جامعة – يحي فارس– المدية

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

معنى الحياة وعلاقته بالامتثال العلاجي لدى مرضى السكري

دراسة ميدانية على عينة من مرضى السكري بالمركز المرجعي للتكفل بداء السكري الشهيد بابا علي رشيد بالمدية

مذكرة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي

إعداد الطلبة:

ميساوي بلال

طيبي خالد

إشراف الأستاذ:

جاب الله يوسف

السنة الجامعية: 2024/2023

كلمة شكر

الحمد لله حمدا يليق بجلال وجهه وعظيم سلطانه الذي وقفنا لهذا العمل المتواضع ويسره لنا.

نوجه شكرنا الخالص للأستاذ **جاب الله يوسف** الذي لم يتوانى ولم يبخل علينا بتقديم يد العون والمساعدة من خلال توجيهاته وإرشاداته المنهجية القيمة النظرية منها والتطبيقية.

كما نتوجه بجزيل الشكر إلى السادة الأساتذة المناقشين لتصفحهم على مضمون الدراسة .

دون أن ننسى تقدير وفضل كل الأساتذة الكرام المرافقين لنا في الطورين ليسانس والماستر.

الإهداء

أهدي ثمرة هذا العمل إلى أغلى ما لدي، إلى من كرست حياتها من أجلي، إلى من علمتني الصفح والوفاء ومنبع الحنان أمي الغالية، إلى مثال الحب والتضحية أبي العزيز.

إلى إخوتي وأخواتي كل باسمه والذين طالما حفزوني في حياتي الدراسية وزوجاتهم وأزواجهم وأولادهم وكل زملائي بالدراسة خاصة رفيق دربي بلال ميساوي وكل الأساتذة الذين درسوني طيلة مشواري الدراسي خاصة أستاذي المشرف المحترم جاب الله يوسف وزملاء العمل، ولكل من ساعدني ولو بالكلمة الطيبة.

خالد

الإهداء

أهدي ثمرة هذا العمل إلى أهلنا في فلسطين الجريحة وخاصة أهل غزة العزة المجاهدة، إلى أغلى ما لدي، إلى من كرست حياتها من أجلي، أمي الحبيبة، إلى مثال الحب والتضحية أبي العزيز.

إلى الزوجة الكريمة، إلى وردتي جناني محمد معاذ وملك نور اليقين، إلى نبض جناني مروان عبد الرحيم،

إلى إخوتي وأخواتي وكل أبنائهم كل باسمه : أمين، أسماء ، سيرين ،عبد الباسط ،وصال ،أنفال ،عبد الغفور ،همام، أبان ، أبي ،أحلام ، ملك ،رتاج، عبير، بلال مروة ،كوثر ،إسراء، محمد ،نوح ،آسيا ،جمانة ،سجود ، سلام، أنس، عبد ;،مريم الرحمان، لينة ،آلاء ، زيان ،الأصدقاء، زملاء العمل، زملاء الدفعة والدراسة والذين طالما حفزوني وأخص بالذكر رفيق دربي نوري إبراهيم وكل الأساتذة الذين درسوني طيلة مشواري الدراسي خاصة أستاذي المشرف، ولكل من ساعدني ولو بالكلمة الطيبة .

بـــلال

فهرسة المحتويات

كلمة شكر ..... /

الإهداء ..... /

ملخص الدراسة ..... /

مقدمـــــة: **1**

الباب الأول: الجانب النظري

الفصل الأول الإطار العام للدراسة

1-إشكالية الدراسة: **5**

2-الفرضيات: **8**

3-أسباب اختيار الموضوع: **8**

4-أهمية الدراسة: **9**

5-أهداف الدراسة: **11**

6- التحديد الإجرائي لمفاهيم الدراسة: **11**

7-الدراسات السابقة: **11**

8-التعقيب على الدراسات السابقة: **19**

الفصل الثاني: معنى الحياة

تمهيد: **22**

1-نشأة مفهوم معنى الحياة: **23**

2-الخلفية النظرية لمعنى الحياة: **25**

3-حقيق معنى الحياة: 27

4-مكونات وأبعاد معنى الحياة: 33

5-مفهوم معنى الحياة لدى مرضى السكري: 34

6-أبعاد الشخص في العلاج بالمعنى:..... 35

7-الالتزام بالمسؤولية في العلاج بالمعنى:..... 36

8-فنيات العلاج النفسي بالمعنى: 37

خلاصة:..... 42

الفصل الثالث: الامتثال العلاجي

تمهيد: 44

1-تعريف الامتثال العلاجي..... 45

2-العوامل المؤثرة في الامتثال العلاجي:..... 45

3_ النماذج النظرية المفسرة للامتثال العلاجي: 48

4_أنواع عدم الامتثال العلاجي..... 55

خلاصة:..... 58

الفصل الرابع: مرض السكري

تمهيد: 60

1-ماهية وتعريف مرض السكري وتحديده 61

2-نبذة تاريخية عن مرض السكري 62

3-الأعراض الأساسية للسكري 64

4-العوامل المساعدة على ظهور السكري: 65
5- غدة البنكرياس وداء السكري 68
6-إجراءات الكشف عن داء السكري 69
7- مصادر وأشكال الأنسولين الدوائي 71
8- كيفية حقن الأنسولين 73
9- العلاج والوقاية من مرض السكري 74
9-1- العلاج من مرض السكري : 74
خلاصة الفصل : 78
الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية 79
تمهيد: 80
1-لدراسات الاستطلاعية : 81
2-المنهج المتبع في الدراسة 82
3-مجتمع وعينة الدراسة: 83
4-الحدود الزمانية والمكانية للدراسة 83
5-أدوات جمع البيانات: 85
الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج
تمهيد: 93
1-عرض مناقشة وتفسير الفرضية العامة : 94
2-عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى : 95

3-عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية : 96

4-عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة : 97

الخاتمـــــة : 99

قائمة المراجع 102

الملاحق 106

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	المستويات الأربع للخبرة حسب تصور فان دوزان سميث	32
02	أنواع الأنسولين ومدى تأثيرها بالساعات	72
03	قيم اختبار(ت) لعينتين مستقلتين ودلالتها الإحصائية بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات على مقياس الامتثال العلاجي	87
04	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمجموعتين	87
05	قيمة اختبار "ت" للفرق بين المجموعة العليا المجموعة الدنيا	87
06	معاملات الثبات ألفا (α) كرومباخ لمقياس الامتثال العلاجي	88
07	المؤشرات الإحصائية للمقارنة الطرفية للتحقق من صدق مقياس معنى الحياة	91
08	مؤشر معامل ألفا كرومباخ للتحقق من ثبات مقياس الامتثال العلاجي	91
09	نتائج مقياس الامتثال العلاجي على عينة الدراسة	93
10	نتائج معامل الارتباط بيرسون بين درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الامتثال العلاجي ودرجاتهم على معنى الحياة	94
11	نتائج الفرضية الجزئية رقم (01)	95
12	نتائج الفرضية الجزئية رقم (02)	96
13	نتائج الفرضية الجزئية رقم (03)	97

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين معنى الحياة والامتثال العلاجي لدى المصابين بداء السكري على عينة عرضية مكونة من أربعين 40 مريضا بداء السكري، تراوحت أعمارهم ما بين 26 و68 سنة وحاول الباحثان من خلال هذه الدراسة الإجابة على التساؤلات التالية:

ما طبيعة العلاقة بين معنى الحياة والامتثال العلاجي لدى المصابين بداء السكري؟

هل توجد علاقة ارتباطية بين معنى الحياة ومستوى الامتثال للعلاج لدى المصابين به؟

هل هناك علاقة بين الامتثال العلاجي ومدة الإصابة عند مرضى السكري، وهل يؤثر عامل السن على الامتثال العلاجي لدى مرضى السكري؟ وهل توجد فروق فردية بين الذكور والإناث في درجة الامتثال لدى مرضى السكري.

وقد تمت صيانة الفرضيات وفقا لهذه التساؤلات، واتبع الباحثان المنهج الوصفي لتناسبه مع طبيعة الدراسة الحالية، كما تكونت أدوات الدراسة من مقياس معنى الحياة الذي أعده هارون توفيق الرشيدي وقننه على البيئة الجزائرية بشير معمرية وكذا مقياس الامتثال العلاجي المعدل من طرف الأستاذة والباحثة زناد دليلة وكذا الباحثة جازية بزاري ولمعالجة البيانات الإحصائية فقد استخدم الباحثان برنامج(spss) وقد اعتمدا على المؤشرات الإحصائية التالية (المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، معامل الارتباط بيرسون اختبار Ttest.

من خلال عرض وتحليل الفرضيات تم التوصل إلى النتائج التالية:

- توجد علاقة ارتباطية بين معنى الحياة والامتثال العلاجي لدى مرضى السكري
- هناك علاقة ارتباطية بين مدة الإصابة والامتثال العلاجي لدى مرضى السكري.

كما بينت الدراسة والاحصائيات أنه توجد علاقة بين عامل السن والامتثال العلاجي لدى مرضى السكري.

- لا توجد فروق بين الذكور والإناث في درجة الامتثال العلاجي لدى مرضى السكري.

الكلمات المفتاحية: معنى الحياة، الامتثال العلاج، مرضى السكري

Résumé :
L'étude vidée a tenté de relever la nature de la relation entre le sens de la vie et l'observance thérapeutique chez les personnes atteints de diabète sur un échantillon composés de 40 patients diabétiques âgées entre 26 et 68 ans.
Les deux chercheurs ont essayé de répondre aux questions suivantes :
-quelle est la nature de la relation entre le sens de la vie et l'observance thérapeutique chez les personnes atteints de diabète?
- existe-t-il corrélation entre le sens de la vie et le niveau d'observance du traitement chez les personnes atteints de diabète ?
- existe-t-il une relation entre l'observance thérapeutique et la durée de la maladie chez les patients diabétique ? est- ce que le facteur d'âge affecte-il sur l'observance thérapeutique chez les diabétiques ?
-existe-t-il des différences individuelles entre les hommes et les femmes par rapport l'observance thérapeutique chez les patients diabétiques ?
Les hypothèses ont été maintenues conformément à ces questions. Les deux chercheurs ont suivi l'approche descriptive car elle adapté avec la présente étude.
Les outils d'étude sont composés de l'échelle de sens de vie préparé par Haroun Tawfiq al Rachidi et étalonnée sur la population algérienne par Bachir Meamri, ainsi que l'échelle de l'évaluation thérapeutique fait par le professeur et le chercheur Zanad Dalila ainsi que le chercheur Djazia Bazazi.
Concernant le traitement des statistiques, les deux chercheurs ont utilisé le programme(s p s s) et sont appuyés sur les indicateurs statistiques suivants(arithmétiques moyenne – écart type- coefficient de corrélation- T teste de Pearson….. etc.)
Après la présentation et l'analyse des résultats obtenus :
-il existe une corrélation entre le sens de vie et l'observation thérapeutique chez les patients diabétiques.
- il existe une corrélation entre la durée de la maladie et l'observation thérapeutique chez les patients diabétiques.
-l'étude et les statiques ont également montré l'existence de la relation entre le facteur d'âge et l'observance du traitement chez les patients diabétiques.
- il n'ya aucune différence entre les hommes et les femmes par rapport au degré d'observance du traitement chez les patients diabétiques.

مقدمـــــة:

إنها الحياة، طيف من الأحداث بمختلف ألوانها، فتارة تقبل وتارة تدبر لا تستقر على حال والإنسان فيها ثنائية مركبة من نفس وجسد، لا يمكننا فصلها، لذا وجب علينا الحفاظ على ضمان التوازن النفسي وأي إصابة لأحدهما تؤثر حتما على الجانب الآخر لأن الصحة النفسية تتأثر بدرجة عالية بالصحة الجسمية، فرغم التطور الكبير في مجال الصحة إلا أن هناك أمراض لم يتوصل إلى دواء شافي لها، وهي ما تعرف بالأمراض المزمنة.

ومن أكثر هذه الأمراض شيوعا في عصرنا الحالي مرض السكري، الذي أصبح يمثل إحدى المشاكل الأساسية للصحة العمومية على المستوى العلمي وهذا نظرا لانتشاره الكبير ومدى تأثيره السلبي على صحة الفرد. فالسكري هو أحد الأمراض المزمنة التي تنتج عن خلل في إفراز هرمون الأنسولين أو نقصا فيه، فتصبح نسبة السكر في الدم غير معتدلة وتؤدي إلى ظهور أعراض مرض السكري .

لذلك لاحظ العاملين والمهتمين بمجال الصحة انه توجد مشكلة عدم الامتثال للعلاج وللتعليمات الطبية من طرف هذه الفئة، حيث يعتبرون حل مشكلة عدم الامتثال العلاجي التطور الأكثر أهمية من أي اكتشاف أخر، فهو يتضمن كل الإجراءات والسلوكيات الصحية الهادفة للارتقاء بالصحة وإعطاء معنى لحياتهم، فهو يعني إتباع المريض للتعليمات الطبية المقدمة له و نوعية و جودة الخدمات الصحية، خاصة وأن داء السكري يعتبر أحد الأمراض المزمنة التي توجب الاستمرارية في مراقبة و متابعة الفحص،

وتبني اتجاهات وسلوكيات صحية، فهل لهذا المعنى الجديد الذي صار إليه المصابون بداء السكري أن تكون له علاقة بالامتثال بالعلاج وأنه مرض يتأثر بنوع كمية الغذاء مثل: السكريات، النشويات، وخضوع المريض للتعليمات الطبية ونوعية الخدمات المقدمة، ولابد على المصاب بهذا المرض أن يمتثل للعلاج لتفادي كل الأخطار الناجمة عن هذا الداء ويتدخل في إنجاح هذا السلوك عدة عوامل منها: سمات شخصية الفرد، العوامل النفسية، والعوامل الاقتصادية، و العوامل الاجتماعية.

ومن هذا المنطلق ونظرا لأهمية هذا الموضوع جاءت هذه الدراسة لتسلط الضوء على هذا المنحى وتدرس العلاقة بين معنى الحياة والامتثال للعلاج للمصابين بداء السكري ولتفتح الأفاق أمام دراسات لاحقة عن الموضوع الذي أثقل كاهل الحكومات والمنظمات الصحية ، من خلال رفع مستوى معنى الحياة وهذا في حال ثبوت العلاقة ،وقد اشتملت هذه الدراسة على قسمين جانب نظري وجانب ميداني ، اشتمل القسم الأول على أربعة فصول الأول منها تمهيدي حيث تناول تحديد الإشكالية الدراسة وفرضياتها وكذا أسباب اختيار الموضوع وأهمية الدراسة وأهدافها و تحديد المفاهيم وصولا إلى الدراسات السابقة ،كما اشتمل الجانب النظري على ثلاثة فصول أخرى حيث تناول الفصل الأول معنى الحياة ومفهومه وتشكيله وأبعاده ومكوناته وخلفيته النظرية وصولا إلى تفسيره لطبيعة الاضطرابات النفسية والعقلية وكذا علاجاته وتطبيقاته واختتم الفصل بين معنى الحياة والإسلام أما الفصل الثاني فقد تناول الامتثال العلاجي من حيث تعريفاته وعرض النماذج النظرية المفسرة له والعوامل المؤثرة فيهم أنواع عدم الامتثال العلاجي وأخيرا طرق قياس الامتثال العلاجي .

أما الفصل الرابع فقد تناول ماهية وتعريف السكري وأعراضه والعوامل المساعدة على ظهوره وإجراءات الكشف عنه وكيفية حقن الأنسولين وطرق العلاج والوقاية من السكري .

أما القسم الثاني فقد خص للجانب الميداني والذي اشتمل على فصلين الخامس والسادس فقد تناول الفصل الخامس إجراءات الدراسة الميدانية والمنهج المتبع في الدراسة ومجتمع وعينة الدراسة والحدود المكانية و الزمنية للدراسة وكذا أدوات الدراسة والأساليب الإحصائية المستخدمة.

أما الفصل السادس والأخير فقد تناول عرض النتائج وتحليلها حسب فروض الدراسة ثم مناقشتها وتفسيرها وصولا الى استنتاج عام وخاتمة.

الباب الأول:

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة:

إن المتأمل في الواقع اليوم يلاحظ انتشار الكثير من الأمراض و الأوبئة التي لم تكن معروفة و منتشرة في العقود القليلة الماضية، فكان يموت الكثير من المرضى قبل معرفة و تشخيص المرض المصابين به بدقة، لكن الطب اليوم تطور تطورا كبيرا وأصبح بالإمكان تشخيص الكثير من الأمراض في وقت قياسي ووجيز ومن ثم تقديم بروتوكولات علاجية سريعة تقضي في كثير من الأحيان على معظم الأمراض ويرجع الفضل في هذا الأمر لتضافر جهود الكثير من العلماء والباحثين في تطوير وتحديث أدوات وتقنيات التشخيص من جهة وتحسين وتجويد فعالية العقاقير المستخدمة في العلاج من جهة أخرى. لكن المتمعن في هذه الأمراض يجد البعض منها مستعصية على العلاج التام و النهائي وتتطلب تناول الدواء بشكل يومي و يصفها العاملين في المجال الطبي بالأمراض المزمنة فهي تستلزم على المريض التعايش معها طوال حياته، ومن أشهر هذه الأمراض نجد مرض السكري الذي يعتبر من أكثر الأمراض المزمنة انتشارا في الجزائر وحول العالم وهو في المراتب الثلاثة الأولى عالميا، وشهدت أرقامه منذ العقود الأخيرة من القرن العشرين ارتفاعا ملحوظا، وتشير بيانات منظمة الصحة العالمية أن نسبة الوفيات بالسكر بنسبة 6% من الوفيات و 13% في البلدان متوسطة الدخل بالأمراض المزمنة بـ 1.6 مليون سنويا حسب منظمة الصحة العالمية (OMS).

وقد أشارت منظمة الصحة العالمية انه سيكون مرض السكري السبب السابع للوفاة في عام 2030، كما توضح التقديرات إلى أن داء السكري ومرض الكلى الناجم عنه تسببا في عام 2019 في حوالي مليوني حالة وفاة حسب نفس المنظمة(OMS) وما يزيد من خطورة الوضع أن هذه الأرقام والإحصائيات تمثل الحالات المشخصة والمعلنة في حين يحتمل ان توجد نسب عالية أخرى أكثر غير محددة و غير معروفة لأسباب مختلفة منها غياب ثقافة التشخيص و الفحص و إجراء التحاليل الطبية ونقص الإطارات و المرافق الطبية و غيرها.

وما يزيد من أهمية تناول هذا الموضوع وجود عدد معتبر من الحالات التي لا يعرف أصحابها إصابتهم بهذا المرض رغم وجود الأعراض الخاصة به بشكل واضح، بحيث يسمى في هذه الوضعية بالسكري المستتر أو غير المكتشف، يمكن أن يصنف هذا المرض ضمن الأمراض

الخطيرة التي تؤدي إلى هلاك الإنسان إذا لم يتلقى المريض العلاج المناسب كما أن خطورته لا تكمن في ارتفاع نسبة السكر في الدم والالتزامات التي يفرضها فقط بل في المضاعفات الناتجة عن الإصابة به، من حساسية الجلد وإلحاق الأذى بالأوعية الدموية في القلب والعينين، الكلى، المسالك البولية...

يعمل الأطباء بعد التحقق من وجود المرض وأعراضه عن طريق التشخيص ونتائج تحليل الدم و مختلف التقنيات الطبية الأخرى على تقديم خطط علاجية لتقليل تأثير هذا المرض على صحة و حياة المصابين، يتطلب نجاحها ديمومة التزام تقبل المريض وتعاونه طوال حياته.

يسمى هذا الالتزام في الميدان الأكاديمي بالامتثال العلاجي، فهو يقتضي أن يتبع المريض الإرشادات و النصائح التي يقدمها الطبيب ويلتزم بتناول الدواء الخاص به في الأوقات والوضعيات الموصوفة وكذا القيام بالفحوصات و التحاليل الدورية، والمتتبع لمسار الامتثال العلاجي لكثير من مرضى السكري يلاحظ تهاون الكثير من المصابين عن الامتثال للعلاج وتأخر قيامهم بالفحوصات وعدم الأخذ بكل النصائح و الإرشادات رغم علمهم أن داء السكري مرض خطير وقاتل أحيانا ومضاعفاته وتداعياته كبيرة ومؤثرة على كافة المستويات الحياتية للمصاب. وقد أثار هذا الأمر اهتمام الكثير من العلماء و الباحثين على اختلاف مشاربهم ومناهلهم وتخصصاتهم ودفعهم للبحث في هذه المشكلة ومن بينهم الدكتورة والباحثة فاطمة الزهرة حداد ، علما أن مشكلة الامتثال العلاجي لا تخص مرض السكري فحسب، بل ترتبط بكافة الأمراض المزمنة والسرطانات، فمن الباحثين من بحث في العلاقة والتأثير بين بعض المتغيرات النفسية والالتزام العلاجي مثل قتالي وعليوة 2014، اللذان هدفا من خلال دراستهما لمعرفة العلاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية وانتهت الدراسة الى وجود علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي والخارجي لمصدر الضبط الصحي بالكفاءة الذاتية باستثناء بعد الحظ والصدفة وغيرهم من الباحثين، كما أن الكثير من الأطباء اليوم يعترفون بضرورة النظرة الكلية للإنسان في تعاملهم مع المرض، فلا ينظرون إلى الجزء المعتل "المريض" فقط، بل يتعاملون أيضا مع الجانب العقلي والروحي ويهتمون بالجانب الإنساني وبأحداث المشقة وبأسباب المرض والوقاية منه.

وقد تبين أن الاهتمام بهذه الجوانب الإنسانية تنشط جهاز المناعة وتدعمه نفسيا، فالاستجابة للعلاج تكون مجدية للمريض من إحساسه بمعنى الحياة وجودتها، كما أن الإرادة و العزيمة والتحدي التي يتمتع بها المريض لها تأثير كبير وإيجابي على مرض السكري خاصة والأمراض المزمنة بصفة عامة، فالجانب النفسي مهم جدا في مجابهة هذا المرض، فإدراك قيمة الصحة والمحافظة عليها جزء من إدراك قيمة الحياة ومعناها، إذ أنه بفقد معنى الحياة قد يلجأ الإنسان إلى الانتحار حتى لو كانت كل احتياجاته مشبعة تماما.

يشير معمريه (2010) في هذا السياق على أن مدرسة العلاج بالمعنى التي أسسها الطبيب النمساوي فكتور فرانكل (VICTOR FRANK)، اعطت لمعنى الحياة دورا أساسيا في تفسير السلوك البشري مبينا أن معنى الحياة لدى الإنسان هو الذي يمكن أن يجعل من السعي الدؤوب والمتواصل وتحمل المعاناة شيئا يرفع من قيمة الحياة وتجعلها تستحق أن تعاش.

وفي نفس الإطار يؤكد باترسون(PATERSON)، هذا الطرح بقوة، حيث يقول: "أن الحياة يمكن أن تحقق أقصى درجة من المعنى، ليس فقط من خلال التضحية بها، ولكن أيضا من خلال عملية مواجهة الموت، فالمشاكل والآلام تحفظ الشخص من الفتور والملل وتبعث على النشاط وتؤدي إلى النمو والنضج، وهناك مواقف يستطيع الإنسان أن يحقق فيها معنى لحياته والمعافاة الحقيقية، وليس بطريقة أخرى.

إن وجود معنى في حياة الإنسان يمكن يشكل دافعا له لتحمل مسؤوليته في كل مواقف الحياة والتصدي بقوة وحزم لمختلف المصاعب و التحديات التي قد تواجهه، كما أن وجود معنى الحياة لدى المصابين بالسكري يحتمل أن يؤدي بهم إلى المواظبة في تناول الدواء والامتثال للخطط العلاجية، بالتالي التقليل من تأثير هذا المرض على إمكانيتهم الصحية و النفسية.

وقد جاءت هذه الدراسة لتسلط الضوء وتبحث في العلاقة بين متغيري معنى الحياة والامتثال العلاجي محاولة الإجابة على التساؤلات التالية:

- هل هناك علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى معنى الحياة ومستوى الامتثال العلاجي لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين؟
- ما هو مستوى معنى الحياة لدى المصابين بمرض السكري الخاضعين للأنسولين؟

- ما هو مستوى الامتثال العلاجي لدى المصابين بمرض السكري الخاضعين للأنسولين؟

- ومن هذا نطرح التساؤلات الفرعية التالية:

- هل هناك علاقة إرتباطية بين الامتثال العلاجي ومدة الإصابة عند مرضى السكري؟
- هل هناك علاقة إرتباطية بين الامتثال العلاجي وعامل السن عند مرضى السكري؟
- هل توجد فروق بين الذكور والإناث في درجة الامتثال لدى مرضى السكري؟

2- الفرضيات:

الفرضية العامة:

- هناك علاقة إرتباطية بين الامتثال العلاجي ومعنى الحياة لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين.
- يعاني المصابين بالسكري من مستوى متدني في معنى الحياة لدى عينة الدراسة.
- مستوى الامتثال العلاجي لدى المصابين بالسكري متدني لدى عينة الدراسة.

الفرضيات الفرعية:

- هناك علاقة إرتباطية بين الامتثال العلاجي ومدة الإصابة عند مرضى السكري.
- هناك علاقة إرتباطية بين الامتثال العلاجي وعامل السن عند مرضى السكري.
- توجد فروق بين الذكور والإناث في درجة الامتثال لدى مرضى السكري.

3- أسباب اختيار الموضوع:

- احتياج مرضى الأمراض المزمنة بوجه عام، ومرضى السكري بوجه خاص للرعاية النفسية المتخصصة إلى جانب التدخل الطبي.
- تعتبر الدراسة الراهنة واحدة من الدراسات التي تدعم اتجاه التقييم والقياس للمتغيرات النفسية "المعنى، الامتثال العلاجي" في مجال السكري، لذا يدور محورها الرئيسي حول الكشف عن هذين المتغيرين.
- قلة ما كتب عن هذا الموضوع في بيئتنا العربية عموما وفي الجزائر (حسب اطلاعنا) ، كما أن أغلب الدراسات المتوفرة قامت بتناول الامتثال العلاجي و ربطه بمتغيرات نفسية أخرى غير المتناولة في هذه الدراسة.

- عدم التطرق بالدراسة لمتغير معنى الحياة والامتثال العلاجي معا في حدود اطلاع الباحثين لا عربيا ولا وطنيا وهو ما يجعل الطرح المتناول في هذه الدراسة طرحا جديدا.
- اهتمام الباحثين بالمواضيع التي تعنى بالسكر وكذا بالفلسفة الوجودية عموما ومحاولتهما لفت الانتباه إلى منحى العلاج بالمعنى.
- فضول الباحثين لمعرفة مدى مستوى معنى الحياة في الوسط الجزائري عموما وعلى فئة المرضى خصوصا ولدى مرضى السكري بوجه أخص.
- التزايد المقلق لنسب المصابين بمرض السكري والوفيات الناجمة عنه.
- البحث في سياق المحاولة لإيجاد حل لمعضلة الالتزام العلاجي.
- عامل الانضباط بمتطلبات الدراسات الأكاديمية والقاضية بضرورة احترام مجال التخصص وهو علم النفس العيادي، إذ يعد موضوع الخدمات الصحية والامتثال العلاجي عند مرضى السكري من أهم مواضيعه.
- تقارب الموضوع مع اهتمامات الطالبين وميولهما واستعداداتهما المعرفية.
- أهمية الموضوع المعرفية وغايته العملية.
- محاولة إثراء البحث العلمي وتطبيقاته بما يفيد المجتمع عامة والمؤسسات الاستشفائية الجزائرية خاصة بمعلومات جديدة عن الموضوع.

4- أهمية الدراسة:

لكل دراسة أهميتها النظرية والتطبيقية، وتبعا لذلك يمكن تقسيم أهمية هذه الدراسة إلى:

- **أهمية نظرية:**
- أضحى بناء اتجاه إيجابي نحو الامتثال للعلاج وترجمة ذلك الاتجاه إلى سلوكيات صحية وامتثال فعلي بالخطط العلاجية مؤثرا حتما على تلكم الدوائر كلها، وحيث أن المرض حادث عارض للإنسان في كل آن وليس له – أي الإنسان – تجاهه غير خيارين:

- إما الاستسلام له – أي المرض – وترك الحبل على الغارب وانتظار ما ستسفر عنه الأيام بكل ما يحمله هذا الخيار من صعوبات ومخاطر وتداعيات وتأثيرات جسمية ونفسية واجتماعية واقتصادية.

- وإما أخذ زمام المبادرة والوقوف في وجه هذا المرض بكل صنوفه وهذا يمكن التعبير عنه بالاتجاه الإيجابي نحو الصحة، والذي قد يكون على مستوى العلاج حين الوقوع في المرض، ويظهر ذلك من خلال الامتثال بالخطط العلاجية والحرص على الانضباط فيها والتطلع للتأقلم مع الواقع الذي يفرضه المرض.

وبما أن المرض والصحة مفهومان يرتبطان بالبنود والمؤثرات الثقافية، وبالتالي يتحددان وفق المعنى الذي تطرحه البيئة وتشكله التنشئة وتحدده التصورات والمعتقدات، وبما أن مفهوم الصحة مرتبط بمفهوم الحياة، فإن ارتباط مفهوم الحياة ومعناها لدى الفرد قد ينبئ بمدى امتثاله للعلاج وقبل ذلك بمدى تبنيه للخطوات الوقائية، فأهمية هذه الدراسة هي الكشف عن ارتباط مفهوم معنى الحياة بمدى الالتزام للعلاج وبخاصة لمرض خطير كمرض السكر، لتفتح الآفاق أمام دراسات تالية في حال ثبوت العلاقة للكشف عن درجة التأثير ومستواه.

