الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد بوضياف المسيلة

جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس

الرقم التسلسلي:...../2015

المساندة الاجتماعية و علاقتها بتقبل العلا ج لدى مرضى السكري

دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالب:

جريو سليمان

تحت إشراف:

أ. د اسماعيلي يامنة

2015/2014 م

الإهداء

إلى كل من :

- الوالدين الكريمين الغاليين و إخوتي و أختي و أزواجهم و أبنائهم.
- زوجتي العزيزة الغالية.
- ابني محمد صلاح الدين و يوسف عبد الهادي.
- الحاجة فاطمة (زينب) رحمها اللّه، الحاج عبد القادر حفظه اللّه و أطال في عمره.
- كل الأهل و الأقارب.
- زملائي و زميلاتي في المشوار الدراسي.
- أعرف و أحب.
- ساهم في إخراج هذا العمل إلى النور من قريب أو من بعيد.

أهدي هذا العمل المتواضع

سليمان

شكر و تقدير

قال تعالى في محكم تنزيله ﴿و قليل من عبادي الشكور﴾
و قال ﷺ ﴿من لم يشكر الناس لم يشكر الله ﴾

نشكر الله عز وجل أولا و أخيرا أن وفقنا لإتمام هذه المذكرة.
ثم نشكر الأستاذة المشرفة و المربية الفاضلة "**اسماعيلي يامنة**"، التي كانت لنا بمثابة النور الذي يهدي صاحبه إلى بر الأمان، و كذا نشكر لها تحملها لنا و مساعدتنا في انجاز هذه المذكرة.
كما نشكر كل من قدم لنا يد العون من قريب أو من بعيد و أخص بالذكر الدكتور عمر عمور، الدكتورة قنون خميسة، الأستاذ قارة سعيد، و الأستاذ نويوة فيصل.
كما لا ننسى كل الأساتذة في جميع الأطوار الدراسية الذين تركوا بصماتهم فينا.

سليمان

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
إهداء	ج
شكر و تقدير	د
فهرس المحتويات	هـ
فهرس الجداول	ط
فهرس الأشكال	ي
ملخص الدراسة باللغة العربية	ك
ملخص الدراسة باللغة الفرنسية	م
مقدمة الدراسة	1
الفصل الأول: التعريف بموضوع و إشكالية الدراسة	
1. إشكالية الدراسة و تساؤلاتها.	5
2. أسباب اختيار الموضوع.	8
3. أهمية الدراسة.	8
4. أهداف الدراسة.	9
5. التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة.	10
6. الدراسات السابقة.	12
7. فرضيات الدراسة.	23
الفصل الثاني: المساندة الاجتماعية	
تمهيد	25
1. تعريف المساندة الاجتماعية.	25
2. النماذج الرئيسية والنظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية.	28
1.2 النماذج الرئيسية المفسرة لدور المساندة الاجتماعية.	28
2.2 النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية.	31
3. أهمية المساندة الاجتماعية.	34

العنوان	الصفحة
4. مصادر المساندة الاجتماعية.	36
5. أنواع المساندة الاجتماعية	37
6. وظائف المساندة الاجتماعية.	40
خلاصة	41
الفصل الثالث: تقبل العلاج	
تمهيد	43
1. تعريف تقبل العلاج.	43
2. الأهمية الإكلينيكية، الاقتصادية، و الأكاديمية لتقبل العلاج.	46
3. العوامل التي تؤثر في تقبل العلاج.	48
4. النماذج النظرية المفسرة لتقبل العلاج.	54
5. قياس تقبل العلاج.	66
خلاصة	67
الفصل الثالث: داء السكري	
تمهيد	69
1. تعريف داء السكري.	69
2. أنواع داء السكري.	71
3. العوامل المهيأة لداء السكري.	74
4. أعراض داء السكري.	75
5. مضاعفات داء السكري.	76
6. تشخيص داء السكري.	79
7. علاج داء السكري.	81
خلاصة	85

العنوان	الصفحة
الفصل الخامس: منهج و إجراءات الدراسة	
تمهيد	88
أولا. الدراسة الاستطلاعية	88
1. العينة الاستطلاعيـــة	88
2. منهـــج الدراســـــة	89
3. أدوات الـــدراســـــة	90
ثانيا. الدراسة النـــهائيـــة	93
1. العينـــة النهـــائيـــة	93
2. حدود الدراسة النهائية	96
3. إجراءات تطبيق الدراسة النهائية	97
4. الأساليب الإحصائية المستخدمة	98
خلاصة	98
الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج	
أولا. عرض نتائج فرضيات الدراسة	100
1. عرض نتائج الفرضية العامة	100
2. عرض نتائج الفرضيات الجزئية	101
1.1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى	101
2.1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية	102
3.1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة	103
4.1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة	104
5.1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة	105
6.1 عرض نتائج الفرضية الجزئية السادسة	107
7.1 عرض نتائج الفرضية الجزئية السابعة	112

العنوان	الصفحة
ثانيا. مناقشة نتائج فرضيات الدراسة	114
1. مناقشة نتائج الفرضية العامة	114
2. مناقشة نتائج الفرضيات الجزئية	116
1.1 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى	116
2.1 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية	117
3.1 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة	118
4.1 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة	119
5.1 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة	120
6.1 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية السادسة	121
7.1 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية السابعة	123
ثالثا. التوصيات و الاقتراحات	124
خاتمة	125
المراجع	127
الملاحق	131

فهرس الجداول

العنوان	الصفحة
جدول رقم (01): يوضح الفروق بين السكري من النمط I و السكري من النمط II	72
جدول رقم (02): يوضح حدوث داء السكري من حيث السن	74
جدول رقم (03): يوضح خصائص العينة الاستطلاعية	89
جدول رقم (04): يوضح خصائص العينة النهائية	94
جدول رقم (05): توزيع أفراد العينة حسب السن	94
جدول رقم (06): توزيع أفراد العينة حسب الجنس	94
جدول رقم (07): توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية	95
جدول رقم (08): توزيع أفراد العينة حسب مدة العلاج	95
جدول رقم (09): توزيع أفراد العينة حسب نوع العلاج	95
جدول رقم (10): توزيع أفراد العينة حسب مصدر تلقي المساندة	96
جدول رقم (11): يلخص نتائج الفرضية العامة	100
جدول رقم (12): يلخص نتائج الفرضية الجزئية الأولى	101
جدول رقم (13): يلخص نتائج الفرضية الجزئية الثانية	102
جدول رقم (14): يلخص نتائج الفرضية الجزئية الثالثة	104
جدول رقم (15): يلخص نتائج الفرضية الجزئية الرابعة	104
جدول رقم (16): يلخص نتائج تحليل التباين الأحاديF للكشف عن الفروق في درجات المساندة الاجتماعية تبعا لمتغير السن	105
جدول رقم (17): يلخص نتائج T للعينات المستقلة للكشف عن الفروق في درجات المساندة الاجتماعية تبعا لمتغير الجنس	106
جدول رقم (18): يلخص نتائج T للعينات المستقلة للكشف عن الفروق في درجات المساندة الاجتماعية تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية	107
جدول رقم (19): يلخص نتائج تحليل التباين الأحادي F للكشف عن الفروق في درجات تقبل العلاج تبعا لمتغير السن	108
جدول رقم (20): يلخص نتائج T للعينات المستقلة للكشف عن الفروق في درجات تقبل العلاج تبعا لمتغير الجنس	109
جدول رقم (21): يلخص نتائج T للعينات المستقلة للكشف عن الفروق في درجات تقبل العلاج تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية	110

العنوان	الصفحة
جدول رقم (22): يلخص نتائج تحليل التباين الأحادي F للكشف عن الفروق في درجات تقبل العلاج تبعا لمتغير مدة العلاج	111
جدول رقم (23): يلخص نتائج T للعينات المستقلة للكشف عن الفروق في درجات تقبل العلاج تبعا لمتغير نوع العلاج	112

فهرس الأشكال

العنوان	الصفحة
شكل رقم (1) أنموذج الآثار الرئيسية للمساندة	29
شكل رقم (2) أنموذج الوقاية من المشقة تعديل الباحث مـــروان عبد الله دياب (2006)	30
شكل رقم (3) أنموذج المعتقدات الصحية	57
شكل رقم (4) يوضح مراحل تطور أنموذج التغيير	60
شكل رقم (5) يوضح أنموذج التقبل الصحي	62
شكل رقم (6) نموذج التنظيم الذاتي للصحة	65
شكل رقم (7) يمثل المدرج التكراري و المنحنى البياني للدرجات الكلية للمساندة الاجتماعية	102
شكل رقم (8) يمثل المدرج التكراري و المنحنى البياني للدرجات الكلية لتقبل العلاج	103

الملخص:

المساندة الاجتماعية و علاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السكري
– دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة-

جريو سليمان

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المساندة الاجتماعية و تقبل العلاج و معرفة ما إذا كانت هناك فروق دالة إحصائيا في درجة المساندة الاجتماعية تعزى إلى متغيرات (السن، الجنس، الحالة الاجتماعية)، و معرفة ما إذا كانت هناك فروق دالة إحصائيا في درجة تقبل العلاج تعزى إلى متغيرات (السن، الجنس، الحالة الاجتماعية، مدة العلاج، نوع العلاج)، و كذا التحقق من إمكانية التنبؤ بدرجة تقبل العلاج من خلال درجة المساندة الاجتماعية.

و اتبعت الدراسة المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي و الفارقي، و اشتملت الدراسة على عينتين، العينة الاستطلاعية تكونت من (16) فردا من فئة مرضى السكري بمدينة المسيلة، تتراوح أعمارهم ما بين (22 و70) سنة و العينة النهائية التي تكونت من (76) مفردة (ذكر و أنثى) من فئة مرضى السكري بمدينة المسيلة، تتراوح أعمارهم ما بين (22 و76) سنة تم اختيارها بصورة قصدية. و استخدم في الدراسة استبيانين: استبيان المساندة الاجتماعية، و استبيان تقبل العلاج.

و أسفرت نتائج الدراسة الآتي:

- توجد علاقة دالة إحصائيا بين المساندة الاجتماعية و تقبل العلاج لدى مرضى السكري بمدينة المسيلة.
- توجد علاقة دالة إحصائيا بين المساندة الاجتماعية من طرف العائلة و تقبل العلاج لدى مرضى السكري.
- توجد علاقة دالة إحصائيا بين المساندة الاجتماعية من طرف الطبيب المعالج و تقبل العلاج لدى مرضى السكري.
- لا توجد فروق دالة إحصائيا في درجة المساندة الاجتماعية تعزى للمتغيرات المختارة لدى مرضى السكري.

- لا توجد فروق دالة إحصائيا في درجة تقبل العلاج لدى مرضى السكري تعزى لمتغيرات (الجنس، الحالة الاجتماعية، مدة العلاج).
- وجود فروق دالة إحصائيا في درجة تقبل العلاج لدى مرضى السكري تعزى لمتغيرات (السن، نوع العلاج).
- يمكن التنبؤ بالدرجة الكلية لتقبل العلاج من خلال الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية .

الكلمات المفتاحية: المساندة الاجتماعية، تقبل العلاج، مرضى السكري.

Résumé:

Le lien entre soutien social et le degré de l'observance thérapeutique chez les patients diabétique.
- Etude Descriptive à l'hôpital Ezahraoui M'sila -
Slimane DJERIOU

Le but de l'étude est évaluer la relation entre soutien social et l'observance thérapeutique, ainsi que l'identification des défférences statistiquement significatives dans le degré de soutien social en fonction des variables (âge, sexe, l'état social) et le degré l'observance thérapeutique en fonction des variables (âge, sexe, létat social, duré du traitment, le type de traitement).

La Méthode suivé éfail descriptive avec les deux parties conetative et différentielles, elle a inclus 2 échautillons la première d'exploration comprend 16 membres des diabitique de la wilaya de M'sila (fourchatte d'âge :22-70 ans) l'échautillon final comportoul 76 membres (homme et femme) des diabétique doul l'âge oscille entre 22-76 ans, Le dernier a été choisi délibéréments, Et 2 questionnaires utilisés dans l'étude:
l'un sur le soutien social et l'autre sur d'observance thérapeutique.

Les Résultats éteient suit:

- il existe une relation statistiquement significative pour ce qui est de l'observance thérapeutique:
  - le soutien social.
  - le soutien social de la part de la famille.
  - entre soutien social de la part du médcine .
- pas ailleurs, il n'a pas été retrouvé de différentes statistiquement significative entre le degré de soutien social , liéées aux entre variables choisis chez les diabètique .
- il n y a pas de différences statistiquement significative dans le degré d'observance thérapeutique liéées à (sexe, létat social, duré du traitment).
- l'existence de différences statistiquement significative dans le degré d'observance thérapeutique chez les diabétique liéées à (Age, le type de traitement).

il est possible de prévoir le score total d'observance thérapeutique à partier du degré total de soutien social.

Mots-clés: soutien social, d'observance thérapeutique, les patients diabètiques.

مقدمة:

في الأخيرة الأخيرة كان الاهتمام بالأمراض ومتابعة أعراضها الإكلينيكية مقتصراً على الأطبـــاء، وبعـــد أن اتضح وجود عوامل أخرى نفسية واجتماعية قد تزيد من حدة المرض وطول فترة العلاج أو تخفـــف مـــن أعـــراض المرض المؤلمة، أصبح الأطباء يعتبرون أن التغيرات النفسية والاجتماعية، تضيف تحدياً من نوع آخر إلى مراحل حياة المرضى.(Gee,Howe et Kimmel, p 2005).

خصوصا مع ظهور النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي (البيونفسواجتماعي) الذي أحدث قفزة نوعية في مجال البحث عن فكرة الوحدة الكلية للإنسان في الصحة والمرض، إذ أكد هذا النموذج أن العناصر البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية على درجة متساوية من الأهمية في الوظائف والاستجابات الإنسانية، إذ انه ينظر للإنسان على انه نظام حي وفعال من المكونات البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية كما انه وحدة متكاملة إذا اختل منها جانب تأثرت الجوانب الأخرى.(رشيد، 2012، ص 13).

وقد أفاد هذا النموذج (البيونفسواجتماعي) إلى فهم أكثر عمقا لما يتعرض له الإنسان من أمراض ووسع مجالات التشخيص والعلاج وأصبح الباحثون واعون أكثر بضرورة فحص العلاقات المتداخلة بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، خاصة في مجال الأمراض المزمنة (مثل السرطان و الأمراض القلبية و الأزمة الصدرية و السكر) التي أصبحت تشكل أهم أسباب الوفيات في العالم وما نسبته 80 % من حالات الوفاة في الدول الغربية. (رشيد، 2012، ص 13).

وان كانت الإصابة بالمرض أو تخطيه ترتبط بمتغيرات عديدة فان للعوامل الاجتماعيـــة وما يتلقاه الفـــرد مـــن مساندة من طرف المحيطين به تساعده بشكل كبير على التكيـــف مع المرض، فالمساندة الاجتماعية تعتبر من أهم العوامل المؤثرة على الصـــحة ونظـــرة الفرد للمرض، وتعتبر الأسرة من أهم المصادر لهذه المساندة فالعائلة و الطبيب المعـــالج يلعبان دورا كبيرا فـــي محاولة مساعدة المريض على تقبله للعلاج. (شـــهرزاد، 2013، ص 140).

وفي دراستنا هذه للمساندة الاجتماعية و دورها في تقبل العلاج لدى مرضى السكري، سنحاول أن نسلط الضوء على المساندة الاجتماعية باعتباره من المتغيرات الأساسية بين الفرد و تقبله للعلاج، و لكونه من العوامل النفسية و الاجتماعية المؤثرة في الصحة و المرض، و المتمثل في الدعم الوجداني، التقديري، المادي و المعلوماتي، الذي يتلقاه الفرد من شبكة العلاقات الاجتماعية به.

و من ثم فقد وقعت الدراسة في جانبين:

الجانب النظري: و فيه أربعة فصول على النحو التالي:

- الفصل الأول: وتناولنا فيه التعريف بإشكالية و موضوع الدراسة من خلال عرض الإشكالية، أسباب اختيار الموضوع، أهمية و أهداف الدراسة، التعاريف الإجرائية للدراسة، الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة، و أخيرا فرضيات الدراسة.
- الفصل الثاني: تناولنا فيه المساندة الاجتماعية من حيث تعريفها، النماذج الرئيسية والنظريات المفسرة لها، مصادرها، كما تناولنا أهميتها، أنواعها ووظائفها.
- الفصل الثالث: في هذا الفصل تناولنا تقبل العلاج من حيث تعريفه و العوامل المؤثرة فيه و كذلك النماذج النظرية المفسرة له، و طرق قياسه.
- الفصل الرابع: في هذا الفصل تناولنا تعريف داء السكري، أنواع داء السكري، العوامل المهيأة له، أعراضه، مضاعفاته، تشخيصه، و علاجه.

أما الجانب التطبيقي: فقد تضمن فصلين على النحو التالي:

- الفصل الخامس: وفيه تناولنا الدراسة الاستطلاعية (العينة الاستطلاعية، منهج الدراسة أدوات الدراسة)، الدراسة الأساسية (العينة النهائية، حدود الدراسة الأساسية، إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية، الأساليب الإحصائية المستخدمة).
- الفصل السادس: وفيه تناولنا عرض و مناقشة نتائج فرضيات الدراسة ثم ختمنا بالتوصيات و الاقتراحات التي خرجت بها هذه الدراسة.

الجانب النظري للدراسة

الفصل الأول: التعريف بإشكالية و موضوع الدراسة

1. إشكالية الدراسة و تساؤلاتها.

2. أسباب اختيار الموضوع.

3. أهمية الدراسة.

1.3 الأهمية النظرية.

2.3 الأهمية التطبيقية.

4. أهداف الدراسة.

5. التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة.

6. الدراسات السابقة.

7. فرضيات الدراسة.

1. إشكالية الدراسة و تساؤلاتها:

يعتبر مرض السكري من الأمراض المزمنة و الخطيرة التي تهدد العالم بأسره، إذ أصبح يسمى بمرض العصر نظرا لخطورة مضاعفاته و لكثرة انتشاره خصوصا في السنوات الأخيرة، فقد أوضحت إحصائيات الاتحاد العالمي لجمعيات مرضى السكري إصابة 286 مليون شخص بالمرض في جميع أنحاء العالم من الأشخاص البالغين بين 20 و 60 سنة، أي ما يقارب 7 % من سكان العالم، كما أصبح يشكل 6,11 من إجمالي نفقات الرعاية الصحية العالمية، وأضاف الإحصاء العالمي عن تجاوز الرقم 440 مليون شخص مصاب عام2030.(شهرزاد، 2013، ص 140).

و في الوطن العربي تتفاوت نسبَة الإصابة بهذا الداء من بلد إلى آخر ففي دول الخليج العربي مثلا، قد تصل إلى 20% بينما هي أقل في باقي الدول العربية بنسب متفاوتة. (https://www.kaahe.org/ar).

أما في الجزائر يعتبر مرض السكري من أهم الأمراض المزمنة كما بينته وزارة الصحة والمعهد الوطني للصحة العمومية من حيث النسبة أو التكاليف، فقد أكدت دراسات المنظمة العالمية للصحة و ترقباتها لعام 2025 أن الجزائر ستصنف ضمن الدول التي سوف يطؤها خطر كبير جراء مرض السكري.

وتبقى النسبة الحقيقية للمصابين بالسكري في الجزائر مجهولة و غامضة لحد الآن بسبب عدم وجود تحقيقات و إحصائيات دقيقة عن المرض.(و هذا في حدود علم الطالب).

وان كانت الإصابة بالمرض أو تخطيه ترتبط بمتغيرات عديدة فان للعوامل الاجتماعية وما يتلقاه الفرد من مساندة من طرف المحيطين به تساعده بشكل كبير على التكيف مع المرض، فالمساندة الاجتماعية تعتبر من أهم العوامل المؤثرة على الصحة ونظرة الفرد للمرض و تقبله للعلاج، وتعتبر الأسرة و الطبيب المعالج من أهم المصادر لهذه المساندة فهما يلعبان دورا كبيرا في محاولة مساعدة المريض على التكيف مع مرضه. (شهرزاد، 2013، ص 141).

حديثا، حظي مفهوم المساندة الاجتماعية باهتمام كبير من طرف الباحثين كونها تلعب دورا هاما في وقاية الفرد وتجنيبه من الآثار السلبية للضغوط النفسية، و كذا تخفيف الإصابة من الاضطرابات النفسية والجسمية، وفي تحقيق التكيف النفسي والاجتماعي.

ففي دارسة أمريكية أجريت في جامعة ستانفورد على مجموعة من النساء مصابات بسرطان الثدي(cancer du sein)، لوحظ أن النساء اللواتي ينتمين إلى نوادي وجمعيات مرضى السرطان ويجتمعن مع صديقاتهن يتمتعن بصحة جيدة، ويمارسن حياتهن بشكل طبيعي مقارنة بالمصابات اللواتي واجهن المرض وحدهن.(عثمان يخلف،2001، ص145).

وكثيرة هي الدراسات على القيمة الوقائية والعلاجية للمساندة الاجتماعية منها (House, Landis, Umberson, Malarkey, Smith...)، والتي أثارت اهتماما كبيرا لما جاءت به من معلومات جديدة في مجال علم المناعة النفسية العصبية (Psychoneuroimmunologie) و هو من المجالات الرائدة حاليا في العلوم الطبية. (قارة، 2009، ص 06).

كما كشفت دراسة قارة (2009) عن العلاقة القائمة بين المساندة الاجتماعية و تقبل العلاج عند المرضى بارتفاع ضغط الدم الأساسي، حيث توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أنه توجد علاقة ارتباطية قوية دالة إحصائيا عند المستوى $\alpha = 0.01$. (قارة، 2009، ص 89).

وتكمن أهمية المساندة الاجتماعية عند المريض المزمن (بمرض السكري) في مساعدته على تقبل العلاج، ذلك لأن تقبل العلاج عند المرضى المزمنين يعتبر مشكلا بحد ذاته، إذ تشير دراسات المنظمة العالمية للصحة (OMS) إلى أن قرابة 50% فقط من المرضى المزمنين في البلدان المتطورة، وأقل من هذه النسبة (أي أقل من 50%) من هؤلاء المرضى في البلدان النامية، يتقبلون علاجهم ويلتزمون به، في المقابل فإن نسب المرضى المزمنين غير متقبلي العلاج في البلدان المتطورة و النامية، تتراوح بين 50-55%. (*OMS, 2003, p. 7*).

هذا و قد أكد تقريرها لسنة 2003، (OMS, 2003) على أن من بين العوامل المساعدة على تقبل العلاج هي المساندة الاجتماعية.
انطلاقا من كل ما سبق ذكره تأتي الدراسة الحالية لمحاولة الكشف عن العلاقة القائمة بين المساندة الاجتماعية و تقبل العلاج لدى مرضى السكري.

وقد حددت إشكالية الدراسة من خلال التساؤل الرئيسي و منه التساؤلات الفرعية التالية:
التساؤل الرئيسي:
هل توجد علاقة دالة إحصائيا بين المساندة الاجتماعية و تقبل العلا ج لدى مرضى السكري؟

التساؤلات الفرعية:

1. ما درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري؟
2. ما درجة تقبل العلاج لدى مرضى السكري؟
3. هل توجد علاقة دالة إحصائيا بين المساندة الاجتماعية من طرف العائلة و تقبل العلا ج لدى مرضى السكري؟
4. هل توجد علاقة دالة إحصائيا بين المساندة الاجتماعية من طرف الطبيب المعالج و تقبل العلا ج لدى مرضى السكري؟
5. هل توجد فروق دالة إحصائيا في درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري تعزى لمتغيرات (السن، الجنس، الحالة الاجتماعية)؟
6. هل توجد فروق دالة إحصائيا في درجة تقبل العلاج لدى مرضى السكري تعزى لمتغيرات (السن، الجنس، الحالة الاجتماعية، مدة العلاج، نوع العلاج)؟
7. هل يمكن التنبؤ بالدرجة الكلية لتقبل العلاج من خلال الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية؟

2. أسباب اختيار الموضوع:

في الحقيقة تزامنت جملة من الأسباب التي دفعت بالطالب لاختيار هذا الموضـــوع نـــذكر منها:

- أهمية الموضوع و متغيراته.
- تعلقه بفئة تعاني من آلام جسمية و نفسية كبيرة (فئة مرضى السكري).
- إطلاع الطالب على متغيرات الدراسة.
- الفضول و الرغبة الكبيرين في تناول هذا الموضوع بالدراسة.
- التشجيع الذي حظي به الطالب من طرف بعض الأساتذة و خصوصا المشرفة.

3. أهمية الدراسة:

تستمد هذه الدراسة أهميتها من نوع المشـــكلات التـــي تطرحهـــا لتقصـــي و التمحـــيص لموضوع يكتسي أهمية بالغة، و عليـــه يمكـــن إبـــراز أهميـــة الدراســـة فـــي جـــانبين:

أولا: الأهمية النظرية:

1. قلة الدراسات التي تناولت المساندة الاجتماعية على المستوى العربي و ندرتها على المستوى المحلي من جهة، و عدم وجود دراسة ربطت بين المساندة الاجتماعية و تقبل العلاج لدى مرضى السكري في حدود علم الطالب من جهة أخرى.
2. يعتبر موضوع هذه الدراسة من المواضيع الحديثة المتناولة في علم نفس الصحة.
3. تناولها لهذه الفئة من مرضى السكري الذي كثر انتشاره و عم خطره و تهديده.
4. محاولتها إبراز بعض المفاهيم الموجودة في واقع الحياة غير أنها مهملة من الناحية التطبيقية.
5. أهمية متغيراتها و تأثيرها على الصحة الجسمية و النفسية للمرضى، فالمساندة الاجتماعية تتجلى في انعكاسها الايجابي على صحة المرضى من خلال وظائفها المختلفة، كالمساعدة على تقبل العلاج الذي يحد من المضاعفات المرضية لداء السكري من الفئة المتناولة.

6. الإضافة العلمية في هذا المجال (فئة مرضى السكري) خاصة في المجتمع الجزائري الذي يفتقر لمثل هذه الدراسات.
7. تعتبر دعوة للفاعلين في المجتمع و خصوصا الأسرة و الطبيب المعالج، باهتمام أكبر بفئة مرضى السكري من الناحية الجسمية و النفسية.

ثانيا: الأهمية التطبيقية:

تحاول هذه الدراسة إعطاء مؤشرات عن مستوى المساندة الاجتماعية و تقبل العلاج لدى مرضى السكري و الفروق فيهما تبعا لمتغيرات الدراسة، وهذا من شأنه أن يفيد العاملين في مجال علم النفس و كذا المختصين في المؤسسات الصحية الاستشفائية العمومية منها و الخاصة، في الوقوف على حاجاتهم و تقديم الخدمات الصحية و النفسية المناسبة لهم و التي منها ما يلي:

1. الكفالة السيكولوجية لمرضى السكري لما له من مضاعفات نفسية على المرضى.
2. نشر الثقافة الغذائية الصحية التي تعتبر من أهم العوامل المساعدة على صحة الإنسان الجسمية خصوصا في أوساط هذه الفئة.
3. التكفل الاجتماعي من خلال تشجيع المؤسسات و الجمعيات المهتمة بمرضى السكري.
4. إبراز دور الرياضة في تحقيق التكفل النفسي و الاجتماعي لمرضى السكري.
5. مساعدة الأسر على التعامل مع الإشكالات الجسدية و النفسية التي يعاني منها مريض السكري.

4. أهداف الدراسة:

- معرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية و تقبل العلاج لدى مرضى السكري.
- التعرف على درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري.
- التعرف على درجة تقبل العلاج لدى مرضى السكري.
- معرفة ما إذا كانت هناك علاقة دالة إحصائيا بين المساندة الاجتماعية من طرف العائلة و تقبل العلا ج لدى مرضى السكري.
- معرفة ما إذا كانت هناك علاقة دالة إحصائيا بين المساندة الاجتماعية من طرف الطبيب المعالج و تقبل العلا ج لدى مرضى السكري.

- معرفة ما إذا كانت هناك فروق دالة إحصائيا في درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري تعزى لمتغيرات (السن، الجنس، الحالة الاجتماعية).
- معرفة ما إذا كانت هناك فروق دالة إحصائيا في درجة تقبل العلاج لدى مرضى السكري تعزى لمتغيرات (السن، الجنس، الحالة الاجتماعية، مدة العلاج، نوع العلاج).
- معرفة مدى القدرة التنبؤية للدرجة الكلية لتقبل العلاج من خلال الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية.

5. التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة:

1.5 المساندة الاجتماعية: Le soutien social support

هي كل ما يتلقاه الفرد (مريض السكري) من دعم وجداني (عاطفي)، تقديري، نصائحي، معلوماتي و مادي، من الأفراد الفعالين من المحيط الاجتماعي الذي ينتمي إليه (تم اختيار العائلة و الطبيب لكونهما طرفان ملازمان للمريض)، مع الشعور بالرضا من هذا الدعم المقدم إليه.

إذا المساندة الاجتماعية في هذه الدراسة هي الدرجة الكلية التي يأخذها مريض السكري عند إجابته على محوري الاستبيان.

1.1.5 المساندة الاجتماعية من طرف العائلة:

هي كل ما يتلقاه الفرد (مريض السكري) من دعم وجداني (عاطفي)، تقديري، نصائحي، معلوماتي و مادي، من طرف عائلته، مع الشعور بالرضا من هذا الدعم المقدم إليه.

إذا المساندة الاجتماعية من طرف العائلة في هذه الدراسة هي الدرجة التي يأخذها مريض السكري عند إجابته على المحور الأول من الاستبيان الخاص بمساندة العائلة.

2.1.5 المساندة الاجتماعية من طرف الطبيب:

هي كل ما يتلقاه الفرد (مريض السكري) من دعم وجداني (عاطفي)، تقديري، نصائحي، معلوماتي و مادي، من طرف الطبيب، مع الشعور بالرضا من هذا الدعم المقدم إليه.

إذا المساندة الاجتماعية من طرف الطبيب في هذه الدراسة هي الدرجة التي يأخذها مريض السكري عند إجابته على المحور الثاني من الاستبيان الخاص بمساندة الطبيب.

2.5 تقبل العلاج: L'observance thérapeutique

هو درجة انتظام و التزام الفرد المريض المصاب بداء السكري من حيث (أخذ الدواء، إتباع الحمية الغذائية، تغيير سلوك الحياة) من جهة، وإتباع التعليمات التي يقدمها الطبيب من جهة أخرى و يمكن تحديد السلوكات الصحية التي يجب على المريض المصاب بداء السكري إتباعها فيما يلي:

- إتباع الحمية المحددة من طرف الطبيب.
- الإنقاص من شرب القهوة و باقي السوائل المنبهة و الغازية.
- تناول الأدوية بصفة منتظمة و في أوقاتها المحددة كما يحددها الطبيب.
- الالتزام بالمواعيد الطبية الدورية وباقي الفحوصات المتخصصة عند الضرورة.
- الامتناع عن التدخين و شرب الكحول.

3.5 داء السكري:

تعرفه منظمة الصحة العالمية (OMS 2012) بأنه: مرض مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج مادة الأنسولين بكمية كافية، أو عندما يعجز الجسم عن استخدام تلك المادة بشكل فعال. والأنسولين هرمون ينّظم مستوى السكر في الدم. وارتفاع مستوى السكر في الدم من الآثار الشائعة التي تحدث جرّاء عدم السيطرة على السكري، وهو يؤدي مع الوقت إلى حدوث أضرار وخيمة في الكثير من أعضاء الجسد، وبخاصة في الأعصاب والأوعية الدموية. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/ar/

و يعرفه أيضا Jean STERNE بأنه مصطلح يوصف به مجموعة من الأمراض المميزة التي لها اضطراب أيضية موحدة من أصل وراثي أو هرموني. أين تتحدد طبيعة هذه الأمراض من خلال الوصف الذي يلي كلمة السكري. (Garnier&Delamare, 2003, p 226).

و تتأكد إصابة الفرد بالسكري من خلال ظهور أعراض السكري المعروفة و كذا من خلال نتائج الفحص.

6. الدراسات السابقة:

تمهيد:

قام الطالب بعملية مسح مكتبي بأنواعه المختلفة وفق الوسائل المتاحة للبحث و المتمثلة في (المكتبات الجامعية، المكتبات الخارجية الخاصة منها و العامة، و المكتبات الالكترونية)، كل ذلك من أجل التأسيس لقاعدة نظرية معرفية عن متغيرات الدراسة التي تناولها الطالب و المتمثلة في المساندة الاجتماعية من جهة و تقبل العلاج من جهة أخرى – لدى مرضى السكري–.

و محاولا بذلك إبراز الدراسات التي عنيت بدراسة هذين المتغيرين، مصنفا إياها وفقا لمتغيراتها، جدتها و قربها من الدراسة الحالية، فتم ترتيبها ترتيبا تنازليا من الحديث إلى القديم حسب ما يلي:

أولا: الدارسات السابقة من حيث قربها للدراسة الحالية.

ثانيا: الدراسات السابقة من حيث تناولها للمساندة الاجتماعية.

ثالثا: الدراسات السابقة من حيث تناولها لتقبل العلاج.

رابعا: التعليق على الدراسات السابقة.

أولا: الدارسات السابقة من حيث قربها للدراسة الحالية.

1. دراسة رحاحلية (2010):

بعنوان: الكفاءة الذاتية و علاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

و هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الكفاءة الذاتية و تقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، لدى عينة الدراسة التي تكونت من 93 مفردة بين ذكور و إناث، و اتبعت الباحثة في دراستها المنهج الوصفي الارتباطي، و لجمع البيانات استخدمت الباحثة استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة لــ Ralf Schwarzer المترجم إلى العربية من قبل جميل رضوان و استبيان تقبل العلاج من تصميم الباحثة، و أهم النتائج التي توصلت إليها الباحثة هي:

- توجد علاقة دالة إحصائيا عند المستوى 0.01 بين درجة الكفاءة الذاتية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، و بين تقبل العلاج.
- توجد علاقة دالة إحصائيا عند المستوى 0.01 بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي، و بين درجة التزامه بتناول أدويته.
- توجد علاقة دالة إحصائيا عند المستوى 0.01 بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي، و مدى التزام المريض بحصص العلاج الكيميائي.
- توجد علاقة دالة إحصائيا عند المستوى 0.01 بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي، و مدى التزام المريض بالمواعيد الطبية.
- توجد علاقة دالة إحصائيا عند المستوى 0.01 بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي، و مدى مراقبته لحالته الصحية.
- توجد علاقة دالة إحصائيا عند المستوى 0.01 بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي، و مدى إتباع الحمية الغذائية تبعا لتوصيات الطبيب.

- توجد علاقة دالة إحصائيا عند المستوى 0.01 بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي، و مدى مداومته على ممارسة النشاط الرياضي.

