

جامعة الجزائر2- أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

دور برنامج التربية العلاجية في تحسين نوعية الحياة من خلال

تعديل التصورات حول المرض والرفع من الفعالية الذاتية

لدى المرضى المصابين بداء السكري من النوع الأول

The role of the therapeutic education program in improving the quality of life by modifying perception about the disease and increasing self-efficacy among patients with type 1 diabetes

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث (ل.م.د) في علم النفس الصحة

إشراف الأستاذة:

أ. د. زناد دليلة

إعداد الطالبة:

بوجودي أحلام

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم و اللقب	الرتبة	الجامعة الأصلية	الصفة
أ.د أجرد محمد	أ.التعليم العالي	جامعة الجزائر2	رئيس
أ.د زناد دليلة	أ.التعليم العالي	جامعة الجزائر2	مقرر و مشرف
أ.د خطار زهية	أ.التعليم العالي	جامعة الجزائر2	عضوا
د. عيبب غنية	أستاذة محاضرة أ	جامعة الجزائر2	عضوا
أ.د يحيوي حسينة	أ. التعليم العالي	جامعة تيزي وزو	عضو خارجي 1
د. باشا ياسمين	أستاذة محاضرة أ	جامعة المدية	عضو خارجي 2

السنة الجامعية: 2022-2023

جامعة الجزائر2- أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

دور برنامج التربية العلاجية في تحسين نوعية الحياة من خلال تعديل التصورات حول المرض والرفع من الفعالية الذاتية لدى المرضى المصابين بداء السكري من النوع الأول

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث (ل.م.د) في علم النفس الصحة

إشراف الأستاذة:

أ. د. زناد دليلة

إعداد الطالبة:

بوجودي أحلام

السنة الجامعية: 2022-2023

# الشكر والتقدير

أحمد الله تعالى أن يسر لي إتمام هذا البحث  
فله الحمد والثناء، وأصلي وأسلم على خاتم الأنبياء  
سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم.  
أتوجه بكلمة شكر وتقدير واحترام  
للأستاذة الدكتورة زناد دليلة

على اهتمامها الصادق وتوجيهاتها القيمة لهذا البحث منذ بروز فكرته  
وحتى الانتهاء منه فلكي مني أستاذتي تقديري واحترامي.  
كما أتقدم بوافر الشكر والتقدير لجهود الأساتذة الأفاضل على تفضلهم  
بالموافقة على مناقشة هذا البحث في تخصص علم النفس الصحة

فلكم مني كل الاحترام الموقر

# الإهداء

ماذا يعني العمل بحب؟

" إنه نسج قطعة قماش بخيط يُسحب من قلبك كأن يلبسها من تُحب.  
هُو أن تبني منزلاً بعاطفة كأن يُقيم فيه من تُحب. إنه زرع الحبوب  
بحنان وحصد الحصاد بفرح. كأن يأكل من تُحب الثمر "

جبران خليل جبران (1923)

إلى كل السُّكَّرين والسُّكَّرِيَّات

إلى كل فريق وحدة التربية العلاجية

إلى صديقاتي الوفيَّات

إلى كل من ساعدني وشجعني

إلى العائلة الجامعية والعلمية

إلى عائلتي الصغيرة والكبيرة

## ملخص باللغة العربية:

يهدف البحث الحالي لمعرفة فعالية برنامج التربية العلاجية للمرضى المصابين بداء السكري من النوع الاول (من خلال مجموعة من التدخلات) من خلال قياس تأثيره على نوعية الحياة لديهم، وذلك بالاهتمام بتعديل التصورات والمعتقدات حول المرض والفعالية الذاتية للمرضى، كعوامل نفسية اجتماعية (متغيرات وسيطة) اساسية لنجاح برنامج التربية العلاجية للمرضى المصابين بداء السكري من النوع الاول.

ولتجسيد هذا الهدف والاجابة على تساؤلاته والتحقق من فرضيات تم اختيار عينة ملائمة او متاحة مكونة من 30 مريضا ومريضة بداء السكري من النوع الاول في مصلحة داء السكري والغدد الصماء بالمركز الاستشفائي الجامعي بني مسوس

وقد تم تطبيق ثلاثة مقاييس وهي: مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة ومقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة ومقياس إدراك المرض المختصر، ضمن منهج شبه تجريبي للمجموعة الواحدة مع قياس قبلي وبعدي ثم تتبعي، التي تم تحليل بياناتها ضمن الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)

ولقد خلص البحث الى مجموعة من النتائج، ثم تفسيرها في ضوء الدراسات السابقة للتراث السيكولوجي والطبي المتمثل في:

- ❖ لا يعاني مرضى داء السكري من النوع الاول من تدهور في نوعية الحياة المتعلقة بالصحة
  - ❖ يعاني مرضى داء السكري من النوع الاول من انخفاض في مستوى الفعالية الذاتية
  - ❖ لا يعاني مرضى داء السكري من النوع الاول من تصورات سلبية حول المرض
  - ❖ توجد فروق دالة احصائيا في مقياس توعية الحياة بين القياسين (القبلي والبعدي) ثم بين القياسين (البعدي والتتبعي) تعزى لتطبيق برنامج التربية العلاجية
  - ❖ توجد فروق دالة احصائيا في مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة بين القياسين (القبلي والبعدي) ثم بين القياسين (البعدي والتتبعي) تعزى لتطبيق برنامج التربية العلاجية
  - ❖ توجد فروق دالة احصائيا في مقياس إدراك المرض المختصر بين القياسين (القبلي والبعدي) ثم بين القياسين (البعدي والتتبعي) تعزى لتطبيق برنامج التربية العلاجية
- الكلمات المفتاحية: التربية العلاجية للمريض، تصورات المرض، الفعالية الذاتية، نوعية الحياة، داء السكري من النوع الاول

## **Summary:**

The current research aims to know the effectiveness of the therapeutic education program for patients with type 1 diabetes (through a range of interventions) by measuring its impact on their quality of life, by paying attention to modifying perceptions and beliefs about patients and patients' self-efficacy, as basic psychosocial factors (mediator variables) for the success of the therapeutic education program for patients with type 1 diabetes.

To embody this goal, answer its questions, and verify hypotheses, an appropriate or available sample of 30 male and female patients with type 1 diabetes was selected in the Department of Diabetes and Endocrinology at the University Hospital Center of Beni Messous.

Three scales were applied: the health-related quality of life scale, the general self-efficacy expectations scale, and the Brief illness perception questionnaire, within a semi-experimental approach for one group with a pre- and post- and follow-up measurement, whose data are analyzed within the statistical package for social sciences (spss).

The research concluded a set of results, and then interpreted them in the light of previous studies of the psychological and medical heritage represented in:

- ❖ Patients with type 1 diabetes do not suffer from a deterioration in their health-related quality of life
- ❖ Patients with type 1 diabetes suffer from a decrease in the level of self-efficacy
- ❖ Patients with type 1 diabetes do not suffer from negative perceptions about the disease
- ❖ There are statistically significant differences in the quality-of-life scale between the two measurements (pre and post) and then between the two measurements (post and follow-up) due to the application of the therapeutic education program
- ❖ There are statistically significant differences in the general self-efficacy scale between the two measurements (pre and post) and then between the two measurements (post and follow-up) due to the application of the therapeutic education program
- ❖ There are statistically significant differences in the brief illness perception questionnaire between the two measurements (pre and post) and then between the two measurements (post and follow-up) due to the application of the therapeutic education program

*Keywords: patient therapeutic education, illness perceptions, self-efficacy, quality of life, type 1 diabetes.*

## فهرس المحتويات

	شكر وتقدير.
	إهداء.
	الملخص باللغة العربية.
	الملخص باللغة الأجنبية.
	قائمة الجداول.
	قائمة الاشكال والمخططات.
1	مقدمة.
	<b>الجانب النظري</b> <b>الفصل الأول: الإطار العام للبحث</b>
10	تمهيد:
10	- إشكالية البحث.
28	- فرضيات البحث.
29	- أهمية البحث.
30	- أهداف البحث.
32	- المفاهيم الأساسية للبحث.
	<b>الفصل الثاني:</b> <b>داء السكري والتربية العلاجية للمريض</b>
36	تمهيد:
37	أولاً: داء السكري:
37	1- لمحة تاريخية عن داء السكري
37	1-1- اكتشاف مرض السكري.
37	1-2- اكتشاف الأنسولين.

38	2- مفهوم داء السكري.
42	3- تشخيص داء السكري.
43	4- أنواع داء السكري وأعراضه.
53	5- مضاعفات داء السكري.
55	6- الضغوط النفسية الاجتماعية كعوامل خطر الإصابة بداء السكري.
57	7- طرق التكفل والعلاج لمرضى داء السكري.
58	8- أنواع أقلام الأنسولين.
60	9- المظاهر النفسية الناجمة عن الإصابة بداء الأنسولين.
66	10- الحاجة إلى إسهامات ونماذج ونظريات علم نفس الصحة.
70	11- النماذج المعرفية الاجتماعية في علم النفس الصحة.
76	12- دور المختص النفسي الصحي في التدخلات النفسية من أجل التكفل النفسي الاجتماعي لمرضى داء السكري.
76	1-12- دور المختص النفسي في الوسط الاستشفائي.
77	2-12- التدخلات النفسية من أجل التكفل النفسي والاجتماعي:
85	(أ)- تدخلات تغيير السلوك حسب النظرية المعرفية السلوكية.
87	(ب)- التدخلات المعرفية.
90	<b>ثانيا: التربية العلاجية للمريض ETP.</b>
90	1- مفهوم التربية العلاجية للمريض.
91	2- تاريخ التربية العلاجية.
94	3- بعض المفاهيم المرتبطة بالتربية العلاجية.
95	(أ)- الفرق بين التربية الصحية والتربية العلاجية.
96	(ب)- التربية النفسية.

96	ج) - التربية العلاجية والمعلومة.
97	4- أهداف التربية العلاجية.
99	4-1) - مهارات الرعاية الذاتية.
100	4-2) - مهارات التكيف.
101	5- خصائص التربية العلاجية النوعية.
103	6- مراحل وضع برنامج التربية العلاجية.
104	6-1) - مرحلة التشخيص التربوي.
107	6-2) - مرحلة الأهداف التربوية والعقد العلاجي.
107	6-3) - المرحلة التعليمية أو تقديم حصص التربية العلاجية الموضوعية.
107	6-4) - مرحلة التقييم.
108	7- مستويات حصة التربية العلاجية للمريض.
110	8- أنواع حصص التربية العلاجية.
110	8-1) - حصص التربية العلاجية الفردية.
110	8-2) - حصص التربية العلاجية الجماعية.
100	8-3) - طرق أخرى لتنفيذ مشروع التربية العلاجية.
112	9- التربية العلاجية وعلاقة المساعدة.
112	9-1) - عوامل اكتساب المريض للمهارات الأساسية.
113	9-2) - الموقف التربوي.
116	9-3) - العلاقة العلاجية ضمن برنامج التربية العلاجية.
117	9-4) - دور الفريق المتعدد التخصصات.
118	10- التوصيات الدولية لبرامج التربية العلاجية.
121	11- دور المختص النفسي في التربية العلاجية للمريض بداء السكري.

125	12- مساهمات نماذج ونظريات علم نفس الصحة في تطوير التقنيات والتدخلات في برامج التربية العلاجية للمريض.
148	* - خلاصة.
	<b>الفصل الثالث</b> <b>نوعية الحياة المتعلقة بالصحة</b>
149	تمهيد:
149	1- لمحة تاريخية لمفهوم نوعية الحياة.
151	2- تعريف نوعية الحياة.
155	3- المساهمات والمقاربات النظرية المؤثرة في نوعية الحياة.
157	4- بدايات الاهتمام بنوعية الحياة المتعلقة بالصحة.
161	5- أبعاد نوعية الحياة، مكوناتها ومحدداتها.
169	6- قياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، أهدافها، وأهميتها في المرض المزمن.
169	(أ) - تاريخ قياس نوعية الحياة.
172	(ب) - أنواع قياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة.
176	(ج) - أهمية وأهداف قياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة.
178	* - خلاصة.
	<b>الفصل الرابع</b> <b>تصورات المرض والشعور بالفعالية الذاتية</b>
180	تمهيد:
181	أولاً: التصورات حول المرض:
181	1- تحديد مفهوم تصورات المرض والمعتقدات وإدراك المرض.
182	2- أنواع التصورات حول المرض.
184	3- آلية حدوث تصورات المرض حسب نموذج التنظيم الذاتي.

188	4- العناصر المكونة لتصورات المرض أو إدراك المرض.
190	5- علاقة نموذج التنظيم الذاتي مع نماذج معرفية تفاعلية.
192	6- أهمية تصورات المرض كعامل مؤثر.
196	7- قياس إدراك المرض في علم النفس الصحة.
199	ثانياً: الشعور بالفعالية الذاتية SEP.
199	1- مفهوم الفعالية الذاتية وعلاقته بالمفاهيم ذات الصلة.
201	2- أصول البناء النظري، من التعلم الاجتماعي إلى نظرية الفعالية الذاتية (1977-2002).
209	3- أبعاد الشعور بالفعالية الذاتية.
210	4- مصادر الفعالية الذاتية.
211	5- الفعالية الذاتية كعامل مؤثر في التدخلات للمرض المزمن.
219	6- قياس الكفاءة الذاتية.
222	7- آثار الفعالية الذاتية وإستراتيجيات تحسينها.
227	* - خلاصة.
	<b>الجانب التطبيقي</b>
	<b>الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للبحث الميداني</b>
230	تمهيد:
231	1- منهج البحث.
233	2- الإطار المكاني والزمني.
236	3- عينة البحث وخصائصها.
244	4- الدراسة الاستطلاعية.
246	5- أدوات البحث.
247	5-1- مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة (Short. Form-36).

256	2-5- مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة (General Self – Efficacy Scale)
260	3-5- مقياس إدراك المرض المختصر (B-IPQ)
265	6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث.
266	7- برنامج التربية العلاجية لمرضى داء السكري (EDUC ‘DIAB- béni)
266	7-1- تعديل وتطبيق برنامج التربية العلاجية في الجزائر.
267	7-2- أصل البرنامج.
268	7-3- مراحل تطبيق برامج التربية العلاجية ميدانيا لمصلحة داء السكري.
285	* - خلاصة.
	<b>الفصل السادس:</b>
	<b>عرض وتحليل ومناقشة نتائج البحث</b>
287	تمهيد:
288	أولا: عرض النتائج:
288	1- الحالة (1).
288	1-1- تقديم الحالة (1).
292	1-2- نتائج المقاييس النفسية للحالة (1).
296	2- الحالة (2).
296	2-1- تقديم الحالة (2).
299	2-2- نتائج المقاييس النفسية للحالة (2).
304	3- الحالة (3).
304	3-1- تقويم الحالة (3).
307	3-2- نتائج المقاييس النفسية للحالة (3).
314	4- الحالة (4).

314	4-1- تقديم الحالة (4).
316	4-2- نتائج المقاييس النفسية للحالة (4).
319	5- الحالة (5).
319	5-1- تقديم الحالة (5).
320	5-2- نتائج المقاييس النفسية للحالة (5).
324	ثانياً: عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج فرضيات البحث:
324	1- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.
324	أ) - عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.
325	ب) - مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى.
327	2- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.
327	أ) - عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.
328	ب) - مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية.
331	3- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.
331	أ) - عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة.
331	ب) - مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة.
334	4- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.
334	أ) - عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة.
340	ب) - مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة.
344	5- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.
344	أ) - عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة.
346	ب) - مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة.
351	6- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة.

351	أ) - عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة.
357	ب) - مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة.
	الاستنتاج العام:
	الخاتمة
	قائمة المراجع

## الملاحق

**ملحق رقم (1):** ملخص لدليل التشخيص التربوي.

**ملحق رقم (2):** تقنية حل المشكلات.

**ملحق رقم (3):** مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة في صورته باللغة الفرنسية

وفي صورته النهائية بعد الترجمة.

**ملحق رقم (4):** قائمة الأساتذة المحكمين.

**ملحق رقم (5):** مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة في صورته باللغة الفرنسية وفي

صورته النهائية بعد الترجمة.

**ملحق رقم (6):** مقياس إدراك المرض المختصر في صورته الأصلية باللغة

الإنجليزية وفي صورته النهائية بعد الترجمة.

**ملحق رقم (7):** شهادة التكوين الجامعية في التربية العلاجية (DU En ETP).

**ملحق رقم (8):** مجموعة خرائط المحادثة وبرامج نوفوكير.

### Conversation Maps – Novo Care

**ملحق رقم (9):** دليل كل حصة من البرنامج والأدوات والوسائل البيداغوجية.

### Fiche Pédagogique – Fiche Technique

**ملحق رقم (10):** الحصص الجماعية الموضوعية لوحدة التربية العلاجية

**ملحق رقم (11):** سجل التربية العلاجية.

**ملحق رقم (12):** برنامج التربية العلاجية لمدة شهر كامل مع التوقيت وإسم مقدم الرعاية.

**ملحق رقم (13):** استعمال تقنية الاسقاط. **DATA- Show**.

**ملحق رقم (14):** قاعة التربية العلاجية لوحدة **EDUC' Diab- Béni**.

**ملحق رقم (15):** أجواء استقبال المشاركين في التربية العلاجية.

**ملحق رقم (16):** دليل الورشة الجماعية للتغذية المتوازنة وداء السكري.

**ملحق رقم (17):** تقنية اتخاذ القرار لوضعية حقيقية (اختيار الأطعمة المتوازنة).

**ملحق رقم (18):** تقنيات حديثة سمعية بصرية لتفعيل التواصل.

**ملحق رقم (19):** الكتيبات التي أظهرت فعاليتها في التربية العلاجية.

**ملحق رقم (20):** عملية التقييم لمقدم الرعاية الذي قدم البرنامج.

**ملحق رقم (21):** عملية التقييم لمحتوى برنامج التربية العلاجية.

**ملحق رقم (22):** التقييم التتبعي للمشاركين.

**ملحق رقم (23):** المعالجة الاحصائية لفرضيات البحث

## قائمة الأشكال والمخططات

الصفحة	العنوان	رقم الشكل
40	إطار الرعاية المبتكرة للحالات المزمنة	1
52	إستراتيجية فحص سكر الحمل	2
56	ديناميكية الحالة المرضية	3
61	المظاهر النفسية لداء السكري	4
63	مراحل صدمة الإعلان عن التشخيص	5
70	علاقة علم النفس الصحة بالعلوم النفسية والطبية	6
71	النماذج المعرفية الاجتماعية في علم النفس الصحة	7
73	نموذج المعتقدات الصحية <b>HBM</b>	8
75	نظرية السلوك المخطط <b>RCP</b>	9
76	نموذج مراحل التغيير	10
83	أهم التدخلات العلاجية في علاج داء السكري	11
85	النموذج التفاعلي	12
99	ماهية التربية العلاجية	13
102	الهدف من التربية العلاجية في إطار الأمراض المزمنة	14
103	خصائص التربية العلاجية النوعية	15
104	مراحل وضع برنامج التربية	16
113	عوامل إكتساب المريض للمهارات اللازمة خلال برنامج التربية العلاجية	17

115	أهمية الاتصال المكثف في التربية العلاجية	18
118	العلاقة بين المرضي والمهني في سياق التربية العلاجية	19
121	التربية العلاجية طوال حياة المريض المزمن	20
122	أثر التربية العلاجية على داء السكري	21
128	إطار تحليلي لتدخلات برنامج التربية العلاجية وعلم النفس الصحة للإدارة الذاتية لداء السكري	22
138	العناصر المتفاعلة في النظرية المعرفية السلوكية	23
165	المتغيرات المؤثرة في نوعية الحياة المتعلقة بالصحة	24
167	نموذج ويلسون وكلييري لنوعية الحياة	25
169	نموذج <b>Promis</b> لنوعية الحياة	26
185	نموذج التنظيم الذاتي ليفينثال 1980	27
186	نموذج التنظيم الذاتي	28
187	نموذج التنظيم الذاتي ليفينثال، مايبير، ميرنز 1980	29
189	الأبعاد الخمسة للتصورات حول المرض ليفينثال وآخرون	30
191	التأثيرات المباشرة لتصورات المرض على المخارج ( <b>Issues</b> )	31
203	النموذج الثلاثي الديناميكي في النظرية المعرفية الاجتماعية	32
207	رسم توضيحي للعناصر المكونة للفعالية الذاتية لسلوك المريض المزمن وفقا لنظرية باندورا	33
209	أبعاد الشعور بالفعالية الذاتية	34
213	سيرورة التأثير على الصحة لشفارتزر 1992	35
222	علاقة الكفاءة الذاتية ضمن النماذج المفسرة للسلوك	36
232	تصميم المجموعة الواحدة مع إختبار قبلي وبعدي	37

234	المربين المسؤولين عن تقديم برامج التربية العلاجية	38
235	تطور عدد مقدمي برنامج التربية العلاجية المرضى المشاركين	39
237	مراحل عينة البحث المشاركة في البرنامج	40
239	الدائرة النسبية لتوزيع أفراد العينة حسب الجنس	41
240	أعمدة بيانية لتوزيع أفراد العينة حسب السن	42
241	الدائرة النسبية لتوزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	43
242	الدائرة النسبية لخصائص أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية	44
243	الدائرة النسبية لتوزيع أفراد العينة حسب المهنة	45
244	أعمدة بيانية لتوزيع أفراد العينة حسب مدة المرض	46
268	مراحل تطبيق البرنامج ضمن النهج الشبه تجريبي للدراسة	47
271	المراحل الزمنية لتطبيق برامج التربية العلاجية للدراسة الاساسية	48

## قائمة الجداول

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
1	أنواع خلايا لانجرهانز الموجودة في البنكرياس	42
2	مستويات سكر الدم قبل وبعد الإصابة بداء السكري	43
3	المواقف النفسية بالمريض بداء السكريات	80
4	الفرق بين التربية الصحية والتربية العلاجية	95
5	تطور التربية الصحية والتربية العلاجية حسب نماذج الصحة	97
6	مستويات حصة التربية العلاجية الجماعية	109
7	أنواع حصص برنامج التربية العلاجية	112
8	أهداف ونشاطات لمختص النفسي في برنامج التربية العلاجية للمريض	123
9	مراحل نموذج التغيير	134
10	مزايا وعيوب المقاييس العامة والخاصة لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة	175
11	دليل استكشاف تصورات المرض: 7 أسئلة مفيدة أمام المرض المزمن	198
12	معايير الإدراج والاستبعاد لعينة البحث	236
13	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	238
14	توزيع أفراد العينة حسب السن	239
15	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	240
16	توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية	241

242	توزيع أفراد العينة حسب المهنة	17
243	توزيع أفراد العينة حسب مدة المرض	18
248	أبعاد ومؤشرات مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة	19
249	إعادة ترميز إختيارات الإجابة لمقياس SF-36	20
250	أهم ما يقيسه كل سلم فرعي لمقياس SF-36	21
25	معامل ألفا كرونباخ لبنود مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة	22
252	معامل ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة	23
253	معاملات إرتباط الأبعاد مع الدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة	24
254	الفقرات المعدلة في مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة	25
258	معامل ألفا كرونباخ لبنود مقياس الكفاءة الذاتية العامة	26
258	معاملات إرتباط البنود مع الدرجة الكلية لمقياس الكفاءة الذاتية العامة	27
262	أهم معتقدات أبعاد مقياس إدراك المرض المختصر	28
264	معامل ألفا كرونباخ لبنود مقياس إدراك المرض المختصر	29
264	معاملات إرتبط البنود مع الدرجة الكلية لمقياس إدراك المرض المختصر	30
269	الحصص الموضوعية الجماعية لوحدة التربية العلاجية	31
277	الوسائل البيداغوجية المستعملة	32
281	مرحلة تقييم البرنامج	33
291	نتائج الحالة [ش، أ] على مقياس نوعية الحياة SF-36	34
292	نتائج الحالة [ش، أ] على مقياس إدراك المرض المختصر	35

294	نتائج الحالة [ش، أ] على مقياس الكفاءة الذاتية العامة	36
295	نتائج الحالة [ش، أ] على نسبة السكر التراكمي	37
298	نتائج الحالة [د، ف] على مقياس نوعية الحياة SF-36	38
300	نتائج الحالة [د، ف] على مقياس إدراك المرض المختصر	39
301	نتائج الحالة [د، ف] على مقياس الكفاءة الذاتية العامة	40
302	نتائج الحالة [د، ف] على مقياس نسبة السكر التراكمي	41
306	نتائج الحالة [م، أ] على مقياس نوعية الحياة SF-36	42
309	نتائج الحالة [م، أ] على مقياس إدراك المرض المختصر	43
311	نتائج الحالة [م، أ] على مقياس الكفاءة الذاتية العامة	44
312	نتائج الحالة [م، أ] على نسبة السكر التراكمي	45
315	نتائج الحالة [ل، و] على مقياس نوعية الحياة SF-36	46
316	نتائج الحالة [ل، و] على مقياس المرض المختصر	47
317	نتائج الحالة [ل، م] على مقياس الكفاءة الذاتية العامة	48
318	نتائج الحالة [ل، م] على نسبة السكر التراكمي	49
319	نتائج الحالة [د، د] على مقياس نوعية الحياة SF-36	50
320	نتائج الحالة [د، د] على مقياس إدراك المرض المختصر	51
322	نتائج الحالة [د، د] على مقياس الكفاءة الذاتية العامة	52
322	نتائج الحالة [د، د] على مقياس نسبة السكر التراكمي	53
323	نتائج المتوسط الحسابي لدرجات مقياس نوعية الحياة (الفرضية الأولى)	54
327	نتائج المتوسط الحسابي لدرجات مقياس الكفاءة الذاتية العامة (الفرضية الثانية)	55

330	نتائج المتوسط الحسابي لدرجات مقياس إدراك المرض المختصر (الفرضية الثالثة)	56
333	نتائج إختبار (ت) لفحص الفروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس نوعية الحياة	57
334	نتائج إختبار (ت) لفحص الفروق بين القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس نوعية الحياة	58
336	نتائج إختبار (ت) لفحص الفروق بين القياسين البعدي والنتبعي على مقياس نوعية الحياة	59
336	نتائج إختبار (ت) لفحص الفروق بين القياسين البعدي والنتبعي على أبعاد مقياس نوعية الحياة	60
343	نتائج إختبار (ت) لفحص الفروق بين القياسي القبلي والبعدي على مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة	61
344	نتائج إختبار (ت) لفحص الفروق بين القياسين البعدي والنتبعي على مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة	62
350	نتائج إختبار (ت) لفحص الفروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس إدراك المرض المختصر	63
351	نتائج إختبار (ت) لفحص الفروق بين القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس إدراك المرض المختصر	64
353	نتائج إختبار (ت) لفحص الفروق بين القياسين البعدي والنتبعي على مقياس إدراك المرض المختصر	65
354	نتائج إختبار (ت) لفحص الفروق بين القياسين البعدي والنتبعي على أبعاد مقياس إدراك المرض المختصر	66

# مقدمة

## مقدمة:

تعتبر الصحة اليوم، في عالم يتسم بسرعة التغيير، خدمةً يَطلبُ من خلالها المرضى وجمعيات المرضى، معرفة أفضل بأساليب وأهداف الإجراءات الصحية، بما في ذلك إمكانية المشاركة في القرارات العلاجية التي تخصهم.

تعمل العديد من الدول على تطبيق هذه السياسة من أجل تشجيع السلوك الفردي الذي يمكن أن يُساعد في تقليل مخاطر المرض، من خلال تطوير المعلومات الصحية والتربية من أجل الصحة (L'éducation pour la Santé) وإجراءات التربية العلاجية (L'éducation Thérapeutique).

ولعل من أشهر الأمراض المزمنة نداء السكري بنوعيه والذي يُعد من أهم الأمراض غير المعدية التي تعترف به الأمم المتحدة كتهديد للصحة العمومية. إنه مرض مزمن ومنهك ومكلف مع مضاعفات خطيرة ومخاطر جسمية للأسر والدول وقد وصفته منظمة الصحة العالمية (OMS) بأنه وباء عالمي، يُمثل مشكلة صحية عامة ورئيسية للمنظومة الصحية للدول.

داء السكري من النوع الأول، هو أحد أكثر الأمراض المزمنة صعوبة على المستوى السلوكي والانفعالي. يظهر عادة أثناء الطفولة وفي حالات منذ الولادة أو في مرحلة متقدمة تكون في مرحلة المراهقة والبلوغ.

يمثل التكفل بالمصاب بداء السكري رهانا حقيقيا للصحة العمومية نظرا لارتفاع المرتقب في أعداد المصابين وكذا في عدد المضاعفات. فتشير التقديرات والإحصائيات أن داء السكري من النوع الأول يُمثل في العالم نسبة 10% من حالات الإصابة بداء السكري. ونصف الحالات تكون قبل سن العشرين.

في 2017 وصل انتشاره في العالم ليتجاوز نصف مليون مصاب (586.000) ونسبة تطوره تجاوزت 3% كل سنة وبنسبة 5% كل سنة عند الأطفال قبل التمدرس. هذه النسب تتغير من بلد لآخر والجزائر ليست بالبعيدة.

فهي تعرف انتشارا واسعا لداء السكري إذ تُقدر نسبة الإصابة بداء السكري من النوع الأول للمراهقين الأقل من 15 سنة نسبة (2900) حالة كل سنة. في ولاية الجزائر سجلت (30) حالة جديدة في كل (100.000) نسمة في عام 2016 (Bouyoucef, 2020)

إن الإصابة بداء السكري ينجر عنه صعوبات نفسية متدرجة ومتباينة من تغييرات في نوعية الحياة إلى الإصابة ببعض الصعوبات الإكتئابية أو اضطرابات القلق (Mikolajczak, 2013). كما يجد الكثير من المرضى أنفسهم في مرحلة متقدمة من المضاعفات الحادة أو المزمنة للأوعية الدموية حتى الشباب منهم. فينعكس ذلك على حالتهم الجسدية والإنفعالية ومستوى نوعية علاقاتهم الاجتماعية وبالتالي تؤثر على نوعية حياتهم ككل خاصة في حالة عدم الالتزام بالعلاج وبالرعاية الذاتية للسكري.

ولعل الاهتمام بخطورة مضاعفات داء السكري، جعل الحفاظ على نوعية الحياة وتحسينها، رهاناً مهماً في مجال الصحة، فأصبح تقييم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة ضرورياً لتحسين رعاية المرضى بداء السكري خاصة النوع الأول كون لديهم أمل حياة أطول (Esperance de Vie).

ولقد أكدت العديد من الأبحاث في ميدان علم نفس الصحة أنّ هذا التخصص الحديث يولي اهتماما كبيرا بمفهوم نوعية الحياة، منذ ظهور النموذج البيو نفسي اجتماعي (BPS) إلى نموذج بروشون شويتزر (Bruchon-Schweitzer) الذي يُعد هرم علم نفس الصحة، ألا وهو النموذج التعاقدية التكاملية المتعدد العوامل (TIM) الذي يضع نوعية الحياة كأحد أهم المخارج (Issues) النفسية والجسمية و الاجتماعية عند الإصابة بأي مرض عضوي أو مزمن.

لهذا يقدم علم النفس الصحة نهجاً متعدد العوامل (Approche Multifactorielle) يسمح له بدمج المفاهيم من التخصصات ذات الصلة في نماذجها وباستخدام نماذج تشمل السوابق البيئية والشخصية (من عوامل حماية وعوامل إمرضية) والسيرورة التعاقدية التفاعلية (Processus Transactionnels) للوصول إلى المخارج أو النتائج الصحية أو المرضية

المختلفة. يُحاول هذا التخصص أن يفهم المسارات التي تقود إلى أفضل حالة صحية (جسدية وعقلية وانفعالية) ممكنة (Bruchon-Schweitzer, Siksou, 2008)

هذا وتؤكد الجهود في التراث السيكولوجي والطبي أن العوامل المرتبطة بنوعية الحياة لمرضى داء السكري متعددة أو ما يسمى بالعوامل النفسية الاجتماعية كبعض الخصائص الشخصية كالتصورات والمعتقدات حول المرض والكفاءة الذاتية.

وعلى هذا الأساس فإن نوعية الحياة المتعلقة بالصحة للمصابين بداء السكري من النوع الأول لا ترتبط فقط بالخصائص الطبية للمرض ولكن تتأثر أيضا بالرؤية التي يملكها المصاب لحاضره الحالي. فيكون إدراك المريض بداء السكري من النوع الأول لنوعية حياته شديد الصلة بالمعتقدات التي يحملها عن مرضه وتوقعاته بإمكانية التحكم في حالته الصحية وفي اعتقاده بقدرته على القيام بسلوكات الرعاية الذاتية لتفادي أي مضاعفات محتملة على المستويين القريب والبعيد.

وفي هذا السياق يُعد مفهوم إدراك المرض والكفاءة الذاتية من العوامل المؤثرة في العلاج. فما يقترحه نموذج التنظيم الذاتي للفنثال (Leventhal et Contrada, 1998) عندما يسعى المرضى بداء السكري من النوع الأول جاهدين لفهم حالتهم، فإنهم يُطورون المعتقدات التي ستوجههم وتؤثر في إدارتهم. ويتم تعريف تصورات المرض على أنها مجموعة من المعتقدات حول المرض المكتسب من خلال الخبرة ومن خلال التعرض للمرض ومن خلال التفسير الشخصي للمعلومات التي جمعها.

أما لحظة التقييم التي يقوم بها المريض أن لديه الثقة في قدرته على القيام بالسلوك المستهدف هو الإحساس بالفعالية الذاتية إن الفعالية الذاتية مفهوم لباندورا (Bandura, 1988) الذي يشير إلى اعتقادات الأفراد في كفاءاتهم وقدرتهم وذلك باستغلال مختلف الموارد للتحكم فيما يطلب منهم من أعمال والنجاح في أدائها. ومما لا شك فيه يؤدي الشعور بالكفاءة الذاتية الى تبني أنماط حياتية ملائمة تحدث درجة عالية من الالتزام بالعلاج المعقد، كما هو الحال مع أي مرض مزمن، يعتمد العلاج الناجح على التزام المريض وتقبله

وإتباع تعليمات طبيبه، حيث تُعد المشاركة الفعالة للمريض عاملاً رئيساً في تحقيق الأهداف التربوية والعلاجية من أجل الوصول إلى النتائج المتوقعة الإيجابية والمحافظة عليها على المدى الطويل.

إن إدارة داء السكري تتطلب من المُصاب بالسكري حشد المعرفة ومهارات الرعاية الذاتية. وعليه وفي هذا السياق، يأخذ نهج التربية العلاجية الذي يهدف إلى مساعدة المريض على اكتساب هذه المهارات وتمييزها، حتى يتمكن من دمج إدارة داء السكري في حياته ومشاريعه الشخصية والمستقبلية.

وهو ما استنتجه العديد من الممارسين والباحثين للتأثير الإيجابي لإستراتيجيات التربية العلاجية (المتابعة الشخصية والتدخلات الجماعية، والتقييم أثناء العملية والدعم والمرافقة النفسية والاجتماعية) على سلوكيات الرعاية الذاتية للسكري، أخذةً بعين الاعتبار لخصائص واستعدادات المصاب كمهاراته ودوافعه وخصائص شخصيته كتصوراته وفعاليته الذاتية وخبراته ومعاشه النفسي والاجتماعي.

ومن هذا المنطلق الشامل الذي يضم تشارك العديد من الأطراف، كلٌ حسب تخصصه وتكوينه، أن السبيل الوحيد لتفادي مضاعفات داء السكري (التي قد تلازم المريض الشاب طوال حياته، إن لم يتبع ويتبنى ويحافظ على سلوكيات الرعاية الذاتية للسكري)، لا يكون إلاً من خلال تعزيز مشاركته في الإجراءات العلاجية المتعلقة به وإدارة مرضه وإدارة علاجه ضمن برنامج للتربية العلاجية كجزء لا يتجزأ من التكفل المتعدد التخصصات للمريض الشاب بداء السكري من النوع الأول.

يأتي بحثنا الحالي لإبراز كيف لبرنامج التربية العلاجية دور في تعديل بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية من تعزيز الشعور بالكفاءة الذاتية وتعديل التصورات حول المرض من أجل تحسين نوعية حياة هؤلاء المرضى الذين يمثلون شريحة عمرية مهمة في المجتمع المحلي مع تحكم أفضل في نسب السكر في الدم.

كما يأتي البحث الحالي ليس فقط لدراسة العوامل النفسية الاجتماعية لمجتمع المصابين الشباب بداء السكري من النوع الأول ولكن لوصف جميع هذه المعايير أثناء وبعد برنامج للتربية العلاجية مع عملية التقييم. وبالتالي أملنا من هذا البحث أن يكون مساهمة في البحث العلمي في ميدان الصحة بالجزائر ومصدرًا لمساعدة الباحثين والعاملين في مجال الصحة العضوية والنفسية والممارسين الصحيين، يُمكن من الحصول على المعرفة المنهجية والتكنولوجية لتحسين صحة الأفراد والساكنة، الحاملين للأمراض المزمنة مهما كان نوعها، ومدتها ومرحلة تطورها. وعليه يفيد البحث في الجانب الوقائي والتنبؤي وذلك فيما يقدمه من توصيات بشأن فعالية وأثر التربية العلاجية في الأمراض المزمنة.

ومن أجل بلوغ هذا الهدف العلمي الأكاديمي وُضع بحثنا كنشاط هادف وموجه إلى حل مشكلة وفق خطوات الطريقة العلمية شاملاً لجانبين رئيسيين وهما: الجانب النظري والجانب التطبيقي.

### الجانب النظري: يحتوي على أربع فصول وهي كالاتي:

**الفصل الأول:** تضمن تحديد وعرض الإشكالية وصياغة فروضها مع تحديد أهمية البحث وأهدافه وضبط مفاهيم البحث.

**الفصل الثاني:** يتضمن شرح لداء السكري بأنواعه من حيث الأسباب والأعراض والانعكاسات وطرق التكفل به المتعدد التخصصات لإعطاء صورة واضحة وعلمية منظمة على التربية العلاجية وتدخلاتها كجزء لا يتجزأ من رعاية مرضى السكري من حيث أهدافها وطرق تطبيقها وكيفية تقييم نتائجها.

**الفصل الثالث:** يشتمل كل ما يتعلق بنوعية الحياة من تعاريف خاصة تلك المتعلقة بالصحة مع ذكر أبعادها ومؤشراتها وطرق قياسها.

**الفصل الرابع:** يتضمن لأهم العوامل النفسية والاجتماعية المساهمة في اكتساب سلوك الرعاية الذاتية للسكري ألا وهما الكفاءة الذاتية وإدراك المرض من خلال تحديد التعاريف والأبعاد والعلاقات بينها وأهميتها في نوعية الحياة.

## الجانب التطبيقي: يحتوي على فصلين وهما كالآتي:

**الفصل الخامس:** يتضمن كل الخطوات المنهجية والإجرائية للبحث من خلال عرض المنهج المتبع وعينته وحدوده الزمانية والمكانية مع شرح مفصل لأدوات البحث وخصائصها السيكومترية مع الأساليب الإحصائية المستعملة ومع عرض مفصل لما يسمى ببرنامج التربية العلاجية للمريض بكل خطوات وضعه إلى مرحلة التقييم.

**الفصل السادس:** يشمل هذا الفصل على عرض نتائج البحث ثم مناقشتها ومن ثم تفسيرها وربطها بنتائجها بالإطار النظري التصوري الذي تم الاستعانة به. في الأخير عرض لاستخلاصاتها واستنتاجاتها التي بُنيت على النتائج وينتهي البحث بخاتمة توضح قيمته التطبيقية وما يمكن أن تفيد به نتائجه بالنسبة للبحث العلمي والدراسات اللاحقة، ميدانية كانت أو أكاديمية متبوعة بمجموعة من التوصيات والاقتراحات. ومما يلي تفصيل لكل الفصول السالفة الذكر.

# الجانب النظري

# الفصل الأول

## الإطار العام للبحث

تمهيد:

1. إشكالية البحث.
2. فرضيات البحث.
3. أهمية البحث.
4. أهداف البحث.
5. المفاهيم الأساسية للبحث.

**تمهيد:**

تُعد التربية العلاجية إستراتيجية مركزية لكل الأنظمة الصحية للتحكم في الأمراض المزمنة. وتهدف إلى تزويد المريض بمهارات وأدوات تمكنه من السيطرة على المرض ومراقبته وعلاجه وتخفيض احتمال حدوث مضاعفات له. كما تساهم وبشكل أساسي في تعزيز مفهومه لنوعية حياته المتعلقة بحالته الصحية.

ولتحقيق مسعى تحسين صحة المرضى الجسدية والنفسية والاجتماعية من خلال بناء ووضع برنامج التربية العلاجية للمرضى المزمنين في القطاعين الخاص والعام، يأتي بحثنا تدعياً للمساعي الرامية في إنجاح التربية العلاجية للمريض والكشف عن مدى تأثيرها على محددات وعوامل نوعية حياة مرضى داء السكري من النوع الأول وهو ما ترمي إليه إشكالية البحث التي سيتم عرضها كبناء فكري تصوري، تُصاغ من خلاله مشكلة البحث، التي تنتهي بصياغة فرضيات البحث وتحديد لأهم الأهداف التي يرمي إليها، مع عرض لاهم مختلف الدراسات في التراث السيكولوجي والطبي حول متغيرات البحث.

**1- إشكالية البحث:**

يُعد داء السكري من النوع الأول لدى الشباب الأصغر سنًا تحديًا حقيقيًا ورهائًا في مجال الصحة العامة. هو أحد أكثر الأمراض المزمنة المُنهكة. تفرض على المريض إجراء العديد من مرات المراقبة الذاتية واليومية لنسب السكر في الدم والتي ترافقها العديد من مرات حقن الأنسولين مما يترتب عنه عواقب وانعكاسات اجتماعية ونفسية مهمة. يُضاف إلى ذلك إدارة حالات انخفاض السكر في الدم الحاد والتي تُشكل على الأقل إزعاجًا، بل وأكثر فقد تسبب قلقًا نفسيًا حقيقيًا أو تجنبًا اجتماعيًا أو إحباطًا أو حتى الشعور بالذنب أو التبعية وكل ذلك يمكن أن يؤدي إلى خلافات ومشاكل عائلية أو مهنية أو في الوسط الدراسي.

**(Bouyoucef, Z, 2020).**

يُعد ما يسمى بالسكري غير المَسْتَقَرِّ، حالة مُقلقة بسبب اختلالات نسب السكر في الدم (Déséquilibre glycémique) والتي تتطلب دخولاً متكرراً إلى المستشفى. ويرتبط هذا الاختلال إما بانخفاض سكر الدم الشديد (الحاد) أو بنوبات الحمض الكيتوني (Cétoacidose) نتيجة الارتفاع الشديد لنسب السكر في الدم.

داء السكري هو جزء لا يتجزأ من الأمراض غير المعدية، والتي تتزايد في كل من البلدان المتقدمة والبلدان النامية. بلغ عدد مرضى السكري في الجزائر عام 2000 ما بين 1.2 و 1.4 مليون حيث تصل نسبة 50% من هؤلاء المرضى غير معروفين (Ministre de la Santé et de la Population, 2002, P: 27).

أما آخر الإحصائيات لمنظمة الصحة العالمية في المجتمع الجزائري أظهرت إصابة أكثر من 5 ملايين شخص بداء السكري عام 2018 وتتبعه أن العدد سيصل عام 2025 إلى 10 ملايين مصاب بداء السكري (Belaid, 2018). فقد كانت نسبة الإبتشار 7% عام 1990، لتصل 8% عام 2013 وتقدر حالياً بأكثر من 12% (Lamri, 2017, P: 15). وفي دراسة قام بها المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) عام 1998 تحت عنوان " أولويات الصحة في المغرب العربي "، حيث قدرت التكلفة السنوية للمريض بداء السكري بقيمة 35000 دج (الأدوية، الفحوصات، التحاليل، أجور المهنيين الطبيين...). أما حالياً فتقدر هذه التكلفة السنوية بـ 60000 دج (Lamri, 2017, P: 06).

كما تشير التقديرات والإحصائيات على أن (79000) طفل في جميع أنحاء العالم يصابون بداء السكري من النوع الأول كل عام.

يتخلل تاريخ المرض المزمن (الفحوصات، والإعلان عن التشخيص والعلاجات وأثارها) سلسلة من الأحداث الضاغطة التي تثير قلق المرضى والآثار الاكتئابية والمعاناة وتغيير الهوية والشعور بالضعف وما إلى ذلك. يصاحب العديد من الأمراض المزمنة آلام واضطرابات في النوم وأمراض نفسية فيزيولوجية مشتركة تؤدي إلى تدهور نوعية حياة المريض وأقاربه.

تحدد الصحة العضوية والعقلية من خلال عوامل متعددة بعضها غير قابل للتعديل (السوابق البيئية والطبية الحيوية والموقفية والسوسيوديمغرافية والسيرة الذاتية الاجتماعية) إلا أن البعض الآخر مرناً نوعاً ما وقابل للتعديل (بعض خصائص الشخصية: احترام الذات والإحساس بالكفاءة الذاتية المدركة والمعارف والسلوكيات واستراتيجيات المواجهة) (Untas. ) (A et Al, 2016, PP: 12-13). وهو ما يهدف إليه علم نفس الصحة ضمن المنظور التعاقدى التكاملى المتعدد العوامل (TIM) الذي يسمح للمختص النفسى الصحى باستخدام تقنيات مختلفة في وقت واحد أو على التوالي على طول مسار كل مريض وفقاً لمساهمة كل منها. ومدى وملاءمتها لهوية المريض والأهداف المستهدفة.

" يتميز المسار التنموي (La Trajectoire Développementale) للشخص بعدة عوامل مترابطة، تتفاعل عوامل الحياة وعوامل الخطر (السلبية) باستمرار ولها تأثير على المسار الديناميكي للتكيف أو سوء التوافق " (Bergeron, G et Al, 2018, P: 09).

لذلك تلعب هذه العوامل دوراً مؤثراً على سلوك الشخص المصاب بمرض مزمن حيث تحدد نوع المخارج (Issues) التي سيسلكها حسب النموذج التعاقدى والتكاملى والمتعدد العوامل (TIM) (Transactionnel Intégratif et Multifactoriels) (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014)

فلماذا داء السكري من النوع الأول؛ كما هو معروف يجب أن يلتزم الأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم بداء السكري من النوع الأول ببرنامج رعاية معقد يحتوي على عدة مكونات والتي قد تكون صعبة في فترة المراهقة والبلوغ. تستوجب هذه الفترة الانتقالية الحاسمة على المراهق المقبل على مرحلة الشباب تحمل المزيد من المسؤولية لإدارة داء السكري لديه، وفي نفس الوقت يسعى جاهداً لتأسيس استقلاليته. فأظهرت الأبحاث أن الالتزام بخطط علاج داء السكري من النوع الأول تتدهور عادة خلال هذه الفترة.

فمن ملاحظتنا الميدانية، يُبدي هؤلاء المرضى صعوبة في متابعة الرعاية الذاتية للسكري والتي تعتبر الحلّ والعلاج الوحيد لهؤلاء المرضى من أجل تقادي كل أنواع

المضاعفات المحتملة. وهو الأمر الذي عبّر عنه الأطباء المشاركون في دراسة " فورنيي وآخرون " (Fournier, et Al, 2009)، فأكثر من 65% منهم بينوا أن الصعوبة الرئيسية لمرضى داء السكري هو التزام المريض بالنظام الغذائي والنشاط البدني.

وما هو ملفت للنظر أنه تم إجراء قدر كبير من الأبحاث في التراث السيكلوجي على المصابين بداء السكري من النوع الأول ونتائج الالتزام بالعلاج السيء وترابطه بشدة وبمخاطر مضاعفات الأوعية الدموية الدقيقة أو ما يعرف بالمضاعفات المزمنة (مثل اعتلال الشبكية أو اعتلال الكلية). وترابطه بظهور الاضطرابات النفسية بم في ذلك القلق والإكتئاب.

كما يشمل العوائق التي تحول دون الإدارة الفعّالة لمرضى داء السكري من النوع الأول مرحلة من الإضطراب النفسي (**Agitation Psychologique**) والضغط النفسي من طرف الأقران، ونقص المعرفة وفهم خطط الرعاية والعلاج والمضاعفات المصاحبة المحتملة والتعب من المراقبة الذاتية للسكري، إضافة إلى خوض تجارب صعبة في العلاقات الاجتماعية سواء داخل الأسرة أو خارجها.

هذا وتؤكد الجهود في التراث السيكلوجي أنه مرتبط بانخفاض درجات نوعية الحياة لدى المرضى المصابين خاصة الشباب منهم. فما لُوْحظ في الواقع والميدان هو ذلك التناقض بين التعليمات الطبية والعلاجية والسلوك الفعلي للمرضى فأصبح من المهم تقدير درجة نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لمعرفة مدى تأثير المرض على المريض في جوانب عدّة، الأمر الذي دفع بالعديد من الباحثين والممارسين بالقيام بالعديد من الدراسات والبحوث في هذا الميدان.

ومن بين الدراسات التي قيمت نوعية الحياة بداء السكري والعوامل المرتبطة بتغييرها نجد دراسة يازيدي وآخرون (Yazidi et Al, 2020) التي قيمت نوعية الحياة لسكان تونسيين بالغين مصابين بداء السكري من النوع الأول، أين وجد لديهم إدراك ضعيف لنوعية حياتهم والتي تعبّر عن تقييمهم العميق لآثار داء السكري من النوع الأول وعلاجاته المعقدة التي

كانت أحد أهم العوامل بتغيير نوعية الحياة (كأخذ جرعات منخفضة من الأنسولين أو غير كافية وارتفاع معدلات دخولهم للمستشفى بسبب ظهور بعض المضاعفات الحادة والمزمنة، بل وأكثر من ذلك فما زاد ضعف إدراكهم لنوعية حياتهم هو ضعف المستوى الاجتماعي والاقتصادي لديهم. فبينت دراسة تيراسون (Terrasson, 2019) أنّ نوعية حياة المراهقين تتأثر بتصورهم الذاتي لداء السكري وبإدراك أمهاتهم عن مرض السكري فكلما كانت سلبية كانت نوعية الحياة منخفضة لدى المرضى.

بينت دراسة تيراسون أنّ الأسرة تشكل متغيراً وسيطاً بين تصور المرض ونوعية الحياة لدى المرضى المراهقين (خاصة عند الأمهات لأن الأمر يتعلق بمخاوف الأمهات أكثر من مخاوف الآباء). لقد كان من أهداف الدراسة هو دراسة للمحددات النفسية والاجتماعية وما لها من تأثير على نوعية الحياة وأهمية تداخل هذه العوامل في إدارة داء السكري وفي تحسين نوعية الحياة لدى المصابين الشباب. نفسه كان الهدف من دراسة ستيتو (Stitou, 201) وهي دراسة بعض الخصائص الإكلينيكية وشبه الإكلينيكية التي لها تأثير على نوعية حياة مرضى السكري.

إن محددات نوعية الحياة متعددة، فهو مفهوم واسع جداً يتأثر بالصحة الجسدية للفرد، فالمرضى بداء السكري يحسّنون إدراكهم لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة كلما تحسنت حالتهم الصحية من خلال استقرار التوازن السكري (L'équilibre Glycémique) لديهم وعدم التعرض لأي نوع من المضاعفات سواء الحادة أو المزمنة. وهو ما استنتجته دراسة بانهاالوموهن (PanhaleuxMohn, 2010) لدى عينة من مرضى السكري الذين زرعت لهم جزر لانجرهانز. ف لوحظ تحسن في نوعية الحياة بعد الزرع على مدى مستوى التقييمات بعد الزرع، إضافة إلى تحسن ملحوظ في التوازن الأيضي بعد 6 أشهر و 1 سنة بعد الزرع بمتوسط سكر تراكمي أقل من 6.5% مقارنة بأكثر من 8% قبل الزرع. والأهم من ذلك لم يعاني المرضى من نوبات انخفاض نسبة السكر في الدم الشديدة الأمر الذي أثر على نوعية الحياة لديهم خاصة تحسين الجانب النفسي لمقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة (SF-36)

مع استقرار أفضل لنسب السكر في الدم. في نفس السياق نجد دراسة شلابي وبورنان التي هدفت إلى تقييم نوعية الحياة للمصابين بداء السكري المنتمين إلى جمعية مرضى السكري الجزائريين بولاية المسيلة فتوصلت إلى أن وجود الدعم والمساندة من طرف الجمعية ووجود الدعم المادي كتوفير الأدوية وتقديم الإرشاد والمتابعة الصحية الدورية كان له تأثير على حسن الحال لدى عينة الدراسة وبالتالي التمتع بنوعية حياة إيجابية.

لقد أصبح جلياً أن بعض العوامل النفسية والاجتماعية وبعض الخصائص الشخصية والموقفية لها تأثير على المراقبة الجيدة من خلال إستراتيجيات التكيف والذي يسعى علم نفس الصحة لإبرازها كعوامل إما وقائية أو عوامل إمرضية تؤثر على إدارة داء السكري وعلى نوعية حياة المصابين. وهو ما تم استنتاجه من دراسة وصفية جمعت بين النهج الكمي والنهج النوعي لحصر العوامل المؤثرة في العملية العلاجية قام بها إفارزيون ( **IFarsioune, 2017**) على عينة من مرضى داء السكري من النوع الثاني. لقد شملت هذه العوامل ثلاث مستويات: (1) أولها العوامل المتعلقة بهيكل وتنظيم الرعاية، (2) ثانياً العوامل المتعلقة بالمهنيين الصحيين فيما إن كانت لديهم مهارات التواصل والتكوين في ممارسة التربية العلاجية من أجل تدريب المرضى لتخطي الحواجز وتلبية الاحتياجات لإدارة الأنسولين بطريقة جيدة، (3) أما الأبعاد المتعلقة بالمرضى فتمثلت في الخصائص الاجتماعية والنفسية والديمغرافية والثقافية.

وأهم هذه العوامل النفسية والاجتماعية نجد معتقدات المرضى وتصوراتهم فيما يتعلق بالأنسولين ودرجة معرفتهم بداء السكري والأنسولين ودرجة التمكين (**Empowerment**) وكذا توقعاتهم واحتياجاتهم التربوية من أجل ملائمة مثلى.

وعليه من خلال تحديد أهم العوامل المؤثرة في نوعية الحياة المتعلقة بالصحة أثبتت دراسة بوردل مارشاصون وآخرون (**Bourdel- Marchasson et Al, 2011**) أنه ينتج عن تحسين نوعية الحياة للأشخاص المصابين بالسكري الوقاية الأفضل من مضاعفات داء السكري ومواجهة أفضل للصعوبات الاجتماعية والاقتصادية مع تخطيط أفضل للأهداف

حسب احتياجاتهم. فما تؤكدُه دراسة تيام (Thiam, 2015) أمام المرض المزمن، أن التغيير في السلوك يعتمد على عدة عوامل تتعلق بالشخصية والبيئة والتجارب وتصورات المريض والإحساس بالقدرة والمعاش النفسي و الانفعالي وإلى نوع العلاقة العلاجية بين الطبيب والمريض. مؤكدة أيضا على ذلك دراسة سلطان وآخرون (Sultanet Al 2003) إلى أنه يجب مراعاة العديد من العوامل لتعزيز السلوكيات الصحية لدى مرضى داء السكري من النوع الثاني كالانفعالات السلبية وأساليب المواجهة وتصورات المرض وإدراك الخطورة. وتمر هذه العملية من خلال تحسين نوعية الحياة وتعديل القيود واستهداف المعلومة المقدمة للمريض والموقف النشط اتجاه المرض.

فلماذا الاهتمام بالتصورات حول المرض وبالكفاءة الذاتية لتحسين نوعية حياة المرضى الشباب بداء السكري ولاكتساب سلوك الرعاية الذاتية للسكري؛ أمام المرض المزمن لا يتفاعل المرضى المصابون بنفس الطريقة فليس المرض المزمن هو السبب في الحالة الإنفعالية التي يتواجد فيها المريض إنما طريقة تقييمه للتصورات التي لديه من خلال أفكاره و معارفه هي التي تولد الانفعالات والمشاعر والتي تترجم عن طريق السلوكيات (Palazzolo, J, 2016, PP : 12-13)، فيتصرف المريض بالفعل على أساس ما لديه من معتقدات وعلى أساس إحساسه بالقدرة على أداء هذا الفعل.

لهذا يعتمد الباحثون والممارسون في مجال علم نفس الصحة في فهمهم وتفسيرهم للمظاهر السلوكية على الطريقة التي يفكر بها المريض ويتصورها عن طبيعة وحجم مرضه، وهو عامل مؤثر في العلاج وهو الذي يقترحه نموذج التنظيم الذاتي لليفتثال (Leventhalet Contrada, 1998) بأن تصوّر المريض لمرضه ضروري في تحديد كيفية تصرفه عند مواجهة خطة العلاج لهذا المرض. ولقد استخدم نموذج ليفنتال على نطاق واسع في مجال الأمراض المزمنة وعليه يظهر أن أخذ تصورات المرض في الاعتبار هو عامل مهم في الإلتزام بالعلاج وفي المراقبة الذاتية لمرضى داء السكري من النوع الأول.

فاستخلصت دراسة بوردينت وآخرون (Broadbent et Al, 2006) أن لكل من المعتقدات الضابطة والمتصورة والفعالية الذاتية هي من العوامل المؤثرة في التمثيل الغذائي الذي يرتبط بدوره بطريقة تقديم المعلومات حول الالتزام بالنظام الغذائي والأدوية والتمارين الرياضية وهو يبين ما لأهمية التواصل في مجال الرعاية الصحية.

وجاءت أيضا دراسة أخرى لبوردينت وآخرون (Broadbent et Al, 2011) أن لتصورات مرضى السكري دورٌ فعال في العلاقة بين الالتزام العلاجي ومراقبة نسبة السكر في الدم، فارتبطت التصورات بالالتزام بالأنسولين على أنه أكثر فائدة لمرضى السكري وتشير النتائج إلى أنه في الممارسة العيادية يمكن تحسين الالتزام عن طريق تغيير تصورات المرضى للمرض والعلاج.

كما بينت دراسة لين وآخرون (Lyne et Al, 2007) لما لاستخدام نظرية التنظيم الذاتي من أهمية، ضمن دور الرعاية المنتظمة في تحسين تصورات المريض بالسكري حول المرض والعلاج. وعليه إن الفهم الجيد لتصورت المرضى المراهقين والشباب المصابين بداء السكري من النوع الأول باستكشافها ومعرفة كيفية تطورها لدى المرضى، سيوفر معلومات قيمة لتحسين إدارة مرض السكري لديهم. ومن بين الدراسات التي استخدمت النموذج الشائع للتصورات حول المرض (Petrie et Wienman, 1997) المستنبط من نظرية التنظيم الذاتي للينفثال (Leventhal, 1986). نجد دراسة جونكر وآخرون (Jonker et Al, 2018)، والتي أسفرت نتائجها أن أهم العوامل التي تساعد التصورات حول المرض في الإدارة الفعالة لدى السكري هي ثلاثة أنواع؛ (1) -اكتساب المعرفة الكافية، (2) - وتمكين الذات (Empowerment) الذي يساعد في الامتثال لبروتوكول الإدارة الإلزامية، (3) وتقبل القدر. فشعور المرضى في أن إدارة السكري ستكون مفيدة، لأنها تُجنب العواقب الصحية الضارة، ساعدهم بمرور الوقت بإدراك وتقبل المرض أنه جزء من حياتهم. وعليه تُعد المشاركة في برنامج التربية العلاجية من خلال الخبرة العملية فرصة لاكتساب المعرفة والدراسة والمواقف، فرغم اختلافهم لكن قدرتهم على التكيف مع المرض ساعدهم على تقبله.

بالفعل إنّ معرفة طبيعة المعتقدات الصحية والتصورات حول المرض للفرد المصاب، تساعد على تبني تدخلات علاجية فعّالة نحو السلوك الصحي من ممارساته اليومية في التغذية والنوم والنشاط البدني وكيفية استجابته للضغط النفسي ومعالجته للانفعالات وطريقة وتوجهه في الحياة، مؤكدة على ذلك دراسة مايبكا (Mabika, 2016) التي أجرت دراسة تجريبية مقارنة بين النساء الحوامل المصابات بداء السكري تلقت المجموعة الأولى النهج المتمركز حول المريض (Approche centrée sur le patient) والثانية تلقت النهج البيو طبي (Biomédical) فتوصلت إلى أنّ التصورات المرتبطة بالمرض تؤثر بشكل كبير على الامتثال العلاجي الذي يعود للنهج المتمركز حول المريض للمجموعة الأولى مقارنة بالمجموعة الثانية للمشاركات.

إن لحظة التقييم التي يقوم بها الفرد في أنّ لديه الثقة في قدرته على القيام بالسلوك المستهدف يتم عبر عملية معرفية للتصورات التي كونها الفرد حول مرضه، لتدخل في هذه المعالجة أو التقييم. لهذا تعتبر القدرات والمهارات والخبرات والتجارب الحياتية من أهم العوامل المؤثرة على الدوافع المساعدة على النجاح (شكشك، 2009، ص: 212).

فيعتبر الإحساس بالكفاءة الذاتية الأساس لأي تقدم في عملية الرعاية الذاتية للسكري، فتأثيره قوي على الدافعية والتحفيز، فكلما اعتبر مريض السكري نفسه قادراً على القيام بعمل ما، زادت دافعيته لبذل المزيد من الجهود لتبني السلوكات المناسبة لإدارة مرضه بشكل جيد. وهي من بين العوامل الوقائية التي تحمي الفرد من آثار الإصابة باضطرابات جسدية وعقلية كونها من أهم الأساليب المستمدة من نظريات التعلم الاجتماعي (كالتفاؤل ومركز التحكم والفعالية الذاتية) (Bruchon, Schweitzer et Boujut, P:14).

وهو ما أشار إليه باندورا (Bandura, 2019) كلما زاد الشعور بالكفاءة الذاتية، زادت قدرة الفرد على مواجهة التحديات والحفاظ على الدافعية والعمل على تبني السلوك المستهدف وبالتالي الإنجازات والرفاهية الذاتية (Bandura, 2019, P: 07).

وفي هذا السياق، من الضروري تحديد إستراتيجيات التكيف من خلال استكشاف للعوامل الموقفية والشخصية (فهم وتصور المرض والتنشئة الاجتماعية والعلاقات في الأسرة والفعالية الذاتية) وخصائص المرض (عدد وتكرار ونوع العلاج المتبع والقيود في الحياة اليومية) ونوعية العلاقة بين مقدم الرعاية والمريض (المعلومات والاتصال وكفاءات مقدم الرعاية *Posture éducative*)، التي تؤثر على العملية العلاجية للمرضى، كلها ستتيح لنا معرفة سبل تحسينها وتعزيزها وبالتالي تحسين مستوى الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية (BPS) لهؤلاء المرضى الشباب وحمايتهم من مضاعفات السكري المحملة (Colson, S, 2015, P : 16) وذلك بإدخال متغير التربية العلاجية لإبراز دوره في تحسين وتعديل التصورات حول المرض والكفاءة الذاتية للرقى بالصحة الجسدية والانفعالية والمعرفية للمرضى الذي يسمح بالشعور بنوعية حياة إيجابية.

فلماذا التربية العلاجية ضرورية دائماً في علاج الأمراض المزمنة من اجل هذا الأساس وكما جاء في تقرير للمنظمة العالمية للصحة (OMS) تُعد من بين أهم مهام الصحة العامة هو تحسين الحالة الصحية ونوعية الحياة للأفراد ومراقبة وملاحظة الحالة الصحية ومحدداتها. إضافة إلى تقديم المعلومات والتربية الصحية وتنظيم نقاشات عامة حول القضايا الصحية وعوامل الخطر (Rollet 2015, P: 16-17).

أين شهدت الجزائر في السنوات الأخيرة ظهور وتطبيق برامج التربية العلاجية (ETP) بشكل ملحوظ بهدف دعم الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة في تجربة مرضهم والحد من عدم الالتزام بالعلاجات. والحد من حدوث المضاعفات وتحسين نوعية الحياة للمرضى.

من بين هذه البرامج تلك الموجهة لمرضى داء السكري نظرا لتزايد أعدادهم في المجتمع. الهدف منها هو نقل المهارات (مهارات الرعاية الذاتية ومهارات التكيف) إلى المرضى بداء السكري. والتي يحتاجون إليها لتحقيق توازن داء السكري من خلال سلوك الرعاية الذاتية للسكري وتجنب تدهور حالتهم الصحية.

فلاحظ الباحثون والممارسون من خلال الدراسات التي أجريت على مرضى داء السكري الذين شاركوا في برامج التربية العلاجية سواء التي تم تقديمها داخل مصالح المستشفيات أو في العيادات الخاصة، الآثار الإيجابية لهذه البرامج على التزام المريض وكشفت عن تحسن فيتوازن نسب السكر في الدم لديهم، من خلال اكتساب معارف حول المرض وعلاجاته، فهي إضافة إلى ذلك تعزز المشاركة الطويلة الأمد للمرضى في الرعاية والرقابة الذاتية للسكري والتقليل من الضغط النفسي الذي يشعرون به في إدارة المرض.

تتعلق التربية العلاجية للمريض (ETP) بجميع الإجراءات التعليمية المتعلقة بالعملية العلاجية للأمراض المزمنة وتعتمد كلياً على مقدمي الرعاية. تتعلق التربية العلاجية للمريض، بالمريض في المقام الأول وبمحيطه، ويتعاونون مع مقدمي الرعاية لتحسين والحفاظ على نوعية الحياة لديهم (Karam, Y, 2010, P: 14). جاءت هذه البرامج للرد على الطريقة الخطية للعلاج؛ حيث كل واحد من المختصين الصحيين يأخذ جانباً علاجياً للمريض دون الأخذ بعين الاعتبار شموليته وأجزائه (تاريخه الشخصي، وجانبه البيو نفسي اجتماعي). وبذلك التكفل يكون للمرض لا للمريض (المدرسة الوطنية للصحة العمومية، 2003، ص: 24).

فلم تعد السيرورة العلاجية متمركزة على الطبيب باعتباره الخبير والفاعل الرئيسي في العملية العلاجية، كما لم يعد دور المريض مقتصرًا على مجرد الاستشارة والحصول على المعلومة المتعلقة بمرضه، وإنما أصبح له مكانة مهمة من خلال إشراكه في العلاج ضمن النموذج التشاركي التبادلي (علاقة الشراكة) وهي تتوافق مع التربية العلاجية وهي التحالف العلاجي، أي علاقة تكافؤ بين الكبار والبالغين لوضع أهداف مشتركة وسبل الوصول إليها. وهو ما يطمح له مقدمو الرعاية في التربية العلاجية بجعل الممارسة ضمن هذه العلاقة متمركزة حول المريض والرعاية الشاملة بين المريض والمهنيين الصحيين والأطباء والمسعفين الذين يعملون كفريق واحد (Grimaldi, A, 2012, P: 28).

نفس الأمر الذي هدفت إليه دراسة شارلو وآخرون (Scharloo et Al, 2007) لدور التواصل في مجال الرعاية الصحية في تحسين التصورات المعرفية والانفعالية وفي الرفع من نوعية الحياة لدى المرضى الذين يعانون من الانسداد الرئوي المزمن ضمن الأنشطة المقدمة والتي تعزز دور العلاقة العلاجية في العملية العلاجية.

وعليه حتى تصل التدخلات المستعملة في برنامج التربية العلاجية إلى تعديل وتحسين هذه العوامل النفسية والاجتماعية التي تؤثر في سلوك المريض، توجب على مقدم الرعاية في هذه البرامج امتلاك مهارات التواصل الفعالة وهو ما يسمى بالموقف التربوي لمقدم الرعاية (Posture éducative).

ونعلم جيداً أن المعتقدات تتأثر بوسائل الإعلام والأسرة والأفكار الشخصية البعيدة عن الواقع وكلها تتدرج في مفهوم التصورات حول المرض التي يجد مقدم الرعاية صعوبة في الوصول إليها، ولن يكون ذلك ممكناً إلا من خلال تعزيز التواصل والاستماع إلى المريض، الأمر الذي أكدته دراسة بوردون (Bourdon, 2012) التي تمت في مجال الرعاية المتخصصة لمرضى داء السكري وأمراض الغدد الصماء، وهو بحث نوعي سمح من خلال المقابلات شبه المنظمة من شرح أهمية العلاقة بين المعالج والمعالج (Soignant- Soigné).

وعليه تساعد التربية العلاجية مُقدم الرعاية في كيفية مرافقة المريض نحو تقبل مرضه المزمن وهو ما جاءت به دراسة لامي (Lamy, 2017) كون الكثير من المرضى يتحدثون مقدمي الرعاية بسبب موقفهم المعارض لمرضهم المزمن. لتأتي دراسة بودرون بوقا وآخرون (أ) (Baudrant- Boga,(a), et Al, 2009) كغيرها من العديد من الدراسات والتي هدفت إلى تحديد أهم المبادئ التي يُعتمد عليها في تصميم الأداة التعليمية ضمن مشروع التربية العلاجية لمرضى داء السكري من النوع الثاني والتي يمكن لها أن تساعد في تحديد المواقف التعليمية التي تعزز تنمية المهارات المفيدة للإدارة اليومية لمرضهم وعلاجهم.

فتوصلت الدراسة أن مواقف التعلم القائم على حل المشكلات يعتمد على مبدئين:

(1) - أولهما هو خبرة المريض؛ فيما يتعلق بمرضه وعلاجه وأن لديه عوامل شخصية كتصوراته التي تسمح له بوضع إستراتيجيات إدارة المواقف اليومية لمرضه وعلاجه (2)- أما الثاني فيتمثل في تموضع المريض كخبير وقادر على المشاركة في بناء محتوى تعليمي من المواقف اليومية التي يتعرض لها أي لديه القدرة على إيجاد أكثر من حل لموقف يومي ما. إنَّما استنتجته العديد من الممارسين والباحثين للتأثير الإيجابي لإستراتيجيات التربية العلاجية على تغيير معتقدات المرضى حول المرض والعلاج ساعد على تحسين الالتزام ذاتيا بالأدوية وهو حال ما توصلت إليه دراسة بيتري (Petrie, 2012) على التحسن لدى المجموعة التجريبية للالتزام بالعلاج بشكل ملحوظ خلال فترة المتابعة مقارنة مع المجموعة الضابطة لدى الشباب المصابين بالربو. فبعد 18 أسبوعاً زادت لدى المجموعة التجريبية الحاجة المدركة للأدوية الوقائية والتحكم المدرك على الربو.

وهي نفس النتيجة التي توصلت إليها دراسة بيز وآخرون (Peze et Al, 2017) والتي هدفت إلى فهم التصورات التي يربطها المرضى بداء السكري من خلفيات اجتماعية واقتصادية مختلفة، بتجربتهم بالمرض ومشاركتهم في برنامج للتربية العلاجية. فأظهرت النتائج أن من فوائد هذه البرامج هو إمكانية تعديل تصورات المرضى حول المرض.

وهو ما أكدت عليه دراسة تيام (Thiam, 2015) أنّ للتربية العلاجية دور في إدارة الأمراض المزمنة، حيث تم وضع برنامج متناسق ومنظم لتفادي أي انتكاسة لحوالي 2000 مريض بالقلب والأوعية الدموية الذي طوّر لديهم المهارات الفردية والاجتماعية من خلال منحهم المعرفة والدراية والمواقف الحياتية، (Savoirs , Savoir- Faire, Savoir-Être) التي سمحت لهم باتخاذ خيارات شخصية ملائمة لصحتهم ساعدت في تحسين مفهومهم وإدراكهم لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة.

هو نفسه ما هدفت إليه دراسة بوالرزق (Bourizek, 2014) من خلال تقييم آثار التدخل التعليمي أو التربية العلاجية مع مرضى داء السكري من النوع الأول في منطقة الشرق الأوسط من خلال تحسين فعاليتهم الذاتية وقدرتهم على الرعاية الذاتية لمرضهم من

أجل جعل التزامهم بالعلاج هو الأمل قدر الإمكان. كما بينت نتائج دراسة هورو (Hoareau, 2015) كدراسة وصفية بيو طبية نفسية واجتماعية، لأهمية ورشات العمل للتربية العلاجية التي تساعد على اكتساب المهارات النفسية والاجتماعية، خاصة اكتساب إستراتيجيات مواجهة متمركزة حول المشكل وحول الدعم (الدعم الأسري والأصدقاء والفريق المعالج) بدلا من المتمركزة حول الانفعال التي صاحبها القلق والإكتئاب.

وتمثلت أهداف دراسة ألبرجس (El Gerges) في قياس تأثير برنامج التربية العلاجية مع مرضى لبنانيين مصابين بداء السكري من النوع الثاني من حيث الضغط النفسي والامتثال العلاجي وقياس السكر التراكمي والمعتقدات الصحية والكفاءة الذاتية في إدارة داء السكري وتطبيق سلوكيات الرعاية الذاتية ونوعية الحياة. تلقت من خلاله المجموعة التجريبية برنامج التربية العلاجية من طرف فريق متعدد التخصصات مكوّن في هذا المجال وباستعمال أدوات تعليمية وبيداغوجية خاصة بالتربية العلاجية، فتم تسجيل تحسن ملحوظ في أغلب هذه المتغيرات. وأهم نتيجة توصلت إليها الدراسة أن الفريق المتعدد التخصصات من مقدمي الرعاية هو الأفضل لمساعدة مرضى السكري في إدارة مرضهم وتحسين نوعية حياتهم. كما كشفت نتائجها أن المشاركة في التربية العلاجية للمريض كانت فعالة وساهمت بشكل كبير في الامتثال للسيطرة على المرض وتحسين نوعية الحياة.

ولتبيان أهمية برامج التربية العلاجية كمكوّن أساسي في إدارة داء السكري تأتي دراسة كرام (KARAM, 2010) التي سمحت بمعرفة الخصائص الرئيسية لبناء برنامج للتربية العلاجية يتوافق مع الجودة المعترف بها عالمياً للوصول للأهداف المسطرة.

وهو ما أكدت عليه توصيات الهيئة العليا للصحة (HAS) والجمعية الفرنسية لتطوير التربية العلاجية (AFdet) في آخر مؤتمر لها المنعقد في فيفري عام 2019 تحت عنوان " من التربية العلاجية إلى تعزيز الصحة" أنه حتى يتم تعزيز مشاركة المريض في الإجراءات العلاجية المتعلقة به وإدارة مرضه وعلاجه، لابد من تطوير واستخدام أدوات تعليمية بيداغوجية تفاعلية تسهل التفاعل بين مقدم الرعاية والمريض حتى يتلقى المريض بكفاية لكل

الرسائل المراد توصيلها وفهمها. وهو ما استخلصت إليه دراسة بودرون بوقا (ب) (Baudrant- Boga, (b), et Al, 2009) أنّ مقدم الرعاية في برنامج مع التربية العلاجية بحاجة لوسائل وتقنيات أكثر تفاعلية تسهل التبادل مع المريض ومن هذه الدراسة يتضح أن التدريب والتكوين المسبق لمقدمي الرعاية أمر ضروري، وتؤكد نتائجها كيف تستطيع التربية العلاجية بوسائلها التعليمية والبيداغوجية ومختلف التقنيات من تبسيط للمفاهيم الطبية المهمة من مفاهيم فسيولوجية أو علامة بيولوجية إلى مفاهيم مُستنبطة من حياتهم اليومية، حتى يتصوّروها ويفهموها بشكل أفضل وبلغة بسيطة.

وكما هو معلوم يعتمد الباحثون والممارسون والدارسون في مجال علم النفس الصحة في فهمهم وتفسيرهم للسلوكيات المجنبة للمرض المزمن ومضاعفاته على العديد من الأفكار والنماذج والنظريات العلمية التي يزخر بها التراث العلمي السيكولوجي والطبي.

ففي هذا الميدان شهدت العقود الثلاثة الأخيرة إقدام مجموعة من العلماء والباحثين من مختلف التخصصات العلمية الصحية على صياغة نظريات ونماذج علمية، بغرض تحديد الأسباب والمتغيرات النفسية الاجتماعية التي تدفع بالفرد إلى ممارسة بعض الأنماط السلوكية الصحية دون الأخرى. فحسب المنظمة الفرنكوفونية لعلم النفس الصحة (SFPSA) وعضو في الجمعية الأوروبية لعلم نفس الصحة ( European Society Of Health Psychology)، فإن بحثنا الحالي يحاول إبراز دور علم نفس الصحة في برامج التربية العلاجية. ويرجع الفضل لهذا التخصص الجديد في علم النفس بشكل خاص في:

- (1)-تحديد الهشاشة النفسية المرتبطة بشكل متكرر بالأمراض المزمنة؛
- (2)- المساهمة النظرية حول مفهوم تصورات الصحة المرض؛
- (3)- وأخيرا في مساهمته في التقنيات والتدخلات التي تعزز الالتزام العلاجي

(Dantzer, C, 2010, P: 02).

يُعدّ هذا التخصص من أحدث النماذج التي تستجيب للتحديات المجتمعية كونه يسمح بتطوير مختلف التدخلات وتحسين أنظمة الرعاية الصحية، وهو ما تشهد عليه العديد من الكتب والمؤلفات والبحوث على حيوية هذا النظام الشاب على المستوى الدولي يهدف علم نفس الصحة حسب ما جاء به آخر مؤتمر لهذا التخصص والذي انعقد في جويلية عام 2021 عن طريق التحاضر عن بعد، تحت عنوان " المريض ومحيطه: أيّ تفاعلات؟ " لمساعدة المرضى المزمنين بإستراتيجيات مسيرة حياتهم وفق أسلوب توافقي وبناء، في المواقف المختلفة التي يواجهونها في حياتهم اليومية. فحتى المجتمعات المتقدمة، أصبح فيها السؤال " كيف يجب أن نعيش " أكثر وروداً وأهمية من السؤال " كيف نشفى ". وعليه تتعلق المساهمة العملية لعلم نفس الصحة بتطوير تدخلات علاجية نفسية محددة بناءً على الجوانب التي تمّ إبرازها في الدراسات التجريبية، لاسيما تجربة المرض المزمن الذي يعاني منه المرضى.

وهذا يشمل كلاً من البحث عن العوامل النفسية والاجتماعية التي تعزز نوعية الحياة. ووضع وتنفيذ التدخلات العلاجية المعززة للتجارب الإيجابية والتي تقلل من التجارب السلبية (Dantzer, 2010, P : 08). تعمل بشكل عام كل هذه التدخلات العلاجية المختلفة إلى تحسين تقدير الذات وتحفيز المريض ورفع دافعيته وإعادة تنظيم التصورات والتعديل الانفعالي وتبني سلوكيات جديدة وكيفية إدراك العقد العلاجي أو العلاقة العلاجية(بحوالي 30%) .ويعتمد التحسن في حالة المرضى أيضا على التقنية المستخدمة (15%) وموقفه من هذا التدخل (15%) الباقي يرجع إلى عوامل أخرى مختلفة (إعادة التعافي العفوي ودعم اجتماعي من المحيط... ) (Untas, A, et Al, 2016, P : 13-14).

لهذا يسمح علم نفس الصحة باستعمال العديد من التقنيات والتدخلات من مختلف الأطر النظرية في مجال التربية العلاجية للأمراض المزمنة. كون هناك العديد من المحددات التي تلعب دور في ظهور أو تطور المرض المزمن. وكل عامل نفسي اجتماعي يحتاج إلى

نوع من التدخلات سواء كانت نفسية أو معرفية سلوكية أو تربوية لمساعدة المريض في مواجهة متطلبات المرض المزمن.

حيث اعتمد رتشاردسون وآخرون (Richardson et Al, 2019) في دراسته على تحديد التدخلات النفسية التي كانت فعالة في تحسين نوعية الحياة وتقليل الضغط النفسي وحالات الإكتئاب والقلق لدى مرضى سرطان الرأس والعنق. فتم تحديد 21 دراسة شملت على أهم التدخلات التي تم اختبارها من العلاج السلوكي المعرفي (TCC) والتربية النفسية (Psychoéducation) والتأمل (Méditation) واليقظة و الوعي الكامل (PleineConscience) والعلاج الجماعي (Thérapie de Groupe) ومبادرات الرعاية الصحية عن بعد (Télé Santé).

فالعديد من الدراسات والبحوث ركزت على أهمية الاستناد إلى هذه النظريات والنماذج عند تطبيق برامج موجهة لمرضى السكري في مختلف المستويات العمرية. وهو ما خلصت إليه دراسة العدوان وجبريل (2014) التي طبقت برنامج إرشادي يستند إلى النظرية المعرفية والسلوكية على مجموعتين تجريبية وضابطة إلى استنتاج مفاده أن البرامج الإرشادية لها فعالية في خفض الضغوط النفسية والإكتئاب لدى عينة من المصابين بداء السكري كونها استعملت المهارات والتدريبات على المخططات المعرفية لتعديل الأفكار السلبية، وبالتالي كانت عامل مؤثر في انخفاض مستوى الإكتئاب لدى المجموعة التجريبية.

أما دراسة المومني وحسبان (2021) فقد استندت برنامجها الجماعي الإرشادي على العلاج الأدرلي (العلاج النفسي لأدلر) في رفع مستوى الكفاءة الذاتية لدى اللاجئات السوريات المعنفات. مروراً بدراسة الزغبي (2014) التي هدفت إلى إبراز فعالية برنامج تدريبي قائم على نظرية التعلم المعرفي الاجتماعي في تنمية الكفاءة الذاتية المهنية لدى الطالبات المعلمات ضمن مسار صعوبات التعلم في مجال التربية الخاصة في السعودية، حيث أكدت الدراسة أن مفهوم الكفاءة الذاتية للفرد يتضح من خلال الإدراك المعرفي لقدرته

الشخصية من خلال تعدد الخبرات التي يمر بها، حيث تؤثر هذه الخبرات على التقييم الذاتي لقدرته ومدى ثقته بنفسه ومن ثم الشعور بالقوة في أثناء مواجهة المواقف الضاغطة.

إن هذا الزخم من الدراسات الحديثة نوعاً ما جاءت إلا لإثبات فعالية برامج التربية العلاجية كنهجٍ يدمج كل الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية والنفسية والاجتماعية.

إن تحديد إشكالية البحث الحالي وصياغة فروضه، يحتاج إلى وقت طويل نسبياً، وصول ويجول الباحث أثناءه في ثنايا الفكر والتراث والنظريات، كما يحتاج إلى التأمل وفحص الواقع الميداني. ومن ثم كان لابد علينا التأمل جيداً في الميدان وفي الواقع المعاش لمرضى داء السكري لفهم وتفسير وإعطاء معنى للنتائج المتحصل عليها في هذا البحث.

هي تجربة مع فئة عمرية تتسم بمرحلة رسم الآمال والمشاريع وتحقيق الإنجازات، غير أنهم وفي عزّ شبابهم قد يجدون الإصابة بمثل داء السكري عائقاً، قد يحول دون تحقيق ذلك. فسرد واقع المرضى من خلال بحثنا الحالي هو كمحاولة لتحويل اليأس إلى حافز، يدفع بهم ليس كمرضى فقط، لكن كقوة شبابية لتحقيق على الأقل هدف أو هدفين من بين العديد من الأهداف المسطرة مع الفريق المتعدد التخصصات. ونعتقد أن هذا الحافز هو معنوي أكثر منه مادي وأكثر من مجرد الحصول على دواء أو وصفة أو تحاليل.

وانطلاقاً من مشكلة البحث يقوم بحثنا الحالي بدراسة أثر تطبيق برنامج التربية العلاجية على نوعية الحياة لدى المصابين بداء السكري من خلال تعديل وتحسين العوامل النفسية والاجتماعية للتصورات حول المرض والشعور بالكفاءة الذاتية كمحددات وعوامل مؤثرة على نوعية حياة عينة البحث.

وبناء على هذه الجهود القيّمة من دراسات وبحوث في التراث السيكلوجي والطبي حول دور التربية العلاجية للمريض (ETP) في تحسين مستوى نوعية حياته، سنطرح السؤال التالي: هل لبرنامج التربية العلاجية للمريض دور في تحسين نوعية حياة المرضى بداء السكري من النوع الأول من خلال تعديل ما يحملونه من تصورات حول مرضهم والرفع من مستوى الإحساس بفعاليتهم الذاتية لتحقيق سلوك الرعاية الذاتية للسكري والوصول

إلى النتيجة المرغوبة وهي تحسين الحالة النفسية والانفعالية والجسدية للشباب المصاب من أجل التزام أفضل اتجاه المرض.

ويتفرع عن هذا السؤال العام الأسئلة الفرعية التالية:

(1)- هل يعاني مرضى السكري من النوع الأول من تدهور في نوعية الحياة المتعلقة بالصحة؟

(2)- هل يعاني مرضى داء السكري من النوع الأول من انخفاض في مستوى الفعالية الذاتية؟

(3)- هل يعاني مرضى داء السكري من النوع الأول من تصورات سلبية حول المرض؟

(4)- هل توجد فروق دالة إحصائية في مقياس نوعية الحياة بين القياسين (القبلي والبعدي) ثم بين القياسين (البعدي والتتبعي) تعزى لتطبيق برنامج التربية العلاجية؟

(5)- هل توجد فروق دالة إحصائية في مقياس الكفاءة الذاتية العامة بين القياسين (القبلي والبعدي) ثم بين القياسين (البعدي والتتبعي) تعزى لتطبيق برنامج التربية العلاجية؟

(6)- هل توجد فروق دالة إحصائية في مقياس إدراك المرض المختصر بين القياسين (القبلي والبعدي) ثم بين القياسين (البعدي والتتبعي) تعزى لتطبيق برنامج التربية العلاجية؟

## 2- فرضيات البحث:

ومنه تمت صياغة فرضيات البحث كالاتي:

(1)- يعاني مرضى داء السكري من النوع الأول من مستوى منخفض في نوعية الحياة المتعلقة بالصحة.

(2)- يعاني مرضى داء السكري من النوع الأول من انخفاض في الفعالية الذاتية.

(3)- يعاني مرضى داء السكري من النوع الأول من تصورات سلبية حول المرض.

4- توجد فروق دالة إحصائية عند المستوى ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات مقياس

نوعية الحياة المتعلقة بالصحة في القياسين (القبلي والبعدي) ثم في القياسين (البعدي والتتبعي) وتعزى لتطبيق برنامج التربية العلاجية.

5- توجد فروق دالة إحصائية عند المستوى ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات مقياس

الكفاءة الذاتية العامة في القياسين (القبلي والبعدي) ثم في القياسين (البعدي والتتبعي) وتعزى لتطبيق برنامج التربية العلاجية

6- توجد فروق دالة إحصائية عند المستوى ( $\alpha \leq 0.05$ ) بين متوسطات مقياس

إدراك المرض المختصر في القياسين (القبلي والبعدي) ثم في القياسين (البعدي والتتبعي) وتعزى لتطبيق برنامج التربية العلاجية

### 3- أهمية البحث:

- تتجلى أهمية الدراسة في أنها تسد فراغا في الدراسات الإكلينيكية في ميدان التربية العلاجية للمرضى المزمنين.

- أنها تركز على المتغيرات ذات العلاقة الوثيقة بالعلاج المتعدد التخصصات.

- أنها تستخدم المنهج شبه التجريبي في دراسة الظواهر النفسية من حيث تشخيصها وعلاجها.

- أنها تسعى لتقييم فعالية أحد البرامج العلاجية الحديثة ذات الاستخدام الواسع.

- أنها تحقق التكامل بين البحث الأكاديمي والممارسة العيادية الصحية.

- أنها تحقق الفائدة المباشرة لكل فرد يشارك في البحث الأكاديمي للمصابين بداء السكري من النوع الأول وبالتالي تسليط الضوء على هذه الشريحة من المجتمع لكثرة المصابين خاصة فئة المراهقين والشباب ومعرفة حقيقة معاناتهم التي يعيشونها ومدى تقبلهم لمرضهم وكيف يديرونه، خاصة وأن هذه الفترة العمرية تتميز بمرحلة الإنجازات الدراسية

والمهنية والشخصية. فالشباب المرضى بداء السكري، قد يجدون داء السكري عائقًا يحول بينهم وبين تحقيق أهدافهم المستقبلية.

تأتي أهمية البحث الحالي من أهمية المتغيرات التي يتناولها والمتمثلة في نوعية الحياة المتعلقة بالصحة والفعالية الذاتية والتصورات حول المرض عند المصاب بداء السكري، خاصة وأننا نعلم أنّ الفعالية الذاتية والمعتقدات الشخصية من العوامل الوقائية أمام تفاقم المرض ومضاعفاته.

كما تكمن أهمية البحث أيضا من الناحية النظرية والتطبيقية في توفير قدر من البيانات والمعلومات تكشف عن دور التربية العلاجية في تحسين نوعية الحياة لمرضى داء السكري.

وعليه يفيد البحث في الجانب الوقائي والتنبؤي وذلك فيما يقدمه من توصيات بشأن فعالية وأثر التربية العلاجية في الأمراض المزمنة.

#### 4- أهداف البحث:

- التأكيد على أهمية البحث العلمي في ميدان الصحة بالجزائر. فالبحث العلمي يُمكن من الحصول على المعرفة المنهجية والتكنولوجية لتحسين صحة الأفراد والجماعات خاص من طرف الممارسين في الميدان وليس فقط الأكاديميين. (الادريسي، 2012، ص 32)
- يتمثل الهدف الأساسي للبحث الحالي في تقديم المساعدة للباحثين والعاملين في مجال الصحة العضوية والنفسية من أخصائيين نفسانيين وعاملين صحيين على فهم ماهية ودور وأهمية التربية العلاجية للأمراض المزمنة وعلى اكتساب مهارات التواصل التي تساعد في التعامل مع المرضى المصابين بالمرض المزمن قبل التركيز على مرضهم.
- كما يساعدهم على إعطاء فكرة في كيفية التخطيط لبدأ مشروع تربوي في أي مؤسسة استشفائية عمومية أو خاصة الموجهة للتكفل بالأمراض المزمنة وكذا كيفية تقديم وتقييم الحصص الجماعية في إطار التكفل بهؤلاء المرضى.

- إشراك المرضى في الإستراتيجية العلاجية وفي القرارات العلاجية.
- تحديد تأثير برنامج التربية العلاجية فيتحسين بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية التي تلعب دور في تبني سلوك الرعاية الذاتية لدى مرضى داء السكري.
- وصف دور المختص النفسي في علم نفس الصحة والمُكوّن في برامج التربية العلاجية للمريض ETP الأمر الذي سيسمح بإبراز دور علم النفس الصحة، هذا التخصص الحديث في علم النفس ضمن برامج التربية العلاجية. وهو من بين أهم الأهداف التي من خلالها يتدخل المختص النفسي الصحي والمُرَبّي (المُكوّن في برامج التربية العلاجية) ويساعد الفريق المتعدد التخصصات في جعل لدى المرضى تقدير إيجابي للدور الذي يلعبونه في إدارة مرضهم.

## 5- تحديد المفاهيم الأساسية للبحث:

## ■ - داء السكري:

تعريف السكري حسب (CIM) التصنيف الدولي للأمراض ( La Classification )  
(Internationale des Maladies)

مرض السكري هو مرض مزمن يحدث عندما لا يفرز البنكرياس ما يكفي من الأنسولين أو عندما يعجز الجسم عن استخدام الأنسولين الذي ينتجه. الأنسولين هو هرمون ينظم تركيز السكر في الدم. يعتبر ارتفاع نسبة السكر في الدم أول أعراض داء السكري، هناك ثلاثة أنواع من داء السكري، النوع الأول أو السكري المعتمد على الأنسولين أو سكري الطفولة، النوع الثاني أو السكري غير المعتمد على الأنسولين أو سكري البالغين وأخيرا سكري الحمل الذي يحدث أثناء الحمل.

ويرمز لداء السكري في التصنيف الدولي للأمراض (CIM) الذي نشرته منظمة الصحة العالمية (2006) ب: E 10- E 14 (Karam, Y, 2010, P :100).

كما تعرفه منظمة الصحة العالمية (OMS) بأنه: " مرض مزمن يحدث عندما لا ينتج البنكرياس ما يكفي من الأنسولين أو لا يستخدم الجسم الأنسولين الذي ينتجه بشكل صحيح " (Terrasson, J, 2019, P: 08).

بالنسبة لهذا البحث يعرّف المرضى بداء السكري من النوع الأول إجرائيا، أنهم المرضى الذين شاركوا في البحث الشبه تجريبي من خلال مشاركتهم في برنامج التربية العلاجية لداء السكري الذين يُعَالَجون في مصلحة أمراض السكري والغدد الصماء لمستشفى بني مسوس.

