



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية



الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل:

عنوان الأطروحة

فعالية التربية العلاجية في التكيف مع داء السكري النوع الاول

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس
تخصص: علم النفس العيادي - تربية علاجية-

إشراف الأستاذ الدكتور:
نصر الدين جابر

إعداد الطالبة :
حياة بادي

أعضاء لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
سليمة حمودة	أستاذ	جامعة بسكرة	رئيسا
نصر الدين جابر	أستاذ	جامعة بسكرة	مشرفا ومقررا
هناء شريفي	أستاذ	جامعة الجزائر 2	مناقشا
طاوس وازي	أستاذ	جامعة ورقلة	مناقشا
شهرزاد نوار	أستاذ	جامعة ورقلة	مناقشا
عبد الحميد عقابفة	أستاذ محاضر -أ-	جامعة بسكرة	مناقشا

السنة الجامعية 2024/2023

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وتقدير

أُتقدم بالشكر الى الله عز وجل الذي وهبني من الصبر والتوفيق ما ساعدني على إتمام هذه الدراسة فالحمد لله والشكر له.

عرفانا بكل ما قدم لي من مساعدات لإنجاز هذا العمل أخص بالشكر والتقدير

لأستاذي الفاضل البروفيسور جابر نصر الدين

كما أتوجه بالشكر الى الطيبة المتخصصة في أمراض السكري والغدد الصماء

مزوزي رشيدة على كل الجهود والمعلومات المقدمة

والشكر موصول أيضا الى الأطباء، مساعدو الرعاية الصحية والعاملين

بإدارة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - دار السكري-

على التسهيلات والمساعدات التي خصونا بها

وكما لا يفوتني كذلك أن أتقدم بأسمى معاني الشكر الى جميع افراد العينة

(مرضى داء السكري النوع 1)

شكر خاص لأعضاء إدارة مدرسة نجم للتكوين وتعليم اللغات -بسكرة-على مساعدتهم

وتفهمهم لإجراءات هذا البحث العلمي

وكل الشكر الى من ساهم في انجاز هذا العمل من قريب او بعيد عائلتي وأصدقائي.

مستخلص الدراسة

تهدف الدراسة الحالية الى الكشف عن فعالية التربية العلاجية في التكيف مع داء السكري النوع الأول، وذلك من خلال تطبيق مقياس إدارة استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول، الذي صممه الباحثة الباحثة، بالإضافة الى برنامج التربية العلاجية المعد لهذه الدراسة (من اعداد الباحثة الباحثة).

اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الشبه تجريبي، المبني على مجموعتين بقياس قبلي، بعدي وتتبعي. تكونت العينة من 16 مريضاً من مرضى داء السكري النوع 1، تم اختيارهم بطريقة قصدية، حيث تم تقسيم افراد العينة الى مجموعتين (تجريبية وضابطة) تحتوي كل مجموعة على 08 مرضى، كما تم ضبط متغيرات الدراسة (السن، المستوى التعليمي، مدة المرض، الجنس).

استخدمت الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة التساؤلات حيث توصلنا الى النتائج التالية:

-توجد فروق دالة احصائياً بين متوسط رتب درجات التكيف لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس إدارة استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول.

-لا توجد فروق دالة احصائياً بين متوسط رتب درجات التكيف لدى أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس إدارة استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول.

-توجد فروق دالة احصائياً بين متوسط رتب درجات التكيف لدى أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس إدارة استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول.

-لا توجد فروق دالة احصائياً بين متوسط رتب درجات التكيف لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس إدارة استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول.

- توجد فعالية لبرنامج التربية العلاجية في القياس البعدي لمقياس إدارة استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول.

-لا توجد فروق دالة احصائياً بين متوسط رتب درجات التكيف لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية حسب الفئة العمرية.

-لا توجد فروق دالة احصائياً بين متوسط رتب درجات التكيف لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية حسب مدة المرض.

الكلمات المفتاحية: فعالية، التربية العلاجية، التكيف، السكري النوع الاول

Résumé

L'étude actuelle vise à révéler l'efficacité de l'éducation thérapeutique dans l'adaptation au diabète de type 1, en appliquant une échelle de gestion des stratégies d'adaptation au diabète de type 1, conçue par l'étudiante chercheuse, ainsi qu'un programme d'éducation thérapeutique élaboré pour cette étude (préparé par l'étudiante chercheuse).

Nous avons adopté dans cette étude la méthode quasi-expérimentale, basée sur deux groupes avec des mesures pré-test, post-test et de suivi. L'échantillon était composé de 16 patients atteints de diabète de type 1, sélectionnés de manière intentionnelle, et les membres de l'échantillon ont été répartis en deux groupes (expérimental et témoin), chaque groupe comprenant 8 patients. Les variables de l'étude (âge, niveau d'éducation, durée de la maladie, sexe) ont été contrôlées.

Les méthodes statistiques appropriées à la nature des questions ont été utilisées et nous avons abouti aux résultats suivants :

-Il existe des différences statistiquement significatives entre l'échelon moyen des degrés d'adaptation des membres du groupe expérimental lors des mesures pré-test et post-test sur l'échelle de gestion des stratégies d'adaptation au diabète de type 1.

-Il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre l'échelon moyen des degrés d'adaptation des membres du groupe témoin lors des mesures pré-test et post-test sur l'échelle de gestion des stratégies d'adaptation au diabète de type 1.

-Il existe des différences statistiquement significatives entre l'échelon moyen des degrés d'adaptation des membres des groupes expérimentaux et témoin lors de la mesure post-test sur l'échelle de gestion des stratégies d'adaptation au diabète de type 1.

-Il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre l'échelon moyen des degrés d'adaptation des membres du groupe expérimental lors des mesures post-test et de suivi sur l'échelle de gestion des stratégies d'adaptation au diabète de type 1.

-Le programme d'éducation thérapeutique est efficace lors de la mesure post-test de l'échelle de gestion des stratégies d'adaptation au diabète de type 1.

-Il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre l'échelon moyen des degrés d'adaptation des membres du groupe expérimental après l'application du programme d'éducation thérapeutique en fonction de la tranche d'âge.

-Il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre l'échelon moyen des degrés d'adaptation des membres du groupe expérimental après l'application du programme d'éducation thérapeutique en fonction de la durée de la maladie.

Mots clés : Education thérapeutique, efficacité, Adaptation, Diabète type 1.

Abstract

The current study aims to reveal the effectiveness of therapeutic education in adapting to type 1 diabetes by applying a scale for managing adaptation strategies to type 1 diabetes, designed by the student researcher, along with a therapeutic education program prepared for this study (prepared by the student researcher).

We adopted a quasi-experimental method for this study, based on two groups with pre-test, post-test, and follow-up measurements. The sample consisted of 16 patients with type 1 diabetes, selected intentionally, and the sample members were divided into two groups (experimental and control), with each group containing 8 patients. The study variables (age, educational level, duration of the disease, gender) were controlled.

Appropriate statistical methods were used according to the nature of the questions, and we arrived at the following results:

-There are statistically significant differences between the mean levels of adaptation degrees of the experimental group members in the pre-test and post-test measurements on the scale for managing adaptation strategies to type 1 diabetes.

-There are no statistically significant differences between the mean levels of adaptation degrees of the control group members in the pre-test and post-test measurements on the scale for managing adaptation strategies to type 1 diabetes.

-There are statistically significant differences between the mean levels of adaptation degrees of the experimental and control group members in the post-test measurement on the scale for managing adaptation strategies to type 1 diabetes.

-There are no statistically significant differences between the mean levels of adaptation degrees of the experimental group members in the post-test and follow-up measurements on the scale for managing adaptation strategies to type 1 diabetes.

-The therapeutic education program is effective in the post-test measurement of the scale for managing adaptation strategies to type 1 diabetes.

-There are no statistically significant differences between the mean levels of adaptation degrees of the experimental group members after applying the therapeutic education program according to the age group.

-There are no statistically significant differences between the mean levels of adaptation degrees of the experimental group members after applying the therapeutic education program according to the duration of the disease.

Key words: Effective, Therapeutic education, Adaptation, Type 1 diabetes.

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
	شكر وتقدير
	مستخلص الدراسة (عربية- فرنسية- انجليزية)
	فهرس المحتويات
	قائمة الجداول
	قائمة الأشكال
3-1	مقدمة
الجاناب النظري	
الفصل الأول: التعريف بموضوع الدراسة	
6	إشكالية الدراسة
10	دوافع اختيار الموضوع
11	أهداف الدراسة
11	أهمية الدراسة
11	الضبط الاجرائي لمصطلحات الدراسة
12	حدود الدراسة
13	الدراسات السابقة
27	فرضيات الدراسة
الفصل الثاني: التربية العلاجية	
29	تمهيد
29	1/ الخلفية التاريخية للتربية العلاجية: Education Thérapeutique
31	2/ تعريف التربية العلاجية
32	3/ فوائد التربية العلاجية
33	4/ أهداف التربية العلاجية
33	1-4/ مهارات الرعاية الذاتية : (Les Compétences D'auto Soins)
33	2-4/ مهارات التكيف : (Les Compétences D'adaptation)

35	5/ المقاربات النفسية للتربية العلاجية
35	5-1/ مقارنة التحليل النفسي
36	5-2/ مقارنة العلاج السلوكي المعرفي
36	6/ النماذج النظرية في التعلم
36	6-1/ النموذج السلوكي : (Modèle Béhavioriste)
37	6-2/ النموذج المعرفي : (Modèle Cognitivist)
37	6-3/ النموذج البنائي والبناء الاجتماعي : (Modèle Constructiviste et Socioconstructiviste)
37	6-4/ نموذج بروشاسكا : (Modèle Prochaska)
37	6-5/ النموذج الأليستوري : (Modèle Allosterique)
38	7/ المراحل الرئيسية للتربية العلاجية
42	8/ مجالات التربية العلاجية
42	9/ القائمين بالتربية العلاجية ومؤهلاتهم
44	10/ المرضى المعنيون بالتربية العلاجية
45	11/ تمثيلات ومعتقدات (المعالج/المتعالج) للمرض المزمن
47	12/ معايير البرنامج النوعي في التربية العلاجية
48	13/ التقنيات والأدوات المستخدمة في التربية العلاجية
48	14/ أهداف التربية العلاجية الخاصة بمريض السكري
50	خلاصة
الفصل الثالث: التكيف	
52	تمهيد
52	1/ مفهوم التكيف
53	2/ تعريف التكيف
53	2-1/ التكيف لغة
53	2-2/ التكيف اصطلاحا
54	3/ علاقة التكيف بالصحة النفسية والتوافق
54	3-1/ التكيف والصحة النفسية

55	3-2/ التكيف والتوافق
55	4/ مجالات التكيف
55	4-1/ التكيف الشخصي (الذاتي)
56	4-2/ التكيف الاجتماعي
57	5/ العوامل الدينامية في عملية التكيف
57	5-1/ الدوافع والتكيف
57	5-2/ القلق
58	5-3/ الإحباط والتكيف
58	6/ الخلفية النظرية للتكيف
58	6-1/ النظرية البيولوجية
59	6-2/ نظرية التحليل النفسي
59	6-3/ النظرية السلوكية
60	6-4/ النظرية المعرفية
60	6-5/ النظرية الاجتماعية
61	6-6/ النظرية الإنسانية
62	7/ تحليل التكيف
63	8/ معايير التكيف
63	8-1/ المعيار الاكلينيكي
63	8-2/ المعيار الاحصائي
63	8-3/ المعيار الاجتماعي
64	8-4/ المعيار المثالي
64	9/ خصائص التكيف
65	10/ تعريف المرض المزمن (Maladie chronique)
66	11/ خصائص الأمراض المزمنة
66	12/ تقبل الأمراض المزمنة
67	13/ التكيف مع الأمراض المزمنة
78	13-1/ مشاكل خاصة بالأمراض المزمنة
70	13-2/ مسار التقبل أو الاستسلام للمرض

72	14/العوامل الأساسية في أحداث التكيف
73	15/استراتيجيات التكيف
73	1-15/استراتيجية حل المشكلات
74	2-15/استراتيجية الاسترخاء
74	3-15/استراتيجية التجنب والهروب
74	4-15/ استراتيجيات التمارين الرياضية
74	5-15/ استراتيجيات المساندة الاجتماعية
75	6-15/ استراتيجيات التكيف المركزة حول المشكل
76	7-15/ استراتيجيات التكيف المركزة حول الانفعال
77	8-15/ التفاعل بين النوعين من استراتيجيات التكيف
77	خلاصة
الفصل الرابع: داء السكري	
79	تمهيد
79	1/ لمحة تاريخية عن داء السكري
80	2/ تعريف داء السكري
81	3/ فسيولوجية داء السكري
81	4/ غدة البنكرياس وهرمون الانسولين
83	5/ أنواع داء السكري
83	5-1/ داء السكري من النوع الأول: (Diabète Type 1 ou Insulino-de Pendant)
84	5-2/ داء السكري من النوع الثاني: (Diabète Type 2 ou Non Insulino-de Pendant)
85	5-3/ سكري الحمل
85	6/ أسباب داء السكري
85	6-1/ داء السكري النوع الأول
86	6-2/ داء السكري النوع الثاني
86	7/ أعراض داء السكري
89	8/ المضاعفات المرتبطة بداء السكري

89	8-1/ مضاعفات قصيرة المدى
90	8-2/ مضاعفات طويلة المدى
93	9/ تشخيص داء السكري
94	10/ علاج داء السكري
94	10-1/ العلاج بالأنسولين
95	10-2/ العلاج بالأقراص
95	10-3/ الهرم الغذائي عند مريض السكري
96	10-4/ تأثير التمارين الرياضية على داء السكري النوع الأول
97	10-5/ مضخة الأنسولين
97	10-6/ زراعة البنكرياس
97	10-7/ العلاج النفسي
99	خلاصة
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية	
102	تمهيد
102	أولاً/الدراسة الاستطلاعية
102	1/أهداف الدراسة الاستطلاعية
103	2/عينة الدراسة الاستطلاعية
103	3/خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية
104	4/إجراءات الدراسة الاستطلاعية
104	5/أدوات الدراسة الاستطلاعية
112	ثانياً/الدراسة الأساسية
112	1/ منهج الدراسة الأساسية
112	2/ التصميم التجريبي للدراسة
113	3/مجتمع الدراسة الأساسية
115	4/أدوات الدراسة الأساسية
115	4-1/ استمارة البيانات الشخصية والاجتماعية
115	4-2/ برنامج التربية العلاجية
126	5-الأدوات الإحصائية المستخدمة

126	خلاصة
الفصل السادس: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها	
128	تمهيد
128	أولاً: عرض نتائج الدراسة
128	1/ عرض نتائج الفرضية الأولى
128	2/ عرض نتائج الفرضية الثانية
129	3/ عرض نتائج الفرضية الثالثة
129	4/ عرض نتائج الفرضية الرابعة
130	5/ عرض نتائج الفرضية الخامسة
131	6/ عرض نتائج الفرضية السادسة
131	7/ عرض نتائج الفرضية السابعة
132	ثانياً: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة
132	1/ مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الأولى
133	2/ مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الثانية
134	3/ مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة
135	4/ مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة
136	5/ مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الخامسة
139	6/ مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية السادسة
140	7/ مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية السابعة
141	8/ الاستنتاج العام
143	الخاتمة
146	قائمة المراجع
158	ملاحق الدراسة

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
34	المهارات المكتسبة في نهاية برنامج التربية العلاجية	01
84	الفرق بين داء السكري النوع الأول والثاني في أهم الخصائص	02
87	الفرق بين أعراض داء السكري للنوع الأول والثاني	03
93	معدلات السكر في الدم في حالة ما قبل السكري (ملغ/ دسل)	04
103	خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية	05
105	المحاور الخاصة بالمقياس، عدد البنود ورقم العبارات السالبة والموجبة	06
106	العبارات التي تم تعديلها في المقياس	07
107	تقدير آراء المحكمين (صدق المحتوى) في عبارات المقياس المعدلة	08
107	معامل صدق المقارنة الطرفية للمقياس	09
108	معاملات ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية لمقياس استراتيجيات التكيف	10
108	مصفوفة ارتباطات عبارات بعد استراتيجية البناء المعرفي مع الدرجة الكلية	11
108	مصفوفة ارتباطات عبارات بعد استراتيجية حل المشكلات مع الدرجة الكلية	12
109	مصفوفة ارتباطات عبارات بعد استراتيجية المساندة الاجتماعية مع درجة الكلية	13
109	مصفوفة ارتباطات عبارات بعد استراتيجية الهروب والتجنب مع درجة الكلية	14
109	مصفوفة ارتباطات عبارات بعد استراتيجية التفريغ النفسي مع درجة الكلية	15
110	مصفوفة ارتباطات عبارات بعد استراتيجية تقبل المرض مع درجة الكلية	16
110	مصفوفة ارتباطات عبارات بعد استراتيجية تقدير الذات مع درجة الكلية	17
110	نتائج معامل ألفا لمقياس إدارة استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع 1	18
114	خصائص عينة الدراسة الأساسية	19
119	البطاقة الفنية (البروتوكول) لبرنامج الدراسة	20
128	الفروق في متوسطات درجات التكيف بين القياسين القبلي والبعدي لدى العينة التجريبية	21
128	الفروق في متوسطات درجات التكيف بين القياسين القبلي والبعدي لدى العينة الضابطة	22
129	الفروق في متوسطات درجات التكيف في القياس البعدي بين المجموعتين	23

	التجريبية والضابطة	
129	الفروق في متوسطات درجات التكيف بين القياسين البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية	24
130	مستويات حجم التأثير	25
130	قيمة حجم الأثر بمعامل مربع ايتا لبرنامج التربية العلاجية على درجات التكيف	26
131	الفروق في متوسط رتب درجات التكيف حسب العمر	27
131	الفروق في رتب درجات متوسطات التكيف حسب مدة المرض	28

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
38	الوسط تعليمي الخاص بالتربية العلاجية لمريض السكري	01
40	نموذج منهجي لسيرورة التربية العلاجية	02
41	عملية دمج التربية العلاجية مع إدارة العلاج	03
46	الفرق بين تصور كل من المعالج والمتعالج للمرض المزمن	04
70	النتائج الخاصة بمسار (الاندماج والتباعد) في مواجهة المرض (حسب Anne Lacroix)	05
82	مقطع من البنكرياس	06
88	أعراض انخفاض نسبة السكري بالدم	07
89	أعراض ارتفاع نسبة السكري بالدم	08
96	نظرة حول الغذاء الصحي لمريض السكري	09

مَقْدِمَةٌ

يواجه الفرد في حياته اليومية العديد من التحديات والصعوبات الناجمة عن عوامل بيئية، وراثية، ظروف اجتماعية وأخرى شخصية، تأثيرها المباشر قد يظهر في شكل امراض عضوية ونفسية وعلى جودة حياة الفرد وقدرته على التكيف مع متطلبات الحياة اليومية.

تشكل الأمراض مصدرا للألم والمعاناة النفسية منها والجسمية للفرد ولعائلته، يتأثر بشكل كبير بنوع المرض، شدته ومدى تأثيره على أعضاء جسمه ووظائفها، حيث أن الأمراض المزمنة أو الامراض الغير المعدية هي أمراض بطيئة التطور ومستمرة مع المريض مدى الحياة، منها أمراض القلب والاعوية الدموية، السرطانات، أمراض الجهاز التنفسي المزمنة، الكلى والسكري وغيرها من الأمراض. وغالبا ما تتضمن ضرورة تغيير سلوكيات المرضى وتطبيق العلاجات اليومية (مثل هرمون الأنسولين في داء السكري أو مخفف انسداد الشعب الرئوية لدى مرضى الربو الشعبي على سبيل المثال) وهذا لتجنب المضاعفات ومخاطر المرض على حياة الفرد واستقراره النفسي.

داء السكري النوع الأول أو كما يسمى داء السكري المعتمد على الانسولين، من بين الأمراض المزمنة التي لها آثار جانبية على المستوى العضوي والنفسي للمريض. هو مرض مناعي ذاتي، متعدد العوامل، منها الوراثية والفيروسية، يتميز بتدمير انتقائي لخلايا بيتا البنكرياسية المنتجة للأنسولين من طرف الجهاز المناعي. والأنسولين هو هرمون يستخدمه الجسم للسماح للسكر (الجلوكوز) بدخول الخلايا لإنتاج الطاقة للجسم ومن دون الحقن اليومية له لن يتمكن المصابون بداء السكري النوع الأول من الحفاظ على حياتهم.

هو مرض يرافق المريض طوال حياته، يؤثر على قدرة الجسم على تحويل الجلوكوز من الطعام الى طاقة. في معظم الحالات يتطور داء السكري النوع الأول في مرحلة مبكرة من العمر وغالبا ما يتم تشخيصه أثناء الطفولة.

صرحت الدكتورة ماتشيديسو مويتي، المديرية الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لأفريقيا أنه بدون اجراء الفحوصات يصبح داء السكري قاتلا صامتا. في حين ان البلدان تواجه العديد من العوائق التي تحول دون معالجة مرض السكري، فان الانتشار المتزايد للمرض هو دعوة لتعزيز الرعاية الصحية، تحسين التشخيص وإعطاء الأولوية لمرضى داء السكري باعتباره تحديا صحيا رئيسيا. (منظمة الصحة العالمية، 2022)

استجابة للمخاوف المتزايدة بشأن التهديد الصحي المتصاعد الذي يشكله داء السكري، تم انشاء اليوم العالمي للسكري عام 1991 من قبل الاتحاد الدولي للسكري، ومنظمة الصحة العالمية، وقد أصبح يوما رسميا عام 2006 ويتم الاحتفال به كل عام في 14 نوفمبر، احياء لذكرى السير فريدريك بانتينج، الذي شارك في اكتشاف الأنسولين مع تشارلز بيست عام 1922 (وزارة الصحة السعودية، 2022)

غالبا الاهتمام بمرضى داء السكري النوع 1 يكون مرتكزا على الرعاية الطبية، هذا لحمايتهم من المضاعفات الجسدية أو الموت المبكر، وتظل الجوانب النفسية أحد التحديات الرئيسية التي يواجهها

المرضى. تأثيرات داء السكري على الصحة النفسية يمكن أن تكون عميقة، بما في ذلك مشاعر القلق، الاجهاد المزمن والاكتئاب، والتي قد تعيق التزام المريض بخطة العلاجية والوصول الى النتيجة المتوقعة. لذلك تهدف الرعاية النفسية الى تقديم الدعم العاطفي والتدخلات العلاجية التي تساعد المرضى على تقبل المرض والتكيف مع متطلبات الحياة اليومية، مما يعزز من قدرتهم على إدارة مرضهم وتحسين نوعية حياتهم بشكل عام.

تلعب التربية العلاجية دورا حيويا في إدارة هذا الداء بشكل فعال، فهي لا تقتصر على تزويد المرضى بالأدوية والمعلومات الطبية الأساسية، بل تمتد لتشمل تعليمهم كيفية تطبيق هذه المعرفة على المدى الطويل. باعتبارها استراتيجية مكملة للعلاجات الطبية المختلفة والرعاية الصحية بشكل عام، حيث يتم تخصيص برامجها لتلبية احتياجات المرضى الفردية والجماعية وتركز على تعليمهم مهارات التحكم في الأعراض والتعامل مع التحديات النفسية والاجتماعية التي تنشأ نتيجة المرض المزمن.

يكتسب المرضى المهارات التي تمكنهم من اتخاذ قرارات صحية الدعم النفسي بهدف تحسين جودة حياة مرضى داء السكري النوع الأول ومساعدتهم على التكيف مع حالتهم الصحية، من خلال التعديل والتغيير للسلوك في اتباع العلاج بجوانبه المختلفة (العلاج بالأنسولين، النظام الغذائي، المراقبة الذاتية لنسبة السكر في الدم...)، تنظيم الحياة النفسية وضغوطها، توجيهها والعمل على التحكم في التوتر والقلق، والتغلب على مشاعر اليأس والإحباط لتحقيق توازن داخلي والتخفيف من أثارها على الفرد.

ان تطوير البرامج الخاصة بالأمراض المزمنة تساعد لإشباع الحاجات النفسية وتحسين استراتيجيات التكيف مع المرض، وحتى يستطيع المريض التكيف بنجاح مع مرضه لابد ان يتدرب على تقبل وضعه الحالي والتعايش معه وهذا بتغيير وتطوير أفكاره السلبية نحو مرضه وسلوكه ليتناسب معه.

ومن هذا المنطلق سعت الدراسة الحالية لتصميم برنامج التربية العلاجية لمرضى داء السكري النوع الأول قائم على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي، هذا راجع لندرة الدراسات التي أجريت حول التربية العلاجية والتكيف مع المرض، في حدود علم الطالبة الباحثة، ورغم ما تقدمه للمرضى لتقبل المرض والتكيف معه، فالمصابون بهذا الداء يواجهون تحديات يومية مع مرضهم قياس نسبة السكري، حقن الأنسولين، الالتزام بنظام غذائي معين، ... مما يتسبب في ظهور اضطرابات نفسية قد تتطور وتخل باستمرارية العلاج وتقادي مضاعفات المرض.

وقد قامت الطالبة الباحثة بتقسيم الدراسة بعد مقدمة البحث إلى قسمين نظري وميداني، حيث أن الجانب النظري اشتمل على (03) فصول:

الفصل الأول: محور حول إشكالية الدراسة من خلال طرح للإشكالية وتساؤلاتها، وكذا أهداف الدراسة إلى جانب أهميتها، تحديد التعاريف اجرائيا، حدود الدراسة وأخيرا التطرق لبعض الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة والتعقيب عليها.

الفصل الثاني: خصص هذا الفصل للتربية العلاجية التعريف بها، لفوائدها وأهدافها، التطرق لمختلف المقاربات المفسرة لها ولمراحلها الرئيسية. ثم مجالاتها، القائمين عليها والأدوات والتقنيات المستخدمة في برامجها.

الفصل الثالث: والذي تعرضنا من خلاله لمفهوم التكيف، علاقته ببعض المصطلحات، مجالاته وكذا الخلفية النظرية له. ثم تطرقنا لمعايير التكيف، خصائصه ومختلف استراتيجياته....

أما الفصل الرابع: تناولنا فيه موضوع داء السكري من خلال تعريفه، أنواعه، أسبابه ثم تطرقنا لأعراض داء السكري الأول والثاني ولل فروق بينهما، مضاعفات الداء، كيفية التشخيص والعلاج.

أما الجانب الميداني فقد قسم الى فصلين (02): خصص الفصل الخامس لإجراءات الدراسة والذي يتضمن المنهج، الدراسة الاستطلاعية وتصميم أدوات القياس وخطوات تقنيها، عينة الدراسة وكذا كيفية بناء برنامج التربية العلاجية وكيفية بناءه وأهم الخطوات الاجرائية المتبعة وأخيرا الأساليب الإحصائية المستخدمة في هذه الدراسة.

بينما خصص الفصل السادس والأخير لعرض النتائج، تحليل ومناقشة الفرضيات، ثم التعرض إلى تفسيرها وأخيرا أنهينا الدراسة بخلاصة عامة.

الجانب النظري

الفصل الأول:

التعريف بموضوع الدراسة:

- 1- إشكالية الدراسة
- 2- دوافع اختيار الموضوع
- 3- أهداف الدراسة
- 4- أهمية الدراسة
- 5- الضبط الاجرائي لمصطلحات الدراسة
- 6- حدود الدراسة
- 7- الدراسات السابقة
- 8- فرضيات الدراسة

أولاً: إشكالية الدراسة:

يمثل داء السكري أحد المشاكل الصحية المزمنة التي تصاحب المريض مدى الحياة، ويشكل تحدياً كبيراً للمريض، للمنظومة الصحية وللمجتمع نظراً لانعكاساته النفسية والجسدية. من خصائص هذا الداء أنه يتطور ببطيء وصمت مما يتطلب إدارة دائمة ومستمرة له نظراً للمضاعفات الخطيرة التي تصيب الأوعية الدموية الصغيرة لأعضاء الجسم، وخاصة منها: العين، الكلى والأعصاب (اعتلال الشبكية السكري، الاعتلال الكلوي السكري، الاعتلال العصبي السكري)، وذلك يرجع إلى تدمير هذه الأوعية الدقيقة. أما المضاعفات التي تصيب الأوعية الدموية الكبيرة، تتضمن مرض القلب التاجي والمرض المخي الوعائي مما يؤدي إلى تزايد خطر الإصابة بالنوبات القلبية والسكتات الدماغية.

يطلق على داء السكري نوع 1 (DT1) تسمية داء السكري الخاضع للأنسولين، معدل الإصابة به منخفض جداً قبل عمر السنة والحد الأقصى بين 04 و 10 سنوات، ثم ينخفض وبعد ذلك يظل مستقرًا بعد سن العشرين (20)، على الرغم من أن هذا النوع من السكري يظهر في معظم الحالات قبل سن 35 إلا أنه يمكن أن يصاب به الفرد في أي سن. يظهر (DT1) عندما يهاجم جهاز المناعة خلايا البنكرياس التي تفرز الأنسولين متسبباً في نقص مطلق له وهذا يحدث عند تدمير حوالي 90% من خلايا β . (HADDAM & AI, 2016, P13)

حسب تقديرات الاتحاد الدولي لداء السكري، فإن عدد المصابين بهذا الداء عبر العالم قد بلغ 537 مليون شخص، نصفهم تقريباً يجهلون مرضهم لكونه مرض صامت ومن المتوقع أن يرتفع هذا العدد إلى 622 مليون مصاب بحلول 2030، كما يعاني مليون طفل ومراهق من النوع الأول لداء السكري، حيث يختلف انتشاره من بلد إلى آخر.

بالنسبة للمنظومة الصحية الإفريقية فقد سجلت أكثر من 24 مليون شخص مصاب بهذا الداء، ومن المتوقع أن يصل عدد المرضى إلى 47 مليون شخص مع آفاق 2030 أي بزيادة تقدر ب 145%. (وكالة الأنباء الجزائرية، 2022) فيما يخص النوع الأول لداء السكري فإن نفس المنظومة قد سجلت بين عامي 2011 و 2021 ارتفاعاً بنسبة خمسة (05) أضعاف بين الأطفال والمراهقين الذين تقل أعمارهم عن 19 عاماً، حيث ارتفع عدد الحالات من 04 إلى 20 لكل ألف طفل. وعلى سبيل المثال وصل متوسط العمر المتوقع للأطفال المصابين بداء السكري النوع الأول إلى سبعة (07) أشهر في المناطق الريفية بموزمبيق. (منظمة الصحة العالمية، 2022)

وفي الجزائر أشار السيد وزير الصحة الأستاذ عبد الحق سايجي في 18 نوفمبر 2023 إلى أنه يوجد ما يقارب من 04 ملايين مريض بداء السكري في الجزائر، إضافة إلى ما تشير إليه تقديرات الاتحاد الدولي لداء السكري أن يصل هذا الرقم إلى 800 مليون بحلول عام 2045. (وزارة الصحة الجزائر، 2023)

يواجه العديد من مرضى السكري تحديات كبيرة في التكيف مع المرض بسبب الطابع المزمن له وتأثيره اليومي عليهم. تتمثل مشكلاتهم في صعوبة الالتزام بالتغيرات الضرورية في نمط حياتهم، كاتباع نظام حقن هرمون الانسولين اليومي ونظام غذائي صحي، المراقبة الذاتية لمستوى السكر في الدم، المراقبة الطبية المستمرة والقيام بالنشاطات البدنية بانتظام، بالإضافة الى اختلاف مستويات التعليم، ضعف أو عدم وجود الدعم والمساندة الاجتماعية، طول مدة المرض....

الالتزام بهذه القواعد الصارمة والاستمرار في تطبيقها يعد تحدياً للفرد تجاه مرضه وقد ينتج عنه بعض الاضطرابات منها الشعور بالتعب النفسي، الاجهاد المزمن، الضغط العصبي وسيطرة اليأس على استرجاع الحالة الصحية السابقة وأسلوب الحياة المعتاد. يشكل هذا الداء بالنسبة للمريض حرماناً للحرية في الأكل والمراقبة الدائمة من طرف الأسرة تقييداً له، ما يثير لديه الإحساس بالاختلاف مما قد يؤدي به الى مواجهة مخاطر الانطواء وتطور الأزمات النفسية التي قد تكون سبباً في تمزق علاقاته الأسرية والاجتماعية، بالإضافة الى الخوف المستمر من انخفاض السكري بالدم او ارتفاعه.

إن تشخيص داء السكري لا يضع المريض أمام تحدي الإدارة الذاتية للمرض فقط، بل يدخله أيضاً في عملية تعلم مزدوجة لاكتساب مهارات جديدة تتضمن بناء علاقة جديدة مع نفسه والتكيف مع واقع المرض وتقبله. لكن قبل هذا فان الخلط بين تثقيف المريض ومعلوماته السابقة يجعل تقديم الوصفات الطبية والرعاية الصحية المتعلقة بتغيير السلوكات الخاطئة صعبة على المرضى يجب مراعاتها هي

نتيجة لدراسة ياسين تيام (2015) Yacine THIAM

يرجع اختلاف المرضى وقدراتهم على الاستجابة من شخص لآخر الى أساليب تفكيرهم، تصوراتهم لمرضهم، مستوياتهم التعليمية، مدة الإصابة بالمرض ومدى التزامهم بالعلاج. ان هذه العوامل ذات أهمية قصوى لكونها هي المسؤولة عن تحديد الطريقة التي يتعامل بها كل مريض مع مرضه وهو ما يعبر عنه لازاروس (Lazarus) بمصطلح التكيف (Coping). (مزاور، 2016، ص792)

عرف التكيف على أنه "الجهود المعرفية والسلوكية المستمرة لتدبير متطلبات خارجية أو داخلية محددة"، كما يشار الى التكيف على أنه "محاولة الأفراد القيام بسلوكات معينة من أجل فهم متطلبات المرض والتعامل معها". (غزال & دبك، 2018، ص367)

أما عبد الله 2001 فيعرفه بأنه مجموعة من الاستجابات وردود الأفعال التي يعدل بها الفرد سلوكه وتكوينه النفسي أو بيئته الخارجية لكي يحدث الانسجام المطلوب، بحيث يشبع حاجاته ويلبي متطلبات بيئته الاجتماعية والطبيعية. (بطرس، 2007، ص101)

التكيف هو عملية نفسية وسلوكية يقوم بها الفرد للتأقلم مع المتغيرات التي يواجهها في بيئته بهدف تحقيق التوازن النفسي. يشمل التكيف تطوير بعض الاستراتيجيات تساعد الفرد على التعامل مع الظروف الجديدة لتمكينه من التعايش بفعالية مع هذه الظروف وتقليل آثارها السلبية على نمط حياته المعتادة.

ينعكس سوء التكيف لدى المصابين بداء السكري النوع 1 على عدة جوانب النفسية منها والجسدية، وكذلك على تواصلهم وتفاعلهم الاجتماعي.

ان يتمتع المريض بقدرات تكيفية لا تستطيع الوصفة الطبية لوحدها النهوض بها ولا يمكن للطبيب أن يكون مرافقا دائما للمريض في جميع مراحل مرضه ولا على مجرد فهم المريض لمرضه وطرق علاجه، بل السعي لتقبل المرض والتعايش معه، يعتمد نجاح الإدارة الذاتية بفعالية على العمل كفريق مع مقدمي الرعاية الصحية والتعامل مع التحديات الانفعالية له لتحقيق التكيف مع القيود التي يفرضها عليه. تعتبر التربية العلاجية استراتيجية هامة في علاج الأمراض المزمنة، وخصوصا داء السكري من النوع الأول والثاني، حيث نشأت مع مرضى داء السكري وتطورت على يد الطبيب السويسري "جون فيليب أصل" (Jean-Philippe ASSAL) المختص في داء السكري بجنيف سنة 1975 وقد نشر مع المختص النفسي السيكوسوماتي "رالف فيلار" (GFELLER Rolf) سنة 1979 دراسة حول "معاش مريض داء السكري"، حيث اعتبرت هذه الدراسة جديدة ومبتكرة في ذلك الوقت لأنه ولأول مرة تم إدراج الحالة النفسية وخبرة المريض العلاجية في صلب الدراسات الطبية لتصبح بذلك تجارب المرضى مع المرض كمرجع للمعرفة لهم ولمقدمي الرعاية الصحية، ويرى البعض أن هذه الدراسة كانت مصدرا مهما لتيار التربية العلاجية الأوروبية. (M.LAPLACE, 2012, P16)

وهي جزء مكمل وحيوي في الإدارة العلاجية للعديد من الأمراض المزمنة، تعمل على تعليم المرضى كيفية إدارة علاجهم بتزويدهم بعض المهارات لتمكينهم من التحكم في مضاعفات المرض، تساهم في التعزيز الصحي والتخفيف من أعباء التكاليف العلاجية على الفرد والمؤسسة، بالتالي تحسين جودة الحياة من خلال تثقيف المرضى حول أفضل السبل للتعايش مع المرض والتكيف مع متطلباته وان يكون أكثر قدرة على إدارة الاجهاد والضغط اليومية الناتجة عن المرض، تهدف الى تحسين جودة حياة المرضى من خلال توفير الدعم النفسي والاجتماعي الذي يحتاجونه لمواجهة المرض والعلاج وجعلهم فاعلين في عملية التكفل للتكيف.

يرى جون فيليب اسال & لاکروا (LACROIX A & ASSAL J-P) 2011 "بان هدف التربية العلاجية هو تدريب المريض حتى يتمكن من اكتساب المعرفة الكافية وهذا لتحقيق التوازن بين حياته والسيطرة المثلى على مرضه. انها عملية مستمرة تشكل جزءا لا يتجزأ من الرعاية الصحية" (BAUMANN & AL, 2017, P15) تساعد في التخفيف من الألم بتعليمهم تقنيات التحكم فيه وتطوير اليات تحسين التحمل والتخفيف من الاضطرابات النفسية المصاحبة، تعزيز تعاملهم مع أعراض مرضهم والتعامل مع التحديات النفسية والاجتماعية التي يواجهونها، كما تعمل على تحسين الصحة النفسية والاجتماعية للمرضى مما يؤدي الى تطوير التواصل والتكيف مع الظروف المحيطة به.

تتجلى أهميتها في الدعم النفسي والاجتماعي وتحفيز المريض لامتلاك المهارات اللازمة للتغلب على المرض، وهذا بتطوير العلاقة التقليدية بين الطبيب والمريض الى علاقة شراكة وتقاسم المعرفة والتجارب

بينهم وهذا ما توصلت اليه نتائج دراسة ياسين تيام (2015) Yacine THIAM لمرض القلب والاعوية الدموية حيث ركزت على تجارب المريض مشاعره وتفاعله مع متخصصي الصحة لضمان تعلمه فيما يتعلق بعلاجه. تعمل على تقديم التعليم الذي يساعد المريض (أو مجموعة من المرضى وأسره) على إدارة علاجه ومنع المضاعفات التي يمكن الوقاية منها والحفاظ على نوعية حياته وتحسينها، من خلال تحديد المريض لأهدافه التي يتم مناقشتها مع الأخصائيين وكذلك تقييمها.

ولقد ظهرت فعاليتها في تعليم وتدريب المريض كيفية التعايش مع مرضه المزمن، من خلال بعض المهارات التكيفية التي تساعد على تنمية قدراته الحياتية في بيئته وتعديلها لتناسب مع متطلباته. كتنمية الثقة بالنفس، تعليمه كيفية إدارة انفعالاته وتطوير تفكيره النقدي مع التدريب على سبل اتخاذ القرارات الإيجابية وتطوير مهارات التواصل مع مقدمي الرعاية الصحية والمحيطين به.

(RABY REYNAUD, 2014, P22)

العلاج يلزم المريض ان يكون قادرا على القيام بتغيير شامل في نمط حياته، إدارة مرضه وتطبيق الرعاية الذاتية هذا بالإضافة الى التكفل النفسي والطبي المستمر. هذا ما توصلت اليه بعض الدراسات الخاصة ببرامج التربية العلاجية منها دراسة شقرونة فطيمة الزهرة (2020) الخاصة بالربو الشعبي عند الأطفال حيث توصلت نتائجها الى تحسن في مستوى فعالية الذات والعلاقة التواصلية بين (المريض/ الأسرة/ الفريق المعالج) بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية.

بالنسبة لدراسة اورلي كروزات (2017) Aurèlie CROISSET فقد أظهرت النتائج فعالية على المستوى النفسي، الاجتماعي والتعليمي (اكتساب المعرفة والمهارات) وعلى نوعية حياة المرضى الذين يعانون من السمنة المفرطة.

أما دراسة لايتيتيا ايدير (2012) Laëtitia IDIER الخاصة بمرضى القصور الكلوي المزمن فقد لاحظنا من خلال النتائج أنه لم يظهر تأثير مباشر للبرنامج على الالتزام العلاجي، نوعية الحياة والقلق هذا من جهة ومن جهة أخرى هناك تأثير للتربية العلاجية على أعراض الاكتئاب نتيجة للمعرفة العالية لكيفية حماية الأوعية الدموية.

يتطلب تطوير البرامج لتحسين قدرة المرضى على التكيف مع داء السكري فهماً أعمق لطبيعة المرض وللاستراتيجيات التي يعتمدها المريض في حياته اليومية، مع العمل على تعديل تلك الاستراتيجيات ووضع أخرى بهدف تحقيق التوازن النفسي المطلوب. لذا سنحاول في هذه الدراسة تناول فعالية التربية العلاجية لتحقيق التكيف مع داء السكري النوع الأول.

وفي ضوء ما تقدم يمكن لنا صياغة تساؤلات الدراسة الحالية في الآتي:

- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع 1؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع 1؟
- هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع 1؟
- هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع 1؟
- هل توجد فعالية لبرنامج التربية العلاجية في القياس البعدي لاستبيان استراتيجيات التكيف لدى مرضى داء السكري النوع الأول؟
- هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات التكيف لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية حسب الفئة العمرية؟
- هل توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات التكيف لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية حسب مدة المرض؟

ثانياً: دوافع اختيار الموضوع:

تمثلت دوافع اختيار موضوع الدراسة الحالية في:

- 1- صعوبة التكفل بمرضى داء السكري النوع 1 في الفترة العمرية ما بين (18-24 سنة) (حسب ما ورد من طرف الطبيب المختص ومقدمو الرعاية الصحية).
- 2-عدم تمكن المرضى من الالتزام بالعلاج والقواعد الصحية الضرورية مما تسبب في ظهور اضطرابات نفسية (القلق، اليأس، الإحباط، الاكتئاب والخوف من مضاعفات المرض والموت) وهذا ما أدى الى ضرورة وضع برنامج للتكفل النفسي الى جانب التكفل الطبي لتقبل المرض والتكيف معه، إدارة مرضهم، تجنب مضاعفاته وعلى تحسين جودة حياتهم.
- 3-حدثة موضوع الدراسة (التربية العلاجية) في مجال التكفل بالمرضى.
- 4-رغبة الطالبة الباحثة في تصميم برنامج خاص بالتربية العلاجية وتطبيقه على هذه الفئة لمساعدتهم على تغيير النظرة للمستقبل، بناء مشاريعهم (العمل، الزواج، الإنجاب،) وتحسين التواصل مع العائلة ومقدمو الرعاية الصحية.

ثالثا: أهداف الدراسة: تهدف هذه الدراسة إلى:

- 1- الوقوف على الصعوبات التي يواجهها مريض داء السكري النوع الأول للتكيف مع المرض.
- 2- الكشف على الفروق في درجات التكيف لدى أفراد عينة مرضى السكري النوع الأول حسب الفئة العمرية ومدة المرض.
- 3- تصميم برنامج خاص بالتربية العلاجية وتطبيقه على مرضى السكري النوع لرفع مستوى التكيف مع المرض.
- 4- التحقق من فعالية برنامج التربية العلاجية المقترح على العينة التجريبية بعد تطبيقه.

رابعا: أهمية الدراسة: تكمن أهمية الدراسة في:

- 1- ندرة الدراسات والبرامج العربية القائمة على التربية العلاجية (حسب اطلاع الطالبة الباحثة) لتحسين التكفل النفسي لمرضى داء السكري النوع 1.
- 2- ان مرض السكري النوع الأول المزمن من الامراض التي أصبحت مضاعفاتها في تزايد مستمر.
- 3- تساعد هذه الدراسة في فتح المجال لمزيد من البحوث والدراسات التي تركز على برامج التربية العلاجية لمختلف الأمراض المزمنة.
- 4- رفع مستوى الفهم والوعي المجتمعي وتبديد الاعتقادات الخاطئة التي تحيط بمرض السكري النوع الأول.
- 5- البرنامج العلاجي المقترح يمكن ان يساعد مقدمي الرعاية الصحية في التعامل مع مرضى السكري النوع الأول لتجنب المضاعفات وضمان استمرار العلاج.

خامسا: الضبط الاجرائي لمصطلحات الدراسة:

- ✓ **مرضى السكري النوع 1:** فئة من المصابين بالسكري النوع 1 يعانون من عجز البنكرياس عن انتاج هرمون الأنسولين بصفة نهائية بالجسم، تم اختيارهم لان لديهم صعوبات في تقبل المرض والتكيف معه والالتزام بالعلاج، يعانون من مشكلات نفسية وجسمية تحتاج التكفل.
- ✓ **التكيف:** هو قدرة مريض السكري النوع 1 على تقبل مرضه المزمن والتعايش معه، بالتالي الدرجة التي يتحصل عليها في مقياس استراتيجيات التكيف مع مرض.
- ✓ **الفعالية:** مصطلح الفعالية يقصد به مدى الأثر الذي قد يحدثه برنامج التربية العلاجية في مرضى داء السكري النوع 1 للتكيف مع مرضهم المزمن.

✓ البرنامج العلاجي: هو عبارة عن تصميم مخطط تم إنجازه من طرف الباحثة الطالبة، يتضمن مجموعة من الأنشطة تقدم لمرضى داء السكري النوع 1 لتنمية مهاراته للتكيف مع مرضهم المزمن.

✓ التربية العلاجية: هي عملية مكاملة للعلاج مستمرة وتقدم على مراحل، تشمل مجموعة من الأنشطة المنظمة الهدف منها العلاج والرعاية الصحية والنفسية لمرضى السكري النوع 1. تم تنفيذ ذلك بالتعاون بين مقدمي الرعاية الصحية والمرضى باستخدام وسائل وأساليب تساعدهم للتكيف مع مرضهم.

سادسا: حدود الدراسة:

✓ الحدود البشرية:

تحدد الدراسة بمجموعة من مرضى داء السكري النوع الأول، تتراوح أعمارهم بين (18-24 سنة).

✓ الحدود الزمانية:

أجرى تطبيق الجانب العملي للدراسة في الفصل الأخير للسنة الدراسية بداية من شهر ماي 2022 إلى غاية شهر جوان 2023.

✓ الحدود المكانية:

تمت جلسات الدراسة الأولى بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية عبد الرحمان سالم-دار السكري-بسكرة، ثم انتقلنا لمدرسة نجم للتكوين وتعليم اللغات-بسكرة لتكملة بقية جلسات البرنامج.

سابعاً: الدراسات السابقة:

في هذا الجزء سنعرض مجموعة من الدراسات السابقة التي تمكنت الطالبة الباحثة من الحصول عليها، والتي لها علاقة بموضوع الدراسة وذلك لتحديد موقع هذه الأخيرة بين الدراسات، ومدى الاستفادة منها. ولقد حاولنا تقسيمها إلى دراسات عربية ودراسات أجنبية وكذلك وفق متغيرات الدراسة أي الدراسات التي اهتمت بداء السكري، الدراسات التي اهتمت بالتكيف والدراسات التي تناولت موضوع التربية العلاجية.

الدراسات الأجنبية:**أولاً: دراسات تناولت داء السكري****1-دراسة ميليسا سبيزيا فولكنار (2007) Melissa Spezia FAULKNER:**

بعنوان: "تأثير الأسرة على الرعاية، نوعية الحياة والتمثيل الغذائي لدى الأطفال والمراهقين في سن التمدرس المصابين بداء السكري من النوع 1".

استكشفت هذه الدراسة تأثير سلوكيات الأسرة على الرعاية الشخصية، نوعية الحياة والتحكم في التمثيل الغذائي لدى الأطفال والمراهقين المصابين بداء السكري النوع 1. تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي لهذه الدراسة، تكونت العينة من 99 مشاركاً تم تشخيص اصابتهم بداء السكري النوع 1، ويقدر حجم عينة الدراسة 87 مصاباً الذي تم ادماجهم لمدة سنة واحدة تراوحت أعمارهم من (10-18 سنة). ❖ وكان من أبرز النتائج أن:

-سلوكيات الاسرة المتعاطفة والمتعاونة لها تأثيراً أكبر على المرضى بداء السكري النوع 1 للقيام بالرعاية الذاتية.

-كما ساهمت في التقليل من مخاوف ابناءها المتعلقة بمرضهم وتأثير أقل لداء السكري عليهم.

-زيادة الرضا عن الحياة كذلك تساهم العلاقات الإيجابية الأسرية على الالتزام بالنظم العلاجية.

2-دراسة بلكاند وآخرون (2012) J-PELICAND & AL:

بعنوان: "المراهقة ومرض السكري النوع الأول: الرعاية الذاتية وتوازن نسبة السكر في الدم".

الهدف من هذه الدراسة هو التحقق من فرضية وجود صلة بين مستوى الرعاية الذاتية كما يدركه المراهقون وتوازن نسبة السكر في الدم لديهم، الذي تم تقييمه عن طريق قياس الهيموجلوبين الغليكوزيلاتي (l'hémoglobine glycolyse)

أجريت المقابلات مع 32 مراهقاً تتراوح أعمارهم بين (13 و15 سنة).

❖ تم التوصل الى النتائج التالية :

-ارتبطت درجات الرعاية الذاتية الأعلى بشكل ملحوظ بمستوى الهيموجلوبين الغليكوزيلاتي

≤ 7,5 %

-بشكل عام أدرك المراهقون الذين يتمتعون بتحكم جيد في نسبة السكر في الدم قدرا أكبر من الاستقلالية ومشاكل في سلوكيات الرعاية الذاتية على مستوى ابعادها الثلاثة: الحياة النفسية الاجتماعية، الصحة البدنية والمرض .

-المراهقون الذين يعانون من اختلال في نسبة السكر في الدم يميلون الى الحد في تعريفهم للرعاية الذاتية على البعد الطبي واستبعاد تلك المتعلقة بالحياة النفسية والاجتماعية .

-تؤكد الدراسة وجود صلة بين الهيموجلوبين الغليكوزيلاتي والرعاية الذاتية المدركة لدى المراهقين المصابين بداء السكري النوع 1، بالإضافة الى تلبية الاحتياجات النفسية والاجتماعية لهؤلاء المراهقين من أجل تحسين التكفل بهم على المدى الطويل.

ثانيا: دراسات تناولت التكيف

1-دراسة سيلفي بيشو بيليت (2008) Sylvie PUCHEU-PAILLET:

بعنوان: "التكيف وإعادة التنظيم النفسي في حالة المرض السيكوسوماتي المزمن: دور الشخصية، تمثيلات المرض والأليكسيثيميا L'Alex thymie"

انطلاقا من دراسة مقارنة بين أربعة امراض سيكوسوماتية مختلفة، حاولنا البحث عن تقييم دور الشخصية، تمثيلات المرض والأليكسيثيميا و"واقع" المرض والعلاج، في التكيف وإعادة تنظيم الحالة النفسية للمرضى في مواجهة مرض مميت وحتمية العلاج، كذلك الهدف المعرفي في العلوم النفسية مؤكدا على أهمية اتباع مقاربة منهجية مزدوجة. أحدهما تجريبي كمي مع استبيانات ذاتية، وأخرى نوعية اعتمدت على دراسة الحالة التي تم تحليلها باستخدام نموذج التحليل النفسي .

سلطت الدراسة الكمية الضوء على أنه مع الحدة "المتساوية" و/أو نوع العلاج، تكون صعوبات التكيف أكثر، نظراً لوجود سمات الغدة الصعترية، يمثل المرض عبئا مهما في حياة المرضى، على العكس من ذلك، كلما ارتفعت أبعاد الانبساط والانفتاح على الخبرة والوعي، كلما كان التكيف مع المرض وتمثيله أفضل .

أظهر تحليل التحليل النفسي النوعي لسته عشر 16 حالة سريرية أن إعادة التنظيم النفسي للشخص الذي يواجه مرضا جسديا سواء كان مزمناً أم لا، هي عملية ذاتية ديناميكية تتطلب تعديلاً مستمراً للنا لإعادة إنشاء التوازن النفسي الداخلي والحفاظ عليه خطيرا بمرور الوقت.

2-دراسة بنجامين قاليس (2010) Benjamin GALLAIS :

بعنوان: "تأثير العوامل الجينية، الوظيفية، النفسية المرضية والعصبية على التكيف مع ضمور شتاينيرت Steinert العضلي"

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل دور العوامل الجينية، الاكلينيكية، المعرفية، الانفعالية والاجتماعية وتأثيرها على نوعية الحياة، تمثلت العينة في 41 حالة مصابة بضمور شتاينيرت العضلي (DM1) ، 19 حالة مصابة باعتلال عضلي على مستوى الكتف و20 حالة لا تعاني من أي مرض .

❖ أوضحت النتائج :

-ان مرضى ضمور شتاينيرت العضلي لديهم على العموم مستوى ثقافي دون طبيعي، اللامبالاة المتكررة والشديدة مقارنة بالمجموعة الضابطة

-الاكتئاب هو أحد الأعراض المتكررة لدى مرضى ضمور شتاينيرت العضلي.

-نلاحظ أن التفاعلات بين المشاعر، الإدراك والتكيف مع الضغط الناجم عن المرض المتطور .

تسلط نتائج الدراسة الضوء على أهمية العمل على استراتيجيات التكيف في العلاج، الاهتمام بالفترات الحرجة لتطور المرض خلال التكفل بمرضى (DM1) . ومن المهم أيضا، ولمساعدتهم خلال هذه الفترات، على العائلة والاختصاصي العيادي ان يركزوا على حضورهم، الاستماع الجيد والاهتمام بهم .

3-دراسة ايزابيل تخومبلاي (2020) Isabelle TREMBLAY:

بعنوان: "عملية التكيف مع الأمراض المزمنة: منظور يركز على نموذج مهنة الشخص".

الهدف من هذه الدراسة هو فهم عملية التكيف مع الأمراض المزمنة وتصور جميع الجوانب المشاركة في عملية التكيف مع الأمراض المزمنة وفقا لإدراك يركز على الهوية المهنية والتكيف. تم وضع منهجية من ثلاثة خطوات كجزء من هذه التجربة: مراجعة لبعض الأدبيات، تمثيل مكونات عملية التكيف مع الأمراض المزمنة واستشارة الخبراء للتحقق من صحة وتحسين تخطيط مكونات عملية التكيف مع المرض المزمّن. تحليل البيانات كان على شكل جداول ورسوم بيانية .

❖ تم التوصل الى النتائج التالية :

-ظهرت ستة مكونات لعملية التكيف مع الأمراض المزمنة مع مراجعة الأدبيات، وهي: الإدارة الذاتية

للأمراض المزمنة، الجانب الانفعالي، المعرفي والذاتي، العوامل الشخصية والبيئية الاجتماعية .

