

دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري.

أ. شهرزاد نوار

جامعة قاصدي مرباح ورقلة (الجزائر)

ملخص

تهدف الدراسة الحالية للكشف عن الدور الذي تلعبه المساندة الاجتماعية لتعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى عينة مكونة من 123 مريضا مصابا بمرض السكري من الجنسين (83 اناث و 40 ذكور) من مستويات تعليمية مختلفة، وتوزع مدة المرض لديهم ب (اقل من 5 سنوات، من 5 إلى 10 سنوات وأكثر من 10 سنوات).

وبينت النتائج ان للمساندة الاجتماعية دور في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى المرضى، وكانت الفروق واضحة في المساندة الاجتماعية بين الجنسين، ولا توجد فروق حسب مدة المرض. بينما توصلت النتائج إلى انه لا توجد فروق في السلوك الصحي والألم العضوي تبعاً لمتغيري الجنس ومدة المرض.

الكلمات المفتاحية : المساندة الاجتماعية، السلوك الصحي، الألم العضوي، مقياس المساندة الاجتماعية لسارازون، استبيان السلوك الصحي، استبيان الألم العضوي.

Résumé :

Cette étude a pour but d'explorer le rôle du soutien social dans la modification de la relation entre le comportement de la santé et la douleur organique chez un échantillon de 123 malades diabétique (83 femmes et 40 hommes) de niveaux scolaire et durée de maladie différente.

Les résultats de l'étude ont aboutis que le soutien social a un rôle dans la modification de la relation entre le comportement de la santé et la douleur organique chez les malades, et qu'il existe de différences significatives pour le soutien social entre les 2 sexes.

Les résultats démontrent aussi l'inexistence de différences significatives pour le comportement de la santé et la douleur organique pour les variables sexe et durée de la maladie.

Mot clé : soutien social, comportement de la santé, douleur organique, test de soutien social de Sarason (1983), échelle de comportement de la santé, échelle de la douleur organique de Saint-Antoine (1984).

1/ مقدمة وإشكالية الدراسة :

يعيش الفرد في العصر الحديث حياة عصرية أكثر تعقيدا مليئة بالضغوطات نتيجة للتطور التكنولوجي والأزمات الاقتصادية الحالية، وهذا ما جعل الفرد يواجه في حياته العديد من المواقف الضاغطة التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها وأحداث تنطوي على الكثير من مصادر التوتر والتهديد في مجالات حياته.

ومن مخلفات هذه الضغوط- خصوصا إذا تعذر على الفرد تجاوزها وإيجاد حل ملائم لها - ظهور المرض الذي يعتبر موقفا مهددا لسلامة الكيان الإنساني نفسيا وجسديا بشكل يعيق عن أداء الوظائف الحياتية ويهدد توافق المريض الشخصي والاجتماعي (محمد محمد بيومي، 1996، ص 95)

ضف إلى ذلك التشخيص والعلاج اللذان يعتبران لدى المريض تجربة صعبة ومؤلمة خاصة إذا كان المريض خطيرا أو مزمننا كمرض السكري الذي أصبح يسمى بمرض العصر نظرا لكثرة انتشاره في السنوات الأخيرة. في العقود الماضية كان الاهتمام بالأمراض ومتابعة أعراضها الإكلينيكية مقتصرًا على الأطباء، وبعد أن اتضح وجود عوامل أخرى نفسية واجتماعية قد تزيد من حدة المرض وطول فترة العلاج أو تخفف من أعراض المرض المؤلمة، أصبح الأطباء يعتبرون أن التغيرات النفسية والاجتماعية، تضيف تحدياً من نوع آخر إلى مراحل حياة المرضى (Gee, Howe et Kimmel, 2005 p)

ومن هنا أخذت الحدود التي كانت العلوم الطبية تضعها حتى وقت قريب بين الأمراض الجسدية النفسية تضمحل بسبب تزايد البحوث التي انطلقت من أن العقل والجسد لا بد أن يكونا مترابطين بشكل ما ، كما أن ظهور النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي أحدث وثبة كبيرة في مسار هذه الدراسات ووسع مجالات البحث استنادا إلى فكرة الوحدة العلمية للإنسان في الصحة والمرض (دليلة زناد، 2008، ص 54)

وان أي اختلال في جانب منها يؤدي الى اختلال الجوانب الأخرى تبعا لذلك، وأصبحت العلاجات الطبية تعامل الجسد والعقل كوحدة واحدة (oltmans et enry , 2004 , p).

قاد النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي إلى فهم أكثر عمقا لجميع ما يتعرض له الإنسان من أمراض واضطرابات جسمية أو نفسية ووسع مجالات تشخيصها وعلاجها كما انه لفت الانتباه للتعقيد الإنساني والتباين بين الأفراد والجماعات والتركيز على أهمية الأحداث العقلية ونظم القيم الشخصية ، هذا التناول الحديث الذي يعرف بعلم النفس الصحة الذي يجمع في تفسيره للصحة والمرض بين العوامل البيولوجية ، النفسية والاجتماعية.

وقد ركز هذا النموذج على الأمراض العضوية لاسيما الخطيرة والمزمنة كالسرطانات وأمراض القلب والكلى والسكري والتهاب المفاصل التي أظهرت الدراسات المختلفة أنها سببا في 70 حالات الوفيات في الدول المتقدمة كما أنها تنقل كاهل الحكومات في جميع الدول التي تنشر فيها (james et markes, 2002 , p)

وحاولت دراسات عديدة التعرف على الآثار السيكولوجية لهذه الأمراض وخلصت كلها إلى أن للأمراض الخطيرة و المزمنة انعكاسات سيكولوجية واجتماعية خطيرة تتطلب العناية والاهتمام، كما أنها تشكل المعانات الأساسية للمريض، فهذه الحالة تستوجب ضرورة الاهتمام بالمضاعفات النفسية والاجتماعية للمرض المصاحب له، وتوصلت الدراسات كذلك إلى أن المرض المزمن يشكل ضغطا نفسيا شديدا على المريض يجعله مشوشا مع ردود فعل الآخرين نحو مرضه.

ومن بين الأمراض المزمنة التي تحاول الدراسة الحالية التطرق إليها مرض السكري الذي توضح الدراسات ارتفاع عدد المصابين به كل سنة ، فقد أوضحت إحصائيات الاتحاد العالمي لجمعيات مرضى السكري إصابة 286 مليون شخص بالمرض في جميع أنحاء العالم من الأشخاص البالغين بين 20 و 60 سنة ، أي ما يقارب 7 من سكان

العالم، كما أصبح يشكل 11.6 من إجمالي نفقات الرعاية الصحية العالمية ، وأضاف الإحصاء العالمي عن تجاوز الرقم 440 مليون شخص مصاب عام 2030.

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

ويشير خياطي (2001) ان نقشي الإصابة بمرض السكري ترجع الى الظروف المعيشية القاهرة والفقر مما يجعل المرضى بعيدين عن نظام المتابعة الصحية ، بالإضافة الى العشرية السوداء التي عاشتها البلاد، فقد خلقت هذه الأزمة آثار سلبية محسوسة كثيرة على مستوى الفرد (مصطفى خياطي، 2001، ص 01) وتبقى النسبة الحقيقية للمصابين بالسكري في الجزائر مجهولة و غامضة لحد الآن بسبب عدم وجود تحقيقات و إحصائيات دقيقة عن المرض.

وان كانت الإصابة بالمرض أو تخطيه ترتبط بمتغيرات عديدة فان للعوامل الاجتماعية وما يتلقاه الفرد من مساندة من طرف المحيطين به تساعده بشكل كبير على التكيف مع المرض، فالدعم الاجتماعي يعتبر من أهم العوامل المؤثرة على الصحة ونظرة الفرد للمرض، وتعتبر الأسرة من أهم المصادر لهذا الدعم فالعائلة تلعب دورا كبيرا في محاولة مساعدة المريض على التكيف مع مرضه

كما تتغير سلوكيات المرضى من حيث علاقاتهم وتوقعاتهم من أصدقائهم وأفراد أسرهم التي يأملون أن يحدث بها بعض التغيير (brannon et feist 2003)

حديثا، حظي مفهوم المساندة الاجتماعية باهتمام كبير من طرف الباحثين كونها تلعب دورا هاما في التخفيف من الضغوط والمعاناة التي يشعر بها المريض ، فقد افترض كل من سارازون و سارازون (sarason et sarason 1980) ان مجرد إدراك الفرد انه يستطيع اللجوء إلى شخص ما للمساعدة فان هذا من شأنه ان يخفف من الضغوط الواقعة عليه (محمد قاسم عبد الله، 1995، ص 339).

ويذهب لوبور **LOPORE** إلى أن المساندة الاجتماعية هي الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة في أوقات الضيق، ويتزود الفرد بالمساندة الاجتماعية من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم في الغالب الأسرة، الأصدقاء وزملاء العمل.

خلص التراث السيكولوجي إلى تحديد وظيفتين أساسيتين للمساندة الاجتماعية وهما الوظيفة الوقائية ضد التأثيرات السلبية للضغوط على الصحة النفسية والجسدية للفرد، والوظيفة العلاجية للمساندة الحقيقية التي يتلقاها الفرد حينما يقع تحت الضغط، فالعوامل النفسية/الاجتماعية تؤثر على مجرى المرض الجسدي (محمد محمد بيومي خليل، 1996، ص 96).

والجدير بالذكر أيضا انه كلما تطور المرض كلما شعر المريض بالتعبية لعائلته لذلك وجب مساعدته وذلك بتقديم العون و التشجيع والدعم الذي يحتاجه. فالعلاقات الاجتماعية والمساندة والدعم الذين يتلقاهما يعتبران فاعلين في التكيف النفسي والتعايش مع المرض، وهذا ما توصلت إليه مختلف الدراسات ، فقد توصلت دراسة السيد (2005) إلى حاجة مريض السكري للمساندة بأنواعها مصادرهما المختلفة كي يستطيع التكيف والتعايش مع مرضه ، ولكي ينظر للحياة بنظرة أكثر شمولا تجعله يشعر بجودة الحياة .

كما توصلت دراسة فوزى شحاتة (2005) إلى وجود مستوى مرتفع من الأزمة لدى المرضى في حالة الإصابة بالمرض وأيضاً مستوى منخفض من المساندة، وأنه ثمة علاقة ارتباطية عكسية دالة بين مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة وبين مستوى أزمة الإصابة بالمرض لدى مريض السكري .