2. دراسة قارة (2009):

بعنوان: المساندة الاجتماعية و علاقتها بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

و هدفت هذه الدراسة إلى تحديد العلاقة بين المساندة الاجتماعية و تقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، و إلى تحديد مدى علاقة مساندة العائلة و الطبيب في تقبل العلاج عند المرضى (HTA)، لدى عينة الدراسة التي تكونت من 100 مفردة بين ذكور و إناث، و اتبع الباحث في دراسته المنهج الوصفي (طريقة العلاقات الارتباطية المتبادلة)، و لجمع البيانات صمم الباحث استبيان المساندة الاجتماعية و استبيان تقبل العلاج و تم إجراؤهما بالمقابلة، و أهم النتائج التي توصل إليها الباحث هي:

- توجد علاقة دالة إحصائيا عند المستوى 0.01 بين درجة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي، و بين تقبل العلاج.
- توجد علاقة دالة إحصائيا عند المستوى 0.01 بين درجة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي من طرف عائلته، و بين تقبل العلاج.
- توجد علاقة دالة إحصائيا عند المستوى 0.01 بين درجة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي من طرف طبيبه المعالج، و بين تقبل العلاج.

3. دراسة (2006) oumar et al: (Oumar et al, 2007).

بعنوان: العوامل المساعدة على تقبل العلاج لدى المصاب بالسيدا.

و هدفت هذه الدراسة إلى الوقوف على العوامل المساعدة على تقبل العلاج عند المرضى المصابين بالسيدا، لدى عينة الدراسة التي تكونت من 202 حالة من مرضى السيدا تراوحت أعمارهم بين 19 – 70 سنة و بموتسط عمري 44 سنة، وقد أجريت الدراسة

بثلاث مراكز موجودة بمالي متخصصة بالتكفل بالمرضى المصابين بالسيدا في الفترة من فيفري 2005 إلى جانفي 2006، و اتبع الباحث و فريق عمله الدراسة الطولية.

و أهم النتائج التي توصل إليها الباحث وفريق عمله هي:

- 58.5 % من المرضى بالسيدا غير متقبلي العلاج لأسباب ترجع إلى نسيان تناول الدواء، وصعوبة التنقل إلى المستشفى.
- 41.5 % من المرضى بالسيدا متقبلي العلاج.
- وجدوا أن أهم عامل هو مساندة المصاب بالسيدا من طرف عائلته بتذكيره بتناول الدواء والتوفير للدواء له بصفة دائمة.
- مساعدته في التنقل إلى المراكز الصحية المختصة، بغية العلاج وإجراء الفحوصات الدورية.

ثانيا: الدراسات السابقة من حيث تناولها للمساندة الاجتماعية.

1. دراسة شحاتة (2013)

بعنوان: المساندة الاجتماعية في حالة أزمة الإصابة بالمرض المزمن.

و هدفت هذه الدراسة إلى تحديد درجة ومستوي أزمة الإصابة بالمرض المزمن لدى المرضى، تحديد مستوي المساندة الاجتماعية التي تقدم لمرضى الأمراض المزمنة في حالة الإصابة بالمرض، و تحديد طبيعة العلاقة بين المساندة الاجتماعية المقدمة وبين مستوى أزمة الإصابة بالمرض لدى المريض، و من ثم محاولة الإسهام في تدعيم الممارسة المهنية لطريقة خدمة الفرد بالمجال الطبي، من خلال السعي لتدعيم فاعلية ممارستها مع أزمة الإصابة بالمرض من خلال تقديم المساندة الاجتماعية للمريض.

عينة الدراسة التي تكونت من (222) مفردة من المرضى المصابين بأمراض مزمنة يتحدد إطارها وفق نوعية المرض في: (52) من مرضى السرطان، (80) من مرضى القلب، (48) من مرضى الفشل الكلوي، (42) من مرضى السكر.

و اتبع الباحث في دراسته المنهج الوصفي المعتمد على المسح الاجتماعي بطريقة العينة الطبقية العمدية الشاملة، و لجمع البيانات استخدم الباحث مقياس المساندة الاجتماعية لدى مرضى الأمراض المزمنة و مقياس أزمة الإصابة بالمرض، و أهم النتائج التي توصل إليها الباحث هي صحة الفروض الخاصة بالدراسة و التي تمثلت في الآتي:

- وجود مستوي مرتفع من الأزمة لدى المرضى إثر إصابتهم بالمرض المزمن.
- مستوي منخفض من المساندة الاجتماعية لدى مرضى الأمراض المزمنة في حالة الإصابة بالمرض.
- ثمة علاقة ارتباطية عكسية دالة بين مستوي المساندة الاجتماعية المقدمة وبين مستوي أزمة الإصابة بالمرض لدي المريض.

2. دراسة أحمان (2012)

بعنوان: دور كل من المساندة الاجتماعية و مصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الضغط النفسي و المرض الجسدي.

هدفت هذه الدراسة إلى محاولة معرفة دور كل من مصدر الضبط الصحي و المساندة الاجتماعية في العلاقة بين الضغوط النفسية و المرض الجسدي، و معرفة فيما إذا كانت هذه المتغيرات تتأثر بكل من (الجنس، الحالة الاجتماعية، العمر، المستوى التعليمي)، لدى عينة الدراسة التي تكونت من (335) مفردة من الجنسين (139 ذكر، 196 أنثى)، تراوحت أعمارهم بين 19 و 60 سنة، بمتوسط عمري قدره 28.74 و انحراف معياري قدره 8.68، و اتبعت الباحثة في دراستها المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي و الفارقي (المقارن)، و لجمع البيانات استخدمت الباحثة المقاييس التالية:

- مقياس مصدر الضبط الصحي لـــ (والستون و آخرون Wallston et al)، الذي كيفه و قننه على البيئة الجزائرية (جبالي نور الدين، 2007).
- مقياس المساندة الاجتماعية لـــ (ساراسون و آخرون Sarason et al) الذي عربه و قننه على البيئة العربية (محمد الشناوي و سامي أبو بيه، 1990).

- المقاييس الخاصة بالأعراض البدنية من قائمة كورتل للنواحي العصابية و السيكوسوماتية لـــ (برودمان و آخرون Brodman et al)، ترجمه (محمود السيد أبو النيل).
- مقياس ضغوط أحداث الحياة لـــ (كونستانس Constance L.Hammen)، الذي عربه (حسن عبد المعطي، 1989)، و أهم النتائج التي توصل إليها الباحثة هي:

– تمتاز المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة بانخفاض عدد الأشخاص المتاحين لها و ارتفاع مستوى الرضا عنها.
– عدم وجود فروق دالة إحصائيا تعزى لمتغير السن و الجنس في متغير المساندة الاجتماعية و أبعاده.
– الحالة الاجتماعية للفرد لا تؤثر في كل من مستوى الضغوط لديه، مدى إصابته بالمرض الجسدي، درجة اعتقاده في مصدر الضبط الصحي و مقدار المساندة الاجتماعية المتاحة له سواء من حيث العدد أو درجة الرضا عنها.

3. دراسة كوفمان و آخرون (2005)

بعنوان: علاقة الاكتئاب والمساندة الاجتماعية المدركة بفاعلية الذات في مجتمع إحصائي من كبار السن المصابين بمرض السكر في بورتوريكا.

هدفت هذه الدراسة إلى فحص العلاقة بين الاكتئاب والمساندة الاجتماعية وتأثيرهما على فعالية الذات، وتكونت عينة الدراسة من (115) كهلا من المصابين بالنوع الثاني من مرض السكر، وقد استخدمت الدراسة التصميم الارتباطي الوصفي، وفي المقابلة أكمل المرضى مقياس فعالية الذات، الاختبار المبدئي للاكتئاب، مقياس المساندة الاجتماعية، والاستبيان السكاني، مع ملاحظة أن المتغيرات التي كانت تتنبأ عن تحسن الضبط الذاتي للسكر تشمل قيام المريض بدراسة برامج تربوية عن السكر، أن يكون المريض على مستويات تعليمية عالية، وأن يخلو من أعراض الاكتئاب وأشارت أهم النتائج إلى :

– المتغير الأكثر تنبؤا عن الضبط الذاتي للسكر هو المساندة الاجتماعية المدركة .

- أكثر أنواع المساندة التي يحتاجها مرضى السكر الكبار تتمثل في النقل، والاتصال.
- يمثل أفراد الأسرة المصدر الأساسي للمساندة.

ثالثا: الدراسات السابقة من حيث تناولها لتقبل العلاج.

1. دراسة دغمي وآخرون (2007)

بعنوان: العوامل المحددة لتقبل العلاج بالأدوية لدى مرضى السكري.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العوامل المحددة لتقبل العلاج بالأدوية لدى أفراد العينة، و دراسة الفروق في نتائج تقبل العلاج حسب المتغيرات التالية: (السن، الجنس، المستوى الثقافي والاجتماعي، عدد الجرعات خلال اليوم، مدة تشخيص الإصابة بالسكري)، لدى عينة الدراسة التي تكونت من (106) مريض بداء السكري "النمط الثاني" من بينهم (62) أنثى و 44 ذكر، و التي تمت بالمغرب الأقصى بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط وذلك على مستوى مصلحة أمراض الغدد الصماء والأمراض الاستقلالية والسكري، و قد اتبع الباحث و فريق عمله في دراستهم المنهج الوصفي الارتباطي و الفارقي، و لجمع البيانات استخدموا استبيان لتقبل العلاج، و أهم النتائج التي توصلوا إليها هي:

- بلغت نسبة المرضى المتقبلين للعلاج 55% في حين بلغت نسبة الغير متقبلين للعلاج 45% وتوصلت الدراسة إلى أن العوامل المرتبطة بالمستوى المتدني لتقبل العلاج هي:

  - النسيان: بنسبة 48%.
  - تعدد الجرعات: بنسبة 33%.
  - التكاليف: بنسبة 20.60% المواعيد بنسبة 20.60%.
  - الآثار الجانبية للعلاج بنسبة 14.60 %.

وحددت الدراسة الفروق التالية في مستوى تقبل العلاج.

- ➢ بلغ متوسط السن لدى المرضى الذين تقبلوا علاج السكري 51.50 سنة مقارنة بــ 54.85 سنة لدى الذين لم يلتزموا به جيدا.

- بلغت نسبة الرجال المتقبلين لعلاج السكري 56.40 % مقارنة بـــ 52.20 % لدى النساء.
- بلغت نسبة المرضى ذوي المستوى الثقافي المقبول 55.50 % مقارنة بـــ 46 % لدى ذوي مستوى ثقافي محدود.
- بلغت نسبة تقبل العلاج 74.10 % لدى الذين يتلقون موعدا علاجيا واحدا مقارنة بـــ 46.60 % لدى الذين لديهم مواعيد متعددة خلال اليوم. بلغ متوسط مدة تشخيص الإصابة لدى مرضى السكري الذين تقبلوا العلاج 7.02 % سنوات مقارنة بـــ 5.84 % سنة لدى لم يتقبلوا العلاج.

ومن خلال ما سبق خلصت الدراسة إلى تحديد العوامل الأساسية المؤثرة التالية المرتبة تبعا لنسبة تأثيرها.

- ✓ النسيان.
- ✓ تعدد الجرعات .
- ✓ المستوى الثقافي و الاجتماعي.
- ✓ السن.
- ✓ مدة الإصابة.

2. دراسة وليد، و آخرون (2005)

بعنوان: معدل تقبل العلاج بين المرضى ذوي الأمراض المزمنة.

و هدفت هذه الدراسة إلى قياس مدى تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة المسجلين في عيادات وزارة الصحة الفلسطينية في شمال فلسطين. تمت معاينة 321 مريضا باستخدام استبيان مدرج لقياس تقبل العلاج. و أهم النتائج أشارت إلى أن هناك 6.5 % عدم تقبل، 52.4 % تقبل ضعيف 42.1 % تقبل جيد. نسبة تقبل العلاج له علاقة مع نسبة الأمية، عدم الوعي الصحي و الدوائي في العينة التي تمت دراستها. مكان الإقامة و الجنس ليس لهما تأثير على نسبة تقبل العلاج في حين أن العمر و مستوى

التعليم و نوع المرض لهما تأثير على مدى تقبل العلاج. مرضى السكري كان لديهم نسبة تقبل للعلاج أعلى من نسبة مرضى ارتفاع ضغط الدم.

.(Waleed M. Sweileh, Ola Aker, & Saed Hamooz, 2005)

3. دراسة باتل، تايلور(2002)

بعنوان: العوامل التي تؤثر في تقبل مرضى ارتفاع ضغط الدم.

و هدفت الدراسة إلى معرفة العوامل التي تؤثر في تقبل مرضى ارتفاع ضغط الدم، حيث تم إجراء مسح لعينة من 102 مريض أمريكي مصاب بارتفاع ضغط الدم في جامعة ميتشيغان و مراكز و عيادات ارتفاع ضغط الدم. و ذلك باستعمال أسئلة عبر الهاتف لتقييم تصورات المرضى و الضبط المدرك و تقبل العلاج لدى المرضى. و أسفرت النتائج أن معظم المرضى ملتزمين بالعلاج (67.7 %)، و تم إيجاد علاقة عكسية بين الضبط المدرك و تقبل العلاج، إذ أنه كلما كان تصور المريض حول السيطرة على ارتفاع ضغط الدم أكبر كلما كان تقبل العلاج أقل.(Patel RP,SD Taylor,2002).

رابعا: التعليق على الدراسات السابقة.

من خلال استعراض الدراسات السابقة نحاول فيما يلي التعليق عليها من حيث طبيعة الدراسة، الهدف، العينة، الأدوات المستخدمة، أوجه الشبه و الاختلاف بينها و بين الدراسة الحالية:

أ. من حيث طبيعة الدراسة:

من حيث الطبيعة تنوعت الدراسات فدراسة oumar et al (2006) استخدمت الدراسة الطولية و دراسة شحاتة (2013) استخدمت المسح الاجتماعي، غير أن هذه الدراسات على تنوعها كانت دراسات وصفية.

ب. من حيث الهدف:

تنوعت الدراسات من حيث الأهداف، فأغلبها سعى إلى تحديد الارتباط أو الوقوف على الفروق، و منها من تعددت أهدافها كدراسة oumar et al (2006)، التي هدفت إلى

الوقوف على العوامل المساعدة على تقبل العلاج عند المرضى المصابين بالسيدا، و دراسة أحمان (2012) في دور كل من مصدر الضبط الصحي و المساندة الاجتماعية في العلاقة بين الضغوط النفسية و المرض الجسدي، و معرفة فيما إذا كانت هذه المتغيرات تتأثر بكل من (الجنس، الحالة الاجتماعية، العمر، المستوى التعليمي)، دراسة باتل، تايلور(2002) التي هدفت إلى معرفة العوامل التي تؤثر في تقبل مرضى ارتفاع ضغط الدم، و دراسة وليد، و آخرون (2005) التي هدفت إلى قياس مدى تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة المسجلين في عيادات وزارة الصحة الفلسطينية في شمال فلسطين.

ج. من حيث العينة:

تنوعت العينات بين مرضى السرطان كدراسة رحاحلية (2010)، و دراسات على المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي كدراسة سعيد (2009) و دراسة باتل، تايلور(2002)، و عند المرضى المصابين بالسيدا كدراسة oumar et al (2006)، كما تناولت دراسات مرضى السكري كدراسة دراسة كوفمان و آخرون (2005)، و دراسة دغمي وآخرون (2007)، و أخيرا دراسات جمعت الأمراض المزمنة (السرطان، القلب، الفشل الكلوي، السكري) كدراسة شحاتة (2013) و دراسة وليد، و آخرون (2005).

د. من حيث الأدوات:

تعددت أدوات الدراسة في تعدادها و مصدرها، و في طبيعتها، فهناك من قام ببناء أدوات الدراسة كدراسة قارة (2009)، في حين أن هناك من استخدم أدوات مبنية و أخرى قام ببنائها مثل دراسة رحاحلية (2010)، و منهم من استخدم أدوات مستعملة كدراسة كوفمان و آخرون (2005)، دراسة دغمي وآخرون (2007)، دراسة أحمان (2012)، دراسة شحاتة (2013)، و آخرون استخدموا الملاحظة المباشرة كدراسة oumar et al (2006).

ه. من حيث أوجه الشبه و الاختلاف مع الدراسة الحالية:

لقد تـم عرض الدراسات السابقة و تقسيميـها إلى ثلاث مجموعات: الأولى ضمت الدراسات الأقرب إلى هذه الدراسة و نجد أن دراسة قارة (2009) تناولت متغيري

الدراسة الحالية غير أنها تناولت عينة المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، في حين أن دراسة رحاحلية (2010) ضمنت العلاقة بين الكفاءة الذاتية و تقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي فكان متغير تقبل العلاج متغيرا مشركا مع الدراسة الحالية غير أنه يختلف معها في المتغير الأول و نوع العينة المتناولة بالدراسة، أما المجموعة الثانية فتضمنت الدراسات التي تناولت متغير المساندة الاجتماعية و من الدراسات التي تناولتها، دراسة كوفمان و آخرون (2005)، دراسة أحمان (2012)، دراسة شحاتة (2013)، حيث تشابهت هذه الدراسات مع الدراسة الحالية في استخدام المنهج الوصفي من أجل الكشف على العلاقة بين متغيرين أو أكثر، في حين اختلفت من حيث العينة و المتغيرات الأخرى، أما المجموعة الثالثة فتضمنت الدراسات التي تناولت متغير تقبل العلاج و من الدراسات التي تناولتها، دراسة باتل، تايلور(2002)، دراسة وليد، و آخرون (2005)، دراسة دغمي وآخرون (2007)، حيث تشابهت هذه الدراسات مع الدراسة الحالية في متغير تقبل العلاج، في حين اختلفت من حيث العينة و المتغيرات الأخرى.

خلاصة:

تتشابه هذه الدراسة مع العديد من الدراسات السابقة في العينة و كذا في الأهداف و البيئة في حين أنها اختلفت كذلك مع دراسات أخرى في العينة و الأهداف و البيئة.
و لقد تميزت هذه الدراسة عن الدراسات السابقة في حدود علم الطالب بـ:

- أنها من الدراسات الأولى التي جمعت بين متغير المساندة الاجتماعية و تقبل العلاج لدى عينة مرضى السكري.

و لقد استفاد الباحث من الدراسات السابقة في صياغة الفروض و اختيار الأدوات و استخدام الأساليب الإحصائية، و كذلك في طريقة التناول النظري لمتغيرات الدراسة.

7. فرضيات الدراسات:

إجابة على التساؤلات التي انطلقت منها الدراسة، واعتمادا على ما تم تناوله من أدبيات حول موضوع المساندة الاجتماعية، تقبل العلاج و داء السكري فقد تم صياغة الفرضيات التالية:

الفرضية الرئيسية:

توجد علاقة دالة إحصائيا بين المساندة الاجتماعية و تقبل العلا ج لدى مرضى السكري؟

الفرضيات الفرعية:

1. نتوقع أن درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري مرتفعة.
2. نتوقع أن درجة تقبل العلاج لدى مرضى السكري مرتفعة.
3. نتوقع وجود علاقة دالة إحصائيا بين المساندة الاجتماعية من طرف العائلة و تقبل العلاج لدى مرضى السكري.
4. نتوقع وجود علاقة دالة إحصائيا بين المساندة الاجتماعية من طرف الطبيب المعالج و تقبل العلا ج لدى مرضى السكري.
5. لا نتوقع وجود فروق دالة إحصائيا في درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري تعزى لمتغيرات (السن، الجنس، الحالة الاجتماعية).
6. نتوقع وجود فروق دالة إحصائيا في درجة تقبل العلاج لدى مرضى السكري تعزى لمتغيرات (السن، الجنس، الحالة الاجتماعية، مدة العلاج، نوع العلاج).
7. يمكن التنبؤ بالدرجة الكلية لتقبل العلاج من خلال الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية.

الفصل الثاني:المساندة الاجتماعية

تمهيد

1.تعريف المساندة الاجتماعية.

1.1 المساندة الاجتماعية لغة.

2.1 للمساندة الاجتماعية اصطلاحا.

2.النماذج الرئيسية والنظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية.

1.2 النماذج الرئيسية المفسرة لدور المساندة الاجتماعية.

2.2 النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية.

3.مصادر المساندة الاجتماعية.

1.4 المساندة المؤسساتية (الرسمية).

2.4 المساندة غير المؤسساتية (غير الرسمية).

4.أهمية المساندة الاجتماعية.

5.أنواع المساندة الاجتماعية.

6.وظائف المساندة الاجتماعية.

خلاصة

تمهيد:

تكمن المساندة الاجتماعية في مدى توفر علاقات اجتماعية لدى الفرد بحيث تقدم له هذه العلاقات مختلف المساعدات والعون الذي يحتاجه، وللمساندة الاجتماعية أهمية كبيرة في حياة الفرد نظرا لارتباطها الايجابي بالصحة النفسية والجسمية، فهي من جهة تعتبر وسيلة للتخفيف من شدة الضغوط التي يعاني منها الفرد مما تجعله يكتسب طابعا نفسيا ايجابيا يتجه نحو تحقيق الصحة النفسية، ومن جهة أخرى يمكن اعتبارها من أهم الأساليب المساعدة على مواجهة الاضطرابات العضوية التي تصيب الفرد والتخفيف من حدة الآثار السلبية التي قد تحدثها هذه الاضطرابات على الأفراد،(قنون، 2013، ص 436). وسنتناول في هذا الفصل كلا من تعريف المساندة الاجتماعية، النماذج و النظريات المفسرة لها، مصادرها، أهميتها، أنواعها ووظائفها.

1.تعريف المساندة الاجتماعية:

1.1 المساندة الاجتماعية لغة:

عرف ابن منظور (2003 م) السند: معتمد الإنسان، و كل شيء أسندت إليه شيئا فهو سند، و ساندت الرجل إذا عاضدته و كاتفته.

و في القاموس المحيط "ساند" بمعنى عاضد، و كاتف، و تحمل المساندة الاجتماعية في طيها معنى المعاضدة، و المؤازرة، و شد الأزر، و التقوية، و المساعدة على مواجهة المواقف المختلفة.(هيا، 2010 ص 50) نقلا عن (علي، 2005 ص 8).

2.1 المساندة الاجتماعية اصطلاحا :

تعتبر المساندة الاجتماعية من ضمن المتغيرات التي اختلف الباحثون حول تعريفها وفقا لتوجهاتهم النظرية، وفيما يلي نذكر أهم هذه التعاريف.

- **يرى كابلن(Caplan):** بأن المساندة هي: النظام الذي يشمل مجموعة من العلاقات والتفاعلات والروابط الاجتماعية مع الآخرين تتسم بأنها طويلة المدى، بحيث يمكن الاعتماد عليهم والثقة بهم وقت شعور الفرد بالحاجة إليهم لمده بالسند العاطفي. (Caplan, 1981, p 413).

  ما يلاحظ على هذا التعريف هو حصره للمساندة الاجتماعية في نوع واحد من أنواعها الكثيرة وهو – السند العاطفي- فهذا التعريف جعل المساندة الاجتماعية سندا عاطفيا فقط و أهمل أنواعا أخرى لها، فقد تكون المساندة الاجتماعية للفرد مساندة مادية و غير عاطفية، و قد تكون مساندة بالمعلومات، و قد تكون مجتمعة بأنواعها كلها.

  كما أورد "علي بدور" هذا المعنى حينما ذكر تعريف المغيصيب للمساندة الاجتماعية بقوله: "هي كل ما يتلقاه الفرد من دعم من الآخرين (أقارب، أصدقاء أو جهات مجتمعية،... إلخ) و قد يكون هذا الدعم على شكل مساندة معنوية أو وجدانية (رعاية، ثقة، تقدير، احترام) و قد تكون مساعدة بالمعلومات (استشارات أو مهارات تعين على مواجهة مشاكل الحياة) و قد تتم المساندة من خلال التدعيم المادي".(علي بدور، 2004).
- **و قد عرفها ساراسون وآخرون (Sarasson & al, 1986)** " المساندة الاجتماعية هي الاعتقاد بوجود بعض الأشخاص الذين يمكن للفرد أن يثق فيهم، والذين يتركون لديه انطباعا بأنهم يحبونه ويقدرونه ويمكن اللجوء إليهم والاعتماد عليهم عندما يحتاجهم" (معتز، 2000، ص25).

- **تعريف كوب (Cobb) :** " المساندة الاجتماعية هي الرغبة في الاقتراب من الأشخاص المهمين الذين يمكنهم تقديم المعلومات والحقائق التي تشير إلى الحب والتقدير والالتزام أو التعهد المتبادل"(Cobb, 1976).

فالمساندة الاجتماعية وفقـا لكوب تقوم على التواصل الاجتماعي أي على الرعاية المتبادلة بين الأفراد، وتتسم بثلاث مقومات أساسية هي: (المشعان، 2011).

أ. المساندة الوجدانية : وتتمثل في تسليم الفرد بأنه محاط بالرعاية والحب من قبل الجماعة التي ينتمي إليها.

ب. المساندة المـدعمة بـالاحترام : يعـود إلى إحسـاس الفرد بالاحترام والقيمة بين المحيطين به.

ج. المساندة المدعمة بشبكة العلاقات الاجتماعية: وتتمثل فـي شـعور الفـرد بأنـه يمتلـك موقعا متميزا في شبكة العلاقات الاجتماعية التي ينتمي إليها.

- **تعريـف ليبـور Lepore :** " المسـاندة الاجتمـاعية هـي الإمكانيـات الفعليـة أو المدركـة للمصـادر المتاحـة فـي البيئـة الاجتماعيـة للفـرد التـي يمكـن اسـتخدامها للمسـاعدة وخاصـة شـبكة علاقاتـه الاجتماعيـة التـي تضـم كـل الأشـخاص الـذين لهـم اتصـال اجتمـاعي منـتظم بشـكل أو بـآخر مـع الفـرد، وتضـم شـبكة العلاقـات الاجتماعيـة – فـي الغالـب- الأسـرة والأصـدقاء وزمـلاء العمـل، وليسـت كـل شـبكات العلاقـات الاجتماعيـة مسـاندة ، بـل المساندة منهـا يميـل إلـى مسـاندة صـحة ورفاهيـة متلقي المساندة" (الصبان، 2003).

- **و تعرف أيضا على أنها:** " مجموع العلاقات و الروابط التي يبنيها الفرد مع أشخاص فعالين من محيطه الاجتماعي، و مدى أهمية هذه العلاقات، الروابط و التفاعلات بين الأشخاص، للصحة النفسية و الجسدية للفرد". (Cossette et Levesque, 1991).

و ما يستخلص من هذا التعريف، هو تطرقه لانعكاس المساندة الاجتماعية المقدمة من طرف الأشخاص الفعالين على صحة الفرد النفسية و الجسدية، أي أن نتيجة تمتع الفرد بالمساندة الاجتماعية من طرف الأشخاص الفعالين من محيطه الاجتماعي، تنعكس إيجابا على صحته النفسية و الجسدية. (قارة، 2009، ص 20).

من مجمل هذه التعاريف نستخلص أن المساندة الاجتماعية تتعلق بمدى إقامة الفرد للعلاقات الاجتماعية في البيئة المحيطة به والشعور بالسند الذي تقدمه هذه العلاقات، ومنه تعرف المساندة الاجتماعية على أنها مدى شعور الفرد بوجود سند مادي أو معنوي أو معلوماتي أو توجيهي من خلال علاقاته الاجتماعية في الوسط الأسري، أو وسط الأصدقاء وغيرها من الأوساط التي يتعامل معها الفرد (أثناء العمل، الدراسة، العلاج، ...الخ)، سواء في مواقف السراء أو مواقف الضراء.

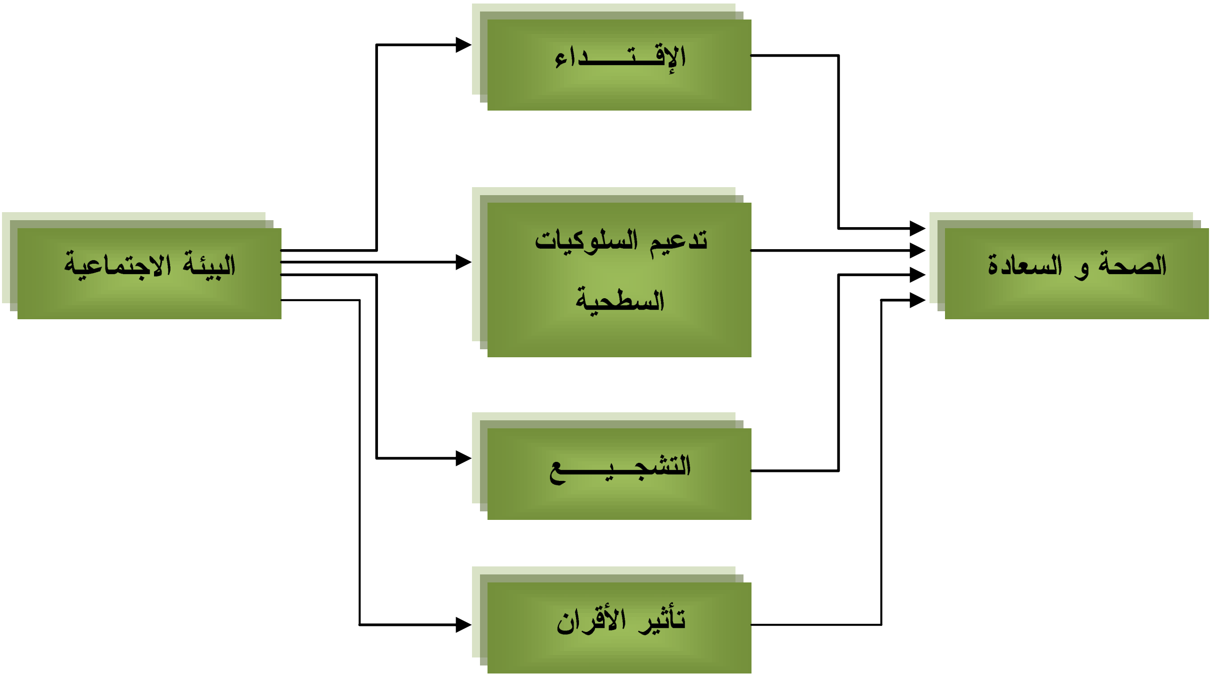
2. النماذج الرئيسية والنظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية:

1.2 النماذج الرئيسية المفسرة لدور المساندة الاجتماعية:

حسب مروان عبد الله دياب(2006) نقلا عن "Kaplan, 1993" هناك أنموذجين يفسران تأثير المساندة الاجتماعية على الصحة النفسية والبدنية للفرد، هي كالتالي:

1.1.2 أنموذج الآثار الرئيسة للمساندة :

يقوم هذا الأنموذج على مسلمة مفادها أن المساندة الاجتماعية ذات تأثير إيجابي على الصحة النفسية والبدنية للفرد، وذلك بغض النظر عما إذا كان يتعرض لأحداث ضاغطة أم لا، وقد اشتق هذا الأنموذج أدلته من خلال التحليلات الإحصائية التي أظهرت وجود تأثير للتفاعل بين الأحداث الضاغطة والمساندة، مما دعا البعض إلى أن يطلق عليه أنموذج الآثار الرئيسية.



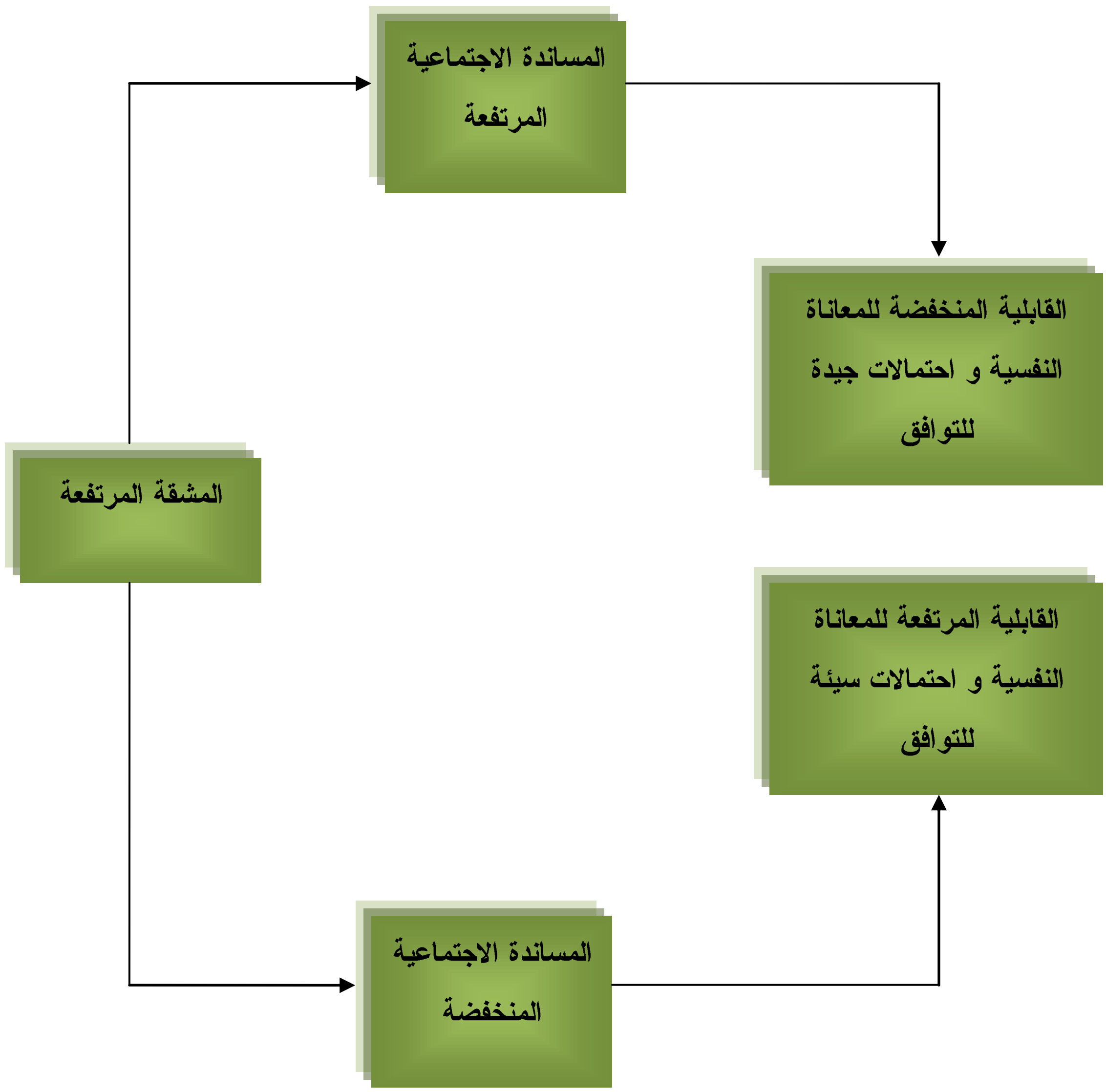
شكل رقم (1) أنموذج الآثار الرئيسية للمساندة (Kaplan, et al,1993, p 144)

يمثل الشكل رقم (1) مخطط يشير إلى أن البيئة الاجتماعية بإمكانهـــا أن توفر مجموعـــة مـــن العوامـــل الايجابية التي يمكنها تحقيق الصـــحة والســـعادة تتمثل في الاقتداء، تدعيم السلوكيات السطحية، التشجيع وتأثير الأقران.

