدم

تقبل المرض-

المحور الثالث	البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
محور الصدمة	1. أصابتنى الدهشة حين تم إبلاغي بمرضي.	0.68	0.01
	2. أصابني الانهيار بمجرد سماعي لتشخيص الطبيب.	0.56	0.01
	3. لا أتخيل أن هذا يحدث لي.	0.58	0.01
	4. لم أتوقع أن يصيبني شيء من هذا .	0.40	0.05
	5. أتساءل لماذا يحدث لي هذا.	0.42	0.05
الإنكار	6. هناك أمراض أخرى أكثر خطورة من مرضي.	0.76	0.01
	7. لا يمكن أن يحدث معي سوء بسبب	0.39	0.05

		هذا المرض	
غ. د	0.20	8. لا أتذكر هذا المرض إلا حين موعد زيارة الطبيب .	
0.01	0.60	9. لا فرق بين حياتي قبل و بعد إصابتي بالسكري	
0.01	0.55	10. لا يشكل هذا المرض أي عائق أمام ممارسة حياتي الطبيعية.	
0.01	0.64	11. لا يجب أن يقال لي أنت مريض.	التمرد
0.01	0.79	12. لا يمكن أن أتبع نصائح الطبيب المعاین.	
0.01	0.58	13. لا يمكنني ممارسة التمارين الرياضية .	
0.05	0.40	14. ازداد غضبي منذ إصابتي بهذا المرض .	
غ. د	0.25	15. افسد المرض حياتي.	
0.01	0.64	16. لا يمكنني الالتزام بالدواء يوميا .	المفاوضة
0.01	0.71	17. يمكنني تأجيل الفحوص الى	

		المرة القادمة	
0.01	0.85	18. لا يمكنني زيارة نفس الطبيب دوريا.	
0.01	0.69	19. يجب أن يغير الطبيب هذا الدواء	
0.01	0.56	20. إذا وافق الطبيب على التخلي عن الرجيم فسأكمل العلاج عنده.	
0.01	0.88	21. أدرك أنني سأبقى خاضعا لهذا المرض.	الاكتئاب
0.01	0.79	22. هذا المرض يعرقل حياتي الاجتماعية و الزوجية .	
0.01	0.76	23. اشعر أن حياتي انتهت بسبب هذا المرض .	
0.01	0.54	24. ابكي على حالي كثيرا.	
0.05	0.38	25. التفكير في حالتي يسبب لي صعوبة بالنوم.	
0.01	0.58	26. لا أعيش مع مرضي ولكن أعيش رغما عنه.	عدم التقبل
0.01	0.79	27. لست مجبرا على الصبر على هذا المرض.	

0.01	0.63	28. لا أتحمل أعراض المرض .	
0.05	0.36	29. ليس علي تقبل جسدا مريضا .	
0.01	0.80	30. لا أتعايش مع مرضي بشكل جيد.	
0.05	0.48	31. لا أستطيع تفويض أمري للطبيب .	عدم الخضوع
0.01	0.89	32. لا يمكنني إتباع نصائح الطبيب المعايين.	
غير دالة	0.27	33. لا أتابع الجديد في علاج هذا المرض.	
0.01	0.56	34. لا يمكنني تغيير طريقة عيشي لأجل هذا المرض.	
0.01	0.67	35. ارفض أن أكون معاقا عن فعل أمور عادية.	
0.01	0.51	36. اشعر بان هذا الجسد لم يعد جسدي بسبب هذا المرض.	التقبل الزائف
0.01	0.64	37. أفكر في الأشياء التي لا أستطيع القيام بها .	
0.01	0.69	38. لا أتواصل مع أشخاص مصابين	

		بنفس المرض.	
0.01	0.56	39. لن أغير طريقة عيشي لأجل هذا المرض.	
0.01	0.68	40. لا يهمني الحصول على معلومات حول المرض.	

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن مجموع العبارات التالية عند مستوى الدلالة 0.01 هو 30 أي بنسبة 75 % وأن مجموع العبارات الدالة عند مستوى الدلالة 0.05 لهذا الاستبيان هو 07 أي بنسبة 17.5 %.

وأن مجموع العبارات غير الدالة هي 03 أي بنسبة 7.5 % أي مجموع العبارات 37 عبارة من مجموع 40 عبارة أي بنسبة 92.5% أي هناك اتساق داخلي للاستبيان.

- **الصدق الإحصائي (الذاتي):** وهو حاصل الجذر التربيعي لمعامل الثبات الصدق الإحصائي = $\sqrt{0.79} = 0.88$ ، ومنه الاستبيان يتمتع بصدق إحصائي عالي.

- **حساب الثبات بمعامل ألفا كرونباخ:**

تمّ حساب معامل ألفا كرونباخ للدرجة الكلية لاستبيان عدم تقبل المرض والتي وجدت : 0.86 وهي درجة دالة عند 0.01 وهي بذلك درجة مقبولة لثبات الاختبار.

-الجدول رقم (15) يوضح درجة ألفا كرونباخ لاستبيان عدم تقبل المرض-

مستوى الدلالة	معامل ألفا كرونباخ
0.01	0.76

- حساب الثبات عن طريق الاتساق الداخلي : وذلك بحساب معامل الارتباط لكارل بيرسون بين

محاور الاستبيان ودرجته الكلية و النتائج موضحة في الجدول التالي :

-جدول رقم (16) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين الأبعاد الثمانية لاستبيان عدم تقبل المرض-

الأبعاد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1- الصدمة	0.83	0.01
2- الإنكار	0.82	0.01
3- التمرد	0.87	0.01
4- المفاوضة	0.93	0.01
5- الاكتئاب	0.78	0.01
6- عدم التقبل	0.94	0.01
7- عدم الخضوع	0.76	0.01
8- التقبل الزائف	0.93	0.01

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية لاستبيان تقبل عدم

المرض ذات ارتباط عالي مما يدل على الاتساق بين أبعاد الاستبيان والدرجة الكلية به ومنه فالاستبيان

ذو ثبات عالي.

من خلال ما سبق من حساب لمعاملات الصدق والثبات لاستبيان تقبل عدم المرض نلاحظ أنه يتمتع بدرجة مقبولة ومنه فالاستبيان يتمتع بخصائص سيكومترية مقبولة تجعله قابل للتطبيق في هذه الدراسة

ج- تصحيح الاستبيان: يحتوي الاستبيان على 8 محاور كل محور يحتوي على 5 بنود .

-الجدول رقم(17) يوضح طريقة تصحيح استبيان عدم تقبل المرض-

البدائل	الدرجة
غير موافق	1 نقطة
غير متأكد	2 نقطة
موافق	3 نقطة

وبذلك تكون أعلى درجة يتحصل عليها : $120=40 \times 3$

وأدنى درجة يتحصل عليها : $40=40 \times 1$

و بمتوسط افتراضي = 80

حيث المتوسط الافتراضي للدرجة الكلية =

(مجموع قيم عدد البدائل / عدد البدائل) \times عدد البنود = $80=40 \times 2=40 \times (3/3+2+1)$

أي من تقع درجته اقل من 80 فهو متقبل مرضه، ومن تقع فوق 80 فهو غير متقبل .

2- تقديم برنامج التثقيف الصحي:

سيتم في هذا الجزء عرض برنامج التثقيف الصحي المطبق خلال هذه الدراسة لمعرفة فعاليته على التحكم الذاتي وتقبل المرض وهما المتغيرين التابعين للبرنامج هذا الأخير يمثل في هذه الحالة المتغير المستقل .

فمن خلال هذا الجزء سنتعرض إلى تقديم أسس البرنامج وفلسفته وأهميته وأهدافه وكذا خطوات بنائه ومحتواه وحدوده وتقييمه كما سيتم عرض الوسائل المستخدمة والأفراد المساعدين في تقديمه:

2-1- الأسس العلمية للبرنامج :

تم إعداد البرنامج كأداة أساسية لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على فرضياتها ، وقد بني هذا البرنامج على أسس علمية تمثلت في أدبيات الموضوع من خلال الكتب والبحوث العلمية وبعض من البرامج المقدمة من OMS منظمة الصحة العالمية وغيرها من المنظمات التي تتبنى هذه الفئة من المرضى وهذا بعض ما تم الاعتماد عليه :

- كتاب التثقيف الصحي مبادئه وأساليبه "زهير بن أحمد السباعي " و" حسن بله الأمين "
- كتاب الصحة والتربية الصحية "بهاء الدين إبراهيم سلامة" (2001)
- الكتب الطبية:
- دراسات في التثقيف الصحي والغذائي: عبد الرحمن عبيد مصيقر .مركز البحرين للدراسات (2000)
- التثقيف الصحي للطلاب و أفراد المجتمع : نجيب الكيلاني (2012)
- كتاب الداء السكري " موسى العنزي "

- المعايير الدولية للتعليم المختص بمرض السكري: الاتحاد الدولي لمرض السكري الاتحاد الدولي لمرض السكري (2009).
 - مجلة عالم السكري: تصدر عن الجمعية السورية لداء السكري .
 - « Cours de communication et éducation à la sante pratique, Institut haulot Enseignement Supérieur Paramédical de type court, (2010)
 - L'A P P R E T une Méthode pour construire des programmes d'éducation pour la sante , MICHEL DEMARTEAU 1991
 - Schéma Régional d'éducation pour la sante de Bretagne 2003- 2007.
- كما تمّ الاعتماد على مجموع من الدراسات السابقة في هذا المجال مثل :
- دراسة Clark M ,Hampson SE , Avery L , Simpson R (2014)، "الآثار المترتبة على تدخل يتناسب والإدارة الذاتية و نمط الحياة لدى المرضى المصابين بداء السكري من النوع 2".
 - دراسة بلال بن حمود بن محمد الرحبي (الإدارة الذاتية لدى العمانيين المصابين بالسكري 2013)
 - دراسة حليلة الصباح، سمية الصباح، سمر غزال عام 2012"أثر برنامج تثقيف سكري على مرضى السكري من النوع الثاني في مديرية صحة طولكرم".
 - دراسة المعهد العالي للصحة العامة 2006: "أثر برنامج التثقيف الغذائي الفردي والجماعي على معارف ومدارك وممارسات مرضى السكري البالغين ومدى انضباط مستوى السكر لديهم في الرياض"

2-2- فلسفة البرنامج :

بني البرنامج على أساس من أسس علم نفس الصحة ويرتكز على فلسفة مفادها: أن الإحساس بالقدرة على التحكم في المرض يؤدي إلى تقبله مما يصل بالمريض إلى القدرة على تغيير السلوكيات غير الصحية إلى سلوكيات صحية، تجعل الجانب الجسدي يستجيب بالقدرة على مقاومة أعراض المرض والتقليل من مخاطرها الصحية والنفسية والاجتماعية.

إذ أن تغيير طرف التعامل مع المرض يتولد نتيجة الإحساس بالقدرة على السيطرة في حيثياته وهذه السيطرة تتكوّن نتيجة إمكانية إدارة المريض لمرضه بحرفية، وهذا يتطلب المعرفة الحقيقية بالمرض و اكتساب ثقافة علمية وطبية حوله.

2-3- أهمية البرنامج:

تكمن أهمية البرنامج المقترح فيما يلي:

- المساهمة في بناء أساليب وقائية تقلّل من نسبة تطور مرض السكري نمط 2 أن النمط 1 المعتمد على الأنسولين .
- يعد برنامج التنقيف الصحي المعتمد عليه في هذه الدراسة من البرامج التي تربط تغيير السلوك لدى مرضى السكري نمط (2) بجانب التقبل والتعايش ، مما يعطي بعدا جديدا للسيطرة على المرض وإدارته والتحكم فيه ذاتيا مما يقلل من الخسائر المادية والبشرية .
- تعد أساليب البرنامج من الطرق التي تساعد المرضى على فهم مرضهم و انتهاج طريق صحيح للتعايش معه.
- من ميزات هذا البرنامج أنه لا يتطلب وقتا طويلا لتطبيقه كما لا يحتاج إلى تدريب طويل

- يعد هذا البرنامج من البرامج التي تعتمد على التثقيف الصحي المعتمد أساسا على إيصال المعلومة الصحية بصورة واضحة من أجل تغيير سلوك الخطر إلى سلوك صحي إيجابي .

2-4- أهداف البرنامج :

يهدف البرنامج الحالي إلى الكشف عن فعالية التثقيف الصحي باستخدام وسائل وأساليب تثقيفية حديثة من أجل رفع درجة تحكم أفراد العينة لمرضهم وتقبلهم له.

حيث تنقسم هذه الأهداف إلى :

2-4-1- الأهداف الرئيسية:

تتلخص الأهداف الرئيسية للبرنامج المقترح فيما يلي:

- رفع درجة التحكم الذاتي لأفراد العينة (العينة التجريبية) وذلك بتحويل مصدر ضبط الصحة لديهم من بعد مصدر خارجي النفوذ/الحظ إلى مصدر ضبط داخلي
- رفع درجة تقبل مرض السكري نمط(2) وذلك بعد حصول أفراد العينة على الفهم الوافي لمرضهم وكيفية التعامل معه
- إعطاء أساليب ووسائل لأفراد العينة تجعلهم قادرين على إدارة مرضهم ذاتيا مما يزيد من درجة ثقتهم بقدرتهم (على التغلب على أعراض المرض).
- مساعدة عينة البحث على فهم واضح ودقيق لما تتعرض له من : أعراض المرض النفسية والبدنية و الاجتماعية
- يساعد البرنامج أفراد العينة على استغلال قدراتهم وإمكانياتهم الذاتية في تغيير نمط حياتهم .
- مساعدة أفراد العينة على تغيير سلوكياتها إلى سلوكيات بل إلى نمط حياة صحي متعايش مع مرضه في طريقة إلى تحقيق التوازن البدني والنفسي و الاجتماعي.

- مساعدة أفراد العينة على إيجاد أساليب إدارة المرض وكذلك إدارة الضغوط التي تواجههم .

2-4-2- الأهداف الفرعية :

تتمثل الأهداف الفرعية فيما يلي :

- تزويد المرضى بالمعلومات حول السكري .
- التعرف على مرض السكري النمط 1 والنمط 2 والفرق بينهما .
- التعرف على مسببات المرض ومضاعفاته وكيفية الوقاية منه .
- تزويد المرضى بفهم الفسيولوجيا المرضية و الاختلالات التي تؤدي إلى أيض السكر بشكل غير طبيعي.
- مساعدة مريض السكري نمط 2 على تنفيذ استراتيجيات الوقاية من حدوث المضاعفات قربية المدى و بعيدة المدى.
- فهم العواقب النفسية الناتجة عن المضاعفات بعيدة المدى على الشخص المصاب وأفراد أسرته
- مناقشة ضرورة التحلي بالصدق و انتهاج أسلوب إيجابي للوقاية من المضاعفات والتعامل معها.
- فهم القدر اللازم من الطاقة والعناصر الغذائية لنمو وتطور أفضل وللتمتع بقدر أكبر من الصحة.
- أهمية الحفاظ على وزن صحي .
- فهم ضرورة تقبل مريض السكري للحمية الغذائية.
- تعريف النشاط البدني و تحديد أهميته لمريض السكري نمط 2: أهمية عضوية و أهمية نفسية.

- تعريف مشاكل القدم السكري.
- أهمية النظافة الشخصية للجسم ككل.
- أهمية اختيار نوع الملابس و مناسبتها لجسم المريض.
- التعرف على اضطرابات النوم .
- مشاكل النوم لمرضى السكري نمط 2.
- علاقة السمنة باضطرابات النوم.
- مناقشة الاستجابة الجنسية للشخص .
- مناقشة مفاهيم المظهر الخارجي للجسم وكيف يمكن أن يؤثر مرض السكري على الهوية الجنسية للشخص.
- فهم الخطر المتزايد للإصابة بأمراض الفم واللثة لدى الأشخاص المصابين بمرض السكري نمط2.
- فهم أساليب وممارسات الحفاظ على صحة الفم عند الأشخاص المصابين بمرض السكري نمط2.
- تزويد المشاركين بأهمية الالتزام الدوائي و الإذعان لنصائح المختص المعالج .
- أهمية إدخال العلاج ضمن السلوكيات اليومية للمريض.
- تحسين نوعية الحياة التي يحيها مريض السكري نمط2.
- استعراض مرض السكري و :

-التكاليف الشخصية

-التكاليف الاقتصادية

-التكاليف النفسية الاجتماعية.

-مهارات التحكم الذاتية منذ اليوم الأول للتشخيص.

-التعرف على الضغوط النفسية.

-تحديد استراتيجيات مواجهة الضغوط.

-الأمراض النفسية التي قد تسببها الضغوط.

-كيفية مواجهة الضغوط النفسية.

-التعرف على أهمية قياس نسبة السكر في الدم.

-أهمية الفحوص الطبية الدورية.

-أهمية التحاليل الدورية.

-إلقاء الضوء على تأثير مرض السكري و الاحتياجات النفسية الاجتماعية للأشخاص المصابين

به وأسره .

-تضمين النهج السلوكية والدعم العاطفي في عملية تعلم الإدارة الذاتية للمرض .

-مساعدة المرضى على تقبل المرض بشكل إيجابي .

-وصف التأثير النفسي لمرض السكري وعلاجه على الشخص المصاب به وأسرتة .

-تحديد التوجهات والسلوكيات المتخصصة النافعة /غير النافعة للأشخاص المصابين بمرض السكري.

تغيير بعض المعتقدات الخاطئة لتسهيل تقبل المرضى لدى المرض عن السكري

وكخلاصة لأهداف البرنامج :

- تقديم معلومات عن كيفية الرعاية الذاتية
 - التكيف مع أسلوب الحياة والرغبات (الغذاء-النشاط البدني-التدخين)
 - أهمية الحالة النفسية:
 - مهارات الرقابة الذاتية و المعدلات اللازمة.
 - التحكم في الوزن .
 - السيطرة على نسبة الجلوكوز في الدم .
 - السيطرة على ضغط الدم .
 - السيطرة على نسبة الدهون في الدم .
 - خطر الوصول إلى مضاعفات بعيدة المدى (الأوعية ، العيون،الكلية، حالة القدم).
 - أهمية الحالة الجنسية .
 - أهمية مراجعة الأدوية .
- وكل هذه الأهداف تتداخل فيما بينها للوصول الى حالة من الشعور بالتحكم و تقبل مرض السكري .

2-5- الحدود الإجرائية للبرنامج

2-5-1- الجدول الزمني (الحدود الزمنية)

امتد التطبيق الفعلي للبرنامج مدة 16 أسبوع ابتداء من شهر ماي إلى غاية شهر سبتمبر 2016 حيث كانت الخطوات :

جدول رقم (18) يوضح التوزيع الزمني للبرنامج المطبق:

الخطوات	الأسبوع
التطبيق القبلي للمقياسين على مرضى السكري نمط(2) المترددين على مستشفى مدينة عين مليلة والعيادات الخاصة وجمعية السكري وقد وصل عددهم إلى 40 مريض تم استخراج منهم المرضى الذين تحصلوا على درجات عالية في استبيان عدم تقبل المرض وتم تحديد مصدر الضبط لديهم بأنه ليس بالداخلي (أي مصدر ضبط خارجي نفوذ/حظ).	الأسبوع الأول:
اختيار عينة الدراسة	الأسبوع الثالث:
تقسيم العينة إلى مجموعة ضابطة وأخرى تجريبية وذلك من خلال المعلومات الشخصية المتحصل عليها الاستبيانين عن المستوى	الأسبوع الرابع:

الاقتصادي الجنس السن مدة المرض أي الحصول على مجموعتين متكافئتين إذا كانت لا توجد فيها فروق فهل تضع لها فرضيات	
بداية تطبيق البرنامج ، وتم فيها التعارف مع أفراد العينة التجريبية شرح أهداف البرنامج والتعريف به مع الاتفاق الملزم لأفراد المجموعة بحضور الحصص والمشاركة الفعالة.	الأسبوع الخامس:
تم تطبيق البرنامج بمعدل حصتين أسبوعيا 15 جلسة +4 جلسات تقييميه.	الأسابيع 10 التالية:
التطبيق البعدي للمقياسين على المجموعتين الضابطة والتجريبية	الأسبوع 16:
ثم القياس التتبعي ليختتم البرنامج ككل	بعد 30 يوم من التطبيق البعدي.

2-5-2- مكان تطبيق البرنامج (الحدود المكانية):

من اجل السير الجيد للبرنامج تم الاتفاق مع أفراد العينة التجريبية على التجمع من أجل الجلسات في مكتب الطبيب المشارك في تطبيق هذا البرنامج، حيث تم تحديد أيام الثلاثاء مساء والخميس مساء ليلتقي أفراد العينة في غرفة من عيادة الطبيب ،حيث تم تجهيزها مسبقا لغرض تطبيق البرنامج ،

مع العلم أن هذه العيادة تخدم معظم أفراد العينة ، قربية نوعا ما من مكان إقامة الجميع .

كما أن هذه الغرفة ذات مساحة كبيرة 5x4م (20م²) وهي تحت تصرف البرنامج طيلة مدة

تطبيقه

2-5-3- المعنيون بتطبيق البرنامج : استفاد البرنامج من خدمات الأفراد :

- طبيب عام : لإعطاء شرح معمق ومفصل لأفراد العينة عن الأمور الطبية ، وذلك في غياب وجود طبيب مختص في أمراض الغدد والسكري .

- طبيب أسنان: للاستفادة من خبرته في محور اعتناء بالأسنان ونظافة الفم لدى مرضى السكري نمط 2.

- مختص بالتغذية : استفاد البرنامج من خدمات مختص في التغذية .

- الباحثة : كأخصائي نفسي خضع لتكوين في التربية الصحية من طرف قطاع السجون وزارة العدل يقدم البرنامج و يسلط الضوء على الجانب النفسي للبرنامج .

2-5-4- الفئة المستهدفة (الحدود البشرية):

تضم عينة الدراسة 12 مريض بالسكري نمط 2 قد تحصلوا على درجة عالية على استبيان عدم

تقبل المرض، إذن فهم يمتازون بعدم تقبل المرض بدرجة عالية. كما يمتازون بمصدر ضبط

صحي إما خارجي لذوي النفوذ (PHLC) أو مصدر ضبط صحي خارجي للحظ (CHLC)،"أي

لا يمتازون بمصدر ضبط صحي داخلي"

حيث تم تقسيم أفراد العينة عشوائيا إلى :

- أفراد يطبق عليهم البرنامج وهي المجموعة التجريبية ن = 6 أفراد .

- أفراد لا ينطبق عليهم البرنامج و هي المجموعة الضابطة ن = 6 أفراد .

2-5-5- مراحل بناء البرنامج :تم إعداد البرنامج انطلاقا من :

- التراث الأدبي الذي يشمل متغيرات الدراسة ويساعد على بناء هذا النوع من البرامج .
- الاطلاع على مجموع من الدراسات السابقة التي تبنت برامج للتنقيف الصحي .
- صياغة أهداف البرنامج وبلورتها .
- تجسيد البرنامج بتحديد عدد الجلسات ومحتوى الدرس والوسائل المستعملة والأنشطة التدريبية ومدة كل جلسة وكيفية تقييم هذه الجلسات .
- تحديد الأفراد الذين يمكنهم تقديم المساعدة للبرنامج .
- تحكيم البرنامج لضبطه والتأكد من جاهزيته للتطبيق.
- التجريب الاستطلاعي للبرنامج للضبط النهائي .
- إخراج البرنامج في صورته النهائية التي ستطبق في الدراسة الأساسية .

2-5-6- المراحل الأساسية لتطبيق البرنامج :

نوضح هذه المراحل في الجدول التالي:

- جدول رقم (19) يوضح المراحل الأساسية لتطبيق البرنامج -

المرحلة	المحتوى
المرحلة الأولى ما قبل البرنامج	جلسات تمهيدية للتطبيق القبلي وبناء الثقة مع الحالات
المرحلة الثانية مرحلة التطبيق الفعلي للبرنامج	تشمل الجلسات الفعلية للبرنامج
المرحلة الثالثة مرحلة إنهاء	تشمل هذه المرحلة التطبيق البعدي للاستبيانين على

البرنامج	المجموعتين الضابطة والتجريبية والتطبيق التبعي على الضابطة
----------	---

2-6- أساليب تقديم البرنامج :

من خلال البرنامج تم تطبيق مجموعة من تقنيات وأساليب التثقيف الصحي :

- تقديم المحاضرات .
 - النقاش .
 - المشاريع الفردية والجماعية .
 - تقنية العصف الذهني .
 - تقنية حل المشكلات .
 - تمارين و واجبات منزلية .
 - الأسئلة المحفزة والنقاش .
 - نشاط جماعي .
- كما تمّت الاستفادة من :
- مجموع من المطويات .
 - اللوح القلاب .
 - استضافة خبراء : طبيب عام /مختص في التغذية /جراح أسنان .
 - تقديم أفلام تثقيفية .

- الرسومات والصور التوضيحية .

- مجسمات تشريحية.

2-7- الوسائل المستخدمة بالبرنامج :

تمّ استخدام :

- فحوص طبية وتحاليل دم وقياسات حيوية.

- جهاز كمبيوتر .

- جهاز العرض للشرائح.

- جهاز عرض المرئي data show projector.

- سبورة /أقلام.

