

1985



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

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف المسيلة

1985



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

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس
الرقم التسلسلي: / 2016

مستوى التدين وملائته بتقبل العلاج لدى المطابين بالسكري

دراسة ميدانية لدى عينة من المنخرطين بجمعية داء السكري ببلدية المسيلة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في: علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ:

بعلي مصطفى

إعداد الطالب:

خرياشي معاذ

السنة الجامعية

2016/2015



إهداء

إلى من علمتني وعانت الصعاب لأصل إلى ما أنا عليه
وعندما تكسوني المصوم أسبح في بحر حنانها لينفخ من ألامني
إلى أمي الغالية حفظها الله
إلى من علمني النجاح والصبر،
ووهب لي الأمان ..إلى أبي الغالي حفظه الله
إلى من أحبهم قلبي إخوتي وأخواتي الأعزاء
إلى أصدقائي، إلى زملائي وزميلاتي، إلى أساتذتي الكرام
إلى كل من علمني حرفاً ووهبني معلومة
أهدي هذا البحث المتواضع راجياً من المولى
عز وجل أن يجد القبول والنجاح

خبرهاشي معاذ

شكر وتقدير

الحمد لله الذي ينتهي إليه حمد الحامدين ولديه يزداد شكر الشاكرين،
الحمد لله الذي خلق الإنسان وعلمه البيان.

والصلاة والسلام على خير الأنام سيدنا محمد وعلى آله وصحبه الكرام
وأشكر الله تعالى أن هداني للخوض في هذا البحث وأعانني على إنجازهِ
بتوفيقه.

ثم أتقدم بالشكر والتقدير إلى كل من مدَّ يد العون والمساعدة لإكمال
هذا البحث، وأخص بالشكر أستاذي الكريم بعلي مصطفى المشرف على
الرسالة، الذي أكرمني بتواضع وحسن تعامله وخلقهِ وتوجيهاته التي كان لها
أبلغ الأثر في تذليل المطالع والمصاحبة وتخطي العقبات.

كما أشكر قسم علم النفس رئيساً وإدارة وأساتذة على مساعدتهم لي،
وأقدم الشكر والعرفان لجامعة المسيلة التي فتحت لنا أبوابها
ومكتباتها لمساعدتنا في إنهاء دراستنا.

خرباشي معاذ

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة بين مستوى التدين وتقبل العلاج لدى عينة من مرضى السكري بجمعية المصابين بداء السكري ببلدية المسيلة، وكذا التعرف على مستوى التدين ومستوى تقبل العلاج والفروق في التدين وتقبل العلاج تعزى لمتغيرات: (صنف مرض السكري -بالأنسولين أو بدون أنسولين -، ومدة إزمان المرض).

ومن أجل تحقيق هذه الأهداف تم اختيار عينة البحث المتمثلة في مرضى داء السكري من منتسبي جمعية المصابين بداء السكري، حيث تكونت عينة الدراسة من 100 مريض بالسكري (50 فرد يستخدم الأنسولين، و50 فرد يستخدم الأقراص -بدون أنسولين-) حسب الطريقة العشوائية، متبعا في ذلك المنهج الوصفي الارتباطي وقد اشتملت الدراسة على أداتين هما: استبانة مستوى التدين لبوعود أسماء، واستبانة تقبل العلاج لقارة السعيد، وتم فحص الفروض البديلة المتعلقة بالدراسة، وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد علاقة ارتباطية بين مستوى التدين وتقبل العلاج لدى عينة من مرضى السكري بجمعية المصابين بداء السكري ببلدية المسيلة.

- مستوى التدين لدى المصابين بداء السكري مرتفع.

- مستوى تقبل العلاج عند المصابين بداء السكري مرتفع.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين تعزى لمدة إزمان المرض (أقل من 5سنوات، ومن 6 سنوات فما فوق).

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمدة إزمان المرض (أقل من 5سنوات، ومن 6 سنوات فما فوق).

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين تعزى لصنف المرض (بالأنسولين، أو بدون أنسولين).

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لصنف المرض (بالأنسولين، أو بدون أنسولين).

* الكلمات المفتاحية: مستوى التدين، تقبل العلاج، مرض السكري.

The summary:

The study aimed to reveal the relationship between the level of religiosity and the acceptance of treatment in a sample of patients with diabetes in an association of people that have diabetes in the city of M'sila , the study also aimed to identify the differences in the level of religiosity and the acceptance of treatment for some variables (type of diabetes , with or without insulin , and the duration of the disease)

And to achieve these goals, a sample of research has been chosen represented in patients with diabetes who are members of the association of people that have diabetes in the city of M'sila , where the study sample consisted of a hundred patient (fifty of them use insulin , and the other fifty use pills _ do not use insulin) according to a random way using the descriptive approach , and the study included two tools , identifying the level of religiosity to Bououd Asma, and the acceptance of treatment to Kara Said , and the alternative hypothesis for the study have been examined , and they concluded the following :

There is a relation between the level of religiosity and the acceptance of treatment in a sample of people with diabetes in an association of people that have diabetes in the city of M'sila .

The level of religiosity is high for patients with diabetes .

The level of acceptance of treatment is high for patients with diabetes .

There were no differences of a statistic significance in the level of religiosity due to the duration of the disease (less than 5 years , 6 years and above)

There were no differences of a statistic significance in the level of religiosity due to the type of disease (with or without insulin)

There were no differences of a statistic significance in the level of acceptance of treatment due to the type of disease (with or without insulin)

* Key words: level of religiosity, acceptance of treatment, family adjustment. patients with diabetes

الفهرس:

أ	إهداء.....
ب	شكر وتقدير.....
ج	ملخص الدراسة:.....
1	مقدمة:.....

الجانج النظرى

2	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة.....
5	1- إشكالية الدراسة:.....
8	2- التساؤلات:.....
9	3- الفرضيات:.....
9	4- الأهداف:.....
10	5- أهمية الدراسة:.....
10	5-1- أهمية متغير التدين:.....
10	5-2- أهمية متغير تقبل العلاج:.....
11	6- مفاهيم الدراسة:.....
11	6-1- مستوى التدين:.....
11	6-2- تقبل العلاج:.....
11	6-3- مرض السكري:.....
12	7- الدراسات السابقة:.....
12	7-1- دراسات مستوى التدين:.....
15	7-2- دراسات تقبل العلاج:.....
19	7-3- التعليق على الدراسات السابقة:.....

5.....الفصل الثاني: التدين

25 تمهيد :

26 1- مفهوم الدين:

26..... 1-1- لغة:

27..... 1-2- مفهوم الدين اصطلاحا:

28 2- مفهوم التدين:

28..... 1-2- لغة:

29..... 2-2- المفهوم الاصطلاحي للتدين:

29..... 2-3- مفهوم التدين من وجهة نظر المسلمين:

30..... 2-4- مفهوم التدين من وجهة نظر غير إسلامية (مرتبطة بالجانب النفسي):

31 3- شروط التدين ومميزاته:

31..... 1-3- شروط التدين:

32..... 2-3- مميزات التدين:

32 4- النظريات المفسرة لنشأة التدين:

32..... 1-4- الاتجاه الإنساني أو المذهب الوضعي:

33..... 2-4- أما الاتجاه الثاني فهو مذهب الوحي:

39 5- أبعاد التدين وأنماطه:

39..... 1-5- أبعاد التدين:

40..... 2-5- أنماط التدين:

44 6- العوامل المؤثرة في التدين:

44..... 1-6- عوامل ذاتية:

45..... 2-6- العوامل الخارجية:

46 7- التدين ومظاهر الصحة النفسية:

46..... 1-7- التكوين الروحي:

- 46.....2-7-التكوين الجسمي:
- 47.....3-7-التكوين العقلي:
- 47.....4-7-التكوين الانفعالي:
- 47.....5-7-التكوين الاجتماعي:

48 خلاصة:

5..... الفصل الثالث: تقبل العلاج

50 تمهيد:

51 1- مفهوم تقبل العلاج:

51.....1-1-التعريف اللغوي:

51.....1-2-اصطلاحا:

52 2-أهمية تقبل العلاج:

53 3-العوامل المؤثرة في تقبل العلاج:

53.....1-3-عوامل متعلقة بالمريض:

54.....2-3-العوامل المرتبطة بالمرض:

55.....3-3-العوامل المرتبطة بالعلاج:

55.....4-3-عوامل متعلقة بعلاقة الطبيب بالمريض:

56 4-النظريات المفسرة لتقبل العلاج:

56.....1-4-نموذج المعتقدات الصحية: Rosenstock 1974

58.....2-4-نموذج مراحل التغيير:

61.....3-4-النموذج المعرفي:

62.....4-4-نموذج التمثلات الصحية 1980 leventhal :

64 5-مراحل تقبل العلاج:

65 6-قياس تقبل العلاج:

65.....1-6-الطرق المباشرة:

65.....2-6-الطرق غير المباشرة:.....

66 خلاصة:

5..... الفصل الرابع: مرض السكري

68 تمهيد:

69 1-تعريف مرض السكري:

70 2-تاريخ مرض السكري:

72 3-أنواع مرض السكري:

72.....1-3-مرض السكري الخاضع للأنسولين Diabetes Dependent on Insulin:

73.....2-3-مرض السكري غير الخاضع للأنسولين Diabetes no Insulin Dependent:

73 4-أعراض مرض السكري:

76 5-العوامل المساعدة على ظهور مرض السكري:

77.....1-5-نقص الأنسولين:

77.....2-5-السمنة:

77.....3-5-الصددمات النفسية:

78 6-علاج مرض السكري:

78.....1-6-الحمية الغذائية:

79.....2-6-الأنسولين:

79.....3-6-الأقراص:

79.....4-6-الرياضة:

81 خلاصة:

5..... الفصل الخامس: الإجراءات الميدانية

84 تمهيد:

85 1. الدراسة الاستطلاعية:

86 2- المنهج المستخدم في الدراسة:

86 3- مجالات الدراسة:

86 1-3- المجال المكاني:

87 2-3- المجال الزمني:

87 3-3- المجال البشري:

89 4- أدوات الدراسة :

89 1-4- استبانة مستوى التدين :

93 5- الخصائص السيكمترية :

98 6- الأساليب الإحصائية :

101 خلاصة:

5..... الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

103 تمهيد:

104 1- عرض النتائج:

104 1-1- الفرضية العامة:

104 1-2- الفرضية الثانية:

106 1-3- الفرضية الثالثة:

106 1-4- الفرضية الرابعة:

107 1-5- الفرضية الخامسة:

108.....6-1-الفرضية السادسة:.....

109.....7-1-الفرضية السابعة:.....

110.....2-مناقشة نتائج الفرضيات:.....

110.....1-2-مناقشة نتيجة الفرضية الأولى:.....

111.....2-2-مناقشة نتيجة الفرضية الثانية:.....

111.....3-2-مناقشة نتيجة الفرضية الثالثة:.....

112.....4-2-مناقشة نتيجة الفرضية الرابعة:.....

112.....5-2-مناقشة نتيجة الفرضية الخامسة:.....

113.....6-2-مناقشة نتيجة الفرضية السادسة:.....

113.....7-2-مناقشة نتيجة الفرضية السابعة:.....

115.....استنتاج عام:.....

116.....خاتمة:.....

117.....التوصيات والاقتراحات:.....

123.....الملاحق:.....

فهرس الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	ص
1	يوضح عينة الدراسة الاستطلاعية.	85
2	يوضح تقسيم العينة حسب صنف مرض السكري.	88
3	يوضح تقسيم العينة حسب مدة إزمان المصابين.	88
4	يوضح تقسيم البنود حسب الأبعاد	89
5	يوضح تقسيم البنود إلى موجبة وسالبة.	90
6	يوضح تقسيم عبارات استبانة تقبل العلاج إلى سلبية وإيجابية.	91
7	يوضح تقسيم بنود استبانة التدين على الأبعاد بعد التعديل.	94
8	يوضح تقسيم بنود استبانة التدين إلى عبارات سلبية وإيجابية بعد التعديل.	94
9	يوضح الفروق بين طرفي العينة لاستبانة التدين.	95
10	يوضح الصدق التمييزي لاستبانة تقبل العلاج	96
11	يوضح معامل ثبات استبانة التدين عن طريق التجزئة النصفية.	97
12	يوضح معامل ثبات استبانة التدين عن طريق معامل ألفا كرونباخ.	97
13	يوضح معامل ثبات استبانة التدين عن طريق التجزئة النصفية.	98
14	يوضح معامل ثبات استبانة تقبل العلاج عن طريق معامل ألفا كرونباخ.	98
15	يوضح العلاقة الارتباطية بين مستوى الدين وتقبل العلاج عن المصابين بالسكري.	104
16	يوضح مستوى التدين لدى المصابين بداء السكري.	105
17	يوضح مستوى تقبل العلاج لدى المصابين بداء السكري.	106
18	يوضح دلالة الفروق في مستوى التدين بالنسبة لمتغير مدة إزمان المرض.	106
19	يوضح دلالة الفروق في تقبل العلاج بالنسبة لمدة إزمان المرض.	107
20	يوضح دلالة الفروق في مستوى التدين تعزى لمتغير صنف المرض.	108
21	يوضح دلالة الفروق في تقبل العلاج تعزى لصنف المرض.	109

فهرس الأشكال:

الرقم	عنوان الجدول	ص
1	يوضح شروط التدين (من إعداد الطالب).	32
2	يوضح نظريات التدين (من إعداد الطالب).	39
3	يوضح العوامل المؤثرة في التدين (من إعداد الطالب)	46
4	يوضح أشكال تقبل العلاج (من إعداد الطالب)	52
5	يوضح أهمية تقبل العلاج (من إعداد الطالب)	53
6	يوضح العوامل المؤثرة في تقبل العلاج (من إعداد الطالب)	56
7	يوضح نموذج المعتقدات الصحية	58
8	يوضح مراحل تطور أنموذج التغيير	60
9	يوضح النموذج المعرفي لتقبل العلاج	62
10	مراحل تقبل العلاج	64
11	يوضح أنواع مرض السكري (من إعداد الطالب)	73
12	يوضح بعض أعراض مرض السكري (من إعداد الطالب)	76
13	يوضح بعض العوامل المساعدة على ظهور مرض السكري (من إعداد الطالب)	78
14	يوضح بعض العوامل المساعدة على علاج السكري (من إعداد الطالب)	80

مقدمة:

تشكل الأمراض المزمنة بما تحمله من تعقيدات وصعوبات، ثقلا ما فتئ يزداد بفعل نسب الوفيات وبفعل الانتشار من جهة والاخلال بحياة المصابين وكلفة التكفل الواقعة على عاتق الأسر والهيئات الصحية والمجتمعات بصفة عامة من جهة أخرى، فالمنظمة العالمية للصحة تقدر أن الأمراض المزمنة غير المنتقلة أو المعدية تسبب نسبة 60% من الوفيات في العالم، ففي تقديرها السنوي لعام 2005 قدرت بـ35000 حالة وفاة بسبب الأمراض، منها 40% من الاصابات بداء السكري، هذا الداء الذي يعد من أكثر الأمراض انتشارا على الصعيد العالمي، كما ينجر عنه الكثير من التوابع الاجتماعية والاقتصادية، والنفسية، مما يؤثر على تفاعل المريض بداء السكري مع ذاته من جهة ومع المجتمع من جهة أخرى.

(حريوش سمية، 2009، ص73).

فتفاعل الانسان مع مختلف المعطيات الاجتماعية المحيطة به يحقق له تكيفا نفسيا واجتماعيا، واحتكاكه بالآخرين كثيرا ما ينتج لديه شعورا بالاستقرار النفسي كفرد ذو قيمة، ويتم هذا عن طريق الحاجات السيكولوجية الموجودة في السلوك البشري والتي تأتي بعد الحاجات الفيزيولوجية، غير أنه هناك سمات أخرى في الشخصية لها نفس الأهمية والقيمة كالتي تدين وتقبل المريض لعلاجها، هذين المفهومين السيكولوجيين الذين يعتبران من المفاهيم النفسية الحديثة نسبيا، فعلى الرغم من شيوع استخدامهما من قبل العامة وغير المتخصصين منذ القدم، إلا أن تاريخ الاهتمام بهما وخضوعهما للدراسة العلمية والنفسية المعمقة حديث.

ومما سبق فإن سمات الشخصية من تدين وتقبل للعلاج مهمة جدا بالنسبة للفرد وخاصة مريض السكري، لذا فالدراسة الحالية تهدف إلى معرفة العلاقة الموجودة بين مستوى تدين مرضى السكري وتقبل علاجهم، ولتحقيق هدف البحث قسمت الدراسة إلى قسمين، القسم الأول خصص للإطار النظري، ويحتوي على أربعة فصول حيث خصص الفصل الأول للجانب التمهيدي للدراسة من أجل عرض الاشكالية، وفرضيات الدراسة، وتحديد المفاهيم، أهداف البحث وأهميته.

أما الفصل الثاني فتطرق فيه للتدين ومفهومه وشروطه ومميزاته والعوامل المؤثرة فيه والنظريات المفسرة له وكذا أنماطه.

كما تمحور الفصل الثالث حول مفهوم تقبل العلاج وأهميته والنظريات المفسرة له والعوامل المؤثرة وكذا كيفية قياسه.

وخصصنا الفصل الرابع لمرض السكري، من مفهوم وأنواع وأعراض والعوامل المسببة لظهوره وكذا علاجه.

أما القسم الثاني من الدراسة فيشمل الإطار الميداني والذي ينقسم بدوره إلى فصلين، حيث تمحور الفصل الأول حول الإجراءات الميدانية، وهو الفصل الخامس من الدراسة ككل وكان محتواه حول المنهج وحدود الدراسة والأدوات المستخدمة والأساليب الاحصائية المتبعة. وبالنسبة للفصل الثاني وهو الفصل السادس من الدراسة الحالية فقد خصص لعرض وتحليل ومناقشة النتائج وكذا الاستنتاج العام.



الجانب

النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة

2- التساؤلات

3- الفرضيات

4- الأهداف

5- أهمية الدراسة

6- مفاهيم الدراسة

7- الدراسات السابقة

1- إشكالية الدراسة:

الانسان آية عظمى تتطرق وتشهد على عظمة الخالق، وهو دليل اعجاز فكان لا بد من نظر الانسان في نفسه وفيما أودع البارئ سبحانه فيه من العقل والأعضاء والأجهزة الكاملة في صنعها التامة في أدائها فكانت خلقة الانسان على أجمل صورة وأحسن تقويم (عثمان عبد الرحمان، 1987، ص12)، قال تعالى: ﴿لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ﴾ ﴿٤﴾

(سورة التين الآية 04).

لهذا تعد دراسة الطبيعة الانسانية و التوصل إلى كنهها و مكوناتها من الأمور الشديدة التعقيد، ولعل هذا التعقيد هو الذي دفع الكثير من الباحثين إلى محاولة دراستها والتعرف عليها كل بحسب التوجه الذي سلكه، ولا يمكننا فهم الانسان فهما دقيقا دون أن نفهم جميع العوامل المحددة لطبيعته سواء أكانت بيولوجية أم روحية أم اجتماعية أم ثقافية (فيصل قريشي، 2015، ص1)، فمن أكبر العناصر الثقافية ارتباطا بحياة الانسان أفرادا وجماعات الدين، فقد أكد كثير من علماء الاجتماع وعلم النفس والأنثروبولوجيا وكذا تاريخ الأديان، أنه مامن جماعة انسانية ظهرت وعاشت إلا اتخذت لنفسها عقيدة معينة بغض النظر عن طبيعة هذه العقيدة، فكل جماعة اجتماعية لها سلوك ديني يتداخل مع الجوانب المختلفة لطبيعتها الإنسانية (سيد قطب، 1982، ص27)، وهذا ما أكده سبأتيه أوجست في قوله: "إن فكرة التدين تولد لدى الانسان منذ نشأته نتيجة مفارقة أساسية بين حساسيته وإرادته وهما القوتان التي تتألف منهما حياة النفس البشرية في أبسط مظاهرها (بوعون فوزية، 2012، ص 49).

فالتدين هو فطرة الله التي فطر الناس عليها، قال سبحانه و تعالى: ﴿فَأَقْرَهُ كَمَا لِلدِّينِ

حَنِيفًا فطرت الله التي فطر الناس عليها لا تبديل لخلق الله ذلك الدين القيم ولكن أكثر الناس لا يعلمون﴾ ﴿٣٠﴾ (الروم، 3)، فالإنسان مثلما هو في حاجة إلى إشباع رغباته البيولوجية

فهو بحاجة إلى إشباع رغباته الروحية من خلال اتخاذه دينا يتبعه وهذا ما يسمى تدينا، وهذا ما ذكرته بوعون فوزية في دراستها لمستوى التدين عند المجرمين بأن التدين عاطفة تنمو

تدريجياً من تفاعل النفس البشرية مع الحياة المحيطة والمرتبطة بالإنسان، فهي تنمو بنمو شخصيته وتتحل بانحلالها وتسمو بسموها (بوعون فوزية، 2012، ص 42).

كما تتضح أهمية الدين والتدين عند علماء النفس الكبار جلياً فهذا **يونغ** يرى بأن التدين يمكن أن يشفى أقوى مما تشفى نظريات فرويد وأدلر ويمكن أن يكون علاجاً أكثر فعالية من العقاقير، وهذا أمور يرى أن علة النفس في الحياة المعاصرة تكمن في الفجوة بين الدين والسلوك، فهو يعطي للحياة قيمة ومعنى أعمق وهدف أسمى الأمر الذي يسهل على الأفراد إيجاد طرق واستراتيجيات فعالة لتحقيق تكيفهم مع ظروف الحياة، فالمؤمن المتدين يمتلك من أساليب التعامل مع مواقف الحياة ما لا يمتلكه المهزوز في عقيدته.

(دايل كارنيجي، 1988، ص 179).

وهذا ما بينه لنا الاسلام من أن الايمان الحق لا يكتمل إلا بأركانه الست المذكورة في حديث جبريل الذي رواه سيدنا **عمر بن الخطاب رضي الله عنه** نذكر الشاهد منه: "...قال فأخبرني عن الايمان قال أن تؤمن بالله و ملائكته و كتبه ورسله واليوم الآخر وبالقدر خيره و شره..." (البخاري، 1981، ص 18)، و هذا ما ذكره **أبو سوسو** في تعريفه للتدين على: "أنه اتباع ما أمر الله ورسوله ثم أضاف ويتضمن الايمان الذي يشتمل على الايمان بالله وملائكته وكتبه ورسله واليوم الآخر وبالقدر خيره وشره" (أبو سوسو، 1989، ص 240).

فالإيمان بالقضاء والقدر هو رضا وتقبل المرء لكل ما قسمه الله له من خير وكل ابتلاء الله به سواء من فقدان عزيز أو فقد مال أو مرض وغيرها، والمقصود بالتقبل في علم النفس الاستجابة النفسية المعرفية السلوكية التي يتضح من خلالها قدرة الشخص على التكيف مع مختلف التغيرات الحياتية، وهذا ما ذكرته **حربوش سمية** في دراستها، كما يدخل ضمن إطار التقبل أيضاً تقبل الانسان للعلاج (حربوش سمية، 2008، ص 105)، وهو على حسب رأي **هاينز** درجة اتفاق سلوكيات المريض مع الارشادات المتعلقة بالدواء أو بالصحة النفسية.

(Fesher, P229).

و يرى بورتنيك أن تقبل العلاج هو السلوك الذي يتبعه المريض من خلال تناوله لدوائه بدقة والانضباط الأمثل حسب الشروط المحددة من قبل الطبيب

(رحاحلية سمية، 2010، ص66).

وترى منظمة الصحة العالمية أن مفهوم تقبل العلاج أو مشكلة عدم تقبل العلاج لها أهمية أكبر من أي تطور طبي وتكمن أهميتها من عدة جوانب منها الاكلينيكية والاقتصادية والأكاديمية(لكحل رفيعة،2011، ص 42)، وللأهمية التي يشغلها هذا المفهوم فقد تناولت الدراسات حوله نذكر منها دراسة الأستاذ قارة السعيد الذي حاول معرفة دور المساندة الاجتماعية في تقبل مرضى ضغط الدم لعلاجهم، و هذا ما ذهب إليه قلاسفو حيث يرى أن دعم العائلة هو أقوى عامل لتقبل العلاج عند مرضى السكري، ومن الدراسات التي تناولت تقبل العلاج أيضا دراسة رحاحلية سمية التي كانت بعنوان الكفاءة الذاتية و علاقتها بتقبل العلاج عند مرضى السرطان و التي خرجت منها بوجود علاقة ايجابية بين الكفاءة و تقبل العلاج .

فمسألة المرض وتلقي العلاج لم تعد شأنا طبييا بحثا نظرا لما طرحه الوسط الطبي الحديث من مشكلات هامة، فالإصابة بمرض من هذه الأمراض المذكورة سابقا يعد مشكلة خطيرة وخاصة لمن يفقدون وظيفة جزء من جسد، كما يعتبر علاجهم ليس بالأمر الهين وخاصة مع بداية المرض حيث يمر المريض بضغوط نفسية تؤثر على تقبله لعلاج و على علاقه بمن حوله (حربوش سمية، 2008، ص 20).

فمرض السكري مثلا يعتبر من بين الأمراض الأكثر انتشارا في العالم الذي يرجع أصله إلى سنوات قديمة أي منذ 1550 ق.م، حيث التمسست أعراضه من قبل هاريس عندما اشترى ورقة البردي المسماة (بردي ابيرز) -عند قدماء المصريين-والتي احتوت على صفات مرض تميز بالطرح المتزايد للبول، وذكر أحمد الهرساني أن الصينيين قد اكتشفوه منذ القرون الأولى قبل الميلاد وقد كانوا يشخصونه بواسطة تذوق بول المريض لمعرفة ما إذا كان يحتوي على السكر أم لا (حامد الهرساني، 1965، ص40).

لكن الفهم الحقيقي لهذا المرض لم يتجلى إلا في أواخر القرن الثامن عشر على يد **توماس كاوليبي**، الذي أظهر خطورة المرض ودور البنكرياس في الإصابة به، وذكرت **سمية حربوش**، أن داء السكري بنوعيه (الذين يستعملون الانسولين والذين لا يستعملون الانسولين)، يمثل مشكلة كبيرة على الصعيد العالمي، وكذا العربي رغم قلة الإحصاءات الخاصة به في بعض الدول العربية مثل الجزائر فهو من الأمراض الخطيرة، التي لها عواقب وخيمة تمس بالفرد المصاب، كما أنه يؤثر ويتأثر بالبيئة الاجتماعية.

(حربوش سمية، 2008، ص 75).

وبما أن داء السكري وعواقبه لهما أسس جسمية تتفاعل بعمق مع نفسية الفرد وكذا بيئته الاجتماعية ومع تزايد الانشغال في البحث فيه وتطور الطب وعلم الأدوية أدى ذلك إلى زيادة المتطلبات الملقات على عاتق المريض من ناحية تطبيق العلاج المكثف والمراقبة الذاتية اليومية وبالتالي فإن لم يتعاون المريض على أساس يومي مع خطة العلاج فإن النتائج ستكون سيئة على الرغم من الوسائل العلاجية المتطورة.

من كل ما سبق جاءت إشكالية الدراسة كالتالي:

2-التساؤلات:

-هل توجد علاقة ارتباطية بين مستوى التدين وتقبل العلاج عند عينة من المصابين بداء السكري؟

-ما مستوى كل من التدين وتقبل العلاج لدى المصابين بداء السكري؟

-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين تعزى لمتغير مدة إزمان المرض؟

-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير مدة إزمان المرض؟

-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين تعزى لمتغير صنف مرض

السكري (أنسولين بدون أنسولين)؟

-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير صنف مرض

السكري (أنسولين بدون أنسولين)؟

3-الفرضيات:

-توجد علاقة ارتباطية بين مستوى التدين وتقبل العلاج عند عينة من المصابين بداء السكري.

-مستوى التدين لدى المصابين بداء السكري متوسط.

- مستوى تقبل العلاج لدى المصابين بداء السكري متوسط.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين تعزى لمتغير مدة إزمان المرض.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير مدة إزمان المرض.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين تعزى لمتغير صنف مرض السكري

(أنسولين بدون أنسولين).

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير صنف مرض السكري

(أنسولين بدون أنسولين).

4-الأهداف:

-التعرف على العلاقة الموجودة بين مستوى التدين وتقبل العلاج عند عينة من المصابين

بداء السكري.

-التعرف على مستوى التدين لدى المصابين بداء السكري.

-التعرف على مستوى تقبل العلاج لدى المصابين بداء السكري.

-التعرف ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين تعزى لمتغير

مدة إزمان المرض.

-التعرف ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير مدة

إزمان المرض.

التعرف ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين تعزى لمتغير

صنف مرض السكري (أنسولين بدون أنسولين).

التعرف ما إذا كان هناك فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير صنف

مرض السكري (أنسولين بدون أنسولين).

5- أهمية الدراسة:

تكمّن أهمية هذه الدراسة في أهمية متغيراتها (التدين وتقبل العلاج) من حيث الأثر الذي يتركه كل متغير على الفرد لذا سنفرد كل متغير بأهميته كالتالي:

5-1- أهمية متغير التدين:

بالنسبة للتدين فمن الناحية الإسلامية فلا شك أن التدين له أهمية عظيمة على الحياة النفسية والاجتماعية وفي جميع مجالات الحياة، كما أن الكثير من الدراسات أثبتت أهميته الكبيرة، فهذه دراسات علم الاجرام والاجتماع تثبت أن التدين هو خير ضامن، وخير معين للفرد على مقاومة الانحراف، والدين كما يشير "جارفالو" في كتبه علم الاجرام يعد عاملا إيجابيا حاسما في تكوين الشخصية والسلوك الاجتماعي، كما أنه عامل لحماية المبادئ والتقاليد عن طريق تأثيره في ضبط النفس، وكبح الهوى، وتكوين الحاسة الأخلاقية عند الانسان، وهو فوق هذا أهم عامل للضبط الاجتماعي. (السالموطي نبيل، 1411، ص 29).

فالتدين يعطي للحياة قيمة ومعنى أعمق وهدف أسمى، الأمر الذي يسهل على الأفراد المتدينين إيجاد طرق واستراتيجيات فعالة لتحقيق تكيفهم مع ظروف الحياة ومشاكلها فالمؤمن المتدين يمتلك من أساليب التعامل مع الضغوط النفسية ما لا يرقى إليها المهزوز في معتقده وإيمانه.

5-2- أهمية متغير تقبل العلاج:

وتكمّن أهمية هذا الأخير في كونه الحل الأكثر أهمية من أي اكتشاف طبي كما قررته منظمة الصحة العالمية سنة 2003 أن حل مشكلة تقبل علاج المريض لعلاجه هو تطور أكثر أهمية من أي اكتشاف طبي، فنقبل المريض للمرض وأخذة العلاج والالتزام به يساهم بشكل كبير جدا في شفائه.

وتكمّن أهمية الدراسة أيضا، في قلة الدراسات التي تناولت تقبل العلاج عند المصابين بداء السكري لما يقومون به من حماية ووقاية إضافة إلى استخدام الدواء الذي يستمر معهم طول حياتهم خاصة مستخدمي الأسولين.

يعتبر موضوع هذه الدراسة من المواضيع الحديثة المتناولة في علم نفس.

تعتبر دعوى للناس والأسر والمختصين للاهتمام بفئة المصابين بالسكري نفسيا وجسميا.

6- مفاهيم الدراسة:**6-1- مستوى التدين:**

هو الدرجة التي يتحصل عليها المصاب بالسكري في الاستبانة التي تقيس مستوى التدين والمقررة في دراستنا.

وتعرفه بوعود أسماء أنه: "اتباع الفرد لكل تعاليم المنهج الإسلامي الحنيف بمصدره كتاب الله وسنة نبيه محمد صلى الله عليه وسلم وذلك من خلال علاقته بربه ومعاملاته مع الآخرين" (بوعود أسماء، 2007، ص38).