من هنا يمكن القـــول من خلال هذا الشكل أن تحقيـــق الصـــحة النفســـية والجسمية يعتمـــد علـــى مـــا هـــو موجـــود ومـــوفر فـــي الوســـط الاجتمـــاعي، أي أن هنـــاك تكامـــل بـــين الجانب الاجتماعي للفرد والجانب النفسي والجسمي، فالوصول إلى الصحة النفســية والجســمية يعني توفير عوامل صحية للأفــراد والتـــي تعتبر كوسائط بين البيئة الاجتماعية والصحة والسعادة.

2.1.2 أنموذج الوقاية من تأثير الأحداث الضاغطة:

يفترض هذا الأنموذج أن الأحداث الضاغطة التي يتعرض لها الأفراد فـــي حيـــاتهم اليومية ذات تأثير سلبي على صحتهم النفسية والبدنية، وأن العلاقـــات الاجتماعيـــة المساندة تقي الفرد، وتحول دون حدوث هذه التأثيرات السلبية للمشقة عليه، ومن ثم فإن المساندة الاجتماعية وفقاً لهذا الأنموذج، ترتبط بالصحة لـــدى الأفـــراد الـــذين يخبرون أحداث ضاغطة.



شكل رقم (2) أنموذج الوقاية من المشقة تعديل الباحث مروان عبد الله دياب(2006) (Kaplan, et al,1993, p 142)

يمثل الشكل رقم (2) مخطط يشير إلى أن المشقة المرتفعة لها دورها في إحداث المرض في ظل الدرجة المنخفضة من المساندة الاجتماعية بخلاف الدرجة المرتفعة من المساندة الاجتماعية، فإن تأثيرها ينخفض أو يتوقف.

2.2 النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية:

هناك عدة نظريات حاولت تفسير المساندة الاجتماعية حددها كل من بيريس و ساراسون و ساراسون (1990) Pierce, Sarason et Sarason (شهرزاد بوشدوب،2009) نقلا عن (بشرى إسماعيل أحمد، 2004، ص 33) تمثلت في ما يلي:

1.2.2 النظرية البنائية:

يذكر كابلن وآخرون Kaplan et al أن علماء المدرسة البنائية اهتموا بشبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد وزيادة حجمها ومصادرها وتوسيعها وجعلها في خدمة الفرد لمساندته في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، كما يرى دك و سليفر Duck & sliver أن النظرية البنائية اهتمت بدراسة الخصائص البنائية لشبكة العلاقات الاجتماعية وأثرها الفعال في التوافق النفسي و الاجتماعي للفرد في البيئة وأن النظرية البنائية في دراستها للمساندة الاجتماعية ركزت على الخصائص الكمية لشبكة العلاقات الاجتماعية والتي تلعب دورا هاماً في مواجهة أحداث الحياة و دون إحداث أثار سلبية على الصحة النفسية للفرد،(عبد السلام، 2005، ص 35) و لقد قدم ستوكس Stockes و هو من علماء النظرية البنائية، قائمة لقياس أبعاد المساندة الاجتماعية مثل (الحجم، الكثافة، عدد و نسبة الزملاء و الأقارب و الأصدقاء الحميمين).(**بشرى إسماعيل أحمد، 2004، ص 33**).

بالرغم من أن النظرية البنائية اهتمت بدراسة شبكة العلاقات الاجتماعية وتفاعلات الفرد مع البيئة المحيطة به، وأثرها الإيجابي والفعال في التخفيف من الآثار التي تنتج عن هذه الأحداث و مساهمتها في معرفة مكونات شبكة العلاقات الاجتماعية ووضعها للأساس النظري للمساندة الاجتماعية إلا أنها لم تسلم من بعض الانتقادات التي وجهت لها و التي تمثلت في ما يلي :

- إهمالها لدراسة شبكة التفاعلات الاجتماعية الكبيرة المحيطة بالمجتمعات الكبيرة.
- عند دراستها لأبعاد المساندة الاجتماعية لم تتوصل إلى نتائج صادقة.

2.2.2 النظرية الوظيفية:

يـــرى "كـــابلن" وآخـــرون(1993) Kaplan et al أن علمـــاء المدرســـة الوظيفيـــة ركزوا على وظيفة العلاقات المتداخلـــة فـــي شـــبكة العلاقـــات الاجتماعيـــة المحيطـــة بالفرد والتي تعمل على مساندته في الظروف الصـــعبة التـــي يواجههـــا داخـــل بيئتـــه، و تركز هذه النظرية على تعزيز أنماط السلوك المتـــداخل فـــي شـــبكة هـــذه العلاقـــات لزيادة وظيفة المساندة لـــدى الفـــرد،(عبـــد الســـلام، 2005، ص 54). فـــإذا كانـــت النظرية البنائية تهتم عند دراستها للمساندة علـــى الخصـــائص البنائيـــة للمســـاندة، فـــإن النظرية الوظيفية تركز على وظيفة المســـاندة (عاطفيـــة، معرفيـــة أو ماديـــة ... إلـــخ) و ذلك لأنهـــا تعتبـــر المســـاندة الاجتماعيـــة عناصـــر فعالـــة و وظيفيـــة، (بشـــرى إســـماعيل أحمـــد، 2004، ص 34). و قـــد وجـــه كـــل مـــن دك و ســـليفر بعـــض الانتقادات لهذه النظرية تمثلت في الآتي:

- فشل الباحثين في تحديد أي أنواع المساندة تكون مفيدة للأفراد الذين يمرون بأحداث ضاغطة.
- لم يتوصل علماء هذه النظرية أيضاً لتحديد أنواع المساندة والأوقات التي يحتاج إليها الفرد.

3.2.2 النظرية التبادل الاجتماعي:

ينظر إلى العلاقات على أنها تتكون مـــن تبـــادل المصـــالح والفوائـــد، أي أن الأفـــراد المشتركين في علاقات تبـــادل يفترضـــون أن تقـــديم فائـــدة أو منفعـــة يـــرتبط بتلقـــي الفرد منفعة أخرى في المقابل ، وأن تلقـــي المنفعـــة يعـــد دْينـــاً ملزمـــاً بإعـــادة تقـــديم منفعة في المقابل، وأي خلل في هذا التبادل المتوقع يـــؤدي إلـــى ردود فعـــل وجدانيـــة سلبية، ومن بين العوامل الهامة التـــي تـــؤثر علـــى أهميـــة تلـــك الاعتبـــارات نوعيـــة العلاقة إذ أن التكافؤ مهـــم فـــي علاقـــات العمـــل (علاقـــات ملزمـــة) وكـــذلك فـــي العلاقـــــــات الوديـــــــة (علاقـــــــات الأصـــــــدقاء). (الصـــــــبان، 2003).

كما أن درجة الإشباع والحرمـــان تلعبـــان دوراً هامـــا فـــي العلاقـــات الاجتماعيـــة ، و تتأثر بعوامل العـــرض والطلـــب مثـــل المعـــاملات الاقتصـــادية، فالشـــخص الـــذي يكون مصدراً للإشباع يطالب في المقابل بخـــدمات لإشـــباع حاجتـــه وهـــذه الخـــدمات ترتفع قيمتهـــا وتـــنخفض مقارنـــة مـــع خـــدمات الإشـــباع التـــي يقـــدمها للآخـــرين (يحيـــاوي،2003، ص).

لقد انحصر اهتمام هذه النظرية بالمسنين، حيث لفتت النظـــر إلـــى وجـــود العديـــد مـــن الآليات المعرفية التي يحبذ الشخص استخدامها عنـــد تبـــادل المســـاندة مـــع الآخـــرين وهي(زينب، 2008):

أ. **ادخار المساندة الاجتماعية:** جوهر هـــذه الآليـــة أن الشـــخص لديـــه رصـــيد مـــن المساندة كان يقدمها في الماضي للآخـــرين، وأن مـــا يقدمـــه حاليـــا مـــن مســـاندة يعتبر قليلا مقارنة بالمساندة المقدمة في الماضي.

ب. **القابلية للمساواة:** مضمون هذه الآلية حقيقة مفادهـــا أن الشـــخص يـــدرك مقـــدار المساندة التي تبذل له من قبل الآخرين، وبالتالي يحـــاول جاهـــدا ألا يطلـــب مـــنهم مساندة تفوق طاقتهم.

ج. **المودة أو الوحدة المترابطة:** تعني أنه مـــن المفتـــرض أن يكـــون أفـــراد المجتمـــع الواحد مترابطين فـــي وحـــدة عضـــوية ونفســـية واجتماعيـــة واحـــدة، وأن الحـــب والعطاء سلوك سائد داخل الأسرة، وبالتالي فإن ذلك ينعكس عليهم.

د. **الانتباه الانتقائي أو الاختيـــاري:** يعنـــي قـــدرة الشـــخص علـــى إدراك مـــا يقدمـــه للآخرين، وما يعجز عن تقديمه.

ه. **استمرارية الشخصية :** وهـــي وعـــي الشـــخص أن المســـاندة المقدمـــة بأنواعهـــا المختلفة يمكن أن تقدم في جميع مراحل الحياة المختلفة وان اختلفت الأنواع.

و. **المقارنة الاجتماعية :** تعني مقارنة الشخص بـــين مـــا كـــان يحصـــل عليـــه مـــن مساندة في الماضي، وما يحصل عليه في الوقت الراهن.

4.2.2 النظرية المقارنة الاجتماعية:

تنص هذه النظرية لدى (فستنجر Festinger، 1954) أنه فـــي الأوضـــاع الضـــبابية، عندما يراود الإنسان شك حول قدرته على اتخاذ القرارات و الأحكام، و عنـــد اســـتحالة الاستعانة بمصدر خارجي لتحديد موقف أو سلوك، فإن تأثير المجموعة يتزايد. فهو يصبح تابع للآخرين في مجموعته، و تابع لما يبدو له أنه معيار اجتماعي أو مسلمة اجتماعيـــة، لتكوين رأيه أو موقفه. و يقارن قدرته و آراءه بقدرة و آراء الآخرين، و الـــذين يـــزداد تـــأثيرهم قـــوة عليـــه كلمـــا كـــانوا أكثـــر شـــبها بـــه.**(أحمـــان، 2012، ص 116).** ويشير بيونك وآخرون Bunik et al إلى أن الأشخاص يفضلون الاندماج مـــع الآخـــرين الذين يتساوون معهم أو يفضلونهم، ويرى أيضاً أن الأفراد الذين يعانون من أحداث الحياة الضاغطة يلجئون إلى آخرين أفضل منهم (عبد السلام،2005).

5.2.2 النظرية الكلية:

أشار كل من دك وسليفر أن هذه النظرية تؤكد حاجة الفرد للمساندة الاجتماعية خصوصاً في المواقف الصعبة التي يمر بها، واهتمت هذه النظرية أيضاً بالخصائص الشخصية التي يمكن أن تؤثر في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد، والنظرية الكلية اهتمت بقياس الإدراك الكلي لمصادر المساندة المتاحة للفرد ودرجة رضاه عن هذه المصادر، وهذا الإدراك الكلي للمساندة الاجتماعية يشكل الأساس النظري لإعداد مقياس المساندة الاجتماعية (قنون، 2013، ص 87) نقلا عن (عبد السلام، 2005).

من خلال عرضنا للنظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية نلاحظ أن كل نظرية تناولت المساندة الاجتماعية من زاويتها الخاصة، و لذلك لا يمكننا أن نفضل واحدة على الأخرى و إنما نقول أنه من الأحسن التوحيد بينها كونها جاءت متكاملة، كما أن المساندة الاجتماعية تحتوي في مضمونها كل تلك النظريات.

3.أهمية المساندة الاجتماعية:

يرى كل من (Coyne & Downey, 1991 p 402) أن المــساندة الاجتماعية من الآخرين الموثوق فيهم لها أهميــة رئيــسة فــي مواجهــة الأحــداث الضاغطة، وأن المساندة الاجتماعية يمكن أن تخفض أو تستبعد عواقب هذه الأحداث على الصحة.

ويرى (Bowlby, 1980 p 318) أن المساندة الاجتماعية تزيد من قدرة الفــرد علـــى المقاومة والتغلب على الإحباطات وتجعله قادرا على حل مشاكله بطريقة جيدة.

و قد أكد "Weiss" أن مفهوم المساندة الاجتماعية من كونها متغيراً ملطفــاً للعلاقة بــين المشقة النفسية والإصابة بالمرض على أساس أن المساندة الاجتماعيــة تــرتبط بصــورة سلبية بالمرض، فكلما تلقى الشخص الــدعم الانفعــالي والوجــداني والتقديري من جانب أفــراد أســرته وأصــدقائه وزمــلاء العمــل قــل تبعــاً لــذلك نــسبة إصابته بالمرض. (Buunk & Hoorens, 1992 p 412) .

هذا و قد أشار (Kaplan & al, 1993 p 139) إلى أن هناك ثلاثة تفسيرات متكافئــة حــول دور و أهمية المــساندة الاجتماعية في الصحة وهي:

الأول: يشير إلى أن العلاقة بين نقص المساندة الاجتماعية والمرض سببية، حيــث تقــي المســـــاندة المرتفعـــــة مـــــن التعـــــرض للمـــــرض.

الثاني: يرى أن الأفراد الذين يمرضون يبتعدون عن نسق المساندة الخــاص بهــم، حيث تــؤدى الإصــابة المبكــرة بــالمرض إلــى تغيــرات فــي المســاندة الاجتماعيــة.

الثالث: يشير إلى أن هناك متغيرا ثالثا كالطبقة الاجتماعية أو خــصال الشخــصية يسبب كلا من ضعف المساندة الاجتماعية، والنواتج الصحية.

4.مصادر المساندة الاجتماعية:

يشير مصدر المساندة الاجتماعية إلى الأشخاص الذين يقدمون المساندة، حيث يحصل الإنسان بصفة عامة و مريض السكري بصفة خاصة على المساندة الاجتماعية إما بشكل رسمي (مؤسساتي) أو غير رسمي(غير مؤسساتي):

1.4 المساندة المؤسساتية (الرسمية) (Soutien formel):

و تأتي من المهنيين والمؤسسات و الخدمات الطبية و الاجتماعية (محامون، مقدموا العناية، أطباء، نفسانيون، مراكز الضمان الاجتماعي، الهلال الأحمر، الصليب الأحمر و الجمعيات، دور الرعاية، مؤسسات النشاط الاجتماعي...الخ).

و يرى الطالب أن الطبيب في الأمراض المزمنة و بخاصة مرضى السكري يلعب دورا هاما في حياة مرضاه، فالمريض يرتبط بالطبيب بعلاقة طويلة و ربما أبدية، أضف إلى ذلك شعور المريض بأن الطبيب هو الوحيد الذي يشعر به و يقدر مدى معاناته التي يعانيها، كما يعتبر بالنسبة له المنقذ و المخلص من الآلام، كل ذلك يجعل من الطبيب المعالج مصدر قوي من مصادر المساندة الاجتماعية التي يحتاج إليها المريض في أوقات عديدة.

2.4 المساندة غير المؤسساتية (غير الرسمية) (Soutien Informel):

و يقصد بها "مجموع المساعدات سواء التي يتلقاها الأفراد، أو التي يقدمونها في العائلة مع الأصدقاء و الجيران" (Parizot et wachsberger, 2005, p 2). فهي المساندة الخارجة عن كل الأطر القانونية المؤسساتية.

و يرى الطالب أن العائلة تعتبر من أهم مصادر المساندة غير الرسمية لأنها أولى مؤسسات التنشئة الاجتماعية التي يشبع فيها الطفل حاجاته و رغباته، و تتكون فيه شخصيته ويلقى فيها مساندة من طرف أفراد عائلته إذا ما أصيب بمرض يجدهم حوله يسانونه لأنهم ألصق الناس به.

5. أنواع المساندة الاجتماعية:

يرى (Cohen et al, 1986) أنه يمكن الحديث عن أربع فئات من المساندة :

- **مساندة التقدير (Soutien Esteem):** وهذا النوع من المساندة يكون في شكل معلومات بان هذا الشخص مقدر ومقبول، ويتحسن تقدير الذات بان ننقل للأشخاص أنهم مقدرون لقيمتهم الذاتية وخبراتهم، وإنهم مقبولون بالرغم من أي صعوبات أو أخطاء شخصية. وهذا النوع من المساندة يشار إليه بمسميات مختلفة مثل المساندة النفسية، والتعبيرية، ومساندة تقدير الذات، ومساندة التنفيس، والمساندة الوثيقة.
- **المساندة بالمعلومات (Support Information)** : هذا النوع من المساندة يساعد في تحديد وتفهم والتعامل مع الأحداث الضاغطة. ويطلق عليه أحيانا مساندة التقدير (Soutien évaluation) والتوجيه المعرفي(orientation cognitive) .
- **الصحبة الاجتماعية (Accompagnement social)** : وتشمل على قضاء بعض الوقت مع الآخرين في أنشطة الفراغ والترويح، وهذه المساندة تخفف الضغوط من حيث أنها تشبع الحاجة إلى الانتماء والاتصال مع الآخرين، وكذلك بالمساعدة على أبعاد الفرد عن الانشغالات بالمشكلات، أو عن طريق تيسير الجوانب الوجدانية الموجبة، ويشار إلى هذا النوع من المساندة أحيانا بأنه مساندة الانتشار والانتماء.
- **المساندة الإجرائية (Soutien instrumental)** : وتشتمل على تقديم العون المالي والإمكانات المادية والخدمات اللازمة، وقد يساعد العون الإجرائي على تخفيف الضغط عن طريق الحل المباشر للمشكلات الإجرائية، أو عن طريق إتاحة بعض الوقت للفرد المتلقي للخدمة، أو العون للأنشطة مثل الاسترخاء، أو الراحة . ويطلق على المساندة الإجرائية أيضا مسميات مثل العون، المساندة المادية، والمساندة الملموسة.

من الناحية النظرية يمكن تمييز و فصل أنواع المساندة الاجتماعية عن بعضها البعض، غير أنه في المواقف الطبيعية لا نجدها منفصلة عن بعضها البعض، فعلى سبيل المثال فانه من الممكن لأولئك الذين لديهم صحبة

اجتماعية أكبر أن يكــون لــديهم أيضــا فرصـــــة للحـــــصول علـــــى المســـاندة الإجرائية ومساندة التقدير.

و يشير هــوس (House, 1981 p 158) إلـــى أن المســـاندة الاجتماعيـــة يمكـــن أن تأخـــذ عدة أنواع، ومنها:

- **المساندة الانفعالية (Soutien affectif)**: والتي تنطوي على الرعاية والثقة والقبول والتعاطف.
- **المساندة الأدائية (Soutien instrumental)**: والتي تنطوي على المساعدة فـــي العمل، و المساعدة بالمال.
- **المساندة بالمعلومات (Soutien Information)** : التي تنطوي علـــى إعطـــاء نصائح أو معلومات أو تعليم مهارة تؤدي إلى حل مشكلة أو موقف ضاغط.
- **مساندة الأصدقاء (Soutien Compagnonnage)** : والتي تنطوي على ما يمكن أن يقدمه الأصدقاء لبعضهم البعض وقت الشدة.

و حسب الباحثة (حنان،2009، ص ص 31 32) فإنه يمكن إسقاط هذه الأنواع المختلفة من المساندة الاجتماعية بالنسبة لمرضى السكري كالآتي:

- **المساندة الانفعالية (Soutien affectif)** : المساندة المعنوية أو الانفعالية يجب أن تكون مستمرة وليست فقط في تقديم الرعاية و التعاطف، و تعميق الثقة بالنفس كما أشار التصنيف السابق، و لكن يجب أن تكون هناك أنشطة اجتماعية مثل الرحلات حتى لا يشعر المريض بالوحدة نتيجة قصوره الصحي، بل يجب مساندة هذا المريض على التفاعل و المشاركة و تنمية روح التعاون و الايجابية سواء مع غيره من المرضى حتى يتفاعلوا و يتبادلوا تجاربهم، أو مع من يعانون أمراضا أخرى غير مرض السكر، أو مع الأصحاء لتقليل الفجوة و مشاعر عدم الكفاية، أضف إلى ذلك الحرص على تلبية الحاجات المعنوية من حب و انتماء و شعور بالتقبل و تدعيم فكرة التكيف و التعايش مع الصعاب.

- **المساندة الأدائية (Soutien instrumental):**

قد يكون هذا النوع من المساندة واجب الأسرة، إذ قد يحتاج مريض السكري خصوصا إذا كان في سن المراهقة أو دونها إلى النفقات العلاجية أو عن إجراء الفحوص الدورية،و هنا يجب على الأسرة الاهتمام بمواعيد الفحص و الاطمئنان على النظام الغذائي المتبع، أي كل ما يتعلق بالجانب المادي الخاص بالمرض بالإضافة للواجبات الحياتية الأخرى.

- **المساندة بالمعلومات (Soutien Information) :** تعتبر المساندة بالمعلومات بالنسبة لمرضى السكر من أهم أنواع المساندة التي يمكن تقديمها إليهم، حيث يعتمد مريض السكر على نظام غذائي في محاولة منه للسيطرة على نوبات انخفاض أو ارتفاع السكر و ذلك للحد من المضاعفات الخطير التي قد يتعرض لها نتيجة عدم إتباعه لنظام تغذية علاجية ملائمة لحياته، و سنه، و نوع مرضه سواء النوع الأول أو الثاني، و من أهم المعلومات التي يجب مساندة المريض بها هي:

أ. الفرق بين غيبوبة زيادة السكر و نقصه في الدم:

- عند زيادة نسبة الجلوكوز بالدم يكون النبض سريعا و ضعيفا، و يكون الجلد و اللسان جافان، و تظهر رائحة الأسيتون في الفم.
- عند نقص نسبة الجلوكوز بالدم يكون النبض قويا، و اللسان رطب، مع وجود رعشة باليدين و عرق غزير.

ب.قائمة البدائل الغذائية و تحديد الكميات المناسبة للحالة.

ج. مؤشرات الوزن المثالي.

د. أهم الرياضات التي يمكن القيام بها، فمن المعروف أنه كلما زاد النشاط الجسمي كلما قل مستوى السكر حيث يتم نقل السكر إلى خلايا الجسم و استخدامه في توليد الطاقة.

ه. الأطعمة المتكررة يوميا و كمية السعرات الحرارية التي تحتويها، و بالتالي تحديد نوع و كمية الطعام الملائمة.

و. أهم الفحوصات الدورية التي يجب إجراؤها.

و يمكن إضافة نوع آخر من المساندة خاص بالمرضى يعرف بالمساندة الصحية المنزلية و أهداف هذا النوع من المساندة تتمثل في:

أ. التقليل من الزيارات المتكررة للمريض.
ب.تعليم المريض كيفية التعامل مع الأجهزة الطبية الخاصة بقياس السكر في المنزل.
ج. تعليم المريض أو من يعوله لتقديم الخدمة الطبية المطلوبة في المنزل بعد خروج المريض من المستشفى. (حنان،2009، ص ص 31 32).

6.وظائف المساندة الاجتماعية:

تقوم المساندة الاجتماعية بوظائف عدة، يمكن أن نوجزها في ستة فئات تتمثل حسب كل من (Buunk & Hoorens, 1992 p 397) في ما يلي:

- **المساعدة المادية (aide matérielle) :** كما تتمثل في النقود والأشياء المادية.
- **المساعدة السلوكية (Assistance comportementale) :** وتشير إلى المشاركة في المهام والأعمال المختلفة بالجهد البدني.
- **التفاعل الحميم (interaction intime) :** ويشير بعض سلوكيات الإرشاد غير الموجه كإنصات والتعبير عن التقدير، والرعاية والفهم.
- **التوجيه (orientation) :** كما يتمثل في تقديم النصيحة، وإعطاء المعلومات أو التعليمات .
- **العائد أو المردود(rendement) :** ويعنى إعطاء الفرد مردوداً عن سلوكه وأفكاره ومشاعره.
- **التفاعل الاجتماعي الايجابي (Interaction Social Positive) :** ويشير إلى المشاركة في التفاعلات الاجتماعية بهدف المتعة والاسترخاء.
- **تخفيف الضغوط (Relâcher les pressions):** بينت دراسة كل من "جيمس لاروكو" و "جيمس هاوس"

و " جون فرانش" سنة 1980 القيمة الوقائية للروابط الاجتماعية و قوة تأثيرها في تخفيف الضغوط، و هي دراسة على عينة مكونة من 2000 عامل من مختلف

الوظائف، حيث قام الباحثون بقياس مدى توفر المساندة الاجتماعية لكل عامل و مستوى الضغط لديه، فتوصلوا إلى أنه كلما توفرت المساندة الاجتماعية و زادت نسبتها، كلما انخفض مستوى الضغط لديه.

- **الوقاية و العلاج (Prévention et traitement):** أثبت الكثير من البحوث و الدراسات أن تمتع الأفراد بشبكة من العلاقات الاجتماعية الوثيقة، من شأنه أن يقي من أمراض متعددة و خاصة الأمراض المزمنة.
- **المساعدة في تقبل العلاج (Assistance dans le traitement acceptée):**

دراسات عديدة أثبتت أن المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من أسرته و أصدقائه و محيطه تساعده على تقبل العلاج.

دراسة (2007) De Blic حول "تقبل العلاج عند الطفل المصاب بالربو"، جاء فيها أن وجود الأولياء و تكفلهم بطفلهم المصاب بالربو، و نصائح الطبيب و ارشاداته و حتى نوعية فحوصاته و علاقته الجيدة بالطفل المصاب بالربو كلها عوامل تعزز من تقبل العلاج لدى اطفل المصاب بالربو.

دراسة لـــ (2005-2006) Oumar et al و فريقه من مستشفى باماكو حول"العوامل المساعدة على تقبل العلاج عند المريض المصاب بالسيدا" وجد أن أهم عوامل تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بالسيدا، هي مساندة أهلهم لهم بتناول الدواء و مساعدتهم على التنقل للمستشفى لإجراء الفحوصات الدورية و المعالجة. (Oumar et al,2007).

خلاصة:

المساندة مفهوم مختلف الأنواع يجعل من الصعب توحيد تعريـف محـدد لهـا،غير أنـه و بشكل عام هي كل ما يتلقاه الفرد من دعـم (وجـداني، عـاطفي، مـادي، معلومـاتي وتقديري) من الأشخاص الفعالين الموجودين ضمن الشبكة الاجتماعية المحيطـة بـالفرد والموجودة تلقائيا في محيطه الاجتماعي، مصادرها تتنـوع بـين الرسـمية (جمعيـات، أطباء،نفسانيون،مؤسسات الخدمات الاجتماعية ...إلخ) و غير الرسمية (الأصدقاء، العائلة، الجيران...إلخ)، و التي تهدف الى تخفيف الضغوط، و تنميـة الثقـة بـالنفس، و تنميـة استراتيجيات المواجهة، و الوقاية و العلاج، و المساعدة في تقبل العلاج.

الفصل الثالث: تقبل العلاج

تمهيد

1. تعريف تقبل العلاج.

1.1 تقبل العلاج لغة.

2.1 تقبل العلاج اصطلاحا.

2. الأهمية الإكلينيكية، الاقتصادية، و الأكاديمية لتقبل العلاج.

1.2 الأهمية الإكلينيكية.

2.2 الأهمية الاقتصادية.

3.2 الأهمية الأكاديمية.

3. العوامل التي تؤثر في تقبل العلاج.

1.3 العوامل المتعلقة بالمرض.

2.3 العوامل المتعلقة بالمريض.

3.3 العوامل المتعلقة بالعلاج.

4.3 العوامل الاجتماعية و الاقتصادية.

5.3 العوامل المتعلقة بالعلاقة بين الطبيب و المريض.

4. النماذج النظرية المفسرة لتقبل العلاج.

1.4 أنموذج المعتقدات الصحية.

2.4 أنموذج مراحل التغيير.

3.4 أنموذج التقبل الصحي.

4.4 أنموذج التمثلات الصحية.

5. قياس تقبل العلاج.

1.5 القياس المباشر.

2.5 القياس غير المباشر.

خلاصة

تمهيد:

إن بـــروز الصعوبات في التكفل الجيد بمرضى السكري ناتج عن التزايد الكبير و الانتشار الواسع لهذا المرض المزمن الخطير، و لكونه غير قابل للشفاء مما يعنـــي وجوب ضـــرورة تكاثف الجهود بين جميع القائمين على رعاية المريض من الفريق الطبي، وحتى العائلة من أجل تجنب مضاعفات المرض.

و يعتبر عدم الإتباع بــصفة جيدة لنصائح الطبيب المعالج وعدم الانضباط بالحمية الغذائية وتجنب الممنوعات من أهم المشاكل التي تواجه القائمين على الرعاية الصحية للمرضى المزمنين بصفة عامة و المصابين بداء السكري بصفة خاصة، وهــذا مــا اصطلح عليه علميا بــ "عدم تقبل العلاج"، إذ جــاء اهتمــام البــاحثين في الطب وعلم النفس بسلوك الالتزام أو الانضباط (تقبل العلاج) بعدما لاحظوا الانعكاسات السلبية المــصاحبة لهذا السلوك مع المرضى إذ يفسر كعامل خطورة بالنسبة للمريض.

ويعتبر عدم تقبل العلاج من أكثــر المــشاكل شــيوعا التي تظهر في أوساط القطاعات الطبية و الصحية، كما يظهر هذا الأخير لدى مختلف الفئات العمرية و الطبقات الاجتماعية غير أنه شائع لدى الأشخاص الراشدين والمسنين.

و لذلك سنعرض فــــي هـــــذا الفصـــــل كــــــلا مـــــن: تعريــــــف تقبل العلاج، الأهمية: الإكلينيكية، الاقتصادية، و الأكاديمية لتقبل العلاج، العوامل المؤثرة في تقبل العلاج، النماذج النظرية المفسرة له، طرق قياسه.

1. تعريف تقبل العلاج: Définition de l'observance thérapeutique

تنوعت تعاريف تقبل العلاج و اختلفت من باحث لآخر، فمنهم من اعتبر أن تقبل العلاج هو التزام المريض بالدواء فقط، و منهم من اعتبره التزاما بالدواء و بالارشادات و التعليمات الطبية معا.

و سنورد مجموعة من التعاريف لتقبل العلاج بعد ما نعرفه لغة، إلى أن نختم بالتعريف الموحد الذي تبنته المنظمة العالمية للصحة سنة 2003.

1.1 تقبل العلاج لغة:

عرف قـــاموس، New oxford dictionnaire of English، كلمـــة "Adherence" بأنهــــا "حالـــــة أو حقيقـــــة الاتفـــــاق أو تلبيـــــة القواعـــــد أو المعـــــايير".

أما قاموس Larousse (1990) فقدعرف كلمة (Observance) أنهـا: "عمليــة إتبــاع تعليمة، عادة، سلوك، و التقيد بقواعد توجيهية".

2.1 تقبل العلاج اصطلاحا:

- **يعـــرف (Hoynes et al, 1979):** تقبـــل العـــلاج علـــى أنـــه: مـــدى توافــــق ســـــلوك المـــريض مـــع التوصـــيات الصـــحية المتعلقـــة بالـــدواء أو الصحة". (Anthony James curtis, 2001, 77).
- **و يٌعرف** كذلك أنه الانتظام في إتباع التوصيات والإرشادات الطبية طوال فترة العلاج وهـــو مفتـــاح نجاح الخطة العلاجية. **(**Moyle, 1977**).**

و يقصـــد بالخطـــة العلاجيـــة، البرنـــامج المســـطر بالتفـــاوض بـــين المعـــالج (الطبيـــب) و المـــــريض بهـــــدف الوصـــــول لحالـــــة صـــحية إيجابيـــــة. ويعـــــــرف أيضـــــا تقبـــــــل العـــــــلاج علـــــــى أنــــــه: "درجـــة الانســـجام (الموافقـــة) بـــين ســـلوك الفـــرد فـــي تنـــاول الجرعـــات الدوائيـــة، إتبـــاع الحميـــة، أو تعـــديل ســـلوك الحيـــاة وإتبـــاع الوصـــفات والتوصيات الطبية". (Marcelli et Branconnier, 2008, p 634).

ويرى portick: أن تقبل العلاج هو السلوك الذي يتبعه المريض من خـــلال تناوله لدوائه بدقة والانضباط الأمثل حسب الشروط المحددة والمفسرة مـــن قبـــل الطبيب، أي الالتزام الدقيق بنماذج تناول الدواء مـــن حيـــث الجرعـــات، طـــرق الاستخدام، كمية الدواء، احترام المدة بين الجرعات، شروط التغذيـــة والـــشرب.(portick, 2006).

كما عرف تقبل العلاج بأنه" سلوك مكيف وديناميكي مـــن طـــرف المـــريض للوصول إلى الأهداف العلاجية المسطرة بين المريض وممتهني الصحة وذلك اســـتنادا إلى التآلف

بين المريض والمعالج حول الدواء المقــدم لــضمان اســتمرارية تناولـــه".
.(scheneider ,2006)
من خلال هذا التعريف يتضح أن تحقيق مفهوم تقبل العلاج يستند على بعــدين أساســيين هما: التآلف و الاستمرار.

- التآلف (La concordance): يكون بين المعالج و المريض من خــلال التفــاوض حــول الدواء المقدم.
- أما الاستمرار (La persistance) : فيكون من خلال استمرار المــريض فــي أخــذه للدواء.

غير أن مفهوم تقبل العلاج في هذا التعريف، حصر في أخذ المريض للدواء فقط، علــى غرار تعريف المنظمة العالمية للصحة، فالمشاركون في الملتقى المنظم من طرف منظمة (OMS) في جوان 2001 حول تقبل العلاج، عرفوا تقبل العلاج على أنه: "مدى إتباع المريض للتعليمات والإرشادات الطبية" (OMS, 2003, p 3).

هذا التعريف كان محل نقاش و تمحيص للتعاريف التي قدمت في هذا الملتقى، إلــى أن تم الاتفاق على تعريف موحد لتقبل العلاج، حيث تبنت منظمة الصحة العالمية تعريــف كل من Haynes et Rand في تعريفهما لتقبل العلاج على المــدى الطويــل، أي عنــد المرضى المزمنين وهو:

" درجة التوافق بين سلوك الفرد (في أخذ الدواء، إتباع حمية غذائية، تبني نمط حيــاة ملائم أو القيام بتعديلات سلوكية)، وبين إتباع التعليمات والإرشادات الطبية".

