كلية العلوم الاجتماعية و الانسانية جامعة يحي فارس المدية

قسم العلوم الاجتماعية

الامتثال العلاجي و علاقته بنوعية الحياة لدى مرضى السكري

دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف بالمدية

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

اعداد الطالبة: الاستاذة:

كريمة بن قيار موفق ديهية

لجنة المناقشة

الاستاذة	موفق ديهية	استاذة مشرفة
الاستاذة	فتحية شكراوي	رئيسة لجنة
الدكتور	وناس اسمع	مقررا و مناقشا

السنة الجامعية 2017/2016

كلمة الشكر

اتقدم بجزيل الشكر و الامتنان العظيم و التقدير العميق الى الاستاذة المشرفة موفق ديهية لما منحته لي من وقت و جهد و توجيه و تشجيع ،كذلك اتقدم بجزيل الشكر الى جميع اساتذتي الكرام خاصة اساتذة علم النفس.

- و كل من ساهم في تعليمي
- و اقدم شكري الى الاستاذ احمد بويحي و الاستاذ تقي الدين فقير على نصائحهم و مساعداتهم التي قدماها لي
- كما لا انسى عميد كلية العلوم الاجتماعية و الانسانية و خاصة قسم علم النفس و اخص بالذكر الاستاذ بوضياف عادل ،الاستاذ شتوي لخضر ،و رئيس التخصص اتشي عادل الذي منحنا فرصة دراسة هذا التخصص الجديد.
- كما اشكر كل من ساعدني من قريب و من بعيد ولو بكلمة او بدعوة صالحة.
- صديقاتي العزيزات لا اخص بالذكر الاسماء شكرا لكم جميعا على الاوقات الجميلة التي قضيناها معا (ذكرى لا تنسى).

الاهداء

الى من جرع الكاس فارغا ليسقيني قطرة حب

الى من كلت انامله ليقدم لنا لحظة السعادة

الى القلب الكبير والدي العزيز.

الى رمز الحب و الحنان

الى القلب الناصع بالبياض

الى بلسم الشفاء امي الحبيبة

الى اخوتي و اخواتي خديجة ،محمد ،هاجر ،سفيان ،عبد الله ،رياض ،عبد الرحمان

الى صديقاتي العزيزات مريم ،امال ،سمية ،سميرة ،صبيحة ،فاطمة ،سعاد ،وسام ،حمزة و كل رفقاء الدرب طيلة 5 سنوات شكرا لكم

الى اساتذتي الكرام و الاعزاء انحني شكرا و عرفان.

كريمة

ملخص الدراسة :

تعتبر الامراض المزمنة من اكثر الامراض انتشارا في العالم و من بينها مرض السكري حيث تحتل الجزائر المرتبة السادسة في الشرق الاوسط من حيث عدد الاصابات حيث يعرف مرض السكري بأنه "ارتفاع نسبة تركيز السكر في الدم عن المعدل الطبيعي المقدر ب (1غ/ل) بسبب خلل في وظيفة البنكرياس و عدم قدرته على امتصاص الانسولين" و نظرا لأهمية و كثرة الاصابة بهذا المرض المزمن و الذي تعود اسباب الاصابة به الى عوامل عدة من اهمها اهمال المريض لأدويته و متابعاته الدورية اي عدم امتثاله للعلاج مما يؤزم وضع المريض و قد يؤدي الى الموت احيانا ، و يعرف الامتثال للعلاج او ما يعرف بالانضباط الصحي بانه "مدى توافق سلوك المريض مع التوصيات الصحية المتعلقة بالدواء و الصحة" حيث اقيمت ابحاث عدة في هذا المجال ربطت مرض السكري بنوعية حياة الفرد الذي يعيشها حيث يعرف علم النفس الصحي نوعية الحياة بانها "ادراك الافراد لوضعيتهم في الحياة و علاقة هذه الوضعية بالطموحات و الاهداف التي يحملونها وفق القيم التي اكتسبوها و المرجعية الثقافية" و هنا تطرقت الى دراسة العلاقة بين الامتثال العلاجي و نوعية الحياة لدى مرضى السكري ،حيث قمت بتناول جانبين اساسيين لهذه الدراسة ،جاني نظري و يتضمن(4) فصول و الجانب التطبيقي و يتظمن فصلين اثنين (2) ، الفصل الاول من الجانب النظري يتضمن الخلفية النظرية لاشكالية الدراسة و كذا صياغة الفرضيات الي تتوافق مع ابعاد كلا المقياسين ،اهمية و اهداف البحث و كذا تحديد المفاهيم و الكلمات المفتاحية (الامتثال العلاجي ،نوعية الحياة ،مرض السكري).

اما الفصل الثاني فقد تناولت تعاريف عدة للامتثال للعلاج ،اصناف العملاء ،حالتهم النفسية و بعض النماذج المنظرية المفسرة و في نهاية الفصل قمت بتقديم بعض الطرائق لتحسين الاكمتثال لدى مرضى السكري. اما فيما يخص الفصل الثالث نوعية الحياة فقد قدمت عدة تعريفات نظرا لاختلاف العلماء على وضع تعريف محدد و اهمها تعريف oms و كذا الابعاد القائمة عليها نوعية حياة مرضى السكري و نخص بالذكر البعد النفسي ،بالاضافة الى النظريات المفسرة التي تطرق اليها العديد من الباحثين ،و في الاخير قدمت ادوات قياس نوعية الحياة.

اما الفصل الاخير فتضمن مرض السكري العريف ،الاعراض ،الانواع ،الاسباب المؤدية له ،المضاعفات التي قد تؤدي الى الموت احيانا ،العلاج و بعض الادوية المتبعة في السيطرة عليه.

اما الجانب الثاني و هو الجانب التطبيقي للدراسة يتضمن على فصلين ،الفصل الاول هو منهجية الدراسة و التي تحنوي على المجال الزماني و المكاني للبحث ،الدراسة الاستطلاعية التي اقيمت في 3 اماكن مخصصة لعلاج مرض السكري و التعريف بالمنهج المتبع(الوصفي) و طريقة اختيار و وصف العينة ،تقديم ادوات البحث و الاعتماد على الملاحظة و المقابلة في تطبيق المقاييس المخصصة للدراسة ،و فيما يتعلق بالفصل الاخير من البحث فهو فصل عرض و مناقشة النتائج المتحصل عليها فقد تحققت الفرضية العامة بمعامل ارتباط 0.44 و هي دالة احصائيا عند 0.01 و بمؤشر 0.007 في حين لم تتحقق الفرضية الجزئية الاولى و الثانية و الثالثة عكس الفرضيات الجزئية الاخرى الرابعة و الخامسة.

الكلمات المفتاحية:

الامتثال العلاجي ،نوعية الحياة ،مرض السكري.

فهرس المحتويات

العنوان الصفحة

كلمة الشكر	
الاهداء	
قائمة الجداول	
قائمة الاشكال	
مقدمة الدراسة	أ
الباب الاول : الاطار النظري للدراسة	
الفصل الاول :الخلفية النظرية لاشكالية الدراسة	
1- تحديد الاشكالية	04
2- صياغة الفرضيات	08
3- تحديد المفاهيم	09
4- اهداف البحث	10
5- اهمية البحث	11
6- الدراسات السابقة	11
7- التعقيب على الدراسات السابقة	14
الباب الثاني : الجانب النظري	
الفصل الثاني :الامتثال العلاجي	
تمهيد	16
1- تعريف الامتثال العلاجي	17
1-1 التعريف اللغوي	17
1-2 التعريف الاصطلاحي	17
2- اصناف العملاء الغير ممتثلين	18
3- محددات الامتثال العلاجي	18
4- العوامل المعرفية في الملائمة	21
5- الخصائص النفسية و الاجتماعية للمرضى الغير ممتثلين	22
6- النماذج النظرية	24
6-1 نموذج السلوك الصحي الوقائي	24

6-2 نظرية النشاط العقلاني	25
6-3 نظرية السلوك المخطط	26
6-4 نموذج العابر للنظريات	27
6-5 نموذج سيرورة السلوك الصحي	28
6-6 نموذج الوقاية الاكلينيكية	29
6-7 نموذج السلوك الصحي الهادف	30
6-8 HBGMو الامتثال العلاجي	30
6-9 مراحل التغيير	31
7- طرق تحسين الامتثال العلاجي	43
خلاصة	44
الفصل الثالث: نوعية الحياة	
تمهيد	45
1- السياق التاريخي لمفهوم نوعية الحياة	46
2- تعريف نوعية الحياة	48
2-1 التعريف اللغوي	48
2-2 التعريف الاصطلاحي	49
3- ابعاد نوعية الحياة	50
3-1 الصحة الجسدية	51
3-2 الصحة النفسية	51
3-3 الاستقلالية الذاتية	51
3-4 العلاقات الاجتماعية و الزواجية	51
3-5 البيئة و المحيط	51
3-6 الجانب الروجي و الديني و التوجه نحو الحياة	52
4- ميادين و مجالات نوعية الحياة	52
4-1 المجال الجسدي	53
4-2 المجال النفسي	53
4-3 المجال الاجتماعي	53
5- التوجهات النظرية لنوعية الحياة	53
5-1 نظرية لاوتن	54

2-5 التوجه الانساني	54
3-5 نظرية رايف	55
4-5 التوجه التكاملي	55
5-5 نظرية اندرسون	55
6- قياس نوعية الحياة	55
1-6 ادوات قياس نوعية الحياة	56
2-6 التصنيف الاول لنوعية الحياة	56
3-6 التصنيف الثاني لنوعية الحياة	56
4-6 التصنيف الرابع لنوعية الحياة	57
خلاصة	59
الفصل الرابع :مرض السكري	
تمهيد	60
1- تعريف مرض السكري	61
2- الية حدوث مرض السكري	61
3- انواع مرض السكري	62
1-3 مرض السكري من النوع الاول	62
2-3 مرض السكري من النوع الثاني	62
3-3 خصائص مرض السكري من النوع الاول و الثاني	63
4-3 مرض السكري من النوع الثالث	63
4- الفحص و التشخيص	63
1-4 الكشف عم مرض السكري	64
2-4 اختبارات الكشف	64
1-2-4 اختبار السكري الدوري	65
2-2-4 اختبار السكر فترة الصيام	65
3-2-4 اختبار تحمل السكر	65
5- ردود الافعال النفسية عقب الاعلان عن الاصابة بمرض السكري	66
6- الاعراض	67
7- الاسباب	69
8- المتابعة الدورية	70

9- المضاعفات	71
10 العلاج	73
خلاصة	
الباب الثاني : الجانب النطبيقي للدراسة	
الفصل الخامس :منهجية الدراسة	
تمهيد	74
1- منهج البحث	75
2- الدراسة الاستطلاعية	75
3- مجال الدراسة	76
3-1 المجال المكاني	76
3-2 المجال الزماني	76
4- عينة البحث	76
4-1 العينة و خصائصها	77
5- ادوات البحث	80
5-1 المقابلة	80
5-2 الملاحظة	80
5-3 التعريف بالمقاييس	80
5-4 مقياس الامتثال العلاجي	80
5-5 مقياس نوعية الحياة	81
6- ادوات التطبيق	86
الفصل السادس :عرض و مناقشة نتائج الدراسة	
تمهيد	87
1- عرض و مناقشة النتائج	88
2- الاستنتاج العام	96
3- الخاتمة	99
المراجع	
الملاحق	

قائمة الجداول

الرقم	العناوين	الصفحة
01	جدول العلاقات بين المراحل و السياقات	33
02	جدول خصائص مستويات مقياس نوعية الحياة	58
03	خصائص مرض السكري من النوع الاول و الثاني	63
04	خصائص العينة	75
05	جدول تنقيط الاجابات في مقياس الامتثال العلاجي	79
06	جدول يوضح مستويات ابعاد مقياس نوعية الحياة	84
07	جدول العبارات السلبية و الايجابية لمقياس نوعية الخياة	84
08	جدول معاملات الثبات لابعاد مقياس نوعية الحياة	85
09	جدول يوضح معامل الارتباط بيرسون للفرضية العامة	88
10	جدول يوضح معامل الارتباط بيرسون للفرضية الجزئية الاولى	89
11	جدول يوضح معامل الارتباط بيرسون الفرضية الجزئية الثانية	91
12	جدول يوضح معامل الارتباط بيرسون الفرضية الجزئية الثالثة	92
13	جدول يوضح نتائج اختبار (ت) للفروق الخاص بالفرضية الجزئية الرابعة	94
14	جدول يوضح نتائج اختبار (ت) للفروق الخاص بالفرضية الجزئية الخامسة	95

قائمة الاشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	السياقات المفهومية الخاصة بمعلومة تهديد الصحة	34

مقدمة الدراسة

الباب الاول

الاطار النظري للدراسة

الفصل الاول

الخلفية النظرية لاشكالية الدر

اشكالية :

في الوقت الحالي اصبحت الامراض السيكوسوماتية او المزمنة تشكل الاسباب الرئيسية للوفاة في العالم ،حيث تتطور الامراض المزمنة ببطء و يعيش بها المرضى لفترات زمنية طويلة و هي غير قابلة للشفاء في معظم الاحيان و لكن ما يهم و هو محاولة التحكم في المرض و تطوره من قبل المريض و المشرفين على العلاج. (شيلي تايلور ،2008 ،ص 45).

و من هذه الامراض نجد مرض السكري ،حيث يعد السكري من اكثر الامراض المزمنة انتشارا بين الجنسين من الفئات العمرية المختلفة حيث تتوقع منظمة الصحة العالمية ان يكون عدد المصابين بالسكري من النوع الاول و الثاني في حلول سنة (2015) (380) مصاب في العالم. بعد ان كانت قد قدرت عددهم سنة (2007) بنحو 246 مليون مصاب اي بزيادة قدرها (55%) (Bennett ,2007) ،و نظرا للخطر الصحي الذي يشكله الانتشار الواسع و المتزايد لنسب الاصابة بالسكري ،حيث وجه العاملين في مجال الصحة تحذيرا الى خطورة مرض السكري من حيث الجوانب الصحية و الاقتصادية و النفسية خاصة.(In can ,2003 ,p 44). حيث بلغ عدد المصابين بمرض السكري في الجزائر مستوى 1.7 مليون شخص خلال سنة 2003 ،وصل العدد الى 2.5 مليون شخص في سبتمبر 2009.

عرف السكري منذ ما يقارب (3000) سنة لكن لم يوصف طبيا الا مع بداية القرن 20 (Balkhadir et El Alaoui ,1993,p35) و السكري حالة عجز مزمن في العمليات الايضية و الناجم عن افراز كميات غير كافية من الانسولين او استخدامه بصورة غير صحيحة ،و خلايا الجسم كي يقوم بوظائفها تحتاج الى الطاقة و المصدر الرئيس لهذه الطاقة هو الجلوكوز ،و هو السكر الناتج عن هضم الاطعمة التي تحتوي على النشويات (Carbohydrates) فيجري في الدم مزودا الخلايا بالطاقة التي تحتاجها.

و يتم افراز هرمون الانسولين من خلايا بيتا في البنكرياس ،و التي ترتبط بالمستقبلات الواقعة على اطراف الخلية و تعمل بصورة اساسية كمفتاح يسمح للجلوكوز بالدخول الى الخلايا و عندما لا يكون افراز الانسولين كافيا او تتطور المقاومة للأنسولين (اي ان الجلوكوز لم يعد يستخدم من قبل الخلايا) يبقى الجلوكوز في الدم بدلا من دخوله للخلايا ،فيحاول الجسم التخلص من الجلوكوز الزائد ،في الوقت الذي لا تتلقى فيه الخلايا ما تحتاجه من الجلوكوز فتفرزها الكلى في البول.

تختلف اسباب و عوامل الاصابة بالسكري بين العوامل الوراثية و البيئية ،حيث تشكل الوراثة نسبة (40-70%) فيما يخص الاصابة بالسكري من النوع الاول, اما بالنسبة للبيئة فإن تأثيرها بوضوح يظهر اكثر بالنسبة للإصابة بالنوع الثاني ،وهي تضم مجموعة من العوامل المسماة بعوامل الخطورة المؤهبة للإصابة بالسكري و تتمثل السوابق العائلية و اسلوب الحياة المميزة بقلة النشاط البدني و فرط التغذية و البدانة و تقدم السن و الاحساس بالتوتر و الضغط.

و على الرغم من اهمية العوامل البيولوجية و الوراثية في تحديد الاصابة بمرض السكري و الامراض المزمنة الاخرى. إلا ان الحديث عن الاسباب و العوامل البيئية قد اتجه في السنوات الاخيرة الى التركيز على علاقة الفرد ببيئته و تأثير ذلك على صحته من خلال ممارسات سلوكية معينة و نوعية حياة محددة ،اذ تتحد صحة الافراد بمحددات بيولوجية و اخرى انفعالية و اجتماعية يلعب الضغط دورا اساسيا في تشكيلها. و لعل الفرق في درجة تأثر الوضع الصحي للأفراد فيما بينهم ،تحدده بالإضافة الى العوامل البيولوجية و الفيزيولوجية عوامل اخرى تتعلق بالشخصية و بأسلوب او نوعية الحياة .بمعنى ان التوجه السلوكي للفرد من خلال ممارساته اليومية في التغذية و النشاط البدني و النوم و كيفية استجابته للضغط و معالجته للانفعال و طريقة توجهه نحو الحياة ،يمكن ان يكون عاملا من عوامل الخطورة على الصحة.

و لقد اكتسى مفهوم نوعية الحياة اهمية كبيرة في الدراسات الابيديمولوجية في مجال الصحة العامة (عثمان يخلف ،2001 ،ص 19) و اصبح يحتل نفس الاهمية التي تحتلها العوامل الوراثية و سمات الشخصية في تحديد الاصابة بالمرض المزمن (فيصل خير الزراد ،2000 ،ص 160) و عندما ظهر هذا المفهوم في الستينات اخذ صبغة سياسية اقتصادية تقوم على فكرة الشعور بالرضا على المستوى المعيشي للأفراد بما يحمله من محددات الرفاهية و الرخاء المعيشي (Andrews et Withy ,1979) ثم انتقل الى الحقل السيكولوجي ليستخدم عن للتعبير عن مدى شعور الفرد بالرضا عن حياته النفسية و الانفعالية تحديدا و كذا علاقته بالآخرين. (Beaufils ,1996) و ما لبث ان استقطب مفهوم نوعية الحياة اهتمام القائمين على البحث في مجال الصحة ،لدرجة انه غير من نظرتهم لمفهوم الصحة ذاتها ،لتتوسع من مجرد النظر اليها على انها حالة الخلو من المرض الى النظر اليها كحالة من الكفاية النفسية و الجسمية و الاجتماعية الناتجة عن تكامل و تفاعل هذه الجوانب الثلاثة (Beaufils ,2002 ,p4) و بهذا الشكل توسع مفهوم نوعية الحياة هو الاخر ليشمل الجوانب المكونة للشخصية ككل بدلا من التركيز على جانب واحد فقط ،كالجانب الجسدي لوحده او الجانب النفسي لوحده ،لان مفهوم نوعية الحياة يتحدد

بعوامل متعددة ترتبط بالجهود التي يبذلها الفرد لتحقيق طموحاته و توقعاته بشان القضايا التي يهتم بها في حياته

(Leval ,1995) كما ترتبط ايضا بمضمون و طبيعة العلاقته مع الاخرين .(Edlund et al ,1993).

ان الملاحظ من تعاريف نوعية الحياة (العامة منها و الخاصة) هو اقتصارها على ربط هذا المفهوم بمستوى الاداء الوظيفي و المهارات الفردية في مواجهة متطلبات الحياة اليومية المهنية و الاجتماعية ،و اغفالها بالمقابل لأبعاد و مجالات اخرى في الحياة كالبعد الروحي و الديني و المعتقدات الشخصية و التوجه نحو الحياة ،و مع ذلك فان مفهوم نوعية الحياة قد اعطى عمقا واضحا لبحوث علم النفس الصحة التي تناولت علاقة السلوك الصحة ،من خلال مصطلحات و مفاهيم قريبة من مفهوم نوعية الحياة كالسلوك الصحي و عوامل الخطورة المشكلة على الصحة و قد يظهر ذلك من خلال الكم الوافر من الدراسات التي ركزت على فحص العلاقة بين الامراض العضوية المزمنة و الامتثال العلاجي.

و على هذا الاساس تختلف سلوكات و تصرفات الناس على حسب نوعية حياتهم و ابعادها مثل (البعد النفسي ،الجسمي ،الاستقلالية الذاتية....).

ان مريض السكري كباقي المرضى المزمنين يتغير نمط حياتهم في كثير من السلوكات من اجل تجنب مضاعفات المرض التي قد تؤدي الى الوفاة في كثير من الاحيان و في اي لحظة خاصة عند عدم امتثال المريض لتعليمات الطبيب و عدم انضباطه بالحمية الغذائية الخاصة به و تغير سلوك الحياة حسب حالته و الصحية .

و يعرف الامتثال على انه سلوك كما انه درجة من التوافق بين سلوك الفرد المريض من حيث (اخذ الدواء ،اتباع الحمية ،تغيير سلوك الحياة) من جهة ،والتعليمات التي يقدمها الطبيب من جهة اخرى ،في حين يشير سلوك عدم الامتثال لتعليمات الطبيب الى عدم التوافق بين سلوك المريض و التعليمات الطبية.(Haynes ,1979).

و هذا ما يطرح أصعب المشاكل التي تواجه المريض و القائم على رعايته الصحية أي الامتثال العلاجي من خلال الامتثال لتعليمات الطبيب وإتباع الحمية الغذائية المناسبة ، لهذا تبقى مشكلة الامتثال العلاجي لدى المصابين بالأمراض المزمنة من أكبر المشاكل التي يواجهها القائمين على الصحة إذ تشير المنظمة العالمية للصحة organisation mondiale de la santé (OMS) إلى أن قرابة % 50 فقط من

المرضى البلدان المتطورة والمزمنين في أقل من هذه النسبة من هؤلاء المرضى في البلدان النامية يلتزمون بعلاجهم (OMS 2003 ,p 7).

فعدم الامتثال العلاجي لدى المرضى المزمنين بصفة عامة و مرض السكري بصفة خاصة من اهم المشاكل التي تواجه المعالجين و القائمين على رعاية المرض و هذا لكون المرض له جوانب نفسية و اجتماعية و ليس البيولوجي فقط و هذا ما توصل اليه الباحثين خاصة في علم النفس الصحة اي النظرة التكاملية او ما يعرف بالنموذج البيونفسي اجتماعي اي لابد من فحص العلاقات المتداخلة بين العوامل البيولوجية و النفسية و الاجتماعي ،و تبنى هذا النموذج قد تفسيرا تفسيرا لاختلاف مستويات الامتثال العلاجي لدى المصابين بمرض السكري هذا الاختلاف يعود إلى عدة عوامل منها ما هو متعلق بالمرض و منها ما هو متعلق ببرنامج العلاج و منها ما هو متعلق بالمريض في حد ذاته أي العوامل الشخصية ، و من بين هذه العوامل إدراك المرض و تصوره لدى المريض و كذلك المعتقدات التي يكونها المريض حول مرضه و مدى قدرته على تحقيق مستويات عالية من الامتثال العلاجي و بذلك يتجنب حدوث المضاعفات السلبية للمرض أضف إلى ذلك شعور المريض بأنه قادر على القيام بسلوكات معينة مثل الخضوع لنظام حمية غذائية خاصة و انقاص من السكريات و الابتعاد عن التدخين و اخذ الادوية مما يعني امتثال علاجي جيد.

اذ تعد نوعية الحياة من المحددات الاساسية للامتثال العلاجي لدى مرضى السكري ،فتوقع السيطرة على الصحة المقترن بالمعرفة بالعلاج هما من بين العوامل التي يمكن ان تتنبأ بالامتثال لدى مريض السكري.(شيلي تايلور ،2008 ،ص 64).

و من هنا يصبح من الضروري اجراء دراسة محلية لولاية المدية للتعرف على مختلف هذه المتغيرات و الخصائص المتعلقة لهؤلاء المرضى المصابين بمرض السكري.

و ذلك للاجابة على السؤال التالي :

هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الامتثال العلاجي و نوعية الحياة لدى مرضى السكري ؟

التساؤلات الجزئية :

هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوعية الحياة و اتباع الحمية لدى مرضى السكري؟

هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوعية الحياة و تناول الادوية لدى مرضى السكري؟

هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الامتثال العلاجي و الصحة الجسدية لدى مرضى السكري؟

هل توجد فروق دالة احصائيا في نوعية الحياة لدى الافراد المصابين بنوعي السكري؟

هل توجد فروق دالة احصائيا بين الجنسين فيما يتعلق بالامتثال العلاجي؟

2- صياغة الفرضيات :

الفرضية العامة :

- توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الامتثال العلاجي و نوعية الحياة لدى مرضى السكري.

الفرضيات الجزئية :

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوعية الحياة و اتباع الحمية لدى مرضى السكري.
- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوعية الحياة و تناول الادوية لدى مرضى السكري.
- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الامتثال العلاجي و الصحة الجسدية لدى مرضى السكري.
- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الامتثال العلاجي و الصحة النفسية لدى مرضى السكري.
- لا توجد فروق دالة احصائيا بين الجنسين فيما يتعلق بالامتثال العلاجي.
- لا توجد فروق دالة احصائيا بين نوعي السكري و نوعية الحياة.

3- تحديد المفاهيم :

3-1الامتثال العلاجي :

- **التعريف الاصطلاحي :**

هو درجة التوافق بين سلوك الفرد المريض المصاب بمرض السكري من حيث (اخذ الادوية ،اتباع الحمية ،تغيير سلوك الحياة) من جهة و اتباع تعليمات و توجيهات الطبيب من جهة اخرى و يمكن تحديد السلوكات الصحية التي يتبعها المريض المصاب بالسكري هي :

- اتباع الحمية المتبعة من طرف الطبيب.
- الانقاص من اكل السكريات و المشروبات الغازية.
- تناول الأدوية بصفة منتظمة و في أوقاتها المحددة كما يحددها الطبيب.
- الالتزام بالمتابعة الطبية الدورية وباقي الفحوصات المتخصصة عند الضرورة. (Moyle ,1972.)

- **التعريف الاجرائي :**

هي الدرجة التي يتحصل عليها المجيب في مقياس الامتثال العلاجي (CRC=Compliance Rating Scale) و هو يحتوي على 6 محاور هي (الحمية ،الادوية ،السكريات ،الشكولا ،المشروبات و العصائر ،المواظبة).

3-2 نوعية الحياة :

- **التعريف الاصطلاحي :**

ادراك الاشخاص الى مكانهم في الواقع و وضعهم في الحياة و تشمل العديد من المكونات منها الثقافية ، القيم و النظام التي من خلاله و له علاقة باهدافهم و اهتماماتهم في ضوء تقيمهم لجوانب حياتهم التي تشمل الصحة الجسدية ، الصحة النفسية ،الاستقلالية الذاتية ،البيئة و المحيط ،العلاقات الاجتماعية و الزوجية ،التوجه نحو الحياة). **(الزروق فاطمة الزهراء ،2008،ص 48)**

- **التعريف الاجرائي :**

هي الدرجة الكلية التي يتحصل عليها في اختبار نوعية الحياة ،و التي تشير الى مجموع الدرجات في الابعاد الفرعية الستة المكونة للاختبار ،حيث تقدر الدرجة الدنيا للاختبار ب(51) نقطة و العليا ب(204) نقطة.

