

جامعة قاصدي مرباح ورقلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية



مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي

ميدان: علوم اجتماعية

التخصص: علم النفس العيادي

من إعداد الطالبة : أسماء شبوب

بعنوان

الإضطرابات النفسعصبية وعلاقتها بكل من الإلتزام
الصحي و الكفاءة الذاتية والتدين لدى مرضى السكري

دراسة ميدانية مستشفى محمد بوضياف-ورقلة

نوقشت يوم 2015/05/27 من طرف اللجنة العلمية المكونة من :

رئيسا	جامعة قاصدي مرباح	الدكتور سليم خميس
مشرفا	جامعة قاصدي مرباح	الدكتور رمضان زعطوط
مناقشا	جامعة قاصدي مرباح	الأستاذ خالد بوعافية

السنة الدراسية: 2015/2014

ملخص الدراسة

تناولت الدراسة موضوع الإضطرابات النفسعصبية لدى مرضى السكري وعلاقتها بكل من الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية والتدين ، بحيث إنطلقت من فرضيات مفادها توقع وجود إضطرابات نفسعصبية لدى مرضى السكري وتوقع إنخفاض مستوى الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية بالمقابل توقع إرتفاع مستوى التدين لدى مرضى السكري، أما الفرضية الخامسة للدراسة توقعت وجود علاقة إرتباطية بين الإضطرابات النفسعصبية وكل من الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية والتدين لدى مرضى السكري.

بحيث إعتمدت الدراسة المنهج الوصفي الإرتباطي للكشف عن العلاقة بين متغيرات الدراسة وجرت الدراسة على عينة قوامها 86 مريضا بالسكري من المترددين على "بيت السكر" التابع ل"مستشفى محمد بوضياف بورقلة" تم إختيارهم بطريقة قصدية . وتمثلت أدوات الدراسة في: إختبار التقييم المعرفي المتبع في مونتريال MoCA وإستبيان الإلتزام الصحي (2015) لدى مرضى السكري المصمم من طرف صاحبة الدراسة ، وإستبيان الكفاءة الذاتية لشوارتز(1995)، ومقياس التدين لصاحبه زعطوط (2014)والمعد لقياس التدين لدى المسلمين. واعتمدت الدراسة على طرق النسب المئوية بالسبة للفرضيات الأربعة الأولى والإرتباط المتعدد لحساب نتائج الفرضية الخامسة (وذلك باعتماد البرنامج الإحصائي SPSS).

توصلت نتائج الدراسة إلى وجود بعض الإضطرابات النفسعصبية لدى مرضى السكري والتمثلة في إضطراب الوظائف التنفيذية و الإنتباه و الذاكرة و اللغة وتوصلت إلى إرتفاع مستوى الإلتزام الصحي وبالأخص إرتفاع مستوى الإلتزام ببعدي المتابعة الطبية وأخذ الأدوية، كما أسفرت النتائج عن إرتفاع مستوى الكفاءة الذاتية وإرتفاع مستوى التدين وتوصلت إلى عدم وجود علاقة دالة إحصائيا بين الإضطرابات النفسعصبية وكل من الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية والتدين.

ABSTRACT

The purpose of this study was study of trouble cognitive at diabetes and its relation with the health adherence and self-efficacy and religiosity.

Method: This study use Descriptive approach fore describe the Diabetes trouble cognitive ,and the level of adherence , self-efficacy ,religiosity . and fore describe the relation between it with health adherence and self-efficacy and religiosity.it use: test of Montreal cognitive assessment about Z. Nasreddin , health adherence scale from Student , Self-efficacy scale from Schwarzer and all 1995,Religiosity scale for its created R.Zatout >

This study comprise 86 diabetes How following treatment in "House of diabetes" at Mohammad boudhief Hospitell-oargla .

Results: there are trouble in the: Memory ,Attention ,Executive function and Language with diabetes .and they have a High level from health adherence ,and High level in the result of religiosity also. But there are no relation between trouble cognitive and health adherence and self-efficacy and religiosity.

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتوى
أ	ملخص الدراسة باللغة العربية
ب	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
ت	فهرس المحتويات
د	فهرس الجداول
الفصل الأول : تقديم الدراسة	
1	1. موضوع الدراسة
3	2. إشكالية الدراسة
6	3. فرضيات الدراسة
6	4. أهمية الدراسة
7	5. أهداف الدراسة
7	6. حدود الدراسة
8	7. التعاريف الإجرائية
الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة	
	1. السكري
10	1.1. تعريف السكري
11	2.1. أنماط السكري
13	3.1. أسباب مرض السكري
13	4.1. مضاعفات مرض السكري
15	5.1. التدابير الذاتية في مرض السكري
	2. الإضطرابات النفسعصبية
16	1.2. تعريف الإضطرابات النفسعصبية
20	2.2. الإضطرابات النفسعصبية ومرض السكري
21	3.1. الدراسات السابقة حول الإضطرابات النفسعصبية
	3. الإلتزام الصحي

23	1.3. تعريف الإلتزام الصحي
24	2.3. أسباب عدم الإلتزام الصحي في الشرق الأوسط
25	3.3. الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية
26	4.3. الدراسات السابقة حول الإلتزام الصحي
	4 . الكفاءة الذاتية
27	1.4. تعريف الكفاءة الذاتية
29	2.4. مستويات الكفاءة الذاتية
30	3.4. الدراسات السابقة حول الكفاءة الذاتية
	5.التدين
31	1.5.تعريف التدين
32	2.5.مراحل تطور الشعور الديني
34	3.5.الوظائف الإيجابية للتدين على المستوى الجسدي والنفسي والإجتماعي
36	4.5.الدراسات السابقة حول التدين
	إجراءات الدراسة الميدانية
	1. الدراسة الإستطلاعية
40	1.1. أهمية الدراسة الإستطلاعية
40	2.1.عينة الدراسة الإستطلاعية
	2. أدوات الدراسة
42	1.2.التقييم المعرفي المتبع في مونتريال MoCA
45	2.2.إستبيان الإلتزام الصحي
47	3.2. مقياس توقعات الكفاءة الذاتية
47	4.2.مقياس التدين
	3. الدراسة الأساسية
49	1.3. منهج الدراسة الأساسية
49	2.3.عينة الدراسة الأساسية
51	3.3. الأساليب الإحصائية المستخدمة

الفصل الرابع: عرض نتائج الدراسة	
54	1. عرض نتائج الفرضية الأولى
57	2. عرض نتائج الفرضية الثانية
59	3. عرض نتائج الفرضية الثالثة
60	4. عرض نتائج الفرضية الرابعة
66	5. عرض نتائج الفرضية الخامسة
الفصل الخامس : تفسير ومناقشة النتائج	
64	1. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى
67	2. تفسير ومناقشة الفرضية الثانية
68	3. تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة
69	4. تفسير ومناقشة الفرضية الرابعة
69	5. تفسير ومناقشة الفرضية الخامسة
• قائمة المراجع	
• الملاحق	

فهرس الجداول	
الصفحة	الجدول
41	الجدول(1): خصائص العينة الإستطلاعية حسب الجنس
41	الجدول(2): خصائص العينة الإستطلاعية حسب المستوى الإقتصادي
41	الجدول(3): خصائص العينة الإستطلاعية حسب خصائص المرض
50	الجدول(4): الخصائص الديمغرافية للعينة الأساسية
50	الجدول(5): الخصائص الإجتماعية للعينة الأساسية
50	الجدول(6): خصائص العينة الأساسية حسب المستوى التعليمي
51	الجدول(7): خصائص العينة الأساسية حسب مميزات المرض
54	الجدول(8): الإضطرابات النفسعصبية لدى مرضى السكري
55	الجدول(9): مستوى الإضطراب المعرفي لدى مرضى السكري
55	الجدول(10): مستوى الإضطراب المعرفي حسب الجنس
56	الجدول(11): مستوى الإضطراب المعرفي حسب مدة الإزمان
56	الجدول(12): مستوى الإضطراب المعرفي حسب نمط السكري
57	الجدول(13): مستوى الإلتزام الصحي لدى المصابين بمرض السكري
57	الجدول(14): مستوى الإلتزام بالمتابعة الطبية ومراقبة نسبة السكري
58	الجدول(15): مستوى الإلتزام بأخذ الأدوية لدى مرضى السكري
59	الجدول(16): مستوى الإلتزام بالحمية الغذائية والنشاطات البدنية
59	الجدول(17): مستوى الإلتزام بتدابير الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري
59	الجدول(18): مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري
20	الجدول(19): مستوى التدخين لدى مرضى السكري
60	الجدول(20): علاقة مستوى الأداء المعرفي بالإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية والتدين
61	الجدول(21): علاقة الإضطرابات النفسعصبية بالإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية والتدين



الفصل الأول : تقديم موضوع الدراسة

1. موضوع الدراسة
2. إشكالية الدراسة
3. فرضيات الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. أهداف الدراسة
6. حدود الدراسة
7. التعاريف الإجرائية لمتغيرات

الدراسة

1. موضوع الدراسة :

يعتبر مرض السكري من بين الأمراض التي تشهد إنتشارا واسعا في العالم بأسره ، ويتمثل هذا المرض في عجز الجسم عن موازنة نسبة السكر في الدم، وكلنا نعلم مدى أهمية سكر الجلوكوز في إنتاج الطاقة اللازمة لتؤدي كل خلية في الجسم وظيفتها بشكل سليم يضمن حياة الوحدة الحية ، وكذلك حياة كل خلية منه، وكذلك فإن الأمر أكثر أهمية بالنسبة لخلايا المخ التي تستهلك وحدها 80% من الجلوكوز في حالة سكون العضلات عن الحركة والنشاط ، فإذا إختلت نسبة الجلوكوز في المخ عن الطبيعي فإن ذلك يؤثر على مراكز الذاكرة والإدراك والإنتباه . وذلك ما دفع بعلم النفس العصبي بالإهتمام بهذه الفئة بالدراسة .

يسعى الإتجاه العالمي الحديث إلى إستغلال الفروق المختلفة بين تخصصات و فروع علم النفس ، كون هذه التخصصات والفروع متداخلة ومتفاعلة بشكل لا يمكن الفصل بينها فكلها تحاول دراسة الإنسان ، هذا الكائن الحي الذي تتداخل فيه الروح والجسد والعقل والنفس بشكل يجعل من الضروري دراسته دراسة متكاملة في حالة الصحة والمرض غير أن هذه الوجهة الحديثة لا تحظى بنفس الإهتمام في العالم العربي.(سامي،2006)

حاولنا أن نتبنى هذا المنحى الحديث في دراستنا لموضوع الإضطرابات النفسعصبية التي تنتج عن إصابة في الجهاز المركزي ، ويندرج تحتها : إضطراب الذاكرة ، إضطراب الإنتباه ، إضطراب الإدراك ، وهذه الإضطرابات التي قد تمس إحدى الوظائف النفسعصبية يترتب عليها تدهور في باقي الوظائف كونها تعمل في تناسق و كل منها يعتمد على الآخر (joseph and Richard,2003) وهذا ما يطرح صعوبة في قياس كل منها على حدى. ولهذا تختلف البحوث التي سلطت الضوء على الوظائف المعرفية لدى مرضى السكري حول ماهي الوظائف المعرفية التي يجب دراستها لدى مرضى السكري بالتحديد: الذاكرة أم الوظائف التنفيذية أم الإنتباه.(House,2010)

تهدف العملية العلاجية لمرض السكري بكل جوانبها الدوائية والطبية والوقائية إلى ضبط مستوى السكري في الدم تفاديا لمضاعفاته. فالخطر في هذا المرض أنه يجعل المصاب عرضة للإصابة بالعديد من الأمراض التي تمس أجهزة الجسم الأخرى ، إذ تثبت الدراسات أن مرضى السكري هم عرضة لخطر الإصابة بأمراض القلب بعشرة أضعاف أكثر من غيرهم من الأصحاء، كما إرتبط النوع الثاني من السكري بضمور قشرة الدماغ Cortex إذ تم رصد ذلك بتصوير الرنين المغناطيسي في دراسة مقارنة بين أصحاء

ومرضى السكري (Manon,2010) ، وهذا الضمور الذي يمس القشرة ينعكس بطبيعة الحال على أداء الدماغ لوظائفه المعرفية ، إذ تكاد تجمع الدراسات حاليا على أن الخرف أكثر إنتشارا لدى المسنين بمرض السكري دون غيرهم ، وهذا الضعف الإدراكي الذي يمس هذه الفئة يقلل بطبيعة الحال من نوعية الحياة لديهم ويشكل عبئا عليهم وعلى ذويهم، وهذا الإهتمام الذي تقدمه الدراسات لهذه العينة إنما تهدف إلى الإجابة على التساؤلات التالية حسب Takahiko (2012) :

- ما الذي يسبب إنخفاض الوظيفة المعرفية ؟
- مالذي يجب القيام به للوقاية من الخرف في المستقبل لدى مرضى السكري؟
- ماهي الطرق التي يكشف بها عن الضعف الإدراكي مبكرا من أجل الوقاية من تدهوره ؟

وهذا ما يضع مريض السكري أما مسؤولية الإلتزام الصحي من أجل تفادي هذه المضاعفات، هذا المفهوم الذي يحظى بالإهتمام في علم النفس الصحي خصوصا لدى عينة المرضى المزمنين ، والذي يميز هذا المصطلح عن الإلتزام بالعلاج أنه شامل له وللعديد من السلوكات الصحية الخاصة بالمرض دون غيره ، إذ يندرج تحته : الإلتزام بالمتابعة الطبية الدورية والفحوصات اللازمة وكذا الإلتزام بأخذ الأدوية والإلتزام بالحماية الغذائية والنشاطات البدنية،(Jeffrey and all,2011) ، وهذا الإلتزام الذي تقع مسؤوليته على المريض ، يتوقف نجاحه فيه على عدة عوامل إجتماعية وثقافية ومعرفية والأهم في ذلك الخصائص النفسية مثل متغير الكفاءة الذاتية الذي يرتبط في الدراسات بالإلتزام الصحي ،فنقص الكفاءة الذاتية المتمثل في نظرة الشخص المتدنية وإعتقاده بعدم قدرته على التمكن من إدارة مرضه يلعب دورا أساسيا في فشل المريض فعليا في أداء ذلك ، إذ أثبتت الدراسات على الإرتباط الوثيق بين الكفاءة الذاتية بالإدارة الفعلية لتدابير الرعاية الذاتية خصوصا لدى مرضى السكري .(Schwarzer,2011)

والأهم من المتغيرات المذكورة سابقا الجانب الروحي الذي تتصب جل الدراسات النفسية والنفسعصبية لدراسة أثره في الصحة والمرض ، بدراسة أثره العضوي والنفسي في دفع الإنسان إلى التوازن والتكيف مع مشكلات الحياة، إذ يشكل إرتباط الإنسان بربه دعما روحيا يساعده على تخطي وتقبل والتكيف مع المشكلات الطارئة في الحياة ولا يتوقف فقط عند هذا بل يتعداه إلى كون الممارسات السلوكية الدينية كالصلاة والصوم ثبت أثرها العضوي على أداء أجهزة الجسم المختلفة وبالأخص جهاز المناعة الذي يجعل الجسم أقوى في تصدي المرض ومقاومته.(القاعود)

II. إشكالية الدراسة :

تعتبر الأمراض المزمنة من الأمراض التي تهدد صحة الإنسان في هذا العصر، خصوصا بزيادة إنتشارها نتيجة لتغير النظام الغذائي، وطبيعته في الوقت الحالي، وكذا تغير نمط المعيشة بأكمله إلى أسلوب تقل فيه النشاطات الحركية وتزداد فيه الضغوطات النفسية، ومن أمثلة الأمراض المزمنة وأكثرها إنتشارا مرض السكري الذي تقدر منظمة الصحة العالمية (2012) إصابة حوالي 347 مليون شخص في العالم به ،حيث أن 90% منهم مصابون بالنمط الثاني من السكري، وتشير إلى وفاة حوالي 3,4 مليون نسمة نتيجة إرتفاع نسبة السكري في الدم ، وأكثر من 80% منها تحدث في الدول النامية (2014)، كما يتوقع أن يكون مرض السكري سابع سبب في الوفيات في العالم بعد سنة 2030، و تشير التقارير أن مرض السكري ليس حكرا على منطقة دون أخرى أو مرحلة عمرية دون غيرها، بل هو مرض يمس جميع الشرائح العمرية في المجتمع وينتشر في كل المجتمعات المتقدمة منها و النامية ،وما يميز مرض السكري هو العبء الذي يشكله على الفرد من ناحية أنه يتطلب تغيير نمط حياة المصاب للتأقلم معه طوال حياته فضلا عن العبء المادي الذي يفرضه على الميزانية الخاصة والعامة .(WHO,2014)

مرض السكري لا يعتبر مرض حديث الظهور إذ عرفته الشعوب فيما قبل، وإختلفت في تناولها له و طرق معالجتها، لكن التطور في الطب الحديث كشف بشكل أدق عن ماهية المرض كونه يخلف العديد من المضاعفات على بقية أعضاء الجسم ما يؤثر على وظائف الفرد في حياته اليومية، إذ رصدت دراسة يابانية ل Nigishi وآخرون بشأن سبب وفاة 18385 من مرضى السكري في 282 مؤسسة إستشفائية في كامل أنحاء اليابان، على مدى فترة عشرة سنوات بين سنتي:1991و2000 ، بحيث تم تشريح 1750 جثة منهم ، وكانت نتائج الدراسة ما يلي :

- 34% بسبب الأورام الخبيثة .
- 26% بسبب أمراض الأوعية الدموية .
- 14% بسبب الإلتهابات .
- 1.2% بسبب غيبوبة السكري.
- 8.6% بسبب سرطان الكبد .
- 6.8% بسبب إعتلال الكلية السكري.
- 10.2% بسبب أمراض القلب .

• 9.8% بسبب إحتشاء عضلة القلب.

• 2.2% بسبب إحتشاء الدماغ.(Nigishi and all,2010)

والخطر في مرض السكري أنه يمس الأوعية الدموية بأصنافها ،الأوعية الكبيرة كما يظهر ذلك في أمراض القلب و السكتة الدماغية و أما العطب الذي يمس الأوعية الطرفية يظهر في القرحة و الغرغرينا . والأخطر من ذلك الأوعية الدموية الدقيقة التي يؤدي الخلل الذي يمسه إلى إعتلال الشبكية و إعتلال الكلى و الإعتلال العصبي(Ranjit,2011) كما ذكر Biessel أن إصابة الأوعية الدموية الدقيقة يؤدي إلى نقص التروية في الدماغ ما يؤدي إلى تصلب الشرايين وهذا ما ينعكس على الأداء المعرفي للمصاب وبالتالي فإن إصابة الجهاز العصبي و بالأخص الجهاز العصبي المركزي الذي يعد مركز السيطرة على إنفعالاتنا وسلوكياتنا وقراراتنا يؤدي إلى إضطرابات نفسعصبية معرفية لدى مريض السكري ، ما ينعكس على تدهور أداء الفرد في نشاطاته اليومية.(Takahiko,2012)

ولأن علاج مرض السكري لا يتوقف فقط على أخذ الأدوية بل يتعداه إلى تبني أسلوب حياة يومي يهدف إلى التحكم في مستوى السكر في الدم ،وهذا من شأنه أن يؤخر من المضاعفات التي قد تمس أعضاء الجسم الأخرى ، والتي تكون سريعة الظهور في حال تدهور أو عدم الإلتزام بالعلاج الذي يعد المشكل الأساسي الذي يواجهه العاملون على رعاية مرضى السكري ، كذلك يؤدي إلى فشل العلاج وارتفاع نسبة الوفيات (James,2015)، لكن مدى الإلتزام الصحي من طرف المريض بما يلائم مرضه يكون نتيجة تفاعل العديد من العوامل النفسية والمعرفية فقد يكون بسبب عدم كفاءة الفرد أو جهله بما يتطلبه الإلتزام الأمثل لإدارة مرضه، أو قد تكون بسبب عوائق جسدية، مثل: ضعف البصر.(Mari,2004)

سنقتصر في دراستنا على تسليط الضوء على المتغير النفسي المتمثل في الكفاءة الذاتية التي تعتبر عاملا أساسيا في تحمل المريض لمتابع الإلتزام الصحي ، فارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية من شأنه أن يؤدي إلى تحسين سلوك الرعاية الذاتية ومراقبة نسبة السكر في الدم ، كذلك ، فالكفاءة الذاتية لا تتوقف عند سن معين بل هي في تطور مادام الفرد يقوم بالتجارب لاكتساب مهارات جديدة (Gill and philip,2013)، وبالإضافة إلى العوامل النفسية يلعب العامل الروحي نو أثر إيجابي على الصحة والمرض إذ تتجه أحدث الدراسات في علم النفس الصحي بالإهتمام بمتغير التدين نظرا لأثره على تقبل المرض وإدارته، من بين هذه الدراسات نذكر دراسة ل Kilbourne (2009) إذ هدف إلى معرفة العلاقة

بين أبعاد التدخين والإكتئاب لدى مرضى السكري من النوع الثاني من ذوي الدخل المنخفض، وتوصل إلى وجود علاقة عكسية قوية بين أبعاد التدخين ومستوى الإكتئاب.

فإن إختلفت البشر في طرق الإتصال بالله الذي نلجأ إليه بالعبادة إلا أن جميعهم مفطورين على حاجتهم لهذا الإرتباط لتحقيق التوازن النفسي والبيولوجي ، وهذا الإرتباط الروحي للإنسان ينعكس على سلوكه ورضاه عن الواقع الذي يعيشه ، كما يمثل هذا الرابط الروحي الداعم الأساسي لمواجهة عقبات الحياة جسدية كانت أم نفسية أم إجتماعية ، فضلا عن ذلك تثبت الدراسات أثر التدخين على ضبط السكر في الدم و أداء جهاز المناعة.

وإنطلاقا من ذلك سنحاول في الدراسة إستكشاف الإضطرابات النفسعصبية لدى مرضى السكري وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات مثل: الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية والتدين ؟
وتتطوي تحت هذا التساؤل، التساؤلات الفرعية التالية:

1. ماهي الإضطرابات النفسعصبية التي يعاني منها مرضى السكري ؟
2. ما هو مستوى كل من الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية والتدين لدى مرضى السكري؟
3. هل توجد علاقة بين الإضطرابات النفسعصبية وكل من الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية والتدين لدى مرضى السكري ؟

III. فرضيات الدراسة :

1. نتوقع وجود إضطرابات نفس عصبية لدى مرضى السكري .
2. نتوقع أن يكون مستوى الإلتزام الصحي منخفض لدى مرضى السكري.
3. نتوقع إنخفاض مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري.
4. نتوقع إرتفاع مستوى التدخين لدى مرضى السكري.
5. نتوقع وجود علاقة إرتباطية بين الإضطرابات النفسعصبية و الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية والتدين.