وكذلك قامت البرايت وآخرون (Albrigt et al 2001) بدراسة أربعة عوامل مرتبطة بسلوك الرعاية الذاتية لدى المصابين بمرض السكري من النوع الثاني وعلاقته بالعوامل الديموغرافية والعلاقة بين الطبيب والمريض والكره وكذا السياق الاجتماعي على عينة مكونة من 397 مريضاً تم متابعتهم على مدى 6 أشهر ، وقد ارتبطت الرعاية الذاتية بالعمر و رضا المريض عن علاقته بطبيبه والكره الشخصي والسياس العائلي ، كما ارتبط هذا الأخير بالسلوك الصحي والحمية الغذائية والنشاط الرياضي والالتزام بالعلاج . وأكدت الباحثة على دور السياق الاجتماعي واشتراك العائلة في التكفل برعاية المريض المزمّن (albright,2001, p65)

وعن دراسة التعايش مع مرض السكر وعلاقته بالجنس وفترة دوام المرض والمضاعفات الناتجة عنه وجد بورجيسون وآخرون (Borjeson et al,1993) أن الرجال يستخفون بالمشكلات المتعلقة بالمرض أكثر من السيدات ولذا فإن درجة القلق عندهم بسيطة عن احتمال وجود مضاعفات طويلة المدى في المستقبل وبالرغم من وجود قلق أعلى عند السيدات إلا أنهم كانوا أكثر قدرة على اكتشاف الجوانب الإيجابية في التعامل مع المرض.

وفي نفس السياق أظهر هاوس وآخرون (hous et al) بان العلاقات الاجتماعية ودرجة الجوار والاندماج التي يشعر بها الفرد اتجاه الآخرين تمثل مؤشرات قوية للصحة، ويشير ستوب (1996 stob) أن السند الاجتماعي من المصادر الأساسية في مواجهة ضغوط الحياة ، فوجود أشخاص يمكن اللجوء إليهم والوثوق بهم وقادرين على تقديم الدعم والمساعدة والاهتمام ذات أهمية بالغة للحفاظ على الصحة النفسية والجسدية، وهي أيضاً من المؤشرات المساعدة على إتباع الفرد للسلوك الصحي.

ومن منظور سوسولوجي، ينظر إلى المساندة الاجتماعية في ضوء عدد وقوة علاقات الفرد بالآخرين في بيئته الاجتماعية، بمعنى درجة التوافق الاجتماعي للفرد وحجم وتركيب الشبكة الاجتماعية مما قد ترفع من مستوى الصحة لديه ويضيف (Russell Cutrona1990) إلى أن المساندة الاجتماعية وإتاحة علاقات اجتماعية مرضية تتميز بالحب، والود، والثقة تعمل كحواجز ضد التأثير السلبي لأحداث الحياة على الصحة الجسمية والنفسية (عثمان يخلف، 2001، ص 54)

وعلى غرار ما تقدم ينضح أن المساندة الاجتماعية والإمداد بالعلاقات الاجتماعية تعد متغيراً هاماً في الوقاية وتنمية الصحة بجوانبها الجسمية والنفسية، حيث أثبتت دراسات علمية وطبية وبائية حديثة الفوائد الصحية للمساندة الاجتماعية على صحة وسلامة العقل والجسم . وتشير أحدث التقارير الطبية في هذا الشأن إلى أن الأشخاص الذين لا يقيمون علاقات اجتماعية طيبة مع الآخرين ولا يتلقون مساندة اجتماعية هم عرضة أكثر من غيرهم للمشكلات الصحية، حيث يظهر دور الروابط الاجتماعية والمساندة العاطفية في الحفاظ على الصحة والوقاية من المرض . ويفسر (Cobb1976) أن الروابط الاجتماعية والمساندة العاطفية تعمل على " ذلك حسب تعميق التوافق النفسي والاجتماعي للأفراد وتنمي روح الانتماء لديهم، حيث يشعرون بأنهم جزء من شبكة اجتماعية قوية ومتماسكة يمكن أن توفر لهم الحماية اللازمة عند الحاجة، وأنهم كذلك موضع حب وعناية واحترام وتقدير من طرف الذين يحيطون بهم.

لذلك فالمريض في أمس الحاجة إلى من يقف بجانبه ويسانده حتى لا يشعر انه يواجه المرض لوحده ويقاسي ألامه منفرداً، كما يقوي امل المريض في الحياة ويسمح له بالترويح عن نفسه .

هذه المساندة من شأنها أن تساعد الفرد على إتباع سلوكيات صحية تساعده على تخطي المرض ، فلذلك أصبحت مسألة السلوك الصحي وتنميته تحتل أهمية متزايدة تتعلق بالجوانب الجسدية ، وقد قاد الفهم المتزايد للعلاقة الكامنة بين

السلوك والصحة إلى حدوث تحولات كبيرة في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين في فهم الصحة وتمييزها، وإمكانية التأثير فيها على المستوى الفردي.

لم تعد الصحة مفهوماً سلبياً يمكن تحقيقها في كل الأحوال، بل أصبحت مفهوماً ديناميكياً يحتاج إلى بذل جهد من قبل الأفراد في سبيل تحقيقها والحفاظ عليها. ومن أجل ذلك تعد دراسة وفهم الممارسات السلوكية المنمىة للصحة والاتجاهات نحو الصحة والسلوك الصحي، الخطوة الأولى نحو إيجاد الموارد المساعدة على تنمية الصحة والعمل على تطويرها، وتحديد العوامل والاتجاهات المعيقة للصحة من أجل العمل على تعديلها، وينعكس في النهاية على النمو الصحي للفرد وتطوير برامج الوقاية المناسبة والنوعية ، وهذا ما يتوافق مع ما تتادي به منظمة الصحة العالمية من أجل تطوير برامج نفسية وصحية لاكتشاف عوامل الخطر على الصحة والأسباب السلوكية البنيوية المسببة للمرض التي يمكن التأثير فيها اجتماعياً والتغلب عليها.

فأنماط السلوك الصحي تقوم على الإجراءات التي يتخذها الفرد من أجل التعرف المبكر على حدوث الأمراض ومنع حدوثها كالإيدز والسرطان وأمراض فقر الدم و الأمراض المعدية ومرض السكري ،...، وهذا يشتمل على أنماط السلوك التي تبدو ملائمة من أجل الحفاظ على الصحة وتمييزها وإعادة الصحة الجسدية (سامر جميل رضوان، 2008، ص 09).

واتخذ البحث في السلوك الصحي ثلاث اتجاهات أو طرق حيث استخدمت الطريقة الأولى في البحث عن سوابق وأسباب المرض، الاضطراب والحالة الصحية، بينما حللت الطريقة الثانية السلوك الصحي كظاهرة في التدخلات المباشرة لإحداث تغييرات سلوكية في الحالة العامة للمريض ولترقية الصحة . وعمدت الطريقة الثالثة إلى تفسير السلوك الصحي على انه أساس الصحة الذاتي وانه ظاهرة شخصية اجتماعية تتلائم مع البحث العلمي الجيد (gauchman,1997 , p 5-8) ومهما كانت الطرق المستخدمة فإنها تصب في تطوير صحة الفرد وإمكاناته الذاتية. ويساهم السلوك الصحي أيضا في تحسين الحالة الصحية للمريض والتخفيف من معاناته وألمه العضوي، ويعتبر الألم من الخبرات المبكرة التي يعيشها الإنسان منذ لحظات حياته الأولى ويؤدي وظيفة مهمة ، فهو من أكثر الظواهر التي يكتنفها الغموض ويؤدي وظيفة مهمة ويلعب دور جهاز الإنذار الذي يوقف الإنسان عن الاستمرار في العمل المؤدي، كما أن الألم في الأساس خبرة سيكولوجية (حسية ، انفعالية) مزعجة تعتمد على درجة الإحساس به وبما يسببه من عجز بشكل كبير على طريقة تفسيره .

وإذا كان الألم من بين المشكلات المواجهة في الطب فهي من المشكلات التي يصعب التكفل بها نظرا لرد فعل الفرد المتعدد وللعوامل التي تؤثر بها كالسن والمستوى الثقافي (saravane,2008,p03) فمن البديهي أن تؤثر معاناة الألم في جميع الجوانب الحياتية للمريض وخاصة عند استمرار ظهوره خلال فترات طويلة كعرض مزمن، حيث لا يتمكن المريض من القيام بالنشاطات اليومية ويواجه صعوبات عديدة مما يؤدي إلى تفاقم المشاكل المتعلقة بالنوم والعمل والمشاكل النفسية والذهنية.

وبالرغم من التقدم الهائل في علم الأمراض ووظائف الأعضاء والكيمياء الحيوية ، إلا أن الألم العضوي وبالأخص المزمن منه يظل مشكلة من المشكلات الهامة التي يعيشها الافراد (احمد الأحمد، 2011، ص 12).

بالإضافة إلى كون الألم مشكلة واسعة الانتشار فانه أيضا مشكلة اقتصادية ، حيث أن تكاليف الرعاية الصحية والعجز والنفقات ترتفع نسبيا كل سنة، بالإضافة إلى انه سبب وراء ضياع ساعات العمل بسبب الغياب المتكرر.