3-3 مرض السكري :

- **التعريف الاصطلاحي :**

يعرف السكري على انه اضطراب اقلابي (Trouble Métabolique) ناتج اما عن عجز في افراز هرمون الانسولين او عن مقاومة غير عادية في الجسم ضد هذا الهرمون ،الشيئ الذي يؤدي الى ارتفاع نسبة تركيز السكر في الدم (Hyperglycémie) عن المعدل العادي لتصل الى ما فوق 1.26غ/ل في حالة الصوم.(**Polonovski ,2000 ,p23**).

- **التعريف الاجرائي :**

عرف السكري في هذه الدراسة اجرائيا بارتفاع نسبة تركيز السكر في الدم عن المعدل الطبيعي المقدر ب(1غ/ل) ليصل الى (1.26غ/ل) في حالة الصوم و الى (2غ/ل) كحد اقصى بعد تناول الطعام ،و ذلك بعد فحصين على الاقل.

4- اهداف البحث :

- محاولة معرفة العلاقة الكامنة بين الامتثال العلاجي و نوعية الحياة.
- التعرف على فئة مرض السكري و التعرف على معاناتهم الجسمية و النفسية و الاجتمعاعية.
- تشخيص سلوك الامتثال لدى مرضى السكري.
- معرفة ما اذا كان لنوعية الحياة لدى الفرد دور هام في ظهور سلوك الامتثال العلاجي لدى المصاب بالسكري.
- تحديد مستويات الالتزام و الاهتمام بأبعاد الامتثال العلاجي.

5- اهمية البحث :

- يتناول هذا البحث مرضا متزايد الانتشار يهدد مختلف الفئات العمرية و يشكل عبئا صحيا و اجتماعيا و ذلك من خلال تعقد المضاعفات التي يطرحها على المستوى النفسي و الاجتماعي

،بالاضافة طبعا الى التكاليف المادية التي يتطلبها المتكفل بالمصابين به ،خاصة و ان توقعات المنظمة العالمية للصحة بشان عدد المصابين تصل الى (400) مليون مصاب مع حلول عام 2025.

- تندرج اهمية هذا البحث ضمن الاهمية التي يحتلها علم نس الصحة كاتجاه عام في تناوله للعلاقة بين السلوك و الصحة ،من خلال مصطلحات معينة كالامتثال العلاجي ،مرض السكري و نوعية الحياة ،اذ يحاول هذا البحث ان يسلط الضوء على نوعية الحياة لدى مرضى السكري و علاقته بالامتثال للعلاج.
- يستمد هذا البحث اهمية من خلال محاولة الكشف عن نوعية الحياة المرتبطة بالاصابة بالسكري في ظل ندرة دراسة هذا المجال في البيئة الجزائرية على الاقل.
- يطرح هذا البحث و بشكل مباشر العلاقة بين كل من نوعية الحياة و بمفهومها العام الكلي و بين الاصابة بالمرض كنتيجة تؤثر فيها المحددات الشخصية متمثلة في اسلوب الحياة ،على الاصابة بالمرض كنتيجة ،تؤثر فيها المحددات الشخصية متمثلة في اسلوب الحياة على الاصابة بالمرض و ليس العكس ،حيث تعودت البحوث في هذا المجال التركيز على توضيح التغير الذي يمكن ان يطرأ على نوعية الحياة بعد الاصابة بالمرض المزمن من خلال ما يسمى بنوعية الحياة النوعية.

6- الدراسات السابقة :

الدراسة الاولى : دراسات خاصة بمرض السكري

دراسة قريط 2006 بالأردن بعنوان نوعية الحياة الصحية ،الدعم الاجتماعي و استراتجيات التكيف لدى المرضى المصابين بالسكري من النمط الثاني.

تهدف الدراسة الى تحديد مستويات التكيف ،الدعم الاجتماعي ،و نوعية الحياة الصحية لدى مرضى السكري من النمط الثاني حيث قامت الباحثة بدراسة المتغيرات الديمغرافية و المتغيرات التالية :استراتجيات التكيف ،الدعم الاجتماعي و نوع الحياة.

حيث جرت الدراسة على عينة تكونت من (151) فردا (77) ذكرا ،و (74) اناث تتراوح اعمارهم بين (30-78) سنة جرى اختيارها عشوائيا من (8) مراكز صحية .

اسفرت نتائج الدراسة الى وجود علاقة دالة بين نوع الحياة و العمر ،الوضع الاجتماعي ،المهنة و الدخل ،و التكوين الاسري مضاعفات السكري ،و نوع العلاج المتبع ،اضافة الى ذلك تبين ان

هناك علاقة ذات دلالة احصائية بين نوع الحياة و الدعم المقدم من الزوج و الزوجة و الاباء ،و الاجداد و الاخوة و الاخوات ،زملاء العمل و الاصدقاء.

الدراسة الثانية : دراسة **الدكتورة الزروق فاطمة الزهراء** (رسالة دكتوراه 2008) تحت عنوان دراسة المنط السلوكي الذي للمصابين بالسكري من خلال نوعية الحياة.

هدفت الدراسة الى الكشف عن النمط السلوكي الذي يتميز به المصابون بالسكري من خلال اختبار طريقة الحياة. حيث استخدمت الباحثة مقياس طريقة الحياة الذي قامت ببنائه و قد طبقت الاختبار على(305) عينة من الجنسين (اناث و ذكور) على مستويات عمرية مختلفة تتراوح بين (18–69) من عدة ولايات.

توصلت الباحثة في اخر هذه الدراسة الى النتائج التالية : ان تؤكد وجود نمط سلوكي يمكن ان يكون وراء الاصابة بالسكري بالاضافة الى المسببات التقليدية و المعروفة و المتمثلة في الاستعداد الوراثي.

الدراسة الثانية : دراسة خاصة بنوعية الحياة.

الدراسة الاولى : دراسة علام 2012

اجريت الدراسة بهدف التعرف على مستوى و مدى شيوع نوعية الحياة و الرضا الوظيفي لدى عينة من اعضاء هيئة التدريس في جامعة (عين شمس) و كذلك التحقق مما اذا كان هناك علاقة بين نوعية الحياة و الرضا الوظيفي ،و تكونت عينة الدراسة من (102) من اعضاء هيئة التدريس من جامعة (عين شمس) و قد اسفرت النتائج عن انخفاض مستوى نوعية الحياة لدى عينة الدراسة ،كما اكدت النتائج وجود علاقة موجبة بين نوعية الحياة و الرضا الوظيفي ،و كشفت النتائج عن عدم وجود اختلاف بين افراد العينة في مستوى نوعية الحياة وفقا لمتغير الجنس.

الدراسة الثانية : دراسة سامي هشام 2004.

دراسة تناولت نوعية الحياة لدى المعاقين جسميا و المسنين و العاملين و تكونت العينة من 32 مسنا و 37 عامل و 32 معاقا جسميا طبق عليهم مقياس نوعية الحياة و مقياس القدرة على التكيف و مقياس التماسك الاسري ،و قد اظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الذكور و الاناث في نوعية الحياة و ان المسنين اقل ادراكا لنوعية الحياة من طلاب الجامعة و عدم وجود فروق في نوعية الحياة بين المقيمين في الريف و المدينة، كما وجدت علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة و التكيف الاسري.

الدراسة الثالثة : دراسة خاصة بالامتثال العلاجي.

الدراسة الاولى :Chteaux et Spitz 2006 :

وهي دراسة ارتباطيه بين إدراك المرضى والامتثال العلاجي لدى الأطفال المصابين بالربو الشعبي، وقد كان لهذه الدراسة هدفين هما:

تكييف اختيار إدراك المرض المعدل على عينة من الأطفال المصابين بالربو.

تقييم مدى تأثير إدراك مرضى الربو وتدخل الأولياء على الامتثال العلاجي عند الأطفال المرضى.

وقد كانت عينة الدراسة تتكون من 146 طفل مصاب بمرض الربو تتراوح أعمارهم بين 8 و 12 سنة، و 92 والد للإجابة على اختبار إدراك المرض، وكذا اختبار للامتثال العلاجي وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

توصلت الباحثة انه هناك فهم جيد للأطفال حول مرضهم، بالإضافة إلى التحكم في الامتثال بصورة أفضل.

الدراسة الثانية :دراسة زناد دليلة 2008.

وهي دراسة لنيل شهادة دكتوراه دولة في علم النفس العيادي بعنوان" سلوك الملائمة العلاجية وعلاقته بالمتغيرات النفسية، المعرفية والسلوكية لدى مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم، اعتمدت فيها الطالبة الباحثة على المنهج العيادي من خلال 30 حالة بالجزائر العاصمة، وقد كان التساؤل الأساسي للدراسة هو :

إلى ماذا يعود سلوك عدم الملائمة ؟ أو لماذا هناك البعض من المرضى الخاضعين لتصفية الدم لا يستجيبون للتعليمات الطبية ؟

وقد خلصت الباحثة في نتائج الدراسة إلى ما يلي: يعود سلوك عدم الملائمة إلى الإدراك المشوه للمرض لدى مرضى العجز الكلوي المزمن.

انخفاض مستوى نوعية الحياة لدى هذه الفئة من المرض.

سلوك عدم الملائمة يعود إلى خصائص الشخصية وأبعادها.

7- التعقيب على الدراسات السابقة :

من حيث الاهداف :

تباينت اهداف الدراسات السابقة باختلاف المتغيرات التي تناولتها الدراسات ،حيث هدفت بعض الدراسات الى التعرف الى نوعية الحياة و علاقتها بمتغيرات اخرى و من هذه الدراسات :دراسة الدكتوراه فاطمة الزهراء الزروق (2008) التي هدفت الى التعرف على المنط السلوكي السائد لدى مرضى السكري و

علاقتها بنوعية الحياة ،و هدفت دراسة علام (2012) التي تهدف لمعرفة مدى شيوع نوعية الحياة و الرضا الوظيفي للأساتذة الجامعيين.

و هدفت بعض الدراسات الى دراسة متغيرات معينة و علاقتها بالامتثال العلاجي كدراسة (2006) Chteaux et Spitz الي هدفت الى مدى امتثال الاطفال المصابين بالربو ،بينما هدفت دراسة زناد دليلة (2008) الى التعرف على الامتثال العلاجي و علاقته بالمتغيرات النفسية المعرفية و السلوكية لدى مرض العجز الكلوي .

و هدفت دراسة اخيرة دراسة Norman و زملائه (2001) بالبحث عن العلاقة بين استراتجيات المواجهة و الضبط المدرك لدى مرضى السكري.

و تهدف الدراسة الحالية الى دراسة طبيعة العلاقة بين الامتثال العلاجي و نوعية الحياة لدى مرضى السكري.

من حيث العينة :

تباينت معظم الدراسات السابق ذكرها حول نوعية الحياة في حجم العينة ،حيث تراوحت عينة دراسة الدكتوراه الزروق الى (305) كأكبر مجموعة سنة 2008 ، و 25 عينة في دراسة شيخي مريم سنة 2013.

اما بالنسبة لنوع العينة فقد استعملت الدراسات السابقة عينة تتراوح اعمارهم من 25 حتى 60 سنة و كذا دراسة بن غدفة شريفة في رسالتها السلوك الصحي و علاقته بنوعية الحياة حيث تراوحت العينة الى (217 عينة).

اما الدراسة الحالية فقد تم اختيار عينتها بطريقة قصدية و التي تكونت من 50 مصاب بمرض السكري.

من حيث المنهج :

ان معظم الدراسات السابقة استخدمت المنهج الوصفي التحليلي و التجريبي اما الدراسة الحالية فتهدف الى استخدام المنهج الوصفي.

الباب الثاني

الجانب النظري

الفصل الثاني

الامتثال العلاجي

تمهيد :

لقد أدى تزايد عدد المرضى المصابين بالأمراض المزمنة إلى بروز عدة صعوبات في التكفل الجيد بهم، لكون مرضهم غير قابل للشفاء مما يعني ضرورة تكاثف الجهود بين جميع القائمين على رعاية المريض من الفريق الطبي والمريض، وحتى العائلة من أجل تجنب مضاعفات المرض.

ومن أهم المشاكل التي تواجه القائمين على الرعاية الصحية للمرضى المزمنين بصفة عامة و المصابين بمرض السكري بصفة خاصة ، عدم الإتباع بصفة جيدة لنصائح الطبيب المعالج وعدم الامتثال بالحمية وتجنب الممنوعات، وهذا ما اصبح عليه علميا بعد الامتثال العلاجي ، إذ جاء اهتمام الباحثين في الطب وعلم النفس بسلوك الانضباط بعدما لاحظوا الانعكاسات السلبية المصاحبة بالنسبة للمريض، facteur de risque لهذا السلوك مع المرضى إذ يفسر كعامل خطورة مما يعرض للخطر.

و يعتبر سلوك عدم الامتثال العلاجي من أكثر المشاكل شيوعا التي تظهر في أوساط قطاع الصحة والطب، كما يظهر هذا السلوك لدى مختلف الفئات العمرية ومختلف الطبقات لأنه سلوك شائع لدى الأشخاص الراشدين والمسنين.

1-تعريف الامتثال العلاجي :

1-1 التعريف اللغوي :

complianceكلمة ، New oxford dictionnaire of Englishيعرف قاموس بأنها" حالة أو حقيقة الاتفاق أو تلبية القواعد أو المعايير."

فإن الكلمة تشير " إلى مدى إتباع تعليمة، عادة، la Rousse: أما قاموس1990 سلوك والتقيد بقواعد توجيهية."

ونجد في اللغة الأجنبية عددا من مرادفات المصطلح ,adhérence, fidélité , maintenance. concordance, alliance

أما في اللغة العربية فنجد عدة مصطلحات ومعاني مقابلة للكلمة منها:

ألانضباط ألالتزام الامتثال الانصياع الملائمة، .... وقد اخترنا مصطلح الانضباط لما يحمله من دور للمريض في العملية العلاجية باعتباره مشاركا فيها وحتى لا نقع في السلبية والخضوع أي أن المريض له دور في العملية العلاجية.

1-2 التعريف الاصطلاحي :

يعرف الامتثال على انه سلوك Compliance على انه سلوك، كما انه درجة توافق سلوك الفرد المريض من حيث اخذ الدواء، تغير سلوك الحياة من جهة و التعليمات او الوصفات التي يقدمها الطبيب من جهة اخرى .

عرفه (Haynes et Al. 1979) على انه درجة التلاؤم مع الوصفة الطبية (حمية، ادوية ، ...) و تطبيقها من قبل العميل .

و يرى Portick: ان الامتثال العلاجي هو السلوك الذي يتبعه المريض من خلال تناوله للدواء بدقة و الانضباط الامثل حسب الشروط المحددة و المفسرة من قبل الطبيب، اي الالتزام الدقيق بنماذج تناول

الدواء من حيث الجرعات ، طرق الاستخدام ، كمية الدواء ، احترام المدى بين الجرعات ، شروط التغذية و الشرب . **(portick,2006)**

اما المنظمة العالمية للصحة Organisation Mondial de la sante (OMS) ، فقد تبنت التعريف التالي " درجة التوافق بين سلوك الفرد (في اخذ الدواء ، اتباع حمية غذائية ، تبني نمط حياة ملائم او القيام بتعديلات سلوكية و اتباع التعليمات و الارشادات الطبية)**(OMS.2003.P3)**

تعريف خاص بالباحثة للامتثال العلاجي :

الامتثال العلاجي هو سلوك الفرد في اتباع و تطبيق تعليمات و التوصيات المقدمة له من طرف الطبيب حول (الحمية ،المواظبة ،اخذ الادوية ...) حتى يحافظ على صحته الجسمية و النفسية .

2- أصناف العملاء غير الممتثلين للعلاج :

قسم 1994 (Lask) العملاء غير الممتثلين الى ثلاثة اصناف :

- العملاء الرافضون للعلاج و يعتقدون انهم لايحتاجون اليه .
- العملاء الذين يزعمون انهم ملتزمون بالعلاج دون القيام بذلك .
- العملاء الذين لايعلنون عن سوء امتثالهم .

3- محددات الامتثال العلاجي :

تتدخل العديد من العوامل و المتغيرات في تحديد درجة امتثال العميل لتوصيات و تعليمات المعالجين و العلاج الموصوف من بينها مايلي :

3-1 العوامل السيسموديمغرافية :

لم تسجل مختلف الدراسات وجود ارتباط بين الامتثال و العوامل السيسوديمغرافية سواء لدى الطفل او الراشد ، فيما ذهب البعض الى تراجع الامتثال مع العمر ، اذ لوحظ وجود امتثال نسبي افضل لدى الطفل بالمقارنة مع المراهق و الراشد .

3-2 العوامل المتعلقة بشخصية العميل :

اكد العديد من الباحثين وجود علاقة ارتباطيه دالة بين الامتثال للعلاج و تقدير الذات ، خاصة في مرحلة المراهقة كما ان التصورات التي يحملها العميل للمرض تؤثر في درجة امتثاله ، اذ يفترض نموذج السلوك الصحي Health behavior model ان العملاء الذين ينشغلون اكثر بصحتهم و يهتمون بها هم الاكثر امتثالا للعلاج ، فيما يرى نموذج مركز التحكم الصحي العميل الملتزم بالعلاج هو الذي يعتقد بأنه المسئول و الفاعل للأحداث التي تعنيه ، و من جهة اخرى ، يلجأ عادة العملاء الى استخدام استراتجيات المواجهة للتعامل مع وضعية المرض و يختلف استعمال هذه الاستراتجيات من فرد لأخر خاصة استراتجية المواجهة نحو الانفعال المسماة بالإنكار ، اذ دلت دراسات (Abbott et al 1996) ان اكثر من ثلث العملاء لا يقدرون خطورة مرضهم و يعيقون انفسهم ليسو بحاجة الى مجمل اساليب العلاج المقترحة .

فيما اسفرت نتائج دراسة " Conway et all 1996" ان 34% من العملاء الذين تم استجوابهم في هذه الدراسة ، قد اوعزوا عدم امتثالهم للعلاج الى النسيان .

اذ يستخدم انكار المرض كنمط دفاعي لمواجهة القلق الناتج عن التشخيص.

3-3 دور الاسرة :

لقد اظهرت العديد من الدراسات اهمية الدور الذي تؤديه الاسرة في عملية العلاج ، اذ الامتثال للعلاج لدى الطفل يرتبط بالدرجة الاولى بانخراط الوالدين و التزامهم في تجسيد و تطبيق العلاج المقترح ، و دلت بعض الدراسات (Eddy et all 1998) وجود ارتباط سالب عكسي بين الامتثال و الاختلال الوظيفي للأسرة ، اذ لوحظت صعوبات في الالتزام بالعلاج حينما يوجد مناخ غير سوي داخل الاسرة او سوء تفاهم بين الوالدين .

3-4 العوامل المتعلقة بالمرض :

من البديهي ان قلة المعلومات حول المرض او جهل العميل و أميته قد يفضي في بعض الحالات الى صعوبات في الالتزام بالعلاج ، فقد دلت دراسة (Guadas et koocher) ان الامتثال الجيد قد ظهر ان الذين يمتلكون معرفة جيدة للمرض .

3-5 العوامل المتعلقة بالعلاج :

تتطلب بعض الامراض علاجا مطولا ، حيث لا تختفي في اعراضها إلا بعد مدة طويلة ، فنتائج العلاج ليست فورية و يقتضي ذلك متابعة و انضباط لدى العميل و هو الامر الذي يصعب على الكثير الالتزام به ، كما ان المضاعفات الجانبية للأدوية المتناولة قد تشكل مكبحا للامتثال للعلاج ، اذ العديد من العملاء لا يستطيعون تحمل بعض المضاعفات ، لذلك يلجئون الى توقيف العلاج ، اضافة الى ذلك فان هناك بعض الادوية ذات التكاليف الباهظة ، تجعل بعض العملاء عاجزين عن شرائها على فترة مطولة رغم وجود ضمان اجتماعي.

3-6 دور المعالجين :

تؤدي العلاقة بين المعالج و العميل دورا اساسيا في الامتثال ، فوجود علاقة طبية بين الاطباء او الممرضات يساعد العميل على الالتزام بما يقدم له من توصيات طبية ، فنلاحظ المظاهر التالية : سوء تنظيم مواعيد المعاينة ، التوصيف الدوائي الخاطئ ، غياب تحسن الحالة الصحية و ربما تدهورها ، تدخل العديد من الاطباء في توصيف الداء و العلاج حيث كل طبيب يصف ادوية مغايرة ، ضعف اهتمام الطبيب و بالتالي صعوبة الاتصال.

3-7 الموقف من المجال الطبي :

ان عدم وجود ثقة تامة اتجاه الطبيب و العلاج الطبي لدى بعض العملاء قد يؤدي الى عدم الانخراط في العملية العلاجية . اذ على الرغم من كونهم قد التجئوا الى الطب الحديث الا انهم يميلون الى الاعتقاد في فعالية العلاج الشعبي أو التداوي بالأعشاب او يجمعون بين العلاج بالعقاقير و التداوي بالأعشاب بدون علم الاطباء ، فقد دلت دراسة (Schmidt et al 2007) التي اجريت على 1423 عميل فرنسي ان 60% منهم قد لجئوا الى ما يعرف بالطب الموازي كالتداوي بالأعشاب ، و الطب الشعبي المشعوذ و غيرها.

3-8 فترات تعقد المرض :

تعد الفترات التي تتدهور خلالها صحة العميل و تتفاقم حالته ، عامل مخاطرة لعدم الامتثال للعلاج ، خاصة لدى المراهق بسبب شعوره بالإحباط و اليأس في غياب تحسن ملموس لحالته الصحية بعد اذعانه للعلاج ، و ما يزيد من رفض العميل هو التصعيد العلاجي بتكثيف تناول جرعات الدواء و توقيفه ، و تشديد نظام التغذية و الحمية.

4- العوامل المعرفية في الامتثال :

يحتاج المرضى لتبني سلوك الامتثال الى مراحل يتخللها عوامل و مهارات معرفية هي :

1- في الاول يبدأ المرضى بجمع المعلومات و المعطيات حول كيفية و متى يتم تناول الدواء و ذلك باستشارة الطبيب او الصيدلي و ذلك بقراءة الوصفة الداخلية ، و بالتالي قد تعود عدم ملائمة في بعض الحالات الى عدم الحصول على المعلومات كافية و هذا يتخلى المرضى عن تناول الادوية (**Morrow 1988**) .

2- يعمل المرضى على تحليل المعلومات و المعطيات المتعلقة بالمعرفة الاولية للعلاج المقترح عليهم و هذا ما يسمح ببناء نموذج عقلي يتضمن طريقة التعامل مع هذا العلاج (الامتثال) (Nilson et ruth 1989) ، يحتاج هذا التنظيم الى فهم و تذكر تلك المعلومات (Park et poon 1989) فالتنظيم الضعيف يؤثر سلبا في عملتي الفهم و التذكر (Ley ,1978) ، فالمريض الذي يفهم جيدا المعلومات المقدمة له حول مرضه و علاجه سوف يمتثل لها (Leirer et al ,1991) فالذاكرة كعملية معرفية ضرورية لتبلور سلوك الامتثال (Pariante ,1991) كما تتضمن الملائمة مهارات معرفية اخرى مثل المراقبة، اي كيف يتم فهم و تذكر التعليمات الطبية ذلك ان السياقات المعرفية تتطلب جهدا عقليا و يخضع هذا الجهد للاعتقادات المتعلقة بدرجة المراقبة الخاصة بالصحة و شروطها و كذلك قيمة و فعالية العلاج (**Wallston ,1987**).

3- يتبلور الامتثال لدى المريض في المرحلة الثالثة عندما يتخذ قرارا بإتباع التعليمات الطبية اي تتبع المواصفات كلها ، و يؤكد (Rosenstock ,1966) في نموذجه للمعتقدات الصحية ، ان اخذ القرار هو مهارة معرفية ضرورية في مسار الامتثال و هذا يؤكد الاعتقاد بفعالية العلاج (Rosenstok ,1979) و فعالية الذات .

4- اهم عملية معرفية اخرى هي فهم تعليمات العلاج (الادوية و الحمية) اي يفهم المريض ما هو مطلوب منه (Svarstod ,1979) ذلك لان من بين اسباب عدم الملائمة هو ان المريض لم يفهم ما قاله الطبيب و لم يستوعب مختلف الشروحات المقدمة له فيما يتعلق بعلاجه (Hurley et schiller,1987) ، و استنادا لهذا فان المرضى يتبعون تعليمات الطبيب عندما يقدم لهم شرحا مستوفيا حول تشخيص المرض ، العلاج ، المآل ، خطوات تناول الادوية و نوع الحمية ، و يفضل ان تكون التعليمات مكتوبة و مقروءة و يطاب من المريض اعادتها حتى يتأكد من فهمها و هي طريقة

لتعلم الامتثال (Dinicila,1982) الى اقناع المريض بنوعية العلاقة (طبيب ، مريض) و هذا يؤدي الى مؤشر ايجابي يؤدي للامتثال ، اما الاطباء الذين يظهرون الغضب و عدم التقمص الوجداني ، عدم الصبر يؤدي ذلك لعم الامتثال العلاجي . **(Scherbourne ,1992)**.

فالأطباء الذين يسالون مرضاهم و ينتظرون اجوبتهم و يقدمون لهم معلومات في كل مرة حول ورضهم و علاجهم ، فإنهم يساعدون بذلك في تطوير سلوك الامتثال لدى المرضى. **(Dimotto et al 1993)**

الامتثال يتأثر بنوع العلاج المقدم اذ انه كلما كان العلاج معقدا و مزمنا كلما كام المرضى اقل امتثالا و تزداد حدت عدم الامتثال عندما تكون التعليمات تتعلق بتغيير سلوكيات حياتية مثل : التدخين ، الكحول ، عدم التعرض للضغط.

و لهذا نلاحظ ان المرضى يتبعون التوصيات الطبية بمعدل 90% عندما تكون طبية صيدلانية محصنة اما عندما يتعلق الامتثال بمواضيع اخرى (الحمية ، النوم ، الانقاص من ساعات العمل ، تغيير سلوكيات حياتية ، فيجد المرضى صعوبة في تبني سلوك الامتثال و يظهر بنسبة 66% .

(Meichenbaum ,1989)

اما Leventhal فقد وجد من خلال نموذج الضبط الذاتي ان سلوك الامتثال يتعزز بمهارة الضبط الذاتي ، حيث يتمسك المريض بعلاجه و يتابع حميته اذ يطور استراتجيات فعالة تشير الى الضبط ، المراقبة ، التحكم. **(Leventhal , 1996)**

4-1 الخصائص النفسية الاجتماعية للمرضى غير ممتثلين :

يحتاج تبلور سلوك الامتثال لدى المرضى الى مجموعة من الشروط هي :

الدافعية ،التقبل ،الاعلام ،مشاركة المريض و استناد الى نموذج معتقدات الصحة .