ورغم أن الدراسات السابقة التي تم الاطلاع عليها قد تناولت بالدراسة كلا المتغيرين " معنى الحياة والامتثال العلاجي" مع متغيرات مختلفة إلا أنها لم تعرض بالدراسة لهذين المتغيرين معا مما يعطي الجدية والسبق في الطرح، يضاف إلى ذلك إمكانية الكشف المبكر للسكري، وأيضا ارتفاع نسبة العلاج إلى مستويات ممتازة شريطة وجود ذاك الاتجاه نحو الصحة عموما.

أهمية تطبيقية: وتتمثل في:

- محاولة توفير وسيلة قياس لفائدة المهتمين بمجال الامتثال العلاجي من خلال بناء مقياس للامتثال العلاجي لقياس مستواه بالنسبة للمصابين بمرض السكري.
- محاولة البحث في العلاقة بين متغيري الدراسة لغرض العمل على رفع مستوى معنى الحياة لدى الأفراد، وبالتالي رفع مستوى الوقاية وكذا بناء اتجاهات إيجابية نحو الصحة عموما مما ينعكس إيجابا على الصحة العامة وكذا خفض تكاليف العلاج.
- لفت نظر القائمين على الرعاية الصحية لاستعمال أساليب وتقنيات العلاج بالمعنى وبشكل خاص في مرض خطير كمرض السكري.

5- أهداف الدراسة:

- الكشف عن العلاقة بين كل من معنى الحياة والامتثال بالعلاج.
- معرفة مستوى معنى الحياة لدى المرضى المصابين بالسكري.
- معرفة مستوى الامتثال العلاجي لدى المرضى المصابين بالسكري.
- محاولة تصميم مقياس جديد يقيس الامتثال العلاجي.

6- التحديد الإجرائي لمفاهيم الدراسة:

تناولت الدراسة مفهومين أساسيين وهما معنى الحياة والامتثال العلاجي

❖ **معنى الحياة:**

هو تلك الحالة الشعورية من الرضا والتقبل التي تعتري الانسان وهو سمو بذاته فوق الظروف على صعوبتها ضابطا بوصلته نحو غايات سامية يعيش لأجلها وأهداف قيمة يرنو لبلوغها، وهو الدرجة التي يتحصل عليها الفرد في مقياس معنى الحياة المعد من طرف هارون توفيق الرشيدي 2006، والمكيف في البيئة الجزائرية من طرف بشير معمرية 2010.

❖ **الامتثال العلاجي:**

يعرف بدرجة الالتزام التي يتقيد بها المريض في تناول الأدوية الموصوفة وإتباع الحمية وتغيير النمط والتقيد بمواعيد الفحوصات والتحاليل، وهو الدرجة التي يتحصل عليها الفرد في مقياس الامتثال العلاجي المصمم من طرف الباحثين والذي يظهر مستوى الامتثال العلاجي.

7- الدراسات السابقة:

لقد تم تناول متغيري الدراسة "معنى الحياة والامتثال العلاجي" في دراسات كثيرة، بحيث ربطت عديد الدراسات إما بين متغير معنى الحياة ومتغيرات أخرى، وإما بين الامتثال العلاجي ومتغيرات أخرى كذلك، كما اختلفت العينات والتناولات، غير أن الباحثين لم يجدا دراسة ربطت بين متغير معنى الحياة والامتثال العلاجي، وفيما يلي عرض لنماذج من هذه الدراسات حسب ما تقتضيه الدراسة.

❖ **أولا: الدراسات التي تناولت متغير معنى الحياة:**

1- دراسة نييمي (Niemi,1987):

هدفت الدراسة إلى معرفة معنى الحياة لدى تلاميذ المدرسة الثانوية وطبقت على عينة بلغت 394 تلميذا، عبر استقصائهم لمعرفة أهداف حياتهم الخاصة، وقد ركز الباحث على فروض فرانكل التي من أهمها أن كل فرد لديه حاجة للبحث عن معنى لحياته الخاصة، واستعمل من أجل ذلك استبيانا لقياس مفهوم التلاميذ عن أهداف حياتهم الخاصة، ودلالتها، وتوفر معنى الحياة لديهم من عدمه، فتبين من النتائج أن التلاميذ في المرحلة الثانوية عكسوا بوضوح معنى كبيرا للحياة، وأظهروا اهتماما ملحوظا للإجابة عن الأسئلة الوجودية التي تقدم بالمدرسة، كما أظهروا تقديرا واضحا للموضوعات المدرسية التي تناولت معنى الحياة.

2- دراسة زيكا وتشمبرلين (Zika et Chamberlain,1987)

بحثت هذه الدراسة المتغيرات النفسية التي تنبئ بالصحة النفسية لدى طلاب الجامعة، حيث وجدت أن من بين متغيرات الشخصية والتي هي مصدر الضبط والتوكيدية، كان معنى الحياة الأفضل بين المتغيرات الثلاث من حيث التنبؤ بالصحة النفسية، وفي السياق ذاته قام الباحثان بدراسة أخرى أكدا فيها ارتباط معنى الحياة إيجابا بالصحة النفسية في كل مرحلة من حياة الإنسان من المراهقة حتى سن الرشد المتأخرة (بشير معمرية، 2012، ص 99).

3- **دراسة أوكونور وويكر، وجيرمينو (1990)**

هدفت الدراسة إلى فحص العمليات التي يتضمنها البحث الشخصي لمعنى الحياة، وقد شملت العينة التي تناولتها الدراسة 30 مريضا بسرطان الثدي والرئة، وقد استعمل الباحثون أسلوب المقابلات الشخصية مع المرضى لفهم كل من ردود أفعال المرضى الشخصية بعد التشخيص بالمرض ونظرتهم على إثرها للحياة، وكذا التغير الذي طرأ على رؤية الذات والآخرين، وكيفية تعايش هؤلاء المرضى مع المرض.

وتوصلت الدراسة إلى أن هناك عاملان جوهريان يؤثران في معنى الحياة لدى عينة المرضى وهما: الإيمان والمساندة الاجتماعية (O'connor,Wicker, et Germino,1990) .

4- دراسة بريتبارت (Breitbart,2002) :

هدفت هذه الدراسة لمعرفة فعالية بعض فنيات العلاج بالمعنى لفرانكل "الحوار السقراطي، المقصد المتناقض" في التعامل مع عينة من مرضى السرطان تعاني فقدان المعنى والهدف في الحياة وبعض المشكلات النفسية والجسمية، وأشارت النتائج إلى فعالية العلاج بالمعنى في مساعدة هؤلاء المرضى على زيادة الإحساس بالمعنى والهدف في الحياة "سميرة أبوغزالة، 2007".

5- دراسة نكليس وستيوارت (Neckels et Stewart, 2004) :

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين معنى الحياة والالتزام القيمي، وما إذا كانت القيم منبئة بمعنى الحياة، وقد اشتملت عينة الدراسة على 130 طالبا من جامعة منينيسوتا، وقد استخدم الباحثان في الدراسة قائمة النظرة للحياة التي أعدها باتيستا وألموند، ومقياس القيم الذي أعده سكاي وآخرون، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة احصائيا بين معنى الحياة والالتزام القيمي، وأنه يمكن التنبؤ بمعنى الحياة من القيم، وأن القيم الدينية تأتي على رأس النسق القيمي سواء من الجانب النظري أو السلوكي في التنبؤ بمعنى الحياة " سميرة أبو غزالة، 2007".

6- دراسة عبد الخالق وآخرون (2007):

هدفت الدراسة إلى فحص الفروق بين ثلاث عينات مختلفة من المريضات المصابات بسرطان الثدي، والغدد، والمخ، وبين مجموعة من النساء غير المصابات، في كل من معنى الحياة وحب الحياة، فضلا عن التعرف على الارتباطات بين هذه المتغيرات، وقد تم في هذه الدراسة استخدام مقياس معنى الحياة للراشدين، والذي يشتمل على ثلاثة مقاييس فرعية هي: إدراك معنى الحياة والتوجه نحو الحياة ونوعية الحياة، بالإضافة إلى مقياس حب الحياة، ودلت النتائج على حصول عينة النساء غير المصابات على أعلى المتوسطات في كل مقاييس الدراسة، وظهرت فروق بين عينات المصابات في بعض المقارنات، وخلصت الدراسة إلى ضرورة وضع برنامج سلوكي معرفي يهدف إلى تعديل أفكار المصابات بالسرطان اعتمادا على نظرية فرانكل للعلاج بالمعنى.

7- دراسة جاب الله يمينة (2007):

أجريت هذه الدراسة بهدف الكشف عن طبيعة العلاقة بين معنى الحياة والاحتراق النفسي لدى المرأة العاملة العانس إضافة إلى تسليط الضوء على جوانب نفسية أخرى وهي الرضا عن الحياة والشعور بالوحدة النفسية لدى المرأة العاملة العانس، كما هدفت كذلك إلى معرفة الفروق في مستوى هذه الجوانب بحسب كل من متغيري السن والأقدمية المهنية، وقد طبقت الباحثة أربعة مقاييس نفسية على عينة قدرها 34 امرأة عانس، وهذه المقاييس هي: مقياس الاحتراق النفسي من إعداد زينب محمود شقير المعدل في هذه الدراسة، ومقياس معنى الحياة لهارون توفيق الرشيدي ومقياسي الرضا عن الحياة والشعور بالوحدة النفسية لمجدي محمد الدسوقي، وقد بينت النتائج أن معنى الحياة لدى المرأة العاملة العانس مرتفع، ولا يتأثر بمتغيري السن والأقدمية المهنية، كما أن تقدير المرأة العاملة العانس للاحتراق النفسي منخفض، ولا يتأثر كذلك بمتغيري السن والأقدمية المهنية، وقد اتضح أيضا من خلال نفس النتائج وجود علاقة ارتباطية عكسية بين معنى الحياة والاحتراق النفسي لدى المرأة العاملة العانس، كما أن شعور المرأة العاملة العانس بالوحدة النفسية كان مرتفعا، ولا يتأثر هو كذلك بمتغيري السن والأقدمية المهنية، إلا أن النتائج نفسها كشفت عن ارتفاع مستوى الرضا عن الحياة لدى المرأة العاملة العانس وعدم تأثره بمتغيري السن والأقدمية المهنية.

8- دراسة خلود رحيم (2010):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على معنى الحياة لدى المرأة العراقية في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية (العمر، التحصيل، الحالة الزواجية، عدد سنوات الزواج، عدد الأولاد)، وذلك على عينة من 503 امرأة، وقد تم بناء مقياس معنى الحياة وفق نظرية يونج 1998، وتم التوصل إلى أن عينة البحث تدرك معنى الحياة بشكل سلبي متأثرة بما مر بها من ظروف عصيبة.

9- دراسة حسام أحمد وسامية سمير (2010):

صممت هذه الدراسة من أجل الكشف عن معنى الحياة في علاقته بالتفاؤل والتشاؤم وذلك على عينة من 30 فردا من حفاري القبور بإحدى القرى المصرية، وقد استخدم الباحثان أداتين هما: مقياس معنى الحياة (إعداد ميشيل ستبجر وآخرون، 2006)، والقائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم

(إعداد أحمد عبد الخالق، 1996)، وخلصت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين أبعاد معنى الحياة والتفاؤل والتشاؤم لدى عينة البحث، وأن هناك فروق دالة بين مرتفعي ومنخفضي معنى الحياة في التشاؤم والتفاؤل.

10- دراسة إبراهيم محمود (2011):

هدفت هذه الدراسة إلى كشف العلاقة بين قلق المستقبل وكلا من معنى الحياة ووجهة الضبط لدى عينة من طلاب الجامعة المعاقين بصريا والمبصرين، كما هدفت إلى معرفة الفروق بين الطلاب المعاقين بصريا والمبصرين في متغيرات الدراسة، وهدفت الدراسة أيضا إلى معرفة الدلالات التشخيصية والتفسيرية والإكلينيكية لمتغيرات الدراسة لدى بعض الحالات الطرفية المختارة من المجموعتين، وتكونت عينة الدراسة الأساسية من 313 طالبا وطالبة تراوحت أعمارهم ما بين (18-24) سنة من بينهم 210 من الطلاب المبصرين، و 103 طالب وطالبة من المعاقين بصريا، وتكونت عينة الدراسة الإكلينيكية من حالتين (طالب من كل مجموعة) ممن حصلوا على أعلى درجة على مقياس قلق المستقبل لكل مجموعة، واستخدم الباحث ثلاثة مقاييس سيكو مترية: مقياس قلق المستقبل، ومقياس وجهة الضبط، ومقياس معنى الحياة، وثلاثة مقاييس إكلينيكية كاختبار تكملة الجمل، ودراسة الحالة (المقابلة التشخيصية)، والمقابلة الإكلينيكية المقننة وقد كانت جميع الأدوات من اعداد الباحث، وأسفرت نتائج الدراسة السيكو مترية عن عدم وجود فروق دالة بين الطلاب المعاقين بصريا والمبصرين في قلق المستقبل، وعن عدم وجود فروق دالة بين الطلاب المعاقين بصريا والمبصرين في وجهة الضبط، بينما وجدت فروق دالة بين المجموعتين في معنى الحياة لصالح الطلاب المبصرين، كما كشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطيه عكسية بين معنى الحياة وقلق المستقبل، ووجود علاقة ارتباطية بين وجهة الضبط وقلق المستقبل، ووجود تأثير دال لمعنى الحياة ووجهة الضبط على قلق المستقبل بالنسبة لمجموعة الطلاب المبصرين، بينما لم يكن التأثير دالا لدى مجموعة المعاقين بصريا.

11- دراسة حنان أسعد خوخ (2011):

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين معنى الحياة ومستوى الرضا عنها لدى طالبات الجامعة بالسعودية وتكونت عينة الدراسة من 247 طالبة من طالبات كلية التربية بجامعة حائل،

والتي بلغ متوسط أعمارهن (6-19) عاما، وقد تم تطبيق مقياس الرضا عن الحياة عليهن بالإضافة إلى مقياس معنى الحياة، وبعد المعالجات الاحصائية أظهرت النتائج وجود علاقة دالة وموجبة بين أبعاد مقياس معنى الحياة ومقياس الرضا عن الحياة لدى طالبات الجامعة.

12- دراسة خلود بشار (2012):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى انتشار الأفكار اللاعقلانية لدى الراشدين بشكل عام، والتعرف على أكثر الأفكار اللاعقلانية انتشارا وفق المتغيرات التالية: الجنس (ذكور، إناث)، المستوى التعليمي ومكان الإقامة (ريف، مدينة)، وأيضا إلى دراسة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية ومعنى الحياة، وكذا إلى دراسة الفروق في كل من الأفكار اللاعقلانية وفي معنى الحياة تبعا لمتغيرات: الجنس، المستوى التعليمي، مكان الإقامة، وقد تم إجراء هذه الدراسة على عينة من الراشدين من محافظتي حمص وحماة، بلغ عددهم الكلي 950 شخصا، 50 شخصا منهم كعينة استطلاعية للتأكد من صلاحية المقياس، و 300 شخص كعينة للتقنين، و 600 شخص كعينة بحث، وقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، وتم تطبيق أدوات بحث من إعداد الباحثة، وهي عبارة عن قائمة تشمل معنى الحياة بأبعاده الثلاثة وقائمة تشمل الأفكار اللاعقلانية، وقد خلص البحث إلى عدة نتائج منها: وجود علاقة سلبية دالة بين الأفكار اللاعقلانية ومعنى الحياة ككل، ووجود علاقة سلبية دالة بين الأفكار اللاعقلانية والقيم الابتكارية، وعدم وجود فروق دالة في معنى الحياة تبعا لمتغير المستوى التعليمي، وأيضا وجود فروق في معنى الحياة ككل تبعا لمتغير الإقامة وكان الفرق لصالح سكان الريف.

❖ **ثانيا: الدراسات التي تناولت الامتثال العلاجي**

1- دراسة وليد صويلح وآخرون (2005):

هدفت هذه الدراسة إلى قياس مدى الالتزام الدوائي لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة المسجلين في عيادات وزارة الصحة الفلسطينية في شمال فلسطين، حيث تضمنت معاينة 321 مريضا باستخدام استبيان مدرج لقياس الالتزام الدوائي، وخلصت الدراسة إلى أن هناك 6.5% من المرضى التزموا بتناول الدواء، و 52.4% كان التزامهم ضعيفا، بينما كان التزام 42.1 % بتناول الدواء جيدا، كما خلصت الدراسة إلى أن الالتزام الدوائي له علاقة بمستوى التعليم وكذا

بمستوى الوعي الصحي وكذا نوع المرض، بينما ليس هناك تأثير للجنس ومكان الإقامة على الالتزام الدوائي.

2- دراسة شاتو وسبيدز (Chateaux et Spitz, 2006):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين إدراك المرض والامتثال العلاجي لدى الأطفال المصابين بالربو وتقييم مدى تأثير كل من مستوى إدراك المرضى وتدخل الأولياء على الامتثال العلاجي لدى أفراد العينة والتي تكونت من 146 طفلا مصابا بالربو تتراوح أعمارهم بين 8-12 سنة، و 92 أب من خلال الإجابة على اختبار إدراك المرض، وكذا اختبار الانضباط الصحي، وقد توصلت الدراسة إلى أن هناك فهم جيد للأطفال حول مرضهم، بالإضافة إلى التحكم والامتثال العلاجي (رقيقة لكحل، 2011، ص 8).

3- دراسة بيزي وآخرون (Y.Bezie et al,2006):

وهدفت هذه الدراسة إلى الوقوف على العوامل المختلفة المؤثرة في الامتثال العلاجي لدى مرضى السكري، وقد شملت الدراسة على 94 مريض داخل المستشفى بمصلحة أمراض السكري أعمارهم بين 41-89 سنة، وقد استخدم الباحث استبيان الامتثال العلاجي على العينة وأسفرت النتائج على انخفاض نسب الامتثال العلاجي وأن غير الممتثلين للعلاج من العينة هو الأكثر شبابا والمنتمون إلى مستويات اقتصاديات ضعيفة، كما أسفرت النتائج على أن انخفاض الامتثال العلاجي يرجع إلى عامل نقص التربية والتثقيف الصحي (رشيد رزقي، 2012).

4- دراسة زناد دليلة (2008):

وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين سلوك الامتثال العلاجي والمتغيرات النفسية، المعرفية والسلوكية لدى مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم، وقد اعتمدت الباحثة المنهج العيادي في دراستها من خلال 30 حالة في الجزائر العاصمة ، وقد حاولت الباحثة معرفة ما يقف وراء سلوك عدم الامتثال وسبب عدم استجابة بعض المرضى الخاضعين لتصفية الدم للتعليمات الطبية، وقد خلصت النتائج إلى أن سلوك عدم الامتثال العلاجي يعود

إلى الادراك المشوه للمرض لدى مرضى العجز الكلوي المزمن وإلى الخصائص الشخصية و أبعادها، كما خلصت أيضا إلى أن مستوى نوعية الحياة منخفض لدى هذه الفئة من المرضى.

5- دراسة سيدي محمود السعيد وآخرون (2008):

هدفت الدراسة إلى تقييم الامتثال العلاجي لدى المرضى المصابين بأمراض الكلى المزمن وغير الخاضعين للتصفية من جهة، ومن جهة أخرى التعرف على أهم الأسباب التي تحول دون انضباطهم الصحي، وشملت عينة الدراسة على 124 مريضا في دراسة تتبعية خلال 3 أشهر بالصحاري الإفريقية ، وقد تمت الدراسة بحساب نسبة الامتثال العلاجي بالنسب المئوية لمقدار الأدوية المتناولة خلال أربع أسابيع، ثم باستعمال استبيان لقياس الامتثال العلاجي، كما استعملت عينة ضابطة تمتاز بامتثالها العلاجي للوقوف على الفروق، وأسفرت النتائج على وجود نسبة منخفضة من الامتثال لدى العينة، وأرجعت الأسباب إلى التعقيد في استعمال مقادير الدواء وكذا النسيان، وعدم الوعي بالنظام الصحي، وقلة المعلومات، ومضاعفات المرض، وإلى استعمال العلاجات البديلة، بالإضافة إلى السعر الباهظ للدواء.

6- دراسة لكحل رفيقة (2011):

تناولت هذه الدراسة موضوع تأثير تعليم مرضى ارتفاع ضغط الدم على تحسين التزامهم الصحي وذلك من خلال عينة من 120 فردا من المصابين، وقد تم تقسيمهم إلى عينتين: الأولى تجريبية ضمت 63 فردا والثانية ضابطة ضمت 57 فردا ليتم إجراء تطبيق قبلي يقيس درجات الالتزام الصحي باستبيان معد من طرف الباحثة، وتطبيقي يقيس نفس الخاصية بنفس المقياس وذلك بعد إخضاع العينة التجريبية لعملية التعليم معززة بمطوية تحوي معلومات مكتوبة تخص ارتفاع ضغط الدم، وقد جاءت النتائج مؤكدة أن مستوى التربية الصحية لمرضى ارتفاع ضغط الدم ضعيف، كما أن تعليم المرضى يحسن من درجة التزامهم الصحي، وأوضحت النتائج أيضا اختلاف مستويات الالتزام لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم باختلاف المستوى التعليمي وبمدى وجود المضاعفات أو عدمها، فيما انعدمت الفروق في الالتزام الصحي بين الجنسين، وبين مختلف المستويات الاقتصادية، وقد بينت الدراسة عموما حاجة مرضى ارتفاع ضغط الدم إلى تعليم صحي.

7- دراسة رشيد رزقي (2012):

تم إجراء هذه الدراسة من أجل الكشف عن العلاقة بين الفعالية الذاتية والانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، وذلك من خلال الكشف عن العلاقة بين الفعالية الذاتية من جهة وكل من الالتزام بحصص تصفية وإتباع الحمية الغذائية، والإنقاص من تناول السوائل وتناول الأدوية، والمتابعة الطبية، وعدم الإجهاد البدني من جهة أخرى، وقد شملت الدراسة عينة قوامها 114 فردا من الجنسين.

8-التعقيب على الدراسات السابقة:

يظهر من خلال ما تم عرضه من الدراسات والتي تمكن الباحثان من الاطلاع عليها أن متغير معنى الحياة قد تم تناوله مع متغيرات نفسية مختلفة ، خاصة في المجتمعات الغربية ، والملاحظ عموما ان البيئة العربية لم تتناول هذا المتغير بالدراسة بشكل كاف ومستفيض ، وجل الدراسات التي تمت ركزت على بعض الجوانب النفسية، كما يلاحظ أنها عموما وحتى الدراسات الأجنبية قد ركزت على عينات الطلبة وهذا لسهولة القيام بهذه الدراسة في أوساط الطلبة أكثر من غيرها من الفئات ، وبالتالي فقد قلت الدراسات التي تعنى بمتغير معنى الحياة بين فئات المرضى، والتي تعنى بمرض السكري خصوصا ،ولعل الدراسات القريبة من هذه الدراسة هي دراسة اوكونور ويكر وجيرمينو(1990oconnor,wicker,et germino) التي اهتمت بدراسة متغير معنى الحياة لدى المصابين بالسرطانات. حيث خلصت الدراسة إلى أن هناك عاملان جوهريان يؤثران على معنى الحياة لدى العينة محل الدراسة وهما الإيمان والمساندة الاجتماعية، أما عربيا فان الدراسة الوحيدة التي اقتربت نسبيا من هذه الدراسة هي دراسة عبد الخالق وآخرون والتي تناولت مجموعة من المتغيرات النفسية منها معنى الحياة على أنواع مختلفة من الأمراض

المزمنة ، وخلصت الدراسة إلى أن معنى الحياة لدى غير المصابين بهذا المرض أعلى من المصابين بهاته الأمراض.

أما فيما يخص المتغير الامتثال العلاجي فان الدراسات العربية كانت قليلة وبالأخص في شقها النفسي ، وإذا كانت هذه الدراسات التي تناولت الامتثال في الغرب كثيرة غير أن التي تناولت فئة مرضى السكري كانت قليلة جدا ، يبدو انه لا توجد دراسة في حدود اطلاع الباحثان قد ربطت بين متغير معنى الحياة وبين متغير الامتثال العلاجي تربط هاذين المتغيرين لدى مرضى السكري، وبالتالي يمكن القول بان الدراسة الحالية قد تكون إضافة جديدة يمكن من خلالها إبراز مكانتها بين الدراسات المتوفرة في هذا المجال .

الفصل الثاني:

معنى الحياة

تمهيد:

الإنسان في هذه الحياة عرضة لمخاطر متعددة ومواقف مهددة ومنغصة لا يمكنه الحؤول دونها في عديد الأحيان ولهذا جبلت الحياة، غير أن الرمزية والدلالة التي يعطيها للأشياء والنموذج التفسيري الذي يصبغه على السيرورات الحياتية المختلفة، هي التي تشكل مدى تفاعله معها، وانفعاله على إثر التعرض لها، وهذا ما يعطي لحياته معنى ومغزى، حيث يعتبر مفهوم معنى الحياة مفهوما شائعا ومتعدد الاستجابات، يصف خبرات حياة لها مغزى وقيمة وهدف، فبالمعنى يشعر الإنسان بقيمته وإنسانيته وبوجوده، ويقبل على الحياة يتفاعل معها و يتجاوب معها، ويحقق التميز والتفرد والسعي نحو تحقيق أهدافه، ولو اعترضته صنوف من الظروف والمحبطات، أو اجتاحته عواصف المعاناة، وعلى النقيض فبافتقاد المعنى صار الإنسان مضطربا مفعما بكثير من المشكلات والاضطرابات النفسية، بل ربما تراوده أفكار الخلاص من الحياة، و بخاصة إذا أصيب بمرض مزمن وخطير كمرض السكر حيث لا فكاك منه إلا بإدراك أن المرض مهما كان خطيرا إلا أن الحياة أوسع وأرحب والغاية منها فوق كل ألم وكدر.

1- نشأة مفهوم معنى الحياة:

من أنا؟ من أين أتيت؟ لماذا أنا هنا؟ كيف حدث هذا؟ ولماذا؟...

هذه التساؤلات وغيرها كثير، أرقت الإنسان مذ وجد على سطح هذه الأرض، فهذا القلق الذي يعتريه – أي الإنسان– أو الجوع الخفي كما أسماه "ديباك شوبرا" (2014) " الذي يقض مضاجع البشر لا علاقة له بالأشياء الخارجية، مثل الماء والجاه والأمان، إنها الذات الداخلية التي تتوق إلى المعنى في الحياة وإلى نهاية للمعاناة، وإلى أجوبة تخص ألغازا مثل الحب والموت، الله، والروح والخير والشر...إن الحياة التي نعيشها على السطح لن تجيب على هذه الأسئلة أو ترضي حاجاتنا التي تقودنا إلى طرح تلك الأسئلة " (شوبرا، 2015، صفحة 10) ، وكما نرى فإن " الحاجة للتفسير حاجة لا يمكن قهرها مثلها مثل الحاجة للإيمان، وهي ترافق الإنسان من المهد إلى اللحد، وقد ساهمت في خلق آلهته وتحدد يوميا نشأة عدد كبير من الآراء" (لوبون، 2014، صفحة 174)، وهذه الحاجة كانت وراء السعي الحثيث للفلاسفة والمفكرين منذ القديم لفهم الظواهر والسلوكيات والمشاعر والانفعالات، ومظاهر الحياة ككل وبخاصة ما علق منها بالإنسان جسدا ونفسا وروحا ومحيطا، فهذا أرسطو على سبيل المثال يقول: " الإنسان روح وعقل يسيطر على الحس ويدبره، والقوانين العادلة صادرة عن الفعل ومطابقة بالطبيعة الحقة وهي صورة من قوانين غير مكتوبة رسمتها الآلهة في قلوب البشر" (الكيال، 1983، الصفحات 27-28) فإذا كان المعنى في الحياة من أهم المفاهيم النفسية التي يدرسها أصحاب الاتجاه الإنساني في علم النفس متأثرين بالأفكار الوجودية التي راجت في بداية ومنتصف القرن المنصرم والتي كانت متماشية مع ما شاع حينها من ظهور لحالات اللاجدوى والعدمية بين الناس (الوائلي، 2012، صفحة 215)، فإن محاولات التفسير والفهم للظواهر الإنسانية كانت ديدن علم النفس منذ نشأته، ففي أواخر القرن التاسع عشر تحدث "سيجموند فرويد" عن الدوافع الكامنة وراء سلوك الإنسان وقد أكد على أن ما نراه على السطح ما هو في حقيقته إلا معالجة نفسية (ميكانيزمات دفاعية) تضفي مظهرا حضاريا على دوافع هي في حقيقتها ليست حضارية مطلقا، وإنما هي غرائز حيوانية ، وتواصلت فيما بعد وجهات النظر التي حاولت فهم الدافع وراء السلوك لتظهر وجهة نظر المدرسة الفينيسية (نسبة إلى فيينا) الثانية بزعامة "ألفريد آدلر"، والتي أرجعت الدافع

وراء السلوك البشري إلى إرادة القوة، بالسعي للوصول إلى المكانة المهنية للحصول على النفوذ وغير ذلك من وجهات النظر التي تبرز هذا الدافع أو ذلك.

