

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة حسبية بن بوعلی الشلف  
كلية العلوم الإجتماعية والانسانية  
قسم علم النفس



## أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه

الشعبة: علم النفس  
التخصص : علم النفس الصحة

العنوان

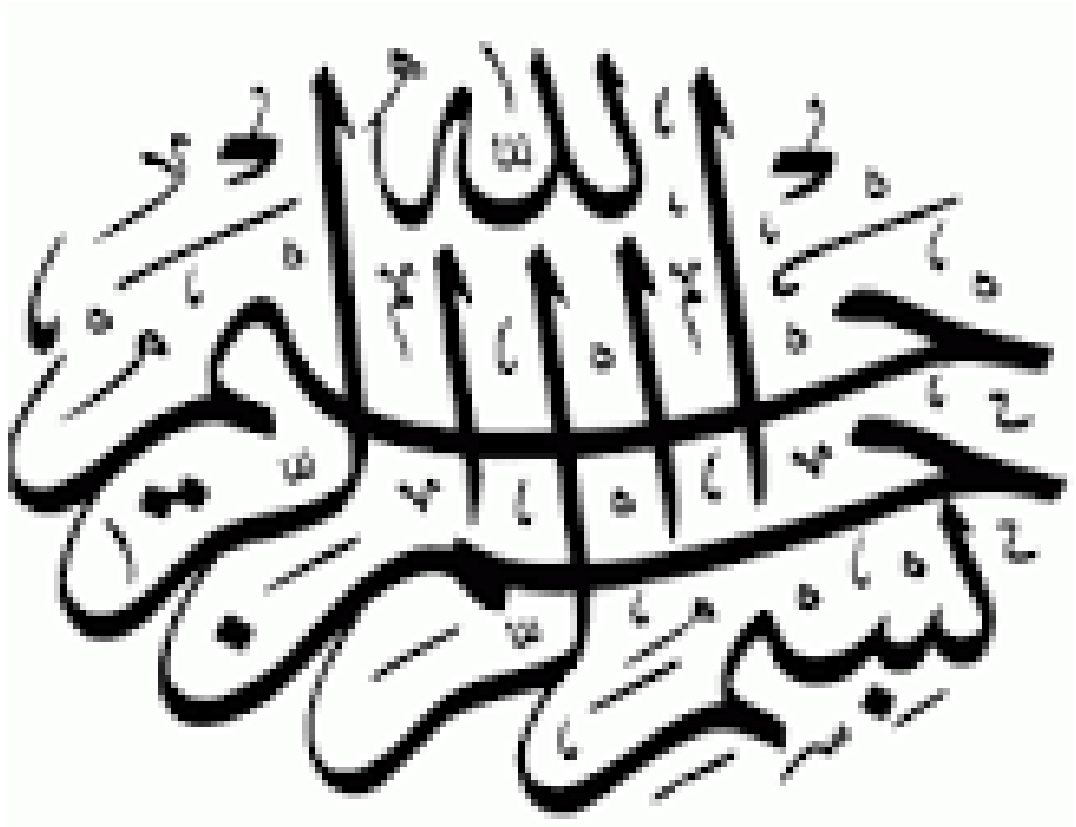
الضغوط النفسية ومتغيرات الشخصية ذات الخطورة على الصحة وعلاقتهم بالإمتثال  
العلاجي لدى مرضى السكري

من إعداد  
فايزة لعيفاوي

المناقشة بتاريخ 2024/02/22 من طرف اللجنة المكونة من:

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
زهير لونيس	أستاذ	جامعة حسبية بن بوعلی الشلف	رئيسا
عبد القادر سيدي عابد	أستاذ محاضر أ	جامعة حسبية بن بوعلی الشلف	مشرفا ومقررا
فؤاد شيحا	أستاذ محاضر أ	جامعة حسبية بن بوعلی الشلف	ممتحنا
صفية بوداني	أستاذ محاضر أ	جامعة حسبية بن بوعلی الشلف	ممتحنا
أحمد زقاوة	أستاذ	جامعة مصطفى اسطبولي معسكر	ممتحنا
محمد عابد	أستاذ محاضر أ	جامعة مصطفى اسطبولي معسكر	ممتحنا

2024-2023



## إهداء

الحمد لله الذي وهبني القوة والعزيمة لإتمام هذه الأطروحة، والشكر الجزيل لله سبحانه

وتعالى الذي أهداني العلم.

أشكر أسرتي الكريمة والدي وأمي على دعمهم اللامحدود وتحفيزهم الدائم، أتقدم

بالشكر الى زوجي الذي هو دائماً سندي لأبنتي ولأبني شكراً على تفهمكم الذي أضفى

السلام والطمأنينة على قلبي.

أخواتي وأخي شكراً لدعمكم الدائم ووقوفكم إلى جانبي في كل مرحلة من مراحل حياتي

لكل من أضاء دربي بنور العلم، لأولئك الذين شاركوني السعادة والحزن، لأصدقائي

الأوفياء، شكراً لكم على وجودكم ومساهمتم في صنع معنى حقيقي للحياة بالعلم

والمعرفة.

لعيفاوي

## شكر و عرفان

حمد لله الذي منّ علينا بنعمة العلم والمعرفة، ونسأله سبحانه وتعالى أن يجعل هذا العلم في ميزان حسناتنا.

أقدم شكري وامتناني العميق للمشرف الكريم الذي قبل مسؤولية الإشراف على هذه الأطروحة. الذي كان دائما الداعم والموجه

كما أود تقديم الشكر والتقدير لكل الأساتذة الذين شاركوا في توجيهنا وتقديم المعرفة والخبرات القيمة.

وأقدم شكري الى كل من الطبيب مقورة منير والطبيب تركي إبراهيم المتخصصين في مرض السكري والغدد الصماء بالمسيلة، والى رئيس جمعية مرضى السكري بالمسيلة حريزي عزيز على تعاونهم معي في الجانب الميداني

وأقدم أيضا شكري وامتناني للأستاذة بن زطة بلدية والأستاذ صابر بحري والأستاذ جدو حافظ، والأستاذ عبد المطلب عبد القادر حجاج من جامعة الكويت على

مساعدتهم ودعمهم

وبهذا نسأل الله دوام النجاح والتوفيق في مشورنا العلمي.

لعيفاوي

## المخلص:

تعتبر مشكلة انعدام الإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري من التحديات الرئيسية التي تواجه الرعاية الصحية في مجتمعاتنا اليوم. فعدم الإمتثال العلاجي يمثل خطرًا على الصحة العامة للمريض ويزيد من معدلات الإصابة بالمضاعفات ويؤدي إلى تدهور الحالة الصحية وزيادة تكلفة العلاج. لذا، يعد فهم العوامل التي تؤثر على الإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري أمرًا بالغ الأهمية لتحسين جودة الرعاية الصحية وتحقيق أفضل النتائج الصحية للمرضى. تتناول هذه الدراسة العلاقة بين الضغوط النفسية ومتغيرات الشخصية مثل العصابية والعدائية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري. تهدف الدراسة إلى تحديد مستوى هذه العوامل وتحليل الفروق الإحصائية في الإمتثال العلاجي بناءً على الجنس ونوع السكري. كما تسعى الدراسة أيضًا إلى تحديد البعد السائد في الإمتثال العلاجي واستكشاف إمكانية التنبؤ بالإمتثال العلاجي باستخدام الضغوط النفسية ومتغيرات الشخصية لدى مرضى السكري.

تم تنفيذ الدراسة باستخدام المنهج الوصفي التحليلي، حيث تم جمع البيانات من عينة تتألف من 80 مريضًا بداء السكري، وتم تحليل البيانات باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية SPSS، مما أتاح فهم أعمق للعلاقات والتفاعلات بين المتغيرات المختلفة في الدراسة. وتأمل هذه الدراسة في تقديم إسهامات قيمة لفهم عوامل الإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري لتحسين جودة الرعاية الصحية لهؤلاء المرضى. وتوصلت نتائج الدراسة بعد المعالجة الإحصائية إلى:

- وجود علاقة ارتباطية عكسية بين الضغوط النفسية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.
  - وجود علاقة ارتباطية عكسية بين العصابية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.
  - وجود علاقة ارتباطية عكسية بين العدائية والإمتثال العلاجي لمرضى السكري.
  - مستوى الضغوط النفسية والعصابية والعدائية، منخفض عند مرضى السكري.
  - مستوى الإمتثال العلاجي متوسط عند مرضى السكري.
  - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإمتثال العلاجي تعزى لمتغير الجنس.
  - وجود فروق في ذات دلالة إحصائية في الإمتثال العلاجي تعزى لنوع السكري.
  - البعد السائد من بين أبعاد الإمتثال العلاجي وهو بعد الأدوية.
  - تساهم الضغوط النفسية في التنبؤ بالإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري وتم استبعاد العصابية والعدائية.
- الكلمات المفتاحية:** الضغوط النفسية، متغيرات الشخصية، العصابية، العدائية، الإمتثال العلاجي.

## Summary:

The problem of non-adherence to treatment among diabetic patients is one of the main challenges facing healthcare in our societies today. Non-adherence to treatment poses a risk to the patient's overall health, increases complication rates, leads to deterioration in health status, and increases treatment costs. Therefore, understanding the factors affecting treatment adherence in diabetic patients is of paramount importance to improve the quality of healthcare and achieve better health outcomes for patients.

This study explores the relationship between psychological stressors and personality variables such as neuroticism, aggressiveness, and treatment adherence among diabetic patients. The study aims to identify the levels of these factors and analyze the statistical differences in treatment adherence based on gender and type of diabetes. Additionally, the study seeks to identify the predominant dimension in treatment adherence and explore the possibility of predicting treatment adherence using psychological stressors and personality variables among diabetic patients.

The study was conducted using a descriptive-analytical approach, where data was collected from a sample of 80 diabetic patients. Data analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), allowing for a deeper understanding of the relationships and interactions between the different variables in the study. This study aims to provide valuable contributions to understanding the factors influencing treatment adherence among diabetic patients to improve the quality of healthcare for these patients.

After statistical analysis, the study's results concluded:

- There is a negative correlation between psychological stressors and treatment adherence among diabetic patients.
- There is a negative correlation between neuroticism and treatment adherence among diabetic patients.
- There is a negative correlation between aggressiveness and treatment adherence among diabetic patients.
- The levels of psychological stressors, neuroticism, and aggressiveness are low among diabetic patients.
- The level of treatment adherence is moderate among diabetic patients.
- There are no statistically significant differences in treatment adherence attributed to gender.
- There are significant differences in treatment adherence attributed to the type of diabetes.
- The predominant dimension among the dimensions of treatment adherence is medication adherence.
- Psychological stressors contribute to predicting treatment adherence among diabetic patients, while neuroticism and aggressiveness were excluded from the prediction.

Keywords: Psychological stressors, personality variables, neuroticism, aggressiveness, treatment adherence.

## Résumé :

Le problème de non-adhérence au traitement chez les patients diabétiques est l'un des principaux défis auxquels est confrontée la santé dans nos sociétés aujourd'hui. La non-adhérence au traitement représente un risque pour la santé globale du patient, augmente les taux de complications, conduit à la détérioration de l'état de santé et augmente les coûts de traitement. Par conséquent, comprendre les facteurs qui influent sur l'adhérence au traitement chez les patients diabétiques est d'une importance capitale pour améliorer la qualité des soins de santé et obtenir de meilleurs résultats de santé pour les patients.

Cette étude explore la relation entre les facteurs de stress psychologique et les variables de personnalité telles que la névrose, l'agressivité et l'adhérence au traitement chez les patients diabétiques. L'étude vise à identifier les niveaux de ces facteurs et à analyser les différences statistiques dans l'adhérence au traitement en fonction du sexe et du type de diabète. De plus, l'étude cherche à identifier la dimension prédominante dans l'adhérence au traitement et à explorer la possibilité de prédire l'adhérence au traitement en utilisant les facteurs de stress psychologique et les variables de personnalité chez les patients diabétiques.

L'étude a été menée selon une approche descriptive-analytique, où les données ont été collectées auprès d'un échantillon de 80 patients diabétiques. L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel statistique SPSS, permettant une compréhension plus approfondie des relations et des interactions entre les différentes variables de l'étude. Cette étude vise à apporter des contributions précieuses à la compréhension des facteurs influençant l'adhérence au traitement chez les patients diabétiques afin d'améliorer la qualité des soins de santé pour ces patients.

Après analyse statistique, les résultats de l'étude ont conclu :

- Il existe une corrélation négative entre les facteurs de stress psychologique et l'adhérence au traitement chez les patients diabétiques.
- Il existe une corrélation négative entre la névrose et l'adhérence au traitement chez les patients diabétiques.
- Il existe une corrélation négative entre l'agressivité et l'adhérence au traitement chez les patients diabétiques.
- Les niveaux de facteurs de stress psychologique, de névrose et d'agressivité sont faibles chez les patients diabétiques.
- Le niveau adhérence au traitement est modéré chez les patients diabétiques.
- Il n'y a pas de différences statistiquement significatives dans l'adhérence au traitement attribuées au genre.
- Il existe des différences significatives dans l'adhérence au traitement attribuées au type de diabète.
- La dimension prédominante parmi les dimensions de l'adhérence au traitement est l'adhérence aux médicaments.
- Les facteurs de stress psychologique contribuent à prédire l'adhérence au traitement chez les patients diabétiques, tandis que la névrose et l'agressivité ont été exclues de la prédiction.

Mots-clés : Facteurs de stress psychologique, variables de personnalité, névrose, agressivité, adhérence au traitement.

الفهـ ارس



## فهرس المحتويات

إهداء

شكر وعرافان

ملخص

أ.....	فهرس المحتويات
ب.....	قائمة الجداول
ج.....	قائمة الأشكال
د.....	قائمة الملاحق
1.....	مقدمة
3.....	الفصل الاول
3.....	الإطار العام للدراسة
4.....	1. الإشكالية:
7.....	2. التساؤل العام للدراسة.....
7.....	3. فرضيات الدراسة.....
8.....	4. أهداف الدراسة.....
9.....	5. أهمية الدراسة.....
9.....	6. مبررات إختبار الموضوع.....
9.....	7. التعريف الاجرائي لمفاهيم الدراسة: .....
12.....	الفصل الثاني الإمتثال العلاجي
13.....	تمهيد.....
14.....	1. مفهوم الإمتثال العلاجي.....
15.....	2. العوامل المؤثرة على الإمتثال العلاجي: .....
18.....	3. النماذج النظرية المفسرة للإمتثال العلاجي: .....
19.....	3. 1. نظرية الفناعة الصحية (HEALTH BELIEF MODEL): .....
20.....	3. 2. نظرية الدافع إلى الحماية: (PMT) (PROTECTION MOTIVATION THEORY) .....
21.....	3. 3. نظرية السلوك المخطط له: OF PLANNED BEHAVIOUR THEORY: .....
21.....	3. 4. نموذج التسيير الذاتي: (SELF REGULATION) .....
22.....	3. 5. نموذج الإمتثال الصحي: (COMPLIANCE MODEL HEALTH) .....
23.....	3. 6. النموذج البيو نفس اجتماعي: (BIOPSYCHOSOCIAL MODEL) .....

26.....	خلاصة الفصل:
28.....	الفصل الثالث
28.....	الضغوط النفسية
29.....	تمهيد:
29.....	1. تعريف الضغوط النفسية.....
30.....	2. الاستجابات البيولوجية والانفعالية والسلوكية للضغوط:
31.....	3. مصادر الضغوط النفسية.....
32.....	4. النظريات المفسرة للضغوط النفسية.
32.....	1.4. إسهامات والتر كانون (CANON WALTER) : (1871-1945)
32.....	2. 4. أعراض التكيف العامة سيللي (1956-1976).
34.....	3. 4. نظرية التقدير المعرفي: (COGNITIVE APPRAISAL):
37.....	خلاصة الفصل:
38.....	الفصل الرابع
38.....	سمات الشخصية
39.....	تمهيد:
40.....	1. مفهوم سمات الشخصية.....
41.....	2. العصائية: (NEUROTICISM)
41.....	2. 2. أصل مفهوم العصائية.....
41.....	3. 3. العصائية بيولوجيا.....
42.....	4. العدائية: (HOSTILITY).....
42.....	3. 1. مفهوم سمة العدائية.....
42.....	3. 2. مكونات سمة العدائية.....
43.....	4. نظريات سمات الشخصية.....
43.....	4. 1. نظرية ALPORT لسمات الشخصية.....
43.....	4. 2. نظرية RAYMOND B. CATTELL لسمات الشخصية.....
44.....	4. 3. نظرية HANS EYSENCK.....
45.....	4. 4. نظرية بول كوستا وروبرت ماكراي لسمات الشخصية.....
45.....	5. السمات الشخصية والمعاش النفسي للمرضى المزمنين:
48.....	6. الاستجابات الانفعالية للمرض المزمن:
50.....	خلاصة الفصل:
51.....	الفصل الخامس

51.....	مرض السكري
52.....	تمهيد :
53.....	7.تعريف مرض السكري.....
53.....	8. أنواع مرض السكري .....
53.....	1.2. السكري من النوع الاول.....
53.....	2.2. السكري من النوع الثاني .....
54.....	3.مضاعفات مرض السكري : .....
54.....	1.3. متلازمة اليد السكرية المتبيسة : .....
54.....	2.3. اعتلال الشبكية السكري .....
55.....	3.3. الانتانات الخمجية.....
55.....	3.4. اعتلال الكلية السكري.....
56.....	3.5. إعتلال الأعصاب.....
56.....	3.6. تصلب الشرايين .....
56.....	4. الادارة الذاتية لمرض السكري : .....
57.....	5. التقييم النفسي / الإجتماعي والرعاية الطبية العلاجية: .....
58.....	خلاصة الفصل
59.....	الفصل السادس
59.....	الدراسات السابقة
60.....	تمهيد .....
61.....	الدراسات السابقة
60.....	1. الدراسات العربية.....
64.....	2. الدراسات الاجنبية.....
69.....	3. التعقيب على الدراسات السابقة:.....
69.....	. الأهداف .....
70.....	. العينة:.....
70.....	. إجراءات الدراسة.....
70.....	. طريقة معالجة البيانات.....
72.....	خلاصة الفصل :
74.....	تمهيد :
75.....	1. الدراسة الإستطلاعية.....

76.....	2. عينة الدراسة الاستطلاعية.....
76.....	3 . حدود الدراسة.....
75.....	4. الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة .....
76.....	4. 1. مقياس الضغط النفسي.....
76.....	4.1.1.4. وصف المقياس الضغط النفسي .....
81.....	4. 2. مقياس العصابية لآزانك.....
81 .....	4. 2. 1. وصف مقياس العصابية.....
83.....	4. 3. مقياس العدائية لكوك وميدلي (ترجمة وتكييف) ..
89 .....	4.4. مقياس الإمتثال العلاجي:.....
91.....	4. 4. 2. الخصائص السيكومترية لمقياس الإمتثال العلاجي ..
92.....	2-الدراسة الاساسية .....
92.....	مجتمع الدراسة .....
92.....	2. 2. عينة الدراسة الاساسية .....
98.....	خلاصة الفصل.....
99.....	الفصل الثامن .....
99.....	عرض وتحليل نتائج الدراسة .....
100 .....	تمهيد: .....
101 .....	عرض وتحليل نتائج الفرضيات .....
101 .....	1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الاولى .....
102 .....	2. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية .....
103 .....	3. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة .....
105 .....	4. عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة . .....
106 .....	5. عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة : .....
107 .....	6، عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة .....
107 .....	7. عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة .....
108 .....	8. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة: .....
110 .....	9. عرض وتحليل نتائج الفرضية التاسعة: .....
111 .....	10. عرض وتحليل نتائج الفرضية العاشر: .....
112 .....	11. عرض وتحليل نتائج الفرضية الحادي عشر .....
114 .....	خلاصة الفصل: .....
116 .....	الفصل التاسع .....
116.....	تفسير ومناقشة نتائج الدراسة .....

117	تمهيد :
118	تفسير ومناقشة فرضيات الدراسة:
118	1. تفسير ومناقشة الفرضية الأولى:
119	2. تفسير ومناقشة الفرضية الثانية :
120	3. تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة :
121	4. تفسير ومناقشة الفرضية الرابعة :
122	5 . مناقشة الفرضية الخامسة :
124	6 . مناقشة الفرضية السادسة:
125	7. مناقشة الفرضية السابعة:
126	8. مناقشة الفرضية الثامنة:
127	9. مناقشة الفرضية التاسعة:
129	10 . مناقشة نتائج الفرضية العاشرة:
130	11. مناقشة نتائج الفرضية الحادية عشر :
132	12. الاستنتاج العام
135	خاتمة:
139	قائمة المراجع:
146	الملاحق:

## قائمة الجداول

- الجدول رقم 1: يوضح أفراد العينة حسب الجنس: ..... 94
- الجدول رقم 2: يوضح أفراد العينة حسب السن: ..... 94
- الجدول رقم 3: يوضح أفراد العينة حسب نوع السكري ..... 96
- الجدول رقم 4: أبعاد مقياس الضغوط النفسية ..... 77
- الجدول رقم 5: صدق المقارنة الطرفية لمقياس الضغوط النفسية ..... 78
- الجدول رقم 6: معاملات الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية ..... 78
- الجدول رقم 7: نتيجة معامل الثبات ألفا لكرونباخ لمقياس الضغوط النفسية ..... 80
- الجدول رقم 8: صدق المقارنة الطرفية لمقياس العصابية ..... 82
- الجدول رقم 9: نتيجة معامل الثبات ألفا لكرونباخ لمقياس العصابية ..... 83
- الجدول رقم 10: نتائج الثبات بطريقة التجزئة النصفية على مقياس العصابية ..... 83
- الجدول رقم 11: معاملات الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس ..... 87
- الجدول رقم 12: صدق المقارنة الطرفية لمقياس العدائية ..... 88
- الجدول رقم 13: نتيجة معامل الثبات ألفا لكرونباخ لمقياس العدائية: ..... 88
- الجدول رقم 14: نتائج الثبات بطريقة التجزئة النصفية على مقياس العدائية ..... 89
- الجدول رقم 15: أبعاد مقياس الإمتثال العلاجي: ..... 90
- الجدول رقم 16: صدق المقارنة الطرفية لمقياس الإمتثال العلاجي ..... 91
- الجدول رقم 17: معاملات الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس ..... 92
- الجدول رقم 18: نتيجة معامل الثبات ألفا لكرونباخ لمقياس الإمتثال العلاجي ..... 92
- الجدول رقم 19: نتائج الثبات بطريقة التجزئة النصفية على مقياس الإمتثال العلاجي ..... 93
- الجدول رقم 23: يبين الدرجة المعيارية للحكم على مستوى الإمتثال العلاجي لمرضى السكري ..... 101
- الجدول رقم 24: يوضح الدرجة الكلية للمتوسط الحسابي والانحراف المعياري الكلي ودرجة التقدير لعينة الدراسة في مقياس الإمتثال العلاجي ..... 102
- الجدول رقم 25: يبين الدرجة المعيارية للحكم على مستوى الضغوط النفسية لمرضى السكري ..... 103
- الجدول رقم 26: يوضح الدرجة الكلية للمتوسط الحسابي والانحراف المعياري الكلي ودرجة التقدير لعينة الدراسة في مقياس الضغوط النفسية ..... 103
- الجدول رقم 27: يبين الدرجة المعيارية للحكم على مستوى العصابية لمرضى السكري ..... 104
- الجدول رقم 28: يوضح الدرجة الكلية للمتوسط الحسابي والانحراف المعياري الكلي ودرجة التقدير لعينة الدراسة في مقياس العصابية ..... 104
- الجدول رقم 29: يبين الدرجة المعيارية للحكم على مستوى العصابية لمرضى السكري ..... 105
- الجدول رقم 30: يوضح الدرجة الكلية للمتوسط الحسابي والانحراف المعياري الكلي ودرجة التقدير لعينة الدراسة في مقياس العدائية ..... 105
- الجدول رقم 20: يوضح نتائج قيمة معامل ارتباط بيرسون بين الضغوط النفسية والإمتثال العلاجي لمرضى السكري: ..... 106
- الجدول رقم 21: يوضح نتائج قيمة معامل ارتباط بيرسون بين سمة العصابية والإمتثال العلاجي لمرضى السكري: ..... 107
- الجدول رقم 22: يوضح نتائج قيمة معامل ارتباط بيرسون بين سمة العدائية والإمتثال العلاجي لمرضى السكري: ..... 108
- الجدول رقم 31: يبين الفروق ذات الدلالة الإحصائية في الإمتثال العلاجي لمرضى السكري تعزى لنوع السكري ..... 110
- الجدول رقم 32: يبين نتيجة اختبار فريدمان لترتيب متوسط رتب أبعاد الإمتثال العلاجي لمرض السكري ..... 112
- الجدول رقم 33: يوضح نتائج الانحدار الخطي المتعدد التدرجي للتنبؤ بالإمتثال العلاجي من خلال الضغوط النفسية وسمات الشخصية ..... 113
- الجدول رقم 34: يوضح نتائج الانحدار الخطي المتعدد التدرجي للمتغيرات المستقلة التي تم استبعادها ..... 113

قائمة الأشكال

- الشكل رقم 1: يبين المراحل الثلاث لأعراض التكيف العامة (GAS) عند سيلبي (1974).....34
- الشكل رقم 2: يوضح خصائص العينة حسب الجنس.....94
- الشكل رقم 3: يوضح أفراد العينة حسب السن.....95
- الشكل رقم 4: يوضح أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.....96
- الشكل رقم 5: يوضح أفراد العينة حسب نوع السكري:.....97

## قائمة الملحق

- الملحق رقم 1: مقياس الضغوط النفسية ..... 146
- الملحق رقم 2: مقياس العصائية ..... 150
- الملحق رقم 3: مقياس العدائية ..... 151
- الملحق رقم 4: قائمة بأسماء المحكمين ..... 155
- الملحق رقم 5: مقياس الإمتثال العلاجي ..... 155
- الملحق رقم 6: معامل الثبات للمقاييس ..... 157
- الملحق رقم 7: معاملات الارتباط بيرسون بين الضغوط النفسية والعصائية والعدائية والإمتثال العلاجي ..... 158
- الملحق رقم 8: مصفوفة الارتباط والانحدار المتعدد التدريجي والإمتثال والضغوط النفسية والإمتثال العلاجي ..... 159



# مقدمة

في ظل التقدم الطبي والعلمي، أصبح فهم التفاعل الدينامي بين الجوانب النفسية والصحية أمرًا أساسيًا لتحقيق العلاج الشامل. تعتبر الضغوط النفسية وسمات الشخصية ذات الخطورة عوامل تسهم بشكل كبير في تشكيل الحالة الصحية للفرد. يأتي ذلك في سياق التفاعل المعقد بين العقل والجسم.

وفي هذا السياق، تظهر الامراض المزمنة كالسرطان وارتفاع ضغط الدم ومرض السكري. كمثال حي على هذا التحول في النهج الطبي، حيث أن الفهم الحديث للمرض يتجاوز الجوانب البيولوجية إلى تضمين العوامل النفسية والاجتماعية التي تلعب دورًا مؤثرًا في تحكم الفرد بالحالة. وقد أصبح دمج الرعاية النفسية في مشاريع الصحة ضرورة حتمية، لتعزيز العلاج وتحسين نوعية الحياة، مما يساهم في تحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة والرفاه.

تحمل هذه الدراسة رؤيةً تحليليةً متعددة الأبعاد، لأحد الأمراض المزمنة، وهو مرض السكري، إحدى التحديات الرئيسية التي تواجه المجتمعات الحديثة. يتطلب مواجهة هذا التحدي فهماً عميقاً للعوامل النفسية والشخصية التي قد تؤثر على الإدارة الذاتية لمرضى السكري. يندرج هذا البحث في إطار دراسة "الضغوط النفسية ومتغيرات الشخصية ذات الخطورة على الصحة وعلاقتهم بالإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري"، حيث يستهدف تحليل العلاقة بين الضغوط النفسية وسمات الشخصية، ومدى تأثيرها على مستوى الإمتثال العلاجي لمرضى السكري.

يهدف هذا البحث إلى التعمق في دراسة مدى توافر سلوكيات الإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري في منطقة المسيلة، وتحليل مستوى الضغوط النفسية التي قد يواجهها المرضى، بالإضافة إلى استكشاف مدى امتلاكهم لسمات الشخصية العصابية والعدائية. كما يهدف البحث إلى فحص العلاقات بين هذه المتغيرات وكشف الدلالات الإحصائية المحتملة التي ترتبط بالجنس ونوع السكري. وفي الختام، يسعى البحث إلى استخدام النتائج لتطوير نماذج قادرة على التنبؤ بمستوى الإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري باستخدام العوامل النفسية والشخصية كمتغيرات تنبؤية.

وقد تم تقسيم هذه الأطروحة الى جانبين، خصص الجانب الأول منه الى الدراسة النظرية حيث تم في **الفصل التمهيدي** تقديم البحث من خلال عرض اشكالية البحث وتحديد تساؤلاته، وصياغة الفرضيات ثم ذكر أهداف الدراسة، واهميتها ثم تحديد التعاريف الإجرائية لمتغيرات البحث.

اشتمل **الفصل الثاني** على التناولات والنماذج النظرية التي تطرقت الى تفسير السلوكيات الصحية، واهم التعاريف للإمتثال العلاجي، والعوامل المؤثرة على الإمتثال العلاجي. وخصص **الفصل الثالث** للضغوط النفسية تطرقت الى مفهوم الضغوط النفسية والى الاستجابات البيولوجية والانفعالية والسلوكية للضغوط كم تطرقت الى اهم مصادر للضغوط النفسية، والى التناولات النظرية المفسرة للضغوط النفسية.

وقد اشتمل **الفصل الرابع** على سمة الشخصية بالتطرق الى مفهوم كل من سمة العصابية وتفسيرها بيولوجيا وكذلك مفهوم العدائية واهم مكوناتها، واهم التناولات النظرية لسماات الشخصية، تطرقت الى سماات الشخصية والمعاش النفسي للمرض المزمن، والى الاستجابات الانفعالية للمرض المزمن. اما **الفصل الخامس** اشتمل على مرض لسكري من خلال تعريفه واهم المضاعفات لمرض السكري، والى الادارة الذاتية لمرض السكري.

اما **الفصل السادس** تطرقت فيه الى اهم الدراسات السابقة التي لعا علاقة بمتغيرات الدراسة منها الدراسات العربية والدراسات الاجنبية بالإضافة الى التعقيب على هذه الدراسات بتحديد اوجه التشابه والاختلاف مع الدراسة الحالية من حيث منهج الدراسة واهدافها والنتائج المتوصل اليها.

وتم تقسيم الجانب التطبيقي لهذا البحث الى ثلاث فصول، حيث تم تخصيص **الفصل السابع** الى الدراسة الى الاجراءات المنهجية للدراسة من خلال عرض للدارسة الاستطلاعية وتحديد اهدافها، ثم تحديد منهج الدراسة وخصائص مجتمع البحث وطريقة المعاينة ثم عرض خصائص عينة الدراسة، ثم التعريف بأدوات الدراسة وطرق الاجابة عليها ثم حساب الخصائص السيكومترية لهذه الادوات للتأكد من الثبات والصدق، ثم ذكر اهم الأساليب الاحصائية المعتمدة في بحثنا هذا.

اما **الفصل الثامن** قد خصص لعرض نتائج فرضيات الدراسة وتفسيرها احصائيا. وفي **الفصل التاسع** والآخر تطرقت فيه الى تفسير الفرضيات وتحليلها في ضوء الدراسات السابقة.

وفي الاخير تم عرض خاتمة وقائمة المراجع والمصادر المعتمدة في هذه الاطروحة، بالإضافة الى الملاحق الخاصة بأدوات الدراسة وتحكيم اداة الدراسة التي تمت ترجمتها وتكييفها، وملاحق النتائج المتحصل عليها من مخرجات البرنامج المعتمد في الاحصاء.

# الفصل الأول

## الإطار العام للدراسة

## 1. الإشكالية:

تعتبر الأمراض المزمنة من الأمراض التي تدوم لفترات طويلة وتتطور بصورة بطيئة عموماً، مثل أمراض القلب والسكتة الدماغية والسرطان والأمراض التنفسية المزمنة والسكري، وهي في مقدمة الأسباب الرئيسية للوفاة في شتى أنحاء العالم، حيث كان داء السكري في عام 2019، السبب المباشر في حدوث 1.6 مليون حالة وفاة، منها 48 قبل بلوغ سن 70 سنة من العمر. وسبب مرض الكلى الناجم عن داء السكري وفاة 460000 شخص إضافي، وتسبب ارتفاع مستوى الجلوكوز في الدم في حدوث نحو 20% من الوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية. (منظمة الصحة العالمية، 2023)

اهتمت الكثير من العلوم بالصحة والمرض ومن بينها علم نفس الصحة، الذي هو خلاصة الإسهامات النوعية لعلم النفس في مجال التربية الصحية وترقية الصحة والحفاظ عليها والوقاية من الأمراض والذي يهتم بدراسة العوامل السيكولوجية التي تلعب دوراً في ظهور الأمراض وفي الإسراع أو الإبطاء في مسار تطورها. (فاطمة الزهراء زروق 2015. ص 11).

يحدث مرض السكري عند عجز غدة البنكرياس عن إفراز هرمون الأنسولين كلياً أو جزئياً، ويعتبر الأنسولين المفتاح الرئيسي لفتح أبواب الخلايا للجلوكوز الذي يجلب الطاقة إليها، والجلوكوز هو أحد أنواع السكر الناتج عن عملية هضم جزء من الطعام، وهو المسؤول الأول عن تنظيم التمثيل الغذائي للمواد النشوية والسكرية في الجسم، وفي حالة حدوث نقص في كمية الأنسولين أو وجود خلل ما في الأماكن المحددة للأنسولين على جدران الخلايا، تزداد نسبة الجلوكوز (السكر) في الدم مع عدم قدرة خلايا الجسم المختلفة على الاستفادة من السكر الموجود بالدم مما يتبعها إمكانية ظهور أعراض مرض السكري. (منظمة الصحة العالمية. 2023)

وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية للصحة حول مرض داء السكري الى ان هناك (180) مليون شخص ممن يعانون من السكري في جميع انحاء العالم، ومن المرجح أن يزداد العدد الى أكثر من الضعف بحلول سنة (2030) وأن (80) من الوفيات تحدث في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ويشخص سنوياً إصابة (60000) طفل ومراهق على الأقل بالنوع الأول من مرض داء السكري في العالم، وتستمر هذه الاصابات بالارتفاع بنسبة (3-5) كل سنة. (هدى. 2021. ص 25)

إن مضاعفات مرض السكري النتيجة الحتمية لهذا المرض عندما يهمل المريض علاجه، أظهرت الأبحاث أن مستويات الجلوكوز القريبة من المعدل الطبيعي يمكن أن تقلل بشكل كبير من مخاطر مضاعفات مرض السكري لذلك، تهدف الرعاية الحديثة لمرض السكري إلى الحفاظ على مستويات الجلوكوز في الدم بالقرب من المعدل

الطبيعي قدر الإمكان. لذا وجب على مرضى السكري التحكم بوعي في تناول الجلوكوز ومستويات الأنسولين لتجنب ارتفاع مستويات الجلوكوز في الدم. (Mark Peyrot, 1999)

إن الغاية الرئيسية للرعاية الصحية في حالات مرض السكري تتمثل في تحقيق تنظيم فعال لعملية التمثيل الغذائي، بما يشمل السيطرة الفعالة على مستويات السكر في الدم، وذلك بهدف الوقاية من المضاعفات المحتملة. يظهر بوضوح أن نجاح هذه الأهداف يعتمد بشكل كبير على مدى امتثال المريض للخطة العلاجية والتوجيهات الطبية المحددة. والتي تتمثل في الإمتثال العلاجي (therapeutic compliance). الذي عرفه Haynes بأنه مدى توافق سلوكيات الفرد (من حيث تناول الدواء أو مراقبة النظام الغذائي أو تغيير نمط الحياة) مع السلوكيات الطبية أو الارشادات الصحية. (Y. Cottin, 2012.p293)

ووفقاً Blackwell (1976)، و Morris و Schultz (1992)، و Brown و Fitzpatrick (1998)، و Myers و Midence (1998) يمثل الالتزام بتناول الدواء الإمتثال لمجموعة من السلوكيات التي قد لا تشمل الأدوية فحسب، بل أيضاً الأنظمة الغذائية والسلوكيات الصحية الشاملة الموصوفة للمرضى، مثل زيارة الطبيب، أو اتباع نظام غذائي صحي، أو ممارسة الرياضة، أو تجنب التدخين، أو اتباع نمط حياة صحي (TRU'ONG. 2019.p28).

وقد أثبتت الدراسات في مختلف المجالات التي تبحث في تطور مرض السكري عند المصابين به من النوع الأول والنوع الثاني انه الضغوط النفسية من الأسباب التي قد ترفع من مستوى الأعراض وشدها وترتبط بها أمراض أخرى لتصبح مهددة لحياة المريض، (شيلي تايلور. 2008.ص 764)

وقد اهتم الباحثين بدراسة بعض أبعاد ومتغيرات في الشخصية باعتبارها كعوامل الخطورة على الصحة، ومنها ما تأكد ارتباطه وبقوة بالإصابة ببعض الأمراض المزمنة الخطيرة حتى أصبح الحديث شائعا عن سمات من الشخصية، يرتفع بوجودها احتمال الإصابة بالمرض بالمقارنة مع غيرها. ومن بين أهم متغيرات الشخصية التي اهتم الباحثين بشأن العلاقة بينها وبين الصحة، يمكن ذكر ما يسمى بالحبسة التعبيرية، العدائية، العصابية، الاكتئاب، القلق، والانفعالية السلبية. (فاطمة الزهراء الزروق، 2015، ص33). إذ تعتبر العصابية واحدة من أهم الخمس سمات الشخصية في دراسات علم النفس الصحة، حيث أثبت أن الأفراد الذين يتميزون بدرجات عالية من العصابية أكثر عرضة من المعتاد لتقلب المزاج ويواجهون مشاعر مثل: القلق والهم والخوف والغضب والإحباط والشعور بالذنب والمزاج المكتئب والشعور بالوحدة ويستجيبون، بشكل أسوأ للضغوطات ويميلون أكثر إلى تفسير المواقف البسيطة على أنها تهديدات والإحباطات الطفيفة على أنها صعبة وميؤوس منها وغالباً ما يكونون خجولين، وقد يواجهون صعوبة في التحكم برغباتهم وتأجيل إرضائهم.

ويوجد أيضا العدائية حيث يرى جورج كيلى بأن العدائية عند الشخص من الناحية النفسية بأنها رفض قاطع لقبول ما هو واضح. بدلاً من إعادة النظر في رأيه، حيث يحاول الفرد المعادي إجبار أو إقناع العالم بإدارة الأشياء بطريقته الخاصة، بغض النظر عن الجهد أو التكلفة Newman JD، Davidson KW (2011). وتشكل هذه الصفات عوامل خطيرة على الصحة وتأثر على تطور المرض المزمن.

وأثبتت الدراسات عن وجود صلة مباشرة بين الضغوط وضعف السيطرة على السكري ولا تعزى هذه الصلة إلى أية فروق تتعلق بمدى الإلتزام بالعلاج أو بجهود التعامل أو ببرنامج الأنسولين أو الحمية أو التمرين مع أن الضغوط بإمكانها أن تؤثر سلباً على الإلتزام والحمية. (شيلي تايلور، 2008، ص 765)

أشارت تقارير منظمة الصحة العالمية لعام 2003 إلى أن ما يقارب 50% فقط من مرضى الأمراض المزمنة القاطنين في البلدان المتقدمة يتبعون التوصيات المتعلقة بالعلاج، وأن معدل الإلتزام بالعلاج أقل أيضاً في حالات علاج الربو والسكري وارتفاع ضغط الدم. يعتقد بأن أهم العوائق التي تحول دون الاستجابة تتضمن صعوبة النظم العلاجية الحديثة، وتدني الثقافة الصحية، وعدم فهم فوائد العلاج، إضافة إلى حدوث الآثار الجانبية والرضا غير الكافي عن العلاج وتكلفة الأدوية الموصوفة وضعف التواصل أو انعدام الثقة بين المريض ومقدم الرعاية الصحية. (Nghoh LN, 2009)

وفي دراسة قام بها (S Niang et al, 2006) على الإمتثال العلاجي لدى مرض السكري من النوع الثاني. تم تقييم الإلتزام بالعلاج من خلال استبيان تم ملؤه أثناء مكوث المريض في المستشفى بقسم السكري في مستشفى عام فرنسي يضم 450 سريراً. تم تحديد العوامل التي تؤثر على الإمتثال كميّاً مع مراعاة الخصائص الديموغرافية لسكانها، والعلاجات المستخدمة، والبيانات البيولوجية والطبية. كان معدل عدم الإلتزام مرتفعاً وتآزم لحالة المرضى الغير الممتثلين والعكس بالنسبة للممتثلين للعلاج.

## 2. التساؤل العام للدراسة:

ومنه تأتي دراستنا لفهم العلاقة بين الضغوط النفسية وسمات الشخصية بالإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري وذلك من خلال طرح التساؤلات الآتية:

- هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية وسمات الشخصية بالإمتثال العلاجي عند مرضى السكري؟  
ومنه نطرح التساؤلات الفرعية التالية:

- 1- ما مستوى الإمتثال العلاجي عند المرضى المصابين بالسكري؟
- 2- ما مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى السكري؟
- 3- ما مستوى سمة العصابية لدى مرضى السكري؟
- 4- ما مستوى سمة العدائية لدى مرضى السكري؟
- 5- هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري؟
- 6- هل توجد علاقة ارتباطية بين سمة العصابية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري؟
- 7- هل توجد علاقة ارتباطية بين سمة العدائية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري؟
- 8- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الإمتثال العلاجي تعزى الى نوع الجنس (ذكر، أنثى)؟
- 9- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الإمتثال العلاجي تعزى الى نوع السكري (النوع الأول، النوع الثاني)؟
- 10- هل يوجد بعد سائد من بين أبعاد الإمتثال العلاجي لمرضى السكري؟
- 11- هل تساهم الضغوط النفسية وسمات الشخصية (العصابية، العدائية) بالنتيئة عن الإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري؟

## 3. فرضيات الدراسة:

- 1- يوجد مستوى متوسط للإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.
- 2- يوجد مستوى منخفض من الضغوط النفسية لدى مرضى السكري.
- 3- يوجد مستوى منخفض من سمة العصابية لدى مرضى السكري.
- 4- يوجد مستوى منخفض من سمة العدائية لدى مرضى السكري.
- 5- توجد علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.



- 6- توجد علاقة إرتباطية بين سمة العصابية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.
- 7- توجد علاقة إرتباطية بين سمة العدائية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.
- 8- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإمتثال العلاجي تعزى الى متغير نوع الجنس (ذكر، أنثى).
- 9- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإمتثال العلاجي تعزى الى متغير نوع السكري (النوع الأول، النوع الثاني)
- 10- يوجد بعد سائد من بين أبعاد الإمتثال العلاجي عند مرضى السكري وهو بعد الأدوية.
- 11- تساهم الضغوط النفسية وسمات الشخصية (العصابية، العدائية) بالتنبؤ عن الإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.

#### 4. أهداف الدراسة:

- 1- تقييم الإمتثال العلاجي عند المرضى المصابين بالسكري.
- 2- الكشف على مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى السكري.
- 3- الكشف على مستوى العصابية لدى مرضى السكري.
- 4- الكشف على مستوى العدائية لدى مرضى السكري.
- 5- الكشف على نوعية العلاقة الإرتباطية بين الضغوط النفسية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.
- 6- الكشف على نوعية العلاقة الإرتباطية بين سمة العصابية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.
- 7- الكشف على نوعية العلاقة الإرتباطية بين سمة العدائية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.
- 8- التعرف على دلالة الفروق الإحصائية في الإمتثال العلاجي التي تعزى الى متغير نوع الجنس (ذكر، أنثى).
- 9- التعرف على دلالة الفروق الإحصائية في الإمتثال العلاجي التي تعزى الى متغير نوع السكري (النوع الأول، النوع الثاني)
- 10- معرفة البعد السائد من بين ابعاد الإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.
- 11- التعرف على مدى مساهمة الضغوط النفسية وسمات الشخصية في التنبؤ بالإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.

### 5. أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة النظرية فيما ستضيفه الى رصيد تراكمية المعرفة للأدبيات النظرية لمتغير الإمتثال العلاجي والضغوط النفسية سمات الشخصية.

وتكمن أهمية الدراسة في نوع العينة وهم مرضى السكري، التي تواجه تحديات فريدة من نوعها تتعلق بصعوبة التحكم في مستويات السكر في الدم والمضاعفات المحتملة، وهذا يجعلها ملائمة للتحقيق في كيفية تأثير الضغوط النفسية وسمات الشخصية على مستوى تطبيق نظام الرعاية الصحية.