(OMS, 2003, p3). و تمثلت الإرشادات والتعليمات الطبية حسب: OMS (2003) في:

- أخذ الدواء بشكل منتظم وملائم.
- القيام بالتلقيحات الضرورية.
- إتباع حمية غذائية مناسبة.
- حضور المواعيد الطبية بانتظام.

- ممارسة الرياضة.
- إتباع نمط حياة ملائم.
- القيام بتعديلات سلوكية معينة (التوقف عن التدخين، الكحول....)، و الابتعاد عن سلوكات الخطر بما فيها سلوك الجنس غير الآمن.

2. الأهمية الإكلينيكية، الاقتصادية، و الأكاديمية لتقبل العلاج:

وفقا للتقرير الذي نشرته منظمة الصحة العالمية سنة 2003، يعتبر حل مشكلة عدم تقبل العلاج Non-Observance تطور أكثر أهمية من أي اكتشاف طبي، فدراسة استعمال الأدوية لها أهمية اكلينيكية، اقتصادية، و أكاديمية تتمثل في ما يلي: (رفيقة،2011، ص 42).

1.2 الأهمية الاكلينيكية:

تتمثل الأهمية الاكلينيكية في أن الاستهلاك غير المنظم، الانقاص أو الإفراط في الأدوية يضعف الصحة و يمدد فترة المرض، و بعض الأدوية يجب أن تأخذ لفترة طويلة بعد اختفاء الأعراض، و البعض الآخر يكون خطرا اذا زادت مدة تناوله، و تكون غير فعالة اذا لم يتم تناول الحد الأدنى من الجرعة العلاجية. فيختلف استهلاك الدواء من توقعات المختصين، و الوصفات الطبية التي تمثل المعايير التنظيمية، و بالتالي يمكن أن تؤثر في فعالية العلاج على الأفراد و في التجارب السريرية. (David S. Gochman, 1997).

2.2 الأهمية الاقتصادية:

تقبل العلاج يؤثر على شحنات كبيرة من المستحضرات الصيدلية، ففي الولايات المتحدة، بلغت 47.4 مليار دولار، أو ما يقارب 1 % من الناتج القومي الاجمالي للبلاد في تلك السنة، و تروج شركات الأدوية لتقبل العلاج (الالتزام) في إعلاناتها بوصفه استراتيجية لزيادة حصتها في السوق: ابراز السمات الايجابية للالتزام (بما في ذلك خفض التكاليف، تقليل الجرعات، تقليل الآثار الجانبية، الفعالية العلاجية) معلنين بذلك زيادة استخدام المنتجات و ابرازها و بالتالي تعزيز الصورة الايجابية للشركة بين الأطباء و العامة. (David S. Gochman, 1997).

3.2 الأهمية الأكاديمية:

لا يزال تقبل العلاج يجلب قدرا من الاهتمام في كل من المجلات العلمية، الطبية و الاجتماعية: اعتبارا من ماي 1995 وجدت أكثر من 11600 بحث و مقالة باللغة الانجليزية في الفهارس الطبية و غيرها من المراجع، فقد نشرت 22 مقالة باللغة الانجليزية قبل سنة 1960 و 850 في سنة 1978 و تضاعف عدد المقالات حول تقبل العلاج بين عامي 1966 و 1985، و لا يزال عدد المقالات حول تقبل العلاج هائلا: فقد نشرت 700 مقالة حوله في سنة 1994 وحدها. (David S. Gochman, 1997).

3. العوامل المؤثرة في تقبل العلاج:

حددت منظمة الصحة العالمية في تقريرها لسنة 2003 OMS العوامل المؤثرة في تقبل العلاج و تمثلت فيما يلي :

- العوامل المتعلقة بالمرض.
- العوامل المتعلقة بالمريض.
- العوامل المتعلقة بالعلاج.
- العوامل الاجتماعية و الاقتصادية.
- العوامل المتعلقة بالعلاقة بين الطبيب و المريض.

1.3 العوامل المتعلقة بالمرض:

يؤثر المرض على تقبل العلاج لدى مرضى السكري تأثيرات مختلفة، فقد يزيد المرض من امتثال المريض، وقد يكون العكس حسب طبيعته المرضية ودرجة خطورته التي يتصورها المريض، وكيف يعيشها، و من بين أهم العوامل المتصلة بالمرض هو إزمان المرض، عدم وجود أعراض واضحة، أعراض ثابتة يمكن الاعتياد عليها، عدم وجود خطورة للمرض. (رشيد،2012، ص 60).

كما يتأثر تقبل العلاج بمعاناة المريض من أمراض أخرى مصاحبة تعرقل الالتزام الجيد بعلاج المرض الأول أو علاجات الأمراض المصاحبة، فتصبح

مـــسألة تقبل العلاج تحديا صعبا للمـــريض، يعيـــق شـــفاءه ويحـــــول دون تحـــــسن حالتـــــــــــــــــــــــــــــــــه الصـــــــــــــــــــــــــــــــحية.
وهنا تطرح مسالة الخضوع المطــول للعـــلاج، أي حــــالات الأمـــــراض المزمنـــة التي لا تتوقف عند العلاج المطول فحســـب، بـــل تتعـــداها إلـــى تغييـــــرات كثيـــــرة في أسلوب حياة المريض والتي قد تكـــون عســـيرة عليـــه فـــي بعـــض الأحيـــــان إذا كانـــت منفردة فكيف إذا اجتمعت هذه التعديلات مـــع تعقيـــدات المـــــرض المـــــزمن ومـــــــضاعفاته وتعقيـــدات العـــــلاج وأثـــــاره الجانبيـــــة والظـــــروف الاجتماعيـــــة والاقتصادية، يـــصبح حينهـــا عدم الالتـــزام بـــالعلاج ســـلوكا متوقعـــا ومعقـــدا فـــي الوقت نفسه. (شيلي تايلور، 2008، ص 558).

2.3 العوامل المتعلقة بالمريض:

في العملية العلاجية يعتبر المريض هو الحجـــر الأســـاس مـــن أجـــل ســـيرورة جيـــدة لها و تجنب المضاعفات السلبية للمرض خاصـــة فـــي الأمـــراض المزمنـــة (مرضـــى السكري)، ويبقى المريض يعيش تجربـــة المـــرض ويتصـــورها بأســـلوبه الخـــاص، إذ يعايش المرض بمثابة وضعية انتقالية قد تقصـــر أو تطـــول مـــدتها، تخضـــع خلالهـــا تمثلات المريض ونشاطاته ورغباتـــه للتـــوتر وتعـــاد ملاءمتهـــا مـــن قبـــل المـــريض نفسه تبعا لهذه الوضعية التي تفرض عليـــه أدوار اجتماعيـــة وتكـــوين أنمـــاط علائقيـــة جديدة. (Thiery et Quiviger, p 26).

إن العديد من الأمراض العضوية المزمنة تحدث نوعا من الاختلال و الاضـــطراب فـــي تسيير النشاطات اليومية، فمثلا المرضى الذين يعانون من السكري يحتاجون إلى ضـــبط حميتهم ومراقبة نظام غذائهم، والمرضى الذين لا يتمكنون من إدخـــال خبـــرة المـــرض المزمن كخبره ضاغطة ومؤلمة فـــي معاشـــهم النفســـي يظهـــرون صـــعوبات تكيفيـــة واضطرابات سيكولوجية، وهذا ما يؤدي إلى فشل إتباع علاجهم حيث ينكـــرون وجـــود المرض رغم أن أعراضه واضحة ونتيجة ذلك لا يتمكنون من إدراك أعراض مرضـــهم ويظهر هؤلاء المرضى سلوكات مرضية تزيد من شدة المرض، حيث يهمـــل المرضـــى

ذواتهم ولا ينتظمون في أغذيتهم وأحيانا يتناسون حتى الحصص العلاجية، كما أنهم يفشلون في تطبيق السلوك الصحي الذي يسمح إذا ما تم إتباعه بتخطي المرض، أو على الأقل تجنب مضاعفاته. (Fisher, p 147).

ويمكن التعرض إلى بعض العوامل المتعلقة بالمريض فيما يخص تقبله للعلاج رغم أن الدراسات التي تناولت هذا الموضوع قد جاءت غير متوافقة تماما، فمثلا فيما يخص السن فقد بينت دراسة Gibson أن تقبل العلاج ينخفض مع التقدم في السن، وعلى العكس يكون مرتفعا لدى الأطفال وصغار السن(رشيد،2012 ص 61) نقلا عن.(Jack et fincham, 2007 p 66).

و كانت نتائج هذه الدراسة كالتالي (De Blic, p 421):

الرضيع ⟵ 77 %

الطفولة المتوسطة ⟵ 55 %

وأكمل Waldan هذه الدراسة على المرضى بين سن 8-16 سنة ووجد أن تقبلهم للعلاج هو 40 %.(قارة، 2009، ص 54).

لكن في مثل هذه الدراسات يمكن أن ترجع أسباب تقبل العلاج لدى الأطفال الصغار إلى حرص الأولياء و والدعم الاجتماعي المقدم لهم وعلى العكس نجد أن المسنين قد يكونون يعانون من أمراض أخرى تقلل من تقبلهم للعلاج سواء أمراض عضوية أو النسيان وعدم وجود المتكلفين بهم عكس الأطفال الصغار.

كذلك المرضى في حالات عدم الإستقرار:(بدون عمل، مشاكل اجتماعية واقتصادية...)، فإنهم يظهرون صعوبات في تقبل العلاج. كما دلت بعض الدراسات على الدور الايجابي للدعم الاجتماعي في زيادة تقبل العلاج لدى المرضى.

فقد وجد (borbjergotal, 1995, Spector, 1985) أن الأطفال المصابين بالربو يزيد تقبلهم للعلاج في حال حصولهم على المساندة الاجتماعية، فالأشخاص الذين لديهم مساندة

اجتماعية يمتثلون أكثر للتوصيات الطبية أكثر من أولئك الذين لا تدعمهم عائلاتهم، ويمكن القول أن المريض من خلال انخراطه في البرنامج العلاجي الذي يشمل تناول الأدوية والحمية الغذائية والامتثال للإرشادات الطبية يجعل تقبله للعلاج مرتفعا، مما يعني تجنب المضاعفات السلبية للمرض.

3.3 العوامل المتعلقة بالعلاج:

تقبل العلاج بالنسبة للمريض يقتضي تغييرا ذاتيا يستوجب التكيف (Fisher, p 237)، وهذا من خلال توافق المعلومات الجديدة مع المعتقدات السابقة، لذلك تختلف استجابة المريض تبعا لمدة العلاج، وتعقيده وفعاليته والأعراض الجانبية الناتجة عنه وتتحكم مجموعة من العوامل في سير العلاج ومدى تقبل المريض له ومدى امتثاله ويمكن تحديد هذه العوامل فيما يلي(رشيد،2012، ص ص 63-65):

أ. المعارف المرتبطة بالعلاج و المتمثلة في معرفة فائدة العلاج و مخاطر الانقطاع عنه أو وجود تفاعلات بين العلاج و الأغذية أو الأدوية الأخرى التي يتناولها المريض، وتحدد بدورها المستوى المعرفي للمريض ونوعية علاقاته مع فريق الرعاية الصحية.(baur et ttessier, p 16).

ب. تعقيد النظام العلاجي الذي تؤكده معظم الدراسات من أنه يؤثر سلبا على تقبل العلاج، سواء من حيث تعدد الجرعات، أو تعقيد طرق الاستخدام أو تدخل عدة علاقات في وقت واحد، فقد أظهرت دراسات أن عدم تقبل العلاج يعادل 15%عندما يقتصر العلاج على دواء واحد، و 35% عندما يفوق 05 أدوية. (De blic, 2007, p 422).

ج. الاستشفاء الذي يكون في معظم الأحيان حينما يصل المرضى إلى المستشفى قلقين حول ما يمكن أن يكون لديهم من أمراض أو اضطرابات، ويكون لديهم خلط وقلق حول ما يمكن أن يحدث لهم لدى إدخالهم المستشفى، و عندما يخضع المريض لفحوصات تبدو له غريبة، وغالبا ما يشعر المريض بأنه محجوز في غرفته وعليه

التكيف مع الجديد الذي يمكن أن يكون أصعب، وقد يبدو على نزلاء المستشفيات من المرضى عادة أعراض، لاسيما القلق والكآبة، كما أن التوتر الناشئ عن الفحوصات المستمرة أو الجراحة ونتائجها يمكن أن تسبب الأرق، والكوابيس و انعدام التركيز بصفة عامة.(شيلي تايلور، 2008، ص 511).

في حين أنه بمجرد خروجهم من المستشفى ينخفض تقبلهم للعلاج و لا يحافظون على الاستقرار في تناول الأدوية والحمية الغذائية إذ يؤكد كل من Heedelberg et coll، أن 39% فقط من المرضى يحافظون على استقرار الحمية العلاجية لثلاثة أشهر بعد انتهاء فترة الاستشفاء. (Bouer et ttessier, p16).

د. عدم تحسن الأعراض التي يشكو منها المريض وعدم ملاحظته للأثر العلاجي المرجو من العلاج يعد العامل الأول للانقطاع. (Bauer et ttessier, 2001, p 17).

ففي الدراسة التي اشتملت على 1470 مريضة مصابة بسرطان الثدي لـ (Coliss et al,2008)، يخضعن للعلاج الهرموني، أن تدهور الحالة الصحية العامة، درجة خطورة المرض، وعدم تحسن الأعراض بالرغم من تلقي العلاج، عوامل تؤدي إلى انخفاض مستوى تقبل المريض للعلاج.

ومن جهة أخرى فإن تحسن الأعراض وزوالها يدفع المرضى إلى توقيف العلاج، وعدم الانصياع والامتثال لتعليمات الطبيب وهذا ما نلاحظه في الأمراض الحادة فبمجرد زوال الأعراض يتوقف المريض على العلاج. (رشيد،2012 ص 61).

ه. الآثار الجانبية للعلاج كثيرا ما تكون للعلاج مصدر انزعاج كبير لدى المرضى خاصة عندما تطول فترة العلاج، مما يدفع بالكثير من المرضى إلى التوقف عن العلاج أو عدم تقبله، وهذه المشكلة مطروحة بصورة كبيرة في علاج أغلب الأمراض المزمنة، ففي دراسة قام بها Tourette – Turgis سنة 2000 عن الآثار الجانبية لعلاج مرضى السيدا اتضح أن الآثار الجانبية للعلاج تشكل عاملا هاما لانقطاع مرضى السيدا عن علاجهم.

كما أثبتت دراسة leventhal عام 1986 لدى عينة من مريضات سرطان الثدي انقطعن عن علاجهن بسبب حدة الأعراض الجانبية خاصة الغثيان والتقيؤ.(gauchet, 2008, p 42).

4.3 العوامل الاجتماعية و الاقتصادية:

يعتبر الوضع الاجتماعي والاقتصادي وكذلك المستوى التعليمي والدخل عوامل تؤثر على تقبل العلاج، فالوضع الاجتماعي للفرد إما أن يكون مساهما بإيجابية في تقبله للعلاج خاصة عند توفر المساندة الاجتماعية من طرف العائلة وهذا من خلال المشاركة الفعالة والنشطة بحالة المريض الصحية وتشجيعه والمحافظة على جو الاستقرار العائلي. (gauchet 2008 p36).

ولا تتوقف المساندة على دعم الأسرة فقط، بل تتعدى إلى مؤازرة محيط المريض ككل وهذا ما تدعمه الدراسات الحديثة حول المساندة الاجتماعية، أما الجانب الاقتصادي فإن انخفاضه يجعل المريض غير قادر على نفقات العلاج، ونقص وسائل النقل، وكذلك عدم الكفاية على تغطية التأمينات الطبية مما يجعل مستوى تقبل العلاج منخفض عند مثل هذه الفئات، فالمرضى الذين يعانون من انخفاض الدخل أو انعدامه مع قلة التعليم وتدني الحالة الاجتماعية والاقتصادية لديهم من المرجح أن يواجهوا تحديا أكبر في تحقيق تقبل العلاج الجيد على عكس ذوي الدخل المرتفع والوضع الاجتماعي والاقتصادي المرتفع.(رشيد،2012 ص 65).

5.3 العوامل المتعلقة بالعلاقة بين الطبيب و المريض:

إن نوع العلاقة بين الطبيب و المريض التي أشارت إليها منظمة الصحة العالمي في تقريرها لسنة 2003، من شأنها أن تعزز من عملية تقبل العلاج عند المريض، ذلك أنه يجب أن ينظر للمريض على أساس أنه طرف فعال في عملية العلاج، ويجب على الطبيب إشراك المريض في الخطة العلاجية، وأن يسود هذه العلاقة نوع من التفاوض بين الطبيب والمريض، حول

اختيار الحمية الغذائية ونظـام التغذية الجديـد الـذي سيخـضع لـه المـريض، وحول اختيار الوسائل العلاجية البديلة.(OMS, 2003).

ففي دراسة على 2509 مريضا مصابا بالربو من بينهم 721 طفلا ، حول عوامل تقبـل هؤلاء المرضى للدواء المستنشق (Traitement inhalé) ، فكانت العوامـل المعـززة لتقبل هذا الدواء هي : (Blic De, p 421).

- طبيعة الشروحات المقدمة من طرف الطبيب فيما يخص الخطة العلاجية.
- الوقت المستغرق في عملية الفحص.
- إحساس المريض بأن الطبيـب أشـركه فـي عمليـة اختيـار الـدواء وطريقـة استخدامه.
- انتظام الزيارات.
- الشروحات المقدمة من طرف الطبيب حول الآثار غير المرغوب فيها للدواء.
- التكلم مع المريض حول الصعوبات التي تواجهه في تناول الدواء بطريقـة غيـر تأنيبية.

فنوعية العلاقة بين الطبيب والمريض يجب أن تحوي عنصرين أساسين حتى تكون درجة تقبل المريض للعلاج عالية وحتى يتفادى المضاعفات المرضية:(les complications) .

- إشراك المريض (Participation du patient) أثناء عمليـة الفحـص والتشخيص، وذلك من خلال إعطائه معلومات حول المرض وحول الدواء وحول الخطـة العلاجية التي ستتبع.
- تفاوض (Négociation) بين الطبيـب والمـريض حـول الـسلوكات والأنظمة الجديدة التي سيتبعها المريض.

كما أنه من أسباب عدم تقبل العلاج لدى المرضى عدم وجـود الإصـغاء مـن طـرف الطبيب، ففـي إحـدى الدراسـات وجـد أنـه فـي 23 % مـن الاستشـارات لا يـستطيع المـريض الانتهـاء من طـرح أعراضـه وبـث شـكواه للطبيـب حتـى يتدخل الطبيب ليقاطع المريض قبل نهاية كلامـه، وفـي 69 % مـن الحـالات بوجـه

عام بعد أثنتا عشرة ثانية من بداية كلام المـــريض يقاطعـــه الطبيـــب.(شـــيلي تـــايلور، 2008، ص ص 541 542).

إذن فالعلاقة بين الطبيب و المريض قد تساهم بشكل فعال وترفع من مستوى تقبل العلاج خاصة لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة (مرضى سكري)، إذا كانت هذه العلاقة مبنية على الإصغاء والتفاوض وإشراك المريض في الخطة العلاجيـــة، وشـــرح المـــرض وأعراضه ومضاعفاته بأسلوب بسيط يجعل المريض يتعـــرف أكثـــر علـــى مرضـــه ومضاعفاته وهذا ما يجعله مدركا أكثر لحالته الصحية مما يجعل منه فردا أكثر قابليـــة لتلقي التعليمات الطبيبة بالقبول، مما يرفع من درجة تقبل العلاج لديه.

4. النماذج النظرية المفسرة لتقبل العلاج :

ظهرت محاولات عديدة على شكل نماذج ونظريات حاولـــت تفسير السلوك الصحي، وقد ركزت بعض هذه النماذج على أسباب وعوامل ظهور ســـلوك عدم تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بالأمراض العضوية والنفسية المزمنة، ولعـــل أهم النماذج المعروفة والأكثر استخداما في مجال علم نفـــس الـــصحة والتـــي تنـــاول موضوع تقبل العلاج هي هذه النماذج:

1.4 أنموذج المعتقدات الصحية (Rosenstock 1974):

ظهر هذا الأنموذج في بداية الأمر، من قبل (Rosenstock 1974) من أجل فهم وتفسير السلوكيات الوقائية لدى الأفراد وكان مجديا في مجال التطعـــيم، والوقايـــة من ضغط الدم و التدخين، ثم بعد ذلك طور الأنموذج للتنبؤ وتفسير السلوكيات المتعلقة بالصحة، معتمدا في ذلك إلى إمكانية تبني الفرد سلوكا صحيا تتوقف على إدراك خيارات السلوك المتاح و ذلك من خلال تقييم المتغيرات التالية:

– التهديد المدرك المرتبط بالمرض: و الذي يقوم على درجة إحساس الفرد بالهشاشة إزاء المرض (قابلية الإصابة).

– الشدة المدركة: و يتعلق بمعتقدات و مشاعر الفرد حول خطورة نتائج المرض، كالخوف من أن يؤدي إلى الموت أو أن يتفاقم إذا لم يلتزم بعلاجه.

– المكاسب المدركة: و تتعلق بمعتقدات الفرد حول مدى نجاعة سلوكات تقبل العلاج الهادفة إلى التخفيف من تهديد المرض.

– العوائق المدركة: و تتمثل في العراقيل التي قد تعيق ممارسة السلوك الصحي، أي في هذه الحالة تقبل المريض للعلاج، كانت جسدية أو نفسية أو مادية أو زمنية ... الخ. (عثمان، 2001، ص 32).

– السبل لتنفيذ السلوك:

منها الداخلية المتمثلة في أعراض المرض أو الخارجية المتمثلة في نصائح الطبيب أو القائمين بالرعاية الصحية، و تكمن أهمية هذا الأنموذج بخصوص تقبل العلاج في الأخذ بعين الاعتبار دور و أهمية التقييمات التي يكونها المرضى عن الوصفات و الأدوية الطبية، و بالمعتقدات المرتبطة بالسيرورة العلاجية، و بالتهديد المدرك الذي يشكله المرض في حد ذاته. (رحاحلية، 2010، ص 75).

ولقد اتفــق معظم العلماء على أن أنموذج المعتقدات الصحية هو أفضل النماذج لدراســة الــسلوك الصحي وذلك لأنه يتميز بالوضوح كما أنه نتيجة لدراسات نظرية وتطبيقية دقيقة، كما أنه يتضمن معظم ما توصلت إليه دراسات السلوك الــصحي مــن نتــائج و يعرض عمليات و ميكانيزمات محددة تربط ما بين المتغيرات الاجتماعية والــسلوك الــصحي الفردي. (رشيد، 2012، ص 67).

ويقوم أألنموذج المعتقدات الصحية على أساس نظرية نفــسية ســلوكية مفادهــا أن سلوك الشخص يتحدد عن طريق دوافع داخلية تدفع الفرد نحو تحقيق أكبــر قــدر من الحاجات أو الأهداف الخارجية، وهو يمثل اتجاها يرتكز على نتائج التوقــع علــى أساس القيمة، كما أنه اتجاه يحاول و صف عملية اتخاذ القرار كسلوك يكون مــصحوب بحالة التردد أم عدم الثقة، ويرى إمكانية التنبؤ بالسلوك عن طريــق قيمــة مجموعــة الأهداف التي

يرغب الفرد في تحقيقها، وعن توقعات الفرد ذاته بأن سلوكا معينا سوف يحقق هذه الأهداف. (مفتاح، 2010، ص 34).

ويفترض هذا الأنموذج أن النــاس عــادة لا يحــاولون اتخــاذ إجــراء الوقايـــة مــن المــرض أو مقاومتــه إلا إذا كــان لــديهم حــد أدنــى مــن الــدوافع الــصحية والثقافــة الصحية، وكانوا يرون أن احتمال تعرضــهم للمــرض وتهديــده لهــم هــو احتمــال قــائم وبالتالي يقتنعون بجدوى محاولــة الوقايــة و العــلاج، ويتضــمن هــذا الأنموذج مبادئ هي: (عثمان، 2001، ص 32).

- ✓ استعداد الفرد للقيام بسلوك صحي معين يحدد نتائجه وآثاره.
- ✓ تقييم الفرد لفائدة هذا السلوك المقترح ومقارنة هذه الفائدة بما يرتبط بهذا السلوك من تكاليف وأضرار أو معوقات جسمية أو اجتماعية.
- ✓ وجود مثير لسلوك يدفعه نحو البحث عن السلوك الصحي المناسب، قد يكــون المثير داخليا (الأعراض المرضية) أو خارجيا (وسائل الإعلام).

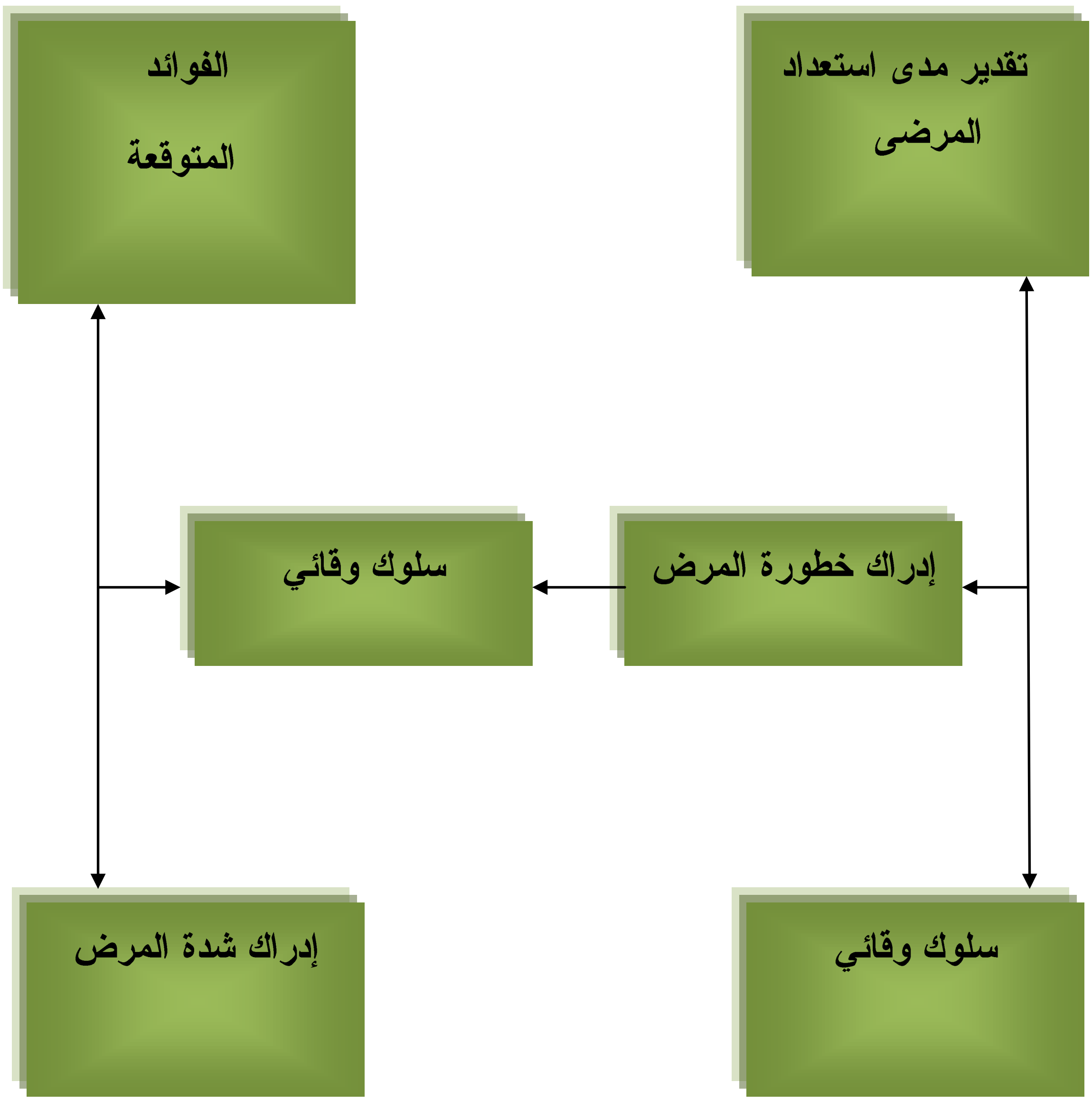
ويتلخص تفسير السلوك الصحي أو السلوك المرضي عن طريق أنموذج المعتقــدات الصحية في نقطتين أساسيتين:

أ. أن السلوك الصحي للفرد تجاه مشكلة صحية معينة تتحدد عن طريق ما يــراه هذا الفرد من احتمالات تعرضه لهذه المشكلة (المرض).

ب. أن السلوك يتحدد من خلال صراع الأهداف والدوافع وأن هذا الــسلوك يتجــه أو يتبع أقوى الدوافع وأكثرها قيمة في رأي الفرد وعلى الــرغم أن العوامــل الديموغرافية والاجتماعية والشخصية المتنوعة تؤثر على الــدوافع و الخبــرات والمعلومات الصحية للشخص فإنها لا تعتبر أسبابا مباشرة للــسلوك الــصحي وإنما تعتبر عوامل تؤثر في أبعاد المعتقدات حسب أنموذج المعتقدات الــصحية الذي يحدد السلوك الصحي.

ولقــد اســتخدم أنمــوذج المعتقــدات الصــحية فــي دراســة تقبــل العــلاج لــــدى مرضـــــى ارتفـــاع ضـــغط الـــدم Nelson et coll (1987)، ومرضـــى الســكري Alogna (1980)، وإجـــراء الفحــص الــذاتي للثــدي لــدى النســاء

المعرضـــات لخطـــر الإصـــابة بســـرطان الثـــدي 1984 calnan، والالتـــزام بالحميـــة الغذائيـــة 1992 Urban et coll، وقـــد أكـــدت العديـــد مـــن الأبحـــاث ملائمـــة الأنمـــوذج لاســـتخدامه واقعيـــا لوضـــع اســـتراتيجيات لتحســـين تقبـــل العـــلاج، كمـــا أثبتـــت فعاليتـــه فـــي مجـــال الأمـــراض المزمنـــة. (Fisher, 2008, p 233).



شكل رقم (3) أنموذج المعتقدات الصحية (عثمان يخلف، 2001، ص 33)

2.4 أنموذج مراحل التغيير:

تم بناء أنموذج مراحل التغيير من طرف كل من (Diclimente et Prochaska 1994) و صمماه ليعنى بتحديد المراحل التي يمر من خلالها تغيير سلوك معين، وتعتبر الدافعية حجر الزاوية في هذا الأنموذج، ولهذا يعتقد العالمان أن تغيير سلوك ما يحدث من خــلال مراحــل الدافعيــة الخمسة، ووفق السياقات الخاصة بكل مرحلة، وتمثل مراحل التغير بعدا زمنيا والــذي بدوره يسمح بالتعرف على التعديلات والتغيرات التــي مــست الحــدس، الاتجاهــات أو السلوك، وكذلك وقت ظهورها حسب تلك المراحل، كما تسمح هذه المراحل أيــضا بتحديد وضع الدافعية ولكن دون التنبؤ بها، أما سياقات التغيير فهي تمثل البعد الثــاني لهذا الأنموذج فهي توضح لنا الطريقة أو الكيفية التي حصل بها التغيير أي كيف يحدث التعديل والتغيير عند الفرد على مستوى سلوك معين وتعرف سياقات التغيير على أنها سلوكات أو معارف خاصة تسهل المرور من مرحلة إلى أخرى، كما أنها تــؤدي دور الموجه لتقدير وتقييم مدى تغيير المريض وتبنيه لسلوكات صحية. (Prochaska et al,1997, p 244).

ويعتمــد مســار التغييــر حســب الأنمــوذج علــى المراحــل الخمســة الآتيــة: (مفتاح، 2010، ص ص 39 40).

❖ **مرحلة ما قبل التغيير:**

خلال هذه المرحلة يكون المفحوص غير مقتنع بفكرة التغيير أو تعديل الــسلوك وهذا خلال الستة أشهر من المشكلة الصحية، وذلك نتيجة ميكانيزم الــرفض (رفــض الواقع) أو نتيجة نقص المعلومات أو عدم صحة المعلومات التي تم الحــصول عليهــا حول المرض مثلا، إذ أن المريض في هذه المرحلة ليس عاجزا عن رؤية الحل وإنما عاجز عن رؤية المشكل في حد ذاته.

لذلك فإن أفراد العائلة أو الأصدقاء هم الذين يلاحظون أو يشعرون أن للفــرد ســلوك مشكل، مما يستدعي تدخلهم من أجل تقديم المساعدة للمريض من أجل تغيير سلوكه.

❖ مرحلة التأمل:

خلال هذه المرحلة يشعر المريض أن هناك سلوك مشكل ويفكر جليا في التغلب عليه سواء بتعديله أو تغييره، ولكن لم يأخذ بعد المبادرة للفعل ويعرف Chestreton هذه المرحلة كالأتي:" يعرف الفرد إلى أين يتجه ولكن ليس جاهزا بعد للذهاب"، فالمريض في هذه المرحلة يقوم بعملية تقييم الجوانب الإيجابية والسلبية للسلوك المشكل كما يحدد درجة الجهد والطاقة التي سوف يبذلها من أجل تعديل أو تغيير هذا السلوك، فمثلا حالة المدخن الذي يرغب في التوقف عن التدخين يفكر أولا في الأضرار الصحية الناتجة عن هذا التدخين المزمن، ولكن يفكر أيضا في أهمية هذه السجائر في التقليل من الضغط اليومي الذي يعيشه، وهنا نجد الصراع بين رغبتين وكنتيجة لهذا يأخذ المريض أو المفحوص وقتا طويلا خلال هذه المرحلة وذلك حتى يستقر على قرار المبادرة ولكن أن تكون هناك نية التغيير.

❖ مرحلة الإعداد وأخذ القرار:

وهي مرحلة النية في التغيير وتكون في الشهر قبل التغيير مع ظهور بعض التعديلات الملحوظة، فالشخص هنا يظهر رغبة في الفعل والعمل ويقدم على خطوات تغيير السلوك المشكل ولكن دون أن يصل بعد إلى الامتناع الكلي عن السلوك.