6-2- تقبل العلاج:

هو الدرجة التي يتحصل عليها المصاب بالسكري في الاستبانة التي تقيس تقبل العلاج للأستاذ قارة السعيد والمستخدم في هذه الدراسة.

ويعرفه قارة السعيد أنه: "درجة التوافق بين سلوك الفرد، وبين إتباع التعليمات والإرشادات الطبية. (قارة السعيد، 2009، ص42)

6-3- مرض السكري:

هو خلل يصيب جهاز البنكرياس فيقلل من إفراز مادة الأنسولين أو يعدمها مما يسبب في ارتفاع نسبة السكر في الدم.

7- الدراسات السابقة:

7-1- دراسات مستوى التدين:

7-1-1- دراسة بوعود أسماء (2007): بعنوان: التدين وعلاقته ببعض المتغيرات

النفسية الاجتماعية عند عينة من طلبة الجامعة.

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين التدين وبعض المتغيرات النفسية الاجتماعية كالتوافق الاجتماعي وتقدير الذات كعوامل أساسية في الصحة النفسية، وذلك عند عينة من طلبة الجامعة، كما هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق بين طلبة التعليم الديني وطلبة التعليم غير الديني في مستوى التدين، كما تهدف إلى الكشف عن الفروق بين الذكور والإناث في كل من التدين والتوافق الاجتماعي وتقدير الذات، مستخدمة في ذلك استبيان التدين من إنشاء الباحثة، وكذا مقياس التوافق الاجتماعي المأخوذ من مقياس التوافق النفسي من إعداد (أ. د. زينب محمد شقير)، ومقياس تقدير الذات من إعداد (د. حسين عبد العزيز الدريني وآخرون) وقد شملت عينة الدراسة (204) طالبا وطالبة جامعية، وقد تحصلت الدراسة على النتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التدين وكل من التوافق الاجتماعي وتقدير الذات.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين حسب نوع التخصص الدراسي

(ديني/ غير ديني)، لصالح طلبة التخصص الديني.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في متغيرات التدين والتوافق

الاجتماعي وتقدير الذات.

7-1-2- دراسة بوعون فوزية (2012) بعنوان: التدين وعلاقته بالسلوك الاجرامي.

والتي هدفت إلى التعرف عن علاقة مستوى التدين بالسلوك الاجرامي لدى عينة من

المجرمين وغير المجرمين، وسعت إلى تحقيق جملة من الأهداف متمثلة في:

- الكشف عن الفروق في متوسطات مستوى التدين لدى عينة من المجرمين وغير

المجرمين.

-الكشف عن الفروق في متوسطات السلوك الاجرامي لدى عينة من المجرمين وغير المجرمين.

-الكشف على طبيعة العلاقة القائمة بين مستوى تدين الأفراد وارتكابهم للسلوك الاجرامي. أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها 80 فردا، قسمت إلى مجموعتين: المجموعة الأولى:40 فردا، اختيروا بطريقة عرضية من بعض المؤسسات العقابية في ولاية باتنة، والمجموعة الثانية: تكونت من 40 فردا من غير المجرمين مماثلين في الخصائص للعينة السابقة.

ولتحقيق الأهداف المسطرة في هذه الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي، كما تم استخدام مقياسين: الأول: مقياس "كارلوس" النفسي لقياس درجة السلوك الاجرامي، والثاني: مقياس "صالح الصنيع" لقياس مستوى التدين. وقد أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

-حصول أفراد عينة المجرمين على درجات مرتفعة في السلوك الاجرامي في مقياس كارلسون النفسي حيث بلغ المتوسط فيها 153.

-حصول أفراد عينة المجرمين على درجات تقل عن المتوسط (96-135) في مقياس مستوى التدين.

-توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى 0.01 بين عينة المجرمين (المساجين) وعينة غير المجرمين في مستوى السلوك الاجرامي في مقياس كارلسون النفسي.

- توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى 0.01 بين عينة المجرمين (المساجين) وعينة غير المجرمين في مستوى التدين.

-توجد علاقة ارتباطية سالبة بين مستوى التدين كما يقيسه مقياس مستوى التدين وبين السلوك الاجرامي كما يقيسه مقياس "كارلسون" النفسي لدى عيني الدراسة.

7-1-3-دراسة قريشي فيصل (2015) بعنوان: التدين وعلاقته بكل من التفكير

وفاعلية الذات لدى مرضى الاضطرابات القلبية الوعائية.

والتي هدفت إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين سلوك التدخين وكل من التفكير وفاعلية الذات، فضلا عن التعرف على الفروق بين مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية في كل من المتغيرات السابقة تبعا للجنس والمستوى التعليمي، وقد اعتمدت الدراسة على عينة استطلاعية عرضية قوامها 40 مريضا من ولاية سطيف، منهم 20 ذكرا و 20 أنثى، تراوحت أعمارهم ما بين 17-84 سنة بمتوسط عمري 48.20 سنة وانحراف معياري 19.48 سنة لحساب الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة، وعلى عينة أساسية عرضية قوامها 204 مريضا من ولايتي سطيف وباتنة منهم 127 ذكرا و 77 أنثى تراوحت أعمارهم ما بين 16-87 سنة بمتوسط عمري 47.82 سنة وانحراف معياري 17.24 سنة للتحقق من فروض الدراسة الارتباطية والفارقة، ضمن المنهج الوصفي التحليلي.

وتم استخدام مقياس سلوك التدخين، ومقياس التفكير، ومقياس فاعلية الذات، كلها من إعداد الباحث كما تم الاعتماد على الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية (الاصدار 18) في استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعاملات الارتباط، وقد توصلت الدراسة إلى:

- ينتشر كل من التدخين والتفكير وفاعلية الذات لدى المصابين بالاضطرابات الوعائية القلبية بدرجات فوق المتوسط.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة احصائية عند مستوى 0.01 بين سلوك التدخين والتفكير لدى المصابين بالاضطرابات الوعائية لقلبية.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة احصائية عند مستوى 0.01 بين سلوك التدخين وفاعلية الذات لدى المصابين بالاضطرابات الوعائية لقلبية.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة احصائية عند مستوى 0.01 بين التفكير وفاعلية الذات لدى المصابين بالاضطرابات الوعائية لقلبية.
- عدم وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة احصائيا بين العمر وكل من سلوك التدخين والتفكير وفاعلية الذات لدى المصابين بالاضطرابات الوعائية لقلبية.

- وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطات درجات مرتفعي التفكير ومتوسطات درجات منخفضي التفكير في سلوك التدخين لدى المصابين بالاضطرابات الوعائية القلبية.

- وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطات درجات مرتفعي فاعلية الذات ومتوسطات درجات منخفضي فاعلية الذات في سلوك التدخين لدى المصابين بالاضطرابات الوعائية القلبية.

- عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية درجات مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية في كل من سلوك التدخين والتفكير وفاعلية الذات باختلاف الجنس والمستوى التعليمي.

- يمكن التنبؤ بسلوك التدخين لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية في ضوء التفكير.

7-2-دراسات تقبل العلاج:

7-2-1-دراسة قارة السعيد (2009): بعنوان: المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل

العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

وهدفت هذه الدراسة إلى تحديد العلاقة بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، وإلى تحديد مدى علاقة مساندة العائلة والطبيب في تقبل العلاج عند المرضى (HTA)، وتكونت عينة الدراسة من 100 فردا بين ذكور وإناث، واتبع الباحث في دراسته المنهج الوصفي (طريقة العلاقات الارتباطية المتبادلة)، ولجمع البيانات صمم الباحث استبيان المساندة الاجتماعية واستبيان تقبل العلاج وتم إجراؤهما بالمقابلة، وأهم النتائج التي توصل إليها الباحث هي:

- توجد علاقة دالة إحصائية عند المستوى 0.01 بين درجة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي، وبين تقبل العلاج.

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

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

7-2-2-دراسة رحاحلية سمية (2010): بعنوان: الكفاءة الذاتية وعلاقتها بتقبل

العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، لدى عينة الدراسة التي تكونت من 93 فردا بين ذكور وإناث، واتبعت الباحثة في دراستها المنهج الوصفي الارتباطي، ولجمع البيانات استخدمت الباحثة استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ Ralf Schwarzer المترجم إلى العربية من قبل جميل رضوان واستبيان تقبل العلاج من تصميم الباحثة، وأهم النتائج التي توصلت إليها الباحثة هي:

-توجد علاقة دالة إحصائية عند المستوى 0.01 بين درجة الكفاءة الذاتية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، وبين تقبل العلاج.

-توجد علاقة دالة إحصائية عند المستوى 0.01 بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي، وبين درجة التزامه بتناول أدويته.

-توجد علاقة دالة إحصائية عند المستوى 0.01 بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي، ومدى التزام المريض بحصص العلاج الكيميائي.

-توجد علاقة دالة إحصائية عند المستوى 0.01 بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي، ومدى التزام المريض بالمواعيد الطبية.

-توجد علاقة دالة إحصائية عند المستوى 0.01 بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي، ومدى مراقبته لحالته الصحية.

-توجد علاقة دالة إحصائية عند المستوى 0.01 بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي، ومدى إتباع الحمية الغذائية تبعاً لتوصيات الطبيب.

-توجد علاقة دالة إحصائية عند المستوى 0.01 بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي، ومدى مزاولته على ممارسة النشاط الرياضي.

7-2-3-دراسة **لكحل رقيقة (2011)**: بعنوان: تأثير التربية الصحية على الالتزام

الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم.

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى التربية الصحية لمرضى ارتفاع ضغط الدم وكذا معرفة مستوى الالتزام الصحي لديهم، كما هدفت أيضا إلى معرفة الفروق في الالتزام الصحي بالنسبة للمتغيرات: (المستوى التعليمي والجنس والمستوى الاقتصادي)، وقد تمت الدراسة على عينة من المصابين بارتفاع ضغط الدم قدرها 120 فرد تتراوح أعمارهم من 30 إلى 100 سنة بمتوسط عمري يقدر بـ 59.35 مستخدمة في ذلك استبيان يقيس الالتزام الصحي معد من طرف الباحثة وبعد الدراسة الإحصائية توصلت إلى النتائج التالية:

- مستوى التربية الصحية لمرضى ارتفاع ضغط الدم مرتفع.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الالتزام يعزى لمتغير المستوى التعليمي.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الالتزام يعزى لمتغيري الجنس والمستوى

الاقتصادي.

7-2-4-دراسة **دغمي وآخرون (2007)** بعنوان: العوامل المحددة لتقبل العلاج

بالأدوية لدى مرضى السكري.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العوامل المحددة لتقبل العلاج بالأدوية لدى أفراد العينة، ودراسة الفروق في نتائج تقبل العلاج حسب المتغيرات التالية: (السن، الجنس، المستوى الثقافي والاجتماعي، عدد الجرعات خلال اليوم، مدة تشخيص الإصابة بالسكري)، لدى عينة الدراسة التي تكونت من (106) مريضا بداء السكري من بينهم (62) أنثى و44 ذكرا، والتي تمت بالمغرب الأقصى بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط وذلك على مستوى مصلحة أمراض الغدد الصماء والأمراض الاستقلابية والسكري، و قد اتبع الباحث و فريق عمله في دراستهم المنهج الوصفي الارتباطي والفارقي، و لجمع البيانات استخدموا استبيان لتقبل العلاج، وأهم النتائج التي توصلوا إليها هي:

- بلغت نسبة المرضى المتقبلين للعلاج 55% في حين بلغت نسبة الغير متقبلين للعلاج

45% وتوصلت الدراسة إلى أن العوامل المرتبطة بالمستوى المتدني لتقبل العلاج هي:

-النسيان: بنسبة 48%.

-تعدد الجرعات: بنسبة 33%.

-التكاليف: بنسبة 20.60% المواعيد بنسبة 20.60%.

-الآثار الجانبية للعلاج بنسبة 14.60%.

وحددت الدراسة الفروق التالية في مستوى تقبل العلاج:

-بلغ متوسط السن لدى المرضى الذين تقبلوا علاج السكري 51.50 سنة مقارنة بـ

54.85 سنة لدى الذين لم يلتزموا به جيدا.

-بلغت نسبة الرجال المتقبلين لعلاج السكري 56.40% مقارنة بـ 52.20% لدى

النساء.

-بلغت نسبة المرضى ذوي المستوى الثقافي المقبول 55.50% مقارنة بـ 46% لدى

ذوي مستوى ثقافي محدود.

-بلغت نسبة تقبل العلاج 74.10% لدى الذين يتلقون موعدا علاجيا واحدا مقارنة بـ

46.60% لدى الذين لديهم مواعيد متعددة خلال اليوم. بلغ متوسط مدة تشخيص الإصابة

لدى مرضى السكري الذين تقبلوا العلاج 7.02% سنوات مقارنة بـ 5.84% سنة لدى لم

يتقبلوا العلاج.

ومن خلال ما سبق خلصت الدراسة إلى تحديد العوامل الأساسية المؤثرة التالية المرتبة

تبعاً لنسبة تأثيرها.

النسيان، تعدد الجرعات، المستوى الثقافي والاجتماعي، السن، مدة الإصابة.

7-3- التعليل على الدراسات السابقة:

7-3-1- التعليل على دراسات التدخين:

أ- من حيث الهدف:

أوجه التشابه:

اتفقت الدراسة الحالية مع دراسات التدخين من حيث هدفها بشكل عام، فقد هدفت الدراسة الحالية إلى البحث عن العلاقة الارتباطية التي تربط التدخين بمتغير آخر، وكذا البحث عن الفروق في التدخين تعزى لمتغيرات تابعة، وهذا ما هدفت إليه دراسة بوعود أسماء وكذا دراسة بوعون فوزية وهو ما تطرق إليه قريشي فيصل في دراسته أيضا.

أوجه الاختلاف:

اختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث الهدف الذي تهدف إليه من خلال المتغيرات التي سعت إلى ربطها بالتدخين، فدراستنا سعت إلى البحث عن علاقة التدخين بتقبل العلاج، أما دراسة بوعود أسماء فتطرق إلى العلاقة بين التدخين وبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية وكذا بوعون فوزية فسعت إلى ربط التدخين بالسلوك الإجرامي، أما قريشي فيصل فهدف دراسته إلى الربط بين التدخين و التفكير و فاعلية الذات، إضافة إلى اختلاف الدراسة الحالية مع الدراسات الأخرى من حيث المتغيرات التابعة المرتبطة بالتدخين لحساب الفروق، فالدراسة الحالية هدفت إلى بحث فروق عينة الدراسة في التدخين من حيث مدة الازمان و نوع المرض، أما دراسة بوعود أسماء فقد هدفت إلى بحث الفروق تبعا لمتغيري (التخصص، الجنس)، وبالنسبة لبوعون فوزية فتطرق إلى الفروق بين المجرمين وغير المجرمين، أما قريشي فيصل فسعى إلى الكشف عن الفروق تبعا لمستوى التفكير المنخفض و المرتفع.

ب- من حيث العينة:

أوجه التشابه:

اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث العينة بشكل عام، حيث أن الدراسة الحالية تناولت عينة من المصابين بمرض مزمن وهو ما تفق مع دراسة قريشي فيصل الذي كانت عينة دراسته مجموعة من المصابين بمرض مزمن.

أوجه الاختلاف:

اختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث طبيعة العينة المستخدمة في الدراسة، فعينة الدراسة الحالية هي مجموعة من المصابين بداء السكري، أما عينة دراسة بوعود أسماء فهي مجموعة من طلبة الجامعة، وكذلك بالنسبة لبوعون فوزية التي كانت عينة دراستها مزيج من المجرمين وغير المجرمين، أما قريشي فيصل فكانت عينة دراسته مجموعة من المصابين باضطرابات الأوعية القلبية.

كما اختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث حجم العينة، فحجم عينة الدراسة الحالية هو 100 مصاب بالسكري، أما حجم عينة دراسة بوعود أسماء فهو 204 وكذا حجم عينة دراسة بوعون فوزية التي بلغت 80، أما قريشي فيصل فبلغت عينة دراسته 204 مصابا.

ج- من حيث الأسلوب المستخدم وأدوات الدراسة والأساليب الإحصائية:

أوجه التشابه:

اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث استخدام المنهج الوصفي بشكل عام، وهو ما استخدمته دراسة بوعود أسماء وكذا دراسة بوعون فوزية ودراسة قريشي فيصل. كما اتفقت الدراسة الحالية في نوع أداة الدراسة المستخدمة لقياس مستوى التدخين مع دراسة بوعود أسماء والذي يتكون من ثلاث أبعاد بعد الاعتقاد فبعد العبادات فبعد الأخلاق والمعاملات، وهو من إعداد الباحثة بوعود أسماء.

أما بالنسبة للأساليب الإحصائية المستخدمة فقد اتفقت الدراسة الحالية مع جميع الدراسات السابقة في الأساليب المستخدمة للوصول للأهداف المرجوة ابتداء بمعامل ارتباط بيرسون لحساب العلاقة أو ثبات المقياس عن طريق التجزئة النصفية، و T تاست لحساب الفروق بين الأفراد.

أوجه الاختلاف:

اختلفت الدراسة الحالية مع دراسة قريشي فيصل في المنهج المستخدم بشكل أدق كون أن الدراسة الحالية استخدمت المنهج الوصفي الارتباطي، أما دراسته فاستخدمت المنهج الوصفي التحليلي.

كما اختلفت الدراسة الحالية مع دراسة بوعون فوزية ودراسة قريشي فيصل من حيث الأداة المستخدمة لقياس مستوى التدخين، فالدراسة الحالية اعتمدت استبانة بوعود أسماء للتدخين، أما بوعون فوزية فاعتمدت مقياس صالح الصنيع لقياس مستوى التدخين، وكذا قريشي فيصل الذي اعتمد استبانة سلوك التدخين التي كانت من إعداده.

7-3-2- التعليق على دراسات تقبل العلاج:

أ- من حيث الهدف:

أوجه التشابه:

اتفقت الدراسة الحالية مع دراسات تقبل العلاج من حيث هدفها بشكل عام، فقد هدفت الدراسة الحالية إلى البحث عن العلاقة الارتباطية التي تربط تقبل العلاج بمتغير آخر، وهذا ما ذهبت إليه دراسة قارة السعيد في محاولة معرفة العلاقة بين تقبل العلاج و متغير آخر وكذا دراسة رحاحلية سمية، كما اتفقت مع دراسة لكحل رفيقة في محاولتها للكشف عن الفروق في التقبل أو الالتزام تعزى لمتغيرات تابعة.

أوجه الاختلاف:

اختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث الهدف الذي تهدف إليه من خلال المتغيرات التي سعت إلى ربطها بتقبل العلاج، فدراستنا سعت إلى البحث عن علاقة التدخين بتقبل العلاج، أما دراسة قارة السعيد فتطرقت إلى العلاقة بين المساندة الاجتماعية بتقبل العلاج وكذا بالنسبة لرحاحلية سمية التي هدفت إلى ربط التدخين بالكفاءة الذاتية، أما لكحل رفيقة فهدفت دراستها إلى البحث عن تأثير التربية الصحية على تقبل العلاج، كما اختلفت الدراسة الحالية عن دراسة دغمي في كون دراسة هذا الأخير لم تهدف لا إلى العلاقة ولا إلى الفروق و إنما تطرقت إلى العوامل التي تؤثر على عدم تقبل العلاج، و كذا بالنسبة لدراسة لكحل

رفيقة التي هدفت معرفة الفروق في التقبل أو الالتزام يعزى إلى متغيري المستوى التعليمي والجنس و هو مالم تتطرق إليه الدراسة الحالية.

ب- من حيث العينة:

أوجه التشابه:

اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث العينة بشكل عام، حيث أن الدراسة الحالية تناولت عينة من المصابين بمرض مزمن وهو ما اتفق مع دراسة قارة السعيد ورحاحلية سمية وكذا دراسة لكحل رفيقة التي كانت عينة دراستهم مجموعة من المصابين بمرض مزمن، أما دراسة دغمي وآخرون فقد اتفقت عينة الدراسة الحالية في كونهم مجموعة من المصابين بداء السكري.

كما اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة قارة السعيد في حجم عينة الدراسة الذي هو 100 فردا مصابا بمرض مزمن.

أوجه الاختلاف:

اختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث طبيعة العينة المستخدمة في الدراسة، فعينة الدراسة الحالية هي مجموعة من المصابين بداء السكري، أما عينة دراسة قارة السعيد ولكحل رفيقة فهي مجموعة من المصابين بارتفاع ضغط الدم، وكذلك بالنسبة راحلية سمية التي كانت عينة دراستها مجموعة من المصابين بداء السرطان.

كما اختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث حجم العينة، فحجم عينة الدراسة الحالية هو 100 مصاب بالسكري، أما حجم عينة دراسة راحلية سمية فهو 93 فردا وكذا حجم عينة دراسة لكحل رفيقة التي بلغت 120، أما دغمي وآخرون فبلغت عينة دراستهم 106 مصابا بداء السكري.

ج- من حيث الأسلوب المستخدم وأدوات الدراسة والأساليب الإحصائية:

أوجه التشابه:

اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث استخدام المنهج الوصفي الارتباطي، وهو ما استخدمته جميع الدراسات السابقة لهذه الدراسة فيما يخص تقبل العلاج.

كما اتفقت الدراسة الحالية في نوع أداة الدراسة المستخدمة لقياس مستوى التدخين مع دراسة قارة السعيد، وهو من إعداد الباحث.

أما بالنسبة للأساليب الإحصائية المستخدمة فقد اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة قارة السعيد ورحاحلية سمية في الأسلوب المستخدم للوصول إلى العلاقة والذي هو معامل ارتباط بيرسون، كما اتفقت أيضا مع دراسة لكحل رفيقة في استخدام T تاست لحساب الفروق. أوجه الاختلاف:

اختلفت الدراسة الحالية مع دراسة دمغي وآخرون في المنهج المستخدم بشكل أدق كون أن الدراسة الحالية استخدمت المنهج الوصفي الارتباطي، أما دراسته فاستخدمت المنهج الوصفي الارتباطي إضافة إلى الفارقي.

كما اختلفت الدراسة الحالية مع دراسة رحاحلية سمية ولكحل رفيقة ودمغي وآخرون من حيث الأداة المستخدمة لقياس تقبل العلاج، فالدراسة الحالية اعتمدت استبانة قارة السعيد لقياس تقبل العلاج، أما رحاحلية سمية فاعتمدت استبانة تقبل العلاج من انشائها، وكذا بالنسبة للكحل رفيقة التي اعتمد استبانة الالتزام من انشائها كذلك، وهو كذلك بالنسبة لدمغي وآخرون.

أما الأساليب الإحصائية فقد اختلفت الدراسة الحالية مع دراسة قارة السعيد ودراسة رحاحلية سمية من حيث أن الدراسة الحالية استخدمت T تاست لحساب الفروق وهذا ما لم يستخدمه كل منهما في دراسته، كما اختلفت الدراسة الحالية في استخدامها لمعامل ارتباط بيرسون لحساب العلاقة مع دراسة لكحل رفيقة، أما بالنسبة لدراسة دمغي وآخرون فقد اختلفت دراستهم مع الدراسة الحالية في عدم استخدامها كل من الأسلوبين السابقين.

الفصل الثاني: التدين

تمهيد:

1- مفهوم الدين

2- مفهوم التدين

3- شروط التدين ومميزاته

4- النظريات المفسرة لنشأة التدين

5- أبعاد التدين وأنماطه

6- العوامل المؤثرة في التدين

7- التدين ومظاهر الصحة النفسية

خلاصة

تمهيد:

كان ولا يزال التدين الأداة الإيجابية التي لها فعاليتها على الصحة النفسية للأفراد بشكل خاص وعلى التنظيم الاجتماعي بشكل عام من خلال ما يتميز به من سيطرة على سلوك الأفراد وقوة ضابطة ومؤثرة في حفظ واستقرار البناء النفسي لكل فرد في سائر المجتمعات المختلفة، فما من جماعة إنسانية ظهرت وعاشت ومضت إلا واتخذت لنفسها عقيدة ودينا كونه منهج الحياة الذي يقوم عليه الأفراد والجماعات، إضافة لما يحققه من علاقات تفاعلية بين النظم الاجتماعية، لذا سنورد في هذا الفصل كل ما يتعلق بالتدين من مفهوم وشروط ومميزات ونظريات قامت من أجل تفسيره.

1- مفهوم الدين:

1-1- لغة:

فالدين في اللغة يطلق على عدة معان:

الملك والسلطان، كما في قوله تعالى: ﴿ مَا كَانَ لِيَأْخُذَ أَخَاهُ فِي دِينِ الْمَلِكِ إِلَّا أَنْ يَشَاءَ اللَّهُ

نَزَعُ دَرَجَاتٍ مِّنْ نَّشَأٍ وَفَوْقَ كُلِّ ذِي عِلْمٍ عَلَيْهِ ﴿٧٦﴾ (يوسف:76) أي في ملكه وسلطانه.

وهو الطريقة، كما في قوله تعالى: ﴿ لَكُمْ دِينُكُمْ وَلِيَ دِينِ ﴿٦﴾ ﴾ (الكافرون:6).

وورد بمعنى الحكم، كما في قوله تعالى: ﴿ وَقَنَلُوهُمْ حَتَّى لَا تَكُونَ فِتْنَةً وَيَكُونَ الدِّينُ

كُلُّهُ، لِلَّهِ فَإِنِ انْتَهَوْا فَإِنَّ اللَّهَ بِمَا يَعْمَلُونَ بَصِيرٌ ﴿٣٩﴾ ﴾ (الأنفال:39).

كما يقصد به القانون الذي ارتضاه الله لعباده، كما في قوله تعالى: ﴿ شَرَعَ لَكُمْ مِّن

الدِّينِ مَا وَصَّي بِهِ نُوحًا ﴿١٣﴾ ﴾ (الشورى:13).

كما يطلق على الذل والخضوع، يقال: دان لفلان أي خضع له وذل.

ويقصد به أيضا الجزاء، كما في قوله تعالى: ﴿ مَلِكِ يَوْمِ الدِّينِ ﴿٤﴾ ﴾ أي يوم الجزاء،

ومنه قول الله عز وجل في سورة الصافات: ﴿ أَئِنَّا لَمَدِينُونَ ﴾ (الصافات الآية:47) ومعناه إنا

لمجزيون (ابن منظور، 1988، ص 1044).

فالدين يتمثل بالطاعة والانقياد، فرجال الدين هم المطيعون المنقادون فالإله هو الديان

أي القهار، والقاضي، والحاكم، والحاسب، والمجازي الذي لا يضيع عملاً، بل يجزي كل

بحسب عمله. ففي الديانة: عزة ومذلة، وطاعة وعصيان، وابتلاء، فالمعنى الملاحظ من

التعريف اللغوي أن الدين هو علاقة بين طرفين أحدهما أعظم من الآخر فتستلزم العلاقة بينهما

أن تكون علاقة سلطة للأعظم وخضوع وتذلل وانقياد للأدنى.

(دراز عبد الله، 1980، ص 31).

1-2- مفهوم الدين اصطلاحاً:

قبل التطرق لمفهوم الدين، تجدر الإشارة إلى أن هناك العديد من وجهات النظر حول مفهومه، وذلك راجع إلى:

- أن الدين يتضمن علاقة بين الفرد وبين شيء وكائن مقدس غير مطوع للتعريف بالألفاظ التي يستوعبها العقل البشري فهي قوة خارجة عن نطاق تفكيره.

- حرمة وقداسة وحساسية ظاهرة الدين.

- والنقطة الأهم هي وجود العديد من الديانات لكل منها فرق ومذاهب وملل.

(رشوان أحمد، عبد الحميد حسين، 2004، ص3).

فلما كان اختلاف مفهوم الدين يختلف تبعاً لما ذكرناه سابقاً، أوردنا مفهوم الدين للعلماء المسلمين ومفهوم الدين عند العلماء الغربيين كل على حدة كالتالي:

من أشهر التعريفات الإسلامية للدين، ما يلي:

- هو: "وضع إلهي سائق لذوي العقول السليمة باختيارهم إلى الصلاح في الحال والفلاح في المآل"، ويعرف أيضاً أنه: "وضع إلهي يرشد إلى الحق في الاعتقاد، وإلى الخير في السلوك والمعاملات". (دراز عبد الله، 1980، ص34).

- ويعرفه القابسي على أنه: "نظر ينتهي إلى عمل، وأن الدين ليس الإيمان فقط أو الإسلام وحده أو الإحسان والاستقامة والصلاح فحسب بل إن الدين هو كل ذلك مجتمعاً". (الأهواني، 1980، ص88).

- أما عبد الرحمن النحلاوي فيعرفه على أنه: "الدين علاقة خضوع وانقياد وعبودية من قبل البشر، يشعرون بها نحو خالق حكيم مسير لأمر الكون، حاكم قهار يحي ويميت وإليه النشور، قد وضع لهم نظاماً كاملاً شاملاً للحياة بجميع جوانبها، وأمرنا أن نسير عليه، وأخبرنا بالجزاء الذي أعده لجميع المكلفين يوم الحساب". (النحلاوي عبد الرحمان، 1978، ص16).

فهذه التعريفات وغيرها من التعريفات الإسلامية لمفهوم الدين لم تخرج عن حدود تعريف رسول الله صلى الله عليه وسلم، فقد ورد في الحديث الذي رواه البخاري عن عمر بن الخطاب رضي الله عنه في حديث جبريل عليه السلام: "بينما نحن جلوس إذ طلع علينا رجل شديد

بياض الثياب شديد سواد الشعر لا يرى عليه أثر السفر ولا يعرفه منا أحد... قال أخبرني عن الإسلام، قال الإسلام أن تشهد أن لا إله إلا الله وأن محمدا رسول الله وتقيم الصلاة وتؤتي الزكاة وتصوم رمضان وتحج البيت إن استطاعت إليه سبيلا..." (البخاري، 1981، ص 18).

فتعريف الدين الإسلامي هو: "الاستسلام لله والخلاص من الشرك بالمعنى الواسع لهذه العبارة الشاملة لجميع الطاعات والنافية لجميع المعاصي والآثام".

(رشاد موسى، 1999، ص 140).

أما الغربيين فيعرفون الدين على أنه:

-يعرفه جيلفورد gulford على أنه: "نظام الرموز الذي يعمل بحيث يدير لدى البشر حوافز قوية ومستديمة عبر صياغة مفاهيم عامة حول الوجود، وعبر إعطاء هذه المفاهيم مظهرا حقيقيا بحيث تبدو تلك الدوافع وكأنها لا تستند على حقيقة".

(جون بول ويليام، 2001، ص 176).

-ويعرفه يونغ أيضا على أنه: "الخضوع لقوى أكبر من أنفسنا، هذا الخضوع له أهمية في حياة الفرد والمجتمع لما يضيف عليه من استقرار نفسي". (رشاد موسى، 2001، ص 10).

-أما روسو rousseau فيرى أن الدين: "لا يزود الناس بحوافز ليسلكوا سلوكا حسنا أو يجتمعوا معا في جماعة دينية أو من أجل تقويتهم عندما يتألمون فقط، بل يتعدى ذلك إلى تزويدهم بمفهوم مكانهم في هذا العالم والذي يجعل الحياة سعيدة".

(فيلاي صالح، 2003، ص 238).

فنرى أن الغربيين على خلاف اعتقادهم عن المسلمين فنظرتهم للدين لا تختلف عن المسلمين بالمفهوم العام كون الدين هو خضوع لقوة عظيمة تسيطر هذا الكون وتحكمه.

2- مفهوم التدين:

2-1- لغة:

يقال: دان بكذا ديانة وتدين به، فهو دين ومتدين، وديننت الرجل تديينا، إذا وكلته إلى

دينه. (الجوهري اسماعيل، 1990، ص 2119).

أما في قاموس المنجد فالتدين معناه أن يتخذ المرء ديناً (معلوف، 1966، ص 231).

