وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف –المسيلة–

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس

الرقم التسلسلي: / 2022

رقم التسجيل ط 1: 171735095206

رقم التسجيل ط 2: 171735080536

المهارات الاتصالية للكادر التمريضي وعلاقتها بالتزام مرضى السكري بالبروتوكول العلاجي

دراسة ميدانية بالمؤسسات الصحية العامة والخاصة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر

شعبة: علم نفس **تخصص:** علم النفس العيادي

من إعداد الطلبة:

- بوشريط أحلام
- ميرة خديجة أمال

إشراف الأستاذ الدكتور

شحام عبد الحميد

السنة الجامعية: 2022/2021

كلمة شكر

في البداية الحمد والشكر لله عز وجل

على عونه لاتمام هذا العمل المتواضع

كما نتقدم بالشكر الجزيل للأستاذ المشرف على هذا العمل

الدكتور شحاو عبد الحميد

على ما قدمه لنا من نصائح وارشادات

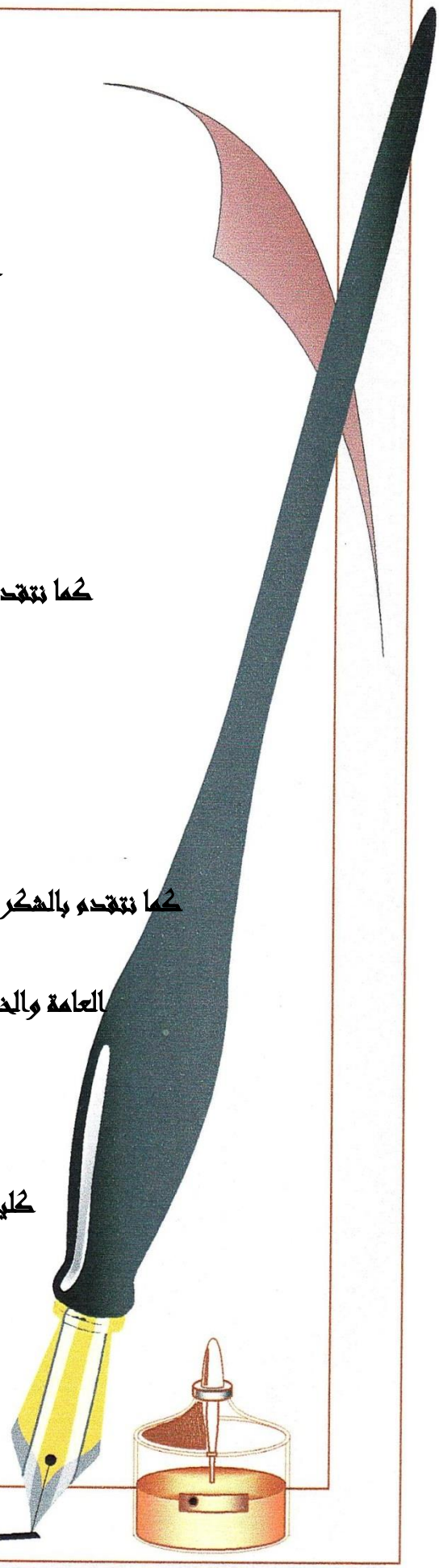
كما نتقدم بالشكر إلى كل المرضى والأطباء العاملين بمؤسسات الصحة

العامة والخاصة ببلديتي مسيلة وبوسعادة على تعاونهم معنا

نشكر كل القائمين على العمل

كلية العلوم الإنسانية الإجتماعية جامعة المسيلة

وكل من ساعدنا من قريب أو بعيد



إهداء

إلهي لايطيب الليل إلا بشكرك ولايطيب النهار إلى بطاعتك

ولاتطيب اللحظات إلا بذكرك

الله جل جلاله

.. إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة .. ونصح الأمة .. إلى نبي الرحمة ونور العالمين

سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم

إلى من يسعد قلبي بلقياها إلى روضة الحب التي تنبت أزكى الأزهار

أمي

إلى رمز الرجولة والتضحية إلى من دفعني إلى العلم وبه ازداد افتخار

أبي

إلى من هم اقرب أليّ من روحي إلى من شاركني حضن ألام وبهم استمد عزتي وإصراري

اخوتي

إلى من آنسني في دراستي وشاركني همومي تذكاراً وتقديرا

صديقاتي حنان، أسماء، سميحة، خلود، حنان، أمال، أسماء.

إلى هذه الصرح العلمي الفتي والجبار جامعة محمد بوضياف –المسيلة–

إليهم جميعا أهدي ثمرة جهدي المتواضع.

أحلام

إهداء

لك الحمد ربي على عظيم فضلك وكثير عطائك

أهدي ثمرة هذا العمل المتواضع

الى ينبوع العطاء الذي زرع في نفسي الطموح والمثابرة

والدي العزيز رحمه الله

الى نبع الحنان الذي لا ينضب

أمي الغالية

الى من يحملون في عيونهم ذكريات طفولتي وشبابي

أخي واخواتي

الى شريك حياتي وقرة عيني زوجي العزيز

الى فلذة كبدي صغيري الجميل الذي أتمنى له مستقبلا زاهر

إبني العزيز

الى صديقاتي اللاتي قضيت معهن أجمل اللحظات

أحلام، فايزة، دنيا، زينب، دلال، خديجة

الى كل من يشهد أن لا إله إلا الله وأن محمد رسول الله

خديجة

الملخص

المهارات الاتصالية للكادر التمريضي وعلاقتها بالتزام مرضى السكري بالبروتوكول العلاجي.

دراسة ميدانية بالمؤسسات والعيادات الصحية العامة والخاصة.

هدفت الدراسة الحالية الى الكشف عن طبيعة العلاقة الموجودة بين المهارات الاتصالية للكادر التمريضي والالتزام بالبروتوكول العلاجي لدى المصابين بمرض السكري، حيث تكونت عينة الدراسة من 30 مصابا بين الجنسين اناثا ذكورا، ولتحقيق أهداف الدراسة تم اتباع المنهج الوصفي الإرتباطي وتم الاعتماد على الاستبيانات، استبيان المهارات الاتصالية للكادر التمريضي واستبيان الالتزام مرضى السكري بالبروتوكول العلاجي، وبعد معالجة البيانات الإحصائية باستخدام الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية Spss توصلت الدراسة إلى:

- درجة متوسطة لتطبيق المهارات الاتصالية للكادر التمريضي.
- درجة فوق المتوسط لالتزام مرضى السكري بالبروتوكول للعلاج.
- توجد علاقة ارتباطية بين المهارات الاتصالية للكادر التمريضي والتزام مرضى السكري بالبروتوكول العلاجي

ABSTRACT

Communication skills of the nursing staff and their relationship to the commitment of diabetic patients to the treatment protocol.

A field study in public and private health institutions and clinics.

The current study aimed to reveal the nature of the relationship that exists between the communication skills of nursing staff and adherence to the therapeutic protocol among people with diabetes, as the study sample consisted of 30 patients of both sexes, females and males, and to achieve the objectives of the study, the descriptive approach was followed, and questionnaires were relied on, the staff communication skills questionnaire. Nursing care and diabetes patients adherence questionnaire to the treatment protocol, and after data processing, statistics using the statistical package for social sciences Spss reached

Study to:

- An average degree for applying the communication skills of the nursing staff.

- Above average degree of adherence of diabetic patients to the treatment protocol.

There is a correlation between the communication skills of the nursing staff and the commitment of diabetic patients to the treatment protocol.

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
شكر وتقدير	
إهداء	
فهرس المحتويات	
فهرس الجداول	
ملخص الدراسة	
مقدمة	أ - ج
فصل تمهيدي	16-5
إشكالية الدراسة	
فرضيات الدراسة	
أهمية الدراسة	
أهداف الدراسة	
التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة	
الدراسات السابقة	
التعقيب على الدراسات السابقة	
الفصل الأول: المهارات الاتصالية للكادر التمريضي	36-16
تمهيد	

1. مفهوم مهارة الاتصال	
2. مفهوم المهارات الاتصالية للكادر التمريضي	
3. أهمية المهارات الاتصالية للكادر التمريضي	
4. أبعاد المهارات الاتصالية للكادر التمريضي	
5. العوامل المؤثرة في فشل عملية الاتصال للكادر التمريضي:	
6. تحسين الاتصال بين الكادر التمريضي و المريض	
الخلاصة	
الفصل الثاني: الالتزام بالبروتوكول العلاجي	**53-38**
تمهيد	
1. مفهوم الالتزام الصحي بالبروتوكول العلاجي	
2. أسباب الالتزام بالبروتوكول العلاجي	
3. أهمية الالتزام بالبروتوكول العلاجي	
4. أنواع الالتزام بالبروتوكول العلاجي	
5. العوامل المؤثرة في الالتزام بالبروتوكول العلاجي	
6. نظريات الالتزام بالبروتوكول العلاجي	
7. أساليب الالتزام بالبروتوكول العلاجي لدى مرضى السكري	
الخلاصة	
الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة	**69-55**
تمهيد	
1. الدراسة الإستطلاعية	

2. الدراسة الأساسية	
3. المنهج المستخدم في الدراسة:	
4. عينة الدراسة	
5. حدود الدراسة	
6. أدوات جمع البيانات	
الخلاصة	
الفصل الرابع: نتائج الدراسة ومناقشتها	80-71
تمهيد	
1. عرض نتائج اختبار فرضيات الدراسة	
2. مناقشة وتفسير نتائج البحث	
خاتمة	83-82
قائمة المصادر والمراجع	
الملاحق	

عنوان الجدول	الصفحة
جدول رقم (1): توزيع أفراد العينة حسب الجنس.	58
جدول رقم) (2): توزيع أفراد العينة حسب السن.	58
جدول رقم (3): توزيع أفراد العينة حسب العيادة التي يتابع بها العلاج	59
الجدول رقم (4): توزيع أفراد العينة حسب الطبيب المعالج	59
الجدول رقم (5): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الممرض المستقبل	60
الجدول رقم (6): يمثل توزيع أفراد العينة حسب المهنة	61
جدول رقم (7): توزيع أفراد العينة حسب مدة الإصابة	62
جدول رقم (8): توزيع أفراد العينة حسب إصابتهم بأمراض أخرى	64
جدول رقم (9) توزيع فقرات الأبعاد الأربعة لإستبيان المهارات الاتصالية للكادر التمريضي:	65
جدول رقم (10) توزيع فقرات الأبعاد الأربعة لاستبيان الالتزام بالبروتوكول العلاجي	68
الجدول رقم (11): نتائج إختبار صدق وثبات إستمارة الإستبيان	72
جدول رقم (12): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى تطبيق المهارات الاتصالية للكادر التمريضي	73
جدول رقم (13) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للالتزام بالبروتوكول العلاجي لدى مرضى السكري.	74
جدول رقم(14): العلاقات الارتباطية بين مهارات الاتصالية للكادر التمريضي والالتزام بالبروتوكول العلاجي لمرضى السكري	75

مقدمة

يتعرض الفرد في حياته الى الكثير من المشكلات والعقبات التي يعجز عن حلها ولكنه يسعى من أجل ذلك لتلبية احتياجاته النفسية والجسمية والصحية سواء بمجهوده أو من خلال تواصله مع الأخرين، وفيما نراه مؤخرا حول العالم معاناة الأفراد من الأمراض المزمنة منها داء السكري الذي هو في إنتشار واسع،مما جعلهم يعانون نفسيا وصحيا،حيث صارت تلبية الإحتياجات النفسية والصحية ضرورة أساسية في مجال المساعدة الإنسانية مما يستلزم ضرورة الدعم النفسي والصحي بسبب إنتشار هذا المرض المزمن وهذا ما تؤكده الأبحاث حاليا أن الأفراد أثناء تعرضهم لهذ المرض المزمن يصبحون أكثر عرضة للإضطرابات النفسية والأضرار الجسدية وسلوك النفور، لذا لابد من عمل دعم نفسي وصحي لتحقيق الثبات وهذا يستدعي طرق وأساليب كثيرة ومن بينها الاتصال الذي يعتبر أسلوبا أساسيا، فالاهتمام بالصحة الجسدية والنفسية يعني الاعتناء بالفرد من أجل تكيفه مع نفسه والأخرين وما يواجهه من أمراض مزمنة.

والاتصال لا يعتبر علما فقط إنما هو فن يعتمد على مهارات التي يعتبر إكتسابها خبره او مهاره ومن هؤلاء الذين يستخدمون الاتصال الكوادر الصحية في المستشفيات (أطباء- ممرضين) من أجل معالجه كل الأمراض كوسيله لتحقيق الأهداف المطلوبة.

وتعد مهارة الاتصال عامة هي قدرة المسؤول على الاتصال الفعال والتي تتسم بالتعاون والتنسيق المستمر والاحترام المتبادل بين العملاء، والتي تسهم في تحقيق أهداف المؤسسة وأهداف العاملين وأهداف المسؤول، فهي تتصف بالصراحة والشفافية، والصدق في نقل المعلومات مما تساهم في العملية اتخاذ القرارات المختلفة وحسن التعامل مع المعلومات في كل الاتجاهات، وأن تكون المعلومات مفهومة وفي نفس المستوى لدى الأطراف المتصلة، وتتعدد أهمية هذه المهارات الاتصالية حسب المجتمع ودرجة تطوره، فهي تسعى لتحقيق المشاركة بهدف نجاح العملية الاتصالية وهذا من خلال التأثير على الأفكار والاتجاهات لتكوينها أو تعميقها او تعديلها، تطويرها الأمر الذي ينعكس على سلوكيات الأفراد واستجابتهم

والتزامهم اتجاه المواقف المختلفة المتضمنة في الموقف الاتصالي على اختلاف أبعاده ومستوياته.

ينعكس سلوك الالتزام للمرضى والذي عرف بدرجة ومدى انضباط سلوك الأفراد في ميدان الإلمام بمختلف جوانب بروتوكول لعلاج الموجه، أي انه لا يقتصر على جزء منه فقط، بل يتعدى إلى الفحوص والتحاليل وكذا تغير نمط الحياة بالنسبة للمرضى المصابين بداء السكري، في حين يتذبذب هذا الالتزام ليصبح من المشكلات المعقدة لدى المرضى بأمراض مزمنة، وهنا قد أشارت منظمة الصحة العالمية سنة 2003 الى مشكلة عدم الالتزام، واعتبرت أن مشكلة عدم الالتزام تمس فئة الأمراض المزمنه بصفة عامة ومرضى السكري بصفة خاصة من ناحية فشل أغلب المرضى في متابعة توصية الأطباء والمختصين والالتزام بها،نظرا لما يفرضه داء السكري من تحديات أمام الأمم، حيث أنه يصنف المرتبة الثالثة بين الامراض المزمنة حول العالم مما يجعله سببا رئيسيا للوفاة، وتشير الاحصائيات بأن هناك أكثر من 18 مليون مصاب ويتوقع أن يتضاعف في سنه 2030 م، وداء السكري مسؤول عن وفاه3.5% من مجموع 36 مليون حالة وفاة سبب الامراض المزمنة التي سجلت سنة 2008، وحسب الفيدرالية العالمية بداء السكري كان في كل 10 ثواني يشخص فردين بالسكري وفي كل 10 ثواني يموت شخص بسبب السكري حول العالم.

ومن أجل السيطرة على تداعيات هذا المرض والتقليل من مضاعفاته على المصابين منه تسعى الجهات المختصة في التمريض كافة من أطباء وممرضين والذين لهم دور مهم وفعال مع إختلاف خصائصهم في التعامل والتكيف مع جميع الحالات والظروف المحيطة بهم، وتعتبر المهارات الاتصالية من بين أهم العوامل التي تعمل على إستقرار المرض وعدم حدوث مضاعفات له، وفي العلاج حيث أنه يمكن المريض من التعامل مع جميع الظروف التي قد يتعرض لها بطريقة آمنة لتجنب هذه المضاعفات وللتعايش مع هذا المرض ومحاولته بالتزام البروتوكول العلاجي الموجه له من طرف الكادر التمريضي الذي يتابع عنده العلاج.

وللإحاطة بالموضوع أكثر، جاءت هذه الدراسة من أجل التعرف على مدى تطبيق المهارات الاتصالية للكادر التمريضي وعلاقتها بالتزام مرضى السكري بالبروتوكول العلاجي، حيث تضم جانبين أحدهما نظري والآخر تطبيقي.

يحتوي الجانب النظري على ثلاثة فصول وهي إشكالية الدراسة وإعتباراتها، حيث تم تحديد المشكلة والتي تفرع عنها التساؤلات ثم أهمية الدراسة وأهدافها والتعاريف الإجرائية لمتغيراتها.

أما الفصل الثاني فقد تناولنا فيه المهارات الاتصالية للكادر التمريضي من خلال عرضنا لمفهوم المهارات الاتصالية للكادر التمريضي، أهميتها، أبعادها، أشكال مهارات الاتصال العوامل المؤثرة في فشل عملية الاتصال للكادر التمريضي وكذا تحسين الاتصال بين الكادر التمريضي والمريض.

وفي الفصل الثالث تطرقنا إلى التزام المرضى بالبروتوكول العلاجي حيث تم عرض مفهوم الالتزام بالبروتوكول العلاجي، أسبابه، أهميته وأنواعه، العوامل المؤثرة فيه والنظريات المفسرة للالتزام بالبروتوكول العلاجي وأخيرا مستويات الالتزام بالبروتوكول العلاجي.

أما الجانب التطبيقي يحتوي على الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، وتعرضنا فيه إلى منهج الدراسة وعينة الدراسة الإستطلاعية ثم الدراسة الأساسية، أداة القياس والخصائص السيكومترية للمقياس وبعدها إجراءات الدراسة الأساسية.

وأخيرا الفصل الخامس تم فيه عرض ومناقشة وتفسير النتائج كما تحوي الدراسة في الأخير قائمة للمراجع والملاحق.

الفصل التمهيدي

الإشكالية

الاتصال من الموضوعات التي عنيت بالأهمية البالغة من قبل المختصين نظرا لأهمية الرسالة التي يحملها بين المتلقين، فهو الوسيلة التي يتم من خلالها الإدراك الحسي وتنمية القدرات الفردية للمتلقين يقوم بالعديد من العمليات التي تهدف إلى تسهيل التفاعل الجمعي وزيادة الاتصال بين الفاعلين وتنسيق جهودهم وحثهم هم على التضامن و المثابرة واكتساب البصيرة والقدرة على تحمل المسؤولية مما يساعد على اداء الأدوار الملائمة لتنمية ولإنجاز الأهداف المشتركة.

ويعتبر الاتصال عملية من خلالها يتم تكوين علاقات بين أعضاء المجتمع سواء كان صغيرا أو كبيرا أو تبادل المعلومات والأفكار بينهم كما إعتبره كذلك العالم مارتن أندرسون 1949 م على أنه عملية من خلالها نفهم الآخرين و يفهموننا، والاتصال ديناميكي حيث أن الإستجابة له دائمة التغيير حسب ما يمليها الوضع العام كله، وفي هذا السياق تتجلى لعملية الاتصال أهمية كبيرة وأساسية هي تجعل الفرد يحس بشعور أهميته وهذا بالضرورة يعزز داخله إحساس الأمان والطمأنينة بذلك ويساعده في تحقيق حاجاته النفسية وإكتساب الفرد سمات المجتمع الذي يعيش فيه وينتمي إليه، كما أن الاتصال يعد شريان المجتمع لا يمكن الإستغناء عنه فهو ضرورة من ضروريات الحياة في شتى المجالات الحرة والمختلفة أو المهن ومن بين ذلك الاتصال الصحي والذي يندرج كنوع من أنواع الاتصال ضمن إطار الاتصال الإجتماعي الذي يقوم على ضرورة توعية أفراد المجتمع بمختلف المشاكل الإجتماعية التي يمكن أن تصيبهم أو تهددهم بما فيها جرائم المخدرات، الامراض، الأوبئة، الزلازل و الكوارث الطبيعية و غيرها.(كريم وآخرون،2008، ص11)

وبإعتبار الاتصال عامة والاتصال الصحي خاصة عملية ديناميكية تتطلب بموجبها التحلي بمهارات التعامل بها التي تكون نابعة من استعداد أو موهبة واسعة أو مكتسبة تنمو

بالعلم والمعرفة وتصقل التدريب، وتدعم قدرة الفرد جسمانيا وذهنيا وتستخدم للتأثير على سلوك الاخرين لتحقيق هدف معين وقد تنوعت هاتة المهارات الاتصالية لدى الكادر الطبي وتمثلت في الاتصال اللفظي، الاتصال غيز اللفظي، الإنصات أو الاصغاء، الاقناع بالبروتوكول العلاجي، ويعكس تعدد هذه المهارات التأثير الإيجابي في المخرجات الصحية والرضا عن الخدمات الصحية المقدمة بهدف زيادة جودة الرعاية والالتزام بالبروتوكول العلاجي.