و يؤكد (Becker et maiman ,1975)على اهمية الامتثال في العلاج و ان سلوك الامتثال يتحدد من خلال خمسة (5) عوامل سيكولوجية هي :

1) ادراك مسار المرض و شدته.
2) ادراك مدى المضاعفات الايجابية لتناول الدواء.

3) ادراك خطورة الظروف المحيطة بالمرض.

4) ادراك نتائج فعل او سلوك الامتثال.

5) ادراك العوامل الداخلية و الخارجية للسلوك (الدعم الاجتماعي و المقاومة)

قد فشلت العديد من الدراسات في ايجاد العلاقة بين الامتثال العلاجي و الخصائص النفسية و الاجتماعية لدى المرضى المزمنين و ذلك فيما يتعلق الجنس ،السن ،المستوى الاقتصادي ،الاجتماعي ،الحالة الاجتماعية ،الوظيفة ،المستوى التعليمي ،السكن الحضري او الريفي.(**Haynes ,1979**)

و قد وجد Haynes و جماعته 1979 في دراسة على المرضى و اعتمادا على اختبار MMPI (اختبار منيسوتا المعدد الاوجه) انه ليس هناك علاقة مباشرة بين الامتثال و سمات الشخصية في حين وجد (Kaplan et al ,1990) بعض الخصائص التي يتميز بها المرضى الذين اظهروا امتثالا لعلاجهم و هي التوجه المستقبلي ،التفاؤل ،الاستقرار و الدافعية و هي عوامل ترتبط بالامتثال ،و لعل هذا يعود الى دور الوضعية اذ ان المرضى يظهرون امتثالا مع وضعية معينة نتيجة عوامل دخيلة (احداث حياتية اخرى ،ادراك الدعم الاجتماعي).

كما انه لم تبين العديد من الدراسات التي استخدمت اختبارات الشخصية ،العلاقة بين سمات الشخصية و الامتثال لدى المرضى المزمنين (Glassgow et al ,1987) و على الرغم من ذلك فان محاولات عديدة تواصل دراسة علاقة الشخصية بالامتثال عن طريق مقاييس تقدير الشخصية ،و فد اشار (Ross 1977,) ان هناك اتجاه لسوء تقدير الوضعية و اهميتها و التركيز فقط على سمات الشخصية و ذلك للتنبؤ بالسلوك المستقبلي . عدم الملائمة .

لقد اشار(Haynes ,1979) الى ان الباحثون يبحثون عن خصائص الشخصية و ينسون الوضعية الانية التي يعيشها المرضى عند استخدامهم للأدوية و هو امر خطأ.

الوضعية هي الادوية و نوعيتها ،و كميتها ،و المواعيد المحددة لأخذها ،نوع الحمية ،فكل هذه المؤشرات كلما تعقدة كلما ساعدت في ظهور سلوك عدم الامتثال ،اذا المشكل ليس في سمات الشخصية للمريض و انما في شكل الوضعية المعاشة من طرف المريض. و لهذا فان المريض قد يمتثل للتعليمات الطبية في وضعية معينة ولا يمتثل في وضعية اخرى. و انطلاقا من هذه النقائص في البحث عن اسباب الامتثال و عدم الامتثال جاءت محاولات للبحث اساسا حول الوضعية و نشير هنا الى كتابات (moos,1973) حول المحددات و العوامل المحيطة المساعدة في سلوك الامتثال و عدم الامتثال.

انطلق Moos من خلال سؤال : يفشل المريض (أ) في اخذ ادويته ؟ تكون الاجابة من خلال وجهتي نظر :

1- الموجهة نحو السمة : هنا يقوم الباحثون الى قياس الشخصية لهذا المريض سماته ،دافعيته.

2- الموجهة نحو الوضعية : يلجا الباحثون الى قياس الخصائص المحيطة الخاصة بالمريض مثل الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المريض ،ظروفه المهنية و العائلية اي هل تساعد هذه العوامل في الامتثال للتعليمات الطبية مثل اخذ الادوية في مواعيدها عندما يكون المريض في شغله.

5- النماذج النظرية:

لقد تمت صياغة عدة نماذج نظرية لدراسة السلوك الصحي و التنبؤ بالامتثال العلاجي و لعل من اهم هذه النماذج مايلي :

5-1 نموذج السلوك الصحي الوقائي : Model for preventive behavior health

لقد اقترحه (Pender,1975) بعد دراسة على عينة من مرضى القلب و يعتمد اساسا على نموذج السلوك الصحي HBM و يهدف الى دراسة سلوكات الصيحة و الامتثال من خلال العوامل التالية :

- عوامل التعديل و تخص المتغيرات السيسودمغرافية (السن ،الجنس...) و المتغيرات البيشخصية ،بمعنى توقعات و انتظارات و الامال التي علقها على علاقاته الاجتماعية ،كما يتضمن المتغيرات الظرفية التي ترتبط بالسياق النفسي الاجتماعي من حيث وجود ثقافة صحية تثمن السلوكيات الصحية.
- الادراكات الفردية المتعلقة بالصحة ،و المرض و مكاسب العلاج و يعني ذلك اهمية الصحة في نظر العميل ،وجهة مركز التحكم الصحي ،كذلك مستوى ادراك خطورة المرض ،ادراك الامراض و عددها بالإضافة الى ادراك المكاسب الناتجة عن السلوكيات الصحية و الامتثال.
- ادراك عوائق السلوكيات الصحية ،و هذا يتعلق بسلم ترتيب الاولويات في حياة العميل ،و ما يترتب عن ذلك من مواجهة بين السلوكيات الصحية و الامتثال من جهة و طموحاته الحياتية من جهة اخرى ،و قدرة العميل على ايجاد المعادلة المناسبة لحل هذه المشكلة.
- المؤشرات الداخلية و الخارجية للمرض ،و يعني تلك العلاقات الداخلية التي تشير الى وضعية العميل (التعب ،تمظهرات جسدية ،اعراض) او اشارات خارجية من قبيل تذكير الوسط بالوضعية التي يعيشها العميل ،و هي المؤشرات التي تعيد العميل الى معايشة الحقيقة كما هي ،وتذكيره بوضعيته

المرضية حتى و لو سعى الى اسباب دفاعية اللجوء الى الانكار او استخدام استراتجية موجهة نحو الانفعال.

- احتمال تبني السلوك الصحي : و هو قياس توقعات تطبيق السلوك الصحي و الامتثال من خلال تقاطع و تفاعل بين المؤشرات الداخلية و الخارجية ،ادراك العوائق و الادراكات الفردية .

فان دراسة مجمل هذه المتغيرات هو الذي سيحدد لنا درجة الامتثال ،غير ان ما يؤخذ على هذا النموذج هو اهمال لبعض العوامل ،فعلى سبيل المثال : الفعالية الذاتية ،التحكم المدرك...الخ.

2-5 نظرية النشاط العقلاني : Theory of reasoned action

وضع اسس هذه النظرية كل من (Ajzen et fish bein ,1980) ثم بلورها (Terry et al ,1993) لدراسة و التنبؤ بسلوك الفرد في سياقه النفسي الاجتماعي.

ان الاشخاص عادة ما يستخدمون اساليب عقلانية في تبني سلوك ما اذ يستعملون المعلومات المتوفرة لديهم و يعتبرون بالانعكاسات قبل ان يقدموا على هذه السلوكيات. **(Dwyer et al ,2002)**

فالسلوك الارادي يتأثر بالنوايا و هذه الاخيرة تحددها الاتجاهات نحو السلوك و المعايير الذاتية . **(Bagozzi et al ,2000)**

و هذا فان تبني سلوك صحي او الامتثال العلاجي يقوم على نوايا الاقدام على ذلك و هذه النوايا تستند اولا الى الاتجاهات العامة للفرد نحو الصحة ، و امعايير الذاتية (كأن يشجع اشخاص ذوي الاهمية السيكولوجية على تبني هذا السلوك)

يمكن القول ان هذا النموذج جد مفيد للتنبؤ بسيرورة مرحلة اتخاذ القرار ليس إلا ،لكن التنبؤ لا يمكن الوثوق به و يصبح ضعيفا اذا ما تعلق الامر باستمرارية السلوك و المحافظة عليه لمدة اطول مما يعني اكثر من العوامل التي اهملها هذا النموذج.

3-5 نظرية السلوك المخطط : The theory of planned behavior

صاغ هذه النظرية (Ajzen 1985 ,1991) و هي تكمل النموذج السالف الذكر بإدماج التحكم السلوكي المدرك كمفهوم اساسي و عامل من العوامل المثبتة لنوايا السلوك ،و تتكون هذه العوامل المتفاعلة من المعتقدات التالية :

- الاتجاه العام ازاء سلوك ما و الذي يتوقف على تقدير هذا السلوك و المعتقدات المتعلقة بانعكاساته.
- المعايير الذاتية التي تتوقف على المعايير الاجتماعية و موافقة الفرد على هذه المعايير.
- التحكم السلوكي المدرك الذي يعني الاعتقاد ،في استطاعته تبني سلوك (صحي او وقائي) و هذا التحكم المدرك يتوقف على عوامل داخلية (مؤهلات ،معلومات ،جهود) او عوامل خارجية (فرض ،موانع).

ان الاشخاص حسب هذا النموذج لديهم استعداد لتبني سلوك صحي خاص ،اذا ما اعتقدو ان هذا السلوك سيفضي الى نتائج ،فهذه النتائج يتمنونها و هم الافراد ذوي الاهمية السيكولوجية لديهم و يعتبرون ان النشاط المنشود المتحكم فيه. **(Bruchon-schweitzer ,2002)**

و ما يميز هذه النظرية عن النماذج الاخرى انه ادخلت بعض المتغيرات الاجتماعية كمعايير ،و كذلك بعض الاتجاهات و الادراكات ،و ما قد يمكن الباحث و المعالج من التعرف على بعض الجوانب اللاعقلانية في المعتقدات ،غير ان ما ينتقد عليه هذا النموذج هو عدم اقتراحه اتجاه للسببية و لانعكاسات محددة زمنيا.

5-4 نموذج الامتثال الصحي :Health compliance model

لقد بلور هذا النموذج (Leibget carlston ,1986) و يهدف الى تفسير السلوكيات المتعلقة باتباع المعالجة الطبية ،بمعنى اخر الطريقة التي يعيش بها العميل و يستشعر بها امتثاله للعلاج من خلال تاثيرات هذا الاخير على حياته.

و يتضمن هذا النموذج داسة و تحليل ثلاثة انماط من المتغيرات :

المتغيرات السابقة او الوضعية التي تحتوي على عدة جوانب :

6 خصائص المعالجة (المقادير ،الذوق ،اللون ،تعقد طريقة تناول الادوية)

7 نوعية التعليمات المقدمة (طبيعية و اهداف المعالجة ،التناسب مع نمط الحياة ،شكل التعليمة ،كتابي او لفظي ،تلائم التصال اللفظي و الكتابي ،سهولة فهم قراءة التعليمات)

8 متابعة العميل (عدد و تواتر المعاينات)

9 السند الاجتماعي ،العائلي

10 نوعية العلاقة بين العميل و المعالج.

- العوامل الفردية الذاتية التي تتضمن ادراك العميل لوضعية المرض ،بمعنى معتقداته و ادراكاته لفعالية المعالجة ،التكلفة المدركة ،الخطورة المقدرة و درجة الرضا.
- الانعكاسات و المكاسب و الصعوبات التي تكون ناتجة عن العوامل الفردية الذاتية او الامتثال للعلاج في حد ذاته و تاخذ هذه المكاسب عدة اشكال ،فقد تكون مكاسب اجتماعية (التقدير الاجتماعي و السند الاجتماعي) ،مكاسب ذاتية (تحسين الحالة الصحية ،انخفاض درجة تعبير عن الاعراض) و مكاسب مالية (ربح اقتصادي بعد التوقف عن التدخين).
- و تكون الصعوبات على ذات الاشكال و منها : الصعوبات الجسدية (تدهور الحالة الصحية ،حدت المضاعفات الجانبية) و الصعوبات المالية (التكلفة المالية للمعالجة) و الصعوبات الاجتماعية (السند الاجتماعي ،الخوف من العدوى ،التوقف عن العمل...).

ركز اكثر هذا النموذج على تلك المتغيرات ذات الصلة الوثيقة بالامتثال العلاجي لمتغيرات الوضعية و العوامل الفردية و الانعكاسات غير انه لم يطرح العلاقة بين نظام معتقدات الفرد و سياقه الاجتماعي و الثقافي بمعتقداته و ادراكاته و تصوراته نحو المرض و العلاج.

5-5 النموذج العابر للنظريات : Model transthoretical

بلور هذا النموذج (Prochaska et diclement ,1992) بهدف فهم اكثر للمراحل التي يجتازها الافراد الذين يرغبون في تبني سلوك جديد او التخلي عن سلوك مضر ،بمعنى اخر التعرف على دينامية التغيرات التي تحدث خلال محاولة الالتزام بالسلوكيات الصحية و الامتثال ،و يحدد هذا النموذج خمس مراحل للتغيير في السلوك :

- مرحلة ما قبل التفكير : يكون الافراد غير نشطين لا ينوون المبادرة بالقيام بالسلوك ابان ستة اشهر السابقة.
- مرحلة التفكير : يكون الافراد غير نشطين و ينوون الشروع في السلوك المنتظم خلال ستة اشهر.
- مرحلة التحضير : يقوم الافراد بالسلوك المنشود بصفة غير منتظمة بمعدل ثلاثة (3) مرات اسبوعيا و بمقدار 30 دقيقة لكل مرة.
- مرحلة النشاط : يقوم الافراد بالسلوك و النشاط بصورة منتظمة خلال ستة اشهر.
- مرحلة المحافظة : يثبت الافراد على القيام بالسلوك و النشاط و يستمرون في ذلك بعد مرور 6 اشهر من بداية هذا النشاط.

هذا و يستند السلوك المنشود الى ابعاد و بنى معرفية هي : سيرورة التغير و موازنة القرار بين المكاسب و العوائق ،الفعالية الذاتية.

ركز هذا النموذج على المراحل التي يتخطاها الفرد لتبني السلوك الصحي و الامتثال ،غير انه تغاضى عن الكثير من المتغيرات التي تساهم في الوصول الى مرحلة المحافظة و تثبيت السلوك المنشود.

5-6 نموذج سيرورة السلوك الصحي : Health aaction process approach

اقترح (Schwarzer ,1992) هذا النموذج بتحديد جملة من المتغيرات المتعلقة بالسلوك الصحي منها الانجراحية ،الخطورة المدركة ،المعتقدات ذات العلاقة بانعكاسات السلوك ،الفاعلية الذاتية المدركة ،و قد اولى النموذج اهتماما لمرحلتين في هذا السلوك :

- مرحلة الدافعية و النوايا : فهي تبني بمتغيرات متنوعة مثل : الخطر المدرك ،المعتقدات بانعكاسات السلوك ،الفعالية الذاتية.
- مرحلة النشاط الاداري و التنفيذ و تتضمن 3 مستويات:

1- المستوى المعرفي : (صياغة مخطط النشاط ،التحكم في النشاط)

2- المستوى السلوكي : النشاط

3- المستوى الوضعية : (الصعوبات و الموارد الخارجية) و هي المتغيرات الي تؤثر في النشاط ،اي تناول الادوية و الامتثال للعلاج.

يختلف هذا النموذج عن النماذج المذكورة انه قد طرح مرحلة الدافعية حيث تتفاعل العديد من العوامل (الخطورة المدركة ،المعتقدات ذات العلاقة بانعكاسات السلوك ،الفعالية الذاتية) لتساهم في بناء ة صياغة النوايا ،و افتراض كذلك مرحلة النشاط الاداري حيث تتدخل عدة متغيرات ليقضي الى سلوك فعلي ،لكن رغم ما قدمه هذا النموذج من تعديلات الا انه بقي يثير بعض الاشكالات منها على وجه الخصوص ،مدى معالجة الافراد للمعلومات بطريقة عقلانية منطقية في بناء معتقداتهم حول انعكاسات السلوك ،دور بعض المتغيرات المتعلقة بالسيرورات اللاعقلانية كالانفعالات الحادة ،كذلك تغاضى عن دور بعض العوامل البيئية منها المعايير الاجتماعية.

5-7 نموذج الوقاية الاكلينكية : Model for clinical prevention

لقد صاغ هذا النموذج (Walsh et mephee) و يسعى الى دراسة الامتثال العلاجي و عوامل الوقاية من الامراض و هذا من خلال تحليل جملة من العوامل التي تؤثر في سلوكيات الصحة :

6 العوامل الاستعدادية : تحتوي على خصائص السسيودمغرافية :

- للعميل : (الجنس ،السن ،المكانة...) ،المعتقدات و الاتجاهات نحو الوقاية ،مشاعر الفعالية الذاتية و التحكم في المرض ،القيمة الممنوحة للمرض.
- للمعالج : تتضمن الى الخصائص السسيودمغرافية ،الاتجاهات نحو الرقابة ،ادراك الفعالية الذاتية ،ادراك دافعية العميل و مستوى معارفه ،ادراك كفايته الطبية و دوره التربوي.

7 العوامل التاهيلية :

- العميل : تخص مهاراته و موارده في الامتثال للعلاج ،المعارف المتوفرة لديه عن المرض ،العوامل الفيزيولوجية ،العوامل المادية للحصول على الرعاية الصحية.
- المعالج : مؤهلاته و الحقيقية او الواقعية في الوقاية ، التخصص الطبي ،مستوى الخبرة الفنية الطبية ،فهم اهداف و توجهات الوقاية و كذلك العوامل اللوجستية (الوقت ،المكان ،العتاد...)

8 العوامل المدعمة :

- العميل : السند الاجتماعي ،التاثيرات الايجابية للمعالجة.
- المعالج : الحصول على تاثيرات مدركة ،رضا العميل ،نوعية الاتصال المهني الوقائي.

9 العوامل التنظيمية : تمس كل من المعالج و العميل و تتضمن القدرة على الحصول على الرعاية الصحية و الوقاية.

10 العوامل المتعلقة بالسلوك : تخص فعالية سلوكيات الامتثال و كذلك المضاعفات السلبية للعلاج.

11 العوامل الوضعية : يمكن ان تكون داخلية و يتعلق الامر بالاعراض المرضية ،او الخارجية و تشمل المعالج و العميل بشان احترام العلاج ،المعلومات المقدمة من قبل وسائل الاعلام.

هذه هي مجمل العوامل التي اقترحها النموذج لتحسين و تفعيل الامتثال للعلاج ،غير ان هذا النموذج يبقى يحتفظ بطابع احصائي في تعداد العوامل دون ان يحدد هذه العوامل حسب نوع المرض ،او نمط شخصية العميل ،كما انه يركز اكثر على العلاقة الثنائية بين المعالج و العميل ،دون اعطاء الاهمية المطلوبة لكل من بقية المعالجين او العائلة.

8-5 نموذج السلوك الصحي الهادف :Health behavior model HBGM

صاغ (Maes et gebhardt ,2000) نموذجا جديدا يفسر سلوكيات الصحة مستندا الى نظريات الضبط الذاتي للسلوك ،و سمي هذا النموذج : نموذج الاهداف المتعلقة بالسلوكيات الصحية او نموذج السلوك الصحي الهادف و يقوم هذا النموذج على المسلمتين التاليتين :

1- ان كل سلوك انساني يوجهه هدف.

2- هذا الهدف هو تصور داخلي لحالة مرغوبة او غير مرغوبة.

و يعتبر هذا التصور هو المرحلة الاولى في عملية تحديد و ضبط الهدف و يشكل في حد ذاته نية السلوك او دافعه ،فيما يلي هذه المرحلة من مراحل اخرى ضرورية لتحديد الوسائل المتاحة و المناسبة لتجسيد الهدف المشود.

و في هذا النموذج الجديد ،ادخل منظوره في فكرتين اساسيتين في دراسة التغيير الذي يطرأ على السلوك ،و التي يتم التطرق اليها في النماذج السابقة هما :

1- ان الكائن الانساني يسعى الى تحقيق اهداف عدة في ان واحد ،و هي الاهداف التي تنتمي الى هيكل معقد من اهداف الشخصية.

2- ان ضبط و تحقيق الهدف المنشود يخضع الى سيرورة دينامية تتكون من عدة مراحل متفاعلة. **(Muller et spitz ,2007)**

5-9 نموذج HBGM و الامتثال العلاجي :

من بين ما يطرحه هذا النموذج هو محاولة فهم السيرورة الداخلية التي تلازم مرحلة نوايا السلوكيات و مرحلة التطبيق العقلي لهذه السلوكيات ،بمعنى اخر دراسة المتغيرات التي تؤثر في عملية الانتقال من النوايا الى الافعال التي تحقق الهدف.

- **خصائص هيكل الاهداف التالية :**

اول ملاحظة يمكن البدء بها هو انه غالبا ما لا يكون الهدف الصحي غير مدرج ضمن لائحة هيكل الاهداف الذاتية التي يسعى الفرد الى تحقيقها.

اذ ان النظريات الكلاسكية السابقة سعت الى تمكين العميل من تبني هدف صحي (الامتثال للعلاج) دون ان تأخذ بعين الاعتبار الخصائص الشخصية لكل عميل ،رغم انه من الصعب تصور امكانية تحقيق اي هدف بصورة مستقلة عن بقية الاهداف الذاتية المحددة في حياة الفرد ،مما يتطلب قبل الشروع في تجسيد العلاج ،عملية ادماج لهذا الهدف الصحي ضمن هيكلة الاهداف الذاتية الاخرى و اعطائها الاهمية التي يستحقها من جهة اخرى فقد دلت دراسات (Coatset et al 2007) ان صياغة الاهداف الذاتية من زاوية ايجابية اي تقاربية اي اللجوء و الاقدام على فعل صحي ،مثل ممارسة الرياضة يكون اكثر فائدة للصحة عامة من تبني اهداف ذاتية من منظور سلبي تجنبي مثل : تفادي البقاء دون نشاط رياضي ،هذا ما يوضح ان بعض خصائص هيكلة الاهداف يمكن ان تساعد على فهم معوقات تحقيق

هذه الاهداف الصحية ،فطريقة طرح و توصية السلوك الصحي من قبل المعالج (طبيب ،سيكولوجي) ينبغي ان ياخذ بعين الاعتبار هذه الخصوصيات.

هذا و قد توصلت دراسات عديدة في تقدير الاهداف الذاتية ،ان درجة اهمية هذه الاهداف تؤثر على الحالة الصحية للشخص اذ اشارت دراسة (Boersms et al ,2005 et 2006) ان القليل من الاهداف الهامة تنبئ بمستوى عالي من الاكتئاب. على نقيض ذلك فقد توصلت دراسة (Ford ,1992) الى ان عدد كبير من الاهداف الذاتية الهامة تؤدي الى مستويات متدنية من الصحة ،خاصة انها تفضي الى مشاعر القلق ،و انطلاقا من هذه النتائج فان خصائص الاهداف و ضبطها ترتبط ايجابيا و سلبيا بضبط و تحقيق سلوكيات الامتثال العلاجي.

10-5 نموذج مراحل التغيير : stages of change model Diclimente and prochask

تعتبر الدافعية حجر الزاوية في هذا النموذج ،و لهذا يعتقد (dicliment et prochask ,1992) ان تغيير سلوك ما يحدث من خلال مراحل الدافعية الخمسة و وفق السياقات الخاصة بكل مرحلة. و تمثل مراحل التغيير بعدا زمنيا و الذي يسمح بدوره الى التعرف على التعديلات و التغيرات التي مست الحدس intuition الاتجاهات او السلوك و كذلك وقت ظهورها حسب تلك المراحل ،كما تسمح هذه المراحل ايضا بتحديد وضع الدافعية و لكن دون التنبؤ بها. اما سياقات التغير فهي تمثل البعد الثاني لهذا النموذج فهي توضح لنا الطريقة او الكيفية التي حصل بها التغيير ،اي كيف يحدث التعديل و التغيير عند الفرد عند مستوى سلوك معين و تعرف سياقات التغير على انه سلوكات Comportements او معارف Cognition خاصة تسهل المرور من مرحلة الى اخرى (Prochaska dicliment ,1994) كما انها تؤدي دور الموجه لتقدير و تقييم مدى تغير المريض و تبنيه لسلوكات صحية. (**Prochaska et al ,1997**)

يعتمد مسار التغيير حسب هذا النموذج على المراحل التالية :

- مراحل التغيير :

1- مرحلة ما قبل التأمل : Pré-contemplation

خلال هذه المرحلة يكون المفحوص غير مقتنع بفكرة التغيير و التعديل للسلوك المشكل ،اثناء (6) الستة اشهر القادمة و ذلك نتيجة ميكانيزم الرفض (رفض الواقع) او نتيجة نقص المعلومات او عدم صحة المعلومات التي تم الحصول عليها حول المرض مثلا.

و يلخص chesterton الوضعية كالأتي "ليس معناه ان المريض عاجز على رؤية الحل و انما عاجز على رؤية المشكل في حد ذاته" و لذلك يلاحظون او يشعرون ان للفرد سلوك مشكل و لهذا تجد في مجال العلاج النفسي ان المفحوص يكون دائما مرفوقا باحد معارفه حيث هم الذين يوجهونه الى طلب المساعدة النفسية مثلا : حالة المدمن الذي ياتي الى الفحص كون ا ن زوجنه هددته بالانفصال ان لم يقدم على تغيير سلوكاته ،و لهذا ابداء الرغبة في التغيير يكون دائما تحت شروط الضغط و التهديد و لكن في حالة عدم صرامتها يحدث نوع من الاهمال و العودة الى السلوك القديم.

2- مرحلة التأمل : Contemplation

خلال هذه المرحلة يشعر المفحوص ان هناك سلوك مشكل و يفكر جليا في التغلب عليه سواء تعديله او تغييره و لكن لم تأخذ بعد المبادرة للفعل (قرار الفعل) و يعرف Chestirton هذه المرحلة كالأتي :"يعرف الفرد الى اين يتجه و لكن ليس جاهزا بعد للذهاب". و يرجع امفحوص في هذه المرحلة اسباب سلوكه الى العوامل الخارجية كما انه يعمل على تقييم الجوانب الايجابية و السلبية للسلوك المشكل كما يحدد درجة الجهد و الطاقة التي سوف يبذلها من اجل تعديل او تغيير هذا السلوك ،مثلا حالة المدخن الذي يرغب في التوقف عن التدخين ،يفكر اولا في الاضرار الصحية الناتجة عن هذا التدخين المزمن و لكن يفكر ايضا في اهمية هذه السجائر في التقليل من الضغط اليومي الذي يعيشه ،انها اتجاهات التضاد او الصراع بين رغبتين ،و كنتيجة لهذا ياخذ المفحوص وقتا طويلا خلال هذه المرحلة و ذلك حتى يستقر على قرار المبادرة و لكن لديه نية التغيير.