وقد عرف التدين في قاموس هريتيج الأمريكي إلى أنه: "حالة كون الفرد مرتبطاً بتدين". (The American Heritage , 1982, p1044).

فالتدين في معناه اللغوي بشكل عام هو: "أن يتخذ الشخص ديناً".

2-2- المفهوم الاصطلاحي للتدين:

إذا نظرنا إلى مفهوم التدين بشكل عام فلا اختلاف بين المسلمين وغيرهم في مفهوم التدين على أنه اتخاذ المرء ديناً استناداً للتعريف اللغوي، لكن إذا قمنا إلى التفصيل في أي الديانات التي يتخذها المرء فهنا يقع الخلاف بين المسلمين وغيرهم كما ذكرنا سابقاً ويكون مفهوم التدين بهذا المنظور كالاتي:

2-3- مفهوم التدين من وجهة نظر المسلمين:

- ما ذكره شيخ الإسلام ابن تيمية أن التدين: "التزام الفرد المسلم بعبادة الله الجامعة لكل ما يحبه الله ويرضاه من الأقوال والأعمال الباطنة والظاهرة، فالصلاة والزكاة والصيام والحج وصدق الحديث وأداء الأمانة وبر الوالدين وصلة الأرحام والوفاء بالعهود والأمر بالمعروف والنهي عن المنكر والجهاد للكفار والمنافقين والإحسان للجار واليتيم والمسكين وابن السبيل والمملوك من الآدميين والبهائم والدعاء والذكر والقراءة، وحب الله ورسوله وخشية الله والإنابة إليه وإخلاص الدين له والصبر لحكمه والشكر لنعمه والرضا بقضائه والتوكل عليه والرجاء لرحمته و الخوف من عذابه وأمثال ذلك هي من العبادة لله".

(ابن تيمية أحمد، 1997، ص 91).

- ويرى الإمام الذهبي بأنه: "التمسك بعقيدة معينة، يلتزمها الإنسان في سلوكه، فلا يؤمن إلا بها، ولا يخضع إلا لها، ولا يأخذ إلا بتعاليمها، ولا يحيد عن سننها وهداياها، ويتفاوت الناس في ذلك قوة وضعفاً، حتى إذا ما بلغ الضعف غايته عد ذلك خروجاً عن الدين وتمرداً عليه". (الذهبي، 1975، ص 51).

- وقد عرف السيد قطب التدين على أنه: "النظام الذي قرره الله للحياة البشرية بجملتها والمنهج الذي يسير عليه نشاط الحياة، والله وحده هو صاحب الحق في وضع هذا المنهج بلا

شريك، والتدين هو الإلتباع والطاعة للقيادة الربانية التي لها وحدها حق الطاعة والإلتباع ومنها وحدها يكون التلقي، ولها وحدها يكون الاستسلام". (سيد قطب، 1983، ص 9).

-ويرى النجار أن التدين: "كسب انساني في الاستجابة للتعاليم الإلهية التي خوطب بها الانسان على وجه التكليف، وتكييف الحياة بحسبها في التصور والسلوك.

ويعرفه أيضا: "أنه الإيمان القلبي بحقائق الدين وجعلها مرجعية إيديولوجية في كل تفكير وسلوك". (النجار عبد المجيد، 1989، ص 14-ص 155).

-أما أبو سوسو فقد عرف التدين على أنه: "اتباع الانسان ما أمره الله به ورسوله ويتضمن الإيمان الديني بعدا أيديولوجيا، ويشتمل على الايمان الله وملائكته، وكتبه ورسله، واليوم الآخر، وبالقضاء خيره وشره. (أبو سوسو، 1989، ص 240).

ومن كل ما سبق يمكن تعريف التدين الإسلامي بأنه: "اتباع ما أمر الله تعالى في كتابه وسنة نبيه ويكون ذلك بالخضوع لأوامره والانتهاه عنما نهى عنه والخوف منه والتوكل عليه، فالترامه بذلك يحقق له السمو والرقى في ذاته وفي معاملاته وعلاقته مع غيره وبيئته.

2-4- مفهوم التدين من وجهة نظر غير إسلامية (مرتبطة بالجانب النفسي):

فيرى فرنون **Vernon** أن التدين: "شكل كلي لأنماط سلوكية تشمل الأحاسيس، المواقف، والعواطف، وكلها تأتي على هيئة مجموعة وتستجيب على أساس أنها كينونة بذاتها". ووضع رويف **Rohrbugh** وجيسر **Jessor** تعريفا للتدين: "صفة للشخصية تعود إلى توجهات عقلية معرفية عن الحقيقة الواقعة وراء نطاق الخبرة والمعرفة، وعن علاقة الفرد بهذه الحقيقة، والتوجهات موجهة ضمنا لكي تؤثر على الحياة الدنيوية اليومية للفرد، وذلك بمشاركته في تطبيق الشعائر الدينية.

ما يعرف أيضا أنه الصوت الداخلي الذي يحكم سلوك الأفراد ويتسم بخاصية النفاذ إلى داخل النفس، كما أنه قوة روحية لازمة لصحة الإنسان. (رشاد موسى، 1996، ص 437). كما أنه شعور معقد يستحيل تحديده تحديدا مانعا، وهو نتيجة تفاعل طويل بين دوافع الفرد النفسية وعوامل البيئة بوجه عام، ولا يظهر في مستهل حياة الفرد، إنما يظهر على نحو

تدرجي، ويمر بتطور معقد وطويل مندمج في التطور الشامل ل نفسية الفرد. (المليجي، 1955، ص 28).

ومن خلال هذه التعريفات نجد أن التدين هو نتاج تفاعل العوامل النفسية مع العوامل البيئية.

3- شروط التدين ومميزاته:

3-1- شروط التدين:

للتدين ثلاث شروط لا تتحقق الغاية منه إلا بها:

1- العلم بالدين بشكل واف وكاف ومفصل، حتى لا تلتبس الأمور على الأفراد المتدينين، وفي وجوب العلم بالدين وردت آيات كثيرة، نذكر منها:

قوله تعالى: ﴿ فَأَعْلَمَ أَنَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ وَأَسْتَغْفِرُ لَذُنُوبِكُمْ وَالْمُؤْمِنِينَ وَالْمُؤْمِنَاتِ وَاللَّهُ يَعْلَمُ مُتَقَلَّبَكُمْ وَمَثْوَاكُمْ ﴾ (سورة محمد، الآية 19).

وقوله تعالى: ﴿ أَقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ ﴾ (سورة العلق الآية 1).

وكذا قوله صلى الله عليه وسلم: " طلب العلم فريضة على كل مسلم ومسلمة" (الألباني محمد، 1995، ر. 416).

2- الإيمان والقبول والتسليم لكل ما جاء به الدين الصحيح، فلا يؤخذ بعضه ويترك بعضه الآخر، مصداقا لقول الله تعالى: ﴿ يَأْتِيهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا أَدْخُلُوا فِي السِّلْمِ كَآفَّةً وَلَا

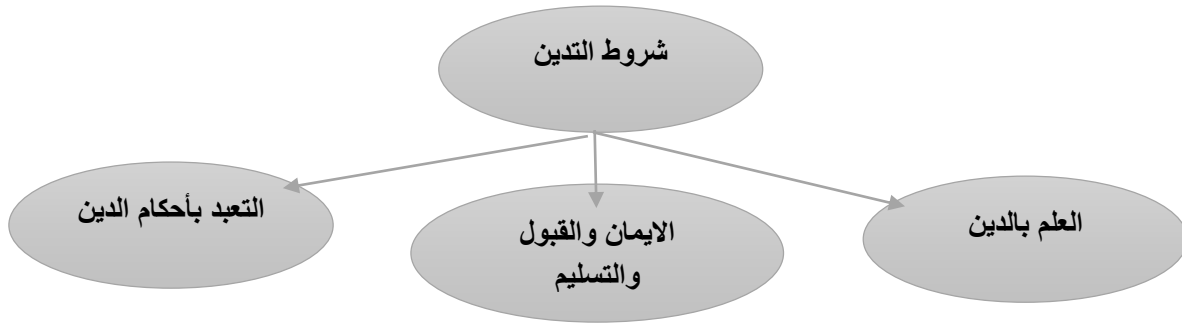
تَتَّبِعُوا خُطُوبَ الشَّيْطَانِ إِنَّهُ لَكُمْ عَدُوٌّ مُبِينٌ ﴾ (سورة البقرة الآية 208).

3- التعبد بأحكام الدين الصحيح والاستقامة على أحكامه وتطبيقه شرعة ومنهاجا، قولاً

وفعلاً، مصداقا لقول الله تعالى: ﴿ أَتَأْمُرُونَ النَّاسَ بِالْبِرِّ وَتَنْسَوْنَ أَنفُسَكُمْ وَأَنْتُمْ نَتْلُونَ الْكِتَابَ أَفَلَا تَعْقِلُونَ ﴾ (سورة البقرة الآية 44).

وقوله صلى الله عليه وسلم: "قل آمنت بالله ثم استقم".

(النيسابوري، 1972، ر 38).



شكل رقم: (1) يوضح شروط التدين (من إعداد الطالب).

3-2-مميزات التدين:

- 1-الإيمان بوجود إله وخالق واحد قادر على التحكم بالبشر وكافة الكائنات الأخرى ومسير حياتهم في الدنيا والآخرة أي بعد الموت.
 - 2-التمييز بين عالم الأرواح وعالم المادة.
 - 3-وجود قربات عبادية يقصد بها تبجيل وتقديس الله والتقرب منه.
 - 4-أن التدين عبارة عن شريعة تشمل الأخلاق والأحكام التي يجب على الناس اتباعها.
 - 5-الصلاة وهي الوساطة والصلة التي تصل العبد بربه وتقربه منه.
 - 6-رؤية كونية تشرح كيفية خلق العالم وتركيب السماوات والأرض.
- (بوعون فوزية، 20، ص 44).

4-النظريات المفسرة لنشأة التدين:

هناك العديد من النظريات المفسرة لنشأة التدين وكلها تندرج تحت إطار اتجاهين واسعين

هما:

1-4-الاتجاه الإنساني أو المذهب الوضعي:

ويرى أصحابه أن أصل التدين ومصدره الإنيان بمعنى أن الانسان قد وصل إليه بنفسه. ومنه فهي أمور ابتدعتها البشر بأنفسهم لملأ الجانب الروحي لديهم كما هو الحال مع

الهندوس.

4-2-أما الاتجاه الثاني فهو مذهب الوحي:

ويرى أصحابه أن أصل التدين مصدره الإله، بمعنى أن الله هو الذي أوحى إلى عباده عن طريق إرسال رسل يختارهم ويصطفيهم.

(الساموك محمد، 2002، ص 24).

ومنه فهو التدين الرباني الذي ينشأ عن أصل وقاعدة سوية وهو الوحي الإلهي كما هو الحال مع المسلمين.

حيث يندرج عن كل اتجاه مجموعة من النظريات نذكر بعضها ابتداء بالمذهب الوضعي، من بين النظريات التي تتدرج تحته ما يلي:

4-2-1-النظرية الطبيعية:

تقرر هذه النظرية أن النظر في مشاهد الطبيعة هو السبب في إثارة ظاهرة التدين لدى الانسان، وانقسم أصحاب هذه النظرية إلى قسمين رئيسيين:

أ- مؤيدو مظاهر الطبيعة العادية: حيث يرى أصحابها أن التدين هو إحساس بالتبعية ومن أشهر علمائها العالم الألماني ماكس ميلر الذي بنى نظريته هذه على ثلاثة عوامل (نفسية، لغوية، منطقي)، حيث يرى أن التأمل في الطبيعة يشعر الانسان بأنه محاط بقوة جبارة مستقلة عن البشر، يخضع لها الجميع، ولا قدرة لأي أحد على تحويل سيرها أو تعديل نظامها، ومن هذا يتولد لديه شعور مؤلف من الدهشة والإعجاب، يرى به أن الطبيعة من أكبر المعجزات، كما أن الوثائق اللغوية ككتب الفيديا تظهر أن أسماء الآلهة فيها هي أسماء لتلك القوى الطبيعية العظيمة كالجبال و السماء...، و أن هذه الأسماء بعينها تتشابه حروفها في سائر اللغات المسماة كالهندية والأوربية، و أنه قبل تفرق الشعوب الإنسانية و خروجها من موطنها الأول كانت هناك لغة واحدة، تعبر عن هذا التقديس العام لقوى الطبيعة الكبرى، فكانت إذا الفكرة الأولى قبل ظهور الحضارات، ثم تطورت هذه التعبيرات التي كانت في أصلها تعبيرات مجازية تشبيهية، بعد طول أمد، حتى أخذت على حقيقتها، فصارت هذه العناصر نفسها تأخذ في الأذهان صورة الكائنات الحية المفكرة، ومن هنا ابتدعت عادة تمثيل الأفلاك

والعناصر في رموز مجسمة على صورة الحيوان أو الإنسان، لأن أي إنسان لكي يكتسب خبرة معينة يجي عليه أن يمر بالتجربة الحسية التي تترك انطبعا في عقله لهذه الدرجة.

(قريشي فيصل، 20، ص 53).

ب- مؤيدو مظاهر الطبيعة العنيفة: ويرى أصحابها أن المظاهر الطبيعية العادية مثل السماء والليل والنهار غير قادرة على ايقاظ الإحساس بالتدين في النفوس، لأن تكررها دائما يجعلها أشياء عادية ومألوفة، أما المظاهر الطبيعية المفاجئة كالعواصف والزلازل والبراكين والخسوف وغيرها، فهي مظاهر مهدد لأمن الانسان ومثيرة لخوفه واضطرابه وقلقه، مما يدعو للتفكير فيها وكيفية ارضائها ودفع ضررها، مما يؤدي إلى عبادتها.

(الصنيع صالح، 1998، ص 20).

4-2-2- النظريات الروحية الإيحائية:

ويرى أصحاب هذه النظرية أن الإنسان البدائي عبد الأرواح بمختلف صورها (إنسان، ملائكة، جن، أرواح أخرى) لاعتقاده بقدرتها على جلب النفع أو دفع الضر عن نفسه أو فيما حوله.

ومن روادها تايلور وسبنسر ويرى أصحاب هذه النظرية أن نشأة العقيدة يمر بمرحلتين: **الأولى:** في بقاء أرواح الموتى، وهذه الفكرة تعتمد في جوهرها على تجربة الأحلام، والتفسير البدائي لهذه التجربة خلاصته أن الحلم عند البدائيين انتقال حقيقي لروح الشخص المرئي في المنام فيراه حقيقة على شكل طيف، وإذا كانت أرواحهم تجيء إلى الرائي في المنام كما تجيء أرواح الأحياء دل على بقاء أرواح الموتى واستمرار اتصالها بالأحياء وتمكنها من نفعهم وضرهم فاقتضى الأمر التقرب إليها لتجنب أذاها واستدرار عطفها.

أما المرحلة الثانية: فهي عبادة أرواح الكواكب والعناصر الطبيعية فيرى تايلور أن العقلية البدائية فيها من السذاجة الطفولية ما يجعلها لا تميز بين الجماد والحيوان، ويجعلها تعامل كلا منها معاملة الكائنات الحية كما يداعب الطفل دميته ويناجيها كأن فيها روحا.

ويرى سبنسر أن القدماء كانوا يسمون أحيانا بأسماء مظاهر الطبيعة فكانوا يسمون نجما ونمرا وحجرا فانقل التقديس لأصحاب تلك الأسماء الأشياء المسماة بتلك الأسماء نفسها.

(بوجمعة جاب الله، 2012، ص 65).

4-2-3- النظريات النفسية:

يرى أصحاب هذه النظريات أن الانسان ليس في حاجة لأن يعمل فكره في مظاهر الطبيعة، أو أن يفكر في عالم الأرواح، لأن تجاربه النفسية في حياته اليومية المعتادة كفيلة لدفعه أن يدرك أن هناك قوة عظيمة تسير الكون فلا بد من عبادتها، وفيما يلي عرض لبعض النظريات نذكر منها:

أ- نظرية سباتيه أوجست **Auguste Sabatier**:

حيث يرى أن العقيدة تنشأ عن تناقض الإحساس والإرادة لدى الفرد، وأن الحياة النفسية قائمة على حركتين متعاكستين يحدث بها صراع مستمر بين حركة الشعور الذاتي والتجربة الخارجية وهذا يصل بالإنسان إلى التناقض بين العلم والعمل وبين قوانين الطبيعة وقوانين الأخلاق الذي ينتهي به إلى أزمة داخلية هي منشأ التدين عند الإنسان.

(بوعون فوزية، 2012، ص50).

ب- نظرية "برجسون Bergson" حيث يرى أن للحياة جانبين:

جانب اجتماعي: يقول بوجود قوة تحفظ التوازن بين رغبات الفرد ومتطلبات المجتمع، وهذه القوة هي التدين، التي تحمي النظم والعادات والقوانين الاجتماعية من الانتهاك، وتحاسب الخارجين عليها، ومن هنا أتت فكرة الإله عند الإنسان.

الجانب المستقبلي: ويتمثل في الكون الإنسان يرى في الحوادث المستقبلية إمكانية التحقق والمصادفة، إضافة إلى عدم قدرته على التنبؤ بهذه الحوادث بصورة قاطعة، ولكن تعلقه بالإرادة الخفية التي يستعين بها في تحصيل ما يجعله يستمر في الحياة بلا توقف.

(دراز عبد الله، 1980، ص146).

ج- نظرية التحليل النفسي:

التعليل النفسي التحليلي لتكوين الأديان هو نفسه، كما هو متوقع، المساهمة الطفلية في تعليله الظاهر... حين يتبين الطفل، وهو يشب و يتزعزع، أنه مقضى عليه بأن يبقى أبد حياته طفلاً، وأنه يكون في مقدوره أبداً أن يستغني عن الحماية من القوى العليا المجهولة، يضي عندئذ على هذه القوى قسما وجه الأب، و يبتدع لنفسه آلهة، آلهة يخشى بجانبها و يسعى

إلى أن يحظى بعطفها و يعزرو إليها في الوقت نفسه مهمة حمايته، وهكذا يتفق حنين الطفل إلى الأب مع ما يحس به بحاجة إلى حماية بحكم الضعف البشري، كما أن رد فعل الطفل الدفاعي حيال شعور الضيق يتفق ورد فعل الراشد حيال الشعور بالضيق الذي يخالجه بدوره، والذي يتولد عنه الدين وسماته المميزة. (فرويد، 1998، ص32).

4-2-4- النظرية الأخلاقية:

ويمثلها العالم الألماني "إيمانويل كانت **Emmanuel Kant**"، حيث يرى ان وجود الذات الإلهية هي ايمان عقلي وليس مجال علم ومعرفة يتوصل اليه بالبرهان والتجربة، أي أنه مقدمة مسلم لابد للعقل ان يقرها لتصحيح الفكرة الأخلاقية الراسخة في النفوس ويتطلب ذلك ثلاث مقدمات:

1- ان كل فرد يستحسن بعض الأعمال ويستقبح أعمالاً أخرى، فالفرد ينتسب الى عالمين، عالم العقل الذي يملي عليه فعل الخير المطلق، وعالم الطبيعة والحس الذي يتقيد القدرة والزمان والمكان، وكل عالم يطالب الفرد بتحقيق حاجاته، ثم يفرض القانون الأدبي المعبر عن العقل الخالص والناطق بلسانه دون مراعاة للطبيعة من سلطان على هذا الفرد.

2- لأن العقل يطالب الفرد بتحقيق الخير المطلق، فلا بد من وسيلة لتحقيق هذا الخير وليس هناك سبيل لتحقيقه الا بالتدرج الى مالا نهاية، لذا كان خلود الروح مطلباً لابد من الاعتراف به حتى يقبل العقل وجود القانون الأخلاقي.

3- فاذا حقق الفرد الخير المطلق بتحصيل الفضيلة الكاملة، فقد أحر مطالب العقل وهي تحقيق الخير الأعلى الذي هو نتاج عنصرين هما: الفضيلة والسعادة، ومقتضى الوضع العقلي السليم أن تكون الفضيلة والسعادة متلازمتين، وأن تكون الرذيلة والشقاء صنوان هنا يتضح لزوم توفر مبدأ أعلى يحقق هذا التوازن، فكان وجود الله المطلب الأخير الذي لا بد من التسليم به لتصحيح معقولية القانون الأخلاقي. (صالح الصنيع، 1998، ص23).

4-2-5- النظرية الاجتماعية:

من أشهر علمائها "اميل دوركايم **E. Durkaheim**" و هذه النظرية ترفض التفسيرات النفسية و البيولوجية و الغيبية و الجغرافية المفسرة لجميع الظواهر بما فيها الظاهرة الدينية، ولكنها تقر تفسيراً واحداً وهو الحياة الاجتماعية داخل المجتمعات الإنسانية و أن الدين ظاهرة اجتماعية، و قدّم لنظريته جملة من المقدمات أهمها : ان الوسيلة المناسبة لدراسة الظاهرة الدينية هي دراستها في بداية نشأتها، ويكون ذلك في بيئات الأمم البدائية، و خلص دوركايم الى : أن الدين والعبادة والتأليه كلها ترجع الى طبيعة الواقع الاجتماعي بعاداته و تقاليده و نظمه و ضرورته و أحكامه. و ذهب الى أن الطوطمية (إله العشيرة أو شعارها) أقدم الديانات الإنسانية وهي عبارة عن تأليه أبناء المجتمع لمجتمعهم.

(السالموطي نبيل، 1981م، ص ص 83-94).

4-2-6- نظرية التوحيد البدائي:

ويمثلها "لانج **Lang**" و "شميدت **Schmidt**" ونظريته هي الأخرى تدرس الانسان بالرجوع الى القبائل البدائية، و قد استند لانج على دراسات ميدانية قام بها هويت **howitt** على قبائل أستراليا الجنوبية الشرقية، و دراسات مان **Man** على قبائل افريقيا كما استند الى التفسيرات المنطقية مثل مبدأ السببية، و توصل الى أن أول ديانة ظهرت في البشر هي ديانة التوحيد، لأن القبائل المذكورة تعتقد بوجود اله مسيطر، ولأن المنطق يقود الانسان الى نفس النتيجة، وكذلك "شميدت" خرج بنتيجة تقول: ان الانسان البدائي عرف الاله الواحد منذ القدم، وان كان وجد آلهة متعددة فهذا قد جاء متأخراً نتيجة انحرافات طرأت على حياة الانسان، وتوحيد الانسان البدائي توحيد ناقص، لأنه لم يدرك فكرة الخلق، وكذلك فان صورة الله عند البدائيين الموحدين ناقصة، لأن بعض القبائل تصور الاله على أنه انسان وأحيانا على شكل غير حسي كقوة أو فكرة.

4-2-7- نظرية الوحي (مذهب الوحي):

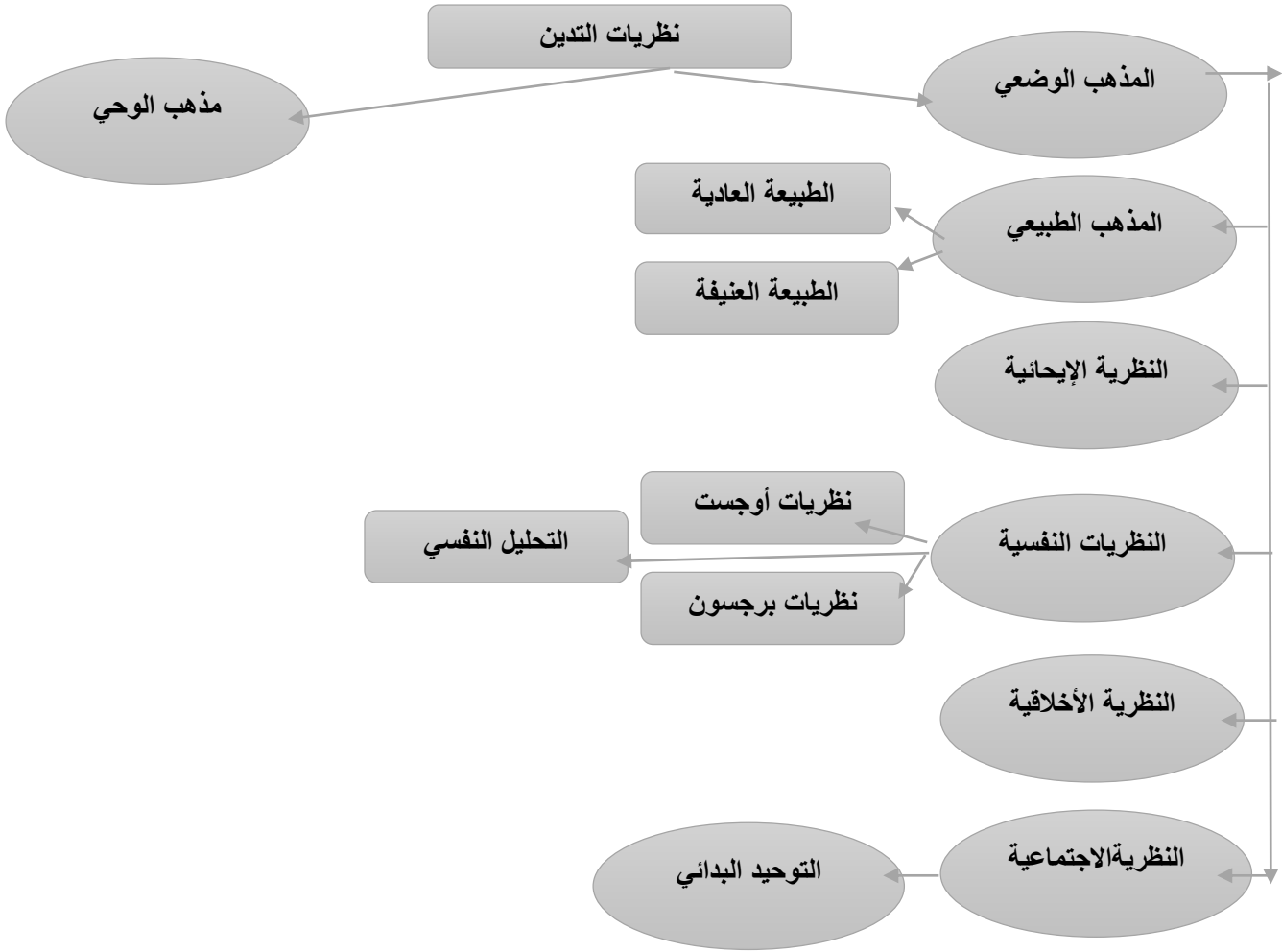
هذه النظرية تعكس وجهة نظر كبار رجال الدين المسيحي في أوروبا خلال القرون الوسطى وحتى عصرنا الحاضر، ومؤدى الوحي أن الدين جاء في الانسان ولم يبحث الانسان عنه، وأنه نزل على الانسان من ربه، والانسان لم يعرف ربه بنور العقل بل بنور الوحي، وأن الله سبحانه وتعالى خلق أبا البشر آدم كرمه وعلمه حقائق الأشياء، ثم أمره أن يورث علم هذه الحقيقة لذريته، ففعل وكانت هذه العقيدة ميراث الإنسانية عن أبيهم الأول.

(صالح الصنيع، 1998، ص24).

نلاحظ أن كل النظريات السابقة تفسر الدين بنظرة جزئية غير متكاملة، وان كان الجزء صادق فهو غير كافي وحده لتفسير نشأة الدين، على خلاف نظرية الوحي فهي شاملة نجد فكرتها توافق ما جاء به الإسلام من أن الدين وحي من عند الله أرسل به المرسلون ليبلغوه للناس ولتقوم الحجة عليهم قال تعالى: ﴿ وَمَا كُنَّا مُعَذِّبِينَ حَتَّىٰ نَبْعَثَ رَسُولًا ۗ ﴾ (الاسراء 15).

ولكن الله إضافة الى الوحي أودع في الانسان فطرة تقوده الى الاهتداء الى التوحيد قال تعالى: ﴿ فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا فِطْرَتَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ ذَٰلِكَ الدِّينُ الْقَيِّمُ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لَا يَعْلَمُونَ ۗ ﴾ (الروم 30).

وعن أبي هريرة -رضي الله عنه- قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "ما من مولود الا يولد على الفطرة، فأبواه يهودانه أو ينصرانه أو يمجسانه، كما تنتج البهيمة جمعاء، هل تحسون فيها جدهاء؟". ثم قال أبو هريرة: واقرؤوا ان شئتم: فطرت الله التي فطر الناس عليها. (أخرجه الشيخان وأبو داود الترمذي).



شكل رقم: (2) يوضح نظريات التدين (من إعداد الطالب).

5- أبعاد التدين وأنماطه:

5-1- أبعاد التدين:

يختلف التدين من شخص إلى آخر على حسب إيمان الشخص بالله تبارك وتعالى، حيث ينعكس ذلك على شخصيته، لذا سنتدرج في ذكر بعض أبعاد التدين المختلفة التي تتجلى في شخصية الفرد، نذكر منها ما قرره العلماء المسلمون كالتالي:

5-1-1- البعد الجسمي:

ويشمل رعاية حقوق الجسم والمحافظة عليه وتنميته ووقايته من كل ما يؤذيه، وإشباع حاجاته باعتدال، ويشمل كذلك المحافظة على الحواس وتنميتها واستخدامها فيما خلقت له، ويدخل في هذا النظافة وحسن المظهر باللباس الحسن والزينة المباحة.

5-1-2- البعد النفسي:

ويشمل رعاية حقوق النفس من تركيتها وتميئتها وحمايتها من كل ما يندسها أو يفسدها، كذلك حبها وقبولها والرضا عنها وعن قدراتها، ومعرفة حاجاتها وميولها، وإشباعها باعتدال، كذلك نهيتها عن كل ما يغضب ربها، وحثها على العمل بما يرضيه، فتحصل لها السعادة وتقبل على الحياة بتفاؤل ورضا، ويحرص الفرد على علاج الانحرافات التي تقع فيها النفس بالتوبة والاستغفار، ويحليها بالأخلاق الحسنة ويجنبها الأخلاق السيئة.

5-1-3- البعد الاجتماعي:

ويشمل رعاية حقوق الناس، ويدخل فيه محبتهم ورحمتهم، وإرادة الخير لهم وحماية حقوقهم وأموالهم وأعراضهم وأسرارهم، ولين القول لهم، وأمرهم بالمعروف بالحسنى، ونهيه عن المنكر بالتي هي أحسن، وبذل وجوه البر لهم، وكف الأذى عنهم.

5-1-4- البعد الروحي:

ويشمل رعاية حقوق الله، وذلك بمعرفته وحبّه وإفراده بالعبادة بجميع أشكالها، وبحب لقاء الله وكلامه ورسوله صلى الله عليه وسلم والملائكة والأنبياء وسائر المؤمنين من الإنس والجن، فيكون من نتاج ذلك تمكين الإيمان في قلب العبد، فيتبع ما يرضي ربه، ويتجنب سخطه، وإذا كان ذلك نال حب الله عز وجل والملائكة والناس أجمعين.

(فيصل قريشي، 20، ص 48-49).

5-2- أنماط التدين:

يختلف الأفراد في فهم الدين، ولهذا فتطبيقه في حياتهم يختلف أيضا، وكل بطريقته الخاصة، ويرجع هذا الاختلاف إلى ثلاثة عوامل:

- أن الدين رغم وحدته إلا أنه يتفرع إلى عناصر متعددة، ففيه الجانب الاعتقادي

والعبادات والمعاملات والأخلاق، وكل شخص يأخذ من هذه الجوانب بقدر يختلف من شخص لآخر.

- أن الإنسان رغم فرديته الظاهرة إلا أنه يتكون من عناصر ونشاطات متعددة تختلف في وصفها وتطبيقها الصحيح حسب الاتجاهات والمدارس النفسية، ففيه اللاشعور وما تحت الشعور والشعور، وفيه الهو والانا (مدرسة التحليل النفسي) وغيرها.