بالإضافة الى أنها تهتم بتحديد نوع العلاقة بين هذه المتغيرات وذلك من أجل الحد من تطور مرض السكري ومضاعفاته. ليرز دور التنقيف الصحي حول قيمة الإمتثال للعلاج لدى مرضى السكري. كما تعتبر هذه الدراسة مرجعية تطبيقية من خلال نتائج الدراسة المتوصل إليها والتوصيات المقترحة ليستفيد منها مصممي برامج التربية العلاجية والتربية الصحية، حول العوامل الخارجية والداخلية المتسببة في تدنى مستوى صحة المرضى، ومنه لبرامج التربية العلاجية لمرضى السكري، دور في وقف تطور المضاعفات لمرض السكري وهذا ما يساهم أيضا في تطوير الآليات التي تعزز من معدلات الإمتثال وتحسين النتائج العلاجية.

### 6. مبررات إختيار الموضوع:

- طبيعة التخصص علم النفس الصحة والتي تفرض على الباحث اختيار احد المواضيع التي تدخل ضمن اهتماماته.

- المساهمة في تخفيف الأعباء الصحية والاقتصادية من خلال تحسين معدلات الإمتثال العلاجي إذا كان المرضى يستجيبون بشكل أفضل للعلاج الموصي به.

- زيادة حاجة مرضى السكري الى للعلاجات النفسية في ظل التحديات والضغوط المعاصرة يشهد العديد من المرضى زيادة في الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب. لذا، من الضروري الاهتمام بفهم كيفية تأثير الضغوط النفسية وسمات الشخصية على تحسين امتثال المرضى للعلاج.

- تعزيز الرعاية الشخصية من خلال فهم كيفية تأثير الضغوط والسمات الشخصية على الإمتثال العلاجي، يمكن المرضى من زيادة وعيهم الشخصي بحالتهم النفسية والتعرف على كيفية التعامل معها بشكل أفضل، مما يؤدي إلى تحسن نوعية حياتهم.

### 7. مفاهيم الدراسة:

• الضغوط النفسية:

إصطلاحا:

وعرف لازاروس وفلوكمان (Lazarus and Folkman، 1984) الضغط النفسي بأنه حالة قلق ناتجة عن أوضاع تتجاوز فيها المسؤوليات والأحداث قدرات الفرد التكيفية، أو علاقة معينة بين الفرد والبيئة، والتي يتم إدراكها من جانب الفرد بوصفها حالة تفوق. مصادره، وقدراته، وتعرضه للخطر. (عدوان، 2014. ص210)

التعريف الإجرائي:

وهي الدرجة الكلية المتحصل عليها من خلال استجابات أفراد العينة على مقياس الضغوط النفسية لمرضى السكري لـ أمل إبراهيم والمستخدم في هذه الدراسة.

• متغيرات الشخصية ذات الخطورة على الصحة:

سلط الدراسات البحثية الضوء على بعض أبعاد الشخصية التي يعتبرها الباحثون عوامل خطورة على الصحة، حيث تبين ارتباطها القوي بالإصابة ببعض الأمراض المزمنة الخطيرة. يصبح الحديث شائعاً حول سمات الشخصية التي ترتبط بشكل كبير بزيادة احتمالية الإصابة بالأمراض بالمقارنة مع غيرها من السمات. تعد متغيرات الشخصية الرئيسية، التي شغلت اهتمام الباحثين في دراسة العلاقة بينها وبين الصحة، هي الحبسة التعبيرية، والعدائية، والعصابية، والاكتئاب، والقلق، والانفعالية السلبية.

(فاطمة الزهراء الزروق، 2015، ص33)

• سمة العصابية:

إصطلاحا:

حسب (McCrae and Costa) 1985 العصابية هي الميل إلى تجربة المشاعر السلبية مثل الحزن أو القلق، بالإضافة إلى تقلبات المزاج أولئك الذين يسجلون درجات عالية في العصابية يميلون إلى القلق أو اجترار الكثير ويكونون عرضة لأذى مشاعرهم بسهولة.

التعريف الإجرائي:

وهي الدرجة الكلية المتحصل عليها من خلال استجابات أفراد العينة على مقياس العصابية لـ إزناك والمستخدم في هذه الدراسة.

• سمة العدائية:

• إصطلاحا :

بيرفوت ولييكوس (1994)، يعرفان العداً بأنه ظاهرة متعددة الأوجه تشمل عادة العناصر المعرفية مثل (المواقف والمعتقدات السلبية عن الآخرين)، والعاطفية مثل (الغضب والمشاعر السلبية مثل الازدراء)، والسلوكية (العدوانية بدرجات متفاوتة من الشدة).  
(Pavel N. Ermakova 2016.p10834-10835)

#### التعريف الإجرائي:

وهي الدرجة الكلية المتحصل عليها من خلال استجابات أفراد العينة على مقياس سمة العدائية لـ كوك وميدلي المستخدم في هذه الدراسة.

#### الإمتثال العلاجي:

#### ● اصطلاحاً :

من رؤية بيولوجية نفسية إجتماعية أكثر حداثة، يقترح Sabaté ومنظمة الصحة العالمية تعريفاً جديداً للالتزام بمدى توافق سلوك الشخص عند تناول الدواء، واتباع نظام غذائي و/أو تنفيذ تغييرات في نمط الحياة بشكل متسق. مع التوصيات المتفق عليها مع أخصائي الرعاية الصحية.  
(Foley. 2018. P5)

#### التعريف الإجرائي:

وهي الدرجة الكلية المتحصل عليها من خلال استجابات أفراد العينة على مقياس لامنتثال العلاجي لـ Françoisi M.Mai وجماعته والمستخدم في هذه الدراسة.

# الفصل الثاني الإمتثال العلاجي

## تمهيد

تعتبر الرعاية الصحية والعلاج جوانباً أساسية في حياة الإنسان، حيث تساهم في الحفاظ على صحته ورفاهيته. ومع تطور المجتمعات والتكنولوجيا، أصبح من الممكن توفير علاجات فعّالة للعديد من الأمراض. ومع ذلك، يبقى الإمتثال العلاجي، عاملاً مؤثراً بشكل كبير في نجاح العلاج وتحسين نوعية الحياة خاصة في الأمراض المزمنة. يأخذ الإمتثال العلاجي أهمية خاصة في مرض السكري، سواء كان من النمط الأول أو النمط الثاني، حيث يتطلب إدارة دقيقة وعناية شخصية مستمرة. ويعتبر الإمتثال ركيزة أساسية لتحقيق استقرار الحالة الصحية ومنع تفاقم المضاعفات والمشكلات النفسية. إلا أنه تحقق الإمتثال يتأثر بعدة عوامل مثل الضغوط النفسية وسمات الشخصية، التي قد تكون بمثابة عائق في تكيف المريض والتزامه بالسلوكيات الصحية. أو قد تساعد على تقليل مستويات التوتر وزيادة القدرة على إتخاذ قرارات مناسبة في وجه تحديات المرض. من خلال هذا الفصل سنقوم بالإطلاع أكثر على الإمتثال العلاجي والنماذج المفسرة له، والعوامل المؤثرة. والى الضغوط النفسية والنظريات والنماذج النظرية التي تناولتها.

**Health behavior : السلوك الصحي:**

يتكون نمط حياة الأفراد من مجموعة السلوكيات التي يخرطون فيها بشكل قصدي لتحقيق حالة صحية جيدة، وللحفاظ عليها، بالإضافة إلى التصرفات التي من شأنها أن تضمن الوقاية من الأمراض، ولذلك لم تعد التصرفات الإيجابية تشمل فقط أداء السلوكيات الصحية فقط، مثل التوقف عن التدخين أو تناول العقاقير أو تحسين النظام الغذائي أو ممارسة التمرينات الرياضية بشكل منتظم، لكنها أيضا تشمل أداء السلوكيات الوقائية.

لذا فالسلوك الصحي هو التصرف المؤدي إلى تأثير (إيجابي أو سلبي) على صحة الفرد. إهتم الكثير من الباحثين في مجال علم النفس الصحة بالسلوك الصحي، أو بشكل أكثر تحديداً اكتشاف وسائل لتشجيع الأفراد على ممارسة السلوكيات الصحية الإيجابية. (رودهام. 2009. ص23-24)

ومنه يمكن لنا أن نعتبر الإمتثال للعلاج سلوكاً صحياً يهدف إلى تحقيق حالة صحية والحفاظ عليها، بالإضافة إلى تعزيز الوقاية لتجنب تطور المضاعفات خاصة في مرض السكري المزمن، والذي يتطلب إدارة مستمرة ورعاية صحية مستدامة. قد أصبح مرض السكري يشكل تحدياً كبيراً للصحة العامة والنظام الصحي. ومن هنا، يتضح أن الإمتثال للعلاج لدى مرضى السكري ليس مجرد تطبيق نصائح طبية، بل هو نمط حياة يهدف إلى الحفاظ على صحة الجسم والعقل. وبالتالي، يلعب الشخص المصاب بالسكري دوراً أساسياً في إدارة حالته الصحية وتعزيز رفاهيته من خلال تبني السلوكيات الصحية وتحقيق توازن دائم بين الرعاية بالنفس والإلتزام بالعلاج والتحكم في المتغيرات الحياتية، أو الرعاية الذاتية والرعاية الطبية.

**1. مفهوم الإمتثال العلاجي****- مفهوم الإمتثال العلاجي (therapeutic compliance)**

\* عرفته منظمة الصحة العالمية" الدرجة التي يتوافق بها سلوك الشخص مع التوصيات المتفق عليها من مقدم الرعاية الصحية (L Fisher. 2019.p807)

هناك بعض المصطلحات المرتبطة بمصطلح الإمتثال وهو مصطلح الإلتزام والذي استعمل منذ (1975) في المعجم الطبي وفي الأعمال الإنجليزية، حيث ارتبط استعمال هذا المصطلح ضمناً بالصورة النمطية للمرضى السيئين الذين لا يريدون أو لا يستطيعون الخضوع للوصفات الطبية. (سمية عليوة وآخرون. 2022. ص241) -ويعرف أيضاً: الإمتثال للعلاج أو الإلتزام للأدوية. الدرجة التي يتناول بها المرضى الأدوية الموصوفة كما هي موصوفة. (Sangeeta Tandon. 2015.p130)

-أعطي قاموس "ستيدمان الطبي" مصطلحات الإمتثال والإلتزام التعاريف التالية:

"الإلتساق والدقة التي يتبعها المريض للنظام الموصوف من قبل الطبيب أو غيره من المهنيين الصحيين ومدى إستمرار المريض في أسلوب العلاج المتفق عليه"

\* وفي رؤية بيولوجية نفسية إجتماعية أكثر حداثة، يقترح Sabaté ومنظمة الصحة العالمية تعريفاً جديداً للإلتزام بمدى توافق سلوك الشخص عند تناول الدواء، وإتباع نظام غذائي و/أو تنفيذ تغييرات في نمط الحياة بشكل متسق. مع التوصيات المتفق عليها مع أخصائي الرعاية الصحية، ويضيف McLean, Moffett Gardiner, Jack (2010) أنها متعددة الأبعاد ويمكن تفسيرها في العلاج الطبيعي على أنها حقيقة التواجد للعلاج، أو إتباع النصائح أو الأداء. التمارين الموصوفة بشكل صحيح (الأداء والتكرار). ويشير هذا إلى الإستثمار النشط والتطوعي من قبل المريض في علاجه. والى التعاون بين المريض والمعالج، حيث تحدد علاقة الشراكة والتواصل لتحقيق هذا الإلتزام. (Foley. 2018.p5)

## 2. العوامل المؤثرة على الإمتثال العلاجي:

لسنوات طويلة كان التركيز في تفسير مشكلة الإمتثال العلاجي على العوامل أحادية البعد وهي المتعلقة بالمريض. نظراً لأنه المسؤول الأول على إدارته الذاتية لمرضه المزمن. إلا أنه مع تطور الدراسات والأبحاث ومن وجهة نظر علم النفس الصحة، كان ولا بد من النظر إلى مشكلة الإمتثال العلاجي بأنها ظاهرة تتأثر بمجموعة من الأبعاد المتفاعلة. وبهذا سنستعرض العوامل المؤثرة حسب تقرير منظمة الصحة العالمية (2003) بحيث تقسم العوامل المؤثرة على الإمتثال العلاجي إلى خمسة أبعاد رئيسية ولا بد من مراعاة جميع هذه الأبعاد منها العوامل الإجتماعية والإقتصادية، العوامل المتعلقة بفريق الرعاية الصحية والعوامل المتعلقة بالنظم الصحية، والعوامل المرتبطة بالعلاج، والعوامل المرتبطة بالحالة والعوامل المتعلقة بالمريض.

ولتحسين الإمتثال العلاجي للمرضى لابد من مراعاة هذه العوامل من أجل ضبط التدخلات الهادفة في تحسينه.

### - العوامل المتعلقة بالمريض:

تتمثل العوامل المتعلقة بالمريض في موارده المعرفية والمواقف والأحداث التي صادفته عبر مراحل نموه المختلف، ومعتقداته وتصوراتهِ وتوقعاته. تتفاعل معرفة المرضى ومعتقداتهم حول مرضهم، والدوافع لإدارته لمرضه، والثقة من خلال كفاءته الذاتية. وفي قدرتهم على الإنخراط في سلوكيات إدارة المرض، والتوقعات المتعلقة بنتائج العلاج وعواقب ضعف الإلتزام، ويوجد عوامل أخرى متعلقة بالمريض. التي تؤثر على الإلتزام مثل النسيان. الضغوط النفسية، المخاوف بشأن الآثار الضارة المحتملة الدافع المنخفض، عدم كفاية المعرفة والمهارة في إدارة أعراض المرض وعلاجه، عدم وجود حاجة مدركة للذات للعلاج، نقص التأثير الملحوظ للعلاج، المعتقدات السلبية بشأن فعالية العلاج. عدم الثقة



في التشخيص. عدم إدراك المخاطر الصحية المتعلقة بالمرض، سوء فهم تعليمات العلاج، توقعات علاج منخفضة، اليأس والمشاعر السلبية. الإحباط من مقدمي الرعاية الصحية، القلق من تعقيد نظام الدواء، والشعور بالوصم من المرض قد يؤثر الخوف أيضا على إمتثال المرضى، هذه المخاوف بسبب الأدوية وتعطيل نمط الحياة. إنها مرتبطة بالآراء السلبية حول الأدوية ككل والشكوك بأن الأطباء يفرطون في وصف الأدوية.

(Eduardo Sabaté. 2003.p28)

ومع ذلك، يعتبر بعض الباحثين عدم الإمتثال آلية دفاع ضد المرض. وبالتالي، فإن حقيقة أن المريض قرر طواعية التوقف أو عدم تناول العلاج المقدم له، يمكن تفسيره على أنه شكل من أشكال إنكار المرض، وبهذا فهو عبارة عن رد فعل تقاديا للخطر والذي يذكره به العلاج. كونه عنصر يعيد تنشيط فكرة المرض الذي يفضل نسيانه. (MABIKA, 2016)

#### - العوامل المرتبطة بالمرض:

تمثل العوامل المتعلقة بالمرض والتي يواجهها المريض. منها شدة الأعراض، ومستوى الإعاقة (الجسدية والنفسية والإجتماعية والمهنية)، ومعدل تطور المرض وشدته، وتوافر العلاجات الفعالة. ويكون تأثيرها على إدراك المرضى للمخاطر، وأهمية إتباع العلاج، وتعتبر الأمراض المصاحبة، مثل الاكتئاب (في مرض السكري)، وتعاطي المخدرات والكحول، من العوامل الهامة المؤثرة على سلوك الإمتثال. (Eduardo Sabaté. 2003.p28)

إضافة إلى ذلك إن العديد من المضاعفات الخاصة بمرض السكري مثلا لا تظهر بوضوح قبل 15-20 سنة من الإصابة بالسكري، لذلك فإن انعدام المضاعفات في البداية أو عدم ظهورها بصورة واضحة يؤدي الى عدم زرع الخوف في نفوس المرضى وتقيدهم بالعلاج والنصائح. وبهذا فإن المريض لا يشعر بالأعراض وبأخطائه تجاه صحته ونفسه. فمن النادر والغير عادي أن ينتكس المريض عن قصد. (تايلور. 2008.ص782)

#### - العوامل المتعلقة بالعلاج:

هناك العديد من العوامل المرتبطة بالعلاج والتي تؤثر على الإمتثال ، منها مدة العلاج، نوع التعبئة أو تقديم الأدوية وفشل العلاج السابق، والتغييرات المتكررة في العلاج، والآثار الايجابية، والجانبية، ومدى توفر الدعم الطبي للتعامل معها. وبهذا فإنه يجب تصميم تدخلات الالتزام وفقاً لاحتياجات المريض من أجل تحقيق أقصى قدر من التأثير. (Eduardo Sabaté. 2003.p28)

يتأثر إمتثال المرضى للعلاج أيضا بالبرنامج العلاجي وبمستوى معرفة المريض بمرضه، فالكثير من المرضى لا يمتلكون المعلومات الكافية حول فوائد الجلوكوز واستخدامه، وضبط التمثيل الغذائي بالأنسولين. وقد لا يدرك المريض المبررات الحقيقية لما يفعله أو لا يفعله. كما أن المرضى الذين لا يشعرون بمخاطر المرض بصورة كافية،

يظهرون سيطرة ضعيفة على مستوى التمثيل الغذائي. مما يعطي دلالة على دور التنقيف الصحي في السيطرة على المرض. (تايلور، 2008.ص768)

#### - العوامل الإجتماعية والاقتصادية:

بعض العوامل التي تم الإبلاغ على أنه لها تأثير كبير على الالتزام هي: سوء الحالة الإجتماعية والاقتصادية، والفقر، والأمية، وانخفاض المستوى التعليمي، والبطالة، ونقص شبكات الدعم الاجتماعي الفعالة، وظروف المعيشة غير المستقرة، والمسافة الطويلة من المنزل إلى مركز العلاج، وارتفاع تكلفة النقل، وارتفاع تكلفة الأدوية، والثقافة والمعتقدات حول المرض والعلاج، والصراعات والمشاكل الأسرية.

كما أن العمر هو عامل يؤثر على الالتزام يتراوح التزام المراهقين بالعلاج 43% على الرغم من قدرة المراهقين على التمتع بقدرة أكبر من الاستقلالية في إتباع توصيات العلاج، إلا أنهم يعانون من احترام الذات وصورة الجسد وتعريف الدور الاجتماعي والقضايا المتعلقة بالأقران. قد يعكس ضعف الالتزام لدى المراهقين. والتمرد ضد سيطرة النظام على حياتهم.

ويمثل كبار السن 6.4% من سكان العالم. يعاني العديد من المرضى المسنين من أمراض مزمنة متعددة، والتي تتطلب علاجاً طويلاً معقداً للوقاية من الضعف وتدهور حالتهم، إضافة إلى ذلك، فإن انتشار الإعاقات المعرفية والوظيفية لدى المرضى المسنين يزيد من خطر ضعف الالتزام. (Eduardo Sabaté. 2003.p28)

وجد (Thiéno et a 2010) ارتباطاً بين عدم الالتزام والفقر يتجلى من خلال مؤشرات عدم الاستقرار، مثل عدم سهولة الوصول إلى المرافق الصحية، والعيش في مناطق غير ساحلية، والعيش في عزلة جغرافية ومالية، والعيش في مناطق ريفية أو شبه حضرية. (MABIKA 2016.p40)

#### - فريق الرعاية الصحية والعوامل المتعلقة بالنظام:

إن العلاقة الجيدة بين المريض ومقدم الخدمات الصحية قد تؤدي إلى تحسين الالتزام، إلا أن هناك العديد من العوامل التي لها تأثير سلبي، وتشمل هذه العوامل، ضعف تطور الخدمات الصحية، ونظم توزيع الأدوية السيئة، ونقص المعرفة والتدريب لمقدمي الرعاية الصحية بشأن إدارة الأمراض المزمنة، ونقص الحوافز وردود الفعل على الأداء، والاستشارات القصيرة، ضعف النظام الصحي على تنقيف المرضى ومتابعتهم، ونقص المعرفة حول الالتزام والتدخلات الفعالة لتحسينه.

كما أن العلاقة العلاجية بين المريض والطبيب المختص التي تبنى على الرضا، والثقة المتبادلة، والاحترام المتبادل، والاستماع إلى المريض، ومنح المريض وقت مخصص، وتحديد الأهداف المشتركة له تأثير على الإمتثال الجيد. (MABIKA 2016.p41-42)

تعتبر هيبة الطبيب وشخصيته القوية لها تأثير كبير على غرس الالتزام لدى المريض، حيث يصبح المريض على استعداد لقبول نصائح الطبيب بصدق، ويستطيع الطبيب، بما يتمتع به من علاقة خاصة بمريضه وما يوفره من خصوصية، ان يتعمق في البحث عن أسباب ما يمكن أن يبديه المريض من مقاومة وتردد تجاه العلاج والنصائح. فإن عرف الطبيب كيف يدخل الى قلب المريض وأسراره فسوف يفتح المريض على طبيبه، يبوح له بما يقلقه. (تايلور، علم النفس الصحي، 2008. ص782)

### 3. النماذج النظرية المفسرة للإمتثال العلاجي:

تعتبر النماذج النظرية المفسرة للإمتثال العلاجي إطاراً نظرياً لفهم العوامل والعلاقات التي تؤثر على سلوكيات المرضى في إتباع العلاجات الصحية. تهدف هذه النماذج إلى تحليل وتفسير العمليات المعقدة التي تؤدي إلى القرارات المرتبطة بالإمتثال أو التراخي على إتباع العلاج بصورة صحيحة. تنبثق هذه النماذج من تحليل دقيق للعوامل النفسية والإجتماعية التي تتداخل لتشكيل معايير السلوك الصحي.

ولفهم أعمق وتفسير أقرب لواقع المرضى في تبنيهم للسلوك الصحي وتحليل مكوناته، تعتبر هذه النماذج نهجاً يساعد في تحسين استراتيجيات الرعاية الصحية. من خلال تطبيق هذه النماذج، يمكن لمقدمي الرعاية الصحية أن يحصلوا على رؤى أعمق حول العوامل التي تؤثر على إتباع المرضى للعلاج، وبالتالي تحسين توجيهه والدعم المقدم لهم.

تعددت الأسباب والدوافع التي تقف وراء تبني الأفراد للسلوكيات الصحية والوقائية او السلوكيات ذات الخطر على الصحة، وفقاً للعديد من الباحثين ودراساتهم، تُظهر النتائج أن هناك العديد من المعطيات والعوامل النفسية والمعرفية التي شكلت محتوى النظريات والنماذج المختلفة المستخدمة لتفسير العلاقة بين السلوك والصحة. (الزروق، 2015. ص20-21)

- تنقسم النظريات المفسرة لسلوك الإمتثال العلاجي إلى نمطين رئيسيين:

1. النمط الأول مرتبط بالنظريات المفسرة للإمتثال العلاجي.

2. النمط الثاني مرتبط بالنماذج النظرية المفسرة لتبني الأفراد للسلوكيات الصحية والوقائية.

- النمط الأول: اقترح أندرسون (1993) ثلاث فرضيات بديلة على الأقل لشرح سبب فشل المرضى في

الإمتثال للعلاج:

\* الفرضية الأولى:

وهي أن المعتقدات الثقافية للمريض تُشكل عائقاً أمام الالتزام بالعلاج. ووفقاً لهذا الاقتراح، يجب أن يكون الممارس ذو تأهيل ثقافي للتفاوض على خطة علاج متوافقة مع ثقافة المريض ومقبولة من قبله.

\* الفرضية الثانية:

يعتقد بعض الباحثين أن عدم الالتزام بالعلاج يمكن أن يكون بسبب عوائق مثل نقص الأموال وضيق الوقت، وسوء فهم العلاج المقترح، بالإضافة إلى فشل الممارس الطبي في التحقق من فهم المريض للعلاج. ويبدو أن هذه الحواجز وغيرها من العوائق المماثلة تكون شائعة عبر الثقافات.

\* الفرضية الثالثة:

وفقاً لهذه الفرضية، يُعتبر نظام الرعاية الصحية منظماً لصالح ثقافة الأغلبية. ويُشار بهذا الاقتراح إلى أن سبب عدم التزام المرضى يكمن في مجموعة معقدة من النظم الاجتماعية والسياسية والاقتصادية. ومنه يمكن أن يتسبب في عدم تلبية إحتياجات الأقلية الثقافية بشكل كامل، وبالتالي، يمكن أن يؤدي إلى عدم الالتزام من قبل المرضى. (Evans. 2001.p120)

### - النمط الثاني: يتعلق بالنماذج النظرية المفسرة للسلوكيات الصحية:

تستند هذه النماذج على مجموعة من الفروض والمفاهيم التي تساعد في تفسير سلوكيات الأفراد فيما يتعلق بصحتهم. تتنوع هذه النماذج من حيث التوجهات والمقاربات، وتركز على عوامل مختلفة مثل الاعتقادات والتحفيز والعواطف والظروف البيئية. وتُعتبر هذه النماذج أداة قيمة للباحثين والممارسين الصحيين لفهم أسباب السلوك الصحي وعدم الالتزام بالعلاج والعمل على تطوير استراتيجيات تحسين الصحة وزيادة معدلات الالتزام بالعلاج لدى المرضى.

### 3. 1. نظرية القناعة الصحية (HEALTH BELIEF MODEL):

اقترح هذا النموذج روزنستوك (Rosenstock 1974) يقوم هذا النموذج على فكرة أن الالتزام بممارسة السلوك الوقائي يرتبط بمقدار ما يمكن أن يجنيه الفرد من فوائد، يتوقع أن تعود بالإيجاب على صحته. ولهذا فإن عملية الدخول في نشاطات سلوكية صحية معينة (كالإمتثال للعلاج)، تمر أولاً بتحديد سلبيات وإيجابيات هذه النشاطات لتقدر من خلالها احتمالات الوقوع في مشكلات صحية، فيختار الفرد بعدها إما تنفيذ تلك السلوكيات وإما التخلي عنها. (الزروق، 2015، ص 20-21)

وحسب Rosenstock، إن تصور وجود تهديد للصحة الشخصية يتأثر في حد ذاته بثلاثة عوامل على الأقل قيم الصحة العامة، والتي تشمل القلق بشأن الصحة: معتقدات محددة حول الضعف الشخصي تجاه اضطراب معين: والمعتقدات حول عواقب الاضطراب. مثل ما إذا كانت خطيرة على سبيل المثال، قد يغير الأشخاص نظامهم الغذائي

ليشمل الأطعمة منخفضة الكوليسترول إذا كانوا يقدرون الصحة. ويشعرون بالتهديد من احتمالية الإصابة بأمراض القلب. ويدركون أن خطر الإصابة بأمراض القلب شديد على سبيل المثال.

(TAYLOR. 2010.p702)

وفقاً لنظرية أتكينسون (Atkinson)، عند تطبيق هذه النظرية على السلوك الصحي، يظهر أن الدافع المطلوب لتحقيق النجاح أو تجنب الفشل يتمثل في السعي نحو الشفاء أو تجنب المرض. وتكمن قيمة الحافز لتحقيق الهدف في رغبة الشخص الحقيقية في البقاء في حالة صحية جيدة، والتقدير الذاتي للشخص بإمكانية نجاحه في تحقيق الهدف. ويتمثل ذلك في اعتقاده في سلوك يفترض نموذج (Rosenstock) أن الناس عادة لا يحاولون اتخاذ إجراءات الوقاية من المرض أو مقاومته إلا إذا كان لديهم حد أدنى من الدوافع الصحية والثقافية الصحية، واعتبروا أن احتمال تعرضهم للمرض وتهديده لهم هو احتمال قائم، وبالتالي يقتنعون بجدوى محاولة الوقاية والعلاج.

(دليلة زناد. 2017ص8)

ويرى كل من جانز وبيكر (Janz and Becker, 1984) أن نموذج القناعة الصحية يركز على مجموعة من المسلمات القاعدية الضرورية لتنفيذ السلوك الصحي، والتي تلتقي كلها حول فكرة إدراك الصحة على أنها قيمة لها أهميتها وأن الحفاظ عليها مرهون بمدى قبول الفرد للإلتزام بالنشاطات التي تقود إلى ذلك. ويشير الباحثان إلى أن هناك خمس متغيرات تتحكم في تبني السلوك الصحي وهي:

\* الخطر العام المدرك على الصحة.

\* شدة خطورة بعض الأمراض.

\* الإعتقاد الذاتي بوجود فوائد متوقعة جراء ممارسة السلوك الصحي الوقائي.

\* الإعتقاد الذاتي بارتفاع احتمالات الإصابة بالمرض في حال التخلي عن ممارسة السلوك الصحي الوقائي.

\* وجود دوافع داخلية معززة للسلوك الوقائي (كظهور أعراض مرضية مثلاً) وأخرى خارجية كالإرشادات الطبية

العامة المتناولة في وسائل الإعلام والإشهار المختلفة. (الزروق. 2015.ص20-21)

### 3. 2. نظرية الدافع إلى الحماية: (PMT) (Protection Motivation THEORY)

قدم روجرز (Rogers, 1983) هذه النظرية بعد دراسة قام بها بهدف معرفة أثر إستعمال الخوف في مواضيع الإشهار على تغيير الاتجاه. تركز هذه النظرية على الإعتقادات، حيث تفسر تبني الأفراد للسلوكات الصحية الوقائية يعتمد على ما يتوقعه الفرد من فوائد جراء السلوك الذي سيقوم به أو يمارسه. غير أنها تضيف إلى الإعتقادات مفهومًا

آخر وهو الدافع إلى الحماية (Protection Motivation)، وترى أن الدافع إلى الحماية ينتج عن نوعين من العمليات المعرفية: تقدير الخطر (Threat Appraisal)، وتقدير مواجهة ذلك الخطر (Coping Appraisal). وينتج الدافع إلى الحماية عن عملية المقارنة بين الشدة المدركة لخطورة المرض وتقدير مدى الإستعداد للإصابة به، وبين القدرة على مواجهة ذلك الخطر أو التهديد، والقدرة المدركة على ممارسة السلوك الوقائي بناء على توقع مستوى من الفعالية الذاتية على أداء السلوك المناسب. (الزروق، 2015. ص20-21)

### 3. 3. نظرية السلوك المخطط له: OF PLANNED BEHAVIOUR THEORY:

تبنى نظرية السلوك المخطط على نظرية الفعل المبرر، التي تطوره من خلال "ازجن" و"فيشبن" Fishbein, Ajzen (1970-1980). وقد افترضت نظرية الفعل المبرر أن السلوك يمكن التنبؤ به من خلال مقصد الشخص في الإنخراط في سلوك معين، ويتشكل هذا المقصد من خلال إتجاه الفرد نحو السلوك وإدراكه للمعيار الإجتماعي. وتعتمد على فكرة إدراك التحكم السلوكي، مدى اعتقاد الفرد بضرورة التحكم في سلوك محدد. (شويخ. 2009. ص66)

ومنه وفقا لنظرية السلوك المخطط (Ajzen & Madden. 1986) فإن السلوك الصحي هو النتيجة. المباشرة لنية سلوكية. تتكون النوايا السلوكية من ثلاثة مكونات المواقف تجاه الفعل المحدد. المعايير الذاتية فيما يتعلق بالعمل. والسيطرة السلوكية المتصورة.

**المواقف إتجاه العمل:** تشمل المعتقدات حول النتائج المحتملة للعمل وتقييمات تلك النتائج المعايير الذاتية: هي ما يعتقد الشخص أن الآخرين يجب أن يفعله (المعتقدات المعيارية والدافع للامتثال لتلك المعتقدات أو المعتقدات الأصلية).

**التحكم السلوكي المدرك:** عندما يشعر الفرد بأنه قادر على أداء الإجراء وأن الإجراء المتخذ سيكون له التأثير المقصود

هذا المكون للنموذج مشابه للفعالية الذاتية. تتحد هذه العوامل لإنتاج نية سلوكية، وفي النهاية تغيير السلوك. (TAYLOR. 2010.p702)

### 3. 4. نموذج التسيير الذاتي: (SELF REGULATION)

إنطلق نموذج التسيير الذاتي لصاحبه ليفنتال (Leventhal, 1992) من مجموعة دراسات حول إستجابات الخوف لدى الأفراد، الناتجة عن معرفة الإنعكاسات السلبية للسلوك المشكل، مثل التدخين. هدفه هو فهم مختلف

العوامل المساهمة في بناء التصور المعرفي والإنفعالي للمرض الذي يواجه الفرد، لتبنيه لسلوكات صحية والحفاظ عليها. يقوم هذا النموذج على ثلاثة أسس قاعدية:

- الأساس الأول: أن الفرد عامل نشط وفَعَال في حل مشكلته، حيث يعمل على تقليص الهوة بين وضعيته الحالية والحالة التي يصبو إليها، من خلال تقليص المسافة بين الذات الواقعية والذات المثالية، حسب نظرية كارل روجرز (Carl Rogers).

- الأساس الثاني: أن التصور المعرفي والإنفعال بالتهديد وخطر المرض يساعد على التكيف وتقييم مخطط العمل.

- الأساس الثالث: يشير إلى أن هذا التصور يتعلق بكل فرد على حدى، وقد يكون غير ممثل للحقيقة الطبية. ويتضمن نسق تسيير سلوكات الصحة حسب هذا النموذج أربع مراحل هي:

1. التزويد بالمعلومة واستخلاصها من المحيط.

2. تكوين تصور حول تهديد المرض.

3. التمثيل الذهني لتقنيات المقاومة (Coping).

4. التقييم (Evaluation). (دليلة زناد، 2017).

بإسقاط هذا النموذج على مرض السكري ومدى التزام المرضى بسلوكيات الإمتثال للعلاج، من خلال دراسة Chas Skinner (2002)، يفترض هذا النموذج أن التمثيل المرضي للفرد أو النموذج الشخصي للمرض هو المحدد القريب لسلوك التأقلم. في البالغين المصابين بداء السكري، حيث كانت المعتقدات حول فعالية العلاج والعواقب المتصورة وخطورة مرض السكري تنبئاً بالإدارة الذاتية للنظام الغذائي والتمارين الرياضية، مع كون معتقدات فعالية العلاج مؤشراً أفضل مضاعفات التي تحول دون الالتزام. (T. Chas Skinner, 2002).

### 3. 5. نموذج الإمتثال الصحي: (COMPLIANCE MODEL HEALTH)

لقد بلور هذا النموذج HIEIBY et Carlston (1996) ويهدف الى تفسير السلوكيات المتعلقة بإتباع المعالجة الطبية، بمعنى آخر الطريقة التي يعيش بها العميل ويستشعر بإمتثال للعلاج من خلال تأثير هذا الأخير على حياته. ويتضمن هذا النموذج دراسة وتحليل ثلاث أنماط من المتغيرات:

- المتغيرات السابقة أو الوضعية التي تحتوي على عدة جوانب.
- خصائص المعالجة (المقادير) الذوق، اللون، تعقد طريقة تناول الادوية.

- نوعية التعليمات المقدمة (طبيعة وأهداف المعالجة. التناسب مع نمط الحياة، شكل التعليمية، كتابي، ولفظ تلاؤم الاتصال اللفظي والكتابي، سهولة وقراءة التعليمات).
- متابعة العميل (عدد المعاينات).
- السند الاجتماعي، العائلي.
- نوعية العلاقة بين المريض والمعالج.
- العوامل الفردية الذاتية التي تتضمن إدراك العميل لوضعية المرض بمعنى معتقداته وإدراكاته فعالية المعالجة التكلفة المدركة، الخطورة المقدره ودرجة الرضا.
- الانعكاسات التي تعني المكاسب والصعوبات التي تكون ناتجة عن العوامل الفردية الذاتية أو الإمتثال للعلاج في حد ذاته وتأخذ هذه المكاسب عدة أشكال، فقد تكون مكاسب إجتماعية (التقدير الإجتماعي. والسند الإجتماعي) ومكاسب ذاتية (تحسن الحالة الصحية وإنخفاض درجة تغيير الأعراض) ومكاسب مالية (ريح اقتصادي بعد التوقف عن السلوكات الغير صحية وتجنب زيارة الطبيب بسبب المضغفات).
- وتكون الصعوبات على ذات الأشكال منها: الصعوبات الجسدية (تدهور الحالة، حدة المضاعفات الجانبية) والصعوبات المالية (التكلفة المالية للمعالجة) والصعوبات الإجتماعية السند الإجتماعي، التوقف عن العمل.
- (بزارى، 2011ص605)

### 3. 6. النموذج البيو نفس إجتماعي: (BIOPSYCHOSOCIAL MODEL)

نشر عالم الأمراض والطبيب النفسي الأمريكي جورج أنجل (1913-1999) ورقته البحثية في Journal Science بعنوان "الحاجة إلى نموذج طبي جديد: تحدٍ للطب الحيوي" إدخال مصطلح النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي. هذا النموذج المبني على نتائج دراسات إنجل في التهاب القولون التقرحي والاكنتاب والألم النفسي، شكل تحدياً للطب الحيوي والنموذج الطبي الحيوي. تضمنت المبادئ الأساسية للنموذج الأبعاد البيولوجية والنفسية والاجتماعية لحياة الشخص وتصور أن الشخص يعاني ككل وليس كأعضاء منعزلة.

(Papadimitriou. 2017.p109)

يستند "Engel" إلى افتراضات جوهرية تقرض أن الصحة والمرض هما نتيجة تفاعل العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية. إذ يؤكد نموده أن الصحة والمرض لا يمكن فهمهما بشكل منفصل، بل تعتمدان على تفاعلات معقدة بين الأبعاد البيولوجية والنفسية والاجتماعية للفرد.



يعتمد هذا النموذج على نظرية النظم العامة، حيث يتم تنظيم العلوم حول تسلسل هرمي للأنظمة. يتم تنظيم التسلسل الهرمي للأنظمة حول مستويات التنظيم، وأدناها هي الأجزاء دون الذرية، وهناك تقدم للأعلى من خلال مستويات 1 أعلى مثل الجزيء والخلية والعضو والشخص والزوجين والمجتمع والمحيط الحيوي. يعتمد كل مستوى من مستويات النظام على الآخرين، ولا يتمتع أي منها بأولوية وظيفية على المستويات الأخرى، يوفر التسلسل الهرمي للأنظمة وسيلة لتصوير التبعية الملحوظة في كثير من الأحيان بين المستويات البيولوجية والنفسية والاجتماعية للتنظيم. (John Z. Sadle. 1992.p1315)

يشير الجانب النفسي إلى الدور الذي تلعبه المعرفة والإنفعالات والمعتقدات والشخصية مثل تأثير المزاج الشخصي ومعتقدات وتوقعات الشخص على ردة فعله تجاه حدث ما، أما الجانب البيولوجي فيشير إلى الدور الذي تلعبه العوامل البيولوجية في الظواهر في حين يشير الجانب الاجتماعي الثقافي إلى دور البيئة الاجتماعية للفرد وثقافة ومحيطه في ظاهرة محددة. (سارة بخوش، 2021.ص609)

وبما أن مرض السكري وهو من الأمراض المزمنة التي تتطلب رعاية صحية معقدة نوعاً ما، نظر لتداخل عدة عوامل متحركة في تحقيق نظام الرعاية الصحية لمريض السكري. فالنموذج البيونفسي اجتماعي يفسر لنا كيفية تفاعل هذه العوامل وتأثيرها على مريض السكري. ومنه فإن نموذج "جورج انجل" يفسر لنا من خلال مبادئه كيفية تحكم مرضى السكري في التمثيل الغذائي من خلال عمليات نفسية فيزيولوجية أو اجتماعية فسيولوجية وبصورة غير مباشرة عن طريق الإمتثال العلاجي أو عدم الإمتثال بنظام الرعاية الصحية. أو من خلال تفاعل الضعف البيولوجي لمريض السكري مع العوامل النفسية والاجتماعية للسيطرة على مرض السكري. فالمريض ليس مجرد مجموعة من الأعراض البيولوجية، بل هو كيان شامل يتأثر بالعوامل المختلفة في حياته ومحيطه. إن فهم حالته يتطلب التحليل الشامل للأبعاد البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تتفاعل فيما بينها. يسمح لنا هذا النموذج التكاملية بفهم أفضل لظروف المريض الاجتماعية وأبعاده الشخصية وردود فعله السلوكية في معاشته لمريض السكري من خلال مايلي:

#### •العوامل البيولوجية:

قد تسبب العوامل البيولوجية الدوائية آثاراً جانبية غير مرغوب فيها لمرض السكري، مثل الدوخة أو الغثيان أو فقدان الشهية. يمكن أن تؤدي هذه الآثار إلى عدم الرغبة في استمرار العلاج، مما يؤثر سلباً على الإمتثال . حسب الدراسة التي قام بها ( Mark Peyrot وآخرون 1999) توصل انه هرمونات التوتر التي تزيد نسبة الجلوكوز في الدم لدى مرضى السكري تعمل أيضاً في الأشخاص غير المصابين بالسكري. ويمكن أن تزيد من أمراض القلب والأوعية الدموية وتضعف أداء الجهاز المناعي في الأشخاص غير المصابين بداء السكري، وتؤثر على بعض سلوكيات الرعاية الذاتية لمرض السكري (مثل النظام الغذائي والتمارين الرياضية والأدوية).

•العوامل النفسية:

أثبتت عديد الدراسات ان القلق والاكتئاب له دور في التأثير على سلوكيات الرعاية الصحية لمرضى السكري. بما في ذلك الخوف من نقص السكر في الدم، القلق المرتبط بالحقن. اضطرابات عاطفية وسلوكية أخرى. الضعف الإدراكي. الإجهاد، أحداث وظروف الحياة المجهدة. سلوك التأقلم صورة المرض الشخصي، النموذج الشخصي للمرض. سمات الشخصية الدعم الاجتماعي، بما في ذلك دعم الأسرة ورفاهية الأسرة. جودة اتصالات المريض ومقدمي الرعاية الصحية. المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية، والوضع المهني، والمستوى التعليمي، ومستوى الدخل، والعجز المرتبط بالسكري. (Ludvig I. Wasserman. 2006)

وقد توصل، Mark Peyrot (1999) ان لأنماط التكيف دور في التأثير على التحكم في نسبة السكر في الدم، حيث يمكن لأنماط التكيف مثل (التأقلم المركّز على المشكلة والتأقلم المركّز على المشاعر) أن تؤثر على سلوكيات الإمتثال لمرضى السكري.

ويتضح ذلك من خلال أساليب المواجهة المركّزة على حل المشكلات اذ تؤثر على التحكم في نسبة السكر في الدم، إما بتعزيز الإلتزام بالنظام أو تثبيطه. ويمكن أن يؤدي التعامل الفعال من هذا النوع إلى تعزيز حل المشكلات وتسهيل تغيير السلوك لتحسين إدارة مستوى السكر في الدم.

على الجانب الآخر، تُشير الدراسة إلى أن الإنكار، وهو نمط التأقلم الذي يركز على تجاهل المشكلة، يمكن أن يؤدي إلى نتائج صحية سلبية، بما في ذلك عدم الإلتزام بالنظام الغذائي والعلاج اللازم. ويُرجح أن عدم فعالية الإنكار في التعامل مع مشاكل المعيشة تسبب هذه النتائج السلبية (Mark Peyrot. 1999.p144)

وارتبط نفاذ الصبر بعدم الإمتثال للأدوية، وحقيقة وجود صعوبة في تقبل الطبيعة المزمنة للمرض.

(MABIKA .2016.p 38)

•العوامل الإجتماعية:

افتراض Arnetz (1984) أن التكيف الشخصي (الدعم الاجتماعي) يحسن التحكم في نسبة السكر في الدم ويمكن أن يفعل ذلك من خلال كل من المسارات السلوكية والفسولوجية النفسية، عن طريق زيادة الإلتزام وتقليل التوتر أو تعويض الآثار الضارة للتوتر. قد يكون الدعم الاجتماعي مفيدًا من حيث التشجيع والمساعدة في تنفيذ الإمتثال العلاجي ومن حيث إنتاج الشعور بالرفاهية المرتبط بانخفاض الاستثارة النفسية الفسيولوجية.

(Mark Peyrot. 1999.p144)

**خلاصة الفصل:**

الإمتثال العلاجي يمثل عنصراً حيوياً في رعاية المرضى، حيث يتعلق بالإلتزام والتنفيذ المستمر لخطة العلاج المحددة من قبل الفريق الطبي. يعتمد نجاح هذا الإمتثال على تفهم المريض لحالته الصحية وضرورة

الالتزام بالإرشادات الطبية. وفي سياق تحسين الإمتثال ، يلعب التوعية والتثقيف دوراً محورياً في زيادة فهم المريض للمعلومات الطبية وأهمية الالتزام بالعلاج. بالإضافة إلى ذلك، يسهم الدعم الاجتماعي بشكل كبير في تعزيز الإمتثال ، حيث يشجع التفاعل الإيجابي من العائلة والأصدقاء على استمرارية اتباع المريض للعلاج. ومن أجل تحسين هذا الإمتثال ، يجب تقديم الجودة العلاجية الملائمة لنمط حياة المريض وتقديم توجيه دوري واستمرار في التواصل مع الفريق الطبي. ورغم التحديات المحتملة، مثل نقص الوعي أو التأثيرات الجانبية للعلاج، يظل فهم المريض ودعمه ذات أهمية قصوى لتحقيق أفضل نتائج صحية وتعزيز رفايته العامة .