3- مرحلة الاعداد و اخذ القرار :Préparation et prise de decision

انها مرحلة النية في التغيير في الشهر المقبل بعد بداية التغيير مع ظهور لبعض التعديلات الملحوظة فالمفحوص يظهر رغبة في الفعل و العمل و يقدم على خطوات تغيير السلوك المشكل و لكن دون ان يصل بعد الى الامتناع الكلي عن التدخين مثلا.

4- مرحلة الفعل و التنفيذ :Action

خلال هذه المرحلة يغير المفحوص فعلا سلوكه و كذا المتغيرات المحيطة به مثل الشخصية ،العائلة المحيطة و يقتضي معظم المتغيرات السلوكية الظاهرة و الباطنية كذلك الالتزام بهذه التغيرات التي حصلت يكون التغيير في السلوك المشكل واضحا و يلاحظه الجميع. يصب المفحوص اهتمامه في الفعل و التغيير و لكن يتناسى جهد الحفاظ على هذا التغيير، لان استمرار السلوك الايجابي المكتسب هو الذي يضمن فعالية هذه المرحلة و يحتاج المفحوص من خلالها الى زيادة درجة فعالية الذات و كذلك التعزيزات لايجابية المستمرة من طرف المشرفين على العلاج مثلا :في حالة الكفالة النفسية و هذا ما يضمن عدم الانتكاسة.

5- مرحلة التثبيت و الحفاظ:

يعمل المفحوص خلال هذه المرحلة على تفادي الوقوع في الانتكاسة كما يعمل على تثبيت و توطيد النتائج التى توصل اليها في مرحلة ثبات الذي يعني الاستمرارية للسلوك الايجابي، هي القدرة على الحفاظ و ابقاء هذا السلوك الجديد المكتسب و الالتزام به، كما يسعى المفحوص ايضا الى تعميم سلوكه على وضعيات حياتية اخرى.

6- سياقات التغير :Processus

يقترح Diclément و Prochaska عشر (10) سياقات للتغير فهي التي تعدل و تنظم حالة الدافعية لدى الفرد، تتميز كل مرحلة من مراحل التغيير بمجموع سياقات التغير و هي كالأتي :

1- الشعور :Conscientisation

تشير هذه العملية الى تزويد المفحوص بالمعلومات، اثراء حصيلته المعلوماتية فيما يتعلق بذاته، خصائصه الشخصية و ايضا معلومات حول سلوكه الشكل، كما تشير الى تعلم و اكتساب افعال جديدة و افكار تعزز رغبة التغيير السلوكي، انها مجموعة التدخلات التي تسعى الى التحسيس و التوعية مثلا : في حالة الامراض المزمنة (مرض السكري المزمن) يقدم الفاحص معلومات حول المرضّ، أسبابه أنواعه وعلاجه، الرعاية النفسية الاجتماعية، يطلب الفاحص من المفحوص ان يقرأ حول مرضه و علاجه، و هذا ما يجعله يدرك مدى اهمية امتثاله للتعليمات الطبية حتى ينجح علاجه.

2- التنفيس الانفعالي : Soulagement émotionnel

انه تعبير المفحوص عن مشاعره و احاسيسه و مشاكله و حلولها انه التعبير و التنفيس عن الانفعالات السلبية التي تصاحب سلوك المخاطرة، يستعمل الفاحص لبلورة هذه العملية، تقنيات علاجية : لعب الدور السيكودراما، الافصاح الشخصي مثلا : جعل المدخن يعبر عن القلق الذي يسبق الرغبة في التدخين و هكذا بتعلم المفحوص سوابق التدخين ثم انعكاساته الصحية المستقبلية.

3- اعادة تقييم الذات :Réévaluation

خلال هذه العملية يعمل المفحوص على ما يشعر به و ما يفكر به بخصوص مشكلته، يكون هذا التقييم من حيث تصنيف و توضيح معتقداته، قيمه و كذا الصور المعرفية و الوجدانية و ذلك قبل و بعد تغيير سلوكه، مثال ذلك الشخص المدخن الذي يقيم ذاته على انه اناني بدون ارادة و يسبب الاذى للاخرين كون انه لم يتمكن من التخلي عن التدخين.

4- اعادة تقييم المحيط :Réévaluation de l'environnement

تشير هذه العملية الى تقييم الفرد لمدى تأثير مشكلته على المحيط العائلي و المهني الذي يتفاعل معه، و تمكنه من ادراك الاثار السلبية لسلوكه المشكل مثلا حالة المدمنين الذين يؤثرون سلبا على عائلاتهم و كذلك المرضى المزمنين الذين لا يتابعون علاجهم يسببون الاذى حتى لافراد عائلاتهم لأنهم يعملون بذلك على تفاقم المرض.

5- تحرير الذات :Libération de soi

تشير هذه العملية الى قدرة الاختيار، الاعتقاد و الالتزام بالسلوك الايجابي المتعلم، ثم التصريح امام المحيط العائلي بقرار التقرير و التغيير و التعهد بعدم الرجوع الى السلوك المشكل.

6- علاقات المساعدة: Relations d'aide

تشير الى استراتجيات المفحوص للبحث عن الدعم الاجتماعي و ذلك من خلال تطوين شبكة العلاقات الاجتماعية الفعالة التي تساعد على اكتساب السلوك الصحي و انطفاء السلوك المشكل مثلا في حالة الادمان : الاحتكاك بالجماعات الغير مدمنة و ذلك لتجنب سلوك العودة الى الادمان.

7- تسيير الوضعيات :Gestion des contingences

يعمل المفحوص من خلال هذه السياقة من خلال تعزيز السلوك الايجابي و اطفاء السلوك المشكل مثلا : المكافئة عند تحقيق التعديل ثم التغيير الكلي و لكن المعاقبة اذا ما كان هناك استمرار للسلوك المشكل.

8- ضبط المثير :Control de stimulus

هنا يصل المفحوص الى مرحلة نزع و الغاء المثيرات المفجرة (الاسباب) السلوك المشكل مثلا ان لا يذهب المفحوص المدخن الى المكان الذي تعلم فيه التدخين (المقهى)، تنب الاصدقاء المحرضين على ذلك مثال اخر بالنسبة للمرضى المزمنين، فالمعالج عن طريق الانسولين يتجنب السكريات من خلال عدم شرائها، و بالمقابل تعزيز المثيرات المساعدة في اكتساب السلوك الصحي مثلا اقتناء المواد الغذائية التي لا تحتوي على جلوكوز بالنسبة لمرضى السكري و ذلك كحمية تساعد في نجاح هذا العلاج المزمن.

9- التحرير الاجتماعي : Libération sociale

كلما كان المجال الحيوي الاجتماعي صحيا كلما ساعد الافراد على اعتماد السلوك الصحي و الاقلاع عن السلوك المشكل مثلا فتح مجالات اجتماعية صحية يتوافد عليها الافراد : مجالات لغير المدخنين و لغير المدمنين، فهي تشجع الاخرين على التخلي عن الدخان و الإدمان اما بالنسبة للمرضى المزمنين فأساليب التوجيه و التحسيس لإتباع السلوك السوي تحرضهم على سلوك الملائمة Compliance.

10- الاشراط المضاد :Contre conditionnement

و هي تشير الى ان المفحوص يتعلم سلوكيات صحية بعد ما يتخلى عن السلوك المشكل و يكون ذلك من خلال تقنيات : الاسترخاء تأكيد الذات، التغذية الرجعية، تقنيات سلوكية معرفية.

(زناد دليلة، 2008، ص ص 132-133)

العلاقات بين المراحل و السياقات :

وضح Diclemente و Prochaska مدى العلاقة بين مختلف مراحل التغيير و السياقات التي تتبلور خلالها و يظهر ذلك جليا من خلال الجدول التالي:

	مراحل التغيير			
سياقات التغيير	ما قبل التأمل	التأمل	الاعداد	الفعل/التثبيت
	التأمل			
	الشعور			
	التنفيس الانفعالي			
	اعادة تقييم المحيط			
		اعادة تقييم الذات		
			تحرير الذات	
				علاقات المساعدة
				ضبط المثير
				الاشتراط

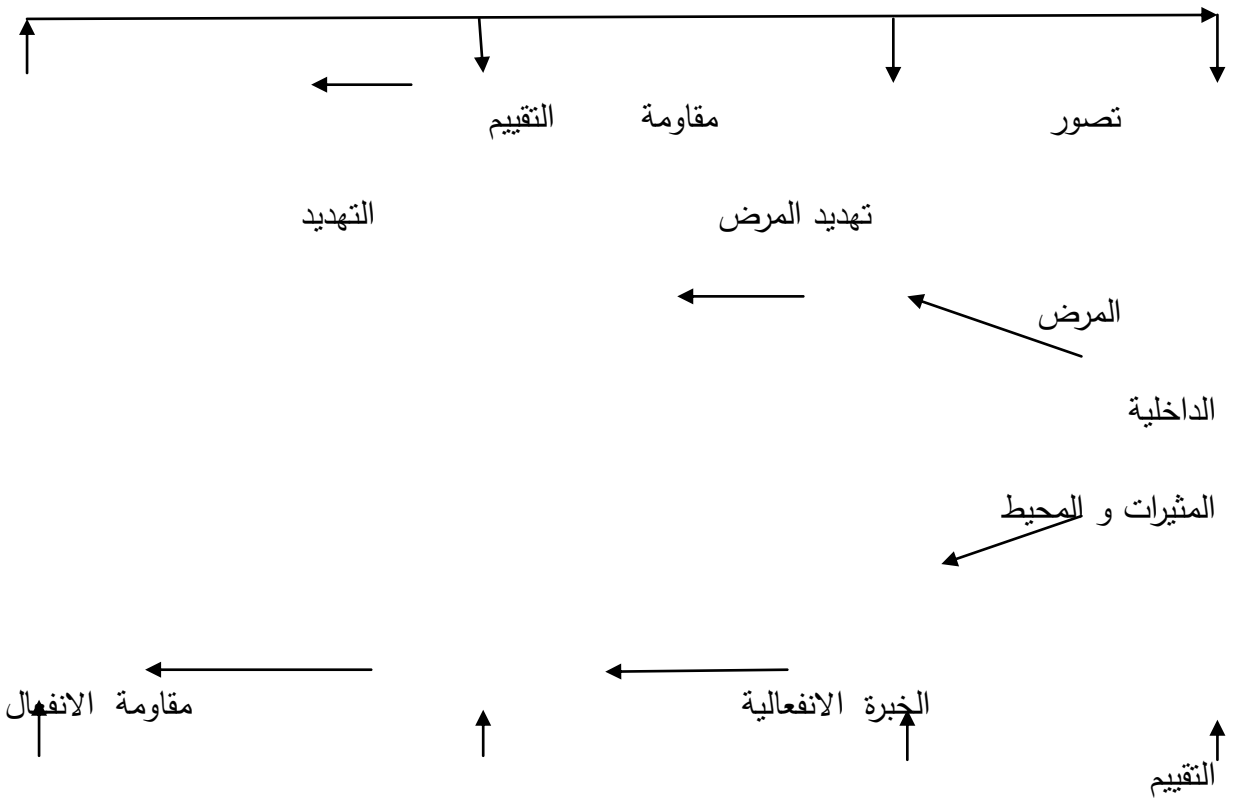
المضاد

تسيير

الوضعيات

الشكل (3) : العلاقة بين المراحل و السياقات

السياقات المفهومية الخاصة بمعلومة تهديد الصحة



خلال مرحلة ما قبل التأمل يستعمل الافراد عدد من سياقاتى التغير مقارنة بالأفراد الذين وصلوا الى المراحل المتقدمة من التغيير ،كما انهم يعالجون عدد اقل من المعلومات المتعلقة بالسلوك المشكل كما انهم انهم لا يوظفون الجهد اللازم لتقييم و اعادة تقييم السلوك المشكل ،كما يحاولون مقاومة انفعالاتهم السلبية الناتجة عن هذا السلوك.

اما خلال مرحلة التأمل فان الافراد يكونون اكثر تفتحا على تقنيات الوعي و الشعور الذاتي ،مثل الملاحظة ،المواجهة ،التفسير و التأويل ،كما انهم اكثر قابلية لاستعمال تقنيات القراءة (للإطلاع على مشكلتهم) مثلا في حالة المرضى المزمنين حيث يعمل الفاحص على تزويد هؤلاء المرضى بمراجع بسيطة تعرفهم بمرضهم و علاجهم و مختلف التقنيات التربوية. (Prochaska et Diclement ,1984)

يظهر الافراد خلال هده المرحلة تفتحا على خبرات التنفيس الانفعالي حيث تتبلور كل الانفعالات ويتم التركيز على الانفعالات الصحية او الايجابية. كما يكونون اكثر قابلية للتقييم و اعادة التقييم للسلوك المشكل و مدى انعكاسه على المحيط العائلي و المهني.

اما الانتقال من مرحلة الاعداد ،يبدأ الافراد في التوجه نحو الفعل و توظيف الاشراط المضاد و كذلك ضبط المثير و ذلك للتحكم في السلوك المشكل مثلا: التحكم في الوضعيات الضاغطة و مواجهتها بفعالية عوض الميل الى استعمال المهدئات و المواد المخدرة لتسيير الضغط و القلق حيث يكون الاعتماد على مهارات التحكم و الضبط. (Diclemente ,1991)

خلال مرحلة الفعل Action يلتزم الافراد اكثر بالعمل و التأثير (مستوى اعلى من التحرير الذاتي و الارادة) فهم يؤمنون اكثر بكفاءتهم و قدراتهم على التغيير ،كما نجد ان فعلهم يكون مكللا بالنجاح و هذا ما يسهل الاستعمال الفعال للسياقات السلوكية من الاشتراط المضاد ،تعتبر مرحلة " الفعل" صحية كما تتميز بالضغط لأنه من الممكن ان تحدث الانتكاسة الى المراحل سابقة و لهذا يحتاج فيها المفحوص الى اكثر من الدعم الاجتماعي و تفهم الاخرين.

يعتمد نجاح مرحلة لحفاظ و الثبات Maintien على فعالية سياقات التغير السابقة ،كما تتطلب هذه المرحلة الاخيرة في عملية التغير الى التحكم في الشروط و الظروف التي بامكانها ان تظهر خلال هذه المرحلة و التي قد تؤدي الى الانتكاسة حيث يتم تقييمها و اعادة تقييمها و هكذا يتمكن الفرد من تطوير الاستجابات البديلة لمواجهة مثل هذه الشرط.
ان للعلاقة بين المراحل و سياقات التغير تأثير مباشر على العلاج لأنها تؤكد على اهمية تعزيز التدخلات العلاجية عند مستوى المرحلة التي يكون قد وصل اليها المفحوص ،و على هذا فان العلاج الموجه نحو الفعل يكون فعالا عندما يصل المفحوص الى درجة الاعداد و الفعل ،في حين ان هذا العلاج يكون فعال و قد ينعكس سلبا ،عندما يكون هذا المفحوص لا يزال في مرحلة ما قبل التأمل ،او مرحلة التأمل ،مثلا لو نطلب من المدمن على المخدرات التوقف عنها و عدم شرائها في الوقت الذي لم يكن ينوي بعد التخلي المخدرات اي لم يقرر التوقف ،ذلك لأنه لم يعي بعد انه مسعد للتوقف عن الادمان ،و قد ينجر عن هذه الوضعية معاشا خبريا مؤلما و تكون كمصدر للشعور بنقص فعالية الذات و تقدير الذات الواطئ مما يصعب الكفالة الطبية النفسية المستقبلية ،و لهذا فكل مرحلة محددة بالمدة الزمنية و بالسياقات الخاصة بها.

نموذج التسيير الذاتي ل : 1992 Leventhal et al Self-regulation :

انطلق نموذج التسيير الذاتي 1992 Leventhal Auto régulation من مجموعة من الدراسات حول استجابات الخوف لدى الافراد الناتجة عن معرفة الانعكاسات السلبية للسلوك المشكل مثلا التدخين ،هدفه هو فهم مختلف العوامل المساهمة في بناء التصور المعرفي و الانفعالي للمرض الذي يوجه الفرد الى تبني السلوكات الصحية و الحفاظ عليها.

تقديم النموذج :

يقوم هذا النموذج على ثلاث اسس قاعدية :

الاول و هو ان الفرد عامل نشط و فعال في حل مشكلته حيث يعمل على تقليص الهوة بين وضعيته الحالية و الحالة التي يصبو اليها تقليص المسافة بين الذات الواقعية و الذات المثالية حسب نظرية Carl rogers.

اما الثاني فهو ان التصور المعرفي و الانفعالي لتهديد و خطر المرض يساعد على التكيف و تقييم مخطط العمل.

في حين ان الثالث يشير ان هذا التصور يتعلق بكل فرد على حدة و قد يكون غير ممثل للحقيقة الطبية و يتضمن نسق تسيير سلوكات الصحة حسب هذا النموذج اربع (4) مراحل هي :

التزويد بالمعلومة و استخلاصها من المحيط.

تكوين تصور حول تهديد المرض

المقاومة Coping

التقييم

استخلاص المعلومة من المحيط : يوجد اساسا ثلاث مصادر للمعلومات :

المعلومة الخارجية الاتية او المنبثقة من المحيط الاجتماعي ،الاصدقاء ،العائلة ،المختصين ،وسائل الاعلام.

المعلومة الداخلية الاتية من الاحساسات الجسدية من العلاقة بين هذه الاحساسات و الاحداث المحيطة.

المعلومة الاتية من الخبرات الماضية مع المرض و بالتالي تكوين تصور المرض يعتمد اساس على كمية المعلومات المكتسبة و مدى صحتها و مصداقيتها. (Leventhal Nevenzistrauss ,1984)

نقدم مثالا عن شخص يعاني من مرض السكر ،بامكانه ان يتحصل على المعلومات من احد افراد عائلته يكون ايضا مصابا بالسكري ،او من جماعة من المرضى يلتقي بهم في المستشفى (قاعة الانتظار) ،او من خلال الاسئلة التي يطرحها الطبيب المعاين ، و كذلك من خلال الاحاسيس التي يعيشها جراء المرض : التعب ،العطش الزائد ،الغثيان ،البول المتكرر ،بالإضافة الى الملاحظات التي يسجلها عند اخذه لعينة الدم Glycémie و يدرك المصاب بالسكر الفرق الموجود بين الحالتين ،حالة امتثال للمعومات الطبية ،اتباع الحمية و حالة عدم الملائمة ،عدم احترام نظام التغذية اذ ينجز عن الحالة الاولى توازن نسبة السكر ،و في الحالة الثانية اضطراب نسبة السكر و مضاعفاته.

تموين تصور حول تهديد المرض :ان تصور تهديد المرض يعرف من خلال خمسة (5) خصائص و هي التي تحدد التصور المعرفي الذي يكونه عن مرضه بالإضافة الى معاشه الانفعالي للمرض اي تصوره المعرفي و هذه الخصائص هي كالتالي :

تعريف المرض : يشير تعريف المرض الى : اسم المرض ،نوعه ،تصنيفه و اعراضه ،مثلا نعرف مرض السكر Diabéte من خلال : مجموع الاعراض العيادية تحاليل الدم و البول ،عندما يكون المرض معرفا و شخصا و يكون المصاب به مطمئنا لان معرفة المرض يعني تحديد العلاج بسرعة اما عندما يكون المرض غير معرف فان المريض يكون قلقا و متوقعا لكل الاخطار و بالتالي من الصعب وضع برتوكول علاج ما.

مدة المرض : يمكن ان يكون المرض حاد aigu لمدة زمنية محددة ثم يشفى منه المصاب حيث تختفي الاعراض تماما و قد يكون دوريا اي يظهر لفترة معينة يتعرض المصاب الى الاستشفاء ثم يشفى و لكن قد يعاوده المرض مرة اخرى و يصبح مزمنا اكثر.

الانعكاسات : و هي تشير الى ما يدي اليه المرض اي مخافته و ذلك على المدى القريب و البعيد و هي تمس الجانب العضوي ،الاجتماعي و المهني بالإضافة الى الانعكاسات السيكولوجية كالقلق و الاكتئاب خاصة في الامراض المزمنة.

السببية : تشير السببية في المرض الى الاعتقادات المتعلقة بالعوامل المساهمة فيتطور المرض دون ان ننسى الاسباب السابقة له Les antécédants و في كثير من الحالات يعتقد المريض ان السبب في تطور مرضه و ان له دورا في حدوثه فيراوده الشعور بالذنب ،و لكن في حالات اخرى يظهر المريض مشاعر الغضب ،و التمرد ان الاخرين هم السبب في مرضه مثلا : اعتقاد ان اهمال الطبيب و عدم اهتمامه بحالته هو الذي جعل مرضه يتفاقم.

ادراك الضبط و المراقبة : يشمل ادراك الضبط لتهديد المرض على ثلاث عوامل و هي مأخوذة من النظرية الاجتماعية المعرفية ل Bandura 1977 و هي :

انتظار و توقع الفاعلية الذاتية.

ادراك الكفاءة الذاتية.

توقع النتائج و المهارات الضرورية لمواجهة المرض.

نأخذ مثالا عن مريضة بالسكر ،فهي تملك كل المعلومات الضرورية لتسيير حميتها الغذائية (اهمية الوجبات ،المواد الضارة) و لكن تشعر بعدم قدرتها على تطبيق هذا البرنامج يوميا و ذلك منذ ان فقدت زوجها ،و يعود ذلك للشعور بالوحدة و الاكتئاب ، و فقدان الدعم الاجتماعي و القلق الذي يسيطر عليها تندفع نحو الاكل بشراهة.

مرحلة المقاومة : تشير هذه المرحلة الى عملية التخطيط و تبني استراتجيات المقاومة و اختيار السلوك الصحي و ذلك لمواجهة تهديد المرض و الانفعالات المصاحبة له ،هناك نوعين من استراتجيات المقاومة و هي :

الاستراتجيات المركزة على تسيير الانفعالات و التي تسعى اساسا الى التقليل من الوجدان السلبي مثلا انكار المرض الخطير ،كالسرطان ،فالمريض يفضل المصطلحات الاقل تاثيرا مثلا الاورام عوض السرطان ،و بالرغم من اهمية هذه الاستراتجيات في مواجهة المرض الا انها لكنها لاتسمح يتغيير السلوكات المرتبطة بالصحة مثلا ،فالمريض الذي ينكر انه مصاب بمرض القلب لا يبذل اي جهد في تغيير نمط حياته (تسيير الضغط ،ممارسة الرياضة) مع ان هذا ضروري للحفاظ على صحته ،و لهذا يظهر انه من الصعب تغيير السلوك المرضي اذا لم يكن هناك تحكم في الانفعالات.

اما استراتجيات المركزة على المقاومة الادائية (حل المشكل) فهي تهدف الى تغيير الوضعية و تيني السلوك الصحي كالامتثال للتعليمات الطبية مثلا : اخذ الادوية ،اتباع الحمية ،الرياضة ،التحكم في القلق و الاكتئاب دون اللجوء الى الكحول و المهدئات.

طرق تحسين الملائمة العلاجية :

التعليم الطبي من اجل تقديم الوقت الكافي للمرضى لشرح المخططات العلاجية للمريض.

شرح الاسباب التي ادت الى هذا النمط العلاجي.

توفير المعلومات للمرضى حول المرض و الادوية المناسبة و الضارة.

محاولة بناء علاقة مناسبة مع المرضى بحث لا تكون استبداديو او متساهلة.

استخدام مخططات او امثلة بسيطة و المعلومات التي يتم توزيعها تكون في فئات او مراحل محاولين ادراج الدواء مع السلوكيات اليومية الاخرى مع الاعادة و التكرار حتى يؤكد فهم المريض.

الخلاصة :

ان الامتثال العلاجي الجيد لدى مرضى السكري يعد من اهم العوامل المساعدة في تجنب المضاعفات و التي قد تؤدي الى امراض مزمنة اخرى التي بدورها تؤدي الى الوفاة او الانتكاس و غيرها من الامراض.

و قد تناولت عدة نماذج نظرية قد تمت صياغتها لدراسة مشكلة الامتثال العلاجي و الوقاية خلال التنبؤ بسلوكيات الصحة و الامتثال. وقد حاولت هذه النماذج ان تكون اكثر شمولية و نسقية في تناولها الاكبر عدد ممكن من العوامل التي لها تاثير في التزام العميل بتوصيات المعالج و تعليماته العلاجية.

الفصل الثالث

نوعية الحياة

تمهيد :

تطلق عبارة نوعية الحياة على مفهوم حديث النشأة نسبيا أخذ أهمية متزايدة في النمو منذ فترة الستينات، وهو مفهوم يتعلق بإدراك وتصور الأفراد لحالتهم الصحية ولأدائهم النفسي والاجتماعي.

لا يشير نوعية الحياة إلى ظاهرة ثابتة أو مستقرة، فهو يتغير وفقا للتغيرات الاجتماعية، وفقا طموحات الأفراد وتوقعاتهم، والتي يحددها عامل السن والتغيرات المستمرة التي يعرفها إيقاع الحياة بالنسبة لهم.

وعلى الرغم من عدم وجود تعريف دقيق ومحدد لمفهوم نوعية الحياة، إلا أنه يمكن القول أن التعاريف المختلفة الموجودة بشأن هذا المفهوم تعبر بشكل أو ب'خر عن ديناميكية وعدم ثبات هذا المفهوم، وعن شساعته وقدرته على المزج بين أكثر من متغير أو بعد.

1- السياق التاريخي لمفهوم نوعية الحياة

ظهر مفهوم نوعية الحياة(Qualité de vie) لأول مرة في مجموعة من النصوص والكتابات في نهاية الخمسينيات، ثم بشكل رسمي صريح في منشورات (Annales de médecine interne) في (1966) ليتم بعدها الاهتمام به وبشكل مكثف من خلال تخصيص مجلات خاصة بالبحث فيه وباسمه، ومنها (Journal for Quality of life Measurement)، (quality of life research). (**Noedenfelt, 1994**).

حيث انبثق عن هذا الاهتمام ما يقارب 500 مقال خلال العشر سنوات التي تلت ظهوره عند ظهور مفهوم نوعية الحياة لأول مرة مع بداية الخمسينيات في الولايات المتحدة الأمريكية، كان يعني المستوى الجيد من المعيشة من حيث ; القدرة على امتلاك الأجهزة الكهرومنزلية العصرية، المسكن اللائق وغير ذلك من وسائل الراحة والترفيه.