- يتغير الدين الإسلامي بتعدد مستوياته، والتي يرقى فيها الإنسان من مستوى إلى آخر في خط تصاعدي كلما اجتهد في فهم وتطبيق هذا الدين الإسلام، وهذه المستويات (الإسلام، الايمان، الاحسان).

ومما سبق تكون أبعاد التدين كالاتي:

5-2-1- التدين المعرفي (الفكري):

وهنا ينحصر التدين في دائرة المعرفة حيث نجد الشخص يعرف الكثير من أحكام الدين ومفاهيمه ولكن هذه المعرفة تتوقف عند الجانب العقلاني الفكري ولا تتعداه إلى دائرة العاطفة أو السلوك، فهي مجرد معرفة عقلية، وبعض هؤلاء الأشخاص ربما يكونون بارعين في الحديث عن الدين الكتابة فيه وهم مع هذا لا يلتزمون بتعاليمه في حياتهم اليومية.

5-2-2- التدين العاطفي (الحماسي):

وفي هذه الحالة نجد أن الشخص يبدي عاطفة جارفة وحماساً كبيراً نحو التدين، ولكن هذا لا يواكب معرفة جيدة بأحكام الدين ولا سلوكاً ملتزماً بقواعده، وهذا النوع ينتشر بين الشباب خاصة حديثي التدين، وهي مرحلة يجب إكمالها بالجانب المعرفي والجانب السلوكي حتى لا تطيش وتتطرق أو تمحى.

5-2-3- التدين السلوكي (تدين العبادة):

وهنا تنحصر مظاهر في دائرة السلوك، حيث نجد أن الشخص يقوم بأداء العبادات والطقوس الدينية ولكن بدون عاطفة دينية تعطي لهذه العبادات معناها الروحي، ولكن فقط يؤدي هذه العبادات كعادة اجتماعية تعودها، وهذا النوع يمكن أن يكتمل ويرشد بإضافة الجانب المعرفي وإيقاظ الجانب الروحي.

5-2-4-التدين النفعي (المصلحي):

في هذه الحالة نجد أن الشخص يلتزم من مظاهر التدين الخارجية للوصول إلى مكانة اجتماعية خاصة أو تحقيق أهداف دنيوية شخصية، هؤلاء الناس أصحاب هذا النوع من التدين (أو التظاهر بالتدين) يستغلون احترام الناس للدين ورموزه فيحاولون كسب ثقتهم ومودتهم بالتظاهر بالتدين، والشخص في هذه الحالة يسخر الدين لخدمته، وليس العكس، وتجده دائماً حيث توجد المكاسب والمصالح الدنيوية الشخصية وتفتقده في المحن والشدائد. (نسيمة بولحدور، 2012، ص60).

5-2-5-التدين التفاعلي (تدين رد الفعل):

نجد هذا النوع من التدين في الأشخاص الذين قضاوا حياتهم بعيداً عن الدين، يلهون ويمرحون ويأخذون من متع الدنيا وملذاتها بصرف النظر عن الحلال والحرام، وفجأة نتيجة تعرض شخص من هؤلاء لموقف معين أو حادث معين نجده قد تغير من النقيض إلى النقيض، فيبدأ بالالتزام بكثير من مظاهر الدين، ويتسم تدينه بالعاطفة القوية والحماس الزائد ولكن يبقى تدينه سطحياً تنقصه الجوانب المعرفية والروحية العميقة، وفي بعض الأحيان يتطرف هذا الشخص في التمسك بمظاهر الدين حفاظاً على توازنه النفسي والاجتماعي وتخفيفاً للشعور بالذنب الذي يلهب ظهره ويقض مضجعه؛ وهذا النوع لا بأس به إذا وجد المجتمع المتقبل والمرشد لهذا الشخص التائب المتحمس ليكمل طريقه وبعده في مدارج السالكين برفق وروية.

5-2-6-التدين الدفاعي (العصابي):

قد يكون التدين دفاعاً ضد الخوف أو القلق أو الشعور بالذنب أو تأنيب الضمير أو دفاعاً ضد القهر والإحباط، وفي هذه الحالة يلجأ الفرد إلى التدين ليخفف من هذه المشاعر ويتخلص منها، وكلما زادت هذه المشاعر كلما كان اتجاهه للدين أقوى، لا بأس من ذلك إلا أن هذا التدين تنقصه الجوانب الروحية وجوانب المعاملات والنواحي الأخلاقية في الدين، ويحدث هذا النوع أيضاً في بعض الأشخاص الذين يشعرون بالعجز في مواجهة متطلبات الحياة احتماً به في مواجهة الصعوبات التي عجز عن مواجهتها وإيثارا للراحة في سبيل بعض المفاهيم "شبه الدينية"، فنجد الشخص من هؤلاء قد أهمل دراسته أو عمله أو مسؤولياته

وتفرغ لممارسة بعض الشعائر الدينية التي لا تتطلب جهداً أو مشقة وهدفه (غير المعلن) من ذلك هو تغطية قصوره وعجزه والهرب من مواجهة الحقيقة والواقع.

5-2-7- تدين التطرف:

وهو يعني الغلو في جانب أكثر من جوانب الدين بما يخرج الشخص عن الحدود التي تقرها الشريعة الإسلامية ويجمع عليها علماء الدين.

5-2-8- تدين التصوف:

وهو تربية ذاتية شديدة الخصوصية يمر بها قليل من الناس لهم تركيب اجتماعي وروحي خاص، ولذلك فليس من السهل التعبير عنها بالألفاظ المعتادة ، لأنها خارج حدود الألفاظ 54، ولكننا نستطيع أن نقول على وجه التقريب أنه في هذه الخبرة التصوفية يمر الشخص بفترة معاناة شديدة بين كثير من المتناقضات، ثم فجأة يحس أن هناك شيئاً هائلاً قد حدث وكأنه ولد من جديد ، فأصبح يرى نفسه ويرى الكون بشكل مختلف تماماً ، ويحس أن كثيراً من صراعاته قد هدأت وأن كثيراً من الحجب والأقنعة قد كشفت وأنه قد توحد مع الكون ، وعلى الرغم من عمق هذه التجربة وسحرها إلا أنها تبقى خبرة شخصية غير صالحة للتعميم ، وهي فوق ذلك خبرة خطيرة غير مأمونة ، حيث تختلط فيها الإلهامات بالوساوس ، فيرى بعضهم أشياء يعتقدونها الهامات روحانية ، في حين أنها ربما تكون وساوس شيطانية ، فهي منطقة خطر.(بودرمين عبد الفتاح، 2008، ص 48)

5-2-9- التدين الأصيل:

هذا النوع الأمثل من الخبرة الدينية حيث يتغلغل الدين الصحيح في دائرة المعرفة ودائرة السلوك، فنجد الشخص يملك معرفة دينية كافية وعميقة، وعاطفة دينية تجعله يحب دينه ويخلص له، وسلوكه يوافق كل هذا، وهنا يكون الدين هو الفكر المركزية المحركة والموجهة لكل نشاطات هذا الشخص، ونجد قوله متفقاً مع عمله، وظاهره متفقاً مع باطنه في انسجام تام، وهذا الشخص المتدين تديناً نجده يسخر نفسه لخدمة دينه وليس العكس وإذا وصل الإنسان لهذا المستوى من التدين الأصيل شعر بالأمن والطمأنينة والسكينة، ووصل إلى درجة من

التوازن النفسي تجعله يقابل المحن والشدائد يصبر ورضاء، إذا قبلت هذا الشخص وجدته هادئاً سمحا راضيا. (نسيمة بولحدور، 2012، ص 63).

6-العوامل المؤثرة في التدين:

هناك العديد من العوامل المؤثرة في تدين الأفراد، وهذه العوامل تختلف من مجتمع لآخر ومن زمان لزمان آخر، ويمكن أن نصنف هذه العوامل إلى صنفين:

6-1-عوامل ذاتية:

وهي موجودة في الانسان، وهي توجد في الغالب لدى كل البشر، والتفاوت فيها يختلف بحسب القرب إلى درجة القرب إلى الله ودرجة البعد عنه وهي ثلاث عوامل: الفطرة، النفس، الأخلاق، وهي بالتفصيل كالتالي:

6-1-1-الفطرة: غريزة دينية أولية في الطبيعة الإنسانية، وهي استعداد أو قوة دافعة للتدين ولمعرفة الخالق وتقديسه والتميز بين ما هو خير وما هو شر في السلوك، وهي عامل حاسم بلا شك في هداية الإنسان إلى الطريق المستقيم، وذلك مصداقا لقوله تعالى: " فأقم وجهك للدين حنيفا فطرة الله التي فطر الناس عليها لا تبديل لخلق الله ذلك الدين القيم ولكن أكثر الناس لا يعلمون" (سورة الروم الآية 30)

6-1-2-النفس: وهي موجودة لدى الناس جميعا ولا تختلف في وجودها لدى إنسان عن أي إنسان آخر، والاختلاف يأتي في صفات هذه النفس، حيث تلعب الصفات دورا كبيرا في تدين الإنسان وتميزه عن غيره من الأفراد الآخرين والمعروف أن هناك ثلاث مسميات للنفس بناء على اختلاف الصفات لكل منها وهي: " النفس المطمئنة، النفس اللوامة، والنفس الأمارة بالسوء والمقصود بذلك:

أن النفس المطمئنة: تلك النفس التي تكونت لديها طمأنينة العلم والإيمان والإرادة والعمل، وتظهر في محبة الله تعالى والخوف منه ورجاء في الوصول إلى رضاه.
أما النفس اللوامة: فهي تلوم صاحبها على فعل المعاصي وتناشده بالتوبة إلى مولاه وخالفه.

النفس الأمانة بالسوء: وهي نفس خبيثة تأمر صاحبها بالعدول عن طاعة ربه والإتيان بأوامره والانتهاز عما نهى عنه وتوسوس له لفعل المنكرات والمعاصي.
(فوزية بوعون، 20، ص 81).

6-1-3-الأخلاق: وهي من العوامل المؤثرة في تدين الانسان، و من أهم الأخلاق المؤثرة في تدين الفرد.

-الصدق: وهو الاعتماد على الحق في العمل و القول والاعتقاد في كل زمان ومكان، فلا يقول الانسان إلا حقا ولا يعمل إلا حقا ولا يعتقد إلا الحق، ويمكن تصديقه إلى ثلاثة أنواع: صدق مع الله وصدق مع النفس وصدق مع الآخرين.

-الأمانة: وهي حفظ الحقوق لأصحابها، والاعتراف بذلك سرا وعلانية.

-الوفاء والإخلاص: فالوفاء: هو أداء ما قام به من التزام مع الآخرين، وأما الإخلاص: وهو أن يقوم الفرد بإتقان عمله بغض النظر عن صنف العمل بإجادة وإتقان دون تصنع أو رياء. (محمد الغزالي، 1394، ص 53)

6-2-العوامل الخارجية:

وهي العوامل المحيطة بالإنسان في بيئته، ولتعددتها يصعب حصرها نذكر منها:

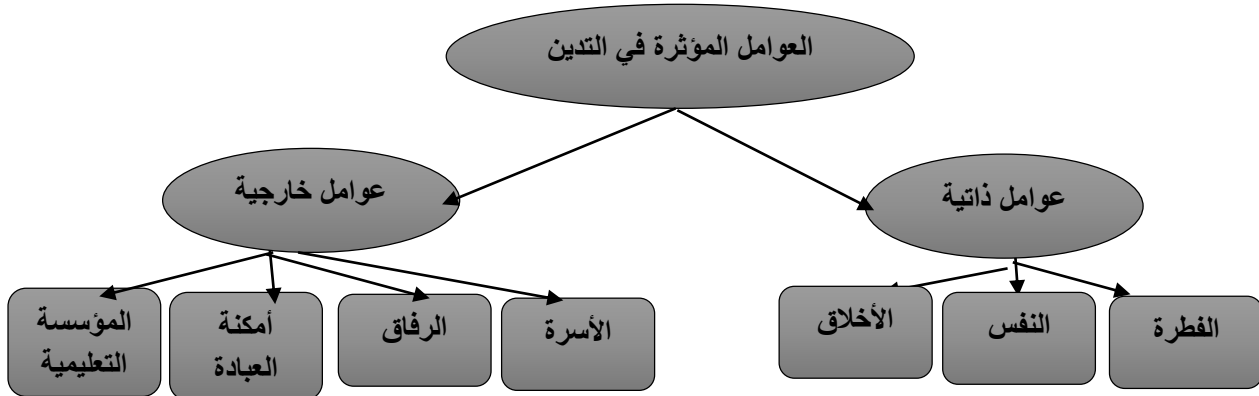
6-2-1-الأسرة: هي المرأة التي تعكس ثقافة المجتمع على الطفل، ولقد بينت الشريعة الإسلامية الدور الذي يلعبه الوالدان في تثبيت الطفل على دين الحق، أو صرفه عنه.

6-2-2-الرفاق: تأثر جماعة الرفاق تأثيرا كبيرا على سلوكيات الفرد، لما تملكه من سلطة وقدرة على توجيهه وضبط سلوك أفرادها بوسائل عديدة تهيؤها لهم كالتطابق والتماثل والقبول والاستقلالية وتحمل المسؤولية، وقد بين الإسلام أثر الرفقة على الانسان فإن كان الرفيق صالحا ساعده على طاعة الله، وإن كان رفيق سوء أذهب عنه ما هو فيه من خير.

6-2-3-المؤسسة التعليمية: فالمؤسسات التعليمية بما تحمله من مسؤولين ومدرسين وطلاب كل ذلك يؤثر بدرجة كبيرة على سلوك الفرد بالإيجاب أو السلب.

6-2-4-أمكنة العبادة: وهي الأماكن التي تقام فيها العبادة كالمساجد في الإسلام مثلا ولها أثر كبير على سلوك الفرد لما فيها من دروس وعضات.

وغير ذلك من العوامل الخارجية فهي كثيرة ولكن اكتفينا بالقدر الذي يرتبط بحياة الناس دائماً (صالح الصنيع، 1988، ص 50-55).



شكل رقم: (3) يوضح العوامل المؤثرة في التدين (من إعداد الطالب)

7-التدين ومظاهر الصحة النفسية:

اختلفت مظاهر الصحة من دراسة الى أخرى ومن عالم الى آخر، وذلك باختلاف نظرتهم الى الانسان وطبيعته، والى اختلاف الثقافة التي يعايشها كل منهم، فبعضهم اهتم بالجانب النفسي، والبعض الآخر اهتم بالجانب الانفعالي، وأهمل الجانب الروحي عن قصد أو عن غير قصد، ومما سبق يتضح ضرورة وضع مظاهر للصحة تتناول جميع مكونات النفس الإنسانية في شمول وتكامل مستمدة من آيات القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة، ومن أهمها ما يلي:

7-1-التكوين الروحي:

ويقصد بالتكوين الروحي صلة العبد بربه، والتي يحفظ بها سموه وكمالها واستقامته، وتتضمن: أركان الايمان، وأداء العبادات مع الإحساس الدائم بالقرب من الله. قال تعالى:

﴿ وَسَعَلُونَكَ عَنِ الرُّوحِ ۗ قُلِ الرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّي وَمَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا ﴿٨٥﴾ ﴾

(سورة الإسراء الآية 85).

7-2-التكوين الجسمي:

ان تحقيق الغاية من وجوب طاعة الله وعبادته والدعوة اليه تحتاج الى جهد وطاقة جسدية، لذا يحث الإسلام على الاعتناء بالبدن وصحته وقوته.

7-3- التكوين العقلي:

يوجهنا القرآن الكريم الى اعلاء قيمة العقل، ويدعو الانسان الى أن ينمي احساسه وسائر وظائفه العقلية (الذكاء العام، القدرات الخاصة، والعمليات العقلية) بالعلم والتأمل والتفكير، قال تعالى: "سنريهم آياتنا في الأفاق وفي أنفسهم حتى يتبين لهم أنه الحق أولم يكف بربك انه على كل شيء شهيد" (سورة فصلت الآية 53).

7-4- التكوين الانفعالي:

ويتضمن أساليب النشاط المتعلقة بالانفعالات المختلفة، مثل: الحب والكره والخوف والغضب، والبهجة والسرور... الخ. وجاء في القرآن الكريم وصف دقيق لكثير من الانفعالات التي يشعر بها الانسان، قال تعالى: "انما المؤمنون الذين إذا ذكر الله وجلت قلوبهم وإذا تليت عليهم آياته زادتهم إيماناً وعلى ربهم يتوكلون" (سورة الأنفال الآية 2).

ونادى الإسلام بضبط هذه الانفعالات وتعديلها، فيكون حبه وفرحه وحزنه وغضبه في حدود حتى يشعر الانسان بالأمن والاطمئنان، قال تعالى: "الذين لا تأسوا على ما فاتكم ولا تفرحوا بما آتاكم والله لا يحب كل مكثال فخور" (سورة الحديد الآية 23).

وقال النبي صلى الله عليه و سلم: "ليس الشديد بالصرعة انما الشديد الذي يملك نفسه عند الغضب" (البخاري، 2004، ر. 6114، النيسابوري، 1972، ر. 2609).

فالانفعالات المعتدلة لها تأثير كبير على التمتع بالصحة السوية، لأنه يصاحبها عادة حالة وجدانية سارة، فيطمئن قلبه ويتحرر من الضغوط والمخاوف، ويتصل قلبه دائماً بذكر الله في السراء والضراء.

7-5- التكوين الاجتماعي:

يتمثل هذا الجانب في التنشئة الاجتماعية للشخص (الأسرة، المدرسة، والمجتمع)، والمعايير الاجتماعية، والاتجاهات، والقيادة والتبعية، والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين، قال تعالى: ﴿يَأَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ ذَكَرٍ وَأُنْثَىٰ وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللَّهِ أَتْقَىٰكُمْ إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ خَبِيرٌ ﴿١٣﴾﴾ (الحجرات الآية 13)

(قريشي فيصل، 20، ص 81).

خلاصة:

تناول الطالب في هذا الفصل متغير التدين، مبتدئاً إياه بتعريف الدين والتدين من وجهة نظر اسلامية وغير إسلامية، وكذا شروط ومميزات التدين، ثم تطرق الطالب إلى نظريات التي حاولت تفسير التدين من خلال اتجاهين رئيسيين هما: النظرية الوضعية، ونظرية الوحي، والخلاصة التي خرج بها الطالب أن الدين الحق هو ما دام واستمر، وهو ما يتوافق جلياً مع نظرية الوحي كون الدين شريعة من عند الله أمر بها عباده عن طريق ارسال الرسل والإيحاء إليهم، وهو ما يتوافق أيضاً مع شريعتنا الغراء.

الفصل الثالث: تقبل العلاج

تمهيد

1- مفهوم تقبل العلاج

2- أهمية تقبل العلاج

3- العوامل المؤثرة في تقبل العلاج

4- النظريات المفسرة لتقبل العلاج

5- مراحل تقبل العلاج

6- قياس تقبل العلاج

خلاصة

تمهيد:

شهد العالم الكثير من التغيرات أدت إلى تزايد نسبة المصابين بالأمراض المزمنة مما انجر عنه ظهور عدة صعوبات في التكفل الجيد بهم، لكون المرض المزمن غير قابل للشفاء ولا بد له من تكاثف جميع القائمين على رعاية المريض من أطباء وممرضين وكذا عائلة المريض لتجنب مضاعفات المرض.

ومن بين أهم المشاكل التي توجه القائمين على رعاية المصابين بالأمراض المزمنة بصفة عامة والمصابين بداء السكري بصفة خاصة عدم اتباع المريض لتعليمات الطبيب وعدم تناوله الدواء بشكل منتظم وهو ما يصطلح عليه في علم النفس بعدم الالتزام أو عدم تقبل المريض للعلاج، لذا سنفرد الحديث في هذا الفصل حول تقبل العلاج والأهمية الكبيرة التي يحتلها هذا الأخير بالنسبة لذوي الأمراض المزمنة بشكل عام ومرض السكري بشكل خاص.

1- مفهوم تقبل العلاج:**1-1- التعريف اللغوي:**

يطلق على التقبل في اللغة الإنجليزية Compliance وتعني الامتثال، أما في اللغة الفرنسية فقد اقترح الأطباء الفرنسيون كلمة Observance للدلالة على معنى التقبل والمقصود بها: "عملية الالتزام بعادة" (Alain Bottéro, 2002, p9).

1-2- اصطلاحا:

قبل التطرق إلى التعريف الاصطلاحي لا بد أن ننبه إلى نقطة مهمة، وهي أن مفهوم تقبل العلاج لا يرتبط بمزاولة المريض للدواء فقط، بل يتعداه إلى اتباع تعليمات الطبيب ونصائحه وكذا اتباع الحمية، وممارسة النشاط البدني اليومي، شرب ما يكفي من المياه....، لذا نجد المعرفين لتقبل العلاج قد تعددت آراؤهم على النحو التالي:

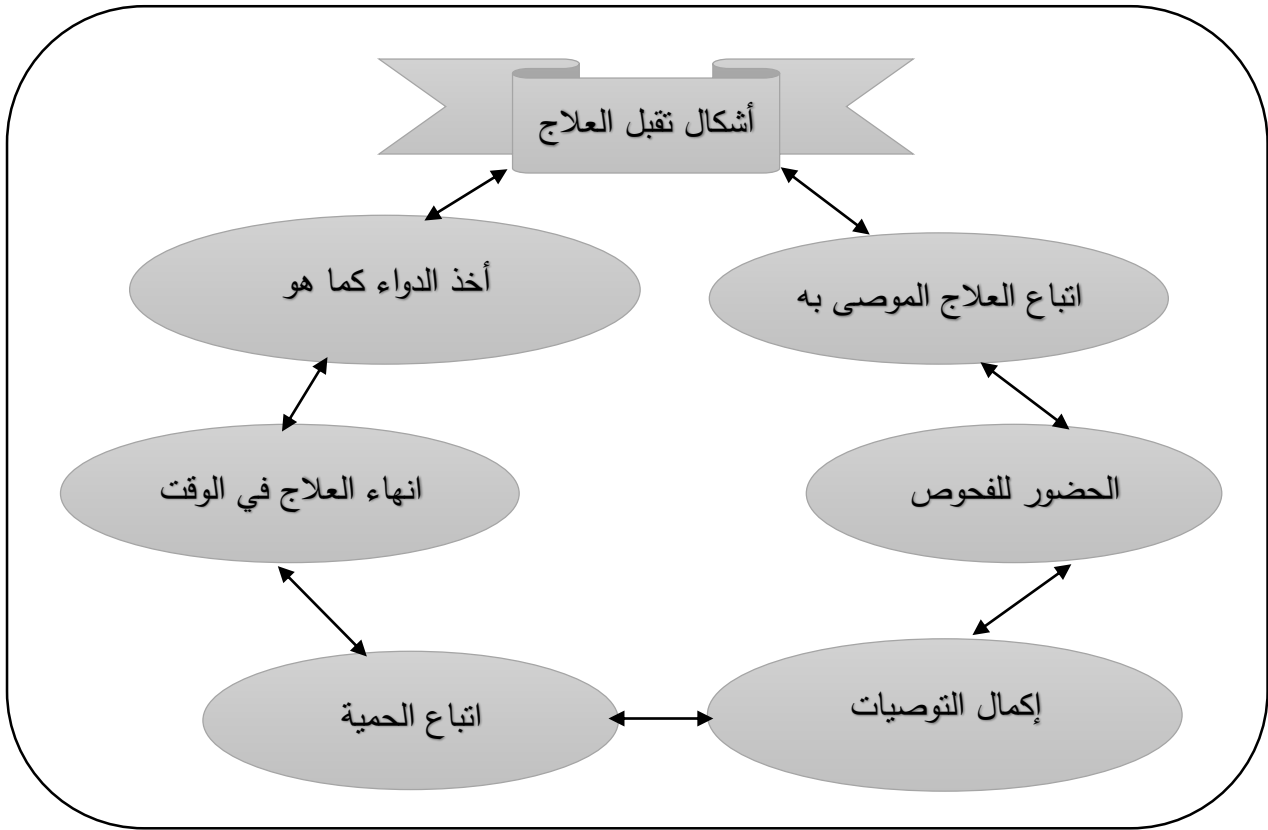
- عرف Delfraissy تقبل العلاج على أنه: "سلوك الشخص بأخذ الدواء بالانضباط والانتظام الأمثل وفقا للشروط والشروح التي يحددها الطبيب" (Aurélie Gauchet, 2008, p22).

- ويعرف على أنه الانتظام في اتباع التوصيات والارشادات الطبية طوال فترة العلاج وهو مفتاح نجاح الخطة العلاجية. (Moyel, 1977)

- أما Morris et Schulz فقد عرفا تقبل العلاج على أنه: "درجة اتباع المريض للتوصيات الطبية فيما يتعلق بالدواء، النظام الغذائي، ممارسة الرياضة.

- أما (Haynes et al 1979) فيعرف تقبل العلاج على أنه: "مدى توافق سلوك المريض مع التوصيات الصحية والطبية من حيث تناول الدواء، اتباع الحمية، تغييرات، أخرى تمس نمط الحياة. (Anthony James Curtis, 2001, p77)

ولتقبل العلاج حسب التعريفات عدة أشكال نذكرها ونزيد عليها ما ذكر (OMS, 2003) كما هو موضح في الشكل التالي :

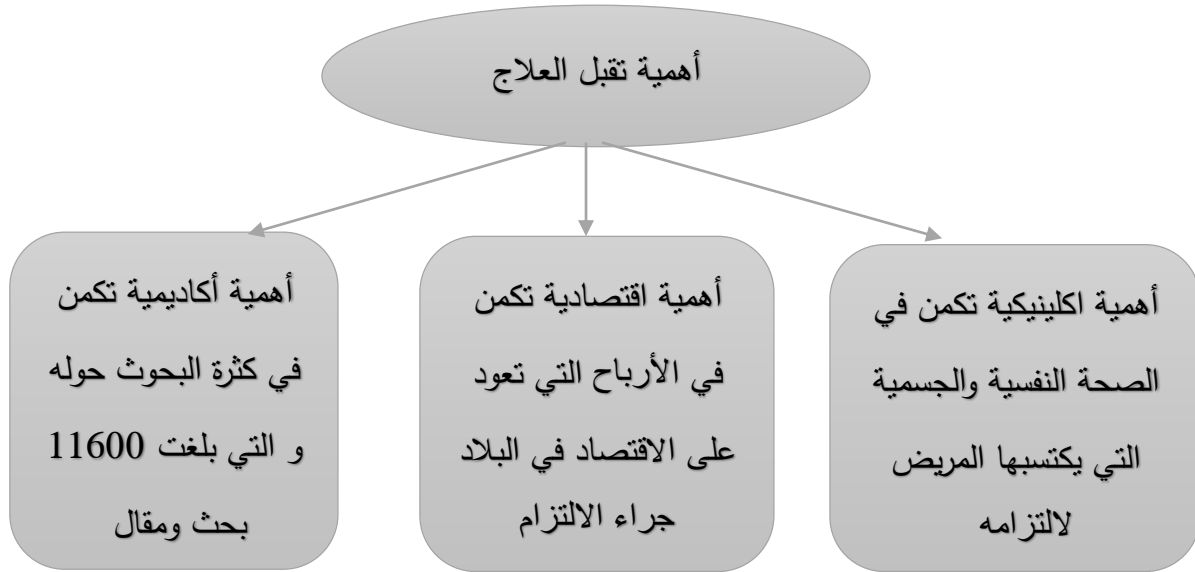


شكل رقم: (4) يوضح أشكال تقبل العلاج (من إعداد الطالب)
2- أهمية تقبل العلاج:

وفقا لتقرير منظمة الصحة العالمية الذي نشر سنة 2003، يعتبر حل مشكلة عدم تقبل العلاج تطور أكثر من أي اكتشاف طبي فدراسة تقبل العلاج له أهمية إكلينيكية، اقتصادية، أكاديمية، فعدم تقبل العلاج ينجر عنه: "الاستهلاك غير المنتظم، الإنقاص في الأدوية والافراط منها يضعف الصحة ويمدد فترة المرض كما أنها تكون غير فعالة إذا لم يتم تناول الحد الأدنى من الجرعة العلاجية.

فتقبل العلاج يؤثر على شحنات كبيرة من الأدوية، فقد بلغت في الولايات المتحدة أرباحها إلى 47.4 مليار دولار أي ما يعادل نسبة 1% من الناتج القومي كما يلقي تقبل العلاج قدرا كبيرا من الاهتمام في كل من المجالات العلمية والطبية والاجتماعية فقد وصل عدد البحوث والمقالات المتعلقة بتقبل العلاج حوالي 11600 بحث ومقالة سنة 1995 ومازال البحث قائما. (Gochman,1997)

ومما سبق نلاحظ أنه لتقبل العلاج أهمية كبيرة تتجلى في ثلاث مجالات: اكلينيكية، اقتصادية، أكاديمية كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم: (5) يوضح أهمية تقبل العلاج (من إعداد الطالب)

3-العوامل المؤثرة في تقبل العلاج:

3-1-عوامل متعلقة بالمريض:

تتدخل العديد من العوامل المرتبطة بالمريض في التزامه وتقبله للعلاج نذكر منها:

3-1-1-العمر: فيما يخص العمر فقد أثبتت دراسة Walders أن تقبل والالتزام المريض

للعلاج يكون مرتفعا عد الأطفال والرضع بنسبة 77% ثم يتناقص تدريجيا مع تقدم العمر، كما يرى أن تقبل العلاج يتناسب عكسيا مع السن كما يتأثر باشتراك الآباء والأمهات في تقديم

العلاج. (J. de Blic, Grapp, 2007)

3-1-2-الجنس: بالنسبة للجنس فقد أثبتت بعض الدراسات أن النساء و الرجال

متساوين في تقبل العلاج كدراسة (Monane et al 1996) فيما تظهر دراسة أخرى أن

النساء أكثر التزاما و تقبلا للعلاج كدراسة (Sellwood and tarrier 1994)

(Julia Russell,2005).

3-1-3-السلالة: يرى كل من strzelezyk & dignan أن المرأة الأمريكية ذات الأصول الافريقية أقل تقبلا للعلاج عن غيرها من النساء الأخريات فيما يتعلق بالتصوير الاشعاعي للثدي وكذا المشاركة حول الالتزام بعلاج التهاب المفاصل.

(Ilene Morof lubkin, pamala d. larsen, 2006)

3-1-4-الدعم الاجتماعي: فقد ذكرت العديد من الدراسات أن الأطفال المصابين بالربو يزيد تقبلهم للعلاج كلما حصلوا على الدعم الاجتماعي و هذا ما ذهب إليه Bovbjerg أن الأشخاص الذين لديهم دعم ينصاعون أكثر للتوصيات الطبية أكثر من أولئك الذين لا دعم لهم ، وكذا بالنسبة لمرضى السكري فقد وجد أن الذين لديهم دعم يملكون توافقا أكثر من الذين لا دعم لهم (Julia Russell,2005).

3-1-5-السمات والمعتقدات: لقد أظهرت بعد الدراسات بوضوح أن شخصية الفرد وما يعتقدونه تؤثر على تقبله للعلاج، فالمرضى المتقائل أكثر اتباعا للتوصيات الطبية على عكس المرضى المكتئب الذي يكون أقل التزاما (carney et al 1995) وبالمثل في دراسة حول المرضى الذين يعانون من الألم المزمن، إذ وجد أن قمع المشاعر السلبية مثل الغضب يزيد من تقبل العلاج في حين تضخيم تلك المشاعر السلبية يؤثر على التقبل سلبا.
(لكحل رفيقة، 2011، ص50).