## الفصل الثالث

### الضغوط النفسية

## تمهيد:

أصبحت الضغوط النفسية مظهرًا لا يمكن تجاهله في حياة الفرد الحديث. حيث تتأثر صحة وعافية الأفراد بأشكاله المتعددة. تأتي الضغوط النفسية من مجموعة متنوعة من المصادر وقد تظهر على شكل تحديات يومية أو تجارب قد يتعرض لها أي فرد من مجتمعا. تترك هذه الضغوط آثارها، على الجانب الصحي للأفراد، مما يجعل فهمها ومعالجتها أمرًا ضروريًا. تتنوع بشكل واسع مصادر الضغوط النفسية، وقد تشمل الضغوط المهنية والعملية، متطلبات الحياة الاجتماعية، التحديات الشخصية، وحتى التقلبات الاقتصادية. تظهر أعراض الضغوط النفسية على شكل تغيرات بيولوجية وتظهر على السلوكيات والمشاعر ومؤثرة على طرق تفكير الأفراد. ويمكن أن تسبب ظهور العديد من المشكلات النفسية منها الاكتئاب، والقلق، وزيادة التوتر، واضطرابات النوم، والإرهاق المستمر. كما يمكن لهذه الأعراض أن تؤثر على أداء الفرد في الأعمال اليومية وتنعكس على جودة حياته.

وقد تعددت النظريات المفسرة للضغوط النفسية، حيث تسعى هذه النظريات لتفسير كيفية حدوث وتأثير الضغوط النفسية على الأفراد. تعكس هذه النظريات تنوع الأسباب واليات استجابة الأفراد لهذه الضغوط.

## 1. تعاريف الضغوط النفسية:

## • مفهوم الضغط النفسي:

تعريف الضغط لغويًا:

"الضغوط النفسية" أو "stress" هي كلمة أتت في اللغة العربية على النحو التالي: "ضغط: الضغط، والضغطه عصر شيء الشيء، ضغطه يضغطه ضغطه زحمة إلى حائط ونحوه، ومنه ضغطة القبر" (واكد، 2019).

تعريف هانز سيللي للضغط النفسي:

"الضغط النفسي" يعرفه هانز سيللي بأنه الطريقة اللاإرادية التي يستجيب بها الجسد باستعداداته العقلية والبدنية لأي دافع، وهو يعبر عن مشاعر التهديد والخوف. ويعتقد أن ردود فعل الفرد للأحداث الضاغطة تتبع نمطًا متسعا أطلق عليه زملاء العراض التكيف العام (مغزى، 2018).

تعريف ريس (Rees، 1976):

هو "مثيرات أو تغيرات في البيئة الداخلية أو الخارجية، تكون على درجة من الشدة والدوام، بما يثقل القدرة التكيفية للكائن إلى الحد الأقصى، والتي تؤدي إلى خلل في السلوك أو عدم القدرة على التوافق أو خلل

وظيفي أو تؤدي إلى المرض. ويقدر استمرار الضغوط على الفرد بقدر ما يتبعها من استجابات جسمية ونفسية غير صحية" (جناورو، 2010).

• ويعرفها كامل (2001) بأنها "مفهوم يشير إلى درجة استجابة الفرد للأحداث أو المتغيرات البيئية في حياته اليومية، وهذه التغيرات ربما تكون مؤلمة تحدث بعض الآثار الفسيولوجية، مع أن تلك التأثيرات تختلف من شخص لآخر، تبعاً لتكوين شخصيته، وخصائصه النفسية التي تميزه عن غيره، وهي فروق فردية بين الأفراد" (جناورو، 2010، ص56)

• ويشير جابر وكفافي (1995) إلى أن مصطلح (Sterss) له العديد من المعاني في معجم علم النفس والطب النفسي. منها ضغط، أعصاب، ضائقة، كرب، إجهاد، ويعبر عن حالة الإجهاد الجسدي والنفسي، والمشقة التي تواجه الفرد من مطالب وعبء عليه أن يتوقف معها، وقد يكون الضغط داخلياً أو خارجياً، وقد يكون قصيراً أو طويلاً، وإذا طال هذا الضغط فقد يستهلك موارد الفرد ويتعدها ويؤدي إلى انهيار أداء وظائفه. (ثامر حسين علي السميران، 2014، ص56)

## 2. الإستجابات البيولوجية والإنفعالية والسلوكية للضغوط:

### • ردود الفعل البيولوجية:

يؤثر الإجهاد على تقلب معدل ضربات القلب. يعد التعديل السمبثاوي جانباً ترميمياً مهماً للنوم، وبالتالي، فإن التغيرات في تقلب معدل ضربات القلب قد تمثل مساراً للنوم المضطرب وتساعد في شرح علاقة الإجهاد بالمرض وزيادة خطر الوفاة. تنشيط HPA يتم أيضاً تنشيط محور الغدة النخامية الغدة الكظرية (HPA) استجابةً للإجهاد. يفرز الوطاء هرمون إفراز قشر الكظر (CRH)، الذي يحفز الغدة النخامية على إفراز هرمون قشر الكظر (ACTH)، والذي بدوره يحفز قشرة الغدة الكظرية لإفراز الجلوكورتيكويد. من بين هؤلاء، الكورتيزول مهم بشكل خاص. يعمل على حفظ مخازن الكربوهيدرات ويساعد على تقليل الالتهاب في حالة الإصابة. كما أنه يساعد الجسم على العودة إلى ثباته بعد الإجهاد.

التنشيط المتكرر لمحور HPA استجابةً للضغط المزمن أو المتكرر يمكن أن يحدث تغير. أنماط الكورتيزول اليومية. عادةً ما تكون مستويات الكورتيزول مرتفعة عند الاستيقاظ في الصباح، ولكنها تنخفض خلال النهار (على الرغم من أن ذروتها بعد الغداء) حتى تنسحق عند مستويات منخفضة في فترة ما بعد الظهر. ومع ذلك، يمكن للأشخاص الذين يعانون من الإجهاد المزمن إظهار العديد من الأنماط المتغيرة: ارتفاع مستويات الكورتيزول لفترة طويلة في فترة ما بعد الظهر أو المساء، أو تسطيح عام للإيقاع اليومي، أو استجابة الكورتيزول المبالغ فيها للتحدي،

أو استجابة الكورتيزول الممتدة بعد الإجهاد، أو، بدلا من ذلك، لا يوجد رد على الإطلاق. يشير أي من هذه الأنماط إلى ضعف قدرة محور (HPA) على الاستجابة والتعافي من الإجهاد.

(Taylor. 2018. ص346)

• ردود الفعل الإنفعالية:

تتباين ردود الفعل الانفعالية التي يمكن أن تظهر لدى التعرض للأحداث الضاغطة بشكل واسع، فزيادة إدراك الفرد الضغوط يزداد التوتر الفيزيولوجي وبالتالي يزداد القلق، الخوف، الحرج والاستثارة كما يزداد الشعور بالغضب، والعجز، اليأس والاكتئاب، خاصة مع إدراك الفرد على التحكم في الأحداث أو على مواجهتها قد يصل به ذلك الى حد الإنكار (بوروبه آمال. 2012. ص66)

• ردود الفعل السلوكية:

ردود الفعل السلوكية ليست محددة، حيث تعتمد على نوعية الحدث الضاغط، فقد تكون مشكلات في الكلام وإضطرابات النوم وإضطرابات في الأكل، تشكل أفعال المواجهة التي تتم لمجابهة المثيرات المسببة للضغط " الكر"، الانسحاب من الموقف المسبب للتهديد " الفر " فئتين رئيسيتين من ردود الفعل السلوكية.

(بوروبه آمال. 2012. ص66)

ويرتبط الضغط النفسي أيضاً ببعض المشكلات الصحية. اذ يعتبر من أسباب الصداع. وعاملاً مثيراً لتفاقم متلازمة القولون العصبي والربو. مرتبط بتدهور السيطرة على نسبة الجلوكوز في الدم لمرضى السكر المعتمد على الأنسولين. (Graham. 1988.p155)

3. مصادر الضغوط النفسية:

1- أحداث الحياة الكبرى أمثلة: الطلاق، ازدياد مولود جديد، وفاة الزوج، الضيق أو تغيير كبير في نمط الحياة مثل الانتقال إلى المنزل جديد.

2- أحداث الحياة البسيطة ("المتاعب اليومية) المزيد من الأحداث البسيطة والمزعجة التي تحدث على أساس يومي أمثلة: حركة المرور، الجدل مع الجيران، نقص الأمن المنزلي، قلة الوقت للترفيه، الالتزامات الإجتماعية.



3-الضغوطات المزمنة: وتعتبر مصدرًا طويل الأمد للتوتر في حياة الشخص، أو إدمان الكحول أو الزوج العنيف، أو أعراض نفسية، بيئة العمل المجهدة، كما انه طريقة تعامل الأشخاص مع الضغوط النفسية السلبية سوف تظهر فيما بعد مستويات عالية من المشكلات النفسية. (Graham. 1988.p155)

#### 4. النظريات المفسرة للضغوط النفسية.

##### 4. 1. إسهامات والتر كانون (CANON WALTER) : (1871-1945)

وتسمى أيضا نظرية المواجهة والهروب: أولى المساهمات التي قدمت في مجال بحوث الضغط كان الوصف الذي قدمه والتر كانون (Walter Cannon, 1932) لاستجابة الكر والفر (Fight-or-Flight Response). كما يُبين كانون، فعندما تدرك الكائنات العضوية بأنها تتعرض للتهديد يتم تنبيه الجسم بسرعة، ويصبح مدفوعا بتأثير من الجهاز العصبي السمبثاوي/الودي، وجهاز الغدد الصماء. وهذه الاستجابات الفسيولوجية المدبرة تعمل على تهيئة العضوية لمهاجمة مصدر التهديد أو الهرب، وبذلك فهي تدعى استجابة الكر أو الفر. ويرى كانون أن استجابة الكر والفر من الناحية المبدئية استجابة تكيفيه، لأنها تجعل العضوية قادرة على تقديم الاستجابة بسرعة عند تعرضها للتهديد.

كما بين من الناحية الثانية أن الضغط قد يسبب الأذى للعضوية. لأنه يعطل الوظائف الانفعالية والسيكولوجية، ويمكن أن يسبب مشاكل صحية مع مرور الوقت، وتحديدًا عندما يستمر الضغط قويا فانه يمهد الطريق لظهور المشاكل الصحية. (تايلور. 2008. ص626)

##### 4. 2. أعراض التكيف العامة سيلبي (1956-1976): SELYE S GENERAL

##### ADAPTATION SYNDROME

اهتم "هانز سيلبي" (Hans Selye)، في عامي 1956 و1976، بتفسير الضغط بناءً على تخصصه كطبيب وتأثيره في المجال الفسيولوجي. ينطلق تفسيره من منظور يرى أن الضغط هو متغير غير مستقل ويعد استجابة لعوامل ضاغطة، يميز الشخص بناءً على استجابته للبيئة الضاغطة. ويشير إلى أن هناك استجابة أو نماذج معينة من الاستجابات يمكن الاستدلال منها على أن الشخص يقع تحت تأثير بيئة مزعجة. يعتبر سيلبي أن أعراض الاستجابة الفسيولوجية للضغط عالمية وهدفها الحفاظ على الكيان والحياة. (مغزي، 2018. ص658)

تعد أعمال هانز سيللي حول عرض التكيف العامة General Adaption Syndrome من المساهمات الأخرى المهمة في ميدان الضغط. ومع أن اهتمام سيللي في بادئ الأمر كان منصبا على الكشف عن تأثير الهرمونات الجنسية على الوظائف الفسيولوجية عند الحيوان الذي أجريت عليه التجارب، إلا أنه أصبح مهتما فيما بعد بالآثار الضاغطة التي تظهر نتيجة لما كان يحدثه من تدخلات. وبناء على ذلك قام بتعويض مجموعة من الفئران لمجموعة متنوعة من الضغوط طويلة الأمد في أحد تجاربه، مثل البرد الشديد، والتعب، ثم قام بملاحظة ردود أفعالها الفسيولوجية. (تايلور . 2008. ص626)

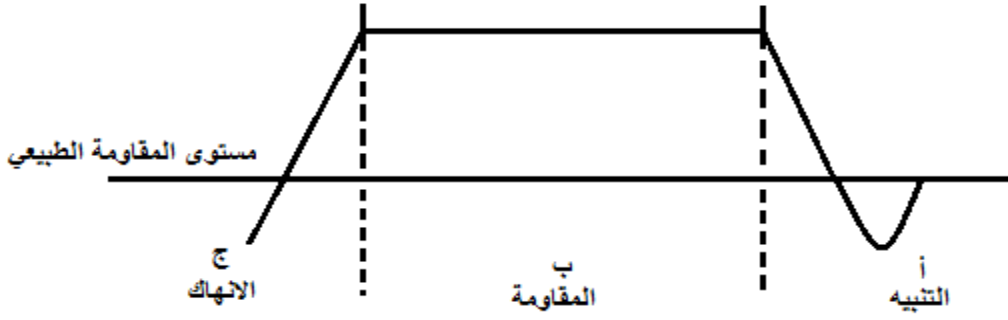
لاحظوا استجاباتهم الفسيولوجية. ولدهشته، فإن جميع الضغوطات، بغض النظر عن نوعها، أنتجت أساساً نفس نمط التغيرات الفسيولوجية. أدت جميعها إلى تضخم قشرة الغدة الكظرية، وتقلص الغدة الصعترية والغدة الليمفاوية، وتفرح في المعدة والاثني عشر. من هذه الملاحظات، طور سيللي (1956) متلازمة التكيف العامة. ثلاث مراحل. في المرحلة الأولى، التنبيه، يكون الشخص معباً لمواجهة التهديد. في المرحلة الثانية، المقاومة، يبذل الشخص جهوداً لمواجهة التهديد، من خلال المواجهة. المرحلة الثالثة، الإنهاك، تحدث إذا فشل الشخص في التغلب على التهديد واستنفد الموارد الفسيولوجية في عملية المحاولة. (Taylor. 2018.p346)

وتتكون أعراض التكيف العامة من ثلاث مراحل:

المرحلة الأولى: مرحلة التنبيه (The Alarm Stage) وفيها تنتهي العضوية وتصبح مستعدة لمواجهة التهديد والخطر.

المرحلة الثانية: مرحلة المقاومة: (The Resistance Stage) وفيها تقوم العضوية ببذل الجهد للتعامل مع التهديد (الخطر) كما يحدث في حالة المواجهة وهي استجابة للتنبيه.

المرحلة الثالثة: فهي مرحلة الإنهاك (Exhaustion) وتحدث إذا فشلت العضوية في التخلص من التهديد (الخطر) نتيجة المقاومة واستمرارها، واستنفدت جميع مصادرها الفسيولوجية خلال محاولتها للتكيف مع الحدث أو المنبه. وهذه المراحل يوضحها الشكل التالي:



### الشكل رقم 1: يبين المراحل الثلاث لأعراض التكيف العامة (GAS) عند سيلبي (1974)

إن التأثير المهم لنموذج هانز سيلبي في حقل الضغط مازال ملموسا حتى الوقت الحاضر، ويعود ذلك الى انه يقدم نظرية عامة حول ما يصدر من ردود أفعال عند التعرض لمدى واسع ومتنوع من الأحداث الضاغطة عبر الزمن في مختلف المراحل من حياة الفرد، وبذلك فهو يزودنا بطريقة في التفكير حول التفاعل بين العوامل الفسيولوجية والبيئية، ومن جهة ثانية فهو يفترض وجود علاقة فسيولوجية آلية تربط الضغط بالمرض. وبالتحديد فقد اعتقد هانز سيلبي أن الإنهاك والاستنزاف المستمر نتيجة مقاومة طويلة الأمد لإمكانات الفرد، وهي المرحلة الثانية (المقاومة) من أعراض التكيف العامة يكون مسئولا عن التلف الفسيولوجي الذي يضع القاعدة للإصابة بالمرض وفي الحقيقة فان التعرض الدائم والمتكرر للضغط له علاقة بحدوث الاضطرابات التي منها الأمراض القلبية الوعائية والتهاب المفاصل (Arthritis وفرط ضغط الدم، والاضطرابات المتعلقة بنقص المناعة (Immune Related Deficiencies)). (تايلور. 2008. ص 626)

### 4. 3. نظرية التقدير المعرفي: (COGNITIVE APPRAISAL):

**Lazarus (1970)** نشأت هذه النظرية نتيجة للاهتمام الكبير بعملية الإدراك والعلاج الحسي الإدراكي ، والتقدير المعرفي هو مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد، حيث إن تقدير كم التهديد ليس مجرد إدراك مبسط للعناصر المكونة للموقف، ولكنه رابطة بين البيئة المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية مع الضغوط وبذلك يستطيع الفرد تفسير الموقف. ويعتمد تقييم الفرد للموقف على عدة عوامل منها: العوامل الشخصية، والعوامل الخارجية الخاصة بالبيئة الإجتماعية، والعوامل المتصلة بالموقف. (عثمان، 2001. ص 101)

من وجهة نظر لازاروس، أن تفسير الأحداث المجهدة أكثر أهمية من الأحداث نفسها. لا الحدث البيئي ولا استجابة الشخص تحدد الضغط بل إن إدراك الفرد للوضع النفسي هو العامل الحاسم. عمل لازاروس بشكل كبير مع

البشر بدلاً من الحيوانات. ويعتبر أن قدرة الناس على التفكير في الأحداث المستقبلية وتقييمها تجعلهم عرضة للضغط النفسية بطرق لا تتعرض لها الحيوانات الأخرى. وحسب لازاروس أن البشر يواجهون ضغوطاً لأن لديهم قدرات معرفية عالية المستوى تفتقر إليها الحيوانات الأخرى.

وفقاً لـ لازاروس (1984، 1993)، فإن تأثير الضغط على الشخص يعتمد بشكل أكبر على شعور هذا الشخص بالتهديد والضعف والقدرة على التأقلم أكثر من الحدث المجهد نفسه. وحسب مقولته "بأن حدثاً ما في الحياة ليس هو ما ينتج الضغط، بل وجهة نظر المرء للموقف هي التي تجعل الحدث مرهقاً". ويعرف لازاروس وسوزان فلوكمان الضغوط النفسية بأنها "علاقة خاصة بين الشخص والبيئة التي يقيّمها الشخص على أنها شاقة تفوق موارده وتعرض سلامته للخطر" (Linda Brannon. 2017.p95) يمر تقييم التهديد وإدراكه حسب لازاروس في مرحلتين هما:

- المرحلة الأولى: وهي الخاصة بتحديد ومعرفة أن بعض الأحداث هي في حد ذاتها شأت بسبب الضغوط.
  - المرحلة الثانية: وهي التي تحدد فيها الطرق التي تصلح للتغلب على المشكلات التي تظهر في المواقف.
- (عثمان. 2001. ص 101)

قد تترك الأحداث بأنها تقود إلى نتائج إيجابية أو محايدة أو سلبية. ويتم تقييمها بأنها سيئة بناءً على ما يمكن أن تسببه من أذى، أو تهديد أو تحدي للفرد.

ويختص الأذى (Harm) بتقييم للأضرار النفسية والاجتماعي والصحية والمادية التي سببها الحدث الضاغط. أما التهديد (Threat) فهو تقييم لما يمكن حدوثه في المستقبل بسبب الحدث المعاش وما يخلفه من أضرار وأثار وخيمة، وأخيراً فقد تقيم الأحداث من منطلق ما تسببه من تحدي (Challenge)، ومن منطلق ما يمتلكه الشخص من إمكانيات للتخفيف من المشكلة التي يعيشها وتجهده، أو حتى الاستفادة من الحدث.

إن أهمية التقييم الأولي للحدث الضاغط في حالة التعرض لخبرة الضغط توضحها دراسة كلاسيكية عن الضغط أجراها سبايزمان ولازاروس وموردكوف ودايفيدسون (Speisman, Lazarus, Mordkoff, and Davidson 1964)، إذ عرض هؤلاء الباحثون على مجموعة من طلبة الجامعة فيلماً مخيفاً يعرض الطقوس التي يقوم بها إحدى القبائل، وقبل عرض الفيلم تم تعريضهم لواحدة من أربعة ظروف تجريبية مختلفة، وكانت نتائج هذه الدراسة تبين أن الضغط لا ينشأ بسبب كون الفيلم مخيفاً بحد ذاته ولكنه يعتمد على تقييم الملاحظين للموقف المعاش والخبرة السابقة للضغط المتعرض له. (تايلور. 2003. ص 626)

عملية التقييم الثانوية Secondary Appraisal Processes:

تبدأ عملية التقييم الثانوية للموقف المعاش في الوقت الذي يتم فيه التقييم الأولى للأحداث الضاغطة المتعرض لها، وتتضمن عملية التقييم الثانوي (Secondary Appraisal) إجراء تقييم للإمكانات والموارد التي يمتلكها الفرد للتعامل مع الحادث ومواجهته من أجل التكيف مع المواقف الضاغطة، وما إذا كانت كافية لمواجهة الأذى والتهديد والتحدي الذي ينشأ عن الحادث المعاش. وتتشكل في نهاية الأمر، الخبرة الذاتية للضغط نتيجة التوازن ما بين التقييم الأولي والثانوي لدى الفرد، فعندما يكون الأذى أو التهديد كبيراً وتكون التعامل (Coping Abilities) مع الموقف متدنية وغير كافية، فإن الفرد يشعر بتهديد كبير يفوق قدرته، أما عندما تكون إمكانات التعامل مع الموقف عالية فإن الضغط يكون أقل ما يمكن، وتتعدد الاستجابات التي يمكن القيام بها لمواجهة الضغط، وتتضمن تدخل الجوانب الفسيولوجية، والمعرفية والانفعالية والسلوكية ويكون بعض هذه الاستجابات لهذه المواقف الضاغطة لا إردياً (Anvoluntary)، في حين يحدث بعضها الآخر بشكل إرادي وتوجه الجهود شعورياً للتعامل مع الموقف المسبب للضغط.

وتتضمن ردود الفعل المعرفية إزاء التعرض للضغوط استجابات لا إرادية مثل الذهول، وعدم القدرة على التركيز، وتعطل أداء الوجبات المعرفية، الأفكار التسلطية والمتكررة المرضية . (تايلور، 2008، ص626)

## خلاصة الفصل:

تم التطرق في هذا الفصل الى مفهوم الضغوط النفسية لغويا وإصطلاحا والى الإستجابات البيولوجية والإنفعالية والسلوكية للضغوط، كما اشتمل الفصل على مصادر الضغوط النفسية والى التناولات النظرية المفسرة للضغوط النفسية والمتمثلة في إسهامات والتر كانون (1871-1945). وكذلك تم التطرق الى أعراض التكيف العامة سيلبي (1956)، كما تطرنا ايضا الى نظرية التقدير المعرفي (Lazarus 1970).

## الفصل الرابع

### سمات الشخصية

## تمهيد:

اهتم علم النفس الصحة بتقديم روى عديدة لتفسير كيفية تأثير مختلف العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية على الصحة والمرض. وتعتبر الشخصية من أهم المتغيرات التي لها دورًا حيويًا في التأثير على صحة الأفراد وتطور بعض الأمراض. إذ تعكس سمات الشخصية الفردية جوانبنا النفسية والسلوكية وتتحكم في أنماط تفكيرنا واختياراتنا واتجاهاتنا في مختلف المواقف، خاصة مع التطورات الحالية التي مست عديد المجالات منها أسلوب حياة الأفراد. على الرغم من التنوع الذي يميز البشرية، يمكن تصنيف سمات الشخصية إلى مجموعات تفسح المجال لفهم أفضل لتأثيرها على صحة الأفراد. بعض هذه السمات تُظهر توجهًا إيجابيًا نحو الصحة، مثل الاستقرار العاطفي والانفتاح على التجارب الجديدة، بينما تظهر سمات أخرى الميل إلى زيادة احتمالية التوجه نحو سلوكيات غير صحية، مثل العصابية وعدم الاستقرار وغيرها من السمات الأخرى التي تعتبر عوامل خطر وتهديد للصحة.

يمكن لسمات الشخصية تكون كعامل خطورة على الصحة. من خلال تكون العادات والسلوكيات كاستجابة لمجموعة الصفات المكونة لسمات معينة. مثل سمة العصابية وسمة العدائية التي تنبئ بمخاطر جسدية ونفسية معاً. إن تعمق فهمنا لكيفية تشكيل الشخصية لهذه السلوكيات وتأثيرها، يفتح لنا المجال للتعمق من خلال هذا المبحث بالتطرق الى مفهوما والنظريات المفسرة لها. والتطرق الى بعض سمات الشخصية التي يتميز بها مريض السكري. يمكن ان تكون الشخصية عامل خطورة للإصابة بالمرض من خلال السلوكيات الغير الصحية. على سبيل المثال، إذا كان القلق يقود الناس إلى الإفراط في تناول الطعام وإذا كانت السمنة تساهم في تطور مرض السكري، فإن القلق هو عامل مسبب لمرض السكري. في مثل هذه الحالات من السببية غير المباشرة، فإن علاج القلق لن يعالج أو يمنع بالضرورة مرض السكري ما لم تتأثر السمنة أيضاً. يمكن أن تؤثر هذه التأثيرات الغير المباشرة للشخصية على المرض من خلال بعض الآليات الفسيولوجية.

(Howard S. Friedman. 1987.p545)



## 1. مفهوم سمات الشخصية.

## • مفهوم السمة:

السمة هي الوحدة الأساسية أو الجانب الذي يُستخدم لوصف وقياس أنماط الأفكار والمشاعر والسلوكيات للفرد والتي تكون ثابتة ومستدامة نسبياً عبر الحالات والزمن. وعادة ما يتم اعتبار السمات وصفاً لأنماط السلوك. (Shackelford. 2020.p3222)

## • مفهوم الشخصية:

ويأتي مصطلح الشخصية من الكلمة اللاتينية persona، والتي تعني قناع. أولئك الذين يحددون الشخصية على أنها قناع، ينظرون إلى الشخصية على أنها الذات العامة للفرد التي نختار عرضها للعالم. يعني هذا التعريف للشخصية أن الجوانب المهمة للشخص تظل مخفية لسبب ما. (Rathoo. 2019.p202)

## • عرفها جوردون ألبورت:

الشخصية هي التنظيم الدينامي داخل الفرد لتلك الأجهزة النفسية الجسمية، وهذا التنظيم هو الذي يحدد خصائص سلوكه وفكره.

## • عرفها جلفورد:

شخصية الفرد هي ذلك النموذج الفريد الذي تتكون منه سماته. (الخالق، 1987)

## • يعرفها أيزنك Eysenck:

الشخصية هي تنظيم ثابت ودائم إلى حد ما لطبائع الفرد ومزاجه وعقله وبنية جسمه، والتي تحدد توافقه الفريد مع بيئته. وتشير الطبائع إلى جهاز السلوك النزعي (الإرادة)، ويراد بها المزاج السلوك الوجداني (الانفعال)، في حين يشير العقل إلى السلوك المعرفي (الذكاء). ويراد بالبنية شكل الجسم والميراث العصبي والغددي للفرد.

(قشاشطة عبد الرحمان، 2013)

## 2. العصابية: (NEUROTICISM)

## • 2. 1. مفهوم سمة العصابية:

حسب (McCrae and Costa 1985) العصابية هي الميل إلى تجربة المشاعر السلبية مثل الحزن أو القلق، بالإضافة إلى تقلبات المزاج (أولئك الذين يسجلون درجات عالية في العصابية يميلون إلى القلق أو اجترار الكثير ويكونون عرضة لأذى مشاعرهم بسهولة).

## 2. 2. أصل مفهوم العصابية:

يأتي مصدر كلمة "العصابية" من مصطلح التحليل النفسي "العصاب" الذي يستخدم لوصف العلم النفسي المرضي بدون أوهام أو هلوسات. قام فرويد (1924) بتمييز بين أعراض القلق الموضوعية والتهديد الفوري والقلق العصبي، والذي يعد حالة مستمرة من الضيق ناتجة عن استخدام غير فعال لآليات الدفاع مثل كبت التجارب الصادمة المبكرة. وفي وقت لاحق، اعتمد مؤسسو الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM)، هذا المصطلح للإشارة إلى ما نعرفه الآن بالقلق والاكتئاب والاضطرابات ذات الصلة. وقد انخفض استخدام "العصابية" لوصف فئات من علم النفس المرضي بشكل كبير، حيث تركز المجال بشكل أكبر على تسميات التشخيص المستقلة مثل اضطراب القلق العام واضطراب الهلع اليوم، تُعتبر العصابية بُعداً مهماً للشخصية ويتم تمثيلها في معظم نماذج الشخصية، بما في ذلك النماذج المعروفة المكونة من ثلاثة عوامل وخمسة عوامل. (Shackelford. 2020)

صاغ Eysenck (1947) مصطلح "العصابية" لوصف النزعة المزاجية التي تجعل الشخص يجرب المشاعر السلبية بشكل متكرر وشديد استجابةً لمصادر التوتر المختلفة. كانت هذه السمة في الأساس تشير إلى المزاج القلق أو الاكتئاب، ولكنها تشمل أيضاً المشاعر السلبية الأخرى مثل الخوف والتهيج والغضب. بالإضافة إلى ذلك، يظهر الأفراد الذين يعانون من العصابية غالباً ردود فعل غير مرغوب فيها تجاه تجاربهم العاطفية، ويحاولون عادةً قمع تلك المشاعر أو التحكم فيها، مثل تجنب الحديث أمام الجمهور لأنه يشعرون بالقلق ويعتبرون هذا القلق اختباراً مزعجاً (Shackelford. 2020.p3222)

## 2. 3. العصابية بيولوجيا:

يُظهر الأشخاص الأعلى في العصابية نشاطاً وتشريحاً للدماغ مما يدل على أنهم أكثر حساسية للتهديد والعقاب وأنهم أسوأ في تنظيم العواطف. علاوة على ذلك، تم ربط العصابية المرتفعة بمستويات منخفضة من أداء هرمون

السيروتونين، وهو أمر بالغ الأهمية لتنظيم مشاعر الاكتئاب والقلق. إلى جانب هذه الاختلافات البيولوجية، فإن الأفراد الأعلى في العصابية لديهم أيضًا أنماط معرفية أكثر سلبية. يُنظر إلى الضغوطات على أنها أكثر خطورة، ولها عواقب أكبر، وأقل قابلية للسيطرة عليها، وتنعكس بشكل سيء على الذات.

(Garrett C. Hisler. 2020.p2)

### 3. العدائية: (HOSTILITY)

#### 3. 1. مفهوم سمة العدائية:

العداء هو سمة يتم تصورها عادةً على أنها موقف ساخر سلبي تجاه الآخرين، مع الميل للغضب أو العدوان.

(Ruth A. Hackett. 2015.p458)

يُعرف أيضًا بأنه: سمة شخصية مستقرة نسبيًا وبنيوية متعددة الأبعاد تتضمن عناصر عاطفية (مثل الغضب) ومعرفية (مثل المواقف) وسلوكية (مثل العدوانية).

ويتميز الأفراد المعادين بالميل إلى أن يكون لديهم موقف مريب وغير موثوق به ومنظور نقدي للآخرين. علاوة على ذلك، فإن "العداء الساخر"، حيث يبدو أن الأفراد لديهم نظرة عالمية ساخرة لبيئتهم وتفاعلاتهم الاجتماعية.

(Shackelford. 2020.p3222)

#### 3. 2. مكونات سمة العدائية:

بيرفوت وليبكوس (1994)، يعرفان العداء بأنه ظاهرة متعددة الأوجه تشمل عادة العناصر المعرفية مثل (المواقف والمعتقدات السلبية عن الآخرين)، والعاطفية مثل (الغضب والمشاعر السلبية مثل الازدراء)، والسلوكية (العدوانية بدرجات متفاوتة من الشدة).

- مكون العداء العاطفي: يتضمن مجموعة من المشاعر المترابطة، مثل الغضب، والتهيج، والإهابة، والسخط، والاشمئزاز، وما إلى ذلك.
- مكون العداء المعرفي: يتضمن اعتقادات سلبية تتعلق بالطبيعة البشرية بشكل عام (مثل السخرية)، والإيمان بحقد الآخرين فيما يتعلق بالآخرين. يظهر الفاعل صفات عدائية وعدم ثقة.

- يشمل المكون السلوكي: أشكالاً مختلفة من مظاهر العداء في السلوك، وغالبًا ما تكون العدوانية خفية، والسلبية، وعدم الرغبة في التعاون، وتجنب التواصل، وما إلى ذلك. (Pavel N. Ermakova، 2016)

#### 4. نظريات سمات الشخصية:

تسعى هذه النظريات للتفسير والتنبؤ بالسلوك، وإلى فهم كيفية تشكل وتطور سمات الشخصية لدى الأفراد. من خلال دراسة الصفات والخصائص الشخصية المستدامة والمستقرة داخل الفرد، يذكر الباحثون أمثال Mattel، Eysenck، Lazarus et Alport) أن سمات الشخصية لا يمكن فهمها إلا في صور تفاعل العوامل البيولوجية والبيئية معاً في تشكيل الشخصية. وينظر بعض علماء النفس إلى السمات على أنها عبارة عن مفاهيم استعدادية، أي مفاهيم تشير إلى نزعات السلوك أو الاستجابة بطرائق معينة، كما ينظر إليها البعض الآخر على أنها عبارة عن مفاهيم وصفية أي مفاهيم تصف مجموعة مترابطة أو متشابهة من السلوك أو الاستجابات بطرق معينة في مواقف وأوقات مختلفة، فلكل شخصية سماتها أو معالمها الرئيسية، وتحدد هذه السمات خصائص هذه الشخصية ونقاط ضعفها وقوتها ومدى مرونتها وقدرتها على التكيف. (نوار . 2014 . ص72).

#### 4. 1. نظرية ALPORT لسمات الشخصية

يعتبر البورت من أوائل الباحثين في نظريات السمات، ركز على الدافع الواعي والسمات الشخصية. اقترح نظريته على ثلاثة مستويات من السمات:

- السمة الأساسية: هذه هي الخاصية المميزة، في عدد صغير منا، التي تهيمن وتشكل كل سلوكنا.
- السمة المركزية: هذه سمات عامة، ما بين 5 و10 منها تشكل الكثير من سلوكنا. على سبيل المثال، يمكن أن يكون البهجة والخجل من السمات الأساسية.
- سمة ثانوية: وهي تلك السمات التي تظهر في مواقف معينة فقط. على سبيل المثال، يمكن أن يكون كونك غير مناسب للطاولة في الأماكن الضيقة سمة ثانوية. يحدد نمط سماتنا الفريد سلوكنا.

#### 4. 2. نظرية RAYMOND B. CATTELL لسمات الشخصية

حيث طور منهجًا مختلفًا لوصف الشخصية وتحليلها. وهو يعتمد على البيانات التي تم جمعها من ثلاثة

مصادر:

- سجل حياة الشخص - التقييمات الذاتية، - الاختبارات الموضوعية. بالاعتماد على سجلات حياة الأشخاص والتقييمات الذاتية، حدد كاتل عوامل الشخصية الرئيسية داخل الأفراد وعبر الناس بشكل عام. اقترح نوعين رئيسيين من السمات:

أ) السمات السطحية: هذه هي خصائص الشخصية التي يمكن رؤيتها بسهولة من قبل الآخرين (تصرفات المرء الخارجية).

ب) سمات المصدر: على عكس سمات السطح، فإن سمات المصدر هي سمات أساسية أكثر تكمن وراء سمات السطح يميز Cattell بين السمات السطحية، وهي أنماط سلوك يمكن ملاحظتها، وخصائص المصدر، والتي اعتبرها أساسية، والسمات الداخلية المسؤولة عن سلوكنا العلني.

رأى أن سمات المصدر أكثر أهمية. لا يمكن تحديد سمات المصدر إلا عن طريق تحليل الكمبيوتر لجميع البيانات التي تم جمعها.

#### 4.3. نظرية HANS EYSENCK

اقترح Eysenck نظرية السمات والنوع في الطبيعة. لقد حاول تقليص وصف الشخصية إلى ثلاثة أبعاد رئيسية متأثرة وراثيًا، والتي يمتلكها الجميع بدرجات متفاوتة. وقد استخدم أيضًا تحليل العوامل، وهو إجراء إحصائي يحدد العوامل المشتركة بين مجموعات العناصر، لتبسيط قائمة طويلة من السمات في أبعاده الثلاثة:

أ) الانبساط:

ب) يقيس قدرتنا الاجتماعية وميلنا إلى الاهتمام بالبيئة الخارجية، بدلاً من تجارنا العقلية الخاصة.

ب) العصافية:

تقيس مستوى عدم الاستقرار لدينا

-مدى مزاجنا وقلقنا وعدم موثوقيتنا

-على عكس الاستقرار، إلى أي مدى نحن هادئون ومتوازنون وموثوقون.

ج) الذهان:

يقيس مستوى تشددنا في التفكير

-إلى أي مدى نحن عدائيون، وقاسيون، وغير حساسون

-في مقابل عقلية العطاء

- إلى أي مدى نحن ودودون ومتعاطفون ومتعاونون.

#### 4. 4. نظرية بول كوستا وروبرت ماكري لسمات الشخصية

وتعتبر أحدث نظرية في مجال الشخصية. لقد طوروا نموذجًا من خمسة عوامل للشخصية، يُطلق عليه "الخمس الكبار". في الدراسات عبر الثقافات، تم تحديد نفس العوامل الخمسة في تصنيفات السمات. تتضمن نظرية الخمس الكبار خمسة سمات: الإنفتاح والضمير والانبساط والتوافق والعصابية.

(1) الإنفتاح - استعداد الشخص لتجربة أشياء / تجارب جديدة.

(2) الضمير - تنظيم الشخص ودوافعه

(3) الانبساط - المنتهية ولايته والإجتماعية

(4) التوافق - النمط العاطفي الأساسي للشخص (بسيط وودود وممتع)

(5) العصابية - عدم الاستقرار أو الاستقرار العاطفي للشخص (القلق المفرط، القلق المفرط، المزاجية).

(Rathoo. 2019.p202).

#### 5. السمات الشخصية والمعاش النفسي للمرضى المزمنين:

تفاوتت استجابة المرضى للمرض المزمن بناءً على سماتهم الشخصية والتحديات التي يواجهونها. إذ تعتبر السمات الشخصية الإيجابية والسلبية عناصر رئيسية في تحديد تأثير المرض على نوعية الحياة وصحة المريض وطرق تفاعله مع المرض وأسلوب حياته المكيف حسب ما تتطلبه إدارة المرض المزمن. لعل من أهم الصفات أو السمات الشخصية الإيجابية المميزة، نجد الصلابة النفسية العالية أو المرونة النفسية التي مكنت المرضى من مواجهة المرض، وقد تساهم هذه السمات في التزامهم بالعلاج والرعاية الصحية. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يتمتع المرضى المصابين بالأمراض المزمنة بروح إيجابية وتفاؤل في مواجهة المرض. حيث يركزون على الجوانب الإيجابية في الحياة ويسعون جاهدين لتحقيق التوازن بين متطلبات الحياة اليومية والرعاية الصحية. ومع ذلك، هناك مرضى قد يتميزون بسمات شخصية سلبية، ويعانون من مستويات عالية من التوتر والقلق نتيجة المرض المزمن والضغط النفسية والإجتماعية. يواجهون صعوبة في التحكم بمشاعرهم والتوتر، مما يمكن أن يؤثر على نوعية حياتهم بشكل سلبي ويؤدي إلى تفاقم المرض.

تكون الشخصية عاملاً سببياً في المرض من خلال مجموعة متنوعة من آليات مختلفة جداً. ولعل أبسط مثال على ذلك السلوكيات الغير صحية عند مرضى السكري مثلا. التي يعيشها المريض ضمن أسلوب حياته. كيف تنشأ هذه السلوكيات، لونتبعنا هذه السلسلة نجد انه إذا أدى القلق إلى الأكل الغير صحي وساهم ذلك في زيادة مؤشر الكتلة الجسمية فوق المستوى الطبيعي، والتي تكون سببا في تطور مرض السكري مثلا، ومنه القلق هو عامل سببي لتطور السكري من النمط الثاني الى النمط الأول. في مثل هذه الحالات فالأسباب غير مباشرة بالطبع، لذلك فان علاج القلق بالضرورة لن يمنع ظهور مرض السكري، لكن علاجه حتما سيؤثر على التحكم في السلوكيات الصحية. (Howard S. Friedman. 1987p541)

ولنماذج سمات الشخصية تاريخ جليل في علم النفس على مدى 60 عامًا، أدى عدد كبير من الأدبيات، بما في ذلك الدراسات التحليلية للشخصية مع قوائم الجرد الشخصية، وقوائم السمات، والمراقبة المنهجية للأشخاص، عددًا متزايدًا من منظري الشخصية إلى استنتاج أن الشخصية موصوفة بمجموعة سمات منها العصابية من خلال قابلية الشخص لتجربة مشاعر سلبية ومزعجة مسببة فيما بعد اضطرابات نفسية في الأفكار والأفعال. على العكس من ذلك، إذا انخفضت العصابية من خلال الميل إلى عدم تجربة التأثير السلبي. وبالتالي، فإن المرضى الذين يعانون من ارتفاع العصابية سيكونون أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات العاطفية في الواقع. (De-Nour. 1996.p460-461)

كما قد حظيت الشخصية باهتمام متزايد في علم نفس الصحة. إذ يُنظر إلى اثنين من أبعاد الشخصية الخمسة الكبرى، وهما الاستقرار العاطفي والضمير، على أنهما وثيقي الصلة بالصحة والسلوك الصحي. حيث يتميز أصحاب الدرجات المنخفضة في الاستقرار العاطفي بالميل إلى تجربة المشاعر السلبية المزمنة وإظهار الخصائص المعرفية والسلوكية ذات الصلة. حيث أظهرت الدراسات باستمرار أن عدم الاستقرار العاطفي الأكبر يرتبط بالإبلاغ المتكرر عن الأعراض، والإبلاغ عن شدة أكبر للأعراض، وزيادة الاتصال المتكرر مع أخصائي الرعاية الصحية. وجدت هيبورن وزملاؤها (1994) أن الاستقرار العاطفي المنخفض مرتبط بقلق أكبر بشأن نقص السكر في الدم، وقد يؤثر على تصورات الأفراد لأحاسيسهم الجسدية، مما يؤدي إلى المزيد من المعتقدات والتنبؤات السلبية للمرض. لذلك، سيؤثر على سلوك الرعاية الذاتية لمرض السكري بشكل غير مباشر من خلال تأثيره على معتقدات (T. Chas Skinner. 2002.p61)

أفاد برنامج اتجاهات ورغبات واحتياجات مرض السكري (DAWN)، وهو أكبر دراسة نفسية اجتماعية عالمية تتعلق برعاية مرضى السكري، أن غالبية مرضى السكري من النوع 1 أو النوع 2 يعانون من مشاكل نفسية

(67.9% و 65.6% على التوالي). على الرغم من الانتشار الواسع للضغوط المرتبطة بمرض السكري وعواقبه السلبية المهمة، إلا أن أقلية صغيرة فقط من مرضى السكري (3.3%). يواجه مرضى السكري تغييرات كبيرة في نمط الحياة وإمكانية الإصابة بمضاعفات منهكة ومهددة للحياة. المرضى الذين يعانون من ضعف التحكم في نسبة السكر في الدم لديهم انتشار أعلى للأمراض النفسية المصاحبة، مثل الاكتئاب واضطرابات الأكل.

(MIGUEL DEBONO. 2007.p546)

ووفقاً للدراسات التي تم إجراؤها باستخدام المقابلات التشخيصية المنظمة، تُظهر معدلات انتشار اضطرابات القلق معدلات مرتفعة. في دراسة قامت بها Peyrat وRubin (1997)، تبين أن الأشخاص الذين يعانون من داء السكري قد يعانون من مستويات مرتفعة من أعراض القلق بنفس القدر الذي يعانون من أعراض الاكتئاب، وبمعدلات أعلى بكثير من السكان العام. توصلت الدراسة أيضاً إلى أن الأشخاص المصابين بالسكري والذين لديهم تعليم أقل يكونون أكثر عرضة للإبلاغ عن مستويات من الأعراض تتفق مع اضطراب القلق. بالإضافة إلى ذلك، رُبط وجود المزيد من مضاعفات مرض السكري بشكل كبير بمستويات عالية من القلق. (Rubin, 2001)

وقد وُجد أن الاكتئاب أكثر انتشاراً بين مرضى السكري منه بين عامة الناس. على الرغم من اختلاف تقديرات انتشار الاكتئاب، فمن المحتمل أن يصيب واحداً على الأقل من كل خمسة أشخاص مصابين بالسكري. لا يزال الاكتئاب في مرض السكري غير مفهوم جيداً، حيث من المحتمل أن تلعب العوامل الفسيولوجية والنفسية دوراً وتفاعل مع بعضها البعض. وقد ارتبط الاكتئاب في مرض السكري بضعف الالتزام بالعلاج، وارتفاع السكر في الدم، وبالتالي زيادة خطر الإصابة بمضاعفات مرتبطة بمرض السكري، وخاصة أمراض القلب والأوعية الدموية واعتلال الشبكية.