2-8- تقييم البرنامج :يتمّ التقييم خلال أربع مراحل تشمل

1- التقييم القبلي : ويتمّ ذلك بتطبيق استبيانات الدراسة من أجل تحديد أفراد العينة والتحقق من

تجانس المجموعتين الضابطة والتجريبية .

2- التقييم المرحلي : وذلك من خلال التقييم أثناء الجلسات بداية أو أثناء أو بعد نهاية الجلسة وذلك

من خلال طرح التساؤلات لتقييم مدى تحقق أهداف الجلسة .

كما يتمّ ذلك من خلال اختبارات تقييمية و تحصيلية بعد نهاية كل محور ،الملحق رقم(5) يمثّل

استمارة التقييم المرحلية للبرنامج.

3- التقييم البعدي : وذلك من خلال التطبيق البعدي لاستبيانات الدراسة .

4- التقييم التبعي : وذلك بعد شهر من إعادة تطبيق استبيانات الدراسة وذلك للتأكد من تحقيق

البرنامج لأهدافه العامة والخاصة .

كما تمّ تقييم البرنامج من طرف المشاركين في البرنامج من خلال استمارة تقييم كلي للبرنامج مبيّنة في الملحق رقم (6).

2-9- تحكيم البرنامج :

تمّ عرض البرنامج على مجموعة من أساتذة علم النفس و أطباء (الملحق رقم (7) قائمة المحكمين للبرنامج) مرفق باستمارة التحكيم الملحق رقم (11) وذلك لتحكيم البرنامج والتأكد من صلاحيته للتطبيق، حيث طلب منهم التركيز على النقاط التالية :

المحتوى /الأهداف/الأدوات/الوسائل والتقنيات /الأنشطة /الطرق المستعملة /مدة الجلسات

(الملحق رقم (8) يوضح نسب آراء الخبراء في البرنامج المقدم)

من خلال نسب الخبراء تمّ الاتفاق على أن البرنامج صالح ومناسب للتطبيق على أفراد العينة.

أما عن الملاحظات المقدّمة:

- التقليل من التركيز على الجاني الطبي .
- إثراء عنصر تقبل المرض أكثر.
- تقليص وقت المحاضرة وزيادة وقت النقاش .

وبعد هذه الملاحظات التي تمّ الأخذ بها تمّ التوصل إلى الصورة النهائية للبرنامج، والذي يتكون من

4 محاور :

- المحور الأول : عموميات عن مرض السكري نمط 2 : ثلاث حصص + اختبار تقييمي.
- المحور الثاني : أسلوب ونمط حياة مريض السكري : ستة حصص + اختبار تقييمي.
- المحور الثالث : التحكم الذاتي وإدارة المرض : أربع حصص + اختبار تقييمي.

- المحور الرابع : تقبل مرض السكري : حصتين + اختبار تقييمي.

إضافة إلى :

- حصة التطبيق القبلي والتعارف وتقديم البرنامج.

- حصة التطبيق البعدي .

- حصة التطبيق التتبعي بعد شهر من إعادة التطبيق.

2-10- التجريب الاستطلاعي للبرنامج :قامت الباحثة بتطبيق البرنامج على عينة عشوائية

مكوّنة من أربعة أفراد من أجل تجربة استطلاعيا وذلك بجلستين فقط من أجل .

- التدرّب على الحصص التثقيفية .

- التعرف على الصعوبات التي قد تواجه تطبيق البرنامج .

- التعرف على فئة المصابين بداء السكري النمط (2).

- تقدير مدى ملاءمة البرنامج لهذه الفئة.

- التعرف على مدى مناسبة الجلسات ومحتواها وأدواتها ووسائلها للبرنامج.

و فيما يلي

-جدول رقم (20) يمثل بطاقة فنية (بروتوكول) للبرنامج المقترح -

اسم البرنامج	برنامج تثقيف صحي لمرضى السكري نمط (2).
هدفه	رفع درجة التحكم الذاتي وتقبل المرض.
الخلفية النظرية	نظريات علم نفس الصحة (مركز الضبط الصحي، العزو السببي المعتقدات الصحية).

عدد الجلسات	المجموع الكلي 22 جلسة.
متوسط مدة الجلسة	1 ساعة.
حجم العينة	التجريبية: 6 مرضى.
الفئة المستهدفة	مرض السكري نمط (2).
تواتر الجلسات	حصتين أسبوعيا.
مدة البرنامج	16 أسبوع.
المتابعة البعيدة	4 أسابيع.
قيادة الجلسات	الباحثة.
المساعدون	طبيب عام /جراح أسنان /أخصائية تغذية.

2-11- الصورة النهائية للبرنامج:

موضحة في الملحق رقم (9) .

3- الدراسة الأساسية

3-1- منهج الدراسة:

استخدمت الدراسة الحالية المنهج شبه التجريبي كونه المنهج الأنسب لتحقيق أهدافها، أي من أجل

معرفة الفروق بين المجموعتين الضابطة و التجريبية في مستوى تقبل المرض و التحكم الذاتي و ذلك

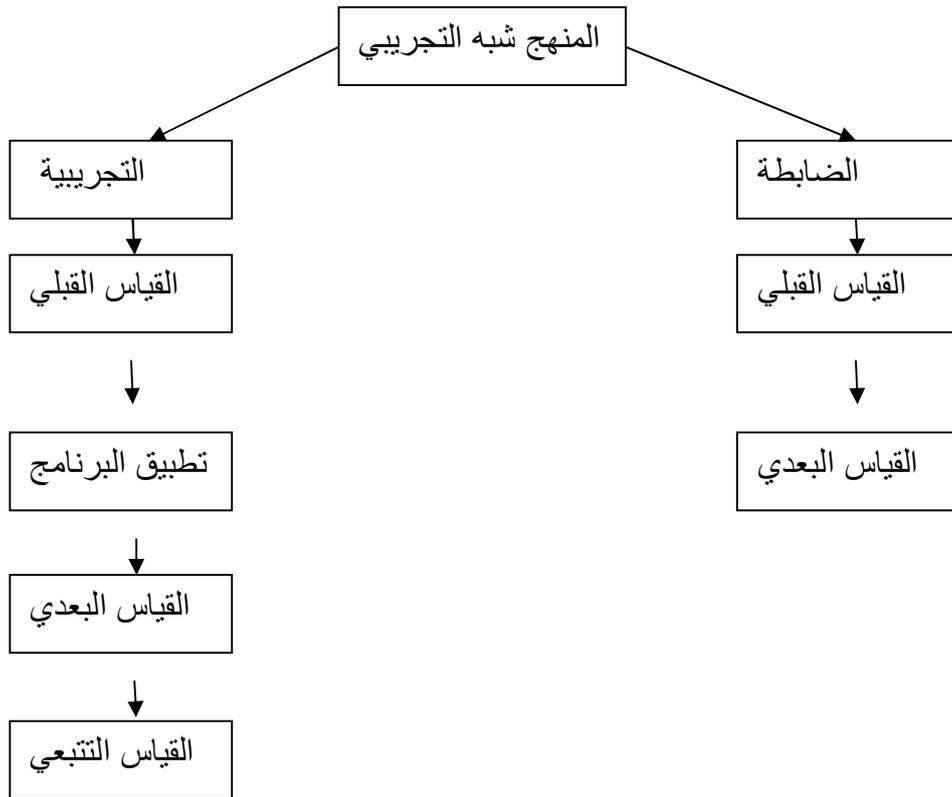
بعد إدخال المتغير المستقل " برنامج التنقيف الصحي " على المجموعة التجريبية.

وهذا من أجل قياس فاعلية البرنامج المقترح في رفع درجة التحكم الذاتي و تقبل المرض لدى عينة من

مرضى السكري نمط (2) من مدينة عين مليلة.

المنهج شبه التجريبي هو المنهج الأنسب لهذه الدراسة كونه يمكننا من التجريب على الظواهر الإنسانية.

التصميم المتبع في منهج الدراسة المخطط رقم (4) يوضح تصميم الدراسة الأساسية المنهج شبه تجريبي.



المخطط رقم (4) يوضح تصميم الدراسة الأساسية المنهج شبه تجريبي.

ضبط المتغيرات: وقد تمّ إتباع هذا المنهج من اجل معرفة فعالية المتغير المستقل (البرنامج) في تغيير المتغيرات التابعة له وهي التحكم الذاتي و تقبل المرض ، كما تمّت مجانسة العينتين التجريبية و الضابطة في عدة متغيرات لتحقيق التكافؤ و ضبط العوامل الدخيلة ، حيث تم ضبط متغير :

- السن.

- الجنس.
- المستوى الاقتصادي و الاجتماعي و الثقافي للمريض .

حيث تمّ تلخيص أهم خطوات الدراسة في ما يلي :

3-2- مجتمـع الدراسة:

اذ تمّ تطبيق استبيان مصدر الضبط الصحي و استبيان تقبل المرض على مجتمـع الدراسة و المكوّن من مرضى السكري نمط (2) المترددين على مستشفى مدينة عين مليلة و على العيادات و جمعية مرض السكري.

3-3- عينة البحث:

حيث تمّ اختيارها بطريقة قصدية و ذلك من خلال الأفراد الذين حصلوا على عدم تقبل مرض عالي و مصدر ضبط صحي غير داخلي و فد كان عددهم (12) مريض و مريضة منهم (9) نساء (3) رجال وقد تمّ تقسيم العينة إلى مجموعتين و مجانستهما.

3-3-1- المجموعة الضابطة :

تشمل 6 مرضى أربع (05) نساء و رجل (01) حيث تمّ تطبيق على هذه المجموعة:

- اختيار قبلي للاستبيانين
 - اختيار بعدي دون تطبيق البرنامج (أي غياب المتغير المستقل)
- يتم الحصول بعد ذلك على دلالة الفروق بين التطبيق القبلي و البعدي

3-3-2- المجموعة التجريبية :

تشمل 6 مرضى أربع نساء (04) و رجلين (02) حيث تمّ تطبيق على هذه المجموعة :

- اختيار قبلي
- تطبيق البرنامج
- اختيار بعدي ليتم الحصول على دلالة الفروق بين التطبيقين القبلي و البعدي و هو ما يحدد فعالية البرنامج المطبق .

- إجراء التطبيق التتبعي على المجموعة التجريبية بعد ثلاثين يوما (30) يوم من إنهاء تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية و ذلك لتجديد استمرارية تأثير وفاعلية البرنامج المطبق .

- تم استخدام مجموعة أساليب إحصائية.

- ليتم في الأخير تفريغ النتائج المتحصل عليها و تحليلها

3-4- تجانس أفراد العينة:

قامت الباحثة بالحرص على ضبط العوامل التجريبية التالية :

- تجانس أفراد العينة في الجنس.
- تجانس أفراد العينة في السن .
- تجانس أفراد العينة في المستوى الاقتصادي و الاجتماعي و الثقافي.
- تجانس أفراد العينة في الاستبيانين.

3-4-1- تجانس أفراد العينة (المجموعة التجريبية و الضابطة) في المتغيرات الديموغرافية :

أ- تجانس أفراد العينة الكلية في الجنس :

حيث تمّ استخدام اختبار مان -ويتني Mann-Whitney U إذ يتم حساب معامل رتب أفراد المجموعتين الضابطة و التجريبية و مجموع هذه الرتب وكذا قيمة W ، U ، Z و مستوى الدلالة بين المتوسطات في متغير الجنس .

-الجدول رقم (21) دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات في متغير الجنس بين أفراد العينة (التجريبية و الضابطة)-

متغير	العينة	عددها	متوسط الرتب	مجموع الرتب	u	w	Z	مستوى الدلالة
الجنس	التجريبية	6	6	36	15	36	-0.63	0.52
	الضابطة	6	7	42				غير الدلالة

من خلال النتائج في الجدول السابق بلغ متوسط الرتب لأفراد المجموعة التجريبية حسب متغير الجنس (6) و مجموع الرتب (36)، في حين متوسط الرتب لأفراد المجموعة الضابطة حسب متغير الجنس فهو (7) و مجموع الرتب (42) كما كانت w تساوي (36) و z تساوي (-0.63) قيمة u بلغت (15) وهي قيمة غير دالة عند (0.01) وذلك يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) حسب متغير الجنس بين أفراد المجموعتين الضابطة و التجريبية ، أي أن أفراد المجموعتين متجانستين من حيث الجنس.

ب- تجانس أفراد العينة الكلية في السن: باستخدام اختبار " مان - ويتي" تم حساب معامل رتب أفراد المجموعتين الضابطة و التجريبية و مجموع هذه الرتب وقيمة W ، U ، Z و مستوى الدلالة بين المتوسطات في متغير السن .

-الجدول رقم (22) يبين دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات في متغير السن بين أفراد العينة

الكلية-

متغير	المجموعة	عددها	متوسط	مجموع	U	w	Z	مستوى
-------	----------	-------	-------	-------	---	---	---	-------

السن		الرتب	الرتب	الدلالة
التجريبية	6	6.50	39	1.00
الضابطة	6	6.50	39	غير دالة

من خلال النتائج من الجدول السابق بلغ متوسط الرتب لأفراد المجموعة التجريبية حسب متغير السن (6.50) و مجموع الرتب (39) في حين متوسط الرتب لأفراد المجموعة الضابطة حسب متغير السن فهو (6.50) ومجموع الرتب (39) كما كانت قيمة تساوي 39 و تساوي (00) و قيمة بلغت (18) وهي قيمة غير دالة عند (0.01) و بالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) حسب متغير السن.

ج- تجانس أفراد العينة الكلية في المستوى الاقتصادي و الاجتماعي و الثقافي:

حيث تم تطبيق استمارة المستوى الاقتصادي و الاجتماعي و الثقافي للأسرة المعد من طرف الأستاذ بشير معمريّة في البيئة الجزائرية مع تغيير مهنة الأب و الأم إلى مهنة الزوج و الزوجة كون أفراد العينة متزوجون الملحق رقم (10)، و باستخدام اختبار "مان ووينتي" تم حساب معامل رتب أفراد المجموعتين الضابطة و التجريبية و مجموع هذه الرتب وقيم W ، U ، Z و مستوى الدلالة بين المتوسطات في متغير المستوى الاقتصادي و الاجتماعي و الثقافي.

-الجدول رقم (23) يبين دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات في متغير المستوى الاقتصادي و

الاجتماعي و الثقافي-

المستوى	المجموعة	عددها	متوسط	مجموع	U	W	Z	مستوى
---------	----------	-------	-------	-------	---	---	---	-------

الاقتصادي				الرتب	الرتب			الدلالة
الاجتماعي	التجريبية	06	6.33	38	17	38	-0.16	0.93
و الثقافي	الضابطة	06	6.67	40				غير دالة
للأسرة								

من خلال النتائج من الجدول السابق بلغ متوسط الرتب لأفراد المجموعة التجريبية حسب متغير الاقتصادي والاجتماعي والثقافي (6.33)، و مجموع الرتب (38) في حين متوسط الرتب لأفراد المجموعة الضابطة حسب المتغير الاقتصادي والاجتماعي والثقافي فهو (6.67). ومجموع الرتب (40) كما كانت قيمة w تساوي 38 و z تساوي (-0.16) و قيمة u بلغت (17) وهي قيمة غير دالة عند (0.01) و بالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) حسب متغير المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة.

3-4-2- تجانس أفراد المجموعة التجريبية و الضابطة في أدوات قياس الدراسة:

أ- مقياس ضبط الصحي: (أبعاد مركز الضبط الصحي)

حيث تم استخدام اختبار مان-ويني للتأكد من تجانس المجموعة الضابطة و التجريبية على أبعاد استبيان مركز الضبط الصحي .

-الجدول رقم (24) يوضح دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات في القياس القبلي لأبعاد استبيان مركز الضبط الصحي بين أفراد المجموعتين الضابطة و التجريبية -

المتغير	الأبعاد	المجموعة	عددها	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	مستوى الدلالة
أبعاد	البعد 1	التجريبية	6	6.17	37	16	37	-0.32	0.81

				41	6.83	6	الضابطة	IHLC	مقياس
0.39	-0.96	33	12	33	5.50	6	التجريبية	البعد 2	مصدر
				45	7.50	6	الضابطة	PHLC	الضبط
0.81	-0.32	37	16	41	6.83	6	التجريبية	البعد 3	الصحي
				37	6.17	6	الضابطة	CHLC	

من خلال النتائج المبينة في الجدول السابق فقد وجد أن متوسط الرتب لأفراد المجموعة التجريبية على

بعد (IHLC) البعد الداخلي لاستبيان مركز الضبط الصحي (6.17) و مجموع الرتب (37) أما المجموعة الضابطة فمتوسط الرتب لهذا البعد كان (6.83) و مجموع الرتب (41) وقيمة U (16) ، قيمة W (37) وقيمة Z (-0.32) وهي قيم غير عند (0.01) و بالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة في التطبيق القبلي على البعد الداخلي لاستبيان مركز الضبط الصحي.

أي أن هناك تجانس لأفراد المجموعتين من خلال هذا البعد كما كان متوسط الرتب للأفراد التجريبية على الداخلي للاستبيان، أما متوسط الرتب لأفراد المجموعة التجريبية على بعد (PHLC) البعد الخارجي لذوي النفوذ لاستبيان مركز الضبط الصحي (5.50) و مجموع الرتب (33) أما المجموعة الضابطة فمتوسط الرتب لهذا البعد كان (7.50) و مجموع الرتب (45) وقيمة U (12) وقيمة W (33) و قيمة Z (-0.96) وهي قيم غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) و بالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة في التطبيق القبلي على البعد

الخارجي لذوي النفوذ لاستبيان مركز الضبط الصحي أي أن هناك تجانس لأفراد المجموعتين الضابطة و التجريبية من خلال هذا البعد.

أما متوسط الرتب للمجموعة التجريبية على بعد (CHLC) البعد الخارجي للخط لاستبيان مركز الضبط الصحي (6,83) و مجموع الرتب (41) .

أما المجموعة الضابطة فمتوسط الرتب لهذا البعد كان (6,17) و مجموع الرتب (37) و قيمة U (16) وقيمة W (37) و قيمة Z (-0,32) وهي قيم غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) و بالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة في التطبيق القبلي على البعد الخارجي للخط أي هناك تجانس لأفراد المجموعتين الضابطة و التجريبية من خلال هذا البعد.

ب- مقياس عدم تقبل المرض:

حيث تم استخدام مان - ويتني للتأكد من تجانس المجموعة الضابطة و التجريبية على استبيان عدم تقبل المرض.

-الجدول رقم (25) يوضح دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات في القياس القبلي لاستبيان عدم تقبل المرض بين المجموعتين الضابطة و التجريبية-

استبيان عدم تقبل المرض	المجموعة	عددتها	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	مستوى الدلالة
المرض	التجريبية	6	6	36	15	36	-0.48	0.69
	الضابطة	6	7	42				

من خلال الجدول السابق نجد أن متوسط الرتب للمجموعة التجريبية على استبيان عدم تقبل المرض هو (6) ومجموع الرتب (36) أما متوسط الرتب للمجموعة الضابطة على استبيان عدم تقبل المرض (7) ومجموع الرتب (42) وقيمة U (15) أما W (36) و Z (-0.48) وهي قيم غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) ومنه فانه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة في التطبيق القبلي على مقياس عدم تقبل المرض أي أن هناك تجانس لأفراد المجموعتين التجريبية و الضابطة من خلال هذا الاستبيان .

3-5- برنامج التثقيف الصحي النهائي المطبق في الدراسة الأساسية:

موضح بالملحق رقم (9).

3-6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

تمّ استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية لمعالجة البيانات وذلك من خلال استخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS):

- النسب المئوية
- المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري
- معامل الارتباط لكارل بيرسون PEARSON
- متوسط الرتب و مجموع الرتب
- اختبار ويلكوكسون المجموعات المرتبطة WILCOXON
- اختبار مان - ويتني المجموعات المستقلة (MAN-WHITNEY U)

الفصل السابع :

**عرض و تحليل و مناقشة
النتائج**

1- عرض وتحليل نتائج الدراسة:

1-1- عرض نتائج الفرضية الأولى: والتي مفادها توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب

أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي على مقياس عدم تقبل المرض .

ولحساب قيمة الدرجة المعيارية تم استخدام اختبار ويلكوكسون wilcoxon لعينتين مرتبكتين .

-الجدول رقم (26) يوضح نتائج قيمة اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي و

البعدي للمجموعة التجريبية على استبيان عدم تقبل المرض-

مستوى الدلالة	قيمة p	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	عددها	الرتب	العينة
دلالة عند 0.05	0.028	-2.20	21	3.50	6	سالبة	المجموعة التجريبية
			0	00	00	موجبة	قبلي بعدي

من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه فان قيمة متوسط الرتب الموجبة لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان عدم تقبل المرض هي (0) و مجموع الرتب (0) ، أما متوسط الرتب السالبة فقدر ب (3.50) بمجموع (21) كما كانت قيمة Z (-2.20) وهي قيمة اكبر من (1.96) في حالة الاختبار وحيد الطرف عند مستوى الدلالة (0.05) و قد بلغت قيمة P (0.028) و هي قيمة اقل من (0.05) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية. ومنه فانه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسط رتب درجات أفراد

المجموعة التجريبية في القياس القبلي و البعدي على مقياس عدم تقبل المرض لصالح التطبيق البعدي .

ومنه فالفرضية والتي مفادها توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي على مقياس عدم تقبل المرض قد تحققت.

1-2- عرض نتائج الفرضية الثانية:

والتي مفادها: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي و البعدي على مقياس مصدر الضبط الصحي .

تم حساب القيمة العددية لدرجة المعيارية باستخدام اختبار ويلكوكسون لعينتين مرتبطتين و النتائج موضحة في الجدول التالي .

-الجدول رقم (27) يوضح قيمة اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي و البعدي

للمجموعة التجريبية على أبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي-

مستوى الدلالة	P	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	عددها	الرتب	المجموعة التجريبية	
0.05 دالة	0.028	-2.20	0	0	0	رتب سالبة	المجموعة التجريبية	البعد الداخلي
			21	3.50	6	رتب موجبة	قبلي بعدي	
0.05	0.046	-1.99	20	4	5	رتب	المجموعة	البعد

دالة			1	1	1	سالبة	التجريبية	الخارجي
						رتب	قبلي	النفوذ
						موجبة	بعدي	
دالة	0.05	2.03-	15	3	5	رتب	المجموعة	البعد
						سالبة	التجريبية	الخارجي
						رتب	قبلي	للحظ
						موجبة	بعدي	

حسب ما هو موضح في الجدول السابق فنتائج اختبار ولكوكسون كانت :

أ - بعد مصدر الضبط الصحي الداخلي (IHLC):

بلغ متوسط الرتب السالبة لأفراد المجموعة التجريبية على هذا البعد (0) و بمجموع (0) أما متوسط الرتب الموجبة فبلغ (3.50) وبمجموع (21) ، وكانت قيمة Z تساوي (-2.20) وهي قيمة أكبر من (1.96) في حالة الاختبار ذو الطرف الواحد عند مستوى الدلالة (0.05) ومنه فالفروق دالة ، وقد بلغت قيمة P (0.028) و هي أصغر من مستوى المعنوية (0.05) مما يؤكد دلالة الفروق .

ومنه فإنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي و البعدي على البعد الداخلي (IHCL) لمقياس مصدر الضبط الصحي لصالح التطبيق البعدي .

ب - بعد مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ (PHLC) :

بلغ متوسط الرتب السالبة لأفراد المجموعة التجريبية على هذا البعد (4) بمجموع (20) أما متوسط الرتب الموجبة فبلغ (1) و بمجموع (1) و كانت قيمة $Z(-1.99)$ و هي قيمة أكبر من (1.96) في حالة الاختبار ذو الطرف الواحد عند مستوى الدلالة (0.05) ومنه فالفروق دالة ، و قد بلغت قيمة $p(0.046)$ و هي اصغر من (0.05) مما يؤكد وجود الفروق.

ومنه فانه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي و البعدي على البعد الخارجي لذوي النفوذ (PHLC) لمقياس مصدر الضبط الصحي لصالح التطبيق البعدي.

ج- بعد مصدر الضبط الصحي الخارجي للحظ (HCLC): بلغ متوسط الرتب السالبة لأفراد المجموعة التجريبية على هذا البعد (3) و بمجموع (15) / ما متوسط الرتب الموجبة فبلغ (0) بمجموع (0) ، وكانت قيمة Z تساوي (-2.03) وهي قيمة أكبر من (1.96) في حالة الاختبار ذو الطرف الواحد عند مستوى الدلالة (0.05) ومنه فالفروق دالة . وقد بلغت قيمة $P(0.042)$ وهي قيمة أصغر من الدرجة المعنوية (0.05) مما يؤكد دلالة الفروق ومنه فانه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي على البعد الخارجي للحظ (HCLC) لمقياس مصدر الضبط الصحي لصالح التطبيق البعدي .

ومنه فالفرضية الثانية والتي مفادها توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي و البعدي على مقياس مصدر الضبط الصحي قد تحققت .

1-3- عرض نتائج الفرضية الثالثة :

و التي مفادها: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي و البعدي على مقياس عدم تقبل المرض.

تم استخدام اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق لعينتين مرتبطتين من أجل إيجاد قيمة الدرجة المعيارية للتحقق من صحة الفرضية.