- توسع المفهوم مع بداية الستينات ليشمل بالإضافة إلى المستوى المعيشي المادي الجيد، توفر الفرص الجيدة لكل من الصحة والتعليم (**Fallowfieldm,1990**).
- إذن عندما ظهر مفهوم نوعية الحياة كان يقصد به " جودة مستوى الحياة التي توفرها الرفاهية المادية أو المستوى المعيشي الجيد (Qualité du niveau de vie) الذي يمكن قياسه عن طريق مدى وفرة الخدمات وجودتها فيما يخص الاستهلاك، الصحة والتعليم.
- وبقي هذا المفهوم لنوعية الحياة متداولا إلى أن جاء التقرير الذي قدمه الخبراء في مجال المؤشرات الخاصة بنوعية البيئة ونوعية الحياة خلال اجتماع (1979) (Réunion d'experts sur les indicateurs de la qualité de l'environnement et la qualité de vie).
- الذي يرى أن نوعية الحياة مفهوم أوسع من المستوى المعيشي أو الشعور بالسعادة والرضا عن هذا المستوى من المعيشة أو ذاك، واعتبر أن الشعور بالسعادة والرضا يمكن اعتبارها جزءا من المفهوم الواسع لنوعية الحياة ولا يمكن مقارنتهما به.

- لقد تطور المفهوم وبشكل متدرج ومختلف أيضا من حيث المعنى والخلفية النظرية بمساهمة كل الاختصاصات في مجال الصحة، وعلم النفس وعلم الاجتماع والاقتصاد والسياسة أيضا.

فالتصور الأول ركز على المحيط والبيئة في تحديد شكل ومضمون نوعية الحياة (المقارنة بين المدن من حيث تأثير العمران ومستوى المعيشة على جودة نوعية الحياة والرضا عنها، ومن بين الدراسات التي قدمت في هذا الإطار دراسات (قام (Corten,1998) بعملية جرد لمختلف البحوث والمقالات والأعمال التي نشرت حول هذا المفهوم منذ نشأته، فوجد أن عدد الأعمال التي تم نشرها يفوق خمسة عشر ألف عمل (15000)، وأن معظمها قدم من طرف باحثين أنجلوسكسونيين، وقد حلل هذا الباحث ما ورد في (1927) عملا ، فوجد ان المصطلح في أصله كان شعارا سياسيا أكثر منه مصطلحا علميا.

حيث لاحظ أن تسمية نوعية الحياة في بدايتها لم تكن تفرق بين السعادة وجودة الحياة وبين نوعية الحياة بشكل واضح، وأن الأدوات التي صممت لقياسها آنذاك، كانت تركز على السعادة والرضا عن الحياة وجودة الحياة من خلال مؤشرات معينة (كمستوى المداخيل – الرفاهية– التلوث– معدل انتشار الجريمة وغيرها...).

ومع أن مفهوم نوعية الحياة كان يمثل شعارا سياسيا، فإن أهميته استقطبت اهتمام الباحثين في مجال علم النفس وعلم الاجتماع والصحة أيضا، فتم توسيعه بإدخال مؤشرات متعددة الأبعاد عليه، تخص علاقة الفرد بالحياة ووضعيته فيها.

كما انبثق عن هذا التوسيع والتطوير لنوعية الحياة ثلاث تيارات:

أ– التصور الذي يركز على البعد البيئي للحياة (Qualité de vie environnementale).

ب–التصور الذي يهتم بالبحث في تأثير الحالة الصحية على نوعية الحياة، والعلاقة بينهما (Qualité de vie en relation avec la santé).

التصور الذي يدرج كل مجالات الحياة وميادينها في مفهوم نوعية الحياة، ويراها كلا متكاملا (Qualité Flax,1972 ;Rabier,1974 ;Schneider,1975 ;Louis,1975).

أما التصور الثاني الذي ربط نوعية الحياة بالصحة، نشأ بعد طرح منظمة الصحة العالمية لمفهوم الصحة على أنها " ليست مجرد الخلو من المرض وأعراض المرض "، فظهر مفهوم حالة الصحة " Etat

de santé " (Health Status) كمحدد لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وقامت بموجبه بوضع تصنيف جديد حددت من خلاله الفرق بين كل من حالة العجز (Déficience)، حالة عدم المهارة (lincapacité) وحالة الإعاقة (Handicap).

إن التصور الأول والثاني يعبران عن اهتمامات رجال الاقتصاد والسياسة والأطباء، فإن التصور الثالث الذي يرى نوعية الحياة ككل متكامل يعبر عن اهتمامات علماء النفس وعلماء الاجتماع حينما يدرجون كل مجالات الحياة في تحديدهم لمفهوم نوعية الحياة. فالصحة ما هي إلا بعد من أبعاد الحياة ومجالاتها العديدة والمختلفة، وأن التأثير بين الصحة ونوعية الحياة يمكن أن تبدأ من نوعية الحياة في اتجاه الصحة بتدخل عوامل أخرى تحدد أسلوب الحياة وتؤثر في عملية تقدير الفرد لحالة الصحة وتوجه تعامله معها، ومن بين هذه العوامل " السند أو الدعم الاجتماعي "، فالدعم الاجتماعي والعلاقات القائمة بين المرضى وذويهم على أساس التعاطف والمشاركة الوجدانية يمكن أن تؤثر على وضعية المرض أو الحالة الصحية وعلى طريقة التعامل، وتحدد مستوى الشعور بالرضا عن الحياة، فمبدأ الرضا نفسه يتحدد بمعطيات عاطفية (Affectives) وأخرى معرفية (Cognitives) يحكمه المؤشر الاجتماعي.

2- **تعريف نوعية الحياة :**

2_1 التعريف اللغوي :

من الناحية اللغوية يرتبط مفهوم نوعية الحياة Quality بالكلمة اللاتينية Qualitas و هي تعني طبيعة الفرد أو طبيعة الشيء . **(معجم مصطلحات علم النفس)**

2_2 التعريف الاصطلاحي :

- تعريف " دينير"2009 نوعية الحياة أنها : الادراكات الحسية للفرد من الناحية الثقافية و من منظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه الفرد و كذلك علاقته بأهدافه و توقعاته و ثوابته و معتقداته و تشمل أوجه الحالة النفسية و مستوى الاستقلال الشخصي .
- تعريف " كارول رايف " و آخرون : حيث يرون أن نوعية الحياة تتمثل في الإحساس الايجابي بحسن الحال ، كما يتم رصده بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا الفرد

عند ذاته و حياته بشكل عام كذلك سعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية مقدرة و ذات قيمة و معنى بالنسبة له لتحقيق استقلالية في تحديد وجهة و مسار حياته و إقامته لعلاقات اجتماعية ايجابية متبادلة مع الآخرين و استمراره فيها ، كما ترتبط بكل من الإحساس بالسعادة و الاستمتاع بالحياة و السكينة و الطمأنينة النفسية .

- اقترح (Lawton,1997) تعريفا لنوعية الحياة فوصفها على أنها: " التقدير متعدد الأبعاد
- لمنظومة فرد– بيئة، الخاصة بكل فرد من خلال المعايير الاجتماعية القيمية، ومن خلال المعايير الذاتية الفردية أيضا".
- كما أوجز العارف بالله تعريفا لها": بأنها ذلك البناء الكلي الشامل يتكون من مجموعة من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية، تقيس القيم المتدفقة ، وبمؤشرات ذاتية تقيس قدر الإشباع الذي تحقق . (**ولاء مصطفى ، 2012 ،111**)

- يرى العارف بالله أن نوعية الحياة هي المؤشرات الموضوعية المتوفرة في حياة الأشخاص وتقاس بالتقدير الذاتي .

نوعية الحياة = مؤشرات موضوعية × تقييم ذاتي

- في حين عرفها روبين":بأنها الدمج والتكامل بين عدة اتجاهات لدى الفرد من ناحية الصحة الجسمية والنفسية والحياة ألاجتماعية ، متضمنة كلا من المكونات الإدراكية (Cognitive component) و الذي يشمل الرضا (Satisfaction) و المكونات العاطفية (Emotional component) و التي تشمل السعادة (Happiness) . (**صالح اسماعيل ، 200 ، ص42**)

- وتعرف منظمة الصحة العالمية (OMS,1994) طريقة الحياة على أنها: " مفهوم واسع يتأثر بشكل معقد بالصحة الجسدية للفرد، بحالته النفسية، بعلاقاته والاجتماعية بمستوى استقلاليته الذاتية، وبعلاقته بالعوامل الأساسية المتوفرة في محيطه ".

تعريف الباحثة لنوعية الحياة :

هي الكيفية او الطريقة التي يتعاطى و يتعامل بها الفرد مع الحياة وفقا للأهداف و القيم و الطموحات التي يحملها الفرد من مجتمعه (المكتسبات الثقافية).

3- ابعاد نوعية الحياة :

بعد استعراض العديد من التعريفات لبعض الباحثين حول نوعية الحياة والتي خلصوا فيها إلى عدم وجود تعريف محدد وواضح يستند عليه الباحثون لمفهوم نوعية الحياة ، و هذا ما اشارت اليه كل من دراسة جريج بوغنار Greg Bognar 2005 ، و دراسة بارك و اخرون 2002 Park et al و يلور ويسينو Taylor et Racine 1991 و دينيس و اخرون 1993 ، وتشير الدراسات إلى أن نوعية الحياة مرادفة للدرجة أو المستوى ونوعية الحياة بوجه عام تشير إلى الحياة النفسية، حتى على الرغم من تضمين الظروف البيئية في بعض التعريفات و التالي، فإن هذا المفهوم المركب يتم تقييمه بثلاث (3) ظروف هي :

1- من خلال التقدير الذاتي للرضا عن الحياة بوجه عام (لسعادة أو الاستمتاع) .

2- التقدير الذاتي للرضا في مجالات او جوانب معينة (العمل ، الصحة ، العلاقات مع الاخرين).

3- البيانات الديموجرافية بالنسبة لنوعية الحياة (المؤشرات الاجتماعية و الموارد او العوائق)

(Frisch et al 2005)

- من جهة اخرى و حسب التعريف الذي قدمته (د. أ.الزروق) لنوعية الحياة على ا نه " هي الدرجة الكلية التي يتحصل عليها في اختبار نوعية الحياة الذي تم بناءه من طرف الباحثة و التي تشير الى مجموع الدرجات في الابعاد الفرعية الستة المكونة للاختبار حيث تقدر الدرجة الدنيا في هذا الاختبار ب (51) نقطة و العليا ب (204) نقطة.

- و من هنا نستنتج 6 ابعاد ، يشتمل كل بعد منها على مؤشرات نحدده على النحو التالي :

➢ 3-1 الصحة الجسدية :

و تعني مجموعة المهارات الوظيفية التي تحدد مستوى الاداء و النشاط لدى الفرد ، و يتم التعرف عليها من خلال مؤشرات محددة ، في هذه الدراسة هي الصحة و المرض ، التعب ، النوم و التغذية .

➢ 3-2 الصحة النفسية :

او يقصد بها حالة التوافق و الانسجام بين الوظائف النفسية المختلفة التي تؤدي بالفرد الى حسن استثمارها في تحقيق التلائم بينه و بين الظروف المحيطة به ، و يمكن الكشف عنها من خلال مؤشرات معينة هي : الرضا عن الصورة الجسدية و غياب المشاعر السلبية و القدرة على التحكم في الانفعالات و التقدير الذاتي و التمتع بالقدرات الذهنية.

- 3-3 الاستقلالية الذاتية :

تعني امتلاك على تحمل المسؤولية الذاتية لتحقيق متطلبات الذات و العمل و ذلك وفق مؤشرات محددة هي : بذل الجهد و الاهتمام بتحسين الاداء و القدرة الفردية على معالجة المشاكل التي تظهر اثناء الاداء .

- 3-4 البيئة و المحيط :

و نعني الحساسية و الاستجابة للتأثيرات و التغيرات المناخية و الفيزيقية الواقعة في البيئة و المحيط حيث تتحدد مؤشرات هذه الاستجابة في مدى الانزعاج من التغيرات التي تشهدها البيئة المناخية ، التعامل مع الصخب و الازدحام مع وسائل التنقل .

- 3-5 الجانب الروحي الديني و التوجه نحو الحياة :

و يقصد به الايمان بالمعتقدات الدينية و مدى الالتزام بها من خلال ممارسة السلوكات و الشعائر المختلفة التي تجسد تلك المعتقدات ، بالإضافة الى التوجه نحو الحياة من حيث التفاؤل و التشاؤم و يتحدد ذلك بمؤشرات معينة هي : المعتقدات و الممارسات الدينية ، التفائل و التشاؤم .

- 3-6 العلاقات الاجتماعية و الزواجية :

و يقصد بها الاتصال بالاخرين داخل الاسرة و خارجها من خلال اقامة العلاقات و المشاركة في النشاطات الاجتماعية ، و يمكن التعرف على نوعية هذه العلاقات من خلال المؤشرات المتمثلة في الاحتكاك بالاخرين و الاعتقاد بشأن نواياهم ، و انشاء الصداقات و الدعم الاسري ، و العلاقة مع الزوج . **(الدكتورة فاطمة الزهراء زروق ،رسالة دكتوراة 2008،ص 38-42)**

4- ميادين ومجالات نوعية الحياة :

يتفق العلماء ان نوعية الحياة مفهوم مركب من مجموعة من الابعاد و المجالات الجسدية و النفسية و الاجتماعية ، حيث يصنف ضمن المجال الجسدي ذو الاوجه المختلفة للصحة الجسدية و القدرات الوظيفية، و يختلف الباحثون في تحديد مكونات المجال النفسي فمنهم من يرى ان الصحة النفسية تتضمن ابعادا عدة كالمشاعر و الانفعالات الايجابية و القدرة على الابداع و تحقيق الذات الى جانب المعتقدات الروحية و الدينية .

يضم المجال الاجتماعي لمفهوم نوعية الحياة العلاقات بالآخرين و يشتمل على النشاطات الاجتماعية المختلفة الى جانب التسلية و الترفيه و اوقات الراحة و الاسترخاء .

و يضاف الى هذه المجالات المجال المادي و المجال الروحي .

يرى فلاناقان (Flanagan1978) ان هناك عوامل متعددة تتقاطع في كل أوجه الحياة و ميادينها و حدد (15) عاملا مكونا لمفهوم نوعية الحياة و صنفها في 5 مجالات هي :

1- الصحة الجسدية و الامن المادي
2- العلاقات مع الاخرين
3- النشاطات الاجتماعية و المواطنة
4- الطموحات و المشاريع الذاتية و العمل
5- التسلية و الترفيه

و يحدد باحثون اخرون امثال لونوا (Launois1994) نوعية الحياة في 4 مكونات اساسية هي ك

1- الحالة الجسدية الجيدة
2- الشعور بالسعادة
3- التوازن الانفعالي
4- مستوى مرضي من الاندماج الاجتماعي

ومن التصنيفات الاكثر شيوعا و استخداما في تحديد مجالات نوعية الحياة تلك التي تحدد مكوناتها على مجال جسدي و نفسي و مجال اجتماعي ، و نستعرض في بقية هذا الفصل الى هذه المجالات بنوع من التدقيق و التفصيل.

4-1 المجال الجسدي لنوعية الحياة :DOMAINE PHYSIQUE DE LA QUALITE DE VIE

يصنف في هذا المجال كل من الصحة الجسدية (Santé physique) و كذلك مجموعة المهارات الوظيفية (Capacités fonctinnelles) التي تحدد مستوى الأداء و النشاط لدى الفرد .

و يتم التعرف على مستوى الصحة الجسدية من خلال مؤشرات معينة ، كالطاقة و الحيوية ، التعب و الراحة ، النوم و الالم و غيرها من المؤشرات البيولوجية ، بينما يتم التعرف على مستوى الاداء الوظيفي من خلال سهولة الحركة ، القدرة على القيام بالنشاطات اليومية و مستوى الاستقلالية الذاتية .

4-2 المجال النفسي لنوعية الحياة : DOMAINE PSYCGOLOGIQUE DE LA QUALITE DE VIE

تختلف مكونات المجال النفسي لنوعية الحياة حسب الباحثين طبقا لوجهة نظرهم حول الصحة النفسية . اذ يختصرها البعض منهم فقط في وجود المشاعر و الانفعالات الايجابية او في غياب الانفعالات السلبية كالقلق و الاكتئاب .

بينما يرى البعض الاخر ان مكونات المجال النفسي يمكن ان تحمل بالإضافة الى المشاعر و الانفعالات السلبية و الايجابية ، مكونات اخرى كتحقيق الذات ، القدرة على الابداع ، و حتى المعتقدات الخاصة و الحياة الروحية. مع ان اخرون يفضلون فصل المعتقدات الخاصة و الحياة الروحية على المجال النفسي و يضعونها في مجال لوحدها . **(Bruchon – schweitzer , 2002)**

4-3 المجال الاجتماعي لنوعية الحياة :DOMAINE SOCIAL DE LA QUALITE DE VIE

يضم المجال الاجتماعي لنوعية الحياة العلاقات و النشاطات الاجتماعيين للفرد الجوانب المختلفة ، العائلية منها ، المهنية و الاجتماعية العامة او ما يعرف بالصحة الاجتماعية (santé sociale) .

و في هذا المجال يركز مفهوم الصحة الاجتماعية على نوعية (qualité) .

(Griffin . 1988 : Bruchon-schweitzer ,2002.p55)

كما يركز على الكيفية التي يقدر بها الفرد نفسه اجتماعيا و مستوى فعاليته الذاتية و قدرته على النجاح و الابداع و علاقة كل ذلك بوجود دعم او سند اجتماعي او غيابه . **(Flanagan . 1982)**

و كخلاصة لما سبق ذكره انفا يمكن القول ان مفهوم نوعية الحياة تحدد عناصر و مكونات طبقا للهدف المتوقع من دراسته من جهة ، و طبقا للإطار المنهجي الملائم للهدف من الدراسة و الذي يطرح تصورا خاصا للمفهوم من جهة اخرى ، بالإضافة الى ذلك فانه للبحث عن العناصر و المجالات المكونة لمفهوم نوعية الحياة ، يجب الابتعاد عن فكرة التركيز على تقييم مستوى الجودة في جوانب و

اوجه نوعية الحياة.

5- التوجهات النظرية لنوعية الحياة :

يرتكز هذا المنظور في تفسيره لنوعية الحياة على الفكرتين الآتيتين:

الأولى : إن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بنوعية الحياة.

الثانية :و في إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد، فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أثرا من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بنوعية الحياة.

و وفق ذلك، و في هذا المنظور تبرز لدينا نظريتان حديثتان في تفسير نوعية الحياة.

5-1 نظرية "لاوتن" : Lawton Theory 1997

طرح لاوتن مفهوم طبعة البيئة ، ليوضح فكرته عن نوعية الحياة و هي تدور حول الاتي :

ان ادراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفان هما :

الظرف المكاني : أن هناك تأثير للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لنوعية حياته، وطبعا البيئة في الظرف المكاني لها تأثيرات أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلا و الآخر تأثيره غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضى الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

الظرف الزماني : إن إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على نوعية حياته يكون أكثر إيجابيا كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته.

Argyle)

(,1991,p353-363

5-2 التوجه الانساني :

يرى المنظور الإنساني أن فكرة نوعية الحياة تستلزم دائما الارتباط الضروري بين عنصرين لا غنى عنهما:

1) وجود كائن حي ملائم.
2) وجود بيئة جيدة يعيش فيها هذا الكائن ذلك لان ظاهرة الحياة تبرز الى الوجود من خلال التأثير المتبادل بين هذان العنصرين.

ولقد أكد هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على مفهوم الذات Selft concept.

3-5 نظرية رايف : Ryff Theory 1991

تدور نظرية" رايف "حول مفهوم السعادة النفسية إذ أن شعور الفرد بنوعية الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددها رايف بستة أبعاد يضم كل بعد ست صفات تمثل هذه

الصفات نقاط التقاط لتحديد معنى السعادة النفسية.

1) **البعد الاول** :الاستقلالية تمثل قدرة الشخص على اتخاذ القرارات و يكون مستقل بذاته .
2) التمكن البيئي.
3) النمو الشخصي.
4) العلاقات الايجابية مع الاخرين.
5) تقبل الذات.
6) الهدف من الحياة. **(Ryff ,p971 ,1989)**

ولقد بين" رايف "أن نوعية حياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة الأزمات التي تظهر في مراحل حياته المختلفة وأن تطور مراحل الحياة هو الذي يحقق سعادته النفسية التي تعكس شعوره بنوعية الحياة.

4-5 التوجه التكاملي :

5-5 نظرية اندرسون :Andrson 2003

قدم شرحا تكامليا لمفهوم لنوعية الحياة متخذا من مفاهيم السعادة و معنى الحياة و نظام المعلومات

البيولوجي و الحياة الواقعية، و تحقيق الحاجات ، فظلا عن العوامل الموضوعية الأخرى إطارا نظريا تكامليا لتفسير نوعية الحياة، فإن النظرية التكاملية تضع مؤشرات نوعية الحياة :أن شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بنوعية الحياة.

- ✓ ان نضع اهدافا واقعية نكون قادرين على تحقيقها.
- ✓ ان نسعى الى تغيير ما حولنا لكي يتلائم مع اهدافنا.
- ✓ ان اشباع الحاجات لا يؤدي بالضرورة الى رضا الفرد و شعوره بنوعية الحياة.

6- قياس نوعية الحياة :

قام العديد من المنظرين ببناء أدوات قياس خاصة بمفهوم نوعية الحياة، ووجدوا صعوبات في تحديده في بعد واحد نظرا لشساعته ودرجة تعقيده وتعدد أبعاده، ورغم ذلك اهتم العاملون في هذا المجال بتوفير اختبارات ومقاييس ملائمة لقياس نوعية الحياة تأخذ على الأقل (05) أوجه أو الأبعاد، وهي الأبعاد البيولوجية والنفسية والعلائقية والاجتماعية والمادية، حتى تتحكم بشكل أدق في المفهوم من حيث خصائصه (الشساعة، التعقيد، والتعدد).

- يوجد نوعين من المقاييس الخاصة بنوعية الحياة عامة (Génériques) ونوعية (spécifiques).
- المقاييس العامة (Génériques) لتتلاءم مع مجموعات مختلفة من الأفراد، وهي تغطي عددا مهما من أوجه الحياة، ومن مصادرها المختلفة الجسدية والنفسية والاجتماعية.
- المقاييس النوعية (spécifiques) لتتلاءم مع الصعوبات التي تعاني منها فئات معينة من الأفراد كالمصابين بمرض معين، أو إعاقة، أو الخاضعين لعلاج طويل.

وقد نتج عن هذا التصنيف في الأدوات التي تقيس نوعية الحياة ظهور مفهومين لها وهما، مفهوم نوعية الحياة العامة أو الكلية (Qualité de vie globale)، ومفهوم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (Qualité de vie liée à la santé).

6-1 أدوات قياس نوعية الحياة :

قبل الحديث عن الادوات المتوفرة لقياس نوعية الحياة ، تجب الاشارة اولا اى ان هناك تصنيفات مختلفة لهذه الادوات و هو ما يؤكد مرة اخرى التعقيد الذي يطرحه مفهوم نوعية الحياة.

ان طبيعة مفهوم نوعية الحياة التي تحتم على الباحثين الاخذ بعين الاعتبار البعد الذاتي في القياس و تفسح المجال لوجود تعدد في الابعاد و العوامل التي تبنى عليها تعاريفهم ، و تسرد الى حد ما التعقيد الموجود في المقاييس الاختبارات التي يضعونها لقياس نوعية الاحياة. (**Borgel,1998**)

6-2 التصنيف الأول:

يعتمد الباحثون في هذا التصنيف لقياس نوعية الحياة على (04) أنواع من الأدوات هي:

- بطارية المؤشرات (Batteries d'indicateurs).
- ملمح الصحة (Profil de santé).
- مقياس الفعالية (Mesures de l'utilité).
- المقاييس النوعية (Echelles spécifiques).

فالنوع الأول من الأدوات (بطارية المؤشرات) اعتمد على المؤشرات المتعددة الأبعاد تمثل أوجه الحياة المكونة لمفهوم نوعية الحياة، أشهر هذه البطاريات " الأداة " التي وضعتها المنظمة العالمية للصحة (WHOQOL-100). أنظر الملحق.

أما النوع الثاني من الأدوات في هذا التصنيف وهو الملمح، فإنه يركز على استعمال استبيان واحد فقط، تتم الإجابة عليه للتعرف على تأثير الإصابة بالمرض عموما على نوعية حياة الفرد في جانبي الأداء البدني والنفسي، ومن الأمثلة المتوفرة حول هذا النوع من الأدوات (Sickness impact profile)(Sip). أنظر الملحق.

أم عن مقاييس الفعالية، فإنها تركز على توظيف مفهوم الشعور بالسعادة (well-being) من خلال الرضا عن طريقة الحياة للفرد كما يقيمها هو بنفسه، ويفيد هذا المقياس في التعرف على توقعات الأفراد بهدف تحسين أساليبهم الحياتية، ومن بين الأمثلة الشائعة من مقاييس الفعالية نذكر (Psychological general well-being) (PGWB). أنظر الملحق.

أما عن المقاييس النوعية فهي مصممة أساسا لمعرفة مدى تأثير الإصابة بمرض معين بعينه على نوعية حياة المرضى، وكيف يحد هذا المرض من مستوى أدائهم في مجالات الحياة المختلفة.

ومن بين المقاييس النوعية نجد مقياس تأثير الإصابة بالتهاب المفاصل الروماتيزي المتعدد على نوعية الحياة (Echelle de mesure de l'impact de la polyarthrite rhumatoïde) (EMIR).

3-6 التصنيف الثاني:

يعتمد هذا التصنيف على مجال التطبيق لنوعية الحياة، فتصنف إجمالا إلى:

- المقاييس العامة (Mesures génériques).
- المقاييس الخاصة أو النوعية (Mesures spécifiques).

فالمقاييس العامة يمكن تطبيقها على عينات واسعة ومتنوعة من الأفراد وفي مجالات مختلفة، كمجال البحث الأكاديمي والطبي، وفي مجال علم النفس الصحة أين يتم استخدام نوعية الحياة كمؤشر تنبؤي.

ومن أهم هذه المقاييس، مقياس (QHOQOL-100) والنسخة المختصرة (QHOQOL-26)، (World health organisation quality of life).

4-6 التصنيف الثالث:

يضع هذا التصنيف أدوات قياس نوعية الحياة في (4) أربعة أنواع اعتمادا على إما نمط تقدير الدرجات، إما مجال التطبيق، إما على نمط الإجابة على أسئلة المقياس، وإما على المصدر المعتمد في وضع الأسئلة.

بعض الادوات المتوفرة و الشهيرة في قياس نوعية الحياة :

1. **ملمح تاثير المرض (Sickness impact profile) (SIP)**
2. **ملمح الصحة لنوتينغهام (Nottingham health profile) (NHP)**
3. **سلم الصحة النفسية العامة (Psychological general well-being) (PGWB)**
4. **ملمح نوعية الحياة الذاتية (Profile de qualité de vie subjective) (PQVS)**

خصائص العينة حسب مقياس فاطمة الزهراء الزروق (2008) و هو الذي اعتمد في الدراسة الميدانية في بحثنا :

البنود	البعد	الخصائص
من 1 الى 5	الصحة الجسدية	النشاط و التعب
		الصحة و المرض

		النوم و الصحة
من 6 الى 17	الصحة النفسية	الصورة الجسدية المشاعر السلبية و الايجابية تقدير الذات القدرات الذهنية
من 18 الى 22	الاستقلالية الذاتية	سهولة الحركة و التنقل النشاطات اليومية القدرة على العمل
من 23 الى 33	العلاقات الاجتماعية	العلاقات مع الاخرين العلاقات الاسرية الدعم الاسري
من 34 الى 38	البيئة و المحيط	وسائل النقل المسكن مشاكل التلوث و الضجيج و الازدحام تغيرات المناخ
من 39 الى 51	الجانب الديني و التوجه نحو الحياة	المعتقدات الدينية الممارسات الدينية التفائل و التشائم

جدول رقم (2) يوضح خصائص العينة حسب مقياس فاطمة الزهراء الزروق.