(FATEMEH ADILI. 2006.p332)

يعاني مرضى السكري أيضاً من الآثار النفسية للعجز الجنسي. إذ يرتبط ضعف الانتصاب عند الرجال بشكل سلبي بمجموعة من أبعاد للجانب النفسي. في دراسة أجراها Berardis et al (2002)، أفاد 45.6% من المرضى الذين يعانون من ضعف الانتصاب المتكرر بأعراض اكتئاب حادة. قد لا يطرح المرضى هذه المشكلة بسهولة مع القائمين على رعايتهم. (MIGUEL DEBONO. 2007.p546)

كما تعد ضائقة السكري ظاهرة متنوعة ومعقدة تختلف من شخص لآخر وتعكس تأثيرات مختلفة للعوامل الشخصية. حيث تتأثر بالعمر والجنس والثقافة ونوع مرض السكري الذي يعاني منه الفرد، فضلاً عن كيفية إدارته للمرض من خلال استخدام الأنسولين أو الأدوية الفموية، وكذلك على مدى تطور المضاعفات المرتبطة بالمرض ومدة معاناته منه. تشمل ضائقة السكري مجموعة من المشاعر والمخاوف الشائعة، مثل الشعور بالعجز واليأس،



والقلق من حدوث نقص حاد في مستوى السكر في الدم أو الإصابة بمضاعفات صحية. بالإضافة إلى ذلك، فإن إدارة مرض السكري تتطلب جهدًا كبيرًا، وقد يؤدي ذلك إلى شعور المصابين بالإرهاق الشديد، وفي العديد من الحالات، يفقد المرضى الثقة بالنفس والرغبة في الالتزام بالجدول الزمني للعلاج ومتابعة المواعيد.

(L Fisher. 2019.p807)

وفي دراسة مقطعية مستعرضة للحالات والشواهد في كندا، كما تعد اضطرابات الأكل أكثر انتشارًا في مرضى السكري (10%) منها في غير المصابين بمرض السكري (4%) ومنه وقد يكون لديهم ميل أكبر لتجاهل الرعاية الطبية.

يتسبب نقص الدعم الاجتماعي لمرضى السكري بالمشاعر السلبية والشعور بالعزلة، هذا ما اثبتته دراسة (MIGUEL DEBONO) 2007، من خلال الكشف على العواقب الاجتماعية لمرض السكري. ولذلك يجب على الأسرة والأصدقاء أن يكونوا حساسين لمتطلبات المريض ويدعموه بشكل إيجابي خلال رحلته مع مرض السكري. وأكد وينغر وياكوبسون (2001) أن مرض السكري يؤثر بشكل كبير على كمية ونوعية العلاقات التي يمتلكها المصاب. عندما يقرر المرضى بدء تغييرات في عاداتهم اليومية لإدارة مرض السكري بشكل أكثر فعالية، قد يتعرضون للضغط من قبل أصدقائهم أو أفراد أسرتهم للتغييرات في رعاية أنفسهم، عندما لا يكون المريض راغبًا في القيام بهذه التغييرات. وهذا الأمر ينطبق بشكل خاص على الشباب المصابين بمرض السكري. قد يشعر مرضى السكري بالوحدة والاختلاف عندما يقومون بإدارة مرضهم، ويعتقدون أنه لا يوجد أحد يمكنه فهم كيفية التعايش مع هذا المرض بشكل صحيح. هذا يُضعف الدعم الاجتماعي الذي يمكن أن يكون مهمًا لتحسين جودة حياة المريض وتخفيف الضغوط النفسية المرتبطة بالمرض.

## 6. الإستجابات الانفعالية للمرض المزمن:

لا شك فيه أن هنالك العديد من الأمراض المزمنة التي تترك آثارًا بالغة في مختلف نواحي حياة المريض وكما هي الحال في الأمراض الحادة، هناك مرحلة أولية مؤقتة تضطرب فيها كل أنشطة الحياة. ولعل أهم الازمات النفسية التي يمر بها المصاب بالمرض المزمن:

### 6-1- الإنكار (Denial):

هو استجابة تظهر عند تشخيص مرض السكري. كإجراء دفاعي، قد يرفض المريض تصديق طريقة التشخيص أو التقرير ويحاول تجنب المضاعفات طويلة الأمد. يتعارض الإنكار مع قدرة المرضى على مراقبة حالتهم، واتخاذ

المبادرة في طلب العلاج، وإدارة مشاكلهم. المرض يشكل جانبًا حاسمًا في تفسير الإنكار لدى مرضى السكري، كرد فعل أول في وجود الأعراض الجسدية أو المضاعفات في المراحل المبكرة من مرض السكري (Sanjay Kabra, 2018).

نظرًا للتغيرات التي قد تحدث في حياة الفرد بشكل فجائي، حتى في المسائل البسيطة اليومية، يمكن أن يشعر الشخص بحالة من الارتباك. قد يعجز عن فهم مدى الضرورة لإجراء تغييرات. في قضايا كبيرة مثل مستقبله الدراسي أو المهني، قد يحتاج المريض إلى وقت للتفكير والتكيف مع هذا التحول، بما في ذلك ترتيب أمور حياته تبعًا للوضع الجديد. تتضمن كل لحظة تحديات وتغييرات تتطلب انتباهًا. وبسبب الكم الهائل من التفاصيل والقرارات التي يجب التصرف بها، قد يشعر المريض بالضيق وعجزه عن استعادة السيطرة (تايلور، 2008).

### 6-2- القلق (Anxiety):

يكون استجابة شائعة تظهر مباشرة بعد تشخيص المرض، حيث يسيطر العجز على العديد من المرضى، إزاء ما يمكن أن ينطوي عليه المرض المزمن من تغير في حياتهم. ومن احتمالات الموت وقد يظهر القلق على فترات متقطعة أثناء المرض (تايلور، 2008). وقد يرتبط القلق بالخوف من حقن الأنسولين وهو شائع بين الأشخاص المصابين بداء السكري، خاصة السكري من النوع الأول. وقد لوحظ أن المستوى الشديد من الخوف من الحقن الذاتي يرتبط بارتفاع الضيق المرتبط بمرض السكري (Sanjay Kabra, 2018).

### 6-3- الاكتئاب والحزن (Sorrow/depression):

طبيعية لمرض السكري والتي قد تنتج عن الحزن والشعور بالخسارة. غالبًا ما يتميز الاكتئاب بتغيرات مستمرة مثل التغير في نمط النوم، والتعب، واضطراب الشهية، وعدم الاهتمام بالأنشطة اليومية على مدى أسابيع. وقد يتعارض مع الرعاية الذاتية لمرض السكري ويمكن إدارته من خلال تقديم المشورة للمريض وإشراكه في الأنشطة الترفيهية.

### 6-4- القبول (Acceptance):

قد يستغرق ذلك وقتًا طويلاً، لكن في النهاية يتقبل الشخص وضعه ويجهز نفسه للتعايش مع مرض السكري، إلا أن هذه الخطوة تتطلب الصبر، والمساعدة من الآخرين، والفهم الكامل لمرض السكري، وأساليب إدارة مرض السكري في أسلوب حياته (Sanjay Kabra, 2018).

**خلاصة الفصل:**

تطرق في هذا الفصل إلى الأدبيات النظرية والمتمثلة في المفاهيم الأساسية لمتغير سمات الشخصية. كما استعرضنا تعريفات لسمات الشخصية، وبعض مكوناتها وأهم النظريات التي تناولت سمات الشخصية. وإلى السمات الشخصية والمعاش النفسي للمرضى المزمنين. الإستجابات الإنفعالية للمرض المزمن و سنعرض في الفصل التالي مرض السكري بالتطرق الى مفهومه، انواعه وأهم المضاعفات التي تصيب المرضى المصابين بداء السكري .

# الفصل الخامس مرض السكري

## تمهيد:

يعتبر مرض السكري تحديًا صحيًا عالميًا يشهد انتشارًا متزايدًا، حيث يؤثر على ملايين الأفراد حول العالم. ينتج هذا المرض عن اضطراب في توازن مستويات الجلوكوز في الدم، مما يتطلب إدارة فعّالة لتفادي المضاعفات الصحية. يتسم مرض السكري بارتفاع مستويات السكر في الدم، وفي حالة عدم التحكم وإدارته بطريقة منتظمة، يمكن أن يؤدي إلى تأثيرات خطيرة على الأعضاء والأنظمة في الجسم. سنتناول هذه الفصل مفهومه وأهم أنواعه، مع التركيز على المضاعفات الصحية التي قد تنشأ نتيجة لعدم السيطرة الجيدة على هذا المرض المزمن. كما سنتطرق إلى طرق الإدارة الذاتية لمرض السكري.

## 1- تعريف مرض السكري:

يقوم الجسم بتحويل الغذاء الذي نأكله إلى مادة تدعى جلوكوز (سكر احادي) وهناك هرمون يدعى هرمون الأنسولين ويفرز بواسطة البنكرياس وهو ضروري لعملية دخول الجلوكوز إلى خلايا الجسم حيث يتم تحويل الجلوكوز داخل الخلايا إلى طاقة حتى تمكن كل خلية من القيام بوظائفها.

ومنه داء السكري عبارة عن مرض مزمن وشائع ناتج عن ازدياد مستوى السكر في الدم ويحدث عندما لا يستطيع الجسم إفراز كمية كافية من الأنسولين أو عندما تكون كمية الأنسولين الطبيعية غير فعالة، ولقلة استقباله من قبل خلايا الجسم المختلفة مما ينتج عنه ارتفاع نسبة السكر في الدم عوضا عن دخوله لخلايا الجسم لعدم وجود كمية كافية من الأنسولين) ويتم طرحه في البول عندما تتخطى كمية السكر في الدم (180ملجم) ويتم فقدان الطاقة. (الميمش وآخرون، 2011، ص21)

## 2- أنواع مرض السكري :

## 2-1- السكري من النوع الاول :

ويسمى بداء السكري النوع الأول و قديما كان يسمى هذا النوع بالسكر المعتمد. على الانسولين ( IDDM ) و يقصد به مرضى السكر الذين يعتمدون على الأنسولين في علاجهم، وكان هذا النوع يسمى كذلك (بسكر) (الصغار) و يصيب هذا النوع في الغالب الأطفال والبالغين أقل من ثلاثين عاملا و ذروة بدء النمط الأول بين عمر (11- 13) سنة ، و لكنه أيضا قد يبدأ في أي فئة عمرية بما فيها الشيخوخة . وأغلب المرضى المصابين بهذا النوع من السكري عادة أصحاء و أوزانهم إعتيادية عند حدوث المرض. ويتميز بإنعدام أو نقص الأنسولين الشديد بسبب تلف معظم خلايا بيتا في البنكرياس، مما يؤدي الى ارتفاع مستوى السكر في الدم و هذا النوع لا يستجيب للعلاج بالأقراص الخافضة للسكر و لا ينفعه سوى حقن. (هدى، 2021 ص25)

## 2. 2. السكري من النوع الثاني :

ويسمى بداء السكري النوع الثاني و قديما كان يسمى بالسكر الذي لا يعتمد على الانسولين ( NIDDM ) و يقصد به مرضى السكري الذين لا يعتمدون على الانسولين في علاجهم و يسمى (سكر كبار لأنه عادة ما يبدأ بعد سن الاربعين . و يظهر عند الاناث أكثر من الذكور وخاصة نوي امراض القلب و الأوعية الدموية وأعراض هذا المرض تظهر بشكل تدريجي و حدوث الغيبوبة السكرية والمضاعفات اقل من النوع الأول ، وغالبا ما يتم اكتشاف هذا النوع

من السكر عن طريق الصدفة عند اجراء التحاليل الطبية الروتينية، و في هذا النوع يفرز البنكرياس كمية من الانسولين و لكنها قد تكون غير كافية او ان هناك مقاومة من الانسجة و الخلايا بالجسم احتمالات تعوق وظيفة الانسولين بسبب نقص مستقبلات الانسولين أو لوجود اجسام مضادة لهذه المستقبلات تمنع الانسولين و تنافسه على الوصول اليها مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر في الدم. (هدى، 2021 ص25)

### 3. مضاعفات مرض السكري :

#### 3. 1. متلازمة اليد السكرية المتيبسة :

تعتبر الأيدي من أكثر الأطراف تعرضاً لمضاعفات السكري، وهذا يعرف بمتلازمة اليد السكرية المتيبسة، أو بمتلازمة اليد السكرية محدودة الحركة ( Diabetic stiff hand syndrome ). وتحدث هذه المضاعفات بنسبة 50 لدى مرضى السكري وبالأخص النوع الأول وتزداد نسبة هذه المضاعفات بازدياد مدة الإصابة بالسكري. وتظهر هذه المتلازمة بازدياد سماكة الجلد، وشد الجلد، وشمعية المظهر، وتحديد حركة الأصابع من مد أو ضم الاصابع ضمة كاملة، وكذلك تصلب مغلقات الأوتار. وأسباب هذه المتلازمة متعددة :

- إزدیاد الكولاجين المتعسلن في الجلد وأنسجة ما بين المفاصل.
- قلة الكولاجين المحتمل.
- إعتلال الأوعية الدموية الشعرية.
- الإعتلال العصبي.

ولا يستطيع المريض في هذه المتلازمة طبق كفتي اليدين على بعضهما بشكل كامل وتبقى فراغات ما بين الأصابع والكفتين وهذا ما يعرف بـ (Prayer sign)( كامل العلجوني وآخرون ،ب س،ص 71)

#### 3. 2. اعتلال الشبكية السكري :

يعتبر اعتلال الشبكية السكري أشيع سبب للعمى عند البالغين بين عمر 30 و 65 سنة في الدول المتقدمة. وإن التخثير الضوئي للشبكية معالجة فعالة إذا أجري في مرحلة باكراً نسبياً عندما يكون المريض عادة ما زال خالياً من الأعراض، وهذا يعني أن الفحص الدوري لقع العين مع توسيع الحدقتين بشكل كامل أمر إلزامي عند كل المرضى السكريين. يؤدي فرط سكر الدم إلى زيادة الجريان الدموي الشبكي والاستقلاب وله تأثيرات مباشرة على الخلايا البطانية الشبكية وما حول الخلايا والتي يؤدي فقدها إلى إضعاف التنظيم الذاتي الوعائي، وتكون النتيجة حدوث جريان دموي غير مسيطر عليه يزيد إنتاج المواد الفعالة وعائياً Vasoactive

وتكاثر الخلايا البطانية، وهذا ما يؤدي إلى انغلاق الأوعية الشعرية تؤدي هذه العملية إلى نقص أكسجة مزمن في الشبكية وتحريض إنتاج عوامل النمو بما فيها عامل النمو البطاني الوعائي (VEGF) (Vascular Endothelial Growth Factor). يعمل VEGF عن طريق كيناز البروتين C على تنبيه نمو الخلايا البطانية مسبباً تشكل أوعية (جديدة) ويزيد النفوذية الوعائية مسبباً أذية نضحية (Exudative Damage).

(عماد محمد زكار و آخرون. 2005. ص 73)

### 3.3. الانتانات الخمجية:

يعتبر المصابون بمرض السكري بأنواعه معرضين للإصابة بالانتانات الخمجية بنسبة تزيد على المعدل العام، وقد يفسر ذلك جزئياً بضعف في وظيفة الخلايا البيضاء في جهاز المناعة. وتكون أكثر هذه الانتانات في المسالك البولية، والجلد . و القدم التي تسمى غالباً بالقدم السكرية. وينتج الضعف في جهاز المناعة تحديداً عن ضعف في وظيفة العدلة (Neutrophil) (أحد أنواع الخلايا البيضاء)، وبالأخص في حالات الحمض السكري، بالإضافة إلى تناقص قدرة الخلايا البيضاء على الالتصاق المناعي (Adherence)، والإنجذاب الكيميائي (Chemotaxis)، والبلعمة (Phagocytosis)، وهناك أيضاً ضعف في جهاز مضاد التأكسد في الخلايا البيضاء.

ويمكن التغلب على الأمور السابقة فيما يخص جهاز المناعة بالسيطرة على مستويات طبيعية للسكر في الدم، ويعتبر هذا الإجراء أحد أهم الطرق للوقاية من الانتانات، حيث تم إثبات ذلك بالدراسات العلمية.

(كامل العلجوني وآخرون. ب.س. ص 76)

### 3.4. اعتلال الكلية السكري:

من اسباب المراضة والوفاة، وهو الآن أحد أشيع أسباب الفشل الكلوي في المرحلة النهائية في الدول المتقدمة. وبما أنه يحدث مع باقي الاختلالات الوعائية الدقيقة والوعائية الكبيرة لذلك يكون التدبير صعباً عادة وتكون فوائد الوقاية كبيرة جداً. يحدث اعتلال الكلية السكري عند حوالي 30% من المرضى المصابين بالنمط 1 من الداء السكري بعد 20 عاماً من الإصابة. لكن الخطر بعد هذه الفترة ينخفض إلى أقل من 1% سنوياً، ومنذ البداية لا يكون الخطر متساوياً عند كل المرضى. وتقترح المعلومات الوبائية أن نسبة الحدوث الإجمالي في انخفاض بعد أن تحسنت معايير الضبط. تم إظهار نمط ترقي الشذوذات الكلوية في الداء السكري. إن أول التغيرات من الناحية الباثولوجية تشاهد عند ظهور البيلة الألبومينية (الزهيدة) هي تسمك الغشاء القاعدي الكبيبي وتراكم مادة المطرس Matrix في مسراق الكبيبة



Mesangium ويحدث لاحقاً ترسبات عقيدية مميزة ويسو، تصلب الكبيبات تتطور بيلة بروتينية غزيرة حتى تفقد الكبيبات بشكل مترق وتتدهور الوظيفة الكلوية. (عماد محمد زكار و آخرون. 2005. ص78)

### 3. 5. إعتلال الأعصاب:

ويصيب هذا الخلل نوعين من الأعصاب : النوع الذي يتحكم في إنقباض العضلات و إحساس الجلاذ و إصابته تسمى إعتلال الأعصاب الطرفية ، والنوع الذي يتحكم في مختلف الأعضاء يؤدي إلى ما يسمى بإعتلال الأعصاب الذاتية . و من أعراض تأثر الأعصاب مايلي ضعف الإحساس ، إحساس بوخز خفيف، إحسان بحرقان فقدان الإحساس بالحرارة أو البرودة ، تتميل يزداد ليلا ، وتتميل القدمين يأخذ أكثر من شكل.

(بن سكريفية مريم وآخرون .2015.ص240)

### 3. 6. تصلب الشرايين :

يؤدي السكري إلى ارتفاع مخاطر تصلب وتضييق أوعية أو شرايين الدماء الكبيرة، ما قد يتسبب بنوبات قلبية أو سكتات دماغية وبضعف الدورة الدموية في الرجلين. وما يعزز هذه المخاطر التدخين وزيادة الوزن. وعلى أي حال، فإن التدخين هو من عوامل الخطر الرئيسية المعروفة لأمراض الشرايين حتى عند الأشخاص غير المصابين بالسكري. ومن العوامل الأخرى التي قد تسبب أمراض الشرايين هو ارتفاع معدل الكوليسترول في الدم. وقد أظهرت الدراسات الأخيرة أن خفض معدل الكوليسترول في الدم باتباع نظام غذائي و/ أو تناول الدواء من شأنه أن يقلل مخاطر الإصابة بالنوبات القلبية والسكتات الدماغية. كما أن ضغط الدم المرتفع قد يتسبب أيضاً بتصلب الشرايين ، بالإضافة إلى منع مضاعفات الكلى وتعتبر المشكلات الناجمة عن تصلب الشرايين شائعة للغاية.

(بيلوس.2013.ص116)

### 4. الإدارة الذاتية لمرض السكري :

عرف " Stariya& al 2021" الإدارة الذاتية بأنها عملية ديناميكية وتفاعلية ويومية حيث يشارك الأفراد في إدارة مرضهم المزمن وتشير الإدارة الذاتية إلى قدرة الفرد في التعامل مع المجتمع والأسرة والمتخصصين في الرعاية الصحية لإدارة نمط حياته وأعراضه وعلاجه والنتائج النفسية والإجتماعية والثقافية والروحية كنتيجة للظروف الصحية. (ذياب أحلام.2023. ص435)

ومنه تعد الإدارة الذاتية لمرض السكري أمرًا ضروريًا لتحسين جودة الحياة لدى المرضى المصابين بداء السكري. تشمل عدة جوانب، بدءًا من فهم الفرد لحالته الصحية وصولاً إلى تحديد نظام غذائي ملائم ومتوازن. يتطلب الأمر أيضًا متابعة دقيقة لمستويات السكر في الدم وممارسة الرياضة بانتظام. إلى جانب ذلك، يتعين على المريض أن يتفاعل بشكل فعال مع الفريق الطبي ويتبنى أسلوب حياة يشمل الرعاية بالصحة النفسية. جميع هذه الجوانب تشكل جزءًا من الاستراتيجية الشاملة لمعالجة مرض السكري وإذا تبني المرضى هذا النهج العلاجي يحققون أفضل نتائج صحية.

### 5. التقييم النفسي / الإجتماعي والرعاية الطبية العلاجية:

من المفيد جداً أن يتضمن التقييم الطبي للمريض السكري تفصيلاً وتقييماً لحالته النفسية ووضعه اجتماعياً. ولا يقتصر التقييم النفسي / الإجتماعي على معرفة السوابق المرضية النفسية Psychiatric history أو العقلية، ولكنه يتضمن جوانب عدة منها موقف المريض من مرض السكري وحقيقة تشخيصه، سير توقعات المريض من التدابير العلاجية والنتيجة من التدبير العلاجي للحالة السكرية، التأثير على المزاجية نوعية كفاءة الحياة بشكل عام. والتعايش مع السكري وتدابيره العلاجية وإجراءات العناية الذاتية اليومية به خارج العيادة الموارد المالية والإجتماعية والعاطفية، الدعم الإجتماعي مصارحة المحيط الإجتماعي البعيد والقريب بالإصابة السكرية وممارسة إجراءات العناية الذاتية بشكل اعتيادي الأداء الإنتاجي والوظيفي، وغير ذلك. التقصي عن الإشكاليات المرضية النفسية و الإجتماعية مثل: الإكتئاب والكرب النفسي السكري، القلق ، اضطرابات الإدراك والتركيز الذهني cognitive impairment، وخصوصاً عندما يكون الأداء في العناية الذاتية سيئاً أو وجود اضطرابات حادة ومتكررة في الاستقرار السكري عند الشخص السكري . (عزمي، ب س.ص.85)

## خلاصة الفصل:

تطرقت في هذا الفصل إلى مفهوم مرض السكري ،والى أهم الأنواع وهو السكري من النوع الأول والسكري من النوع الثاني كاحد المتغيرات التي تناولتها الباحثة في هذه الدراسة ، كما تطرقت الى اهم مضاعفات مرض السكري والتي تمثلت في متلازمة اليد السكرية المتيبسة ، وإعتلال الشبكية السكري بالاضافة الى الانتانات الخمجية كاحد اخطر المضاعفات ، وايضا مضاعفات تصلب الشرايين و مضاعفات إعتلال الأعصاب وايضا إعتلال الكلية السكري.

كما تطرقت في هذا الفصل الى اهمية الإدارة الذاتية في التحكم في نسبة السكري في الدم. كامل تطرقت الى أهمية اجراء التقييم النفسي الاجتماعي لمرضى السكري عند زيارة طبيب السكري والغدد الصماء .

الفصل السادس

الدراسات السابقة

## تمهيد

تعد الدراسات السابقة ركيزة أساسية وأحد الخطوات المنهجية في إعداد البحث العلمي، إذ تمكن الباحث من التوجيه الدقيق والمتكامل لأهداف بحثه. من خلال مراجعة وتحليل الأبحاث السابقة، كم تساهم في استنباط فجوات المعارف السابقة وتوجيه اهتمامات الباحث. إذ تعتبر مصدرا مرجعيا يساعد بتوجيه الباحث في اختياره لإجراءات منظمة، وتحليل نتائجه في إطار ما تم التوصل اليه للنتائج التطبيقية السابقة.

سنتناول من خلال هذا الفصل عرض لمجموعة من الأبحاث والدراسات المنشورة على شكل مقالات علمية في مجلات محكمة وأطروحات.

بعد إجراء بحث مكثف، تم التوصل الى مجموعة من الدراسات التي هدفت الى استكشاف متغيرات البحث الرئيسية، مثل الإمتثال العلاجي أو الضغوط النفسية أو كليهما. ومنها التي اهتمت بالسمات الشخصية والإمتثال العلاجي تم تقسيم هذا الفصل إلى ثلاثة عناصر رئيسية. عرض الدراسات العربية ثم التطرق الى الدراسات الأجنبية ثم التعقيب الدراسات السابقة.

## الدراسات السابقة:

## 1. الدراسات العربية

• دراسة Mohamed H Kamel وآخرون (2003)، بعنوان: "المتنبئون بسلوك الرعاية الذاتية لدى البالغين المصابين بداء السكري من النوع الثاني في قرية أبو خليفة -الإسماعيلية -مصر"، هدفت الدراسة إلى تقييم العلاقة بين المتنبئات مثل "التركيبة السكانية للمرضى، العلاقة بين الطبيب والمريض، التوتر، والسياق الاجتماعي وسلوكيات الرعاية الذاتية". أجريت الدراسة بطريقة مقطعية على 200 مريض سكري مسجلين في سجل الأمراض في مركز أبو خليفة لطب الأسرة، وتم استيفاء المعايير المعتمدة. تم تطبيق استبانة تتضمن فقرات حول بعض المتغيرات المستقلة مثل "التركيبة السكانية، العلاقة بين الطبيب والمريض، الضغط الشخصي، والسياق الاجتماعي". كانت هذه المتغيرات بمثابة تنبؤات لسلوك الرعاية الذاتية، وكانت تتضمن بعض العناصر (المتغيرات التابعة) المتعلقة بسلوك الرعاية الذاتية مثل "النظام الغذائي، ومراقبة الجلوكوز، أنظمة الدواء، وممارسة الرياضة".

أظهرت نتائج الدراسة أن نجاح العلاج لداء السكري النوع الثاني يعتمد بشدة على معرفة المريض بالمرض واتجاهاته والممارسات المترتبة على ذلك، وخاصة سلوكيات الرعاية الذاتية مثل النظام الغذائي والتمارين وفقدان الوزن والالتزام بخطة العلاج.

• دراسة وليد الطائي (2010) بعنوان: "عدم الالتزام بالعلاج بين الرجال المصابين بالسكري من النوع الثاني في الموصل: دراسة الحالات والشواهد"، هدفت الدراسة إلى التعرف على عوامل الخطورة لعدم الالتزام بخطة العلاج لدى المرضى المصابين بداء السكر النوع الثاني، والمراجعين للمركز الوفاء لداء السكر في مدينة الموصل. تم اختيار تصميم دراسة العينة والشاهد، حيث أعد الباحث نموذجًا خاصًا لجمع البيانات وملاه من قبل الباحث لكل مريض عينة كان شاهدًا، وتم ذلك بأسلوب المقابلة المباشرة مع المريض.

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة إحصائية معنوية بين عدم الالتزام بالعلاج وتدني المستوى الاقتصادي للفرد، ومدة الإصابة بالمرض لأكثر من عشر سنوات، وأخذ أقراص العلاج أكثر من مرتين في اليوم. وكانت هناك نقص في الثقة لدى المريض

اتجاه القائمين على الرعاية الصحية، وتدني مستوى إجراء النشاطات البدنية في أسلوب الحياة. كما أظهرت النتائج وجود علاقة إحصائية عكسية بين عدم الالتزام بالعلاج والسكن في المدينة، والزواج، ومستوى التعليم الابتدائي والثانوي، ونمط الشخصية.

وتوصلت النتائج أيضاً إلى وجود أربعة عوامل (كمنبئات) مرتبطة بسلوكيات مريض السكر في الرعاية الذاتية وهي: الخصائص الديموغرافية، علاقة الطبيب والمريض، الضغوط الحياتية، والبعد الاجتماعي متمثلاً في الدعم الأسري مما يؤدي إلى قدرتنا على علاج مرضى النوع الثاني من داء البول السكري بطريقة مثلى.

- دراسة موفق ديهية (2014) بعنوان: أثر نموذج المعتقدات الصحية على الملائمة العلاجية عند مرضى السكري.

هدفت الدراسة إلى تشخيص سلوك الملائمة لدى مرضى السكري والتعرف على فئاتهم ومعاناتهم الجسدية والنفسية والاجتماعية. كما استهدفت الكشف عن مدى انتشار سلوك الملائمة بين مصابي داء السكري، وفحص تأثير المعتقدات الصحية الشخصية على ظهور سلوك الملائمة العلاجية. كما أرادت تحديد مستويات الالتزام والاهتمام بأبعاد المعتقدات الصحية والملائمة العلاجية. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي وأجريت على 50 مريضاً بالسكري، واستخدمت الباحثة معامل ارتباط بيرسون واختباراً تي بالاعتماد على برنامج SPSS.

أظهرت نتائج الدراسة وجود تأثير بين الفئة الأكثر ملائمة في العلاج والفئة الأقل ملائمة في العلاج لدى مرضى السكري فيما يتعلق بالمعتقدات الصحية.

كما كشفت النتائج عن تأثير بين الفئة ذات الاعتقاد الصحي العالي والفئة ذات الاعتقاد الصحي المنخفض في العلاج لدى مرضى السكري فيما يتعلق بالملائمة العلاجية. وتم التوصل أيضاً إلى أن بُعد الأكل يحتل المرتبة الأولى.

- دراسة طالبي (2017) بعنوان: المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالملائمة العلاجية لدى مصابات بداء السكري.

هدفت الدراسة إلى معرفة ما إذا كان هناك علاقة ارتباطية بين المساندة الإجتماعية والملائمة العلاجية لدى مصابات بداء السكري. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي وشملت عينة دراسية تتألف من 40 مصابة بداء السكري في مستشفى محمد لمين د باغين باب الواد بالجزائر العاصمة. استُخدمت أدوات الدراسة مقياس الإمداد بالعلاقات الإجتماعية لـ "تورنر وآخرون (1983)" ومقياس الملائمة العلاجية الخاص بمرضى السكري.

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية إيجابية ودالة إحصائياً بين المساندة الأسرية واتباع الحمية لدى المصابات بداء السكري.

- دراسة رابح وكدي (2019) بعنوان: الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى السكري النوع الثاني.

هدفت الدراسة إلى معرفة سمات الضغوط النفسية لدى المصابين بالداء السكري النوع الثاني. تمت الدراسة على عينة مكونة من 100 مصاب بمرض السكري من كلا الجنسين ومن مستويات عمرية مختلفة. تم استخدام مقياسين لجمع البيانات حول الضغوط النفسية ونوعية الحياة.

أظهرت النتائج وجود ضغوط نفسية بدرجة متوسطة لدى المصابين، وكان تقييم نوعية الحياة لديهم متوسطاً أيضاً. وأظهرت النتائج وجود ارتباط طردي ضعيف بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة. وكشفت الدراسة أيضاً عدم وجود فروق بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى المصابين تعزى لمتغيري الجنس والعمر.

- دراسة رشيد حميد زغير عبد المولى بوشامي (2019) بعنوان: الصلابة النفسية وعلاقتها بالإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.

هدفت الدراسة إلى التعرف على علاقة الصلابة النفسية بالإمتثال العلاجي لمرضى داء السكري، وذلك من خلال البحث عن العلاقة بين الإمتثال العلاجي وأبعاد الصلابة النفسية، مثل الالتزام والتحكم والتحدي. لتحقيق أهداف الدراسة، تم اعتماد المنهج الوصفي، وشملت عينة الدراسة 30 مريضاً بداء السكري غير الممتثلين للعلاج. تم تطبيق مقياس الصلابة النفسية لـ "كوبازا" ومقياس الإمتثال العلاجي لـ François M. Mai.



ظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية دالة بين الإمتثال العلاجي والصلابة النفسية، وكذلك بين الإمتثال العلاجي وأبعاد الصلابة النفسية (التحكم والتحدي) لدى مرضى داء السكري غير الممثلين للعلاج.

- دراسة سمية عليوة وتوفيق يرغوني (2022) بعنوان: فعالية الذات والالتزام الصحي لدى مرضى السكري.

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى فعالية الذات والالتزام الصحي لدى مرضى السكري، وكذلك الكشف عن نوع العلاقة بين فعالية الذات والالتزام الصحي عند مرضى السكري. تمت الدراسة على عينة قسدية تضم 51 مريضاً مصاباً بمرض السكري، واعتمدت على المنهج الوصفي الارتباطي لتحقيق أهداف الدراسة. استخدم الباحثان استبيان فعالية الذات المترجم من قبل سامر رضوان واستبيان الالتزام الصحي من إعداد الباحثة عبد الصمد صورية.

أظهرت نتائج الدراسة أن مرضى السكري يتمتعون بمستوى متوسط من فعالية الذات، وكذلك بمستوى متوسط من الالتزام الصحي. وتشير النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين فعالية الذات والالتزام الصحي لدى مرضى السكري.

- دراسة رانية علي يوسف (2023) بعنوان: مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى عينة من مرضى السكري وضغط الدم المرتفع دراسة ميدانية في بعض مشافي مدينة اللاذقية.

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى عينة من مرضى السكري وارتفاع ضغط الدم. تمت الدراسة على عينة تضم 186 مريضاً باستخدام استبانة الالتزام بالعلاج الدوائي المكونة من 26 عبارة، واعتمدت الباحثة المنهج الوصفي.

أظهرت نتائج الدراسة مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي متوسطاً لدى مرضى السكري، ومنخفضاً لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم من أفراد العينة. كما أظهرت النتائج وجود فروق في مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي تبعاً لمتغير نوع المرض لصالح مرضى السكري من النوع الأول. وأشارت النتائج إلى وجود فروق في مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي تبعاً لمتغير التأمين الصحي لصالح المؤمنین صحياً، ومتغير مستوى الدخل لصالح ذوي الدخل الأعلى. المطلب الثاني: الدراسات الأجنبية.

## 2. الدراسات الاجنبية:

- دراسة Niall Bolger و Elisabeth Schilling (1991) بعنوان: دور الشخصية ومشاكل الحياة اليومية في التعرض والتفاعل مع الضغوطات اليومية

هدفت الدراسة إلى البحث في الآليات التي تؤدي من خلالها العصابية إلى الضغط في الحياة اليومية. افترضت الدراسة أن العصابية يمكن أن تؤدي إلى الضيق عن طريق تعريض الأشخاص لعدد أكبر من الأحداث المجهدة، وذلك بزيادة تفاعلهم مع تلك الأحداث. أُجريت الدراسة على عينة تتألف من 339 شخصًا وتم تطبيق مقياس العصابية من Eysenck.

توصلت نتائج الدراسة إلى أن التعرض والتفاعل مع الضغوطات كان أكثر من 40% من فرق الضغط مع الأشخاص الذين يعانون من زيادة تجربة العصابية.

- دراسة MARK PEYROT وآخرين (1999) بعنوان : نموذج بيولوجي نفسي اجتماعي لتحكم نسبة السكر في الدم لدى مرضى السكري: الإجهاد والتكيف والالتزام بالنظام
- هدفت الدراسة إلى الكشف عن الإجهاد والتأقلم والالتزام بالنظام كمحددات للسيطرة الأيضية المزمنة والعبارة في مرض السكري. تفاعلت الدراسة مع الضعف البيولوجي وعوامل الخطر النفسية والاجتماعية لمعرفة ما إذا كان لدى النوع الأول من داء السكري أو النوع الثاني استجابة أكبر لعوامل الخطر النفسي الاجتماعي. أُجريت الدراسة على عينة من البالغين المعالجين بالأنسولين (57) مريضًا من النوع 1 للسكري و (61) مريض بالنوع 2 للسكري.

توصلت النتائج إلى أن لدى مرضى السكري من النوع الأول تحكمًا أفضل في نسبة السكر في الدم، وكان الأشخاص العاطفيون أسوأ بسبب الاختلافات في الإجهاد. كان هناك تفاعل بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، مع العوامل النفسية الاجتماعية التي تمثل تباينًا أكبر في التحكم في نسبة السكر في الدم داخل مرضى النوع الأول. ارتبطت الموارد النفسية والاجتماعية المستقرة (مثل التعليم والزواج وأساليب المواجهة الإيجابية) بتحكم أفضل في نسبة السكر في الدم المزمّن.

- دراسة Kathleen W وآخرون (2012) بعنوان: سمات الشخصية كمتنبات للالتزام عند المراهقين مع مرض السكري من النوع الأول.

هدفت الدراسة إلى البحث في العلاقة بين سمات الشخصية الأولية والالتزام لدى المراهقين بنظم إدارة مرض السكري الموصوفة. تضمنت أدوات الدراسة مقياساً لنموذج الشخصية المكون من خمسة عوامل لعينة من المراهقين المصابين بداء السكري الذين يعتمدون على الأنسولين. تم تقييم خمسة مؤشرات ذاتية للالتزام: مراقبة نسبة الجلوكوز في الدم، وإدارة الأنسولين، والنظام الغذائي، والتمارين الرياضية، ومستوى الهيموغلوبين الغليكوزيلاتي الأحدث (HbA1c).

وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود نمط من الارتباطات ذات دلالة إحصائية بين مجالات الشخصية، الضمير، والعصابية، وسلوك واحد أو أكثر من سلوكيات الالتزام.

• دراسة Chythra R وآخرون (2014) بعنوان: الإمتثال العلاجي بين مرضى ارتفاع ضغط الدم ومرضى السكري من النوع 2 في المناطق الساحلية في جنوب الهند.

أجري المسح المجتمعي بين الرجال والنساء الذين تتراوح أعمارهم بين 30 عامًا وما فوق لتقييم الإمتثال للعلاج فيما يتعلق بارتفاع ضغط الدم ومرض السكري من النوع 2. بلغت عينة الدراسة 426 شخصاً، وتم تشخيص 139 شخصاً بالسكري من النوع 2. تم جمع البيانات عن طريق مقابلة شخصية وجهاً لوجه باستخدام استبيان. تم تحديد الإمتثال من خلال طرق غير مباشرة، والتي تضمنت الإبلاغ الذاتي والمقابلات مع المرضى.

توصلت نتائج الدراسة إلى أن معدل الإمتثال للعلاج كان 83.6%، حيث كان الإناث يتناولن الأدوية بانتظام بشكل أفضل مقارنة بالذكور

• دراسة Chandra Y. Osborn وآخرون (2014) بعنوان: تأثير الضغوطات على الالتزام بين البالغين المصابين بمرض السكري والوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض. هدفت الدراسة إلى كشف تأثير الضغوطات على الرعاية الذاتية لمرض السكري. تمت الدراسة المقطعية على 192 مريضاً بالسكري من النوع 2، حيث تم استخدام مقياس الضغوطات بالإنجليزية والإسبانية TAPS المكون من 20 عنصراً لتقييم ضغوط المشاركين. كما تم إجراء اختبار HbA1c في نقطة الرعاية من Bayer AICNow لتحديد مستوى السكر في الدم. تم جمع البيانات حول العمر والجنس والعرق والانتماء العرقي والدخل والتعليم وحالة التأمين ومدة مرض السكري الذي أبلغ عنهم ذاتياً.

أظهرت النتائج وجود ارتباط بين تعرض للضغوطات وانخفاض الالتزام بتوصيات النظام الغذائي والأدوية بين المشاركين الذين كانوا يحاولون الالتزام. كما تبين أن الضغوطات مرتبطة بانخفاض الالتزام بسلوكيات الرعاية الذاتية الأخرى، وظلت الضغوطات مرتبطة بانخفاض الالتزام بالأدوية ولم تكن مرتبطة بتوصيات النظام الغذائي لدى البالغين المنخرطين في الالتزام والمصابين بمرض السكري.

- دراسة Ruth A Hacket (2015) بعنوان: العداء والاستجابات الفسيولوجية للإجهاد الحاد لدى الأشخاص المصابين بداء السكري من النوع 2. هدفت الدراسة إلى تقييم العلاقة بين العداء والاستجابة للضغط الحاد لدى الأفراد المصابين بداء السكري من النوع 2. أجريت الدراسة على 140 فرداً مصاباً بداء السكري من النوع 2، واعتمد الباحثون على اختبارات الإجهاد التجريبية المعملية. تم تقييم ضغط الدم، ومعدل ضربات القلب، والبلازما إنترلوكين 6، والكورتيزول اللعابي في الأساس، خلال مهمتين للإجهاد. تم تقييم العداء باستخدام مقياس كوك ميدلي.

أظهرت نتائج الدراسة وجود ارتباط عكسي بين العداء والإجهاد الناتج عن الكورتيزول بشكل مستقل عن المتغيرات المشتركة. كما قد يكون الأفراد العدائين المصابين بداء السكري من النوع 2 عرضة لزيادة الالتهاب الناجم عن الإجهاد.

- دراسة Ruza Milicevic، وآخرون (2015): بعنوان: سمات الشخصية والإمتثال للعلاج لدى المرضى الذين يعانون من داء السكري من النوع 2. هدفت الدراسة إلى الكشف على الصفات الشخصية والإمتثال للعلاج لدى مرضى السكري من النوع 2 والسكري من النوع 1، كما هدفت إلى تقييم مدى انتشار أنواع الشخصية وارتباطها بجوانب معينة من الإمتثال للعلاج لدى مرضى السكري من النوع 2. أجريت الدراسة على عينة من (91) مريضاً يعانون من السكري و(73) شخصاً صحياً. تم تطبيق مقاييس التقرير الذاتي الموحدة لأنواع الشخصية (A / B) تم تقييم جانبيين من جوانب الإمتثال للعلاج.

توصلت نتائج الدراسة: يمكن أن تؤدي الشخصية إلى جوانب معينة من السلوكيات الصحية دون المستوى الأمثل، وبالتالي تتداخل مع إدارة المرض لدى مرضى السكري.

- دراسة Maryam Esmaeilinasab وآخرون (2016): بعنوان : مرض السكري من النوع الثاني والشخصية. دراسة لاستكشاف الجوانب النفسية والجسدية الأخرى لمرض السكري.

هدفت الدراسة إلى البحث في العلاقة بين التحكم في نسبة السكر في الدم لدى المرضى الذين يعانون من مرض السكري من النوع الثاني وسمات الشخصية وآليات الدفاع والروحانية. أُجريت الدراسة المقطعية على 400 مريض إيراني مصاب بداء السكري من النوع الأول، حيث أكمل المشاركون جرد الشخصية لخمسة عوامل NEO النسخة المختصرة المكونة من 60 بنداً، واستبيان أسلوب الدفاع (D5Q و Sprital). خضعت العينة لتقييم مستويات HbA1C.

توصلت نتائج الدراسة إلى أن الانبساط والضمير يمكن أن يساعدا في التحكم في نسبة السكر في الدم، حيث أن القلق والمشاعر السلبية لها آثار ضارة على التحكم في نسبة السكر في الدم. أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة معنوية بين أساليب الدفاع العصابية والتحكم في نسبة السكر في الدم، حيث كانت أساليب الدفاع غير المرنة تميل إلى إشغال المريض بمشاعر سلبية بدلاً من توجيهه نحو حل المشكلة. تظهر أساليب الدفاع هذه أنها يمكن أن تكون لها آثار ضارة على الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري وتمكنهم من عدم الالتزام بنظام العلاج الخاص بهم.

- دراسة Jing Huang وآخرون (2021): بعنوان : الالتزام بتناول الدواء والعوامل المرتبطة به لدى المرضى المصابين بداء السكري من النوع الثاني

هدفت الدراسة إلى استكشاف مدى انتشار الالتزام بالأدوية والعوامل المرتبطة به لدى مرضى السكري من النوع 2. تم إجراء دراسة مقطعية مكونة من مرضى السكري وشملت (305) من المرضى الذين يلتزمون بالأدوية و(178) من المرضى الذين لا يلتزمون بالأدوية. تم استخدام مقياس (MMAS-8)، ومقياس العصابية بالمقياس القصير المنقح لاستبيان الشخصية Eysenck ((EPQ-RS)، وتم استخدام المقياس متعدد الأبعاد للدعم الاجتماعي المتصور (MSPSS) ومقياس الكفاءة الذاتية لإدارة مرض السكري (DMSES).

أظهرت نتائج الدراسة أن الدعم الاجتماعي يؤثر بشكل مباشر على الالتزام بالدواء، ويؤثر بشكل غير مباشر على الالتزام بالأدوية من خلال الفعالية الذاتية. كما أثرت العصابية بشكل غير مباشر على الالتزام بالأدوية من خلال الدعم الاجتماعي. وأظهرت النتائج

وجود تأثير وسيط متسلسل للدعم الاجتماعي والفعالية الذاتية على العلاقة بين العصابية والالتزام بالأدوية.

- دراسة Geu Mendoza-Catalán (2022): بعنوان : سمات الشخصية وسلوكيات الرعاية الذاتية لدى البالغين المصابين بداء السكري من النوع الثاني. هدفت الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين السمات الشخصية والرعاية الذاتية لدى البالغين المكسيكيين المصابين بداء السكري من النوع 2. تم إجراء دراسة مقطعية على عينة مكونة من 197 مريضاً بالسكري. واستخدمت الأدوات التالية: قائمة السمات الشخصية الخمسة الكبار و (SDSCA) للرعاية الذاتية لمرض السكري. ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام نماذج الارتباط ونماذج الانحدار الخطي المتعددة للتحليل.

توصلت نتائج الدراسة إلى أن الأشخاص الذين يتمتعون بقدر أكبر من الانفتاح والضمير يرتبطون بالإمتثال الأكبر للرعاية الذاتية. على العكس من ذلك، ارتبطت العصابية عكسية بالرعاية الذاتية لدى مرضى السكري.