ويتمثل الالتزام حقيقة الإمتثال للقواعد التي يضعها المختصون في الصحة و اتباع ارشاداتهم الطبية، والتدخلات المتعلقة بتحسين تعامل وتكيف الفرد مع هذا المرض الذي بات على درجة من الأهمية بالنسبة للمهتمين بالصحة، و من المشكلات العالية الخطورة والبالغة التعقيد فيما يخص هذه التدخلات، خصوصا ما يتعلق بالتزام المرضى لعلاج الأمراض المزمنة الذي يتطلب متابعة دائمة ومستمرة، كما يعتبر الالتزام أخطر هذه الإنعكاسات حيث أصبح يشكل إحدى المشكلات التي تواجه محترفي الصحة، خاصه بالنسبة للمفحوصين الذين يعانون من الأمراض العضويه المزمنه أو الإضطرابات النفسيه الحادة، إذ أن أغلبهم لا يحترمون مجموعه توصيات المتعلقه بالعلاج المقدم من قبل الأطباء والاخصائيين النفسيين. ويلاحظ سوء الالتزام في الإضطرابات التي تحتاج لرعاية مطولة إذ يؤدي الفشل في العلاج إلى الأزمان أو الوفاة أو التلازمية المرضية الإنتكاس وحتى الشده النفسية على المقربين والتكاليف الصحية الباهظة ومشكلات نفسية وإجتماعية. (حدار،2008,ص47.48).

ومن الإسقاطات للواقع الصحي، نجد أن مشكلة عدم الالتزام تمس فئة الأمراض المزمنة بصفة عامة و مرض السكري بصفة خاصة من ناحية فشل أغلب المرضى في متابعة توصيات الأطباء والمختصين والالتزام بها،حيث اشارت منظمه الصحه العالميه بارتفاع عدد الاشخاص المصابين بالسكري من 108 ملايين شخص في عام 1980 إلى 422 مليون شخص في عام 2014،كما ارتفع معدل انتشار السكري على الصعيد العالمي لدى البالغين الذين تزيد أعمارهم على 18 سنه من 4.7% في عام في عام 1980إلى 8.5% في عام

2014، حيث بلغ معدل انتشار السكري ارتفاعا اسرع في البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض، وتبين أن السكري هو سبب رئيسي للحمى والفشل الكلوي ونوبات القلبية وبتر الأطراف السفلى، حيث يحدث حوالي نصف مجموع نصف حالات مجموع حالات الوفاة الناجمة عن إرتفاع مستوى الجلوكوز في الدم قبل بلوغ 70 سنه من العمر وتتوقع منظمة الصحة العالمية بأن السكري سيصبح سابع عامل مسبب للوفاه في عام 2030. (منظمة الصحة العالمية،2018).

وتبين أن أكثر من 14% من الجزائريين البالغين،الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و 69 عاما يعانون مرض السكري، وفقا للدراسة اجرتها وزارة الصحة الجزائرية بالتنسيق مع المنظمة العالمية للصحة بين سنتي 2016– 2017. ويعاني نحو1.8 مليون شخص مرض السكري في الجزائر، حسب تقرير 2017 الصادر عن الإتحاد الدولي للسكر(FID) والذي نشر في إطار اليوم العالمي لمكافحة داء السكري. في حين تتحدث بعض التقارير المحلية عن أن عدد المصابين بالمرض يصل إلى 4 ملايين شخص، بينما تصل بعض التقديرات المحلية إلى خمس ملايين، أما على الصعيد العالمي، فيقترب العدد من نصف مليار شخص يعانون حاليا من مرض السكري (540مليون شخص). إذ يعاني واحد من كل 11 شخصا من البالغين في العالم مرض السكري.(سنوسي عياش،2018).

– وفي ذات السياق تطرقت الكثير من البحوث إلى الجانب المهم من توعية المريض و تزويده بمعلومات حول مرضي في تأثير على مدى الالتزام هي وتكيفه مع البرامج العلاجية، يساعده على تصحيح أفكاره الخاطئة حول المرض وبالتالي تغيير سلوكه نحو الالتزام، وضبط نمط حياته مع مرضه، وبالنظر إلى ما سبق في هذا الجانب يستدعي الاهتمام بمعرفة مدى التزام مرضى السكري من ناحية والتحقق من تأثير تطبيق المهارات الاتصالية للكادر الطبي على المرضى في إحداث فارق في التزامهم ببرامج العلاج من ناحية أخرى، وفي ضوء هذا الطرح نصوغ التساؤلات التالية:

- ما درجة تطبيق المهارات الاتصالية لدى الكادر التمريضي؟
- ما درجة التزام المرضى بالبروتوكول العلاجي؟
- هل توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين المهارات الاتصالية للكادر التمريضي والتزام المرضى بالبروتوكول العلاجي لدى عينة من مرضى السكري؟

الفرضيات الدراسة

- درجة تطبيق المهارات الاتصالية لدى الكادر التمريضي متوسطة.
- درجة الالتزام بالبروتوكول لعلاجي لدى مرضى السكري مرتفعة.
- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مستوى تطبيق المهارات الاتصالية للكادر التمريضي والتزام المرضى بالبروتوكول العلاجي.

أهمية الدراسة

- يعد البحث الحالي إضافة للبحث العلمي في المجال النفسي وخاصة المجال الصحي.
- تبرز أهمية البحث في كونه إهتم بفئة خاصة تحتاج للرعاية الصحية على المدى البعيد.
- يعد هذا البحث خطوة هادفة للمختصين في مجال الرعاية الصحية لوضع برامج صحية من أجل ضبط سلوك المرضى لرفع مستوى الالتزام بالبروتوكول العلاجي لديهم.
- تتجلى أهمية هذا البحث في النتائج التي سيتم التوصل إليها ومدى الإستفادة منها من قبل المختصين في هذا المجال.
- تشجيع مرضى السكري على الالتزام بالبروتوكول العلاجي بهدف التكيف السليم مع مرضهم.

- تعزيز السلوكات الوقائية للمصابين بمرضى السكري.

أهداف الدراسة:

- الكشف عن درجة تطبيق الكادر التمريضي المهارات الاتصالية.
- التعرف على درجة الالتزام بالبروتوكول العلاجي لدى مرضى السكري.
- معرفة طبيعة العلاقة بين المهارات الاتصالية لدى الكادر التمريضي والتزام المرضى بالبروتوكول العلاجي لدى مرضى السكري.

التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة:

1. **المهارة:** هي القدرة يتمتع بها الكادر الطبي ويمارسها مع مرضى داء السكري والتي تدفعه إلى القيام بمهمة معينة بشكل جيد وفي الوقت المطلوب والتي تتحدد درجتها من خلال إستجابة المرضى على الإستبيان المقدم في الدراسة.
2. **الاتصال:** عملية تبادل الأفكار والمشاعر والمعلومات بين طرفين إما شفويا أو بالرموز والكلمات والصور للوصول إلى فهم مشترك.
3. **المهارات الاتصالية:** هي تلك الأساليب والتقنيات التي يطبقها الكادر الطبي بشكل يتسم بالكفاءة والدقة والتميز ضمن مجهود فردي أو جماعي لتحقيق اهداف الرعاية الصحية ويتحقق ذلك عن طريقة عدة ابعاد الاتصال اللفظي، الاتصال غير اللفظي، الإنصات، الاقناع .
4. **التزام المرضى بالبروتوكول العلاجي:** وهي إمتثال وخضوع المرضى للبرنامج العلاجي المقدم له من طرف الطبيب والذي يشمل مختلف جوانب البرتوكول العلاجي منها: تناول الدواء، احترام مواعيد العلاج، الحميه الغذائية.....الخ، والذي تتحدد درجته من خلال إستجابة المرضى على الإستبيان المقدم في الدراسة الحالية.

5. **مرضى داء السكري:** هي فئة من الناس مصابة بداء السكري المزمن والشائع الناتج عن إرتفاع مستوى السكر في الدم، عندما لا يستطيع الجسم إفراز كمية كافية من الأنسولين أو عندما تكون كمية الأنسولين الطبيعية غير فعالة، ولقلة إستقباله من قبل خلايا الجسم المختلفة مما ينتج عنه إرتفاع نسبة السكر في الدم عوضا عن دخوله إلى خلايا الجسم لعدم وجود كمية كافية من الأنسولين ويتم طرحه في البول عندما تتخطى كمية السكر في الدم 180 مليجرام ويتم فقدان الطاقة.

الدراسات السابقة

- **دراسات خاصة بالمهارات الاتصالية**

1. دراسة سيف، ناصر إبراهيم محمد بعنوان أثر تطبيق أبعاد جودة الخدمات في نتائج المرضى دراسة ميدانية على مراكز الرعاية الصحية الأولية في الأردن، الجامعة الأردنية، سنة 2013.

هدفت الدراسة للكشف عن إتجاهات مرضى السكري نحو مستويات تطبيق أبعاد جودة الخدمات الصحية وأثر ذلك في نتائج المرضى من حيث الرضا والنتائج الصحية.

توصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها: أن مراكز الرعاية الأولية تطبق أبعاد جودة الخدمات بمستويات مقبولة وأن رضا المرضى يتصف بالمقبول، هنالك أثر لتطبيق أبعاد جودة الخدمات في مستويات نتائج المرضى الصحية.

2. دراسة et all khhadoudi بعنوان: **أثر التدريب على مهارات الاتصال في جودة الرعاية (معدل الكفاءة الذاتية والرضا الوظيفي ومهارات الاتصال) للممرضات في مستشفيات تبريز**، بجامعة تبريز إيران، سنة 2013.

هدفت الدراسة إلى تقييم أثر التدريب على مهارات الاتصال وجودة الرعاية الذاتية وكذلك الكفاءة والرضا الوظيفي للممرضات.

خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان اهمها يمكن التدريب على فنيات مهارات الاتصال في الوسط الصحي مع الحالات المرضية خاصة تلك التي تعاني من أمراض مزمنة وتحتاج إحتكاك وتواصل دائم من أجل زيادة معدل جودة إكتساب وتطبيق مهارات الاتصال للممرضة ورفع مستوى الرعاية التمريضية للمرضى.

3. دراسة أيمن زكي سعيد كردية بعنوان: مهارات الكادر الصحي في التعامل مع الجمهور وأثرها على فاعلية الخدمة الصحية، رسالة ماجيستير ، كلية التجارة ،قسم ادارة أعمال ،الجامعة الإسلامية بغزة للموسم الجامعي 2010-2011.

هدفت الدراسة إلى تسليط الضوء على واقع التعامل للكادر الصحي مع جمهور المراجعين في مراكز الرعاية الصحية ، وتعرف على مستوى المهارات التي تمتلكها ،وعلى مستوى فعالية الخدمة المقدمة من خلال مدى الرضا عنها والتحسين في المخرجات الصحية ،بلإضافة إلى معرفة مدى تأثير مستوى مهارات تعامل الكادر الصحي مع الجمهور وأثرها في فاعلية الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية.

خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان أهمها أن مستوى مهارات الكادر الصحي في التعامل مع الجمهور (التواصل اللفظي والغير لفظي ،الإنصات ،توجيه الأسئلة، ضبط النفس ،الإقناع) ومستوى فاعلية الخدمة الصحية يستقيها رضى الجمهور وتحسن المخرجات الصحية إلى مستوى تم تقديره بجيد ولكنه يحتاج إلى تحسين وتطوير ،بالإضافة إلى أن الباحث أقر أنه يوجد علاقة طردية إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مهارات التعامل مع الجمهور لدى الكادر الصحي وفعالية الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

- **دراسات الالتزام الصحي (العلاجي)**

1. دراسة رشيد حميد زغير حسينة خنشول عبد المولى بوشامي 2019 الصلابة النفسية وعلاقتها بالإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.

هدفت الدراسة للتعرف على علاقة الصلابة النفسية بالإمتثال العلاجي لدى مرضى داءالسكري، وذلك من خلال البحث عن العلاقة بين الامتثال العلاجي وأبعاد الصلابة النفسية (الالتزام، التحكم والتحدي).

خلصت الدراسة إلى عده نتائج أهمها إلا أنه توجد علاقة إرتباطية دالة بين الإمتثال العلاجي والصلابة النفسية وبين الإمتثال العلاجي وبعدي الصلابة النفسية (التحكم والتحدي) لدى مرضى داء السكري غير الممثلين للعلاج.

2. دراسة لكحل رفيقة بعنوان: تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى إرتفاع ضغط الدم، رسالة ماجيستير في علم النفس تخصص علم نفس الصحة ،جامعة الحاج لخضر لولاية باتنة للموسم الجامعي 2010_2011.

هدفت الدراسة إلى إبراز مدى الالتزام الصحي لمرضى ضغط الدم ومدى تأثير التربية الصحية في تحسين الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم.

خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها أن الأمراض المزمنة أكثر انتشارا في المجتمع، ويوجد صعوبة في التحكم فيها مما يجعل المرضى لا يلتزمون بالإرشادات الطبية، وقد بينت الدراسة الحالية مدى أهمية تطبيق عملية تعليمية لتوعية المريض خاصة لتعزيز الالتزام الصحي لديه باعتباره الحلقة الأساسية للعلاج.

3. دراسة Hadi N, Rostami Gooran N بعنوان: **فعالية البرنامج التعليمي لإرتفاع ضغط الدم في زيادة الإمتثال للدواء**، جامعة شيراز للعلوم الطبية بإيران لسنة 2006.

هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير التثقيف على الإمتثال للأدوية لدى مرضى إرتفاع ضغط الدم إيران، سماح وردة اشكالية الدراسة حول دور تاثير البرامج التعليمية الفعالة لتحسين الإمتثال أو الالتزام الخافض لمرضى ضغط الدم.

خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها أن التعليم المباشر القائم علي مشكلة المريض فعال في تحسين أداء المرضى ورفع مستوى التزامهم بالدواء.

التعقيب على الدراسات السابقة:

إن هذا العرض الموجز قدر المستطاع للدراسات السابقة الذكر وذلك طبعا حسب اهميتها بالنسبة للدراسة، يوضح مدى اقتراب الدراسة الحالية منها او بعدها عنها من جوانبها المتعددة كما يكشف نقاط التشابه والاختلاف بينها وبين الدراسة الحالية ومدى الاستفادة منها.

- أوجه الاتفاق بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

اتفقت في بعض الاهداف وخاصة في معرفة مدى اثر مهارات الكادر الصحي وكذا مستوى الالتزام والامتثال الصحي، وعلى طبيعة العلاقة بين تطبيق والتدريب على المهارات الاتصالية للكادر الصحي، وايضا تاثيرها على الافراد ذو الامراض المزمنة وتاثيرها على التزامهم وامتثالهم الصحي.

اتفقت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات في اختيارهم لعينة من المصابين ببعض المزمنة، واستخدام بعض الاساليب الاحصائية مثل برنامج الحزم الاحصائية للعلوم الاجتماعية".Spss، كما تم اعتماد الدراسة الحالية والدراسات السابقة على نفس المنهج وهو المنهج الوصفي.

- أوجه الاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة:

- لا توجد أي دراسة من الدراسات السابقة تناولت متغيرات الدراسة الحالية بصورة كاملة.

- لم يتم تطبيق نفس المقاييس المستخدمة في الدراسات السابقة.
- اختلاف في حجم العينة حيث نجدها كبيرة مقارنة ما حجم العينة الدراسة الحالية.
- اختلاف بعض الدراسات السابقة في الأهداف المتوسط إليها مع الدراسة الحالية.
- لم يتم الحصول على دراسة محلية تناولت موضوع الدراسه الحالية وهذا في حدود ما تم الاطلاع عليه، خاصة وفي الكشف عن العلاقة بين المهارات الاتصالية والالتزام الصحي.

وعلى العموم تم الاستفادة من الدراسات السابقة في صياغة أسئلة الدراسة بأهدافها وفرضياتها، وكذلك الأساليب الإحصائية في تلك الدراسات، كما تم الاستفادة من المعلومات والمفاهيم النظرية التي تسخر بها هذه الدراسات في إثراء الإطار النظري الخاص بالدراسة الحالية وهذا في حدود ما تم الاطلاع عليه خاصة في الكشف عن العلاقة، وكذلك تستفيد الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في تفسير النتائج ومناقشتها.

الفصل الأول:

المهارات الاتصالية

للكادر التمريضي

تمهيد

تتطلب معظم الأمراض المزمنة المتابعة الطبية المستمرة، والعلاج لفترات زمنية طويلة، وذلك من أجل السيطرة على وضع المريض ومنع المضاعفات الناجمة عن المرض، وهذا يتطلب تمكن الكادر التمريضي من خلال الإعتماد على ميكانيزمات التحكم في المريض بمحاولة التأثير عليه وذلك بتطبيق مهارات مختلفة لإنجاح العملية العلاجية، وفي هذا الفصل تم تضمين مختلف المهارات الاتصالية التي يستخدمها الكادر التمريضي كوسيلة تساعد في السيطرة على سلوك المريض وهذا الشيئ قد يؤثر على مستوى التزام المرضى بالبروتوكول العلاجي الموجه لهم.

1. مفهوم مهارة الاتصال

أ. المهارة

لغة: أصل مصطلح المهارة من الفعل الثلاثي "مهر" الاسم فيه "ماهر" أي بارع و يقال فلان مهر في العلم أي كان حاذقا عالما به متقنا له، والمهارة الحذق في الشيء والجمع مهرة (إبن منظور، 2003: 386).

إصطلاحا: المهارة هي القدرة على استخدام المعرفة في تحقيق هدف معين بدقة و سهولة و سرعة وسلامة وأمان، حيث أن المهارة لا تكتب لفضيا، و تظهر أثناء العمل والممارسة و أثناء أداء المسؤوليات المكلف بها الفرد (كلوب، 2011: 4)

كما أنها: " القدرة على أداء عمل ما بإستخدام أساليب تتسم بالكفاءة و التميز بما يحقق نتائج أعلى وأفضل مما إستخدم في الأداء من موارد وإمكانيات "(السلمي، 1999، ص 23)

ب. الاتصال

لغة: أصل كلمة اتصال في اللغة مشتقة من الفعل الماضي الثلاثي "وصل" والمضارع منه "يصل" ويقال وصل الشيء أي وصل إلى الشيء وصولا، أي بلغه وإنتهي إليه والاتصال ما يصل بين الشيئين (صابروآخرون، 2008: 903-904).

اصطلاحا: يعرف الاتصال على أنه العملية المقصودة وغير المقصودة التي يتم فيها التعبير عن المشاعر والأفكار في رسائل شفوية أو غير شفوية والتي يتم إرسالها واستلامها واستعابها وهي عملية يمكن أن تحدث دون قصد أو تعبر عن حالة شعور الفرد أو كنتيجة عن اهداف معينة للمتصل (أبو شنب، 2009: 19)

ويعتبر علم النفس العلم الذي يهتم بدراسة سلوك الإنسان من حيث هو كائن حي ويشعر وله رغباته وإهتماماته ويستجيب للمنبهات الداخلية والخارجية، ولما كان موضوع علم النفس ينصب على العمليات النفسية والعقلية كالتفكير والإدراك والدوافع وعلاقتها بالبيئة الطبيعية التي يعيش فيها، فإن معنى الاتصال في علم النفس لم يخرج عن هذا النطاق.

كما يعتبر الاتصال من منظور علم النفس العملية التي تؤدي إلى النشاط النفسي والسلوكي للانسان، هو يهتم بمستوى تعقيد السلوك المتضمن في عملية الاتصال وتحليله كالإستيعاب والتذكر والإدراك وتغيير الاتجاهات ومختلف الظواهر النفسية المتعلقة بالانسان. (عمر عبد الرحيم نصر الله، 2001، ص 24)

2.مفهوم المهارات الاتصالية للكادر التمريضي:

يعتبر مفهوم المهارات الاتصالية للكادر التمريضي من المفاهيم الإدارية الهامة، حيث يشير مصطلح المهارة إلى وجود إستعداد أو موهبة طبيعية أو مكتسبة، تنمو بالعلم والمعرفة، وتسقل بالتدريب، وتدعم قدرة الفرد على الأداء جسمانيا وذهنيا، وتستخدم للتأثير على سلوك الآخرين لتحقيق هدف معين، ويرى الباحث أنه وبعد الإطلاع على الدراسات السابقة والكتب والمراجع يمكن التركيز على أهم مهارات الاتصال للكادر التمريضي وهي: مهارت التواصل اللفظي (الحديث) التواصل غير اللفظي (لغة الجسد)، ومهارة الإنصات، ومهارة الإقناع.

3.أهمية المهارات الاتصالية للكادر التمريضي :

لمهارات الاتصال للكادر التمريضي أهمية بالغة لإنجاح العملية العلاجية وهي تبرز على عدة مستويات:

- **بالنسبة للمريض:** إن الاتصال الفعال بين الطبيب والمريض له علاقة قوية برضا المريض عن الخدمات الصحية، فإن المرضى الذين يتعامل معهم الأطباء بعناية وإهتمام

وبشكل ودي، ويعطونهم وقت أكثر للإجابة عن إستفساراتهم وأسئلتهم ويقدمون لهم توضيحات عن حالتهم الصحية أكثر رضا من غيرهم.