## ■ - نوعية الحياة:

يشير مصطلح نوعية الحياة عمومًا إلى مفهوم متعدد الأبعاد يشمل على الأقل المجالات الجسدية والنفسية والاجتماعية بالإضافة إلى الأعراض المتعلقة بالمرض وعلاجاته (Faury, S, et Al, 2019, P: 02).

وتعرفها منظمة الصحة العالمية (OMS) بأنها: " الطريقة التي ينظر بها الأفراد إلى وضعهم في الحياة، في سياق الثقافة ونظم القيم الذي يعيشون فيه فيما يتعلق بأهدافهم وتوقعاتهم ومعاييرهم واهتماماتهم ".

اما مفهوم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة: فمن المفهوم الواسع؛ هي الجوانب النوعية " الكيفية " للحياة المتعلقة بالحالة الصحية للفرد. من مفهوم أكثر دقة؛ هي الإدراك الذاتي للمريض لحالته الجسدية والانفعالية (العاطفية) والاجتماعية فيما يتعلق بآثار المرض والعلاجات (Fischer, G et Al, 2020, P: 168).

بالنسبة لهذا البحث تعرف نوعية الحياة إجرائيا من خلال الدرجة التي يتحصل عليها المصاب بداء السكري من النوع الأول على مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة.

## ■ - الفعالة الذاتية (الكفاءة الذاتية):

حسب باندورا (Bandura, 2019): " الكفاءة الذاتية المتصورة تتعلق بإيمان الفرد بقدرته على تنظيم وتنفيذ مسار العمل المطلوب لتحقيق النتائج المرجوة. وفقًا لهذا فإن اعتقاد الأفراد بفعاليتهم يؤثر على مستوى الأهداف التي يضعونها وعلى مدى قوة التزامهم بها في مواجهة الصعوبات والانتكاسات (Bandura, A, 2019, P:13) هذا التأثير يمكن أن يُمارس على عدّة مستويات؛ على الدافعية وعملية التفكير والتصورات، الحالات والانعكاسات الانفعالية أو حتى على تعديل بعض الظروف البيئية، وفقا لما نسعى للسيطرة عليه.

أما الإحساس بالفعالية الذاتية (SEP) حسب كولسون (Colson, 2015) هو شعور بالقدرة على القيام بمهام تعود على المريض بالفائدة وهو حال توقعات النتائج بناءً على النظرية المعرفية الاجتماعية التي تربط بين السلوك المطلوب والنتيجة المتوقعة . بالنسبة لهذا

البحث تعرف الكفاءة الذاتية إجرائياً من خلال الدرجة التي يتحصل عليها المصاب بداء السكري من النوع الأول على مقياس الكفاءة الذاتية العامة.

### ■ - التصورات حول المرض:

هي المعتقدات والتصورات التي يحشدها المريض والمرتبطة بمعرفته الطبية والشخصية وفيما يتعلق بالنظرة الاجتماعية، فالحياة اليومية مجموعة من الأنشطة وعند ظهور المرض تتعطل هذه الأنشطة (Baudrant- Boga, (a), et Al, 2009,P : 33) وتعني المعتقدات باللاتينية " *Crede* " " أن يكون صحيحاً " ويتم استخدامها لتعيين الالتزام بالأفكار والآراء والقيم، أما معتقدات المرضى فتستعمل كمرادف لمصطلح التصورات (Simon, A, 2017, P: 20) وهو الأمر الذي سنستعين به في بحثنا. بالنسبة لهذا البحث تعرف التصورات حول المرض إجرائياً من خلال الدرجة التي سيتحصل عليها المصاب بداء السكري من النوع الأول على مقياس إدراك المرض المختصر.

### ■ - مفهوم التربية العلاجية للمريض *Education Thérapeutique du Patient*

ولدت التربية العلاجية للمريض (ETP) من تعريف عام طورته منظمة الصحة العالمية - أوروبا- (1998): " يجب أن تمكن التربية العلاجية للمرضى من اكتساب القدرات والمهارات والحفاظ عليها، التي تساعدهم على عيش حياتهم على النحو الأمثل مع مرضهم، وبالتالي فهي عملية مستمرة ومتكاملة في الرعاية المتمحورة حول المريض. تتضمن التربية العلاجية أنشطة منظمة للتوعية والمعلومات وتعلم الإدارة الذاتية والدعم النفسي فيما يتعلق بالمرض، والعلاج الموصوف والرعاية والمستشفى ومكان الرعاية والمعلومات التنظيمية وسلوكيات الصحة والمرض. تهدف إلى مساعدة المرضى وأسرتهم على فهم المرض والعلاج، التعاون مع مقدمي الرعاية، والعيش بصحة أفضل والحفاظ أو تحسين نوعية الحياة لديهم " (HAS, 2007, P: 08).

تهدف برامج التربية العلاجية إلى اكتساب والحفاظ على مهارات الرعاية الذاتية ومهارات التكيف للأفراد المصابين بأمراض مزمنة من أجل تعزيز الامتثال الأفضل للعلاجات وتحسين نوعية الحياة (Colson, S, 2015, P: 19).

وتعرف التربية العلاجية للمريض إجرائياً، بالبرنامج المقدم في وحدة التربية العلاجية (EDUC'diab- Beni) بحصصه الموضوعية الجماعية الخاصة بالمصابين بداء السكري بكل أنواعه، بمصلحة أمراض السكري والغدد الصماء للمستشفى الجامعي بني مسوس، من طرف فريق متعدد التخصصات مُكوّنين في التربية العلاجية من خلال حصولهم على شهادة جامعية في التربية العلاجية DU (Diplôme Universitaire en ETP) المقدم من طرف المخابر الدوائية "توفونورديسك الجزائر" تحت تأطير كلية الطب لوهران.

# الفصل الثاني:

## داء السكري والتربية العلاجية للمريض

تمهيد:

أولاً: داء السكري:

- 1- لمحة تاريخية عن داء السكري
- 2- مفهوم داء السكري.
- 3- تشخيص داء السكري
- 4- أنواع داء السكري وأعراضه.
- 5- مضاعفات داء السكري.
- 6- الضغوط النفسية الاجتماعية كعوامل خطر الإصابة بداء السكري.
- 7- طرق التكفل والعلاج لمرضى داء السكري.
- 8- أنواع أقلام الأنسولين.
- 9- المظاهر النفسية الناجمة عن الإصابة بداء السكري.
- 10- الحاجة إلى إسهامات ونماذج ونظريات علم النفس الصحة.

- 11- النماذج المعرفية الاجتماعية في علم النفس الصحة.
- 12- دور المختص النفسي الصحي في التدخلات النفسية من أجل التكفل النفسي الاجتماعي لمرضى داء السكري.  
ثانيا: التربية العلاجية للمريض ETP.
- 1- مفهوم التربية العلاجية للمريض.
- 2- تاريخ التربية العلاجية.
- 3- بعض المفاهيم المرتبطة بالتربية العلاجية.
- 4- أهداف التربية العلاجية.
- 5- خصائص التربية العلاجية النوعية.
- 6- مراحل وضع برنامج التربية العلاجية.
- 7- مستويات حصة التربية العلاجية للمريض.
- 8- أنواع حصص التربية العلاجية.
- 9- التربية العلاجية وعلاقة المساعدة.
- 10- التوصيات الدولية لبرامج التربية العلاجية.
- 11- دور المختص النفسي في التربية العلاجية للمريض بداء السكري.
- 12- مساهمات نماذج ونظريات علم النفس الصحة في تطوير التقنيات والتدخلات في برامج التربية العلاجية للمريض.

## تمهيد

يعتبر داء السكري من أكثر التحديات الصحية في العالم للقرن الواحد والعشرين حيث أنه أصبح وباء يهدد الدول النامية المتطورة بحد سواء له عدة مضافات ناتجة عنه كأمراض القلب والأوعية الدموية، والاعتلال العصبي السكري، وبتر الأعضاء، والفشل الكلوي والعمى، وانخفاض متوسط العمر المتوقع فضلا عن زيادة العبء الاقتصادي على الفرد والمجتمع ككل.

ومما لا شك فيه فإنّ داء السكري من الأمراض المزمنة التي تؤثر بشكل خاص على الحالة النفسية للمريض وعائلته، لأن المرض يمثل حالة طويلة الأمد من الصراع المستمر بين المصاب وبين المرض وتكاليفه وما يحمله من دلالات مهددة للحياة

**(Société Algérienne de Diabétologie, 2011, P :09).**

ويعتقد الكثير من العاملين الصحيين أن نجاح علاج السكري والأمراض المزمنة الأخرى يتوقف على حاصل التشخيص والعلاج. وتصطدم هذه المعادلة التبسيطية بالمشاهدات اليومية في المستشفيات والتي تبين أن الفشل العلاجي في التعامل مع الأمراض المزمنة كثيرا ما يحدث رغم مصداقية التشخيص وفعالية الأدوية الموصوفة، ومنه حتمية وجود عامل ثالث لتصحيح هذه المعادلة.

وعليه تعتبر التربية العلاجية للمريض طريقة جديدة لتطبيق مبدأ الرعاية الذاتية بشكل إيجابي للمرض المصابين بالأمراض المزمنة والذين يواجهون صعوبات وتحديات من أجل التغيير كونها نهج يتركز حول المريض ويتسند إلى التكفل المتعدد التخصصات والتكفل النفسي الاجتماعي للمصاب بداء السكري ومحيطه.

## أولاً: داء السكري

## 1- لمحة تاريخية عن داء السكري:

## 1-1 - اكتشاف مرض السكري:

يعود الفضل في اكتشافه للطبيب الانجليزي " ويليس توماس " (Thomas Willis) الذي اكتشف وجود السكر في بول المصابين به، وذلك في كتابه (Pharmaceuticationalis) والذي نشر في أكسفورد (Oxford) عام 1674 أما في عام 1776 قام الطبيب الانجليزي " دوبسون ماتيو " (Matthew Dobson) بعزل السكر (الذي ذكره ويليس) عن البول، الأمر الذي سمح له بقياس (البيلة السكرية) (La glycosurie) وذلك إلى عام 1815 أين استطاع العالم الفرنسي الكيميائي " شوفرول " (Chevreul) بتحديد السكر داخل البول على أنه غلوكوز (Glucose).

في عام 1869 نجح العالم الألماني " بول لانجرهانز " (Paul Langerhans)، في وصف جزر البنكرياس (Les ilots du pancréas). وتوصل إلى أن الخلايا (B) بيتا هي المسؤولة عن إفراز هرمون الأنسولين. (عبد العزيز، 2010، ص: 327) وفي عام 1886 ثم اكتشاف دور البنكرياس بفضل أعمال كل من العالمين "منكوفسكي أوسكار" (Oscar Minkovski) و" فون جوزيف " (Joseph von) بجامعة (Strasbourg) وذلك من خلال إجراء عملية بتر للبنكرياس (pancréatectomie) لأحد الكلاب فظهر عنده كثرة التبول وكثرة شرب الماء.

1-2 - اكتشاف الأنسولين: كان في ذلك عام 1921 أين قام فريق من الباحثين الكنديين وهم:

• - Frederick Banting فريديريك بانتينغ

• - Charles Best تشارلز بست

## • John Macleod - جون ماكلويد

إذ قاموا باستخلاص مادة من جزر لبنكرياس حيواني وسميت هذه المادة بالأنسولين. وقد توج هذا الاكتشاف بجائزة نوبل للطب عام 1923.

ويعتبر تاريخ 11 جانفي من عام 1922 تاريخ أول عمليات حقن مستخلصات البنكرياس (الأنسولين) والتي أنقضت الطفل " توماس ليونارد " (Leonard Thompson) الذي كان يبلغ سن 14 عاما من حالة غيبوبة (Stade de coma) في مستشفى (تورونتو) (Toronto Général Hospital)

عام 1936 قام العالمين " سكوت " (Scott) و " فيشر " (Fisher) بصنع أول أنسولين بطيئة (Insuline Protamine- Zinc) (IPZ).

عام 1955 توصل العالم فريديريك سانجار (Frederic Sanger) لاكتشاف البنية الكيميائية لهرمون الأنسولين الإنساني وقد توج هذا الاكتشاف بجائزة نوبل عام 1958. أما بين عام 1978 و1981 فكانت بداية إنتاج الأنسولين الإنساني صناعيا عن طريق biosynthèse

في عام 1980 قامت منظمة الصحة العالمية OMS بتحديد مفهوم الداء السكري. أما عام 1985 ظهر فيه أول قلم معبأ بالأنسولين ( Stylo à injection de l'insuline).

عام 1990 إنتاج نظائر الأنسولين (Analogues d'insuline) البطيئة المفعول والسريعة.

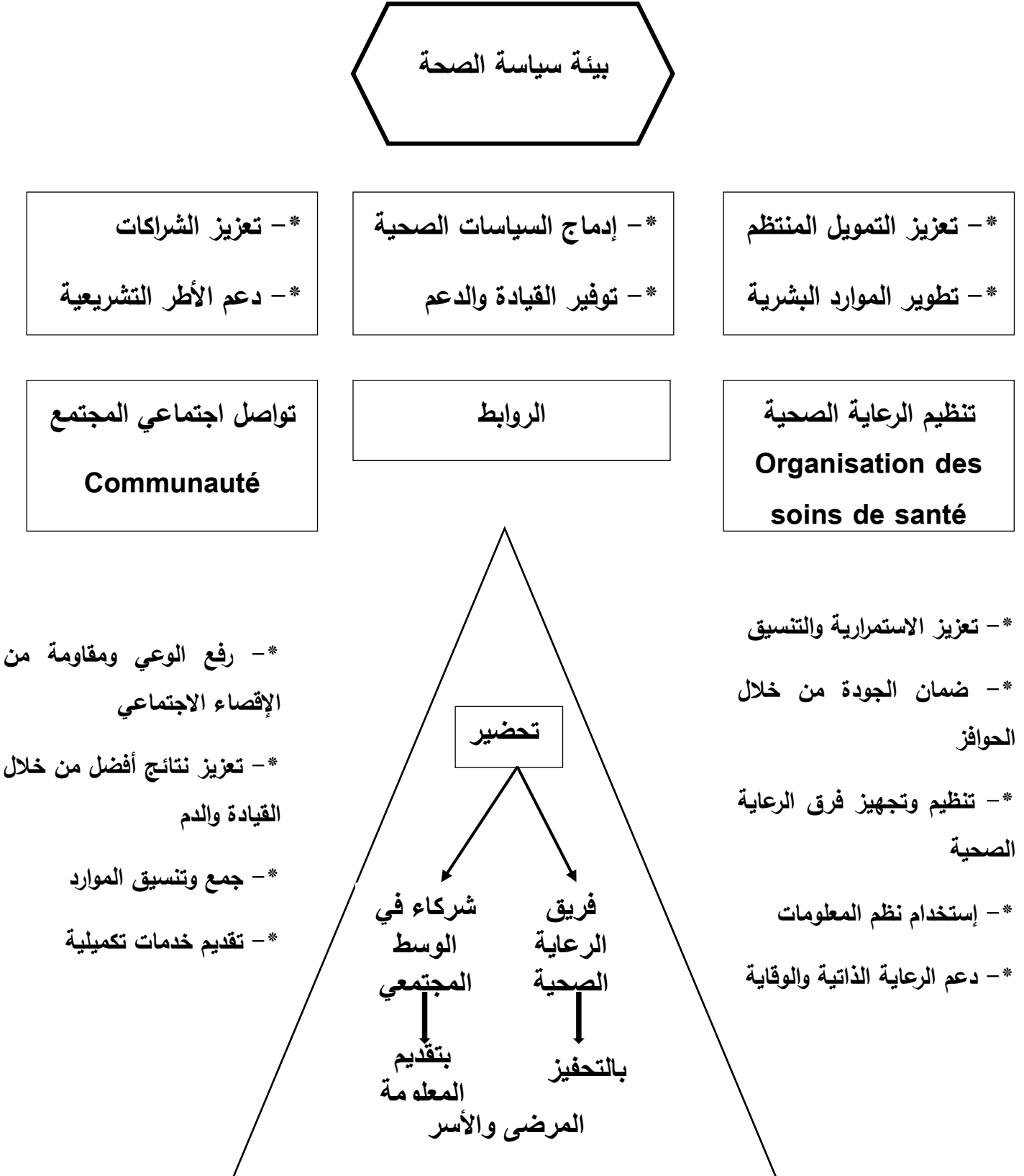
وإلى يومنا هذا مازالت الأبحاث متواصلة لصنع بنكرياس اصطناعي وأيضا عمليات زرع البنكرياس وجزر لانجرهانز (Lamoudi, 2013, P: 78-79)

**2- مفهوم داء السكري:**

تمثل الأمراض المزمنة مشكلة صحية كبيرة في جميع أنحاء العالم، لتحل محل الأمراض المعدية في البلدان النامية.

ولمواجهة تحدي الأمراض المزمنة قدمت منظمة الصحة العالمية (OMS) إطار عمل في عام 2002 ليتمكن أنظمة الرعاية الصحية من تحسين الرعاية للأمراض المزمنة وهو ما سمي إطار الرعاية المبتكرة للحالات المزمنة والذي يمثله الشكل (1).

**(Karam,y, 2010, P :09)**



الشكل رقم 1 إطار الرعاية المبتكرة للحالات المزمنة

من خلال الشكل وفي هذا السياق، تعتبر التربية العلاجية أحد المحاور الأساسية لتنظيم الرعاية الصحية التي ستسهم في الحصول على نتائج أفضل للحالات المزمنة. وعليه فالرعاية المتعددة التخصصات أصبحت تتطلب نهجاً جديداً وتطوير معرفة جديدة يجب أن يكتسبها الأطباء وكل أعضاء الفريق لتحسين جودة الرعاية ونوعية الحياة لدى المصابين المزمنين.

وفي هذا السياق يتم تعريف داء السكري كآتي:

داء السكري متلازمة استقلابية (*maladie métabolique chronique*) تتميز بارتفاع مزمن في سكر الدم حيث تحدث هذه المتلازمة في سياق عدد من الأمراض والأحوال المختلفة سريريا ومرضيا، إذ ينجم فرط سكر الدم عن النقص المطلق أو النسبي للأنسولين، ليس المقصود بالنقص نقصا في إنتاج الأنسولين فقط، وإنما يشمل أيضا مختلف الاضطرابات التي تؤدي إلى خلل في الفعالية الحيوية للهرمون في أي مرحلة من المراحل العمرية وان نقص الأنسولين في الدم يؤدي إلى حدوث اضطرابات عديدة في استقلاب الشحوم، والبروتينات والمكونات الخلوية وغير الخلوية التي تؤدي إلى اختلالات استقلابية حادة ومزمنة (Benaibouche,2018,PP : 09-10)

ويُعد البنكرياس الغدة المسؤولة عن الإصابة بمرض السكري وذلك من خلال نقص إفراز مادة الأنسولين اللازمة لتنظيم استفادة الجسم من المواد الغذائية حيث تقع غدة البنكرياس خلف المعدة مباشرة، وتقوم بإنتاج إنزيمات الهضم وهرمون الأنسولين والجلوكاجون التي تنظم الطاقة في الجسم. والجلوكاجون هرمون يفرزه البنكرياس عن طريق جزر لانجرهانز من خلال خلايا ألفا، وقد تم التعرف على أربعة أنواع رئيسية من خلايا لانجرهانز وذلك في البنكرياس وهي كالتالي:

الجدول رقم 1 يوضح أنواع الخلايا لانجرهانز الموجودة في البنكرياس ( Benaibouche, )

(2018, P: 10)

نوع الخلية	الهرمون الذي تفرزه
بيتا (b)	أنسولين (70% - 80%)
ألفا (a)	جلوكاجون (15% - 20%)
دلتا (Δ)	سوماتوستاتي (5%)
ب-ب (p-p)	عديد البيبتيد البنكرياسي

### 3-تشخيص داء السكري:

يتم تشخيص مرض السكري (عموماً) بوجود إحدى المؤشرات التالية في يومين

مختلفين:

- وجود أعراض مرض السكري مثل كثرة العطش وشرب الماء وكثرة مرات التبول مع

مستوى سكر الدم العشوائي في أي وقت يكون أكبر من  $\leq 200$  ملغ / دل

(Terrasson, 2019, P: 12-13)

- مستوى سكر الدم بعد الصيام، بعد (8) ساعات على الأقل بدون تناول طعام (أي

مادة تحتوي على الحريات)  $\leq 126$  ملغ/دل.

- مستوى السكر في الدم بعد ساعتين من فحص اختبار تحمل الجلوكوز

OGTT  $\geq 200$  (Oral Glucose Tolerance Test) ملغ / دل.

- إختبار (السكر التراكمي) HbA1C : تؤخذ عينة دم وريدية في أي وقت من أوقات

اليوم، ولا علاقة لنتيجة التحليل بحالة الصيام، فإذا كانت النسب أقل من 5,7% فلا توجد

إصابة سكرية غالباً، وإن كانت ضمن المجال 5,7 - 6,4%

فهي حالة ما قبل السكري أو اضطراب تحمل الجلوكوز أو مقاومة الأنسولين، وهو ما يوضحه الجدول التالي للمستوى الطبيعي والمعتدل لنسب السكر في الدم.  
الجدول رقم (2): يوضح مستويات سكر الدم قبل وبعد الإصابة بداء السكري.

الجدول رقم 2 مستويات سكر الدم قبل وبعد الإصابة بداء السكري.

المعدل الطبيعي	إعتلال ما قبل السكري	السكري الصريح
<b>المعدل الطبيعي</b>		
$\geq 100$ ملغ / دل	101 - 125 ملغ / دل	$\leq 126$ ملغ / دل
<b>فحص سكر الدم العشوائي أو بعد الطعام بساعتين</b>		
$\geq 140$ ملغ / دل	141 - 199 ملغ	$\leq 200$ ملغ / دل
<b>الخصاب الجلوكوزي HbA1c (السكر التراكمي)</b>		
$> 5.7\%$	5.7 - 6.4 %	$\leq 6.5\%$

#### 4- أنواع داء السكري وأعراضه:

تقسم منظمة الصحة العالمية السكري إلى ثلاثة أنماط رئيسية وهي:

- - داء السكري من النمط / النوع الأول.
- - داء السكري من النمط / النوع الثاني.
- - داء السكري الحلمي.

أولاً: داء السكري من النوع الأول:

وله تسميات قديمة لم تعد تستخدم حالياً مثل (سكري الأطفال، السكري الشبابي، السكري المعتمد على الأنسولين) ويتميز بحدوث تحطيم لخلايا بيتا التي تفرز الأنسولين في البنكرياس، بواسطة أضداد ذاتية Auto- Anti Corps متكونة في دم المصاب، وبالتالي

فقدان الأنسولين تماما في الدم ويحتاج الشخص منذ البداية للأنسولين لكي يعيش وإلا هو معرض للإصابة بالحمّاض الكيتوني السكري (Terrasson, J, 2019, P: 12).

وعليه داء السكري من النوع الأول مرض أبيض مزمن يتميز بارتفاع نسبة السكر في الدم وهو ناتج عن تحطيم أكثر من 2/3 لخلايا B بيتا البنكرياسية المنتجة لهرمون الأنسولين يظهر داء السكري من النوع الأول في أي مرحلة عمرية فيكون غالبا إما في مرحلة الطفولة أو مرحلة المراهقة أو مرحلة البالغين الشباب. وهو يمثل 90% من إصابات داء السكري للطفل (Bouyoucef, F, 2020, P: 04).

ويعرف داء السكري عن النوع الأول (DT<sub>1</sub>) من طرف منظمة الصحة عالمية OMS والجمعية الأمريكية لداء السكري (ADA) عند الطفل والبالغ بـ:

- فحص نسبة السكر بعد صيام 8 ساعات ولمرتين متتاليتين والتي تكون تفوق 1.26 غ/ل.

- فحص نسبة السكر بعد الأكل (Glycémie post prandiale) والتي تكون تفوق 2 غ/ل في أي وقت من اليوم وهي الأكثر شيوعا لاكتشاف داء السكري من النوع الأول في إطار فقر الأنسولين (Carence Insulinique).

- قياس السكر التراكمي (HbA<sub>1c</sub>) الذي تفوق نسبته 6.5%

داء السكري من النوع الأول نوعان:

❖ - داء السكري عن النوع الأول 1A مرض المناعة الذاتية - Maladie auto-

immuns

يمثل هذا النوع أغلبية المرضى المصابين بداء السكري من النوع الأول لكن بنسبة

5% إلى 10% من مجموع الإصابات بنوعيه النوع الأول (DT<sub>1</sub>) والنوع الثاني (DT<sub>2</sub>)

يتميز بتحطم كلي للخلايا B للبنكرياس ويظهر مضادات الأجسام بكثرة لهذا يعتبر

داء السكري من النوع الأول من الأمراض المناعية الذاتية فنجد مضادات الأجسام الذاتية

((Maladie auto- immune المضادة لجزر الخلايا في البنكرياس (LES Auto-

**(anticorps anti- cellules D'ilot** ومضادات الاجسام الذاتية المضادة للأنسولين ( LES )  
**(Auto- anticorps anti- insuline**

❖ - داء السكري من النوع الأول 1B مرض غير مناعي:

يمثل هذا النوع داء السكري مجهول السبب (**Diabète idiopathique**) غير المناعي يتميز بدرجات مختلفة من الأنسولين وهو معروف عند السلالة الإفريقية أو الآسيوية وهو يمثل نسبة ضئيلة من مجموع المصابين بداء السكري من النوع الأول ( **Bouyoucef, F,** )  
**(2020, P: 05).**

**الانتشار: داء السكري من النوع الأول:**

يمثل داء السكري من النوع الأول في العالم نسبة 10% في حالات الإصابة بداء السكري ونصف الحالات تكون قبل سن العشرين.

في 2017 وصل انتشاره في العالم ليتجاوز نصف مليون مصاب (586.000) ونسبة تطوّر تجاوزت 3% كل سنة ونسبة 5% كل سنة عند الأطفال قبل التمدرس. كما أن الانتشار تضاعف عند البالغين الشباب منذ الـ 25 سنة الأخيرة، هذه النسب تتغير من بلد لآخر. ففي أوروبا تعتبر فنلندا (**La Finlande**) من أكثر البلدان انتشارا لداء السكري من النوع الأول بـ 65 حالة لكل 100.000 نسمة.

**(Société Algérienne de Diabétologie, 2012, P: 21).**

في حين الجزائر ليست بالبعيدة عن البلدان الأخرى التي تعرف انتشارا واسعا لداء السكري إذ تقدر نسبة الإصابة بداء السكري من النوع الأول للمراهقين الأقل من 15 سنة بـ 2900 حالة كل سنة.

ففي ولاية الجزائر سُجلت 30 حالة جديدة في كل 100.000 نسمة في 2016.

أما بولاية قسنطينة سُجلت 17.44 حالة جديدة لكل 100.000 نسمة في 2010.

في ولاية وهران إنتقل عدد الحالات الجديدة من 12 حالة جديدة إلى 30 لكل 100.000 نسمة في الفترة الممتدة من سنة 1993 إلى 2014.

.(Bouyoucef, F, 2020, P: 05)

كما تجدر الإشارة أن داء السكري من النوع الأول قد تصاحبه أمراض مناعية ذاتية أخرى وهو ما يسمى بأمراض الغدد الصماء المناعية الذاتية

(les maladies endocriniennes auto- immuns) وأهمها مرض السيلياك (مرض

الاضطرابات الهضمية) (Cœliaque)، أمراض الغدة الدرقية (Thyroidites) ( Société )

.(Algérienne de Diabétologie, 2012, P: 45)

أسباب الإصابة بالسكري من النوع الأول:

(عوامل الخطر لداء السكري من النوع الأول):

- العوامل الوراثية: مازالت الدراسات قائمة لمعرفة أي جينات مسؤولة عن الداء،

فالمصابين لا يمثلون سوى نسبة 10% في حالات الإصابة العائلية.

- العوامل البيئية: وتتمثل في:

- الإصابات الفيروسية (Infections Virales)، أهمها فيروس الحصبة الألمانية أين

بينت الدراسات دوره في تحطيم الخلايا بيتا B.

- العوامل الغذائية:

بينت الدراسات أن الاستهلاك المبكر لبروتينات حليب البقر له دور مفجر لميكانيزم

المناعة الذاتية.

- عوامل سامة: أظهرت الأبحاث أن بعض المضادات الحيوية تحتوي على مواد

كيميائية تُعد سامة للخلايا بيتا B مثل: الألوكسان (Alloxane) والبنتاميدين

.(Pantamidine)

- نقص فيتامين د (D): (Terrasson , 2019, P: 15)

## - أعراض داء السكري من النوع الأول والنوع الثاني:

من الأعراض المصاحبة للنوع الأول والنوع الثاني من داء السكري والتي تكون فجائية هي:

➤ الشعور الدائم بالعطش (Polydipsie).

➤ التبول باستمرار (Polyurie).

➤ الشعور الدائم بالجوع.

➤ الرؤية الغير واضحة.

➤ فشل عام ليس له مبرر واضح.

➤ فقدان للوزن.

➤ إفرازات نسائية وحكاك بمنطقة الجهاز التناسلي

(HAS, 2014.PP : 14-15)

ويعالج النمط الأول بصورة أساسية - حتى أثناء المراحل الأولى بحقن الأنسولين مع المراقبة المستمرة لمستويات جلوكوز الدم. ويمكن أن يصاب المريض الذي لا يتعاطى الأنسولين بالحمض الكيتوني (Cétonémie) الذي يؤدي إلى غيبوبة أو وفاة. على المريض أن يضبط أسلوب حياته خصوصا ما يتعلق بالتغذية والتمارين الرياضية على الرغم من أن ذلك لا يمكنه أن يعوض خسارة الخلايا بيتا B.

**الأنسولين** هو هرمون سكر الدم تفرزه خلايا جزر لانجرهانز من البنكرياس في الشخص غير المصاب بالسكري، يتم إفرازه بكميات صغيرة بشكل مستمر لتغطية الحاجات الأساسية للكائن الحي، وهو الإفراز القاعدي في الوقت نفسه، يتم إفراز جرعة إضافية من الأنسولين، تسمى الذروة، أثناء الوجبات، بما يتناسب مع تناول الكربوهيدرات، يسمح الأنسولين بتحويل الجلوكوز الموجود في الدم عن طريق تكوين الجليكوجين إلى احتياطي من

الطاقة المخزنة في الكبد لإعادة توزيعها، وفي العضلات لإعادة استخدامها وفقا للاحتياجات وهذا يضمن توفير الجلوكوز للأعضاء والحفاظ على توازن السكر في الدم بشكل جيد.  
(Terrasson , 2019, P: 08).

### ثانياً: السكري من النوع الثاني (DIABETE DE TYPE 2):

يُعرف بالسكري غير المعتمد على الأنسولين، وهو الأكثر شيوعاً حيث أن نسبة الإصابة به حوالي 90% من حالات الإصابة بالسكري ويحدث في منتصف العمر أو بعده. يتميز هذا النوع بنقص في إفراز الأنسولين حيث لا يكفي لتخفيض السكر في الدم، كما تصاحب السمنة غالبية المصابين. لذا تكفي الحماية الغذائية وتخفيف الوزن لعلاجها في بعض الحالات، بينما يحتاج البعض الآخر إلى الأدوية المخفضة للسكر والتي تعمل على تحفيز البنكرياس لإنتاج كمية أكبر من الأنسولين.

هو مرض يتم خلاله تدمير وإتلاف خلايا بيتا في البنكرياس لأسباب وراثية، على الأرجح مدعومة بعوامل خارجية. هذه العملية بطيئة جداً وتستمر عشرات السنين.

احتمال إصابة شخص يتمتع بوزن صحي وبلياقة بدنية جيدة بمرض السكري ضئيل، حتى وإن كان لديه هبوط في إفراز الأنسولين أما احتمال إصابة شخص سمين لا يمارس نشاطاً بدنياً بمرض السكري فهو احتمال كبير، نظراً لكونه أكثر عرضة للإصابة بمقاومة الأنسولين (Insulinorésistance) وبالتالي الإصابة بمرض السكري.

تشير الإحصائيات إلى أن عدد المصابين بمرض السكري النمط الثاني في العالم، سجل ارتفاعاً كبيراً جداً خلال العقود الأخيرة إذ وصل إلى نحو 150 مليون شخص، ومن المتوقع أن يرتفع إلى 330 مليون مصاب بمرض السكري حتى العام 2025.

من الأسباب الرئيسية لهذا الارتفاع الحاد بالإصابات بمرض السكري نجد:

- السمنة

- قلة النشاط البدني.
- التغيرات في أنواع الأطعمة: فالأغذية الشائعة اليوم تشمل المأكولات الجاهزة التي تسبب السكري؛ كونها غنية بالدهنيات والسكريات التي يتم امتصاصها في الدم بسهولة مما يؤدي إلى ازدياد "مقاومة الأنسولين".

وقد تؤدي الإصابة بمرض السكري إلى:

- ارتفاع تدريجي في ضغط الدم.
- اضطرابات مميزة في دهنيات الدم وخاصة ارتفاع ثلاثي الغليسيريد (Triglyceride)
- انخفاض البروتين الشحمي رفيع الكثافة (الكولسترول الجيد)

### **.Hight Density Lipoproteine**

- يصاب مرضى السكري إجمالاً بأضرار مميزة في الكليتين، في شبكتي العينين، وفي الجهاز العصبي.

### **- عوامل خطر الإصابة بالنوع الثاني:**

عند المصابين "بمقدمات السكري" التي تتفاقم وتتحول إلى السكري من النوع الثاني تقاوم الخلايا تأثير عمل الأنسولين بينما يفشل البنكرياس في إنتاج كمية كافية من الأنسولين للتغلب على هذه المقاومة.

في هذه الحالات يتجمع السكر ويتراكم في الدورة الدموية بدل أن يتوزع على الخلايا ويصل إليها في مختلف أعضاء الجسم.

والسبب المباشر لحدوث هذه الحالات لا يزال غير معروف، لكن يبدو أن الدهنيات الزائدة والمتمركزة في البطن، وقلة النشاط البدني تشكل عوامل مهمة في حدوث ذلك. فنجد:

\*- **العمر:** عمر أكبر أو يساوي 45.

\*- **الوزن:** وزن زائد معرف على أنه BMI (Indice de Masse Corporelle)

أكبر أو يساوي 25.

\*- **الوراثة:** قريب عائلة من الدرجة الأولى مريض بمرض السكري.

\*- العرق: فئات عرقية معينة والمعروف عنها أنّ لديها خطورة مرتفعة للإصابة بمرض السكري.

\*- النشاط البدني: قلة النشاط البدني.

\*- ارتفاع ضغط الدم: والمعروف بقياس ضغط دم أعلى من mmHg 90/140

\*- فرط الكوليسترول والمقصود الضار LDL Low Density Lipoprotéine

\*- مستوى مرتفع من ثلاثي الغليسيريد في الدم وهو أحد أنواع الدهون الموجودة

في الجسم، مع قيم أعلى من 250 mg/dL

\*- متلازمة المبيض المتعدد الكيسات.

\*- أمراض الأوعية الدموية: تاريخ شخصي للإصابة بهذه الأمراض.

\*- ولادة طفل ذو وزن كبير: تاريخ شخصي لدى النساء يشمل ولادة طفل ذو

وزن أعلى من 4.1 كغم (وزن الطفل فور الولادة)

\*- سكري الحمل: تاريخ شخصي لسكري الحمل.

\*- قيم الهيموغلوبين الجلوكوزياتي: HbA1C أكبر أو تساوي 5.7% (السكر

التراكمي) (Hémoglobine glyquée)

\*- تحمل الجلوكوز: من لديهم نقص / ضعف في تحمل الجلوكوز.

\*- قيم الجلوكوز: من لديهم تعطل / مشكلة في قيم الجلوكوز (السكر) في فحص ما

بعد الصيام.

عندما تظهر هذه العوامل؛ فرط ضغط الدم، فرط سكر الدم والدهنيات في الدم أعلى

من المستوى الطبيعي سواء مع السمنة (الوزن الزائد) تنشأ علاقة بينهما معا، وبين مقاومة

الأنسولين. (HAS ,2014, P : 13)

وتوجد العديد من النظريات التي تحاول تحديد سبب وآلية الإصابة بالنمط الثاني من

السكري ومن المعروف أن الكرش، أي الدهون التي تتركز حول الوسط على الأعضاء داخل

البطن وليس الدهون تحت الجلد، تؤدي إلى مقاومة الأنسولين تنشيط الدهون هرمونيا وتفرز مجموعة من الهرمونات التي تقلل من فاعلية الأنسولين، إذ يعاني من مشكلة السمنة أكثر من 55% من المرضى المصابين.

وقد بدأ النمط الثاني بإصابة الأطفال والمراهقين في العقد السابق وربما يرجع ذلك

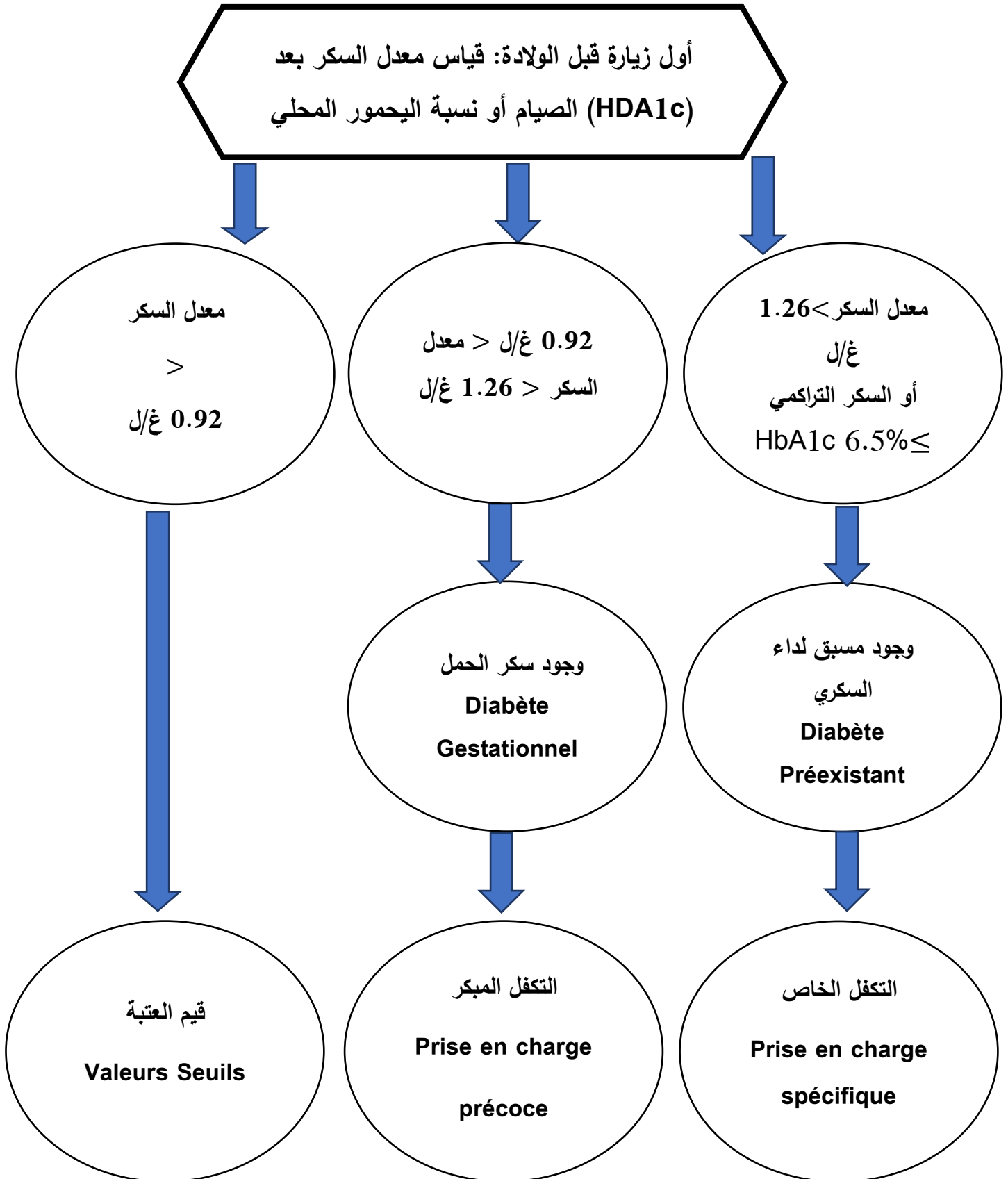
إلى انتشار سمنة الأطفال (Guermaz .R et al, 2016.P : 22)

### ثالثا: السكري الحلمي: Diabète Gestationnel

سكر الحمل شبيه بالنوع الثاني من داء السكري إلا أنه يظهر في فترة الحمل ثم يختفي بعد الولادة، وإذا لم تتم معالجة سكر الحمل فإن هناك العديد من المشاكل التي ربما تحدث للمرأة الحامل وكذا أيضا للجنين، تظهر زيادة نسبة السكر في الدم عند منتصف مدة الحمل تقريبا وذلك نتيجة التغيرات في هرمونات الأم، ونسبة سكر الحمل من مجموع اللواتي يحملن نسبة لا بأس بها، إذ تقدر بحوالي 2% إلى 5% ولكن معظم الحالات ترجع إلى الحالة الطبيعية بعد الولادة، ومن أهم العوامل التي تزيد من احتمال الإصابة بسكر الحمل هي:

- اللاتي تزيد أعمارهن على 30 عاما.
- اللاتي لديهن أحد من أفراد الأسرة مصاب بالنوع الثاني من داء السكري.
- اللاتي لديهن زيادة في الوزن.

ويتم تشخيص سكر الحمل عبر المخطط الموضح في الشكل رقم (2)



الشكل رقم 2 إستراتيجية فحص سكر الحمل (Nebti, 2016, P: 21)

بعد عملية الوضع (الولادة) في الغالب يختفي مرض السكري، إلا أنه من الأفضل إجراء فحص طبي خاص لسكر الدم بعد مرور 6 اسابيع من إتمام عملية الوضع (الولادة) للتأكد من أنها أصبحت طبيعية تماما، مع التنويه إلى أن بعض السيدات اللواتي يصبن بسكر الحمل أكثر عرضة للإصابة بداء السكري من النوع الثاني عندما تتقدم بهم السن.

ولكن تستطيع المرأة تفادي الإصابة بداء السكري إذا أصيبت بسكر الحمل إذا التزمت

بالإجراءات التالية:

- الاستمرار في إتباع نظام أكل صحي ومتوازن.
- تخفيض الوزن والمحافظة على الوزن المثالي.
- ممارسة النشاطات الرياضية المناسبة لها.
- قياس سكر الدم بمعدل مرة واحدة سنويا على الأقل.
- استشارة الطبيب الخاص بها وذلك لاحتمال أن يضيف نوع من أنواع الأقراص

التي تستخدم في الوقاية من داء السكري (Baghdali et al,2013,P: 40)

### 5- مضاعفات داء السكري:

يوجد نوعان من المضاعفات في داء السكري من النوع الأول والثاني.

-المضاعفات الأيضية الحادة (المضاعفات قصيرة المدى)

#### (Complications métabolique aiguës)

-المضاعفات المزمنة (Complications Chroniques) (أو المضاعفات طويلة

المدى): وهي تشمل نوعان:

(أ) - مضاعفات الأوعية الدموية الدقيقة المزمنة.

(ب) - مضاعفات الأوعية الدموية الكبيرة المزمنة.

**أولاً: المضاعفات الأيضية الحادة:**

- ظهور الحمض الكيتوني (Ceto Acidose diabétique): وهي تمثل أكثر المضاعفات الحادة انتشاراً عند المصابين بداء السكري من النوع الأول سواء عند التشخيص أو عند تطوّر المرض.

وهي نتيجة للافتقار التام للأنسولين في الدم لكن بفضل الكشف والعلاجات الفورية أصبحت أقل تهديداً حتى غيبوبة الحمض الكيتوني (Coma Acidocétosique) لم تُعد تمثل سوى نسبة 1% من الوفيات عند المرضى (Colson, 2015, P: 11).

- انخفاض نسبة السكر الحاد (Hypoglycémie aigue): يعتبر انخفاض نسبة السكر الحاد من أهم المضاعفات الحادة التي تُصاحب المريض بالسكري وتُعد أحد أهم العراقيل أمام المراقبة الذاتية للكسري وحسب الشدة يمكن التمييز بين 3 أنواع منها: هبوط طفيف، معتدل، شديد.

**ثانياً: المضاعفات المزمنة:****1- مضاعفات الأوعية الدموية الدقيقة المزمنة: وأهمها:**

\*- الاعتلال الشبكي السكري: تُعد من أكثر المضاعفات انتشاراً بين مرضى السكري من النوع الأول لكنها لا تظهر قبل 7 سنوات من تطوره وقد لا تظهر إلى بعد 20 سنة في حالة الرعاية الطبية المناسبة وفي كثير من الحالات بعد أكثر من 20 سنة قد تصل نسبة الإصابة إلى 90% من الحالات.

ومن حسن الحظ أن هذه المضاعفات الشديدة نادرة عند المراهقين

(Lévy- Marchal- C, Al, 2008, P:21)

\*- الاعتلال الكلوي السكري: يعتبر من أهم المضاعفات التي تؤدي إلى الفشل الكلوي لا يظهر إلا بعد 10 إلى 25 سنة من تطوّر المرض وربما أكثر من ذلك إن كانت الرعاية الطبية مناسبة (Bouyoucef, F, 2020, P : 32).

\*- الاعتلال العصبي السكري: تختلف أعراضه عند المصابين من طفيلة إلى متطورة ولا يتم الحدث عه إلا بعد 10 سنوات من تطوّر المرض وإن كانت المتابعة جيدة قد يكون أكثر من ذلك.

(2)- مضاعفات الأوعية الدموية الكبيرة: وهي تمثل الأمراض القلبية الوعائية. فالمرضى بداء السكري من النوع الأول هم أكثر عرضة للإصابة بها ولهذا يُعد السكر التراكمي الأقل من 7% وضغط دموي أقل من 140 ملم يسمح بالتقليل من الإصابة بالأمراض الوعائية القلبية. (Société Algérienne de Diabétologie, 2012, P : 23).

#### 6- الضغوط النفسية الاجتماعية كعوامل خطر الإصابة بداء السكري:

الضغوط الانفعالية المستمرة قد تسبب هذا المرض، وذلك بسبب الزيادة المستمرة في إنتاج هرمونات الضغط الذي يحوّل البروتينات والدهون إلى جلوكوز، لكي يعوض الاستخدام السريع له بواسطة الجسم في موقف الانفعال، وهذه العملية حيوية وذات قيمة كبيرة للكائن الحي عند استجابته للموقف الضاغط بالمهاجمة أو الهروب، ولكن بمجرد انتهاء هذا الموقف يتوقف إنتاج هرمون الضغط وتعود عمليات الأيض إلى مستواها الطبيعي.

ومن ناحية أخرى، فإن حالة الفرد الذي يتعرض باستمرار للضغوط في العمل وفي المنزل ويتوقف وجود الضغط من عدمه على تفسيره للموقف فإن هرمونات الضغط تظل تصب باستمرار في المجاري الدموية لديه لعدة شهور أو عدة سنين مما ينتج عنه ارتفاع السكر في الدم واحتمال الإصابة بداء السكر.

وإذا ما تدخلنا للتخفيف من رد فعل الموقف نفسه الموجود خارج الفرد، أو بتدريب الفرد على إعطاء تفسير للموقف حتى لا يكون له أثره الضاغط عليه فإن مستوى السكر في الدم يعود إلى مستواه الطبيعي. وعليه فإن الضغوط تؤثر على داء السكري بطريقتين هما:

(1) - التأثير المباشر: عند التوتر ينشط الجهاز العصبي المستقل والذي يؤدي

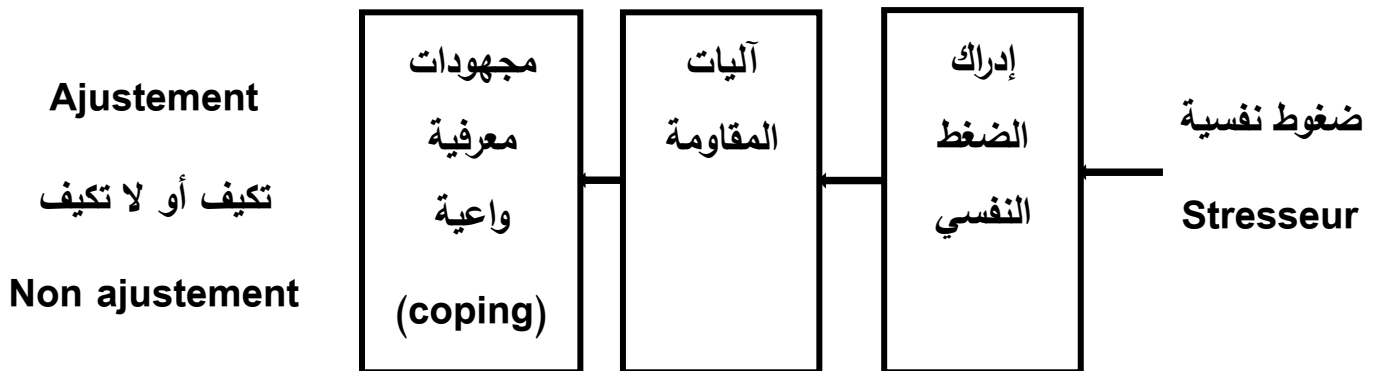
بدوره إلى زيادة تنبيه الجملة العصبية الودية للب الغدة الكظرية (الأدرينالية)

ومن ثم تنطلق هرمونات الفلق الكورتيزول والأدرينالين مباشرة إلى مجرى الدم فيحدث معها ارتفاع كبير في سكر الدم حيث يصبح إفراز الأنسولين غير كاف لتحويل السكر فينتج عن ذلك ما يسمى بمقاومة الأنسولين (Insulino-résistance) من البنكرياس من ناحية وتحرر (الجليكوجين) من الخلايا والذي يحوله الكبد إلى جلوكوز من ناحية أخرى، مما يزيد من مستوى السكر في الدم.

(2) - التأثير غير المباشر: ويتمثل في أن التوتر يؤثر في مدى التزام المريض ببرامج العلاج (la compliance thérapeutique) وبالتالي انخفاض احتمال تبني سلوكيات صحية، فعندما يكون مريض السكر تحت ضغط شديد، أو توتر فإنه يأكل أكثر مما هو معتاد، أو يأكل أطعمة بها نسبة مرتفعة من السكريات أو ينسى تناول العلاج الدوائي .  
(Mikolajczak,2013, P :136)

ومن خلال استخدام النموذج البيو - النفسي الاجتماعي والذي اقترحه جورج انجل George Engel, 1980 تحدث الحالة المرضية من خلال ديناميكية فيسيولوجية ونفسية ناتجة عن إدراك حوادث خطية ومهددة ومعيقة لتحقيق الأهداف، ومتطلبات تعوق قدرة الفرد، ويبدل الجهاز الفسيولوجي والجهاز النفسي جهودا تكيفية لتفادي هذه الوضعية والتغلب عليها. تحدث هذه الديناميكية حسب المراحل الموضحة في الشكل رقم (3) (Quintard,1994, P:

(50)



الشكل رقم 3 ديناميكية الحالة المرضية

ونظرا لما لعلم النفس الصحة من إسهامات في مجال الحفاظ على الصحة، والتعامل الصحيح مع المرض (**La Stratégie D'Ajustement**) فإنه يحتل الصدارة من حيث التخصصات التي تطرحها العديد من الجامعات العالمية الكبيرة رغم حداثة حيث أن ظهوره يعود للعقدين الماضيين فقط.

فعلم نفس الصحة هو البحث عن محددات السلوك، بمعنى الأسباب التي تؤدي بالفرد إلى القيام بذلك السلوك أو تبنيه من خلال دراسة العلاقة بين دور مختلف السياقات المعدلة (**La Stratégie D'Ajustement comme modérateur**) والتي تعتبر كخطة معرفية ونجد منها: الضغط المدرك، الضبط المدرك والدعم الاجتماعي المدرك.

كل هذه العوامل يمكنها تعديل ظهور أو تطوّر سياق مرضي، أما من جهة أخرى فتفاعل هذه المعدّلات مع إستراتيجيات المواجهة (**Coping**) هو ما يسمح للفرد بتوظيف أساليب المواجهة الفعّالة أولاً.

## 7- طرق التكفل والعلاج لمرضى داء السكري :

يهدف التكفل السليم لمرضى داء السكري إلى تجنب مضاعفات على المدى الطويل يعمل خلالها الفريق المتعدد التخصصات بالتركيز على النقاط الأساسية التالية في إطار ما يسمى بالعتاية الطبية العلاجية للمريض بداء السكري من النوع الأول:

(Bouyoucef, F, 2020, P: 44).

- العلاج بالأنسولين والمراقبة الذاتية للسكر

### Insulinothérapie – Auto Surveillance glycémique

#### Diététique

- التغذية الصحية

#### Activité Physique

- النشاط الفيزيائي

- التربية العلاجية للمريض بداء السكري

- التكفل النفسي للمصاب بداء السكري

النشاط الفيزيائي	التغذية المتوازنة	الأنسولين
وهي تعتبر من التدابير العلاجية لمرضى داء السكري للحفاظ من جهة على اعتدال السكر ومن جهة أخرى على التوازن النفسي والرفاهية الذاتية للمصاب كما تساعده على الاندماج الاجتماعي	من حيث الكمية والكيفية وهي مختلفة حسب خصائص المريض وذلك لإعطاء الجسم ما يلزمه من طاقة وللحفاظ على نسب معتدلة للسكر في الدم وقريبة من الطبيعي	ضرورية للبقاء على قيد الحياة تقدم حقنا بكميات مختلفة وفق الخصوصية العمرية والفيزيولوجية لكل مريض سكري

(Busser, C et Al, 2013, P: 1200)

### التربية العلاجية:

يوصى عند التشخيص البدء بتعليم المريض وثقافته، وتهدئة روعه وإعطاءه فكرة عن المرض وطبيعته من قبل الطبيب أو الممرضة أو المربي.

تمثل التربية العلاجية حجر الزاوية في علاج داء السكري فهي عملية تدريجية ومدمجة في الرعاية الطبية العلاجية، حيث تضم مجموعة من الأنشطة المنظمة تخص التوعية والإعلام والتعلم والمساعدة النفسية والاجتماعية سواء منها المتعلقة بالمرض والعلاج والسلوكيات الصحية أو تلك المتعلقة بالمرضى.

وتهدف هذه الأنشطة إلى مساعدة المريض وأسرته على فهم طبيعة مرضه وعلاجه وحتى المشاركة في العلاج والتكفل بحالته الصحية لتمكينه من العودة إلى أنشطته اليومية العادية (Société Algérienne de Diabétologie, 201, P: 43).

### 8-أنواع أقلام الأنسولين:

عندما يكون الشخص مصاباً بداء السكري من النوع الأول فهو بحاجة إلى العلاج بحقن الأنسولين ويوجد اليوم العديد من مستحضرات الأنسولين لكن من الناحية التخطيطية، يتم التمييز بين ثلاثة أنواع من أقلام الأنسولين:

\* - الأنسولين البطيء (Les Insulines Lentes): التي تتميز بإضافة بعض المكونات إليه من أجل إبطاء امتصاص الأنسولين من الأنسجة تحت الجلد وتسمى بالأنسولين القاعدية (Insuline Basale) لأنها تدوم على مدار 12 ساعة (Lévy- 18: p. Marchal C et Al, 2008).

تأخذ عادة هذه الحقنة بعد تناول وجبة العشاء فتعمل طوال الليل بشكل بطيء لتفادي حدوث انخفاض نسبة السكر في الدم ليلاً وعند الاستيقاظ.

\* - الأنسولين السريع (Les Insulines rapides): لها تأثير سريع في أوقات الوجبات فيبدأ مفعولها بعد عشرة دقائق من الحقن ويدوم تأثيرها من 3 إلى 4 ساعات وهي المدة الموجودة بين الوجبات اليومية.

\* - الأنسولين المختلطة (Les Insulines Mixte): وهي تجمع بين الأنسولين البطيء والأنسولين السريع بنسب مختلفة لإعطاء مفعول سريع طويل المفعول في نفس الوقت، ولهذا يتطلب تحريك قلم الأنسولين بين اليدين قبل الحقن.

❖ - مضخة الأنسولين: هي عبارة عن جهاز صغير يرتديه الشخص بشكل دائم، الذي يقترّب من الأداء الطبيعي للجسم ويتم توصيله من خلال قسطرة (Cathéter) موضوعة مباشرة تحت الجلد للإفراز القاعدي والذروة ويفضل استعمالها كأولوية للمرضى الشباب المصابين بداء السكري غير المستقر (كنوبات نقص السكر في الدم المتكررة) وكذا الأطفال الصغار ولها تأثير إيجابي على إدارة داء السكري وتحسين مستوى أفضل من الهيموجلوبين السكري (السكر التراكمي) (Terrasson, J, 2019, P: 20).

يعتبر العلاج ببدائل الأنسولين عن طريق الحقن أو المضخة، حالياً البديل الرئيسي لنقص الأنسولين المطلق لمرضى السكري من النوع (1) إذ تُجري حالياً دراسات على العديد من البدائل العلاجية الواعدة مثل البحث عن البنكرياس الاصطناعي وزرع جزر لانجرهانز وتجديد الخلايا بيتا B أو حتى لقاح محتمل.

وقد تم إنشاء أول جهاز قادر على إعادة إنتاج الأداء الطبيعي للبنكرياس في الولايات المتحدة. وقد تم اعتماد تسويق أول بنكرياس اصطناعي (Mini Med 670 G) في عام 2016 من قبل وكالة الأدوية الأمريكية (Loumé 2017).

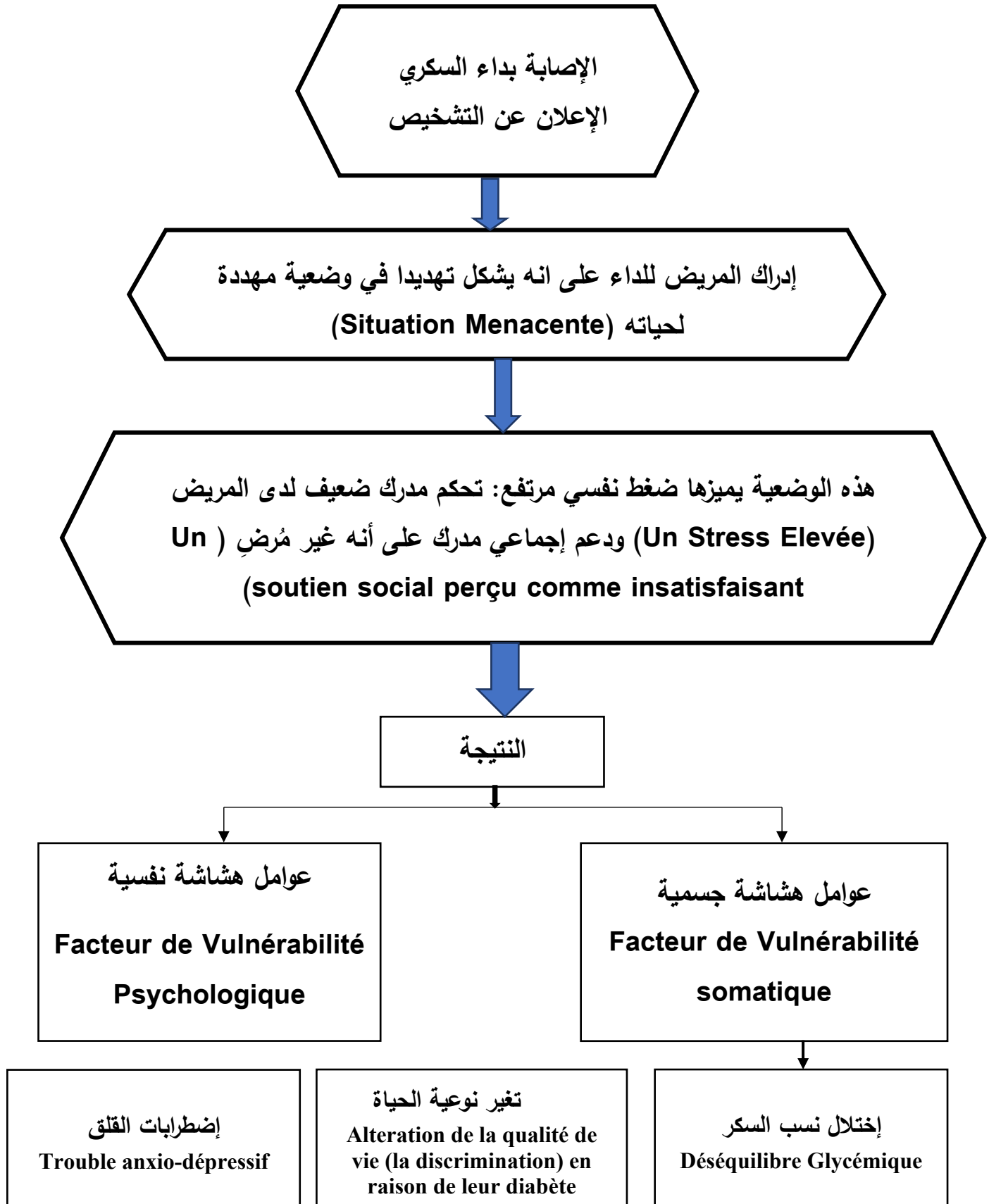
### 9-المظاهر النفسية الناجمة عن الإصابة بداء السكري:

إن الإعلان عن الإصابة بداء السكري تعتبر نقطة تحوّل فاصلة في حياة الفرد فيتحول من حياة بصحة جيدة أو طبيعية إلى حياة أخرى مختلفة. 'ويترتب عنه انعكاسات نفسية واجتماعية وجسدية وانفعالية جراء أعباء الداء من فحوصات وزيارات للطبيب وكثرة التنقلات والزامية الدواء والخوف من المستقبل ومن مضاعفات الداء.

كما يؤثر على العديد من مجالات الحياة اليومية مثل الصحة النفسية (مثل اضطرابات القلق أو الإكتئاب) والأسرة (على سبيل المثال إعادة تنظيم المهام، وضغوطات الأسرة) والعمل أو المدرسة (مثل تكرار حالات الغياب) والاجتماعية (مثل العزلة) (Grondin, 2019, P: 22-23).

وردود الفعل النفسية تختلف من شخص لأخر وردّ الفعل الشائع هو الرفض والإنكار، فيتعهد المرضى خاصة الشباب منهم على عدم إتباع النظام الغذائي أو إهمال العلاج بعدم أخذ جرعات الأنسولين المطلوبة والتي تعتبر من أهم الضغوط النفسية اليومية لديهم ويمكن تلخيص أهم المظاهر النفسية نتيجة الإصابة بداء السكري في الشكل رقم (4)

كالآتي:



الشكل رقم 4 المظاهر النفسية لداء السكري

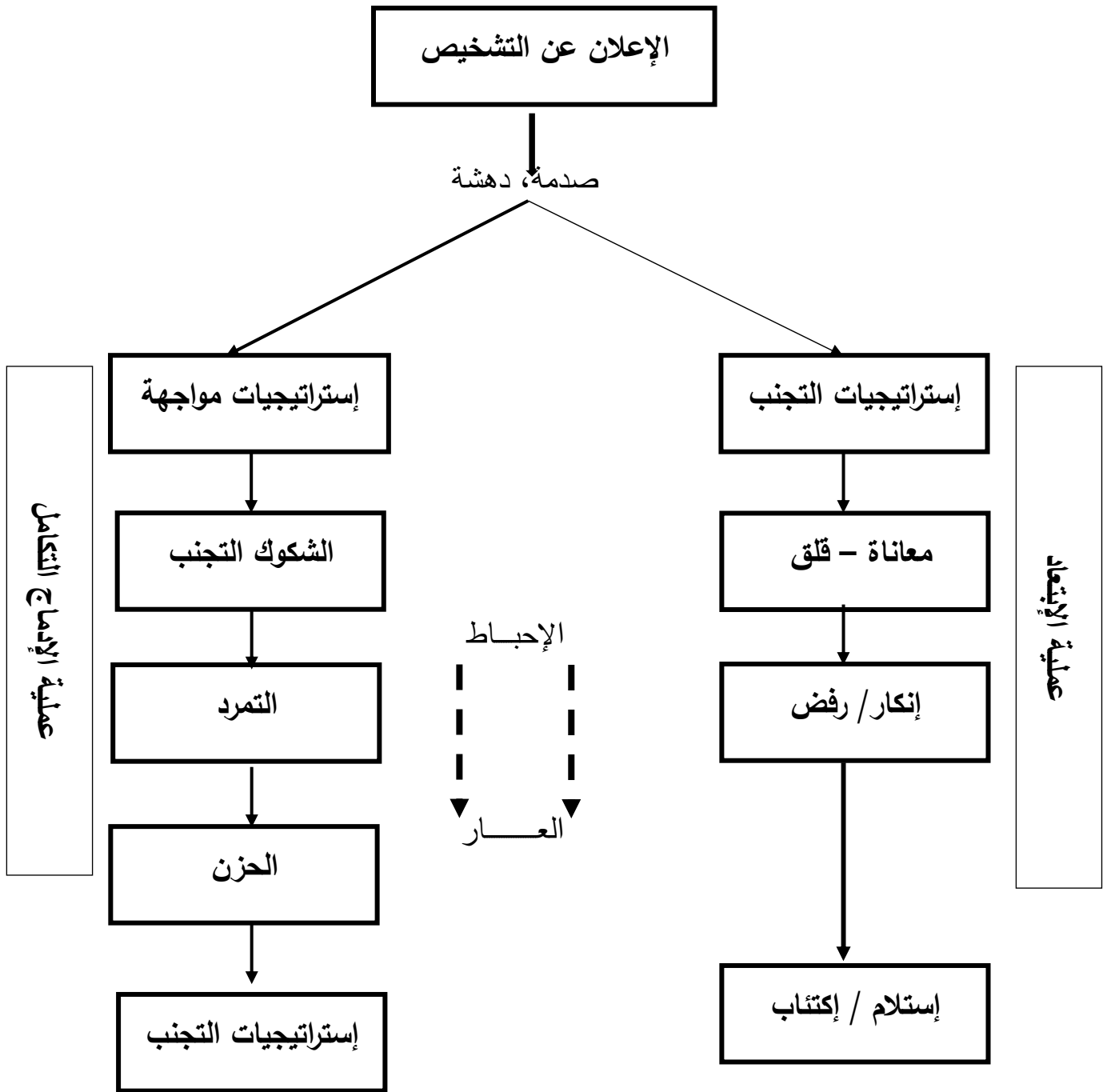
## 9-1 صدمة الإعلان عن تشخيص داء السكري:

بعد الإعلان عن التشخيص على المصاب القيام بعمل حداد أو ما يسمى بتقبل المرض. لقد قدمت الطبيبة العقلية " إيزابيت كويلر روس " (1975-1977) نموذجًا للحداد موضحة أنه لا يمكن تكامل السلوك الجديد دون الحداد على السلوك السابق. وفي حالة المرض المزمن تؤكد " لأكروا " (2009) (Lacroix Anne, 2009) أن الحداد على " الصحة الجيدة " هو ضرورة حتى يتمكن المريض من الموافقة على العيش وفقا لحالته الصحية الجديدة. حيث عملت على ردود الفعل المحتملة للمريض عن الإعلان عن تشخيصه بمرض مزمن. لقد قام كل من " لأكروا " (Lacroix) (2009) و " بارير " (Barrier) (2009) بوصف نوعين من الاستراتيجيات في مواجهة صدمة الإعلان عن المرض المزمن.

ف نجد إستراتيجيات المواجهة التي تؤدي إلى التقبل والتكيف/ أو إستراتيجيات التجنب والتي من شأنها أن تقود المريض إلى الإكتئاب والاستسلام وهو ما يسمى بالمسار (La Trajectoire).

ف نجد من يتبنى إستراتيجيات المواجهة حيث يقبل التعايش مع مرضه وهو ما يسمى بعملية التكامل أو التأقلم الإيجابي. أو يتبنى إستراتيجيات التجنب التي من شأنها أن تقود المريض إلى موقف يتسم بالاكئاب والاستسلام فيبتعد عن المرض وهو ما يسمى بعملية الابتعاد أو التأقلم السلبي (Thiam. Y, 2015, P : 34-35).

ويمكن تلخيص ردود أفعال المريض المزمن من على الأعلان عن التشخيص حسب أعمال " لا كروا Lacroix وبارير Barrier " (2009) حسب الشكل رقم (5).



الشكل رقم 5 مراحل صدمة الإعلان عن التشخيص

خلال هذه العملية تتداخل عدة نماذج لتفسير ردود الفعل المحتملة، كنموذج التفسير

لـ: Prochaska وDi clémente والاختلاف بين تصورات الفرد وحقيقة الواقع وإرادة الفرد

ومدى دافعيته وغيرها من العوامل. لكن ما يستوجب التركيز عليه أنها عملية طويلة تتطلب الوقت والدعم.

وتعتمد القدرة على التأقلم على عدة عوامل أهمها:

- سمات الشخصية: التي تلعب دور في درجة الثقة بالنفس عند المريض وبالأخرين.
- تجارب الحداد السابقة: قد تُصعب عمليات الحداد التي لم تكتمل لدى المريض إثر احداث وقعت له، عملية تقبل الإصابة بداء السكري.
- قدرة المريض على إعطاء معنى لظهور المرض.
- القدرة على مواجهة التحديات.
- الشعور بالكفاءة الذاتية بالنسبة للعلاج: من هنا تأتي أهمية مهارات الرعاية الذاتية من خلال وضع أهداف شخصية وواقعية.
- جود مخططات حياتية لدى المرضى.
- الدعم الاجتماعي المدرك والأسري والأصدقاء يسمح بتجنب الشعور بالوحدة في مواجهة المرض.

إضافة إلى موقف مقدمي الرعاية الذين يطورون علاقة قائمة على التعاطف.

(Grimaldi, A, et Al, 2016, P:04-05)

إن المصابين بداء السكري من النوع الأول يحتاجون إلى مرافقة نفسية اجتماعية تتوافق واحتياجاتهم وذلك من أجل الوقاية من مضاعفات داء السكري ( Société Algérienne de Diabétologie, 201, P: 51). وقد تم إدراج هذا المصطلح حديثا بدل التكفل، تساعد المرافقة على تجاوز مراحل صدمة الإعلان عن تشخيص داء السكري للوصول إلى مرحلة التقبل والالتزام العلاجي.

حيث كشفت العديد من الأبحاث عن عدة عوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية مرتبطة بالمرض المزمن، وتأثيرها على الأداء اليومي للمصابين ومن ميزة هذه العوامل أنها قابلة

للتعديل. علاوة على ذلك وجود التدخلات المتعددة التخصصات بما في ذلك العلاج والتدخل النفسي والتي يمكن أن تساعد على استئناف أو الحفاظ على حياة نشطة وممتعة على الرغم من المرض المزمن، من خلال تحسين نوعية الحياة والرفاهية الذاتية للأشخاص المصابين (Grondin , 2019, P40) فهذه التدخلات تساعد الأفراد المصابين على إدارة داء السكري بشكل أفضل. الأمر الذي بينته العديد من الأدبيات العلمية والتي وضحت دورها في تقليل التكرار والشدة والعواقب المرتبطة بأعراض المرض المزمن.

### 9-2 الاحتياجات النفسية والاجتماعية لمرضى داء السكري:

يشعر مريض السكري من النوع الأول بالحاجة إلى الدعم والتشجيع من حوله، رغم أن بعضهم يريد أن يظهر هذا الدعم بتكثّم، بالنسبة للمراهقين فهم يبحثون عن اكتساب قدر أكبر من الاستقلالية في إدارة مرضهم على المستوى العملي أو الانفعالي وحتى الاجتماعي، هذه المسؤولية أو البحث عن التمكين (Empowerment) تتعزز من خلال المشاركة ببرامج التمكين والتي تؤدي إلى تحسين ليس فقط نسب السكر في الدم ولكن أيضا الشعور بالفعالية الذاتية من خلال معاش المريض لداء السكري.

يُعرب المراهق والبالغ المصاب بداء السكري من النوع الأول عن الحاجة على تطوير معرفة أفضل بعلاجه وإدارته اليومية لدائه. ويكمن ذلك من خلال توصيل المعلومات بطريقة مناسبة. لأن داء السكري من النوع الأول يتطلب سلوكيات صحية وخطوات متعددة لتجنب أي مضاعفة من مضاعفات الداء والتي قد تولّد ضغطا لدى المصاب. يتم تطوير هذه النقطة بشكل أكبر ضمن فريق متعدد التخصصات الذي سيتوجه المصاب للانخراط في برامج التربية العلاجية للتعامل مع الضغط وكيفية إدارته وبالتالي التقليل من عواقب الداء والاحساس، ليس بالفعالية الذاتية فقط بل بالقدرة على إتباع القواعد الصحية والغذائية.

وهنا تظهر أهمية الاتجاهات والعلاقات الاجتماعية في توجيه السلوك، كونها تلعب دورا هاما في التخفيف من الضغوط وتحديد طبيعة الاتجاه نحو السلوك الصحي (علي، 2005، ص: 83)

فالدعم النفسي والاجتماعي الفعال يؤثر على مستوى الرضا عن الإصابة بالمرض وفي كيفية إدراكه له وكيفية تعامله مع الضغوط النفسية الناتجة عنه.

أيضا الدعم النفسي والاجتماعي الفعال يؤثر على مستوى رضا المصاب بداء السكري من النوع الأول وكيفية إدراكه له وكيفية تعامله مع مختلف الضغوط النفسية الناتجة عنه ويكمن هذا الأثر في تخفيف الأعراض المرضية (علي، 2005، ص: 14).

ورغم فوائد العلاقات الاجتماعية ودعم الأسرة والأقران ودور الفريق المتعدد التخصصات إلا أن بعض المرضى الشباب يعبرون عن انتهاك الخصوصية لديهم والشعور بعدم الكفاءة. فالمصابون الذين يتلقون الدعم والمساندة والمتابعة من ذويهم يعبرون عن فقدانهم لحريتهم في اتخاذ بعض القرارات، خاصة بالتمتع ببعض الاستقلالية في إدارة مرضهم بأنفسهم. وعليه فقد تأخذ هذه المرافقة والمساندة منحى تعجيزي نتيجة لما يسمى بالمساندة العمياء للأولياء (أبو حميدان، 2012، ص ص: 51-52).

#### 10- الحاجة إلى إسهامات ونماذج ونظريات علم نفس الصحة:

في المجال الصحي، سواء في المستشفى أو في المهنة الحرة، يعمل المختص النفسي الصحي على إظهار كيف أن علم النفس الصحة ضروري للتربية العلاجية وذلك من خلال: أولاً: تحديد الاعتلال النفسي المرضي أو الصعوبات النفسية المصاحبة للمرض المزمن بشكل متكرر.

ثانياً: مساهمته من خلال تكوينه النظري والأكاديمي في هذا التخصص حول مفهوم التصورات حول الصحة والمرض وفي الأخير مساهمته في التقنيات والتدخلات العلاجية التي تعزز الالتزام العلاجي (Dantzer, 2010, P: 02).

علم النفس الصحة هو تخصص حديث تمّ إضفاء الطابع الرسمي إليه في عام 1985 في الولايات المتحدة. وفي عام 1986 في أوروبا، بدفع من الأكاديمي الهولندي " ستان مايس " (Stan Maes) الذي أسس الجمعية الأوروبية لعلم النفس الصحة. يُعد هذا التخصص أكثر حداثة في فرنسا منذ أن تم الدفاع عن الأطروحات الأولى في هذا المجال في بداية التسعينات. ويمكن تعريف علم النفس الصحة وفقا لـ: " سارافينو " (1990) (Sarafino) على أنه: " دراسة العوامل والعمليات النفسية التي تلعب دورا في ظهور الأمراض والتي يمكن أن تسرع أو تبطئ تطورها " واقترح ثلاثة أهداف رئيسية:

- تعزيز السلوكيات الصحية وأنماط الحياة الصحية التي تتوافق مع البحوث التي يمكن إجراؤها في مجال الوقاية الأولية؛

- الوقاية من الأمراض وعلاجها (الوقاية الثانوية)؛

- وتحسين رعاية المرضى (الوقاية من الدرجة الثالثة).

ويصف " ماتارازو " (Matarazo) في عام 1980 علم النفس الصحة بأنه: " استنتاج من المساهمات التربوية والعلمية والعملية لعلم النفس في تعزيز الصحة والحفاظ عليها، فضلاً عن الوقاية والعلاج من الأمراض والاختلالات المرتبطة بها ".

وعلم النفس الصحة يقترح أن المرض ناتج عن العديد من المحددات (البيولوجية والنفسية والاجتماعية) التي تتوافق مع النموذج البيو نفسي اجتماعي (BPS) (أنجل، 1977) وهذا النموذج يدمج النماذج الرئيسية التي ميزت القرن العشرين فيما يتعلق بمفاهيم ذات صلة بالمرض العضوي. (Fisher.G,et AL, 2020, p :22)

يهتم علم النفس الصحة بدراسة العمليات النفسية في الصحة والمرض والرعاية الصحية، فهو يهدف إلى الدراسة والفهم والتنبؤ بالعوامل السيكولوجية التي تلعب دورا في ظهور الأمراض العضوية والتي تستطيع أيضا أن تعجل أو تبطئ تطورها.

(Bruchon-Schweitzer, 1994, P : 14)

فهو يدرس العوامل السلوكية المرتبطة بالحفاظ على الصحة بالإضافة إلى اكتشاف كيفية مساعدة المرضى على التوافق مع مرضهم وذلك بالعمل في أربع مجالات هامة وهي الأداة:

- ترقية السلوكيات المتعلقة بنوعية الحياة الصحية

- فهم أسباب الإصابة بالمرض وعوامل الحفاظ على الصحة (سيكولوجية المرض).

- تحديد العوامل النفسية والسلوكية والانفعالية المساهمة في الإصابة بالأمراض

الجسمية

- حماية الصحة والحفاظ عليها وتحسين نظام الرعاية الصحية وصياغة السياسات

الصحية (رودهام 2009، ص: 11)

وعليه هو تخصص حديث نسبياً يدرس العوامل الشخصية والاجتماعية التي يمكن أن

تؤثر على بدء الأمراض وتطورها بالإضافة إلى نوعية الحياة والرفاهية وحتى السعادة.

يقدم علم النفس الصحة مجموعة واسعة من العلاجات النفسية تسمح للمختص

النفسي في مجال الصحة التدخل للعمل مع الفئات الهشة من السكان فأصبح يطلب منه

بشكل متزايد رعاية المرضى داخل هياكل الرعاية الطبية (أمراض السرطان، أمراض القلب،

الرعاية الملطفة، إلخ) مستعيناً بتكوينه وتدريبه ومهاراته (نوع المرض، هدف وقائي، علاجي،

تربوي، إلخ) وهذا الاختيار تلبيةً لاحتياجات ومتطلبات المريض ومحيطه وفرق الرعاية

(Untas, A et Al, 2016, P: 11-12)

نستخلص من هذه الأهداف أن علم النفس الصحة يحاول من خلال تبنيتها التأكيد

على العلاقة بين السلوك والصحة في ظل نتائج البحوث التي أشارت إلى هذه العلاقة القوية

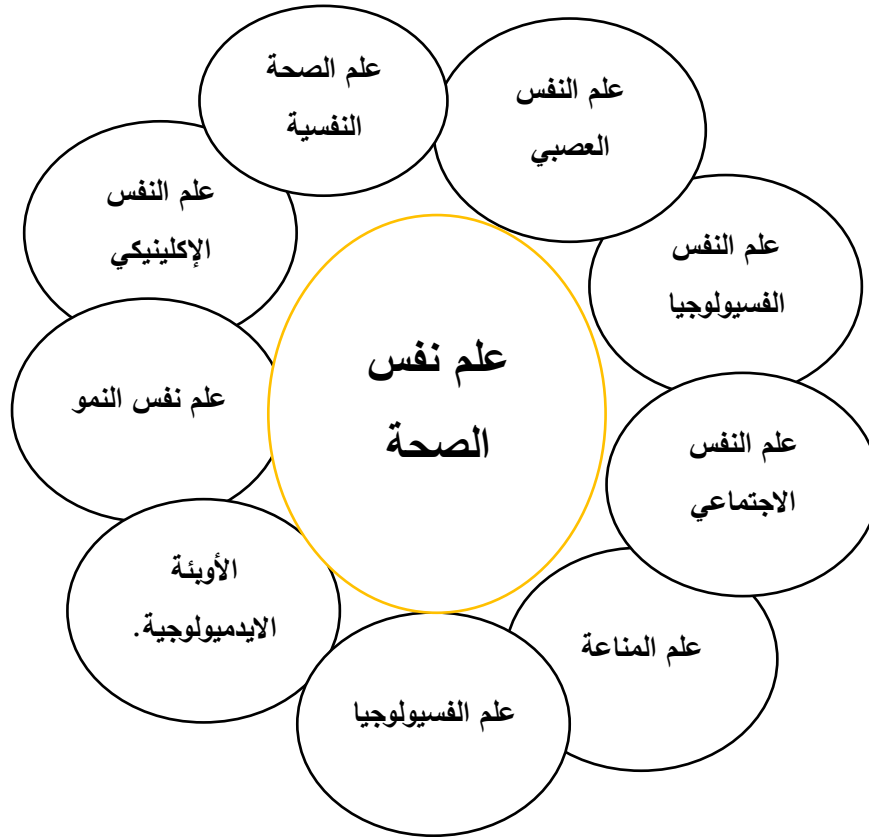
بين الإصابة بالأمراض المزمنة وبين بعض الأنماط السلوكية التي تشكل عامل خطورة

بالإبقاء على ممارسات سلوكية معينة.

وعليه فإن الإسهامات النفسية في تحسين صحة الفرد ومنع الإصابة بالمرض تدور

في ثلاث مجالات عريضة:

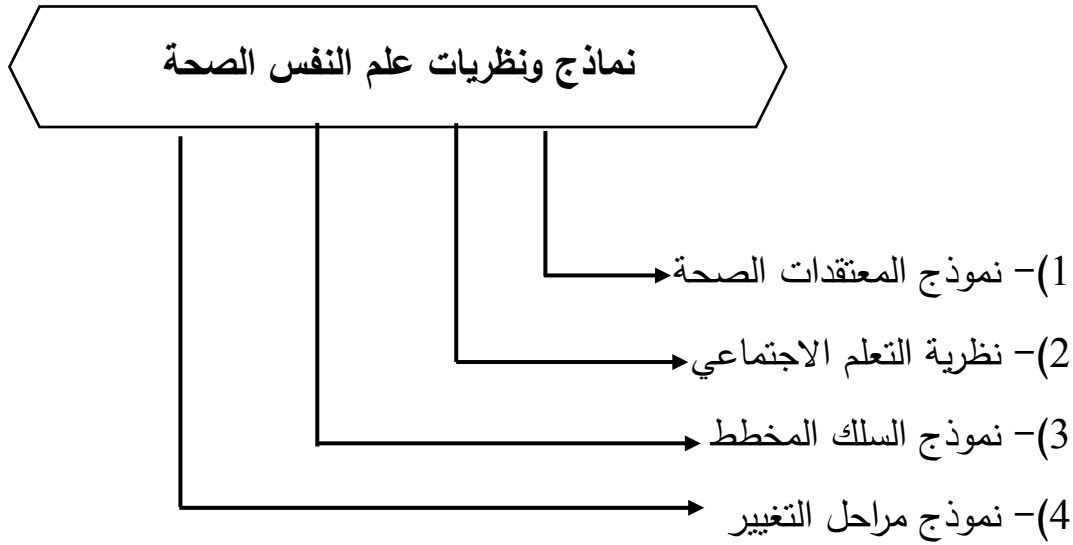
- 1- تحديد عوامل الخطر السلوكية المتعلقة بالأمراض المزمنة المهددة للحياة.
  - 2- فحص العوامل التي تحدد السلوك المتعلق بالصحة.
  - 3- المدى الذي يمكن تشجيع الناس عليه لتعديل أنماط حياتهم وذلك من خلال تبني السلوكيات الصحية (الخالدي وعبد العزيز، 2010، ص 46-47).
- لذا نجد أبحاث فرع علم النفس الصحة تدور حول شقين، الشق الأول: يركز على تقييم وقياس المتغيرات النفسية والاجتماعية ذات صلة وتأثيرها على الصحة الجسمية والنفسية كخطوة مبدئية للوقاية من الإصابة بهذه الأمراض، والشق الثاني: يختص بدعم اتجاه التدخل من خلال تصميم برامج للمرضى من خلال تحديد أهداف وتسخير للوسائل للتخفيف من المعاناة النفسية الناتجة عن انعكاسات الأمراض المزمنة.
- ويتلقى المختص النفسي للصحة تكوينا أكاديميا حول أمراض جسمية متعددة، وذلك لتحديد العوامل النفسية المساهمة في تطور الأمراض أو استمرارها.
- وبالموازاة أثبتت أبحاث علم النفس الصحة وجود بعض خصائص الشخصية التي تلعب دور الحماية والتي تُعرف بالعوامل الوقائية أو الانقاضية (عبد السلام، 2016، ص:10) كالصلابة، القدرة على التحمل، التفاؤل، الفعالية الذاتية أو مركز التحكم الداخلي وغيرها. أما العوامل ذات الخطورة على الصحة أو الأمراض مثل: العدائية، العصائية الألكستيميا أو عدم القدرة على التعبير اللفظي عن الانفعال أو الانفعالية السلبية وغيرها.
- ويركز علم النفس الصحة في دراسته للجوانب النفسية والسلوكية للصحة والمرض على أفكار ومعلومات تزخر بها ميادين وفروع علم النفس المختلفة النظرية والتطبيقية، بالإضافة إلى ذلك، يعتمد على علوم مجاورة أخرى.
- والشكل رقم (6) يوضح علاقة علم النفس الصحة بالعلوم النفسية والطبية.



الشكل رقم 6 يوضح علاقة علم النفس الصحة بالعلوم النفسية والطبية

### 11- النماذج المعرفية الاجتماعية في علم النفس الصحة:

يعتمد الممارسون النفسيون في مجال علم النفس الصحة في مفهومهم وتفسيرهم للمظاهر السلوكية للمرض المزمن على بعض الآراء والأفكار والنماذج والنظريات العلمية التي يزخر بها التراث العلمي السيكولوجي والطبي لغرض تحديد الأسباب والمتغيرات والعوامل التي تدفع بالمريض إلى ممارسة بعض الأنماط السلوكية الصحية دون الأخرى. وفيما يلي يمكن عرض وجيز لبعض النماذج والنظريات وكما يوضحه الشكل (7): الآتي:



الشكل رقم 7 النماذج المعرفية الاجتماعية في علم النفس الصحة

(1) - نموذج المعتقدات الصحية (HBM):

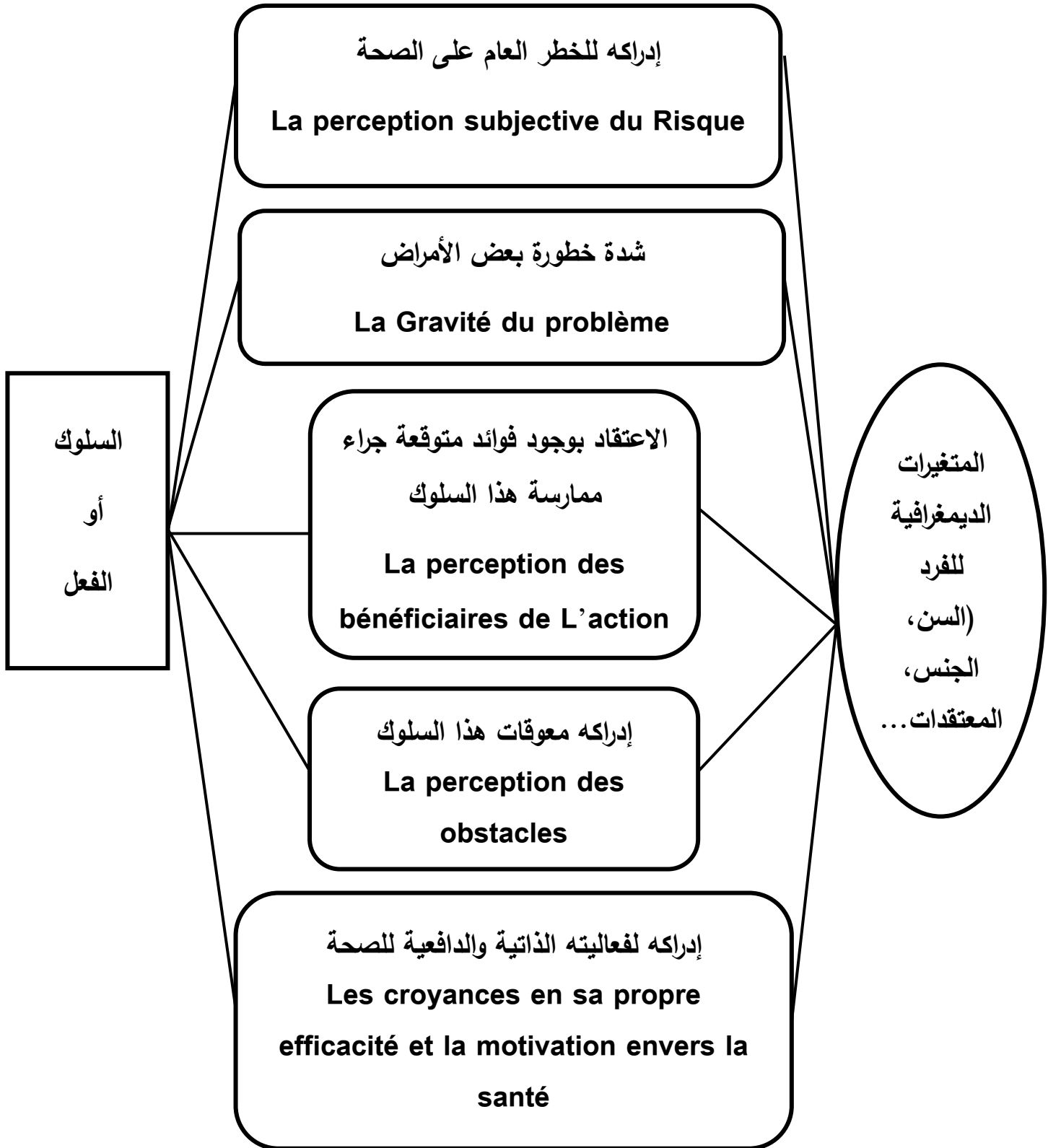
يُعد النموذج الذي اقترحه روزنستوك (Rosenstock, 1966-1974) أول نموذج في مجال تفسر السلوك المرتبط بالصحة، ويقوم هذا النموذج على فكرة أن الالتزام بممارسة السلوك الوقائي يرتبط بمقدار ما يمكن أن يجنبه الفرد من فوائده.

يتوقع أن تعود هذه المعتقدات بالإيجاب على صحته، ولهذا فإن عملية الدخول في نشاطات سلوكية صحية معينة، تمر أولاً بتحديد سلبيات وإيجابيات هذه النشاطات لتقدر من خلال احتمالات الوقوع في مشكلات صحية، فيختار الفرد بعدها إما تنفيذ تلك النشاطات

وإما التخلي عنها. (Fisher.G, et AL, 2020, p :55)

وحسب هذا النموذج هناك خمس متغيرات تجعل الفرد يتبنى السلوك الصحي، كما

هو موضح في الشكل رقم (8):



الشكل رقم 8 نموذج المعتقدات الصحية.

يستعمل هذا النموذج غالباً في تفسير سلوك الملائمة العلاجية وإحداث تغييرات على المدى الطويل فيما يخص تعديل وتحسين السلوكيات الغذائية والرياضية الجنسية.

## (2) - نظرية التعلم الاجتماعي:

ووفقاً لهذا النموذج يمكن أن نتوقع ممارسة أو تعلم السلوك عندما تتوفر قناعه لدى الفرد أنه سينجح في تنفيذ السلوك المناسب لتحقيق النتائج الصحية المرغوبة فيها، ويقتنع أن نتائج ذلك السلوك سترجع عليه بفائدة كبيرة. ويعتبر هذا النموذج من أكثر النظريات استعمالاً في الدراسة والبحث عن المحددات النفسية الاجتماعية للسلوك الاجتماعي وحيث يرى باندورا أن سلوك الفرد الاجتماعي يحدث وفقاً لتوقعاته الخاصة بكل من:

### (1) - توقعات نتائج Perceived outcome Expectations.

### (2) - والفاعلية الذاتية Perceived self-efficacy.

وتطبيقاً لهذا النموذج يرى (باندورا، 1986 Bandura) أن الفاعلية الذاتية هي الآلية المعرفية التي من خلالها تمارس العوامل النفسية الاجتماعية تأثيرها على الممارسة الصحية Health Functioning وقد تعمل فاعلية الفرد الذاتية على تنظيم كل من نشاطه النفسي الاجتماعي وعاداته الصحية بطرق عدة:

1/- من خلال تأثيرها على ما يختاره الفرد من نشاط في حياته اليومية.