### 3. التعقيب على الدراسات السابقة:

تعد دراسة الأبحاث السابقة والتعقيب عليها أمراً أساسياً في سياق التطور العلمي والاستمرار في التقدم. يشكل التعقيب على الدراسات السابقة خطوة أساسية لخطوات البحث العلمي. ولفهم أعمق وتحليل أوجه معينة في مجال البحث. إن قوة أي مجال بحثي تعتمد جزئياً على قدرته على استيعاب وتحليل الأبحاث السابقة، ومن ثم، تحديد الفجوات في المعرفة واقتراح توجيهات جديدة. ومنه قد تم التعقيب على الدراسات السابقة بناء على النقاط التالية:

#### • الأهداف:

يرتبط الإمتثال العلاجي بعدة متغيرات في الدراسات السابقة، سواء كانت متغيراً مستقلاً أو متغيراً تابعاً. من هذه الدراسات التي هدفت إلى استكشاف علاقة الإمتثال العلاجي بين الطبيب والمريض والتوتر السياقي الاجتماعي في دراسة Mohamed H Kamel وآخرون (2003). وكذلك تلك التي هدفت إلى كشف عن علاقة الإمتثال العلاجي بعوامل الخطورة في دراسة وليد الطائي (2010)، وبالمعتقدات الصحية في دراسة موفق ديهية (2014)، وبالمساندة الاجتماعية في دراسة

طالبى (2017)، وبالصلابة النفسية في دراسة رشيد حميد زغير عبد المولى بوشامى (2019). وكذلك مع فعالية الذات في دراسة سمية عليوة وتوفيق برغوني (2022)، ودراسة MARK PEYROT وآخرون (1999). وقد ارتبط الإمتثال العلاجي بالإجهاد والتكيف كمحددات للسيطرة الأيضية المزمنة في مرض السكري، وكذلك بالتفاعل والضعف البيولوجي وعوامل الخطر النفسية والإجتماعية لدى مرضى السكري، والتي تُعدُّ عوامل خطر نفسية واجتماعية.

#### • العينة:

تشابهت هذه الدراسة مع أغلب الدراسات السابقة فيما يتعلق بالعينة، حيث تركزت على مرضى السكري. كما في دراسة Mohamed H Kamel وآخرون (2003)، ودراسة وليد الطائي (2010)، ودراسة موفق ديهية (2014)، ودراسة طالبى (2017)، ودراسة رابح واكد (2019)، ودراسة رشيد حميد زغير عبد المولى بوشامى (2019)، ودراسة سمية عليوة وتوفيق برغوني (2022)، ودراسة رانية علي يوسف (2023). واختلفت هذه الدراسة مع دراسة Niall Bolger و Elisabeth Schilling (1991) في عينة الدراسة.

#### • إجراءات الدراسة:

تشابهت الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة في المنهج المعتمد وبعض الأساليب الإحصائية، كدراسة وليد الطائي (2010)، ودراسة موفق ديهية (2014)، ودراسة طالبى (2017)، ودراسة رابح واكد (2019)، ودراسة رشيد حميد زغير عبد المولى بوشامى (2019)، ودراسة سمية عليوة وتوفيق برغوني (2022)، ودراسة رانية علي يوسف (2023)، ودراسة Niall Bolger و Elisabeth Schilling (1991)، ودراسة Kathleen W وآخرون Ruth A Hackett (2015) (دراسة 2012)،

#### • طريقة معالجة البيانات:

فيما يتعلق بأدوات جمع البيانات، المنهج، وطريقة معالجة البيانات، استخدمت الدراسة الحالية مجموعة من الأدوات، منها المقاييس المستخدمة في جمع البيانات. اعتمد الباحثون على منهج تحليلي واستخدموا برنامج الحزمة الإحصائية SPSS في معالجة البيانات.

أما بالنسبة للاستنتاجات، توصلت نتائج هذه الدراسة الحالية إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين الإمتثال العلاجي والضغط النفسي وسمة العصابية. وقد تشابهت هذه النتائج مع نتائج دراسة وليد الطائي (2010) ودراسة Chandra

Y. Osborn وآخرون (2014)، حيث توصلت نتائج دراساتهم إلى تأثير الضغوط الإجتماعية، مثل المستوى الاقتصادي، على التزام مرضى السكري بالعلاج. كما تم التوصل إلى ارتباط تعرض المشاركين للضغوط بانخفاض الالتزام بتوصيات النظام الغذائي والأدوية.

وقد اتفقت نتائج الدراسة أيضاً مع دراسة طالبي (2017)، حيث أظهرت العلاقة الإرتباطية المتبادلة الإيجابية بين المساندة الأسرية واتباع الحمية لدى المصابات بداء السكر. وكما اتفقت النتائج مع دراسة رايح واكد (2019) فيما يتعلق بمستوى الضغوط النفسية.

علاوةً على ذلك، اتفقت نتائج الدراسة مع نتائج دراسة رانية علي يوسف (2023) في الفروق في مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي لدى مرضى السكري من النوع الأول.

وعلى الجانب الآخر، اختلفت نتائج الدراسة مع دراسة Kathleen W وآخرون (2012) في التنبؤ بالإمتثال العلاجي في ضوء سمات الشخصية. كما اختلفت النتائج مع دراسة Chythra R وآخرون (2014) في عدم وجود فروق في الإمتثال العلاجي تعزى لمتغير الجنس، حيث وصلت دراساتهم إلى وجود فروق بين المرضى الذين يتناولون الأدوية بانتظام، وكانت لصالح الإناث مقارنة بالذكور.



## خلاصة الفصل:

تطرقت في فصل الدراسات السابقة بمراجعة شاملة للدراسات والأبحاث السابقة ذات الصلة بموضوع البحث، حيث تم التركيز على النتائج والاستنتاجات التي توصلت إليها الدراسات السابقة. كما تم تحديد الفجوات في المعرفة. كما تم التعقيب على الدراسات السابقة بتحديد الطرق المنهجية والطرق البحثية التي تم استخدامها، مع التركيز على التعقيب على الاهداف وعلى العينة وعلى اجراءات الدراسة ثم التعقيب على نتائج الدراسات السابقة ومدى اتفاقها مع نتائج هذه الدراسة.

تم تسليط الضوء على أهمية استكمال البحث الحالي والتوجه نحو تحليل المزيد من العوامل غير المستكشفة وتوجيه التركيز نحو الفجوات التي تم تحديدها. يُعتبر التعقيب على الدراسات السابقة جزءاً أساسياً من عملية البحث العلمي، حيث يسهم في تحسين الجودة البحثية وتحديد اتجاهات المستقبل في مجال الدراسة.

## الفصل السابع

### إجراءات الدراسة الميدانية

**تمهيد:**

سنركز في هذا الفصل بشكل أساسي على تحديد الخطوات والإجراءات المتبعة أثناء إجراء الدراسة الميدانية. بدايةً، سنقوم بتقديم مجتمع الدراسة والعينة. سيتم توضيح طريقة جمع المعطيات والبيانات الخاصة بالدراسة، بالإضافة إلى تعريف أدوات جمع البيانات وشرحها. سنقوم أيضاً بالتحقق من صحة هذه الأدوات من خلال حساب الخصائص السيكومترية للتأكد من صدق وثبات أدوات الدراسة، والتي تمثلت في المقاييس النفسية. سنتطرق أيضاً إلى أهم الأساليب الإحصائية المعتمدة للحصول على النتائج.

## أولاً: الدراسة الإستطلاعية:

تمثل الدراسة الإستطلاعية مرحلة أولية هامة في البحث العلمي تسبق التطبيق الفعلي للمقاييس في الدراسة الأساسية، ومنها جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول موضوع البحث، وذلك للتحقق من سلامة التقنيات المستخدمة، وكذلك ضبط متغيرات البحث وكذا للكشف على المتغيرات كما وكيفا، حيث تندرج هذه الدراسة ضمن تصنيفات الدراسات الوصفية، فهذا النوع من المنهجية يلاءم هدف هذه دراسة التي تهدف إلى معرفة علاقة بعض المتغيرات (الضغوط النفسية، سمات الشخصية ذات الخطورة على الشخصية، الإمتثال العلاجي) لدى مرضى السكري. وعليه يمكن تبين أهم أهداف هذه الدراسة الاستطلاعية في النقاط الآتية:

## 1- معرفة ميدان البحث:

- تحديد نطاق البحث بشكل دقيق لتجنب الغموض وضمان استهداف البيانات الصحيحة والمرتبطة بموضوع الدراسة.

## 2- التحقق من صلاحية الأدوات:

- التحقق من وضوح وفهم العبارات المستخدمة في الأدوات.
- التأكد من سلامة التعليمات لضمان تطبيقها بشكل صحيح على العينة الأساسية لمرضى السكري.

## 3- دراسة الخصائص السيكومترية للأدوات:

- تقييم صدق وثبات الأدوات المستخدمة في الدراسة الأساسية.
- فحص الخصائص السيكومترية لضمان جودة البيانات المستخدمة في التحليل.

## 4- التعرف على مجتمع البحث وعينة الدراسة:

- فحص وفهم ميزات وتفصيل مجتمع البحث الذي يتم دراسته.
- تحديد خصائص العينة التي سيتم جمع البيانات منها في الدراسة الأساسية.

## 5- تحديد الصعوبات المحتملة:

- التعرف على الصعوبات والمشكلات الممكنة التي قد تواجه الباحثة في مرحلة التطبيق النهائي للمقاييس.
- وضع استراتيجيات لتجنب هذه الصعوبات أو التعامل معها بفعالية.

## 6- تحديد أنسب الطرق لتحديد خطة العمل:

- وضع خطة عمل محكمة لتطبيق المقاييس على مرضى السكري في الدراسة الأساسية.

## 7- إختيار الطرق الأمثل لتحقيق أهداف البحث بشكل فعال.

تلك الأهداف تسهم في تحقيق جودة البيانات وضمان استدلالات صحيحة وقوية في الدراسة الأساسية، وتقوم بتمهيد الطريق لتحقيق أهداف البحث بشكل شامل ودقيق.

## 2- عينة الدراسة الإستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (50) مريض مصاب بداء السكري، وتم اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية للمرضى بطريقة قصدية.

## 3- حدود الدراسة:

## 2.3. الحدود المكانية:

طبقت الدراسة في ثلاث عيادات خاصة، العيادة الأولى كانت للطبيب تركي إبراهيم بحي البدر 500 مسكن، العيادة الثانية للطبيب مقورة منير بحي البدر 500 مسكن مقابل مستشفى الزهراوي بالمسيلة وعيادة الطبيبة بوزرزور صبرينة بحي البدر 500 مسكن العيادات كانت متخصصة بأمراض الغدد الصماء ومرض السكري بولاية مسيلة. وجمعية مرضى السكري لولاية المسيلة بحي الميل بجانب الفرع البلدي.

## 3.3. الحدود الزمانية:

تمت الدراسة في الفترة الزمنية الممتدة بين شهر 03 / 2022 الى شهر 05 / 2023.

## 4- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة :

## 4.1. مقياس الضغط النفسي

## 4.1.1. وصف المقياس الضغط النفسي:

يتكون مقياس الضغط النفسي لمرضى السكري من خمسة أبعاد، ومجموع البنود 60 بند موزعة على هذه الأبعاد، وكان معامل الثبات لهذا المقياس يساوي (0.88) (أمل إبراهيم، 2015، 86-94) ويتمثل كل بعد فيما يلي:

- بعد الضغوط الانفعالية:** وتتمثل في ردود فعل الفرد المصاب بالسكري واستجاباته المتعلقة بالنواحي الانفعالية والوجدانية والخوف والغضب بعد إصابته بمرض السكري.
- **بعد الضغوط الجسمية:** تتمثل في الآثار الجسمية وردود الفعل الفسيولوجية للفرد المصاب بالسكري تجاه المثيرات الضاغطة والتي تظهر على شكل أعراض جسمية مثل الأمراض والشكاوي الناتجة من الأرق والضغط النفسي بعد الإصابة بمرض السكري.
- **بعد الضغوط الإجتماعية:** وتتمثل في الآثار المتعلقة بعلاقات الفرد المصاب بالسكري وتوصله مع أسرته والمجتمع والصراعات الناتجة من علاقاته بالآخرين والوحدة بعد الإصابة بمرض السكري.
- **بعد الضغوط الاقتصادية:** تتمثل هذه الآثار المتعلقة بنفقات الفرد المصاب بالسكري وعدم القدرة على الإيفاء بهذه المتطلبات والشعور بالأعباء المادية بعد إصابته بمرض السكري.
- **بعد الضغوط المعرفية:** تتمثل في الآثار المتعلقة بالعمليات الإدراكية والوظائف المعرفية للفرد المصاب بالسكري بعد إصابته بالمرض مثل الانتباه والتركيز والذاكرة.

#### الجدول رقم 1: أبعاد مقياس الضغوط النفسية

رقم البند	أبعاد المقياس
1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12.13	الضغوط الإجتماعية
14.15.16.17.18.19.20.21.22.23.24.25.26.27 28.29.30.31.32.33.	الضغوط الجسمية
34.35.36.37.38.39.	الضغوط الاقتصادية
40.41.42.43.44.45.46.	الضغوط المعرفية
47.48.49.50.51.52.53.54.55.56.57.58.59.60	الضغوط الانفعالية

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مقياس الضغوط النفسية

#### 2- طريقة تصحيح المقياس:

يتم تصحيح المقياس من خلال إجابة المفحوص واختيار إحدى البدائل وهي:  
دائماً - أحيانا - لا يحدث، بوضع علامة (X) على خيار واحد فقط وتعطى الاستجابة:  
دائماً- 3/ أحيانا - 2 / لا يحدث - 1

#### 1.2.4. الخصائص السيكومترية لمقياس الضغوط النفسية:

• صدق المقياس:

• صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي):

فبعد أن تم ترتيب كل الدرجات من أعلى درجة إلى أقل درجة للعينة الاستطلاعية والتي ضمت (50) مريض مصاب بداء السكري، تم اختيار مجموعتين من طرفي التوزيع، تمثل إحداهما 27% من الأفراد الذين حصلوا على أعلى الدرجات، وثانيهما 27% من الذين حصلوا على أدنى الدرجات وكان حجم كل مجموعة 13 مريض مصاب بداء السكري، ثم استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وحسبت دلالة قيمة "ت" للفروق بين المتوسطات باستخدام البرنامج الاحصائي SPSS 22 كانت النتيجة كما يلي:

الجدول رقم 2: صدق المقارنة الطرفية لمقياس الضغوط النفسية

المجموعة	27% من العينة الكلية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	درجة الحرية	مستوى الدلالة	النتيجة
الدنيا	13	83.77	5.102	57.791	12	0.000	دال
العليا	13	126.69	15.058				

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج SPSS

يتضح من الجدول أن قيمة ت بلغت **57.791** وهي قيمة دالة إحصائياً عند درجة حرية **12** ومستوى الدلالة **0.000** أقل من مستوى الدلالة **0.05** مما يعني وجود فروق ذات إحصائية بين المجموعة العلي والمجموعة الدنيا مما يعني قدرة المقياس على التمييز بين طرفي الخاصية، مما يدل على صدقه وبالتالي يمكن للباحثة الاعتماد عليه وتطبيقه على عينة الدراسة الأساسية.

• الإتساق الداخلي للمقياس:

تم تطبيق المقياس على عينة الاستطلاعية (**50**) من مرضى السكري، من أجل التعرف مدى تمتع المقياس بصدق داخلي وذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمقياس، كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم 3: معاملات الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية.

رقم البند	معاملات الارتباط	رقم البند	معاملات الارتباط
31	بعد الضغوط النفسية	0.315*	معاملات الارتباط

0.496**	32	0.730**	01
0.632**	33	0.650**	02
بعد الضغوط الاقتصادية		0.771**	03
0.476**	34	0.792**	04
0.425**	35	0.528**	05
0.755**	36	0.799**	06
0.710**	37	0.436**	07
0.284*	38	0.313*	08
0.470**	39	0.764**	09
0.874**	40	0.538**	10
بعد الضغوط المعرفية			
0.622**	41	0.287*	11
0.557**	42	0.707**	12
0.506**	43	0.849**	13
		بعد الضغوط الجسدية	
0.421**	44	0.314	14
0.567**	45	0.502**	15
0.425**	46	379.0**	16
0.600**	47	719.0**	17
0.571**	48	0.793**	18
0.211	49	152.0	19
0.107	50	0.643**	20
بعد الضغوط الإنفعالية			
0.809**	51	0.512**	21
0.559**	52	0.474**	22
0.517**	53	0.480**	23
0.575**	54	0.413**	24
0.433**	55	-0.018	25
0.846**	56	0.321	26
0.062	57	0.300	27
0.275	58	0.079	28
0.804**	59	0.598**	29
0.353*	60	0.473**	30

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS



من خلال الجدول يتضح أن معامل الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس تراوح بين (0.018-0.87) ومنه قد تم حذف العبارات الغير دالة الأقل من (0.30).

1- العبارات المحذوفة الغير دالة: (11-19-25-28-38-49-50-57-58)

1- ثبات المقياس:

يعد الثبات من الخصائص السيكومترية المهمة في بناء الاختبارات والمقاييس ويعني أن يعطي المقياس أو الأداة نفس النتيجة إذا ما أعيدوا على الأفراد أنفسهم في الظروف نفسها، ولحساب معامل الثبات طبق أداة البحث على عينة بلغت (50) مريض مصاب بالسكري ومنه:

1-1- حساب الثبات بتطبيق معامل ألفا لكرونباخ "Cronbach's Alpha" لمقياس "الضغوط النفسية" وباستخدام البرنامج الاحصائي . فقد كانت قيمة معامل الثبات ب (0.911)، ولم يتم حذف أي بند وهذا معامل الثبات مقبول ويمكن اعتماد عليه في هذه الدراسة :

الجدول رقم 4: نتيجة معامل الثبات ألفا لكرونباخ لمقياس الضغوط النفسية

معامل ألفا كرونباخ	مجموع العبارات
0.911	60

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS

1-2- حساب الثبات باستخدام التجزئة النصفية:

لحساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية تم تقسيم بنود المقياس الكلي لنصفين وتم حساب معامل الارتباط بين مجموع الفقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس والجدول الآتي يوضح ذلك:

الجدول رقم 9: نتائج الثبات بطريقة التجزئة النصفية على مقياس الضغوط النفسية.

مستوى الدلالة	معامل الارتباط بعد التعديل	معامل الارتباط قبل التصحيح	البيانات الإحصائية
0.01	0.953	0.82	الضغوط النفسية

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS

نلاحظ من خلال الجدول أن نتائج معامل الثبات بتطبيق التجزئة النصفية للأداة قد بلغت قيمته (0.953) بعد تصحيحها بإستخدام معادلة سبيرمان - براون، وهي قيمة دالة وبالتالي توجد علاقة ما بين الجزئين المتكافئين بعد التصحيح، ويمكن بذلك اعتماد الأداة في الدراسة الأساسية.

#### 2.4. مقياس العصابية لازانك

##### 4. 2. 1. وصف المقياس:

استخدمنا في هذه الدراسة مقياس العصابية الذي استُخرج من مقياس إزانك المعدل للشخصية، الذي صممه إزانك في عام 1964 (Eysenck Personality Inventory)، والذي يقيس الأبعاد الشخصية التالية: العصابية، الانبساطية، الكذب. ضم المقياس صيغتين تتألف كل منهما من 144 بنداً، وقد تمت ترجمته إلى العربية بترجمات متنوعة، وفي عام 1975 تم إصدار قائمة إزانك المعدلة، وأُطلق عليها اسم إزانك للشخصية (Eysenck Personality Questionnaire) حيث تمت إضافة بنود لقياس بُعد الذهانية. يحتوي النسخة الإنجليزية للمقياس على 91 بنداً، مقسمة إلى 23 بنداً لبُعد العصابية، و20 لبُعد الانبساطية، و25 بنداً لبُعد الذهانية، بالإضافة إلى 23 بنداً لبُعد الكذب.

تم ترجمة استبيان "آيزنك" للشخصية إلى اللغة العربية من قبل "أحمد عبد الخالق" في عام 1991 (بن معزوزة، 2017). واعتمدت في هذه الدراسة على النسخة الجزائرية المعدلة من قبل الباحثة بن معزوزة خديجة والباحث محمد قماري في عام 2017.

##### 5-طريقة تصحيح المقياس:

تم اعتماد طريقة التصحيح المعتمدة في النسخة الجزائرية على منح درجة (1) للإجابة بنعم ودرجة (0) للإجابة بلا في حالة العبارات الإيجابية، وتم عكس الدرجات في حالة العبارات السلبية. تتراوح أدنى درجة يمكن أن تحصل عليها المستجوبة من (0)، أما أعلى درجة فتكون متساوية مع عدد فقرات البُعد، حيث تكون أعلى درجة (16) (خديجة، 2018).

#### 4. 2. 2. الخصائص السيكومترية لمقياس العصابية لازانك:

##### • صدق المقياس.

• صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي): بعد ترتيب جميع الدرجات من أعلى درجة إلى أقل درجة للعينة الاستطلاعية، تم اختيار مجموعتين تمثلان 27% من الأفراد الذين حصلوا على أعلى الدرجات و27% من الذين

حصلوا على أدنى الدرجات، حيث بلغ حجم كل مجموعة 54 فردًا. ثم تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وتم حساب قيمة "ت" للفروق بين المتوسطات ، وكانت النتيجة كما يلي:

الجدول رقم 5: صدق المقارنة الطرفية لمقياس العصابية

المجموعة	27% من العينة الكلية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	درجة الحرية	مستوى الدلالة	النتيجة
الدنيا	13	5.23	2.20	8.55	12	0.001	دال
العليا	13	13.38	0.50				

المصدر: إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول، يظهر أن قيمة "ت" بلغت (8.55)، وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.001) ودرجة حرية (12). مما يدل على وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا. وهذا يعني قدرة المقياس على التمييز بين طرفي الخاصية، وعلى صدقه، وبالتالي يمكن الاعتماد عليه وتطبيقه. المقياس يتمتع بصدق قوي يمكن الاعتماد عليه وتطبيقه.

- الإتساق الداخلي للمقياس:

تم تطبيق المقياس على عينة الاستطلاعية (50) من مرضى السكري، لتقييم مدى تمتع المقياس بصدق داخلي وذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمقياس، كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم 11: معاملات الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس.

رقم البند	معاملات الارتباط	رقم البند	معاملات الارتباط
01	**0.601	09	*0.197
02	**0.524	10	**0.448
03	**0.651	11	**0.521
04	**0.602	12	**0.591
05	**0.727	13	**0.591
06	**0.523	14	*0.180
07	**0.428	15	**0.639
08	*0.280	16	*0.266

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج SPSS

ويتضح من خلال الجدول ان معامل الارتباط ترواح بين البند والدرجة الكلية بين ( 0.72 ) و(0.52) عند مستوى الدلالة 0.05 0.01 , ومنه قد تم حذف العبارات الغير دالة وهي:

- العبارات المحذوفة غير الدالة: (8-9-14-16)

2- ثبات المقياس:

يُعتبر ثبات المقياس من الخصائص السيكومترية المهمة في بناء الاختبارات والمقاييس، ويعني أن المقياس أو الأداة تُعطي نفس النتيجة عندما يُعيد استخدامها على الأفراد ذاتهم في نفس الظروف. ولحساب معامل الثبات، تم تطبيق معامل ألفا كرونباخ "Cronbach's Alpha" لمقياس العصابية باستخدام البرنامج الإحصائي. كانت قيمة معامل الثبات تبلغ (0.778)، ولم يتم حذف أي بند. يُعتبر هذا المعامل مقبولاً ويمكن الاعتماد عليه في هذه الدراسة.

الجدول رقم 6: نتيجة معامل الثبات ألفا لكرونباخ لمقياس العصابية

معامل ألفا كرونباخ	مجموع العبارات
0.778	16

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج SPSS

2-2- الثبات باستخدام التجزئة النصفية:

لحساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية تم تقسيم بنود المقياس الكلي لنصفين وتم حساب معامل الارتباط بين مجموع الفقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس والجدول الآتي يوضح ذلك:

الجدول رقم 7: نتائج الثبات بطريقة التجزئة النصفية على مقياس العصابية.

البيانات الإحصائية	معامل الارتباط قبل التعديل	معامل الارتباط بعد التعديل	مستوى الدلالة
العصابية	0.576	0.727	0.01

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج SPSS

نلاحظ من خلال الجدول أن نتائج حساب معامل الثبات بتطبيق التجزئة النصفية للأداة قد بلغت قيمته (0.727) بعد تصحيحها باستخدام معادلة سبيرمان - براون، وهي قيمة دالة وبالتالي توجد علاقة ما بين الجزئين المتكافئين بعد التصحيح، ويمكن بذلك اعتماد الأداة في الدراسة الأساسية.

4 . 3. مقياس العدائية لكوك وميدلي (ترجمة وتكييف):

تم تقييم العدائية باستخدام مقياس العداة لـ كوك-ميدلي الذي يُرمز له بـ (Ho)، وهو مقياس معترف به في علم النفس صمم لقياس شخصية الفرد وطبائعه، وتحديد درجات العداة. تم تطويره كجزء من مجموعة أدوات تقييم الشخصية (Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI)، حيث تُمثل درجات المقياس ميول الفرد نحو السخرية والكرهية. استُخدمت درجات المقياس في الدراسات كعامل تنبؤ بمخاطر تطوير مشاكل صحية معينة من قبل الأفراد، وكذلك لقياس نجاح علاقاتهم بالآخرين. صدر المقياس عن والتر كوك ودونالد إم. ميدلي في عام 1954، ولقد وُجدَ له تطبيقات واسعة في تحديد العداة والعدوانية كعوامل محتملة تسهم في الصحة والموت.

#### 1.3.4. وصف المقياس:

تم تطوير مقياس العدائية كوك-ميدلي بواسطة علماء النفس والسلوك والعلاقات الإجتماعية والشخصية، والذين هم "التر د. كوك" من جامعة مينيسوتا و"دونالد إم. ميدلي" من جامعة إنديانا. بدأوا بهذه المبادرة بهدف إنشاء مقياس يقيس مهارات الفرد البينية والإجتماعية، واعتبروا أن مثل هذا المقياس سيكون له استخدام في تحديد الأفراد الذين سيزهرون في بيئات العمل التي تعتمد على التواصل. وكانت دراسة سابقة قائمة على (Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI) من جامعة مينيسوتا قد أظهرت أن نجاح أو فشل علاقة المعلم والطالب يمكن أن يُعزى إلى عوامل نفسية وسلوكية معينة. في دراستهم، قلص "كوك" و"ميدلي" العامل المحدد لنجاح المعلم إلى ميلهم نحو العداة.

بعد إعداد المقياس الأولي، الذي يتألف من 77 بنداً من استبيان (MMPI) مرتبطة بتحديد السلوكيات المتعلقة بالعداء، تبين أن استخدام المقياس يمكنه التنبؤ بشكل ثابت لدى المعلم بتفاعله مع طلابه. أظهرت النتائج أن المعلمين الذين حصلوا على درجات أعلى في مقياس العداة "هو" كانت علاقاتهم أقل جودة، مع وجود ارتباط بين درجات عالية في مقياس العداة وضعف العلاقات الشخصية. بعد تأكيد نجاح هذه الدراسة، نشر "كوك" و"ميدلي" المقياس النهائي المؤلف من 50 بنداً في عام 1954، حيث قدموه كأداة لقياس ميل الفرد نحو عدم الثقة والاستياء من الآخرين، ويمكن استخدامه في الدراسات التي تعتمد على التواصل كتوقع للنجاح البيني.

والمقياس ذاتي ومؤلف من 50 عنصراً تم استخراجها من استجابات استبيان الشخصية متعددة الأوجه لجامعة مينيسوتا (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). تراوحت العلامات الخام من 1 إلى 50، حيث كانت العلامات الأعلى تشير إلى وجود عداة أكبر. كان معامل الاتساق الداخلي لمقياس

HO مقبولاً، حيث بلغت معاملات الاتساق الداخلي 0.86، و0.85 بعد متابعة لمدة عام واحد، و0.84 بعد متابعة لمدة أربع سنوات.

تم الاعتماد في هذه الدراسة على النسخة المختصرة لمقياس العدائية التي تحتوي على (27) بنداً، والتي تشمل نسخة مؤلفة من 27 عنصراً من مقياس "كوك-ميدلي للعدائية". يتكون المقياس من ثلاثة أبعاد فرعية تضم عناصر تقييم السخرية والتأثير العدوانية والعدوانية، وتبين أنه يُعدُّ متنبيئاً أفضل بنتائج الصحة من المقياس الأصلي المكون من 50 عنصراً.

#### - طريقة تصحيح المقياس:

تتم الإجابة على بنود المقياس بأسلوب تقريرى وفقاً لسلم ليكارت النقطة الرباعية على النحو التالي:

- أبداً - 1 / أحياناً - 2 / غالباً - 3 / دائماً - 4.

تتنحصر درجات الإجابة على هذه البنود بين الدرجتين 108/27 بحيث تمثل الدرجة 108 درجة عالية من

من العدائية. والدرجة 27 أدنى درجة من العدائية.

#### 3.4.2. الخصائص السيكومترية لمقياس العدائية:

##### - خطوات الترجمة:

أولاً: الترجمة من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية: بالتعاون مع أساتذة متخصصين في اللغة الإنجليزية، وتوحيد الترجمات المحصل عليها في نسخة واحدة بعد رصد أوجه الاختلاف والتشابه بين النسخ المترجمة واستفادة من ملاحظات المترجمين.

ثانياً: عرض النسخة المترجمة على أساتذة: للمطابقة بين الترجمتين والتأكد من السلامة اللغوية ووضوح العبارات وصلاحيّة التعليمات.

ثالثاً: إجراء التعديلات في صياغة بعض العبارات من الناحية اللغوية وتهذيبها، بناءً على اقتراحات المحكمين، وتلك التي تتناسب مع الخصائص الثقافية واللغوية للبيئة الجزائرية.

- رابعاً: عرض النسخة على أساتذة اللغة الإنجليزية للترجمة العكسية: من اللغة العربية إلى الإنجليزية، دون إنقاص عدد البنود والتي تبلغ عددها أصلاً (27) بنداً. حيث يتم التعديل والتصحيح وجمع النسخ المترجمة في نسخة واحدة، ثم مقارنتها بالنسخة الأصلية لتقييم مدى الحفاظ على صحة اللغة.

- خامساً: للتأكد إحصائياً من الخصائص السيكومترية للمقياس، تم تطبيق النسخة النهائية باللغة العربية على عينة من مرضى السكري. وفيما يلي تفاصيل الإجراءات المتبعة:

العينة: تم اختيار عينة من مرضى السكري لتطبيق المقياس.

- التطبيق: تم توزيع المقياس على أفراد العينة، حيث قاموا بالإجابة على البنود بناءً على سلم ليكارت الرباعية.
- جمع البيانات: تم جمع البيانات من أفراد العينة بعد إكمالهم للمقياس.
- التحليل الإحصائي: باستخدام برامج إحصائية مثل **SPSS**، تم تحليل البيانات لفحص الخصائص السيكومترية للمقياس.
- تقييم الخصائص السيكومترية: تم تقييم خصائص المقياس، مثل الثبات والصدق.
- التفسير والاستنتاج: استنتج النتائج وتفسيرها بناءً على التحليل الإحصائي، وتقديم تقييم شامل لصحة المقياس وقابليته للاعتماد في داستنا.

• حساب الصدق:

- الصدق الظاهري:

للتحقق من صدق المقياس، قام الباحث بعرض بنود المقياس على خمسة أساتذة في علم النفس واللغة الإنجليزية من جامعات متنوعة (جامعة المسيلة، خنشلة، باتنة، الكويت). بعد ترجمة المقياس، تم الاعتماد على اتفاق آراء المحكمين. وقد تمت مراجعة صدق المحتوى باستخدام معادلة "لوشي" **Lawshe**.

1. صدق المحتوى:

- تم حساب صدق المحتوى باستخدام معادلة "لوشي" **Lawshe**، والتي تعتمد على قياس اتفاق المحكمين حول صدق بنود المقياس.

- في حالة اتفاق كبير بين المحكمين حول صدق بنود المقياس، يزيد ذلك من موثوقية المقياس.

$$CVR = \frac{n-I}{N}$$

1. حيث: CVR هو نسبة صدق المحتوى.

2. n: هو عدد المحكمين الذين يعتبرون البند أساسياً أو مهماً.

3. ا: هو عدد المحكمين الذين يعتبرون البند ليس له صلة بالموضوع.

4. N: هو مجموع المحكمين (Berteau & Zait, 2013: 43).

ومنه أسفرت نتائج المعادلة الإحصائية إلى أن نسبة صدق المحكمين لمتغير العدائية بلغت 90%. وباعتبارها هذه النسبة أكبر من 60%، يمكننا القول بأن بنود المقياس صادقة فيما أعدت لقياسه.

2-2 الإتساق الداخلي للمقياس:

تم تطبيق المقياس على عينة الاستطلاعية (50) من مرضى السكري، من أجل التعرف مدى تمتع المقياس بصدق داخلي وذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمقياس، كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم 8: معاملات الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس.

معاملات الارتباط	رقم البند	معاملات الارتباط	رقم البند
**0.528	15	**0.213	01
**0.670	16	**0.147	02
**0.548	17	**0.635	03
*0.671	18	**0.420	04
*0.092	19	**0.566	05
*0.121	20	*0.099	06
*0.001	21	**0.753	07
*0.418	22	**0.712	08
*0.220	23	*0.163	09
**0.728	24	**0.525	10
**0.339	25	**0.566	11
**0.648	26	**0.653	12
**0.511	27	*0.354	13
		*0.391	14

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS

يلاحظ من خلال الجدول: أن معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس تراوحت بين (0.001 - 0.753) ومنه تم حذف العبارات الغير دالة ومنه

- العبارات المحذوفة الغير دالة (1-2-6-9-19-20-21)

2-3- صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي):



بعد أن تم ترتيب كل الدرجات من أعلى درجة إلى أقل درجة للعينة الاستطلاعية والتي ضمت (50) مريض مصاب بداء السكري، تم اختيار مجموعتين من طرفي التوزيع، تمثل إحداهما 27% من الأفراد الذين حصلوا على أعلى الدرجات، وثانيهما 27% من الذين حصلوا على أدنى الدرجات وكان حجم كل مجموعة 13 مريض بالسكري ثم استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وحسبت دلالة قيمة "ت" للفروق بين المتوسطات والجدول الآتي يوضح ذلك

الجدول رقم 9: صدق المقارنة الطرفية لمقياس العدائية

النتيجة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة " T "	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	27% من العينة الكلية	المجموعة
دال	0.001	12	31.3	5.57	48.46	13	العليا
			31	5.97	70.08	13	الدنيا

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS

يتضح من الجدول أن قيمة ت بلغت " 31.331 " وهي قيمة دالة إحصائياً عند درجة حرية 12 ومستوى الدلالة 0.001 أقل من 0.05 مما يعني وجود فروق ذات إحصائية بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا مما يعني قدرة المقياس على التمييز بين طرفي الخاصية، مما يدل على صدقه وبالتالي يمكن للباحثة الاعتماد عليه وتطبيقه على عينة الدراسة الأساسية.

• ثبات المقياس:

يعد الثبات من الخصائص السيكومترية المهمة في بناء الاختبارات والمقاييس ويعني أن يعطي المقياس أو الأداة نفس النتيجة إذا ما أعيدوا على الأفراد أنفسهم في الظروف نفسها، بفترة زمنية أخرى. ولحساب معامل الثبات طبق أداة هذه الدراسة على عينة بلغت (50) مريض مصاب بالسكري ومنه:

1- حساب الثبات بتطبيق معامل "Cronbach's Alpha" لمقياس العدائية. فقد كانت قيمة معامل

الثبات ب (0.798)، ولم يتم حذف أي بند وهو معامل ثبات مقبول ويمكن الإعتماد عليه في هذه

الدراسة والجدول الآتي يوضح ذلك

2- الجدول رقم 10: نتيجة معامل الثبات ألفا لكرونباخ لمقياس العدائية:

معامل ألفا كرونباخ	مجموع العبارات
0.798	27

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS

### 3- حساب الثبات باستخدام التجزئة النصفية:

لحساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية تم تقسيم بنود المقياس الكلي لنصفين وتم حساب معامل الارتباط بين مجموع الفقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس والجدول الآتي يوضح ذلك:

الجدول رقم 11: نتائج الثبات بطريقة التجزئة النصفية على مقياس العدائية.

مستوى الدلالة	معامل الارتباط بعد التعديل	معامل الارتباط قبل التعديل	البيانات الإحصائية
0.01	0.726	0.573	مقياس العدائية

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج SPSS

نلاحظ من خلال الجدول أن نتائج حساب معامل الثبات بتطبيق التجزئة النصفية للأداة قد بلغت قيمته (0.726) بعد تصحيحها باستخدام معادلة سبيرمان - براون، وهي قيمة دالة وبالتالي توجد علاقة ما بين الجزئين المتكافئين بعد التصحيح، ومنه يمكن الإعتماد على الأداة في هذه الدراسة.

#### 4.4. مقياس الإمتثال العلاجي:

تم تقييم الإمتثال العلاجي تم الإستعانة بمقياس الإمتثال العلاجي، وقد صُمم للقصور الكلوي سنة (1999) من طرف Françoï M.Mai وجماعته، استخدم مع مرضى القصور الكلوي. يهدف المقياس إلى تحديد مدى تنفيذ المرضى للتوصيات والإرشادات الطبية المتعلقة بإدارة ومعالجة القصور الكلوي. هذا المقياس يقدم أداة هامة للمختصين لفهم تصرفات المرضى تجاه علاجهم وتوصياتهم الصحية. يُستخدم المقياس لتقدير درجة الإمتثال لدى المرضى، مثل تناول الأدوية الموصوفة بالجرعات والتوقيت الصحيحين، وإتباع النصائح الغذائية والتغييرات في نمط الحياة التي قد تكون ضرورية لإدارة القصور الكلوي. من خلال استخدام المقياس الذي تم تصميمه، يمكن للمختصين في الرعاية الصحية تقييم تأثير الإمتثال العلاجي على تطور حالة المرض ونتائج العلاج. يمكنهم أيضاً تحديد العوامل التي تؤثر على الإمتثال وتطوير استراتيجيات لتعزيزه.

وتمت ترجمته من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية في إحدى الدراسات بالجزائر، وتم تكييفه حسب خصوصيات مرض السكري من طرف الأستاذة جازية بزاري سنة (2011) وهو مقياس يحتوي على (07) أبعاد فرعية. وتم حساب خصائصه السيكومترية من طرف الباحثة مترجمة ومكيفة المقياس. حيث توصلت لقيمة ثبات بلغت بطريقة تطبيق وإعادة التطبيق بـ (0.98)، وأعيد حسابه في دراسة الباحثة "جازية" حيث تم تطبيقه على عينة مصابين بداء السكري وتم حسابه بطريقة ألفا كرومباخ والذي بلغ (0.61) وهي قيمة مقبولة.

#### 4.4.1. وصف مقياس الإمتثال العلاجي:

مقياس الإمتثال العلاجي هو أداة تقييم تستخدم لقياس مدى مطابقة المرضى للتوصيات الطبية والإرشادات العلاجية المقدمة لهم من قبل الأطباء والمختصين الصحيين. يتكون من (07) أبعاد. كل بعد يحتوي 3 عبارات بديلة تتراوح في مستويات الإمتثال . يهدف هذا المقياس إلى تقدير درجة الإمتثال بالعلاج لدى المرضى، بالجرعات المقررة للعلاج، والتوقيت المحدد لتناول الدواء، وتطبيق التوصيات والإجراءات الصحية الأخرى المقدمة لهم. تعتمد فكرة المقياس على أهمية الالتزام العلاجي في تحقيق نتائج علاجية ناجحة. فبدءاً من تناول الدواء في الجرعات الصحيحة وفي الوقت المناسب، وانتهاءً بإتباع توجيهات الحمية والأنشطة البدنية والعناية الذاتية، يسهم الإمتثال الجيد للعلاج في تحقيق تحسن الحالة الصحية وتقليل مخاطر التعرض لمضاعفات. كل بعد يحتوي على ثلاثة عبارات مقترحة متفاوتة في مستويات الإمتثال ، ويتم الإجابة من خلال اختيار إجابة واحدة من بين ثلاث عبارات، أي التي تناسب المفحوص، ويأخذ بها في نظام علاجه كما.

#### الجدول رقم 12: أبعاد مقياس الإمتثال العلاجي:

رقم البعد	أبعاد المقياس	رقم البنود البديلة
1	الحمية	من 1 إلى 3
2	الأدوية	من 4 إلى 6
3	السوائل (مشروبات غازية والعصائر)	من 7 إلى 9
4	السكريات	من 10 إلى 12
5	مراقبة الوزن	من 13 إلى 15
6	الرياضة النشاط الجسدي	من 16 إلى 18
7	المواظبة وإجراء الفحوصات	من 19 إلى 21

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS

#### 4- طريقة تصحيح المقياس:

تم إتباع طريقة تطبيق الإختبار الأصلي للإمتثال العلاجي CRS، حيث كل بعد يحتوي على ثلاثة أسئلة مقترحة، ويتم الإجابة على إختيار إجابة واحدة من بين ثلاث إقتراحات، أي التي تناسب المفحوص، ويأخذ بها في نظام علاجه. ومستويات الإجابة تنقسم إلى التنقيط:

- (03) نقاط للإجابة على جيد

- (02) نقاط متوسط.

- (01) للإجابة الثالثة ضعيف.

أعلى درجة يمكن للفرد التوصل إليها هي (21) وأدنى درجة يمكن للفرد التوصل إليها (07)

#### 4. 4. 2. الخصائص السيكومترية لمقياس الإمتثال العلاجي:

نظرا لاعتمادنا على نسخة مكيفة على البيئة الجزائرية والتي كيفت من طرف الباحثة "جازية بزاري" (2011)

تم إعادة حساب الخصائص السيكومترية والتأكد منها في الدراسة الاستطلاعية.

#### • صدق المقياس:

##### 1. صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي):

فبعد أن تم ترتيب كل درجات المقياس، من أعلى درجة إلى أقل درجة للعينة الاستطلاعية والتي ضمت (50) مريض مصاب بداء السكري، تم إختيار مجموعتين من طرفي التوزيع، تمثل إحداها 27% من الأفراد الذين حصلوا على أعلى الدرجات في مقياس الإمتثال العلاجي، وثانيهما 27% من الذين حصلوا على أدنى الدرجات وكان حجم كل مجموعة 13 مريض مصاب بداء السكري، ثم استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية. وحساب دلالة قيمة "ت" للفروق بين المتوسطات كانت النتيجة كما يلي:

#### الجدول رقم 13: صدق المقارنة الطرفية لمقياس الإمتثال العلاجي

النتيجة	مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة " T "	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	27% من العينة الكلية	المجموعة
دال	0.0001	12	30.25	1.1094	11.38	13	العليا
				0.89872	18.77	13	الدنيا

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS

من خلال الجدول: يتضح أن قيمة "ت" بلغت 30.25 وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.0001) بدرجة حرية (12)، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا، مما يعني قدرة المقياس على التمييز بين طرفي الخاصية، مما يدل على أنه يتمتع بالصدق ، وبالتالي يمكن الإعتماد عليه وتطبيقه في هذه الدراسة.

##### 2. الإتساق الداخلي للمقياس:

تم تطبيق المقياس على عينة الاستطلاعية (50) من مرضى السكري، من أجل التعرف مدى تمتع المقياس بالصدق الداخلي وذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمقياس، والجدول الآتي يوضح ذلك:

الجدول رقم 14: معاملات الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية للمقياس.

رقم البند	أبعاد المقياس	معامل الارتباط
1	الحمية	**0.571
2	الأدوية	**0.548
3	السوائل (مشروبات غازية والعصائر)	**0.542
4	السكريات	**0.443
5	مراقبة الوزن	**0.856
6	الرياضة النشاط الجسدي	**0.529
7	المواظبة وإجراء الفحوصات	**0.568

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج SPSS

يلاحظ من خلال الجدول أن جميع الدرجات الخاصة بمعاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمقياس قد تراوح بين (0.52) و(0.72) كانت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05 و0.01).

### 3. ثبات المقياس:

يعد الثبات من الخصائص السيكومترية المهمة في بناء الاختبارات والمقاييس ويعني أن يعطي المقياس أو الأداة النتيجة نفسها إذا ما أعيداً على الأفراد أنفسهم في الظروف نفسها، ولحساب معامل الثبات طبق أداة البحث على عينة بلغت (50) مريض مصاب بالسكري ومنه:

1- حساب الثبات بتطبيق معامل ألفا لكرونباخ: Cronbach's Alpha للمقياس الإمتثال العلاجي وبلغت قيمة معامل الثبات بـ (0.823)، ولم يتم حذف أي بند ومنه معامل الثبات مقبول ويمكن اعتماد المقياس في هذه الدراسة:

الجدول رقم 15: نتيجة معامل الثبات ألفا لكرونباخ لمقياس الإمتثال العلاجي

معامل ألفا كرونباخ	مجموع العبارات
0.823	7

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج SPSS

### 2- حساب الثبات باستخدام التجزئة النصفية:

لحساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية تم تقسيم بنود المقياس الكلي لنصفين وتم حساب معامل الارتباط بين مجموع الفقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس والجدول الآتي يوضح ذلك:

الجدول رقم 16: نتائج الثبات بطريقة التجزئة النصفية على مقياس الإمتثال العلاجي.