-المفاهيم التي اقترحها الخبراء اثناء الاستشارة وتم الاحتفاظ بها لتطوير التخطيط المعدل هي: التزام

الفرد، التعلم، الحداد، تقبل المرض، مستوى استعداد الفرد، دعم الأقران، المشاركة الاجتماعية وشراكة المريض .

-يتبين من خلال هذه التجربة ان عملية التكيف مع الأمراض المزمنة في حركة مستمرة وتسمح للفرد

أن يسترجع ديناميكيته حيث يتم إعادة تنشيط هويته المهنية وكفاءته وتكيفه .

ثالثاً: دراسات تناولت التربية العلاجية**1-دراسة لايتيتيا ايدر (2012) Laëtitia IDIER :**

بعنوان: "التربية العلاجية لدى مرضى غسيل الكلى: تأثير تنفيذ برنامج التربية العلاجية على مرضى غسيل الكلى على الالتزام العلاجي، نوعية الحياة، القلق والاكتئاب من خلال أسلوب المعاملات".

هدفت من هذه الدراسة هو تقييم تأثير برنامج التربية العلاجية المطبق على مرضى غسيل الكلى الذاتي، يتكون البرنامج من خمسة تدخلات جماعية (تمثيلات وتجربة غسيل الكلى، النظام الغذائي، حماية الأوعية الدموية، تناول الأدوية والرضا). طبقت هذه الدراسة على عينة قوامها (125) مريضاً، (64) المجموعة التجريبية و 61 المجموعة الضابطة).

تم قياس الابعاد التالية (الالتزام العلاجي، جودة الحياة، القلق والاكتئاب) والابعاد الوسيطة (المعرفة، الشعور بالكفاءة الذاتية، استراتيجيات المواجهة، الخ) وهذا قبل وبعد تطبيق البرنامج وبعد ثلاثة أشهر من انتهائه .

❖ النتائج المتحصل عليها كانت كالآتي:

-لم يظهر تأثير مباشر للبرنامج على الالتزام العلاجي، نوعية الحياة والقلق .

-لوحظت زيادة في أعراض الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية دون احداث حالة اكتئابيه .

-المعرفة العالية لكيفية حماية الاوعية الدموية، أوضحت تأثير التربية العلاجية على أعراض الاكتئاب .

-انخفاض للكفاءة الذاتية الخاصة باتباع التوصيات الغذائية لدى المرضى في المجموعة التجريبية في نهاية البرنامج.

مجموع النتائج المتحصل عليها قد تؤدي الى تطورات أخرى لدى المرضى وتظهر في انخفاض الالتزام بالأدوية وزيادة القلق .

2-دراسة ياسين تيام (2015) Yacine THIAM :

بعنوان: "فهم تجربة ومشاعر المرضى المزمين بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية لمدة قصيرة

المدى: مرضى القلب والأوعية الدموية بمستشفى جامعة كليرمون فيراند."

(CHU CLERMONT-Ferrand)

يركز هذا البحث على تجارب مرضى القلب والأوعية الدموية، تم تطبيق برنامج التربية العلاجية عليهم وهذا بعد تعرضهم لنوبة صحية حادة (احتشاء عضلة القلب أو السكتة الدماغية). الهدف من هذا البحث هو التحقق مما إذا كانت هذه الإخفاقات هي نتيجة لعدم امتثال المرضى للوصفات الطبية والصحية المتعلقة بالحد من عوامل المضرة بصحته (التدخين، نمط الحياة الغير المستقر، سوء التغذية) أو ما إذا كانت نتيجة لطريقة تنظيم وتنفيذ المعلومات والتربية غير مناسبة للمهم. تكونت العينة من 22 حالة تحت الملاحظة من طرف المتخصصين بالمستشفى ومراكز متابعة الرعاية وإعادة التكيف، 09 مقابلات مع المتخصصين و 31 مقابلة شبه ارشادية مع المرضى .

❖ نتائج الدراسة كانت كما يلي :

-الانتكاسات المتكررة والعودة الى المستشفى هي نتيجة للرعاية غير المناسبة لاحتياجات المرضى، التناقضات في الوقت، خبرات العاملين الصحة والمرضى اثناء الاستشفاء الولي، عدم الملائمة الهيكلية للإقامة القصيرة بالمستشفى، عدم مواصلة التكفل وانقطاع الرعاية اعتمادا على المستويات المختلفة (الإقامة القصيرة، مركز المتابعة الصحية والتكيف والأطباء المعالجين)، لكن قبل هذا فان الخط بين تثقيف المريض ومعلوماته السابقة يجعل تقديم الوصفات الطبية والرعاية الصحية المتعلقة بتغيير السلوكات الخاطئة صعبة على المرضى مراعاتها .

-العناصر التي تأثر على تعلم المرضى فيما يتعلق بعلاجهم لا تقتصر على التعلم فقط بل بتجاربهم، مشاعرهم وتفاعلهم مع متخصصي الصحة. التكفل الذي يعتمد على تعليم واعلام المرضى الأسباب المؤدية الى الانتكاسات، يخفي الصفة العلائقية للعلاج والقدرات المعرفية والانفعالية للمرضى.

3-دراسة اورلي كروزات (2017) Aurèlie CROISSET :

بغوان: "التربية العلاجية لمريض السمنة المفرطة قبل العملية الجراحية: تحديد العوامل النفسية، الاجتماعية ونوعية حياة المريض الذي أجريت له العملية الجراحية".

تركز هذه الدراسة على عدة أهداف منها تحديد المحددات النفسية والاجتماعية للمشاركة في برنامج التربية العلاجية، (القلق، الاكتئاب، سلوك التغذية، صورة الجسم والعلاقات الشخصية) ومتغيرات جودة الحياة وفهم كيفية تحديد نوعية حياة المريض الذي شارك في البرنامج قبل الجراحة. شارك في هذه الدراسة 33 مريضا، تمت الجلسات على مدى 04 أسابيع بمعدل 04 ساعات في كل جلسة.

❖ تم استخدام الأدوات التالية:

-استبيان لتقييم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة البدنية والعقلية (Le Mos SF-36, Ware & Sherbourne 1992)

-بناء شبكة المقابلات من خلال 8 مهارات الرعاية الذاتية والتكيف النفسي والاجتماعي التي طورها كل من (Gagnayre & Ivernois) عام 2001

❖ تم التوصل الى النتائج التالية :

-هناك بروفيل للمرضى الملتزمين ببرنامج التربية العلاجية مع بعض الاختلافات من حيث الوزن الزائد، المعاناة النفسية والانماط السلوكية والتأكيد على دور الجانب الانفعالي للالتزام بالتربية العلاجية بالإضافة الى تصورات المريض .

-أظهرت الدراسة فعالية التربية العلاجية على المستوى النفسي، الاجتماعي والتعليمي (اكتساب المعرفة والمهارات) وعلى نوعية حياة المرضى الذين يعانون من السمنة المفرطة. مع ذلك لا توجد دراسة تستكشف تطور المتغيرات النفسية والاجتماعية بعد الاشتراك في برنامج التربية العلاجية لتحضير المرضى لإجراء العملية الجراحية .

في الواقع اكتسب مرضى التربية العلاجية مهارات انفعالية واجتماعية تسمح لهم بالتعبير اللفظي عن التغييرات المرتبطة بالجراحة والتي يمكن أن تؤثر على جودة الصحة النفسية الاجتماعية والغذائية .

الدراسات العربية:

أولاً: دراسات تناولت داء السكري

-دراسة هناء عبد الوهاب فريد زيدان(2016) :

بعنوان: "تأكيد مفهوم الذات لدى عينة من مرضى السكر المراهقين من خلال الأنشطة الفنية".

يتناول هذا البحث تقديم مجموعة من الأنشطة الفنية لتأكيد الذات لدى المراهقين من مرضى السكر مع تنظيم تعاطي الأنسولين، استخدمت الباحثة في الدراسة المنهج الشبه التجريبي الذي يعتمد على اختيار عينة تجريبية. تكونت العينة من مجموعة من المراهقين مرضى السكر المعتمد على الأنسولين، تتراوح أعمارهم بين 12-18 سنة وقد تحددت العينة في 30 مراهق من الذكور والاناث الذين يترددون على الجمعية القطرية للسكري .

❖ أدوات البحث تمثلت في :

-جدول تقدير عدد مرات وكمية الأنسولين من اعداد أحمد محمد الحسيني هلال

-مقياس توكيد الذات المراهقين مرضى السكر من اعداد الباحثة

-مجموعة أنشطة فنية

❖ قامت الباحثة بتحليل النتائج باستخدام الأساليب الإحصائية التالية :

-اختبار t-test للمقارنات القبلية والبعديّة في المجموعة التجريبية .

-مربع ايتا لحساب حجم التأثير .

❖ بعد تحليل النتائج وتطبيق المعالجات الإحصائية المناسبة توصلت الباحثة الى :

-توصلت الدراسة الى ان أنشطة الفن التشكيلي والتي تساعد الفرد على التنفيس عما بداخله وبث الثقة في النفس لديه، يمكن اتخاذها وسيلة عامة وللمراهق مريض السكر خاصة من خلال ممارسة الأنشطة الفنية الموجهة لتوكيد مفهوم الذات للمراهق مع التنظيم المصاحب لتعاطي الانسولين.

ثانياً: دراسات تناولت التكيف

1-دراسة بسمة كريم شامخ (2012):

بعنوان: "أثر أساليب التكيف المعرفية والسلوكية في خفض الاعراض العصابية لدى مرضى القلب".

هدف الدراسة هو معرفة أثر أساليب التكيف المعرفية والسلوكية (إعادة تفسير الإحساس بالألم- التكيف مع حالة الذات-الدعاء والتمني) في خفض الاعراض العصابية لدى مرضى القلب. وتمثلت

مشكلة الدراسة في هل هناك أثر لأساليب التكيف المعرفية والسلوكية في خفض الأعراض العصابية لدى مرضى القلب؟ بلغ حجم العينة (32) مريضا من الذين حصلوا على أعلى الدرجات على المقياس المستخدم، وزع أفراد العينة بشكل عشوائي الى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة بواقع (08 أفراد) في كل مجموعة. كان عدد الجلسات (08 جلسات علاجية) لكل أسلوب من الأساليب الثلاثة، بمعدل جلستين (02) في الأسبوع ومدة الجلسة (45 د) .

❖ اعتمدت الباحثة على الأدوات المطلوبة للدراسة :

-مقياس الأعراض العصابية من اعداد الباحثة والبرنامج العلاجي .

❖ المنهج المتبع في هذه الدراسة يتمثل في المنهج التجريبي .

❖ أظهرت النتائج التي توصلت إليها الباحثة :

-أن أساليب التكيف المعرفية والسلوكية لها أثر في خفض الأعراض العصابية لدى مرضى القلب .

-وأن الاساليب الثلاثة لا فرق بينها ذو دلالة إحصائية في شدة التأثير لخفض الأعراض العصابية .

-المجموعات التجريبية الثلاثة كانت قد استفادت من الأساليب الثلاثة في خفض الأعراض العصابية

و ذو دلالة إحصائية عن المجموعة الضابطة.

2-دراسة سوسن غزال & طلال مجد الدين ديك(2018):

بعنوان: "استراتيجيات التكيف لدى مرضى السرطان خلال فترة العلاج الكيماوي".

أجريت هذه الدراسة الوصفية لتحديد استراتيجيات التكيف التي يستخدمها مرضى السرطان خلال فترة العلاج الكيماوي وعلاقة الاستراتيجيات المستخدمة من قبلهم بالعمر والجنس. وطبقت على عينة قوامها (150 مريضا) مصابا بالسرطان خاضعا لعلاج الكيماوي من كلا الجنسين، تراوحت أعمارهم بين (18-70 سنة) تم اختيار العينة خلال تواجدهم في مشفى تشرين الجامعي في محافظة اللاذقية في سوريا وذلك أيام جمع البيانات.

❖ أدوات الدراسة تمثلت في :

-استمارة البيانات الديموغرافية (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية).

-استبيان التكيف المختصر .

❖ أظهرت نتائج الدراسة أن :

-مرضى السرطان يميلون لاستخدام استراتيجيات تكيف متنوعة من استراتيجيات التكيف الموجهة

للمشكلة واستراتيجيات التكيف الموجهة للمشاعر، تعكس تكيفا إيجابيا وسلبيا .

كما أظهرت النتائج أن استراتيجيات التكيف تتغير بتغير العمر والجنس، حيث تميل الاناث الى

استخدام الاستراتيجيات الموجهة للمشاعر ويميل المسنون لاستخدام الاستراتيجيات التي لها علاقة بالدعم

الاجتماعي العاطفي والتقبل.

الدراسات الجزائرية:

أولاً: دراسات تناولت داء السكري:

1-دراسة بكيري نجية (2012):

بعنوان: "أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكريين المراهقين".

لقد هدفت هذه الدراسة إلى إظهار مدى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض اكتئاب الأطفال المراهقين مرضى السكري وتحسين تقدير الذات والمهارات الاجتماعية وخفض الأفكار اللاعقلانية واليأس لديهم. ولقد تألفت عينة الدراسة من 16 طفل في المرحلة العمرية من (12-16 سنة) وهم من المترددين على العيادة الخارجية الخاصة بمرضى السكري (عيادة الضياء) وهم ممن يعانون الاكتئاب وفقاً لتشخيص الطبي والنفسى.

❖ استخدمت الباحثة الأدوات التالية:

-القائمة العربية لاكتئاب الأطفال ماريا كوفكس (1982) غريب عبد الفتاح (1991).

-اختبار اليأس للأطفال اعداد سعيد سلامة هندية (2003).

-مقياس تقدير الذات للأطفال اعداد فاروق عبد الفتاح موسى-محمد أحمد دسوقي (1991).

-مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال اعداد محمد السيد عبد الرحمان (1998).

-استمارة تاريخ الحالة اعداد الباحثة، استمارة المقابلة الاكلينيكية اعداد الباحثة.

-جدول تقدير عدد مرات وكمية الأنسولين اعداد الباحثة.

-برنامج علاجي أعدته الباحثة للخفض من حدة الأعراض الاكتئابية لدى المتعالجين المستهدفين من هذا البحث.

-استمارة وجداول خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي.

-استمارة التقويم الذاتي اعداد الباحثة بتصريف من استمارة التقدير الذاتي لرضوان.

استخدمت عدة أساليب إحصائية لتحليل النتائج منها تحليل التباين، اختبار معامل كا² للكشف عن

الفروق، اختبار ويلكوكسون Z، معامل الارتباط لبيرسون، النسبة المئوية.

❖ ولقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

-يوجد تأثير دال احصائيا لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة الاكتئاب لدى الأطفال المراهقين مرضى السكري.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة بقائمة الأعراض كما وضعها

رضوان قبل تطبيق العلاج (القياس القبلي) وبعده (القياس البعدي) لصالح ما بعد التطبيق (القياس البعدي).

- يوجد تأثير دال احصائياً لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض عدد مرات تعاطي الأنسولين في اليوم وتقليل كمية الأنسولين لدى أفراد عينة الدراسة.

- هناك اختلاف في نسبة التحسن لدى أفراد العينة (باستمارة التقويم الذاتي) بعد تطبيق العلاج وبعد المتابعة لصالح ما بعد المتابعة.

- توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (مجموعة العلاج المعرفي) في درجات المقاييس، (تقدير الذات، المهارات الاجتماعية واليأس)، في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج).

- توجد فروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي)، في درجات الاكتئاب في القياس البعدي ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي (بعد شهرين من نهاية تطبيق البرنامج).

- توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي) في درجات المقاييس، (تقدير الذات، المهارات الاجتماعية، اليأس)، في القياس ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي.

2-دراسة بوريشة جميلة (2014):

بغنوان: "أثر استراتيجيتي المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي في رفع تقدير الذات لدى مرضى السكري (النوع الأول)".

هدفت الدراسة إلى معرفة فعالية استراتيجيتي المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي في رفع تقدير الذات لدى مرضى السكري النوع الأول. اعتمدت الباحثة في بحثها على المنهج التجريبي لملاءمته للبحث. تكونت عينة الدراسة من مجموعتين هما (06 حالات تجريبية و06 حالات من العينة الضابطة) من مرضى السكري المتواجدين على مستوى مركز علاج السكري والمستشفيات.

❖ استخدمت الباحثة الأدوات التالية:

-تقنية دراسة الحالة وفقاً للمنهج الاكلينيكي، استبيان تقدير الذات لروزنبرغ واستبيان تقدير الذات من اعداد الباحثة لقياس تقدير الذات لدى مرضى السكري النوع الأول.

❖ لتحليل البيانات استخدمت مجموعة من الأساليب الإحصائية:

-المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، النسب المئوية، اختبار "ت"، اختبار تحليل التباين، معامل ارتباط بيرسون ومعامل التصحيح لسبيرمان براون.

وكانت نتائج الدراسة كالتالي:

-هناك تدني تقدير الذات لدى أفراد عينة البحث.

-توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى دلالة 0,01 في "تقدير الذات" بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على الاختبار البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

-توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى دلالة 0,01 في "تقدير الذات" بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي، لصالح القياس البعدي.

-توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى دلالة 0,01 في "تقدير الذات" بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي، لصالح القياس التتبعي.
-توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى دلالة 0,01 في "تقدير الذات" بين المجموعتين التجريبية والضابطة على اختبار المتابعة.

3-دراسة ريمة عيادي & سناء عبيدي (2021):

بعنوان: "مؤشرات جودة الحياة عند المراهق المصاب بمرض السكري (النوع الأول)".

هدفت هذه الدراسة الى الكشف عن بعض مؤشرات جودة الحياة عند المراهق المصاب بالسكري، تكونت عينة الدراسة من عشر(10) حالات مراهقين مصابين بمرض السكري النوع الأول منهم خمس(05) حالات ذكور وخمس(05) حالات اناث، اعتمد المنهج الوصفي التحليلي مع أسلوب تحليل المضمون في هذه الدراسة.

- ❖ تم تحليل المقابلات وعولجت إحصائيا باستخدام النسب المئوية والتكرارات.
- ❖ وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

-وجود مؤشرات إيجابية عند المراهق المصاب بالسكري ضمن الأبعاد الأربعة لجودة الحياة: كالتفاؤل والرضا وتقبل المرض، الإحساس بالنشاط والقدرة على أداء الواجبات والحصول على الخدمات الصحية المناسبة.

-وجود مؤشرات سلبية عند المراهق المصاب بالسكري ضمن الأبعاد الأربعة لجودة الحياة: كالإحساس بالقلق والاكتئاب، ضعف تقدير الذات، الإحساس بالتعب وضعف العلاقات مع الأقران.

ثانيا: دراسات تناولت التكيف:

-دراسة مزاور نسيمة (2016):

بعنوان: "أساليب التكيف لدى مرضى السرطان".

تتحدث مشكلة هذه الدراسة فيما إذا كان هناك اختلاف في استعمال أساليب التكيف بين الأشخاص المصابين بالسرطان باختلاف بعدي التحكم لديهم (الداخلي والخارجي)؟ ولقد هدفت الدراسة الى التعرف على أساليب التكيف مع ضغط الإصابة بمرض السرطان وعلاقة هذه الأساليب بمركز التحكم، اعتمدت الباحثة في ذلك على المنهج الوصفي المقارن.

بلغ حجم عينة الدراسة (60) فردا مصابا بداء السرطان وقد تم اختيار العينة من مركز مكافحة السرطان 'بيار وماري كوري' المتواجد بمصطفى باشا الجامعي بالجزائر العاصمة، كما اختيرت من أعمار زمنية بلغت (20-65 سنة).

- ❖ وقد استخدمت الدراسة الأدوات التالية:

-مقياس أساليب التكيف وضعه كل من (Lazarus & Folkman).

-مقياس مركز التحكم من تصميم (Rotter Julian).

❖ الوسائل الإحصائية المستخدمة متمثلة في:

-برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية Sps

❖ توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

-هناك اختلاف بين المصابين بالسرطان من ذي التحكم الداخلي والمصابين من ذوي التحكم الخارجي في استعمال أساليب التكيف المركز حول المشكل ببعديها (التخطيط لحل المشكل وأسلوب الهيئة القصدية/روح المواجهة).

-هناك اختلاف بين المصابين بداء السرطان من ذوي التحكم الداخلي والمصابين من ذوي التحكم الخارجي في استعمال أساليب التكيف المركزة حول الانفعال، إذ وجد الاختلاف في الأساليب التالية: (التجنب/الهروب، تأنيب الذات، إعادة التقييم الإيجابي) في حين لم يوجد الاختلاف في أساليب (أخذ المسافة، التحكم في الذات، البحث عن السند الاجتماعي).

ثالثاً: دراسات تناولت التربية العلاجية:

-دراسة شقرونة فطيمة الزهرة (2020):

بعنوان: "تأثير برنامج تربية علاجية على فعالية الذات لدى أطفال مرضى الربو (08-14) سنة".

هدفت الدراسة الحالية الى حساب حجم أثر برنامج تربية علاجية على فعالية الذات لدى هؤلاء الأطفال. عينة الدراسة تكونت من (04) مجموعات في كل مجموعة طفلين مريضين بالربو، تراوحت أعمارهم ما بين (08-14 سنة) تم اختيارهم.

❖ استخدمت الباحثة الأدوات التالية:

-نموذج لدراسة الحالة (مصممة من طرف الباحثة).

-استبيان مصادر فعالية الذات (اعداد الباحثة).

-سلم فعالية الذات للأطفال المرضى بالربو (ترجمة الباحثة).

❖ نتائج الدراسة كانت كالاتي:

-وجود مستوى منخفض لفعالية الذات لدى الأطفال المرضى بالربو (08-14سنة) مقارنة بالأطفال الأصحاء، بالإضافة الى اختلاف في توزيع مصادر الفعالية، حيث أن مرضى الربو يعتمدون على الاقناع اللفظي أما الأصحاء فاعتمادهم على الخبرات الأدائية أكثر.

- لا توجد فروق في مستوى فعالية الذات عند الأطفال المصابين بمرض الربو قبل تطبيق البرنامج تعزى لعوامل: الجنس، السن، المستوى التعليمي للطفل وللوالدين، نوع السكن، الا عند عامل مدة المرض ومستوى الدخل المادي للأسرة فان هناك فروق ذات دلالة.
- توجد فروق بحجم أثر مرتفع بين درجة فعالية الذات قبل وبعد تطبيق برنامج التربية العلاجية لدى أطفال مرضى الربو لصالح بعد تطبيق البرنامج سواء بالنسبة لسلم فعالية الذات الخاص بالأطفال المرضى بالربو أو بالنسبة لاستبيان مصادر فعالية الذات، ليصبح هنا توزيع مصادر الفعالية عند الأطفال المرضى بالربو يوازي مصادر الفعالية عند الأصحاء منهم.
- توجد فروق في مستوى فعالية الذات عند الأطفال المصابين بمرض الربو بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية تعزى لعوامل: الجنس، السن، المستوى التعليمي للطفل وللوالدين، مدة المرض، مستوى الدخل المادي للأسرة، نوع السكن وهذا يعني أن البرنامج قد أثر في المشاركين على جميع الأصعدة.
- تحسن العلاقة التواصلية بين المرض والمريض (طفل-أسرة) والفريق المعالج بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية.

التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال عرضنا للدراسات السابقة العربية منها والأجنبية والتي تناولت متغيرات الدراسة الحالية وجدت الطالبة الباحثة أن معظم أهداف الدراسات هو التطرق للجانب النفسي لمرضى داء السكري النوع الأول، كدراسة هناء عبد الوهاب (2016)، دراسة ريمة عيادي & سناء عبيدي (2012)، دراسة بوريشة جميلة (2014)، دراسة بكيري نجية (2012)، حيث ان هدفهم تمثل في تحسين تقدير الذات و المهارات الاجتماعية، جودة الحياة، الاكتئاب، الأفكار اللاعقلانية للمريض، الشعور باليأس، الرعاية النفسية والصحية، مفهوم الذات، التوافق، أساليب المواجهة، الصحة النفسية، الكفاءة الذاتية ... ومنها من اهتم بالأنشطة الفنية للتقليل من مضاعفات المرض كدراسة هناء عبد الوهاب فريد زيدان(2016)، دور الأسرة في الرعاية الذاتية والتقليل من مخاوف المرض، دراسة J-Pelicanand & Al (2012).

بالنسبة للمتغير الثاني فقد اقتصر على بعض الأمراض المزمنة واهم استراتيجيات التكيف المستخدمة مع المرض منها مرض السرطان، القلب، مرض الكلى المزمن، مرض الأليكسيثيميا، ضمور شتاينيرت العضلي، مرضى التهاب الأمعاء وكان أهمها دراسة امينة عبد الجواد التميمي (2003)، دراسة بسمة كريم الشيخ (2012)، دراسة مزاو نسيمة (2016)، دراسة سوسن غزال & طلال مجد الدين ديك (2018)، دراسة Sylvie PUCHEU-PAILLET (2008)، دراسة Benjamin (2010)

GALLAIS، اما دراسة (2020) Isabelle TREMBLAY فقد ركزت على عملية التكيف مع الامراض المزمنة وفقا لمهنة المريض.

بالنسبة لبرامج التربية العلاجية التي تهتم بالأمراض المزمنة فقد تحصلنا على دراسة واحدة عربية وهي لشقرونة فطيمة الزهرة (2020) والتي تهدف الى حساب حجم أثر البرنامج على فعالية الذات لمرضى الربو الشعبي ودراسة كل من (2012) Laëtitia IDIER، (2015) Yacine THIAM، (2017) Aurèlie CROISSET فقد ركزوا جميعهم على الجانب النفسي لمرضى الربو الشعبي، مرض القلب والشرابين، السمنة المفرطة ومرض الكلى المزمن.

اما فيما يخص مناهج الدراسات السابقة فأغلبها استخدمت المنهج التجريبي باستثناء البعض منها استخدم مناهج أخرى (كالمنهج الوصفي التحليلي، المقارن، الارتباطي ودراسة حالة)، منها دراسة ريمة عيادي & سناء عبيدي (2021)، دراسة مزاو نسيمة (2016)، دراسة سوسن غزال & طلال مجد الدين ديك (2018)، دراسة (2007) Melissa Spezia FAULKNER، دراسة (2012) J- PELICAND & AL، دراسة (2010) Benjamin GALLAIS، دراسة (2020) Isabelle TREMBLAY.

ومن خلال عرضنا للدراسات السابقة وجدنا أن أهم خصائص العينات تتمثل في: أنهم من ذوي الأمراض المزمنة، الذين يعانون من داء السكري النوع الأول اعمارهم تتراوح ما بين (12-18 سنة)، أما بالنسبة للأمراض الأخرى فكان ما بين (13-83 سنة).

وبما ان معظم الدراسات استخدمت المنهج التجريبي فعدد عيناتها تراوحت ما بين (08-125 مريضا)، فدراسة شقرون فطيمة الزهرة (2020) تكونت من (08 مرضى الربو الشعبي) ودراسة Laëtitia IDIER (2012) (125 مريض بداء الكلى المزمن)، أما باقي الدراسات فكانت أصغر عينة تراوح عددها (10 مرضى مصابين بداء السكري النوع الأول) في دراسة ريمة عيادي & سناء عبيدي (2021)، واكبرها في دراسة سوسن غزال & طلال مجد الدين ديك (2018) قوام عينتها (150 مصابا بالسرطان). تم استخدام عدة أدوات في الدراسات التي تم عرضها وذلك يرجع لطبيعة وموضوع كل دراسة أو الهدف منها، فهناك مقاييس خاصة بالتكيف مع المرض دراسة سوسن غزال & طلال مجد الدين ديك (2018)، مقياس لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkman) في دراسة مزاو نسيمة (2016)، وكذلك في دراسة (2020) Isabelle TREMBLAY.

ساهمت كل هذه الدراسات وغيرها في بناء مقياس أساليب التكيف الذي تم بناءه من طرف الطالبة الباحثة حيث ساعدتنا في الاطلاع على أهم الجوانب التي تساهم في علاج المرض بأساليب نفسية هذا من جهة وكذلك هناك المقابلات الاكلينيكية، دراسة الحالة، تاريخ الحالة، العوامل المؤدية للانتكاسات المتكررة، جدول قياس مستوى السكر بالدم قبل وبعد الافطار.....

من حيث المعالجة الإحصائية فقد اشتركت جميع الدراسات تقريبا في استخدام النسب المئوية، التكرارات، المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، معامل الارتباط بيرسون ومعامل التصحيح لسبيرمان براون، اختبار ويلكوكسون (Z)، اختبار (ت) واختبار (كا²)، تحليل التباين الأحادي، مربع ايتا لحساب حجم الأثر واختبار مان-ويتني وقد اطلعنا على هذه الأساليب المستخدمة في هذا النوع من الدراسات (الدراسات التجريبية) وساعدتنا في تحليل بيانات دراستنا الحالية.

اما من حيث النتائج فلقد أوضحت نتائج الدراسات السابقة أنها اتفقت على وجوب الاهتمام بالجانب النفسي بالتوازي مع الجانب العضوي لتحسن وعلاج الأمراض المزمنة، كذلك الاهتمام بالنظام الغذائي الصحي، الأنشطة البدنية الرياضية والفنية بالإضافة للدعم والعلاقات الإيجابية الاسرية.

أما فيما يتعلق بموقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة ومدى الاستفادة منها، فيمكن القول ان الدراسة الحالية تفردت عن الدراسات السابقة ببرنامج خاص بالتربية العلاجية للتكيف مع داء السكري النوع الاول، حيث ان قلة الدراسات العربية الواضحة مقارنة بالدراسات الأجنبية لهذا المتغير (التربية العلاجية) كان دافعا للطالبة الباحثة أن تقدم هذه الدراسة لفئة السكريين النوع الأول.

وقد استفدنا من معظم الدراسات من خلال الجانب المنهجي والاجراءات التطبيقية للبرنامج، في كيفية اختيار العينة، الأدوات المستخدمة، تحليل النتائج وتفسيرها

-التعرف على الأسس التي بنيت عليها برامج التربية العلاجية الخاصة بالجانب النفسي لمرضى الأمراض المزمنة، مراحلها، وإجراءات تطبيقها والعاملين بها .

-التعرف على التقنيات المستخدمة في العلاج السلوكي المعرفي والعمل ببعضها ذلك مراعاتاً لما يناسب أهداف الدراسة .

-اعداد مخطط خاص بجلسات برنامج التربية علاجية لمرضى داء السكري النوع الأول مستوحى من بعض برامج الدراسات السابقة .

-اعداد مقياس خاص بأساليب التكيف مع داء السكري النوع الأول.

ثامنا: فرضيات الدراسة:

- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع 1؟
- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع 1؟
- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع 1؟
- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع 1؟
- توجد فعالية لبرنامج التربية العلاجية في القياس البعدي لاستبيان استراتيجيات التكيف لدى مرضى داء السكري النوع الأول؟
- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات التكيف لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية حسب الفئة العمرية؟
- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات التكيف لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية حسب عدد مدة المرض؟

الفصل الثاني:

التربية العلاجية:

تمهيد

- 1- الخلفية التاريخية للتربية العلاجية
- 2- تعريف التربية العلاجية
- 3- فوائد التربية العلاجية
- 4- أهداف التربية العلاجية
- 5- المقاربات النفسية للتربية العلاجية
- 6- النماذج النظرية في التعلم
- 7- المراحل الرئيسية للتربية العلاجية
- 8- مجالات التربية العلاجية
- 9- القائمين بالتربية العلاجية ومؤهلاتهم
- 10- المرضى المعنيون بالتربية العلاجية
- 11- تمثيلات ومعتقدات (المعالج/المتعالج) للمرض المزمن
- 12- معايير البرنامج النوعي في التربية العلاجية
- 13- التقنيات والأدوات المستخدمة في التربية العلاجية
- 14- أهداف التربية العلاجية الخاصة بمريض السكري

تمهيد:

يعدّ موضوع التربية العلاجية من المواضيع الأصيلة التي لم تلق الاهتمام الكافي من قبل الأطباء والمختصين رغم أنها جزءًا مهمًا من الإدارة العلاجية، حيث تكملّ العلاجات الطبية المختلفة والرعاية الصحية بشكل عام. يتم تخصيص البرامج التربوية العلاجية لتلبية احتياجات المرضى وتركز على تعليمهم مهارات التحكم في الأعراض والتعامل مع التحديات النفسية والاجتماعية التي تنشأ نتيجة المرض المزمن. ذلك لأن قلة المعلومات لدى المريض والتدريب على الوسائل المستخدمة في علاجه يجعله غير قادر على تقبل المرض والتعايش معه. فالتربية العلاجية تخدم المريض وعائلته لتحسين جودة الحياة والتكيف مع المرض.

1/ الخلفية التاريخية للتربية العلاجية: Education Thérapeutique

نشأت التربية العلاجية l'éducation thérapeutique في أوائل القرن العشرين (ق 20) حين توجب على الممرضات تحمل مسؤولية تعليم المرضى وأسره (إدارة العلاج، الإسعافات الأولية، التغذية والنظافة الصحية،). بهدف تطوير الصحة العامة. (M. LAPLACE, 2012, P15)

في سنة 1921 اكتشف هرمون الأنسولين لأول مرة من قبل باننتين وباست Banting & Best في جامعة تورنتو بكندا (Toronto-CANADA) (BRISSON, 2009, P30) حيث استعملت أول حقنة أنسولين للمريض ليونار طومسون THOMSON Léonard (14 سنة) بكندا في 11 جانفي 1922 (MAËLLE, 2019, P52)

ساهم هذا الاكتشاف في الحفاظ على حياة العديد من مرضى السكري في الدم، الاستعمال اليومي والمتكرر لهذه الحقن، أستوجب على المرضى و/أو أسره تعلم كيفية أخذ هرمون الأنسولين بأنفسهم، مع اتباع نظام غذائي خاص، وممارسة النشاط البدني والمتابعة الطبية الدورية، من أجل تحقيق هذه العملية وجب وضع برنامج خاص للتعليم عن طريق التعاون بين المرضى، وأسره ومقدمي الرعاية الصحية.

أنشأ الكاتب "هاربر جورج والس" WELLS Hebert-George و"روبار دانيال لورنس" LAWRENCE Robert Daniel أستاذ في الطب، الجمعية البريطانية لداء السكري (BDA) سنة 1932، بعد تعرضهما لداء السكري المعالج بالأنسولين ومن خلالها تم تسجيل بداية جديدة لممارسة الرعاية الصحية للمرضى بوضع برنامج خاص، لتحسين حياة السكريين. (ZENNAKI, 2016, P36)

بعد خمسين (50) سنة وفي سنة 1972 نشرت الطبيبة الأمريكية "ليون ميلار" MILLER و Leona و"جاك قولدستان" GOLDSTEIN Jack "لأول مرة دراسة خاصة بالتربية العلاجية في مجلة الطب الإنجليزية (The New England Journal Of Médecine) تحت عنوان "فعالية رعاية المرضى المصابين بداء السكري بالمستشفيات" هذه الدراسة تضمنت 600 مريض سكري من البيئة الفقيرة بلوس انجلس الامريكية. (AURORE, 2018, P43)

في سنة 1974 تأسس بالولايات المتحدة الأمريكية قسم خاص لتعليم المرضى التعامل مع مرضهم ضمن الجمعية الأمريكية لمرضى السكري، حيث شكلت هذه الخطوة دفع كبير لتطوير تعليم المرضى وأسره، وفي سنة 1975 بجنيف وبفضل الطبيب السويسري "جون فيليب أصل" (Jean-Philippe ASSAL) المختص في داء السكري تم إنشاء وحدة علاج مرضى السكري وتأهيلهم، اعتبرت هذه المبادرة رائدة في مجال تقديم الخدمات العلاجية داخل مستشفى جامعي عن طريق ورشات خاصة بالتربية العلاجية (MAËLLE, 2019, P56) ولتدريب القائمين على هذا القسم استعان بمهارات المختصة النفسية "آن لacroix" (Anne LACROIX) والبيداغوجية "ستيفان جاكومات" (Stéphane JACQUEMENT) تمكنت هذه الوحدة الجديدة من الوصول إلى متابعة علاجية جدية للمريض.

وقد نشر "جان فيليب أصل" (Jean-Philippe ASSAL) مع المختص النفسي السيكوسوماتي "رالف فيلار" (GFELLER Rolf) سنة 1979 دراسة حول "معاش مريض داء السكري"، حيث اعتبرت هذه الدراسة جديدة ومبتكرة في ذلك الوقت لأنه ولأول مرة تم إدراج الحالة النفسية وخبرة المريض العلاجية في صلب الدراسات الطبية لتصبح بذلك تجارب المرضى مع المرض كمرجع للمعرفة لهم ولمقدمي الرعاية الصحية، ويرى البعض أن هذه الدراسة كانت مصدرا مهما لتيار التربية العلاجية الأوروبية. (M.LAPLACE, 2012, P16)

وفي سنة 1980 أقرت هيئة الوزراء في اجتماعها بالمجلس الأوروبي أن لكل مريض الحق في معرفة كل ما يتعلق بصحته وتوجيهه للمشاركة في البرامج الخاصة بالمرضى وعلاجهم. ومن جهتها قامت منظمة الصحة العالمية (OMS) سنة 1998 بتدوين المهارات المسجلة من طرف المعالجين في هذا الميدان. (DOGNIN-THOMAS, 2014, P39)

وتأكد هذه المنظمة على دعمها للمريض من خلال الحث على تدريبات متخصصة للتعليم مستقبلا في ميدان الصحة، أما (PNEPS) المشروع الوطني للتعليم الصحي بفرنسا سنة 2001 يؤكد أن التربية العلاجية جزء من التربية الصحية، وهي موجهة للمرضى والمحيطين بهم. (Alliance Maladies Rares, 2017, P09)

وبمبادرة من قبل الباحثين والممارسين في مجال التربية العلاجية أنشأت الجمعية الأوروبية للتربية العلاجية (SETE) سنة 2002، حيث تعتبر أول مؤسسة علمية أوروبية في هذا المجال رئيسها ومؤسسها "جون فيليب أصل" (Jean-Philippe ASSAL) رائد التربية العلاجية بأوروبا، والتي تضم

حالياً أكثر من 150 عضواً متخصصين في الطب ومهنيو الصحة من أصل ستة 06 دول أوروبية (بلجيكا، إسبانيا، فرنسا، إيطاليا، البرتغال وسويسرا). (MAËLLE, 2019, P62)

خلال تتبعنا لمراحل تطور التربية العلاجية نجد أن أول من استخدم هذه الاستراتيجية هم المختصون في داء السكري، وعلى نفس المنهج سارت مختلف التخصصات بهدف تطوير التكفل بالمرضى وعلاجهم كمرضى القلب، الأوعية الدموية، أمراض الجهاز التنفسي، السمنة المفرطة (l'obésité) الفشل الكلوي المزمن، الأمراض المعدية والأمراض العصبية،

أما بالدول العربية فإنها تعمل على إدراج التربية العلاجية اعتماداً والعمل بها في ميدان الصحة كوسيلة لمواجهة الأمراض المزمنة والحدّ من مضاعفاتها.

2/ تعريف التربية العلاجية:

التربية العلاجية هي عبارة على مجموعة من الممارسات التي تهدف إلى تمكين المريض من اكتساب مهارات تساعده على الإدارة الجيدة للمرض، الرعاية الصحية والمراقبة الذاتية بفعالية عالية وذلك بالتعاون مع فريق متكامل من مقدمي الرعاية الصحية. بالتالي فهي بناء مشترك بين المعالج والمتعالج من أجل ضمان رعاية شاملة ومثلى لتحسين نوعية حياة المريض.

2-1/ تعريف منظمة الصحة العالمية: (OMS)

في تقريرها سنة 1996 والذي ترجم للغة الفرنسية سنة 1998 فقد عرفت "تعمل التربية العلاجية لإكساب المرضى القدرات والمهارات التي تساعدهم على التعايش مع المرض وهي عملية مستمرة مدمجة في الرعاية الصحية مركزة على المرضى. تتضمن أنشطة منظمة لرفع مستوى الوعي، الإدارة الذاتية، الدعم النفسي والاجتماعي سواء المتعلق بالمرض أو العلاج، النظام والرعاية بالمستشفيات والسلوكيات المرتبطة بالصحة وهذا لمساعدة المرضى وأسره في فهم المرض وعلاجه بالتعاون مع مقدمي الرعاية الصحية للحفاظ على صحتهم وتحسين نوعية حياتهم". (BLANCHET, 2013, P17)

2-2/ تعريف الهيئة العليا للصحة: (HAS)

سنة 2007 حددت تعريف التربية العلاجية بأنها "تساهم في تحسين صحة المريض (بيولوجيا واكلينيكية) وتحسين نوعية حياته والمحيطين به". (GALHAU-LIPP, 2013, P41)

وقد عرفت على أنها "فهم للمرض والعلاج، التعاون بين مقدمي الرعاية الصحية، تحمل مسؤولية الصحة والحفاظ عليها و/أو تحسين نوعية الحياة". (FOUCAUD & Al, 2010, P39).

تستهدف التربية العلاجية بشكل رئيسي المرضى المصابين بأمراض مزمنة مثلاً (مرض السكري، الربو الشعبي، القصور التاجي، أمراض القلب والفشل الكلوي المزمن....).

(A.J. SCHEEN & Al, 2010, P251)

2-3/ تعريف موراسز (MORASZ L) 2003 :

لا تكمن التربية العلاجية في تثبيت مهارات جديدة او إعادة تعليم المريض وفقا للمعايير الاعتباطية ولكن مساعدته من خلال العلاقة العلاجية لاستعادة قدراته وتوازنه في إطار شخصيته لمساعدته على التعامل مع مرضه.

2-4/ تعريف مودوي (MAUDUIT L) 2014:

تتعلق التربية العلاجية بالإجراءات التعليمية المرتبطة بالعلاج أو الوقاية لعلم الأمراض المزمنة وتعتمد بشكل كامل على مقدم أو مقدمي الرعاية الصحية، يشكل نشاط التربية العلاجية جزءا لا يتجزأ من وظيفتهم. لذلك هي عملية تعليمية مدمجة في الرعاية مركزة على المريض.

2-5/ تعريف جولاي (GOLAY A) 2016:

لا تقتصر التربية العلاجية على الالتزام أو الرعاية الذاتية. فهي تسعى الى تحسين نوعية حياة المريض وتقوم على مرافقته لإعادة بناء مسار الحياة وهوية صحية وهذا رغم مرضه. (BAUMANN & AL, 2017, P14-16)

2-6/ أما التعريف الأكثر شيوعا هو تعريف ألان دقاش (Alain DECCACHE): أستاذ الصحة العامة بجامعة لوفان ببلجيكا "ان التربية العلاجية عملية مستمرة تقدم على مراحل، مكملة للعلاج وتشمل مجموعة من الأنشطة المنظمة للتوعية، الاعلام والمساعدة النفسية والاجتماعية الخاصة بالأمراض بالإضافة الى العلاج والرعاية الصحية. الهدف منها هو مساعدة المريض واسرته على فهم المرض، العلاج ومشاركة في مساعدة المريض على العودة لحياته الطبيعية ويتم تنفيذ ذلك بالتعاون بين (المؤسسة الاستشفائية، مقدمو الرعاية الصحية، المرضى واسرهم) في سياق تنظيمي يعتمد على موارد ونظم معينة ويستخدم وسائل وأساليب تعليمية تتطلب مهارات وهياكل للتسيق بينهم وهذا قصد تحقيق اهداف الصحة من مطالب واحتياجات المرضى". (MAËLLE, 2019, P21-22)

نستخلص في الأخير أن التربية العلاجية هي مجموعة من التوجيهات والمهارات موجهة للمرضى وأسرهم وهذا لمساعدتهم على تقبل والتكيف مع المرض وللتأكيد على فائدة العلاج المستمر لتجنب مضاعفات المرض.

3/ فوائد التربية العلاجية:

التربية العلاجية هي عملية مستمرة للتعلم والدعم النفسي-الاجتماعي، مما يسمح للمريض بإدارة مرضه وعلاجه اليومي بشكل أفضل، تساهم في تحسين صحة المريض (البيولوجية والسريرية) وكذلك نوعية حياته وحياة المقربين منه.

وعلى الرغم من قلة الدراسات التي تثبت فعالية التربية العلاجية، إلا أنه تم تحديد قيمتها كونها دمجت كإستراتيجية علاجية على وجه الخصوص في الأمراض المزمنة التالية:

- الربو: (Asthme) أدت الى انخفاض نوبات الربو الليلي، الغياب عن المدرسة، العمل،
 - السكري النوع الأول: (Diabète type 1) لديها تأثير مهم ودائم على التحكم في التمثيل الغذائي ومضاعفاته.

كما ساهمت التربية العلاجية في تقليل عدد تواجد المرضى بالمستشفى أو قاعات الطوارئ والزيارات الطبية غير المبرمجة. (HAS, 2007)

4/ أهداف التربية العلاجية:

تهدف التربية العلاجية إلى تمكين المريض من بعض المهارات لمواجهة مرضه وتجنب مضاعفاته، تاريخياً يرتبط مفهوم المهارات بالتربية العلاجية وتعتبر نقطة تقارب قوية لمعظم الفاعلين في مجال التربية العلاجية. لقد غيرت مسار برامج التربية العلاجية بعدما تأكد مقدمو الرعاية الصحية فعاليتها في تعليم وتدريب المريض كيفية التعايش مع مرضه المزمن.

4-1/ مهارات الرعاية الذاتية : (Les Compétences D'auto Soins)

يتم التركيز على المريض عند تقديم المهارات، بمراقبة ادارته الذاتية لمرضه ونمط حياته اليومية.

تمثل الرعاية الذاتية "القرارات التي يتخذها المريض لتغيير تأثير المرض على صحته"، حيث يتم تكيف هذه المهارات مع كل مريض لما يتناسب مع احتياجاته الخاصة:

- ✓ العمل على تخفيف أعراض المرض.
- ✓ مراعاة نتائج المراقبة الذاتية والتقييم الذاتي.
- ✓ معالجة المشاكل الناجمة عن المرض.
- ✓ الوقاية من المضاعفات وتحسين نوعية الحياة.
- ✓ القدرة على تغيير نمط الحياة المعتادة (التوازن الغذائي، النشاط البدني....).
- ✓ تكيف جرعات الدواء مع متطلبات الجسم، القيام بالعلاج الذاتي (مثلاً: تعليم كيفية استعمال البخاخ لمرضى الربو الشعبي عند الحاجة وطريقة استخدام هرمون الانسولين ومناطق وخزه بالجسم وكذا طريقة الحفاظ عليه....).

✓ التوصل إلى استعمال الوسائل الدقيقة الخاصة بالعلاج مثلاً: جهاز قياس نسبة السكري بالدم.

✓ اشراك المحيطين بالمريض في إدارة المرض والعلاج والآثار الناتجة عنه.

(LIEUZE, 2015, P21)

4-2/ مهارات التكيف : (Les Compétences D'adaptation)

تساعد مهارات التكيف على التحكم في معاش المريض، توجيهه وتنمية القدرة على الحياة في بيئته وتعديلها لتتناسب ومتطلباته.

- ✓ معرفة الذات وتنمية الثقة بالنفس.
- ✓ التعرف على كيفية إدارة الانفعالات.
- ✓ العمل على تطوير التفكير النقدي.
- ✓ تطوير المهارات الخاصة بالاتصال.
- ✓ تحديد الأهداف والعمل على تحقيقها.
- ✓ التدريب على كيفية اتخاذ القرارات.

✓ تعلم سبل تقييم الذات. (RABY REYNAUD, 2014, P22)

هناك بعض المهارات المقترحة من طرف كل من Ivernois & Gagnayre كنموذج ومن المفترض أن يكتسبها المرضى في نهاية برنامج التربية العلاجية بعيدا عن نوع المرض، مدته، جنسه أو مكان تقديم البرنامج.

جدول رقم (1): المهارات المكتسبة في نهاية برنامج التربية العلاجية

المهارات	تحديد الأهداف (أمثلة)
1- التعرف على احتياجاته، تحديد الأهداف بالتعاون مع مقدمي الرعاية الصحية وإبلاغ المحيطين به.	التعبير عن احتياجاته وقيمه ومعلوماته ومشاريعه وتوقعاته ومشاعره (التشخيص).
2- فهم وشرح	فهم جسمه، مرضه، شرح الفيزيولوجية المرضية، الانعكاسات العائلية والاجتماعية للمرض، وشرح مبادئ العلاج.
3- الكشف، التعريف، التحليل والقياس.	الكشف عن العلامات الخاصة بالأعراض المبكرة، تحليل المواقف الخطرة ون نتائج الفحص، قياس نسبة السكر في الدم، الضغط الدموي ومعدل التنفس الرئوي.
4- المواجهة واتخاذ القرار	يعرف المريض الطريقة الصحيحة لمواجهة الأزمة ويتعلم كيفية تطبيقها في حالة، نوبة الربو، نقص نسبة السكر في الدم (Hypoglycémie)، ارتفاع نسبة السكر في الدم (Hyperglycémie). اتخاذ القرارات في حالة الطوارئ.
5- حل المشاكل اليومية الخاصة بالعلاج، إدارة حياته، مرضه والوقاية	ضبط جرعات الأنسولين، الحفاظ على توازن الغذائي اليومي، تدارك الحوادث والأزمات، تطوير بيئته وطريقة عيشه بحيث يجب أن تلائم صحته (إدارة الاجهاد، النشاط البدني،
6- الممارسة والتطبيق	تعلم وممارسة التقنيات الخاصة بمرضه (حقن الأنسولين، المراقبة الذاتية، لنسبة السكر في الدم، استعمال الرذاذ في حالة نوبة الربو، تهوية المكان،

(....) التدرّب على الإجراءات الخاصة في حالة الطوارئ.	
تكييف العلاج حسب ما تطلبه المواقف الحياتية (سفر، رياضة، حمل، (....)، إعادة ضبط العلاج أو الحماية، دمج التقنيات الطبية الجديدة في إدارة مرضه.	7-تكييف، إعادة الضبط
معرفة موعد زيارات الطبيب وبمن يتصل، البحث عن المعلومة المفيدة، معرفته لبعض الحقوق الخاصة به (المدرسة، العمل، التأمين،) المشاركة في حياة الجمعيات المهتمة بالمرضى.	8-استخدام موارد نظام الرعاية الصحية، تعريفه بحقوقه.

(IVERNOIS & GAGNAYRE, 2001, P12)

الهدف الأساسي للتربية العلاجية هو مساعدة المرضى على فهم فيزيولوجية مرضهم لتقبله والتعايش معه، ذلك لتفادي مضاعفاته بشرط وجود الدافع لديهم للعلاج وبتوفير الوسائل البيداغوجية والبشرية المتكفلة بذلك. كذلك تعمل على تحفيز المرضى، تولي مسؤولية علاجهم وتعديل سلوكياتهم لتتناسب مع وضعهم الصحي الحالي ومستقبلا.

5/ المقاربات النفسية الخاصة بالتربية العلاجية :

5-1/ مقارنة التحليل النفسي :

عند إصابة الشخص بمرض مزمن، فإنه لا يحتاج المشاركة في الألم المرتبط بأعراض المرض فحسب بل هو بحاجة إلى المشاركة الوجدانية، وذلك من خلال تساؤلاته ومعتقداته وتمثيلاته للمرض وكذا طريقته في التعبير عن معاشه النفسي مع وضعه الجديد.

إن المرض لا يفصل الجسم عن العقل، فلكل عرض شعور أو انفعال معين مصاحبا له والذي بدوره يسيطر على كل تفكير المريض، وقد يظهر هذا من خلال كلامه مع المختص فغالبا ما يكون محتواه حول مرضه فقط ولا يستطيع إلا التعبير عن عجزه ومعاناته.

تجربة المرض المزمن النفسية والألم العضوي المصاحب يشكلان شيئا واحدا للمريض، ما يؤدي به إلى التفكير في إعادة تنظيم حياته المتعلقة بالجانبين العضوي والنفسي.

غالبا ما تدرج أطروحة المنشأ النفسي للمرض المزمن، فقد تظهر مساهمة الجانب النفسي على الجسم، واضحة أمامنا روابط سببية متعددة.

المقاربة السيكوسوماتية لا تؤكد تأثير الجانب النفسي على العضوي بل تقدم تفسيراً آخر حول كيفية فهم بعض الأمراض السيكوسوماتية "كالصراع النفسي" وكيف تستخدم الجسم كمنطقة للتعبير عن

الاضطراب. (TRIBONNIERE & AI, 2016, P53)

فبعد الإعلان عن مرض مزمن، لابد أن يرثي حالته الصحية الجيدة، ويتقبل حالته الجديدة مع المرض المزمن. لأن هذا القبول قد يسمح للمريض بأن يفكر بكل جدية في حياته الجديدة، بما في ذلك الإدارة اليومية للمرض وتكييف بعض سلوكياته

5-2/ مقارنة العلاج السلوكي المعرفي :

إن نتائج عملية الدمج بين المقاربة المعرفية والسلوكية في السنوات ما بين (1960-1980) تستند على فرضية مفادها إمكانية تعديل السلوك من خلال العمل على المحددات الإدراكية (المعرفة، التمثيلات) الانفعالية والجسمية. يعتقدون أن الصعوبات التي يواجهها الفرد هي من خلال معارفه ومعتقداته في "هنا والآن" (l'ici et maintenant) كسبب في اضطراب الشخصية.

ومن خلال عمل المعالجين الذي يركز على الأعراض، فالتدخل يكون على مستوى العمليات العقلية الواعية أو غير الواعية، والتي تتمثل في (المعتقدات والانفعالات وعدم ترتيبها)، بالتالي وجوب تغيير مدركاته عن ذاته وعن محيطه ومستقبله.

غالبا ما تستخدم هذه التقنيات في علاج اضطراب القلق (بما في ذلك الخوف)، الاكتئاب والإدمان. في حالة المرض المزمن، يكون الهدف هو مساعدة المريض على النجاح في إحداث تغييرات سلوكية وتمكينه من تعلم كيفية إدارة مرضه وسلوكياته بشكل أفضل وجعل المضاعفات المترتبة عن المرض أقل ضررا حتى يحيا حياة أفضل.

كما توجد عدة تقنيات أخرى مساعدة مستمدة من العلاج السلوكي المعرفي منها المقابلات

التحفيزية، التنشيط النفسي والعلاج "بالقبول والمشاركة". (TRIBONNIERE & AI, 2016, P54)

يهتم العلاج المعرفي السلوكي بصفه أساسية بالاضطرابات النفسية والسلوكية، يعمل على اقناع المريض بأن معتقداته غير المنطقية، توقعاته وأفكاره السلبية هي السبب في احداث ردود الأفعال الدالة على سوء تكيفه، ليتم بعد ذلك بالتعاون مع المريض على تعديلها وتحقيق التكيف.