2/- من خلال تأثيرها على مستوى الجهد الذي قد يبذله للوصول لهدف معين في

حياته المهنية أو الشخصية.

3/- من خلال تأثيرها على مستوى الضغط الذي سيعاني منه الفرد لدى مواجهته

مطالب المحيط وتحدياته.

4/- من خلال تأثيرها على مدة المثابرة في وجه الصعوبات والإحباطات المتكررة.

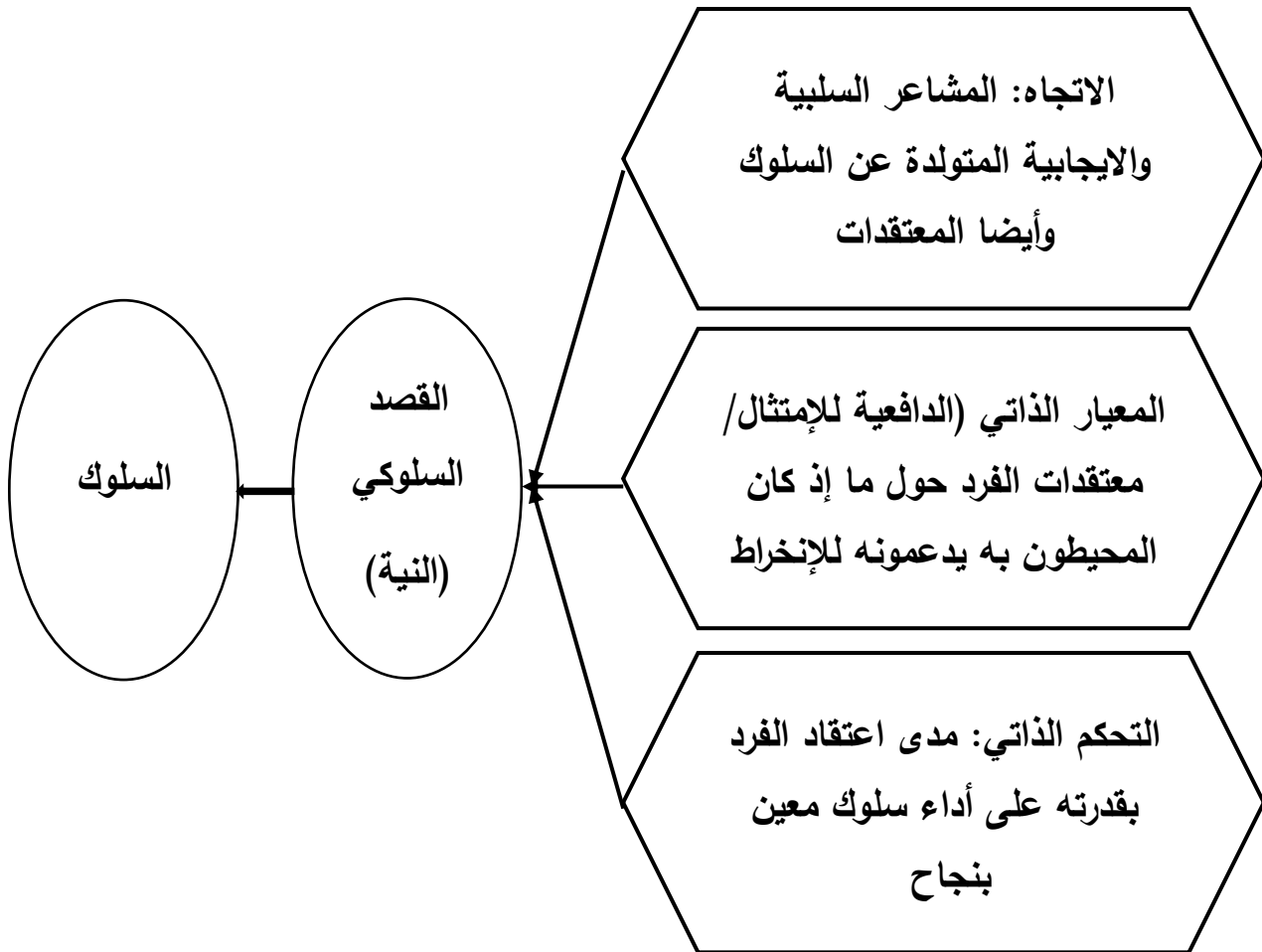
5/- من خلال تأثيرها على طبيعة تفكيره وتصوراتهِ للواقع.

## (3) - نظرية السلوك المخطط (TCP):

جاءت هذه النظرية على يد كل من أوجن وفيشبين (Azjen et Fishbein 1980)

لتفسير العلاقة بين السلوك والاتجاهات وهي بذلك تضيف البعد المعياري القيمي،

حيث ترى أن ممارسة الفرد للسلوك الوقائي هي عملية تمر بتخطيط مسبق وفق العديد من العمليات التي تبدأ أولاً بتقييم مدى أهمية النتائج المترتبة على ممارسة السلوك، ثم تقييم مدى الوقوع أو الأثر الذي يمكن أن يحدثه هذا السلوك لدى الأشخاص ذوي الأهمية المرجعية ممن يهتم الفرد بنيل رضاهم كالأصدقاء وإلى مدى تناسب نتائج السلوك الوقائي مع الاتجاهات الذاتية (القناعات الذاتية حول الخطأ والصواب المقبول والمرفوض) وعندها إما ترتفع الدافعية والرغبة في القيام بالسلوك الوقائي أو تنخفض.

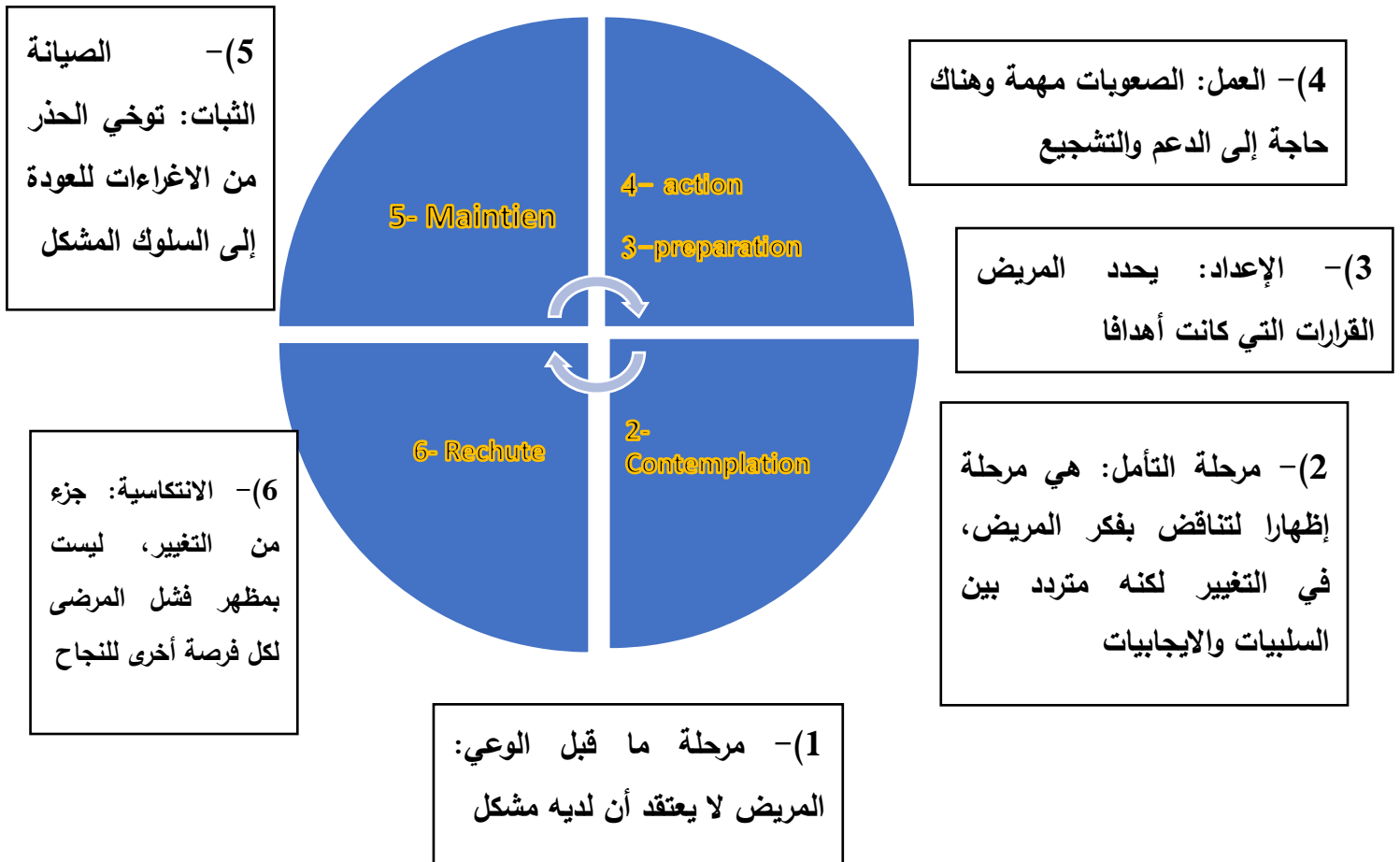


الشكل رقم 9 نظرية السلوك المخطط (رودهام، 2009، ص: 66)

طبقت هذه النظرية في مجال إعادة التأهيل لما لها فائدة كبيرة لمرض القلب، فالطريقة التي يفهم بها المرضى لمرضهم تؤثر على التزامهم بالبرنامج.

(4) - نموذج مراحل التغيير (Le Cycle de Prochaska et Di Clémente):

فهو نموذج يوضح كيف أن الفرد يقرر الدخول في الفعل عبر سيرورة (Processus) من خمسة مراحل، تتأثر فيها كل مرحلة بسلوكيات الفرد السابقة وأهدافه الراهنة والمراحل كما هي موضحة في الشكل رقم (10)



الشكل رقم 10 نموذج مراحل التغيير (Ouerdane , 2016, P:50)

**12- دور المختص النفسي الصحي في التدخلات النفسية من أجل التكفل**

النفسي الاجتماعي لمرضى داء السكري من النوع الأول:

**12-1 دور المختص النفسي الصحي في الوسط الاستشفائي:**

للأخصائي النفسي بصفة عامة ثلاث وظائف وهي:

- الوظيفة السريرية (الإكلينيكية) (La Fonction Clinique)

- الوظيفة المؤسسية (La Fonction institutionnelle)

- ووظيفة FIR (التكوين والمعلومات والبحث) (Formation)

(Information, Recherche) (Schauder, 2007, P : 08)

يعمل أكثر من 50% من الأخصائيين النفسيين في قطاع الوسط الاستشفائي

ويشارك المختص النفسي داخل المصالح الاستشفائية إضافة إلى الوظيفة السريرية على

النحو التالي:

- تنظيم ومراقبة المشاريع سواء كانت فردية أو جماعية (كمشروع التربية العلاجية).

- مع الفريق المتعدد التخصصات (طبي- شبه طبي- المساعدة الاجتماعية

التربوية.....).

- مع الزملاء المختصين النفسيين (سواء في كلية علم النفس، ورشات عمل

جماعية داخل الوسط الاستشفائي).

- مع مصالح التكوين.

- مع الجمعيات حول إشكالية بعض الأمراض المزمنة (الأمراض العقلية، داء

السكري، الإيدز، السرطان، الأطفال المرضى، الأولياء.....).

(Schauder, 2007, P : 9)

- على المختص النفسي ان يقوم بتحديد معارفه النظرية، نظرا لتنوع المواقف السريرية والإكلينيكية. والتطور السريع للمعرفة يساعد البحث والتكوين (FIR) كاستفادة من تكوين في برامج التربية العلاجية من اكتساب ميزة التخصص (Spécialisation) أيضا المشاركة في ندوات وأيام دراسية للتبادل المثمر.

على المختص النفسي العمل على التواصل مع الهيئات المهنية كالمخابر الصيدلانية التي يمكن ان تكون حلقة وصل بين التدريب الجامعي والنشاط المهني داخل المصالح الاستشفائية. كما هو حال بعض المختصين النفسانيين الصحيين الذي تم تكوينهم أكاديمياً حول التربية العلاجية في الجامعة وميدانيا تحت إشراف المخابر الصيدلانية بالتعاون مع المصلحة الاستشفائية العاملين فيها.

وعليه يمارس المختص النفسي الصحي في هذه المصالح كل وظائفه كما يصمم الأساليب وينفذ الوسائل والتقنيات من خلال نهجهم الخاص (نهج علم النفس الصحة)، إضافة العلاقات المتبادلة بين الحياة النفسية والسلوك الفردي والجماعي (ضمن النموذج البيو نفسي اجتماعي bps) من أجل تحديد وتعزيز الاستقلالية الشخصية والذاتية، فهو يساهم في تحديد وتنفيذ الإجراءات الوقائية والعلاجية ويتعاون في المشاريع التعليمية (Schauder, 2007, P: 221) كمشاريع التربية العلاجية للأمراض المزمنة (ETP) على المستوى الفردي والجماعي.

## 12-2 التدخلات النفسية من أجل التكفل النفسي والاجتماعي لمريض داء

السكري من النوع الأول: يعتبر العلاج النفسي عملية (Processus) مشكلة تواصلية واجتماعية تعتمد على التواصل (La communication) من أجل التمكين من التحكم في المرض. يستخدم العلاج النفسي تفاعل المعالج والمُعالج في إطارها كوسيلة مساعدة لتوسيع الخبرات، يفترض فيه أن يتم إيصال المريض من نقطة انطلاق غير مرغوبة إلى حالة هدف

مرغوب (سانف وبرودا، 2009، ص: 18). يقوم عمل المختص النفسي على أساس المنهج

التكاملي الشمولي في علم النفس الصحة. وعمله يبنى على سؤالين مهمين:

- كيف يتم توظيف المريض المزمن من ناحية نمطه المعرفي والوجداني والعلائقي واستراتيجيات المقاومة والمواجهة ومصادر القوة والضعف لديه...الخ.

- ولماذا يستجيب بهذه الطريقة عند مواجهة الصعوبات النفسية الداخلية... الخ.

(Castro, 2016, P : 429)

ومنه فالتكفل النفسي الاجتماعي عبارة عن؛ ما يجب معرفته (Ce qu'il faut

savoir) وما يجب القيام به (Ce qu'il faut faire).

1- ما يجب معرفته (Ce qu'il faut savoir)

\*-المظاهر النفسية لداء السكري : إن الإصابة بداء السكري ينجر عنها صعوبات

نفسية متدرجة ومتباينة من تغييرات طفيفة لنوعية حياة المريض *Alteration de la qualité*

*de vie* إلى الإصابة ببعض الصعوبات الاكتئابية أو اضطرابات القلق.

(Mikolaiczak. 2013. P : 135)

\*- المحددات الشخصية للمريض (شخصيته، ظروفه ومصادره)

\*- مرحلة التقبل والتكيف ومستوى الدافعية لدى المريض

(Son adaptation et sa motivation)

\*- المواقف النفسية للمريض في مواجهة المرض: إن معرفة هذه المواقف النفسية

تسمح بمعرفة نوعية وكيفية استعمال المريض لاستراتيجيات المعاملة لتحدي مرضه.

إن هذه الاستراتيجيات تؤثر بشكل كبير على الإحساس بالرفاهية الذاتية

(Le bien-être) والسلوكيات المرتبطة بالمراقبة الذاتية للمرض.

وبوضح الجدول رقم (03) مختلف استراتيجيات التعامل التي يستخدمها المريض في

مواجهة داء السكري والتي نستخلص منها أن المريض الذي يركز على حل المشكل يستطيع

تبنى استراتيجيات من أجل النجاح في مواجهة مرضه (Faire face et réussir) بالمقابل أي أن تمحور المريض حول الانفعالات تجعله يتبنى استراتيجيات نجذب المرض من أجل إحساس أقل بالضغط النفسي والانفعالات السلبية التي يسببها المرض.

(Groupe d'étude DAWN2, 2013, P : 14)

### الجدول رقم 3 المواقف النفسية للمريض بداء السكري

أمثلة لتصريحات المرضى Exemples de déclaration des Malades	المواقف النفسية Attitudes Psychologique
" أحس نفسي متضايق وقلق كوني مريض بداء السكري "	الضغط النفسي المرتبط بالمرض ( Stress Lies au diabète): وهو إذا كان داء السكري مدرك كمصدر سلبي وضغط نفسي
" الأمل ضئيل في الحصول على حياة عادية مع مرض السكري "	التكيف (Adaptation): الشعور بعدم القدرة على مراقبة ومتابعة مرضه
" أحاول في كل مرة إخفاء إصابتي بداء السكري "	تأنيب الضمير (Culpabilité): الشعور بالعار والخجل وحالة من العزلة أمام المرض
" على الأطباء التعاطف أكثر في تعاملهم مع المرضى المصابين بداء السكري "	التعاون والمشاركة (Coopération): الشعور بالنفور اتجاه مقدمي الرعاية أو الشعور بالمسؤولية الشخصية في متابعة المرض
" الإصابة بداء السكري يعني مسؤولية في تحمل العلاج " " فكرة حقن الانسولين لا تضايقني في شيء "	القناعات اتجاه المرض ( Conviction sur la Maladie): رفض فكرة الإصابة بداء السكري. أو النظر إلى المرض كداء استقلابي قابل للتصحيح
انخفاض نسب السكر في الدم ليس بالأمر المخيف كما يظنه الآخرون	تحمل مبهمات المرض ( Tolérance a L'antiquité): هو مزيج من الثقة واليأس أو الكآبة أما الثقة تعكس استعمال إستراتيجيات التكيف والعقلانية، يكون هذا المريض متفتح لكل الأفكار والاقتراحات المقدمة إليه

**(2) - ما يجب القيام به (Ce Qu'il Faut Faire):**

يتمحور عمل المختص النفسي مع الأمراض المزمنة في الوسط الاستشفائي على أساس النموذج التكاملي والشمولي في تفسير سيرورة المرض والحفاظ على الصحة " ويتعلق الأمر بمجموعة واسعة من المتغيرات التي تتجمع في ثلاث مجموعات من العوامل البيولوجية والاجتماعية والنفسية (كالسلوكات والمعتقدات) هذه الأخيرة هي محل دراسة اختصاص علم النفس الصحة الذي يدرس هذه العوامل في الصحة والمرض إن تطبيق النموذج الطبي النفسي الاجتماعي (BPS) على المرض المزمن يتطلب من الأخصائي النفسي إتباع الخطوات الأساسية التالية من أجل كفاءة نفسية ناجعة من خلال المظاهر الثلاثة التالية:

\*- تحديد نوعية المرض المزمن ومرحلة تطوره.

\*- العوامل النفسية التي تؤثر على المرض (سمات الشخصية اتجاهات الفرد والمظاهر المعرفية والانفعالية والسلوكية لهذه الاتجاهات).

تحديد واختبار الميكانزمات التي من خلالها يتم التفاعل بين العوامل النفسية

والبيولوجية. (Bruchon- Schweitzer, 1994, PP : 185-186)

ويمكن فهم الإجراء التشخيصي العلاجي للمختص النفسي في الوسط الاستشفائي

على النحو التالي:

**(أ) - وصف المشكلة:**

- تسهيل وبناء علاقة علاجية مبنية على التعاطف والتفهم والتقبل غير المشروط.

(Lorraine, Sultan, 2012)

- تحفيز المريض على التفكير بالعواقب الإيجابية للتغيير النوعي.

- تصميم رؤية واضحة للمشكلة عند المريض.

**(ب) - تحليل المشكلة:**

مساعدة المريض على معرفة الأسباب المحافظة على الاستمرارية الراهنة للسلوك المشكل.

**ج- تحليل الأهداف:**

ينبغي تحقيقها، أي ما يفترض إحداثه وتحقيقه من خلال التدخلات العلاجية.

(سانف وبيرودا، 2009، ص: 117).

**د- التدخلات العلاجية**

تخطيط الأساليب العلاجية التي ينبغي استخدامها من أجل تحقيق الهدف العلاجي على المدى القصير والمتوسط والبعيد. وهنا لا بد من الانتباه بشكل خاص إلى وجود تطابق بين أهداف العلاج والمعطيات الخاصة بالمريض (Castro, 2016. P : 43).

تركز كل الأبحاث العلمية والدراسات الميدانية المرتبطة بالتكفل بالمصابين بداء السكري على أهمية الاستعانة بكل التدخلات العلاجية من مختلف الأطر النظرية والمدارس النظرية المختلفة بهدف التكفل الجيد والأفضل بالمصابين. فالمصاب بداء السكري هو في مواجهة إشكاليتين نفسييتين كبيرتين وهما:

- صعوبة المراقبة الذاتية (*difficulté à s'autoréguler*) النظام الغذائي والتمارين

والعلاج وما إلى ذلك

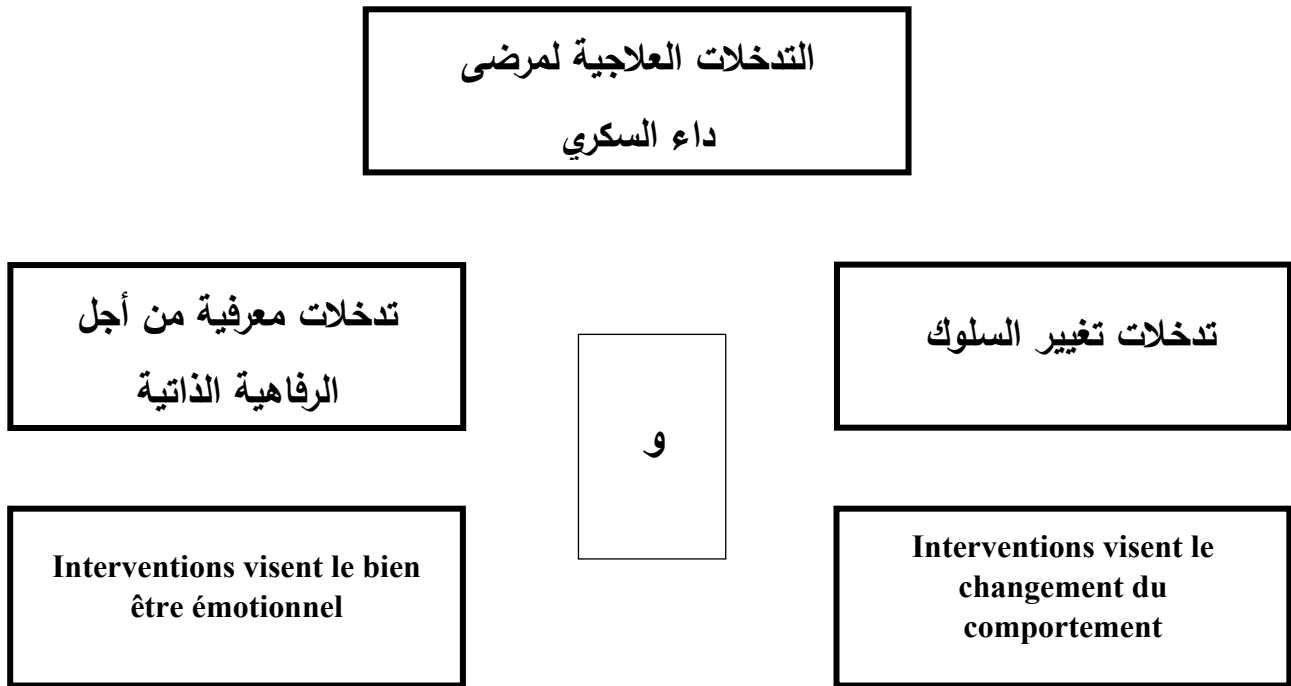
- ضغوط انفعالية نتيجة لهذه الصعوبة

**Détresse émotionnelle liée à cette difficulté) (Mikolajczak. 2013.P : 29)**

وعلى أساس هاتين الإشكاليتين تعمل كل التدخلات من نماذج العلاج المختلفة على نفس الهدف وهو تحسين الإدارة الذاتية وتحسين نوعية الحياة من أجل تحقيق تحكم أفضل في نسبة السكر في الدم.

فالمختص النفسي الصحي يستمد من مختلف النماذج النظرية لتقديم تدخلات علاجية متكاملة من ناحية الجوانب السلوكية ومن ناحية الجوانب المعرفية والانفعالية المتعلقة بالتكيف مع الداء.

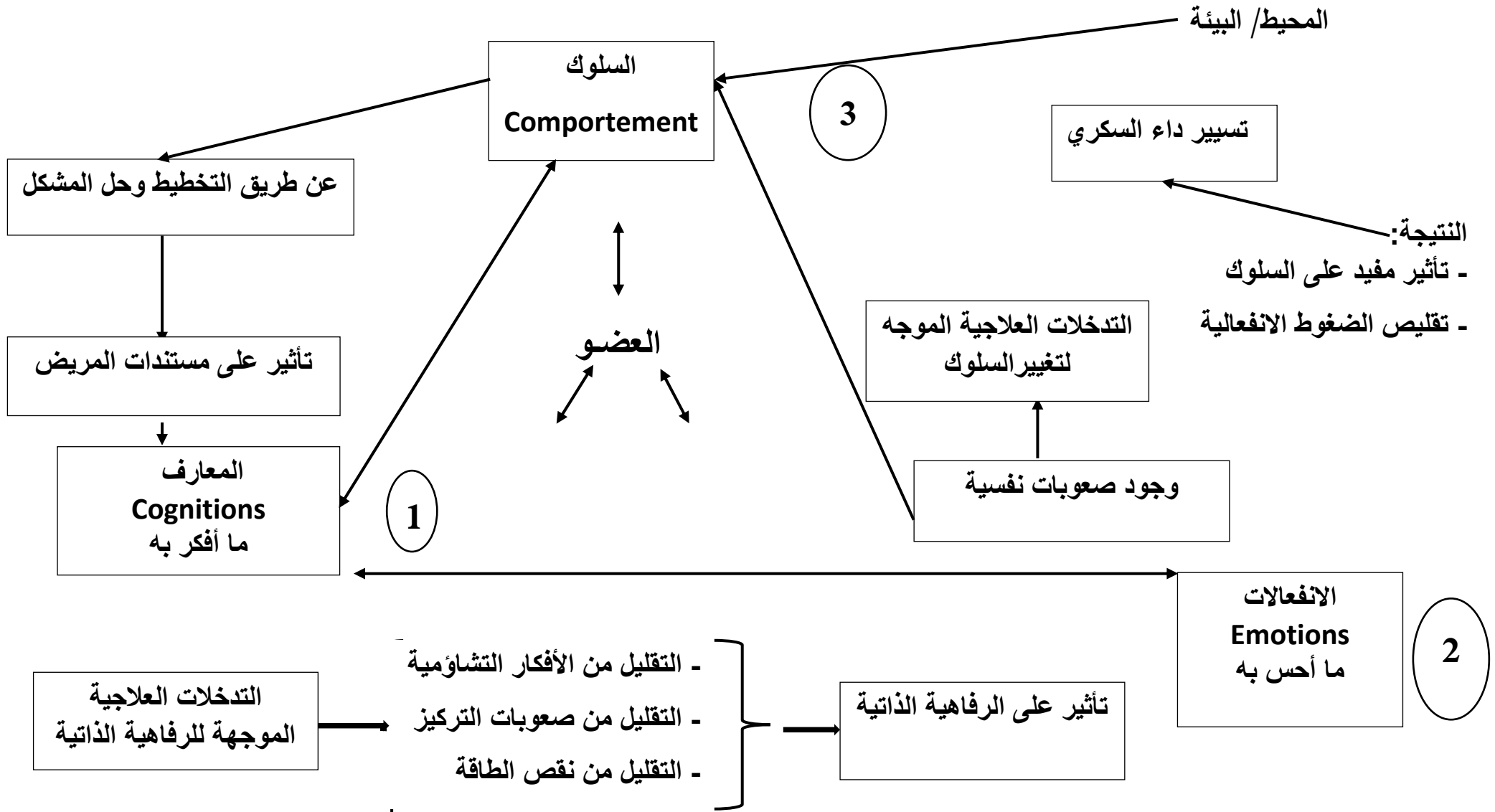
وعليه فإن أهم التدخلات العلاجية لمساعدة ومراقبة المريض بداء السكري يتمحور حول مظهران من التدخلات فهو كما يوضحه الشكل (11):



الشكل رقم 11 أهم التدخلات العلاجية في علاج داء السكري

إن العديد من الدراسات أشارت إلى التأثيرات المتبادلة بين الصحة والإحساس بالرفاهية الذاتية لدرجة أن الباحثين في علم النفس الصحة يعتبرونها محك للحالة الصحية. وعلى هذا الأساس يبرز علم النفس الصحة كفرع في غاية الأهمية كونه يسعى لتقديم مجال واسع من التدخلات العلاجية (Un éventail de psychothérapies) من مختلف المراجع النظرية لتشخيص وعلاج عدة وضعيات ضمن مرض مزمن واحد، خاصة تحسين نوعية حياة المرضى المصابين.

ومن أبرز هذه التدخلات العلاجية وأكثرها استعمالاً في الأمراض المزمنة نجد تناول المعرفي السلوكي والموضح في الشكل رقم (12) والذي يشمل تدخلات تفسير السلوك من ناحية الجوانب السلوكية ومن ناحية الجوانب الانفعالية المتعلقة بالتكيف مع داء السكري. تعتبر العلاجات المعرفية السلوكية من أهم العلاجات المستخدمة في علم النفس الصحة لأنها أثبتت فعاليتها في تسيير الضغوطات النفسية في العديد من الاضطرابات النفسية والجسمية. كما تساعد على إيضاح الطريقة التي يُسير بها المريض مرضه المزمن على المستوى المعرفي والانفعالي والسلوكي والمعروفة، بإستراتيجيات المعاملة (Coping) (Untas, 2016, P: 33)



الشكل رقم 12 النموذج التفاعلي (Model Interactionnel)

أ- تدخلات تغيير السلوك: حسب النظرية المعرفية السلوكية:

### - نموذج مراحل التغيير

(Modelé Trans théorique de Prochaska et Di Clémente):

إن تبني نمط حياة صحي وسلوكات ملائمة للعلاج يعتمد على دوافع المريض والتزامه الشخصي وعليه تتطلب المرافقة النفسية للمرضى في العملية المعقدة لتغيير السلوك مشاركة المريض في العملية؛ آخذين في الاعتبار كل مشاكله ونواياه وإستراتيجياته للتكيف مع المرض.

يهدف التعامل مع مقاومة المريض لتبنيه للسلوكات الصحية ولتعزيز شعوره بالفعالية

الذاتية يهدف نموذج مراحل التغيير لـ: بورشاسكا ودي كليمانتي (Model Trans théorique

de Prochaska et Di Clémente) إلى تشجيع استقلاليته

(Blanchet,2013, p :83) من خلال المراحل التالية :

#### ←- تقبل المشكلة: تقبل المرض:

تكون في المراحل الأولى للمرض وهي تمثل مرحلة ما قبل التأمل هناك يدرك المريض الحاجة إلى التغيير سواء من خلال نقص المعلومات حول مرضه أو من خلال التجنب.

يعمل المختص النفسي مع الفريق في هذه الحالة على تعزيز تصور المرض والتهديد الذي يمثله، تحقيقاً لهذه الغاية فإن دور المختص النفسي هو تشجيع المريض على إدراك الأحاسيس الجسدية المرتبطة بارتفاع السكر في الدم والتعرف عليها كأعراض.

(Mikolajczak, M, 2013, P: 130-141)

يجب على المختص النفسي الصحي أن يتكيف مع خصائص كل مريض من خلال

ثلاث مراحل تسمح له بتقديم كفالة نفسية جيدة وهي:

- 1/- تحديد موارده ومصادر الدعم لديه مثلاً، وعوامل الخطر الخاصة به كبعض الخصائص الشخصية والتي قد تمثل عوامل إمرضية للمصاب.
- 2/- وكذا درجة فهمه للمرض وسلوكات الخطر التي قد ينخرط فيها أحياناً.
- 3/- تنفيذ معه لكل التغييرات التي تؤدي إلى إدارة أفضل لمرضه.

#### ← تعريف المشكلة:

خلال مرحلة التأهل، يدرك المريض الحاجة على تغيير سلوكه، فتدخل المختص النفسي الصحي لا يساعد على تحديد أهداف واضحة للرعاية الذاتية فحسب، بل يقلل أيضاً انطباع المريض السلبي بأنه غارق في الصعوبات خاصة عند الشباب الذين يُبدون غالباً عوامل مقاومة التغيير.

إن هذا النوع من التدخل يسمح للمريض الشاب بالسكري بالشعور بالدعم دون ضغط الفريق الصحي العامل معه.

#### ← تحديد الأهداف:

المرحلة التالية يقوم المختص النفسي بترجمة النوايا إلى أهداف تكون ملموسة وقابلة للقياس وواقعية وطموحة لتعزيز الشعور بالفعالية الذاتية ويكون ذلك تدريجياً وليس تغيير في آن واحد. فمن الضروري التقدم خطوة خطوة.

← حل المشكلة: في مرحلة عمرية مهمة كالتى عند المصاب بداء السكري من النوع الأول من المحتمل ان تواجهه صعوبات قد تعطل تقدمه والتي سيتعين عليه حلها من خلال تطوير إستراتيجيات مواجهة فعالة (Coping) بمساعدة المختص النفسي. (Knowles, Et AL,2019, p :10)

فقد يعتقد الشاب ان العلاج ليس فعالاً أو لديه ضعف في الدعم الاجتماعي وعليه أهم التقنيات التي قد يستعين بها المختص هي تقنيات حل المشكلة وإتباع ذلك بالتعامل التعاطفي والمرافقة حتى يتبنى المريض إستراتيجيات فعالة من تلقاء نفسه للتغلب على هذه

الصعوبات وإعادة إنتاج النجاحات الممكنة مع التعزيز والتقدير المتواصل من طرف المختص النفسي الذي سيعزز عند المريض الثقة بالقدرة على التغيير الفعلي.

← - **التغيير الفعلي:** هي مرحلة يقدم فيها المريض للفريق العامل معه لما توصل إليه من أهدافه المسطرة مسبقا وكلما كان تعزيز الدافعية للمريض وشعوره بالكفاءة الذاتية كلما زادت مهارات المريض وكلما أصبح قادرا على تحريك السلوك الذي يُعد مصدرا للمكافآت (حالة صحية جيدة، نوعية حياة مقبولة، دعم الفريق المتعدد التخصصات وخاصة دعم أسرة ومحيط المريض الشاب خاصة أقرانه من مصابين وغير مصابين)

#### ب- التدخلات المعرفية:

التدخلات التي تستهدف الرفاهية الذاتية والتعديل الانفعالي حسب النظرية المعرفية السلوكية:

تعتبر صعوبة تقبل داء السكري، والانطباع السلبي حول قيود العلاج، و ردة الفعل على مضاعفاته وانخفاض الدعم الاجتماعي وما إلى ذلك يمكن أن يتخذ أشكالا مختلفة من الضغط أو الياس إلى اضطرابات القلق أو الإكتئاب.

فالتدخل النفسي يخفف هذا الضغط الانفعالي (**Détresse Emotionnel**) لدى مرضى السكري، فحسب النظرية المعرفية السلوكية فإن الانفعالات والمعارف والسلوكات ترتبط ارتباطا وثيقا بحيث يكون لتعديل أحد المكونات تأثير على المكونات الأخرى

(Mikolajczak, M, 2013, P: 144)

فعندما تنتج صعوبة انفعالية نتيجة صعوبة تسيير المرض فإن معظم تدخلات تغيير السلوك (كتعزيز الشعور بالكفاءة الذاتية، أو عملية تحديد أهداف قابلة للتحقيق. إلخ) تُساعد على خفضها بل وأكثر من ذلك كل التدخلات التي تستهدف التعديل الانفعالي يكون لها تأثير مفيد على السلوك.

إن للصعوبات الانفعالية تأثير على تسير وإدارة داء السكري فهي تعيق التخطيط لحل المشكلة من أجل تنظيم ذاتي فعال. وقد تتمثل في الأفكار السلبية والتشاؤمية ونقص الدافعية والتركيز. وعليه فهذه التدخلات تستهدف التصورات والمعتقدات والإدراكات والمعارف. وتعتبر من أهم تقنياتها إعادة البناء المعرفي (**Restructuration Cognitive**) تهدف هذه التدخلات المعرفية إلى تعديل الأفكار الناتجة عن انعكاسات داء السكري وعن نقص الدافعية عند المريض من أجل التغيير. وذلك من خلال تغيير المعتقدات الخاطئة وتعزيز مقاومة الاغراء.

ففي كثير من الحالات، الأفكار السلبية التلقائية والتشوهات المعرفية تغذي وتحافظ على الصعوبة النفسية لدى المصاب وكذا عدم القدرة على التغيير وعليه تهدف إعادة الهيكلة المعرفية إلى جعل المريض يدرك أن انفعالاته السلبية هي نتيجة الأفكار التي وضعها وصممها حول داء السكري أي التشوهات المعرفية.

إذن فالأمر يتعلق بتعديل هذه الأخيرة من أجل التخفيف من المعاناة ومن السلوكات الصحية غير المرغوب فيها.

ومن بين التقنيات التي يستعين بها المختص النفسي الصحي هي طريقة البحث عن البدائل لتعويض الأفكار السلبية لدى المريض كأن يقارن تفسير المريض للموقف بتفسيرات أخرى ممكنة أو حتى تصور ما سيفكره أحد أفراد أسرته في الأمر نفسه.

كما قد يستعين بتقنية الأفكار المتفائلة كالبحث عن فوائد كل المواقف حتى الأكثر سلبية.

يساعد المختص أيضا في عملية التخلي عن السلوكات غير الصحية كتناول كميات كبيرة من الحلويات أو شرب المشروبات الغازية بعملية مقاومة الإغراء (**La Résistance à la tentation**) ستساعده في ذلك تقنية ميزان القرارات للمقابلة التحفيزية من خلال تعديل قيمة الاغراء وقيمة السلوك من خلال وزن إيجابيات وسلبيات كل من السلوك القديم والسلوك

المرغوب فيه. وهو ما يقترحه نموذج المعتقدات الصحية (HBM) بأن عملية الدخول في نشاطات سلوكية صحية معينة، تمر أولاً بتحديد سلبيات وإيجابيات هذه الأنشطة، فيختار المريض إما تنفيذ تلك السلوكيات وإما التخلي عنها (Rossignol, Vincent, 2001, p23). مثل إغراء كعكة على سبيل المثال.

فهي تمثل بالنسبة للمريض مشاعر إيجابية واللذة والعكس من ذلك فإذا نظر للقواعد الصحية الغذائية لإدارة داء السكري سنتنابه مشاعر سلبية؛ حيث تقوم إعادة التقييم المعرفي بربط الكعكة معرفياً بالكراميل في الدم أو بأحد المضاعفات المحتملة أي إدراكه لشدة خطورة الفعل فتتولد لديه مشاعر سلبية في المقابل الاعتقاد بوجود فوائد متوقعة جراء ممارسة هذا السلوك (لعدم تناوله أو تعويضه بقطعة حلوة ذات مؤشر سكر منخفض) ستتولد لديه مشاعر إيجابية سترتفع لديه الدافعية الصحية وإحساسه بفعاليتها الذاتية أي إحداث تغييرات على المدى الطويل وهو ما يعزز سلوك الملائمة العلاجية وسلوك الرعاية الذاتية للسكري.

وعليه فالعلاج المعرفي السلوكي، هو تدخل نفسي يستهدف الصعوبات المصاحبة للمرض المزمن، خاصة من خلال تعديل الأفكار والسلوكيات لذلك فهو يستهدف العوامل الرئيسية المرتبطة بصعوبة إدارة داء السكري من أجل تحسين نوعية الحياة والأداء اليومي للمصابين. بشكل عام المكونات الرئيسية للعلاج النفسي المعرفي والسلوكي هي: التربية النفسية للمرض المزمن، وتحسين نمط الحياة، وتسير الانفعالات وإعادة التقييم المعرفي والتدريب على تأكيد الذات وتقنية حل المشكل (Grondin , 2019, P: 30)

كما يقدم علم النفس الصحة للمختص النفسي الصحي مجموعة واسعة من التدخلات النفسية التي يستعين بها المختص النفسي كتدخلات متعددة التخصصات لفائدة المصابين بالأمراض المزمنة والتي يمكن تلخيصها كما يلي:

التدخلات المتعددة التخصصات للأفراد المصابين بأمراض مزمنة تقنيات:

- العلاج المعرفي والسلوكي (Thérapie cognitive et Comportementale)

- إستراتيجيات الاسترخاء (Stratégies de relaxations) (Sultan,2003,p :25-26)
- تسيير الانفعالات (Gestion des émotions)
- إعادة تقييم وتعديل الأفكار (Réévaluation et modifications des pensées)
- التواصل وتأكيد الذات (Communication et Affirmation du soi)
- تقنية حل المشكلات (Résolutions des problèmes)
- تقنية المقابلات التحفيزي (Entretien Motivationnel)

### ثانياً: التربية العلاجية للمريض

#### 1- مفهوم التربية العلاجية للمريض:

" الأصل الاشتقاقي لكلمة تثقيف أو تعليم (Eduquer) هو (Ex ducere) والذي يعني حرفياً " الخروج منه " ويشير إلى مفهوم داخلي يكون فيه التعليم هدفاً أساسياً لمساعدة الشخص على اكتشاف نفسه، والازدهار والاستفادة بشكل أفضل من إمكانياته. تؤدي التربية العلاجية إلى نمو الشخص وتجاوزه لصعوباته.

في السنوات الأخيرة، تم اقتراح تعريفات مختلفة للتربية العلاجية للمريض (ETP) كل منها يوفر عناصر مميزة للعملية. ويعتبر أهم هذه التعريفات هو تعريف منظمة الصحة العالمية (1998): " التربية العلاجية للمريض هي عملية مستمرة، مدمجة في عملية الرعاية، تشمل على مجموعة من الأنشطة المنظمة للتوعية والمعلومات والتعلم والمساعدة النفسية والاجتماعية المتعلقة بالمرض والعلاج والرعاية وتنظيم إجراءات الرعاية والعلاج والسلوكيات الصحية والأمراض ذات الصلة والعوامل المؤثرة عليها (المعتقدات الصحية، التصورات حول المرض والصحة الإحساس بالفعالية، الإحساس بالمرض والصحة، إلخ).

تهدف هذه العملية إلى مساعدة المريض وعائلته على فهم المرض والعلاج، والمشاركة في الرعاية وتولي مسؤولية حالته الصحية والتشجيع على العودة إلى الأنشطة العادية ومشاريع الحياة" (Baudrant , M, et Al, 2008, P : 1276).

تحدث هذه العملية بين الجهات الفاعلة؛ المؤسسة ومقدمي الرعاية والمرضى والأسر. وتهدف إلى أهداف صحية محددة على أساس تطلعات واحتياجات موضوعية وذاتية تحدث في سياق مؤسسي وتنظيمي يتضمن الموارد والقيود، وتستخدم الأساليب والوسائل التعليمية البيداغوجية ويتطلب مهارات وهيكل تنسيق.

تهدف التربية العلاجية لدعم ومرافقة المريض لتقبل حالته وتنظيم رعايته وسلوكاته الصحية بهدف تحسين أو استقرار نوعية حياته في نهاية المطاف.

## 2- تاريخ التربية العلاجية (ETP):

أولى المنشورات للتربية العلاجية تعود للعالم الفرنسي " فرانسوا فانسون راسبيل " (François – Vincent Raspail) في القرن التاسع عشر.

بدأ عمله كطبيب في عام 1832 حيث دعا إلى النظافة والتعقيم بين الطبقات العاملة وعمل على جعل الدواء متاحا للجميع والسماح للجميع بالقدرة على علاج أنفسهم، أسس ما يسمى بطب الأسرة (Médecine des Familles) وهي تدافع عن الطب الاقتصادي والعملي في عام 1843 كتب في العام نفسه كتابه (Histoires Naturelle de la santé et des maladies) كانت رغبته من الكتاب في تمكين المريض في رعايته.

وبهذا تعتبر أعماله أولى بدايات ما يسمى الآن بالتربية العلاجية (Loné, M,2019, ) (P: 50-51) بعد " جيل "، في الولايات المتحدة.

كان " إليوت بروكتور جوسلين " (Elliott Proctor Joslin) أحد أوائل أطباء السكري وأحد رواد التربية العلاجية كما نعرفها اليوم. في عام 1916 ظهر علاج السكري وبعد عامين كتب دليل مرض السكري للطبيب والمريض وهو أول دليل لمرضى السكري وشرح بالتفصيل كيف يمكن للمريض التحكم في مرضه بنفسه وبالتالي يصبح أكثر استقلالية. أولى " جوسلين " أهمية وجود فريق متعدد التخصصات في التربية العلاجية من خلال العديد من الكتابات.

ومع اكتشاف الأنسولين عام 1921 انتقل المرضى من حالة المرض الحاد إلى حالة المرض المزمن ولم يعد المرضى يموتون من مرض السكري ولكن من مضاعفاته. أدرك " جوسلين " في وقت ما أهمية التربية العلاجية، فقام بتطوير دور الممرضات المنتقلات للمنازل لتعليم مرضى السكري وكيفية إدارة الأنسولين والنظام الغذائي وممارسة الرياضة ومرافقة أسر المرضى زيادةً للمدارس. ففي عام 1925 نظم أول مُعسكر للأطفال المصابين بالسكري في الولايات المتحدة.

تُعد هذه الفترة بداية العصر الأول للتربية العلاجية للمريض أين توالى بعدها تأسيس جمعيات مرضى السكري في مختلف الدول الأوروبية وأمريكا الشمالية حيث تأسست الجمعية الفرنسية لمرضى السكري (L'AFD) في عام 1938. ورغم أن العلاقة بين الطبيب والمريض أُنذاك كانت سلطوية أي التركيز على المرض بهذا الامتثال الصارم، لكن تغيرت الأمور مع تغير المجتمع الذي أصبح أقل هرمية وأقل طبقية.

إلى أن نشرت أول دراسة أجريت على التربية العلاجية في عام 1972 من قبل الدكتورة الأمريكية ليونا ميلر (Leona Miller) وجاك غولد شتاين (Jack Goldstein) لأول مرة في مجلة نيو إنجلاند الطبية بعنوان " رعاية أكثر كفاءة لمرضى السكري في مقاطعة المستشفى "

#### (More efficient care of diabetic patients in a country-hospital- setting)

وتضمنت هذه الدراسة عينة قدرها (6000) مريض بالسكري من مناطق محرومة في لوس أنجلوس.

وعليه منذ السبعينات بدأت التربية العلاجية في التطور خاصة في أوروبا ففي عام 1795 أنشأ الطبيب جون فيليب عسل (Jean- Philippe Assal) أول وحدة العلاج والتعليم لمرضى السكري في جنيف (Unité De traitement pour diabétique) ففي هذه الوحدة أنشأت أولى ورشات العمل في التربية العلاجية.

أما في عام 1986 نشرت منظمة الصحة العالمية ميثاق أوتاوا (D'Ottawa) وفي عام 1994 تم تنظيم المؤتمر الدولي الأول حول التربية العلاجية في جنيف بدعم من منظمة الصحة العالمية. وأخيرا قدم المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في عام 1996 تعريفاً واسعاً إلى حد ما للتربية العلاجية وأدرج المهارات التي يجب أن يتمتع بها مقدمو الرعاية في هذا المجال.

يجب ان يكونوا قادرين على تطوير برامج وأنشطة التربية العلاجية وتخطيطها وتنسيقها وتقييمها مع مراعاة الخصائص الشخصية لكل مريض وتعليمهم كيفية إدارة مرضهم بشكل أفضل لتحسين نوعية حياتهم.

أصبح الطب في الفترة الأخيرة يركز بشكل تدريجي على المريض والعلاقة بين الطبيب والمريض تطورت نحو الشراكة من أجل التغلب على الصعوبات وتحسين نوعية الحياة والالتزام. أما في عام 2011 ظهرت رسمياً الجمعية الفرنسية لتطوير التربية العلاجية (AFdet) خاصة مع وضع القوانين المتعلقة بحقوق المرضى ونوعية النظام الصحي منذ بداية الألفية الثالثة. وإنشاء خطط العمل الوطنية لمعظم الدول الأوروبية من أجل تحسين نوعية حياة الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة. وهو الأمر الذي شهدته معظم الدول العربية وباقي دول العالم على غرار دول شمال إفريقيا من خلال إنشاء المؤتمرات الوطنية وجمعيات للتربية العلاجية بالتعاون مع أهم المخابر الدولية التي قدمت المساعدة في تكوين المهنيين الصحيين في مجال التربية العلاجية. فكانت البداية مع أول جمعية وطنية للتواصل الصحي التي أنشأت في عام 2010 إلى انعقاد أول مؤتمر وطني مغاربي عام 2015 تحت عنوان " التربية العلاجية تكوين ومهنية ".

أما في الجزائر بدأ رسمياً الاهتمام بالتربية العلاجية في الوسط الاستشفائي منذ عام 2014 في إطار اتفاقية الشراكة الموقعة بين القطاع العام والخاص. حيث أطلقت وزارة الصحة والسكان وشركات عالمية مثل " ليلي الجزائر " و " نوفونورديسك الجزائر " برامج

للتربية العلاجية بالتعاون مع الاتحاد الدولي للسكري ارتكزت هذه الشراكة بين القطاعين على الوقاية والسيطرة على داء السكري من خلال التوعية وتنقيف المرضى وخاصة تكوين مهنيين الصحة.

وكانت مصلحة داء السكري والغدد الصماء من أولى المستفيدين من هذا التكوين الذي شمل أكثر من مائة (100) من مهنيين الصحة (الطبيين وشبه الطبيين وأخصائيين التغذية والمختصين النفسانيين) من جميع أنحاء التراب الوطني تحت إشراف مكوّنين ذوي خبرة معتمدين من طرف الاتحاد الدولي للسكري.

كما تجدر الإشارة أن مخابر " ليلى الجزائر " تُعد من رواد التكوين في التربية العلاجية للمريض منذ عام 2008 على الصعيد العالمي.

وفي عام 2011 في الجزائر بدأ تقديم التربية العلاجية في القطاعين العام والخاص للمرضى المصابين بداء السكري باستخدام أداة " خرائط المحادثة حول داء السكري " (Conversation Maps)

ومؤخرا تمّ الإعلان عن أول جمعية جزائرية للتربية العلاجية لولاية الجزائر ضمن مؤتمر الجمعية الوطنية لداء السكري (SADiab) المنعقد في ديسمبر في عام 2022. إضافة إلى العديد من جمعيات الولايات الساحلية الأخرى.

### 3- بعض المفاهيم المرتبطة بالتربية العلاجية:

أ- الفرق بين التربية الصحية (أو التربية من أجل الصحة) والتربية العلاجية: على الرغم من أن هدفهم هو نفسه، إكتساب المهارات اللازمة للحفاظ على رأس المال الصحي للفرد وتنميته. فإن الأساليب التي تكمن وراءهم مختلفة.

## الجدول رقم 04: الفرق بين التربية الصحية والتربية العلاجية

التربية العلاجية	التربية الصحية
*- الشخص في حالة إصابة بمرض مزمن أو لديه عامل خطر في هذه الحالة نحن أمام حالة طارئة للقيام بالرعاية الذاتية والتعديلات على بعض العوامل النفسية الاجتماعية التي يتأثر بها أي مرض مزمن. (Karam, Y, 2016, P: 16)	*- يعتبر الشخص في صحة جيدة وبالتالي فإن الوقت اللازم لاكتساب المهارة أو الكفاءة ليس له تأثير مباشر على ما يُعرّف بأنه مرض.

■ - مفهوم التربية من أجل الصحة (التثقيف الصحي) (التربية الصحية) المعرض للإصابة بالمرض وهو ما يسمى بالوقاية الأولية وحسب منظمة الصحة العالمية (OMS) أنه مخصص للأشخاص الذين يتمتعون بصحة جيدة. ويهدف إلى تثقيف وإعلام المجتمع العام لتقليل مخاطر ظهور الأمراض وتستعمل العديد من الإجراءات كحملات الاتصال، وتوفير المعلومات عن الأمراض ووسائل الوقاية وحتى الإجراءات التعليمية المحلية التي تستهدف الاحتياجات أو التوقعات المحددة لمجموعات الأفراد ويشارك فيها كل من العاملين الصحيين ومقدمي الرعاية خاصة للأمراض المزمنة. (Baudrant , M, et Al, 2008, P : 1275)

ويمكن توضيح تطوّر نماذج التربية الصحية والتربية العلاجية حسب نماذج الصحة كما يوضحه الجدول رقم (5) تطوّر التربية الصحية والتربية العلاجية حسب نماذج الصحة.

الجدول رقم 5 تطور التربية الصحية التربوية العلاجية حسب نماذج الصحة

نموذج تعليمي	النموذج الطبي	النموذج البيونفسي اجتماعي
منطق التدريس (قائم على التدريس)	تدريس المعرفة الطبية Enseignement de savoirs	تعلم المعرفة الصحية والجسدية والعقلية والاجتماعية
منطق التعلم (قائم على المتعلم)	تعلم المعرفة الطبية من طرف المتعلم Apprentissage de savoirs	تعلم المعرفة الصحية والجسدية والعقلية من طرف المتعلم

ب- التربية النفسية (LA PSYCHOEDUCATION) (التثقيف النفسي):

تعرفها " ميكولاجتسك " (Mikolajczak, 2013) على أنها ليست فقط طريقة مستمدة من العلاج السلوكي المعرفي، فغالبا ما يتم دمجها في برامج الرعاية ذات المكونات السلوكية والمعرفية " التربية النفسية هي عملية أو سيرورة عبر خطوات تشمل مجموعة من الأنشطة للتوعية والمعلومات والتعلم والدعم النفسي والاجتماعي، تتعلق التربية النفسية بالمرض والعلاج والرعاية والسلوكيات الصحية المتعلقة بالمرض ".

(Untas, A, et Al, 2016, P: 36)

تعتبر التربية النفسية في العلاجات النفسية المعرفية ضمن الأمراض المزمنة أول أسلوب للتدخل النفسي السلوكي والمعرفي لإنشاء العقد العلاجي ويتم ذلك خلال أول اجتماع مع المريض. الهدف العام هو التحقق مما إذا كان المريض يفهم ويحتفظ بالتوصيات المتعلقة بالمرض الخاص به. ثم تحديد كل الصعوبات التي تواجهه، يكمل الأخصائي النفسي المعلومات التي تلقاها المريض ويصحح بعض المعتقدات ويعزز الممارسات الجيدة.

## ج - التمييز بين التربية العلاجية والمعلومة:

خلافًا للاعتقاد الشائع، لا تقتصر التربية العلاجية على توفير المعلومات فقط. فقد أظهرت الدراسات الطولية المتعلقة بالأمراض المزمنة ان المعلومات وحدها لا تكفي لمساعدة المرضى على إدارة مرضهم على أساس يومي.

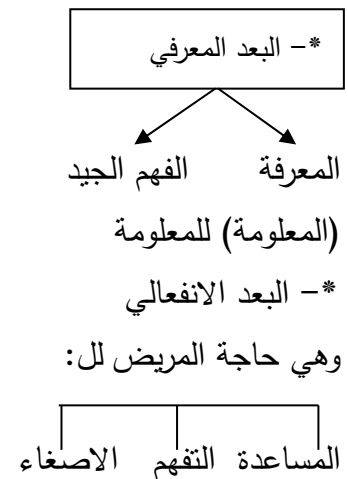
يمكن تقديم معلومات شفوية أو مكتوبة، نصيحة، رسالة وقائية بواسطة أخصائي صحي في مناسبات مختلفة (على سبيل المثال أثناء الاستشارة، أو إجراء رعاية، أو الإقامة في مؤسسة رعاية وما إلى ذلك) ولكنها لا تعادل التربية العلاجية التي بالإضافة إلى تقديم المعلومة تهدف إلى مشاركة المريض في صنع القرار (HAS, 2007, P :11).

في النهاية تعتبر المستويات الثلاثة للعمل؛ المعلومات والتربية الصحية والتربية العلاجية للمريض غير مترابطة كليًا من الناحية المفاهيمية ولكنها بالطبع مكملة في التسلسل الزمني لدعم ومراقبة المريض.

**4-أهداف التربية العلاجية:** تهدف التربية العلاجية إلى تمكين المرضى وعائلاتهم من اكتساب المهارات الصحية اللازمة لتحقيق التعافي والإدماج الاجتماعي وهو ما يمكن تلخيصه في المقولة التالية: "يمكننا أن نساعدكم من أجل حياة أفضل باعتمادكم الوسائل التالية.

"يشكل مفهوم التمكين (Empowerment)، تمكين المريض في مواجهة مرضه وعلاجه وهو من أحد أهم الأهداف الأساسية في التربية العلاجية ويسمح التمكين للشخص بالحفاظ على نوعية حياته أو حتى تحسينها كما يراها بنفسه" (Walger, O, 2009, P: 06-07)

ويمكن تعريف ماهية وأهداف التربية العلاجية من خلال الشكل رقم (13)



الشكل رقم 13 ماهية التربية العلاجية

وعلى هذا الأساس تكون الأهداف الخاصة للتربية العلاجية هي:

\*- مهارات الرعاية الذاتية (Compétences D'auto soins).

\*- مهارات التكيف (Compétences D'Adaptations).

وعليه شريطة أن ينظم في إطار برنامج منظم تساهم التربية العلاجية في تحسين صحة المريض وتحسين نوعية حياته وحياة أقربائه.

تتمثل الأهداف المحددة للتربية العلاجية (E.T.P) في اكتساب المريض لمهارات الرعاية الذاتية والحفاظ عليها واكتساب مهارات التكيف أو المهارات النفسية الاجتماعية. ويعتمد اكتساب هذه المهارات بالإضافة إلى الاحتفاظ بها على الاحتياجات التربوية الفردية للمريض (Besoins Educatifs) وتتم عملية الاكتساب بمرور الوقت أي بطريقة تدريجية مع مراعاة تجربة المريض للمرض وإدارته (HAS, 2007, P: 09)

↔- مهارات الرعاية الذاتية (COMPETENCES D'AUTO SOINS):

تمثل الرعاية الذاتية (D'auto soins) كل القرارات التي يتخذها المريض بقصد تعديل تأثير المرض على صحته والتي تتكون من:

↪- تخفيف الأعراض؛ مع مراعاة نتائج المراقبة الذاتية (Auto surveillance)، والقياس الذاتي (Auto Mesure).

↪- تعديل جرعات الأدوية وبدء العلاج الذاتي مع أداء العلاجات التقنية (Gestes Techniques).

↪- تنفيذ تغييرات في نمط الحياة (التوازن الغذائي برنامج النشاط البدني، وما إلى ذلك).

↪- منع المضاعفات التي يمكن تجنبها.↪- استخدام إستراتيجيات التعامل مع المشاكل التي يسببها المرض وإشراك من حوله في إدارة المرض والعلاجات والنتائج المترتبة

على ذلك. يعتبر المهنيين الصحيين هذه المهارات كأولويات أساسية تساهم في إنقاذ حياة المريض.

#### ← - مهارات التكيف (COMPETENCES D'ADAPTATIONS):

يعتمد اكتساب مهارات التكيف على خبرة المريض السابقة وخصائصه الشخصية والمعرفية، التي تمكن الأفراد من السيطرة على مرضهم ضمن حياتهم وتوجيه حياتهم للحصول على القدرة على العيش في بيئتهم.

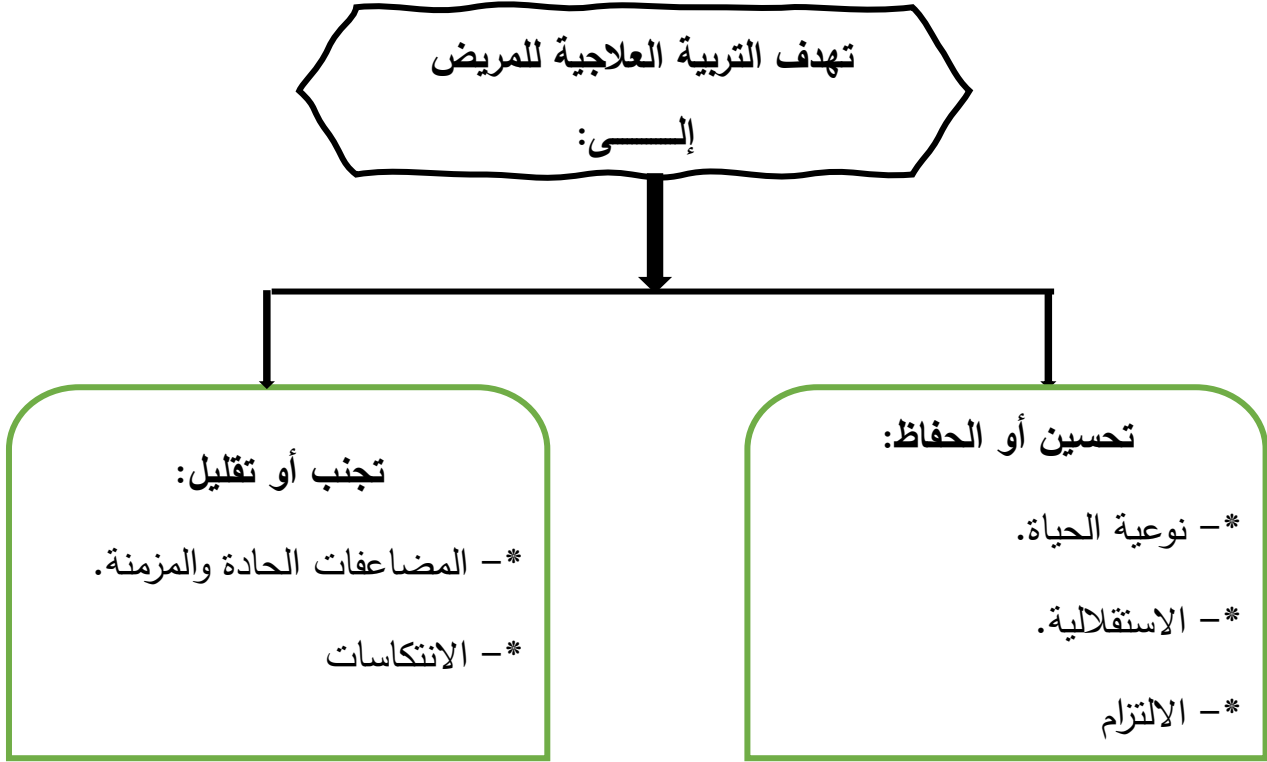
تمكن هذه المهارات الحياتية على التكيف وعلى تبني السلوك الإيجابي الذي يمكن الأفراد من التعامل بفعالية مع متطلبات وتحديات الحياة اليومية. هي مجموعة من الكفاءات النفسية والاجتماعية والمهارات الشخصية التي تساعد الأفراد على اتخاذ قرارات مُستنيرة، وحل المشكلات، والتفكير النقدي والإبداعي والتواصل بفعالية وبناء علاقات صحية ومع إجراءات لتغيير البيئة المحيطة لجعلها مفيدة للصحة وذات نوعية حياة جيدة (HAS, 2007, P: 10).

وعليه تغطي مهارات التكيف مجموعة واسعة من المهارات النفسية والاجتماعية والتي تتكون من:

- الثقة بالنفس ومعرفة كيفية إدارة العواطف والانفعالات والتحكم فيها (الذكاء الانفعالي أو التعديل الانفعالي)
- تطوير مهارات الاتصال والتعامل مع الآخرين
- اتخاذ القرارات وحل المشكلات
- تحديد الأهداف لاتخاذ وتحقيق الخيارات
- ملاحظة الذات وتقييمها وتعزيزها

وعليه تعتبر مهارات التكيف مدعمة لاكتساب مهارات الرعاية الذاتية، وهو الامر الذي يجعل التربية العلاجية جزء من مسار رعاية المريض، هدفها هو جعل المريض أكثر استقلالية من

خلال تسهيل التزامه بالعلاجات الموصوفة وتحسين نوعية حياته ويتضح ذلك من خلال الشكل التالي:



الشكل رقم 14 الهدف من التربية العلاجية في إطار الأمراض المزمنة

#### ❖ - الفئة المستفيدة من التربية العلاجية:

- (1) - المريض المصاب بمرض مزمن: طفل وأولياءه، مراهق بالغ.
- (2) - بيئة المريض: يمكن أن يشارك أقارب المصابين بمرض مزمن من آباء أو الزوج أو الرفيق أو الأشقاء وحتى أطفال الآباء المرضى في عملية التربية العلاجية إذا رغبوا في ذلك.

#### 5- خصائص التربية العلاجية النوعية:

من أهم خصائص التربية العلاجية الناجعة هي: " المركزة" على المريض والاستناد إلى " التكيف " و " الاندماج " في البرنامج العلاجي و " التطور " في المضامين والأساليب و " الشمولية " لجميع المرضى وجميع المهن الصحية.

يمكن تلخيصها بـ " 15: أرحب، أصغي، أطمئن، أعلم، أقيم" (كوربات وفليمينغ، 2008) ويمكن تلخيص توضيح خصائص التربية العلاجية من خلال الشكل رقم (15)

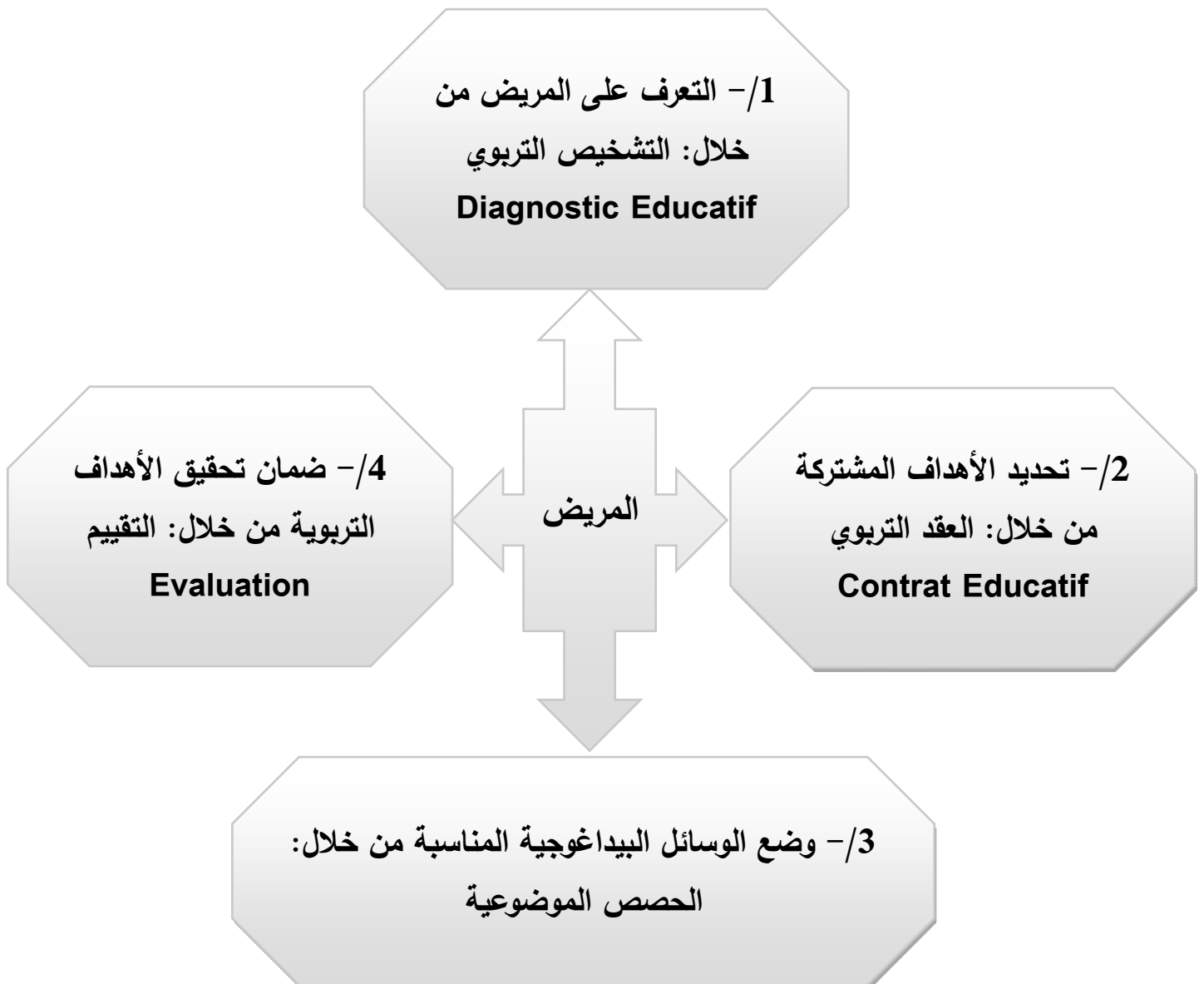


الشكل رقم 15 خصائص التربية العلاجية النوعية (HAS, 2004, P: 45)

## (3)-مراحل وضع برنامج للتربية العلاجية:

إن برنامج التربية العلاجية للمريض، وخاصة في الأمراض المزمنة يجب أن يخضع إلى توجيهات دقيقة وموحدة. هذه التوجيهات توضح كيفية وضع برنامج للتربية العلاجية خاصة بالمريض. من الناحية المنهجية تمر التربية العلاجية على أربعة مراحل موضحة في

الشكل رقم (16)



الشكل رقم 16 مراحل وضع برنامج التربية العلاجية (Roussel et Sordet, 2018)

## 1- مرحلة التشخيص التربوي (DIAGNOSTIC ÉDUCATIF):

التشخيص التربوي هو الخطوة الأولى في عملية التربية العلاجية وهي عملية تحديد احتياجات المريض وموارده من خلال تحديد العوامل المتعلقة بالشخص وتلك المتعلقة ببيئته والتفاعل المتبادل بينهما والتي تؤخذ في الاعتبار طول العملية التعليمية ( Démarche Educative).

يساعد دليل التشخيص التربوي الذي يوضع من قبل مقدم الرعاية بالتعاون مع فريق العمل المتعدد التخصصات إلى:

- الوصول من خلال حوار منظم إلى معارف وتصورات وأحاسيس المريض (من خلال تحديد ما يعرفه وما يعتقد حول كيفية إدارته للمرض، كيف يدرك تطور المرض، تحديد ظروف معيشته وعمله، وكيف يستخدم الدواء... إلخ).
- التعرف على كيفية تفاعل المريض مع مرضه والتطور النفسي لديه (من خلال تحديد ردود أفعال المريض السلوكية والمعرفية والانفعالية تحديد تصور المريض وتقييمه لعوامل الضغط النفسي وموارده الاجتماعية من دعم اجتماعي مدرك أو انعزال أو مشاكل علائقية).
- التعرف على دور العوامل الوقائية أو الأمراض من عوامل شخصية اجتماعية وبيئية (من خلال تحديد عوامل نفسية إجتماعية كالتفاؤل، ومركز التحكم والكفاءة الذاتية والتعرض للضغط النفسي والإكتئاب).
- التعرف على ما يفهمه المريض عن وضعه الصحي وما يتوقعه والتعرف على صعوباته ومصادره (من خلال تحديد صعوبات الفهم واللغة).
- تعزيز مشاركة المريض ودعم دافعيته من أجل إيجاد طرق الرعاية الشخصية لمرضه والأنسب لحالته.

(من خلال أخذ في الاعتبار طلباته ومشاريعه وأولوياته في التعليم وأولياته للتغيير خاصة مراعاة الوقت الذي يحتاجه المريض لإجراء هذه التغييرات أو ما يسمى التخطيط التدريجي (Planification Progressive) (HAS, 2007, P: 28-30).

يكون التشخيص التربوي عبارة عن مقابلة منظمة يلتقي بها المريض بأحد مقدمي الرعاية (طبيب، ممرض، أخصائي نفسي، ...) ويتكون من جزئين:

الجزء الأول: دليل التشخيص التربوي **Guide Du Diagnostic Educatif** يتكون من مجموعة من الأسئلة المفتوحة، لترك المجال أمام المريض إعطاء إجابات ذات محتوى. يتم من خلال هذه الأسئلة معرفة:

- من هو هذا الشخص الذي يتم تقديم العلاج له؟
- ماذا يعني للمريض الإصابة بالمرض وأخذ العلاج؟
- ماذا تمثل الصحة والمرض بالنسبة له؟
- ماهي معرفته المسبقة ومعتقداته وتصوراتهِ حول المرض؟
- ماهي مهاراته وما الذي يستطيع القيام به؟
- كيف يتقبل المرض؟
- ماهي خطته؟
- هل لديه سلوكيات غير صحية (نمط حياة خامل، تدخين)؟
- ما هو سياق حياته من حيث الأسرة والمحيط والعمل والدعم الاجتماعي.

(Reach, G.et Al, 2012, P: 19)

ولقد تم تلخيص هيكل التشخيص التربوي حسب 5 محاور أساسية:

• - بيو طبي (Biomédical) (معرفة مدة المرض، نوع الأدوية، الأمراض

المصاحبة).

- ⊖ - إجتماعي مهني (Socio- Professionnelle) (معرفة المستوى الدراسي، المهنة، ظروف حياة المريض..).
  - ⊖ - معرفي (Cognitive) (إختبار معرفته بمرضه، بالمضاعفات، إدراكه لنوعية حياته).
  - ⊖ - نفسي عاطفي (Psycho- Affective) (معرفة انفعالاته، أحاسيسه، مخاوفه، علاقاته بالآخرين)
  - ⊖ - مشاريع المريض (Les Projets du Patient) (معرفة مشاريعه المستقبلية ونظرته حول المرض وطموحاته وآماله...)
- فالتشخيص التربوي عبارة عن سلسلة من المقابلات الفردية هدفها جمع أكبر قدر من المعلومات وذلك للقيام ببرنامج التربية العلاجية المكيف حسب المريض.
- (الخياطي، 2018، ص: 25)

### الجزء الثاني: ملخص لدليل التشخيص التربوي

#### **(Synthèse du Diagnostic Educatif)**

يقوم المهني في الرعاية الذي أجرى المقابلة مع المريض بالاجتماع مع فريق وحدة التربية العلاجية وهو ما يسمى بـ (Débriefing) أو (Réunion- Bilan) وهي استخلاص المعلومات التالية (ملحق رقم 1)

➤ الموارد التي يتمتع بها المريض والصعوبات التي يتلقاها مع مرضه

#### **(Ressources et Difficultés)**

➤ أولويات المريض (les priorités du Patient)

➤ إقتراح أهداف تربوية مع أخذ بعين الاعتبار أولويات المريض

#### **(Proposer des Objectifs éducatifs tenant compte des priorités du Patient)**

ومنه الانتقال للمرحلة التالية للبرنامج.

**(2) - مرحلة الأهداف التربوية العلاجية والعقد العلاجي:**

تتمثل هذه المرحلة في صياغة المهارات التي يجب اكتسابها من طرف المريض، هذه الأهداف يتم التفاوض عليها دائما بين الفريق المتعد التخصصات والمريض ضمن علاقة تشاركية.

إن عملية إشراك رأي المريض في احتياجاته تساعد على صياغة هذه الأخيرة إلى أهداف تربوية علاجية يتم العمل عليها في الحصص الجماعية التي ستبرمج لاحقا لهؤلاء المرضى. هذه الخطوة تبسط تحديد الهدف التربوي مع كل مريض كما أنها مصدر تحفيز له تزيده ثقة في قدرته على إدارة مرضه والتعايش معه وهو ما أكدته عليه دراسة كرام (2010)

(KARAM, 2010, P : 17 )

هذه المرحلة شبيهة بوضع إستراتيجية علاجية (La Stratégie thérapeutique)

كما يحدد فيها التزام المريض بمتابعة وحضور حصص البرنامج (HAS, 2014, P: 45)

**(3) - المرحلة التعليمية أو تقديم حصص التربية العلاجية أو المشروع الشخصي:**

يتم من خلالها تنفيذ الأساليب والتقنيات والتدخلات التي تسمح باكتساب المعرفة والمهارة (Savoir & Avoir- faire) وقد أكد " كارل روجرز " أن طريقة التعلم الوحيدة التي يتأثر بها سلوك الفرد هي ما يكتشفه بنفسه.

تتم هذه الحصص الخاصة بالتربية العلاجية بشكل فردي أو جماعي، هذه الحصص

تعطى من طرف مُربي مكوّن ويتطرق مضمونها إلى المعرفة والمهارات والخبرة الحياتية.

**(4) - مرحلة التقييم: حتى يتم التأكد من أن الأهداف التربوية المحددة قد تم تحقيقها**

وتنفيذها بالفعل، يتم تقييم مايلي:

- مهارات المريض التي إكتسبها (مهارات الرعاية الذاتية ومهارات التكيف).

- الموقف التربوي لمقدم الرعاية.

- وما إذا كان برنامج التربية العلاجية قد أتاح تحسين حالة المريض السابقة ولأن هدف التربية العلاجية هو تحسين نوعية حياة المريض.

(Société Algérienne de Diabétologie, 2012, P : 52).

وعليه يتم في هذه المرحلة تقييم المعارف والمهارات والرضا على البرنامج ومقدمي الرعاية في مجال:

Savoir المعرفة

Savoir- Faire الدراية

Savoir- Être المهارات الحياتية

(7)- مستويات حصة التربية العلاجية: إن البرنامج العلاجي هو مجموعة من النشاطات التربوية يقوم بها القائمون على الرعاية الصحية للمرضى وبالأشخاص المحيطين بهم، هدفه إكتساب والحفاظ (Adoption)(maintien) على مهارات العلاج الذاتي ومهارات التكيف، وتتكون الحصة العلاجية من المستويات التالية الموضحة في الجدول رقم (6): مستويات حصة التربية العلاجية.

### الجدول رقم 6 مستويات حصة التربية العلاجية الجماعية

المستوى	الوصف
1 المشاركون Participant لمن تقدم	المرضى: كل شخص يعاني من مرض مزمن سواء كان راشد مراهق أو طفل أقارب المرضى: تعتبر مشاركة المريض وعائلته في البرنامج حتمية وذلك لاعتماد العلاج على تغيير سلوكيات حياتية تعزز من خلال مساعدة ومساندة محيطه الاجتماعي كما يعتبر دور الأولياء في غاية الأهمية في حال إصابة طفلهم بمرض مزمن وخاصة إن كان متمدرسا (أبو حميدان، 2012، ص 52-53)
2 مسير الحصة المربي Educateur من يقدمها	قد يكون طبيب، ممرض، مختص نفسي، مختص في التغذية، مقدم رياضي، مساعدة إجتماعية، صيدلي (Labos Pharma....) أهمية تكوين العاملين في الصحة في عملية التربية العلاجية والعمل ضمن فريق متعدد التخصصات ((Duquence, Le Mogueni, 2013, p: 2-3)) على مسير الحصة العلاجية أن يسلك مهارات تربوية من أجل اتصال أحسن مع

<p>المريض</p> <p><b>Les déférentes compétences éducatives pour mieux communiquer avec le patient :</b></p> <p>إظهار التعاطف والإصغاء الفعال (Goleman, 2016,P:168-169) إستعمال تقنيات التواصل المتمركزة على المريض للرفع من الفعالية الذاتية للمريض.</p> <p>- تحفيز المريض من خلال تقنيات المقابلة التحفيزية (Kelliher, 2013, p :7)</p> <p>- معرفة إعطاء المريض دور "مسير لمرضه</p> <p>- القدرة على جعل المريض جزء فعال في الحصة العلاجية من خلال المشاركة والتعبير عن صعوباته</p> <p>وللمخابر الصيدلانية دور في تقديم وتمويل حصص التربية العلاجية (Lamri, 2017.P :6-7)</p>	
<p>تكون حصص البرنامج إما:</p> <p>*فردية: معالج - مريض</p> <p>*جماعية: من 8 إلى 10 مرضى مصابين بنفس المرض.</p> <p>*بالتناوب</p> <p>المكان: قاعة خاصة للتربية العلاجية تحتوي على جميع الوسائل الضرورية للعملية التعليمية، (طاولة، كراسي وسبورة أو لوح الكتروني)</p> <p>الزمان: تستغرق مدة الحصة من 60 دقيقة إلى ساعة ونصف، حسب عدد المشاركين وموضوع الحصة.</p> <p>الوسائل البيداغوجية وتتكون من:</p> <p>- وسائل سمعية بصرية (Datashow:CD)</p> <p><b>Livres Dépliants</b></p> <p>الرسومات والصور <b>Posters / Maquettes</b></p> <p>دليل ورشة العمل المواضيعية <b>Guide de l'atelier thématique</b></p> <p>والذي يتكون من أنشطة متوالية (Séquences minutes)</p> <p>سجل خاص بورشة العمل</p>	<p>3</p> <p><b>موضوع الحصة</b></p> <p><b>Thème</b></p>

**8-أنواع حصص التربية العلاجية:**

اعتمادا على الإمكانيات المحلية (الموقع الجغرافي وتوفر المهنيين الصحيين)، واحتياجات المريض وتفضيلاته، ستكون حصص التربية العلاجية جماعية أو فردية وخلال الحصص يجب على مقدم الرعاية مراعاة فئة المرضى وراحتهم وسلامتهم.

**8-1 حصص التربية العلاجية الفردية:**

تتميز بمقابلة مريض واحد، وموضوع الحصة مرتبط بالأهداف التربوية للمريض والمهارات الواجب، اكتسابها تسهل الحصص الفردية المشاركة في مشروع التربية العلاجية للمرضى الذين يعانون من تبعية جسدية أو معرفية أو لديهم صعوبات في التواجد ضمن مجموعة.

**8-2 حصص التربية العلاجية الجماعية:**

تتميز بالحضور المتزامن للعديد من المرضى في نفس الوقت (Traube. 1998.P:55) ويرتبط موضوع الحصة بالأهداف التربوية وبمشروع المريض والمهارات التي يجب اكتسابها. تتميز الحصص الجماعية بمزايا الجمع في نفس المكان بين المرضى الذين لديهم نفس الأهداف التربوية. فهي تساعد على تبادل الخبرات ونقل المعرفة التجريبية كما تسمح بالتبادل بين المشاركين وكسر العزلة وزيادة تقبل المريض للعملية التعليمية. يتراوح حجم المجموعة عادة بين 6 و8 للأطفال وبين 8 و10 للبالغين.

ويمكن تعديل عدد المشاركين وفقا لنوع النشاط التعليمي المقترح، ومدى تعقيد المهارة التي يجب اكتسابها أو لمشاركة الأقارب في الحصص. المهم أن يسمح العدد المحدد بمعرفة جيدة لكل مريض من قبل مقدم الرعاية الذي يقدم برنامج التربية العلاجية.

**8-3 طرق أخرى لتنفيذ مشروع التربية العلاجية:**

تعدّ طرق تكنولوجيا المعلومات والاتصالات من الطرق المفيدة في عملية التربية

العلاجية وتشمل:

الحصص عبر الطب عن بعد ((ETP par télémédecine):

الحصص عبر الهاتف ( ETP par téléphone ):

وهي نوع جديد من أنواع النشاط المجدول والمخطط ليضمن استمرارية برنامج التربية العلاجية، يتحمل تكلفتها النظام الصحي، يتم التواصل بواسطة أخصائي رعاية صحية ويتطلب ان يكون المريض ومقدم الرعاية قد إتقيا من قبل خاصة في حصص التربية العلاجية عبر الهاتف. إستعمالها يبقى محدود لكن لآقت ترحيباً في فترات الحجر الصحي لجائحة كوفيد -19 التي مرت بها البلاد على غرار بلدان العالم.

وعليه يمكن تلخيص أنواع حصص برنامج التربية العلاجية في الجدول رقم (7):

أنواع الحصص التربية العلاجية:

#### الجدول رقم 7 أنواع حصص برنامج التربية العلاجية

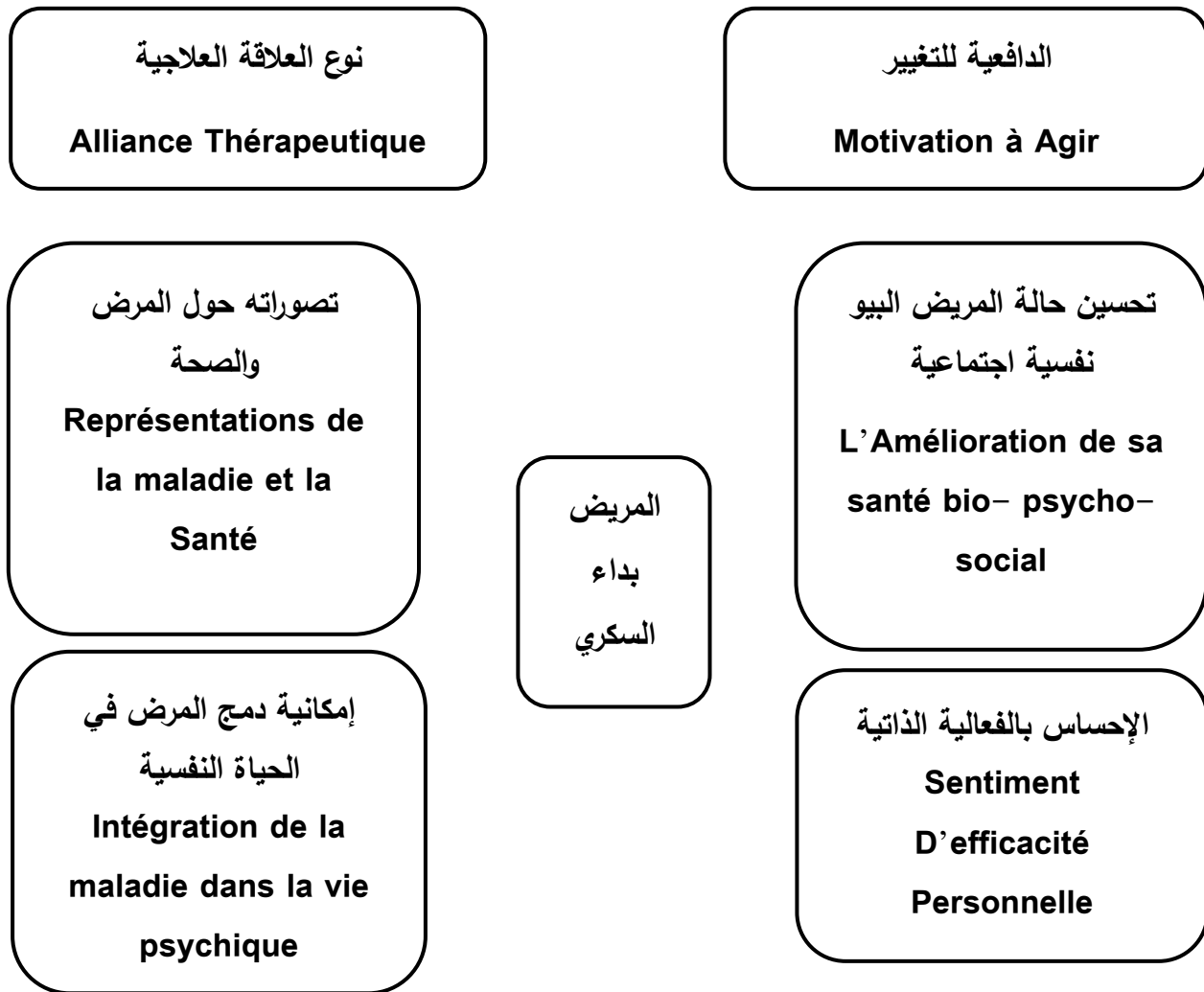
حصص عمل فردية	حصص عمل جماعية
<ul style="list-style-type: none"> <li>* - تقدم للمرضى في حالة وجود موانع طبية كالحالة الجسدية أو النفسية للمريض</li> <li>* - في حالة رفض المريض للعناية الجماعية</li> <li>* - عدم قدرة المريض للمشاركة في مجموعات</li> <li>* - تسمح الحصص الفردية بإعادة تقييم: <ul style="list-style-type: none"> <li>- لاحتياجات المريض (Besoins)</li> <li>- ومهاراته (Compétences)</li> </ul> </li> <li>* - تسمح بتقديم نشاط تربوي شخصي أكثر</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* - تسمح بأدوار الأقران</li> <li>* - تعزيز الثقة من خلال مشاركة الخبرات الشخصية</li> <li>* - تسمح للمريض بوضع مرضه ضمن منظور محدد.</li> <li>* - تساعد على: <ul style="list-style-type: none"> <li>- التفاعل Interactive</li> <li>- المحاكاة Emulation</li> <li>- سهولة الاستخدام والوصول Convivialité</li> </ul> </li> <li>* - كسر العزلة.</li> <li>* - تسمح بتجميع المرضى الذين لديهم نفس الاحتياجات التربوية.</li> <li>* - كسب الوقت لمقدم الرعاية.</li> <li>* - استخدام واسع للوسائل المناسبة</li> </ul>

## 9-التربية العلاجية وعلاقة المساعدة:

(1) - عوامل إكتساب المريض للمهارات الأساسية:

حسب لا ديجيلري (Ladegaillerie,2013)

من المهم الحرص على اكتساب المريض للمهارات في نهاية دورات التربية العلاجية حيث تجعله قادرا على صياغة حكم تقديري حول صحته من خلال إستثمار المهارات مع اكتساب قدرات على الرعاية الذاتية والكفاءة الذاتية لتسير داء السكري. ويعتمد نجاح برنامج التربية العلاجية واكتساب المريض للمهارات الأساسية على العوامل التالية الموضحة في الشكل رقم (17):



الشكل رقم 17 عوامل إكتساب المريض للمهارات اللازمة من خلال برنامج التربية العلاجية

**(2) - الموقف التربوي (POSTURE EDUCATIVE):**

إن مقدم الرعاية خبير في تخصصه، بينما المريض خبير في مرضه وحياته وتجاربه وعليه " يجب على العلاقة العلاجية أن تكون علاقة تعاونية لفهم الصعوبات، حيث يعملون كفريق واحد لتطوير الأفكار والسلوكيات الجديدة، فيستخدم الممارس خبرته لمساعدة المريض على تعديل طريقته في الأداء ويراافقه في هذا التغيير من خلال إقتراح إستراتيجيات بديلة " (Palazzalo, J, 2016, P: 17).