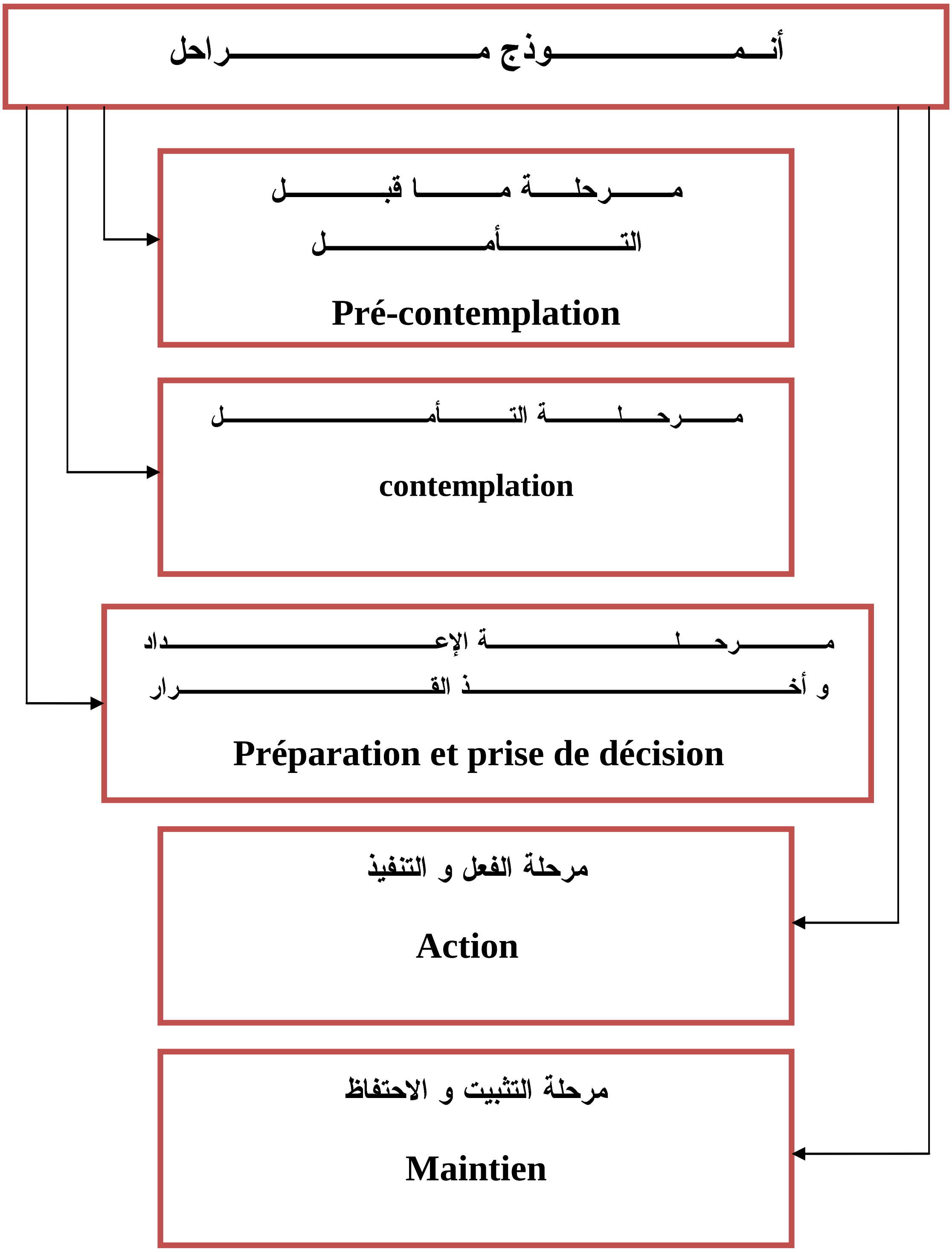
❖ مرحلة الفعل والتنفيذ:

خلال هذه المرحلة يغير المفحوص فعلا سلوكه وكذا المتغيرات المحيطة به ويلتزم بهذه التغيرات التي حصلت، ويكون التغيير في السلوك المشكل واضحا ويلاحظه الجميع، ويصب المفحوص اهتماماته في "الفعل" والتغيير، ولكن يتناسى جهد الحفاظ على هذا التغيير، لأن استمرار السلوك الإيجابي المكتسب هو الذي يضمن فعالية هذه المرحلة ويحتاج المفحوص خلالها إلى زيادة فعالية الذات وكذلك التعزيزات الإيجابية المستمرة من طرف المشرفين على العلاج، وهذا ما يضمن عدم الانتكاسة.

❖ مرحلة التثبيت والحفاظ :

يعمل المفحوص من خلال هذه المرحلة على تفادي الوقوع في الانتكاسة كما يعمل على تثبيت وتوطيد النتائج التي توصل إليها، ومرحلة الثبات تعني الاستمرارية في السلوك

الإيجابي والقدرة على الحفاظ على السلوك الجديد المكتسب والالتزام به، كي يصل المفحوص إلى تعميم سلوكه على وضعيات حياته أخرى، والشكل التالي يوضح مراحل أنموذج التغيير:



شكل رقم (4) يوضح مراحل تطور أنموذج التغيير (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص 41)

لكن الانتكاسة ممكنة جدا، فكثيرا من الأفراد يظهرون نكوصا إلى مراحل أولية سـابقة، ويجدون مقاومة للتغيير والتعديل، حيث يعودون إلى مرحلة ما قبل التأمل.

3.4 أنموذج التقبل الصحي: (رشيد، 2012، ص 74).

طُور هذا الأنموذج من قبل: heiby et carlson في 1986، وهو نسخة شـاملة لنموذج اجتماعي سلوكي مفسر لمختلف أنماط الامتثال للعلاج (قواعد الصحة، ممارسة التمارين الرياضية، تناول الأدوية..الخ) وقد شمل الأنموذج ثلاث أنواع من التغييرات:

- **السوابق أو المتغيرات الوضعية:** وتحدد حسب ما يلي:
  - خصائص العلاج: التركيز، الطعام، اللون، تعقيد الجرعات تعبئة الدواء.
  - نوعية المعارف المقدمة على نوع وأهداف العلاج، التكييف مع أسلوب الحياة الجديدة.
  - نوعية المعلومات المقدمة كتابية شفهية، أشرطة .. الخ.
  - متابعة المريض وعدد المعاينات، وكذلك الدعم العائلي والاجتماعي ونوعيـة العلاقة طبيب/مريض.
- **العوامل الفردية الذاتية:**

وتتضمن العوامل الفردية كل ما هو متعلقـة بـادراك المريض لوضعيته كمريض، ومعتقداته و ادراكاته المرتبطة بفعاليـة العـلاج، وكذلك الثمن المدرك والخطورة المقدرة ودرجة الرضا التي يشعر بها المريض.

- **النتائج:**

وهي تتعلق بالمنافع أو المساوئ الناجمة عن العوامل الذاتية المختلفـة بإدراكات المريض الذاتية، وهذه المنافع قد تكون:

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

أما المساوئ فتكون:

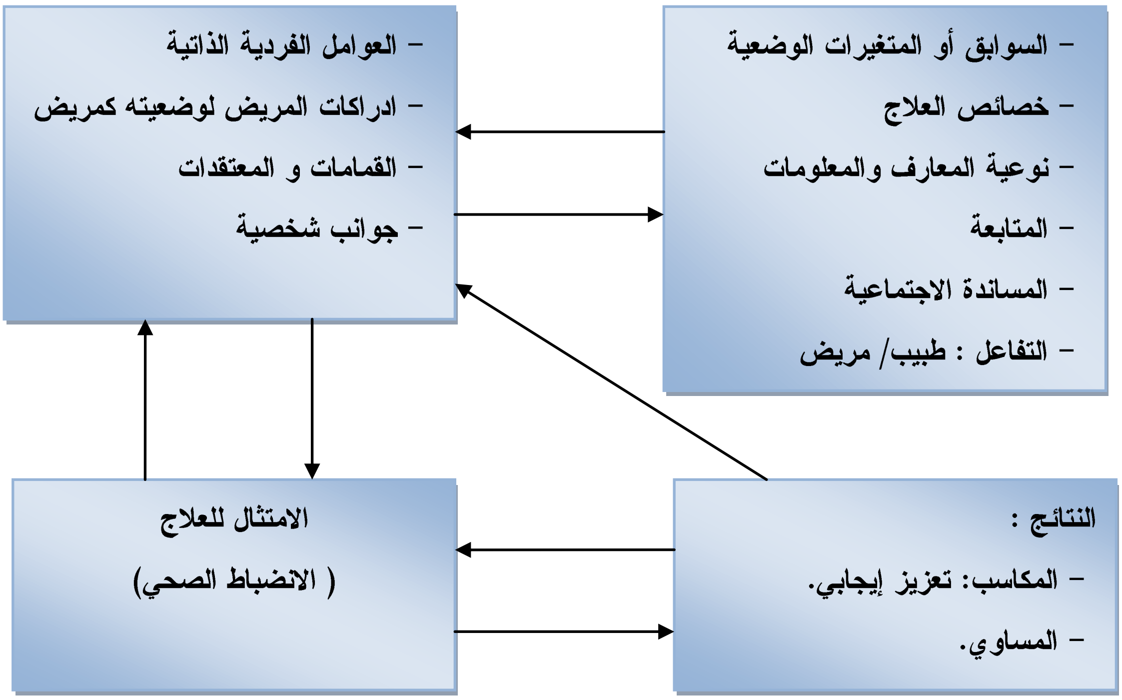
- اجتماعية: صفة المرض وأعراضه في المجتمع.
- جسدية: زيادة حدة المرض ومضاعفاته.

- مادية : زيادة تكاليف العلاج الباهظة.

وقد اعتبر هذا الأنموذج أن الانضباط الصحي يتم تبعا للسوابق ولنتائج السلوك القائم دون إغفال الطريقة التي يعيش بها الأفراد ويحسون فيها بالامتثال للعلاج عبر الآثـــار (النتائج المباشرة أو غير المباشرة) التي تحدث في حياتهم، وهناك مستويين للعوامل مكاسب/ مساوئ للامتثال للعلاج:

- في إطار العوامل الفردية للامتثال للعلاج هناك مكاسب ومساوئ مدركة قبل السلوك، هذا الإدراك يعد بمثابة محدد للانضباط الصحي.
- في إطار النتائج: يتعلق الأمر بالمكاسب والمساوئ المدركة والمعاشة بعد السلوك المتبني (الامتثال أو عدم الانضباط) أي نتائج الامتثال للعلاج.

وتعمل هذه العوامل ضمن حلقة تغذية رجعية وتــؤثر علــى الــسلوكات الداخليــة المرتبطة بالعلاج في حد ذاته أو غيرها من السلوكات الأخرى.وتسمح هــذه المقاربــة بدينامكية الأنموذج وبالأخذ بالحسبان عامل الوقت وتأثيره وهو ما لم لا يطرح في باقي النماذج النظرية الأخرى.(gauchet, 2008, p 60).



شكل رقم (5) يوضح أنموذج التقبل الصحي لــ Heibyet et Carlson 1986 (Guachet, P60).

4.4 أنموذج التمثلات الصحية leventhal 1980 :

ظهر هذا الأنموذج على يد leventhal بين سنة: 1980 و 1984، وهو قائم على الفكرة التي مفادها الاستجابات السلوكية للتهديدات الصحية هي نتائج للتصورات المكونة من قبل المرضى حول المرض الذي يعانون منه (reach, 2006, p 42).

كما استخدم هذا الأنموذج لتفسير سلوكات الانضباط الصحي انطلاقا من إدراكات مرض معين وهذا من خلال مجهودات الفرد للتصرف إزاء المرض والأعراض و النتائج الناجمة عنهما، ويستند هذا الأنموذج إلى ثلاث مسلمات أساسية هي:

- أن الفرد هو عامل فعال (نشط) في حل مشكلته، فهو يسعى إلى تخفيض الفارق بين حالته الصحية الراهنة والحالة الصحية التي يتطلع إليها.
- التمثلات المعرفية والانفعالية لتهديد المرض التي توجه سيرورة التكيف وتقييم مخطط التصرف الذي سيتم تنبيه.
- تفترض أن هذه التمثلات هي خاصة بكل فرد ويمكن أن لا تتفق مع الحقيقة الطبية، وهي تصورات محددة اجتماعيا تتهيأ انطلاقا من القيم الاجتماعية الثقافية، وهذه السيرورة يمكن أن تختلف سواء بالنسبة للطريقة التي يفكر بها فرد يتمتع بصحة جيدة حول أمراض معينة، أو بالنسبة للطريقة التي يحدد فيها فرد مريض معنى مرضه. (gauchet, 2008, p 61)

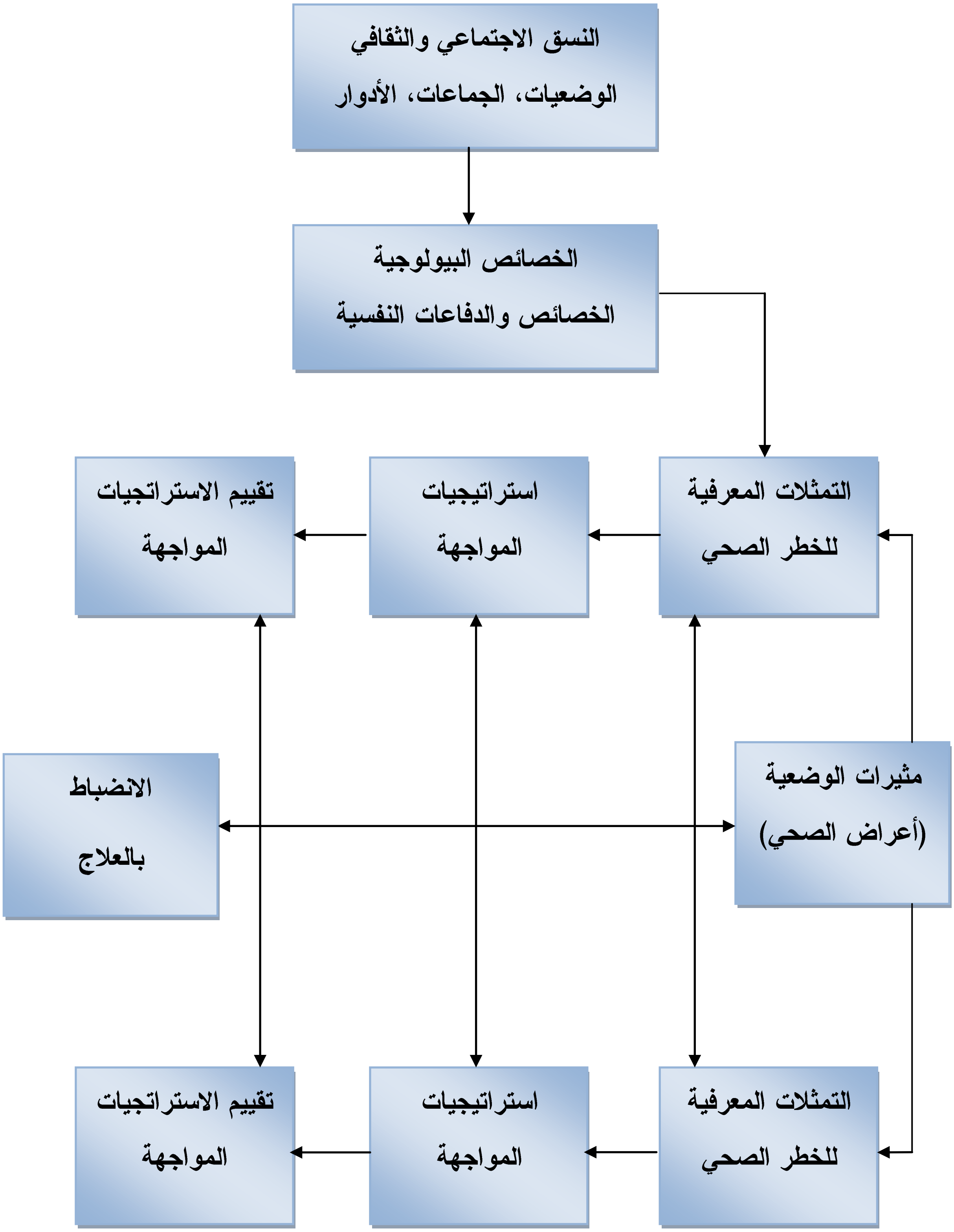
وتنظم السلوكات المرتبطة بالمرض تبعا لهذا الأنموذج باشتمالها على خمس مكونات أساسية هي:

- **الهوية:** أي التسمية التي يطلقها المريض على مرضه وأعراضه.
- **السبب:** أي العوامل التي يعزو إليها المريض سبب مرضه.
- **البعد الزمني:** وهي المدة المفترضة من قبل المريض لمرضه (مرض مزمن، حاد).
- **الآثار:** أي نتيجة المرض وعواقبه الواضحة بالنسبة للمريض.
- **العلاج:** والذي يلجأ إليه المريض بحثا عن الشفاء والاستقرار. (Fisher, 2006, p 40).

ولفهم التقبل الصحي، اقترح هذا الأنموذج حلقة تنظيم بين التصورات المكونة من قبل المريض حول مرضه من جهة و الإجراءات التي يستخدمها لمواجهة التهديدات الصحية و تشمل المراحل التالية (Reach, 2002, p42) :

- **التمثل المعرفي للمرض:** أي تنظيم المعلومات المختلفة المغذاة من قبل المحيط وتحدد هذه التمثلات حسب حجم المعلومات وصحتها التي يستقيها المريض، فالمريض يسعى إلى فهم أعراضه ومرضه، لهذا يكون تمثلات معرفية ونماذج سلوكية تسمح له بمواجهة الأخطار الصحية التي قد يتعرض لها، ويستقي المريض معلوماته من الأصدقاء و العائلة، الفريق الطبي ووسائل الإعلام أو من خلال أعراضه أو تجارب سابقة.
- **الاستجابة الانفعالية للمرض والعلاج:** وتنتج أساسا عن تصورات المريض لتحديد المرض وإدراكه لأهمية العلاج.
- **التسيير المتبني تبعا للتمثلات:** أي الطريقة التي يواجه بها الفرد الوضعية المرضية، سواء بتبني السلوك الصحي من خلال الانضباط بالعلاج طلبا لتحسين حالته الصحية أو من خلال التركيز على تنظيم الانفعالات والتقليل من الآثار السلبية للمرض وما ينجم عنه من ضغط انفعالي.
- **التقييم الذي يقوم به الفرد فيما يتعلق بالاستجابات المنفذة:** يقوم المريض بتقييم مدى نجاح استراتيجيات المواجهة التي تبناها، وكنتيجة لذلك يقوم بتعديل التمثلات المعرفية والاستجابات الانفعالية المرتبطة بالمرض ويتبنى استراتيجيات مواجهة أكثر فعالية.

إن آلية التغذية الرجعية تسمح بتفسير تطور التنظيم الذاتي العائد إلى تعديلات المعلومات و التمثلات وتبني أنماط استراتيجيات مواجهة جديدة. (gauchet, 2008, p62).



شكل رقم (6) نموذج التنظيم الذاتي للصحة Leventhal 1980-1984 (Gouchet, 2008, P63).

5.قياس تقبل العلاج:

يعتبر قياس تقبل العلاج من المشاكل التي تعتــرض البــاحثين و القــائمين على الرعاية الصحية للمرضى، خاصة المزمنين منهم، لهذا فقــد اختلــف البــاحثين والمختصين في الطرق المستعملة من أجل تقييم وقياس تقبل العلاج لــدى المرضى.

غير أنه يبقى في كثير من الأحيان معيارا مهماً مــن أجــل نجــاح البرنــامج العلاجــي الذي يرسمه المختصين، وعلى العموم هناك عـــدة طـــرق لقيـــاس تقبــل العــلاج لدى المرضى، وهذه الطرق تختلف بــاختلاف طبيعــة المــرض (حــاد – مــزمن)، وحسب سن المريض (صغير– راشد – متقدم فــي الســن ..) ويمكــن تقســيم طــرق قياس تقبل العلاج إلى قسمين رئيسيين هما: (رشيد،2012 ص ص 77 78).

1.5 القياس المباشر لتقبل العلاج:

ويشمل عددا من الطرق منها :

- الطرق البيولوجية وهذا بالتحاليل المخبرية (الدم، البول) إذ من خلال هذين المؤشرين يكشف الطبيب مدى تمركز أثار الأدوية التي تناولها المريض.
- وزن المريض، ففي كثير من الأمراض التي تستوجب نظام غذائي خاص ولتجنب زيادة الوزن يلجأ الطبيب مباشرة لوزن المريض ومقارنة وزنه بــآخر فحص لمعرفة مدى انضباطه واندماجه في الخطة العلاجية.
- الملاحظة المباشرة إذ يقوم الطبيب بملاحظة مريضه أثناء الفحص من خلال هذه الملاحظة يقيم حالة مريضه.
- ملاحظة أثر العلاج من خلال تناقص الأعراض أو زوالها وتحسن الحالة الصحية للمريض.
- ملاحظة الآثار الجانبية للعلاج، (Drouin, 2004, P48).

2.5 القياس غير مباشر لتقبل العلاج:

وتشتمل على:

- المقابلة مع المريض.
- احترام المواعيد الطبية.
- الحكم الذاتي الذي يصدره المريض عن العلاج الذي يتلقاه.
- حساب الأدوية المتناولة من طرف المريض.

خلاصة:

إن تقبل العلاج أو الامتثال الجيد لدى مرضى السكري يعد من أهم العوامل المساعدة في تجنب مضاعفات المرضى خاصة على الكلى و العينين، إذ بإمكان المريض المتقبل للعلاج والمنخرط في البرامج العلاجية أن يعيش لسنوات طويلة عن طريق النظام الخاص به، أما المرضى غير المنخرطين بصورة جيدة في البرامج العلاجية فكثيرا ما يصابون بأمراض أخرى مثل أمراض الكلى و العمى، والأسوأ من ذلك أن هناك الكثير من مرضى السكري يموتون ليس بسبب مرض السكري، بل نتيجة عدم تقيدهم بالحمية الغذائية خاصة عند تناول الأطعمة الغنية بالسكر الذي إذا زادت نسبته كثيرا في الدم تؤدي إلى انسداد الشرايين و بالتالي إلى الموت بسبب السكة القلبية.

الفصل الرابع: داء السكري

تمهيد

1. تعريف داء السكري.

1.1 داء السكري لغة.

2.1 داء السكري اصطلاحا.

2. أنواع داء السكري.

1.2 داء السكري المعتمد على الأنسولين (النمط I).

2.2 داء السكري غير المعتمد على الأنسولين (النمط II).

3. العوامل المهيأة لداء السكري.

1.3 الوراثة.

2.3 الســـن.

3.3 الجنس.

4.3 العرق.

5.3 البدانة.

4. أعراض داء السكري.

5. مضاعفات داء السكري.

6. تشخيص داء السكري.

7. معالجة داء السكري.

خلاصة

تمهيد:

لقد صنفت المنظمة العالمية للصحة مرض السكري بداء القرن الواحد و العشرين، كما أثبت بأن التغلب عليه سواء استدعى علاجا طبيا أو لا، يتطلب اتخاذ تدابير جيدة للحفاظ على الصحة الجسمية و النفسية، حيث يجب أن يلتزم المريض بـ (تغذية ملائمة و ممارسة تمارين رياضية). حتى يتمكن من المحافظة على نسبة السكر في الدم و بالتالي يتفادى مخاطره و مضاعفاته.

و يصيب السكري عددا كبيرا من الأفراد في العالم، و هو عدد في تزايد مستمر حيث تتوقع منظمة الصحة العالمية (OMS) أن يصل عدد المصابين في سنة 2025 إلى ما يقارب 400 مليون مصاب في العالم. و مع أن السكري لا يشكل سببا مباشرا للوفاة في حد ذاته، إلا أن المضاعفات الصحية المعقدة التي تنتج عنه هي التي تؤدي إلى الوفاة، حيث تتراوح هذه المضاعفات بين الاضطرابات القلبية الحادة و العجز الكلوي. (فاطمة، 2009، ص 92).

و لذلك سنعرض في هذا الفصل كلا من: تعريف داء السكري، أنواعه، العوامل المهيأة له، أعراضه، مضاعفاته، تشخيصه، علاجه.

1.تعريف داء السكري: Définition du diabète

1.1 تقبل العلاج لغة:

كلمة "Diabète" مشتقة من فعل يوناني، و يعني: "الانتقال عبر Passer à travers" هذا يعني أن الكلية لا تقوم بتصفية المواد التي تمر بها.(Pacaud.G, 1995, p 11).

و سُكَّريّ: (اسم) في المعاجم العربية: اسم منسوب إلى سُكَّر البوْل السُّكَّريّ / الدَّاء السُّكَّريّ : وهو مرض من أهمّ أسبابه نقص هرمون الأنسولين الذي ينظِّم احتراق السُّكَّر في خلايا الجسم، يسبِّب إفرازًا مفرطا للبول، واستمراريَّة الإحساس بالعطش.

(http://www.almaany.com/ar/dict/ar-ar)

2.1 داء السكري اصطلاحا:

- **يعرف الدكتور محمد ظافر وفائي داء السكري:** على أنه مرض وراثي تتوقــف فيــه غدة البنكرياس عن تأمين القدر من إفراز الأنسولين، و بهذا لا يعود البدن قادرا علـــى استعمال المواد الغذائية (السكريات و الشحوم) بالشكل الكامل. مما يؤدي بالتالي إلـــى وقف تحول النشويات و الأغذية المكونة للنشويات إلى الطاقة اللازمة لديمومة حيـــاة خلايا الجسم المختلفة و الحفاظ على وظائفها بشكل طبيعي. و يبدأ الخلل أولا بتزايـــد كمية الســـكر (glycémie) فـــي الـــدم و هـــو مـــا يســـمى فـــرط ســـكرية الـــدم (hyperglycémie)، و ثانيا بتواجد السكر في البول.(محمد، 1981، ص 13).
- **و عـــرف مـــرض الســـكري:** أنـــه مـــرض (اســـتقلابي إيضـــي) مـــزمن يتميـــز بزيـــادة مســـتوى الســـكر فـــي الـــدم (hyperglycémie)، نتيجـــة لـــنقص نســـبي فـــي الأنســـولين فـــي الـــدم أو لخلـــل فـــي تـــأثير الأنســـولين علـــى الأنسجة (Moline. J, 1992, p 230).
- **كمـــا عـــرف مـــرض الســـكري:** أنـــه مـــرض مـــزمن يحـــدث عنـــدما يعجـــز البنكريـــاس عـــن إنتـــاج مـــا يكفـــي مـــن الأنســـولين أو عنـــدما يكـــون الجســـم غيـــر قـــادر علـــى اســـتخدام الأنســـولين بشـــكل فعـــال. وهـــذا يتـــرجم إلـــى مســـتوى الســـكر فـــي الـــدم حيـــث تكـــون نســـبته (glycémie) عاليـــة: وهـــذا مـــــا يســـــمى ارتفـــــاع الســـــكر فـــــي الـــــدم. (www.lilly.fr/fr/maladie/diabete/definition.aspx).
- **و عـــرف أيضـــا عقيـــل حســـين داء الســـكري:** أنـــه متلازمـــة Syndrome ارتفاع سكر الـــدم تحـــدث بســـبب نقـــص كلـــي أو نســـبي لهرمـــون الأنســـولين و أعراضـــه ترجـــع إلـــى تغييـــرات فـــي اســـتقلاب الجلوكـــوز و الـــدهون و البروتينـــات، و هـــذه التغيـــرات قـــد تـــؤدي إلـــى مضـــاعفات كلويـــة أو شـــبكية أو شريانية أو عصبية.(عقيل، 1993، ص 25).

و عرفت منظمة الصحة العالمية فـــي صـــحيفة وقـــائع رقـــم 312، ســـبتمبر 2012 داء السكري كالآتي:

- السكري مرض مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عـــن إنتـــاج مـــادة الأنســـولين بكمية كافية، أو عندما يعجز الجســـم عـــن اســـتخدام تلـــك المـــادة بشـــكل فعـــال. والأنسولين هرمون ينظّم مستوى السكر في الـــدم. وارتفـــاع مســـتوى الســـكر فـــي الدم من الآثار الشائعة التي تحدث جـــرّاء عـــدم الســـيطرة علـــى الســـكري، وهـــو يؤدي مع الوقت إلى حدوث أضرار وخيمـــة فـــي الكثيـــر مـــن أعضـــاء الجســـد، وبخاصة في الأعصاب والأوعية الدموية.(OMS, 2012). (http://www.who.int/mediacentre/factseet/fs312/ar)

2.أنواع داء السكري:

يوجد نمطين لداء السكري تتمثل النمط و النمط II، وهذا بالاستناد إلـــى ســـبب الإصـــابة (الإيتوباتولوجية) لدى كل نمط كالآتي:

1.2 داء السكري المعتمد على الأنسولين (الـــنمط I): تحطـــيم لخلايـــا بيتـــا (β) فـــي البنكرياس التي تفرز الأنسولين (فقدان الأنسولين تماما في الـــدم)، بـــــــواســـطـــــة أضـــداد ذاتـــيـــــة Auto – antibodies في دم المـــصاب، ويحتاج الشـــخص منـــذ البدايـــة للأنســـولين لكـــي يعـــيش وهـــو معـــرض للإصـــابة بحمـــاض الـــدم (acidocétose).(عليوة، 2007، ص 50).

و يعني هذا أنه لا يمكن للبنكرياس إفراز الأنسولين نهائيا إذ أن خلايا بيتا في جزر لنجرهانز تكون مدمرة.

2.2 داء السكري غير المعتمد على الأنسولين (النمط II): يرتبط السكري من النوع الثاني بعدم فعالية الأنسولين في تنظيم نسبة السكر في الدم و يعرف بوجود خاصيتين هما مقاومة الأنسولين (Résistance à l'insuline) و انخفاض مستمر في القدرة على إفراز الأنسولين (insuline sécrétion).(Gerich, 1998).

و يعني أنه ما يزال الأنسولين يفرزه البنكرياس و لكن بكمية أقل من حاجة الجسم لذا تستخدم أدوية السكر الفموية لحثه على زيادة الإفراز.

و فيما يلي جدول يلخص الفروق بين النوعين:

جدول رقم (01): يوضح الفروق بين السكري من النمط I و السكري من النمط II : (عقيل، 1993، ص 46).

المقارنة	السكري المعتمد على الأنسولين (النمط ا)	السكري غير المعتمد على الأنسولين (النمط اا)
السن المحتمل فيه بدأ الإصابة	أقل من 30 سنة	بعد 40 سنة
الوزن	الغالبية نحيلون	90 % سمان
مستوى الأنسولين في الدم	معدوم	ناقص أو زائد مع مقاومة ضده
تاريخ المرض في العائلة	قليل	واضح بكثرة
حدوثه بين التوائم	منخفض النسبة	عالي النسبة
العلاقة الوراثية	غير مؤكدة	مؤكدة
شكل خلايا جزر لنجرهاز	فقدان خلايا بيتا لإصابتها بالفيروسات أو مضاد الأجسام	زيادة خلايا بيتا مع نقصان حجمها
أشهر أسباب الوفاة	الفشل الكلوي بسبب تلف الأوعية الدموية	جلطة القلب و الصدمة الدماغية بسبب تلف الشرايين الصغيرة
نوع العلاج	المعتمد على حقن الأنسولين	الحمية، الرياضة، الدواء عن طريق الفم

و تجدر الإشارة إلى أن هناك أنواع أخرى من داء السكري تتمثل في:

3.2 داء السكري الحملي:

كل امرأة يجب أتعرف سكر دمها قبل الحمل لاستبعاد أن يكون السكر المرتفع لدى الحامل سببه مرض السكر سابقا.

فالمرأة المستعدة للإصابة بالسكر الحملي يظهر لديها خلال الفصل الثاني أو الثالث من الحمل. و إذا كان مستوى السكر عند المرأة الحامل 105 ملغ/100 مل أو أقل و هي صائمة و بعد ساعتين أقل من 120 ملغ/100 مل فإنها تعتبر طبيعية.

أما إذا كان بعد ساعتين ما بين 120 ملغ إلى 164 ملغ / 100 مل فيعتبر اختلال في الجلوكوز. أما تجاوز 105 ملغ / 100 مل أثناء الصوم و 190 ملغ/100 مل بعد ساعة و 165 ملغ/100 مل بعد ساعتين و 145 ملغ/100 مل بعد ثلاث ساعات بعد تعاطي 100 ملغ جلوكوز فتعتبر الحامل مصابة بالسكر الحملي و في هذه الحالة يجب أن تعالج المرأة الحامل إما بالتنظيم الغذائي إذا كان ارتفاع السكر خفيفا – و ليس بنقصان الوزن – أو بالأنسولين إذا لم ينفع التنظيم الغذائي و حتى انتهاء الحمل ثم إيقافه بعد ذلك بفترة التأكد من اختفاء و تراجع سكر الدم إلى المستوى الطبيعي، و لا تستخدم مضادات السكر الفموية لمضارها المتعددة. و حسب الإحصائيات فإن 50 % من النساء يصبن بمر السكر بعد 15 سنة من ذلك الحمل الذي ظهر في السكر.(عقيل، 1993، ص 51).

4.2 داء السكري الاستوائي:

و هو يعتبر نوعا مميزا من مرض السكر، و جد في الدول النامية سيئة التغذية و بالذات على خط الاستواء و ما يقرب منه أن نسبة الإصابة عالية و في مجموعة من الناس مخالفة لمجموعتي مرض السكر النمط 1 و النمط 2 و تجتمع في مجموعة هذا النوع الصفات التالية: (عقيل، 1993، ص ص 51 52).

- يبدأ في سن ما قبل الثلاثين.
- يوجد في تاريخ المرض فترة سوء تغذية شيدية.
- يحتاج علاجه إلى الأنسولين، و لكنه لا يصل إلى حالة الحماض الكيتوني في حالة توقف المعالجة بالأنسولين، و ذلك لوجود إفراز قليل من الأنسولين الداخلي.
- مقاومة هذه المجموعة للأنسولين متقبلة من وقت لآخر.

3. العوامل المهيئة لداء السكري: (محمد، 1981، ص ص 18 20).

هناك خمسة عوامل تلعب دورا كبيرا في التهيئة لداء السكري و هي: الوراثة، السن، الجنس، العرق، و البدانة.

1.3 الوراثة hérédité: إن الأفراد المنحدرين من أسرة قد أصيب أحد أفرادها بداء السكري (سواء كانوا على قيد الحياة أم ماتوا) هم أكثر عرضة للإصابة بداء السكري، من هؤلاء الأفراد الذين لا أثر داء السكري في شجرتهم العائلية.

2.3 السن Age: يندر حدوث داء السكري في الأفراد دون سن الأربعين عاما. و السكري بشكل عام مرض يصيب متوسطي و متقدمي الأعمار. و الجدول التالي يعطينا فكرة تقريبية عن حدوث داء السكري من حيث السن:

جدول رقم (02): يوضح حدوث داء السكري من حيث السن: (محمد، 1981، ص ص 18 19).

السن	حدوث داء السكري
1- 20 سنة	واحد من 2500 فرد
21 – 50 سنة	واحد من 200 فرد
51 – 60 سنة	واحد من 100 فرد
61 – 70 سنة	واحد من 50 فرد

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة حدوث داء السكري تزيد مع زيادة السن.

3.3 الجنس Sex:

لا فرق بين مذكر و مؤنث في السنوات الخمس و العشرين الأولى من الحياة، فكلا الجنسين يصاب بالتساوي، غير أن الميزان ينحرف إلى جنس الإناث بعد هذه السن، و يبدو أن عدد النساء المصابات بعد 25 سنة أكثر من عدد الرجال.