ومع زيادة التوجه نحو العوامل المعرفية ودورها في التأثير على خبرة الألم ظهر النموذج المعرفي السلوكي لتفسير خبرة الألم بانه خبرة ذاتية تتضمن أحاسيس وانفعالات وأفكار الفرد وسلوكاته ، ويرى التوجه ان التعريف الأمثل للألم هو ما يخبر به المريض (turk et al,1993,p140)

وتتعلق أهمية الألم المحسوس بالسياق والزمن، فالألم الحاد يمتلك وظيفة إنذار وحماية بيولوجية إذ يتم تبليغ الجسد بالإحساس بمثير ضار؛ وكاستجابة حماية لآبد من مواجهة مصدر الألم أو العناية بالأجزاء المصابة من الجسد، غير أن هذه الوظيفة غير موجودة في الألم المزمن أو المتكرر الظهور ذلك أن أسباب الألم، كالمرض المزمن مثلا غير قابلة للإزالة ويتحول الألم المزمن إلى معاناة تمتلك قيمة مرضية وحينئذ نتحدث عن مرض الألم (احمد الأحمد، 2011، ص 311)

انطلاقا من كل ما سبق ذكره تأتي الدراسة الحالية لمحاولة التعرف على دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والمساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري. وقد حددت إشكالية الدراسة من خلال التساؤلات التالية :

تساؤلات الدراسة:

- 1- هل توجد علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية وكل من السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري؟
 - 2- هل توجد فروق في المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري حسب متغيري الجنس ومدة المرض؟
 - 3- هل توجد فروق في السلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب متغيري الجنس ومدة المرض؟
 - 4- هل توجد فروق في الألم العضوي لدى مرضى السكري حسب متغيري الجنس ومدة المرض؟
- 2- فرضيات الدراسة :

- 1- تتوقع وجود علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية وكل من السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري.
 - 2- توجد فروق في المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري حسب متغيري الجنس ومدة المرض.
 - 3- توجد فروق في السلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب متغيري الجنس ومدة المرض.
 - 4- توجد فروق في الألم العضوي لدى مرضى السكري حسب متغيري الجنس ومدة المرض.
- 3- أهمية الدراسة: تتلخص أهمية الدراسة في ما يلي:

أولاً: إن الموضوع يدخل ضمن البحوث في علم النفس الصحي الذي يهتم بالتشخيص والبحث عن اضطرابات الصحة بهدف الوقاية وعلاج الأمراض وتشجيع الأفراد على إتباع السلوك الصحي والبحث عن مصادر تنمية الصحة وتحقيق السعادة والتفاؤل للأفراد والمجتمعات، وذلك باقتراح برامج تفيد في تعديل المعتقدات وتفسيرات الأفراد للأحداث التي تواجههم والمحافظة على الصحة الجسدية.

ثانياً: تساهم الدراسة في مساعدة المرضى على إتباع السلوكيات الصحية المناسبة لهم الواقية من التعقيدات الناتجة عن المرض العضوي .

ثالثاً : تناولها لمتغيرين من المتغيرات التي تجعل الأشخاص يحتفظون بصحتهم الجسمية والنفسية وهي المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي

4- أهداف الدراسة: تهدف الدراسة إلى :

- التعرف على دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري.
- البحث عن العلاقة الارتباطية بين كل من المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري.
- حساب الفروق في المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري حسب متغيري الجنس ومدة المرض.
- حساب الفروق في السلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب متغيري الجنس ومدة المرض.
- حساب الفروق في الألم العضوي لدى مرضى السكري حسب متغيري الجنس ومدة المرض.

5- حدود الدراسة :

أ/ الحدود البشرية: أجريت الدراسة على عينة مكونة من 123 مريضا مصابا بمرض السكري من النوعين (أ و ب) يتراوح سنهم بين 20 و 55 سنة.

ب/ الحدود المكانية : أجريت الدراسة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بمدينة ورقلة، مصلحة الطب الداخلي وبيت السكري.

ج/ الحدود الزمنية : أجريت الدراسة خلال الموسم الجامعي 2012/2013.

6- التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة :

6-1.المساندة الاجتماعية :

تناول علم النفس الصحة المساندة الاجتماعية بالدراسة باعتبارها من أهم العوامل الاجتماعية والنفسية المحددة للمرض ونظرا لانعكاسها الايجابي على صحة الفرد ، فهي متغير هام في الوقاية وتنمية الصحة بجوانبها النفسية والعضوية ، واقترن مفهوم المساندة الاجتماعية بمجال الصحة النفسية المجتمعية.

عرف لوبور (1994 Lepore) المساندة الاجتماعية بأنها الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة وخاصة الاجتماعية في أوقات الضيق ، ويتزود الفرد بالمساندة من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر وتضم شبكة العلاقات الاجتماعية في الغالب الأسرة، والأصدقاء وزملاء العمل

(حورية ولد عودية، 2005، ص 554)

ويعرف سارازون واخرون (1983 sarason et al) المساندة الاجتماعية بأنها تعبر عن مدى وجود أو توافر أشخاص يمكن للفرد أن يثق فيهم، ويعتقد أنهم في وسعهم أن يعتنوا به ويحبوه ويقفوا بجانبه عند الحاجة

(عبير الصبان، 2003، ص 19)

في حين عرفها هوس (hous,1981) بأنها تلك المساعدة ذات الأثر المخفف وهي جد مهمة ومعقدة في نفس الوقت ، كونها تشمل مجموع علاقات البيئة الاجتماعية للفرد التي تمنحه روابط عاطفية ايجابية ، مساعدة إجرائية وسائلية- مالية ومساعدة بالمعلومات تجاه المههد.

وعموما نخلص الى المساندة الاجتماعية تتعلق باعتقاد الفرد بان ما في البيئة المحيطة من أشخاص ومؤسسات تعتبر مصدراً من مصادر الدعم الفعال، وهي تؤثر في كيفية إدراك الفرد للأحداث الصادمة، وفي كيفية مواجهتها ؛ فهي لا تخفف او تلطف من وقع الأحداث الصادمة فحسب بل قد يكون لها تأثيرات واقية أو شافية من اثر هذه الصدمات، إن المساندة الاجتماعية تتعلق باعتقاد الفرد في مدى وجود او توفر أشخاص مقربين يمكن أن يثق بهم، ويعتقد أن بوسعهم أن يعتنوا به ويحبوه ويبقوا بجانبه عند الحاجة .

ويحصل الفرد على المساندة الاجتماعية من عدة مصادر بعضها رسمي والبعض الآخر غير رسمي، ويبرز من بين المصادر الرسمية أفراد الأسرة والأصدقاء والأقارب والجيران كمصادر أولية للمساندة .

أما المصادر الغير الرسمية للمساندة الاجتماعية نجدها مرتبطة ببيئة العمل ويمثلها رؤساء وزملاء العمل.

** ويتم قياس المساندة الاجتماعية في الدراسة من خلال الدرجة الكلية التي يتحصل عليها مريض السكري في مقياس المساندة الاجتماعية لسارازون (1983)، المستخدم في الدراسة .

6-2. السلوك الصحي:

ما يميز التعريفات التي أعطيت للسلوك الصحي أنها متنوعة وجامعة، فيذكر فاربر (1979) ان السلوك الصحي مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف كلها القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية (Ferber, 1979, P 10)

كما توصل نولدنر (Noeldner,1989) إلى أن المقصود بالسلوك الصحي هو كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية لدى الفرد (عثمان يخلف، 2000، ص 23).

وتعرف تايلور السلوك الصحي بأنه تلك السلوكيات التي يؤديها الأفراد بهدف تعزيز وضعهم الصحي والحفاظ على صحتهم (وسام درويش وآخر، 2008، ص 128)

يشير تروشكه وآخرين (Troschke et al.,1985) إلى خمسة مستويات من عوامل أنماط السلوك الصحي تتمثل في :

1- العوامل المتعلقة بالفرد والبيئة (السن، تاريخ الحالة، المعارف، المهارات، الاتجاهات ..الخ).

2- العوامل المتعلقة بالجماعة والمجتمع (المهنة، التأهيل أو التعليم، توقعات السلوك ومتطلباته المتعلقة بمركز الشخص، الدعم الاجتماعي...الخ).

3- العوامل الاجتماعية الثقافية على مستوى البلديات (العروض المتوفرة، سهولة استخدام والوصول إلى مراكز الخدمات الصحية بمعنى التربية والتوعية الصحية منظومات التواصل العامة..الخ).

4- العوامل الثقافية الاجتماعية عموماً (منظومات القيم الدينية والعقائدية، الأنظمة القانونية..الخ)

5- عوامل المحيط المادي (الطقس، الطبيعة، البنى التحتية....الخ).

(سامر جميل رضوان، 2003، ص 81)

إن السلوك الصحي في الدراسة هو كل سلوك يفترض ان يتبعه مريض السكري لتجنب مضاعفات المرض كالالتزام بالعلاج وإتباع التعليمات الطبية والسلوك الوقائي.

** ويتم قياس السلوك الصحي من خلال الدرجة الكلية التي يحصل عليها مريض السكري على فقرات الاستبيان المصمم من طرف الباحثة لهذا الغرض.

6-3. الألم العضوي:

تعددت التعاريف التي تناولت الألم بتعدد وجهات النظر المتعلقة بتفسير تلك الخبرة، وعلى الرغم من الانتشار الواسع لها إلا أن أياً منها لم يحظ بالقبول العام لان كل تعريف من هذه التعريفات السابقة جاء كوظيفة للتوجه النظري لصاحبه .

ولعل التعريف الذي نال القبول والانتشار باعتباره تعريفاً شاملاً هو التعريف الذي قدمته الجمعية العالمية لدراسة الألم حيث عرفته بأنه خبرة انفعالية وحسية غير سارة مرتبطة بوجود ضرر حقيقي أو كامن في النسيج الحي أو يمكن وصفه من خلال مفاهيم مثل هذا التضرر (mersky,1986 ; mersky et bokduk,1994).

وأشار الباحثون إلى أن هذا التعريف أشار إلى أن الألم يمكن أن يحدث بدون وجود تضرر واضح في النسيج الحي، فيلاحظ معانات المريض من الألم في غياب الأسباب الباثولوجية.

ويحمل التعريف أيضاً مظهرين مهمين بالنسبة لدراسة الألم فهو لم يفرق بين الحاد والمزمن منه، كما يشير إلى خبرة الألم الانفعالية فقط (الأحمد، 2011، ص 322)

ويلاحظ أن هذا التعريف لاقى القبول والانتشار إذ انه يتسق مع احدث النماذج المفسرة للألم وهو النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي والذي ينظر إلى الألم كظاهرة متعددة الإبعاد تشمل جوانب حسية، معرفية، وجدانية وبيئية.

قسم العلماء الألم إلى:

أ/ **الآلام الحادة** : وغالبا ما تكون قابلة للتحديد الموضعي ومثارة من خلال سبب مرتبط بوجود تضرر في النسيج او لالتهابات أو لإصابة أثناء التدخل الطبي، وتعتبر الآلام الحادة عابرة و ذات مدة زمنية محددة (ساعات-أيام-أسابيع) كما أنها قابلة للمعالجة، وغالبا ما تقتصر العواقب النفسية لهذه الآلام على الخبرة العابرة للقلق و الإرهاق.

ب/ **الآلام المزمنة** : وهي الآلام التي تظهر نتيجة إصابات عضوية دائمة أو نتيجة لمرض أساسي مزمن، ويستمر هذا الألم لفترة طويلة، وغالبا ما يستطيع المرضى تحديد موضعها بدقة ووضوح وتحديد التأرجح في شدتها، أما المنشأ الفسيولوجي لحالات الألم المزمن فيبقى غير معروف إلى حد كبير، ويتحدث الفرد عن ألم مزمن إذا امتدت إلى أكثر من ستة أشهر

(5 p, 2003, et al. broyker).