وعموما كان الاتجاه العام لنظريات الدافعية هو تأكيد لنظرية الاتزان الحيوي، حيث يدفع التوتر الناجم عن استثارة الإنسان في اتجاه استعادة الاتزان (معمرية، 2012، صفحة 86)، غير أن ظهور المدرسة الإنسانية والتي ترتبط أساسا بالتناول الفلسفي لطبيعة الإنسان، سمح بطرح مترفع وراق للسلوك الإنساني، فالإنسان حسب تصور هذه المدرسة لا يسعى فقط إلى إشباع غرائزه أو لتهيئة أفضل ظروف اجتماعية ممكن عيشها، فهذا لوحده لا يسعد الإنسان ولا يرضيه، بل هو يهتم أساسا بأن يكون هناك معنى ومغزى لحياته، وهدف وقيمة يتوجه إليهما، ووفقا لهذا المعنى يجد الحياة – بكل ما تحمله من مشقة وما تحمله من معاناة – تستحق أن تعاش فعلا (الرشيدي، 1996، صفحة 1029).

ولعل نموذج مدرسة العلاج بالمعنى التي أسسها الطبيب النفسي النمساوي "فكتور فرانكل" رائد المدرسة الفينيسية الثالثة يعد أبرز تلك الاتجاهات، حيث ترى هذه المدرسة أن للمعنى دورا مؤثرا في الحياة الإنسانية، وخاصة في البعد الروحي لحياة الإنسان، كما تؤكد هذه المدرسة على افتراض أساسي للدافعية يطلق عليه إرادة المعنى (راضي، 2007، صفحة 437).

وتجدر الإشارة إلى أن منحى العلاج بالمعنى رغم تميزه كما سبقت الإشارة إلى ذلك سلفا، إلا أنه تأثر بفكر التحليل النفسي شأنه شأن معظم أشكال العلاج الوجودي، فقد نشأ فرانكل في فيينا وتواصل مع فرويد ثم آدلر مستعيرا منهما الافتراض القائل بوجود قوة محفزة وراء كل الأفكار والمشاعر والسلوكيات الإنسانية (كوبر، 2015، صفحة 102).

إن هذا الطرح الذي قدمه "فيكتور فرانكل" كان له وقع كبير بين الناس، فقد وصل العلاج بالمعنى إلى الضمير العام أكثر من أي شكل من أشكال العلاج الوجودي إذ بيع من الكتاب الرئيسي الذي ألفه فيكتور فرانكل: (الانسان يبحث عن المعنى مقدمة في العلاج بالتسامي) أزيد من مليوني نسخة وترجم كذلك إلى تسعة عشر لغة مختلفة (كوبر، 2015، صفحة 102)، ومما تجدر الإشارة إليه أن فرانكل رغم طرحه الجديد لم ينكر مفاهيم سابقيه فقد بنى عليها إذ أقر بأن مبدأ اللذة في نظرية فرويد هو المبدأ الموجه للطفل الصغير، ومبدأ القوة في نظرية آدلر موجه

للمراهق، في حين أن إرادة المعنى هي المبدأ الموجه للشخص الراشد الناضج (فرانكل، 1982، صفحة 186).

2- الخلفية النظرية لمعنى الحياة:

يعتبر فيكتور فرانكل مؤسس مدرسة العلاج بالمعنى ومطورها، والتي يمكن اعتبارها- أي مدرسة العلاج بالمعنى- محصلة لعدة رؤى وطروحات، فهي تتفق مع وجهة نظر مدرسة التحليل النفسي بقطبيها (فرويد وآدلر) بوجود قوة محفزة وراء السلوك (رغم أن هناك إختلاف في طبيعة هذه القوة حيث أرجعها فرويد للذة وآدلر للإرادة والقوة، وفرانكل لإرادة المعنى)، كما أنها تتقاطع في اهتماماتها بالاهتمامات الرئيسية للفلسفة الوجودية، وبخاصة لأعمال الفيلسوف الوجودي ماكس شيلر، وفي هذا يقول فرانكل: " إن العلاج بالمعنى هو محصلة لتطبيق مفاهيم ماكس شيلر في العلاج النفسي" (كوبر، 2015، صفحة 102)، ويتجلى ذلك في جانبين كما بين ذلك ميك كوبر حيث أن الجانب الأول هو فكرة أن القيم عبارة عن خصائص الأشياء التي نخبرها بالحدس، بحيث يمكن للناس أن يكتشفوا المعاني الحقيقية للموقف، أما الجانب الثاني فإنه يتمثل في فكرة أنه يمكن تصنيف الواقع الإنساني إلى الجسد والعقل والروح، وأن الروح يمكنها أن تقف منفصلة عن المستويات الجسدية والنفسية، بل وتعارضهما بناءا على هذا فإن فرانكل قد ركز على الروح بعد أن ركز سابقوه على الجسد والنفس، وجاء طرحه مكملا ومتمما لما قد سبقوه، وفي هذا الصدد يقول جوردون أولبورت وهو أستاذ علم النفس بجامعة هارفارد أن:" ما يميز نظرية فرانكل أنها نظرية متسامحة فهي لا تنبذ فرويد، ولكنها تبني فوق اسهاماته، كما أن فرانكل لا يدخل في عراك مع الأشكال الأخرى من العلاج الوجودي، وإنما يرحب بالتفاعل معها" (فرانكل، 1982، صفحة 15)، وبالتالي فإن القوة الدافعة التي تقف خلف السلوك والتي يردها فرويد إلى اللذة والتي يردها آدلر إلى القوة والارادة، يمكن فهمها في سياق الجسد والنفس، غير أنه يصعب تصورها في فلك الروح، ويرجع فرانكل هذه القوة إلى إرادة المعنى غير أنه لا يعتبرها قوى دافعة بل هي قوى جاذبة، فإذا كانت نقطة ارتكاز اللذة والإرادة والقوة داخلية، فإن نقطة ارتكاز الروح خارجية، ويستشف هذا الطرح من كلام فرانكل عن القيم باعتبارها غذاء للروح حين يقول: " إن القيم لا تحفز الإنسان ، إنها لا تدفعه، وإنما بالأحرى تشده وتجذبه...والإنسان لا يفعل ذلك لكي يشبع حافزا أخلاقيا معنويا أو لكي يكون له ضمير سليم ولكنه يسلك هكذا من

أجل سبب يوطن نفسه عليه، أو من أجل إلهه الذي يعبده أو من أجل شخص يحبه" (فرانكل، 1982، صفحة 134).

فإذا كان تأثير المدرسة التحليلية واضحا في بلورة نظرية فرانكل كما هو واضح تأثير الفلسفة الوجودية، فإن هناك تأثيرات أخرى ساهمت في تشكل هذه النظرية، ومنها الخلفية الدينية لفرانكل – رغم عدم إفصاح فرانكل بذلك– حيث يتضح ذلك من خلال توكيده على أن كل إنسان يتمتع بجوهر روحي، وهذا بحد ذاته يتضمن دلالات دينية واضحة (كوبر، 2015، صفحة 103)، كما أن التاريخ الشخصي المعروف لفرانكل إبان الحرب العالمية الثانية واعتقاله في معسكرات الإبادة وما شهده وشاهده وعاناه خلالها، كان له الأثر الكبير في بلورة النظرية واختبارها.

وقد عرف فرانكل معنى الحياة بأنه: "حالة يسعى الانسان للوصول إليها لتضفي على حياته قيمة ومعنى يستحق العيش من أجله، وتحدث نتيجة لإشباع دافعه الأساسي المتمثل بإرادة المعنى" (فرانكل، 1982، صفحة 131).

وركز يالوم على الهدف والمقصد حيث يرى بأن معنى الحياة هو الشعور بأن لحياة الفرد هدفا أو غرضا أو وظيفة يجب أن تتحقق، ومن جهتهما ريكر وونج قد عرفا معنى الحياة بأنه إدراك الأمر، التماسك، إدراك الأهداف من وجود الإنسان، ومتابعة وتحقيق الأهداف ذات القيمة ومصاحبة ذلك بمشاعر الامتلاء والحيوية، كما أن "ديباتس" 1996 عرف معنى الحياة أنه شعور عميق بمغزى الحياة، مع قدرة فائقة على التماسك والادراك للهدف من وجود الإنسان في الحياة وما يؤدي إليه من دوافع إلى تحقيق الأهداف ذات القيمة في الحياة مع الشعور بالحيوية والسعادة (معمرية، 2012، صفحة 88)، وأعطت من جهتها "سميرة أبو غزالة" تعريفها لمعنى الحياة على أنه تفسير لأحداث الحياة التي تتعلق بشيء ما، أو حدث ما، أو خبرة ما، أي أنه يشير إلى كل ذي دلالة وأهمية، كما أنه تفسير لحياة الفرد ودوافعه وأهدافه (غزالة، 2007، صفحة 5)، أما "حسن الأبيض" فقد وصف معنى الحياة على أنه مجموع استجابات الفرد التي تعكس اتجاهاته الإيجابية أو السلبية نحو الحياة بأبعادها المختلفة، والأهداف والالتزامات التي يلتزم بها الفرد في حياته من دراسة، أو عمل...ومدى إحساسه بأهميتها وقيمتها ودافعيته للتحرك بإيجابية نحو تحقيقها، وقدرته على تحمل المسؤولية والتسامي بذاته نحو الآخرين وتقبله لذاته ورضاه عن حياته بشكل عام (الأبيض، 2010، صفحة 803).

ومن هنا يمكن استخلاص معنى عام لمفهوم معنى الحياة على أنه: تلك الحالة الشعورية من الرضا والتقبل التي تعتري الإنسان وهو يسمو بذاته فوق الظروف على صعوبتها، ضابطا بوصلته نحو غايات سامية يعيش لأجلها، ومبادئ أصيلة يصطبغ بها، وأهداف قيمة يرنو لبلوغها، مقدرا كل خطوة يخطوها، وكل جهد يبذله من أجل ذلك، مع الإشارة إلى أن هذا المعنى هو الذي سوف يتم تبنيه كتعريف إجرائي لمفهوم معنى الحياة في هذه الدراسة.

3- تحقيق معنى الحياة:

معنى الحياة مرمى يسعى الإنسان إلى بلوغه وليس ثوبا يلبسه، أو تصورا جاهزا يستعمله، وقد تعددت وجهات نظر المختصين حول كيفية تحققه، وفيما يلي عرض لأهم وجهات النظر تلك:

- **تحقيق المعنى لدى فرانكل:**

يرى فرانكل أن معنى الحياة لا يأتي من تلقاء نفسه في الواقع، ولكنه يكتشف من خلال بحث دؤوب، فإذا كانت الغرائز تنتقل عبر الجينات، والقيم تنتقل عبر التقاليد، فإن المعاني المتميزة والمتفردة لا محالة هي اكتشاف شخصي على الفرد السعي لاكتشافها، ويؤكد فرانكل على أن المعنى لا يمكن تقديمه وعلى المعالج اجتناب فرض معنى بعينه على المريض، بل يتوجب عليه توجيه المريض لاكتشاف المعنى بجهده الخاص، وهذا ما يجعل المعنى مختلفا من شخص إلى آخر، كما يختلف عند نفس الشخص من يوم إلى آخر، بل قد يختلف من ساعة إلى أخرى، ومن ثم تعتبر مهمة أي شخص في الحياة مهمة وفريدة، وفرصة تحقيقها خاصة وفريدة كذلك (معمرية، 2012، صفحة 89)، فعلى الإنسان أن يدرك ذلك ويتحمل مسؤوليته تجاه هذه المهمة وينجز كل واجباتها ليتحصل على المعنى الذي ينشده.

ويعتقد فرانكل أن الإنسان يكتسب معنى حياته من ثلاث مصادر رئيسة:

- أفعاله: بواسطة الإتيان بفعل أو عمل (العمل، النشاط الاجتماعي).
- قيمه: بواسطة أن نخبر قيمة من القيم (الجمال، الحب).
- اتجاهاته: بواسطة عيش حالة من المعاناة (فرانكل، 1982، صفحة 148).

وبالتالي يحصل الإنسان على المعنى منها – أي هذه المصادر– ومن خلالها، فبالنسبة للمصدر الأول والذي يعني الإنجاز والتحقيق يمكن التعبير عنه بـ:

- **معنى العمل:**

إن المسؤولية تجاه الحياة تفترض الاستجابة لمواقف تلك الحياة، وينبغي ألا تكون الاستجابة لفظية وفقط، بل يجب أن ترقى لتكون عملية أو فعلية، ويتجلى وعي الفرد بمسؤوليته كنتيجة للوعي بهدفه الشخصي الوحيد أو رسالته الشخصية التي يتبناها.

وتحقيق القيم الابداعية لديه تزامن أو يتوافق في المجال الذي يمكن أن يرى الفرد فيه تفرده وتميزه، هذا العمل أو الفعل الذي يمكن اعتباره إضافة للمجتمع، هو مصدر المعنى والقيمة لتفرد الشخص فالمصدر ليس الوظيفة التي يعتمد عليها الإنجاز، إذ الوظيفة التي يشغلها الشخص لا توضع في الحساب، ولكن المعول كله يكون على الأسلوب الذي ينجز به هذا العمل، وهذا ما نحى بماسلو بالاعتقاد بأن العمل عندما لا يكون ذا قيمة يجعل الحياة أيضا بلا قيمة، بل تراه يحاول الهرب من نفسه حتى، ويتفاقم لديه هذا الشعور المحبط بصفة خاصة في أيام العطل كعطلة نهاية الأسبوع (معمرية، 2012، صفحة 90).

أما المصدر الثاني فيمكن التعبير عنه بـ:

- **معنى الحب:**

الحب هو الطريقة الوحيدة التي يدرك بها الإنسان كائنا إنسانيا آخر في أعمق أغوار شخصيته، إذ لا يستطيع إنسان أن يعي كل الوعي بالجوهر العميق لشخص آخر من غير أن يحبه.

هذا الفعل الروحي للحب، يمكن الإنسان من رؤية السمات والمعالم الأساسية في محبوبه، بل الإنسان يرى أكثر من ذلك، فهو يرى ما هو كائن في الآخر، وما ينبغي أن يتحقق مما لم يتحقق فيه بعد، وعلاوة على ذلك، فإن الشخص المحب بحبه ذلك، يمكن للمحبوب من تحقيق إمكاناته، فبواسطة تبصيره- أي الشخص المحبوب- ليكون على وعي بما يمكن أن يكون عليه، وبما ينبغي أن يصير عليه، إنما يجعل مما كان كامنا من هذه الإمكانات حقيقة واقعة.

ووفقا للعلاج بالمعنى، لا نفسر الحب على أنه مجرد ظاهرة ثانوية مصاحبة للحوافز والغرائز الجنسية وفق ما يعرف بالتسامي (الإعلاء)، بل الحب ظاهرة أولية أساسية شأنها شأن الجنس، كما لا يفهم الحب على أنه مجرد تأثر جانبي للجنس، ولكن يفهم على أنه طريقة للتعبير عن الخبرة بتلك " المعية القصوى" التي تسمى الحب (فرانكل، 1982، الصفحات 148-149).

أما المصدر الثالث فيمكن التعبير عنه بـ:

- **معنى المعاناة:**

وفي هذا الشأن يقول فرانكل: " حينما يجد شخص نفسه في موقف لا مفر منه، وحينما يكون على شخص أن يواجه شيئا مقدرا لا يمكن تغييره، كأن يكون مرضا عضالا، عندئذ فقط يكون أمام الشخص فرصة أخيرة لتحقيق القيمة العليا، لتحقيق المعنى الأعمق، وهو معنى المعاناة، والمهم فوق كل ذلك هو الاتجاه الذي نأخذه نحو المعاناة والاتجاه الذي نجعل به معاناتنا فوق أنفسنا " (فيكتور فرانكل، 1982، ص 149)، حيث أنه من المبادئ الأساسية للعلاج بالمعنى أن يرى الإنسان معنى ولو في معاناته كما يبين ذلك فرانكل شخصيا حين قال: " من المبادئ الأساسية للعلاج بالمعنى أن الاهتمام الرئيسي عند الإنسان لا يكون الحصول على اللذة أو تجنب الألم، وإنما يكون بأن يرى معنى في حياته، وهذا هو السبب في أن الإنسان مستعد للمعاناة شريطة أن يكون لمعاناته معنى" (فرانكل، 1982، الصفحات 150-151).

• تحقيق المعنى لدى ماسلو

يعتبر ماسلو أبراهام من ضمن العلماء الذين أقروا بعلم يرتكز على فرضية أن التسامي بالذات يتجلى في حضور الفرد مع نفسه ومع واقعه وأمانيه ومراميه، وكذا في حضوره مع الآخرين ومع العمل والنشاط حضورا خلاقا إبداعيا.

وقد تبين لماسلو وجود خاصية عامة مشتركة لدى الأشخاص الذين درسهم تمثلت في خاصية الإبداع، وهي خاصية مميزة للإنسان يعطاها لحظة ميلاده، إلا أن هذه الخاصية تفقد بفعل المؤثرات الثقافية، لكن بعض الأفراد يظلون يحتفظون بهذه الوجهة الصافية أو يستعيدونها فيما بعد إذا كانوا قد فقدوها.

ويعتبر ماسلو ممن اعتنقوا نظرية تحقيق الذات، كهدف نهائي للإنسان مقابل مفهوم الاتزان عند أصحاب الوجهة التحليلية، باعتبار أن استعادة الاتزان تكون في حالة المرض فحسب، أما تحقيق الذات، فهو تلك العملية النمائية التي تصير فيها إمكانات الفرد حقيقة واقعية (الرشيدي، 1996، صفحة 1028).

ويؤكد ماسلو اتفاقه الكلي مع فرانكل بأن الاهتمام الأول للإنسان أو كما يسميه شخصيا الاهتمام الأسمى هو إرادة المعنى عنده أي الإنسان، وهذا المفهوم حسب ماسلو لا يختلف عن المفاهيم التي قدمها مفكرون آخرون من أمثال "شارلوت بوهلر" حين قدمت مفهوم إشباع الحاجات أو

روجرز الذي استعمل مفهوم القيم أو الأغراض أو فلسفة الحياة إلخ...، وعلى هذا النحو يستعمل أصحاب النظريات المختلفة هذه العبارات أو تلك بطريقة متداخلة، أو على أنها مفاهيم مترادفة.

وفي هذا الصدد يقول ماسلو: " إني أعتقد أن مفهوم إرادة المعنى عند فرانكل، وكذلك مفهوم الأهداف أو النزعات الأساسية الأربعة عند بوهلر، كلاهما يتفق مع ما سبق أن قدمته من وصف امبريقي شخصاني لأولئك الذين يحققون ذواتهم (فرانكل، 1982، صفحة 203)، ويؤكد ماسلو طرحه هذا قائلا: " إن أولئك الذين يحققون ذواتهم لديهم دائما وبشكل عملي رسالة في الحياة، وعندهم مهمة يحبونها ويتوحدون معها وتصبح بالتالي خاصية مميزة للذات، وفي كل الأحوال يعتبر هذا العمل أمرا هاما جديرا بالاستحقاق وذا قيمة بالغة، هذه الحقيقة الوصفية يمكن تسميتها بتحقيق الذات، والتحقيق هنا هو تحقيق: المعنى، التسامي بالذات، اكتشاف الشخص لذاته، الحياة المتكاملة أو غير ذلك من المصطلحات (فرانكل، 1982، صفحة 204).

• تحقيق معنى الحياة لدى يالوم:

يتفق يالوم مع فرانكل في أن فكرة أن المعنى لا يقدم، حيث لا يمكن أن يهدي إنسان لإنسان آخر معنى لحياته، ففي هذا إهدار لخصوصية هذا المعنى، ولكن يالوم يختلف مع فرانكل فيما يتعلق باكتشاف المعنى، من حيث أن الإنسان من وجهة نظر فرانكل لا يستطيع أن يخترع معنى حياته، وإنما فقط عليه أن يكتشفه، ويقوم نقد يالوم على أن آراء فرانكل تستند إلى موقفه الديني وأن الاقتصار على مهمة اكتشاف المعنى يحد من حرية الإنسان ويعفيه من مسؤولية صنع المعنى، إن يالوم هنا يؤكد على الحرية المطلقة للإنسان في تشكيل معنى حياته، وهو في ذلك يترسم موقف الفلسفة الوجودية خاصة موقف سارتر و كامو، التي تنص على أن الإنسان ليس هو ذلك المخلوق في ذاته، الذي تتحدد ماهيته منذ بداية خلقه، أو حتى من قبل أن يوجد، ولكن الإنسان هو ذلك الموجود الذي يصنع ماهيته من أجل ذاته من خلال أفعاله وقراراته التي يتخذها بملء إرادته.

وبذلك يصبح من الضروري أن يبدع الإنسان المعنى الخاص به، لا أن يكتشف المعنى المهيأ له سلفا، عندئذ عليه أن يلتزم به ويكرس حياته من أجل تحقيق هذا المبدأ أو المعنى، حتى لو لم يصاحبه اليقين الإيماني الذي يستند إليه فرانكل (فوزي، 1999، الصفحات 1040-1041).

لقد تناولت نظرية يالوم معنى الحياة باعتباره ظاهرة وجودية، فهي نقطة أساسية في تحدي الإنسان ومواجهته لقضايا وعناصر وجودية كالحرية والاغتراب وخواء المعنى ((قاسم، 2007، الصفحات 238-239).

ويؤكد يالوم على أن الكينونة الإنسانية في حاجة إلى معنى تعيش من أجله فكل إنسان له أهداف ومعاني يعيش من أجل تحقيقها لكن المشكلة الحقيقية هي كيف يمكن أن يجد الإنسان لحياته معنى وهو وسط آخرين لا يجدون لحياتهم أي معنى (الحليم، 2010، صفحة 6).

• تحقيق معنى الحياة لدى فان دورزان سميث:

أما نموذج معنى الحياة الذي تقدمه "ايمي فان دورزن سميث" فيكتشف الطبيعة ظاهرية التناقض للوجود الإنساني، حيث يكون على الإنسان أن يكتشف معنى وجوده على أربع مستويات للخبرة:

- الأول يتعلق بالخبرة الحسية في العالم الطبيعي.
- والثاني يتعلق بالخبرة ذات الطابع الاجتماعي أو ما تسميه العالم العام.
- والثالث يرتبط بالخبرة الشخصية الذي تسميه العالم الخاص.
- أما الرابع فيختص بالعالم المثالي.

والإنسان في سعيه الدؤوب لتحقيق المعنى على هذه المستويات الأربعة، قد يجد نفسه مضطرا إلى الاصطدام بعوائق ومهددات تهدد المعنى لديه، فعلى مقدار نجاحه – أي الإنسان- على مواجهة تلك المهددات وتخطيها يتوقف معنى الحياة لديه.

وتقسم فان دورزن سميث أنواع المعنى في الحياة وفقا للمستويات الأربع للخبرة إلى أغراض أساسية تتحقق من خلال أهداف وسيطة، ثم تعرض لما تسميه " بالاهتمام النهائي" الذي يشكل تهديدا لتحقيق المعنى على كل مستوى للخبرة، فعلى كل مستوى نجد أن الغرض الأساسي يتناقض مع الاهتمام النهائي، فالأول يمثل القيمة المثالية التي يسعى إليها الانسان عن وعي أو عن غير وعي، أما الثاني فيحتل الجانب الخفي والمنطقي الذي لا يمكن تفاديه في صورة تهديد لتحقيق الإنسان المثالي.

وبذلك يصبح تحقيق المعنى هو النجاح في التحدي والتغلب على مهددات المعنى المتمثلة في الاهتمامات النهائية (فوزي، 1999، صفحة 1041).

والجدول التوضيحي التالي يبرز تصور فان دورزن سميث لتحقيق معنى الحياة:

الجدول رقم (01): المستويات الأربع للخبرة حسب تصور فان دورزان سميث

أبعاد الخبرة	الغرض الأساسي	الأهداف الوسيطة	الاهتمام النهائي
العالم الطبيعي	اللذة، الحيوية، القوة	الصحة، الراحة، الثروة، الحظ	المرض، الضعف، البؤس، الموت
العالم العام	النجاح، النفوذ، المجد	التقدير، الشهرة، التأثير، الاحترام	الفشل، الهزيمة، العجز، العزلة
العالم الخاص	التمامية، الذاتية، الأصالة	التفردية، الحرية، الخصوصية، القرابة أو التماثل	التفسخ، الخلط، تحلل الذات
العالم المثالي	الحق، الحقيقة المطلقة، الحكمة	المعنى الفهم، المعرفة، الإيمان	اللامعقولية، الخواء، اللاتبريرية

المصدر: (معمرية، 2012، صفحة 92).

من هذا النموذج يتبين أنه على المستوى الحسي في العالم الطبيعي يكون الغرض الأساسي هو اللذة والحيوية والقوة، وهو ما يمكن تحقيقه من خلال الصحة والراحة والثروة والحظ، غير أنه لابد لتحقيق المعنى على هذا المستوى من مواجهة مهددات هذا المعنى وهي المرض والضعف والبؤس والموت، وهكذا يكون الأمر على باقي مستويات الخبرة الإنسانية ومن هنا يمكن القول أن النجاح في تحدي مهددات المعنى والاحتفاظ في مقابلها بحس المعنى لدى الانسان يكسب الإنسان طاقة هائلة ودافعية للحياة على مستوى إنساني فعال.

وخلاصة الأمر أن الحياة تحتفظ دائما بالمعنى، سواء آمن الإنسان بوجوده على نحو مسبق، و وجه جهوده لاكتشاف المعنى الخاص به، أو اعتبر أن معنى الحياة هو إنتاج لجهوده، وكرس حياته لصناعة هذا المعنى.

وفي النهاية، فإن قيمة الحياة ترتفع كلما تمسك الإنسان بهذا المعنى الخاص الذي أصبح يهيأ له أقوى الدوافع للحياة على مستوى إنساني إيجابي فعال (معمرية، 2012، صفحة 92).

4- مكونات وأبعاد معنى الحياة:

4-1- مكونات معنى الحياة:

يتضمن معنى الحياة ثلاث مكونات رئيسة هي:

- المكون المعرفي: ويرتبط بإدراك الفرد لمعنى حياته، والخبرات التي تثري المعنى.
- المكون السلوكي: والذي يرتبط بما يقوم به الفرد من سلوك يترجم هدف حياته المدرك بشكل واقعي في حياته.
- المكون الوجداني: والذي يرتبط بإحساس الفرد بأن حياته لها قيمة، ورضاه عنها من خلال ما حققه من أهداف (شوقي، بدون تاريخ، صفحة 4).

4-2- أبعاد معنى الحياة:

لمعنى الحياة أبعاد مختلفة ومتعددة، فمن الباحثين من صنفها إلى أربعة كما ذهبت إلى ذلك سميرة أبو غزالة (2007) حيث أنها ترى لمعنى الحياة الأبعاد التالية:

- أهداف الحياة: ويقصد به إدراك الفرد للهدف من حياته، ورسالته التي يعيش من أجلها ويضحي في سبيل تحقيقها وإحساسه بأهميته وقيمته من خلال تحقيقه لمعنى حياته.
- الدافعية في الحياة: وتعني مدى سعي الفرد في الحياة بإيجابية وكفاحه لتحقيق أهداف ومعاني حياته ورغبته في التمسك بالحياة والاستمرار فيها، والاستمتاع بها مما يؤدي إلى تفاؤله في الحياة.
- تحمل المسؤولية: ويقصد بها مدى تحمل الفرد للمسؤولية تجاه نفسه، واهتمامه بالجماعة التي ينتمي إليها والتسامي بذاته نحو الآخرين كي يكون له دور مؤثر في الحياة الاجتماعية
- الرضا عن الحياة: ويقصد بها مدى رضا الفرد عن وجوده في الحياة وتقبله لذاته، واقتناعه بقدراته، وتفاؤله تجاه المستقبل، وتوافقه مع أسرته ومجتمعه، وشعوره بأنه فرد له قيمة تجاه الآخرين والرضا عن علاقاته الاجتماعية بشكل عام (غزالة، 2007، الصفحات 289-290).

في حين يرى باحثون آخرون من أمثال: عبد الرحمان سليمان (1991) وعبد الباسط متولي (1997) و آخرون بأن للحياة أبعادا أخرى، وعموما يمكن إجمالها على النحو التالي:

- الهدف من الحياة

- الرضا عن الحياة
- التسامي
- المسؤولية
- القبول
- التعلق بالحياة
- نوعية الحياة
- الثراء الوجودي
- التحقق الوجودي
- جودة الحياة
- نوعية الحياة
- الثقة بالنفس
- التفاؤل
- التدين

5- مفهوم معنى الحياة لدى مرضى السكري:

تسبب إصابة الإنسان بمرض خطير بمستوى مرض السكر انقلابا جذريا لرؤية الإنسان لحياته، وإدراكا مختلفا لمعناها على مستويات مختلفة وقد أسفرت عديد الدراسات على نتائج لافتة في هذا المجال فقد أورد جيم (2004) أن معنى الحياة لدى المصاب بالسكر يتركز حول:

- التغيرات الانفعالية
- الخوف من المرض
- التغير في صورة الجسم.
- الاهتمام بالخصوبة.
- الاهتمام بالتغيرات الجسمية والمتمثلة في الشعور بالتعب.
- صعوبات النوم.
- الألم.
- عدم القدرة على مواصلة النشاطات البسيطة (gim، 2004، صفحة 5)

وبالرغم من أن بعض المرضى يتقبلون الوضع ويعدونه خيرا وعدلا، حيث يمنحهم المرض دافعا للتماسك وتقدير الذات وتجنب الضغوط، إلا أن الإصابة بالسكر تعد في حد ذاتها صدمة مفاجئة للمريض، قد ينتج عنها مشاعر وانفعالات مختلفة نحو:

- الشعور بالخوف.
- القلق.
- الأسى عدم القدرة على التصديق.
- الإنكار.
- الرفض (النيال، 2007، صفحة 5).