(south-paul&Others,2007,ch59)

- **بالنسبة للكادر التمريضي:** إن جوده العلاقة بين الطبيب والمريض لها علاقة مباشرة برضا الطبيب عن عمله، وإن الاتصال الجيد مع المرضى سوف يحسن جودة هذه العلاقة وبالتالي سينعكس على نفسية الأطباء من رضاهم عن عملهم.

(south-paul&Others,2007,ch59)

- **الالتزام بالعلاج الدوائي:** إن البحث عن طرق لتحسين توافق المرضى مع العلاج يعتبر ضرورة لمديرية الخدمات الصحية والأطباء، وتلعب العلاقة ما بين الطبيب والمريض دورا في ذلك، لقد تبين في عدة دراسات أن إتجاه أطباء نحو المرضى وقدرتهم على إحترام إهتماماتهم وتزويدهم بالمعلومات المناسبة ومراعاة حالتهم النفسية وكسب تعاطفهم وتطوير ثقتهم بالأطباء يعتبر من المحددات الأساسية لخلق التوافق جيد لدى المرضى مع العلاج المقدم.

(page7 ,2006, wong&Lee)

4. أبعاد المهارات الاتصالية للكادر التمريضي:

تعتبر المهارات الاتصالية للكادر التمريضي ككفاءة يكتسبها من أجل تسهيل عملية التواصل بينهم وبين المرضى التي من شأنها أن تكون دافعا لالتزام المرضى بالعلاج، هذه المهارات تتنوع وتنقسم إلى عدة أبعاد أهمها:

أ. مهارة الاتصال اللفظي (الحديث):

إن الكلام هو أكثر وسائل الاتصال والتأثير شيوعا وكلما نجح الإنسان في إجادة فن الحديث وإمتلاك زمام الفصاحة والبلاغة كلما كان أقدر على التأثير في الآخرين وتوجيههم الوجهة التي يريدها، ونحن نستخدم الاتصالات اللفظية في حياتنا اليومية، عندما نتحدث إلى بعضنا البعض، أو نقوم بمناقشة شيء ما، أو المشاركة في أحد الإجتماعات أو إجراء مقابلة ما، أو التحدث بالهاتف، ويطلق عليها بعض الناس إسم اتصالات شفوية كونها تصدر عن طريق الفم . (Karen&Others.2005.p157

- **مرتكزات الحديث الفعال:**

- **الإختبار:** هي مهارة تحويل الأفكار والمعاني لكلمات تشكل الرسالة الموجهة للمستقبل، ويتطلب نجاح المرسل في عملية الإختيار ما يلي:

  - إستخدام لغة بسيطة وسهلة لترجمة الأفكار والمعاني؛
  - مراعاة المستوى الثقافي للمتحدث إليه؛
  - تسلل ومنطقية الأفكار ؛
  - الإختصار في الحديث وعدم الإطالة؛
  - التكلم بوضوح وسرعة مناسبة والعناية بمخارج الألفاظ؛
  - مراقبة ردود الفعل على المستقبل لمتابعة فهم الرسالة؛
  - إختيار الوقت المناسب للتحدث مع المستقبل؛
  - مراعاة الحالة النفسية للمستقبل؛
  - التأكيد من دقة وصحة المعلومات التى تنقلها للمستقبل حفاظا على مصداقيتك؛
  - المحافظة على هدوء أعصابك وعدم إتيان حركات وإشارات لفظية تشتت ذهن المستقبل؛
  - عدم التعالي بالمعرفة والمعلومات مع المستقبل؛
  - إعطاء ملخص في بداية الحديث عن الموضوع الذي سيتم الحديث فيه.

ب. مهارة الاتصال غير اللفظي (لغة الجسد) :

- لغة الجسد أو الاتصال غير اللفظي يعتمد على الجانب السلوكي والحركي في الجسم، لذا يمكننا أن نجد أن هناك حركة في الجسم في جزء صغير منه مثل اليد أو العين أو في عدة أجزاء معا كاليد والرأس واليد والكتف...إلخ، ولغة الجسم هذه يستخدمها الأشخاص عادة من أجل الاتصال خاصة من الجانب الوجداني وبعيدا عن الكلمات، وتلعب البيئة الإجتماعية والبيئة في المجتمعات المختلفة دورا هاما في لغة الجسد عليها وفهمها، فبيئة الاتصال هي التي تجعل لغة الجسد ذات معنى معين واحد يمكن أن يعبر عنه في بلد بطريقة مختلفة عن بلد آخر وهكذا، وعند الاتصال بين شخصين فإن الرسالة فيما بينهما يمكن تحليلها إلى مايلي:

- 5% رسالة لفظية (الكلام فقط)؛

- 40% رسالة صوتية (ونعنى بها الطريقة التى يستخدمها الشخص في إخراج الألفاظ وكيف يرتفع صوته وينخفض صوته في مقاطع معينة)؛

- 55% جسمية؛

- وإذا علمنا أن هناك حوإلى مليون علامة أو حركة لوحظت بين متبادل الرسالة من الناحية غير اللفظية افإن هذا ربما يلفت نظرنا إلى أهمية لغة الجسد والرسائل اللفظية (توفيق. 2008. ص121)

- **أهمية التواصل غير اللفظي:**

- عندما نتصل بالآخرين فإننا نختار أفضل الطرق لنقدم أنفسنا إليهم سواء بإستخدام اللغة اللفظية أو غير اللفظية، ولأن تأثير الإنطباع الأول يجدد مسار العملية الاتصالية ويضع لها الحدود التي تتقيد بها أثناء اتصالنا، لذالك فإن الإشارات غير اللفظية تقوم بدور بارز في تقديرنا للآخرين، إذ أننا قد لا ننطق بكلمة واحدة إلا أن مظهرنا ووقوفنا وجلوسنا وتوقيت

حركتنا وردود أفعالنا كلها تقدم معلومات أولية عنا، كما أن لها تأثير واضح على سلوكنا، وأسلوب اتصالنا بالأخرين، لذلك فعلى كل من يهتم بالاتصال والتعامل المباشر مع الأخرين، أن يفهم هذه المهارات جيدا ويعرف تأثيرها ومعانيها ليستطيع الاتصال بهم بإقناعهم برسالته، وتحقيق اقصى حد من الفعالية أثناء الاتصال . (عامر، 2001، ص9)

- وفي أغلب الأحيان نجد أن الرسائل اللفظية تستخدم من أجل نقل المعلومة، أما الرسائل غير اللفظية فإنها تستخدم لنقل الإحساس والإتجاهات بين الناس، فهي إذن تنفذ إلى العلاقة داخل الأشخاص، ويمكننا أيضا أن نستخدم الرسالة غير اللفظية كبديل للرسالة اللفظية (توفيق 2008.ص123)

- **أشكال الاتصال غير اللفظي:**

قال تعإلى (أشحة عليكم فإذا جاء الخوف رأيتهم ينضرون إليك تدور أعينهم كالذي يغشي عليه من الموت فإذا ذهب الخوف سلقوكم بألسنة حداد أشحة على الخير أولئك لم يأمنوا فأحبط الله أعمالهم وكان ذلك على الله يسيرا) الآحزاب 19.

إن العيون ليست وسيلة للإبصار فقط بل هيا وسيلة بليغة لتعبير عما يدور فالداخل أي ما في النفوس والقلوب ونقله للخارج، فهناك النظرات القلقة المضطربة وغيرها المستغيثة المهزومة المستسلمة، وأخرى حاقدة ثائرة، وأخرى ساخرة، وأخرى مصممة، واخرى سارحة لا مبالية، وأخرى مستفهمة، واخرى محبة ...، وهكذا تتعدد النظرات المعبرة وقد سمى القرأن بعض النظرات (خائنة الأعين ..) غافر ،19 (السكارنة 2010 ص 396)

ويعتبر الاتصال بالأعين من الوسائل غير المنطوقة لإجراء محادثة جدية بين الناس، فعندما ننضر لشخص ما، فإنه يكون مدرك بأنه قد أستحوذ على إنتباهنا، وبذالك يحدد النظر سياق التبادل، لذلك فلا يمكن تجاهل أهمية الاتصال بالأعين، ونحن نميل إلى إستعمال لغة العيون في أغراض التغذية الراجعة لجعل المتحدث يدرك أننا نستمع إليه، ونحن بدورنا أيضا

نحتاج إلى إشارة تجعلنا ندرك أن الآخرين يستمعون إلينا، وإن عدم الاتصال بالأعين يعطي إنطباعا أنك تتحدث عن المستمعين بدلا من أن تتحدث إليهم .(بورج 2009، ص93)

وتعتبر العيون مرآة الإنسان ومؤشر على طبيعة شخصيته، ورغم عن حركة العيون غالبا ما غير مقصودة، إلا أن سلوك وحركة عيون المريض من الممكن أن تساعد الكادر الصحي لتحديد الحالة العاطفية عليه وعن ما يدور بداخله، (collins،1997، p65

ولما كانت منطقة العينين مصدرا هاما لرسائل الاتصال غير اللفظي فقد قام خبراء الاتصال بإجراء الدراسات والبحوث عليها، وتتلخص أهم النتائج التي توصلوا إليها فيما يلي:

- يستخدم الأفراد البصر والتركيز على العينين في حالة الرغبة في الحصول على إسترجاع المعلومات ومعرفة ردود الفعل لدى الآخرين، وكذلك للإعراب عن الإهتمام وإستمرارية الاتصال بين الطرفين والرغبة في المشاركة؛
- تزداد درجة تركيز العينين بين طرفي الاتصال كلما كانت المسافة بينهما أكثر؛
- يستخدم تركيز العينين كوسيلة لإثارة القلق في الطرف الأخر؛
- يقل إستخدام البصر وتركيز العينين في حالة الرغبة في إخفاء المشاعر الداخلية، وعندما تكون المسافة بين طرفي الاتصال قصيرة، وعندما يكون بينهما تنافس شديد وتسود علاقتهما درجة من الفتور، وفي حالة عدم الرغبة في تنمية روابط إجتماعية. (جلوب 2009، ص 30)

- **تعبيرات الوجه:**

تشكل تعبيرات الوجه أول إنطباع يلفت النظر عند مقابلة شخص ما لأول مرة، ويضل هاذا الإنطباع عالقا بالذهن لفترة طويلة ولا يتغير بسهولة، إذ يعتبر الوجه أكثر أجزاء الجسم

وضوحا وتعبيرا للعواطف وأكثر في نقل المعاني، كما أكثر الأجزاء صعوبة في فهم التعبيرات التي تصدر عنه بالإضافة إلى أن تعبيرات الوجه من الأشياء التي تتأثر كثيرا بالحالة النفسية الحية للإنسان، ويمكن القول أن هناك على الأقل ستة أنواع من العواطف التي يمكن التعبير عنها بإستخدام الوجه وهي التعبير عن السعادة، الغضب، الدهشة، الحزن، الإشمئزاز، الخوف، غالبا ما تكون المشاعر مكتوبة بوضوح على الوجه قال تعإلى (سيماهم في وجوههم..) الفتح 29 .(أبو عياش 2005،ص 122)

- **الإشارات والإماءات**

تشمل لغة الإشارات والإماءات أنواع الحركات والإماءات التي يؤديها الفرد لتوصيل معنى معينا، سواء كانت هذه الإشارات والإماءات إرادية يتحكم الفرد فيها، ويرسلها بقصد توصيل معنى معين، أم كانت لا إرادية، تحدث عشوائيا، أثناء الاتصال من أجل إتمام اللغة اللفظية وتوصيلها بشكل أكثر تأثيرا، أم كانت هذه الإشارات بديلا عن اللغة كما هو الحال في لغة الصم . (عامر 2001، ص121)

- **تعبيرات أعضاء الجسم الأخرى**

إن الوجه يعبر ما في النفس، فإن حركات اليدين والقدمين وحركات الكتفين وكيفية الجلوس أو المشي تعبر عما في نفس الإنسان، وتعطى تقريرا دقيقا عن حالته النفسية ومن صور التعبير مايلي:

- يجب أن يكون اللباس ملتزما بالضوابط الشرعية للرجل أو المرأة، وهذه الضوابط محلها كتب الفقه؛
- أحرص على أن يكون لباسك مقبولا إجتماعيا فقد يكون اللباس شرعيا لكنه إجتماعيا غير مقبول، كمن يصر على لبس البدلة في مجتمع بدوي لايعرف غير الثوب التقليدي؛
- لكي يكون لباسك مريحا لك وللأخرين حافظ على نظافته دائما؛

- الأناقة غير المبالغ فيها مما يكسب الإنسان إحترام الأخرين؛
- البساطة وعدم التكلف من علامات الذوق الناضج.
- مراعات الزمن والمكان (عمران وآخرون 2001ص 39)

- **التغيرات الصوتية**

إن صوت المتحدث يمد المستمع بكثير من المعلومات، فمن خلال صوت يمكن معرفة المتحدث، وجنسه، وجنسيته، وحجم جسمه، والمنطقة التي ينتمي إليها، كما أن الصوت يكشف عن إهتمامات المتحدث وإتجاهاته، مشاعره ومركزه الوظيفي، ومزاجه الشخصي من هدوء وإنفعال، أو مرح أو إكتئاب أو إنبساط أو حياء أو إنطواء، ويعتبر الصوت أحد المتطلبات الرئيسية لإتقان مهارة التحدث، وضوح الكلمات، وسلامة نطق الألفاظ، الوقفات المناسبة والسرعة المريحة من العوامل الضرورية في مهارة التحدث، وترتبط بالنواحي الفزيولوجية لجهاز النطق والحالة النفسية للمتحدث، إلا أنه يمكن تنميتها عن طريق الممارسة والتدريب . (جلوب 2010 ص 32).

ج. مهارة الإنصات:

ويقصد به الإستماع للآخرين بقيم وأدب وإحترام وعدم مقاطعتهم، وإستيعاب الرسائل التي يعبون عنها بطريقة لفظية أو غير لفظية، بقول الله تعإلى مؤكدا على أهمية الإنصات للفهم والإستيعاب والتذكر: " **وإذا قرئ القرآن فإستمعوا له وإنصتوا لعلكم ترحمون**" الأعراف 204.

والإنصات يعني فهم رسالة المتحدث وإدراك ما يرمي إليه من مقاصد، فالإنصات أو الإصغاء أكثر من مجرد إستقبال الصوت بخلاف السمع الذي حدث لمجرد إستقبال الأصوات الخارجية ولا يتطلب تفاعلا، وعلى هاذا فالسمع والسماع غير الإستماع، والإستماع هو نفسه

الإنصات والإصغاء، وهذا التراوح في المسميات لدلالة على عملية ذات طبيعة خاصة يرجع إلى غنى اللغة العربية بمفرداتها وميل الباحثين إلى إستخدام مفردة دون أخرى، أما في اللغة الإنجليزية فتستخدم كلمة Listening للدلالة على نفس المعنى الذي تتضمنه المفردات الثلاث، الإصغاء والإستماع والإنصات والتي هي نفسها تتضمن معنى الفهم والتفاعل مع المرسل .(حجاب، 2003، ص18)

- **أهمية الإنصات**

الأشخاص الذين لا يستطعون الإستماع لا يستطعون الاتصال، لأن الإستماع الضعيف يعيق من قدرتنا على الاتصال مع الآخرين، والإستماع مهارة أساسية لأية تواصل تجرى، والشخص الذي يرغب في أن يكون مقابلا ناجحا أو مفوضا جيدا، أو مديرا فعالا أو مستشارا بارزا فإن عليه أولا أن يطور مهارته في الإستماع الفعال. (هيز 2011،ص100)

في كل مناحي الاتصال نجد أن الإنصات هو الأكثر أهمية، والإستماع يختلف كثيرا عن مجرد الصمت عندما يتحدث فرد إلى لآخر، فإذا تم تطبيق الإستماع بشكل فعال فسوف تتمكن من تكوين العلاقات الشخصية وعلاقات العمل وتعمل على تحسينها، فكل موقف من مواقف الحياة سوف يساعدك الإستماع الفعال في فهم أفكار ومشاعر وتصرفات الآخرين، وفي حياتنا العملية يتم تقدير الإستماع بدرجة كبيرة كمهارة شخصية مرغوب فيها، فالناس يتأثرون بالإستماع الجيد لدى الآخرين، وستربح فوائد جمة إذا أنصت للآخرين، فقد يضعك ذلك في منزلة الصديق لدى الآخرين، كما أن هذا يحقق الفهم المتبادل في علاقات العمل، أضف إلى ذلك أنك لو إستمعت بعناية فستجمع كل أنواع المعلومات عن خصائص أي منظمة وعن الفرد الذي تتعامل معه.(بورج2009ص37)

والمستمع الفعال ملتزم ذهنيا وجسديا بعملية الإستماع، ويمارس رقابة واعية على أنشطته الإستماعية بحيث يركز على كامل الرسالة المستلمة، ويزاول المستمع الفعال إهتمام

متحمس بشأن التفسيرات المختلفة ونقاط الاتفاق والإختلاف وردود الفعل حتى نهاية الرسالة، وكذلك يرسل رسائل قوية إلى الطرف الآخر من خلال عملية الاتصال التي تتم على الإحترام والتقدير العاليين والإهتمام الكبير بالمرسل. (chambers,2001p148)

ويعتبر الإنصات الجيد حجر الأساس في عملية تبادل المعلومات أثناء عملية الاتصال، والإنصات الجيد للآخرين يجعلك تتعلم منهم وتتفاعل معهم وترد بشكل جيد على ما تسمعه، وعملية الإنصات تتطلب قدر كبيرا من ظبط النفس وإيلاء الإهتمام للآخرين. (cohen 2002 p87)

ويساعد حسن الإستماع وإجاد الإصغاء على نجاح عملية الاتصال وفهم المستقبل للفكرة وفق ما يقصده المرسل، ويعتبر الإصغاء الجيد من السلوكيات الإجتماعية الحميدة، وتحقيق الإصغاء الجيد هو مسئولية مشتركة بين المتحدث والمستمع. (حريم2004،ص269)

أما من الناحية الطبية فإن إستماع الكادر التمريضي وإنتباهه الجيد لما يختاره المريض من كلمات للأمور التي يركز عليها أو يكررها في كلامه أو تلك التي يهملها بالإضافة إلى الإختلاف في حدة ودرجة الصوت والسرعة أو البطء في حديثه، يساعده في الحصول على معلومات عن كيفية تفكير هذا المريض وعن مدى إستجابته للأسئلة التى توجه إليه. (Collins, 1997 , p72)

- **عناصر الإنصات:**

تتمثل هذه العناصر فما يلي:

أولا: العناصر غير المادية

- الألفاظ والصياغات: توجد بعض الألفاظ التي لايتم فهم معانيها إلا من خلال جمل مثل إسم "عين" أو كلمة "كرسي" وبالتالي تكون طريقة الصياغة لها تأثير على مدى فهم

المستمع للرسالة لذا يحرص المستمع على تفهم معانى تلك الكلمات وإضاح ما يتم غموضه منها؛

- توجيه المناقشة: أحيانا يخرج المرسل عن موضوع الرسالة إلى أمور هامشية لذا نجد المستمع عادة يطلب من المرسل أن يركز المناقشة على الأفكار الرئيسية؛
- التصرف العملي: وهنا يطلب المستمع من المرسل الدخول في الحل أو التصرف مباشرة دون اللجوء إلى التفاصيل والتي قد تكون بديهية مثل مقولة ما رأيك في الحل...؟
- الصوت: حيث تأثر نبرة الصوت على المعاني التي يتحدث عنها شخص معين فمثلا: نبرة صوت دافئة تعبر عن مشاعر الحب والود.