3-2-العوامل المرتبطة بالمرض:

إن تشخيص الإصابة بالمرض وما ينجر عنه من حتمية الخضوع للعلاج، لا يثير اضطرابا على مستوى المظاهر الداخلية والخارجية للفرد فحسب، بل يتعدى ظهور إلى ظهور آثار نفسية، وكذا اجتماعية لا سيما حين يصبح المرض باعئا على النبذ و التجريم فإن هذين العاملين يشكلان عائقا هاما أمام تقبل العلاج (Gauchet, p33)
ومما يؤثر على تقبل العلاج أيضا غياب أعراض واضحة للمرض كما هو الحال مع بعض الأمراض المزمنة مما يولد لدى المريض اعتقادا بالسلامة الصحية، هذا من جهة ومن جهة أخرى، معاناة المريض من أمراض أخرى مصاحبة تعرقل الالتزام الجيد بعلاج المرض الأول. (تايلور، ص558).

3-3-العوامل المرتبطة بالعلاج:**والتي تتمثل في:**

- الآثار الجانبية للدواء.
 - فشل المعالجة السابقة.
 - الوقت المستغرق في عملية الفحص.
 - إحساس المريض بأن الطبيب أشركه في عملية اختيار الدواء وطريقة استخدامه.
 - انتظام الزيارات.
 - الشروحات المقدمة من طرف الطبيب حول الآثار غير المرغوب فيها للدواء.
 - عدد مرات تناول الدواء في اليوم: حيث أظهرت بعض الدراسات أن عدد المرات التي يتناول في المريض دواءه تؤثر على تقبله للعلاج، حيث أنه كلما زادت عدد مرات تناول الدواء، نقص تقبل العلاج والعكس.
 - طرق تناول واستخدام الدواء: حيث أثبتت الدراسات أن الذين يتناولون دواءهم عن طريق الفم، أكثر تقبلاً من المرضى الذين يتناولونه بطرق أخرى.
 - طول مدة العلاج حيث أثبتت الدراسات أنه كلما طالت مدة العلاج قل الالتزام بالعلاج.
- (قارة السعيد، 2009، ص 52).

3-4-عوامل متعلقة بعلاقة الطبيب بالمريض:

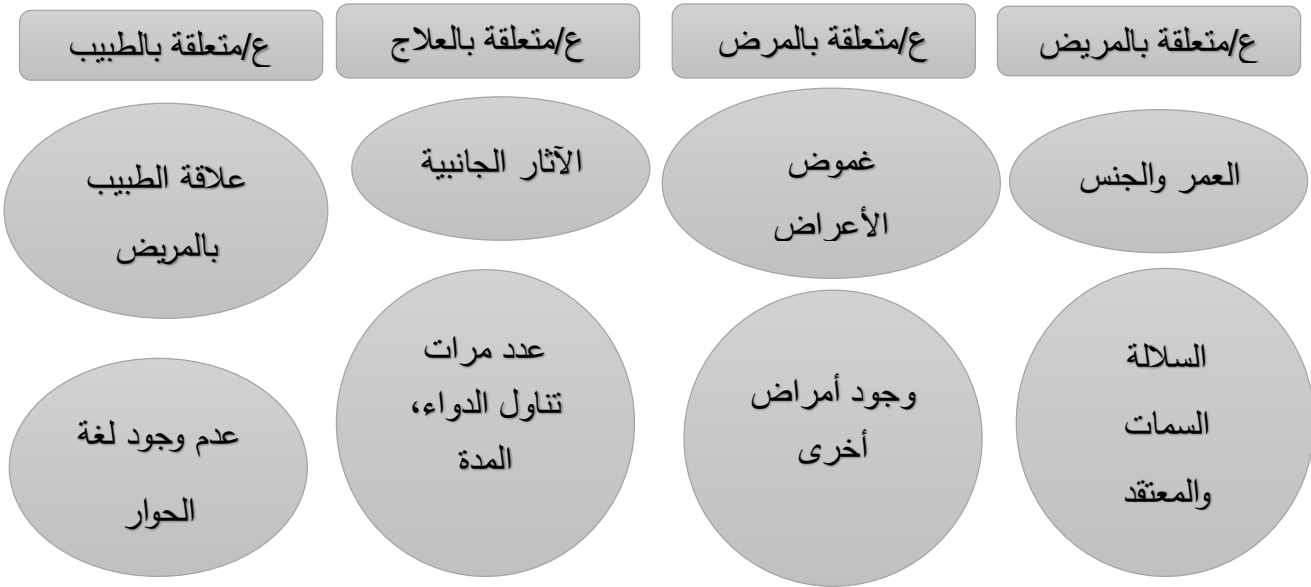
- من أسباب عدم تقبل العلاج لدى المرضى ورفضهم للعلاج عدم وجود الإصغاء من طرف الطبيب، ففي إحدى الدراسات وجد أنه في 23 % من الاستشارات لا يكمل المريض طرح أعراضه وبحث شكاواه للطبيب حتى يتدخل الطبيب ليقاطع المريض قبل نهاية كلامه، وفي 69 % من الحالات بوجه عام بعد اثنا عشرة ثانية من بداية كلام المريض يقاطعه الطبيب.
- (شيلي تايلور، 2008، ص 541-542).

إذن فالعلاقة طبيب / مريض قد تساهم بشكل فعال وترفع من مستوى تقبل العلاج خاصة لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة، إذا كانت هذه العلاقة مبنية على الإصغاء والتفاوض وإشراك المريض في الخطة العلاجية، وشرح المرض وأعراضه

ومضاعفاته بأسلوب بسيط يجعل المريض يتعرف أكثر على مرضه ومضاعفاته وهذا ما يجعله مدركا أكثر لحالته الصحية مما يجعل منه فردا أكثر قابلية لتلقي التعليمات الطبية بالقبول، مما يرفع من درجة تقبل العلاج لديه.

وفيما يلي ملخص للعوامل المؤثرة في تقبل العلاج:

العوامل المؤثرة في تقبل العلاج



شكل رقم: (6) يوضح العوامل المؤثرة في تقبل العلاج (من إعداد الطالب)

4- النظريات المفسرة لتقبل العلاج:

ظهرت عدة نظريات ونماذج حاولت تفسير أسباب وعوامل عدم تقبل العلاج لدى المصابين بالأمراض المزمنة، ومن أهم هذه النماذج ما سنورده كالتالي:

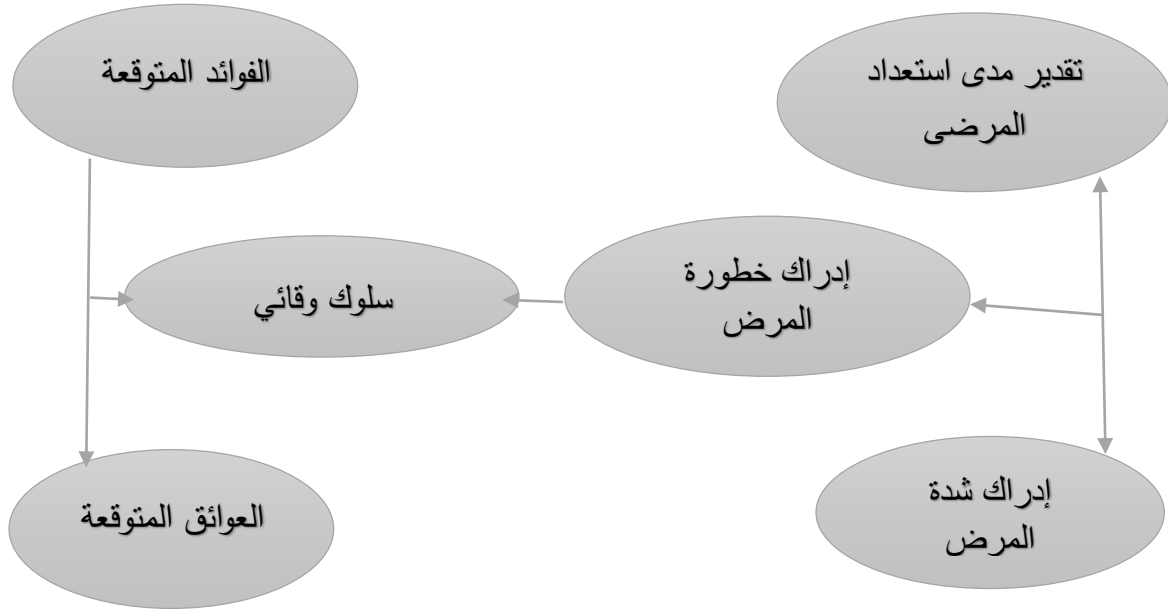
4-1- نموذج المعتقدات الصحية: Rosenstock 1974

ظهر هذا النموذج في بداية الخمسينيات من القرن الماضي من قبل علماء النفس الاجتماعي، وقد كان النموذج يركز على السلوكيات الوقائية لدى الأفراد وكان مجديا في مجال التطعيم والوقاية بصفة عامة، ثم بعد ذلك طور النموذج للتنبؤ وتفسير السلوكيات المتعلقة بالصحة، ولقد اتفق معظم العلماء على أن نموذج المعتقدات الصحية هو أفضل النماذج لدراسة السلوك الصحي وذلك لأنه يتميز بالوضوح كما أنه نتيجة لدراسات نظرية وتطبيقية دقيقة (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص 34).

- ويفترض نموذج Rosenstock أن الناس عادة لا يحاولون اتخاذ إجراء الوقاية من المرض أو مقاومته إلا إذا كان لديهم حد أدنى من الدوافع الصحية والثقافة الصحية، ويرون أن احتمال تعرضهم للمرض وتهديده لهم هو احتمال قائم وبالتالي يقتنعون بجدوى محاولة الوقاية والعلاج، ويتضمن هذا النموذج مبادئ هي:
- استعداد الفرد القيام بسلوك صحي معين يحدد وهو نتائجه وآثاره.
 - تقييم الفرد لفائدة هذا السلوك المقترح ومقارنة هذه الفائدة بما يرتبط بهذا السلوك من تكاليف وأضرار أو معوقات جسمية أو اجتماعية.
 - وجود مثير لسلوك يدفعه نحو البحث عن السلوك الصحي المناسب، قد يكون المثير داخليا (الأعراض المرضية) أو خارجيا (وسائل الإعلام).
 - ويتم تنفيذ السلوك الصحي عندما تتوفر الشروط الآتية:
 - عندما يدرك الفرد ويقتنع أن عدم ممارسة النشاط الصحي ال وقائي سيعرضه لخطر الإصابة بالمرض (التهديد المدرك).
 - قد تكون هناك عواقب وخيمة لامتناع الفرد اتخاذ إجراءات وقائية (الشدة المدركة).
 - أن تكون هناك فوائد متوقعة تعقب اتخاذ إجراءات وقائية. (الفوائد المدركة)
 - أن تكون الفوائد المتوقعة أهم من التكلفة.
 - أن تتوفر قناعة ذاتية أن ممارسة النشاط الوقائي س يؤدي إلى نتائج إيجابية متوقعة.
 - أن تتوفر دوافع داخلية تغذي السلوك الصحي الوقائي وتعززه.

(عثمان، 2011، ص32)

ولقد استخدم نموذج المعتقدات الصحية في دراسة الانضباط الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم، وكذا مرضى السكري سنة 1980 Alogna، وقد أكدت الدراسات ملاءمة النموذج لاستخدامه واقعيا لوضع استراتيجيات لتحسين تقبل العلاج، كما أثبتت فعاليته في مجال الأمراض المزمنة. (Fisher, 2008, p 233)



شكل رقم: (7) يوضح نموذج المعتقدات الصحية

(عثمان يخلف، 2001، ص 33)

4-2- أنموذج مراحل التغيير:

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

ويعتمد مسار التغيير حسب الأنموذج على المراحل الخمسة الآتية:

(مفتاح، 2010، ص 39 40).

4-2-1-مرحلة ما قبل التغيير:

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

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

4-2-2-مرحلة التأمل:

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

4-2-3-مرحلة الإعداد وأخذ القرار:

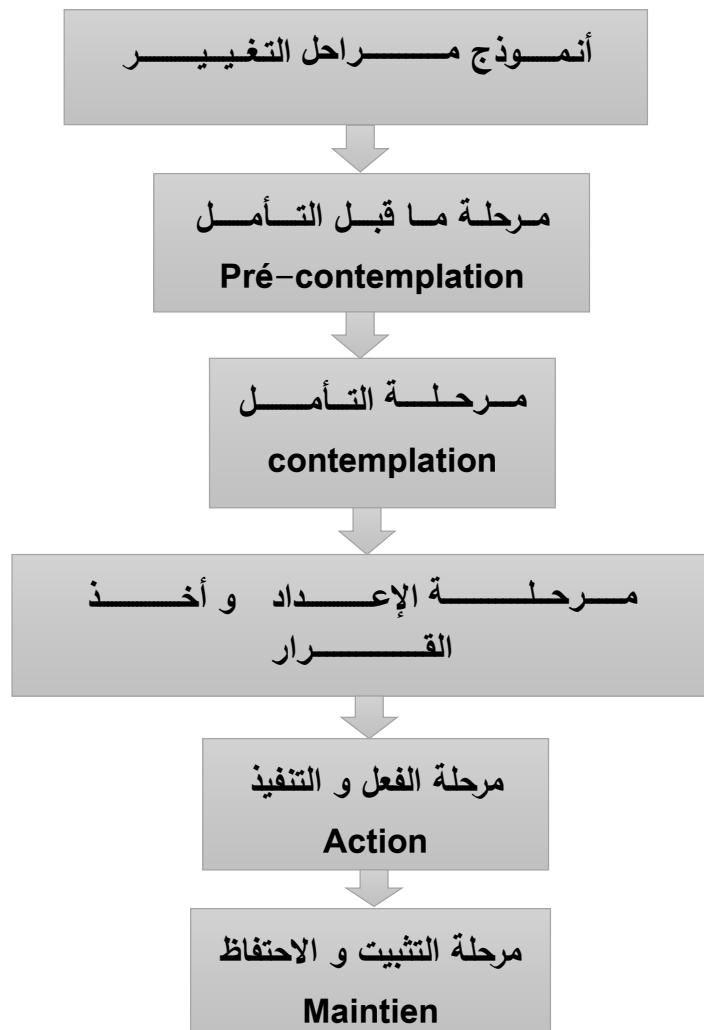
وهي مرحلة النية في التغيير وتكون في الشهر قبل التغيير مع ظهور بعض التعديلات الملحوظة، فالشخص هنا يظهر رغبة في الفعل والعمل ويقدم على خطوات تغيير السلوك المشكل ولكن دون أن يصل بعد إلى الامتناع الكلي عن السلوك.

4-2-4-4-مرحلة الفعل والتنفيذ:

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

4-2-4-5-مرحلة التثبيت والحفاظ :

يعمل المفحوص من خلال هذه المرحلة على تفادي الوقوع في الانتكاسة كما يعمل على تثبيت وتوطيد النتائج التي توصل إليها، ومرحلة الثبات تعني الاستمرارية في السلوك الإيجابي والقدرة على الحفاظ على السلوك الجديد المكتسب والالتزام به، كي يصل المفحوص إلى تعميم سلوكه على وضعيات حياتية أخرى، والشكل التالي يوضح مراحل نموذج التغيير:



شكل رقم : (8) يوضح مراحل تطور أنموذج التغيير (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص 41)

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

4-3-النموذج المعرفي:

طور (ley 1981, 1989) فرضية النموذج المعرفي لتقبل العلاج، والتي مفادها أنه يمكن التنبؤ بتقبل العلاج من خلال الجمع بين رضا المريض عن عملية الاستشارة، وفهم المعلومات المعطاة له والتذكير بالمعلومات وسنفرّد كل عنصر بالشرح كالتالي:

4-3-1-رضا المريض: درس ley رضا المرضى عن الفحص الطبي، واستعرض 21

دراسة للمرضى في المستشفى ووجد أن 41 % من المرضى غير راضين عن علاجهم و28 بالمائة غير راضين عن المعاملة العامة، كما وجد أيضا أن مستويات رضا المرضى تتوافق مع نوعية الاستشارة، ولا سيما الجوانب العاطفية، وكذا الجوانب السلوكية، الكفاءة للقائم على الرعاية.

4-3-2-الفهم: اختبرت العديد من الدراسات مدى فهم المرضى لمضمون الاستشارة

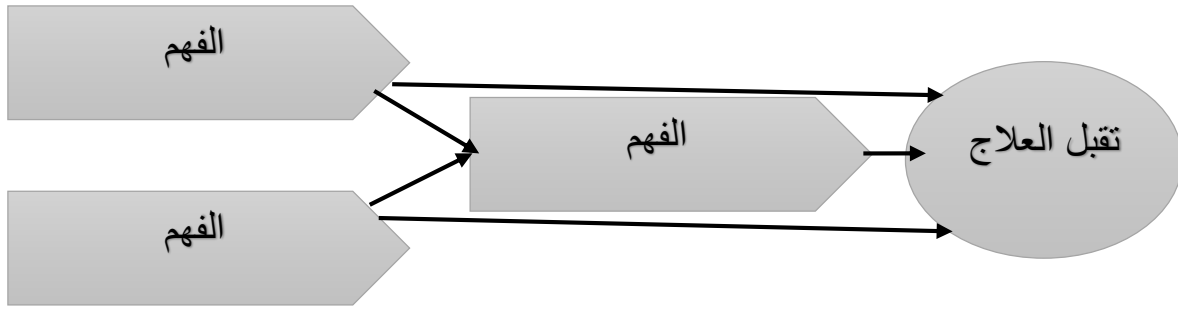
الطبية، من ذلك دراسة Boyle سنة 1970 حيث وجد أن 80% يعرفون التهاب المفاصل، و77% يعرفون اليرقان، و52% يعرفون الخفقان و20% يعرفون موقع المعدة ويشير هذا إلى تدني فهم مضمون الاستشارات.

4-3-2-تذكير المريض: فحص الباحثون عملية استرجاع المعلومات المقدمة خلال

الفحص الطبي فوجدوا 37% منهم لا يتذكر اسم الدواء، 23% لا يذكرون عدد الجرعات، 25% لا يمكنهم تذكر مدة العلاج، وهذا ما يؤثر سلبا على تقبل العلاج لدى المرضى.

(لكحل رفيقة، 2007، ص 65-67)

ولنجاح تقبل العلاج في هذه النظرية نلخص ما سبق في الشكل التالي:



شكل رقم: (9) يوضح النموذج المعرفي لتقبل العلاج (الحل رفيقة، ، ص 67)

4-4- أنموذج التمثلات الصحية 1980 leventhal :

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

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

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

التمثلات المعرفية والانفعالية لتهديد المرض التي توجه سيرورة التكيف وتقييم مخطط التصرف الذي سيتم تنبيهه.

تفترض أن هذه التمثلات هي خاصة بكل فرد ويمكن ألا تتفق مع الحقيقة الطبية، وهي تصورات محددة اجتماعياً تنهياً انطلاقاً من القيم الاجتماعية الثقافية، وهذه السيرورة يمكن أن تختلف سواء بالنسبة للطريقة التي يفكر بها فرد يتمتع بصحة جيدة حول أمراض معينة، أو بالنسبة للطريقة التي يحدد فيها فرد مريض معنى مرضه. (Gauchet, 2008, p 61)

وتنظم السلوكيات المرتبطة بالمرض تبعاً لهذا الأنموذج باشتمالها على خمس مكونات

أساسية هي:

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

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

4-4-1- التمثل المعرفي للمرض: أي تنظيم المعلومات المختلفة المغذات من قبل المحيط وتحدد هذه التمثلات حسب حجم المعلومات وصحتها التي يستقيها المريض، فالمريض يسعى إلى فهم أعراضه ومرضه، لهذا يكون تمثلات معرفية ونماذج سلوكية تسمح له بمواجهة الأخطار الصحية التي قد يتعرض لها، ويستقي المريض معلوماته من الأصدقاء والعائلة، الفريق الطبي ووسائل الإعلام أو من خلال أعراضه أو تجارب سابقة.

4-4-2- الاستجابة الانفعالية للمرض والعلاج: وتنتج أساساً عن تصورات المريض لتحديد المرض وإدراكه لأهمية العلاج.

4-4-3- التسيير المتبني تبعاً للتمثلات: أي الطريقة التي يواجه بها الفرد الوضعية المرضية، سواء بتبني السلوك الصحي من خلال الانضباط بالعلاج طلباً لتحسين حالته الصحية أو من خلال التركيز على تنظيم الانفعالات والتقليل من الآثار السلبية للمرض وما ينجم عنه من ضغط انفعالي.

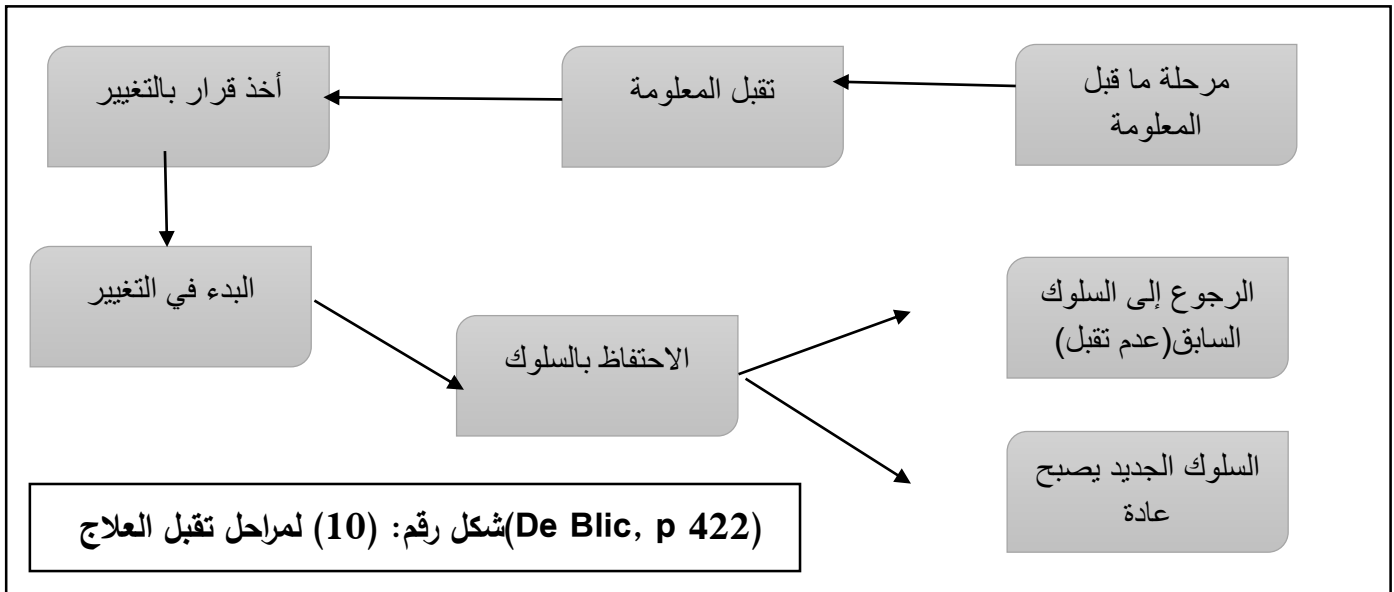
4-4-4- التقييم الذي يقوم به الفرد فيما يتعلق بالاستجابات المنفذة: يقوم المريض بتقييم مدى نجاح استراتيجيات المواجهة التي تبناها، وكنتيجة لذلك يقوم بتعديل التمثلات المعرفية والاستجابات الانفعالية المرتبطة بالمرض ويتبنى استراتيجيات مواجهة أكثر فعالية.

إن آلية التغذية الراجعة تسمح بتفسير تطور التنظيم الذاتي العائد إلى تعديلات المعلومات والتمثيلات وتبنى أنماط استراتيجيات مواجهة جديدة. (gauchet 2008, p62).

5-مراحل تقبل العلاج:

يمر تقبل العلاج بمراحل نذكرها:

- الحصول على المعلومة من طرف الطبيب أو المعالج، حول الحالة الصحية للشخص المريض، بما فيها تشخيص المرض، ومعلومات عن المرض وطرق علاجه.
- تقبل المعلومة أو التشخيص وتقبل الخطة العلاجية.
- أخذ قرار بتغيير السلوك غير الصحي الذي من شأنه أن يضاعف من حدة المرض.
- البدء في التغيير (تبني سلوكات صحية جديدة) بهدف المعالجة والوقاية من المضاعفات المرضية.
- الاحتفاظ بسلوك التغيير. (قارة السعيد، 2009، ص 57)



6- قياس تقبل العلاج:

بالنسبة لتقييم مستوى تقبل المريض للعلاج، فإن ذلك يتم بطرق مباشرة وغير مباشرة:

6-1- الطرق المباشرة:

تتمثل الطرق المباشرة لقياس مستوى تقبل العلاج في:

- إيجاد نسب الدواء ونسب بعض المركبات التي يحتويها الدواء في الدم وفي البول.
- المراقبة.
- تطبيق استمارات ومقاييس تقبل العلاج على المرضى.

6-2- الطرق غير المباشرة:

وهي المتمثلة في:

- الحكم الإكلينيكي على حالة المريض فتحسن حالة المريض تعكس مدى تقبله للعلاج.
- الحكم الذاتي الذي يصدره المريض عن تقبله للعلاج.
- حساب عدد حبوب الدواء بين كل زيارة.
- مراجعة البيانات من الصيدلية، وذلك من خلال مراقبة شراء الأدوية وتجديد الوصفات. (قارة السعيد، 2009، ص 60).

خلاصة:

ومما سبق يمكن القول أن تقبل علاج المرض ضرورة لا جدال حولها، لتفادي أخطار الأمراض خاصة المزمنة منها كالسكري، وكذا التنبؤ بمآل المرض، لذلك لا بد من الحرص على التكفل بالعوامل التي من شأنها عرقلة استجابات المريض الإيجابية للعلاج، خاصة فيما يتعلق بمعتقداته حول المرض و إمكانية الشفاء، وتماتله للعلاج من خلال التركيز على دعم جوانب شخصيته، وتعزيز إدراكه، وتقديم الدعم الاجتماعي الضروري، مما يرفع من مستويات تقبله للعلاج، ويمنحه القدرة على تحمل أعراض المرض، وسلبيات العلاج.

الفصل الرابع: مرض السكري

تمهيد

1- تعريف مرض السكري

2- تاريخ مرض السكري

3- أنواع مرض السكري

4- أعراض مرض السكري

5- العوامل المساعدة على ظهور مرض السكري

6- علاج مرض السكري

خلاصة

تمهيد:

ويعتبر هذا المرض من أكبر أعداء البشرية وأخطرها، إذ أنه يصيب أعدادا كبيرة من البشر في جميع أنحاء المعمورة ومن مختلف الأجناس والأعمار، حيث يشكل معضلة عويصة بالنسبة للصحة العمومية.

بالإضافة إلى ذلك فنجد عواقب وتعقيدات خطيرة تطرأ على حياة الفرد بالتحديد على حياته المهنية العائلية، اليومية والشخصية بصفة عامة، فالمرء يصبح مجبرا على الالتزام ببعض الشروط والالتزامات، وفي بعض الحالات يتخلى عن بعض الواجبات والأدوار اليومية له وعلى كل التصرفات التي كان يمارسها في الماضي انطلاقا من الأكل والعمل والنشاطات اليومية، وكل هذه التغيرات يمكن أن تصور لنا معاناة هؤلاء الأشخاص الذين أصبحت حياتهم مقيدة ومهددة بالخطر في آن واحد، لأن الحياة الجديدة لهم تتطلب الحيطة والحذر والاعتناء بالصحة لتفادي مضاعفات هذا المرض العضال.

وعلى العموم فإن السكري يؤثر على حياة الفرد ويجعله يعيش في قلق شديد وفي وضعية عدم الأمن والاستقرار، ولكن يمكن التغلب على هذه المشاعر والأحاسيس إذا عرف المريض كيف يتكيف مع مرضه في شتى نواحي الحياة وذلك بقليل من المعرفة على المرض وأخطاره، وبالتالي يمكن له أن يعيش حياة سعيدة كباقي أفراد المجتمع الآخرين.

وعلى أساس ذلك وقبل الشروع في تفاصيل هذه الدراسة لا بد من التطرق في هذا الفصل إلى داء السكري من مختلف جوانبه الممكنة لتتعرف أكثر ونتبين طبيعة هذا المرض.

1-تعريف مرض السكري:

تتفق أغلبية المعاجم والمراجع الطبية على التعاريف نفسها، ومن أبرز هذه التعاريف نذكر ما يلي:

إن كلمة **diabetes** مشتقة من فعل يوناني يعني "الانتقال عبر **Pass throw**" وهذه الكلمة الأخيرة تعني أن الكلية تقوم بتصفية المواد التي تمر بها. (Gérard Pacaud, 1995, p11).

أما تعريف المنظمة العالمية للصحة OMS تعطي أول تعريف بسيط لداء السكري، حيث تعرفه على أنه حالات الإفراط السكري **hyperglycaemia** ويعني زيادة معدل الجلوكوز في الدم، وهذا الداء من الأمراض المزمنة والوراثية والتي تتوقف على عوامل وراثية وهو الأكثر شيوعاً. (Gérard Pacaud,1995, p12).

و قد تتفق معظم المعاجم الطبية والكتب على أن داء السكري هو " اضطراب في التمثيل الغذائي للمواد الكربوهيدراتية (السكريات والنشويات) والمواد البروتينية والدهنية التي يحتاجها الجسم وينتج عن ذلك فقدان خلايا الجسم لبعض كل من قدرتها على استساغة المواد السكرية التي تصلها عن طريق الدورة الدموية عقب عمليات الهضم والامتصاص فتزداد كمية السكر في الدم ويظهر في البول مع مواد سامة أخرى أحياناً" (حامد محمد الهرساني، 1965، ص11).

وذلك نتيجة لاختلال أو إتلاف الغدة الصماء في جسم الإنسان اسمها البنكرياس التي تكون عاجزة عن إفراز هرمون الأنسولين الذي يعمل على تخفيض نسبة السكر في الدم. أما التعريف الأكثر دقة لهذا الداء هو أن المريض بداء السكري يصبح جسمه غير قادر على هدم الطعام والاستفادة منه كما ينبغي فتتراكم كميات السكر في الدم، بدلا من أن تحترق للحصول على الطاقة ويبدأ بعضها في الخروج من الجسم مع البول، كذلك تزداد في الدم كمية الدهون التي يحصل عليها الجسم من الطعام كالزبد والجبن...الخ دون الاستفادة منها، كما تتحول كمية من المواد البروتينية من اللحوم والأسماك إلى السكريات بدلا من أن تستخدم بواسطة الجسم في بناء العضلات وتجديد الأنسجة التالفة ومع مرور الوقت تبدأ هذه الكميات

المتراكمة من السكر في الدم في إتلاف بعض أعضاء الجسم المختلفة كالعينين والكليتين والأعصاب وغيرها من الأعضاء، ويرجع السبب في كل هذه المشاكل إلى شيء واحد وهو عدم قدرة جسم المريض على إفراز كمية كافية من الأنسولين (لهدم المواد السكرية الذي يرجع أساسا إلى إتلاف أو عجز البنكرياس على أداء وظيفتها). (أيمن الحسيني، 1988، ص7).

2-تاريخ مرض السكري :

إن مرض السكر من الأمراض العضوية التي شغلت عقول البشرية منذ معرفتهم إياه، حيث كان شائعا في قديم الزمان، وقد كان يسمى بـ " بول " و مع مرور الزمن اكتشفوا بأن بول المريض له طعم حلو المذاق، لذا أضيفت هذه الصفة إلى التسمية الأولى وأصبح اسمه الحقيقي البول السكري "ديابيت ميليتوس"، وهذه الكلمة الأخيرة هي كلمة لاتينية تعني الحلو كالعسل. (أمين رويحة، 1973، ص11).

لقد عرف هذا المرض قديما، حيث عرفه الإغريق و أطلقوا عليه اسم **Mellitus** **Diabetes** ديابيت مليتوس عندما لاحظوا كثرة تبول المصاب به، كما جاء ذكره في ورقة البردي المسماة "بردي إبيرز" عند قدماء المصريين، أما عند الصينيون فقد عرفوه منذ القرون الأولى قبل الميلاد وكانوا يشخصونه بواسطة تذوق بول المريض لمعرفة ما إذا كان يحتوي على سكر يجعل طعمه حلو المذاق أم لا. (حامد محمد الهرساني، 1965، ص40).