6/ النماذج النظرية في التعلم :

يشمل تنفيذ التربية العلاجية عمليا العديد من النماذج في ميدان الصحة، العلوم الإنسانية والاجتماعية، علم التربية والعلوم البيولوجية. تجدر الإشارة هنا إلى أنه لتحقيق أهدافها يتم استخدام النماذج في علم النفس الصحة بشكل أساسي وهنا سنتوقف عند بعض منها:

6-1/ النموذج السلوكي : (Modèle Béhavioriste)

يركز هذا النموذج على عامل البيئة، حيث يعتبرها عنصرا مهماً في تفسير سلوك الفرد وهو يقوم على التعلم بالعمل. يهدف النموذج السلوكي إلى تعديل المعتقدات والتمثيلات حتى يتمكن المريض من العيش بشكل جيد.

6-2/ النموذج المعرفي : (Modèle Cognitiviste)

يهتم النموذج المعرفي بشكل كبير على العوامل الداخلية للمريض مثلاً: قدرته على التعلم وبناء المعرفة.

6-3/ النموذج البنائي والبناء الاجتماعي : (Modèle Constructiviste et Socioconstructiviste)

يقوم هذا النموذج على التفاعلات بين الفرد وبيئته، الهدف منه هو "تحسين إدراك الذات في بيئتها الاجتماعية".

6-4/ نموذج بروشاسكا : (Modèle Prochaska)

يصف نموذج بروشاسكا مراحل تغيير السلوك، تكمن أهميته مثلاً في العمل مع المريض على: ← المريض، أهدافه وتوقعاته تجاه التربية العلاجية.

هناك نموذج (Health de Belief) الذي يراعي معتقدات وتمثيلات الأفراد.

أما نموذج (Self-Empowerment) فهو يركز على المريض من خلال إعطائه "مسؤولية اختياراته وعواقبها". يعتمد هذا النموذج على التعلم التجريبي. (BRIGNON, 2019, P79-80)

6-5/ النموذج الأليستوري : (Modèle Allostérique)

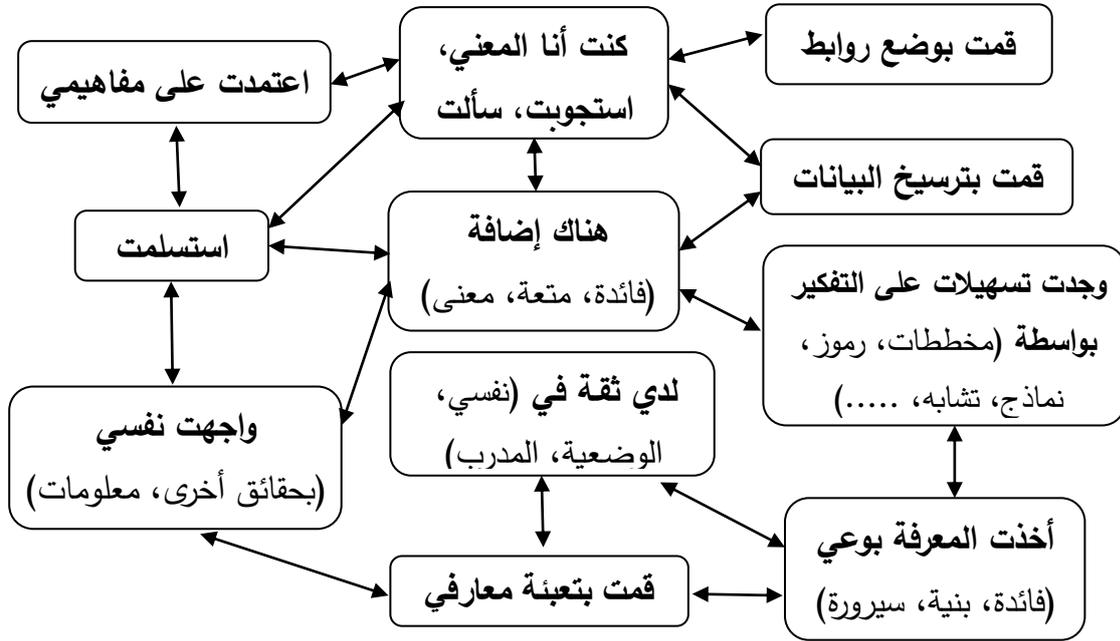
ينضم هذا النموذج إلى نماذج التعلم التي اقترحتها مدرسة جنيف (Genève) وهو يقدم فرضية أن الشخص المصاب بمرض مزمن، يتعلم انطلاقاً من معتقداته الشخصية حول الصحة، مفاهيمه ومكتسباته السابقة حول المرض. وليتم تعلم المريض معرفة جديدة تخص مرضه أو علاجه مثلاً، يستلزم عليه دمج المعلومات الجديدة داخل بنية تفكيره الذي غالباً ما يكون غير مستعد أو غير منقبض لهاته المعلومات. (BALLETT, 2019, P217) وعلى مقدم الرعاية الصحية أن يفكك ما لديه من معارف خاطئة حول المرض ليتمكن من بناء معرفة ملائمة له مع تحفيزه على التعلم.

6-5-1/ خصائص نموذج الأليستوري : خصائص هذا النموذج تتمثل في :

- ✓ يتعلم المريض من خلال مفاهيمه، وضعه ومكتسباته.
- ✓ يتعلم عن طريق "مع" و "ضد" مفاهيمه.
- ✓ للتعلم يقوم المريض بتغيير معرفته في عملية البناء/التفكير.
- ✓ المريض فقط يمكنه تغيير معلوماته ولكن لا يمكن بدون الآخر وبدون تداخل مع البيئة التعليمية.
- ✓ البيئة التعليمية المستحبة هي بيئة شاملة، متناقضة وفي تنظيم ديناميكي معقد.
- ✓ يمكن لمقدم الرعاية الصحية مرافقة المريض، توعيته وتهيئة البيئة التعليمية اللازمة مع توفير أدوات وموارد تعليمية مناسبة.
- ✓ البيداغوجية الأليستورية لا تستبعد الممارسات التربوية الأخرى وذلك في حدود الإمكانيات.

(GIORDAN, 2010, P06)

شكل رقم (1): يوضح الوسط تعليمي الخاص بالتربية العلاجية لمريض السكري
 أتعلم التعايش بشكل جيد مع داء السكري إذا



(TRIBONNIERE & Al, 2016, P65)

في العملية التعليمية يجب على مقدم الرعاية الصحية أن يكون متمكنا من تقديم المعرفة وربطها بمعاش المتعلم ومشاكله الصحية ذلك بإثراء المواضيع التي تهتمه والاستماع الجيد له لاكتشاف اخفاقاته ومدى قدرته على الفهم، والاستيعاب والتذكر بالمقابل يجب على المتعلم أن يكون شريكا فعالا في العملية العلاجية.

7/ المراحل الرئيسية للتربية العلاجية:

يتبع برنامج التربية العلاجية خطة تحتوي على أربعة (04) خطوات رئيسية تحت إطار منطقي ومتربط لمساعدة العاملين بالصحة، وهي مستوحاة من النموذج المقترح من طرف "جين فرانسوا ديفرنوا" و"ريمي قانيار" (Jean-François D'IVERNOIS & Rémi GAGNAYER)

➤ **المرحلة الأولى:** التشخيص التعليمي للمريض (الموازي للتشخيص الطبي)، هذه المرحلة مهمة في تحديد احتياجات ومهارات المريض من خلال الأبعاد الخمسة للمريض: البعد الطبي الحيوي، البعد النفسي الانفعالي، البعد المعرفي، البعد الاجتماعي والمهني وكذا مشاريعه المستقبلية.

-ماذا لديه؟: معرفة تاريخ المرض، مستوى توازن السكر في الدم، حالته الصحية الحالية (معقدة/متوازنة)، تطوره (البعد الطبي الحيوي).

- ما هو شعوره، كيف يعيش الواقع؟: تجربته مع مرض السكري والصحة، كيف يرى نفسه مقارنة بالآخرين (البعد النفسي الانفعالي).

-ماذا يعرف، كيف يرى مرضه وصحته؟: تمثيلاته ومعتقداته حول مرضه وعلاجه (البعد المعرفي).
-ماذا يفعل؟: بيانات تخص بيئته العائلية، الاجتماعية، المهنية والعاطفية (البعد الاجتماعي والمهني).

-ما هي مشاريعه؟: ما يتمنى تحقيقه مستقبلا، سواء على المستوى الشخصي أو المهني وما هي أولوياته؟، قد تشكل مشاريعه المستقبلية حافزا له للامتثال في علاجه.

(BENREBRIT & RAHMOUN, 2016, P36 -38)

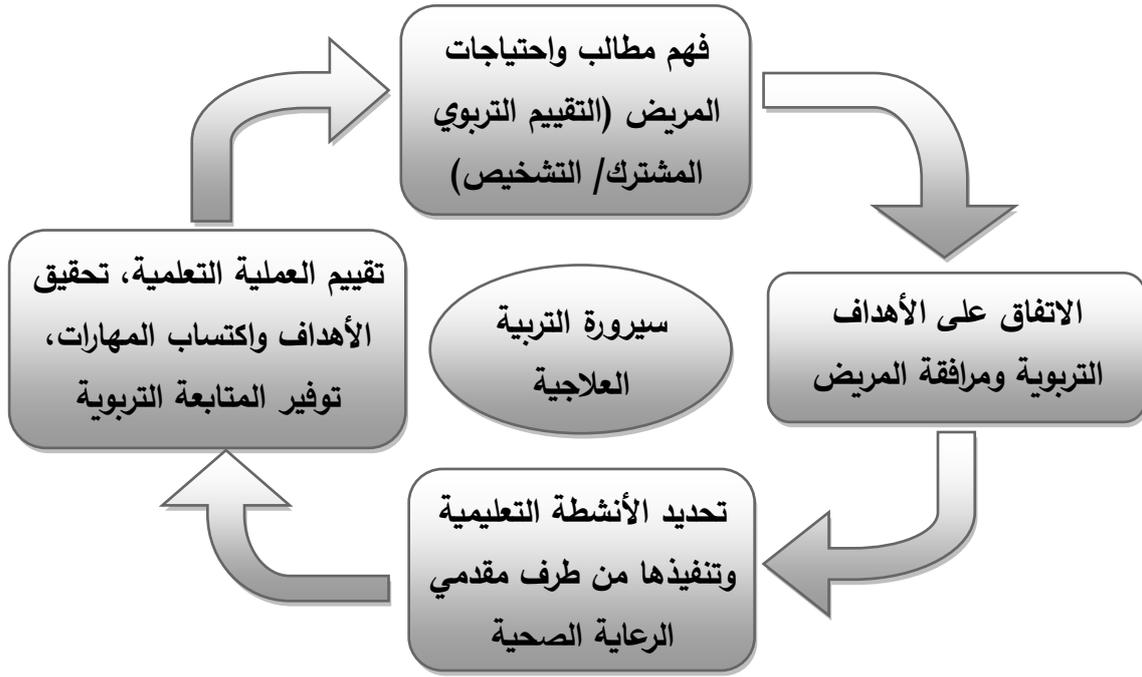
➤ **المرحلة الثانية:** تتمثل هذه المرحلة في تحديد المهارات التي يجب تعلمها في نهاية البرنامج، يتعلق الأمر بمهارات الرعاية الذاتية (من أجل الحفاظ على حياة المريض) ومهارات التكيف التي تركز على تجربة المريض وخبرته الداخلية. يركز برنامج التربية العلاجية على: الجسم، المرض، العلاج وعلاقة المريض بالمحيط كهدف أساسي للتعلم. (AURORE, 2018, P48)

➤ **المرحلة الثالثة:** تتلخص هذه المرحلة في وضع البرنامج التعليمي الذي يتضمن أهداف التعلم التي يجب أن تكون واضحة، ملائمة للمرحلة العمرية للمريض وتتوافق مع قدراته الفكرية والجسمانية. كذلك اختيار الطرق والتقنيات المناسبة لكل تعلم ووضع الأنشطة التعليمية المناسبة لكل مريض مع مراعاة إمكانية تحقيقها.

➤ **المرحلة الرابعة:** المرحلة الأخيرة في برنامج التربية العلاجية هي تقييم النتائج المتحصل عليها. ينبغي أن يكون التقييم دوري وتكويني حيث تظهر قيمة وأهمية تعليم المريض في مدى فهمه، تعلمه وما باستطاعته تطبيقه للتحكم في المرض وتطوره، شرط أن يكون المريض قادرا على تحديد مدى تقدمه في العلاج أو تعرضه للنكسات كذلك تحديد العقبات المصادفة والعمل على تخطيها.

(SANCHEZ - OVANDO, 2007, P69)

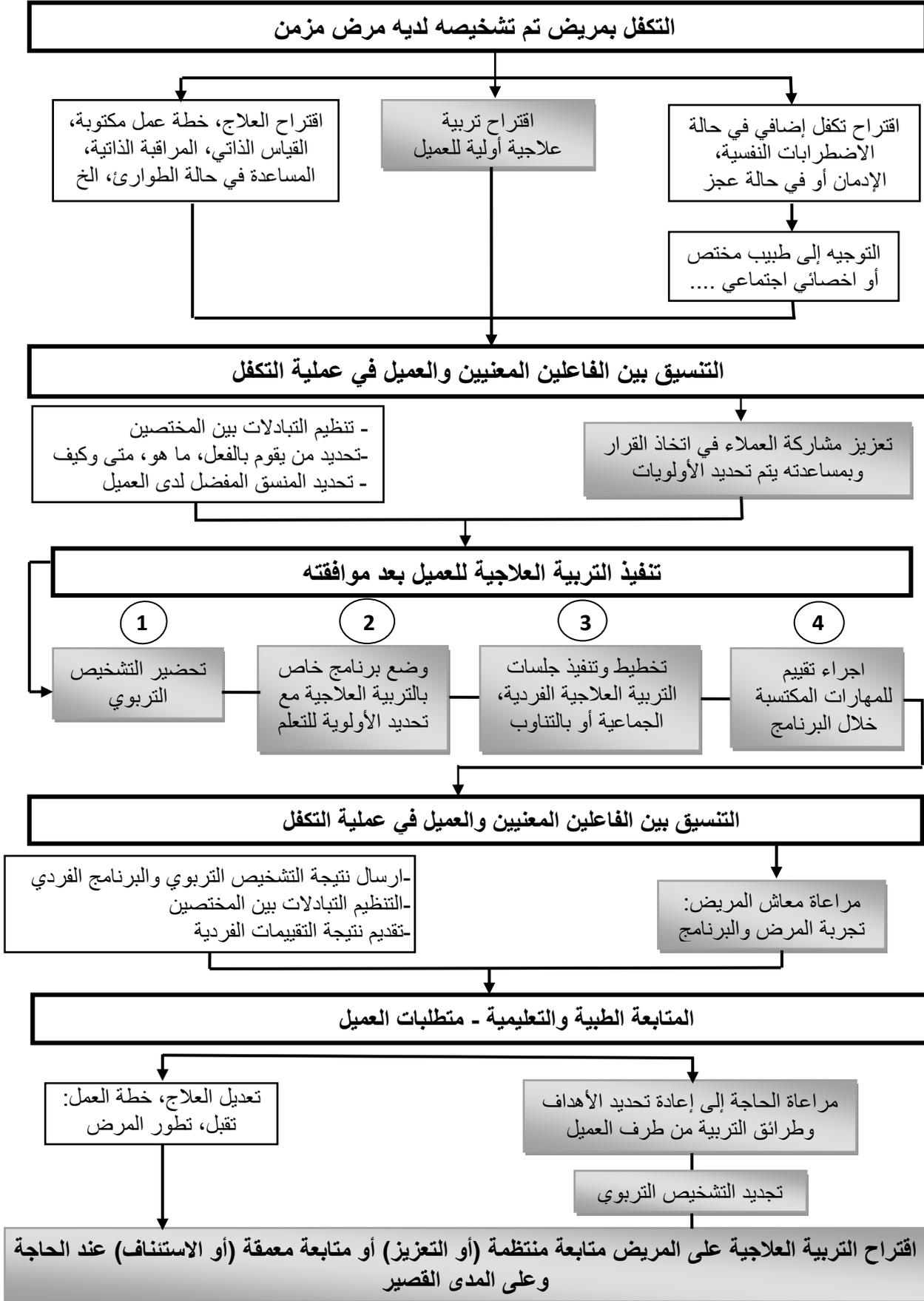
شكل رقم (2): نموذج منهجي لسيرورة التربية العلاجية



(TRIBONNIERE & Al, 2016, P71)

- بالإضافة إلى أنه يتم التعلم من خلال نوعية العلاقة المؤسسة بين الطرفين (معالج/ متعالج) على الاحترام، الثقة المتبادلة والمشاركة الفعالة للمريض في العملية العلاجية.
- طريقة دمج التربية العلاجية مع الاستراتيجية العلاجية:
 - ادمجت التربية العلاجية في عملية التكفل بالمرضى وإدارة علاجهم:
 - بما أنها مكتملة للعلاج ولا يمكن فصلها عن الرعاية الصحية، لأنها تساهم في تخفيف أعراض المرض وخاصة الألم والوقاية من المضاعفات.
 - بما أنها تهتم بالاحتياجات الخاصة بالمرضى، الأمراض المشتركة، ومختلف أوجه الضعف النفسي والاجتماعي وأولويات المريض.

شكل رقم (3): يوضح عملية دمج التربية العلاجية مع إدارة العلاج



(HAS, 2007)

8/مجالات التربية العلاجية :

تركز مجالات التربية العلاجية على المرضى، مقدمي الرعاية الصحية والمجتمع :

- **المريض:** يصبح المريض شريكا لمقدمي الرعاية الصحية للتكفل بمرضه ومساعدته على اكتساب المهارات اللازمة في إدارة علاجه. فمثلا في حالة داء السكري يعمل المختصين على منع حدوث مضاعفات صحية على المدى الطويل (ارتفاع السكري بالدم المزمن) .

الصعوبة ليست في الحصول دائما على مستوى معياري طبي طبيعي بفضل العلاج المكثف ولكن كيفية الحفاظ عليه على المدى الطويل ولذلك وجب على المريض ممارسة النشاط البدني، الالتزام بنظام غذائي صحي والتكيف مع العلاج .

- **مقدم الرعاية الصحية:** يحرص مقدم الرعاية الصحية على بناء علاقة إنسانية مهنية بينه وبين المريض، مرافق في الرعاية الطبية طويلة الأمد، كمستمع جيد وخبير .

- **المجتمع:** تساهم التربية العلاجية في الاقتصاد الصحي، مثلا في حالة مرض السكري إذا كان المريض ملتزم ببرامج التربية العلاجية فإن ذلك سيحد من ترده على المستشفى أو التقليل من مدة تواجده بالمستشفى وكذلك بتر أعضاءه. (CADROY, 2008, P02)

9/ القائمين بالتربية العلاجية ومؤهلاتهم:

يتكون فريق العمل مع المرضى ببرامج التربية العلاجية من:

-**مهنيو الصحة:** أطباء (طب عام، مختصون، طب أسنان)، صيدلي، ممرضين، مختصين في علم النفس، أخصائي تغذية، أخصائي تدليك طبي (حسي حركي) وأخصائي العلاج الطبيعي.

-**الغير عاملين بالصحة:** مدرب الرياضة الطبية، مهنيو أو متطوعون من الجمعيات، أخصائي

التوعية الصحية ومساعد اجتماعي. (BOURDILLON & COLLIN, 2008, P03)

يحتاج القائمين ببرامج التربية العلاجية إلى مهارات تعليمية لتمكين مرضاهم من تكيف مشاريعهم الحياتية مع وضعهم الحالي الذي يفرضه عليهم المرض، متمكنين من الجانب النفسي والاجتماعي وعلاقته بالمرض، سير العملية التعليمية، أساليب التعليم، والعمل بشكل فردي أو كفريق وتتمثل هذه المهارات في:

✓ تكيف أدوارهم وأدائهم باستمرار مع أداء فريق الرعاية الصحية العاملين معهم.

✓ التواصل العاطفي مع المرضى.

✓ تكيف سلوكياتهم المهنية مع المرضى، مرضهم (حاد/مزمن) وعائلاتهم.

✓ تحديد الاحتياجات الذاتية والموضوعية للمرضى.

✓ الانتباه للحالة الانفعالية للمرضى، تجاربهم وتمثيلاتهم للمرض والعلاج.

- ✓ تثقيف المرضى لإدارة علاجهم واستخدام الموارد الصحية والاجتماعية والاقتصادية المتاحة لهم.
- ✓ مساعدة المرضى على إدارة نمط حياتهم.
- ✓ اختيار الوسائل المناسبة للمريض واستخدامها في عملية التعلم.
- ✓ الأخذ بعين الاعتبار البعد التربوي، النفسي، الاجتماعي والاقتصادي في عملية التربية العلاجية للمريض على المدى الطويل.
- ✓ تقييم التربية العلاجية وأثارها العلاجية (السريرية، البيولوجية، النفسية، التعليمية، الاجتماعية والاقتصادية) وإجراء التعديلات حسب الحاجة.
- ✓ إجراء تقييم دوري وتحسين مستوى الأداء التعليمي لمقدمي التربية العلاجية.
- ✓ تثقيف وتوجيه المرضى لإدارة الأزمات والعوامل التي تتداخل مع الإدارة العادية لمرضهم. (OMS, 1998, P15)

➤ دور المختص النفسي ببرامج التربية العلاجية:

يتميز الشخص الذي يعاني المرض المزمن بنمط تفكير مختلف، لديه معتقدات خاصة حول طبيعة المرض الذي لديه، هذا ما يجب أن يتوقعه المختص النفسي من المريض عند التعامل معه، لأنه قد يشكل حاجزا أمام التقدم في العلاج والتزامه بالتوصيات المقدمة له.

يقوم المختص النفسي بمساعدة المرضى للتعبير عن مشاعرهم نحو المرض وتصوراتهم للعلاج، من أجل التأقلم وتقبل التغيرات التي تطرأ عليهم خلال فترة العلاج ومساعدتهم على تحديد العوامل الداخلية والخارجية لتحفيزهم وتمكينهم من الانخراط بشكل واع في التغيير والتركيز على مشاعرهم مع احترام عامل الوقت بالنسبة لهم لتقبل ذلك.

باختصار، فإن العمل الذي يتم في برنامج التربية العلاجية هو تعبئة للأبعاد الخمسة التالية: (البعد المعرفي، الإدراكي، دون المعرفة، ما وراء المعرفة والانفعالي) والتي تعمل بدورها على تحسين عمليات التعلم.

والوسائل النفسية المستخدمة هي (لعاب الأدوار، الحوار والمناقشة الجماعية، منتدى المناقشة على الأنترنت، موارد المريض،). وذلك لتعديل سلوكيات المريض على المدى الطويل وإكسابه مهارات جديدة. (CROISET, 2017, P48-49)

في إطار تحديد دور المختص النفسي في التربية العلاجية، قام كل من (Léger & Al) بجمع مختلف الأدوار الممكنة للمختص النفسي من وجهة نظر مقدمي الرعاية الصحية وجاءت نتائج الدراسة كالتالي:

- ✓ يعمل المختص النفسي على امتصاص الانفعالات.
- ✓ مرافقة المريض لإعادة بناء الذات -مرتبط بالجلد.
- ✓ المساعدة في تحسين عملية التواصل: (طبيب ← مريض) أو (مريض ← طبيب)

وجعل الحوار واضحا ومفهوما.

✓ جلب الطمأنينة للمريض للتغلب على مخاوفه تجاه مرضه وتجنب بعض الاضطرابات المصاحبة.

✓ تزويد المريض ببعض المهارات (فن الاستماع الجيد والمناقشة الهادفة، فن التعامل).

✓ مساعدة المريض على تقبل الانتقال من مرحلة إلى أخرى خلال فترة العلاج.

المختص النفسي هو جزء من الفريق العامل بالصحة، يتفاعل معهم ويتدخل في العملية العلاجية باقتراحاته وخدماته التي من شأنها مساعدة المتعالج للتعايش مع المرض والتحكم بالانفعالات وبآثاره السلبية. (TRIBONNIERE & AI, 2016, P58)

10/ المرضى المعنيون بالتربية العلاجية:

إن برنامج التربية العلاجية موجه لكل شخص يعاني من مرض مزمن، طفلا كان، مراهقا أو راشدا ومهما كان نوع مرضه ومرحلته، يمكن له أن يستفيد من البرنامج المقدم من طرف المختصين برفقة أهله بعد موافقة المريض في إشراكهم لإدارة مرضه.

يوجه المريض لبرامج التربية العلاجية من قبل الطبيب المعالج بمجرد الإعلان عن تشخيص المرض المزمن. وقد تقترح في أي مرحلة من مراحل المرض خاصة إذا أصبحت ضرورية. (HAS, P02)

هناك عدة مقترحات للتربية العلاجية بإمكان المعالج تقديمها للمريض بهدف مرافقته على مدى فترة إدارة المرض:

- التربية العلاجية الأولية.

- التربية العلاجية لمتابعة المريض بانتظام أو للتعزير.

- التربية العلاجية للمتابعة المعمقة أو استئناف العلاج.

قد تم وضع هذا التقسيم للوصول لهدف محدد بغية ضمان علاج فعال للمريض، أما بالنسبة للوسائل والتقنيات اللازمة والفترة الزمنية التي يحتاجها المعالج فهي متعلقة بمتطلبات العملية التعليمية للمريض.

التربية العلاجية هي عملية مستمرة تتطلب تكييف دائم لأنها متعلقة بتطور المرض، المرحلة العمرية للمريض تجربة إدارة المرض واحتياجاته، لذا يجب أن تكون مرنة في محتواها واستمراريتها لتلبية ضروريات التعلم حسب كل مريض. (HAS, 2007)

-الحالات التي يمكن مصادفتها خلال العلاج:

يمكن للمرض المزمن أن يكون مؤشرا أو سببا لأمراض نفسية بسبب معاناة المريض والصعوبات الاجتماعية التي يواجهها من خلال محيطه.

-هناك حالات تعاني من آثار لجروح نفسية واجتماعية واضحة نلاحظها في بداية العلاج وأحيانا تظهر خلال فترة العلاج.

-احتمالية وجود الأمراض المصاحبة أيضا الاضطرابات النفسية (التوتر، القلق، اضطرابات النوم والاكئاب). الإدمان الذي قد يتطلب تكفل خاص. بالتالي قد تصبح هذه الاضطرابات من أولويات العلاج أو يتم إضافتها لمجريات جلسات التربية العلاجية
-قد يصبح من الضروري التوجه للتكفل الخاص (طبيب مختص، اخصائي نفسي أو اجتماعي،) للبحث عن علاج وحلول مناسبة للمريض.

التكفل المبكر قد يؤثر على كشف أولويات العلاج قد تظهر في أي مرحلة من مراحل العلاج أولوية جديدة، لذا يجب ألا نتجاهل الهدف الأساسي لبرنامج التربية العلاجية والذي يعمل على تكييف العمل نزولا عند رغبة المريض أو اضافتها للتكفل الخاص.
-يجب على المختصين في الصحة أن ينتبهوا لهذه الحالات وفي أي مرحلة من مراحل التكفل بالمريض: عند اقتراح التربية العلاجية خلال التشخيص، متابعة المرض المزمن، أثناء اعداد التشخيص التعليمي أو خلال جلسات التربية العلاجية. (HAS, 2007)

11/ تمثيلات ومعتقدات (المعالج/المتعالج) للمرض المزمن:

يظهر مفهوم المرض والعلاج لدى المريض، من خلال تصوراته وتمثيلاته الخاصة ومدى تقبله للمرض والتزامه بالعلاج والتي يترجمها في سلوكياته.
من الطبيعي أن يتمسك المريض عند اصابته بمرض مزمن بفكرة أنه غير مصاب وسليم، حيث ينكر وجود الأعراض والمضاعفات المترتبة عن المرض خاصة أمام المحيطين به، معتقدا بأن اعترافه بالمرض يمس بذاته ووجوده.

لقد أشار C. Herzlich ثلاثة (03) تصورات خاصة بالمريض اتجاه مرضه:

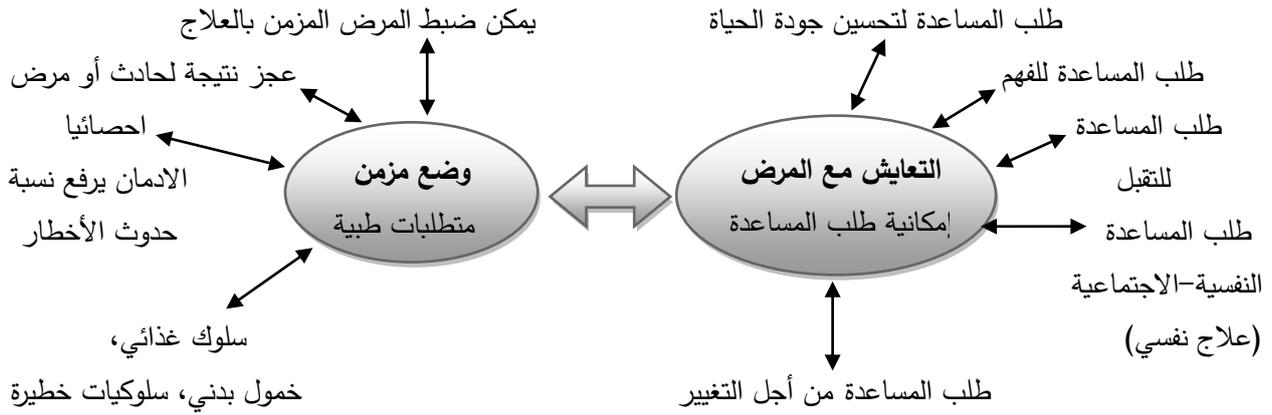
أولا: يشكل المرض بالنسبة له شيئا "مدمرا" لمعاشه، الأمر الذي يؤدي به إلى المعاناة بصمت والعزلة من محيطه.

ثانيا: يمكن أن يعتبره على العكس "كمحرر له" يدفعه ويشجعه على تحطيم قيود البيئة المحيطة به.

ثالثا: يصبح المرض أحيانا أخرى "كمهنة" بسبب الصراع اليومي المعاش بين المرض والعلاج.

لذلك على المعالج أن يأخذ بتمثيلات المريض المسبقة، حتى يتمكن من فهمها للدخول في العملية العلاجية بوعي.

شكل رقم (4): يمثل الفرق بين تصور كل من المعالج والمتعالج للمرض المزمن



(TRIBONNIERE & Al, 2016, P43)

وطالما أن لكل منهما تصوراتهما الخاصة تجاه المرض، فإن التواصل بينهما سيكون عبر قناة مزدوجة، ومن خلالها تظهر عدة انشغالات أساسية لهذين الشريكين:

➤ يتمنى المتعالج الشفاء، استئناف العيش بشكل عادي قدر الإمكان وتنفيذ مشاريعه المستقبلية في حين أن المعالج يسعى إلى رعاية ودعم المتعالج حتى يشفى ويصل به إلى الاستقرار الداخلي وإعادة بناء نفسه.

➤ يأخذ المعالج بعين الاعتبار الشروط البيو-طبية للمرض، في حين نجد المتعالج يطلب المساعدة للتقليل من معاناته للتكيف والعيش بشكل أفضل من المرض.

➤ يقدم المعالج خبرته العلمية للسيطرة على المرض، في حين أن المتعالج يتعامل معه بخبرته البسيطة.

(AUTHIER, 2015, P67-68)

-التربية العلاجية وتعديل تصورات وسلوك المريض :

كثيرا ما يعتمد التعليم على الأفكار المسيطرة على المريض من خلال (المعرفة، كيفية تفسيره للمعلومات،) والتعلم بالإشارة (المهارات التقنية).

في العملية العلاجية والتعليمية نادرا ما يتم تحديد التصورات الصحية للمرضى، فالتدريب والمعلومات المقدمة تكون غير كافية لتعديل سلوكياتهم الغير صحية. فمثلا في حالة داء السكري العملية التعليمية تركز بداية على تحسين مستوى الجلوكوز (glycémie) بالدم أو تكيف جرعات هرمون الأنسولين مع احتياجات الجسم، ... أما مخاوفه، توقعاته، ومعلوماته حول المرض أسئلته وتوقعاته المستقبلية لمضاعفات المرض تظل غير معلنة (non-dit) من طرفه وأحيانا منسية.

سابقا مقدمو الرعاية الصحية لا يهتمون كثيرا بالتصورات الصحية للمرضى، لكن التجربة اليومية مع المرض أوضحت أن الاعتماد على الربط منطقيا بين السلوك غير الصحي والأمراض المزمنة

غير كاف لنجاح العملية العلاجية على المدى الطويل بل بالعكس فمن الضروري مراعاة تصورات المريض حول مرضه وعلاجه. (GOLAY & Al, P02)

في هذه العملية يجب على كليهما أن يتعاونوا في إيجاد طريقة لتحقيق الهدف من العلاج، فعلى المعالج توفير محيط مساعد على التعلم والتغيير، أما بالنسبة للمتعالج فعليه الانتباه، ابراز الثقة، خلق الدوافع للتعلم والعلاج.

12/ معايير البرنامج النوعي في التربية العلاجية:

من خلال برامج التربية العلاجية يجب أن:

- ✓ يركز على المريض: من حيث (الاهتمام به، اتخاذ القرارات المشتركة واحترام اختياراته).
- ✓ تكون مستندة على أسس علمية (توصيات مهنية، مؤلفات علمية ذات صلة، توافق مهني في الآراء) وأن تثريها آراء المرضى وأسرههم فيما يخص المحتوى والمصادر التعليمية.
- ✓ تعتبر جزء هام في العلاج وإدارة المرض.
- ✓ تهتم بالحياة اليومية للمريض وبالعوامل النفسية، الاجتماعية والبيئية.
- ✓ تكون عملية مستمرة، تتكيف مع تطور المرض وأسلوب حياة المريض وتعمل على إدارة المرض طويل الأمد.
- ✓ تطبق من طرف مهنيو الصحة، مدربين على سيرورة التربية العلاجية، التقنيات التربوية والمشاركين في العمل الجماعي وتنسيق الإجراءات الخاصة بالعمل.
- ✓ تستند على تقييم متطلبات المريض وبيئته (التشخيص التعليمي) وأن تهتم بأولويات التعلم من وجهة نظر المريض، إشراك أكبر عدد من المحيطين بالمريض في برامجها. (HAS, 2007)
- ✓ التكيف مع الخاصية التعليمية والثقافية للمريض واحترام اختياراته وأسلوبه ووتيرة تعلمه.
- ✓ تحديد الأنشطة والمضمون، تنظيمها مع الوقت وتنفيذها بواسطة مختلف الوسائل التعليمية:
 - استخدام تقنيات التواصل التي تركز على المريض.
 - جلسات جماعية، فردية أو بالتناوب مؤسسة على مبادئ تعليم الراشد (أو الطفل).
 - العمل للوصول إلى مجموعة متنوعة مع مراعاة ثقافتهم، أصولهم، إعاقاتهم، المنطقة الجغرافية، الخلفية الذاتية ومرحلة تطور المرض.
 - استخدام تقنيات بيداغوجية متنوعة لتشارك المرضى في عملية التعلم وربط محتوى البرنامج بالتجربة الشخصية لكل مريض.
 - تكون متعدد التخصصات، المهن وتعمل مع عدة قطاعات.
 - ضمان تقييم فردي للتربية العلاجية وسيرورة البرنامج.

(Alliances Maladie Rare, 2017, P11)

من خلال العمل مع المرضى يسعى العاملون بالصحة الى تطبيق أكبر نسبة من البرنامج للوصول الى مستوى مقبول من الرضى والتقبل للمرض والالتزام بالعلاج.

13/ التقنيات والأدوات المستخدمة في التربية العلاجية:

- تقنيات التواصل التي تركز على المريض (المقابلة التحفيزية التي تستخدم بشكل خاص عند اعداد التشخيص التعليمي وخلال المتابعة التعليمية والطبية، الاستماع الفعال، الشروع في تغيير سلوك المريض، دعم دوافعه بشكل مستمر).
- التقنيات البيداغوجية كالعروض التفاعلية، دراسة الحالة، جلسات النقاش، سجلات المتابعة، ورش عمل، الأعمال التطبيقية، أنشطة رياضية، لعب الأدوار، أدلة وثائقية .
- أدوات مختلفة كالمصقات، الملفات، الأشرطة الصوتية، أقراص مدمجة CD-ROM، الفيديوهات، الصور، المطويات وتمثيل الحياة اليومية (HAS, P03)

14/ أهداف التربية العلاجية الخاصة بمرضى السكري :

- تبادل خبراتهم وتوقعاتهم مع بيئتهم الشخصية، والمهنية ومع مقدمي الرعاية الطبية .
 - توضيح دوافعه للعلاج .
 - توضيح مرضهم وأعراضه انطلاقاً من تجربتهم اليومية .
 - فهم أهمية وطرائق العلاج بالأدوية (مضادات السكري عن طريق الفم وحقن الانسولين).
 - التطرق لأهمية السلوك الصحي والالتزام بالحماية الغذائية والنشاط البدني للتحكم في مستويات السكر بالدم .
 - قياس نسبة الجلوكوز بالدم لتكييف العلاج و/أو السلوك .
 - تحديد المظاهر الجسدية وتفسيرها على أنها علامات تقاوم أم تعقيد (مثال: علامات نقص السكر بالدم، مراقبة القدم،).
 - دمج الرعاية الذاتية بأفضل طريقة في الحياة اليومية للمرض.
- (GOLAY & AL, 2010, P378)

خلال فترة العلاج يصادفنا نموذجين من المرضى، فمن خلال البحث عن مبادئ العلاج من خلال كثرة طرح الأسئلة المتعلقة بالمرض وكيفية تتبع العلاج نستنتج أنه قد استطاع الوصول إلى التحكم التدريجي في إدارة مرضه، علاجه ونمط حياته عموماً بذلك يكون قد تغلب على ضغوطات المرض

(داء السكري) والعلاج، يرجع هذا إلى عدة أسباب منها :

- ✓ الرغبة في أن يصبح مثل الآخرين.
- ✓ رفض الإحباطات والعمل على تجاوزها .

- ✓ أهمية الحاضر وصعوبة التفكير في الانضباط.
- ✓ الحاجة إلى التحرر من قيود فترة الطفولة (أثر التجربة لداء السكري النوع 1 المؤلم مبكرا).
- ✓ الحاجة لخوض التجربة بنفسه رفقة الآباء والمعالجين.
- ومن ناحية أخرى نجد عدم الامتثال لبعض المرضى للعلاج راجع لبعض النقاط منها :
 - **الطعام:** عدم احترام وقت الأكل، محتوى الوجبات، فرط في استهلاك السكريات والوجبات السريعة، تجدر الإشارة هنا إلى أن المشكلة المسيطرة في مرحلة المراهقة "الأكل" وعدم احترام مواعيد أخذ الوجبات، الرغبة الشديدة في الأغذية الممنوعة، ... وقد تظهر بدرجات متفاوتة وعلى شكل اضطرابات مشابهة لفرط الشهية العصبي (Boulimique) أو فقدان الشهية النفسي (Anorexique) .
 - أهمية نوعية التغذية في النظام الغذائي لمريض السكري وعلاقته بالعلاج تزيد من نسبة التوتر النفسي والجسدي.
 - **الوقاية الذاتية:** كعدم إجراء التحاليل الطبية بشكل دوري، عدم استخدام سجل المراقبة الذاتية وتدوين نتائج قياس نسبة السكري بالدم وأحيانا عدم مصداقية النتائج المدونة،
 - **حقن هرمون الأنسولين:** فقد لا يستعملها المريض بشكل صحيح، غير مناسب واحتياجات جسمه، نسيان مواعيد استعمالها، عدم التقيد بالكمية المطلوبة وذلك (عند عدم الالتزام بكمية الاكل، نقص نسبة السكر في الدم أو بهدف إنقاص الوزن، ...).
 - **المتابعة الطبية:** عدم الالتزام بمواعيد الفحص والمتابعة، عدم الحضور وأحيانا الانقطاع عن زيارة الطبيب المعالج.
- غالبا ما يشكل ارتفاع حمض الاسيدوسيطوز (Acidocétose) المتكرر خطرا كبيرا على الفتيات ذلك لعدم تمكنهم من إدارة مرضهم. (JCQUIN, 2005, P59) .
- المهارات الأساسية التي يكتسبها مريض السكري النوع 1 من خلال برنامج التربية العلاجية:
 - يجب على المريض أن يكون قادرا على:
 - ✓ تحديد أهدافه لإدارة مرضه.
 - ✓ معالجة داء السكري باستخدام الأنسولين.
 - ✓ مراقبة تغيرات داء السكري (glycémies) .
 - ✓ معالجة عدم انتظام داء السكري (فرط/ نقص السكري بالدم) (hyper/hypoglycémies).
 - حقن هرمون الأنسولين:**
 - ✓ التعرف على أنواع الأنسولين والأقلام الخاصة به.
 - ✓ التدرب على طريقة أخذ هرمون الأنسولين مع تغيير مناطق الحقن بالجسم.
 - الفحوصات الذاتية:**
 - ✓ تطبيق قياس نسبة السكري في الدم بالأصابع.

✓ تفسير النتائج وترجمتها إلى جرعات من هرمون الأنسولين و/أو القيام بتعديلات على الطعام.

في حالة المرض:

✓ زيادة معدل مراقبة نسبة السكري في الدم والبول.

✓ مراقبة تواجد الأسيتون (Acétone) في البول.

النشاط البدني:

✓ المشاركة في النشاط البدني المنتظم.

✓ تكييف العلاج قبل، أثناء وبعد النشاط البدني وذلك وفقا لنسبة السكري في الدم.

العناية بالأقدام:

✓ تقليم الأظافر دون قصها.

✓ ارتداء الأحذية المناسبة والمريحة.

(OMS, 1998, P21-22)

إضافة لهذه المهارات الصحية التي باحتلالها وعدم تمكن المريض منها يتأثر وتتدهور حالته النفسية، بالتالي لم تهمل برامج التربية العلاجية هذا الجانب واهتم به وهذا بضم متخصص نفسي لمجموعة الرعاية الصحية بالبرامج، يعمل على مساعدة المريض خلال مسار مرضه على تقبل مرضه المزمن والتكيف معه بتنمية الثقة بالذات، التخلص من الأفكار السلبية، التغلب على مشاعر الخوف، التوتر، القلق، الضغوط المصاحبة لداء السكري، الإحباط وهذا لتجنب الاكتئاب والأزمات الصحية الأكثر تعقيدا.

خلاصة:

نستخلص في الأخير أن التربية العلاجية جزء مكمل في العملية العلاجية للعديد من المرضى الذين يعانون من مرض مزمن، فقد تساعد في تحسين جودة الحياة وتعزيز تعاملهم مع أعراض مرضهم، التخفيف من الألم الناجم عن مختلف الأمراض بتعليمهم وتطوير آليات تحسين التحمل والتعامل مع الاضطرابات النفسية المصاحبة.

تعمل التربية العلاجية ببرامجها على تسهيل المعرفة ونشر التوعية والوقاية والعناية بالذات وتوسعي لتوفير الدعم والمساعدة بناء على احتياجات الفرد أو المجموعة لتجنب مضاعفات المرض والتحكم في الأمراض المشتركة بالتالي ضمان السيطرة على أعباء الأمراض المزمنة على الفرد والمجتمع.

الفصل الثالث:

التكيف:

تمهيد

- 1- مفهوم التكيف
- 2- تعريف التكيف
- 3- علاقة التكيف بالصحة النفسية والتوافق
- 4- مجالات التكيف
- 5- العوامل الدينامية في عملية التكيف
- 6- الخلفية النظرية للتكيف
- 7- تحليل التكيف
- 8- معايير التكيف
- 9- خصائص التكيف
- 10- تعريف المرض المزمن
- 11- خصائص الأمراض المزمنة
- 12- تقبل الأمراض المزمنة
- 13- التكيف مع الأمراض المزمنة
- 14- العوامل الأساسية في أحداث التكيف
- 15- استراتيجيات التكيف

تمهيد:

التكيف هو عملية تفاعلية بين الجانب النفسي، العضوي والبيئي بما فيها من متطلبات وخصائص، ومن خلاله يستطيع الفرد أن يشبع حاجاته وأن يحافظ على مستوى معين من الاستقرار والصحة النفسية والجسدية. وبناء عليه يمكنه التواصل والتفاعل بشكل فعال مع محيطه بهدف تحقيق أهدافه وتطلعاته، وبدونه يصبح عرضة للضغوطات، للقلق والتوتر مما يؤدي به للتعرض للإحباط والاكتئاب.

1/ مفهوم التكيف:

يظهر التكيف في حياتنا اليومية في سياقات متعددة ومجالات مختلفة. يتمثل التكيف في تفاعل الكائنات الحية مع البيئة الطبيعية التي تحيط بها، حيث تتكيف العضوية مع الشروط والظروف البيئية للبقاء على قيد الحياة. وفي السياق الاجتماعي، يتعين على الأفراد التكيف مع البيئة الاجتماعية التي يعيشون فيها، مع التحديات والفرص التي تأتي معها.

يمكن أيضاً ملاحظة التكيف في علاقات الزوجين وكيف يتكيفون مع تطورات حياتهم الزوجية والتغيرات التي تحدث فيها، حتى في العلوم والتجارب، نجد أمثلة على التكيف حيث يتجاوب النظام مع التغيرات في الظروف المحيطة به. (غباري & أبو شعيرة، 2015، ص20)

كان مفهوم التكيف في الأصل مفهوماً بيولوجياً، كما حددته نظرية التطور كما جاءت عند داروين (Charles Darwin, 1959) المعروفة بنظرية النشوء والارتقاء (1859) (جبل، 2001، ص314) وقد استعار علم النفس هذا المفهوم والذي أطلق عليه علماء البيولوجيا مصطلح تلاؤم أو توافق، واستخدم في المجال النفسي الاجتماعي تحت مصطلح تكيف (Adaptation).

فالإنسان يتكيف مع بيئته النفسية والاجتماعية بنفس الطريقة التي يتكيف بها مع بيئته الطبيعية. وبناءً على هذا الاعتبار، أكد علماء النفس على أهمية البقاء السيكولوجي والاجتماعي بنفس القدر الذي أكده علماء البيولوجيا فيما يتعلق بالبقاء الطبيعي والبيولوجي أو البيولوجي.

(محمد قاسم، 2001، ص37)

والجدير بالذكر، هو أن العالم النفسي "أدلر" (Adler) هو الذي نقل فكرة التكيف من علم الحياة إلى علم النفس، وقد أكدت ملاحظاته ودراساته أن الوظائف النفسية تتعاون وتتآزر لتحقيق التكيف للإنسان، فالذاكرة مثلاً تتعاون مع المخيلة والانتباه لتنشط الإدراك والتذكر (يونس، 2012، ص88) بشكل عام، يمكن رؤية التكيف كمفهوم أساسي يمتد إلى جميع جوانب حياتنا ويسهم في تحقيق التوازن والنجاح في مختلف جوانب الحياة.

2/ تعريف التكيف:

1-2/ التكيف لغة: التكيف في اللغة يعني التآلف والتقارب فهو نقيض التخالف والتنافر.

2-2/ التكيف اصطلاحاً: هو العملية الديناميكية المستمرة التي يهدف بها الشخص إلى تغيير سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقاً بينه وبين بيئته. وهو قدرة الفرد على إحداث التغيير المناسب في فكره، وسلوكه، استجابة لمتطلبات البيئة الاجتماعية، والثقافية التي يعيش فيها، ويتفاعل معها. (غراب، 2015، ص63) التكيف هو القدرة على قبول ما هو جديد والتفاعل معه بشجاعة، والاستعداد لعيش تجارب حياتية جديدة وغير مألوفة بالنسبة للخبرة السابقة، واختيار ما يمكن أن يفيد ويساهم في تحقيق أهدافه، بينما يتم التخلي عما قد يكون ضاراً أو مضرًا بنمط حياته.

وهو يشمل التعامل الفعّال مع مختلف المواقف، وبالأخص تلك التي تكون مرهقة ومحورية في حياتنا. كل فرد يمتلك مجموعة من الاستراتيجيات التي اكتسبها خلال مسار حياته، ويستخدمها لمواجهة التحديات والضغوط التي تعترض طريقه. هناك استراتيجيات فعّالة تؤدي إلى تحقيق نجاح وازدهار في مثل هذه المواقف، وهناك استراتيجيات أخرى غير فعّالة تمكنها من الإصابة بالمرض أو تفاقم الأزمات النفسية. (رضوان، 2002، ص73-74)

والتكيف كما يقول "جون بياجيه" (Jean Piaget) هو "عملية تتم عن طريق التوازن بين مظهرين من مظاهر التفاعل بين الفرد والبيئة، إما أن يدخل على سلوكه التعديل مما يساعده على تحقيق التوازن بينه وبين بيئته وبين سلوكه وبين ظروف البيئة المحيطة به بكل مطالبها، وإما أن يحاول التأثير في البيئة والوسط المحيط به حتى تستجيب هذه البيئة بدورها لرغباته وحاجاته في الاتجاه الذي يريده". (يونسي، 2012، ص88)

أما "لازاروس" و"فولكمان" (1984) فقد عرّف التكيف بأنه "الجهود المعرفية والسلوكية المتطورة باستمرار لإدارة المتطلبات الخارجية و/أو الداخلية المحددة للمواقف التي تعتبر مرهقة". (Su-Kerb, 2014, P23)

ويعرّفه "مصطفى فهمي" بأنه "العملية الديناميكية المستمرة التي يهدف بها الشخص إلى أن يغير سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقاً بينه وبين بيئته".

كما يعرّفه "نعيم الرفاعي" بأنه "مجموعة من ردود الأفعال التي يعدل بها الفرد بناءه النفسي وسلوكه ليستجيب إلى شروط محيطية محدودة أو خبرة جديدة". (محمد قاسم، 2001، ص37-38)

ويعرّف "كوهن" (Cohen) التكيف على أنه تغيير يقوم به الفرد للاستجابة للمواقف الجديدة أو أن يدرك المواقف إدراكاً جديداً. (الجعيد، 2011، ص12)

ويرى "الشربيني" بأنّ التكيف هو "القدرة على التعامل مع المتغيرات الداخلية والخارجية دون إضطراب". (الرفوع & القرارة، 2004، ص122)

من هنا نستخلص أن التكيف هو مجموعة من الاستجابات وردود الأفعال التي يُعدّل الفرد بها سلوكه لإحداث مجموعة من التغييرات التي من شأنها أن تجعله أكثر تواءماً مع ذاته وبيئته الخارجية، وأيضاً هو عبارة عن عملية معرفية تستهدف إعادة تنظيم الخبرات والمعارف الجديدة.

3/ علاقة التكيف بالصحة النفسية والتوافق:

استناد علم النفس بشكل كبير من المفهوم البيولوجي للتكيف وقام بتطبيقه في السياق النفسي سواء باستخدام مصطلح التكيف أو التوافق. تم تفسير السلوك البشري على أساس أنه نتاج لمجموع التوافقات مع متطلبات وضغوط الحياة، وهذه المتطلبات يمكن أن تكون ذات طابع نفسي أو اجتماعي، تتجلى من خلال العلاقات التفاعلية بين الفرد وبيئته. والتي تلعب دوراً مهماً في تشكيل وتكوين الجوانب النفسية والاجتماعية له.

3-1/ التكيف والصحة النفسية:

اهتمام العلماء بصحة الفرد، توازنه واستقراره النفسي ذلك ما أدى إلى تعدد تعريف الصحة النفسية ومعاييرها: فحسب تعريف منظمة الصحة العالمية (2004) "هي حالة من العافية التي تسمح للفرد بتحقيق قدراته والتعاطي مع ضغوط الحياة اليومية، والعمل بإنتاجية تمكنه من إفادة مجتمعه. وهي ليست الخلو من المرض".

والصحة النفسية هي حالة من الاتزان النفسي، تتجلى بتكامل الشخصية والتخطيط لمستقبلها وحل مشكلاتها والتكيف مع الواقع وما فيه من معايير اجتماعية والتمتع بقدر من الثبات الانفعالي. (غباري & أبو شعيرة، 2015، ص13)

وقد عرّفها "المليجي" على أنها "حالة ثابتة نسبياً للتكيف السوي لدى الفرد، بحيث يكون مقبلاً ومتحمساً للحياة، كما يكون قادراً على تحقيق ذاته. إنها حالة إيجابية وليست مجرد اختفاء الاضطراب النفسي". (بن عائشة، 2015، ص72)

أما "سكوت" (Scott) فقد حدد مجموعة من المعايير يتم من خلالها تحديد معنى الصحة النفسية والتي تتلخص في: القدرة العامة على التكيف، القدرة على إرضاء الذات، الكفاية في العلاقات بين الأشخاص، القدرة العقلية، التحكم بالدوافع والعواطف، الموقف المتكامل في العلاقة مع الآخرين، القدرة الإنتاجية، الاستقلال الذاتي والتكامل الناضج. (ملحم، 2001، ص27)

يمكن استخلاص أن التكيف يعد جزءاً أساسياً من الصحة النفسية، حيث يلعب دوراً حاسماً في تحقيق التكامل والتوازن الداخلي للفرد. إنه يساعد على تحقيق التناغم بين الأبعاد النفسية والاجتماعية والبيئية للشخص، وكذلك يمنحه القدرة على التحكم في شروط البيئة الخارجية والتفاعل معها بشكل صحيح وفعال.

3-2/ التكيف والتوافق:

ارتبط مفهوم التكيف بمفهوم التوافق إلى درجة الخلط بينهما، مما أدى بكثير من العلماء إلى تحديد العلاقة بين هذين المصطلحين، فبعضهم أشار إلى أن هناك فرق بينهما، والبعض الآخر ينظر للاختلاف بينهما يكمن في التسمية فقط أما المعنى فهو واحد.

فقد ذكر "حامد زهران" في تعريفه للتوافق بأنه "عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغيير والتعديل حتى يحدث التوازن". أما "محمد عبد الظاهر الطيب" فقال أن التكيف: "هو أن يحدث الفرد تحورات وتعديلات مع نفسه لكي يتواءم مع البيئة الطبيعية". من هنا نرى أنه لا فرق بين ما ذكره كليهما في التوافق والتكيف. (جبل، 2001، ص318)

أما "مورر" (Morrer) فقد ذكر أن التكيف يستخدم للدلالة على مفهوم عام يتضمن جميع ما يبذله الكائن الحي من نشاط لممارسة حياته من محيطه الفيزيقي والاجتماعي، وعلى المستوى السيكلوجي كذلك. وهذان المستويان متصلان ببعضهما، فالعوامل البيولوجية تحدد احتياجات الانسان النفسية كما أن هذه الاحتياجات هي التي تقود العوامل البيولوجية للإشباع. (حشمت & باهي، 2002، ص51)

وهذا ما أكده "عبد الكريم قريشي" في قوله "أن الانسان يتكيف بيولوجيا ويتوافق نفسيا واجتماعيا إذ يبدأ التكيف وهو جنين في بطن أمه ويستمر ذلك طوال حياته بعد الولادة، في حين يبدأ توافقه النفسي والاجتماعي وتكوين ذاته في السنوات الأولى من حياته وبهذا ترتبط العمليتان (التكيف والتوافق) ارتباطا وثيقا بمراحل النمو المختلفة التي يمر بها الإنسان. (لبوز، 2002، ص81-82)

هناك تداخل كبير بين المصطلحين، حيث أن الفرد يسعى من خلال التكيف إلى تغيير سلوكه من أجل تحقيق التوافق بينه وبين مجتمعه، في حين التوافق هو تكيف الشخص مع بيئته ومعاييرها. بالتالي كلا المصطلحين (التكيف/التوافق) عبارة عن عملية ديناميكية تعمل لتحقيق التوازن بين متطلبات الفرد ومحيطه للوصول إلى الاستقرار النفسي والاجتماعي.