خلاصة:

نوعية الحياة مفهوم واسع معقد و مركب و هو اوسع من مفهوم الصحة و الحياة ، لهذا السبب ليس هنالك تعريف موحد لمفهوم نوعية الحياة .

تعود شساعة مفهوم نوعية الحياة و تعقيده الى طبيعته المركبة و متعددة الابعاد التي تشمل عناصر ذاتية و اخرى موضوعية تعبر كلها عن نوعية او اسلوب معاش الفرد.

و لقد وحدت اتجاهات مختلفة لقياس نوعية الحياة ، منها ما يركز على الوصف الكيفي او النوعي بواسطة المقابلة العيادية ، و منها ما يركز على التقدير الكمي باستعمال السلالم و الاستبيانات الكثيرة و المتعددة .

و حتى و ان تعددت ادوات قياس نوعية الحياة الا انه يبقى مفهوما صعبا و معقدا ل 3 اسباب ، يتعلق السبب الاول بالمعايير الذاتية الخاضعة للقياس ، اما بالنسبة السبب الثاني فيتعلق بتعدد المتدخلين في عملية القياس ، و من هنا نتطرق الى السبب الثالث و الاخير و المتعلق بكون نوعية الحياة مفهوم فردي او شخصي لا يمكن الخضوع الى اي معيار او مرجعية و هذا هو الذي يشكل نقطة الفصل بين الافراد في اساليب او نماذج نوعية الحياة لديهم.

الفصل الرابع

مرض السكري

تمهيد :

إن مرض السكر من الأمراض المزمنة التي عرفها الإنسان منذ قديم الزمان، و قد كان المرضى آنذاك يعانون الكثير من جراء الإصابة به، لكن الإكتشاف الرائع للأنسولين في سنة 1921 من طرف العالمان الطبيبان الكنديان Best "و بست " Banting بانتج) كان أول خطوة في علمية للتغلب على داء السكر و التخفيف من حدته و مكافحته، و قد تم إنقاض أرواح الملايين من البشر في القرن العشرين.

و على العموم فإن المرض يؤثر على حياة الفرد و يجعله يعيش في قلق شديد و في وضعية عدم الأمن و الإستقرار، و لكن يمكن التغلب على هذا المرض إذا عرف المريض كيف يتكيف

مع مرضه في شتى نواحي الحياة و ذلك بقليل من المعرفة على المرض و أخطاره، و بالتالي يمكن له أن يعيش حياة سعيدة كباقي أفراد المجتمع الآخرين.

و على أساس ذلك و قبل الشروع في تفاصيل هذه الدراسة لا بد من التطرق في هذا الفصل إلى داء السكري من الناحية الطبية و من الناحية النفسية .

1-تعريف مرض السكري :

مرض بوال السكري او مرض السكري كما يطلق عليه Diabets mullites هو اضطراب في التمثيل الغذائي للمواد الكربومائية "السكريات و والنشويات و المواد البروتنية و الدهنية التي يحتاجها الجسم و ينتج عن ذلك فقدان خلايا الجسم لبعض او كل من قدرتها على استساغة المواد السكرية التي تصلها عن طريق الدورة الدموية عقب عملية الهضم و الامتصاص فتزداد كمية السكر في الدم و يظهر في البول مع مواد سامة اخرى . **(هيرمان موريس ،1987).**

- اما تعريف المنظمة العالمية للصحة OMS تعطي اول تعريف بسيط لداء السكري، حيث تعرفه على انه حالات افراط السكري l'hyperglycémie و يعني زيادة معدل الغلوكوز في الدم، و هذا الداء من الامراض المزمنة و الوراثية و التي تتوقف على عوامل وراثية و هي الاكثر شيوعا.
- الداء السكري هو ازدياد نسبة السكر عن المعتاد مما يؤدي الى عدم التوازن في عملية الأيض، حين يصل سكر الدم الى 160 ملغ /سل فان السكر الزائد يفرز مع البول و تذهب معه كميات كبيرة من الماء و التكوينات العضوية تدخل في بلازما الدم . **(عطوف محمد ياسين ، سنة 1986 ص180)**

- يعرف داء السكري كذلك على انه يخص الاشخاص الذين لديهم نقص افراز الانسولين، هذا لان الخلايا التي تنتج الانسولين و الموجودة في البنكرياس محطمة و هو مرض مناعي autommene خلل في المناعة . **(Tatiama and all .2003)**

2-الية حدوث مرض السكري :

إن مكان الخلل في مرض السكري في غدة البنكرياس ، والأنسولين هو واحد من الإفرازات التي يفرزها البنكرياس، وأول وظيفة للإنسولين هو أنه يساعد على استخدام الجلوكوز،وعندما تفقد هذه الوظيفة لسبب ما يظهر مرض السكري. **(كلارك ، 1963 ،ص216)**

و تؤكد ذك Nettina(1996 ، 726) حيث إنها أشارت الى أن الخلل الرئيس في مرض السكري هو في نسبة الإنسولين الى يفرز من البنكرياس، وتلك النسبة تزداد عند تناول الإنسان للوجبات الثقيلة وخاصة المحتوية على سكريات، وفي حالات غياب الطعام فإن نسبة الإنسولين تقل، وفي كلتا الحالتين الهدف المحافظة على النسبة الطبيعية للسكر(الجلوكوز) في الدم .

إن الخلل الذي يحصل في مرض السكري هو واحد من ثلاثة، إما عدم إفراز الأنسولين من البنكرياس كليا، أو نقص إفرازه عن المستوى المطلوب لحاجة الجسم أو أن الأنسولين المفرز من البنكرياس لاتستخدمه خلايا جسم الإنسان لأي سبب كان . **(رضوان ، 2002 ، ص57)**

3- انواع مرض السكري :

2-1 مرض السكري من النوع الأول :

هو السكري الخاضع للانسولين Diabéte Insuline dépendant هو اضطراب يرتبط بقصور في افراز الانسولين او بمقاومة شديدة لمادة الانسولين، ينتج عنه تراكم مادة الغلوكوز في الانسجة مما يدفع بالمصاب الى الحقن اليومي لكمية الانسولين الضرورية العضوية و هو اضطراب يصيب اساسا الشباب و الاطفال و يعتبره الاطباء مرض متعلق بالمناعة .

(نوارة مصاري ، سنة 2003 ، ص11)

2-2 مرض السكري من النوع الثاني :

و هو السكري الغير خاضع Diabéte non insuline dépendant و هذا النوع كثير جدا تقدر نسبته بحوالي 75 % الى 85 % من حالات السكري ، يحدث نتيجة العضوية لا

البنكرياس ، و هو وراثي غالبا يمس الاشخاص المسنين الذين يفوقون الاربعين سنة (40) و يسمى ايضا بسكري النضج . (**David,2001,p102**)

2-3 خصائص مرض السكري من النوع الاول و الثاني :

الخصائص	السكري من النوع الاول	السكري من النوع الثاني
الانتشار	10-15%	85-90%
السوابق العائلية	+	+++
سن الظهور	قبل 30 سنة	بعد 40 سنة
كيفية الظهور	فجائية	تدريجية
الوزن الزائد	غائب	حاضر
افراز الانسولين	منعدم	موجود
الامراض المناعية المصاحبة	موجود	غائب
الاجسام المضادة	حاضرة	غائبة
نوع العلاج	الحقن بالانسولين	الحمية ، ممارسة الرياضة،اخذ الدواء عن طريق الفم

جدول 1: خصائص مرض السكري النوع الاول و الثاني

2-4 مرض السكري من النوع الثالث :

اكتشف حديثا من التصنيف الثالث لداء السكري حيث ظهر عند الافارقة و الهنود يظهر في السن مابين (30 و 40) سنة ، يبدا بحدة ثم يتطور بعدها الى السكر المحتاج للانسولين ، ولا توجد في هذا النوع لا

مناعة ذاتية و لاضعف البنكرياس الخارجي ، كما يرتبط هذا النوع من السكري بسقوط الانسولين و مقاومة الانسولين . (**GRIMALDI 2000,P13**)

4- الفحص و التشخيص :

لا يتم تشخيص او اكتشاف معظم حالات السكر إلا عن طريق قلم اختبار السكر عن طريق الصدفة اذا كان الشخص يقوم بعمل اختبارات دم او فحص عام ، و هناك العديد من الحالات لا يتم اكتشافها إلا بعد ان يسبب السكر ضرر او اصابة عضو من الاعضاء الجسد الاساسيين مثل الكلى و العين .

5- الكشف عن مرض السكري :

يعتمد تشخيص السكري بصورة اولية عن قياس معيار الغلوكوز في الدم و يتم ذلك بسحب عينة من الدم بعد مضي 8 ساعات الى 12 ساعة على تناول الوجبة الاخيرة و هو غالبا يتراوح مابين 80 الى 120 ملغ في كل مائة سم^3 من الدم. (**موريس عطية ، 1993 ، ص31)**

و يستطيع ايضا اكتشاف السكري بعد اكل كثير للغلوكوز و اذا كانت نسبة السكر في الدم بعد ساعتين اكبر من 2غ/لتر و قبل السكر توافق (**Hyperglucemie**) و تعني ارتفاع حاد لنسبة السكر في الدم اثناء الصيام بين 1.10 الى 1.25غ/ل او 6.1 الى 6.9غ/ل.

(Rapport du Séminaire Atelier ,2003,p42)

اما اذا كان قليلا 120 ملغ فهو مثير للشبهة فقط و مدعاة لإجراء فحوص اخرى :

فحص البول :

لا يعني اكتشاف الغلوكوز في البول ان المرء مصاب حتما بداء السكري ، و يعود هذا الى الاستدراك و الاستثناء الى اصابة بعض الافراد بخلل مكتسب او وراثي في وظائف الكليتين و يسمح بتسرب الغلوكوز في البول دون ان يكون معياره مرتفعا في الدم. **(Alexander ,2002,p70)**

5-1 اختبارات لكشف مرض السكري :

- **اختبار سكر الدم عن طريق شك الاصبع : (جهاز قياس السكر)**

هذا النوع من اختبار السكري ، هو اسهل و اسرع اختبار سكر يمكنك القيام به ، و اقل تكلفة من باقي الاختبارات فهو يتطلب نقطة دم واحدة من اصبع اليد و يضع الدم على شريط خاص بالسكر و يتم وضعه في جهاز قياس السكر لتحديد مستوى السكر في الدم .

اذا كان القياس 126 ملغرام / عشر اللتر (MG/DL) فيجب القيام بعمل اختبار اخر : اختبار بعد فترة الصيام .

5-2 اختبار سكر دوري :

يجب القيام بعمل اختبار السكر بشكل دوري مع كل فحص دوري تقوم به .

يتم الاختبار في المعمل عن طريق سحب كمية صغيرة من الدم بواسطة ابرة يتم ادخالها في وريد الذراع في المخبر .

يمكن ان يرتفع مستوى السكر في الدم اذا كانت تناولت بعض الطعام قبل الاختبار و لكن يجب ألا يكون اعلى من (200 ملغرام / عشر اللتر)

5-3 اختبار السكر فترة الصيام :

يكون قياس السكر في الدم في اعلى درجاته بعد الاكل مباشرة (في الحالة الطبيعية) و اقل درجاته بعد فترة الصيام الطبيعية اثناء الليل .

لذلك يفضل دائما قياس السكر بعد فترة صيام 8 ساعات على الاقل ، يتم اخذ عينة من الدم عن طريق الوريد ، و تفحص في المخبر، اذا سجل القياس او أعلي فقد يكون ذلك علامة للإصابة بالسكر.

4-5 اختبار تحمل السكر :

يتم عمل هذا الاختبار للمرأة الحامل لاكتشاف وجود سكر الحمل، و يتطلب هذا الاختبار شرب حوالي 226 جرام من السوائل المسكرة بعد فترة صيام 8 ساعات.

يتم قياس السكر في الدم قبل تناول السوائل، ثم كل ساعة بعد تناول السوائل لمدة 3 ساعات، اذا حدث ارتفاع في مستوى السكر اكثر من الارتفاع المتوقع فقد تكون السيدة مصابة بداء السكر. **(نوشيت ،2001 ،ص92)**

5-5 ردود الافعال النفسية عقب الاعلان عن الاصابة بمرض السكري :

قد يكتشف الطبيب صدفة ان معيار الغلوكوز قبل الافطار مرتفع الحد الاعلى السليم اي مايزيد عن 140 ملغ عند اجراء الفحوص العامة لأحد مرضاه دون ان يكون هناك ثمة اعراض او شكوى و كثير مايصح ذلك عند اصحاب الاجسام التي تعاني من السمنة الذين تجاوزو العقد الرابع. **(موريس عطية ، 1993 ،ص35)** .

في تشخيص السكري بقطع النظر عن وجوده او غيابه في البول تبرز اهمية هذا الشرط عندما ندرك ان الغلوكوز قد يرتفع عند بعض المرضى القدامى الى 220 ملغ في الدم قبل ان يتسرب الى البول و هذه الظاهرة مهمة علميا و يقتضي التنبيه اليها عند رصد نتائج العلاج و تتبع السكري لئلا يقع البعض في الخطأ عند اعتماده فحص البول وحده اساسا لتقييم استجابة المريض للعلاج. **(Alexander ,2002,p70)**

6- اعراض داء السكري :

غالبا ما يظهر السكري خفية دون ان يثير انتباه المصاب بأية انذارات مميزة ، و قد يحدث ان تظهر بعض المؤشرات التي تدل على ان الشخص مصاب بداء السكري ، و يمكن ان نلخص هذه الاعراض فيما يلي :

6-1 فقدان الوزن :

يعتبر من الاعراض المبكرة كمرض البول السكري فكثرة طرح السكر في البول تجعل الجسم المصاب يضطر الى لاستهلاك المواد الدهنية و الشحوم المخزنة في جسمه و هذا ما يخفض من وزنه .

(احمد بو جمعة ،2003 ، ص25)

6-2 كثرة التبول :

عندما يرتفع الغلوكوز فوق حد معين الذي يسمى بعتبة الصبيب الكلوي فيضطر الى التسرب خارج الكليتين مع البول مما يؤدي الى ادرار البول و كثرة التبول. **(موريس عطية ، 1993 ، ص 40) 6-**

6-3 الشعور بالعطش :

ان فقدان كمية كبيرة من الغلوكوز و تسربها خارج الكليتين مع البول يؤدي الى جفاف جسم المصاب و شعوره بالعطش الشديد. **(احمد او جمعة ، 2003 ، ص26)**

6-4 كثرة التعرق :

يحدث كثرة التعرق نتيجة العطش و شرب المصاب كميات كبيرة من الماء. **(احمد او جمعة ، 2003 ، ص23)**

6-5 الشراهة :

تحدث الشراهة نتيجة لفقدان جسم الانسان كمية كبيرة من الغلوكوز و بالتالي يلجأ الى تناول كميات كبيرة من الطعام.

6-6 أعراض عامة :

نجد العديد من المصابين بداء السكري يعانون من الشعور بالتعب و الوهن نتيجة الى افتقار الخلايا الى للطاقة و تعثر دخول الغلوكوز اليها فتنتاب المريض مشاعر الارهاق السريع و الوهن.

- الاحساس بالدوخة و الصداع.
- الضعف الجنسي العجز عند الرجال و البرودة الجنسية عند المرأة .
- كثرة الغثيان من شدة الامساك او الاسهال الصباحي المتكرر.

- التشوش في النظر لبعض الحالات.
- جفاف الجلد و اللسان و الشفتين.
- الحكة و التأخر في التئام الجرح.
- فقدان الوزن السريع.

7- اسباب مرض السكري :

يصيب داء السكري الرجال كما يصيب النساء الا ان اسبابا الاصابة معظمها مازال غامضة رغم محاولات الاطباء و الباحثين العديدة و حل لغز ظهور هذا الداء و من اهم العوامل الشائعة لظهر هذا المرض هي :

7-1 الوراثة :

تعتبر الوراثة من اهم العوامل التي توضع في الحسبان عند تقرير احتمال الاصابة بداء السكري لدى فرد ما اذ نادرا ما تخلو سلالة المصاب من هذا الداء.

فقد نجد ان الاسرة الواحدة يتواجد فيها عدد من المصابين و يدخل في ذلك الاعمام و الخوال لا سيم اذا كانت هذه الوراثة مريضة ، و هنا يجدر التحذير من التزاوج بين الاقارب او لبن الاصحاء و المرضى او ممن يحملون استعداد وراثي للسكري اي من كثرة عدد الاصابات في العائلة . **(موريس عطية ، 1993 ، ص 20)**

7-2 السن :

نادرا ما يصاب الاشخاص دون سنا الأربعين (40) بالسكري ، حيث تزداد نسبة الاصابة مع تقدم السن و تصل الى القمة في العقد السادس حيث تتراوح قمتها ثمانين من بين مائة واحد مصاب. **(احمد او جمعة ، 2003 ،ص 17)**

7-3 الوزن :

يرث المرء استعداد بيولوجيا يجعله عرضة للإصابة في فترة متقدمة من عمره و لكنه لا يقع فريسة للمرض اذا حافظ على لياقته البدنية و تجنب السمنة و الواقع هو ان ازدياد الوزن له اهمية كبرى بعد الوراثة كعامل اساسي لظهور السكري ، فقد بات معروفا ان السمن تزيد من حاجات الجسم للأنسولين لأن الخلايا الغنية بالدهون تصبح مقاومة لفعله و يزداد حجمها. **(موريس عطية ، 1993 ، ص28)**

7-4 النشاط الجسدي و الاسترخاء :

بينت معظم الدراسات ان الرياضة و النشاط الجسدي يرفعان من فعالية الانسولين كما بينت بالمقابل دراسات اخرى ان السكري يظهر بكثرة عند الذين يستنكون على الجلوس و الراحة الجسدية. (**موريس عطية ، 1993 ، ص23**)

7-5 الصدمات النفسية (المحيط و ضغوطات الحياة) :

لا شك ان للانفعالات النفسية في بعض الحالات تأثير باعث للإصابة بمرض السكر ان وجد استعداد لها و بدون وجود هذا الاستعداد لا يمكن للعوامل النفسية ، كالقلق او الخوف و غيرها ان تسبب الاصابة بمرض السكري ، و إلا لأصبح المرض منتشرا بين جميع الجنود المحاربين في الميدان ، و اكثر المصابين بمرض السكري يزعمون ان المرض عندهم ظهر عقب تعرضهم لهزة نفسية ، لكن في الواقع ان الاصابة كانت كامنة عندهم من قبل تعرضهم للهزة النفسية و ان الهزة زادت الاعراض تفاقما فخيل للمصاب انها كانت الباعث المباشر للإصابة بالمرض.

ان العنف الخارجي ايضا يكون سببا في انفجار مرض السكر، فكل حادثة او حالة مزعجة تمر بالإنسان إلا و تتسبب في انقلاب السكر من مكانه ، اذا كانت هنالك استعداديه للإصابة بالمرض . **(امين رويحة ، 1972 ، ص11)**

7-6 اسباب بيولوجية :

يمكن تلخيصها فيما يلي :

- تباطأ في افراز الانسولين من البنكرياس و عدم تزامن اطلاقه مع تناول الغذاء مما يرفع من الغلوكوز في الدم و الذي ينخفض بشدة بعد ساعتين او ثلاث بعد تناول الطعام .
- فشل الخلايا الخاصة بإفراز الانسولين عن اداء دورها و انتشارها عند بعض الافراد قبل وصولهم الى لسن الاربعين (40 سنة)
- ازدياد الخلايا الدهنية في الجسم مما يضعف دور الانسولين رغم كفائتة و افرازه مما يعثر دخول الغلوكوز الى الخلايا و تراكمه في الدم .

- ضعف الخلايا المولدة للأنسولين (B).

7-7 المتابعة الدورية :

اثبتت الاصابة بداء السكري بأنه يجدر الالتزام بقياس مستوى الغلوكوز بصورة دورية يقرر تباعد فتراتها .

8-مضاعفات داء السكري و تعقيداته :

8-1 الاصابات الوعائية الكبرى : La macro angiopathie

توصلت الاحصائيات الى أن 78% من مرضى السكري يموتون بسبب الاختلاطات الوعائية اي بسبب قلب الشرايين المغذية للقلب و المسئولة عن ايصال الدم و أكسجة العضلة القلبية و ذلك بسبب ترسب الكولسترول .

8-2 مضاعفات الرؤية :

هي احد الاعراض العصبية المستقلة و المتمثلة في شذوذ انعكاسات حدقية العين مع تقلص العين او البؤبؤ اثناء الراحة او قلة الاستجابة للضوء .

و الشعور بوجود ستار ابيض على العينين مما يعيق الرؤية ، و عند فحص الشرايين التي تغذي العين يلاحظ وجود أنزفة صغيرة بأوعية الشبكية او البلورية و هذ الاخير من نتائجه ضعف قوة العدسة .

8-3 مضاعفات الجلد : Anomalies dermatologique

- ظهور طفحات جلدية على مستوى الجهة الداخلية للساقين ، ظهر القدم ، الكاحل و الكعب.
- ظهور بثور بالجهة الخلفية للقدم و تحتوي على قيح و هي حساسة .
- نمو بعض الدرنات ذات اللون الاصفر Les infection و هي انواع اهمها :
  - ظهور البرص
  - ظهور تقيحات جلدية
  - Mycoses عدوى يثيرها فطري مجهري تحدث انتانات على مستوى الجلد او الاصابع او شعر الرأس و الاظافر و الفم و الفرج .

4-8 **مضاعفات الجهاز الحركي : Complications rhumatologiques** نجد :

- الام على مستوى الاصابع خاصة بالليل و قد يؤدي الى مضاعفات كشلل الاصابع .
- انثناء على مستوى اصابع اليدين خاصة البنصر .
- الحد من حركة المفاصل المتعلقة بالأيدي .
- التهاب النسيج المفصلي يصيب مرضى السكري الكبيرين في السن .

(جمال جوردن ، 1964 ،ص79. 80)

5-8 نقص السكر في الدم :

الانخفاض الهام و المفاجئ للسكر في الدم يؤدي الى حالة من فقدان الوعي و الاغماء و قد تكون سببا لنقص في التغذية او بذل مجهود جسمي معتبر يرتبط بفرط لحمية الانسولين و تكثر هذه الحالة عند المصابين بالسكري الخاضع للانسولين.

لهذا يجب على المصاب ان يأخذ بعين الاعتبار مجموعة من الاحتياطات تتعلق بكمية و نوعية و توقيت الوجبات .

- الجهود التي يقوم بها .
- احترام مواقيت تلقي حقن الانسولين .

6-8 الغيبوبة الناتجة عن ارتفاع السكر في الدم :

تشكل هذه الاخيرة اصابة خطيرة ، لكنها لا تحدث بصفة مفاجئة و تبين تحاليل البول عن تواجد كميات معتبرة من السكر في الدم ، السبب فيعود الى نقص او عدم كفاية كمية الانسولين المحقونة أو الاصابة بعدوى الزكام او صدمة انفعالية التي تؤثر على فعالية الانسولين . **(مصاري نوارة ، 2003 ،ص35)**

9- علاج مرض السكري :

- علاج مرض السكري من النوع الاول :

1- الانسولين : قديما كان المصدر الوحيد لاستخراج الانسولين هو بنكرياس الحيوانات كالبقر و الخنزير و هو لا يملك نفس التركيب الانسولين البشري و هو اقل تسببا للحساسية و ربما اقوى فعالية طويل ، و نصنف المركبات المتداولة الى :

- الانسولين طويل المدى : (Ultra lente) فترة الفعالية القصوى تتراوح بين 14 و 24 ساعة ليختفي اثره بعد 24 و 36 ساعة او اكثر .
- الانسولين المتوسط المدى : (M.P.H) يبدأ تأثيره الدوائي بعد ساعتين ليصل فعله الى الذروة بعد 8 الى 16 ساعة ليختفي اثره بعد 24 ساعة .
- الانسولين العادي القصير المدى : يبدأ تأثيره الدوائي بعد ساعتين ليصل فعله الى الذروة بعد حوالي 3 ساعات لينتهي تأثيره خلال 6 الى 8 ساعات .

اما عن محاقن الانسولين المستعملة و معظمها مدرجة من 1 الى 100 وحدة انسولين ، و الاكثر شيوعا هو البوع البلاستيكي المعقم و المعبأ باغلفة بلاستيكية و هي تستعمل مرة واحدة و لا حاجة لتعقيمها .

و تفاديا لحدوث الالتهابات يجب تفسير مواقع الحقن تحت جلد البطن و يليه جلد الذراعين و الفخذين كما على المريض الحرص على تناول فطوره بعد اخذ جرعة الانسولين لكي لا يتعرض لنقص الجلوكوز المفاجئ و هو ما يعرف بارتكاس الانسولين .

كما يمكن تعاطي الانسولين المتوسط ممزوجا بالانسولين قصير المدى **Régulaire**

أما عن تقدير جرعة الانسولين المناسبة فيحتاج بعض الوقت و التجربة لاختلاف حاجات المرض من الانسولين و كذلك حسب ما يبذله المصاب من جهد و يستهلكه من طاقة . و مثلا الجري لمدة ساعة و يستهلك نحو 500 سعرة حرارية و يدعو بالتالي لخفض جرعة الانسولين لحوالي 20% علما ان الرياضة لا تستهلك الغلوكوز في الخلايا فحسب بل ترفع ايضا من فعالية الانسولين في الدم .

خلاصة :

يشير مصطلح السكري بشكل عام الى اضطراب اقلابي يتميز بارتفاع تركيز نسبة السكر في الدم ،يضم السكري مجموعة من الانواع التي يتصدرها النوعين الشهيرين منه و هما السكري من النوع الاول (DT1) الناتج عن تدمير شبه كامل للخلايا (ß) الموجودة في جزر لانجرهانس في غدة البنكرياس ،و المتميز بالعجز عن القدرة عن افراز الانسولين . و النوع الثاني (DT2) الناتج عم مقاومة الخلايا النسيجية لهرمون الانسولين و عدم قدرتها على امتصاص الغلوكوز.

ينتشر النوع الاول بشكل واضح لدى فئة الاطفال و المراهقين (اقل من 20 سنة) و يتميز بفجائية ظهوره و سرعة تطوره ،بينما ما يمس النوع الثاني فئة الافراد الذين تجاوز سنهم اربعين 40 سنة مع ان بعض الحالات من النوعين الاول و الثاني ،و يمكن ان تخالف هذه القاعدة فتظهر بعد سن العشرين 20 بالنسبة للنوع الاول او قبل الثلاثين بالنسبة للنوع الثاني ،و هي الحالات التي يصعب تصنيفها ضمن احد النوعين (الاول و الثاني) لاحتوائها على خصائص من كلا النوعين.