ثانيا: العناصر المادية

تتمثل أهم تلك العناصر فيما يلي:

- حركة الجسد والأيدي: إن حركات الجسم وحركة اليدين والأصابع وكذا إسناد الجسم والتمطع والتثاؤب، كلها حركات تعزز الرسالة مع ملاحظة أن إزدياد الحركة عن حدها الطبيعي يشوه المعنى.
- تعبيرات الوجه: إن حركت الشفاه والعيون والحواجب تعطي تعبيرات تعزز المعاني التي يتحدث بها المرسل فهي يمكنها ان تشجع أو تثبط همة المتحدث في الحديث.
- المناخ والبيئة: حيث أن طريقة الجلوس والحرارة والإضاءة والضوضاء والأثاث كلها عوامل يمكن أن تأثر بصورة أو بأخرى على كل من المتحدث أو المستمع. (الصيرفي2002ص701)

- **أنواع الإنصات**

يوجد أربعة من أنواع الإنصات وهي:

- إنصات الإعجاب: الإنصات هنا من أجل المتعة والإبتهاج كما في حالة الإنصات إلى قطعة موسيقية أو مسرحة كوميدية أو إلى حديث فكاهي.
- إنصات التعاطف: الإنصات الذي يقدم الدعم المعنوي للمتحدث، كما في حالة إنصات الطبيب النفسي إلى المريض، أو عندما نعطي آذانا صاغية إلى صديق يمر بظروف مأساوية.
- الإنصات من أجل الفهم: الإنصات من أجل فهم رسالة المتحدث كما في حالة حضورنا ندوة أو محاضرة علمية، أو الإنصات إلى من يصف لنا كيفية الوصول إلى مقر إحدى المؤسسات الخدمية.
- الإنصات النقدي: الإنصات من أجل تقييم رسالة معينة نريد أن نقبلها أو نرفضها، كما في حالة الإنصات في حديث حملة دعائية لمرشح سياسي أو دفاع المتهم أثناء محاكمته. (صالح، 2004، ص11)

- **معوقات عملية الإنصات**

إن أهم العوائق أو المشاكل التي تأدي إلى ضعف عملية الإنصات هي كما يلي:

- عوائق ذهنية: مثل: تجنب الموضوعات الصعبة والشائكة وعدم التركيز وإستبعاد من الموضوع ووجود صراع ذهني داخلي بالإضافة إلى السرحان وأحلام اليقظة وضعف الطلاقة اللغوية.
- عوائق مشاعرية: مثل: الظغط والإجهاد والغضب والتحيز.
- عوائق بيئية: مثل:
  - تشتت الإنتباه مثل بسبب مثيرات أخرى في البيئة؛
  - تشويش في البيئة بسبب الضوضاء والألوان وغيرها وعدم الراحة في الجلسة؛
  - عدم القدرة على تسجيل وتدوين ما يتم الإستماع إليه.

د. مهارة الإقناع

- **تعريف الإقناع**

هناك أكثر من تعريف لإقناع، فيعرف بأنه أية رسالة تحاول أن تأثر في آراء الناس وتوجهاتهم أو تصرفاتهم وتعريف الإقناع عند أرسطو هو " فن حمل الناس على فعل شيء لن يفعلوه في المعتاد إذا لم تطلب منهم" (بورج، 2009، ص17)

ويعرف أيضا بأنه : محاولة واعية للتأثير في الآخرين وسلوكياتهم من خلال إستخدام إستلامات شخصية ومنطقية ونفسية (الصرايرة 2001ص77)

- **قواعد الإقناع**

هنالك مجموعة من القواعد لعملية إقناع الآخرين وهيا كالتالي:

- أن يكون القيام بالإقناع خالصا لله سبحانه وتعإلى ولا يشوبه حظ نفس.
- الإلتجاء لله بطلب العون والتوفيق ووضوح الحق.
- وجود متطلبات للإقناع الرئيسية وهي الإقتناع بالفكرة والقدرة على إيضاحها والقوة في طرح الفكرة وتوافر الخصال الضرورية في مصدر الإقناع.
- معرفة شخصية المتلقي وقيمه وإحتياجاته مع تحديد ترتيبها، وقد ينبغي عليك تقمص شخصيته لتتعرف على دوافعه ووجهة نظره ،كما يجب معرفة حيله وألاعيبه حتى لا تقع في شراكها.
- حصر مميزات الفكرة التي تدعو إليها مع معرفة مآخذها الحقيقية أو المتوهمة وتحليل المعارضة السلبية المحتملة واعداد الجواب الشافي عنها، وإن اسلم طريقة للتغلب على الإعتراض أن تجعله من ضمن حديثك،

- **عوائق الإقناع**

عوائق عدد من عوائق الإقناع تتمثل فما يلي:

- الإستبداد والتسلط: لأن موافقة الطرف الأخر شكلية تزول بزوال الإستبداد.

- طبع الشخص المقابل: فيصعب إقناع المعتد برأيه وتتعاظم الصعوبة إذا كان المعتد بنفسه جاهلا جهلا مركبا.
- كثرة الأفكار مما يربك الذهن.
- تذبذب مستوى القناعة أو ضعف أداء الرسالة من قبل المصدر.
- الإعتقاد الخاطئ بصعوبة التغيير أو استحالته، وهذه نتيجة مبكرة تقضي على كل جهد قبل تمامه.

5. العوامل المؤثرة في فشل عملية الاتصال للكادر التمريضي:

- **عدم الإصغاء:** ليس من الصعب إفشال الاتصال بين المريض والطبيب، فالوسائل متعددة وسهلة، وعلى رأسها سلوك الطبيب نفسه عندما يهمل مثلا مبدأ الإصغاء لمريضه. وقد بينت إحدى الدراسات أنه في 23% من الإستشارات، لا يستطيع المريض الإنتهاء من طرح أعراضه للطبيب وبث شكواه له، بينما يتدخل الطبيب ليقاطع المريض قبل نهاية كلامة في 69% من الحالات، وبوجة عام بعد 18 ثانية من بداية كلام المريض (Beckman and Franklin,1984)

وفقا للباحثين فإن سياسة مقاطعة الطبيب لكلام المريض لا تمنع المريض من معرفة أعراضه المرضية فقط، بل وتؤثر في النهاية على الاتصال لتشخيص سليم؛ إذ أن الطبيب الذي يعتمد هذه السياسة لا يمنح المريض الفرصة الكافية لتقديم المعلومات التي قد تكون مهمة عن حالته.

- **إستخدام المصطلحات العملية:** وهناك عامل مهم آخر في سوء الاتصال بين المريض والطبيب، يتمثل في إستخدام الطبيب للمصطلحات العلمية والمتخصصة، التي يجهلها المرضى ولا يستطيعون فهمها أو تحليل معانيها المعقدة في كثير من الأحيان (Saunder, &Larson ,1961)

ويعتقد بعضهم أن استخدام الطبيب للألفاظ ومصطلحات معقدة امام المرضى ينبع من رغبته في إشاعة جو من الإضطراب لديهم، بحيث يمنعهم من توجيه الأسئلة، أو يهدف إلى إخفاء شعور داخلي بالإرتباك وعدم تمكنه من تشخيص العلة بوضوح ودقة، لكن ليس من الموضوعية لون الطبيب في جميع الحالات، فهو يستخدم المصطلحات العلمية التي تلقنها من أساتذته، والتي إعتاد إستخدامها مع زملائه لدرجة أنه ينسى أحيانا أنه يخاطب المرضى لا زملائه، وأن هؤلاء المرضى لا يدركنا ما تعني هذه المصطلحات بالضرورة، بعبارة أخرى، قد ينسى الطبيب أن المريض بحاجة للغة أكثر بساطة، لكي يفهم أقوال طبيبة وإستعابه لما يشكو منه من أعراض، وما يحتاجه من طرق تشخيصية وعلاجية مناسبة.

ولكن قد يكون طبيب أحيانا غير قادر على إدراك ما يمكن للمريض أن يفهم يفهمه من موسوعة المعلومات والمصطلحات التي يوصلها إليه، وأحيانا لا يتمكن الطبيب من إيجاد مصطلحات بسيطة تتناسب مع مستوى وعي المريض، روما قناعته إنما يشرحه للمريض معقد ولا يمكن إستيعابة بسهولة.

التعامل مع المريض بصفته ليس إنسان: ويعتبر أسلوب تعامل الطبيب مع المريض كحالة مرضية وليس كشخص أو"تشييء" المريض أو التقليل من شأنه

(Dépersonnalisation of the Patieent)، من العوامل الرئيسية التي أدت إلى تدني نوعية العلاقة بين المريض والكادر التمريضي (Kaufman,1970)

ويعتقد بعضهم أن التعامل الطبيب مع المريض بهذا الأسلوب ربما لا يكون معتمدا، أو أنه يهدف إلى إبقاء المريض في حالة من الهدوء، بحيث يقوم الطبيب بالفحوصات المطلوبة دون أن يرهق المريض بأحاديث غير مفيدة وبأسئلة مزعجة إذ يجد الطبيب نفسه مرتاحا للغاية إذا ما تمكن من فحص المريض، بل أنه سيكون سعيدا إذا ما ترك المريض له جسده ليفحصه،

كما يترك سيارته بين يديه الميكانيكي، ويعود لاحقا لإسترجاع دون أن يزعج الطبيب بشكواه وأسئلته أثناء المعاينة.

فكم هي شبيهة حالة الطبيب مع مريضه بحالة الميكانيك مع السيارة، ولكن بفارق جوهري، إن الميكانيكي لا يلازمه صاحب السيارة خلال الفحص، ولا يلاحقه بالأسئلة المزعجة ويزعجه بالإستفسارات. ويزعم ج جوفمان (Goffman,1961) بأن الطبيب يواجه الموقف عموما للتظاهر وكان المريض غير موجود: إذ يستقبل المريض بالتحية الإعتيادية ويودعه بطريقة نفسها، إلا أن الأمور تتم ما بين التحتية والوداع، كما لو لم يكن للمريض وجود كائن بشري، لكي قطعة أمتعة خلفها صاحبها وراءه. (ص341-342).

وهنا يلعب العنصر الوجداني دورا أساسيا في تفاعل المريض مع طبيبة خلال الإستشارة الطبية، وخلال تطور الحالة المرضية ايضا.(J. A.Hall et al .,1993) فقد وجدت إحدى دراسات مثلا إن الحالة النفسية لبعض النساء تتقلب وتتأثر جذريا إذا قامت طبيب مرتبك بالتصريح لهن عن تشخيص مرض خطير، فمنهن من تصاب بإرتفاع معدل نبضات القلب أو يسيطر عليها القلق، ولا تتذكر كلما قالة الطبيب لها،وذلك بنسبة تفوق مثلتها لدى النساء اللاتي تتلقين التشخيص نفسه من طبيب لا تبدو عليه علامات القلق (D, E .Shapiro et al .,1992).

6. تحسين الاتصال بين الكادر التمريضي و المريض :

أ. **تدريب الكادر التمريضي على الاتصال:** ويتم ذلك من خلال طرح مساقات للتدريب على مهارات الاتصال، ضمن أطر أقرب ما تكون إلى المواقف الفعلية التي تستخدم فيها مثل هذه المهارات، كما أن التدريب الذي يتضمن الاتصال المباشر بالمرضى، والإشراف

المؤهل، والتغذية الراجعة المباشرة، أثبتت فاعليته وجوده مع طلبه الطب والتمريض (e.g.,H .Leigh & Réviser,1986).

إلى جانب ذلك فإن التواصل الغير لفظي في خلق الأجواء الإيجابية والدافئة الداعمة، وبإمكانه تعزيز التقارب والتعاطف والمشاركة بين الطبيب ومريضه، وأبعاد الفطور العاطفي بينهما، والاتصال البصري مباشر مثلا، يمكن أن يعزز أجواء داعمة، بينهما الإنحناء للخلف وتجنب الاتصال البصري المباشر، والتباعد الكبير في الوضع الجسدي يمكن أن يوحي بالمسافة وعدم الإرتياح (DiMatteo,Friedman, & Taranta,1979) كما أن مقدرة الطبيب على معرفة معنى السلوك الغير لفظي للمريض وفهمه ترتبط أيضا بدرجة أعلى من التواصل الالتزام. (DiMatteo et al .,1986).

ب. **تدريب المرضى:** كما تشمل التدخلات التي ترمي إلى تحسين التفاعل بين الكادر التمريضي والمريض، تعليم المرضى مهارات تمكنهم من الحصول على أفضل المعلومات من الأطباء (Greenfield,Kaplan, ware ,yano , &Frank ,1988) على سبيل المثال في دراسة قام بها ثومبسون وزملائها، طلب من النساء اللواتي شاركن بالدراسة أن تضع كل منهن قائمة من ثلاثة أسئلة ترغب بتوجيهها لطبيبها أثناء زيارتها له، وبالمقارنة مع مجموعة ضابطة (S.C. Thompson, Nanni , & Schwankovsky, 1990) وجد أن النساء اللواتي أعددن قوائم الاسئله مسبقا وجهن للطبيب أسئلة أكثر، كما أنهن كنا أقل قلقا من زميلتهن في المجموعة الضابطة، وفي دراسة أخرى أضافت الباحثة وزملائها بعدا آخرا، وهو أن تتلقى بعض النساء المشاركات في الدراسة من أطباءهن التشجيع على توجيه الأسئلة فوجدت الباحثون أن النساء في كلتا المجموعة أكثرن من توجيه الاسئلة التي رغبن في توجيهها، كما أظهرن شعورا أكبر بسيطرة الشخصية وبالرضا عن زيارتهن للعيادة، إذ يتضح من هاتين الدراستين أن إعداد المريض للأسئلة مسبقا، ومعرفته أن الطبيب منفتح ومتقبل للأسئلة أمور من شأنها أن تساعد على تحسين الاتصال بين الطرفين أثناء الزيارات

الطبية للعيادة، مما يؤدي إلى التزام المريض بدرجة أكبر. وعليه، فإن عملية تحسين الاتصال بين المريض والطبيب لا تتجدد نحو التدخل مع الأطباء لتدريبهم على مستويات أفضل من مهارات الاتصال فقط، وإنما نحو التدخل مع المرضى أيضا لتدريبهم على أساليب الإيصال إحتياجاتهم، وإستخلاص المعلومات التي يريدونها أثناء زيارتهم للطبيب.

الخلاصة

من خلال هذا الفص تم التطرق إلى مفهوم المهارات الاتصالية للكادر التمريضي والتي شملت أربعة أنواع وهي:

- مهارة الاتصال اللفظي
- مهارة الاتصال غير اللفظي
- مهارة الإنصات
- مهارة الإقناع

وجملة هذه المهارات لها تأثيراتها المباشرة وغير المباشرة على سير العملية العلاجية، وتمكن الكادر التمريضي من حسن تطبيق هذه المهارات ينعكس إيجابا على حالة المريض، في حين أن ضعف تمكن الكادر التمريضي من تطبيقه للمهارات الاتصالية له تأثير سلبي كبير على العملية العلاجية، وهذه الأخيرة مرتبطة لالأساس مع مستوى التزام المرضي بالبروتوكول العلاجي الموصوف له وهطا ما سنتطرق إليه في الفصل الموالي

الفصل الثاني: الالتزام بالبروتوكول العلاجي

تمهيد

إن الالتزام بالبروتوكول العلاجي له تأثير بالغ في فعالية ونجاح العلاج، والسيطرة على داء السكري وهذا ما يحتاجه المريض من طرف الكادر التمريضي من خلال البرنامج العلاجي الموجه لهم والذي يتضمن إستخدام الأدوية، معرفة كيفية التعامل مع الجرعات اليومية.... وهذا ما يمكن إعطاءه بصورة واضحة بتناول موضوع التزام المرضى بالبروتوكول العلاجي وتبسيطه للمريض.

1. مفهوم الالتزام الصحي بالبروتوكول الصحي

أ. تعريف الالتزام

لغة: الالتزام يعني الإمتثال في اللغة العربية، وهو ترجمة للمصطلح الإنجليزي compliance الذي يعرف في قاموس أكسفورد بأنه حالة أو حقيقة أو تلبية القواعد أو المعايير ويعرف عند الأطباء ب: قدرة عضو على التمدد إستجابة للضغط الممارس عليه.

(The new Oxford dictionary of English (Node), 1988)

إصطلاحا: يعرف (Haynesetal 1997) الالتزام ب: مدى توافق سلوك المريض مع التوصيل الصحية والطبية من حيث تناول الأدوية و اتباع الحمية وتغيرات أخرى تخص ونمط الحياة (Anthony James Curtis, 2001, p77)

تعريف الالتزام بالبروتوكول العلاجي يعرف هاينسHaynes الالتزام العلاجي ب: مدى توافق سلوك المريض مع التوصيات الصحية والطبية (من حيث تناول الادوية وإتباع الحمية أو تغيرات اخرى تخص نمط الحياة) (Anthony James,2001)

كما يعرف الالتزام العلاجي بأنه سلوك الشخص بأخذ الدواء بالإنضباط والإنتظام الأمثل وفقا للشروط، والشروح التي يحدثها الطبيب من إتباع دقيق لكيفية أخذ الدواء فيما يتعلق بالجرعات، شكل، طريقة التعاطي، نوعية الجرعة لكل يوم، إحترام الفترات الفاصلة بين الجرعات والوجبات الغذائية، المشروبات، أو المواد التي تؤثر على فعالية الدواء(Aurèlie Gauchet,2008,p,22)

أما الالتزام بالبروتوكول العلاجي لمرضى السكري فيعرف معهد الطب الأمريكي على أنه المهام التي يتعهد المريض بها للعيش مع الشروط المزمنة، هذه المهام تتضمن امتلاك الثقة للتعامل مع الحالات الطبية، السلوك، وإدارة العاطفة المتعلقة بهذه الحالات، وهذه

السلوكات الصحية مؤسسة لتحقيق السيطرة القصوى على الجلوكوز في الدم لتفادي تعقيدات مرض السكري من خلال المعرفة، الوعي بتعليم تقنيات سلوكية فعالة لإدارة مرض السكري.

2. أسباب الالتزام بالبروتوكول العلاجي

للالتزام عدة أسباب يمكن التعرض لها في النقاط التالية:

- **الاتصال الجيد** : هناك عدة عوامل يمكنها أن تؤدي إلى عدم الالتزام، وجميعها تتعلق بالتواصل وتتضمن هذه العوامل إتخاذ المريض بالفعل قرارا لا رجعة فيه، يتضمن رغبته الفعلية بالالتزام، ومدى فهمه لطبيعة العلاج والإجراءات المزعم إتباعها لإنجاح مهمة العلاج، بالإضافة إلى مدى رضاه العاطفي أن علاقته بطبيبه، وردود فعله تجاه البرنامج العلاجي، بما في ذلك عدم الالتزام الخلاق وردة الفعل الناجمة عن الشعور بفقدان السيطرة أو المبادرة، تصنيف الذات ضمن في أمام، وعوامل شخصية وإجتماعية وديمغرافية متعددة أخرى.

وتتمثل الخطوة الأولى التي تتضمن الالتزام في قرار المريض الإنسياغ للبرنامج العلاجي طبقا لما يصفه الطبيب، لكن الأطباء يميلون للإعتقاد أن المرضى سوف يلتزمون حتما بارشاداتهم ونصائحهم،دون ان يدركوا بان العامل الكفيل بضمان ذلك يتمثل بتصميم المريض واتخاذة قرارا قطعيا بهذا الشأن، فالمريض ليس طرفا سلبيا في إنجاح العلاج والالتزام، وإنما له كامل الحرية في إتخاذ القرارات التي يجدها ملائمة لوضعه ومنسجمة مع قناعته ويتحدث مدى لإستعداد المريض لمتابعة العلاج بما يلي:

أ. إدراكه لمدى خطورة المرض، فإذا إعتقد المريض بأن مرضه خطير، فسوف يشعر بضرورة التزامه بالعلاج، بينما لن يكون الشعور مماثلا أن عرف أن مرضه عابر، وليس خطرا على مستقبله.

ب. مقارنة كلفة العلاج بفوائده، فإذا كان العلاج باهظ الكلفة، وينتج عنه أوجاع وآثار جانبية، وسيخل بالحياة اليومية للمريض.

أما الخطوة الثانية التي تسمح بتحقيق درجة عالية من الالتزام، فتتمثل في فهم المريض لما هو مطلوب منه، وللإجراءات التي سيشملها برنامج العلاج، أما إذا لم يفهم المريض هذه الإجراءات، فإنه لن يتبعها ويطبقها بدقة حتما (Hanenstein,Schiller,and Harley,1987;Stanton,1987) وحسب (Ley,1988) يكون الالتزام في أعلى درجاته عندما يحصل المريض على وصف كامل للمرض ومسبباته وكيفية علاجه، بأسلوبي مبسط وخال من المصطلحات العلمية الطبية المعقدة، والتعليمات المكتوبة والمكررة لضمان إستيعابها (DiMatteo&DiNicola,1982)

- **البرنامج العلاجي:** وخصائص البرنامج العلاجي تأثيره أيضا على درجة التزام المريض (R.B Haynes,1979a) ويبدو أن رضا المريض له أهمية فائقة في التنبؤ بالالتزام أيضا، إذ تشير الدلائل إلى أن المريض يلتزم التزاما عاليا بالعلاج عندما يكون راضيا، وعندما يلتمس بأن توقعاته بشأن الرعاية الصحية بدأت تتحقق، وكذلك عندما يتحلى طبيبة والإهتمام، ويجيب عن إستفساراته دون غضب أو تسرع.

- (Sherbourne,Hays,Ordway,DiMatteo,&Kravitz1992;DiMatteo et al,1993)

بينما تبين أن الالتزام يقل عندما يستغرق العلاج زمنا طويلا، وخصوصا إذا كان يتطلب إجراءات معقدة، أو يعقل أسلوب الحياة الذي إعتاد عليه المريض، ويتطلب منه تغيير عاداته الشخصية، مثل التوقف عن التدخين أو الإمتناع عن تناول المشروبات الكحولية، أو تغيير نظامه الغذائي ومستوى نشاطه (DiMatteo& DiNicola,1982;Turk & Meichenbaum،1991) كما يبين الإيضاح 9-3، قد تتوقف على هذه المعالجة أحيانا حياة المريض. بينما وجد أن الالتزام بالمواعيد الأولى والحصول على الفحوص الطبية يرتبطان بمعدلات التزام عالية عند المرض.(J.Alpert ,1964;For areviiew,sée DiMatteo & DiNicola ,1991)

ويرتفع الالتزام ليصل إلى نسبة تقارب 90%، عندما يدرك المريض أن نصائح الطبيب تهدف بالدرجة الأولى إلى تحسين وضعه الصحي العام، من خلال حملة على إستخدام الأدوية مثلا، بينما تقل النسبة لتصل إلى 76% إذا تطرقت النصائح لمواضيع مهنية، مثل إلزام المريض بالتوقف عن العمل لفترة من الوقت على سبيل المثال، وتصل النسبة غلى معدل أدنى يقارب 66% إذا كانت طبيعة النصائح إجتماعية أو نفسية، كتجنب المواقف الإجتماعية الضاغطة على سبيل المثال.