ويتضح مما مضى أن إصابة الفرد بالسكر من شأنها أن تؤثر على نظرته للحياة عموما وعلى تغير معناها بصفة قد تكون نسبية.

6- أبعاد الشخص في العلاج بالمعنى:

يعتبر الانسان وحدة متكونة من ثلاثة أبعاد أو مظاهر كبرى: البدن، النفس، الروح، فإن كان المظهران الأولان البدن والنفس يشتملان على عوامل خلقية متصلة بالوراثة على غرار الدوافع الفطرية، فإن المظهر الأخير "الروح"، شيء آخر مختلف تماما، فهو البعد المميز للإنسان، وإن كان التحليليون وعلى رأسهم فرويد وآدلر ويونغ قد ساعدوا في فهم البعدين الأولين البدن والنفس، فإن البعد الروحي كان نقطة تركيز مدرسة العلاج بالمعنى، حيث أن طبيعة الشخص من وجهة نظر هذه المدرسة تقوم على ثلاثة خصائص هي:

- **الخاصية الأولى: الروحية**

وهي التي تميز الانسان عن الحيوان، فالروحية تنبعث في الظاهر من خلال الوعي الذاتي الحالي، غير أنها مشتقة في الأصل من اللاشعور (الروحية اللاشعورية هي الأصل)، وبعبارة أخرى، نحن نعرف ونعترف ليس فقط باللاشعور الغريزي، ولكن أيضا باللاشعور الروحي، وفيه نرى الخلفية المدعمة لكل روحية واعية.

- **الخاصية الثانية: الحرية**

فالإنسان هو الجوهر الذي يقرر دائما ما سوف يكون عليه في اللحظة التالية، والحرية تعني الحرية في مواجهة ثلاثة أشياء:

1. الغرائز.
2. الميل إلى النزعة الموروثة.
3. البيئة.

ومع أن الإنسان متأثر بهذه الثلاثة، إلا أنه يملك الحرية في أن يقبل أو يرفض أو أن يتخذ موقفا تجاه هذا الظرف أو ذاك، وبالتالي فهو أي الإنسان لا يوجد مجرد وجود، ولكنه يقرر ما سيكون عليه هذا الوجود، حيث أنه يستطيع أن يرتفع فوق الظروف البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي ينبني عليها التنبؤ، بالرغم من كونها أي الظروف غير قابلة للتنبؤ على المستوى الفردي.

- **الخاصية الثالثة: المسؤولية**

حرية الفرد ليست دائما التحرر من شيء ما، ولكنها الحرية إلى شيء ما، أو نحو شيء ما، والتي ينعتها فرانكل بالمسؤوليات الفردية، فالفرد مسؤول أمام نفسه وأمام ضميره وأمام الله تعالى. والعلاج بالمعنى يحاول أن يجعل المريض واعيا بمسؤولياته ويساعده على أن يفهم نسقه كمسؤول على أن يترك له حرية ومسؤولية الاختيار((شاهين، 1995، الصفحات 282-283).

7- الالتزام بالمسؤولية في العلاج بالمعنى:

يؤكد منحى العلاج بالمعنى على التزام المسؤولية واعتبارها الجوهر الأساس المشكل للوجود الإنساني، وفي هذا الصدد يقول فرانكل: " إن ما هو متوقع من الحياة ليس في واقع الأمر هو موضع الأهمية، بل إن ما يعنينا هو ما الذي تتوقعه الحياة منا كان علينا أن نتوقف عن السؤال عن معنى الحياة، وأن نفكر بدلا من ذلك في أنفسنا كما لو أنها في موضع تساؤل من قبل الحياة في كل يوم وفي كل ساعة، وأن إجاباتنا تقوم لا على الكلام أو التأمل، ولكن على العمل الحق والمسلك الحق، فالحياة تعني في النهاية الاضطلاع بالمسؤولية لكي يجد الإنسان الإجابة الصحيحة لمشكلاته ويحقق المهام التي تفرضها على كل شخص بصفة مستمرة " (فرانكل، 1982، صفحة 108).

وبالتالي فإن فلسفة العلاج بالمعنى ترتكز على جعل الإنسان واعيا كل الوعي بمسؤوليته، وملتزما أيما التزام بذلك، فهي تفسح المجال أمامه لاتخاذ قراره الحر والمنفرد، ومن هنا تتحدد مسؤوليته، مما جعل المعالج بالمعنى بعيدا أيما بعد عن إصدار أي حكم بل يدفع المتعالج لاتخاذ قراره بنفسه، لأن مصيره مرهون بذلك.

وفي هذا الصدد يقول الفيلسوف روجيه أندروا عن المسؤولية أنها " التصرف بطريقة تكون فيها نتائج أفعالك منسجمة مع استمرارية حياة إنسانية على الأرض بشكل شرعي (بول، 2014، صفحة 419).

8- فنيات العلاج النفسي بالمعنى:

لقد طورت مدرسة العلاج بالمعنى عدة فنيات من بينها:

- **فنية الجذب:** تأخذ هذه الفنية طابعا إيحائيا، وقد تستعمل بصفة خاصة عند الطفل صغير السن أو عند المسن أو الشخص المريض، وذلك بهدف إيجاد مسافة بين أعراض المرض وبين الشخص.

يرى فرانكل أن كل إنسان لديه معرفة لا شعورية بالمعاني الكامنة في مواقفه، وأن هدف المعالج بالمعنى هو أن يقوم بدور القابلة التي تعمل على تيسير ميلاد المعلومة العميقة التي يحملها الفرد وذلك باستخدام عدد من الفنيات المثيرة من أجل تحقيق هذا المراد حيث يصل المعالج بالفرد لأن ينظر إلى العالم بطريقة خاصة علما أن هذه الفنية قد لا تكون مفضلة لدى المعالجين لقصر أثرها غير أنها قد تكون ضرورية كإسعاف أخير بيد المعالج تجاه حالة شخص يعاني من عصاب الوسواس مثلا وقد بلغ به اليأس مداه لدرجة أنه كان على حافة الانتحار (كوبر، 2015، صفحة 108).

- **الحوار السقراطي:** وهي من الفنيات الأكثر استعمالا وبخاصة في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، حيث يدخل المعالج في حوار ونقاش مع العميل، ويكمن فحوى النقاش وهدفه في أن يعي العميل قراراته اللاشعورية وآماله المكبوتة، ويتعرف على ذاته.

وقد يستخدم المعالجون بالمعنى فنيات مبتكرة ارتجالية كجزيء من هذا الاستفسار السقراطي كفنية الجدل المباشر وتخليق تفسيرات جديدة حيث توظف هذه الفنية عندما ينشأ لدى المريض رغبة في إتيان سلوك غير مرغوب، وفيه ضرر كبير له، هنا يقوم المعالج بمواجهة هذا الشعور اليائس، وعموما فإن تأكيد المعلومات بأكبر قدر من التعاون المتبادل بين المعالج والمريض أفضل من استخدام مبادئ منطقية مجردة أو فلسفية، ويمر المعالج بالمريض بعد مرحلة الجدل إلى مرحلة الاكتشاف ثم إنتاج تفسيرات بديلة غير مقلقة ((نوفل، 2016، الصفحات 88-89).

أو كفنية الانطلاق بسرعة نحو الأمام التي اقترحها بول وونج وهو من طور الإرشاد المتمركز حول المعنى، حيث يشجع بول من خلال هذه الفنية العميل على تخيل سيناريو محتمل لموقف ما، ويطرح عليه أسئلة من قبيل: أين سينتهي بك هذا الاختيار؟ هل أنت متأكد أن هذا ما تريده فعلا؟ بحيث يعمل المعالج على مساعدة العميل على اكتشاف أهدافه (كوبر، 2015، صفحة 110).

- **فنية التحليل بالمعنى:**

يستند التحليل بالمعنى إلى نظرية العلاج بالمعنى حيث ينظر إلى الإنسان على أنه كائن متفرد وجدير بالاحترام وذو قيمة، وقادر بمساعدة المرشد على اكتشاف وإيجاد المعنى والهدف في حياته، وتحليل مواطن القوة والضعف لديه والاشتراك في الأنشطة التي تحقق المعنى بالنسبة له، وذلك من خلال قيام المعالج بالآتي:

1. قيادة العميل للسؤال عن المعنى والهدف في الحياة.
2. مراجعة الخبرات والأحداث الأساسية في حياة العميل، متضمنة تحليل مواطن القوة لديه.
3. مساعدة العميل في إلقاء الضوء على تفرده وجوانب القوة والضعف لديه، والمشاركة في الأنشطة التي تعتبر ذات معنى بالنسبة له.

وهذا لتحقيق هدفين أساسيين وهما:

- تمكين العميل من رؤية صور جديدة للمعنى بين مشاعر اليأس والضعف.
- مساعدة وإرشاد العميل لتقييم ذاته بصورة واقعية، وتحديد آماله وطموحاته ومسؤولياته ونقاط ضعفه.

ويمكن تلخيص خطوات التحليل بالمعنى كما يلي:

الخطوة الأولى: تقييم الذات

وتشمل تقديم الفرد وصفا تفصيليا لذاته وإمكاناته ومسؤولياته وقدراته وأهدافه وطموحاته وإحباطاته، وهذا بهدف أن يصبح الفرد واعيا بموقفه الحالي وكذا ليتمكن من معرفة طاقاته الكامنة غير المستغلة، ونجاحاته التي لم يشعر بها، ومحاولة توظيفها، وتتحقق هذه الخطوة بالتدريب.

الخطوة الثانية: قوة الفعل الإيجابي

يعد هذا التدريب الثاني من تدريبات التحليل بالمعنى، وقد صمم ليبدأ الفرد طريق الإحساس بمعنى وهدف جديد في الحياة، حيث أن البداية مع قوة الفعل الايجابي افعل كما لو كنت شخصا تتمنى أن تكون مثله، وبذلك يصبح الفرد – ولو لم يكن مقتنعا بداية– معتقدا أوتوماتيكيا بذلك بعد وقت قصير.

الخطوة الثالثة: إيجاد الهدف من خلال لقاء أو مواجهة

تستخدم هذه الخطوة لتحقيق المعنى في الحياة من خلال علاقة الفرد الحميمة والأليفة مع شخص آخر، علاقة انفعالية وجدانية تسهم في تغيير مشاعر الفرد ومعارفه، إذ أن مشكلات الفرد الانفعالية غالبا ما تنشأ من تحطم العلاقات السوية مع الآخرين، كما أن النقص في التقرب مع الآخرين ينشأ عنه مشاعر الوحدة والاغتراب والاكتئاب، ويكون ذلك بطرائق عدة كأن يسأل الفرد نفسه عن العوائق الحائلة دون التقرب من الأشخاص، أو عن طريق كتابة خواطر وأفكار تجاه الأشخاص المهمين في حياته والتأمل فيها الخ.

الخطوة الرابعة: البحث عن القيم ذات المعنى

وتتحقق هذه الخطوة من خلال أداء مجموعة محددة من التدريبات، حيث أن هناك ثلاثة أنواع من القيم:

1. القيم الابتكارية: وتنشأ من خلال العمل الذي يقوم به الفرد ويتميز بأنه جدير بالاهتمام وأن له فائدة.
2. القيم الخبراتية: وتنشأ من خلال الخبرات والتجارب المتعاقبة للفرد وكذا أنشطته الانسانية والاجتماعية التي يستمتع بها.
3. القيم الاتجاهية: وهي القيم المتبقية على إثر موقف محبط وباعث لليأس والضعف يمر به الفرد، ويتضمن اختيار كيفية مواجهة قدره المحتوم الذي لا يستطيع تغييره.

الخطوة الخامسة: إعادة تقييم الذات والالتزام

وتنقسم هذه الخطوة إلى جزأين حيث يعنى الجزء الأول بمراجعة واستعراض ما تم في التدريبات والتأكيد على النجاح فيها، أما الجزء الثاني فهو يتضمن تحليل الأهداف التي ظهرت

لدى الفرد، وتكوين صور ذات معنى بالنسبة له ثم القدرة على التخطيط العملي لتحقيق تلك المعاني بالتزام برنامج مستقبلي واضح ودقيق (العظيم، 2006، الصفحات 126-127).

- **فنية المقصد المتناقض ظاهريا:**

لقد طور العلاج بالمعنى هذه الفنية لعلاج مدى أوسع من الاضطرابات النفسية، إلى جانب الفنيات النوعية للتعامل مع القلق والعصاب الوجودي، وهي فنية قائمة على افتراض مفاده أن الأفراد يختارون الوضع أو الموقف الذي يتخذونه تجاه مشكلاتهم النفسية، وأنه كلما ازداد خوفهم أو حزنهم من الأعراض النفسية، كلما ازداد احتمال تفاقم هذه الأعراض.

ولذلك تتضمن فنية المقصد المتناقض ظاهريا تشجيع العميل كي يتوقف عن مقاومة مشاعره، وعوض ذلك يستثير في ذاته نية ورغبة قوية في الإفصاح عما يسبب له إزعاجا وحرجا أو عما يتحرج أن يقوم بفعله (كوبر، 2015، صفحة 111).

وقد حددت "مانياساك" 1982 خمس مراحل لممارسة فنية المقصد المتناقض، وهي كما يلي:

الخطوة الأولى: الاتصال

وفيها يتم توفير جو من الثقة بين المعالج والمريض من خلال العطف والمشاركة، واستعمال مهارات التدريس المؤثرة، وتوضيح ما يتم عمله في المراحل التالية.

الخطوة الثانية: تقدير الموقف

وفيها يتم التعرف على نوع القلق والمخاوف، وكذا الميكانيزمات الدفاعية المستعملة، والظروف أو الأسباب التي ساعدت على ظهور هذا القلق والتاريخ العائلي للمريض، والأمراض الجسمية التي أصيب بها، كل ذلك للوقوف على بداية ظهور القلق ونوعه حتى يمكن تقدير حالة المريض.

الخطوة الثالثة: التدخل

وفيها يدقق المعالج النظر في الخوف وكيف يمكن مواجهته، وذلك من خلال بعض التدريبات التي يطبقها المعالج مع المريض، وهي محاولة عمل أو الرغبة في عمل الشيء الذي يخاف منه المريض عن قصد، وبطريقة مقصودة كلما أمكنه ذلك حتى يستطيع المريض التحرر من مخاوفه، ويتم ذلك من خلال تدريبات يجريها المريض في البيت طوال فترة العلاج.

الخطوة الرابعة: إعادة البناء

وفيها يفسر المعالج ما يحدث، وكيف يمكن تخفيف القلق من خلال مساعدة المريض على إيجاد طرق بناءة يستطيع بها ملء الفراغ وكسر الدائرة المفرغة التي أدخل المريض فيها نفسه، من خلال التحرر من العصاب الذي يؤدي إلى الخوف والقلق.

الخطوة الخامسة: إعادة التقييم والانتهاء

وفيها يحدد المعالج التناقضات التي يواجهها المريض في وقته الحاضر، وكذا تطلعاته للخطط المستقبلية وامداد المريض بالمجال المناسب الذي يسمح فيه بالارتداد إلى أعماق الخبرة الماضية لكي يكمل الحاضر والمستقبل (معمرية، 2012، صفحة 98).

- **فنية إيقاف الإمعان الفكري:**

ترتكز هذه الفنية على فرض وجودي للعلاج بالمعنى، والذي ينص على أن البشر في حالتهم الطبيعية التلقائية منخرطون في جوهرهم مع العالم، وبذلك يتحقق الاشباع لديهم، وهذا ما يفسر أن الفرد في الحالة المرضية كالذهاني قد يصبح منشغلا بذاته وبعملياته الداخلية، أي حالة من" إفراط الإمعان الفكري" لدرجة يتغاضى عندها عن التوجه الأساسي للخارج، بمعنى البقاء مركزا على ما يعتريه وغارقا فيه، دون أدنى محاولة للفعل أو التركيز خارج ذاته، ويقترح فرانكل في مثل هذه المواقف إيقاف الإمعان الفكري، وأساس ذلك تشجيع العميل لتجاهل الأعراض بالتوقف عن التفكير في نفسه وتوجيه انتباهه بدلا من ذلك إلى العالم المحيط به، كتشجيع الذي يصاب بنوبات الغثيان وهو يواجه الجمهور، على التركيز في الجمهور والقاعة والخشبة بدل التركيز على مشاعر الغثيان والدوار التي تصيبانه (كوبر، 2015، صفحة 113)

خلاصة:

يعتبر العلاج بالمعنى وعلى قلة استخداماته واحدا من أكثر العلاجات فعالية وبخاصة في هذا الزمن حيث كثرت المهددات والضواغط والمنغصات، ولم تجد الأدوية والعقاقير والوصفات في إيجاد حلول ملموسة على أرض الواقع لما تعانيه البشرية من إشكالات، مما نأى بالإنسان في الوقوع في براثين الخواء والفراغ الوجودي وفقدان المعنى والغاية، وبذلك يكون إدراك الفرد لقيمة الحياة ومعناها وبكل ألوانها وأذواقها، هو الدافع الحقيقي، بل الجاذب الفعلي والسبب الرئيس للعيش والكد وتحمل الصعاب وركوب الأهوال ومواصلة المسير واستمرار الحياة، وأنه قد آن الأوان لإعطاء هذا النوع من العلاج مكانته المنوطة به بين أنواع العلاجات الأخرى ليكون في طليعتها وبخاصة وأنه متفتح على عدة ثقافات وإيديولوجيات أخرى.

الفصل الثالث:

الامتثال العلاجي

تمهيد:

يشكل الامتثال العلاجي إحدى المشكلات الكبرى التي تواجه المهتمين بالصّحة عموما، وبخاصّة للمرضى الذين يعانون من أمراض عضوية مزمنة أو اضطرابات نفسية حادة، إذ أن أغلبهم لا يحترمون كلّ التوصيات المتعلقة بالعلاج المقدّمة من قبل الأطباء والأخصائيين النفسانيين كاحترام مواعيد تناول الدواء و المقادير و الحمية وقد اعتبرت المنظمة العالمية للصحة أن سوء الامتثال للعلاج لدى الراشدين في تزايد مستمر ومقلق في كل أنحاء العالم، إذ أن نسب المرضى الممتثلين للعلاج لا تتعدى الـ 50 %، وهي في العالم النامي أقل بكثير، وهذا ما يدفع إلى جملة من التساؤلات المتعلقة بالأسباب الحقيقية التي تحول بين المريض واتباع الخطوات العلاجية المطلوبة، فلماذا لا يمتثل المريض للعلاج وبشكل خاص حينما يتعلق الأمر بالأمراض المصنفة في خانة الأزمان أو الخطورة؟ فمن المعلوم يقينا كما يؤكد ذلك الأطباء أن استخدام العلاج المناسب في الوقت المناسب والجرعة المناسبة وبالطريقة الصحيحة يعطي نتائج علاجية جيّدة، وآثارا جانبية أقل، وتكلفة مادية أخفض، وفي هذا الفصل سنتعرف على ماهية الامتثال العلاجي والعوامل المحددة له، والنماذج المفسرة له، بالإضافة إلى كيفية قيامه.

1- تعريف الامتثال العلاجي

لقد اختلفت التعريفات وتنوعت لمفهوم الامتثال العلاجي، فمن العلماء من ركز على الدواء ومنهم من ركز على التعليمات ومنهم من أدرج الحمية واحترام المواعيد وغيرها، وبالرجوع للتراث العلمي يمكن تعريف الامتثال العلاجي طبقا للتعريف الذي قدّمه هاينس وزملاؤه والذي يعبّر عن أن الامتثال العلاجي هو درجة التلاؤم بين الوصفة الطبية حمية، أدوية... وتطبيقها من قبل العميل، ومن جهته اعتبر شابوي وآخرون بأن الامتثال العلاجي إتباع لإجراء تطبيق علاج موصوف، ويعد الامتثال الجيّد لدى الراشد على أنّه التزام بتطبيق95 % من العلاج المقترح، بينما أشار لوقال وآخرون (Le Gal et Al,2003) إلى أن الامتثال يتعلق كذلك بالعلاج والتوصيات " حمية، نشاط بدني.." واحترام مواعيد معينة (حدار، 2008، صفحة 48).

ويضيف موريس وشوايتزر (Morris et Schutz,1992) بأن الامتثال العلاجي هو درجة اتّباع المريض للتوصيات الطبية فيما يتعلق بالنظام الغذائي، وكذا ممارسة الرياضة وأيضا تناول الدواء.

ويمكن الخلوص من خلال ما سبق إلى أن الامتثال العلاجي هو درجة اتباع المريض للبرنامج العلاجي المقترح من الطبيب، ومدى امتثاله لهذا البرنامج بكل حيثياته من تناول للدواء والحمية والنشاط البدني واحترام المواعيد وغيرها، وكذا وعيه بصحّته وحرصه على المحافظة عليها وترقيتها.

2- العوامل المؤثرة في الامتثال العلاجي:

لقد حدّدت منظمة العالمية للصحّة العوامل المؤثرة في الامتثال العلاجي فيما يلي :

2-1- العوامل المتعلقة بالمريض :

المريض هو المحور الأساسي الذي تدور حوله كل العملية العلاجية فمنه تنطلق وإليه تعود، وهو بذلك حجر الزاوية والركن الأساس في المعادلة العلاجية، ومهما كان توصيف الحالة الصحّية التي تعتريه من أي طرف قد يندرج ضمن هذه المعادلة (طبيبا، معالجا، ممرضا، مساعدا، باحثا)، فإنّه لا يمكن بأي حال من الأحوال أن يشعر حقيقة بما يشعر به المريض، ولا أن يتصوّر بدقة ما يجول في خواطره ومداركه ووجدانه، ولا حتى في مخازن ذاكرته حول المرض والعلاج وحيثياتهما، وبالتالي فإن التصوّر المتشكل لدى المريض يعطي للمرض خصائصه،

ويحدد مدى معاناة المريض منه ويبين مستوى ومدى خطورته بالنسبة له، وهذا ما قد يُستشف من تعقيب تايلور أن المخططات الذهنية التي تتشكل لدى الفرد حول الأمراض تتضمن المعلومات الأساسية المتعلقة بالمرض، فهوية المرض أو تصنيفه تشير إلى اسمه، أمّا عواقبه فتتضمّن الأعراض والمعالجة التي يتطلّبها بالإضافة إلى مقدار ما يعتقد الفرد بأن للمرض تأثيرا على حياته وتتعلق أسبابه بالعوامل التي يعتقد الفرد أنها أدّت إلى ظهوره، وتشير ديمومته إلى التوقعات المتعلقة بالمدّة التي يستمرّ فيها وجوده، ويحدد الشّفاء ما إذا كان الشخص يعتقد بإمكانية الشفاء من المرض عن طريق المعالجة المناسبة (تايلور، 2008، صفحة 485).

ومن أهم المشاكل المطروحة والمؤثرة في الانضباط الصّحي لدى المرضى مشكلة إنكار المرض من قبلهم، مما يعني رفض العلاج ورفض تناول الأدوية، إذ أن العديد من الأمراض العضوية المزمنة تحدث نوعا من الاختلال واضطراب النشاطات، وبالتالي يختلّ التسيير اليومي لهذه النشاطات التي تفرضها طبيعة المرض (رزقي، 2012، صفحة 61) ، وفي سياق مرتبط أشارت تايلور إلى أن المدركات المنظمة حول المرض، يمكن أن تقود الناس إذن إلى تفسير المعلومات الجديدة وهي تؤثر في القرارات التي يتّخذها الناس في البحث عن العلاج، وتقود الأفراد إلى التغيير أو إلى الفشل في الالتزام بنظام المعالجة.

2-2- العوامل المتعلقة بالمرض :

يؤثر المرض من حيث نوعه وخطورته وإزمانه تأثيرات مختلفة ومتباينة على المرض، إذ تزيد شدّته من درجة اقبال بعضهم على العلاج وامتثالهم له بينما تقل عند البعض الأخر، وقد أشار في هذا الصدد رشيد رزقي (2012) إلى هذا مشيرا إلى جملة من العوامل المتصلة بالمرض والمتمثلة في:

- إزمان المرض.
- عدم وجود أعرض ثابتة، أو كونها لا تشكل إزعاجا فوريا.
- أعراض ثابتة يمكن الاعتياد عليها.
- عدم وجود خطورة للمرض، كما يحسّها المريض بشكل ذاتي (رزقي، 2012)

2-3- العوامل المتعلقة بالسيرورة العلاجية :

تتطلب بعض الأمراض علاجا مطولا، حيث لا تختفي أعراضها إلا بعد مدة طويلة، فنتائج العلاج ليست فورية ويقتضي ذلك متابعة وانضباطا لدى المريض وهو الأمر الذي يصعب على الكثير الالتزام به، كما أن المضاعفات الجانبية للأدوية المتناولة قد تشكل مكبحا للامتثال العلاجي، إذ لا يستطيع العديد من المرضى تحمّل بعض المضاعفات ولذلك يلجؤون إلى توقيف العلاج (حدار، 2008، صفحة 50).

2-4-العوامل الاجتماعية والاقتصادية:

يُعد الوضع الاجتماعي والاقتصادي وكذلك المستوى التعليمي والدخل عوامل من شأنها تؤثر على الانضباط الصحي، فالوضع الاجتماعي للفرد قد يكون مساهما بإيجابية في انضباطه الصحي وتقبله للعلاج خاصة عند توفر المساندة الاجتماعية من طرف العائلة وهذا من خلال المشاركة الفعالة والنشطة بحالة المريض الصحية وتشجيعه والمحافظة على جو الاستقرار العائلي، ولا تتوقف المساندة على دعم الأسرة فقط، بل تتعدى إلى مؤازرة محيط المريض ككل، وهذا ما تدعمه الدراسات الحديثة حول المساندة الاجتماعية.

ويتضح من هذا الطرح جلاء الأثر الاجتماعي إيجابا وسلبا على التزام المريض بالعلاج من خلال ما تقدمه الأسرة من دعم وتقبل وتفهم وينسحب هذا الأمر على بيئة المريض ومحيطه ككل، ومن ناحية أخرى فإن عدم قدرة المريض على نفقات العلاج ونقص وسائل النقل، وكذلك عدم كفاية تغطية التأمينات الطبية، يخفض من مستوى امتثاله للعلاج، فالمريض الذي يعاني انخفاض الدخل أو انعدامه، إضافة إلى تدني مستوى التعليم لديه وكذا تدني حالته الاجتماعية والاقتصادية من المرجح أن يواجه تحديا أكبر في تحقيق الانضباط الصحي الجيد على عكس ذوي الدخل المرتفع والوضع الاجتماعي والاقتصادي المريح، وتؤكد هناء شويخ (2012) هذا الطرح استنادا لتقرير نشر سنة 1982 في المملكة المتحدة، عن وجود فروق صحية بين الطبقات الاجتماعية حيث تسجل مستويات صحّية دنيا في الطبقات الاجتماعية من ذوي الدخل المحدود والتي قد ترجع لعدم استطاعتهم الحصول على الرعاية الصحية المطلوبة (شويخ، 2012، صفحة 40).

2_5_العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب / مريض :

تعتبر العلاقة بين المريض كطرف مستقبل للخدمة الطبية والطبيب كطرف مقدم لها، علاقة إنسانية مميزة وخاصة جدا، حيث يفترض أن الطبيب أقرب الناس لفهم طبيعة معاناة المريض وآلامه، وبالتالي فإن طبيعة هذه العلاقة التفاعلية، ترتكز عليها توجهات وسلوكيات المريض تجاه مرضه وصحّته عموما، فالمريض يضع بين يدي طبيبه أعز ما يملك ويرنو إليه بشغف منتظرا ما يقوله وما يتنبأ به عقب فحوصاته وتشخيصه، وقد علّق" إحسان محمد الحسن" (2010) عن هذا قائلا :"إن العلاقة الإنسانية بين الطبيب والمريض يمكن أن تكون قوية وفاعلة إذا كانت انطباعات وتصورات وقيم كل طرف من أطرافها إيجابية تجاه الطرف الأخر، أي يحترمه ويقدره ويقيّم ممارساته وتفاعلاته اليومية والتفصيلية، أما إذا كانت انطباعات وتصوّرات وقيم كلّ طرف من أطرافها سلبية أو هامشية فإن العلاقة في هذه الحالة لا يمكن أن تكون قوية وفاعلة بل تكون ضعيفة ومفكّكة ومبعثرة ولا يمكن أن تلمّ أطراف العلاقة وتوحّد كلمتهم نحو الأهداف والغايات التي يصبون إليها" (الحسن، 2010، صفحة 286).

فسّرت من جهتها شيري تايلور (2008) سبب عدم الالتزام بالعلاج المتعلق بطبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض بالاتصال الخاطئ كما أسمته هي، حيث أشارت إلى أن هناك عدة عوامل تتسبب في عدم الامتثال العلاجي، غير أنها جميعها متعلّقة بالاتصال، حيث أن المريض يتّخذ قراره والذي قد يكون قرارا لا رجعة فيه، يتضمن رغبته الفعلية بالامتثال للعلاج، ومدى فهمه لطبيعة العلاج والإجراءات المزمع اتباعها لإنجاح مهمة العلاج (تايلور، 2008، صفحة 552).