IV. أهمية الدراسة :

إن إنتشار الأمراض المزمنة ومن بينها مرض السكري وزحفها على نحو سريع، يقتضي من العاملين في الصحة من أطباء وممرضين وأخصائيين نفسيين الإهتمام بكل ما يخص هذه الفئة ، وكذا الإهتمام بالدراسة العلمية لكل جوانب هذا المرض، من دراسة العوامل المؤثرة فيه والعوامل التي قد تؤدي إلى تدهوره أو تحسنه ، وكذا الآثار التي يمكن أن يخلفها من الناحية العضوية والعصبية والنفسية والإجتماعية ، وذلك كله سعياً لمساعدة هذه الفئة في التحكم والسيطرة على هذا المرض الذي يرافقهم مدى الحياة ومنع تدهوره ، لذلك تكمن أهمية هذا البحث في النقاط التالية :

- 1- لفت الإنتباه إلى أهمية تناول مرض السكري من جوانب عدة ، نفسية عصبية ، سلوكية وروحية وليس فقط الإقتصار على دراسته من الناحية العضوية وذلك محاولة منا للتماشي مع النظرة الحديثة التي تجمع الإهتمام بالجوانب المعرفية والنفسية والروحية والإجتماعية للمرض المزمن.
- 2- إختلاف التكيف مع هذا المرض ومدى تدهوره بإختلاف الخصائص النفسية والروحية من فرد إلى آخر يدفعنا لإلقاء الضوء على متغير الكفاءة الذاتية الذي يتمثل في الفكرة أو التصور الذي يحمله الفرد عن مدى قدرته على مواجهة هذا المرض و التحكم في زمامه .
- 3- إلقاء الضوء بالدراسة على متغير التدنين الذي يعتبر من المواضيع التي تحظى بالدراسة حالياً، خاصة لدى المرضى المزمنين، لما يمثله التدنين من سند روحي يرفع من مستوى مواجهة الفرد لمشكلاته وبالأخص تكيفه وتقبله للمرض المزمن الملازم له ما بقي من حياته.
- 4- أهمية وتأثير الخصائص النفسية والروحية المتمثلين في الدراسة التالية في متغيري :الكفاءة الذاتية والتدنين على سلوك الفرد إتجاه هذا المرض في حياته اليومية وذلك ما يمكن أن يتجلى في مقدار ومستوى إلتزام المريض المزمن بعلاجه .
- 5- سعينا في الدراسة الحالية إلى تناول فئة مرضى السكري بالدراسة في بيئتنا المحلية ورقلة ، وذلك لأهمية متغير الإلتزام الصحي عند مرضى السكري وهذا المتغير يمكن القول أنه يتأثر بالثقافة الغذائية للفرد من منطقة إلى أخرى ، كما يعد هذا المشكل من أهم العوائق التي يعاني منها العاملين مع مرضى السكري.

.V أهداف الدراسة :

في الدراسات العلمية لابد من أن ينطلق الباحث من أهداف يصبو إلى الوصول إليها من خلال دراسته ، وبناءا عليه يمكن أن نلخص أهداف البحث الحالي في النقاط التالية :

1. الكشف عن الإضطرابات النفسعصبية التي يمكن أن يعاني منها مريض السكري بولاية ورقلة .
2. معرفة مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى السكري .
3. معرفة مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري.
4. معرفة مستوى التدبير لدى مرضى السكري.
5. معرفة العلاقة بين الإضطرابات النفس عصبية وكل من الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية والتدبير لدى مرضى السكري بولاية ورقلة .

.VI حدود الدراسة :

1. الحدود الزمنية: إمتدت الدراسة الأساسية في الفترة : 2015/03/07 إلى 2015/03/28 ، وذلك بعد الحصول على ترخيص يسمح لنا بتطبيق أدوات دراستنا.
2. الحدود المكانية: جرت الدراسة في "بيت السكري" التابع لمستشفى "محمد بوضياف-ورقلة".
3. الحدود البشرية: شملت الدراسة عينة قوامها 86 مريض بالسكري من الجنسين.

.VII التعاريف الإجرائية :

1. الإضطرابات النفسعصبية :

يقصد بها جملة الإضطرابات التي تمس الوظائف العقلية المعرفية مثل : الوظائف التنفيذية و الإنتباه والتذكر، القدرات البصرية والتجريد واللغة كما يقيّمها التقييم المعرفي المتبع في مونتريال في مقياس Montreal Cognitive assessment MoCA.

2. الإلتزام الصحي:

هو درجة إلتزام مريض السكري بالمتابعة الطبية اللازمة و أخذ الدواء و إتباع الحمية وتدابير الرعاية الذاتية بما يوافق التعليمات التي يقدمها الطبيب ، ويتمثل في الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص في الإستبيان المعد من طرف الطالبة(2015).

3. الكفاءة الذاتية :

تعرف الكفاءة الذاتية في البحث التالي على أنها: "الصورة التي يحملها الفرد ذاته ومدى قدرته على التحكم في المواقف المختلفة ، وثقته بنفسه في مواجهة المشاكل والأحداث التي يتعرض لها ومن ضمنها المشكلات الصحية "، ويتمثل مقدار ذلك في الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص في مقياس الكفاءة الذاتية ل Schwarzer (1995) وزملاؤه.

4. التدين :

بحسب صاحب المقياس المتبنى في الدراسة يعرف زعطوط(2014) التدين على أنه: " حالة مركبة من المعتقدات والوجدانات والسلوكيات المرتبطة بمكونات الدين عقيدة وشريعة وعبادة ومعاملة، تتضمن علاقة المؤمن بدينه فهما وتنزيلا كما يمارسها في الحياة اليومية، مشكلة إدراكاته ومشاعره وتصرفاته حيال ذاته والأخرين وأحداث الحياة ، منعكسة على صحته البدنية والنفسية والإجتماعية والروحية ،ونوعية حياته التي سماها القران الحياة الطيبة ، وهي حالة نسبية من حيث القوة والعمق والثبات وتتلخص في تحقيق العبودية الشاملة لله رب العالمين"(رمضان،2014) ، وهو مقدار ما يتحصل عليه الفرد في المقياس المعد من طرف الباحث رمضان زعطوط.

الفصل الثاني : الإطار النظري للدراسة

1. السكري
2. الإضطرابات النفسعصبية
3. الإلتزام الصحي
4. الكفاءة الذاتية
5. التدخين

○ تمهيد :

نتطرق في هذا الفصل إلى التعريف بمرض السكري وأنماطه ومضاعفاته ، بالإضافة إلى تعريف الوظائف النفسعصبية كالإدراك والانتباه والذاكرة واللغة ، ثم نتعرض إلى مستويات الإضطرابات النفسعصبية وعلاقتها بمرض السكري ، ويليه التعريف بالالتزام الصحي كأحد المتغيرات السلوكية التي تحظى بإهتمام الدراسات الحديثة وعرفنا بعد ذلك بالكفاءة الذاتية التي تعد من المفاهيم ذات أهمية لدى مرضى السكري ، ثم تطرقنا إلى متغير التدخين وذكر أهميته.

1. السكري Diabetes:

1.1. تعريف مرض السكري :

هو إختلال في عملية أيض السكر الذي يؤدي إلى إرتفاع مستوى السكر في الدم بصورة غير طبيعية ويحدث هذا الإختلال نتيجة وجود خلل في إفراز الأنسولين من غدة البنكرياس أو في وظيفته ، فقد يكون هذا الخلل نتيجة :

(1) كمية الأنسولين المفرزة من البنكرياس أقل من المطلوب.

(2) يكون هناك توقف تام عن إنتاج الأنسولين " قصور الأنسولين " .

(3) أو أن الكمية المفرزة من الأنسولين كبيرة ، غير أن هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعوق وظيفة الأنسولين " مقاومة الأنسولين " .

وفي كل الحالات فإن النتيجة هي عدم قدرة الجلوكوز على دخول الخلايا مما يؤدي إلى تراكمه في الدم وإمكانية ظهوره في البول.

يعد البنكرياس الغدة المسؤولة عن إفراز "الأنسولين" ، وهي غدة صغيرة توجد خلف المعدة و تقوم بإفراز الأنزيمات في الأمعاء الدقيقة بحيث تقوم هذه الأنزيمات بالمساعدة على هضم وتكسير الطعام وتحويله إلى مواد بسيطة يسهل إمتصاصها ، وبالإضافة إلى هذه الأنزيمات يقوم البنكرياس بإفراز هرمونات في الدم لمساعدة الجسم على إستخدام السكر(الحميد،2007) ، نذكر من أهم هذه الهرمونات:

(1) **الأنسولين** : وهو هرمون تفرزه خلايا خاصة في البنكرياس تسمى خلايا B وهي ضمن مجموعة من الخلايا المنتشرة على شكل جزر داخل البنكرياس تسمى " **جزر لانجرهانس** "، إذ يعمل الأنسولين على منع

تراكم السكر وزيادته عن الحد الطبيعي في الدم طوال 24 ساعة، فمهمته تتمثل في إدخال السكر إلى خلايا الجسم لتقوم بحرقه وإنتاج الطاقة (الحميد، مرجع سابق)، ولذلك يلعب الأنسولين دورا مهما في التفاعلات الكيميائية داخل معظم خلايا الجسم ، ولكن تأثيره يكون أكثر أهمية في:

- **الكبد** :الذي يقوم بتخزين السكر الزائد عن حاجة الجسم على شكل جليكوجين لإعادة إنتاج السكر منه وقت الحاجة.

- **العضلات** : إذ يقوم بتخزين السكر الزائد عن الحاجة في العضلات على شكل نشويات حيوانية

- **الخلايا الدهنية** : يساعد على تخزين الجلوكوز الزائد على قدرة تخزين الكبد والعضلات على هيئة دهون في الخلايا الدهنية في الجسم ويقلل من تكسير هذه الدهون للاستفادة منها وقت الحاجة.(السيد يوسف،2009)

وبعد أن ينهي الأنسولين مهمته تقوم الكبد بتكسير ما يقارب 60% منه ،وتقوم الكلى بتكسير ما بقي منه وإفرازه في البول والغرض من هذا التكسير هو التخلص من الأنسولين لتفادي تراكمه في الدم ، لأن تراكمه يؤدي إلى انخفاض السكر بشكل ملحوظ ويؤدي بذلك إلى الدخول في غيبوبة السكري .

2.1. أنماط مرض السكري Type of Diabetes :

يوجد ثلاثة أنماط لمرض السكري تتمثل في ما يلي:

1.2.1. النمط الأول المعتمد على الأنسولين Insulin-Dependent Diabetes :

و يظهر هذا النمط عادة في مرحلة مبكرة من الحياة ، وأكثر أعراضه المبكرة شيوعا هي : التبول المتكرر، العطش غير الطبيعي، الشرب المفرط للسوائل ، إنخفاض الوزن ، التعب ، الضعف، سرعة الهياج ، الغثيان، الرغبة القهرية للطعام، الإغماء .

حيث لا يشكل هذا النمط إلا 10% فقط من كل حالات السكري و يعتبر هو الأخطر بين النوعين ، ويعتمد علاجه على الحقن المباشر بالأنسولين ، وهذا النمط عرضة لحدوث مشكلتين:

- **نقص نسبة السكر في الدم Hypoglycemia** :

وتنتج من زيادة الأنسولين مما يسبب الهبوط الزائد في سكر الدم وتظهر على الفرد مجموعة أعراض تتمثل في : شحوبه الجلد و رطوبته ، يشعر الفرد بالعصبية والضييق والتشوش ، سرعة التنفس ، اللسان رطب فاقد للإحساس مع الشعور بوخز خفيف، يشعر الشخص بالجوع والألم ويكون معدل السكر في البول قليل أو معدوم.

• زيادة نسبة السكر في الدم **Hyperglycemia** :

وتظهر على الفرد الأعراض التالية : الخمول والنعاس ، يصبح التنفس عميق وثقيل ، يصبح الجلد جافا، يصاب بالقيء وجفاف اللسان، الشعور بالعطش وألام البطن ويكون معدل السكر في البول مرتفع.

2.2.1. النمط الثاني من السكري :

هذا النمط عادة ما يحدث بعد سن الأربعين ويعتبر أقل خطرا من النمط الثاني ، وينتج هذا النمط من إختلال التوازن بين إفراز الأنسولين وإستجابته للتمثيل الغذائي للجلوكوز حيث تفقد الخلايا الموجودة في العضلات والدهون والكبد بعضا من قدرتها على الإستجابة بصورة كاملة للأنسولين ، فيصبح التوازن بين عمل الأنسولين وإفرازه غير منتظم وتتمثل أعراض هذا النمط فيما يلي : زيادة مرات التبول ، التعب ، جفاف الفم ، الضعف الجنسي ، الحيض غير المنتظم ، فقدان الإحساس ، إتهاب الجلد واللتة ، إتهاب الجهاز البولي ، تشنجات الساقين والقدمين والأصابع ، بطء إلتئام الجروح والخدوش ، الحكة الشديدة والنعاس ، كما أن غالبية مرضى السكري من النمط الثاني هم من ذوي الوزن الزائد، 90% ويزداد النمط الثاني إنتشارا بسبب تغير نمط الحياة (تايلور، 2008) كما أن مرض السكري من النوع الثاني ينتشر بين البالغين بنسبة 6.4% لعام 2010 وبحلول 2030 من المتوقع أن يصل إلى 7.7% من سكان العالم، وهذا ما يدعو إلى ضرورة تكثيف الإهتمام بهذه الفئة التي لا يستهان بها من المجتمع وذلك من أجل التقليل من مضاعفات هذا المرض.(Jeffrey and all,2011)

3.2.1 سكري الحمل **Gestational Diabetes** :

وهو يصيب السيدات الحوامل ذات تاريخ مرضي للسكر في العائلة واللاتي يعانين من قصور في الجسم عن إحتمال الجلوكوز وزيادة الوزن ، بحيث يصيب هذا النوع من السكري ما يقارب 14% من النساء الحوامل ، ويتم الكشف عنه عادة ما بين الأسبوع 24 إلى 26 من الحمل ، وغالبا ما يؤدي إلى مشاكل في

الأجنة وإلى زيادة الإحتمال للإصابة بالسكري خلال 5 سنوات من إكتشاف سكري الحمل(المرزوقي،2008)

3.1. أسباب مرض السكري :

يبقى مرض السكري ليس واضح الأسباب غير أن الدراسات تجمع على عوامل عديدة لها دور في ظهور مرض السكري والتي تتمثل فيما يلي :

1.3.1. الوراثة : إن الأشخاص الذين يملكون تاريخ عائلي بالمرض هم أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بالمرض.

2.3.1. البدانة : تثبت الدراسات أن البدانة من العوامل التي قد تتسبب في الإصابة بالمرض.

3.3.1. الأدوية : توجد بعض الأدوية التي تزيد من نسبة الإصابة بالسكري مثل : الأقراص المانعة للحمل ، بعض من أدوية أمراض القلب ، وغيرها من الأدوية التي تساهم في رفع مستوى السكر.

4.3.1. الانفعالات النفسية الشديدة : إن الإنفعالات السلبية الشديدة لا تعد سببا مباشرا للإصابة بمرض السكري لكنها قد تفجر المرض لدى شخص يحمل إستعداد سابق للإصابة بالمرض أو قد تكون عامل يزيد من حدة المرض في حال الإصابة به.

5.3.1. الأمراض : بعض من الأمراض العضوية قد تسبب مرض السكري خاصة منها الأمراض المعدية مثل : البنكرياس ، التشنج الكبدي ، الحمى القرمزية ، وقد يختفي هنا مرض السكري بعد الشفاء من المرض المسبب له.

6.3.1. الإختلالات في عمل الغدد : بالأخص الغدة الكظرية والنخامية.(الحميد،2007)

4.1. مضاعفات مرض السكري:

تكنم خطورة مرض السكري في كونه يخلف العديد من المضاعفات على المدى الطويل إذ قد تسبب في :

(1) فشل القلب أو تصلب الشرايين وإنسداده الذي يعود إلى تراكم تكتلات الدم.

- (2) ضعف البصر أو فقدانه خصوصا عند الكبار .
- (3) الفشل الكلوي ، إذ تبين الإحصائيات إصابة 50% من مرضى السكري بالفشل الكلوي .
- (4) عطل في الجهاز العصبي في الأطراف مما يؤدي إلى فقدان الشعور بالألم وفقدان الإحساس قد تصل إلى بتر الأعضاء .
- (5) اضطرابات في الأكل والشهية .
- (6) إختلال الوظيفة الجنسية .
- (7) الذبحة الصدرية (تايلور، 2008)
- (8) الشعور بالإكتئاب إذ تشير بعض الدراسات إلى أن نسبة إنتشار الإكتئاب بين مرضى السكري يقارب ضعفي نسبة إنتشاره عند غير المصابين. (Jeffrey and all,2011)
- (9) كما يؤثر السكري على أداء الجهاز العصبي المركزي ما ينعكس على الوظائف النفسعصبية وخصوصا كبار السن ، فالبرغم من قلة البحوث التي سلطت الضوء على الوظائف المعرفية لدى مرضى السكري غير أن هناك إختلاف حول ماهي الوظائف المعرفية التي يجب دراستها لدى مرضى السكري بالتحديد، غير أنها تشير إلى أن ضعف الوظائف المعرفية يكون أكثر وضوحا لدى المسنين المصابين بالسكري أكثر من غيرهم من الأصحاء. (House,2010)
- (10) بالإضافة إلى المضاعفات العضوية هناك مضاعفات للمرض المزمن من الناحية النفسية والإجتماعية ، خصوصا مرض السكري الذي يتطلب عملية تكيف مستمر على مدى الحياة بالنسبة للمرض وللعائلات أو المحيطين بهم ، وفي هذا الجانب تقل الدراسات الطولية حول تأقلم وتكيف مريض السكري ، و بهذا الصدد قامت " Kovacs " وطلبتها بدراسة تتبعية لمدة 9 سنوات من التشخيص لأطفال مرضى السكري ، بحيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن معظم الأطفال لوحظت عليهم بعض الأعراض النفسية مثل : القلق الإكتئاب ، الإنسحاب الإجتماعي، بالإضافة إلى أعراض مشابهة ظهرت على الآباء والأمهات بأكثر شدة. وبالرغم من أن الآليات السببية غير واضحة تماما إلا أن الدراسات تثبت أن مرض السكري يعد عاملا لتطور وظهور المشاكل النفسية في كافة المراحل العمرية، إضافة إلى أن العديد من الباحثين قاموا بقياس الإجهاد لدى مرضى السكري وتوصلوا إلى أن مصادر القلق تتمثل في المخاوف من

مضاعفات المرض على المدى البعيد، والخوف من الأثار السلبية المحتملة ، كذلك الخوف من نقص السكري في الدم ويكون أشد عند الأشخاص الذين تعرضوا له سابقا.(Linda and all,2002)

5.1. التدابير الذاتية في مرض السكري :

إن مرض السكري كبقية الأمراض المزمنة لا يقتصر العلاج فيها على الأدوية الموصوفة فقط بل يتطلب من المريض تغيير لسلوكياته اليومية وفقا لتدابير رعاية تتمثل فيما يلي:

1.5.1.الرصد الذاتي للسكري : على مريض السكري المواظبة على قياس نسبة السكري في الدم عن طريق الدم أو البول يوميا، وتسجيل ذلك في دفتر خاص ، وهذا السلوك من شأنه أن يعزز من تحمل المريض لمسؤولية سلوكيات الإدارة الذاتية والتحكم في مرضه. (Elliott,2011)

2.5.1.الحمية الغذائية : يجب على مريض السكري أن يتجنب المأكولات التي تحتوي على كربوهيدرات ودهون كثيرة خصوصا الشحوم الحيوانية المشبعة وكذلك التي تحتوي على سكريات كثيرة ، كما عليه الإكثار من الأغذية الغنية بالفيتامينات والمعادن والإكثار من الخضروات في الوجبات اليومية ، كذلك يجب عليه أن يقسم الوجبات اليومية إلى وجبات صغيرة متوزعة على فترات منتظمة خلال اليوم ، وهذه التدابير الغذائية بهدف مساعدة الجسم على إبقاء السكري بمستوى طبيعي . و تعتبر السمنة ذات ارتباط بالسكري من النوع 2 وهي تلعب دور سلبي كبير على معدلات الاعتلال العصبي و مرض القلب والوفيات، لذلك يعد التحكم في الوزن أمر ضروري بالنسبة لمريض السكري فهي تؤدي إلى خفض الدهون و خفض معدل الوفيات بسبب انسداد الشرايين ، الوقاية من التهاب المفاصل وضغط الدم. (Frank and all,2005)

2.5.1.النشاط البدني : ينصح مرضى السكري بوضع برنامج بهدف زيادة النشاط البدني العام فذلك يساعد على حرق السعرات الحرارية ، كما يجب أن يكون هادفاً للإنقاص الوزن الزائد ، كما توجد العديد من الأدلة الطبية التي تؤكد أن النشاط البدني يعزز الحساسية للأنسولين، كما يعمل على تنشيط الدورة الدموية ، وبالتالي يقي من الإصابة بأمراض القلب الناتجة عن مرض السكري وليست إيجابيات النشاط البدني تقتصر على الجانب الجسدي ، إنما تتعداه إلى الوقاية من المشكلات النفسية التي قد تصيب مريض السكري مثل : الإكتئاب ، لكن النشاط البدني لدى مريض السكري يجب أن يكون بشروط تتمثل في :

- (1) أن يكون تحت رعاية وإستشارة طبية.
- (2) تجنب التمارين الصعبة والمجهدة.
- (3) مراعاة الملابس المناسبة واسعة وقطنية عند ممارسة النشاط البدني .
- (4) الفحص بعد النشاط وخصوصا تفقد الأقدام.(Frank and all,2005)

2. الإضطرابات النفسعصبية:

1.2. تعريف الوظائف النفسعصبية :

يقصد بالوظائف النفسعصبية تلك العمليات المعرفية ذات الأساس العصبي والتي لها دور كبير في إدراكنا للبيئة من حولنا والتعامل معها ،وتتمثل هذه الوظائف في :

1.1.2. الوظائف التنفيذية Fonctions Executives:

تعد الوظائف التنفيذية من أهم الوظائف التي يستعملها الإنسان في حياته اليومية ، والتي يتم تنفيذها عبر الفص الجبهي للمخ ، وبالتحديد المنطقة الظهرية الجانبية للفص الجبهي ، بحيث أن المنطقة الظهرية الجانبية من الفص الجبهي تبدأ بتنسيق الإستجابة الإرادية إلى طوارئ في البيئة التي يكون فيها الفرد ، يتبع ذلك تذكر تجارب سابقة والتخطيط بإتخاذ الإجراءات الحالية ضمن فترة زمنية ، ثم يتبع ذلك وضع برنامج يستجيب إلى أوامر إرادية حركية ، مع الحرص على مراجعة هذا البرنامج وتعديله إذا إقتضى الأمر ، وذلك من أجل الوصول إلى الهدف ، يتم بعد ذلك مراقبة الفعاليات بصورة مستمرة والمواظبة عليها مع زيادة إحتمال فرص النجاح أو التوقف عنها إذا كان هناك إحتمال بفشلها واللجوء إلى برامج أخرى من أجل النجاح. (التميمي،2012)

وكذلك تعرف الوظائف التنفيذية بأنها مجموعة القدرات المعرفية التي تنظم وتسيطر على العمليات الأخرى، وهي ضرورية عند القيام بسلوك موجه الهدف ، كما أنها مسؤولة عن البدء في مهمة ما والتوقف عنها ، وتسمح لنا بتوقع نتائج أفعالنا والتكيف مع الوضعيات الجديدة. وتضم الوظائف التنفيذية مجموعة من المفاهيم التي تشكل مراحل للوصول إلى حل المشكلة :

- (1) الإرادة : وتتمثل في إختيار الإنسان وعزيمته على العمل من أجل تحقيق الأهداف .

(2) **التخطيط** : يتم في هذه المرحلة مراجعة التجارب السابقة ووضع خطة مرحلية ، فالإنسان المصاب بخلل وظيفي لهذه المرحلة تراه لا يقوى على مراجعة الذكريات بصورة سليمة ولا يتعلم من تجاربه السابقة.

(3) **البرمجة** : في هذه المرحلة يتم وضع الفعاليات الحركية المطلوبة للتنفيذ الخطة.

(4) **التنفيذ** : تبدأ عملية التنفيذ مع الحرص على عدم صرف الإنتباه واللهو بفعاليات أخرى، إذ نرى أن الإنسان المصاب بخلل في هذه الوظيفة يصرف نظره عن البرنامج في حيز التنفيذ ويصاحب ذلك البطء في العمل.

(5) **المراقبة** : إذ يقوم الإنسان بمراقبة وتقييم عملية التنفيذ وتقييم فرص نجاح خطته أو فشلها.

(6) **التوقف أو التعديل** : في هذه المرحلة تسمح الفرصة بتعديل خطته أو التوقف.(التمييزي، مرجع سبق ذكره)

نتكلم عن اضطراب الوظائف التنفيذية عند وصف ضعف في جميع عمليات الدماغ المسؤولة عن أحد مراحل الوظائف التنفيذية : التخطيط ، المرونة و البدء في النشاطات المناسبة وعدم القدرة على وقف النشاطات غير المناسبة واختيار مواضيع المعلومات الحسية ، وقد تظهر في إنخفاض القدرة على أداء المهام التسلسلية مثل : العد، قراءة الأبجدية .