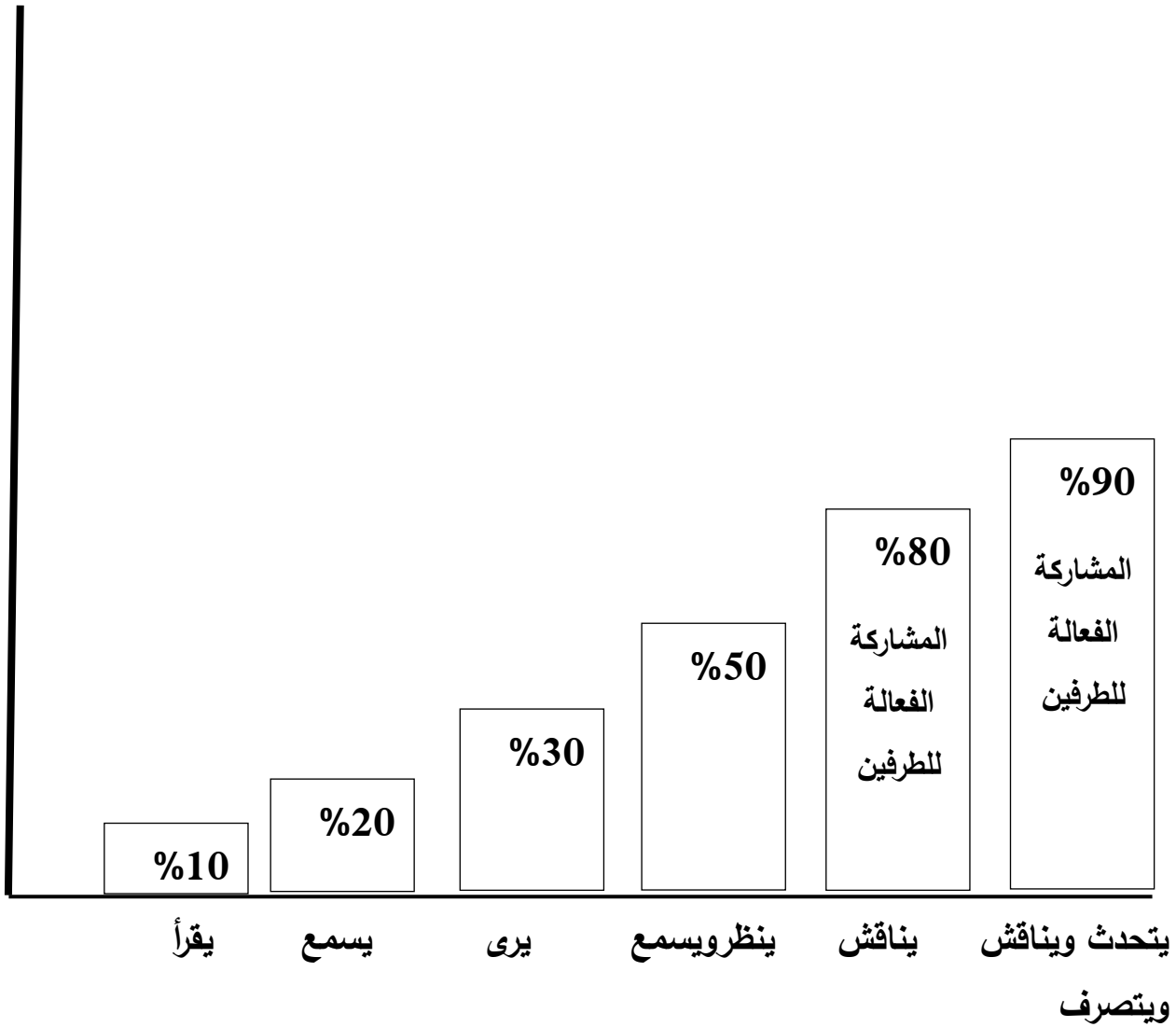
حددت منظمة الصحة العالمية فكرة الموقف التربوي الذي يجب على مقدم الرعاية إكتسابه وتطويره وهو ما يسمح له بتنفيذ برنامج التربية العلاجية وبتوصيل المعارف الضرورية حتى يكتسب المريض المهارات اللازمة (Reach, G, et Al, 2012, P: 41) وهو ما يسمى بمهارات المُرَبِّي في التربية العلاجية أو الموقف التربوي.

يحتاج مقدم الرعاية لتنفيذ التربية العلاجية ضمن إطار العمل المتعدد التخصصات إلى مهارات محددة تسمى بالموقف التربوي (Posture Educative) ويشمل:

**➔ مهارات علائقية (Compétence relationnelles):**

وتمثل التواصل التعاطفي، إستخدام الاستماع النشط واختيار الكلمات المناسبة بلغة بسيطة، معرفته لموارد وصعوبات التعلم والسماح للمريض بأخذ دور أكثر فاعلية في القرارات المتعلقة بصحته إضافة إلى دعم وتحفيز ومرافقة المريض طوال فترة إدارة المرض المزمن (HAS, 2007, P: 14).

حيث بيّنت العديد من الدراسات أنه يتم نسيان ما لا يقل عن 40% مما نتعلمه في غضون 20 دقيقة و60% بعد ساعة، ولهذا يُعد الاتصال المكثف ( Communication adaptée) من طرف مقدم الرعاية أحد أهم العوامل في جعل المريض عنصرا فعالا ومشاركا في العملية التعليمية وهو ما يوضح الشكل رقم (18)



الشكل رقم 18 أهمية الاتصال المكيف في التربية العلاجية

- مهارات بيداغوجية وتسير الحصة

:(Compétences pédagogiques et d'animation)

إختيار تقنيات وأدوات بيداغوجية للتعليم واستخدامها بشكل مناسب التي تسهل وتدعم اكتساب مهارات الرعاية الذاتية ومهارات التكيف، مع مراعاة إحتياجات المرضى وتنوعهم أثناء حصص التربية العلاجية.

## - المهارات المنهجية والتنظيمية

:(Compétence Méthodologiques et organisationnelles)

تخطيط مراحل عملية التربية العلاجية (ETP)، تصميم وتنظيم الحصص الفردية أو الجماعية والتنسيق بين المريض وباقي الفريق المتعدد التخصصات على أساس مستمر وطويل الأجل. (Foucaud, Dardel, 2013, p : 9-10)

## - المهارات البيو طبية والرعاية

:(Compétences biomédicales et de soins)

معرفة المرض المزمن، وإستراتيجية الإدارة العلاجية المعنية ببرنامج التربية العلاجية والتعرف على الاضطرابات النفسية وحالات الهشاشة النفسية والإجتماعية المصاحبة لهذا المرض المزمن

ويركز مقدم الرعاية (المُرَبِّي) لتحقيق أهداف التربية العلاجية على فهم مبادئ سلوك الأفراد فيجب أن يكون مُلمًا ببعض المبادئ التي تتلخص إجمالاً فيما يلي:

- جميعنا لدينا حاجات أساسية تساعدنا فيتحسين علاقاتنا مع الآخرين وفي تحسين صحتنا العامة.

- كل شيء نفعله موجه نحو هدف.

- يؤثر مفهومنا لمعتقداتنا واتجاهاتنا وقدراتنا في سلوكنا.

- مفهوم ذاتنا متأثر بنتائج أفعالنا.

- نحن دائمو التغيير ودائمو التعلم.

- يقودنا الإحساس بوعينا بقدراتنا إلى تحمل المسؤولية أكثر لحل مشكلاتنا.

- نحن نتعلم من بعضنا من خلال تفاعلنا مع الآخرين.

(العاسمي، 2012، ص: 144)

## (3) - العلاقة العلاجية ضمن برنامج التربية العلاجية:

تعتمد التربية العلاجية في المقام الأول على المبادئ التي ذكرها " كارل روجر " ( Carl Rogers ) والتي عبّر عنها بعلاقة المساعدة. فحسبه مقدم الرعاية يستمع ويفهم ويعيد صياغة كل من المشاعر والأفكار ويقود المُساعدَ تدريجياً ليصل لرد فعل الارتباط بالنفس ومنه مناخ من الثقة سيتشكل تدريجياً، فيصبح الشخص الذي تتم مساعدته يتحدث بشكل أكثر أصالة عن نفسه ويتجرأ بشكل متناسب على مواجهة صعوباته الحقيقية. ( Rogers, C, 2019, P: 09).

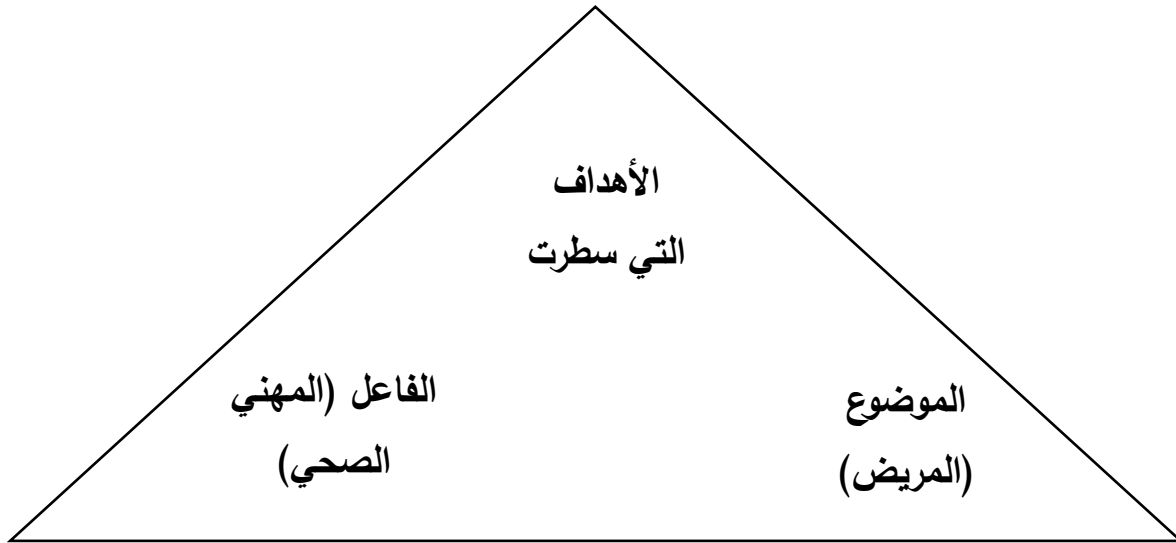
فتقبل المعالج سيساعد على قبول الذات وسيسهل ويسمح بكل التغييرات ويصبح التكيف ممكناً.

تعتمد الطريقة الروجرزية على عامل أساسي: التعاطف الحقيقي الذي يجلبه مقدم الرعاية في العلاقة. يؤدي إحترام مقدم الرعاية غير المشروط للعميل إلى بدء العملية التعبيرية لديه من خلال تقنيات مختلفة مثل إعادة الصياغة (Reformulation) فتبدأ عملية التواصل (زناد، 2018، ص 154-155)

وتشكل العلاقة الروجرزية الخلفية لمعظم تقنيات وتدخلات العلاجات الحديثة وحتى خارج مجال العلاج النفسي على سبيل المثال في علم التربية وفي المساعدة الاجتماعية وفي الورشات الجماعية (Rogers, C, 2019, P:10-11)، لمساعدة الفرد على تطوير تكيف شخصي أكثر إرضاءً.

تتطلب العلاقة العلاجية روح التعاون والتفاوض وإعادة تحديد الأدوار والثقة المتبادلة والإلتزام المتبادل بين المرضى ومقدمي الرعاية. ونتيجة لذلك سننتقل من العلاقة التقليدية السلطوية (الفرد مقابل الموضوع) إلى علاقة ثلاثية تشاركية يقوم بها كل من المهني الصحي والمريض ببناء المعرفة المشتركة معاً. وهو ما يوضحه الشكل رقم (19):

.(Thiam, Y, 015, P: 193)



### الشكل رقم 19 العلاقة بين المريض والمهني في سياق التربية العلاجية

في هذا السياق يعرف قاموس علم النفس العلاقة بأنها علاقة بين شخصية أو داخل مجموعة، ومن أجل الحفاظ على مناخ اجتماعي ملائم داخل مجموعة العمل يجب تلبية الاحتياجات النفسية لأفراد المجموعة وتعزيز اهتماماتهم وتحسين العلاقات الإنسانية داخل المجموعة (Sillamy, N, 2010, p: 237)، فلا يمكن الوصول للأهداف التربوية إلا من خلال اتفاق متبادل (Une entente mutuelle)

وعلى هذا الأساس تهدف المساعدة الإنسانية في عملية المرافقة والمساعدة في برامج التربية العلاجية للوصول إلى أهداف محددة ضمن التناول المتمركز حول الشخص وتتحصر في:

- تسهيل عملية تغيير السلوك.
- زيادة مهارات المواجهة والتعامل مع المواقف الضاغطة.
- القدرة على إتخاذ القرارات.
- تحسين العلاقات الشخصية والمهارات الاجتماعية من أجل تحسين نوعية الحياة.
- المساعدة على تنمية القدرات والميولات لتحسين الفعالية الشخصية

(العاسمي، 2012، ص 50-51)

## 4- دور الفريق المتعدد التخصصات :

أكدت دراسة (Thiam, 2015) أن للفريق المتعدد التخصصات دور هام في إدارة المرض المزمن وفي برامج التربية العلاجية فهي تسمح بـ:

- تنويع وإثراء تناول التربوي بفضل الجمع بين المهارات الفردية والشخصيات المختلفة.

- استخدام طرق وأدوات وتقنيات تعليمية مختلفة.

- توصيل رسائل توافقية.

- القيام بإجراءات متضافرة.

- وضع إستراتيجية علاجية توافقية لكل مريض.

- وأخيرا تقييم الممارسات المهنية وتطويرها.

إلا أن هذه الفرق المتعددة التخصصات غالبا ما يكون تأثيرها محدودا بسبب افتقارها إلى التنسيق وهو ما يلاحظ في جل المصالح الاستشفائية ففي كل مصلحة نجد جميع أعضاء وأفراد الفريق إلا أن غياب التنسيق يجعل تأثيرها على السلوكيات الصحية للمرضى ضعيفا (Thiam, 2015 P: 216-217).

وعليه فوجود وحدة التربية العلاجية ستساعد على التنسيق وتقسيم الأدوار من أجل مساعدة المرضى على إدارة مثلى للمرض المزمن وللوصول إلى ملائمة علاجية مقبولة وهو حال مصلحة داء السكري والغدد الصماء لمستشفى بني مسوس.

#### ■ التوصيات الدولية لبرامج التربية العلاجية:

لقد تم تقديم العديد من التوصيات الدولية من طرف المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية (OMS) والجمعية الفرنسية لتطوير التربية العلاجية (AFdet) من أجل نجاح العملية التعليمية (La Démarche éducative) وتتلخص أهمها:

- يتكوّن الفريق الذي ينفذ البرنامج من مهنيين صحيين ضمن إطار وروح متعدد التخصصات، ومدربين خصيصا لهذا النشاط، يتم تنفيذ البرنامج المخصص كجزء من عملية العلاج المستمرة ويتكرر عدة مرات حسب الضرورة. بعد إجراء تقييم التشخيص التربوي أو ما أصبح يسمى بمقابلة الفهم (Entretien de Compréhension) وذلك لتحديد إحتياجات المريض العلاجية.

- يعتمد البرنامج على عدة نظريات ونماذج نفسية ومعرفية وتربوية.

- أن يكون محتواه قابلا للتكيف والتخصيص بحيث يكون مناسباً لكل الأعمار والأجناس ومرحلة تطور داء السكري والحساسية الثقافية والاحتياجات الفردية وحتى نمط الحياة الذي ينتمي إليه المرضى.

- يجب أن يجعل إستخدام الأساليب السلوكية المعرفية مصدرا للتمكين (Empowerment) عند المرضى الشباب وعائلاتهم لتعزيز الإدارة الذاتية لمرضهم.

### ⊖ - التوصيات:

- تعقد الحصص التعليمية للتربية العلاجية على أساس فردي أو عائلي أو جماعي، داخل المستشفى او في العيادات الخاصة فور الإعلان عن التشخيص أو عند ظهور المضاعفات.

- قبل تقديم البرنامج يجب أن يخضع لمقاربة الجودة وأن يتم تقييم التأثيرات على المستفيدين (من قبل الفرق المؤطرة Equipés Encadrantes).

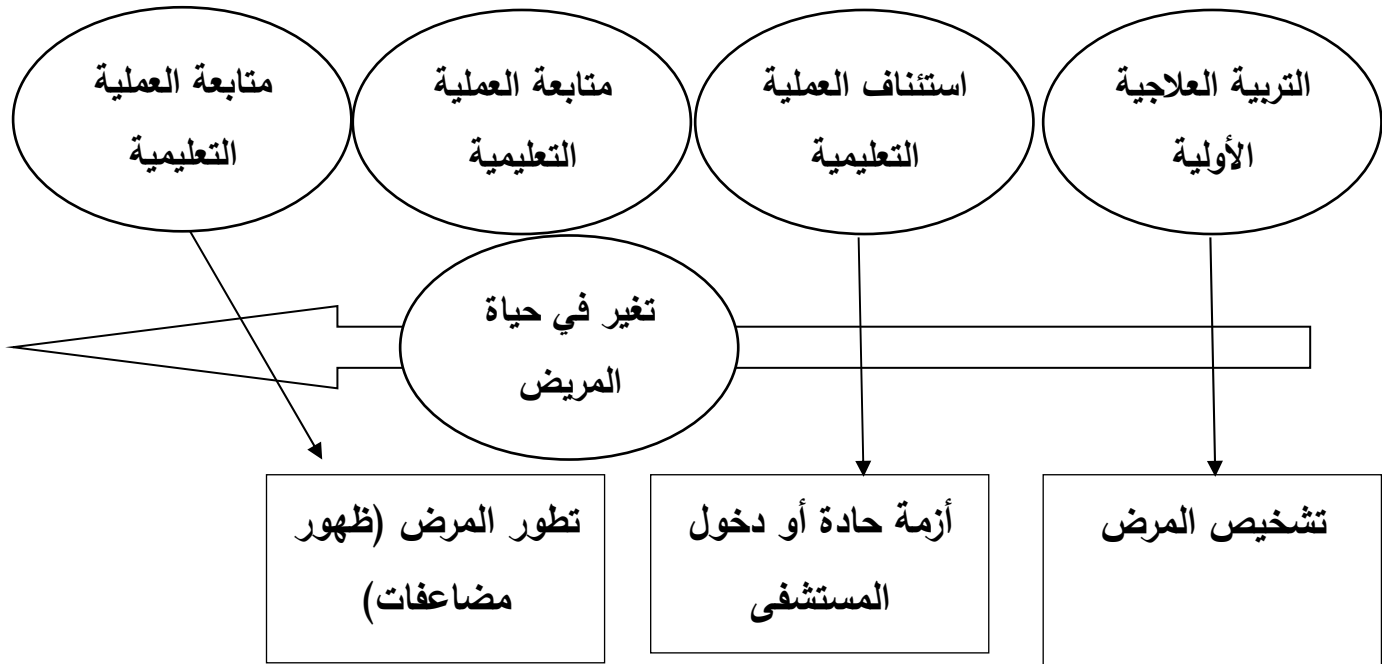
- تختلف هذه التوصيات حسب سياقات الدول المختلفة.

- لقد تم إتباع سياق الدول الأوروبية التي تطبقه ضمن جهاز برنامج التربية

العلاجية للمريض

**Dispositifs de programme d'éducation thérapeutique du patient**

- تقدم التربية العلاجية طوال حياة المريض المزمّن وهو ما يوضحه الشكل رقم (20):



الشكل رقم 20 التربية العلاجية طوال حياة المريض المزمّن

كما قدمت الدراسة العالمية (DAWN-2) (Diabetes Attitudes Wishes and Needs 2)

مجموعة من النقاط المهمة والتي جاءت كنتيجة لهذه الدراسة. إنها دراسة عالمية شملت (17) بلدا وانطلقت في شهر مارس عام 2012، وهدفت إلى دراسة الصعوبات النفسية الاجتماعية المرتبطة بداء السكري وعلاج داء السكري المتمركز حول الشخص.

تمت الدراسة على عينة تتكون من مجموعة تضم (16000) شخص وكانت حصة

الجزائر تقدر بـ (900) شخص (المريض وعائلة المريض والممارسين الصحيين) (Group

(D'étude, 2013, P: 04). ولقد أكد فريق العمل في الجزائر على ضرورة الاهتمام بالنقاط

التالية:

- ضرورة الملحة لبرنامج متعدد التخصصات في تسيير المرض والذي يأخذ بعين

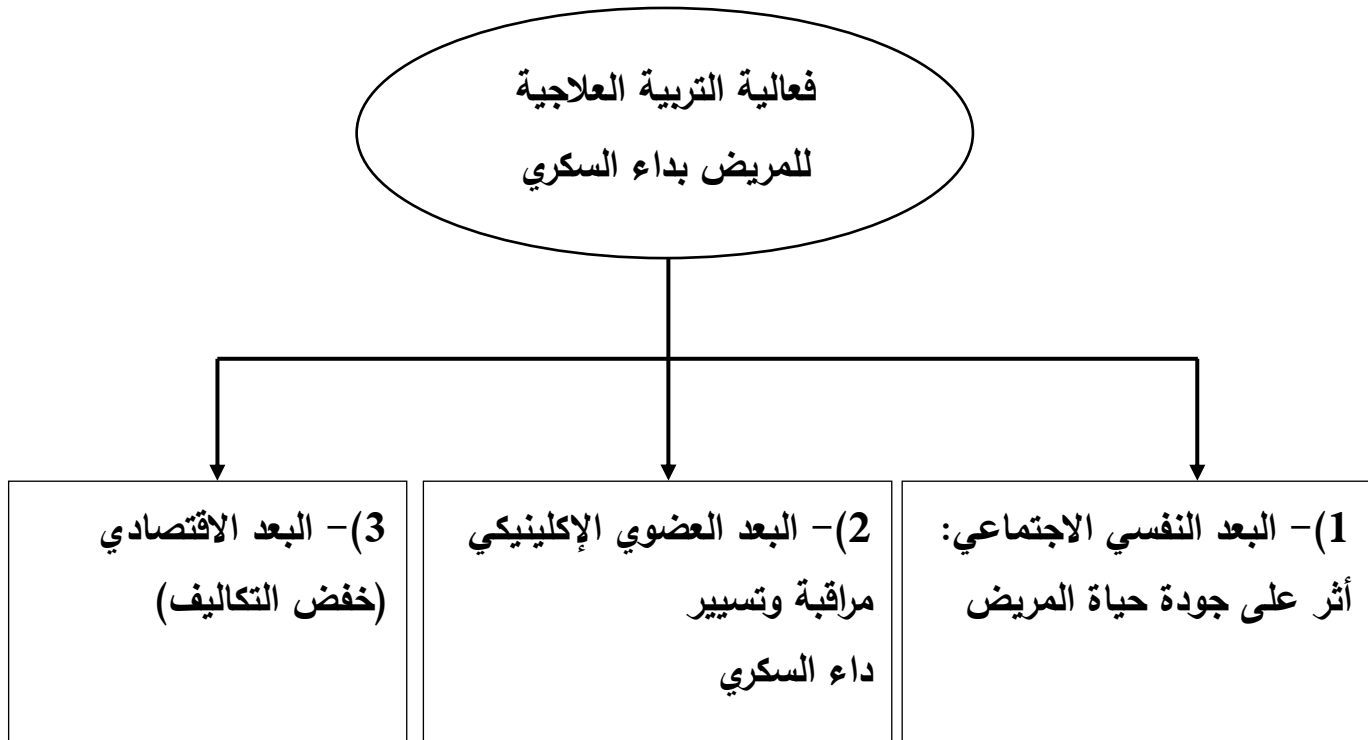
الاعتبار كل الاحتياجات النفسية والاجتماعية للمرضى المصابين بداء السكري

ولعائلاتهم، مع ادماج المساعدين الطبيين والمختصين النفسانيين في فريق العلاج الصحي

- ضرورة التكوين في التربية العلاجية مع منح شهادات رسمية تمنح للمربين بعد الدورات التكوينية الخاصة بالسكري في الجزائر

- وضع مبادئ توجيهية وطنية وهو الامر الغير موجود في الجزائر  
(Malek,2015,p :13)

إن جل هذه الدراسات تصب في نفس الهدف حول أهمية التربية العلاجية للمريض المصاب بداء السكري والتي تتضح من خلال الشكل رقم (21)



الشكل رقم 21 أثر التربية العلاجية على داء السكري (OMS, 1998, P: 28)

**11- دور المختص النفسي في التربية العلاجية للمريض بداء السكري :**

يتجلى دور المختص النفسي المتواجد في مصلحة أمراض السكري في عملية التكفل النفسي بالمرضى للحصول على نتائج مرضية من برامج التربية العلاجية المطبقة، وذلك من خلال إستخدام إستراتيجيات معرفية إنفعالية سلوكية متعددة تتلاءم مع خصوصيات المريض ومرحلة المرض لتحقيق الإندماج المطلوب في عملية علاجه والوصول إلى الهدف المشترك للطاقت المعالج وهو تحقيق الملائمة العلاجية الجيدة (خطار وسي سعيد، 2018)

يكمن دور المختص النفسي بالعمل ضمن الفريق المتعدد التخصصات مع الأطراف

التالية:

➤ المرضى وعائلاتهم

➤ فريق العلاج

➤ نشاطات التربية العلاجية (Belhadj, 2015, P13-19)

ويشمل التأثير الإيجابي لتواجد المختص النفسي مع الأمراض المزمنة على:

- المساهمة في المناقشة التشخيصية؛

- تحديد المشاكل الفردية؛

- تحديد الأهداف العلاجية على المدى القصير أو المتوسط؛

- خلق أو زيادة الدافعية للشخص لعملية التغيير؛

- تحديد ومراقبة التغيرات التي تحدث أثناء المتابعة النفسية.

(Castro, D, 2016, P: 02)

وفيما يخص عمل المختص النفسي في وحدة التربية العلاجية فنتلخص في المراحل

التالية الموضحة في الجدول رقم (8):

الجدول رقم 8 أهداف ونشاطات المختص النفسي في التربية العلاجية للمريض (Kolech et Ditcharry, 2011 P :26 -40)

أهداف ونشاطات المختص النفسي	
<p>تصميم وتسيير شامل لبرنامج التربية العلاجية.</p> <p>المشاركة في تصميم البرنامج مع الفريق.</p> <p>تنسيق نشاطات برنامج التربية العلاجية.</p> <p>إقتراح ورشات عمل جديدة من خلال إحتياجات المريض التي حددها المختص النفسي.</p> <p>تبني مقاربة إنسانية (Approche humaniste)، مع أعضاء كل الفريق وجعلها كفاءة ضرورية في علاقتهم مع المرضى</p> <p>ضمان احترام السرية في العمل من خلال جعل المريض يشعر بالثقة والأمان</p> <p>إبداء رأيه في الوسائل المستعملة</p> <p>تكوين المعالجين لاكتساب مهارات التواصل ومهارات تسيير ديناميكية الفوج، (فوج المرضى المشاركين)</p>	<p>برنامج التربية العلاجية (تصميم/ تزويد/ تنسيق)</p> <p>Conception Création Coordination</p>
<p>بناء علاقة له مع المريض</p> <p>مساعدة المريض للحديث بكل ثقة على أموره الشخصية</p> <p>المختص النفسي هو الممثل النفسي للمريض</p> <p>تحديد معاناته، ميكانيزماته الدفاعية، إستراتيجيات المواجهة لديه ونوع توظيفه العقلي.</p> <p>إعطاء تفسيرات ومعنى لمقاومة المريض.</p> <p>المشاركة في بناء الأسئلة الخاصة بالتشخيص التربوي</p> <p>( Guide du diagnostic éducatif)</p>	<p>التشخيص التربوي</p> <p>معرفة المريض</p> <p>Connaitre Le patient Diagnostic Educatif</p>
<p>مساعدة المختص النفسي للمعالجين في تحسين العلاقة (معالج- مريض) في حال وجود صعوبات</p> <p>شرح سلوكيات بعض المرضى (كيفية مساعدته)</p> <p>مساعدة المعالج لتبني موقف رد الفعل وموقف تكيفي</p> <p>Attitude reflexe du soignant, et attitude adaptée</p>	<p>الإتصال:</p> <p>ربط العلاقة بين المعالجون والمرضى</p> <p>Communication : faire le lien entre les soignants et les patients (travail</p>

<p>. تشجيع المعالجين على وضع أهداف علاجية بسيطة حتى يستطيع المريض القيام بتغيير سلوكه من خلال رفع الشعور بالفعالية الذاتية، وعدم إحساسه بالفشل وخاصة شعور التفهم لكل ما يحس به المريض:</p> <p><b>(La compréhension du ressenti du patient)</b></p> <p>كتابة الملاحظات الاكلينيكية وتقرير النشاط</p>	<p><b>D'équipe)</b></p>
<p>الورشات الجماعية: <b>Ateliers de groupe</b></p> <p>. يشارك في إستقبال المرضى إختيار خطوات سير الأنشطة داخل الحصة، تسهيل الحوار، السماح بالتعبير عن الشعور، خلق التبادلات بين المشاركين حول المواضيع التي تحفزهم أكثر فيما يتعلق بالمرضى.</p> <p>. تقديم حصص التربية العلاجية خاصة حول المعاش النفسي للمرضى من تصورات واعتقادات من خلال مجموعة التحدث <b>(Groupe de parole)</b></p> <p>. القيام بعملية الملاحظة والتحليل للمشاركين أثناء عرض الحصة الجماعية.</p> <p>. العمل الثنائي: يساعد مقدم ورشة العمل في كيفية مساعدته للمريض المقابلات النفسية الخاصة:</p> <p>. إتقان المقابلات التحفيزية لتحديد الدافعية للتغيير</p> <p><b>La Motivation au changement(Carrat .2013.P:8).</b></p> <p>. الخبرة في التبادلات الاجتماعية</p> <p>. تشجيع الدافعية للتغيير بوضع إستراتيجيات مكيمة لإحداث التغيير في السلوك.</p> <p>. التكفل النفسي للمرضى ذوي الصعوبات النفسية (أعراض القلق الإكتتابي)</p> <p>. مساعدة المريض على الربط بين أحداث حياته (العائلية،الوجدانية،المهنية....)</p> <p>وآثارها على الصحة (الضغط النفسي).</p> <p>. مساعدة المريض على تسيير الضغط النفسي (Stress) الناتج عن المرض وتطوير لديه كفاءات التكيف والشعور بالفعالية الذاتية وتقدير الذات.</p> <p>. تعزيز الدعم النفسي والاجتماعي</p> <p><b>Le soutien psychosocial)</b></p>	<p><b>النشاطات التربوية</b></p> <p><b>تقديم ورشة العمل</b></p> <p><b>Animation</b></p>

<p>. تقييم الممارسة كميًا (Quantitativement) لإثبات أهمية دور المختص النفسي.</p> <p>. تطوير ورش العمل وتحديد الاحتياجات بشكل أفضل</p> <p>. خلق مع الفريق أدوات التقييم والمشاركة في الحفاظ على الملف التعليمي (Dossier éducatif) والتقييم التكويني (formative) والختامي (sommatif)</p> <p>. تحليل تطور الشخص في برنامج التربية العلاجية وتطوره (Son cheminement)</p> <p>خاصة من خلال النهج المتمركز حول الشخص الذي يسمح بفهم أعمق للتجربة (Pilate, 2022 P 7892)</p>	<p>تقييم الممارسة في ورشات التربية العلاجية</p> <p>Evaluation de la pratique en ETP et L'évolution des patients</p>
---	---

## 12- مساهمات نماذج ونظريات علم نفس الصحة في تطوير التقنيات

### والتدخلات في برامج التربية العلاجية للمريض ETP:

في التراث السيكولوجي تم تسليط الضوء على دور العديد من العوامل الشخصية والموقفية للوصول إلى مخارج نفسية وجسمية مكيّفة عند مرضى داء السكري. فمستوى الضغط النفسي وكيفية مواجهته والشعور المرتفع أو المنخفض للكفاءة الذاتية زيادة لمدة داء السكري قد يكون لها تأثير على مستويات السكر التراكمي (الهيموجلوبين السكري) الذي هو أحد مؤشرات الملائمة العلاجية. ومن الخصائص الموقفية هي المتعلقة بالعلاج الذي يتميز ب: تنفيذ العلاج (العدد- التكرار- قيود العلاج) والوقت اليومي الذي يقضيه والأساليب (خاصة الحقن) والإيمان (Chronicité) كلها عوامل قد تؤثر على سلوك الرعاية الذاتية للسكري وبالتالي على مستوى نوعية الحياة لدى المصابين. وكذلك الدور الرئيسي الذي يلعبه الدعم الاجتماعي المدرك في التكيف عند المصابين الشباب. فالتواصل الإيجابي وإنشاء إدارة تعاونية والحد من النزاعات تلعب دورًا مهمًا في الحصول على التحكم في إدارة داء السكري والحفاظ عليه مع نوعية حياة جيدة (Terrasson , J, 2019, P : 56).

في المراحل المختلفة لعملية التربية العلاجية يستعين مقدمي الرعاية بنظريات مختلفة من العلوم الاجتماعية والإنسانية كالنظرية المعرفية الاجتماعية والنظرية المعرفية السلوكية

والتخصص الحديث في علم النفس الصحة والنظرية الإنسانية وغيرها. ويمكن استخدام هذه النظريات من أجل:

- توجيه العملية الاستكشافية أثناء التشخيص التربوي من خلال استكشاف التصورات والاعتقادات والدوافع لدى المريض وتطور تغيرات السلوك لديه من خلال:

\*- كيف تتعرف على المريض بشكل أفضل؟

\*- ما الذي يجب تغييره وما الذي يجب الإلتباه إليه؟

\*- كيف تعرف ما إذا كان المريض يوافق على ما هو مقترح له؟

- توجيه عملية التغيير للمريض خلال مراحل صياغة المهارات وتنفيذ البرنامج وتقييم

المهارات المكتسب، بمعنى؛

\*- كيف نحقق اكتساب مهارات الرعاية الذاتية والحفاظ عليها واكتساب مهارات

التكيف مع المرض المزمن وانعكاساته على مشاريع حياة المريض (أي إستراتيجيات وأي أساليب تشاركية وتفاعلية).

\*- كيف نعلم أين وصل المريض في اكتساباته.

\*- كيف يتم ترسيخ هذه المهارات والتغييرات والتكيف مع المرض المزمن ضمن

خطط حياة المريض.

إطار تحليلي لتدخلات برنامج التربية العلاجية ضمن تدخلات علم النفس الصحة

للإدارة الذاتية لداء السكري وهو ما يوضحه الشكل (22):

برنامج التربية العلاجية

- - ماذا لديه (معارف ومعلومات المريض)
- - المهارات الحالية.
- - عوامل موقفية.
- - عوامل شخصية.
- - مرحلة تقبل المرض

تقييم:

إستراتيجيات المواجهة نحو المشكل

أو الانفعال

علم النفس الصحة:

النموذج التكاملي متعدد العوامل (TIM) عن طريق الوسائط والتعاقد والمحددات النفسية الاجتماعية (معتقدات، أساليب موجهة، فعالية ذاتية...)

الوضع الحالي/ هنا والآن

مشروع التربية العلاجية

مشروع تعليمي لتقديم المعارف عن طريق تناول تربوي (Approche Educative) التعاطف- الفهم- التقدير

المخارج:

- - السلوكية: إكتساب وتبني نمط حياة صحي، الإدارة الذاتية لداء السكري، نوعية الحياة (الأنسولين- التغذية المنتظمة- النشاط البدني)
- - النفسية: التعديل الانفعالي، والرفاهية الذاتية.
- - معرفية: المعتقدات والتصورات حول الصحة

تقييم الامتثال العلاجي: تقييم أهمية السلوك الصحي وثقة الفرد فيقدرته على إنجاز المهارات المطلوبة

الحالة المرجوة في المستقبل

الشكل رقم 22 إطار تحليلي لتدخلات برنامج التربية العلاجية و علم نفس الصحة للإدارة الذاتية لداء السكري

يقدم تخصص علم النفس الصحة نماذج ونظريات هي بمثابة شبكة لقراءة التصورات. بشكل عام النماذج المعرفية والنماذج الاجتماعية المعرفية ونماذج التنظيم الذاتي تعمل على تفسير السلوكيات الصحية كالالتزام العلاجي أو لتفسير دور التصورات حول المرض للتكيف مع المرض المزمن.

وعليه فالاهتمام بدور المعتقدات الصحية التنبؤية في السلوكيات الصحية على سبيل المثال، التغييرات في نمط الحياة التي يجب على مرضى داء السكري من النوع الأول إجراؤها لتحسين حالتهم الصحية مثل تغيير النظام الغذائي واستئناف النشاط البدني المنتظم في الإدارة الذاتية، يدفع بالمختص النفسي والفريق العامل معه لتبني بعض النماذج الاجتماعية المعرفية التي تقدم نظريات لفهم وتنفيذ الإجراءات على هذه السلوكيات المستهدفة. إذ نجد منها نظرية الفعل المبرر (théorie de l'action raisonnée) لفيشبين (Fishbein, 1975) وامتدادها لنظرية السلوك المخطط لـ: أجزن (Ajzen, 1985) والتي تم استخدامها على نطاق واسع في التنبؤ بالسلوكيات الصحية لدى المرضى المزمنين وهو ما أكدته دراسة " وايت 2007 وآخرون " (White et Al, 2007) وهي دراسة مقارنة أجريت على مرضى بالغين مصابين بداء السكري من النوع الثاني وأمراض القلب والأوعية الدموية من أجل تحديد معتقدات المرضى حول إنخراطهم في سلوكين وهما نظام غذائي منخفض الدهون والنشاط البدني أو لا.

وأظهرت النتائج أن الموقف الإيجابي العام المتصور تجاه هذه السلوكيات (وجود فوائد لتنفيذ السلوكيات أكثر من التكاليف) هو عامل حاسم في أداء هذين السلوكين، وله أيضا تأثير إيجابي على الكفاءة الذاتية على إتباع نظام غذائي منخفض الدهون (Dantzer, 2010, P: 04) وعليه فمن الضروري معرفة كيف تساعد هذه النظرية التربوية العلاجية من خلال التدخلات التي تقدمها.

لقد أصبح وبشكل متزايد في التربية العلاجية ضرورة الاعتماد على التدخلات المستنبطة من النظريات والنماذج المفسرة للسلوك. فمثلا لتطبيق نظرية الفعل المبرر على شكل تدخل استوجب إتباع بعض الخطوات والتي تتلخص فيما يلي:

(1)- تحديد السلوك والعينة المقصودة كالمريض المصابين بداء السكري من النوع

الأول.

(2)- تحديد المعتقدات الأكثر بروزا لدى العينة من خلال طرح أسئلة مفتوحة والتي

لها ارتباطا شديدا بالسلوك المستهدف.

(3)- القيام بتحليل البيانات لتحديد المعتقدات التي تميز أولئك الذين سيتبنون السلوك

المستهدف أولاً وعليه تصبح هذه المعتقدات أحد أهم أهداف التدخل العلاجي.

(4)- استخدام مختلف التدخلات التي تساعد على تغيير هذه المعتقدات المستهدفة.

ويتمثل النهج الآخر النظري في علم النفس الصحة في التركيز على تصورات

المريض لمرضه وهو نموذج التنظيم الذاتي أو نموذج الحس السليم (Sens Commun)

لليفنثال وآخرون 1980 طبق هذا النموذج في أبحاث حول الإلتزام العلاجي (ليفنثال،

2004) يوصف هذا النموذج أيضاً بأنه منظم ذاتيا Auto- Régulateur بتفاعل المكونات

الثلاثة التي تشكله (التفسير Interprétation والتعديل Ajustement والتقييم

Evaluation) بهدف المحافظة على توازن الشخص المصاب بالمرض المزمن.

وفقا لهذا النموذج يقوم المرضى ببناء تصورات وتمثيلات تخطيطية للمرض

والظروف التي تهدد صحتهم، إستنادا إلى ما لديهم من معلومات (معلومات من مصادر

خارجية أو من الخبرة السابقة للمرض أو من البيئة الاجتماعية وأيضاً داخلياً عن طريق

الأحاسيس الجسدية) (ليفنثال وآخرون، 1984).

- ﴿- مرحلة التفسير **Interprétation**: تسمح بتفسير الأعراض والرسائل الاجتماعية حول المرض للفرد من خلال بناء تصورات حول مرضه موجودة في خمسة أبعاد.
- الهوية **Identité**: وهو ما يتوافق مع المرض أي التشخيص الطبي والأعراض التي يحس بها على سبيل المثال لدي ألم في أصابع يدي وهو من الطبيعي بسبب المراقبة الذاتية للسكري.
- السبب المتصور للمرض (**La Cause perçue de la maladie**): هي الأسباب التي وضعها المرضى حول مسببات المرض على سبيل المثال سبب مرضي كثرة تناول السكريات.
- التسلسل الزمني (المدة) **Chronologie / Durée**: وهي المدة التي يدركها المرضى لمرضهم (حاد أو مزمن) على سبيل المثال ليس لدي مخزون للأنسولين فالمرض سيبقى معي طوال حياتي.
- العواقب **Conséquences**: وهي الآثار المتصورة للمرض على حياة المريض (جسدياً أو اجتماعياً أو انفعالياً) على سبيل المثال لن أتمكن من الذهاب إلى المطعم هذا المساء بسبب ارتفاع نسبة السكر في دمي.
- قابلية الشفاء والتحكم **Curabilité/ controlabilité**: وهو إدراك المريض في إمكانية علاج المرض وتحكم المريض أولاً في مرضه (على سبيل المثال إذا أخذت جرعات الأنسولين أتقادي حالات ارتفاع السكر في الدم) (**Dantzer, 2010, P:06**).
- ترتبط هذه التصورات المعرفية للمرض بالمعاش النفسي والإنفعالي للمرض (من حيث الخوف والقلق) في هذه الحالات لا يحتاج المريض إلى معلومات عن مرضه والعلاجات ولكن فقط الدعم المتعلق بالصعوبات الانفعالية. وبالتالي فإن فهم هذه التصورات تسمح للمهني بتطوير دعم يتلاءم مع المريض.

﴿- مرحلة التعديل Ajustement: المرحلة الثانية من نموذج التنظيم الذاتي للفينثال هي التعديل الذي يتوافق مع إختيار إستراتيجيات المواجهة Coping ملائمة ومكيفة (كإبقاء قدر الإمكان معدلات السكر طبيعية في الدم).

بشكل عام نميز إما إستراتيجيات مواجهة مركزة حول المشكل (أخذ جرعات الأنسولين في موعدها) أو إستراتيجيات مواجهة مركزة حول الانفعال بمعنى عن طريق التجنب (كالإنكار والأفكار غير الواقعية).

وحسب " لازاروس وفولكمان 1984 " فالفرد يقوم بتقييم جهوده المعرفية والسلوكية إن كان قادراً أم لا على الاستجابة لهذه المطالب الداخلية أو الخارجية".

فيواجه المرض بإتباع كل خطوات الملائمة العلاجية وإما يتجنبه بشتى الطرق حتى عن طريق التخيل والتمني الذي هو حال معظم المرضى الشباب بداء السكري من النوع الأول. ومن هذا الخيارين تأتي مرحلة التقييم.

﴿- مرحلة التقييم Evaluation: يقوم الشخص المصاب بتقييم فعالية إستراتيجية التعديل المختارة ويحدد ما إذا كان من الضروري تعديلها أم لا.

إن نموذج التنظيم الذاتي يعمل على أساس تفاعل هذه العمليات الثلاث للتفسير والتعديل والتقييم بشكل مستمر وديناميكي.

يستخدم نموذج ليفنثال على نطاق واسع في مجال الأمراض المزمنة ويظهر أن أخذ تصورات المرض في الاعتبار هو عامل مهم في الإلتزام بالعلاج وفي المراقبة الذاتية لمرضى داء السكري.

وعليه يهتم المختص النفسي الصحي العامل في مجال التربية العلاجية في كيفية استخدام مختلف التدخلات العلاجية التي يمكن تنفيذها مع مرضى داء السكري من النوع الأول كونهم يمثلون فئة البالغين الأصغر سناً. أيضاً في كيفية تحديد أهداف العمل مع

هؤلاء المرضى. وفي هذا السياق يقدم علم النفس الصحة نماذج ونظريات من أجل الفهم والتفسير وايضاً يقدم منهجية لتنفيذ هذه التدخلات القائمة على هذه التناولات النظرية. النموذج الآخر الذي يساهم به علم النفس الصحة في التربية العلاجية هو المقابلات التحفيزية (Entretien Motivationnel) التي لها صلة مرجعية نظرية بنموذج مراحل التغيير لبروشاسكا ودي كليمانتي (Prochaska et Diclimenté) بالإضافة إلى نموذج توازن القرار (Balance Décisionnelle).

ولقد أظهر هذا النوع من المقابلات فعاليته على الأمراض المزمنة لمساعدة مرضى داء السكري على اكتساب سلوكيات صحية جديدة مع المحافظة عليها كاستئناف النشاط البدني المنتظم وتغيير العادات الغذائية مع المحافظ على المراقبة الذاتية للسكري بشكل مستمر والتي تعتبر أساس العلاج في داء السكري من النوع الأول. ولتحقيق هذا الهدف سيتبنى المختص النفسي الصحي أهدافاً بسيطة اعتماداً على المرحلة التي يتواجد بها المصاب وفقاً لنموذج مراحل التغيير.

في هذه الحالة على المعالج التكيف مع مستوى الدافعية لدى المريض وإلى مرحلة التغيير لديه، فالمريض قد يتخذ قرار العزم في التغيير (كتبني سلوك نشاط بدني أو سلوك التغذية المتوازنة) لكن يجد صعوبة في استمرارية التغيير وثباته (Miller et Rollnick, 2013, P :6-7)

فحسب مراحل نموذج التغيير Théorie Transthéorique فإن مبدأ تغيير السلوك يكون على خمسة مراحل ولا بد من الفرد أن يمر من خلال هذه المراحل قبل تغيير السلوك الفعلي، يعتبر هذا نموذج من النماذج الأكثر استخداماً. طُور هذا النموذج من طرف عالمي النفس الأمريكيين جايمز بروشاسكا James Prochaska من جامعة (Rhodes Island) وكارلو ديكليمنتي (Carlo Di Clémente) عام 1980 حسب ما يوضحه الجدول رقم (9)

## الجدول رقم 9 مراحل نموذج التغيير

مرحلة ما قبل التأمل والتفكير	يكون الأشخاص خلالها غير مدركين لمشكلتهم، وليس لديهم أي خطة لتغيير سلوكهم في المستقبل القريب، وغالبا الأفراد الذين يتقدمون لطلب الإرشاد العلاجي وهم لا يزالون في مرحلة ما قبل التفكير ولا يفعلون هذا إلا كاستجابة لإصرار أحد افراد المهتمين بمشكلتهم
مرحلة التأمل والتفكير	الشخص المريض بداء السكري في هذه المرحلة هو مدرك لمشكلته، إلا أنه لم يصنع قرار أو يسعى جادا تجاه إيجاد حل لها، والأشخاص في هذه المرحلة يضعون في الاعتبار عمل تغيير في السلوك، إلا ان هذه العملية قد تطول في المدة الزمنية
مرحلة التجهيز أو الاعداد	وفيها يكون الشخص قد بدأ بعمل تغيير ولو بسيط في السلوك الغير صحي مع تواجد النية لعمل التغيير
مرحلة الفعل	يصل الشخص المريض بداء السكري عندما يكون قد غير سلوكه بنجاح ولفترة قصيرة
مرحلة الرعاية	إذا استمر السلوك المعدل إلى أكثر من عدة شهور هنا يمكن أن يدخل المريض مرحلة المتابعة والرعاية التي تهدف إلى متابعة السلوك واستمراره

فيأخذ المختص النفسي بعين الاعتبار عند تقديمه للحصة الجماعية للتربية العلاجية المبادئ الأربعة الرئيسية للمقابلات التحفيزية وهي:

- التعبير عن التعاطف مع المصاب؛
- والبحث عن التناقضات لدى المصاب؛
- إستعمال تقنية التدحرج مع مقاومة المصاب حتى لا نقع في موقف مواجهة؛

- وتعزيز الشعور بالفعالية الذاتية لتعزيز الثقة لدى المصاب أن لديه القدرة على إدارة مواقف معينة بطريقة سليمة (صغير، 1999، ص: 46-47).

وهو الذي أكدته دراسة نايت وآخرون (Knight et Al, 2006) أن لهذا النوع من التدخلات التحفيزية أثارا مفيدة (نفسية وفسولوجية وتغيرات في نمط الحياة) مع مجموعات من مرضى الأمراض المزمنة من بينهم مرضى السكري.

حسب " كارل روجرز " يرى أن هناك خصائص يجب أن تتوفر في الأخصائي النفسي وهي:

**التقبل:** أن يكون لديه احترام لكل إنسان وأن يتقبله كما هو وأن يترك له الحرية ويختبر ما يقترحه من حلول وهو ما يسمى بالإحترام الإيجابي غير المشروط  
( Considération positive inconditionnelle ) .

**الفهم التعاطفي:** هو إصغاء وتفهم لمشاعر وعواطف الشخص من طرف مقدم الرعاية الذي يقوم بإيصالها له على أنه فهم حقا مشاعره ( Compréhension empathique ) (وضفي، 2018، ص: 23-24).

وعليه تتمثل المساهمة العملية لعلم النفس الصحة في البحث عن العوامل النفسية والاجتماعية التي تعزز نوعية الحياة في تجربة المرض المزمن والصعوبات الانفعالية والدعم الاجتماعي ودور بعض خصائص الشخصية في التأقلم والتكيف مع الوضعيات الجديدة والعواقب المتعلقة بالإلتزام العلاجي وإدارة الآثار الجانبية للعلاج (كالألم والأوجاع).

لهذا تعتمد التدخلات إلى حد كبير على مفهوم المواجهة أو إستراتيجيات المعاملة Coping من نموذج نظرية الضغط النفسي " لازاروس وفولكمان 1984 " وهي مجموعة من ردود الفعل والاستراتيجيات التي يطورها الأفراد للتعامل مع المواقف العصبية أو الأحداث الضاغطة ويفترض هذا النموذج أن الفرد يقوم بتقييم معرفي للموقف الذي يمر بمرحلتين تشير الأولى إلى التقييم الأولي، بإدراك طبيعة الموقف، والخطورة، والقدرة على

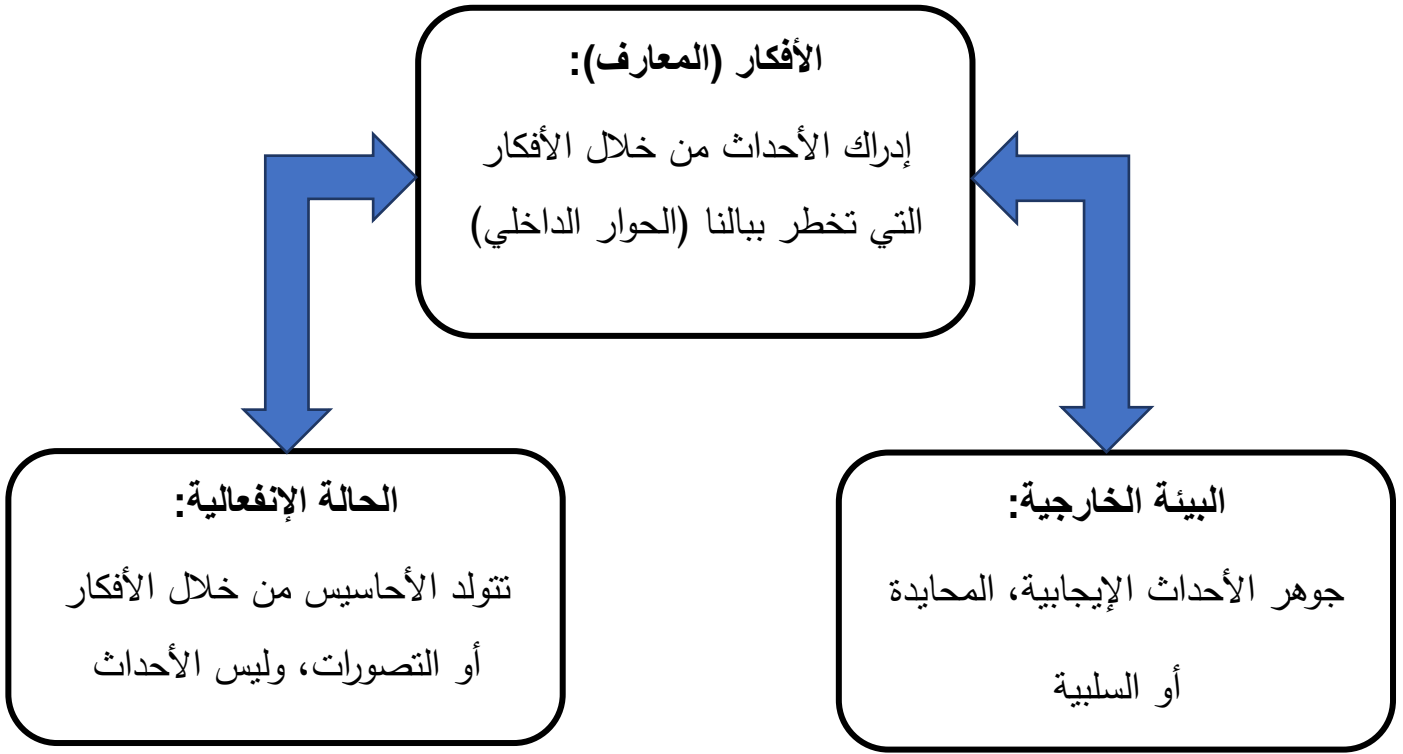
التحكم، والمدة. أما الثانية فتشير إلى التقييم الثانوي أين يقيم قدراته على التكيف، "هل أعتقد أولاً أنني أملك الموارد الشخصية أو الإجتماعية للتعامل مع الموقف" (عبد العزيز، 2010، ص: 21-22) ثم يضع إستراتيجيات التأقلم (ردود الفعل المعرفية والانفعالية والسلوكية) للتعامل مع الموقف وبالتالي فإن الاستجابة للتوتر أو الضغط تتوافق هنا مع تفاعل بين الفرد وبيئة.

في مجال الأمراض المزمنة ساعدت إستراتيجيات المعاملة **Coping** على تطوير الرعاية النفسية والاجتماعية التي تهدف بصفة عامة إلى الإلتزام بالعلاج للمرضى المصابين بأمراض مزمنة وذلك بممارسة نماذج علم النفس الصحة باستخدام تقنيات العلاج المعرفي والسلوكي أو التي أصبحت مؤخراً تسمى بإدارة الضغط المعرفي السلوكي ( **Cognitive Behavioral, Stress Management**) التي طوّرها " أنتوني " (Antoni) (2006) والفريق العامل معه في جامعة ميامي بفلوريدا القائم على العلاج المعرفي السلوكي والمرتبط بتقنيات إدارة الضغط (كتقنيات الاسترخاء) المكيفة خصيصاً للمرضى المصابين بأمراض مزمنة تساعد على الإمتثال للعلاج فهذه الأساليب المعرفية السلوكية تهدف من ناحية إلى إعادة الهيكلة المعرفية (**Restructuration Cognitive**) واكتساب المهارات الانفعالية (مثل الاسترخاء) ومهارات معرفية (القدرة على تغيير الانتباه) ومهارات سلوكية (البحث عن الدعم الاجتماعي أو التحكم الفعال في الموقف) تعمل كل هذه الأساليب على تعزيز الفعالية الذاتية من خلال توفير معلومات في العلاقة بين الضغط والمرض المزمن.

ففي برامج التربية العلاجية يقوم المختص النفسي الصحي بتفسير مختلف إستراتيجيات المواجهة التي يتبناها المرضى بداء السكري وفقاً للمواقف التي يتعرضون لها. فيتناول المختص النفسي الصحي العديد من النقاط خلال حصص التربية العلاجية الجماعية، فيقوم التطرق للنقاط التالية:

- الحديث عن العلاقة بين الضغط النفسي والمرض.

- تعلم كيفية تأثير المعارف والأفكار في انفعالاتنا.
  - إعادة البناء المعرفي أو كيفية التفكير بشكل مختلف.
  - تعلم إستراتيجيات المواجهة الملائمة للموقف.
  - تعلم كيفية تأكيد الذات وتسيير الغضب.
  - تعلم كيفية تطوير الشبكة الاجتماعية من حوله.
  - الاستفادة من تقنيات الاسترخاء المختلفة.
- تركز النظرية المعرفية السلوكية TCC على التفاعلات بين طريقة تفكيرنا وأحاسيسنا وتصرفاتنا وهي ليست تدخلاً نفسياً واحداً بل جزء من مجموعة من الممارسات.
- وتتمثل فعاليتها في تغيير السلوك غير الصحي وفي الحفاظ على السلوك المكتسب أي عملية تعزيز السلوكات المناسبة بالإضافة إلى ذلك فإن تطبيق تقنياتها في التربية العلاجية ستساعد المصاب بداء السكري من النوع الأول على التعرف تدريجياً على المخططات المعرفية التي صممها وعلى الأفكار والأحاسيس المرتبطة بسلوكاته.
- فالمبدأ الأول في النظرية المعرفية السلوكية هو أن انفعالاتنا وعواطفنا هي ثمرة أفكارنا ومعارفنا فليست فقط البيئة الخارجية من هي مسؤولة عن حالتنا الانفعالية والمزاجية في موقف معين وإنما التصورات التي لدينا عنه (Palazzalo, 2017, P: 11-12)
- ويتضح ذلك من خلال الشكل رقم (23):



الشكل رقم 23 العناصر المتفاعلة في النظرية المعرفية السلوكية

وهذه العملية تساعد المرضى على فهم كيفية تكوينهم للمعتقدات غير المكيفة أو ما يسمى بالتشوهات المعرفية (**Distorsions Cognitives**) وتساهم هذه الأخيرة في ظهور الإنفعالية السلبية (**Affectivité Négative**) والتجنب.

وفي المقابل ما نسلكه من سلوكيات يؤثر على انفعالاتنا وعلى تصوراتنا ومعتقداتنا. فالتقنيات المشتقة من النظرية المعرفية السلوكية تساعد المرضى على تعلم سلوكيات جديدة وأساليب جديدة للتعامل مع الأحداث الضاغطة والتي تشمل اكتساب مهارات اجتماعية مكيفة كتأكيد الذات والرفع من الكفاءة الذاتية وتسيير الضغط النفسي والبحث عن حلول بديلة وممكنة.

إن التركيز الذي توليه النظرية المعرفية السلوكية على العلاقات بين المعارف (التصورات) والانفعالات (الأحاسيس) والسلوكيات نفسه الإطار الذي بني عليه برنامج التربية العلاجية للمريض بالمرض المزمن.

ففي مراحل التربية العلاجية وفقا للنموذج المعرفي السلوكي يمكن ملاحظة أي مظهر من مظاهر السلوك وفقا لأربعة مكونات متكاملة وهي المعارف والسلوك والانفعالات وردود الفعل وهو ما يسمى بالعوامل البيو نفسية اجتماعية ( Paramètres Biopsychosociaux) (Bergeron, J, et Al, 2018, P: 17-18). لتأخذ مثلا لمصاب بالسكري من النوع الأول عندما يتفاعل بشكل سلبي أمام ارتفاع حاد لنسبة السكر في الدم نتيجة لفكرة تلقائية (تصور ومعتقد) بعدم فعالية الأنسولين الذي يكون مرتبط بالإحباط (الإنفعال) وبالتالي عدم أخذ جرعة الأنسولين اللازمة لتصحيح نسبة السكر (السلوك) الذي يصاحبه تعرق وصعوبة الرؤية (رد فعل فسيولوجي).

ويمكن ذكر بعض النقاط المشتركة الأساسية بين التربية العلاجية ومبادئ النظرية المعرفية السلوكية:

● - **صفات العلاقة العلاجية:** التي يجب أن تكون علاقة تعاونية تشاركية أي العمل معًا لمحاولة فهم الصعوبات التي هي احتياجات المريض التربوية وكذا تحديد الاستراتيجيات لاكتساب مهارات سريعة ودائمة (Palazzalo, 2012, P: 17) فالمربي خبير في التربية العلاجية بينما المريض بداء السكري خبير في مرضه وحياته وتجاربه. فالمربي يستخدم خبرته لمساعدة المريض على تعديل طريقته في السلوك ويرافقه في هذا التغيير من خلال إقترح إستراتيجيات بديلة وفعالة.

● - **تحديد الأهداف:** وهي وضع أهداف محددة بالتعاون مع المريض لمساعدته على التعامل مع صعوباته.

● - **التركيز على الحاضر (هنا والآن):** غالبا ما يكون هناك إحباط متصل مع ما يحدث من مضاعفات وصعوبات لدى المرضى، تعمل التربية العلاجية على ما يمتلكه المريض من مهارات وقدرات وكفاءات (هنا والآن) لتفادي تقادم المضاعفات ولتغيير

السلوكات غير الملائمة لاكتساب مهارات سلوكية معرفية وانفعالية جديدة وملائمة من أجل الإحساس بنوعية حياة جيدة وللتعايش مع داء السكري بأقل قدر ممكن من الانتكاسات. وعليه يتفق الخبراء في مجال الأمراض المزمنة أنّ التدخل المتعدد التخصصات هو الخيار الأول لمساعدة المصابين إضافة إلى استخدام التقنيات المعرفية والسلوكية لتحسين الصحة النفسية ونوعية الحياة لديهم وأهم هذه التدخلات النظرية المعرفية والسلوكية التي تساعد على تحسين نوعية الحياة والأداء اليومي للمصابين بشكل عام نجد تحسين نمط الحياة (Amélioration de L'hygiène de vie) وتسيير الانفعالات (Gestion des émotions) وإعادة التقييم المعرفي (Réévaluation Cognitives) والتدريب على تأكيد الذات (Entraînement à L’Affirmation de soi) وتقنية حل المشكلات (Résolution) (Grondin, S, 2019, P : 30)(de Problèmes).

### ● - تقنية التواصل وتأكيد الذات

(Communication et Affirmation de soi):

يؤثر كل من التواصل وتأكيد الذات بشكل كبير على الحياة بما في ذلك العلاقات مع الآخرين. فعندما يواجه الشخص صعوبة في تقديم مطالب أو تأكيد نفسه فقد يؤدي ذلك إلى إحباطه وقد تكون علاقاته أكثر تعارضا (Grondin, D, 2019, P: 36)

خلال الحصص الجماعية الموضوعية لبرنامج التربية العلاجية تمكن بعض المشاركين من تخطي مشكلة تأكيد الذات فجوّ الحصة المثالي (نفس الجنس والمرحلة العمرية للمشاركين) والهدوء وتواجد فريق متخصص للإسماع لهم شجّع عملية التواصل لديهم من خلال عرض طلباتهم ومشاكلهم وانشغالاتهم حول المرض في حياتهم.

فساعدتهم تقنية التواصل وتأكيد الذات على وصف المشكلة بشكل واقعي مع كل المشاعر والانفعالات المصاحبة لهذا الموقف بعدها يتم مساعدتهم على شرح السلوك المتوقع (التغيير المطلوب) ثم معرفة تأثير هذا التغيير عليهم كمصابين.

## ❖ - تقنية حل المشكلات (Résolution de Problèmes):

تهدف هذه التقنية كما يوحي اسمها، إلى حل المشكلات التي تواجه الفرد في الحياة اليومية. خاصة مع تواجد المرض المزمن. كما تُعد هذه المشكلات والصعوبات مصدرًا للتوتر أو الانفعالات السلبية مثل الغضب والخوف والحزن.

يمكن أن يمنح حل مشكلة أو أكثر لدى الفرد إحساسًا بالكفاءة الذاتية أو التحكم وتقليل شدة وتكرار واحد أو أكثر من الانفعالات السلبية التي يمر بها عند القيام بعملية حل المشكل، في الحصوص الجماعية يطلب منهم القيام بها كتابيا " خاصة " عند المحاولات الأولى، حتى يكون مفيدًا خاصة وأنه يعالج مشكلة حقيقية وحالية وهي الإصابة بداء السكري وذلك من خلال الخطوات التالية التي تبناها المشاركون في البرنامج.

← إدراك أن لديه مشكلة حالية ويقرر محاولة حلها (يقوم كل مشارك بكتابة نوع المشكلة أو الصعوبة التي يعاني منها جراء الإصابة بداء السكري) (الملحق رقم 17).

← توليد أو توقع حلول متعددة وممكنة، ليس الهدف هو الحكم على الحلول، إنما يتعلق الأمر بتوليد الأفكار حتى لو كانت سخيفة وأنّ لكل مشكلة يوجد أكثر من حل واحد (لقد جعلتنا بعض حلول المشاركين نضحك قليلا! قد يؤدي هذا الحل الذي قد يبدو مضحكًا إلى حل آخر أو حتى يصبح أكثر واقعية).

← الموازنة بين مزايا وعيوب الحلول الواعدة.

← إختيار الحل الذي يبدو الأكثر فائدة (الزغول، الزغول، 2014، ص: 279)

← ماهي النتائج المتوقعة من هذا الحل.

ساعدت التربية العلاجية بترسيخ فكرة أن كل المشاركين بارعين نسبيًا في حل المشكلات موضحةً أن التحدي في أغلب الأحيان هو كيفية الإنخراط في هذه العملية. إن معظم المشاركين كان لديهم الاعتقاد بأن الصعوبات المتعلقة بداء السكري لا يمكن التغلب عليها وشعورهم بعدم القدرة على حلها لاعتقادهم لأنهم لا يملكون المهارات

اللازمة. فعند ظهور مثل هذه الأفكار والمعتقدات والتصورات فمن المفيد تطبيق كل التقنيات والاستراتيجيات لتعديل هذه التصورات السلبية. والرفع من الدافعية والكفاءة الذاتية وبالتالي التقليل من التوتر والقلق فكما هو معلوم أنه؛ للانتقال من القرار إلى العمل عندما يجد الشخص نفسه يواجه مشكلة صعبة هو بحاجة لاتخاذ قرار حازم ومدروس لكن المشكلة تكمن في عدم قدرة الفرد على تحديد مسار العمل والذي يقوده في الأخير إلى حالة من التوتر والإكتئاب " (Carnegie, D, 1994, P: 59).

إلا إنه من خلال مشاركة المريض في برامج تعليمية كالتربية العلاجية التي تكشف للمريض أنه بمجرد الوصول إلى قرار يبدأ القلق والتوتر بالتلاشي إلى أن يختفي تمامًا بمجرد البدء بالفعل وبالتالي الدخول في مراحل التغيير مع تعلم الإستراتيجيات المتمركزة حول المشكلة بدل الانفعالات.

#### ❖ - تقنية التعديل الإنفعالي (Régulation émotionnelle):

يتعلق التعديل الإنفعالي بجميع العمليات الإنفعالية والمعرفية التي ينفذها الفرد من أجل تعديل إستجاباته الإنفعالية تؤثر القدرة على التعديل والتنظيم الإنفعالي بشكل كبير على نوعية الحياة وأنّ لإستراتيجيات التعديل الإنفعالي المكيفة تأثير إيجابي على الصحة وعلى الرفاهية الذاتية وكذلك على العلاقات الاجتماعية (Untas, A, et Al, 2016, P: 64)

ساعدت هذه التقنية مرضى داء السكري بالتحكم في ردود أفعالهم السلوكية والإنفعالية في بعض الوضعيات الصعبة كحالات انخفاض نسب السكر الحاد في الدم في الأماكن العامة وهو الذي يعاني منه خاصة الشباب منهم. ومنه فالتنظيم الإنفعالي هي القدرة على تعديل أو الحفاظ على أو تجنب السلوكات والأفكار المحيطة بالحالة الإنفعالية.

إن التنظيم الإنفعالي هو الذي يسمح لنا بالتحكم في ردود أفعالنا اتجاه مشاعر الآخرين. ومن خلال وظيفته في الإشراف على الأبعاد المعرفية والإنفعالية، يسمح للفرد أثناء

أي تفاعل اجتماعي بضمان مستوى مناسب من مشاركة وفهم الانفعالات (انفعالاته وانفعالات الآخرين) (Grondin , S, 2019, P : 48).

تُعد المهارات الانفعالية من أهم مخارج (Issues) التربية العلاجية بالإضافة إلى تحسين نوعية الحياة حسب النموذج التفاعلي والتعاقدى والمتعدد العوامل (TIM). حيث تشمل المهارات الانفعالية كل من المهارات الشخصية والمهارات الاجتماعية.

**المهارات الشخصية:** وهي المهارات التي تحدّد تصرفاتنا وسلوكياتنا وتشتمل على الثقة بالنفس والقدرة على ضبط النفس والدافعية التي تساعدنا على تحقيق أهدافنا خاصة التفاوض لتحقيق الأهداف رغم العقبات والانتكاسات.

أما **المهارات الاجتماعية:** هي المهارات التي تتعلق بطريقتنا في إدارة علاقاتنا مع الآخرين وتشتمل على التعاطف والتواصل مع الآخرين، التعرف على كيفية بدء التغييرات وإدارتها، والقدرة على المشاركة لتحقيق أهداف مشتركة عند العمل مع الآخرين (Goleman, ) (D, 2016, P: 42-43).

بعد كتابه الأكثر مبيعا (Best- Seller)، بحث دانيال جولمان (Daniel Golman) (دكتور في علم النفس درس في جامعة هارفارد Harvard وكان صحفياً في نيويورك تايمز) في الأسباب الحقيقية للنجاح المهني ولا يتعلق الأمر بمعدل الذكاء أو الدرجات العلمية أو الخبرة الفنية، بل يتعلق بتحسين مهاراتنا الشخصية: ضبط النفس والدافعية والنزاهة ومهارتنا الاجتماعية: القدرة على التواصل، والقدرة على التطور والقدرة على تحفيز الآخرين من خلال تعلمنا لإدارة انفعالاتنا في سياق العمل، الأمر الذي يسمح لنا بالإزدهار الكامل في حياتنا المهنية.

وتُعد المهارات الانفعالية أحد أهم أبعاد الذكاء الانفعالي الخمسة بالإضافة إلى الوعي بالذات والتعاطف العقلي والدافعية وبعد المهارات الاجتماعية. ويرى " جولمان " أن هذه الأبعاد يجب أن تتكامل (خوالدة، 2018، ص: 36-38) لتكوّن المهارات الانفعالية أو أبعاد

الذكاء الانفعالي. حتى بياجيه (Piaget) تصور الذكاء كشكل من أشكال التكيف، أي تكيف إدراك المعارف مع الأشياء، إنها ديناميكية بين الاستيعاب (استيعاب المحفزات من البيئة كالمعلومات) والتكيف، التي تطورت اليوم بإدخال الوظائف المعرفية في منظور متكامل (Piaget, 2012 P:9-10).

وانطلاقاً من علاقة الذكاء الانفعالي بالسلوكيات الصحية تساعد التربية العلاجية المرضى على معرفة كيفية التقييم الذاتي ويساعد هذا التقييم على معرفة الفرد لموارده وقدراته وحدوده، فهذه المهارة تساعد على:

- - إدراك نقاط القوة والضعف لديه؛
- - تجعله قادر على التعلم من التجارب؛
- - تجعله مُتفتحاً على الآراء الأخرى ووجهات النظر الجديدة والقدرة على التعلم وإثراء الذات باستمرار؛
- - كما تجعل له القدرة على الفكاكة والمرح أو التراجع.

(Goleman, D, 2016, P: 83)

ولقد تم أيضاً إستلهاج التدخل في برنامج التربية العلاجية من مصادر باندورا الأربعة والتي تهدف إلى تعزيز ورفع الكفاءة الذاتية لمرضى داء السكري مما سيؤدي لاحقاً إلى تحسين إدارة مرضهم أي القدرة على الرعاية الذاتية للسكري.

ينظر " باندورا " إلى السلوك البشري باعتباره ثلاث ديناميكي ( **Triade Dynamique** ) ومن بين أهم عوامله الشخصية هي الكفاءة الذاتية وهو الاعتقاد بأن كل شخص لديه في قدرته عند إنتاج السلوك المستهدف لديه نتيجة متوقعة.

إن استخدام مفهوم الفعالية الذاتية في تدخلات التربية العلاجية له فاعلية وأهمية في إدارة داء السكري من سلوكيات الرعاية الذاتية والإلتزام العلاجي.

(BourizkAtallah, R, 2014, P: 34-35)

ولهذا يُعدّ استخدام الكفاءة الذاتية أحد أهم العوامل المحددة ( **Facteur déterminant** ) الهادفة لتحسين إدارة داء السكري. فهو الأساس لأي تقدم في عملية الرعاية الذاتية للسكري. فتأثيره قوي على الدافعية والتحفيز، فكلها اعتبر مريض السكري نفسه قادراً على القيام بعمل ما، زادت دافعيته وبذل المزيد من الجهود لتبني السلوكات المناسبة لإدارة مرضه بشكل جيد.

إن المشكلات التي يواجهها مريض السكري في عملية إدارة داء السكري تتطلب مستوى عال من الثقة بالنفس حتى يتمكنوا من تنفيذ سلوكات الرعاية الذاتية المطلوبة ولهذا يجب تعزيزها أثناء ورشات العمل الجماعية للتربية العلاجية، وللنجاح في ذلك يقوم المربي بدمج مصادر باندورا الربعة من خلال استهداف الأساليب التالية:

- (1) - تقسيم السلوكات الكبيرة إلى مهام صغيرة،
  - (2) - ملاحظة السلوك من خلال أداءات مرضى آخرين؛
  - (3) - تكرار الخطوة،
  - (4) - تشجيع وتعزيز ومكافأة أي تغيير إيجابي يحدث.
- إنّ هذه الاستراتيجيات منبثقة من المصادر الأربعة لباندورا والتي تشمل:

- (1) - ملاحظ النموذج؛
- (2) - تطوير اهداف شخصية لحل الصعوبات؛
- (3) - مناقشة التقدم في تحقيق الأهداف؛
- (4) - التعزيز الايجابي

إنّ ترجمة هذه المصادر الأربعة إلى إستراتيجيات تساعد على تنمية معتقدات مريض السكري وقدرتهم على اتخاذ الإجراءات اللازمة لإدارة مرضهم بشكل جيد.

↔ - إنجاز الأداء (L'accomplissement des performances):

يعتبر تحقيق الأداء هو المصدر الأكثر تأثيراً على الشعور بالكفاءة الذاتية فكلما نجح مريض السكري في تجربة سلوك معين، كلما زاد اعتقاده بقدراته الشخصية على أداء السلوك المطلوب. يقوم مقدم الرعاية في ورشات العمل للتربية العلاجية بإعطاء الفرصة والوقت اللازمين لكل شخص مصاب بالسكري لمحاولة أداء مهمة حتى ينجح فيها.

ولكي يقوم بذلك يجب أن تكون المهمة المطلوبة بسيطة في البداية، لتتعد تدريجياً فيما بعد. على مقدم الرعاية تحديد مع المريض الأهداف التي تحفزه أكثر على القيام بهذه المهام للمدى الطويل مثل الخيارات الغذائية المسموحة أو كتابة قيم سكر الدم في دفتر المتابعة...إلخ. يُستخدم العرضُ بمساعدة الحاسوب، وصور ومناقشات وتمارين عملية.

#### ← التجربة بالنيابة (غير المباشرة) (L'expérience vicariante):

وتسمى التجربة التبادلية وهي ملاحظة آخرين يُظهرون السلوك المطلوب الذي يخشى القيام به بعض المرضى فيقوم مقدم الرعاية بعرض (DVD) يُظهر أداء شخص مصاب بداء السكري الذي نجح في أداء جميع أنشطة الرعاية المطلوبة للوقاية من المضاعفات الحادة والمزمنة.

#### ← الإقناع اللفظي (La Persuasion Verbale):

الإقناع اللفظي بالتشجيع والنصائح المنقولة من مُقدم الرعاية إلى المريض بالسكري للحثّ على الشعور بالفعالية وإثارة قناعاته بأنه قادر، بفضل جهوده على تنفيذ المهمة المطلوبة ويكون ذلك في كل مرة يُظهر فيها تغييراً إيجابياً في سلوكه، لأن ردود الفعل الإيجابية تعزز مشاعر الكفاءة الذاتية لدى المريض.

#### ← التقييم الذاتي (L'auto-évaluation):

يعتمد مرضى السكري في كثير من الأحيان على حالتهم الجسدية والإنفعالية للحكم على قدرتهم على إدارة مرضهم بأنفسهم. في ورشات العمل للتربية العلاجية يقوم مقدم

الرعاية بمساعدة مريض السكري على تقليل مستوى التوتر الذي يعاني منه وتصحيح التصورات الخاطئة لحالته الصحية وتعديل معتقداته مع تشجيعه على تغييرها. وانطلاقاً من هذه المصادر للتأثير على الفعالية الذاتية يتم تقديم ورشات العمل الجماعية للتربية العلاجية في بيئة مريحة وآمنة.

### ❖ - تقنية النمذجة (التعلم القائم على الملاحظة):

**:(Apprentissage par L'observation/ Modeling)**

إن كثيراً من التعلم يحدث عن طريق التقليد أو ملاحظة الآخرين وقد أكد " باندورا " في نظرية التعلم الاجتماعي أن للفرد ميل فطري لتقليد سلوكيات الآخرين حتى وإن لم يستلم أي مكافأة (الظاهر، 2012، ص: 139).

يقوم الفرد بعد مراقبة سلوك شخص آخر (النموذج) الذي تم تعزيزه (تعزيز وتقدير سلوك أحد المرضى المشاركين داخل المجموعة) بالتصرف لاحقاً بنفس الطريقة وهذا ما يسمى بالتعلم القائم على الملاحظة (باندورا 1977).

يقوم المختص النفسي الصحي في الحصص الجماعية الموضوعية ببرامج التربية العلاجية بجعل السلوك الملاحظ للنموذج أكثر تأثيراً عندما:

- (1) - ينظر المريض إليه أن له نتائج معززة؛
- (2) - عندما ينظر إليه بإيجابية وتقدير واحترام؛
- (3) - عندما تكون هناك أوجه تشابه بين خصائص وسمات النموذج و تلك الخاصة بالملاحظ؛

(4) - عندما يُكافأ مقدم الرعاية المُلاحظ على الانتباه للسلوك؛

(5) - عندما يكون لدى المُلاحظ القدرة والمهارة لتقليد هذا السلوك.

(Untas, A, et Al, 2016, P: 33)

ومما تقدم نستطيع أن نقول ان النمذجة جزء أساسي من برامج كثيرة لتعديل السلوك وهي تستند الي افتراض أن الانسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة واكتساب سلوك مكيف جديد، وذلك من خلال الحصول على المعلومات اللازمة وتنظم هذه التقنية استعمال الوسائل السمعية والبصرية الى الوصول بالشخص أن يجرب السلوك المذكور في مواقف حياتية حقيقية (شكشك ،2009، ص 161-162)

## خلاصة:

يمثل التكفل بالمصاب بداء السكري رهانا حقيقيا للصحة العمومية نظرا للإرتفاع المرتقب في أعداد المصابين وكذا في عدد المضاعفات. وبالرغم من عدم وجود علاج شاف ونهائي لهذا الداء، إلا أنه يمكن أن يُضبط بالتغذية المتوازنة والأدوية وممارسة النشاطات البدنية، كما يُعد التكفل المتعدد التخصصات بالمصاب والمشاركة في برامج التربية العلاجية ذو نجاعة في تعايش وتكيف المصاب بداء السكري لمواصلة درب حياته مُتمتعا بنوعية حياة مقبولة بكل ما تشمله من أبعاد جسدية ونفسية واجتماعية أو ما يسمى بنوعية الحياة المتعلقة بالصحة.

# الفصل الثالث:

## نوعية الحياة

تمهيد:

- 1-لمحة تاريخية لمفهوم نوعية الحياة.
- 2- تعريف نوعية الحياة.
- 3- المساهمات والمقاربات النظرية المؤثرة في نوعية الحياة.
- 4- بدايات الاهتمام بنوعية الحياة المتعلقة بالصحة.
- 5- أبعاد نوعية الحياة مكوناتها ومحددتها.
- 6- قياس نوعية الحياة، أهدافها وأهميتها في المرض المزمن.

خلاصة.

## تمهيد:

تشير نوعية الحياة عمومًا إلى مفهوم متعدد الأبعاد يشمل على الأقل المجالات الجسدية والنفسية والاجتماعية بالإضافة إلى الأعراض المتعلقة بالمرض وعلاجاته، فهي نتيجة لتفاعل بين شروط وظروف الحياة للشخص والطريقة التي يدرك بها هذا الشخص خبرته وحياته ونشاطه وهل هو راضٍ عن هذه الحياة وخاصة اعتقاده بالقدرة في التحكم في حالة إصابته بمرض مزمن.

فتعتبر نوعية الحياة المتعلقة بالصحة من أهم المفاهيم الحديثة في علم النفس الصحة وفي برامج التربية العلاجية للمرض المزمن، بسبب تركيزها على خبرة المريض في مُعَايشَتِهِ للمرض وآثاره على حياته، فتعددت النظريات والنماذج المفسرة لها، لأهمية تأثيرها على استمرار الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية لأي مريض مصاب بمرض مزمن.

## 1\_ لمحة تاريخية لمفهوم نوعية الحياة:

تعود أقدم المحاولات في تناول موضوع نوعية الحياة إلى الفلاسفة اليونانيين، حيث ناقش أرسطو (322-384 قبل الميلاد) فكرة أن كلاً من العامة والنبلاء يتصورون أن الحياة الجيدة أو العمل الجيد هي نفسها "السعادة"، ويرى أن ما يشكل السعادة هو موضوع خلاف، فالبعض يقول شيئاً والبعض يقول شيئاً آخر، بل في كثير من الأحيان يقول نفس الشخص أشياء مختلفة في أوقات مختلفة، عندما يمرض يعتقد أن الصحة هي السعادة، وعندما يكون فقيراً يعتقد أنها الثروة. وفقاً لهذا الفيلسوف فإن جميع البشر يتطلعون إلى حياة سعيدة بغض النظر عن حالتهم. (Formarier, 2007, p. 1).

تُترجم الكلمة اليونانية (Eudaimonia) بشكل شائع على أنها "السعادة" على الرغم من أن المترجم راكم (1926) Rackham قد أشار إلى أن الترجمة الأكثر دقة تعني الرفاهية، حيث يشير أرسطو إليها على أنها حالة من الشعور ونوع من النشاط، وعلى الرغم من أن مصطلح نوعية الحياة لم يكن موجوداً في اللغة اليونانية منذ 2000 عام، فقد أدرك أرسطو

بوضوح أنها لا تعني أشياء مختلفة لأشخاص مختلفين فحسب، بل تختلف أيضًا وفقًا للوضع الحالي للشخص، نادرًا ما تم ذكر نوعية الحياة حتى القرن العشرين، على الرغم من أن أحد المعلقين الأوائل على هذا الموضوع أشار إلى أنه يمكن التضحية بالسعادة من أجل نوعية الحياة: "الحياة في أقصى نبلها تترك السعادة وراءها... السعادة ليست موضوع الحياة، الحياة ليس لها هدف، إنها غاية في حد ذاتها، والشجاعة تكمن في الاستعداد للتضحية بالسعادة من أجل نوعية حياة أقوى (Fayerset Machin, 2007, p:5-6).

حسب "كامبل" (1981) Campbell استخدم مصطلح نوعية الحياة لأول مرة في الولايات المتحدة الأمريكية بعد فترة وجيزة من الحرب العالمية الثانية لتصوير وجهة النظر القائلة بأن الحياة الجيدة هي أكثر من مجرد أن تكون آمنًا ماليًا، ويشار إلى الرئيس "ليندون جونسون" على أنه أول من استخدم عبارة نوعية الحياة في خطاب ألقاه سنة 1964 (Ferrans et Powers, 2007, p.1) والذي قال فيه "لا يمكن تقييم أهداف سياستنا فقط على أساس ميزان المدفوعات، لا يمكن قياسها إلا من خلال نوعية الحياة التي يقودها مواطنونا"، ومن بين الكتابات الأولى حول نوعية الحياة، عمل قامت به لجنة كلفها الرئيس "أيزنهاور" بتحديد "أهداف وطنية" على أساس مؤشرات موضوعية من أجل زيادة كمية ومستوى معيشة المواطنين، وخلال هذه الفترة نفسها ولكن وفقًا لنهج أكثر ذاتية اهتم بعض الباحثين بالحياة اليومية للناس وبخبراتهم التي تساهم في سعادتهم (Soulaset Brédart, 2012, p.20\_21).

درس علماء الاجتماع مفهوم نوعية الحياة مركزين على تأثير أشياء مثل ظروف الإسكان على نوعية الحياة والتي غالبًا ما يشيرون إليها على أنها الرفاهية، ورأوا أنه يمكن تصور نوعية الحياة إما كظروف للحياة أو كخبرات في الحياة، ويمكن أيضًا اعتبار أنها تخص الأفراد أو المجتمع ككل، وكان علماء الاجتماع الأمريكيون هم الذين حددوا المؤشرات الموضوعية الأولى لنوعية الحياة (الدخل، والجريمة، والصحة، والتوظيف، والتعليم، وما إلى ذلك)، في وقت مبكر من عام 1976 أشار هؤلاء الباحثون إلى أنه على الرغم من الصحة الجيدة للمجتمع والاقتصاد الأمريكي، وعلى الرغم من التقدم الطبي وسياق الديمقراطية، فإن

عدد متزايد من الناس صرحوا بأنهم غير راضين عن رفايتهم النفسية أو عن نوعية حياتهم، يعد غياب الروابط بين المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية والموضوعية والرفاهية الذاتية أمرًا حاسمًا في إدخال الاستبيانات الأولى لنوعية الحياة الذاتية (Soulas & Brédart, 2012,p:21)

منذ ذلك الحين تم استخدام مصطلح نوعية الحياة بشكل واضح في سلسلة واسعة من السياقات، من البيئة إلى نظام الرعاية الصحية، في الواقع أصبحت نوعية الحياة موضوع مهم للمجتمع بشكل عام والرعاية الصحية على وجه التحديد. وبهذا فقد احتل مفهوم نوعية الحياة الصدارة في مجال الرعاية الصحية مع الوعي المتزايد بأن رفاهية المرضى لا تقل أهمية في علاجهم عن الشفاء والحفاظ على الحياة، ويعرّف بعض المؤلفين نوعية الحياة من حيث الرفاهية ويوافق معظمهم على أن القرارات المتعلقة بنوعية الحياة في سياق الرعاية الصحية يمكن وينبغي أن توجه نحو تحسين الفوائد التي تعود على حياة المرضى.

## 2\_تعريف نوعية الحياة:

" في عام 1944 حددت منظمة الصحة العالمية (OMS) نوعية الحياة بأنها: " تصور الفرد لمكانته في الحياة، في سياق الثقافة ونظام القيم الذي يعيش فيه من خلال العلاقة مع أهدافه وتوقعاته ومعاييره واهتماماته (Panhaleux, Mohn, 2010, P: 47).

إزداد الاهتمام بمفاهيم مثل الصحة والرفاهية والسعادة والرضا ونوعية الحياة لأول مرة في عدد قليل من النصوص في نهاية الخمسينات وأكثر رسمياً في ( Les Annales de Médecine Interne).

أصبحت نوعية الحياة مفهوماً شائعاً لدرجة أن العديد من الكتب والعديد من المجالات مخصصة لها على وجه التحديد كأعمال فايرز وماشين (Fayers et Machin, 2007).

فنجذ:

Applied Research in Quality Of Life, Health And Quality of Life Outcomes, Quality Of Life Research, Journal For Quality

وحسب كابلان ورايس (Kaplan And Ries, 2007) أصبح العدد الإجمالي للمقالات حول نوعية الحياة يقدر بالآلاف.

من المهم وضع ظهور هذه المفاهيم في سياقها التاريخي والاقتصادي. يشير بوغنار (Bognar, 2005) إلى أن حركة المؤشرات الاجتماعية (التي يرجع تاريخها إلى منتصف الستينات) دعت إلى استخدام مؤشرات معينة (الناتج المحلي الإجمالي، ومستوى التعليم، ومتوسط العمر المتوقع وما إلى ذلك) لتقييم الظروف المعيشية للسكان وبالتالي كان مستوى المعيشة وصحة السكان موضوعاً للعديد من الدراسات الاستقصائية الوطنية لتوجيه سياسات الصحة العامة كالاتحاد الأوروبي ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية والأمم المتحدة والبنك الدولي...إلخ.

تم إنتقاد مثل هذه المؤشرات، لاسيما منذ الثمانينيات فقد اعتبرت عامة جداً لا تقدم شيئاً عن الخصائص المحددة للمجتمع، لأن الجوانب النوعية لرفاهية المجتمع (السعادة والرضا) هي التي تتوافق مع التقدم الاجتماعي الحقيقي. وهو الأمر الذي جعل مفاهيم وتعريفات ومقاييس نوعية الحياة لا تزال تخضع للنقاش إلى حد الآن

(Bruchon,Schweitzer, 2014, P: 5-6).

يرى الباحثون أن صعوبة صياغة تعريف محدد لنوعية الحياة راجعة إلى:

- 1- أنها مفهوم حديث على مستوى التناول العلمي.
- 2- استخدام المفهوم في العديد من العلوم أحيانا للتعبير عن مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، وأحيانا أخرى للتعبير عن إدراك الأفراد لمدى قدرة هذه الخدمات على إشباع حاجاتهم.
- 3- عدم ارتباط المفهوم بمجال محدد من الحياة أو بفرع علمي معين وبتناوله والباحثين بمختلف اختصاصاتهم (مبارك، 2012، ص 722)

أوضح "بولينغ" وآخرون (Bowling et al (2002) أن المؤشرات الذاتية هي الأكثر أهمية في تحديد نوعية الحياة من المؤشرات الموضوعية، فالجوانب الإجتماعية الدالة على الترابط الاجتماعي والقيم الاجتماعية والمعتقدات الدالة على السلوك الاجتماعي وغيرها من المتغيرات النفسية هي من العوامل التنبؤية لنوعية الحياة لدى الأفراد (حرياني، 2014، ص19-20)

كما أشار الأشول (2005) إلى أن مفهوم نوعية الحياة عرف تبني واسع وسريع على مستوى الاستخدام العلمي والعملي، وأن علم النفس كان له السبق في تحديد المتغيرات المؤثرة على جودة حياة الإنسان، ويرجع ذلك إلى أن نوعية الحياة هي تعبير عن الإدراك الذاتي لتلك الجودة، فالحياة بالنسبة للفرد هي ما يدركه منها (مبارك، 2012، ص. 722).

ويشير كل من "كريمي" و"برازير" (Karimi, Brazier, 2016, p.646) إلى التحدي الذي يواجهه الباحثون في تعريف نوعية الحياة وذلك لتعدد أساليب تحديدها، حيث توجد هناك مقاربات تستند إلى احتياجات الإنسان، والرفاهية الذاتية، والتوقعات، ووجهات النظر الظاهرية، تميز الأدبيات ذات الصلة بالرفاهية بين الأساليب القائمة على المعايير الموضوعية واشباع التفضيلات، والمتعة والرضا عن الحياة.

تؤكد "ميبيرغ" (Meeberg, 1993) على أن نوعية الحياة لها مكونات ذاتية وموضوعية، فالجانب الذاتي ضروري لأن الإحساس بالرضا الشخصي أمر جوهري في نوعية الحياة، وكذلك المكون الموضوعي ضروري أيضاً فقد يشعر الشخص الذي يعيش في فقر وبؤس ولم يعرف أبداً طريقة أخرى للحياة بالرضا عن حياته، ومع ذلك يمكن لأي شخص من خارج تلك الظروف المعيشية أن يرى المخاطر الصحية السائدة ويقيم نوعية حياته بأنها أقل من المثالية، ووضعت بعض السمات التي تساعد في تمييز مفهوم نوعية الحياة عن المفاهيم ذات الصلة منه وتتمثل في:

1 الشعور بالرضا عن الحياة العامة.

2 القدرة العقلية لتقييم حياة الفرد على أنها مرضية أو غير ذلك.

3 . حالة مقبولة من الصحة البدنية والعقلية والاجتماعية والانفعالية على النحو الذي يحدده الفرد المعني.

4 تقييم موضوعي من قبل شخص آخر بأن ظروف معيشة الشخص مناسبة ولا تهدد حياته. وعلى هذا الأساس تقترح "ميبيرغ" تعريف لنوعية الحياة ينص على أنها " الشعور العام بالرضا عن الحياة كما هو محدد من قبل الفرد الواعي عقلياً، والذي يتم تقييم حياته من قبل أشخاص آخرين من خارج الوضع المعيشي لذلك الشخص فيتوافقون على أن الظروف المعيشية للفرد ليست مهددة للحياة وكافية لتلبية الاحتياجات الأساسية لذلك الفرد".

كوّن "تارتار" وآخرون (1988) Tartar et al فكرة شاملة عن نوعية الحياة مؤكدين من خلالها على الطبيعة الذاتية والفردية لنوعية الحياة حيث يصورونها على أنها "بنية متعددة الأوجه تشمل القدرات السلوكية والمعرفية للفرد، والرفاهية الانفعالية، والقدرات التي تتطلب أداء الأدوار المنزلية والمهنية والاجتماعية" (Meeberg, 1993, p.32)

وفقاً لخبراء منظمة الصحة العالمية OMS (1995) ينبغي أن يشمل مفهوم نوعية الحياة على طريقة إدراك الفرد لموارده المادية والذاتية، ومعلومات حول أدائها وتقييمها ومستوى الرضا عنها، لذا عرّفوا نوعية الحياة على أنها تصور الفرد لمكانته في الحياة في سياق نظم القيم والثقافة التي يعيش فيها، وفيما يتعلق بتوقعات الثقافة ومعاييرها واهتماماتها، حسب هذا التعريف تتضمن نوعية الحياة العناصر التالية:

\_ الحالة الجسمية.

\_ الحالة العقلية.

\_ الاعتماد على الذات.

\_ العلاقات الاجتماعية.

\_ البيئة.

\_الدين والمعتقدات والقناعات والآراء.

ينظر هذا التعريف إلى نوعية الحياة من منظور الفرد ويركز على الجانب الذاتي الذي يؤكد على مستوى الرضا على الحياة وتلبية احتياجات المرء والمشاركة في الهياكل الاجتماعية.

### (3) - المقاربات والمساهمات النظرية المؤثرة في مفهوم نوعية الحياة:

سنقوم بفحص المساهمات والتوجهات التي أثرت في تطوّر مفهوم نوعية الحياة.