4.3 العرق Race:

لا يبدو أن هناك أية علاقة للعرق بداء السكري، فالبشرية كلها على اختلاف عروقها (أبيض، أسود، أسمر، أو غيرها) تصاب بداء السكري على التساوي.

5.3 البدانة Obésité:

يشكل البدينين حوالي 80 % من المرضى الذين اكتشف داء السكري لديهم حديثا. و من الواضح أن البدانة عند الكهول تسهل انتقال من مرحلة الاستعداد للداء الى مرحلة الداء بكافة أعراضه و مضاعفاته، و أن هذا الانتقال نادر الحدوث في الكهول النحفاء أو المعتدلي الوزن، و يجب لفت النظر هنا الى المسبب الرئيسي للبدانة هو مجمل الحريرات التي يستهلكها الفرد و ليس نوع الغذاء. كما أنه يجب التأكيد على أن استهلاك كميات من السكر أو المربيات لا يعتبر سببا من أسباب حدوث داء السكري. و نعود لنؤكد على أن أفضل وسيلة للوقاية من داء السكري عند الأفراد المنحدرين من أسرة سكرية (بعض أفرادها مصاب بداء السكري) هو الحفاظ على الوزن ضمن الحدود المثلى.

4.أعراض داء السكري:

قد تختلف حدة أعراض داء السكري ومعدل تطورها، اعتماداً على نوع المرض الذي يعاني منه المريض، وتشمل أعراض النوعين الأول والثاني من السكري:

- الشعور بالعطش.
- الجفاف.
- كثرة إدرار البول (البوال).

- عدوى المسالك البولية (مثل التهاب المثانة) أو داء المبيضات.
- فقدان الوزن.
- التعب و البلادة.
- ضبابية الرؤية بسبب جفاف عدسة العين.
- غيبوبة الحماض الكيتوني.(Ketoacidotic coma).

(محمد، 1981، ص 98). نقلا عن (Domart, Bourneuf, 1994).

5.مضاعفات لداء السكري:

مضاعفات داء السكري كثيرة متعددة حيث أنها تمس جميع الأنسجة المتواجدة بجسم المعتل، و من بين هذه المضاعفات ما يلي:

1.5 مضاعفات القلب و الأوعية الدموية:

فالمصابين بداء السكري هم أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب كقصور الشرايين التاجية و ضعف عضلة القلب الى أربع مرات، كما أن خطر الاصابة بالسكتات الدماغية تصل خمس مرات مقارنة بغير المصابين بداء السكري و السبب الرئيسي لهذه الزيادة هو تصلب الشرايين و ضعف وصول الدم محملا بالأكسجين الى خلايا الحيوية نتيجة انسداد الأوعية الدقيقة نظرا لارتفاع شحوم الدم مثل الكوليسترول و الدهون الثلاثية كما أن داء السكري يئثر على الصفائح الدموية التي تلعب دورا أساسيا في تجلط الدم فتزيد من فرص جلطات القلب و المخ، إذن فإن تصلب الشرايين من المضاعفات الرئيسية لمرض السكري خاصة تصلب شرايين القلب، و ما يترتب عليه من أزمات قلبية كالذبحة الصدرية.(أيمن، 1988، ص 21).

و قد وجد أن أكثر من 60 % من المصابين بالسكري النوع الثاني يعانون بعد فترة من ارتفاع ضغط الدم كما أن ارتفاع ضغط الدم في النوع الأول لداء السكري هو دلالة مباشرة على تلف الكليتين و تتضاعف فرص الاصابة بأمراض القلب و الأوعية الدموية في خال مصاحبة ارتفاع ضغط الدم مع داء السكري. (زينب، 2006).

2.5 اضطرابات الكلى:

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

و بهذا يعتبر اضطراب الكليتين من أهم مضاعفات داء السكري التي تصاحبه أعراض معينة، كلزوجة االبول بسبب خروج كمية من البروتينات، و احساس عام بالتعب و الانهاك. (أيمن، 1988، ص ص 13 14).

3.5 مضاعفات البصر:

يعتبر مرضى السكري أكثر المرضى عرضة للاصابة بأمراض العيون مثل "الكتاركت" أو المياه البيضاء و ذلك لأن ارتفاع سكر الدم يؤدي الى ترسب السكر ببروتين العدسة المسؤولة عن الرؤية و يسبب تعتيمها مبكرا مقارنة بهؤلاء غير المصابين بداء السكري، كما أنهم عرضة للاصابة بالمياه الزرقاء او الجلوكما(ارتفاع ضغط العين) نظرا لضيق أو انسداد القنوات لسائل داخل العين الأمامي. (زينب، 2006).

أما مرض ضعف الشبكية فهو من المضاعفات الخطير و يعتبر السبب الأول لفقدان البصر في الولايات المتحدة الأمريكية في حال عدم السيطرة على سكر الدم. و قد لوحظ أن الارتفاع المستمر للسكر بالدم يقلل من نسبة الأكسجين اللازمة لعمل الشبكية مما يضطرها لصنع شرايين جديدة و لكنها للأسف تكون ضعيفة و عرضة للنزف داخل السائل الزجاجي و من ثم تكون الندبات و التليف بالشبكية. (زينب، 2006).

4.5 تلف الأعصاب:

تؤدي مستويات السكر في الدم المرتفعة الى ايذاء الأعصاب اما مباشرة أو عن طريق الحد من تدفق الدم الخاص بها مما يؤدي الى التهاب الأعصاب.

و هناك أنواع متعددة لإلتهاب الأعصاب فمنها الطرفي فيصيب الأطراف بصورة متماثلة باليدين او القدمين فيشعر المريض بالتنميل أو بالآلم أو بفقدان الاحساس، و ذلك عندما تبدأ كميات من السكر أو المركبات السكرية في التجمع داخل العصب، مما يؤدي الى تضخمه و اختلال وظيفته. (أيمن، 1988، ص 17).

5.5 اضطرابات الجهاز المناعي:

إن الارتفاع الشديد لمستويات السكر بالدم تؤدي الى ضعف جهاز المناعة المتمثل في كريات الدم البيضاء بأنواعها المختلفة بالتالي تزداد فرص الاصابة بالأمراض.

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

- **القدمان:**

فمشاكل القدمين لها أهمية خاصة بالنسبة للمصابين بداء السكري بسبب ضعف الدورة الدموية أو تلف أعصاب الأطراف، كما أن مرضى داء السكري يصابون بالعدوى التي تظهر غالبا في القدمين فحتى القرحة الصغيرة يمكن أن تتحول الى مشكلة خطيرة بسبب سوء انتظام السكر بالدم، و التي تتطور شيئا فشيئا لتشكل أكبر خطر على الأطراف و هو مرض الغرغرينا أو الآكال، و معناه موت الجزء الذي تعرض في البداية لقرح بسيطة و يستوجب في هذه الحالة بتر ذلك الجزء المصاب.(خالد، 2007).

- **الجلد:**

عندما لا تتم السيطرة على مستوى الجلوكوز بالدم فإن الجسم يتلخص من السكر الزائد عن طريق التبول و معه كمية كبيرة من السوائل مما يسبب جفاف الجلد و هذا يجعله أكثر عرضة لالتهابات الجلد و للحكة مما يؤدي الى بقع في أماكن الارتكاز كالأرداف و الركبتين و يعتبر الحفاظ على مستوى دقيق للسكر بالدم هو الحل الأمثل ضد جفاف الجلد.(زينب، 2006).

- **الفم:**

يمكن أم يسبب داء السكري أمراضا حادة في اللثة و التهابات صديدة بالأسنان للصغار و الكبار و ذلك لأن ارتفاع معدلات السكر بالدم يجعل اللعاب أيضا غني بالسكريات فيكون الفم عرضة أكثر للبكتيريا المسببة لالتهابات اللثة و الأسنان، و متى بدأ التلوث فإنه من الصعب محاربته.(زينب، 2006).

و كخلاصة لمضاعفات هذا الداء الخطير (داء السكري) و من خلال الاطلاع على بعض المواقع و المقالات في هذا المجال، نستطيع القول أن هذه المضاعفات يختلف ظهورها من شخص لآخر كما تختلف درجتها كذلك لعدة عوامل، إذ أن ظهورها يتعلق بشكل كبير بسن المصاب و جنسه، و كذا درجة تقبله لمرضه و الالتزام بنصائح الطبيب التي تحثه دوما على المحافظة التامة على صحته، و استيعاب العوامل التي أدت الى تعرضه لهذا المرض. و بالتالي فإن على كل شخص أراد الوقاية من هذا الداء (داء السكري) لا بد له من أن يتعرف على العوامل المؤدية اليه ليتجنبها.

6.تشخيص داء السكري: (عقيل، 1993، ص ص 58 60).

تشخيص داء السكري يشمل التفكير بالمرض و الاختبارات المخبرية اللازمة لإثبات ذلك، و على ضوء ذلك يتخذ القرار المناسب للعلاج، فقبل العلاج لا بد من ثلاثة خطوات يجب إجراؤها:

1.6 خطوة التفكير و اكتشاف الإصابة:

التفكير في وجود المرض في حالة الشكوى من الأعراض المتمثلة في: كثرة العطش، الشعور بالتعب، نقصان الوزن، و قد يصل الأمر إلى الإغماء.

2.6 خطوة التشخيص و الفحص:

الاختبارات اللازمة لإثبات ما ذهب إليه تفكيرنا فعندما نشك بأن الشخص البالغ غير الحامل مريض بمرض السكر فإنه يجري فحص دم عشوائي لسكر الدم.

فإذا كان سكر الدم أقل من 115 ملغ/100 مل نستبعد الإصابة بمرض السكر.

أما إذا كان سكر الدم أكثر من 200 ملغ/100 مل فهذا يؤكد الإصابة بمرض السكر.

أما إذا كان سكر الدم أكثر ما بين 115 ملغ/100 إلى 200 ملغ/100 مل فإنه يجب إجراء فحص سكر الدم بعد الصيام، ما بين 10 إلى 16 ساعة فإذا كان سكر الدم بعد الصيام أقل من 115 ملغ/100 مل فإن الشخص صحيح، أما إذا كان أكثر من 140 ملغ/100 مل فإن الشخص يكون مريضا بالسكر.

أما إذا كان بين 100/115 مل إلى 140 ملغ/100 مل فإنه يجب إجراء اختبار تحمل السكر.

3.6 خطوة اتخاذ القرار:

حالما يتم تشخيص مرض السكر فإنه يجب أن يقيم المريض بناء على الظروف المحيطة به أثناء الفحص، إذ أن هذه الظروف سوف تؤثر على أسلوب العلاج و كميتها و مدتها و هذه الظروف تشمل كلا من السمنة، و السن، و الحالة النفسية، و العمل، و العادات، و التدخين، و الأدوية التي يتناولها المريض، و الأمراض المرافقة، و ضغط الدم، وارتفاع الدهون، و الحمل، ... الخ. و منه يتم اختيار العلاج المناسب.

و يمكن تشخيص داء السكري بناء على توصيات الجمعية الأمريكية للسكري "American Diabetes Association" كتالي: (خالد، 2009، ص ص 23 24).

أ. ظهور الأعراض التقليدية للمرض و التي تشمل زيارة إدرار البول "Polyuria"، و العطش "Polydipsia" و فقدان الوزن غير المعروف السبب، مع ارتفاع مستوى تركيز جلوكوز البلازما العشوائي(في أي وقت خلال اليوم بصرف النظر عن وقت تناول الوجبة) الى أو أعلى من 200 ملغ/100 مل (11.1 ميلي مول/لتر).

أو

ب.نسبة الجلوكوز البلازما في حالة الصيام (عدم تناول سعرات حرارية لمدة 8 ساعات على الأقل) تساوي أو أكثر من 126 ملغ/100 مل (7 ميلي مول/لتر).

أو

ج. بعد ساعتين من تناول وجبة الجلوكوز التي تحتوي على 75 جرام من الجلوكوز في البلازما تساوي أو أعلى من 200 ملغ/100 مل (11.1 ميلي مول/لتر).

7. علاج داء السكري:

يهدف علاج مرض السكر إلى إحداث توازن ما بين كمية الغذاء التي تدخل الجسم و كمية الأنسولين من جهة و كمية الطاقة التي يحتاجها الجسم من جهة أخرى، لذا فإنه في حالة حدوث مرض السكر تتم المعالجة بما يضمن إعادة هذا الاتزان بإحدى الطرق التالية: المعالجة بالحمية الغذائية (تنظيم الغذاء)، المعالجة بالتمارين، المعالجة بخافضات السكر الفموية، و المعالجة بالأنسولين.(عقيل، 1993، ص 69).

1.7 العلاج بالحمية (تنظيم الغذاء):

يعتبر تنظيم الغذاء لمريض السكر أهم الخطوات فحوالي 50 % من حالات السكر غير المعتمد على الأنسولين يمكن السيطرة عليها بالحمية بشكل جيد. و المرضى المعتمدين على الأنسولين من الضروري تحديد كمية الطعام لهم ثم تقسيمها لهم أثناء النهار بحيث تتزامن مع إمداد الأنسولين المحقون تحت الجلد. (عقيل، 1993، ص 75).

و لذا يجب أن تأخذ في الاعتبار عند إعداد قائمة وجبات مريض السكر اليومية الاعتبارات التالية:

- نقلل من تعاطي السكريات المكررة مثل سكر القصب و الجلوكوز، و نشجع تعاطي الكربوهيدرات المعقدة و خاصة ما تحتوي على نسبة أكبر من الألياف، لأن تعاطي السكريات المكررة تسبب ارتفاع حادا و سريعا في سكر الدم أما تعاطي الكربوهيدرات المعقدة و خاصة في حالة زيادة نسبة الألياف فإنها تقلل سرعة امتصاص الكربوهيدرات لعدة ساعات مما يجعل دخول الجلوكوز إلى الدم يصبح بطيئا و بتركيز منخفض.

- يجب أن تحسب أي مادة مضافة الى الوجبات أو ما بين الوجبات، فإن بعض المرضى يعتقدون أن المكسرات أو إضافة بعض الزيوت إلى السلطة أو قلي الخضار بدلا من سلقها (طبخها في الماء) لا يزيد كمية السعرات الحرارية بها.
- رفع السعرات الحرارية في حالة عمل التمارين الطويلة أو عمل مجهود شاق لساعات لتعويض المفقود من الطاقة أو إنقاص السعرات في حالة التوقف عن تلك الأعمال أو الخلود إلى الراحة و الاستجمام.
- تثقيف المريض عن أنواع الطعام والبدائل عن كل نوع من السعرات الموجودة في كمية معلومة الأوزان من هذه الأطعمة و إعطاؤه قوائم مطبوعة لذلك و إحالته إلى اختصاصي التغذية.
- مراقبة مدى تجاوب المريض حول إتباع النظام الغذائي المناسب له و وزنه عند كل زيارة و تعويده و تشجيعه على مراقبة وزنه يوميا، و عدم المبالغة في إنقاص السعرات الحرارية محاولة في نقصان الوزن السريع، بل يجب ألا يزيد نقصان الوزن عن نصف كيلو في الأسبوع حتى لا يتعرض لخطر أعراض نقصان السكر.
- مراقبة نسبة الدهون في الطعام في حالة ارتفاع الجلسريدات الثلاثية أو الكلسترول، و ينصح بعدم تناول الدهون المشبعة و كل ما يحتوي على نسبة كلسترول عالية (البيض، الكبد، المخ، .. و غيرها).
- ينصح المريض بتوزيع طعامه على خمس وجبات ثلاثة منها رئيسية و اثنتان منها خفيفة بحيث يسمح هذا التنظيم من تزامن دخول الطعام بالدم و تركيز الأنسولين الوارد من تحت الجلد و لا ينصح المريض بترك بعض الوجبات أو إنقاصها.

2.7 العلاج بالتمارين الرياضية: (عقيل، 1993، ص 91).

ثبت بشكل واضح أهمية التمارين في معالجة مرض السكر بل و يجب أن تسبق المعالجة بالأدوية و أن تتزامن مع استخدام النظام الغذائي الملائم، و ما يكاد مرضى السكر و خاصة من النوع الثاني يبدءون في ممارسة بعض الأعمال التي تحتاج إلى مجهود جسمي أو يعودون إلى أعمالهم أو وظائفهم الحرفية مثل النجار و السباك و الحداد، إلا و يجدون سكر دمهم بدأ يتراجع بشكل جيد.

و تكمن أهمية العلاج بالتمارين فيما يلي:

- تزيد حساسية مستقبلات الأنسولين إذ أنه في المرضى السمان تكون في الغالب كمية الأنسولين المفرزة كبيرة و لكن هناك مقاومة من مستقبلات الأنسولين الموجودة في الخلايا.
- تساعد النظام الغذائي على ضبط وزن الجسم و التخلص من الدهون المخزنة.
- تجعل المريض يشعر بالنشاط و الحيوية و تزيد ثقته بنفسه.
- بالاستمرار في التمارين يصبح ضبط السكر أسهل و أحكم و كمية أقل من المعالجة الدوائية أو حتى بدونها.
- تحسن كفاءة القلب و الرئة و تنقص ضغط الدم.

3.7 العلاج بالأدوية الفموية (أقراص الدواء):

و تتمثل هذه الأدوية فيما يلي :

- مشتقات السلفوناميد Sulphonamide المتحد مع اليوريا و لذا تسمى مركبات السلفونايل يوريا Sulphony Urea.
- مشتقات الجواندين Guanidine.
- و هناك نوع ثالث هي مركبات تقلل امتصاص السكريات في الأمعاء.
- تستخدم أدوية تخفيض السكر الفموية في المرضى المشخصين حديثا بمرض السكر غير المعتمد على الأنسولين NIDDM، و يحتاج من 30 إلى 50 % من مرضى السكر إليها في حالة عدم السيطرة على مرض السكر بواسطة الحمية و التمارين بالإضافة إليهما و لا تعتبر بديلة عن الحمية أثناء المعالجة، و لكل نوع منها عدة أساليب في تخفيض السكر في الدم . (عقيل، 1993، ص 101).
- الأكاربوز (Acarbose).
- الثايازوليندايونز (Thiazolidinediones).
- الجليناید (Glinides). الجليبتين (Gliptins).

وتندرج جميع هذه الأدوية تحت اسم الأدوية الفموية الخافضة للسكر، ويمكن أن يؤخذ كل منها على حدة أو كمركب. ويجد أغلب مرضى النوع الثاني من السكري أن هذه الأدوية، بالإضافة إلى إتباع طريقة أكل صحية، تجعل مرضهم تحت السيطرة، على الرغم من أن الأمر قد يستغرق بعض الوقت لمعرفة أي مركب من الأدوية أو أي جرعة تناسبهم أكثر. لكن مع مرور الوقت قد يخسر المرضى تدريجيا استجابة أجسامهم للأدوية فتزيد مستويات الغلوكوز بالدم إلى درجة تحتاج إلى حقن من الأنسولين. وبالتالي في حال المعاناة من آثار جانبية أو وجد ارتفاعا في مستويات الغلوكوز في الدم عما ينبغي أن تكون عليه، عندها يجب مراجعة الطبيب المعالج أو الفريق المتابع للحالة لمناقشة إجراء تغييرات محتملة على العلاج. (رودي، 2013، ص ص 43 44).

3.7 العلاج بالأنسولين:

إن فقر الأنسولين أو نقص بالدم يعتبر سببا في ظهور داء السكري، لأن وظيفته الأساسية ادخال السكر بالخلايا و الأنسجة و العضلات و المخ و الأعصاب، و يستهلك عادة السكر الزائد عن المعدل الطبيعي خلال ساعتين. و الأنسولين لا يوخذ بالحقن، و يوجد منه قصير، متوسط، طويل، أو ممتد المفعول، و أحسن مكان يمتص منه الأنسولين الحقن في البطن.(سمية،2009 ص 92). نقلا عن (ROTHER, 2007).

إن كمية الأنسولين التي تحقن لمعالجة داء السكري يحددها الطبيب وفقا لكل حالة، لذلك يجب على المرضى إتباع أوامر الأطباء فيما يخص أوقات الحقن و كذا الكميات العلاجية المقدمة لهم. (سمية،2009 ص 92).

و لكي يستخدم هذا الدواء استخداما فعالا و صحيحا يجب أن تحدد بعناية الجرعة اللازمة للعلاج، و التي يجب أن يتماشى مع نسبة السكر في الدم التي تتأثر بكمية الطعام الذي يتناوله و بمقدار ما يبذل من نشاط جسماني، بحيث يجب أن تكون نسبة الأنسولين في الدم عالية متى كانت نسبة السكر في الدم عالية، و أن تكون نسبة كل منهما منخفضة في نفس الوقت، و هذا يتطلب أن يكون المريض على

اتصال دائم بطبيبه من أجل تحقيق نظام محكـــم للعـــلاج بهـــذا الـــدواء.(أيمن، 1988، ص 24).

خلاصة:

من كل ما سبق ذكره يمكن استخلاص أن داء السكري هو عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تصيب و تؤثر على استخدام الجسم لسكر الدم أو ما يسمى بالجلوكوز، الذي يعتبر عنصرا حيويا للجسم حيث أنه يمده بالطاقة اللازمة. و يدخل الجلوكوز خلايا الجسم بشكل طبيعي عن طريق عامل الأنسولين و هو عبارة عن هرمون يفرز عن طريق البنكرياس، و يعمل على فتح الأبواب التي تسمح بمرور الجلوكوز الى خلايا الجسم.

غير أهن في حالة داء السكري، يحدث خلل في العملية حيث يتجمع الجلوكوز في المجرى الدموي في الجسم و يخرج في النهاية مع البول، و تحدث هذه العملية عادة اما لأن جسم المريض لا يفرز كمية أنسولين مناسبة أو لأن خلايا الجسم لا تستجيب للأنسولين بشكل سليم، كما أن الاهمال في المعالجة و الوقاية من هذا الداء يعتبر أخطر التصرفات التي يرتكبها الفرد، حيث ينتج عن هذا السلوك مضاعفات عديدة تؤدي الى عجز و اتلاف في بعض الخلايا العضوية، حيث أن الجهاز العضوي يفقد بعض وظائفه. و أغلب هذه المضاعفات و الأكثر شيوعا هي مشاكل الدورة الدموية و القلب و الكليتين و العينين، و عليه يتطلب هذا الداء نوع من العلاج و الوقاية.

الجانب التطبيقي للدراسة

الفصل الخامس: منهج و إجراءات الدراسة

تمهيد

أولا. الدراسة الاستطلاعية

1. العينة الاستطلاعيـــة
2. منهـــج الدراســـــة
3. أدوات الـــدراســـــة

ثانيا. الدراسة الأساسية

1. العينــة النهــائيــة
2. حدود الدراسة الأساسية
3. إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية
4. الأساليب الإحصائية المستخدمة

خلاصة

تمهيد:

في هذا الفصل سنعرض إلى الدراسة الاستطلاعية:(العينة الاستطلاعية و خصائصها، المنهج المتبع، أدوات الدراسة و خصائصها السيكومترية)، كما سنتناول الدراسة الأساسية:(العينة النهائية و خصائصها، حدود الدراسة، إجراءات تطبيق الدراسة، الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات المتحصل عليها).

أولا. الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية بمثابة البحث الصغير للوصول إلى الافتراض و الفرضية النهائية و تسمى كذلك بمرحلة "ما قبل التحقيق"، و تعتبر من المراحل المهمة للبحث العلمي لكونها تجعله أكثر اتصالا بالميدان، و لكونها تساعد الباحث على الملاحظة المباشرة على عينة الدراسة.

1. العينة الاستطلاعية:

العينة هي عبارة عن مجموعة جزئية من الأفراد أو المشاهدات أو الظواهر التي تشكل مجتمع الدراسة الأصلي. فبدلا من إجراء الدراسة على كل عناصر المجتمع يتم اختيار جزء من تلك العناصر بطريقة معينة، و عن طريق دراسة ذلك الجزء يمكن تعميم النتائج التي تم الحصول عليها على المجتمع الأصلي للدراسة. و يطلق على كل عنصر من المجتمع تم اختياره ضمن العينة بالمفردة.(عبيدات، و آخرين، 1999، ص ص 83 84).

و اشتملت العينة الاستطلاعية على (16) فردا من فئة مرضى السكري بمدينة المسيلة، تتراوح أعمارهم ما بين (22 و 70) سنة، و قد تم أخذ العينة الاستطلاعية بصورة قصدية حيث تم التوجه إلى أماكن ارتياد مرضى السكري و المتمثلة في:

- قسم (مخبر الاستعجالات للتحاليل الطبية) بمستشفى الزهراوي حيث يرتاده مرضى السكري لإجراء التحاليل الدورية.
- العيادات الخاصة المختصة في أمراض السكري.

- جمعية مرضى السكري الواقعة بجانب الفرع الإداري البلدي بحي 150 مسكن بالمسيلة.

و قد كان القصد من وراء العينة الاستطلاعية ما يلي:

- التعرف على الأمكنة التي ستجرى فيها الدراسة.
- المساهمة في صياغة فرضيات الدراسة.

1.1 خصائص أفراد العينة الاستطلاعية:

خصائص أفراد العينة الاستطلاعية التي طبق عليها الطالب الاستبيانين للأغراض المذكورة أعلاه، يلخصها الجدول التالي:

عدد العينة	السن	الجنس	نوع العلاج
16	22 – 70	ذكور + إناث	الأنسولين/ الأدوية فقط

جدول رقم (03): يوضح خصائص العينة الاستطلاعية

2. منهج الدراسة:

كلمة منهج تعني: مجموعة العمليات و الخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقيق بحثه.(زرواتي، 2002، ص 119).

و تعني أيضا: الطريق الذي يسلكه الباحث للوصول إلى المعرفة.(مصطفى، ص 58).

و اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي (الارتباطي) الذي يتناسب وطبيعة هذه الدراسة، حيث يعرف المنهج الوصفي على أنه: الدراسة العلمية للظواهر الموجودة في جماعة معينة و في مكان معين.(عوض، علي، 2002، ص 96).

و بحكم أن البحوث الارتباطية تعمل على جمع البيانات من عدد من المتغيرات و تحديد ما اذا كانت هناك علاقة بينها، و ايجاد قيمة تلك

العلاقة و التعبير عنها بشكل كمي من خلال الدلالة الاحصائية لمعامل الارتباط.(ملحم، 2002، ص 379).

3. أدوات الدراسة:

1.3 استبيان المساندة الاجتماعية:

أعد هذا الاستبيان (قارة) من جامعة باتنة استنادا على التراث الأدبي، و على الدراسات التي وجدها حول المساندة الاجتماعية، و على مجموعة من الاستبيانات المصممة لقياس المساندة الاجتماعية، منها استبيانات برلين للمساندة الاجتماعية (BSSS)، و هي تضم 6 استبيانات تقيس أبعاد مختلفة للمساندة الاجتماعية، و كذا استبيان (SSQ6) لـ Sarason، و استبيان لـ Bruchon-Chweitzer. و بناءا عليه تصميم استبيان المساندة الاجتماعية في محورين:(وفق الملحق رقم01).

1.1.3 وصف الاستبيان:

يشتمل الاستبيان على محورين، محور يقيس المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض من طرف عائلته، و محور يقيس المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض من طرف طبيبه المعالج، و المحوران معا يقيسان المساندة الاجتماعية ككل.

2.1.3 تنقيط الاستبيان:

تعطى درجة (1) عن كل اجابة بنعم، و درجة صفر (0) للاجابة بـ لا، لنحصل على: (10) درجات لمحور المساندة لاجتماعية من طرف العائلة، بما فيها درجة واحدة مضافة عن الاجابة بـ: أتلقى مساندة اجتماعية من طرف العائلة، الموجودة في السؤال الرئيسي للاستبيان.

(10) درجات لمحور المساندة لاجتماعية من طرف الطبيب، بما فيها درجة واحدة مضافة عن الاجابة بـ: أتلقى مساندة اجتماعية من طرف الطبيب، الموجودة في السؤال الرئيسي للاستبيان.

(20) درجة للمحورين معا، أي المساندة الاجتماعية ككل. بما فيها درجتين اثنتين (2) مضافتين عن الاجابة بـــ: أتلقى مساندة اجتماعية من طرف العائلة و الطبيب معا، الموجودة في السؤال الرئيسي للاستبيان.

2.3 استبيان تقبل العلاج:

أعد هذا الاستبيان (قارة) من جامعة باتنة استنادا على التراث الأدبي، و على الدراسات التي وجدها حول تقبل العلاج، و على استبيان Morisky و استبيان Girerd حول تقبل الدواء.(أنظر الملحق رقم02).

1.2.3 وصف الاستبيان:

يشتمل الاستبيان على (29) بند، بمحاور مختلفة تقيس تقبل الدواء و الالتزام بالإرشادات و التعليمات الطبية و بالسلوكات الصحية و الابتعاد عن سلوكات الخطر و عن الضغوط.

2.2.3 تنقيط الاستبيان:

تعطى درجة (1) عن كل إجابة بنعم، و درجة (0) للاجابة بـــ لا، باستثناء العبارات رقم: (8، 9، 26، 27) و هي السلبية، أين تعطى درجة واحدة (1) للإجابة بـــ لا و درجة (0) للإجابة بنعم. و تحسب الدرجة الكلية بجمع كل درجات الاستبيان.

3.3 الخصائص السيكومترية للاستبيانين:

للتعرف على الخصائص السيكومترية قام (قارة) بدراسة استطلاعية على عينة قوامها 17 فردا من المرضى الذين تراوحت أعمارهم بين 35-72 سنة، من الجنسين (الذكور، الاناث). فتحصل على النتائج التالية:

1.3.3 صدق الاستبيانين:

تم حساب صدق الاستبيانين عن طريق صدق المحكمون بواسطة معادلة لوشي، حيث قدما لـــ 8 محكمين وهم:

- **د.**جبالي نور الدين من جامعة باتنة.
- د.اسماعيلي يامنة من جامعة مسيلة.

- د.صايشي عبد الحميد: أستاذ مساعد سابقا بالمستشفى الجامعي مصطفى باشا، و طبيب مختص في الأمراض الداخلية تخصص أمراض القلب –المسيلة–
- د.عبدون جمال: طبيب مختص في الأمراض الداخلية تخصص أمراض القلب بالمسيلة.
- د.بوبعاية أحمد: دراسات طبية متخصصة من جامعة باريس.
- د.خليفي نور الدين: طبيب عام بمؤسسة إعادة التربية بالمسيلة.
- أ.مخلوف سعاد من جامعة مسيلة.
- أ.سايل وحيدة من جامعة البليدة.

و حيث أن معادلة لوشي تساوي: $x = \frac{N-\frac{N1}{2}}{\frac{N}{2}}$ حيث أن:

N1: عدد المحكمون الذين اعتبروا أن العبارة تقيس.

N: العدد الكلي للمحكمون.

فإذا كان $X \geq 0.5$ فإن العبارة تقيس.

و حولت النتائج الى نسب مئوية فكان التالي:

- صدق استبيان المساندة الجتماعية 97.5 %.
- صدق استبيان تقبل العلاج 96.16 %.

كما أن الطالب الباحث قام بحساب الصدق الاحصائي للاستبيانين، و ذلك بعد حساب ثباتهما فتحصل على النتائج التالية:

- الصدق الاحصائي لاستبيان المساندة الجتماعية يساوي 0.995.
- الصدق الاحصائي لاستبيان تقبل العلاج يساوي 0.994.

2.3.3 ثبات الاستبيانين:

قام (قارة) بحساب ثبات الاستبيانين الذي يعني الحصول على نفس النتائج إذا ما أعيد تطبيقه على نفس العينة و في نفس الظروف، لذلك فقد حسب ثبات الاستبيانين بمعامل الارتباط " بيرسون "، و ذلك بعد إعادة تطبيق الاستبيانين

على نفس العينة Test-Retest، كون أن العينة أخذت من مصلحة تصفية الكلى بمستشفى المسيلة، فإعادة التطبيق ممكنة لأن هؤلاء المرضى يزورون المصلحة بمعدل 2-3 أيام في الأسبوع، و عليه فقد تم أخذ مواعيد تصفية الكلى لهؤلاء المرضى من المصلحة، و تمت إعادة تطبيق الاستبيانين خلال الفترة تراوحت بين 12-16 يوما من تاريخ التطبيق الأول، فكانت النتائج التالية:

- ثبات استبيان المساندة الاجتماعية: معامل الارتباط بيرسون ر=0.992 و هو دال عند القيمة α=0.01. و منه فالاستبيان ثابت بنسبة تقرب من الواحد.
- ثبات استبيان تقبل العلاج: معامل الارتباط بيرسون ر=0.990 و هو دال عند القيمة α=0.01. و منه فالاستبيان ثابت بنسبة تقرب من الواحد.

ثانيا. الدراسة الأساسية:

1. العينة النهائية:

و اشتملت العينة النهائية على (76) فردا من فئة مرضى السكري بمدينة المسيلة، تتراوح أعمارهم ما بين (22 و 76) سنة، و قد تم أخذ العينة بصورة قصدية حيث تم التوجه إلى أماكن ارتياد مرضى السكري و المتمثلة في:

- قسم (مخبر الاستعجالات للتحاليل الطبية) بمستشفى الزهراوي حيث يرتاده مرضى السكري لإجراء التحاليل الدورية.
- العيادات الخاصة المختصة في أمراض السكري.
- جمعية مرضى السكري الواقعة بجانب الفرع الإداري البلدي بحي 150 مسكن بالمسيلة.