2.1.2. الإدراك Preception:

يعرف الإدراك بأنه: "عملية نفسية عصبية تسهم في الوصول إلى معاني ودلالات الأشخاص والمواقف والأشياء التي يتعامل معها الفرد عن طريق تنظيم المثيرات الحسية المتعلقة بها وتفسيرها وصياغتها في كليات ذات معنى ، فهو بمثابة عملية ترجمة للمحسوسات التي تنتقل إلى الدماغ على شكل رسائل مرمزة ، والإدراك أيضا يتضمن مجموعة مفاهيم بمثابة المراحل التي تمر بها عملية الإدراك وهي : ترجمة المثيرات، إعطاؤها معنى دلالي ثم تنظيمها (تصنيفها) ويرى برونر J.Bruner أن الملمح الأساسي الذي يميز الإدراك هو التصنيف إلى فئات وأن مختلف الخبرات الإدراكية ماهي إلا محصلة نهائية لعملية التصنيف فمن خلال المقدمات أو المعلومات الحسية يقوم الدماغ بإجراء بعض الإستدلالات التي تمكنه

من إرجاع بعض المعطيات إلى بعض الصفوف التي تنظم الأحداث أو الأشياء على أساس هذه الخصائص المميزة لهذه المعطيات التي تشكل المعلومات الأولية أو الهاديات .(بن فليس،2010)

3.1.2. الذاكرة Memory:

يعرفها ملحم بأنها: "العملية العقلية التي يتم بها تسجيل وحفظ وإسترجاع الخبرة الماضية" ، ويعرفها فتحي الزيات بأنها: "نشاط عقلي معرفي يعكس القدرة على تمييز وتخزين وتجهيز ومعالجة المعلومات المستدخلة و المشتقة وإسترجاعها " . فبينما يتفق التعريفان السابقان بأن الذاكرة هي عملية إدخال وحفظ و إسترجاع يقتصر أندرسون Anderson بتعريف الذاكرة على أنها: " العملية التي يتم من خلالها إستدعاء معلومات الماضي التي لا تستخدم في الحاضر " (عزالدين،2013)

تم تقسيم الذاكرة من قبل دارسيها إلى عدة تقسيمات وفق الكثير من الفرضيات غير أن التقسيم الذي يحظى مؤخرا بإتفاق أغلب العلماء يتمثل في تقسيمها إلى : الذاكرة الحسية ، الذاكرة العاملة والتي كان يطلق عليها إسم الذاكرة قصيرة المدى لكن أكد بادلي وهيتش Baddeley and Hitch على قصور هذه التسمية عن إيضاح الدور الذي تلعبه ، وأكدوا على ضرورة إستبدالها بإسم "الذاكرة العاملة " والتي تعرف على أنها : " المقدرة على تنسيق العمليات الذهنية والمعلومات المخزنة لفترة قصيرة أثناء القيام بالمهام المعرفية ثم القسم الثالث يتمثل في الذاكرة طويلة المدى

و يرى ستيرلنج Stirling أنه مهما كان النموذج المتبنى لتفسير الذاكرة ، فهي عملية تمر بمراحل ثلاثة تتمثل في : الإدخال ، الترميز ، التخزين، ويضاف إليها الإسترجاع . (الحموري وخصاونة ،2011) أما بالنسبة للمناطق الدماغية التي تعتبر مقرا للذاكرة كانت في بدايات دراستها غامضة إلى أن تم في أواخر الستينات من خلال العديد من التجارب إثبات أن "حصان البحر" Hippocoupe واللوزة Amygdal لهما دور كبير ووثيق في عملية معالجة وحفظ المعلومات وإسترجاعها .

ويمس الذاكرة إضطرابات قد يصطلح عليها ب"النسيان" الذي يعرفه قاموس علم النفس H.Bloch بأنه: "عدم القدرة على تذكر خبرات سابقة عندما تريد إسترجاعها ويكون النسيان على أشكال عديدة وبأسباب مختلفة بين العضوية والنفسية" (ساسان،2007)

4.1.2. الإنتباه Attention:

يعرف سيلامي Sillamy الإنتباه بأنه: "تركيز الذهن على شيء ما ، بحيث يوجه إدراك الشخص نحو موضوع معين بشكل إرادي أو غير إرادي " (عز الدين، مرجع سبق ذكره) ، والإنتباه مصطلح يشير إلى مستوى عام من التيقظ والتنبه وحالة من الإثارة والتوجه نحو المثيرات مقابل التعود والقدرة على التركيز أو توزيع أو إدامة النشاط والقدرة على تركيز وتوجيه المعالجة أو التحليل للمدخلات من حاسة معينة (شرفيه، 2010) ، وينقسم الإنتباه إلى : الإنتباه الانتقائي Selective Attention ، الإنتباه المتواصل Attention continuous ، الإنتباه المجزئ Divided Attention و الإنتباه المركز Attention focus (عاشور).

5.1.2. اللغة Language:

تعرف اللغة على أنها ذلك النظام من الأصوات اللفظية الإصطلاحية التي تستخدم في الإتصال المتبادل بين جماعة من الناس، بحيث يمكن من خلال هذا النظام تسمية الأشياء والأحداث وتصنيفها ، إذ نجد أن تعاريف اللغة وطرق دراستها تختلف بحسب الهدف والتخصص الذي تدرس ضمنه، فدراسات علم النفس المعرفي وعلم النفس العصبي تهتم بدراساتها نظرا لاتصالها الوثيق بعملية التفكير عند الإنسان، إذ يشكل إرتقاء اللغة عند الإنسان شكلا مميزا من التجريد، فمعالجتها تعتبر ذات أهمية فيما يخص شكل وطريقة تخزين المعلومات وهذا ما يوضح العلاقة الوطيدة بينها وبين التفكير الذي يعتبر عملية داخلية تتضمن اللغة ، و يؤكد "بياجيه" على أن وجود الرموز اللفظية تمدنا بوسائل التفكير التمثيلي إضافة إلى أنها ذات علاقة بعملية الإدراك من جهة أخرى ، فهي تعمل كمرشح يتحكم في كمية وطبيعة المعلومات التي تدخل لتعرض لمزيد من المعالجة في العملية الإدراكية اللغوية . (عاشور، 2006)

بعد أن تطرقنا لتعريف مجموعة من الوظائف النفسعصبية كل على حدى يجب الإشارة إلى أن هذه الوظائف لا تعمل بانفصال إنما تعمل بشكل متكامل متناسق، يعتمد كل منها على الآخر، فالوظائف التنفيذية تحتاج إلى الذاكرة لحل المشكلات والذاكرة بدورها تحتاج إلى الإنتباه لإستدخال المعلومات ، والإدراك يحتاج بدوره إلى الذاكرة ليتم عملية التصنيف ، وبالتالي فإن الخلل الذي يمس إحداها سيؤثر بالضرورة على بقية الوظائف ، لكن هذا الخلل الذي يصيب الوظائف النفسعصبية يكون على مستويات فمنها :

1) الاضطراب المعرفي الخفيف Mild Cognitive Impairment MCI:

وهو ضعف بسيط يمس الوظائف الإدراكية على نطاق واسع لكن بشدة خفيفة ، فيمس الذاكرة ، الإنتباه ،الأداء التنفيذي، اللغة...وغالبا ما يكون غير ظاهر ولا يؤثر بشكل كبير على أداء الفرد لنشاطات حياته اليومية ، لكن إذا إستدتت الإصابة فيتحول الأمر إلى :

2) الخرف Dementia:

وهو من أشهر الإضطرابات النفسعصبية ويشمل خلل في كل من الذاكرة والكلام، ويظهر العجز واضحا في الذاكرة العاملة ، وعدم القدرة على الإكتساب والتعلم ، كما يظهر خلل في الذاكرة بشكل واضح قد يصل إلى نسيان المعلومات الشخصية أو العجز عن القيام بأنشطة الرعاية الذاتية في حالة تدهور الإضطراب ، ولا يمكن أن نتكلم عن الخرف إلا إذا كان هذا العجز في الوظائف النفسعصبية يؤثر على المجالات الهامة في حياة الفرد بشكل مخل .

2.2. الإضطرابات النفسعصبية ومرض السكري :

إهتمت أغلب الدراسات الطبية التي تتناول مرض السكري بالمضاعفات التي تنشأ من جراه على الصعيد الجسدي من ضعف النظر ، قصور الكلى ، وغيرها من الإضطرابات التي تمس باقي أعضاء الجسم ، وبالمقابل تهتم الدراسات النفسية لهذه الفئة من المرضى بالإضطرابات النفسية التي يمكن أن يجربها هذا المرض المزمن مثل الإكتئاب ، القلق. كما تهتم أيضا بالخصائص النفسية لهذه العينة ، بينما يهتم على النفس الصحي بالخصائص السلوكية ذات العلاقة بإدارة هذا المرض كالإلتزام الصحي والإدارة الذاتية ، لكن إهتمام علم النفس العصبي بهذه العينة يعد حديثا ، فبينما نعلم أن مرضى السكري هم عرضة لخطر السكتة الدماغية نغفل بالمقابل عن تأثير مرض السكري الذي قد يجعله عرضة لمرض الزهايمر ، إذ تشير بعض الدراسات إلى أثر إرتفاع السكر في الدم على مناطق معينة مثل : "حصان البحر" وهي منطقة مرتبطة بالتعلم والذاكرة ،وكذلك أشارت إلى الأثر على منطقة حصان البحر إذ يترسب البروتين المرتبط بمرض الزهايمر على جدران الأوعية الدموية في الدماغ خصوصا في المنطقتين المذكورتين .

رصدت دراسة شملت أكثر من 1000 شخص أن الذين يعانون من مرض السكري هم أكثر عرضة لضمور قشرة الدماغ كما تشير الدراسات الحديثة أن السمنة هي أحد عوامل الخطر للإصابة بالخرف ومرض الزهايمر وضمور الدماغ غير أن الألية غير واضحة (كيف تؤثر الدهون الزائدة على ضمور المخ) تجري دراسات حديثة حول تفسير إرتباط خطر ظروف الخرف وكيفية تأثير السمنة ، وتشير الدراسات أن النشاط البدني والنشاط الذهني المعرفي مثل الكلمات المتقاطعة تساعد على إنخفاض خطر

الإصابة بالزهايمر . كما أن بعض المواد الغذائية مثل الدهون غير المشبعة والفيتامينات B6، B1، C وحمض الفوليك لها دور في خفض نسبة خطر الإصابة بالخرف أو الزهايمر . (Rachel,2008)

3.2. الدراسات السابقة حول الإضطرابات النفسعصبية لدى مرضى السكري :

كانت أول دراسة أشارت إلى الإضطرابات النفسعصبية لدى مرضى السكري كانت سنة 1922 قام بها Miles وأظهرت نتائج الدراسة وجود إضطراب في الذاكرة والانتباه ، لكنها إنتقدت بسبب حداثة مرض السكري والتدهور العام لصحة أفراد العينة.

3.2.1. دراسة Brands (2005) : وهي دراسة مراجعة شملت 33 دراسة ، بحيث تم تحليل النتائج على أساس المجالات المعرفية ، ودل التحليل على تدهور معرفي وفعالية معرفية منخفضة لدى مرضى السكري مقارنة بالأصحاء ، وتمثلت أهم الوظائف التي مسها الإضطراب هي : الذكاء ، سرعة معالجة المعلومات ، الفعالية النفسعصبية ، المرونة الذهنية ، الإدراك البصري. بينما كانت الوظائف التالية سليمة : التعلم ، الذاكرة ، اللغة ، الإنتباه المجزء والنوعي.

3.2.2. دراسة Brands (2006) : جرت الدراسة على 140 مريض بالسكري من النمط الأول ، بحيث كان متوسط عمر العينة 61 سنة . وتوقعت الدراسة أن تدهور الوظائف المعرفية مرتبط بإزمان السكري ، لكنه لم تتوصل نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين المرضى والأصحاء ، وقد تم إنتقاد الدراسة بكونها تتضمن عينة قصدية مختارة.

بينما الدراسات التي تناولت العلاقة بين مستوى السكر في الدم وبين الإضطرابات النفسعصبية كانت نتائجها متضاربة بعضها وجدت إضطرابات ، وبعضها الآخر لم تتوصل إلى وجود فروق بين المرضى والأصحاء ، على العكس من هبوط السكر في الدم التي لها تأثير كبير على مستوى الأداء المعرفي، نذكر من هذه الدراسات:

3.3.2. دراسة Asrold (2010): وصلت إلى وجود تدهور معرفي لدى الشباب الذين عانوا من هبوط السكر في الدم ، وهو ما أكده Van duinkerken في 2011 على عينة من مرضى السكري من كبار السن ، حيث أدى إنخفاض نسبة السكر المتكرر إلى تدهور في الوظائف المعرفية.

4.3.2. دراسة Strachan (1997) : في مراجعة ل 19 دراسة وجد إنحدار في الوظائف المعرفية التالية:

- الذاكرة اللفظية الأنية والمؤجلة .
- الذاكرة البصرية .
- اضطراب الوظائف التنفيذية.
- الإنتباه (في ثلث الحالات فقط).

5.3.2. دراسة Yaffee (2012): قام بتقييم 717 مريض بالسكري بمنهجية تتبعية وتوصل إلى تدهور في بعض الوظائف المعرفية .

6.32. دراسة Spauwer (2013): قام بتتبع 1260 مريضا منهم 68 مصابا بالسكري على مدى 6-12 سنة وكشفت النتائج على اضطراب سرعة معالجة المعلومات والمرونة الذهنية كلما زادت مدة الإزمان. (Montel,2014)

7.3.2. دراسة بروس Bruce وأخرين 2007 :

جرت الدراسة على المسنين (أكبر من 70 سنة) المصابين بمرض السكري ، بحيث شملت الدراسة عينة قوامها 302 مريض سكري ، وتوصلت النتائج أن نسبة 9.3% يعانون من الخرف . (Bruce,2008)

8.3.2. دراسة بابلوا وأخرون Paplo and all 2009 :

أجريت الدراسة على عينة من المسنين في ألمانيا، بحيث تم إجراء فحوصات نفسية و عصبية قبلية لإستبعاد من يعانون من ظروف صحية أو عصبية قد تعطل الإضطراب النفسعصبي لديهم ، وكانت الدراسة مقارنة بين مجموعتين: الأولى مكونة من 159 مسن غير مصاب بمرض السكري ، والثانية مكونة من 108 مسن مصاب بمرض السكري من النوع الثاني ، و إعتمدت الدراسة على 3 إختبارات لتقييم الوظائف المعرفية أهما MMSE وإختبارين للذاكرة ، وتوصلت نتيجة الدراسة إلى أن الإضطراب المعرفي الخفيف ينتشر بنسبة 23% لدى المصابين بمرض السكري مقابل 16% لدى غير المصابين بمرض السكري. (Paplo and all,2009)

9.3.1. دراسة تيواري Tiwari وأخريين 2012 :

قام بدراسة للكشف عن علاقة مرض السكري بضعف الإدراك وفق منهج مقارنة بين مجموعتين من كبار السن تزيد أعمارهم عن 55 سنة ، بحيث إنقسمت العينة إلى مجموعتين : الأولى تكونت من 145 مصاب بمرض السكري ، والثانية تكونت من 755 غير مصاب بالسكري ، ثم تم فحص الأداء المعرفي الإدراكي ، وتوصلت النتائج إلى أن مرضى السكري ينتشر لديهم ضعف الإدراك بنسبة 16,9% بينما ينتشر لدى غير المصابين بالسكري بنسبة 13,7% ، وهذا الفرق لا يعد كافيا للقول أن هناك ارتباط بين مرض السكري و ضعف الإدراك .(Tiwari and all,2012)

نلاحظ من الدراسات التي تم عرضها عدم وجود دراسات سابقة عربية حول الإضطرابات النفسعصبية على مرضى السكري أو الأمراض المزمنة بصفة عامة وذلك لأن علم النفس العصبي لا يزال لم يحظى بالإهتمام الكافي في الدول العربية نظرا لحدائته فلم يكن ظهوره كفرع مستقل إلا سنة 1949(سامي،2002) .

3. الإلتزام الصحي Health adherence:

1.3. تعريف الإلتزام الصحي :

بالرغم من أن الكثير من الدراسات الحديثة تهتم بموضوع الإلتزام بالعلاج إلا أن هناك مصطلح أكثر شمولية و دقة بالنسبة للمرض المزمن وهو الإلتزام الصحي، الذي يشمل إضافة إلى الإلتزام بالعلاج العديد من السلوكيات المرتبطة بالسيطرة على المرض ،كما أنه مفهوم يوضح مدى مسؤولية المريض في حد ذاته على إدارة مرضه، فإن كان الإلتزام بالعلاج يعرف على أنه: "مدى إتباع المريض للتعليمات الطبية " فإن هذا التعريف للإلتزام يقتصر على " الإلتباع " ما يجعل من المريض عنصرا سلبيا في هذه العملية وكذلك نجد أن إدارة المريض المزمن لمرضه لا يقتصر فقط على " التعليمات الطبية "إنما يتعداه إلى سلوكيات الإدارة الذاتية ، فالإلتزام الصحي يضم : العناية الطبية ،تناول الدواء بشكل مناسب ، حضور مواعيد المتابعة ، النظافة الشخصية ، النظام الغذائي ، النشاط البدني ،كما أن الإلتزام الصحي عملية مبنية على علاقة المناقشة والتخطيط المشترك بين الجهات الطبية والمريض لتكون أكثر فعالية . (Jeffrey and all,2011)

أما بالنسبة للتعريف اللغوي يقال: رجل يلزم الشيء أي لا يفارقه ، وملازمة الشيء تعني الدوام عليه (إبن منظور، 2014). فيما أن الخاصية الأساسية في المرض المزمن هي الدوام وبالتالي تتطلب العملية العلاجية بالمقابل المداومة والإلتزام، فنجد أن العملية العلاجية في مرض السكري تضم جزءا علاجيا وآخر وقائيا ، فالقدرة على الإدارة الناجحة لهذا المرض تعتمد بشكل كبير على إلتزام المريض بمجموعة سلوكيات الرعاية الذاتية التي تتمثل في : الإلتزام بالأدوية على النحو الموصى به ، مراقبة نسبة السكر في الدم ، الحماية و السلوكات الغذائية ، العناية بالأقدام ، حضور المواعيد الطبية اللازمة ، الفحوص الدورية المنتظمة . وهذه السلوكات إنما تضمن للمريض السيطرة على مستوى السكر في الدم وتقلل من خطر مضاعفات المرض مثل : مرض القلب ، مرض الكلى ، وبالتالي يقلل من نسبة الوفيات. (Jeffrey and all,2011)

2.3. أسباب عدم الإلتزام الصحي في الشرق الأوسط:

يقدر معدل الإلتزام الصحي ب 50% في الدول المتقدمة وتقل نسبته في الدول النامية ، بسبب محدودية الحصول على الرعاية الصحية وقلة توفر الأدوية وكذلك بسبب جهل المريض بماهية مرضه و مضاعفاته، غير أن هناك عوامل مشتركة في عدم الإلتزام الصحي لدى المرضى المزمنين ، وكثيرا ما تكون ذات علاقة بمدى إدراك المريض لمرضه ومدى إدراكه لحقيقة مضاعفاته . في مقال مراجع للقاسم وآخرون شمل أكثر من 19 دراسة في الشرق الأوسط عن الإلتزام بالعلاج بحيث خلصت الدراسة إلى أن نسبة الإلتزام بالنسبة لمرضى ضغط الدم تتراوح بين 14% و 88% أما بالنسبة لمرضى السكري يتراوح مستوى الإلتزام بين 23% و 49.5%، كما حصد المقال أهم أسباب عدم الإلتزام المشتركة بين هذه الدراسات وحصرها فيما يلي :

- (1) نسيان أوقات الدواء.
- (2) تجنب الآثار الجانبية للدواء.
- (3) الخوف من إدمان الأدوية.
- (4) شعور المريض بأنه بحالة جيدة ويمكنه الإستغناء عن الدواء.
- (5) إنعدام التثقيف الصحي.

- (6) نقص الأدوية وعدم توافرها على الدوام .
- (7) الجهل بإزمان المرض .
- (8) بالنسبة للأطفال فإن إنشغال الأولياء أحد عوامل عدم الإلتزام بالعلاج.
- (9) عدم الوعي بأهمية الإلتزام في السيطرة على المرض.
- (10) الوصمة الإجتماعية.
- (11) تعقد نظام العلاج.
- (12) الكسل.
- (13) عدم القدرة على مقابلة الطبيب عند زيارته. (AL Qasem,2011)

3.3. الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية :

إن معظم نظريات السلوك الصحي تهتم بالكفاءة الذاتية ، لأن شعور الفرد بالتحكم والسيطرة على بيئته وسلوكياته يلعب دورا كبيرا في قدرته على تغيير سلوكه حسب ما يقتضيه الوضع الصحي ، وليس فقط قدرته على بداية ذلك بل تضم الكفاءة الذاتية في إلتزام المريض المزمن بالعلاج مدى تحديه للصعوبات التي تعترضه في ذلك ، إذ أن الشخص الذي يرى نفسه أنه قادر على اتباع نظام غذائي ونمط حياة ملائم لمرضه على الرغم من المغريات. ولينجح الإلتزام يجب على المريض إجراء عملية تخطيط ناجحة والأخذ بالمبادرة والحفاظ على هذا التغيير لأمد طويل والتحكم في الإنتكاسات.

إن من يتميزون بعدم الإلتزام الصحي من المرضى تبدوا عليهم المضاعفات سريعا ، وقد يكون عدم الإلتزام الصحي ناتج عن أسباب نفسية أو إجتماعية أو معرفية كعدم الحصول على المعرفة الكافية حول إدارة المرضى والإلتزام الصحي الأمثل ، أو بسبب نقص الدعم الإجتماعي وبخاصة الأسري أو بسبب نقص الكفاءة الذاتية في نظرة الشخص المتدنية وإعتقاده بعدم قدرته على التمكن من إدارة مرضاه كذلك قد يختلف الإلتزام الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية بإختلاف المرض وبإختلاف طريقة تعاطي الأدوية ، إذ أثبتت الدراسات على الإرتباط الوثيق بين الكفاءة الذاتية بالإدارة الفعلية لتدابير الرعاية الذاتية خصوصا لدى مرضى السكري. (Schwarzer,2011)

4.3.4. الدراسات السابقة حول الإلتزام الصحي :

1.4.3. دراسة السويلم وآخرون :

كانت الدراسة حول معدل الإنضباط الدوائي بين المرضى المزمنين ، إذ هدفت الدراسة إلى قياس مدى الإلتزام الدوائي لدى المرضى المسجلين في عيادات وزارة الصحة شمال فلسطين، إذ شملت الدراسة 321 مريضا باستخدام إستبيان لقياس الإنضباط الدوائي ، وخلصت نتائج الدراسة إلى أن نسبة 6.5% من المرضى غير ملتزمين صحيا و 52.4% ذوي إلتزام صحي ضعيف في حين 42.1% ذوي إلتزام صحي جيد. كما أظهرت الدراسة أن مرضى السكري نسبة إنضباطهم الصحي أعلى من مرضى إرتفاع ضغط الدم (رشيد، 2011)

2.4.3. دراسة Richard and all 2003 :

إفترضت الدراسة أن الإلتزام بأخذ الأدوية يقل كلما زاد عدد الأدوية الموصوفة ، حيث جرت الدراسة على عينة من 128 مريض سكري من النوع الثاني تم إختيارهم بطريقة عشوائية ، وإعتمدت الدراسة على إستبيان حول إستخدام الدواء بالإضافة إلى الإطلاع على بيانات السجل الطبي ، ونسبة HbA وضغط الدم ، أظهرت النتائج أن 71% لديهم إلتزام أمثل بتناول الأدوية (Richard and all,2003)

3.4.3. دراسة Taruna and all 2014 :

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مدى إلتزام مرضى السكري بالعلاج الموصوف لهم ، بحيث إعتمدت على إستبيان لتقييم مستوى الإلتزام بالعلاج على عينة قدرها 600 مريض سكري من النوع الثاني ، وأظهرت النتائج أن 16.6% فقط لديهم إلتزام أمثل بتناول الأدوية المقررة ونسبة 23.3% يلتزمون بالحمية الغذائية (Taruna and all,2014)

4.4.3. دراسة Sidy Seck and all 2008 :

كانت الدراسة حول الإلتزام الصحي لدى المرضى المصابين بمرض الكلى المزمن وغير الخاضعين لتصفية الدم، بحيث هدفت الدراسة إلى:

- تقييم الإلتزام الصحي لدى مرضى الكلى المزمن.