4/مجالات التكيف:

4-1/التكيف الشخصي(الذاتي):

يقصد بالتكيف الذاتي قدرة الفرد على التوافق بين دوافعه وأدواره الاجتماعية المتصارعة مع هذه الدوافع وذلك لتحقيق الرضا لنفسه وإزالة الشعور بالقلق والتوتر والشعور بالسعادة. (غباري & أبو شعيرة، 2015، ص23)

كما أنه يُعنى بتحقيق الحد الأمثل من الاستجابات العاطفية تجنب الانغماس العاطفي والانعزالية العاطفية. هذا يتضمن أيضًا تقليل ما يمكن تحقيقه من أعراض قلق حاد واكتئاب وعدوانية، وتقليل مخاطر الإصابة بمختلف الأمراض النفسية والعقلية والعضوية. يعكس ذلك أيضًا التفاؤل في الحياة والاهتمام بها والتحفيز للتفكير الإيجابي، مع الإيمان بحكمة وجودنا في هذا العالم والصبر على تحدياته

والتعامل معها بفعالية. ويشمل ذلك أيضاً الشعور بالراحة النفسية والسعادة الشخصية، والتوافق مع المطالب الاجتماعية والثقة في التفاعل معها بشكل إيجابي. (جابر، 2010، ص 09)

كذلك يُفهم التكيف النفسي كقدرة الفرد على التوفيق بين الدوافع المتناقضة التي يعاني منها. إذ يكون للفرد دائماً دوافع متعارضة تؤثر على سلوكه، ولكن التكيف النفسي يعني قدرته على تسوية هذه الصراعات والتحكم فيها بطريقة مقبولة ومُرضية. بالإضافة إلى ذلك، يشمل ذلك القدرة على مواجهة الأزمات النفسية بشكل إيجابي والبحث عن حلول لها بدلاً من تجاهلها أو التموه بها. (شحاتة، 2005، ص 73)

ويشمل التكيف الشخصي السعادة مع الذات، الثقة بها والرضا عنها كذلك الشعور بقيمتها، التمتع بالحرية في التخطيط للأهداف وتوجيه السلوك، مواجهة المشكلات الشخصية والعمل على حلها أو تغيير الظروف البيئية في تحقيق الأمن النفسي، ويشمل التكيف الانفعالي، العقلي والفيزيقي. (العبيدي، 2009، ص 23)

التكيف الذاتي يسعى لإشباع الدوافع الأولية والثانوية (الغذاء، الأمن، التقدير، الحب، الانتماء وتحقيق الذات ...)، كل هذه الدوافع مهمة للفرد وتكيفه، وفشله في تحقيقها تعرضه للتوتر والقلق بالتالي سوء تكيفه.

4-2/ التكيف الاجتماعي:

التكيف الاجتماعي هو عملية تكامل الفرد في المجتمع والتفاعل الناجح مع الآخرين والبيئة الاجتماعية المحيطة به، ويقصد به تكيف الفرد مع مجتمعه أي مع البيئة الخارجية سواء كانت مادية أو اجتماعية ونقصد بالبيئة المادية كل ما يحيط بالفرد من عوامل فيزيقية مادية كالحرارة والبرودة... أما البيئة الاجتماعية وتعني عناصر الثقافة اللامادية مثل القيم والمعايير والعادات والتقاليد والمعتقدات والعلاقات الاجتماعية والنظم الاقتصادية والسياسية. (جبل، 2001، ص 320)

وكذلك هو قدرة الفرد على بناء علاقات إيجابية مع الآخرين داخل إطار العلاقات التي يعيش فيها ويتفاعل معها سواء كانت هذه العلاقات في مجتمع الأسرة، الرفاق، المدرسة أو المجتمع الكبير بصفة عامة. (خطاطبه & حمدي، 2016، ص 202)

يشمل التكيف الاجتماعي السعادة مع الآخرين والالتزام بقوانين المجتمع وقيمه والتفاعل الاجتماعي السوي والعمل للخير والسعادة الزوجية والراحة المهنية ويظهر هذا النوع من التكيف في المجالات التالية:

➤ في الدراسة (التكيف المدرسي): ويقصد به نجاح الفرد في المؤسسات التعليمية والنمو معرفياً واجتماعياً وكذلك التحصيل المناسب وحل المشكلات الدراسية مثل ضعف التحصيل الدراسي.

➤ في الأسرة (التكيف الأسري): وهو أن يسود الوفاق بين الزوجين وبين الأولاد. وأن تكون هذه العلاقات قائمة على المودة، المحبة والتعاون، يتضمن هذا التكيف منذ البداية ما يسمى بالتكيف الزواجي المتعلق أساسا باختيار الشريك وتجانس مستوياتها الفكرية، الثقافية والاجتماعية وحتى العمرية.

➤ في العمل (التكيف المهني): ويتضمن اختيار الشخص للمهنة أو العمل الذي يناسب قدراته واستعداداته وتقبلها، رضاه عنها ومحاولاته المستمرة لتطويرها والابداع بها وشعوره بالسعادة والرضا أيضا. (محمد قاسم، 2001، ص40)

➤ في المجتمع (التكيف الاجتماعي): هو القدرة على التفاعل بنجاح مع المجتمع والآخرين والامتثال للقيم والمعايير الاجتماعية، وهو عملية مهمة لبناء علاقات صحية وتحقيق الرضا الشخصي والصحة النفسية الإيجابية.

5/ العوامل الدينامية في عملية التكيف:

5-1/ الدوافع والتكيف:

اهتم علماء النفس والباحثين بدراسة موضوع الدوافع وذلك من باب المعرفة العلمية لطبيعة السلوك الإنساني والوصول إلى صيغ لتعديله أو على الأقل للتنبؤ به في ظروف ومواقف معينة، لأن هناك من يعرف الدوافع على أنها "الطاقات الكامنة في الكائن الحي التي تدفعه لسلوك معين في العالم الخارجي، وهذه الطاقات هي التي ترسم للكائن الحي أهدافه وغاياته لتحقيق أحسن تكيف ممكن مع البيئة الخارجية"، يتضح أن الدوافع تمثل حالة داخلية عضوية أو نفسية اجتماعية مكتسبة شعورية تثير السلوك وتحدد نوعيته واتجاهه وتسعى به نحو تحقيق أهداف معينة، وتمكّن الفرد من إعادة توازنه النفسي وتوافقه الاجتماعي. (جابر، 2010، ص 11-12)

5-2/ القلق:

هو إحساس الفرد بالرعب المستمر والخوف تجاه قيم معينة يحملها الفرد بداخله أو من أحداث خارجية لا تبرر وجود هذا الإحساس. كما عرف بعض الباحثين القلق بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولات التكيف. (الصوص، 2018، ص33-34)

-الصراع: يظهر الصراع في حالة عدم إشباع الدوافع، قد يكون نتيجة لتصادم بين رغباتنا وبين معايير المجتمع، أو نتيجة للتنافس بين دافعين وكل منهما يريد الإشباع في وقت واحد وهي تختلف باختلاف أهمية الدوافع المتعارضة لدى الفرد. هناك علاقة بين الصراع والإحباط، فالإحباط عبارة عن وجود عقبة تحول دون إشباع لدافع واحد، أما الصراع فهو تعارض بين إشباع دافعين قد يكون أحد دوافع الإحباط أحدا منها. (جبل، 2000، ص87)

5-3/ الإحباط والتكيف:

إن التعرض للفشل في إرضاء بعض الدوافع والحاجات هي حالات يجب أن يمر بها الفرد في حياته اليومية وذلك بسبب العديد من القيود والظروف الداخلية والخارجية. إن التعرض لبعض حالات الفشل في إشباع الحاجات والرغبات أمر طبيعي عند الإنسان. إن هذه الحالة تسمى إحباطاً، فالإحباط حالة من الخيبة يشعر بها الفرد نتيجة الفشل في إشباع حاجة لديه أو تحقيق رغبة معينة عنده. (محمد قاسم، 2001، ص124).

ويعرّف البعض الإحباط على أنه "إعاقة الفرد من بلوغ هدف ما وسد الطريق التي يسلكها نحو الوصول إلى هدفه، سواء كان السعي نحو الهدف سعياً واعياً أو غير واعٍ، ويطلق لفظ الإحباط مجازاً كل نوع من العقابيل التي تحول دون بلوغ الهدف المنشود والاقتراب منه". (جابر، 2010، ص17-18) أما في حالة تكرار الفشل والإحباط عند الفرد فإنه يخلق لديه حالة من اليأس والاستسلام إضافة لضعف الثقة بالنفس، الشعور بعدم الكفاءة، التوتر والقلق، الاجتهاد والاحتراق النفسي والشعور بالعزلة والوحدة. هذا ما يؤدي به أن يصبح عرضة للاضطرابات النفسية. (محمد قاسم، 2001، ص129)

6/ الخلفية النظرية للتكيف:

هناك العديد من النظريات التي تطرقت لمفهوم التكيف النفسي، وتباينت في أفكارها وتصوراتها ويعود هذا لاختلاف المدرسة التي انطلقت منها وساهمت في طرح أفكارها وتوجهاتها ومن بين هذه النظريات نجد:

6-1/ النظرية البيولوجية:

يرى أصحاب هذا الاتجاه بأن مفهوم التكيف يشمل تكيف الكائن الحي مع البيئة التي يعيش فيها، وبأن سوء التكيف وفشله ينبع من الأمراض التي تصيب الجسم وأنسجته خاصة المخ، وهي الأمراض التي يمكن توارثها أو اكتسابها خلال الحياة نتيجة الإصابات والعدوى أو خلل هرموني ناتج عن الضغط الواقع على الفرد. ومن رواد هذه النظرية داروين وجالتون كالمان، فأصحاب هذه النظرية ينظرون لتكيف الفرد من خلال المفاهيم الفيزيولوجية والطبية وذلك وفق مسارين هما:

✓ مسار شعوري: يقوم به الإنسان بشكل ارادي كتناول الأدوية عند المرض أو التعب.

✓ مسار لاشعوري: تقوم به أجهزة الجسم تلقائياً دون إرادة الفرد، كزيادة نسبة الأدرينالين في الدم فتؤدي به إلى الهرب. (ملال، 2017، ص55)

النظرية البيولوجية تركز على العوامل الجسدية والبيولوجية في فهم السلوك والعمليات العقلية البشرية، وتعزز فهم الأمراض النفسية والعلاجات المرتبطة بها ويأخذ عليها أنها تقلل من أهمية العوامل النفسية والاجتماعية في فهم السلوك البشري.

6-2/ نظرية التحليل النفسي:

يرى "فرويد" (Freud) أن الفرد يولد وهو مزود بغرائز ودوافع، وأن الحياة عبارة عن سلسلة من الصراعات يعقبها إشباع للحاجات أو إحباطات وعليه فإن الفرد في صراع دائم بين دوافعه الشخصية التي لا يقبلها المجتمع من جهة، والمطالب الاجتماعية من جهة أخرى، وعليه فلا يتم التكيف إلا إذا استطاع الأنا الذي يعمل وفق مبدأ الواقع على تحقيق التوازن بين متطلبات الهو وتحذيرات الأنا الأعلى ومقتضيات الواقع، أي حل الصراع بين الهو والانا الأعلى. (يونسي، 2012، ص98-99)

أما "ألفرد أدلر" (Adler) فيرى أن التكيف هو عملية تطوير الحياة وتحقيق التميز والتفوق على الآخرين بطريقة فريدة بدافع الشعور بالعجز وهذا ما سماه بأسلوب الحياة الذي ينشأ من الهدف الداخلي مع غاياته الخيالية الخاصة.

كما اعتقد "كارل يونغ" أن مفتاح التكيف والصحة النفسية يكمن في استمرار النمو الشخصي دون توقف، كما أكد على أهمية الذات الحقيقية وأهمية التوازن في الشخصية السوية المتكيفة ويرى أن التكيف السليم يتطلب الموازنة ما بين ميولنا الانطوائية والانبساطية. (بن عائشة، 2015، ص75)

بينما ركز "إريكسون" (Erikson) على إبراز تأثير العوامل الاجتماعية والعوامل الشخصية ممثلة في فاعلية الأنا في بناء الشخصية. وتشكل نظرية إريكسون واحدة من النظريات الحديثة في التحليل النفسي، ومن خلالها يؤكد على فاعلية الأنا وأزمة النمو. (الغمري، 2016، ص41)

في مسار تطورها، تواجه الشخصية العديد من التحديات والأزمات التي يجب على الفرد التغلب عليها. وبناءً على ذلك، يعتبر نجاح الفرد في مواجهة هذه المراحل والتكيف معها أمراً حاسماً. ينطبق هذا على جميع مراحل نمو الفرد ويساهم في تطويره وتحقيق التكيف عبر مختلف مراحل حياته.

6-3/ النظرية السلوكية:

النظرية السلوكية هي نظرية نفسية تركز على دراسة السلوك البشري من خلال الملاحظة والتحليل، وتجعل من السلوك الظاهر هو المكون الأساسي للدراسة دون الاعتماد كثيراً على العوامل النفسية الداخلية.

يرى رواد هذه النظرية أمثال "واطسون" و"سكينر"، بأن عملية التكيف مكتسبة عن طريق التعلم والخبرات التي يمر بها الفرد، إذ أن السلوك التكيفي يشتمل على خبرات تشير إلى كيفية استجابة الفرد لتحديات الحياة، والتي ستقابل بالتعزيز أو الدعم.

وبيّن كل من "يولمان" و"كراسنر" أنه عندما يجد الفرد أن علاقته مع الآخرين لا تعود عليه بالإثابة، فإنه قد ينسلخ عنهم، ويبدى اهتماماً أقل فيما يتعلق بالتلميحات الاجتماعية، وينتج عن ذلك أن يأخذ هذا السلوك (الانسحاب الاجتماعي) شكلاً غير تكيفي. (الجعيد، 2011، ص13)

كما ينظر أنصار هذا الاتجاه إلى الفرد ككيان يتفاعل مع بيئته ويتأثر بالضغوط المحيطة والحوافز المتغيرة، ويتجلى مفهوم العادة كجزء أساسي في النظرية السلوكية. يُعتبر العادة تمثيلاً للارتباط

بين المحفزات والاستجابات. نظرًا لأن العادات قابلة للتعلم والاكتساب، يمكن استبدال العادات غير التكيفية بأخرى تكيفية. (يونسى، 2012، ص99)

النظرية السلوكية تركز على دراسة السلوك البشري من خلال التجربة والملاحظة وتعتبر التعلم والتكيف هما المحركين الرئيسيين للسلوك حيث أن الفرد يمكنه تغيير سلوكه من خلال التعلم والتكيف مع المحفزات والمكافآت والعقوبات المحيطة به.

6-4/ النظرية المعرفية:

من وجهة نظر أصحاب هذه النظرية، يُعتقد أن للفرد حرية اختيار أفعاله، ويمكنه اختيار السلوك الذي يتوافق مع معايير المجتمع ويجعله يتفق مع نفسه والآخرين. ويكون التكيف الجيد عندما يكون هذا الاختيار متناسبًا مع القيم والمعايير الاجتماعية. ومع ذلك، إذا تعرض الفرد لضغوط بيئية، مثل الضغوط من الأسرة أو المدرسة، أو إذا شعر بالظلم أو التهديد، قد يؤدي ذلك إلى تغيير سلوكه بشكل سلبي والانحراف عن السلوك المتوقع.

كما يُؤكدون على أهمية القدرات الذاتية والمعرفية للفرد في تطوير قدرته على التكيف. بمعنى آخر، كلما كان الفرد أكثر تعلمًا واكتسابًا للمعرفة التي تنسجم مع الواقع المحيط به، كلما كان لديه القدرة على التكيف السليم مع الواقع. (الجعيد، 2011، ص15)

وتوصل "لازاروس" (Lazarus) إلى كون التجارب المعرفية والخبرات هي الدافع الأساسي الذي يجعل من الأفراد تختلف في استخدام أساليب التعامل المعرفي مع الموقف الواحد. ويعتبر استراتيجيات التكيف كسياق دينامي، يحدد استجابة الفرد للوضع الضاغظ وتتغير استجابة الفرد من شخص لآخر وعلى مدى الحياة. (مزاور & شيخي، 2011، ص 318-319)

تجمع هذه النظرية بين العوامل النفسية والاجتماعية وتعتبر الإنسان ككائن يقوم بمعالجة المعلومات وتفسيرها وتخزينها واسترجاعها ليستخدمها استخدامًا صحيحًا لتحقيق التكيف. يعتبر "جورج كيلي" و"جان بياجى" أحد أبرز المفكرين في هذا المجال. باختصار، النظرية المعرفية تسلط الضوء على دور العقل والتفكير في تشكيل سلوك الإنسان وتعزز أهمية التعلم والتفكير النقدي في تحسين جودة الحياة وتحقيق الأهداف.

6-5/ النظرية الاجتماعية:

تظهر هذه النظرية في كيف يمكن للفرد أن يؤثر في الوضعيات التي تؤثر على مسار حياته عن طريق استشعاره للنقص، هذا الشعور بالنقص يؤثر على سلوكه، ويمكن أن يدفعه نحو تبني إحدى تصرفين رئيسيين. إما أن يتقبل الوضع ويتعامل معه بشكل إيجابي، أو يرفض الواقع ويحاول تغييره. لتبني استراتيجيات فعالة، يعتمد الفرد على قدراته وطموحاته، ويأخذ في الاعتبار العلاقة بينه وبين البيئة المحيطة به. كما يلتزم بالقيم والمبادئ والمعرفة التي اكتسبها من خلال التفاعل مع المجتمع

والثقافة المحيطة به. هذا يمكنه من المساهمة الإيجابية في تحسين البيئة المحيطة به، وتعزيز التواصل والاندماج في المجتمع، والالتزام بالجماعة. (مزاور، 2006، ص108)

حسب (السيد محمد غنيم، 1993) يعتبر كل موقف سلوكي بالنسبة للإنسان موقف اجتماعي في حقيقته، سواء كان فرداً أو جماعة من الناس وعندما يتواجد الإنسان مع شخص آخر فإن وجود الأخير يكون له تأثير على كيفية استجاباته وتحديد الوظائف السلوكية إزاء المواقف الاجتماعية، فهي تؤثر فيما نتعلمه وكيف ندرك ونحكم على البيئة والأحداث. (عريس، 2017، ص42)

بهذا الشكل، يظهر أن هذا المنظور يسلط الضوء على دور الفرد كعامل نشط في تحسين وضعه وتأثيره في البيئة المحيطة به، ويبرز أهمية الاستجابة بشكل إيجابي للتحديات وتبني استراتيجيات تكيفية قائمة على القدرات والقيم والمعرفة.

6-6/ النظرية الإنسانية:

ترى هذه النظرية أن الإنسان خير بطبعه ومطالبه تتفق مع مطالب المجتمع، وهو حر له إرادة في اختيار أفعاله التي يتكيف بها مع نفسه ومع مجتمعه، فقد نظر "كارل روجرز" (Carl Rogers) إلى التكيف بأنه يتحقق عندما يمكن دمج كل الخبرات الجسدية والإدراكية والحسية للفرد بصورة رمزية مع صورة الذات ضمن علاقة توافق، أما في حالة سوء التكيف عندما ينكر الفرد الخبرات أو لا يرمزها ضمن بنية الذات سواء كانت هذه الخبرات حسية أو جسدية. (الغمري، 2016، ص42) ويرى أن معايير التكيف تتحقق في ثلاث نقاط هي: الإحساس بالحرية، الانفتاح على خبرة، الثقة بالمشاعر الذاتية.

أما "ماسلو" (Maslow) فيرى أن التكيف يتحقق بإشباع حاجات الفرد البيولوجية والاجتماعية والنفسية كما أكد على ضرورة تحقيق الذات. (بن عائشة، 2015، ص76) والشخص المحقق لذاته قد يكون أنجز مستوى عالياً من التكيف الشخصي، ويستطيع أن يصدر أحكاماً جيدة ويمتلك القدرة على النمو الشخصي، وأن هؤلاء الأفراد يحصلون على المصدر الرئيسي للرضا من خلال نموهم وتطورهم الفردي، وأنهم لا يعانون من التهديد، الصراعات، القلق والتوتر.

ويعد مفهوم الذات في الاتجاه الإنساني مفهوم محوري في بناء شخصية الفرد وفي تكيفه النفسي ومفهوم الذات الإيجابي يعبر عن تكيف سليم وصحة نفسية. (يونسي، 2012، ص100)

تجربة الفرد وتقديره لما يشعر به تلعب دوراً حاسماً في عملية تعلمه. فالفرد هو الشخص الذي يمتلك حرية الاختيار والإرادة، ولديه القدرة الإبداعية على النمو والتكيف. يعيش الفرد في عالم مليء بتجاربه الشخصية ويستجيب للحقائق والوقائع كما يدركها عن ذاته.

والتكيف يعني مدى تتاغم الفرد مع صورته الذاتية المثالية والتي يسعى لتحقيقها، مقارنة بالصورة الذاتية التي يدركها بناءً على خبراته وتجاربه. (الرفوع & القرارة، 2004، ص126)

في الأخير نستطيع القول إن أغلب النظريات ورغم اختلافها إلا أنهم يتفقون في أن التكيف هو عملية تفاعل بين الفرد حاجاته وإمكانياته، وبين بيئته بما فيها من خصائص ومتطلبات وذلك لتحقيق الأمن النفسي والصحة النفسية.

7/ تحليل التكيف:

التكيف هو عملية دراسة وفهم كيفية استجابة الأفراد للتحديات والظروف المختلفة في حياتهم. ويهدف تحليل التكيف إلى فهم مدى قدرة الفرد على التكيف مع البيئة المحيطة به وكيفية تأثير هذا التكيف على حياته وصحته النفسية. وهو مسألة شخصية تعمل فيها خبرة الشخص والموقف الذي يحيط به، كما تعمل فيها مجموعة أخرى من العوامل.

لكن مقارنة حالات التكيف المختلفة عند العديد من الأشخاص تكشف عن وجود سلسلة من الخطوات أو المراحل التي تمر بها عملية التكيف ويشترك فيها الأشخاص. (الرفاعي، 1995، ص34) عند تحليل عملية التكيف لدى شخص ما، نجد أن سلوك الفرد والموقف الذي يحيط به متناسبان. وعند مقارنة حالات التكيف المختلفة عند العديد من الأشخاص، تبين وجود سلسلة من الخطوات، تمر بها عملية التكيف، ويشترك فيها جميع الأشخاص، وهي كالتالي:
-تبدأ عملية التكيف حين يصبح الشخص في موقف جديد أو تعترض طريقه مشكلة ما تمنعه من تحقيق أهدافه وتلبية حاجاته.

-ينتج عن وجود الشخص في موقف جديد، أو مشكلة تعترض تحقيق أهدافه توتر نفسي.
-تنتهي حالة التوتر حين يتمكن الشخص من التكيف مع الموقف الجديد، أو التغلب على العائق وتحقيق أهدافه وتلبية حاجاته. (غراب، 2015، ص64)

يتضمن تحليل التكيف دراسة عوامل متعددة تشمل العوامل النفسية والاجتماعية والبيئية التي تؤثر على قدرة الفرد على التكيف. يتمثل الهدف في تقديم التقييم والدعم اللازمين للفرد للتغلب على التحديات وتحسين جودة حياته. ويشمل أيضًا تقدير مدى تأثير التوتر والضغط النفسية على الفرد وكيف يتعامل معها. يعتمد هذا التحليل على مفهوم أن التكيف هو جزء طبيعي من تجربة الإنسان وأنه يمكن تعزيزه وتطويره من خلال الدعم والتوجيه الصحيح.

يهدف تحليل التكيف إلى فهم كيفية تأثير العوامل المختلفة على قدرة الفرد على التكيف وتحسين جودة حياته وصحته النفسية.

8/ معايير التكيف:

8-1/المعيار الاكلينيكي:

المعيار الاكلينيكي هو نوع من المعايير الطبية أو النفسية التي تستخدم لتقييم حالة مريض أو فرد بناءً على مجموعة معينة من المعايير أو العلامات السريرية. هذا المعيار يستخدم لتحديد ما إذا كان الفرد يعاني من حالة طبية أو نفسية معينة ولتحديد مدى خطورة هذه الحالة.

يتحدد مفهوم التكيف أو الصحة النفسية في ضوء المعايير الإكلينيكية لتشخيص الأعراض المرضية، فالصحة النفسية تتحدد على أساس غياب الأعراض والخلو من مظاهر المرض، ويرى البعض أن هذا المعيار أفضل في تحديد السواء والشذوذ بالنسبة للاضطرابات الانفعالية والانحرافات السلوكية وإذ كان ينقصه تحديد الدرجة التي ينبغي أن يصل إليها الاضطراب الانفعالي أو الانحراف السلوكي حتى يعد شاذاً، وينقصه الاتفاق على تحديد جامع للأعراض المرضية. (الغمري، 2016، ص43)

المعايير الاكلينيكية تلعب دوراً هاماً في توجيه العلاج واتخاذ القرارات الطبية. إنها تساعد في تحديد الأولويات العلاجية وتوجيه الجهود نحو تحسين حالة المريض. هذا يتيح للفرق الطبية والنفسية تقديم العناية الصحية الأمثل للمرضى والأفراد.

8-2/المعيار الاحصائي:

يرى أصحاب هذا المعيار أن الشخص السوي هو "من لا ينحرف كثيراً عن المتوسط، وبعبارة أخرى السوي هو المتوسط وهو الذي يمثل النسبة الأكبر من مجموعة الناس وفق المنحنى الاعتمالي، ومن مميزات هذا المعيار أنه يراعي ما بين الانحراف من تدرج، فيميز بين الحالات الخفيفة والمتوسطة والعنيفة من سوء التكيف، ولكن يجب الإشارة هنا إلى أنه وفقاً لهذا المعيار نجد أن من هم على مستوى عالي من الذكاء والصحة يعتبرون أيضاً من الشواذ، إلا أن علماء النفس قصروا الشذوذ على الانحراف من الناحية السلبية". (يونسي، 2012، ص103)

بشكل عام، المعايير الإحصائية تلعب دوراً حيوياً في فهم وتفسير سلوك الانسان واتخاذ القرارات الأساسية في مجموعة متنوعة من المجالات. تسهم في تحليل البيانات واستخراج المعلومات الهامة، بالتالي التقدم في مساعدة الفرد على التكيف مع المرض المزمن.

8-3/المعيار الاجتماعي:

بناءً على هذا المعيار، يُعتبر الفرد السوي هو الشخص الذي يلتزم بقيم ومعايير مجتمعه، بينما الشخص الشاذ هو الشخص الذي يختلف عن هذه القيم والمعايير ويتصرف بشكل غير مقبول أو غير مألوف من قبل المجتمع.

من الجدير بالذكر أن هذا المعيار يمكن أن يكون نسبياً بشكل كبير ويعتمد على الثقافة والمجتمع الذي ينتمي إليه الفرد. فما يُعتبر شاذاً في مجتمع قد يكون عادياً أو مقبولاً في مجتمع آخر. هذا يعكس التباين الثقافي الواضح في تصورات السلوك الصحيح وغير الصحيح.

ومن هنا تُعتبر هذه النقطة مصدر انتقاد لهذا المعيار، حيث يُمكن أن يفضي الالتصاق القوي بقيم المجتمع إلى تهميش الأفراد الذين يتبنون آراءً أو تصرفات تختلف عن السائد. بعض الثقافات تشجع على التنوع والاختلاف فيما يعتبرها البعض شذوذاً.

كما يؤخذ عليه تقليله من قيمة الفرد بكل ما يملك من قدرات وامكانيات، فهو يتضمن تحويل الفرد إلى مجرد شيء مما يفقده القدرة على الابداع والخلق والتعبير عن نفسه وعن المجتمع. (جابر، 2010، ص23)

من هنا نرى أننا بحاجة إلى توجيهات أخلاقية وقانونية دقيقة لتحديد ما إذا كان السلوك يشكل انحرافاً حقيقياً يستدعي التدخل أم أنه مجرد تباين ثقافي، ويجب أن يُعامل بحذر خاصة عند تطبيقه لتقدير السلوك البشري وتكيفه.

8-4/ المعيار المثالي:

المعيار المثالي هو مفهوم يُستخدم لتقييم الأداء أو الأشياء بناءً على معايير معينة تعتبر القيمة القصوى أو المثلى. يُستخدم هذا المعيار لوصف شيء ما عندما يتمتع بجميع الصفات أو الخصائص التي تعتبر مثالية أو مثلى بناءً على معايير معينة.

أشار "أيزنك" إلى أنه في ضوء ذلك لا بد أن تضع معياراً آخر بديلاً للمعيار الإحصائي وهو المعيار المثالي أم النموذجي وهو المعيار الذي يأخذ كل فرد على عاتقه الاهتداء به، ومحاولته باستمرار الاقتراب منه، بحيث يجعل سلوكنا يتطابق معه، وبناءً على هذا المعيار فإننا نطلق على الشخص بأنه سوي، كلما اتفق سلوكه مع المثل الأعلى، ونطلق على الشخص بأنه شاذ كلما كان سلوكه غير متفق وبعيد عن المثل الأعلى، إلا أن أهم ما يؤخذ عليه أن الشيء المثالي أمر لا وجود له في الثقافة التي يعيش فيها الفرد. (فايد، 2005، ص299) بالتالي هذا المعيار قد يستخدم لتقييم سلوك الشخص ومن خلال النتيجة يكون التدخل للعلاج وتحسين صحة الفرد.

9/ خصائص التكيف: للتكيف خصائص منها أن:

- ✓ الفرد هو المسؤول عن التكيف مع نفسه ومع بيئته: أي أنها تتم بإدارة ورغبة الفرد. عدا نوع واحد من التكيف ليس للإنسان دخل فيه وهو التكيف البيولوجي الذي يتم بطريقة آلية دون إرادة الكائن الحي.
- ✓ يستطيع الفرد أن يغير من عملية التكيف مع نفسه: وذلك بتغيير أنماط سلوكه السيئة، أو تغيير دوافعه وأهدافه أو تعديلها ويستطيع أن يغير في البيئة الخارجية المادية والاجتماعية.
- ✓ عملية التكيف تظهر بوضوح في سوء تكيف الإنسان إذا كانت العوائق والعقبات قوية وشديدة ومفاجأة، ولا يظهر سوء التكيف إذا كانت تلك العوائق بسيطة ومألوفة وأعتاد الإنسان عليها وعلى تغطيتها.

✓ العوامل الوراثية تؤثر على عملية التكيف: فالوراثة السيئة التي يرثها الإنسان كوراثة النقص العقلي أو الحساسية الانفعالية تجعل الفرد قاصرا على التكيف نظرا للإعاقة التي تسببها هذه العوامل الوراثية وتقاوم الإنسان في ممارسة حياته والاختلاط بالآخرين.

✓ التكيف عملية مستمرة حيث أن الإنسان في حركة دائمة لإشباع دوافعه المتعددة وخاصة الحيوية التي تلازمه لحفظ حياته ونوعه.

✓ تتوقف درجة تمتع الإنسان بالصحة النفسية الجيدة على مدى قدراته على التكيف في المجالات المختلفة، لأن التكيف والتوافق دلالة على تمتع الإنسان بالصحة النفسية الجيدة.

(جبل، 2001، ص 328-329)

من خلال فهم خصائص التكيف، نلاحظ وجود تكيف إيجابي وتكيف سلبي؛ التكيف الإيجابي يشير إلى قدرة الفرد على تلبية حاجاته ورغباته بطريقة ترضيه دون تعارض مع القيم والمعايير المجتمعية. بالمقابل، التكيف السلبي يحدث عندما يعجز الفرد عن تلبية حاجاته ورغباته بشكل يرضيه والآخرين من حوله. (محمد ناصر، 2006، ص 12)

أي أن الفرد يمر بحالات نفسية فقد يبقي للشخصية انسجامها وقد يؤدي بها إلى صراع داخلي كثيرا ما يكون مريرا يؤثر على الاستقرار الداخلي للفرد، بالتالي التعرض للمرض.

فالتكيف السلبي يكون مصحوبا بأعراض الاكتئاب، مثل فقدان الشخص للاهتمام بالمحيط، اضطراب النوم، الشعور بالإحباط والفشل ما يسبب له القلق والتوتر، والتكيف الإيجابي عادة ما يمتاز بمجموعة من المظاهر السلوكية مثل المحافظة على الشخصية المتكاملة وتغلب الفرد على انفعالاته وفشله والمشاركة الاجتماعية والإحساس بالمسؤولية والثبات النسبي على بعض السلوكيات الإيجابية والالتزان الانفعالي.

وعادة ما يتأثر سلوك الفرد بالقدرات العقلية، الذات، الحاجات الفيزيولوجية وحاجات الفرد الأولية وتغير المحيط البيئي. (الرفوع & القرارة، 2004، ص 120-121)

إذاً، التكيف الإيجابي يتجلى عندما ينجح الفرد في تحقيق أهدافه وتلبية حاجاته من خلال اتباع أنماط سلوكية متناسبة ومقبولة اجتماعياً. على الجانب الآخر، التكيف السلبي يظهر عندما يعجز الفرد عن تلبية حاجاته وتحقيق دوافعه بشكل مرضي، وقد يكون لهذا العجز أسباب متعددة، وراثية، بيئية أو ناجمة عن تفاعلات عاطفية.

10/ تعريف المرض المزمن (Maladie chronique) :

المرض المزمن هو مرض يتطور على المدى الطويل ببطء وفي صمت وغالبا ما يلزم

المريض طوال حياته ولا يمكنه الشفاء منه. يرتبط المرض المزمن بالعجز ويتسبب في مضاعفات خطيرة على المريض، ومن بين هذه الأمراض نجد :

- ✓ الفشل الكلوي المزمن والتهاب القصبات الهوائية والربو.
 - ✓ أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان والسكري.
 - ✓ أمراض نادرة مثل التليف الكيسي، أمراض الخلايا المنجلية، الاعتلال العضلي .
 - ✓ وأخيرا الاضطرابات العقلية طويلة المدى (الاكتئاب، الفصام، وما إلى ذلك).
- (RABY REYNAUD, 2014, P47-48)

11/ خصائص الأمراض المزمنة:

تعرف الأمراض المزمنة بمجموعة من الخصائص: كوجود حالة مرضية سواء كانت بيولوجية، جسمية أو نفسية مع حد أدنى من تواجد المرض مقدر بثلاثة أشهر أو يفترض ذلك، لا تنتقل بالعدوى فهي ليست ناجمة عن بكتيريا أو فيروسات. الإصابة بها عادة ما تكون صامتة وقد لا ينتبه لها المريض إلا بعد حدوث المضاعفات

- ✓ ترتبط بالسلوك الغذائي والحركي للأفراد والمجتمعات (كداء السكري مثلا)
- ✓ علاجها يمتد عادة طوال عمر الشخص
- ✓ هو مكلف ويتضمن مراحل قد تكون مزعجة للمرضى.
- تأثر هذه الأمراض على العناصر الثلاث التالية :
- ✓ الحد من الأنشطة العادية والمشاركات الاجتماعية .
- ✓ الاعتماد على الأدوية، نظام غذائي خاص، أجهزة طبية أو المساعدات الشخصية .
- ✓ الحاجة الى الرعاية الطبية، المساعدة النفسية، التكيف مع المرض والمراقبة أو التدخل الذي قد يكون جزءا من العملية الخاصة بالرعاية الطبية الاجتماعية. (BALLET, 2019, P66)
- إلى جانب ذلك فان هناك من أشار إلى أن الأطفال المصابين بأمراض مزمنة معرضون بشكل أكبر لخطر الإصابة باضطرابات نفسية، مثل اضطراب الأنا وانخفاض احترام الذات وزيادة الاعتماد الاجتماعي واضطراب القلق أو أعراض الاكتئاب. (DOUMONT& AI, 2003, P10)

12/ تقبل الأمراض المزمنة :

تقبل الأمراض المزمنة هو مفهوم يشير إلى القدرة على قبول وتكيف الشخص مع وجود حالة مرضية مزمنة في حياته. يشمل هذا المفهوم تقدير الشخص للحقائق الطبية المتعلقة بحالته المرضية والقبول النفسي لهذه الوضعية. يعتبر تقبل الأمراض المزمنة عاملاً هاماً في تحسين نوعية حياة الأشخاص الذين يعانون من حالات صحية مزمنة، حيث يمكن أن يساهم في تقليل الضغط النفسي والعقلي المرتبط بالمرض ويساعد في تحسين التكيف مع التغييرات الحياتية وتحدياتها.

من خلال ملاحظات "لاكروا" وزملائه (Lacroix & Al, 1993) أثناء العمل مع المرضى أن "أي شخص يعرف أنه مصاب بمرض مزمن، بمعنى أنه سيتعين عليه العلاج مدى الحياة، ومن المحتمل أن تظهر مضاعفات المرض لاحقاً، مما يؤدي به للتعرض لحالة فقدان أو خسارة للحالة الصحية السابقة. رداً على هذه الخسارة، هناك عملية تقبل المرض، وهي مماثلة لعملية الحزن والتي تتم على عدة مراحل". ووفقاً لهم، فإن قدرة المريض وإرادته في تولي المسؤولية تعتمد إلى حد كبير على درجة تقبله للمرض. (AUJOULAT & Al, 2003, P07)

في الواقع، القدرة على العلاج لا تكمن فقط فيما يعرفه المريض عن مرضه وعلاجه. المرض المزمن له تداعيات في جميع أبعاد الحياة وظهور المرض يسبب للمريض سلسلة كاملة من الاضطرابات الانفعالية التي سيتعين عليه إدارتها بنجاح وبشكل دائم إلى حد ما، ذلك من أجل قبول مرضه والقيود التي يفرضها.

ويشير كل من "أكين" وزملائه (Atkin & Al, 2001) أنه عموماً في سن 12 تقريباً، بعض المراهقين يطرحون نفس التساؤل "لماذا أنا؟"، هذا عندما يقارنون حياتهم بحياة أصدقائهم، ولأن المرض أحياناً يفرض قيوداً صارمة عليهم. ثم يواجهون مخاطر الانطواء، وتطور المشكلات النفسية، وتعرضهم لتمزق في علاقاتهم الاجتماعية. الطريقة التي يتعاملون بها مع الإحباط الذي يعانون منه هي انعكاس لتوازن هش بين رغبتهم في الحفاظ على صورة ذاتية إيجابية (تظهر دون مرض) وعواقب المرض الذي يخافونه. (AUJOULAT & Al, 2003, P07-08)

إن تقبل المرض عبارة عن استجابة نفسية، معرفية وسلوكية، يتضح من خلالها قدرة المريض على التكيف مع المتغيرات الجديدة. ويتضمن تقبل الأمراض المزمنة قبول حقيقة وجود المرض، التعامل مع الأعراض، تبني استراتيجيات صحية والبحث عن الدعم النفسي والاجتماعي عند الحاجة. إن تقبل الأمراض المزمنة يمكن أن يكون مدخلاً للمحافظة على نوعية حياة رغم وجود التحديات الصحية.

13/ التكيف مع الأمراض المزمنة :

يهدف التكيف النفسي إلى الحفاظ على الوحدة النفسية والجسمية، إلى تعويض الاضطرابات المختلفة التي يمر بها المصابون. إن ردود الأفعال النفسية التي تحصل في كل مرحلة من مراحل المرض والتي تكون ناتجة عن تداخل موحد بين ذكريات التجارب السابقة، إدراك مختلف التهديدات المستقبلية التي قد تحصل. قد تنجح ردود الأفعال تلك في الوصول إلى التكيف كما قد تفشل.

يضع الدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض العقلية (DSMIV.TR) مجموعة خصائص يصف من خلالها اضطرابات التكيف :

-ظهور مجموعة أعراض تمس الجانب الانفعالي والسلوكي، هذه الأعراض تكون ناتجة عن عوامل مقلقة معاشه لمدة ثلاثة أشهر (03).

- هذه الأعراض أو السلوكيات تكون دالة اكلينيكيًا، المعاناة المعاشة تكون هامة مبالغ فيها (الموقف لا يحتاج تلك المعاناة)، التأثير يمس الجانب الاجتماعي والمهني.
 - هذه الأعراض ليست ناتجة عن اضطراب عقلي أو عن حالة حداد .
 - بعد زوال العوامل المسببة للقلق، لا تستمر الأعراض أكثر من ستة أشهر (06) بعد ذلك .
 (شدمي، 2015، ص 108-109)

13-1/مشاكل خاصة بالأمراض المزمنة:

إن حالة الضيق الانفعالي الناتجة عن المرض تظهر على شكل قلق واكتئاب تصاحب المصاب منذ المراحل الأولى من اعلان المرض: كظهور الأعراض الأولى ثم يأتي التشخيص، مرحلة البدء في العلاج تليها مرحلة الانتكاسة وما ينتج عنها من يأس، ثم المرحلة ما قبل النهائية التي تتسم بأضرار نفسية هامة.

بعد مرور الأشهر الأولى من الأزمة يواجه أصحاب الأمراض المزمنة العديد من التحديات يوميا، وقد صنفها كل من "سالز" وآخرون (Salez & Al, 1991) و"ميشيك" (Mechek, 1987) كما يلي:

- عدم السيطرة على الأزمات الطبية أي أن ظروف المريض يجب أن تكون تحت المراقبة والسيطرة فمريض السكري يجب أن يبقى محافظا ومسيطرًا على الأنسولين وإلا فهو معرض للغيبوبة.
 - الحاجة لتدبير أمر الحمية العلاجية والتي تستمر لفترة طويلة مع المريض وقد تؤثر على تصرفاته ونشاطاته وقد تتسبب له بالعزلة الاجتماعية.

- السيطرة على الأعراض وإخفاؤها عن الأصدقاء والمعارف.

- في النهاية نجد العزل الاجتماعي باعتباره المشكلة الرئيسة التي تواجه صاحب المرض المزمن، فالمريض لا يستطيع المحافظة على علاقاته نتيجة التناقض في طاقته والمحدودية في تحركاته وقلة تواصله مع المحيطين به. (الخالدي، 2008، ص 301-302)

قد تختلف ردود الفعل اتجاه المرض وقد تظهر الأعراض على مراحل، وبأشكال مختلفة وهذا راجع لعدة عوامل منها طبيعة المرض المزمن، سن المريض، نضجه الانفعالي، بيئته، وقد تظهر الأعراض بالشكل التالي:

➤ **الصدمة:** للوهلة الأولى يستقبل المريض خبر اصابته بالمرض المزمن وكأن الأمر يخص شخص آخر، فيبدو بحالة من الذهول، وقد يفقد وعيه بسبب عدم توقعه الإصابة بالمرض المزمن.

➤ **الإنكار:** وهو أسلوب دفاعي يلجأ له الفرد، إما بسبب رفض التشخيص المرضي أو بسبب حاجته لامتلاك القوة لمواجهة الأمر.

➤ **الحيرة:** وذلك بسبب نقص المعلومات التي يمتلكها المريض عن مرضه، وحيرته بما يتوجب عليه فعله.

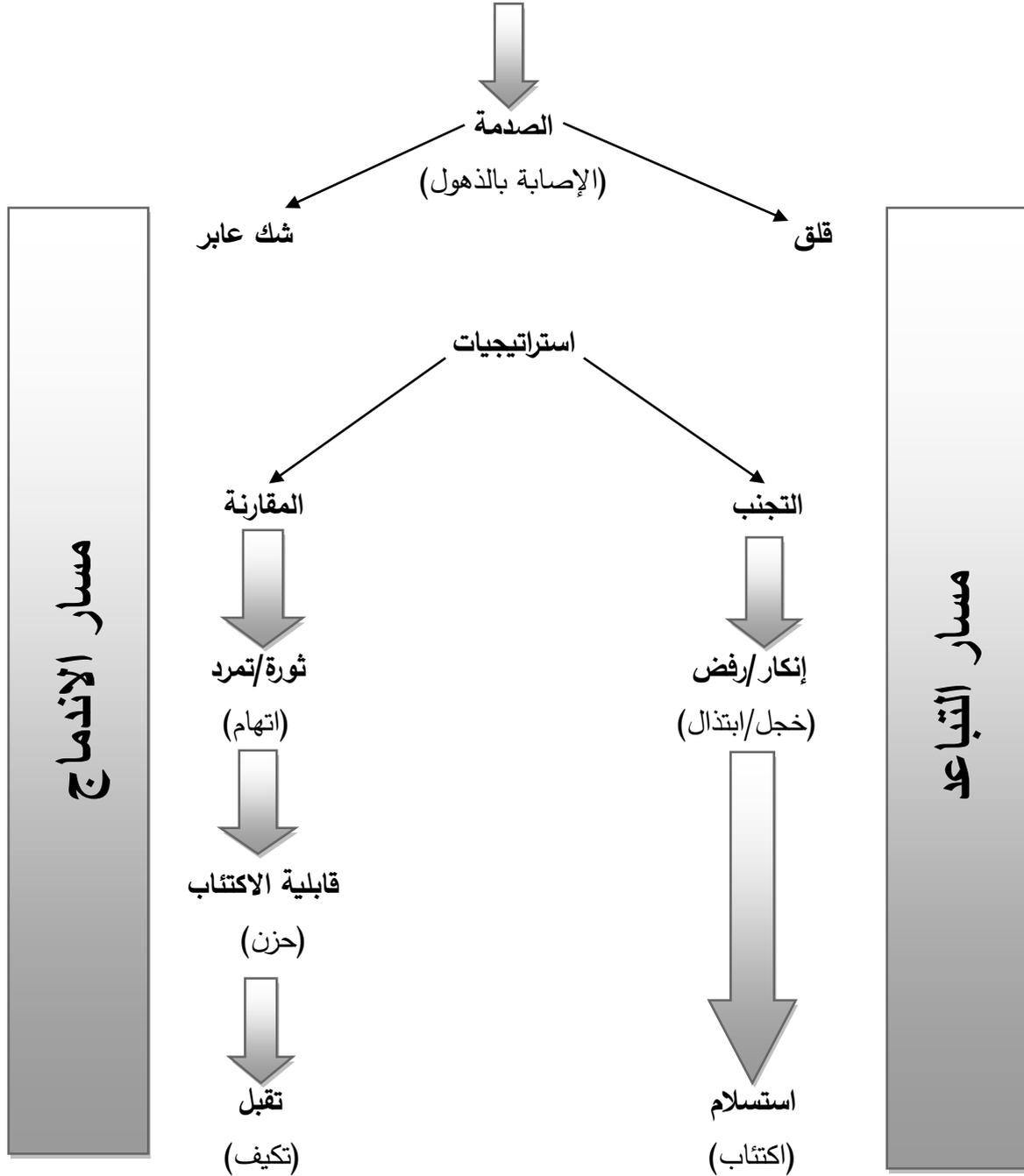
- **الخوف:** ويظهر في هذه المرحلة بعض التخيلات عن أسوأ ما يمكن أن يواجهه، مما يشكل ضغطا نفسيا كبيرا على المريض قد ينتهي بالاكئاب.
- **التجنب:** يتجنب المريض في هذه المرحلة التفكير بالمرض، وقد يتجنب الكلام أو مناقشة الأمر مع الآخرين.
- **الغضب:** يبدأ بالتساؤل (لماذا أنا؟)، (لماذا عليا أن أمر بهذه المعاناة؟)، هذه المشاعر قد تفقده السيطرة على نفسه وردود فعله وقد يبكي ويشتهي ويشعر بالكراهية والألم. (التميمي، 2006، ص08)
- **الحزن:** قد يلجأ للبكاء والعزلة عن الآخرين فيفقد الرغبة في الحياة.
- **الشعور بالذنب:** ويكون هذا الشعور عندما يكون هذا المرض متوارثا وسيشعر صاحب هذا المرض بأنه سيورثه لأبنائه.
- وهناك تقسيم آخر لوسائل وطرق التكيف والتي تعتبر كوسيلة دفاعية يستخدمها المريض للتكيف مع المرض وقد تكون هذه الوسائل ايجابية أو سلبية، من هذه الوسائل ما يلي:
- **الإنكار أو التقليل من خطورة الأزمة الطبية:** وهذه الوسيلة هي طبيعية ولكن يجب ألا تأخذ الوقت الطويل حيث على المريض إتباع تعليمات خاصة بعلاجه.
- **البحث عن المعلومات:** هي الوسيلة التي قد يستخدمها المريض الذي يشعر بعدم الفائدة وبالتالي يشعر بالسيطرة على الوضع إلا أن هذه الوسيلة إذا كانت فائضة عن الحد المعقول، فقد تثير مشاكل مع القائمين على الرعاية الصحية لهذا المريض.
- **البحث عن الطمأنينة من الآخرين:** خاصة من الأهل والأصدقاء والفريق الطبي. فهو بحاجة إلى الدعم العاطفي.
- **وضع أهداف ثابتة ومحددة:** وذلك إذا كان له عمل مسؤول عنه أو أسرة يتولى رعايتها وهذه الطريقة تجعله يتغلب على المشكلة الرئيسة بتقسيمها إلى أجزاء حسب الأولوية.
- **التدريب والتمرين:** للاستعداد لمستقبل جديد غير معروف وإيجاد أبدال للتكيف مع المشاكل الجديدة المترتبة على تطور المرض.
- **البحث عن معنى إيجابي:** وسيلة اخيرة قد يتكيف بها المريض مع المرض فقد يتقرب إلى الله أو يجد بهذا المرض بأنه قد تقرب أكثر بأصدقائه وأهله وشعر بأنه محبوب وبأنه ذو قيمة وأهمية للآخرين. (الخالدي، 2008، ص303-304)
- ويرى "لينش" و"مورلي" (Lynch & Morlley) أن أهمية التكيف تكمن في التركيز على القوة والعزم، بدلا من التركيز على الصدمة أو ألم الخسارة والفقدان، لذا فالتكيف يضمن مستويات مثل الإدراك الأولي وإدراك الخسارة ومواجهتها وكذلك الاكتمال والحل وإعادة الصياغة بالتالي التكيف. (البسطامي، 2013، ص04)

13-2/ مسار التقبل أو الاستسلام للمرض:

شكل رقم (5): النتائج الخاصة بمسار (الاندماج والتباعد) في مواجهة المرض

(حسب Anne Lacroix)

الإعلان عن التشخيص



(BRISSON, 2009, P22)

من خلال نتائج تشخيص المرض المزمن، يجد المريض نفسه أمام مسارين (مسار التباعد أو الاندماج) للتعامل مع مرضه. ولكل منهما نتيجة: التقبل والتكيف مع المرض من خلال مسار الاندماج أو الاكتئاب والاستسلام له عند مسار التباعد .

يشكل الإعلان عن مرض مزمن صدمة بالنسبة للمريض، الذي يصاب بالذهول في البداية وعدم التصديق، ذلك لأنه يواجه وضع جديد، غير معروف وغير مقبول، فالاستجابة تكون بالشك وعدم التصديق (أنا لست مريضا، هذا غير صحيح، مستحيل أن أكون مريضا....). وبعد التأكد من إصابته بالمرض، يتمرد ويثور على الوضع المفاجئ، يظهر الإحساس بالظلم وعدم المساواة، وغالبا ما يلقي اللوم على الطبيب لان المرض شيء غير ملموس نسبيا والغضب يحتاج إلى منفذ، بالتالي ثورة الغضب ضد الطبيب في حقيقتها هي ضد المرض.

وعلى الرغم من معاشته الألم، هو يدرك بأن عليه أن يتعالج. على المعالج أن يتفهم وضع المريض ويتقبل مشاعره وانفعالاته وذلك للحفاظ على العلاقة العلاجية خاصة في هذه المرحلة . يتطلب من الطبيب المعالج تقديم الحجج السريرية-البيولوجية وشرح ما توصل له من خلال تشخيصية للمرض، يقدم العلاج اللازم والخطة العلاجية التي يجب على المريض إتباعها للتحكم في تطورات المرض، بالمقابل المريض لا يبدي استعدادا لتقبل هذا الكم من المعلومات في هذه المرحلة وبالتالي من الأفضل أن نستمع له ونساعده للتعبير عن مشاعره وان ندعمه.

(TRIBONNIERE Et Al, 2016, P47-48)

ثم تأتي مرحلة الحزن العميق والحنين إلى الحالة الصحية المفقودة حيث تعتبر هذه الخطوة نقطة حاسمة في عملية الحداد التي وصفها المحلل النفسي بيير فيديدا (1934-2002) Pierre fédida بالاستعداد للاكتئاب وهي عبارة عن قابلية الشخص للسيطرة على مشاعره، حتى يتمكن من التحكم في ميكانيزماته الدفاعية، فهو يعارض الاكتئاب أو عدم تقبل الحياة، والتي يشبهها بحالة فقدان (الوفاة)، أين يصبح من الصعب على المريض استخدام حيله النفسية.

إن الاستعداد للاكتئاب هي وسيلة لحماية الذات من الاكتئاب، لتحمل التوترات الداخلية وتخفيف الصدمات الخارجية، فهي تساعده على الوصول إلى المرحلة النهائية من عملية الحداد والتقبل .
التقبل هو نتيجة لمسار الدمج النفسي للمرض، بعد ذلك يتمكن المريض من المشاركة في برنامج التربية العلاجية والاستفادة منها.

بالنسبة لبعض المرضى فإنه بعد الشعور بالذهول، يسيطر عليهم الإحساس بالانزعاج، القلق وضيق عميق. أين يشعر الأنا بالخطر ويسعى لحماية نفسه من تهديد مدمر مما يؤدي به إلى استخدام ميكانيزمات معينة كالتجنب، الرفض والإنكار. ويعبر عن ميكانيزم الإنكار بتجاهل المرض ومضاعفاته .
رفض الاعتراف فكريا بالمرض وإنكار المشاعر التي يتسبب فيها هو دليل على أن المريض يشعر بالخل تجاه مرضه حيث يحاول إخفاء حقيقة إصابته ويسعى إلى التغلب عليه بمفرده حفاظا منه على

صورته الذاتية. في هذه الحالة يجب المتابعة المستمرة والمنظمة، حيث يمثل المعالج دعماً نفسياً للمتعالج يمكن له أن يستند عليه ليجد من خلاله تكامله الذاتي .

غالبا ما يؤدي ميكانيزم التجنب إلى سوء إدارة المرض، حدوث عدم توازن نفسي وعضوي، مضاعفات مسبقة وخطيرة على المريض .

قد يظل المريض عالقا في هذه المرحلة، ولكن في حالة انهيار ميكانيزمات الدفاع فإنه ينتقل إلى مرحلة الاستسلام، حالة سلبية مماثلة للاكتئاب (MAËLLE, 2019, P41-43)

ولكي يتجاوز المريض هذه المراحل يجب عليه أن يدرك بان مرضه أصبح جزء منه وعليه أن يتقبله ويحاول التعايش معه، وعلى المختص أو المعالج أن يرافقه في فترة الحداد كونها مرحلة مهمة يجب على المريض أن يعيشها لتخطي الأزمة والخروج منها واستعادة توازنه النفسي والعضوي وبناء ذاته من جديد لحياة أفضل.