(Turk & Meichenbaum,1989)

وتؤدي بعض الإجراءات المعقدة للعناية بالذات إلى تحقيق أدنى مستوى من الالتزام، كما هو الحال فيما يخص مرضى السكري مثلا، الذي يتطلب من المصابين إستخدام حقن الأنسولين، ويلزمهم بمراقبة التغيرات التي قد تطرأ على معدل الجلوكوز في الدم، وإتباع نظام غذائي معين يسمح بالسيطرة على إستهلاك السكريات والنشويات، إضافة إلى ضرورة ممارسة الرياضة بإنتظام، والإجتهاد في إدارة الضغوط النفسية. (Turk & Meichenbaum,1991)

3. أهمية الالتزام بالبروتوكول العلاجي:

وفقا لتقرير منظمة الصحة العالمية الذي نشر سنة 2003، يعتبر حل مشكلة عدم الالتزام non adherence non observance في المفردات (الأنجلوساكسونية) تطور أكثر أهمية من أي إكتشاف طبي.(Gerard، laboratoire de pédagogie de la santé، Hôpital Avicenne، Reach2006، éducation et observance)

فدراسة إستعمال الأدوية لها أهمية إكلينيكية إقتصادية، وأكاديمية. الاستهلاك غير المنتظم، الإنقاص أو الإفراط في الأدوية يضعف الصحة ويمدد فترة المرض. بعض الأدوية يجب أن تؤخذ لفترة طويلة بعد إختفاء الأعراض، البعض الآخر يكون خطرا إذا زادت مدة تناوله، وتكون غير فعالة إذا لم يتم تناول الحد الأدنى من الجرعة العلاجية. يختلف إستهلاك

الدواء من توقعات المختصين والوصفات الطبية التي تمثل المعايير التنظيمية، وبالتالي يمكن أن تؤثر في فعالية العلاج على الأفراد وفي التجارب السريرية.

الالتزام يؤثر على شحنات كبيرة من المستحضرات الصيدلية، ففي الولايات المتحدة بلغت 47.4 مليار دولار، أو ما يقارب 1% من الناتج القومي الإجمالي للبلاد في تلك السنة، وتروج شركات الأدوية للالتزام في إعانتها بوصفة إستراتيجية لزيادة حصتها في السوق: إبراز السمات الإجابية للالتزام (بما في ذلك خفض التكاليف، تقليل الجرعات، تقليل الأثار الجانبية، الفعالية العلاجية) معلنين بذلك زيادة إستخدام المنتجات وإبرازها وبالتالي تعزيز صورة الإجابية للشركة بين الأطباء والعامة.

لايزال الالتزام يجلب قدرا كبيرا من الإهتمام في كل المجلات العلمية، الطبية والإجتماعية: إعتبار من ماي 1995حيث وجدت أكثر من 11600 بحث ومقالة بالغة الإنجليزية في الفهارس الطبية وغيرها من المراجع، فقد نشر 22 مقالة باللغة الانجليزية قبل 1960، و 850 في 1978، وتضاعف عدد المقالات حول الالتزام بين عامي 1966، و 1985 ولا يزال عدد المقالات حول الالتزام هائلا : فقد تم نشر 700 مقالة حوله في سنة 1994 وحدها (Gochman،David s.1997

4. أنواع الالتزام بالبروتوكول العلاجي

هناك تصنيف آخر يعتمد على درجة الالتزام الصحي، حيث يدرج هذا الأخير أربعة أنواع للالتزام:

- الالتزام الأولي: صرف الوصفة الطبية من الصيدلية؛
- الالتزام الجزئي: أخذ بعض الأدوية الخاصة بك على النحو المنصوص عليه؛
- الالتزام الكامل: أخذ الدواء تماما على النحو المنصوص عليه؛

- فرط الالتزام: أخذ كميات زائدة عن الأدوية الخاصة بك.

5. العوامل المؤثرة في الالتزام بالبروتوكول العلاجي

- **العوامل المتصلة بالمريض:** هناك عدة عوامل من وجهة نضر المريض تتدخل في الالتزام بالعلاج، فمن أجل الالتزام بالعلاج يجي على المريض:
  - أن يعرف ماذا يفعل؛
  - أن يملك المهارة اللازمة لذلك؛
  - أن يعتقد انه يستطيع أن يفعل ذلك؛
  - أن يعتقد بأنه من المفيد القيام بذلك؛
  - أن يعتقد أن الالتزام بالعلاج آمن؛
  - أن يعتقد أن فوائد الالتزام بالعلاج تفوق المساوئ؛
  - أن يملك الرغبة في الالتزام؛
  - تتوفر لديه الموارد اللازمة. (Gérard Reach,2006
- **العوامل المتصلة بالمرض:**

تؤثر صورة المرض في الالتزام، ويزيد خطر عدم الالتزام في الأمراض التي يرافقها ضعف في الإدراك، مشاكل بصرية و حالات الإكتئاب. في الحقيقة عدم الالتزام وارد في كل الأمراض بالنسبة للسكري، إرتفاع ضغط الدم الكولسترول، السمنة للقلب يمكن إدراج العوامل التصلة بالمرض في:

- أزمان المرض؛
- عدم وجود أعراض، أو كونها لا تشكل انزعاج فوري؛
- أعراض ثابتة يمكن الإعتياد عليها؛
- عدم وجود خطورة للمرض، كما يحسها المريض بشكل ذاتي.

إن عدم وجود أعراض يشكل نقطة مهمة، فالمريض قد لايشعر بالمرض حتى يدرك أن لديه مشكلة صحية، أضف إلى ذلك أن غياب الأعراض لايسمح للمريض بتقييم فعالية العلاج Gerrard Reach 2006)

- **العوامل المتصلة بالعلاج:**

إن معرفة خصائص العلاج، خصوصا المدة، التعقيد، الآثار الجانبية، تسمح بتقدير خطر عدم الالتزام، ففي دراسة تتعلق بالسكري من النمط2 تفيد أن الالتزام يتأثر ب:

- العلاج بالأقراص بدلا من الحقن؛
- عدم ظهور فوائد العلاج على الفور؛
- وجود آثار جانبية للعلاج؛
- العلاج بتأثير نمط الحياة؛
- العلاج طويل الأمد؛
- العلاج الوقائي بدلا من العلاجي؛
- العلاج يأثر على نوعية الحياة.

وينبغي التأكيد على أهمية تعقيد العلاج، فعلى سبيل المثال أظهرت الدراسة أن نسبة عدم الالتزام تعادل 15% عندما يقتصر العلاج على دواء واحد، 25% عندما يتكون العلاج من 2 إلى 3 أدوية، و35% عندما يفوق العدد 5 أدوية، وهذه الحالة الأخيرة شائعة في الوقاية من مخاطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، ويعتمد تفسير تأثير العلاج على الالتزام على النقاط التالية:

- الإنتقاء (إتفاق المعلومات الجديدة مع المعتقدات القائمة)؛
- النسيان (عدم استخدام المعلومات)؛
- الخطأ (الاستخدام بشكل خاطئ)؛

- التأخير (تأجيل الإستخدام)؛
- التقريب (أخذ الدواء مرة واحدة فاليوم أفضل من لاشيء).

- **العوامل المتصلة بنظام الرعاية الصحية**

يجب الأخذ بعين الإعتبار تنظيم عملية الرعاية وظروف الممارسة الطبية التي قد لا تسمح بالالتزام الصحي، فسواء تعلق الأمر بالمستشفيات العامة أو العيادات الخاصة، ينبغي توفير الشروط والوقت اللازمين من أجل الرعاية:

- توفر الطبيب؛
- الوقت المستغرق لتقديم الشرح والتفسير للمريض (في كثير الأحيان يكون وقت الاستشارة قصير)؛
- تنظيم ومدة وأجال المواعيد الطبية؛
- تواتر الاستشارة؛
- تناسق الرسائل الصحية فيما بين الفريق الطبي؛
- حقيقة أن الطبيب المعالج ليس نفسه دائما (تعدد الأطباء)؛
- إهتمام الفريق المعالج بالالتزام الصحي.

إذ يمكن للمرء الاعتراف بسهولة الأهمية دور التصور الذي يكونه المريض عن كون المعالج شخص ودي ومقرب، يعامله باحترام و تقدير، ويشاركه باتخاذ القرارات، إن توقعات المرضى تدور حول الإصغاء إليهم تقديم الرعاية والاهتمام بحالتهم وتقدير التفسيرات لهم، محاولة تحفيزهم، وأخيرا بناء علاقة ثقة بينهم (Gérrard Reach 2006)

6.نظريات الالتزام بالبروتوكول العلاجي:

أ. نموذج القناعة الصحية

يعتبر نموذج القناعة الصحية من النماذج الأكثر شيوعا في الأوساط الصحية خاصة في مجال الصحة العامة، إذ يعتمد عليه في تفسير الممارسات الصحية الوقائية.

حسب هذا النموج فإن إحتمال تنفيذ الأفراد للسلوكات الوقائية يرجع مباشرة إلى نتائج تقديراتهم لخطورة المشكلات الصحية التي يواجهونها. كما تتوقف ممارسة النشاط الوقائي على تقديرهم للسلبيات والإيجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط، وينفذ السلوك الوقائي عندما تكون شدة المرض وخطورته مرتفعتين ويكون الإستعداد المدرك (إحتمالية المرض) لذلك المرض عالي وتكون الفوائد المتوقعة من ممارسة السلوك الوقائي معتبرة (عثمان يخلف، 2001).

ويبنى هذا النموذج على أساس تفسير السلوك الصحي الوقائي ومجموع المواقف والمعتقدات المتعلقة به ودافع الصحة مما يعكس إستعداد الفرد للقيام بالسلوكات التي تؤثر في الالتزام الأمراض المزمنة، ويقترح هذا النمودج أن القيام بالإجراءات الصحية الموصى بها يخضع لـ :

- تصور شدة المرض.
- تقدير الفرد حول أن القيام بالإجراءات الموصى بها سيقلل الخطر (الفوائد المدركة).
- تصور العوائق التي تعيق إتباع التوصيات.

كما تجدر الإشارة إلى ان هذا النموذج يستخدم في شرح العلاقة بين العادات وسلوك الالتزام (Home et Weinman, 1990)

ب. نموذج الإدارة الذاتية

تشير الإدارة الذاتية إلى القدرة الوقائية أو العلاجية للمختصين في الرعاية الصحية (Holroye et Créer,1986) وينطوي على تعلم مهارات وسلووكات جديدة، بدأ السلوك

الجديد يعتمد على إفتراضات معينة: أن يكون للفرد دافع للتغيير، فقط الفرد وحده يمكنه أن يغير من سلوكه، والسلوكات الصعبة لا يمكن رصدها إلا من قبل الفرد وحده دون غيره وتترجم هذه الإفتراضات إلى ثلاث خطوات:

- الرقابة الذاتية والتي تنطوي على إهتمام متعمد لسلوك الفرد.
- التقييم الذاتي وذلك بمقارنة السلوك المطلوب والسلوك الفعلي وتقييمه.
- تعزيز الذات حيث يحفز الفرد نفسه لتصحيح أي إختلاف في السلوك وإحداث التغيير، ولكن هذا يعتمد أيضا من التعزيزات لردود الفعل العاطفية، المعرفية والفردية خلال التقييم الذاتي.

وتعتبر الإدارة الذاتية أساس مهم لتنفيذ المهام المتعلقة بالأمراض المزمنة إذ يصف (Lorige, 1999) فعالية برنامج الإدارة الذاتية التي إستهدفت مجموعة من الأفراد المصابين: القلب، الرئة، والجهاز العصبي أو العضلي فقد تم تخفيض العجز وإضهار تحسن في التحكم بأعراض المرض ل 952 من المشاركين في الدراسة خلال 7 أسابيع من المتابعة. (Ilene Morof.Lobkin, Pamala D. Larsen, 2006)

ج. النظرية الإجتماعية المعرفية لبندورا:

وتتعلق هذه النظرية بالفعالية الذاتية، فكما سبق الإشارة على المرء أن يكون على ثقة بأنه قادر على أداء سلوك معين، ويسمى هذا الإعتقاد الكفاءة أو الفعالية الذاتية، تعتبر الفعالية الذاتية نتاج كل من فعالية التوقعات(تصور الفرد حول قدرته أو قدرتها على تحقيق مستوى معين من الأداء)، وتوقعات النتائج (تقييم الفرد للنتائج المحتملة لسلوك معين)

(Hayden B, Bosworth Z, Oddone, Morris weinberger 2006 p15)

النظرية الإجتماعية المعرفية (Bandura ,1982,Bandura & Simon,1977) تشير إلى التغيير في السلوك مبني على إعتقاد الشخص بأنه يمكن أن يكمل بنجاح السلوك

المطلوب، هذا الإعتقاد ضروري ليكون الشخص على إستعداد للإنخراط في سلوك معين، على سبيل المثال يمكن أن يشعر الشخص أنه عرضة للمرض، يفهم كيفية تغيير سلوكه ليكون أكثر صحة، يعتقد أن السلوك الجديد سيقلل من إحتمال وقوع المرض، ويشعر بدعم من البيئة الإجتماعية، مع ذلك إذا كان الشخص يفتقر إلى قناعة في قدرته على التغيير، فإنه حسب النظرية الإجتماعية المعرفية يتوقع ألا ينجح هذا الشخص في أداء السلوك .

فيما يتعلق ببناء معتقد الشخص عن قدرته على التغيير أو ما يسمى الفعالية الذاتية perceived self-efficacy وتعديلها من خلال أربعة مصادر للمعلومات :

- الأداء أو تحقيق النجاح في المهام السابقة
- التقليد أو مراقبة الغير ينفذ المهمة
- الإقناع اللفظي
- الحالة الفزيولوجية مثل القلق والإسترخاء

تتنبأ النظرية الإجتماعية المعرفية بتأثير الفعالية الذاتية على الالتزام وذلك بطرق متعددة بما في ذلك الإختبار المباشر للسلوك، الأفكار، ردود الفعل العاطفية وأداء السلوك.

(....Morof ,lubkin, pamala D , Larsen 2006)

7. أساليب الالتزام بالبروتوكول العلاجي لدى مرضى السكري:

- **الالتزام من النمط (1)**

من خلال بعض نتائج الدراسات التي أجريت على مرضى السكري من النمط (1) نستعرض كل مستوى من مستويات الالتزام على حدى كما يلي:

- **المراقبة المستمرة للسكر في الدم:** مدى الالتزام بالمراقبة المستمرة للسكري في الدم يتفاوت بين مرضى السكري من النمط (1) على نحو واسع، فعلى سبيل المثال في عينة من

أطفال مراهقين مصابين بالنمط (1) فإن 26 %من هذه العينة إلتزموا بما هو مطلوب منهم، بينما وصلت النسبة إلى 40%عند البالغين المصابين بالنمط (1)، ونفس النتائج توصلت إليها دراسة فلندية أجريت على 213 مريضا تتراوح أعمارهم ما بين 17-65 سنة حيث أن 20% من المشاركين راقبوا نسبة السكر في دمهم كما هو موصى بها، وفي دراسة أخرى أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية على عينة من مرضى السكري من النمط (1) يتراوح متوسط السن لديهم 30 سنة بلغت نسبة الالتزام7% فقط.

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

- **إتباع الحمية الغذائية:** نتائج البحث على مدى الالتزام مرضى السكري من النمط (1) بالحمية الغذائية كانت متناقضة، ففي دراسة أجريت من قبل كرفجال وآخرون Carvajal et Al في كوبا ودراسة وينغ وآخرون Wong et al في الولايات المتحدة الأمريكية، بينت نتائجها أن ما بين 70 إلى75% من المشاركين فيها دراستين لا يلتزمون بالحمية الغذائية بينما وجد في دراسة تولجامو واخرونToljamo et Al التي أجريت في فلندا أن الالتزام بالحمية الغذائية كان مرتفعا، حيث أن 70% من المشاركين كانوا يلتزمون بنظام غذائي صحي، Organisation (Orld Heal 2003,opcit:p73)

- **ممارسة الرياضة بإنتظام:** إن الدراسات التي أجريت لتحديد مدى الالتزام بممارسة الرياضة لدى مرضى السكري من النمط (1) نادرة، ففي دراسة أجريت في فنلندا على 213 مريضا وجد 35% مارسوا التمارين الرياضية مرتين في الأسبوع، و10% مارسوا الرياضة كل يوم.

- **الالتزام من النمط (2)**

من خلال نتائج دراسات التي أجريت على مرضى السكري من النمط اثنان نصنف مستويات على حدى كما يلي:

- **المراقبة المستمرة للجلوكوز في الدم:** في دراسة أجريت لتقييم مدى التزام مرضى السكري من النمط (2) بالمراقبة الذاتية للجلوكوز في الدم أجريت في شمال كاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية، وجد أن 67% من الذين شملتهم الدراسة ذكروا أنهم لا يراقبون نسبة الجلوكوز في دمهم كما هو موصى به، ونفس النتائج توصلت إليها دراسة أجريت في الهند، حيث أن 23% فقط من المشاركين أبلغ عن قيامهم بمراقبة الجلوكوز في الدم كما هو مطلوب منهم من الفريق الطبي.

- **إستخدام الأدوية:** في دراسة أجريت على 91 مريضا من النمط 2 من السكري وجد أن 75 %ممن شملتهم الدراسة Hخطاوا في تناول الجرعة اللازمة، والشكل السائد من عدم الالتزام بتناول الأدوية حسب نفس الدراسة كما يتناول المرضى جرعات أكثر مما هو مطلوب منهم، وفي دراسة أخرى أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية بالتعاون مع الصيدليات وجد أن 15% فقط من مرضى السكري من النمط (2) يسعون للحصول على أدويتهم في الوقت المناسب.

- **إتباع الحمية الغذائية:** في دراسة أجريت في الهند توصلت إلى أن 37% فقط من مرضى السكري من النمط 2 التزموا بالنظام الغذائي المطلوب، بينما وصلت نسبة الالتزام بالحمية الغذائية في الولايات المتحدة الأمريكية 52%، وفي دراسة قام بها وينغ وآخرون Wing et Alبينت أن مرضى السكري من النمط 2 يخسرون وزنا أقل من أزواجهم غير المصابين.

- **ممارسة الرياضة بإنتظام:** سجلت دراسات أجريت في هذا المجال، ففي كندا مثلا أجريت الدراسة على عينة من مرضى السكري من النمط (2) تم إختيارها بطريقة عشوائية،

وجد أن 37% فقط من المرضى يمارسون الرياضة، و7% فقط مشتركين في نوادي رياضية، وفي دراسة ثانية أجريت بالولايات المتحدة الأمريكية، وجد أن 26% فقط من المشاركين يتبعون برنامج رياضي.

من خلال ما سبق يتضح لنا أن مستوى الالتزام الصحي لدى مرضى السكري من الدم (1) و (2) منخفض جدا، وهو ما يدعوا إلى دق ناقوس الخطر نظرا لما يسببه عدم التزام مرضى السكري بالبرامج العلاجية من أخطار صحية تهدد حياة المرضى والمتتبع لنتائج الدراسات التي تم عرضها، يلاحظ أن نسبة الالتزام تتفاوت ما بين كل مستوى من مستويات الالتزام الصحي، هذا التفاوت في النسب يمكن أن يفسر إنطلاقا من عوامل متعددة يمكن أن تؤثر على مدى الالتزام الصحي لدى مرضى السكري كالسن، الجنس، نوع السكري، وحتى البعد الثقافي يطرح بقوة، ومن هنا وجب إجراء المزيد من الدراسات والبحوث من أجل الوصول إلى تحليل عميق للعوامل المؤثرة في الالتزام الصحي.

Organisation (Orld Heal 2003,opcit:p75)

الخلاصة

تم في هذا الفصل التطرق إلى مفهوم الالتزام بالبروتوكول العلاجي والذي يعتبر المحك الأساسي في نجاح العملية العلاجية، ووقاية الإنسان من الأمراض ولا سيما الأمراض المزمنة والتي تتطلب فترة طويلة من العلاج وبالتالي تحتاج إلى إنظباط المرضى والتزامهم بالبروتوكول العلاجي الموصوف لهم بما فيه من متابعة دورية عند الطبيب، التزام بتناول الدواء وفق الجرعات المحددة من قبل الكادر التمريضي وغيرها من الممارسات التي تمن شأنها التقليل والتحكم في تداعيات المرض.