• التعرف على الأسباب التي تحول دون إلتزامهم الصحي.

بحيث جرت الدراسة على عينة قوامها 124 مريض واعتمدت المنهج التتبعي طيلة 3 أشهر ، وتم حساب الإلتزام الصحي عن طريق النسبة المئوية لمقدار الأدوية المتناولة خلال 4 أسابيع بالإضافة إلى إستبيان . إستخدم الباحثون عينة شاهدة تتميز بالإلتزام صحي جيد ، وخلصت نتائج الدراسة إلى إنخفاض نسبة الإلتزام الصحي لدى العينة .(Sidy Seck and all , 2008)

5.4.3 دراسة Senecal وزملاؤه :

هدفت الدراسة إلى الكشف عن علاقة الإلتزام بالحمية والكفاءة الذاتية والإمتثال للتعاليم الطبية والرضا عن الحياة ، بحيث جرت الدراسة على عينة بلغت 638 مريض بالسكري ودلت النتائج على أن الكفاءة الذاتية ذات دلالة إرتباطية بالإمتثال للحمية لدى مرضى السكري . (رمضان،2005)

إن مصطلح الإلتزام الصحي يعد إحدى المفاهيم الحديثة التي تحظى بإهتمام الكثير من الدراسات سواء على الصعيد العربي أو العالمي في علم النفس الصحي ، خصوصا لدى عينة المرضى المزمنين بإختلاف المرض المزمن وعلى رأسها السكري وضغط الدم ، لذلك نلاحظ توفر دراسات أجنبية وعربية إختلفت في مناهجها وفي أدواتها لتقييم مدى إلتزام المريض صحيا ، غير أن أغلبها يهتم فقط بالإلتزام بالعلاج الذي يقتصر على مدى الإلتزام بأخذ الأدوية دون الإلتزام الصحي.

4. الكفاءة الذاتية Self-efficacy :

1.4. تعريف الكفاءة الذاتية :

إهتم علم النفس الإجتماعي بالكفاءة الذاتية لشرح الحماسة ونظرية التعلم ، ثم بعد ذلك كيف هذا المفهوم في علم النفس الصحي كعامل منبئ للسلوك الصحي فالكفاءة الذاتية هي المفهوم الذي تندرج تحته كل التجارب الشخصية والقدرات والأفكار (Barry,2008). أما بالنسبة للتعريف اللغوي للمصطلح يقال في اللغة العربية ذات الشيء أي حقيقته وخاصيته ، ويقال عرفه من ذات نفسه أي عرف سريره المضمرة ، وفي قوله عز وجل: " إنه عليم بذات الصدور "معناها حقيقة القلوب المضمرة. (إبن منظور،2014) أما بالنسبة لكلمة الكفاءة فيقال الكفاء من الكفاءة يقصد بها النظرير وتكافئا الشئان أي تماثلا وبالتالي يقصد من المكافاة المماثلة (إبن منظور ،مرجع سبق ذكره) ويقال فلان كفاء للشيء أو العمل أي هو أهل له.

أما بالنسبة للمصطلح من الناحية العلمية يعد "كان وايت" **Kan whaite** أول من إقترح "كفاءة" أو "فعالية" كتعبير عن الدافعية التي لا يمكن إرجاعها إلى حاجة بيولوجية أو عوامل خارجية، وإنما تركز عن الحاجة الذاتية للتعامل الناجح مع البيئة ، ويرى بيشف 1974 **Beeshaf** أن فعالية الذات ترتبط بدرجة كبيرة بمفهوم الفرد عن ذاته ، لأن الذات تمثل مركز الشخصية التي تتجمع حولها كل النظم الأخرى ، وهي أسلوب الفرد المعبر عن حياته ، فالذات المبدعة هي القادرة على تحقيق أهدافها من خلال إدراك فاعلية الذات التي تكون نتيجة التفاعل مع الآخرين.(النشاوي،2006)

ويؤكد **باندورا 1978 Bandura** أن النظام الذاتي يعتبر العامل النفسي الأهم الذي يضبط السلوك الإنساني ويوجهه ،لأن الفرد يستطيع من خلال نظامه الذاتي ومصادر البيئة الخارجية التي يتأثر به. (المخلافي،2010)

وتعد الكفاءة الذاتية من أهم المفاهيم التي تقوم على نظرية التعلم الإجتماعي المعرفي لبندورا والتي تحظى بأهمية كبيرة في مجال علم النفس الصحي لإسهاماتها كعامل وسيط في تعديل السلوك ، وتستخدم المراجع المتخصصة مرادفات عديدة لمصطلح الكفاءة الذاتية مثل : توقعات الكفاءة الذاتية-Self efficacy assessment،الفاعلية الذاتية) Self-efficacy (سمية ونورالدين،2014)

غير أن هذه المصطلحات المتعددة تستعمل للدلالة على الكفاءة الذاتية التي عرفها باندورا **Bandura** بأنها :الأحكام التي يصدرها الأفراد على قدراتهم لتنظيم وإنجاز الأعمال التي تتطلب تحقيق أنواع واضحة من الأداء " ، كما يرى باندورا أن معتقدات الفرد عن فاعليته الذاتية تظهر من خلال الإدراك المعرفي للقدرات الشخصية والخبرات المتعددة ، سواء المباشرة أو غير المباشرة ، ولذا فإن فاعلية الذات يمكن أن تحدد المسار الذي يتبعه الفرد كإجراءات سلوكية ،كما أن هذا المسار يمكن أن يشير إلى مدى إقتناع الفرد بفاعليته الشخصية وثقته بإمكاناته التي يقتضيها الموقف، والكفاءة الذاتية المدركة لا تعني فقط المهارات التي يمتلكها الفرد وإنما ما يستطيع الفرد فعله بالمهارات التي يمتلكها. (اليوسف، 2013) .و يعرف شوارتزر **Schwarzer** الكفاءة الذاتية بأنها بعد من أبعاد الشخصية وتعني القدرة على التغلب على المهام والمشكلات الصعبة التي تواجه الفرد ، وهي تدفع الشخص لاختيار المتطلبات والقرارات المتعلقة بإستراتيجيات التغلب على المشكلات ، كما تؤثر على مستوى الجهد الذي تبذله الفرد لمشكلة ما . ويعرفها **Krampen** بأنها تقوم على فرضيات الفرد حول إمكانية تحقيق خيارات سلوكية معينة وهذا

يتضمن إدراك وتقدير الفرد لحجم القدرات الذاتية التي تمكنه من القيام بسلوك معين بشكل ناجح (أصلان، 2011)

ومما سبق من التعريفات المذكورة نلاحظ أن باندورا ركز في تعريفه للكفاءة الذاتية على الناحية المعرفية لإدراك الشخص لقدراته ومدى ثقته في مهاراته، في حين ركز شوارتزر على كون الكفاءة الذاتية ترفع من تحدي الشخص في مواجهة الصعوبات والعوائق ومدى الجهد الذي يبذله في المواقف ، وبالتالي نخلص أن الكفاءة الذاتية هي بمثابة آلية نفسية فعالة تعكس الحكم الذي يكونه الفرد بشأن قدراته على الأداء الناجح في مختلف الممارسات التي يقوم بها في حياته اليومية وكذلك مدى سيطرته على المواقف وإدارته لها وتحديه في تخطي الصعوبات التي تواجهه في كافة مجالات الحياة بشكل عام والصحي منها بشكل خاص. (سمية، 2014)

إذا كانت الفاعلية الذاتية ليست مجرد معرفة ما يجب القيام به إنما هي إعتقاد الفرد من الناحية المعرفية والمهارات الإجتماعية العاطفية السلوكية وتنظيمها على نحو يخدم أغراض وأهداف كثيرة ، وهذا يكون نتيجة تفاعل العديد من المعطيات والتي حدد باندورا مصادرها في: التجارب الناجحة التي يعيشها الفرد ، التجربة بالإنابة، الإقناع اللفظي ، الحالة الفيزيولوجية والعاطفية. (Bandura,2004)

2.4. مستويات الكفاءة الذاتية :

يقسم باندورا Bandura الناس إلى ذوي كفاءة ذاتية عالية وذوي كفاءة ذاتية منخفضة ، و يتميز كل صنف منهم بمميزات خاصة تتمثل فيما يلي :

1.2.4. ذوي كفاءة ذاتية مرتفعة : يرى أن الناس الذين يثقون في قدراتهم يتجهون نحو المهام الصعبة و الخوض في التحديات بدلا من الخوف من الصعوبات والعواقب ، ويميلون إلى وضع أهداف طموحة ، ويملكون القدرة على الإلتزام القوي لقراراتهم وأهدافهم ، يبذلون الكثير من الجهد والذي يزيد في حالة الفشل أو التعرض لصعوبات ، وعادة ما ينسبون الفشل إلى الجهد غير الكافي ، ويتعافون بسرعة من شعورهم بالإحباط بعد الفشل ، ويقل لديهم الإستسلام للإكتئاب.

2.2.3. ذوي كفاءة ذاتية منخفضة : على العكس من الفئة الأولى لديهم شك في ذواتهم بحيث يمكن أن يكونوا يمتلكون مهارات وقدرات يسيئون إستخدامها نتيجة شكهم في قدراتهم، بحيث يميلون إلى تجنب

المهارات الصعبة ، ويكافحون من أجل الحصول على الحد الأدنى ، يسارعون إلى تجنب مواجهة العقبات ، يردون الفشل إلى المحن والظروف المحيطة ، من الصعب عليهم إستعادة إحساسهم بالفعالية في أعقاب الفشل ، كثيرا ما يقعون ضحية الإكتئاب والتوتر (Jacques,2005)

كما حدد باندورا Bandura 3 أبعاد للكفاءة الذاتية والتي تتمثل في :

- **قدرة الفاعلية Magnitude**: والتي تعني مستوى دوافع الفرد للأداء في المجالات والمواقف المختلفة ، ويختلف مستوى ذلك تبعا لطبيعة وصعوبة الموقف .
 - **العمومية Generality** : ويقصد بها إنتقال توقعات الفاعلية إلى المواقف المشابهة ، فالأفراد غالبا ما يعممون إحساسهم بالفاعلية في المواقف المشابهة للموقف الذي ينجحون فيه.
 - **القوة Strength** : حيث تعبر قوة الشعور بالفاعلية الشخصية عن المثابرة العالية والقدرة المرتفعة التي تمكن من إختيار الأنشطة التي تؤدي بنجاح (عاطف،2012)
- 3.4 ال دراسات السابقة حول الكفاءة الذاتية :**

1.3.4 دراسة Freach وزملائه:

قام بالكشف عن العلاقة بين إدراك كفاءة الذات وبين سلوك الوقاية من الصداع على عينة من 329 مريضا يعانون من صداع خفيف، ولاحظ أن ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة يتحكمون في زمام المرض بطريقة أفضل من غيرهم ذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة.

2.3.4.دراسة رحاحلية 2010 :

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي معتمدة على المنهج الوصفي الإرتباطي ، وشملت الدراسة عينة بلغت 93 مريض بالسرطان يخضعون للعلاج الكيميائي بحيث إعتمدت الدراسة على إستبيان الكفاءة الذاتية لشوارتزر Schwarzer وإستبيان لقياس تقبل العلاج وخلصت الدراسة أن تقبل العلاج من طرف مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي يرتبط إرتباطا إيجابيا بالكفاءة الذاتية (رحاحلية،2010)

يعتبر متغير الكفاءة الذاتية من المتغيرات التي حظيت بإهتمام في علم النفس بكل فروعه: الإجتماعي والتربوي والصحي وغيره ، إذ يتعدد ربط الدراسات لهذا المتغير بمتغيرات أخرى بحسب العينة. في علم

النفس الصحي يتعتبر الكفاءة الذاتية متغيرا بالغ الأهمية في إدارة المريض لمرضه والتحكم فيه والإلتزام الصحي اللازم خاصة في المزمّن منه .

5. التدين Religiosity:

تهتم جل الدراسات الحديثة في علم النفس وخاصة علم النفس الصحي بدراسة متغير التدين، لما له من أثر بالغ الأهمية على الصحة النفسية وأبضا الجسدية .

1.4. تعريف التدين :

وإن كان الإهتمام بالدراسة لموضوع التدين و الإيمان حديث، إلا أن الأديان هي أقدم المنابع العقائدية و الفكرية و الإجتماعية التي تحكم سلوك الإنسان ، فهي موجودة في كل المجتمعات الإنسانية لتسد إحتياجات مهمة لأفراد هذه المجتمعات من الناحية الإجتماعية و النفسية ، إذ إن الدين يزود الفرد بنسق من القيم و المبادئ و المعتقدات التي توفر له التكيف مع أحداث الحياة ومع من حوله، فالإنسان لا يحقق التوازن إلا بإمتثاله لهذه المعايير و القيم التي توافق فطرته التي خلقه الله عليها، هذا التوازن الذي ينعكس على صحته النفسية ويمكنه من الشعور بالرضا و السعادة وحسن التوافق مع الحياة و الآخرين (بركات،2006).

هذا التلازم التاريخي بين الدين و الإنسان ظهر على إثره العديد من الآراء النظرية و الفلسفية التي تحاول تفسير الدين و التدين نذكر منها :

نظرة " يونغ " Jung " للتجربة الدينية على أنها شيء تسيطر عليه قوة خارجية ،فمفهوم اللاشعور عنده ليس مجرد جزء من العقل فقط ،إنما هو قوة تسيطر علينا بأشكال متعددة منها الأحلام والتخيل و الأوهام وهي جميعا من وجهة نظره مظاهر للدين ،كما يرى أن الخبرة الدينية تتسم بصبغة خاصة من الخبرة العاطفية في الخضوع لقوى عليا .ويرى وليام جيمس " James " أن الدين هو محادثة إختيارية بين الفرد وقوى غامضة يشعر فيها الإنسان أن مصيره مرتبط بها ومعتمد عليها إذ تتحقق هذه الصلة عن طريق الصلاة والعبادات.

ومن جهة أخرى ترى عواطف إبراهيم أن الدين هو نظام نفسي يتكون بتفاعل نزعات الطفل الفطرية و الكامنة في أعماقه مع عوامل البيئة المحيطة و يتطور ويتكامل هذا النظام مع تطور شخصية الطفل وتكاملها .(زياد، مرجع سبق ذكره) ،كما يعرف جون ويسترهوف Johen westerhoff التدين بأنه" فعل

يتضمن التفكير والإنفعال والرغبة وهو يتدعم ويتحول ويتسع من خلال تفاعلنا مع مجتمع يعتنق عقيدة معينة. (القصاص، 2008)

ويعرفه خالد محمد القاعود أنه : " عقيدة تستقر في القلب إسقراراً يلزمه ولا ينفك عنه ، ويعلن صاحبه بلسانه عن العقيدة التي تستقر في قلبه ، ويصدق هذا الإعتقاد والقول بالعمل وفق ما تقتضيه هذه العقيدة ". (القاعود)

2.4. مراحل تطور الشعور الديني:

إختلف العلماء والباحثون في تحديد السن الذي يبدأ فيه الشعور الديني، فمنهم من يرى أنه يبدأ في المراحل المبكرة للطفولة ، ومن العلماء من يرى أن الفرد في مرحلة الطفولة لا يقوى على إدراك المفاهيم الدينية ولا يتمكن من ذلك إلا بعد مراحل متقدمة من النضج العقلي ، فالطفل في المراحل الأولى لا يستطيع إدراك وفهم المصطلحات المجردة مثل: القيم الخاصة بالدين كالعدالة والإحسان والمحبة إلا بعد سن 14 سنة ، كما وضع بهذا الصدد العديد من النظريات التي تحاول رصد مراحل تطور النمو الديني لدى الأطفال وخلص إلى أنها تمر ب 3 مراحل هي:

- 1) **مرحلة التطور الأسطوري** : وفيها تسود الأفكار والمعتقدات الخيالية والوهمية فمعظم الأطفال في هذه المرحلة يعبرون عن الله كشخصية أسطورية.
 - 2) **المرحلة الواقعية**: وهنا يرفض الأطفال خيالاتهم ويعتقدون بالتأويلات التي تقوم على أساس الظواهر الطبيعية .
 - 3) **المرحلة الفردية** : وفيها يبدأ الطفل إختيار العناصر التي ترضي حاجاته ودوافعه من خلال ممارسة التدين. (بركات، مرجع سابق)
- أما بالنسبة لجيمس فويلر "James Fowler" يرى أن مراحل النمو الديني تتمثل فيما يلي :

1) **مرحلة الإيمان الحدسي أو التألمي Intuitive-projective Faith (3-7 سنوات):**

وفيها يكتسب الأطفال الأفكار المرتبطة بالخالق عز وجل ، والدين بشكل عام من الكبار المحيطين بهم، وبالتالي يتشكل الإيمان من المشاهدة والإستمتاع للآباء ، فالأطفال يحصلون على إنطباعاتهم الأولى عن الله عز وجل من خلال تبني إنطباعات أمهاتهم وأبائهم. (القصاص، مرجع سبق ذكره)

(2) مرحلة الإيمان الأسطوري Mythic Faith (8-12 سنة) :

يبدأ الطفل في هذه المرحلة الإنتباه إلى العالم الخارجي والتميز بين الواقع والخيال ويظل الطفل في هذه المرحلة مهذباً بعدم الثقة والتأكد من العالم بالمقابل يعطيه الإيمان بالله إحساساً بالأمن والطمأنينة النفسية، فيقوم الأطفال بإعتناق المعتقدات والاتجاهات والقواعد الدينية بشكل حرفي، حيث يتقبلون التراث الروحي ببساطة.

(3) مرحلة الإيمان الإنشائي Synthetic-conventional Faith (مرحلة المراهقة):

و يقصد بكلمة الإنشاء هنا أن المراهق يبدأ بتشكيل المفاهيم والعقائد الإيمانية من خلال علاقات التفاعل الإجتماعي مع الآخرين ، فيساعده ذلك على بناء معنى متكامل من خلال التوفيق بين وجهات نظرهم العقائدية الخاصة والآراء المعارضة والمتناقضة للآخرين ، وخاصة أن الفرد في مرحلة المراهقة يبدأ عالمه في الإتساع خارج نطاق الأسرة ، ويتعداه إلى الزملاء ، جماعة الفرق الرياضية ، الإعلام وليست خصائص هذه المرحلة حكراً على المراهقين بل قد تستمر لدى العديد من الأشخاص لمرحلة الرشد.

(4) مرحلة الإيمان القائم على التأمل الفردي Individuative reflective faith (مرحلة الرشد) :

في هذه المرحلة يبدأ الفرد في التمييز بين نظام القيم وإدراكات الآخرين كأحد مظاهر تطوير أو نمو الهوية الذاتية ، ويتحول الفرد إلى إدراك طوعية المسؤولية الشخصية فيما يتعلق بمعتقداته وأفعاله وإتجاهاته ، إذ يكون الإيمان في هذه المرحلة ذو طابع شخصي تأملي يعكس بصدق ما يعتقده الفرد ، إذ ينهمك الناس في هذه المرحلة في التفكير الذاتي الناقد والتحقق والفحص لمعتقداتهم وقيمهم ، ويصبح الفرد في هذه المرحلة قادراً على تصور الله بطريقة مجردة وليس كناصح أو مرشد شخصي .

(5) مرحلة الإيمان الإرتباطي Emjunctive Faith (منتصف العمر):

بينما ساعدت المرحلة الرابعة الفرد على وضع الحدود التي يعين في ضوءها الذات بفصلها عن العالم الخارجي ، تصبح هذه الحدود في المرحلة الخامسة أقل وضوحاً وأقل ثباتاً ، إذ يدرك الفرد الأفكار والإنفعالات والدوافع والذكريات التي سبق قمعها ، والتي سبق إكتسابها من العوامل الوالدية والأخلاقية بوصفها محددات تؤثر في سلوكه الديني الحالي.

6) مرحلة الإيمان العام Universalising Faith :

هذه المرحلة نادرة الوصول إليها بحيث يصبح الفرد ذو تأثير على المجتمع ويكون لديه إهتمام شديد بعالمية المفاهيم الأخلاقية فيكون تركيزهم على القيم مثل: التسامح، الحب غير المشروط، العدالة المطلقة الحق ، الخير ، العدل ولا يرضون بديلا عن هذه القيم لكل الإنسانية ، بحيث تتجسد خصائص هذه المرحلة بكل مقاييسها في الأنبياء والرسل والصالحين.(القصاص، مرجع سبق ذكره)

3.5. الوظائف الإيجابية للدين على المستوى الجسدي النفسي و الاجتماعي :

تجمع الدراسات على الوظيفة التي يؤديها الدين بالنسبة للفرد وللمجتمع بحيث يمكن إجمال هذه الوظائف فيما يلي :

- 1) خفض القلق الوجودي.
- 2) خلق معنى الحياة يستند إلى الأمل والإستبشار بالغد.
- 3) يمثل النظام الأخلاقي المتماسك مرشد وموجه للسلوك.(بوعود،2014)
- 4) المساندة والدعم الاجتماعي في أوقات المحن والأزمات.
- 5) يجنب الفرد سلوكيات الضرر بالذات.
- 6) يوفر أسس إيمانية قوية لإقامة علاقة قوية مع الله والأخرين.(القصاص، مرجع سابق)
- 7) كما تثبت العديد من الدراسات أن الجانب الروحي له تأثير واضح على خفض الضغط النفسي مما يؤدي إلى رفع مناعة الجسم لتصدي الأمراض ، ولذا إزداد الإهتمام بالجانب الروحي لدى المصابين بالأمراض الحادة والأمراض المزمنة ، إذ تبين حوالي 200 دراسة تربط بين العامل الروحي والنواحي الصحية أن هناك إرتباط إيجابي، من بينها دراسة أجريت على 232 شخصا تعرضوا لعمليات جراحة القلب المفتوح ، تبين إثرها أن الأشخاص الذين يؤمنون بالله ويتقبلون قدرهم تماثلوا للشفاء أسرع من غيرهم وفي دراسة أخرى على مجموعة من مصابات سرطان الثدي متقدم ، خلصت الدراسة إلى وجود إرتباط موجب بين نشاط الجهاز المناعي والتدين من الناحيتين الإعتقادية الروحية والعملية (السلوكية) ، بالإضافة إلى دراسة هدفت إلى معرفة تأثير الحالة النفسية للإنسان على إفراز الأجسام المضادة من

خلال اللعاب، إتمدت الدراسة منهاجاً تجريبياً بتقسيم العينة إلى مجموعتين ، المجموعة الأولى شاهدت فيلم ديني والمجموعة الثانية عرض عليها فيلم رعب ، وتم بعد ذلك قياس الأجسام المضادة في لعاب المجموعتين فظهرت فروقا دالة في كمية الأجسام المضادة لصالح المجموعة الأولى التي عرض عليها فيلم ديني .