مستوى الدلالة	معامل الارتباط بعد التعديل	معامل الارتباط قبل التعديل	البيانات الإحصائية
0.01	0.294	0.15	الإمتثال العلاجي

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج SPSS

نلاحظ من خلال الجدول أن نتائج حساب معامل الثبات بتطبيق التجزئة النصفية للأداة قد بلغت قيمته (0.294) بعد تصحيحها باستخدام معادلة سبيرمان - براون، وهي قيمة دالة وبالتالي توجد علاقة ما بين الجزئين المتكافئين بعد التصحيح، ومنه يمكن الاعتماد على الأداة في هذه الدراسة الحالية.

### ثانياً: الدراسة الأساسية:

1- المنهج: الوصفي التحليلي وقد إعتدنا هذا المنهج لتماشيه مع أهداف دراستنا والذي يعتمد على دراسة

الظاهرة كما توجد في الواقع، يصفها كيفياً ويحللها كمياً.

### 2- مجتمع الدراسة:

يعتبر مجتمع الدراسة محورياً أساسياً لفهم السياق الذي يتم فيه تنفيذ البحث. يشمل هذا المجتمع مجموعة متنوعة من الأعمار والفئات العمرية، حيث يشمل فئة المراهقين، وفئة الراشدين، وفئة المسنين المقيمين في منطقة المسيلة والبلديات المجاورة لها، الذين يعانون من مرض السكري ويتابعون الفحص الدوري عند العيادة الثلاثة التي تم ذكرها سابقاً والمنخرطون في جمعية مرضى السكري لولاية المسيلة.

### 3- عينة الدراسة الأساسية:

تم اختيار عينة الدراسة الأساسية بالطريقة القصدية، وهم مرضى السكري من بين العديد من المرضى المصابين بأمراض أخرى. تم تحديد حجم العينة بـ (80) مريض مصاب بداء السكري، في الفئة العمرية من (19-65) سنة من النوع الأول والثاني لمرض السكري. يكون لديهم متابعة طبية عند الأطباء الذين يملكون عيادات خاصة، وتم توزيعهم تبعاً لمتغيرات الدراسة كما.

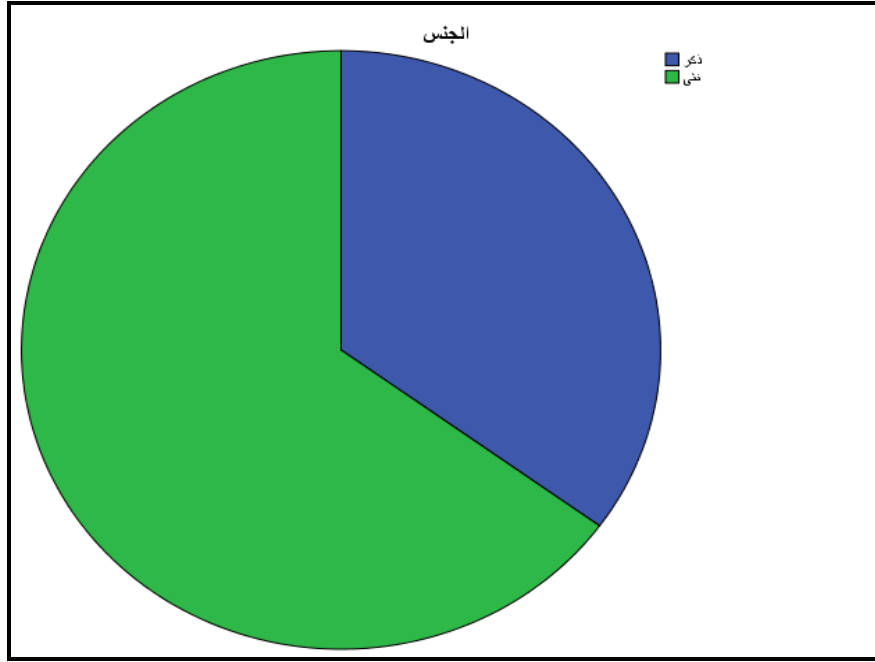
### 4- خصائص عينة الدراسة الأساسية:

سنعرض بعض خصائص العينة التي تم جمعها من خلال استمارة المعلومات الشخصية والتي تتمثل في السن، الجنس (نكر، أنثى)، المستوى التعليمي، نوع السكري (النوع الأول النوع الثاني) وسنوضح ذلك في الجداول التالية:

الجدول رقم 1: يوضح أفراد العينة حسب الجنس:

العينة	الفئة	التكرار	النسبة %
الجنس	ذكر	28	35 %
	أنثى	52	65 %
المجموع		80	100 %

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج SPSS



الشكل رقم 1: يوضح خصائص العينة حسب الجنس

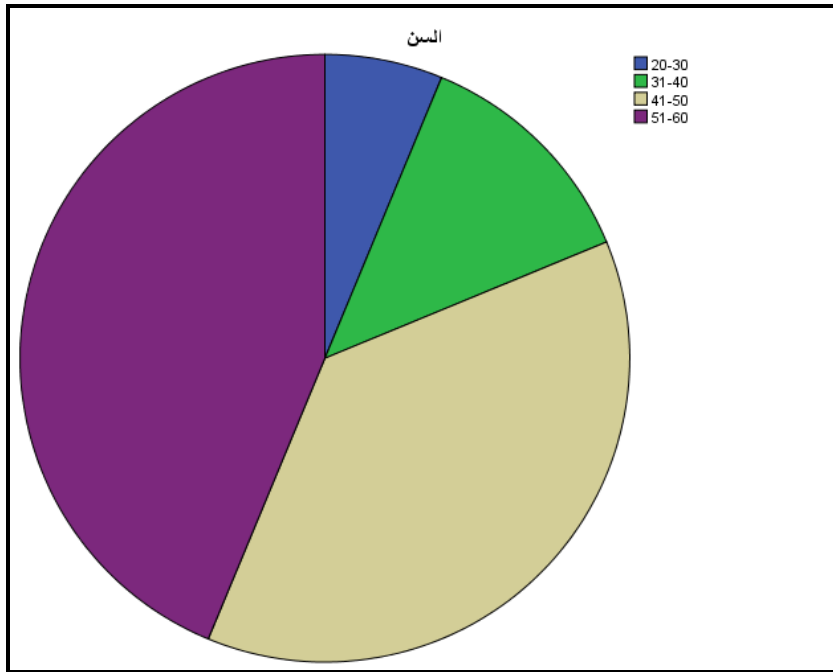
المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج SPSS

يتضح من خلال البيانات المقدمة في الجدول والشكل أن الإناث تشكل النسبة الأكبر في العينة بواقع 65% بعدد 52 شخصاً، في حين يمثل الذكور النسبة الأقل بنسبة 35% بعدد 28 شخصاً.

الجدول رقم 17: يوضح أفراد العينة حسب السن:

العينة	الفئة	التكرار	النسبة %
السن	30-20	05	6.3
	40-31	09	11.3
	50-41	30	37.5
	60-51	36	35
المجموع		80	100

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج SPSS



الشكل يوضح الجدول رقم 3 توزيع أفراد العينة حسب الفئات العمرية

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج SPSS

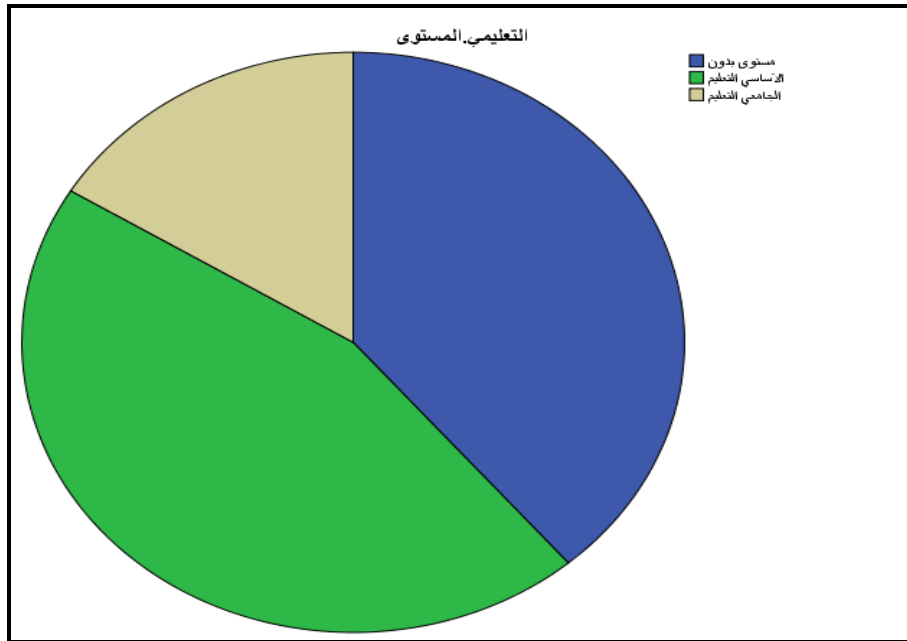
ويشير إلى أن أكبر نسبة في العينة تنتمي إلى فئة الأعمار (41-50) بنسبة 37.5%، تليها فئة الأعمار (51-60) بنسبة 35%، بينما تمثل فئة الأعمار (20-30) نسبة 6.3%، وفئة الأعمار (31-40) بنسبة 11.3%. يمكن استخدام هذه المعلومات لفهم توزيع الأعمار في العينة وكيف يمكن أن يؤثر ذلك على نتائج الدراسة.

جدول رقم 3: يوضح أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

العينة	الفئة	التكرار	النسبة %
المستوى التعليمي	بدون مستوى	31	38.8
	التعليم الأساسي	36	41
	تعليم جامعي	13	16.3
المجموع		80	100

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج SPSS





الشكل رقم 4: يوضح أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج SPSS

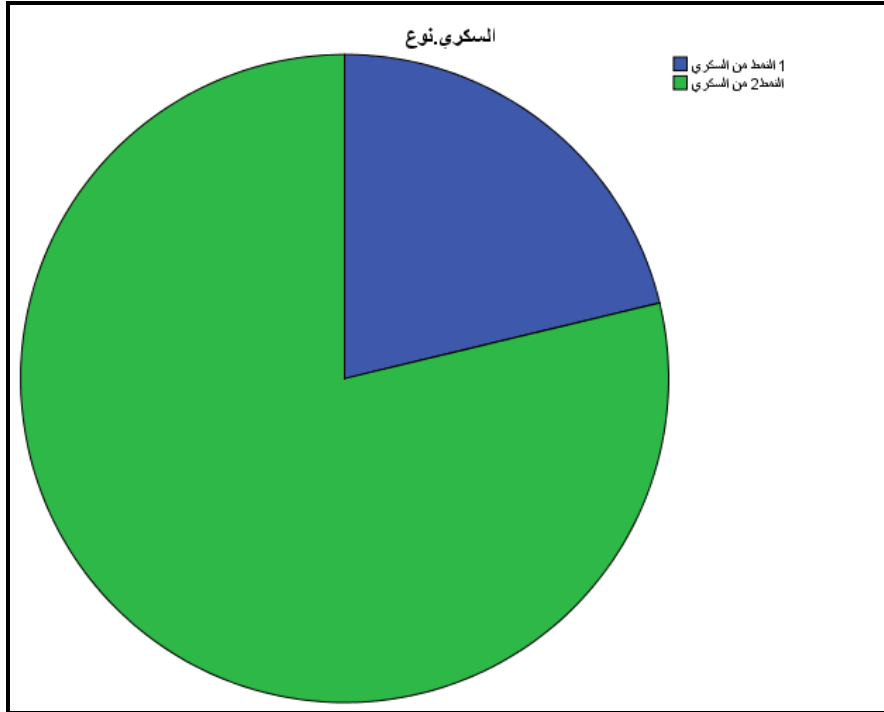
يتضح من خلال الجدول والشكل تنوعاً واضحاً في مستويات التعليم بين مرضى السكري في العينة. حيث كانت أكبر للأفراد بدون مستوى تعليمي (38.8%) علماً أن العينة تنوعت من المسيلة وضواحيها. بالإضافة إلى ذلك، يملك 41% من العينة مستوى تعليمي "التعليم الأساسي" يتنوع بين الابتدائي والمتوسط والثانوي، في حين يمثل الأفراد الذين يمتلكون من مستوى التعليم الجامعي نسبة 16.3%. هذا التوزيع التعليمي يمكن أن يكون له تأثير كبير على فهم إستجابة المرضى للعلاج واحتياجاتهم الصحية.

الجدول رقم 18: يوضح أفراد العينة حسب نوع السكري

النسبة %	التكرار	الفئة	العينة
21.3	17	النوع الاول	نوع السكري
78.8	63	النوع الثاني	
100	80		المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج SPSS

الشكل رقم 2: يُظهر الجدول والشكل رقم أفراد العينة حسب نوع السكري.



المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج SPSS

ويتبين أن مرض السكري من النوع الثاني (TYPE 2 DIABETES) يمثل النوع الأكثر شيوعاً بين أفراد العينة، حيث بلغت نسبته 78.8% من إجمالي العينة. أما بالنسبة للنوع الأول (TYPE 1 DIABETES)، فيمثل نسبة 21.3% من إجمالي العينة.

#### 5- الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة:

- النسب المئوية
- الفا كرونباخ Cronbach Alfa Formula
- سيبرمان براون Spearman's rank correlation coefficient
- معامل الارتباط بيرسون Pearson correlation coefficient
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية
- إختبار (ت) لعينتين مستقلتين Independent Sample T Test
- إختبار فريدمان Friedman Test
- الإنحدار المتعدد التدريجي step-wise multiple

## خلاصة الفصل:

تطرق في هذا الفصل الى شرح الخطوات والإجراءات التي تم اتخاذها أثناء إجراء الدراسة الميدانية، حيث تم تقديم تفاصيل حول مجتمع الدراسة وطريقة اختيار العينة، وطريقة جمع المعطيات والبيانات، بالإضافة إلى تعريف وشرح الأدوات المستخدمة في الدراسة. وتم التأكيد من صحة هذه الأدوات من خلال حساب الخصائص السيكومترية، بهدف التأكد من صدقها وثباتها. تم تحديد الأساليب الإحصائية المعتمدة لاستخلاص النتائج وتحليلها بشكل دقيق وموضوعي.

# الفصل الثامن

## عرض وتحليل نتائج الدراسة

## تمهيد :

في هذا الفصل، سنعرض نتائج المعالجات الإحصائية مفصلة للنتائج. سنقوم بتحليل فرضيات الدراسة وتحليل العلاقات بين المتغيرات المختلفة. سنستعرض النتائج بناءً على المتغيرات المدروسة والأدوات المستخدمة، مع تقديم تفسيرات إحصائية كمية. كما سنناقش أي تأثيرات إحصائية قد تكون ذات دلالة.

سيتم تقديم وتحليل النتائج التي توصلت إليها الدراسة. بناءً على الأساليب الإحصائية المستخدمة، حيث تم استخدام معامل الارتباط بيرسون للكشف عن العلاقات الارتباطية، بالإضافة إلى حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية. تم استخدام تحليل الإنحدار المتعدد لفحص العلاقات التي قد تكون متعددة التأثيرات. كما تم استخدام اختبار فريدمان لتحديد ترتيب المتوسطات.

عرض وتحليل نتائج الفرضيات:

1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الاولى

تنص الفرضية الاولى على أنه: يوجد مستوى متوسط من الإمتثال العلاجي عند المرضى المصابين بالسكري. وللتأكد من هذه الفرضية، تم تحديد درجة القطع والتي يعرفها هاميلتون (Hambleton,1995) بأنها "نقطة على متصل درجات الاختبار تستخدم لتصنيف الطلاب إلى فئتين تعكس مستويات الأداء المختلفة بالنسبة لهدف معين (أو الأهداف) المراد قياسها في الاختبار" بحيث يمكن من خلالها الحكم على مستوى أداء المفحوص بأنه متمكن أو غير متمكن. كما عرف "بيرك" (Berk) درجة القطع بأنها تلك الدرجة التي تزيد من نسبة التصنيفات الصحيحة أوفي المقابل تقلل من نسبة التصنيفات الخاطئة" (ذيب، 2012، ص.335).

تم حساب الانحرافات المعيارية والمتوسط الحسابي لدرجات مرضى السكري في مقياس الإمتثال العلاجي، ثم تمت مقارنة النتيجة بالمستوى المتحصل عليه من خلال حساب درجة القطع حيث تم حسابها كالتالي:

$$\text{المعادلة} = (\text{الحد لأعلى} - \text{الحد لأدنى}) / \text{عدد المستويات.}$$

- الحد الأعلى: رقم البديل الأكبر في المقياس، الحد الأدنى: رقم البديل الأصغر في المقياس.

- عدد المستويات: ثلاثة مستويات الحكم (منخفض، متوسط، مرتفع)

$$\text{إذن: } 1 = 3 / (1 - 3)$$

$$\text{ومنه: } (1.66 = 1 + 0.66), (2.66 = 1 + 1.66), (3.66 = 1 + 2.66)$$

تُقسم الدرجات إلى ثلاثة مستويات وهي على النحو التالي:

الجدول رقم 19: يبين الدرجة المعيارية للحكم على مستوى الإمتثال العلاجي لمرضى السكري

المستويات	المجال	درجة التقدير
المستوى الأول.	[ 1 – 1.66]	منخفض.
المستوى الثاني.	[1.67 – 2.66]	متوسط.
المستوى الثالث.	[2.67 – 3.66]	مرتفع.

الجدول رقم 20: يوضح الدرجة الكلية للمتوسط الحسابي والانحراف المعياري الكلي ودرجة التقدير لعينة الدراسة في مقياس الإمتثال العلاجي.

عدد العبارات(البنود)	الانحراف المعياري الكلي	المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لعينة الدراسة	درجة التقدير
21	0.22	2.33	متوسط

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS

من خلال الجدول، نشير إلى أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة، وهم مرضى السكري، بلغ 2.33، بانحراف معياري يبلغ 0.22 ولتقدير المستوى الحسابي الكلي لأفراد العينة من خلال الدرجة المعيارية، يقع في المستوى المتوسط. يُفهم هذا بأن مرضى السكري يظهرون متوسطاً في سلوكيات الالتزام بالعلاج.

وبناءً على هذه النتائج، يمكن القول إن فرضية البحث تحققت، والتي تفترض وجود مستوى متوسط من الإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري. ومنه، يمكننا رفض فرضية الصفر التي تفترض عدم وجود مستوى من الإمتثال العلاجي عند مرضى السكري في العينة المدروسة.

## 2. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية

تنص الفرضية الثانية على أنه: يوجد مستوى منخفض من الضغوط النفسية لدى مرضى السكري. وللتأكد من هذه الفرضية، تم تحديد درجة القطع والتي يعرفها هاميلتون (Hambleton,1995) بأنها "نقطة على متصل درجات الاختبار تستخدم لتصنيف الطلاب إلى فئتين تعكس مستويات الأداء المختلفة بالنسبة لهدف معين (أو الأهداف) المراد قياسها في الاختبار. وقد عرفها "بيرك" (Berk) درجة القطع بأنها تلك الدرجة التي تزيد من نسبة التصنيفات الصحيحة أوفي المقابل تقلل من نسبة التصنيفات الخاطئة"(ذيب، 2012، ص.335). نلاحظ من خلال الجدول أن المتوسط الحسابي لدرجات مرضى السكري في مقياس الضغوط النفسية هو (2.33) بانحراف معياري يبلغ (0.22). ولتقدير المستوى الحسابي الكلي لأفراد العينة من خلال الدرجة المعيارية، فإنه يقع في المستوى المتوسط.

وبناءً على هذه النتائج، يمكن القول إن مرضى السكري يظهرون متوسطاً في مستوى الضغوط النفسية ولا يتجاوزون المستوى المتوسط. إذن:  $1 = 3 / (1 - 3)$

$$\text{ومنه: } (1.66=1+ 0.66), (2.66 = 1 + 1.66), (3.66 = 1 + 2.66)$$

تُقسم الدرجات إلى ثلاثة مستويات وهي على النحو التالي:

**الجدول رقم 21: يبين الدرجة المعيارية للحكم على مستوى الضغوط النفسية لمرضى السكري**

المستويات	المجال	درجة التقدير
المستوى الأول.	[ 1 – 1.66]	منخفض.
المستوى الثاني.	[1.67 – 2.66]	متوسط.
المستوى الثالث.	[2.67 – 3.66]	مرتفع.

**الجدول رقم 22: يوضح الدرجة الكلية للمتوسط الحسابي والانحراف المعياري الكلي ودرجة التقدير لعينة الدراسة في مقياس الضغوط النفسية.**

عدد العبارات(البند)	الانحراف المعياري الكلي	المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لعينة الدراسة	درجة التقدير
50	0.366	1.456	منخفض

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج spss.

"بالإستناد إلى الجدول (4-8)، يظهر أن المتوسط الحسابي لدرجات فرادى العينة الذين يعانون من مرض السكري يبلغ 1.456 بإنحراف معياري يقدر بـ 0.366. لتقدير مستوى المتوسط الحسابي الكلي لأفراد العينة من خلال الدرجة المعيارية، يتضح أنه يقع في المستوى المنخفض، مما يشير إلى وجود مستوى منخفض من الضغوط النفسية عند مرضى السكري. وبناءً على هذه النتائج، يمكن الاستنتاج بأن الفرضية تحققت، التي تشير إلى وجود مستوى منخفض من الضغوط النفسية لدى المرضى المصابين بالسكري.

### 3. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة

**تنص الفرضية الثالثة على أنه:** يوجد مستوى منخفض من العصابية عند مرضى السكري وللتأكد من هذه الفرضية، تم تحديد درجة القطع والتي يعرفها هاميلتون (Hambleton, 1995) بأنها "نقطة على متصل درجات الاختبار تستخدم لتصنيف الطلاب إلى فئتين تعكس مستويات الأداء المختلفة بالنسبة لهدف معين (أو الأهداف) المراد قياسها في الاختبار. وقد عرفها "بيرك" (Berk) درجة القطع بأنها تلك الدرجة التي تزيد من نسبة التصنيفات الصحيحة أوفي المقابل تقلل من نسبة التصنيفات الخاطئة" (ذيب، 2012، ص.335).



حيث جرى حساب الانحرافات المعيارية والمتوسط الحسابي لدرجات مرضى السكري في مقياس الضغوط النفسية، ثم مقارنة النتيجة بالمستوى المتحصل عليه من خلال حساب درجة القطع حيث تم حسابه كالتالي:  
المعادلة = (الحد لأعلى-الحد لأدنى) / عدد المستويات.

- الحد الأعلى: رقم البديل الأكبر في المقياس، الحد الأدنى: رقم البديل الأصغر في المقياس.  
- عدد المستويات: ثلاثة مستويات الحكم (منخفض، متوسط، مرتفع)

$$\text{إذن: } 0.33 = 3 / (1 - 2)$$

$$\text{ومنه: } (1.33 = 1 + 0.33), (2.33 = 1 + 1.66), (3.33 = 1 + 2.66)$$

تُقسم الدرجات إلى ثلاثة مستويات وهي على النحو التالي:

**الجدول رقم 23: يبين الدرجة المعيارية للحكم على مستوى العصابية لمرضى السكري**

المستويات	المجال	درجة التقدير
المستوى الأول.	[ 1.33 - 1 ]	منخفض
المستوى الثاني.	[ 2.33 - 1.34 ]	متوسط.
المستوى الثالث.	[ 3.33 - 2.34 ]	مرتفع.

**الجدول رقم 24: يوضح الدرجة الكلية للمتوسط الحسابي والانحراف المعياري الكلي ودرجة التقدير لعينة الدراسة في مقياس العصابية.**

عدد العبارات(البند)	الانحراف المعياري الكلي	المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لعينة الدراسة	درجة التقدير
12	0.247	0.293	منخفض

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج SPSS

نلاحظ من خلال الجدول إلى أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة الذين يعانون من مرض السكري بلغ 0.293، بانحراف معياري بلغ 0.247. ولتقدير مستوى المتوسط الحسابي الكلي لأفراد العينة من خلال الدرجة المعيارية، فإنه يقع في المستوى المنخفض. مما يعني أن مرضى السكري لديهم مستوى منخفض من العصابية. واستناداً إلى هذه النتائج، يتبين تحقق الفرضية التي تشير إلى وجود مستوى منخفض من العصابية لدى المرضى المصابين بالسكري، مما يؤكد تحقق الفرضية البديلة.

#### 4. عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة.

تنص الفرضية الرابعة على أنه: يوجد مستوى منخفض من العدائية لدى مرضى السكري. ولتأكد من هذه الفرضية، تم تحديد درجة القطع والتي يعرفها هاميلتون (Hambleton, 1995) بأنها "نقطة على متصل درجات الاختبار تستخدم لتصنيف الطلاب إلى فئتين تعكس مستويات الأداء المختلفة بالنسبة لهدف معين (أو الأهداف) المراد قياسها في الاختبار. وقد عرفها "بيرك" (Berk) درجة القطع بأنها تلك الدرجة التي تزيد من نسبة التصنيفات الصحيحة أوفي المقابل تقلل من نسبة التصنيفات الخاطئة" (ذيب، 2012، ص.335).

حيث جرى حساب الانحرافات المعيارية والمتوسط الحسابي لدرجات مرضى السكري في مقياس الضغوط النفسية، ثم مقارنة النتيجة بالمستوى المتحصل عليه من خلال حساب درجة القطع حيث تم حسابه كالتالي:

المعادلة = (الحد لأعلى - الحد لأدنى) / عدد المستويات.

- الحد الأعلى: رقم البديل الأكبر في المقياس، الحد الأدنى: رقم البديل الأصغر في المقياس.

- عدد المستويات: ثلاثة مستويات الحكم (منخفض، متوسط، مرتفع)

$$\text{إذن: } 1 = 3 / (1 - 4)$$

$$\text{ومنه: } (2=1+1)، (3=1+2)، (4=1+3)$$

تُقسم الدرجات إلى ثلاثة مستويات وهي على النحو التالي:

الجدول رقم 25: يبين الدرجة المعيارية للحكم على مستوى العصابية لمرضى السكري

المستويات	المجال	درجة التقدير
المستوى الأول.	[2 - 1]	منخفض.
المستوى الثاني.	[3 - 2]	متوسط.
المستوى الثالث.	[4 - 3]	مرتفع.

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS

الجدول رقم 26: يوضح الدرجة الكلية للمتوسط الحسابي والانحراف المعياري الكلي ودرجة التقدير لعينة الدراسة في مقياس العدائية.

عدد العبارات (البند)	الانحراف المعياري الكلي	المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لعينة الدراسة	درجة التقدير
20	0.535	1.968	منخفض

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS

نلاحظ من خلال الجدول إلى أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة وهم مرضى السكري بلغ 1.968، بانحراف معياري بلغ 0.535. ولتقدير مستوى المتوسط الحسابي الكلي لأفراد العينة من خلال الدرجة المعيارية، فإنه يقع في المستوى المنخفض. مما يعني أن مرضى السكري لديهم مستوى منخفض من العدائية. ونستدل من خلال هذه النتائج المتوصل إليها بتحقيق التي تنص على وجود مستوى منخفض من العدائية عند المرضى المصابين بالسكري، ومنه نقبل الفرضية البديلة.

#### 1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة :

تنص الفرضية الخامسة على أنه: توجد علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية والإمتثال العلاجي عند مرضى السكري. وللكشف على هذه العلاقة استخدمنا معامل الارتباط بيرسون، حيث أسفرت النتائج كما هي موضحة في الجدول أسفله:

الجدول رقم 27: يوضح نتائج قيمة معامل ارتباط بيرسون بين الضغوط النفسية والإمتثال العلاجي لمرضى السكري:

المغيرات	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
الضغوط النفسية	- 0.413	0.01
الإمتثال العلاجي		

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS

يتضح من خلال الجدول أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين متغير الضغوط النفسية ومتغير الإمتثال العلاجي قد بلغ (-0.413) وهو دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، ومنه نستنتج من خلال هذه النتيجة، وجود علاقة عكسية سالبة، بين الضغوط النفسية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري .

### 6، عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة

تنص الفرضية السادسة على أنه: توجد علاقة ارتباطية بين العصابية والإمتثال العلاجي عند مرضى السكري وللكشف على هذه العلاقة إستخدمنا معامل الارتباط بيرسون، حيث أسفرت النتائج كما هي موضحة في الجدول أسفله:

الجدول رقم 28: يوضح نتائج قيمة معامل ارتباط بيرسون بين سمة العصابية والإمتثال العلاجي لمرضى السكري:

مستوى الدلالة	معامل الارتباط بيرسون	المغيرات
0.001	-0.356	سمة العصابية
		الإمتثال العلاجي

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS

يتضح من خلال الجدول أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين متغير العصابية ومتغير الإمتثال العلاجي قد بلغ (- 0.356) بقيمة دلالة (0.001)، وهي اصغر من مستوى دلالة (0.01)، ومنه نستنتج وجود علاقة عكسية بين العصابية والإمتثال العلاجي.

ونستدل من خلال هذه النتائج تحقق الفرضية البديلة التي تنص على وجود علاقة ارتباطية بين العصابية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.

### 3. عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة

تنص الفرضية السابعة على أنه: توجد علاقة ارتباطية بين العدائية والإمتثال العلاجي عند مرضى السكري. وللكشف على هذه العلاقة استخدمنا معامل الارتباط بيرسون، حيث أسفرت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 29: يوضح نتائج قيمة معامل ارتباط بيرسون بين سمة العدائية والإمتثال العلاجي لمرضى السكري:

مستوى الدلالة	معامل الارتباط بيرسون	المغيرات
0.01	-0.383	سمة العدائية
		الإمتثال العلاجي

المصدر: من إعداد الباحثة بناء على مخرجات برنامج SPSS

يتضح من خلال الجدول أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين متغير العصابية ومتغير الإمتثال العلاجي قد بلغ (0.383 -) وهي دالة عند مستوى دلالة (0.01)، ومنه نستنتج من خلال هذه النتيجة، وجود علاقة عكسية، بين سمة العدائية والإمتثال العلاجي.

ونستدل من خلال هذه النتائج تحقق الفرضية البديلة التي تنص على وجود علاقة إرتباطية بين العدائية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.

#### 4. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة:

تنص الفرضية الثامنة على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الإمتثال العلاجي تعزى إلى متغير الجنس (نكر، أنثى)

وللتأكد من صحة هذه الفرضية، تم تقييم ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإمتثال العلاجي بين الذكور والإناث. تم جمع البيانات من العينة التي تضم كل من الذكور والإناث. تم حساب الفروق الدالة إحصائياً بين جنس الذكور والإناث في متغير الإمتثال العلاجي من خلال تطبيق اختبار Independent-Samples T Test وهو اختبار لعينتين مستقلتين لتحليل البيانات وتقدير مدى وجود هذه الفروق من خلال النتائج الموضحة في الجدول الآتي :

الجدول رقم 34: يبين الفروق ذات الدلالة الإحصائية في الإمتثال العلاجي لمرضى السكري تعزى الى الجنس

المؤشرات الإحصائية أبعاد الإمتثال العلاجي	الجنس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة (T) المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
الحمية	ذكر	28	2.43	0.634	-0.647	78	0.495	غير دال
	أنثى	52	2.52	0.577				
الأدوية	ذكر	28	3.00	0.000	0.732	78	0.140	غير دال
	أنثى	52	2.98	0.139				
السوائل(مشروبات غازية والعصائر)	ذكر	28	2.18	0.612	-1.850	78	0.496	غير دال
	أنثى	52	2.42	0.537				
السكريات	ذكر	28	2.43	0.690	-0.925	78	0.048	دال
	أنثى	52	2.56	0.539				
مراقبة الوزن	ذكر	28	1.75	0.799	-1.693	78	0.888	غير دال
	أنثى	52	2.08	0.837				
الرياضة النشاط الجسدي	ذكر	28	1.82	0.670	-1.759	78	0.683	غير دال
	أنثى	52	2.10	0.664				
المواظبة وإجراء الفحوصات	ذكر	28	2.00	0.720	-0.332	78	0.484	غير دال
	أنثى	52	2.06	0.752				
الدرجة الكلية	ذكر	28	15.86	2.189	-2.019	78	0.126	غير دال
	أنثى	52	16.71	1.564				

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج SPSS.

يتبين من خلال الجدول أن قيمة (T) المحسوبة للدرجة الكلية قد بلغت (-2.019) بدرجة حرية مقدارها (78). وقد بلغ متوسط الفرق بين الذكور والإناث المصابين بالسكري قرابة (16.71) بإنحراف معياري لهذا الفرق بلغ (1.564). وبهذا بلغ مستوى الدلالة (0.126)، وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha = 0.05$ )، مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية للإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري يعزى لنوع الجنس (ذكور، إناث).

ونستدل من خلال هذه النتائج، عدم تحقق الفرض الذي ينص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الإمتثال العلاجي عند مرضى السكري تعزى لمتغير الجنس (ذكور، إناث) إلا انه توجد فروق دالة إحصائية في بعد السكري في متغير الجنس حيث بلغت (0.925 -) بدرجة حرية مقدارها (78). وقد بلغ متوسط الفرق بين الذكور والإناث (2.56)، بإنحراف معياري لهذا الفرق بلغ (0.539)، وبهذا قد بلغ مستوى الدلالة (0.048). ومنه توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في بعد السكري والفروق لصالح الإناث.

### 5. عرض وتحليل نتائج الفرضية التاسعة:

تنص الفرضية التاسعة على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإمتثال العلاجي تعزى إلى متغير نوع السكري (النوع الأول، النوع الثاني).

وللتأكد من صحة هذه الفرضية ، تم تقييم ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الإمتثال العلاجي بين مرضى السكري من النوع الأول ومرضى السكري من النوع الثاني. تم جمع البيانات من العينة التي تضم كل من مرضى السكري من النوع الأول والنوع الثاني، وتم حساب الفروق الدالة إحصائياً بين مرضى السكري النوع الأول ومرضى السكري النوع الثاني في متغير الإمتثال العلاجي من خلال تطبيق اختبار Independent-Samples T Test، وهو اختبار T لعينتين مستقلتين لتحليل البيانات وتقدير مدى وجود هذه الفروق من خلال النتائج الموضحة في الجدول التالي .:

الجدول رقم 30: يبين الفروق ذات الدلالة الإحصائية في الإمتثال العلاجي لمرضى السكري تعزى لنوع السكري

(النمط الأول، النمط الثاني)

المؤشرات الإحصائية أبعاد الإمتثال العلاجي	نوع السكري	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة (T) المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
الحمية	النوع 1	17	2.41	0.618	-0.589	78	0.910	غير دال
	النوع 2	63	2.51	0.592				
الأدوية	النوع 1	17	2.94	0.243	-1.959	78	0.000	دال

				0.000	3.00	63	النوع 2	
غير دال	0.789	78	0.350-	0.588	2.29	17	النوع 1	السوائل (مشروبات غازية والعصائر)
				0.572	2.35	63	النوع 2	
غير دال	0.791	78	0.325	0.624	2.47	17	النوع 1	السكريات
				0.592	2.52	63	النوع 2	
غير دال	0.348	78	1.534	0.752	2.24	17	النوع 1	مراقبة الوزن
				0.845	1.89	63	النوع 2	
غير دال	0.990	78	2.056	0.588	2.29	17	النوع 1	الرياضة النشاط الجسدي
				0.679	1.92	63	النوع 2	
غير دال	0.463	78	3.749	0.507	2.59	17	النوع 1	المواظبة وإجراء الفحوصات
				0.721	1.89	63	النوع 2	
غير دال	0.671	78	1.650	1.784	17.06	17	النوع 1	الدرجة الكلية
				1.829	16.24	63	النوع 2	

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج SPSS

يتبين من خلال الجدول: انه قيمة (T) المحسوبة قد بلغت (5.817) بدرجة حرية مقدارها (38) وقد بلغ متوسط الفرق بين المرضى المصابين بالنمط الأول والمرضى المصابين بالنمط الثاني من السكري قدر بـ (20.125) بإنحراف معياري لهذا الفرق بلغ (0.83) ، وبهذا قد بلغ مستوى الدلالة (0.03) وهي قيمة أقل من مستوى الدالة ألفا ( $\alpha = 0.05$ ) ومنه تقبل الفرضية البديلة التي تنص بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في الإمتثال العلاجي لمرضى السكري تعزى لنوع السكري ( النمط الأول ، النمط الثاني) والفرق في الإمتثال العلاجي كان لصالح مرضى السكري من النمط الأول.

### 10. عرض وتحليل نتائج الفرضية العاشر:

تنص الفرضية العاشرة على أنه: يوجد بعد سائد من بين ابعاد الإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري وهو بعد الأدوية.

وللتعرف على نتائج هذه الفرضية إستخدمنا إختبار فريدمان لمتوسط ترتيب رتب أبعاد الإمتثال العلاجي لمرضى السكري، حيث أسفرت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي :



الجدول رقم 31: يبين نتيجة اختبار فريدمان لترتيب متوسط رتب أبعاد الإمتثال العلاجي لمرض السكري

الرقم	أبعاد الإمتثال العلاجي	متوسط الرتب	Khi-deux	درجة الحرية	Asymp . Sig	القرار
1	الحمية	4.36	128.32	6	0.000	دال عند 0.05
2	الأدوية	5.80				
3	السوائل والمشروبات الغازية	3.86				
4	السكريات	4.74				
5	مراقبة الوزن	3.13				
6	الرياضة والنشاط الجسدي	3.13				
7	المواظبة و إجراء الفحوصات	3.25				

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج SPSS

يوضح الجدول أن متوسطات الرتب الناتجة عن حساب اختبار فريدمان لأبعاد مقياس الإمتثال العلاجي والمرتبة وفقاً لترتيب التنازلي الآتي:

- بعد الأدوية احتلال المرتبة الأولى بمتوسط رتب بلغ (5.80).
  - بعد السكري، احتلت المرتبة الثانية بمتوسط رتب بلغ (4.74)
  - بعد الحمية، احتلت المرتبة الثالثة بمتوسط رتب (4.36).
  - بعد السوائل والمشروبات الغازية، احتلت المرتبة الرابعة بمتوسط رتب (3.86).
  - بعد المواظبة وإجراء الفحوصات، احتلت المرتبة الخامسة بمتوسط رتب (3.25).
  - بعد مراقبة الوزن، احتلت المرتبة السادسة بمتوسط رتب (3.13).
  - بعد مراقبة الوزن، احتلت المرتبة السابعة بمتوسط رتب (3.36).
- وبناءً على قيمة اختبار فريدمان التي بلغت (128.32) بدرجة حرية (6)، وقد بلغت قيمة مستوى دلالة الاختبار (0.000)، وهي قيمة أصغر من مستوى دلالة ألفا ( $\alpha = 0.05$ )، نستنتج من خلال هذه النتائج بتحقق الفرضية التي تنص على وجود بُعد سائد من أبعاد الإمتثال العلاجي، وهو بعد الأدوية حيث احتلت المرتبة الأولى بمتوسط رتب بلغ (5.80). ومنه توجد فروق بين أبعاد الإمتثال العلاجي.

## 11 . عرض وتحليل نتائج الفرضية الحادي عشر

تنص الفرضية الحادي عشر على أنه: تساهم الضغوط النفسية وسمات الشخصية (العصابية، العدائية) بالتنبؤ عن الإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري. من خلال تحليل الإنحدار الخطي المتعدد بين المتغير التابع (درجة الإمتثال العلاجي) والمتغيرات المتنبئة (الضغوط النفسية وسمات الشخصية)، تم التوصل إلى النتائج التالية:

الجدول رقم 32: يوضح نتائج الانحدار الخطي المتعدد التدريجي للتنبؤ بالإمتثال العلاجي من خلال الضغوط النفسية وسمات الشخصية (العصابية، العدائية).

نوع المتغير	المتغيرات المدروسة	R	R2	قيمة F	دلالة F	B	قيمة T	دلالة T (SIG)	معامل الارتباط الجزئي P.C	مستوى الدلالة	الدلالة
المتغير التابع	الإمتثال العلاجي	0.413	0.171	16.071	0.000	0.413	23.287	0.000	0.413	0.05	دالة
المتغير المتنبئ (المفسر)	الضغوط النفسية						-4.009	0.000			

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج SPSS

يوضح الجدول أن نتائج تحليل التباين ANOVA لإختبار معنوية الانحدار ونلاحظ أن قيمة (F = 16.071) بقيمة احتمالية (sig = 0.000) أصغر من (0.05) وهي دالة إحصائية و الانحدار معنوي لا يساوي الصفر، وبالتالي نرفض الفرض الصفري ونقبل فرضية الدراسة. ومنه توجد علاقة بين المتغير التابع الإمتثال العلاجي والمتغير المستقل (الضغوط النفسية). وكذلك، يوجد تأثير دال إحصائي للضغوط النفسية لدى مرضى السكري على الإمتثال العلاجي، حيث كلما ارتفعت مستويات الضغوط النفسية إنخفض مستوى الإمتثال العلاجي بـ (0.413) درجة، حيث قدر معامل الانحدار بـ (B = 0.413) وهذا يعني أن متغير الضغوط النفسية قد فسر بنسبة 17% من التباين في الإمتثال العلاجي، حيث كانت قيمة معامل التحديد (R – Square = 0.171). ويشير هذا التأثير إلى تدخل عوامل أخرى تؤثر متداخلة بنسبة 83% على الإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري. وبالتالي، يمكن صياغة معادلة الانحدار التي تساعد في التنبؤ بالإمتثال العلاجي من خلال الجدول السابق. Y (المتغير التابع) = مقطع خط الانحدار + ميل خط الانحدار (المتغير المستقل)

ومنه: الإمتثال العلاجي = 19.723 + 0.041 X الضغوط النفسية.

الجدول رقم 33: يوضح نتائج الانحدار الخطي المتعدد التدريجي للمتغيرات المستقلة التي تم استبعادها

المتغير التابع	المتغيرات المستبعدة	B	قيمة T	دلالة T (SIG)	معامل الارتباط الجزئي P.C	مستوى الدلالة	دلالة
	العصابية	-0.289-b	-2.862-	0.005	-0.310-	0.05	غير دالة

الإمتثال العلاجي	العدائية	- 0.289-b	-1.525-	0.131	-0.117-	0.05	غير دالة
---------------------	----------	-----------	---------	-------	---------	------	-------------

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على مخرجات برنامج SPSS

تظهر النتائج بأن هناك عدم دلالة إحصائية للعلاقة بين المتغيرات المستقلة (العصائية والعدائية) بالإمتثال العلاجي. تم استبعاد هذين المتغيرين في تحليل الانحدار بناءً على قيم الدلالة الإحصائية. كما أن قيم الـ "t" لكل من العصائية والعدائية تفوق قيمة الدلالة المقبولة (0.05)، مما يؤكد عدم دلالتهم. من خلال نتائج التحليل، يتبين أن هناك علاقة إحصائية بين الإمتثال العلاجي والضغط النفسية. قيمة الاحتمالية (p-value) المحسوبة هي 0.001 وأقل من مستوى الدلالة المعتاد (0.05)، مما يتضح أن الفرضية البديلة تكون مقبولة، أي تساهم الضغوط النفسية بالتنبؤ بالإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري. قد تكون الضغوط النفسية لها تأثير حوالي 17% من التباين في الإمتثال العلاجي وفقاً لقيمة معامل التحديد (R-Square) التي تبلغ 0.171. ومع ذلك، يجب مراعاة أن هذا التأثير قد يكون ضئيلاً نسبياً، حيث يمكن أن يتأثر 83% من التباين بعوامل أخرى غير الضغوط النفسية لمرضى السكري. بشكل عام، يتيح لنا تحليل الانحدار فهم العلاقات بين المتغيرات وكيفية تأثيرها على المتغير التابع.

### خلاصة الفصل:

يُعد فصل النتائج والتحليل الإحصائي من المراحل الأساسية في البحث، حيث يُظهر بوضوح الجهد البحثي. تم استعراض النتائج بناءً على المتغيرات المدروسة والأدوات المستخدمة، مع تقديم تفسيرات إحصائية كمية للتوضيح.

كما تطرقت الى تحليل اي تأثيرات إحصائية قد تظهر بدلالة. تتضمن الأساليب الإحصائية المستخدمة معامل الارتباط بيرسون، حساب المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، تحليل الانحدار المتعدد، واختبار فريدمان. تم تحليل النتائج التي توصلت إليها الدراسة باستخدام هذه الأساليب الإحصائية لفهم العلاقات بين المتغيرات والتأثيرات الناتجة عنها.

## الفصل التاسع

# تفسير ومناقشة نتائج الدراسة

**تمهيد :**

في سياق رحلة الاستكشاف العلمي، تتعمق مناقشة نتائج الدراسة لتكشف عن روح البحث والتحليل الدقيق للبيانات الجامعة بالمعنى. لقد تطرقت في هذا الفصل الى ربط النتائج الميدانية بالاستنتاجات حسب الواقع والتراث العلمي للأدبيات التطبيقية ذات العلاقة بالمتغيرات، حيث تم تحليل وتفسير ومناقشة البيانات وتحليل العلاقات ومدى توافر مستويات متغيرات الدراسة للعينة وهم مرضى السكري.