-الجدول رقم (28) يوضح قيمة اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي و البعدي

للمجموعة الضابطة على استبيان عدم تقبل المرض-

المجموعة	الرتب	عددتها	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	P	مستوى الدلالة
الضابطة القبلي البعدي	رتب سالبة	4	3.25	13	-0.54	0.58	غير دالة
	رتب موجبة	2	4	8			

من خلال الجدول السابق بلغت قيمة متوسط الرتب السالبة (3.25) بمجموع (13) أما قيمة متوسط الرتب الموجبة (4) بمجموع (8) و كانت قيمة Z تساوي (-0.54) وهي قيمة أقل من (1.96) في حالة الاختبار ذي الطرف الواحد عند مستوى (0.05) لذا فهذا يدل على عدم دلالة الفروق و ما يؤكد أنه قيمة P (0.58) أكبر من (0.05) . إذن لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي و البعدي على مقياس عدم تقبل المرض ، إذن فالفرضية

الثالثة و التي مفادها لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي و البعدي على عدم تقبل المرض قد تحققت .

1-4- عرض نتائج الفرضية الرابعة :

و التي مفادها :لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي و البعدي على أبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي ، وقد تم استخدام اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق لعينتين مرتبطتين من أجل إيجاد قيمة الدرجة المعيارية للتحقق من صحة الفرضية.

-الجدول رقم (29) يوضح قيمة اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي و البعدي

للمجموعة الضابطة على أبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي-

أبعاد المقياس	العينة	الرتب	عددتها	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	P	مستوى الدلالة
IHLC	الضابطة قبلي بعدي	رتب سالبة	1	5.50	5.50	-1.08	0.27	غير دالة
		رتب موجبة	5	3.10	15.50			
PHLC	الضابطة قبلي بعدي	رتب سالبة	5	3.70	18.50	-1.73	0.084	غير دالة
		رتب موجبة	1	2.50	2.50			

غير دالة	0.33	-0.96	4	4	1	رتب سالبة	الضابطة قبلية بعدي	CHLC
			13.75	2.75	5	رتب موجبة		

من خلال الجدول نلاحظ :

أ - بعد مصدر الضبط الصحي الداخلي IHLC :

بلغت قيمة متوسط الرتب السالبة (5.50) وبمجموع (5.50) أما قيمة متوسط الرتب الموجبة (3.10) بمجموع (15.50) وبلغت قيمة Z (-1.08) وهي قيمة أقل من (1.96) في حالة الاختبار ذي الطرف الواحد عند مستوى الدلالة (0.05) ، وهذا يدل على عدم دلالة الفروق و ما يؤكد ذلك قيمة P (0.27) وهي قيمة أكبر من (0.05) ، إذن لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي و البعدي على البعد الداخلي لاستبيان مصدر الضبط الصحي (IHLC)

ب - بعد مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ (PHLC):

بلغت قيمة متوسط الرتب السالبة (3.70) وبمجموع (18.50) أما قيمة متوسط الرتب الموجبة (2.50) بمجموع (2.50) وبلغت قيمة Z (-1.73) وهي قيمة أقل من (1.96) في حالة الاختبار ذي الطرف الواحد عند مستوى الدلالة (0.05) ، وهذا يدل على عدم دلالة الفروق و ما يؤكد ذلك قيمة P (0.084) وهي قيمة أكبر من (0.05) ، إذن لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط

رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي و البعدي على البعد الخارجي لذوي النفوذ لاستبيان مصدر الضبط الصحي (PHLC)

ج - بعد مصدر الضبط الصحي للحظ (CHLC):

بلغت قيمة متوسط الرتب السالبة (4) وبمجموع (4) أما قيمة متوسط الرتب الموجبة (2.75) بمجموع (13.75) وبلغت قيمة Z (-0.96) وهي قيمة أقل من (1.96) في حالة الاختبار ذي الطرف الواحد عند مستوى الدلالة (0.05) ، مما يدل على عدم وجد فروق ذات دلالة إحصائية و هذا تؤكد قيمة P (0.33) وهي قيمة أكبر من (0.05) ، إذن لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي و البعدي على البعد الخارجي للحظ (CHLC) لاستبيان مصدر الضبط الصحي .

1-5- عرض نتائج الفرضية الخامسة :

و مفادها :توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية و أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس عدم تقبل المرض.

تم استخدام اختبار مان - ويتني لدلالة الفروق بين مجموعتين غير مرتبطتين للتأكد من صحة الفرضية.

-الجدول رقم (30) يبين نتائج قيمة اختبار مان - ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية و

الضابطة على مقياس عدم تقبل المرض في التطبيق البعدي -

العينة	عددها	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	P	مستوى الدلالة

دالة عند 0.01	0.004	-2.88	21	00	57	9.50	6	التجريبية بعدي
					21	3.50	6	الضابطة بعدي

من خلال الجدول أعلاه نجد أن متوسط الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية على استبيان عدم تقبل المرض (9.50) بمجموع (57) في حين متوسط الرتب لدرجات أفراد المجموعة الضابطة على استبيان عدم تقبل المرض (3.50) و بمجموع (21) و قد بلغت قيمة $W(21)$ و قيمة $Z(-2.88)$ و هي قيمة أكبر من (2.33) في حالة الاختبار ذو الطرف عند مستوى دلالة (0.01) ومنه فهناك فروق ذات دلالة إحصائية وهذا ما تؤكد قيمة U المحسوبة التي بلغت (00) و هي قيمة أقل من (0.01) ومنه فانه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة على استبيان عدم تقبل المرض بعد تطبيق برنامج التثقيف الصحي المستهدف لمرض السكري نمط 2 .
ومنه فالفرضية و مفادها توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية و أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس عدم تقبل المرض قد تحققت .

1-6- عرض نتائج الفرضية السادسة:

مفادها: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية و أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على أبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي.

-الجدول رقم (31) يوضح نتائج مان- ويتي لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبيية و الضابطة في

القياس البعدي على أبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي-

الأبعاد	العينة	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	P	مستوى الدلالة
IHLC	التجريبية بعدي	6	3.50	21	0	21	2.88-	0.004	0.01 دالة
	الضابطة بعدي	6	9.50	57					
PHLC	التجريبية بعدي	6	3.75	22.50	00	22.50	2.65-	0.008	0.01 دالة
	الضابطة بعدي	6	9.25	55.50					
CHLC	التجريبية بعدي	6	8.83	53	00	25	2.25-	0.02	0.05 دالة
	الضابطة بعدي	6	4.17	25					

من خلال الجدول السابق نلاحظ :

أ - مصدر الضبط الصحي الداخلي (IHLC):

من خلال الجدول أعلاه نجد أن متوسط الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية على البعد الداخلي لاستبيان مصدر الضبط الصحي بلغ (3.50) بمجموع (21) في حين أن متوسط الرتب لدرجات أفراد المجموعة الضابطة على البعد الداخلي بلغ (9.50) بمجموع (57) وبلغت قيمة W (21) و قيمة Z (-2.88) وهي قيمة أكبر من (2.33) في حالة الاختبار ذي الطرف الواحد عند مستوى الدلالة (0.01) ومنه هناك فروق ذات دلالة إحصائية و هذا ما تثبته قيمة U المحسوبة التي بلغت (0) أي أقل من (0.01) ومنه فانه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة بعد تطبيق البرنامج على هذا البعد.

ب - بعد مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ (PHLC) :

من خلال الجدول أعلاه نجد أن متوسط الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية على البعد الخارجي لذوي النفوذ بلغ (3.75) بمجموع (22.50) في حين متوسط الرتب لدرجات أفراد المجموعة الضابطة على البعد الخارجي للنفوذ بلغ (9.25) بمجموع (55.50) و بلغت قيمة W (22.50) و قيمة Z (2.65) وهي قيمة أكبر من (2.33) في حالة الاختبار ذي الطرف الواحد عند مستوى الدلالة (0.01) ومنه هناك فروق ذات دلالة إحصائية و هذا ما تثبته قيمة U المحسوبة التي بلغت (0) أي أقل من (0.01) ، ومنه فانه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين بعد البرنامج على هذا البعد

ج - بعد مصدر الضبط الصحي الخارجي للحظ (CHLC) :

من خلال النتائج المبينة في الجدول السابق نجد أن متوسط الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية على البعد الخارجي للحظ بلغ (8.83) مجموع (53) أما متوسط الرتب لدرجات المجموعة الضابطة بلغ (4.17) بمجموع قدر ب(25) ، أما قيمة W بلغت (25) و قيمة Z (-2.25) وهي قيمة أكبر

من (2.33) في حالة الاختبار ذي الطرف الواحد عند مستوى الدلالة (0.01) ومنه هناك فروق ذات دلالة إحصائية و هذا ما تثبته قيمة U المحسوبة التي بلغت (0) أي اقل من (0.01)، ومنه فإنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبيية و الضابطة بعد تطبيق البرنامج على هذا البعد. ومنه فالفرضية قد تحققت.

1-7- عرض نتائج الفرضية السابعة :

ومفادها :توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات استبيان عدم تقبل المرض لدى أفراد المجموعة التجريبيية بعد تطبيق برنامج التنقيف الصحي حسب مدة المرض.

وقد تم استخدام (كا²) لدلالة الفروق للتأكد من صحة الفرضية

-الجدول رقم (32) يوضح نتائج اختبار (كا²) لدلالة الفروق بين متوسطات رتب استبيان عدم تقبل

المرض حسب متغير مدة المرض -

الدلالة	مستوى الدلالة Sig	درجة الرتب	Chi-square	متوسط الرتب	عددها	مدة المرض
غير دالة	0.95	2	0.095	350	2	[3 - 0]
				3.50	3	[6 - 3]
				3.33	1	[9 - 6]

من خلال نتائج الجدول السابق نجد متوسط رتب الأفراد ذوي مدة مرض [0-3] قدر ب (3.50) و الذين بلغ سنوات مرضهم [6-9] قدر ب (3.50) في حين بلغ (3.33) للذين لديهم سنوات مرض

من [6 - 9] و قد بلغت قيمة Chi-square (0.095) درجة حرية 2 و مستوى دلالة (0.95) وهي بذلك غير دالة عند 0.05 و بالتالي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات عدم تقبل المرض لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التنقيف الصحي حسب مدة المرض و بالتالي فالفرضية والتي مفادها توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات استبيان عدم تقبل المرض لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التنقيف الصحي حسب مدة المرض لم تتحقق .

1-8- عرض نتائج الفرضية الثامنة :

ومفادها:توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التنقيف الصحي حسب مدة المرض للتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار (كا²) لدلالة الفروق .

-الجدول رقم (33) يوضح نتائج اختبار (كا²) لدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات استبيان مصدر

الضبط الصحي حسب متغير مدة المرض-

البيد	مدة المرض	عددها	متوسط الريب	Chi square	DF	SIG	الدلالة
IHLC	[0 - 13]	2	2.50	0.85	2	0.65	غير دالة
	[3 - 16]	3	4				
	[6 - 19]	1	4				
PHLC	[0 - 13]	2	3	0.83	2	0.65	غير دالة

				4.17	3	[6 – 3]	
				2.50	1	[9 – 6]	
				1.50	2	[3 – 0]	
غير دالة	0.11	2	4.41	5	3	[6 – 3]	CHLC
				3	1	[9 – 6]	

أ - البعد الداخلي للاستبيان مصدر الضبط الصحي: بلغت قيمة متوسط رتب الأفراد الذين تبلغ مدة مرضهم [3 – 0] سنوات قدر ب (2.50) و الذين تبلغ مدة مرضهم [6 – 3] سنوات قدر ب (4) و الذين مدة مرضهم [9 – 6] سنوات قدر ب (4) و بلغت قيمة Chi square (0.85) عند درجة حرية (2) و مستوى دلالة (0.65) و هي بذلك غير دالة عند (0.05) ومنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات هذا البعد من الاستبيان لدى أفراد المجموعة بعد تطبيق البرنامج حسب مدة المرض.

ب - البعد الخارجي لذوي النفوذ: بلغت قيمة متوسط رتب الأفراد الذين تبلغ مدة مرضهم [0-3] سنوات قيمة (3) و الذين تبلغ مدة مرضهم [3-6] سنوات (4.17) و الذين تبلغ مدة مرضهم [6-9] سنوات (2.50) وكانت قيمة Chi- square (0.83) عند درجة حرية (2) ومستوى دلالة (0.65) و هي بذلك غير دالة عند (0.05) ومنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات هذا البعد من استبيان لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج حسب مدة المرض .

ج - البعد الخارجي للحظ: بلغت قيمة متوسط رتب الأفراد من الفئة [0 – 3] سنوات عمدة مرض (1.5) أما من الفئة [3 – 6] كانت (5) و الفئة [6 – 9] وصلت إلى (3) أما قيمة Chi- square (4.41) عند درجة حرية (2) و مستوى دلالة (0.11) وهي بذلك غير دالة عند المستوى (0.05)

ومنه لا توجد فروق على هذا البعد بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج حسب مدة المرض و بالتالي لا توجد فروق على أبعاد الاستبيان، إذن الفرضية و التي مفادها توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التثقيف الصحي حسب مدة المرض لم تتحقق.

1-9- عرض نتائج الفرضية التاسعة :

مفادها: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتابعي على مقياس عدم تقبل المرض

وللتحقق من صدق الفرضية تم استخدام اختبار بين ويلكوكسون لعينتين مرتبطتين وذلك من اجل إيجاد قيمة الدرجة المعيارية

-الجدول رقم (34) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين البعدي و التتابعي

للمجموعة التجريبية على استبيان عدم تقبل المرض-

العينة	الرتب	عددها	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	P	SIG
التجريبية (بعدي)	رتب سالبة	2	4.50	9	-0.31	0.75	غير دالة
تتابعي) عدم تقبل المرض	رتب موجبة	4	3	12			

من خلال النتائج الموضحة في الجدول السابق قدر متوسط الرتب السالبة لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان عدم تقبل المرض (4.50) و بمجموع (9) وقد بلغ متوسط الرتب الموجبة (3) و بمجموع (12) أما قيمة Z بلغت (-0.31) و هي اقل من (1.96) في حالة الاختبار ذي الطرف الواحد عند مستوى (0.05) مما يدل على عدم وجود فروق دالة إحصائية أما قيمة P فبلغت (0.75) وهي قيمة أكبر من فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي على استبيان عدم تقبل المرض .ومنه فالفرضية و التي مفادها لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي على مقياس عدم تقبل المرض قد تحققت .

10-1 - عرض نتائج الفرضية 10:

مفادها لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في المقياسين البعدي و التتبعي على أبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي والجدول التالي يوضح نتيجة اختبار ويلكوكسون لعينتين مرتبطتين من اجل التحقق من صدق الفرضية -الجدول رقم (35) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين البعدي و التتبعي للمجموعة التجريبية على أبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي -

الأبعاد	المجموعة	الرتب	عدد ها	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	P	SIG
IHLC الداخلي	التجريبية	بعدي	3	4.17	12.50	-0.42	0.67	غير دالة
		تتبعي	3	2.83	8.50			

						موجبة		
غير	0.48	-0.70	5	5	1	رتب سالبة	بعدي التجريبية تتبعي	PHLC النفوذ
دالة			10	2.50	4	رتب موجبة		
غير	0.46	-0.73	7	3.50	2	رتب سالبة	بعدي التجريبية تتبعي	CHLC الحظ
دالة			3	1.50	2	رتب موجبة		

من خلال الجدول السابق و حسب أبعاد الاستبيان كانت النتائج :

أ - البعد الداخلي لاستبيان مصدر الضبط الصحي : قدر متوسط الرتب السالبة على هذا البعد ب (4.17) و بمجموع (12.50) أما متوسط الرتب الموجبة فقدر (2.83) بمجموع (8.50) و قد بلغت قيمة Z (-0.42) وهي قيمة أقل من (1.96) في حالة الاختبار ذي الطرف الواحد عند مستوى الدلالة (0.05) مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية و هذا يؤكد ه قيمة P (0.67) وهي اكبر من قيمة مستوى المعنوية (0.50) . و هذا يعني انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي على البعد الداخلي لاستبيان مصدر الضبط الصحي.

ب - البعد الخارجي لذوي النفوذ :

قدر متوسط الرتب السالبة لأفراد المجموعة التجريبية على هذا البعد ب (5) و بمجموع (5) أما متوسط الرتب الموجبة فقدر ب (2.50) بمجموع (10) و بلغت قيمة Z (-0.70) وهي قيمة أقل من

(1.96) في حالة الاختبار ذي الطرف الواحد عند مستوى الدلالة (0.05) مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية و هذا ما تؤكدته قيمة P (0.48) وهي اكبر من قيمة مستوى المعنوية (0.05) ، ومنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات افراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي على البعد الخارجي لذوي النفوذ .

ج - البعد الخارجي للحظ : قدر متوسط رتب السالبة لأفراد المجموعة التجريبية على هذا البعد ب (3.50) و بمجموع (7) أما متوسط الرتب الموجبة فقدر ب (1.50) و بمجموع (3) و قد بلغت قيمة Z (-0.73) و هي قيمة أقل من (1.96) في حالة الاختبار ذي الطرف الواحد عند مستوى الدلالة (0.05) مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية و هذا ما تؤكدته قيمة P (0.46) و هي اكبر من قيمة مستوى المعنوية (0.50) و هذا يعني انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي على البعد الخارجي للحظ ومنه فالفرضية و التي مفادها لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في المقياسين البعدي و التتبعي على أبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي قد تحققت .

11-1 - عرض نتائج الفرضية 11 :

و مفادها توجد فعالية كبيرة لبرنامج التنقيف الصحي في القياس البعدي لاستبيان مصدر الضبط الصحي و القياس البعدي لاستبيان عدم تقبل المرض.

من اجل معرفة حجم الأثر الملاحظ على أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي تم حساب أثر كل من الاختبار القبلي و أثر البرنامج المطبق (العامل التجريبي) و ذلك بعد ضبط المتغيرات

الديموغرافية للتأكد من مصدر الأثر ، وتم تطبيق معادلة (مربع ايتا) (η^2) لحساب حجم الأثر علما

أن القيمة المرجعية ل(η^2) هي (0,15) أي:

- (η^2) اكبر من (0,15) أثر قوي .
- (η^2) اصغر من (0,15) أثر ضعيف .

أما قيمة d :

- d=0,2 حجم التأثير صغير .
- d=0,5 حجم التأثير متوسط .
- d=0,8 حجم التأثير كبير .

وكانت النتائج كما يلي:

-الجدول رقم (36) يوضح حجم الأثر للبرنامج المطبق-

حجم الأثر	(η^2)	Sig	F	التطبيق	
تأثير صغير	0,015	0,70	0,51	التطبيق القبلي	عدم تقبل
تأثير كبير	0,78	00	53	التطبيق البعدي	المرض
تأثير صغير	0,01	0,76	0,096	التطبيق القبلي	البعد الداخلي
تأثير كبير	0,66	0,001	19,85	التطبيق البعدي	من مصدر الضبط الصحي
تأثير صغير	0,049	0,49	0,51	التطبيق القبلي	بعد الحظ من

تأثير كبير	0,33	0,048	5,09	التطبيق البعدي	مصدر الضبط الصحي
لا يوجد أثر	0,017	0,68	0,17	التطبيق القبلي	بعد النفوذ من
تأثير كبير	0,63	0,02	17,38	التطبيق البعدي	مصدر الضبط الصحي

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن قيمة F لأثر القياس القبلي للاستبيانين عدم تقبل المرض و مصدر الضبط الصحي غير دال و كما أن حجم الأثر (η^2) ضعيف في حين نجد أن قيمة F لأثر العامل التجريبي للاستبيانين دالة عند مستوى الدلالة (0,01) أو (0,05)، وهذا يعني أن التحسن الذي ظهر على أداء أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي لمستوى تقبل المرض و مستوى التحكم الذاتي يعزى إلى العامل التجريبية (برنامج التنقيف الصحي). حيث تراوح حجم الأثر بين (0,33) و (0,78) مما يشير إلى قوة العلاقة بين البرنامج التنقيفي و القياس البعدي .

12-1- عرض نتائج تقييم أفراد العينة التجريبية للبرنامج:

ومن أجل الحصول على تقارير ذاتية لمدى استفادة المرضى (أفراد المجموعة التجريبية) من البرنامج المقدم طبق استمارة تقييم البرنامج الموضحة في الملحق رقم (6) وجاءت النتائج كما يلي:

-الجدول رقم (37) يوضح نتائج تقييم أفراد العينة لبرنامج التنقيف الصحي المقدم-

النسبة المئوية	الدرجة	لا أوافق	محايد	أوافق	العبارات
-------------------	--------	----------	-------	-------	----------

1-أفادني البرنامج المقدم	6	0	0	18	%100
2-ساعدني البرنامج في تقبل مرضي بصورة افضل.	6	0	0	18	%100
3-ساعدني البرنامج في التحكم الذاتي بمرضي	5	1	0	17	%94.44
4-تحققت كل الأهداف التي توقعتها من المشاركة في البرنامج.	4	2	0	16	%88.88
5-ساعدني البرنامج على تبني سلوكيات صحية تخفف من أعراض المرض.	5	1	0	17	%94.44
6-ساعدني البرنامج على تصحيح بعض المعتقدات الخاطئة عن المرض .	6	0	0	18	%100
7-لا يوجد نقائص بالبرنامج المقدم	5	0	1	16	%88.88
8-المواضيع المقدمة بالبرنامج مهمة بالنسبة لي	6	0	0	18	%100
الدرجة الكلية	43	4	1	138	%95.83

مفتاح تصحيح الاستمارة :

- أوافق تعطي درجة 3
- محايد تعطي درجة 2
- لا أوافق تعطي درجة 1

الدرجة الكلية لكل عبارة : (6) أفراد \times 3 درجات = (18) درجة

الدرجة الكلية للبرنامج: (8) عبارات \times 18 درجة = (144) درجة

من خلال النتائج السابقة نلاحظ أن نسب الموافقة على الاستفادة من البرنامج تتراوح من (88.88 % إلى 100 %) و قد كانت النسبة المتعلقة بالدرجة الكلية لأفراد المجموعة التجريبية مقدره ب (95.83 %) مما يدعم و يؤكد فعالية البرنامج المقدم لأفراد العينة التجريبية .

2- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات و الدراسات السابقة:

2-1- مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

من خلال النتائج التي تثبت أن الفرضية الأولى والتي مفادها "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي على مقياس عدم تقبل المرض" قد تحققت، و هذا ما يتفق مع نتائج معظم الدراسات السابقة التي قدّمت برامج تثقيف صحي لمرضى السكري نمط (2) مثل دراسة ريتا رأفت جاد (2002) بعنوان "نموذج لبرنامج تثقيف صحي لمرضى السكري غير المعتمد على الأنسولين".

كان الهدف من هذه الدراسة هو تصميم وتطبيق وتقييم نموذج لبرنامج تثقيف صحي لمرضى

السكري المترددين على عيادة السكري بإحدى مستشفيات وزارة الصحة بالقاهرة. (جاد، ريتا: 2002)

وكان مطابق لما حدث مع المجموعة التجريبية الحالية حيث اثبت فعالية البرنامج من خلال رفع درجة تقبل المرض لدى المرضى بعد تطبيق البرنامج و هذا ما يطابق كذلك نتائج دراسة المعهد العالي للصحة العامة (2006) بعنوان " اثر برنامج التثقيف الغذائي الفردي و الجماعي على معارف و مدارك و ممارسات مرضى السكري البالغين و مدى انضباط مستوى السكر لديهم في الرياضة" و الذي اظهرت بدورها نتائج تبين مدى فعالية البرنامج التثقيفي المقترح حيث كانت النتائج لصالح

المجموعة التجريبية في تحسين السلوك الغذائي و انضباط نسبة السكر في الدم ، كما ظهرت تغيرات ايجابية في المعتقدات التغذوية الشائعة .

كما أظهرت كل الدراسات الأخرى تأثير واضح لبرنامج التنقيف الصحي المقترح و ظهر الاختلاف بوضوح بين المجموعتين الضابطة و التجريبية.

إن عينة الدراسة من الأفراد منخفضي تقبل المرض أي أنهم يصنفون على أنهم غير متقبلين لمرضهم و بعد تطبيق البرنامج و حصولهم على المعلومات الكافية عن مرضهم وكيفية تقبله و التعايش معه .

كما توافقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة Clark M, Hampson SE, Avery L, Simpson R 2004 بعنوان "الآثار المترتبة على تدخل يناسب الإدارة الذاتية و نمط الحياة لدى المرضى المصابين بداء السكري من النوع الثاني " حيث أشارت النتائج إلى أن التدخل كان ناجحاً في مساعدة المرضى على تغيير نمط الحياة إلى نمط صحي .