14/العوامل الأساسية في احداث التكيف:

إن مفهوم التكيف يرتبط ارتباطا وثيقا بمفهوم الصحة النفسية، ذلك أن الفرد عندما يمتلك الشخصية المتكيفة فإنه يكون على قدر كبير من الصحة النفسية التي يعرفها "ميلنجر" (Mélanger) بأنها تكيف الكائن الإنساني مع الآخرين وتحقيق أقصى مستوى من الفعالية والسعادة.

ومن هنا فإن العلاقة بين التكيف والصحة النفسية للفرد علاقة مؤكدة حيث يعتبر التكيف مؤشرا أوليا وهاما للتمتع بالصحة النفسية السوية.

هناك بعض السمات الشخصية الدالة على حدوث التكيف والصحة النفسية الجيدة، والتي يتعذر على الفرد تحقيق التكيف المنشود في غيابها ومنها:

- ✓ اتجاهات سوية نحو الذات، حيث تقبل الفرد لذاته والتقييم الجيد للنفس.
- ✓ إدراك الواقع، حيث يكون لدى الفرد القدرة على معرفة نفسه معرفة واقعية.
- ✓ التكامل، وفيه تكون الشخصية متماسكة ومتحررة من الصراعات الداخلية، القلق والاجهاد النفسي.
- ✓ توافر الكفايات الجسمية، العقلية، الانفعالية والاجتماعية التي تجعل الفرد قادرا على مواجهة مشكلات الحياة.

✓ الاستقلالية، والتي تتطلب الثقة بالنفس وتحمل المسؤولية والتوجيه الذاتي وقدر من الاستقلال في مواجهة المؤثرات الاجتماعية.

✓ تحقيق الذات، ويتم ذلك بتعبير الفرد عن نفسه باستخدام أفضل ما لديه من قدرات ومهارات.

(غباري & أبو شعيرة، 2015، ص 29-30)

✓ القدرة على تحمل المسؤولية، وعلى اتخاذ القرارات لا الهروب منها.

- ✓ شمول نشاط الفرد وتنوعه، يجب أن يكون هناك تنوع في النشاطات التي يؤديها الفرد لأجل ألا يحدث أي اختلال.
 - ✓ القدرة على العمل، من أهم الدلائل على الصحة النفسية للفرد هي قدرته على العمل والإنتاج.
 - ✓ ان يحسن التبصر في عوائق الأمور، وهذا يتطلب عدم الاندفاع وقدرة الفرد على ضبط انفعالاته، توجيهها بشكل ايجابي والتحكم بها.
 - ✓ الموضوعية/التعصب، أن يتقبل الفرد آراء الآخرين بموضوعية ودون تعصب.
- (الصوص، 2018، ص 34-35)

إضافة لذلك، يجب أن يعمل على التعلم المستمر لتطوير مهاراته واكتساب المعرفة، يسعى لإيجاد الدعم الاجتماعي لتعزيز قدرته على التكيف، ومشاركة تجاربه والاستفادة من تجارب الآخرين. والشيء الأهم هو النظر بتعاؤل وإيجابية نحو المستقبل.

15/ استراتيجيات التكيف:

تعرف استراتيجيات التكيف بأنها أساليب التعامل مع الضغوط أو الطريقة التي يستخدمها الأفراد في تعاملهم مع الضغوط الواقعة عليهم من أجل التخلص منها أو التقليل من آثارها والتكيف معها، وذلك للاحتفاظ بالصحة النفسية والجسدية معا.

ويرى "محمد رفقي عيسى" "أنها رد الفعل أو أسلوب الاستجابة ويمثل طريقة الفرد في تفسير وتقييم المثيرات التي يتعرض لها، وهي في ذلك تتضمن عمليات عقلية (ادراكية، تقييمية) ووجدانية (انفعالية) كنمط شبه ثابت لدى الفرد ومكونا من مكونات شخصيته".

(حمية وآخرون، 2020، ص 113-114)

أما "لازاريس" و"فولكمان" (Lazarus & Folkman, 1984) فقد حدد استراتيجيات التكيف على أنها تتكون من مجموع الجهود المعرفية والسلوكية التي يبذلها الفرد للتعامل مع المواقف التي ينظر إليها على أنها تهدد استقراره أو تفوق احتياجاته الشخصية للتعامل معها.

(LAVOIE, 2011, P15)

15-1/ استراتيجية حل المشكلات:

هي سلسلة من الأنشطة المنهجية التي يقوم بها الشخص بشكل منظم لتحقيق هدف معين والتغلب على التحديات التي تعترض طريقه. تشمل عملية حل المشكلات مراحل متتالية ومتداخلة تبدأ بالتعرف على المشكلة وفهمها، ثم تحديد الأهداف المرغوبة، ومن ثم تطوير وتقييم الخيارات الممكنة لحل المشكلة. بعد ذلك، يتم اختيار حلا مناسباً وتنفيذه، وفي النهاية، يتم تقييم النتائج ومراجعة العملية إذا لزم الأمر. إذا لم تحقق النتائج المرجوة، يمكن أن يتم تكرار العملية للبحث عن حلّ بديل.

تهدف عملية حل المشكلات إلى تطوير مهارات الفرد في التفكير النقدي واتخاذ القرارات الصائبة. إنها عملية مهمة في حياتنا اليومية، سواء في الجوانب الشخصية أو المهنية، حيث تساعد في تجاوز الصعاب وتحسين الأداء وتحقيق الأهداف المنشودة.

15-2/ استراتيجيات الاسترخاء :

هذا الأسلوب يعد واحدًا من الاستراتيجيات الرئيسية التي تمكن الفرد من التعامل بفعالية مع التوتر النفسي وأحد الأساليب لمواجهة الضغوط النفسية، حيث يترتب على استخدامه فوائد متعددة، منها التخلص من المشكلات المتعلقة بالضغط النفسي، مثل الصداع والأرق وارتفاع ضغط الدم. بالإضافة إلى ذلك، يعمل على تقليل احتمال حدوث التوتر النفسي والقلق. إن الاسترخاء أيضًا يساهم في تعزيز التفكير العقلاني والمنطقي. (البسطامي، 2013، ص28-29) خاصة إذا كان الأمر يتعلق بصحة الفرد ومضاعفات الأمراض المزمنة كمرض الربو الشعبي وداء السكري.

15-3/ استراتيجيات التجنب والهروب:

ويستخدمها الفرد عندما لا تتوافر لديه الطاقة الكامنة والإمكانات للتعامل مع الموقف السائد، حيث يحاول من خلالها تجنب المشكلة. يرى "اندلر" و"باركر" (Endler & Parker, 1990) أن هذه الاستراتيجيات تتضمن نوعين هما: التشتت الذي يتيح للفرد تجنب المشكلة، بحيث يندمج الفرد في مهام وأنشطة أخرى بعيدا عن المشكلة، والثاني التحويل الاجتماعي والتي تستهدف خفض التوتر وتجنب المشكلة، وهذه الاستراتيجيات تكون غير فعالة وترتبط بنتائج غير سارة كالأعراض الاكتئابية.

15-4/ استراتيجيات التمارين الرياضية:

تعد التمارين الرياضية مهارات تجعل الانسان يتوافق مع الضغط وتعمل على خفض مستوى القلق، حيث تزيد قدرة الجسم على الاستفادة من الأكسجين وممارسة الرياضة تعطي الفرد فرصة للتواصل مع الآخرين. كما يمكن استخدام الرقص والحركات الجسمية خاصة عندما يكون لدى الفرد تفوق بها كالركض والمشي ولعب الكرة.

ويرى "فيلدمان" (Feldman, 1989) أن ممارسة التمارين الرياضية تعطي الفرد إحساسا بضبط انفعالاته، بالإضافة إلى الشعور بالإنجاز. كما يوفر ابتعادا مؤقتا عن البيئة التي تسبب الضغط النفسي، ويرى كذلك أن التمارين الرياضية تجعل الفرد ينام بشكل أفضل أثناء الليل.

(أبو العيش، 2016، ص90-91)

15-5/ استراتيجيات المساندة الاجتماعية:

هي القدرة على الحصول على المساعدة على الدعم والتأييد من مختلف الأفراد الموجودين في حياتنا، بما في ذلك أفراد العائلة، الأصدقاء، والأفراد القادرين على تقديم المساعدة مثل المتخصصين النفسانيين والاجتماعيين، المساعدين الاجتماعيين، الأطباء والمرضى لذوي الأمراض المزمنة .

يرى كوهين وآخرون (Cohen & Al, 1989) أن المساندة الاجتماعية هي إدراك الفرد بأن هناك أشخاص في المحيط العائلي، الأصدقاء وزملاء العمل يمكن الاعتماد عليهم للمساعدة إزاء الصعوبات التي يواجهها.

أما محمد بيومي خليل (1996) فقد عرف المساندة الاجتماعية على أنها الدعم المادي أو المعنوي الذي يقدم للمريض بقصد رفع روحه المعنوية ومساعدته على مجابهة المرض، وتخفيف آلامه العضوية والنفسية الناجمة عن المرض. (نوار، 2014، ص144-145)

هي مجموعة من الأساليب التي يمكن للمرضى استخدامها للتواصل مع الآخرين وطلب المساعدة في مختلف المواقف. وتشمل هذه الاستراتيجية: التواصل الفعال، اختيار الوقت المناسب لطلب المساعدة، الثقة بالآخرين، البحث عن مصادر الدعم المناسبة،

هناك مفهومين رئيسيان لمختلف استراتيجيات التكيف هذا ما تم التوصل إليه من خلال الملاحظات. تم تحديد هذه الأخيرة على أساس وظيفة كل منها، وهي الاستراتيجيات التي تركز على المشكلة والأخرى على الانفعال. ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أن أساليب معالجة الإجهاد هذه لا تستبعد بعضها البعض، حيث يمكن استخدامها مجتمعة لمواجهة نفس الوضع. وقد يصنفها "لازاروس" (Lazarus) إلى:

15-6/ استراتيجيات التكيف المركزة حول المشكل:

تشير الاستراتيجيات التي تركز على المشكلات إلى مجمل الجهود المعرفية والسلوكية لحل المشكلة أو الحد منها. على سبيل المثال، قد يقسم الشخص المشكلة إلى مكونات مختلفة لتسهيل إدارتها أو وضع خطة عمل أو التماس المعلومات أو المشورة لمساعدته على مواجهة الصعوبات التي يواجهها. كما يشار إلى هذه الوسائل أحيانا على أنها استراتيجيات تركز على النشاط، لأنها تعالج المشكلة بشكل مباشر. (LAVOIE, 2011, P15)

حسب "الزيات" تستعمل هذه الاستراتيجيات عندما يكون الفرد واثقا من نفسه، ويرى أنه بإمكانه إحداث تغييرات والوصول إلى حلول مناسبة ويضيف كل من "ميكلان" و"وودسيد" (Meclan & Woodside) بأن حل المشكلة عملية عقلية معقدة ومركبة تتم على عدة مراحل وتتضمن فهم المشكلة ووضع الخطة والتنفيذ.

ويرى "عبد العزيز" من أساليب هذا النوع، البحث عن معلومات للحصول على النصيحة من شخص ما للوصول إلى حلول للموقف واتخاذ إجراءات لحل المشكل من خلال اعداد خطة بديلة وتعلم مهارات جديدة للتعامل مع الموقف والتغلب على المشكلة.

الاستراتيجيات المركزة على المشكل هي مجموعة من الأساليب التي تهدف إلى تغيير الوضع بما يتيح التعديل أو الإزالة عن مصادر الضغط. تتضمن هذه الاستراتيجيات عملية تحليل شخصي تركز في البداية على البيئة المحيطة أو الظروف الخارجية. وتشمل أيضًا استراتيجيات موجهة نحو الداخل

تستند إلى دراسة قدرات ومهارات الشخص وقدرته على التعامل مع المشكلة. من ناحية أخرى، تستهدف الاستراتيجيات الموجهة نحو المحيط تعديل وتغيير الضغوط المحيطة أو البيئة وتحديد الوسائل المستخدمة للتعامل مع المشكلة. وتركز أيضًا على تحسين العلاقات بين العناصر المختلفة في البيئة.

وقد حضي مفهوم السند الاجتماعي باهتمام كبير من طرف الباحثين نظرا للدور الهام الذي يلعبه السند الاجتماعي في وقاية الفرد من الآثار السلبية للضغوط النفسية وفي تخفيف الإصابة من الاضطرابات النفسية والفيزيولوجية وفي تحقيق التكيف الاجتماعي. (عريس، 2017، ص31-32) باختصار، تهدف الاستراتيجيات المركزة على المشكل إلى تحليل الموقف بشكل شامل وتطوير خطط عمل فعالة تتضمن تعديل السلوكيات والتفكير والعوامل البيئية للتعامل بفعالية مع المشكلات وتحدياتها.

15-7/ استراتيجيات التكيف المركزة حول الانفعال:

هذا الأسلوب يتضمن مجموعة من النشاطات المعرفية الموجهة نحو تقليل شدة التوتر الانفعالي. من بين هذه الاستراتيجيات، يمكن التعرف على عدة أنماط منها: إعادة التقييم الإيجابي، تأنيب الذات، أخذ المسافة، التحكم في الذات والهروب. يركز هذا النوع من الاستراتيجيات على الجانب الانفعالي ويظهر فعالا في حالة التعرض لوضعية ضاغطة تهدد عضوية الفرد، فالسعي لإيجاد حل لها يعتبر مستحيلا. (مزاور & شيخي، 2011، ص311-312)

تهدف الاستراتيجيات الانفعالية (التي يتم تقديمها أحيانا على أنها استراتيجيات سلبية) إلى تقليل شدة الانفعالات الناتجة عن الاحداث المقلقة. الانسحاب، التعبير العاطفي، إعادة التقييم الإيجابي لبعض المشكلات، كتعاطي المخدرات، التشتت والتجنب وغيره. (LAVOIE, 2011, P15 P16)

بصفة عامة استراتيجيات التكيف المتمركز حول الانفعال تجمع الاستراتيجية التي تهدف إلى تسوية الانفعالات التي لها علاقة بالموقف الضاغط حيث تعبر عن استراتيجيات معرفية بحيث لا تغير من الوضعية الراهنة، الا أنها تساهم في تغيير سلوك الفرد.

تؤكد "بوهان" و"فينتا" (Polhan & Fintar) أن الاستراتيجيات الموجهة نحو الانفعال تصبح ملائمة في حالة التعرض لوضعية ضاغطة وحادة، حيث يتعذر على الفرد إيجاد حلول ذاتية كحالة الإصابة بمرض مزمن، فيصبح هذا النوع من الاستراتيجيات هو الفعال للتخفيف من شدة التوتر الانفعالي. (عريس، 2017، ص32-33)

هذا الأسلوب يعتمد على التفكير والتحليل ويكون فعالاً عندما يكون من الصعب تغيير الموقف الذي يثير التوتر، باستخدام هذه الاستراتيجية، يمكن للأفراد تحسين قدرتهم على التعامل مع الانفعالات السلبية وتعزيز صحتهم العقلية والعاطفية بشكل عام والتعامل بفعالية مع المواقف الصعبة.

15-8/ التفاعل بين النوعين من استراتيجيات التكيف:

هناك تفاعل بين الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكل والاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال، فالنشاط المعرفي اللازم للأساليب المتمركزة حول المشكل يتأثر بالانفعال المرتفع وأيضاً لعدم التحكم فيه، وقد قدم بريز 1971 مثلاً يوضح من خلاله كيف إن نوعي آليات التكيف من الممكن أن يعرقل كل منهما الآخر، إذ يتعلق الأمر بالشخص الذي يعاني من مرض معين، في البداية يتجه هذا الشخص نحو جمع المعلومات من مختلف المصادر وتقييمها.

أحياناً يساهم اكتسابه لتلك المعلومات المتعلقة بمرضه في ازدياد نسبة الشك في احتمالية خطورة حالته وعدم شفاءها فيخاف، بالتالي ترتفع درجة القلق لديه. الملاحظ هنا هو استعمال آليات التكيف التي تركز على المشكل تزيد من حدة التوتر الانفعالي لدى هذا الفرد، وهو الشيء الذي يجعله يلجأ إلى ميكانيزمات معينة، كميكانيزم التجنب الذي يستعمله الفرد في هذه الحالة بهدف تخفيض التوتر الانفعالي. (مزاور & شيخي، 2011، ص311-312)

استراتيجيات التكيف هي مجموعة من الأساليب والتقنيات التي يستخدمها الأفراد للتأقلم مع التغييرات والضغوط في حياتهم. استخدامها يمكن أن يسهم بشكل كبير في تعزيز التكيف وتحسين الرفاهية النفسية والاجتماعية في مواجهة تغييرات الحياة.

خلاصة:

التكيف هو القدرة على التأقلم مع التغييرات والتحديات المختلفة في البيئة. وهو مهارة أساسية للفرد للتعامل بفعالية مع التحولات الإيجابية والسلبية له، حيث يعتمد على عدة عوامل مثل الوعي الذاتي، والقدرة على تنظيم العواطف، والمرونة العقلية، والدعم الاجتماعي، والتعلم المستمر، والتفاوض، هذا من خلال تطوير استراتيجيات مناسبة واستخدامها بناءً على الظروف والأهداف الشخصية. يمكن للفرد أن يحقق التكيف الناجح ذلك بتطوير قدراته للعمل على تحسين جودة الحياة، الصحة النفسية والاجتماعية إضافة لذلك إذا حسن وطور في علاقاته مع محيطه.

الفصل الرابع:

داء السكري:

تمهيد

- 1- لمحة تاريخية عن داء السكري
- 2- تعريف داء السكري
- 3- فسيولوجية داء السكري
- 4- غدة البنكرياس وهرمون الانسولين
- 5- أنواع داء السكري
- 6- أسباب داء السكري
- 7- أعراض داء السكري
- 8- المضاعفات المرتبطة بداء السكري
- 9- تشخيص داء السكري
- 10- علاج داء السكري

تمهيد:

مرض السكري هو مرض مزمن شائع ومنتشر بكثرة في عصرنا الحالي، عند الحديث عنه يجب التركيز على مضاعفاته الخطيرة التي تطال جميع أجهزة الجسم وتؤثر تأثيرا بالغا على نوعية حياة المريض. الوقاية من هذه المضاعفات يتعلق بالفهم الشامل للمرض وكيفية التعامل معه بفعالية. ومن خلال هذا الفصل سنتطرق إلى التعريف بالسكري، أسبابه، أعراضه، مضاعفاته وكيفية علاجه والالتزام بذلك.

1/ لمحة تاريخية عن داء السكري:

لقد عرف مرض السكري منذ القدم على أنه مرض من الأمراض القاتلة، حيث أن مريض السكر لا يعيش أكثر من سنتين بعد ظهور المرض وخصوصا صغار السن وقد عولج بداية بطرق بدائية. (وزارة الصحة المملكة العربية السعودية، 2011، ص15)

إن كلمة (Diabète) كلمة مشتقة من فعل لاتيني يعني الانتقال عبر "Passer à travers" وهذه الكلمة الأخيرة تعني ان الكلية تقوم بتصفية المواد التي تمر بها. (مساني، 2002، ص37) وبعدها أضاف العالم (Thomas Willis) كلمة (Mellitus) أي الحلو كالعسل وذلك بعد ملاحظته أن دم وبول مرضى السكري له مذاق حلو فأصبحت تسمية هذا المرض (Diabètes Mellitus) أو داء السكري.

نشر طوماس كاولي (Thomas CAWLEY) في جريدة «London Medical Journal» سنة 1788م اكتشافه لدور البنكرياس في الإصابة بداء السكري وذلك بعد أن أجرى تشريح لشخص مصاب بداء السكري وتوصل إلى وجود عجز واضح لديه في عمل البنكرياس، هذا ما دفعه للربط بين عجز البنكرياس والإصابة بالمرض. (حربوش، 2009، ص55)

أشار كلود برنار (Claude Bernard) سنة 1859م إلى أن دم المريض بالسكري يحوي على كمية زائدة من السكر، وفي سنة 1869م نجح طالب الطب بول لنغرهنس (Paul Langerhand) في وصف الخلايا التي تنتج هرمون الأنسولين الموجود في البنكرياس والتي ثبت فيما بعد أن خلايا (بيتا) الموجودة بها هي المسؤولة عن إنتاج الانسولين. (عيادي، 2016، ص161)

أكتشف العالمان اسكار منكوفسكي وفون ميرنغ (O.Minkowski/J.Von Moring) في سنة 1889م اللذان اكتشفا علاقة غدة البنكرياس مع داء السكري، عندما وجد بأن نسبة استئصال الغدة تتحكم في نسبة ارتفاع السكر بالدم واستئصالها كاملة يكون سببا في الإصابة المميتة، (مساني، 2002، ص41) وهذا ما يفسر سبب وفاة الأطفال بداء السكري قبل اكتشاف هرمون الانسولين.

واكتشف العالم (E.S-Shafer) في سنة 1910م أن المرضى المصابين بداء السكري يعانون من نقص في مادة كيميائية واحدة ينتجها البنكرياس وهي مادة الأنسولين، وهي كلمة لاتينية تعرف

باسم أنسولا وتعني جزيرة، وترجع إلى كلمة جزر "لانجرهانز" في البنكرياس والتي تنتج الأنسولين.
(الحميد، 2008، ص14)

في شهر أوت سنة 1921م اكتشف نيكولاس باوليسكو (Nicolas Paulescu) هرمون نقص سكر الدم في البنكرياس الذي أطلق عليه اسم "البنكرياتين"، وبعد بضعة أشهر في ديسمبر 1921م بجامعة تورنطو (Toronto)، نشر الكنديين باننتغ وباست (Banting & Best) أيضا اكتشاف هرمون البنكرياس الذي أطلقوا عليه اسم الانسولين.

هذه التسمية التي تم استخدامها لاحقا، وتحصل مكتشفي الانسولين على جائزة نوبل سنة 1923م. يعود اكتشاف مضادات السكري عن طريق الفم (ADO) إلى منتصف القرن الماضي.
(BENCHARIF, 2013, P13)

2/ تعريف داء السكري:

السكري هو مرض يتسبب في عجز الجسم عن إنتاج الأنسولين أو الاستفاد منه بشكل كافي وصحيح. هذا يؤدي إلى زيادة مستويات السكر في الدم إلى أن يظهر أثره في البول، نتيجة لفقدان السيطرة على مستويات السكر في الجسم، مما ينتج عنه أعراض مثل العطش المفرط والإرهاق والتعب وزيادة التبول بشكل متكرر. (دوم، 2010، ص5)

التعريف العلمي لداء السكري: داء السكري هو اضطراب يؤثر على عملية استقلاب السكر (الجلوكوز) في الجسم، مما يؤدي إلى ارتفاع غير طبيعي في مستوى السكر في الدم. يمكن أن ينجم هذا الاضطراب عن أسباب متنوعة تشمل العوامل العضوية، النفسية والوراثية أو نتيجة تناول كميات زائدة من الطعام غير الصحي. يتسبب داء السكري في انقطاع أو تقليل كمية الأنسولين المفرزة من البنكرياس، يمكن أن تكون كمية الأنسولين غير كافية، أو قد تكون هناك مقاومة من قبل الأنسجة والخلايا في الجسم، ويطلق على هذه الحالة مصطلح "مقاومة الأنسولين". (الحميد، 2008، ص20)

أما تعريف منظمة الصحة العالمية OMS في جنيف سنة 1979م: على أنه حالة مرضية مزمنة تحدث بسبب عدة عوامل، وتعني نقصا مطلقا أو نسبيا في كمية الانسولين التي تفرزها غدة البنكرياس مما ينتج عنه ارتفاع في نسبة السكر في الدم أو البول واضطراب في أكسدة الدهون والبروتينات والكربوهيدرات. (البشتاوي، 2003، ص19)

ويعرف داء السكري على أنه اضطراب انقلابي (Trouble métabolique) ناتج إما عن عجز في إفراز هرمون الأنسولين أو عن مقاومة غير عادية في الجسم ضد هذا الهرمون، الشيء الذي يؤدي إلى ارتفاع نسبة تركيز السكر في الدم عن المعدل العادي لتصل إلى ما فوق (1.26 غ/ل) في حالة الصوم. (شريقي، 2014، ص81)

داء السكري هو حالة يصاب فيها الجسم بعجز في إنتاج الأنسولين أو عدم القدرة على استخدامه. نتيجة لهذا، ترتفع مستويات السكر (الجلوكوز) في الدم، ويظهر تأثيره بالعديد من الأعراض.

من بين الأعراض الشائعة الشعور المتكرر بالعطش، جفاف الحلق، الإرهاق والتعب، فضلاً عن الرغبة المتكررة في التبول.

3/ فسيولوجية داء السكري:

جسم الإنسان بحاجة إلى الطاقة لضمان سير وظائفه اليومية بشكل صحي. ومن بين المصادر الرئيسية لهذه الطاقة السكريات والنشويات الموجودة في الأطعمة المتناولة يومياً. بعد هضمها، يتحول معظمها إلى مادة الجلوكوز الذي لا يمكنه دخول الخلايا الا بمساعدة هرمون الأنسولين. داء السكري هو متلازمة استقلابية تتميز بارتفاع مستمر في مستوى السكر في الدم. تحدث هذه المتلازمة نتيجة لعدد من الأمراض المختلفة سريرياً ومرضياً. يمكن أن يكون هذا الارتفاع في مستوى السكر بسبب نقص مطلق أو نسبي في هرمون الأنسولين. (المرزوقي، 2008، ص19)

يفرز هرمون الأنسولين من خلايا بيتا (B-Cells) المتواجدة في البنكرياس في جزر لانجرهانز (Isles of longarhans) وهذا الهرمون مسؤول عن تنظيم عمليات أيض السكر في الدم (الأيض عمليات الهدم والبناء للمركبات الحيوية في جسم الانسان).

في حالة نقص هذا الهرمون أو انخفاض حساسية أنسجة الجسم له، يتسبب في ارتفاع مستوى الجلوكوز في الدم. يحول الطعام إلى مركبات أساسية، مثل الجلوكوز ثم يتم امتصاصه في الدم، ثم يقوم هرمون الأنسولين بالعمل على ادخاله إلى الخلايا لإنتاج الطاقة وتخزين الفائض منه.

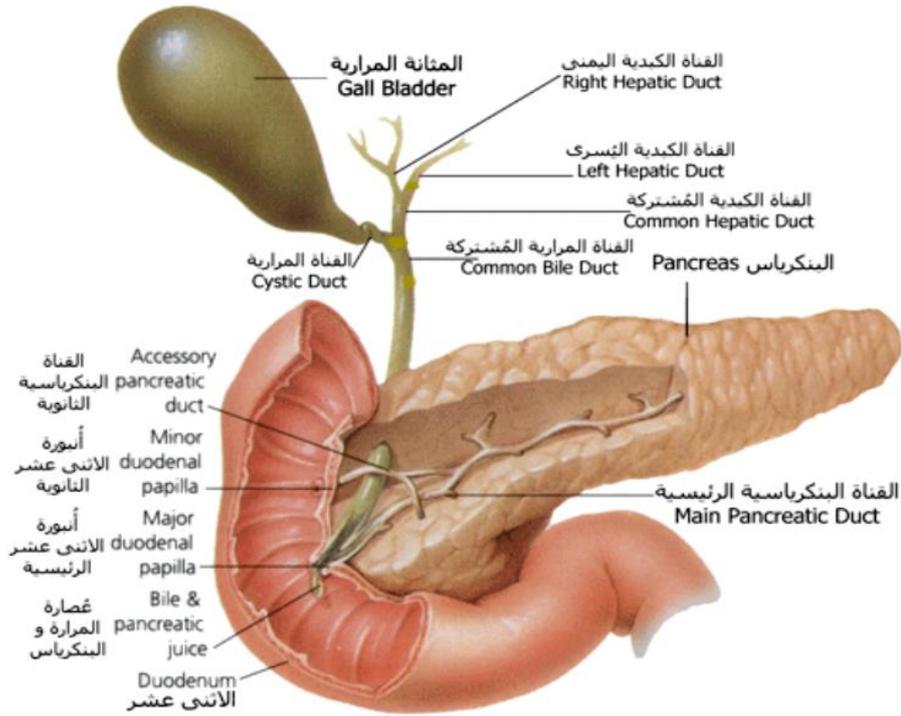
إذا كان هناك نقص في الأنسولين فإن ذلك يؤدي إلى عدم تمكن الجلوكوز من دخول الخلايا بشكل كافي. نتيجة لهذا، تقل نسبة الطاقة في الخلايا، مما يؤدي إلى ضعف وخمول الجسم، وفقدان القدرة على التركيز. وقد يترسب الجلوكوز على جدران الأوعية الدموية، مسبباً مشاكل في الأوعية الدموية. (مطوية تثقيفية عن داء السكري، 2014، ص06)

4/ غدة البنكرياس وهرمون الانسولين:

تقع غدة البنكرياس في الجهة العلوية للبطن أسفل المعدة، وهي تتألف من ثلاثة (03) أجزاء:

- الرأس (المنطقة الأكبر)، متصل بالاثني عشر وبالوريد والشرايين المساريقية (artères mésentériques)، يعبر عليها الجزء الأخير من القناة الصفراوية.
- الجسم، نجده بوضع ممدود، يعبر الشرايين من اليمين الى اليسار ويتلامس مع الشريان الأبهر والوريد الاجوف السفلي.
- الجزء الاخير (الذيل) يقع قرب الكلية اليسرى.

شكل رقم (06): يمثل مقطع من البنكرياس



(المرجع الوطني لتثقيف مرضى داء السكري، 2011، ص21)

البنكرياس عبارة عن غدة مختلطة تتكون من نسيجين رئيسيين: نسيج خارجي ونسيج غدد الصماء. يتكون النسيج الخارجي من اسيني البنكرياس الذي يفرز عصائر الجهاز الهضمي في الاثني عشر، اما نسيج الغدد الصماء فتتضمن عدة أنواع من الخلايا، تشكل جزر لانجرهانز التي تفرز الهرمونات مباشرة في الدم.

من الممكن التمييز بين 4 أنواع من الخلايا:

✓ خلايا ألفا (α) الواقعة على الأطراف، تمثل 25% من الجزر الصغيرة وتفرز الجلوكاجون (glucagon).

✓ خلايا بيتا (β) وهي الأهم، تمثل 60%، تفرز الانسولين وتقع وسط الجزر.

✓ خلايا دلتا (δ) تمثل حوالي 10% وتفرز سوما ستاتين (Soma Statine).

✓ خلايا PP تفرز الببتيد البنكرياسي (Peptide Pancréatique).

هذه الفئات الأربعة من الخلايا متداخلة في الجزر مما يسمح بالتواصل الوثيق بينها والتحكم

المباشر في افراز هرمونات معينة من قبل آخرين. (GOUMY, 2005, P21)

-هرمون الانسولين ووظيفته:

الأنسولين هو هرمون بروتيني الأصل تفرزه خلايا بيتا (β) من جزر لانجرهانز في البنكرياس فقط عندما يرتفع مستوى السكر في الدم، أي أنه هو المسئول عن خفض مستوى السكر في الدم عند ارتفاعه لدى الشخص السليم. (أبو العيون، 2013، ص111)

لا تستطيع مادة الجلوكوز (السكر) عند الانسان الطبيعي الدخول الى الخلايا إلا بوجود هرمون الأنسولين وإذا قل تواجده يتراكم الجلوكوز في الدم بنسب كبيرة. (مقبل، 2010، ص30) مما يؤدي إلى ظهور داء السكري وما ينتج عنه من مضاعفات.

الحالات التي يستعمل فيها الأنسولين:

- ✓ مرض السكري النوع الأول بسبب العجز تام في افراز الأنسولين.
 - ✓ مرض السكري النوع الثاني في حال نقص فعالية العلاج حيث أنه مع مرور الوقت يقل انتاج الأنسولين جدا.
 - ✓ حالات الحمل السكري ولم تستجب للعلاج بالحمية الغذائية.
 - ✓ السكري المصاحب لحالات ومتلازمات مرضية (أمراض البنكرياس المزمنة، اضطرابات في الغدد الصماء، السكري الناتج من استعمال أدوية).
- (المرجع الوطني لتتقيف مرض داء السكري، 2011، ص40)

5/ أنواع داء السكري:

5-1/ داء السكري من النوع الأول: (*Diabète Type 1 ou Insulino-de Pendant*)

هذا الداء يسمى قديما بداء السكري المعتمد على الأنسولين يحدث عادة عند الأطفال والمراهقين ولا يوجد فرق كبير في انتشار السكري النوع 1 بين الجنسين، لكنه قد يحدث في أي سن، خلايا بيتا (β) في البنكرياس المسؤولة عن إفراز الأنسولين يقوم الجهاز المناعي الذاتي في الجسم بتدميرها بشكل نهائي، هناك من يعتقد أن العوامل البيئية (الفيروسات، التسمم.... الخ) تعمل على ظهور المرض خاصة إذا كان هناك استعداد وراثي. (Khalfa, 2001, P12)

عدم قدرة خلايا المخ على استخدام الجلوكوز يمكن أن يؤدي إلى فقدان الوعي أو ما يعرف بـ "غيبوبة السكر"، حيث يكون الجلوكوز هو المصدر الرئيسي لتغذية المخ. لذلك، يتعين على الأشخاص المصابين بهذا النوع من السكري أخذ الأنسولين للسيطرة على المرض والتعامل مع ظهور الأعراض. (أبو العيون، 2013، ص113-114).

وحسب تصنيف الرابطة الأمريكية لداء السكري، ان هناك نوعين فرعيين للنوع الأول:

-سكري النوع 1 المناعي الذاتي، وهو الأكثر شيوعا (يمثل أكثر من 90% من الحالات)، بما في ذلك النوع الأول البطيء أو من نوع لادا (Lada).

-سكري النوع 1 مجهول السبب (يتميز بعدم وجود أجسام مضادة ذاتية). هذا إطار نوسولوجي سيء التحديد، بما في ذلك الكيتوزية السوداء بجنوب الصحراء الافريقية وداء السكري المفرط في اليابان. (HADDAM, 2016, P13)

5-2/ داء السكري من النوع الثاني: (Diabète Type 2 ou Non Insulino-de Pendant)

في هذا النوع من السكري، يكون البنكرياس قادراً على إفراز هرمون الأنسولين، ولكن بكميات محدودة، يشيع هذا النوع بين الأشخاص الكبار في السن. الأشخاص المصابين بهذا النوع عادة يعانون من السمنة، وخاصة السمنة في منطقة البطن، والتي تأخذ شكل تفاحة. (البشتاوي، 2003، ص 21-22) يسمى سكري الكبار أو البالغين وهو الأكثر شيوعاً، يحدث بسبب انخفاض مادة هرمون الأنسولين أو عدم فعاليته الطبيعية، في هذه الحالة يعتمد المريض على الأنسولين وهو يخص الأشخاص البالغين غير أنه أخذ في الانتشار بين الأطفال والمراهقين ويعتبر أقل خطورة من النوع الأول، وهو يمثل من 85% إلى 90% من مجموع الأشخاص الذين يعانون من داء السكري.

<https://wada-main-prod.s3.amazonaws.com/resources/files/WADA-Medical-info-Diabetes-Mellitus-2.0-2012-FR.pdf>

جدول رقم (02): يوضح الفرق بين داء السكري النوع الأول والثاني في أهم الخصائص

الخصائص	سكري النوع الأول	سكري النوع الثاني
السن	عادة قبل سن الثلاثين (30 سنة)	عادة بعد سن الأربعين (40 سنة)
ظهور الأعراض	فجأة	بشكل تدريجي
الحالة البدنية	المريض عادة نحيفاً أو معتدل الوزن	عادة سمنة
الأعراض الطبية	عادة عطش شديد، رغبة شديدة في الأكل، كثرة التبول، نقص في الوزن	غالبا بدون أعراض
الأحماض الكيتونية	غالبا موجودة	عادة لا تظهر
الأنسولين داخل الجسم	لا يوجد	موجود ولكن الجسم غير قادر على الاستفادة منه
الاعتلال في الدهون	زيادة الكوليسترول والتريغليسيريد في الدم	زيادة الكوليسترول والتريغليسيريد في الدم
العلاج بالأنسولين	مطلوب وضروري	مطلوب فقط في حوالي (20-30%) من المرضى
الأدوية الخافضة للسكر	عدم استخدامها	تستخدم طبيا
الحمية الغذائية	مطلوبة مع الانسولين	مطلوبة مع أو بدون الأدوية

(الحميد، 2008، ص40)

5-3/ سكري الحمل:

ويحدث نتيجة اختلال توازن الهرمونات في جسم المرأة الحامل، مما يؤدي إلى زيادة مقاومة الأنسجة لعمل الأنسولين. يصيب هذا النوع من 3 إلى 5% من الحوامل، ويمكن علاجه بالحماية الغذائية أو بحقن الأنسولين وهو عكس النوعين الآخرين لأنه قد يختفي بعد الحمل وفي بعض الحالات يستمر مع المريضة. (مطوية تثقيفية عن داء السكري، 2014، ص10).

6/ أسباب داء السكري:

6-1/ داء السكري النوع الأول:

ليس هناك سبب معين لحالة ما قبل السكري، ولكن هناك مجموعة من العوامل المصاحبة تزيد نسبة الإصابة بمرض السكري من بينها نجد:

❖ **نقص في كفاءة الجهاز المناعي:** يعود السبب الرئيسي في حدوث داء السكري النوع الأول إلى نقص كفاءة جهاز المناعة في الجسم، مما يؤدي إلى ظهور أجسام مضادة تهاجم بروتينات الأنسولين وخلايا لانجرهانز، هذه الهجمات تسبب تلفاً في الخلايا بيتا في البنكرياس التي تنتج الأنسولين. (الحميد، 2008، ص28)

❖ **العوامل الوراثية:** لا يمكن اعتبار داء السكري مرضاً وراثياً بحتاً، بمعنى أن الآباء المرضى بالسكري قد لا يكون ابناؤهم مصابين بهذا الداء، ولكن نسبة إصابتهم بالسكري تكون أكثر من غيرهم، وهذه الحقيقة تم اثباتها من قبل الإحصاءات العلمية التي أجريت على مرضى السكري. (المرزوقي، 2008، ص31)

❖ **الفيروسات:** يعتقد بعض الباحثين أن بعض الفيروسات مثل فيروس النكاف وفيروس كوكسكي (cocsaki) قد يكون لديها القدرة على التسبب في أضرار للبنكرياس وزيادة احتمالية الإصابة بداء السكري. ومع ذلك، لم يتمكن الأطباء من تحديد الإصابة بداء السكري بسبب عدوى محددة، وقد يكون التفسير الممكن لذلك هو أن العدوى قد تكون نشأت سابقاً لكن ظهرت فقط بعد سنوات طوال. (شلابي، 2022، ص123).

❖ **الحساسية من الحليب البقري:** أظهرت إحدى الدراسات أن الأطفال الذين تم تغذيتهم عن طريق شرب حليب البقر في الأسبوع الأول من حياتهم يكونون أكثر عرضة للإصابة بالنوع الأول من داء السكري بمعدل يعادل مرة ونصف تقريباً مقارنة بالأطفال الذين يتلقون الرضاعة الطبيعية. يُعتقد أن سبب ذلك قد يكون احتواء حليب الأم على مكونات يمكن أن تساهم في تنظيم الجهاز المناعي، مما يقلل من احتمالية الإصابة بداء السكري لدى الأطفال. (شريقي، 2014، ص89)

6-2/ داء السكري النوع الثاني:

❖ التاريخ العائلي للسكري: وجود شخص واحد بالعائلة (أقارب من الدرجة الأولى) مصاب بداء

السكري يزيد من فرصة الإصابة به بمعدل مرتين عن الشخص الذي ليس له تاريخ عائلي مرضي.

❖ زيادة الوزن والسمنة: السمنة هي أكثر وأهم عامل خطورة للإصابة بداء السكري نوع 2 حوالي (80-90%) من مرضى السكري يعانون من زيادة في الوزن. زيادة الدهون تلعب دورا هاما في مقاومة الأنسولين. (دعميش، 2007، ص91)

❖ عامل السن: تزداد نسبة حدوث السكر غير المعتمد على الأنسولين مع تقدم السن حتى يصل من العمر الخمسين وهذا راجع إلى عدم قدرة الجسم على التصرف بالجلوكوز بشكل طبيعي فيرتفع منسوب السكر في الدم

❖ الأمراض الخاصة بالغدد: هناك علاقة بين البنكرياس وبعض الغدد الصماء الأخرى مثل الغدة النخامية والغدة فوق الكلوية فزيادة إفراز بعض الهرمونات مثل هرمون النمو في الغدة النخامية أو هرمون الأدرينالين والكورتيزون من الغدة فوق الكلوية يزيد من احتمال الإصابة بالسكر ويزيد من ارتفاعه إذا كان موجود أصلا. (عطية، 2017، ص133-135)

إضافة لهذا نجد ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع مستوى الكوليسترول والدهون الثلاثية في الدم، عدم ممارسة الرياضة وقلة الحركة، الأكل الغير الصحي وبكميات كبيرة مسببات أخرى للتعرض لداء السكري.

7/ أعراض داء السكري:

في المراحل الأولى من المرض، لا تظهر أي علامات أو أعراض واضحة لداء السكري، ولا تظهر الأعراض عادة إلا بعد استفحال المرض. يتم اكتشاف الكثير من المصابين بالمرض بشكل عرضي أو أثناء إجراء الفحوصات الروتينية. وتعود جميع الأعراض المصاحبة للمرض إلى عدم قدرة الجسم على استخدام الجلوكوز بشكل صحيح. ومن بين هذه الأعراض:

-الإجهاد وإنهاك القوى وزيادة العصبية.

-زيادة العطش والتبول.

-الشعور بالجوع ونقص الوزن والضعف العام.

-تأثر العين حيث يقصر النظر ويصاب المريض بالصداع.

-الإحساس بالتعب وفقدان القدرة على التركيز.

-الإمساك وآلام المعدة.

-صعوبة شفاء الجروح خصوصا بالقدمين. (البشتاوي، 2003، ص20)

وذكر ابن سينا في كتابه عن أعراض المرض قائلا "ومن أعراضه العطش الشديد والضعف

الجسمي والإجهاد العصبي وعدم انتظام الشهية". (المرزوقي، 2008، ص18)

جدول رقم (03): يوضح الفرق بين أعراض داء السكري للنوع الأول والثاني

أعراض داء السكري النوع الأول	أعراض داء السكري النوع الثاني
التعب وضعف التحفز	التراخي
التبول المتكرر بشكل محسوس	الدوران (فقدان توازن الجسم)
ارتفاع شدة العطش	العطش المتزايد
جفاف البشرة والحكة المهيجة	الحكة المهيجة
التهابات المجاري البولية	القابلية للالتهابات (العدوى)
سوء التئام الجروح	سوء التئام الجروح
خسارة في الوزن (غير مقصودة)	نقص الوزن
الإحساس بالطعم الحلو في الفم	غالبا ما يكون الإحساس خفيفا
اضطرابات الرؤية	نقص الرؤية على المدى الطويل

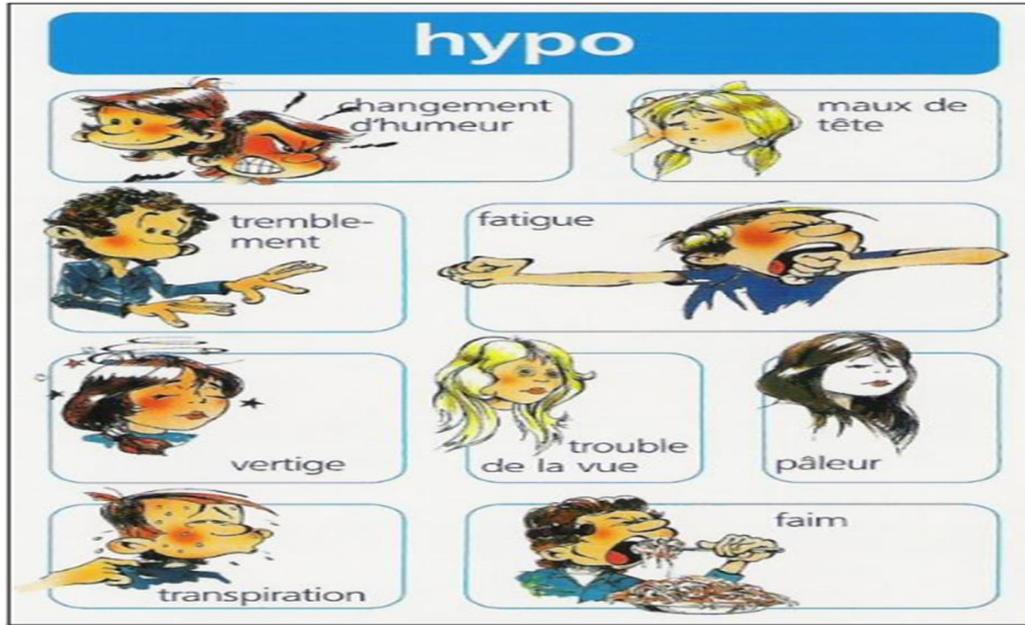
داء السكري النمط الأول غالباً ما يظهر بشكل مفاجئ، خاصة لدى الأطفال والشباب، أو في أعمار مبكرة من البالغين. إذا لم يتم التعرف على الأعراض المذكورة سابقاً وتفسيرها، فقد يصاحبه تقيء شديد وتشنجات عصبية، وفي حالات شديدة، قد ينتج عنها حالة غيبوبة سكرية تتطلب العناية الفورية في المستشفى. في بعض الحالات النادرة، قد يؤدي عدم معالجة النوع الأول من السكري إلى حالات وفاة. على النقيض من ذلك، تأتي أعراض داء السكري النمط الثاني بشكل تدريجي، وقد تظهر بعد مرور سنوات وربما لا تكون واضحة بما فيه الكفاية لتحمل الشخص المصاب بها المسؤولية.

(الدليل الإرشادي الألماني، 2017، ص16)

❖ انخفاض السكر في الدم: (L'hypoglycémie)

يعرف نقص السكر في الدم بأنه مستوى منخفض جدا من السكر في الدم. هناك أعراض تنبيه للمريض على بداية نقص السكر في الدم كشحوب الوجه، تعرق غزير، دوران، ضعف البصر، الصداع، الجوع، اجهاد شديد، خفقان القلب، ... وهي تختلف من شخص لآخر.

شكل رقم (07): يمثل أعراض انخفاض نسبة السكري بالدم



(valisana, 2022, p04)

❖ ارتفاع السكر في الدم: (L'hyperglycémie)

يشير ارتفاع السكر في الدم إلى تواجده بقدر 180mg/dl بعد ساعتين (2h) من تناول الوجبة، وإذا استمر هذا الارتفاع فإننا نتحدث عن داء السكري المزمن.

يؤدي ارتفاع السكر في الدم إلى مضاعفات مزمنة مثل:

- التدهور المبكر للأوعية الدموية (أمراض القلب والأوعية الدموية).
- اعتلال الأعصاب.
- اعتلال الشبكية.
- اعتلال الكلية.

هناك أعراض مصاحبة لارتفاع السكري بالدم منها: الصداع، الرغبة المتكررة في التبول، عطش

شديد، جفاف الفم والجلد، التعب والتهيج. هذه الاعراض قد تظهر واحدة أو أكثر فقط لدى المريض.

(VALISANA, 2022, P04-P06)

شكل رقم (08): يمثل أعراض ارتفاع نسبة السكري بالدم



(valisana, 2022, p06)

لا يمكن إهمال أي عرض يظهر فجأة على الشخص، قد يكون مؤشر لبداية مرض ما، لذا كلما كان التكفل مبكرا بالمريض كان أفضل وفي مؤمن من مضاعفات المرض.

8/ المضاعفات المرتبطة بداء السكري:

لمرض السكري نوعين من المضاعفات: مضاعفات قصيرة المدى نتيجة ارتفاع حاد لنسبة السكر في الدم وطويلة المدى الناجمة عن ارتفاع نسبة السكر في الدم لفترة زمنية طويلة والتي تمس مختلف الأجهزة الداخلية للجسم، كجهاز الرؤية والجهاز العصبي، الجهاز الكلوي وأمراض القلب والشرايين.... الخ وهذه المضاعفات، تتمثل في:

8-1/ مضاعفات قصيرة المدى:

➤ **غيوبية السكر الكيتونية:** غيوبية السكر الكيتونية غالبًا ما تحدث في حالة النوع الأول من مرضى السكري نتيجة نقص كامل أو شبه كامل للأنسولين في الجسم، مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى الجلوكوز في الدم وعدم قدرة الخلايا على استخدامه بسبب غياب هرمون الأنسولين. (بوريشة، 2014، ص22).

➤ **حالة ارتفاع الضغط التناضحي:** تحدث عند اخراج الجلوكوز من الدم عن طريق الكلى، مصحوبا بفقد الماء وزيادة تناضحية الدم.

➤ **فرط انخفاض الجلوكوز:** يحدث نتيجة استخدام الأدوية الخافضة للسكر أو كمية الجرعات الزائدة من الأنسولين. ويكون المريض فاقد التركيز، متوترا وقد يزداد التعرق لديه وفي الحالات المتقدمة قد يفقد المريض وعيه. (مطوية تثقيفية عن داء السكري، 2014، ص11-12)

8-2/ مضاعفات طويلة المدى:

➤ **مضاعفات السكري على العيون:** حوالي 50% من مرضى السكري، قد تتأثر عيونهم في مرحلة من مراحل المرض، وغالباً ما يكون ضعف البصر أحد المشكلات البارزة. ومن بين المشاكل الأكثر شيوعاً نجد اعتلال الشبكية بالإضافة إلى ذلك، يكون مرضى السكري عرضة للإصابة بالكتاركت، وارتفاع ضغط العين الداخلي، ومشاكل مثل التهابات الجفن وتورمه....

(بن زاهي & بن سكيريفة، 2015، ص239)

➤ **مضاعفات السكري وأمراض القلب/ السكتة الدماغية:** الأشخاص الذين يعانون من داء السكري يكونون أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب والسكتات الدماغية بمعدل أعلى من غيرهم. أمراض الشريان التاجي هي الأكثر شيوعاً بين أمراض القلب، السكتة الدماغية تحدث عندما يتوقف إمداد الدم إلى جزء من الدماغ مما يؤدي إلى تلفه، السبب الأكثر شيوعاً في السكتة الدماغية هو انسداد الأوعية الدموية. يمكن أن تسبب السكتة الدماغية مشاكل بدنية مثل الشلل أو مشاكل في التفكير أو الكلام. (مجلس السكري الأسترالي، 2012، ص68-69)

➤ **مضاعفات داء السكري على الكلى:** يمكن تلف الكلى أن يؤدي إلى الفشل الكلوي المزمن، ويعتبر داء السكري السبب الأكثر شيوعاً في الإصابة بالفشل الكلوي. تشمل أعراض الفشل الكلوي التورم في القدم وشحوب لون الجلد.... (دعميش، 2007، ص96) في أغلب الدول الغربية ما بين 30% إلى 40% من مرضى السكري النوع الأول و15% من مرضى السكري النوع الثاني يتطور المرض عندهم إلى القصور الكلوي، فبعد مدة ما بين 10 إلى 25 سنة من الإصابة بالسكري يكون تطور المرض من 85% إلى 90% ويؤدي إلى ظهور مشاكل بالكلية بعدها توقف وظيفتها نهائياً.

(ضيف الله، 2016، ص104)

➤ **مضاعفات داء السكري على الأعصاب:** تحدث مضاعفات الأعصاب في حالات داء السكري طويل الأمد، وغالباً ما تظهر في الأطراف مثل اليدين والرجلين. تظهر هذه الأعراض عادة على شكل تنميل، آلام أو فقدان للإحساس. يلاحظ أن الآفات العصبية الناتجة عن السكري تكون أقل شيوعاً عند الأطفال مقارنة بالحالتين السابقتين (الإصابة العينية والإصابة الكلوية). (دعميش، 2007، ص96) ومنها ما يصيب المعدة والأمعاء فيكون سبباً في بطء حركتها وينتج عنه الإحساس بالشبع،

أحياناً إمساك وأخرى إسهال أو بالتناوب ومرات أخرى تقيء. (حربوش، 2009، ص67)

➤ **القدم السكرية:** قدم السكري هو مرض خطير يؤثر عادة على القدمين ويمثل إحدى مضاعفات مرض السكري. ينتج عادة عن الإهمال وعدم العناية الكافية بالقدمين بشكل رئيسي. ترتفع مستويات السكر في الدم لفترة زمنية طويلة، مما يؤدي إلى تلف الأعصاب الطرفية، وهذا ما يُعرف بالاعتلال العصبي السكري. (وزارة الصحة البحرينية، 2012، د ص)

➤ **مضاعفات السكري على الوظائف العقلية:** أظهرت بعض الأبحاث أن الأفراد المصابين بالسكري من النوع الثاني قد يتعرضون لمشاكل الذاكرة واضطرابات الأوعية الدموية في الدماغ، مثل مرض الزهايمر. (بن سكيريفة & بن زاهي، 2015، ص240)

وهناك دراسة قد أظهرت أن زيادة مستوى السكر في الدم لدى الأشخاص المصابين بالنوع الأول من داء السكري قد يكون لها علاقة ببطء وظيفة الدماغ، وتشمل صعوبة في النطق وإجراء العمليات الحسابية الذهنية. (الحميد، 2008، ص81)

➤ **مضاعفات مرض السكري على الحياة الجنسية:** يؤثر داء السكري على الجوانب الجنسية بعدة طرق، يعاني البعض من مشاكل في الأعصاب الجنسية اللإرادية مما قد يؤدي إلى الضعف الجنسي، يمكن أن يحدث هذا بسبب تصلب وانسداد الشرايين المتصلة بالأعضاء التناسلية، مما يقلل من تدفق الدم إلى تلك المناطق ويتسبب في الضعف الجنسي.

علاوة على ذلك، يمكن أن تؤثر العوامل النفسية مثل القلق والتوتر والخوف المصاحب لمرضى السكري على الأداء الجنسي. يجب مراعاة أن الضعف الجنسي لدى مرضى السكري لا يؤثر عادة على الخصوبة وإمكانية إنجاب الأطفال. (بن سكيريفة & بن زاهي، 2015، ص240)

➤ **داء السكري والجلد:** السكري يؤثر على كل أنسجة وخلايا الجسم ويؤدي إلى تغييرات في تركيب الأنسجة والسوائل الجسمية وهذا بنسب مختلفة. واحدة من الآثار الشائعة للسكري هي تأثيره على الجلد، حيث يصبح هذا الأخير عرضة للإصابات الميكروبية بشكل أكبر، خاصة إذا لم يتم السيطرة على مستوى السكر في الدم بشكل جيد. (الحميد، 2008، ص79)

يشير هذا إلى أهمية المراقبة والعناية بالجلد، وضبط مستوى السكر في الدم بشكل منتظم وجيد لدى مرضى السكري وباستشارة الأخصائيين في هذا الميدان.

➤ الجانب النفسي:

عند الحديث على داء السكري، غالبا ما يتركز الاهتمام على الجوانب الجسدية للمرض، مثل التحكم في مستويات السكر في الدم، المتابعة الطبية للعلاج والمضاعفات الصحية للمرض. في حين لا يقل تأثير داء السكري على الجانب النفسي أهمية عن تأثيره الجسدي. إدارة هذا المرض المزمن تتطلب جهدا مستمرا من المرضى مما يؤثر بشكل كبير على حالتهم النفسية مما يتطلب تدخل الأخصائي النفسي لفهم التحديات النفسية التي يواجهها المرضى والبحث عن استراتيجيات لدعم صحتهم النفسية موازاتا مع الرعاية الطبية.