(8) كما قامت دراسة أخرى بقياس الخلايا للمفاوية لدى مجموعة من مرضى الإيدز بعد تقسيمهم على حسب مستوى تدينهم ، فأظهرت النتائج ارتفاع نسبة الخلايا للمفاوية المساعدة CD4+ والتي لها دور كبير في الحفاظ على حياة مرضى الإيدز لدى العينة الأكثر التزاماً بأداء الصلوات بانتظام والمشاركة في الفعاليات والممارسات الدينية. (القاعد، مرجع سبق ذكره)

حاول العلماء الذين قاموا بدراسات ربطت بين الجانب الروحي والمناعة تفسير ذلك بأن التدين يساعد على التقليل من الضغط النفسي لدى الفرد ، ما يرفع من جهاز المناعة وينعكس ذلك على تحسن وضعه الصحي فالدين الإسلامي يتضمن جملة من الممارسات والمعتقدات الفكرية التي تساعد على خفض الضغط والقلق والإحباط والمشاعر السلبية لدى الإنسان مثل: التسليم بالقضاء والقدر في المصائب ، والإستبشار بالأجر الذي يلحق المؤمن جزاء الصبر على مصائب الحياة في جميع النواحي الاقتصادية ، الصحية(القاعد، مرجع سبق ذكره) ، إضافة إلى كون الدين الإسلامي نزل بقيم ومعتقدات سامية ذات فائدة على المستوى النفسي ، فهو أعطى لطبيعة الإنسان الإجتماعية حقها بتنظيم مختلف علاقات الإنسان بمن حوله وحثه على كل ما ينفع الجماعة وحرّم عليه كل ما يسيء للغير(لعروسي) ففي الجانب الصحي نجد في حديث الرسول عليه الصلاة والسلام بقوله "إذا عاد الرجل أخاه المسلم مشى في خرافة الجنة حتى يجلس فإذا جلس غمرته الرحمة ، فإن كان غدوة صلى عليه سبعون ألف ملك حتى يمسي ، وإن كان مساء صلى عليه سبعون ألف ملك حتى يصبح"(سعيد، 2010) وهذا لتعظيم شأن زيارة المريض ما يصطلح عليه بالدعم الإحتماعي في علم النفس والذي تؤكد الدراسات الحديثة مدى أثره الإيجابي بالنسبة للأمراض الحادة منها والمزمنة.

4.5. الدراسات السابقة حول التدين :

يؤكد koening في دراسة مراجعة سنة 2012 لما يزيد عن 3300 مقال علمي ما بين (1872-

2010) تناولت التدين أو الروحانية والصحة ،وأكد تحليل هذه الدراسات على العلاقة الإيجابية

والإرتباطية الدالة بين الصحة والتدين مما يوضح أهمية متغير التدين في مجال علم النفس الصحي في الدراسات الحديثة (زعطوط،2014) ، ونذكر من بين الدراسات التي تناولت متغير التدين في مجال علم النفس الصحي ما يلي:

1.4.5. دراسة كونيغ 2002 : Koning

كانت الدراسة بعنوان: "الدين كمخطط معرفي يساعد الأشخاص على التوافق مع المشقة" ،بحيث شملت الدراسة عينة قوامها 122 فردا ، وخلصت الدراسة إلى أن التوجه نحو الدين يساعد الأفراد على تحمل المشقة ، كما أنه يلعب دور عامل محسن للصحة الجسدية والنفسية ، كما يزيد من فعالية التفاعل الإيجابي الإجتماعي الإيجابي

3.4.5. دراسة فيصل قريشي 2011 :

بعنوان: "التدين وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى الإضطرابات الوعائية" بحيث جرت الدراسة على عينة بلغت 62 مريضا بولاية سطيف شملت 39 ذكر و 23 أنثى، و إعتمدت الدراسة على إستبيان السلوك الديني من إعداد موسى صبحي القدرة ، وإستبيان فاعلية الذات من إعداد نادية سراج جان ، وخلصت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إرتباطية دالة بين التدين بدين الإسلام والكفاءة الذاتية لدى مرضى الإضطرابات الوعائية القلبية ، كما أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق دالة في درجة التدين لدى أفراد العينة باختلاف الجنس والمستوى التعليمي ، كذلك لم توجد فروق دالة في درجة الفاعلية الذاتية باختلاف الجنس والمستوى التعليمي.(فيسل،2011)

4.4.5. دراسة Bussing :

هدفت الدراسة إلى معرفة دور التدين في التكيف مع المرض المزمن ، وشملت الدراسة 257 مريضا مزمنيا منهم 51% مصابون بالسرطان و 24% بالتصلب اللويحي و 17% بأمراض مزمنة أخرى وتم قياس إتجاهات المرضى المزمنين نحو الدين من أجل مساعدتهم على التكيف.

5.4.5. دراسة Walsh 1982:

التي هدفت لاستكشاف العلاقة بين التدخين و السلوك الصحي وإرتباطهما بضغط الدم والصحة العامة للقلب والجهاز الدوري ،بحيث شملت الدراسة 137 مهاجرا منهم 74 ذكر و 63 أنثى من مقاطعة Toled في مدينة أوهايو بالولايات المتحدة الأمريكية ، تراوحت أعمار العينة بين 18-71 سنة ، توصلت الدراسة إلى أن الإلتزام الديني ذو أثر إيجابي على صحة القلب والأوعية الدموية وضغط الدم .

6.4.5. دراسة زعطوط 2005 :

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الإتجاه نحو السلوك الصحي وعلاقته بكل من الدعم الإجتماعي المدرك والكفاءة الذاتية المدركة والتدين ، إذ إعتمدت الدراسة على إستبيان الإتجاه نحو السلوك الصحي من إعداد صاحب الدراسة ، وإستبيان الدعم الإجتماعي المدرك لصاحبه Zimet وزملائه ، وإستبيان الكفاءة الذاتية لشوارتزر بالإضافة إلى إستبيان التدين لمحمد المهدي ، و شملت الدراسة 276 مريضا ما بين مصاب بالسكري ومصاب بضغط الدم ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن 54% من المرضى المزمين ذوو إتجاه سلبي نحو السلوك الصحي ، كما دلت على وجود علاقة إرتباطية بين الإتجاه نحو السلوك الصحي ، كما دلت على وجود علاقة إرتباطية بين الإتجاه نحو السلوك الصحي والدعم الإجتماعي والكفاءة الذاتية والتدين.(رمضان،2005)

8.4.5. دراسة خالد وزملاؤه :

إذ قاموا بدراسة أثر الصيام (في شهر رمضان) على السيطرة على نسبة السكر في الدم عند 60 أنثى تعاني السمنة المفرطة مع السكري من النوع الثاني في شمال غرب الجزائر بحيث قام بقياس نسبة السكر و رصد Hba1 قبل رمضان ثم أعيد القياس بعد الأسبوع الثالث من رمضان ، فخلصت نتائج الدراسة إلى أن صيام شهر رمضان يؤدي إلى تحسن بنسبة 10-15% في توازن الجلوكوز (G.Koenig,2011)

9.4.5. دراسة M'guil وزملاؤه 2008 :

حيث قاموا بدراسة آثار شهر رمضان في السيطرة على السكر من النوع الثاني على عينة بلغت 120 مريض بالمغرب شخص السكري لديهم قبل خمس سنوات على الأقل بحيث قاموا بقياس نسبة السكر في الدم في اليوم الأخير من شعبان ثم أعادوا القياس خلال 15 يوما ثم بعد 29 يوما ، بحيث لم يكن نسبة

الإختلاف في نسبة السكر معتبرا ، لكن لم تسجل العينة أي حالة دخول للمستشفى لظروف خاصة بالسكري من النوع 2 ، وبالتالي من يحافظون على إلتزام صحي جيد يمكنهم صيام رمضان دون أن يؤثر ذلك على تدهور في نسبة السكري في الدم.

كما تناولت العديد من الدراسات مقارنة بين المسلمين وغير المسلمين في مدى انتشار مرض السكري وكذا مدى السيطرة عليه ، وخلصت أغلب النتائج إلى وجود فروق لصالح المسلمين خاصة في شهر رمضان وتأثيره على الصحة .(G.Koenig,2011)

نلاحظ من الدراسات التي تم عرضها حول موضوع التدخين والمرض المزمن، أنها إختلفت في تناولها لموضوع التدخين ، فمنها ما تناول تأثيره كمخطط معرفي على السلوك ، ومنها ما تناولته لدوره في تقبل والتكيف مع المرض مثل دراسة Koning ودراسة Bussing ، غير أن من الدراسات ما تناولته بربطه بإحدى المتغيرات المهمة في المرض المومن مثل : الكفاءة الذاتية ، والسلوك الصحي، وكل هذه الدراسات تناولت التدخين بشكل عام على العكس من دراستي خالد و M.Guil اللذان تناولاه بصفة أدق بدراسة السلوك الديني المتمثل في الصيام ذو الصلة بمرض السكري ، غير أن الدراسات التي سبق عرضها إتفقت حول الأثر الإيجابي على مرض السكري من الناحية المعرفية والسلوكية.

○ خلاصة :

جعلنا هذا الفصل يتناول أهم ما يخص متغيرات الدراسة المتمثلة في الإضطرابات النفسعصبية والإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية والتدين ، وذلك من أجل تشكيل إطار نظري تتيح الفرصة لمعرفة كل منها على حدى وعلاقة كل منها بالمتغيرات الأخرى ، كما حاولنا تبيين الفصل بالدراسات السابقة التي تناولت هذه المتغيرات لدى المرضى السكري بصفة خاصة ، وفي حال تعذر ذلك حاولنا تناول دراسات تناولت المتغيرات لدى المرضى المزمنين بصفة عامة .



الفصل الثالث : إجراءات الدراسة الميدانية

1. الدراسة الإستطلاعية

1.1. أهمية الدراسة الإستطلاعية

2.1. عينة الدراسة الإستطلاعية

2. أدوات الدراسة الإستطلاعية

1.2. التقييم المعرفي المتبع في مونتريال

2.2. إستبيان الإلتزام الصحي

3.2. مقياس توقعات الكفاءة الذاتية

4.2. مقياس التدين

3. الدراسة الأساسية

1.3. منهج الدراسة الأساسية

2.3. عينة الدراسة الإستطلاعية

3.3. الأساليب الإحصائية المستخدمة

○ تمهيد:

نتطرق في الفصل التالي إلى وصف مجريات الدراسة الميدانية بداية من الدراسة الإستطلاعية ، بالتطرق إلى أهميتها ووصف عينتها، ثم تناول أدوات الدراسة كل منها بالوصف لشكلها وكيفية تنقيطها ومستوياتها، ونتمين ذلك بذكر الخصائص السيكمترية التي أكدت من خلال الدراسة الإستطلاعية ، ما يؤكد على صلاحية تطبيقها على عينة الدراسة. و نتناول بعد ذلك وصفا لمنهج الدراسة الأساسية و إستعراض خصائص العينة الأساسية بالتفصيل. ثم نوضح الأسباب الإحصائية التي سيتم إعتماها للتحقق من فرضيات الدراسة، وكل هذا يساعد على رسم الخطوط الأساسية التي سارت وفقها الدراسة الحالية .

1. الدراسة الإستطلاعية :

1.1. أهمية الدراسة الإستطلاعية :

تعتبر الدراسة الإستطلاعية خطوة أولية يقوم بها الباحث مستهل دراسته ، وذلك من أجل الإطلاع على عينة الدراسة والإحتكاك بها، والتعرف على الصعوبات التي قد تعيقه في الحصول عليها ، كما تسعى الدراسة الإستطلاعية إلى التحقق من الخصائص السيكمترية لأدوات الدراسة وكذا التعرف على الصعوبات التي قد تعترض الباحث في تطبيقه لأدوات الدراسة نظرا للخصوصية التي تحملها كل عينة عن غيرها .

1.2. عينة الدراسة الإستطلاعية :

جرت الدراسة الإستطلاعية في بيت السكري التابع لمستشفى "محمد بوضياف" بورقلة والذي يقصده كل مريض سكري بدائرة ورقلة للمتابعة الدورية ، بحيث شملت الدراسة الإستطلاعية عينة قدرها 30 مريضا، تم إختيارهم بشكل عرضي، وتمثلت خصائص العينة الإستطلاعية في :

1.1.2. تقسيم العينة الإستطلاعية حسب الجنس :

الجنس		الخاصية العدد
أنثى	ذكر	
19	11	30 مريض سكري
%63.33	%36.66	النسبة المئوية

الجدول(1) : خصائص العينة الإستطلاعية حسب الجنس

2.1.3. تقسيم العينة الإستطلاعية حسب المستوى الإقتصادي:

المستوى الإقتصادي			العدد
بسيط	متوسط	جيد	
7	20	3	
%23.33	%66.66	%10	النسبة المئوية

الجدول(2): خصائص العينة الإستطلاعية حسب المستوى الإقتصادي

3.1.2. تقسيم العينة الإستطلاعية حسب خصائص المرض :

حسب مدة الإزمان			حسب نمط السكري		الخصائص العينة
<12 سنة	6-12 سنة	1-6 سنوات	النمط الثاني	النمط الأول	
12	7	11	17	13	العدد من 30 مريض سكري
%40	%23.33	%36.66	%56.66	%43.33	النسبة المئوية

الجدول(3): خصائص العينة الإستطلاعية حسب خصائص المرض

ونظرا لأن "بيت السكري" يستقبل الراشدين من مرضى السكري لم يكن بالعينة أطفال أو مراهقين ،بل كانت أغلبها من المسنين وهذا ما أوضح عن صعوبة تطبيق MoCA على العينة خصوصا الأمييين منهم.

2. أدوات الدراسة :

إعتمدت الدراسة الحالية لتقييم الإضطرابات النفسعصبية على التقييم المعرفي المتبع في مونتريال والمعروف باختصار MoCA من إعداد: نصر الدين زياد والذي يهدف أساسا إلى الكشف عن الإضطراب المعرفي الخفيف. وتم بناء مقياس للإلتزام الصحي لدى مرضى السكري، حيث تم دراسة خصائصه السيكومترية على عينة الدراسة. كما إعتمدنا في قياس الكفاءة الذاتية على مقياس معد من طرف شوارتزر Schwarzer وزملائه والذي ترجم للعديد من اللغات و طبق في دراسات يقارب عددها الألف، ومقياس التدخين لصاحبه رمضان زعطوط والمعد في إطار دراسة لنفس العينة (المرضى المزمنين) .

كان تطبيق هذه الإختبارات مجتمعة يحمل صعوبة بالنسبة للطالبة التي أشرفت على التطبيق بنفسها في إطار مقابلة المرضى، وكانت الصعوبة من ناحية الوقت الذي يستغرقه تطبيق هذه الإختبارات مجتمعة خصوصا أنه من ضمنها إختبار نفسعصبي، بالإضافة إلى كون العينة من كبار السن وأغلبهم ذوي تعليم منخفض أو معدوم ، إضافة إلى أن معظم مرضى السكري كما هو معروف يعانون من ضعف بصري ما يضطرننا إلى طرح بنود الإختبارات بطريقة مباشرة وهذا ما قد يؤثر على نتيجة الإختبار خصوصا في موضوع التدخين .

وبالتالي تمثلت أدوات جمع البيانات في دراستنا في إختبار و3 إستبيانات نستعرض تعريفها وذكر لخصائصها السيكومترية فيما يلي:

1.2. التقييم المعرفي المتبع في مونتريال MoCA:

وإن كانت أغلب الدراسات التي تناولت الإضطرابات النفسعصبية لدى مرضى السكري إعتمدت على MMS إلا أنه نظرا لكون هذا الإختبار لا يحق إستخدامه إلا برخصة وهو ما تعذر علينا نظرا لضيق الوقت المتاح للدراسة، كذلك فإن MoCA أكثر حساسية ونوعية وأجود من حيث الخصائص السيكومترية من MMSE لذلك قررنا إعتماد التقييم المتبع في مونتريال والمعد لنفس الغرض والمتاح للإستخدام في الدراسات العلمية بشرط الإشارة إلى المرجع .

1.1.2. وصف الأداة :

صم إختبار التقييم المعرفي المتبع في مونتريال لتقييم الإضطرابات الوظيفية المعرفية الخفيفة ، إذ يقيم الوظائف التالية : الإنتباه، التركيز، الوظائف التنفيذية، الذاكرة ، اللغة، القدرات البصرية البنائية ، قدرات التجريد، الحساب والإهداء. و يستغرق هذا الإختبار ما يقارب عشر دقائق ،بحيث يحتوي الإختبار على 11 بندا كما يلي :

- (1) **التناوب البصري** : يطلب فيه من المفحوص الربط بين مجموعة من الحروف والأرقام لتشكل سلسلة واحدة ، يحصل المفحوص على نقطة واحدة في حال نجاحه في الربط الصحيح لكامل السلسلة.
- (2) **القدرات البنائية البصرية** : إذ يطلب من المفحوص نسخ مكعب بأحسن دقة يستطيعها، ويمنح له نقطة واحد في حال أصاب في حجم الشكل وإستقامة الأضلع وتناسق الشكل .
- (3) **القدرات البصرية البنائية** : ويطلب فيه من المفحوص رسم ساعة حائط دائرية تحتوي على كل الأرقام وتشير إلى 11 و 10 دقائق، بحيث يمنح علامة واحدة إذا كان محيط الدائرة مستوي ، وعلامة في حال كانت أرقام الساعة كاملة وفي مكانها الصحيح ،علامة على صحة مؤشرات الساعة في الطول والإشارة .
- (4) **التسمية** : يطلب فيها من المفحوص تسمية مجموعة مكونة من ثلاث حيوانات، وتمنح علامة واحدة لكل تسمية صحيحة .
- (5) **الذاكرة** : يقرأ فيها مجموعة مكونة من خمس كلمات على الفاحص ويطلب منه إعادتها .
- (6) **الإنتباه** : ويتضمن بندين: الأول حول الإستيعاب الرقمي، والثاني حول الإستيعاب الرقمي المعكوس، بحيث يقرأ الفاحص على المفحوص مجموعة من الأرقام ويطلب منه إعادة سردها بالترتيب الذي ذكره والسلسلة الثانية عكس الترتيب المذكور ، ويحصل المفحوص على نقطة واحدة على الذكر الصحيح لكل سلسلة .
- (7) **التركيز**: وفيه يطلب من الفاحص التصفيق في حال سماعه حرف الألف من مجموعة الحروف التي يسردها على مسمعه الفاحص بمعدل حرف في الثانية ، ويمنح نقطة واحد في حال نجح في ذلك دون خطأ.
- (8) **الحساب التسلسلي**: وفيه يطلب من المفحوص الحساب إبتداءا من مئة بحيث ينقص في كل مرة 7، ويمنح ثلاثة نقاط في حال عدم وجود أي خطأ في السرد التناقصي .

(9) التشابهات: يطلب الفاحص من المفحوص أن يعطيه نقطة شبه بين شيئين يذكرهما له (ثائتين) بحيث يمنح نقطة في حال ذكر الشبه بوجه صحيح لكل ثنائية .

(10) التذكير: بحيث يطلب الفاحص من المفحوص أن يعيد تذكر الكلمات التي سبق ذكرها في بند الذاكرة ، ويمنح المفحوص نقطة لكل كلمة ذكرها صحيحة أي 5 بمجموع نقاط لهذا البند.

(11) الإهتداء : يسأل الفاحص المفحوص عن التاريخ : اليوم ، الشهر ، السنة، المكان والمدينة ، ويمنح نقطة واحد لكل إجابة صحيحة أي بمجموع 6 نقاط لبعده الإهتداء . (Z.Nasreddine,2004) بحيث تكون النتيجة الكلية للإختبار 30 درجة . وتتمثل المجالات التي يقيّمها MoCA فيما يلي :

- 1) البناء البصري: ويضم بندي رسم المكعب ورسم الساعة.
- 2) الإنتباه والذاكرة العاملة: وتضم: الإستيعاب الرقمي، الإستيعاب الرقمي المعكوس، التركيز.
- 3) اللغة: وتضم: تسمية الحيوانات و تكرار الجمل، الطلاقة اللفظية.
- 4) بعض الوظائف التنفيذية: ويضم : بند التناوب البصري، التجريد(التشابهات)، الطلاقة اللفظية(التذكير).
- 5) الذاكرة.
- 6) الإهتداء.

ويتمثل التقسيم الذي وضعه صاحب المقياس نصر الدين زياد بتحديد مستويات الإضطراب الإدراكي لنتائج المقياس كما يلي :

- <26 : خال من الإضطراب النفسعصبي.
- 18-26 : إضطراب نفسعصبي خفيف.
- 10-17 : إضطراب نفسعصبي متوسط .

>10 : إضطراب نفسعصبي شديد . (Z.Nasreddin,2014)

قبل تطبيق الإختبار على العينة الإستطلاعية إطلعت الطالبة على كراسة التعليمات وكيفية إدارة الإختبار من الموقع الرسمي لنصر الدين زياد وزملائه، ثم قامت بالتدرب على إجراء الإختبار على ما يقارب 34 طالبا جامعيًا، كما أنه لم تتم العثور على دراسة عربية طبقت الإختبار على عينة مشابهة لعينة الدراسة في حدود بحث الطالبة

2.1.2. الصدق والثبات :

للتأكد من الخصائص تم تطبيقها على عينة إستطلاعية قدرها 30 مريضاً بالسكري بحيث بلغ معامل ألفا كرونمباخ للثبات 0.70 ، وتم حساب معامل الإتساق الداخلي الذي يقيس إرتباط كل بند من البنود بالإختبار ، حيث تراوح إرتباط البنود بين 0.64 إلى 0.93 ، كما بلغ معامل التجزئة النصفية 0.64 بعد التصحيح ، وهذه النتائج تجعل الإختبار قابل للتطبيق على عينة الدراسة من الناحية المنهجية

2.2. إستبيان الإلتزام الصحي :

1.2.2. وصف بناء المقياس :

تم بناء إستبيان الإلتزام الصحي من طرف الطالبة نظراً لأن الإختبارت التي تم التحصل عليها كانت تهدف لقياس "الإلتزام بالعلاج"، بينما كان هدف الدراسة الحالية تقييم "الإلتزام الصحي" الذي وضعنا إختلافه عن المفهوم الأول في الجانب النظري سابقاً . وذلك بعد الإطلاع على العديد من المقاييس السابقة التي تخص الإلتزام بالعلاج لدى مرضى السكري، وإستشارة من الطبيب المتخصص في بيت السكري والذي زودنا بمرجع متخصص، والإطلاع بمقاييس للإلتزام الصحي لدى مرضى مزمنين (من غير مرضى السكري)، نذكر منها :

- إستبيان الإلتزام الصحي لمرضى الكلى من إعداد الطالب رزقي رشيد في إطار إعداد مذكرة لنيل شهادة الماجستير بجامعة الحاج لخضر-باتنة ،سنة 2012.
- إستبيان الإلتزام الصحي لمرضى ضغط الدم لصاحبه الطالبة لكل رفيقة في إطار إعداد مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصحي بعنوان : "تأثير التربية الصحية على الإلتزام الصحي لمرضى إرتفاع ضغط الدم" سنة 2011.

كما تم الإعتماد على بعض المراجع المتخصصة في علاج مرض السكري، وبشكل أساسي على تقرير منظمة الصحة العالمية للإلتزام بالعلاج لمرضى السكري ،وبناءا عليه تم تحديد أبعاد المقياس في ما يلي:

- 1) مراقبة نسبة السكري في الدم.
- 2) المتابعة الطبية (حضور الزيارات الطبية اللازمة).
- 3) أخذ الأدوية .
- 4) إتباع الحمية الغذائية والتمارين الرياضية .

5) تدابير الرعاية الذاتية.

وبناء على ما ورد نظريا حول ما يتطلبه كل بعد من هذه الأبعاد تم بناء بنود الإختبار ، بحيث بلغ عددها مبدئيا 39 بنود موزعة كما يلي :

- مراقبة نسبة السكر في الدم : بندين.
- المتابعة الطبية : 6 بنود.
- أخذ الأدوية : 8 بنود.
- الحماية الغذائية والتمارين الرياضية : 12 بند.
- تدابير الرعاية الذاتية : 11 بنود.

بحيث يجب على البنود بإحدى البدائل التالية : دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، أبدا ، بحيث تعطى العلامات بالترتيب كما يلي : 4 ، 3 ، 2 ، 1 ، 0 ، ويكون التقيط معكوسا بالنسبة للبنود السلبية التالية : 9 ، 14 ، 22 ، 29 ، 34 .