3_ النماذج النظرية المفسرة للامتثال العلاجي:

3-1- نموذج المعتقدات الصحية :

يعتبر نموذج القناعة الصحية من النماذج الأكثر شيوعا في مجال الصحة، حيث يعتمد عليه في تفسير بعض الممارسات الصحية الوقائية ، يشير نموذج المعتقدات الصحية إلى أن احتمال انخراط الفرد في السلوك الصحي محدد ويتحدد من خلال إدراكهم للتهديد الصحي الذي يطرحه الوضع الراهن وتقييمهم للسلوك الموصى به فالعناصر الأساسية لهذا النموذج هي :

- **القابلية المدركة للإصابة:** بمعنى اعتقاد الفرد الذاتي بوجود احتمال الإصابة بمرض معين أو عجز ما.

- **الخطورة المدركة للمرض:** أي مدى المرتبات السيئة إذا ما أصيبوا بالمرض أو العجز.

- **الفوائد المدركة للفعل:** وهي الفوائد المتوقعة التي ستحقق إذا مارس الفرد هذا الموقف.

- **المعوقات أو التكاليف المدركة للفعل:** ما الأشياء التي تحدث أثناء التوافق مع السلوك المحدد؟ أي إذا كان الفرد يسعى للتوافق أو عدم التوافق مع سلوك ما .

-**الدافعية الصحية:** وهي تفسر واقع أن الأفراد يختلفون من حيث درجة تقدير مستوى الصحة التي يتمنونها، وكذلك من حيث رغبتهم في المشاركة بأنشطة تعزيز الصحة.

- **الهاديات للتصرف:** وهي الهدف الذي يؤدي إلى السلوك، وقد تكون هذه الهاديات داخلية (مثل الأعراض المدركة) وقد تكون خارجية مثل : حملات التوعية الصحية أو الإصابة بالمرض أو وفاة صديق عزيز (شويخ، 2012، صفحة 62).

وقد وضع الباحثان "كاسل وكب" 1996 العلاقة بين أعراض المرض وسلوك المريض بالاعتماد على العديد من البحوث والدراسات السابقة، إذ ركز الباحثان على العوامل التي تجعل الفرد يدرك الأعراض المرضية على أنها مصدر يهدده بالإصابة بالمرض، وكذلك على العوامل التي تدفعه إلى تقدير أهمية عرض حالته المرضية على الطبيب أو كوسيلة لمقاومة هذا التهديد وبالتالي علاج الحالة المرضية، كما تؤثر العوامل الاجتماعية والثقافية في رؤية المريض للأعراض على أنها تهديد وكذلك على قيمة الفعل في نظر الشخص والمراد من الفعل هنا هو عرض الحالة المرضية على الطبيب والمشرفين على العلاج.

وبالرغم من أن البحوث والدراسات النفسية الطبية التي اهتمت بدراسة سلوك المريض قد ركزت على هذا السلوك من خلال ما يشعر به المريض من أعراض مرضية وكذلك موقفه من البحث عن علاج لما قد يكون وراء هذه الأعراض من أمراض وذلك باستشارة الطبيب أو عن طريق ما قد يكون موجودا في المجتمع من خدمات طبية، ولكن لا يجب أن ننسى أنه بالنسبة لبعض المرضى الذين لا يذهبون لطلب الفحص الطبي ولكن قد يلجؤون إلى رجل الدين أو

الساحر أو الصيدلي، ويتوقف المريض عن تفسيره لكل ما يشعر به من أعراض ولأسباب هذه الأعراض في نظره، وقد يرجع المريض سبب أعراضه إلى أنه ارتكب خطيئة وعليه أن يكفر عنها وقد يرى مريض أخر أنها نتيجة لتناول طعام معين وأنه يكفي تناول بعض الأعشاب حتى تختفي تلك الأعراض وهكذا تختلف مصادر العلاج باختلاف الوعي الصحي والطبي في المجتمع.

وقد درس نموذج المعتقدات الصحية هذه الاختلافات فيما يتعلق بالاعتقادات والادراكات التي يكونها المرضى تجاه أمراضهم وبالتالي تتبلور أنواع السلوكيات التي يتبنونها اتجاه أعراضهم المرضية ويتضمن هذا النموذج مبادئ تتمثل في ما يلي:

– استعداد الفرد للقيام بسلوك صحي معين هو الذي يحدد نتائجه وآثاره.

– تقييم الفرد لفائدة هذا السلوك المقترح ومقاومة هذه الفائدة بما يرتبط بهذا السلوك من تكاليف وأضرار أو معوّقات جسمية أو اجتماعية.

– مثير للسلوك يدفعه نحو البحث عن السلوك الصحي المناسب قد يكون هدا المثير داخليا مثل (الأعراض المرضية) وخارجيا مثل (وسائل الإعلام).

3-2- نظرية النشاط العقلاني:

وضع أسس هذه النظرية كل من "أجزن وفيش"(1980) ثم بلورها "تيري وآخرون" (1993) لدراسة والتنبؤ بسلوك الفرد في سياقه النفسي والاجتماعي، إن الأشخاص عادة ما يستخدمون أساليب عقلانية في تبني سلوك ما إذ يستعملون المعلومات المتوفرة لديهم ويتوقعون الانعكاسات قبل أن يقدموا على هذه السلوكيات فالسلوك الإرادي بالنوايا وهذه الأخيرة تحددها الاتجاهات نحو السلوك والمعايير الذاتية، وهكذا فإن تبني سلوك صحي أو الامتثال العلاجي يقوم على نوايا الإقدام على ذلك، وهذه النوايا تستند أولا إلى الاتجاهات العامة للفرد نحو الصحة، والمعايير الذاتية كأن يشجع أشخاص ذوي الأهمية السيكولوجية على تبني هذا السلوك (سالمي، 2013، الصفحات 52-53)، ومنه يمكن القول أن هذا النموذج جد مقيد للتنبؤ بسيرورة مرحلة اتخاذ القرار لكن لا يمكن الوثوق به ويصبح ضعيفا إذا ما تعلق الأمر باستمرارية السلوك والمحافظة عليه لمدة أطول مما يعني أن الكثير من العوامل قد أهملها هذا النموذج.

3-3- نظرية السلوك المخطط:

صاغ هذه النظرية "أجزن" (1991) وهي تكمل النموذج سالف الذكر بإدماج التحكم السلوكي المدرك كمفهوم أساسي وعامل من العوامل المنبئة لنوايا السلوك وتتكون هذه العوامل المتفاعلة من المعتقدات التالية:

- الاتجاه العام إزاء سلوك معين والذي يتوقف على تقدير هذه السلوكيات والمعتقدات المتعلقة بانعكاساته.

- المعايير الذاتية التي تتوقف على المعايير الاجتماعية وموافقة الفرد على هذه المعايير.

- التحكم السلوكي المدرك الذي يعني الاعتقاد في استطاعة تبني سلوك صحي أو وقائي وهذا الأخير يتوقف على عوامل داخلية (مؤهلات معلومات مجهود) أو عوامل خارجية (فرص موانع) .

إن الأشخاص حسب هذا النموذج لديهم استعداد لتبني سلوك صحي خاص إذا ما اعتقدوا أن هذا السلوك سيفضي إلى نتائج، وهذه النتائج يتمنونها هم والأفراد ذوي الأهمية السيكولوجية لديهم ويعتبرون أن النشاط المنشود متحكم فيه (بهية بن موفق،2014، ص54)

ما يميز هذه النظرية عن النماذج الأخرى أنها أدخلت بعض المتغيرات الاجتماعية كالمعايير وكذلك بعض الاتجاهات والادراكات مما قد يمكن الباحث والمعالج من التعرف على بعض الجوانب اللاعقلانية في المعتقدات غير أن ما ينتقد هذا النموذج هو عدم اقتراحه اتجاه للسلبية ولانعكاسات محددة زمنيا.

3-4-نموذج مراحل التغيير (النموذج عبر النظري):

بلور هذا النموذج "بروشاسكا وديكلمانت" 1992 بهدف فهم أكثر للمراحل التي يجتازها الأفراد الذين يرغبون في تبني سلوك مضر، بمعنى آخر للتعرف على دينامكية التغيرات التي تحدث خلال محاولة الالتزام بالسلوكيات الصحية والامتثال العلاجي .

- مراحل التغير:

يحدد هذا النموذج خمس مراحل للتغيير في السلوك وهي:

أ- مرحلة ما قبل التفكير في الفعل:

يعاني الأفراد في هذه المرحلة من نقص الوعي بمشكلة السلوك وعدم توفر الخطط لتغيير السلوك في المستقبل' مما ينتج عنه غياب الدافع الذاتي لعمل أي تغيرات، وربما يقلل ذلك من الفوائد المترتبة على أي تغييرات محتملة في السلوك.

ب- مرحلة التفكير في الفعل:

وتتميز بنمو وعي الأفراد بتكاليف السلوك السلبي ويبدؤون في إدراك أن إجراء تغيير ممكن أن يكون فكرة جيدة، ففي هذه المرحلة يبدأ الأشخاص بالبحث عن معلومات في الموضوع محل الاهتمام أي يبدؤون في التفكير بجدية في تغيير سلوكهم دون القيام بأي فعل خلال هذه المرحلة.

ت- مرحلة الإعداد للفعل:

يبدأ الأفراد بوضع خطط بشأن كيفية بداية التغيير وتتميز هذه المرحلة بتحضير الفرد ذاته وعالمه الاجتماعي ليلائم نيته في تغيير السلوك المقصود.

ث- مرحلة الفعل:

تبدأ هذه المرحلة بالانخراط الفعلي في سلوك جديد (شويخ، 2012، الصفحات 71-72)، وكذلك الالتزام بهذه التغيرات التي حصلت ويكون التغير في السلوك المشكل واضحا ويلاحظ من طرف الجميع ، ويصب الفرد اهتماماته في "الفعل والتغيير " ولكن يتناسى جهد الحفاظ على هذا التغيير لأن استمرار السلوك الايجابي المكتسب هو الذي يضمن فعالية هذه المرحلة حيث يحتاج المفحوص خلالها إلى زيادة درجة فعالية الذات وكذلك التعزيزات الايجابية المستمرة من طرف المشرفين على العلاج مثلا الكفالة النفسية وهذا ما يضمن عدم ظهور السلوك المشكل.

ج- مرحلة الحفاظ على الفعل:

هي المرحلة التي يحاول فيها الفرد الحفاظ على السلوك المكتسب وتجنب الانتكاس، يصل الفرد إلى هذه المرحلة بعد ستة 6 أشهر من بداية الانخراط في السلوك الايجابي، لقد ركز هذا النموذج على المراحل التي يتخطاها الفرد لتبني السلوك الصحي والامتثال العلاجي، غير أنه يتغاضى عن الكثير المتغيرات التي تساهم في الوصول إلى مرحلة المحافظة وتثبيت السلوك المنشود (حدار، 2008، صفحة 57).

3-5-نموذج الامتثال الصحي:

يفسر هذا النموذج طريقة تعايش العميل مع مرضه وامتثاله للعلاج برغم تأثيرات هذا الأخير على حياته، أي أنه يفسر السلوكيات المتعلقة بإتباع المعالجة الطبية، ويتضمن هذا النموذج دراسة 3 ثلاث متغيرات:

- المتغيرات السابقة: وتتضمن فهم العلاج أو الخصائص العلاجية (الأدوية المقادير، الوزن والذوق، وتعقد طريقة التناول ....) نوعية التعليمات المقدمة للعميل (طبيعة وأهداف العلاج، التأقلم مع نمط الحياة، سهولة قراءة وفهم التعليمات) ومتابعة العميل (المواظبة في مواعيد المعاينة) السند العائلي ونوعية العلاقة بين العميل والمعالج.

- متغيرات ذاتية فردية مرتبطة بادراك العميل لوضعية مرضه والخطورة المقدرة ودرجة الرضا.

- الانعكاسات التي يمكن أن تظهر في شكل مكاسب أو صعوبات تكون ناجمة عن عوامل ذاتية أو الامتثال نفسه، وقد تكون هذه المكاسب ذاتية (تحسن الحالة الصحية) مكاسب اجتماعية (التقدير الاجتماعي، السند العائلي) ومكاسب مالية (ربح اقتصادي كالتوقف عن التدخين) في حين تأخذ الصعوبات أشكالا متعددة منها: الصعوبات الجسدية (تدهور الحالة الصحية، حدة المضاعفات الجانبية) الصعوبات المالية (تكاليف العلاج الباهظة) وأخرى اجتماعية (غياب الدعم العائلي، الخوف من العدوى).

ركز هذا النموذج على المتغيرات المرتبطة بالامتثال العلاجي والعوامل الفردية والانعكاسات ولم يهتم بالعلاقة بين مدركات ومعتقدات الفرد والسياق الاجتماعي نحو المرض والعلاج (حدار، 2008، الصفحات 56-57).

3_6_نموذج سيرورة السلوك الصحي:

اقترح "شوازير" (1992) بتحديد جملة من المتغيرات المتعلقة بالسلوك الصحي منها الانجراحية، الخطورة المدركة، المعتقدات ذات العلاقة بانعكاسات السلوك، نوايا السلوك، الفعالية الذاتية المدركة وغيرها وقد أولى هذا النموذج اهتماما لمرحلتين من السلوك:

أ- **مرحلة الدافعية والنوايا:** فهي التي تبني متغيرات متنوعة مثل الخطر المدرك، المعتقدات بانعكاسات السلوك، الفعالية الذاتية.

ب- **مرحلة النشاط الإداري والتنفيذ:** وتتضمن هذه المرحلة ثلاث مستويات:

- **المستوى المعرفي:** صياغة مخطط للنشاط أي التحكم في النشاط.

- **المستوى السلوكي:** النشاط ومستوى الوضعية (الصعوبات والمواد الخارجية) وهي المتغيرات التي تؤثر في النشاط أي تناول الأدوية والامتثال للعلاج.

يختلف هذا النموذج عن النماذج المذكورة أنه قد طرح مرحلة الدافعية حيث تتفاعل العديد من العوامل كالخطورة المدركة، المعتقدات ذات العلاقة بانعكاسات السلوك، الفعالية الذاتية التي تساهم في بناء وصياغة النوايا وكذلك افتراض مرحلة النشاط الإداري حيث تتدخل عدة متغيرات لتفضي إلى سلوك فعلي، لكن رغم ما قدمه هذا النموذج من تعديلات إلا أنه بقي يثير بعض الإشكالات ومنها على وجه الخصوص مدى معالجة الأفراد للمعلومات بطريقة عقلانية منطقية في بناء معتقداتهم حول انعكاسات السلوك، دور بعض المتغيرات المتعلقة بالسيرورات اللاعقلانية كالانفعالات الحادة، وكذلك التغاضي عن دور بعض العوامل البيئية ومنها المعايير الاجتماعية.

4_أنواع عدم الامتثال العلاجي

لعدم الامتثال العلاجي أنواع مختلفة حيث يمكن تصنيف عدم الالتزام إلى:

- **عدم الالتزام غير المنتظم** : حيث تتخل متغيرات حياتية يومية تؤثر في الامتثال
- **عدم الالتزام غير الواعي** :اتباع للإرشادات وخطأ في التنفيذ كالاستعمال الخاطئ للأدوية والأجهزة.
- **عدم الالتزام المتعمّد** :وتتدخل فيه متغيرات كالإنكار والخوف والرفض، وهناك أشكالا أخرى لعدم الالتزام مثل:
- نسيان المريض أخذ دوائه وبخاصة عند كبير السن.
- إشكالية أخذ الأدوية مجتمعة وهي إشكالية شائعة.
- أخذ جرعات زائدة أو أدوية أخرى دون استشارة الطبيب.
- الآثار الجانبية لبعض الأدوية وعدم استساغة المريض لها.
- قناعات المريض حول الأدوية والعلاج عموما (لكحل، 2011، صفحة 43).

وقياسا على مقترح فينشمان حول العلاقات المتبادلة بين أنواع الامتثال يمكن تصنيف أنواع الامتثال العلاجي إلى:

- الامتثال الأولي : ويعني صرف الوصفة الطبية من الصيدلية.
- الامتثال الجزئي : ويعني أخذ بعض الأدوية.
- الامتثال الكامل : أخذ الدواء تماما على النحو المنصوص عليه.
- فرط الامتثال : ويعني أخذ كميات زائدة عن الموصوفة (Finchma، 2005، صفحة 16)

5_قياس الامتثال العلاجي

يعتبر قياس الالتزام معيارا مهما في أي برنامج علاجي، به يعرف مدى نجاعة وفعالية البرتوكول العلاجي عموما وكذا إمكانية تقييمه والوقوف على أي خلل أو نقص قد يعتري،. غير أن هذه العملية ليست بالهينة حيث تستوجب جملة من الخطوات والإجراءات وذلك لصعوبة ضبط

القياس، هذه الصعوبة تسببت في اختلاف بين الباحثين والمختصين في اختيار الطرق مما يفسّر تنوّعها إذ تختلف باختلاف طبيعة المرض) حاد – مزمن (، وحسب سنّ المريض) قاصر، راشد ، مسن (رزقي، 2012، صفحة 78)، وبناء على هذا يمكن تقسيم أنواع أو طرق قياس الامتثال العلاجي إلى:

- **القياس المباشر**: ويشمل طرقا عدة منها:

- الطرق البيولوجية : بالارتكاز على التحاليل المخبرية للدّم والبول خصيصا حيث يمكن الكشف عن أثر الأدوية المتناولة من المريض.
- قياس وزن المريض : فقد تستوجب بعض الأمراض إتباع نظام غذائي خاص وهنا يستوجب من الطبيب وزن المريض ومقارنته بآخر فحص للوقوف على مدى التزام المريض بالخطة العلاجية المرسومة.
- الملاحظة المباشرة: على إثر فحص تقيمي للمريض يقوم به الطبيب
- ملاحظة أثر العلاج: وذلك من خلال زوال الأعراض أو تناقصها وتحسن حالة المريض الصّحية وملاحظة الآثار الجانبية التي قد تنجم عن العلاج المتبع.

- **القياس غير المباشر**: ويشتمل على:

- المقابلة والاستبانات
- الحكم الذاتي المُتلقّى عن العلاج
- حساب الأدوية المتناولة
- تحليل تجديد الوصفات من خلال السجّلات

كما يمكن تقسيم هذه المقاييس من حيث طبيعتها إلى:

- **مقاييس موضوعية**: وتمتاز بأنها أقل عرضة للتزوير والتلاعب بالنتائج وبالتالي أكثر دقّة غير أنها أكثر كلفة وغالبا غير متاحة، منها:

- الملاحظة المباشرة للعلاج : حيث تتطلب حضور المريض
- القياس البيوكيميائية: من خلال فحص مخبري للعينات من المفرزات كالدم واللعاب والبول.

- التسجيلات الطبية والصيدلانية وكذا التأمينات وتعتمد على دقة تسجيل البيانات وحداثتها.
- قياس الدواء وتعني قياس فارق الاستعمال بين فحص وآخر مع ملاحظة بعض الصعوبات منها نسيان إحضار الدواء عند الفحص، ووجود أدوية غير مستخدمة من وصفات سابقة وغيرها.
- القياس الالكتروني من مزاياه الدقة غير أنها مكلفة وغير متاحة للجميع ضف إلى ذلك ما تستغرقه من وقت لتحليل البيانات.

- **مقاييس ذاتية:** تمتاز بسهولتها وعدم كلفتها وإمكانية تطبيقها مما يفسّر شيوعها، ورغم ما يعاب عليها من عدم الدقة إلى أنها تميل إلى زيادة الالتزام ومنها:

- سجلات المريض اليومية: وقد تحوي القيام بسلوكيات مختلفة كتناول الدواء والتمارين الرياضية والنظام الغذائي وهذا على شكل قوائم أو استمارات غير أنها قابلة للتزوير.
- التقرير الذاتي للمريض: وهي طريقة بسيطة تسمح بجمع معلومات أكثر تفصيلا ويمكن أن تكون عن طريق استبيان أو مقابلة، ومن عيوبه أن المعلومات قد تكون غير دقيقة وبالتالي غير موثوقة.

خلاصة:

يعتبر الامتثال العلاجي حجر الزاوية في أي علاج من أي مرض وبشكل خاص بمرض مزمن كمرض السكر، حيث آثاره على المريض (جسديا ونفسيا واجتماعيا وغيرها) وعلى المحيط الذي يليه على كل المستويات كبيرة وعميقة، وتشير التقارير الصادرة من مختلف الجهات إلى أن السكر من قائمة الأمراض المسببة لنسب عالية للوفيات في كثير من أنحاء العالم وحتى المتقدم منه، وبالرغم من التكاليف الباهظة التي تنفق على الأبحاث والعلاجات، إلا أن إحصائيات الإصابة به تتنامى سنة تلو أخرى بشكل يثير القلق، لهذا وجب على المريض اتباع كل السلوكيات الصحي، ولنجاح هذا السلوك لابد من تظافر الجهود فلا يكفي أن يعي المريض خطورة مرضه وضرورة التزامه بالعلاج فقط بل لابد من توفر السند الاجتماعي ودعم الفريق الطبي بهدف تحقيق مستوى أعلى من الامتثال واستنادا لما سبق يتضح لنا أن كل تقنية من التقنيات التي تم ذكرها أعلاه مناسبة لقياس الامتثال العلاجي، لكن في المقابل كل واحدة تتطلب وضعيات وطرق خاصة تستلزم إتباع المعالج للمتعالج وهذا قد يعتبر عمل شاق ونسبي ولذلك فإن أحسن الطرق لمعرفة مدى الالتزام بالعلاج من عدمه لدى المريض هو مراعاة الظروف والعوامل التي تؤثر في الامتثال العلاجي.

الفصل الرابع:

داء السكري

تمهيد:

إن مرض السكر هو في الحقيقة ليس مرضا حقيقيا، وإنما هو خلل بعملية التمثيل الغذائي للحصول على الطاقة يسفر عن ارتفاع سكر الدم (الجلوكوز) وخروج جزء منه مع البول، أي يصبح البول حلو، وهو مرض أصبح متزايدا إلى حد كبير، و كثير من المصابين به لا تظهر عليهم أعراض واضحة، ولذلك فهو يتشابه من هذه الناحية مع مرض ضغط الدم المرتفع، وأصبح يطلق علية أحيانا " الوباء الصامت " ولا شك أن سمات الحياة العصرية أوقعت البعض منا ضحايا لهذا المرض، فهو يرتبط لاشك بعوامل زيادة وزن الجسم، وزيادة الضغوط النفسية وإهمال الأنشطة الرياضية و تناول الأغذية غير الصحية و الغنية بالسكريات والدهون المشبعة، وكل هذه العوامل ملحوظة واضحة في حياتنا، و لذلك فإننا عندما نقول إنه يمكن علاج مرض السكر بدون دواء فإن ذلك ليس مبالغة، بل يمكن بالفعل تحقيق ذلك في حالات كثيرة من سكر الكبار، أي الذي يظهر في سن متأخر نسبيا، كما يمكن أيضا أن تتحسن حالات سكر الأطفال والشباب بإتباع أساليب غذائية ومعيشية أفضل تساعد في مقاومة هذا الخلل، كما أن الإصابة بداء السكري تعني الإصابة بمرض يجعلك تراقب نسبة السكري لديك طوال حياتك كونه مرض يتطلب ثلاثية علاج محكمة تكون العلاقة فيها بين الحمية، الرياضة وحقن الأنسولين يتربع على عرش هذه الثلاثية تاج العناية النفسية.

1- ماهية وتعريف مرض السكري وتحديده

هو عبارة عن خلل في عملية تحمل الجلوكوز داخل جسم الإنسان و يكون السبب ذلك هو نقص إفراز الأنسولين من البنكرياس، أو نقص فعالية الأنسولين، مما يسبب زيادة في نسبة السكر في الدم، وبالتالي اضطراب في عملية التمثيل الغذائي للكربوهيدرات والبروتينات الدهون(Nettina,1996/13.03)، وهو اضطراب إقلابي ناتج إما عن عجز إفراز هرمون الأنسولين أو عن مقاومة غير عادية في الجسم ضد هذا الهرمون، والذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر (الجلوكوز) في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية، عضوية أو بسبب الإفراط في تناول السكريات أو بسبب عوامل وراثية نتيجة وجود خلل في إفراز الأنسولين من البنكرياس و قد تكون كمية الأنسولين التي يتم إفرازها أقل من المطلوب أو يكون هناك توقف تام عن إنتاجه و يطلق على هذه الحالة " قصور الأنسولين " أو أن الكمية المفروزة كبيرة في بعض الحالات كالأفراد المصابين بالسمنة و لكن هناك مقاومة من الأنسجة و خلايا الجسم تعوق وظيفة الأنسولين و يطلق على هذه الحالة " مقاومة الأنسولين (الزروق، 1997، صفحة 92).

وفي كلتا الحالتين يكون الجلوكوز غير قادر على الدخول للخلايا مما يؤدي إلى تراكمه في الدم وإمكانية ظهوره في البول، و بمرور الوقت ومع ازدياد تراكم السكر في الدم بدلا من دخوله خلايا الجسم، قد تؤدي إلى مضاعفات مزمنة على بعض أجزاء الجسم كالأوعية الدموية الدقيقة في شبكية العين و حويصلات الكلى (الحميد، الطبعة الأولى، 2007، صفحة 92).

يعرف مرض السكر بأنه اختلال في عملية أيض السكر الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر (الجلوكوز) في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية، أو عضوية، أو بسبب الإفراط في تناول السكريات، أو بسبب عوامل وراثية، ويحدث نتيجة وجود خلل في إفراز الأنسولين من البنكرياس، فقد تكون كمية الأنسولين التي يتم إفرازها أقل من المطلوب أو يكون هناك توقف تام عن إنتاجه ويطلق على هذه الحالة " قصور الأنسولين"، أو أن الكمية المفروزة كبيرة في بعض الحالات كالأفراد المصابين بالسمنة ولكن هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعوق وظيفة الأنسولين ويطلق على هذه الحالة "مقاومة الأنسولين".

إن مكان الخلل في مرض السكري في غدة البنكرياس، والأنسولين هو واحد من الإفرازات التي يفرزها البنكرياس، وأول وظيفة للأنسولين هو أنه يساعد على استخدام الجلوكوز، وعندما تفقد هذه الوظيفة لسبب ما يظهر مرض السكري .

حيث إنها أشارت إلى أن الخلل الرئيس في مرض السكري هو في نسبة الأنسولين التي يفرز من البنكرياس وتلك النسبة تزداد عند تناول الإنسان للوجبات الثقيلة وخاصة المحتوية على سكريات، وفي حالات غياب الطعام فإن نسبة الأنسولين تقل، وفي كلتا الحالتين الهدف المحافظة على النسبة الطبيعية للسكر(الجلوكوز) في الدم، حيث أن 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 المفروز من البنكرياس لا تستخدمه خلايا جسم الإنسان لأي سبب كان (رضوان، 2002، صفحة 57).

2- نبذة تاريخية عن مرض السكري

مرض السكر معروف منذ القدم، حيث لاحظ الطبيب الإغريقي "أريتاوس" في أوائل عام (200) قبل الميلاد أن بعض المرضى تظهر عليهم أعراض كثرة التبول والعطش الشديد وقد سمى هذه الظاهرة "البوال" أو "الديابيتس"، وهي كلمة لاتينية تعني الذهاب إلى كرسي الحمام أو كثرة التبول، وفي عام (1675) أضاف العالم "توماس ويليس" كلمة "ملليتوس" وتعني باللاتينية "الحلو كالعسل" بعد ملاحظة أن دم وبول مرضى السكر له مذاق حلو فأصبحت تسمية هذا المرض "ديابيتسمملليتوس" أو مرض السكر، ومع أن كلمة ديابيتس تعني مرض السكر إلا أن هناك أيضاً حالة نادرة تسمى "ديابيتسإنسيبيدوس" لا يكون مذاق البول فيه حلو وتنتج هذه الحالة بسبب قصور في وظائف الكلى أو الغدة النخامية.