داء السكري من الأمراض السيكوسوماتية التي تشمل عوامل نفسية وجسدية، وقد تم ربط التوتر النفسي بمشكلات صحية لدى الأشخاص المصابين بالسكري خاصة وأنه غالبا ما ارتبط باضطرابات المناعة الذاتية، وقد تبين أن القلق والتوتر الدائم لدى المرضى هو نتيجة حتمية للضغوطات التي يواجهها من خلال إدارة علاجهم والخوف من المضاعفات المحتملة للمرض.

والجدير بالذكر أن مريض السكري الذي يعاني من القلق يمكن أن يحدث عنده حالة من عدم التوازن شبه الدائم في مستوى السكر في الدم، وذلك إما بارتفاع هذا المستوى أم انخفاضه، ولكلتا الحالتين آثار سلبية على صحة المريض وتعايشه مع المرض. (رضوان، 2002، ص 69-70) يرى ريتشارد سورويت من جامعة ديوك أن التوتر النفسي لا يرفع فقط مستويات السكر في الدم بل يثبط من إفراز الأنسولين. (ضيف الله، 2016، ص 89)

الانفعالات النفسية تؤدي إلى إفراز الأدرينالين والنور ادرينالين من الغدة الكظرية وهذا يرفع مستوى السكر في الدم، مؤدية إلى ظهور أعراض جسدية مختلفة منها: سرعة نبضات القلب، سرعة التنفس وزيادة إفراز العرق، العصبية والعدوانية وغيرها من المشاكل الصحية.

وهناك دراسات تنظر إلى الضغوط النفسية كنتاج للإصابة بهذا الداء، بالتالي على المريض ليس فقط العلاج الدوائي والحمية الغذائية بل أيضا التخفيف من الضغوط التي لها تأثير في تحكم الأدوية والحمية على ضبط مستويات السكري في الدم. (عليوة، 2015، ص 140)

وأكد باحثون مختصون في مركز لويولا للبحوث الاجتماعية الأمريكي أن التغيرات في نسبة السكري في الدم لدى المرضى لا تتأثر بالعوامل البيولوجية فقط، وإنما تتأثر أيضا بالعوامل النفسية والاجتماعية، وأن التوترات اليومية لدى المرضى تؤثر تأثيرا مباشرا على قدرة الجسم على تنظيم مستويات السكر في الدم، وبالتالي تؤثر على استجابته مع برامج العلاج.

المتابعة اليومية لمستويات السكري في الدم، الالتزام بالنظام الغذائي ومواعيد الدواء المضبوطة قد تسبب في الشعور المستمر بالإجهاد النفسي والضغط. هذا العبء المستمر لإدارة المرض قد يولد لدى بعض المرضى الشعور بالتعب والإرهاق النفسي والذي يمكن أن يؤثر على قدرتهم على التكيف مع تحديات الداء.

الضيق المصاحب لمرضى السكري يمكن أن يستمر لسنوات بعد تشخيص المرض ويظهر في صورة غضب وخوف وإحباط وهذا الأخير (الإحباط) الأكثر شيوعا بين مرضى.

يرى دانتييل كوكس من جامعة فرجينيا بقسم أبحاث داء السكري أن هناك علاقة مباشرة بين مقدار الشدة والتوتر النفسي من جهة وضبط مستوى السكر بالدم من جهة أخرى. كما تؤكد دراسة جاكبسون 1997 (Jacobson) تأثير الاضطرابات النفسية على نوعية الحياة للمرضى المصابين بالسكري، ومن أمثلة هذه الاضطرابات: القلق النفسي، الاكتئاب، الإحباط والانطواء أو الانسحاب الاجتماعي. (مختار علي، 2001، ص 03-04)

كما يلاحظ أن الاعراض النفسية كالقلق، الاكتئاب والضغط النفسي منتشرة بين مرضى السكري أكثر من انتشارها بين غيرهم، كما تؤكد بعض الدراسات مثل دراسة كل من زانغ وزملائه 2005 وستيوارت ورو و وايت 2005، ودراسة الويد وبراون 2002 حيث يعتقد ان للحالة النفسية تأثير سيء على ضبط مستوى السكر في الدم كما تؤكد دراسة لانجر ولانجر 1994 والمعاناة من مرض مزمن

كالسكري قد تقود إلى الشعور بالقلق أو الاكتئاب أو التوتر أو غيرها من الأعراض النفسية وبخاصة اذا كان المريض يعاني من صعوبة في ضبط مستوى السكري في الدم دبرت وبارنت 2000. (المرزوقي، 2008، ص22-23)

بالنسبة لهوللي وآخرون (W. Houle & Al) الشخص الذي يعاني من مرض مزمن سيتعرض "لفقدان صورة جسده، استقلاليته، العمل، الأصدقاء،" (BRIGNON, 2019, P41) كذلك تدني احترام الذات و العزلة الاجتماعية نتيجة للشعور بالخيبة وفقدان الأمل في السيطرة على نسبة مستويات السكر في الدم والوصول للعيش بصورة طبيعية مثل أقرانه وأصدقائه.

9/ تشخيص داء السكري:

توجد عدة طرق لتشخيص داء السكري، لكن معظمها يعتمد على إجراءات وفحوصات مخبرية لقياس نسبته في الدم. ثلاثة محكات نجدها معتمدة غالبا في التشخيص وتتمثل في:

- أن تكون نسبة السكر في الدم قبل الأكل (لمريض صائم) أكبر أو يساوي 126 مغ /دسل.
- أن تكون نسبة السكر في الدم في الوضع العادي للمريض (في أي وقت خلال اليوم) أكبر أو يساوي 200 مغ/دسل.

- أن تكون نسبة السكر في الدم بعد ساعتين من تناول المريض لكمية من الماء المحلى (300 مل من الماء / 75 غ سكر) أكبر أو يساوي 200 مغ/دسل. (HENNEN,2001,P128)

جدول رقم (04): يوضح معدلات السكر في الدم في حالة ما قبل السكري (مغ/دسل)

السكري	ما قبل السكري	المعدل الطبيعي	
126 أو أكثر	125-100	99 أو أقل	تحليل السكر (صائم)
200 أو أكثر	199-140	139 أو أقل	تحليل تحمل الجلوكوز

(المرجع الوطني لتتقيف مرضى داء السكري، 2011، ص19)

المظاهر السريرية والتقييم العام للمريض تختلف من شخص لآخر لدرجة أنه في المرحلة الأولى يصعب على المختص تشخيصه والجزم أن المريض يعاني من داء السكري من النوع الأول/الثاني. النوع الأول قد يحدث في أي مرحلة من مراحل الحياة ويتطور تدريجيا خاصة عندما يظهر في سن الرشد هذا من جهة ومن جهة أخرى يعتبر النوع الثاني أكثر شيوعا منه ويظهر مبكرا عند الطفل والمراهق وهذا ما يجعل تشخيصه صعبا إلا بعد مرور سنوات على المرض.

ويمكن اكتشافه بالصدفة من خلال فحص روتيني عابر أو من شكوى المريض من أعراض معينة، حيث ينتج عن نقص نسبي في تركيز هرمون الأنسولين في الدم. (Khalfa,2001,P31) وغالبا يتم اكتشاف السكري نوع الأول من خلال ملاحظات الأم لابنها عند ظهور بعض السلوكيات الغير معتادة

عليه، كتردده المتكرر على دورة المياه، شربه للماء بكميات كبيرة، نحافة الجسم أو عند تعرضه فجأة لغيوبة السكري

10/علاج داء السكري:

من المتعارف عليه أنه لا يوجد علاج يقضي نهائياً على داء السكري، إنما الإجراءات العلاجية المتبعة هي للتخفيف من أعراض المرض والتقليل من المضاعفات المحتمل حدوثها فيما بعد. ولتحقيق ذلك يجب مشاركة فعالة من جانب المريض والأسرة وبرفقة المتخصصين منهم الطبيب المعالج، الممرض، المتخصص النفسي، الرياضي، والمتخصص في التغذية حتى تتحقق عملية التعايش بدون خوف أو قلق من المشاكل والمضاعفات الصحية، والتكيف مع الحياة الجديدة للمريض وعائلته.

وفي تقرير للمنظمة العالمية سنة 1985م ظهر أن التعليم والتدريب من خلال برامج خاصة لمرضى السكر قد حقق الآتي:

- 1-خفض نسبة حدوث المضاعفات القصيرة والطويلة الأمد.
- 2-خفض نسبة حدوث بتر الأطراف السفلية.
- 3-زيادة الإدراك الذاتي بالمسؤولية وتسهيل قبول المرض.
- 4-خفض التكاليف الطبية والاجتماعية للمرضى.
- 5-خفض نسبة التغيب عن الدراسة والعمل.
- 6-تخفيف الشعور بالعزلة.

وقد ذكر بارت ليت (Part let) سنة 1988 أن التربية العلاجية لمرضى السكري تحقق الآتي:

- 1-تقلل من الحزن والقلق الناشئ عن المرض ومضاعفاته.
- 2-تزيد في مستوى الرضى والقبول بالخدمات المقدمة لمرضى السكر.
- 3-تقلل من عدد مرات الدخول للمستشفى وتقصّر الإقامة بها.

(المرجع الوطني لتتقيف مرضى داء السكري، 2011، ص17)

إضافة لهذا يجب توعية المرضى وتثقيفهم كخطوة أولى في علاج داء السكري وأعراضه ومضاعفاته الحادة والمزمنة، ومن بين الإجراءات العلاجية نجد:

10-1/العلاج بالأنسولين:

إن كمية الأنسولين التي تحقن لمعالجة داء السكري يحددها الطبيب وهذا وفقاً لكل مريض، كما يحدد الأوقات المناسبة للحقن والكمية اللازمة للعلاج والتي عادة ما تكون مناسبة لنسبة السكر في الدم وتعود لكمية الطعام المتناول ووفقاً للمجهود المبذول. (مساني، 2002، ص52)

أنواع الأنسولين:

الأنسولين سريع المفعول: هو أنسولين سريع التأثير حيث يبدأ تأثيره فور حقنه بالوريد أو بعد 15د من حقنه تحت الجلد ويصل إلى ذروة تأثيره بعد 1-3 ساعات ويستمر 5-7 ساعات.

الأنسولين متوسط المفعول: يوجد على شكل صنفين رئيسيين:

-الأنسولين البطيء وهو يعطى تحت الجلد فقط، يبدأ تأثيره بعد 42 ساعة من اخذه ويصل الى ذروة التأثير بعد 8-10 ساعات، ويستمر تأثيره من 18 الى 24 ساعة.

-أنسولين (Neutral Protamine Hagedorn) NPH يبدأ تأثيره أسرع قليلا من الأنسولين البطيء ولكن ذروة التأثير ومدة الفعالية مماثلة له. (بوريشة، 2014، ص25)

الأنسولين طويل المفعول: يوجد على شكل أقلام وهذا النوع يمتص ببطء، يبدأ عمله في تخفيض مستوى السكر في الدم في حدود ساعة واحدة من حقنه. (حمريط، 2020، ص92)

10-2/ العلاج بالأقراص:

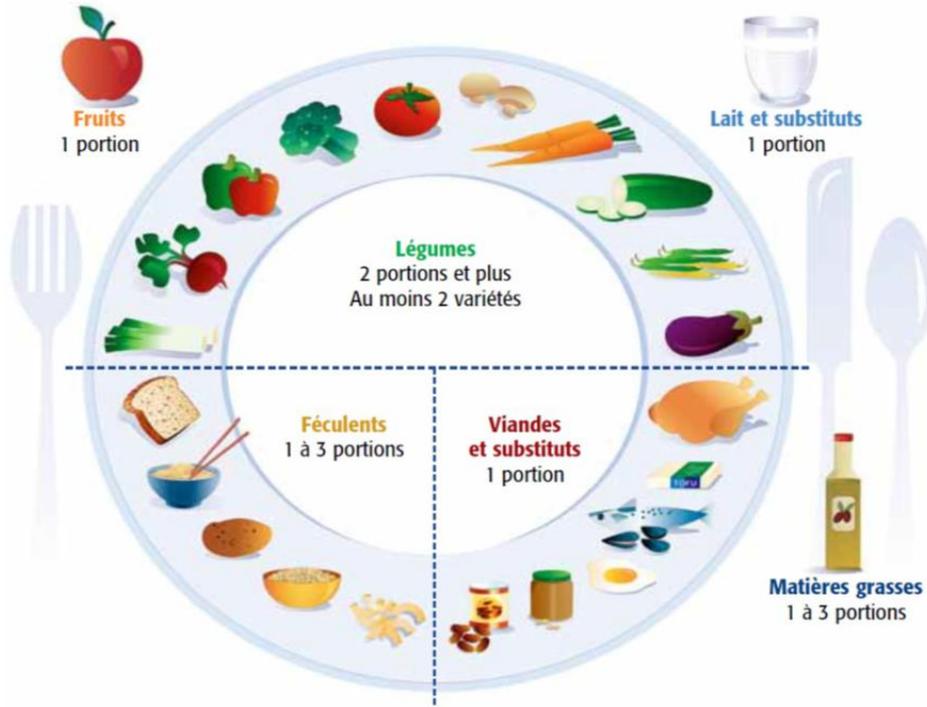
إن علاج داء السكري عن طريق تعاطي الأقراص الطبية التي تأخذ عن طريق الفم، يختص بالسكري من النمط الثاني، عملها الأساسي هو اثاره هرمون الأنسولين الكامن في غدة البنكرياس. (حربوش، 2009، ص73)

10-3/ الهرم الغذائي عند مريض السكري:

يلعب الغذاء دورا هاما في تعديل نسبة السكري بالدم حيث ان هذا الأخير وعلى حسب الكمية والنوعية يساهم في افراز هرمون الانسولين المناسب للجسم.

طور حديثا نظام الهرم الغذائي والذي يكفل توفير جميع العناصر الغذائية لمرضى السكري وغيرهم من الأشخاص، فالجسم البشري يحتاج لجميع العناصر الغذائية دون استثناء والتي تشمل النشويات والدهون والبروتينات بالإضافة الى الفيتامينات والمعادن. (البشتاوي، 2004، ص125)

شكل رقم (09): نظرة حول الغذاء الصحي لمريض السكري



(NAUDIN, 2020, P112)

الحمية الغذائية لمريض السكري لا تعني حرمانه من الطعام بل اختيار ما هو مناسب وصحي ولا يرفع مستوى السكر بصورة سريعة. لذي يجب الاكثار من الخضروات والابتعاد عن السكريات والتقليل أو الابتعاد عن النشويات والاعتدال في تناول البروتينات والفاكهة.

10-4/ تأثير التمارين الرياضية على داء السكري النوع الأول:

هناك العديد من الدراسات والأبحاث والتي درست أثر ممارسة التمارين الرياضية على الأشخاص المصابين بالنوع الأول، إن الآثار الرئيسية للتمارين الرياضية للسيطرة على السكري قبل اكتشاف الأنسولين، كما كان معروف قبل حوالي 45 عام أن الاشتراك في التمارين الرياضية المنتظمة يؤدي إلى التقليل من الاحتياجات إلى الأنسولين وخاصة عند المرضى من النوع الأول، كما أثبتت الدراسات الأخيرة والتي أجريت على أشخاص مصابين بداء السكري أن الاشتراك في التمارين الرياضية يؤدي إلى زيادة حساسية الخلايا للأنسولين عند مرضى السكري وعند الأشخاص العاديين وذلك عن طريق زيادة مستقبلات الأنسولين. ومن بين هذه الدراسات دراسة سولي 1991م ودراسة موشير وباتريشا 1990م.... (البشتاوي، 2004، ص 25-26)

هناك كذلك دراسة كل من عمروش وطهير 2017م التي توصلت إلى تحسن مستوى تقدير الذات لدى التلاميذ المصابين بالسكري النوع الأول الذين تلقوا النشاط البدني الرياضي، ودراسة بوعلي وناصر 2021م أظهرت النتائج أن النشاط البدني المقترح يساهم في خفض قيم مستوى السكر في الدم.

10-5/ مضخة الأنسولين:

مضخة الأنسولين هي جهاز كمبيوتر صغير يتم وصله بالحزام أو إحدى جيوب الملابس ويتم ملؤها بما يكفي ليوم أو يومين من الأنسولين قصير المفعول ويتم برمجة المضخة لتمد المريض بمستوى قاعدي ثابت من الأنسولين على مدار الساعة عن طريق أنبوب بلاستيكي مرن متصل بإبرة تغرز غالباً تحت جلد بطن المريض وأحياناً في فخذه.

ليس باستطاعة جميع المرضى استخدام مضخة الأنسولين لأنه يستوجب على المريض أن يكون متقفاً صحياً وتقنياً وغالباً إمكانية الحصول عليها صعب وذلك لغلاء ثمنها.

(المرجع الوطني للتثقيف في السكري، دس، ص 40-41)

10-6/ زراعة البنكرياس:

تقوم هذه التقنية على إجراء عملية زرع في البنكرياس لما تعرف بجزيرات لانغرهانس، وهي خلايا من البنكرياس مسؤولة عن فرز الأنسولين إثر سحبها من شخص واهب غير مصاب بالسكري وفي حالة موت سريري.

حصلت أولى التجارب السريرية على هذا العلاج عام 1999م في كندا، ثم في أوروبا واستمرت لنحو عقدين وفي عام 2020 م في فرنسا أعطت الهيئة الصحية العليا موافقتها على اعتماد هذه الممارسة مع بعض المرضى الذين يظهرون "عدم استقرار مزمن". (الجزيرة. نت، 2022)

❖ مستجدات علاج داء السكري:

تحدثت الدكتورة سارلا كوماري المتخصصة في أمراض السكري بالمستشفى الكندي التخصصي بدبي، مؤكدة أن الباحثين والعلماء في جميع أنحاء العالم يحاولون إيجاد علاج لخلايا البنكرياس وزرع البنكرياس. مستقبلاً، سيكون العلاج الفعال هو زرع خلايا البنكرياس لتحسين النتائج الصحية للمصابين بداء السكري، إلا أن الزراعة تعتمد على المتبرعين بالأعضاء، ما جعلها محدودة الاستخدام.

(سلاماني، 2022، دص)

10-7/ العلاج النفسي:

عندما يتعلق الأمر بعلاج داء السكري، فإن التركيز غالباً ما يكون على العلاجات الطبية والتغييرات في نمط الحياة دون التطرق لمعاناة المريض النفسية والاهتمام بتأثيرها على الالتزام بالخطة العلاجية. يحتاج الأشخاص المصابون بالسكري إلى قدر عالي من الدعم النفسي، الثقة بالنفس، الإرادة، التفهم والاحتواء،

إن المرض المزمن يشكل التغيير المفاجئ في نمط حياة المريض وعائلته، مما يستوجب عليه تعديل بعض السلوكيات اليومية، الالتزام بالعلاج، تقبل الأفكار والمشاعر السلبية المرتبطة بالصحة، المرض والجسم بالتالي التدخلات النفسية للمرضى تعد جزءاً مهماً في التربية العلاجية، حيث تركز على دعم الصحة النفسية للمرضى لمساعدتهم في التعامل مع التحديات النفسية المصاحبة للمرض.

يساعد المختص النفسي المريض في التعبير عن مشاعره السلبية تجاه المرض ويعمل على تعزيز الوعي لديه بأهمية الرعاية النفسية إضافة للرعاية الجسدية، وتزويدهم بالمهارات اللازمة للتكيف مع مشاعر القلق، التوتر، الاجهاد والإحباط التي قد تظهر نتيجة طول مدة المرض.

تؤكد بعض الدراسات فعالية الجلسات التعليمية، التدريبية والتربوية على بعض المتغيرات النفسية المؤثرة على سلوكيات المريض والتحكم فيها، كاضطرابات الأكل، القلق، الاحباط والاكتئاب.... ذلك بتزويده بمهارات ضبط النفس والتنظيم الذاتي للانفعالات (استراتيجيات المواجهة، التحكم العاطفي والعمل على الكفاءة الذاتية). (CROISET, 2017, P53) وتتضمن التدخلات النفسية أساليب مختلفة منها العلاج السلوكي المعرفي لمساعدة المرضى على تعديل الأفكار السلبية المتعلقة بالمرض، وتقنيات الاسترخاء التي تساهم في تقليل التوتر والانفعال، بالإضافة الى دعم مجموعات العلاج الجماعي التي توفر بيئة مناسبة لتبادل الخبرات بين المرضى.

لا ترتبط مهارات التكيف ارتباطاً مباشراً بالمرض، بل يمكن أن تطبق في حل أي من المشكلات المتعلقة بالحياة، وذلك لأنها تهتم "بالتعرف على الذات، بناء الثقة بالنفس" و"القدرة على إدارة الانفعالات والتحكم في الضغط والتوتر" و"اتخاذ القرارات وحل المشكلات". (PICHON, 2015, P44)

إن علاج داء السكري والتحكم في مضاعفاته يتضمن الجمع بين أساليب التنظيم الذاتي، كالقياس الدقيق للسكر في الدم والحقن الذاتي والتعزيز الذاتي وضبط الحمية وإدارة الضغط النفسي وممارسة التمارين الرياضية وتعلم المهارات الاجتماعية ومهارات حل المشكلات.... دمج هذه التدخلات في برنامج واحد متكامل كبرنامج التربية العلاجية كفيلة بتحسين مستوى الالتزام المرضى بخطط العلاج وتحقيق نتائج أفضل على مدى الطويل مما يعمل على التخفيف من الألم والتكيف مع المرض.

تشير الدلائل إلى أن المعالجات المكثفة تحظى بنجاح أكبر مقارنة بالبرامج العلاجية الأقل كثافة فيما يتعلق بالسيطرة على الوزن والمحافظة على الالتزام بالعلاج لفترة طويلة. (شيلي، 2008، ص628).

وتشير الدراسات إلى أن مرضى السكري عليهم تجنب الانفعالات والضغطات النفسية للتخفيف من أثارها السلبية، وكذلك يجب على مريض السكري العمل للتعايش مع مرضه ووضع الصحي والعائلي والاجتماعي، بالطريقة الملائمة والمناسبة لطبيعة مرضه. (عليوة، 2015، ص140) في الواقع القدرة على العلاج لا تكمن فيما يعرفه المريض عن مرضه وعلاجه. المرض المزمن له تداعيات في جميع ابعاد الحياة وظهور المرض يسبب للمريض سلسلة من الاضطرابات الانفعالية التي سيتعين عليه ادارتها بنجاح وبشكل دائم الى حد ما هذا لتقبل مرضه والقيود التي يفرضها عليه بالتالي التكيف وتحسين نوعية الحياة.

خلاصة:

داء السكري هو إحدى الأمراض الأيضية المزمنة التي تؤدي إلى ارتفاع مستويات السكر في الدم نتيجة لاضطراب في إفراز هرمون الأنسولين. هذا الارتفاع قد يتسبب في مضاعفات وتأثيرات سلبية على عدة جوانب صحية. التحكم في هذه المضاعفات يرجع للمراقبة الذاتية وإدارة المرض بفعالية وذلك بتناول حمية غذائية مناسبة، واستخدام الأدوية حسب توجيهات الطبيب، وممارسة النشاطات الرياضية. بالإضافة إلى العناية بالجوانب الطبية، يلعب الدعم النفسي دوراً مهماً لتقبل المرض والتعايش معه، لذلك يساعد التكفل النفسي في تعزيز التكيف مع المرض وتحسين الجودة العامة للحياة.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس:

إجراءات الدراسة الميدانية:

تمهيد

أولا/الدراسة الاستطلاعية

- 1- أهداف الدراسة الاستطلاعية
- 2- عينة الدراسة الاستطلاعية
- 3- خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية
- 4 إجراءات الدراسة الاستطلاعية
- 5- أدوات الدراسة الاستطلاعية

ثانيا/الدراسة الأساسية

- 1- منهج الدراسة الأساسية
- 2- التصميم التجريبي للدراسة
- 3- مجتمع الدراسة الأساسية
- 4- أدوات الدراسة الأساسية
- 5- الأدوات الإحصائية المستخدمة

تمهيد:

تطرقنا في الجانب النظري لمتغيرات الدراسة (التربية العلاجية، داء السكري والتكيف) وتعرفنا على محتوهم بالتفصيل وذلك استنادا الى المراجع والمصادر المتحصل عليها. في الجانب التطبيقي للدراسة فسنتناول مجموع الإجراءات الميدانية التي تم اتباعها لتحقيق أهداف البحث الحالية والتي تشمل كل من الدراسة الاستطلاعية، المنهج المستخدم، ووصف مجتمع وعينة الدراسة، الأدوات المستخدمة والمعالجة الإحصائية في تحليل البيانات كذلك سنتعرض لطريقة بناء المقياس والبرنامج وتطبيقهما على عينة الدراسة.

أولا/الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية خطوة من الخطوات الأساسية في اعداد أي دراسة والتي من خلالها يحاول الباحث ان يتعرف على الميدان والظروف التي سيجرى فيها البحث قبل البدا في إجراءات الدراسة الأساسية.

1/أهداف الدراسة الاستطلاعية: يمكن تحديد أهداف الدراسة الاستطلاعية في:

- ✓ التعرف على الميدان الذي ستجرى فيه الدراسة.
- ✓ التأكد من توفر العينة الخاصة بالدراسة.
- ✓ الوقوف على الإمكانيات المتاحة بالمؤسسة لإجراء الدراسة (الطاقم الطبي المساهم في تطبيق برنامج التربية العلاجية، المكان المخصص لتطبيق الجلسات الفردية والجماعية للبرنامج.....)
- ✓ التعرف على العينة وخصائصها عن قرب، كسب ثقتها وطرح فكرة المشاركة في البرنامج من خلال التعريف بالباحثة، برنامج التربية العلاجية، فائدته ومحاوره.....
- ✓ التعرف على أكثر الاضطرابات والمشاكل النفسية التي منها المرضى بداء السكري.
- ✓ التأكد من المحاور المقترحة من خلال الاستبيان والبرنامج والقيام بالتعديلات اللازمة عند الضرورة.
- ✓ تقديم البرنامج والمقياس للطبيبة المتخصصة بداء السكري والغدد الصماء والأخصائية النفسية كونهم ممارسين للاستفادة من خبرتهم الميدانية مع هذه الفئة من خلال مضمون وهدف الدراسة.
- ✓ التحقق من البرنامج والمقياس بعد تطبيقه على العينة الاستطلاعية وحساب الخصائص السيكومترية.
- ✓ تحديد صياغة الإشكالية وتساؤلات الدراسة.
- ✓ التعرف على اهم مظاهر عدم التكيف مع المرض من خلال الملاحظة والمقابلة مع الطبيبة المتخصصة اثناء التشخيص.

✓ تحديد الوقت المناسب لإجراء المقابلة وتطبيق أدوات الدراسة.

2/ عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت العينة الاستطلاعية من 37 مريضا مصابا بداء السكري النوع الأول شخصوا من قبل
الطبيبة المتخصصة في أمراض السكري والغدد الصماء بدار السكري المؤسسة العمومية للصحة الجوارية
-بسكرة.

وقد تم تطبيق مقياس استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول بغرض التأكد من
صلاحيته وتحديد مدى تكيف المرضى مع المرض لدى افراد العينة وكذا استخدامه لحساب الخصائص
السيكومترية (صدق، ثبات) المقياس.

3/ خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية:

تتمتع العينة الاستطلاعية بعدة خصائص وقد قمنا بتلخيصها في الجدول الاتي:

جدول رقم (05): يوضح خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية

النسب المئوية	التكرارات	المتغيرات	
% 40,54	15	20-16	السن
% 59,46	22	24-21	
% 37,84	14	ذكور	الجنس
% 62,16	23	اناث	
% 64,86	24	10-05	عدد سنوات المرض
% 35,13	13	17-11	
% 24,32	09	متوسط	المستوى التعليمي
% 24,32	09	ثانوي	
% 51,35	19	جامعي	
% 70,27	26	متوسط	المستوى الاقتصادي
% 29,73	11	جيد	

4/ إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

تمت الدراسة الاستطلاعية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية عبد الرحمان سالم - دار السكري-بسكرة.

الانطلاقة كانت في شهر نوفمبر 2018 وبمساعدة الطبيبة المتخصصة في أمراض السكري والغدد الصماء، والتي أتاحت لنا فرصة التقرب من المرضى وذلك من خلال حضورنا ومتابعة إجراءات الفحص، حصص العلاج والمتابعة الصحية لمرضاها (مرضى داء السكري النوع الأول). قمنا بإجراء عدة مقابلات معها لتزويدنا ببعض المعلومات عن طبيعة المرض وأهم الصعوبات التي يواجهها المريض مع مرضه، التطرق لاهم المؤشرات الدالة على وجود مشكلات نفسية، انتكاستهم وظروفهم الصحية الحالية. اخذنا بياناتهم الأولية من طرفها وساعدتنا كثيرا في اللقاءات الأولية مع الحالات من اجل بناء الثقة والتعريف ببرنامج التربية العلاجية وتوضيح أهميته وضرورة الانخراط فيه، كذلك رصد أهم السلوكات التي قد تساعدنا في بناء أدوات الدراسة من خلال ملاحظتنا.

5/ أدوات الدراسة الاستطلاعية:

اعتمدت الطالبة الباحثة على مجموعة من الأدوات والوسائل لتحقيق أهداف هذه الدراسة والمتمثلة في:

5-1/ مقياس استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الاول:

قامت الطالبة الباحثة بتصميم مقياس للإدارة استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول، هذا لعدم حصولنا على مقياس يساعدنا في الإجابة على تساؤلات الدراسة. ولقد ساعدتنا في تحديد الابعاد والبنود مجموعة من الدراسات والادبيات والرسائل الاكاديمية وبعض المقاييس التي لها علاقة بالتكيف واستراتيجياته من بينها:

- ❖ استراتيجيات التكيف لدى مرضى السرطان خلال فترة العلاج الكيماوي لسوسن عزال وطلال مجد الدين ديك 2018
- ❖ أساليب التكيف لدى مرضى السرطان لمزاور نسيمة 2016
- ❖ أثر أساليب التكيف المعرفية والسلوكية في خفض الاعراض العصابية لدى مرضى القلب لبسمة كريم شامخ 2012
- ❖ مقياس استراتيجيات تكيف زوجات المرضى الفصاميين مع الضغوطات النفسية التي يواجهها في حياتهن اليومية لماجد صالح حسين الصوص 2018
- ❖ مقياس إدارة استراتيجيات التكيف لدى آباء ذوي الاحتياجات الخاصة وامهاتهم لسلام راضي انيس البسطامي 2013
- ❖ مقياس لازوروس للتكيف ترجمة وتقنين أد -عبد العزيز موسى محمد ثابت

❖ مقياس Ways of Coping Questionnaire – Falkman & Lazarus 1988

✓ وصف المقياس:

يتكون المقياس من (62) بند موزعين على مستوى (07) أبعاد، وضعت بعض بنود المقياس بعكس اتجاه البنود الأخرى وذلك للتخفيف من الميل لاتخاذ نمط ثابت للاستجابات ويبلغ عددها (18) عبارة موزعة على الأبعاد المختلفة للمقياس.

جدول رقم (06): يوضح المحاور الخاصة بالمقياس، عدد البنود ورقم العبارات السالبة والموجبة

الرقم	الأبعاد	عدد البنود	رقم العبارات الايجابية	رقم العبارات السلبية
01	استراتيجية البناء المعرفي	08	8-6-5-4-3-2-1	7
02	استراتيجية حل المشكلات	09	-13-12-10-9 17-15-14	16-11
03	استراتيجية المساندة الاجتماعية	09	-22-20-19-18 26-24	25-23-21
04	استراتيجية الهروب والتجنب	09	35-34-30-29	33-31-28-27
05	استراتيجية التفرغ النفسي	09	-39-38-37-36 44-42-40	43-41
06	استراتيجية تقبل المرض	09	-49-48-47-46 52	53-51-50-45
07	استراتيجية تقدير الذات	09	-58-57-55-54 62-60-59	61-56
	المجموع	62	44	18

تتم الإجابة على البنود وفق خمسة (05) اختيارات وهي: دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً. وضعت الدرجة لكل عبارة وفقاً لخمس مستويات وهي: (دائماً=5 غالباً=4 أحياناً=3 نادراً=2 أبداً=1)، يطلب من المريض وضع علامة (X) امام الإجابة المناسبة له والتي تعبر عن مشاعره الخاصة.

✓ الخصائص السيكومترية للمقياس:

-صدق المحكمين:

لدراسة صدق المقياس المعد لهذه الدراسة تم عرضه على مجموعة من المحكمين بصورته الأولية ليتم تحكيمه، اثرائه وتقدير مدى ملائمته للتطبيق على عينة الدراسة وهذا من حيث الصياغة اللغوية، الدقة، الوضوح وقد تم اعتبار نسبة اتفاق المحكمين على بنود الاستبيان معيارا لصدقه، بلغ عددهم (07) محكمين: أساتذة بقسم علم النفس ومقدمو الرعاية الصحية الملحق رقم (02). أسفرت عن نتائج التحكيم بعض التعديلات على مستوى بعض العبارات والبنود بالمقياس.

الجدول رقم (07): يوضح العبارات التي تم تعديلها في المقياس

العبارات قبل التعديل	العبارات بعد التعديل
-أعاني الأرق خاصة عند التفكير بحالتي الصحية	-أصاب بالأرق كلما فكرت بحالتي الصحية
-لا احتفظ باي وثيقة (منشور، كتاب، مجلة،) تهتم بداء السكري	-احتفظ بكل وثيقة (منشور، كتاب، مجلة،) لها علاقة بداء السكري
-لا أحب من يذكرني بمرضتي ومضاعفاته	-يزعجني أن يذكرني الآخرين بمرضتي ومضاعفاته
-لا أشعر باهتمام أي أحد من أصدقائي بمعاناتي	-أشعر بعدم اهتمام أصدقائي بمعاناتي
-أحب تبادل المعلومات والخبرات مع أشخاص يعانون من نفس الداء	-أحب التواصل مع أشخاص يعانون من نفس الداء ولأنهم سيفيدونني بخبراتهم ومعلوماتهم
-لم أتعامل مع أي جمعية تهتم بداء السكري	-أحرص على المشاركة في نشاطات جمعية داء السكري
-اهتم ببرامج التربية العلاجية الخاصة بداء السكري (طبيب متخصص، أخصائي تغذية، أخصائي نفساني،) لتلقي الارشادات، النصائح، التعلم، التدريب، ...	-اهتم ببرامج التربية العلاجية التي تقدم من طرف (طبيب متخصص، أخصائي تغذية، أخصائي نفساني،) لتلقي الارشادات، النصائح، التعلم، التدريب، ...
-أفكر بأسلوب منطقي في مواجهة المشكلات	-أفكر بهدوء في مواجهة مشكلاتي المرضية
-أحاول التعلم من تجارب الآخرين مع المرض	-أستفيد من تجارب الآخرين للتكيف مع المرض

الجدول رقم (08): يوضح تقدير آراء المحكمين (صدق المحتوى) في عبارات المقياس المعدلة

رقم العبارة	نسبة الموافقين	رقم العبارة	نسبة الموافقين
04	% 80,00	35	% 60
08	% 80,00	42	% 60
11	% 80,00	43	% 80
23	% 80,00	44	% 60
28	% 80,00		

-الصدق التمييزي :

اعتمدنا طريقة الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية) لقياس صدق المقياس، وهذا للتحقق من قدرة المقياس على التمييز بين الدرجتين (العليا والدنيا)، حيث طبق المقياس على مجموعة من المفحوصين للمقارنة بينهم. تم أخذ نسبة 27% من أعلى التوزيع وادناه بعدها طبقنا اختبار (t) للفروق بين هاتين المجموعتين وهذا ما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم (09): يوضح معامل صدق المقارنة الطرفية للمقياس

التقدير	الدلالة Sig	درجة الحرية	قيمة t	المتوسط الحسابي	العينة	
دالة احصائيا عند 0.01	000	18	18,994	178,73	10	الدرجات العليا
				138,36	10	الدرجات الدنيا

نلاحظ من خلال نتائج الجدول رقم (09) أن قيمة t هي 18,994 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0,01 وهو دليل على وجود فروق بين المجموعتين (العليا والدنيا) ويعني قدرة المقياس على التمييز بهذا نستطيع القول أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

- صدق الاتساق الداخلي:

الجدول رقم (10): يوضح معاملات ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية لمقياس استراتيجيات التكيف

مستوى الدلالة	معامل الارتباط بيرسون	الابعاد
دالة عند مستوى الدلالة 0.05	0,404*	استراتيجية البناء المعرفي
دالة عند مستوى الدلالة 0.01	0,485**	استراتيجية حل المشكلات
دالة عند مستوى الدلالة 0.01	0,504**	استراتيجية المساندة بعد الاجتماعية
دالة عند مستوى الدلالة 0.01	0,837**	استراتيجية الهروب والتجنب
دالة عند مستوى الدلالة 0.01	0,747**	استراتيجية التفريغ النفسي
دالة عند مستوى الدلالة 0.05	0,407*	استراتيجية تقبل المرض
دالة عند مستوى الدلالة 0.01	0,569**	استراتيجية تقدير الذات

الجدول رقم (11): يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات بعد استراتيجية البناء المعرفي مع الدرجة الكلية

الدرجة الكلية	العبارات	الدرجة الكلية	العبارات
0,450*	العبارة 6	0,738**	العبارة 1
0,425*	العبارة 7	0,529**	العبارة 2
0,891**	العبارة 8	0,529**	العبارة 3
		0,738**	العبارة 4
		0,520**	العبارة 5
الارتباط دال عند (0.05)*		الارتباط دال عند (0.01)**	

الجدول رقم (12) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات بعد استراتيجية حل المشكلات مع الدرجة الكلية

الدرجة الكلية	العبارات	الدرجة الكلية	العبارات
0,608**	العبارة 6	0,182	العبارة 1
0,529**	العبارة 7	0,666**	العبارة 2
0,529**	العبارة 8	0,487**	العبارة 3
0,738**	العبارة 9	0,515**	العبارة 4
		0,515**	العبارة 5
الارتباط دال عند (0.05)**		الارتباط دال عند (0.01)**	

الجدول رقم (13) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات بعد استراتيجية المساندة الاجتماعية مع درجة الكلية

الدرجة الكلية	العبارات	الدرجة الكلية	العبارات
-0,382*	العبارة 6	0,364*	العبارة 1
0,317	العبارة 7	0,655**	العبارة 2
0,655**	العبارة 8	0,765**	العبارة 3
0,364*	العبارة 9	0,655**	العبارة 4
		0,487**	العبارة 5
الارتباط دال عند (0.05)*		الارتباط دال عند (0.01)**	

الجدول رقم (14) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات بعد استراتيجية الهروب والتجنب مع درجة الكلية

الدرجة الكلية	العبارات	الدرجة الكلية	العبارات
0,773**	العبارة 6	0,184	العبارة 1
-0,250	العبارة 7	0,491**	العبارة 2
-0,080	العبارة 8	0,174	العبارة 3
-0,128	العبارة 9	0,309	العبارة 4
		0,026	العبارة 5
الارتباط دال عند (0.05)**		الارتباط دال عند (0.01)**	

الجدول رقم (15) يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات بعد استراتيجية التفرغ النفسي مع درجة الكلية

الدرجة الكلية	العبارات	الدرجة الكلية	العبارات
0,513**	العبارة 6	-0,435*	العبارة 1
0,561**	العبارة 7	0,639**	العبارة 2
-0,362*	العبارة 8	0,513**	العبارة 3
-0,435*	العبارة 9	0,639**	العبارة 4
		-0,583**	العبارة 5
الارتباط دال عند (0.05)*		الارتباط دال عند (0.01)**	

الجدول رقم (16): يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات بعد استراتيجية تقبل المرض مع درجة الكلية

العبارات	الدرجة الكلية	العبارات	الدرجة الكلية
العبارة 1	0,564**	العبارة 6	0,606**
العبارة 2	0,606**	العبارة 7	-0,716**
العبارة 3	-0,421*	العبارة 8	0,466**
العبارة 4	-0,421*	العبارة 9	0,767**
العبارة 5	0,551**		
الارتباط دال عند (0.01)**		الارتباط دال عند (0.05)*	

الجدول رقم (17): يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات بعد استراتيجية تقدير الذات مع درجة الكلية

العبارات	الدرجة الكلية	العبارات	الدرجة الكلية
العبارة 1	-0,538**	العبارة 6	0,723**
العبارة 2	0,766**	العبارة 7	0,539**
العبارة 3	0,559**	العبارة 8	0,539**
العبارة 4	0,395*	العبارة 9	0,395*
العبارة 5	0,629**		
الارتباط دال عند (0.01)**		الارتباط دال عند (0.05)*	

يتضح لنا من خلال النتائج المتحصل عليها

-ثبات المقياس: وقد تم حساب ثبات المقياس بطريقتين وهما:

معامل الفا كرونباخ (Alpha Coefficient)

يعتبر معامل ألفا حالة خاصة من قانون كودروريتشارد سون وقد اقترحه كرونباخ 1951 نوكاك

ولويس 1967.

ويمثل معامل ألفا متوسط المعاملات الناتجة عن تجزئة الاختيار إلى أجزاء بطرق مختلفة،

وبذلك فإنه يمثل معامل الارتباط بين أي جزئين من أجزاء الاختبار. (سعد، 1998، ص 172).

الجدول التالي يوضح معامل ألف للمقياس والذي تم حسابه من خلال البرنامج الإحصائي (Spss)

جدول رقم (18): يمثل نتائج معامل ألفا لمقياس إدارة استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع 1.

عدد البنود	قيمة الفا كرونباخ
62 بند	0,76

من خلال الجدول تبين ان مقياس إدارة استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول ثابت،

وهذا استنادا الى قيمة ألفا كرونباخ التي فاقت 0.70 وهذا حسب المعيار الذي وضعته انستازيا

-ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية:

التعرف على ثبات المقياس من خلال طريقة التجزئة النصفية يتطلب تقسيم بنوده الى نصفين متكافئين بنود زوجية وفردية، وذلك بعد تطبيقه على عينة استطلاعية تتكون من (ن = 30)، لنتحصل على مجموعتين من الدرجات (فردية وزوجية) ثم نطبق معادلة بيرسون، تعتمد هذه الطريقة على إحصاء التباين الخاص بنصفي المقياس.

وبعد تطبيق معادلة "ر. بيرسون" حصلنا على $r = 0,55$

معامل الثبات بعد التصحيح بمعادلة "سبيرمان-براون" $= 0,71$

بالتالي المقياس ثابت عند تجزئته الى نصفين.

5-2/الملاحظة:

تعتبر الملاحظة احدى أدوات التشخيص والتنبؤ بتطور المرض ويمكن للباحث من خلالها أن يرصد سلوكيات المريض او التأكد من معلوماته، وهناك جوانب تتم ملاحظتها وجمع المعلومات من خلالها وهي:

الحالة الجسمية للمريض: والمقصود بها الفحص الطبي للتأكد من وجود المرض (داء السكري من النوع 1) ومدى تأثيره على الجانب النفسي.

بيئة المريض: يقصد بها العوامل التي قد تعوق العملية العلاجية كالعلاقة بالوالدين، الاسرة، المحيط الدراسي، العمل، والتي يجب العمل على تعديلها أو تقبلها والتعايش معها.

عمر المريض: يعتبر سن المريض عاملا أساسيا في تيسير الإمكانيات العلاجية هذا لان هناك اختلاف بين صغار وكبار السن في مستوى تقبل المرض والتكيف معه وكذلك في إمكانية تعديل السلوك خاصة فيما يتعلق بكبار السن.

فترة الملاحظة كانت طويلة مع المرضى مما مكننا من جمع الكثير من المعلومات وسلوكياتهم تجاه وضعهم، حالتهم النفسية المتعلقة بالخوف، القلق، اليأس، الإحباط ملاحظة أسلوب كلامهم ومدى وضوحه ومواءمته مع أفكاره وسياق الحوار عند الحديث عن مرضه.

ملاحظة مدى قدرة المريض على الاستيعاب من خلال اتباعه لتعليمات الطبيب المعالج وكذا طريقة اجاباته على الأسئلة المطروحة عليه، اسلوب تواصله مع الطبيب ومقدمو الرعاية الصحية.

تصرفاتهم مع والديهم عند تدخلهم لتوضيح بعض الاستفسارات للطبيبة المعالجة فيما يخص علاجهم او شكاوهم للطبيبة عن عدم التزامهم بالعلاج والحمية....

5-3/المقابلة:

المقابلة من أهم أدوات عمليتي التشخيص والعلاج النفسي، وهي عبارة عن محادثة بين المعالج والمريض لحل مشكلات المريض واحداث التوافق لديه وتكون هي الوسيلة لجمع المعلومات كما تطبق بها بعض المقاييس السيكولوجية التي قد يتطلبها الموقف الاكلينيكي. (خليل، 2004، ص 65-66)

بعد تحصلنا على المعلومات الأولية التي تخص المرضى من قبل الطبيبة المعالجة، قمنا بإجراء المقابلات مع الحالات التي تتوفر فيهم الشروط المطلوبة للدراسة لاستكمال ما ينقصنا من معلومات والتأكد من بعضها (السن، مدة الإصابة بالمرض، الاسم، المستوى التعليمي، الاقتصادي، المهنة، رقم الهاتف،). كذلك محاولة معرفة طريقة ادراكهم للمرض وكيفية التعايش معه ومدى التزامهم بوصفات الطبيب، الدواء والغذاء الصحي..... وكان ذلك بمعدل حصتين في الأسبوع من الساعة 08:00 صباحا الى غاية 12:00 ظهرا وهذا حسب برنامج العيادة وتواجدتهم بها. طبقنا مقياس استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع 1 عليهم مع مساعدتهم على تبسيط أي صعوبة واجهتهم في الإجابة على تساؤلات المقياس.

ثانيا/الدراسة الأساسية:

1/ منهج الدراسة الأساسية:

المنهج هو مجموع الخطوات التي يتبعها الباحث للتحقق من فرضياته، وتماشيا مع نوع الدراسة اعتمدت الطالبة الباحثة المنهج الشبه التجريبي للتعرف على مدى فعالية برنامج التربية العلاجية في التكيف لدى مرضى داء السكري النوع 1.

استخدمت الطالبة الباحثة المنهج الشبه التجريبي لأنه الأنسب لهدف الدراسة فمن خلاله يقوم الباحث بضبط المتغيرات المستقلة ويترك متغيرا مستقلا واحدا ليرى أثر هذا المتغير وقياسه في متغير أو متغيرات تابعة.

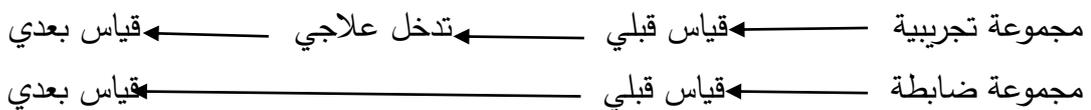
2/ التصميم التجريبي للدراسة:

ويتمثل في تصميم مجموعتين تجريبية وضابطة مع استخدام القياس القبلي والبعدي لهما، يتم توزيع أفراد العينة على مجموعتين (تجريبية وضابطة) عشوائيا.

تم تطبيق مقياس استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع 1 على المجموعة الضابطة والتجريبية قبل تطبيق البرنامج (قياس قبلي).

تم تطبيق برنامج التربية العلاجية لرفع مستوى التكيف لدى مرضى داء السكري النوع 1 على المجموعة التجريبية، ثم يتم إعادة تطبيق نفس المقياس على المجموعتين (التجريبية والضابطة) بعد التدخل العلاجي للمجموعة التجريبية (القياس البعدي).

ويمكن تمثيل هذا التصميم في التخطيط التالي:



وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج بمدة حوالي 10 أسابيع تم إعادة قياس المتغير التابع للمجموعة التجريبية للتأكد من مدى استمرارية مكاسب البرنامج على العينة.

3/ مجتمع الدراسة الأساسية:

"ونعني بالمجتمع جميع مفردات الظاهرة التي يقوم بدراستها الباحث" (ملح، 2002، ص 247) اشتمل مجتمع الدراسة الحالية على مجموعة من مرضى داء السكري النوع 1 الذين يترددون على المؤسسة العمومية للصحة الجوارية عبد الرحمان سالم دار السكري-بسكرة وعيادة طبية متخصصة في امراض السكري والغدد الصماء للحكيمة زعلاني. أ

3-1/ مبررات اختيار العينة:

-من خلال إطلاع الطالبة الباحثة على الجانب النظري وبعض الدراسات والبحوث التي تناولت داء السكري النوع 1 وجدت أن هناك نقص في الدراسات الخاصة بالتكيف مع الامراض المزمنة وندرته في تطبيق برنامج التربية العلاجية.

-الصعوبات التي يواجهها مرضى السكري النوع 1 في التكيف مع المرض خاصة في هذه المرحلة العمرية وهذا حسب رأي الطبيبة المتخصصة في امراض السكري والغدد الصماء.

-ان المرضى الذين عايشوا مرحلة من الضغط النفسي اثناء فترة التشخيص يجدون صعوبة في الإدارة الذاتية وفي الشعور بالثقة في قدراتهم لفترة تصل حتى 15 عاما بعد فترة التشخيص، هذا ما اوضحته

دراسة (Diabète Attitudes Wishes and Needs (DAWN)

3-2/ خطوات وكيفية اختيار العينة:

العينة هي جزء من مجتمع الدراسة، يتم اختيارها بطريقة مناسبة وتطبيق أدوات الدراسة عليها ومن ثم استخدام النتائج وتعميمها على كامل المجتمع الأصلي. (المحمودي، 2019، ص 160) بعد قيامنا بالدراسة الاستطلاعية التي من خلالها حددت العينة، الأدوات الخاصة بالدراسة والمكان الذي ستجرى به الجلسات، تم الاتصال بالحالات المعنية التي تتوفر فيهم شروط الدراسة، عرضنا عليهم فكرة التكفل النفسي من خلال برنامج التربية العلاجية الذي سيجمع مجموعة من المتخصصين كل في مجاله، وجدنا تقبل للفكرة من بعض أفراد العينة والبعض الآخر كان مترددا ولا يرى فائدة منه.

اخترنا أفراد عينة الدراسة بطريقة قصدية، والتي تتألف من (30 مريضا) من المرضى المترددين على العيادة بصفة دورية كل (03 أشهر) تقريبا، وهذا راجع لعدة اعتبارات منها:
-قد تم توجيههم لبرنامج التربية العلاجية عن طريق الطبيبة المعالجة (من أساسيات برنامج التربية العلاجية).

-قلة عددهم مقارنة بمرضى داء السكري النوع الثاني والمترددين مرضى السكري النوع 1 على العيادة وهذا ما لاحظناه خلال الدراسة الاستطلاعية وأكده الطاقم الطبي.

-أهمية المرحلة باعتبارها مرحلة التفكير في المستقبل (العمل، الزواج، الانجاب، ...)، بالتالي كثرة الضغوط المولدة لبعض الاضطرابات النفسية.

طبقت الطالبة الباحثة مقياس استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول على المرضى، فاختارت منهم (20 مريضا) وذلك بعد تحصلهم على درجة متوسط وضعيف على المقياس الذي تتراوح قيمة درجاته في المدى (62-310)، كذلك توفرت فيهم متطلبات البرنامج، انسحب (04 مرضى) من المجموعة وبقي (16 مريض)، تم تقسيمهم بطريقة عشوائية الى مجموعتين (08 تجريبية و08 ضابطة). إضافة الى المبررات السابقة هناك شروط وضعناها لاختيار العينة وتحقيق التجانس بين افرادها من بينها:

- ان يكون المريض سنه يتراوح ما بين (18-24 سنة).
- ان يكون جميعهم لديهم نفس الداء (سكري النوع 1).
- مدة المرض تكون ما بين (05-14 سنة).
- التأكد من وجود اضطراب في تكيف المريض مع مرضه.
- المستوى التعليمي يشمل المتوسط، الثانوي والجامعي.
- ان لا يكون المريض يعاني من أمراض أخرى.
- ان لا يكون قد تلقى أي متابعة نفسية او خضع لبرنامج علاجي من قبل.

3-3/خصائص العينة:

تتميز عينة الدراسة بمجموعة من الخصائص والتي سنوضحها كالاتي:

جدول رقم (19): يبين خصائص عينة الدراسة الأساسية

النسب المئوية	التكرارات	المتغيرات	
37,50%	06	20-18	السن
62,50%	10	24-21	
31,25%	05	ذكور	الجنس
68,75%	11	اناث	
43,75%	07	10-05	عدد سنوات المرض
56,25%	09	14-11	
12,50%	02	متوسط	المستوى التعليمي
25%	04	ثانوي	
62,50%	10	جامعي	
56,25%	09	متوسط	المستوى الاقتصادي
43,75%	07	جيد	

4/ أدوات الدراسة الأساسية:

- من أجل القيام بأي دراسة من الضروري استخدام أدوات مناسبة يمكن ان تساعد في توفير البيانات اللازمة للإجابة على تساؤلات الدراسة لذا قمنا باستخدام الأدوات التالية:
- أ. استمارة البيانات الشخصية، الصحية والاجتماعية (إعداد: الطالبة الباحثة).
 - ب. مقياس استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الاول (إعداد: الطالبة الباحثة).
 - ج. برنامج التربية العلاجية (إعداد: الطالبة الباحثة).

4-1/ استمارة البيانات الشخصية والاجتماعية:

لضبط أثر المتغيرات الوسيطة التي قد يكون لها دور في الفروق بين المجموعتين (الضابطة - التجريبية)، وللوصول للتجانس بين العينتين قمنا بإعداد استمارة تم تقديمها لأفراد العينة للإجابة على تساؤلاتها والتي تتضمن البيانات الشخصية، الحالة الاقتصادية والاجتماعية، الحالة الصحية والانفعالية لمرضى السكري النوع الأول.

4-2/ برنامج التربية العلاجية:

سيتم في هذا الجزء عرض برنامج التربية العلاجية المطبق خلال هذه الدراسة لمعرفة فعاليته على التكيف مع داء السكري النوع الأول، وهذا من خلال عرض خطوات بناءه ومحتواه، أسس البرنامج وفلسفته، أهدافه وأهميته، كما سنتطرق الى الوسائل المستخدمة والطاقت المساعدة بالبرنامج. والبرنامج عبارة عن سلسلة من الخطوات ستطبق على هيئة جلسات من اعداد الطالبة الباحثة لمرضى السكري النوع الأول.

4-2-1/ الفلسفة العلاجية للبرنامج:

اعتمدنا في بناء برنامج التربية العلاجية على أسس العلاج المعرفي السلوكي، باعتباره أحد التيارات العلاجية الحديثة والتي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية. يهدف هذا الأسلوب في العلاج الى اقناع المريض بان معتقداته غير منطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء تكيفه. يعمل هذا البرنامج على تعديل ادراكات المريض المشوهة ويضع محلها طرقاً أكثر ملائمة للتفكير، وذلك من أجل احداث تغييرات معرفية، سلوكية وانفعالية لدى المريض، ويعمل كذلك على دمجها لتغيير الاعتقادات الغير تكيفية وتحسين حياة الفرد، ولأن كل من برنامج التربية العلاجية والعلاج المعرفي السلوكي يشتركان في ان المريض هو شريك في العملية العلاجية ليصبح معالجا لنفسه فانهما يعملان على تعليمه المهارات اللازمة لإدارة مرضه، والأساليب الفعالة في التفكير والتحدث مع الذات.