#### ■ - وجهة النظر الفلسفية:

ستكون الرفاهية هي الهدف النهائي للوجود، الذي يسعى البشر إلى تحقيقه (الرغبة في ان يكونوا سعداء هي بالنسبة لأرسطو Aristote الرغبة الأسمى).

يؤيد أصحاب مذهب المتعة (Hédonistes) البحث عن المتعة التي تؤدي إلى

الشعور بالإمتلاء بالقرب من السعادة (Bruchon, Schweitzer et Boujut, 2015, P: 07)

(Hédonisme) هي كلمة يونانية تعني المتعة أو اللذة، يدعي أحد أشكال مذهب المتعة أن اللذة أو الألم فقط هو الذي يحفزنا في النهاية وأننا نتصرف دائماً سعياً وراء ما نعتقد أنه سيعطينا أكبر توازن بين المتعة والألم، يمكن أيضاً تصور مذهب المتعة كنظرية مفاهيمية حول طبيعة (أو تعريف) السعادة والتي ترى أنه من الأفضل النظر إلى السعادة على أنها توازن ملائم للمتعة وعدم المتعة بدلاً من الرضا عن الحياة، وغالباً ما يُنظر إلى نظريات المتعة على أنها نظريات تقييمية، وحسبها لا شيء سوى المتعة لها قيمة نهائية إيجابية (جيدة كغاية وليس كوسيلة) وأن لا شيء سوى الألم (شعور أو تجربة غير سارة) سيء كغاية، جميع القيم الأخرى هي مجرد أدوات (الخير كوسيلة) أشياء مثل المعرفة أو الصداقة أو الحب أو الجمال أو الفضيلة لها قيمة فقط لأنها تميل إلى زيادة سعادتنا و / أو تقليل ألماً، هناك نوعان من مذاهب المتعة التقييمية وذلك اعتماداً على نوع القيمة التي ينسبها المرء إلى المتعة، من وجهة النظر الأولى المتعة لها قيمة مطلقة بمعنى أنه كلما زادت المتعة (وكلما قل الألم) في العالم كان العالم أفضل من الناحية الثانية المتعة لها قيمة نهائية

بالنسبة للشخص الذي يشعر بالمتعة حيث يوجد ما يسمى بالقيمة الاحترازية، تعتبر وجهة النظر الأخيرة كنظرية في الرفاهية، في نظرية المتعة للرفاهية تتطابق الحياة الجيدة مع الحياة السارة، إن التمتع بحياة جيدة (أو درجة عالية من الرفاهية) هو الشعور الجيد، الشيء الوحيد الذي له قيمة نهائية إيجابية للشخص هو التجربة الممتعة ، والشيء الوحيد الذي له قيمة نهائية سلبية للشخص هو التجربة غير السارة، باختصار القيمة الاحترازية للحياة هي دالة على مقدار المتعة والاستياء التي تحتويها هذه الحياة، كلما احتوت على متعة أكبر كان ذلك أفضل ، وكلما احتوت على استياء أكبر كان ذلك أمر سيء للفرد، كلما زاد التوازن بين المتعة والألم زادت درجة الرفاهية (Brulde, 2014, p.2837-2838)

### ■ - وجهة النظر الطبية والنفسية:

أدى التقدم الطبي في علاج الأمراض المعدية على وجه الخصوص إلى زيادة طول عمر السكان وكذلك في الأمراض المزمنة المختلفة ذات العواقب الجديدة والمتعددة (الجسدية والعقلية والاجتماعية)، مما يؤثر على رفاهية المرضى، ثم أصبح من الضروري إستعادة أو الحفاظ على نوعية حياة الأشخاص المسنين وإنشاء أدوات لتقييم الأثر الجسدي والعقلي والاجتماعي لمختلف الأمراض.

كان الأطباء والباحثين في الصحة العامة وعلم الأوبئة والطب النفسي يقيسون معايير ومؤشرات للصحة والمرض (المواظبة والوفيات طول العمر)، بما يتفق مع النموذج الطبي الحيوي (Modèle Biomédical) السائد منذ فترة طويلة.

هناك، بدلاً من الجودة العامة للحياة، جاءت نوعية الحياة المتعلقة بالصحة أو باللغة الإنجليزية (Health Related Quality Of Life) والتي تتوافق مع تداعيات الحالة الصحية على جوانب أخرى من الحياة. وعليه أصبح تقييم تأثير الأنواع المختلفة من العلاج للأمراض المزمنة من حيث النوعية (رفاهية المرضى) وليس من الناحية الكمية (عدد سنوات العمر المكتسبة).

لعدة عقود، كان الأطباء والباحثون في الصحة العامة مقتنعين بأن نوعية الحياة لا تشمل فقط الحالة الوظيفية " الموضوعية " للمرضى بل تشمل أيضاً رفايتهم الذاتية والتي تُعد من المكونات المميزة لنوعية الحياة. في الواقع فإن الارتباطات التي لوحظت بين هذين الجانبين متواضعة في المرضى كما هو الحال في عموم السكان كما بينه كل من كابلان ورايس (Kaplan et Ries, 2007).

وعليه يعتمد إدراك الأعراض والإلتزام بالعلاج على تصورات المرضى أكثر من إعتادهم على حالتهم الوظيفية الفعلية. (Bruchon, Schweitzer et Boujut, 2014; P: 8-9).

#### - وجهة النظر الاقتصادية والسياسية:

يشير مفهوم نوعية الحياة، كما تصورها الاقتصاديون والسياسيون، قبل كل شيء إلى الظروف المادية التي تسمح بمستوى معيشي مثالي.

اقترح فلانغان (Flanagan, 1982)، المسؤول عن تقييم نوعية حياة الأمريكيين، الأخذ في الاعتبار ليس فقط المؤشرات الكلاسيكية (مستوى التعليم، المستوى الاجتماعي والاقتصادي، إلخ) ولكن أيضا جوانب معينة من الرفاهية الصحية والتطلعات والشعور بالحرية وما إلى ذلك). ووفقا لرابلي (Rapley, 2003) وبوغنار (Bognar, 2005) تعترف الحكومات والمؤسسات الصحية في البلدان المتقدمة بشكل متزايد بأن المؤشرات الاقتصادية للتنمية غير كافية وأنه يجب إضافة المؤشرات النفسية والاجتماعية،

فتركزت الأبحاث في البداية على الرفاه المادي (الرفاه الاقتصادي) بشكل متزايد مع دمج المؤشرات البيئية والمجتمعية (الأوبئة، عدد الأطباء، معدل الجريمة، إلخ)، ثم المؤشرات الفردية والذاتية (الرضا والسعادة وبعض الخصائص الشخصية، إلخ).

#### 4- بدايات الاهتمام بنوعية الحياة المتعلقة بالصحة:

عادة ما يستخدم مصطلح نوعية الحياة ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة بشكل متبادل في الأدبيات العلمية، تاريخيا سبق استخدام مصطلحي "نوعية الحياة" و"الحالة الصحية" استخدام

نوعية الحياة المرتبطة بالصحة وقد تم بالفعل مناقشة موضوع نوعية الحياة في الأدبيات الطبية منذ ستينيات القرن الماضي، وبرز كموضوع مهم في الرعاية الصحية حيث أصبح العلاج الطبي قادراً على إطالة العمر الافتراضي للأفراد أحياناً على حساب نوعية الحياة أو تحسين نوعية الحياة دون إطالة العمر الافتراضي كما لم تعد المقاييس البسيطة لمعدلات الوفيات كافية لقياس التغيرات في صحة السكان وبرزت أهمية قياس نوعية الحياة كذلك نتيجة للريفة في قياس النتائج الصحية التي تتجاوز المراضة والأداء البيولوجي (Karimi, Brazier, 2016, p:645)

ومن المؤكد أن تعريف الصحة الذي اقترحه منظمة الصحة العالمية كان له تأثير عميق على مفهوم نوعية الحياة في المجال الطبي إذ عرفت الصحة على أنها "حالة من الرفاه الجسدي والعقلي والاجتماعي الكامل، ولا تتكون فقط في غياب المرض أو العجز، يعتمد جميع أولئك الذين يحتاجون إلى تحديد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة على هذا التعريف ويحتفظون بثلاثة أبعاد رئيسية: جسدية ونفسية واجتماعية (-Soulas, Brédart, 2012,p:22).

(23).

في السابق كانت الأهداف الأساسية في تقييمات العلاجات الطبية تشمل تحسين النتائج السريرية والعلاج والبقاء على قيد الحياة، إلا أن ظهور حركة النتائج الطبية والجهود العالمية لاحتواء ارتفاع تكاليف الرعاية أكدت على أهمية النتائج التي تركز على المريض مثل نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، هذا الاتجاه مناسب خاصة للأفراد الذين يعانون من حالات مزمنة وغير مميتة ويعيشون لسنوات عديدة بعد التشخيص، إذا كان وقت البقاء على قيد الحياة طويلاً فحتى التغيرات المتواضعة في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة قد يكون لها تأثير عميق على المريض، ومن ثم قد تكون نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بنفس أهمية البقاء على قيد الحياة، وعلى خيارات العلاج أن توازن باستمرار وفي نقاط مختلفة من سيرورة المرض المزمّن بين الأهداف المزدوجة المتمثلة في تحسين كل من كمية ونوعية الحياة وفي ضوء الأدلة على أن البقاء على قيد الحياة والنتائج السريرية قد تكون متشابهة

عبر العلاجات للعديد من الحالات ،فقد تكون اعتبارات نوعية الحياة هي العامل الحاسم في اتخاذ القرارات الطبية بالنسبة للبعض (Litwin,2006, p:237).

وكانت الأدبيات المتعلقة بمقاييس الحالة الصحية وراء ظهور مصطلح نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، فمثلا استخدم "كابلان" و"بوش" مصطلح نوعية الحياة المتعلقة بالصحة في مناقشتهم لمصطلح نوعية سنوات الحياة المعدلة (QALYs) كمقياس لقيمة سنة من الصحة الكاملة، يمكن إرجاع التاريخ الحديث لقياس الحالة الصحية إلى أوائل السبعينيات أين كانت المقاييس هذه مدفوعة بالرغبة في قياس مخرجات أنظمة الرعاية الصحية، كانت إحدى المحاولات الأولى لقياس وتقييم الصحة هو مؤشر الحالة الصحية (HSI)والذي تميز بأنه كان مقياساً عاماً للصحة بدلاً من كونه مقياس محدد لمرض ما أو مجموعة سكانية معينة، وقيمت الحالات التي حددها مؤشر الحالة الصحية (HSI)بناءً على أحكام القيمة متجاهلاً بذلك الافتراض التقليدي الشائع بأن الصحة يتم تقييمها من حيث فائدتها الاقتصادية (Karimi, Brazier, 2016, p:646).

يعرفها "هايز" و"ريف" (Hays & Reeve (2010) بـ "مدى جودة أداء الشخص في حياته ورفاهيته المتصورة في المجالات الصحية الجسدية والعقلية والاجتماعية"، يشير الأداء الوظيفي إلى قدرة الفرد على تنفيذ بعض الأنشطة المحددة مسبقاً، بينما تشير الرفاهية إلى المشاعر الشخصية للفرد (Karimi, Brazier, 2016, p:646).

وجاء في دليل الشبكة الأوروبية لتقييم التكنولوجيا الصحية (European network for Health Technology Assessment , 2013, p:10) أن نوعية الحياة المرتبطة بالصحة هي مفهوم واسع يمكن تعريفه على أنه إدراك المريض الذاتي والعام لتأثير المرض والتدخل العلاجي على الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية للحياة اليومية، وتعدد الأبعاد سمة أساسية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة، حيث يتكون كل مجال (جسدي ، نفسي ، إلخ) من عدة أبعاد فرعية، يشير الأداء البدني إلى التنقل والرعاية الذاتية والأنشطة المعتادة والقدرات الوظيفية الأخرى، تشمل الصحة النفسية عناصر مثل الأداء المعرفي والضيق الانفعالي

والقلق، وتشير الصحة الاجتماعية إلى كمية ونوعية الاتصالات والتفاعلات الاجتماعية، توافر مجال واحد فقط وليكن على سبيل المثال الأداء البدني غير كافٍ لتغطية نوعية الحياة المرتبطة بالصحة على الرغم من أنه هدف مرتبط بالمرضى.

يستخدم "بيزجود" وآخرون (2014) Peasgood et al نوعية الحياة المرتبطة بالصحة "لتحديد مجموعة فرعية من الطرق المهمة أو الأكثر شيوعاً التي تؤثر بها الصحة أو الرعاية الصحية على الرفاهية" (Karimi, Brazier, 2016, p:646).

" يعتبر مفهوم نوعية الحياة مجال مفاهيمي واسع ويشمل بطريقة معقدة الصحة الجسدية للشخص وحالته الشخصية ومستوى إستقلاليته وعلاقاته الاجتماعية ومعتقداته الشخصية. ومن خلال هذا المفهوم يترجح لنا أن نوعية الحياة مرادفة للرفاهية والصحة المدركة والرضا عن الحياة، إنه مفهوم متعدد الأبعاد، نفسي اجتماعي، شخصي وديناميكي، يقوم من خلاله كل فرد بإجراء تقييم ذاتي لمعاشه وتاريخه وإدراكه للمرض الذي هو مصاب به. وعليه فإن فكرة نوعية الحياة المتعلقة بالصحة هي الإدراك الشخصي الفردي لتأثير مرضه والعلاج الخاص به على نوعية حياته (Panhaleux Mohn, 2010, P: 47).

إجمالاً محددات نوعية الحياة متعددة، فهو مفهوم واسع جداً يتأثر بالصحة الجسدية للفرد وحالته النفسية ومستوى استقلاليته وعلاقاته الاجتماعية، فضلاً عن علاقته بعناصر بيئته (Fischer, G et Al, 2020, P: 153).

لذلك تهدف نوعية الحياة المتعلقة بالصحة إلى دمج الجوانب الإدراكية للصحة هذه الأخيرة تعتبرها منظمة الصحة العالمية مجرد غياب للمرض ولكنها حالة من الرفاهية الجسدية والنفسية والاجتماعية.

وعليه عند الإشارة إلى نوعية الحياة في مجال الصحة، فإن التعريف المقترح عموماً هو ذلك الذي نشرته منظمة الصحة العالمية في عام 1993: " تُعرّف جودة الحياة على أنها تصوّر الفرد لمكانه في الحياة، في سياق الثقافة ونظام القيم الذي يعيش فيه، فيما يتعلق بأهدافه وتوقعاته ومعاييرها واهتماماته، وبالتالي فهو مفهوم واسع يمكن أن يتأثر بشكل كبير

بالصحة الجسدية وحالته النفسية ومستوى إستقلاليته وعلاقاته الاجتماعية وعلاقته بالعناصر الأساسية لبيئته " (OMS) (HAS, 2018, P: 1).

### 5. أبعاد ومحددات ومكونات نوعية الحياة

يرى كل من سولا وبريدار (Soulas et Brédart, 2012) أن مفهوم نوعية الحياة (QOL) قد يبدو للوهلة الأولى من السهل تحديده. ومع ذلك فإن إعطائه تعريفاً واحداً يبدو صعباً، لاسيما بسبب تعدد الأبعاد وأصله الثلاثي: اجتماعي، وسياسي اقتصادي، وطبي نفسي.

كانت نوعية الحياة مفهوماً عصرياً منذ الثمانينيات والتسعينات من القرن الماضي نجح في استبدال المفاهيم المجاورة (كالسعادة والرضا عن الحياة والرفاهية والصحة) مع دمجها.

تتعلق نوعية الحياة بالعديد من التخصصات (الطب وعلم الأوبئة والصحة العامة وعلم الاجتماع وعلم الاقتصاد وعلم النفس الصحة، إلخ) وهو موضع العديد من الدراسات. يبدو المفهوم واضحاً، إلا أنه في الواقع معقد ويصعب تحديده فتختلف مفاهيم نوعية الحياة حسب الجانب الذي تعتمد عليه:

- الأبعاد الموضوعية: الظروف ومستوى المعيشة والحالة الصحية.
- الأبعاد الذاتية: الرضا، السعادة، الرفاهية الذاتية، إلخ.
- الأبعاد البدنية: الحالة الوظيفية، الصحة العضوية.
- الأبعاد العقلية: الصحة العقلية.
- الأبعاد الاجتماعية: الشبكة العلائقية والموارد الاجتماعية.

(Bruchon, Schweitzer et Boujut, 2014. P:07)

حدد كل من شيبير وليفيت (Schipper et Levitt) أربعة عوامل رئيسية لنوعية الحياة: (1)- الوظيفة البدنية ووظيفة العمل (قدرة الشخص على أداء وظيفته أو مهامه)؛

(2)- الحالة النفسية (غياب الإكتئاب والقلق وما إلى ذلك)؛ (3)- التواصل الاجتماعي (القدرة على الحفاظ على التفاعلات الاجتماعية)؛ (4)- الراحة الجسدية (عدم الشعور بالألم، وعدم الراحة وما إلى ذلك).

أخذ باحثون آخرون في الاعتبار أيضاً أبعاداً مميزة، مثل الشعور بالرضا عن الحياة القدرة على الإنخراط في أنشطة ترفيهية شخصية.

قدم أرونسون (Aronson) تصنيفاً لستة أبعاد لنوعية الحياة: (1)- أعراض المرض والآثار الجانبية للعلاج، (2)- الوضع الوظيفي، (3)- الصعوبات النفسية، (4)- التفاعلات الاجتماعية، (5)- الجانب الجنسي وصورة الجسد، (6)- الرضا عن العلاج.

يمكن ضم كل الأبعاد في أربع مجموعات فرعية ولكنها مترابطة: الجسدية، والوظيفية والإنفعالية والاجتماعية (Cella, 2007, P: 28).

نوعية الحياة هي كل ما يعكس خبرة ومعرفة وقيم كل فرد ويشمل على العديد من المجالات:

- - الثقافة والفلسفة؛
- - الحياة العلائقية؛
- - الحياة الروحية؛
- - الحياة المالية والسياسية.

" يتوافق تعريف نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بشكل أفضل مع مجال التقييم الطبي ويشكل مؤشر جيد لتقييم عواقب الأمراض، وتأثير إجراءات الرعاية الطبية أو حتى تأثير سياسات الوقاية (Auquier, 1996, PVIII) .

كما تشير إليه بروشونشويتزر (Bruchon, Schweitzer, 2002) أنه غالباً ما يتم الخلط بين جودة الحياة ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة، إذ يتطلب التحليل الكامل لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة أن نفهمهما في وجود المرض وفي غيابه، وتستشهد المؤلفة

بملاحظات نوردن فيلت (NordenFelt, 1994)، التي تمثل نوعية الحياة بالنسبة لها بدرجة الرضا أو السعادة الكلية التي يشعر بها الفرد في حياته. هذا الجانب يؤكد على الذاتية، أي ذاتية التقييم من قبل الشخص.

تستخدم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة عندما يتعلق الأمر بالأشخاص المصابين بمرض مزمن وتحدد الحالة الوظيفية للأفراد ونتائج هذه الحالة على أدائهم البدني والنفسي والإجتماعي (Bruchon, Schweitzer, 2002, P: 50-52).

تميز منظمة الصحة العالمية ست مجالات على نوعية الحياة:

1- البدنية؛

2- النفسية؛

3- إستقلالية الشخص؛

4- العلاقات الاجتماعية؛

5- البيئة؛

6- الروحانيات والمعتقدات الشخصية. (Lourel, 2007, P :04)

كما يشير فورماريير (Formarier, 2007) أن المجالات التي تؤثر في نوعية حياة الشخص تتعلق ب:

- - الحالة الصحية وشدة الإعاقة؛
- - النواحي الروحية والنفسية؛
- - الأسرة والمحيط والعلاقات الاجتماعية؛
- - المستوى الاجتماعي والاقتصادي. (Formarier, 2007)

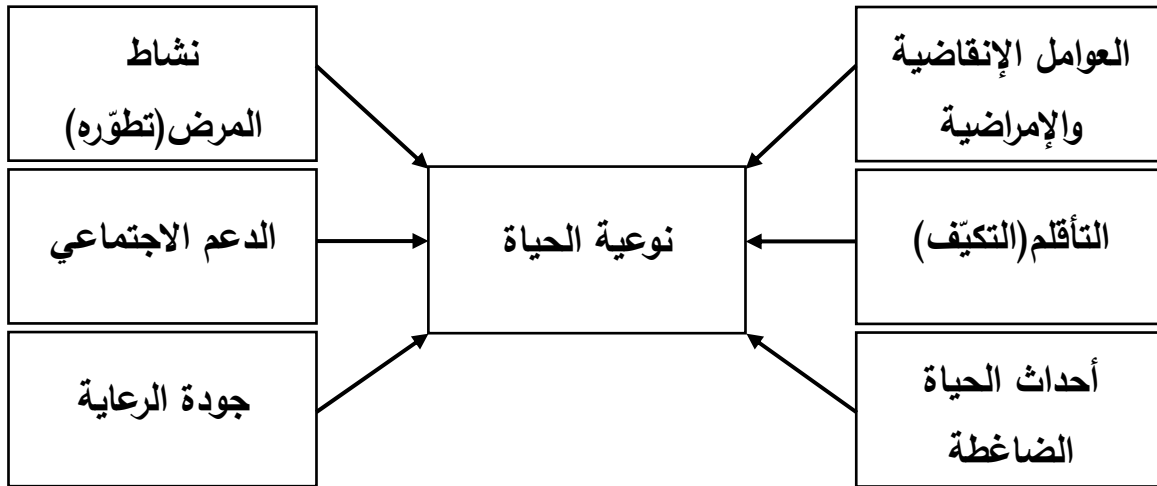
## - محددات نوعية الحياة المتعلقة بالصحة:

تُعد اليوم نوعية الحياة في صميم اهتمامات جميع المهنيين الصحيين (الأطباء والمرمضات وأخصائي العلاج الطبيعي وعلماء النفس) سواء كانوا يعملون في المستشفى أو خارج المستشفى. إن مفهوم الرعاية الحالية في البلدان الصناعية، لم يعد علاج المريض كافيًا، بل يجب مساعدته للعيش بشكل أفضل قدر الإمكان، مع مراعاة وضعه الصحي.

يرتبط مفهومها ارتباطًا وثيقًا بالعناصر الموضوعية والمعرفية، ولكن أيضًا بالعوامل الذاتية والشخصية كالمعتقدات والتكيف ومدى الرضا والقدرة على تحقيق الأهداف

(Formarier, 2007, P: 02)

كما يوضحه الشكل رقم (24):



الشكل رقم 24 المتغيرات المؤثرة في نوعية الحياة المتعلقة بالصحة (Lourel, 2007, P : 08)

## - مكونات نوعيه الحياة المتعلقة بالصحة:

يشتمل مفهوم نوعية الحياة على عنصرين أساسيين:

- الذاتية Subjective: وتشير إلى أن نوعية الحياة لا يمكن فهمها إلا من منظور

المريض، مثل الألم.

فلقد كان تقدير نوعية الحياة سابقًا بناءً على سلوك المريض الذي يمكن ملاحظته. لكنها محاولات باءت بالفشل لأنها تتجاهل العمليات المعرفية الأساسية التي تؤثر على تصورات المريض لنوعية حياته، فنجد تصورات المرض وتصور العلاج والتوقعات الشخصية وعمليات تقييم المخاطر.

- **تعدد الأبعاد Multi- Dimensionnalité**: هو المكوّن الأساسي الثاني لمفهوم نوعية الحياة، ينبثق من الخصائص السيكومترية لمقاييس الحالة الصحية وتشير هذه الأبعاد إلى مجموعة واسعة من العناصر (Cella, 2007, P: 26).

فوفقاً لـ 'هانت' و'ماكينا' تكتسب الحياة نوعيتها من قابلية الفرد وقدرته على تلبية احتياجات بشرية معينة، وبالتالي فإن العمل والهوايات والتنشئة الاجتماعية وما إلى ذلك مهمة فقط بقدر ما توفره من الوسائل التي يمكن من خلالها تلبية هذه الاحتياجات، تتمثل الاحتياجات التي تحدد نوعية الحياة فيما يلي:

- \_ الأكل والشرب والنوم والنشاط والجنس وتجنب الألم.
- الدفء، المأوى، الأمن، التحرر من الخوف، الاستقرار.
- المودة، الحب، الاتصال الجسدي، العلاقة الحميمة، التعلق، التواصل، تبادل الخبرات، مشاركة الأهداف، الانتماء.
- الفضول، الاستكشاف، اللعب، التحفيز، الاستمتاع، الإبداع، الشعور بالجدوى.
- الهوية، المكانة، الاعتراف، الموافقة، التقدير، الفائدة للآخرين، الاحترام، الكفاءة، تقدير الذات، الإتقان، الإنجاز، القوة، الاستقلال، الحرية،
- التنظيم الزمني.
- تحقيق الذات. (Hunt, McKenna, 1992, p :312).

قدم "ويلسون" و"كليري" (1995) Wilson and Cleary نموذجًا لنوعية الحياة، يربط هذا النموذج المفاهيمي بالمتغيرات الفسيولوجية، وحالة الأعراض، والصحة الوظيفية، وتصورات الصحة العامة، ونوعية الحياة العامة؛

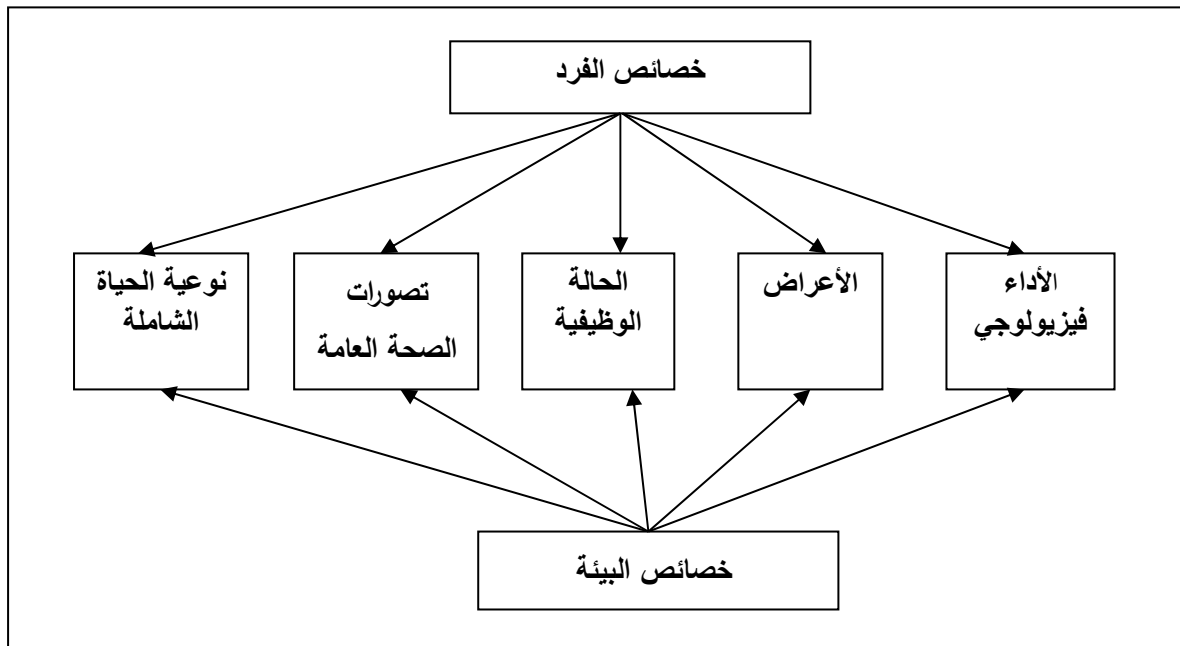
1\_ المتغيرات الفسيولوجية: يتمركز تقييم المتغيرات الفسيولوجية على الخلايا والأعضاء وأنظمة الأعضاء.

2\_ حالة الأعراض: وتعني أن عملية التقييم تنتقل لتشمل الكائن الحي ككل.

3\_ الصحة الوظيفية: تعني في هذا النموذج قدرة الفرد على الأداء والتكيف مع البيئة، مقاسة بموضوعية وذاتية خلال فترة معينة.

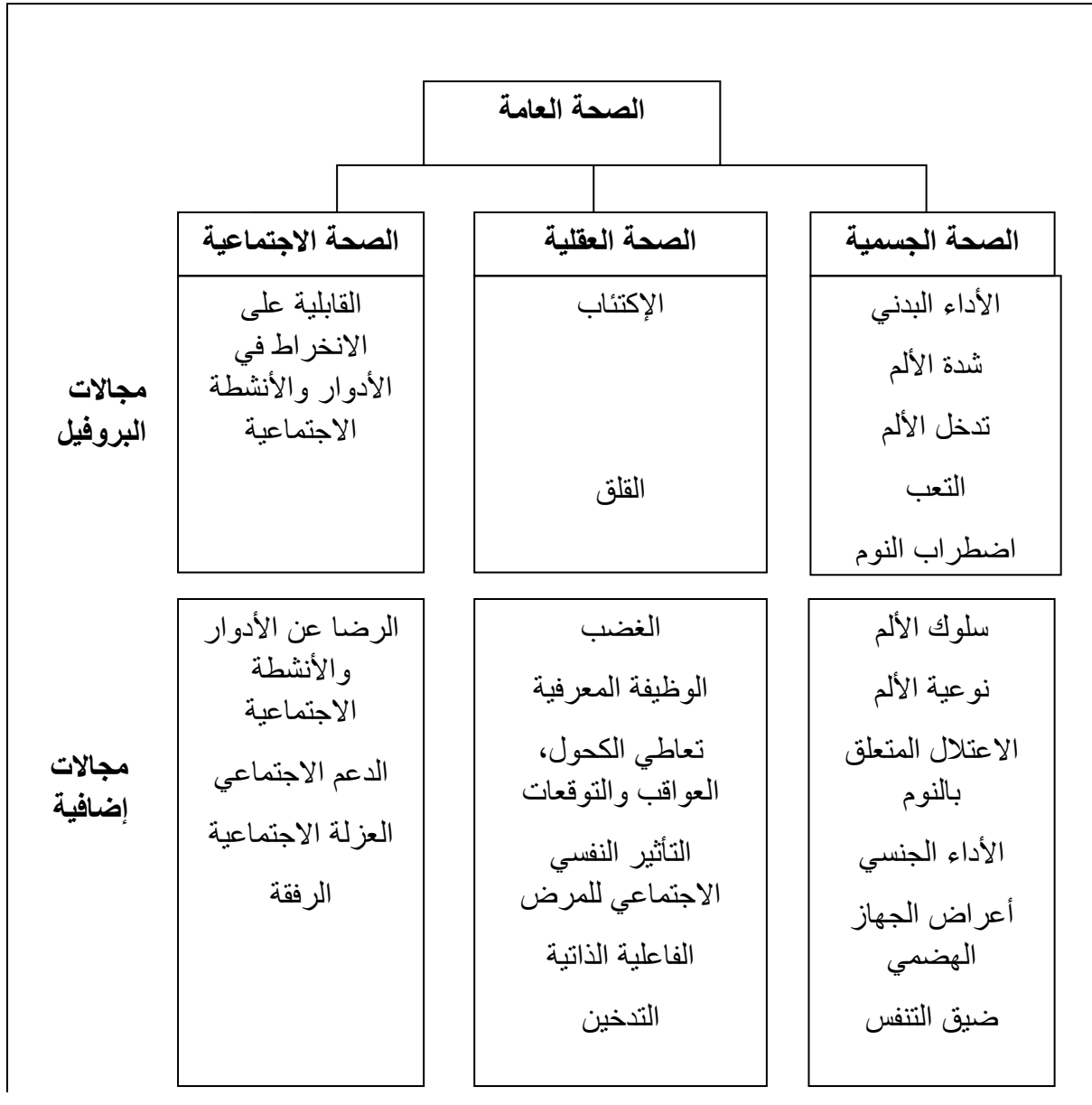
4\_ تصورات الصحة العامة: تمثل تصورات الصحة العامة تكاملاً لجميع المفاهيم الصحية السابقة بالإضافة إلى المفاهيم الأخرى مثل الصحة العقلية.

5\_ نوعية الحياة الشاملة: توصف على أنها التناقض أو الفجوة بين توقعات الشخص أو آماله وخبراته الحالية، تعتبر الصحة العامة أو نوعية الحياة المرتبطة بالصحة في هذا النموذج عاملاً محددًا لنوعية الحياة الشاملة (Post, 2014, p:172).



الشكل رقم 25 نموذج ويلسون و"كليري" لنوعية الحياة (Post, 2014, p :173)

النموذج الذي استند بقوة على تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة هو النموذج المفاهيمي لمجموعة PROMIS، تمثلت مهمتهم في إنشاء نظام تقييم حديث للصحة المبلغ عنها ذاتياً، على الرغم من أن مصطلح نوعية الحياة لم يستخدم لوصف إطار العمل، إلا أنه كان من الواضح أنه المقصود بالاستخدام الواسع للصحة على أنها الصحة البدنية والعقلية والاجتماعية، يغطي البرنامج تأثير الأمراض النفسية ضمن مجموعة بنود الصحة العقلية والاجتماعية ومجموعة البنود الإيجابية والسلبية، تقيس مجموعة البنود الإيجابية النتائج النفسية والاجتماعية الإيجابية للمرض والتي تم تصورها مسبقاً بطرق مختلفة بما في ذلك النمو بعد الصدمة، والبحث عن الفوائد، وصنع المعنى، يشير التأثير النفسي والاجتماعي الإيجابي للمرض إلى النتائج النفسية والاجتماعية الإيجابية للمرض التي يمكن أن تحدث نتيجة مواجهة الوفيات، مثل زيادة تقدير الحياة والعلاقات الشخصية والموارد الشخصية، والجدير بالذكر أن البرنامج يغطي الرفاهية الذاتية كمجموعة فرعية من نوعية الحياة المرتبطة بالصحة بدلاً من العكس أو أن تكون نتيجة نهائية (Post, 2014, p:173) ويتضح كل ذلك من خلال الشكل التالي:



الشكل رقم 26 نموذج PROMIS لنوعية الحياة (Post, 2014, p.174)

## 6- قياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، أهدافها وأهميتها في المرض المزمن:

### (أ)- تاريخ قياس نوعية الحياة:

يعمل عدد كبير من الباحثين على مفهوم نوعية الحياة سواء كانوا في العلوم الإنسانية أو العلوم الطبية أو علوم التمريض أو الاقتصاد فإن هدفهم المشترك هو محاولة تحديد تأثير هذا المفهوم على حياة المرضى وفهم أليات تحسينها.

ظهر مفهوم نوعية الحياة في نسخته الحديثة حوالي عام 1975 مع تطوّر الأمراض المزمنة (على سبيل المثال أمراض التمثيل الغذائي، القلب والأوعية الدموية...إلخ). وشيخوخة السكان وانتشار الإعاقات المرتبطة بالحوادث الخطيرة خاصة بين الشباب.

نجد بدايات نوعية الحياة والمؤشرات الأولى من الأربعينيات فوجد مقياس كاتز لأنشطة الحياة اليومية (Katz, 1943)، مقياس كارنوفسكي على الحالة الجسدية للمريض (Karnofski, 1948).

وفي عام 1947 قدمت منظمة الصحة العالمية تعريفاً للصحة الذي ينص على أنها بالإضافة إلى عدم وجود مرض، فإن الصحة تثبت أنها حالة من الرفاهية الجسدية والعقلية والاجتماعية " (Formarier, 2007, P:1-2).

حسب أوكييه باسكال (Auquier Pascal, 1996) القياس هو عنصر أساسي في البحث، في العلوم الإنسانية والاجتماعية وكذلك في الطب وعلم الأحياء رغم غيابها بشكل عام في الأبيات الطبية. حيث كانت القرارات الطبية تعتمد على المعايير والمؤشرات الموضوعية ولا تتضمن رؤية نوعية. لهذا أصبح تقييم نوعية الحياة اليوم يجعل من الممكن تحديد الحالة الصحية بكل أبعادها.

حيث يعكس تعريف الصحة الذي تبنته منظمة الصحة العالمية (1946) لعلاقة إدراك المرض وأعراضه وعلاجاته بنوعية الحياة فهي تُعرّف الصحة على أنها حالة من

الرفاهية الكاملة وليس مجرد غياب المرض. فساعد على تقييم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لهؤلاء المرضى وأصبح اليوم استخدام أدوات التقييم بدمج مختلف الأبعاد وبالتالي لا يتم تقييم تأثيرات العلاجات المختلفة على الحالة الوظيفية للمرضى فحسب، بل أيضاً على صحتهم الشخصية (Bruchon, Schweitzer et Boujut, 2014, P: 09-10).

ففي البداية تناول الباحثون المهتمين بدراسة نوعية الحياة العوامل الموضوعية بشكل رئيسي، حدد الاقتصاديون والإحصائيون نوعية الحياة من حيث الرخاء المادي المقاس بعدد السلع والخدمات التي يمكن للفرد تحملها، ونظر علماء الاجتماع والسياسيون إلى نوعية الحياة على أنها طريقة ومدى تلبية احتياجات الفرد، وبما أن الناس يستجيبون بشكل مختلف للتغير في بيئتهم بغض النظر عن المحددات الموضوعية لنوعية الحياة، فقد تم قبول فكرة أنّ تشكّل التصورات الذاتية أساسي لتقييم نوعية الحياة، وهذا نتيجة لاختلاف الانتماءات الثقافية للأشخاص أو اختلاف طبقاتهم الاجتماعية، والأهم من ذلك نتيجة لتمايز القيم والمواقف والتجارب الماضية.

نتج عن انتقال مفهوم نوعية الحياة من العلوم الاجتماعية إلى الطب عن عدم كفاية الطرق التقليدية لتقييم الحالة الصحية، تم تحويل تركيز الانتباه من تشخيص وعلاج الأمراض المعدية إلى الوقاية من الأمراض المزمنة ومراقبتها، والتي تزداد فيها أهمية الحالة الوظيفية للمريض ونوعية حياته، وقد سمح مفهوم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة بتبرير الفوائد الصحية المتأتية من برامج العلاج المبتكرة والمكلفة وطرق العلاج البديلة، مكنّ البحث في نوعية الحياة من إجراء تقييم أكثر شمولاً لفعالية الرعاية الصحية، بالإضافة إلى مقارنة برامج العلاج المختلفة، وجلب هذا النهج معه القيم الإنسانية للرعاية الصحية.

الهدف النهائي لأبحاث نوعية الحياة هو تحسين الرعاية الطبية وإعلام المسؤولين عن صنع القرار الطبي، يشعر المرضى الذين يدمجون اعتبارات نوعية الحياة في قراراتهم بتحسّن بشأن خيارات العلاج، ويكونون أكثر رضا عن رعايتهم ويقل احتمال تعرضهم للندم، ومن ثم يوفر تثقيف المريض حافزاً قوياً للدراسة والإبلاغ عن نوعية الحياة (Léger, 2013 P :5)، وبهذا

ومن خلال التثقيف الأفضل حول النتائج المحتملة تدعم أبحاث نوعية الحياة اتخاذ القرارات الطبية المحسنة للمرضى الحاليين والمستقبليين، من خلال القياس الدقيق لنتائج نوعية الحياة المرتبطة بالصحة فيمكن للمرضى والأطباء والباحثين تقييم ما إذا كانت أهداف العلاج قد تحققت، وهذا يسمح بالموازنة بين أولويات الرعاية الصحية لتحسين النتائج الطبية واستخدام الموارد المتاحة لذلك، علاوة على ذلك فإن تقييم نوعية الحياة كما يراها المريض يسمح بتقييم المرض الذاتي الذي على الرغم من أنه لا يهدد الحياة دائماً إلا أنه قد يسبب ضائقة كبيرة وغالباً ما يتم التغاضي عنه مثل أثناء الروتين المزدحم للرعاية السريرية، أخيراً تسمح دراسات نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الدولية بإجراء مقارنات عبر الثقافات لتأثيرات المرض وعلاجاته، يمكن ان نجل أهمية قياس نوعية الحياة في:

- تقييم فعالية العلاج الشاملة بما في ذلك المراضة الذاتية.
- المساعدة في تحديد ما إذا كانت أهداف العلاج قد تحققت.
- توعية المرضى والأطباء بمجموعة كاملة من نتائج العلاج.
- تسهيل اتخاذ القرارات الطبية.
- تحديد الأولويات إذا كانت المعالجات متكافئة.
- مقارنة النتائج عبر العلاجات والسكان (Litwin,2006, p :238-239).

أظهرت العديد من الدراسات أن التقييمات المستقلة التي يقوم بها أخصائيو الرعاية الصحية أو أقارب المرضى تختلف عن الإجابات التي يتم الحصول عليها عندما يقوم المرضى بإكمال الاستبيانات المبلغ عنها ذاتياً إذ تختلف آراء المرضى اختلافاً كبيراً عن توقعات كل من الموظفين والأقارب، في عديد الحالات إما أن يبالغ أو يقلل المراقبون في تقدير درجات نوعية الحياة، حيث يميلون إلى التقليل من تأثير الجوانب النفسية ويميلون إلى التأكيد على أهمية الأعراض الأكثر وضوحاً، بالإضافة إلى ذلك قد يساء الحكم على رغبة المرضى في مقايضة نوعية الحياة بالعلاج المحتمل (Fayers, Machin, 2007,p:17).

هناك مجموعة متنوعة من مقاييس نوعية الحياة المتاحة والتي غالبًا ما تعكس الاختلافات في الأهداف والتركيز، بينما تركز بعض المقاييس على بُعد واحد معين من نوعية الحياة (مثل الأداء البدني)، يهدف البعض الآخر إلى قياس نوعية الحياة ككل. القاسم المشترك لجميع المقاييس هو أنها تتناول بعض جوانب تجربة المريض الشخصية للصحة وعواقب المرض أو التدخلات العلاجية (European network for Health Technology Assessment, 2013, p:16).

(ب) - أنواع قياس نوعية الحياة:

أثبت القياس الذاتي (L'Auto évaluation) لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة (جودة الحياة المتعلقة بالصحة HRQoI) أنه بعد شرعي في تقييم فائدة التدخلات الصحية، مما يسمح بتقييم أثر المرض أو التدخل الصحي والعلاجي من وجهة نظر المريض.

تم تطوير العديد من الأدوات لقياس نوعية الحياة:

↔ أدوات تقييم نوعية الحياة المتعدد الأبعاد.

↔ أدوات تقييم حالة المريض على بُعد واحد (مثل إستبيان التقييم الصحي لأمراض الروماتيزم).

↔ أدوات تدرج في نطاق النتائج المبلغ عنها من قبل المريض (Patient Reported Outcomes)، مثل تقبل المريض أو رضاه (HAS, 2018, P: 02).

تعتمد أي أداة لقياس نوعية الحياة على مرحلتين:

مرحلة 1: مرحلة وصفية متعددة للأبعاد للحالات الصحية.

مرحلة 2: تحديد الكميات.

مرحلة 1: مرحلة وصفية متعددة الأبعاد: ينتج عنها ملفًا شخصيًا تكون أبعاده

الرئيسية هي:

- الحالة الجسدية (الإستقلالية، القدرات الجسدية، الأمراض، والألم والنوم).
  - الحالة النفسية (الإنفعالية والمعرفية).
  - الرفاهية الاجتماعية (المحيط الأسري، العلاقات الودّية والمهنية).
- ويمكن التمييز بين نوعين من المقاييس والأدوات، فنجد العامة والمحددة (النوعية).
- ➔ المقاييس العامة: تم تصميم الأداة لاستخدامها في الأمراض أو الساكنة فنجد:
- مقياس جودة الحياة العام لمنظمة الصحة العالمية (WHOQOL).
  - الاستبيان العام (SF-36) (المسح الصحي المختصر 36 بندًا).
- ➔ المقاييس النوعية (الخاصة): تم تصميم الأداة لقياس الأبعاد المحددة والخاصة بمرض معين مثل الربو وداء السكري، فنجد:
- مقياس تأثير مرض السكري (DIMS).
  - مقياس جودة الحياة المحدد لمرض السكري (DQOL)

(Terrasson, 2019, P: 48-49)

قد تكون مقاييس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة عامة أو خاصة بالمرض، تتناول مجالات نوعية الحياة المرتبطة بالصحة العامة مكونات الرفاهية العامة، بينما تركز المجالات الخاصة بالمرض على تأثير الاختلالات العضوية المعينة التي تؤثر على نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، تعالج مقاييس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة العامة تصورات الصحة العامة، الشعور بالرفاهية العامة، والأداء في المجالات الجسدية والعاطفية والاجتماعية، بينما تركز المقاييس الخاصة بالمرض على المجالات ذات الصلة المباشرة، مثل القلق بشأن تكرار الإصابة بالسرطان، ضعف المسالك البولية والجنسية والأمعاء، وأي إزعاج ناتج عن هذه الاختلالات، غالبًا ما تؤثر مجالات نوعية الحياة المرتبطة بالصحة الخاصة بالمرض والعامة على بعضها البعض، مما يؤدي إلى تفاعلات مهمة يجب مراعاتها في تفسير بيانات

نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (Litwin,2006, p :241)، يلخص الجدول الموالي مزايا وعيوب كل نوع من المقاييس:

الجدول رقم 10 يوضح مزايا وعيوب المقاييس العامة والخاصة لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة

المزايا	العيوب	
<p>من المتوقع أن:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- يكون محتواها ذي صلة مباشرة بالمريض.</li> <li>- تزداد احتمالية اكتشاف التغيرات المهمة التي تحدث بمرور الوقت في المرض المدروس.</li> <li>- يكون أكثر قبولاً لدى المرضى وبالتالي يكون معدل الاستجابة أعلى</li> </ul>	<p>من المستحيل:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- تطبيق المقاييس الخاصة بالأمراض على العينات غير المصابة بالمرض.</li> <li>- إجراء مقارنات مع نتائج نوعية الحياة المرتبطة بالصحة للتدخلات في مجالات الأمراض الأخرى.</li> <li>- قد يفشل في النقاط تغيير غير متوقع في نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لم يتم تناوله بواسطة المقياس المطبق.</li> </ul>	المقاييس الخاصة
<ul style="list-style-type: none"> <li>- مفيد لمجموعة واسعة من المشاكل الصحية</li> <li>- تمكن من إجراء مقارنات عبر التدخلات العلاجية للمرضى الذين يعانون من أمراض مختلفة.</li> <li>- قد يكتشف الآثار الإيجابية أو السلبية غير المتوقعة للتدخل العلاجي</li> <li>- تقليل عبء المريض إذا حلت الأداة العامة محل (مجموعة) الأدوات الخاصة بالأمراض.</li> <li>- إمكانية تعزيز قيمة وقابلية تفسير نتائج نوعية الحياة المرتبطة بالصحة إذا اجتمعت التجارب على استخدام مقياس عام.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تقدم تفاصيل أقل من حيث صلتها بأمراض معينة</li> <li>- قد تكون أحياناً أقل حساسية للتغيرات الناتجة عن التدخلات العلاجية.</li> </ul>	المقاييس العامة

(European network for Health Technology Assessment , 2013, p:17)

### ج- أهمية وأهداف قياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة:

يجب اعتبار التكفل بالأمراض المزمنة رهاناً اجتماعياً وصحياً يتحدد بموجبه مستقبل السياسات الصحية والاقتصادية والثقافية. ولهذا يهتم الباحثون والممارسون بقياس نوعية الحياة لدى المرضى لثلاثة أهداف رئيسية:

#### ① - تقييم إحتياجات إعادة الإندماج

##### :(Evaluation des Besoins en Réinsertion)

أمام المرض سيجد المرضى أنفسهم في مواجهة جميع أنواع المشاكل الصحية والنفسية التي يمكن أن تشكل حواجز في قدرتهم على التعامل مع الموقف، مثل تقييد النشاط المهني، الاعتماد، الحاجة إلى الرعاية اليومية (الأنسولين مثلاً)، الألم والانزعاج الجسدي (Fehaima, 2017, P: 77)

#### ② - تقييم نتائج العلاج (Evaluation des résultats):

وهي تقييم للنتائج الصحية أي مقارنة لنوعية الحياة لكل علاج من العلاجات أو التدخلات المختلفة الممكنة. كما هو الحال مع برامج التربية العلاجية من خلال تقييم لنوعية الحياة قبل وبعد البرنامج.

#### ③ - توقع الاستجابة للعلاجات المستقبلية

##### :(Prédiction de la réponse à de Futurs Traitements)

من خلال المقاييس المتعددة الأبعاد يمكن التنبؤ بدرجة نوعية الحياة الأولية لزيادة كمية الحياة ودمج نتائجها في تقييم فعالية الخطة العلاجية والرعاية الطبية.

وعليه يعتبر سولا وبريدار (Soulas et Brédart, 2012) الأخذ بعين الاعتبار نوعية الحياة للأشخاص المصابين بأمراض مزمنة أولوية على الصعيدين الوطني والدولي، لأن هذه الأمراض تزداد أهمية. فقررت منظمة الصحة العالمية (OMS) إطلاق خطة وقائية

للقاية من هذه الأمراض ومكافحتها بهدفين رئيسيين؛ الحد من الوفيات وتحسين نوعية الحياة للمصابين (منظمة الصحة العالمية، 2006). وتشمل خطة تحسين نوعية الحياة على أربعة أهداف رئيسية؛ (1) - مساعدة كل مريض على فهم مرضه بشكل أفضل، (2) - وتعزيز الإجراءات الوقائية، (3) - وتسهيل الحياة اليومية للمرضى و (4) - أخيراً الحصول على معرفة أفضل لتداعيات المرض على نوعية الحياة.

**خلاصة:**

يرتكز اهتمام علم النفس الصحة على مفهوم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة للأمراض المزمنة والصعوبات الانفعالية والدعم الاجتماعي ودور خصائص الشخصية في عملية التأقلم والتكيف والعواقب بالالتزام العلاجي وإدارة الآثار الجانبية للعلاج.

فتهدف معظم التدخلات سواء كانت نفسية أو معرفية أو سلوكية إلى تحسين نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة. أخذة بعين الاعتبار لكل العوامل النفسية والاجتماعية خاصة الشخصية منها كالمعتقدات وتصورات المرض والكفاءة الذاتية كون نوعية الحياة تتأثر بهذه العوامل.

# الفصل الرابع :

## التصورات حول المرض والشعور بالفعالية الذاتية

تمهيد:

أولاً: التصورات حول المرض:

- 1- تحديد مفهوم تصورات المرض والمعتقدات وإدراك المرض.
- 2- أنواع التصورات حول المرض.
- 3- آلية حدوث تصورت المرض حسب نموذج التنظيم الذاتي.
- 4- العناصر المكونة لتصورات المرض أو إدراك المرض.
- 5- علاقة نموذج التنظيم الذاتي مع نماذج معرفية تفاعلية.
- 6- أهمية تصورات المريض كعامل مؤثر.
- 7- قياس إدراك المرض في عمل النفس الصحة.

ثانياً: الشعور بالفعالية الذاتية. SEP

- 1- مفهوم الفعالية الذاتية وعلاقته بالمفاهيم ذات الصلة.
- 2- أصول البناء النظري من التعلم الاجتماعي إلى نظرية الفعالية الذاتية (1977-2002).
- 3- أبعاد الشعور بالفعالية الذاتية.
- 4- مصادر الفعالية الذاتية.
- 5- الفعالية الذاتية كعامل مؤثر في التدخلات للمرض المزمن.
- 6- قياس الكفاءة الذاتية.
- 7- آثار الفعالية الذاتية وإستراتيجيات تحسينها.
- \* خلاصة.

**تمهيد :**

يعطي علم النفس الصحة الأولوية لكل التدخلات العلاجية التي تساعد في تفسير وتحليل سلوكيات الأفراد اتجاه الصحة والمرض وفي كيفية التأثير عليها. وفي سياق النموذج التعاقدى التكاملي المتعدد العوامل (TIM) أصبح من الضروري تحديدا إستراتيجيات التكيف وتصورت المرض وعلاجه وموارد وتوقعات واحتياجات المريض، وكذا مدى إحساسه بالقدرة على تحقيق سلوكيات صحية، ولهذا تعتبر تصورات المرض والكفاءة الذاتية من العوامل النفسية الاجتماعية التي تؤثر على العملية العلاجية للمرضى المصابين بأمراض مزمنة إذ سيتيح لنا استكشافها معرفة سبل تحسينها وتعزيزها وبالتالي تحسين مستوى الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية لهؤلاء المرضى وحمايتهم من أي مضاعفات محتملة.

## أولاً: التصورات حول المرض :

## 1- تحديد مفهوم تصورات المرض، المعتقدات، إدراك المرض :

ويمكن تعريف التصورات بصفة عامة " هي الفكرة التي لدينا من ...وهي من أصل لاتيني (Repraesentare) والتي تعني تقديم شيء مفقود في مجالنا المعرفي. أما بالنسبة للتصورات حول المرض هناك تعريف (Leventhal, Mayer et Nerenz) ضمن نموذج التنظيم الذاتي (Le Model D' autorégulation) مآله أنّ " التصورات هي المعتقدات الشخصية الضمنية للفرد حول المرض "، وحسب هؤلاء الباحثين، فالأفراد يكونون تصورات عقلية لمرضهم انطلاقاً من مصادر لمعلومات مجردة وملموسة أو موجودة (سمات شخصية، التنشئة الاجتماعية في مرحلة الطفولة، التجارب، ثقافة المجتمع)، والهدف هو إعطاء معنى للحدث (الإصابة بالمرض) وتسيير الوضعية (التأثير على إستراتيجيات المواجهة). وعليه هذه التصورات سوف تؤثر على الفرد كونها ستحدد سلوكياته واستجاباته اتجاه المرض واتجاه الرعاية الصحية المقدمة له.

أما المعتقد فيستخدم لتعيين الالتزام (L'Adhésion) بالأفكار والآراء والقيم. وهو مفهوم عقلي أو فكرة ذهنية والتصوّر هو المعنى الذي يعطيه الشخص لهذا المعتقد.

## ■ - إدراك المرض (La Perception de la Maladie) :

إنّ إدراك المرض هو مفهوم مدرج في مجال نظريات الحس السليم (sens commun) ، تحديداً عند البحث عن التصورات المعرفية للمرض.

تم تطوير إدراك المرض بواسطة لينفثال وآخرون (Leventhal et Al, 1980) الذي يسمح بتمييز المعتقدات، التي من خلالها يعطي الشخص معنى لمرضه.

يرتبط إدراك المرض والتعامل معه (Coping) ارتباطاً مباشراً بنموذج التنظيم الذاتي،

فمن خلال إدراك المرض يتم اختيار إستراتيجيات المواجهة.

## ■ - تعريف إدراك المرض :

حسب ليفنثال (1980) عند مواجهة تشخيص جديد، أو أعراض غير اعتيادية، يحاول الفرد فهم هذا الوضع الجديد. ومن خلال عدّة مصادر للمعلومات، يطور الأفراد التصورات حول المرض، بما في ذلك إدراك المرض الذي يصبح أداة تفسيرية (Pupat, 2007, P: 21-22).

وحسب باز وآخرون (Peze et Al, 2017) فالتصورات لها علاقة بالتجربة الشخصية والذاتية للمرضى وبتقافة المحيط التي تتولد فيه، فتأخذ شكلاً (مخطط معرفي) ومعناً (يفسر بها المرض ومكوناته) يُفسر بها المرض من الأسباب والأهمية والتوقعات والمدة الزمنية والتعديلات والعلاجات وما إلى ذلك.

وهكذا فإنّ المعتقدات يتم تطويرها على أساس قصة حياة الشخص والسياق الاجتماعي والثقافي الذي تتطور فيه. فالأشخاص الذين يتشاركون في الخصائص الاجتماعية واقتصادية والشخصية لهم معتقدات وتصورات مشتركة حول المرض ومكوناته (Peze et Al, 2017, P:4-5).

## 2- أنواع التصورات حول المرض :

هناك مجالان رئيسيان للبحث يُكملان بعضهما البعض في نظرية التنظيم الذاتي للتصورات حول المرض، هناك التصورات الاجتماعية وتلك التصورات المعرفية للمرض.

## 2-1- التصورات الاجتماعية للمرض: وفقاً لموسكوفيتشي (Moscovisci, 1996) هي

تفاعل لعوامل فردية وعوامل اجتماعية التي تشير إلى كل من سيرة الفرد والبنى الاجتماعية والثقافية. وهي تنشأ من الحاجة إلى إنشاء معنى مشترك (Sens Commun) للتجربة المعاشة والمُتناقضة. وعليه بناء هذا الإطار المشترك سيسهل التبادلات والتواصل (Bourdon, 2012, P:10) بيشوب (Bishop, 1996) في بحثه وضّح أن الإلتناء الثقافي يلعب دوراً رئيسياً في التصورات الجماعية والفردية، خاصة على مستوى النهج العلاجي الذي يختاره المريض. يأتي هذا النوع من التصورات حسب علم النفس الاجتماعي.

وفيما يلي ثلاثة مفاهيم وتفسيرات حول المرض التي تعتمد على مفهوم العلاقة بين الفرد والمجتمع:

- **المرض المدمر:** هو الميل إلى إنكار أن المرض يمكن أن يكون مهدداً أو مدمراً أو يتطلب عناية طبية.

- **المرض المُحرّر:** يتم إختبار المرض كفرصة لكسر الروتين اليومي الذي لا يكون لدى الشخص فيه الوقت لرعاية احتياجاته أو للتعبير عن جوانب معينة من شخصيته.

- **المرض المهنة:** يرى الشخص أن المرض جزء لا يتجزأ من الحياة، فيجد طرق التعامل مع قدراته الجديدة لقيادة حياته الاجتماعية

.(Baudrant- Boga, 2009, P: 48-49)

## 2-2- التصورات المعرفية حول المرض:

وفقاً لليفنثال وآخرون (Leventhal et Al, 1980-1984) يخلق الأفراد تصورات معرفية وانفعالية لمرضهم لإعطاء معنى لمشكلتهم الصحية وإدارتها تفسير هذه المعلومات هو الخطوة الأولى في طلب المساعدة والتكفل. وعليه التصورات حول المرض تعتمد على ثلاثة مصادر للمعلومات.

- المعلومات المتاحة: هي متواجدة قبل الإصابة بالمرض، كالمعرفة الجماعية.
- المعلومات التي تقدمها البيئة الاجتماعية؛ كالأقارب والفريق الطبي.
- تجربة المرض، معلومات جسدية والأعراض بناءً على التصورات الحالية والتجربة السابقة للمرض حيث تؤثر عوامل شخصية وثقافية على تصوّر هذه التجربة.

(Deifenbach et Leventhal, 1996)

تسمح المعلومات من هذه المصادر ببناء تصورات ضمنية عن المرض. والتي تثير أفكاراً تتعلق بالمرض وهو ما يسمح للشخص بإعطاء معناه الخاص بالمرض وتشكيل تصوّر له.

## 3- آلية حدوث تصورات المرض حسب نموذج التنظيم الذاتي:

## (Leventhal, Mayer et Nerenz, 1980) (Le Model d'auto-régulation)

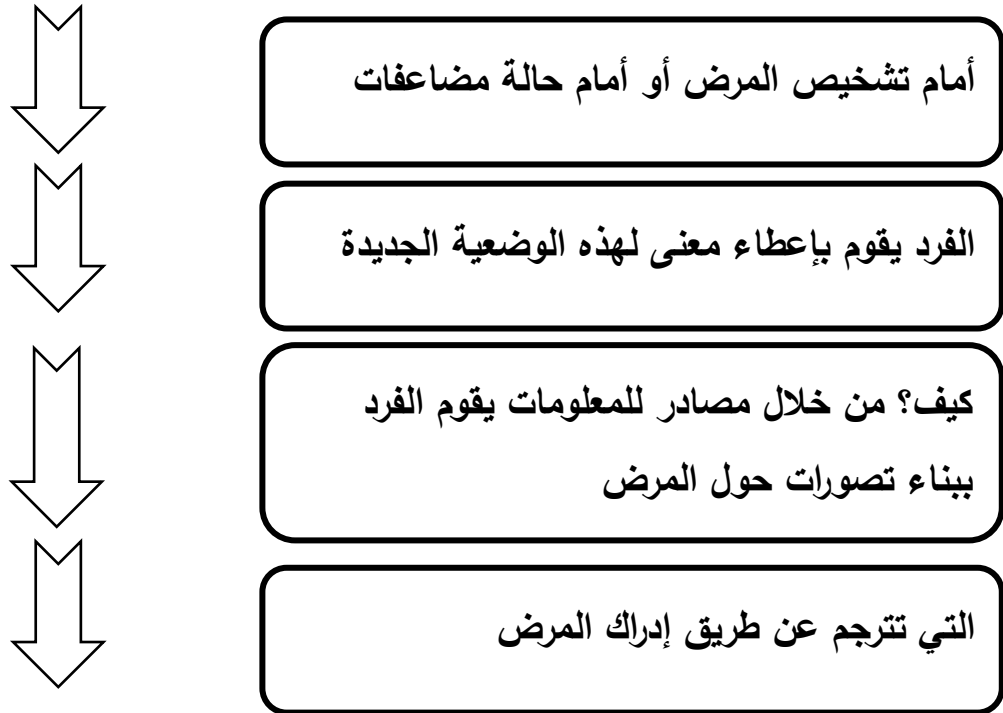
يعتمد نموذج التنظيم الذاتي على افتراض أن لدى الأفراد تصورات ضمنية عن المرض تحدد استجاباتهم للمشكلات الصحية. هذا النموذج يجعل من الممكن فهم عمليات التنظيم الذاتي التي يعطي من خلالها الأفراد معنى لتجربة المرض واتخاذ الإجراءات. عند مواجهة المرض، يتم إنشاء سلسلتين من العمليات، تحدث بالتوازي، فرع معرفي وفرع إنفعالي وكل منهما يمر بثلاث مراحل إجرائية:

①- مرحلة يقوم فيها الشخص بتصور (معرفي وعاطفي) للمرض وأعراضه، ويتمثل في تطوير الأبعاد المختلفة لتصور المرض، بناءً على المعرفة الجماعية، البيئة الاجتماعية وتجربة المرض، بمعنى استناداً بما لديه من معلومات من مختلف المصادر.

②- مرحلة تطوير جهود وإستراتيجيات المواجهة بناءً على التصورات التي تم وضعها سابقاً.

③- مرحلة تقييم نتائج إستراتيجيات المواجهة المستخدمة وكذلك تقييم الموقف وتصور المرض من خلال التغذية الراجعة (Feed- Back) (Pupat, 2007, P: 36-37).

إن إدراك المرض في علاقة مباشرة مع نموذج التنظيم الذاتي لـ (Leventhal) وهو الذي يحدد كيفية اختيار إستراتيجيات المواجهة (Coping) والذي ستوضحه الأشكال رقم 27 و28 و29.



الشكل رقم 27 نموذج التنظيم الذاتي

وعليه فإدراك المرض هو إعطاء معنى لحالته الجديدة بعد جمع لكافة المعلومات والصادر حول وضعيته الصحية باتخاذ تصورات معرفية واجتماعية لمرضه.

إن عملية بناء هذا التصور يتم على مستويين؛ مفاهيمي (معلومات مجردة) وتخطيطي (إدراك التجربة الملموسة للمرض) مثل ربط الأعراض والتشخيص وعليه؛ فإن إدراك وتفسير المصادر المختلفة للمعلومات هو الذي يؤدي إلى بناء تصورات للمرض. لهذا تسمى التصورات حول المرض بإدراك المرض (Pupat, 2007, P:23-24).

والعديد من النماذج التي فسرت أهمية التصورات المرتبطة بالمرض وكيفية تأثيرها على سلوكيات المرضى أمام مرضهم، أين بينت أن البناء (La Construction) والثبات (Le Maintien) وتغيير التصورات (Le Changement des représentations) المرتبطة بالمرض مرتبطة بثلاث (3) مصادر من المعلومات، عن طريق المحيط الخارجي للمريض (L'environnement extérieure du patient) ومنطقه الداخلي (Son

(Raisonnement) كدرجة الخطورة التي يحددها المريض وتجربته المعاشة مع المرض (Son expérience vécu de la maladie).

وبهذا يتضمن نسق تسيير سلوكيات الصحة حسب نموذج ليفنثال أربع (4) مراحل وهي:  
أولاً: التزويد بالمعلومة واستخلاصها من المحيط:

(L'extraction de l'information de L'environnement)

ثانياً: تكوين تصور حول تهديد المرض:

(La Formation d'une représentation de la Menace de La maladie)

وهي التصور المعرفي الذي يضعه الفرد حول مرضه وتجربته مع المرض وتصوره الإنفعالي والتي حددها ليفنثال في خمس (5) تصورات مشتركة وهي:

1- الأعراض المسببة للمرض (Identité)،

2- وحدة أو أزمان المرض (Calendrier)،

3- ومسببات المرض (Cause)،

4- والنتائج الحالية والمنتظرة على المدى البعيد (Conséquence)،

5- وإمكانية التحكم في هذا التهديد والتي بدورها تتكون من ثلاث (3) عوامل منبثقة

من النظرية المعرفية الاجتماعية (Théorie sociale cognitive) (Bandura, 1977).



الشكل رقم 28 نموذج التنظيم الذاتي

أما ثالثاً: فهي إستراتيجية المواجهة؛ لمواجه الموقف المهدد واختيار السلوك الصحي.

أما المرحلة الرابعة: والأخيرة فهي مرحلة التقييم وهي تقييم الفرد لمدى فعالية هذه الاستراتيجيات.

أما (Moss- Morris) في (2002) أضاف أبعاد أخرى لإدراك المرض فأصبحت:

1/- الأعراض المسببة للمرض (L'identité).

2/- مسببات المرض (La Cause).

3/- حدّة المرض (La Chronicité).

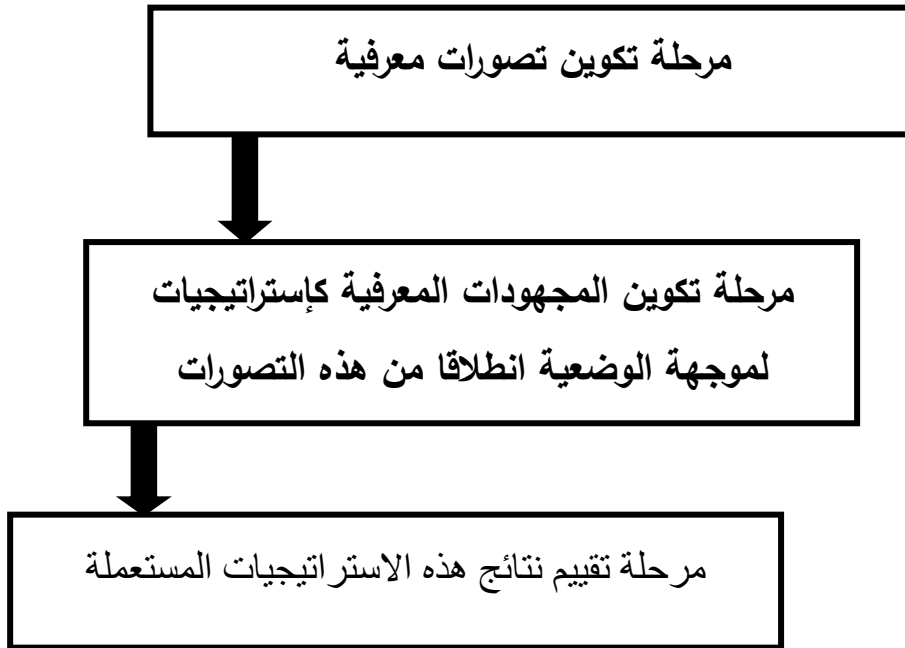
4/- النتائج (Les Conséquences).

5/- إمكانية الحكم في المرض. (Le contrôle Personnel et Auto-efficacité).

6/- إمكانية التحكم في العلاج.

7/- التصور الانفعالي للمرض (La Représentation émotionnelle).

8/- انسجام المرض (La Cohérence de La Maladie).



الشكل رقم 29 نموذج التنظيم الذاتي (Leventhal, Mayer et Merenz, 1980)

#### 4- العناصر المكونة لتصورات المرض أو إدراك المرض:

لقد تم تحديد عدة أبعاد تشكل التصورات حول المرض (Leventhal, Merenz et) (Steele, 1984) في البداية كانت خمسة في العدد (الهوية، السبب، العواقب، التحكم، والمدة)، ويمكننا الآن تمييز ثمانية:

1- الهوية (L'identité): وهي تسمية المرض والأعراض التي يعاني منها المريض وتُنسب للمرض.

2- السبب (La Cause): يتعلق بما يمثله المريض على أنه العوامل المسببة للمرض، ويمكن أن يكون حول أسباب بيولوجية أو بيئية أو انفعالية أو نفسية.

#### 3- البعد الزمني (La Dimension Temporelle): ويشمل:

→ مزمن أو حاد: يرى المريض أن المرض مُزمن (يستمر مع مرور الوقت) أو حاد (يُنظر إلى نهاية حالة المرض على أنها قريبة).

→ دوري: يمكن للمريض أن يرى مرضه يتطور بشكل دوري، من خلال الأزمات.

#### 4- العواقب (Conséquence / Effet): هو ما يراه المريض على أنه خطورة

المرض وأثاره على نفسه وعلى محيطه وعلى حياته اليومية. (Huard, 2018, PP :48-49)

#### 5- التحكم الشخصي والفعالية الذاتية

#### :(Contrôle Personnel et Auto- Efficacité)

وهو الإيمان والاعتقاد بإمكانية السيطرة والتحكم شخصيا بالمرض والقدرة على تنفيذ الممارسات لتخفيف الأعراض.

#### 6- التحكم في العلاج (Le Contrôle en efficacité d'un traitement): هو

الإعتقاد بان العلاج أو النصيحة الطبية التي يقدمها الممارس الصحي يمكن أن تحسّن حالتهم الصحية.

7/- التصورات الانفعالية (Représentations émotionnelles): هو البعد الذي

يمثل المشاعر السلبية التي يثيرها المرض (الغضب والقلق والخوف والإكتئاب، إلخ).

8/- تماسك المرض (La Cohérence de la Maladie): هي درجة فهم المرض

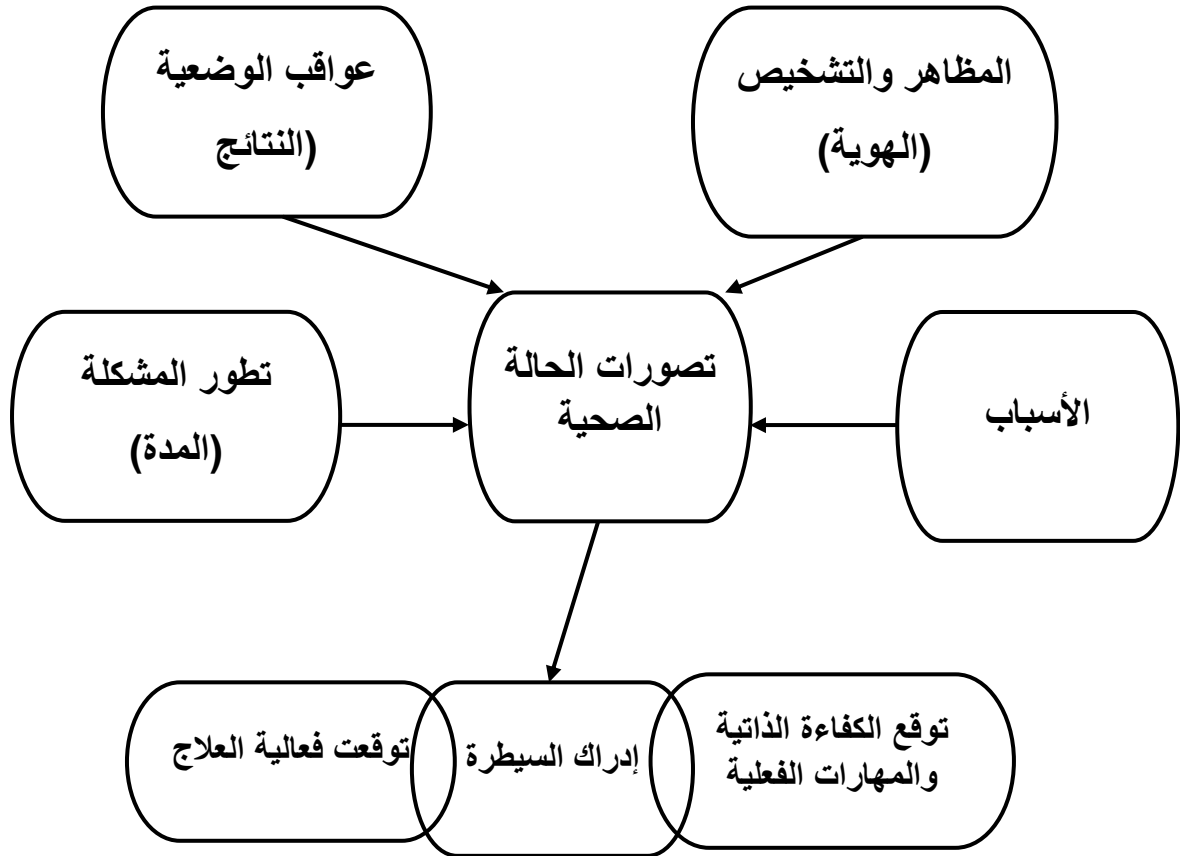
ككل أو فهم كل مكونات تصوره للمرض وحسب موس موريس (Moss- Morris, 2002)،

الإتساق أو التماسك الجيد لهذا الفهم مرتبط بتعديل (Ajustement) أفضل على المدى

الطويل. ولهذا تسمى بنماذج المعنى المشترك أو نظريات المنطق، لأن عناصر ومكونات

التصورات مرتبطة بطريقة منطقية (Pupart, 2007, P: 25). فحسب ما هو مقتبس من

أعمال ليفنثال وآخرون (Leventhal et Al, 1980) تكون أبعاد تصورات الحالة كالاتي:

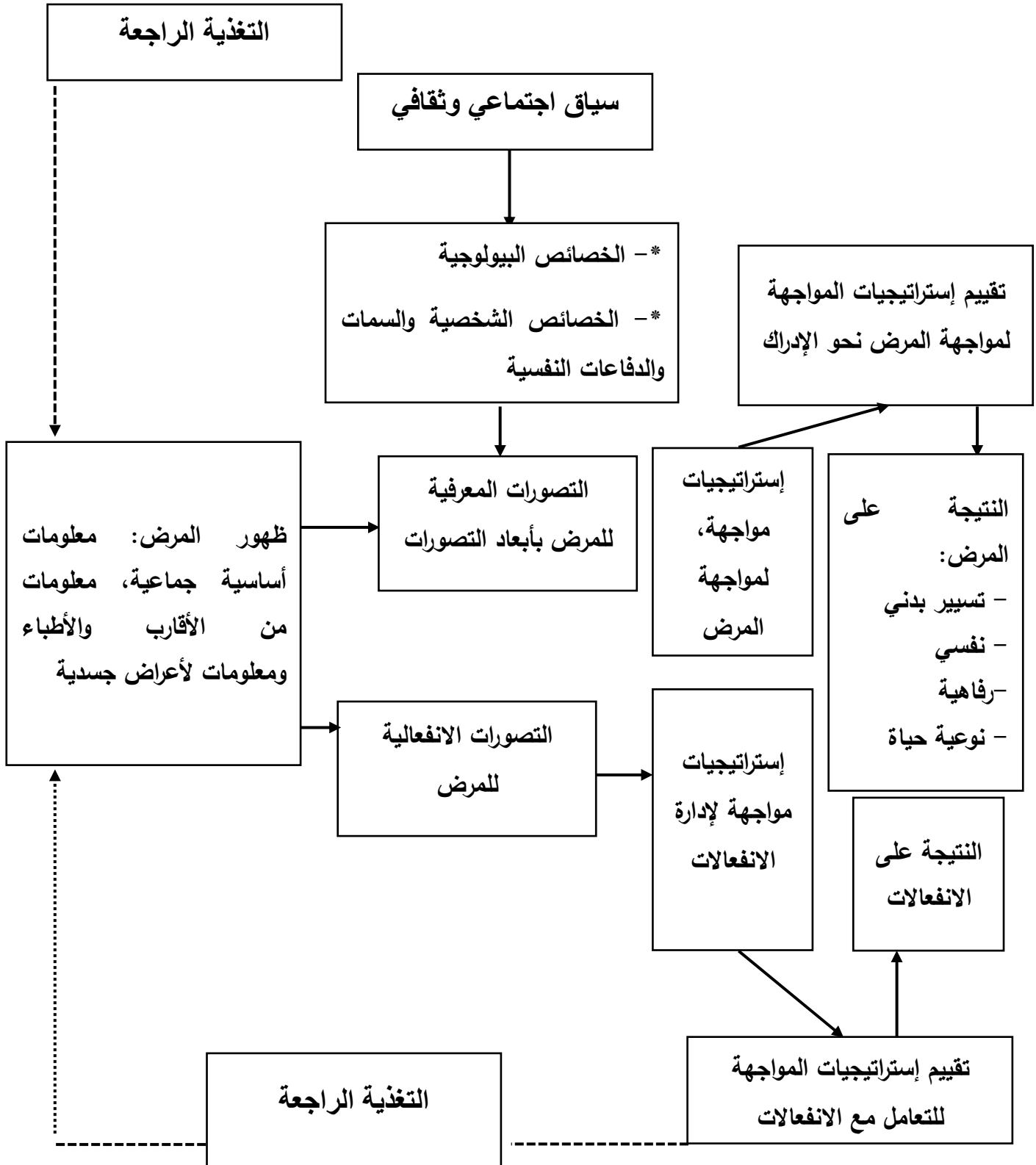


الشكل رقم 130 الأبعاد الخمسة للتصورات حول المرض ليفنثال وآخرون (Leventhal et Al, 1980)

### 5- علاقة نموذج التنظيم الذاتي مع نماذج معرفية تفاعلية:

مع وجود التقييمات المتتالية والديناميكية، فإن نموذج التنظيم الذاتي متوافق تماماً مع النماذج المعرفية للتعامل مع الضغط (**Modèles Transactionnels du Coping**)، والتي يقوم الفرد بتقييم الموقف وموارد التأقلم الخاصة به، فحسب ليفنثال وآخرون ( **Leventhal et al, 2001**) ستكون هذه التصورات المعرفية والإنفعالية الموازية على التوالي هي أصل ومصدر الاستراتيجيات المركزة على المشكلة والمركزة على الانفعال (**Pupat, 2007, P: 37**). وفقاً لنموذج التنظيم الذاتي، هناك صلة مباشرة بين إدراك المرض وسلوكيات وإستراتيجيات المواجهة (**Stratégies de Coping**) (**Lazarus et Folkman, 1984**) أين ستلعب التصورات حول المرض دوراً في مخطط التصفية والتفسير من مصادر المعلومات المتاحة وتوجيه الإجراء استجابةً لتهديد المرض.

لقد أظهرت العديد من الدراسات أن تصورات المرض لها تأثير على إستراتيجيات المواجهة والالتزام بالعلاج أو عدمه. كما يبينه الشكل رقم (31) مبيئاً التأثيرات المباشرة لتصورات المرض على المخارج (**Issues**).



نموذج التنظيم الذاتي (Leventhal , Meyer et Nerenz, 1980)

وليفنتال وديفنباش (Leventhal et Deifenbach, 1996)

الشكل رقم 31 التأثيرات المباشرة لتصورات المرض على المخارج (النتائج) Issues

وعليه يكون المبدأ العام لنظريات الأنظمة ذاتية التنظيم من حيث معالجة المعلومات، على النحو التالي:

في الخطوة الأولى يتم تلقي الحدث وتفسيره وتشكيله في تصور داخلي (إدراك) في الخطوة الثانية يتم وضع خطة التحضير للعمل (المواجهة)، وفي الخطوة الثالثة يتم تقييم لمدى كفاية هذا الإجراء التكيفي (Cosnier, 2015, P: 124).

وعليه فهذه الإجراءات (السلوكات الصحية) يتم تنفيذها ليس لمواجهة المرض ولكن لتصوراتهم له.

#### 6- أهمية تصورات المرض كعامل مؤثر:

إن العيش طويل الأمد مع المرض له سلسلة من العواقب النفسية والمعرفية على المرضى، وهذه العواقب تمنع بانتظام التزام المريض بعلاجه وتؤثر على فعاليته الذاتية. تتشأ تصوراتهم من فكرة، قد تكون لدى المريض حول مرضه فيها يتعلق بمعرفته ومشاعره وأفكاره حتى الأفكار الخاطئة، فغالبا ما يشعر المرضى بالإحباط من إتباع نظام غذائي ومراقبة نسبة الجلوكوز (السكر) في الدم والرعاية الخاصة بمرض مصاحب معين، والتي غالباً ما تكون بمثابة أعباء. تؤدي هذه القيود إلى مخاوف، " الخوف من انخفاض سكر الدم، الخوف من المضاعفات، الخوف من الوضع الدقيق، الخوف من الوحدة، ...". لكن هذا الإحباط والخوف يتلاشى عندما يتم إبلاغ المريض وتقديم المعلومات له بشكل صحيح وبسيط وشرح التوصيات للحفاظ على صحة جيدة. ولذلك يُعد إدراج التصورات حول المرض في العملية العلاجية المقدمة للمرضى عنصراً مهماً في العمل على هذه التصورات.

إن فهم التصورات حول المرض تسمح للمختص النفسي والفريق المتعدد التخصصات العامل معه بتطوير دعم ومرافقة وتمكين يتلاءم مع المريض (Dantzer, 2010, P: 06).

كما هو معلوم يتم إنشاء التصورات لدى المريض بناءً على تجربته مع المرض. ومن هنا تأتي أهمية قيام أعضاء الفريق المتعدد التخصصات بتقييم المعرفة السابقة وما يحمله المريض من تصورات حول داء السكري.

فاعتمادا على نتيجة هذا التقييم، يكون مقدم الرعاية قادراً على معرفة ما يمكن أن يتعلمه المريض. فتهدف معرفة التصورات لدى المرضى إلى معرفة ما يشعر به المريض حيال المرض، وما إذا كان لديه دراية بالإضطرابات وما إذا كان مقتنعاً ومتقبلاً للمرض منذ الإعلان عن تشخيصه (الإعلان عن مرض مزمن هو صدمة كبيرة، يجب على المريض بعد ذلك أن يمر بمراحل مختلفة، إنكار، تمرد، مساومة، إكتئاب، تقبل، تكيف)، ورأيه في فعالية العلاج، وتقييم مدى التزامه في برنامج العلاج (Boudron, 2012, P: 12).

في علم النفس الصحة أدت الأبحاث حول التصورات حول المرض وإمكانية دمجها في التدخلات التي تهدف إلى تحسين الرعاية، إلى ظهور عدد متزايد من الدراسات والمقالات بناءً على النماذج المعرفية النظرية، التي تم تطويرها قبل بضعة عقود، أين تم تطوير تقنيات خاصة ببعض الأمراض المزمنة من أجل الاقتراب قدر الإمكان من التجارب الذاتية للمرضى فيما يتعلق بمرضهم، واستخدامها للتنبؤ بسلوكهم وتكيفهم.

وبناءً على مراجعة الأدبيات هدفت دراسة فيلاني وآخرون (Villani et Al, 2013) إلى دراسة التفاعلات الموجودة بين تصورات المرضى وأقاربهم وركزت الدراسة كغيرها من العديد من الدراسات والبحوث على أنّ أحد أهداف البحث النفسي في مجال الصحة هو جعل من الممكن فهم العوامل التي تؤثر على السلوكيات الصحية في سياق إدارة الأمراض المزمنة أو النوبات الحادة، واقتراح التدخلات المناسبة وفقاً لذلك.

حسب ماك قرادي وآخرون (Mc Grady et Al, 2014) أنه يمكن للتصورات حول المرض، أن تنبئ بالامتثال لدى المراهقين المصابين بداء السكري من النوع الأول، فلها تأثير كبير على تواتر مراقبة نسب السكر في الدم والامتثال لبروتوكولات العلاج والإلاح والالتزام بالنظام الغذائي والعلاج (Huard, 2018, P: 49).

يبدو أن تصور المراهق لمرضه مهم في التزامه بنظام علاجي حسب روبرسون (Roberson). في الواقع تؤثر المفاهيم الشخصية أو إدراك المريض وأنظمة المعتقدات على السلوك أكثر من الواقع الموضوعي لموقف معين.

حيث وجد هامبورغ وإنوف (Hambourg et Inoff, 1982) علاقة ضعف المعرفة بالمرض وعدم الامتثال عند المراهقين المصابين بداء السكري. لذلك يبدو أن المعارف والمعلومات الخاصة بالعلاج شرط ضروري، وجب فيه على الأطباء تقديم أنفسهم كشركاء للمراهق وعائلته من خلال النهج المتمركز حول المريض وخلق علاقة علاجية مبنية على الحوار للوصول إلى تفسيراته المتعلقة بالمرض والعلاج (Huard, 2018, P: 60).

فجاءت دراسة ملياني وملياني (2021) بهدف تبيان تصورات وتمثيلات المريض المزمّن بالقلب وداء السكري وتأثيرها على سلوكه في تلقيه الخدمات العلاجية ومدى رضاه عنها.

لقد أثبت ليفنثال أن الأفراد يُنشئون تصورات عقلية لمرضهم من المصادر الملموسة والمجردة للمعلومات المتاحة، من أجل فهم الحدث وإدارة الموقف (Villani et Al, 2013, P : 478) لذلك تُعد أول خطوة يقوم بها المريض في عملية طلب المساعدة أو إدارة المرض هي مرحلة تفسير المعلومات، لوضع خطة عمل لمواجهة هذا الحدث وهو ما كشفت عنه دراسة أبركان (2013) في الكشف عن أثر إدراك المرض في اختيار أساليب المواجهة لدى مرضى التكلس الرئوي، متوصلاً إلى أن للتصورات الانفعالية تأثير في اختيار كل من أسلوب حل المشكل وأسلوب البحث عن المساندة الاجتماعية وأسلوب إعادة التقييم الإيجابي. في الواقع، تم تسليط الضوء على تأثير تصورات المرض على التكيف الجسدي والنفسي للمرضى وتقييم تأثيرها على نوعية الحياة أو قدرة المريض على أداء وظيفته، من خلال العديد من الدراسات في علم النفس الصحة. فبينت دراسة تيراسون (Terrasson, J, 2019)، لما لإدراك المرض من تأثير على نوعية حياة المرضى المراهقين ومؤشر السكر التراكمي (الهيموجلوبين السكري).

وعليه حسب دي رايج وآخرون (De Raaj et al 2022) فإنّ تحسين التصورات من خلال برنامج التربية العلاجية يؤدي إلى تحسين في الرعاية الذاتية للسكري التي هي أحد مؤشرات الملائمة العلاجية.

لتهدف دراسة حمياني وبن مبارك (2021) للكشف عن وجود تأثير لإدراك المرض على جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى الزرع الكلوي، فالإدراك الإيجابي لعملية زراعة الكلية لها دور كبير في التأثير على نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لديهم. فتدهور نوعية حياة المريض مرتبطة بمعتقداته الخاطئة التي يحملها حول مرضه وطريقة تعامله وفي كيفية إدراكه لعملية الزرع.

إنّ من خلال تنفيذ نموذج التنظيم الذاتي لليفنثال ضمن برنامج التربية العلاجية سيتعلم المريض كيفية مواجهة المواقف التي يسببها المرض بشكل يومي من خلال عدة مراحل: من تشخيص الحالة (الموقف) والحلول الممكنة للمشكلات والتخطيط وتنفيذ الاستراتيجيات وبهذا تكون الإجراءات التي يتخذها المريض منظّمة.

" يساعد هذا النموذج الباحث المختص على فهم وتجاوز الصعوبات التي تواجه المرضى أثناء التسيير الذاتي والتي تؤدي إلى عدم الامتثال للتعليمات الطبية لدى هؤلاء المرضى. فيسمح الانسجام بين مراحل نموذج التنظيم الذاتي بدمج مختلف الجهات المشاركة في العملية العلاجية (المريض، العائلة، الطبيب) كما له دور وأهمية في السياقات التأويلية والتنبؤية، لأنه من خلال تحديد إدراك المريض لمرضه يمكن التنبؤ بطرق مواجهة المرض ومدى اعتقاده بفعاليته وبالتالي تحديد مدى ملائمة المريض مع علاجه" (زناد، 2013، ص: 171-172).

## 7- قياس إدراك المرض في علم النفس الصحة:

زاد مؤخرًا البحث الكمي والكيفي حول إدراك المرض بشكل كبير، لا سيما منذ تطوير أدوات القياس النفسي المعتمدة. لأن ما أثبتته الدراسات في أنّ النتائج المرتبطة بالمرض هي مرتبط بالامتثال العلاجي والتحكم الأيضي لدى الأفراد المصابين بداء السكري من النوع الأول.

فعلى أساس نموذج التنظيم الذاتي تم تحديد المقاييس المعرفية لتصورات المرض، ولاسيما استبيان إدراك المرض ل: وينمان وبيتريك وموس موريس وهورن

(Weinman, Petric, Moss- Morris, Horne, 1996)

لتأتي بعدها النسخة المنقحة لموس موريس وآخرون (Moss- Morris et Al, 2002) الذي توصل إلى أن محتوى المريض يمكن تقسيمها إلى (5) مواضيع: السبب والنتائج ويُعد الهوية والبعد الزمني وتماسك المرض. كما تم تضمين أبعاد أخرى لاحقًا في النموذج لاسيما المعتقدات المتعلقة بالعلاج أو الجانب الذي يمكن التحكم فيه من المرض والتصورات الإنفعالية التي يمكن أن يكون لها تأثير على الحالة الانفعالية والتكيف حسب موس موريس وآخرون (2022) وصولاً إلى استبيان إدراك المرض المختصر لبرودبنت (Broadbent 2006) وحسب ماجاءت به برودبنت وآخرون (Broadbent et Al, 2011)، التي توصلت نتائجها أن لدى المرضى نماذج عقلية ومحددة ونوعية حول علاجات داء السكري والتي ترتبط بالمراقبة.

بصفة عامة تعمل مختلف المقاييس حول التصورات بتقييم العوامل التي تدخل في التقييم الأولي والثانوي للضغط النفسي الذي يشكله المرض المزمن، وفقاً للنموذج التعاقدية

ل: لازاروس وفولكمان (Lazarus et Folkman, 1984):

↔ تحليل المرض كتهديد أو تحدٍ، باعتباره حاملاً للخسائر أو الفوائد، له تأثير

حاسم على تصور الفرد له.

↔ الفهم في مسببات المرض.

- ← تلعب المستويات غير المتجانسة من المعلومات دورًا مؤثرًا في التصورات
- ← دور الخبرة السابقة في التأثير على التقييم الأولي للمرض.
- ← تأثير الخصائص الشخصية كتناول المريض أو تشاؤمه فيما يتعلق بتطور المرض، وتأثير ذلك على اعتقاده في التحكم.
- ← أيضا أن لتأثير المرض على نوعية حياة المريض دور مهم في بناء تصور لهذا المرض، فقد يعاني المريض من أثارها السلبية من خلال تطوير على سبيل المثال، الشعور بعدم الكفاءة الذاتية.
- متأثرا بعلم النفس الاجتماعي، لعب علم النفس الصحة دورًا رئيسيًا في دراسة العمليات النفسية والسلوكية المتعلقة بالصحة والمرض وطرق الوصول إلى الرعاية. يشجع مركز أبحاث جامعي مشهور عالميا King's Collège في بريطانيا العظمى، للتحقيق من المحددات البيولوجية النفسية والاجتماعية المرتبطة ببعض الإصابات العضوية فتم نشر سلسلة كبيرة من الأبحاث حول تصورات المرض في الأدبيات منذ الثمانينات ( Girrard, E, 2016, P: 303). أين عمل الكثير من الباحثين في علم النفس الصحة على أبعاد هذه التصورات لبناء استبيانات ذات أسئلة بسيطة، تفحص التصورات الرئيسية حول المرض.
- فحسب مراجعة قامت بها برودبنت وآخرون (Broadbent et Al, 2015) أتاحت هذه الأداة للأطباء استكشاف معنى الضعف وتوقعات المريض ومن تحديد المكونات النفسية للإصابة. هو دليل لاستكشاف تصورات المرض من خلال (7) أسئلة مفيدة والتي كونت استبيان إدراك المرض المختص (Brief Illness Perception Questionnaire) (B-IPQ) والذي استُخدم على نطاق واسع وله خصائص قياس نفسية جيدة.
- كما بينت هذه المراجعة أن الاستبيان مفيد عبر العديد من التطبيقات، فكانت العناصر الأكثر تنبؤًا بالنتائج هي العواقب والهوية والجدول الزمني والتحكم، وهو ما يتوافق مع نظرية التنظيم الذاتي لأنها تمثل الأبعاد المعرفية الأساسية فيها. وكانت التصورات الأكثر قابلية للتعديل هي التحكم الشخصي (الفعالية الذاتية) والمعتقدات السببية وهي

تصورات مركزية للتقييم لخلق تغيير في السلوك (Broadbent et Al, 2015, P: 1372). كما هو موضح في الجدول رقم (11) دليل استكشاف تصورات المرض: 7 أسئلة مفيدة أمام المرض المزمّن (Girard, 2016, P: 304)

الجدول رقم (11) دليل استكشاف تصورات المرض

استبيان إدراك المرض المختصر B-IPQ	
1	الهوية: ماهي أهم الأعراض المرتبطة بمرضك؟
2	الزمانية: إلى متى تعتقد أن مرضك سيستمر؟
3	العلاج: هل تعتقد أن العلاج المقترح يمكن أن يساعدك؟
4	العواقب: كيف يؤثر مرضك على حياتك؟
5	التحكم: ما مدى تحكمك في مرضك؟
6	الإنفعالات: هل تشعر بأن مرضك يؤثر انفعالياً؟
7	السبب: إلى ماذا تنسب مرضك؟ هل حددت واحداً أو عدة أسباب؟

ورغم أن مجال التصورات واسع للغاية ومعقد ومع ذلك تسمح هذه الأسئلة البسيطة من عملية استكشاف تصورات المرض وتوفير إطاراً لها ولمقدمي الرعاية عن سبب معاناة المريض وعلى توقعاته.