إن الإسهامات العربية تتمثل في إسهام "ابن سينا" الذي وصفه وصفا رائعا ويقال أنه لاحظ أن بول مريض السكر طعمه حلو المذاق، كما أنه وصف (شخص) مضاعفات المرض، وهو أول من تكلم عن الغرغرينا وعلاقتها بمرض السكر، كما أنه تطرق إلى السل و اعتبره من المضاعفات الخطيرة لداء السكري.

بالإضافة إلى كل ما سبق فإن أول من عالج هذا المرض وتطرق إليه بطريقة علمية هو الطبيب الانجليزي وليز **Willis** في القرن الـ17، حيث أكد على وجود مادة سكرية عضوية في بول أحد المصابين به، وبالرغم من ذلك إلا أن مميزات المرض لم تعرف تماما في ذلك الوقت. (حامد محمد الهرساني، 1965، ص13).

وجاءت مرحلة هامة من التطور التاريخي لهذا المرض مع العالمان أوسكار منكوفسكي و **Mankowski Oskar** و فون ميرنج **Von Mering** اللذان اكتشفا علاقة البنكرياس مع مرض السكر عام 1889 عندما وجد بأن الاستئصال الكامل لغدة البنكرياس يكون سببا في الإصابة المميتة لداء السكري في كلاب تجاربهم.

أما بالنسبة للاكتشافات المبنية على المنطق فإنها تعتبر مرحلة أساسية في تاريخ هذا المرض وقبل زمن بعيد كان العلماء يتخبطون خبط عشوائي في تعليل وجود السكر في البول وكانوا يعتبرونه عرضا مجهول السبب حتى أوائل القرن العشرين حين انحصر البحث في غدة البنكرياس وبالأخص في خلايا خاصة في هذه الغدة تدعى خلايا جزر لانجرهانس عندما اكتشف بأنها تفرز الأنسولين، وكان هذا الاكتشاف نصرا عظيما للجنس البشري.

لقد تابع و واصل العلماء جهودهم لفصل مادة الأنسولين من الخلايا الخاصة في البنكرياس منذ بداية عام 1900 أي منذ بداية القرن 20 العشرين، حتى توصل العالمان الطبيبان الكنديان " باننج **Banting** و بست **Best**" في عام 1921 إلى الحصول على مادة الأنسولين، وكان هذا نصرا عظيما للبشرية جمعاء، حيث تم استخلاص الأنسولين من بنكرياس الحيوانات، ثم تابع العالمان تقدمهم في تحسين استخلاصه بتقنية دور وإنتاج الأدوية في تحضيره من غدة بنكرياس الحيوانات كالبقر.

وتأكد هذا التقدم الطبي في العام الثاني من اكتشاف الأنسولين، عندما حقن مريض بالسكر عمره 14 سنة بمستشفى " تورنكو" بكندا وهو في حالة غيبوبة عميقة نتيجة لارتفاع السكر في الدم إلى خمسة أضعاف المستوى العادي ثم حقنه بالأنسولين فانخفض السكر في دمه واستعاد وعيه واسترد قواه، وكان هذا هو أول مريض في العالم يعطى مادة الأنسولين التي أنقذت حياة الملايين من البشر فيما بعد. (محمد رفعت، 1974، ص 7-8).

بعد هذه الاكتشافات ظهرت بحوث طبية أخرى باكتشافات هامة في مجال مرض السكر، منها اكتشاف الأنسولين طويل المفعول الذي خفض عدد الحقن اللازمة للمريض إلى واحد فقط في اليوم، ونظرا للصعوبات التي كانت تواجه المرضى من جراء الحقن بالأنسولين، حاول العلماء و الباحثين منهم اكتشاف عقاقير تؤخذ عن طريق الفم وتساعد على تحقيق هدفهم في

التخفيف من آلام المرض ومنع مضاعفاته أو الوقاية منه، حيث حاول الأطباء إعطاء الأنسولين عن طريق الفم ولكنهم فشلوا لأنه يفقد مفعوله عندما يتعرض لتأثيرات العصارة المعوية بعد البلع، ورغم ذلك فإن البحث استمر عن العقاقير التي تؤثر في ارتفاع كمية السكر في الدم ويحقق انخفاضه للنسبة العادية ويساعد على اختفاء السكر في البول، وفي سنة 1945 أعلن الألمان أنهم اكتشفوا أقراصا جديدة تقلل من نسبة السكر في الدم وتخفيه تماما من البول.

وبدأ الأمريكيون في إنتاج الأقراص واستعمالها على آلاف المرضى في المستشفيات ومراكز السكر، ثم أعلنوا أنهم غير مطمئنين لاستعمالها، لكن كثير من البلدان الأوروبية تستعملها الآن. (حامد محمد الهرساني، 1965، ص 188-189).

وبعد هذه الجهود توصل العلماء إلى معلومات أفضل وكثيرة فيما يتعلق بالأساليب الطبية والأساسية لمكافحة المرض، بواسطة تنظيم الغذاء والتدريبات الرياضية.

3-أنواع مرض السكري:

ينقسم هذا المرض إلى نوعين رئيسيين هما:

3-1-مرض السكري الخاضع للأنسولين Diabetes Dependent on Insulin:

يعتبر مرض السكر الخاضع للأنسولين من أخطر وأشد أنواع مرض السكر وهو يصيب عادة الأطفال والشباب خاصة، وغالبا ما يأتي فجأة، والمريض به يكون نحيف الجسم. (جمال غوردون، 1964، ص 3).

وقد يطلق عليه نمط سكر شبابي، ويوجد بنسبة 10 إلى 15 % من مرضى داء

السكري (ليونارد جاكوت، 1993، ص 50).

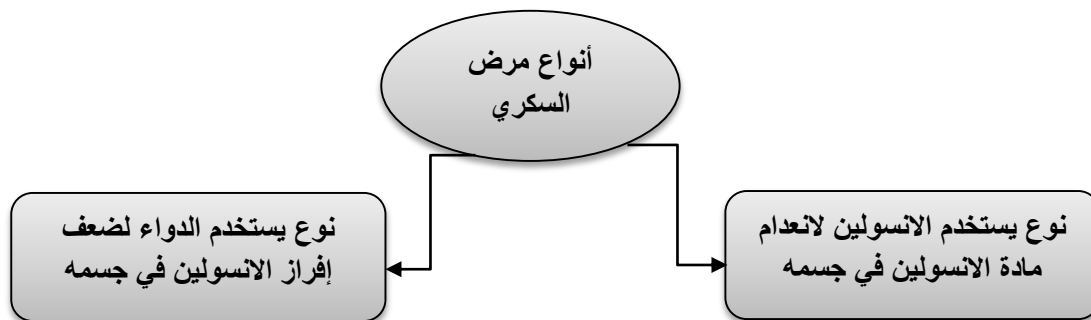
ومن مميزات هذا النوع أنه لا يوجد لديهم إطلاقا الأنسولين في بلازما الدم وذلك نتيجة لوجود قصور تام لوظيفة البنكرياس التي تتمثل في إفراز الأنسولين الذي يعمل على تخفيض نسبة السكر في الدم.

3-2- مرض السكري غير الخاضع للأنسولين Diabetes no Insulin

:Dependent

إن هذا النوع من أخف أنواع المرض وهو بسيط وعادة ما يصيب الإنسان في سن متأخرة ما بعد 40 سنة أي في نهاية متوسط عمر الحياة أي ما بين 45-55 سنة وما فوق وغالبا ما يسمى سكر الكبار، ونجد أن الوراثة لا تلعب دورا في هذا النمط من المرض، كما أن هذا النوع هو الأكثر شيوعا وانتشارا من النوع الأول، ويتواجد بنسبة 85 إلى 90 % بالنسبة للمصابين بداء السكري. (ليونارد جاكوت، 1993، ص250).

وعلى العموم فإن السبب الرئيسي لهذا النوع هو أن البنكرياس تنتج الأنسولين بكمية أقل من الطبيعي، يعني ذلك أن نسبة إفراز الأنسولين قليلة، وعليه فإن العلاج الرئيسي لا يعتمد على الحقن اليومية للأنسولين بل يتطلب استعمال وتناول الأقراص وإتباع حمية غذائية معينة، حيث أن هذه الأقراص تحث البنكرياس على إفراز الأنسولين وتخفيض نسبة الجلوكوز في الدم. في هذه الحالة نجد أن بول المريض لا يحتوي على أسيتون إطلاقا، وهذا هو أهم فرق بين نوعي المرض. (جمال غوردون، 1964، ص30)



شكل رقم: (11) يوضح أنواع مرض السكري (من إعداد الطالب)

4- أعراض مرض السكري:

يظهر السكر الخاضع للأنسولين بشكل فجائي وسريع، تكون أعراضه شديدة وواضحة منذ البداية، أما النوع الثاني يبرز تدريجيا، وتتضح أعراضه مع الوقت، وقد لا يكشف إلا بالصدفة أي من خلال تحليل البول أو الدم، وأحيانا يتم تشخيص المرض من المضاعفات

وليس الأعراض، وغالبا ما تكون في مرحلة متقدمة نسبيا، فإن لم يلاحظه ويعلم به الطبيب أو أهمل علاجه فإنه يشتد ويتقدم حتى يشعر المريض بأن هناك شيء غير طبيعي يطرأ عليه، لأن بعض الأعراض تخدع أعداد كبيرة من المرضى.

إن الأعراض الأكثر شيوعا بين المرضى، هي العطش وهو كثرة شرب الماء، فالمريض يشكو من أن فمه جاف ولعابه لزج، فيشرب مرطبات وماء بكثرة فيزيد مقدار عطشه وهكذا. (جمال غوردون، 1964، ص29).

ويعود سبب هذا العطش إلى ارتفاع نسبة السكر في الدم والأنسجة مما يسبب إفراز السكر من الجهاز البولي وظهوره في البول، وعند إفرازه تذهب معه كمية كبيرة من ماء الجسم ولذا تزداد كمية البول، وكلما زادت كمية البول تضاعفت رغبة المريض في شرب الماء لتعويض أنسجة الجسم وأغشيته المخاطية، مما فقدته من ماء.

(حامد محمد الهرساني، 1965، ص61)

ونتيجة شرب الماء والمواد السائلة بكثرة، فإن المصاب يتبول كثيرا حتى تصل كمية البول في بعض الأحيان إلى كميات كبيرة جدا، كما أنه يظهر السكر في البول مع ظهور سم يسمى أسيتون، ونجد في هذا الصدد أن الجوع وكثرة الأكل ينتاب كثيرا المريض، حيث أن جسم هذا الأخير لا يختزن السكر من الغذاء كالشخص الطبيعي، فجسمه يحتاج دائما لغذاء من الخارج باستمرار لذلك فإنه يأكل كثيرا وسرعان ما يجوع وهذا كله ناتج عن كثرة السكر المفقود في البول، حيث يشعر المريض بهذه الظاهرة عادة عند نهاية وجبة طعامه.

(جمال غوردون، 1964، ص29).

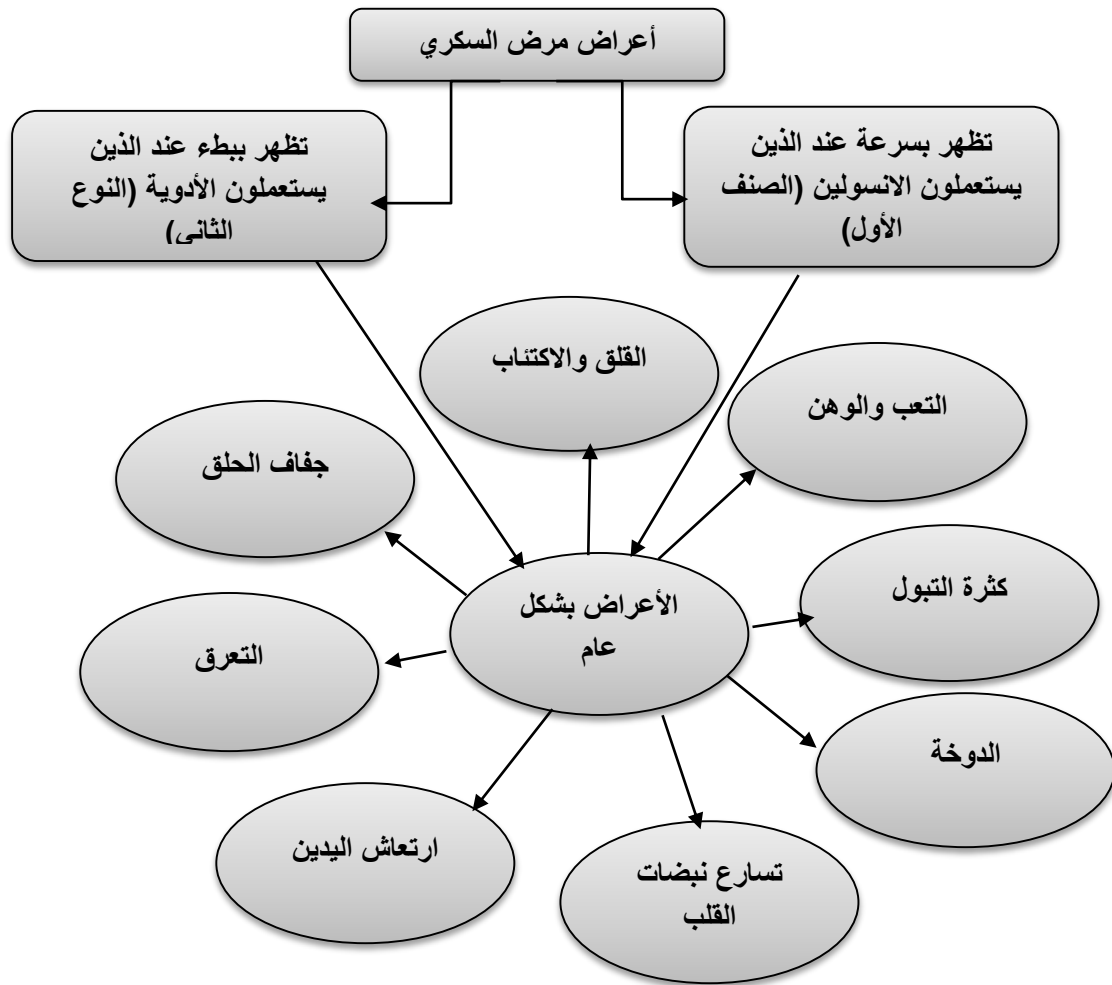
كما يصاحب المريض الضعف العام والشديد المصحوب بالتعب والوهن والدوخة والغثيان مع نقص الطاقة وفقدان الوزن خاصة إذا كان المريض بدينا.

أما الأعراض النفسية فنجد القلق والاضطراب النفسي والأرق وانخفاض الذاكرة وذلك من كثرة الشكوى بهذه الأعراض، فيصبح الفرد قلقا جدا وخائفا، كما أنه يضطرب نفسيا وينسى كثيرا.

وتوجد أعراض أخرى تتمثل في الأعراض الجلدية كالشعور الشديد بالحكة التي كثيرا ما تعذب المصاب بشدتها وتقلق راحته، ومن الأعراض التي تظهر في الجلد هي الفقاعات القيحية ودمامل وتعفونات.

كما نجد الأعراض في اللثة والأسنان، حيث أن في هذه الحالة تصاب الأسنان بالتغلغل والسقوط دون إصابتها بأي عطب ظاهر، كما يعاني المصاب من أعراض تظهر آلام في المعدة ترافقه نزلات معوية إسهال، أو كسل معوي إمساك، بالإضافة إلى ذلك تظهر أعراض في الأوعية الدموية كتعرض هذه الأخيرة إلى إصابتها بأمراض مختلفة تظهر على أصابع اليدين أو القدمين، إذ يشعر المصاب بآلام، كما يزرق لون الأصابع وتصاب باضطرابات الحساسية نتيجة لتوقف الدورة الدموية فيها، إلى جانب الأعراض السابقة فإن الغدة التتاسلية تصاب باضطراب، حيث أنه تتفاقم أعراض هذا المرض كثيرا أثناء الحمل والنفاس ولكن أصبحت هذه الظاهرة الخطيرة من النواذر الإصابة بها بعد اكتشاف الأنسولين.

والأعراض الأخرى تتمثل في العينين، حيث تصاب العينين بأضرار عند مرضى السكري، مما تضعف الرؤية، ولكن هذه الإصابة تزول مع العلاج، كما يمكن أن يحدث هذا المرض تبدلات مرضية في الشبكية داخل العين وإصابات أخرى في العين نتيجة للاضطرابات في استقلاب الغذاء. (أمين رويحة، 1973، ص 13-14-15-16).



شكل رقم (12) يوضح بعض أعراض مرض السكري (من إعداد الطالب)

5-العوامل المساعدة على ظهور مرض السكري:

إن مرض السكري من الأمراض المزمنة الأكثر شيوعاً في العالم، وهو يصيب الجنسين معا في مختلف أطوار العمر، إذ أن مرض السكر يرجع إلى خلل بالتمثيل الغذائي يتميز أساساً بارتفاع مستوى الجلوكوز في الدم عن معدله الطبيعي، والسبب في ذلك يعود إلى نقص هرمون الأنسولين الذي تفرزه البنكرياس، فإذا انعدم الأنسولين كلياً فإن البنكرياس عاجزة كلياً تماماً عن أداء وظيفتها، ومن ناحية أخرى يمكن أن يكون الأنسولين غير كاف بسبب عجز البنكرياس جزئياً على إفراز الأنسولين.

و بالرغم من الأبحاث، إلا أن العلماء لا يزالون عاجزين على حل ألغاز هذه الإصابة التي غالباً ما تظهر فجأة دون سابق في سن معين من عمر الإنسان إلا أن الأبحاث العلمية

تؤكد، تثبت بصورة واقعية العوامل التي تساعد على توليد وتقاوم الإصابة بالمرض، ومنها ما يلي:

5-1- نقص الأنسولين:

الأنسولين هو الإفراز الداخلي لغدة البنكرياس وهو القوة المسيطرة على عملية هضم المواد الكربوهيدراتية، فإذا نقص إفراز كمية الأنسولين لسبب من الأسباب فإن اضطراباً في عملية الاستحالة الغذائية سينتج عن ذلك ويرفع السكر في الدم، والخلايا في باقي الجسم لا تستطيع استساغة كمية السكر المرتفعة في الدم لقلّة وجود كمية الأنسولين في الدم، وهكذا نجد أن كمية السكر مرتفعة في الدم وربما ظهرت في البول عندما تزداد الكمية في الدم عن قدرة منسوب الحجز السكري في الكليتين.

(حامد محمد الهرساني، 1965، ص 42-43).

5-2- السمّنة:

لقد أثبتت علمياً أنه توجد علاقة وطيدة بين السمّنة ومرض السكر، حيث لوحظ أن مرض السكر يصيب السمان أكثر من النحاف فهناك احتمال أن زيادة تناول السعرات الحرارية لفترات طويلة من الزمن يضعف من مقدرة الخلايا الخاصة بإفراز الأنسولين في البنكرياس والتي تسمى خلايا بيتا، مما يؤدي إلى ظهور مرض السكري.

(أيمن الحسيني، 1988، ص 80).

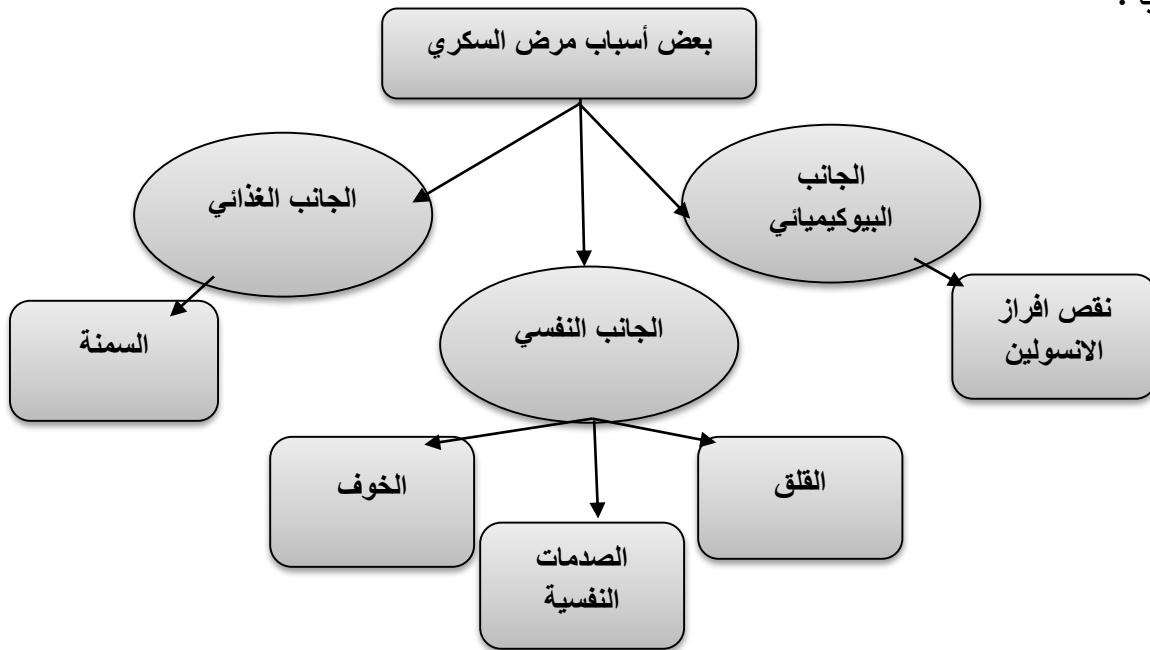
وفي هذا الصدد دلت الأبحاث العلمية أن من بين 10 من مرضى السكري فوق سن 40 سنة نجد 9 منهم سمان (يعانون من السمّنة) أو كانوا سمان في وقت من الأوقات وواحد فقط نحيف. (محمد رفعت، 1974، ص 22).

5-3- الصدمات النفسية:

لا شك أن للانفعالات النفسية في بعض الحالات، تأثيراً باعثاً للإصابة بمرض السكر إن وجد الاستعداد لها، وبدون وجود هذا الاستعداد لا يمكن للعوامل النفسية، كالقلق والخوف وغيرها أن تسبب الإصابة بمرض السكر، وإلا لأصبح المرض منتشراً بين جميع الجنود المحاربين في الميدان، وأكثر المصابين بمرض السكري يزعمون أن المرض عندهم ظهر عقب

تعرضهم لهزة نفسية، لكن في الواقع أن الإصابة كانت كامنة عندهم من قبل تعرضهم للهزة النفسية، وأن الهزة زادت الأعراض تفاقماً، (فخيل للمصاب أنها كانت الباعث المباشر للإصابة بالمرض) (أمين رويحة، 1973، ص 11).

إن العنف الخارجي، أيضاً يكون سبباً في انفجار مرض السكر، فكل حادثة أو حالة مزعجة تمر بالإنسان إلا وتتسبب في انقلاب السكر من مكانة، إذ كان الفرد لديه الاستعداد والقابلية.



شكل (13) يوضح بعض العوامل المساعدة على ظهور مرض السكري (من إعداد الطالب)

6- علاج مرض السكري:

يمكن تلخيص القواعد الأساسية التي يركز عليها العلاج فيما يلي :

6-1- الحمية الغذائية:

تعني وضع خطة لنوعية وكمية الأغذية المختارة وزمن تناولها، والغاية من هذه الخطة هي إنقاص الوزن الذي يشكل علاجاً مثالياً للسكري في بعض الأحيان، حيث يراعى في هذه الوجبات سن المريض، وزنه، كمية الأنسولين الموجودة لديه وعمله اليومي أي نشاطه الجسمي والأطعمة المفضلة لديه (الياسن الأسمر، 1994، ص 110-111).

6-2- الأنسولين:

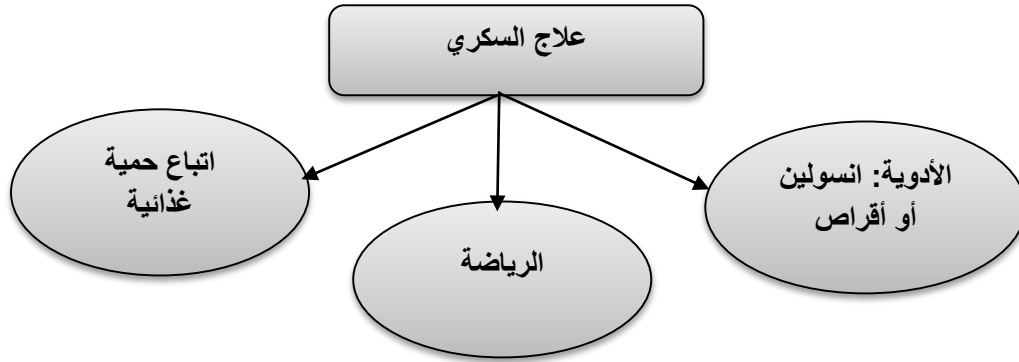
الأنسولين هو أحد الهرمونات الطبيعية التي تفرز من طرف غدة البنكرياس في الجسم ووظيفته تنظيم عملية استقلاب الكربوهيدرات في الجسم والإشراف عليها، فإذا شح إفراز الأنسولين لسبب ما حدثت الإصابة بمرض السكري. والأنسولين الذي يباع في الصيدليات هو مادة استخرجها مكتشفها من غدة البنكرياس من الحيوانات، ويستعمل هذا الدواء علاجا فعالا لدى المرضى المصابين بداء السكري الخاضع للأنسولين (جمال غوردون، 1964، ص 49).

6-3- الأقراص:

إن السيطرة على داء السكري بواسطة الأقراص الطبية التي تؤخذ عن طريق الفم تقتصر فقط على حالات السكر الخفيفة السكر غير الخاضع للأنسولين، إذ أن من شأن هذه الأقراص أن تثير هرمون الأنسولين (الكامن) في غدة البنكرياس، والأنسولين لا يكمن في البنكرياس إلا عند المصابين السمان أو الذين هم في سن الشيخوخة (أمين رويحة، 1973، ص 30).

6-4- الرياضة:

إن الرياضة هي إحدى الأعمدة الثلاثة التي يركز عليها مرض السكري والتي تساعده على التحكم في الداء، إذ أن معظم الأبحاث العلمية تؤكد على فعالية التمارين الجسدية في علاج الأمراض المزمنة بالتحديد داء السكري، وعليه فإن أنواع الرياضات الأكثر تلاؤما لمعالجة مرضى داء السكري هي ممارسة المشي النشط والجري والسباحة، حيث أن فوائد الرياضة لا تركز فقط على إنقاص الوزن بل تتعدى ذلك فهي تحدث انخفاضا في كمية السكر في الدم عن طريق حرق السكريات الموجودة في الجسم، وبالتالي التقليل من عبء البنكرياس ومن الحاجة إلى الأنسولين أو الأقراص، كما أنها تخفض من نسبة الدهون في الدم وتبعد حدوث الأزمات القلبية وتحسن من حالة الدورة الدموية. كما أنها تساعد على سلامة وصحة الأوعية الدموية وتحافظ على قوام العضلات. (أيمن الحسيني، 1988، ص 45).



شكل رقم: (14) يوضح بعض العوامل المساعدة على علاج السكري
(من إعداد الطالب)

خلاصة:

من خلال العرض السابق نستخلص من ذلك أن مرض السكر من الأمراض الخطيرة التي عرفت منذ آلاف السنين، حيث يصيب كل الفئات العمرية والجنسية معا ولكن بدرجات مختلفة، وهذا المرض له شكلين، داء السكري الخاضع للأنسولين وداء السكري غير الخاضع للأنسولين، فالأول أشد خطرا على الفرد يعتمد بالدرجة الأولى على استعمال الأنسولين يوميا عكس النوع الثاني الذي يصيب ما بين 40 سنة وما فوق وهو بسيط يعتمد علاجه على الأقرص، والأعراض الشائعة لداء السكري هي كثرة التبول، شرب الماء والجوع باستمرار. ويعتبر الإهمال في المعالجة والوقاية من هذا الداء أخطر التصرفات التي يرتكبها الفرد، حيث ينتج عن هذا السلوك مضاعفات عديدة تؤدي إلى عجز وإتلاف في بعض خلايا العضوية، حيث أن الجهاز العضوي يفقد بعض وظائفه. وأغلب هذه المضاعفات والأكثر شيوعا هي مشاكل الدورة الدموية والقلب، الكليتين والعينين. وعليه يتطلب هذا المرض نوع من العلاج والوقاية منها ما يفرض من طرف الطبيب كالعلاج بالأنسولين والأقرص، ومنها ما يتوقف على قدرة ومعرفة المريض، كالقيام بالرياضة والابتعاد كليا عن المأكولات الضارة بالصحة.



الجانبة

الميداني

الفصل الخامس: الإجراءات الميدانية

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية

2- المنهج المستخدم في الدراسة

3- مجالات الدراسة

4- أدوات الدراسة

5- الخصائص السيكومترية

6- الأساليب الإحصائية

خلاصة

تمهيد:

إن أي دراسة علمية تستدعي إتباع إجراءات منهجية مضبوطة ومدروسة وخطوات علمية صحيحة لكي يتسنى للباحث الوصول إلى نتائج أكثر صدقا وصحة، كما يمكن الوثوق والعمل بها، ولأن وضوح المنهج وما يبني في إطاره من تصميم محكم، وما يوفره من خصائص سواء تجانسها أو سلامة طرق تحديدها وحصرها وكلها أمور لا بد منها في البحث العلمي، وكذا لا ننسى أدوات البحث وما تتميز به من خصائص سيكومترية تدل على الصلاحية، إضافة إلى ملائمة الأساليب الإحصائية التي يستدل بها على صحة أو عدم صحة فرضيات الدراسة والتي قد سبق للباحث وأن صاغها، كل هذه الإجراءات تساعد في الوصول إلى نتائج ذات قيمة علمية.

وهذا ما سنحاول مراعاته من خلال الحرص على إتباع خطوات صحيحة ومنظمة، انطلاقا من الأدوات المستعملة في الدراسة سواء الأدوات البحثية أو الإحصائية، مروراً بالمنهج المناسب وبعدها تعريف العينة وأهم خصائصها ومكان الدراسة وفي الأخير سنقوم بعرض بسيط ومختصر لطرق استعمالها لغرض الفائدة العلمية.

1. الدراسة الاستطلاعية:

قبل أي دراسة ميدانية لابد على الباحث من القيام بدراسة استطلاعية للمكان الذي تجري فيه دراسته الفعلية ومختلف الجوانب التي تخدم الدراسة. تتميز الدراسة الاستطلاعية ورغم تأخرها عن محتويات الفصول بأنها أول خطوات البحث وأكثرها أهمية من حيث أنها توجه الباحث نحو نظام معين ومحكم، كما أنها تساعد الباحث على إلقاء نظرة عامة حول جانب الدراسة الميدانية لبحثه، فتسمح له من التأكد من ملائمة مكان الدراسة للبحث ومدى صلاحية الأداة لجمع البيانات.

وإقدامنا على هذه الخطوة كان بغرض تحقيق مجموعة من الأهداف من بينها:

- التعرف على ميدان الدراسة.
- تحديد عينة الدراسة و امكانية الحصول عليها.
- التعرف على حجم مجتمع البحث قصد تحديد حجم العينة وكيفية اختيارها.
- التأكد من الخصائص السيكومترية لأداة البحث.
- الوقوف على حيثيات مجال الدراسة، من حيث الوقوف على الحدود المكانية والزمنية التي يشغلها مجتمع الدراسة.

وللوصول لهذه الأهداف طبقت الدراسة الاستطلاعية على عينة قدرها 30 فردا مصابا

بداء السكري، والجدول التالي يوضح خصائص العينة:

جدول (01): يوضح عينة الدراسة الاستطلاعية.