4-2-2/ الأسس العلمية للبرنامج:

تم اعداد برنامج التربية العلاجية بعد الاطلاع على مجموعة من البرامج المشابهة، والتي تناولت بالدراسة مختلف الأمراض المزمنة ومنها داء السكري النوع الأول، فضلا عن بعض الكتب والمراجع وكذا متابعة لبعض الفيديوهات الخاصة بتطبيق برامج التربية العلاجية. كما تم تدوين بعض النقاط التي زودتنا بها الطبيبة المتخصصة في امراض السكري والغدد الصماء، المتخصصة في التغذية، المتخصصة النفسية والمتخصصة في التربية العلاجية.

-المنهج الدولي لتعليم الأخصائيين الصحيين المغنيين بمرض السكري (الاتحاد الدولي لمرضى السكري).

-كتاب مرض السكري للبروفيسور بيلسون ترجمة هنادي مزيودي

-رسالة دكتوراه بعنوان: فعالية برنامج تثقيف صحي في رفع درجة تقبل المرض والتحكم الذاتي لدى مرضى السكري النمط الثاني للطالبة عطية دليلة

-رسالة دكتوراه بعنوان: أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكريين المراهقين للطالبة بكيري نجية

-PRATIQUER l'éducation thérapeutique (Xavier de La Tribonnière)

-Moi et mon diabète (programme d'éducation thérapeutique de la coordination santé seine Eure destiné aux patients diabétiques)

-Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme (inpes. santé)

4-2-3/ أهداف البرنامج :

هناك عدة أهداف وضعناها عند تصميم هذا البرنامج لمساعدة مرضى السكري النوع الأول الذين لديهم صعوبة في التعايش مع مرضهم والذي تسبب في ظهور بعض الاضطرابات التي قد تظهر سلبياتها مستقبلا، وتعليمهم بعض الاستراتيجيات الجديدة للتكيف والتأقلم مع المرض وهذا لخلق حياة أفضل لهم. -تمكين المريض من اكتساب المعرفة حول مرضه المزمن، لأنه كلما تعرف على مرضه ومضاعفاته أصبح أكثر تقبلا وتعايشا معه.

-توعية المرضى بأهمية التكفل النفسي تماشيا مع التكفل الطبي لضمان نجاح العملية العلاجية.

-زيادة وعي مريض السكري النوع الأول بالعلاقة الحتمية بين الحالة النفسية وتأثيرها على الجانب العضوي.

-تدريب افراد العينة من مرضى السكري النوع الأول على بعض الاستراتيجيات الفعالة في إدارة علاجهم.

-توضيح أهمية جلسات برنامج التربية العلاجية بالنسبة لهم، بالتالي ضرورة الاتصال ومتابعة ما يقدمه فريق مقدمو الرعاية الصحية.

-تفعيل المريض للاهتمام أكثر بصحته، الالتزام بالعلاج وبمواعيد الفحص الدوري.
-زيادة الوعي والشعور بالرضى لتمكينهم من التعايش والتكيف مع المرض.
-ضرورة تحدي الأفكار السلبية والمعتقدات اللاعقلانية حول المرض.
-تحسين إدارة المرض لتجنب مضاعفاته عن طريق إشراك المريض وأهله ان أمكن في العملية العلاجية.

-تحسين نوعية الحياة في إطار السعي للخفض من الضغوطات النفسية وتكاليف الرعاية الصحية طويلة المدى

-مساعدة المريض للتغيير في نمط الحياة (نظام غذائي متوازن، ممارسة النشاط البدني، ...).
-التدريب على فنيات الاسترخاء والعمل به لمواجهة الانفعالات والضغوطات.

4-2-4/التقنيات العلاجية المعتمدة في البرنامج:

يعتمد برنامج التربية العلاجية على مجموعة من فنيات العلاج المعرفي السلوكي، استخدمتهم الطالبة الباحثة لأنهم الأنسب لمساعدة المرضى على التكيف مع مرضهم المزمن (داء السكري النوع 1) ويمكن تحديد اهم التقنيات على النحو التالي:

-المحاضرة: يتمثل مضمون هذه التقنية في تقديم معلومات واضحة وبسيطة حول المرض، أسبابه، اثاره ومضاعفاته الجانبية العضوية والنفسية وكيفية التغلب عليه.

-تقنية الاسترخاء: يعتبر الاسترخاء من أهم الاستجابات التي استخدمها العلماء كاستجابة مضادة لمثيرات القلق، الخوف والانفعال. عادة ما يستخدم الاسترخاء لأعضاء الجسم الداخلية والخارجية بما في ذلك الجهاز العصبي مما يساعد على افراز مادة النور ادرينالين التي تساعد الجسم على الاسترخاء.

-تقنية استبدال الأفكار السلبية بالأفكار الإيجابية: من خلال هذا الأسلوب نحاول مساعدة المريض على تحديد وتغيير أفكاره الغير واقعية والسلبية حول مرضه والعلاج الخاص به، وذلك عن طريق شرح وتقديم معلومات علمية وواقعية واستبدالها بأفكار ايجابية مؤدية الى تعديل سلوكيات المريض لتجنب مضاعفات المرض.

-تقنية حل المشكلات: تتمثل هذه التقنية في مجموعة من الخطوات المنظمة التي يتبعها الفرد بهدف الوصول الى حل، وتهدف هذه العملية الى تطوير مهارات المريض في التفكير النقدي واتخاذ القرارات الصائبة. هذا بتقديم بعض التوجيهات والاستراتيجيات بطريقة بناءة قد تساعد المريض في كيفية احتواء مشكلاته مع مرضه وحلها.

-تقنية المساندة الاجتماعية: هذه التقنية تساعد المريض على مجابهة مرضه، التخفيف من الآلام العضوية والنفسية وضغوط الحياة اليومية. كما تعرف على انها السند العاطفي الذي يقوي المريض

على إدارة مرضه وهذا من خلال مجموعة الروابط الاجتماعية (الاسرة، الأصدقاء، الزملاء...) التي يلجأ لها المريض كلما احتاج إليها.

-تقنية ضبط الذات (ضبط النفس): أهمية هذا الأسلوب تكمن في السيطرة على الالتزام بالحمية الغذائية، المواظبة على اتباع العلاج والتي تحتاج مساندة المعالج في بدايتها حتى يتمكن المريض تدريجياً من الوصول الى المراقبة الذاتية.

-تقنية الواجب المنزلي: يهدف الواجب المنزلي الى حث المريض على تطبيق ما تعلمه خلال الجلسات، لان دورها هام في العلاجات النفسية وتساهم في تحديد مدى تعاون المريض لترسيخ ما تم تعلمه من مفاهيم وتقنيات جديدة.

-التغذية الراجعة: يقصد بها التأكد من فهم المريض للتقنية العلاجية التي يجب عليه ممارستها والتدريب عليها لفهمها وتعلمها.

4-2-5- عرض البرنامج بصورته الأولية على المحكمين:

تم عرض برنامج التربية العلاجية على مجموعة من المحكمين (أساتذة علم النفس، أطباء متخصصين في داء السكري، أخصائية نفسانية بدار السكري) بغية التأكد من ملاءمته من حيث جلساته، أهدافه، محتواه والأدوات والوسائل المستخدمة. كذلك للتعرف على مدى موائمته للفئة المستهدفة وكفاية عدد ووقت الجلسات لتقديم اقتراحاتهم وملاحظاتهم ليتم تعديله وتقديمه بصورته النهائية على عينة الدراسة.

أما الملاحظات التي قدمت من طرف المحكمين فقد تمثلت في:

- التقليل من الجانب الطبي.

- اضافة جلسة خاصة بداء السكري والصحة النفسية.

4-2-6/التجريب الاستطلاعي للبرنامج:

قامت الطالبة الباحثة بتطبيق البرنامج الملحق رقم (04) على متطوعين اثنين كتجريب استطلاعي خلال ثلاثة جلسات فقط، كان هذا بهدف التقرب أكثر من مرضى السكري النوع 1، التدريب على إدارة الجلسات لاكتساب المهارة اللازمة، تطبيق بعض التقنيات، التأكد من مناسبة محتوى الجلسات، التقنيات والوسائل المستخدمة في البرنامج، تقدير مدى ملائمة البرنامج مع احتياجات عينة الدراسة للتكيف مع مرضهم، تدوين النقائص، الخ

الجدول رقم (20): يوضح البطاقة الفنية (البروتوكول) لبرنامج الدراسة

اسم البرنامج	برنامج التربية العلاجية لمرضى داء السكري النوع 1
هدف البرنامج	رفع درجة التكيف مع المرض
الخلفية النظرية	نظرية العلاج السلوكي المعرفي
عدد الجلسات	13 جلسة
مدة الجلسة	من 45 د الى 120 د + فترة استراحة مدتها 10 د
حجم عينة الدراسة	16 مريضى بداء السكري النوع 1
تواتر الجلسات	جلسة في كل اسبوع
المشرف على الجلسات	الطالبة الباحثة

4-2-7/الخطوات الإجرائية للدراسة وظروف تنفيذ البرنامج:

بعد الاتصال بإدارة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية عبد الرحمان سالم دار السكري-بسكرة وأخذ موافقتهم لإجراء دراستنا وتطبيق ادواتها الملحق رقم (05)، تم القيام بمقابلات فردية مع المرضى لشرح اهداف ومحتوى البرنامج وتزويدهم بمحتويات الجلسات العلاجية، عددها، مدتها، الطاقم الطبي المشارك بالبرنامج ومكان اجراء الجلسات والتأكيد على أهمية المواظبة على حضور الجلسات.....

حددنا تاريخ بداية الجلسات في شهر ديسمبر 2019 والتي ستكون بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الدكتور سعدان-دار السكري- بسكرة بعد تغيير مقر دار السكري من المؤسسة العمومية للصحة الجوارية-بسكرة الى المؤسسة العمومية الاستشفائية الدكتور سعدان-بسكرة، فقمنا بإعادة طلب تسهيل الدراسة من مدير المؤسسة الذي قوبل بالموافقة.

ومع ظهور جائحة كورونا العالمية لم نتمكن من البدء في جلسات البرنامج في حينها، وكان علينا ان نتوقف حتى انتهاء فترة الوباء لمواصلة العمل، لكن هناك بعض المعطيات قد تغيرت مع انتهاء ازمة الجائحة وعلى أساسها:

-تم نقل مقر دار السكري من المؤسسة العمومية الاستشفائية الدكتور سعدان-دار السكري- بسكرة الى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (العيادة عبد الرحمان سالم) بسكرة وهذا بسبب استمرارهم في استقبال مرضى كوفيد 19 بدار السكري بالمؤسسة الاستشفائية الدكتور سعدان.

-انسحب معظم افراد عينة الدراسة وهذا لعدة أسباب منها (تغيير مكان السكن خارج الولاية، تغيير رقم الهاتف أو عدم الرد على مكالماتنا، الاعتذار عن عدم مواصلة العمل معنا بسبب زواج، تواجد مريضة بالمستشفى لتدهور حالتها الصحية بسبب الوباء،)، بالمقابل قمنا بدمج بعض المرضى الجدد المتوفرة فيهم شروط الدراسة بمساعدة الطبيب المتخصص بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية-دار السكري-بسكرة والعيادة الطبية المتخصصة في امراض السكري والغدد الصماء للحكيمة زعلاني. أ

-ملاً الاستمارات الشخصية والاجتماعية وكذا بطاقة عرض الشجرة.

-تطبيق مقياس ادارة استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول على المرضى

(القياس القبلي)

وكان عددهم (16 مريض) ، بعدها قسموا الى مجموعتين (08 تجريبية/08 ضابطة)

تقسيمًا عشوائيًا.

تم الاتفاق مع الفريق المشارك في البرنامج (طبيب، متخصص في التغذية، متخصص تربية علاجية والطالبة الباحثة) على بداية العمل مع أفراد العينة.

بدأت مرحلة تطبيق البرنامج على أعضاء المجموعة التجريبية، كان عدد الجلسات (13 جلسة) بواقع جلسة واحدة كل أسبوع، تم فيها تقديم الأنشطة، المحاضرات وبعض المهارات والتقنيات التي تهتم بتدريبهم وتعليمهم كل ما يمكن أن يساعدهم للتكيف مع المرض.

تمت الجلسات الأولى للدراسة الخاصة بالتكفل بالجانب الطبي خلال شهر ماي 2022 بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية (العيادة عبد الرحمان سالم -دار السكري-) بسكرة بعدها انتقلنا (أفراد العينة والطالبة الباحثة) لمدرسة نجم للتكوين وتعليم اللغات-بسكرة وهذا لعدة أسباب منها:
-عدم توفير مكان دائم بالمؤسسة لاستكمال الجلسات الخاصة بالتكفل النفسي.

-الانقطاعات المتكررة خلال الجلسات بسبب التردد الكثير لبعض العاملين بالمؤسسة وأخذ بعض الأدوات الطبية الموجودة بالمكتب.

-العدد الكبير للمرضى المترددين على المؤسسة (متعددة الخدمات) للعلاج والتداوي وبسبب الضغط، الفوضى والضوضاء الصادرة من بعض المرضى ومرافقيهم أدى الى ضعف التجاوب داخل الجلسة مع أفراد العينة.

بعد استكمال البرنامج قمنا بإعادة تطبيق مقياس ادارة استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الاول (القياس البعدي) على المجموعتين الضابطة والتجريبية لقياس مدى التغيير الحاصل على المجموعة التجريبية وأخيرا التطبيق التتبعي الذي كان في شهر جوان 2023.

4-2-8/محتوى برنامج التربية العلاجية:

قبل البداية في العمل مع أفراد العينة يجب أن تبنى علاقة علاجية مع المريض أساسها الثقة المتبادلة بينهم وأن تكون كل خطوات العلاج واضحة للمريض الذي يعمل بشكل متعاون مع المعالج ويضع معه الاستراتيجيات لحل المشكلات، وأن يكون العلاج محكوم بفترة زمنية محددة واهداف متفق عليها مسبقا بالإضافة الى الأدوات والوسائل المساعدة على تحقيق اهداف البرنامج (التفصيل ضمن الدليل).

❖ الجلسة الأولى: تمهيد للجلسات، بناء العلاقة العلاجية وعرض رسم الشجرة الملحق رقم (06)

الأنشطة التدريبية: مناقشة وحوار

الأدوات والوسائل المستخدمة: أوراق عليها رسم شجرة، استمارة معلومات خاصة بالعميل، مقياس إدارة

استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع 1.

زمن الجلسة: 120 دقيقة + 10 د فترة استراحة

الهدف من الجلسة:

-بناء علاقة علاجية مع المريض وهذا ب (الاستقبال الملائم، الحوار البناء، الاستماع الجيد والاهتمام بمحتوى كلامه وتشجيعه على الالتحاق بالبرنامج.

-التعريف بالبرنامج، خصائصه، أهدافه وفائدته بالنسبة لمرضى داء السكري النوع الأول.

-ملاً استمارة خاصة بمعلومات عامة عن العميل.

-تطبيق مقياس ادارة استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع 1 على العينة.

-تطبيق تقنية عرض الشجرة.

❖ الجلسة الثانية: تقنية الاسترخاء لجاكوبسون

الأنشطة التدريبية: مداخلة، حوار ومناقشة، واجب منزلي

الأدوات والوسائل المستخدمة: حاسوب

زمن الجلسة: 90 دقيقة + 10 د فترة استراحة

الهدف من الجلسة:

-التعريف بتقنية الاسترخاء وتطبيقها على افراد العينة.

-تعليم المريض تقنية الاسترخاء وتدريبه عليها.

-مساعدة المريض على التخفيف من الضغوطات النفسية والمشاعر السلبية.

❖ الجلسة الثالثة: تعريف غدة البنكرياس، التعريف بداء السكري النوع 1

الأنشطة التدريبية: المحاضرة، المناقشة الجماعية، الحوار، الواجب المنزلي

الأدوات والوسائل المستخدمة: حاسوب، دفتر، قلم، مطويات

زمن الجلسة: 90 دقيقة + 10 د فترة استراحة

الهدف من الجلسة:

-تزويد العميل بكل ما يخص غدة البنكرياس.

-تعريف فيزيولوجية المرض.

-التعريف بداء السكري بالنوع 1 وتوضيح الفرق بينه وبين النوع 2.

-التطرق لمضاعفات السكري على أعضاء الجسم وطريقة تنفيذ استراتيجيات الوقاية.

❖ **الجلسة الرابعة: التنقيف الصحي (الحمية الغذائية)، تعلم استخدام الوسائل الخاصة بداء السكري**

الأنشطة التدريبية: مناقشة الواجب، محاضرة، المناقشة الجماعية، الحوار، نشاط فردي، واجب منزلي
الادوات والوسائل المستخدمة: مختلف الأقلام الخاصة بهرمون الأنسولين، علبة قياس الأسيتون
والسكري بالبول، جهاز قياس نسبة السكري بالدم، مطويات خاصة بالتغذية، قلم ودفتر
زمن الجلسة: 120 دقيقة + 10 د فترة استراحة

الهدف من الجلسة:

- التعريف بمختلف أنواع الأقلام الخاصة بهرمون الأنسولين.
- تعليم المرضى طريقة استعمال الأقلام هرمون الانسولين بصورة صحيحة وكيفية الحفاظ عليها.
- استعمال جهاز قياس نسبة السكري بالدم بصورة صحيحة.
- تقديم أنشطة للتعايش مع داء السكري (مثل اتباع نظام غذائي خاص، المراقبة الذاتية لمستوى السكري بالدم).

❖ **الجلسة الخامسة: السكري والصحة البدنية**

الأنشطة التدريبية: مناقشة الواجب السابق، المحاضرة، واجب فردي
الادوات والوسائل المستخدمة: حاسوب، شريط فيديو، مطويات، دفتر وقلم
زمن الجلسة: 90 دقيقة + 10 د فترة استراحة

الهدف من الجلسة:

- التعريف بمختلف النشاطات البدنية المناسبة لمرضى داء السكري.
- توضيح أهمية وفوائد الرياضة لمرضى داء السكري.
- تحفيز المرضى على ممارسة الرياضة البدنية.

❖ **الجلسة السادسة: اختبار تحصيلي للمحور الأول**

تم اختبار أفراد عينة الدراسة على مستوى محتوى جلسات المحور الأول وذلك للتأكد من فهم واستيعاب للمعلومات المقدمة والعمل بها.

❖ الجلسة السابعة: السكري والصحة النفسية

الأنشطة التدريبية: محاضرة، حوار ومناقشة، الواجب المنزلي

الادوات والوسائل المستخدمة: حاسوب، دفتر وقلم

زمن الجلسة: 90 دقيقة + 10 د فترة استراحة

الهدف من الجلسة:

-التعريف بالصحة النفسية وأهميتها لمرضى داء السكري النوع الأول.

-مساعدة المرضى للتخفيف من الضغوطات النفسية (القلق، التوتر، الغضب، ...).

-تحفيز المرضى على الالتزام بجلسات التكفل النفسي.

❖ الجلسة الثامنة: تقنية خريطة العقل

الأنشطة التدريبية: مناقشة للواجب المنزلي، مناقشة وحوار، واجب منزلي

الادوات والوسائل المستخدمة: أوراق بيضاء، أقلام

زمن الجلسة: 90 دقيقة + 10 د فترة استراحة

الهدف من الجلسة:

-مساعدة المريض على الحوار والمناقشة، التواصل.

❖ الجلسة التاسعة: تأثير الأفكار السلبية والايجابية على صحة المريض

الأنشطة التدريبية: محاضرة، التفريغ الانفعالي، تقنية التنفس العميق

الادوات والوسائل المستخدمة: دفتر وقلم، سبورة وقلم خاص

زمن الجلسة: 120 دقيقة + 10 د فترة استراحة

الهدف من الجلسة:

-مساعدة المريض على تحديد الأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة حول داء السكري النوع الأول.

والعلاج بهرمون الأنسولين والحمية الغذائية واهمالهم لصحتهم وتصحيحها واستبدالها بأفكار إيجابية.

-توضيح ان الافكار السلبية والغير منطقية هي المتسببة في الشعور بالضيق والقلق والخوف والتوتر

بالتالي عدم التكيف مع المرض.

-تعليم المريض كيفية تحديد أفكاره السلبية واستبدالها بأفكار إيجابية عن طريق تقنيات يتدرب عليها

-تعلم تقنية التفريغ الانفعالي والتنفس العميق.

❖ الجلسة العاشرة: أسلوب ضبط الذات

الأنشطة التدريبية: محاضرة، مناقشة وحوار، الواجب المنزلي

الادوات والوسائل المستخدمة: سبورة وقلم خاص، دفتر وقلم

زمن الجلسة: 90 دقيقة + 10 د فترة استراحة

الهدف من الجلسة:

-تدريب المريض على ضبط النفس تجاه مشكلاته.

-مساعدة المريض لتحسين نوعية الحياة.

❖ الجلسة الحادية عشرة: أسلوب حل المشكلات

الأنشطة التدريبية: مراجعة الواجب السابق، محاضرة، حوار ومناقشة، تغذية راجعة، الواجب المنزلي

الادوات والوسائل المستخدمة: دفتر وقلم، سبورة وقلم خاص

زمن الجلسة: 90 دقيقة + 10 د فترة استراحة

الهدف من الجلسة:

-تعليم المريض كيف يفرق بين المشكلات التي يجب الاهتمام بحلها عن غيرها.

-مساعدة المريض للتعرف على المشكلات التي تتسبب في الضغوط.

-تتمية احساسه بقدراته على التغلب على مشكلاته.

-تدريب المريض على حل مشكلاته بطرق مناسبة.

❖ الجلسة الثانية عشرة: تقنية التلوين ملحق رقم (08)

الأنشطة التدريبية: محاضرة، مناقشة وحوار، الواجب المنزلي

الادوات والوسائل المستخدمة: أوراق للتلوين، أقلام تلوين

زمن الجلسة: 90 دقيقة + 10 د فترة استراحة

الهدف من الجلسة:

-مساعدة المرضى للتعرف على مواهبهم.

-تعليم المرضى بعض الاستراتيجيات لمواجهة ردود الفعل النفسية للمرض.

❖ الجلسة الثالثة عشرة: الدعم والمساندة الاجتماعية

الأنشطة التدريبية: المحاضرة، مناقشة وحوار

الادوات والوسائل المستخدمة: أوراق بيضاء، دفتر وقلم

زمن الجلسة: 90 دقيقة + 10 د فترة استراحة

الهدف من الجلسة:

- تنمية مهارات التواصل والمشاركة الاجتماعية.
- تطوير العلاقات الإيجابية مع المحيطين به.
- تعلم مهارات اجتماعية جديدة تساعد في تنمية الثقة بالنفس والتخلص من السلبية.

❖ **الجلسة الرابعة عشرة:** اختبار تحصيلي للمحور الثاني

في هذي الجلسة طرحت بعض الأسئلة على أفراد العينة المتعلقة بما قدم خلال جلسات المحور الثاني للتأكد من فهم واستيعاب لجميع المعلومات وكذلك للتأكد من ترسيخها والأخذ بها مستقبلا وهذا لتمكين المريض من التكيف مع مرضه.

❖ **الجلسة الخامسة عشرة:** التطبيق البعدي للمقياس

في هذه الجلسة يتم التحقق من الوصول الى الأهداف الرئيسية للبرنامج بواسطة التطبيق البعدي للمقياس.

❖ **الجلسة السادسة عشرة:** التطبيق التتبعي للمقياس

في هذه الجلسة يتم التطبيق التتبعي للمقياس وهذا للتحقق من مدى استمرارية النتائج الايجابية التي تم التوصل اليها من خلال تطبيق البرنامج، بعد شهرين من التطبيق البعدي للمقياس.

مكان تطبيق البرنامج:

- دار السكري بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية-بسكرة.
- مدرسة نجم للتكوين وتعليم اللغات (مدرسة خاصة).

المشاركون في تطبيق برنامج التربية العلاجية:

- طبيبة متخصصة في داء السكري (الحكيمة: حفصاوي زينب المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة -دار السكري)
- طبيبة عامة (الحكيمة: بادي أمال المؤسسة العمومية للصحة الجوارية-بسكرة)
- أخصائية في التغذية (المتخصصة: عائشة)
- أخصائية في التربية العلاجية (المتخصصة: كريمة)
- الطالبة الباحثة

5/ الأدوات الإحصائية المستخدمة:

النسبة المئوية/التكرارات: وتم استخدامها في وصف خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية والأساسية.
التكرار: وتم استخدامه في وصف خصائص العينة.
معامل الارتباط بيرسون: وتم استخدامه للتعرف على ثبات المقياس.
ألفا كرونباخ: اعتمدنا عليه لحساب ثبات المقياس.
اختبار (t) لعينتين: تم استخدامه لحساب الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين في القياس القبلي والبعدي من خلال مقياس استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول.
معامل مربع إيتا (2η): للبحث عن حجم الأثر الذي أحدثه البرنامج في تكيف مرضى داء السكري النوع الأول مع مرضهم.

خلاصة:

بعد الاطلاع على الإطار النظري والدراسات السابقة، والعديد من المقاييس ذات العلاقة بهدف إعداد أدوات الدراسة المناسبة. قمنا بإجراء الصدق والثبات لهذه الأدوات، تحديد أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية، ثم قمنا بتطبيق هذه الأدوات (المقياس والبرنامج) للتوصل إلى نتائج من أجل عرضها تحليلها واعطاء التفسيرات العلمية لهذه النتائج.

تمهيد:

تم في ضوء الإشكالية والتساؤلات التي انطلقت منها الدراسة الحالية والفروض التي اقترحت كحل مؤقته اعتمد للتحقق منها أساليب إحصائية مناسبة فكانت النتائج كما يلي:

أولاً: عرض نتائج الدراسة.

1/ عرض نتائج الفرضية الأولى:

- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول.
الجدول رقم (21): يوضح الفروق في متوسطات درجات التكيف بين القياسين القبلي والبعدي لدى العينة التجريبية

التقدير	الدلالة sig	درجة الحرية	قيمة t	المتوسط الحسابي	العينة	
دال	0,000	14	13,246	267,88	08	القياس البعدي
احصائيا				160,13	08	القياس القبلي

يوضح الجدول رقم (21) الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول. حيث كانت قيم المتوسطات الحسابية للقياس البعدي 267,88 والقياس القبلي 160,13 وبلغت قيمة t 13,246 ومستوى الدلالة 0,000 وهي قيم دالة احصائيا وعليه فقد تحققت الفرضية الأولى.

2/ عرض نتائج الفرضية الثانية:

لاختبار صحة الفرضية: - لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات افراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول.
الجدول رقم: (22): يوضح الفروق في متوسطات درجات التكيف بين القياسين القبلي والبعدي لدى العينة الضابطة.

التقدير	الدلالة Sig	درجة الحرية	قيمة t	المتوسط الحسابي	العينة	
غير دال	0,9990	14	0,013	163,75	08	القياس القبلي
احصائيا				163,63	08	القياس البعدي

يوضح جدول رقم (22) الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول. حيث كانت قيم المتوسطات الحسابية للقياس القبلي 163,75 والقياس البعدي 163,63 وبلغت قيمة t 0,013 ومستوى الدلالة 0,990 وهي قيم غير دالة احصائياً وعليه فقد تحققت الفرضية الثانية.

3/ عرض نتائج الفرضية الثالثة:

-توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول. الجدول رقم (23): يوضح الفروق في متوسطات درجات التكيف في القياس البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة

التقدير	الدلالة Sig	درجة الحرية	قيمة t	المتوسط الحسابي	العينة	
دال احصائياً	0,000	14	13,026	267,88	08	المجموعة التجريبية
				163,63	08	المجموعة الضابطة

يوضح الجدول رقم (23) الفرق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول. حيث كانت قيم المتوسطات الحسابية للقياس البعدي للمجموعة التجريبية 267,88 والقياس البعدي للمجموعة الضابطة 163,63 وبلغت قيمة t 13,026 ومستوى الدلالة 0,00 وهي قيم دالة احصائياً وعليه فقد تحققت الفرضية.

4/ عرض نتائج الفرضية الرابعة:

-توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول.

الجدول رقم (24): يوضح الفروق في متوسطات درجات التكيف بين القياسين البعدي والتتبعي لدى المجموعة التجريبية

التقدير	الدلالة Sig	درجة الحرية	قيمة t	المتوسط الحسابي	العينة	
دالة احصائيا	0,000	14	13,012	267,88	08	القياس التتبعي
				164,66	08	القياس البعدي

يوضح جدول رقم (24) الفروق بين متوسط رتب درجات افراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول. حيث كانت قيم المتوسطات الحسابية للقياس البعدي 164,66 والقياس التتبعي 267,88 وبلغت قيمة t 13,012 ومستوى الدلالة 0,000 وهي قيم دالة احصائيا وعليه فقد تحققت الفرضية.

5/ عرض نتائج الفرضية الخامسة:

-توجد فعالية لبرنامج التربية العلاجية في القياس البعدي لمقياس استراتيجيات التكيف لدى مرضى داء السكري النوع الأول.

الجدول رقم (25): يوضح مستويات حجم التأثير

حجم التأثير			
كبير	متوسط	صغير	مربع ايتا
0,14	0,06	0,01	

الجدول رقم (26): يوضح قيمة حجم الأثر بمعامل مربع ايتا لبرنامج التربية العلاجية على درجات التكيف

حجم التأثير	قيمة مربع ايتا	قيمة t	درجات التكيف
كبير	0,926	13,246	

يوضح الجدول رقم (26) قيمة حجم الأثر إذ قامت الباحثة بالتحقق من فعالية برنامج التربية العلاجية من خلال حساب الفروق بين المتوسطات وكذلك مربع ايتا، حيث بلغت قيمة t 13,246 وقيمة

مربع ايتا 0,926 وهي قيمة أكبر من 0,14 مما يعني ان حجم التأثير كبير وعليه توجد فعالية للبرنامج وتم التحقق من الفرضية.

6/ عرض نتائج الفرضية السادسة:

- لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسط رتب درجات التكيف لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية حسب الفئة العمرية.

الجدول رقم: (27): يوضح الفروق في متوسط رتب درجات التكيف حسب العمر

التقدير	الدالة Sig	درجة الحرية	قيمة t	المتوسط الحسابي	العينة	السن
غير دال احصائيا	0,694	06	0,414	270,33	03	(20-18)
				266,40	05	(24-21)

يوضح الجدول رقم (27) الفروق في متوسط رتب درجات التكيف حسب العمر اذ بلغ المتوسط الحسابي للفئة العمرية (20-18) 270,33، والفئة العمرية (24-21) 266,40 وبلغت قيمة t 0,414 والدلالة Sig 0,694 وهي قيمة غير دالة احصائيا وعليه فقد تحققت الفرضية السادسة.

7/ عرض نتائج الفرضية السابعة:

لاختبار صحة الفرضية والذي نصها:

- لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسط رتب درجات التكيف لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية حسب مدة المرض.

الجدول رقم (28): يوضح الفروق في رتب درجات متوسطات التكيف حسب مدة المرض.

التقدير	الدالة Sig	درجة الحرية	قيمة t	المتوسط الحسابي	العينة	مدة المرض
غير دال احصائيا	0,694	06	0,414	270,33	03	(10-05)
				266,40	05	(14-11)

يوضح الجدول رقم (28) الفروق بين متوسط رتب درجات التكيف لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية حسب مدة المرض. حيث كانت قيم المتوسطات الحسابية للفئة الأولى والثانية على التوالي 270,33 و 266,40 وبلغت قيمة t 0,414 ومستوى الدلالة 0,694 وهي قيم غير دالة احصائيا وعليه فان الفرضية قد تحققت.

ثانياً: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

بعد عرض النتائج التي تم التوصل إليها من خلال تطبيق برنامج التربية العلاجية واستكمالاً لهذا العمل، سنتعرض الآن لمناقشة وتفسير هذه النتائج وذلك على ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة التي تمكنا من الحصول عليها ذات العلاقة بهذا الموضوع قيد الدراسة.

1/ مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الأولى:

يتضح من خلال النتائج المتحصل عليها في ضوء الفرضية التي نصت على وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس إدارة استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول.

تؤثر الإصابة بداء السكري النوع الأول على نوعية حياة المريض، حيث يؤدي إلى مشكلات صحية، نفسية واجتماعية وتأثر سلبي على حالته الانفعالية والسلوكية.

وترجع هذه النتيجة إلى تعزيز قدراتهم من خلال التعبير عن المشاعر السلبية كالقلق، التوتر، الغضب، اليأس وتشجيعهم على التحرر من مشاعر النقص، الدونية، العزلة..... وتغيير البنية المعرفية المتعلقة بمضاعفات المرض والموت في سن مبكرة وبن باتباع نصائح وتعليمات مقدمي الرعاية الصحية سيتجنب مخاطر المرض، يحقق التكيف ويحسن نوعية الحياة.

أما "لازاريس" و"فولكمان" (Lazarus & Folkman, 1984) فقد حدد استراتيجيات التكيف على أنها تتكوّن من مجموع الجهود المعرفية والسلوكية التي يبذلها الفرد للتعامل مع المواقف التي ينظر إليها على أنها تهدد استقراره أو تفوق احتياجاته الشخصية للتعامل معها".

يساعد المختص النفسي المريض على التعبير عن مشاعره تجاه المرض وتحديد العوامل الداخلية والخارجية لدوافعه التي من خلاله يستطيع التغيير والعمل على التحكم في الانفعالات السلبية المصاحبة.

لا ترتبط مهارات التكيف ارتباطاً مباشراً بالمرض، بل يمكن أن تطبق في حل أي من المشكلات المتعلقة بالحياة، وذلك لأنها تهتم "بالتعرف على الذات، بناء الثقة بالنفس" و"القدرة على إدارة الانفعالات والتحكم في الضغط والتوتر" و"اتخاذ القرارات وحل المشكلات". (PICHON, 2015, P44)

أظهر برنامج التربية العلاجية تأثيراً وفاعلية إيجابية على التكيف لدى مرضى السكري النوع 1 من أفراد العينة التجريبية إذ أنهم كانوا يعانون العديد من مظاهر سوء التكيف متعددة الأسباب والدوافع.

وقد ساهمت التقنيات التي رأينا أنها مناسبة للتخفيف من أعراض المرض الصحية والنفسية من خلال جلسات التربية العلاجية (الاسترخاء، خريطة العقل، التعرف على التفكير السلبي تحليله وفق أسس منطقية بين المختص والمريض لتصحيحها واستبدالها بأفكار إيجابية، ضبط الذات، التدريب على تقنية التلوين، حل المشكلات) في تقبل المرض، الانضباط في العلاج والتكيف، هذا ما دلت عليه نتائج دراسة هناء عبد الوهاب فريد زيدان (2016) والتي توصلت إلى ان أنشطة الفن التشكيلي تساعد الفرد على التنفيس

عما بداخله وبث الثقة في النفس لديه ويمكن اتخاذها كوسيلة عامة وللمراهق مريض السكري خاصة من خلال ممارسة الأنشطة الفنية الموجهة لتوكيد مفهوم الذات للمراهق مع التنظيم المصاحب لأخذ الانسولين. ساهمت تقنية المحاضرة والمناقشة الجماعية في توسيع مدى فهم مرضى السكري لمعاني المشاعر الإيجابية والمشاعر السلبية والضغوط النفسية وأساليب مواجهتها، ومفهوم التكيف والصحة النفسية وداء السكري.

كذلك الحاجة للتحرر من قيود فترة الطفولة (أثر التجربة لداء السكري النوع 1 المؤلم مبكرا) كان حافزا للتعلم والتدريب والاستمرار في جلسات التربية العلاجية.

حرصت الطالبة الباحثة في هذا البرنامج على استخدام استراتيجيات التكيف المركزة حول الانفعال بهدف التقليل من شدة الانفعالات الناتجة عن الاحداث المقلقة وتؤكد "بوهان" و"فينتا" (Polhan & Fintar) أن هذا النوع من الاستراتيجيات هو الفعال للتخفيف من شدة التوتر الانفعالي، حيث يتعذر على الفرد إيجاد حلول ذاتية في حالة الإصابة بمرض مزمن. كذلك عملنا على التواصل الفعال والاستماع الجيد لمرضى السكري النوع 1، ومحاولة مساعدتهم للتخفيف من مشكلاتهم النفسية من خلال تدريبهم على تقنية الاسترخاء، فن حل المشكلات،

اعادة التقييم الإيجابي لبعض المشكلات تعبر عن استراتيجيات معرفية بحيث لا تغير من الوضعية الراهنة، الا أنها تساهم في تغيير سلوك الفرد.

العناصر التي تؤثر على تعلم المرضى فيما يتعلق بعلاجهم لا تقتصر على التعلم فقط بل بتجاربيهم، مشاعرهم وتفاعلهم مع متخصصي الصحة. التكفل الذي يعتمد على تعليم واعلام المرضى الأسباب المؤدية الى الانتكاسات يلغي الصفة العلائقية للعلاج والقدرات المعرفية والانفعالية للمرضى التي تساهم بفاعلية في التكيف والعلاج.

2/مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الثانية:

نتائج هذه الفرضية التي تقول "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات افراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس ادارة استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول".

ان عدم وجود تغيير في الدرجات المتحصل عليها بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس إدارة استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول هو امر متوقع لان هذه العينة لم تتعرض لبرنامج التربية العلاجية وما يحتويه من أساليب وأنشطة تعليمية وتدريبية للتكيف مع هذا الداء.

فمن أجل تحسن حياة المريض يجب أن يستفيد المعني من جلسات علاج تساعد على تقبل تغيير نمط الحياة ومواجهة الخوف وأسلوب التفكير الغير واقعي حول المرض والعلاج، كذلك النظرة التشاؤمية نحو المستقبل.

وبما أن برنامج التربية العلاجية غير مفعّل بطريقة تخدم المريض في جميع احتياجاته وخاصة مشكلاته النفسية، الأسرية والاجتماعية، فهذا يؤدي الى استمرارية تعرض المريض للمضاعفات الصحية، النفسية والاجتماعية.

3/مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة:

"توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس ادارة استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول".

هذه النتيجة تدل على تحسن في مستوى التكيف مع داء السكري النوع 1 لدى المرضى الذين تلقوا مجموعة من الأنشطة، التقنيات والمعلومات المفيدة حول مرضهم وذلك من خلال جلسات برنامج التربية العلاجية والتي أكدت أهميتها وفائدتها في مجال الرعاية الصحية والنفسية لدى مرضى السكري.

أول خطوة نحو التعايش والتكيف مع المرض هي تقبل المريض لمرضه، دور المختص النفسي هو تفكيك ما لديه من معارف خاطئة حول المرض ليتمكن من بناء معرفة ملائمة له مع تحفيزه على التعلم باستمرار، ساعدت فنيات العلاج المعرفي السلوكي في احداث تغيير في المحتوى المعرفي للمريض وتعليمه كيفية التعامل مع المرض والعلاج. هناك علاقة بين الالتزام بالعلاج والمعرفة الجيدة للمرض، ما أدى بنا لاعتماد برنامج التربية العلاجية باعتباره ركيزة أساسية في علاج الأمراض المزمنة خاصة مرضى السكري، هذا لأنها تعتمد على مهارتين أساسيتين في العلاج (مهارات الرعاية الذاتية ومهارات التكيف) للسيطرة على المرض ومضاعفاته بالتالي التوصل للصحة النفسية والجسدية.

يقوم المختص النفسي من خلال برنامج التربية العلاجية بمساعدة المرضى للتعبير عن مشاعرهم نحو المرض وتصوراتهم للعلاج من أجل التأقلم وتقبل التغيرات التي تطرأ عليهم خلال فترة العلاج ومساعدتهم على تحديد العوامل الداخلية والخارجية لتحفيزهم وتمكينهم من الانخراط بشكل واع في التغيير والتركيز على مشاعرهم مع احترام عامل الوقت بالنسبة لهم لتقبل ذلك.

كما ترى الطالبة الباحثة أن البرنامج ساعد المرضى على التواصل الجيد مع مقدمي الرعاية الصحية، وتقبل حرص الوالدين وخوفهم الدائم على صحتهم، بالتالي تحسين العلاقة بينهم، كذلك تنمية الثقة بالنفس ومواجهة المشاعر السلبية نحو الذات، محاولة الاندماج في المجتمع وأن يصبح فردا يحسن التعامل مع المحيطين به ومساعدتهم بالتالي يتغلب على العزلة المعاشة.

توصل برنامج التربية العلاجية الى تحسين مستوى التكيف لدى المرضى مع المرض وذلك من خلال تعليمهم وتدريبهم على مختلف التقنيات والاستراتيجيات لتقبل نظام العلاج والالتزام به، التعايش مع

المرض والوقاية من مضاعفات داء السكري النوع 1، إضافة لذلك مواجهة الأفكار المشوهة واللاعقلانية المرتبطة بمشاعر القلق، التوتر وتدعيم الأفكار الايجابية باستخدام مهارات الاسترخاء، فن التفرغ الانفعالي وتقنية التلويح كذلك استعراض مشكلات بعض المرضى الصحية خلال الجلسات الجماعية، وإعطاء نماذج ايجابية لبعض المتكفين مع الإصابة ليكونوا قدوة لهم في تعديل السلوك الانسحابي، تقبل الإصابة و الوصول إلى حالة الرضا.

4/مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة:

"توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس ادارة استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول".

صعوبة تقبل المرض ومحاولة التغيير في السلوكيات الغير سوية أمر صعب على المرضى، حيث ان المعاناة من مرض مزمن تعني ضمناً العديد من التعديلات في حياتهم. فالخبرة المؤلمة تثيرها المواقف الجديدة مع المرض، منها القياس اليومي لنسبة السكري بالدم، أخذ هرمون الأنسولين، متابعة نظام غذائي خاص، ممارسة النشاط الرياضي، هذا النظام يرهق المريض ويشعره بالضغط الانفعالي، بالانزعاج من قيود المرض والتي تمنعه من ممارسة حياته بصورة طبيعية. بالتالي تظهر سيطرة الضغوط النفسية على المرضى، الاحساس بالألم، الحرمان، اليأس، الإحباط وتظهر الأفكار السلبية حول المرض ومضاعفاته، الخوف من المستقبل، ولتمكين المرضى من مواجهة مشكلاتهم الصحية والنفسية وتجنب مضاعفاتها كان عليهم محاولة تغيير نمط حياتهم وتقبلها للتكيف معها.

بالرجوع لنموذج الأليستوري (Modèle Allosterique) فان الشخص المصاب بمرض مزمن، يتعلم انطلاقاً من معتقداته الشخصية حول الصحة، مفاهيمه ومكتسباته السابقة حول المرض. وليتم تزويد المريض بالمعرفة الجديدة التي تخص مرضه وعلاجه، يستلزم عليه دمج المعلومات الجديدة داخل بنية تفكيره الذي غالباً ما يكون غير مستعد أو غير متقبل لهاته المعلومات. (BALLET, 2019, P217)

ترى الطالبة الباحثة أن النتيجة المتحصل عليها قد تعود لاستحسان طريقة العمل مع أفراد العينة كتجربة نوعية جديدة عليهم لمساعدتهم على تخطي الصعوبات ومشكلاتهم الصحية، النفسية والاجتماعية، ولخصوصية المرحلة العمرية التي يتم فيها البحث عن المساعدة مع بداية التخطيط والتفكير في مستقبلهم (عمل، زواج، إنجاب،)، تحسن العلاقة الاسرية من خلال التواصل والاستماع الجيد، تقبل وتفهم انفعالاتهم، العمل المكثف والمستمر معهم على جميع الجوانب مع تقبلهم ومراعاة مشاعرهم، الاستماع الجيد لهم ولمشكلاتهم، تفهمها ومساعدتهم في حلها ذاتياً مع تشجيعهم المستمر على المحاولة دون الخوف من خوض التجربة، اتاحة فرصة الحوار ومناقشة جميع انشغالاتهم مع مقدمي الرعاية الصحية هذا ما أدى الى تجنبهم الانتكاس والفشل.

وتشير الدلائل إلى أن المعالجات المكثفة تحظى بنجاح أكبر مقارنة بالبرامج العلاجية الأقل كثافة فيما يتعلق بالسيطرة على الوزن والمحافظة على الالتزام بالعلاج لفترة طويلة. (شيلي، 2008)

أظهر التحليل النفسي النوعي في دراسة سيلفي بيشو بيليت (2008) Sylvie PUCHEU- PAILLET أن إعادة التنظيم النفسي للشخص الذي يواجه مرضاً جسدياً سواء كان مزمناً أم لا هي عملية ذاتية ديناميكية تتطلب تعديلاً مستمراً لئلا لإعادة إنشاء التوازن النفسي الداخلي والحفاظ عليه بمرور الوقت. وتسلط نتائج دراسة بنجامين قاليس (2010) Benjamin GALLAIS حول تأثير العوامل الجينية، الوظيفية، النفسية المرضية والعصبية على التكيف مع ضغوط شتاينرت Steinert العضلي، الضوء على أهمية العمل على استراتيجيات التكيف في العلاج، الاهتمام بالفترات الحرجة لتطور المرض خلال التكفل بمرضى (DM1) ومساعدتهم خلال هذه الفترات، على العائلة والاختصاصي العيادي ان يركزوا على حضورهم، الاستماع الجيد والاهتمام بهم.

بينت دراسة ايزابيل تخومبلاي (2020) Isabelle TREMBLAY من خلال التجربة ان عملية التكيف مع الأمراض المزمنة في حركة مستمرة وتسمح للفرد أن يسترجع ديناميكيته حيث يتم إعادة تنشيط هويته المهنية وكفاءته وتكيفه.

العائد الإيجابي لمحتوى جلسات البرنامج المقدم للمرضى قد يكون بحثهم على تطبيق محتويات البرنامج، متابعتهم في ادارتهم لمرضهم وعلاجهم، تحفيزهم المستمر خلال فترة التكفل لرفع مستوى التكيف، تشجيعهم على استمرار تطبيقه وهذا باقتناعهم أن الانضباط في تطبيق ما تعلموه مع اتقانه قد يساعدهم على التخلص من قيود المرض، التوتر، الخوف، القلق تقبل المرض والتعايش معه لتجنب مضاعفاته النفسية والجسدية مستقبلاً. النتيجة التي توصلنا إليها تؤكد حاجة مرضى السكري النوع 1 إلى من يقوم على الاهتمام بهم وبمعاناتهم من خلال مختلف البرامج الخاصة بهذا المرض، مثل برنامج التربية العلاجية الذي قمنا بتطبيقه على عينتنا لمتابعتهم والتكفل بهم نفسياً موازاةً بالعلاج الدوائي للتكيف وتجنب أعراض المرض. هذا ما اتفقت معه دراسة بلكاند وآخرون (2012) J-PELICAND & AL ان هناك صلة بين الهيموجلوبين الغليكوزيلاتي والرعاية الذاتية المدركة لدى المراهقين المصابين بداء السكري النوع 1، بالإضافة الى تلبية الاحتياجات النفسية والاجتماعية لهؤلاء المراهقين من أجل تحسين التكفل بهم على المدى الطويل، والمراهقين الذين يعانون من اختلال في نسبة السكر في الدم يميلون الى الحد في تعريفهم للرعاية الذاتية على البعد الطبي واستبعاد تلك المتعلقة بالحياة النفسية والاجتماعية.

5/مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الخامسة:

"توجد فعالية لبرنامج التربية العلاجية في القياس البعدي لمقياس ادارة استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول".

اتفقت نتائج الدراسة مع دراسة كل من دراسة بكيري نجية (2012) والذي كان هدفها اظهار مدى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض اكتئاب الأطفال المراهقين مرضى السكري وتحسين تقدير الذات والمهارات الاجتماعية وخفض الأفكار اللاعقلانية واليأس لديهم، دراسة بسمة كريم الشيخ (2012) أثر أساليب التكيف المعرفية والسلوكية في خفض الاعراض العصابية لدى مرضى القلب، دراسة شقرونة فطيمة الزهرة (2020) تأثير برنامج تربية علاجية على فعالية الذات لدى أطفال مرضى الربو (08-14) سنة".

لاحظنا من خلال النتائج المتحصل عليها والخاصة بالتكيف مع داء السكري النوع الأول تحسنا ملحوظا بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية للمجموعة التجريبية والذي جمع بين التدخل الطبي والنفسي في علاج هذه الفئة. استنتجنا أن معظم المرضى يجهلون الكثير عن مرضهم، فعملنا من خلال البرنامج على تزويدهم بالمعلومات الكافية لتسهيل عملية التكيف النفسي بهم، حيث ساعدهم ذلك على التقليل من الخوف، التخفيف من الضغوط، اكتسابهم مهارات الرعاية الذاتية ومهارات التكيف.

وضعنا جلسات خاصة بالجانب الطبي هذا لأهميتها وضرورة تزويد المريض بالمعلومات الكافية عن فيزيولوجية مرضه لتسهيل العمل على الجانب النفسي. إن معالجة السكري تتضمن الجمع بين كل أساليب التنظيم الذاتي، كالمقياس الدقيق للسكر في الدم، الحقن الذاتي لهرمون الأنسولين، ضبط الحمية الغذائية، ممارسة التمارين الرياضية، إدارة الضغط النفسي، التعزيز الذاتي وتعلم المهارات الاجتماعية ومهارات حل المشكلات، فدمج جميع هذه العناصر في برنامج واحد متكامل كفيل بتقبل المرض والتكيف معه وتحسين مستوى الالتزام بالعلاج طويل المدى.

بناء برنامج التربية العلاجية كان لمساعدة مرضى السكري النوع 1، حيث قمنا بتحديد المهارات التي يجب تعلمها في نهاية البرنامج، ويتعلق الأمر بمهارات الرعاية الذاتية (من أجل الحفاظ على حياة المريض) ومهارات التكيف التي تركز على تجربة المريض وخبرته الداخلية. يركز برنامج التربية العلاجية على: الجسم، المرض، العلاج وعلاقة المريض بالمحيط كهدف أساسي للتعلم، اطلاعهم على فيزيولوجية المرض ومضاعفاته على الجسم، كيفية العلاج بهرمون الانسولين وطرق المحافظة عليه، التأكيد على الحمية الغذائية مع توضيح أن اتباع نظامها لا يعني الحرمان من الطعام بل التوازن في اختيار ما هو مناسب وصحي ولا يؤدي الى رفع مستوى السكر في الدم والابتعاد عن السكريات والتقليل أو الابتعاد عن النشويات، توضيح مخاطر عدم انتظام السكر الذي يؤدي الى ضعف المناعة بالتالي استقطاب الأمراض. حسب رأي الطالبة الباحثة النتيجة التي توصلنا لها تدل على أن التقنيات العلاجية والأنشطة قد أسهمت في اثاره الدافعية لدى المرضى لمتابعة حصص البرنامج، للاستفادة، التعلم والتدريب مناقشة

وتصحيح الأفكار السلبية واستبدالها بالإيجابية، كما عملت على تقبل المرض و العلاج، تزويدهم ببعض التوجيهات للاعتماد على أنفسهم في جميع متطلباتهم الشخصية، وحرصنا من خلال الجلسات ان نعمل على تنمية الثقة بالنفس، تقبل صورة الذات دون الإحساس بالنقص، الدونية أو الاختلاف عن غيرهم، تقبل آراء الآخرين، انتقاداتهم وخوفهم عليهم وكذا الرقابة المستمرة لسلوكياتهم ولعلاجهم (خاصة الوالدين) أكدنا على ان سلوكهم هذا يدل على حرصهم على حياتهم ومحاولة ان يكونوا سند لهم في الرعاية الذاتية، التحكم في التمثيل الغذائي، التقليل من مخاوفهم وتحسين نوعية الحياة وهذا ما توصلت اليه دراسة ميليسا سبيزيا فولكنار (2007) Melissa Spezia FAULKNER تأثير سلوكيات الأسرة على الرعاية الذاتية والتي

ساهمت في التقليل من مخاوف المرضى وتأثير أقل لداء السكري عليهم وزيادة الرضا عن الحياة.

وقد اعتمدنا العلاج الجماعي الذي اثبت فعاليته عند تطبيق برنامج التربية العلاجية فقد ساعد المريض في مشاركة أفكاره وانفعالاته مع من لديهم نفس المشكلات وتعليمه المهارات الاجتماعية، فك العزلة لديه وجعله يشعر بالانتماء الى مجموعة لها نفس الخصائص، الانشغالات، التجارب والمشكلات مع المرض بالتالي نفس المعاناة، وهذا لأنه غالبا ما يكون المريض بحاجة الى مساندة اجتماعية من طرف عائلته أو خارجها ولا يستطيع العيش بمعزل عن الأسرة والأصدقاء، مما أدى الى نشوء علاقات داخل المجموعة وهذا ما ساعد على التفريغ الانفعالي، خفض أعراض المشكلات النفسية المتمثلة في القلق، التوتر، الإحباط، اليأس، الخوف، وعدم تقبلهم مواصلة حياتهم بهذه الطريقة ومشقتها عليهم وأحيانا يلجؤون للتمرد واللامبالاة للتخفيف من حدة الضغط والشعور بالاستقلالية، توصلت المجموعة الى الشعور بالطمأنينة، والراحة النفسية عند مشاركة الآخرين أفكارهم، مشاعرهم واحاسيسهم كذا الاحترام، المودة والتفهم. محاولة ترسيخ أن مريض السكري يستطيع ان يمارس حياة عادية وطبيعية جدا مع تعديلات بسيطة في الأكل ومستوى النشاط البدني وأخذ العلاج بطريقة صحيحة ومنظمة وداء السكري ليس بالخطير لكن تجاهله هو الخطير.

لا تكمن برامج التربية العلاجية في تثبيت مهارات جديدة او إعادة تعليم المريض وفقا للمعايير الاعتبائية ولكن مساعدته من خلال العلاقة العلاجية لاستعادة قدراته وتوازنه في إطار شخصيته ولمساعدته على التعامل مع مرضه. جولاي (2016) GOLAY ولا تقتصر على الالتزام أو الرعاية الذاتية فهي تسعى الى تحسين نوعية حياة المريض وتقوم على مرافقته لإعادة بناء مسار الحياة وهوية صحية وهذا رغم المرض.