1.1 خصائص أفراد العينة النهائية

خصائص أفراد العينة التي طبق عليها الطالب الاستبيانين لإيجاد العلاقة بين متغيري الدراسة، يلخصها الجدول التالي:

عدد العينة	السن	الجنس	نوع العلاج
76	22 – 76	ذكور + إناث	الأنسولين/ الأدوية فقط

جدول رقم (04): يوضح خصائص العينة النهائية

1.1.1 السن:

و يتوزع أفراد العينة تبعا للسن وفق الجدول التالي:

السن	التكرار	النسبة المئوية
الفئة الأولى:[22–32]	24	%31,6
الفئة الثانية:[33–43]	12	%15,8
الفئة الثالثة:[44–54]	8	%10,5
الفئة الرابعة:[55–65]	24	%31,6
الفئة الخامسة:[66–76]	8	%10,5
المجموع	76	%100

جدول رقم (05): توزيع أفراد العينة حسب السن

2.1.1 الجنس:

و يتوزع أفراد العينة تبعا للسن وفق الجدول التالي:

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	45	% 59,2
أنثى	31	% 40,8

جدول رقم (06): توزيع أفراد العينة حسب الجنس

3.1.1 الحالة الاجتماعية:

و يتوزع أفراد العينة تبعا للسن وفق الجدول التالي:

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة المئوية
أعزب / عزباء	17	% 22,4
متزوج / متزوجة	59	% 77,6

جدول رقم (07): توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية

4.1.1 مدة العلاج:

و يتوزع أفراد العينة تبعا لمدة العلاج وفق الجدول التالي:

مدة العلاج	التكرار	النسبة المئوية
الفئة الأولى:[01-09]	39	% 51,3
الفئة الثانية:[10-19]	25	% 32,9
الفئة الثالثة:[20-29]	11	% 14,5
الفئة الرابعة:[30-39[	1	% 1,3
المجموع	76	% 100

جدول رقم (08): توزيع أفراد العينة حسب مدة العلاج

5.1.1 نوع العلاج:

و يتوزع أفراد العينة تبعا للسن وفق الجدول التالي:

نوع العلاج	التكرار	النسبة المئوية
الأنسولين	36	% 47,4
الأدوية فقط	40	% 52,6

جدول رقم (09): توزيع أفراد العينة حسب نوع العلاج

6.1.1 مصدر تلقي المساندة:

و يتوزع أفراد العينة تبعا لمصدر تلقي المساندة وفق الجدول التالي:

مصدر المساندة الاجتماعية	التكرار	النسبة المئوية
العائلة	24	% 31,6
الطبيب	18	% 23,7
معا الطبيب و العائلة	34	% 44,7
المجموع	76	% 100

جدول رقم (10): توزيع أفراد العينة حسب مصدر تلقي المساندة

2. حدود الدراسة

1.2 الحدود المكانية:

تم إجراء هذه الدراسة في الأماكن التي يرتادها مرضى السكري بمدينة المسيلة و هي الآتي:

- ✓ قسم (مخبر الاستعجالات للتحاليل الطبية) بمستشفى الزهراوي حيث يرتاده مرضى السكري لإجراء التحاليل الدورية.
- ✓ العيادات الخاصة المختصة في أمراض السكري.
- ✓ جمعية مرضى السكري الواقعة بجانب الفرع الإداري البلدي بحي 150 مسكن بالمسيلة.

2.2 الحدود الزمانية:

تـــم تطبيـــق أدوات الدراســـة فـــي الفتـــرة الممتـــدة مـــن 2015.03.01 إلـــى غاية 2015.04.01

3.2 الحدود البشرية:

تم إجراء الدراسة على (76) فردا (ذكر و أنثى) من فئة مرضى السكري بمدينة المسيلة، تتراوح أعمارهم ما بين (22 و76) سنة.

3. إجراءات تطبيق الدراسة:

تم إجراء هذه الدراسة بناءا على مجموعة من الخطوات وفق ما كان مخططا له مسبقا و تمثلت هذه الإجراءات فيما يلي:

- تم اختيار و بلورة إشكالية الدراسة من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة.
- و منه صيغ موضوع الدراسة بـــــ: المساندة الاجتماعية و علاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السكري.
- و تم إعداد الإطار النظري للدراسة بفصوله الثلاث و المتمثلة في فصل المساندة الاجتماعية، فصل تقبل العلاج، فصل داء السكري.
- في الوقت ذاته تم تجهيز أدوات الدراسة بما يتلاءم مع عينة الدراسة.
- ثم تحديد الأماكن التي يرتادها مرضى السكري بنوعيه و هي: مخبر الاستعجالات بمستشفى الزهراوي، و بعض العيادات الخاصة، و جمعية مرضى السكري.
- تم تطبيق الاستبيانين على أفراد العينة عن طريق المقابلة أو ملئ المرضى أنفسهم، ثـــم تفريغ وتحليل نتائج الاستبيانين.
- تحصل الطالب بمجموعة من النتائج قام بتفسيرها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.
- و عليه تم طرح عدة استنتاجات و توصيات بغيت الاستفادة منها في المؤسسات الصحية العمومية و الخاصة.

4. الأساليب الإحصائية المستخدمة:

قام الطالب بتفريغ الاستبيانين باستخدام برنامج Microsoft Excel 2010، ثم قام بتفريغ و تحميل نتائج الاستبيانين من خلال برنامج التحليل الإحصائي.

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS.v.20.0)، وقد تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- ❖ الإحصاء الوصفي: النسبة المئوية، المتوسط الحسابي، الوسيط، المنوال، المدى و الانحراف المعياري، التباين ، حيث يستخدم هذا الأمر بشكل أساسي بهدف معرفة تكرار فئات متغير ما و يفيد الباحث في وصف متغيرات الدراسة.
- ❖ معامل ارتباط بيرسون:(Person Correlation Coefficient) من أجل التعرف على طبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة.
- ❖ اختبار "ت" لعينتين مستقلتين(Independent – Samples–Ttest) من أجل حساب الصدق بالمقارنة الطرفية، ولكشف الفروق بين متغيرات الدراسة المختارة (ثنائية الاحتمال منها).
- ❖ تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) من أجل الكشف على الفروق بين متغيرات الدراسة (ثلاثية الاحتمال منها).
- ❖ معادلة الانحدار(Regression) من أجل الكشف إمكانية التنبؤ بدرجة تقبل العلاج من خلال درجة المساندة الاجتماعية.

خلاصة:

إن أي دراسة علمية ميدانية لا بد لها من جانب نظري، يعتبر الأساس القاعدي لها تنطلق منه. و يكمله الجانب التطبيقي الذي يعد بدوره من أهم خطوات البحث العلمي. فإذا كان الجانب النظري هو بمثابة المنبع الأساسي لتأصيل الحقائق الخاصة بمتغيرات الدراسة، فإن الجانب الميداني هو بمثابة حقل التجارب الذي تثبت أو تنفى فيه صحة تلك الفرضيات، و هذا ما تضمنه الفصل الخامس من خلال تحويل نتائج الدراسة من معلومات كيفية إلى أعداد كمية.

الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج

أولا. عرض نتائج فرضيات الدراسة

1. عرض نتائج الفرضية العامة

2. عرض نتائج الفرضيات الجزئية

1.1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى

2.1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية

3.1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

4.1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة

5.1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة

6.1 عرض نتائج الفرضية الجزئية السادسة

7.1 عرض نتائج الفرضية الجزئية السابعة

ثانيا. مناقشة نتائج فرضيات الدراسة

1. مناقشة نتائج الفرضية العامة

2. مناقشة نتائج الفرضيات الجزئية

1.2 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى

2.2 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية

3.2 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

4.2 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة

5.2 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة

6.2 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية السادسة

7.2 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية السابعة

ثالثا. التوصيات و الاقتراحات

خاتمة

أولا. عرض نتائج فرضيات الدراسة

1. عرض نتائج الفرضية العامة

- التذكير بالفرضية العامة:

- توجد علاقة دالة إحصائيا بين المساندة الاجتماعية و تقبل العلاج لدى مرضى السكري بمدينة المسيلة.

و من أجل إثبات صحة هذه الفرضية أو نفيها قام الطالب بحساب معامل الارتباط بين الدرجات الكلية للمساندة الاجتماعية التي يتلقاها (34 فرد) من مرضى داء السكري من طرف العائلة و الطبيب معا و الدرجات الكلية لتقبل العلاج، فتحصل على النتائج التي يلخصها الجدول التالي:

عدد العينة للدرجات الكلية (للمساندة الاجتماعية و تقبل العلاج)	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	التعليق
34	0.599	0.01	دال إحصائيا

جدول رقم (11): يلخص نتائج الفرضية العامة

التحليل:

من خلال النتائج الملخصة في الجدول رقم (11) لمعامل الارتباط بيرسون المساوي لـــ 0.599 عند α=0.01، و يعني هذا وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات المساندة الاجتماعية و بين تقبل العلاج لدى مرضى السكري بمدينة المسيلة.

و منه نستطيع القول أن الفرضية العامة قد تحققت.

2. عرض نتائج الفرضيات الجزئية

1.2 عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

- التذكير بالفرضية الجزئية الأولى:

- نتوقع أن درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري مرتفعة.

و من أجل إثبات صحة هذه الفرضية أو نفيها قام الطالب بحساب كل من:(المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، التباين، المنوال، الوسيط، المدى) لدرجات المساندة الاجتماعية التي يتلقاها (34 فرد) من مرضى داء السكري من طرف العائلة و الطبيب المعالج معا، فتحصل على النتائج التي يلخصها الجدول التالي:

ن	المتوسط الحسابي Mean	الانحراف المعياري Std. Deviation	التباين Variance	المنوال Mode	الوسيط Median	المدى Range
34	18,26	1,959	3,837	20	19,00	8

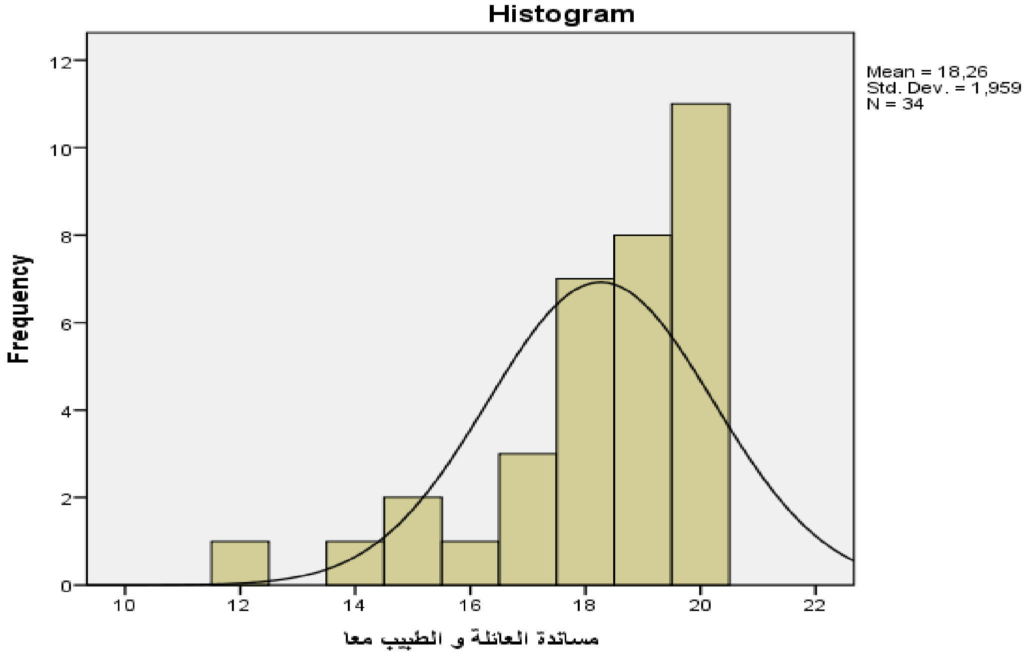
جدول رقم (12): يلخص نتائج الفرضية الجزئية الأولى

التحليل:

من خلال النتائج الملخصة في الجدول (12) نلاحظ أن المتوسط الحسابي للمساندة الاجتماعية لأفراد العينة و البالغ عددهم (34) مفردة أكبر بكثير من 10 الذي يشكل منتصف الاستبيان، إضافة إلى ذلك أن الانحراف المعياري صغير مما يدل على أن قيم أفراد العينة متقاربة، و المنوال الذي يقابل أكبر تكرار و الذي يساوي 20، مما يعني أن درجة المساندة لدى مرضى السكري مرتفعة.

و منه نستطيع القول أن الفرضية الجزئية الأولى قد تحققت.

و الشكل التالي يوضح أكثر النتائج المتحصل عليها:



الشكل رقم (07) يمثل المدرج التكراري و المنحى البياني للدرجات الكلية للمساندة الاجتماعية

2.2 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية

- التذكير بالفرضية الجزئية الثانية:

- نتوقع أن درجة تقبل العلاج لدى مرضى السكري مرتفعة.

و من أجل إثبات صحة هذه الفرضية أو نفيها قام الطالب بحساب كل من:(المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، التباين، المنوال، الوسيط، المدى) لدرجات تقبل العلاج التي يتلقاها (76 فرد) من مرضى داء السكري، فتحصل على النتائج التي يلخصها الجدول التالي:

ن	المتوسط الحسابي Mean	الانحراف المعياري Std. Deviation	التباين Variance	المنوال Mode	الوسيط Median	المدى Range
76	21,29	3,75	14,09	17	21,50	13

جدول رقم (13): يلخص نتائج الفرضية الجزئية الثانية

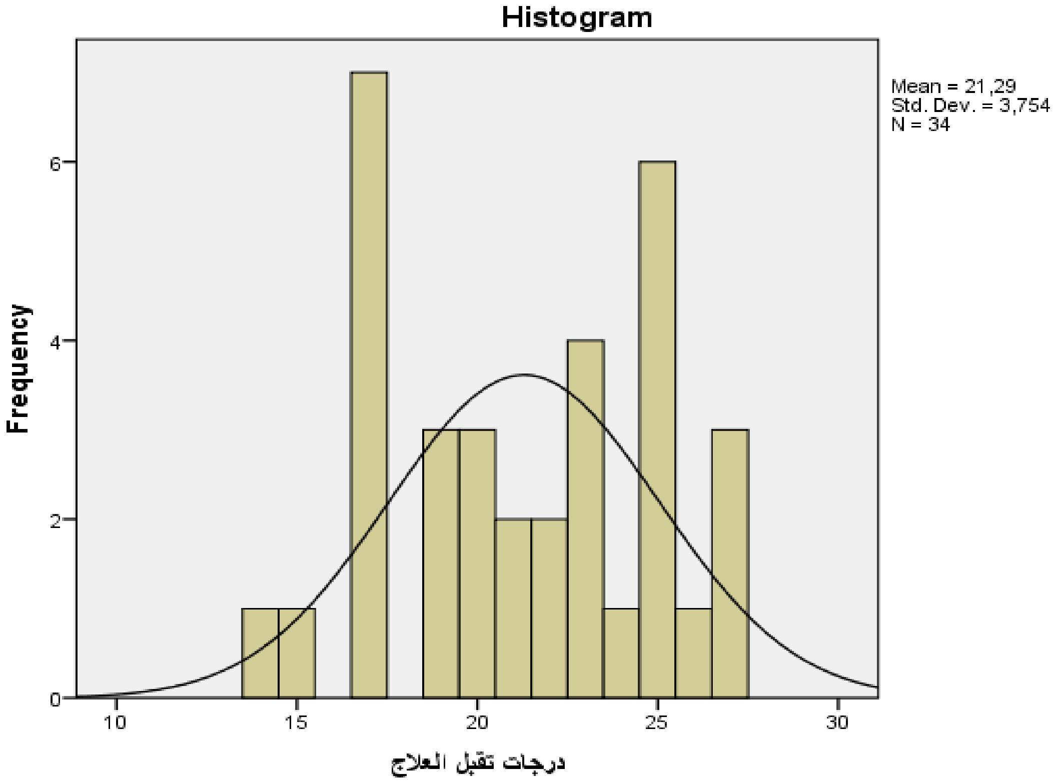
<u>التحليل:</u>

من خلال النتائج الملخصة في الجدول (13) نلاحظ أن المتوسط الحسابي لأفراد العينة الذين أجابوا على استبيان تقبل العلاج و البالغ عددهم (76) مفردة أكبر بكثير من 14 الذي يشكل نصف مجموع درجات الاستبيان، إضافة إلى ذلك أن الانحراف المعياري صغير مما

يدل على أن قيم أفراد العينة متقاربة، و المنوال الذي يقابل أكبر تكرار و الذي يساوي 17، مما يعني أن درجة تقبل العلاج لدى مرضى السكري جاءت مرتفعة بخلاف ما كان متوقع.

و منه نستطيع القول أن الفرضية الجزئية الثانية لم تحققت.

و الشكل التالي يوضح أكثر النتائج المتحصل عليها:



الشكل رقم (08) يمثل المدرج التكراري و المنحنى البياني للدرجات الكلية لتقبل العلاج

3.2 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

- التذكير بالفرضية الجزئية الثالثة:

- نتوقع وجود علاقة دالة إحصائيا بين المساندة الاجتماعية من طرف العائلة و تقبل العلاج لدى مرضى السكري.

و من أجل إثبات صحة الفرضية الجزئية الثالثة أو نفيها قام الطالب بحساب معامل الارتباط بين درجات المساندة الاجتماعية التي يتلقاها (24 فرد) من مرضى داء السكري من طرف عائلاتهم و درجات تقبل العلاج، فتحصل على النتائج التي يلخصها الجدول التالي:

عدد العينة (محور العائلة و تقبل العلاج)	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	التعليق
24	0.535	0.01	دال إحصائيا

جدول رقم (14): يلخص نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

التحليل:

من خلال نتائج معامل الارتباط بيرسون المساوي لــ 0.535 عند $\alpha=0.01$، و يعني هذا وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المرضى بداء السكري من طرف عائلاتهم و درجات تقبل العلاج.

و منه نستطيع القول أن الفرضية الجزئية الثالثة قد تحققت.

4.2 عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة

- التذكير بالفرضية الجزئية الرابعة:

- نتوقع وجود علاقة دالة إحصائيا بين المساندة الاجتماعية من طرف الطبيب المعالج و تقبل العلاج لدى مرضى السكري.

و من أجل إثبات صحة هذه الفرضية أو نفيها قام الطالب بحساب معامل الارتباط بين درجات المساندة الاجتماعية التي يتلقاها (18 فرد) من مرضى داء السكري من طرف طبيبهم المعالج و درجات تقبل العلاج، فتحصل على النتائج التي يلخصها الجدول التالي:

عدد العينة (محور الطبيب و تقبل العلاج)	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	التعليق
18	0.51	0.05	دال إحصائيا

جدول رقم (15): يلخص نتائج الفرضية الجزئية الرابعة

التحليل:

من خلال نتائج معامل الارتباط بيرسون المساوي لـ 0.51 عند $\alpha=0.05$، يعني هذا وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المرضى بداء السكري من طرف طبيبهم و درجات تقبل العلاج.

و منه نستطيع القول أن الفرضية الجزئية الرابعة قد تحققت.

5.2 عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة

– التذكير بالفرضية الجزئية الخامسة:

- لا نتوقع وجود فروق دالة إحصائيا في درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري تعزى لمتغيرات (السن، الجنس، الحالة الاجتماعية).

أ. بالنسبة لمتغير السن:

و من أجل إثبات صحة الفرضية بالنسبة لمتغير السن أو نفيها، قام الطالب باستخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) من أجل الكشف عن الفروق في درجات المساندة الاجتماعية لـ (34 فرد) من مرضى داء السكري بالنسبة لمتغير السن، فتحصل على النتائج التي يلخصها الجدول التالي:

المجموعات	مجموع المربعات	درجة الحرية	معدل المربعات	النسبة الفائية F	القيمة الاحتمالية (sig)
بين المجموعات	5,39	4	1,346	0,32	0,86
داخل المجموعات	121,23	29	4,180		
المجموع	126,62	33			

جدول رقم (16): يلخص نتائج تحليل التباين الأحاديF للكشف عن الفروق في درجات المساندة الاجتماعية تبعا لمتغير السن

التحليل:

من خلال النتائج الملخصة في الجدول (16) نلاحظ أن تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي، حيث بلغ مجموع المربعات بين المجموعات (5,39)، أن

مجمـــوع المربعـــات داخـــل المجموعـــات (121,23)، مجمـــوع المربعـــات الكلـــي (126,62)، و درجـــات حـــريتهم علـــى التـــوالي (4)، (29)، (33)، و معـــدل مربعـــات بـــين المجموعـــات (1,346)، و معـــدل مربعـــات داخـــل المجموعـــات (4,180)، و قيمة F (0,32) و هي غير دالة عند مستوى (0.05).

و منه فلا وجود لفروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات في درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري بمدينة المسيلة تعزى لمتغير السن.

و منه نستطيع القول أن الفرضية الجزئية الخامسة لمتغير السن قد تحققت.

ب. بالنسبة لمتغير الجنس:

و من أجل إثبات صحة الفرضـــية بالنســـبة لمتغيـــر الجـــنس أو نفيهـــا، قـــام الطالـــب بحســـابT للعينـــات المســـتقلة (Independent–Samples T-test) مـــن أجـــل الكشف عن الفروق في درجات المساندة الاجتماعيـــة لـــــ (34 فـــرد) مـــن مرضـــى داء السكري، فتحصل على النتائج التي يلخصها الجدول التالي:

المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	القيمة الاحتمالية (sig)	فترة الثقة 95 %	
						الحد الأدنى	الحد الأعلى
ذكور	21	17,86	2,22	−1,79	0,12	−2,44	0,31
إناث	13	18,92	1,26				

جدول رقم (17): يلخص نتائج T للعينات المستقلة للكشف عن الفروق في درجات المساندة الاجتماعية تبعا لمتغير الجنس

التحليل:

- من خلال النتائج الملخصة في الجدول (17) نلاحظ أن المتوسط الحسابي للإناث البالغ عددهم (13) أكبر من المتوسط الحسابي للذكور البالغ عددهم (21) مفردة غير أن هذا الفرق بين المتوسطين ليس له دلالة عند α=0.05 لأن الحد الأدنى عند هذا المستوى يساوي 1.96 وفق جدول اختبار T، و عليه فالفرق بين المتوسطين غير دال إحصائيا.

و منه نستطيع القول أن الفرضية الجزئية الخامسة لمتغير الجنس قد تحققت.

ج. بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية:

و من أجل إثبات صحة الفرضية بالنسبة لمتغير السن أو نفيها، قام الطالب بحساب T للعينات المستقلة (Independent–Samples T-test) من أجل الكشف عن الفروق في درجات المساندة الاجتماعية لــ (34 فرد) من مرضى داء السكري، فتحصل على النتائج التي يلخصها الجدول التالي:

المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	القيمة الاحتمالية (sig)	فترة الثقة 95 % الحد الأدنى	فترة الثقة 95 % الحد الأعلى
أعزب/ عزباء	7	18,86	2,03	0,89	0,377	-0,95	2,44
متزوج/ متزوجة	27	18,11	1,94				

جدول رقم (18): يلخص نتائج T للعينات المستقلة للكشف عن الفروق في درجات المساندة الاجتماعية تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية

التحليل:

من خلال النتائج الملخصة في الجدول (18) نلاحظ أن المتوسط الحسابي للعزاب البالغ عددهم (7) أكبر من المتوسط الحسابي للمتزوجين البالغ عددهم (27) مفردة غير أن هذا الفرق بين المتوسطين ليس له دلالة عند $\alpha=0.05$ لأن الحد الأندى عند هذا المستوى يساوي 1.96 وفق جدول اختبار T، و عليه فالفرق بين المتوسطين غير دال إحصائيا.

و منه نستطيع القول أن الفرضية الجزئية الخامسة لمتغير الحالة الاجتماعية قد تحققت.

6.2 عرض نتائج الفرضية الجزئية السادسة

التذكير بالفرضية الجزئية السادسة:

- نتوقع وجود فروق دالة إحصائيا في درجة تقبل العلاج لدى مرضى السكري تعزى لمتغيرات (السن، الجنس، الحالة الاجتماعية، مدة العلاج، نوع العلاج).

أ. بالنسبة لمتغير السن:

و من أجل إثبات صحة الفرضية بالنسبة لمتغير السن أو نفيها، قام الطالب باستخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) من أجل الكشف عن الفروق في درجات تقبل العلاج لـــ (34 فرد) من مرضى داء السكري، فتحصل على النتائج التي يلخصها الجدول التالي:

المجموعات	مجموع المربعات	درجة الحرية	معدل المربعات	النسبة الفائية F	القيمة الاحتمالية(sig)
بين المجموعات	135,97	4	33,99	2,995	0,035
داخل المجموعات	329,10	29	11,34		
المجموع	465,06	33			

جدول رقم (19): يلخص نتائج تحليل التباين الأحادي F للكشف عن الفروق في درجات تقبل العلاج تبعا لمتغير السن

التحليل:

من خلال النتائج الملخصة في الجدول (19) نلاحظ أن تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي، حيث بلغ مجموع المربعات بين المجموعات (135,97)، أن مجموع المربعات داخل المجموعات (329,10)، مجموع المربعات الكلي (465,06)، و درجات حريتهم على التوالي (4)، (29)، (33)، و معدل مربعات بين المجموعات (33,99)، و معدل مربعات داخل المجموعات (11,34)، و قيمة F (2,995) و هي دالة عند مستوى (0.05).

و منه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات في درجة تقبل العلاج لدى مرضى السكري بمدينة المسيلة تعزى لمتغير السن.

و منه نستطيع القول أن الفرضية الجزئية السادسة لمتغير السن قد تحققت.

ب. بالنسبة لمتغير الجنس:

و من أجل إثبات صحة الفرضية بالنسبة لمتغير السن أو نفيها، قام الطالب بحساب T للعينات المستقلة (Independent–Samples T-test) من أجل الكشف عن الفروق في درجات تقبل العلاج لـــ (34 فرد) من مرضى داء السكري، فتحصل على النتائج التي يلخصها الجدول التالي:

المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	القيمة الاحتمالية (sig)	فترة الثقة 95 %	
						الحد الأدنى	الحد الأعلى
ذكر	21	20,86	3,745	-0,86	0,40	-3,85	1,57
أنثى	13	22,00	3,808				

جدول رقم (20): يلخص نتائج T للعينات المستقلة للكشف عن الفروق في درجات تقبل العلاج تبعا لمتغير الجنس

التحليل:

- من خلال النتائج الملخصة في الجدول (20) نلاحظ أن المتوسط الحسابي للاناث البـــالغ عددهم (13) أكبر من المتوسط الحسابي للذكور البالغ عددهم (21) مفردة غير أن هذا الفرق بين المتوسطين ليس له دلالة عند $\alpha=0.05$ لأن الحد الأدنى عند هذا المســـتوى يساوي 1.96 وفق جدول اختبار T، و عليه فالفرق بين المتوسطين غير دال إحصائيا. و منه نستطيع القول أن الفرضية الجزئية السادسة لمتغير الجنس لم تتحقق.

ج. بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية:

و من أجل إثبات صحة الفرضية بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية أو نفيها، قام الطالب بحساب T للعينات المستقلة (Independent–Samples T-test) من أجل الكشف عن الفروق في درجات تقبل العلاج لـــ (34 فرد) من مرضى داء السكري، فتحصل على النتائج التي يلخصها الجدول التالي:

المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	القيمة الاحتمالية (sig)	فترة الثقة 95 %	
						الحد الأدنى	الحد الأعلى
أعزب/ عزباء	7	21,00	4,619	-0,23	0,82	-3,66	2,92
متزوج/ متزوجة	27	21,37	3,596				

جدول رقم (21): يلخص نتائج T للعينات المستقلة للكشف عن الفروق في درجات تقبل العلاج تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية

<u>التحليل:</u>

- من خلال النتائج الملخصة في الجدول (21) نلاحظ أن المتوسط الحسابي للعزاب البالغ عددهم (7) أكبر من المتوسط الحسابي للمتزوجين البالغ عددهم (27) مفردة غير أن هذا الفرق بين المتوسطين ليس له دلالة عند $\alpha=0.05$ لأن الحد الأندى عند هذا المستوى يساوي 1.96 وفق جدول اختبار T، و عليه فالفرق بين المتوسطين غير دال إحصائيا.

و منه نستطيع القول أن الفرضية الجزئية السادسة لمتغير الحالة الاجتماعية لم تتحقق.

د. بالنسبة لمتغير مدة العلاج:

و من أجل إثبات صحة الفرضية بالنسبة لمتغير مدة العلاج أو نفيها، قام الطالب باستخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) من أجل الكشف عن الفروق في درجات تقبل العلاج لــ (34 فرد) من مرضى داء السكري.

فتحصل على النتائج التي يلخصها الجدول التالي:

المجموعات	مجموع المربعات	درجة الحرية	معدل المربعات	النسبة الفائية F	القيمة الاحتمالية(sig)
بين المجموعات	9,68	2	4,88	0,33	0,72
داخل المجموعات	455,38	31	14,70		
المجموع	465,06	33			

جدول رقم (22): يلخص نتائج تحليل التباين الأحادي F للكشف عن الفروق في درجات تقبل العلاج تبعا لمتغير مدة العلاج

التحليل:

من خلال النتائج الملخصة في الجدول (22) نلاحظ أن تطبيق اختبار تحليل التباين الأحادي، حيث بلغ مجموع المربعات بين المجموعات (89,6)، أن مجموع المربعات داخل المجموعات (455,38)، مجموع المربعات الكلي (465,06)، و درجات حريتهم على التوالي (4)، (29)، (33)، و معدل مربعات بين المجموعات (84,8)، و معدل مربعات داخل المجموعات (14,70)، و قيمة F (0.33) و هي غير دالة عند مستوى (0.05).

و منه لا وجود لفروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات في درجة تقبل العلاج لدى مرضى السكري بمدينة المسيلة تعزى لمتغير مدة العلاج.

و منه نستطيع القول أن الفرضية الجزئية السادسة لمتغير مدة العلاج لم تحققت.

ه. بالنسبة لمتغير نوع العلاج:

و من أجل إثبات صحة الفرضية بالنسبة لمتغير نوع العلاج أو نفيها، قام الطالب بحساب T للعينات المستقلة (Independent–Samples T-test) من أجل الكشف عن الفروق في درجات تقبل العلاج لـ (34 فرد) من مرضى داء السكري.

فتحصل على النتائج التي يلخصها الجدول التالي:

المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	القيمة الاحتمالية (sig)	فترة الثقة 95 %	
						الحد الأدنى	الحد الأعلى
أنسولين	13	19,54	4,23	-2,3	0,03	-5,38	-0,30
أدوية فقط	21	22,38	3,04				

جدول رقم (23): يلخص نتائج T للعينات المستقلة للكشف عن الفروق في درجات تقبل العلاج تبعا لمتغير نوع العلاج

التحليل:

من خلال النتائج الملخصة في الجدول (23) نلاحظ أن المتوسط الحسابي حسب نوع العلاج (الأدوية فقط) البالغ عددهم (21) أكبر من المتوسط الحسابي حسب نوع العلاج (الأنسولين) البالغ عددهم (13) مفردة غير أن هذا الفرق بين المتوسطين له دلالة عند $\alpha=0.05$ لأنه يزيد عن 1.96 الذي يعتبر الحد الأندى عند هذا المستوى، و ليس له دلالة عند $\alpha=0.01$ لأنه أقل من 2.57 الذي يعتبر الحد الأقصى عند هذا المستوى وفق جدول اختبار T، و عليه فالفرق بين المتوسطين دال إحصائيا عند المستوى $\alpha=0.05$.

- و منه نستطيع القول أن الفرضية الجزئية السادسة لمتغير نوع العلاج قد تحققت.

2.7 عرض نتائج الفرضية الجزئية السابعة

التذكير بالفرضية الجزئية السابعة:

- يمكن التنبؤ بالدرجة الكلية لتقبل العلاج من خلال الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية.

و من أجل إثبات صحة هذه الفرضية أو نفيها، قام الطالب بحساب معامل الانحدار الخطي البسيط، بحيث تكون درجة المساندة الاجتماعية هي المتغير المستقل (Independent) و درجة تقبل العلاج هي المتغير التابع (Dependent)، فتحصل على النتائج التي يلخصها الجدول التالي:

مصدر التباين	مجموعة المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	النسبة الفائية F	القيمة الاحتمالية (sig)
الانحدار	166,86	1	166,86	17,90	,000**
البواقي	298,19	32	9,32		
الكلي	465,06	33			

** دال إحصائيا عند 0.01.

جدول رقم (24): تحليل التباين للانحدار متغير درجة المساندة الاجتماعية على درجة تقبل العلاج

من خلال النتائج الملخصة في الجدول (24) نلاحظ أن قيمة (ف) الانحدارية ذات دلالة إحصائية عند المستوى $\alpha=0.01$، و تشير إلى أن التبيان الناجم عن تأثير المساندة الاجتماعية (المتغير المستقل) يفوق التباين النتائج عن العشوائية.

و عليه فإنه بالإمكان التنبؤ بدرجة تقبل العلاج من خلال درجة المساندة الاجتماعية.

المتغير المستقل	معامل الانحدار	الخطأ المعياري	معامل بيتا	ت	القيمة الاحتمالية (sig)
الثابت	166,86	4,983		0,066	0,948
الدرجة الطلية للمساندة الاجتماعية	298,19	0,271	0,599	4,232	,000**

** دال إحصائيا عند 0.01.

جدول رقم (25): تحليل الانحدار البسيط لدرجة المساندة الاجتماعية على درجة تقبل العلاج.

التحليل:

- من خلال النتائج الملخصة في الجدول (25) نلاحظ أن إشارة معامل الانحدار موجبة مما يدل على أن نوع العلاقة طردية.

و يمكن صياغة معادلة الانحدار الخطي البسيط كما يلي:

Y= a + bX

حيث أن :

a: ثابت الانحدار.

b: ميل الخط المستقيم أو معامل الانحدار**(Y/X)**

Y: درجة تقبل العلاج.

X: درجة المساندة الاجتماعية.

$$\boldsymbol{a} = \frac{\sum \boldsymbol{y} - \boldsymbol{b} \sum \boldsymbol{x}}{\boldsymbol{n}}$$

$$\boldsymbol{b} = \frac{\boldsymbol{n} \sum \boldsymbol{xy} - (\sum \boldsymbol{x})(\sum \boldsymbol{y})}{\boldsymbol{n} \sum \boldsymbol{x}^2 - (\sum \boldsymbol{x})^2}$$

Y= 166,86 + 298,19 X

و منه نستطيع القول أن الفرضية الجزئية السابعة قد تحققت.

ثانيا. مناقشة نتائج فرضيات الدراسة

1. مناقشة نتائج الفرضية العامة

التذكير بالفرضية العامة:

توجد علاقة دالة إحصائيا بين المساندة الاجتماعية و تقبل العلاج لدى مرضى السكري بمدينة المسيلة.

من خلال النتائج الملخصة في الجدول رقم (11) للفرضية العامة و التي أشارت إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجات الكلية للمساندة الاجتماعية و بين الدرجات الكلية لتقبل العلاج لدى مرضى السكري بمدينة المسيلة عند مستوى الدلالة $\alpha=0.01$. مما يعني أن الفرضية العامة قد تحققت.

و هذه النتيجة تتفق مع نتيجة دراسة قارة (2009) من أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha=0.01$ بين المساندة الاجتماعية و تقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

غير أن قيمة معامل الارتباط المساوية لـــ 0.599 في هذه الدراسة تعتبر علاقة غير قوية، و هذا راجع في (نظر الطالب) لما ذكرناه في الجانب النظري في فصل تقبل العلاج من أن تقبل العلاج تسهم فيه عوامل أخرى مساعدة، فالمساندة الاجتماعية ما هي إلا عامل من هذه العوامل التي تساعد على تقبل العلاج.

و هذا ما يتفق مع ما جاء في تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة 2003 (OMS)، حول تقبل العلاج على المدى الطويل و العوامل المساعدة في ذلك و منها المساندة الاجتماعية التي عدَها التقرير من العوامل التي تلعب دورا فاعلا في تقبل العلاج، إضافة إلى عوامل أخرى.