وبعد عرضه على مجموعة المحكمين تم تعديل الإستبيان في صورته النهائية بحيث تم دمج بعد مراقبة نسبة السكر في الدم مع بعد المتابعة الطبية نظرا لقلّة البنود فيه ثم تم حذف البنود التي لم تحظى باتفاق المحكمين ، وعليه أصبح الإستبيان في شكله النهائي كما يلي :

(1) المتابعة الطبية ومراقبة نسبة السكر في الدم : ويحتوي البنود التالية : 24، 23، 16، 14، 13، 11، 10 ، 9 .

(2) أخذ الأدوية : ويحتوي البنود التالية : 1 ، 5 ، 22 ، 25 ، 27 ، 28 ، 29 .

(3) الحماية الغذائية والتمارين الرياضية : وتضم البنود التالية : 2 ، 4 ، 8 ، 12 ، 18 ، 26 ، 31 ، 32 ، 33 ، 34 ،

(4) تدابير الرعاية الذاتية : وتضم البنود التالية : 3 ، 6 ، 7 ، 15 ، 17 ، 19 ، 21 ، 30 ، 35 . بحيث تقدر النتيجة الكلية للإستبيان ب 144 درجة .

2.2.2. الصدق والثبات :

وللتأكد من الخصائص السيكومترية للأداة المبنية تم إخضاعها لصدق المحكمين بحيث عرض على 8 من الأساتذة في التخصص هم : الدكتورة بن زعموش ، الدكتور أبي ميلود ، الدكتورة ميسون ، الأستاذ إسماعيل الأعور ، الأستاذة حاج صبري فاطمة ، الأستاذة وازي الطاوس ، الأستاذة نوار شهرزاد ، الدكتورة أمال بوعيشة ، الأستاذة بن سكيريفة .وقمنا بالتعديل على الأداة بناءا على ذلك.

و تطبيقها على العينة الإستطلاعية البالغ عددها 30 مريضا بالسكري ،بحيث تم حساب معامل الإتساق الداخلي وبلغ إرتباط البنود بالإستبان 0.61 كذلك بلغ معامل ألفا كرونباخ 0.67 ، أما بالنسبة للتجزئة النصفية فبلغت النتيجة 0.85 ، وتعد هذه النتائج مطمئنة من الناحية المنهجية ما يجعل التطبيق قابل لاعتماده للدراسة على عينة مرضى السكري لتقييم إلتزامهم الصحي.

3.2. مقياس توقعات الكفاءة الذاتية :

1.3.2. وصف المقياس :

تم إعتقاد مقياس Schwarzer وزملاؤه للكفاءة الذاتية والذي يحتوي في نسخته الأصلية على 20 بندا قبل أن يتم تعديله وإختصاره إلى 10 بنود من طرف مصممه سنة 1995، حيث تم ترجمته إلى أكثر من 26 لغة ، كما سمح صاحبه باستعماله في البحوث العلمية بشرط الإشارة إلى المصدر ، وعليه تجاوز عدد الدراسات التي إعتدته الألف بلغات مختلفة . في النسخة التي تم إعتادها يحتوي المقياس على 10 بنود يجاب عليها بإحدى البدائل المحددة لذلك: لا ، نادرا، غالبا ، دائما بدرجات على التوالي :1،2،3،4 ، بحيث تكون الدرجة الكلية للإستبيان 40 درجة .

بحيث يقسم مستوى الكفاءة الذاتية على حسب متوسط العينة ماكان هذا المتوسط قريبا من 20 الذي يمثل متوسط المقياس .(زعطوط،2005)

2.3.2. الصدق والثبات :

تم كذلك قياس الخصائص السيكومترية لإستبيان الكفاءة الذاتية لشوارتزر Schwarzer بحيث بلغ معامل الثبات لألفا كرونباخ 0.80 ، وتراوح صدق الإتساق الداخلي بين 0.33 و 0.84 ، بينما بلغت نتيجة التجزئة النصفية 0.78 ، وهذه النتائج إنما تؤكد على صدق وثبات المقياس وإمكانية إعتاده على عينة الدراسة .

4.2. مقياس التدين :

1.4.2. وصف المقياس :

إن مسألة صعوبة قياس التدين التي تطرح من الناحية المنهجية ، وهذه الصعوبة تنطبق على كيفية إختيار المقياس المناسب ، وعليه تم إعتقاد مقياس التدين لصاحبه زعطوط رمضان الذي قام ببنائه بعد الإطلاع على مقاييس عربية وأجنبية سابقة والجانب النظري ، بحيث إحتوى المقياس على الأبعاد التالية :

(1) البعد المعرفي الإعتقادي : والذي يضم :

- أركان الإيمان.
- أركان الإسلام .
- الحلال والحرام .
- معتقدات أخرى.

وتمثله البنود من 1 إلى 29 بحيث تمنح درجة لكل ركن من أركان الإيمان (6) ولكل ركن من أركان الإسلام (5)، أما من البند 12 إلى 16 فيجاب عليها بإحدى البدائل : جيد ، متوسط ، ضعيفة ، بحيث تنقط على الترتيب : 2، 1، 0 . أما من البند 17 إلى البند 23 تقدر بدائلها ب: حرام ، مكروه ، لا ادري ، وتنقط على التوالي : 2، 1 ، 0 .

(2) البعد الوجداني : ويضم : جانب وجداني عبادي ، وجانب وجداني حياتي.

(3) البعد السلوكي : العبادات ، المعاملات و أخلاق الحياة .

بحيث يجاب على بنود الإختبار إبتداء من البند 23 إلى البند 75 باختيار إحدى البدائل : دائماً ، كثيراً أحياناً ، نادراً ، لا . وتنقط على التوالي : 4 ، 3 ، 2 ، 1 ، 0. وعليه تقدر الدرجة الكلية للإختبار ب: 239 . كما يتم تقسيم مستوى التدين لدى العينة بحسب متوسط نتائجها .

2.4.2. الصدق والثبات :

قام معد الإختبار من قيس الخصائص السيكومترية للأداة بعد تطبيقه على عينة قدرها 60 مريض مزمن ، إذ عرضه على مجموعة من الباحثين الأكاديميين في إختصاص علم النفس الإجتماعي والعيادي وعلوم اللغة والفقهاء وأصول الدين في الجزائر والسعودية والأردن ، كما أخضعة لصدق المحك وبلغ الإرتباط بين المقياس المعد والمحك 0.70 ، ووصلت قيمة معامل الإتساق الداخلي للاستبيان إلى 0.70 ، بينما

معامل الارتباط للثبات إعادة التطبيق بلغ 0.72 ، وهي نتائج تؤكد ثبات وصدق الإختبار.(زعطوط،2014)

ولمزيد من التأكد من الناحية المنهجية قمنا بدراسة خصائصه السيكمترية على العينة الإستطلاعية ، بحيث بلغ معامل ألفا كرونباخ للثبات 0.83 ، كما قمنا بحساب الإتساق الداخلي للمقياس وصل ارتباط البنود بالإختبار إلى 0.70 ، كذلك بلغ معامل التجزئة النصفية إلى 0.66 بعد التعديل ، وهذه النتائج عززت من الناحية المنهجية الخصائص السيكمترية.

3.الدراسة الأساسية :

1.3.منهج الدراسة :

إن المعرفة العلمية معرفة منظمة تخضع لضوابط وأسس منهجية لا نستطيع الوصول إليها دون إتباع هذه الأسس والتقييد بها (جدير،ص12) ، ومن بين هذه الأسس إتباع منهج علمي محدد. و النهج لغة هو الطريق الواضح البين ، ويقال نهج الطريق أي سلكه ، ويقصد بالمنهج الخطة المرسومة ، وكذلك يعرفه الفلاسفة بأنه:"فن التنظيم لسلسلة من الأفكار العديدة من أجل الكشف عن الحقيقة"(موفق،2011)، فارتقاء العلوم وتطورها إنما كان بإتباعها للمناهج العلمية التي تتوافق وطبيعة كل علم وموضوع ،ولصقل هذه الدراسة بطريقة تمكن من إعتبارها بحثا علميا بما يلائم الهدف الذي تصبوا إليه الدراسة في الكشف عن العلاقة بين الإضطرابات النفسعصبية وكل من الإلتزام بالعلاج والكفاءة الذاتية والتدين، إتبعنا الطالبة المنهج الوصفي الإرتباطي الذي يقصد به ذلك النوع من المنهج الوصفي الذي يمكن بواسطته معرفة ما إذا كان هناك علاقة بين متغيرات الدراسة ، ومن ثم معرفة درجة تلك العلاقة وطبيعتها .

2.3. عينة الدراسة :

إمتدت الدراسة الأساسية في الفترة : 2015/03/07 إلى 2015/03/28 ، وذلك بعد الحصول على ترخيص يسمح لنا بتطبيق أدوات دراستنا على المرضى المترددين على بيت السكري التابع لمستشفى محمد بوضياف بورقلة في الفترة المذكورة ، بحيث تم إختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية من مرضى السكري المترددين على المصلحة المذكورة ، وفيما يلي خصائص العينة الأساسية :

1.4. الخصائص الديمغرافية للعيينة :

السن		الجنس		الخصائص العيينة
49<	49≥	أنثى	ذكر	
58	28	53	33	العدد من 86 مريضا بالسكري
%64.44	%44.18	%61.62	%38.37	النسبة المئوية

الجدول (4): الخصائص الديمغرافية للعيينة الأساسية

نلاحظ من الجدول (3) أن أغلب العينة من حيث الجنس تمثلت في النساء ، أما من ناحية السن فكان معظم أفراد العينة فوق سن 49 الذي يعتبر متوسط أعمار العينة الأساسية.

2.4. الخصائص الإجتماعية للعيينة :

المستوى الإقتصادي			الحالة الإجتماعية		الخصائص العيينة
بسيط	متوسط	جيد	أعزب	متزوج	
22	53	11	2	84	العدد
%25.82	%61.62	%12.79	%2.32	%97.6	النسبة

الجدول(5):الخصائص الإجتماعية للعيينة الأساسية

كذلك نلاحظ من الجدول (4) الذي رصد الخصائص الإجتماعية لعيينة الدراسة الأساسية أن الغالبية الساحقة المتمثلة في 97% من العينة متزوجون ، أما من الناحية الإقتصادية غالبية العينة ذات مستوى متوسط .

3.4.تقسيم العينة الأساسية حسب المستوى التعليمي:

المستوى التعليمي					الخصائص العيينة
جامعي	ثانوي	متوسط	إبتدائي	أمي	
13	11	29	22	11	العدد
%15.11	%12.79	%33.72	%25.82	%12.79	النسبة

الجدول (6) : خصائص العينة حسب المستوى التعليمي

نلاحظ من الجدول السابق الذي يعبر عن خصائص العينة أنه تتركز النسبة الكبرى من العينة بين المستوى التعليمي المتوسط والقلّة تتوزع بين المستوى المنعدم من التعليم والتعليم الجامعي ، غير ان الملاحظ على العينة أن حتى من هم ذوي تعليم متوسط وتعليم ابتدائي قد (نسوا حسبهم) الكتابة والقراءة أو يتعذرون بذلك، أي أنه تم تطبيق الإستبانات عليهم كما تم تطبيقها على ذوي المستوى التعليمي المنعدم.

4.4. تقسيم العينة حسب خصائص المرض :

مدة الإزمان			نوع السكري		الخصائص العينة
<10 سنوات	6-10 سنوات	≥5 سنوات	النمط الأول	النمط الثاني	
26	14	46	31	55	العدد
%30	%16.27	%53.48	%36.04	%63.95	النسبة المئوية

الجدول (7) : خصائص العينة الأساسية حسب مميزات المرض

لاحظنا فيما يخص خصائص العينة الأساسية بالنسبة لخصائص المرض ، والتي تم عرضها في الجدول (7) أن نسبة الثلثين من العينة تعاني مرض السكري من النمط الثاني بينما نسبة الثلث تعاني النمط الأول من السكري ، وإن كان الفارق بينهما كبير غير أنه لا يوافق الإحصائيات التي تؤكد أن نسبة المصابين بالنمط الثاني هم حوالي 96% من مجموع مرضى السكري ، وهذا قد نفسره بأن ذوي النمط الأول من السكري هم أكثر متابعة للزيارة الطبية أكثر من ذوي النمط الثاني ، ذلك لعلمهم أن النمط الأول يعتبر أكثر خطورة من النمط الثاني .

3.3. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة :

لحساب نتائج الدراسة تم الإعتماد على برنامج SPSS وذلك باستعمال الأساليب التالية :

1. في الفرضيات 1،2،3،4 لمعرفة مستوى كل من المتغيرات نعتد حساب النسب المئوية.
2. في الفرضية الخامسة تم إعتماد الإرتباط المتعدد للكشف عن العلاقة بين المتغيرات الأربعة للدراسة .

○ خلاصة :

تم في هذا الفصل رسم الخطوط الأساسية والأطر المنهجية التي يتطلبها البحث العلمي من أجل الضبط والدقة في سير الدراسة ، للوصول إلى نتيجة أكثر دقة وأقرب في وصفها للحقيقة للظاهرة المراد دراستها، وذلك ما تتطور به العلوم .

الفصل الرابع : عرض نتائج الدراسة

1. عرض نتائج الفرضية الأولى
2. عرض نتائج الفرضية الثالثة
3. عرض نتائج الفرضية الثالثة
4. عرض نتائج الفرضية الرابعة
5. عرض نتائج الفرضية الخامسة

○ تمهيد :

بعد أن قمنا بتقديم الدراسة في الفصل الأول وبناء إطار نظري في الفصل الثاني منها ، ثم بناء الأطر المنهجية للدراسة في الفصل الثالث، نقوم بعرض النتائج التي تم التوصل إليها من خلال تطبيق أدوات الدراسة على العينة الأساسية بعد جمع المعلومات وتقريغها قمنا بمعالجتها إحصائياً بالإعتماد على برنامج SPSS ، وفيما يلي عرض لنتيجة كل فرضية على حدى:

1. عرض نتائج الفرضية الأولى :

توقعنا في الفرضية الأولى وجود إضطرابات نفسعصبية لدى مرضى السكري ، وما أسفرت عليه نتائج الدراسة ، نلخصه في الجدول التالي :

الجدول(8):الإضطرابات النفسعصبية لدى مرضى السكري

النسبة المئوية	الدرجة	المتوسط المرجعي	
% 42	$3.74 \geq$	3.74	البناء البصري
% 58	$3.74 <$		
%59	$4.13 \geq$	4.13	الإنتباه
%41	$4.13 <$		
%62	$3.44 \geq$	3.44	اللغة
%38	$3.44 <$		
%64	$2 \geq$	2	الوظائف التنفيذية
%36	$2 <$		
%55	$3.22 \geq$	3.22	الذاكرة
%45	$3.22 <$		
%33	$5.59 \geq$	5.59	الإهتمام
%77	$5.56 <$		

الجدول الذي بين أيدينا يوضح تقسيم درجات العينة بحسب متوسط أداء العينة فيما يخص كل بعد من أبعاد المقياس ، ونلاحظ أن هناك إنخفاض في أداء العينة مقارنة بالمتوسط المرجعي فيما يخص الأبعاد التالية : الإنتباه ، اللغة ، الذاكرة ، بينما الإنخفاض الواضح كان في أداء العينة بالنسبة للوظائف

التفزيونية ، وهذه النتيجة تدل على وجود اضطرابات نفسعصبية لدى مرضى السكري ، وهذا ما يعني تحقق الفرضية الاولى للدراسة.

أما بالنسبة لمستوى الضعف المعرفي حسب المستويات التي حددها صاحب المقياس نصر الدين زياد ، نوردتها في الجدول التالي :

الجدول(9) : مستوى الإضطراب المعرفي لدى مرضى السكري

التقييم	طبيعيون	إضطراب معرفي خفيف	إضطراب معرفي متوسط	إضطراب معرفي شديد
الدرجة	26≤	26-18	17-10	10>
النسبة المئوية	16.27%	56.97%	22.09%	2.32%

نلاحظ من نتائج الفرضية أن النسبة الكبرى من مرضى السكري والتي تقدر ب: 56.97 % تعاني من إضطراب نفسعصبي خفيف ، بينما تعاني نسبة 22.09% إضطراب نفسعصبي متوسط، لكن نسبة ضئيلة قدرت ب2.32% تعاني من إضطراب نفسعصبي شديد ، بالمقابل نجد نسبة قليلة 16.27% كانت ضمن المستوى الطبيعي.

2.1 . مستوى الإضطراب المعرفي حسب الجنس كما يلي :

الجدول (10) : مستوى الإضطراب المعرفي حسب الجنس

التقييم	طبيعيون	إضطراب معرفي خفيف	إضطراب معرفي متوسط	إضطراب معرفي شديد
الدرجة	26≤	26-18	17-10	10>
النسبة المئوية للإناث	11.11%	53.70%	31.48%	3.70%
النسبة المئوية للذكور	21.87%	59.37%	6.25%	0%

نلاحظ جليا من الجدول أن نسبتي الإضطراب المعرفي المتوسط و الشديد عند النساء أكثر منه عند الرجال الذين يتركزون في المستوى الطبيعي ومستوى الإضطراب المعرفي الخفيف.

3.1. مستوى الإضطراب المعرفي وفقا لمدة الإزمان:

وذلك بتقسيم مدة الإزمان إلى مجالات تتمثل في : المجال الأول : (1-6سنوات) ، المجال الثاني : (6-12سنة) ، المجال الثالث : (<12سنة) ، وكانت النتائج كما يلي :

الجدول (11) : مستوى الإضطراب المعرفي حسب مدة الإزمان

التقييم	طبيعيون	إضطراب معرفي خفيف	إضطراب معرفي متوسط	إضطراب معرفي شديد
الدرجة	$26 \leq$	18-26	10-17	$10 >$
الفئة 1-6 سنوات	17.02%	63.82%	17.89%	4.25%
الفئة 6-12 سنة	17.85%	42.85%	28.57%	0%
الفئة ≤ 12 سنة	9.09%	54.54%	36.36%	0%

4.1. مستوى الإضطراب المعرفي حسب نمط السكري :

الجدول (12) : مستوى الإضطراب المعرفي حسب نمط السكري

التقييم	طبيعيون	إضطراب معرفي خفيف	إضطراب معرفي متوسط	إضطراب معرفي شديد
الدرجة	$26 \leq$	18-26	10-17	$10 >$
النسبة المئوية للنمط الثاني	16.12%	54.83%	22.58%	6.45%
النسبة المئوية للنمط الأول	16.36%	58.18%	23.63%	1.81%

نلاحظ أن مستوى الإضطراب المعرفي بين النمطين تكاد تتقارب ، فيما عدا نسبة الإضطراب المعرفي الشديد كانت أعلى منها عند ذوي النمط الثاني ، وقد يكون ذلك راجع غلى أن اغلب ذوي النمط الثاني ، هم من كبار السن على العكس من ذوي النمط الأول من السكري .

2. عرض نتائج الدراسة الثانية :

كانت توقعات الفرضية الثانية تشير إلى إنخفاض مستوى الإلتزام بالعلاج ، بحيث خلصت نتائج

الدراسة الحالية إلى :

الجدول (13) : مستوى الإلتزام الصحي لدى المصابين بمرض السكري

التقييم	ذوي إلتزام صحي منخفض	ذوي إلتزام صحي مرتفع
النسبة المئوية	20.93%	79.07%

بحيث كان متوسط الإلتزام الصحي لدى مرضى السكري 87 بانحراف معياري قدره ± 38 وبالتالي قسمت نتائج بحسب متوسط نتائج العينة ، والملاحظ من جدول النتائج أن نسبة ذوي الإلتزام الصحي المرتفع كبيرة إذ وصلت إلى 79.07% ، بينما نسبة 20.93% من العينة هم ذوي مستوى إلتزام صحي منخفض ، وهذا ما يعني أنه لم تتحقق الفرضية الثانية للدراسة .

2.2. مستوى الإلتزام بالنسبة لكل بعد من أبعاده :

- **البعد الأول (المتابعة الطبية ومراقبة نسبة السكر في الدم) :** والذي يحتوي على 8 بنود ، وتقدر النتيجة الكلية لهذا البعد ب:32 ، أما متوسط نتائج العينة في هذا البعد تقدر ب: 23 ، وعليه كانت نتيجة مستوى الإلتزام بالمتابعة الطبية كما يلي :

الجدول (14) : مستوى الإلتزام بالمتابعة الطبية ومراقبة السكر في الدم لدى مرضى السكري

التقييم	ذوي إلتزام بالمتابعة الطبية مرتفع	ذوي إلتزام بالمتابعة الطبية منخفض
الدرجات+	23>	23≤
النسبة المئوية	66.27%	33.72%

نلاحظ من الجدول (14) أن نسبة إلتزام مرضى السكري بالمتابعة الطبية ومراقبة السكر في الدم مرتفعة بحيث قدرت ب66.27% أي بمعدل ثلثي العينة بينما الثلث منها تميز بانخفاض الإلتزام بهذا البعد .

• البعد الثاني (أخذ الأدوية) :

والذي يحتوي 7 بنود بحيث تكون النتيجة الكلية للبعد هي 28 ، بينما قدر متوسط نتائج العينة ب

17: ، وعليه كان مستوى الإلتزام بهذا البعد كما يلي:

الجدول (15) : مستوى الإلتزام بأخذ الأدوية لدى مرضى السكري

التقييم	ذوي إلتزام بأخذ الأدوية منخفض	ذوي إلتزام بأخذ الأدوية مرتفع
الدرجات	17>	17≤
النسبة المئوية	%19.76	%80.23

وما نلاحظه بالنسبة للبعد الثاني المتعلق بأخذ الأدوية أن مستوى ذوي الإلتزام بالبعد مرتفعة

أكثر من نسبة الملتزمين بالبعد الأول المتعلق بالمتابعة الطبية إذ بلغت %80.23 بالمقابل نلاحظ

إنخفاض نسبة ذوي الإلتزام بأخذ الأدوية المنخفض .

• البعد الثالث (الإلتزام بالحمية والنشاط البدني) :

إذ يحتوي البعد على 12 بنود ولذلك تقدر النتيجة الكلية لهذا البعد ب: 48، بينما كان متوسط

نتائج العينة 29 ، وفي الجدول التالي نستعرض مستوى الإلتزام بالبعد الثالث من الإلتزام الصحي :

الجدول (16) : مستوى الإلتزام بالحمية الغذائية والنشاطات البدنية لدى مرضى السكري

التقييم	ذوي إلتزام بالحمية والنشاطات البدنية مرتفع	ذوي إلتزام بالحمية والنشاطات البدنية منخفض
الدرجات	29>	29≤
النسبة المئوية	%37.20	%62.79

نلاحظ من الجدول السابق أنه على العكس من البعدين الأول والثاني ، إذ تتخفف هنا نسبة الإلتزام

بالحمية الغذائية والنشاطات البدنية بنسبة %62.79 ، بينما تبلغ نسبة ذوي الإلتزام بالحمية الغذائية

والنشاطات البدنية %37.20 ، وهذه النتيجة معاكسة لنتائج المقياس ككل التي دلت على إرتفاع مستوى

الإلتزام الصحي.

- **البعد الرابع (تدابير الرعاية الذاتية) :** والذي يحتوي على 9 بنود بحيث تكون النتيجة الكلية له 36 ، بينما كان متوسط نتائج العينة لهذا البعد : 25 ، وعليه كان مستوى الإلتزام بهذا البعد كما هي في الجدول التالي :

الجدول (17) : مستوى الإلتزام بتدابير الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري

التقييم	ذوي إلتزام بتدابير الرعاية الذاتية منخفض	ذوي إلتزام بتدابير الرعاية الذاتية مرتفع
الدرجات	25>	25≤
النسبة المئوية	53.48%	46.51%

مما ورد في الجدول من نتائج حول مستوى إلتزام مرضى السكري بتدابير الرعاية الذاتية نلاحظ أن نسبة الملتزمين بهذا البعد تقارب نسبة غير الملتزمين بالرغم من تفوق نسبة غير الملتزمين ببلوغ نسبة 53.48% بهذا البعد عن الملتزمين الذين بلغت نسبتهم 46.51% .