ويعتبر مرض السكري من الأمراض القديمة، وشخّصه ابن سينا قبل عشرة قرون، حيث كان يتعامل مع البول تبخيراً ليشخص من خلاله مريض السكر، ليعرف ما إذا كان هذا البول يتحول إلى مادة شرابية لزجة، أو يتحول لسكر أبيض، ثمّ توالت مراحل اكتشافه وتطوّرت ومن أهم هذه المراحل:

- العالم "بوشاردت" لاحظ وجود علاقة بين عدم كفاءة غدة البنكرياس على إفراز هرمون الأنسولين وبين مرض السكر، فالأخير من مسببات الأول، شُبّه مريض السكر بعد ذلك بميت الأحياء، حيث لا علاج له والموت البطيء ينخر جسده، لاحظ العالم بوشاردت عام (1815) أنّ ثمة علاقة وثيقة بين مرض السكر وعدم كفاءة غدة البنكرياس على إفراز هرمون الأنسولين.
- العالمان "مينوكوفسكي وجوزيف فون" أجريا تجارب على الكلاب المخدرة والتي نزع منها البنكرياس ليتأكدا من صحة العلاقة بين عطل البنكرياس ومرض السكري، وقد ظهرت أعراض السكري على الكلاب التي نزع منها البنكرياس، حيث كان الكلب المنزوع منه البنكرياس المريض يفرز ما يقارب أوقيتين من السكر يومياً في بوله، وارتفاع نسبة السكر في الدم.
- أمّا العالم "مينوكوفسكي" فقد وضع قطعاً من البنكرياس بعد تقطيعه، تحت جلد الكلاب التي نزعت منها البنكرياس، فلاحظ أنّها تعيش بشكل سليم وطبيعي من غير أن تظهر أعراض وعلامات لمرض السكري عليها، وبهذا تتضح الصلة الوثيقة بين مرض السكري وعطب وخلل البنكرياس، لغاية العام "1920" كان الأمر يختلط على الأطباء، فلا يستطيعون التفريق بين البول الحلو المذاق ودلالته على مرض السكري، والبول السكري المر الخادع في عدم دلالته على مرض السكري، مع احتمالية الإصابة بمرض السكري في كليهما، وتتشابه أعراض السكري في كليهما والبول السكري الخادع منها الشعور بالعطش الشديد.
- و في عام 1921 تمّ اكتشاف الأنسولين ليدخل في علاج مرض السكر وتقليل آثاره، وقبل هذا التاريخ كان العلاج يقتصر على الحمية الغذائية، وذلك بالإقلال من تناول السكريّات والنشويّات التي تتحول لسكر جلوكوز بعد تكسرها.

3- الأعراض الأساسية للسكري

3-1- الأعراض الناتجة عن ارتفاع مستوى سكر الدم

إن مرض السكري هو مرض يفقد فيه الجسم القدرة على استعمال الصحيح للسكر و على خزنه الأمر الذي يؤدي إلى ارتفاع تركيزه في مجرى الدم وطرح ما يفيض منه في الإدرار بعد أن يصبح مستواه أعلى من العتبة الكلوية أو الحد الكلوي الذي يتوقف عند تسرب السكر في الحالة الطبيعية التي هي (180ملغم /100مل /10مليمل/اللتر) .

بالإضافة إلى الاختلال التحويل الغذائي (الاستقلاب) للدهون و البروتينات في داخل الجسم، وعليه تعزي أعراض مرض السكري بالدرجة الأولى إلى ارتفاع مستوى تركيز السكر الدم إلى مستويات تعلو فوق المستويات الطبيعية.

ومن هذه الأعراض التي يُمكن أنْ يُعاني منها مرضى السكري :

- كثرة البول والتبول
- العَطَش الزائد (العَطَاش) وجفاف الفم
- فقدان حديث وغير مُبرَّر في وزن الجسم في أكثر الحالات
- الشعور بالتعب والإنهاك البدنيين في كثير من الحالات
- غشاوة في البصر
- غثيان وصداع
- جفاف الجلد مع الحكة
- فرط الشهية وتفضيل الأطعمة الحلوة
- تأرجُح المزاج
- سرعة التهيج والاكتئاب
- تنَمُّل مع ألم محرق في القدمين والكفين والساقين والجسم
- الاستعداد للإصابة بالإخماجات " أو الالتهابات " الفطرية والجرثومية مثل الدُمّل

- الحكة في منطقة الأعضاء التناسلية بالنسبة للنساء (الأشبال، 2014).

3-2- الأعراض الناتجة عن المضاعفات أو التعقيدات الحادة أو المزمنة لداء السكري

إضافة إلى أعراض فرط سكر الدم فقد يعاني المصاب بمرض السكري من أعراض المضاعفات الحادة كنوبات هبوط السكر الطباني وحالات الحُماض الكيتائي السكري في حالة مرض السكري النمط الأول على الأغلب و الإحالات غيبوبة وارتفاع سكر التحليلي العالي غير الكيتائي في حلة المرض السكري من النوع الثاني وتكون الأعراض متعلقة بالمضاعفات المزمنة لداء السكري و المتأتية من التأثيرات الانحطاطية والارتفاع المزمن للسكر في الدم على مختلف أنسجة الجسم والتي تؤدي بصورة تدريجية وتراكمية إلى إتلافها مع حدوث خلل في وظائفها و في النهاية إلى عجز أو قصور أنسجة أو أعضاء مهمة من الجسم كالكلية أو العين و الأعصاب و الجلد و الأسنان و غيرها، وبالإضافة إلى تصلب الشرايين القلب والدماغ والقدمين.

4- العوامل المساعدة على ظهور السكري:

يصيب داء السكري الرجال كما يصيب النساء و هو غالبا ما يصيب الكبار و تكونه لا يعفي الصغار أيضا و يقدر عدد المصابين في العالم بحوالي 200 مليون جلهم مصابين بداء السكري (عطية، 1993، صفحة 20)، و تعود أهم الأسباب في بادئ الأمر إلى المقاومة لفعل الأنسولين مازالت غامضة المنشأ و رغم أن الأطباء مازالو عاجزين عن حل الغز وظهور هذا الداء في سن معينة من عمر الانسان فإنهم يدركون بصورة واقعية الظروف الطبيعية التي تهيء لتولد الحل و تفاقمه و منها الوراثة و تعتبر من أهم العوامل التي توضع في الحسبان عند تعزيز الإصابة بالسكري لدى فرد إذا ما أنه أصيب به و لا تخلو سلالته من هذا الداء و كلما كثر عدد المصابين بين أعضاء الأسرة الواحدة ازدادت احتمالات الإصابة لاسيما إذا كانت الوراثة المرضية قد أدركت البطون والأحفاد في سلالة أي من الوالدين و نسبة الإصابة عند التوأمين متماثلة في التركيب الوراثي وهنا يجدر التحذير من رغبة التزاوج بين الأقارب والأصحاء اذا كانوا ممن يحملون الاستعداد الوراثي للسكري أي ممن يكثر عدد الإصابات في الشجرة العائلية (AONESH ET AL ,2001 :25)، كما أن عدد الإصابات في ذريتهم ستكون أعلى مما لو كان الزواج بين عائلات لا تربطها أي علاقة نسب، ومع ذلك فإنه لا يجوز التهويل في

هذا الاحتمال، إلا أن ظهور السكري ليس أمرا محتملا عند ذرية مرضى السكري و بنيته –بناءا على بعض الإحصائيات الموثقة و التي لا تتجاوز 35بالمائة حتى ولو كان الوالدين هما المصابين (AONESH ET AL ,2001 :25 ,26).

4-1- السن:

نادرا ما يصاب بمرض السكري من هم دون سن الأربعين سنة و لكن الإصابات به تزداد بعد ذلك طردا تقدم الفرد في السن حتى تصل إلى القيمة و تختلف نسبة الإصابة بين أصحاب الجنس الواحد باختلاف المجموعة التي يعيشون فيها.

4-2- الوزن

قد يرث المرء استعدادا بيولوجيا يجعله عرضة للإصابة في فترة متقدمة من عمله و لكنه لا يقع فريسة المرض أبدا لا سيما اذا حافظ على لياقته البدنية، والواقع هو أن ازدياد الوزن يندرج بأهميته مباشرة بعد الوراثة كعامل أساسي لظهور السكري (07 : 2001, khalfa).

و لقد بات معروفا بأن السمنة تزيد من حاجة الجسم للأنسولين لأن الخلايا الغنية بالدهون تصبح مقاومة لفعله كلما ازدادت حجما وعددا ، بالاضافة إلى أن الإكثار من الأكل (الوجبة الغنية بالحريرات قد تكون سببا في ظهور داء السكري) حتى أن سوء التغذية الناتج عنه البروتينات في بعض المناطق شبه الاستوائية قد يكون سببا في ظهور داء السكري (13: 2001, khalfa).

4-3- النشاط الجسدي و الاسترخاء :

لقد بينت عدة دراسات أن الرياضة و النشاط البدني يرفعان مواجهة فعالية الأنسولين كما بينت دراسات أخرى بالمقابل كثرة ظهور السكري بصورة مميزة عند الكثيرين ممن يكثرون من الجلوس ويستكينون للراحة الجسدية كما أن عامل السمنة كثيرا ما يترافق مع عامل الخمول الجسدي فبتفاقم أثرها السلبي و السيء و يصبح " النعمة " وما يتبعها من استرخاء وترف نقمة على أصحابها وأبسط مثال على ذلك ما أصاب سكان أحد المناطق النائية في المحيط الهادي وهي جزر نور إذ أنه وبعد اكتشاف الفوسفات في هذه الجزيرة تحسنت أحوال سكانها وراحو يقلدون نمط الحياة الغربية من عادات ومأكل فارتفعت إصابات السكري لديهم إلى 10 أضعاف مما

كانت عليه قبل اكتشاف الثروة الطبيعية وبالمقابل فإن إصابات السكري هبطت هبوطا معتبرا في باريس خلال سنتي الحرب العالمية الثانية حين مورس التقنين الغذائي وأظهر السكان في مواجهة الضيق الاقتصادي..

ومن المعارف السابقة أن البدو دائمي التنقل والعمل سعيا وراء الرزق هم أقل إصابة من الحضر بداء السكري، وقد تترافق عوامل الفرات مع السمنة والاسترخاء والترفع عند القيام بالأعمال اليدوية فتتضاعف احتمالات الإصابة بصورة تصاعدية والشواهد على ذلك كثيرة في الشرق و الغرب ومنها الشعوب العربية التي فيها الرخاء خلال العقود الثلاثة السابقة (عطية، 1993، الصفحات 23-24).

4-4- مشاكل الحياة :

كثيرا ما يمكن القول أن السكري يصيب الفرد بعد صدمة في حياته كوفاة قريب عزيز أو حادث سيارة مروع أو الإفلاس التجاري والمالي، وقد يكون سبب ظهور السكري أحد هذه الصدمات النفسية والجسدية ولكن لا يجب أن يعني هذا أن السكري يرتبط مباشرة، لهذا يجدر بنا أن لا ننسى الدور الوراثي وأن جل ما لهذه الصدمات من تأثير إنما هو تعجيل ظهور الداء قبل أوانه إلى ظهور الصفة المؤقتة وعابرة أو توفير المجال لاكتشافه باكرا .

4-5- عوامل بيولوجية :

قد يرجع الخلل عند بعض مرضى السكري تباطؤ إفراز الأنسولين وعدم تزامن الطاقة مع تناول الغذاء وقد تكون أسباب المشكل ازدياد الخلايا الدهنية في الجسم مما يضعف فعل الأنسولين رغم صحة معياره وكفاءة إفرازه يعثر دخول الغلوكوز إلى خلايا ويتراكم في الدم ويقوي بدوره هذا العامل و تثبيت أهميته عندما نرى كيف يتعدل السكري غالبا حالة ما تختفي السمنة ويستوي الوزن (ALEXANDAR 1977 :09) ، ويأمل الكثير من الأطباء أنه يمكن تجنب الإصابة بهذا الداء لو اكتشف باكرا وذلك باستخدام أدوية مثبطة للمناعة والالتهاب وتقوم بعض المراكز العلمية المتقدمة بتجارب في زراعة البنكرياس أو الخلايا المولدة للأنسولين في الجسم المصاب إذا ظهر عليه ما يدل على إصابة أعضائه الحيوية كالكليتين والقلب و لعينين بمضاعفات داء السكري وذلك قبل استفحالها، لكن رغم مرور 20 سنة على البدء بهذه التجارب فإنها ما تزال

تحبوا متعثرة بشتى العراقيل المناعية مما يدعو للتأني بالنصح بها إلا في الحالات القصوى هذا مع العلم أن نسبة النجاح في المراكز الطبية المتقدمة قد تصل إلى 75بالمائة و قد بلغ عدد الحالات الناجحة فوق 1500 حالة وكثيرا ما تنجح الزراعة إذا اقترن زرع البنكرياس في عملية واحدة مشتركة مع زراعة كلية سليمة تعطي بدل الكلية المعطلة.

5- غدة البنكرياس وداء السكري

قبل اكتشاف الأنسولين حاول العديد من الباحثين في بداية القرن 19 أكثر من 400 باحث السكري ومجرب كانوا يقومون بتجارب على البنكرياس لكي يجدوا المضاد لمرض(1909)MAYER de j في بلجيكا LA SHARB EYSEHAFOR في بريطانيا (1916) طرحوا المحلول الذي ينتج أو يصطنع في جزر لانجرهانس هذا المحلول يعرف بالأنسولين هذا الهرمون (الأنسولين) الذي تم اكتشافه أخيرا من طرف (best et BNTING1922) (LEONPER et AL.1995 :7)

ويلعب البنكرياس دورا مزدوج في الجسم، فهو يفرز أهم خمائر الهضم كما يفرز هرمون الأنسولين الأساسي لاستمرار الحياة، وهو يتألف من غدة هضمية كبيرة تصب إفرازاتها السائلة الغنية بالخمائر في الأمعاء الدقيقة ومن غدد مجهرية الحجم لا ترى بالعين المجردة تنتشر كالجزر الصغيرة ضمن فصوص الغدة النخامية وتنتقل إفرازاتها – وأهمها الأنسولين– مباشرة إلى الدم ويحتوى البنكرياس السليم على نحو مئة ألف من الجزيئات الصغيرة للأنسولين ومن عجائب الخالق أن الخلايا ضمن هذه الجزيرة تستطيع أن تقيس السكري في الدم بصورة مدهشة تمكنها أن تدرك متى يجب أن تفرز الأنسولين وما هي الكمية المطلوبة منه .

يصعب الكشف أي خلل في البنكرياس عند بدء مرض السكري فهو يبقى محافظا على كفاءته لدرجة كبيرة عند المصاب ولإيصال الوهن والخلايا المولدة للأنسولين إلا بعد سنوات من ظهور المرض، أما الغدد العاملة في إفراز خمائر الهضم فإنها تبقى سليمة دون أن تتأثر بتطور مرض السكري واستفحاله يقال كل ذلك لتبديد الوهم الشائع بل أن الشكوى من سوء الهضم بسببها البنكرياس، والاستثناء هو عندما تلتهب غدة البنكرياس لسبب ما كالإصابة بحصاة مرارية متحركة أو عند الإدمان على الكحول فتتأثر كل أنسجته (ومن بينها تلك المولدة للأنسولين) مما

يولد حالة من "السكري" الخفيف سرعان ما تنجلي عندما يزول الالتهاب وإذا تكرر الالتهاب وأصبح مزمنا فإن البنكرياس قد يصاب بالرز كما يؤدي إلى السكري الدائم ولكن كل هذه الحالات هي استثناءات نادرة لا تتعلق بمرض السكري الشائع، إذن أن العلة هي منذ البدء محصورة في الخلايا المولدة للأنسولين التي تصاب بالتهاب مناعي المنشأ لأسباب غامضة فتعطل و تندثر(LEONPER et AL.1995 :7)

6- إجراءات الكشف عن داء السكري

يعتمد تشخيص السكري بصورة أولية على قياس معيار الغلوكوز في الدم و يتم ذلك بسحب عينة من الدم بعد مضي 8 إلى 12 ساعة على تناول الوجبة الأخيرة، وهو غالبا ما يتراوح بين 80 إلى 120 ملغرام في كل مائة سنتم 3 من الدم (4-8-78 مليمول في اللتر) (عطية، 1993، صفحة 13)، وقد إتفق الأطباء مؤخرا ألا يشخصوا داء السكري إلا إذا خلق معيار الغلوكوز قبل الفور حد (140 ملغ) (عطية، 1993، صفحة 13).

أما إذا كان يزيد قليلا الـ 120 ملغ فهو مثير للشبهة فقط ومدعاة لإجراء فحوص أخرى .

- **فحص البول :**

لا يعنى اكتشاف الغلوكوز في البول أن المرء المصاب حتما بداء السكري ويعود هذا الاستدراك والاستثناء إلى إصابة بعض الأفراد بخلل مكتسب أو وراثي في وظائف الكليتين ويسمح بتسرب الغلوكوز في البول بدون أن يكون معياره مرتفعا في الدم .

من البديهي إذ أنه يعتبر ارتفاع الغلوكوز في الدم شرطا أوليا في تشخيص السكري بغض النظر عن وجوده أو غيابه في البول، وتبرز أهمية هذا الشرط عندما ندرك الغلوكوز قد يرتفع عند بعض المرضى القدامى إلى200 ملغ في الدم قبل أن يتسرب إلى البول وهذه الظاهرة مهمة علميا ويقتضي التنبيه إليها عند رصد نتائج العلاج وتتبع السكري لئلا يقع البعض في الخطأ عند اعتماده فحص البول وحده أساسا لتقييم استجابة المريض للعلاج.

- **الكشف المسبق :**

يجتهد الأطباء في استنباط الفحوص المتنوعة للكشف المسبق عن السكري عند الفئات التي تعتبر مرشحة للإصابة بهذا الداء ويبرز بين هؤلاء المرء السمين وكل من ينتسب إلى سلالة تكثر بين أفرادها إصابات السكري، أو ما يأتي معيار الغلوكوز الصباحي في دمه (قبل الفطور) بين 120 إلى 140ملغ (7و6-8-7 ميل مول) ومن أشهر الأساليب الكشف المتعارف عليه قياس الغلوكوز في الصباح بعد ساعتين من تناول 75 غراما من الغلوكوز المذاب بالماء (عطية، 1993، صفحة 31)، فإذا جاء فوق 200 ملغ شخص السكري هذا التحديد هو لمنظمة الصحة العالمية 1985 وإذا جاء 120 ملغرام اعتبر المرء مرشحا للإصابة بالسكري في المستقبل وتدل الإحصاءات على أن احتمال الإصابة عندئذ هو نحو20 % أي أن واحدا فقط من بين خمسة من المرشحين يصاب فعلا بالسكري بعد بضعة من السنين ويزداد المرء وزنا وينقص إذا خفض وزنه أما أولئك الذين لا يشتبه بأنهم عرضة للسكري لاعتدال وزنهم وخلو سلالتهم من هذا الداء فعليهم أن يكتفوا بقياس الغلوكوز في دمهم مرة كل سنتين تقريبا وذلك بعد بلوغهم سن الأربعين .

- **المتابعة الدورية :**

إذا أثبتت الإصابة بالسكر فإنه يجدر الالتزام بقياس مستوى الغلوكوز بصورة دورية يقرر تباعد فتراتها الطبيب المعالج وذلك بناءا على استجابة المريض للعلاج وشدته أو على ظهور دواع صحية تفرض إعادة الفحص.

إن مستوى الغلوكوز يتغير من برهة لبرهة متأثرا بالأكل والجهد وبعض العوامل الأخرى وليس الالتزام بفحصه قبل الفطور أي بعد 8-12 ساعة من تناول الطعام إلا حرصا على قياسه في ظروف مماثلة وحري بنا هنا أن نلم أان نتيجة الفحص لا تبنى بما سيكون عليه معيار الغلوكوز بعد أسبوع مثلا إلا بصورة تقريبية وبشرط أن يستمر نمط الحياة كالمعتاد خلال تلك الفترة رياضة وجهد وحمية ...الخ.

وتتم إجراءات الكشف المبكر عن السكري بمايلي:

- **جرعة الغلوكوز** : يذاب 75 غراما من الغلوكوز في كوب ماء بارد وتشرب خلال خمس دقائق تقريبا.

- **الوجبات السابقة:** ينصح المريض بتناول ما يشتهي من الطعام ومن أهمها الحلويات خلال الأيام الثلاث التي تسبق الاختبار و الفحص.

- **الصيام عن الطعام:** على المرء أن يتجنب الأكل لمدة 10-12 ساعة قبل إجراء الفحص ويسمح بشرب الماء دون تحديد (توشيت 2001 .92).

7- مصادر وأشكال الأنسولين الدوائي

7-1- مصادر الأنسولين الدوائي:

حتى وقت قريب كانت المصادر الوحيدة لاستخراج الأنسولين هي غدد البنكرياس الصماء من الحيوانات المذبوحة وأهمها: البقر والخنازير وكان يصعب الحصول على الأنسولين الحيواني المصدر نقيا ومماثلا للأنسولين المولد في جسم الإنسان، ولكن بعض المختبرات الدوائية قد توصلت في العقد الماضي إلى معالجة الأنسولين الحيواني كيميائيا ليصبح مماثلا في تركيبة الأنسولين البشري مما جعله قليل التسبب بالحساسية قوية الفعالية، ولقد نجح العلماء أيضا بفعل التكنولوجيا الحديثة بتوليد الأنسولين البشري وذلك بتسخير جراثيم معينة كانوا قد توصلوا الى زراعة الجينات البشرية المقرزة لصنع الأنسولين في داخلها ويماثل هذا الأنسولين الهرمون الطبيعي الذي يفرزه البنكرياس إلى الدم البشري.

7-2- أشكال الانسولين:

تصنف المركبات المتداولة للأنسولين مهما كانت مصادرها إلى ثلاث:

- **الأنسولين سريع المفعول:** وهو يخفض مستوى السكر في الدم بسرعة ولكن بصورة مؤقتة وهذا النوع يصل إلى ذروة مفعوله خلال 3 إلى 4 ساعات وهو يستعمل عادة عندما تتطلب

العدوى أو العمل الجراحي أو الطوارئ الأخرى عندما تتطلب استعمالا فوريا زائدا للأنسولين كما يستعمل مع الأنسولين متوسط المفعول لتحقيق ضبط أفضل للسكر.

- **الأنسولين متوسط المفعول:** وهذا النوع من الأنسولين إلى ذروة مفعوله خلال 8 إلى 12 ساعة ولكن مفعوله يدوم لمدة تتراوح 24 إلى 30 ساعة وهو يحول دون حدوث ارتفاع في سكر الدم عقب تناول الطعام نهارا، ويقل مفعوله ليلا عندما تقل الحاجة إلى الطعام.

- **الأنسولين بطيء المفعول:** وهو قد يستعمل للتحكم في حالات السكري الخفيف الذي يصيب كبار السن بالإضافة إلى استعماله في حالات السكري الأخرى المعتمدة على الأنسولين (القباني، 1984، الصفحات 78-79).

الجدول رقم (02) : أنواع الأنسولين ومدى تأثيرها بالساعات

أنواع الأنسولين	بدء تأثير الدواء	ذروة التأثير	نهاية التأثير
عادي قصير المدى	ساعة1/2	4-2	8-6
متوسط المدى	2	10-8	22-16
	2	14-8	24-18
طويل المدى بروتامينزنك	5	24-14	36-24 أو أكثر
	5	24-14	أو أكثر 24- 36

المرجع: (عطية، 1993، صفحة 82)

وكل أنواع الأنسولين الثلاث هذه متوفرة عادة في الصيدليات ولا يعدم المريض الحصول على النوع المناسب له، كما أن المريض بالسكري هو المسؤول إلى حد كبير على التحكم بالمرض يوما بيوم واختبار البول بحثا عن السكر مرة يوميا على الأقل، وأحيانا أكثر من ذلك يساعدنا على كيفية تنظيم الطعام وكيفية تناول الطعام وممارسة التمارين فيما يختص بأخذ الأنسولين أهميته بشكل خاص في حالات العدوى أو الإصابة أو المرض الذي تصحبه حمى بشكل خاص كما أن وضع سجل لنتائج الاختبار أن يساعد الطبيب والمريض على تحديد التبادلات المطلوبة في الطعام والأنسولين ويقاس الأنسولين بالوحدات وكان (السنتمتر المكعب) الواحد منه يحتوي

على (40 وحدة) في التعبئات السابقة ولكن بفضل التكنولوجيا الحديثة توفرت أخيرا تعبئة جديدة يحتوي كل واحد 1سم3 منها على 100 وحدة وهي التعبئة المفضلة والأكثر تداولا وهي تمتاز بسهولة الوحدات بدون التباس يذكر.

8- كيفية حقن الأنسولين

- **المحاقن:** هناك عدة أنواع من المحاقن ولكن أكثرها شيوعا النوع البلاستيكي المعقم المعبأ بأغلفة بلاستيكية، ويستعمل المحقن مرة واحدة ليرمى بعدها وهو يمتاز بسهولة استخدامه ونقله في المحفضة أو حفظه في درج الكتب والمنزل لكي تتفادى حدوث التهيج والالتهابات الجلدية وتجنب حقن الأنسولين في طيات الجلد والأماكن المرضة لكثرة التعرق

1. عليك أن تحافظ على المحقنة الزجاجية والإبرة معقمتين.

2. حاول أن تحتفظ بإبرتين إحداهما للسحب والأخرى للحقن تحت الجلد.

3. المحاقن البلاستيكية سهلة الاستخدام إذا استعملت لمرة واحدة ولا حاجة لتعقيمها، ولقد غاب ذلك النوع القديم الذي كان يحتاج في كل مرة إلى التعقيم المتكرر بالماء المغلي ومسحه بالمطهرات (الكحول) ومعظم الحقن الجديدة مدرجة من 1 إلى 100 للدلالة على أن بسعتها 100 وحدة أنسولينية وهي الكمية التي تحتويها اسم 3 من الأنسولين المتداول في معظم بلدان المشرق الغربي ولقد أنزلت الشركات محقنا يعمل بضبط الهواء من ميزاته أنه لا يسبب ألما في موضع الحقن، ولكنه غالي الثمن ويحتاج استخدامه وتعقيمه لبعض التدريب والخبرة.(EGNESHEU RETIRE 2001.80)

يمكن حقن الأنسولين بواسطة إبرة رفيعة غير مؤلمة أو بواسطة الضخة تحت جلد الفخذين أو البطن أو الذراعين وسرعة الأنسولين هي أفضل ما تكون عندما يحقن تحت جلد البطن ويليه الذراعين والفخذين.

9- العلاج والوقاية من مرض السكري

9-1- العلاج من مرض السكري :

إن السكري مرض مزمن يحتاج إلى استمرارية العلاج والمتابعة الطبية، ومن هنا تأتي الأهمية الصحية لداء السكري، فهو مرض ككل الأمراض والوقاية منه والعلاج المبكر له هما وقاية من مضاعفات كثيرة.

وتجدر الإشارة أن قواعد العلاج في حالة داء السكري ثابتة ومتفق عليها بين جميع أطباء العالم عند علاج المصابين مع اختلاف بسيط حسب كل حالة مرضية ويمكن تلخيص القواعد الأساسية التي يركز عليها العلاج فيما يلي:

- **العلاج بالأنسولين:**

يعتبر فقر الأنسولين أو عوزه بالدم سبب مباشر في ظهور داء السكري، لأن وظيفته الأساسية إدخال السكر بالخلايا والأنسجة والعضلات والمخ والأعصاب ويستهلك عادة السكر الزائد بالدم عن المعدل الطبيعي خلال ساعتين إذ أنه يؤخذ كحقن، ويوجد منه الأنسولين قصير أو متوسط أو طويل أو ممتد المفعول وأحسن مكان يمتص منه الأنسولين الحقن في البطن لأن حقنه بالذراع أو الفخذين يمتص بسرعة ولكي يستخدم استخداما فعالا وصحيحا يجب أن تحدد بعناية الجرعة اللازمة للعلاج والتي يجب أن تتماشى مع نسبة السكر في الدم التي تتأثر بكمية الطعام الذي يتناوله وبمقدار ما يبذل من نشاط جسماني، بحيث يجب أن تكون نسبة كل منهما منخفضة في نفس الوقت وهذا ما يتطلب أن يكون المريض على اتصال دائم بطبيبه من أجل تحقيق نظام محكم للعلاج بهذا الدواء (الحسيني، 1994، صفحة 24).

- **العلاج بالأقراص:**

إن هذه الأقراص الطبية التي تؤخذ عن طريق الفم يختص بالسكري من النمط الثاني، إذ عمل هذه الأقراص الأساسي هو إثارة هرمون الأنسولين الكامن في غدة البنكرياس بحيث أن الأنسولين لا يكمن في البنكرياس إلا عند المصابين السمان أو الذين هم في سن الشيخوخة (الرويحة، 1979، صفحة 30).

- **الحمية الغذائية:**

ويقصد بها وضع خطة لنوعية وكمية الأغذية المختارة وزمن تناولها والغاية من هذه الخطة هي إنقاص الوزن الذي يشكل علاجا مثالي لمرض السكر في بعض الأحيان حيث يراعى في هذه الوجبات سن المريض وزنه وكمية الأنسولين الموجودة لديه وعمله اليومي أي نشاطه الجسمي و الأطعمة المفضلة لديه.

ومن مميزات النظام الغذائي هي المحافظة على النسبة الطبيعية للسكر في الدم والدهون وبذلك تمنع ظهور مضاعفات المرض كما أن دور النظام الغذائي يتمثل في السيطرة على الحالة المرضية للمريض، فإن كان هذا الأخير يستعمل الأنسولين فيجب أن يعمل هذا النظام بجانب الأنسولين من أجل الحفاظ على النسبة العادية للسكر في الدم بعد تناول الوجبات، بالإضافة إلى ذلك يجب أن تتضمن هذه الحمية الغذائية للمصاب عدم التعرض للغيبوبة السكرية مهما كان نوعها، بالإضافة إلى ذلك يجب أن يتمتع المريض بالطاقة اللازمة لأداء العمل اليومي بفضل الأغذية.

ومن أجل إنجاح هذا النظام الغذائي يجب أن تحدد كمية السعرات الحرارية التي يحتاجها الفرد وكذلك المواد الغذائية والتي تشمل وجبة الطعام اليومية منمواد كربوهدراتية والبروتينية والدهنية وكذلك الفيتامينات والمعادن (الحسيني، 1994، الصفحات 43-49).