## ثانياً: الشعور بالفاعلية الذاتية

## 1- مفهوم الفعالية الذاتية وعلاقته بالمفاهيم ذات الصلة:

الشعور بالكفاءة الذاتية (Le Sentiment d'efficacité personnelle) أو الفعالية الذاتية (L'Auto- Efficacité) هو مفهوم لباندورا (Bandura, 1997) يشير إلى إيمان الفرد بقدرته على مواجهة موقف معين. لذلك فهو اعتقاد مسبق بقدرات الفرد، فقد يبالغ في تقديره لمهاراته أو العكس يقلل من تقديرها. مع ذلك فقد بينت العديد من الدراسات أن الكفاءة أو المهارة تكون مساوية لعمل ما، فالأفراد ذوي الإحساس العالي بالكفاءة الذاتية ينجحون بشكل أفضل من الأفراد ذوي الإحساس المنخفض للكفاءة الذاتية. وأمام محاولة التكيف عند المواقف العصبية (على سبيل المثال الإصابة بمرض مزمن) توصل ويدن فيلد وآخرون (Weiden Field, Oleary, Bandura, Brown, Levine, 1990) أن الأفراد الذين يتمتعون بحس عالٍ من الكفاءة الذاتية يظهرون مقاومة نفسية وفيزيولوجية أفضل من الأفراد الذين لديهم انخفاض في الكفاءة الذاتية. (Luminet, 2013, P: 156-157)

وفقاً لألبرت باندورا (Bandura, 1996) فإن توقعات ومعتقدات الكفاءة الذاتية هي العامل الرئيسي في عمل الإنسان، إن شعر الشخص أنه لا يستطيع تحقيق نتائج مرضية في بعض المجالات، فلن يحاول تحقيقها. تؤثر معتقدات الأفراد في فعاليتهم على كل ما يفعلونه: كيف يفكرون، ويحفظون أنفسهم ويشعرون ويتصرفون.

لا يتعلق الإحساس بالفعالية الذاتية فقط بمعرفة ما يجب القيام به والتحفيز على القيام بذلك، بل هي قدرة إنتاجية يجب من خلالها تنظيم المهارات الفرعية المعرفية والاجتماعية والانفعالية والسلوكية وتنظيمها بشكل فعال لخدمة أغراض عديدة. غالباً ما يفشل الأفراد في الأداء على الرغم من أنهم يعرفون جيداً ما يتعين عليهم القيام به ولديهم المهارات المطلوب. بعبارة أخرى، لا يتعلق إحساس الفرد بالكفاءة الذاتية بعدد المهارات التي يمتلكها، بل يتعلق بما يتعدى أنه يمكن أن يفعله بها (Leconte, 2004, P: 60)

الفكرة المركزية لعديد المفاهيم حول الشعور بالفعالية الذاتية هي أن ثقة الفرد في قدرته على أداء مهمة معينة تحدد جزئياً الطريقة التي سيواجه بها هذه المهمة ومستوى الأداء الذي سيحققه بالفعل (Galand et Vanlede, 2004, P: 94).

يبدو أن الشعور بالكفاءة الذاتية هي إحدى العمليات التي يحقق من خلالها الأفراد الأكفاء انفعالياً (نوي المهارة الانفعالية) تكيفا (Adaptation) مع المواقف المرهقة.

تشير دراسة ميكولاجزك ولومينات (Mikolajczak et Luminet, 2008) واحدة من العديد من الدراسات التي أجريت في كل من المخبر والميدان، على أنه كلما كان الفرد مؤهلاً إنفعالياً، كلما أبلغ عن ثقته في قدرته على التعامل مع المواقف السلبية، أي أكثر ثقة في قدرته على أداء المهمة بشكل صحيح (Luminet, 2013, P : 157).

وبهذا يُعد الشعور بالكفاءة الذاتية عاملاً مؤثراً في عملية تكيف المرضى المصابين بداء السكري مع المواقف الصعبة التي تواجههم مع المرض وعلاجاته.

يمكن تعريف الكفاءة الذاتية على أنها الإيمان بقدرة الفرد على حل مشكلات معينة وإكمال مهمة وإتقانه في بيئته. في حين لا ينبغي الخلط بينه وبين المفاهيم الأخرى ذات الصلة مثل مفهوم الذات أو تقدير الذات.

مفهوم الذات عبارة عن رؤية ذاتية تتشكل من التجربة المباشرة وتقييمات الأشخاص المهمين للفرد. أما تقدير الذات فيتعلق بالتقييم الذاتي للقيمة الشخصية للفرد.

ويركز روجز "Rogers" على أهمية مفهوم الذات الشخصي في نظرية " التمرکز حول العميل " الذي يعني الطريقة التي يدرك بها الفرد ذاته، ويعتبر اتجاه تحقيق الذات المحرك الأساسي لنمو الفرد والحفاظ على تطوره (زناد، 2018، ص: 119).

" بالرغم من ان نظرية التعلم الاجتماعي تعرف مفهوم الذات الموجب بأنه ميل الفرد للحكم على ذاته بصورة طيبة ومفهوم الذات السلبي بأنه ميل الفرد لنقد ذاته والتقليل من شأنها وقيمتها إلا أن باندورا يختلف عن روجرز "Rogers"، إذ يرى أن صورة الذات ( Self Image) وحدها غير كافية لتفسير السلوكات المختلفة للأفراد في المواقف المختلفة، ويؤكد

على ضرورة التمييز بين مفهوم الفعالية الذاتية ومفهوم الذات الذي حدد ملامحه روجرز " Rogers (سي بشير، 2016، ص: 144-145).

#### ■ - تقدير الذات:

يُعرف تقدير الذات على أنه الحكم الذي يمتلكه الفرد لنفسه. ويُترجم الطريقة التي يرى بها نفسه. يختلف هذا الحكم وفقا للحالات أو المجالات التي يواجهها الأفراد. لا ينبغي الخلط بين تقدير الذات (حكم القيمة على الذات) والشعور بالكفاءة الذاتية (الحكم على القدرة).

فتقدير الذات هو مؤشر على حالة الشخص النفسية فيكون لهذا التصور تأثير على سلوكه، فمثلا يؤثر تقدير الذات الإيجابي بشكل إيجابي على الالتزام بالعلاج والدواء (Baudrand- Boga, 2010, P: 65-66). وبالتالي تتعلق الفعالية الذاتية بتقييم الفرد لقدراته الشخصية فهي أكثر تنبؤًا بالسلوك من مفهوم الذات أو تقدير الذات.

حسب " باندورا وجوردان " (Bandura et Jordan, 1991) " الكفاءة الذاتية هي مهارة (Compétence/Aptitude) منتجة من حيث أنها تؤدي إلى إعادة تنظيم المهارات المعرفية والاجتماعية والانفعالية والسلوكية حسب الغرض. فلا يعني امتلاكها هي بالضرورة القدرة على استخدامها في الظروف التي تتطلب ذلك. يرقى هذا القول بأن الكفاءة الذاتية تتعلق بمعتقدات الأفراد في استخدام قدراتهم أكثر من عدد أو طبيعة القدرات التي يمتلكونها بالفعل (Pourtois et Demontry, 2004, P: 148).

(2) - أصول البناء النظري من التعلم الاجتماعي إلى نظرية الفعالية الذاتية (1977-2002):

قبل نصف قرن من الزمن مهد باندورا الطريق للعديد من الاكتشافات الخصبة المعترف بها اليوم، من المرونة (La Résilience) إلى الرفاهية (Labientraitance). قادت هذه السلسلة من الاكتشافات خلال الجزء الأول من حياته المهنية، إلى برنامج الأبحاث المخبرية حول محددات وآليات التعلم الاجتماعي (Apprentissage Social)، من

خلال الملاحظة (Observation) وتأثير عمليات النمذجة (Modelage) أو البدائل (Vicariants) (Carré, 2004, P: 17).

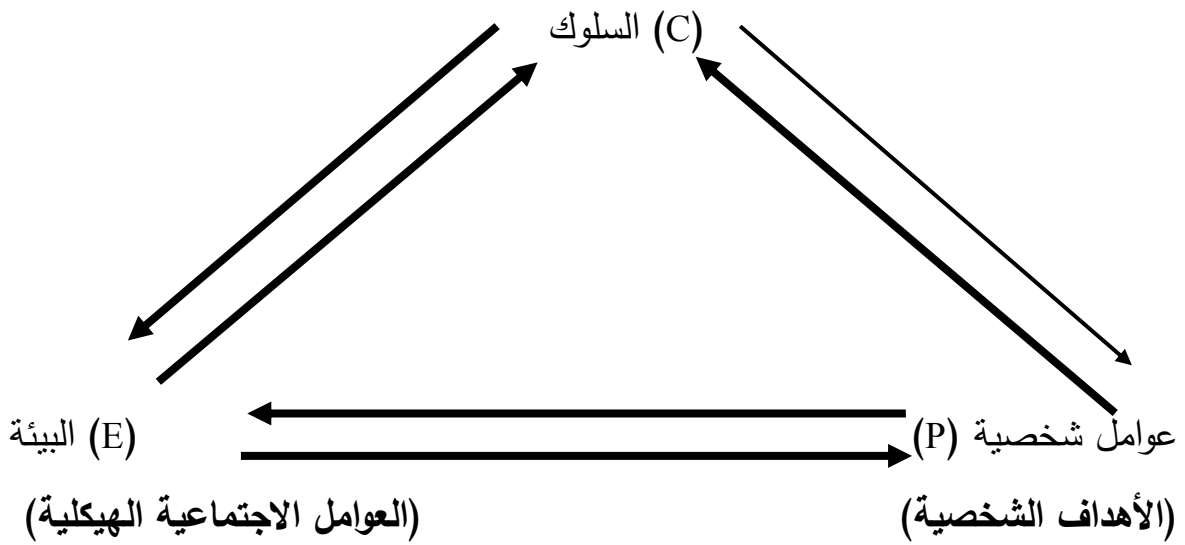
ففي عام 1962 وضع مفهوم التعلم عن طريق الملاحظة التي جاءت كأول حملة ضد السلوكيين في نظرية " هول وسكينر " (Hulle et Skinner) كتب في عام 1977 " هل تعلم " ذكر فيه مصطلح التعلم الاجتماعي في إطار نظرية معرفية اجتماعية، إذ يؤكد المصطلح على أنّ التعلم جزء لا يتجزأ من الشبكات الاجتماعية وأن العمليات المعرفية تعمل كوسيط قوي للتأثيرات البيئية. وهو بداية الحركة الناشئة لعلم النفس المعرفي.

ركز عمل باندورا المبكر على الدور البارز للنمذجة الاجتماعية في تحفيز الإنسان وفكره وعمله، فهي تؤثر على الدافع من خلال غرس توقعات جيدة ومتفوقة بشكل عام. أدى تطور عمله النظري في السبعينيات والثمانينيات من القرن الماضي بالتخلي تدريجياً عما يسمى بإطار " التعلم الاجتماعي " إلى النظرية المعرفية الاجتماعية، التي تمنح دوراً مركزياً للعمليات المعرفية. فيصبح الأداء البشري نتاج تفاعل ديناميكي بين التأثيرات السياقية والسلوكية والداخلية وهو ما يسمى بالسببية المثلثية المتبادلة.

بالنسبة لباندورا ومعاونيه، فإن المعارف (التصورات والأفكار والوعي وما إلى ذلك) هي التي تلعب دوراً رئيسياً في الوساطة بين فعل البيئة والاستجابات السلوكية وهو ما سُمي لاحقاً بتوقعات الفرد.

فيتم تحليل الأداء النفسي من خلال النموذج الثلاثي أو الثالوث الديناميكي (Triade Dynamique) تكون فيه كل من "العوامل الشخصية" (الأحداث التي مر بها على المستوى المعرفي والإنفعالي والبيولوجي، لاسيما التصورات الشخصية للفعالية أو الكفاءة، والاهداف المعرفية) والسلوكات" (أنماط الإجراءات التي تم تنفيذها بالفعل او المخططات السلوكية) "والمحدد البيئي" (خصائص البيئة الاجتماعية والتنظيمية، والقيود التي تفرضها والمحفزات التي تقدمها)، يمثل الشكل رقم (32) فهم الأداء الكلي بواسطة النظرية الاجتماعية المعرفية.

## (توقعات النتيجة)



الشكل رقم 32 النموذج الثلاثي الديناميكي في النظرية المعرفية الاجتماعية

يتوافق الشعور بالفعالية الشخصية أو ما يطلق عليه بالكفاءة الذاتية (فيما يتعلق بترجمتها الإنجليزية) مع معتقدات الأفراد في قدرتهم على تنفيذ الإجراءات المتعلقة بهدف سلوكي، وسيسمح الشعور القوي بالكفاءة الذاتية للفرد بممارسة آلية الضبط على سلوكياته. ويُعد هذا المفهوم الذي وضعه باندورا عام (1986) محل تداول من طرف العديد من النماذج النظرية مثل نظرية السلوك المخطط ل: أزن (1980) ونظرية الدافع لحماية الذات ل: روجز "Rogers" (1983) والنظرية الاجتماعية المعرفية ل: باندورا من 1986 إلى غاية 2007 حيث تكمن قوة هذه النظرية في التركيبة التكميلية الثلاثية التي تأخذ بعين الاعتبار الفرد في بيئته العالمية.

## ■ - توقعات النتائج (Les Attentes de Résultats):

تشكل توقعات النتائج حكم الشخص على النتيجة المحتملة لسلوك ما وهي تختلف عن الفعالية الذاتية التي تستجيب لحكم الشخص على تنظيم وتنفيذ هذا السلوك تعمل النتائج الإيجابية كمحفزات بينما تعمل النتائج السلبية كمثبطات.

نميز ثلاثة أشكال من توقعات النتائج:

← الشكل الأول: يتوافق مع التأثيرات الجسدية المصاحبة للسلوك، يركز المظهر الإيجابي على التجارب الحسية الممتعة والراحة الجسدية، في حين يركز المظهر السلبي على التجارب الحسية غير الممتعة مثل الإحساس بالألم.

← الشكل الثاني: يتعلق بردود الفعل الاجتماعية الإيجابية مثل: إظهار المصالح، الموافقة، الاعتراف الاجتماعي.... إلخ. وردود الفعل الاجتماعية السلبية (قلة الاهتمام، الرفض الاجتماعي....).

← الشكل الثالث: يتعلق بالتقييمات الذاتية الإيجابية أو السلبية الناتجة عن السلوك المُتَّبَنَى.

### ■ - العوامل الاجتماعية الهيكلية (عوامل البنية الاجتماعية):

وتتمثل في الرافعات والمكابح في عملية تبني السلوك، فقد تبدو بعض العقبات مستعصية أمام الفرد في تبني سلوك ما، مما يؤدي إلى انخفاض إحساسه بالكفاءة الذاتية وفي دوافعه لتغيير أسلوب حياته وقد حدد باندورا ثلاثة أنواع من العوامل الاجتماعية الهيكلية.

← العوامل الشخصية (مثل إحساسه بالتعب).

← العوامل الموقفية مثل: وجود أصدقاء خاملين لا يمارسون أي نشاط بدني.

← العوامل الهيكلية مثل: عدم وجود منشأة رياضية قريبة من المنزل.

عليه كلما كانت هذه العقبات أقل كلما بدا تبني السلوك أسهل.

### ■ - الأهداف الشخصية: يركز البناء الأخير لنظرية المعرفة الاجتماعية على

الأهداف الشخصية للفرد والتي تشكل أحد المصادر الرئيسية الدافعية.

تعمل الأهداف طويلة المدى لتوجيه السلوك، بينما الأهداف القصيرة المدى تنظم

الجهد وتوجه العمل.

وبهذا ترفض النظرية المعرفية الاجتماعية السببية الثنائية بين الشخص والمجتمع، لصالح مفهوم التفاعل الديناميكي للعوامل الاجتماعية والعوامل الفردية، في منظور "متكامل" من خلال العمليات الذاتية مثل التصورات أو مستوى التوقعات أو الشعور بالكفاءة الذاتية. وبهذا ومنذ أواخر السبعينيات، وجه باندورا برنامج البحث من دراسة النمذجة والتعلم الاجتماعي وعمليات التنظيم الذاتي إلى السؤال المركزي عن المساهمات السببية لأفكار الأفراد ودوافعهم وأفعالهم، مبرزاً الدور الرئيسي للتصورات الشخصية للفعالية في تغيير السلوك في كتابه **(Self- Efficacy: the exercise of control)** (الكفاءة الذاتية: ممارسة التحكم) أظهر كيف ان ثقة الأفراد بأنفسهم هي أساس كل الدوافع والنجاح البشري. فإن لم تعتقد أن عملك يمكن ان يحدث التغيير، فمن محتمل أنك لن تحاول. ويؤكد بان الفرد بحاجة إلى الاقتناع واليقين بأنّ لديه الوسائل لإحداث التغيير **(Changement)** لقد ركّز باندورا في الغالبية العظمى من أعماله على السؤال: " كيفية استعادة الثقة في الأفراد، وإحساسهم بالفعالية " **(Compte, 2004, P: 159-160)**.

أكد باندورا (نظرية التعلم الاجتماعي 1977) أن توقعات الفرد المتعلقة بمهاراته السلوكية والتي تتبلور في تغييره لسلوكه الصحي، تؤدي إلى التعامل بنجاح مع ظروف الفرد الصحية. ثم أصبحت النظرية في الثمانينات تركز على مفهوم الفعالية الذاتية **(La Théorie de L'efficacité personnelle)**.

ويشير " باندورا " **(Bandura)** بأن الأفراد يتعلمون الاتجاهات السلبية والايجابية نحو الأشياء ومنها الصحة والتي تُحدد بعناصر منها:

- - النموذج الذي يعرض سلوكا ما؛
- - السلوك الذي يعرضه النموذج (المحتوى)؛
- - الملاحظ الذي يُلاحظ كل سلوك النموذج،
- - نتائج السلوك البديل بعد المكافأة أو العقاب.

(الداغستاني والمفتي، 2010، ص: 107-108)

وفقا لباندورا (Bandura, 1995) فإن أقوى ناقل في مجموعة قدرات الإنعكاس الذاتي التي تتحكم في أفعال الشخص، ويؤثر على دوافعه هو الشعور بالكفاءة الذاتية أو الفعالية الذاتية. فهي حسب باندورا أساس الدافع البشري والرفاهية والإنجاز. " فالكفاءة الذاتية المدركة تتعلق بمعتقدات الأفراد في قدرتهم على التصرف بطرق تتحكم في الأحداث التي تؤثر على حياتهم، تشكل معتقدات الفعالية أساس الفعالية البشرية. إذا كان الأفراد لا يعتقدون أنهم يستطيعون تحقيق النتائج التي يرغبون فيها من خلال أفعالهم، فليس لديهم سبب كاف للتصرف أو المثابرة في مواجهة الصعوبات " (Carré, 2004, P: 39-40)

فترتبط الكفاءة الذاتية أيضاً بالمفاهيم التحفيزية لتشكيل الأهداف والمعايير الشخصية، وتوقعات النتائج والسمات السببية والتي تتفاعل معها في إثارة السلوك وتوجيهه وكثافتها واستمراره

#### ■ - نظرية الكفاءة الذاتية La Théorie D'auto Efficacité :

يعتمد هذا النموذج على الاعتقاد بأنه يمكننا إحداث التغيير من خلال جهودنا الخاصة. إن الطريقة التي ندرك بها قدراتنا على التعامل مع الأحداث وإتقانها تعتبر ذات تأثير على كيفية تفاعلنا مع المرض.

هذه الفكرة التي طوّرها باندورا (Bnadura, 1997) تستند إلى ملاحظة أن سلوك الفرد يقوم على معتقدين؛ أحدهما يرتبط وفقاً للنتائج التي يمكن الحصول عليها بالجهود الشخصية والثاني هو الإقتناع بوجود الموارد الضرورية تحت تصرف المرء لتحقيق هدف محدد. هذان المعتقدان هما ما يكوّن الشعور بالكفاءة الذاتية (Sentiment D'efficacité Personnelle) الشعور بالكفاءة الذاتية هو العنصر الأكثر أهمية، لها ديناميكيته الخاصة القائمة على حقيقة أن أولئك الذين يؤمنون بقدراتهم الخاصة سوف يطورونها بشكل أكثر فعالية في مواجهة العقبات. من بين العناصر التي تلعب دور في هذه الآلية الديناميكية، هناك عنصران مهمان فيما يتعلق بمشكلة المرض:

←- الأول: يتعلق بتجاربنا السابقة والطريقة التي تطور بها أو لاعتقادنا بقدراتنا

(توقع الفعالية) (L'Attente D'efficacité).

←- والثاني: يعتبر حقيقة التغلب على المحنة أو تجاوز الصعوبة هو عامل في

تعزيز الشعور بأن الفرد قادر على التغلب على الأحداث الصعبة ( L'Attente du Résultat) (Fischer, 2020, P: 57) (توقع النتيجة). وتؤكد هذه النظرية أن أداء السلوك الصحي وممارسته الفعلية يتم وفقا لشروطين أساسيين هما:

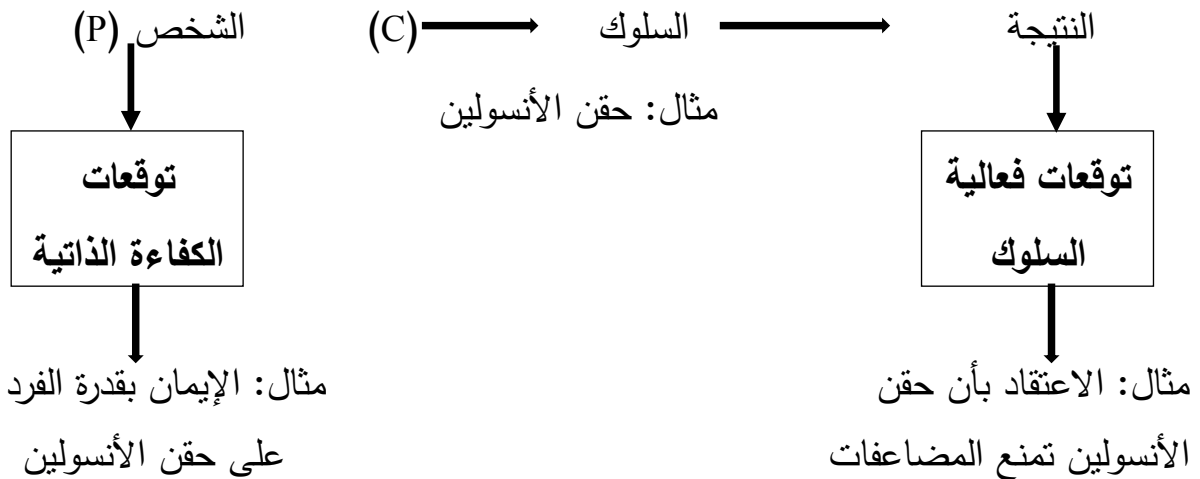
1/- توقعات الفعالية (Efficacy Expectation) خاصة بالقدرة على ممارسة السلوك

ويعني القدرة المدركة على أداء السلوك مثلا هل أعتقد بأنني قادر على أداء السلوك المناسب او الملائم.

2/- توقعات النتيجة (Outcome Expectation) خاصة بنتائج السلوك أونجاحه

ويعني الاعتقاد بأن السلوك سيحقق النتائج الإيجابية مثلا" هل التزامي بتغذية صحية سيحميني من خطر الإصابة بأزمة قلبية".

وهو ما يوضحه الشكل رقم (33)



الشكل رقم 33 رسم توضيحي للعناصر المكونة للفعالية الذاتية لسلوك المريض المزمن وفقا لنظرية

باندورا(Plante, 1998, P: 42)

" وفقا لباندورا، إن نظام المعتقد الذي يشكل الإحساس بالكفاءة الذاتية هو أساس الدافعية (Motivation) والعمل (Action)، ومن ثم الإنجازات والرفاهية البشرية ".  
 فإذا كان الناس لا يعتقدون أنهم يستطيعون الحصول على النتائج التي يريدونها من خلال أفعالهم، لن يكون لديهم سبب وجيه للسعي أو المثابرة في مواجهة الصعوبات  
 .(Bandura, 2019, P: 07)

وعليه تقوم النظرية المعرفية الاجتماعية على أربعة عوامل:

- القصد (L'intentionnalité).

- التمديد الزمني للعمل عن طريق الترقب

(L'Extension Temporelle de L'Action par L'Anticipation)

- التنظيم الذاتي (L'Auto- Régulation).

- الفعالية الذاتية (L'Auto- Efficacité).

وبهذا يؤثر اعتقاد الأفراد بفعاليتهم على مستوى الأهداف التي يضعونها وعلى مدى

قوة التزامهم في مواجهة العراقيل والانتكاسات (Bandura, 2019, P: 13).

حسب باندورا (Bandura, 2019) تعمل الكفاءة الذاتية كآلية ذاتية التنظيم

(Mécanisme auto- Régulateur) مركزية للناشط البشري فتتقن الشخص التي يضعها في

قدراته لإحداث التأثيرات المرجوة تؤثر على طموحه، واختياراته وضعفه للتوتر والاكنتاب

ومستوى مجهوده ومثابرتة، ومرونته في مواجهة الظروف.

ونكتشف من خلال باندورا ان الشعور بالكفاءة الذاتية يمكن أن يغير وظيفة المناعة

ومقاومة الألم لدى المرضى، والتقليل أو حتى القضاء على الاضطرابات المتنوعة مثل

الرهاب والاكنتاب أو إضرابات الأكل، والسماح للطلاب الذين ينتمون لأوساط صعبة وغير

مواتية بالحصول على نتائج مدرسية جيدة، إنه التغلب على الصعوبات التي تبدو

مستعصية.

تستند النظرية المعرفية الاجتماعية إلى ثلاثة عوامل متفاعلة: السلوك والبيئة والشخص. وهذا التفاعل الديناميكي بين الأفكار والأفعال وتأثيراتها هو ما يكوّن نظرية الفعالية الذاتية التي حددت العناصر التي تؤثر فيها الكفاءة الذاتية على الفرد وهي:

①- الدافعية الشخصية، ②- عمليات التفكير، ③- الحالات الانفعالية، ④- الأفعال

وبهذا فالكفاءة الذاتية هي المؤشر الأكثر فاعلية للأداء، فهي تؤثر على مسار العمل ومقدار الطاقة التي يستثمرها الفرد في الجهد ومستوى المثابرة في مواجهة الصعوبات وهو ما يلخص أبعاد الفعالية الذاتية المركزية (FASSA, 2014, P: 34-35).

### (3) - أبعاد الشعور بالفعالية الذاتية:

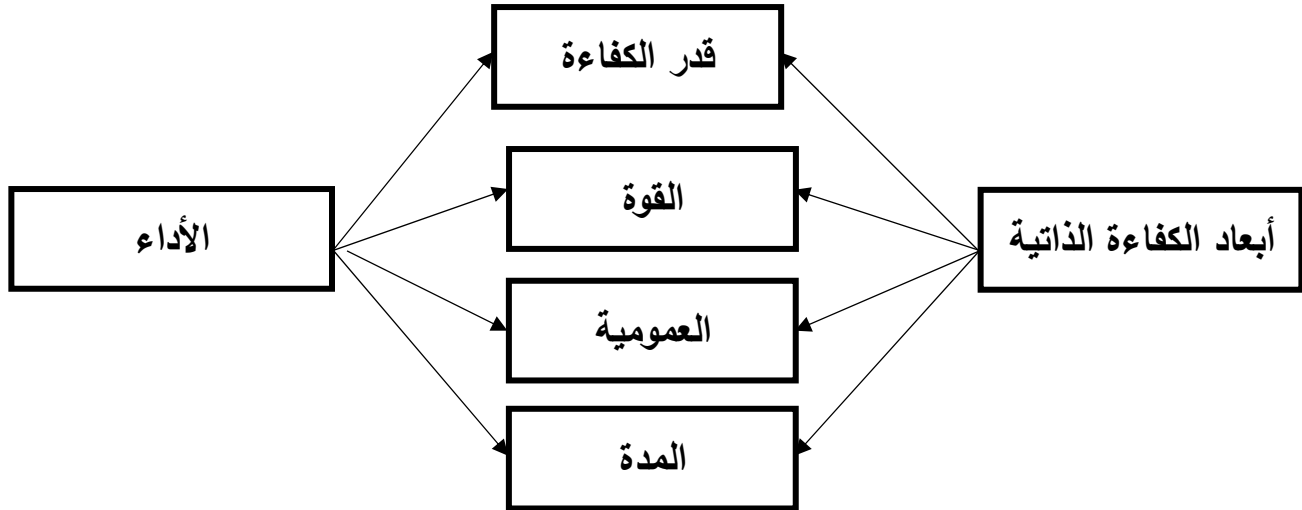
يتكون الشعور بالفعالية الذاتية من ثلاث أبعاد الحجم والقوة (أو المقاومة) والعمومية. والتي يضاف إليها البعد الزمني.

➔ الحجم يتعلق بمستوى صعوبة السلوك؛ وبالتالي فإن الشعور بالكفاءة الذاتية يمكن أن تتوقف عند أبسط السلوكيات أو تمتد إلى أكثرها تعقيداً، وبالتالي، يعكس الحجم جانباً من شدة الشعور بالكفاءة الذاتية أو قدر الكفاءة.

➔ القوة (أو المقاومة): هي القدرة على الحفاظ على الشعور بالكفاءة الذاتية على الرغم من الإخفاقات أو الصعوبات التي تواجهها.

➔ العمومية: إنّ عمومية الشعور بالفعالية الذاتية هي إمكانية امتداده ليشمل جميع جوانب السلوك.

➔ المدة: أخيراً، سيأخذ الشعور بالكفاءة الذاتية مخططات مختلفة اعتماداً على ما إذا كانت لفترة أطول أو أقصر، مما يُعطي البعد الزمني أهمية لا تُهمل. فبالنسبة لباندورا، فإن دراسة الشعور بالكفاءة الذاتية يتضمن بالضرورة تحليلاً تفصيلياً لكل هذه الأبعاد (Fischer et Al, 2020, P: 57). وهو ما يوضحه الشكل رقم (34)



الشكل رقم 34 أبعاد الشعور بالفعالية الذاتية

4- مصادر الكفاءة الذاتية: يتم بناء احكام الذاتية الشخصية وفقاً لباندورا من

أربعة مصادر للمعلومات : التجربة الحية (الإنجازات الأدائية) الخبرة البديلة (غير المباشرة) والإقناع اللفظي والحالة الانفعالية والفيزيولوجية (التقييم الذاتي).

1- ستكون التجربة الحية أو الإنجازات الأدائية هي المصدر الأول للشعور بالكفاءة

الذاتية، بشكل عام تؤدي النجاحات والفضل على التوالي إلى زيادة أو انخفاض في الشعور بفعالية الفرد. ليس فقط هذا، فالفرد سينتج استنتاجات مما يحدث له وفقاً لتوقعاته من النتائج وقناعاته الشخصية وتقييمه لصعوبة المشكلة التي يتعين عليه حلها وكمية الجهد اللازم أو المساعدة التي تبدو متاحة له.

تساهم كل هذه العوامل في قراءة النجاح أو الفشل والتي تؤدي بدورها إلى تقوية

أو إضعاف تصورات الكفاءة الذاتية (Perceptions D'Auto- Efficacité). على سبيل

المثال: النجاح الذي يحققه المريض بمرض مزمن بسهولة ودون جهد، لن يؤدي بالضرورة

إلى تحسين الشعور بالكفاءة الذاتية، على العكس من ذلك فإن الفشل الذي يحدث في موقف

صعب في مواجهة متطلبات المرض المزمن لن يؤدي بالضرورة إلى تدهور هذا الشعور بل

المحافظة عليه رغم الإخفاقات والصعوبات.

(2)- تؤثر الخبرات البديلة (غير المباشرة) على تصورات الفعالية وهي تتعلق بكل من النموذج والمُراقب فإن الحكم من الآخر (النموذج) في الكفاءة في عملية النجاح في إجراء ما، ستجل الموضوع (المُراقب) يشعر أنه قادر على فعل الشيء نفسه. والعكس صحيح فقد تؤثر الصعوبات التي يواجهها الأقران سلبيًا على تصورات الفرد عن كفاءته الذاتية، خاصة عندما يكون لدى هذا الفرد خبرة قليلة في المهمة التي يتعين عليه القيام بها كما هو الحال عن المصابين الجدد بداء السكري من النوع الأول لدى الشباب والشابات.

(3)- مصدر آخر لتحويل الشعور بالكفاءة الذاتية، هو الإقناع اللفظي الخارجي وهو فعّال فقط بشرط أن يصدر من شخص موثوق به في نظر الموضوع (الفرد) وأن يكون واقعيًا ويتبعه التنفيذ في تجربة حقيقة، كما هو الحال مع مقدمي الرعاية ضمن مشاريع التربية العلاجية المقدمة لمرضى داء السكري، فهم ذو مصدر موثوق ومتخصص، يساعدون المرضى في عملية تنفيذ السلوك الصحي والنجاح فيه.

(4)- من ناحية أخرى يمكن لتقييم الحالة الفسيولوجية (الجسدية) التي تظهر شكلا من أشكال الانفعالات أن تُعزز تصورات الكفاءة الذاتية الإيجابية أو السلبية على سبيل المثال فإن بعض المضاعفات الجسدية يمكن ان تكون علامات تؤثر سلبيًا على الانطباع بأن الشخص المصاب بالمرض سينجح فيما يقوم به اتجاه مرضه ودواءه. وعلى العكس من ذلك فإن الحالة الانفعالية المبتهجة التي ترافق بعض صعوبات المرض يمكن أن تعزز الشعور بالكفاءة الذاتية من خلال الالتزام بالعلاج.

### (5)- الفعالية الذاتية كعامل مؤثر في التدخلات للمرض المزمن:

تم بناء علم النفس الصحة إلى حد كبير حول العديد من التوجهات النظرية المتنوعة كل منها قدم مساهمته الخاصة في هذا التخصص، الذي تمكن من ترسيخ نفسه كنظام علمي ومهني، هذا المزيج هو الذي جعل من الممكن اقتراح وإلقاء نظرة جديدة على الصحة والمرض، إذ سمحت هذه النماذج والنظريات من رسم بانوراما تعليمية ( **Panorama Didactique**) لأكثر الأساليب الواعدة.

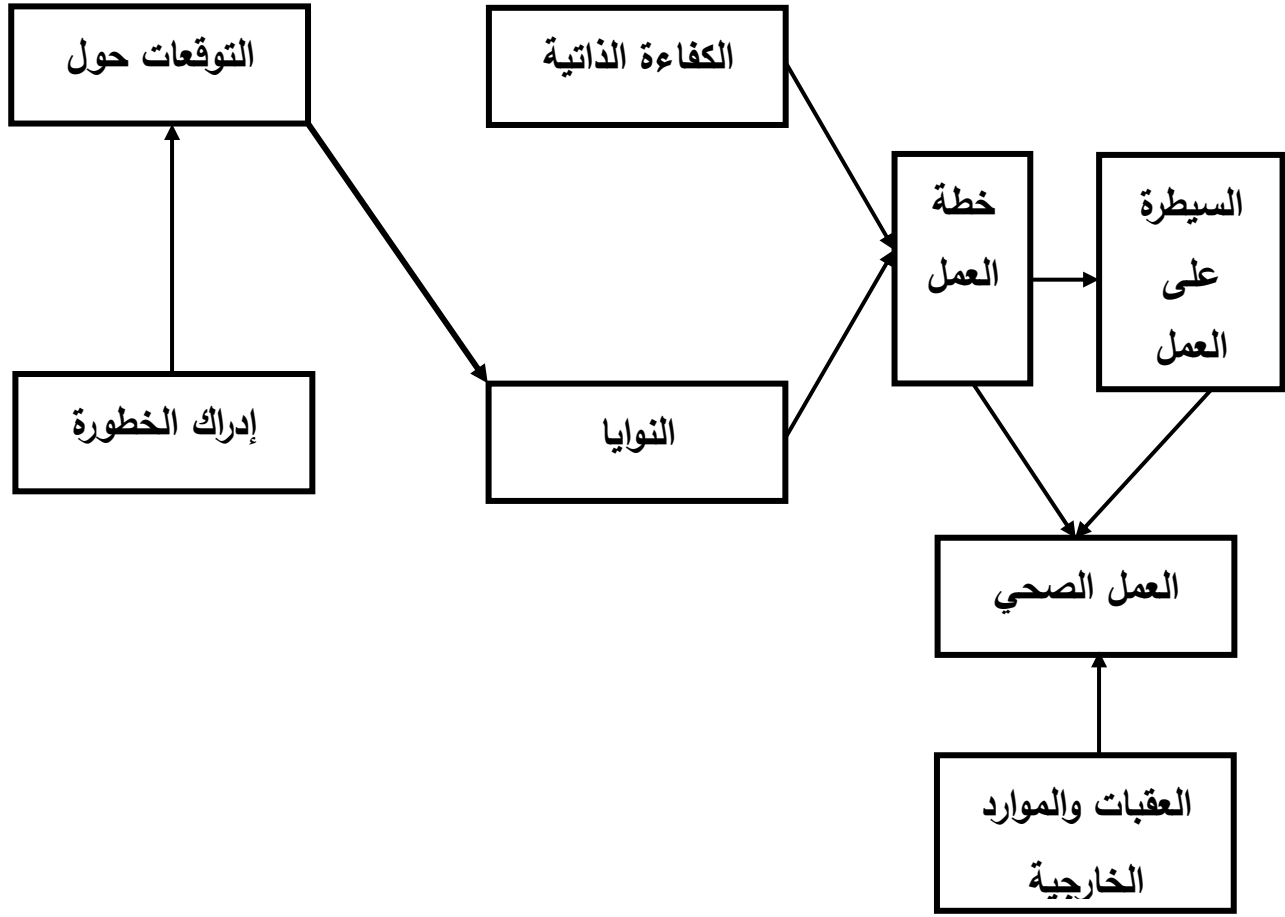
لقد تم تصميم كل هذه النماذج لفهم ما يحدد ويفسر ظهور بعض السلوكيات بشكل أفضل. فنجد النظريات السلوكية كنظرية السلوك المخطط (TCP) ونموذج تغيير السلوك عبر مراحل (MTC) وسيرورة العمل الصحي (HAPA). ونجد النظريات المعرفية الاجتماعية من خلال النماذج المرتبطة بالمعتقدات التي تتدرج فيها نظرية الكفاءة الذاتية ونماذج التنظيم الذاتي ونموذج المعتقدات الصحية وغيرها.

فكان الاهتمام بنظرية الفعالية الذاتية ونماذج التنظيم الذاتي من خلال وضعها في إطار عمل للبحث الميداني المقدم في هذا البحث.

#### ■ نموذج شفارتزر (Schwarzer) سيرورة العمل الصحي

##### :(Le Processus d'action sur la Santé)

هو نموذج نظري تم تطويره من طرف (Schwarzer, 1992) لتحديد الترجيح السببي لمعتقدات الكفاءة الذاتية بالنسبة للمتغيرات الأخرى المتعلقة بالصحة، فهو يهتم للعلاقة بين النوايا السلوكية والإجراءات الفعالة للفرد. وهو نتيجة لمجموعة من المتغيرات: الهشاشة، إدراك الخطورة، المعتقدات المتعلقة بعواقب السلوك، النية في القيام بالسلوك أو الكفاءة الذاتية المدركة. والتي تتضح من خلال الشكل التالي رقم (35):



الشكل رقم 35 سيروورة التأثير على الصحة لشفارتزر (Fischer,Al,2020,P:52)1992

تستند سيروورة العمل الصحي على مبدأ أساسي وهي حقيقة أن ظهور السلوكيات الصحية وتبنيها والمحافظة عليها تتطور على مرحلتين: المرحلتين التحفيزية ومرحلة العمل التطوعي.

تم بناء المرحلة التحفيزية (Phase Motivationnelle) من معايير مثل التهديد المدرك والمعتقدات المتعلقة بعواقب السلوك وتوقعات الكفاءة الذاتية التي من خلالها تنشأ نية اختيار وإتباع العلاج للمرض المزمن. كما تؤدي مرحلة العمل التطوعي (Phase de L'Action Volontaire) إلى إجراءات فعّالة ولها ثلاثة مستويات:

- - المعرفي: تطوير خطط عمل والتحكم في الإجراء.
- - السلوكي: القيام بالعمل المخطط.

• - **موقفية:** الصعوبات والموارد الخارجية.

فتداخل كل هذه المستويات هو ما يدفع بالمريض لتناول الدواء والحفاظ عليه أولاً. وهو أيضاً يدخل في مفهوم الشعور بالكفاءة الذاتية للفرد. فمفهوم الكفاءة الذاتية هو أساسي لهذا النموذج، لايؤثر فقط على عملية صنع القرار ولكن أيضاً على بدء العمل واستمراريته.

لقد أعطى نهج سيرورة العمل الصحي لشفارتزر وفوكس ( Schwarzer et Fuschs, 1995-1996)، مكاناً تنظيمياً للفعالية الذاتية. التي تتدخل من جهة بين إدراك المخاطر (أي التهديد، المرض) وتوقع النتيجة للسلوك الصحي المطلوب ومن جهة أخرى بين النية (أي الهدف: مثال كيفية تنفيذ السلوكات الصحية أو الحفاظ عليها (Fischer et Al, 2020, P: 53).

فأمام المرض المزمن يحدث إدراك المخاطر وتوقعات النتيجة للسلوك الصحي في المراحل المبكرة للدافعية للتغيير. وهكذا يقوم الأفراد بتقييم فرصهم في النجاح الشخصي من خلال الموازنة بين إيجابيات وسلبيات عواقب التغيير في سلوكهم. أولاً: تمر الكفاءة الذاتية على " أهمية التغيير " (مثال على التحكم المُدرك: فقدان الوزن ليس رهائاً مستحيلاً، إنه مهم بالنسبة للفرد).

ثانياً: يتساءل الأفراد عن " قدرتهم الشخصية " على تعديل سلوكهم الصحي في اتجاه الهدف المنشود (مثال: هل أنا قادر على تعديل نظامي الغذائي وإتباعه؟) وهذه المرحلة هي التي تحدد اتخاذ القرار. وعليه قام نموذج شفارتزر بدمج العديد من الأساليب السلوكية والمعرفية في علم النفس الصحة والمفسرة للسلوك الصحي.

في الواقع، غالباً ما يتبين أن إحساس الشخص بالكفاءة الذاتية يختلف عن كفاءته الذاتية الحقيقية. فمثلاً في امتحان رخصة القيادة، مدير مدرسة السياقة يحكم على مهارات المترشح أنها متوافقة مع الأداء المطلوب في الامتحان (الكفاءة الذاتية الملاحظة) غير أن

في كثير من الأحيان الشعور بالكفاءة الذاتية للمتروشح منخفضة (فيعتقد في ذلك اليوم أنه غير قادر على الحصول على رخصة السياقة).

وعليه الشعور بالكفاءة الذاتية يؤثر على السلوك بشكل مباشر من خلال استمرار الجهد أو بشكل غير مباشر من خلال اختيار الأنشطة المنفذة والأهداف المراد تحقيقها.. سيتصرف الناس عندما يعتقدون أن أفعالهم ستؤدي على النتائج التي يريدون تحقيقها، وأن الجهد المطلوب يستحق كل هذا العناء وأن لديهم المهارات اللازمة للقيام بذلك.

فتنبئ توقعات الفعالية (إدراك احتمالية النجاح) بالأداء الفعلي للمريض مثل فعالية تناول الدواء.

بشكل عام يُشكك المرضى في قدراتهم فيتجنبون متطلبات الرعاية الذاتية لمرضهم أو يقللون من جهودهم ويظهرون انخراطاً منخفضاً في الأنشطة التي يقومون بها ويكونون عرضة للضغط النفسي. أما المرضى الذين يؤمنون بقوة كفاءاتهم الذاتية يتعاملون مع المهام الصعبة على أنها تحديات، يضعون أهدافاً عالية ويحافظون عليها رغم الصعوبات.

لقد أثبت مفهوم الكفاءة الذاتية انه من محددات السلوك الصحي في الأمراض المزمنة في العديد من الدراسات، فأظهرت دراسة دي كليمانتي (Di Clémente, 1981) ان الكفاءة الذاتية المدركة لها تأثير مباشر على مقدار الجهد الذي يرغب الفرد في تقديمه لتبني سلوك جديد عند مواجهته لمشاكل صحية.

على الرغم من أن مفهوم الفعالية الذاتية يأتي من نظرية محددة، إلا أنه ما يتم غالباً دمجها في نماذج أخرى مثل نظرية الفعل المبرر (TAR) لأزجن (Ajzen, 1991) ونموذج المعتقدات الصحية (HBM) لروزنستوك (Rosenstock, 1974) وسيرورة الفعل الصحي (HAPA) لشفاترزر (Schwartz, 1992) إنه اليوم ضروري في معظم الأساليب التي تسعى إلى نمذجة السلوكات الصحية (Fischer et Al, 2020, PP : 57-58).

كانت مسألة الكفاءة الذاتية موضوع العديد من الدراسات في الأدبيات السيكولوجية والطبية، من أجل فهم أفضل لكيفية تأثير الكفاءة الذاتية على سلوك الفرد.

لقد أكدت دراسة كولسون (Colson, 2015) على أهمية مراعاة القدرات التي يعبئها الفرد لمواجهة المرض ومختلف معوقات الحياة وما تستلزمه التعديلات السلوكية المرتبطة بالإدارة الذاتية لداء السكري منذ مقابلات التشخيص التربوي إلى الحصص الجماعية لبرنامج التربية العلاجية، لأن إرادة المريض يقودها شعوره الخاص بالكفاءة الذاتية فيما يتعلق بمعرفته ومعتقداته وتصوراتته وهدف حياته مع مرضه.

الهدف الرئيسي لدراسة كولسون هو وصف التطور على مدى ثلاثة أشهر للملف المعرفي والإكلينيكي للمراهقين المصابين بداء السكري من النوع الأول في برنامجين للتربية العلاجية تم تطويرهما في قسم أمراض السكري في مركز استشفائي جامعي بناء على توصيات الهيئة العليا للصحة (HAS: Haute Autorité de Santé). أين أظهر المشاركون في برنامج التربية العلاجية ETP تحسناً في شعورهم بالكفاءة الذاتية مرتبطاً بتعديل توقعات النتائج والعوامل الاجتماعية والأهداف الشخصية المرتبطة بتحسين التزامهم بالعلاج وتحسين نوعية الحياة لديهم.

وعليه أكدت دراسة كولسون دور التربية العلاجية في تحسين الكفاءة الذاتية من منظور النظرية المعرفية الاجتماعية حسب خصائص الكفاءة الذاتية من توقعات النتيجة والأهداف الشخصية والعوامل الاجتماعية والهيكلية.

يهدف برنامج التربية العلاجية لما أشار إليه باندورا على تحديد الأهداف القريبة التي تساعد في توجيه العمل وتنظيم الجهد، بينما تساعد الأهداف البعيدة على التوجيه والمحافظة على السلوك المكتسب.

فبرنامج التربية العلاجية يهتم بدمج كل الخصائص الشخصية للمريض والخصائص المحيطة (من ظروف العلاج والدواء والمحيط الجغرافي) وكل خصائص الأهداف التربوية المسطرة ضمن خاصية (SMART) بمعنى تميز هذه الأهداف بقابلية التحقيق وبالواقعية والملاءمة عبر الوقت والزمن والتي يمكن تقييمها ثم تعديلها خلال 3 ثم 6 ثم 12 شهرا من تطبيق البرنامج.

وحقيقةً إنّ استخدام مفهوم الفعالية الذاتية في تدخلات التربية العلاجية له فاعلية وأهميته في إدارة داء السكري من سلوكيات الرعاية الذاتية والالتزام العلاجي لدى المرضى (Bourizek, 2014, P: 34-35)

وهو الأمر الذي قامت عليه دراسة بوالرزق (Bourizek, 2014) على أساس نظري للنظرية المعرفية الاجتماعية لباندورا (1986)، فتم استلهاً التدخل في التربية العلاجية من مصادر باندورا الأربعة والتي تهدف إلى تعزيز ورفع الكفاءة الذاتية للمرضى السكريين مما سيؤدي لاحقاً إلى تحسين إدارة مرضهم أي القدرة على الرعاية الذاتية وهي دراسة من بين العديد من الدراسات التي استعملت المنهج التجريبي لإظهار ان الإحساس بالكفاءات الذاتية لمرضى السكري يتحسن من خلال التدخلات المبنية على التأثيرات الأربعة كما وصفها باندورا (Bandura, 2003).

إستخدم كولسون وآخرون (Colson etAl, 2016) مفهوم الكفاءة الذاتية في برامج تعليمية منظمة كبرنامج التربية العلاجية لدراسة تأثيره في الالتزام العلاجي لدى مراهقين مصابين بداء السكري من النوع الأول. حيث يُعد دمج مهارات الرعاية الذاتية والمهارات المتعلقة بتغيير السلوك من قبل فرق متعددة التخصصات للمريض وعائلته، ذات تأثير على التحكم في نسب السكر في الدم وعلى المؤشرات النفسية الاجتماعية (كنوعية الحياة) والمؤشرات السلوكية (كالالتزام بالعلاج)، كما يُعد استخدام النظرية المعرفية الاجتماعية لألبرت باندورا بانتظام في برامج التربية العلاجية ذو فاعلية في تبني سلوكيات الرعاية الذاتية للمرضى الشباب.

فتتظر النظرية المعرفية الاجتماعية في الشعور بالكفاءة الذاتية من خلال ارتباطها بثلاثة عوامل تتحكم في اكتساب المهارات والتنظيم الذاتي للعمل وهي:

- توقعات النتائج؛ المتعلقة بالآثار الناتجة عن السلوك المستهدف أو الموصى به.
- والعوامل الاجتماعية الهيكلية (Facteurs Socio- Structurels) التي تحدد العقبات أو الروافع لتغيير السلوك.

- والأهداف الشخصية وهو العامل التحفيزي في تعديل عادات نمط الحياة لتحقيق

الأهداف المسطرة (Colson et Al, 2016, P: 18).

تعتبر الفعالية الذاتية من المتغيرات النفسية الاجتماعية الأساسية بين الفرد وسلوكه الصحي لهذا أكدت دراسة رزقي وأمزيان (2018) أن تَمَيُّنُهَا مهم لتفعيل وتعزيز السلوكات الصحية الإيجابية ومنه الانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. فشعور المريض بأنه قادر على القيام بسلوكات معينة كإتباع نظام حماية خاص والتقليل من السوائل ستكون اعتقادات المريض حول فعاليته الذاتية والتي لها علاقة كبيرة حسب باندورا برغبة الأفراد واستعدادهم لبذل جهد في التعامل مع الصعوبات ومواجهتها (رزقي وأمزيان، 2018، ص: 224-226).

وعلى هذا الأساس انصبت جهود العلماء والباحثين لإيجاد العلاقة بين الكفاءة الذاتية وأسلوب الحياة وسلوكات الرعاية لذوي الأمراض المزمنة فحسب دراسة جبالي وعدودة (2012) تعتمد قدراتنا على الفعل، ودافعيتنا للنشاط والإنجاز على مقدار ما ندرك به من تقديرنا لذواتنا وقدراتنا الفعلية أي الكفاءة الذاتية، والتي تُعد من المحددات الرئيسية لممارسة السلوك الصحي لدى مرضى قصور الشريان التاجي. ونظرا لأهمية الفعالية الذاتية والسلوك الصحي في حياة الفرد وللدور الذي تلعبه في جعله يمارس سلوكات صحية جاءت دراسة شينار وبولحبال (2021) من أجل لفت انتباه المختصين والعاملين في مجال الصحة إلى ضرورة تنمية الفعالية الذاتية لدى الأفراد والتي تحفزهم على ممارسة سلوكات صحية والحفاظ عليها.

ولهذا، عملت ومازالت العديد من الدراسات والأبحاث لدراسة أهمية العوامل النفسية والاجتماعية المؤثرة في عملية اكتساب السلوكات الصحية،

فعملت دراسة رودريغز (Rodriguez, 2013) في تحديد كيفية إمكانية تعزيز الرعاية الذاتية لدى الشباب المصابين بداء السكري من النوع الأول، محددة أن برامج التربية العلاجية تقوم على أساس العلاقة الموجودة بين عدّة عوامل: (1)- التجارب السابقة؛ (2)-

العوامل الشخصية؛ (3) - إدراك فوائد الفعل؛ (4) - معوقاته؛ (5) - الفعالية الذاتية المدركة؛ (6) - الانفعالات المرتبطة بالفعل؛ (7) - تأثير المحددات الموقفية والعلاقات الشخصية.

وحسب كوزير (Kozier, 2005) تُعد الكفاءة الذاتية المدركة الجيدة معززة للصحة في حين أن الكفاءة الذاتية الضعيفة تمثل حاجزاً أمام تبني السلوك الصحي، فإذا لم يشعر الشخص بالقدرة على تحقيق الهدف، فإنه يخاطر بتقليل جهوده والعكس صحيح (Rodriguez, 2013, P: 5-6).

إن الإدارة الذاتية للسكري لدى مرضى السكري ارتبطت بإرادتهم ورغبتهم في تنفيذها وإحساسهم بالقدرة على القيام بذلك، بل وأكثر، هو شعور بالقدرة على القيام بمهام تعود عليهم بالفائدة وهو حال توقعات النتائج من خلال قاعدة النظرية المعرفية الاجتماعية التي تربط السلوك المطلوب مع النتيجة المتوقعة.

#### (6) - قياس الكفاءة الذاتية:

حسب ماير وفارلياك (Meyer et Verhac, 2004) غالباً ما يتم قياس الكفاءة الذاتية على مقياس نشاط معين مقسم إلى مستويات الأداء، مثل أداء السلوك الصحي، أو تجنب سلوك ضار بالصحة. وبغض النظر عن نشاط معين تم تطوير مقاييس الكفاءة الذاتية العامة انطلاقاً من مبادئ الكفاءة الذاتية لباندورا كمقياس شفارتزر وميلر وقرنسغلاس (Schwarzer, Mulle et Greensglass, 1999) ففيه تمثل الكفاءة الذاتية تصرفاً عاماً إلى حد ما.

وفقاً لباندورا (Bandura, 2007) يمكن أن تختلف معتقدات الفعالية اعتماداً على مجال النشاط ومستوى طلب المهمة، فيمكن أن تقتصر معتقدات الفعالية على متطلبات المهام البسيطة أو تمتد إلى متطلبات الصعوبة المتوسطة أو حتى متطلبات الأداء الأكثر صعوبة (FASSA, 2014, P: 38). وكجزء من هذا البحث تمت ترجمة أداة القياس لتوقعات الكفاءة الذاتية العامة لشفارتزر وجيروزيليم.

هناك طريقتان شائعتان لقياس الكفاءة الذاتية، تتمثل الأولى في تقديم مثال لنشاط ما للمشاركة وسؤاله عن درجة اليقين التي يعتقد أنه يستطيع الوصول بها لكل مستوى من مستويات الأداء (عامة يكون على مقاييس فرعية من 10 نقاط). الطريقة الثانية لقياس الكفاءة الذاتية هي سؤال المشاركين عن مدى شعورهم بالقدرة على تنفيذ مهام مختلفة (ما مدى ثقتك في قدرتك على ...؟) (Galand et Vanlede, 2004, P: 94).

وعليه من أجل دعم أو تعزيز الشعور بالكفاءة الذاتية لدى المريض، يقوم مقدم الرعاية بالتأكد من أن المريض قد حدد أهداف واقعية، قابلة للتحقيق من خلال مبدأ SMART.

لذلك يبدو من المناسب تقييم توقعات الكفاءة الذاتية عند مواجهة سلوك الرعاية الذاتية لمرضى داء السكري، سيمكن هذا التقييم لدى المريض من إدراك موارده الداخلية يعمل من خلاله مقدم الرعاية على دعم وتشجيع هذه الموارد.

توجد عدة مقاييس وقد تم التحقق من صحتها في مجالات مختلفة، بالفعل قد يختلف الشعور بالكفاءة الذاتية في مواقف الحياة اليومية في حالة الإصابة بمرض مزمن فتجد مقياس الكفاءة الذاتية العام لـ: شيري وآخرون (Sherer et Al) ومقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة لشفارتز (Schwarzer). كما وجدت مقاييس خاصة بمرض السكري فنجد استبيان الكفاءة الذاتية لمرضى السكري (Self-Efficacy For Diabetes) SED ويحتوي على (8) أبعاد على شكل ثمانية سلاسل فرعية. ومقياس الفعالية الذاتية للإدارة الذاتية لمرضى السكري (Self-Efficacy For Diabetes Self- Management) SEDM الذي يحتوي على عشرة (10) سلاسل فرعية. كما نجد مقياس الكفاءة الذاتية لمرضى السكري

(Echelle D'Effacité Personnelle pour le Diabète)

والذي يحتوي على (25) سؤالاً. ومقياس المعتقدات الصحية لمرضى السكري

(Echelle de Croyances Relatives à la Santé concernant le Diabète)

والذي يحتوي بدوره على (32) سؤالاً. استعان شفارتزر لبنائه لمقياس الكفاءة الذاتية العامة لبعض المبادئ الأساسية للكفاءة الذاتية:

- يتأثر الأداء بالمستوى الأولي للمهارات ولكن أيضاً بقوة معتقدات الفعالية.
- الأفراد الذين يؤمنون بقوة إمكانياتهم يتعاملون مع المهام الصعبة على أنها تحديات يجب التغلب عليها بدلاً من التهديدات التي يجب تجنبها. يضعون أهدافاً صعبة ويحافظون على الالتزام بها حتى في حالة الفشل أو الانتكاسات. فيستعيدون بسرعة إحساسهم بالفعالية بعد الفشل أو انخفاض الأداء.
- يتعاملون مع التهديدات أو الضغوطات المحتملة مع الثقة في قدرتهم على ممارسة بعض السيطرة عليها، وهذا يؤدي إلى تحسين أداءهم وتقليل التوتر والتعرض للاكتئاب (Leconte, 2004, P: 60-61) بصفة عامة عند قياس الكفاءة الذاتية يستوجب أخذ بعين الاعتبار الصفات التالية:

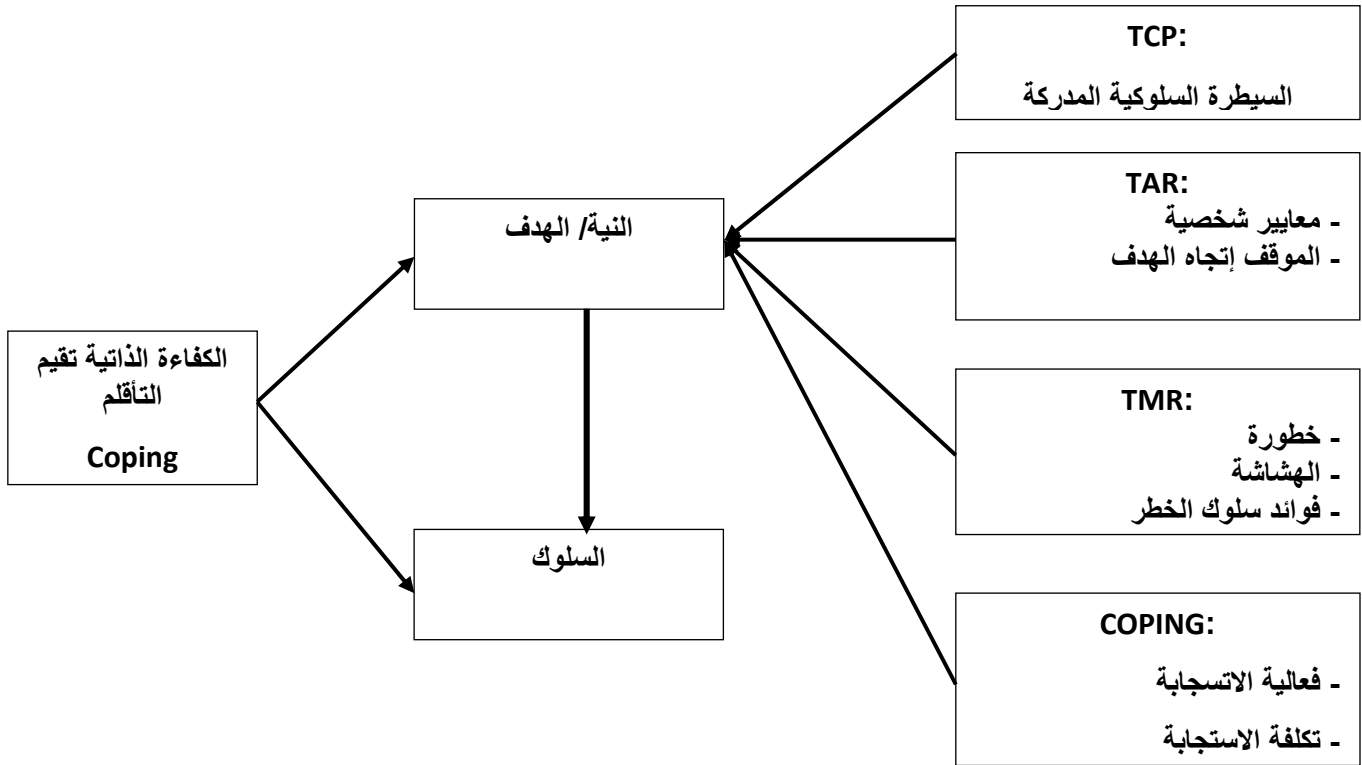
- **الخصوصية (Spécificité):** خصوصية قياس الكفاءة الذاتية المدركة يكون وفق مجالات محددة.

- **الحساسية (Sensibilité):** نظراً لأن تقييم الكفاءة الذاتية يعتمد على شدة المعتقدات والقدرات الشخصية لإنتاج مستويات محددة من الأداء.

- **ثبات التنبؤ (Validité Prédictive):** فتوقع قياس الفعالية الذاتية التي يشعر بها الفرد في منطقة معينة من أجل السماح بالتنبؤات بشأن سلوكياته وانفعالاته وأفكاره المستقبلية أو على قدرته على التغيير. ولهذا يوجد العديد من أدوات قياس الفعالية الذاتية بشكل عام على شكل قائمة بنود (Items) التي يجب على العالم النفسي تكييفها حسب مجاله الخاص (Carapato et Petot, 2004, P: 137-138)

(7)- آثار الفعالية الذاتية وإستراتيجيات تحسينها:  
(التأثير المباشر للكفاءة الذاتية على السلوكات)

تستخدم الكفاءة الذاتية متغير مستقل أو خارجي في العديد من النماذج السلوكية والمعرفية المفسرة للسلوك الصحي كنظرية السلوك المبرر لأزجن (Ajzen, TAR) ثم نظرية السلوك المخطط لأزجن وفيشن (Ajzen et Fishein, TCP) ونظرية الدافع إلى الحماية لروجرز (Rogers , TMP) وآخرون من خلال الشكل رقم (36)



الشكل رقم 36 علاقة الكفاءة الذاتية ضمن النماذج المفسرة للسلوك

(Meyer et Verlhac, 2004, P: 126-127)

يلخص الجدول المساهمة المهمة للكفاءة الذاتية من ناحية في اطار علمي يهتم بالتنبؤ بالسلوكات، ومن ناحية أخرى في إطار عمل بشأن السلوكات المتعلقة بالتعرض للمخاطر وحماية الصحة. وبالتالي فإن بناء الكفاءة الذاتية هو مساهمة كبيرة أمام المرض المزمن، فمثلا ما هو الهدف من إقناع المرضى بأهمية سلوكات الرعاية الذاتية للمرض

المزمن إذا لم يكن لديهم الحد الأدنى من الإحساس بفعاليتهم الذاتية والشخصية في تنفيذ الإجراءات التي تهدف إلى التقليل من مخاطر المضاعفات.

### فماهي آثار الكفاءة الذاتية؟

● - توقعات الكفاءة الذاتية سترافقنا في مناسبات متعددة في الحياة اليومية. أولاً، عند اختيار السلوك الذي ننتبه في مواجهة الخيارات، سنميل إلى تجنب المهام والمواقف التي نكون فيها غير مؤهلين لمواجهتها، بينما سنسعى إلى تلك التي نعتبرها على مستوى قدراتنا أي ما يمثل شعورنا بالفعالية الذاتية.

● - تلعب تصورات وتوقعات الكفاءة الذاتية أيضاً دوراً قوياً في تنظيم واستمرار الجهود أثناء العمل.

● - في حالة التقييم يرتبط الشعور بالكفاءة الذاتية ارتباطاً وثيقاً باستخدام التنظيم الذاتي (L'Auto- Régulation) عليه تُعد الكفاءة الذاتية عنصراً مهماً في التنظيم الذاتي للسلوك (Meyer et Verhac, 2004, P: 120)

● - ترتبط توقعات الكفاءة الذاتية كذلك ارتباطاً وثيقاً بالتجارب الإنفعالية القوية، السلبية أو الإيجابية والتي بدورها تعمل على تحقيق المهمة وبالتالي على الأداء النهائي وعلى الشعور بالذات وبحلقة التغذية الراجعة (Feed Back) في النظرية المعرفية الاجتماعية.

● - لقد أكدت العديد من الأبحاث بشكل وافٍ دور تصورات الفعالية في التكيف البشري والتغيير السلوكي وبهذا ساهمت التطبيقات العملية لنظرية باندورا على نطاق واسع في دور الكفاءة الذاتية على وجه الخصوص في إحداث تغييرات سلوكية لدى المصابين بأمراض مزمنة.

ونتيجة لذلك فإن نظريته الاجتماعية المعرفية هي في جوهرها فكرة تفاعلية، ومنفتحة وترحب بالتعاون متعدد التخصصات سواء مع مختلف تخصصات علم النفس أو العلوم

الطبية في البحوث الميدانية المتعددة وتطبيقها في برامج التدخل المختلفة كالتالي يطرحها علم النفس الصحة والعلوم الطبية من خلال برامج التربية العلاجية.

### ■ عوامل تحسين الفعالية الذاتية:

يُعد مفهوم الكفاءة الذاتية أمرًا أساسيًا لفهم سلوك المصاب بالمرض المزمن. ويرجع ذلك إلى حقيقة أن التوقعات التي لدى كل مريض فيما يتعلق بقدراته ستجعله قادرًا على التصرف بفعالية في مواجهة مشكلة أو لا أمام المرض، ستُحدد أيضًا هذه التوقعات المدة التي يمكن أن يعمل بها المريض لحل الصعوبات وستحدد الجهد والقوة التي يتخذ من خلالها الإجراءات التي ستقوده، إذا تم تطبيقها بالطريقة الصحيحة إلى تحقيق أهدافه.

وبهذا يعتبر الفعالية الذاتية من أهم العوامل المؤثرة والمعززة لتحسين قدرة المريض وبالتالي تحسين مدى رضاه عن العلاج والمرض. وعليه في مجال الأمراض المزمنة على مقدم الرعاية اتخاذ بعض الاستراتيجيات لتحسين فعالية المريض أمام تعامله مع مرض:

● - استخدام تقنية (Objectifs S.M.A.R.T): من خلال مهام بسيط ومحددة (Spécifique) وقابلة للقياس (Mesurable) لمعرفة مدى نجاح المهمة، وقابلة للتحقيق (Atteignable) حسب ما يمتلكه " هنا والآن " فكلما حقق أهدافًا صغيرة يشعر بالتحسن، وإن كانت واقعية (Réalistes) أي حسب متطلبات المريض وما لديه من مصادر خارجية وداخلية ومحددة الزمن (Temporel)

● - استخدام نماذج الأقران أو ما يسمى بالمريض الخبير (Patient Expert) فمن خلال ملاحظة النموذج (النمذجة) وما حققه من إنجازات اتجاه مرضه سيساعد باقي المرضى بالإحساس بالدافعية لإنجاز وتحقيق نفس المهام.

● - السماح للمرضى بالقيام باختياراتهم الخاصة: وهي تُعد تقنية اتخاذ القرار في

التدخلات التحفيزية (Intervention motivationnelle).

● - التشجيع (Valorisation): هي تشجيع مشاعر الكفاءة الذاتية، فيما أن مشاعر

الكفاءة الذاتية تمثل قدرة الفرد على التخطيط وممارسته السلوك الفعال الذي يُحقق النتائج

المرغوبة في الموقف والتحكم في الأحداث وإصدار التوقعات الذاتية الصحيحة عن قدرته ومدى التنبؤ بمدى الجهد ومدى المثابرة (صغير، 1999، ص: 47) فعلى مقدم الرعاية أن يشرح للمرضى أنهم لم يفشلوا لأنهم ضعفاء أو لأنهم لم يتبعوا التعليمات بل لأنهم لم يقضوا وقتاً كافياً في المهمة أو لم يتبعوا الاستراتيجية الأكثر تكيّفاً مع خصائصهم الشخصية والموقفية.

● - الوعي بالأفكار والمشاعر: هي مساعدة المرضى للتعديل الإنفعالي (Régulation Emotionnelle) فإذا وجد المريض نفسه متوترًا، فقد لا يشعر بالثقة في قدراته على التعامل مع المهمة التي يقوم بها، فهي أساليب جديدة تساعد المرضى من خلال برامج التربية العلاجية في إدارة الأفكار والعواطف والانفعالات.

● - التعرف على النفس (تقدير الذات) (Estime de Soi): من خلال تعزيز أي تغييرات سلوكية لدى المرضى وحتى إذا كانت بسيطة فهذا سيخلق لديهم شعور قوي بالإيمان بالنفس والثقة بالنفس. " وعليه يمكن لهذا الإجراء الإيجابي ان يحقق فوائد ذات قيمة كبيرة في الأمراض العضوية والأعراض المقاومة للعلاج، فهو يساعد المرضى وأسره على إيجاد علاقة جيدة بالاضطرابات والتعامل معها بطريقة إيجابية. وبهذا يصبح ضغط المعاناة أقل والمرضى أكثر تحملاً " (بسيشكيان، 2008، ص: 99).

" من العوامل التي تؤثر على مستوى الإندفاع إلى النجاح والانجاز بالإضافة إلى حالة السرور المتوقعة من النجاح، نجد الرغبة في تحقيق تقدير إيجابي للذات، فمن المعلوم أن الفرد يُكوّن فهمًا لذاته يتحدد فيه مستوى القدرات وأنواع المجالات التي ينزع إلى أن يظل ناجحًا في أدائها ويبذل في سبيل ذلك أي جهد إضافي يستدعيه الحفاظ على هذا المستوى من التقدير الإيجابي " (الوقفي، 2014، ص: 341).

فالنجاح الكبير يدعو دائمًا إلى أشخاص يضعون مقاييس أعلى لأنفسهم، أشخاص يبحثون عن طرق لزيادة الكفاءة والفاعلية فالاعتقاد القوي يطلق العقل لإيجاد الطرق

والأساليب وكيفية العمل، فاعتقاد الفرد أنه يمكنه النجاح يجعل حتى الآخرين يثقون به (حجازي، 2013 ص: 156).

وعليه وكما أشار باندورا إلى أن الفعالية الذاتية يظهر تأثيرها جلياً من خلال أربع عمليات أساسية:

- **العملية المعرفية (Cognitive Process):** إن آثار فعالية الذات على العملية المعرفية تأخذ أشكالاً مختلفة، خاصة في السيناريوهات التوقعية التي يبنها الفرد والتنبؤ بالسلوك المناسب والقدرة على حل المشكلات، فالأفراد ذوي الفعالية المرتفعة أكثر كفاءة في حل المشكلات واتخاذ القرارات.

- **العملية الدافعية (Motivational Process):** أشار باندورا أن اعتقادات الأفراد لفعاليتهم الذاتية تساهم في تحديد مستوياتهم للدافعية.

- **العملية الوجدانية (Affective Process):** إن الأفراد ذوي الإحساس المخفض بفعاليتهم الذاتية أكثر عرضة للقلق، حيث يعتقدون أن المهام تفوق قدرتهم، كما أنهم أكثر عرضة للإكتئاب بسبب طموحاتهم غير المنجزة، في حين يتيح إدراك الفعالية الذاتية المرتفعة إلى تنظيم الشعور بالقلق (الجاسر، 2007، ص: 37-39).

**خلاصة:**

تظل التصورات حول المرض مجالاً بحثياً في علم النفس الصحة يثير الاهتمام بدراسة التفاعلات بينها وبين عوامل نفسية اجتماعية أخرى.. ويكون ذلك من خلال تحسين هذه التصورات، وتحديدتها وفقاً لنوع المرض ونوع العلاج، لفهم أفضل لما يقوم به المريض ولمساعدته على تحقيق الشعور بالقدرة على التحكم في مرضه وعلاجه وتأثير كل ذلك على الشعور بالكفاءة الذاتية وعلى تعديل المريض وسلوكه وأخيراً نتائجها على نوعية حياة المريض وأقاربه.

وهذا التفكير يتماشى مع ما تُتيحه برامج التربية العلاجية للمريض من اكتساب المعرفة والمهارات اللازمة والدافعية بطريقة تتلاءم مع كل شخص مريض لتسهيل التزامه العلاجي ومن خلال تنمية الشعور بالكفاءة الذاتية مصحوباً بمعتقدات وتصورات متينة حتى يتم تحسين نوعية حياته قدر الإمكان طوال رحلته مع داء السكري.

الجانب التطبيقي

# الفصل الخامس:

## الإجراءات المنهجية للبحث الميداني

- تمهيد.

1- منهج البحث.

2- الإطار المكاني والزمني للبحث.

3- عينة البحث وخصائصها.

4- الدراسة الاستطلاعية.

5- أدوات البحث.

5-1- مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة.

5-2- مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة.

5-3- مقياس إدراك المرض المختصر.

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة للبحث.

7- برنامج التربية العلاجية لمرضى داء السكري " EDUC 'diab- béni "

7-1- تعديل وتطبيق برامج التربية العلاجية في الجزائر.

7-2- أصل البرنامج.

7-3- مراحل تطبيق برنامج التربية العلاجية.

خلاصة.

**تمهيد :**

يعتبر البحث العلمي في ميدان الصحة بالجزائر همزة وصل بين الجانب النظري والحقائق الموجودة في المجتمع.

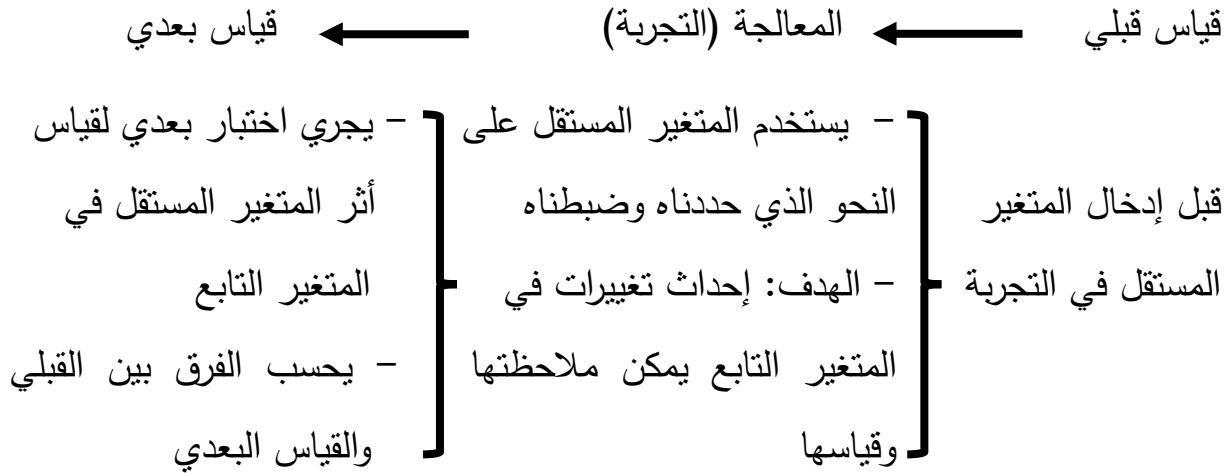
فالبحث العلمي يُمكن من الحصول على المعرفة المنهجية والتكنولوجية لتحسين صحة الأفراد والجماعات فمن خلال الميدان يتم جمع البيانات الخاصة حول هدف البحث ثم تحليلها وذلك لتدعيم الجانب النظري وتأكيدده.

حاولنا من خلال هذا البحث معرفة دور برامج التربية العلاجية في تحسين نوعية الحياة من خلال تعديل التصورات حول المرض والرفع من الفعالية الذاتية لدى مرضى داء السكري من النوع الأول، حيث تضمن الجانب المنهجي كل ما يتعلق بمنهج البحث وخصائص مجموعة البحث وكل أدوات القياس التي استخدمت في هذا البحث.

**(1) - منهج البحث :**

تعتمد الطريقة العلمية على التفكير العلمي وتستخدم أساليب الملاحظة العلمية وفرض الفروض والتجربة لحل مشكلة معينة (دليو، 1994، ص: 46) ويذهب " باشلار (Bachelard) إلى إبراز ما للتجربة من أهمية قصوى، بمعنى أن الظاهرة العلمية إنما هي البداية نتيجة وثمره لعمل نظري يعتمد على التجربة (Bachelard, 1990, P: 04) ويعتمد البحث العلمي في أي تخصص كان على عناصر مهمة وهي: موضوع البحث ومفاهيمه وإجراءاته ونتائجه.

وهنا يجب على الباحث اختيار تصميم ومنهج مناسب لموضوع البحث ومفاهيمه وأهدافه. وبما أنّ غرض البحث الحالي يهدف إلى معرفة دور برنامج التربية العلاجية في تحسين نوعية الحياة فقد اعتمدنا على التصميم شبه التجريبي كتصور فكري تجري التجربة ضمنه. ومن الناحية العملية، هو خطة الباحث لتنفيذ التجربة. لقد تم اختيار تصميم المجموعة الواحدة ذو القياسين القبلي والبعدي ويشمل عادة ثلاث خطوات وهي: إجراء اختبار قبلي لقياس المتغير التابع، ثم تُخضع العينة للمعالجة التجريبية (المتغير المستقل)، وينتهي بإجراء اختبار بعدي وقياس المتغير التابع مرة أخرى، ثم يحسب الفرق الذي يعزى إلى المعالجة التجريبية عن طريق مقارنة درجات القياسين القبلي والبعدي (معمرى، 2022، ص: 283)



### الشكل رقم 37 تصميم المجموعة الواحدة مع اختبار قبلي وبعدي

يهدف هذا النوع من التصميمات شبه التجريبية لتحقيق غرض واحد يركز حول معرفة ما إذا كان للمتغير المستقل (السبب) أثر على المتغير التابع (النتيجة) بأسلوب آخر يمكن القول بأن هذا النوع من التصميمات يكون الهدف منه التنبؤ بالمستقبل حول أي تغيير إصلاحي يجب إجراؤه على الظاهرة المدروسة تغييراً علاجياً أو وقائياً. وهو الهدف المرجو من خلال البحث الحالي، من خلال هذه النهضة لبرامج التربية العلاجية للمرضى المزمين كإحداث تغيير في نوعية العلاج المقدم للمرضى.

اهتمت الدراسة الشبه تجريبية لبرنامج التربية العلاجية بثلاثة مكونات؛ المكون الكمي من خلال البيانات المتحصل عليها من المقاييس والتي سمحت من جهة الحصول على معطيات كمية لمتغيرات الدراسة حول الفعالية الذاتية والتصورات حول المرض ونوعية الحياة وبعض المتغيرات البيو طبية والمتعلقة بالسكر التراكمي (الهيموجلوبين السكري) ومؤشر الوزن ومن جهة أخرى لدراسة الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة من صدق وثبات.

المكون الكيفي (نوعي) وهي مرحلة ترجمة هذه المعطيات إلى نتائج كيفية والبحث عن ترابطها مع فرضيات الدراسة ودلالاتها ضمن مختلف النماذج النظرية.

المكون التكاملي، لاستكشاف الروابط المحتملة بين متغيرات الدراسة على مدى ثلاثة ثم ستة أشهر من تقديم برنامج للتربية العلاجية مع تقييم بروتوكول البحث للتحقق من جدواه في دراسات أخرى.

### الإطار المكاني والزمني للبحث:

أجري البحث في المستشفى الجامعي لبني مسوس بمصلحة داء السكري والغدد الصماء وعيادة خاصة لأمراض السكري متعاقدة مع المخابر الدوائية "نوفونوديسك الجزائر" وذلك على فترتين زمنيتين، امتد تطبيق البرنامج للفترة الأولى من أبريل 2021 إلى جويلية 2021 وامتدت الفترة الثانية من نوفمبر 2021 إلى ديسمبر 2021

تتكون المصلحة من أربع وحدات وهي:

- وحدة استشفاء المرضى

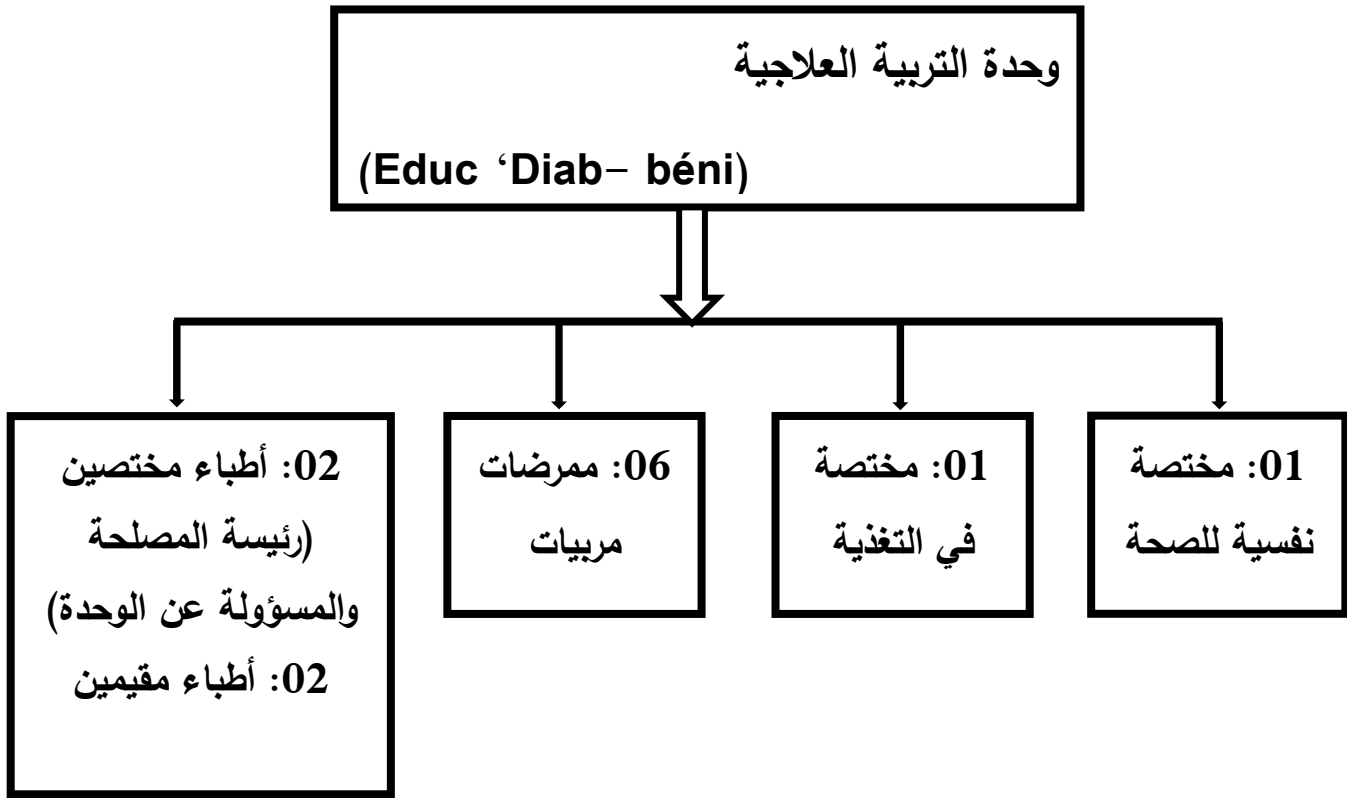
- وحدة الاستشفاء النهاري (HDJ)

- وحدة التربية العلاجية (ETP)

- وحدة الإدارة والنشاطات البيداغوجية

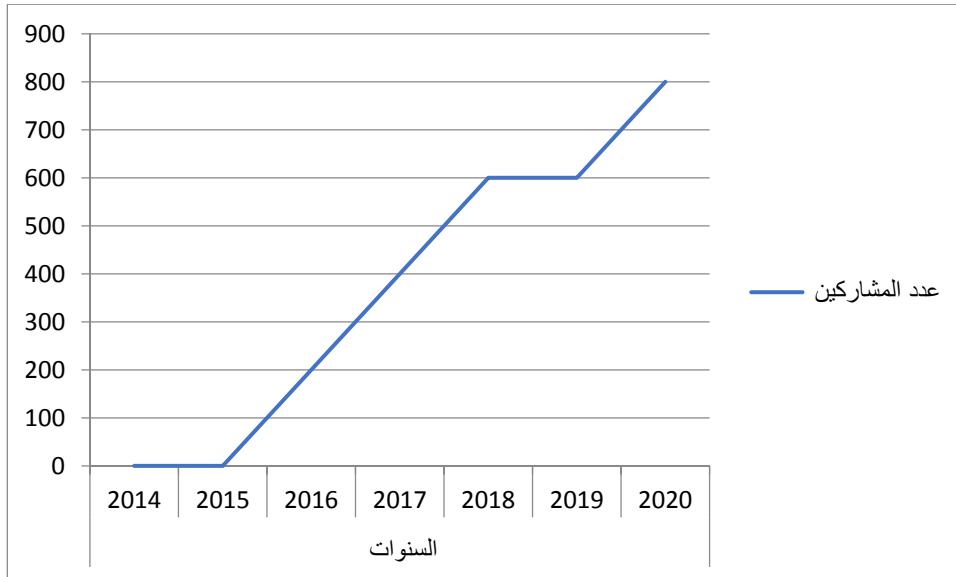
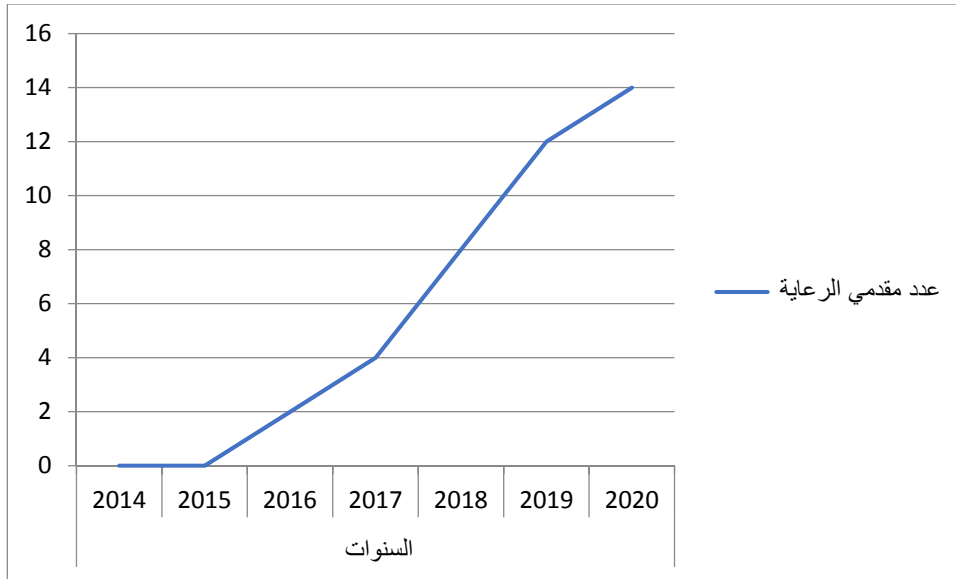
ويتكون عمال المصلحة من عشرة (10) أطباء مقيمين وأربعة (4) أطباء أخصائيين مساعدين وثلاث (3) أطباء أساتذة مساعدين ورئيس المصلحة (البروفيسور) ورئيس الوحدة (البروفيسور)، وعشرة (10) ممرضين وممرضات وعمال النظافة.

ويوجد ستة (06) ممرضات تم تكوينهم في التربية العلاجية، إضافة إلى تكوين كل من المختصة في التغذية والمختصة النفسية للصحة كونها الباحثة والتي تتواجد على مستوى المصلحة بشكل دائم، بصفقتها المختصة النفسية المداومة في المصلحة. ويتم توزيع مقدمي الرعاية لبرنامج التربية العلاجية في وحدة مصلحة بني مسوس حسب الشكل (38).



الشكل رقم 38 المربين المسؤولين عن تقديم برنامج التربية العلاجية

فمنذ إفتاح المصلحة في بداية عام 2016 على مستوى المستشفى الجامعي لبني مسوس عرفت تطوراً في ازدياد أعداد العاملين بالمصلحة وكذا عدد المرضى الذين يتم معالجتهم سنوياً وهو نفس الأمر مع عاملي الرعاية المسؤولين في تقديم برنامج التربية العلاجية وكذا المرضى المشاركين في البرنامج وفيما يلي رسم توضيحي للتزايد المستمر لأعضاء وحدة التربية العلاجية والمبينة في الشكل (39)



الشكل رقم 39 تطور عدد مقدمي برنامج التربية العلاجية والمرضى المشاركين

### 3- عينة البحث وخصائصها:

تتكون عينة البحث من ثلاثون مريضةً ومريضاً مصاب بداء السكري من النوع الأول يخضعون لحقن الأنسولين وتتراوح أعمارهم بين 18 و 28 عامًا.