3. عرض نتائج الفرضية الثالثة :

أشارت الفرضية الثالثة إلى تدني مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري، وفيما يلي عرض الدراسة فيما يخص مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري :

الجدول (18) : مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري

التقييم	ذوي كفاءة ذاتية منخفضة	ذوي كفاءة ذاتية متوسطة	ذوي كفاءة ذاتية مرتفعة
النسبة المئوية	2.32%	10.46%	87.20%

نلاحظ من الجدول السابق حول نتائج الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري أن النسبة الغالبة من العينة والتي تقدر بـ 87.20% تتميز بكفاءة ذاتية مرتفعة ، بينما القلة المتمثلة في 10.46% تميزت بكفاءة ذاتية متوسطة و 2.32% فقط تميزت بكفاءة ذاتية منخفضة. وهو ما يعني عدم تحقق الفرضية الثالثة .

4. عرض نتائج الفرضية الرابعة :

أشارت الفرضية الرابعة إلى إرتفاع مستوى التدخين ، وتوصلت نتائج الدراسة فيما يخص مستوى التدخين كما يلي النتائج إلى :

الجدول (19): مستوى التدخين لدى مرضى السكري

التقييم	ذوي تدخين منخفض	ذوي تدخين مرتفع
النسبة المئوية	44.18%	57.65%

بحيث كان متوسط نتائج الدراسة 178 بإنحراف معياري قدره ± 60 ، ونلاحظ من الجدول المعروض سالفاً أن النسبة الأكبر من العينة تميزت بارتفاع مستوى التدخين إذ بلغت نسبتهم 57.65% بينما كانت نسبة ذوي التدخين المنخفض 44.18 % ، ويتضح بذلك عدم وجود فرق معتبر بين نسبي مستوى التدخين . لكن ذلك يعني تحقق الفرضية الرابعة .

5. عرض نتائج الفرضية الخامسة :

أشارت الفرضية الخامسة إلى وجود علاقة بين الإضطرابات النفسعصبية وكل من الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية والتدين .

فيما يلي نتائج الدراسة حول علاقة مستوى الأداء المعرفي وكل من الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية والتدين :

الجدول (20): علاقة مستوى الأداء المعرفي بكل من الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية والتدين

المتغير	الإلتزام الصحي	الكفاءة الذاتية	التدين
الإضطرابات النفسعصبية	0.0064 غير دالة	-0.13 غير دالة	-0.0001 غير دالة

نلاحظ من جدول النتائج الذي يوضح علاقة الإضطرابات النفسعصبية بكل من الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية والتدين أن :

- علاقة الإضطرابات النفسعصبية بالإلتزام الصحي كانت موجبة وغير دالة وبالتالي لا توجد علاقة بين الإضطرابات النفسعصبية والإلتزام الصحي.

- كذلك علاقة الإضطرابات النفسعصبية بالكفاءة الذاتية كانت سالبة وغير دالة ،ما يدل على عدم وجود علاقة بين الإضطرابات النفسعصبية والكفاءة الذاتية .
- كما أن أيضا علاقتها بالتدين لم تكن دالة ، ومنه لا توجد علاقة بين الإضطرابات النفسعصبية والتدين .

أما بالنسبة لعلاقة الإضطرابات النفسعصبية حسب الأبعاد التي يقيسها الإختبار ، نعرضها في الجدول التالي:

الجدول(21): علاقة الإضطرابات النفسعصبية بالكفاءة الذاتية والإلتزام بالعلاج والتدين

الإهتمام	الذاكرة	الوظائف التنفيذية	اللغة	الإنتباه	البناء البصري	
0.088	-0.050	-0.022	*-0.157	-0.095	-0.095	الكفاءة
-0.015	-0.022	-0.019	-0.024	-0.032	-0.076	الإلتزام الصحي
-0.017	-0.026	-0.012	-0.052	0.008	-0.173	التدين

نلاحظ من الجدول السابق أنه لا توجد علاقة بين الإلتزام الصحي و كل من البناء البصري والإنتباه ، اللغة ، الوظائف التنفيذية، الذاكرة ، الإهتمام.

كما لا توجد علاقة بين الكفاءة الذاتية وكل من : البناء البصري ، الإنتباه ، الوظائف التنفيذية، الذاكرة ، الإهتمام . بينما توجد علاقة سالبة ودالة بين الكفاءة الذاتية واللغة .

كذلك لا توجد علاقة بين التدين وكل أبعاد التقييم المعرفي المتبع في مونتريال MoCA .

ولذلك يمكن القول أن لم تتحقق الفرضية الثالثة التي توقعنا وجود علاقة إرتباطية ودالة بين الإضطرابات النفسعصبية وكل من الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية والتدين.

○ خلاصة :

وعليه تم في هذا الفصل عرض نتائج الدراسة التي توصلت إلى: تحقق الفرضية الأولى بوجود اضطرابات نفسعصبية لدى مرضى السكري ، كذلك تدني مستوى الأداء المعرفي لدى العينة . غير أنه لم تتحقق الفرضية الثانية من الدراسة بإرتفاع مستوى الإلتزام الصحي لدى العينة، أما بالنسبة لمستوى الإلتزام بالأبعاد كل على حدى ، لاحظنا إلتزام مرتفع بالمتابعة الطبية وأخذ الادوية مقابل إنخفاض الإلتزام بالحمية والنشاطات البدنية وتدابير الرعاية الذاتية . كما توصلنا إلى عدم تحقق الفرضية الثالثة بعدم وجود علاقة بين الإضطرابات النفسعصبية المتمثلة في : البناء البصري ، الإنتباه، اللغة ، الذاكرة ، بعض الوظائف التنفيذية، الإهتمام وكل من الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية والتدين ، ماعدا علاقة اللغة بالكفاءة الذاتية التي كانت موجبة ودالة . أما بالنسبة للفرضية الرابعة فقد تحققت بوجود علاقة إرتباطية موجبة دالة وقوية بين الإلتزام الصحي والتدين ، وكذا علاقة موجبة ودالة بين الإلتزام الصحي والكفاءة الذاتية ، وهذه النتائج المتوصل إليها سيتم تفسيرها ومناقشتها في الفصل التالي .

الفصل الخامس : تفسير ومناقشة نتائج الدراسة

1.تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى

2.تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية

3.تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة

4.تفسير ومناقشة الفرضية الرابعة

5.تفسير نتائج الفرضية الخامسة

1. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

توصلت نتائج الفرضية الأولى في دراستنا إلى إنخفاض الأداء المعرفي لمرضى السكري وذلك في وظائف دون الأخرى، مثل: الإنتباه ، اللغة ، الوظائف التنفيذية والذاكرة .

يمكن تفسير إضطراب الذاكرة لدى مرضى السكري بأن أغلب الدراسات الحديثة تشير إلى أثر إرتفاع السكر في الدم على مناطق معينة مثل : "حصان البحر" وهي منطقة مرتبطة بالتعلم والذاكرة وكذلك أشارت إلى الأثر على منطقة : منطقة قرن أمون إذ يتسبب البروتين المرتبط بمرض الزهايمر على جدران الأوعية الدموية في الدماغ خصوصا في المنطقتين المذكورتين .

إذ رصدت دراسة شملت أكثر من 1000 شخص، أن الذين يعانون من مرض السكري هم أكثر عرضة لضمور Cortical، كما تشير الدراسات الحديثة أن السمنة هي أحد عوامل الخطر للإصابة بالخرف ومرض الزهايمر وضمور الدماغ غير أن الألية غير واضحة (كيف تؤثر الدهون الزائدة على ضمور المخ) تجري دراسات حديثة حول تفسير إرتباط خطر الإصابة بالخرف وكيفية تأثير السمنة. (Rachel,2008)، كما توجد بعض الدراسات التي فصلت في نوعية الإضطرابات النفسعصبية التي تخص كل نمط من نمطي السكري ، إذ وجدت دراسات أن الإضطرابات المعرفية التي تمس ذوي النمط الأول تتمثل في: الإدراك ، الأداء الحركي ، بينما يعاني ذوي النمط الثاني من : الوظائف التنفيذية ، الذاكرة ، لكن هذا التقسيم لا يزال لم يحظى بالتفسير العلمي بشكل دقيق.

كما نفسر الإضطراب في الوظائف التنفيذية الذي توصلت إليه نتيجة الدراسة بما ورد في مقالة Takahiko يذكر أن إرتفاع نيبية السكر في الدم تؤدي إلى تلف الخلايا العصبية والأوعية الدموية الدقيقة نتيجة الضغط الأسموزي العالي، كما أنه ترتفع نسبة الصوديوم في الفص الجبهي نتيجة إرتفاع نسبة الجلوكوز الذي يؤدي إلى تعزيز الفسفرة المؤكسدة وبالتالي زيادة نسبة الصوديوم ، والذي يعتبر ناقل عصبي مثير ما يؤدي إلى خلل في النواقل العصبية ينعكس على أداء الفص الجبهي الذي نعرف أنه مسؤول عن الوظائف التنفيذية وإتخاذ القرار .

وهذه النتائج حول تأثير السكر في الدم تكاد تتفق الدراسات العرضية عليها ، بينما الدراسات الطولية التي درست علاقة السيطرة على السكر في الدم والأداء المعرفي لم تتفق كلها حول وجود علاقة إرتباطية دالة، بحيث إعتمدت أغلبها على MMSE وستروب ، إستدعاء الكلمات.(Takahiko,2012)

ولم تتوصل كل الدراسات إلى وجود إضطرابات نفسعصبية مثل دراسة Cosway وآخرون 2001 بحيث أجر دراسة مقارنة بين مجموعتين من مرضى السكري وأصحاء وتم قياس الذاكرة اللفظية ، الذاكرة البصرية ، الوظائف التنفيذية ، وخلصت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق بين المجموعتين في الأداء.(Cosway,2001)

كما نذكر دراسة Brands (2005): وهي دراسة مراجعة شملت 33 دراسة ، بحيث تم تحليل النتائج على أساس المجالات المعرفية ، ودل التحليل على تدهور معرفي وفعالية معرفية منخفضة لدى مرضى السكري مقارن بالأصحاء ، وتمثلت أهم الوظائف التي مسها الإضطراب هي :

- الذكاء ، سرعة معالجة المعلومات ، الفعالية النفسعصبية ، المرونة الذهنية ، الإدراك البصري.
- بينما كانت الوظائف التالية سليمة : التعلم ، الذاكرة ، اللغة ، الإنتباه المجزء والنوعي. وهو ما يتعارض ونتائج الدراسة.

بينما الدراسات التي تناولت العلاقة بين مستوى السكر في الدم وبين الإضطرابات النفسعصبية كانت نتائجها متضاربة بعضها وجدت إضطرابات ، وبعضها الآخر لم تتوصل إلى وجود فروق بين المرضى والأصحاء ، على العكس من هبوط السكر في الدم التي لها تأثير كبير على مستوى الأداء المعرفي، نذكر من هذه الدراسات:

ومن بين النتائج التي توافق ما تصلت إليه الفرضية دراسة Strachan (1997) : في مراجعة ل 19 دراسة وجد إحدار في الوظائف المعرفية التالية:

- الذاكرة اللفظية الأنية والمؤجلة .
- الذاكرة البصرية .
- إضطراب الوظائف التنفيذية.
- الإنتباه (في ثلث الحالات فقط).

كما توصلنا في نتيجة الفرضية بالنسبة لمستوى الأداء المعرفي بشكل عام إلى أن نسبة 2.32%

وهذه النسبة تعتبر قليلة جدا مقارنة بدراسة بروس Bruce وآخرون 2007

إذ جرت الدراسة على المسنين (أكبر من 70 سنة) المصابين بمرض السكري ، بحيث شملت الدراسة عينة قوامها 302 مريض سكري ، وتوصلت النتائج أن نسبة 9.3% يعانون من الخرف .
(Bruce,2008,p242)

توصلنا إلى أن نسبة 56% من مرضى السكري يعانون من إضطراب معرفي خفيف وهذه النتيجة تعتبر ضعف ما تحصل عليه بابلوا **Paplo 2009** إذ أجريت الدراسة على عينة من المسنين في ألمانيا، بحيث تم إجراء فحوصات نفسية و عصبية قبلية لإستبعاد من يعانون من ظروف صحية أو عصبية قد تعطل الإضطراب النفسعصبي لديهم ، وكانت الدراسة مقارنة بين مجموعتين: الأولى مكونة من 159 مسن غير مصاب بمرض السكري ، والثانية مكونة من 108 مسن مصاب بمرض السكري من النوع الثاني ، و إتمدت الدراسة على 3 إختبارات لتقييم الوظائف المعرفية أهمها MMSE وإختبارين للذاكرة ، وتوصلت نتيجة الدراسة إلى أن الإضطراب المعرفي الخفيف ينتشر بنسبة 23% لدى المصابين بمرض السكري مقابل 16% لدى غير المصابين بمرض السكري.(Paplo and all,2009)

لكن تعارضت نتائج دراستنا مع بعض الدراسات مثل دراسة **Tiwari** وآخرون 2012 إذ قام بدراسة للكشف عن علاقة مرض السكري بضعف الإدراك وفق منهج مقارن بين مجموعتين من كبار السن تزيد أعمارهم عن 55 سنة ، بحيث إنقسمت العينة إلى مجموعتين الأولى تكونت من 145 مصاب بمرض السكري ، والثانية تكونت من 755 غير مصاب بالسكري ، ثم تم فحص الأداء المعرفي الإدراكي ، وتوصلت النتائج إلى أن مرضى السكري ينتشر لديهم ضعف الإدراك بنسبة 16,9% بينما ينتشر لدى غير المصابين بالسكري بنسبة 13,7% ، وهذا الفرق لا يعد كافيا للقول أن هناك إرتباط بين مرض السكري و ضعف الإدراك .(Tiwari and all,2012)

ولا يتوقف الأمر عند اللإضطراب المعرفي الخفيف والمتوسط بل الخطر في الامر أن هذا الإضطراب مع تقدم السن يؤدي إلى الخرف والزهايمر وهذا ما تثبته دراسة **Sun Shin** وزملاؤه سنة 2013 في دراسة تجريبية لأثر **Glucocorticoid** البروتين المعروف بتواجده بشكل كبير عند مرضى السكري ، وقامت الدراسة بقياس مستوى البروتين المذكور في منطقتي حسان البحر و التلغيف الزاوي في فتران مصابة بداء السكري وتوصل إلى زيادة ملحوظة في هذه البروتينات في المنطقتين المذكورتين بتقدم مدة المرض ، وهذه البروتينات تبدأ بالترسب وهي التي لها دور في ظهور الزهايمر (Sun Shin)
(yi,2013)

2. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

خلصت نتائج هذه الفرضية إلى إرتفاع مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى السكري وذلك ما يوافق دراسة Richard and all 2003 إذ جرت الدراسة على عينة من 128 مريض سكري من النوع الثاني تم إختيارهم بطريقة عشوائية ، وإعتمدت الدراسة على إستبيان حول إستخدام الدواء بالإضافة إلى الإطلاع على بيانات السجل الطبي ، ونسبة HbA وضغط الدم ، أظهرت النتائج أن 71% لديهم إلتزام أمثل بتناول الأدوية. (Richard and all,2003)

لكن تعارضت نتائجنا بدراسة Taruna and all 2014 هدفت هذه الدراسة إلى تقييم مدى إلتزام مرضى السكري بالعلاج الموصوف لهم ، بحيث إعتمدت على إستبيان لتقييم مستوى الإلتزام بالعلاج على عينة قدرها 600 مريض سكري من النوع الثاني ، وأظهرت النتائج أن 16.6% فقط لديهم إلتزام أمثل بتناول الأدوية المقررة ونسبة 23.3% يلتزمون بالحمية الغذائية. (Taruna and all,2014)

كما لاحظنا من خلال عرض النتائج حول مستوى الإلتزام بكل بعد من أبعاد الإلتزام الصحي لاحظنا إرتفاع مستوى الإلتزام بالنسبة لبعدي المتابعة الطبية وأخذ الأدوية بالمقابل إنخفاض في مستوى الإلتزام ببعدي الحمية الغذائية والنشاطات البدني وتدبير الرعاية الذاتية ، وقد نفسر هذا التباين كون مرضى السكري في البيئة المحلية ، تفتقر إلى القاعدة المعرفية حول المرض المزمن ، إذ تعتقد أن العلاج في مرض السكري يتوقف على زيارة الطبيب وأخذ الأدوية أما بقية المتطلبات من أبعاد الإلتزام الصحي التي تهدف إلى ضبط نسبة السكر في الدم ، فيعتقد المريض أنها إضافية أو ليست ذات أهمية ، ويعود ذلك للأسباب التالية :

- إنعدام التثقيف الصحي .
- الجهل بإزمان المرض .
- عدم الوعي بأهمية الإلتزام في السيطرة على المرض .

وهذه تعد ضمن الأسباب التي رصدتها القاسم في المقال المراجع حول أهم أسباب عدم الإلتزام الصحي في الشرق الأوسط. (AL Qasem,2011)

وتوافقت نتائج الفرضية مع دراسة James وأخرون 2013 لتقييم العوامل المرتبطة بالإلتزام بالعلاج في شرق أوغندا ، بحيث كانت الدراسة على عينة من 521 ، وكانت العينة فوق سن الثامنة عشر ممن شخص لديهم مرض السكري منذ أكثر من شهر على الأقل،

وهو ما تعززه دراسة لكحل رفيقة التي خلصت إلى أن عملية التربية الصحي للمرضى المزمين حسنت من مستوى إلتزامهم في إطار دراسة تجريبية على بيئة جزائرية ، وهذا ما يؤكد أن إنخفاض نسبة الإلتزام ببعض أبعاد الإلتزام إنما ناتجة عن الجهل وعدم الإحاطة الكافية بأهميتها في السيطرة على مرضهم (لكحل ،2011)

كما أنه يجب الأخذ بعين الإعتبار أن إستبيان الدراسة تم بطريقة أسئلة مباشرة ، وما لمسناه خلال التطبيق أن المستجيبين كانوا يحاولون الظهور في صورة أمثل في إختيارهم للبدائل الأقوى للبنود.

3. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

توصلت نتائج الفرضية إلى إرتفاع مستوى الكفاءة الذاتية إذ يرى Gill 2013 بأن إرتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري من شأنه أن يؤدي تحسين سلوك الرعاية الذاتية ويرفع من مستوى مراقبة السكر في الدم ، فالكفاءة الذاتية لا تتوقف عند سن معين ، بل هي في تطور مستمر عند الفرد مادام يقوم بتجارب لإكتساب مهارات جديدة ، فالرفع من معتقدات الكفاءة الذاتية من شأنه أن يحسن من السيطرة على نسبة السكر في الدم وإدارة الرعاية الذاتية ، وقد يكون هذا ما يعلل إرتفاع مستوى الإلتزام الصحي لدى العينة .(Gill,2013)

كما قامت Kathlieen وزملاؤها بمراجعة للتراث النظري حول العوامل المتعلقة بتحسين الإدارة الذاتية لمرضى السكري ، وخلصت إلى أن الرفع من الكفاءة الذاتية لمرضى السكري عن طريق تعليمه المهارات اللازمة للتكيف لسلوكهم للسيطرة على الإدارة الذاتية للمرض يحسن من مستوى إدارة الفرد لمرضه. (Kathleen and all,2013)

كذلك تتوافق نتائج الفرضية ونتائج دراسة (Dlane,2010) التي كانت بعنوان "الكفاءة الذاتية وحل المشكلات، والدعم الإجتماعي وهل يرتبط مع سلوكيات الإدارة الذاتية لدى مرضى السكري ،بحيث شملت الدراسة 463 مريض سكري من النوع الثاني تم إختيارهم بطريقة عشوائية ، وذلك للكشف عن علاقة المتغيرات المذكورة مع ممارسة الرياضة وأخذ الأدوية ، الحمية الغذائية ، وخلصت نتائج الدراسة إلى أن تعزيز الكفاءة الذاتية لمرضى السكري والدعم الإجتماعي يحسنان الإدارة الذاتية للمريض. (Dlane and all,2010)

4. تفسير ومناقشة الفرضية الرابعة :

توصلت نتائج الفرضية الرابعة إلى إرتفاع مستوى التدين لدى مرضى السكري ، إذ قد نفسر ذلك كون الدين أحد إستراتيجيات التكيف مع المرض المزمن ، إذ سيري Sigall أن الدين يعتبر إحدى إستراتيجيات التكيف مع المرضى الذين يشعرون أن الدين يعطي لهم القوة ، كما يعتبر العلاقات القوية مع جماعة دينية يفر كبير للدعم الإجتماعي ، ويعد الدين واليقم الروحية يمكن أن توفر مجموعة واسعة من الفوائد على السمستوى النفسي مثل :الشعور بمعنى الحياة ،والشعور بالسلام الداخلي (Sigall,2010) ويوافق ذلك يوافق ما توصل إليه Sridhar 2012 بدراسة جرت على 247 ممن يعانون من النمط الثاني من السكري في الكنائس والعيادات (مقارنة) توصلت الدراسة إلى أن الدعم الإجتماعي والروحي يشكلان عملا مهم في تقبل مريض السكري لمرضه والتكيف معه ، وذلك ما يمكن الأطباء من إستغلال الجانب الروحي في حث المرضى على الإلتزام بتدابير الرعاية الذاتية والمواضبة عليها ، كما رصد أن التدين يمكن من السيطرة على الإكتئاب المتعلق بالسكري وذلك من شأنه أن يحسن أسلوب حياة المريض .(Sridhar,2012)

كذلك نورد دراسة Dihning والتي كان الغرض منها تقييم الإلتزام الديني على نظرة المريض إتجاه المرض والعلاج ، بحيث وزع إستبيان مكون من 15 بندا تخص الممارسات الدينية المسيحية في ولاية "ميسوري" وشملت الدراسة 299 مريضا وعليه توصلت النتائج أن الإلتزام الديني يلعب دور إيجابي بالنسبة لمريض السكري في النظر لمرضه والتكيف معه.(Dihning,2013)

5.تفسير ومناقشة الفرضية الخامسة :

توصلنا في نتائج الفرضية الثالثة إلى عدم وجود علاقة بين الإضطرابات النفسعصبية المتمثلة في : البناء البصري ،الإنتباه ، الذاكرة ،اللغة ، الوظائف التنفيذية ، الإهتمام والإلتزام بالعلاج والكفاءة الذاتية والتدين ، بينما ظهرت علاقة اللغة بالكفاءة الذاتية ، بحيث خالفت هذه النتائج ما توصلت إليه بعض الدراسات الحديثة، مثل دراسة Carol وأخرون 2011 للبحث عن علاقة الإلتزام بالدواء والأداء المعرفي ، وذلك بمنهج مقارن بين ثلاث مجموعات، الأولى : مرضى السكري ، والثانية مكونة من مرضى السرطان ، والثالثة مجموعة ضابطة ، بحيث خلصت نتائجها إلى وجود إضطرابات في الإنتباه والذاكرة والوظائف

التففيذية لدى عينة مرضى السكري والسرطان وهو ما يرتبط بضعف الإلتزام بالدواء . (Carol and all,2011)

كذلك نذكر دراسة لJoan وزملاؤه للكشف عن علاقة الوظيفة المعرفية والكفاءة الذاتية والتحكم في نسبة السكر في الدم لدى مرضى السكري من النمط الثاني في جزيرة Reunion التي تشهد إنتشار في مرض السكري بالمقابل ضعف الإلتزام الصحي ، بحيث جرت الدراسة على عينة من 84 متوسط أعمارهم 60 سنة ، 54% منهم ذكور ، وطبق عليهم MMSE و MoCA وإختبار الخمس كلمات ، وإستبيان للكفاءة الذاتية مكون من 13 بنداً . وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن نسبة 36.9% منهم يعانون ضعف إدراكي ، وإنخفاض الأداء المعرفي ، وتوصلت إلى وجود علاقة دالة بين الإضطراب الوظائف المعرفية والكفاءة المنخفضة . (Joan and all,2015)

○ خلاصة :

نستخلص من مناقشة نتائج الفرضيات بعرض الدراسات التي تؤيد والتي تخالف منا نتائج ما توصلنا إليه كذلك ذكر الدراسات التي سعت إلى تفسير هذه الظواهر أو العلاقات أن :

- (1) العلاقة بين السكري والضعف الإدراكي او المعرفي هي نتيجة أكيدة بنتائج الدراسات، غير أن الإفتراضات حول ماهية هذه الإضطرابات وتفسير آلية حدوثها تختلف من دراسة إلى أخرى .
- (2) مستوى الإلتزام الصحي لدى مرضى السكري يعود إلى العديد من الخصائص النفسية والمعرفية وحتى الثقافية التي تداخل فيما بينها . غير أن عدم الوعي بمدى أهمية الإلتزام الصحي بما يقتضيه المرض لا تزال تتعكس على مدى إلتزام مريض السكري بالمتابعة الطبية وأخذ الأدوية أكثر من بعدي الحماية والنشاطات والتدابير الرعاية الذاتية .
- (3) التدنين هو أحد العوامل التي تؤكد الدراسات أثرها الإيجابي في الأمراض المزمنة ، غير أنه تبقى النتائج المتوصل إليها لا تعبر عن حقيقة التدنين أو الإلتزام الدين ، بل تتوقف على ما صرح به المفحوص عن نفسه.