ساهمت مناقشة نتائج الدراسة في تقديم رؤية أعمق للبيانات وتفسير الاختلافات بين المتغيرات. يوفر هذا الفصل تفسيرات لأي اتجاهات غير متوقعة أو استنتاجات غير تقليدية، مع التركيز على تأثير العوامل المتغيرة التي قد تكون لها دور في شكل النتائج بناء على خصوصية العينة في اطارها الثقافي. وقد اعتمدنا على النتائج الإحصائية والرسوم البيانية كأدوات منهجية لتوضيح وتسهيل فهم القراءة المتعمقة للنتائج.

تتجاوز مناقشة نتائج الدراسة تقديم الأرقام وتتعلم في إلقاء الضوء على جوانب واسعة من الفهم العلمي، بالإضافة إلى توجيه التوصيات لكل من هو مهتم بهذه الفئة من المرضى المزمنين، وتقديم اشكاليات بحثية للبحوث المستقبلية.

## تفسير ومناقشة فرضيات الدراسة:

## 1. تفسير ومناقشة الفرضية الأولى:

توصلت النتائج الى تحقق الفرضية التي تنص على وجود مستوى متوسط من الإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.

يمكن أن تتضمن سلوكيات الإمتثال العلاجي في حالة مرضى السكري عدة عناصر، مثل اتباع الجرعات الموصوفة من الأدوية، واتباع حمية غذائية صحية، وممارسة النشاط البدني بانتظام، وقياس مستوى السكر في الدم بانتظام. ويمكن تفسير هذه النتائج بأن مستوى سلوكيات الإمتثال العلاجي يتوسطه تأثير عدة عوامل تؤثر على الإمتثال العلاجي بين مرضى السكري. من بين هذه العوامل، التوعية والتثقيف يلعبان دورًا هامًا. إذا كان المرضى على دراية كافية بأهمية الإمتثال العلاجي وتأثيره على صحتهم، فإنهم يصبحون أكثر عرضة للإمتثال. يصبحون أكثر فهمًا للحاجة الماسة للإمتثال العلاجي، مما يشجعهم على اتخاذ إجراءات أكثر حذرًا ووعيًا.

تساعد التوعية المستمرة المرضى على فهم العلاجات الموصوفة لهم بشكل أفضل، بما في ذلك أهمية اتباع الجرعات الموصوفة للأدوية وكيفية استخدامها بشكل صحيح، والالتزام بنظام غذائي صحي، وضرورة ممارسة النشاط البدني بانتظام. عندما يفهم المرضى هذه الجوانب بشكل أفضل، يصبحون أكثر إقدامًا على اتخاذ الخطوات الضرورية للرعاية الصحية.

فهم أهمية الإمتثال العلاجي يمكن للمرضى أن يجدوا المزيد من الدافع للالتزام بالعلاج. يشعرون بأنهم يساهمون في تحسين صحتهم ويقودون التغيير من خلال الالتزام بالعلاج، وهذا يمكن أن يكون محفزًا قويًا.

عندما يتعرف المرضى على المخاطر المحتملة لعدم الإمتثال العلاجي، مثل مضاعفات مرض السكري مثل أمراض القلب والأوعية الدموية وأمراض الكلى، يزيد لديهم الدافع للإمتثال. إذا كانوا يدركون أن الإمتثال يمكن أن يقلل من خطر تطور هذه المضاعفات، سيكون لديهم دافع قوي لاتخاذ الإجراءات الضرورية. ووجود الدعم من العائلة والأصدقاء يمكن أن يزيد من مستوى الإمتثال العلاجي. وللوصول إلى الرعاية الصحية، مثل توفر التكاليف المرتبطة بالعلاج وصعوبة الوصول إلى الرعاية الصحية، فإن هذا يلعب دورًا في التأثير على قدرة المرضى على الإمتثال العلاجي وقد استفاد اغلب عينة الدراسة من التثقيف الصحي حول مرض السكري من خلال الجمعية الولائية لمرضى السكري المنخرطين فيها لولاية المسيلة .

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع بعض نتائج دراسة حيث أظهرت نتائج دراسة سمية عليوة وتوفيق برغوني (2022) أن مرضى السكري يتمتعون بمستوى متوسط من فعالية الذات، ويتمتعون أيضاً بمستوى متوسط من الالتزام الصحي، وتشير النتائج إلى وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين فعالية الذات والالتزام الصحي لدى مرضى السكري.

وفي الدراسة التي أجرتها رانية علي يوسف (2023)، وجدت أن مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي كان في المستوى المتوسط لدى مرضى السكري، وكان منخفضاً لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم من أفراد العينة.

## 2. تفسير ومناقشة الفرضية الثانية :

بناءً على النتائج التي تم التوصل لها، تحققت الفرضية التي تنص على وجود مستوى منخفض من الضغوط النفسية. أشارت النتائج إلى أن مستوى الضغوط النفسية كان في المستوى المنخفض. يمكننا تفسير هذه النتيجة من خلال ما توصل إليه لازاروس، حيث أن تفسير الأحداث المجهدة أكثر أهمية من الأحداث نفسها. ليس الحدث البيئي أو استجابة الشخص تحدد الضغط، ولكن إدراك الفرد للوضع النفسي يلعب دوراً حاسماً. يعني ذلك أن الأحداث المحيطة بالفرد ليست بالضرورة مسببة مباشرة للضغط النفسي. بدلاً من ذلك، يكمن الأمر في كيفية تفسير الفرد لهذه الأحداث وكيفية إدراكها. إذا كان مريض السكري يقوم بتفسير الأحداث بشكل إيجابي ويراها كتحديات يمكن التعامل معها بفعالية، فإنه سيكون أقل تأثراً بالضغوط النفسية وإن وجدت ستكون في مستوى أقل من المتوسط.

يلقي هذا المفهوم الضوء على الأهمية الكبيرة للعوامل النفسية والإدراكية في تحديد مدى تأثير الضغوط النفسية على الأفراد. ويعزز أهمية تطوير القدرة على التفسير الإيجابي للأحداث وتنمية مهارات التكيف لمساعدة الأفراد في التعامل مع التحديات والمواقف الضاغطة بشكل أفضل.

يمكن أيضاً تفسير انخفاض مستوى الضغوط النفسية بنوع الأذى أو التهديد عند مواجهة الصعوبات النفسية. عندما يكون لديهم استراتيجيات متحكمة وكافية للتعامل مع الموقف الضاغطة، يشعر الفرد بالتحدي لكنه سرعان ما يتغلب عليه من خلال قوة جهازه النفسي وامتلاكه لمكينزمات دفاع تساعد على التصدي كما ان امتلاك الشخص لمتغيرات الشخصية الحامية للصحة مثل قوة التحمل (La Resilience) والصلابة النفسية (Hardines) وامتلاكه لمستوى من الفعالية الذاتية (Self-efficacy) يساهم بشكل كبير في مواجهة الضغوط وللعديد من المخاطر التي يمكن ان تتسبب في ظهور اضرار على العضوية. عندما تكون إمكانات التعامل مع الموقف عالية، يكون الضغط أقل، ويتم التعامل مع تلك الضغوط النفسية بفعالية.



يمكن للتفكير بشكل إيجابي ورؤية الأمور بنظرة تفاؤلية أن تقلل من مستوى الضغوط النفسية. الأفراد الذين يتبنون مثل هذا النهج قد يكونون أقل عرضة للتوتر والقلق.

إذا رأى مريض السكري حالته على أنها تحدي يمكن التعامل معه بفعالية من خلال تغيير نمط الحياة واتباع العلاج، فإنه قد يشعر بثقة أكبر وسيكون لديه مزيد من السيطرة على حياته، مما يقلل من ضغوطه النفسية.

وقد إنفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة أجراها (Arnetz 1984) حيث أظهرت أن التكيف الشخصي (الدعم الاجتماعي) يحسن التحكم في نسبة السكر في الدم ويمكن أن يفعل ذلك من خلال كل من المسارات السلوكية والسيولوجية النفسية، عن طريق زيادة الالتزام وتقليل التوتر أو تعويض الآثار الضارة للتوتر. قد يكون الدعم الاجتماعي مفيداً من حيث التشجيع والمساعدة في تنفيذ الإمتثال العلاجي ومن حيث إنتاج الشعور بالرفاهية المرتبط بانخفاض الاستثارة النفسية (Mark Peyrot).

### 3. تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة:

من خلال النتائج المتحصل عليها، تحققت الفرضية التي تنص على وجود مستوى منخفض من العصابية. حيث أشارت النتائج إلى أن مستوى العصابية كان في المستوى المنخفض، ومنه يمكننا أن نفسر هذه النتيجة من خلال ما صاغه إيزنك (Eysenck) في عام 1947 لوصف النزعة المزاجية، التي تجعل الشخص يجرب المشاعر السلبية بشكل متكرر وشديد استجابةً لمصادر التوتر المختلفة. كانت هذه السمة في الأساس تشير إلى المزاج القلق أو الاكتئاب، ولكنها تشمل أيضاً المشاعر السلبية الأخرى مثل الخوف والتهيج والغضب. بالإضافة إلى ذلك، يظهر الأفراد الذين يعانون من العصابية غالباً ردود فعل غير مرغوب فيها إتجاه تجاربهم العاطفية، ويحاولون عادةً قمع تلك المشاعر أو التحكم فيها، مثل تجنب الحديث أمام الجمهور لكي لا يشعرون بالقلق. كما أن مهارات التكيف تلعب دوراً في تقليل التعرض لتجربة العصابية، ويساهم تغيير إدراكهم للأحداث بطريقة إيجابية.

إذا كان الأفراد يميلون إلى تفسير الأحداث بشكل إيجابي ويرونها كفرص للنمو والتطور بدلاً من تحميلها بالسلبية، فإنهم قد يكونون أقل تأثراً بالعصابية. تفسيرهم الإيجابي للوضع النفسي يمكن أن يساعدهم على التخفيف من الضغوط.

وإذا استجاب مرضى السكري لتحديات الحياة اليومية والضغوط النفسية التي تعتبر جزءاً طبيعياً من حياة المرضى المزمنين، وتعاملوا معها بفعالية، فإنهم قد يكونون أقل عرضة للعصابية. يمكن أن يرتبط ذلك بمستوى منخفض من العصابية.

كما يمكننا تفسير هذه النتائج التي تشير إلى المستوى المنخفض من العصابية بأن مرضى السكري قد يتمتعون بعوامل شخصية ونفسية تساهم في تقليل تأثير الضغوط النفسية على صحتهم النفسية وتحكمهم في طرق تفكيرهم إلى أنماط إيجابية. يمكن أن يكون ذلك قد ساهم في قدرتهم على التكيف بفعالية مع تحديات مرض السكري.

#### 4 . تفسير ومناقشة الفرضية الرابعة:

من خلال النتائج المتحصل عليها، تحققت الفرضية التي تنص على أنه يوجد مستوى منخفض من العدائية. حيث أشارت النتائج إلى أن مستوى العدائية كان منخفض، لدى مرضى السكري. ومنه يمكننا أن نفسر هذه النتيجة من خلال توجيه انتباهنا أيضًا إلى أهمية الاستجابة الصحية والمهنية لمرضى السكري في تقليل مستوى العدائية. إذا كانت هناك رعاية طبية وصحية جيدة متاحة لمرضى السكري، وإذا كان هناك توجيه وتثقيف من قبل المختصين الصحيين حول إدارة الحالة والوقاية من المضاعفات، فإن ذلك يمكن أن يزيد من ثقة المرضى ويقلل من العدائية بشكل عام.

العناية الصحية الجيدة تمكن المرضى من التحكم في حالتهم والعيش بشكل صحي ومستدام. كما يمكن أن تساهم في تقليل التوترات والقلق المتعلق بالمرض. لذا، تحسين جودة الرعاية الصحية وتوفير دعم مهني واجتماعي لمرضى السكري يمكن أن يكون عاملاً مساعداً كبيراً في تقليل العدائية وزيادة التفاهم والتضامن بين الأفراد المتأثرين بمرض السكري.

كما أن الوعي والتثقيف الصحي يلعب دوراً في خفض مستوى العدائية، من خلال الاطمئنان جيداً حول حالتهم الصحية وأهمية العناية بصحتهم، فقد يكون لديهم فهماً أفضل لضرورة التعاون والتفاهم مع الآخرين. يمكن أن يكون لديهم معرفة بأهمية الدعم الاجتماعي في إدارة مرض السكري.

والمشاركة في مجتمع الدعم، إذا كان مرضى السكري يشاركون في مجموعات دعم مشابهة حيث يتشاركون تجاربهم ويقدمون الدعم لبعضهم البعض مثل الانخراط في الجمعيات المهتمة بالتربية العلاجية لمرض السكري، التي تقوم بالأيام الدراسية التي يقدم فيها مختلف الأخصائيين في مجال الصحة مستوى من الوعي الصحي، فإنه يمكن لهذا أن يعزز من التعاون ويقلل من العدائية.

كما أن قيام مرضى السكري بالرعاية الذاتية لمرض السكري، يتطلب عادة اتباع نظام علاجي ورعاية صحية دورية. إذا كان لديهم توجهاً إيجابياً نحو العلاج والاهتمام بصحتهم، فإن ذلك يمكن أن يساهم في تقليل العدائية وزيادة التعاون مع فرق الرعاية الصحية.

## 5. مناقشة الفرضية الخامسة :

من خلال النتائج المتوصل لها تحققت الفرضية التي تنص: توجد علاقة إرتباطية بين الضغوط النفسية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري، حيث أشارت النتائج إلى وجود علاقة عكسية سالبة دالة بين متغير الضغوط النفسية ومتغير الإمتثال العلاجي عند مرضى السكري. ويمكن أن نفسر هذه النتيجة، أنه كلما إرتفعت مستويات الضغوط النفسية لدى المرضى، قل إمتثالهم للعلاج.

ومنه يمكننا تفسير هذه العلاقة العكسية بين الضغوط النفسية والإمتثال العلاجي، من خلال خصوصية مرض السكري، حيث يعتبر من الأمراض المزمنة، التي تتطلب إدارة ذاتية محكمة من المريض نفسه على مرضه. وهذا ما يجعله في تحديات يواجهها مريض السكري بشكل يومي، من خلال ضرورة تبنيه لنمط حياة صحي. مع مراعاة النمط الغذائي وممارسة الرياضة بانتظام، والمساعدة على مراقبة مستويات السكر في الدم، وأخذ الأدوية بالجرعات الصحيحة. ومنه يكون هذا التغير سببا في ظهور الضغط النفسي. مما يؤدي الى ظهور مجموعة من ردود الفعل البيولوجية بناءً على ما ورد في الدراسات النظرية، التي تعتبر استجابة عكسية بسبب التعرض للضغوط، وبما ان مرض السكري هو من الامراض المزمنة فالضغط النفسي يكون جزء من حياة المرضى المزمنين، وبهذا فالتنشيط المتكرر لمحور HPA استجابةً للضغط المزمن أو المتكرر يمكن أن يحدث تغير. في أنماط الكورتيزول اليومية، ومنه يؤدي هذا التفاعل بين الضغوط وبيولوجيا الجسم الى صعوبة التعافي من الإجهاد، وهذا ما يجعل من القلق والتوتر والشعور باليأس، جزءاً من المعاش النفسي لمرضى السكري.

كما ان الخوف من حدوث نقص مستوى السكر في الدم أو إرتفاعه أو الإصابة بمضاعفات صحية. قد يؤدي ذلك إلى شعور المصابين بالإرهاق الشديد، وفي العديد من الحالات، فقدان المرضى لثقتهم في أنفسهم والإحساس بالعجز بعدم التحكم في نسبة السكر بالدم، وهذا ما قد يضعف الثقة بالنفس والرغبة في الإمتثال العلاجي وإتباع البروتوكول الزمني للعلاج ومتابعة المواعيد.

تلعب العوامل النفسية مثل القلق والاكتئاب دورا في ظهور السلوكيات الغير صحية، اذ يمكن أن تؤثر سلباً على قدرة المريض على الالتزام بالعلاج. من خلال فقدان الرغبة في الحياة. وتغيير سلوكيات الأكل الغير صحية منها الإفراط في الأكل بسبب الاكتئاب. كما يعتبر الدخل المادي والاقتصادي لمريض السكري عائقاً للإمتثال وتدنيه يؤدي الى إنخفاض مستوى الإمتثال العلاجي، قد لا يكون لدى المريض الوسائل لشراء الأدوية أو الوصول إلى مؤسسات الرعاية الصحية بشكل مناسب. لإجراء الفحوصات الدورية تجنباً لظهور المضاعفات. ويعتبر تدني مستوى الدعم الاجتماعي من أفراد العائلة والأصدقاء سببا في انخفاض الإمتثال العلاجي. من خلال قلة التشجيع والدعم المعنوي، إذا لم يشعر المريض بالدعم من أفراد العائلة والأصدقاء، فقد يصعب عليه الالتزام بالعلاج. على

سبيل المثال، قد يكون من الصعب عليه أخذ الأدوية بانتظام إذا كان لا يحصل على تشجيع أو مساعدة خاصة إذا كان مريض السكري كبيراً. كما يمكن لشعور المريض بالعزلة أو الابتعاد عن دائرة الدعم الاجتماعي قد يؤدي ذلك إلى انخفاض المسؤولية إتجاه العلاج. ومنه قد يفضل المريض تجاهل العلاج أو تجنب مواعيد الفحوصات الطبية. كما انه لدى أفراد العائلة والأصدقاء، تأثير كبير على فهم المريض للمرض وضرورة العلاج. إذا لم يتمكن المريض من التوصل الى معلومات دقيقة ودعم في هذا الصدد، فإنه قد يقوم بخطوات غير صحية، أو يتجاهل العلاج.

وقد يكون الدعم الاجتماعي ضرورياً للمساعدة في القيام بأنشطة يومية تتعلق بالعلاج، مثل شراء الأدوية أو الوصول إلى المواعيد الطبية. إذا لم يكن هناك دعم عملي، فقد يكون من الصعب على المريض الإمتثال للعلاج بشكل منتظم.

وتعتبر المضاعفات الصحية لمرض السكري غير المسيطر عليها، تشكل خطراً، يمكن أن يؤدي إلى مضاعفات صحية خطيرة مثل أمراض القلب وأمراض الكلى ومشاكل الأعصاب وضعف البصر. هذه المضاعفات المحتملة يمكن أن تسبب الإحساس بضعف التحكم ومن ثم صعوبة الالتزام الفعلي بكل أبعاد الإمتثال العلاجي كممارسة النشاط الرياضي الذي يتطلب جهداً.

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع الدراسة التي قام بها، Mark Peyrot وآخرون. (1999) من خلال النتائج التي تم التوصل إليها ، تُظهر أن هرمونات التوتر التي تزيد نسبة الجلوكوز في الدم لدى مرضى السكري، تعمل أيضاً في الأشخاص غير المصابين بالسكري. ويمكن أن تؤدي هذه الهرمونات إلى زيادة أمراض القلب والأوعية الدموية، وتضعف أداء الجهاز المناعي في الأشخاص غير المصابين بداء السكري، مما يؤثر على بعض سلوكيات الرعاية الذاتية لمرضى السكري، مثل النظام الغذائي والتمارين الرياضية والأدوية.

كما اتفقت مع نتائج دراسة Ludvig و Wasserman (2006) في أن الإجهاد، وأحداث وظروف الحياة المجهدة، سلوكيات التكيف، صورة المرض الشخصية، النموذج الشخصي للمرض، سمات الشخصية، الدعم الاجتماعي، بما في ذلك دعم الأسرة ورفاهية الأسرة، وجودة اتصالات المريض، والوضع المهني، والمستوى التعليمي، ومستوى الدخل، والعجز المرتبط بالسكري له دور في التأثير على سلوكيات الرعاية الصحية لمرضى السكري.

واتفقت أيضاً مع Chandra Y. Osborn وآخرين (2014) في ارتباط التعرض للضغوطات بانخفاض الالتزام بتوصيات النظام الغذائي والأدوية بين المشاركين الذين كانوا يحاولون الالتزام بالعلاج.

## 6 . مناقشة الفرضية السادسة:

بناءً على النتائج التي تم التوصل إليها تم تحقق الفرضية التي تنص: توجد علاقة ارتباطية بين العصابية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري، وقد أشارت النتائج إلى وجود علاقة عكسية دالة إحصائياً بين العصابية والإمتثال العلاجي، ومنه يمكننا تفسير هذه النتيجة على النحو التالي كلما امتلك مريض السكري مكونات أكثر و مستويات أعلى لسمة العصابية ، كلما قل إمتثالهم للعلاج. بمعنى آخر ، الأشخاص الذين يظهرون مزيداً من العصابية و التوتر قد يكونون أقل إمتثالاً للعلاج الخاص بهم. يمكن أن تكون هناك عدة عوامل تفسر هذه العلاقة العكسية بين العصابية والإمتثال العلاجي. منها، يمكن أن تتضمن تجارب سابقة مع العلاج أو ظهور بعض المضاعفات أو مخاوف من الآثار الجانبية للعلاج، والتي قد تزيد من مستويات العصابية وتقلل من الالتزام بالعلاج. أحياناً ما تترافق سمة العصابية مع مستويات عالية من القلق والتوتر. ويكون المريض مضطراً للتعامل مع هذه العواطف السلبية بصفة مستمرة، يمكن أن يؤثر ذلك سلباً على مدى تركيزه وقدرته على التفاعل مع العلاج بفعالية. و يمكن أن يزيد القلق من التردد في اتباع الإرشادات الخاصة بالإدارة الذاتية لمرض السكري.

وقد تتأثر إدارة الإجهاد لمرضى السكري بالتحديات اليومية المرتبطة بمرض السكري. هذا يمكن أن يؤدي إلى تجاهل بعض التوصيات الهامة المتعلقة بالعلاج والرعاية بالصحية. كما تؤثر العواطف على السلوك مثل العواطف السلبية في العصابية يمكن أن تؤثر بشكل كبير على السلوك. حيث يمكن أن يؤدي القلق والتوتر إلى تأخير أو تجنب الزيارات الطبية المهمة، وعدم الإمتثال للخطة العلاجية بشكل كامل، وحتى تجنب الأدوية عند الحاجة. هذا يمكن أن يتسبب في تدهور حالة المريض وزيادة مخاطر المضاعفات.

ومن المهم أيضاً أن يتلقى مريض السكري الدعم النفسي والتوجيه العلاجي عند الضرورة. العصابية قد تجعل من الضروري أكثر تقديم الدعم النفسي والعلاج النفسي للمرضى لمساعدتهم في التعامل مع التحديات النفسية التي تؤثر على إمتثالهم للعلاج.

وقد اتفقت نتائج الفرضية مع نتائج دراسة MARK PEYROT وآخرين (1999) في أن مرضى السكري من النوع الأول، أفضل تحكماً في نسبة السكر في الدم وكان الأشخاص العاطفيون أسوأ بسبب الاختلافات في الإجهاد. كان هناك تفاعل بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، مع العوامل النفسية الاجتماعية التي تمثل تبايناً أكبر في التحكم في نسبة السكر في الدم.

واتفقت أيضاً مع دراسة Kathleen W وآخرين (2012)، في وجود نمط من الارتباطات ذات دلالة إحصائية بين سمات الشخصية، الضمير والعصابية وسلوك واحد، أو أكثر من سلوكيات الالتزام.

واتفقت أيضاً مع نتائج دراسة Maryam Esmailinasab وآخرين (2016)، في إمكانية تأثير الانبساط والضمير في التحكم في نسبة السكر في الدم في حين أن القلق والمشاعر السلبية لها آثار سلبية على التحكم في نسبة السكر في الدم. ووجود علاقة معنوية بين أساليب الدفاع العصابية والتحكم في نسبة السكر في الدم حيث كانت أساليب الدفاع غير مرنة وتميل إلى إشغال المريض بمشاعر سلبية بدلاً من توجيهه نحو حل المشكلة. تميل أساليب الدفاع هذه إلى أن تكون لها آثار ضارة على الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري ويمكن أن تعرضهم لعدم الالتزام بنظام العلاج الخاص بهم.

واتفقت أيضاً مع Geu Mendoza-Catalán (2022)، في ارتباط سمة الانفتاح وسمة الضمير بالإمتثال للرعاية الذاتية لمستوى أكبر من العصابية، التي إرتبطت عكسياً بالرعاية الذاتية لدى مرضى.

## 6 . مناقشة الفرضية السابعة:

من خلال النتائج المتحصل عليها تحققت الفرصة التي تشير إلى وجود علاقة ارتباطية بين العدائية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري. أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية عكسية بين سمة العدائية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.

يُفسر ذلك بأن العدائية هي سمة شخصية تميل إلى التجنب والعداء، وتشمل مشاعر سلبية مثل الغضب والتهيج والسخط والاشمئزاز. يميل المرضى الذين لديهم مستوى من العدائية إلى الاعتقاد السلبي بالآخرين، والسخرية والشك والريبة في كل ما يصدر عنهم، مما يعني رفض القرارات الخارجية حتى إذا كانت من طرف الطبيب، وهذا يؤثر بشكل مباشر على القيام بالسلوكيات الصحية لأنها قد تكون محل السخرية. هنا، قد لا يستفيد مريض السكري من التعاون الخارجي لحالته المرضية بسبب الشك والاعتقاد السلبي بالآخرين.

سمة العدائية تحتوي على مختلف الصفات، وتظهر في مظاهر متنوعة في السلوك، غالباً ما تكون العدائية خفية وسلبية، وتتضمن عدم الرغبة في التعاون وتجنب التواصل. يساهم ذلك في انخفاض مستوى ودرجة الإمتثال العلاجي.

بالإضافة إلى العدائية، يمكن أن تكون هناك عدة عوامل أخرى تفسر هذه العلاقة العكسية، منها مقاومة التغيير، حيث يظهر الأفراد ذوو العدائية أكثر مقاومة لتغيير أساليب حياتهم وأقل امتثالاً للعلاج. تجنب الالتزام

يمكن أن يؤدي الأفراد العدائون إلى تجنب الإمتثال للعلاج استناداً إلى اعتقاداتهم الشخصية أو رغبتهم في الابتعاد عن الإرشادات الطبية.

مكونات العدائية مثل الشك والتوجس من الآخرين يمكن أن تؤثر على تكوين علاقات فعالة مع الآخرين، بما في ذلك العلاقات الطبية كعلاقة المريض ومقدم الرعاية الصحية. يمكن أن يلعب ذلك دوراً هاماً في درجة الإمتثال . رفض الانقياد بتوصيات الطبيب أو عدم اتباع التعليمات يمكن أن يؤدي إلى انخفاض مستوى الإمتثال . خاصة في حالة عدم فهم جيد بين المريض والمعالج. وبشكل عام، تسلط هذه النتائج الضوء على أهمية دراسة العوامل النفسية والشخصية في تأثيرها على امتثال المرضى للعلاج، وتبرز أهمية تقديم الرعاية الصحية بشكل شامل مع مراعاة هذه العوامل النفسية.

من خلال العوامل المتداخلة، يمكن أن تكون هناك عدة عوامل أخرى تفسر هذه العلاقة العكسية، منها مقاومة التغيير. فالأشخاص الذين يظهرون سمة العدائية قد يكونون أكثر مقاومة لتغيير أساليب حياتهم أو الإمتثال للعلاج بسبب ميلهم إلى التمرد على المطالب الخارجية. تجنب الالتزام قد يقوم الأفراد العدائون به عن طريق تجنب الإمتثال للعلاج بناءً على اعتقاداتهم الشخصية أو رغبتهم في الابتعاد عن الإرشادات الطبية.

وقد اتفقت نتائج الفرضية مع ما توصلت إليه دراسة هيبورن وزملائها (1994) أن استقرار العاطفة المنخفض يرتبط بقلق أكبر بشأن نقص السكر في الدم، مما يؤثر على تصورات الأفراد لأحوالهم الجسدية ويؤدي إلى المزيد من المعتقدات والتنبؤات السلبية بشأن المرض. وبالتالي، يؤثر ذلك على سلوك الرعاية الذاتية لمرضى السكري بشكل غير مباشر عن طريق تأثيره على المعتقدات.

وتتنفق نتائج الفرضية مع دراسة Ruth A Hackett (2015)، حيث ارتبط العداء عكسياً مع الإجهاد الناتج عن الكورتيزول بشكل مستقل عن المتغيرات المشتركة.

وتتنفق النتائج أيضاً مع دراسة Ruza Milicevic وآخرين (2015)، حيث يمكن للشخصية أن تؤدي إلى جوانب معينة من سلوكيات الصحة دون الوصول إلى المستوى الأمثل، مما يتداخل مع إدارة المرض لدى مرضى السكري.

## 7 . مناقشة الفرضية الثامنة

من خلال النتائج المتوصل إليها لم تتحقق الفرضية التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الإمتثال العلاجي يعزى لمتغير الجنس. أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق إحصائية في الإمتثال العلاجي بين مرضى السكري بناءً على متغير الجنس (ذكور وإناث). يمكن تفسير هذه النتائج بتلقى الجنسين توعية وتنقيف

صحي متساويين في العيادات الطبية أو البرامج التثقيفية. إذا كان كل من الذكور والإناث يتلقون نفس المستوى من المعلومات والدعم، فقد يكون لديهم نفس مستوى الإمتثال العلاجي.

يمكن تفسير النتائج من خلال عوامل أخرى غير الجنس، مثل العوامل الاقتصادية، والاجتماعية، والثقافية، والنفسية. قد تكون لهذه العوامل تأثير أكبر على مستوى الإمتثال من الجنس.

بناءً على طبيعة الحالة الصحية والعلاج المطلوب، يمكن أن يحدث تفاوت في مدى تأثير الجنس على الإمتثال. إذا كانت العلاجات تختلف في تأثيرها على الذكور والإناث بشكل مميز، فإن ذلك قد يؤدي إلى فروق في مستوى الإمتثال. كما انه للتفاعل مع مقدمي الرعاية تأثير مباشر، قد تكون هناك تفاعلات مختلفة بين الجنسين ومقدمي الرعاية الصحية. إذا كان هناك تواصل أفضل أو فهم أعمق من قبل مقدمي الرعاية لدى أحد الجنسين، فإن ذلك يمكن أن يؤدي إلى مستوى أفضل من الإمتثال العلاجي.

بشكل عام، يمكن تفسير عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الإمتثال العلاجي لمرضى السكري بواسطة مجموعة متعددة من العوامل. النتائج قد تشير إلى أن الجنس ليس العامل الرئيسي الذي يحدد مستوى الإمتثال، وقد تكون للعوامل الأخرى أثر أكبر على هذا الجانب.

## 8 . مناقشة الفرضية التاسعة :

بناءً على النتائج المتحصل عليها في المبحث السابق، لم تتحقق الفرضية التي تنص على أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإمتثال العلاجي تعزى لنوع السكري. وقد تحققت الفرضية البديلة التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الإمتثال العلاجي تعزى لمتغير نوع السكري وكانت الفروق لصالح مرضى السكري من النوع الأول أي المعتمد على الانسولين.

يمكن تفسير النتائج التي تظهر وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الإمتثال العلاجي بين مرضى السكري من النمط الأول والنمط الثاني بعدة طرق. يشير ذلك إلى وجود اختلافات في سلوك المرضى فيما يتعلق بالالتزام بالعلاج والسيطرة على السكري، بما في ذلك الحمية، واستخدام الأدوية، ومراقبة الوزن، وممارسة الرياضة، وإجراء الفحوصات.

الفرق لصالح حالة النمط الأول في الإمتثال العلاجي يمكن أن يكون ناتجاً عن عدة عوامل. على سبيل المثال، يكون مرضى النمط الأول عادةً معرضين لمخاطر صحية مرتفعة بسبب نقص الأنسولين، مما يحفزهم على الإمتثال الصارم للعلاج. قد يكون لديهم أيضاً وعي أعلى بأهمية الإمتثال نظراً للخطورة المرتبطة بالسكري من النمط الأول.



وقد أشار نموذج (Rosenstock) أن الناس عادة لا يحاولون اتخاذ إجراءات الوقاية من المرض أو مقاومته إلا إذا كان لديهم حد أدنى من الدوافع الصحية والثقافية الصحية، واعتبروا أن احتمال تعرضهم للمرض وتهديده لهم هو احتمال قائم، وبالتالي يقتنعون بجدوى محاولة الوقاية والعلاج.

كما أن التدابير العلاجية المختلفة، يمكن أن يكون هناك اختلافات في البروتوكولات العلاجية والأدوية المستخدمة بين النمطين. على سبيل المثال، يحتاج مرضى النمط الأول عادةً إلى حقن الأنسولين بانتظام، وهذا يؤثر إيجابياً على مستوى الإمتثال. حقن الأنسولين في مرضى النمط الأول، الذين يعانون من نقص في إنتاج الأنسولين في الجسم، يمكن أن يؤدي إلى الإمتثال اليومي للعلاج.

يمكن أيضاً تفسير الفروق في الإمتثال بواسطة العوامل النفسية والتحفيز، مثل القلق والاكتئاب، والتي يمكن أن تلعب دوراً في مستوى الإمتثال للعلاج. يمكن أن يعاني مرضى النمط الأول من تحديات نفسية مختلفة مقارنة بمرضى النمط الثاني، مما يمكن أن يؤثر على مستوى الإمتثال للعلاج.

بشكل إجمالي، يظهر أن هناك اختلافات متعددة في العوامل التي يمكن أن تؤثر على مستوى الإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري، مما يبرز أهمية اعتبار العديد من الجوانب الطبية والنفسية والاجتماعية لتحقيق فهم شامل لهذه الديناميات.

من الضروري مراعاة هذه الفروق وتوجيه الرعاية الصحية والدعم بشكل فردي لكل نوع من مرضى السكري، بما يضمن تحقيق أفضل نتائج علاجية وتعزيز جودة الحياة بشكل كبير، خاصةً لدى مرضى النمط الأول.

يعتبر التأثير النفسي للمرض هو جزء أساسي من التحديات التي يواجهها مرضى النمط الأول. قد يكون لديهم مستويات مختلفة من القلق والاكتئاب نتيجة للتحكم المستمر في مستوى السكر في الدم والتعامل مع مضاعفات المرض المحتملة. يؤثر هذا التحدي النفسي على مستوى الإمتثال للعلاج. لذا، يجب على فريق الرعاية الصحية توفير الدعم النفسي والتحفيز اللازم لمساعدة المرضى في التعامل مع هذه التحديات بشكل فعال.

أما بالنسبة للدعم الاجتماعي، فإن الدعم العائلي يلعب دوراً حيوياً في تحسين الرعاية الذاتية وزيادة مستوى الإمتثال للعلاج. يمكن أن يشمل هذا الدعم المساعدة في تنظيم الروتين اليومي، وتقديم الدعم العاطفي، وتشجيع على اتخاذ القرارات الصحيحة للمريض.

نتائج الفرضية تتفق مع دراسة رانية علي يوسف (2023) التي أظهرت وجود فروق في مستوى الالتزام بالعلاج الدوائي بناءً على نوع المرض، لصالح مرضى السكري من النوع الأول.

كما أن نتائج الفرضية تتوافق مع دراسة MARK PEYROT وآخرين (1999) التي أشارت إلى أن مرضى السكري من النوع الأول يظهرون تحسناً في تحكم نسبة السكر في الدم لدى الأشخاص العاطفيين أكثر، وهذا يمكن

أن يكون ناتجاً عن الاختلافات في التعامل مع مستويات الإجهاد. يظهر أن هناك تفاعلاً بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، مع التركيز على العوامل النفسية الاجتماعية التي تُظهر اختلافات أكبر في التحكم بنسبة السكر في الدم.

بالتالي، يعزز الاهتمام بالعوامل النفسية والتحفيز، بالإضافة إلى الدعم الاجتماعي والعائلي، الإمتثال العلاجي ويحسن جودة حياة مرضى السكري، خاصة النمط الأول الذي يواجه تحديات فريدة نتيجة للطبيعة المستمرة للعلاج والإدارة.

## 10 . مناقشة نتائج الفرضية العاشرة:

بناءً على النتائج التي تم التوصل إليها، تم تحقق الفرضية التي تنص على وجود بُعد سائد من بين أبعاد الإمتثال العلاجي. وقد كان البُعد السائد هو بُعد تناول الأدوية، مما يعني وعي مرضى السكري بخطورة المرض وأهمية تناول الأدوية. يليه بُعد السكريات، ثم بُعد الحمية الذي احتل المرتبة الثالثة، ثم بُعد المشروبات الغازية الذي احتل المرتبة الرابعة، ثم بُعد الرياضة والنشاط الجسدي الذي احتل المرتبة الخامسة، ثم بُعد مراقبة الوزن الذي كان في المرتبة السادسة، ثم بُعد إجراء الفحوصات الطبية الذي كان أقل متوسطاً في الترتيب بين أبعاد الإمتثال العلاجي.

وتشير تقارير منظمة الصحة العالمية في دراستها التي أجريت في فنلندا (عام 2003) إلى أن معظم مرضى السكري يلتزمون بالعلاج كما هو موصوف يومياً بنسبة تصل إلى 84%. وفي مجموعة من 91 مريضاً بالسكري الذين كانوا يتبعون علاجات سكر الدم عن طريق الأدوية، بلغ معدل الإمتثال 75%. وكان نسيان العلاج هو الشكل الأكثر شيوعاً، بينما بالنسبة للحمية وعدم الالتزام بها، أبلغ نحو 70-75% من مرضى السكري عن عدم الالتزام بها في الولايات المتحدة.

من الناحية النظرية، يمكن أن تؤدي التغييرات التي قد تحدث في حياة الفرد بشكل فجائي، حتى في المسائل البسيطة اليومية، إلى شعور الشخص بحالة من الارتباك. يمكن أن يجعله عاجزاً عن فهم مدى الضرورة لإجراء تغييرات. في قضايا كبيرة مثل مستقبله الدراسي أو المهني، قد يحتاج المريض إلى وقت للتفكير والتكيف مع هذا التحول، بما في ذلك ترتيب أمور حياته تبعاً للوضع الجديد. وتتضمن كل لحظة تحديات وتغييرات تتطلب انتباهاً. وبسبب الكم الهائل من التفاصيل والقرارات التي يجب اتخاذها، قد يشعر المريض بالضيق وعجزه عن استعادة السيطرة.

## 2- مناقشة نتائج الفرضية الحادية عشر:

توصلنا من خلال نتائج هذه الفرضية إلى تحقق الفرضية التي تفيد بأنه تساهم الضغوط النفسية ومتغيرات الشخصية ذات الخطورة على الصحة بالإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري. يشير تحليل الانحدار المتعدد التدريجي إلى وجود تأثير إحصائي معنوي للضغوط النفسية على درجة الإمتثال العلاجي عند مرضى السكري في ولاية المسيلة. يمكن تفسير هذه النتائج الخاصة بتحليل الانحدار. بأن مرض السكري يُعتبر حالة صحية مزمنة ومحتملة بالضغوط النفسية. وأهم التغيرات التي تؤثر بشكل كبير على المريض المزمّن المصاب بداء السكري تتعلق بالعلاج، الذي يتمثل في التغييرات في نمط الحياة والتعامل مع المضاعفات الصحية المحتملة. هذا ما يرفع من مستوى الضغوط النفسية لدى المرضى، ويكون القلق والتوتر نتيجة حتمية، عند بعضهم مما يفرض على واقع المريض ويكون جزءاً لا يتجزأ من معاشه النفسي، عندما يعيش المريض في حالة من القلق المستمر أو التوتر، قد يواجه تحديات تؤثر على تفكيره الصحي واتخاذ القرارات المتعلقة بالعلاج والتغذية وممارسة الرياضة والقيام بالفحوصات الدورية.

يمكن أن يؤدي القلق والتوتر إلى انخفاض مستويات التركيز والانتباه، مما يجعل من الصعب تذكر المريض بأهمية اتباع نمط حياة صحي. قد يكون للإكتئاب أيضاً دور في معاناة مريض السكري، وتأثيرهم المباشر على امتثال مرضى السكري يمكن أن يظهر من خلال فقدان الاهتمام بمتابعة العلاج والعناية بصحتهم. يمكن أن يصبحوا غير متحفزين للالتزام بالنصائح الطبية.

من المهم أن ندرك تأثير القلق والتوتر والاكتئاب على صحة مرضى السكري وأهمية دعمهم ومساعدتهم في التعامل مع هذه العوامل النفسية. تقديم الدعم العاطفي والنفسي والبحث عن العلاج النفسي إذا كان ضرورياً يمكن أن يكون له تأثير إيجابي على امتثال المريض للعلاج وجودة حياته.

ومن الممكن تفسير التأثير الضعيف للضغوط النفسية على الإمتثال العلاجي من خلال التنبؤ بمدى توفر العديد من العوامل التي قد تؤثر بشكل إيجابي على الإمتثال العلاجي، والتي يتميز بها المجتمع الجزائري في واقعه الاجتماعي والثقافي.

يمكننا هنا أن نؤكد على الدعم العائلي والاجتماعي، خاصة في البيئة الجزائرية حيث يظهر في عدة أشكال، ويمكن أن يكون تأثيره كبيراً على مستوى امتثال العلاج لمرضى السكري. ذلك يمكن أن يساعد المريض في فهم أفضل لحالته وضرورة الالتزام بالعلاج.

التشجيع والمساعدة في الالتزام من خلال أفراد العائلة قد يكونا داعمين للمريض في الالتزام بجدول أدويته ومواعيد زيارات الطبيب. يمكن لهم أيضاً تذكير المريض بأهمية الإمتثال وتقديم المساعدة عند الحاجة، وتوفير البيئة الصحية الداعمة في المنزل.

وللطبيب دور حاسم في تحسين امتثال مرضى السكري للعلاج والتعامل مع العوامل النفسية المؤثرة على الإمتثال . العلاقة الثقافية والمهنية بين الطبيب والمريض تمكن الطبيب من تقديم الدعم والرعاية الشخصية التي يحتاجها المريض، ومنها يمكن لمريض السكري الاستفادة من تلك العلاقة العلاجية من خلال التوجيهات والإرشادات الصحية.

وقد تكون هناك عوامل اقتصادية واجتماعية تؤثر على درجة امتثال العلاج لمرضى السكري، خاصة في الجزائر. على سبيل المثال، يمكن أن يؤثر الوصول إلى العلاج وتكلفته على مدى الإمتثال ، مثل مجانية الأدوية وتوفرها بأسعار معقولة في الجزائر وهذا الدور الأساسي في الالتزام بالأدوية وهو أهم عنصر في امتثال المرضى. كما أن الدين قد يلعب دوراً كبيراً في تحسين الإمتثال العلاجي من خلال الإيمان بالقضاء والقدر والتعايش مع مرض السكري، وهذا ما يساهم في التقبل لتغيير أسلوب الحياة بسبب المرض. كما أن للمجتمع الجزائري والعادات والمعتقدات والسياق الثقافي للجزائر دوراً مؤثراً على سلوكيات الأفراد الصحية، خاصة المرضى، من خلال ما هو متعارف عليه من حب التعاون وتقديم الدعم والتعاطف سواء بين أفراد الأسرة أو من خلال الدعم المقدم من جمعيات المجتمع المدني لمثل هذه الفئة من المرضى.

هذا الدور يساهم في رفع مستوى الوعي والتثقيف في الصحة للمرضى حول المرض وضرورة الإمتثال للعلاج. وضرورة الإمتثال للعلاج تجنب العديد من المضاعفات. حيث تقدم هذه الجمعيات مختلف الخدمات التوعوية والتثقيفية من خلال الأيام الدراسية والملتقيات الوطنية حول مرض السكري، مثل جمعية مرضى السكري لولاية المسيلة. وقدمت بعض هذه الجمعيات مساعدات مادية مما يساهم في تقليل حدة الضغوط النفسية لمرضى السكري وتحسين مستوى الإمتثال العلاجي.

ومن خلال تفسير هذه النتائج، يمكن أن نلاحظ أن العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية والثقافية والطبية في الجزائر تلعب دوراً هاماً في التأثير على معدلات الإمتثال العلاجي لمرضى السكري في العينة المدروسة. وهذا بدوره يساهم في تحسين نوعية الحياة للمرضى المزمنين ويرفع من معدلات الحياة للمختلفين مرضى.

لقد تشابهت نتائج هذه الدراسة مع بعض نتائج الدراسات، منها دراسة (وليد الطائي 2010)، في أثر الضغوط على سلوكيات الرعاية الذاتية لمرضى السكري، حيث وصلت نتائج دراسته إلى وجود أربعة عوامل (كمنبئات) مرتبطة بسلوكيات مريض السكر في الرعاية الذاتية، وهي: الخصائص الديموغرافية. علاقة الطبيب والمريض. الضغوط

الحياتية. البعد الاجتماعي متمثلاً في الدعم الأسري وهذا ما قد يساهم، حسب نتائجهم، في التمكن من علاج مرضى النوع الثاني من داء السكري بطريقة مثلى.

وقد اتفقت نتائج الفرضية مع نتائج دراسة وليد الطائي (2010) إلى وجود أربعة عوامل (كمنبئات) مرتبطة بسلوكيات مريض السكر في الرعاية الذاتية، وهي: الخصائص الديموغرافية. علاقة الطبيب والمريض. الضغوط الحياتية. البعد الاجتماعي متمثلاً في الدعم الأسري مما يؤدي إلى قدرتنا على علاج مرضى النوع الثاني من داء السكري من خلال البول السكري بطريقة مثلى.