* * ويتم قياس الألم العضوي في الدراسة من خلال الدرجة الكلية التي يحصل عليها مريض السكري من خلال استجاباته على فقرات مقياس الألم المعد من طرف سانت اونطوان (1984 st-antoine) والمطبق في الدراسة.

4-6. مرض السكري :

يعرف كانونر (2000 kanoner) مرض السكري بأنه اضطراب مزمن في عملية التمثيل الغذائي يتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم بسبب النقص الكلي أو النسبي للأنسولين، حيث يعجز الجسم عن تصنيع أو استخدام الأنسولين بشكل مناسب (حمدي الحجار، 1990، ص 22)

فمرض السكري من الاضطرابات الجسمية الحقيقية التي تساهم العوامل السيكولوجية بدور هام في بداية الإصابة بها أو في تفاقم الحالة المرضية للفرد .

*التعريف السيكولوجي لمرض السكري :

يعتبر مرض السكر أحد الاضطرابات الجسمية الحقيقية والتي تسهم العوامل السيكولوجية بدور هام في بداية الإصابة بها أو في تفاقم الحالة المرضية للفرد. وهذا التعريف وفقاً لما ورد بالدليل التشخيصي والاحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM III- R, 1987 P 12)

7- إجراءات الدراسة الميدانية :

7-1. منهج الدراسة :

إن اختيار المنهج المناسب يخضع إلى طبيعة المشكلة محل الدراسة، وبما أن الإشكالية تدور حول البحث عن دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والام العضوي لدى مرضى السكري، فإنه تم استخدام المنهج الوصفي لأنه « يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً، ويعبر عنها تعبيراً كيفياً أو تعبيراً كمياً، فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة ويوضح خصائصها، أما التعبير الكمي فيعطيها وصفاً رقمياً بمقدار هذه الظاهرة أو حجمها » (عمار بوحوش و آخر، 1995، ص 130)

ويتم عن طريق المنهج الوصفي أيضاً بتحليل البيانات التي حصلت عليها الباحثة من خلال الدراسة الميدانية ومعالجتها إحصائياً والوصول إلى النتائج .

7-2. عينة الدراسة :

7-1.2. طريقة اختيار العينة:

اعتمدنا في اختيار أفراد عينة هذه الدراسة على طريقة العينة المقصودة، وهي عينة يتم اختيارها بأسلوب غير عشوائي ، فهي الطريقة التي يتم انتقاء أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث نظرا لتوافر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم ولكون تلك الخصائص هي من الأمور الهامة بالنسبة للدراسة، كما يتم اللجوء لهذا النوع من العينة في حالة توافر البيانات اللازمة للدراسة لدى فئة محددة من مجتمع الدراسة الأصلي، ويتميز هذا النوع من العينة بالسهولة في اختيار العينة وانخفاض التكلفة والوقت والجهد المبذول من الباحث، كما يتميز بسرعة الوصول لأفراد الدراسة والحصول على النتائج (عبيدات وآخرون، 1999).

7-2.2. خصائص العينة :

تكونت عينة الدراسة الحالية من 123 مريضا مصابا بالسكري من بينهم 83 انثى و 40 ذكرا يتراوح سنهم بين 20 و 55 سنة تم اختيارهم بطريقة قصدية من بعض أحياء ومناطق مدينة ورقلة. تتميز عينة الدراسة بالخصائص التالية :

أ/ من حيث السن : يتراوح سن المرضى بين 20 و 55 سنة ، وتوزع كما يلي :

* يتراوح سن الفئة الأولى بين 20 و 28 سنة، وتمثل نسبة 12.19 %، أما الفئة الثانية فتشمل الذين يتراوح سنهم بين 29 و 36 سنة بنسبة 18.69 %، وتمثل نسبة 32.52 % فئة المرضى الذين يتراوح سنهم بين 38 و 46 سنة. أما المرضى الذين يتراوح سنهم بين 47 و 55 سنة يمثلون نسبة 36.58 %

ب/ من حيث المستوى التعليمي: يتوزع أفراد العينة من حيث مستواهم التعليمي كما يلي:

30 فردا من أفراد العينة اميين ويمثلون نسبة 24.39 % ، 23 ذوي مستوى ابتدائي بنسبة 18.69 % ، أما 20 فردا مستواهم متوسط ويمثلون نسبة 16.26 % ، بينما 17 ذوي مستوى ثانوي و 23 جامعي ، ويمثلون نسبة 13.82 % و 18.69 % على التوالي.

ج/ من حيث مدة المرض : يتوزع أفراد العينة من حيث مدة المرض كما يلي :

* أقل من 5 سنوات : وعدد أفرادها 68 بنسبة تقدر ب 55.28 %.

* من 5 الى 10 سنوات : وعدد أفرادها 20 ويمثلون نسبة 16.26 %.

أكثر من 5 سنوات : وعدد أفرادها 35 بنسبة تقدر ب 28.25 %.

ويخلص الجدول التالي المتغيرات الوسيطة للدراسة :

جدول (01) يمثل توزيع أفراد العينة حسب متغيرات الدراسة (ن = 123)

النسبة المئوية	العدد	مدة المرض	النسبة المئوية	العدد	المستوى التعليمي	النسبة المئوية	العدد	العمر
55.28%	68	أقل من 5 سنوات	24.39%	30	امي	12.19%	15	من 20 الى 28 سنة
16.26%	20	من 5 الى 10 سنوات	18.69%	23	ابتدائي	18.69%	23	من 29 الى 37 سنة
28.25%	35	أكثر من 10 سنوات	16.26%	20	متوسط	32.52%	40	من 38 الى 46 سنة
% 100	123		13.82%	17	ثانوي	36.58%	45	من 47 الى 55 سنة
			18.69%	23	جامعي	/	/	/
			100%	100	المجموع	100%	123	المجموع

7-3. ادوات جمع البيانات :

- تم الاعتماد في الدراسة الحالية على :
- مقياس المساندة الاجتماعية لسارازون (SSQ6 1983) وتقنين الباحثة .
- استبيان السلوك الصحي من إعداد الباحثة
- استبيان قياس الألم من إعداد سان- انطوان (1984 st antoine) وتقنين الباحثة .

7-1.3. مقياس المساندة الاجتماعية :

صمم مقياس المساندة الاجتماعية من طرف ساراسون وآخرون (Sarason et al 1983) وقام بتعريبه وتقنيه على البيئة العربية محمد الشناوي وسامي أبو بيه (1990م) . يشتمل المقياس على (27) فقرة ، ويعتبر مقياس سارازون المعدل SSQ6 الطبعة المصغرة ل المقياس الأصلي SSQ ويشتمل على 12 بنداً تقيس بعدين رئيسيين هما :

1_ عدد الأشخاص المتاحين للمساندة ، أي أقرب الأشخاص المتاحين في النسيج الاجتماعي للفرد .

2_ مدى الرضا عما يمكن لهؤلاء الأشخاص أن يقدموه من مساندة.

وقد تم بناء المقياس على أساس عرض مجموعة من المواقف وعددها (12) موقفاً يطلب من المفحوص في إجابته على كل موقف أن يذكر عدد الأشخاص الذين يمكنهم أن يقدموا له المساندة أو العون في مثل هذا الموقف ، وذلك في حدود تسعة أشخاص يحددهم باستخدام حرفين يشيران لأسم كل فرد مثل (م . ش) ، ثم يطلب من المفحوص أن يحدد مدى رضاه عن علاقته بهؤلاء الأشخاص وذلك باختيار إجابة واحدة من بين ست إجابات هي :

1/غير راض على الإطلاق . 2/ غير راض . 3/غير راض بدرجة قليلة .

4/راض بدرجة قليلة . 5/ راض . 6/راض بدرجة كبيرة .

قيمت الطبعة الفرنسية للمقياس انطلاقاً من عينة مكونة من 348 فرداً راشداً يتمتعون بصحة جيدة أخذت بعين الاعتبار المبتدئين، أما ثبات المقياس فقد وصل الاتساق الداخلي الى 0.85 للأشخاص المتاحين لتقديم المساندة و0.79 للرضا عن المساندة المقدمة (Rasle et al,1997 , p 65) .

توصلت الدراسة الأصلية إلى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات وذلك بإجراء دراسات متنوعة و بتطبيقه على عينات مختلفة ، حيث أجريت الدراسة الأولى على عينة مكونة من (602) طالباً من جامعة واشنطن ، وقد وصل صدق المقياس بإعادة القياس بمدة زمنية قدرها أربعة أسابيع الى 0.90 للأشخاص المتواجدين لتقديم المساندة و 0.83 للرضا عن المساندة المقدمة، وقد وصل الاتساق الداخلي إلى 0.97 للمساندة المقدمة و 0.94 لدرجة الرضا عن المساندة (عبير الصبان، 2003، ص 138).

وحاولت الدراسة الثانية بحث العلاقة بين مقياس المساندة الاجتماعية ومقاييس الشخصية المرتبطة به وقد أجريت هذه الدراسة على (100) من الذكور و (127) من الإناث من طلاب جامعة واشنطن و أظهرت الدراسة ارتباط مقياس المساندة الاجتماعية بعدد متنوع من المقاييس .

اما الدراسة الثالثة فقد بحثت العلاقة بين المساندة الاجتماعية والأحداث الحياتية السلبية والإيجابية ومركز التحكم والاعتزاز بالذات ، وقد تكونت عينة الدراسة من (295) طالب من جامعة واشنطن ، وهي مكتملة للدراسة الثانية حيث أن الاعتزاز بالنفس كان مرتبطاً ارتباطاً عكسياً بمقاييس القلق النفسي .

وأجريت الدراسة الرابعة بهدف البحث عن العلاقة بين مقاييس الإخبار عن الذات والسلوك في إطار معلمي والربط بين متغيرين للفروق الفردية والمتابرة ، وقد تم إجراء الدراسة على (40) طالب من جامعة واشنطن . وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية وكل من المتابرة والتدخل المعرفي عند التعامل مع مهمة شاقة ومعقدة ومثيرة للإحباط

* **ثبات المقياس** : توصلت الدراسة إلى أن المقياس يتمتع بثبات عالي وذلك باستخدام معامل الثبات ألفا كرونباخ الذي وصل إلى 0.95 للبعد الأول و0.90 للبعد الثاني، ومعامل التجزئة النصفية حيث وصل إلى 0.92 للبعد الأول و0.91 للبعد الثاني.