مدة الازمان		صنف المرض		العينة
أكثر من	أقل من	الصنف الثاني	الصنف الأول	
5سنوات	5سنوات	(بدون انسولين)	(الانسولين)	30
16	14	16	14	

2- المنهج المستخدم في الدراسة:

إن الدراسة الميدانية لكل بحث تتطلب اتباع منهج معين، لذا نجد أن هناك العديد من المناهج المختلفة، بحكم اختلاف مواضيع البحث والزوايا التي ينظر إليها الباحثون للموضوع، فكل باحث يتبنى المنهج الذي يتوافق وطبيعة موضوعه، وكذا بالنسبة لدراستنا فقد اعتمدت على المنهج الوصفي الارتباطي لأنه الأنسب لموضوع الدراسة كوني ركزت على معرفة العلاقة بين مستوى التدخين و تقبل العلاج، غير أن معظم علماء المنهجية يعدون المنهج الارتباطي أحد أنواع المنهج الوصفي وأسلوب من أساليب تطبيقه، إلا أن كثرة تطبيقه في البحوث السلوكية جعل بعضهم يعرضونه مفصلاً في كتاباتهم، وبعضهم عده منهجاً قائماً بذاته، ولم يعرضه كفرع من المنهج الوصفي.

فالبحوث الارتباطية تهدف إلى اكتشاف ووصف قوة الارتباط بين المتغيرات المختلفة فيعرف العساف البحث الارتباطي بأنه " ذلك النوع من أساليب البحث الذي يمكن بواسطته معرفة ما إذا كان هناك ثمة علاقة بين متغيرين أو أكثر، ومن ثم معرفة درجة تلك العلاقة" حينما نرغب في معرفة العلاقات المتداخلة بين المتغيرات مثل نوع العلاقة بين مستوى التدخين وتقبل العلاج، فهنا يأتي دور البحوث الارتباطية؛ ففيها تبذل المحاولات لاكتشاف العلاقات بين المتغيرات، أو توضيحها عن طريق استخدام معاملات الارتباط، ومن خلال اكتشاف هذه العلاقات يمكن التنبؤ بالمتغيرات موضوع الدراسة.

(العساف أحمد، 2010، 261).

3- مجالات الدراسة:

تتضمن مجالات الدراسة الميدانية ثلاثة مجالات (المجال المكاني، المجال الزمني، المجال البشري (عينة الدراسة) وهي كالآتي:

3-1- المجال المكاني:

طبق الطالب موضوع الدراسة على عينة من المصابين بداء السكري بجمعية المصابين بداء السكري ببلدية المسيلة، وهي تعتبر جمعية ولائية لديها فروع في بلديات أخرى من ولاية

المسيلة، حيث تأسست في شهر أبريل سنة 1995 تحت رقم إعتماذ 41995 بعبادة 500 مسكن في بادئ الأمر، ثم تغير موقعها سنة 1996 إلى حي 150 مسكن بجانب الفرع البلدي (بلدية الميل).

3-2-المجال الزماني:

ارتكزت الحدود الزمانية لدراستنا الميدانية لعينة من المصابين بداء السكري في سنة 2016/2015 وبالتحديد من 24-03-2016 إلى 20-04-2016 متى نزلنا إلى الميدان وقمنا بتوزيع الاستبيان الخاص بالدراسة في مركز الجمعية وتم استعادة معظم الاستبيانات والتي قدرت بـ 100 استبيان من أصل 140.

3-3-المجال البشري:

إن خطوة اختيار عينة الدراسة خطوة هامة جدا، لأن الاختيار الأمثل للعينة يضمن إلى حد بعيد النجاح في باقي الخطوات وبالتالي الحصول على أكثر مصداقية في البحث العلمي. والعينة هي: "جزء من المجتمع بمعنى أنها تأخذ مجموعة من أفراد المجتمع على أن تكون ممثلة له، تسمح بالحصول في حالات كثيرة على المعلومات المقصودة مع اقتصاد المواد المادية والبشرية والوقت، دون الابتعاد عن الواقع المراد معرفته.

(رشيد زرواتي، 2007، ص 334).

وقد تشكلت عينة هذه الدراسة من 100 فردا مصابا بداء السكري، مختارين بطريقة

عشوائية مقسمة كالتالي:

جدول(02): يوضح تقسيم العينة حسب صنف مرض السكري.

المتغير	العينة	النسبة المئوية
صنف مرض السكري	الصنف الأول (انسولين)	50 %
	الصنف الثاني (بدون انسولين)	50 %
المجموع	100	100%

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن توزيع أفراد العينة بحسب صنف مرضهم متساوين بنسبة 50 % لكل صنف.

جدول(03): يوضح تقسيم العينة حسب مدة إزمان المصابين.

المتغير	العينة	النسبة المئوية
مدة إزمان المصابين	أقل من 5سنوات	51 %
	أكثر من 5سنوات	49 %
المجموع	100	100%

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن توزيع أفراد العينة حسب مدة إزمان مرضهم متقارب بشكل كبير، حيث نجد أن نسبة المصابين الذين تتراوح مدة إزمانهم من 5 سنوات فأقل هي: 52%، أما الذين تصل مدة إزمانهم أكثر من 5سنوات فهي 48%.

4- أدوات الدراسة :

لكل دراسة أو بحث علمي أداة أو مجموعة من الأدوات يستخدمها الباحث بغية الوصول إلى نتائج موضوعية، وقد استخدمت في دراستي هذه استبانتي أحدهما يختص بمستوى التدين والآخر بتقبل العلاج وهما كالتالي:

4-1- استبانة مستوى التدين:

أعدت هذا المقياس بوعود أسماء من جامعة بسكرة وقد اعتمدت الباحثة في تصميم المقياس على الدراسة الاستطلاعية التي اعتمدت فيها على الاستمارة التي كانت على شكل أسئلة مفتوحة لعينة الدراسة وقد شملت عينة الدراسة على: " 7 أئمة مساجد بولاية سطيف، 2 دكاترة في الشريعة الإسلامية، وبعض طلبة ماجستير العلوم الإسلامية، كما اعتمدت على الدراسات الثقافية والدينية والنفسية وكذا الدراسات السابقة، وبناء على ما سبق تم تصميم مقياس مستوى التدين وفق ثلاث محاور: -المعتقدات-العبادات-الأخلاق والمعاملات.

4-1-1- وصف الاستبانة:

يتضمن المقياس 48 بنداً موزعة على ثلاث محاور كما هو موضح في الجدول:

جدول(04): يوضح تقسيم البنود حسب الأبعاد

اسم المحور	عدد البنود
المعتقدات	13
العبادات	12
الأخلاق والمعاملات	23

4-1-2- تصحيح الاستبانة:

يشتمل المقياس على 48 بنداً في ثلاث محاور تتكون من عبارات ايجابية وأخرى سلبية ويتم تصحيحها وفق ما هو موضح في الجدول:

جدول(05): يوضح تقسيم البنود إلى موجبة وسالبة.

رقم البند	التصحيح	
3، 6، 8، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 25، 30، 31، 32، 34، 35، 36، 37، 41، 42، 47)	(نعم، أحياناً، لا) (3، 2، 1)	البنود الموجبة
1، 2، 4، 5، 7، 9، 10، 26، 27، 28، 29، 33، 38، 39، 40، 43، 44، 45، 46، 48)	(نعم، أحياناً، لا) (3، 2، 1)	البنود السالبة

وقد تم حساب ثباته وصدقه من طرف الباحثة بعود أسماء متحصلة على ما يلي:

- تم حساب ثبات مستوى التدين على عينة استطلاعية مكونة من 28 طالبا وطالبة بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق بفاصل زمني قدره أسبوعين وقد بلغ معامل الارتباط بين الاجراءين 0.62، كما تم حسابه بمعامل ألفا كرومباخ على عينة قدرها 30 طالب وطالبة وتحصل على معامل ارتباط قدره 0.98.

- تم تقدير صدق الاستبيان بطريقتين اثنتين هما:

أ- صدق المحكمين: تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين بلغ عددهم ثمانية من المختصين في علم النفس وعلوم التربية وأجمعوا على مناسبة عبارات الاستبيان.

ب-الصدق الذاتي:

وهو الجذر التربيعي لمعامل الثبات وقد تم الحصول على صدق مقدر ب: 0.98 ومنه المقياس يتمتع بصدق وثبات جيدين.

4-2- استبانة تقبل العلاج :

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

4-2-1- تصحيح المقياس :

يتكون المقياس من 32 بند منها أربعة عبارات سلبية و 28 عبارة إيجابية و تصحح كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول (06): يوضح تقسيم عبارات استبانة تقبل العلاج إلى سلبية و ايجابية.

العبارات	رقم البند	التصحيح
العبارات الايجابية	(1.2.3.4.5.6.7.10.	(نعم، أحيانا، لا)
	11.12.13.14.15.16.17.	
	18.19.20.21.22.23.	(1، 2، 3)
	24.25.26.27.28.31.	
	(32	
العبارات السلبية	(8.9.29.30)	(نعم، أحيانا، لا)
		(1، 2، 3)

ملاحظة: بالنسبة لتصحيح المقياس فقد اضطررنا إلى تغيير القيم التي كان يستعملها الاستاذ السعيد قارة في البديل (لا=1) بدل (لا=0) بحكم أن الظاهرة النفسية نسبية و لا يمكن عددها.

وقد تم حساب صدقه وثباته من طرف الأستاذ قارة السعيد كالتالي:

- تم حساب ثبات استبانة تقبل العلاج بمعامل الارتباط " بيرسون "، وذلك بعد إعادة تطبيق الاستبانة على نفس العينة Test-Retest، كون أن العينة أخذت من مصلحة تصفية الكلى بمستشفى المسيلة، فإعادة التطبيق ممكنة لأن هؤلاء المرضى يزورون المصلحة بمعدل 2 إلى 3 أيام في الأسبوع، وعليه فقد تم أخذ مواعيد تصفية الكلى لهؤلاء المرضى من المصلحة، وتمت إعادة تطبيق المقياس خلال الفترة تراوحت بين 12-16 يوما من تاريخ التطبيق الأول، فكانت النتائج التالية:

- ثبات استبيان تقبل العلاج: معامل الارتباط بيرسون $r=0.990$ وهو دال عند القيمة $\alpha=0.01$. ومنه فالاستبيان ثابت بنسبة تقرب من الواحد.

- وتم حساب صدق المقياس عن طريق صدق المحكمين بواسطة معادلة لوشي، حيث قدم المقياس لـ 8 محكمين وهم:

- د. جبالي نور الدين من جامعة باتنة.

- د. اسماعيلي يامنة من جامعة مسيلة.

- د. صايشي عبد الحميد: أستاذ مساعد سابقا بالمستشفى الجامعي مصطفى باشا، و

طبيب مختص في الأمراض الداخلية تخصص أمراض القلب -المسيلة-

- د. عبدون جمال: طبيب مختص في الأمراض الداخلية تخصص أمراض القلب

بالمسيلة.

- د. بوبعاية أحمد: دراسات طبية متخصصة من جامعة باريس.

- د. خليفي نور الدين: طبيب عام بمؤسسة إعادة التربية بالمسيلة.

- أ. مخلوف سعاد من جامعة مسيلة.

- أ. سايل وحيدة من جامعة البليدة.

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

$N1$: عدد المحكمون الذين اعتبروا أن العبارة تقيس.

N : العدد الكلي للمحكمون.

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

و حولت النتائج الى نسب مئوية فكان التالي:

- صدق استبيان تقبل العلاج 96.16 %

5- الخصائص السيكومترية :

5-1- صدق أداة الدراسة :

5-1-1- صدق استبانة مستوى التدين :

تم حساب صدق استبانة مستوى التدين بثلاثة أنواع من الصدق، صدق المحكمين،

الصدق التمييزي و الصدق الذاتي كالتالي:

أ- صدق المحكمين:

تم عرض استبانة التدين على مجموعة من المحكمين قدر عددهم ب:

وهم كآتي:

- حسين عاكسة، ماجستير شريعة وامام مسجد أحمد حماني،

- نايلي فريد، ماجستير عقيدة، ورئيس جمعية العلماء المسلمين بالمسيلة

- بكوش سليمان، سنة ثانية دكتوراه في العقيدة بجامعة الجزائر.

وبعد عرض الاستمارة على المحكمين قام الطالب بحذف أربع عبارات من الاستبانة

كونها لا تخدم عينة الدراسة وبعد التعديل تضمن المقياس 44 بندا موزعة على ثلاث محاور

كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول(07): يوضح تقسيم بنود استبانة التدين على الأبعاد بعد التعديل.

عدد البنود	اسم المحور
13	المعتقدات
13	العبادات
18	الأخلاق والمعاملات

تصحيح الاستبيان: يشتمل المقياس على 44 بنداً في ثلاث محاور تتكون من عبارات ايجابية وأخرى سلبية ويتم تصحيحها وفق ما هو موضح في الجدول:

جدول(08): يوضح تقسيم بنود استبانة التدين إلى عبارات سلبية وإيجابية بعد

التعديل.

العبارات	رقم البند	التصحيح
العبارات الموجبة	3، 6، 8، 11، 12، 13	(نعم ، أحيانا ، لا)
	14، 15، 16، 17، 18،	
	19، 20، 21، 22،	
	23، 24، 25، 26، 30،	
	31، 32، 34، 35، 36،	
(43، 40، 39)		
العبارات السالبة	1، 2، 4، 5، 7، 9،	(نعم ، أحيانا ، لا)
	10، 27، 28، 29، 33،	
	37، 38، 41، 42،	
	(،44	

ب-الصدق التمييزي:

تم حساب الصدق التمييزي عن طريق حساب الفروق بين قيمة 27% من العينة الأدنى من الدراسة الاستطلاعية-المتحصلين على أقل الدرجات-، و 27% من العينة العليا من الدراسة الاستطلاعية-المتحصلين على أعلى الدرجات-، وكانت النتائج كالتالي:

جدول (09): يوضح الفروق بين طرفي العينة لاستبانة التدين.

العينة	المتوسط الحسابي	T المحسوبة	T المجدولة	درجة الحرية	الدالة
العليا	125.37	9.110	2.145	14	0.00
الدنيا	107.12				

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة T المحسوبة قد بلغت 9.110 عند درجة حرية 14 ومستوى دلالة 0.05، وهي أكبر من قيمة T المجدولة ذات القيمة 2.145، ومنه يمكن القول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين العليا والدنيا، وبالتالي فإن لاستبانة التدين القدرة على التمييز بين قدرات الأفراد الأقوياء والضعاف.

ج-الصدق الذاتي:

وهو الجذر التربيعي لمعامل الثبات وبعد حسابه تحصلنا على القيمة التالية 0.93، ومنه يمكن القول أن القيمة المتحصل عليها من الصدق عالية، وبالتالي فإن استبانة مستوى التدين صادق و يقيس ما وضع لقياسه.

5-1-2-صدق استبانة تقبل العلاج:

تم حساب صدق استبانة تقبل العلاج بعدة أنواع من الصدق من الصدق كالتالي:

أ-صدق المحكمين:

تم عرض هذا المقياس على مجموعة من دكاترة قسم علم النفس بجامعة المسيلة، كون الطالب قام بتكييف بعض العبارات الخاصة بالمقياس لتتطابق عينة الدراسة، وهذه أسماؤهم كالتالي:

-بعلي مصطفى.

-مكس عبد المالك.

-بركاتي.

ب-الصدق التمييزي:

تم حسابه من خلال المقارنة الطرفية بين المجموعة العليا والدنيا وكانت النتائج كالآتي:

جدول (10): يوضح الصدق التمييزي لاستبانة تقبل العلاج:

الدالة	درجة الحرية	T المجدولة	T المحسوبة	المتوسط الحسابي	العينة	
0.00	14	2.145	12.612	90.25	8	العليا
				76.25	8	الدنيا

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة T المحسوبة قد بلغت 12.612 عند درجة حرية 14 ومستوى دلالة 0.05، وهي أكبر من قيمة T المجدولة ذات القيمة 2.145، ومنه يمكن القول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين العليا والدنيا، وبالتالي فإن لاستبانة تقبل العلاج لها القدرة على التمييز بين قدرات الأفراد الأقوياء والضعفاء.

ج-الصدق الذاتي:

بعد حساب قيمة معامل الثبات لاستبانة تقبل العلاج قمنا بحساب الصدق الذاتي لها عن طريق تجذير معامل الثبات المتحصل عليه، وكانت القيمة المتحصل عليها 0.87، وهذه قيمة عالية، ومنه يمكن القول أن استبانة تقبل العلاج صادقة وصالحة لقياس ما وضعت لقياسه.

5-2-الثبات:

تم حساب ثبات الاستبانتين بعد تطبيقهما، على عينة استطلاعية مكونة من 30 فردا مصابا داء السكري بطريقة التجزئة النصفية، من خلال حساب معامل ارتباط بيرسون بين

الجزء الفردي و الزوجي للاستبانة، مع عدم نسيان تصحيح طوله، كما تم حساب ثباتها أيضا بمعامل ألفا كرونباخ وكانت النتائج كالتالي:

5-2-1- ثبات مقياس مستوى التدين :

أ- الثبات عن طريق التجزئة النصفية كما هو موضح في الجدول:

جدول (11) يوضح معامل ثبات استبانة التدين عن طريق التجزئة النصفية.

المتغير	العينة	معامل بيرسون	معامل سبيرمان براون
مستوى التدين	30	0.76	0.86

من خلال الجدول الموضح نلاحظ أن قيمة بيرسون لجزئي استبانة التدين يقدر بـ 0.76 وهي قيمة عالية لكن هذه القيمة تعتبر قيمة ثبات نصف الاختبار فقط لذا كان لزاما تصحيح طوله بمعامل سبيرمان براون فكانت قيمة ثبات الاستبانة ككل: 0.86 و هي قيمة عالية.

ب- ثبات الاستبانة عن طريق ألفا كرونباخ:

جدول (12) يوضح معامل ثبات استبانة التدين عن طريق معامل ألفا كرونباخ.

المتغير	العينة	معامل ألفا كرونباخ
مستوى التدين	30	0.78

يتضح لنا من الجدول أن قيمة ألفا كرونباخ هي 0.78 وهي قيمة عالية. من كل ما سبق، وبعد حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ يمكن القول أن استبانة التدين تتميز بثبات عالي.

5-2-2- ثبات استبانة تقبل العلاج:

أ- حساب ثبات استبانة تقبل العلاج عن طريق التجزئة النصفية:

تم حساب ثبات المعتمد على التجزئة النصفية عن طريق معامل ارتباط بيرسون بين النصفين الفردي والزوجي، ومن ثم تصحيح طوله كآتي:

جدول (13) يوضح معامل ثبات استبانة التدين عن طريق التجزئة النصفية.

المتغير	العينة	معامل بيرسون	معامل سبيرمان براون
تقبل العلاج	30	0.61	0.76

من خلال الجدول الموضح نلاحظ أن قيمة بيرسون لجزئي استبانة تقبل العلاج يقدر بـ 0.61 وهي قيمة مقبولة لكن هذه القيمة تعتبر قيمة ثبات نصف الاختبار فقط لذا كان لزاماً تصحيح طوله بمعامل سبيرمان براون فكانت قيمة ثبات الاستبانة ككل: 0.76 و هي قيمة عالية .

ب- ثبات استبانة تقبل العلاج عن طريق ألفا كرونباخ:

جدول (14) يوضح معامل ثبات استبانة تقبل العلاج عن طريق معامل ألفا كرونباخ.

المتغير	العينة	معامل ألفا كرونباخ
تقبل العلاج	30	0.65

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة ألفا كرونباخ بلغت 0.65 وهي قيمة مقبولة و معتدلة، ومن هذا ومما سبق يمكن القول أن استبانة تقبل العلاج تقبل العلاج تحتوي على ثبات عالي.

6- الأساليب الإحصائية :

لقد استخدمنا مجموعة من الأساليب الإحصائية في تحليل بيانات الدراسة، وذلك بغرض معرفة مستوى التدين وعلاقته بتقبل العلاج لدى عينة من المصابين بداء السكري بجمعية السكري ببلدية المسيلة، بالإضافة إلى التعرف على دلالة الفروق في مستوى التدين وكذا تقبل

العلاج التي تعزى إلى المتغيرات التالية: (صنف المرض - مدة إزمان المرض). حيث تم الاعتماد على برنامج المعالجة الإحصائية المعروف بالحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS إصدار 21 لتحليل النتائج حيث تم تطبيق الأساليب الإحصائية الآتية:

6-1-1- الإحصاء الوصفي:

6-1-1- المتوسط الحسابي:

هو مجموع القيم مقسوم على عددها، ويعبر عنه بالقانون التالي:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N} = \frac{\text{مجموع القيم الفردية}}{\text{عدد الأفراد}}$$

حيث أن:

\bar{X} : المتوسط الحسابي.

X : القيم التي حصلنا عليها بعد عملية القياس.

N : حجم العينة (عدد القيم).

6-1-2 الانحراف المعياري:

هو متوسط انحراف القيم عن متوسطها الحسابي، وهو من مقاييس التشتت وأدقها ويعبر

عن بالقانون التالي:

في حالة العينات الكبيرة، أي أكبر أو تساوي 30

$$S^2 = \frac{\sum (X_i - \bar{X})^2}{N}$$

حيث أن:

\bar{X} : المتوسط الحسابي.

X_i : القيم التي حصلنا عليها بعد عملية القياس.

N : حجم العينة (عدد القيم).

6-2- الإحصاء الاستدلالي:

حيث تم تطبيق الأساليب الآتية:

6-2-1 معامل الارتباط بيرسون البسيط:

يرمز له بالرمز R_p وهو يدل على ضعف أو قوة العلاقة بين متغيرين وهو يقاس درجة التغير الذي يحدث في المتغير (ب) نتيجة التغير الحادث في المتغير (أ) أو العكس، ويعبر عنه بالقانون التالي:

$$R = \frac{N \sum x.y - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x)^2][N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

6-2-2 قانون (T-Test) ت تاست:

هو المقارنة بين متوسطين لنتائج عينتين مستقلتين، ويعبر عنه بالقانون التالي :

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2} X \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$$

خلاصة:

إن عرضنا لهذا الفصل كان الغرض منه التعريف بميدان الدراسة من مختلف جوانبه المهمة، إضافة إلى تطرقنا للعينة وخصائصها باعتبارها أهم جزء في الدراسة، كما عرفنا المنهج وأدوات جمع المعلومات التي تتناسب مع موضوع الدراسة والأساليب الإحصائية الملائمة لمعالجة البيانات الميدانية التي تساعدنا للوصول إلى النتائج وتحليلها بغية التأكد من صحة الفرضيات أو خطئها.

الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

تمهيد

1- عرض النتائج

2- مناقشة نتائج الفرضيات

استنتاج عام

تمهيد:

بعد انتهائنا من عملية جمع البيانات والمعلومات من عينة الدراسة، انتقلنا إلى أهم عملية في الجانب الميداني والتي تتمثل في عرض وتوضيح النتائج المتوصل إليها من خلال المناقشة والتحليل، هذه العملية لها دور كبير في الحكم على مدى صحة أو خطأ الفرضيات. كما حاولنا إعطاء تفسيرات رأينا أنها من الضروري التطرق لها للحكم على النتائج وفي نهاية الفصل عرضنا بعض الاقتراحات والتي بنيت من خلال نتائج الدراسة.

1- عرض النتائج:

1-1- الفرضية العامة:

نصت على: وجود علاقة ارتباطية بين مستوى التدين وتقبل العلاج عند عينة من المصابين بداء السكري وكانت النتائج كالتالي:

جدول (15) يوضح العلاقة الارتباطية بين مستوى الدين وتقبل العلاج عن المصابين بالسكري.

مستوى الدلالة	معامل بيرسون	العينة
0.01	0.425**	100

نلاحظ من خلال الجدول الموضح أعلاه أن معامل ارتباط بيرسون بين الدرجات الكلية لكلا الاستبانيتين (مستوى التدين، وتقبل العلاج) 0.425 عند مستوى دلالة (0.01) وبالتالي يمكن القول أن هناك العلاقة ارتباطية بين مستوى التدين لمرضى السكري و تقبل العلاج لديهم، حيث إذا كان مستوى التدين لديهم مرتفعا كان مستوى تقبل العلاج مرتفعا، أما إذا كان مستوى التدين لديهم منخفضا كان تقبلهم لعلاجهم منخفضا، ومنه يمكن القول أن الفرضية العامة تحققت.

1-2- الفرضية الثانية:

نصت على: أن مستوى التدين لدى المصابين بداء السكري متوسط، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (16) يوضح مستوى التدين لدى المصابين بداء السكري.

المستوى	المتوسط الحسابي	المجال	البعد
مرتفع	33.07	مرتفع 39-30.34	الاعتقاد
		متوسط 30.33-21.67	
		منخفض 21.66-13	
مرتفع	32.86	مرتفع 39-30.34	العبادات
		متوسط 30.33-21.67	
		منخفض 21.66-13	
مرتفع	48.5	مرتفع 54-42	الأخلاق
		متوسط 42-30	
		منخفض 30-18	
مرتفع	114.43	مرتفع 132-102.67	التدين
		متوسط 102.67-73.34	
		منخفض 73.33-44	

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن قيمة المتوسط الحسابي لبعد الاعتقاد هي 33.07 و المنحصرة في المجال 39-30.34 و بالتالي فإن مستوى الاعتقاد عن المصابين بداء السكري مرتفع، وكذلك بالنسبة للبعدي العبادات و الأخلاق فنتيجة كل منهما تنحصر في المجال المرتفع كما هو موضح في الجدول و بالتالي فإن المصابين لديهم محافظة على عباداتهم إضافة إلى ارتفاع بعد الأخلاق لديهم، أما بالنسبة للاستبانة ككل أي مستوى التدين فنرى أن المتوسط الحسابي للمصابين هو 114.43 وهو ينحصر ضمن المجال 102.67-

132 و بالتالي فإن مستوى الدين لدى المصابين بالسكري مرتفع، ومنه يمكن القول أن الفرضية الثانية لم تتحقق لأن مستوى تدين العينة عالي و ليس متوسط.

1-3-الفرضية الثالثة:

نصت على: أن تقبل العلاج لدى المصابين بداء السكري متوسط، وكانت النتائج كالتالي:
جدول رقم (17) يوضح مستوى تقبل العلاج لدى المصابين بداء السكري.

المتغير	المجال	المتوسط الحسابي	المستوى
تقبل العلاج	96-74.67 مرتفع	81.64	مرتفع
	74.67-53.34 متوسط		
	53.33-32 منخفض		

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لتقبل العلاج هو 81.64 والذي ينحصر ضمن المجال (96-74.67) وهو المستوى المرتفع وبالتالي فإن مستوى تقبل العلاج عند المصابين بداء السكري مرتفع، ومنه يمكن القول أن الفرضية الثالثة لم تتحقق كون الفرض الذي افترضناه ينص على أن لتقبل العلاج مستوى متوسط وهو غير ما وجدناه.

1-4-الفرضية الرابعة:

نصت: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين تعزى لمتغير مدة إزمان المرض لدى المصابين بداء السكري وكانت النتائج كالتالي:

جدول (18) يوضح دلالة الفروق في مستوى التدين بالنسبة لمتغير مدة ازمان المرض.

المدة	العينة	المتوسط	الانحراف	ت المحسوبة	ت المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
أقل من 5 سنوات	49	114.41	8.11	-0.026	2.626	98	0.05
أكثر من 6 سنوات	51	114.45	8.62				

من خلال ملاحظة الجدول يتضح لنا أن قيمة T.TEST قد بلغت -0.026 وعند المقارنة بقيمة T.TEST المجدولة المتمثلة في 2.626 عند درجة الحرية 98 ومستوى الدلالة 0.05، دل ذلك على عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى التدين يعزى لمدة ازمان المرض.

كما أن متوسطي حساب كلا من الصنفين سواء المصابين حديثا أي ما يقل عن خمس سنوات أو المصابين به منذ مدة أي من 6 سنوات فما فوق والذي هو 114.41 أو المصابين الذين لا يستعملون الأنسولين الذي هو 114.45 متقاربين جدا وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة احصائية.

ومن خلال هذا يمكن القول إن الفرضية الرابعة لم تتحقق لأنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى التدين يعزى لمدة ازمان مرض السكري فلا فرق بين المصابين حديثا وبين المصابين به لمدة تزيد عن ست سنوات.

1-5- الفرضية الخامسة:

نصت على: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج يعزى لمتغير مدة إزمان المرض عند المصابين بداء السكري وكانت النتائج كالتالي:

جدول (19) يوضح دلالة الفروق في تقبل العلاج بالنسبة لمدة إزمان المرض.

المدة	العينة المتوسط	الانحراف	ت المحسوبة	ت المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
أقل من 5 سنوات	49	7.31	1.117	2.626	98	0.05
أكثر من 6 سنوات	51	8.59				

من خلال ملاحظة الجدول يتضح لنا أن قيمة T.TEST قد بلغت 1.117 وعند المقارنة بقيمة T.TEST المجدولة المتمثلة في 2.626 عند درجة الحرية 98 ومستوى الدلالة 0.05،

إذا T.TEST المحسوبة أقل من الجدولة، هذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في تقبل العلاج تعزى لمدة إزمان مرض السكري.

كما أن متوسطي حساب كلا من الصنفين سواء المصابين حديثاً أي ما يقل عن خمس سنوات (متوسطهم 82.55) أو المصابين به منذ مدة أي من خمس سنوات فما فوق (متوسطهم 80.76) متقاربان وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في تقبل العلاج تعزى لمدة ازمان المرض.

ومن هذا يمكن القول أن الفرضية الخامسة لم تتحقق لأنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في تقبل العلاج تعزى لمدة ازمان مرض السكري فلا فرق بين المصابين حديثاً وبين المصابين به لمدة تزيد عن ست سنوات، و بالتالي تحقق الفرضية الصفرية.

1-6- الفرضية السادسة:

نصت على: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين تعزى لمتغير لصف مرض السكري (أنسولين بدون أنسولين) وكانت النتائج كالتالي:

جدول (20) يوضح دلالة الفروق في مستوى التدين تعزى لمتغير صنف المرض.

الصنف	العينة المتوسطة	الانحراف	ت المحسوبة	ت الجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الصنف الأول	50	113.26	8.20	-1.410	98	0.05
الصنف الثاني	50	115.60	8.39			

من خلال ملاحظة الجدول يتضح لنا أن قيمة T.TEST قد بلغت -1.41 وعند المقارنة بقيمة T.TEST الجدولة المتمثلة في 2.626 عند درجة الحرية 98 ومستوى الدلالة 0.05، دل ذلك على عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى التدين تعزى لصف المرض.

ونلاحظ أيضا أن متوسطي حساب كلا من الصنفين سواء المصابين الذين يستعملون الأنسولين الذي هو 113.26 أو المصابين الذين لا يستعملون الأنسولين الذي هو 115.60 متقاربين بل نكاد نقول إنهما متطابقين وبالتالي لا توجد فروق.

ومن خلال هذا يمكن القول إن الفرضية السادسة لم تتحقق لأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين يعزى لنوع المرض فالمصابين الذين يستعملون الأنسولين أو الذين لا يستعملون مستوى التدين لديهم متشابه ولا فرق بينهما.

1-7- الفرضية السابعة:

نصت على: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج يعزى لمتغير لصنف مرض السكري (أنسولين بدون أنسولين) وكانت النتائج كالتالي:

جدول (21) يوضح دلالة الفروق في تقبل العلاج تعزى لصنف المرض.

الصنف	العينة المتوسطة	الانحراف	ت المحسوبة	ت المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الصنف الأول	50	7.97	-0.849	2.626	98	غير دالة
الصنف الثاني	50	8.05				

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة T.TEST هي -0.849 وعند المقارنة بقيمة T.TEST المجدولة المتمثلة في 2.626 عند درجة الحرية 98 ومستوى الدلالة 0.05، إذا T.TEST المحسوبة أقل من المجدولة، هذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لصنف مرض السكري.