وكان الهدف من هذه الدراسة تنفيذ و تقييم تدخل لتحسين الالتزام و تغيير نمط الحياة الموصى بها لمرضى السكري من النوع 2 الذين تتراوح أعمارهم بين 40-70 عاماً.
(Clark,M: 2004)

و عموماً يمكن القول أن عملية التنقيف الصحي تحمل بين طياتها عملية إثارة المريض للانتباه لمرضه الذي كان يرفضه و يقاوم استدخاله ضمن تصوره العام و الموحد لذاته. فتصبح عملية التعريف بالمرض و بخصائصه و بالتبعات التي تتجرب عنه -في حالة عدم الامتثال للسلوكيات الصحية و التعليمات الطبية و الوقائية- دافعاً قوياً لتفعيل التصور الإيجابي للذات و إقحام المرض كجزء عادي

في الحياة اليومية و من ثمّ تقبل المرض و التعامل معه بإيجابية أكثر. و هذا ما خلصنا إليه بعد تطبيق هذا البرنامج.

2-2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

إن مركز الضبط الصحي أو ما يعرف مركز التحكم الذاتي الداخلي من المفاهيم التي تحدّد كيفية تعامل المريض مع مرضه و التزامه بالسلوكيات الصحية ، فهناك عدة دراسات تؤكد دور مركز التحكم الذاتي الداخلي في التحكم بالأمراض و السيطرة على مجرى حياة المرضى و بذلك حققوا أعلى مستويات التكيف و التقبل . (يخلف،عثمان: 2001، 96)

حيث إن الباحثين اكتشفوا من خلال ملاحظاتهم الجديدة المشخصة لمرضى السكري و عائلاتهم، إن الطاقم الطبي كان يركّز على أهمية دور المريض في الرعاية بصحته ، وكان واضحا أن الأطباء يحاولون جعل المرضى يتبنون مركز ضبط صحي.(يخلف،عثمان: 2001، 93)

وهذا ما حققه البرنامج المطبق حيث تمّ تحويل مركز التحكم الذاتي (مركز ضبط صحي) من الخارجي (النفوذ - الحظ) إلى مركز ضبط الصحي داخلي، مما انعكس إيجابا على السلوكيات الصحية الممارسة. و الملاحظ أن فرصة الحوارات المباشرة تحت تأطير الباحثة و الأطباء المتعاونين قد ساعدت في تغيير وجهة نظر المرضى لمرضهم و لذواتهم و لأسباب مرضهم. فالتناول العلمي للمرض و فتح مجال النقاش و تبادل الخبرات الشخصية بين المرضى ساهم في رؤية تجربة الآخر كمرآة عاكسة للتجربة الشخصية و من ثمّ الانتباه إلى ضرورة الأخذ بزمام الأمور و إرجاع سببية الإصابة بالمرض إلى عوامل موضوعية و ضرورة التعامل معها بجدية و مسؤولية و هو ما أعطى مفهوم الضبط الصحي الداخلي الذي يساعد بدرجة كبيرة في التعامل الإيجابي مع المرض و الالتزام الصحي إزاءه.

و هذا يتطابق مع دراسة عبد الحليم خلفي و التي هدفت إلى معرفة اثر الضبط الصحي على مستوى الوعي الصحي لدى طلبة المركز الجامعي حيث توصلت إلى أن مصدر الضبط الداخلي ذو علاقة دالة إحصائيا مع الوعي الصحي عند مستوى الدلالة (0.01).

كما يؤكد أبو ناهية و غيره من العلماء الدارسين في هذا المجال أن أصحاب التحكم الذاتي أكثر سيطرة و قدرة على تسيير المرض من أصحاب التحكم الخارجي .

2-3- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

أثبتت هذه الفرضية أنه لا يوجد تغير في مستوى عدم تقبل المرض للعينة الضابطة ، وهذه النتيجة تزيد من تأكيد فعالية برنامج التنقيف الصحي المطبق على العينة التجريبية تتفق مع الدراسات السابقة مثل دراسة : عبد الكريم أسامه و راشد عبد الرحمن (2012) بعنوان "أثر برنامج تنقيف سكري على مرضى السكري من النوع الثاني في مديرية صحة طولكرم" حيث ظهرت نتائج ذات دلالة إحصائية على أفراد العينة التجريبية في حين لم تظهر تغيرات على المجموعة الضابطة ، وكذلك دراسة نبيل أحمد و احمد الربيعي 2006 "أثر برنامج التنقيف الصحي على مرضى السكري البالغين من العمر 40 عام في العاصمة صنعاء"

حيث كان هدفها تحديد تأثير التعليم الذاتي لإدارة مرض السكري ، وقد جاءت النتائج مشيرة لوجود تأثير ايجابي للتنقيف الصحي على مرضى السكري و إدارته للمجموعة التجريبية على عكس المجموعة الضابطة التي لم يطبق عليها البرنامج.

و قد تشير نتيجة هذه الفرضية إلى أن الفرد المصاب بمرض مزمن يحتاج للإرشاد و التوجيه من الناحية الصحية و النفسية. حتى و لو كان المرض المقصود مرضا معروفا و خصائصه متداولة بين كل الناس إلا أن التوجه للمريض بعينه و الاهتمام بإفادته بمعلومات، وإعطائه فرصة للتبادل مع من

هم في نفس حالته و تحت إشراف سيكولوجي و طبي متخصص يساعد بطريقة كبيرة في تقبل المرض و التعامل معه بفعالية بعيدا عن الاستسلام و فكرة الرضوخ للقضاء و القدر.

2-4- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

إن صدق هذه الفرضية يزيد من تأكيد فعالية البرنامج على المجموعة التجريبية، فعدم تغير مصدر الضبط لدى أفراد المجموعة الضابطة دليل على تأثير البرنامج في العينة التجريبية.

فأفراد المجموعة الضابطة لم يتلقوا أي تدخل تثقيفي ولم يبدوا عليهم أي تغيير ذو دلالة ، و هذا يعود إلى عدم حصولهم على المعلومات الكافية التي من شأنها إعطائهم القدرة و الإمكانية لإدراك سيطرتهم على ما حولهم بما في ذلك مرضهم مما يجعلهم من ذوي مركز الضبط الداخلي.

كما أن أفراد العينة الضابطة يعوزون مرضهم إلى أسباب خارجية و أفراد آخرين خارج نطاق تحكمهم و ما وصلت إليه دراسة سمية عليوة 2007 و التي خرجت بنتيجة أن مصدر الضبط الصحي احد المتغيرات الوسطية في إنتاج سلوك صحي و تبني نمط حياة معين تثبته هذه النتيجة ، فهناك اختلاف بين النمط المعيشي لذوي البعد الداخلي و ذوي البعد الخارجي بنوعيه. إذ نجد أصحاب البعد الداخلي أقل ممارسة للسلوكيات الخطر مثل التدخين ،أكل الدهون عكس أصحاب البعد الخارجي.

2-5- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

من النتائج السابقة نلاحظ أن مستوى تقبل المرض لدى أفراد المجموعة التجريبية قد زاد و ذلك دلالة على فاعلية برنامج التثقيف الصحي المطبق على المجموعة التجريبية وهذا ما يتفق مع نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة المعهد العالي للصحة العامة بالرياض 2006 و التي توصلت إلى أن البرنامج المطبق قد أدى إلى تحسن ملحوظ في متوسطات الدرجات الكلية للمجموعة التجريبية في

الممارسات الغذائية و النشاط البدني لمرضى السكري في حين لم يظهر أي تغيير و لم يتحصل على أي فروق ذات دلالة إحصائية للعيينة الضابطة .

حيث لوحظ على أفراد المجموعة التجريبية رغبة و اهتمام و التزام بالبرنامج المطبق من بدايته حتى نهايته و ذلك من خلال تساؤلاتهم المستمرة و إثراء الجلسات بالنقاش و إعطاء الأمثلة و محاولة تقييم حالتهم بأنفسهم مما جعلهم يبذون بوادر أسلوب حياة صحي تساعدهم على التكيف مع مرضهم و السيطرة عليه.

فحجم معاناتهم السابقة نتيجة جهلهم لما يواجهونه و جهلهم بكيفية و أساليب التعامل مع مرضهم جعلهم يحصلون على درجات عالية في عدم التقبل و التي انخفضت لتصل إلى درجات معقولة و يمكنهم بذلك تحقيق التكيف الجيد و الصحي، فالوعي الصحي يجعل من الممارسات صحية مما يقلل من تعقيدات المضاعفات و بذلك يخفف عن المريض و يلغي بعض المعوقات في سبيل استقرار حالتهم الصحية و هذا ما تم التركيز عليه في محاور البرنامج المقترح، وذلك من خلال تقديم المعلومات الصحية و النفسية و الاجتماعية و كذلك تحضير أفراد العينة على تفريغ كل الضغوط النفسية المصاحبة لأعراض المرض عن طريق النقاش و كذلك الأساليب و التقنيات النفسية المستخدمة في البرنامج مثل : تقنية حل المشكلات .

وهذه من الأسباب التي جعلت البرنامج يحقق هدفه وهذا يعطي أهمية كبيرة للمعاش النفسي لمرضى السكري في مقاومة مرضهم ، فالمريض ليس مستقبلا سلبيا لما يطرح عليه و إنما له دور في المشاركة بفعالية و ذلك بتنمية الحوار في مختلف تفاصيل مرضه ، و دافعتهم للتغيير و سعيهم لتحسين حالتهم.

كما يشير حسان المالح في مقاله " الطريق الطويل المتعرج في علاج مرضى السكري " إن على

البرامج الموجهة لمرضى السكري أن تحتوي :

- عنصر المعرفة بأفكار المريض و اتجاهاته حول المرض

- العنصر الانفعالي و المزاجي المرتبط بالقلق و الخوف و الاكتئاب

- العنصر الاجتماعي المرتبط بعلاقاته الاجتماعية

- العنصر السلوكي المرتبط بالمهارات و الثقة بالنفس

فهذه العناصر تساعد على تعديل نمط المعيشة من خلال التدابير الذاتية. (المالح، حسان : د ت)

إن مما سبق نستخلص فعالية البرنامج في رفع درجة تقبل المرض عند مرضى السكري نمط 2.

2-6- مناقشة نتائج الفرضية السادسة:

من جلال النتائج السابقة نجد أن أفراد المجموعة التجريبية قد تحول مصدر ضبطهم الصحي من

خارجي للنفوذ و الحظ إلى داخلي .

وهذا ما ساعد على تطبيقهم للسلوكيات الصحية الايجابية ، في حين أفراد المجموعة الضابطة لا

زال مصدر ضبطهم خارجي.

وهذا ما يتوافق مع العديد من الدراسات التي حاولت الربط بين أبعاد مراكز ضبط الصحة الثلاث،

و أسلوب تعامل المريض مع مرضه ، منها الدراسات التي تناولت موضوع مركز التحكم في سياق

الأمراض المزمنة كالسكري و السرطان و أمراض القلب و مرض الصرع (devellis,

1980). (wallston

و في هذا الإطار جاءت الدراسات لتحديد مدى تأثير مركز ضبط الصحة في أسلوب تعامل المريض مع مرضه و مدى التزامه بالقواعد الصحية السليمة و ذلك نتيجة مصدر الضبط الداخلي الذي يعطي إحساس بالتحكم و السيطرة (يخلف ،عثمان:2001 ، 96).

2-7- مناقشة نتائج الفرضية السابعة:

من خلال النتائج الموضحة سابقا فانه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات عدم تقبل المرض لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج حسب مدة المرض. أي أن الأفراد الذين خضعوا للبرنامج سواء تمّ تشخيص مرضهم منذ مدة قصيرة أو مدة طويلة فاستجابتهم على استبيان عدم تقبل المرض لا تعطي فروقا ذات دلالة إحصائية ، و هذا يدل على أن البرنامج يمكن تطبيقه على من شخّص لديهم المرض دون مراعاة تاريخ تشخيصه فالاهتمام بتطبيق البرنامج و الاستفادة من معلوماته لم تنحصر لدى من لديهم مدة مرض من [0 - 3] أو [3 - 6] أو [6 - 19] بل كان جميع أفراد العينة التجريبية مشاركين ايجابيين في جلسات البرنامج، و أبدوا الاستعداد لتغيير سلوكياتهم من غير صحية إلى صحية، و هذا ما أدى إلى تكافؤ الفئات العمرية في استجاباتهم على استبيان عدم تقبل المرض. و تتعارض هذه النتائج مع نتائج دراسة بلال بن حمو (2013) حول الإدارة الذاتية لدى العمانيين المصابين بداء السكري نمط 2 ، حيث توصلت أن المصابين الذين بلغت مدة تشخيصهم أكثر من 5 سنوات هم أكثر التزاما بالإدارة الذاتية من المرضى المشخّصين حديثا.

2-8- مناقشة نتائج الفرضية الثامنة:

بعد اكتساب أفراد العينة التجريبية مركز ضبط صحي داخلي ، يشعروهم بالقدرة على السيطرة على مجريات حياتهم بما فيها الإدارة الذاتية لمرضهم ، وهذا يتوافق مع دراسة ماركس و آخرون

(marks et al 1986) والتي تناولت العلاقة بين مصدر ضبط الصحة و التكيف مع السرطان و جاءت النتيجة مؤكدة على دور مركز الضبط الداخلي في مواجهة مرض السرطان و ذلك نتيجة الإحساس بالتحكم و السيطرة على حياتهم و مرضهم (يخلف ،عثمان: 2001 ، 97) .

لم يتأثر هذا الاكتساب لمركز ضبط صحي داخلي بمدة مرض الفئات العمرية التي أبدت استجابات متقاربة على أبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي ، فرغم اختلاف الأعراض الجسدية التي ظهرت على العينة بسبب مرض السكري (2) بحكم مدة المرض إلا أن الجميع سواء من مدة مرض [0 - 3] أو [3 - 6] أو [6 - 9] لديهم استجابات متشابهة و لا توجد فيا فروق دالة إحصائيا على أبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي بعد تطبيق البرنامج التثقيفي ، وهذا يرجع إلى أن من لديهم مدة مرض قصيرة [0 - 3] ترجع استجاباتهم لرغبتهم في تجنب حصول أعراض و مضاعفات مستقبلية، في حين من لديهم مدة مرض طويلة [6 - 9] سنوات يحاولون بذلك التخفيف من أعراض المضاعفات و التعقيدات الحاصلة معهم، وهذا ما يحققه لهم تبنيهم لمصدر ضبط صحي داخلي .

و هذا ما توصلت إليه دراسة "لو" 1982 حيث وجد انه هناك علاقة ايجابية بين التحكم الذاتي في الصحة أي مصدر ضبط صحي داخلي و إتباع القواعد الصحية الايجابية ، أما التحكم الخارجي يعمل عكس ذلك حيث نجد أن ذوي التحكم الخارجي عرضة لحالة العجز المكتسب المرضية و التشاؤم و يتميزون باستعداد اقل لتبني سلوكيات صحية ايجابية . (يخلف ،عثمان: 2001 ، 48)

وقد ظهرت هذه النتائج بوضوح على أفراد العينة حيث يمكن ملاحظة نضج ووعيهم الصحي لدرجة أنهم أصبحوا يصححون أخطائهم بأنفسهم سواء من هم في بداية المرض أو من هم بمدة أطول كما لوحظ وجود علاقة ثقة بينهم جعلتهم يتبنون أهداف البرنامج المقترح عليهم .

2-9- مناقشة نتائج الفرضية التاسعة:

من خلال النتائج التي عرضت سابقا نستخلص استمرارية فعالية البرنامج التنقيفي الموجّه لمرضى السكري نمط (2) على أفراد العينة التجريبية في رفع درجة تقبل المرض رغم مرور ثلاثين يوم على تطبيق البرنامج، فأفراد العينة أصبحت تظهر عليهم سلوكيات صحية و تراهم يرددون أن هذا السلوك صحي و الآخر غير صحي كما تراهم أصبحوا أكثر علمية في التعامل مع أعراض المرض إذ هم في بحث مستمر عن المقالات الصحية و الدراسات حول حالتهم .كما أصبحوا يعبرون عن معاشهم النفسي بسهولة تامة.

وهذا ما تؤيده نتائج عدة دراسات منها دراسة أبو قمر (2002)حيث هدفت الدراسة إلى بناء برنامج مقترح في التربية الصحية لطلبة المرحلة العليا الأساسية بغزة وقام الباحث بتحليل أهداف ومحتوى مناهج العلوم للصف التاسع لتحديد مفاهيم التربية الصحية وقام الباحث بقياس مستوى الثقافة الصحية لدى طالبات الصف التاسع مما أظهر تدني في المستوى. وضمّ البحث برنامجا وأجرى الدراسة التجريبية على 80 طالبة من طالبات الصف التاسع. وأظهرت نتائج الدراسة فعالية البرنامج المقترح في تنمية الثقافة الصحية واكتساب الاتجاهات الصحية.

وصلت هذه الدراسة إلى نتيجة بقاء درجات المجموعة التجريبية بمستوى جيد من الفعالية و التأثير الايجابي للبرنامج عليهم .(أبو قمر،باسم:2002)

و كذا نتيجة دراسة حليلة الصباح و آخرون (2012) التي توصلت إلى نتيجة أن للتنقيف الصحي اثر ايجابي على مرضى السكري لا سيما على المدى القصير و هذا يبرهن أهميته في إدارة هذا المرض ، فبمعرفة العلمية الوثيقة لمرضهم و كل تفاصيل التعامل معه بحرفية جعل تقبله أمر

مسلم به، و جعلوا من أسلوب حياتهم يتناسب مع ظروف و شروط مرضهم و التخلي عن مقاومته بأسلوب غير صحي كالهروب و الاكتئاب و المساومة ...

و رغم أن الصحة لا تعني المثالية إلا انه يمكن القول أن الصحة تكون موجودة عندما يتمكن الإنسان من بناء علاقات اجتماعية بشكل فعّال، و يتمكن من التوافق و الاندماج مع أفراد مجتمعه، و عندما يستطيع تكيف حياته الخاصة مع الظروف المعقّدة و المتنوعة للمحيط .بالإضافة إلى ذلك تقرير مصيره الفردي و تحقيق التوازن بين إمكانياته البيولوجية، الوراثة، الجسدية و النفسية. (علي، السيد: 2009 ، 24)

2-10- مناقشة نتائج الفرضية العاشرة:

من خلال النتائج السابقة يتضح استمرار فعالية البرنامج في رفع درجة التحكم الذاتي حتى بعد مرور 30 يوم على تطبيقه ، و هذا يدل على تبني أفراد العينة لهذا النوع من مصدر الضبط الصحي بدل الضبط الخارجي ، حيث أن أصحاب الضبط الداخلي من الأفراد الذين يمارسون سلوكيات صحية و هذا ما يوافق دراسة و الستون و الستون wallston and wallston و التي تناولت العلاقة بين مركز التحكم بالصحة و سلوك التدخين و توصلت إلى أن أصحاب الضبط الداخلي لا يدخنون على عكس أصحاب الضبط الخارجي فهم من المدخنين . (بخلف، عثمان: 2001 ، 95-96)

كما أثبتت دراسة سيمن و سيمن 1983 seeman and seeman أن أصحاب الضبط الداخلي أكثر ميلا لممارسة سلوكيات صحية و قائية على عكس أصحاب الضبط الخارجي الذين يمارسونها بشكل اقل بكثير .

إنّ التثقيف الصحي يساهم بدور فعّال في اكتساب أفراد المجتمع مفهوم الصحة بصورتها المتكاملة حيث تُعَلِّم الفرد كيفية حماية نفسه من الأمراض أو منع تطورها و تجنب تعقيدها، و كل هذا يتم من

خلال اكتساب معلومات متعلقة بالصحة وتنمية الاتجاهات الإيجابية نحو الصحة الشخصية وصحة الآخرين وتعديل السلوك غير الصحي. (الجندي: 2003، 8)

2-11- مناقشة نتائج الفرضية الحادية عشر:

تشير نتائج الدراسة الحالية إلى فعالية البرنامج التثقيفي المستخدم في الدراسة الحالية في رفع مستوى تقبل المرض و التحكم الذاتي و تتفق هذه النتائج مع عدة دراسات التي أشارت إلى فعالية برنامج التثقيف الصحي مثل دراسة نوار صاحب خليل(2010) "أثر برنامج التثقيف الصحي على مرضى السكري البالغين من العمر أكثر من 40 عام في العاصمة صنعاء" و التي كان هدفها

تحديد أثر التعليم الذاتي لإدارة مرضى السكري على المرضى أكثر من 40 سنة من العمر، و تحديد أثر التعليم الذاتي لإدارة مرضى السكري على مستويات السكر في الدم بين المرضى أكثر من 40 سنة من العمر، و كذا تحديد أثر التعليم الذاتي لإدارة مرضى السكري على مؤشر كتلة الجسم بين المرضى أكثر من 40 عاما من العمر. وجاءت النتائج على انه هناك تأثير إيجابي للتثقيف الصحي على مرض السكري وإرادته (خليل،نوار:2010).

2-12- التعليق على نتائج تقييم أفراد العينة التجريبية للبرنامج:

من خلال النتائج السابقة صرح أفراد العينة من المجموعة التجريبية باستفادتهم من البرنامج في الجوانب التي وضعت كأهداف لمحاور البرنامج و جلساته، مما يدعم و يؤكد فعالية البرنامج المقدم لأفراد العينة التجريبية .فخضوعهم لهذا البرنامج سهل عليهم فهم المرض آليته ،مسبباته ،مضاعفاته، و الأهم من كل ذلك كيفية التعايش معه و اعتباره صديق كما صرح أحد الأفراد و ليس عدوا و شبعا مخيفا يجب الهروب منه ،كما لوحظ على الأفراد سهولة التعبير عن احتياجاتهم النفسية و الصحية و الاجتماعية بعد تطبيق البرنامج .

على الرغم من بعض الاختلافات بين الأشخاص و هو أمر عادي ، إلا أن الانتقال من الاتجاه السلبي نحو المرض إلى الاتجاه الإيجابي يعتبر نقلة نوعية في حياة المريض، الذي يبدأ بتقبل المرض من خلال تقاسم تجربته مع أشخاص يتقاسمون معه نفس الظروف و المعطيات.و ما عبّر عنه المرضى بكثير من الأريحية بعد انتهاء البرنامج :

- القدرة على الحديث عن مرضهم و لكن بنوع من الانفصال الانفعالي عن المرض.
- على الرغم من ظهور بعض العدائية عندهم إلا أنهم يرغبون دوماً في معرفة الأكثر عن المرض و هذا لإحساسهم بالحاجة للمعرفة الصحيحة بالمرض.
- كثرة تساؤلاتهم حول تبعات المرض و العلاج.
- الحديث عن المستقبل بتفاؤل أكبر
- ظهور مؤشرات عن التعاون و التجاوب مع الفريق المشرف على البرنامج
- يعترفون بأنه في حالة عدم اتباع الإجراءات الوقائية و السلوكات الصحية يؤدي إلى إمكانية تعقد المرض.
- يشعرون بالثقة إزاء ما يقدم له من نصائح، إرشادات و معلومات.

خاتمة:

تناولت هذه الدراسة فئة مهمة من المجتمع وهي فئة المرضى بأمراض مزمنة و بالخصوص مرضى السكري من النوع (2) ، حيث عمدت الباحثة إلى دراسة متغيرين من شأنهما تحقيق التوازن البدني و النفسي و الاجتماعي لمرضى السكري نمط (2)، وهما: التحكم الذاتي و الذي من شأنه إعطاء الشعور بالسيطرة و القدرة على إدارة المرض، و التحكم في سيرورته . والمتغير الثاني تقبل المرض و هو متغير يؤمن للمريض التعايش الإيجابي مع مرضه ، فبتقبله لمرضه يمكن للفرد بناء سلوكيات صحية ايجابية ونمط معيشي صحي يتماشى و طبيعة أعراض مرضه.

فإن كان الكثير من الناس يعتقد أن السكري مرض بسيط و من السهل التعامل معه و العيش به، بمجرد ضبط مقدار الدواء و الأنسولين ... فمن الضروري معرفة أن إدارة هذا المرض تعتبر أمرا معقدا و مركبا.

فالإدارة في هذه الحالة تتطلب الالتزام ببرنامج دوائي و علاجي محدد ، و متابعة دقيقة لنسبة السكر مع اتباع حمية غذائية مضبوطة و ممارسة الرياضة و النشاطات البدنية. و المريض مطالب على الدوام بمراعاة هذه الشروط و تطبيقها و هو ما يشير إلى التحكم الذاتي والقدرة على إدارة المرض و تقبله.

بالنسبة للتحكم الذاتي تبين لنا -من خلال التقرب من المرضى و التعامل معهم- أنه صعب لأنه يستوجب ضمنا ضبط النفس و منعها عن الكثير من الأمور. و من خلال تقديم البرنامج للمرضى، -و الذي يبدو في تفاصيله مثاليا- لاحظنا في البداية نوعا من التراجع و الخوف لكنه سرعان ما تلاشى بمجرد أن استوعب المرضى أهمية فهم المرض و القدرة على التعامل معه بفعالية. ثم جاءت

الاستجابة التدريجية للنصائح و التعليمات الواردة فيه و ظهرت في سلوكياتهم التي بدأ يظهر عليها البعد الإيجابي و الفعال.

ما يجب أن نشير إليه هو ضرورة الإسراع في تبني هذه السلوكيات لأن الانعكاسات السلبية للمرض معروفة و قد تواجه المريض في كل لحظة. و هنا نستشف أهمية علم النفس العيادي و تحديدا علم نفس الصحة في إقناع المريض بمثل هذه التغييرات و ضرورة تبني هذه السلوكيات، خاصة إذا كانت مدة مرضه قصيرة و بالتالي فهو يفقد لنوع من التجربة و الخبرة في إدارة الوضع. و الصعوبة الحقيقية التي تواجه المريض هي محاولة الموازنة بين العوامل التي تخفّض نسبة السكر (الأنسولين، الحركة...) من العوامل التي تزيد منه (الأكل، الضغط و التوتر...).