الفصل الثالث:

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

تعبر الدراسة الميدانية عنصرا أساسيا بهدف الوصول إلى الحقائق الموجودة في مجتمع الدراسة عن طريق الميدان حيث يسهل جمع البيانات وتحليلها لدعم الجانب النظري وتأكيد أو نفي فرضيات البحث . وهذا ما جعل الجانب الميداني من أبرز خطوات البحث العلمي حيث من خلاله يمكن إثبات أو نفي صحة الدراسة وذلك بتحويل نتائج دراستنا من كيفية إلى كمية.

سيتم التعرض في هذا الفصل إلى الخطوات المنهجية المتبعة من خلال التطرق إلى منهج الدراسة، مجتمع الدراسة عينته والأدوات المستخدمة.

1. الدراسة الإستطلاعية :

تعتبر الدراسة الإستطلاعية مرحلة أولية تسبق التطبيق الفعلي لأدوات البحث فهي تفتح المجال للباحث في جمع المعلومات الاولية والحصول على البيانات الخام المتعلقة بالظاهرة المدروسة .

وتجري الدراسة الإستطلاعية بهدف:

- الإطلاع على ميدان البحث والتحقق من إمكانية الإجراء التطبيقي من حيث توفر أفراد مجموعة البحث، مع مراعاة الخصائص المطلوبة وإمكانية الاتصال بها .
- التحقق من صلاحية الأدوات التي يمكن دراستها في الدراسة الأساسية من حيث مدى وضوح عباراتها وسلامة تعليماتها أي صدقها وثباتها.
- معرفة الزمن المناسبة لتطبيق أدوات الدراسة .

وفي هذا الصدد قمنا بزيارة المؤسسات الإستشفائية العامة والخاصة الموجودة في كل من بلديتي مسيلة وبوسعادة وأخذنا نموذج من الدراسة، وقمنا بعملية تطبيق أدوات البحث على عينة تتكون من 20 مريض بالسكري يتابعون العلاج في المؤسسات والعيادات العامة والخاصة، حيث قمنا بتوزيع الاستبيانين عليهم الاستبيان الأول الخاص بالالتزام بالبروتوكول العلاجي، أما الاستبيان الثاني الخاص بالمهارات الاتصالية للكادر التمريضي، تم إعدادهما انطلاقا من نتائج وأدوات الدراسات السابقة ومن خلال المقابلات مع الأطباء والمرضى .

2. الدراسة الأساسية

1.2. المنهج المستخدم في الدراسة:

يعرف منهج الدراسة بأنه مجموعة العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث في ضبط أبعاد، مساعي، أسئلة وفرضيات البحث.

وإختيار الباحث لمنهج الدراسة يختلف حسب الدراسة وحسب طبيعة الموضوع والمشكلة المدروسة هي التي تعرص المنهج المناسب، وإن الدراسة الناجحة هي تلك الدراسة التي تحترم هذا الشرط ، لأن ذلك يساعد الباحث في عمله ويوجهه وينظمه ويوفر له الوقت والجهد، وبما أن البحث الحالي يعالج العلاقة بين المهارات الاتصالية للكادر التمريضي والالتزام بالبروتوكول العلاجي لدى مرضى السكري، فإن المنهج المناسب هو المنهج الوصفي الذي يعتمد على دراسة الواقع والظاهرة كما توجد في الواقع ويهتم بوصفها وصفا دقيقا ويعبر عنها كيفيا وكميا. (قيلومي، 2004، ص59).

2.2. عينة الدراسة:

مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة يتم اختيارها بطريقة مناسبة وإجراء الدراسة عليها ومن ثم إستخدام تللك النتائج وتعميمها على كامل مجتمع الدراسة، ويعتبر تحديد مفردات العينة من مجتمع الدراسة من الأمور الهامة جدا التي يجب أن يوليها الباحث أهمية خاصة، وبشكل عام هناك أكثر من طريقة يمكن إستخدامها لإختيار العينة.(طه إبراهيم، 1999، ص83) وقد الإعتماد في الدراسة الحالية على العينة القصدية ولتي تتمثل في مرضى السكري

جدول رقم (1): توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

البيانات / الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكر	**12**	40
أنثى	**18**	60
المجموع	**30**	100

يتضح من الجدول رقم (1) : بلغ عدد العينة المبحوثة من مرضى السكري30 مريضا توزعوا حسب متغير الجنس إلى 60% أنثى إلى جانب 40% منهم من جنس الذكور.

والملاحظ من خلال الجدول أن الإناث أكثر عرضة للإصابة بمرض السكري من الذكور، ويرجع ذلك إلى أن مرض السكري هو مرض نفسوجسمي والبنية المورفولوجية والنفسية للمرأة أكثر اضطرابا وتأثرا بالظروف المحيطة بها على عكس الرجال.

جدول رقم) (2): توزيع أفراد العينة حسب السن.

الفئات	العدد	النسبة المئوية
40-50 سنة	10	33.3
51-60 سنة	12	40
أكبر من 61 سنة	8	26.6
المجموع	30	**100**

من خلال الجدول رقم (2) تتوزع أعمار عينة البحث حسب الفئات العمرية الثلاثة التي تتوزع تصاعديا كالآتي 26.6% منهم الذين تجاوزت أعمارهم 61 سنة تليها نسبة 33.3% من مجموع العينة المبحوثة الذين تتراوح أعمارهم بين 40 إلى 50 سنة، أما النسبة الأكبر من عينة مرضى السكري تتراوح أعمارهم بين 51 إلى 60 سنة وهي الفئة الأكثر عرضة للإصابة بداء السكري.

وما يمكن استخلاصه من خلال نتائج الجدول أن الفئة الأكثر إصابة بمرض السكري هي فئة الكهول الذين تجاوز سنهم 50 سنة، ويرجع ذلك إلى فشل الوظائف الحيوية للشخص الكبير في السن خاصة البنكرياس الذي يؤثر تأثيرا مباشرا على اختلال توازن نسبة السكر في الدم، إلى جانب أن الكبير في السن أكثر الأشخاص تعصبا وتعرضا للاضطرابات النفسية التي من شأنها أن تعرض الشخص إلى الإصابة بداء السكري.

جدول رقم (3): توزيع أفراد العينة حسب العيادة التي يتابع بها العلاج

العيادة التي تتابع بها العلاج	العدد	النسبة %
مؤسسة إستشفائية عامة	11	36.7
مؤسسة إستشفائية خاصة	19	63.3
المجموع	30	**100**

نلاحظ من خلال الجدول رقم (5) أن أغلب مرضى السكري يتابعون علاجهم في مؤسسات إستشفائية خاصة حيث قدرت نسبتهم بـ 63.3% في حين بلغت نسبة المرضى الذين يتابعون علاجهم في المؤسسات الإستشفائية العامة نظرا لتلقيهم جودة في الخدمة التمريضية في المؤسسات الإستشفائية الخاصة أكثر منها في المؤسسات الإستشفائية العامة.

الجدول رقم (4): توزيع أفراد العينة حسب الطبيب المعالج

الطبيب المعالج	العدد	النسبة %
طبيب عام	6	20
طبيب خاص	24	80
المجموع	30	**100**

نلاحظ من خلال الجدول رقم (4) أن أغلب أفراد العينة المبحوثة يتابعون علاجهم عند طبيب خاص الشيء الذي يعكس تمكنه في تقديم علاج لمرضى السكري من جهة وتحسن حالاتهم الصحية عند الطبيب الخاص الأكثر دراية بتداعيات هذا المرض من جهة أخري، في حين نجد 20% فقط من أفراد العينة المبحوثة الذين يتابعون علاجهم لدى الطبيب العام.

الجدول رقم (5): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الممرض المستقبل

الممرض المستقبل	العدد	النسبة %
ذكر	6	20
أنثى	24	80
المجموع	30	**100**

نلاحظ من خلال الجدول رقم (5) أن أغلب الممرضين المستقبلين لمرضى السكري من جنس الإناث حيث قدرت نسبتهم بـ 80% في حين بلغت نسبة الذكور منهم 20% فقط وهو الأمر الذي يفسر توجه الإناث إلى مهنة التمريض أكثر من الذكور.

الجدول رقم (6): يمثل توزيع أفراد العينة حسب المهنة

الفئات	العدد	النسبة المئوية
بطال/ ماكثة بالبيت	11	36.7
مهنة حرة	9	30
موظف	10	33.3
المجموع	30	**100**

نلاحظ من خلال الجدول (6) أنه يوجد تقارب في نسب أفراد العينة المبحوثة الموزعين حس المهنة حيث نجد أن 36.7% بالنسبة لمرضى السكري الذين لا يملكون مهنة معبنة من

الذكور والإناث وذلك بسبب تقاعد أغلبهم نظرا لكبر سن أغلب أفراد العينة المبحوثة، إلى جانب 33.3% منهم بالنسبة للموظفين، أما النسبة الأقل كانت لأفراد العينة ذوي المهن الحرة.

والملاحظ من خلال إجابات العينة المبحوثة من مرضى السكري أن الفئة الأكثر تعرضا للإصابة بهذا الداء هم الأشخاص العاطلين عن العمل من النساء والرجال نظرا لضغوطات الحياة الممارس عليهم من خلال عدم قدرتهم على الاستقرار والاكتفاء والشعور بالتوازن والرضا النفسي الذي يبلغه الشخص عندما يستطيع إشباع حاجاته النفسية والمعنوية والمادية من خلال ما ينتجه من أعمال عن طريق الوظيفة التي يشغلها، في حين أننا نجد في الجانب الآخر أن الموظفين كذلك هم من بين الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بداء السكري نظرا للضغوطات النفسية والجسمية التي تترتب عليهم من خلال ممارستهم لوظائفهم.

جدول رقم (7): توزيع أفراد العينة حسب مدة الإصابة

مدة الإصابة	العدد	النسبة المئوية
أقل من سنة	4	13.3
من سنة إلى 05 سنوات	6	20
من 05-15 سنة	14	46.7
أكثر من 15 سنة	6	20
المجموع	30	**100**

نلاحظ من خلال الجدول رقم (9) أن أغلب العينة المبحوثة تتراوح مدة إصابتهم بين 05 إلى 15 سنة وهي مدة طويلة نسبيا مما يجعل مريض السكري مكيفا أكثر مع مرضه، فيما كانت 20% من أفراد العينة المبحوثة تتراوح مدة إصابتهم بين سنة و5 سنوات إلى جانب من تتراوح مدة إصابتهم بمرض السكري أكثر من 15 سنة، في حين كانت النسبة الأقل من أفراد العينة المبحوثة الذين لم تتجاوز مدة إصابتهم بالمرض 13.3% وهي نسبة معتبرة تدل على مدى إنتشار مرض السكري الذي هو في تزايد مستمر سنويا.

وطول مدة الإصابة بداء السكري مرتبط أساسا بمدة الاكتشاف بالإصابة ذلك لأن مرض السكري هو من الأمراض المزمنة التي تلازم الشخص المريض طوال حياته بعد التأكد من الإصابة به.

جدول رقم (8): توزيع أفراد العينة حسب إصابتهم بأمراض أخرى

أمراض أخرى	العدد	النسبة المئوية
ضغط الدم	6	20
القلب	10	33.3
ضغط الدم والقلب	10	33.3
لا يوجد	4	13.3
المجموع	30	**100**

نلاحظ من خلال الجدول رقم (10) أن أغلب أفراد العينة المبحوثة من مرضى السكري يعانون من أمراض متعددة والتي ترتبط أساسا حسب إجابات مرضى السكري بضغط الدم والقلب التي توزعت بنسب متساوية بين مضاعفات مرض القلب و القلب وضغط الدم معا والتي قدرت نسبتهما بـ 33.3% في حين كانت نسبة إصابة مرضى السكري بضغط الدم فقط 20%، بينما نسبة من لايعانون من أمراض أخرى 13.3%.

3.2. حدود الدراسة:

يتحدد البحث الحالي بعينة وتتمثل في عينة من مرضى السكري للتعرف على رؤيتهم على العلاقة التي تربط بين المهارات الاتصالية للكادر التمريضي والالتزام بالبروتوكول العلاجي.

الحدود المكانية: المؤسسات والعيادات العامة والخاصة ببلديتي المسيلة وبوسعادة.يتحدد البحث الحالي بعينة وتتمثل في عينة من مرضى السكري للتعرف على رؤيتهم على العلاقة التي تربط بين المهارات الاتصالية للكادر التمريضي والالتزام بالبروتوكول العلاجي.

الحدود البشرية: يقتصر البحث الحالي على عينة من مرضى السكري القاطنين بلديتي المسيلة وبوسعادة. وفي هذا الصدد قمنا بزيارة المؤسسات الإستشفائية العامة والخاصة الموجودة في كل من بلديتي مسيلة وبوسعادة وأخذنا نموذج من الدراسة، وقمنا بعملية تطبيق أدوات البحث على عينة تتكون من 20 مريض بالسكري يتابعون العلاج في المؤسسات والعيادات العامة والخاصة، حيث قمنا بتوزيع الاستبيانين عليهم الاستبيان الأول استبيان الالتزام بالبروتوكول العلاجي، أما الإستبيان الثاني إستبيان المهارات الاتصالية للكادر التمريضي، تم إعدادهما إنطلاقا من نتائج وأدوات الدراسات السابقة ومن خلال المقابلات مع الأطباء والمرضى.

الحدود الزمنية: استغرقت الدراسة مدة زمنية تقدر بحوالي شهر ونصف من 04 أفريل إلى غاية 28 ماي.

4.2. أدوات جمع البيانات

إعتمدنا في الدراسة الحالية لجمع البيانات على (إستمارة الإستبيان) كأداة للتحقيق الميداني والتي تتمثل في:

- **إستبيان المهارات الاتصالية**

إستخدمت الباحثتين إستبيان لمهارات الاتصال للكادر التمريضي بالمؤسسات الإستشفائية والعيادات العامة والخاصة،تم إعداده إنطلاقا من نتائج وأدوات الدراسات السابقة ومن خلال المقابلات مع الأطباء والمرضى. وقد توجه هذا الإستبيان لقياس أربعة أبعاد لدرجة تطبيق الكادر التمريضي للمهارات الاتصالية والمتمثلة في مهارات الاتصال اللفظي وغير اللفظي، مهارات الإقناع والإنصات على الترتيب.

ويتكون الإستبيان من ثلاثة وعشرون عبارة (فقرة) تمثل أربعة أبعاد المذكورة سابقا، يمكن توضيحها من خلال الجدول التالي.

جدول رقم (9) توزيع فقرات الأبعاد الأربعة لإستبيان المهارات الاتصالية للكادر التمريضي:

البعد	توزيع الفقرات	المجموع
مهارة التواصل اللفظي	1-2-3-4-5-6-7-8	**8**
مهارة التواصل غير اللفظي	**9-10-11-12-13-14-15-16-17**	9
مهارة الإقناع	**18-19-20-21-22-23-24**	7
مهارة الإنصات	**25-26-27-28-29-30-31-32**	8
المجموع	**32**	**32**

- **تصحيح استبيان المهارات الاتصالية للكادر التمريضي**

بالنسبة لبدائل الإجابة أخذت العبارات ذات الإتجاه السلبي معارض ومعارض بشدة

أما بالنسبة لبدائل الإجابة أخذت العبارات ذات الإتجاه الإيجابي موافق وموافق بشدة

أما بالنسبة لبدائل الإجابة أخذت العبارات ذات الإتجاه الصفري محايد

وكانت درجات البدائل تتراوح جميعها من خمس درجات إلى درجة واحدة (5-1) وكان مجموع الدرجات يتراوح بين (08-26) درجة والدرجة الكلية هي مجموع الدرجات المعطات على عبارات الإستبيان بحيث إستعمل الإستبيان الموالي لتقدير درجة تطبيق المهارات الاتصالية الكادر التمريضي:

- 08 فأقل مستوى منخفض
- من 09-14 مستوى متوسط
- 15- 20 مستوى فوق المتوسط
- من 21- 26 مستوى عالي

- **إستبيان الالتزام بالبروتوكول العلاجي لمرضى السكري**

إستخدمت الباحثتين إستبيان التزام مرضى السكري بالبروتوكول العلاجي، تم إعداده إنطلاقا من نتائج وأدوات الدراسات السابقة ومن خلال المقابلات مع الأطباء والمرضى يقيس درجة مدى التزام مرضى السكري بالبروتوكول العلاجي الموجه لهم من طرف الكادرالتمريضي، وقد توجه هذا الإستبيان لقياس درجة التزام مرضى السكري بالبروتوكول العلاجي الموجه لهم والذي يحتوي أربعة أبعاد وهي: الالتزام بتناول الأدوية، الالتزام بالمتابعة الطبية، ممارسة الرياضة، إتباع حمية غذائية. ويتكون الاستبيان من ثمانية وعشرون عبارة (فقرة)، يمكن توضيحها من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (10) توزيع فقرات الأبعاد الأربعة لاستبيان الالتزام بالبروتوكول العلاجي

البعد	توزيع الفقرات	المجموع
الالتزام بتناول الأدوية	1-2-10-11-16-17-21	**7**
الالتزام بالمتابعة الطبية	3-4-8-9-14-15-20-22-25-26	10
الالتزام بممارسة الرياضة	13-18-23-28	4
الالتزام بإتباع الحمية	5-6-7-12-19-24-27	7
المجموع	**28**	**28**

طريقة تصحيح الاستبيان:

بالنسبة لبدائل الإجابة أخذت العبارات ذات الإتجاه السلبي أبدا وأحيانا

أما بالنسبة لبدائل الإجابة أخذت العبارات ذات الإتجاه الإيجابي كثيرا ودائما

وكانت درجات البدائل تتراوح جميعها من أربع درجات إلى درجة واحدة (4-1) وكان مجموع الدرجات يتراوح بين (45-90) درجة والدرجة الكلية هي مجموع الدرجات المعطات على

عبارات الإستبيان بحيث إستعمل الإستبيان الموالي لتقدير درجة التزام مرضى السكري بالبروتوكول العلاجي:

- 45 فأقل مستوى منخفض
- من 46-60 مستوى متوسط
- 61- 75 مستوى فوق المتوسط
- من 76- 90 مستوى عالي

- **صدق وثبات الإستبيانين:**

يعتبر الصدق لإستمارة الإستبيان من أهم شروط البناء، والذي يدل على درجة يقيس الإختبار ما وضع لقياسه، والصدق نوعان صدق المحتوى والصدق الذاتي (منذر الضامن، 2007، ص 113) .

- **صدق المحكمين:** بعد عرض الاستبيان على المحكمين: تم حذف عبارتين

1- العبارة رقم 5 من الحمية الغذائية "لا أتناول المشروبات الكحولية" لكونها لا تقيس ما وضعت من أجله حسب الأطباء المختصين .

2- العبارة رقم 3 من ممارسة الرياضة "أمارس الرياضة بانتظام" لكونها عبارة مكررة وتعبر عن نفس معنى العبارة23

كما تم التعديل في بعض العبارات من طرف المحكمين كما يلي:

- أحيانا أتهاون في تناول الأدوية باعتقادي بضرره أكثر من نفعه وعدلت على النحو التالي: أتبع حمية غذائية موصى بها.
- لا أتهاون في مواعيدي مع الطبيب وعدلت على النحو التالي أحترم مواعيد زيارتي للطبيب.

كما تم حساب صدق المحكمين اعتمادا على معادلة لوشي وعبارتها كالتالي:

$$ص_م = \frac{\frac{ن}{2} - ن_م}{\frac{ن}{2}}$$

حيث:

ص م: صدق المحكمين

ن م: عدد المحكمين الذين اعتبروا العبارة تقيس

ن: العدد الكلي للمحكمين

وبعد تطبيق المعادلة تبين أن بنود الاستبيان صادقة حيث أن: صدق المحكمين 0.05 مما يؤكد بأن البنود الموضوعة صادقة في قياسها.

– **الصدق الذاتي:** هو يمثل العلاقة بين الصدق والثبات، وهو صدق الدرجات التجريبية للاختبار بالنسبة للدرجات الحقيقية التي خلصت من أخطاء القياس ويحسب وفق المعادلة التالية:

معامل الصدق الذاتي= معامل الثبات√.

ب– الثبات: يعتبر ثبات المقياس على دقته وإتساقه فيما يقيسه من معلومات عن سلوك وإتجاهات المبحوثين، ويمكن التحقق من ثبات وإتساق المقياس من خلال تكرار تطبيقه على نفس عدد المبحوثين، حيث أن التوزيع المتكرر يظهر مدى خلو إجابات المبحوثين من تأثير العشوائية بما يعني إستقرار نتائج المقياس(نادية سعيد عيشور، 2015، ص 363).