كما يتبين لنا أيضا أن متوسطي حساب كلا من الصنفين (النسولين: 80.96) (بدون الانسولين: 82.32) متقاربين ومنه يمكن القول إنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في تقبل العلاج تعزى لنوع مرض السكري.

ومنه نقول إن الفرضية الجزئية الخامسة لم تتحقق لأنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في تقبل العلاج تعزى لنوع المرض فالمصابين الذين يستعملون الأنسولين أو الذين لا يستعملون تقبلهم لعلاجهم متشابه ولا فرق بينهما.

2- مناقشة نتائج الفرضيات:

2-1- مناقشة نتيجة الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى على أنه: توجد علاقة ارتباطية بين مستوى التدين وتقبل العلاج لدى عينة من المصابين بداء السكري.

يتضح من خلال الجدول رقم (15) أنه توجد علاقة ارتباطية بين مستوى التدين وتقبل العلاج لدى المصابين بداء السكري، حيث يعتبر تقبل العلاج من المتغيرات الدالة على الصحة النفسية، فقد أثبتت كثير من الدراسات أن للتدين علاقة كبيرة بالصحة النفسية وهذا ما أكدته نتيجة الدراسة الحالية- أثبتته دراسة بوعود أسماء التي ربطت التدين ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية الدالة على الصحة النفسية ووجدت أن هناك علاقة إيجابية بين التدين والتوافق الاجتماعي وتقدير الذات، وقد توصل شيفر وساد سنة 1980 في دراسة حول علاقة التدين بالصحة النفسية والبدنية للمرأة الأمريكية، أن للتدين دور إيجابي في الصحة النفسية والبدنية، بالإضافة إلى دوره في الأمن والاستقرار النفسي والسعادة، كما أكد كونن في دراسة مراجعة لما يزيد عن 3300 مقال علمي ما بين (1872-2010) تناولت التدين أنه توجد علاقة إيجابية بين التدين والصحة النفسية، وهذا راجع في رأي الطالب في الغالب إلى الدين الإسلامي وما فيه من أحكام عقدية ينشأ عليها الفرد المسلم كالإيمان بالقضاء والقدر الذي هو ركن من أركان الإيمان، والمقصود به أن يتقبل الفرد كل ما يصيبه من بلاء، فكان لزاما على الفرد أن يتقبل علاجه كذلك، وهي نتيجة تتوافق والشريعة الإسلامية.

2-2- مناقشة نتيجة الفرضية الثانية:

نصت الفرضية على أن: مستوى التدخين لدى المصابين بداء السكري متوسط. يتضح من خلال الجدول رقم (16) أن مستوى التدخين لدى المصابين بداء السكري مرتفع، وهذا ما توصلت إليه شبوب أسماء في دراستها حول الاضطرابات النفسعصبية وعلاقتها بكل من الالتزام والكفاءة الذاتية والتدين لدى المصابين بداء السكري من أن مستوى التدخين لدى المصابين بداء السكري مرتفع، كما يمكن أن نفسر ذلك كون الدين أحد استراتيجيات التكيف مع المرض المزمن إذ يرى سيقال أن الدين يعتبر إحدى استراتيجيات التكيف مع المرض، حيث أن المرضى يشعرون أن الذي يعطي لهم القوة، وفي الغالب يرجع في رأي الطالب سبب ارتفاع مستوى التدخين إلى أمر الله المسلمين بالصبر في قوله عز وجل "يأيها الذين آمنوا استعينوا بالصبر والصلاة إن الله مع الصابرين"، وكذا قوله تعالى: "إن مع العسر يسرا إن مع العسر يسرا" فتبشير الله للمسلمين أنه بعد الشدة يأتي الفرج هو ما يجعل المسلمين دائما في مستوى تدخين مرتفع.

2-3- مناقشة نتيجة الفرضية الثالثة:

نصت الفرضية على: أن مستوى تقبل العلاج لدى المصابين بداء السكري متوسط. يتضح من خلال الجدول (17) أن مستوى تقبل العلاج لدى المصابين بداء السكري مرتفع، وهذه النتيجة لها علاقة بالفرضية الأولى التي دلت على وجود علاقة بين مستوى التدخين وتقبل العلاج، وبما أن الفرضية الثانية دلت على وجود مستوى تدخين مرتفع فكان لازما أن يكون مستوى التقبل مرتفعا، وهذا ما اتفق مع دراسة دغمي وآخرون حول العوامل المحددة لتقبل العلاج والتي وجدوا فيها أن مستوى تقبل العلاج مرتفع بنسبة 55% مقارنة بـ 45% مستوى تقبلهم منخفض، كما اتفقت مع دراسة رينشارد وآخرون (2003) التي أجريت على عينة قدرها 128 لمعرفة تقبل مرضى السكري ووجدت أن 71% من العينة لديهم تقبل والالتزام بالعلاج، ويرجع سبب ارتفاع مستوى تقبل العلاج في نظر الطالب إلى ارتفاع مستوى التدخين، فنظرة المسلمين لمفهوم المصائب والبلاء تختلف عن نظرة غير المسلمين، فالرسول صلى الله

عليه وسلم يقول: "إذا أحب الله قوما ابتلاهم" وهذا ما يجعل المسلمين من ذوي الأمراض المزمنة يتعايشون مع الأمراض بشكل طبيعي.

2-4- مناقشة نتيجة الفرضية الرابعة:

نصت الفرضية على: وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين تعزى لمتغير لمدة إزمان المرض.

يتضح من خلال الجدول رقم (18) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين تعزى لمتغير مدة الإزمان، فلا فرق بين الذين أصيبوا حديثاً بمرض السكري أو الذين أصيبوا به منذ ست سنوات فأكثر، بالنسبة لنتيجة هذه الفرضية فلم نجد من الدراسات من تطرق لفروق التدين معزية إلى مدة الإزمان على حد علم الطالب، ولكن توجد دراسات أشارت للفروق في مستوى التدين مع متغيرات أخرى، نذكر منها: دراسة بوعود أسماء التي تطرقت للفروق في التدين تعزى للجنس والمستوى التعليمي والتي توصلت فيها إلى عدم وجود فروق تعزى لمتغير الجنس، ووجود فروق في التدين تعزى للمستوى التعليمي، أما بالنسبة لنتيجة الفرضية فيرى الطالب أن عدم وجود الفروق في التدين تعزى لمتغير مدة الإزمان، راجع لكون السكري أصبح من الأمراض الشائعة في هذا العصر حتى أننا لا نكاد نجد منزلاً إلا وفيه مصاب بالسكري، وكذا التطور الطبي الذي سهل على المصابين معايشة المرض، إضافة إلى أن التنشئة التي ينشأ عليها الأفراد الجزائريون تنشئة إسلامية ترسخ لديهم تعاليم الدين من الصغر وتبقى، لذا فلا فرق بين الذين أصيبوا بمرض السكري منذ مدة تقل عن مدة 5 سنوات أو من 6 سنوات فأكثر.

2-5- مناقشة نتيجة الفرضية الخامسة:

نصت الفرضية على: وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير لمدة إزمان المرض.

يتضح من خلال الجدول (19) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير مدة إزمان المرض، وقد اتفقت نتيجة هذه الفرضية مع دراسة دغمي وآخرون والتي تطرق فيها إلى العوامل المؤثرة في تقبل العلاج ووجدوا أن العوامل المؤثرة في تقبل

العلاج هي: النسيان، التكاليف، تعدد الجرعات...، كما وجدوا أن مدة الإصابة بالسكري تعد من بين أقل العوامل المؤثرة على تقبل العلاج، فلا فرق بين من أصيبوا بالسكري في مدة تقل عن 5 سنوات أو الذين كانت مدة إصابتهم من ست سنوات فأكثر.

2-6- مناقشة نتيجة الفرضية السادسة:

نصت الفرضية على: وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تعزى لمتغير صنف مرض السكري.

يتضح من خلال الجدول رقم (20) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تعزى لمتغير صنف مرض السكري، فلا فرق بين الذين يستعملون الأنسولين أو الذين يستعملون الأدوية، بالنسبة لنتيجة هذه الفرضية فلم نجد من الدراسات من تناول فروق التدخين تعزى إلى صنف مرض السكري على حد علم الطالب، ولكن توجد دراسات أشارت للفروق في مستوى التدخين مع متغيرات أخرى، نذكر منها: دراسة قريشي فيصل والتي تطرق فيه إلى الفروق في التدخين عند المصابين بالاضطرابات الوعائية القلبية معزية للجنس والمستوى التعليمي، حيث وجد أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تعزى لمتغيري الجنس والمستوى التعليمي، ويرجع عدم وجود الفروق عند المصابين بداء السكري معزية لصنف المرض في نظر الطالب، كون الفرد الجزائري مرتبط بمعتقداته الإسلامية، و التي يرى فيها أنه لا بد للإنسان أن يبتلى وما عليه لنيل الجزاء الدنيوي والأخروي إلا الصبر مصداقا لقوله تعالى: "ولنبلونكم بشيء من الخوف والجوع ونقص من الأموال والأنفس والثمرات وبشر الصابرين".

2-7- مناقشة نتيجة الفرضية السابعة:

نصت الفرضية على: وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير صنف مرض السكري.

يتضح من خلال الجدول (20) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمتغير مدة إزمان المرض، وقد اتفقت نتيجة هذه الفرضية مع دراسة دغمي وآخرون والتي تطرق فيها إلى العوامل المؤثرة في تقبل العلاج ووجدوا أن العوامل المؤثرة في تقبل

العلاج هي: النسيان، التكاليف، تعدد الجرعات، الآثار الجانبية للدواء، أما بالنسبة لصفن المرض فلم يعتبر عاملا يؤثر على تقبل العلاج، ويرى الطالب أن عدم وجود فروق في صفن المرض يرجع إلى عدم الاختلاف في آثار الأدوية فسواء أدوية الصفن الأول (الانسولين) التي يستعملها المصابين لانعدام الانسولين في جسمهم، أو أدوية الصفن الثاني التي يستعملها المصابين لدعم جهاز البنكرياس لضعفه في افراز الانسولين، تؤدي دورا واحدا وهي الحفاظ على مستوى السكر في جسم الإنسان معتدلا، فلا بد من استعمالها فلا فرق بين الصنفين لأن كلا منها يجب عليه اتباع العلاج الموصوف، كون عدم التزام المصاب بالعلاج قد يؤدي به إلى عواقب وخيمة سواء كان الصفن الأول أو الثاني.

استنتاج عام:

إن كل دراسة علمية تبدأ بافتراضات نظرية تحاول من خلال الجانب النظري والجانب الميداني بحث مدى صحة أو خطأ تلك الفروض، وهذا ما التزمنا به في الدراسة الحالية، فقد انطلقت من افتراض عام حول وجود علاقة بين مستوى التدين وتقبل العلاج لدى عينة من مرضى السكري، بالإضافة إلى فروض أخرى لمعرفة ما إذا كانت توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين وتقبل العلاج تعزى لكل من صنف المرض ومدة إزمانه، وعليه فقد خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد علاقة بين مستوى التدين وتقبل العلاج لدى عينة من مرضى السكري بجمعية المصابين بداء السكري ببلدية المسيلة، حيث أنه كلما كان مستوى تدين المريض مرتفعا كان مستوى تقبل العلاج مرتفعا، والعكس صحيح فإذا كان مستوى تدين المريض منخفضا كان تقبله للعلاج منخفضا، وهذا يجعلنا نوجه الاهتمام إلى المعاش النفسي لمريض السكري، وكيف يجب أن نهتم به ليعيش بشكل طبيعي خال من ضغوط النفس والمرض على حياته.

مستوى التدين لدى المصابين بداء السكري كان مرتفعا، وكذا فيما يتعلق بتقبل العلاج فبما أنه توجد علاقة كان تقبل العلاج مرتفعا لزاما.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين تعزى لمدة إزمان المرض (أقل من 5 سنوات سنوات، ومن 6 سنوات فما فوق)، وهذا حسب اعتقاد الطالب كون جميع الأفراد ينشؤون على عقيدة واحد، وهي عبادة الله وحده والإيمان به وبما أمر سبحانه وتعالى، لذا كانت النتيجة عدم وجود فروق ذات دلالة.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمدة إزمان المرض (أقل من 5 سنوات، ومن 6 سنوات فما فوق)، ويرجع ذلك إلى توفر العلاج والوسائل الطبية التي تساعد الأفراد من التكيف رغم حداثة المرض مقارنة بالذين لديهم أقدمية معه.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التدين تعزى لصنف المرض (بالأنسولين، أو بدون أنسولين). المصابين الذين يستعملون الأنسولين أو الذين لا يستعملونه.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل العلاج تعزى لمدة إزمان المرض (بالأنسولين، أو بدون أنسولين).

خاتمة:

لقد تطرقت في الدراسة إلى موضوع: "مستوى التدين وعلاقته بتقبل العلاج لدى عينة من مرضى السكري"، وقد ركزت الدراسة الحالية على ايجاد العلاقة بين مستوى تدين مريض السكري وعلاقته بتقبله لعلاجه، خاصة اذا كان مرض السكري عبارة عن خبرة سلبية وله تأثير كبير على نفسية المريض، وبعد البحث والتعمق في الجانب الميداني للدراسة دون اهمال الجانب النظري الذي كان الركيزة والقاعدة الأساسية في السير الحسن لمشوار الدراسة، توصلت إلى وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين مستوى التدين و تقبل العلاج لدى المصابين بداء السكري، أي أنه كلما كان مستوى التدين مرتفعا لمريض السكري، كان متقبلا للعلاج ومقبلا على الحياة، وكلما كان مستوى التدين منخفضا، كان تقبله للعلاج منخفضا وقد توضحت من خلال دراستنا هذه العديد من الجوانب التي كنا نجهلها عن سيكولوجية مريض السكري ومدى تأثير هذا المرض على حياة المصاب به وقد تفتح الدراسات المستقبلية الباب على مصريه من أجل إعطاء القدر الكافي والاهتمام بهذا الشريحة من المجتمع ، وخاصة من الجانب النفسي من حيث تقبلهم للمرض وتوافقهم اجتماعيا وتطلعهم للمستقبل.

التوصيات والاقتراحات:

- من خلال الاطلاع على التراث النظري لمتغيرات الدراسة وعينتها المتمثلة في مرضى داء السكري وما تحصلت عليه من نتائج في هذه الدراسة نستطيع تلخيص بعض التوصيات والاقتراحات المتواضعة والتي قد يستفيد منها كل قارئ لهذه الرسالة.
- الاهتمام بهذه الفئة (فئة مرضى السكري) من خلال ما يلي:
 - بناء مراكز خاصة تدعم هذه الفئة نفسيا وعلاجيا.
 - إقامة ندوات ودورات تكوينية توعية لهذه الفئة لمساعدتها للتكيف مع المرض.
 - دعم الجمعيات التي تهتم بمرضى السكري كل مرض مزمن.
 - وجوب التكفل السيكولوجي لمرضى السكري في المؤسسات الصحة العمومية والخاصة لما له من مضاعفات نفسية على المرضى.
 - نشر الثقافة الغذائية الصحية التي تعتبر من أهم العوامل المساعدة على صحة الإنسان الجسمية خصوصا في أوساط هذه الفئة.
 - مساعدة الأسر على التعامل مع الإشكالات الجسدية والنفسية التي يعاني منها مريض السكري.

قائمة المصادر والمراجع:

1-المصادر:

-القرآن والسنة.

المعاجم:

- 1-ابن منظور(1988)، لسان العرب المحيط، ط1، دار الجيل للنشر، بيروت-لبنان.
- 2-فيلالي صالح (2003)، الدين والمجتمع دراسة سوسولوجية، مجلة الباحث الاجتماعي، العدد4 أبريل.
- 3-إسماعيل بن حماد الجوهري (1990)، الصحاح تاج اللغة وصحاح العربية، ط4، دار العلم، بيروت-لبنان.
- 4-معلوف لويس (1966)، المنجد في اللغة والآداب والعلوم، بيروت-لبنان.
- 5-مفتاح محمد عبد العزيز (2010)، مقدمة في علم نفس الصحة، (ط1)، دار وائل للنشر، عمان، الأردن.

2-المراجع:

2-1-الكتب:

- 6-ابن تيمية أحمد بن عبد الحلیم (1997)، مجموعة الفتاوى، ط1، دار ابن حزم، بيروت-لبنان.
- 7-الألباني محمد ناصر الدين(1995)، سلسلة الأحاديث الصحيحة وشيء من فهمها، ط4، مكتبة المعرف، الرياض.
- 8-أمين رويحة (1973)، داء السكري، أسبابه، أعراضه، طرق مكافحته، ط1، دار القلم، لبنان.
- 9-الأهواني (1980)، التربية في الإسلام، بدون طبعة، بدون مكان نشر.
- 10-أيمن الحسيني(1988)، عزيزي مريض السكر، كيف تنتصر على مرضك وتحيا حياة طبيعية، دار الهدى، الجزائر.

- 11- البخاري محمد بن إسماعيل (2004)، صحيح البخاري، ط1، دار ابن الهيثم، القاهرة-مصر.
- 12- جان بول ويليام (2001)، الأديان في علم الاجتماع، ترجمة بسمة بدران، المؤسسة الجامعية، بيروت-لبنان.
- 13- جمال غوردون (1964)، الجديد في مرض السكر، أسبابه، علاجه، مأكولاته، مضاعفاته، الوقاية منه، دار ومطابع الشعب، القاهرة.
- 14- حامد الهرساني (1965)، قصة البول السكري، ط1، مؤسسة مكة للطباعة والاعلام، مكة.
- 15- دايل كارنجي (1988)، دع القلق وابدأ الحياة، دار الهلال، لبنان.
- 16- دراز عبد الله (1980)، بحوث ممهدة لدراسة تاريخ الأديان، ط1، دار القلم، الكويت.
- 17- الذهبي محمد حسين (1975)، الدين والتدين، ط1، مجلة البحوث الاسلامية، رئاسة إدارة البحوث العلمية والافتاء والدعوة والإرشاد.
- 18- رشاد عبد الحميد موسى (1999)، علم نفس الدعوة بين النظرية والتطبيق، ط1، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 19- رشاد علي عبد العزيز موسى (2001)، أساليب العلاج النفسي في ضوء القرآن الكريم والسنة النبوية، مؤسسة المختار، القاهرة.
- 20- رشاد علي، عبد العزيز موسى وآخرون (1996)، علم النفس الديني، مكتبة مصر الجديدة، القاهرة.
- 21- رشوان أحمد، عبد الحميد حسين (2004)، الدين والمجتمع، دراسة في علم الاجتماع الديني، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر.
- 22- الساموك سعدون محمد (2002)، موسوعة الأديان والمعتقدات القديمة، ط1، دار المناهج، الأردن.

- 23- السماطولي نبيل (1981)، الدين والبناء الاجتماعي، ط1، ج2، دار الشروق للنشر، جدة، السعودية.
- 24- سيجموند فرويد (1998)، مستقبل وهم، ط4، دار الطباعة للطباعة والنشر، بيروت-لبنان.
- 25- سيد قطب (1982)، خصائص التصور الإسلامي، دار الفكر، القاهرة.
- 26- سيد قطب (1983)، التربية الإسلامية في ظلال القرآن، ط1، دار الأرقم، عمان.
- 27- شيلي تايلور (2008)، علم النفس الصحي، ترجمة، وسام درويش بريك، وفوزي شاعر طعمية داود، (ط1)، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 28- الصنيع صالح (1989)، التدبير علاج للجريمة، ط2، مكتبة الرشد، الرياض-السعودية.
- 29- عثمان عبد الرحمان (1987)، الانسان الروح والعقل والنفس، مؤسسة الأهرام للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 30- عثمان يخلف (2001)، علم نفس الصحة (الأسس النفسية والسلوكية للصحة)، (ط1)، دار الثقافة، الدوحة، قطر.
- 31- العساف أحمد عارف (2010)، منهجية البحث في العلوم الاجتماعية والإدارية، دار الصفاء، عمان.
- 32- ليونارد جاكوت (1993)، علم الأدوية، تر: فاضل الشيخ حيدر، دار المعرفة، دمشق.
- 33- محمد رفعت، السكر وعلاجه، دار المعرفة للطباعة والنشر، لبنان، ط1، 1974.
- 34- المليجي عبد المنعم (1995)، تطور الشعور الديني عند الطفل والمراهق، ط1،
- 35- النجار عبد المجيد (1989)، فقه التدبير فهما وتنزيلا، ط1، مركز المحاكم الشرعية والشؤون الدينية، قطر.
- 36- النحلاوي عبد الرحمان (1978)، أصول التربية الإسلامية، ط1، دار الفكر، دمشق.
- 37- الياسن الأسمر (1994)، لكل داء غذاء أو التداوي بالأكل، ط1، طرابلس، لبنان.

2-2-المذكرات:

- 38-أبو سوس سعيدة (1989)، أثر التدخين على المخاوف لدى طالبات المرحلة الجامعية، كلية الدراسات الإنسانية، جامعة الأزهر، مصر.
- 39-بلحدور نسيمة (2012)، مظاهر التدخين الجديد والنشاط الاقتصادي التجاري، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر.2
- 40-بوجمعة جاب الله (2012)، التدخين وانعكاسه على الأداء الوظيفي للمعلمين، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر.2
- 41-بودرمين عبد الفتاح (2008)، ثقافة التدخين لدى الشباب الجزائري بين الاندماج الاجتماعي والاندماج الجماعاتي، لاسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر.
- 42-بوعون فوزية (2012)، مستوى التدخين وعلاقته بالسلوك الاجرامي، رسالة ماجستير علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والإسلامية، بائنة.
- 43-حربوش، سمية. (2009)، المهارات الاجتماعية وعلاقتها بتقبل داء السكري. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الحاج لخضر-بائنة-، الجزائر.
- 44-رحاحلية، سمية. (2010)، الكفاءة الذاتية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر - بائنة، الجزائر.
- 45-قارة، سعيد. (2009)، المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب و العلوم الإنسانية، جامعة الحاج لخضر - بائنة، الجزائر.
- 46-قريشي فيصل (2015)، التدخين وعلاقته بكل من التفكير وفاعلية الذات لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية، رسة دكتوراه علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والإسلامية، بائنة.

47-لكحل، رفيقة. (2011)، تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع مرضى ضغط الدم. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية و العلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر - باتنة، الجزائر.

2-3-مراجع أجنبية:

48-Alain bottéro, (2002), la compliance ai long cours dans les schizophrénies, d'une nécessité a la réalité, Neuropsychiatrie: Tendances et Débats, N 17, paris, p19.

49-Anthony James Curtis, (2001), (2and Edition), Health psychology, CANADA, Routledge,P77.

50-Aurélie Gauchet, (2008), Observance thérapeutique et VIH: enquête sur les facteurs biologiques et psychosociaux, France, Editions L'Harmattan,22,24,25.

51-David s. Gochman, (1997), Handbook of hezlth behavior research: Provider contrnts, New York, Plenum press.

52-De Blic, J. (2007). Obervance thérapeutique chez l'enfant asthmatique. Revue générale, 24, 419-26.

53-Fisher,G-N.(2002).*Traité de psychologie de santé*. Paris :Edition Dunod.

54- Gérard Pacaud, Le diabète et ses complication, Prévention, Prise en charge, Traitement, Edition Dahlab, Alger, 1995.

55-Gérard Reach, (2006), Clinique de l'observance: l'exemple des diabètes, Paris, Edition John Libbey Eurotext, 26-27.

56-Julia Russell, (2005), Introduction to psychology for health carers, United Kingdom, Nelson Thornes ltd, 108,109,104,122.

57-The American Héritage, 1982, D4.

الملاحق:

استبيان

السيدة (ة) الكريمة(ة)...

تحية طيبة وبعد ...

نحن بصدد إعداد مذكرة تخرج حول مرض السكري، لذا نرجو منك التكريم بتعبئة هذه الاستمارة.

تعليمات:

- يرجى قراءة كل عبارة بعناية وتحديد موافقتك عليها بوضع إشارة (X) في المستطيل المقابل للعبارة وتحت

العمود الذي يعبر عن درجة موافقتك أو عدم موافقتك.

- تدرج درجات التأييد والموافقة كما يلي: (نعم)، (أحياناً)، (لا) .

- لا تستغرق وقتاً طويلاً في التفكير أثناء قراءة أي عبارة، بل وضح فقط انطباعتك الأولى تجاه المعنى

الذي تحمله العبارة.

- نود أن نذكرك أنه لا توجد إجابات صحيحة وإجابات خاطئة، فأية إجابة تعتبر صحيحة طالما أنها تعبر

عن رأيك في نفسك بصدق، حاول الإجابة على جميع المفردات ولا تترك أي منها.

ملاحظة: المعلومات التي تكتب في هذا المقياس تحاط بالسرية التامة ولا تستخدم إلا لهدف البحث العلمي

فقط، ولك خالص الشكر والتقدير والاحترام.

مع تحيات الباحث.

معلومات أولية:

السن:

صنف مرض السكري: الصنف الأول: الصنف الثاني:

منذ متى وأنت مصاب بمرض السكري (مدة الإزمان):

الجنس: ذكر: أنثى:

الجزء الأول من الاستمارة: (استبيان مستوى التدين)

أ- ضع علامة (X) أمام كل عبارة في الخانة التي تتفق ورأيك.

الرقم	العبارة	البدائل		
		نعم	أحيانا	لا
01	أجزع و أسخط على قدري إذا حلت بي مصيبة			
		الإعتقادات		
02	أؤمن بقدرة أشياء معينة (كشكل يد أو ماشابه ذلك) على دفع تأثير العين و الحسد			
03	أترك أشياء أرغب فيها لأنها تتعارض مع تعاليم الدين			
04	يهمني أن يرى الناس عملي الخير			
05	أعتقد في قدرة السحرة و المشعوذين في الإطلاع على الغيب و ما يخبئه القدر			
06	أحب الخير للآخرين مثلما أحبه لنفسي			
07	لا أجد مانعا في أن أقدم مصلحتي الشخصية حتى و إن تعارضت مع المصلحة العامة			
08	عندما يحل بي عسر أتوقع بعده يسرا و فرجا من الله تعالى			
09	تشغلني الدنيا عن حقيقة و جودي في الحياة			
10	أكذب لأن الكذب في بعض المواقف مجدي			
11	أشعر أنني وجدت في الحياة لغاية مهمة			
12	أؤمن بأن الله تعالى وحده القادر على جلب المنفعة لي و دفع الضر عني			
13	أدعو بظهور الغيب لجميع المسلمين			
14	أداوم على أداء الصلاة المفروضة			
		العبادات		
15	أجتهد في أداء الصلاة في وقتها			
16	أصلي السنن الراتية			

			أجتهد في إتباع صيام شهر رمضان بصيام ست من شوال	17
			أخرج الزكاة عن مالي إذا وجبت فيه	18
			أضع من أولى أولوياتي أداء فريضة الحج عند الاستطاعة (المالية)	19
			أقرأ شيئاً من القرآن الكريم يومياً	20
			أتضرع إلى الله تعالى بالدعاء عند الشدائد و المحن	21
			أحافظ على أذكار الصباح و المساء	22
			أتأمل في ملكوت السماوات و الأرض بنية العبادة	23
			أحفظ القرآن الكريم	24
			قبل إقدامي على أي عمل يهمني أحلال هو أم حرام	25
			أفرغ إلى الله تعالى بالتوبة و الاستغفار إذا ارتكبت ذنباً	26
			إذا طلب مني أحد المقربين الشهادة في موضوع لا علم لي به فإنني أفعل ذلك من دون تحفظ	الأخلاق والمعاملات 27
			أوجه الانتقادات للآخرين في غيابهم	28
			لا أجد حرجاً في الإطلاع على أسرار الآخرين إذا وجدت إلى ذلك سبيلاً	29
			إذا قدمت وعداً فإنني أبذل قصارى جهدي للوفاء به	30
			أجتهد على تغيير المنكر قدر المستطاع و لو بقلبي	31
			أغضب عندما تنتهك حرمة الله تعالى	32
			أفضل الانتقام من الشخص الذي ظلمني	33
			أقوم بتقديم المساعدة للآخرين حتى ولو لم يطلبوا مني ذلك	34
			أبذل قصارى جهدي ليكون عملي متقناً و على الوجه المطلوب	35
			يهمني أن تكون مجموعة أصدقائي من ذوي الاستقامة و الأخلاق	36
			أصل أقاربي فقط إذا وصلوني	37
			لا أجد مانعاً في النظر إلى المشاهدة اللاأخلاقية في التلفزيون و غيره	38
			أحترم رأي الآخرين المختلف عن رأيي و لو كان خاطئاً	39
			أؤدي حقوق جيراني حتى و لو لم يؤديوا حقوقي	40
			إذا كان لدي أموال فإنني أودعها البنك لأحصل على فوائد	41
			لا أجد مانعاً في أن أقدم مالا أو هدايا مقابل أن يتم تسريع قضاء حاجاتي قبل حاجات الآخرين	42
			أصدق بشيء من مالي على الفقراء و المحتاجين	43
			أتجنب مخالطة الآخرين لأنني أعلى شأنهم	44

الجزء الثاني من الاستمارة : (مقياس تقبل العلاج)

ب- ضع علامة (X) أمام كل عبارة في الخانة التي تتفق ورأيك.

الرقم	العبارة	البدائل		
		نعم	أحيانا	لا
01	هل تشتري الدواء الموصوف لك ؟			
02	هل عند إقتناع بأن الدواء الموصوف لك هو الملائم ؟			
03	هل تأخذ دواءك معك أثناء سفرك أو غيابك عن البيت ؟			
04	هل تستشير طبيبك عن كيفية تناول الدواء أثناء الفترات التي تتغير فيها عاداتك (صيام، سفر...)?			
05	هل تلتزم بأوقات تناول الدواء؟			
06	هل تحس بالتوتر كلما تأخرت عن تناول الدواء؟			
07	هل تلتزم بالجرعات الدوائية المحددة لك ؟			
08	هل تهمل تناول الدواء؟			
09	هل تتوقف عن تناول الدواء إذا أحسست أنك تحسنت ؟			
10	هل تستشير طبيبك في حالة تعرضك لمضاعفات جانبية للدواء ؟			
11	هل أنت مدرك بمضاعفات المرض إذا لم تتناول الدواء؟			
12	هل أنت ملم بمعلومات حول مرضك؟			
13	هل تتجنب أخذ الأدوية التي لم يصفها لك طبيبك؟			
14	هل تستشير طبيبك في حالة أخذك لأدوية ذات وصف شخصي (Automédication)؟			
15	هل تجدد الوصفات الطبية باستمرار؟			
16	هل تتبع التعليمات الطبية بدقة ؟			
17	هل تجري فحوصات دورية ؟			
18	هل تلتزم بالمواعيد الطبية (les rdv)؟			
19	هل تداوم على قياس السكر لديك باستمرار؟			
20	هل تستعمل دفترًا صحيا و تسجل فيه أرقام السكر لديك ؟			
21	هل تقيس السكر لديك قبل و بعد الأكل ؟			
22	هل تثق بطبيبك المعالج ؟			
23	هل تلتزم بطبيبك المعالج و لا تستشير طبيبا آخر؟			
24	هل تتناول و جباتك الغذائية محدودة السكر ؟			

			هل تتجنب تناول المواد المعروف أنها ترفع من السكر لديك (كالمكسرات الحلوة...)	25
			هل تتجنب الأطعمة الدسمة ؟	26
			هل تتبع حمية غذائية خاصة ؟	27
			هل تتجنب الإكثار من شرب القهوة و المشروبات المنبهة الأخرى؟	28
			هل أنت مدخن ؟	29
			هل تفرط في تناول المشروبات الكحولية ؟	30
			هل تمارس رياضة خفيفة بصفة منتظمة (المشي تمارين بسيطة ، الدراجة ، السباحة)؟	31
			هل تحاول تجنب الضغوط (تتجنب المواقف الضاغطة ، تخرج أحيانا للتنزه و الابتعاد عن الضغوط....)؟	32