- **الرياضة:**

للرياضة دور كبير في الخطة العلاجية لمرض السكري فهي تساهم بدرجة كبيرة في تنظيم نسبة السكر وتنشيط الدورة الدموية والوصول إلى الوزن المثالي للمريض مما يساهم في خفض نسبة المضاعفات المزمنة له.

فبممارسة بعض التمارين الرياضية يتحسن تأثير الأنسولين على النسيج العضلي وبالتالي زيادة استهلاك الغلوكوز بالدم كذلك يزيد تأثير الأنسولين على الكبد فينخفض معدل إطلاق السكر منها، وتأكيدا على أهمية الرياضة فقد أكدت دراسة حديثة أن التقيد بحمية غذائية وممارسة بعض التمارين الرياضية أكثر فعالية من الأدوية في معالجة داء السكر، فقد طلب الباحثون من

(3234) شخصا تتراوح أعمارهم ما بين (25) و(35) سنة يعانون من فرط ارتفاع نسبة السكر في الدم بتغيير نمط حياتهم عن طريق إتباع وممارسة بعض التمارين الرياضية أو بإعطائهم دواء (لميتفورمين)، ويبين أن المشاركين الذين اتبعوا الحمية الغذائية ومارسوا التمارين الرياضية شهدوا انخفاض الجلوكوز بنسبة (58%)، لكن المتطوعين الذين تناولوا (الميتفرمين) وهو دواء يعمل على خفض نسبة سكر الدم سجلوا انخفاض الجلوكوز بنسبة (31%) (الدغيثر،2003).

- **العلاج النفسي:**

في الوقت الذي يكشف فيه المرض يجب أن لا يندفع المعالج في وصف الدواء والحمية ولابد من إعطاء دور التثقيف الصحي عن المرض وطبيعته ومضاعفاته وطرق معالجته وإعطائه فكرة عن سيرورة المرض، كما أن الاستماع للمريض ومساعدته على حل مشاكله النفسية في البيت والمدرسة أو العمل هو الأفضل، فالعمل على تخفيف آثار الضغوط النفسية ومناقشة مشاكل المريض تساعده على عدم الانتكاس والوقوع في مضاعفات المرض، وعندما تبدأ المضاعفات فإن العناية النفسية تزداد وفي المقابل تزداد العناية الجسمية.

إن فهم ديناميكيات الحالة النفسية للمريض هي من الأولويات قبل البدء في المعالجة من المفيد بمكان أن يسير تنظيم العلاج بالتعاون مع المريض وعائلته بالإضافة إلى الدعم النفسي بإتباع ما يلي:

- الابتعاد عن الحنان الزائد كرد فعل للمريض، أو العقاب عند مخالفة المريض للحمية.
- خلق توازن للمعالجة بين جميع أفراد العائلة وإتباع حمية معتدلة لباقي العائلة إن أمكن.
- عدم وصف نتائج الفحوصات على أنها رديئة أو جيدة بل توصف على أنه مرتفعة أو منخفضة .
- الثقة بالمريض عندما ينكر الإخلال بالحمية والسماح له بالتعبير عن مشاعره عندما تحدث له نكسة.
- عدم تخويف المريض بالنسبة لمضاعفات المريض وعدم خلق مشاعر الذنب لديه لما تتحمله العائلة من تكاليف معالجة.

وعلى الغالب فإن الانتكاسات الحادة الناتجة عن الانفعالات لها علاقة بشخصية المريض فلابد من العلاج والدعم النفسي المناسب وبالمساعدة مع الطبيب المعالج والأخصائي النفسي يلعب

العلاج بالمرافقة دورا هاما، إذ تجدر الإشارة أنه لابد على المريض أن يستفيد من العلاج الجمعي الذي يلعب دورا جد مفيد في عملية التثقيف في إشراك مجموعة محدد من الأفراد والذين لهم هدف واحد يخص مرضهم .فهو يقرب أكثر للتعرف على المشاكل العاطفية والعوامل اليومية التي تحول دون العلاج ، والعمل عن طريق الحوار على تحليلها.(hamdad, 1999) .

9-2- الوقاية من مرض السكري:

إن معرفة أسباب وعوامل حدوث السكري وأنماطه ومراحله المختلفة يجب أن تكون حافزا للسالمين منه للقيام بالإجراءات التالية :

- إجراء فحص سنوي لمعرفة الحالة الاستقلالية للسكري خاصة لذوي الحاملين للاستعدادات الوراثية أو من لديهم أشخاصا من عائلاتهم مصابون بالداء السكري .
- تجنب العوامل المساعدة كالتغذية المفرطة وزيادة الوزن .
- الوصول إلى الوزن الطبيعي والحفاظ عليه هو من أهم الإجراءات الوقائية التي يستطيع الشخص السليم إتباعها.
- الابتعاد عن الإرهاق العصبي والنفسي، فكلما زاد هذا زاد استعداد المرء للإصابة بالمرض ولهذا لابد من تجنب الضغوطات والنكسات النفسية لتفادي الزواج بمصاب خاصة إذا كان الطرف الأول مصاب أيضا يستحسن تجنب التزاوج بين العائلات التي ينتشر فيها المرض وبذلك يمكن تقليل نسبة انتشار مرض السكري (رفعت، 1997، صفحة 2002) .
- إتباع نظام غذائي يحتوي على نسبة أقل من الغلوسيدات مع ممارسة النشاط البدني بانتظام (الزروق، 2009، صفحة 104).

خلاصة الفصل :

انطلاقا مما سبق يمكن اعتبار داء السكري مرض مزمن يتطلب العناية و الصبر فهو يهدد كيان الشخص سواءا من الناحية الفيزيولوجية و النفسية، وهذا ما لمسناه في هذا الفصل، ومن المهم الإشارة إلى أن السكري كداء معقد مركب يتطلب تكفلا مضبوطا وشراكة بين المعالجين، المريض العائلة، وبقية الشركاء، أرباب العمل، الضمان الاجتماعي والجمعيات، وأن ضمان كل ذلك يتطلب عمل على المستويات التالية:

- الفرقة الطبية المتعددة التخصصات بتكوينها تكوينا خاصا.
- العلاقة بين الطبيب والمريض وتثقيف المريض وتربيته صحيا.
- إعلام العائلة وتحسسيها بأهمية مساهمتها في العلاج.
- تشجيع الجمعيات وتكوين مؤطرين لها.

وأخيرا العمل ضمن نظام الشبكة بهدف توحيد البرامج، الأهداف، الاتجاهات والتوجيهات.

الفصل الخامس:

إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد:

لما كان الهدف من هذه الدراسة هو محاولة الكشف عن العلاقة بين معنى الحياة والامتثال العلاجي لدى مرضى السكري، والوقوف على أشكال وأنواع هذا الأخير يأتي هذا الفصل للتعريف بأهمية الإجراءات المنهجية المتبعة للوصول إلى تحديد طبيعة العلاقة بين متغيرات البحث الأساسية للدراسة، فبناءا على الإطار النظري وإشكالية البحث وفروضه نوجز في ما سيأتي بتصميم بحثنا في إطاره الميداني وذلك قصد الوصول إلى الغاية التي تنتهي إليها البحوث العلمية ألا وهي الكشف عن الحقيقة.

1- الدراسات الاستطلاعية :

تمت الاستعانة بالدراسة الاستطلاعية من اجل تحقيق مجموعة من الأهداف ووفق إجراءات معينة حسبما يتلائم مع الموضوع طبقا لما يلي:

1-1 إجراءات وأهداف الدراسة الاستطلاعية :

قام الباحثان قبل التطبيق الميداني بعدة خطوات تمهيدية للدراسة الأساسية وذلك لغرض:

- تحديد خصائص العينة ومواصفاتها.

- الاطلاع على ما توفر من مقاييس خاصة بمتغيرات الدراسة واختيار المناسب منها.

- الكشف عن الخصائص السيكومترية للمقاييس التي سيتم تطبيقها.

- الاستقرار على الأماكن التي يمكن تطبيق الدراسة فيها.

√ الاطلاع على الأدبيات المتوفرة والمقاييس والاستبيانات المختلفة المطبقة في الدراسات السابقة المطلع عليها من قبل الباحثين والتي تناولت احد المتغيرين.

√ تطبيق مقياس معنى الحياة الذي أعده هارون الرشيدي، والمقنن على البيئة الجزائرية من طرف بشير معمريه، على مجموعة من الأفراد من غير الفئة المعنية بهذه الدراسة من اجل التأكد من خصائصه السيكومترية بعد أن مر على تقنينه أكثر من عش سنوات (10) سنوات.

√ تفقد مركز المرجعي للتكفل بداء السكري الشهيد بابا علي رشيد بالمدية للوقوف على الإجراءات والإمكانات الممكنة من اجل القيام بالدراسة الميدانية وكذا على خصائص العينة المراد دراستها.

√ زيارات متكررة لجمعية أصدقاء المريض ، وكذا مقر جمعية الفجر للاطلاع عن كثب عن بعض الجوانب المتعلقة بالمرضى وتطلعاتهم وانتظاراتهم، من اجل بلورة فكرة شاملة عن رؤيتهم – أي المرضى– للبروتوكول العلاجي ككل.

√ القيام بجلسات عملية استشارية مع جملة من المختصين والعاملين في الميدان من أطباء ومختصين نفسانيين وبعض المرضى للوقوف على حيثيات العلاج والعوامل التي لها صلة بامتثال المرضى للعلاج.

√ تبني العوامل الخمس التي حددتها المنظمة العالمية للصحة في تقريرها الصادر في (2012) وجعلها قاعدة انطلاق لبناء مقياس متكامل للامتثال العلاجي، ليتم بعد ذلك وضع مجموعة من الأبعاد ، ثم إدراج جملة من البنود تحت كل بعد، مستفيدين من الدراسات السابقة والمراجع المختلفة وأراء المرضى والأطباء والمختصين.

√ تصفية البنود (المتعلقة بمقياس الامتثال العلاجي) وإعادة الترتيب والصياغة ، والقيام بسلسلة من المراجعات والاستشارات مع المختصين حتى صيغته النهائية .

2-المنهج المتبع في الدراسة

هناك تعريفات عديدة للمنهج العلمي نكتفي بذكر البعض منها على النحو التالي:

يعرف المنهج بأنه: عبارة عن أسلوب من أساليب التنظيم الفعالة لمجموعة من الأفكار المتنوعة والهادفة للكشف عن حقيقة، تشكل هذه الظاهرة أو تلك (محمد عبيدات أبو نصار وآخرون، ص1999)، ويعرف كذلك على أنه :" أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كميا عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة" (سامي محمد ملحم، 2000 : 369-370).

ولما كان الهدف من الدراسة التعرف على معنى الحياة، ومعاينة أهم المشاكل والعراقيل التي تعترض الأداء الفعال فيها، وكذا تحديد نوع العلاقة معنى الحياة ومدى مساهمتها في تحقيق الامتثال العلاجي عند مرضى السكري، وإلقاء الضوء بين هذه المتغيرات فإن البحث اقتضى اتباع وتبني المنهج الوصفي التحليلي الذي يعرف على أنه دراسة الوضع الراهن للبشر والأشياء والأحداث، وذلك دون تغيير من طرف الباحث لأي من متغيرات الدراسة."(عبد الفتاح محمد دويدار، 2000':179.) يقوم هذا المنهج بتحديد الوضع الخام للظاهرة المدروسة وإعطاء تقرير

وصفي عنها ولتحديد ما إذا كانت هناك علاقة بين متغيرات البحث وإيجاد قيمة العلاقة والتعبير عنها بشكل كمي من خلال ما يعرف بمعامل الارتباط.

3-مجتمع وعينة الدراسة:

بعد تحديد زاوية البحث بشكل واضح ودقيق والتعرف على مجتمع البحث والعناصر الداخلية المشكلة له، وتحديد البيانات المراد جمعها بدراسة ما تيسر من المراجع يقوم الباحث بتحديد عيّنة بحثه، لأنه لا يستطيع أن يتصل بجميع أفراد المجتمع المعنيين بدراسته لكي يطرح الأسئلة عليهم ويحصل منهم على الأجوبة، فالعينة "هي التي تمثل المجتمع الأصلي، حيث يستطيع الباحث أن يأخذ صورة مصغرة عن التفكير العام (عمار بوحوش محمد محمود الذنيبات، 1995:35).

وكلمة عينة تطرح على ذلك المجتمع الذي يضم عددا من الأفراد المتغير في الشكل أو اللون أو القياس، لكنها تعود إلى أصل واحد وهي متشابهة في إحدي الصفات على الأقل، فالباحث عندما يريد دراسة أحد الأبعاد أو إحدى الخصائص لمجموعة من الأفراد لا يستطيع أن يقوم بملاحظات لكل أفراد المجتمع، لكن بإمكانه أن يجري قياساته على كل فرد من أفراد المجتمع وبإمكانه أن يأخذ فكرة تقريبية على الأقل لهذا المتغير باقتطاف أو أخذ عينة تكون قليلة أو كثيرة الأفراد ممثلة لكل أفراد المجتمع (عبد القادر لمبي،1994 :19).

تم اختيار العينة بطريقة قصدية، حيث تم اختيار مرضى السكري وينتمي أفرادها إلى المصالح سالفة الذكر التي تمت دراستها والتي تم انتقاءها بطريقة قصدية وهذا تماشيا مع أغراض البحث، كما تم اختيار مرضى السكري بناءا على ملفاتهم واستنادا إلى المعلومات الطبية المتوفرة عن حالاتهم، وقد شملت العينة 40 مريضا مصابون بداء السكري من كلى الجنسين وتتراوح أعمارهم بين 26سنة و 68 سنة .

4-الحدود الزمانية والمكانية للدراسة

لكل بحث مجالاته الزمنية والمكانية والمعرفية والبشرية التي يحضر في إطارها خاصة إذا كان الأمر يتعلق بتحضير البحوث الأكاديمية كالمذكرات في المستويات المختلفة الليسانس الماجستير الماستر والدكتوراه، وهذه الحدود مرتبطة بإمكانات الباحث وقدراته الشخصية.

فحدود الدراسة التي قمنا بها جاءت نتيجة إمكانيتنا المادية والمعنوية والتي تمثلت أساسا في قدرتنا على تمويل البحث بشراء المراجع اللازمة، وعلى التنقل بين المكتبات الوطنية والجامعات الأخرى، والتنقل كذلك بين أفراد العينة وعلى دراستنا لظاهرة معنى الحياة وعلاقتها بالامتثال العلاجي لدى مرضى السكري كظاهرة تستدعي البحث والدراسة.

- **المجال المكاني:**

كما هو معروف فإن طبيعة الدراسة هي التي تحدد لنا مكان الدراسة لذللك قمنا بالتوجه إلى مصلحة تستقبل المصابين بداء السكري لأجل الالتقاء بالمرضى القادمين للاستشفاء أو الفحص وكان هذا بالمركز المرجعي للتكفل بداء السكري وتم ذلك من خلال اللقاءات التي جمعتنا مع رئيس المصلحة والأخصائية النفسانية، وتحتوي هذه المصلحة على جهة للرجال وأخرى للنساء يسيرها ويسهر عليها فريق طبي متكون من أطباء، مختصين، وممرضين .

- **المجال البشري:**

والمقصود به وحدة المعاينة أو الوحدة الإحصائية التي طبقت عليها أدوات البحث حيث شمل البحث مرضى من كلى الجنسين ذكورا وإناثا وكان المجموع الكلي هو(40 مريضا) موزعين بالتساوي في المصلحة المذكورة آنفا (مذكورة تحت عنوان المجال المكاني)، وقد تم اختيار العينة اعتمادا على:

– سجلات أو ملفات المرضى

– تشخيص الطبيب المعالج

- **المجال المعرفي:**

على ضوء ما سبق يتبين لنا أن حدود الدراسة المعرفية لم تتجاوز هذه الفترة من حياة الأفراد (مدة المرض) احتوائها على أهم المظاهر النمائية العقلية، الاجتماعية والانفعالية، دون أن تتجاوز الطبيب كعنصر فاعل في العلاقة، فزاوية البحث حددت لنا المجال المعرفي الذي يجب

التركيز عليه دون غيره فقمنا بدراسة مرض السكري، وعلاقة معنى الحياة ونوعيتها بالامتثال العلاجي لدى هاته الفئة.

- **المجال الزماني:**

وهو الفترة الزمنية التي تلزم من أجل أن يكمل ويجري الباحث دراسته خلالها، وبالنسبة لبحثنا فقد قمنا بتحديد الموضوع خلال شهر فيفري من السنة الجامعية 2024/2023، والشروع في البحث إلى غاية شهر جوان من نفس السنة حيث قمنا خلال هذه الفترة بجمع المصادر والمراجع، وفي نفس الوقت قمنا بدراستنا الاستطلاعية وتحديد مجتمع فعلي، واختيار العينة والقيام بالدراسة الميدانية، ومواصلة البحث والتنقيب عن المراجع من أجل مزاولة البحث الميداني.

5- أدوات جمع البيانات:

استخدمنا في هذا البحث مقياس الامتثال العلاجي ومقياس معنى الحياة.

5-1- مقياس الامتثال العلاجي:

تعريفـــــه: تم الاستعانة بمقياس الامتثال العلاجي للقصور الكلوي من إعداد فرنسوا مي (François Mai 1999) وجماعته وكان يضم المقياس ستة أبعاد فرعية وهي:

1-الحمية

2-تناول الأدوية

3-السوائل

4-التدخين

5-الكحول والمهدئات

6-المواظبة

حيث تم ترجمته من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية في دراسة بالجزائر من طرف الباحثة زناد دليلة في 2009 ثم تم تكييف هذا المقياس للمصابين بداء السكري من طرف الباحثة جازية بزاري وذلك بإلغاء بعض الأبعاد التي لا تخدم المصاب بداء السكري كبعد الكحول والمهدئات وإضافة الأبعاد التي تساعد في علاج السكري كبعد السكريات، مراقبة وزن الجسم، والرياضة، والنشاط الجسدي، وليتم تكييفه وتصحيح بعض البنود من طرف الدكتور فوزي ميهوبي، وعرضه على مجموعة من المحكمين متكونة من 5 أساتذة من جامعة علي لونيسي بالعفرون (البليدة) وتم الاحتفاظ بالأبعاد الأخرى كالحمية، والمواظبة، وتناول الأدوية، وإجراء الفحوص، والتي يشترك فيها كلا المرضى سواء المصابين بالقصور الكلوي أو بداء السكري.

- **الخصائص السيكومترية لمقياس الامتثال العلاجي:**

سنوضح فيما يلي الخصائص السيكومترية لمقياس الامتثال العلاجي، وذلك من خلال حساب صدقه وثباته.

- **صدق المقياس :**

يعد صدق المقياس عاملا رئيسيا في تقدير صلاحيته لقياس ما وضع من أجله وقد تم التأكد من صدق المقياس، وبعد اعتماد مقياس الامتثال العلاجي ثم التحقق من صدق المضمون من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين من حملة الدكتوراه، والماجستير من جامعة العفرون (البليدة 02) وجامعات أخرى، وتم الطلب منهم تحكيم المقياس والاطلاع عليه وتعديل ما يرونه مناسب ومفيد لأهداف الدراسة وعلى رأسهم الأستاذ المشرف، وبعد الأخذ بآراء المحكمين تم اعتماد المقياس حيث أجمع المحكمون على صلاحية القائمة من ناحية صدق المضمون للتطبيق .

1- **الصدق التمييزي أو صدق المقارنة الطرفية للمقياس :**

لقد تم الكشف عن الصدق التمييزي أو القدرة التمييزية لمقياس الامتثال العلاجي من خلال مقارنة الدرجات المتطرفة (العليا والدنيا) لأفراد عينة الدراسة على المقياس، وذلك للمقياس ككل، حيث تم ترتيب الدرجات تنازليا، وأخذت من الدرجات الممثلة للمجموعة الأعلى ومن الدرجات الممثلة للمجموعة الأدنى، ثم تم حساب اختبار ت لعينتين مستقلتين.

كانت النتائج كما يلي :

الجدول رقم (03): قيم اختبار(ت) لعينتين مستقلتين ودلالتها الإحصائية بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات على مقياس الامتثال العلاجي :

الفئات	المجموعات	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة المحسوبة	درجة الحرية
2	عليا	10	56.90	0.34	17.73	18
1	دنيا	10	38.30	0.98		

الجدول رقم (04): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمجموعتين.

المجموعات	حجم العينة N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
عليا	10	56.90	1.10
دنيا	10	38.30	3.12

الجدول رقم (05): قيمة اختبار "ت" للفرق بين المجموعة العليا المجموعة الدنيا

المجموعات	حجم العينة	درجة الحرية	قيمةت المحسوبة	مستوى الدلالة
عليا	10	18	17.73	0.05
دنيا	10			

يتضح من خلال الجدول رقم (05) أن المتوسط الحسابي للمجموعة الأولى بلغ 56.90 بانحراف معياري قدره 1.10،في حين بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الدنيا 38.30 بانحراف معياري قدره 3.12، أما فيما يخص قيمة اختبارات لعينتين مستقلتين غير متجانستين فقد بلغت

ت المحسوبة 17.73 عند مستوى الدلالة 0.05، وعلى ضوء ما سبق يمكننا القول أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين الأعلى والأدنى في مقياس الامتثال العلاجي، بمعنى أن المقياس استطاع التمييز بين منخفضي الدرجات ومرتفعي الدرجات ومنه المقياس صادق ويمكننا الاعتماد على نتائجه في الدراسة الحالية .

في ضوء هذه القيمة يمكننا القول أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الثلث الأعلى والثلث الأدنى في مقياس مصدر ضبط الألم، أي أن المقياس استطاع التمييز بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات، ومنه فإن المقياس صادق ويمكننا الاعتماد على نتائجه في الدراسة الحالية.

2- الثبات :

تم التأكد من ثبات المقياس عن طريق حساب ألفا (α) لكرومباخ ذلك بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس وكانت النتائج كما يلي :

الجدول رقم(06) : معاملات الثبات ألفا (α) كرومباخ لمقياس الامتثال العلاجي :

مقياس الامتثال العلاجي	عدد البنود	الفا (&)لكرومباخ
الدرجة الكلية	22	0.889

نستنتج من خلال الجدول أن قيمة معامل ألفا (α) لكرومباخ لمقياس الامتثال العلاجي قد بلغت 0.889 وفي ضوء هذه القيمة يمكننا القول أن درجة ثبات المقياس مرتفعة مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الاتساق، وهذا ما يفسر أن القيمة المتحصل عليها تفسر 88% من الدرجة الحقيقية لعينة الدراسة وهي نسبة مرتفعة مما يدل على أن المقياس ثابت ودرجاته ثابتة و مقبولة، وهو ما يمكننا من الاعتماد على نتائجه في هذه الدراسة .

5-2- مقياس معنى الحياة

أعد هذا المقياس الباحث هارون توفيق الرشيدي(1996)، إذ يتكوّن من 39 بند لقياس معنى الحياة يجاب عنها بأسلوب تقريري، ضمن أربعة بدائل : لا، قليلا، متوسطا، كثيرا .وقد تأكد الباحث من خصائصه السيكومترية على النحو التالي:

- **أولا : الصدق**

وذلك باستعمال الصدق التمييزي على عينتين من طلاب الجامعة إحداهما عادية متكونة من 30 طالبا، والعينة الأخرى متكونة من (30) طالب ممن أدخل إلى مصّحة للأمراض النفسية، وقد بلغت قيمة " ت (13.81) " وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.001) ، كما تم استعمال صدق البنود وذلك بحساب درجة ارتباط الدرجة الكلية للاستبيان والدرجة عن كل بند، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين 0.996 و0.998.

- **ثانيا: الثبات**

تم حساب الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق، وذلك بعد مرور (15) يوما على عينة من طلاب الجامعة تكونت من (85) طالب فبلغ معامل الارتباط 0.986 .

- **تقنين المقياس على البيئة الجزائرية:**

قام الباحث بشير معمرية بتقنين المقياس على البيئة الجزائرية، وقد تكونت عينة التقنين من 414 فرد، منهم (203) ذكر، تراوحت أعمارهم بين 15 و 50سنة بمتوسط حسابي قدره 20.59 سنة، و(211) أنثى تراوحت أعمارهن بين15 و 42 سنة بمتوسط حسابي قدره 19.52 سنة، وقد قام الباحث بتطبيق المقياس في الفترة الممتدة من 10/11 إلى غاية 06/16

وقد تأكد الباحث من خصائص المقياس السيكومترية على النحو التالي:

أولا: الصدق

قام الباحث بحساب الصدق بثلاث طرق:

أ .الصدق التمييزي:

عند الذكور والإناث باستعمال طريقة المقارنة الطرفية بسحب (% 27) من طرفي العينة الكلية لكل من عينة الذكور المتكونة من (132) فرد، وعينة الإناث المتكونة من (98) أنثى وكانت القيم التائية على مستويات عالية من مستوى الدلالة 0.001.

ب . الصدق الاتفاقي:

حيث تم تطبيق هذا المقياس مع مقياس الثقة بالنفس الذي أعده فريح عويد العنزي 1999 واستبيان الأمل الذي أعده أحمد عبد الخالق (2004) وقد كانت النتائج أيضا دالة بحساب القيم التائية على مستوى الدلالة 0.001.

ت . الصدق التعارضي:

وتم بتطبيق مقياس معنى الحياة مع مقياس التشاؤم الذي أعدّه أحمد عبد الخالق 2000 ومقياس اليأس لبيك وقد تبين اتصاف مقياس معنى الحياة كذلك بمعاملات صدق عالية.

- **ثانيا الثبات:**

قام الباحث بحساب الثبات بطريقتين:

أ . **بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار:** فوجد قيمة (0.741) عند الذكور، وقيمة 0.762 عند الإناث.

ب . **بمعامل ألفا كرومباخ:** فوجد قيمة (0.952) عند الذكور، و قيمة (0.912) عند الإناث، وهي قيم دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01.

وبالتالي فإن معاملات الصدق والثبات، التي تم الحصول عليها، دالة إحصائيا عند مستوى 0.01.

وبناءا على هذا فإن المقياس يتميز بشروط سيكومترية مرتفعة، مما يجعله صالح للاستعمال.

- **التأكد من خصاص مقياس معنى الحياة السيكومترية لهذه الدراسة:**

قام الباحثان من أجل التأكد من الخصائص السيكومترية تطبيق المقياس على عينة عرضية من 30 امرأة، كما سبقت الإشارة إلى ذلك، وقد تم التحقق كما يلي:

- **الصدق** : للتحقق من صدق المقياس تم تطبيق طريقة المقارنة الطرفية وكانت النتائج حسب الجدول التالي:

الجدول رقم (07): المؤشرات الإحصائية للمقارنة الطرفية للتحقق من صدق مقياس معنى الحياة:

المؤشرات المجموعات	المتوسط	الانحراف المعياري	حجم العينة	قيمة (ت)
المجموعة العليا	104.88	4.454	10	9.358
المجموعة السفلى	49.50	16.133	10	9.358

واعتمادا على برنامج SPSS تم حساب قيمة " ت "و التحقق من دلالة الفرق حيث تبين أن الفرق بين متوسط المجموعتين دال عند مستوى (0.01) مما يعني أن المقياس صادق.

- **الثبات :**

تم التأكد من ثبات المقياس باستعمال معادلة ألفا كرومباخ وكانت النتائج حسب الجدول التالي:

الجدول رقم (08): مؤشر معامل ألفا كرومباخ للتحقق من ثبات مقياس الامتثال العلاجي

عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ
39	0.883

وبحصول المقياس على نتيجة(0.883) على معامل ألفا كرومباخ وهي نتيجة مقبولة على مستوى الدلالة (0.05) وعليه فإن المقياس ثابت ويمكن الوثوق به وتطبيقه في هذه الدراسة.

الفصل السادس:

عرض وتحليل

ومناقشة النتائج

تمهيد:

بعدما تعرضنا إلى مختلف الخطوات المتبعة لإجراء الدراسة الميدانية، سوف نتطرق فيما يلي إلى النتائج التي توصلنا إليها بعد التحليلات الإحصائية المناسبة لاختبار فرضيات الدراسة، والتي سيتم مناقشتها لاحقا.

الجدول رقم (09): نتائج مقياس الامتثال العلاجي على عينة الدراسة

مستويات الامتثال العلاجي	التكرارات	النسبة المئوية ٪
ضعيف	03	٪ 7.5
متوسط	19	٪ 47.5
جيد	18	٪ 45
المجموع	40	٪ 100

من خلال الجدول رقم (09) نلاحظ :

-03 حالات كان الامتثال العلاجي لديهم ضعيف أي بنسبة 7,5٪

- 19 حالة كان الامتثال العلاجي لديهم متوسط أي بنسبة 47.5٪

- 18 حالة كان الامتثال العلاجي لديهم جيد أي بنسبة 45 ٪

وهذه النسب يمكن أن تكون راجعة إلى خصائص العينة حيث أن أفراد العينة كانوا كلهم راشدين، وأظهرت الدراسات أن الامتثال العلاجي عند الراشد تكون أكثر من الطفل وهذا يعود بصفة عامة إلى الخبرات التي حصل عليها الراشد، بالإضافة إلى أن أفراد العينة كانوا كلهم بالمستشفى، ومن خلال الدراسات تبين أن خلال فترات الاستشفاء تكون درجات الامتثال العلاجي بنسب عالية وهذا راجع للمراقبة الطبية الدائمة (BAUER C. 2001.P16)

- **عرض وتحليل ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة :**

1- عرض مناقشة وتفسير الفرضية العامة :

نص الفرضية: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين معنى الحياة والامتثال العلاجي لدى مرضى السكري عند مستوى الدلالة 0.01.