* **صدق المقياس** : تم حساب صدق المقياس في الدراسة الأصلية بطريقة صدق المحتوى عن طريق استطلاع آراء المحكمين ، وقد تراوحت معاملات الاتفاق بين آراء المحكمين للفقرات بين (85_100%) ، وطريقة الاتساق الداخلي بين الفقرات والدرجة الكلية للأبعاد المنتمية إليها ، والتي وصلت إلى 0.84 عند مستوى (0,01) وانتهت النتائج إلى صلاحية استخدام المقياس والاطمئنان إليه.

(محمد الشناوي ومحمد عبد الرحمن ، 1994 ، ص 77)

إلا أن المقياس خضع في الدراسة الحالية لإعادة تقنيته، لأن مثل هذه الاختبارات قد تؤثر فيها الخصوصيات الثقافية والاجتماعية التي يتميز بها مجتمع عن آخر بالرغم من الانتماء لنفس الثقافة. ولتقنين المقياس أجريت دراسة استطلاعية على عينة مكونة من 60 مريضاً من مرضى السكري لهم نفس خصائص الدراسة الأساسية.

7-1.1.3. الخصائص السيكومترية لمقياس المساندة الاجتماعية :

استخدمت المعادلات الإحصائية في حساب معاملات الصدق والثبات وهي كما يلي:

1/ ثبات المقياس :

تم حساب ثبات مقياس المساندة الاجتماعية باستخدام :

1-أ/ حساب ثبات مقياس المساندة الاجتماعية عن طريق معادلة ألفا كرونباخ : قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ ، والجدول رقم (02) يوضح النتيجة :

جدول رقم (02) يوضح ثبات مقياس المساندة الاجتماعية عن طريق معادلة ألفا كرونباخ

درجة الدلالة	معامل الثبات	مقياس المساندة الاجتماعية
دال عند * 0.05	0.92	البعد الأول
	0.88	البعد الثاني
	0.90	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول السابق أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع ومقبول على كافة أبعاده .

1-ب/ حساب ثبات مقياس المساندة الاجتماعية عن طريق التجزئة النصفية :

تعتمد طريقة التجزئة النصفية في حساب ثبات الأداة على تجزئتها إلى جزئين متكافئين ثم حساب معامل الارتباط بينهما و تعديله باستخدام معادلة سبيرمان - براون Spearman _ Brown وتوصلت نتيجته الى 880. وهي دالة إحصائياً عند 0.05. ويوضح جدول رقم (3) النتيجة :

جدول (03) يوضح قيم معاملات ثبات التجزئة النصفية لدرجات مقياس المساندة الاجتماعية

أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية	عدد الأسئلة	معامل التجزئة النصفية
البعد الأول	06	*0.85
البعد الثاني	06	*0.90
الابعاد الكلية	12	*0.87

*دال عند 0.05

يتضح من الجدول السابق أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع ومقبول.

2/ صدق المقياس :

2-أ/ حساب صدق التمييز بطريقة المقارنة الطرفية :

يقوم حساب معامل الصدق التمييزي للمقارنة الطرفية للأداة على حساب الفروق بين متوسطي درجات التلث الأعلى والمحدد في الدراسة بنسبة (33%) ودرجات التلث الأدنى والمحدد كذلك بنسبة (33%)، و بتطبيق اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين (العليا والدنيا) بالنسبة لكل فقرة من الفقرات (32) المكونة لمقياس السلوك الصحي ، تحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول الآتي:

جدول (04) يوضح صدق التمييز لدرجات مقياس المساندة الاجتماعية بطريقة المقارنة الطرفية (ن =123)

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	33 % درجات دنيا		33 % درجات عليا		أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية
		ع	م	ع	م	
0,001	23,72	24,02	101,30	11,87	32,27	البعد الأول
0,001	12,75	10,75	147,96	23,74	111,73	البعد الثاني

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (ت) للفروق بين متوسطي درجات المجموعتين دالة إحصائياً عند مستوى (0,001) مما يدل على أن المقياس يميز تمييزاً واضحاً بين مرتفعي ومنخفضي الدرجة على المقياس وهذا يعني أنه يتصف بالكفاية في التمييز بين مستويات الأداء لدى المفحوصين ، وبذلك تطمئن الباحثة إلى صدق مقياس المساندة الاجتماعية على عينة الدراسة الحالية .

2-ب/ حساب صدق المقياس عن طريق الصدق الذاتي : يمثل الصدق الذاتي الجذر التربيعي لمعادلة الثبات ألفا كرونباخ ، وبما ان ثبات المقياس وصل إلى 0.90 فان الصدق الذاتي يساوي 0.94
بما ان معاملات الصدق والثبات كانت عالية فان الباحثة تطمئن الى تطبيق مقياس المساندة الاجتماعية على عينة الدراسة الحالية .

7-2.3. استبيان السلوك الصحي:

7-1.2.3. وصف خطوات بناء مقياس السلوك الصحي:

يهدف تصميم هذا المقياس إلى التعرف على السلوكيات الصحية المتبعة من طرف مريض السكري وذلك :

* اولاً : بناء على التصور النظري الذي تبنته الدراسة في تحديدها لمفهوم السلوك الصحي

* ثانياً: اعتمدت الدراسة على الخبرة الشخصية للباحثة في مجال المتابعة النفسية لمرضى الامراض المزمنة خاصة مرضى السكري بمصلحتي الطب الداخلي (نساء/ رجال) التابعة لمستشفى محمد بوضياف بورقلة ، وكذا الفحوص النفسية الخارجية التي كانت تجربها على مستوى العيادة المتعددة الخدمات القصر التابعة للصحة الجوارية بمدينة ورقلة ، ومن خلال مراجعة التقارير السنوية التي اعدها بيت السكري بمدينة ورقلة خلال الثلاث سنوات الأخيرة تم التعرف على أنواع المشكلات الصحية التي يتقدم بها المرضى للمتابعات الصحية.

تمت صياغة التعريف الإجرائي لمتغير السلوك الصحي والمتمثلة بأنه كل سلوك يفترض ان يتبعه مريض السكري لحماية وتنمية حالته الصحية ولتجنب مضاعفات المرض وذلك من خلال الالتزام بالعلاج (إتباع تعليمات وإرشادات الطبيب، احترام المواعيد الطبية، اخذ الدواء بانتظام واحترام الجرعات ، المراقبة المستمرة لنسبة السكر في الدم واتباع الحمية الغذائية)، ممارسة النشاطات الرياضية والقيام بالسلوك الوقائي المناسب المتمثل في زيارة طبيب الأسنان، الابتعاد عن التدخين وشرب الكحول.

وصمم الاستبيان في صيغته الاولى من 47 بنداً، كما صممت استمارة تحكيم مزودة بالتعريف الإجرائي ليسهل عملية التحكيم الظاهري على المقياس .

فيما بعد عُرضت استمارة التحكيم على إحدى عشرة (11) خبيراً، سبعة (07) منهم بدرجة أستاذ التعليم العالي وأربعة (04) بدرجة أستاذ محاضر بغرض إبداء آرائهم حول وضوح التعليمات، وملائمة البدائل، وكفايتها، و سلامة الفقرات، وتحديد مستوى انتمائها للمقياس ككل .

بناء على ذلك تم تفرغ استمارة التحكيم حسب تحديد الخبراء لنسبة الملائمة — (00%، 25%، 75% ، 100%) لنحصل في نهاية التحكيم على 32 فقرة حصلت نسبة التحكيم في صلاحيتها من 75% إلى ما فوق ،

أجريت التعديلات التي اقترحها الأساتذة المحكمون بشأن الصياغة اللغوية للبعض منها (وعددها 6 فقرات) وحذفت 17 فقرة لأنها لا تقيس السلوك بدقة أو أنها مكررة و تفيد نفس المعنى. ولاحظ الأساتذة أيضاً ان سلم ليكرت يعتبر الأنسب كبديل للإجابة، ليصبح المقياس جاهزاً لاختبار نتائج صدقه وثباته تجريبياً وذلك من خلال تطبيقه على عينة من مرضى السكري .

ولغرض حساب الصدق و الثبات تم تطبيق مقياس السلوك الصحي المعد في الدراسة على عينة مكونة من 60 مريضاً من مرضى السكري لها نفس خصائص العينة الأصلية اختيروا بشكل عشوائي أجري التطبيق بشكل فردي مع المرضى سواء خلال مواعيد المتابعة النفسية أو الطبية أو التواجد في المستشفى للاستشفاء، و استخدمت الدراسة لحساب معاملات الصدق و الثبات للأداة الطرق الآتية :

*إعطاء الأوزان لمقياس السلوك الصحي:

يعطى لكل فقرة مكونة للمقياس الدرجة الموزونة الآتية : (دائماً 4 - عادة 3 - أحيانا 2 - نادراً 1 - أبداً 0) ثم تستخرج الدرجة الكلية بجمع الدرجات الموزونة للثلاثين وثلاثون فقرة المكونة للمقياس، وتتراوح الدرجات على المقياس من درجة صفر (0) كأدنى درجة ومئة وثمانين وعشرون (128) كحد أقصى يمكن أن يحصل عليه الفرد .