و مما يؤكد ذلك ما تحصلت عليه دراسة رحاحلية (2010) أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية و تقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، فالكفاءة الذاتية تعتبر عاملا من عوامل تقبل العلاج.

و نتائج دراسة oumar et al (2006) القاضية بوجود عامل المساندة لمصاب السيدا الذي اعتبرته من أهم العوامل، إضافة إلى مساعدته في التنقل إلى المراكز الصحية المختصة للعلاج وإجراء الفحوصات الدورية.

و هذا ما يؤيد رأينا في قيمة معامل الارتباط غير القوي مما يؤكد أن هناك عوامل أخرى غير المساندة الاجتماعية تلعب دورا في تقبل العلاج.

2.مناقشة نتائج الفرضيات الجزئية

1.2 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى

- التذكير بالفرضية الجزئية الأولى:

- نتوقع أن درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري مرتفعة.

من خلال النتائج الملخصة في الجدول رقم (12) للفرضية الجزئية الأولى و التي جاءت كما كان متوقعا من أن درجة المساندة لدى مرضى السكري مرتفعة. مما يعني أن الفرضية الجزئية الأولى محققة.

و هذه النتيجة تؤكد أن هناك عوامل ساهمت في رفع مستوى المساندة الاجتماعية و التي أشرنا إليها في الجانب النظري، و منها كذلك أن المجتمع الجزائري مازال يحمل هذه المعاني و يطبقها على أرض الواقع في الوقوف و مد يد العون و المؤازرة للمريض بصفة عامة و مريض السكري بصفة خاصة، كون أن المريض يعاني من مرض يصاحبه مدى الحياة.

كما أن النتائج المتوصل إليها تشير إلى تقارب مستوى المساندة الاجتماعية حيث أن الانحراف المعياري كان صغيرا، كما تقاربت قيمة المتوسط الحسابي، الوسيط، المنوال، التي تنزع أغلبها إلى الوسط و هذا ما بينه بوضوح الشكل رقم (07) الذي يمثل المدرج التكراري و المنحنى البياني لدرجات المساندة الاجتماعية.

و يرى الطالب أن هذه الفرضية الجزئية تتوافق مع الفرضية العامة القاضية بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية و تقبل العلاج، فلو لم تكن هناك درجة للمساندة مرتفعة لما كان هناك تقبل للعلاج و لما كانت هناك علاقة أصلا.

غير أن هذه الدراسة لم تتفق مع دراسة شحاتة (2013) حول المساندة الاجتماعية في حالة أزمة الإصابة بالمرض المزمن. حيث وجدت أن مستوى المساندة الاجتماعية لدى مرضى الأمراض المزمنة في حالة الإصابة بالمرض منخفض. وهذا راجع في (نظر الطالب) إلى نوع المرض و نوع العلاقات الاجتماعية القائمة في المجتمعات العربية منها و الغربية.

2.2 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية

التذكير بالفرضية الجزئية الثانية:

- نتوقع أن درجة تقبل العلاج لدى مرضى السكري مرتفعة.

من خلال النتائج الملخصة في الجدول رقم (13) للفرضية الجزئية الثانية و التي أتت كما كان متوقعا من أن درجة تقبل العلاج لدى مرضى السكري مرتفعة. مما يعني أن الفرضية الجزئية الثانية محققة.

و هذه النتيجة لها علاقة بالفرضية الجزئية الأولى و الفرضية العامة القاضية بوجود علاقة طردية موجبة بين تقبل العلاج و المساندة الاجتماعية، فكلما كان مستوى المساندة الاجتماعية مرتفعا كان مستوى تقبل العلاج مرتفعا و العكس صحيح. فلما كان مستوى المساندة الاجتماعية في الفرضية الجزئية الأولى مرتفع كان لابد من أن يكون مستوى تقبل العلاج مرتفع نظرا للعلاقة الموجبة القائمة بينهما.

و تشير النتائج المتوصل إليها إلى تقارب مستوى تقبل العلاج حيث أن الانحراف المعياري كان صغيرا، كما تقاربت قيمة المتوسط الحسابي، الوسيط، المنوال، التي تنزع أغلبها إلى الوسط و هذا ما بينه بوضوح الشكل رقم (08) الذي يمثل المدرج التكراري و المنحنى البياني لدرجات تقبل العلاج.

أما عن الدراسات السابقة فقد بينت دراسة دغمي وآخرون (2007) أن نسبة المرضى المتقبلين للعلاج 55% في حين بلغت نسبة الغير متقبلين للعلاج 45%. و دراسة باتل، تايلور(2002) التي أسفرت أن معظم المرضى ملتزمين بالعلاج (67.7 %) أي متقبلين له، كما أكدت دراسة وليد، و آخرون (2005) أن أهم النتائج أشارت إلى أن هناك 6.5 % عدم تقبل، 52.4 % تقبل ضعيف 42.1 % تقبل جيد، و أن مرضى السكري كان لديهم نسبة تقبل للعلاج أعلى من نسبة مرضى ارتفاع ضغط الدم.

3.2 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

التذكير بالفرضية الجزئية الثالثة:

- نتوقع وجود علاقة دالة إحصائيا بين المساندة الاجتماعية من طرف العائلة و تقبل العلاج لدى مرضى السكري.

من خلال النتائج الملخصة في الجدول رقم (14) للفرضية الجزئية الثالثة و التي أشارت إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجات الكلية للمساندة الاجتماعية من طرف العائلة و بين الدرجات الكلية لتقبل العلاج لدى مرضى السكري بمدينة المسيلة عند مستوى الدلالة $\alpha=0.01$. مما يعني أن الفرضية الجزئية الثالثة محققة.

و هذا ما اتفق مع نتائج دراسة قارة (2009) من أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha=0.01$ بين المساندة الاجتماعية من طرف العائلة و تقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

غير أن قيمة معامل الارتباط المساوية لـــ 0.535 في هذه الدراسة تعتبر علاقة غير قوية، و هذا راجع في (نظر الطالب) لما ذكرناه في الجانب النظري في فصل تقبل العلاج من أن تقبل العلاج تسهم فيه مجموعة من العوامل المساعدة على ذلك، فالمساندة الاجتماعية من طرف العائلة ما هي إلا نوع من أنواع المساندة الاجتماعية المتعددة و التي تعتبر عامل من العوامل المساعدة على تقبل العلاج.

و مما يؤكد ذلك ما تحصلت عليه دراسة oumar et al (2006) من وجود عامل مساندة مصاب السيدا (من طرف عائلته) الذي اعتبرته من أهم العوامل، إضافة إلى مساعدته في التنقل إلى المراكز الصحية المختصة للعلاج وإجراء الفحوصات الدورية. و دراسة كوفمان و آخرون (2005) التي تحصلت على نتيجة مفادها أن المصدر الأساسي للمساندة هم أفراد الأسرة.

و هذا ما يؤيد رأينا في قيمة معامل الارتباط غير القوي مما يؤكد أن هناك عوامل تؤثر في المساندة الاجتماعية من طرف العائلة تتمثل في المستوى التعليمي، الثقافي، الاجتماعي و الاقتصادي، كل هذه العوامل و غيرها تلعب دورا في تقبل العلاج.

4.2 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة

التذكير بالفرضية الجزئية الرابعة:

- نتوقع وجود علاقة دالة إحصائيا بين المساندة الاجتماعية من طرف الطبيب المعالج و تقبل العلاج لدى مرضى السكري.

من خلال النتائج الملخصة في الجدول رقم (15) للفرضية الجزئية الرابعة و التي أشارت إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجات الكلية للمساندة الاجتماعية من طرف الطبيب المعالج و بين الدرجات الكلية لتقبل العلاج لدى مرضى السكري بمدينة المسيلة عند مستوى الدلالة $\alpha=0.05$. مما يعني أن الفرضية الجزئية الرابعة محققة.

و جاء هذا موافقا لما تحصلت عليه دراسة قارة (2009) من أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha=0.01$ بين المساندة الاجتماعية من طرف الطبيب المعالج و تقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

أما عن الاختلاف في قيمة معامل الارتباط و درجة مستوى الدلالة يعود في (نظر الطالب) إلى نوع المرض، و عدد أفراد العينة.

غير أن قيمة معامل الارتباط المساوية لـــ 0.51 في هذه الدراسة تعتبر علاقة غير قوية، و هذا راجع في (نظر الطالب) لما ذكرناه في الجانب النظري من أن تقبل العلاج تسهم فيه مجموعة من العوامل المساعدة على ذلك، فالمساندة الاجتماعية من طرف الطبيب المعالج ما هي إلا نوع من أنواع المساندة الاجتماعية المتعددة و التي تعتبر عامل من العوامل المساعدة على تقبل العلاج.

و مما يؤكد ذلك ما تحصلت عليه دراسة oumar et al (2006) من وجود عامل مساندة مصاب السيدا الذي اعتبرته من أهم العوامل، إضافة إلى مساعدته في التنقل إلى المراكز الصحية المختصة للعلاج وإجراء الفحوصات الدورية.

و هذا ما يؤيد رأينا في قيمة معامل الارتباط غير القوي مما يؤكد أن هناك عوامل تؤثر في المساندة الاجتماعية من طرف العائلة تتمثل في المستوى التعليمي، الثقافي، الاجتماعي و الاقتصادي، كل هذه العوامل و غيرها تلعب دورا في تقبل العلاج.

5.2 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة

- التذكير بالفرضية الجزئية الخامسة:

- لا نتوقع وجود فروق دالة إحصائيا في درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري تعزى لمتغيرات (السن، الجنس، الحالة الاجتماعية).

أ. بالنسبة لمتغير السن:

من خلال النتائج الملخصة في الجدول رقم (16) للفرضية الجزئية الخامسة بالنسبة لمتغير السن التي أشارت بعدم وجود فروق دالة إحصائيا في درجة تقبل العلاج بين متوسطات المجموعات تعزى لمتغير السن.

و عليه فالسن لا يؤثر تأثيرا ذا دلالة إحصائية في درجة المساندة الاجتماعية، و هذا ما اتفق مع دراسة أحمان (2012) التي توصلت في دراستها إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا تعزى لمتغير السن في متغير المساندة الاجتماعية و أبعاده.

ب. بالنسبة لمتغير الجنس:

من خلال النتائج الملخصة في الجدول رقم (17) للفرضية الجزئية الخامسة بالنسبة لمتغير الجنس و التي أشارت إلى أن الفرق بين المتوسطين ليس له دلالة عند $\alpha=0.05$ لأن الحد الأدنى عند هذا المستوى يساوي 1.96 وفق جدول اختبار T، و عليه فالفرق بين المتوسطين غير دال إحصائيا. و منه فالفرضية الجزئية الخامسة لمتغير الجنس محققة.

و هذا ما اتفق مع دراسة أحمان (2012) التي توصلت في دراستها إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا تعزى لمتغير الجنس في متغير المساندة الاجتماعية و أبعاده.

ج. بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية:

من خلال النتائج الملخصة في الجدول رقم (18) للفرضية الجزئية الخامسة بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية و التي أشارت إلى أن الفرق بين المتوسطين ليس له دلالة عند $\alpha=0.05$ لأن الحد الأدنى عند هذا المستوى يساوي 1.96 وفق جدول اختبار T، و عليه فالفرق بين المتوسطين غير دال إحصائيا. و منه فالفرضية الجزئية الخامسة لمتغير الحالة الاجتماعية محققة.

و هذا ما يتفق مع دراسة أحمان (2012) التي توصلت في دراستها إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، فالحالة الاجتماعية للفرد لا تؤثر في كل من مستوى الضغوط لديه، مدى إصابته بالمرض الجسدي، درجة اعتقاده في مصدر الضبط الصحي و مقدار المساندة الاجتماعية المتاحة له سواء من حيث العدد أو درجة الرضا عنها.

6.2 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية السادسة

التذكير بالفرضية الجزئية السادسة:

- نتوقع وجود فروق دالة إحصائيا في درجة تقبل العلاج لدى مرضى السكري تعزى لمتغيرات (السن، الجنس، الحالة الاجتماعية، مدة العلاج، نوع العلاج).

أ. بالنسبة لمتغير السن:

من خلال النتائج الملخصة في الجدول رقم (19) للفرضية الجزئية السادسة بالنسبة لمتغير السن التي أشارت بوجود فروق دالة إحصائيا في درجة تقبل العلاج بين متوسطات المجموعات تعزى لمتغير السن.

و عليه فالسن يؤثر تأثيرا دالا إحصائيا في درجة تقبل العلاج، و هذا ما اتفق مع دراسة دغمي وآخرون (2007) حول العوامل المحددة لتقبل العلاج بالأدوية لدى مرضى السكري. و التي جاءت نتائجها أن متوسط السن لدى المرضى الذين تقبلوا علاج السكري 51.50 سنة مقارنة بـــ 54.85 سنة لدى الذين لم يلتزموا به جيدا، كما عدة هذه الدراسة عامل السن من العوامل المؤثرة في تقبل العلاج.

و مما يتفق كذلك مع الدراسة الحالة دراسة وليد، و آخرون (2005) التي أسفرت على أن العمر له تأثير على مدى تقبل العلاج.

ب. بالنسبة لمتغير الجنس:

من خلال النتائج الملخصة في الجدول رقم (20) للفرضية الجزئية السادسة بالنسبة لمتغير الجنس و التي أشارت إلى أن الفرق بين المتوسطين ليس له دلالة عند $\alpha=0.05$ لأن الحد الأدنى عند هذا المستوى يساوي 1.96 وفق جدول اختبار T، و عليه فالفرق بين المتوسطين غير دال إحصائيا. و منه فالفرضية الجزئية السادسة لمتغير الجنس غير محققة.

و هذا ما اتفق مع دراسة دغمي وآخرون (2007) حول العوامل المحددة لتقبل العلاج بالأدوية لدى مرضى السكري. بلغت نسبة الرجال المتقبلين لعلاج السكري 56.40 % مقارنة بـــ 52.20 % لدى النساء. و هو فرق طفيف ليس له دلالة إحصائية حيث لم تعده الدراسة في الأخير من العوامل المؤثرة في تقبل العلاج.

و كذا دراسة وليد، و آخرون (2005) التي أسفرت على أن الجنس ليس له تأثير على نسبة تقبل العلاج .

ج. بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية:

من خلال النتائج الملخصة في الجدول رقم (21) للفرضية الجزئية السادسة بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية و التي أشارت إلى أن الفرق بين المتوسطين ليس له دلالة عند $\alpha=0.05$ لأن الحد الأدنى عند هذا المستوى يساوي 1.96 وفق جدول اختبار T، و عليه فالفرق بين المتوسطين غير دال إحصائيا. و منه فالفرضية الجزئية السادسة لمتغير الحالة الاجتماعية غير محققة.

و هذا ما اتفق مع الدراسات التي تناولت تقبل العلاج كدراسة دغمي وآخرون (2007) حول العوامل المحددة لتقبل العلاج بالأدوية لدى مرضى السكري، و دراسة وليد، و آخرون (2005)، و كذا دراسة باتل، تايلور(2002) بعنوان: العوامل التي تؤثر في تقبل مرضى ارتفاع ضغط الدم. حيث لم تذكر أيا من هذه الدراسات تأثير الحالة الاجتماعية على تقبل العلاج.

د. بالنسبة لمتغير مدة العلاج:

من خلال النتائج الملخصة في الجدول رقم (22) للفرضية الجزئية السادسة بالنسبة لمتغير مدة العلاج التي أشارت بعدم وجود فروق دالة إحصائيا في درجة تقبل العلاج بين متوسطات المجموعات تعزى لمتغير مدة العلاج. و منه فالفرضية الجزئية السادسة لمتغير مدة العلاج غير محققة.

و هذا ما اتفق مع دراسة دغمي وآخرون (2007) التي هدفت إلى التعرف على العوامل المحددة لتقبل العلاج بالأدوية لدى مرضى السكري. حيث بلغ متوسط مدة تشخيص الإصابة لدى مرضى السكري الذين تقبلوا العلاج 7.02 % سنوات مقارنة بـــ 5.84 %

سنة لدى لم يتقبلوا العلاج. و خلصت الدراسة إلى تحديد مدة الإصابة كعامل من العوامل الأساسية المؤثرة في تقبل العلاج.

ه. بالنسبة لمتغير نوع العلاج:

من خلال النتائج الملخصة في الجدول رقم (23) للفرضية الجزئية السادسة بالنسبة لمتغير نوع العلاج و التي أشارت إلى أن الفرق بين المتوسطين له دلالة إحصائيا عند $\alpha=0.05$

لأنه يزيد عن 1.96 الذي يعتبر الحد الأندى عند هذا المستوى. و منه فالفرضية الجزئية السادسة لمتغير نوع العلاج محققة.

هذه النتيجة اتفقت مع نتائج دراسة وليد، و آخرون (2005)، التي توصلت إلى أن نوع المرض لهما تأثير على مدى تقبل العلاج. مرضى السكري كان لديهم نسبة تقبل للعلاج أعلى من نسبة مرضى ارتفاع ضغط الدم.

7.2 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية السابعة

التذكير بالفرضية الجزئية السادسة:

- يمكن التنبؤ بالدرجة الكلية لتقبل العلاج من خلال الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية.

من خلال النتائج الملخصة في الجدولين رقم (24) و (25) للفرضية الجزئية السابعة التي أشارت إلى أن قيمة (ف) الانحدارية ذات دلالة إحصائية عند المستوى $\alpha=0.01$، و تشير إلى أن التبيان الناجم عن تأثير المساندة الاجتماعية (المتغير المستقل) يفوق التباين النتائج عن العشوائية. و عليه فبالإمكان التنبؤ بدرجة تقبل العلاج من خلال درجة المساندة الاجتماعية. كما أشارت إلى أن إشارة معامل الانحدار موجبة مما يدل على أن نوع العلاقة طردية.

و هذا ما اتفق مع دراسة كوفمان و آخرون (2005) بعنوان: علاقة الاكتئاب والمساندة الاجتماعية المدركة بفاعلية الذات في مجتمع إحصائي من كبار السن المصابين بمرض السكر في بورتوريكا. و التي تحصلت على النتيجة المتمثلة في أن المتغير الأكثر تنبؤا عن الضبط الذاتي للسكر هو المساندة الاجتماعية المدركة.

ثالثا. التوصيات و الاقتراحات

من خلال ما اطلعنا عليه من تراث نظري لمتغيرات الدراسة و عينتها المتمثلة في مرضى داء السكري و ما تحصلنا عليه من نتائج في هذه الدراسة نستطيع تلخيص بعض التوصيات و الاقتراحات المتواضعة و التي قد يستفيد منها كل قارئ لهذه الرسالة.

- أولا قراءة هذه المذكرة و غيرها و المذكرات التي نحسبها تضيف و لو النزر اليسير في البحث العلمي.
- الاهتمام بهذه الفئة (فئة مرضى السكري) من خلال ما يلي:

– القيام بتظاهرات تحسيسية بأهمية المساندة الاجتماعية لهذه الفئة و خصوصا ما تعلق بمساندة العائلة و الطبيب المعالج لما لهما تأثير في تقبل العلاج.
– دعم الجمعيات و المراكز التي تهتم بمرضى السكري و كل مرض مزمن.
– وجوب التكفل السيكولوجي لمرضى السكري في المؤسسات الصحة العمومية والخاصة لما له من مضاعفات نفسية على المرضى.
– نشر الثقافة الغذائية الصحية التي تعتبر من أهم العوامل المساعدة على صحة الإنسان الجسمية خصوصا في أوساط هذه الفئة.
– تدعيم المناصب المتعلقة بتخصص علم النفس العيادي في المؤسسات الصحة العمومية و الخاصة.
– إبراز دور الرياضة في تحقيق التكفل النفسي و الاجتماعي لمرضى السكري من خلال البرامج التلفزيونية و مواقع شبكة التواصل الاجتماعي.
– مساعدة الأسر على التعامل مع الإشكالات الجسدية و النفسية التي يعاني منها مريض السكري.

خاتمة:

بعد الانتهاء من موضوع الدراسة سواءا ما تعلق بالجانب النظري و الجانب التطبيقي، يتضح لنا أن المساندة الاجتماعية بجميع أنواعها و خصوصا ما تعلق منها بالدعم الوجداني، التقديري،النصائحي، المعلوماتي و المادي الذي يتلقاه الفرد من شبكة علاقاته مع الأفراد الفعالين من محيطه الاجتماعي، ضرورية و مفيدة، خاصة عند المرضى المزمنين الذين يعانون جسدية و نفسية، هذه المعاناة تستوجب من المحيطين بهم معاملة خاصة تسودها مساندةاجتماعية، فالمساندة الاجتماعية جد مهمة بالنسبة لهؤلاء المرضى (مرضى السكري)، فهي تساعدهم على إعادة الثقة بأنفسهم، و على تنمية استراتيجيات مواجهة فعالة، على تقبل العلاج الذي يعتبر مفهوما يشير الى الانتظام و الالتزام من طرف المريض بالدواء و بالتعليمات و الارشادات الطبية بما فيها السلوكات الصحية، كونه – أي تقبل العلاج– يشكل مشكلا عند المرضى المزمنين تتدخل فيه مجموعة من العوامل السيكولوجية، السوسيولوجية، الانفعالية، المعرفية، و العوامل المرتبطة بالدواء، بالمرض و المحيط بما فيها عوامل المساندة الاجتماعية.

و في هذه الدراسة التي تم فيها الكشف على العلاقة بين المساندة الاجتماعية و تقبل العـــلاج لدى مرضى السكري، حيث أكد النتائج المتحصل عليها أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية التي يتلقاها مريض السكري و تقبل العلاج بما فيها المســـاندة مـــن طرف العائلة و من طرف الطبيب المعالج.

المراجع

أولا:المراجع العربية

1. أيمن، الحسيني. (1988)، عزيز مريض السكري كيف تنتصر على مرضك و تحيا حياة طبيعة؟، دار الهدى، الجزائر.
2. الزروق، فاطمة الزهراء. (2009)، دراسة النمط السلوكي للمصابين بالسكري من خلال طريقة الحياة. أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية، جامعة الجزائر، الجزائر.
3. بن منظور، محمد بن مكرم. (2003) لسان العرب، الجزء 8 ، بيروت، دار صادر.
4. حربوش، سمية. (2009)، المهارات الاجتماعية و علاقتها بتقبل داء السكري. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب و العلوم الإنسانية، جامعة الحاج لخضر-باتنة-، الجزائر.
5. حنان، مجدي صالح سليمان (2009) المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لـــدى مريـــض السكـــــــر المـــراهـــق دراسة سيكومترية كلينيكية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، دمشق.
6. خالد، إدريس. (2007)، الغرغرينا و مضاعفات السكري، منتدى الأمراض و الأدوية،المملكة العربية السعودية. www.saudi in
7. خالد، علي المدني. (2009)، العلاج الغذائي لداء السكري، (ط2)، طبعة خاصة بكرسي الشيخ محمد بن حسين العمودي لأبحاث القدم السكرية، جامعة الملك عبد العزيز، جدة، المملكة العربية السعودية.

http://alamoudichair-df.kau.edu.sa

8. رشيد، رزقي. (2012)، الفعالية الذاتية و علاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية و العلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر – باتنة، الجزائر.
9. رحاحلية، سمية. (2010)، الكفاءة الذاتية و علاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية و العلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر – باتنة، الجزائر.
10. زينب عز الدين (2006) مضاعفات داء السكري و كيفية الوقاية منه.منتدى مركز الأسهم. السعودية:http : //www.sharescenter.com
11. شيلي تايلور(2008)، علم النفس الصحي، ترجمة، وسام درويش بريـــك، و فوزي شاكر طعمية داود، (ط1)، دار الحامد للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.

12. قنون، خميسة. (2013)، الاستجابة المناعية و علاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك و الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان – دراسة على عينة من مرضى السرطان بمركز مكافحة السرطان و المستشفى الجامعي لولاية باتنة، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية، جامعة الحاج لخضر – باتنة، الجزائر.
13. قارة، سعيد. (2009)، المساندة الاجتماعية و علاقتها بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب و العلوم الإنسانية، جامعة الحاج لخضر– باتنة، الجزائر.
14. لكحل، رفيقة. (2011)، تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع مرضى ضغط الدم. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية و العلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر – باتنة، الجزائر.
15. معتز، سيد عبد الله. (2000)، بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية، دار غريب للطباعة و النشر والتوزيع، مصر.
16. محمد، محمد عبد الهادي، عبد الفتاح رجب علي مطر، عادل صلاح محمد غنايم(2005)، إدمان الانترنت وعلاقته بكل من الاكتئاب والمساندة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، بني سويف، العدد 04.
17. مروان، عبد الله دياب. (2006) دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية في الجامعة الإسلامية، غزة.
18. مفتاح محمد عبد العزيز (2010)، مقدمة في علم نفس الصحة، (ط1)، دار وائل للنشر، عمان، الأردن.
19. عبير، بنت محمد حسن الصبان. (2003)، المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة، أطروحة دكتوراه في علم النفس تخصص صحة نفسية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
20. عويد، سلطان المشعان (2011)، المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالعصابية والاكتئاب والعدوانية لدى المتعاطين والطلبة في دولة الكويت، مجلة العلوم التربوية والنفسية، جامعة الكويت، المجلد 12، العدد 04.
21. عزة، عبد الكريم مبروك. (2007)، أبعاد الرضا العام عن الحياة ومحدداته لدى عينة من المسنين المصريين، مجلة دراسات نفسية، مجلد17، العدد2، مصر.
22. عيدروس، عقيل حسين. (1993)، مرض السكر بين الصيدلي و الطبيب، (ط1)، مؤسسة وزارة الإعلام، مكة، المملكة العربية السعودية.

23. عثمان يخلف (2001)، علم نفس الصحة (الأسس النفسية و السلوكية للصحة)، (ط1)، دار الثقافة، الدوحة، قطر.
24. هيا، عبد العزيز الخرعان. (2010)، الرضا الزواجي و علاقته بالمساندة الاجتماعية –لدى عينة من الطاليات المتزوجات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
25. وفائي، محمد ظافر. (1981)، داء السكري وقاية و علاج، (ط2)، مؤسسة الجريسي للتوزيع، الرياض، المملكة العربية السعودية.

ثانيا:المراجع الأجنبية

1. Bowlby, J. (1980). Attachment and Loss, Vol. 3 in Loss and Sadness and depression. New York: Penguin Books.
2. Bauer, C, et Tessier, S. (2001) Observance thérapeutique chez les personnes âgées : Synthèse documentaire. Paris.
3. Caplan, G(1981): "Mastery of stress psychosocial aspects",American Journal Psychiatry, 138, pp 413-420.
4. Domart, Bourneuf. (1994). «Petit Larousse de la Médecine.»,Paris ,252-253.
5. De Blic, J. (2007). Obervance thérapeutique chez l'enfant asthmatique. Revue générale, 24, 419-26.
6. Gormi et karoub. L .(2007) .Dictionnaire la rousse mexipoche .Editions la rousse .Paris .
7. Gaucheet .A (2008) observance thérapeutique et VIH . Enquête sur les facteurs biologiques .et psychosociaux. Edition l'harmattan. Paris.
8. Lévesque, L. & Cossette, S. (1991). Revue critique d'études sur le soutien social et sa relation avec le bien-être de personnes atteintes de démence. Canadian journal of community Mental health, vol.10, n°.2,65-93.
9. Oumar, A. A., Dao, S., Diamoutene, A., Coulibaly, S., Koumare,B., Mariko, E., et al. (2007). Les facteurs associés à l'observance du traitement antirétroviral à l'hôpital du point G. Mali médical, 1, 18-21.
10. Pacaud.G (1995). Le dibète et ses complications, prévention, prise en charge et traitement. Alger : édition dahlab.

الملاحق

إستبيان المساندة الاجتماعية

تعليمة الاستبيان

في إطار القيام بدارسة حول المساندة الاجتماعية و علاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السكري ، يشرفني أن نطلب منك المساهمة في اثراء الدراسة من خلال مشاركتك في الاجابة على هذا الاستبيان

الاجابة تكون بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة لإختبار إجابتك

تأكد من أن معلوماتك ستوظف لأغراض علمية فقط، و أنها ستحضى بقدر عالي من السرية و الائتمان، و لهذا الاسم في الاستبيان اختياري .

الاسم(اختياري):.....

الســـــــــــن :.....

الجنـــــــــــس : ذكـــــــر ( ) انثـــــــى ( )

الحالة الاجتماعية: أعــزب ( ) متـــــزوج ( )

ضع علامة (X) في الخانة المناسبة لإجابتك :

1- هل تتلقى مساندة من طرف

العائلة ☐ الطبيب ☐ العائلة و الطبيب معا ☐

- إذا كانت الاجابة العائلة ، أجب على المحور الأول من الاستيبان
- إذا كانت الاجابة الطبيب ، أجب على المحور الثاني من الاستيبان
- إذا كانت الاجابة العائلة و الطبيب معاً ، أجب على المحورين الأول و الثاني من الاستيبان

ضع علامة (X) في الخانة المناسبة لإجابتك :

المحور الأول (المساندة الاجتماعية من طرف العائلة) :

1- هـــل تتلقـــى دعـــمـــا عاطفيـــا من طـــرف عـــائلتـــك ؟	نعم	لا
2- هل تتلقى تقديرا و احتراما من طرف عائلتك ؟	نعم	لا
3- هل تتلقى تشجيعا و إعادة الثقة بنفسك من طرف عائلتك ؟	نعم	لا
4- هل تتلقى نصائح و توجيهات من طرف عائلتك ؟	نعم	لا
5- في حالة احتياجك لدعم مادي ، هل تتلقاه من طرف عائلتك ؟	نعم	لا
6- هل تجد أن عائلتك تحاول دائما مساعدتك ؟	نعم	لا
7- هل تجد نفسك محاطا بأفراد عائلتك أثناء مرورك بمشاكل أو أزمات ؟	نعم	لا
8- تشعر بالرضا من مساندة أهلك لك ؟	نعم	لا
9- هل تقيم درجة مساندة أهلك لك على أنها عالية ؟	نعم	لا

المحور الثاني (المساندة الاجتماعية من طرف الطبيب) :

1- معاملة طبيبك لك في الغالب جيدة ؟	نعم	لا
2- هل تتلقى تقديرا و احتراما من طرف طبيبك ؟	نعم	لا
3- هل تشعر أن طبيبك يصغي إليك باهتمام ؟	نعم	لا
4- هل تتلقى تشجيعا و إعادة الثقة بنفسك من طرف طبيبك المعالج ؟	نعم	لا
5- هل تتلقى نصائح و توجيهات من طرف طبيبك المعالج ؟	نعم	لا
6- هل تستفيد أحيانا من فحوصات مجانية من طرف طبيبك ؟	نعم	لا
7- هل تجد أن طبيبك المعالج يحاول دائما مساعدتك ؟	نعم	لا
8- هل تشعر بالرضا من مساندة طبيبك لك ؟	نعم	لا
9- هل تقيم درجة مساندة طبيبك لك على أنها عالية ؟	نعم	لا

إستبيان تقبل العلاج

تعليمة الاستبيان

في إطار القيام بدارسة حول المساندة الاجتماعية و علاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السكري ، يشرفني أن نطلب منك المساهمة في اثراء الدراسة من خلال مشاركتك في الاجابة على هذا الاستبيان

الاجابة تكون بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة لإختبار إجابتك

تأكد من أن معلوماتك ستوظف لأغراض علمية فقط، و أنها ستحضى بقدر عالي من السرية و الائتمان، و لهذا الاسم في الاستبيان اختياري .

الاسم(اختياري):.....

الســــــــــــن :.....

الجنـــــــــــس : ذكـــــــر ( ) انثـــــــى ( )

الحالة الاجتماعية: أعــزب ( ) متـــــزوج ( )

مـــدة العـــــلاج :.....

نوع العلاج :

المعتمد على الأنسولين ☐

المعتمدعللا الأدوية فقط ☐

ضع علامة (X) في الخانة المناسبة لإجابتك :

1- هل تشتري الدواء الموصوف لك ؟	نعم	لا
2- هل عندك إقتناع بأن الدواء الموصوف لك هو الملائم ؟	نعم	لا
3- هل تأخذ دواءك معك أثناء سفرك أو غيابك عن البيت؟	نعم	لا
4- هل تستشير طبيبك عن كيفية تناول الدواء أثناء الفترات التي تتغير فيها عاداتك (صيام ، سفر ... إلخ) ؟	نعم	لا
5- هل تلتزم بأوقات تناول الدواء ؟	نعم	لا
6- هل تحس بالتوتر كلما تأخرت عن تناول الدواء ؟	نعم	لا
7- هل تلتزم بالجرعات الدوائية المحددة لك ؟	نعم	لا
8- هل تهمل تناول الدواء ؟	نعم	لا
9- هل تتوقف عن تناول الدواء إذا أحسست أنك تحسنت ؟	نعم	لا
10- هل تستشير طبيبك في حالة تعرضك لمضاعفات جانبية للدواء ؟	نعم	لا
11- هل أنت مدرك لمضاعفات المرض إذا لم تتناول الدواء ؟	نعم	لا
12- هل أنت ملم بمعلومات حول مرضك ؟	نعم	لا
13- هل تستشير طبيبك في حالة أخذك لأدوية ذات وصف شخصي؟ (Automédication)	نعم	لا
14- هل تجدد الوصفات الطبية باستمرا ؟	نعم	لا
15- هل تتبع التعليمات الطبية بدقة ؟	نعم	لا
16- هل تجري فحوصات دورية ؟	نعم	لا
17- هل تلتزم بالمواعيد الطبية (LES RDV) ؟	نعم	لا
18- هل تداوم على قياس ضغط دمك باستمرار ؟	نعم	لا
19- هل تستعمل دفترا صحيا تسجل فيه أرقام ضغط دمك ؟	نعم	لا
20- هل تقيس ضغط دمك قبل أخذك لحمام ساخن أو حمام معدني ؟	نعم	لا
21- هل تثق بطبيبك المعالج ؟	نعم	لا
22- هل تلتزم بطبيبك المعالج و لا تستشير طبيبا آخر ؟	نعم	لا
23- هل تتناول وجباتك الغذائية محدودة الملح (ملح الصوديوم) ؟	نعم	لا
24- هل تتبع حمية غذائية خاصة ؟	نعم	لا
25- هل تتجنب الاكثار من شرب القهوة و المشروبات المنبهة الأخرى ؟	نعم	لا
26- هل أنت مدخن ؟	نعم	لا
27- هل تتناول المشروبات الكحولية ؟	نعم	لا
28- هل تمارس رياضة خفيفة بصفة منتظمة (المشي، تمارين بسيطة، الدراجة، السباحة) ؟	نعم	لا
29- هل تخرج أحيانا للتنزه و الابتعاد عن الضغوط ؟	نعم	لا