كما نشير إلى أن أهمية هذا البرنامج تكمن في جعل المريض يكيّف قدراته حسب عامل الزمن، لأن المثابرة و الالتزام الصحي المطلوبين في هذه الحالة يشكّلان نوعا من الضغوط على المريض تستمر زمنيا دون توقف، فلا توجد عطلة أو أيام أفرح أو مناسبات خاصة يتخلّى فيها المريض عن هذه القواعد الصحية، و لذا يكون حضور أخصائي نفسي لمرافقة المريض في تلقّيه لهذه التعليمات أمر مهم و حيوي.

و في حالة الإحباط الناتج عن تدهور الحالة الصحية على الرغم من المجهودات المبذولة و هو أمر متوقع- يجب أن يكون التحضير لمثل هذه الوضعية كذلك موجودا ضمنا في حيثيات البرنامج، و هو ما تمّ التطرق إليه في حصص الحوارات مع الحالات التي خضعت للبرنامج التثقيفي.

كما أن التعامل المباشر مع الحالات من خلال هذا البحث أبان عن مصاعب على المستوى الأسري و الاجتماعي، بحيث كان لزاما التعاطي مع هذه الصعوبات و توضيح تأثيرها على صحة المريض و قدرته في التعامل معها بموضوعية و لو نسبية.

و عموماً يمكن أن نقول أن الهدفين الرئيسيين للبحث و المتمثلين في ما يلي:

- بناء مقياس لعدم تقبل المرض لمرضى السكري نمط(2) و الذي يمكن تطبيقه في دراسات إكلينيكية أخرى .
- بناء برنامج تثقيف صحي لمرض السكري نمط(2) ، والذي استخدم عدة تقنيات من علم نفس الصحة ساهمت في تعديل السلوكيات الصحية للمرضى.

قد تمّ تحقيقهما، كما توصلنا إلى عدة نتائج منها:

- فعالية برنامج التثقيف الصحي المقترح في رفع درجة تقبل المرض و كذا تحويل مصدر التحكم من خارجي إلى داخلي (و هذا ما تثبته نتائج استمارة تقييم البرنامج حيث حصل البرنامج على نسبة (95,83 %) من المؤيدين من أفراد العينة التجريبية ، فقد عبروا عن مدى استفادتهم من كل مراحل البرنامج المطبق عليهم و بالخصوص في شعورهم بالقدرة على التحكم في مسار مرضهم.)
- أظهرت القياسات التتبعية استمرار فعالية البرنامج المطبق على أفراد العينة التجريبية و بالتالي الحفاظ على أهداف البرنامج بعيدة المدى.

التوصيات و الاقتراحات:

يعد هذا العمل دراسة كمية يمكن ان يدعم بعمل كفي يستخدم فيه المنهج الإكلينيكي بأدواته وأساليبه كدراسة الحالة و المقابلة العيادية و الاختبارات النفسية و ذلك لتحقيق تقبل مرض و تحكم ذاتي عاليين.

المراجع

المراجع العربية:

- إبراهيم، محمد. (2007). السكر أسبابه ومضاعفاته وعلاجه .مصر: مركز الأهرام للنشر و الترجمة و التوزيع.
- ابو قمر ،باسم (2002).برنامج مقترح في التربية الصحية لطلبة الصف التاسع الأساسي في محافظة غزة ،البرنامج المشترك بين جامعة الأقصى و جامعة عين شمس .القاهرة.
- أبو ناهية ،صلاح الدين (1992) .العلاقة بين الضبط الخارجي و الداخلي و بعض أساليب المعاملة الوالدية.مجلة علم النفس. القاهرة: النهضة المصرية .
- أبو ناهية،صلاح الدين(1989).العلاقة بين الضبط الداخلي الخارجي و بعض أساليب المعاملة الوالدية في الأسر الفلسطينية بقطاع غزة.(العدد العاشر). الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- الاتحاد الدولي لمرض السكري (2009).المعايير الدولية للتعليم المختص بمرض السكري.(المراجعة 2 للطبعة2).ص ص(4-32)
- الأعسر،صفاء (1978). بعض المتغيرات المرتبطة بوجهة الضبط. دراسات سيكولوجية في المجتمع القطري.القاهرة : مكتبة الأنجلو.
- الجشي ، نادية . (2014).أسس و مبادئ التنقيف الصحي و الاتصال الفعال: أطياف للنشر و التوزيع .
- الجندي، أمينة. (2003). فعالية برنامج مقترح قائم على التعليم الذاتي لتنمية الوعي بالصحة الإنجابية وأبعادها لدى الطالبة المعلمة بكلية البنات. المؤتمر العالمي السابع نحو تربية علمية أفضل. الإسماعيلية .الجمعية المصرية للتربية العلمية. ص ص 1-51.
- الدغستاني، سناء .المفتي ديار (2010).المعتقدات الصحية التعويضية و علاقتها بتنظيم الذات الصحي .مجلة البحوث التربوية و النفسية .(العددان 26-27)جامعة بغداد .العراق.ص ص 78-142.
- الذواد الجوهرة،عبد الله (2002جوان): وجهة الضبط وعلاقتها بمستوى الطموح لدى بعض طالبات الجامعة السعوديات و المصريات "دراسة عبر ثقافية" .دراسات عربية في علم النفس. المجلد الأول

،(العدد الثالث) ،ص ص 119 - 152.

الرازحي،عبد الوارث .(1999). الوعي الصحي لدى الطلبة مرحلة التعليم الأساسي في الجمهورية اليمنية المتحدة، المجلة العربية للتربية.تونس (عدد 19)،ص ص 681 - 698.

الزراد ، فيصل (2007). الأمراض النفسية الجسدية- أمراض العصر .(ط2) دار النفائس للطباعة و النشر و التوزيع.

السلام ،احمد .راشد ،عاصم .(2001) اثر برنامج في التربية الصحية على اكتساب الثقافة الصحية لتلاميذ المرحلة الابتدائية .جامعة الملك سعود .السعودية .

السيد ، السيد . بدر ، فائقة .(2001) . الإدراك الحسى البصرى والسمعى . (ط1) . القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

الشاعر ،عبد المجيد و آخرون (2001) .الصحة والسلامة العامة(الطبعة الأولى) . الأردن: اليازوري العلمية للنشر و التوزيع.

الصفدي ،عصام . أبو حويج،مروان . العماد، عادل.(2001).العلوم السلوكية والاجتماعية والتربية الصحية.(ط1).عمان: دار المسيرة.

-الطواب، سيد . (2007) .الصحة النفسية و علم النفس الاجتماعي و التربية الصحية. الاسكندرية:مركز الاسكندرية للكتاب.

الكيلاني، نجيب (2012).التثقيف الصحي للطلاب و أفراد المجتمع. دار الصحوة للنشر و التوزيع ط1.

العتيبي، فهد (2010) .اساليب العزو لدى المتعاطين و غير المتعاطين .ماجستير منشورة،جامعة نايف العربية للعلوم الامنية .الرياض.

المرزوقي ،جاسم (2008).الأمراض النفسية و علاقتها بمرض العصر السكر . (الطبعة الأولى). العلم و الإيمان للنشر و التوزيع.

الهير، عصمت . (1998). السكر -الكولسترول- ارتفاع ضغط الدم . (ط12) بيروت . الشفق

للطباعة و التوزيع.

الوقفي ،راضي .ترجمة لوب ،سيد. عمر،محمد (2003).مقدمة في علم النفس .الأردن :دار الشروق.

أمين، سامر.(2012).دليل التنقيف الصحي للعاملين في مجال الرقابة الصحية .وزارة الصحة دائرة الصحة العامة قسم الرقابة الصحية.(الطبعة الأولى) .

باريان ، احمد (1425هـ).دور وسائل الإعلام في التنقيف الصحي للمرأة السعودية بمدينة الرياض..جامعة الملك سعود .المملكة العربية السعودية.

بدح ،أحمد . مزاهرة ، أيمن .بدران ،زين (2009). الثقافة الصحية. (طبعة الأولى). عمان : دار الميسرة.

بن سكيريفة، مريم. بن زاهي، منصور (2015). أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المصابين بالداء السكري النوع الثاني دراسة ميدانية على عينة من المرضى بمستشفى محمد بوضياف ورقلة . جامعة قاصدي مرباح ورقلة. مجلة العلوم الانسانية و الاجتماعية (العدد18) .الجزائر .ص 231-254

بيلوس، رودي ترجمة مزبودي، هنادي.(2013).مرض السكري .(ط1) .الرياض:مكتبة الملك فهد الوطنية .

تايلر، شيلي.ترجمة بريك ،وسام . داود، فوزي . (2008) علم النفس الصحي .(الطبعة الأولى). عمان :دار الحامد.

جاد، ريتا (2002) :نموذج لبرنامج تنقيف صحي لمرضى داء السكري غير المعتمد على الأنسولين. الصحة العامة،عين شمس .مصر.

حجر،سليمان . الأمين ،محمد (2002).الأسس العامة للصحة و التربية الصحية.القاهرة: مكتبة و مطبعة الغد.

حربوش، سمية.(2014 ،جوان).المهارات الاجتماعية وعلاقتها بتقبل داء السكري ،دراسة استطلاعية على عينة من المرضى المصابين بالسكري من 30 إلى 50 سنة بمدينة سطيف . مجلة العلوم

الاجتماعية سطيف 2.(18)،ص ص 297 – 315 .

خلفي ،عبد الحليم (2013، ديسمبر): اثر الضبط الصحي على مستوى الوعي الصحي لدى طلبة المركز الجامعي بتامنغست .مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية.(13)،ص ص 269 – 284.

خليل ،نوار (2010).أثر برنامج التنقيف الصحي على مرضى السكري البالغين من العمر أكثر من 40 عام في العاصمة صنعاء . كلية الطب، جامعة عدن.اليمن .

دويدار ،عبد الفتاح .(1999). مناهج البحث في علم النفس،دار المعرفة الجامعية.

رشاد ،موسى . عبد العزيز ،علي .(1999).علم نفس الدعوة بين النظرية و التطبيق .الإسكندرية. مصر:المكتب العلمي.

روتر، جوليان ترجمة عطية هنا1989:علم النفس الإكلينيكي .(الطبعة الثالثة). القاهرة:دار الشروق.

رودهام، كارين. ترجمة شويخ ،احمد (2009).علم النفس الصحي. مصر :مكتبة الانجلو المصرية.

سلامة، بهاء الدين.(2001).الصحة والتربية الصحية.القاهرة: دار الفكر العربية.

سليم، محمد وآخرون .(1988).طرق تدريس العلوم برنامج تأهيل معلمي المرحلة الابتدائية للمستوى الجامعي .القاهرة: كلية التربية عين شمس .

سليمان، عبد الرحمن .عبد الله، هشام (1996). دراسة لموضع الضبط في علاقته بكل من قوة الأنا، و القلق لدى عينة من طلبة و طالبات جامعة قطر. مجلة مركز البحوث التربوية . (العدد التاسع). جامعة قطر .ص ص 95-133.

سليمان، جميلة. (2015).مستوى الوعي الصحي بمخاطر متلازمة المباني المريضة لدى عينة من ربات البيوت .جامعة الجزائر.

صالح ،أحمد. قاسم ،ناجي .هشام ،مها .مكاري ، نبيلة. (2001) .الصحة النفسية و علم النفس الاجتماعي و التربية الصحية. الإسكندرية: مطبعة الجمهورية.

صالح ،صالح (2002).فعالية برنامج مقترح في التربية الصحية في تنمية التور الصحي لدى تلاميذ

المرحلة الإعدادية بشمال سيناء. كلية التربية العريش ،جامعة قناة السويس.

طنطاوي ، محمود (1989). التربية و أثرها في رفع المستوى الصحي. الكويت: دار الفرح.

عبد الخالق ، أحمد. (2006) . سلوك النمط " أ " دراسة في علم نفس الصحة. الكويت : دار المعرفة الكويت.

عبد الستار،سامر.(2012).دليل التنقيف الصحي للعاملين في مجال الرقابة الصحية .دائرة الصحة العامة .وزارة الصحة.

عبد السلام،أحمد محمد(2001). أثر برنامج في التربية الصحية على اكتساب الثقافة الصحية لتلاميذ المرحلة الابتدائية. قسم علوم الصحة الرياضية، كلية التربية الرياضية.جامعة أسيوط. مصر.

عبد العزيز، مفتاح (2010) .مقدمة في علم نفس الصحة.(الطبعة الأولى).عمان:دار وائل للنشر و التوزيع.

عبد الفتاح ،ناهد(2000). فاعلية استخدام قراءة السلوك في تنمية الثقافة الصحية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية . كلية التربية ، جامعة حلوان. مصر.

عبد الكريم ،أسامه. راشد ،عبد الرحمن (2012) .أثر برنامج تنقيف صحي على مرضى السكري من النوع الثاني في مديرية صحة طولكرم.رسالة ماجستير. الصحة العامة ،جامعة النجاح .فلسطين.

عزوز، اسمهان (2015) . مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن .رسالة دكتوراه .قسم علم النفس . جامعة باتنة . الجزائر.

عطية ، مورييس .(1993) .داء السكري و كيف نتعايش معه.(ط 2). الرياض: دار الشواف.

عكاشة ،محمود.سرور ، سعيد.المدبولي ، رشاش(2011) .تنمية مهارات الحل الابدعي للمشكلات لدى معلمي العلوم و أثره على أداء تلاميذهم .المجلة العربية لتطوير التفوق . (العدد 3) .ص ص 17-60.

علي ،السيد.(2009).علم نفس الصحة الخصائص النفسية الإيجابية والسلبية للمرضى والأسوياء.

الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة للنشر.

علي، حبيبة (2007). دور التنقيف الغذائي في التحكم في مستويات السكر بالدم لدى المرضى الإماراتيين المصابين بالسكري من النوع الثاني و فوائد ممارسة الأنشطة البدنية و أثرها في تحسن حالة المرضى الصحية .جامعة الإمارات .الإمارات.

علي، هالة (1997). الإصابة بمرض البول السكري لدى عينة من الأطفال وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية لكل من الطفل المريض و الأم ، كلية الآداب جامعة طنطا .

عويس، سمير (1996). بإمكانك أن تقهر مرض السكر.(ط3) دار العلم للملايين.

قطاش، راشدي (1994). غذاء و تغذية الطفل . (ط1)، دار الفكر و التوزيع.

مجلة الصحة المصرية (2007). التنقيف الصحي للهيئة المدرسية عن الربو الشعبي في مدينة الرياض: كفاءة المطويات كأداة تعليمية. المجلد (82) العدد (1و2) . ص ص 147-171.

مجلة المعهد العالي للصحة. (2006). أثر برنامج التنقيف الغذائي الفردي و الجماعي على معارف و مدارك و ممارسات مرضى السكري البالغين و مدى انضباط مستوى السكر لديهم في الرياض . مجلد (36) عدد (2). ص ص 447-472.

محمود، وفاء (2011 افريل).العوامل المترابطة مع سوء ضبط سكر الدم عند مرضى السكري من النمط الثاني . مجلة التشخيص المخبري .المجلد 6، العدد 1، سوريا.

مصطفى، نادية.العيدروس،أحمد (2012).فاعلية وسائل التنقيف الصحي في نشر المعلومات الصحية لبناء مجتمع المعرفة الصحي السوداني . المركز القومي للبحوث، الخرطوم، السودان.

مصيفر، عبد الرحمن .(2000). دراسات في التنقيف الصحي و الغذائي . (طبعة أولى).البحرين : مركز البحرين للدراسات و البحوث .

مقدم، عبد الحفيظ (1993)، الإحصاء و القياس النفسي و التربوي. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية .

- منسي،محمود . (2003).منهج البحث العلمي:في المجالات التربوية و النفسية.دار المعرفة الجامعية .
- منظمة الصحة العالمية .(1989) . التنقيف من أجل الصحة دليل التنقيف الصحي في مجال الرعاية الصحية الأولية .الطبعة العربية المكتب الإقليمي .جنيف.
- هنانو ،عبد الله .(2008) . مهارات العصف الذهني و دورها في تنمية التفكير الإبداعي عند الطلاب.
- يخلف ،عثمان (2001).علم نفس الصحة الأسس النفسية و السلوكية للصحة .ط1.الدوحة: دار الثقافة.

مراجع أجنبية:

- Hilal ,A (2014dec).Diabetes self-management (DSM) in Omani with type-2 diabetes. **International Journal of Nursing Sciences**.(Vol 1). pp 352–359.
- Amar.L (2005); Endocrinologie (Dcem-Epreuves classantes nationales).
- Aude ,d . (sep2010) .communication et éducation a la santé .institut haulot lucia de brouckère.
- Bizel. P (1999 mai , juin). l'information sur la maladie à l'éducation du patient l'exemple des personnes en difficulté respiratoire .**la sante de l'homme** .(N 341) .PP 19-22 .
- Borjeson, B. Lithner, F; (1993) Living with diabetes: relation ship to gender, duration and complications .**Diabetic Medicin**, (Vol,10 No8).pp 768-773.
- Bruchon –Schuveitzer , Marilou.(2002).**Psychologie de la santé :modèles,concepts et methodes**. Paris. dunod .
- Bruchon -schweitzer,Marilou .Lantzer, Robert(1994). **Introduction a la psychologie de la santé** . (1er édition) .universitaires de France

Centers for Disease Control and Prevention.(2007).Taking Charge of Your Diabetes .U.S. **Department of Health and Human Services**. (4th edition) .Atlanta.

Christopher, M. Rayn. (1998).Neuro behavioural, complication of type I Diabetes .**Diabetes care**,(vol 11, No1). pp 86-93.

Clark M, Hampson SE, Avery L, Simpson R.(2004sep) Effects of a tailored lifestyle self-management intervention in patients with type 2 diabetes.

British Journal of health psychology,(vol 9).PP 79-365.

Cox, J. Danial; Fredrick, G. Linda (1994) .individual diffrences in Neuro behavioural disruption during mild and moderate hypoglycemia in adult, with, diabetes .**Diabetes care**.(vol 43), pp 1407-1412.

Cox, J. Danial (1987).**Fear of hypo glycemia** .**Diabetes Care**,(vol 10), pp 617-612.

Demarteau ,michel . (1991). **Une méthode pour construire des programme d'éducation pour la sante** .A .P.E.S. association pour la promotion de l'éducation pour la santé .

Fédération Internationale du Diabète Région Afrique.(2005). **Vivre avec le diabète** . Guide de prise en charge du diabète de type 2 pour l'Afrique sub-saharienne.

fisher, Gustave-Nicolas. (2002).**Traité de psychologie de la santé**. Paris. Dunod.

gausseil ,marie (dec 2011). l'éducation pour la santé . institut français de l'éducation N 69 .lyon .p 9 .

International Diabètes Fédération IDF. **consultative section on diabètes éducation international consensus standards for diabètes éducation**.(2003). Belgium .

International Diabètes Fédération ; IDF Diabètes atlas .(2015) , **Aperçus régionaux**.7edition Belgium.

Jacobsan, A.M (1993) .Depression and Diabetes. **Diabetes Care**,(vol 16, No 12). pp 1621-1623.

Kenneth, B. Wells, Williams, Rogers (1993) .cours of depression in pations with hypertension, Myocardial infarction or insulin dependent diabetes. **Amercian Journal of psychiatry**.(vol 16, No 12). pp 632-637.

Kirsten, O. Kyvik; Anders, Green (1994) .Suicide in Men with IDDM. **Diabetes Care**,(vol 17, No 3). pp 210-212.

Last , John . Wallas , Robert (1992) . **Public Health and Preventive medicine** . (13 edition) . cracom company .california .USA

Lyons. R ET AL(avril 2000) .**mode de vie sain pour la direction générale de la promotion et , des programmes de la sante**. canada . pp 13 – 21.

OMS (sept 1998) : **regional office for europe healthy lining : what is healthy life style** . copenhagen .

Risérus ,U. Willett ,W. (2009 Jan).**Dietary fats and prevention of type 2 diabetes** ;US National Library of Medicine National Institutes of Health 48(1):pp 44-51.

Susan, L. Norris, Joseph Lau, S. Jay Smith, Christopher H. Schmid, Michael M.(2002JUL). Self-Management Education for Adults With Type 2 **Diabetes. diabetes car** .Atlanta, Georgia, USA.25(7): PP1159-1171.

UK prospective diabetes study UKPDS.(1998).**group intensive blood glucose control with sulphonyl ureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes**. Lancet(vol 352),pp 837-853.

Wild, s.Raglic,g. green ,a.Sucrée, r. King, h.(2004).global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. **diabetes care**(vol. 27),pp1047-1053.

المواقع الالكترونية:

- البحيري ، أحمد (دون تاريخ). تقبل مرض السكري. تم إسترجاعه بتاريخ 2012/07/13. على

الرابط

<http://www.dmeducation.com/vb/showthread.php?t=1591>

- الزربا، فاروق التعريف بداء السكري، تم استرجاعه بتاريخ (2013/5/22) على

الرابط <http://www.sokkari.com>

-الببشاوي، سندس(دت). علاج مرض السكري النوع الثاني تم استرجاعه بتاريخ (07-10-2014

(على الرابط

<https://www.altibbi.com>

-الدهان، صلاح (دون تاريخ):تحت المجهر وسائل الإعلام الاجتماعية في التنقيف الصحي.تم

استرجاعه في 01 سبتمبر 2016. على الرابط

<http://www.slideshare.net/charityinnovation/ss-54076311>

-المالح ،حسان. (د ت). الطريق الطويل والمتعرج في علاج مرض السكري .تم الاسترجاع بتاريخ

2016/10/6 . على الرابط:

<http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=7496>

-الناشري، طلال . السائيس، أمال . باوزير، زينب . (1434هـ). دراسة عن السلوك الصحي في

المجتمع السعودي.اللجنة الوطنية لتعزيز الصحة .وزارة الصحة .جدة .السعودية .تم استرجاعه بتاريخ

2016-12-18 على

الرابط

<http://www.dmslsa.com/include/plugins/news/news.php?action=s&id=13>

رضوان ، سامر الجميل .رشكة ، كوندار (2010، 07 ديسمبر): السلوك الصحي و الاتجاهات نحو الصحة دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين و ألمان. تم استرجاعه في تاريخ 14 جانفي 2011

<http://www.dahsha.com/old/viewarticle.php?id=24073>

على الرابط

-Agence de la santé publique du Canada. (2011). **Vivre avec le diabète**. Retrieved (12mar 2015) from <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/diabetes-diabete/living-vivre-fra.php>

-Diabète Québec. (2000). Stress et diabète : acceptation et adaptation. Traitement de diabete .Retrieved (4mar 2015) from <http://www.traitementdudiabete.com/2011/04/stress-et-diabete-acceptation-et.html>

الملاحق

الملحق رقم 1
استبيان مصدر الضبط الصحي

التعليمات:

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن اعتقادات الناس حول الصحة و المرض ،اقرأ كل عبارة على حدا جيدا ،و المطلوب منك تحديد الاجابة التي تتفق مع اعتقادك و تصرفاتك بوضع علامة (x) داخل الخانة التي تناسب سلوكك.

ارجو ان تجيب على كل العبارات و لا تترك عبارة بدون اجابة ،اجب عن كل عبارة بمفردها بغض النظر عن اجابتك عن العبارات السابقة .

اجب بصراحة و صدق لان هذا يخدم البحث العلمي .تاكد من ان اجابتك تبقى موضع سرية.

غير موافق تماما	غير موافق	غير متأكد	أوافق	أوافق تماما	العبارة
					1. سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض.
					2. إذا قدر لي أن أمرض فإنني لا أستطيع فعل شيء لتفادي المرض.
					3. المداومة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتفادي المرض
					4. اغلب ما يؤثر على صحتي يعود الى الصدفة
					5. عند شعوري بوعكة صحية ازور فورا طبيبا مختصا .
					6. اعتقد انني متحكم في صحتي.
					7. لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليما
					8. لا ألوم الا نفسي عند إصابتي بالمرض
					9. يلعب الحظ دورا كبيرا في سرعة شفائي من المرض
					10. يلعب المختصون في المجال الصحي دورا كبيرا في التحكم في الصحة .
					11. حظي السعيد هو الذي جعلني أتمتع بصحة جيدة.

					12. تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحتي .
					13. اذا اعتنيت بصحتي جيدا يمكنني تجنب المرض.
					14. يرجع شفائي من المرض إلى العناية التي ألقاها من (الأطباء ، الأصدقاء ..)
					15. اعتقد انني معرض للاصابة بالمرض مهما بذلت لتفاديه.
					16. القدر و المكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة.
					17. يمكنني المحافظة على صحتي اذا اعتنيت بنفسي.
					18. اتباع ارشادات الطبيب حرفيا هي افضل وسيلة للحفاظ على صحتي.