7-2.2.3. الخصائص السيكومترية لاستبيان السلوك الصحي :

1/ حساب الثبات :

1-أ/ حساب ثبات استبيان السلوك الصحي عن طريق ألفا كرونباخ :

قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ ، والجدول رقم (05) يوضح النتيجة :

معامل الثبات الفا كرونباخ	درجة الدلالة	
0.89	دال عند 0.05	مقياس السلوك الصحي

يتضح من الجدول السابق أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع ومقبول على كافة أبعاده

1-ب/ حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية :

قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية ، وذلك عن طريق حساب قيمة معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية والزوجية بعد تصحيحه بمعادلة سبيرمان _ براون (Spearman - Brown) ، ويوضح جدول رقم (6) النتيجة :

جدول (06) يوضح قيم معاملات ثبات التجزئة النصفية لدرجات مقياس السلوك الصحي (ن = 60)

عدد البنود	معامل التجزئة النصفية	
32	0.92	استبيان السلوك الصحي

2/ حساب الصدق : قامت الباحثة بحساب صدق مقياس السلوك الصحي بطريقتين هما :
2-أ/ حساب صدق التمييز بطريقة المقارنة الطرفية :

يقوم حساب معامل الصدق التمييزي للمقارنة الطرفية للأداة على حساب الفروق بين متوسطي درجات الثلث الأعلى والمحدد في الدراسة بنسبة (33%) ودرجات الثلث الأدنى والمحدد كذلك بنسبة (33%)، و بتطبيق اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين (العليا والدنيا) بالنسبة لكل فقرة من الفقرات (32) المكونة لمقياس السلوك الصحي ، تحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول الآتي:

جدول رقم (07) يوضح ترتيب قيم اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين المتطرفتين (33%) الدرجات العليا و33% الدنيا في استبيان السلوك الصحي (ن = 60)

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الإربعي الأعلى (ن = 84)		الإربعي الأدنى (ن = 85)		بنود مقياس السلوك الصحي
		ع	م	ع	م	
0.001	23,72	24,02	10,30	11,87	32,31	32

يتبين من خلال النتائج المعروضة في الجدول أن قيم "ت" لدلالة الفروق بين متوسطات القيم العليا (33%) والقيم الدنيا (33%) فإنها قيم دالة على وجود فروق بين المتوسطات الحسابية للمجموعتين العليا والدنيا في كل الفقرات المكونة لمقياس السلوك الصحي ، وبالتالي يظهر أن الفقرات لديها القدرة على التمييز ما بين الأشخاص الذين لديهم لديهم سلوكيات صحية مرتفعة ونظائريهم ممن لديهم سلوكيات صحية منخفضة ، ومنه يمكن الاطمئنان على صدق الأداة في قياسها للخاصية التي صممت من أجلها.

2- ب / الصدق الذاتي : يمثل الصدق الذاتي الجذر التربيعي لمعادلة الثبات الفا كرونباخ ، وبما ان ثبات المقياس وصل إلى 0.89 فان الصدق الذاتي يساوي 0.94.

وبذلك تطمئن الباحثة إلى صدق وثبات استبيان السلوك الصحي على عينة الدراسة الحالية .

3.3-7. استبيان الألم Saint- Antoine QDSA :

استخدمت الباحثة لقياس الألم العضوي لدى المرضى استبيان الألم لسانت اونطوان (questionnaire de

(douleur de Saint- antoine QDSA)

يعتبر مقياس الألم لسانت اونطوان (1984) الصيغة الفرنسية المترجمة والمكيفة لاستبيان ماكجيل (Mc gil) الأمريكي للألم لملازك ووال (1975 Melzak et Wall) ، فهو من المقاييس التي تسمح بالتقييم الذاتي للألم بجوانبه الحسية والانفعالية يحتاج تطبيق الاختبار إلى مستوى فهم عالي وتعاون من طرف المفحوص .

يحتوي الاستبيان على ستة عشر (16) مجموعة مقسمة الى فئتين (فئة حسية واخرى عاطفية) مصنفة من A الى P تسمح بوصف التجربة المؤلمة . يتم تقييم الاستبيان من 0 الى 4 (0 غياب الألم- 1 الم بسيط- 2 الم متوسط - 3 الم شديد - 4 الم شديد جدا) . ليحصل المفحوص على علامة تقدر بين 0 و 232 نقطة.

قام الباحثون بتعديل الاستبيان إلى صيغة مختصرة مكونة من 16 عنصرا فقط ومستمدة من المجموعة المذكورة سابقا لوصف الألم ، ليحصل المفحوص على درجة تتراوح بين 0 و 64 نقطة.

طبق الاستبيان في دراسات عديدة مع عينات تعاني من الألم الحاد أو المزمن، وتوصلت الدراسات إلى انه يتمتع بدرجة صدق عالية وصلت إلى ، أما ثبات المقياس فانه مساوي ل

أما في الدراسة الحالية فقد قامت الباحثة بالتأكد من الخصائص السيكومترية لاستبيان الألم وذلك بتطبيقه على عينة مكونة من 60 فردا.

7-1.3.3. الخصائص السيكومترية لاستبيان الألم :

1/ الثبات :

1-أ/ حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية :

قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية ، وذلك عن طريق حساب قيمة معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية والزوجية بعد تصحيحه بمعادلة سبيرمان _ براون (Spearman _ Brown) ، ويوضح جدول رقم (09) النتيجة

معامل الثبات سبيرمان - براون	
مقياس الألم 1	*0.821

*دال عند 0.01 .

يتضح من خلال الجدول (09) ان قيمة الثبات قد بلغت 0.82، وهي قيمة مرتفعة نسبيا.

2-ب/ حساب الثبات عن طريق معادلة ألفا كرونباخ : كما قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ ، والجدول رقم (10) يوضح النتيجة :

مستوى الدلالة	معامل الثبات	
0.01	0.910	الألم 1

يبين الجدول (10) ان معامل الثبات ألفا كرونباخ وصل إلى 0.91، وهي قيمة عالية نسبيا للاطمئنان لاستخدام المقياس في الدراسة الأساسية.

2/ الصدق :

2-أ/ الصدق الذاتي : يمثل الصدق الذاتي الجذر التربيعي لمعادلة الثبات ألفا كرونباخ ، وبما أن ثبات المقياس وصل إلى 0.91 فان الصدق الذاتي يساوي 0.95 .

2-ب/ طريقة الاتساق الداخلي:

تم فحص صدق الاتساق الداخلي للفقرات بالدرجة الكلية لاستجابات أفراد عينة التقنين، وذلك بإيجاد قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمقياس، وقد وصلت الدرجة الكلية للاتساق الداخلي إلى 0,84 مما يدل على ان البنود تتمتع بدرجة جيدة من التماسك والاتساق .

اذن من خلال حساب معاملات الصدق والثبات لمقاييس الدراسة والتي كانت مرتفعة، يمكن الاطمئنان للمقاييس لتطبيقها في الدراسة الأساسية.

7-4. إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية :

تم إجراء الدراسة الأساسية من الفترة الممتدة من 21 افريل 2013 إلى 22 جوان 2013، حيث كان تطبيق أداة البحث على شكل بطارية واحدة تحتوي على استبيان تقدير الذات ، مقياس الصلابة النفسية ، مقياس المساندة الاجتماعية، استبيان السلوك الصحي وسلم قياس الألم ، وأجري التطبيق لكل مريض على حدى بشكل مقابلات نصف موجهة وذلك من أجل التحكم في سير تطبيق الدراسة الميدانية دامت مدة كل مقابلة بين 20 و 30 د .

تم ترتيب كل إجراءات التطبيق مع المرضى بأسبوع مسبقا وذلك بالحصول على موافقة المرضى للمشاركة قبل أن توزع عليهم أدوات البحث ، كما تم الحرص على إتباع مجموعة من التوجيهات والتعليمات للمستجوبين والتمثلة في :

- تقديم الطالبة الباحثة لنفسها والغرض العلمي للبحث .
 - شرح طريقة الإجابة على المقاييس.
 - التأكد من فهم المرضى لطريقة الإجابة.
 - الالتزام باختيار نوع الفقرة التي تناسب شخصيته.
 - التأكد من تسجيل جميع البيانات الخاصة .
 - شكر المرضى على مشاركتهم الفعالة في إعداد الدراسة.
- *الأساليب الإحصائية المستخدمة :**

استخدمت الدراسة في معالجة البيانات إحصائيا الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss) في حساب:

- العلاقات الارتباطية.
- الفروق بين المتوسطات.

8- عرض نتائج الدراسة :

8-1. عرض نتائج الفرضية الأولى :

تنص الفرضية الأولى على أنه توجد علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية وكل من السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري. لغرض فحص نتائج الفرضية إحصائيا، تم حساب قيمة معامل الارتباط المتعدد بين درجات المساندة الاجتماعية بدرجات كل من السلوك الصحي والألم العضوي والنتائج المتوصل إليها مبينة في الجدول الآتي :

جدول رقم (11) يوضح قيمة معامل الارتباط المتعدد بين المساندة الاجتماعية و كل من السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري

المساندة الاجتماعية	السلوك الصحي	الألم العضوي	معامل الارتباط المتعدد	معامل التحديد	درجة الحرية
-	-	-	*0.49	0.19	122
-	-	-			
-	-	-			

*دال عند 0.05

يظهر من خلال الجدول رقم (11) أن قيمة معامل الارتباط المتعدد بين المساندة الاجتماعية و كل من السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري قد وصلت ($r = 0.49$) وعند مقارنتها بقيمة "ر" المجدولة عند درجة حرية ($n-1=122$) فإنها دالة على وجود علاقة حقيقية بين المتغير المستقل (المساندة الاجتماعية) بكل من متغيري السلوك الصحي والألم العضوي ، وعليه تأكد فرض البحث الذي يخص العلاقة بين المساندة الاجتماعية بكل من السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري.

2- عرض نتائج الفرضية الثانية :

تنص الفرضية الثانية على أنه توجد فروق في المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري:

أ/ حسب متغير الجنس :

لغرض فحص نتائج الفرضية إحصائيا، تم حساب قيمة دلالة الفروق في المساندة الاجتماعية بين الإناث والذكور والنتائج المتوصل إليها مبينة في الجدول الآتي : ذ

جدول رقم (12) يوضح الفروق في المساعدة الاجتماعية حسب متغير الجنس

المتغيرات	المؤشرات الإحصائية	عدد أفراد العينة ن = 123	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة الفائتية	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الذكور		43	37.13	12.04	3.91	1.63 -	121	غير دالة عند 0.05
الإناث		80	37.31	15.68				

يتضح من خلال الجدول رقم (12) ان قيمة المتوسط الحسابي للذكور المقدره ب (37.13) وتتحرف القيم بدرجة (12.04) أكبر من قيمة المتوسط الحسابي للإناث المقدره ب (37.31) و التي تتحرف عنه القيم بدرجة (15.68) ، و بلغت قيمة اختبار دلالة الفروق المحسوبة (= -1.63) عند درجة حرية (121) وهي قيمة غير دالة عند مستوى (0.05) على وجود فروق في المساعدة الاجتماعية بين الإناث والذكور لدى مرضى السكري، مما يدفعنا إلى رفض فرضية الدراسة.