تم اختيار عينة البحث عن طريق العينة القصدية أو العمدية وتسمى كذلك بالعرضية، فهي أسلوب معاينة غير احتمالية، يتم سحب أفراد العينة على أساس ملاءمتها لأهداف البحث وحسب مواصفات ومعايير وشروط يضعها الباحث (ناشميز وناشميز

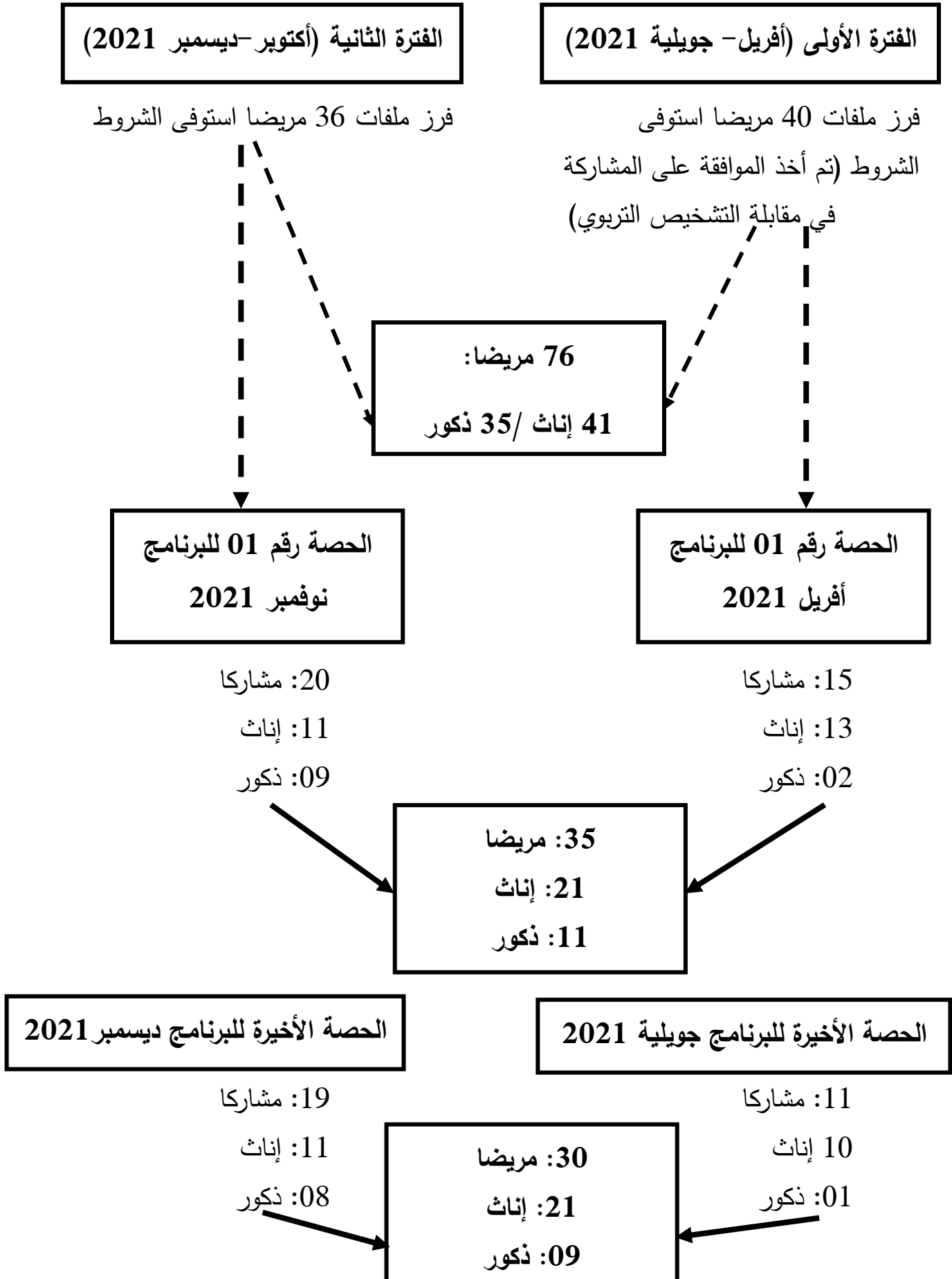
2004 ص: 191). ولقد تم اختيار أفراد العينة حسب معايير الإدراج والاستبعاد الموضحة في الجدول التالي:

**الجدول رقم 12 معايير الإدراج والاستبعاد لعينة البحث.**

معايير الاستبعاد Critère D'exclusion	معايير الإدراج Critère D'inclusion
- وجود مضاعفات أيضية مزمنة تابعة لداء السكري	- الإصابة بالنوع من الأول من داء السكري (DT1)
- وجود أمراض مزمنة مصاحبة أخرى (كأمراض الغدد الصماء مثل اضطراب الغدة الدرقية أو مرض السيلياك....)	- يتراوح السن من 18 إلى 28 عام
- وجود اضطرابات عقلية أو في الشخصية (كحالات الإكتئاب أو اضطراب الوسواس القهري...)	- مدة الإصابة لا تقل عن سنة
- المشاركة سابقاً في برامج التربية العلاجية الجماعية (حصص جماعية)	- العلاج بأقلام الأنسولين
	- كلا الجنسين
	- الموافقة على:
	- المشاركة في كل البرنامج من خلال كل ورشاته الجماعية

وسوف نستعرض فيما يلي مراحل اختيار العينة وكل التغيرات التي طرأت عليها من

خلال الشكل رقم (40)



الشكل رقم 40 مراحل عينة البحث المشاركة في البرنامج

تعود الأسباب في عدم المشاركة في كل ورشات وحصص التربية العلاجية الجماعية للبحث الحالي إلى العديد من الأسباب ويمكن ذكر أهمها:

- - الوقت: تعذر على بعض المشاركين القدوم للمشاركة في البرنامج نظراً لأن توقيت الحصة كان متلائماً مع التزاماتهم الشخصية أو الدراسية أو المهنية.
- - المسافة: عبّر بعض المشاركين عن صعوبة التنقل نظراً لأن مقر سكنهم بعيد عن المستشفى.

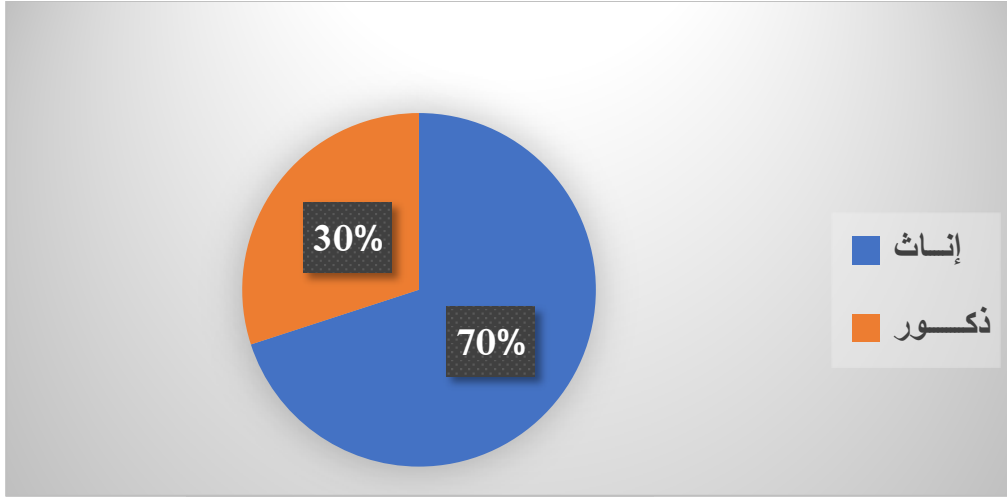
■ - جائحة كوفيد-19: تخوف بعض المشاركين وأوليائهم من خطر العدوى من وباء كورونا، حيث تم اكتشاف إصابة حالة واحدة في الفترة الأولى وتعود لجنس ذكر وحالة واحدة في الفترة الثانية وتعود لجنس ذكر كما اكتشف أنه مصاب بطيف التوحد الطفيف (Syndrome D'asperger).

فيما يلي عرض خصائص أفراد عينة البحث حسب الجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، المهنة ومدة المرض.

❖ - توزيع أفراد العينة حسب الجنس:

الجدول رقم 13 التوزيع حسب الجنس

النسبة المئوية	العدد	الجنس
70%	21	إناث
30%	9	ذكور
100%	30	المجموع



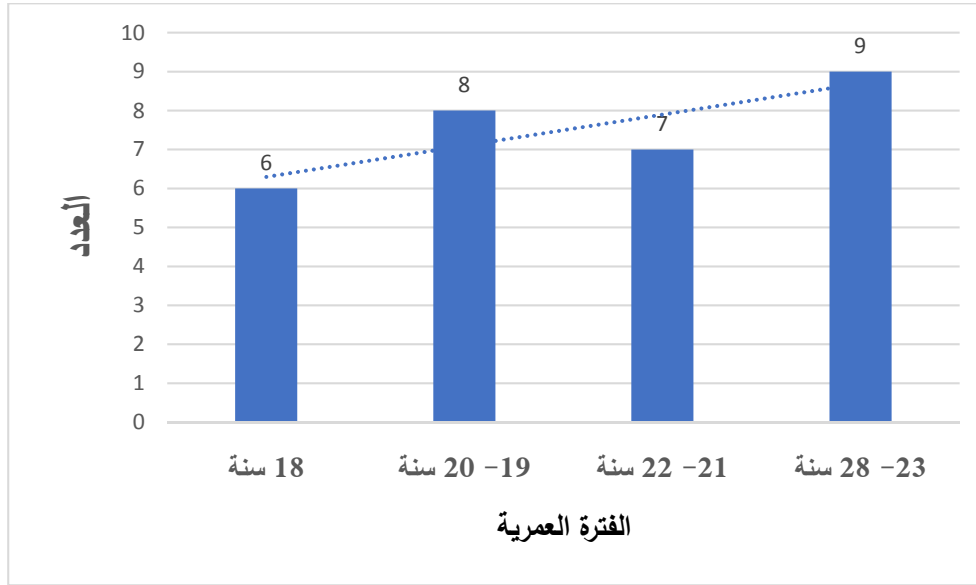
الشكل رقم 41 دائرة النسبة لتوزيع أفراد العينة حسب الجنس

يتضح لنا من خلال الجدول (13) والشكل (41) أن نسبة الإناث بلغت 70% أي ما يمثل (21) فردًا، في حين بلغت نسبة الذكور 30% أي ما يمثل  $\frac{1}{3}$  من مجموع عينة البحث، وعليه فالنسبة الأكبر فقد مثلتها الإناث، وهو ما يدل على أن جنس الإناث أكثر من حضر وتواصل مع حصص التربية العلاجية طيلة تقديم البرنامج

❖ - توزيع أفراد العينة حسب السن:

الجدول رقم 14 التوزيع حسب السن

النسبة المئوية	العدد	الفئة العمرية
20%	6	18 سنة
26,66%	8	19 - 20 سنة
23,33%	7	21 - 22 سنة
30%	9	23 - 28 سنة
100%	30	المجموع



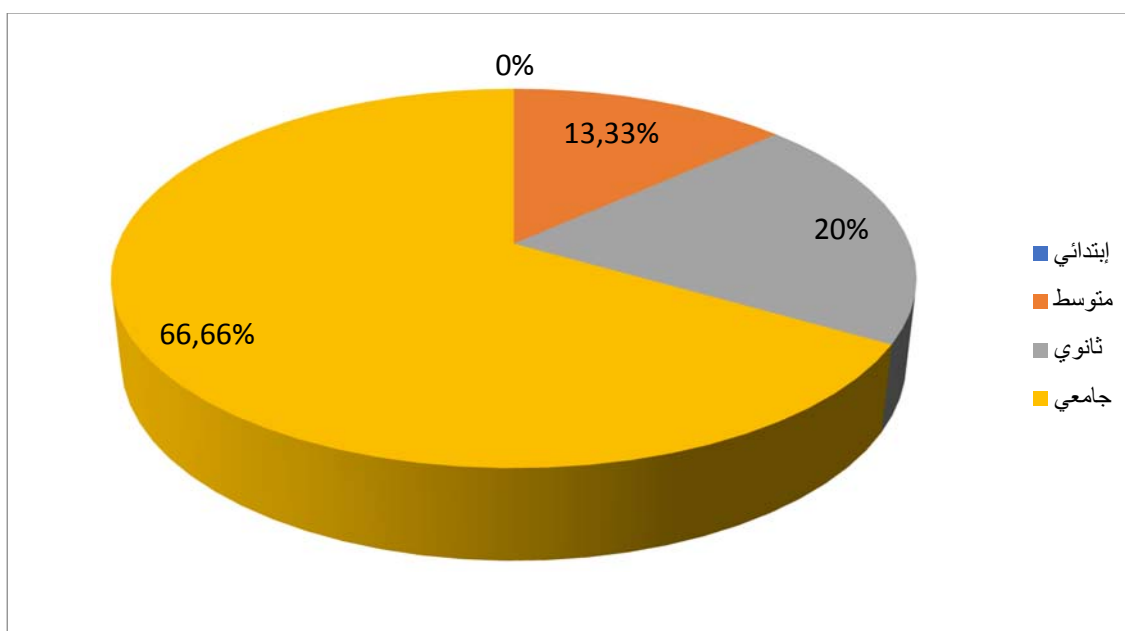
الشكل رقم 42 أعمدة بيانية لتوزيع أفراد العينة حسب السن

فيما يخص نسب الشرائح العمرية نلاحظ عدم وجود فروق كبيرة في النسب، فكانت أقل نسبة هي 20% مثلها (6) أفراد، أما النسبة الأكبر فقدرت بـ 30% ومثلها (9) أفراد. في حين أن الفئة العمرية من 19 إلى 20 سنة و 21 إلى 22 سنة مثلت بالنسب التالية على التوالي: 26,66% و 23,33% وكل هذه الفئات العمرية تمثل مرضى داء السكري من النوع الأول.

#### ❖ - توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي:

الجدول رقم 15 التوزيع حسب المستوى التعليمي

النسبة المئوية	العدد	المستوى التعليمي
0%	0	إبتدائي
13,33%	4	متوسط
20%	6	ثانوي
66,66%	20	جامعي
100%	30	المجموع



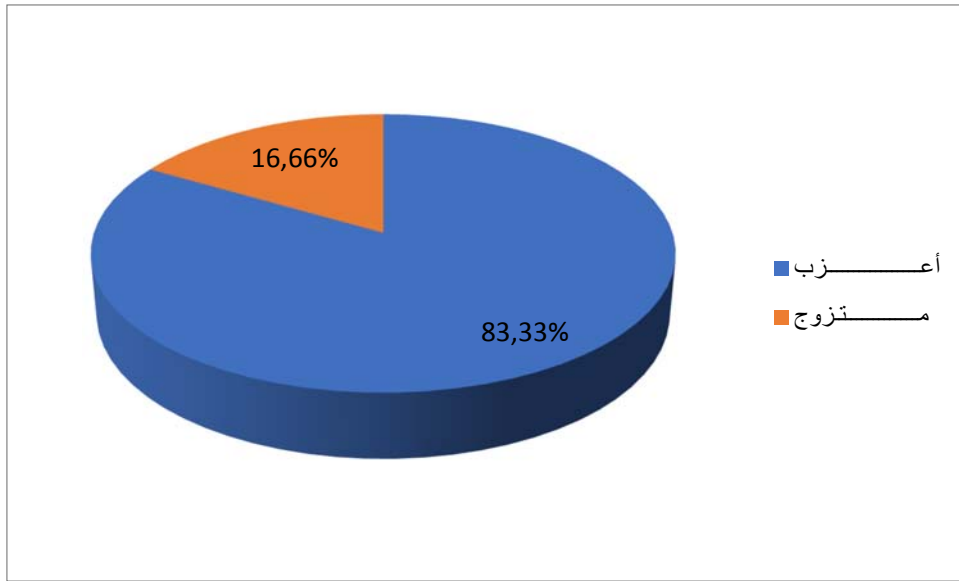
الشكل رقم 43 الدائرة النسبية لتوزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

يتضح لنا من خلال الجدول (15) والشكل (43) أنّ نسبة الجامعيين استحوذت على أكبر نسبة أي ما يعادل 67% مثلها (20) فرداً، في حين بلغت نسبة ذوي مستوى الطور المتوسط 13,33% ممثلة بـ (4) أفراد والمستوى الثانوي بنسبة 20% ممثلة بـ (6) أفراد. إن وجود نسب مرتفعة للمستويات التعليمية خاصة الجامعية سيسهل عملية التواصل وتبادل المعلومات خلال الحصص الجماعية لبرنامج التربية العلاجية وذلك من خلال استخدام التكنولوجيات الحديثة.

#### ❖ - توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية:

الجدول رقم 16 التوزيع حسب الحالة الاجتماعية

النسبة المئوية	العدد	الحالة الاجتماعية
83,33%	25	أعزب
16,66%	5	متزوج
100%	30	المجموع



الشكل رقم 44 الدائرة النسبية لخصائص أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية

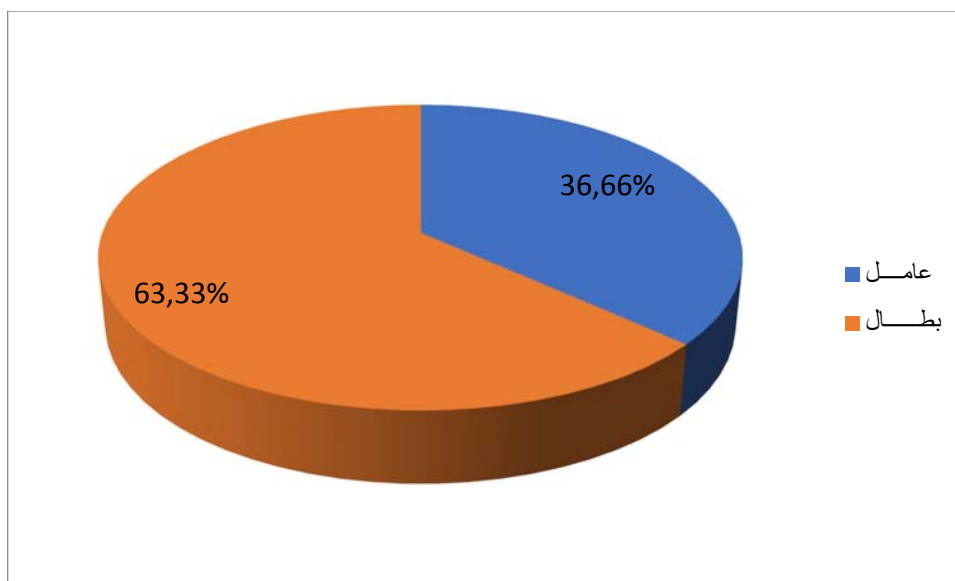
يبين كل من الجدول (16) والشكل (44) أن الحالة الاجتماعية للعزّاب استحوذت على عينة البحث بنسبة 83,33% وهو ما يعادل (25) فرداً، فيما مثلت فئة المتزوجين النسبة الأصغر بنسبة 16,66% وهو ما يعادل (5) أفراد.

وهو قد يرجع لأن أغلبية أفراد العينة في مرحلة التعليم العالي أي مواصلة التكوين للتحضير للجانب المهني وخوض الميدان.

❖ - توزيع أفراد العينة حسب المهنة:

الجدول رقم 17 التوزيع حسب المهنة

النسبة المئوية	العدد	المهنة
36,66%	11	عامل
63,33%	19	بطل
100%	30	المجموع



الشكل رقم 45 الدائرة النسبية لتوزيع أفراد العينة حسب المهنة

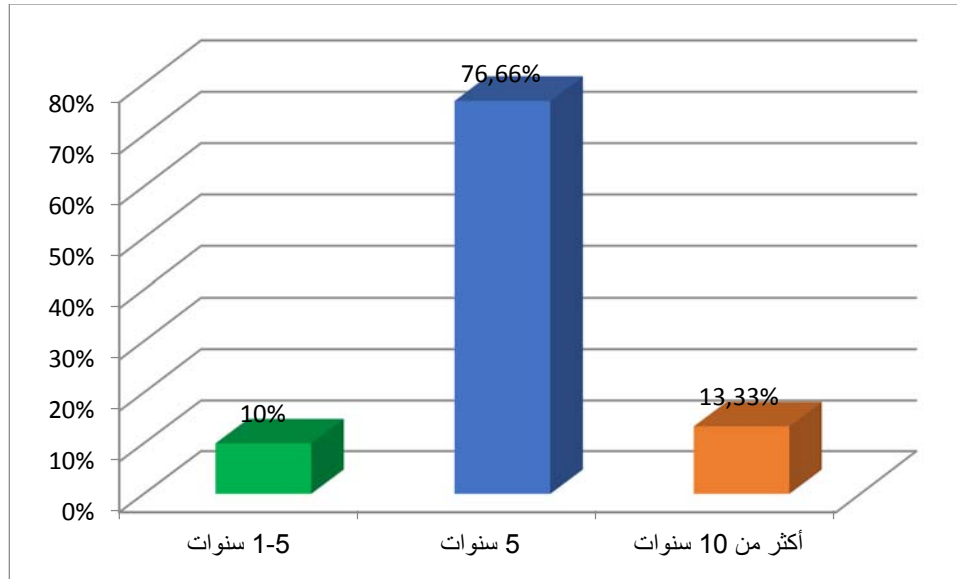
يبين كل من الجدول (17) والشكل (45) أعلاه أن نسبة أفراد العينة بدون عمل هي الأكبر بنسبة 63,33% ويمثلها (19) فرداً، بينما فئة العاملين فكانت بنسبة 36,66% ويمثلها (11) فرداً.

إن كون أغلبية أفراد العينة من الجامعيين أي لازالوا في طور التكوين جعلهم لم يتحصلوا على وظيفة أو مهنة بعد.

#### ❖ - توزيع أفراد العينة حسب مدة المرض:

الجدول رقم 18 التوزيع حسب مدة المرض

النسبة المئوية	العدد	مدة المرض
10%	3	1-5 سنوات
76,66%	23	5 سنوات
13,33%	4	أكثر من 10 سنوات
100%	30	المجموع



الشكل رقم 46 أعمدة بيانية لتوزيع أفراد العينة حسب مدة المرض

فيما يخص خصائص العينة حسب مدة المرض فقد بين الجدول (18) والشكل أعلاه أن (23) فرداً من العينة بلغت مدة إصابتهم حتى 10 سنوات أي ما يعادل نسبة 76,66% وهي الفئة التي استحوذت على أكبر نسبة.

في حين أن أفراد العينة الذين بلغت مدة إصابتهم أقل من 5 سنوات كانوا (3) أفراد أو ما يعادل نسبة 10% والإصابة لأكثر من 10 سنوات وُجد (4) أفراد أي بنسبة 13,33%.

إن النسبة الأكبر لأفراد العينة والتي تراوحت مدة إصابتهم بين 5 و10 سنوات مثلت الإصابة بداء السكري من النوع الأول في فترة المراهقة والبلوغ.

#### 4- الدراسة الاستطلاعية:

امتدت الدراسة الاستطلاعية في الفترة الممتدة من 2019 إلى 2020، حيث انطلقت فكرة البحث الحالي من الملاحظة الميدانية والاحتكاك المتواصل مع مرضى داء السكري بحكم أنّ الباحثة تعمل في المصلحة التي تقدم برنامج التربية العلاجية التابعة للمستشفى

الجامعي لبني مسوس منذ إنشاء الوحدة في عام 2017. فإلى جانب تخصصها في مجال علم النفس الصحة، هي أحد مقدمي برنامج التربية العلاجية لذات المصلحة.

يعد هذا التناول الحديث في علم النفس والذي يهتم بتطبيقات علم النفس في مجال الصحة والمرض، وقد ساعدنا هذا بجمع معطيات نفسية واجتماعية هامة حول هؤلاء المرضى المصابين بداء السكري خاصة من النوع الأول.

وعليه إنَّ أهم إشكالية لديهم تمثلت في عدم الامتثال لسلوكات الرعاية الذاتية للسكري التي كانت تؤدي في كثير من الأحيان على ضرورة الاستشفاء جراء ظهور بعض المضاعفات كما يؤدي إلى اضطراب العلاقة العلاجية مع الفريق المتعدد التخصصات.

ومن هنا جاءت عدّة تساؤلات عما يعزز الرعاية الذاتية للسكري في ضوء التمتع بحياة أفضل ونوعية حياة جيدة، رغم توفر وسائل العلاج والدواء والمتابعة الطبية.

تم اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية من مجتمع الدراسة والبالغ عددهم (30) مريضاً بداء السكري من النوع الأول من كلا الجنسين، تم اختيارهم بطريقة قصدية من مصلحة داء السكري ومن فحوصات الصحة الجوارية مع أطباء داء السكري ومن إحدى العيادات الخاصة بداء السكري والتي تقدم بدورها برنامج التربية العلاجية (العينة الاستطلاعية لم تدخل ضمن العينة الفعلية للبحث).

إن الإحتكاك بأرض الواقع يسهل عملية الملاحظة التي يتم من خلالها وضع الفرضيات بعد جمع المعلومات الطبية والنفسية حول الإشكال، وتحديد العينة، وتطبيق المقاييس للتحقق من الخصائص السيكومترية لها وعليه يتمثل الهدف الأساسي من الدراسة الإستطلاعية في:

- القيام ببحث مصغر في الميدان، من شأنه مساعدتنا في أسلوب إختيار مجموعة البحث والظروف التي سيتم فيها إجراء البحث.

- التحقق من أدوات البحث المستخدمة لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول الظروف المحيطة بموضوع البحث (التحقق من الخصائص السيكومترية للمقاييس) وكذا التأكد من وضوح وسلامة الصياغة اللغوية للبنود والتعليمات.
- توفير الجهد والوقت للتأكد من الفرضيات المصاغة أو لإعادة صياغتها.
- تحديد مدة وعدد الجلسات التي يتطلبها تطبيق كل أداة من أدوات البحث.
- تجميع ملاحظات ومشاهدات عن مجموعة الظواهر الخاصة بالبحث.
- التعرف على أهمية البحث وتحديد فروضه، والبدء في وضع النقاط الأولى لتخطيط البحث (الأهداف والإطار وطرق البحث) والصياغة المبدئية لموضوع البحث (العنوان) (دايو، 1994، ص: 46-47)

#### 5- أدوات البحث:

إعتمد البحث على ثلاث مقاييس وبرنامج للتربية العلاجية حسب معايير الجودة لمنظمة الصحة العالمية؛

- - مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة (SF- 36)

(Short Form- 36)

- - مقياس إدراك المرض المختصر (B-I.P. Q)

● (The Brief Illness Perception Questionnaire)

- - مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ رالف شفارتزر

(General Self- Efficacy Scale)

- - برنامج التربية العلاجية لمرضى داء السكري (ETP)

Educ ' Diab- Béni

والذي يحتوي بدوره على أربعة مراحل:

١- مرحلة مقابلة التشخيص التربوي.

- ﴿- مرحلة تحديد الأهداف التربوية الشخصية
  - ﴿- مرحلة تقديم البرنامج من خلال الحصص الجماعية.
  - ﴿- مرحلة التقييم.
- مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة (MOS- SF- 36):

### (Medical Out Come study- Short Form -36)

● - **التعريف بالمقياس:** يُعرف بمقياس النموذج القصير للمسح الصحي أنشأه وير وشيربرون (1992) (Ware et Sherbourne) من دراسة النتائج الطبية MOS (Medical Out come Study) (EL Osta,N,etal, 2019, P: 707). وهي دراسة الملاحظة التي تضم مسحًا مقطعيًا لـ 20000 مريض ومسح طولي تم إجراءه على مدى 4 سنوات متتالية، لتقييم كيفية تأثير نظام الرعاية الصحية الأمريكي على نتائج الرعاية.

تتكون الأداة الأصلية من 149 سؤالاً أمّا المقياس المشتق فيحتوي فقط على 36 سؤالاً، كما تتوفر حالياً نسخة مختصرة تحتوي على 12 سؤالاً (SF-12).

لقد قامت 15 دولة مختلفة بتكييف هذه الأداة والتحقق منها من خلال مشروع دولي

(التقييم الدولي لنوعية الحياة) (Internationnal Quality of Life Asessement)

يُعد مقياس المسح الصحي (SF-36) من الإستبيانات العامة لقياس نوعية الحياة. إذ تم المصادقة عليه من طرف منظمة الصحة العالمية لأنه يعطي نتائج تغطي مختلف جوانب الصحة الجسدية والانفعالية (العاطفية) وحتى الاجتماعية. وهو يطبق على نطاق واسع في الوسط الاستشفائي (ملحق رقم 03)

هو مقياس عام متعدد الأبعاد، أي يقيم الحالة الصحية بشكل مستقل عن علم الأمراض السببي والجنس والعمر والعلاج.

## ● - وصف المقياس:

يعتبر مقياس نوعية الحياة (SF-36) إستبيان ذاتي، ويتطلب فقط 10 دقائق للإجابة عن 36 سؤالاً والتي تقيم 8 أبعاد كما هو موضح في الجدول رقم (19)

## الجدول رقم 19 أبعاد ومؤشرات مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة

مؤشراته	البند	الأبعاد (المقاييس الفرعية)
-22-21-20-19-18-17-16-15-14 23	10	التوظيف البدني (PF: Physical Function)
-6-5-4-3	4	القيود بسبب الحالة الجسدية (RP: Role Physical )
12-11	2	الألم الجسدي (BP: Bodily Pain)
36-35-34-33-2-1	6	الصحة العامة (GH: General Health)
32-30-28-24	4	الحيوية (VT: Vitality)
13-10	2	الأداء الاجتماعي (SF: Social Function)
9-8-7	3	القيود بسبب الحالة الانفعالية (RE: Role Emotion)
31-29-27-26-25	5	الصحة العقلية (MM: Mental Health)

يتم تقييم كل سؤال على مقياس ليكترت Likert من 3 أو 5 أو 6 خيارات للإجابة المحتملة، بعد أن يملأ المريض المقياس نقوم بعملية التصحيح التي تمر بخطوتين أساسيتين؛ أولاً إعادة تشفير القيم الرقمية أي لكل جواب يُقابلة قيمة رقمية من 0 إلى 100.

في الخطوة الثانية يتم حساب متوسط كل مقياس فرعي (البعد) ويتم احتساب الدرجة الكلية بجمع متوسطات كل المقاييس الفرعية (الأبعاد) للمقياس.

فالدرجة 100 هي أعلى نقطة وتشير إلى نوعية حياة جيدة أي توظيف عقلي

وجسدي مرتفع وأقل من 50 درجة تشير إلى نوعية حياة رديئة

ويشير الجدول رقم (20) إلى كيفية إعادة ترميز إجابات المقياس:

**الجدول رقم 20 جدول إعادة ترميز إختيارات الإجابة**

البنود	إختيارات الإجابة	القيمة المعاد ترميزها
36-34-22-20-2-1	1 ←←←	100
	2 ←←	75
	3 ←	50
	4 ←	25
	5 ←←	0
12-11-10-9-8-7-6-5-4-3	1 ←←	0
	2 ←←	50
	3 ←	100
19-18-17-16-5-14-13	1 ←←	0
	2 ←←	100
27-26-23-21	1 ←←	100
	2 ←←	80
	3 ←	60
	4 ←	40
	5 ←←	20
	6 ←	0
31-29-28-25-24	1 ←←	0
	2 ←←	20
	3 ←	40
	4 ←←	60
	5 ←←	80
	6 ←←	100

0	← 1	35-33-3-2
25	← 2	
50	← 3	
75	← 4	
100	← 5	

تتيح الأبعاد الثمانية للمقياس أيضاً إمكانية حساب درجتين لنوعية الحياة وهما متوسط درجة الجانب الجسدي (BCS) (Physical Composite Score) ومتوسط درجة الجانب العقلي (MCS) (Mental Composite Score).

وفيما يلي ملخص لأهم ما يقيسه كل سلم فرعي للمقياس والممثلة في الجدول رقم (21)

الجدول رقم 21 أهم ما يقيسه كل سلم فرعي لمقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة (SF-36).

الاسم الفرعي (البعد)	الرمز	ملخص المحتوى
التوظيف البدني	PF	يقيس قيود النشاط البدني مثل المشي وصعود السلالم ورفع الأشياء والجهد البدني القوي والمعتدل
القيود بسبب الحالة الجسدية	RP	قياس الانزعاج بسبب الحالة الجسدية وقياس حدود بعض الأنشطة اليومية أو صعوبة القيام بها
الألم الجسدي	BP	قياس شدة الألم وعدم الراحة التي يسببها
الحيوية / التعب	VT	التقييم الذاتي للحيوية والطاقة والتعب
الأداء الاجتماعي	SF	يقيس القيود في الأنشطة الاجتماعية بسبب مشاكل الصحة الجسدية والعقلية
الصحة العقلية	MH	التقييم الذاتي للصحة النفسية: القلق، الإكتئاب والرفاهية (السعادة)
القيود بسبب الحالة الإنفعالية	RE	يقيس الانزعاج بسبب المشاكل النفسية

والانفعالية في الأنشطة اليومية كقضاء وقت أقل في العمل أو الإحساس بأن عمله رديء		
--	--	--

**الثبات:** يقصد بثبات الاختبار مدى الدقة أو الاتساق أو الاستقرار في نتائجه فيما لو طبق على عينة من الافراد في ظرفين مختلفين (Maurice, 1997, P:215) تم حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ وذلك حسب الجدول رقم (22)

**الجدول رقم 22 معامل ألفا كرونباخ لبنود مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة**

البند	معامل ألفا كرونباخ	البند	معامل ألفا كرونباخ
البند 1	0,94	البند 19	0,94
البند 2	0,95	البند 20	0,94
البند 3	0,94	البند 21	0,94
البند 4	0,94	البند 22	0,94
البند 5	0,95	البند 23	0,94
البند 6	0,95	البند 24	0,94
البند 7	0,94	البند 25	0,94
البند 8	0,94	البند 26	0,94
البند 9	0,94	البند 27	0,95
البند 10	0,94	البند 28	0,95
البند 11	0,94	البند 29	0,95
البند 12	0,94	البند 30	0,94
البند 13	0,94	البند 31	0,94
البند 14	0,95	البند 32	0,94
البند 15	0,94	البند 33	0,95
البند 16	0,94	البند 34	0,94
البند 17	0,94	البند 35	0,94
البند 18	0,94	البند 36	0,94

نلاحظ من خلال هذه النتائج أن قيمة معامل ألفا كرونباخ يساوي 0,95 وهو معامل ثبات قوي.

نفس النتائج حققتها طريقة ألفا كرونباخ مع أبعاد المقياس الثمانية فكانت النتيجة 0,90 وهو معامل ثبات قوي كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم 23 معامل ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة

أبعاد المقياس	معامل ألفا كرونباخ
التوظيف البدني	0,89
القيود بسبب الحالة الجسدية	0,89
الألم الجسدي	0,89
الصحة العامة	0,89
الحيوية	0,89
القيود بسبب الحالة الإنفعالية	0,92
الصحة العامة	0,89

صدق الإتساق الداخلي: يعكس مدى ترابط الاستجابات على الفقرة الواحدة مع درجة المقياس الكلية (النبهان، 2013 ص 293).

تم حساب صدق الإتساق الداخلي لل فقرات بإيجاد معاملات الارتباط بين معدل كل بعد والدرجة الكلية للمقياس وفي النهاية كانت النتائج كالتالي حسب الجدول رقم (24)

الجدول رقم 24 معاملات ارتباط الأبعاد مع الدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة المرتبطة بالصحة

الأبعاد	معامل ارتباط الأبعاد مع الدرجة الكلية	الدلالة
التوظيف البدني	0,77 **	0,01
القيود بسبب الحالة الجسدية	0,81 **	0,01
الألم الجسدي	0,81 **	0,01
الصحة العامة	0,79 **	0,01
الحيوية	0,78 **	0,01
الأداء الاجتماعي	0,81 **	0,01
القيود بسبب الحالة الإنفعالية	0,52 **	0,01
الصحة العقلية	0,82 **	0,01

من خلال النتائج المتحصل عليها حسب الجدول أعلاه يتضح لنا أن كل معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 وتتراوح بين 0,52 و 0,87 وبذلك فإن المقياس يتسم بصدق مقبول. وأصبح صالحاً للتطبيق على عينة الدراسة الأساسية **الصدق الظاهري (صدق المحكمين):** يستخدم للإشارة أن مضمون الاختبار متفق مع الغرض منه، بصفة عامة أن يكون الاختبار ذو صدق ظاهري (يونس، 2008، ص 83) تم عرض المقياس بعد ترجمته إلى اللغة العربية على الأساتذة في مجال علم النفس وأطباء من المركز الاستشفاء الجامعي (ملحق رقم 02) من أجل الكشف عن مدى ملاءمتها وكذا سلامة ووضوح الصياغة اللغوية للبنود. وقد أظهرت النتائج درجة عالية من الاتفاق بين المحكمين إلا في عدد قليل من البنود التي تم تصحيحها وفق الأوزان التالية كما هو مبين في الجدول التالي:

## الجدول رقم 25 يوضح الفقرات المعدلة في مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة.

رقم البند	البند قبل التعديل	البند بعد التعديل
02	مقارنة مع العام الماضي، كيف تقيّم صحتك الآن بشكل عام؟	مقارنة مع العام الماضي كيف تقيّم صحتك بشكل عام، حالياً؟
04	أنجزت أقل مما كنت تريد	هل أنجزت أقل مما كنت تتمنى؟
05	كنت محدوداً في نوع العمل أو النشاطات الأخرى	هل كان عليك التوقف عن أداء نشاطات معينة؟
13	كل الوقت بعض الوقت قليل الوقت	بشكل دائم من وقت إلى آخر نادراً

## ■ الخصائص السيكومترية للمقياس في نسخته الأصلية (قبل الترجمة):

تم التحقق من ثبات وصدق المقياس في النسخة الفرنسية التي وضعها " لوبلاج وكول " (Leplège et Coll, 2001) والتي تم الاستعانة بها في هذا البحث من خلال عينة تحقيق وصلت إلى (2400) مشارك من المجتمع تراوحت أعمارهم من 20 إلى 79 سنة. أوجد التطبيق معامل ألفا كرونباخ بين 0,77 و 0,93 وهو معامل ثبات قوي ووصلت معاملات ارتباط البنود بالأبعاد على القيمة بين 0,50 و 0,83.

إنها دراسة مهمة سمحت بدراسة الخصائص السيكومترية لمقياس نوعية الحياة

المتعلقة بالصحة (Richard J. L, 2000, P: 26-27)

**2- مقياس الكفاءة الذاتية العامة****:(General Self- Efficacy Scale)****(Schwarzer et Jerusalem, 1995)****Echelle du sentiment d'efficacité générale****تعريف المقياس:**

قد يكون مقياس الكفاءة الذاتية العامة هو مقياس الكفاءة الذاتية الأكثر شيوعاً، تم استخدامه منذ عام 1995، وتم تطويره من قبل الباحثين سفارترز وجيروزيليم في جامعة برلين بألمانيا وهما خبيران رائدان في الكفاءة الذاتية. تكونت أول نسخة له سنة 1986 من 20 بنداً لتصبح فيما بعد 10 بنود.

يقيس استبيان توقعات الفعالية الذاتية العامة قناعات وثقة الفرد بقدراته وبنفسه في مواجهة مشكلات حياتية وحلها بشكل سليم بمعنى آخر هو استبيان للتقرير الذاتي. ترجم المقياس لأكثر من 33 لغة ويؤكد رائداً المقياس على أخذ بعين الاعتبار لثقافات البيئات المختلفة عند ترجمته (رزقي وأمزيان، 2018، ص: 234 - 235).

**■ - استبيان توقعات الفعالية الذاتية العامة في صيغته المعربة لسامر جميل رضوان**

وقد قام سامر جميل رضوان (1997) بالتحقق من صدق المقياس على عينة سورية في دراسة أجراها على طلاب المرحلة الجامعية بعينة قدرت ب 530 طالب بعدما قام بترجمة البنود العشرة التي يتضمنها المقياس من اللغة الألمانية إلى اللغة العربية. كما تم ترجمة نسخته الإنجليزية التي نشرت عام 1995. ومنذ ذلك يتم استخدام مقياس الكفاءة الذاتية في صيغته المعربة والمحتوية على معايير الصدق والثبات المناسبة.

**■ - وصف المقياس:**

يهدف هذا المقياس إلى قياس الكفاءة الذاتية كنوع من اختبارات التقرير الذاتي ويتألف المقياس من عشرة بنود غير موزعة على أبعاد فرعية.

يتم تطبيق المقياس بصورة جماعية أو فردية وتتراوح مدة تطبيق الاختبار بين 5 الى 10 دقائق يطلب فيها من المفحوص الاستجابة وفق تدرج رباعي يبدأ من " لا، نادراً، غالباً، دائماً «، ويتراوح المجموع العام للدرجات بين 10 و40 أي أن التصحيح يكون على النحو التالي:

1	←	لا
2	←	نادراً
3	←	غالباً
4	←	دائماً

وبالتالي فإن الدرجة المنخفضة تشير إلى انخفاض توقعات الفعالية العامة، والدرجة العالية تشير إلى ارتفاع توقعات الفعالية الذاتية العامة لدى المفحوص.

إن مقياس الكفاء الذاتية العامة أو الإحساس بالفعالية الذاتية هو مقياس نفسي (psychométrie) تم تصميمه لتقييم المعتقدات الإيجابية للتعامل مع مجموعة متنوعة من المطالب الصعبة في الحياة، يشير هذا المقياس صراحة على الفعالية الشخصية، أي الاعتقاد بأن الأفعال مسؤولة عن النتائج الإيجابية. هذا الشعور هو محدد مهم للدافع للعمل وللمثابرة نحو الأهداف لأن مستوى الجهد المستثمر يعتمد على النتائج المتوقعة.

مر المقياس بعدة مراحل طوّرت نسخته الأصلية سنة 1985 ونشرت سنة 1995 كما تم مراجعتها سنة 2000 من طرف " ميشيل دومون ورفل شفارتزر وماتياس جيروزيليم

ببرلين وذلك عند تكييف المقياس مع البيئة الفرنسية أين استبدلت خيارات الإجابة وفق المقترح التالي: (ملحق رقم 05)

(Dument.M. Schwarzer et Jerusalem, Berlin, Germany, 2000)

- 1 ← ليس صحيحا على الإطلاق
- 2 ← بالكاد صحيح
- 3 ← صحيح إلى حد ما
- 4 ← صحيح تمامًا

● - مقياس الكفاءة الذاتية العامة وخصائصه السيكومترية:

الثبات: تم حساب ثبات مقياس الكفاءة الذاتية العامة بطريقة ألفا كرونباخ:

الجدول رقم 26 معامل ألفا كرونباخ لبنود مقياس الكفاءة الذاتية العامة

الأداة	عدد بنود المقياس	معامل ألفا كرونباخ (X)
مقياس الكفاءة الذاتية العامة	10	0,83

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة معامل ألفا كرونباخ بلغت 0,83 وهي درجة مقبولة تعكس ثبات المقياس.

الصدق: تم حساب الصدق عن طريق الاتساق الداخلي فكانت معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية للمقياس كما يلي:

الجدول رقم 27 معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية لمقياس الكفاءة الذاتية العامة

الأبعاد	معامل ارتباط الأبعاد مع الدرجة الكلية	الدلالة
البند 1	0,77 **	0,01
البند 2	0,71 **	0,01
البند 3	0,52 **	0,01
البند 4	0,73 **	0,01
البند 5	0,70 **	0,01
البند 6	0,57 **	0,01

0,01	0,57 **	البند 7
0,01	0,53 **	البند 8
0,01	0,64 **	البند 9
0,01	0,68 **	البند 10

نلاحظ من خلال الجدول أن كل معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 وتتراوح بين 0,53 و 0,77 وبذلك فإن المقياس أصبح صالحاً للتطبيق على عينة الدراسة الأساسية.

#### ● الخصائص السيكومترية للمقياس في نسخته الأصلية:

تم تطبيق مقياس شفارتزر (1995) في نسخته الألمانية في دراسة شملت (3) بلدان أين بلغ عدد أفراد العينة (1933) مشاركاً وكانت حصة كل بلد كالتالي: ألمانيا (633) فرداً وبولندا بـ (359) فرداً وكوريا الجنوبية بـ (941) فرداً، تراوحت أعمارهم من 16 إلى 86 عاماً. وشملت العينة على أفراد مصابين بأمراض مزمنة. بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ 0,94 على عينة ألمانيا التي شملت مرضى القلب وعلى نتيجة 0,90 على عينة بولندا التي شملت مجتمع الطلبة، وعلى نتيجة 0,86 للمشاركين من كوريا الجنوبية وهي معاملات ثبات قوية تشير أن المقياس يتمتع بقدر مرتفع من الثبات (Luszczynska.A, 2005,P:444) هي دراسة مهمة قام بها كل من شفارتزر ولوسكزينسكا وشولزر (Schwarzer,Luszczynska et Scholz,2003)

#### 5-3- مقياس إدراك المرض المختصر ل: برودبنت وآخرون

#### Brief Illness Perception Questionnaire ( Brodbent et Al)

#### تعريف المقياس:

سمحت مختلف المقابلات مع المرضى من تمييز تصورات المرض والتي أوردها ليفنتال في نموذج النظري " الضبط الذاتي " أو التسيير الذاتي على شكل خمسة أبعاد

(Leventhal et Al, 1984). ومن خلال هذا النموذج وضع موس موريس وآخرون ( Moss Morris et Al, 1996 ) مقياس إدراك المرض (IPQ)، الأمر الذي أظهر مقياس آخر عدّله موس موريس و هو مقياس ادراك المرض المعدل (IPQ-R) في 2002 ( Moss Morris , R, 2002, P : 01 ) .

وقد اختلف المقياس المعدّل عن المقياس القديم في زيادة في البنود المتعلقة بالبعد الزمني (حاد/ مزمن). وزيادة في البنود المتعلقة ببعده دورية المرض. كما أوجد البعد الذي يمثل الهوية والذي يميز التصورات الشخصية حول الخبرات. ولقد شمل المقياس المعدّل على 38 بنداً مقسمة إلى سبعة مستويات وهي:

➔ البعد المتعلق بزمنية المرض (حاد/ مزمن)

(Chronologie: aigue/ Chronique)

➔ البعد المتعلق بنتائج المرض (Eléments des Conséquences)

➔ البعد المتعلق بالتحكيم الذاتي (Eléments de Contrôle Personnel)

➔ البعد المتعلق بضبط العلاج (Eléments de Contrôle du Traitement)

➔ البعد المتعلق بالانسجام مع المرض

(Eléments de Cohérence de la Maladie)

➔ البعد المتعلق بالتصورات الانفعالية (Représentations Emotionnelles)

- البعد المتعلق بدورية المرض (Chronologie cyclique)

إضافة إلى مقياسين فرعيين هما:

- البعد المتعلق بالهوية (Identité)

➔ البعد المتعلق بالأسباب (Causes)

أما في سنة 2005 قدمت الباحثة في علم النفس الصحة " إليزابيث آن برودينت " (Elizabeth Anne Brodbent, 2005) من جامعة أوكلاند بنيوزيلندا الجديدة مذكرة دكتوراه بعنوان " تناولات جديدة لتقييم التصورات حول المرض " لتقوم بعدها مع كل من زملائها " بيتري ومان ووينمان " (Weiman, Main et Petrie, 2006) بتصميم مقياس ادراك المرض المختصر (B-IPQ) لتوفير تقييم سريع لتصورات المرض المعرفية والإنفعالية(الملحق رقم 06)، يستخدم المقياس عنصراً واحداً لكل بند وذلك على سلم ليكارت من 0 إلى 10 لتقييم كل منها (Brodbent et Al, 2015 P : 1362).

الجدول رقم 28 يوضح أهم معتقدات أبعاد مقياس إدراك المرض  
(Simon. A, 2017,P:40 )

البعاد	تفسيره
النتائج	هو إدراك العواقب الجسدية والاجتماعية والاقتصادية للمرض
التصورات الانفعالية	تتعلق بالانفعالات والأحاسيس التي يشعر بها المريض في مواجهة مرضه
الجدول الزمني/ التوقيت	يشير إلى فهم المرضى لمدة المرض وطريقة تقدمه
التحكم/ السيطرة الذاتية + العلاج	تتعلق برأي المريض فيما يتعلق بإمكانية السيطرة على المرض أو علاجه، يمكن أن تتعلق هذه السيطرة بفعالية العلاج المقترح أو تصرفات المريض نفسه بشأن مرضه
الهوية	يهتم بالأعراض التي يعاني منها المرضى ولكن أيضا في الملصق (L'Etiquette) الذي يُعطى للمرضى. كما يحدد تصور شدة المرض.
الأسباب	يهتم بمعتقدات المرضى حول مسببات المرض والعوامل المساهمة في تطوره

## وصف المقياس:

- يحتوي المقياس على ثمانية بنود تمثل (8) أبعاد تلخص بشكل أفضل العناصر الواردة في كل مقياس فرعي من IPQ-R:
- 1- الانعكاسات (العواقب المتصورة)،
  - 2- الجدول الزمني (الحاد- المزمن)،
  - 3- مقدار إدراك السيطرة الشخصية،
  - 4- التحكم في العلاج،
  - 5- الهوية (الأعراض)،
  - 6- التمثيل العاطفي (القلق بشأن المرض)،
  - 7- هوية المرض (فهم المرض)،
  - 8- التمثيل العاطفي (الإنفعالات).

ويقوم العنصر الأخير (البند 9) بتقييم التصورات السببية من خلال مطالبة المرضى بسرد الأسباب الثلاثة الأكثر احتمالية لمرضهم. وتكون الإجابة للبنود الثمانية على سلم ليكارت Likert من 0 إلى 10، حيث تشير الدرجات الأعلى إلى تصورات أقوى على طول هذا البعد (Basu et Poole, 2016 P: 419).

لهذا المقياس المختصر مزايا من حيث الإنجاز وله عبء أقل على المشاركين، خاصة في الأوساط السريرية حيث تكون إعادة التقييمات المتكررة مطلوبة. وتحتسب الدرجة الكلية للمقياس بجمع درجات السلام الفرعية لكل بُعد، وذلك بعد عكس الدرجة المتحصل عليها في كل من البند 3 و4 و7، حيث تشير الدرجة الأعلى أن الشخص يشعر بأنه أكثر تهديداً بالمرض والعكس صحيح (Karatas, T, 2017, P: 79).

وتم توزيع هذه البنود الثمانية على (3) محاور وهي:

- - تصورات المرض المعرفية (الإدراكية): البند 1 و2 و3 و4 و5.

- - تصورات المرض الانفعالية: البند 6 و8.
  - - عنصر واحد يقيم قابلية فهم المرض: البند 7.
- أما البند 9 وهو العنصر السببي يمكن تصنيف الاستجابات بإجراء التحليل الفئوي، إما على السبب الرئيسي المدرج فقط أو جميع الأسباب الثلاثة.
- - مقياس إدراك المرض المختصر خصائصه السيكومترية:
- الثبات:** تم حساب معامل ثبات مقياس إدراك المرض بطريقة ألفا كرونباخ كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم 29 معامل ألفا كرونباخ لبنود مقياس إدراك المرض المختصر

البند	معامل ألفا كرونباخ
الإنعكاسات	0,77
المدة	0,79
السيطرة	0,74
العلاج	0,78
الهوية	0,75
تقلق	0,73
الفهم	0,75
الإنفعالات	0,72

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن نتيجة معامل الثبات ألفا كرونباخ بلغت 0,78 وهي درجة عالية تعكس ثبات المقياس.

**صدق المقياس:** تم حساب الصدق عن طريق صدق الاتساق الداخلي لبنود المقياس على الدرجة الكلية للمقياس كما يلي على الترتيب حسب الجدول التالي:

## الجدول رقم 30 معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية لمقياس إدراك المرض المختصر

البنود	معامل ارتباط البنود مع الدرجة الكلية للمقياس	الدالة
الإنعكاسات	0,57 **	0,01
المدة	0,60 **	0,01
السيطرة	0,68 **	0,01
العلاج	0,44 *	0,01
الهوية	0,69 **	0,01
القلق	0,75 **	0,01
الفهم	0,67 **	0,01
الإنفعالات	0,79 **	0,01

من خلال النتائج المتحصل عليها حسب الجدول أعلاه يتضح لنا أن كل معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 و 0,05 وتتراوح بين 0,44 و 0,79 وبذلك تكون قد تأكدنا من صدق المقياس وعليه أصبح المقياس صالح للتطبيق على عينة الدراسة الأساسية.

#### ■ الخصائص السيكومترية للمقياس في صورته الأصلية:

للتحقق من ثبات المقياس استخدمت الباحثة وصاحبة مقياس إدراك المرض المختصر (B-IPQ) طريقة الإختبار وإعادة الإختبار. وأظهرت النتائج عن وجود معاملات ارتباط قوية في بنود المقياس. تم جمع البيانات من ست مجموعات من المشاركين المرضى لتقييم الخصائص السيكومترية (103) مرضى إحتشاء القلب و(132) مرضى الكلى و(119) مرضى بداء السكري من النوع 2 و(309) مرضى الربو و(166) مرضى بالحساسية ونزلات البرد و(62) يعانون من ألآم في الصدر خضعوا لاختبار الإجهاد قبل التشخيص (Epreuve D'effort). وجاءت معاملات الإرتباط بيرسون لدى عينة مرضى الكلى الخارجيين قوية في الإختبار وإعادة الإختبار تراوحت بين 0,48 و 0,70 وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 وهي دراسة من بين العديد من الدراسات التي قدمتها

مؤلفة المقياس والتي أثبتت أن المقياس صالح وموثوق لتصورات المرض في مجموعة متنوعة من مجموعات المرضى (Brodent. E. et Al, 2006, P : 632-633).

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

تم التحليل الإحصائي بمساعدة برنامج SPSS (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية)

- معادلة بيرسون للارتباط لحساب صدق وثبات أدوات الدراسة.
- النسب المئوية لتحديد خصائص العينة من حيث السن والجنس والحالة الاجتماعية والمستوى الدراسي ومدة المرض.

- الإنحراف المعياري
  - المتوسط الحسابي
- للحصول على خصائص أبعاد متغيرات الدراسة قبل وبعد تطبيق البرنامج
- معامل ألفا كرونباخ لحساب ثبات الأدوات المستخدمة في الدراسة.
  - معامل الإتساق الداخلي لحساب صدق الأدوات المستخدمة في الدراسة.
  - إختبار " T " لدراسة الفروق.

#### 7- برنامج التربية العلاجية لمرضى داء السكري

(EDUC 'DIAB-BENI):

#### (1)-تعديل وتطبيق برامج التربية العلاجية في الجزائر:

لقد مرّ تعديل وتطبيق برامج التربية العلاجية بعدّة مراحل كان الهدف منها تقييم مدى فعاليتها في الوسط الجزائري:

1/- تكوين مقدمي الرعاية في التربية العلاجية على المستوى المحلي بطريقة تدريجية حتى تعم كل الوطن.

وهو الأمر الذي استفاد منه بعض المختصين الصحيين في مصلحة داء السكري ببني مسوس على غرار العديد من المصالح الاستشفائية لولاية الجزائر والولايات المجاورة.

تمثل التكوين الذي استغرق (12) شهرا للحصول على شهادة جامعية في التربية العلاجية  
(Diplôme Universitaire en ETP) DU.

شملت الدفعة الأولى 2016 تكوين طبية مختصة في داء السكري وممرضة للصحة العامة، أما دفعة 2018 فشملت المختصة النفسية الصحية التي تعمل في ذات المصلحة (ملحق رقم 07).

2/- تدعيم مقدمي الرعاية خاصة المصالح الاستشفائية بالوسائل البيداغوجية، حيث تقدم على شكل مجموعة كاملة (Kit Complet) مصدره أوروبي عدل من طرف مختصين في التكوين في برامج التربية العلاجية تابعين للمخابر الدوائية الجزائرية.

3/- مرافقة الطاقم المُدرّب في حصص برنامج التربية العلاجية التي تم إنشاءها في مصالحيهم الاستشفائية وهو دليل على وجود إطار مرجعي.

4/- عملية التقييم التي تمت على عدة مستويات لعدة مصالحي خاصة في محتوى الوسائل السمعية البصرية التي تم تحضيرها من طرف الطاقم المدرّب. كل هذه المراحل أكّدت دور وفعالية هذا البرنامج في الوسط الجزائري.

5/- توسع عمل الجمعيات الخاصة بداء السكري من مجرد إعطاء الدواء ومجانية الفحوصات الطبية والحملات التحسيسية في اليوم العالمي لداء السكري يوم 14 نوفمبر من كل سنة إلى نطاق أوسع مع التربية العلاجية للمريض.

وعليه تم تحضير الوسائل البيداغوجية من طرف فريق متعدد التخصصات للمصلحة حسب المعايير العالمية المقدمة من طرف منظمة الصحة العالمية (OMS) والمخابر الدوائية وكذا المطويات والملصقات وعروض DVD قصيرة تعرض حياة مرضى جزائريين.

أظهرت الممارسة في وحدة التربية العلاجية لمصلحة داء السكري لمستشفى بني مسوس على أهمية هذا النوع من البرامج المؤطرة والمنظمة وكذا العمل على تعميمها على جميع المصالح الاستشفائية لمختلف الأمراض المزمنة داخل المستشفى الجامعي من جهة وعلى كامل مستشفيات الوطن من جهة أخرى وهذا من خلال برنامج وطني.

(2) - أصل البرنامج: هو برنامج أوروبي تم تطويره من طرف مخابر دوائية والمتمثلة في مخابر سانوفي SANOFI ومخابر ليلي LILLY BIABETE من خلال مجموعة " خرائط المحادثة " (Conversation Maps) ومخابر نوفونورديسك الجزائر NovoNordisk Algerie من خلال برنامج " نوفوكير " (Novo Care) حول داء السكري والذي تم إختباره في العديد من دول المغرب العربي (الملحق رقم 08) ويحتوي البرنامج على مجموعة أدوات بيداغوجية:

- - دليل المربي أو الورقة البيداغوجية (Fiche Pédagogique).

- - دليل كل حصة من البرنامج والأدوات والوسائل البيداغوجية

(Fiche Technique) (ملحق رقم 09)

- - دليل لعملية التقييم.

يفي هذا البرنامج بمعايير جودة التربية العلاجية وهي تشمل فرصة كبيرة لبلدنا لعبور عالم التربية العلاجية ويعتبر التقييم أثناء تنفيذ هذا البرنامج على المدى المتوسط والطويل خطوة أساسية لإبراز النتائج على صحة المرضى. كما سيسمح التقييم بإجراء التعديلات اللازمة لضمان استدامة هذا البرنامج.

(3) - مراحل تطبيق برنامج التربية العلاجية لوحدة التربية العلاجية في مصلحة داء السكري:

"L'éducation thérapeute, un projet partagé entre le patient et le soignant"

يمكن تمثيل مراحل تطبيق برنامج التربية العلاجية من خلال تطبيق المنهج الشبه

التجريبي من خلال الشكل التالي:

التقييم التتبعي لكل البرنامج	التقييم بعد كل ورشة عمل جماعية، التقييم البعدي	ورشات العمل الجماعية للبرنامج	مقابلة التشخيص التربوي
------------------------------	--	-------------------------------	------------------------

(0 ز) (2 ز) (3 ز)

قياس قبلي لمقاييس الدراسة	البرنامج E.T. P	قياس بعدي لمقاييس الدراسة في آخر ورشة عمل جماعية	القياس التتبعي لمقاييس الدراسة
---------------------------	-----------------	--	--------------------------------

الشكل رقم 47 مراحل تطبيق البرنامج ضمن المنهج الشبه تجريبي للدراسة

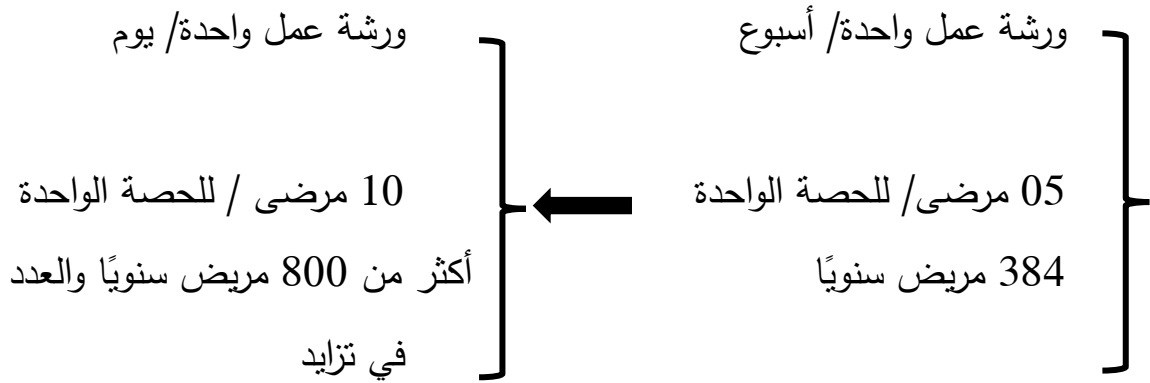
توجد في وحدة التربية العلاجية الخاصة بالمريض بداء السكري في المصلحة الاستشفائية (8) حصص موضوعية جماعية حسب الجدول الآتي رقم (31):

الجدول رقم 31 الحصص الموضوعية الجماعية لوحدة التربية العلاجية

رقم الحصة	عنوان وأهداف الحصة	المتدخلون (الثنائي)
1	مدخل عام حول داء السكري (تعريف المرض، الأسباب، العوامل المفجرة...)	مرمضة- مختصة نفسية
2	تقنيات الحقن بالأنسولين (مصل الأنسولين، خصائصه، طرق الاحتفاظ...)	طبيبة- ممرضة
3	كيف أتعامل مع ارتفاع وهبوط السكر (الأسباب، الأعراض، طرق الوقاية...)	طبيبة- ممرض
4	كيفية الاعتناء بالقدمين وتجنب المضاعفات (أسباب المضاعفات الحادة والمزمنة، الأعراض، طرق الوقاية...)	طبيبة- مختصة نفسية
5	التغذية المتوازنة (تعريف مكونات الغذاء، كيفية تكوين وجبة	مرمضة- مختصة في

التغذية -مختصة نفسية	متوازنة، حلول عملية للتغذية المتوازنة...)	
مرمضة- مختصة نفسية	كيف أتحرك وأمارس الرياضة (أهمية البقاء في حالة نشاط، الخطوات اللازمة قبل وبعد أي نشاط رياضي...)	6
طبيبة- ممرضة	السكري الحلمي (كل يوم ثلاثاء مساء بالتعاون مع مصلحة التوليد وأمراض النساء)	7
طبيبة-ممرضة- مختصة نفسية	السكري والصيام (قبيل كل شهر رمضان)	8

لقد تطوّر معدل تقديم ورشات العمل الجماعية منذ انشاء وحدة التربية العلاجية في المصلحة فتطوّر التواتر من سنة 2016 إلى 2022 كآآتي:



ويتم استقبال المرضى المشاركين في برنامج التربية العلاجية من المحطات التالية:

الإستشارات الانتقالية لمرضى داء السكري من النوع الأول

**(Consultation De Transition)**

الإستشارات الطبية من المراكز الصحية للصحة الجوارية (EPSP)

المستشفى النهاري للمصلحة (HDJ)

من المصالح الأخرى لمستشفى بني مسوس كمصلحة الطب الداخلي، مصلحة

الأمراض القلبية، مصلحة أمراض الكلى.... إلخ.

المرضى في حالة الاستشفاء داخل المصلحة.

وعليه تمّ تطبيق برنامج التربية العلاجية لأفراد عينة الدراسة عبر المراحل الزمنية التالية:

### الدراسة الاستطلاعية 2019-2020

مناقشة مذكرة DU لنيل شهادة جامعية في التربية  
العلاجية عبر التحاضر عن بعد مع كلية الطب  
لوهان سبتمبر 2020

إنتقاء المجموعة الأولى لعينة البحث

الحصّة الجماعية الأولى للبرنامج/أفريل 2021

الحصّة الأخيرة للبرنامج/ جويلية 2021

حصّة التقييم البعدي

حصّة التقييم التبعي/ أكتوبر 2021 بعد 6 أشهر  
من تقديم البرنامج

إنتقاء المجموعة الثانية لعينة الدراسة

الحصّة الجماعية الأولى للبرنامج/ نوفمبر 2021

الحصّة الجماعية الأخيرة للبرنامج/ديسمبر 2021

حصّة التقييم البعدي مارس 2022

حصّة التقييم التبعي/ سبتمبر 2022 بعد 9

أشهر من تقديم البرنامج

تقييم تبعي/ سبتمبر 2022 بعد تقريباً سنة من

تقديم البرنامج مَسّ مؤشري الوزن والسكر

التراكمي (HbA1c)

الموجة الأولى لكوفيد -19 / مارس 2020

الموجة الثانية لكوفيد -19 / أكتوبر 2021

استئناف نشاطات مصلحة داء السكري/ جانفي

2021

الموجة الثالثة لكوفيد -19 / جويلية 2021

استئناف نشاطات مصلحة داء السكري/

سبتمبر 2021

الموجة الرابعة لكوفيد -19/ ديسمبر 2021

استئناف نشاطات مصلحة داء السكري/ فيفري

2022

الشكل رقم 48 المراحل الزمنية لتطبيق برامج التربية العلاجية للدراسة الأساسية

أما خطوات برنامج التربية العلاجية لوحدة التربية العلاجية في مصلحة السكري " EDUC ' diab- béni " فهي كالآتي:

## الخطوة 1

**مقابلة التشخيص التربوي وتطبيق الأولي للمقاييس الدراسة:**

- استقبال لمجموعات صغيرة من أفراد عينة الدراسة يوم موعد الاستشارة الطبية مع طبيبيهم المعالج (تم الاتصال بكل مريض مسبقاً، لإعلامه والتأكد من مجيئه للموعد). واستقبلت المجموعات على عدّة فترات.

- يتوجه المريض مع الممرضة والمختصة النفسية الصحية لقاعة الفحص أين تتواجد طبيبته المعالجة للقيام بـ:

\* - الإجابة على أسئلة دليل مقابلة التشخيص التربوي، تقوم به مرة الطبيب ومرة الممرضة ومرة المختصة النفسية والجميع في نفس القاعة (أسئلة مفتوح بتقنية المقابلة التحفيزية (OuVER)

• - بعد كتابة الإجابات يتم تحديد صعوباته والعراقيل ونقاط القوة ومصادره أي تحديد ما يحتاج إليه (احتياجاته التربوية (Besoins Educatifs).

## الخطوة 2

**الأهداف التربوية اللازم تعلمها:**

- يتم في آخر المقابلة التشاور مع المريض لتحويل هذه الاحتياجات إلى أهداف تربوية تخصه بالتحديد، وبهذا يتم إبرام العقد العلاجي (ملحق رقم 01).

- طلب الموافقة على المشاركة في الدراسة:

• - تقوم المختصة النفسية مع الطبيبة بشرح أهداف الدراسة مع شرح ماهي التزامات وحقوق كل مشارك دون طلب توقيع وثيقة ومن ثم شرح كيف سيقدم البرنامج (امتيازاته وإيجابياته ومدته وكيفية التواصل مع المشاركين).

●- قبل مغادرة المصلحة نقوم بزيارة لقاعة التربية العلاجية لإعطاء معلومات أكثر عن البرنامج وكيفية المشاركة فيه (فكرة زيارة القاعة عادت بالإيجابية على نسب المشاركة في هذا البحث).

- الاجتماع الاستشاري الدوري لمرضى السكري

### (Réunion de Concertation Diabétique (RCD)

يجتمع فريق وحدة التربية العلاجية في قاعة التربية العلاجية مرة في الشهر (يوم الخميس) وذلك ل:

﴿- تسجيل المرضى المعنيين بالمشاركة في سجل التربية العلاجية (الملحق رقم 11) الذي يحتوي على: إسم ولقب المصاب، رقم الهاتف والبريد الإلكتروني، الطبيب المعالج، تاريخ الإصابة بداء السكري، الأهداف التربوية التي يجب أن يصل إليها حتى تتكون لديه مهارات (مهارات الرعاية الذاتية ومهارات التكيف).

﴿- تحديد تاريخ وتوقيت كل حصة أو ورشة جماعية لبرنامج التربية العلاجية مقدمو الرعاية هو الذي يتصل بالمشاركين في الورشة التي سيقدمها.

﴿- تعليق البرنامج لشهر كامل في مكان مخصص أمام قاعة التربية العلاجية ليتسنى لكل المرضى والعاملين في المصلحة الاطلاع على محتوى وتوقيت كل ورشة جماعية (ملحق رقم 12)

﴿- يتصل مقدم الرعاية لوحدة التربية العلاجية بالمشاركين (سواء الطبية-المرضة-الأخصائية النفسية الصحية-المختصة في التغذية) ثلاثة أيام قبل الموعد للتأكد من الحضور.

وفي حالة تعذر على أحدهم الحضور، يبرمج في حصة لاحقة ويتم الاتصال بمرضى آخر للحضور والمشاركة.

﴿- دليل كل ورشة جماعية للتربية العلاجية محضر مسبقاً ويكون مطبوعاً على الورق أو يعرض عن طريق شاشة الإسقاط **DATA Show** (ملحق رقم 13)

### الخطوة 3

#### يوم موعد الورشة الجماعية للتربية العلاجية:

- ﴿- تحضير قاعة التربية العلاجية بساعة واحدة قبل موعد بدأ كل ورشة (نظافة- تهوية- إضاءة). (ملحق رقم 14)
- ﴿- يتواجد على طاولة الاجتماع: مناديل ورقية، قارورات ماء، معقم اليدين، كمادات طبية، أقلام، أوراق بيضاء (ملحق رقم 14).
- كما يتواجد في الثلاجة: سكر أبيض، ماء، عصائر وبعض مشتقات الحليب كالياغورت المُحلى وغير المُحلى (استعدادا لحالات هبوط نسب السكر لبعض المشاركين).
- ﴿- على مقدم الرعاية أن يتواجد في القاعة قبل حضور المرضى ليستقبلهم في جو مفعم بالفعالية والحيوية والدافعية مع حسن الاستقبال (ملحق رقم 15).
- ﴿- بعد حضور كل المشاركين يتم غلق باب القاعة لبدأ الورشة الجماعية للتربية العلاجية.
- ﴿- سنقدم فيما يلي مثال عن ورشة من الورشات الجماعية للبرنامج وكل الخطوات والمراحل التي تمّ تتبعها خلال الورشة.

#### دليل الورشة الجماعية للتربية العلاجية

مثال: عن ورشة التغذية المتوازنة وداء السكري

Atelier Thématique de Groupe L'Alimentation Equilibré et le

Diabète (ملحق رقم 16)

#### 1- تقديم الورشة (5 د) (Présentation de L'atelier 5 Mn):

"...أنا المختصة النفسية الصحية السيدة... من مصلحة أمراض السكري والغدد الصماء من المستشفى الجامعي بني مسوس والتي ستقدم لكم حصة حول داء السكري والتغذية المتوازنة..."

أطلب من الجميع التزام الهدوء، كل مشارك يحترم دوره ودور غيره في الكلام ووضع الهواتف النقالة في وضع صامت للاستفادة جميعاً من أهداف هذه الورشة ".  
سنستعمل لغة بسيطة يفهما الجميع مع شرح لأهم المصطلحات التي هي باللغة الفرنسية باللغة الدّراجة.

- (2) - تقديم المشاركين (15 د) (Présentation de Participants 15 Mn): " ... أرجو منك أن تقدم نفسك: الاسم الأول فقط، السن، المهنة، نوع الدواء ونوع داء السكري، ومدته من أجل العمل كفريق وللتعارف أكثر ".  
(3) - تحديد معارف المريض حول موضوع الورشة:

#### Identification des connaissances sur le thème de l'atelier 15 à 20 Mn

- حسب رأيك فيما تختلف تغذية المريض بالسكري عن باقي أفراد المجتمع (تصورات المريض حول المعوقات التي يواجهها مع التغذية بسبب الإصابة بداء السكري).  
- حسب رأيك كيف تساعد التغذية المتوازنة في تعديل سكر الدم (مكونات الغذاء الكامل أو ما يجب أن يتواجد في الصحن):

\* معرفة هل يعلم بالمجموعات السبعة (7) للأغذية؟

\* معرفة هل يعلم بأنه هناك نوعان من مؤشر السكر في الأغذية؟

\* معرفة هل يعلم أن تعديل السكر يقابله تجنب المضاعفات؟

- هل يمكن أن نخبرنا كيف تُوازن غذائك (مما يتكون صحنه، أنواع الطهي التي يعرفها، أين يجد السكريات والليبيدات في الأغذية، أنواع المشروبات، هل للماء أهمية في غذائه).

(4) - صياغة الأهداف التربوية أو المهارات التي يجب أن يصل إليها:

في آخر الحصة على المشارك ان يكون قادرا على:

- معرفة ماذا وكيف يأكل لإدارة داء السكري (التغذية علاج حقيقي للسكري إضافة إلى الأنسولين وممارسة النشاط البدني).  
- التعرف على المجموعات الغذائية المختلفة.

- تحديد الغلوسيدات والدهون (الليبيدات) في الطعام.
- التعرف على الأطعمة رافعة السكر في الدم (مؤشر نسبة السكر في الدم- أو الأطعمة عالية السكر في الدم) (Index Glycémique)
- كيفية موازنة وجبته الغذائية مع جرعات الأنسولين حتى لا يقع في المضاعفات الحادة (ارتفاع حاد لنسب السكر أو انخفاض لنسب السكر في الدم).

#### (5) - إستكشاف التجارب (20 mn) (Exploration des Expériences):

- من أجل تبادل الخبرات لاستخلاص المعلومات عن السلوكيات التي اعتمدها خلال مواقف الحياة الواقعية. فمن خلال الاستماع لبعض التجارب سيعيدون تقييم أنفسهم بشأن ما يجب عليهم القيام به أو لا ومن بين أهم النقاط التي تم تسجيلها:
- - مشكل عزل المصاب عند تناول طعامه عن باقي أفراد العائلة.
- - مشكل المساندة العمياء بعدم ثقة الوالدين في قدرة المصاب على تحضير الغذاء الذي ينفعه مع مرضه.

- - القيام "بنشاط تقنية اتخاذ القرار لوضعية حقيقية" بسرد قصة شخص مصاب بداء السكري وعليه اختيار الغذاء المتوازن من بين العديد من الخيارات عند الذهاب للمطاعم أو الأكل خارج المنزل (ملحق رقم 17).

#### (6) - البحث عن تغيير السلوكيات الصحية 10-15 د:

#### Rechercher le changement des comportements de Santé Souhaité

- - ماهي السلوكيات الصحية التي ستبنونها لاحقاً؟
- - ماهي أولى الخطوات خلال الشهر القادم؟
- (7) - خلاصة وتقييم: (20 د) (Synthés/ Evaluation): يقوم مقدّم الورشة بالمرور على كل المشاركين الواحد تلو الآخر حتى يستخلص ما فهمه حول أهداف هذه الورشة وماهي توقعاته نحو سلوكه وما ينتظره من الفريق العامل في وحدة التربية العلاجية بطرح السؤال التالي: " هل تستطيع أن تشرح لي ما تكلمنا عليه في حصة اليوم وما فهمته؟

## الجدول رقم 32 الوسائل البيداغوجية المستعملة

أمثلة عن النشاطات التفاعلية <b>Activités interactives</b>	الوسائل البيداغوجية / التقنيات
<p>والمتمثلة في طرح الأسئلة المفتوحة عبر تقنية المقابلة التحفيزية OuVER منذ بداية الحصص إلى نهايتها.</p> <p>تستمر بإعطاء أجوبة ذات محتوى، تساعد مقدم الرعاية الذي يتبنى موقف مكيف ومشجع ( <b>Attitude adapté et Encouragement</b> ) على معرفة ما يعتقد وما يتصوره وما يعرفه حول أهم خطوة في علاجه كمريض بداء السكري وهي التغذية</p>	<p>تقنية التواصل المتمركزة حول المريض</p>
<p>من خلال سرد لوضعية مريض بالسكري تمت دعوته إلى تناول الطعام خارج المنزل (كالذهاب إلى المطعم)</p> <p>يتمثل النشاط في بطاقات تحتوي على مجموعة من الأطعمة المختلفة. ويُقسّم المشاركون إلى فريقين؛ فريق يرى أنها أطعمة صحية مناسبة وفريق يرى عكس ذلك.</p> <p>كل بطاقة تحتوي على غذاء غير متوازن تقابلها بطاقة للأغذية التي يمكن تعويضها دون تغيير محتوى قائمة الأغذية.</p> <p>على كل فريق إيجاد البطاقة التي تعبر عن الحل الممكن في هذه الوضعية (الملحق رقم 17)</p>	<p>تقنية حل المشكل</p>
<p>- السمعى البصري: بعرض محتوى الحصة عن طريق <b>Data Show</b> (ملحق رقم 18)</p> <p>- التغذية الراجعة ( <b>Feed Back</b> ) خاصة للمقارنة بين السلوك الغذائي القديم والسلوك الحالي.</p> <p>- الكتيبات: والتي أظهرت فعاليتها في التربية العاجية (ملحق رقم 19)</p>	<p>تقنيات بيداغوجية</p>

خلال هذه النشاط تمكن المشاركون من تعلم عدة مهارات عن طريق:

- تقنية تحديد الأهداف للتغذية المتوازنة (ما الذي يريد الوصول إليه) (**Fixation d'objectif diététique**)  
- تقنية تسيير الحواجز والعوائق التي تعرقل المشارك في الوصول إلى تغذية متوازنة (السفر - الحفلات....).

(**Gestion des barrières**)

- تقنية تسيير الضغوط داخل الأسرة ومع الأقران خارج المنزل عند اختيار مكونات وجبته الغذائية (**Gestion de Stress**).

- تقنية التسجيل الذاتي: تسجيل داخل دفتر لمختلف الأغذية التي تناولها خلال أسبوع كامل

(**L'Auto- Enregistrement**).

- حُضِر الكُتَيْب مع بطاقة خاصة باللغتين العربية والفرنسية مع استعمال ثلاثة ألوان مختلفة: اللون الأخضر يشير إلى الأغذية ذات مؤشرة السكر المنخفض (**IG BAS**) فهي مسموحة واللون البرتقالي الذي يشير إلى الأغذية ذات مؤشر السكر المتوسط. فهي مسموحة بكميات معدلة واللون الأحمر الذي يشير إلى الأغذية ذات مؤشر السكر المرتفع والتي ينصح بعدم تناولها أو تناولها بكميات قليلة وفي حالات معينة فقط، واستعمل الكُتَيْب من خلال المرور على (4) مراحل:

**المرحلة الأولى:** اكتشف تركيبتي الغذائية: يُقترح نموذج ليوم

كامل من الوجبات ويعبر عنها بالحمولة السكرية اليومية

والتي تُقدر ب: 90% (**Charge Glycémique**) وتم

تقنيات بيداغوجية  
(تقنيات التدريس التعليمية  
والتفاعلية)

**Didactique et  
interactive**

التقنيات التحفيزية

**Approche  
motivationnelle**

من خلال

- كيفية التعامل مع مقاومة  
المشارك.

- كيفية اتخاذ القرار المناسب  
وتبني سلوكيات صحية من خلال  
نموذج مراحل التغيير

مراحل الكُتَيْب

" اكتشف مُعدّاتي "

مع تقديم وجبة غذاء صحية

## كنموذج حقيقي

توزيعها كالاتي:

فطور الصباح: 20%:

- قهوة بالحليب أو شاي بدون سكر = 0%
- 03 قطع خبز الشعير النخالة (90 غ) = 21%
- 10 غ زبدة = 0%
- ياغورت طبيعي = 1%

غذاء = 35% أو عشاء = 35%

- لحم أو سمك ابيض = 0%

- خضار 250 غ = 2%

- نشويات = 25%

- فاكهة الموسم = 6%

- ياغورت طبيعي = 1%

■ - اللمجة (Collation):

وفي حالة الإحساس بالجوع بين الوجبات نقترح أفكار

بسيطة لللمجة (Collation)

- مشروب بدون سكر أو شاي.
- 10 حبات من المكسرات.
- قطعتين من الشكولاتة السوداء مع قطعة من خبز الشعير أو القمح الكامل... إلخ

المرحلة الثانية: اختيار كمية النشويات: من بين قائمة

واسعة من حبوب جافة ومعجنات وبطاط على المصاب أن

يختار واحدة منها في وجباته.

وكل غذاء مُقدر إما بالغرام أو بعدد من الملاعق مثلا:

البرغل 230 غ أو ما يعادل 9 ملاعق أكل

البطاطا 140 غ أو ما يعادل 3 حبات متوسطة الحجم

**المرحلة الثالثة:** اختار الفاكهة: يعود هنا المصاب إلى

البطاقة ذات الألوان الثلاثة حتى يختار الفاكهة ذات مؤشر

السكر المنخفض. فإن لم تتوفر لديه ووجد فقط ذات مؤشر

السكر المتوسط او المرتفع يتم تحديد الكمية اللازمة تناولها.

مثلا:

$\frac{1}{2}$  موزة بدون بُقع

$\frac{1}{2}$  بطيخ أصغر

**المرحلة الرابعة:** أختار تَحْلِيَّتِي، للمصاب الحقّ بالاستمتاع

ببعض التحلية كلمجة لمرتين في الأسبوع. مثلا:

- كرة واحدة من المتلجات (آيس كريم).

- قطعتين شكولاتة بيضاء أو 4 قطع شكولاتة سوداء.

- تحلية كريمة نحو 100 غ.

-  $\frac{1}{2}$  خبز بالشكولاتة.

## الخطوة 4

يتم التقييم على مرحلتين:

(1)- التقييم في نهاية كل حصة جماعية.

(2)- التقييم بعد تطبيق البرنامج كل 3-6-12 شهرا أين تم إعادة تطبيق مقاييس

البحث من أجل القياس البعدي والتتبعي.

كما يتم تقييم خلاله ثلاثة محاور أساسية في البرنامج وهي:

\* المشاركين في البرنامج

\* مقدم الرعاية الذي قدّم حصص البرنامج (ملحق رقم 20).

\* وبرنامج التربية العلاجية المقترح (ملحق رقم 21) حسب الجدول الآتي:

الجدول رقم 33: مرحلة تقييم البرنامج

تقييم العملية العلاجية Processus	تقييم مقدم الحصة Animateurs	تقييم المشاركين Participants
<p>- تقييم محتوى البرنامج بجميع ورشاته من خلال سلم Likert ويتكون من 3 بنود:</p> <p> <input type="checkbox"/> ← <input type="checkbox"/> ← <input type="checkbox"/>            راضٍ للغاية راضٍ نوعاً ما راضٍ         </p> <p>ويتم تقييمه من خلال أربع نقاط أساسية:</p> <p>1/- موضوع الورشة (Thème)</p> <p>2/- مدة الورشة (Durée de L'atelier)</p>	<p>- تقييم كل مقدم للرعاية فيوحدة التربية العلاجية من خلال سلم Likert. ويتكون من 3 بنود:</p> <p> <input type="checkbox"/> ← <input type="checkbox"/> ← <input type="checkbox"/>            راضٍ للغاية راضٍ نوعاً ما راضٍ         </p> <p>ويتم تقييمه من خلال خمسة نقاط أساسية:</p> <p>1/- هيئته التعليمية أثناء التواصل مع المشاركين</p>	<p>- تقييم درجة اكتساب مهارات الرعاية الذاتية ومهارات التكيف.</p> <p>من خلال سلم Likert ويتكون من 3 بنود</p> <p> <input type="checkbox"/> ← <input type="checkbox"/> ← <input type="checkbox"/>            مكتسب/نوعاً ما / غير مكتسب         </p> <p>- تقييم ما تعلمه حتى الآن وما الذي بقي ليتعلمه.</p> <p>- تقييم لنوعية حياته</p>

<p>3- الاستقبال (Accueil) 4- فعالية البرنامج (Efficacité u Programme)</p>	<p>(Posture éducative) 2- مهاراته (Compétences) 3- الوسائل البيداغوجية التي استعملها (Outils pédagogiques) 4- احترامه للوقت والمواعيد (Ponctualité) 5- وهل يستعمل طرق تتناسب مع توقعات المشاركين Approches appropriées aux patients</p>	<p>ولتقديره لذاته. - تقييم خاصة ما حققه من مشاريع وما يطمحه له وما لم يستطع تحقيقه.</p>
---	---	---

- في هذه المرحلة الأخيرة تم استدعاء أفراد عينة البحث ودعوتهم لحضور حصة تقييمية بعد 3 أشهر من تطبيق آخر حصة جماعية لبرنامج التربية العلاجية. (بعد تعقيم اليدين وتغيير الكمامة الطبية استقبل المشاركين في قاعة الاجتماعات للمصلحة)
- استقبلت المجموعة الأولى في شهر أكتوبر 2021 ثلاثة أشهر من آخر حصة جماعية (ملحق رقم 22)
- يقوم كل مشارك بالتقييم الذاتي لمحوري: مقدم الحصة والبرنامج. حيث يضع تقييمه على سلم ليكارت بوضع ملصقات ملونة حسب التقييم الذي يراه مناسباً.
- أبدى المشاركون إعجابهم بهذه الطريقة كونها الأولى في حياتهم أين يطلب منهم تقييم أعضاء فريق التربية العلاجية ومحتوى البرنامج الذي قدّم لهم.
- يحضر كل مقدمي الرعاية لوحدة التربية العلاجية للعمل مع المشاركين لتقييم مهارات الرعاية الذاتية التي تعلموها من مختلف ورشات العمل الجماعية.
- تكون الأسئلة حول أهم الأهداف التربوية التي سَطّرت لكل موضوع حصة جماعية لمعرفة إن تمّ إكتساب تلك المهارة أم لا. وفي بعض الحالات يُطلب إستعراض الخطوات من طرف المشارك.

## مثلاً:

- يطلب منه طريقة تغيير إبرة حُقنة الأنسولين وكيفية الحقن على الذراع (إن كانت المهارة مكتسبة يُثنى عليه وإن أخطأ يتم التصحيح من طرف مقدم الرعاية).
- يقدم للمشارك العديد من أنواع المواد المُسكرة ويطلب إختيار السُكر المناسب لتصحيح هبوط السكر الحاد. مع ذكر كل الخطوات العملية لهذا التصحيح (إعادة التسكير- وجود آلة قياس نسبة السكر).
- في آخر الحصة يتم تقييم المشاركين.

• ما رأيك بالبرنامج بأكمله ؟

راض جداً      راض      راض الى حد ما      غير راض

• هل أجبنا على أسئلتك وتوقعاتك ؟

كلياً      الأغلبية      بشكل متوسط      لا على الاطلاق

• ما هو الموضوع الذي تودّ منا تناوله وإعادته في المرة القادمة ؟

• ما الذي حسب رأيك قد يساعدك على تسيير داء السكري بشكل أفضل في المستقبل.

• هل لك أن نخبرنا ماهي خطتك أو أحلامك في المستقبل ؟

• هل تتصح بهذا البرنامج لمرضى سكريين آخرين ؟

وكآخر مرحلة يتم إعادة تطبيق مقاييس البحث للمرة الثانية من أجل التقييم البعدي ثم التقييم التتبعي.

**خلاصة:**

تناولنا في هذا الفصل المنهج المتبع في البحث وكل خصائص عينة البحث مع التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات القياس المستخدمة ومجمل الورشات والحصص الجماعية لبرنامج التربية العلاجية ومحتواها.

ما استنتجناه من خلال العمل مع الفريق (فريق وحدة التربية العلاجية) أن قوة فريق العمل مستمدة من العمل الجماعي وأن أعضاءه كلهم شباب ولهم دافعية كبيرة وحماس مع الدعم من طرف مسؤولي المصلحة.

يفي هذا البرنامج بمعايير جود التربية العلاجية ويعتبر التقييم أثناء تنفيذه على المدى المتوسط والطويل خطوة أساسية لإبراز النتائج على صحة المرضى.

كما سيسمح التقييم بإجراء التعديلات اللازمة لضمان استدامة هذا البرنامج. لننتقل في الفصل القادم لعرض وتحليل النتائج في ضوء الفرضيات والإطار النظري.

# الفصل السادس

عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج البحث

## تمهيد:

سيتم في هذا الجزء اختبار الفرضيات التي تمت صياغتها في الجانب النظري من أجل الكشف عن دور تطبيق برنامج التربية العلاجية في تحسين نوعية الحياة لدى مرضى داء السكري.

وسنحاول في هذه المرحلة إكمال دائرة البحث وذلك بأن نربط نتائجها بالإطار النظري الذي استعنا به منذ البداية في ظل الدراسات السابقة والفرضيات وصولاً إلى استنتاج البحث

## أولاً: عرض النتائج:

## (1) - تقديم الحالة:

لقد تم الاستعانة في سحب بعض أفراد العينة من أجل تقديم الحالة على بعض العوامل تتعلق في أن نتائجهم كافية ومناسبة تخدم تفسير بعض النتائج المتعلقة بالبحث الحالي الذي انتهج النهج الشبه تجريبي.

كما يتميز هؤلاء الأفراد ببعض الفروق والخصائص، قد يستطيع الباحث من خلال الإطلاع والملاحظة والإحتكاك بهم، أن يتوقع إلى أي مدى تخدم معلومات نتائج هذه الحالة نتائج البحث ونتائج الدراسات السابقة (معمرى بشير، 2022، ص: 434) وعليه سوف نقدم البيانات الكمية والكيفية المتعلقة بـ(05) خمس حالات فقط وقد جمعنا هذه البيانات من مقابلة التشخيص التربوي (L'entretien du diagnostic éducatif) ومن الحصص الموضوعية الجماعية للبرنامج (Séances Thématiques de groupes).

ومن خلال الملاحظة وتطبيق المقاييس النفسية للبحث.

وعليه يتم تقديم نتائج المقاييس المستخدمة كما نقوم بتحليلها وتفسيرها.

■ - لقد تم أخذ بعين الاعتبار في القياس البعدي والتتبعي كل الخصائص الإكلينيكية والبراكينيكية من نوع السكري والأقدمية (مدة المرض) السكر التراكمي ماعدا المضاعفات التي كانت من معايير الاستبعاد.

■ - تم إتخاذ العديد من الإجراءات الأخلاقية: تتضمن التدابير المتخذة:

- لتجنب إجهاد المشاركين أثناء تنفيذ حصص البرنامج.

- تضمّن البرنامج مكان خاص به كمكان آمن ومألوف، أين تحقق بعض الأولياء منه

في أول حصة جماعية.

- تقديم وجبة خفيفة منخفضة الكربوهيدرات ومنخفضة المؤشر السكري.

- تمّ تنفيذ البرنامج بكلّ مراحلها من أول حصة مقابلة التشخيص التربوي بعد الحصول على موافقة شفوية دون إمضاء ورقة.

- تم ضمان السرية وعدم الكشف عن هويتهم من خلال رموز المشاركين.

- تلقى أغلبية المشاركين ملخصًا للنتائج عن طريق الهاتف مع ملاحظات إيجابية حول تحقق بعض فرضيات الدراسة مثل الإحساس بالقدرة على التحكم بداء السكري من خلال إحساسهم بالفعالية الذاتية وكيف ساعدتهم على إدارة داء السكري بشكل جيد.

### الحالة ( 1 ) :

#### (أ) - البيانات العامة:

[ ش . أ ] شابة تبلغ من العمر 24 سنة، غير متزوجة وعاطلة عن العمل، مستواها الدراسي متوسط حيث اجتازت شهادة التعليم المتوسط ورسبت، متحصلة على شهادة في التكوين المهني في السكريتارية، يُعد مستواها الاقتصادي متوسط وتعيش مع أفراد عائلتها في ولاية الجزائر شرق.

#### (ب) - تاريخ المرض والعلاج:

أصيبت [ ش . أ ] بداء السكري من النوع الأول منذ أربعة سنوات، تقول إن ذلك يعود إلى تعرضها لصدمة فقدان والدها والتي كانت قريبة جدًا منه. فقد كان أكثر شخص في العائلة يفهمها ولا يزعج من صفاتها التي لم يتقبلها محيطها الأسري، فهي صريحة اللسان وتُعبّر عن كل ما يزعجها بكل حرية ولقد زادت طباعها حدة منذ تشخيصها بداء السكري. عبرت [ ش . أ ] في مقابلة التشخيص التربوي عن عدم تقبلها للمرض ولا حتى الأنسولين، وحسب اعتقاداتها فهي صورة لضعف المرأة في وسط المجتمع. وفرصة حتى ينتقدها الآخرين. وهو الأمر الذي جعلها ترد بقوة على كل تعليقات من حولها.

كان تشخيص الداء بعدما نقلت إلى المستشفى جراء آلام في مؤخرة الرأس مع الغثيان بعدما سبقتها فترة من نقص في الوزن والرغبة الشديدة في شرب الماء والتبول أرجعت ذلك [ ش . أ ] إلى الفترة العصيبة التي كانت تمرّ بها بعد وفاة والدها.

عبّرت [ ش . أ ] عن لحظة إعلان الطبيب المعاین عن إصابتها بداء السكري من النوع الأول بعد إجراء فحوصات الدم اللازمة، بأنها صدمة ثانية لم تتوقعها قائلة: " لم يكن هذا في الوقت المناسب ! " خضعت بعدها المريضة للعلاج بحقن الأنسولين مع المتابعة الدورية.

#### (ج) - مواقف [ ش . أ ] اتجاه السكري في برنامج التربية العلاجية:

بعد مقابلة التشخيص التربوي للمريضة [ ش . أ ] التي جرت في ظروف حسنة أخبرتنا الطبية المعالجة أنها في حالة إنكار وعدم تقبل المرض منذ الإعلان عن تشخيصه، وتفاجأت بحضورها للمقابلة كونها كانت تتغيب عن معظم المواعيد.

إن حالة الإنكار وعدم تقبل المرض أثر سلباً على حالتها الصحية والنفسية والإنفعالية، قامت المختصة النفسية في الصحة بدعوته للمشاركة في البرنامج بعد شرح أهم خصائصه ومميزاته. ولقد لاقى ذلك ترحيباً منها ومنه بناء علاقة علاجية. في نهاية المقابلة تم استخلاص والإتفاق على الاحتياجات التربوية التالية:

- ↔ - حاجة لمعرفة النظام الغذائي الصحيح لتفادي إختلالات نسب السكر في الدم.
- ↔ - حاجة لتسيير إنفعالاتها حتى لا تؤثر على الرعاية الذاتية للسكري.
- ↔ - حاجة لحضور حصص التربية العلاجية لتحويل هذه الاحتياجات إلى أهداف تربوية والعمل على الوصول إليها.