جزء خاص بالمختص:

IHLC	PHLC	CHLC

الملحق رقم:2

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة باتنة:1

كلية العلوم الانسانية والعلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

استمارة عدم تقبل مرض السكري (لدى مرضى السكري النمط الثاني)

اشراف

اعداد

حنيفة صالحى بن

عطية دليلى

شريف

الى الأستاذ(ة): المحترم(ة)

تحية طيبة :

اطار اعداد مذكرة التخرج لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي(علم نفس الصحة) . يطيب لنا ان نضع بين يديك حضرة الاستاذ(ة)المحترم هذا الاستبيان والذي يتناول تقبل مرض السكري لدى مرضى السكري نمط 2، و المبني على اساس مراحل تقبل المرض التالية:

1. مرحلة الصدمة

2. مرحلة الانكار

3. التمرد

4. مرحلة المفاوضة

5. مرحلة الاكتئاب

6. مرحلة التقبل

7. مرحلة الخضوع

8. مرحلة التقبل الزائف

ملاحظة:

تم تحويل المرحتين (الخضوع، التقبل الزائف) الى عدم الخضوع، عدم التقبل لضرورة البناء الجيد للاستبيان.

بدائل الاستبيان ومفتاح التصحيح:

الدرجة	البديل
1	غير موافق
2	غير متأكد
3	موافق

نرجوا منكم الاطلاع عليها و تحكيمها و تسجيل ملاحظاتكم القيمة .كما نرجو منكن اضافة كل ما ترونه مناسباً من العبارات.

شكراً على تعاونكم .

المحور	العبارات المقترحة	تقيس	لا تقيس	ملاحظات
الصدمة	1. أصابتنى الدهشة حين تم إبلاغي بمرضي. 2. أصابني الانهيار بمجرد سماعي لتشخيص الطبيب. 3. لا اتخيل أن هذا يحدث لي. 4. من الصعب أن استوعب أنني مصاب بالسكري. 5. لم اتوقع أن يصيبني شيء من هذا . 6. أتساءل لماذا يحدث لي هذا			
الإنكار	1. هناك امراض أخرى أكثر خطورة من مرضي. 2. لا يمكن أن يحدث معي سوء بسبب هذا			

			<p>المرض</p> <p>3. لا أتذكر هذا المرض إلا حين موعد زيارة الطبيب .</p> <p>4. حياتي لازالت عادية كما كانت.</p> <p>5. لا يشكل هذا المرض أي عائق أمام ممارسة حياتي الطبيعية.</p>	
			<p>1. خطأ أن أصاب بهذا المرض.</p> <p>2. لا يمكن أن أتبع تعليمات الطبيبالمعادين.</p> <p>3. لا يمكنني ممارسة التمارين الرياضية .</p> <p>4. لا أستطيع تناول الادوية في موعدها المحدد.</p> <p>5. لا أقيس نسبة السكر في الدم بانتظام.</p> <p>6. لا أحترم الفحوصات الطبية الدورية .</p> <p>7. ازداد غضبي منذ إصابتي بهذا المرض .</p> <p>8. افسد المرض حياتي.</p>	التمرد
			<p>1. لا يمكنني الالتزام بالدواء يوميا .</p> <p>2. يمكنني تأجيل الفحوص الى المرة القادمة .</p> <p>3. لا يمكنني زيارة نفس الطبيب دوريا.</p> <p>4. يجب ان يغير الطبيب هذا الدواء .</p> <p>5. إذا وافق الطبيب على التخلي عن الرجيم فسأكمل العلاج عنده.</p>	المفاوضة
			<p>1. ادرك اني سأبقى خاضعا لهذا المرض.</p> <p>2. هذا المرض يعرقل حياتي الاجتماعية و الزوجية .</p> <p>3. اشعر ان حياتي انتهت بسبب هذا المرض .</p> <p>4. ابكي على حالي كثيرا.</p> <p>5. التفكير في حالتييسبب لي صعوبة بالنوم.</p> <p>6. اصبحت حياة اسرتي جحيما بعد مرضي.</p>	الاكتئاب
			<p>1. لا اعيش مع مرضي ولكن اعيش رغما عنه.</p> <p>2. لست مجبرا على الصبر على هذا المرض.</p> <p>3. لا اتحمل اعراض المرض .</p> <p>4. ليس علي تقبل جسدا مريضا .</p> <p>5. لا اتعايش مع مرضي بشكل جيد.</p>	عدم التقبل
			<p>1. لا استطيع تفويض امري للطبيب .</p> <p>2. لا يمكنني اتباع نصائح الطبيب المعادين.</p> <p>3. لا اتابع الجديد في علاج هذا المرض.</p> <p>4. لا يمكنني تغيير طريقة عيشي لأجل هذا المرض.</p> <p>5. يسبب لي المرض مشاكل في حياتي الزوجية(حياتي الجنسية)</p>	عدم الخضوع
			<p>1. اشعر بان هذا الجسد لم يعد جسدي بسبب هذا المرض.</p>	التقبل الزائف

			<p>2. ارفض ان اكون معاقا عن فعل امور عادية .</p> <p>3. افكر في الاشياء التي لا استطيع القيام بها .</p> <p>4. لا اتواصل مع اشخاص مصابين بنفس المرض.</p> <p>5. لن اغير طريقة عيشي لأجل هذا المرض.</p> <p>6. لا يهمني الحصول على معلومات حول المرض.</p>	
--	--	--	--	--

استبيان عدم تقبل المرض :

الجنس:

السن:

مدة المرض:

التعليمات:

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن تقبل المرض، أرجو منك قراءة هذه العبارات كل على حدى والمطلوب منك وضع علامة (x) داخل الخانة التي تناسبك.

مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، والإجابة الصحيحة هي التي تراها تناسبك.

أرجو أن تجيب على كل العبارات ولا تترك عبارة بدون إجابة ، أجب بصدق لان هذا يخدم البحث العلمي تأكد من أن إجابتك تبقى موضع سرية

موافق	غير متأكد	غير موافق	العبارات
			1. أصابتي الدهشة حين تم إبلاغي بمرضي.
			2. أصابني الانهيار بمجرد سماعي لتشخيص الطبيب.
			3. لا اتخيل أن هذا يحدث لي.
			4. لم اتوقع أن يصيبني شيء من هذا .
			5. أتساءل لماذا يحدث لي هذا.
			6. هناك امراض أخرى أكثر خطورة من مرضي.
			7. لا يمكن أن يحدث معي سوء بسبب هذا المرض
			8. لا أتذكر هذا المرض إلا حين موعد زيارة الطبيب .
			9. لا فرق بين حياتي قبل و بعد اصابتي بالسكري
			10. لا يشكل هذا المرض أي عائق أمام ممارسة حياتي الطبيعية.
			11. لا يجب ان يقال لي انت مريض.
			12. لا يمكن أن أتبع تعليمات الطبيب المعاين.
			13. لا يمكنني ممارسة التمارين الرياضية
			14. ازداد غضبي منذ إصابتي بهذا المرض .
			15. افسد المرض حياتي.
			16. لا يمكنني الالتزام بالدواء يوميا .
			17. يمكنني تأجيل الفحوص الى المرة القادمة .
			18. لا يمكنني زيارة نفس الطبيب دوريا.
			19. يجب ان يغير الطبيب هذا الدواء .
			20. إذا وافق الطبيب على التخلي عن الرجيم فسأكمل العلاج عنده.
			21. ادرك اني سابقى خاضعا لهذا المرض.

			22. هذا المرض يعرقل حياتي الاجتماعية و الزوجية .
			23. اشعر ان حياتي انتهت بسبب هذا المرض .
			24. ابكي على حالي كثيرا .
			25. التفكير في حالي يسبب لي صعوبة بالنوم.
			26. لا اعيش مع مرضي ولكن اعيش رغما عنه.
			27. لست مجبرا على الصبر على هذا المرض.
			28. لا اتحمل اعراض المرض .
			29. ليس علي تقبل جسدا مريضا .
			30. لا اتعايش مع مرضي بشكل جيد.
			31. لا استطيع تفويض امري للطبيب .
			32. لا يمكنني اتباع نصائح الطبيب المعين.
			33. لا اتابع الجديد في علاج هذا المرض.
			34. لا يمكنني تغيير طريقة عيشي لأجل هذا المرض.
			35. ارفض ان اكون معاقا عن فعل امور عادية.
			36. اشعر بان هذا الجسد لم يعد جسدي بسبب هذا المرض.
			37. افكر في الاشياء التي لا استطيع القيام بها
			38. لا اتواصل مع اشخاص مصابين بنفس المرض.
			39. لن اغير طريقة عيشي لأجل هذا المرض.
			40. لا يهمني الحصول على معلومات حول المرض.

الملحق رقم (4) قائمة بأسماء المحكمين لاستبيان عدم تقبل المرض :

اسم و لقب الاستاذ(ة)	الدرجة العلمية	مكان العمل
بعبين نادية	استاذة تعليم عالي	قسم علم النفس جامعة باتنة
عبد السلام محمد خير قرماز	دكتوراه	قسم علم النفس الجامعة الإسلامية القاهرة
القص صليحة	دكتوراه	قسم علم النفس جامعة سطيف2
بن غذفة شريفة	دكتوراه	قسم علم النفس جامعة سطيف2
بو عود اسماء	دكتوراه	قسم علم النفس جامعة سطيف2

الملحق رقم:5

استمارة تقييم البرنامج ————— ج المرحلية:

تاريخ اليوم:

الاسم :

المحور:

نظرا لأهمية مقترحات افراد المجموعة التجريبية في سير البرنامج نطلب منك الاجابة على الاسئلة التالية:

ما هي العناصر التي استفدت منها في جلسات هذا المحور؟

.....

.....

هل تتناسب مدة الجلسات مع مضمونها؟

.....

.....

اذكر اهم الاساليب و التقنيات التي ساعدتك؟

.....

.....

اذكر اهم الاساليب و التقنيات التي لم تساعدك؟

.....

.....

ما هي اهم المقترحات التي ترغب في طرحها؟

.....

.....

ما رأيك في اداء مقدم الجلسات ؟

.....

.....

ملاحظات ترغب في تسجيلها

.....

.....

استمارة تقييم البرنامج الكلي:

تمثل هذه الاستمارة تقييمك لبرنامج التنقيف الصحي الذي خضعت له.

يرجى وضع علامة (X) امام الخانة المناسبة.

العبارات	موافق	محايد	لا اوافق
1 افادني البرنامج المقدم			
2 ساعدني البرنامج في تقبل المرض بصورة افضل			
3 ساعدني البرنامج في التحكم الذاتي بمرضي			
4 تحققت كل الاهداف التي توقعتها من المشاركة في البرنامج			
5 ساعدني البرنامج على تبني سلوكيات صحية تخفف من اعراض المرض			
6 ساعدني البرنامج على تصحيح بعض المعتقدات الخاطئة عن مرضي			
7 لا يوجد نقائص بالبرنامج المقدم			
8 المواضيع المقدمة بالبرنامج مهمة بالنسبة لي			

ملحق رقم 7: القائمة الاسمية لمحكمي البرنامج

اسم و لقب الأستاذ(ة)	الدرجة العلمية	مكان العمل
بعيين نادية	أستاذة	قسم علم النفس جامعة باتنة 1
عبد السلام محمد خير قرماز	دكتوراه	قسم علم النفس الجامعة الإسلامية القاهرة
القص صليحة	دكتوراه	قسم علم النفس جامعة سطيف 2
بن غزفة شريفة	دكتوراه	قسم علم النفس جامعة سطيف 2
بوعود أسماء	دكتوراه	قسم علم النفس جامعة سطيف 2
هلالى السعيد	طبيب عام	عيادة خاصة مدينة عين مليلة

الملحق رقم 8:نسب آراء الخبراء بالبرنامج المقدم

نسب اتفاق الأساتذة المحكمين على البرنامج العلاجي المقترح									
مدى ارتباط محتوى البرنامج بأهداف البرنامج		اتساق الأهداف العامة للبرنامج بالأهداف الخاصة بكل جلسة علاجية		مدى ملائمة ترتيب الجلسات العلاجية لتحقيق أهداف البرنامج		مدى ملائمة الأنشطة والأساليب والتقنيات المستخدمة لتحقيق أهداف البرنامج		مدى ملائمة عدد الجلسات لتحقيق أهداف البرنامج	
النسبة المئوية	عدد الأساتذة الموافقين	النسبة المئوية	عدد الأساتذة الموافقين	النسبة المئوية	عدد الأساتذة الموافقين	النسبة المئوية	عدد الأساتذة الموافقين	النسبة المئوية	عدد الأساتذة الموافقين
%100	6 / 6	%100	6 / 6	%100	6 / 6	93.75%	6 / 5	93.75%	6 / 5

ملحق رقم 9:

المحور	الجلسات	الاهداف التعليمية	محتوى الدرس	الادوات و الوسائل	الطرق و التقنيات	الانشطة التدريبية	المدة الزمنية
عموميات عن مرض السكري نمط 2 المحور الاول:	الجلسة الاولى: التعريف بمرض السكري. يتم حاليا تصنيف مرض السكري وفقا للاختلاف في مسبباته وخصائصه الإكلينيكية .	- تزويد المرضى بالمعلومات حول السكري -التعرف على مرض السكري النمط 1 والنمط 2 والفرق بينهما -التعرف على مسببات المرض ومضاعفاته وكيفية الوقاية منه	- تعريف مرض السكري - مناقشة نسبة الإصابة بمرض السكري ومدى إنتشاره عالميا ومحليا - توضيح الفرق بين إضطرابات نسبة السكر في الدم وهي : - ضعف تحمل السكر - ضعف السكر أثناء الصوم - السكري من النوع الأول - السكري من النوع الثاني -سكري البلوغ Mody - والسكري الكامن ذاتي المناعة عند الكبار LADA - السكري المحرض بالستيرويد -سكري الحمل - السكري الناتج عن الأمراض المزمنة اثناء الطفولة (مثل التليف الكيسي واعتلال الهيموجلوبين) وصف التوجه الشائع للنوع الثاني من مرض السكري عند الشباب	جهاز العرض data show projector -سبورة -اقلام	-إلقاء محاضرة من طرف الطبيب -تقنية العصف الذهني	- إفتتاح الجلسة : الترحيب - تقديم الطبيب - المحاضرة من طرف الطبيب: - عرض موضوع مسببات السكري للنقاش أسباب جينية - بسببي - الحظ - واجب - تمرين (أو نشاط فردي): تحديد كل فرد للأسباب التي يظن أنها فجرت لديه المرض ،و العوامل المسببة للمرض .	2-دقيقة 5دقيقة 45-دقيقة 20دقيقة 8 دقيقة
	الجلسة الثانية: الفيسيولوجيا المرضية : تعتبر معرفة العلاقة بين السكر والأنسولين أمرا هاما لفهم هذه الاختلالات وكيف تؤدي إلى ظهور نسبة غير طبيعية من السكر.	- تزويد المرضى بفهم الفسيولوجيا المرضية و الاختلالات التي تؤدي إلى أيض السكر بشكل غير طبيعي.	-وصف تشريح : البنكرياس /الكبد/النسيج الشحمي والكلية /العين.. -شرح فسيولوجيا الهضم و الامتصاص والأيض -وصف تخليق الأنسولين وإفرازه في الجسم -مناقشة مفعول الأنسولين . -وصف النتائج المترتبة عن نقص الأنسولين وآثاره على الأيض . -مناقشة كيف يؤدي ارتفاع نسبة السكر في الدم إلى حدوث مضاعفات مرض السكري وصف تأثير نقص مفعول الأنسولين أو عدم الحساسية للأنسولين(مقاومة الأنسولين).	-صور توضيحية لتشريح الأعضاء البنكرياس/الكبد/الكلية /العين .. -مجسمات لتشريح الاعضاء السابقة -جهاز العرض للشرائح -سبورة	-محاضرة	الترحيب المحاضرة -مناقشة الواجب المنزلي السابق	2 دقيقة 1 ساعة 15 دقيقة
	الجلسة الثالثة : مضاعفات مرض السكري: مضاعفات مرض السكري قريبة المدى هي السبب في	مساعدة مريض السكري نمط 2على تنفيذ استراتيجيات الوقاية من حدوث المضاعفات قريبة المدى و بعيدة المدى.	المضاعفات قريبة المدى: -شرح الخوف الذي يشعر به الأشخاص للمصابين بالسكري وذوهم خشية حدوث نقص نسبة السكر في الدم وكيفية تأثير هذا على التحكم في مرض السكري. -ذكر علامات وأعراض نقص نسبة السكر في الدم -مناقشة الإستراتيجيات الوقائية من حدوث نقص نسبة السكر	اللوحة القلاب صور توضيحية	محاضرة العصف الذهني	الترحيب المحاضرة مناقشة الاعراض التي ظهرت على كل مريض	2 دقيقة 45دقيقة 28 دقيقة

				في الدم بما في ذلك أساليب تحكم المصاب في المرض من خلال التغذية وممارسة التمارين. مضاعفات بعيدة المدى 1-اعتلال شبكية السكري: 2-الإعتلال الكلوي السكري : 3-أمراض الأوعية الدموية الكبيرة :	فهم العواقب النفسية الناتجة عن المضاعفات بعيدة المدى على الشخص المصاب وأفراد أسرته -مناقشة ضرورة التحلي بالصدق و إبتهاج أسلوب إيجابي للوقاية من المضاعفات والتعامل معها.	الدخول إلى المستشفى ، وقد يصل الأمر إلى الدخول في غيبوبة وحدوث نوبات تشنجية	
				اختبار تحصيلي و تقييمي للمحور الاول		الجلسة الرابعة	
2دقيقة 30دقيقة 10دقيقة 18دقيقة	التحية محاضر مختص في التغذية الهرم الغذائي نشاط جماعي : اقتراح نموذج للتغذية لكل فرد من المجموعة	محاضرة مختص في التغذية مشروع جماعي	الهرم الغذائي سبورة اقلام	ضرورة التقيد بالمبادئ الأساسية لنظام غذائي صحي -تحديد التأثيرات الأسمية و الإجتماعية والثقافية على الأنماط الغذائية. -تحديد التأثيرات الإجتماعية والنفسية على الإختبارات الغذائية -التقيد بنصائح المختص الغذائي. -ضرورة الحفاظ على المؤشرات التالية: -مؤشر كتلة الجسم (BMI) ونسبة الخصر إلى الوسط والمؤشرات الكيميائية الحيوية مثل ضبط نسبة السكر في الدم (هيموجلوبين أ) (Hba1c) والشحوم البروتين الشحمي منخفض الكثافة (LDL) والبروتينات الشحمية وضعي الكثافة (VLDL) والبروتين الشحمي مرتفع الكثافة (HDL) والمستوى الكلي (الكوليسترول وثلاثيات الجليسريد) ووظائف الكلى (معدل الترشيح الكبيبي ونسبة البوتاسيوم والصوديوم والفوسفات)	فهم القدر اللازم من الطاقة والعناصر الغذائية لنمو وتطور أفضل ولتمتع بقدر أكبر من الصحة -اهمية الحفاظ على وزن صحي فهم ضرورة تقبل مريض السكري للحمية الغذائية	الجلسة الخامسة: السكري والغذاء تعد الحمية الغذائية علاج فعال لمريض السكري نمط 2 لكنها في نفس لوقت شاقة نفسيا ومعيقة علائقيا.	اسلوب و نمط حياة مريض السكري المحور الثاني
2دقيقة 15دقيقة 20دقيقة 8دقيقة	-الترحيب فيديو تنقيفي عن اهمية النشاط البدني. حاضرة -مناقشة النشاط السابق	-محاضرة -فيديو	فيديو -سبورة و اقلام -مطوية	سرد فوائد ممارسة التمارين بانتظام على الأشخاص المصابين بمرض السكري من النوع الثاني . -مناقشة خطر انخفاض نسبة السكر في الدم الناتج من التمارين والوقاية منه وعلاجه لدى الأشخاص الذين يتناولون الأدوية الخافضة لمستوى السكر في الدم -تحديد انواع الرياضة و الاوقات المناسبة لممارستها	تعريف النشاط البدني و تحديد اهميته لمريض السكري نمط 2: • اهمية عضوية • اهمية نفسية	الجلسة السادسة: السكري والنشاط البدني يمثل النشاط البدني أهمية لكل إنسان كما أنه مفيد بشكل خاص في إدارة مرض السكري من النوع الثاني	
2دقيقة 30دقيقة 15دقيقة	الترحيب المحاضرة - تعلم طريقة تنظيف القدم وتنشيفها	المحاضرة العصف الذهني نشاط جماعي	فيديو تعليمي احضار كل	تزويد المرضى بهذه الإستراتيجيات التي تؤمن النظافة الشخصية والوقاية من تعقيدات مرضى السكري على الجلد والإعضاء الحساسة	-تعريف مشاكل القدم السكري -اهمية النظافة	الجلسة السابعة: القدم السكري ، النظافة الشخصية	

			مريض لادوات تنظيفه الخاصة	محتوى الجلسة : تعريف مشكلات القدم - قرحات القدمين - عدوى الأطراف السفلية - تضيق الأوعية الدموية - إثارة الأعصاب - الخنزير -مناقشة طريقة الإعتناء بالجسم والأقدام -مناقشة نوعية الملابس وملامتها للجسد .	الشخصية للجسم ككل. -اهمية اختيار نوع الملابس و مناسبتها لجسم المريض	
2 دقيقة 30دقيقة 10دقيقة	الترحيب لمحاضرة وعقد مناقشة تمرين تحديد مشاكل النوم لدى كل مريض	المحاضرة اسئلة محفزة نقاش	اللوح القلاب اقلام اوراق بيضاء للاجابة عليها	-تعريف اضطرابات النوم و تحديد انواعه . -التعرف على مشاكل النوم لدى مرضى السكري نمط 2. -توضيح أن انقطاع التنفس أثناء النوم مشكلة صحية خطيرة على الأشخاص الذين يعانون من زيادة الوزن أو السمنة -شرح العلاقة بين انقطاع التنفس أثناء النوم ومرض السكري و السمنة.	-التعرف على اضطرابات النوم مشاكل النوم لمرضى السكري نمط 2 -علاقة السمنة باضطرابات النوم	الجلسة الثامنة اضطرابات النوم يعد انقطاع التنفس أثناء النوم شيوعا بين الأشخاص الذين يعانون من فرط الوزن أو البدانة.
2دقيقة 30دقيقة 30دقيقة	الترحيب محاضرة نقاش كيفية حل المشاكل الجنسية	المحاضرة العصف الذهني نقاشا	سبورة اقلام صور توضيحية	شرح الإستجابة الجنسية البشرية -شرح تأثيرات التذبذب في مستويات السكر في الدم على الإستجابة الجنسية لدى الرجال والسيدات -مناقشة العوامل المتعلقة بالفرد وبالعلاقات بين الأفراد فضلا عن العوامل المرضية والتي يمكن أن تؤثر على الصحة الجنسية للشخص	-مناقشة الإستجابة الجنسية للشخص . -مناقشة مفاهيم المظهر الخارجي للجسم وكيف يمكن أن يؤثر مرض السكري على الهوية الجنسية للشخص.	الجلسة التاسعة الصحة الجنسية لمريض السكري ينبغي إدراج المسائل المرتبطة بالصحة الجنسية في تثقيف الشخص المصاب بمرض السكري نمط2
2دقيقة 5دقيقة 30دقيقة 10دقيقة 15دقيقة	الترحيب تقديم جراح الاسنان محاضرة من طرف جراح الاسنان فيديو يوضح طريقة صحية لتنظيف الاسنان مناقشة دور العوامل المتعلقة بنمط الحياة في العلاج	محاضرة من طرف جراح الاسنان	-سبورة فيديو اقلام مجسم	-مناقشة الخطر المتزايد للإصابة بتسوس لدى الأشخاص المصابين بمرض السكري -تعريف جفاف الفم واسباب حدوثه والنتائج المترتبة عليه -مناقشة الخطر المتزايد لتعرض الفم للعدوى الفطرية ومناقشة بعض العوامل التي تجعله على إستعداد لهذا -مناقشة أمراض اللثة مثل التهابات اللثة والتهابات دواعم السن واسبابها وعلاجها والنتائج المترتبة عليها	-فهم الخطر المتزايد للإصابة بأمراض الفم واللثة لدى الأشخاص المصابين بمرض السكري نمط2 -فهم أساليب وممارسات الحفاظ على صحة الفم عند الأشخاص المصابين بمرض السكري نمط2	الجلسة العاشرة صحة الاسنان اهمية الحفاظ على صحة الفم والاسنان لمريض السكري نمط 2 للتخفيف من الاعراض المزعجة.
				اختبار تحصيلي و تقييمي للمحور الثاني		الجلسة الحادية عشر