ب / حسب متغير مدة المرض :

و للتحقق من وجود فروق في المساعدة الاجتماعية لدى مرضى السكري حسب متغير مدة المرض تم الاعتماد على اختبار (F) لتحليل التباين لدراسة الفروق من حيث المساعدة الاجتماعية حسب مدة المرض، ويوضح الجدول التالي النتائج المحصل عليها:

جدول رقم (13) يوضح الفروق في المساعدة الاجتماعية لدى مرضى السكري حسب متغير مدة المرض

مصدر التباين	SS	df	ms	F	الدلالة الاحصائية
التباين بين	42	2	21.398	0.101	غير دالة احصائيا عند 0.05
التباين ضمن	25488.391	120	212.403		
التباين الكلي	25531.187	122			

يتضح من خلال الجدول رقم (13) انه لا يوجد اختلاف في المساعدة الاجتماعية سواء كانت مدة المرض قصيرة أو طويلة، (اقل من 5 سنوات، من خمس إلى عشر سنوات و أكثر من عشر سنوات)، أي انه لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسط المساعدة الاجتماعية حسب مدة المرض مما يؤكد عدم تحقق فرضية الدراسة الثانية.

3- توجد فروق في السلوك الصحي لدى مرضى السكري :

أ/ حسب متغير الجنس :

و للتحقق من وجود فروق في السلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب متغير الجنس تم الاعتماد على اختبار دلالة الفروق (ت) لدراسة الفروق بين الإناث والذكور من حيث السلوك الصحي ، ويوضح الجدول التالي النتائج المحصل عليها :

جدول رقم (14) يوضح الفروق في السلوك الصحي بين الإناث والذكور

عدد أفراد العينة ن = 123	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة الفائتية	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
43	78.76	17.44	0.004	0.77	121	دالة عند 0.05
80	81.37	17.86				

يتضح من خلال الجدول رقم (14) ان قيمة المتوسط الحسابي للذكور المقدره ب (78.76) وتتحرف القيم بدرجة (17.44) اصغر من قيمة المتوسط الحسابي للإناث المقدره ب (81.37) والتي تتحرف عنه القيم بدرجة (17.86) ، و بلغت قيمة اختبار دلالة الفروق المحسوبة (= 0.77) عند درجة حرية (121) وهي قيمة دالة عند

مستوى (0.05) على وجود فروق في المساعدة الاجتماعية بين الإناث والذكور لدى مرضى السكري وذلك لصالح الإناث، مما يدفعنا إلى قبول فرضية الدراسة.

ب/ حسب متغير مدة المرض :

و للتحقق من وجود فروق في السلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب متغير مدة المرض تم الاعتماد على اختبار (F) لتحليل التباين لدراسة الفروق من حيث السلوك الصحي حسب مدة المرض، ويوضح الجدول التالي النتائج المحصل عليها :

جدول رقم (15) يوضح الفروق في السلوك الصحي حسب متغير مدة المرض

الدلالة الاحصائية	F	ms	df	SS	مصدر التباين
غير دالة احصائيا عند 0.05	1.861	574.584	2	1149	التباين بين
		308.695	120	37043.417	التباين ضمن
			122	38192.585	التباين الكلي

يتضح من خلال الجدول رقم (15) انه لا يوجد اختلاف في المساعدة الاجتماعية سواء كانت مدة المرض قصيرة أو طويلة، (اقل من 5 سنوات، من خمس إلى عشر سنوات و أكثر من عشر سنوات)، أي انه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط المساعدة الاجتماعية حسب مدة المرض مما يؤكد عدم تحقق فرضية الدراسة الثانية.

8-4. توجد فروق في الألم المزمن لدى مرضى السكري:

أ/ حسب متغير الجنس :

و للتحقق من وجود فروق في الألم العضوي لدى مرضى السكري حسب متغير الجنس، تم الاعتماد على اختبار دلالة الفروق (ت) لدراسة الفروق بين الإناث والذكور من حيث الألم المزمن ، ويوضح الجدول التالي النتائج المحصل عليها :

جدول رقم (16) يوضح الفروق في الألم المزمن بين الإناث والذكور

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة ت المحسوبة	القيمة الفائية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد أفراد العينة ن= 132	
دالة عند 0.05	121	1.68	2.00	6.93	15.79	43	الذكور
				8.88	18.42	80	الإناث

يتضح من خلال الجدول رقم (16) أن قيمة المتوسط الحسابي للإناث المقدرة ب (18.42) وتتحرف القيم بدرجة (8.88) أكبر من قيمة المتوسط الحسابي للذكور المقدرة ب (15.796) والتي تتحرف عنه القيم بدرجة (6.93) ، وبلغت قيمة اختبار دلالة الفروق المحسوبة (=1.68) عند درجة حرية (121) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.05) على وجود فروق في الألم العضوي بين الإناث والذكور لدى مرضى السكري وذلك لصالح الإناث ، مما يدفعنا إلى قبول فرضية الدراسة.

ب/ حسب متغير مدة المرض :

و للتحقق من وجود فروق في الألم العضوي لدى مرضى السكري حسب مدة المرض ، تم الاعتماد على اختبار (F) لتحليل التباين لدراسة الفروق من حيث المساندة الاجتماعية حسب مدة المرض ، ويوضح الجدول التالي النتائج المحصل عليها :

جدول رقم (17) يوضح الفروق في السلوك الصحي حسب مدة المرض

الدلالة الاحصائية	F	ms	df	SS	مصدر التباين
غير دالة احصائيا عند 0.05	0.812	123.797	2	247.595	التباين بين
		68.310	120	8197.153	التباين ضمن
			122	9444.748	التباين الكلي

يتضح من خلال الجدول رقم (17) انه لا يوجد اختلاف في المساندة الاجتماعية سواء كانت مدة المرض قصيرة أو طويلة، (اقل من 5 سنوات، من خمس إلى عشر سنوات و أكثر من عشر سنوات)، أي ان المساندة الاجتماعية لم تتغير بمدى المرض ، وبذلك لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط المساندة الاجتماعية حسب مدة المرض مما يؤكد عدم تحقق فرضية الدراسة الثانية.

9- مناقشة نتائج الدراسة :

أظهرت نتائج الدراسة الحالية انه توجد علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية وكل من السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري، أي أن للمساندة الاجتماعية دور في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة لكل من (Hatchatt et al,1997, Oumar et al,2007, Coyne et Downey,Wichlurd et al,1973 ,Loyd et al,1993,waljamouth et pitz, 1991) عيبر بنت حسن الصبان (2003) فوزي شحاتة (2005) ، السيد (2005) التي توصلت الى ان المساندة الاجتماعية تعتبر عاملا عامل منبئ قوي للتكيف مع المرض المزمن ، كما تساهم المساندة الاجتماعية في تقبل العلاج وتبني سلوكيات جديدة تتلاءم مع الحالة الصحية . وتوصلت الدراسات إلى أن المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المرضى من طرف أفراد العائلة تعتبر من بين العوامل الأساسية في تقبل العلاج والالتزام به من خلال مساعدتهم على تناول الأدوية والالتزام بالفحوص الدورية والالتزام بنصائح الطبيب وإرشاداته و بذلك أتباع السلوك الصحي المناسب. ويمكن تفسير نتيجة هذه الفرضية على ضوء النظرية الحيوية النفسية الاجتماعية التي تربط تطور المرض بالعوامل النفسية الاجتماعية من خلال الدور الكبير الذي تلعبه المساندة الاجتماعية باعتبارها متغير واقى من الأحداث السلبية التي يتلقاها الفرد نظرا لانعكاسها الايجابي على الصحة. ترتبط المساندة الاجتماعية بالصحة الجسدية والسعادة النفسية كما أن غيابها يرتبط بزيادة الأعراض المرضية. (cutrona, 1996,p22) أي درجة الاندماج الاجتماعي للفرد الذي من شأنه تحسين الصحة من خلال دعم السلوك الصحي عن طريق منع الفرد من ممارسة سلوكيات غير صحية .

فالأفراد الذين يحصلون على مستويات مرتفعة من المساندة الاجتماعية يكونون- في اغلب الأحيان- أكثر تقيدا بالالتزام بالنظام العلاجي الخاص بهم ، وأكثر ميلا للاستفادة من الخدمات الصحية ولا سيما عندما يحمل أعضاء شبكة العلاقات الاجتماعية التي يرتبطون بها توجهات ايجابية نحو هذه الخدمات (Greensten et al, 1975, Wallston et al, 1983)، لكن تشير الدلائل بالمقابل كذلك إلى أن وجود الكثير من المساندة الاجتماعية يقتحم حياة الفرد ويؤدي بذلك إلى زيادة الضغوط، وتوصل الباحثون إلى أن المساندة الاجتماعية التي تأخذ طابعا تحكيميا أو توجيهيا

قد تحقق بعض الفوائد على السلوكيات الصحية، لكنها تسبب بعض المعانات النفسية، فالأفراد - وخاصة المرضى- الذين ينتمون إلى شبكة من العلاقات الاجتماعية المكثفة، يجدون أنفسهم محاطين بالنصائح والتدخلات (وسام درويش ، 2008، ص 454) .

وعلى غرار ما توصلت إليه الدراسات فإن المساندة الاجتماعية تتعلق باعتقاد الفرد بان ما في البيئة المحيطة من أشخاص ومؤسسات تعتبر مصدرًا من مصادر الدعم الفعال ، وهي تؤثر في كيفية إدراك الفرد للأحداث الصادمة، وفي كيفية مواجهتها ؛ فهي لا تخفف أو تلطف من وقع الأحداث الصادمة فحسب . كما أظهرت نتائج الدراسة الحالية انه يوجد فروق في المساندة الاجتماعية حسب الجنس وذلك لصالح الإناث، بينما لا توجد هذه الفروق حسب مدة المرض.

وتوصلت الدراسات أن النساء اللواتي لهن مستويات عالية من المساندة الاجتماعية يظهرن تكيفا افضل لدى التعرض لمرض السكري (Schwartz, Springer al, 1986, Penninx et al, 1998, Stone et al, 1987 Marteau et al, 1987) وألم جسدية اقل (وسام درويش وأخر ، 2008، ص 452)

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء نظرية التنشئة الاجتماعية القائلة بان الإناث أكثر ميلا إلى البحث عن الدعم الاجتماعي من الذكور ، ولعل استخدام هذه الوسيلة من طرف الإناث أكثر من الذكور يعود إلى عوامل تربوية تقليدية أكسبت الإناث والذكور مواجهة مختلف الضغوطات المتشابهة بطرق مختلفة (جميلة هرمز ، 2011، ص) ، ويبدو أن المجتمع الجزائري يلحق أبناءه من الذكور والإناث على هذا المنوال كونه مازال مجتمعاً محافظاً على القيم التقليدية. وتختلف هذه مع دراسة (Umberson, 1987, Wickrama et al, 1995, Broadwell et

(light, 1999)

التي توصلت كذلك إلى أن جميع أنواع المساندة الاجتماعية لا تساهم بنفس الدرجة في الوقاية من الضغوط أو تحقيق الهدف المنشود، فوجود فرد أهل للثقة (خاصة الشريك أو الزوج) قد يكون أفضل مصدر للمساندة خاصة لدى الرجال.