- تم إختبار محاور إستمارة الإستبيان من خلال حساب معامل الثبات بتطبيق معادلة ألفا كرونباخ والصدق الذاتي بعد التوزيع، فكانت القيمة كما يلي:

الجدول رقم (11): نتائج إختبار صدق وثبات إستمارة الإستبيان

المقياس	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	الصدق الذاتي	مستوى القياس
المهارات الاتصالية للكالدر التمريضي	32	0.863	0.929	مرتفع
الالتزام بالبروتوكول العلاجي	28	0.804	0.896	مرتفع
قياس الصدق الكلي	60	0.826	0.909	مرتفع

من خلال الجدول السابق وإعتمادا على مخرجات برنامج spss، ننجد أن معامل ثبات ألفا كرونباخ للإستبيان يساوي (0.826) وهي نسبة مرتفعة تجاوزت معدل القبول (0.60) وهو ما يعبر على أن هناك صدق وثبات قوي في عبارات الإستبيان.

5.2. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

بهدف الإجابة على فرضيات الدراسة، فقد تم تفريغ البيانات ومعالجتها إحصائيا بإستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية التي يرمز لها اختصارا بالرمز(spss) وفيما يلي مجموعة تلك الأساليب:

1- **المتوسط الحسابي**

2- **الإنحراف المعياري**

3- إختبار بيرسون.

الخلاصة

لقد تم من خلال هذا الفصل إلى التطرق إلى كل ما يتعلق بالتطبيق الميداني من حيث التعرض إلى إجراءات الدراسة والتعريف بالمنهج المستخدم وعينة الدراسة بالإضافة إلى التعريف بأدات القياس كما تمت دراسة الخصائص السيكومترية من أجل إعتمادها في الدراسة الحالية، وفي الأخير الحصول على مجموعة من البيانات التي تستخدم للتحليل والمناقشة للخروج باستنتاجات عامة.

الفصل الرابع:

عرض النتائج ومناقشتها

تمهيد

بعد تعرضنا للخلفية النظرية لمشكلة الدراسة والعرض المفصل للمفاهيم التي تتضمنها إضافة إلى الخطوات المنهجية المتبعة لاختبار الفرضيات، نتطرق في هذا الفصل لعرض النتائج المتوصل إليها ومناقشتها من حيث قبولها أورفضها مع تقديم تفسيرات لها وأهم النتائج المترتبة عنها. وفيما يلي عرض كمي وكيفي لنتائج البحث حسب متغيراتها.

3. عرض نتائج اختبار فرضيات الدراسة

أ- **عرض نتائج اختبار الفرضية الأولى:** تنص الفرضية الثانية للبحث الحالي على مايلي: " **درجة تطبيق المهارات الاتصالية للكادر التمريضي متوسطة.**" ومن أجل اختبار الفرضية الأولى التي تنص تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية.

جدول رقم (12): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى تطبيق المهارات الاتصالية للكادر التمريضي

المهارات الاتصالية	المتوسطات الحسابية	الإنحرافات المعيارية	المستوى
مهارة الاتصال اللفظي	**13.967**	**13.689**	**متوسط**
مهارة الاتصال غير اللفظي	**14.700**	**11.734**	**فوق المتوسط**
مهارة الإنصات	**12.900**	**12.024**	**متوسط**
مهارة الإقناع	**16.167**	**41.868**	**فوق المتوسط**

يلاحظ من الجدول (14) وبالمقارنة بين الوسط الحسابي والوسط الفرضي الذي يقدر ب 8 درجات نجد أن متوسطات درجات إجابات أفراد العينة المدروسة على الأبعاد الأربعة لمهارات الاتصال للكادر التمريضي كانت أكبر من الوسط الفرضي وتقع ضمن مجال 12 و 16 درجة مما جعل مستوى تطبيق المهارات الاتصالية للكادر التمريضي يقع ضمن الدرجة المتوسطة بالنسبة لمهارة الاتصال اللفظي، مهارة الإنصات، إلى جانب الدرجة فوق المتوسطة لكل من مهارة الاتصال غير اللفظي والإقناع حسب نتائج مقياس تطبيق المهارات الاتصالية للكادر التمريضي مما يدفعنا إلى القول بأن مهارات مستوى المهارات الاتصالية للكادر التمريضي متوسطة وهو ما يؤكد صحة الفرضية الأولى التي كان مفادها أن درجة تطبيق المهارات الاتصالية للكادر التمريضي متوسطة.

ب- عرض نتائج اختبار الفرضية الثانية: تنص الفرضية الثانية للبحث الحالي على مايلي: " **درجة الالتزام بالبروتوكول العلاجي لدى مرضى السكري مرتفعة.**" من أجل اختبار الفرضية الثانية تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية.

جدول رقم (13) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للالتزام بالبروتوكول العلاجي لدى مرضى السكري.

الالتزام بالبروتوكول العلاجي لدى مرضى السكري	المتوسطات الحسابية	الإنحرافات المعيارية	المستوى
	64.333	**163.402**	**فوق المتوسط**

يلاحظ من الجدول (15) أن متوسطات درجات إجابات أفراد البحث الحالي على الالتزام بالبروتوكول العلاجي لدى مرضى السكري بلغت درجتها 64.333 وهي أكبر من قيمة الوسط الفرضي البالغ 45 درجة، وقد وقعت ضمن المجال 61-75 درجة أي تقع ضمن مجال الدرجة توى فوق المتوسط لمقياس الالتزام بالبروتوكول العلاجي لدى مرضى السكري، مما يدفعنا إلى القول بعدم جدوى الفرضية الثانية التي كان مفادها درجة الالتزام بالبروتوكول العلاجي لدى مرضى السكري مرتفعة، لذا فإننا نرفض الفرضية السابقة.

ج- عرض نتائج اختبار الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة للدراسة الحالية على مايلي:" **توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين المهارات الاتصالية للكادر التمريضي والالتزام بالبروتوكول العلاجي لدى مرضى السكري.**"

يندرج تحت هذه الفرضية أربعة فرضيات جزئية وهي كالتالي:

- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مهارة الاتصال اللفظي للكادر التمريضي والالتزام بتناول الأدوية لدى مرضى السكري
- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مهارة الاتصال غير اللفظي للكادر التمريضي والالتزام بالمتابعة العلاجية لدى مرضى السكري
- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مهارة الإنصات للكادر التمريضي والالتزام بممارسة الرياضة لدى مرضى السكري
- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مهارة الإقناع للكادر التمريضي والالتزام بإتباع الحمية الغذائية لدى مرضى السكري

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام معامل **ارتباط بيرسون**، لاختبار طبيعة العلاقة الارتباطية بين الدرجات التي تحصل عليها مرضى السكري البحث الحالي على مقياس المهارات الاتصالية للكادر التمريضي، وبين الدرجات التي تحصلن عليها في مقياس الالتزام بالبروتوكول العلاجي، والجدول التالي يوضح هذه النتيجة:

جدول رقم(14): العلاقات الارتباطية بين مهارات الاتصالية للكادر التمريضي والالتزام بالبروتوكول العلاجي لمرضى السكري

	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	القرار
مهارة الاتصال اللفظي / الالتزام بتناول الأدوية	0.412	0.24	دال عند 0.05
مهارة الاتصال غير اللفظي / الالتزام بالمتابعة الطبية	0.730	0.000	دال عند 0.01
مهارة الإنصات / الالتزام بإتباع الحمية	-0.638	0.000	دال عند 0.01
مهارة الإقناع / الالتزام بممارسة الرياضة	-0.158	0.403	غير دال
المهارات الاتصالية للكادر التمريضي / الالتزام بالروتوكول العلاجي	-0.828	0.000	دال عند 0.01

يتضح لنا من خلال الجدول رقم(**16**) أن هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الدرجة الكلية لمهارة الاتصال اللفظي للكادر التمريضي والدرجة الكلية للالتزام بتناول الأدوية لدى مرضى السكري، حيث بلغ معامل الارتباط (0.412) وهي قيمة دالة إحصائيا، وهذا يعني أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مهارة الاتصال اللفظي للكادر التمريضي والالتزام بتناول الأدوية لدى مرضى السكري وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الجزئية الأولى التي كان مفادها "توجد علاقة ارتباطية بين مهارة الاتصال اللفظي للكادر التمريضي والالتزام بتناول الأدوية لدى مرضى السكري"، وهو ما يفسر مدى قوة تأثير أسلوب الكلام الصادر عن ممارسي العملية العلاجية (أطباء وممرضين) على نفسية المريض، بحيث يصبح هذا النوع

من الاتصال ضمن الميكانيزمات التي تساهم في استجابة المرضى للعلاج وتقبل المرض والتكيف معه.

- هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) بين الدرجة الكلية لمهارة الاتصال غير اللفظي للكادر التمريضي والدرجة الكلية للالتزام بالمتابعة العلاجية لدى مرضى السكري حيث كانت قيمة معامل الارتباط (0.730) وهي قيمة دالة إحصائيا، وهذا يعني أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مهارة الاتصال غير اللفظي للكادر التمريضي والالتزام بالمتبعة العلاجية لدى مرضى السكري، مما يؤكد صحة الفرضية الجزئية الثانية التي تنص على "توجد علاقة ارتباطية بين مهارة الاتصال غير اللفظي للكادر التمريضي والالتزام بالمتبعة العلاجية لدى مرضى السكري".

والنتيجة المتوصل إليها خلال الدراسة تؤكد على أنه للجانب السلوكي والحركي التي يبديها الكادر التمريضي أمام المرضى دور مهم وفعال ذا تأثير كبير في الجانب الوجداني للمريض مما ينعكس على تقوية العلاقة الرابطة بين المعالج والمريض الأمر الذي يؤدي إلى شعور هذا الأخير بالراحة والاطمئنان ما يجعله أكثر انضباطا في المتابعة العلاجية.

- هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) بين الدرجة الكلية لمهارة الإنصات للكادر التمريضي والدرجة الكلية للالتزام بإتباع الحمية الغذائية لدى مرضى السكري حيث كانت قيمة معامل الارتباط (0.638-) وهي قيمة دالة إحصائيا، وهذا يعني أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مهارة الإنصات للكادر التمريضي والالتزام بالحمية الغذائية لدى مرضى السكري وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الجزئية الثالثة.

والنتيجة المتوصل إليها من خلال ما سبق تؤكد على أن مهارة الإنصات والإصغاء هي الحجر الأساس في تبادل المعلومات بين الطبيب والمريض حيث أنها تولد تفاعلا من طرف الطبيب في فهمه الجيد لنشاطات برنامجه اليومي بما فيه برنامجه الغذائي الذي يتبعه،

والذي من شأنه أن يسهل على الطبيب المعالج طرح أفضل الحميات الغذائية التي تتناسب مع حالة المريض.

ومن جانب آخر فإن الإصغاء الجيد من طرف المريض يسهم في فهم المريض لطبيعة حالته المرضية وكذا فهمه للآليات المتبعة التي من شأنها التحكم في مضاعفات المرض الناتجة عن الأغذية الخارجة عن الحمية الغذائية.

- هناك علاقة ارتباطية غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) بين الدرجة الكلية لمهارة الإقناع للكادر التمريضي والدرجة الكلية للالتزام بممارسة الرياضة لدى مرضى السكري حيث كانت قيمة معامل الارتباط (0.158-) وهي قيمة غير دالة إحصائيا، وهذا يعني أنه لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مهارة الإقناع للكادر التمريضي والالتزام بممارسة الرياضة لدى مرضى السكري ويؤدي ذلك إلى رفض الفرضية الجزئية الرابعة لعدم صحتها.

كما يتضح من خلال النتيجة السابقة أنه رغم محاولة الكادر التمريضي إقناع المرضى بضرورة ممارسة الرياضة إلا أنهم لم يستطيعوا من خلال تطبيق هذه المهارة من تغيير المواقف السلوكية السالبة من قبل المرضى، وهذا راجع أساسا لثقافة المجتمع العربي عامة والجزائري على وجه الخصوص حيث أننا نجد اتجاهات سلبية نحو ممارسة الرياضة وعزوف كبير نحوها خاصة لدى النساء.

- هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) بين الدرجة الكلية للمهارات للكادر التمريضي والدرجة الكلية للالتزام بالبروتوكول العلاجي لدى مرضى السكري حيث كانت قيمة معامل الارتباط (0.828-) وهي قيمة دالة إحصائيا، وهذا يعني أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين المهارات الاتصالية للكادر التمريضي والالتزام بالبروتوكول العلاجي لدى مرضى السكري ويؤدي ذلك إلى قبول الفرضية الثالثة.

ومما سبق يمكننا تأكيد الفرضية الثالثة التي كان مفادها أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مستوى تطبيق المهارات الاتصالية للكادر التمريضي والتزام مرضى السكري

بالبروتوكول العلاجي، وهذا راجع إلى وجود ثقة عالية وتحقق الاحترام وتوفر الأمان والطمأنينة بين الكادر التمريضي ومرضى السكري، مما يدل على فعالية المهارات الاتصالية المطبقة من طرف الكادر التمريضي وجودة عالية مما رفع درجة الالتزام بالبروتوكول العلاجي لدى مرضى السكري بمختلف أبعاده.

4. مناقشة وتفسير نتائج البحث:

أ- مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية الألى:

نصت هذه الفرضية على أن **درجة تطبيق المهارات الاتصالية للكادر التمريضي متوسط**

تشير النتائج المتحصل عليها إلى صدق الفرضية الأولى أي أن درجة تطبيق المهارات الاتصالية متوسط بالنسبة لكل من مهارة الاتصال الفظي والإنصات وهذا ما يتفق مع ما ورد في الجانب النظري الخاص بالمهارات الاتصالية، وهو ما يتفق كذلك مع الدراسات السابقة المدرجة في الفصل الأول من الدراسة والتي أفادت إلى مدى تطبيق أبعاد جودة الخدمات الصحية بمستويات مقبولة، وأن لذلك أثر في جودة الخدمات ورفع مستويات نتائج المرض الصحية، بالإضافة إلى وجود أثر للمهارات التي لا يطبقها الكادر التمريضي على العلاقة بين العملاء عبر الاتصال اللفظي، وأشارت كذلك الدراسات إلى أن التدريب على فنيات مهارات الاتصال في الوسط الصحي مع الحالات المرضية وخاصة بالأمراض المزمنة يحتاج

إحتكاك وتواصل دائم يستدعي إلى اللجوء إلى مهارة الاتصال اللفظي والإنصات من أجل زيادة جودة الخدمات من خلال تطبيق مهارات الاتصال ورفع مستوى الرعاية التمريضية للمرضى.

ب- مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية الثانية:

تشير النتائج المتحصل عليها إلى عدم جدوى الفرضية الثانية أي أن درجة التزام المرضى بالبروتوكول العلاجي لمرضى السكري ليس مرتفعا إنما هو فوق المتوسط فقط.

وترجع هذه النتائج إلى إعطاء المرضى مفهوم غير واضح لمرضهم المزمن أو أنه لم يتم الإلمام بجميع المعطيات الخاصة بحالتهم والمضاعفات التي قد تكون منعكسا على هذا المرض، إلى جانب أن لمرض السكري خصوصية حيث أنه يصيب فئة من الناس الذين تجاوزو سن الكهولة وهو السن الذي يسجل فيه أعلى مستويات الفروق الفردية في مستويات التعليم إذ نجد شريحة كبيرة منهم ليسوا متعلمين مما يجعلهم غير محيطين بالمعرفة الكافية حول تداعيات وكيفية التعامل والتكيف مع مرضهم.

كما تجدر الإشارة إلى أن ثقافة المريض حول المرض تلعب عاملا هاما في مدى التزامه بالبروتوكول العلاجي، إذ أن الإعتقادا والأحكام المسبقة حول العلاج ونسبة الشفاء تؤثر على مستوى التزام المريض بالبروتوكول العلاج، فالثقافة والإعتقاد والحكم السلبي المسبق حول المرض تشكل إتجاهات خاطئة حوله مما يجل المريض متذبذبا في التزامه نحو العلاج.

كما يرجع ضعف مستوى التزام المرضى إلى تدني مستوى التربية الصحية من خلال الكادر التمريضي الذبي نجد فيه معظم الأطباء يكتفون بتدوين الوصفة الطبية وشرح مواعيد الجرعات في حين أنهم يهملون الجانب المهم وهو كيفية التعامل مع المريض وإطلاعه عن حالته المرضية والشرح الدقيق لمتطلبات التعامل مع المضاعفات التي تحدث له، وطريقة تكيفه مع مرض السكري.

وهذا ما أشارت إليه الدراسات السابقة المتناولة في الجانب النظري من خلال تأثير التثقيف على الامتثال بالإضافة إلى البرامج التعلمية الفعالة لتحسين الالتزام.

ج- مناقشة وتفسير نتائج اختبار الفرضية الثالثة

نصت هذه الفرضية على أنه **توجد علاقة بين المهارات الاتصالية للكادر التمريضي والتزام المرضى بالبروتوكول العلاجي لمرضى السكري.**

حيث اتضح لنا من خلال نتائج الجداول المتحصل عليها سابقا أنه توجد علاقة ارتباطية طردية بين درجة تطبيق المهارات الاتصالية للكادر التمريضي و التزام المرضى بالبروتوكول العلاجي بالنسبة للمصابين بمرض السكري أي يعني أنه كلما اتسم الكادر التمريضي بتمكنه في ممارسة وتطبيق مختلف المهارات الاتصالية المذكورة (اتصال لفظي، غير لفظي، الإنصات، الإقناع) ارتفع مستوى الالتزام بالبرتوكول العلاجي لدى مرضى السكري مما ينتج عنه تصحيح للسلوك وتعديله في حالة عدم الالتزام التي كان المريض يعيشه، وذلك من خلال الاعتقادات الخاطئة واعتقاداته المسبقة حول نجاح العلاج وإمكانية تكيفه مع تداعيات ومضاعفات مرضه.

الخاتمة

تعتبر الأمراض المزمنة مشكلة عالمية شهدت انتشارا كبيرا، منها مرض السكري الذي يعتبر مرضا خطيرا يؤثر على حياة الشخص، وقد لوحظ في الآونة الأخيرة أن نسبة الإصابة به أصبحت متزايدة نظرا لتغير نمط الحياة السريع وجهل الأفراد بخطورته.

ومن أجل التحكم في هذه الأمراض المزمنة يسعى الكادر التمريضي للتصدي لهذه الأمراض المزمنة وتداعياتها من خلال القيام بدوره الفعال المتمثل في تطبيق مختلف المهارات الاتصالية اللازمة، ومحاولة الوصول إلى درجة عالية من تكيف المرضى مع المرض والتحكم في أعراضه عن طريق فع درجة التزامهم بالبروتوكول العلاجي الموجه لهم من طرف الكادر التمريضي.

وقد حاولت الدراسة ان تقدم بعض الإسهامات في إثراء فهمنا لمجال المهارات الاتصالية للكادر التمريضي وعلاقتها بالتزام المرضى بالبروتوكول العلاجي.

فعلى المستوى التطبيقي مثلت الدراسة إحدى المحاولات المبذولة لسد الفجوة في دراسات مرضى السكري بشكل خاص، والاهتمام بمفهوم المهارات الاتصالية ومالها من تأثيرات مهمة على الصحة الجسمية والنفسية بشكل خاص، والتزام المرضى بالبرنامج العلاجي الموجه لهم من طرف الكادر التمريضي، وعلى هذا تمثلت الدراسة الحالية إسهاما إمبريقيا في دعم بعض ما توصلت إليه نتائج الدراسات السابقة في الموضوع محل الدراسة.

وبالنسبة للمستوى المنهجي والقياسي، قدمت الدراسة أدوات لقياس متغيراتها الراهنة وقد تمت جميعها بدرجة مقبولة من الصدق والثبات.

وعلى المستوى النظري فقد تم تقديم في ثنايا هذه الدراسة إطار نظري يوضح مستوى تطبيق المهارات الاتصالية للكادر التمريضي وعلاقتها الدالة بالتزام المرضى بالبروتوكول اللاجي والتأثيرات المختلفة لأبعاد المهارات الاتصالية من مهارة الاتصال اللفظي، مهارة

الاتصال غير لفظي، مهارة الإنصات والإقناع ودورها في التأثير على حياة المرضى المزمنين كما قدمت الدراسة محتوى نظري لكل ما تم ذكره سابقا وعلى هذا تمثل الدراسة إسهاما نظريا يضاف إلى الجانب النظري السابق.

التوصيات :

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية توصي الباحثتين بما يلي:

- ضرورة الإعتماد على دورات توعوية لفائدة المرضى ذوي الأمراض المزمنة من أجل الحفاظ على صحتهم والالتزام بالسلوكيات الصحية المقدمة من طرف القائمين على الرعاية الصحية.
- المساعدة والتكفل بالمرضى ذوي الأمراض المزمنة.
- ضرورة محاولة الكادر التمريضى بالإلمام بمختلف جوانب المهارات الاتصالية ومحاولة التمكن في تطبيقها على الحالات المرضية
- محاولة تنمية ثقافة الرعاية والوقاية الصحية من أجل تحقيق أعلى مستوى من الالتزام بالبروتوكول العلاجي من طرف المرضى.
- تأهيل الأخصائيين النفسيين من أجل التعامل مع هذه الفئة (الأمراض المزمنة) وجعلهم على إطلاع بمعلومات كافية عن مرضهم من أجل توعية المريض بضرورة المحافظة على صحته الجسمية وتأثيرها على صحته النفسية.
- وضع برامج إرشادية لتعديل سلوك الالتزام لدي المرضى المصابين بأمراض مزمنة.
- إدخال مفهوم ممارسة النشاط الرياضي في حياة المرضى كجزء من العلاج.
- إنشاء مقياس مقنن لمقياس الالتزام العلاجي وتكيفيه مع البيئة الجزائرية.