نتائج الفرضية :

قمنا بجمع البيانات من عينة الدراسة في الميدان وبعد ذلك قمنا بتفريغها في جداول إحصائية ونقلناها إلى البرنامج الإحصائي (spss) واخترنا معامل بيرسون (Pearson) بقياس العلاقة الارتباطية بين الامتثال العلاجي ومعنى الحياة لدى مرضى السكري لدى 40 مريضا وكانت النتائج على النحو التالي:

الجدول رقم (10): نتائج معامل الارتباط بيرسون بين درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس الامتثال العلاجي ودرجاتهم على مقياس معنى الحياة

المتغير	حجم العينة	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
معنى الحياة	40	0.80**	دال عند 0.01
الامتثال للعلاج			

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن عينة الدراسة بلغت 40 فرد، بلغت قيمة الارتباط لدرجاتهم على مقياس الامتثال العلاجي ودرجاتهم على مقياس معنى الحياة (0.80) وهي قيمة قوية موجبة ودالة إحصائيا عند مستوى الدلالة عند 0.01، ومنه يمكن رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة وبناءا على ذلك يمكن القول أننا متأكدون بنسبة 99 % من وجود علاقة ارتباطية بين الامتثال العلاجي ومعنى الحياة عند مرضى السكري.

ومن خلال النتائج المتحصل عليها نجد أنه كلما كانت هناك جودة ومستوى عالي في معنى الحياة للمريض كلما كان هناك امتثال علاجي جيد، تتوافق هذع النتيجة مع الطرح الذي نصت عليه نظرية العلاج بالمعنى حيث يجد الإنسان معنى للحياة حتى في رحم المعاناة ،علما أن

الإصابة بالمرض المزمنة بصفة عامة تعتبر صدمة نفسية لدى صاحبها، والصدمة كما هو معلوم تمر بثلاث مراحل وهي: الإنكار ثم السخط وفي الأخير التقبل والتعايش فالمراكز الإستشفائية، وارتفاع معنى الحياة لدى المصابين بالسكري يشير إلى بلوغهم مرحلة التقبل واجتياز المرحلتين السابقتين بشكل ملحوظ.

2- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى :

مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية رقم 01:

تنص الفرضية الجزئية الأولى على أن هناك علاقة ارتباطية بين الامتثال العلاجي ومدة الإصابة عند مرضى السكري الخاضعين للأنسولين عند مستوى الدلالة 0.01.

للتأكد من صحة هذه الفرضية تم استعمال معامل الارتباط بيرسون وفيما يلي جدول يبين نتائج هذه الفرضية.

للتحقق من هذه الفرضية قام الطالبان باختبار الفرضية الجزئية الأولى باستخدام معامل بيرسون (Pearson) بين الامتثال العلاجي وعامل السن لدى مرضى السكري للتأكد من صحة هذه الفرضية والجدول التالي يبين نتائج الفرضية .

الجدول رقم(11): نتائج الفرضية الجزئية رقم (01)

المتغير	حجم العينة	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة α
مدة الاصابة	40	0.79	دال عند 0.01
الامتثال للعلاج			

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن عينة الدراسة قد بلغت 40 فرد، بلغ معامل الارتباط لدرجاتهم على مقياس الامتثال العلاجي ودرجات مقياس معنى الحياة 0.79 وهي قيمة موجبة مرتفعة ودالة إحصائيا عند مستوى الدلالة عند 0.01، وبناءا على هذه القيمة يمكن القول أننا متأكدون بنسبة 99 % من وجود علاقة ارتباطيه بين مدة الإصابة والامتثال العلاجي.

بعد عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى تم التوصل إلى أن أغلب مرضى السكري لديهم مدة إصابة متفاوتة حيث وجدنا أنه كلما كانت مدة الإصابة أطول كلما خضع المريض إلى امتثال علاجي جيد وهو ما يفسر أن المريض الذي لديه إصابة أطول يكون أكثر حذرا بعد تجربة المرض التي عاشها ويلتزم أكثر بتعليمات الطبيب و يخضع للفحوصات الطبية الدورية و يلتزم بالحمية أكثر وهو ما تفسره نتائج مقياس الامتثال العلاجي المطبق على المرضى حيث كانت النتيجة 0.79 وهو ما يفسر وجود علاقة موجبة قوية بين عامل مدة الإصابة و الامتثال العلاجي عند مرضى السكري.

3- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية :

الفرضية الجزئية رقم 02: تنص الفرضية الجزئية الثانية على أن هناك علاقة ارتباطية بين الامتثال العلاجي وعامل السن عند مرضى السكري .

و للتحقق من صحة هذه الفرضية قام الطالبان بدراسة الفرضية الجزئية الثانية باستخدام معامل بيرسون (Pearson) بين الامتثال العلاجي وعامل السن لدى مرضى السكري لدى 40 مريضا والجدول التالي يبين نتائج الفرضية

الجدول رقم (12): نتائج الفرضية الجزئية رقم (02) :

المتغير	حجم العينة	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
السن	40	0.57	دال عند 0.01
الامتثال للعلاج			

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن عينة الدراسة قد بلغت 40 فرد، بلغ معامل الارتباط لدرجاتهم على مقياس الامتثال العلاجي ودرجات عامل مدة الإصابة 0.57 وهي قيمة موجبة ومتوسطة ودالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 ، وبناءا على هذه القيمة يمكن القول أننا متأكدون بنسبة 99 % من وجود علاقة ارتباطيه بين الامتثال العلاجي وعامل السن عند مرضى السكري

وأكدت دراسة بيزي وآخرون (2006) أن المرضى غير الممتثلين هم من فئة الشباب، وعليه يمكننا القول أن الفرضية الجزئية الثانية قد تحققت والتي مفادها توجد علاقة ارتباطيه بين

الامتثال العلاجي وعامل السن، ومن خلال هذه الدراسة الحالية تبين أن هناك علاقة ارتباطيه قوية بين الامتثال العلاجي وعامل السن، يمكن أن يكون هذا راجع إلى خصائص العينة حيث أن أفراد العينة راشدين ولديهم خبرة في الحياة أكثر من الشباب.

4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة :

الفرضية الجزئية رقم03: تنص الفرضية الجزئية الثالثة على أن هناك فروق دالة إحصائية بين الامتثال العلاجي وعامل الجنس (ذكور،إناث) لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين .

للتأكد من صحة هذه الفرضية تم استعمال اختبار t.test لعينتين مستقلتين وفيما يلي جدول يبين نتائج هذه الفرضية .

الجدول رقم (13): نتائج الفرضية رقم (03) :

المتغير	الجنس	العينة	متوسط الحسابي	درجة الحرية	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الامتثال للعلاج	ذكر	17	50.17	38	1.28	غير دال
	أنثى	23	47.08			

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن عينة الدراسة قد بلغت 40 فرد، منهم 23 أنثى و17 ذكر وكانت قيمة ت هي 1.28 وهي قيمة غير دالة إحصائيا.

وبناءا على هذه القيمة يمكننا القول أنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في الامتثال العلاجي وهذا معناه أن الامتثال العلاجي لا يتأثر بعامل الجنس.

- **الاستنتاج العام:**

بعد عرض نتائج دراسة الفرضيات ومناقشتها تبين أن الدراسة حققت أهدافها من حيث الكشف عن العلاقة بين معنى الحياة والامتثال العلاجي وعامل السن وكذا الامتثال بعامل مدة الإصابة، وكذا مدى تأثير عامل الجنس في نوعية الامتثال العلاجي، وكما سبق و تم عرضه في الجداول... نجد أن الفرضية العامة قد تحققت وكذلك الفرضيات الجزئية .

فقد تبين من نتائج الفرضية العامة أنه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين معنى الحياة والامتثال العلاجي عند مرضى السكري قدرت بـ 0.80 عند مستوى الدلالة 0.01 وهي علاقة موجبة ومرتفعة، أي كلما زادت جودة معنى الحياة كلما كان هناك امتثال علاجي جيد من طرف المريض وكلما انخفضت انخفض الامتثال العلاجي عند المريض.

وكشفت الدراسة في فرضيتها الجزئية الأولى عن وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الامتثال ومدة الإصابة عند مرضى السكري قدرت ب 0.79 وهي علاقة قوية عند مستوى الدلالة 0.01، أي كلما كانت مدة الإصابة أطول كلما امتثل المريض أكثر للعلاج.

أما في فرضيتها الثانية التي تنص على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الامتثال العلاجي و عامل السن عند مرضى السكري والتي قدرت كذلك ب 0.57 وهي قيمة موجبة و متوسطة عند مستوى الدلالة 0.01 أي أن السن يؤثر في الامتثال العلاجي لدى مريض السكري.

أما الفرضية الجزئية الثالثة التي تنص على أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في درجة الامتثال لم تتحقق، أي أن الامتثال العلاجي لا يتأثر بعامل الجنس.

إن نتائج هذا البحث لا تعمم على كافة المرضى بل هي مقتصرة فقط على المرضى الذين شملتهم عينة البحث الحالي.

الخاتمـــــة :

تطرقت الدراسة التي بين أيدينا مفهوما فلسفيا ووجوديا (معنى الحياة) تدور في فلك عدة تصورات وأطروحات وتختلف في تعريف المدارس والاتجاهات. غير أن هذه النظرية التي أسست هذا المفهوم تعود لمؤسسها فكتور فرانكل (1905–1997) الذي يعطي تصور جديد يفسر السلوك البشري على غرار فرويد وادكر من مدرسة التحليل النفسي كما تعرض هذه الدراسة لمفهوم الامتثال العلاجي ، هذه المشكلة التي أثقلت كاهل وزارات الصحة والدول ومنظمات الصحة العالمية . وهذا ما دفعها للبحث عن حلول لهذه المشكلة ، فقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين معنى الحياة والامتثال العلاجي لدى المصابين بداء السكري، وذلك على عينة مكونة من 40 مصابا ، 23 امرأة و 17 رجل ، وذلك على مستوى المركز المرجعي للتكفل بداء السكري بالمدية .

وقد حاول الباحثان من خلال هذه الدراسة الإجابة على جملة من التساؤلات:

–هل هناك علاقة ارتباطيه بين الامتثال العلاجي ومدة الإصابة عند مرضى السكري ؟

–وهل هناك علاقة ارتباطيه بين الامتثال العلاجي وعامل السن عند مرضى السكري؟

–هل توجد فروق فردية بين الذكور والإناث في درجة الامتثال العلاجي؟

ولذلك تم صياغة فرضيات الدراسة وفقا لهذه التساؤلات ، وحاول هذا البحث الكشف عما إذا كان معنى الحياة يؤثر في الامتثال العلاجي ام لا ، ما هي المتغيرات التي تؤثر أكثر على الامتثال العلاجي؟ واتبع الباحثان المنهج الوصفي لتناسبه مع طبيعة الدراسة الحالية، كما تكونت أدوات الدراسة من مقياس معنى الحياة الذي قننه على البيئة الجزائرية بشير معمريه الذي يتكون من

39 بندا ، وكذا مقياس الامتثال العلاجي المكون من 22 بندا ، وتم استخدام البرنامج الإحصائي(SPSS) وقد تم الاعتماد على المؤشرات الإحصائية التالية:

– المتوسط الحسابي ، الانحراف المعياري، معامل ارتباط يرسون ت تستالفا كرومباخ..... الخ

وكشفت النتائج ما يلي :

– توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين مستوى معنى الحياة ومستوى الامتثال العلاجي عند مرضى السكري، ومن الفرضيات الجزئية نجد أنه :

– توجد علاقة ارتباطيه بين الامتثال العلاجي ومدة الإصابة لدى مرضى السكري .

– توجد علاقة ارتباطيه بين الامتثال العلاجي وعامل السن لدى مرضى السكري.

– لا توجد فروق بين الذكور والإناث في درجة الامتثال العلاجي.

– فقد أسفرت هذه الدراسة عن عدة نتائج وهي ثبوت العلاقة بين معنى الحياة والامتثال العلاجي حيث بينت الدراسة أن ارتفاع مستوى الامتثال العلاجي لدى أفراد العينة التي تعاني من مرض مصنف على رأس الأمراض المزمنة والشديدة الخطورة، والمرتبطة في أذهان الناس بالموت من جهة وارتفاع معنى الحياة لدى العينة محل الدراسة من جهة أخرى . وهذا ما يدعو إلى ضرورة الاهتمام بكل ما يمكنه أن يرفع من مستويات معنى الحياة لدى الأفراد ككل وفي مقدمتهم أصحاب الأمراض المزمنة وفي مقدمتهم مرضى السكري وهذا مما قد يساعدهم في رفع مستوى امتثالهم للعلاج .

– كما خلصت هذه الدراسة في الأخير إلى ضرورة القيام بجملة من الإجراءات :

– لفت نظر المؤسسات الصحية والتربوية لأهمية معنى الحياة وتأثيره على الامتثال للعلاج وبالتالي تحقيق مستويات أعلى من نجاعة البروتوكولات العلاجية.

– فتح المجال أمام الباحثين لتصميم برامج لرفع مستوى معنى الحياة لدى فئات المرضى لتأثير ذلك على مستوى الامتثال للعلاج.

– لفت نظر القائمين على الرعاية الصحية والنفسية لاستعمال أساليب وتقنيات العلاج بالمعنى وبشكل خاص في علاج مرض خطير كالأمراض المزمنة وبخاصة مرض السكري.

– حث الطلبة والباحثين والمخابر ومختلف الهيئات البحثية على ضرورة دراسة نظرية العلاج بالمعنى وربطها بمتغيرات أخرى لما لها من اثر.

– ضرورة إجراء دراسات مسحية لمعرفة مختلف مصادر المعنى في البيئة الجزائرية وكذا درجة تأثيرها على تشكل التصورات والمفاهيم ثم الاتجاهات ثم السلوكيات.

– ضرورة إعداد وتصميم برامج للناشئة لرفع مستوى معنى الحياة لديها لما له من اثر على تطوير اتجاه ايجابي نحو الصحة .

– تكوين الأطباء والعاملين في الحقل ألاستشفائي بما فيهم النفسانيين حول مفاهيم وتقنيات العلاج بالمعنى.

– تنظيم أيام دراسية وبحوث حول المقاربة بين الرؤية الإسلامية ونظرية العلاج بالمعنى.

قائمة المراجع

- **باللغة العربية:**

1-1- الكتب:

1- أشرف محمد عبد الحليم. (2010). *قلق المستقبل وعلاقته بمعنى الحياة والضغوط النفسية لدى عيّنة من الشباب*. القاهرة: جامعة عين شمس.

2- إيمان فوزي ، سعيد شاهين. (1995). *دراسة نقدية للأسس النظرية للعلاج الوجودي*. القاهرة: جامعة عين شمس.

3- إحسان محمد الحسن. (2010). *علم الاجتماع الطبّي*. عمان: دار وائل للنشر.

4- أمين الحسيني. (1994). *أعشاب ونباتات من الطب الشعبي في خدمة مريض السكري*. الجزائر: دار الهدى للنشر والتوزيع.

5- أمين الرويحة. (1979). *داء السكري أسبابه أعراضه طرق مكافحته*. لبنان: دار القلم، الطبعة الأولى.

6- أندروا روجيه بول. (2014). *فقه الفلسفة*. دمشق: دار الفرقد.

7- باسمة الكيال. (1983). *أصل الانسان وسر الوجود*. بيروت: دار ومكتبة الهلال.

8- جميلة الوائلي. (2012). *المعنى في الحياة و علاقته بالنمط الشخصي لدى طلبة جامعة بغداد*. بغداد: جامعة بغداد.

9- حازم محمد شوقي. (بدون تاريخ). *معنى الحياة*. بنها: جامعة بنها.

10.حسن الأبيض. (2010). *مقياس معنى الحياة لدى الشباب*. القاهرة: مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس.

10- ديباك شوبرا. (2015). *كتاب الأسرار*. دمشق: دار الفرقد.

11- رشيد رزقي. (2012). *الفعالية الذاتية وعلاقتها بمرض القصور الكلوي المزمن*. باتنة.

12- سميرة أبو غزالة. (2007). *أزمة الهوية ومعنى الحياة كمؤشرات للحاجة إلى الارشاد النفسي*. القاهرة: جامعة القاهرة.

13- سامر جميل و رضوان. (2002). *الصحة النفسية*. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع .

14- سامي القباني. (1984). *بامكانك أن تقهر داء السكري*. بيروت، لبنان: دار العلم للملايين، الطبعة الاولى.

15- شيلي تايلور. (2008). *علم النفس الصحي*. عمان: دار الحامد للنشر و التوزيع.

16- عبد المريد قاسم. (2007). *معنى الحياة لدى المتصوفة وعلاقته بالصحّة النفسية*. القاهرة: الجمعية المصرية للدراسات النفسية.

17- عبد الأمير عبد الله الأشبال. (2014).

18- غوستاف لوبون. (2014). *الآراء و المعتقدات: نشوؤها و تطوّرها*. دمشق: دار الفرقد.

19- فاطمة نوفل. (2016). *العلاج المعرفي السلوكي بين النظرية و التطبيق*. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

20- فيكتور فرانكل. (1982). *الانسان يبحث عن المعنى: مقدمة في العلاج بالمعنى و التسامي بالنفس*. القاهرة: دار القلم.

21- هارون الرشيدي. (1996). *مقياس معنى الحياة، المجلد 2*. مصر: جامعة عين شمس.

22- محمد بن سعد الحميد. (الطبعة الأولى، 2007). *السكري: أسبابه مضاعفاته علاجه*. المملكة العربية السعودية: المكتبة الالكترونية، موقع القدم السكرية.

23- محمد رفعت. (1997). *قاموس مرض السكري* . لبنان: دار مكتبة الهلال.

24- موريس عطية. (1993). *داء السكري و كيف نتعايش معه*. لبنان: دار الشواف الطبعة الثانية.

25- ميك كوبر. (2015). *العلاجات النفسية الوجودية*. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

26- هناء شويخ. (2012). *علم النفس الصحي*. مكتبة الأنجلو المصرية.

1-2- الرسائل الجامعية:

27- الزروق. (2009). *دراسة النمط السلوكي للمصابين بداء السكري من خلال طريقة الحياة*. الجزائر: رسالة دكتوراه غير منشورة.

28- أحمد عبد الخالق ، مايسة النيال. (2007). *معنى الحياة وحب الحياة لدى مجموعات مختلفة من مريضات السرطان*. المؤتمر الاقليمي لعلم النفس.

29- بشير معمرية. (2012). *معنى الحياة مفهوم أساسي في علم النفس الايجابي*. المجلة العربية للعلوم النفسية.

30- رفيقة لكحل. (2011). *تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم*. باتنة: جامعة الحاج لخضر.

31- عبد العزيز حدار. (2008). *التحالف العلاجي قبل الامتثال العلاجي المحددات و النماذج النظرية*. مجلة دراسات نفسية وتربوية.

32- سيد عبد العظيم. (2006). *فعالية التحليلي بالمعنى في علاج خواء المعنى وفقدان الهدف في الحياة لدى عينة من طلاب جامعة الامارات*. القاهرة: جامعة عين شمس.

33- عبد الرحمان سيد سليمان، إيمان فوزي. (1999). *معنى الحياة وعلاقته بالاكتئاب النفسي لدى عينة من المسنين العاملين وغير العاملين*. عين شمس، القاهرة: مركز الارشاد النفسي .

34- فوقية محمد راضي. (2007). *معنى الحياة لدى عينة من خريجي الجامعة العاطلين عن العمل وعلاقته*. القاهرة: الجمعية المصرية للد ا رسات النفسية.

35- فاطمة الزهراء الزروق. (1997). *الكفالة النفسية عند المصابين بداء السكري واستراتيجيات المقاومة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي: رسالة ماجستير غير منشورة*. الجزائر: جامعة الجزائر.

36- صفية سالمي. (2013). التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بالامتثال العلاجي لدى الراشدين المصابين بمرض السكري، مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس الصحي. الجزائر: جامعة الجزائر 2.

- **المراجع باللغة الأجنبية:**

1- s gim .(2004) .*meaning in life mediates the relationships between phsical*0 .hio: 0hio state university

2- Finchma .(2005) .*Taking your medcine compliance:a guide to medication regimens and compliance for patient and caregivers* . usa: Haworth press.

3- Ben mouhoub hamdad .(1999) .*vivre son daibete* .alger: dar el amal.

الملاحق

الملاحق:

الملحق رقم 01:

- **قائمة معنى الحياة**

في إطار القيام بدراسة ميدانية عن معنى الحياة نضع بين يديك فيما يلي مجموعة من العبارات تصف نظرتك إلى الحياة في الحاضر والمستقبل اقرأ كل عبارة لوحدها ثم أجب عنها بوضع علامة تحت كلمة لا أو قليلا أو متوسطا أو كثيرا، وذلك حسب انطباق الإجابة عليك، أجب على كل العبارات، لا توجد عبارة صحيحة وأخرى خاطئة، فالإجابة الصحيحة هي التي تنطبق عليك، وفي الأخير تأكد أن المعلومات التي ستدلي بها ستوظف لأغراض علمية بحتة وتحظى بقدر عال من السرية والائتمان.

الاسم اختياري ..... السن .....

الجنس : ذكر (.....) أنثى: (.....)

المستوى التعليمي: .....المهنة .....

الرقم	العبارات	لا	قليلا	متوسطا	كثيرا
1	أفكر في معنى الحياة باستمرار				
2	أستطيع تحقيق الأمور الهامة في حياتي				
3	أبحث عن النشاطات والاهتمامات الجديدة وأجد فيها متعة				
4	أستطيع تحديد الأمور التي افتقدها في حياتي تحديدا دقيقا				
5	أنا شخص مستقر باستمرار				
6	أتوقع أن حياتي الخصبة الجميلة سوف تأتي في المستقبل				
7	عندي أمل بأن المستقبل سوف يأتيني بأشياء مهمة وسارة				
8	أحلم بأن أجد نفسي في مكان جديد وبشخصية جديدة				
9	أفكر في أن أحقق شيئا جديدا ومختلفا				

	عما هو مألوف				
10	أسعى إلى تغيير الهدف الرئيسي لحياتي				
11	أفكر باستمرار في سر الحياة				
12	أفكر أن أجد فرصا جديدة للحياة				
13	قبل أن أحقق هدفا حددتهُ من قبل أبدأ في التفكير في هدف آخر				
14	أشعر بأني في حاجة إلى مغامرة واكتشاف عالم جديد				
15	يلازمني الشعور بأن أحقق ذاتي				
16	أشعر أني قد وجدت ما افتقدتهُ وقررت أن أبحث عنهُ طيلة حياتي				
17	أدرك أني استنفذت كل قوتي في الهدف الذي وجهت إليهِ حياتي				
18	يوجد لدي اعتقاد بأنهُ ينقصني أن أفعل شيئا لهُ قيمة في حياتي				
19	يوجد لدي شعور بأنهُ يجب أن أعمل شيئا غير عادي ويكون لهُ هدف				
20	أنا أشعر عادة بالحيوية والحماس				
21	تبدو الحياة بالنسبة لي ممتعة ومشوقة ومثير للاهتمام				
22	أعيش حياتي بأهداف واضحة تماما				
23	طبيعة شخصيتي مليئة بالمعاني والمثل				
24	كل يوم بالنسبة لي جديد تماما				
25	إذا استطعت أن أختار فإني أفضل أن أعيش هذه الحياة أكثر من مرة				
26	بعد وصولي إلى سن التقاعد أعمل أعمالا مهمةكنت أرغب فيها				
27	في حالة تحقيق أهداف حياتي فإني أتقدّم بمنتهى الحيوية حتى أتمها				

28	أشعر أن حياتي مليئة بالأشياء الجميلة والمثيرة للاهتمام				
29	إذا قدّر لي أن أموت اليوم أشعر أن حياتي تستحق أن أعيشها				
30	أثناء التفكير في حياتي أكتشف الهدف والعبرة من وجودي				
31	عندما أتأمل علاقاتي بالعالم المحيط بي أكتشف أنها تتناسب مع معنى الحياة بالنسبة لي				
32	أنا انسان أتحمل مسؤوليتي في الحياة تماما				
33	فيما يتعلق بحرية الانسان في الاختيار أرى لها الحرية الكاملة في الاختيار				
34	فيما يتعلق بالموت أكون مستعدا وغير خائف				
35	فيما يتعلق بالانتحار أتجنب التفكير فيها نهائيا				
36	لدي قدرة قوية على إيجاد معنى أو هدف أو رسالة للحياة				
37	حياتي في يدي وأتحكم فيها تماما				
38	إن القيام بالأعمال اليومية يكون مصدر سروري وراحتي				
39	أكتشف أن للحياة أهدافا واضحة ومفيدة				

الملحق رقم 02

مقياس الامتثال العلاجي

هذه مجموعة من العبارات تشير إلى الجانب العلاجي من مرضك ، يُرجى منك وضع علامة (+) أمام إحدى الاختيارات الثلاثة (دائما ، أحيانا ، أبدا) ، وأعلم أنه لا توجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة ، و أن المعلومات تستخدم لأغراض علمية بحتة.

السن: ..... الجنس: .....

مدة الإصابة..... المستوى الدراسي.....

المحور	البنود	دائما	أحيانا	أبدا
الحمية	– امتثل للحمية الواجب إتباعها بدقة. - أتناول الأغذية التي ترفع نسبة السكر بحذر. - أتجنب تناول الأغذية التي تضاعف من مرضي.			
الأدوية	– أُصر على أخذ الدواء بانتظام – آخذ الدواء في وقته بدقة. – لا آخذ الدواء إلا بوصفة طبية.			
السوائل (مشروبات غازية و عصائر	– أتجاهل نظام السوائل – امتثل لنظام السوائل			
السكريات	– امتثل في إتباع نظام السكريات. – أنسى الامتثال إلى نظام السكريات – أتجاهل نظام السكريات			
مراقبة الوزن	– أحرص على مراقبة الوزن.			

	– أصر على إنقاص الوزن كلما استلزم ذلك. –أتجاهل مراقبة الوزن.			
الرياضة و النشاط الرياضي	– أواظب على ممارسة التمارين الرياضة. – أمارس الرياضة مثلما هو مطلوب مني			
المواظبة و إجراء الفحوصات	– أتابع الفحوصات الطبية بانتظام. – أنسى المواعيد الطبية – أغيب عن المواعيد الطبية – أتابع بانتظام نسبة السكر (الغلوكوز) في الدم. – أتابع التحاليل المخبرية بانتظام. – أقوم بكل الفحوصات التي يطلبها مني الطبيب المعالج.			

الملحق رقم 03: ثبات و صدق المقاييس.

Statistiques de groupe

	الفئات	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
معنى الحياة	2	10	105,500	3,3082	1,0462
	1	10	77,400	14,0412	4,4402
الامتثال	2	10	56,90	1,101	,348
	1	10	38,30	3,129	,989

Test des échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes	
	F	Sig.	t	Ddl

معنى الحياة	Hypothèse de variances égales	20,035	,000	6,160	18
	Hypothèse de variances inégales			6,160	9,996
الامتثال	Hypothèse de variances égales	5,755	,027	17,734	18
	Hypothèse de variances inégales			17,734	11,193

Test des échantillons indépendants

		Test t pour égalité des moyennes			
		Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %
					Inférieur
معنى الحياة	Hypothèse de variances égales	,000	28,1000	4,5618	18,5160
	Hypothèse de variances inégales	,000	28,1000	4,5618	17,9351
الامتثال	Hypothèse de variances égales	,000	18,600	1,049	16,397
	Hypothèse de variances inégales	,000	18,600	1,049	16,296

ثبات ألفا كرونباخ – الامتثال

Echelle : ALL VARIABLES

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,889	22

ثبات أفا كرونباخ – معنى الحياة

Echelle : ALL VARIABLES

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,931	26

الملحق رقم 04 : فرضيات الدراسة

Corrélations

الفرضية العامة

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
الامتثال	48,400	7,5542	40
معنى الحياة	93,150	12,5954	40

Corrélations

		الامتثال	معنى الحياة
الامتثال	Corrélation de Pearson	1	,805**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	40	40
معنى الحياة	Corrélation de Pearson	,805**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	40	40

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

Corrélations

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
الامتثال	48,400	7,5542	40

مدة الاصابة	8,100	3,7744	40

Corrélations

		الامتثال	مدة الاصابة
الامتثال	Corrélation de Pearson	1	,794**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	40	40
مدة الاصابة	Corrélation de Pearson	,794**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	40	40

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

Corrélations

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
الامتثال	48,400	7,5542	40
السن	49,275	10,8533	40

Corrélations

		الامتثال	السن
الامتثال	Corrélation de Pearson	1	,571**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	40	40
السن	Corrélation de Pearson	,571**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	40	40

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

Test T

Statistiques de groupe

	الجنس	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الامتثال	ذكور	17	50,176	5,7471	1,3939
	إناث	23	47,087	8,5382	1,7803

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	t	Ddl
الامتثال	Hypothèse de variances égales	8,878	,005	1,289	38

	Hypothèse de variances inégales			1,366	37,739

Test des échantillons indépendants

		Test t pour égalité des moyennes			
		Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %
					Inférieur
الامتثال	Hypothèse de variances égales	,205	3,0895	2,3959	-1,7608
	Hypothèse de variances inégales	,180	3,0895	2,2611	-1,4889