التحكم الذاتي و إدارة المرض
المحور الثالث

<p>2دقيقة 48دقيقة</p>	<p>الترحيب محاضرة من طرف الطبيب</p>	<p>محاضرة من طرف طبيب عام</p>	<p>سبورة اقلام</p>	<p>-مناقشة التطور الطبيعي لمرض السكري من النوع الثاني وما ينتج عنه من حاجة لإستعمال الأدوية والعلاج بالأنسولين -مناقشة دور الأدوية الخافضة لنسبة السكر في الدم في التحكم بمرض السكري من النوع الثاني -وصف مختلف الأدوية الخافضة لنسبة السكر في الدم المتوفرة -مناقشة إستراتيجيات تحسين سلوكيات تعاطي الأدوية</p>	<p>-تزويد المشاركين بأهمية الالتزام الدوائي و الإذعان لنصائح المختص المعالج . -أهمية اإخال العلاج ضمن السلوكات اليومية للمريض</p>	<p>الجلسة الثانية عشر:الالتزام الدوائي لمريض السكري بالنظر إلى التاريخ الطبيعي لمرض السكري من النوع الثاني فمن المستبعد أن يحقق 75-50% من الأشخاص المصابين الوصول إلى مستويات طبيعية للسكر من خلال اتخاذ الحمية و التمارينلذى يجب البدء في تناول الأدوية الخافضة لنسبة السكر في الدم في مرحلة مبكرة من خطة العلاج</p>
<p>2دقيقة 45دقيقة 15دقيقة</p>	<p>الترحيب محاضرة نقاش حول الصعوبات التي تواجه المريض اثناء محاولة التكيف</p>	<p>محاضرة نقاش</p>	<p>سبور اقلام</p>	<p>-مناقشة آثار الحياة مع الإصابة بمرض السكري -قبول فكرة التحكم الذاتية للمرض عملية تستمر مدى الحياة بالنسبة للأشخاص المصابين بمرض السكري (التحكم الذاتي بإدارة المرض) -تعزيز الرعاية الذاتية بإعتبارها جزءا لا يتجزأ من الإدارة الفعالة -مساعدة الأشخاص المصابين بمرض السكري على التخلي بالكفاءة في سلوكيات الرعاية الذاتية التي تتناسب مع احتياجاتهم مثل مراقبة نسبة السكر في الدم والبول والفحص الذاتي للأقدام والرعاية المناسبة للقدم إلى جانب الخضوع لتقييم سنوي لمضاعفات المرض -التعرف على العوائق التي تعترض عملية الرعاية الذاتية وتقديرها بما في ذلك المخاوف والمشكلات النفسية الإجتماعية -تثقيف الأشخاص بأهمية الإتصال المنتظم بكل من الطبيب ،مختص التغذية -إدراك أهمية الدعم المستمر لعملية الرعاية الذاتية لجميع المصابين بمرض السكري -مساعدة الأشخاص على تنمية شعور الثقة بالنفس كي</p>	<p>-تحسين نوعية الحياة التي يحيها مريض السكري نمط2 -مرض السكري و : -التكاليف الشخصية -التكاليف الإقتصادية -التكاليف النفسية الإجتماعية مهارات التحكم الذاتية منذ اليوم الأول للتشخيص</p>	<p>الجلسة الثالثة عشر: التحكم الذاتي لمرض السكري نمط2 يعد التحكم الذاتي لمرض السكري حجر الأساس في عملية الرعاية لمريض السكري ويمكن تحقيق نتائج جيدة إذا كان المريض يتحلى بالإستعداد والقدرة على التحكم في المرض بشكل يومي وطوال الحياة إذ من الضروري معرفة المريض ووعيه بآثار المرض</p>

				<p>يتمكنوا من الدفاع عن حقوقهم أثناء التعامل مع الإخصائيين الصحيين وفي حياتهم اليومية</p> <p>الضغط العصبي المرتبط بمرض السكري أمر شائع لاسيما الخوف من انخفاض نسبة السكر في الدم والمضاعفات طويلة المدى</p> <p>-تعريف الضغط النفسي.</p> <p>-يمكن للأشخاص استخدام استراتيجيات إدراكية وسلوكية مختلفة لمواجهة متطلبات الضغوط المرتبطة بمرض السكري وعلاجه</p> <p>تحديد الإضطرابات النفسية المنتشرة بين الأشخاص المصابين بمرض السكري والتي تحتاج إلى اهتمام خاص ورعاية نفسية وصحية متخصصة (مثلًا لإكتئاب والقلق وإضطرابات تناول الطعام وسوء إستخدام الدواء) فضلا عن فهم تأثيرها على السلامة العاطفية وسلوكيات الإدارة الذاتية والنتائج الإكلينيكية</p> <p>-طرق مواجهة الضغوط النفسية.</p> <p>-مناقشة وعي المجتمع بمرض السكري ومواقفه إتجاه المرض</p>	<p>النفسية والإقتصادية</p> <p>الجلسة الرابعة عشر</p> <p>ادارة الضغوط لمرضى السكري نمط 2</p>		
2دقيقة 30دقيقة 15دقيقة 30دقيقة 30دقيقة	<p>الترحيب</p> <p>المحاضرة</p> <p>النقاش</p> <p>تقنية حل المشكلات</p> <p>مواجهة حل المشكلات بتدوين كل مريض كيفية مواجهته لموقف ضاغط ثم مناقشة النتائج</p> <p>تقنية التفريغ الانفعالي</p>	<p>محاضرة</p> <p>نقاش</p> <p>تقنية حل المشكلات</p>	<p>سبورة</p> <p>اقلام</p>	<p>التعرف على التحاليل التي على مريض السكري نمط 2 اجراءها دوريا</p> <p>-اهمية الالتزام بطبيب مختص معالج</p> <p>-اهمية الاذعان لنصائح الطبيب وارشاداته</p> <p>القياسات الحيوية المطلوب مراقبتها دوريا</p> <p>-اهمية زيارة مختصين في امراض القلب، العيون، الكلى</p>	<p>-التعرف على اهمية قياس نسبة السكر في الدم</p> <p>-اهمية الفحوص الطبية الدورية</p> <p>-اهمية التحاليل الدورية</p>	<p>الجلسة الخامسة عشر</p> <p>الخطوات العملية لإدارة مرض السكري نمط 2</p> <p>يعد تعلم القيام بأنشطة الرعاية الذاتية للتعامل مع مرض السكري ودمج تلك السلوكيات الصحية في الحياة اليومية عملية ضرورية للتكيف مع المرض</p>	
2دقيقة 15دقيقة 30دقيقة	<p>الترحيب</p> <p>المحاضرة</p> <p>النقاش عن اهمية اجراء الفحوص و القياسات الحيوية بصفة منتظمة.</p> <p>تحليل نتائج القياسات لكل مريض من طرف الطبيب</p>	<p>محاضرة</p> <p>نقاش</p>	<p>سبورة</p> <p>اقلام</p> <p>الفحوص الطبية و القياسات الحيوية لكل مريض</p>	<p>اختبار تحصيلي و تقييمي للمحور الثالث</p>	<p>الجلسة السادسة عشر</p>		

تقبل مرض السكري
المحور الرابع

<p>2دقيقة 30دقيقة 30دقيقة</p>	<p>-الترحيب -محاضرة -تقييم عملية التثقيف:تمثيل الأدوار شخص متقبل المرض و شخص غير متقبل.</p>	<p>محاضرة نشاط جماعي</p>	<p>السيورة و الاقلام</p>	<p>-مراحل تقبل مرض السكري . -التكيف مع مرض السكري هو عملية تتسم بالإستمرارية ويلزم التعامل معه في المراحل الأولى وايضا طوال دورة حياة الشخص المصاب -العيش بمرض السكري عادة ما يتطلب إجراء تغييرات في أسلوب الحياة الأمر الذي يشكل صعوبة لمعظم الأشخاص المصابين بالمرض في تحقيقه والمداومة عليه -الضيق المصاحب لمرض السكري أمر شائع ويمكن أن يستمر لسنوات بعد تشخيص المرض ويظهر في صورة غضب وخوف وإحباط وهي مراحل التقبل -الإحباط النفسي أكثر شيوعا بين الأشخاص المصابين بمرض السكري عن عموم الأشخاص -التدخلات التعليمية التي تضم مقومات سلوكية وانفعالية تكون أكثر فاعلية -مناقشة العوائق الإدراكية والعاطفية والسلوكية و الإجتماعية التي تعترض طريق الرعاية الذاتية وإستراتيجيات معالجة هذه العوائق -تحديد شكل الدعم العاطفي والسلوكي المناسب للأشخاص المصابين بمرض السكري وأسره</p>	<p>-إلقاء الضوء على تأثير مرض السكري و الإحتياجات النفسية الإجتماعية للأشخاص المصابين به وأسره -تضمين النهج السلوكية والدعم العاطفي في عملية تعلم الإدارة الذاتية للمرض -مساعدة المرضى على تقبل المرض بشكل إيجابي -وصف التأثير النفسي لمرض السكري وعلاجه على الشخص المصاب به وأسره -تحديد التوجهات والسلوكيات المتخصصة النافعة /غير النافعة للأشخاص المصابين بمرض السكري</p>	<p>الجلسة السابعة عشر : تقبل مرض السكري و التعايش معه. يعتبر مرض السكري مرضا مزمنًا يؤثر على جميع نواحي حياة الأشخاص المصابين به وأيضا على أسرهم. يختلف الأشخاص في تقديرهم لمتطلبات مرض السكري وأيضا في قدرتهم على التعايش معها بشكل فعال .</p>
<p>30دقيقة</p>	<p>: تجميع أكثر الأفكار الخاطئة ومناقشتها</p>	<p>سؤال محفز</p>	<p>سيورة اقلام</p>	<p>-تقديم مجموعة من الأفكار عن السكري والسؤال عن صحتها من عنده لدى المرضى -تصحيح ما هو خاطئ منها</p>	<p>تغيير بعض الافكار الخاطئة لتسهيل تقبل المرضى لدى المرض عن السكري</p>	<p>الجلسة الثامنة عشر : تصحيح بعض المعتقدات الخاطئة عن السكري: يحمل بعض مرضى السكري مجموعة من المعتقدات الخاطئة عن مرضهم مما يصعب تقبلهم له.</p>
				<p>اختبار تحصيلي و تقييمي للمحور الرابع</p>		<p>الجلسة التاسعة عشر</p>
				<p>التطبيق البعدي لاستبيان مصدر الضبط و استبيان تقبل المرض للعينتين التجريبية و الضابطة</p>		<p>الجلسة العشرون</p>
				<p>التطبيق التبعي لاستبيان مصدر الضبط و استبيان تقبل المرض للعينة التجريبية</p>		<p>الجلسة الواحد و العشرون</p>

استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي والثقافي للأسرة

إعداد : أ. د. بشير معمرية

الاسم واللقب (اختياري) العمر الجنس
المستوى الدراسي المهنة

تعليمات الإجراء

ملاحظة : (تعليمات الإجراء تتغير تبعا للهدف من البحث وموضوعه).

تحتوي الأوراق التالية على بعض الأسئلة والعبارات التي تدور حول الوضع الاجتماعي الاقتصادي والثقافي لأسرتك، ونحن نريد معرفتها من أجل استعمالها في البحث الذي نقوم به. اقرأ كل سؤال أو عبارة جيدا، وأجب حسب الوضع الاجتماعي الاقتصادي والثقافي لأسرتك بالضبط، وكلما أجبت بصدق وجدية، فإنك ستساهم في إنجاح هذا البحث. وطريقة الإجابة هي أن تضع علامة x أمام الإجابة أو الاختيار الذي يتفق مع وضعية أسرتك. أجب عن كل الأسئلة والعبارات ولا تترك أي منها دون إجابة. تأكد بأن المعلومات التي تدلي بها في هذه الاستمارة، لن يطلع عليها أحد، وتستعمل فقط في مجال البحث العلمي. وشكرا على تعاونك.

الباحث

أولاً : مستوى المهنة أو الوظيفة

- (1) وظيفة أو مهنة الأب.
ما هي وظيفة الأب أو ماذا يعمل حالياً وإذا كان متوفياً،
أو أُحيل على التقاعد أو توقف عن العمل أذكر آخر وظيفة له
- (2) وظيفة أو مهنة الأم.
ما هي وظيفة الأم أو ماذا تعمل حالياً وإذا كانت متوفية،
أو أُحيلت على التقاعد أو توقفت عن العمل أذكر آخر وظيفة لها

ثانياً : الدخل والحالة الاقتصادية للأسرة

(1) الراتب الشهري من المهنة أو الوظيفة أو التقاعد.

- أ) الراتب الشهري للأب.
اذكر الراتب الشهري للأب، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام المبلغ الصحيح.
- 1 – لا شيء. (.....)
 - 2 – بين 15000 – 20000 د.ج. (.....)
 - 3 – بين 21000 – 25000 د.ج. (.....)
 - 4 – بين 26000 – 30000 د.ج. (.....)
 - 5 – بين 31000 – 35000 د.ج. (.....)
 - 6 – بين 36000 – 40000 د.ج. (.....)
 - 7 – بين 45000 – فأكثر (.....)

- ب) الراتب الشهري للأم.
اذكر الراتب الشهري للأم، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام المبلغ الصحيح.
- 1 – لا شيء. (.....)
 - 2 – بين 15000 – 20000 د.ج. (.....)
 - 3 – بين 21000 – 25000 د.ج. (.....)
 - 4 – بين 26000 – 30000 د.ج. (.....)
 - 5 – بين 31000 – 35000 د.ج. (.....)
 - 6 – بين 36000 – 40000 د.ج. (.....)
 - 7 – 45000 – فأكثر (.....)

(2) الدخل الشهري للأسرة من مصادر أخرى.

- أ) الدخل الشهري للأب.
اذكر الدخل الشهري للأب من مصادر أخرى، كالتجارة، إيجار أراضي أو مباني أو سيارات،
مصانع إنتاج، رواتب الأبناء المقيمين مع الأسرة، ومنح مختلفة وغيرها.
- 1 – لا شيء. (.....)
 - 2 – بين 20000 – 40000 د.ج. (.....)
 - 3 – بين 50000 – 70000 د.ج. (.....)
 - 4 – بين 80000 – 100000 د.ج. (.....)

- 5 – بين 110000 – 130000 د.ج. (.....)
 6 – بين 140000 – 160000 د. ج (.....)
 7 – أكثر من 160000 د. ج (.....)

ب) الدخل الشهري للألم.

اذكر الدخل الشهري للألم من مصادر أخرى، كالتجارة، إيجار أراضي أو مباني أو سيارات، مصانع إنتاج، رواتب الأبناء المقيمين مع الأسرة، ومنح مختلفة وغيرها.

- 1 – لا شيء. (.....)
 2 – بين 20000 – 40000 د.ج. (.....)
 3 – بين 50000 – 70000 د.ج. (.....)
 4 – بين 80000 – 100000 د.ج. (.....)
 5 – بين 110000 – 130000 د.ج. (.....)
 6 – بين 140000 – 160000 د. ج (.....)
 7 – أكثر من 160000 د. ج (.....)

ثالثا : الممتلكات المادية الخاصة بالأسرة

1) الممتلكات المادية الإنتاجية للأسرة التي تدر دخلا شهرا أو سنويا.
أ) العقارات.

اذكر عدد العقارات التي تملكها الأسرة التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة x بين القوسين أمام العدد الحقيقي للعقارات.

أ) البناءات (غير التي يسكنها).

- 1 – لا شيء (.....).
 2 – بناء واحد. (.....).
 3 – بناءان. (.....).
 4 – ثلاثة بناءات. (.....).
 5 – أكثر من ثلاثة بناءات. (.....).

ب) الأراضي الزراعية (حبوب).

- 1 – لا شيء (.....).
 2 – من 01 هكتار إلى 05 هكتارات (.....).
 3 – من 06 إلى 10 هكتارات (.....).
 4 – من 11 إلى 15 هكتارا (.....).
 5 – من 16 إلى 20 هكتارا (.....).
 6 – أكثر من 20 هكتارا (.....).

ج) الأراضي الزراعية (أثمار وخضراوات).

- 1 – لا شيء (.....).
 2 – من 01 هكتار إلى 03 هكتارات (.....).

- 3 – من 04 إلى 06 هكتارات (.....).
 4 – من 07 إلى 09 هكتارا (.....).
 5 – من 10 إلى 12 هكتارا (.....).
 6 – أكثر من 12 هكتارا (.....).

(2) الحيوانات.

(أ) الأبقار.

اذكر عدد الأبقار التي تملكها الأسرة التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي للأبقار.

- 1 – لا شيء (.....).
 2 – من 01 إلى 03 بقرات (.....).
 3 – من 04 إلى 06 بقرات (.....).
 4 – من 07 إلى 09 بقرة (.....).
 5 – من 10 إلى 12 بقرة (.....).
 6 – أكثر من 12 بقرة (.....).

(ب) الأغنام.

اذكر عدد الأغنام التي تملكها الأسرة التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي للأغنام.

- 1 – لا شيء (.....).
 2 – من 01 إلى 05 نعاج (.....).
 3 – من 06 إلى 10 نعاج (.....).
 4 – من 11 إلى 15 نعجة (.....).
 5 – من 16 إلى 20 نعجة (.....).
 6 – أكثر من 20 نعجة (.....).

(ج) الماعز.

اذكر عدد الماعز التي تملكها الأسرة التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي للماعز.

- 1 – لا شيء (.....).
 2 – من 01 إلى 05 عنزات (.....).
 3 – من 06 إلى 10 عنزات (.....).
 4 – من 11 إلى 15 عنزة (.....).
 5 – من 16 إلى 20 عنزة (.....).
 6 – أكثر من 20 عنزة (.....).

(د) الإبل.

اذكر عدد الإبل التي تملكها الأسرة التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي للإبل.

- 1 – لا شيء (.....)
- 2 – من 01 إلى 05 جمال ونوق (.....)
- 3 – من 06 إلى 10 جمال ونوق (.....)
- 4 – من 11 إلى 15 جملا وناقة (.....)
- 5 – من 16 إلى 20 جملا وناقة (.....)
- 6 – أكثر من 20 جملا وناقة (.....)

هـ) الدواجن.

اذكر عدد الدواجن التي تملكها الأسرة التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي للدواجن (الدجاج والبيض والأرانب). يحسب دخلها المادي بالدينار الجزائري كل نصف سنة.

- 1 – لا شيء (.....)
- 2 – بين 20000 إلى 40000 د. ج (.....)
- 3 – بين 50000 إلى 80000 د. ج (.....)
- 4 – بين 90000 إلى 130000 د. ج (.....)
- 5 – بين 140000 إلى 200000 د. ج (.....)
- 6 – أكثر من 200000 د. ج (.....)

2) الممتلكات المادية الاستهلاكية للأسرة كمؤشر على مكانتها الاجتماعية

والاقتصادية.

أ) السيارات.

اذكر عدد السيارات التي تملكها الأسرة التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي للسيارات.

- 1 – لا شيء (.....)
- 2 – سيارة واحدة (.....)
- 3 – سيارتان (.....)
- 4 – ثلاث سيارات (.....)
- 5 – أكثر من ثلاث سيارات (.....)

ب) أجهزة التلفزيون.

اذكر عدد أجهزة التلفزيون التي تملكها الأسرة التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي لأجهزة التلفزيون.

- 1 – لا شيء (.....)
- 2 – يوجد جهاز واحد (.....)
- 3 – يوجد جهازان (.....)
- 4 – يوجد ثلاثة أجهزة (.....)
- 5 – يوجد أكثر من ثلاثة أجهزة (.....)

ج) أجهزة الإعلام الآلي.

اذكر عدد أجهزة التلفزيون التي تملكها الأسرة التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي لأجهزة التلفزيون.

- 1 – لا شيء (.....)
- 2 – يوجد جهاز واحد (.....)
- 3 – يوجد جهازان (.....)
- 4 – يوجد ثلاثة أجهزة (.....)
- 5 – يوجد أكثر من ثلاثة أجهزة (.....)

د) أجهزة الفيديو.

اذكر عدد أجهزة الفيديو التي تملكها الأسرة التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي لأجهزة الفيديو.

- 1 – لا شيء (.....)
- 2 – يوجد جهاز واحد (.....)
- 3 – يوجد جهازان (.....)
- 4 – يوجد ثلاثة أجهزة (.....)
- 5 – يوجد أكثر من ثلاثة أجهزة (.....)

هـ) أجهزة منزلية.

هل توجد الأدوات التالية لدى أسرتك التي تعيش معها ؟

- 1 – غسالة ملابس. نعم (.....) لا (.....)
- 2 – غسالة أواني الأكل. نعم (.....) لا (.....)
- 3 – مكنسة كهربائية. نعم (.....) لا (.....)
- 4 – مكيفات. نعم (.....) لا (.....)
- 5 – تدفئة مركزية. نعم (.....) لا (.....)
- 6 – كاميرا فيديو. نعم (.....) لا (.....)
- 7 – أجهزة ألعاب إلكترونية. نعم (.....) لا (.....)
- 8 – تحف ثمينة. نعم (.....) لا (.....)

و) الانترنت.

هل تسدد الأسرة باستمرار حقوق الاشتراك في شبكة المعلومات الدولية (Internet) ؟
نعم (.....) لا (.....)

ز) خدم في البيت.

هل يوجد خدم في بيت الأسرة التي تعيش معها (طباخون، ومنظفو المنزل، ومربو أطفال، ومتعهدو حدائق وغيره) ؟

- 1 – لا شيء (.....)
- 2 – يوجد خادم واحد (.....)
- 3 – يوجد خادمان (.....)
- 4 – يوجد ثلاثة خدم (.....)
- 5 – يوجد أكثر من ثلاثة خدم (.....)

ح) سائق خاص للأسرة.
هل يوجد سائق سيارة خاص للأسرة التي تعيش معها؟ نعم (.....) لا (.....).

ط) حوض سباحة.
هل يوجد حوض سباحة خاص للأسرة التي تعيش معها؟ نعم (.....) لا (.....).

رابعاً : مستوى الحي السكني ونوع السكن وحجم الأسرة

1) مستوى الحي السكني.

اذكر مستوى الحي السكني الذي تقطن فيه أسرته التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العبارة الصحيحة.

- 4 – مستوى الحي السكني راق جداً (.....).
- 3 – مستوى الحي السكني راق (.....).
- 2 – مستوى الحي السكني راق بدرجة متوسطة (.....).
- 1 – مستوى الحي السكني راق بدرجة أقل من المتوسط (.....).
- 0 – مستوى الحي السكني غير راق تماماً (.....).

2) نوع السكن.

اذكر نوع السكن الذي تقطنه أسرته التي تعيش معها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العبارة الصحيحة.

- 4 – السكن في فيلا (.....).
- 3 – السكن في منزل ملك للأسرة (.....).
- 2 – السكن في شقة في عمارة (.....).
- 1 – السكن في شقة مع أقارب (.....).
- 0 – السكن في منزل بالإيجار (.....).

3) عدد حجرات السكن.

اذكر عدد الحجرات بالسكن الذي تقطنه الأسرة التي تعيش فيها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي للحجرات.

- 1 – من 02 إلى 03 حجرات (.....).
- 2 – من 04 إلى 06 حجرات (.....).
- 3 – من 07 إلى 09 حجرات (.....).
- 4 – أكثر من 09 حجرات (.....).

4) عدد أفراد الأسرة.

اذكر عدد أفراد أسرته الذين يعيشون معك في نفس السكن، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي للأفراد.

- 4 – من 02 إلى 03 أفراد (.....).
- 3 – من 04 إلى 06 أفراد (.....).
- 2 – من 07 إلى 09 أفراد (.....).

1 – أكثر من 09 أفراد (.....).

خامسا : المستوى التعليمي للوالدين

1) مستوى تعليم الأب.

اذكر مستوى تعليم الأب، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام المستوى التعليمي الحقيقي.

- 1 – أمي (.....).
- 2 – يقرأ ويكتب (.....).
- 3 – مستوى ابتدائي (.....).
- 4 – مستوى متوسط (.....).
- 5 – مستوى ثانوي (.....).
- 6 – مستوى جامعي (.....).

2) مستوى تعليم الأم.

اذكر مستوى تعليم الأم، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام المستوى التعليمي الحقيقي.

- 1 – أمية (.....).
- 2 – تقرأ وتكتب (.....).
- 3 – مستوى ابتدائي (.....).
- 4 – مستوى متوسط (.....).
- 5 – مستوى ثانوي (.....).
- 6 – مستوى جامعي (.....).

سادسا : الممتلكات الثقافية الخاصة بالأسرة

1) الجرائد.

- 1 – هل تشتري أسرتك جرائد ؟ نعم (.....) لا (.....).
- 2) إذا كانت الإجابة نعم، فكم عدد الجرائد التي تشتريها الأسرة ؟
 - جريدة واحدة (.....).
 - جريدتان (.....).
 - أكثر من جريدتين (.....).

2) المجلات.

- 1 – هل تشتري أسرتك مجلات ؟ نعم (.....) لا (.....).
- 2) إذا كانت الإجابة نعم، فكم عدد المجلات التي تشتريها الأسرة ؟
 - مجلة واحدة (.....).
 - مجلتان (.....).
 - أكثر من مجلتين (.....).

3) الكتب (غير المدرسية).

- 1 – هل تملك الأسرة مكتبة في المنزل ؟ نعم (.....) لا (.....).

2 – إذا كانت الإجابة نعم، اذكر عدد الكتب التي تملكها الأسرة، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام العدد الحقيقي للكتب.

- 1 – من 01 إلى 10 كتب (.....).
- 2 – من 11 كتابا إلى 30 كتابا (.....).
- 3 – من 31 كتابا إلى 50 كتابا (.....).
- 4 – من 51 كتابا إلى 100 كتاب (.....).
- 5 – أكثر من 100 كتاب (.....).

(4) إتقان اللغات الأجنبية.

كم من لغة أجنبية يجيدها أفراد الأسرة ؟

- 1 – لا شيء (.....).
- 2 – لغة واحدة (.....).
- 3 – لغتان (.....).
- 4 – ثلاث لغات (.....).
- 5 – أكثر من ثلاث لغات (.....).