كما اتفقت نتائج الفرضية مع دراسة (MARK PEYROT.1999) حيث أظهرت الدراسة أن لمرضى السكري من النوع الأول تحكماً أفضل في نسبة السكر في الدم، وكان الأشخاص العاطفيون أسوأ في التحكم في السكر بسبب الاختلافات في الإجهاد. وأشارت الدراسة إلى تفاعل بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، مع العوامل النفسية الاجتماعية التي تمثلت بين آخرين في اختلاف أكبر في التحكم في نسبة السكر في الدم بين مرضى السكري من النوع الأول.

## الإستنتاج العام:

يهدف هذا الموضوع إلى تسليط الضوء على أهمية فهم العلاقات بين العوامل النفسية وسلوكيات الإدارة الذاتية لمرض السكري، لتحسين الرعاية الصحية لدى المرضى. من خلال تحليل التأثير النفسي والشخصي، بتقديم رؤى أعمق حول العوامل التي تؤثر على الإمتثال العلاجي، وبالتالي تحسين إدارة المرض وتحقيق نتائج أفضل للمرضى. يعتبر هذا الموضوع خطوة هامة نحو تقديم الرعاية الصحية الشاملة والموجهة لتلبية احتياجات وتحديات مرضى السكري في ظل الظروف النفسية والشخصية المتنوعة. ومن خلال هذه الدراسة التي أجريت وبعد التحليل الإحصائي توصلت الى أنه توجد علاقة ارتباطية عكسية بين الضغوط النفسية والإمتثال العلاجي عند مرضى السكري، كما توصلت النتائج الى وجود علاقة ارتباطية بين العصابية والإمتثال العلاجي، والى وجود علاقة ارتباطية بين العدائية والإمتثال العلاجي لمرضى السكري، كما توصلت الى انه لمرضى السكري مستوى منخفض من الضغوط النفسية وامتلاك مستوى منخفض من العصابية والعدائية، والى انه لمرضى السكري مستوى متوسط من الإمتثال العلاجي. كما بينت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإمتثال العلاجي تبعاً لمتغير الجنس، كما توصلت أي وجود فروق في ذات دلالة إحصائية في لا الإمتثال العلاجي تعزى لنوع السكري، والى انه يوجد بعد سائد من بين أبعاد الإمتثال العلاجي وهو بعد الأدوية، كما توصلت النتائج الى انه يمكن التنبؤ بالإمتثال العلاجي في ضوء كل من الضغوط النفسية.

خاتمة

## خاتمة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في الكشف على أبعاد معقدة لعلاقة الضغوط النفسية وسمات الشخصية مع الإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري، وذلك من خلال دمج الجوانب النظرية والتطبيقية. في السعي إلى فهم أعمق وتحليل لهذه الظاهرة الصحية، أخذنا في إعتبارنا تأثير العوامل النفسية والشخصية على مسارات العلاج، والتي قد تعتبر تحديات كبيرة في تحقيق الإمتثال العلاجي.

تكمن أهمية دراسة الضغوط النفسية لما لها من تأثيرات مباشرة على مستويات هرمونات الإجهاد مثل الكورتيزول، مما يؤثر على إستجابة الجسم للإنسولين ويزيد من مستويات السكر في الدم. وهذا ما يترك أعراض باثولوجيه لمرضى السكري الذين يعتمدون على مراقبة مستويات السكر بانتظام. وتؤدي الضغوط النفسية عند الكثير من الحالات التي تعاني من السكري إلى تغييرات في نمط الأكل. هذا يمكن أن يؤدي إلى زيادة في الوزن وتحكم أقل في مستويات السكر. وقد يسهم التوتر النفسي الناتج على الضغوط النفسية بمختلف مصادره. في التأثير على إدارة المرض، إذ يعاني مرضى السكري الذين يعيشون تحت ضغوط نفسية من تحديات في الإلتزام بخطط العلاج. قد يكونون أقل عرضة لاتباع نظام غذائي صحي وشروط حياة نمطية، مما يؤثر على فعالية العلاج.

لذلك، يظهر أن فهم التأثيرات المحتملة للضغوط النفسية على إمتثال مرضى السكري تبرز أهميته في بناء استراتيجيات العلاج الشاملة التي تشمل إدماج الدعم النفسي والتوجيه النفسي. هذا ليس فقط لتعزيز إدارة الضغوط النفسية بل وأيضاً لتحفيز الإمتثال للعلاج وتحسين جودة الرعاية التي يتلقاها المرضى.

كما تكمن أهمية دراسة سمات الشخصية العصابية والعداثية في فهم الإرتباطات بين المشاكلات الصحية النفسية، مثل اضطرابات السلوك والقلق والاكتئاب. وتوقف المرضى على التزامهم بالإدارة الذاتية، فهم هذه العلاقة يساعد في توجيه الجهود العلاجية نحو تحسين نوعية حياة المرضى النفسية والجسدية.

لذا قد تناولت اشكالية دراستنا تحليل تأثير الضغوط النفسية ومتغيرات الشخصية ذات الخطورة على الصحة على الإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري، وإيجاد العلاقة بين الضغوط النفسية والإمتثال العلاجي وسمات الشخصية مع الإمتثال العلاجي، وكذا معرفة مستويات الإمتثال العلاجي، والضغوط النفسية وسمات الشخصية. ومعرفة مدى مساهمة الضغوط النفسية وسمات الشخصية ذات الخطورة على الإمتثال العلاجي. وتمت معالجة الإشكالية وفق عدة فصول تجمع بين الجانب النظري والتطبيقي للدراسة، وإتباع المنهج الوصفي التحليلي والأدوات المناسبة لذلك والمبينة سابقاً، توصلت الدراسة بالإعتماد على عرض ومراجعة الأدبيات النظرية والتطبيقية وتحليل البيانات. والمعطيات قصد التوصل إلى حل للإشكالية والإجابة عن تساؤلاتها وفرضياتها إلى مجموعة من النتائج التالية :

- توجد علاقة إرتباطية عكسية دالة إحصائياً بين الضغوط النفسية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.



- توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين العصابية و الإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.
- توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين العدائية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.
- لمرضى السكري مستوى متوسط من الإمتثال العلاجي وهذا ما اثبتته الدراسة الحالية من خلال اجابات أفراد عينة مرضى السكري. من خلال متوسطاتهم الحسابية الكلية التي كانت في المستوى المتوسط بناء على تصنيفها، حسب درجة القطع.
- أثبتت الدراسة أن لمرضى السكري مستوى منخفض من الضغوط النفسية لمرضى السكري. بناء على نتائج الدراسة.
- أثبتت الدراسة أنه لمرضى السكري، يوجد مستوى من العصابية، صنف في المستوى المنخفض على مخرجات نتائج الدراسة.
- كما توصلت نتائج الدراسة أنه لمرضى السكري مستوى منخفض من العدائية.
- توصلت نتائج الدراسة انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإمتثال العلاجي تعزى لمتغير نوع الجنس (ذكر. أنثى).
- اثبتت نتائج الدراسة انه توجد فروق ذات دلالة احصائية في الإمتثال العلاجي تعزى لمتغير نوع السكري (النوع الاول. النوع الثاني) وكانت الفروق لصالح نوع السكري الاول، بناءً على المتوسط الحسابي الأكبر.
- توصلت نتائج الدراسة إلى أنه يوجد بعد سائد من ابعاد الإمتثال العلاجي، لدى مرضى السكري، وكان البعد السائد هو بعد الأدوية الذي تحصل على الرتبة الاولى، حسب ترتيب اختبار فريدمان، بأكبر متوسط حسابي بين الأبعاد (07) المكونة للمقياس الإمتثال العلاجي، ومنه توصلت النتائج أن بعد الأدوية كان هو الأول، ثم يليه بعد السكريات، ومن ثم يأتي بعد الحمية، الذي احتل المرتبة الثالثة. بعد ذلك، يأتي بعد المشروبات الغازية والعصائر الذي احتل المرتبة الرابعة، ويليه بعد الرياضة والنشاط الجسدي، الذي احتل المرتبة الخامسة. بعد ذلك، يأتي بعد مراقبة الوزن الذي كان في المرتبة السادسة، وأخيراً يأتي بعد إجراء الفحوصات الطبية، الذي احتل المرتبة السابعة.
- وتوصلت نتائج الدراسة، الى إمكانية التنبؤ بالإمتثال العلاجي تعتمد على الضغوط النفسية فقط. وتم استبعاد العصابية والعدائية كعوامل تنبؤ لمرضى السكري في ولاية المسيلة وبعض ضواحيها. وهذا يعني أن متغير الضغوط النفسية قد أثر بنسبة 17% من التباين في الإمتثال العلاجي، ويشير هذا التأثير إلى على تداخل عوامل أخرى في مؤثرة الإمتثال العلاجي.

ومنه انطلاقاً من النتائج التي تم التوصل إليها إقترحنا بعض التوصيات التي تصب في مجال بحثنا في علم النفس الصحة ولها علاقة بإشكاليتنا، والتي يمكن أن تكون مشاريع تحتاج إلى البحث مستقبلاً، ومنها:

- إستكشاف تأثير المعتقدات الصحية وأنماط الشخصية على الإمتثال العلاجي لدى عينة مرضى السكري.
- تقييم دور الإمتثال العلاجي في التحكم في المضاعفات الخطيرة لمرض السكري.
- دراسة العلاقة بين نوعية حياة والإمتثال العلاجي لمرضى السكري.
- تحليل تأثير جودة الحياة على الإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.

# قائمة المراجع

قائمة المراجع:

1. أحمد محمد عبد الخالق. (1987). الأبعاد الأساسية الشخصية. الاسكندرية: دار المعرفة.
2. الزروق، ف. ا. (2015). علم النفس الصحي مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
3. العدوان، ف. ع. (2014). فاعلية برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينة من المصابين بالسكري. مجلة جامعة الشارقة المجلد (11) العدد (01) 202-233.
4. أميمة مغزى. (2018). المقاربات النظرية المفسرة للضغوط النفسية. مجلة علوم الانسان والمجتمع، المجلد (7) العدد (4)، 647-667.
5. ايمان، ط. (2017). المساندة الإجتماعية وعلاقتها بالملاءمة العلاجية لدى المصابات بداء السكري مجلة علم النفس الصحة، المجلد (2) العدد (1) 126-144.
6. بوروية آمال. (2012). مدى مساهمة الاخصائي النفساني العيادي الممارس بالمؤسسة العقابية في ادارة الضغط النفسي لدى المساجين. مذكرة ماجستير منشورة الجزائر.
7. بن سكريفية مريم وآخرون. (2015). أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المصابين بالداء السكري والنوع الثاني. مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية. 231-254.
8. ثامر حسين علي السميران وآخرون. (2014). سيكولوجية الضغوط النفسية وأساليب التعامل معها. عمان: دار حامد.
9. جوارو، ز. م. (2010) الضغوط النفسية وعلاقته بالعوامل الخمسة للشخصية لدى طلبة سوريا بالجزائر. اطروحة ماجيستر منشورة، الجزائر.
10. دليلة زناد. (2017). علم النفس الصحة: النماذج والمفاهيم والتطبيقات. دراسات في علم النفس الصحة المجل (2) العدد (1) 8-23.
11. شهرزاد نوار وآخرون. (2016). الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري. مجلة العلوم التربوية النفسية. المجلد (2). العدد (2). 85-106.
12. شيلي تايلور. (2008). علم النفس الصحة. (فوزي شاكر داود وسامي درويش بريك، المترجمون) دار حامد.

13. سمية عليوة وآخرون. (2022). فعالية الذات والالتزام الصحي لدى مرضى السكري. مجلة الروائز. المجلد(6) العدد(2).252-237.
14. عوين بلقاسم قشاشطة عبد الرحمان (2013). سمات الشخصية لدى المرضى السيكوسوماتيين. مجلة الدراسات والبحوث الإجتماعية، المجلد(1) 143-153.
15. عماد محمد زكار. (2005). الداء والسكري وأمراض الغدد الصم. الطبعة الاولى. دار القس للعلوم.
16. فاروق السيد عثمان. (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية الاسكندرية: دار الفكر العربي.
17. كامل العجلوني وآخرون (ب.س) الصحة والسكري، مجلة تصدر عن المركز الوطني للسكري والغدد الصم والوراثة، الاردن.
18. لبنى أحمان سارة بخوش. (2021). النموذج البيونفسي إجتماعي للألم المرتبط بالسرطان من أسبابه إدارته. مجلة العلوم الانسانية الجامعة أم البواقي، 609 المجلد (8) العدد(2).619-603.
19. مروة حسين على هدى. (2021). التحليل المكاني للأمراض المزمنة في محافظة كربلاء داء السكري والضغط أنموذج. اطروحة دكتوراه منشورة.
20. منظمة الصحة العالمية. (5 أبريل، 2023). داء السكري. تم الاسترداد من منظمة الصحة العالمية: <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
21. نوار، ش. (2014). علاقة سمات الشخصية والمساندة الإجتماعية بالسلوك الصحي ودورها في التخفيف من المرض العضوي. اطروحة دكتوراه منشورة.
22. واكد، رابح. (2019). الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى السكري مجلة البحوث والدراسات العلمية، المجلد(1) العدد (13).
23. بزاري، ج. (2011). إستراتيجية مواجهة الضغط الدينية ومركز التحكم الصحي وعلاقتها بالإمتثال العلاجي للمصابين الراشدين بداء السكري. مذكرة ماجستير غير منشورة، الجزائر.
24. أميمة مغزى. (2018). المقاربات النظرية المفسرة للضغوط النفسية. مجلة علوم الانسان والمجتمع، العدد(22).
25. بورجي شاكرا أمير الدين دليلة زناد. (2017). علم النفس الصحة: النماذج والمفاهيم والتطبيقات. دراسات في علم النفس الصحة.
26. جازية يزاري. (2011). إستراتيجية مواجهة الضغط الدينية ومركز التحكم الصحي وعلاقتها بالإمتثال العلاجي للمصابية الراشدين بداء السكري. مذكرة ماجستير غير منشورة، الجزائر.

27. زياد بن احمد الميمش. (2011). المرجع الوطني لتثقيف مرض داء السكري (المجلد الأولى). المملكة العربية السعودية: وزارة الصحة.
28. زيدان محمد جناورو. (2010). الضغوط النفسية وعلاقتها بالعوامل الخمسة للشخصية لدى طلبة سوريا بالجزائر. اطروحة ماجستير منشورة، الجزائر.
29. شهرزاد نوار. (2014). علاقة سمات الشخصية والمساندة الإجتماعية بالسلوك الصحي ودورها في التخفيف من المرض العضوي. اطروحة دكتوراه.
30. شيلي تايلور. (2008). علم النفس الصحي (المجلد الاولي). (فوزي شاكرا طعمية ت وسام درويش بريك، المحرر) الاردن.
31. طالبي، ايمان. (2017). المساندة الإجتماعية وعلاقتها بالملاءمة العلاجية لدى مصابات بداء السكري. مجلة علم النفس الصحة، الصفحات 126-144.
32. عبد الكريم عبد الله المساعيد ثامر حسين علي السميران. (2014). سيكولوجية الضغوط النفسية واساليب التعامل معها (المجلد 1). عمان: دار حامد.
33. عوين بلقاسم قشاشطة عبد الرحمان. (2013). سمات الشخصية لدى المرضى السيكوسوماتيين. مجلة الدراسات والبحوث الإجتماعية، المجلد (1) (143-153)، صفحة 4.
34. فاروق السيد عثمان. (2001). القلق وادارة الضغوط النفسية (المجلد 1). الاسكندرية: دار الفكر العربي.
35. فاطمة الزهراء الزروق. (2015). علم النفس الصحي مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
36. فاطمة عيد العدوان موسى عبد الخالق عدوان. (2014). فاعلية برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكنتاب لدى عينة من المصابين بداء السكري. مجلة جامعة الشارقة، العدد (1) (العدد 203-233).
37. كارين رودهام. (2009). علم النفس الصحي. (هناء احمد محمد شويخ، المترجمون) مكتبة الانجلو مصرية.
38. Chythra R, a. a. (2014). Treatment Compliance among Patients with Hypertension and Type 2 Diabetes Mellitus in a Coastal Population of Southern India . Int J Prev Med, pp. 992-8.
39. De-Nour, A. L. (1996). Personality Traits and Long-Term Health: Status The Influence of Neuroticism and Conscientiousness on Renal Deterioration in Type-1 Diabetes. Psychosomatics, Issue 5(459-468).

40. Eduardo Sabaté. (2003). ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES Evidence for action. Switzerland. World Health Organization 2003.
41. FATEMEH ADILI, B. L. (2006). Psychological Aspects. Diabetic Patients.
42. Garrett C. Hisler, Z. K. (2020). Neuroticism as the intensity, reactivity, and variability. Journal of Research in Personality, 103964.
43. Howard S. Friedman, S. B.-K. (1987). the "Disease-Prone Personality". American Psychologist.
44. Howard S. Friedman, S. B.-K. (1987). the Disease-Prone Personality. American Psychologist, No (6) 539-555.
45. John A. Updegraff Jess Feist Linda Brannon. (2017). Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health. United States of America: Library of Congress.
46. John Z. Sadle, Y. F. (1992). Clinical Problem Solving and the Biopsychosocial Model. J Psychiatry ( 149)1315-1 323.
47. K. E. Lutfey. W. J Wishner. (1999). Beyond Compliance Is Adherence. DIABETES CARE ,22(4) 635-639.
48. Karen E. LOUTFE WILIAM J.WICHNER. (1999). Beyond "Compliance" Is "Adher. Diabetes Care.
49. Kathleen W, a. a. (2012). Personality Traits as Predictors of Adherence in Adolescents. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursin .
50. L Fisher, W. H. (2019). Addressing diabetes distress in clinical care: a practical guide. Diabetic Medicine, 36(7):803-812.
51. Ludvig I. Wasserman, E. A. (2006). Diabetes Mellitus as a Model of Psychosomatic and Somatopsychic Interrelationships. The Spanish Journal of Psychology ( Vol. 9, No. 1, (75-85(
52. MABIKA, L. C. (2016). NFLUENCE DES CROYAN C ES ET DES REPRESENTATIONS DU DIABETE SUR L'OBSERVA. en vue de l'obtention du grade de DOCTEUR DE L'UNIVERSITE DE LORRAINE.

53. Mark Peyrot, J. F. (1999). A Biopsychosocial Model of Glycemic Control in Diabetes: Stress, Coping and Regimen Adherence. *Journal of Health and Social Behavior*, 141–158.
54. MIGUEL DEBONO, E. C. (2007). The impact of diabetes on psychological well being and quality of life. The role of patient education. *Psychology, Health & Medicine* ،
55. Neil M. H. Graham. (1988). PSYCHOLOGICAL STRESS AS A PUBLIC HEALTH PROBLEM: HOW MUCH DO WE KNOW? *Community Health Studies* ،155.
56. Papadimitriou, G. N. (2017). The "Biopsychosocial Model": 40 years of application in Psychiatry. *PSYCHIATRIKI*, 109–110.
57. Pavel N. Ermakova, I. V. (2016). Hostility as a Psychological Phenomenon and Object of Scientific Research. *Interdisciplinary Journal of Environmental and Science Education*. pp. 10834–10835.
58. Rathoo, S. (2019). Personality Theories: A Brief Overview. *DELHI PSYCHIATRY JOURNAL*, 201–211.
59. Rubin, R. R. (2001). Psychological Issues and Treatments for People with Diabetes. *Journal of Clinical Psychology*.
60. Ruth A. Hackett, A. I. (2015). Hostility and Physiological Responses to Acute Stress in People With Type 2 Diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 77 (4).
61. Sangeeta Tandon, M. C.–G. (2015). Validation and psychometric properties of the 8–item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS–8) in Type 2 diabetes patients in sub–Saharan Africa. *diabetes research and clinical practice*, 110(2):129–136.
62. Sanjay Kabra, B. N. (2018). Emotional and Psychological Needs of People with Diabetes. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 22(5)( 696–704, DOI: 10.4103/ijem.IJEM\_579\_17
63. Shackelford, V. Z.–H. (2020). *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Oakland University.



64. Shahe S. Kazarian ،David R. Evans. (2001). Handbook of Cultural Health Psychology. usa and uk: academic press.
65. Shelley Taylor. (2018). Health psychology .(المجلد 10) New York: McGraw–Hill Education.
66. T. Chas Skinner, S. E.–S. (2002). Personality, Personal Model Beliefs, and Self–Care in Adolescents and Young Adults With Type 1 Diabetes. Health Psychology (Vol. 21, No. 1, 61–70.
67. TAYLOR, S. H. (2010). Health. In D. T. Susan T. Fiske, Handbook of Social Psychology. the National Institute of Agingand the National Science.

الملاحق

## الملحق رقم 1:

## مقياس الضغوط النفسية

من إعداد: " ل أمل إبراهيم "

تحية طيبة،

أنا باحث أقوم حالياً بإجراء دراسة علمية حول تأثير الضغوط النفسية على الإمتثال بالعلاج لدى المرضى. لهذا الغرض، أريد منكم تقييم مدى تأثير هذه العبارات على مشاعركم بوضع علامة (+) إلى جانب العبارة التي تعبر عن مدى الضغط النفسي الذي تشعرون به. يُرجى أخذ الاستبيان بجدية وصدق، وتذكروا أن المعلومات التي تقدمونها ستبقى سرية وستستخدم فقط لأغراض البحث العلمي.

بيانات عامة:

- الجنس: أ-نكر ( ) ب - أنثي ( )
- السن : ( )
- المستوى التعليمي- بدون مستوى ( ) ب-أساسي ( ) ج-ثانوي ( ) د- جامعي فما فوق ( )
- مدة الإصابة بالمرض : ( )
- نوع السكري: أ- النمط الأول ( ) ب- النمط الثاني ( )

لا يحدث	أحياناً	دائماً	العبارات	
			إنحسرت علاقاتي الإجتماعية بعد إصابتي بالسكري	1
			أصبحت أتجنب المواقف الإجتماعية كالحفلات والسهرات بعد إصابتي بالسكري	2
			نقد الآخرين لي بعدم إتباعي حمية غذائية تناسب وضعي الصحي	3
			كثرة استفسارا لآخرين عن وضعي الصحي	4
			أتجنب القيام بالكثير من الواجبات الإجتماعية	5
			تكرار زيارات الآخرين لي	6
			تبادل الحديث عن الشاعر والهموم الشخصية مع أقربي إليّ	7
			نقص الاهتمام بأفراد أسرتي بعد إصابتي بالسكري	8
			الإصابة بالسكري قلل من توافقي الزواجي الجنسي	9
			لا يفهمني الآخرون	10
			عدم التزامي بالحمية الغذائية دفع أفراد أسرتي لمراقبتي	11
			ينتقدني الآخر بسبب وزني	12
			غياب التشجيع من قبل أفراد أسرتي	13
			أعاني من الصداع	14
			أعاني من التعب الجسدي	15
			أعاني من حرارة الأطراف تارة وبرودتها وتتميلها تارة أخرى	16
			أعاني من تغيرات في ضاغط الدم	17
			أعاني من خفقان في القلب	18
			تأرجح وزني بالزيادة والنقصان	19
			أعاني من صعوبات في التنفس	20
			أعاني من اضطرابات أثناء النوم	21
			أعاني من الألم في الظهر	22
			أعاني من الارق قليلاً	23
			أعاني من فقدان الشهية	24
			أعاني من فرط الشهية	25
			أعاني من ضاعف مناعتي ضد الأمراض	26
			أعاني من الكسل	27
			أعاني من كثرة التبول	28

			أعاني من ضعف النظر	29
			أعاني من العطش	30
			أعاني من التقرحات	31
			أعاني من مشكلات الأسنان	32
			أعاني من الالتهابات الناتجة عن الإصابة بالسكري	33
			الضغوط الاقتصادية	
			عدم قدرتي على تدبير نفقات السكري بعد إصابتي بالسكري	34
			كثرة احتياجاتي ومتطلبات الأسرة	35
			إعالتني لأفرد كثيرين	36
			عدم قدرتي على الوفاء بديوني التامة	37
			عدم قدرتي على الوفاء بديوني المتراكمة	38
			عدم قدرتي على تحقيق التوازن بين دخلي المالي ونفقاتي	39
			تكاليف العلاج المرتفعة	40
			الضغوط المعرفية	
			الشروود الذهني أثناء الأحاديث الجانبية مع الآخرين	41
			صعوبة اتخاذ القرارات	42
			انشغالي الفكري بالمرض إلى حد أعاق ممارسة هواياتي وأنشطتي	43
			شعوري بلامبالاة وعدم الاكتراث	44
			شعوري بأنني لست على مايرام	45
			استنارتي بسهولة بعد إصابتي بالسكري	46
			عجزني عن التعامل مع المشكلات والواقف الطارئة	47
			عدم قدرتي على انجاز الأشياء المطلوبة مني بدقة	48
			صعوبة التكيف على أداء مهمة معينة	49
			كثرة النسيان	50
	دائماً	أحياناً	لا يحدث	الضغوط الانفعالية
			التصرف باندفاع وتهور	51
			فقدت حيويتي التي كنت أتمتع بها	52
			حساسية الزائدة	53
			شعوري بالغضب	54
			شعوري بالضيق الشديد من دون سبب	55
			اضطراري لإخفاء مشاعري بدلاً من إظهارها	56
			شعوري بالخوف من المستقبل	57
			شعوري بالإحباط نتيجة لعدم قدرتي على ضبط نسبة السكر في الدم	58
			إحساس بفقدان قيمة الحياة عند وفاة شخص مصاب مثلي بالسكر	59

## الملاحق

			إحساس بالعزلة وذلك بسبب رفض علاقتي العاطفية من الجانب الآخر	60
			ضاعف ثقتي بنفسي	61

## الملحق رقم 2: مقياس العصابية

من إعداد: Eysenck

تعريب: "أحمد عبد الخالق"

## التعليمات:

يهدف هذا المقياس إلى التعرف على مستوى العصابية لديك، ولا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة على العبارات، والمطلوب منك هو أن تجيب بما يتناسب مع رأيك. الشخصي عن العبارات المكونة للمقياس، وأمام كل منها اثنان من الإختيارات وعليك تحديد إختيار واحد يناسبك. بوضع علامة (+) عند هذا الاختيار، ولاحظ جيداً أن لا تختار سوى إجابة واحدة فقط لكل بند. ولا تترك أي عبارة من دون الإجابة عليها، وأعلم أن إجابتك ستكون سرية ولا يطلع عليها أحد، سوى الباحثة و لأغراض البحث العلمي.

الرقم	العبارات	نعم	لا
1	هل يتقلب مزاجك كثيرا ؟		
2	هل تشعر أحيانا بالتعاسة بدون سبب ؟		
3	هل تقلق في كثير من الأحيان على أمور لم يكن ينبغي أن تفعلها أو تقلها ؟		
4	هل تعتبر نفسك شخصا عصبيا ؟		
5	هل تقلق على ما يحتمل أن يحدث من أمور فظيعة ؟		
6	هل تشعر بالإشفاق على نفسك من حين إلى آخر ؟		
7	هل تعاني من قلة النوم ؟		
8	هل تقبل غالبا القيام بأعمال تحتاج الى وقت أكثر مما لديك؟		
9	هل تقلق كثيرا بسبب مظهرك ؟		
10	هل حدث أن تمنيت لو كنت ميتا؟		
11	هل تقلق لمدة طويلة جدا بعد مرورك بتجربة محرجة ؟		
12	هل يسهل على الناس جرح مشاعرك حين يجدون فيك أو في عملك عيبا أو خطأ ؟		

### الملحق رقم 3: مقياس العدائية

"والتر كوك و دونالد ميدلي "

(ترجمة وتكييف)

خطاب المحكيمين

جامعة حسيبة بن بوعلي - الشلف -

كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية

قسم علم النفس

علم النفس الصحة

طلب تحكيم مقياس (العدائية)

- الاسم واللقب (كنية) الأستاذ (ة) :

- الدرجة العلمية :

- التخصص :

- سنوات الخبرة:

الأستاذ(ة) الفاضل (ة) تحية طيبة وبعد :

أنا بصدد إجراء دراسة لنيل درجة الدكتوراه بعنوان: " الضغوط النفسية وسمات الشخصية ذات الخطورة على الصحة ( العصابية، العدائية ) وعلاقتها بالامتثال العلاجي لدى مرضى السكري. في تخصص علم النفس الصحة. ولتحقيق أهداف هذه الدراسة يتطلب ذلك استخدام أدوات مناسبة لقياس متغيراتها. ومن بين الأدوات التي ستستخدمها الباحثة وتقوم بتكييفها (مقياس العدائية) حيث ترجم هذا المقياس ،من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية وهو ل صاحبه كوك و ميدلي.

وتقديرا لخبرتكم العلمية و العملية، نرجو إبداء رأيكم ومقترحاتكم في صدق وصلاحيه هذه الأداة من حيث مدى

ملائمة المقياس للبيئة الجزائرية ولعينة الدراسة (مرضى السكري ). بالإضافة إلى :

1- مدى وضوح العبارات في المقياس بعد عملية الترجمة.

2- مدى ملائمة العبارات للبيئة الجزائرية.

3- أي ملاحظات يمكن إضافتها.

مع فائق الشكر والتقدير

الطالبة: لعيفاوي فايزة

المشرف على الأطروحة: سيدي عابد عبد القادر



الرقم	العبارات	العبارات باللغة الإنجليزية	التعديل المقترح
البدائل	( غير موافق - أحيانا - غالبا - موافق )	/	
1	كثيرًا ما التقيت بأشخاص لا يستحقون ما وصلوا إليه	I have often met people who were supposed to be experts who were no better than I.	
2	اضطرت في كثير من الأحيان إلى تلقي أوامر من شخص أعرف أكثر منه	I have often had to take orders from someone who did not know as much as I did.	
3	أعتقد أن كثيرا من الأشخاص مذنبون بارتكاب سلوك جنسي	A large number of people are guilty of bad sexual conduct.	
4	أعتقد أن عددًا كبيرًا من الناس يبغون في مصائبهم من أجل كسب التعاطف والمساعدة من الآخرين.	I think a great many people exaggerate their misfortunes in order to gain sympathy and help from others.	
5	اضطرت في بعض الأحيان إلى أن أكون قاسي مع الأشخاص الذين كانوا مزعجين.	I have at times had to be rough with people who were rude or annoying.	
6	اغلب الناس يصاحبون أصدقاء لخدمة مصالحهم	Most people make friends because friends are likely to be useful to them.	
7	إن إقناع معظم الناس بالحقيقة يتطلب الكثير من الجدل.	It takes a lot of argument to convince most people of the truth.	
8	كثيرا ما يخيب ظني بالناس.	People often disappoint me.	
9	يطالب الناس عموماً باحترام حقوقهم بينما يقصرون في احترام حقوق الآخرين	People generally demand more respect for their own rights than they are willing to allow for others.	
10	معظم الناس صادقون خوفا من أن يتم اكتشافهم	Most people are honest chiefly because they are afraid of being caught.	
11	يستخدم معظم الناس وسائل غير عادلة للربح خوفا من الخسارة	Most people will use somewhat unfair means to gain profit or an advantage rather than to	

	lose it.		
	I think most people would lie to get ahead.	أعتقد أن معظم الناس يكذبون لتحقيق أغراضهم	12
	There are certain people whom I dislike so much that I am inwardly pleased when they are catching it for something they have done.	هناك بعض الأشخاص الذين لا أحبهم كثيراً لدرجة أنني أشعر بالسعادة عندما ينكشفون عند فعل شيء	13
	I am often inclined to go out of my way to win a point with someone who has opposed me.	غالبًا ما أميل إلى الخروج عن طريقي للفوز مع شخص عارضني.	11
	When people do me a wrong. I feel I should pay them back if I can, just for the principle of the thing.	عندما يخطئ الناس بي أشعر أنني يجب أن أرد عليهم بمثل خطائهم إذا استطعت.	12
	strongly defend my own opinions as a rule.	أدافع بقوة عن آرائي كقاعدة.	13
	Some of my family have habits that bother and annoy me very much.	لدى بعض أفراد عائلتي عادات تزعجني كثيراً.	14
	I am not easily angered.	لا أشعر بالغضب بسهولة.	15
	No one cares much what happens to you.	لا أحد يهتم كثيراً بما يحدث لي.	16
	It is safer to trust nobody.	من الآمن ألا تثق بأحد.	17
	I can be friendly with people who do things which I consider wrong.	يمكنني أن أكون ودودًا حتى مع الأشخاص الذين يفعلون أشياء أعتبرها خاطئة.	18
	Most people inwardly dislike putting themselves out to help other people.	يكره معظم الناس داخليًا بذل جهد لمساعدة الآخرين.	19
	I don't blame people for trying to grab everything they can get in this world.	لا ألوم الناس على محاولتهم الاستيلاء على كل ما يمكنهم التوصل عليه في هذا العالم.	20
	I do not blame a person for taking advantage of people who leave themselves open to it.	لا ألوم شخصًا على استغلاله لشخص أعطى له فرصة لذلك.	21
	It makes me impatient to have people ask my advice or otherwise interrupt me when I am working on something important.	أكون صبورًا عندما يحتاج أحدًا نصيحتي، أو يقاطعني عندما أكون أعمل على شيء مهم.	22
	I would certainly enjoy beating criminals at	سأستمتع بالتأكيد بالرد على أعدائي.	26

	<b>their own game.</b>		
	<b>I do not try to cover up m poor opinion or pity of people so that they won t know how I feel.</b>	لا أحاول التستر على الرأي السيئ ،أو الشفقة عل الأشخاص حتى لا يعرفوا كيف أنا.	27

## الملحق رقم 4: قائمة بأسماء المحكمين

الجامعة	الرتبة	الأسماء
أستاذ منتدب بجامعة الكويت	أستاذ مساعد	عبد المطلب عبد القادر عبد المطلب
جامعة محمد بوضياف المسيلة	أستاذ محاضر أ	بن زطة بلدية
جامعة بريكة باتنة	أستاذ تعليم عالي	بحري صابر
جامعة عباس لغرور خنشلة	أستاذ محاضر أ	عبد الحفيظ جدو
جامعة محمد بوضياف المسيلة	أستاذ مساعد	قادري حمزة

## قائمة الأساتذة المترجمين

الإنساب	الرتبة	الأسماء
جامعة تمنراست	أستاذ مساعد(ب)	حسين عدلي
موظفة بقطاع التربية	أستاذة التعليم الثانوي	معمر هجيره
بالمركز النفسي البيداغوجي 2 المسيلة	أستاذ التعليم المتخصص	بلاعة خديجة

## الملحق رقم 5: مقياس الإمتثال العلاجي

إعداد Françoise M. Mai

تعريب " د الزناد دليلة "

التقييم	العبارات	المحور
	أفهم بأنني بحاجة ضرورية إلى حمية خاصة (مثلا نقص الحريات أو نقص السكريات وعموما فإنني أمتثل للعلاج جيدا.	الحمية
	أفهم حاجتي إلى الحمية (السكريات) وأمتثل بهذا في غالب الأوقات ،ولكن مرات كثيرة أنسى.	
	غالبا ما أتجاهل رغم أنني أفهم الحاجة إلى الحمية.	
	أفهم الحاجة إلى أخذ الأدوية بانتظام ومثلما هي موضحة في الوصفة وعموما إنني أمتثل لهذا جيدا	الأدوية
	أفهم الحاجة إلى أخذ الأدوية ومثلما هي موضحة في الوصفة و أمتثل لذلك في معظم الأوقات ولكن مرات كثيرة أنسى.	
	غالبا ما أتجاهل رغم أنني أفهم الحاجة الى اخذ الأدوية الموصوفة	
	أفهم الحاجة الى نظام السوائل وعموما أمتثل لذلك جيدا	السوائل (مشروبات غازية والعصائر)
	عموما أفهم الحاجة الى نظام السوائل وأمتثل لذلك في معظم الأوقات ولكن هناك نسيان في نهاية الأسبوع	
	غالبا ما أتجاهل رغم أنني أفهم الحاجة الى نظام السوائل أكثر من مرة في الأسبوع	
	أفهم الحاجة الى نظام السكريات وأمتثل لذلك جيدا	السكريات
	عموما أفهم الحاجة الى نظام السكريات وأمتثل لذلك في معظم الأوقات ولكن هناك نسيان في نهاية الأسبوع	
	غالبا ما أتجاهل رغم أنني أفهم الحاجة الى نظام السكريات أكثر من مرة في الأسبوع	
	أفهم أنني في حاجة الى مراقبة الوزن وعموما أنني أمتثل لهذا جيدا	مراقبة الوزن
	عموما أفهم الحاجة لإنقاص الوزن وأمتثل لذلك لبعض الايام ولكن هناك نسيان في بعض الايام	
	غالبا ما أتجاهل رغم أنني أفهم الحاجة الى اتباع مقدار الوزن الموصوف	
	أفهم أنني في حاجة الى ممارسة الرياضة لرفع (فعالية الانسولين) وعموما أنني أمتثل لهذا جيدا	الرياضة النشاط الجسدي
	أفهم الحاجة الى ممارسة الرياضة مثلما هي في الوصفة الطبية لكن في مرات كثيرة أنسى	
	غالبا ما أتجاهل رغم أنني أفهم الحاجة الى اتباع معيار الرياضة الموصوفة	
	أفهم أنني في حاجة الى اجراء الفحوصات والتحليل بإستمرار لكل المواعيد	المواظبة وإجراء الفحوصات
	تناسيت موعدا لم يكن سبب المرض في اخر السنة	
	تناسيت او غبت أكثر من مرة عن المواعيد والحصص (السبب ليس المرض في السنة الماضية.	

الملحق رقم 6: معامل الثبات للمقاييس

معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس العصابية

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.778	.781	16

معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس الضغوط النفسية

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.952	60

معامل الثبات ألفا كرونباخ وسبيرمان وجتمان براون مقياس العدائية

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	.680
		N of Items	14 <sup>a</sup>
	Part 2	Value	.694
		N of Items	13 <sup>b</sup>
		Total N of Items	27
		Correlation Between Forms	.573
Spearman-Brown Coefficient		Equal Length	.729
		Unequal Length	.729
		Guttman Split-Half Coefficient	.726

معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس الإمتثال العلاجي

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.823	7

الملحق رقم 7: معاملات الارتباط بيرسون بين الضغوط النفسية والعصابية والعدائية والإمتثال العلاجي

Correlations

		العلاجي. الإمتثال د	العدائية إك د	العصابية سمة إك د	النفسية الضغوط
العلاجي. الإمتثال د	Pearson Correlation	1	-.338**	-.365**	-.413**
	Sig. (2-tailed)		.002	.001	.000
	N	80	80	80	80
العدائية إك د	Pearson Correlation	-.338**	1	.176	.490**
	Sig. (2-tailed)	.002		.119	.000
	N	80	80	80	80
العصابية سمة إك د	Pearson Correlation	-.365**	.176	1	.216
	Sig. (2-tailed)	.001	.119		.054
	N	80	80	80	80
النفسية الضغوط	Pearson Correlation	-.413**	.490**	.216	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.054	
	N	80	80	80	80

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

الملحق رقم 8: مصفوفة الارتباط والانحدار المتعدد التدريجي والإمتثال والضغط النفسية والإمتثال العلاجي

Correlations

		د.الإمتثال. العلاجي	الضغط النفسية	د.ك.سمة العصابية	د.ك.العدانية
Pearson Correlation	د.الإمتثال. العلاجي	1.000	-.413-	-.365-	-.338-
	الضغط النفسية	-.413-	1.000	.216	.490
	د.ك.سمة العصابية	-.365-	.216	1.000	.176
	د.ك.العدانية	-.338-	.490	.176	1.000
Sig. (1-tailed)	د.الإمتثال. العلاجي	.	.000	.000	.001
	الضغط النفسية	.000	.	.027	.000
	د.ك.سمة العصابية	.000	.027	.	.060
	د.ك.العدانية	.001	.000	.060	.
N	د.الإمتثال. العلاجي	80	80	80	80
	الضغط النفسية	80	80	80	80
	د.ك.سمة العصابية	80	80	80	80
	د.ك.العدانية	80	80	80	80

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	19.723	.847		23.287	.000
	الضغط النفسية	-.041-	.010	-.413-	-4.009-	.000
2	(Constant)	20.077	.820		24.491	.000
	الضغط النفسية	-.034-	.010	-.351-	-3.471-	.001
	د.ك.سمة العصابية	-.153-	.054	-.289-	-2.862-	.005

Dependent Variable: د.الإمتثال. العلاجي



تعتبر مشكلة انعدام الإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري من التحديات الرئيسية التي تواجه الرعاية الصحية في مجتمعاتنا اليوم. فعدم الإمتثال العلاجي يمثل خطراً على الصحة العامة للمريض ويزيد من معدلات الإصابة بالمضاعفات ويؤدي إلى تدهور الحالة الصحية وزيادة تكلفة العلاج. لذا، يعد فهم العوامل التي تؤثر على الإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري أمراً بالغ الأهمية لتحسين جودة الرعاية الصحية وتحقيق أفضل النتائج الصحية للمرضى. تتناول هذه الدراسة العلاقة بين الضغوط النفسية ومتغيرات الشخصية مثل العصابية والعدائية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري. تهدف الدراسة إلى تحديد مستوى هذه العوامل وتحليل الفروق الإحصائية في الإمتثال العلاجي بناءً على الجنس ونوع السكري. كما تسعى الدراسة أيضاً إلى تحديد البعد السائد في الإمتثال العلاجي واستكشاف إمكانية التنبؤ بالإمتثال العلاجي باستخدام الضغوط النفسية ومتغيرات الشخصية لدى مرضى السكري. تم تنفيذ الدراسة باستخدام المنهج الوصفي التحليلي، حيث تم جمع البيانات من عينة تتألف من 80 مريضاً بداء السكري، وتم تحليل البيانات باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية SPSS ، مما أتاح فهم أعمق للعلاقات والتفاعلات بين المتغيرات المختلفة في الدراسة. وتأمل هذه الدراسة في تقديم إسهامات قيمة لفهم عوامل الإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري لتحسين جودة الرعاية الصحية لهؤلاء المرضى. وتوصلت نتائج الدراسة بعد المعالجة الإحصائية إلى:

- وجود علاقة إرتباطية عكسية بين الضغوط النفسية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.
  - وجود علاقة إرتباطية عكسية بين العصابية والإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري.
  - وجود علاقة إرتباطية عكسية بين العدائية والإمتثال العلاجي لمرضى السكري.
  - مستوى الضغوط النفسية والعصابية والعدائية، منخفض عند مرضى السكري.
  - مستوى الإمتثال العلاجي متوسط عند مرضى السكري.
  - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإمتثال العلاجي تعزى لمتغير الجنس.
  - وجود فروق في ذات دلالة إحصائية في الإمتثال العلاجي تعزى لنوع السكري.
  - البعد السائد من بين أبعاد الإمتثال العلاجي وهو بعد الأدوية.
  - تساهم الضغوط النفسية في التنبؤ بالإمتثال العلاجي لدى مرضى السكري وتم استبعاد العصابية والعدائية.
- الكلمات المفتاحية:** الضغوط النفسية، متغيرات الشخصية، العصابية، العدائية، الإمتثال العلاجي.

## Summary:

The problem of non-adherence to treatment among diabetic patients is one of the main challenges facing healthcare in our societies today. Non-adherence to treatment poses a risk to the patient's overall health, increases complication rates, leads to deterioration in health status, and increases treatment costs. Therefore, understanding the factors affecting treatment adherence in diabetic patients is of paramount importance to improve the quality of healthcare and achieve better health outcomes for patients. This study explores the relationship between psychological stressors and personality variables such as neuroticism, aggressiveness, and treatment adherence among diabetic patients. The study aims to identify the levels of these factors and analyze the statistical differences in treatment adherence based on gender and type of diabetes. Additionally, the study seeks to identify the predominant dimension in treatment adherence and explore the possibility of predicting treatment adherence using psychological stressors and personality variables among diabetic patients. The study was conducted using a descriptive-analytical approach, where data was collected from a sample of 80 diabetic patients. Data analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), allowing for a deeper understanding of the relationships and interactions between the different variables in the study. This study aims to provide valuable contributions to understanding the factors influencing treatment adherence among diabetic patients to improve the quality of healthcare for these patients. After statistical analysis, the study's results concluded:

- There is a negative correlation between psychological stressors and treatment adherence among diabetic patients.
- There is a negative correlation between neuroticism and treatment adherence among diabetic patients.
- There is a negative correlation between aggressiveness and treatment adherence among diabetic patients.
- The levels of psychological stressors, neuroticism, and aggressiveness are low among diabetic patients.
- The level of treatment adherence is moderate among diabetic patients.
- There are no statistically significant differences in treatment adherence attributed to gender.
- There are significant differences in treatment adherence attributed to the type of diabetes.
- The predominant dimension among the dimensions of treatment adherence is medication adherence.
- Psychological stressors contribute to predicting treatment adherence among diabetic patients, while neuroticism and aggressiveness were excluded from the prediction.

**KEYWORDS:** PSYCHOLOGICAL STRESSORS, PERSONALITY VARIABLES, NEUROTICISM, AGGRESSIVENESS, TREATMENT ADHERENCE.