وأفرزت الدراسة الحالية أيضا انه لا توجد فروق في السلوك الصحي والألم العضوي تبعا لمتغيري الجنس ومدة المرض، وتختلف نتائج الدراسة مع دراسة توصل بورجيزون وآخرون (Borjeson et al 1993) التي توصلت إلى مع مرض السكر مرتبط بالجنس وفترة دوام المرض والمضاعفات الناتجة عنه، وأن الرجال يستخفون بالمشكلات المتعلقة بالمرض أكثر من السيدات .

ويمكن تفسير نتائج هذه الفرضية وفقا لنموذج القناعة الصحية الذي ينظر للتصرفات الإنسانية بأنها محددة منطقياً. ويعتبر السلوك الصحي في هذا النموذج وظيفة لعمليات الاختيار الفردية القائمة على أساس الحسابات الذاتية للفوائد والتكاليف. ويتم هنا افتراض وجود قابلية مترابطة للتنبؤ بالاتجاهات المتعلقة بالصحة (Bengel and Belz- Merk, 1990, P. 111)،

فاحتمال تنفيذ الأفراد لسلوكات وقائية يرجع مباشرة إلى نتائج تقديراتهم حول خطورة المشكلات الصحية التي يواجهونها، كنا نتوقف ممارسة النشاط الوقائي على تقديرهم للسلبيات والايجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط. (مفتاح عبد العزيز ، 2010 ، ص33).

استنتاج الدراسة:

بناء على نتائج الدراسة الحالية التي تؤكد دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي ، يمكن التنويه بضرورة التكفل النفسي والاجتماعي بمرضى السكري ، كما انه الجوانب الاكلينيكية لا بد من الاهتمام بتكوين وتدريب الأخصائيين النفسيين التابعين لمصالح الطب الداخلي ومرضى السكري على تقنيات الاتصال الفعال وتحسين المهارات الاجتماعية والعلاج العائلي باعتبارها عوامل مهمة وضرورية لتحسين السلوكيات الصحية . كما على المصالح الصحية الاهتمام بتدريب وتكوين الأطباء العضويين المختصين في أمراض السكري على الإصغاء للمرضى.

وتوصي الدراسة كذلك بضرورة الاهتمام بعينات أخرى للدراسة كالمقارنة بين عينات مرضية وأخرى سوية، والمقارنة بين المتزوجات وغير المتزوجات في السلوك الصحي.

قائمة المراجع :

- 1/ احمد حسانين الاحمد (2011): سيكولوجية الام، القاهرة.
- 2/ إبراهيم إبراهيم (1992م) الضغوط الحياتية في علاقتها ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية . مجلة مركز البحوث التربوية . العدد (1) . قطر : ص ص 187_204 .
- 3/ أحمد عكاشة (1998م) الطب النفسي المعاصر . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
- 4/ بدر محمد الأنصاري (2001) : المرجع في مقاييس الشخصية تقنين على المجتمع الكويتي ط (01)، دار الكتاب الحديث، الكويت.
- 5/ بشرى اسماعيل (2005): المساندة الاجتماعية والتوافق المهني ، القاهرة المكتبة الانجلو مصرية ، ط1.
- 6/ جميلة هرمز (2011) :الدعم الاجتماعي وتأثيره على الاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الملازمين للكلية الاصطناعية، مجلة دراسات نفسية وتربوية، جامعة الجزائر 2، العدد 8، الجزائر .
- 7/ حسين علي فايد (2000): دراسات في الصحة النفسية، ط (01)، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، مصر . _ حامد زهران (1997م) الصحة النفسية والعلاج النفسي . ط3 . القاهرة : عالم الكتب .
- 8/ حسن عبد المعطي (1989م) الأثر النفسي لأحداث الحياة كما يدركها المرضى السيكوسوماتيين . مجلة علم النفس . العدد (9) : القاهرة . الهيئة المصرية العامة للكتاب . ص ص 29_43 .
- 9/ حسين فايد (1998م) الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في (8) . العدد (2) . القاهرة : رابطة الأخصائيين المصريين النفسيين المصرية (رانم) . ص ص 153_192 .
- 10/ رضوان سامر جميل (2000): القائمة السورية للأعراض دراسة ميدانية، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد (04)، الكويت.
- 11/ راوية دسوقي (1996م) النموذج السببي للعلاقة بين المساندة الاجتماعية وضغوط الحياة والصحة النفسية لدى المطلقات . مجلة علم النفس . العدد (39) . السنة (10) . القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب . ص ص 44_59 .
- 12/ زهية خطار (2011): دور المساندة الاجتماعية في التخفيض من درجة الشعور بالاكتئاب لدى المصابات بمرض السرطان ، مجلة دراسات نفسية وتربوية، جامعة الجزائر 2، العدد 8، الجزائر .
- 13/ صالح احمد الدايري (2010): مبادئ الصحة النفسية ، دار وائل للنشر والتوزيع، ط 2، عمان ، الاردن.
- 14/ عبد الرحمن العيسوي (2000م) الاضطرابات النفسجسمية . ط1 . بيروت / لبنان : دار الراتب الجامعية .
- 15/ عبد الرؤوف الطلاع (2000م) الضغوط النفسية وعلاقتها بالأمراض السيكوسوماتية لدى الأسرى الفلسطينيين المحررين من السجون الإسرائيلية . رسالة ماجستير (غير منشورة) . القاهرة : جامعة عين شمس . قسم الصحة النفسية .
- 16/ عبد المنعم الحفني (1992م) موسوعة الطب النفسي . ط1. القاهرة : مكتبة مدبولي .

- 17/ عبير بنت محمد حسن الصبان (2003) : المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة، رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة ام القره، مكة المكرمة.
- 18/ عفاف شكري حداد (1995) سمة القلق وعلاقتها بمستوى الدعم الاجتماعي ، مجلة دراسات العلوم الانسانية، مجلة علمية متخصصة محكمة تصدر عن عمادة البحث العلمي الجامعة الاردنية المجلد 22 العدد 2.
- 19/ علاء الدين الكفافي (1999) : الإرشاد و العلاج النفسي الأسري المنظور النسقي الاتصالي، ط (01)، دار الفكر العربي، القاهرة- مصر.
- 20/ علي علي (1997م) المساندة الاجتماعية ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات . مجلة الدراسات النفسية . المجلد (7) . العدد (2) . القاهرة : رابطة الأخصائيين المصريين النفسيين المصرية (رانم) . ص ص 201_232 .
- 21/ علي علي (2000م) المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالتوافق مع الحياة الجامعية لدى طلاب الجامعة المقيمين مع أسرهم والمقيمين في المدن الجامعية . مجلة علم النفس . العدد (53) . السنة (14) . القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب . ص ص 6_22 .
- 22/ عماد عبد الرازق (1998م) المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط في العلاقة بين المعاناة الاقتصادية والخلافات الزوجية . مجلة الدراسات النفسية . المجلد (8) . العدد (1) . القاهرة : رابطة الأخصائيين المصريين النفسيين المصرية (رانم) . ص ص 13_39 .
- 23/ عماد مخيمر (1997م) الصلابة النفسية و المساندة الاجتماعية متغيرات وسيطة في العلاقة بين ضغوط الحياة وأعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي . المجلة المصرية للدراسات النفسية . المجلد (7) . العدد (17) . القاهرة : الجمعية المصرية للدراسات النفسية . ص ص 103_138 .
- 24/ عودية ولد يحي حورية (2005): دور المساندة الاجتماعية كعنصر من عناصر الاتصال في التخفيف من الضغط النفسي لدى المصابين بمرض الربو ، ملتقى سيكولوجية الاتصال أيام 22/21/20 مارس 2005، جامعة ورقلة - الجزائر ، ص ص 507- 523 .
- 25/ فيصل الزراد (1984م) الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية، ط1 ، دار القلم ، بيروت/لبنان
- 26/ محمد الشناوي ومحمد عبد الرحمن (1994م) المساندة الاجتماعية والصحة النفسية مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية . ط1 . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
- 27/ محمد خليل (1996م) المساندة النفسية / الاجتماعية ، وإرادة الحياة ، ومستوى الألم . مجلة علم النفس . العدد (37) . السنة (10) . القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب .
- 28/ محمد محمد بيومي خليل (1996) المساندة النفسية الاجتماعية وإدارة الحياة ومستوى الألم لدى المرضى بمرض مفض الى الموت مجلة علم النفس العدد 37 السنة 10.
- 29/ محمد محروس الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمن (1994) المساندة الاجتماعية والصحة النفسية المكتبة النجلو المصرية القاهرة ط1.
- 29/ مفتاح محمد عبد العزيز (2010): مقدمة في علم النفس الصحة، مفاهيم، نظريات، نماذج، دراسات، دار وائل للنشر والتوزيع ، ط 1، عمان.

- 30/Bruchon-schwetzer (2002) : psychologie de la santé,modeles,concets et methodes ,editions Dunod, paris.
- 31/ Buunk B. & Hoorens V. (1992) social support and stress : the roal of social comparison and social exchange processes . British journal of clinical psychology . Vol (31) pp 445 _457 .
- 32/Cohen et al (1999) the role of psychological characteristics in the relation between socioeconomic status and perceived health . Journal of applied social psychology . Vol (29) . No (3) pp 445_46 .
- 33/Dubarts et al (2009) : Neurologie connaissance et pratique, college des enseingnants de neurologie,2^e edition ,Masson.
- 34/Jacques wrobel (2007) : Aspect psychologique de la douleur chronique , institut upsa de la douleur, paris, France.
- 35/Joseph Maarawi et al (2003) : bases neuro-physiologique et evaluation d'une douleur aigu et chronique, la revu du praticien, edition tsunami, frace ; pp 453-559.
- 36/Gentry J. & Goodwin C. (1995) social support for decision making during grief due to death American behavioral scientist . Vol (38) pp 553_563 .
- 37/Gorge K. (1977) the disorganized personality third edition . McGraw hill company publisher . U.S.A .
- 38/Grassi et al (2000) social support and psychological distress in primary care at tenders . Psychotherapy & psychosomatics . Vol (69) . No (2) .