المراجع

المراجع

1. الحميد، محمد بن سعيد، السكري (أسبابه، مضاعفاته، علاجه)، جامعة الملك سعود ، ط1، 2007، موقع القدم السكرية.
2. الحموري، فراس وأمنة خصاونة، دور سعة الذاكرة العاملة ، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد7، العدد3، 2011.
3. الربيع، فيصل خليل، التفكير الخرافي وعلاقته بالكفاءة الذاتية العامة في ضوء بعض المتغيرات، جامعة اليرموك، الأردن.
4. المساعيد، أصلان صبح، التفكير العلمي عند طلبة الجامعة وعلاقتها بالكفاءة الذاتية العامة في ضوء بعض المتغيرات ، مجلة الجامعة الإسلامية ، العدد33، المجلد 19، 679-707، الأردن، 2011.
5. المخلافي، عبد الحكيم ، فعالية الذات الأكاديمية وعلاقتها ببعض السمات الشخصية لدى الطلبة ، مجلة جامعة دمشق، المجلد26، 181-514، 2010.
6. المرزوقي، جاسم محمد عبد الله، الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر (السكري)، دار العلم والإيمان، ط1، الاسكندرية، 2008.
7. النشاوي ، كمال أحمد الإمام، فعالية الذات وعلاقتها ببعض سمات الشخصية ، كلية التربية النوعية ، جامعة المنصورة ، 2006.
8. السليم ، محمد بن ابراهيم، علاقة مستوى التدين والمساندة الاجتماعية بالانتكاسة لدى المعتمدين المنتكسين ، رسالة ماجستير جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية ، 2005.
9. السيد يوسف ، كمال ، الجديد في تغذية مرضى السكري ، مجلة أسيوط للدراسات البيئية، كلية الزراعة ، العدد33، 2009.
10. السيد، محمد أبو هشام حسن، الخصائص السيكومترية لأدوات القياس في البحوث النفسية والتربوية ، كلية التربية ، جامعة الملك سعود 2006.
11. الصابوني ، بثينة بنت محمد ، القرآن الكريم ودوره الوقائي على الصحة النفسية ، بحث مقدم لمؤتمر العلاج بالقرآن، أبو ظبي، 2007.
12. القاعود، محمد خالد، الأثر السلبي للقلق و الإكتئاب على جهاز المناعة ، مجلة فيلادلفيا ، جامعة اليرموك، 107-111.

13. القصاص، محمد مهدي، علم الاجتماع الديني ، جامعة المنصورة، مصر ، 2008.
14. إبن منظور، لسان العرب، طبعة مراجعة ومصححة ، دار الحديث ،القاهرة ، 2014.
15. إيزروق ،فاطمة الزهراء، النمط السلوكي(ف)المرتبط بالإصابة بالسكري، مجلة دراسات نفسية وتربوية ،مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية ، العدد6، 2011.
16. بركات ، زياد، الإتجاه نحو الإلتزام الديني وعلاقته بالتكيف النفسي والإجتماعي لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة ، القدس، 2006.
17. بن فليس، خديجة، أنماط السيادة النصفية للمخ والإدراك والذاكرة البصريين ، أطروحة دكتوراء ،جامعة منتوري، قسنطينة.
18. بوعود، أسماء، الإضطرابات النفسية بين السيكلوجيا الحديثة والمنظور الإسلامي ، العدد8، 2014.
19. جدير مانيو، ترجمة ، ملكة أبيض، منهجية البحث العلمي ،دليل الباحث المبتدئ في موضوعات البحث ورسائل الماجستير والدكتوراه.
20. رحاحلية ،سمية ،الكفاءة الذاتية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضة السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، مذكرة ماجستير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2010.
21. رزقي ، رشيد، الفعالية الذاتية وعلاقتها بالإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر ،باتنة، 2012.
22. زعطوط، رمضان، علاقة الإتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الإجتماعية لدى المرضى المزمنين ، رسالة ماجستير ،جامعة قاصدي مرياح ، ورقلة، 2005.
23. زعطوط، رمضان، نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات،رسالة دكتوراء، جامعة قاصدي مرياح،ورقلة، 2014.
24. لكحل ، رفيقة، تأثير التربية الصحية على الإلتزام الصحي لمرضى إرتفاع ضغط الدم ، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر، باتنة ، 2011 .
25. لعروسي، نورة ، سوسيولوجية التدين ومأساته في المغرب ، قسم الفلسفة والعلوم الإنسانية ، المغرب.
26. محمود، اليوسف، المهارات الإجتماعية وعلاقتها بالكفاءة الذاتية المدركة والتحصيل الدراسي العام ،مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية ، العدد1، المجلد21، 327-365،السعودية، 2013.

27. ساسان، إلهام، تأثير الصدمة الجمجمية على الذاكرة وكيفية إعادة تأهيلها ، جامعة الحاج لخضر، باتنة 2007.
28. سامي، عبد القوي، الإتجاهات الحديثة في العلاقة بين العقل والبدن وتطبيقاتها، بحث مرجعي مقدم كجزء من متطلبات الحصول على درجة أستاذ في علم النفس، كلية الأدب ، جامعة عين شمس، مصر، 2002.
29. سمية، عليوة و نور الدين جبالي، مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري، مجلة الواحات للبحوث العلمية ، المجلد، 177-192، 2014.
30. شرفية مونية، تأثير العبء الإدراكي على الإنتباه الإنتقائي، جامعة منتوري، قسنطينة، 2010.
31. عبد القادر، موفق بن عبد الله ، منهج البحث العلمي وكتابة الرسائل العلمية ، ط1، الرياض ، 2011.
32. عطاف، محمد أبو غالي، فاعلية الذات وعلاقتها بضغط الحياة لدى الطالبات المتزوجات ، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية و النفسية ، المجلد 20، العدد1، جانفي 2012، 619-654.
33. عاشور، أحمد حسن محمد، الإنتباه والذاكرة العاملة لدى عينات مختلفة من ذوي صعوبات التعلم، وذوي فرط النشاط الزائد والعاديين.
34. قريشي، فيصل ، التدين وعلاقته بالكفاءة الذاتية، لدى مرضى الإضطرابات الوعائية القلبية ، رسالة ماجستير ، جامعة الحاج لخضر ، باتنة، 2011.
35. OMS ، منظمة الصحة العالمية ، تعزيز الصحة النفسية ، قسم الصحة النفسية وتعاطي العقاقير ، القاهرة، 2005.
36. Who، منظمة الصحة العالمية، 2002

المراجع الأجنبية

- 37.A. Al-Qasem, F. Smith 1 and S. Clifford, Adherence to medication among chronic patients in ,Middle Eastern countries: review of studies Eastern Mediterranean Health Journal ,La Revue de Santé de la Méditerranée orientale, Vol:17 No:4, 2011,357-363.
- 38.A. Farmer, A.-L. Kinmonth and S. Sutton, Measuring beliefs about taking hypoglycaemic medication among people with Type 2 diabetes, Diabetic Medicine, UK 2005 23, 265-270.

39. Albert Bandura, Self-Efficacy, Stanford University, Encyclopedia of human Behavior, vol 4, 71–81, New York, 1998
40. Bandura, A. , Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change, Psychological Review 1977, Vol. 84, No. 2, 191–215
41. Barry J. Zimmerman, Self-Efficacy: An Essential Motive to Learn, Contemporary Educational Psychology 25, 82–91, 2000.
42. Brundel, Mano and all, Cerebral cortical thickness in patients with Type 2 diabetes, Neurological Sciences, September 2010. www.jns-journal.com
43. Doug O. Dehning, Lindsay A. Nelson, Jeanette A. Stewart, and William C. Stewart, Does Religious Adherence Help Diabetic, 2013.
44. D. G. Bruce & W. A. Davis & G. P. Casey & S. E. Starkstein and J. K. Foster. Almeida and E. Davis, Predictors of cognitive impairment and dementia in older people with diabetes, Diabetologia, 2008.
44. Carol S. Stille, Cosway, M. W. J. Strachan*, A. Douglas, B. M. Frier* and I. J. Dear.
45. Carol S. Stille, Catherine M. Bender, Jacqueline Dunbar-Jacob, Susan Sereika, and Christopher M. Ryan, The Impact of Cognitive Function on Medication Management, Three Studies. Health Psychol. 2010.
46. Grant Richard and all, Polypharmacy and Medication Adherence in Patients With Type 2, Diabetes, Diabet care, VOL: 26, N: 5, May 2003, 1408–1412.
47. Gonzalez, Jeffrey, Psychological Issues in Adults with Type 2 Diabetes, Pagoto, Behavioral Medicine Perspective, 2011.
48. Harold G. Koenig • Saad Al Shohaib, Health and Well-Being in Islamic Societies Background, Research, and Applications, 2014.
49. I Ranjit, Unnikrishnan, RM Anjana, V Mohan, Importance of Controlling Diabetes Early—The Concept of Metabolic Memory, Legacy Effect and the Case for Early Insulinisation, vol: 59, April 2011, 8–11.

50. Linda A. Gonder, Frederick Daniel J. Cox, and Lee M. Ritterband, *Diabetes and Behavioral Medicine*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol:70, No 3, 2002.
51. Linda A. Gonder-Frederick, Daniel J. Cox, and Lee M. Ritterband, *University of Virginia Health System, Diabetes and Behavioral Medicine: The Second Decade*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Copyright 2002 by the American Psychological Association, Inc. 2002, Vol. 70, No. 3, 611–625.
52. Kingsley Nyarko, Nuworza Kugbey, Samuel Atindanbila, *Illness perception, religiosity and mental health of diabetic patients in Ghana*, *American Journal of Applied Psychology*, 2014; 3(1): 12–20, Published online February 28, 2014.
53. King, Diank, *Self-Efficacy Problem Solving, and Social-Environmental Support Are Associated With Diabetes Self-Management Behaviors*, *Diabetes Care*, vol:33, n:4, April, 2010, 751_753.
54. KATHRYN A. ELLIS and all, *Increased Risk of Cognitive Impairment, in Patients With Diabetes Is Associated, With Metformin*, *DIABETES CARE*, VOLUME 36, OCTOBER 2013.
55. Sharma Taruna, Juhi Kalra, DC Dhasmana, Harish Basera, *Poor adherence to treatment: A major challenge in diabetes*, 2014.
56. Seth Segall, PhD; Katherine N. DuHamel, PhD and Laurie Paul, *Psychological Adaptation, Coping, and Distress in Adult-Onset Soft Tissue Sarcomas*, V:7, N:4 . 2010 .
57. Snoek, Frank and Skinner Chas, John Wiley, *Psychology in Diabetes care*, Second edition, Ltd, 2005.
58. Toro Paplo and all, *Type II Diabetes in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease*, *Journal of Alzheimer's Disease*, vol:16, 1–5, Germany, 2009.
59. Ralf Schwarzer, Aleksandra Luszczynska, *Perceived Self-Efficacy*.

60. Whitmer, Rachel, Alzheimer, démence et diabète, diabetes vois, Mars 2008
Volu 53 ; Numéro 1.
61. M. Gold and all, Hippocampal damage and memory impairments as possible, early brain complications of type 2 diabetes, *Diabetologia* (2007) 50:711–719
62. G. R. Sridhar, Diabetes, religion and spirituality, *Int J Diabetes Dev Ctries* (January–March 2013) 33(1):5–7.
63. Gill Morrison and Philip Weston, Self-efficacy: A tool for people with, diabetes managed by continuous, subcutaneous insulin infusion *Journal of Diabetes Nursing* Volume 17 No 1 2013.
64. C. Tiwari, Rakesh Kumar Tripathi, Siddiq Ahmad Farooqi, Rajesh Kumar 1, Garima, Srivastava 2, Aditya Kumar, Diabetes mellitus: A risk factor for cognitive impairment amongst urban older adults, *Industrial Psychiatry Journal*,
65. Marie Clark, Adherence to treatment in patients with type 2 diabetes, *Journal of Diabetes Nursing* Vol 8 No 10 2004.
66. Nancy Roblin and all, Diabetes Self-Efficacy Questionnaire (DSEQ) Outcome Measurement for Diabetes Education, 2004.
67. JOSEPH F. KULAS, PhD, Indications for neuropsychological, Assessment.
68. Nigishi Hotta and all, Causes of death in Japanese diabetics, A questionnaire survey of 18,385 diabetics over a 10-year period *Journal of Diabetes Investigation* Volume 1 Issue 1/2 February/April 2010.
69. Z. Nasreddine, www.Mocateste.org, 2014.
70. Joan Montserrat, Cyril Ferdynus and all, cognitive Function and self-efficacy in insufficiently controlled type 2 diabetes patients, *science journal*, vol:7, jan 2015.
71. Jacques lecomte, les applications du sentiment d'efficacité personnelle, l'harmattan, Hors-série, doi 10, 2005.

72. James Bagonza¹ , Elizeus Rutebemberwa^{1*} and William Bazeyo,
Adherence to anti diabetic medication among, patients with diabetes in
eastern Uganda; a cross, sectional study, 2015.
73. Mari clark, adhrrence to treatment in pationtes with Type2 diabet ,Journqle
of diabetes ,vol:8,No:10.
74. Kilbourne B. Cumminges and all, Health soc worke ,vol: 34 May,2009.
75. Kathleen krichblaum, Vivian Aarented and Seff- Managment, American
American Association of diabetes,2013.
76. Sun shin yi ,je kynge ,Seong Glococorticoid receptor changes are associated
with age in the hippocampus of zucker diabet ,vol:5,2013.
77. Takahiko Kawamura, Toshitaka Umemura, Nigishi Hotta, Cognitive
impairment in diabetic patients: Can diabetic control prevent cognitive
decline, R E V I E W A R T I C L E, Journal of Diabetes Investigation
Volume 3 Issue 5 October 2012.
78. World Health Organization, A D H E R E N C E T O L O N G - T E R
M T H E R A P I E S, 2003.

الملاحق

مقياس توقعات الكفاءة الذاتية لSchwarzer

العبارات	مطلقا	نادرا	غالبا	دائما
1. أستطيع حل المشاكل الصعبة إذا أجهدت نفسي بما فيه الكفاية				
2. إذا عارضني شخص ما أستطيع إيجاد طرق ووسائل لتحقيق ما أبتغيه				
3. يسهل عليا تحقيق أهدافي ونواياي				
4. أنا واثق من قدرتي على مواجهة الأحداث غير المتوقعة بفعالية				
5. إذا فوجئت بمواقف غير متوقعة أعرف كيف أتصرف				
6. أستطيع إيجاد حلول لمشاكلي إذا بذلت جهدا				
7. أنظر إلى المصعاب بنفس هادئة "برزانة" وذلك لاعتماداي على قدراتي الذاتية				
8. عندما تواجهني مشكلة جديدة أستطيع إيجاد حلول متعددة لها				
9. عندما أكون في مأزق أستطيع التفكير فيما سأفعله				
10. لا يهمني ما يحدث عموما لأنني قادر على مواجهته				

مقياس الإلتزام الصحي (إعداد الطالبة 2015)

					أتناول أدويتي في الأوقات التي حددها لي الطبيب .	1
					أتجنب تناول الحلويات في المناسبات .	2
					أتجنب لبس الأحذية الضيقة .	3
					أمارس الرياضة بصفة منتظمة .	4
					أتناول دوائي بالكميات التي يحددها لي الطبيب .	5
					أفحص ضغط دمي عند زيارتي للطبيب .	6
					أهتم بسلامة أسناني ولثتي .	7
					أحاول أخذ المنتجات الخاصة بمرضى السكري .	8
					لا أتذكر زيارة الطبيب إلا عندما يحتل لدي مستوى السكري .	9
					أقوم بقياس نسبة السكر في الدم .	10
					أجري التحاليل الطبية التي يطلبها مني الطبيب .	11
					لا أتناول الأطعمة الخارجة عن حميتي .	12
					أجري جميع الفحوصات الطبية التي يطلبها مني الطبيب .	13
					لا أتذكر زيارة الطبيب إلا عندما تنفذ أدويتي .	14
					أختار الملابس الفضفاضة والقطنية .	15
					أداوم على الزيارات الطبية الدورية اللازمة .	16
					أزور طبيب العيون بطريقة منتظمة .	17

					أسعى لخفض وزني عندما يرتفع .	18
					أتجنب الأعمال التي تتطلب جهد بدني .	19
					أقسم غذائي إلى وجبات صغيرة خلال اليوم .	20
					أتجنب الإنفعال الشديد تفاديا لتأثيره السلبي على مرضي .	21
					أتوقف عن تناول الدواء إذا شعرت بتحسن .	22
					أزور الطبيب في حال الشعور بأعراض غير معهودة .	23
					أضع دفتر أسجل فيه مستوى السكر في كل مرة أقيسه فيها .	24
					أخذ أدويتي معي عندما أغادر البيت .	25
					أتجنب المأكولات كثيرة الدسم .	26
					أحرص على تجديد بطاقة الشفاء لأضمن حصولي على الدواء .	27
					أحترم شروط حفظ الأنسولين .	28
					لا أتناول أدويتي خوفا من أثارها الجانبية .	29
					أهتم بغسل أقدامي ونظافتهما .	30
					أحاول تناول الخضروات في وجباتي اليومية .	31
					أستفسر الطبيب عن الأغذية التي تجعل مستوى السكر مستقر .	32
					أسأل الطبيب عن المأكولات والكميات المناسبة .	33
					عند حضوري وليمة أكل كما يأكل الأصحاء .	34

					أفحص كليتي بطريقة منتظمة .	35
					أحرص على المشي والاستغناء عن المواصلات .	36

مقياس التدين لصاحبه رمضان (2014)

1- أعتقد جازما أن أركان الإيمان هي:		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أ-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ب-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ج-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	د-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هـ-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	و-
2- أعتقد جازما أن أركان الإسلام هي:		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أ-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ب-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ج-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	د-
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هـ-
3- معرفتي بالأحكام الفقهية للمواضيع التالية :		
ضعيفة	متوسطة	جيدة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- أعرف بأن :		
لا أعرف	مكروه	حرام
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما	لا	
					5. أستحضر نية العمل قبل القيام به
					6. أفكر في الموت وما بعده
					7. أقدر أن كل شيء محكوم بميزان لا طغيان فيه ولا خسران
					8. أدرك أن الصحة نعمة من الله يجب المحافظة عليها
					9. يصعب عليا فهم الحكمة من أحداث الحياة المؤلمة
					10. الرزق محدود بسعي الإنسان واجتهاده فقط
					11. أشعر بحب الله عز وجل
					12. أحب رسول الله عليه الصلاة والسلام
					13. يقشعر جلدي حين أستمع لقراءة القرآن
					14. ينتابني الخشوع حين أدخل في الصلاة
					15. أشعر بالذنب حين أؤخر صلاة الفريضة
					16. يلازمي الشوق لأداء مناسك الحج والعمرة
					17. أحس بالرضا للالتزامي بأحكام ديني
					18. حين أذكر الله خاليا تفيض عينايا بالدموع
					19. يضايقني الحديث عن الموت وأحوال الآخرة
					20. أشعر بأن الله معي
					21. أشعر بسرور كبير حين أقاوم شهواتي
					22. أشعر باليأس أمام أحداث الحياة
					23. ينتابني الضيق حين أكون وحيدا
					24. أشمئز حين أسمع كلاما فاحشا
					25. يلازمي شعور بالتفاؤل حتى في وقت الشدة
					26. يلازمي الشعور بالقناعة والرضا
					27. أشعر بالمتعة في مساعدة الآخرين
					28. أحافظ على أداء الصلاة المفروضة
					29. أحافظ على أداء صلاة النافلة
					30. أحرص على أداء الصلاة في المسجد
					31. أحرص على أداء النوافل في رمضان

					32. أصوم الإثنين والخميس من كل اسبوع
					33. أحافظ على تلاوة القرآن
					34. أتعهد قلبي بالذكر
					35. أحرص على حضور صلاة الجنازة
					36. كلما عزمت على أمر هام أستخير الله سبحانه وتعالى
					37. أحرص على تحصيل رزقي من الحلال
					38. ألتزم بتطبيق السنة النبوية في حياتي اليومية
					39. أتصدق على الفقراء والمساكين
					40. أحلف على أمور لست واثقا من صحتها
					41. أجتهد في أن توافق أفعالي أقوالي
					42. أحرص على زيادة أقاربي
					43. أتجنب السباب والكلام الفاحش
					44. أتجنب المكروه خوف الوقوع في الحرام
					45. إذا رأيت منكرا أنهى صاحبه برفق ولين
					46. أحرص في أن لا أتسبب في أذية الآخرين
					47. إذا سبني أحد أو شتمني لا أرد عليه
					48. أحرص على إمطة الأذى عن الطريق
					49. أدعوا الله في أوقات الشدة
					50. أدعو الله في أوقات الرخاء
					51. أصبر على المكاره والمصائب
					52. اضطررت للكذب للخروج من بعض المأزق
					53. أساير الناس في بعض الأمور التي لا يرضاها الشرع
					54. أقوم ببعض السلوكات رغم معرفتي بضررها
					55. اضطررت إلى تزوير بعض الوثائق لقاء مصالحني
					56. اضطررت إلى الرشوة في بعض المواقف

شكرا

Correlations

	VUS	ATEN	LUNG	FUNC	Mem	RES
Pearson Correlation	1	,497**	,359**	,477**	,072	,377**
Sig. (2-tailed)		,000	,001	,000	,512	,000
N	86	86	86	86	86	86
Pearson Correlation	,497**	1	,291**	,401**	,207	,274*
Sig. (2-tailed)	,000		,007	,000	,056	,011
N	86	86	86	86	86	86
Pearson Correlation	,359**	,291**	1	,181	-,016	,152
Sig. (2-tailed)	,001	,007		,095	,881	,163
N	86	86	86	86	86	86
Pearson Correlation	,477**	,401**	,181	1	,123	,119
Sig. (2-tailed)	,000	,000	,095		,259	,276
N	86	86	86	86	86	86
Pearson Correlation	,072	,207	-,016	,123	1	,081
Sig. (2-tailed)	,512	,056	,881	,259		,456
N	86	86	86	86	86	86
Pearson Correlation	,377**	,274*	,152	,119	,081	1
Sig. (2-tailed)	,000	,011	,163	,276	,456	
N	86	86	86	86	86	86
Pearson Correlation	-,119	,007	-,204	-,014	-,044	,147
Sig. (2-tailed)	,275	,953	,060	,900	,690	,177
N	86	86	86	86	86	86
Pearson Correlation	-,113	-,063	-,012	-,052	-,022	-,119
Sig. (2-tailed)	,300	,565	,916	,635	,844	,275
N	86	86	86	86	86	86
Pearson Correlation	-,238*	,014	-,107	-,017	-,001	-,003
Sig. (2-tailed)	,027	,895	,327	,876	,991	,976
N	86	86	86	86	86	86

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).