بالإضافة الى النوعين الرئيسيين من السكري (النوع الاول و الثاني) هناك ايضا انواع اخرى كسكري الحمل و السكي الناتج عن بعض الامراض الخاصة بالمناعة الذاتية (Auto-immunes).

يتحدد ظهور السكري بالعوامل الوراثية و تتفاوت نسبة تدخل هذه العوامل بحسب نوع السكري.

كما يتحدد ظهوره ايضا (النوع الثاني بشكا خاص) بالعوامل البيئية التي تسمى بعوامل الخطورة كتقدم السن ،السوابق العائلية ،و البدانة مع قلة النشاط و الحركة و كذا النظام الغذائي و اسلوب الحياة.

و تشكل هذه العوامل فرصة ملائمة للوقاية من الاصابة لدى الافراد الذين يملكون مثل هذه الخصائص المؤهبة لظهور المرض.

الباب الثاني
الجانب التطبيقي للدراسة

الفصل الخامس

منهجية الدراسة

تمهيد:

يتطلب الجانب الميداني من هذا البحث تطبيق الاجراءات اللازمة للكشف عن مدى الامتثال العلاجي الذي يميز المصابين بمرض السكري من خلال نوعية حياتهم ،و تتمثل هذه الاجراءات في التعرف على المنهج المتبع و مجاليه الزماني و المكاني و الدراسة الاستطلاعية و العينة التي اجريت عليها الدراسة و الادوات المستخدمة و جمع البيانات ثم التطرق الى الاساليب الاحصائية المستعملة.

1- منهج البحث :

يعرف المنهج المتبع في البحث العلمي بأنه : الطريق المؤدي الى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة ،و التي تهيمن على سير العقل و تحدد منهج عملياته حتى يصل الى نتيجة معلومة.

- و تحدد الباحثة نوع المنهج الذي سوف يعتمده انطلاقا من طبيعة الدراسة و فرضياتها التي تقضي تحديد المنهج الذي يتلاءم معها و يخدمها في تحليل نتائجها ،و قد تم اعتماد المنهج الوصفي الذي يقوم على دراسة الظاهرة في وصفها الراهن ،و ذلك بهدف معرفة خصائصها ،علاقتها ،و العوامل المؤثرة فيها.

- و يعرف المنهج الوصفي بأنه :

الطريقة المنظمة لوصف الظاهرة محل الدراسة و تشخيصها و القاء الضوء على جوانبها المختلفة و جميع البيانات اللازمة و تحليلها للوصول الى النتائج.

يعد المنهج الوصفي احد تلك المناهج التي يمكن بواسطتها معرفة ما اذا كانت هناك علاقة بين متغيرين او اكثر ،و درجة الارتباط بينهما.

فالمنهج الوصفي يهتم بدراسة متغيرات الدراسة كما هي لدى افراد العينة دون ان يكون للباحث دور في ضبط متغيرات الدراسة. (رابح تركي ،1984، ص 129.)

و قد اتبعنا المنهج الوصفي من نوع الدراسات السببية المقارنة في هذه الدراسة لأنه يمكننا من معرفة ما اذا كانت هناك تأثير بين الامتثال العلاجي و نوعية الحياة لدى مرضى السكري.

2- الدراسة الاستطلاعية :

تعد الدراسة الاستطلاعية من الناحية المنهجية مرحلة تمهيدية قبل التطرق الى الدراسة الاساسية لاي بحث علمي في العلوم الانسانية و الاجتماعية ،فهي تعتبر خطوة هامة و ضرورية تساعدنا على التعرف بالخصوص على الميدان الذي تجري فيه الدراسة كما تهدف الدراسة الاستطلاعية الى اختيار مدى سلامة ادوات البحث و صلاحيتها.

في بحثنا تتكون عينة البحث من فئة مرضى السكري الذين يخضعون الى علاج الانسولين بكافة انواعه ،فقد تمت الدراسة الاستطلاعية في مصلحة الطب الداخلي و الخارجي للمؤسسة الاستشفائية محمد

بوضياف ،كذا مركز داء السكري الكامن في منطقة (pool) و عيادة الطبيب (زيتوني) المختص في علاج و تشخيص مرض السكري ، حيث قام الاخصائيون النفسانيون بمساعدتنا على التعرف على الحالات و اجراء مقابلات و تطبيق المقاييس المتطلبة في البحث.

و قد هدفت الدراسة الاستطلاعية الى :

- التعرف على الظروف التي سيتم فيها الدراسة الاساسية.
- التعرف على الصعوبات التي يمكن ان تواجه الطالب في الميدان.
- التعرف على خصائص العينة.
- تطبيق استبيان الامتثال العلاجي.
- تطبيق استبيان نوعية الحياة.

3- مجال الدراسة :

3-1 الاطار المكاني : لقد تم اجراء هذا البحث قي المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بالمدية و مصلحة علاج مرض السكري الساكنة بمقر (Pool) بالمدية.

تقوم المؤسسات باستقبال شريحة واسعة من المرضى و تقديم مختلف الخدمات النفسية و الصحية لكل المستويات العمرية ذكورا و اناثا طيلة الاسبوع و على مدار الساعة.

3-2 الاطار الزماني : امتدت فترة اجراء الدراسة بدءا من (نوفمبر 2016 الى 5 ماي 2017) بحيث وصلت عينة الدراسة الى 50 فرد.

4-العينة :

لقد تم تحديد خصائص مجموعة البحث و اختيارها بطريقة منظمة و عشوائية،اي ان الباحثة اختارت مجموعة بحثها وفق معايير محددة و مضبوطة ،حسب الاهداف المسطرة للبحث و بناءا غلى هذا فان مجمل المعايير التي تم تحديدها في فئة المصابين بمرض السكري.

- العينة و خصائصها :

تعرف العينة على انها مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة يتم اختيارها بطريقة معينة و اجراء الدراسة عليها.(عبيدان و اخرون ،1999،ص 84) و قد تم اختيار العينة الاستطلاعية في عدة مصالح خاصة بعلاج مرض السكري (المصالح المذكرة سابقا) و هي عينة قصدية ،اي ان العينة تلائم اغراض البحث اذ تم اختيار مرضى السكري بناءا على ملفاتهم و استنادا الى المعلومات الطبية المتوفرة عن حالاتهم و

قد اشتملت العينة الاستطلاعية 50 مريضا من كلا الجنسين و تتراوح اعمارهم بين 17سنة و 60 سنة و السكري بنوعيه و يمكن ان نلخص خصائص العينة الاستطلاعية كما يلي :

عدد افراد العينة الاستطلاعية	السن	الجنس	نوع المرض
50	16-50	ذكور – اناث	مرض السكري

خصائص العينة الاستطلاعية

حيث اشتملت العينة على 50 فرد كما ذكر سابقا بمتوسط عمري قدره (25) سنة و بانحراف معياري قدره ( ) و قد بلغت نسبة الذكور في العينة (60%) و الاينات (40%).

اما بالنسبة للمصابين بالسكري من النوع الاول فكانت نسبتهم في العينة (56%) و نسبة المصابين بالنوع الثاني (44%).

5-ادوات البحث :

لكل دراسة أداة أو مجموعة من الأدوات تعتمد عليها بغية الوصول الى نتائج موضوعية، وفي دراستنا هذه تم الاعتماد على أداة الاستبيان ويعرف الاستبيان على أنه نموذج يضم مجموعة من الأسئلة توجه الى الأفراد من أجل الحصول على معلومات حول موضوع أو مشكلة أو موقف، ويتم تقديم الاستمارة إما عن طريق المقابلة الشخصية، أو أن ترسل عن طريق البريد. (زرواتي ،ص123)

5-1 المقابلة :

استجواب شفوي او تبادل لفظي يجري بين الباحثين و المبحوثين و يتجه نحو هدف محدد ،قد يكون بحثا علميا او تشخيصا او توجيها او علاجا.(محمد عز الدين توفيق ،2002 ،ص 202).

استخدمت الباحثة المقابلة الاولية و التي كان زمنها مقدر ب15 دقيقة كتعريف بالبحث الذي تقوم به الباحثة و تقديم المساعدة للمرضى بعد الاجابة على الاستبيان و تقديم بعض الارشادات و النصائح للتحسين من مستوى معيشتهم و الحفاظ على صحتهم الصحية بشكل عام و النفسية بشكل خاص.

و نظرا لعدد العينة الكبير فقد قامت الباحثة باختيار خمس (3) حالات قامت باجراء 4 مقابلات لكل عينة منهم ،

2-5 **الملاحضة** : هي وسيلة يستخدمها الانسان العادي في خبراته و معلوماته ،حيث نجمع خبراتنا من خلال ما نشاهده و نسمعه عنه ،و لكن من جهة الباحث فانه يلاحظ و يتبع منهجا معينا يجعل من ملاحظته اساسا لمعرفة واعية او فهم دقيق اظاهرة معينة. (عبيدات ،2013).

و قد اعتمدنا في دراستنا على استبيانين هما :

مقياس الامتثال العلاجي :

حتى نتعرف على امتثال مرض السكري مع علاجهم طبقا لمقياس الامتثال العلاجي من اعداد فرانسوا ما ،ماي Francois ,M,Mai و جماعته 1999. و هو عبارة عن سلم تقييمي للامتثال لدى مرضى القصور الكلوي ،يتم تقديمه من خلال اجراء مقابلة عيادية تدوم من 10-15 دقيقة اي تم اجراءه في شكل مقابلة مقننة ،يضم المقياس 6 مقاييس فرعية و هي :

- الحمية.
- تناول الادوية.
- السوائل.
- التدخين.
- الكحول و الاقراص.
- المواظبة.

بحيث قامت الباحثة بتعديله و تم تغيير بعد السوائل بالسكريات و التدخين بالشكولاطة و الكحول بالمشروبات الغازية و العصير.

لتتكون بذلك الصورة الاولية للمقياس من (18) بعد في 6 محاور كل بعد فيه (3) ابعاد.

و تكون الاجابة على فقرات المقياس بناء على سلم يحتوي (5) درجات.

غير متفق تماما	غير متفق	دون رأي	متفق	متفق تماما
00	01	02	03	04

جدول سلم تنقيط الاجابات في مقياس الامتثال العلاجي

اعداد تعليمة مقياس الامتثال العلاجي :

تم اعداد تعليمات المقياس بهدف تسهيل مهمة الفرد في الاجابة عنه ،و تضمنت تعليمة المقياس مقدمة استهلالية ،كما تم توضيح كيفية الاجابة على فقرات المقياس ،كما تمت الاشارة الى الحفاظ على سرية الاجابات و انها لن تستخدم إلا بغرض البحث العلمي ،كما تمت الاشارة الى وجوب الاجابة بمصداقية.

الخصائص السيكومترية للمقياس :

الصدق :

تعد اداة القياس صادقة اذ كانت تقيس ما تدعي قياسه (عبد الفتاح محمد دويدار ،1999 ،ص 216)،و توجد عدة طرق للتحقيق من صحة الاختبار ،و قد اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على اكثر من طريقة للتحقق من صدق مقياس الامتثال العلاجي في :

صدق المحكمين :

و تم عرض المقياس في صورته الاولية على الاساتذة المحكمين الذي بلغ عددهم (5) اساتذة جمعيين و قد ارفقنا المقياس بمقدمة وضعنا فيها الهدف من المقياس و كذا اشكالية الدراسة و من ثم التعريف الاجرائي للامتثال العلاجي ثم تم عرض فقرات المقياس .

تم التاكد من صدق المقياس عن طريق المحكمين ،حيث وجدنا ان كل بنود الاختبار تحصلت على موافقة تتجاوز 70% مما يدل على ان هذا المقياس صادق و من ثم يكن الاعتماد عليه في جميع البيانات.

و هدفنا في هذه العملية الى معرفة :

- مدى قياس العبارة التي وضعت لقياسه.
- مدى ملائمة الصياغة اللغوية و مناسبتها لأفراد العينة.
- سهولة التطبيق و التنقيط والمدة الزمنية للتطبيق.

و بعد جمع الاستمارات الخاصة بالتحكيم و التي رجع منها (4) مقاييس ،و في ضوء ملاحظات و اقتراحات المحكمين تم اجراء التعديلات المناسبة على فقرات المقياس.

تم التاكد من صدق المقياس عن طريق المحكمين ،حيث وجدنا ان كل بنود الاختبار تحصلت على موافقة تجاوزت 70% مما يدل ان على هذا المقياس و من ثم يمكن الاعتماد عليه في جمع البيانات.

الثبات :

لقد جاءت درجة الثبات من خلال تطبيق المقياس و اعادة تطبيقه ب 0.825 ICC (Intra class coefficient) عند مستوى الدلالة 0.01 و هو ما يعطيه درجة ثبات عالية و يجعله صالح للتطبيق.

تم اختبار المقياس بطريقة التجزئة النصفية للتعرف على ثبات المقياس ،و كانت النتائج حسب معامل بيرسون للارتباط الذي تحدد بقيمة 0.60 عند مستوى الدلالة الاحصائية 0.01 مما يدل على ثبات الاختبار و صالح للاستعمال و التطبيق.

مقياس نوعية الحياة :

تم بناء المقياس من طرف الدكتورة فاطمة الزهراء الزروق في مذكراتها تحت عنوان دراسة النمط السلوكي للمصابين بالسكري من خلال طريقة الحياة ،رسالة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي ، و قد تم التحقق من صدق و ثبات هذا المقياس و قد استخرجت النتائج كما هي موضحة في الشرح ادناه.

تعليمة المقياس :

تعليمة المقياس :

نصت تعليمة الاختبار على ان العبارات الموجودة فيه هي عبارات تصف طريقة السلوك اليومي ،و يمكن الاجابة عليها باختيار واحدة فقط وفق سلم رباعي يضع فيه المفحوص علامة (×) امام واحدة من هذه الاختيارات (دائما ،احيانا ،نادرا ،ابدا) مع التأكيد انه ليس هناك اجابات صحيحة و اخرى خاطئة ،و انه ليس هناك وقت محدد للإجابة على الاختبار و المطلوب فقط هو الاجابة على كل العبارات.

تصحيح الاختبار و تفسير النتائج :

فيما يتعلق بتصحيح الاختبار فان تقدير الدرجات يكون من (1−4) بالشكل التالي :

في حالة العبارات الموجبة تقدر الدرجات ب (4) بالنسبة لدائما ،(3) بالنسبة لاحيانا ،(2) بالنسبة لنادرا ،(1) بالنسبة لأبدا ،و في العبارات السالبة فان التقدير يتم بشكل عكسي من (1) بالنسبة الى دائما الى (4) بالنسبة الى ابدا ،و تقدر الدرجات الدنيا و القصوى بالنسبة للأبعاد الفردية الستة كما يلي :

الصحة الجسدية و الاستقلالية الذاتية و المحيط :تقدر الدرجة القصوى في كل منها ب(20) درجة بينما تقدر الدرجة الدنيا ب(5) درجات.

الصحة النفسية :الدرجة القصوى هي (48) بينما الدنيا هي (12) درجة.

العلاقات الاجتماعية :تقدر الدرجة القصوى لهذا البعد ب(44) درجة بينما تقدر الدنيا ب(11).

الجانب الديني و التوجه نحو الحياة : الدرجة القصوى (52) بينما الدنيا (13).

تفسر النتائج في الابعاد الستة المذكورة اعلاه حسب قربها او ابتعادها عن المتوسط النظري للدرجات في كل بعد. حيث قسمت الدرجات المتحصل عليها في كل بعد من الاختبار الى ثلاث مستويات (مستوى ضعيف ،مستوى متوسط ،مستوى مرتفع) و ذلك حسب مايلي :

الابعاد	المستويات	التنقيط
الصحة الجسدية	ضعيف	من 5 الى 10 نقطة
	متوسط	من 11 الى 15 نقطة
	مرتفع	من 16 الى 24 نقطة
الصحة النفسية	ضغيف	نن 12 الى 24 نقطة
	متوسط	من 25 الى 36 نقطة
	مرتفع	من 37 الى 48 نقطة
الاستقلالية الذاتية	ضغيف	من 5 الى 10 نقطة
	متوسط	من 11 الى 15 نقطة
	مرتفع	من 16 الى 24 نقطة
العلاقات الاجتماعية	ضغيف	من 11 الى 22 نقطة
	متوسط	من 23 الى 31 نقطة
	مرتفع	من 32 الى 44 نقطة
البيئة و المحيط	ضغيف	من 5 الى 10 نقطة
	متوسط	من 11 الى 15 نقطة
	مرتفع	من 16 الى 24 نقطة
الجانب الديني و التوجه نحو الحياة	ضغيف	من 13 الى 26 نقطة
	متوسط	من 27 الى 37 نقطة
	مرتفع	من 38 الى 50 نقطة

جدول يوضح العبارات الايجابية و السلبية للمقياس:

العبارات الايجابية	3 ،4 ،18 ،19 ،20 ،21 ،22 ،23 ،24 ،25 ،28 ،29 ،31 ،32 ،38 ،39 ،40 ،41 ،42 ،43 ،44 ،45 ،46 ،47 ،48 ،49 ،50 ،51.
العبارات السلبية	1 ،2 ،5 ،6 ،7 ،8 ،9، 10 ،11 ،12 ،13 ،14 ،15 ،16 ،17 ،26 ،27 ،30 ،33 ،34 ،35 ،36 ،37.

الخصائص السيكومترية لمقياس نوعسة الحياة :

الصدق :

يشير الصدق الى مدى صلاحية الاختبار او المقياس في قياس ما وضع لقياسه ،و من بين اشهر طرق حساب الصدق ما يسمى بالصدق التكويني او البنائي الذي يتم حسابه عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة كل بند و الدرجة الكلية.(مجدي الدسوقي ،1998).

و لحساب صدق الاختبار ،قامت الباحثة الزروق بحساب نوعين من الصدق: الصدق التكويني و الصدق التمييزي الذي يعتمد على تحليل البنود.

فبالنسبة للصدق التكويني حسب معاملات الارتباط بين درجة كل بند و الدرجة الكلية في الاختبار ككل.

و قد اسفرت نتائج تحليل البنود لمعرفة مدى صدقها التمييزي ،على تحديد مجموعة البنود التي يمكن الاحتفاظ بها لتمتعها بقدرة مقبولة على التمييز من خلال معاملات ارتباط دالة بينها و بين البعد الموجود فيه ،و البنود المستبقاة بعد دراسة الصدق التمييزي حسب كل بعد.

ثبات الاختبار :

اعتمدت الباحثة في حساب معامل ثبات الاختبار على حساب معاملات ثبات الابعاد الفرعية الموجودة فيه ،و حساب معامل الثبات الكلي للاختبار و ذلك باستخدام معامل الفا كرومباخ ،و باستخدام برنامج التحليل الاحصائي للبيانات الخاص بالعلوم الاجتماعية SPSS.

البعد	معامل الثبات
الصحة الجسدية	0.55
الصحة النفسية	0.79
الاستقلالية الذاتية	0.75
العلاقات الاجتماعية	0.77
البيئة و المحيط	0.56
الجانب الديني و التوجه نحو الحياة	0.79
الاختبار ككل	0.70

معاملات الثبات لاختبار نوعية الحياة و لأبعاده الفردية:

يلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان معظم الابعاد في الاختبار تتمتع بمعامل ثبات مقبول ما عدا البعدين الخاصين بالصحة الجسدية و البيئة و المحيط . حيث انخفضت معاملات ثباتهما عن (0.70) الذي يعد معاملا مقبولا لثبات مقاييس الشخصية بشكل عام. و مع ذلك فانه يمكن قبول معاملات الثبات التي تنخفض عن (0.70) و تزيد عن (0.50) مادامت طبيعة اختبارات الشخصية و طبيعة ما تقيسه تقتضي شيئا من التنازل عم معاملات الثبات العالية (احمد عبد الخالق ،1993).

6-الادوات الاحصائية المستخدمة في الدراسة :

تم الاعتماد في هذا البحث على برنامج الاحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS) لتحليل البيانات و معالجتها و ذلك باللجوء الى التقنيات الاحصائية التالية :

- المتوسط الحسابي لتحديد متوسط العمر و الجنس و نوع السكري داخل العينة.
- الانحراف المعياري و الخطا المعياري لقياس درجة التشتت داخل العينة بالنسبة لمختلف متغيرات البحث .
- معامل ارتباط بارسون للتحقق من العلاقة بين المتغيرات.
- برنامج Excel.

الفصل السادس

عرض و مناقشة نتائج الدراسة

الفرضية العامة :

توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين الامتثال العلاجي و نوعية الحياة لدى مرضى السكري .

و لتحقيق هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط بيرسون .

ملاحظة : لقد اعتمدت دراستنا في بادئ الامر على 50 عينة طبق عليها كلا المقياسين ،و بعد التطبيق و نظرا لعدم وضوح نتائج الفرضية العامة تم اقصاء جزء من العينة المشكوك في صدق اجابتهم الى 35 عينة.

المتغيرات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط	المؤشر	مستوى الدلالة
نوعية الحياة	35	162.62	18.82	0.44	0.008	0.05
الامتثال العلاجي	35	48.22	7.24			

الجدول رقم (13) يوضح نتائج اختبار بارسون بين الامتثال العلاجي و نوعية الحياة لدى مرضى السكري.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (13) ان قيمة معامل الارتباط بيرسون بين درجات مرض السكري على مقياس الامتثال العلاجي و درجاتهم على مقياس نوعية الحياة قد بلغ (0.44) و هي قيمة موجبة و دالة عند مستوى الدلالة (0.01).

في ضوء هذه القيمة يمكننا القول اننا متاكدون بنسبة 99 % بان هناك علاقة ارتباطية موجبة متوسطة بين الامتثال العلاجي و نوعية الحياة لدى مرضى السكري مع احتمال الخطا 1%.

تشير هذه النتائج الى انه كامل ارتفع مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري كلما زاد امتثالهم للعلاج ، و ترى الباحثة ان هذه النتيجة منطقية حيث ان الامتثال للعلاج يؤدي الى التوافق الجسدي و النفسي من حيث اتباع الحمية و تناول الادوية و تساعد الفرد على تحسن نوعية حياته التي ترجع بالايجاب على صحته النفسية ،و هذا ما تؤكده نظرية التوجه الانساني لنوعية الحياة و التي اكدت على ان فكرة نوعية الحياة تستلزم دائما الارتباط الضروري ين عنصرين لا غنى عنهما و هما وجود كائن حي و كذا وجود بيئة جيدة يعيش فيها ،و هذا يعود بالايجاب على سلوك الفرد من حيث اتباع الامتثال العلاجي و

الملائمة العلاجية و الانضباط الصحي لدى الشخص المريض ،ذلك لان ظاهرة الحياة تبرز الى الوجود من خلال التاثير المتبادل بين هذان العنصرين و لقد اكد هذا المنظور في تفسيره لنوعية الحياة على مفهوم الذات Selfconcept .

هذا ما توصا اليه Lemos (ليموس) في دراسته التي كان يهدف من خلالها الى الكشف عن العلاقة بين كل من مركز الضبط الصحي و الاتجاه نحو السلوك الصحي (الامتثال العلاجي) كما يظهر في نموذج الخمسة الكبار Big Five و قد اظهرت النتيجة الى وجود علاقة ارتباطية بين مركز الضبط الصحي و لاتجاه نحو السلوك الصحي اي الامتثال للعلاج . و بالتالي يمكن القول بان مرض السكري يتمتعون بنوعية حياة جيدة تمكنهم من الامتثال للعلاج و انهم يتوقعون النتائج التي تاتي من وراء تبني هذا النوع من السلوك فهي تولد لديهم احساس عالي بالقدرة على اتخاذ هذا النوع من الممارسات و السلوكات الوقائية و تنفيذها.

الفرضية الجزئية الثانية :

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوعية الحياة و اتباع الحمية لدى مرضى السكري.

لتحقق من هذه الفرضية تم استخدام معامل ارتباط بيرسون.

المتغيرات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط	المؤشر	مستوى الدلالة
نوعية الحياة	50	143.20	14.34	0.094	0.57	0.05
اتباع الحمية	50	7.30	2.60			

الجدول رقم (14) بوضح نتائج اختبار بيرسون بين نوعية الحياة و اتباع الحمية لدى مرضى السكري.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (15) ان قيمة معامل الارتباط بيرسون بين درجات نوعية الحياة و درجاتهم في بعد الحمية في الامتثال العلاجي قد بلغ (0.094) و هي قيمة سالبة و غير دالة عند مستوى الدلالة 0.05 .بالنسبة للمتوسط الحسابي لنوعية الحياة قدر ب(143.20) بانحراف معياري بلغ (14.34) ،في حين بعد الحمية جاءت قيمة المتوسط السابي ب (7.30) و انحراف معياري (2.60).

في ضوء هذه القيمة يمكننا القول انه لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بنسبة95% مع احتمال الخطأ 5% بين نوعية الحياة و اتباع الحمية لدى مرضى السكري.

تنفي النتائج المتوصل اليها ما توقعته الباحثة ان تجد عكس هذه النتيجة ،هذا كان بناءا على ان مدة المرض كلما كانت طويلة في رايها سيؤثر حتما على خبرات الفرد في ادراكه لسلوكاته و اتباع الحمية ،فخبرات المرض لمدة قصيرة ليست كخبرات المرض لمدة طويلة بالنسبة لاي فرد.

نوعية الحياة لا علاقة لها باتباع الحمية ،حيث انه لا توجد دراسات سابقة تناولت علاقة اتباع الحمية بنوعية الحياة ،و تفترض الباحثة الى انخفاض المستوى التعليمي للعينة يصاحبه جهل يرتبط ارتباطا وثيقا بانخفاض مستوى الصحة للفرد و اتباع الحمية في المجتمع ،فالفرد الذي لا يعرف القراءة و الكتابة لا يستفيد من الارشادات و المعلومات الصحية ،فان الفرد غير المتعلم تكون فرصة ايمانه للبدع و الخزعبلات كبيرة و قد يعتمد في علاجه على تلك الخرافات بصورة اساسية و حتى الشخص المثقف فانه يتجاهل توصيات و تعليمات الطبيب المقدمة له ،و يتخذ عذرا بعدم وجود وقت كافي او الانشغال بالاعمال او حتى اشتهاء الطعام و عدم القدرة على المقاومة .(بهاء الدين ابراهيم سلامة 2001،ص208).

اما دراسة (Fochrkolb ,2007) ان الفرد يتبنى اتجاهات نحو السلوك الصحي و تنمية الفعالية الذاتية في سلوكاتهم الممارسة و منه نشرح هذه العلاقة بين معتقدات الفرد و السلوك الوقائي مثل اتباع الحمية الذي ينمي الرغبة في ممارسة السلوك السوي.