سابعاً : قضاء أوقات الفراغ والعطلات

(1) هل يقضي أفراد أسرتك وقت فراغهم في ممارسة الأنشطة الثقافية ؟
نعم (.....) لا (.....).

2 – إذا كانت الإجابة نعم، اذكر الأنشطة الثقافية التي يفضلون قضاء أوقات فراغهم في ممارستها، وذلك بوضع علامة X بين القوسين أمام الأنشطة الثقافية التي يمارسونها فعلاً.

(1) في المشاهدة.

- 1 – أداء ألعاب مسلية (.....).
- 2 – مشاهدة الفيديو (.....).
- 3 – مشاهدة التلفزيون (.....).

(2) في القراءة.

- 1 – قراءة القصص والروايات (.....).
- 2 – قصص كتب أخرى (.....).
- 3 – قراءة الجرائد (.....).
- 4 – قراءة المجالات (.....).

(3) في المناقشات.

- 1 – مناقشة قضايا اجتماعية (.....).
- 2 – مناقشة قضايا ثقافية (.....).
- 3 – مناقشة برامج التلفزيون (.....).

4) قضاء العطلات.

- اذكر أين تقضي أسرتك التي تعيش فيها أيام العطل السنوية.
- 1) في مكان الإقامة السكنية للأسرة التي تقيم معها (.....).
 - 2) داخل نفس الولاية التي تقطن فيها الأسرة التي تقيم معها (.....).
 - 3) داخل الوطن (.....).
 - 4) خارج الوطن (.....).

تعليمات للفاحص أو لمستعمل الاستمارة

إعداد : أ. د. بشير معمريّة

هناك ست تعليمات ينبغي قراءتها.

التعليمة الأولى.

لقد صممت هذه الاستمارة منذ حوالي 12 سنة، حين كانت الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمجتمع الجزائري في مستويات معينة، ولكن هذه الأوضاع تغيرت وصارت الآن في مستويات أخرى، كما تطورت كما ونوعا، وتبعاً لذلك أجريت تعديلات على الاستمارة، حتى تواكب نسبياً التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمجتمع الجزائري. وصارت تتكون من سبعة أبعاد كما هو مبين فيما يلي.

البعد الأول : مستوى المهنة أو الوظيفة

- 1) وظيفة أو مهنة الأب.
- 2) وظيفة أو مهنة الأم.

البعد الثاني : الدخل والحالة الاقتصادية للأسرة

- 1) الراتب الشهري من المهنة أو الوظيفة أو التقاعد.
 - أ) الراتب الشهري للأب.
 - ب) الراتب الشهري للأم.

- 2) الدخل الشهري للأسرة من مصادر أخرى.
 - أ) الدخل الشهري للأب.
 - ب) الدخل الشهري للأم.

البعد الثالث : الممتلكات المادية الخاصة بالأسرة

- 1) الممتلكات المادية الإنتاجية للأسرة التي تدر دخلاً شهراً أو سنوياً.
 - أ) العقارات.
 - أ) البناءات (غير التي يسكنها).
 - ب) الأراضي الزراعية (حبوب).
 - ج) الأراضي الزراعية (أثمار وخضراوات).

2) الحيوانات.

- أ) الأبقار.
- ب) الأغنام.
- ج) الماعز.
- د) الإبل.
- هـ) الدواجن.

2) الممتلكات المادية الاستهلاكية للأسرة كمؤشر على مكانتها الاجتماعية والاقتصادية.

- أ) السيارات.
- ب) أجهزة التلفزيون.
- ج) أجهزة الإعلام الآلي.
- د) أجهزة الفيديو.
- هـ) أجهزة منزلية.
- و) الانترنت.
- ز) خدم في البيت.
- ح) سائق خاص للأسرة.
- ط) حوض سباحة.

البعد الرابع : مستوى الحي السكني ونوع السكن وحجم الأسرة

- 1) مستوى الحي السكني.
- 2) نوع السكن.
- 3) عدد حجرات السكن.
- 4) عدد أفراد الأسرة.

البعد الخامس : المستوى التعليمي للوالدين

- 1) مستوى تعليم الأب.
- 2) مستوى تعليم الأم.

البعد السادس : الممتلكات الثقافية الخاصة بالأسرة

- 1) الجرائد.
- 2) المجلات.
- 3) الكتب (غير المدرسية).
- 4) إتقان اللغات الأجنبية.

البعد السابع : قضاء أوقات الفراغ والعطلات

- 1) في المشاهدة.
- 2) في القراءة.
- 3) في المناقشات.
- 4) قضاء العطلات.

والاستمارة مفتوحة أمام الزملاء والزميلات الأفاضل، للتطوير والتعديل سواء في عدد الأبعاد الأساسية أو في مضامينها الفرعية، لتواكب التغيرات التي حدثت، اجتماعيا واقتصاديا وثقافيا، في المجتمع الجزائري، في الحضر وفي الريف وفي السهوب وفي الصحراء.

التعلیمة الثانية.

من الملاحظ أن كل الاستثمارات التي تناولت المستوى الاجتماعي/ الاقتصادي للأسرة، وكانت لي فرصة الاطلاع عليها، تناولت هذا المستوى في البيئة الحضرية (في المدينة)، وأهملت تناولها تماما في الريف، لذا أدخلت بندا آخر يتناول الممتلكات المادية الفلاحية للأسرة، يتعلق بالحيوانات والأراضي والمنتجات الفلاحية والزراعية، ذلك أن الكثير من الأسر الجزائرية، يتحدد دخلها وموردها الاقتصادي، كما تتحدد مكانتها الاجتماعية، مما تملكه من عقارات، وما يدره عليها نشاطها الفلاحي من دخل، سواء في الإنتاج النباتي أم الإنتاج الحيواني. كما قسمت الممتلكات المادية للأسرة إلى قسمين؛ ممتلكات مادية إنتاجية تدر دخلا، وممتلكات مادية استهلاكية كمؤشر للمكانة الاجتماعية/ الاقتصادية للأسرة.

التعلیمة الثالثة.

إن استعمال هذه الاستثمارة لأول مرة كان مع تلاميذ المدارس، وكان الهدف من البحث آنذاك، هو التعرف على دور المستوى الاجتماعي الاقتصادي والثقافي للأسرة، في تسرب أبنائها من التعليم. ولكن هذه الاستثمارة سوف تستعمل لأهداف أخرى، ولموضوعات أخرى، كالجنوح، أو التفوق، أو الطموح، أو الاختيارات الدراسية، أو الاضطرابات النفسية وغيرها. لذا، ينبغي تغيير تعليمات الإجراء، عندما يتغير هدف الدراسة وموضوعها. ولكن الأحسن أن تصاغ تعليمات محايدة، لا تشير إلى موضوع البحث أو هدفه.

التعلیمة الرابعة.

بالنسبة للبند الأول، في هذه الاستثمارة، المتعلق بوظيفة أو مهنة الأبوين، فإن الأمر هنا يحتاج إلى ذكر الوظائف والمهن التي يشغلها الأفراد في المجتمع الجزائري من الجنسين، ثم ترتيبها حسب أهميتها الاجتماعية والاقتصادية، وأعتقد أن هذا في الحقيقة ينبغي الحصول عليه من عدة مصادر؛ منها : القيام ببحث في هذا المجال بوضع قائمة من الوظائف والمهن التي تتوفر في المجتمع الجزائري، ثم تقديمها إلى عينات واسعة من الأفراد من الجنسين لترتيبها وفق أهميتها الاجتماعية والاقتصادية. وينبغي القيام بهذا العمل في إطار جهد مشترك بين المتخصصين في علم النفس، والمتخصصين في علم الاجتماع والاقتصاد، الذين يتناولون الطبقات الاجتماعية ومكانة المهن اجتماعيا واقتصاديا (الدخل)، مع الاستعانة بأربع جهات حكومية، هي : وزارة العمل، وزارة التكوين المهني، الوظيف العمومي، والضرائب. وهذا لم يتوفر لي في حينه، وللخروج من هذا المشكل، أقدم لكم تصنيفا وترتيباً للوظائف والمهن، وضعه، الدكتور/ عبد العزيز السيد الشخص، من كلية التربية جامعة عين شمس بالقاهرة، عام 1988. قام فيه بترتيب الوظائف والمهن في المجتمع المصري إلى تسع مستويات، أضعه هنا لتطلعوا عليه، ويمكن الاسترشاد به في وضع ترتيب وسلم للوظائف والمهن في المجتمع الجزائري، لأنه لا يوجد تطابق في العديد من الوظائف والمهن بين المجتمع الجزائري والمجتمع المصري، سواء في جانب تسمية الوظيفة أو المهنة، أم في جانب وجودها وعدم وجودها، أم في جانب مكانتها الاجتماعية والاقتصادية.

المستوى الأول.

عامل (عاملة) خدمة بالحكومة أو القطاع العام أو الخاص. بائع (بائعة) متجول. عامل شحن. موزع (موزعة) صحف يومية. عامل (عاملة) بمحل تجاري. ربة بيت غير مؤهلة. عامل بمحطة بنزين. بواب (بوابة). أعمال حرفية صغيرة (حلاق، خياط، طباعة، كهربائي، نجار، نسيج). وظائف كتابية بمؤهل أقل من المتوسط. عامل (عاملة) فني بالحكومة أو المصانع والشركات بالقطاعين العام والخاص. رجال مطافئ (عسكري، وكيل عريف، عريف، رقيب).

المستوى الثاني.

أعمال حرفية كبيرة كوافير (كوافيرة). خياط (خياطة). حلواني. سباك. خراط، صاحب (صاحبة) مطعم. سائق (سائقة) طاكسي. محصل بهيئة النقل العام (كمسري). ملاحظ (ملاحظة) بوزارة الصحة. تومرجي (تومرجية) بمستشفى. ربة بيت بمؤهل متوسط. دوكو سيارات.

المستوى الثالث.

موظفون (موظفات) بوظائف فنية متوسطة بالحكومة أو الشركات. مدرسو (مدرسات) المرحلة الابتدائية. وعاظ المساجد ومفتشوها. صغار التجار (فاكهاني، بقال، صاحب مقهى بلدي، خردواتي أو صاحب بوتيك صغير). حاجب محكمة. محضر محكمة. وكيل محامي. أمين مخزن. صراف (صرافة). وكيل (وكيلة) بريد. سائق قطار. ممرضات وحكيماط بالمستشفى. رجال الشرطة (رقيب أول، مساعد). ربة بيت بمؤهل فوق المتوسط وأقل من الجامعي. أعمال سكرتارية.

المستوى الرابع.

مهن حرة (ميكانيكي، كهربائي سيارات أو راديو وتلفزيون، مصوراتي....). وكلاء مدارس ابتدائية ونظارها، موجهو التعليم الابتدائي، مدرسو المرحلة الإعدادية، وكلاء إدارة الحكومة والقطاع العام أو الخاص. قدامى العاملين بالوظائف الكتابية والفنية المتوسطة. مساعد مهندس. رسام معماري. تاجر (تاجرة) شنطة. صغار الفنانين والفنانات. مدير أعمال بالسكة الحديدية ومساعدوه. رؤساء الأقسام بالسكة الحديدية. رؤساء الحركة بمؤسسة النقل العام. رؤساء محطات البنزين. وكيل منطقة السكة الحديدية. ملاحظ أو رئيس (رئيسة) عمال بالشركات والقطاع العام. متعهد صحف. ربة بيت بمؤهل جامعي.

المستوى الخامس.

موظفون (موظفات) يحملون مؤهل جامعي. موجه التعليم الإعدادي ووكلاء المدارس الإعدادية. مدرسو المرحلة الثانوية والمدرسون الأوائل بالمرحلة الإعدادية. كبار أئمة المساجد والخطباء. المأذون الشرعي. رؤساء وحدات إدارية أو فنية صغيرة. متعهد أو صاحب محلات فراشة. خياط (خياطة). رئيس (رئيسة) خزينة. مفتش مساجد. أمناء السجل المدني، نجار. مدير مخزن. رئيسات التمرير. رؤساء قطارات. رئيس سكرتارية المحاكم. صغار الضباط (ملازم، ملازم أول، نقيب). معيد أو مدرس مساعد بالجامعة. حملة المؤهلات العالية من رجال الكهنوت.

المستوى السادس.

المقاولون وكبار التجار (موبيليات، سجاد، سيارات، اكسسوار، قطع غيار السيارات، تحف، لحوم، أقمشة، ورق). جواهرجي. مطبوعي. صاحب جراج. كومينوجي. صاحب طاكسيات. سمسار عقارات. مندوبو الشركات ووكلاؤها. نظار التعليم الإعدادي ومدرسو الثانوي الأوائل. مديرو الإدارات بالحكومة وشركات القطاع العام والخاص. رؤساء الأقسام بالمصالح الحكومية والمصانع. الجيولوجيون. مراقبو الإدارات بالشركات. مفتشو التحقيقات. وكلاء المديرين. الأطباء البيطريون. الأطباء البشريون من ذوي الخبرة المتوسطة. رؤساء الحسابات. وكلاء المراقبات الحاسوبية والإدارية. المديرون المساعدون. مديرو شؤون الأفراد. الفنانون التشكيليون. المرشدون السياحيون. المصورون الصحفيون. نظار المدارس الثانوية ووكلاؤها. المهندسون. مأمورو الضرائب. مفتشو المحاكم والصحة والنيابة. كبار كتاب المحاكم. مديرو العلاقات العامة. المضيفون (المضيفات) الجويون. المحاسبون والمراجعون. المستشارون القانونيون. مديرو الشؤون القانونية. وكلاء الفروع بالقوات المسلحة. كبار الضباط (رائد، مقدم، عقيد). المحامون. الصيادلة. كبار الفنانين والفنانات.

المستوى السابع.

مديرو العموم بالحكومة والشركات. رجال الأعمال والعاملون بالتصدير والاستيراد. محامو مجلس الدولة. رؤساء مجالس المدن. رؤساء مكاتب الحركة بهيئة قناة السويس. المدرسون بالجامعة. أعضاء مجالس الإدارة بالشركات. المراقبون العامون. مفتشو الداخلية أو الري. مستشارو الشركات والمؤسسات. مديرو البنوك. المستشارون الطبيون للقوات المسلحة. مدير مطار القاهرة. مديرو الجمارك بالمطارات والمواني. القضاة ووكلاء النيابة من الفئة الممتازة.

المستوى الثامن.

ضباط عظام بالقوات المسلحة أو الشرطة (عميد، لواء). أستاذ مساعد بالجامعة. مستشارون مساعدون بالمحاكم الدستورية. أساتذة الجامعات. رجال القضاء (المحامون العامون، رؤساء المحاكم الابتدائية، رؤساء النيابة فئة أ). المستشارون بالمحكمة الدستورية العليا. رجال السلك الدبلوماسي (مندوب فوق العادة، وزير مفوض، قنصل عام). وظائف مجلس الدولة (مستشارون، مستشارون مساعدون). المستشارون بإدارة قضايا الحكومة.

المستوى التاسع.

وظائف الجامعات (نائب رئيس الجامعة، عميد كلية، وكيل كلية، رئيس قسم). وكلاء الوزارات. رؤساء مجالس الإدارة بالشركات. وظائف رجال القضاء (نواب رؤساء محاكم الاستئناف، المحامون العامون الأوائل، المستشارون بمحاكم النقض والاستئناف). وظائف المحكمة الدستورية العليا (المستشارون، رئيس هيئة مفوض). وظائف السلكين الدبلوماسي والقنصلي (سفير، سفير فوق العادة، مفوض). وكلاء مجلس الدولة. وكلاء الإدارة بالحكومة. الوكلاء العامون الأوائل بالنيابة الإدارية. رؤساء النيابة. رؤساء الجامعات. الوزراء ونواب رئيس الوزراء. المحافظون (الولاية).

التعليمية الخامسة.

لا تستعمل هذه الاستثمارة بكل بنودها في المناطق الاقتصادية، وخاصة في البعد الثالث. فالمناطق السكنية، حضرا وريفا وصحراء، تختلف في نوع الممتلكات المادية والموارد الاقتصادية، وعلى الباحث أن يختار من الاستثمارة البنود التي تصلح لقياس المستوى الاجتماعي/الاقتصادي في المنطقة التي يسعى يجري فيها البحث، التي تكون إما حضرا أو ريفا أو صحراء. وإذا كان هدف البحث هو الحصول على درجة المستوى الاجتماعي/الاقتصادي فقط، يمكنه حذف البنود التي تقيس المستوى الثقافي.

التعليمية السادسة.

أقدم لكم هذه الاستثمارة للاستعمال في مجال البحث النفسي والتربوي والاجتماعي، وكذلك للمناقشة والإثراء من الزملاء والزميلات الأفاضل.

طريقة تصحيح الإجابات على بنود الاستمارة وتقدير درجة المفحوص
1) طريقة تصحيح الإجابات على بنود الاستمارة.

أولا : مستوى المهنة أو الوظيفة

تمنح الدرجة حسب رقم المستوى؛ من 1 درجة إلى 9 درجات.
(تتراوح درجة الفرد في هذا البند من 1 – 9 درجات).

ثانيا : الدخل والحالة الاقتصادية للأسرة

1) الراتب الشهري من المهنة أو الوظيفة أو التقاعد.
(أ) الراتب الشهري للأب.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وتندرج إلى 7 درجات لأكبر راتب شهري.

(تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 7 درجات).
(أ) الراتب الشهري للأم.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وتندرج إلى 7 درجات لأكبر راتب شهري.

(تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 7 درجات).

2) الدخل الشهري للأسرة من مصادر أخرى.
(أ) الدخل الشهري للأب.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وتندرج إلى 7 درجات لأكبر دخل شهري.

(تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 7 درجات).
(ب) الدخل الشهري للأم.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وتندرج إلى 7 درجات لأكبر دخل شهري.

(تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 7 درجات).

ثالثا : بند الممتلكات المادية للأسرة

(أ) الممتلكات المادية الإنتاجية للأسرة التي تدر دخلا شهريا أو سنويا.
1 – بند العقارات.

(أ) البناءات.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال أكثر من ثلاث بناءات 4 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 4 درجات).

(ب) الأراضي الزراعية (حبوب).

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال أكثر من 20 هكتارا 05 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 5 درجات).

ج) الأراضي الزراعية (أثمار وخضراوات).

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال أكثر من 12 هكتارا 05 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 5 درجات).

2 – الحيوانات.

أ) الأبقار.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال أكثر من 12 بقرة 05 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 5 درجات).

ب) الأغنام.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال أكثر من 20 نعجة 05 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 5 درجات).

ج) الماعز.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال أكثر من 20 عنزة 05 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 5 درجات).

د) الإبل.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال أكثر من 20 جملا وناقة 05 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 5 درجات).

هـ) الدواجن.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال أكثر من 200000 د. ج 05 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 5 درجات).

ب) الممتلكات المادية الاستهلاكية للأسرة كمؤشر على مكانتها الاجتماعية والاقتصادية.

1) السيارات.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال أكثر من ثلاث سيارات 04 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 4 درجات).

2) أجهزة التلفزيون.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال يوجد أكثر من ثلاثة أجهزة تلفزيون 04 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 4 درجات).

3) أجهزة الإعلام الآلي.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال يوجد أكثر من ثلاثة أجهزة إعلام آلي 04 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 4 درجات).

(4) أجهزة الفيديو.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال يوجد أكثر من ثلاثة أجهزة فيديو 04 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 4 درجات).

(5) أجهزة منزلية.

تمنح درجة واحدة عند الإجابة بـ : نعم، وصفر عند الإجابة بـ : لا. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 8 درجات).

(6) الانترنت.

تمنح درجة واحدة عند الإجابة بـ : نعم، وصفر عند الإجابة بـ : لا. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 1 درجة).

(7) خدم لدى الأسرة.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال يوجد أكثر من ثلاثة خدم 04 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 4 درجات).

(8) سائق خاص للأسرة.

تمنح درجة واحدة عند الإجابة بـ : نعم، وصفر عند الإجابة بـ : لا. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 1 درجة).

(9) حوض سباحة.

تمنح درجة واحدة عند الإجابة بـ : نعم، وصفر عند الإجابة بـ : لا. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 1 درجة).

(تتراوح الدرجة الكلية لكل مفحوص على هذا البند بين : صفر – 82 درجة).

رابعا : مستوى الحي السكني ونوع السكن وحجم الأسرة

(1) مستوى الحي السكني.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تنازليا، بحيث ينال الحي السكني راق جدا 04 درجات، وينال الحي السكني غير راق تماما صفرا. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 4 درجات).

(2) نوع السكن.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تنازليا، بحيث ينال السكن في فيلا 04 درجات، وينال السكن في منزل بالإيجار صفرا. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 4 درجات).

(3) عدد حجرات السكن.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال من 02 إلى 03 حجرات، درجة واحدة وينال أكثر من 09 حجرات 04 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 4 درجات).

4) عدد أفراد الأسرة.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تنازليا، بحيث ينال من 02 إلى 03 أفراد 04 درجات، وينال أكثر من 09 أفراد درجة واحدة. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 4 درجات).
(تتراوح الدرجة الكلية لكل فرد على هذا البند بين : صفر – 16 درجة).

خامسا : المستوى التعليمي للوالدين

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال أمي وأميه صفرا، وينال مستوى جامعي 05 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 5 درجات).
(تتراوح الدرجة الكلية لكل فرد على هذا البند بين : صفر – 10 درجات).

سادسا : الممتلكات الثقافية الخاصة بالأسرة

1) الجرائد.

إذا كانت الإجابة بـ : نعم، تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال جريدة واحدة درجة واحدة، وينال أكثر من جريدتين 03 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 3 درجات).

2) المجلات.

إذا كانت الإجابة بـ : نعم، تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال مجلة واحدة درجة واحدة، وينال أكثر من مجلتين 03 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 3 درجات).

3) الكتب (غير المدرسية).

إذا كانت الإجابة بـ : نعم، تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال من 01 إلى 10 كتب درجة واحدة، وينال أكثر من 100 كتاب 05 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 5 درجات).

4) إتقان اللغات الأجنبية.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال لا شيء صفرا، وينال أكثر من ثلاث لغات 04 درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 0 – 4 درجات).
(تتراوح الدرجة الكلية لكل فرد على هذا البند بين : صفر – 15 درجة).

سابعا : قضاء أوقات الفراغ والعطلات

1) في المشاهدة.

إذا كانت الإجابة بـ : نعم، تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، بحيث ينال أداء ألعاب مسلية درجة واحدة، وينال مشاهدة الفيديو درجتين، وينال مشاهدة التلفزيون ثلاث درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 1 – 3 درجات).

2) في القراءة.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، من درجة واحدة، وتندرج إلى أربع درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 1 – 4 درجات).

(3) في المناقشات.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، من درجة واحدة إلى ثلاث درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 1 – 3 درجات).

(4) قضاء العطلات.

تمنح الدرجة حسب ترتيبها تصاعديا، من درجة واحدة إلى ثلاث درجات. (تتراوح درجة الفرد في هذا البند بين 1 – 4 درجات).
(تتراوح الدرجة الكلية لكل فرد على هذا البند بين : صفر – 14 درجة).

(2) تقدير درجة المفحوص.

اشتملت استمارة المستوى الاجتماعي/ الاقتصادي والثقافي للأسرة على ستة أبعاد هي :
أولا : مستوى المهنة أو الوظيفة، الذي تتراوح درجته الكلية بين : صفر – 07 درجات.
ثانيا : الدخل والحالة الاقتصادية للأسرة، الذي تتراوح درجته الكلية بين : صفر – 28 درجة.
ثالثا : الممتلكات المادية الإنتاجية والاستهلاكية للأسرة، الذي تتراوح درجته الكلية بين : صفر – 83 درجة.
رابعا : مستوى الحي السكني ونوع السكن وحجم الأسرة، الذي تتراوح درجته الكلية بين : صفر – 16 درجة.
خامسا : المستوى التعليمي للوالدين، الذي تتراوح درجته الكلية بين : صفر – 10 درجات.
سادسا : الممتلكات الثقافية للأسرة، الذي تتراوح درجته الكلية بين : صفر – 15 درجة.
سابعا : كيفية قضاء أوقات الفراغ والعطلات، الذي تتراوح درجته الكلية بين : صفر – 14 درجة.

ويكون المجموع الكلي للدرجات هو : 172 درجة.

ولكن هل يكون للأبعاد السبعة نفس الأوزان في التكميم (القياس) ؟
لقد درج الباحثون على افتراض أن هناك اختلافا في مدى ما يسهم به كل بعد من أبعاد المستوى الاجتماعي/ الاقتصادي والثقافي للأسرة في تحديد هذا المستوى، وعليه، ينبغي أن يأخذ كل بعد وزنا يتفق مع ما يسهم به في تحديد هذا المتغير. وانتهى الباحثون إلى معادلة يمكن من خلالها تحديد المستوى الاجتماعي/ الاقتصادي والثقافي للأسرة وهي كما يلي :

المستوى الاجتماعي/ الاقتصادي والثقافي = $4 \times$ درجة وظيفة أو مهنة الوالد + $3 \times$ درجة مصدر الدخل والممتلكات المادية + $3 \times$ درجة الحي السكني ونوع السكن + $2 \times$ درجة مستوى تعليم الوالد + $1 \times$ درجة الممتلكات الثقافية + $1 \times$ درجات قضاء أوقات الفراغ والعطل.