-

قائمة المصادر والمراجع

المصادر:

- القرآن الكريم

المراجع العربية

1. أبو ريالة، علي، " الاتصال والتواصل بين الممرضين في قطاع غزة: الثغرات والتحديات "، رسالة ماجستير، جامعة القدس أبو ديس – فرع غزة، 2006 م .
2. أبو عياش، نضال، الاتصال الإنساني، غزة: كلية فلسطين التقنية،2005.
3. أبي شـــيبة، أبو بكر عبد الله بن محمد، المصـــنف في الأحاديث والآثار، تحقيق محمد شاهين، بيروت: دار الكتب العلمية، 1995.
4. الأقصـري، يوسـف، الثقة بالنفس – كيف تقوي تفتك بنفسـك أمام الآخرين، القاهرة: دار اللطائف للنشر والتوزيع ، 2001.
5. الأقصـرية، يوسـف، فن التعامل مع الناس – كيف تكتشـف شـخصـية الآخرين وتتعامل بمهارة معهم، القاهرة: دار اللطائف للنشر والتوزيع، 2001.
6. بشائر فتحي، " مدى رضا المرضى عن الخدمات في المشافي في منطقة نابلس، نايف للعلوم الأمنية، 2002 م.
7. البكري، ثامر ياسـر، إدارة المسـتشـفيات، عمان: دار اليازوري العلمية للنشـر والتوزيع، 2005.
8. بلانكارد، كينت، وكونور، مايكل، الأخلاق الحديثة للإدارة – الإدارة بالقيم، ترجمة د. عدنان سليمان، سوريا: دار الرضا للنشر، 2000 .
9. بن غدفة، شـريفة (2007): السـلوك الصـحي وعلاقته بنوعية الحياة: دراسـة مقارنة بين سكان المدينة والريف، رسالة ماجستير، جامعة سطيف، الجزائر. 2
10. بورج، جيمس، الإقناع – فن إقناع الآخرين (مترجم)، الرياض: مكتبة جرير، 2009.

11. بيكري، نجيبة، (2012): اثر برامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكر بين المراهقين، أطروحة دكتوراه، جامعة باتنة، الجزائر.

12. التقرير السنوي للإدارة العامة للرعاية الأولية بوزارة الصحة الفلسطينية 2010م . الهيكل التنظيمي للشعب والأقسام

13. توروبوف، براندون، فن ومهارة التعامل مع الناس(مترجم)، الرياض: مكتبة جرير، 2007.

14. توفيق، عبد الرحمن، المهارات الإدارية ومهارات التعامل مع الآخرين، القاهرة: مركز الخبرات المهنية للإدارة، 2009

15. توفيق، عبد الرحمن، مهارات التعامل مع الجمهور، القاهرة: مركز الخبرات المهنية للإدارة،.2007

16. جابر، سامية محمد، وعثمان، نعمات أحمد، الاتصال والإعلام – تكنولوجيا المعلومات، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، 2000.

17. جرادات، عبد الناصر أحمد، والشامي، لبنان هاتف، أسس العلاقات العامة بين النظرية والتطبيق، عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2009 .

18. جلوب، حسين، مهارات الاتصال مع الآخرين، عمان: دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع،2010

19. حتاملة، محمد " رضا المرضى المراجعين عن خدمات الرعاية الصحية الأولية المقدمة لهم في العاملين بالمنافذ الحدودية للجوازات"، الرياض، رسالة ماجستير ، جامعة نايف للعلوم الأمنية، مدينة أريد بعمان" عمان، رسالة ماجستير، جامعة الأردن، 2001 م.

20. حجاب، محمد منير، مهارات الاتصال للإعلاميين والتربويين والدعاة، القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع 2003.

21. الحربي، فالح عبيد الله، "ضغوط العمل وعلاقتها بالتعامل مع الجمهور – دراسة ميدانية علي

22. حريم، حسين، السلوك التنظيمي- سلوك الأفراد والجماعات في منظمات الأعمال، عمان: دا ر ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع، 2004.

23. الحميد، محمد بن سعيد (2007): مرض السكري أسبابه ومضعفاته وعلاجه، ط 1، الرياض. دمشق، سوريا. عين شمس، القاهرة. لبنان. بالتدين لدى مرضى السكري، مجلة العلوم الإجتماعية، العدد 17. لدي عينة من مرضى السكري في محافظة اللاذقية، رسالة ماجستير غير منشورة ،

24. الخريصي، فهد عبد الرحمن " مهارات التعامل مع الجمهور وعلاقتها بكفاءة الأداء " دراسة تطبيقية على العاملين في الجوازات وامن الجمارك في مطار خالد الدولي بالرياض، الرياض، رسالة ماجستير، جامعة نايف للعلوم الأمنية، 1998 م.

25. الذويبي، فهد بن محمد، المهارات الإدارية والشخصية وعلاقتها بالتعامل مع الجمهور – دراسة الضفة الغربية، فلسطين "، رسالة ماجستير، جامعة النجاح، نابلس، 2011 م.

26. الرشودي، محمد بن علي، " المهارات القيادية لدى ضباط الشرطة وعلاقتها بفعالية أدائهم الوظيفي – دراسة مقارنة بين ضباط مدينتي الرياض، الدمام"، الرياض، رسالة ماجستير، جامعة الشريف،

27. رضوان، سامر جميل؛ و كونراد، ريشكه(2001): السلوك الصحي و الاتجاهات نحو الصحة دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين و ألمان، رسالة دكتوراه ، جامعة

28. رضوان، عبد الكريم (2008): فاعلية برنامج إرشادي تدريبي لخفض الضغوط النفسية وتحسين التوافق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة

29. رمضان، محمد" واقع الاتصال والتواصل بن مقدمي الخدمات الصحة في المراكز الصحية التابعة لوكالة الغوث في محافظات غزة "، رسالة ماجستير، جامعة القدس أبو ديس – فرع غزة،

30. رويحة، أمين (1973) : داء السكري ، أسبابه أعراضه وطرق مكافحته، دار القلم، ط1،

31. زعطوط، رمضـــان؛ وقريشـــي، عبد الكريم (2014): الاتجاه نحو الســلوك الصـــحي وعلاقته

32. شـغيري، رولا رضـا (2013): الضـغوط النفسـية وعلاقتها بالصـلابة النفسـية دراسـة ميدانية جامعة تشرين، سوريا.

33. شـــيلي، تايلور (2008): علم النفس الصـــحي، ط 1، دار حامد للنشـــر و التوزيع، الأردن.

34. الصـــمادي، أحمد عبد الغفور (2011): مقياس الســـلوك الصـــحي لطلبة الجامعات الاردنية، المجلة العربية للطب النفسي–اتحاد الاطباء النفسيين العرب، العدد 1، الاردن.

35. العدوان، فاطمة عيد؛ جبريل، موســـى عبد الخالق (2014): فاعلية برنامج إرشـــادي لمعالجة الضـــغوط النفســـية والاكتئاب لدى عينة من المصـــابين بالســـكري، الجامعة الأردنية، الأردن.

36. علي، كريم ناصـــــر، والدليمي، أحمد محمد، علم النفس الإداري وتطبيقاته في العمل، عمان: دار

37. عليوة، سمية (2015):علاقة كل من مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية بالسلوك الصحي لدى مرضـى السكري النوع الأول، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس العيادي، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.

38. عمران، تغريد، وآخرون ، المهارات الحياتية، القاهرة: مكتبة زهراء الشـــروق، 2001. عيسى، وائل، آداب مزاولة مهنة الطب، غزة: مكتبة ومطبعة دار الأرقم، 2001 .

39. عمران، لخضـر (2009): الإصـابة بداء السـكري وعلاقتها بقصـور جودة الحياة لدى المصـابين، رسـالة ماجسـتير غير منشـورة، جامعة باتنة، الجزائر . الصـحية، المملكة السعودية.

40. فريتش، روجر، فكر كما يفكر المدراء (مترجم)، الرياض: مكتبة جرير، 2007. – قليت، جيمس، الدليل الدائم للنجاح مع الناس (مترجم)، الرياض: مكتبة جرير، 2002.

41. قارة، سليم، والصافي، عبد الحكيم، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2011 .

42. القرني، عوض، حتى لا تكون كلا، الرياض: دار الأندلس الخضـراء للنشـر والتوزيع، 2006

43. كنعان، نواف، القيادة الإدارية، عمان: دار الثقافة للنشـر والتوزيع، 2009. مصـطفى، وفاء محمد، مهارات التميز، بيروت: دار ابن حزم، 2001.

44. ماهر، أحمد، كيف ترفع مهاراتك الإدارية في الاتصـال، الإسـكندرية: الدار الجامعية، 2008.

45. المسـاعد، زكي، تسـويق الخدمات وتطبيقاتها، عمان : دار المناهج للنشـر والتوزيع، 2003

46. منصـور، هالة، الاتصـال الفعال – مفاهيمه وأسـاليبه ومهاراته، الإسـكندرية: المكتبة الجامعية، 2000.

47. نوار، شهرزاد؛ وزكري، نرجس (2016): الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري دراسة ميدانية بورقلة، مجلة العلوم النفسية والتربوية، العدد 2.

48. هلال، محمد عبد الغني، مهارات التعامل مع الآخرين – سلوكيات التعامل مع الآخر، القاهرة:

49. هيز، جون، مهارات التواص بين الأفراد في العمل، ترجمة د. مروان طاهر الزعبي، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2011 .

50. وفائي، محمد ظافر (1981): داء السكري (وقاية وعلاج) ، ط 2، مؤسسة الجريسي للتوزيع والإعلان ، المملكة العربية السعودية.

51. وولش، گيران، وسميت، جوديت ، إدارة الرعاية الصحية ترجمة نبيل أبو النجا، القاهرة: مجموعة يوسـف، ردينة عثمان، التسـويق الصـحي والاجتماعي، عمان: دار المناهج للنشر والتوزيع، . 2008

المراجع الأجنبية

52. Adams ,Cynthia H., Jones , Peter D., Interpersonal Communication Skills For Health Professionals , New York: McGraw-Hill, 2000.
53. Adubato , Steve, Make the Connection-Improve Your Communication at Work and at Home, New Jersey: Rutgers University Press , 2006.
54. Chambers, Harry. E, Effective communication skills, Cambridge Massachusetts, 2001.
55. Cohen, Steven, Negotiating skills for managers, New York: McGrawHill, 2002.
56. Collins, Mattie, Communication In Health Care, Burlington: Mosby company, 1997.
57. Dessler, Gary, Management principles and practices for tomorrow's leaders, New Jersey: Florida International university, 2004.
58. Karen, Hough, Jackie, Tye, Nick, Colburn, Business, Oxford: Heinemann Educational, 2005.
59. Kotler, Philip, Armstrong, Principles Of Marketing, New Jersey: Prentice Hall inc., 2003 .
60. LLord, Margaret, Bor , Robert, Communication Skills For Medicine, Burlington: Elsevier Inc., 2009.
61. Lovelock, chastopher, Services Marketing: People, Technology & Strategy, New Jersey: Prentice Hall inc. , 2004 .
62. Moorhead, Gregory, Griffin, Ricky W, Organization, New York: Houghton Mifflin Company, 2001.
63. Rakel , Robert E. , Text Book Of Family Medicine , Burlington : Elsevier Inc., 2007 .
64. Schermerhone, John R, Hunt, James G, Osborn, Richard N, Organizational Behavior, New York: Jone Wiley & Sons, Inc, 2000.
65. South-Paul, Jeannette E. ,Current Diagnosis &Treatment In Family Medicine , New York: McGraw-Hill, 2007.

الملاحق

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف –المسيلة–

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم علم النفس

إستمارة إستبيان موجهة لمرضى السكري

الموضوع

المهارات الاتصالية للكادر التمريضي وعلاقتها بالتزام مرضى السكري بالبروتوكول العلاجي دراسة ميدانية بالمؤسسات الصحية العامة والخاصة

سادتي الكرام سيداتي الفضليات...

في إطار القيام بالدراسة العلمية ضمن متطلبات إعداد مذكرة ماستر تخصص علم النفس العيادي، نرجو مساعدتنا بالإجابة على أسئلة هذا الإستبيان ذلك بوضع علامة **X** أمام العبارة المناسبة.

تأكدوا أن إجاباتكم تحظى بالأهمية العلمية، تستعمل لأغراض البحث العلمي وفقط.

من إعداد الطالبة:

بوشريط أحلام

ميرة خديجة أمال

الأستاذة المشرف:

د. شحام عبد الحميد

المحور الأول: البيانات الشخصية

1. الجنس:

ذكر ☐ أنثى ☐

2. العمر:

من 40-50 ☐ 51-60 ☐ من 61 سنة ☐

3. المستوى التعليمي

تعليم إبتدائي ☐ تعليم متوسط ☐ ثانوي ☐ مستوى جامعي ☐

4. السكن

المسيلة ☐ معادة ☐

5. العيادة التي تتابع بها العلاج

مؤسسة إستشفائية عامة ☐ مؤسسة إستشفائية خاصة ☐

6. الطبيب المعالج

عام ☐ خاص ☐

7. الممرض المستقبل

أنثى ☐ ☐

8. المهنة

بطال/ ماكثة في البيت ☐ مهنة حرة ☐ موظف ☐

مدة الإصابة: .....

أمراض أخرى (مضاعفات): .....

المحور الثاني: التزام المرضى بالبروتوكول العلاجي

الرقم	العبارة	أبدا	أحيانا	كثيرا	دائما
01	أقوم بشراء أدويتي قبل نفاذها				
02	أحمل أدويتي معي عند الخروج من البيت أو السفر				
03	أقوم بإجراء الفحوصات الطبية دوريا حسب توصيات الطبيب المعالج				
04	أقوم بمراجعة الطبيب في حال ظهور أعراض جانبية				
07	أتبع حمية غذائية موصى بها				
06	أتناول المرطبات والسكريات ومختلف أنواع الحلويات				
07	أنا مدمن على السجائر				
08	أزور الطبيب فقط في حال ارتفاع أو إنخفاض السكر لدي				
09	لا أتذكر مراجعة الطبيب إلا عند نفاذ كمية الأدوية				
10	أتناول الدواء حسب الجرعات التي يحددها الطبيب				
11	ليس لدي إحتياطي من الدواء				
12	أتناول المأكولات الحلوة				
13	أعمد إلى تخفيض وزني عندما يزيد				
14	ألتزم بمواعيد زياراتي للطبيب				
15	أقوم بقياس نسبة السكري لدي في الدم دوريا				
16	أتناول دوائي في أوقاته وبإنتظام				
17	أتهاون في تناول الدواء عندما أشعر بالتحسن				
18	أقوم بالمشي بغرض تحسين صحتي				
19	عادة أضيف السكر في قهوتي وحليبي خلال الفطور				
20	أستفسر الطبيب عن حالتي وعن الأشياء التي تجعل السكري مستقر والأشياء التي يجب أن أبتعد عنها للحفاض على صحتي.				
21	أنسى تناول دوائي				
22	أستشير طبيبي قبل أخذ أي دواء آخر				
23	أمارس الرياضة بصفة منتظمة				
24	أتبع حمية غذائية خاصة بتعديل نسبة السكر في الدم				
25	أحترم مواعيد زيارتي للطبيب				

26	أستعمل دفتر لتسجيل نسبة السكر في الدم					
27	أتحكم في نفسي أمام المأكولات الخارجة عن الحمية					
28	أبتعد عن الضغوطات والتوتر للمحافظة على صحتي					

المحور الثالث: مهارات التواصل للكادر التمريضي

هذه الأسئلة موجهة لكم من أجل وصف مهارات التواصل التي تتلقونها من الكادر التمريضي الذي تتابعون عندهم علاج مرض السكري (أطباء، ممرضين)

الرقم	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	معارض	معارض بشدة
أولا: مهارة التواصل اللفظي						
01	يتحدثون معك بسرعة مناسبة تمكنك من استيعاب ما يقولون.					
02	يتحدثون معك باهتمام وحيوية.					
03	يستخدمون كلمات واضحة وملائمة للتعبير عما يريدون.					
04	يركزون معك عند حديث ولا ينشغلون بأمور أخرى					
05	يقومون باختيار الوقت المناسب للحديث معك.					
06	يقومون بتوضيح وتفسير المصطلحات الطبية.					
07	يجيبون على أسئلة بصدر رحب.					
08	يراعي الحالة النفسية للمريض أثناء الحديث.					
ثانيا: مهارة التواصل غير اللفظي						
01	يستخدمون نبرة صوت واضحة ومفهومة.					
02	يوجهون نظرهم إلى وجك أثناء الحديث معك.					
03	يهتمون بان تكون وضعية جلوسهم مناسبة.					
04	يستخدمون تعبيرات الوجه أثناء الحديث والاستماع إليك.					
05	يهتمون بمظهرهم الخارجي.					
06	يستخدمون إيماءات الرأس للدلالة على اهتمامهم بالاستماع.					
07	يتمتعون ببشاشة الوجه عند تعاملهم معك					
08	يهتمون بترتيب ونظافة مكان عملهم					
09	يقومون باستخدام حركات اليدين أثناء الشرح والحديث معك.					

ثالثا: مهارة الإنصات						
01	ينصتون باهتمام لما تقوله أثناء حديثك معهم ولا ينشغلون بأمور أخرى.					
02	لا يقومون بمقاطعة حديثك.					
03	يهتمون بتوفير مناخا هادئا للاستماع لك.					
04	تشعر بعدم إحساسهم بالملل أثناء الاستماع إليك.					
05	تشعر أنهم يظهرون اهتمامهم بمشاعر وأحاسيس المتحدث إليهم.					
06	يتدخلون بلطف للاستفسار والتحقق من الأمور الغامضة.					
07	يعطونك وقتا كافيا لشرح حالتك الصحية.					
رابعا: مهارة الإقناع						
01	يعرضون الأفكار والنصائح بطريقة واضحة ومنظمة.					
02	يتمتعون بثقة عالية ومقتنعون بما يقولون.					
03	يمتلكون مستوى عالي من الثقافة والمعرفة العلمية لإقناعك.					
04	يعتمدون على إثارة العواطف والمشاعر الإنسانية لإقناعك.					
05	يعتمدون على العقل بتقديم الأدلة والبراهين لإقناعك.					
06	يبدون اهتماما وحرصا واضحا على خدمتك وعلاجك.					
07	يستخدمون عبارات الثناء والتشجيع لإقناعك بالعلاج.					
08	يستخدمون أساليب وعبارات تتناسب مع ثقافتك وعمرك					

RELIABILITY

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,804	31

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,863	28

Statistiques

الالتزام بالبروتوكول العلاجي

N	Valide	30
	Manquant	0
Moyenne		64,3333
Variance		163,402

Statistiques

		مهارة الاتصال اللفظي	مهارة الاتصال غير لفظي	مهارة الإنصات	مهارة الإقناع
N	Valide	30	30	30	30
	Manquant	0	0	0	0
Médiane		15,0000	16,0000	13,0000	17,5000
Variance		13,689	11,734	12,024	41,868

Corrélations

		مهارة الاتصال اللفظي	تناول_الأدوية
مهارة الاتصال اللفظي	Corrélation de Pearson	1	,412*
	Sig. (bilatérale)		,024
	N	30	30
تناول_الأدوية	Corrélation de Pearson	,412*	1
	Sig. (bilatérale)	,024	
	N	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Corrélations

		مهارة الاتصال غير لفظي	المتابعة العلاجية
مهارة الاتصال غير لفظي	Corrélation de Pearson	1	-,730**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
زيارة_الطبيب	Corrélation de Pearson	-,730**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		مهارة الإنصات	ممارسة_الرياضة
مهارة الإنصات	Corrélation de Pearson	1	-,638**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
ممارسة_الرياضة	Corrélation de Pearson	-,638**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		مهارة الإقناع	اتباع_الحمية
مهارة الإقناع	Corrélation de Pearson	1	-,158
	Sig. (bilatérale)		,403
	N	30	30
اتباع_الحمية	Corrélation de Pearson	-,158	1
	Sig. (bilatérale)	,403	
	N	30	30

```
CORRELATIONS
 /VARIABLES=
 /PRINT=TWOTAIL NOSIG
 /MISSING=PAIRWISE.
```

Corrélations

		الالتزام بالبروتوكول العلاجي	المهارات_لاتصالية
الالتزام بالبروتوكول العلاجي	Corrélation de Pearson	1	-,828**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	30	30
المهارات_لاتصالية	Corrélation de Pearson	-,828**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	30	30

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).