ارجعت الباحثة عدم التزام المرضى باتباع الحمية راجع الى اقتناعهم بان تناول الادوية يكفي للتحكم في المرض خاصة بالنسبة للاشخاص الذين ياخذون جرعات الانسولين النوع الاول ،لكن الادوية وحدها لا تكفي و يجب على المريض اتباع التعليمات و التوصيات و اتباع الحمية و الابتعاد عن السكريات و المشروبات الغازية...لكي يعتدل مستوى السكر في الدم ولا يتعرض الى مضاعفات خطيرة.

الفرضية الجزئية الثالثة:

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوعية الحياة و تناول الادوية لدى مرضى السكري.

المتغيرات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معاول الارتباط	المؤشر	مستوى الدلالة
نوعية الحياة	50	143.20	14.34	0.169	0.98	0.05
تناول الادوية	50	7.10	2.10			

الجدول رقم (15) يوضح نتائج اختبار بارسون بين نوعية الحياة و تناول الادوية لدى مرضى السكري.

نلاحظ من خلال الجدول (15) ان قيمة معامل الارتباط بيرسون بين درجات نوعية الحياة على مقياس نوعية الحياة و درجاتهم على بعد تناول الادوية في مقياس الامتثال العلاجي ، و قد بلغ (0.16) و هي قيمة سالبة و غير دالة عند مستوى الدلالة 0.05. و في ضوء هذه القيمة يمكننا القول بانه لاتوجد علاقة ارتباطية موجبة بين نوعية الحياة و نتاول الادوية لدى مرضى السكري.

جاءت النتيجة عكس ما توقعته الباحثة في دراستها ،و في دراسة قام بها (Haynes ,1979) الى ان معظم الباحثون ينسون الوضعية التي يعيشها المرض عند استخدام الادوية و هو امر خاطئ و الوضعية هي الادوية و نوعيتها و كميتها و المواعيد و المواعيد المحددة لاخذها و نوع الحمية ، فكا هذه المؤشرات كلما تعقدت كلما ساعدت في ظهور سلوك عدم الامتثال ،اذا المشكل ليس في سمات الشخصية للمريض و انما في شكل الوضعية المعاشة و نوعية الحياة التي يعيشها المريض ،لهذا فان المريض قد يقوم اخذ الادوية و التعليمات الطبية في وضعية معينة و لا يتناول الادوية في وضعية اخرى .

انطلق (Moos) من خلال سؤال :يفشل المريض في اخذ ادويته؟ حيث قدم الاجابة من خلال وجهتي نظر الاولى و هي الموجهة نحو السمة و الثانية هي الموجهة نحو الوضعية مثل الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المريض ،ظروفه المهنية و العائلية ،نوعية حياته التي تساعده في اخذ الادوية في مواعيدها عندما يكون المريض في شغله ،حيث الابعاد التي تقوم عليها نوعية حياة المريض تنص على سلامة صحته النفسية و الجسدية خاصة من حيث اخذ الادوية و اتباع الحمية و غيرها.

اما وفاء عبد العزيز و محمد يوسف (2012) فقد قام باستكشاف نوعية الحياة لدى مرضى السكري في الموصل و اشارت النتائج الى ان 13% من المرضى يعانون من نوعية حياة منخفضة ،و هذا ما يؤثر

سلبا على صحته من حيث اخذ الادوية بشكل خاص ، اضافة الى ارتباط نوعية بادراك الفرد لمكانته في الحياة.

الفرضية الجزئية الرابعة :

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الامتثال العلاجي و الصحة الجسدية لجى مرضى السكري.

لتحقق من هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط بيرسون.

المتغيرات	العينة	المتوسط الحسابي	النحراف المعياري	معامل الارتباط	المؤشر	مستوى الدلالة
الامتثال العلاجي	50	42.12	9.20	0.171	0.45	0.05
الصحة الجسدية	50	12.66	2.91			

الجدول رقم (16) يوضح نتائج اختبار بيرسون بين الامتثال العلاجي و الصحة الجسدية لدى مرضى السكري.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (17) ان قيمة معامل الارتباط بيرسون بين درجات الامتثال العلاجي و درجات بعد الصحة الحسدية في نوعية الحياة قد بلغ (0.171) و هي قيمة سالبة و غير دالة عند مستوى الداالة 0.05.

قدر المتوسط الحسابي للامتثال العلاجي ب(42.12) و انحراف معياري (9.20) ،في حين بلغ بعد الصحة الجسدية جاءت قيمة المتوسط الحسابي ب(12.66) بانحراف معياري (2.91).

و بالتالي لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الامتثال العلاجي و الصحة الجسدية بنسبة 95%مع احتمال الخطا 5%.

تشير النتائج المتوصل اليها في هذه الفرضية التي اثبتت نتائجها عطس ما توقعته الباحثة حيث اظهرت النتيجة علاقة سلبية بين المتغيرين ،و تتفق نتيجة الدراسة مع دراسة Wilkinson حيث وجد ان

اتجاه مرضى السكري نحو الامتثال العلاجي سلبي و هذا ما يؤثر على حياتهم الجسدية ،و كذا دراسة Rowlley بالنسبة للامتثال العلاجي لمرض السكري حيث وجد ان 60%من المرضى ذو اتجاه سلبي نحو الامتثال فيعود هذا بالسلب على الصحة الجسدية خاصة اذا تناسا المريض حقن الانسولين او الاقراص و قد يتسبب في ارتفاع او انخفاض مستوى السكر في الدم او حتى قطع العضو المصاب و بالاضافة الى ماسبق نجد دراسة (زعطوط رمضان2004) التي كشفت انخفاض المستوى الاجتماعي و الاقتصادي لعينة الدراسة يؤدي الى عدم الامتثال.

وقد وجد Haynes و جماعته 1979 في دراسة على المرضى و اعمادا على اختبار (MMPI) انه ليس هناك علاقة مباشرة بين الامتثال و سمات الشخصية (الصحة الجسدية ،اخذ الادوية، اتباع الحمية،المواظبة...) كما اضاف Haynes ان الباحثون يبحثون عن خصائص الشخصية و ينسون الوضعية الانية التي يعيشها المرضى عند استخدامهم للادوية و هو امر خاطئ.

حيث يتعرض مريض السكري الى اضطرابات في مستوى السكر في الدم بالارتفاع و الانخفاض لذلك نجد ان نسبة زيارة المستشفى او المكوث فيها لفترات معين تزيد اضعافا لدى مرضى السكري مقارنة بمرضى ضغط الدم ،و قد راينا في المراجعة النظرية للدراسة ان العاملين الاساسين في نظرية السلوك المخطط ان الفعل المعقول و هما الشعور بالخطر او التعرض له غالبا من الناحية الجسدية و هو من اهم المتغيرات في السلوك الصحي و الاتجاه نحوه.

الفرضية الجزئية الخامسة :

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين نوعية الحياة لدى الافراد المصابين بنوعية السكري الاول و الثاني

لتحقق من هذه الفرضية تم استخدام اختبار ت.

المتغيرات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الخطا المعياري	التباين	المؤشر	T	درجة الحرية
نوعية الحياة	50	140.62	16.23	3.31	2.263	0.139	1.22	48
نوعي السكري	50	145.75	12.18	2.39				

الجدول رقم (17) يوضح نتائج اختبار T تاست للفروق بين نوعي السكري في نوعية الحياة.

نلاحظ من الجدول اعلاه ان رقم (17) ان قيمة (ت T) قدرت قيمتها ب (1.22) و هي دالة احصائيا عند درجة الحرية (48) . اما بالنسبة للمتوسط الحسابي الخاص بنوعية الحياة قدر ب(140.62) بانحراف معياري (16.23) ،اما بالنسبة لنوعية السكري بمتوسط حسابي قدر ب(145.75) بانحراف معياري (12.18).

اثبتت النتائج المتوصل اليها في هذه الدراسة ان لا توجد فروق دالة احصائيا في نوعي السكري الاول و الثاني بالنسبة لنوعية الحياة مع احتمال الخطا 5%.

في هذا الصدد تشير دراسة فاطمة الزهراء الزروق (2008) خلصت الى انعدام فروق بين النوعين الاول و الثاني فانه يمكن القول او التاكيد على وجود ارتباط الاصابة بالسكري (بغض النظر عن نوعه) باسلوب او نوعية الحياة و التي يمكن ان تشكل الخصائص و المميزات البارزة بالاضافة الى الاستعداد الوراثي و الفيزيولوجي.

ارجعت الباحثة عدم وجود فروق بين الجنسين في نوعية الحياة بالنسبة لمرضى السكري و ذلك راجع الى ما يلي:

- الانشغال بالعمل لكلا الجنسين.
- معظم فئات المجتمع ذو دخل متوسط.
- كلتا الفئتين تحافظ على الخصائص الجسمية الخاصة بها.

الفرضية الجزئية السادسة :

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الجنسين فيما يتعلق بالامتثال العلاجي.

لتحقق من هذه الفرضية تم استخدام اختبار ت.

المتغيرات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الخطا	التباين	T	المؤشر	درجة الحرية
الامتثال العلاجي	50	40.74	9.45	1.81	1.25	-1.151	0.26	48
الجنس	50	43.73	8.83	1.84				

الجدول رقم (18) يوضح نتائج اختبار Tتاست للفروق بين الجنسين في الامتثال العلاجي.

نلاحظ من الجدول رقم (19) ان قيمة T قدرت ب (1.15) عند درجة الحرية 48 ،بمتوسط حسابي للامتثال العلاجي قدر ب (40.74) في حين بلغ المتوسط الحسابي للجنسين (ذكر و انثى) (43.73) بانحراف معياري للامتثال العلاجي (9.45) و (8.83) بالنسبة لمتغير الجنسين.

اثبتت النتائج المتوصا اليها في هذه الدراسة ان الامتثال العلاجي لدى مرضى السكري لا يختلف بالنسبة للجنسين سواء ذكر او انثى مع احتمال الخطا 1%.

اختلفت هذه النتيجة مع ما توصلت اليه زناد دليلة (2008) التي خلصت ان افراد عينة البحث من كلا الجنسين توجد لديهم فروق من ناحية الجنسين في الامتثال العلاجي على ان النساء المصابات بمرض القصور الكلوي اكثر التزاما من الرجال فيما يتعلق بالسلوك الصحي و الامتثال اللعلاج على اساس انهم اكثر احساسا بالخطر مع التقدم في العمر و اكثر تعرضا لمضاعفات الامراض حسب النتائج المفسرة للسلوك الصحي.

اختلفت هذه الدراسة كذلك مع دراسة Y,Bezie et al (2006) حيث قام الباحث بالوقوف على العوامل المختلفة المؤثرة في الانضباط الصحي لدى مرضى السكري ، و قد خلصت ان نسبة عدم الامتثال العلاجي مرتفعة لدى الشباب ذوي الدخل الضعيف.

و منه يمكن القول ان افراد العين لا توجد لديهم فروق في متغير الامتثال العلاجي و ذلك يرتبط بعوامل اخرى مثل :العمر ،المستوى التعليمي ،المستوى الاقتصادي ،قلة او كثرة الاعباء الاجتماعية و بناءا على هذا فان هذه الدراسة جاءت عكس نظرية السلوك الصحي الوقائي Model for preventive behavior health التي تهدف الى دراسة سلوكات صحية و الامتثال من خلال عوامل التعديل السيسوديمغرافية (السن ،الجنس) و غيرها من المتغيرات الشخصية بمعنى التوقعات و الانتظارات و الامال التي علقها على علاقاته الاجتماعية ،كما يتضمن المتغيرات الظرفية التي ترتبط بالسياق النفسي الاجتماعي من حيث وجود ثقافة صحية تثمن السلوكات الصحية هذا ما اكدت عليه النظرية السابقة عكس ما اثبتته دراستنا الحالية التي تنص على وجود فروق بين الجنسين فيما يتعلق بسلوك الامتثال العلاجي حول مرضى السكري.

الاستنتاج العام :

انطلاقا من الفرضية الرئيسية في بحثنا و القائلة بوجود علاقة ذات دلالة احصائية بين الامتثال العلاجي و نوعية الحياة لدى مرضى السكري.

فقد تم التاكد من صحة الفرضية من خلال تطبيق اختبار معامل الارتباط بيرسون لعينتين مستقلتين و كانت النتائج المتوصل اليها قيمة (0.44) و كانت دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

و هذا ما جعلنا نقبل بالفرضية اي ان هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الامتثال العلاجي و نوعية الحياة لدى مرضى السكري.

لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوعية الحياة و اتباع الحمية لدى مرضى السكري و ذلك حسب النتائج المتوصل اليها بعد تطبيق اختبار بيرسون و كانت ب (0.09) و هي غير دالة احصائيا.

تم رفض هذه الفرضية القائلة انه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوعية الحياة و اتباع الحمية لدى مرضى السكري.

لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوعية الحياة و تناول الادوية لدى مرضى السكري و ذلك حسب النتائج المتوصل اليها بعد تطبيق اختبار بيرسون حيث قدرت ب (0.16) و هي غير دالة احصائيا.

و نستنتج انه قد تم رفض الفرضية القائلة انه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوعية الحياة و نتاول الادوية لدى مرضى السكري.

لا توجد فروق دالة احصائيا في نوعية الحياة لدى الافراد المصابين بنوعي السكري الاول و الثاني ،و قد اثبتت صحة هذه الفرضية و ذلك حسب النتائج المتوصل اليها بعد تطبيق اختبار ت و قدرت ب(1.22) و هي دالة عند مستوى الدلالة 0.05.

لقد تم التاكد من صحة االفرضية و قبولها القائلة انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في نوعية الحياة لدى الافراد المصابين بنوعي السكري الاول و الثاني.

لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الامتثال العلاجي و الصحة الجسدية لدى مرضى السكري ،و ذلك حسب النتائج المتوصل اليها بعد تطبيق اختبار بيرسون و كانت النتيجة (0.17) و هي غير دالة احصائيا.

نستنتج انه قد تم رفض الفرضية القائلة بانه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الامتثال العلاجي و الصحة الجسدية لدى مرضى السكري.

لا توجد فروق دالة بين الجنسين فيما يتعلق بالامتثال العلاجي لدى مرضى السكري و ذلك حسب النتائج المتوصل اليها في اختبار ت و قدرت ب(1.22).

لقد تم تحقق الفرضية القائلة انه توجد فروق طالة بين الجنسين فيما يتعلق بالامتثال العلاجي لدى مرضى السكري.

الخاتمة :

لقد تطرقت الباحثة الى اكثر الاتجاهات تاثيرا في تفسير السبب الذي يدفع الناس الى ممارسة الامتثال العلاجي ،حيث تم ربط هذا المفهوم بمفهوم كبير يخص المرضى المزمنين ،حيث يرتيط ارتباطا وثيقا بحياتهم و الذي يعتبر اساسا لعلاجهم و متابعتهم الصحية الا و هو مفهوم نوعية الحياة.

مفهوم الامتثال العلاجي و نوعية الحياة من مفاهيم علم النفس الصحة ، و هما مفهومان يتناولان الجوانب المعرفية و الجوانب السيكولوجية للمرضى المزمنين ،خاصة و ان مرضى السكري يحتاجون رعاية صارمة و امتثال علاجي متواصل.

قمنا بدراسة العلاقة بين هاذين المفهومين في اشكالية عامة و 5 اشكاليات جزئية على النحو التالي:

هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الامتثال العلاجي و نوعية الحياة لدى مرضى السكري؟

هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوعية الحياة و اتباع الحمية لدى مرضى السكري؟

هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوعية الحياة و تناول الادوية لدى مرضى السكري؟

هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الامتثال العلاجي و الصحة الجسدية لدى مرضى السكري؟

لا توجد فروق دالة بين الجنسين فيما يتعلق بالامتثال العلاجي؟

لا توجد فروق دالة بين نوعي السكري و نوعية الحياة؟

و لتحقق من هذه الفرضيات اعتمدنا في ذلك على المنهج الوصفي الذي يتلائم مع متغيرات الدراسة ،و تم تطبيق المقاييس على 50 عينة من مرضى السكري، و ذلك بمستشفى محمد بوضياف المدية . و من خلال الاجابات على المقياسين الامتثال الاعلاجي و نوعية الحياة تحصلنا على عدة نتائج اهمها :

تحققت الفرضية العامة التي تقول بوجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الامتثال العلاجي و نوعية لحياة لدى مرضى السكري.

لم تتحقق الفرضية الجزئية الاولى القائلة بوجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوعية الحياة و اتباع الحمية لدى مرضى السكري.

لم تتحقق الفرضية الجزئية الثانية القائلة بوجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوعية الحياة و تناول الادوية لدى مرضى السكري.

لم تتحقق الفرضية الجزئية الثالثة القائلة بوجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الامتثال العلاجي و الصحة الجسدية لدى مرضى السكري.

تحققت الفرضية الجزئية الرابعة التي تقول بانه لا توجد فروق دالة بين الجنسين فيما يتعلق بالامتثال العلاجي .

تحققت الفرضية الجزئية الخامسة التي تقول بانه لا توجد فروق دالة في نوعية الحياة و نوعي السكري لدى مرضى السكري.

و نستنتج من خلال تحليل البيانات التي تم الحصول عليها في هذه الدراسة ان الامتثال العلاجي ارتبط بنوعية الحياة لدى مرضى السكري.

و لقد تم تحديد بعض النصائح التي يجب على المريض اتباعها :

- تصحيح المعلومات حول المرض و تثقيفه حول كيفية تناول الدواء و اخذ حقن الانسولين في موعدها.
- ممارسة النشاطات و الرياضة من اجل الحفاظ على اللياقة البدنية .
- الاكل الصحي و اتباع الحمية.
- على المريض الابتعاد عن القلق و جو التوتر.
- المساندة الاجتماعية و الاسرية للمريض.
- التسجيل في خدمات الضمان الاجتماعي.

و هذا البحث يفتح افاقا جديدة لبحوث قادمة مثل :

نوعية الحياة و علاقتها بالمرونة النفسية لدى مرضى السرطان.

علاقة الفعالية الذاتية بالامتثال العلاجي لدى مرضى السرطان.

قائمة المراجع

قائمة المراجع :

المراجع بالعربية:

قائمة الكتب :

1- ابو الخير عبد الكريم قاسم (2001) اساسيات التمريض في الامراض النفسية و العقلية ،ط1 دار واسل للطبع ،الاردن.

2- احمد او جمعة ،بحوث و دراسات في علم النفس ،مؤسسة الرسالة ناشرون ،ط1 ،بيروت 2003.

3- ابراهيم رضوان (2000) ،دراسة تاثير داء السكري في شرايين الاطراف السفلية بالتصوير الوعائي جامعة حلب.

4- احمد غبات ثابت (2000) ،الحمل و داء السكري جامعة حلب.

5- ابو حويج ،مروان و الحذفي ،عصام (2009) ،المدخل الى الصحة النفسية ط1، دار الميسرة للنشر و التوزيع ،عمان.

6- الحميد محمد بن سعد (2007) مرض السكر اسبابه و مضاعفاته و علاجه ،ط1 جامعة الملك سعود ،الرياض المملكة العربية السعودية.

7- توماس ،ماريا و جرين ،لورين ،الدليل غير رسمي :كيف تتعايش مع مرض السكري، (ط1) مكتبة الجرير،الرياض ،السعودية 2002.

8- جمال غوردن "الجديد في مرض السكري" الهيئة العربية .

9- حلمي المليحي (2001) مناهج البحث في علم النفس ،بيروت ،دار النهضة العربية.

10- 15- رابح تركي (1984) مناهج البحث في سلوك التربية و علم النفس ،المؤسسة الوطنية للكتاب ،الجزائر ،بدون طبعة.

11- 16-زهران حامد عبد السلام (2002) ،التوجيه و الارشاد النفسي ،ط3 ،القاهرة ،عالم الكتب.

12- -سليمان ،انطوان ،اصول البحث في علم النفس (ط2) ،جامعة دمشق ،2002.

13- -زهران محمد حامد (2005) الصحة النفسية و العلاج النفسي ،القاهرة عالم الكتب.

14- عبد الرحمان العيسوي (1994) :الامراض السيكوسوماتية (مع دراسة ميدانية على عينة من الشباب العربي و مقياس السيكوسوماتية) دار النهضة العربية للطباعة و النشر.

15- علي طاجين (2007) تطبيقات احصائية و مبادئ منهجية في علم النفس ،الجزائر ،دار العرب للنشر و التوزيع.

16- عثمان تحلف (2001) ،علم النفس الصحة (الاسس النفسية و السلوكية للصحة) (ط1) دار الثقافة ،الدوحة،قطر.

17- عطوف محمد ياسين ،دراسات سيكولوجية معاصرة ،مؤسسة نوفل ،ط1،بيروت 1986.

18 - فيصل عباس (1983) اشكالية المعالجة النفسية ،ط 1 ،دار الميسر ،بيروت ،لبنان.

19 - فاضل فؤاد ،مرض السكري اسبابه ،وسائل علاجه و طرق التغذية ،دراسة اسامة للنشر ،عمان ،الاردن 2005.

20- مراد صلاح احمد سليمان و امين علي (2005) الاختبارات و المقاييس في العلوم النفسية و التربوية ،خطوات اعدادها و خصائصها ،العين ،دار الكتاب الحديث.

21- موريس عطية (1993) داء السكري و كيف نتعايش معه ،(ط1) دار الشروق للطباعة و النشر.

قائمة الرسائل المطروحة :

22- دليلة زناد (2008) سلوك الملائمة العلاجية و علاقته بالمتغيرات النفسية و المعرفية و السلوكية لدى مرض العجز الكلوي الخاضعين لتصفية الدم ،رسالة دكتوراه غير منشورة ،جامعة بوزريعة الجزائر.

23- د.الزروق فاطمة الزهراء ،(2008) دراسة النمط السلوكي للمصابين بالسكري من خلال طريقة الحياة ،رسالة لنيل شهادة ماجستير.

24- زعطوط رمضان (2005) ،علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية و الاجتماعية لدى المرضى المزمنين ،ورقلة ،رسالة ماجستير غير منشورة.

25- سليمان حنان ،المساندة الاجتماعية و علاقتها بجودة الحياة لدى مريض السكر،دراسة سيكومترية اكلينكية ،رسالة ماجستير كلية التربية ،جامعة الزقاقيق ،مصر 2009.

26- سارق اشواق بهلول (2009/2008) سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين ،الطحول ،سلوك قيادة السيارات ،و قلة النشاط البدني) و علاقتها بكل من جودة الحياة و المعتقدات الصحية ،رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصحة ،جامعة الحاج لخضر باتنة.

27- سعيد حسن (عبد الحميد) و المحرزي (راشد بي سيف) و ابراهيم (محمود محمد) جودة الحياة و علاقتها بالضغوط النفسية و استراتجيات المقاومة لدى طلبة جامعة السلطان قابوس :وقائع ندوة علم النفس و جودة الحياة جامعة السلطان قابوس مسقط 17 -19 ديسمبر.

28- قريط امنة عبد الجبار ،نوعية الحياة الصحية :الدعم الاجتماعي و استراتجيات التكيف لدى مرض النوع الثاني من السكري في دمشق ،رسالة ماجستير غير منشورة ،الجامعة الاردنية للعلوم و التكنولوجيا ،الاردن 2006

قائمة المجلات و المؤتمرات :

29-الاشول عادل عز الدين (2005) :نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي و النفسي و الطبي ،وقائع المؤتمر العلمي الثالث :الانماء النفسي و التربوية للانسان العربي في ضوء جودة الحياة.

30- حسن هدى ،مرض السكر و علاقته ببعض العوامل النفسية و سمات الشخصية ،مجلة العلوم الاجتماعية ، جامعة الكويت ،2006.

31- رشيد رزقي ،الفعالية الذاتية بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الملوي المزمن ،مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي (2001-2012).

32 - محمد الغندور (2007) ،اسلوب حل المشكلات و علاقته بنوعية الحياة ،دراسة نطرية المؤتمر النفسي ،جامعة عين شمس ،10-12 نوفمبر.

قائمة المراجع الاجنبية :

33-Alescandar-la médecine psychomatique etit bibliothéque payot ,paris 2002.

34- Alison J.carr and al (2003).Quality of life (1pub) ,London ,croup,London.

35- Aldona Mikailiukstiene et al (2013).Quality of life in relation to social and disease factors in patients with type 2 diabetes in lithuamia :med se monit ,19,165-174.

36-Borgel et F (1998) " Grand handicap et qualité de vie : un objectif en rédaptation medical ? unité de réadaptation neurologique chu de grenoble.

37-Bruchon –Schweitzer ,M (2002) Psychologie de la santé ,Modéles concepts méthodes dunod paris.

38-Bagozzi R.P wong N,Abe S,bergami M (2000) cultural and sitationel consumption journal of consumer psychology.

39-David piter ,le grand guide medical paris 2001.

40-Fallowfield L (1990)"The quality of life the missing measurement in health care" souvenir press (E&A) LTD.london.

41-Flangon J.C (1982) " Measurment of quality of life "current state of the art" Archives of psysical medicine and rehabilitation.63.p56.

42-Grimaldi diabetologie question d'un internat 2000.

43-Hagnes R.B(1979) :Introduction to compliance in health care :Ballimore ; john hop-kins university press.

44- Joseph oliver ,peter huscley ,keith briges hadi mogammed (2005) ,Quality of life and mental health (2 ed), new york ,taylor and franus library.

45-Londres ,kluer Academic pulishers chap3 ,241-255.

46- Marcus henning ;christia kreyeloh ;susan hawkers .yipin zolo and lain Doherty (2010),Quality of life and motivation to learn .A study of medical students ,Issues in educational research ,20,p244-256.

47-M-J,Hervé & M.Paradis,S.Legras-JP vizier A 'propos d' une recherche sur L'alliance Thérapeutique dans les consultations précoses. 8 juin 2005.

48-Nordenfelt l (1994) « concepts and measurement of quality of life in health care"

49- P.Baillargeon ,WM,pinsof,Aleduc ; Article original "L'ALLIANE Thérapeutique ;la creation et la progress on du lien.

50-Prochaska ,J,O. redding ,C.A & evers .K.E (1997) " The transtheoretical model and stages of change:inkglanz ,F,M. lewis & B,K Rumer (EDS). Heath behavior and health education .Theory research and practice san Francisco jossy bass.

51- Shu-Fargvivienne Wu,& Marycourtney & Helen Eswards « Development and Validation of the chinse version of the daibetes managment self efficage scal.

52- March 2006 (science direct "Nursing Student").

53- American Diabètes Association (ADA) :Type-2 diabètes in children and adalescents diabetes care, 2000,23,381,389.

54- American Diabetes Association (ADA) :Report of the expert committee on the diagnosis and classification of daibets mellitus diabetes care ,2001,p20.

55- Bottomley Anprew (2002) ,the cancer patient and quality of life ,the oncologist p120-125.

56- El-tayebani M.(2007), Quality of life in chronically (3) patients : A comparative study between schizophrenia and Diabetes mellitus current psychiatry.(3 november 2014).

قائمة الملاحق