حسب نظرية التحليل النفسي فان المريض بمرض مزمن يحتاج الى المشاركة الوجدانية، تساؤلاته حول فيزيولوجية المرض، تصحيح تمثيلاته ومعتقداته حول المرض، طريقة تعبيره عن مشاعره وعن معاشه النفسي ووضعه الجديد مع المرض بدل المشاركة في الألم. (TRIBONNIERE & Al, 2016, P53)

في حالة المرض المزمن، يكون الهدف هو مساعدة المريض على النجاح في إحداث تغييرات سلوكية وتمكينه من تعلم كيفية إدارة مرضه وسلوكياته بشكل أفضل وجعل المضاعفات المترتبة عن المرض أقل ضررا حتى يحظى بحياة أفضل. موراسز (2003) MORASZ

تؤكد بعض الدراسات على فعالية الجلسات التثقيفية والسلوكية على متغيرات نفسية معينة لمرضى السكري، وتبين أنها تقلل من اضطرابات الأكل واضطرابات القلق والاكتئاب من خلال تزويد المريض بمهارات ضبط النفس والتنظيم الذاتي للانفعالات (استراتيجيات المواجهة، التحكم العاطفي والعمل على الكفاءة الذاتية). (CROISSET, 2017) ويرجع التحسن في التكيف مع داء السكري الى التحسن في الحالة الانفعالية الناجم عن تعديل الأفكار حول المرض، العزلة، اليأس ومواجهة الافكار التشاؤمية للمستقبل فقدان الامل من الاستمرار والتحكم في إدارة العلاج.

بالنسبة لدراسة اورلي كروزات (2017) Aurèlie CROISSET والتي كان الهدف منها هو الكشف عن أثر التربية العلاجية لمريض السمنة المفرطة قبل العملية العلاجية، فقد أظهرت الدراسة فعالية التربية العلاجية على المستوى النفسي، الاجتماعي والتعليمي (اكتساب المعرفة والمهارات) وعلى نوعية حياة المرضى الذين يعانون من السمنة المفرطة واكتسب مرضى التربية العلاجية مهارات انفعالية واجتماعية تسمح لهم بالتعبير اللفظي عن التغييرات المرتبطة بالجراحة والتي يمكن أن تؤثر على جودة الصحة النفسية الاجتماعية والغذائية.

أما دراسة لايتيتيا ايدير (2012) Laëtitia IDIER فقد تمثل الهدف منها تقييم تأثير برنامج التربية العلاجية المطبق على مرضى غسيل الكلى الذاتي حيث توصلت الى أنه لم يظهر تأثير مباشر للبرنامج على الالتزام العلاجي، نوعية الحياة والقلق، انخفاض للكفاءة الذاتية الخاصة باتباع التوصيات الغذائية لدى المرضى في المجموعة التجريبية في نهاية البرنامج ونتائجها كانت عكس دراستنا في هذا المتغير وتوافقت معها في تأثير التربية العلاجية على أعراض الاكتئاب.

6/ مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية السادسة:

جاءت نتائج الدراسة مؤيدة للفرضية والتي تنص على أنه "لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسط رتب درجات التكيف لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية حسب الفئة العمرية" هذه النتيجة قد ترجع لكيفية اختيار عينة الدراسة فقد كانت بطريقة قصدية (المرضى الذي تم اختيارهم من طرف الطبيب المتخصص ورأى أنهم بحاجة لجلسات التربية العلاجية)، وللنتيجة المتحصل عليها بعد تطبيق المقياس عليهم (سوء التكيف)، كذلك قد يعود السبب لطبيعة المرض، فداء السكري نظام معين يجب تطبيقه من قبل المريض مع اكتشاف المرض: (الحمية الغذائية، أخذ هرمون الانسولين يوميا، قياس نسبة السكر بالدم عدة مرات في اليوم و ضرورة زيارة الطبيب المتخصص دوريا (كل 03 أشهر)،

اجراء التحاليل والفحوصات الطبية الخاصة بالعين، القلب وغيرها من متطلبات العلاج. ونفس النظام يبقى عليه مهما كانت المرحلة العمرية للمريض.

بما أن أعراض ومضاعفات المرض غالبا ما تكون نفسها، وكذلك مدركات واعتقادات المريض تجاه مرضه هي متشابهة فمن الضروري أن تكون الاستراتيجيات المختارة للتكيف ذاتها على العموم. الخصائص المرتبطة بالمرض والعلاج هي التي لها تأثير على عملية تقييمه والتكيف معه، فحسب لازاروس ان تقييم المريض لحالته هي التي تحدد كيفية استجابته.

الاستجابة المتقاربة للمرضى تجاه اجراءات برنامج التربية العلاجية، دليل على أن هناك تشابه في احتياجاتهم للتعليم والتدريب للتكيف مع المرض وعلى أن لداء السكري تأثير متشابه عليهم. ملازمة المرض لعدة سنوات مع اجبارية اتباع نظام خاص يجعل الفرد يشعر بالاختلاف مما يؤدي به للعزلة، سيطرة الأفكار السلبية، اضطراب النوم، القلق، اليأس، الخوف من المستقبل، هذا ما أدى بأغلبية عينة الدراسة للبحث عن طرق ووسائل تخفف عنهم مشكلاتهم الصحية والنفسية.

نستنتج من خلال نتائج هذه الفرضية، الملاحظات والمقابلات التي أجريت مع الفئتين العمريتين ان المصاب بداء السكري النوع 1، بسبب اكتشاف اصابته بالمرض واستمراره معه، المتابعة الطبية والعلاج المتمثل في قياس نسبة السكري وأخذ حقن الأنسولين اليومية والتعرض للانتكاسات المتكررة التي تجبره على الدخول للمستشفى والمكوث بها أحيانا لمدة طويلة وظهور مضاعفات قد تمس العين، الكلى، الأوعية الدموية الصغيرة أو الكبيرة منها، ... تظهر عند هذا المريض بعض المشكلات النفسية، الجسمية والاجتماعية المتمثلة في الضغط والاجهاد النفسي، الخوف والقلق، اليأس من الشفاء وقد تمتد لسنوات طويلة مع المريض خاصة إذا لم يتكفل به نفسيا (واحد من بين شروط اختيار العينة).

قد يحتاج المريض الى تكفل شامل ومستمر لكي يتقبل ويستطيع التعايش مع وضعه الجديد، وعليه فان عملية التكيف تبقى في حالة غير مستقرة لديه ومعاناته تتفاقم صحيا ونفسيا إذا ما لم يلتزم ببرنامج التربية العلاجية وهذا ما توصلت اليه بعض الدراسات

7/مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية السابعة:

تمت صياغة الفرضية الثانية كالاتي "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات التكيف لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية حسب مدة المرض ."
من المشكلات الشائعة لدى مرضى السكري النوع الأول انه يمكن ان يستمر الغضب، الإحباط والإحساس بالضيق لعدة سنوات، فيؤدي الى سيطرة الشعور باليأس من التحسن أو الشفاء، فيبدأ بالتذمر من نمط حياته مع المرض والعلاج كالقياس اليومي لنسبة السكر بالدم، العلاج بهرمون الأنسولين، المتابعة الطبية،

إن ردود الأفعال النفسية التي تحصل في كل مرحلة من مراحل المرض والتي تكون ناتجة عن تداخل موحد بين ذكريات التجارب السابقة وإدراك مختلف تهديدات المرض المستقبلية قد تتجح في تحقيق التكيف كما قد تفشل، بالتالي التكيف مع الأمراض المزمنة ليس بعملية مستمرة ولا مستقرة .

وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (نوار شهرزاد 2014) فقد توصلت لعدم وجود فروق دالة احصائياً حسب مدة المرض في تقدير الذات، المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري وأوضحت دراسة (Diabetes Attitudes Wishes and Needs (DAWN) أن الأشخاص الذين عايشوا مرحلة من الضغط النفسي أثناء فترة تشخيص المرض يجدون صعوبة في الإدارة الذاتية وفي الشعور بالثقة في قدراتهم لفترة تصل حتى 15 سنة بعد التشخيص .

بالتالي التكيف مع المرض لا يرتبط بالمدة الزمنية، بل باستطاعة المريض ومن خلال الالتزام بالعلاج واتباع السلوكات الصحية المناسبة لوضعيته المرضية تحدي وضعيته بعدم التعرض لمضاعفات المرض والتكيف الأفضل.

8/الاستنتاج العام:

من خلال نتائج الدراسة وتصريحات أفراد العينة التجريبية لمرضى السكري النوع 1 فان برنامج التربية العلاجية ساعد المرضى على فهم طبيعة مرضهم بشكل أفضل، أتاح لهم فرصة تعلم مهارات جديدة لإدارة مرضهم، وأخرى للالتزام بالعلاج وتفاذي مضاعفات المرض، تحسين التواصل مع مقدمي الرعاية الصحية والاستفادة من خبرتهم من خلال جلسات برنامج التربية العلاجية، حيث كانت لهم فرصة طرح انشغالاتهم ومشكلاتهم الصحية والنفسية عليهم وإيجاد الحلول الملائمة، التفهم، الاحتواء، حسن الاصغاء، ما جعلهم يغيرون نظرتهم السلبية نحوهم ويؤكدون على مشاركتهم الجلسات كلما اتاحت لهم الفرصة. باعتبار الانتقال من وضعية سلبية للمرضى الى أخرى إيجابية يتطلب جهداً وتغييراً في التفكير والسلوك، عملنا من خلال البرنامج على تحسين جودة الحياة وزيادة القدرة على مواجهة التحديات بطريقة أكثر فعالية وتطوير استراتيجيات التكيف مع وضعهم الجديد.

تحققت فعالية التربية العلاجية في تحقيق اهداف الدراسة من خلال برنامجها، لذا نتمنى ان تفعل في جميع المؤسسات الاستشفائية والعمل على تطويرها، مع العمل على النقاط التالية قبل تطبيق البرنامج: -تحديد المحددات النفسية والاجتماعية للمشاركة في برنامج التربية العلاجية وهذا للتأكد من التزام المرضى بهذا النوع من التعلم والتدريب.

-وضع بروفيل للمرضى الملتزمين ببرنامج التربية العلاجية مع الأخذ ببعض الاعتبارات منها: درجة معاناة المرضى النفسية، اختلاف مشكلاتهم السلوكية بالإضافة الى تصوراتهم نحو المرض والعلاج. -التأكيد على التكوين الجيد للمتخصص النفسي في علم الأمراض قبل الخضوع في هذا المجال.

الختامة

أجريت عدة دراسات وأبحاث تهتم ببدء السكري، وتعددت البرامج لمساعدة المرضى في تقبل المرض، التعايش معه ولتخفيف أعراض ومضاعفات المرض، فمنها ما اعتمد على العلاج الطبي، النفسي الانفعالي، السلوكي، التعليمي والإرشادي... ومنها ما اعتمد عليهما معا. ولتحقيق التكيف، جاءت هذه الدراسة كإضافة جديدة للدراسات حول داء السكري بالاعتماد على تقنيات وفنيات مختلفة تمثلت في التربية العلاجية بالاعتماد على العلاج المعرفي السلوكي. طبق البرنامج على ثمانية (08) مرضى ببدء السكري النوع الأول لمدة سنة تقريبًا، وتمت برمجة الجلسات حسب ظروف المرضى، مقدمي الرعاية الصحية وإمكانية توفر مكان للعمل مع أفراد العينة.

أظهرت نتائج الدراسة الحالية فعالية التربية العلاجية في تحسين تكيف أفراد عينة الدراسة مع دائهم، حيث ساهمت الأساليب والتقنيات العلاجية في تحسين نوعية حياة المرضى من خلال تزويدهم بالمهارات الضرورية لإدارة المرض (التحكم في مستوى السكر في الدم مثلا)، التعامل مع التحديات النفسية، العصبية والسلوكية التي قد تنتج عنه وأيضًا تعزيز شعورهم بالتحكم بالمرض والاستقلالية من قيوده، مما ساعدهم على الحد من المضاعفات المحتملة له.

بفضل التركيز على التواصل الفعال بين المرضى، أفراد عائلتهم ومقدمي الرعاية الصحية، تمكن هذا البرنامج من تحفيزهم على إدارة مرضهم بفعالية، لذلك يمكن اعتبار التربية العلاجية جزءًا أساسيًا وفعالًا في الخطة العلاجية الخاصة ببدء السكري النوع الأول. باختصار، يمكننا القول إن التربية العلاجية تمثل عنصرًا فعالًا في تعزيز قدرة المصابين ببدء السكري النوع الأول على التكيف والعيش بشكل صحيح وإيجابي، مما يبرز أهميتها كأداة حيوية في دعم الصحة النفسية والبدنية للأفراد المتأثرين بهذا المرض.

التوصيات:

- تعزيز الحملات التثقيفية والتعليمية المستمرة للمصابين ببدء السكري النوع الأول وعائلاتهم.
- العمل على تقديم الدعم النفسي والانفعالي من خلال برامج تقدم للمرضى فرديًا وجماعيًا، للتقليل من الضغوطات النفسية وتقبل المرض للتكيف مع التحديات الصحية.
- الاهتمام أكثر ببرامج التربية العلاجية التي توفر مهارات إدارة المرض والعلاج، كتقديم دورات تدريبية حول تقنيات إدارة داء السكري، ضبط النظام الغذائي، التشجيع على النشاط البدني مع توفير برامج نفسية سلوكية مناسبة لحالتهم الصحية ومشكلاتهم النفسية والانفعالية.

-
- التعاون بين مقدمي الرعاية الصحية والعمل كفريق لمتابعة المرضى وتقديم الرعاية الشاملة لهم (الأطباء، الممرضين، متخصص نفسي، متخصص في التغذية، التربية البدنية، مساعد اجتماعي...).
 - دعم البحث المستمر في الإدارة الذاتية والتكيف مع داء السكري من خلال برامج التربية العلاجية، مع مراعاة التطور التكنولوجي الذي قد يساهم في تحسين جودة الحياة والتكيف مع المرض.
 - تفعيل العمل ببرامج التربية العلاجية على مستوى المستشفيات ومؤسسات الصحة العمومية، وتدريب العاملين بها على تقنياتها (حسب التخصص) لمساعدة مرضى الأمراض المزمنة على التكيف مع المرض.
 - إجراء دراسات تعتمد على برامج التربية العلاجية على عينات مختلفة من مرضى الأمراض المزمنة (الضغط الدموي، السمنة المفرطة، أمراض الحساسية، ...) وتتبع فعاليتها لتطويرها.
 - في الأخير، نقترح وجود مدرب رياضي متخصص في تدريب مرضى داء السكري النوعين 1 و2 وتزويدهم بثقافة صحية رياضية تناسبهم.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية.

- أبو العيش هيا سليمان (2016). استراتيجيات التكيف مع الضغوط النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات، المجلد (09)، العدد (26)، المجلة العربية لضمان جودة التعليم الجامعي، جامعة حائل، المملكة العربية السعودية.
- أبو العيون سمير أحمد (2013). الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- أحمد حشمت & مصطفى حسين باهي (2002). التوافق النفسي والتوازن الوظيفي، دار العالمية للنشر والتوزيع، مصر.
- أسماء عبد الحسين محمد (2010). أثر برنامج علاجي في خفض أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وتحسين التكيف النفسي لدى عينة من المراهقين العراقيين المقيمين في الأردن، أطروحة دكتوراه، كلية الدراسات العليا الجامعة الأردنية، الأردن.
- البسطامي سلام راضي أنيس (2013). مستوى إدارة استراتيجيات التكيف للضغوط النفسية لدى آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وامهاتهم في محافظة نابلس، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية نابلس، فلسطين.
- الجزيرة نت (2022). زراعة خلايا البنكرياس قد تكون الأمل لمرضى السكري،
<https://www.aljazeera.net/health/2022/11/14>
- الدليل الإرشادي الألماني (MiMi) (2017). مرض السكري "اعلام-وقاية-تصرف"
<https://www.mimi-bestellportal.de/wp-content/uploads/2017/08/Leitfaden-Diabetes-arabisch-web>
- الهام عبد الرحمن خليل (2004). علم النفس الاكلينيكي (المنهج والتطبيق)، ايتراك للطباعة للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- الخالدي عطا الله (2008). ارشاد المجموعات الخاصة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
- أماني محمد ناصر (2006). التكيف المدرسي عند المتفوقين والمتأخرين تحصيلا في مادة اللغة الفرنسية وعلاقته بالتحصيل الدراسي، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة دمشق، سوريا.
- امتثال بنت محمد بن حسين دوم (2010). فاعلية برنامج ارشادي سلوكي معرفي لخفض مستوى القلق لدى الأمهات المصاب أطفالهن بداء السكري، أطروحة دكتوراه، كلية التربية للبنات، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- أمينة عبد الجواد التميمي (2003). التكيف النفسي لمرضى الفشل الكلوي المزمن حول التنقية الدموية، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، الأردن.

- أمينة عبد الجواد التميمي (2006). فاعلية التدريب على استراتيجيات التكيف في خفض القلق والاكتئاب وتحسين مستوى التكيف النفسي لمرضى الفشل الكلوي المزمن، أطروحة دكتوراه، الجامعة الأردنية، الأردن.
- بسمة كريم شامخ (2012). أثر أساليب التكيف المعرفية والسلوكية في خفض الاعراض العصابية لدى مرضى القلب، المجلد (2012)، العدد (203)، مجلة الاستاذ للعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة بغداد كلية التربية للعلوم الإنسانية/ابن رشد، العراق.
- بطرس حافظ بطرس (2007). التكيف والصحة النفسية للطفل، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- بكيري نجية (2012). أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكريين المراهقين، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.
- بن سكيريفة مريم & بن زاهي منصور (2015). أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المصابين بداء السكري النوع الثاني، مجلد (7)، رقم (18)، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
- بن عائشة سمية (2015). أساليب التفكير وعلاقتها بالتكيف المدرسي لدى التلميذ المتفوقين دراسيا والعادين في المرحلة الثانوية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.
- بوريشة جميلة (2014). أثر استراتيجياتي المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي في رفع تقدير الذات لدى مرضى السكري (النوع الأول)، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران، الجزائر.
- بوعلي لخضر & ناصر محمد (2021). برنامج رياضي-حمية غذائية مقترح لتقليل من مضاعفات مرض السكري فئة (12-16) سنة، مجلة المنظومة الرياضية، المجلد 08، العدد 03، جامعة الجلفة، الجزائر.
- ثائر أحمد غباري & خالد محمد أبو شعيرة (2015). التكيف: مشكلات وحلول، دار الاعصار العلمي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- جابر نصر الدين (2010). أبعاد عملية التكيف النفسي-الاجتماعي، العدد(03)، مجلة أبحاث نفسية وتربوية، مخبر التطبيقات النفسية والتربوية، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر.
- جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي (2008). الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر (السكر)، العلم والايمان للنشر والتوزيع، الاسكندرية، مصر.
- حربوش سمية (2009). المهارات الاجتماعية وعلاقتها بتقبل داء السكري، رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.

- حمريط نوال (2020). دور المساندة الاجتماعية في تقبل داء السكري لدى المراهق، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
- حمية راشد وآخرون (2020). الأنماط السلوكية لشخصية الأستاذ وعلاقتها باستراتيجيات التكيف مع المواقف الضاغطة في الوسط المدرسي، المجلد (06)، العدد (02)، المجلة الدولية لعلوم الرياضة والعلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر.
- دعميش خليصة (2007). الخدمة الاجتماعية الصحية المقدمة للأطفال المصابين بداء السكري، رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة محمد بوضياف مسيلة، الجزائر.
- دلّاسي أحمد & بومدين فاطنة (2015). ثقافة الإنسان الصحية وعلاقتها بالمرض المزمن، العدد (04)، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة الأغواط، الجزائر.
- رولا رضا شريقي (2014). فاعلية برنامج ارشادي لرفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري، أطروحة دكتوراه، كلية التربية، جامعة دمشق، سوريا.
- سامر جميل رضوان (2009). الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- سامي محمد ملحم (2001). الارشاد والعلاج النفسي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- سامي محمد ملحم (2002). مناهج البحث في التربية وعلم النفس، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- سعد عبد الرحمن (1998). القياس النفسي (النظرية والتطبيق)، ط3، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- سلاماني أمينة (2022). ازدياد حاد بإصابات السكري في العالم، صحيفة الشرق الأوسط، <https://aawsat.com/home/article/39935961>
- سوسن غزال & طلال مجد الدين دبك (2018). استراتيجيات التكيف لدى مرضى السرطان خلال فترة العلاج الكيماوي، مجلد (40)، العدد (3)، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، اللاذقية، سوريا.
- شحاتة محمد ربيع (2005). أصول الصحة النفسية، ط6، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، مصر.
- شدمي رشيدة (2015). واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان، الجزائر.
- شقرونة فطيمة الزهرة (2020). تأثير برنامج تربية علاجية على فعالية الذات لدى أطفال مرضى الربو (14-08) سنة، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.
- شلابي عائشة (2022). الوعي الصحي وعلاقته بنوعية الحياة لدى مرضى السكري، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد بوضياف المسيلة، الجزائر.
- شيلي تابلور ترجمة وسام درويش يريك وآخرون (2008). علم النفس الصحي، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

- صبرة محمد علي & أشرف محمد عبد الغني (2004). الصحة النفسية والتوافق النفسي، دار المعرفة الجامعية، مصر.
- ضيف الله حبيبة (2016). استراتيجيات وقائية مقترحة لتفعيل الرعاية الصحية والنفسية للحد من البتر لدى مرضى السكري، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة أبو القاسم سعد الله، الجزائر.
- عبد الكريم سعيد محمد رضوان (2002). القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- عريس نصر الدين (2017). استراتيجيات تكيف أطباء مصلحة الاستعجلات في وضعيات الضغط النفسي، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان، الجزائر.
- عليوة سمية (2015). علاقة كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والإسلامية، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.
- عيادي ريمة & عبيدي سناء (2021). مؤشرات جودة الحياة عند المراهق المصاب بمرض السكري- النوع الأول-، مجلة ميلاف للبحوث والدراسات، المجلد (07)، العدد (01)، المركز الجامعي عبد الحفيظ بوصوف، ميله، الجزائر.
- عيادي نادية (2016). دور التفاؤلية الدفاعية والوظيفية في مدى قيام مريض السكري بالسلوك الصحي، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باتنة 01، الجزائر.
- فايد حسين (2005). علم النفس العام، مؤسسة طيب للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- فوزي محمد جبل (2001). علم النفس العام، المكتب الجامعي الحديث، الازاريطه، مصر.
- فوزي محمد جبل (2000). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، الإسكندرية، مصر.
- لبوز عبد الله (2002). التنشئة الأسرية وعلاقتها بالتوافق الدراسي، رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
- ماجد صالح حسين الصوص (2018). الضغوطات النفسية وعلاقتها باستراتيجيات التكيف لدى زوجات المرضى الفصامين في محافظة رام الله والبيرة، رسالة ماجستير، كلية التربية، عمادة الدراسات العليا، جامعة القدس، فلسطين.
- مجلس السكري الأسترالي (2012).
- <https://www.diabetesqualified.com.au/wp-content/uploads/2022/03/Bilingual-WYNK-Arabic>
- محمد أحمد الرفوع & احمد عودة القرارعة (2004). التكيف وعلاقته بالتحصيل الدراسي: دراسة ميدانية لدى طالبات تربية الطفل، المجلد(20)، العدد (02)، مجلة دمشق، سوريا.

- محمد بن سعد الحميد (2008). داء السكري -أسبابه ومضاعفاته وعلاجه، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية اثناء للنشر، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- محمد جاسم العبيدي (2009). مشكلات الصحة النفسية أمراضها وعلاجها، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- محمد ساعد الجعيد (2011). الذكاء الانفعالي وعلاقته بالتكيف النفسي والاجتماعي لدى طلبة جامعة تبوك في المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير، جامعة مؤتة، الأردن.
- محمد سرحان علي المحمودي (2019). مناهج البحث العلمي، ط3، مكتبة الوسطية للنشر والتوزيع، صنعاء، الجمهورية اليمنية.
- محمد قاسم عبد الله (2001). مدخل الى الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- مرفت عبد ربه عايش مقبل (2010). التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكري في قطاع غزة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة غزة، فلسطين.
- مزاور نسيمة & عبد العزيز شيخي (2011). استراتيجيات التكيف النفسي وصدمة الفيضان، العدد (15)، مجلة الواحات للبحوث والدراسات، جامعة غرداية، الجزائر.
- مزاور نسيمة (2006). استراتيجيات المقاومة ومرض السرطان، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، الجزائر.
- مزاور نسيمة (2016). أساليب التكيف لدى مرضى السرطان، المجلد (09)، العدد (02)، مجلة الواحات للبحوث والدراسات، جامعة غرداية، الجزائر.
- مساني فاطمة (2002). العوامل المؤثرة في العلاج والوقاية من مضاعفات داء السكري في الجزائر، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، الجزائر.
- ملال خديجة (2017). السياقات النفسية وعلاقتها بمستوى التكيف لدى طلبة الجامعيين، رسالة دكتوراه في العلوم (منشورة)، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران 2 محمد بن أحمد، وهران، الجزائر.
- ممدوح مختار علي (2001). العلاج السلوكي كألية احتواء وعلاج للاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية، أطروحة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة طنطا، مصر.
- منظمة الصحة العالمية، (2022).
<https://news.un.org/ar/story/2022/11/1115482>
- مهند حسين البشتاوي (2004). السكري والصحة البدنية، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- ميرود محمد & أيت حمودة حكيمة (2014). الاثار النفسية والدراسية للإصابة بداء السكري من النوع الأول (الخاضع للأنسولين) على المراهق المتمدرس: دراسة 08 حالات، العدد 15، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.

- نعيم الرفاعي (1995). الصحة النفسية (دراسة في سيكولوجية التكيف)، ط6، مطبعة جامعة دمشق، سوريا.
- نوار شهرزاد (2014). علاقة سمات الشخصية والمساندة الاجتماعية بالسلوك الصحي ودورها في التخفيف من الألم العضوي لدى مرضى السكري، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر-2، الجزائر.
- هشام أحمد غراب (2015). الصحة النفسية للطفل، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان.
- هاني أحمد محمد الغمري (2016). صورة الجسم والفاعلية الشخصية والتكيف النفسي الاجتماعي لدى المبتورين ذوي الطرف البديل، رسالة ماجستير (منشورة)، كلية التربية، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.
- هناء عبد الوهاب فريد زيدان (2016). تأكيد مفهوم الذات لدى عينة من مرضى السكر المراهقين من خلال الأنشطة الفنية، العدد 46، ج3، مجلة الارشاد النفسي، مصر.
- وزارة التعليم العالي (2014). مطوية تثقيفية عن داء السكري، جامعة حائل، المملكة العربية السعودية.
- وزارة الصحة البحرينية (2012). احم نفسك من مضاعفات السكري، العدد(08)، وريقات صحية لإدارة تعزيز الصحة، مملكة البحرين.
- وزارة الصحة الجزائرية (2023).
- <https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/134599-2022-11-14-09-13-57>
- وزارة الصحة السعودية (2011). المرجع الوطني للتثقيف مرضى داء السكري، الوكالة المساعدة للطب الوقائي، المملكة العربية السعودية.
- https://www.moh.gov.sa/Ministry/MediaCentre/Publications/saudi/Diabtec_Book Ar
- وزارة الصحة السعودية(2022).
- <https://www.moh.gov.sa/HealthAwareness/HealthDay/2022/Pages/HealthDay-2022-11-14-001.aspx>
- وزارة الصحة السورية (دس). المرجع الوطني للتثقيف في السكري،
- https://extranet.who.int/ncdccs/Data/SYR_D1
- وكالة الأنباء الجزائرية، (2022).
- <https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/134599-2022-11-14-09-13-57>
- يجي مبارك خطاطبة & محمد نزيه حمدي (2016). اضطراب ما بعد الصدمة ومهارات التكيف لدى الطلبة السوريين اللاجئين في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات، International Journal of Research in Education and Psychology
- يونس كريمة (2012). الاغتراب النفسي وعلاقته بالتكيف الأكاديمي لدى طلبة الجامعة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة مولود معمري تيزي وزون الجزائر.

ثانيا: المراجع الأجنبية.

- AUJOULAT.I & Al (2003). **Quels sont les principaux facteurs d'adaptation psychosociale à la maladie et au traitement chez les enfants et les adolescents atteints de maladies chroniques ?**, Louvain (Belgique) : université catholique de Louvain -Reso [https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=notice_display & id=13213](https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=notice_display&id=13213)
- Alliance maladies rares (2017). **Guide Pratique De L'éducation Thérapeutique Du Patient**, Ministère Des Affaires Sociales, De La Santé Et Des Droits Des Flamme, République Française.
- AURORE Margat (2018). **L'éducation Thérapeutique Du Patient : Une Opportunité Pour Répondre Aux Besoins En Littératie En Santé Des Patients Illettrés. Proposition D'un Modèle D'intervention Pédagogique**, thèse de Docteur en science de l'éducation, Université Paris 13, France.
- AUTHIER David (2015). **Approche didactique de L'éducation Thérapeutique Du Patient Diabétique A Travers L'étude Des Conceptions Des Soignants Et Des Patients**, thèse de Doctorat en science de l'éducation, Université Clermont Ferrand II, France.
- A.J.Scheen & al (2010). **L'éducation Thérapeutique : Une Solution Pour Vaincre L'inertie Clinique Et Le Défaut D'observance**, Revmed ; 65 : 5-6, Liège, Belgique.
- BALLET Delphine (2019). **Approche Sociologique De L'intervention Éducative Dans Le Domaine De La Santé**, thèse de Doctorat en science de l'éducation, Université De La Réunion, France.
- BAUMANN Lorraine & Al (2017). **Glossaire en éducation thérapeutique du patient**, inist-CNRS.CHU de Nancy, Université de lorraine, France.
- BENCHARIF Meriem (2017). **Étude multicentrique des effets du jeûne du ramadan chez une population de diabétiques (2013)**, diplôme de Doctorat en sciences, département de nutrition, université frères mentouri Constantine 1, Algérie.
- BENRERIT Djezila & RAHMOUN Nawal (2016). **Création d'outils et évaluation de l'éducation thérapeutique pour l'amélioration de l'observance des patients atteints de LMC au sein du service d'hématologie clinique du CHU Tlemcen**, Diplôme de Docteur en pharmacie, université Abou bekr belkaid, Faculté de médecine, Tlemcen, Algerie.

- BLANCHET Émilie (2013). **Intérêt de l'entretien motivationnel dans l'éducation thérapeutique du patient**, diplôme de docteur en pharmacie, université François Rabelais, France.
- BOURDILLON François & COLLIN de Jean-François (2008). **Dix Recommandations Pour Le Développement De Programme D'Éducation Thérapeutique Du Patient En France**, société française de santé publique (SFSP), Paris, France.
- BRIGNON Morgane (2019). **caractérisation et influence du proche et de l'environnement social dans le quotidien des patients souffrant de maladie chronique**, thèse de Docteur de l'université de lorraine, France.
- BRISSON Mélanie (2009). **L'éducation Thérapeutique Du Patient. Évaluation De La Structure Éducative Pour Diabétiques De L'hôpital De Briey**, diplôme de Docteur En Pharmacie, Université Henri Poincaré-Nancy1, France.
- CADROY Sylvie Lemozy (2008). **L'éducation thérapeutique : place dans les maladies chroniques exemple du diabète**,
<https://www.yumpu.com/fr/document/read/16718091>
- CHTOUROU.L & Al (2022). **Étude des stratégies d'adaptation chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin**, V43, supplément 01, la revue de médecine interne, Elsevier
<https://www.science-direct.com/science/article/abs/pii/S0248866322002235>
- CROISET Aurélie (2017). **L'éducation Thérapeutique Du Patient En Amont D'une Chirurgie Bariatrique**, thèse de Doctorat en psychologie, Université De Toulouse-Jean Jaurès, France.
- DOGNIN-THOMAS Suzanne (2014). **L'éducation Thérapeutique Du Patient Atteint De Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive Par Les Soins Primaires**, diplôme de Docteur En Médecine, Université De Lorraine, France.
- DOUMONT.D & Al (2003). **Quels sont les principaux facteurs d'adaptation psychosociale a la maladie et au traitement chez les enfants et les adolescents atteints de maladies chroniques ?**, Unité d'éducation pour la Santé, Belgique.
<http://www.uclovain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dos22>
- FAULKNER Melissa Spezia (2007). **Family Influence on Self-Care, quality of Life, and Metabolic Control in School-Age Children and Adoscents with Type 1 Diabetes**, V22, Issue 01, Journal of Pediatric Nursing, Elsevier
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0882596306001369sophi>

- FOUCAUD Jérôme & Al (2010). **Éducation Thérapeutique du patient modèles, pratiques et évaluation**, institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis, France.
- GALLAIS Benjamin (2010). **Impact des facteurs génétiques, fonctionnels, psychopathologiques et neuropsychologiques dans l'adaptation à la dystrophie myotonique de Steinert**, thèse de doctorat en psychologie, université Paris 8 -Vincennes Saint-Denis, France.
- GIORDAN André (2010). **Éducation Thérapeutique du patient : les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent**, Vol04 N°03, Elsevier Masson, Genève, Suisse.
- GOLAY Alain & Al (2010). **Éducation Thérapeutique des patients diabétiques**, Elsevier Masson, Genève, Suisse.
- GOLAY Alain & Al. **Motiver pour changer : un modèle d'éducation thérapeutique pour chaque patient diabétique**, laboratoire de didactique et épistémologie des sciences, université de Genève, Suisse.
- GOUMY Pauline (2005). **Le diabète de type 1 auto-immun et son traitement**, diplôme de doctorat en pharmacie, université de Limoges, France.
- GREGOIRE Solène (2017). **Adolescents et Jeunes Adultes atteints de Cancer : entre adaptation et conduites à risque**, thèse de docteur en psychologie, université Paris Descartes, France.
- HADDAM & Al (2016). **Le Diabète Sucré**, Office des publications universitaires, Alger, Algérie.
- Haute Autorité De Santé (HAS) (2007). **Structuration D'un Programme D'Éducation Thérapeutique Du Patient dans le champ Des Maladies Chroniques**, Guide Méthodologique.
- Haute Autorité De Santé(HAS). **L'éducation Thérapeutique Du Patient En 15 Questions-Réponses**, Institut National De Prévention Et De L'éducation Pour La Santé Inpes, France.
- IDIER Laëticia (2012). **Éducation thérapeutique chez les patients en dialyse**, thèse Doctorat en psychologie, université Bordeaux Segalen, France.
- IVERNOIS Jean-François & GAGNAYRE Rémi (2001) : **Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique**, adsp, N° 36
<https://ipcem.org/img/articles/ivernoisgagn.pdf>
- JACQUIN Paul (2005). **Comment prendre en charge un adolescent malade chronique ? L'exemple du diabète de type 1**, mt pédiatrie, Vol08 N° 02, Paris, France.
- KHALFA.S (2001). **Le Diabète Sucré**, office des publications universitaires, INESSM D'Alger, Algérie.

- LAVOIE Vicky (2011). **Déterminants Psychosociaux De L'ajustement Psychologique Chez Les Militaires Souffrant D'un état De Stress Post-Traumatique**, diplôme de Doctorat en psychologie, faculté des sciences sociales université Laval, Québec, Canada.
- LIEUZE Marion (2015). **Éducation Thérapeutique En Soins Primaire**, diplôme de Docteur En Médecine, Université Toulouse3, France.
- MAËLLE Lonné. (2019). **Histoire De L'éducation Thérapeutique Du Patient**, diplôme de Docteur En Médecine, Université De Limoges. France.
- M. LAPLACE Jacques-David. (2012). **Éducation Thérapeutique Du Patient : Une Entrée Par Le Vécu Subjectif De Leur Traitement Par Les Parents**, diplôme de Docteur En Pharmacie, Université Claude Bernard, Lyon, France.
- NAUDIN David (2019). **Importance des fonctions exécutives dans l'observance thérapeutique chez les patients présentant un diabète de type1**, diplôme de Docteur en psychologie, Discipline sciences de l'éducation, l'université Paris 13, France.
- Organisation mondiale de la santé (1998). **Éducation Thérapeutique Du Patient**,
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345371/9789289055987-fre.pdf>
- Organisation mondiale de la santé (2019). **L'OMS lève le voile sur les principales causes de mortalité et d'incapacité dans le monde : 2000-2019**
<https://www.who.int/fr/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-woldwide-2000-2019>.
- PELICAND J & Al (2012). **Adolescence et diabète de type 1 : « prendre soin de soi » et équilibre glycémique**, V19, Issue 06, archives de pédiatrie, Elsevier
<https://www.science-direct.com/science/article/abs/pii/S0929693X12001236>
- PICHON Mariannick (2015). **éléments pour une modélisation des déterminants anthro-po-didactiques de l'éducation thérapeutique du patient dans la médecine de proximité, cas des maladies cardiovasculaires**, Docteur de l'université de bordeaux, science de l'éducation, France.
- RABY REYNAUD Annabelle. (2014). **Éducation Thérapeutique Du Patient BPCO en Médecine Générale**, diplôme de Docteur En Médecine, Université De Limoges, France.
- RECCHIA Sophie (2010). **Facing the bittersweet symphony of diabetes : contribution des théories d'autorégulation sur l'ajustement au diabète de type 1**, thèse de doctorat en psychologie, Université de Metz, France.
- SANCHEZ OVANDO Margarita. (2007). **Ressources Éducatives Dans L'éducation Thérapeutique Du Jeune Patient Atteint De Maladie Chronique**, thèse de Docteur en science de l'éducation, Université Paris 5, France.

-
- Su-Kerb W (2014). **Resilience and coping : the perspectives of cancer patients, family caregivers and medical volunteers at Champ among Monastery**, Thailand, The University of Northern Colorado.
- THIAM Yacine (2012). **Comprendre le vécu et les ressentis des patients chronique à la suite d'un d'éducation thérapeutique en court séjour : le cas des patients cardiovasculaires du CHU Clermont-Ferrand**, diplôme de Docteur (santé publique), Faculté de médecine, Université d'auvergne Clermont 1, France.
- TREMBLAY isabelle (2020). **Le processus d'adaptation à la maladie chronique : une perspective axée sur le modèle de l'occupation humaine**, université du Québec à Trois-Rivières, Canada.
- TRIBONNIERE Xavier & Al. (2016). **Pratiquer L'éducation Thérapeutique**, Elsevier-Masson SAS, France.
- VALISANA (2022). **Alimentation Adaptée au Diabète**, [https://www.valida.be/uploads/brochures/2022/alimentation spécifique au diabète 2022](https://www.valida.be/uploads/brochures/2022/alimentation_sp%C3%A9cifique_au_diab%C3%A8te_2022)
- VILLEROY DE GALHAU-LIPP Sybille. (2013). **Programme D'Éducation Thérapeutique Du Patient Et Prise En Charge Du Diabète De Type 2**, diplôme de Docteur En Médecine, Université De Lorraine, France.
- ZENNAKI Amel. (2016). **Éducation Thérapeutique De L'enfant Et De L'adolescent Dans Le Diabète De Type1**, diplôme de Docteur En Médecine, Université Ahmed Ben Bella Oran, Algérie.

الملاحق

الملحق رقم (01): مقياس إدارة استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والارطوفونيا

معلومات عامة :

الاسم (اختياري):

العمر: الجنس:

المستوى التعليمي: ابتدائي (....) متوسط (....) ثانوي (....) جامعي (....)

نوع المرض: سكري نوع 1 (....) سكري النوع 2 (....)

مدة الإصابة بداء السكري:

التعليمة:

في إطار التحضير لدراسة خاصة بداء السكري، نطلب منكم المساهمة في إثرائها من خلال مشاركتكم في الإجابة على أسئلة المقياس "إدارة استراتيجيات التكيف مع داء السكري النوع الأول" كما نرجو منكم الإجابة عن جميع الأسئلة دون استثناء ونأمل منكم قراءة كل عبارة بعناية ثم وضع علامة (x) في احدى الخانات.

مثال: أحاول أن انظر لوضعي بشكل إيجابي

-إذا كانت العبارة تنطبق عليك " دائما " فضع علامة (x) أمام العبارة في العمود.

-أما إذا كانت العبارة تنطبق عليك " أحيانا " فضع علامة (x) أمام العبارة في العمود.

علما انه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، فالإجابة الصحيحة بالنسبة لنا هي العبارة التي تعبر

عن شعورك.

ستحظى إجاباتكم بقدر عالي من السرية ذلك لان الغرض منها علمي فقط.

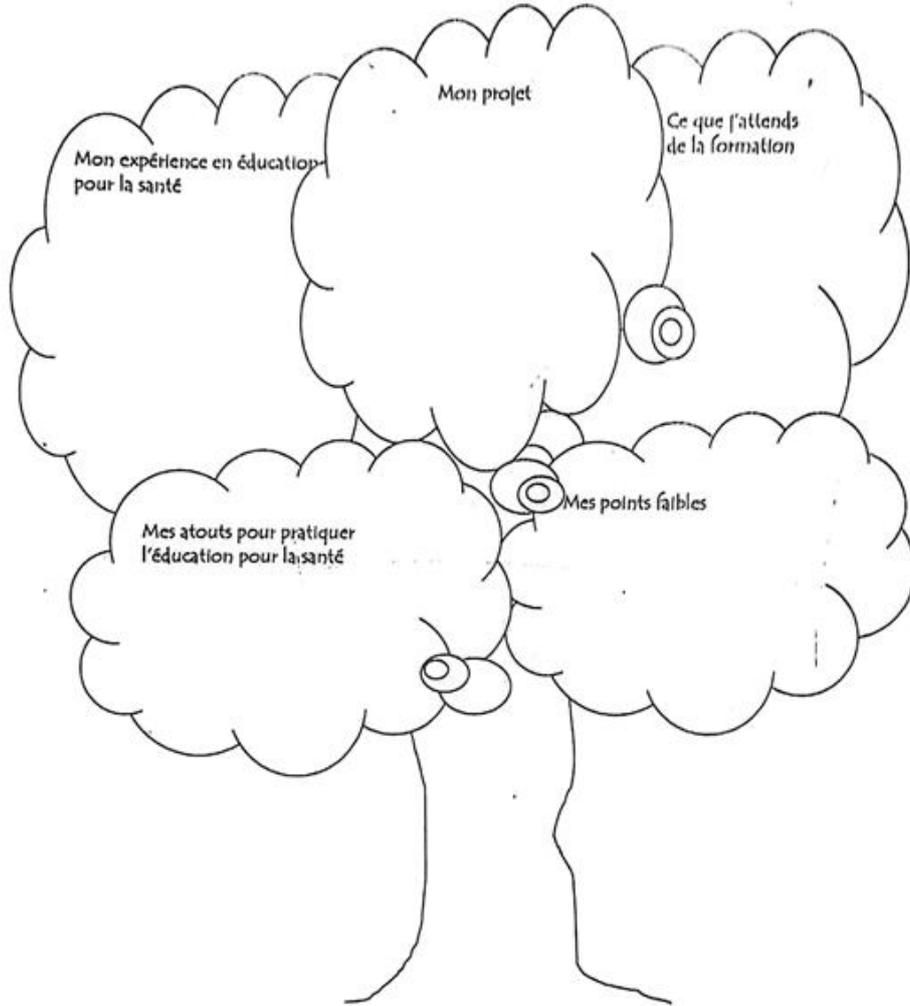
لكم منا جزيل الشكر على مساهمتكم

الرقم	العبارات	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
01	أحرص على متابعة كل ما يخص داء السكري عبر جميع الوسائل (تلفاز، إذاعة، انترنت،)					
02	أفكر بجميع البدائل التي قد تصلح في حل مشاكلي					
03	ألجا إلى المركز المتخصص بداء السكري للاستفادة من الخدمات المقدمة للمرضى					
04	أصاب بالأرق كلما فكرت بحالتي الصحية					
05	التزم بممارسة نشاطي الرياضي					
06	أحس أن المرض ابتلاء					
07	أحب شكلي كما هو					
08	أحتفظ بكل وثيقة (منشور، كتاب، مجلة، مطوية،) لها علاقة بداء السكري					
09	أعتقد بان لدي القدرة على التعامل مع المشكلات اليومية					
10	عند حاجتي للمساعدة ألجا إلى أحد أفراد أسرتي (الأم، الأب، الأخت، الأخ....)					
11	يزعجني أن يذكرني الآخريين بمرضِي ومضاعفاته					
12	أعبر عن مشاعري عند تعرضي لموقف يذكرني بمرضِي					
13	أتمنى لو كنت شخصا أفضل مما أنا عليه					
14	أحرص على حضور (ندوات، ملتقيات، دورات،) تهتم بداء السكري					
15	أشعر بالغضب عندما أخطأ في حل مشكلة					
16	أحرص على استشارة المتخصصين عندما تواجهني مشكلة خاصة بمرضِي					
17	أحرص على علاج مضاعفات المرض في بدايته					
18	أقوم ببعض الألعاب الذهنية لأحافظ على هدوئي					
19	أعطاني المرض فرصة لاكتشاف بعض من قدراتي (التحمل، الصبر،)					
20	أشعر أنني سيء الحظ					
21	أقوم بجمع كل المعلومات التي قد تفيدني لأتعايش مع مرضِي					
22	عندما أخطأ في حل مشكلة أحاول البحث عن السبب					
23	أشعر بعدم اهتمام أصدقائي بمعاناتي					

الرقم	العبارات	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
24	لا أخفى مشاعري عند تعرضي لموقف يذكرني بمرضي					
25	أقوم ببعض تمارين التنفس العميق عندما أكون بحاجة لها					
26	أحاول أن انظر لوضعي بشكل إيجابي					
27	اشعر أنني إنسان له قيمة					
28	أحب التواصل مع اشخاص يعانون من نفس الداء لأنهم سيفيدوني بخبراتهم ومعلوماتهم					
29	أحاول أن استفيد من خبرة الآخرين في حل مشكلاتي الصحية					
30	أحس بالراحة عند الالتقاء مع من لديهم نفس الداء					
31	أتمنى أن يختفي هذا الداء					
32	أمارس هوايتي للترفيه					
33	واصلت نشاطاتي كما أن شيئا لم يحدث					
34	أعتقد أنني جيد في كل شيء					
35	أحرص على المشاركة في نشاطات جمعية داء السكري					
36	أختار الحل الأسهل للمشكلة بغض النظر عما يترتب عنه					
37	أفضل ألا أتحدث عن مرضي ومضاعفاته مع أي شخص					
38	أحاول ألا أطيل المكوث بأي مكان لكي لا تظهر علي أعراض داء السكري (انخفاض/ارتفاع)					
39	أفضل المشي عندما أحس بالتوتر					
40	أتساؤل أحيانا لماذا أنا المصاب وليس غيري					
41	أنا راض عن نفسي					
42	اهتم ببرامج التربية العلاجية (طبيب متخصص، متخصص في التغذية، متخصص نفساني،) لتلقي الإرشادات، النصائح، التعلم، التدريب....					
43	أفكر بهدوء في مواجهة مشكلاتي المرضية					
44	استفيد من تجارب الآخرين للتكيف مع المرض					
45	أتمنى حدوث معجزة لتغيير حياتي					
46	استخدم وسيلة التواصل الاجتماعي للترفيه عن نفسي					
47	أفقدني المرض القدرة على ممارسة نشاطاتي التي اعتدت عليها					
48	لا تهمني آراء الآخرين عني					
49	لا أتواصل بالطبيب المختص إلا لتجديد الوصفة الطبية					

أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	العبارات	الرقم
					أجد صعوبة في تنظيم أفكاري عندما تواجهني مشكلة	50
					أعمل على التقليل من الزيارات العائلية لأحافظ على برنامجي العلاجي	51
					أحاول الحصول على معلومات تخص مضاعفات داء السكري لتفاديها	52
					أحب الاستماع للأغاني للتخفيف من قلقي	53
					أحب مشاركة المرضى الجدد تجربتي البسيطة مع المرض	54
					أشعر أحيانا بعدم الفائدة مني	55
					أحاول التعلم من تجارب الآخرين مع المرض	56
					انظر إلى المضاعفات الصحية كشيء طبيعي في حياة الشخص المريض	57
					يتقاسم أفراد أسرتي معاناتي مع المرض	58
					أتجنب التفكير بمرضي	59
					ألجأ للصلاة عندما أحس بالضعف	60
					أشعر بالخجل عندما يكتشف الآخرون مرضي	61
					لا يعيقني المرض عن عمل أشياء جيدة في حياتي كمعظم الناس	62

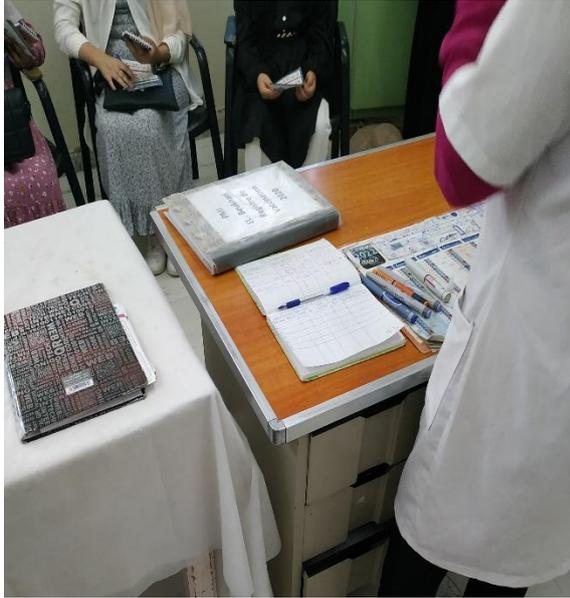
C'est l'arbre de ...

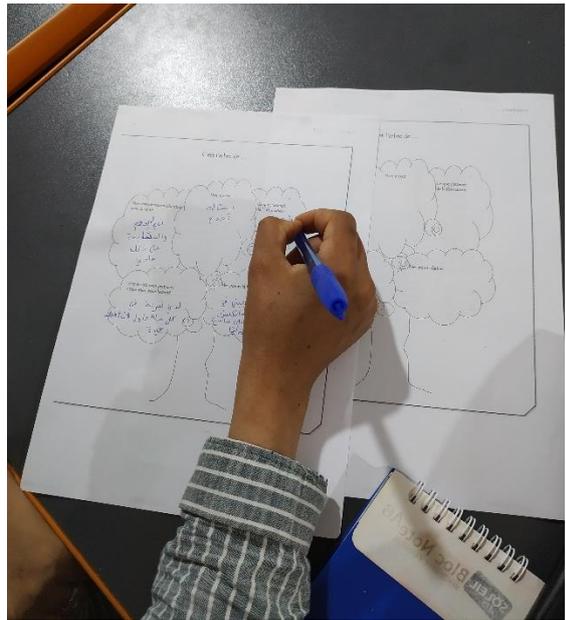


الملحق رقم (03):

اسم ولقب المحكم	الدرجة العلمية	مكان العمل
حمودة سليمة	أستاذ التعليم العالي	جامعة محمد خيضر - بسكرة
نوار شهرزاد	أستاذ التعليم العالي	جامعة قاصدي مرباح - ورقلة
غماري فوزية	أستاذ محاضر (أ)	المركز الجامعي مرسلبي عبد الله - تيبازة
زير شوقي	طبيب مختص في داء السكري	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية دار السكري - بسكرة
حفصاوي زينب	طبيبة متخصصة في داء السكري	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية دار السكري - بسكرة
بادي أمال	طبيب عام	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية - بسكرة
أمينة خلفي	اخصائية نفسانية	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية دار السكري - بسكرة

الملحق رقم (04):





Statistiques de groupe

	السن1	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
مجموع1_2	1	3	270,33	20,033	11,566
	2	5	266,40	7,335	3,280

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes			Différence moyenne	Différence erreur standard
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)		
مجموع1_2	Hypothèse de variances égales	2,570	,160	,414	6	,694	3,933	9,512
	H			,327	2,327	,771	3,933	12,022

Statistiques de groupe

	المرض_سنوات1	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
مجموع1_2	1	3	270,33	20,033	11,566
	2	5	266,40	7,335	3,280

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes			Différence moyenne	Différence erreur standard
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)		
مجموع1_2	Hypothèse de variances égales	2,570	,160	,414	6	,694	3,933	9,512

Hypothèse de variances inégales			,327	2,327	,771	3,933	12,022	
---------------------------------	--	--	------	-------	------	-------	--------	--

Statistiques de groupe

	المبحوثين	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الدرجات	الدنيا الدرجات	10	142,80	10,031	3,172
	العليا الدرجات	10	170,00	3,197	1,011

Statistiques de groupe

	القياسات	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الدرجات	البعدي القياس	8	267,88	12,229	4,324
	القبلي القياس	8	160,13	19,489	6,891

Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur l'égalité des variances

Test t pour égalité

		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard
الدرجات	Hypothèse de variances égales	,033	,858	,013	14	,990	,125	9,861
	Hypothèse de variances inégales			,013	13,937	,990	,125	9,861

Statistiques de groupe

	القياسات	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الدرجات	التجريبية	8	267,88	12,229	4,324
	الضابطة	8	163,63	19,048	6,735

Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur l'égalité des variances

Test t pour égalité d

		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard
الدرجات	Hypothèse de variances égales	1,847	,196	13,026	14	,000	104,250	8,003
	Hypothèse de variances inégales			13,026	11,932	,000	104,250	8,003

Statistiques de groupe

	القياسات	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الدرجات	البعدي القياس	8	267,88	12,229	4,324
	النتبعي القياس	8	274,88	11,716	4,142

Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur l'égalité des variances

Test

		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard
الدرجات	Hypothèse de variances égales	,177	,681	-1,169	14	,262	-7,000	5,988
	Hypothèse de variances inégales			-1,169	13,974	,262	-7,000	5,988

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEURE
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Universite Mohamed Khider - Biskra
Faculte des sciences humaines & sociales
Département des sciences sociales



جامعة محمد خيضر - بسكرة
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
الرقم: 288 / ق.ع. ا.ب. ت.ب.ع / 2019

إلى السيد المحترم مدير: المؤسسة العمومية الاستشفائية الدكتور سعدان - بسكرة -

الموضوع: تقديم تسهيلات "دراسة ميدانية"

في إطار التعاون بين جامعة بسكرة ونظيراتها الأخرى وكذا بينها وبين المؤسسات الاقتصادية والاجتماعية الوطنية، فإننا نرجو من سيادتكم الفاضلة، خدمة للبحث العلمي تقديم التسهيلات الممكنة للطالب(ة): بادي حياة

من خلال تمكينه من الاستفادة من المرافق والبيانات المتوفرة لديكم، قصد إتمام إنجاز أطروحة الدكتوراه علوم في شعبة: علم النفس تخصص: علم النفس العيادي

الموسومة ب: فعالية التربية العلاجية وتنمية الذات للتكيف مع داء السكري النوع الأول.

بسكرة في: 2019/12/17

رئيس القسم

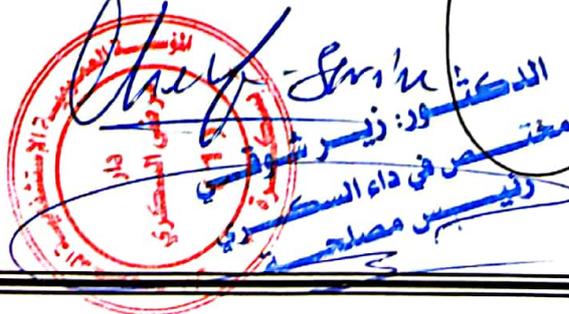


مساعد رئيس قسم العلوم الاجتماعية
مكلف بالتدريس والتعليق والتوثيق بالتدريس
بقسم العلوم الاجتماعية والتعليق بالترج

أ. مسعودي كلثوم



مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية
الدكتور سعدان - بسكرة
السيد: عبد المجيد مسعودي



الدكتور: زهير شوقي
مختص في داء السكري
رئيس مصلحة