أثناء أول الحصص الجماعية لاحظنا أن لديها رغبة في محاولة إقناع الآخرين بتصوراتها حول داء السكري وأن الوضع صعب عند الإصابة بداء السكري الخاضع للأنسولين عند الإناث في المجتمع. وكانت تأخذ حصص الآخرين من الكلام مع مقاطعة مقدم الحصص (المربي) لطرح بعض الأسئلة. ان المريضة [ ش . أ ] في حالة مقاومة، في هذه الحالة

وباستخدام التدخلات التحفيزية نتدرج مع المقاومة بتجنب المجادلة، بمعنى ندعوها لإبداء رأيها والإصغاء إليها بالإصغاء النشط (Ecoute Active) وهو أساسي لتشعر أننا نفهمها وسنعتني بها وسنرافقها. ويمكن القول إنها كانت في حالة تناقض بين إرادتها القوية ورغبتها في تفسير سلوكياتها وبين حقيقة التعايش بمرض مزمن.

(2) - نتائج المقاييس النفسية للحالة [ش . أ]:

(أ) - نتائج مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة SF-36:

قمنا بتطبيق مقياس نوعية الحياة على الحالة [ش . أ] وقد تحصلت على ما يلي:

الجدول رقم 34 يبين نتائج الحالة [ش . أ]. على مقياس نوعية الحياة

أبعاد مقياس نوعية الحياة	قياس قبلي	قياس بعدي	قياس تتبعي
التوظيف البدني	25	75	70
حدود الدور بسبب الحالة الجسمية	25	50	50
الألم	22,5	45	5
الصحة العامة	41,67	66,67	66,67
التعب الحيوية	20	65	70
العلاقات الاجتماعية	50	87,5	87,5
حدود الدور بسبب الحالة الإنفعالية	0	33,33	33,33
الصحة العقلية	32,0	72	72
الدرجة الكلية	27,02	61,81	60,56

نلاحظ من خلال الجدول أن نوعية الحياة لدى المفحوصة متدهورة إذ تحصلت على متوسط 27 وكان أهم بعد تأثر بالمرض هو بعد حدود الدور بسبب الحالة الإنفعالية، التي كانت تعيشها من كآبة وقلق، الأمر الذي أثر على مقدار إنجازاتها أو تأديتها لسلوكات الرعاية الذاتية للسكري. ويُفسر ذلك بانخفاض درج بعد التوظيف البدني التي بلغت 25 وهي

درجة منخفضة تدل على أن داء السكري يحد من قدرتها على القيام بالنشاطات البدنية المعتادة

وبعد حدود الدور بسبب الحالة الجسدية الذي بلغ متوسط منخفض بـ 25 وهو دليل على وجود صعوبة في القيام بأي مجهود في وجود داء السكري خاصة عند إنخفاض نسب السكر في الدم الذي يرهقها طوال اليوم وبعد الألم الذي بلغ درجة منخفضة قدرت بـ 22,5 والتي تدل على شدة الأوجاع الجسدية. إلا أنه وبعد المشاركة في برنامج التربية العلاجية نلاحظ تحسن ملحوظ في الدرجة الكلية للمقياس في القياسين البعدي والتتبعي إذ بلغت على التوالي 61,81 و 60,56 وهي تشير إلى نوعية حياة معتدلة خاصة ما لوحظ من تحسن في بعد حدود الدور بسبب الحالة الانفعالية الذي يعكس إكتساب المفحوصة إستراتيجيات مقاومة متكيفة وممتينة ساعدتها على تسيير ضغوطاتها النفسية وكذلك بعد العلاقات الاجتماعية أين تحصلت على متوسط 87,5 وهو دليل على تحسن علاقاتها بمحيطها، الأمر الذي لاحظناه في تعاملها مع باقي المشاركين أثناء الحصص الجماعية أين إكتسبت مهارات التواصل والتعبير.

كما تحسنت باقي الأبعاد خاصة بعد الصحة العقلية والصحة العامة الذي بلغ متوسط على التوالي 72 و 67, 66 وهو دليل على اكتساب مهارات الرعاية الذاتية لداء السكري.

(ب)- نتائج مقياس إدراك المرض المختص (B-IPQ) للحالة [ ش . أ ]:

قمنا بتطبيق مقياس ادراك المرض المختصر على الحالة [ ش . أ ] وقد تحصلت على

ما يلي:

## الجدول رقم 35 يبين نتائج الحالة [ ش . أ . ] على مقياس إدراك المرض المختصر

أبعاد المقياس	قياس قبلي	قياس بعدي	قياس تتبعي
الانعكاسات	0	0	0
المدة	10	10	10
السيطرة	0	0	0
العلاج	10	0	0
الهوية	3	3	3
القلق	1	1	2
الفهم	0	0	0
الإنفعالات	8	3	5
الدرجة الكلية	32	17	20

نلاحظ من خلال الجدول الذي يضم نتائج المقاييس الفرعية لإستبيان إدراك المرض المختصر أن المفحوصة تحصلت على درجة كلية للمقياس قدرت بـ: 32 على سلم تصحيح المقياس تدل على عدم وجود تصورات سلبية قوية لكنها في حدود المتوسط، كون المتوسط الافتراضي للمقياس هو 40.

ورغم ما عبرت عنه المفحوصة في مقابلة التشخيص التربوي عن معتقداتها عن المرض إلا أن نتائج بُعد الانعكاسات والمدة والسيطرة والهوية والقلق جاءت على أنها لا تعاني من أعراض داء السكري ولا يؤثر على حياتها وتعتقد أن مرضها سيستمر خاصة وأنها تشعر أنها تفهم مرضها إلا أن نتيجة بعد العلاج بدرجة 10 وبعد الانفعالات بدرجة 8 جاءت معاكسة ومتناقضة مع باقي الأبعاد حيث تعتقد المفحوصة أن علاجها أي حقن الأنسولين والتغذية المتوازنة والملائمة العلاجية لا يمكن أن يساعدها في مرضها: " ليس هناك الكثير مما يمكن فعله لتحسين مرضي "

كما تعتقد أن مرضها يؤثر عليها إنفعاليًا: " عندما أفكر في الأمر، فإن مرضي يُغضبني "

وهو ما يفسر الإنكار وعدم تقبل مرضها.

إن معرفة وتحديد هذه التصورات المعرفية والانفعالية للمفحوصة [ ش . أ ] في القياس القبلي دفعنا لتحسين التواصل معها ضمن برنامج التربية العلاجية الذي عدّل هذه التصورات ونتائجها في القياس البعدي والتتبعي فأصبح عندها اعتقاد وتصور أكثر إيجابي حول تأثيرات العلاج: " الآثار السلبية لمرضي يمكن منعها أو تجنبها من خلال علاجي " أين تحصلت على درجة 0 على سلم والتي تدل أن علاجها سيكون مفيداً للغاية. كما أصبح لديها تصورات إنفعالية أقل قوة إذ تناقصت إلى الدرجة 3 في القياس البعدي وقد أرجعت المفحوصة أسباب مرضها إلى عوامل تتعلق بالتعرض لصدمة وموقفها العقلي: " أملك نظرة سلبية للأشياء " .

(ج)- نتائج مقياس الكفاء الذاتية العامة:

الجدول رقم 36 يبين نتائج الحالة [ ش . أ ] . على مقياس الكفاءة الذاتية العامة

المقياس	قياس قبلي	قياس بعدي	قياس تتبعي
الدرجة الكلية للمقياس	20	24	20

نلاحظ من خلال الجدول أن الإحساس بالفعالية الذاتية لدى المفحوصة منخفض فقد تحصلت على درجة 20 في القياس القبلي وهو دليل على أنها لا تشعر أنها قادرة على القيام بعمل ما إتجاه مرضها ولا تملك الدافعية لبذل المزيد من الجهود لتبني سلوكيات الرعاية الذاتية التي أهملتها.

إن استخدام مفهوم الفعالية الذاتية في تدخلات التربية العلاجية كان له أثر على المفحوصة التي هدفت إلى تعزيز ورفع الكفاءة الذاتية لديها لترتفع وتتحصل على درجة 24 والتي تدل تحسناً رغم بقاءها في المستوى المتوسط.

فالهدف كان تعزيز الالتزام العلاجي لدى المفحوصة من خلال الدافعية والتقنيات التحفيزية من خلال التقدير ونموذج المعتقدات الصحية.

ونظرا لأن المفحوصة [ ش . أ ] لديها بعض الخصائص الشخصية الصعبة جعل تعزيز الاعتقاد بأن لديها القدرة على إنتاج السلوك المستهدف أيضا صعبًا. فهي بحاجة لوقت أكبر حتى تصل للنتيجة المتوقعة.

(HbA1c)-نتائج المؤشر البراكلينيكي السكر التراكمي )

الجدول رقم 37 يبين نتائج الحالة [ ش . أ ]. على نسبة السكر التراكمي.

المقياس	قياس قبلي	قياس بعدي	قياس تتبعي
نسبة السكر التراكمي	10,4%	8%	7%

من خلال الجدول نلاحظ أن نسبة السكر التراكمي فاقت المعدل المعمول به وهو ما يفسر عدم الإلتزام العلاجي للمفحوصة. لكن نتائج القياس البعدي والتتبعي جاءت ليس فقط إيجابية إنما تدل على أن المفحوصة أصبح لديها إدراك للخطر العام على صحتها. كما تعزز لديها الإعتقاد بوجود فوائد متوقعة جراء ممارسة سلوك الرعاية الذاتية التي تخلت عنه منذ فترة.

## الحالة ( 2 ) :

### (أ)-البيانات العامة:

[ د . ف ] شابة تبلغ من العمر 22 سنة، غير متزوجة وتعمل في محل للمرطبات، لديها مستوى دراسي ثانوي ومتحصلة على شهادة في التكوين المهني في صناعة الحلويات، تعيش مع عائلتها التي تتميز بمستوى اقتصادي متوسط وتقطن في أحد الأحياء الشعبية لإحدى بلديات ولاية الجزائر غرب.

### (ب)-تاريخ المرض والعلاج:

تم تشخيص داء السكري من النوع الأول للمفحوصة [ د . ف ] منذ سن 17 عامًا أي في سن المراهقة إثر إصابتها بتقرح اللوزتين، تقول حينها أنها لم تفهم هذا المرض وماذا يعنيه: " سوف تتحسن حالتي الصحية الحالية بسرعة ".

كانت المفحوصة في سن المراهقة بالإضافة إلى التغيرات المورفولوجية والنفسية كانت صدمة التشخيص بالمرض.

توقفت إثرها عن الدراسة في الثانوية كونها لم تتقبل صعوبة المراقبة الذاتية اليومية حتى أثناء التمدرس. شهدت بعدها المفحوصة زيادة في الوزن التي لم تتقبلها إلى أن شاركت في برنامج التربية العلاجية.

### (ج) - مواقف [ د . ف ] اتجاه داء السكري في برنامج التربية العلاجية:

أُسْتُفِيدَت المفحوصة في مقابلة التشخيص التربوي، كان سلوكها هادئًا ولا تشارك الحديث إلاّ عند طرح الأسئلة عليها للحصول على إجابات ذات محتوى. إستلزم الأمر كذلك نوعًا من التعزيز والتقدير لتحفيزها على الكلام، قامت المختصة النفسية في الصحة بدعوته للمشاركة في البرنامج بعد شرح أهم خصائصه ومميزاته ولقد لاقى ذلك ترحيبًا منها ومنه بناء علاقة علاجية متمركزة حول المريض.

في نهاية المقابلة تم إستخلاص والإتفاق على الاحتياجات التربوية التالية:

⇐ - بحاجة لمعرفة النظام الغذائي المتوازن لتفادي إختلالات نسب السكر في الدم ولتفادي اللجوء إلى الطب البديل.

⇐ - بحاجة لإنقاص الوزن دون الوقوع في مشاكل صحية أخرى.

⇐ - بحاجة لحضور برنامج التربية العلاجية لتحويل هذه الاحتياجات إلى أهداف تربوية والعمل على الوصول إليها من خلال الحصص الموضوعية الجماعية.

منذ أن بدأت المفحوصة [ د . ف ] بالمشاركة في برنامج التربية العلاجية لاحظنا أنها كثيرة الإنعزال وقليلة المشاركة والتفاعل مع أعضاء المجموعة المشاركة. لاحظنا أنها غير واعية بخطورة المضاعفات كونها غير مبالية بأخذ حقن الأنسولين في وقتها كما انها تتساهل في كثير من الأحيان تتصرف كما تراه هي، لا مبالاة، غير موجهة في الاتجاه الصحيح (نقص المعلومة من طرف الطبيب)، فهي بقدر أنها لا تشعر بالإنزعاج من إصابتها بالسكري بقدر أنها لا تعطي أهمية للإلتزام العلاجي ولسلوك الرعاية الذاتية للسكري هو نوع

من المواجهة لتظهر للأخريين خاصةً في مكان العمل أنها عادية دون بصمة الإصابة بمرض مزمن خاصةً وأنها أنثى. هذا الإهمال الزائد أدى بها بالشعور بالخمول والتعب لأبسط النشاطات اليومية خاصةً وأنها تعاني من وزن زائد منذ المراهقة. كان العمل المتمركز حول المريض بإكساب المريضة مهارات تكيفية ومهارات الرعاية الذاتية من خلال تبني إستراتيجيات متمركزة حول المشكل وليس حول الإنفعال.

فلاحظنا بعض التغيرات في السلوك منذ أن قررت متابعة أخصائية في التغذية وهي في الأصل طبيبة لأمراض السكري فقد كانت تقوم بمحاولات عشوائية لإنقاص الوزن مثل الحمية بالصيام المتقطع والتي تعرضت من خلاله لهبوط مستمر لنسب السكر في الدم.

ساعدت النشاطات التفاعلية في البرنامج على تسهيل التبادل بين المريضات المشاركات، الأمر الذي شجع المفحوصة [ د . ف ] للتعبير عن كل الصعوبات التي مرت بها وما تؤدّ تحقيقه من أهداف ومشاريع مستقبلية بعدما إستوعبت كل المعلومات المقدمة في الحصص الجماعية حول الإلتزام بالنظام الغذائي والأدوية والتمارين الرياضية.

إن تحقيقها للأهداف المرجوة تمثل في دخولها عبر سيرورة مراحل التغيير منذ أن أدركت الخطر حول المضاعفات الممكنة أي بدأت تعتقد أن لديها مشكلة على إدراكها لفعاليتها الذاتية ودافعيتها نحو الإلتزام بالعلاج وكانت أول خطوة بعد سلوك المراقبة الذاتية للسكري

هو متابعة أخصائية تغذية والشروع لممارسة نشاط رياضي منتظم. فكان التركيز على أبسط الأهداف مهما كان صغيراً وهو الأمر الذي شجعها على تبني نمط حياة نشيط  
(Mode De Vie Actif).

(2)- نتائج المقاييس النفسية للحالة [ د . ف ] :

(أ)- نتائج مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة SF- 36 :

قمنا بتطبيق مقياس نوعية الحياة على الحالة [ د . ف ] وقد تحصلت على ما يلي:

الجدول رقم 38 يبين نتائج الحالة [ د . ف ]. على مقياس نوعية الحياة

أبعاد مقياس نوعية الحياة	قياس قبلي	قياس بعدي	قياس تتبعي
التوظيف البدني	65	95	95
حدود الدور بسبب الحالة الجسمية	25	75	75
الألم	35	57,5	57,5
الصحة العامة	33,33	37,50	37,50
التعب الحيوية	40	70	80
العلاقات الاجتماعية	25	50	50
حدود الدور بسبب الحالة الإنفعالية	0	33,33	33,33
الصحة العقلية	44	80	80
الدرجة الكلية	33,42	62,29	63,54

نلاحظ من خلال الجدول أن المفحوصة تحصلت على متوسط 33 في الدرجة الكلية وهي

تدل على نوعية حياة منخفضة نوعاً ما وارتبط ذلك بتأثر بعد حدود الدور بسبب الحالة

الجسمية لها اين تحصلت على متوسط 25 مما يدل على إنجاز أقل ومحدود في بعض

الأعمال والنشاطات أو حتى للقيام بمجهود إضافي.

كما تحصلت على متوسط 35 في بعد الألم وهو ما يفسر تعرضها لآلام من متوسطة

إلى حادة جراء اختلال نسب السكر المتكررة نتيجة عدم حقن الأنسولين والأمر الذي جعلها

لا تشعر بالطاقة والحيوية لأوقات لا بأس بها ،فحصلت على متوسط 40 في بعد الحيوية

والتعب.

إن هذا الشعور بالتعب والإرهاق جعلها تشعر بالقلق والاكتئاب وتبني سلوك الإنعزال والتجنب أثناء نشاطات الحصص الجماعية وهو ما تفسره نتيجة بعد حدود الدور بسبب الحالة الانفعالية فقد تحصلت على متوسط 0.

ورغم ما دلت عليه هذه الأبعاد من أن الحالة الجسدية للإصابة بداء السكري والحالة الانفعالية الناتجة عنه لم تمنعها من القيام ببعض النشاطات البدنية للحفاظ على نمط حياة نشط بغرض الوصول لهدف إنقاص الوزن والاحساس بأنها على نفس القدر من الصحة كالآخرين الذين تعرفهم كونها تحصلت على متوسط 65 فيبعد التوظيف البدني.

أدت مشاركة المفحوصة في برنامج التربية العلاجية ببناء علاقة علاجية قوية كما سمحت بالتعرف على المفحوصة ككل وبالتالي التعرف على إحتياجاتها وتصوراتها وإمكانياتها وفهم سبب سلوكياتها الصحية والعمل معاً ضمن فريق متعدد التخصصات لتحسين سلوكيات المراقبة الذاتية للسكري والوصول إلى الأهداف التربوية المسطرة.

ولقد أكدت على ذلك نتائجها المتحصل عليها في القياس البعدي والقياس التتبعي فتحصلت في الدرجة الكلية على التوالي 62,29 و 63,54 وهي تشير إلى نوعية حياة معتدلة إلى جيدة. تحسنت من خلالها درجات الكثير من الأبعاد خاصة بعد حدود الدور بسبب الحالة الجسمية وبعد حدود الدور بسبب الحالة الانفعالية وبعد الألم التي تحسنت بشكل ملحوظ. وهذا دليل على اعتقادها بقدرتها على القيام بكل أعمالها ونشاطاتها اليومية الأمر الذي زاد من دافعيته وبدل المزيد من الجهود خاصة سلوك المراقبة الذاتية لإدارة مرضها بشكل جيد. والدليل على ذلك هو سلوكها أثناء الحصص الذي أبدلته بسلوك التعاون وإبداء الرغبة في التغيير أو ما يسمى بإستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل.

(ب)-نتائج مقياس إدراك المرض المختص (B-IPQ) للحالة [ د . ف ] :

الجدول رقم 39 يبين نتائج الحالة [ د . ف ] على مقياس إدراك المرض المختصر

أبعاد المقياس	قياس قبلي	قياس بعدي	قياس تتبعي
الانعكاسات	8	2	2
المدة	10	10	9
السيطرة	7	7	7
العلاج	2	2	2
الهوية	4	4	4
القلق	8	4	4
الفهم	8	1	1
الإنفعالات	10	8	8
الدرجة الكلية	57	58	37

نلاحظ من خلال هذا الجدول الذي يضم نتائج المقاييس الفرعية لمقياس إدراك المرض المختصر ان المفحوصة تحصلت على درجة كلية للمقياس قدرت بـ 57 وهي درجة تدل على وجود تصوراتك قوية وشديدة ولها تصورات سلبية حول مرضها. ولقد تحصلت على درجة 8 في بعد الانعكاسات، وتشير أن المفحوصة [ د . ف ] تدرك أن لمرضها إنعكاسات كثيرة (عضوية، نفسية، علائقية).

وهذا ما دفعها إلى تبني سلوك الإهمال وعدم مراعاة متطلبات علاجها. كما تحصلت على درجة طفيفة في بعد الفهم وهذا يعني أنها لم تكن على دراية كافية بمرضها (تعريفه، أسبابه ومضاعفاته المحتملة). وبالتالي لم يكن لديها السيطرة والتحكم الكافي إذ تحصلت على درجة 7 في بعد السيطرة. لكن رغم إدراكها لفعالية علاجها إلا أن آثار عدم الضبط والتحكم الشخصي وعدم شعورها أنها تفهم مرضها أثر على إنفعالاتها وهو ما ظهر عليها من حزن وإنعزال وانخفاض نبرة الصوت وهو ما يفسر الدرجة العالية لبعدها الانفعالات

متحصلة على درجة 10: " بسبب حالتي الصحية الحالية، أشعر بالقلق " " وضعي الصحي الحالي هو ضغط كبير في حياتي ". بنت المفحوصة صورتها الخاصة عن مرضها التي أدركتها على أنها عقبات حقيقية أمام سيطرتها الشخصية وهو ما يفسر ارتفاع المتوسط الحسابي للمقياس.

لقد عمل مقدم الرعاية (المُرَبِّي) على إقامة حوار حقيقي مع المفحوصة من خلال الإستماع والتعاطف النشط (Ecoute Active) وتقدير وتعزيز كل ما حققته من سلوكيات الرعاية حتى وإن كانت بسيطة.

ساعدت التربية العلاجية على التأثير على تصوراتها وهو ما أظهره القياس البعدي والقياس التتبعي فتناقصت لتصل درجة 37 مما يدل على تصورات أكثر إيجابية رغم أنها في حدود المتوسط. خاصة على بعد الانعكاسات والقلق التي تناقصت درجاتهما على التوالي إلى 2 و 4 فبمساعدة التدخلات في التربية العلاجية أصبح لديها نوع من الرضا عن سلوكياتها الشخصية والرضا عن النفس. الأمر الذي رفع التحدي لديها وتبني سلوكيات الرعاية الذاتية التي لم تواظب عليها من قبل. وقد أرجعت المفحوصة أسباب مرضها إلى عوامل تتعلق بالنظام الغذائي وعادات الأكل و الوزن الزائد في فترة المراهقة أو سوء حظ.

(ج)-نتائج مقياس الكفاء الذاتية العامة:

الجدول رقم 40 يبين نتائج الحالة [ د . ف ] على مقياس الكفاءة الذاتية العامة

المقياس	قياس قبلي	قياس بعدي	قياس تتبعي
الدرجة الكلية للمقياس	20	34	34

نلاحظ من خلال الجدول أن المفحوصة [ د . ف ] وصلت على درجة 20 والتي تدل على انها تعاني من إنخفاض في الإحساس بالكفاءة الذاتية وهو ما يفسر بقاء بعد السيطرة في مقياس إدراك المرض على درجة عالية مما يدل أنها لا تملك القدرة والسيطرة الشخصية للتحكم في مرضها وعلاجه رغم أن لديها إعتقاد إيجابي بفعالية العلاج بالأنسولين.

بعد المشاركة في برنامج التربية العلاجية تحسن مستوى الكفاءة الذاتية ليصل لدرجة 34 في القياسين البعدي والتتبعي. لُق تم استلهم التدخلات من مصادر باندورا الأربعة والتي تهدف إلى تعزيز ورفع الكفاءة الذاتية للمفحوصة وباقي المشاركات، مما سيؤدي لاحقاً إلى تحسين إدارة مرضهم أي القدرة على الرعاية الذاتية.

#### (د)- نتائج المؤشر البراكلينيكي السكر التراكمي (HBA1C):

##### الجدول رقم 41 يبين نتائج الحالة [ د . ف ] على نسبة السكر التراكمي

المؤشر	قياس قبلي	قياس بعدي	قياس تتبعي
نسبة السكر التراكمي	%9	%8	%8

من خلال الجدول نلاحظ أن نسبة السكر التراكمي فاقت المعدل المنصوح به من طرف المختصين وهو ما يفسر إهمالها بالإلتزام العلاجي. إلا أنها تحسنت قليلاً دون أن تصل للمستوى المطلوب. لكنه يبقى هدفاً ليس بالبعيد لعملية التشجيع والتقدير لهذا التغير وهذا التحسن هو الذي سيساعدها في مواصلة تبني هذا السلوك. إضافة إلى إعتبارها كشخص فعّال في عملية العلاج الامر الذي سيرفع من إعتقادها أن لها القدرة للوصول إلى النتيجة المتوقعة.

#### الحالة ( 3 ) :

##### (أ)-البيانات العامة:

يبلغ [ م . أ ] 21 عامًا، أعزب، مستواه الدراسي توقف في مرحلة الإبتدائي، كان يعمل مع أحد أصدقائه حلاق ولكن بصفة متذبذبة، لايملك أي شهادة في التكوين ويعيش مع عائلة متوسطة الحجم ومتوسطة المستوى الاقتصادي ويقطن في ولاية البليدة.

##### (ب)-تاريخ المرض والعلاج:

بعد إطلاعنا على ملف [ م . أ ] وجدنا أن تشخيص داء السكري كان منذ فترة الطفولة حيث كان عمره آنذاك 4 سنوات، يقول أنه لا يتذكر كيف كانت بدايته مع داء السكري

فهو يتذكر إلا القليل وحسب ما ترويه والدته " كانت صدمة لكل العائلة كونه الذكر الوحيد بين العديد من أخواته الإناث " .

بدأ [ م . أ ] يستوعب صعوبة الأمر عند دخوله للمدرسة قائلاً أن لا محيط المجتمع ولا محيط المدرسة ساعده في مرضه، الأمر الذي شجعه ليلترك مقاعد الدراسة مُبكراً ورغم ذلك تلقى الرعاية والمتابعة من طرف والديه وهو ما يؤكد ملفه الطبي منذ مصلحة طب الأطفال.

ويذكر المفحوص أن سلوك الإلتزام العلاجي تدهور في فترة المراهقة، فبالإضافة لكل التغيرات الجسدية والفيزيولوجية والنفسية عان من ردود الفعل السلبية من المجتمع والأقران، الأمر الذي جعله يشعر بالإختلاف والخجل من داء السكري.

يحب ممارسة الرياضة خاصة رياضة كمال الأجسام (La Musculation) فكانت عنده كوسيلة لتحرير الأفكار والمشاعر وخاصة الإستمتاع بل أكثر من ذلك، حيث جعلها كتحدٍ أمام الأقران غير المصابين بداء السكري ليس لدعم فكرة أن ممارسة النشاط الرياضي هو حق لكل فرد أو أنه يلعب دوراً في علاج مرضه المزمن ولكن لإثبات ذاته من خلال إظهار أنه شخص عادي بدوء داء السكري.

### (ج) - مواقف [ م . أ ] اتجاه داء السكري في برنامج التربية العلاجية:

بعد تحليل مقابلة التشخيص التربوي للمفحوص [ م . أ ] استخلصنا العديد من الصعوبات التي كان يعاني منها خاصة التصورات السلبية الراجعة للتأثير السلبي للإدارة الذاتية للأنسولين والتعب من الإضطراب دائماً إلى القيام بنفس الإجراءات كل يوم (الإضطراب لحقن جرعات الأنسولين وفي أوقات محددة) وعدم القدرة على العيش مثل الشباب الآخرين لعدم قدرته حسب إعتقاده على تناول ما يريد وقتما يريد وإدارة إحباطاته من إغراءات الأطعمة الحلوة ذات مؤشر السكر المرتفع.

منذ بداية حصص التربية العلاجية كان دائماً أو الحاضرين للقاعة، يقوم مقدم الرعاية بشكره والثناء عليه أمام كل المشاركين لم يجد صعوبة في التعبير عما يعانیه من ضغوطات

نفسية ومن قلق حيال مرضه وهو ما يفسر عن حالات الإنكار وعدم تقبل داء السكري رغم الإصابة به منذ مدة طويلة.

كما عبّر عن تأثر صورته لذاته وتقديره لذاته ومن اضطرابات القلق والإكتئاب وتخلل ذلك تفاعل باقي المشاركين وتبادل أطراف الحديث معه تحت تسيير مقدم الرعاية في توزيع حصص الكلام.

إن أكثر شيء أرهق المفحوص [ م . أ ] هي ردود الفعل الاجتماعية السلبية كما لوحظ أثناء الحصص الجماعية كيف أنه عبّر عن حقيقة عدم إحترامه للتوصيات في إدارة مرضه والدليل أنه في أول حصة لم يحضر معه أداة قياس السكر وكان يحقن نفسه بالأنسولين دون معرفة معدّل السكر في دمه.

أظهر لنا ذلك دون الإحساس بالحرج وأنه يقوم بهذا السلوك منذ فترة طويلة. ولكون التربية العلاجية تدعم العلاقات داخل المجموعة من خلال النظرية الإنسانية (تعاطف وتقبل وعدم الحكم) بل وأكثر من ذلك من خلال التدخلات التحفيزية (الإصغاء التعاطفي والتقدير والتعزيز) تشجّع على زيادة رغبته في التطور نحو سلوك أكثر ملائمة لصحته.

تم العمل على الأهداف التربوية للمفحوص إنطلاقاً من إحتياجاته التربوية المستخلصة والمتفق معه عليها منذ مقابلة التشخيص التربوي:

- ↔ - حاجة لإيجاد موارده ومصادر للدعم والمرافقة.
- ↔ - حاجة لفهم داء السكري وعلاجاته وأهم تقنيات حقن الأنسولين.
- ↔ - حاجة إلى نظام غذائي صحي ومتوازن.
- ↔ - حاجة لتسيير ضغوطاته وإنفعالاته وعلاقاته مع الآخرين.
- ↔ - حاجة للتوفيق بين العلاج بالأنسولين وفترات ممارسة الرياضة التي عان فيها من مشكل إنخفاض نسبة السكر أثناء التدريبات.

←- بحاجة لحضور برنامج التربية العلاجية لتعديل المحتوى المعرفي لتصوراته وتطوير وتحسين مهارات التكيفية وخاصة مهارات الرعاية الذاتية تقادياً لكل المضاعفات المحتملة جراء سلوكيات الخطر التي تبناها منذ فترة طويلة.

ساعدت حصص التربية العلاجي التي شارك فيها المفحوص [ م . أ ] على توصيل المعلومات وتطوير العلاقات من خلال تقنية حل المشكل التي ساعدته على تعلم العديد من الطرق لحل أي عقبة أو مشكل خلال الإدارة الذاتية لداء السكري.

كما سمحت له باكتساب بعض مهارات التعامل خاصة مع الأقران وداخل أسرته. فأصبح يشاركهم وجبات الغذاء ويقوم بقياس نسبة السكر أمامهم دون خجل وإحساس بالذنب الأمر الذي كان يرفض القيام به سابقاً. فبعد أن تحسنت بعض المؤشرات الطبية أحسَّ بقيمة المجهود الذي بذله وقارن بين السلوكين الماضي والحاضر من خلال تقنية النموذج التوازني *La balance décisionnelle* ومن خلال تطوير إستراتيجيات المواجهة لديه وجعلها مركزة حول المشكل لأنه كلما كان هناك تعزيز لدافعيته وشعوره بالكفاءة الذاتية كلما زادت مهاراته وكلما أصبح قادراً على تحريك السلوك الذي يُعدّ مصدراً للمكافآت (حالة صحية جيدة، نوعية حياة مقبولة، دعم الفريق المتعدد التخصصات وخاصة دعم أسرته ومحيطه خاصةً أصدقائه).

(2)- نتائج المقاييس النفسية للحالة [ م . أ ]:

(أ)- نتائج مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة F- 36 :

قمنا بتطبيق مقياس نوعية الحياة على الحالة [ م . أ ] وقد تحصلت على ما يلي:

## جدول رقم (42) يبين نتائج الحالة [ م . أ ] على مقياس نوعية الحياة

أبعاد مقياس نوعية الحياة	قياس قبلي	قياس بعدي	قياس تتبعي
التوظيف البدني	30	40	40
حدود الدور بسبب الحالة الجسمية	0	25	25
الألم	35	87.50	67,5
الصحة العامة	25	79,17	75
التعب الحيوية	40	75	70
العلاقات الاجتماعية	37,50	50	62,5
حدود الدور بسبب الحالة الإنفعالية	0	33,33	33,33
الصحة العقلية	24	84	84
الدرجة الكلية	23,94	59,25	57,17

نلاحظ من خلال الجدول أن المفحوص [ م . أ ] تحصل على متوسط 23,9 للدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة وهذا يعني انه لا يتمتع بنوعية حياة جيدة، وهو الأمر الذي وجد في كل أبعاد المقياس الثمانية إذ تحصل على متوسط 30 في بعد التوظيف البدني الذي يدل على أن إصابته بداء السكري لمدة طويلة تُحد كثيراً من قدرته على القيام بالنشاطات البدنية خاصة وأنه مهتم بالرياضة كمال الأجسام التي لم يستطع المواصلة فيها بسبب ظهور إنخفاضات في نسب السكر في الدم أثناء التدريبات.

كما تحصل على درجة 0 في كل من بعد حدود الدور بسبب الحالة الجسمية و حدود الدور بسبب الحالة الإنفعالية بسبب حالات نسب السكر غير المستقرة والإرتفاع المستمر والحاد لنسبة السكر في الدم (Hyperglycémie Aigue) وإستشفائه لعدة مرات أوجد لديه صعوبة في إنجاز عمله خاصة سلوك الرعاية الذاتية وسلوك الإلتزام العلاجي، وهو ما أدى إلى الحصول أيضاً على درجات منخفضة في بعد الألم وبُعد التعب، والحويوية، فالآلام الناتجة من كثرة حقن الأنسولين والقياسات جعلته لا يبذل ما لديه لإنجاز أعماله اليومية مستعملاً إستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الإنفعال من خلال كثرة النوم ونسيان موعد

حقن الأنسولين ومع مرور الوقت أصبح غير مُفَعَم بالحيوية كشباب في مقتبل العمر، كثير الإحساس بالإحباط وتأنيب الضمير ومقارنة نفسه مع أقرانه. كل هذه الصعوبات والانعكاسات أثرت على علاقاته الاجتماعية مع أفراد أسرته وأصدقائه متحصلاً في هذا البعد على متوسط 37.

إن حالة الغضب وكثرة الانعزال جعلته يحس بالتوتر ولا شيء يبهبه في معظم الوقت والدليل تحصله على درجة 24 في بعد الصحة العقلية.

يجب على مقدم الرعاية في التربية العلاجية أن يتكيف مع خصائص المفحوص أو ما يسمى عملية فهم المشكلة، لقد كان بحاجة لتحسين تسيير انفعالاته باستخدام تقنيات إعادة الهيكلة المعرفية من خلال تعديل أفكاره ومشاعره السلبية الناتجة عن إنعكاسات داء السكري من النوع الأول.

إن تغيير السلوك في داء السكري من النوع الأول يعتمد على عدة عوامل تتعلق بشخصية المفحوص [ م . أ ] وبيئته وتجاربه وتصوراتهِ وإحساسهم بالقدرة والمعاش النفسي والانفعالي وإلى نوع العلاقة العلاجية بين مقدم الرعاية والمفحوص.

وعليه فاستخدام النموذج التشاركي التبادلي في العلاقة العلاجية للبرنامج جعل لمشاركة المفحوص أهمية قصوى من خلال الاعتراف بأنه يمتلك المعرفة و بعض المهارات ،حتى وإن كانت ضعيفة فله الحق في تلقي المعلومة والدراية وتعلم المواقف الصحيحة، كما له الحق في اتخاذ خيارات حرة ومستتيرة حول حالته الصحية كل هذا سيساعده من تقليل الاعتقاد السلبي بأنه غارق في الصعوبات ويكسبه تقنيات حل المشكل وإستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل من تلقاء نفسه وهو ما لوحظ من خلال نتائج المقياس في القياس البعدي والتتبعي فتحصل على التوالي على متوسط 59,25 و 57,17 وهي تدل على نوعية حياة جيدة مقبولة إرتبطت بتحسّن التحكم الذاتي في نسب السكر في الدم (تحقيق سلوك الإدارة الذاتية)، الأمر الذي شجعه على معاودة ممارسة رياضته المفضلة بعدما حضر حصة كيفية تصحيح إنخفاض نسبة السكر في الدم وحصة علاقة التغذية المتوازنة

بإختلالات نسب السكر في الدم وحصّة الاحتياطات اللازم تتبعها لممارسة النشاط البدني أو الرياضي في حالة الإصابة بداء السكري من النوع الأول، ورغم أن بعد حدود الدور بسبب الحالة الصحية لم يتحسن كثيراً متحصلاً على متوسط 25 إلا أنه أدرك أهمية وفائدة الأنسولين أكثر من تركيزه على الألم الناتج عن حرقه وذلك من خلال إعادة البناء المعرفي واستخدام نشاط النموذج التوازني لفوائد وعيوب السلوك القديم والسلوك الجديد متحصلاً على متوسط 87 في بعد الألم.

لقد عدّل من نسب السكر لديه وهو ما لوحظ من خلال دفتر المراقبة الذي كان يُحضره معه في كل حصّة، كما أصبح يقيس نسب السكر أمام باقي أفراد عائلته وأمام أصدقائه خارج المنزل. حيث تحسنت علاقته معهم متحصلاً على متوسط 62 في القياس التتبعي وذلك منذ أن عاود ممارسة رياضته المفضلة معهم.

لقد ساعدت عملية النمذجة المفحوص [ م . أ ] على وضع أهداف من خلال إحتكاكه مع المشاركين في الحصّة والذين حققوا مشاريعهم رغم وجود داء السكري. لقد أظهرت النتائج أن المشاركة في هذه البرامج يؤدي إلى تحسين المخارج الجسدية والنفسية ولنوعية الحياة بعد الضغط الانفعالي (Détresse Emotionnelle) الذي كان يعاني منه الكثير.

(ب)-نتائج مقياس إدراك المرض المختص (B-IPQ) للحالة [ م . أ ]:

الجدول رقم 43 يبين نتائج الحالة [ م . أ ] على مقياس إدراك المرض المختصر

أبعاد المقياس	قياس قبلي	قياس بعدي	قياس تتبعي
الانعكاسات	9	8	8
المدة	5	4	9
السيطرة	5	2	5
العلاج	8	0	1
الهوية	8	4	4
القلق	10	2	2
الفهم	8	2	2
الإنفعالات	10	7	5
الدرجة الكلية	63	29	36

نلاحظ من خلال الجدول أن المفحوص تحصل على درجة 63 على مقياس إدراك المرض وهي تدل على تصورات إنفعالية ومعرفية سلبية وقوية حول مرضه. لقد أثرت هذه التصورات في الإدارة الفعالة لمرضه: " أريد أن أظهار بأنني طبيعي مثل التظاهر بعدم وجود المرض ". ويُفسر ذلك بحجم الانعكاسات التي يدركها من الإصابة بالمرض وما تسبب له من تعب وإرهاق والعديد من الاستشفاءات نتيجة الظهور المتكرر للحمض الكيتوني (Cetoacidose Diabétique) نتيجة إنعدام الأنسولين في الدم متحصلا في بعد الانعكاسات على درجة 9، فهو لم يكن يعتقد أن العلاج بالأنسولين المنتظم والتغذية ستساعده في مرضه إذ تحصل على درجة 8 في بعد العلاج: " علاجي لا يمكنه أن يتحكم في حالتي الصحية الحالية "

كما تحصل على درجة 5 في بعد السيطرة والمدة لقد ركز المريض في حصة التعريف بداء السكري على الاعتقاد أن حالته لن تستمر لفترة أطول من ذلك، مُتَمَنِّيًا إختراع دواء

شافٍ من كل الداء وإلى الأبد: " من المحتمل أن تكون حالتي الصحية مؤقتة "، لقد عبّر المفحوص أيضاً أن داء السكري أثر على نظرتة لنفسه وعلى الأدوار الاجتماعية (الأسرة- الأقران- الحياة الزوجية مستقبلاً) فكون المرض تجربة إنفعالية صعبة جعلته يعيش وبصفة مستمرة حالة من القلق مُعَبِّراً على عدم فهمه وتقبل وجوده في حياته خاصة الشعور بالإبهام والقلق من المستقبل وتبني سلوك الانعزال والاكنتاب كزّدة فعل إنفعالية وهو ما تُفسره درجات كل من بعد القلق، وبعد الفهم وبعد الانفعالات متحصلاً على الدرجات التالية على التوالي 10، 8، 10.

ولهذا يُعد برنامج التربية العلاجية أداة تعليمية هامة لتطوير المهارات (لدى المريض) المفيدة والفعالة للإدارة اليومية لمرضه وعلاجه، فهدفنا مع المفحوص [ م . أ ] أن مهارات الدراية (Savoir- Faire) ومهارات المواقف (Savoir- être) تأتي من المواقف اليومية لنشاطاته.

لقد تعلم أن حالة الانتكاسة التي كان يعيشها ليست بحالة فشل بل هي مرحلة ستساعده لدخول تغيير آخر يساعد سلوكه. فمن خلال نموذج مراحل التغيير ل: بروشاسكا وديكليمانتي أدرك ما كان يعتقد فشلاً هو نقطة تحوّل. بعدها ركّز مقدم الرعاية بالتركيز على استخراج إحساسه بفعاليتة الذاتية على تبني إستراتيجيات مواجهة لهذه المواقف اليومية لنشاطه متمركزة على حلها من خلال تقنية حل المشكل بعد فهمه من تلقاء نفسه للمشكلة ومعرفته لأسباب ذلك ومحاولة وضع خطة تتكون من أكثر من حل للوصول (السلوك المستهدف) للقيام بالسلوك المطلوب والوصول إلى النتيجة المتوقعة كما جاء في النظرية المعرفية الاجتماعية لباندورا.

إن العمل على أحد أهم خصائصه الشخصية كتصوراته ساعدتنا على جعل المريض كمتثل وخبير قادر على المشاركة في بناء تصور معرفي مناسب لعلاج، فتضح ذلك من خلال تحسن درجات مقياس إدراك المرض، لقد تقبل فكرة وجود داء السكري في حياته متحصلاً على درجة 9 لبعده المُدّة في القياس التتبعي، لأنه تطلب مدة

طويلة للوصول لهذا التقبل. كما أصبح لديه إعتقاد إيجابي بالفعالية القصوى لحقنة الأنسولين ولم يعد ينظر إليها أنها عقاب قد ينقص من قيمته لذاته أمام الآخرين متحصلاً على درجة 1، كما أصبح لتصورات القلق والانفعالات أثراً أقل متحصلاً على التوالي على درجة 2، و5 وهو الأمر الذي لاحظناه من خلال الحيوية وروح المرح وحُب المجيء للحصص كأول مفحوص يصل لموعد الحصة الجماعية. فتناقصت شدة تصوراتها في الدرجة الكلية للمقياس متحصلاً على الدرجات التالية في القياسين البعدي والتبعي بـ 29 و 36. وقد أرجع المفحوص [ م . أ ] أسباب داء السكري إلى أسباب وراثية ولحالات الغضب والتوتر التي كان يعاني منها.

#### (ج)-نتائج مقياس الكفاءة الذاتية العامة:

الجدول رقم 44 يبين نتائج الحالة [ م . أ ] على مقياس الكفاءة الذاتية العامة

المقياس	قياس قبلي	قياس بعدي	قياس تتبعي
الدرجة الكلية لمقياس	18	34	31

نلاحظ من خلال الجدول أن المفحوص تحصل على درجة 18 من قياس الكفاءة الذاتية العامة تعبر هذه الدرجة المنخفضة أنه بالكاد كان يستطيع حل بعض العراقيل والصعوبات الناتجة من سلوكه إتجاه داء السكري، نقص الثقة في إدراكه أنه يمتلك مهارات قد تساعده على التعامل مع هذه المواقف والصعوبات فلا يفكر في أهدافه ولا مشاريعه، إلا أن نتائج المشاركة في برنامج التربية العلاجية أدت إلى تحسين الكفاءة الذاتية التي إرتبطت بتحسين التحكم في سلوك الإدارة الذاتية للسكري متحصلاً على درجة 34 في القياس البعدي ودرجة 31 في القياس التبعي.

## (د) - نتائج المؤشر البراكلينيكي السكر التراكمي (HBA1C):

الجدول رقم 45 يبين نتائج الحالة [ م . أ ] على نسبة السكر التراكمي.

المؤشر	قياس قبلي	قياس بعدي	قياس تتبعي
نسبة السكر التراكمي	13,6%	10%	7,5%

من خلال الجدول نلاحظ حجم سلوك عدم الإلتزام العلاجي وعدم تبني سلوك الرعاية الذاتية من خلال ارتفاع مؤشر السكر التراكمي لنسبة كانت تمثل مرحلة الخطر بالنسبة لمرضى داء السكري.

إلا أن ارتفاع نتائج الإحساس بالكفاءة الذاتية ساعد المفحوص [ م . أ ] من خلال العمل على إدراك عاملين أساسيين في التدخلات التحفيزية ألا وهما: الأهمية (Importance) والثقة (Confiance) اللذان يُدرِجَان ضمن نموذج المعتقدات الصحية في تبني السلوك الصحي. في إعتقاده بوجود فوائد وأهمية جراء ممارسة سلوك الرعاية الذاتية للسكري (الأنسولين والتغذية الصحية وممارسة النشاط وتحسين العلاقات الاجتماعية والنوم الكافي وتسيير إنفعالاته) وثقته بأن لديه القدرة لتجاوز معوقات هذا السلوك والقدرة على إنجازه. وخلال فترة تقديم البرنامج والمتابعة ظهر دعم الفريق المتعدد التخصصات والدعم الاجتماعي لمحيط المفحوص خاصة أخته الكبرى، إذ يشكل هذا الدعم قوة حقيقية تدفع بالكفاءة الذاتية أن تتطوّر بشكل إيجابي ويُصبح المحتوى المعرفي لتصوراته أقل شدة وبالتالي تحسين سلوك الرعاية الذاتية للسكري الذي يعتبر الحجر الأساسي لتفادي المضاعفات المحتملة لدى المرضى، وعليه تناقص مستوى السكر التراكمي بصفة تدريجية ليصل في القياس التتبعي لنسبة 7,5%.

## الحالة ( 4 ) :

## أ-البيانات العامة:

يبلغ [ ل. و ] يبلغ من العمر 19 عامًا، أعزب، طالب جامعي في أحد التخصصات التقنية الهامة (المدرسة الوطنية المتعددة التقنيات)، يطمح للحصول على درجة مهندس ممتاز لإكمال دراسته في المعهد المتعدد التقنيات لباريس، يعيش مع باقي أفراد أسرته التي تحب السفر كثيرًا.

## ب-تاريخ المرض والعلاج:

تم تشخيص داء السكري من النوع الأول للمفحوص [ ل. و ] في سن العاشرة من عمره، كان لا يزال يدرس في مرحلة الإبتدائي عندما تغير كل شيء مرة واحدة. كان يظن أنه سيبقى لفترة ثم يزول وكلما كبر في السن تيقن أنه سيلزمه لمدة أطول مما كان يتصور.

أبرز التحديات التي واجهها هي عدم تناول المأكولات الحلوة خلال ساعات الدراسة، كان طفلاً هادئاً وخجولاً وهي نفس الخصائص التي قابلنا بها، يتمتع بدعم كبير من أسرته خاصة والدته التي كانت إحدى الأمهات اللواتي حضرن مع أبنائهم لحصص التقييم بعد البرنامج.

ما لاحظناه في مقابلة التشخيص التربوي هو سلوك الرعاية الذاتية السكري والتزامه بكل خطوات العلاج، شارك بآرائه عند طرح الأسئلة المفتوحة وهو دليل على أنه سوف يكون عنصراً إيجابياً ومتفائلاً وفعالاً في أنشطة برنامج التربية العلاجية. بل ولقد إنتقل إلى أكثر من ذلك كنتيجة لسلوكه في المراقبة الذاتية للسكري أنه صنف من المرضى الذين يتبعون ما يسمى بالعلاج الوظيفي بالأنسولين (Insulinothérapie Fonctionnelle) وهي مرحلة تعليمية متقدمة لدى بعض مرضى السكري حيث يتلقون متابعة خاصة من طرف الفريق المعالج. المبدأ هو إعادة إنتاج الأداء الطبيعي (الفيسيولوجي) للجسم وبالتالي تكييف جرعات الأنسولين مع كمية الجلوسيدات (الكربوهيدرات) التي يتم تناولها أثناء الوجبة.

للقيام بذلك يجب أن يتعلم حساب عدد الغلوسيدات الموجودة في الأطعمة المختلفة التي تشكل الوجبة. وما يتوافق معها من وحدات الأنسولين من أجل الحفاظ على مستويات جيدة للسكر في الدم.

### (ج) - مواقف [ ل. و ] اتجاه داء السكري في برنامج التربية العلاجية:

لقد ساعدتنا مشاركة المفحوص [ ل. و ] مع باقي الأفراد المشاركين في البرنامج خاصة في حصة التغذية المتوازنة فإستخدام أحد مبادئ نظرية التعلم الاجتماعي طبقنا تقنية النمذجة حتى يكون قدوة للمشاركين الآخرين، اعتبر هنا المفحوص [ ل. و ] كمرضى مؤرد أو مريض مُشارك (Patient Ressource, Patient Partenaire)، لقد عززت مشاركته الحوار داخل المجموعة رغم طبعه الهادئ، من خلال تسهيل التعبير عن المرضى الآخرين والمساهمة في تحسين فهم خطاب مقدم الرعاية.

كما تم العمل على الأهداف التربوية للمفحوص انطلاقاً من إحتياجاته التربوية المستخلصة والمتفق عليها معه منذ مقابلة التشخيص التربوي:

- ↔ - بحاجة لتسيير إنفعالاته والضغط النفسي الناتج عن تواجد المرض في حياته.
- ↔ - بحاجة للتوفيق بين العلاج والمحافظة على نسب السكر في الدم في فترة الامتحانات

الجامعية.

## (2)- نتائج المقاييس النفسية للحالة [ ل. و ]:

(أ)- نتائج مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة SF-36 :

قمنا بتطبيق مقياس نوعية الحياة على الحالة [ ل. و ]: وقد تحصلت على ما يلي:

## الجدول رقم 46 يبين نتائج الحالة [ ل. و ] على مقياس نوعية الحياة

أبعاد مقياس نوعية الحياة	قياس قبلي	قياس بعدي	قياس تتبعي
التوظيف البدني	95	100	95
حدود الدور بسبب الحالة الجسمية	50	100	100
الألم	90	90	80
الصحة العامة	66,67	66,67	66,67
التعب الحيوية	50	60	60
العلاقات الاجتماعية	87,50	87,50	87,50
حدود الدور بسبب الحالة الإنفعالية	0	66,67	66,67
الصحة العقلية	32	60	60
الدرجة الكلية	58,90	78,85	76,98

نلاحظ من خلال الجدول أن متوسط مقياس نوعية الحياة للمفحوص [ ل. و ] بلغ 59، فهو يتمتع بنوعية حياة جيدة ومقبولة. ولقد تحسنت أكثر مع القياسين البعدي والتتبعي نتيجة للأثر الذي أحدثه برنامج التربية العلاجية على المشاركين.

كما لاحظنا أن باقي أبعاد المقياس تميزت بمتوسطات قوية وجيدة في القياسات الثلاثة القبلي والبعدي والتتبعي. عدا بعد حدود الدور بسبب الحالة الإنفعالية الذي يؤكد أنه بالرغم من أن الجانب العملي والأدائي لدى المفحوص كان جيداً إلا أنه يبقى متأثراً بالخوف والقلق من المستقبل. لقد كان فعلاً بحاجة إلى الدعم والمرافقة المتعلقة بالفريق المعالج وبحاجة لمشاركة بعض تجارب المشاركين الآخرين. فبعد المشاركة في البرنامج تحسن متوسط البعد بشكل ملحوظ ليصل لمتوسط 66,67.

(ب)-نتائج مقياس إدراك المرض المختص (B-IPQ) للحالة [ ل. و ]:  
الجدول رقم 47 يبين نتائج الحالة [ ل. و ] على مقياس إدراك المرض المختصر

أبعاد المقياس	قياس قبلي	قياس بعدي	قياس تتبعي
الانعكاسات	8	5	5
المدة	10	10	9
السيطرة	5	2	2
العلاج	1	1	1
الهوية	1	1	3
القلق	8	4	4
الفهم	3	1	1
الإنفعالات	9	6	6
الدرجة الكلية	45	30	31

نلاحظ من خلال الجدول أن المفحوص [ ل. و ] تحصل على درجة 45 وهي تدل على وجود تصورات متوسطة الشدة تحصل فيها في بعد العلاج والهوية والفهم على درجات منخفضة على التوالي: 1 و 1 و 3 وهي تدل على مدى أهمية العلاج وسلوك المراقبة الذاتية للسكري لدى المفحوص وأن فهمه لأعراض المرض ساعدته من السيطرة عليه فتحصل على درجة 5 في القياس القبلي لنتحسن في القياسين البعدي والتتبعي، مما يوضح أنه أصبح لدى المفحوص تصوّر مدرك حول فعاليته في متابعة إجراءات العلاج اليومية لداء السكري من النوع الأول. متحصلاً على درجة 2 في بعد السيطرة: "لدي القدرة على التأثير على حالتي الصحية الحالية".

كما يتضح حجم الانعكاسات والانفعالات والقلق الناجم من تتبعات المرض وصعوبة التوفيق بين متطلبات المرض وصعوبات الحياة اليومية ومشاريع الدراسة والعمل وحياته كشاب في مقتبل العمر لديه آمال وتطلعات وطموح مستقبلية.

إن المشاركة الفعالة للمفحوص كمريض مؤرد (Patient Ressource) زادت ثقته بنفسه، ومما ساعده على ذلك هو سمات التفاؤل لديه فتحسّن بعد الانعكاسات للمرض وحالات القلق والخوف من المستقبل لبعده الانفعالات بعد البرامج متحصلاً على التوالي على درجة 5 و6: " حالتي الصحية الحالية تشكل في بعض الأحيان ضغوطاً في حياتي " لكن ما أفعله يُمكن أن يحدد ما إذا كنت سأتحسن أم تسوء حالتي الصحية الحالية ".

لقد أرجع المفحوص أسباب إصابته بداء السكري من النوع الأول: إلى مخاوفه الكثيرة من الرسوب في الإمتحان وإلى الضغط النفسي وإلى نوعية الغذاء المتناول وقلة النشاط البدني وإلى القضاء والقدر.

#### (ج)-نتائج مقياس الكفاءة الذاتية العامة:

الجدول رقم 48 يبين نتائج الحالة [ ل. و ] على مقياس الكفاءة الذاتية العامة

المقياس	قياس قبلي	قياس بعدي	قياس تتبعي
الدرجة الكلية للمقياس	29	35	31

تحصل المفحوص على درجة 29 من مقياس الكفاءة الذاتية العامة وهي تدل على فعالية معتدلة إلى جيدة ركز المفحوص على تحسين حياته وصحته والتحكم الأمثل في نسب السكر في الدم وإدارة الوزن وتجنب المضاعفات الحادة أو المزمنة، إنه نوع من التحدي ساعد على إحساسه بالقدرة على القيام بذلك، علاوة عن ذلك فقد أعرب عن حاجته للدعم والمساندة الاجتماعية المدركة.

فأصبح لا ينظر إلى سلوك الإدارة الذاتية للسكري أنه مجبر على أتباعه بل هو شعور بالقدرة على القيام بمهام تعود عليه بالفائدة على المدى الطويل والبعيد، فبعد البرنامج تحصل على درجة 35 في القياس البعدي ودرجة 31 في القياس التتبعي.

(د) - نتائج المؤشر البراكلينيكي السكر التراكمي (HBA1C):

الجدول رقم 49 يبين نتائج الحالة [ ل. و ] على نسبة السكر التراكمي

المؤشر	قياس قبلي	قياس بعدي	قياس تتبعي
نسبة السكر التراكمي	6,5%	6%	6%

من خلال الجدول نلاحظ جلياً حجم الإلتزام العلاجي لدى المفحوص الذي بقي محافظاً على النسب المطلوبة علاجياً لمؤشر السكر التراكمي  
الحالة ( 5 ):

(أ) - البيانات العامة:

[ د . د ] تبلغ من العمر 28 سنة، عزباء، تعمل كطبيبة بإحدى المستشفيات، تعيش مع أفراد أسرتها بأحد أحياء العاصمة.

(ب) - تاريخ المرض والعلاج:

تم تشخيص [ د . د ] ببدء السكري من النوع الأول في سن مبكرة حيث كان عمرها 13 عاماً، وقد شكل تشخيصها بهذا المرض صدمة كبيرة لعائلتها، فقد كانت لاتزال صغيرة. قالت المفحوصة أنه وبالرغم من صغر سنها تعلمت كيفية إستعمال جهاز مراقبة السكري كما تعلمت حقن الأنسولين لوحدها: " كنت أشعر بالثقة أنني قادرة على التعامل مع المرض " حققت حلمها بأن تصبح طبيبة لتساعد المرضى المصابين بالأمراض المزمنة. كان كنوع من التحدي ألقته على نفسها لتبرهن للمجتمع إمكانية التعايش مع داء السكري في كل الحالات.

(ج) - مواقف [ د . د ] اتجاه داء السكري في برنامج التربية العلاجية:

منذ مقابلة التشخيص التربوي رَحبت المفحوصة للمشاركة في برنامج التربية العلاجية ورغم أنها سمعت عنه، فقد اعتبرتها فرصة للتعلم أكثر على كيفية تقديم المعلومة حتى تساعدها كطبيبة لمساعدة المرضى الآخرين. لقد كانت مشاركتها ضمن

فريق الفتيات المشاركات نقطة إيجابية فهي تعتبر المريض المورد أو المريض المشارك  
(Patient Ressource- Patient Partenaire).

ورغم كونها درست العلوم الطبية إلا أنها عبّرت عن حاجتها للدعم والتفهم وكذا  
المرافقة المتعددة التخصصات خاصة بتواجد المختصة النفسية الصحية وكونها أنثى تعاني  
من مرض مزمن.

ساعدت المعلومات التي شاركتنا بها من خلال التقدير والتعزيز بخلق حوارات تشاركية  
وتفاعلية رغم الاختلاف في بعض الخصائص السوسيوديمغرافية للمشاركات.

كما تُعْتَبَرُ المريضة من خلال تقنية النمذجة، إسقاطاً جيداً سيساعد الكثيرين على بناء  
ورقة طريق سليمة مع تواجد داء السكري من النوع الأول في حياة الإناث في مجتمعنا.

(2)- نتائج المقاييس النفسية للحالة [ د . د ]:

(أ)- نتائج مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة SF- 36 :

قمنا بتطبيق مقياس نوعية الحياة على الحالة [ د . د ] وقد تحصلت على ما يلي:

الجدول رقم 50 يبين نتائج الحالة [ د . د ] على مقياس نوعية الحياة

أبعاد مقياس نوعية الحياة	قياس قبلي	قياس بعدي	قياس تتبعي
التوظيف البدني	95	100	95
حدود الدور بسبب الحالة الجسمية	50	100	100
الألم	100	100	100
الصحة العامة	54,17	70,83	70,83
التعب الحيوية	55	55	55
العلاقات الاجتماعية	87,50	87,50	87,50
حدود الدور بسبب الحالة الإنفعالية	33,33	66,67	66,67
الصحة العقلية	68,00	76	72
الدرجة الكلية	67,88	82	80,88

نلاحظ من خلال الجدول أن المفحوصة [ د . د ] تحصلت على متوسط 68 فهي تتمتع بنوعية حياة جيدة ومقبولة. وهو الأمر الملاحظ على باقي أبعاد المقياس عدا بُعد التعب والحيوية الذي استقر على متوسط 55 حتى في القياسين البعدي والتتبعي. وقد يعود ذلك لساعات العمل الطويلة كونها طبية في المستشفى مما يؤثر على طاقتها وشعورها بالإرهاق. ضف إلى ذلك صعوبات المراقبة الذاتية للسكري خاصة في المناوبة الليلية. ورغم هذه الصعوبات إستمرت في المحافظة على مستوى جيد لنوعية حياتها متحصلة على متوسط 82 و 80 في القياس البعدي ثم التتبعي.

(ب)- نتائج مقياس إدراك المرض المختص (B-IPQ) للحالة [ د . د ]:

الجدول رقم 51 يبين نتائج الحالة [ د . د ] على مقياس إدراك المرض المختصر

أبعاد المقياس	قياس قبلي	قياس بعدي	قياس تتبعي
الانعكاسات	5	3	5
المدة	8	8	10
السيطرة	2	1	1
العلاج	1	0	4
الهوية	7	4	5
القلق	7	5	5
الفهم	2	1	1
الإنفعالات	6	3	3
الدرجة الكلية	38	25	34

نلاحظ من خلال نتائج الجدول للمفحوصة [ د . د ] أنها لا تعاني من تصورات قوية أو سلبية في القياس القبلي، كما أكدت أنها على دراية جيدة بمرضها أثناء الحصص الجماعية للبرنامج وما حفزها لحضور جميع الحصص هو رغبتها في الحصول على معلومات إضافية.

ففي مجال الطب والأمراض المزمنة هناك دائماً المستجدات من حيث تقنيات العلاج الدوائي كظهور أنواع جديدة من أقلام الأنسولين والعلاج اللادوائي كبرامج التربية العلاجية. كما أنها مهمة للقيام بتكوين في هذا المجال لتصبح طبية ومقدمة رعاية لهذا النوع من البرامج ومريض خبير (Patient Expert) تتعاون مع مربيين آخرين أثناء تقديم حصص التربية العلاجية. والدليل على درايتها بالمرض هو تحصلها على درجة 2 في بعد الفهم: " لدي صورة واضحة أو فهم واضح حول حالتي الصحية الحالية " .

لقد أصبح لديها إعتقاد إيجابي حول تأثير علاجها مستخدمة إستراتيجيات تأقلم أكثر فعالية من باقي المشاركات متحصلة على درجة 1 في بُعد العلاج: " سيتأثر تأثير علاجي بكيفية مشاركتي فيه " «يساعدني سلوكي إتجاه العلاج في إستعادة القدرة على الرغم من إستمرار الأعراض التي أعاني منها " .

لقد تحصلت المفحوصة على درجة 7 في بُعدي الهوية والقلق وهي تدل على الرغم من محاولة السيطرة على الداء وانتظام المراقبة الذاتية للسكري إلا أنه يُعدّ مصدر قلق وخوف خاصة عند جنس الإناث.

ساعدت تدخلات التربية العلاجية المشاركين على تقليل الأحاسيس بالأعراض برفع الدافعية لديهم بأنهم قادرين على السيطرة عليه ما داموا يريدون ذلك. حيث إنخفضت التصورات السلبية الانفعالية لبعده الانفعالات لتصل لدرجة 3 في القياس البعدي والتتبعي وهو الأمر الذي لاحظناه في الدرجة الكلية للمقياس التي تحسنت أكثر في القياس البعدي لتصل درجة 25 دالة على وجود إعتقاد إيجابي إتجاه داء السكري.

أرجعت المفحوصة [ د . د ] أسباب الإصابة إلى عامل وراثي فهو مرض مناعي ذاتي وأيضاً إلى الضغط النفسي.

## (ج) -نتائج مقياس الكفاءة الذاتية العامة:

الجدول رقم 52 يبين نتائج الحالة [ د . د ] على مقياس الكفاءة الذاتية العامة

المقياس	قياس قبلي	قياس بعدي	قياس تتبعي
الدرجة الكلية للمقياس	39	40	36

تحصلت المفحوصة [ د . د ] على (نتيجة) درجة 39 في مقياس الفعالية الذاتية وعليه فهي تتمتع بإحساس مرتفع بفعاليتها الذاتية إتجاه سلوكيات الرعاية الذاتية من أجل تحقيق الإلتزام العلاجي.

لقد ساعد هذا الإحساس على تحسين بعض المؤشرات البراكلينيكية كالسكر التراكمي، فهي تُعد كمثل جيد لتعزيز المصابين بداء السكري. فبعد فترة البرنامج وصلت درجة المقياس إلى 40 في القياس البعدي لتتراجع قليلا في القياس التتبعي وهو ما يُفسّر دائماً بصعوبة الجانب الإنفعالي لداء السكري فالخوف من المستقبل يُعد هاجساً لدى كل المرضى حتى وإن كانت لديهم الإلتزام علاجي جيد ومثالي.

## (د) -نتائج المؤشر البراكلينيكي السكر التراكمي (HBA1C):

الجدول رقم 53 يبين نتائج الحالة [ د . د ] على نسبة السكر التراكمي

المؤشر	قياس قبلي	قياس بعدي	قياس تتبعي
نسبة السكر التراكمي	6,8%	6,5%	6,5%

نلاحظ أن مؤشر السكر التراكمي تحسن أكثر بعد تطبيق البرنامج. واللافت للنظر أنها حافظت على نسب مثالية ولم تقع في الانتكاسة للسلوك الصحي للرعاية الذاتية للسكري.

ثانياً: عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج فرضيات البحث:

(1) - عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

أ) - عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى على ما يلي: " يعاني مرضى السكري من النوع الأولى من مستوى منخفض في نوعية الحياة المتعلقة بالصحة" وللتأكد من صحة هذه الفرضية قمنا باستخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري من أجل قياس مستوى نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة البحث.

وتمثلت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي:

الجدول رقم 54 نتائج المتوسط الحسابي لدرجات مقياس نوعية الحياة (الفرضية الأولى)

مستوى الدلالة الإحصائية $\chi$	درجة الحرية	قيمة ت	خطأ المتوسط المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة
0,4	29	-0,722	3,74	20,48	47,29	العينة ن = 30

لقد أدلت النتائج أن المتوسط الحسابي لمقياس نوعية الحياة يساوي 47,3 وانحراف معياري 2,5، في حين أن المتوسط الإفتراضي يساوي 50، وهو أكبر من المتوسط الحسابي.

وقد جاءت قيمة ت المحسوبة لعينة واحدة مساوية لـ 0,722 - بدرجة حرية 29، وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05.

وبناءً على هذه القيم يمكننا القول بأن بيانات عينة البحث جاءت غير مؤيدة للفرضية الأولى، وبالتالي يمكننا القول بأن مرضى داء السكري من النوع الأول لا يعانون من مستوى منخفض ومتدهور في نوعية الحياة المتعلقة بالصحة. وبهذا الفرضية الأولى لم تتحقق.

## (ب) - مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى على أنه: " يعاني مرضى السكري من النوع الأول من مستوى منخفض في نوعية الحياة المتعلقة بالصحة " فتبين لنا من خلال المعالجة الإحصائية للنتائج المدونة في الجدول (54) انها جاءت غير مؤيدة للفرضية وبالتالي لا يعاني مرضى السكري من النوع الأول من مستوى منخفض في نوعية الحياة المتعلقة بالصحة. هذه النتيجة تتوافق مع العديد من الدراسات السابقة في التراث السيكولوجي التي إهتمت بدراسة نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين ومرضى داء السكري، على غرار دراسة (طشطوش والقشار، 2017) والتي أظهرت نتائجها أن مستوى نوعية وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن جاء ضمن المستوى المرتفع وأن هناك فروق دالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة تبعاً لمتغير الجنس والمؤهل العلمي ومدة الإصابة بداء السكري.

كما تتفق هذه النتيجة أيضاً مع دراسة إفارزيون (IFarsioune, 2017) هذه الدراسة الوصفية التي جمعت بين النهجين الكمي والنوعي والتي توصلت إلى أنه لا يوجد إنخفاض في نوعية الحياة لدى أفراد العينة وهذا راجع لبعض العوامل المتعلقة بالمرضى كالتأهيل العلمي أو المستوى التعليمي وهو ما قد يفسر عدم وجود إنخفاض في مستوى نوعية الحياة لدى أفراد عينة بحثنا الحالي فلقد إستحوذ المستوى الجامعي على نسبة 67% من مجموع العينة الأمر الذي جعلهم على إطلاع جيد على نوعية المرض وخصائصه من خلال الاستخدام الواسع لوسائل التواصل الاجتماعي التي ربطتهم بالعديد من المرضى الشباب الذين يستعرضون من خلالها لإستراتيجيات التعايش مع داء السكري من النوع الأول مع إمكانية فتح المجال للتعبير عن كل المشاعر والأحاسيس التي تنتابهم كأفراد مصابين بداء السكري. خاصةً ونحن ندخل مرحلة جيدة في العلاج بمضخة الأنسولين التي ستساعد وتسهل المراقبة الذاتية للسكري حيث تعمل بطريقة آلية.

كما لاحظنا الدعم الاجتماعي المُدرَك الذي عبّر عنه المشاركون من ذويهم وأقاربهم وخاصة من أقرانهم من الأصدقاء فمثلا بعد تحليل مقابلة التشخيص التربوي للمشاركين

إتضح أنهم أكثر نشاطاً وممارسة للأنشطة الرياضية سواء ضمن فرق منتظمة أو عبر الرياضة الحرة. كل هذه العوامل تداخلت لإعطاء نتيجة أن أفراد عينة البحث لا يعانون من مستوى منخفض لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة.

ورغم أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة جاء في المستوى المتوسط والذي قدر بـ 47,29 ومنه لا تعاني عينة البحث من نوعية حياة منخفضة متدهورة بل من نوعية حياة متوسطة.

من خلال الاحتكاك بعينة البحث لاحظنا أن للمساندة الاجتماعية والدعم الاجتماعي المدرك دور هام في حياة أفراد عينة البحث فتم التعرف على بعض أصدقاء أو أولياء أو أزواج بعض المشاركين الأمر الذي شجع على بناء علاقة ثقة لتوطيد العلاقة العلاجية بين المشاركين من مرضى السكري الشباب وفريق الرعاية المتعدد التخصصات وهو الأمر الذي أكدته دراسة بويوسف (Bouyoucef, 2020).

كما تجدر الإشارة أن 96% من أفراد عينة البحث هم مسجلون في الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي (CNAS) وهو ما إستخلصت إليه دراسة بورديل مارشاصون وآخرون (Bourdel -Marchasson et Al, 2011) في عدم وجود إنخفاض في نوعية الحياة للجانب العقلي (MCS) وهذا راجع لإرتباطها ببعض الخصائص الإجتماعية والديمغرافية والاقتصادية، حيث أثبتت أن المستوى التعليمي المرتفع كان عاملاً مرتبطاً بعدم وجود إنخفاض كبير ومهم في مستوى نوعية الحياة كما هو حال عينة البحث الحالي الذين مثلوا نسبة 67% ممن لديهم مستوى جامعي.

وفي دراسة كولسون (Colson, 2015) لوصف تطوّر البروفيل الاجتماعي المعرفي والعيادي لمجموعة من المراهقين المصابين بداء السكري من النوع الأول الذين تابعوا برنامجاً للتربية العلاجية. فأظهرت النتائج تمتع أفراد عينة الدراسة بنوعية حياة جيدة الى عالية قبل المشاركة في البرنامج. وهو الأمر الذي بينته دراسة فوري وآخرون (Faury et Al, 2019) فأظهرت نتائج هذه الدراسة الاستكشافية التي إهتمت بدراسة دور

المنظور الزمني (التركيز على الماضي والحالي والمستقبل) كأحد المحددات المحتملة لنوعية الحياة لدى مرضى سرطان المستقيم.

فخلصت نتائجها أن الرجال يتمتعون بمتوسط درجة نوعية حياة أعلى بكثير من النساء، كما يتمتع المشاركون الذين يعيشون مع شريك بمتوسط نوعية حياة أعلى بكثير في بعد الرفاهية الجسدية من المشاركين الذين يعيشون بمفردهم، كما أن المشاركين الذين يمارسون نشاطاً بدنياً لديهم متوسط درجات نوعية حياة أعلى بكثير.

وعليه فإن نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لأفراد عينة البحث المصابون بداء السكري من النوع الأول لا ترتبط فقط بالخصائص الطبية لداء السكري ولكنها تتأثر بشخصية المصاب، خاصة بالرؤية التي يمتلكها المشارك لحاضره الحالي.

## (2) - عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

(أ) - عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية على ما يلي: " يُعاني مرضى السكري من النوع الأول من انخفاض في الفعالية الذاتية ".

وللتحقق من صحة الفرضية تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لإستجابات أفراد عينة البحث على مقياس الكفاءة الذاتية العامة وتمثلت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي:

الجدول رقم 55 نتائج المتوسط الحسابي للدرجات مقياس الكفاءة الذاتية العامة (الفرضية

### (الثانية)

مستوى الدلالة الإحصائية $\chi$	درجة الحرية	قيمة ت	خطأ المتوسط المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	مقياس الكفاءة الذاتية العامة
0,000	29	8,825	1,11	6,12	29,86	العينة 30 = ن

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن المتوسط الحسابي لدرجة مقياس الكفاءة الذاتية العامة يساوي 29,9 وبإحرف معياري 6,1، في حين أن المتوسط الافتراضي يساوي 25 وهو أقل من المتوسط الحسابي، وقد جاءت قيمة ت المحسوبة لعينة واحدة مساوية لـ 8,82 بدرجة حرية 29 وهي دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة 0,05.

وبناء على هذه يمكننا القول بأن بيانات عينة البحث جاءت مؤيدة للفرضية الثانية وبالتالي يمكننا القول بان مرضى السكري بالنوع الأول يعانون من إنخفاض مستوى الفعالية الذاتية. وعليه فالنتيجة تشير إلى تحقق الفرضية الثانية.

(ب) - مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية على أنه: " يعاني مرضى السكري من النوع الأول من انخفاض في الفعالية الذاتية " .

ولقد أشارت النتائج المدونة في الجدول رقم (55) إلى تحقق الفرضية الثانية وبالتالي يعاني مرضى داء السكري من النوع الأول من إنخفاض مستوى الفعالية الذاتية لديهم. هذه النتيجة تتوافق مع العديد من الدراسات النفسية السابقة في التراث السيكولوجي والطبي التي إهتمت بدراسة مستوى الإحساس بالفعالية الذاتية لدى المرضى المزمنين ومرضى داء السكري.

فوجد دراسة الجرجس (El Gerges, 2018) تمثلت أهداف الدراسة في قياس تأثير برنامج التربية العلاجية مع مرضى السكري من النوع الأول من حيث الضغط النفسي والإمتثال العلاجي والمعتقدات الصحية والكفاءة الذاتية في إدارة داء السكري وتطبيق سلوكيات الرعاية الذاتية ونوعية الحياة.

أما بالنسبة لمتغير الكفاءة الذاتية فقد إستخلصت الدراسة أن المجموعة التجريبية كانت تعاني من تدني مستوى الشعور بالفعالية الذاتية قبل تطبيق البرنامج وهي أحد إنعكاسات داء السكري على المصابين. وهي نفس النتيجة التي توصلت إليها دراسة كولسون ( Colson ; 2015) بأن أفراد العينة كانوا يعانون من إنخفاض في الفعالية الذاتية مصحوبة بالتعب

والانفعالات السلبية والمخاوف وإضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية وذلك قبل تطبيق برنامج التربية العلاجية.

إن متطلبات المرض من قياسات يومية ورعاية ذاتية للمرض وجرات الدواء التي تأخذ لأكثر من 4 مرات في اليوم تؤثر على مشاعر القدرة وعلى مواصلة التحكم في متطلبات المرض إن ما يدركه المريض حول مرضه يؤثر على التحكم في سلوكه وفي إحساسه في القدرة على التنظيم الذاتي. فما يعيشه المرضى المصابون مع وضعهم الصحي الراهن واللام الناجمة عن حقن الأنسولين والقيود الاجتماعية التي يفرضها المرض تؤثر على سلوكهم الصحي وعلى إنفعالاتهم وبالتالي تزايد الإحساس بالعجز وهو ما أظهرته النتائج التي بينت أن ما يشعره أفراد عينة البحث حول إحساسهم بالفعالية الذاتية ليس كافيًا أمام متطلبات الرعاية الذاتية للسكري والتي تُعدُّ الحل الوحيد لعلاجهم من أجل إلتزام علاجي مقبول.

كما تجدر الإشارة إلى أن فترة إستقبال أفراد عينة الدراسة كانت بعد فترة حرجة من وباء كوفيد-19 (بعد فيفري 2021 وبعد سبتمبر 2021) فالإنقطاع الطويل على المصالح الإستشفائية العامة والخاصة والتي كانت مغلقة ولا تستقبل الآ حالات الإصابة لفيروس كوفيد-19، والإنقطاع أيضًا على المتابعة من طرف الفريق المتعدد التخصصات جراء فترات الحجر الصحي أثر على معنويات المرضى الشباب وعلى إدارتهم لداء السكري وبالتالي أثار على إستمرار الدافعية وعلى مستوى الشعور بالكفاءة الذاتية. خاصة وأن معظم افراد عينة البحث لم يشاركوا في هذا النوع من البرامج من قبل ونجد أن هذه النتيجة تتفق أيضًا مع نتائج دراسة بورزق عطا الله (Bourizk- Atallah, 2014) والتي توصلت إلى وجود درجات منخفضة في الشعور بالكفاءة الذاتية في المجموعة الضابطة والتجريبية قبل تطبيق البرنامج.

وبناءً عليه يتبين من خلال هذه النتائج المتوصل إليها أن المرضى المصابون بداء السكري يعانون من نقص الشعور بالقدرة على القيام بمهام تخص المراقبة الذاتية للسكري فقد

أعرب المشاركون عن حقيقة عدم إحترامهم الدائم للتوصيات كونهم غير قادرين على القيام بذلك، فتزايدت لديهم مشاكل نسيان أخذ أقلام الأنسولين وجهاز قياس السكر عند تنقلاتهم لتفادي الآثار الجسدية للوخز والحقن التي لازمتهم طيلة الإصابة بداء السكري.

خاصة القدرة على تحسين مؤشر السكر التراكمي (HbAc1) والوصول إلى النسبة المطلوبة وهي 6,5%. فحسب ألبرت باندورا فإن إعتقاد الأفراد بفعاليتهم يؤثر على مستوى الأهداف التي يضعونها وعلى مدى قوة إلتزامهم بها في مواجهة الصعوبات والانتكاسات وهو الأمر الذي حدث مع أفراد عينة البحث الحالي.

### (3) - عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

#### (أ) - عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

نصت الفرضية الثانية على ما يلي: " يُعاني مرضى السكري من النوع الأول من تصورات سلبية حول المرض" وللتأكد من صحة هذه الفرضية قمنا بإستخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري من أجل قياس نوع التصورات لدى عينة البحث حول المرض. وتمثلت النتائج كما هو مبين في الجدول الآتي:

الجدول رقم 56 نتائج المتوسط الحسابي للدرجات مقياس إدراك المرض المختصر (الفرضية

#### (الثالثة)

مستوى الدلالة الإحصائية $\chi$	درجة الحرية	قيمة ت	خطأ المتوسط المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	مقياس إدراك المرض المختصر
0,2	29	1,089	2,35	12,9	42,56	العينة ن = 30

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن المتوسط الحسابي لدرجة مقياس إدراك المرض المختصر يساوي 42,6 وبنحرف معياري 12,9، في حين أن المتوسط الإفتراضي يساوي

40، وهو اقل من المتوسط الحسابي، وقد جاءت قيمة ت المحسوبة لعينة واحدة مساوية لـ 1,089 بدرجة حرية 29 وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05،

وبناء على هذه القيم يمكننا لقول بأن بيانات عينة البحث جاءت غير مؤيدة للفرضية الثالثة، بالتالي يمكننا القول بأن مرضى داء السكري من النوع الأول لا يعانون من تصورات سلبية لمرضهم وبهذا لم تتحقق الفرضية الثالثة

(ب)- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة: نصت الفرضية الثالثة على أنه: " يعاني مرضى داء السكري من تصورات سلبية حول المرض ". ولقد جاءت النتائج المدونة في الجدول رقم (56) غير مؤيدة للفرضية الثالثة.

وبالتالي لا يعاني مرضى داء السكري من النوع الأول من تصورات سلبية وشديدة حول داء السكري لديهم. إن هذه النتيجة تتوافق مع العديد من الدراسات السابقة في التراث السيكولوجي والطبي التي إهتمت بمتغير التصورات والمعتقدات حول المرض المزمن مثل ما توصلت إليه دراسة جونكر وآخرون (Jonker et Al, 2018) التي هدفت إلى إستكشاف تصورات المرضى المراهقين المصابين بداء السكري من النوع الأول، أين أجريت لهم مقابلات نصف موجهة حول المواضيع التالية: تقبل داء السكري وخطة علاج داء السكري كجزء من حياتهم والنظر إلى السكري على أنه يمكن التحكم فيه والدور المهم للحصول على معلومات حول داء السكري وإدارته.

وأسفرت النتائج أن أفرا عينة الدراسة لا يعانون من تصورات سلبية حول داء السكري. حيث ابرزت أهم العوامل التي ساعدت هذه التصورات في الإدارة الفعالة لداء السكري لدى المشاركين وكان أهمها: إكتساب المعرفة الكافية وتمكين الذات (Empowerment) الذي ساعد في الإمتثال لبروتوكول الإدارة الإلزامية إضافة إلى تقبل القدر. عبّر المشاركون في هذه الدراسة أن داء السكري أصبح جزءاً منهم، على هذا النحو لا يمكن فصل هوية وإدارة داء السكري من النوع الأول عن الفرد، حيث أصبح جزءاً روتينياً من حياتهم اليومية.

يعود عدم وجود تصورات سلبية شديدة لدى أفراد عينة البحث الحالي لشعور المشاركين أن إدارة داء السكري ستكون مفيدة لأنها تجنب العواقب الصحية على المدى القصير والبعيد.

ويتضح أن هذه التصورات تشكلت بمرور الوقت، حيث وصف المشاركون أن داء السكري كان صعباً في البداية ومع مرور الوقت والفهم الجيد للمعلومة المكتسبة سواء من طرف مقدم الرعاية أو من خلال وسائل التواصل الحديثة ساعد على تحسينها نجد هذه النتيجة تتفق أيضاً مع نتائج دراسة برودبنت وآخرون (Broadbent et Al, 2011) التي توصلت إلى وجود تصورات إيجابية ولينة في بعد السيطرة والعلاج لمقياس إدراك المرض المختصر، حيث إرتبطت هذه التصورات بالالتزام بالعلاج بالأنسولين والتمارين الرياضية والنظام الغذائي.

إن مقياس إدراك المرض المختصر يسمح بقراءة التصورات المعرفية والانفعالية، فقد يكون لدى المصاب تصور معرفي صحيح لمرضه (معرفة جيدة بالمرض وأعراضه وعواقبه) لكن يبقى يمثل تجربة إنفعالية صعبة. في هذه الحالات لا يحتاج المريض إلى معلومات عن مرضه والعلاجات فحسب ولكن الدعم والمراقبة وفهم التصورات حول المرض تسمح للمختص النفسي الصحي والفريق المتعدد التخصصات العامل معه بتطوير دعم ومراقبة وتمكين يتلاءم مع المريض (Dantzer, 2010, P : 06) فبالرجوع إلى المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للمقياس التي قدرت بـ 42,56 ومنه صحيح لا توجد تصورات سلبية قوية لدى أفراد عينة الدراسة بل تعبر عن وجود تصورات متوسطة الشدة.

وفي نفس السياق توصلت دراسة شارلو وآخرون (Scharloo et Al, 007) التي هدفت إلى تحديد التصورات المعرفية والانفعالية لدى المرضى الذين يعانون من الإنسداد الرئوي المزمن، أن لهؤلاء المرضى إعتقاد إيجابي أكثر حول تأثيرات ونتائج مرضهم وتصورات إنفعالية أقل شدة.

إن ما كشفت عنه نتائج الفرضية الثالثة والدراسات السابقة أنه بالرغم من صعوبة الإدارة الذاتية للإنسولين والتعب من الاضطرار الدائم للقيام بنفس الإجراءات يوميًا إلا أن تصورات أفراد عينة البحث أخذت شكلاً أي مخط معرفي ومعنًا فسروا به المرض ومكوناته فأصبح لديهم ما يسمى بالإعتقاد.

## 4- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

(أ) - عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

نصت الفرضية الرابعة على ما يلي: " توجد فروق دالة إحصائية عند المستوى  $0.05 \leq \alpha$  بين متوسطات مقياس نوعية الحياة في القياسين (القبلي والبعدي) ثم في القياس (البعدي والتتبعي) تُعزى لتطبيق برنامج التربية العلاجية " .

لفحص صحة الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس نوعية الحياة على المستويين الكلي والفرعي بين القياس القبلي والبعدي، ثم بين القياس البعدي والتتبعي، وللتحقق من دلالة الفروق بين هذه المتوسطات ثم استخدام إختبارات (ت) وذلك للكشف عن فعالية برنامج التربية العلاجية في تحسين نوعية الحياة لدى أفراد عينة البحث وجاءت النتائج على النحو المبين في الجدول الآتي:

## الجدول رقم 57 نتائج إختبار(ت) لفحص الفروق بين القياسين القبلي والبعدي

المقياس	العدد	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة الإحصائية $\chi$
نوعية الحياة	30	قبلي	47,28	20,48	-4,8	58	0,000
	30	بعدي	68,69	14,54			

يوضح الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لدرجات القياس القبلي لمقياس نوعية الحياة قد بلغ 47,3 بإنحراف معياري قدره 20,48، كما قدر المتوسط الحسابي لدرجات القياس البعدي بـ 69,68 بإنحراف معياري قدره 14,54. وقد جاءت قيمة إختبار (ت) المحسوبة -4,8 عند درجة 58 وقيمة الدلالة الإحصائية  $\alpha$  تساوي 0,000 وهي دالة إحصائياً بحيث أنها أصغر من قيمة  $\alpha$  النظرية التي تساوي 0,05، ومنه وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية في مقياس نوعية الحياة بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي تُعزى لبرنامج التربية العلاجية وبهذا الفرضية الرابعة تحققت.

كما تمّ أيضاً إحتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على الأبعاد الثمانية لمقياس نوعية الحياة بين القياس القبلي والقياس البعدي وللتحقق من دلالة الفروق بين هذه المتوسطات ثم إستخدام إختبار (ت).

كما تبينه النتائج في الجدول الآتي:

الجدول رقم 58 نتائج إختبار (ت) لفحص الفروق بين القياسين القبلي والبعدي على أبعاد

### مقياس نوعية الحياة

أبعاد مقياس نوعية الحياة	العدد	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت) المحسوبة	مستوى الدلالة الإحصائية $\alpha$
التوظيف البدني	30	قبلي	70,16	24,99	58	-2,61	0,011
	30	بعدي	85,33	19,60			
حدود الدور بسبب الحالة الجسمية	30	قبلي	34,16	33,78	58	-4,23	0,000
	30	بعدي	68,33	28,56			
الألم	30	قبلي	54,25	27,79	58	-3,18	0,002
	30	بعدي	72,41	19,02			
إدراك الصحة العامة	30	قبلي	50,84	18,64	58	-4,04	0,000
	30	بعدي	67,91	13,62			
الحيوية والتعب	30	قبلي	44,83	18,95	58	-3,23	0,002
	30	بعدي	60,73	19,16			
العلاقات الاجتماعية	30	قبلي	53,66	25,97	58	-3,42	0,01
	30	بعدي	74,16	19,94			
حدود الدور بسبب الحالة الإنفعالية	30	قبلي	62,06	29,17	52	-0,94	0,3
	30	بعدي	69,33	27,08			
الصحة العقلية	30	قبلي	46,00	18,21	58	-5,62	0,000
	30	بعدي	70,80	15,86			

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن قيمة مستوى الدلالة الإحصائية في بعد التوظيف البدني قد بلغت (0,011) وفي بعد حدود الدور بسبب الحالة الجسمية وبعد إدراك الصحة

العامة وبعد الصحة العقلية قد بلغ (0,000)، أما في بعد الألم وبعد الحيوية - التعب فقد بلغ (0,00)، وقيمتها في بعد العلاقات الاجتماعية بلغت 0,001 وهذه القيمة للأبعاد المذكورة أقل من قيمة مستوى الدلالة النظرية  $0.05 \leq \alpha$  وبالتالي وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد التوظيف البدني وبعد حدود الدور بسبب الحالة الجسمية وبعد الألم وبعد إدراك الصحة العامة وبعد الحيوية وبعد العلاقات الاجتماعية وبعد الصحة العقلية بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي تُعزى لمتغير التربية العلاجية. أما بعد حدود الدور بسبب الحالة الإنفعالية فقيمة مستوى الدلالة الإحصائية قد بلغت (0,3) ومنه نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد حدود الدور بسبب الحالة الانفعالية بين القياس القبلي والبعدي تُعزى لمتغير التربية العلاجية.

وبملاحظة المتوسطات الحسابية يظهر أن المتوسط الحسابي لكل من بُعد التوظيف البدني وبُعد حدود الدور بسبب الحالة الجسمية وبُعد الألم وبُعد إدراك الصحة العام وبُعد الحيوية وبُعد العلاقات الاجتماعية وبُعد الصحة العقلية قد قُدّرت في القياس القبلي على التوالي: (70,1)، (34,1)، (54,2)، (50,8)، (44,8)، (53,6) و (46,00). أما على القياس البعدي فقد قدرت على التوالي: (85,3)، (68,3)، (72,4)، (67,9)، (60,7) و (74,1) و (70,8). وهذا ما يؤكد تحسن في مستوى نوعية الحياة لصالح القياس البعدي.

ولاختبار صحة هذه الفرضية بعد 6 إلى 9 أشهر من تطبيق برنامج التربية العلاجية، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة البحث بين القياسين البعدي والتتبعي (بعد 6 إلى 9 أشهر) لمقياس نوعية الحياة.

وللتحقق من دلالة الفروق بين هذه المتوسطات تم استخدام إختبار (ت).

وجاءت النتائج على النحو المبين في الجدول الآتي:

## الجدول رقم 59 نتائج إختبار (ت) لفحص الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي على

## مقياس نوعية الحياة

المقياس	العدد	القياس	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت) المحسوبة	مستوى الدلالة الإحصائية $\alpha$
نوعية الحياة	30	بعدي	69,68	14,54	58	-2,17	0,03
	30	تتبعي	76,86	10,83			

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لدرجات القياس البعدي لمقياس نوعية الحياة بلغ 69,68 بإنحراف معياري قدره 14,5، كما قدر المتوسط الحسابي لدرجات القياس التتبعي بـ 76,86 بإنحراف معياري قدره 10,8. وقد جاءت قيمة (ت) المحسوبة 2,1- عند درجة حرية 58 وقيمة الدلالة الإحصائية  $\alpha$  تساوي 0,03 وهي دالة إحصائياً بحيث أنها أصغر من قيمة  $\alpha$  النظرية 0,05، ومنه وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس نوعية الحياة بين القياس البعدي والتتبعي تعزى لصالح القياس التتبعي لبرنامج التربية العلاجية. وبهذا تحققت الفرضية الرابعة.

ولقد تم أيضاً حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة البحث على أبعاد مقياس نوعية الحياة بين القياس البعدي والقياس التتبعي (من 6 إلى 9 أشهر من تطبيق البرنامج) وللتحقق من دلالة الفروق بين هذه المتوسطات تم استخدام إختبار (ت) كما تبينه النتائج في الجدول الآتي:

## الجدول رقم 60 نتائج إختبار (ت) لفحص الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي على أبعاد

## مقياس نوعية الحياة

أبعاد مقياس نوعية الحياة	العدد	القياس	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت) المحسوبة	مستوى الدلالة الإحصائية $\alpha$
التوظيف البدني	بعدي	30	85,33	19,60	58	0,03	0,9
	تتبعي	30	85,16	15,59			
حدود الدور بسبب الحالة الجسمية	بعدي	30	68,33	28,56	58	-0,91	0,3
	تتبعي	30	75,00	27,85			
الألم	بعدي	30	72,41	19,02	58	-1,70	0,09
	تتبعي	30	80,33	16,97			
إدراك الصحة العامة	بعدي	30	67,91	13,62	58	-2,62	0,011
	تتبعي	30	76,28	10,88			
الحيوية والتعب	بعدي	30	60,73	19,16	58	-3,08	0,003
	تتبعي	30	73,16	11,02			
العلاقات الاجتماعية	بعدي	30	74,16	19,94	58	-3,002	0,004
	تتبعي	30	87,50	13,92			
حدود الدور بسبب الحالة الإنفعالية	بعدي	30	69,33	27,08	49	-0,85	0,3
	تتبعي	30	75,64	25,91			
الصحة العقلية	بعدي	30	70,80	15,86	58	-2,77	0,007
	تتبعي	30	80,26	9,85			

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن قيمة مستوى الدلالة الإحصائية في بعد إدراك الصحة العامة وبعد الحيوية وبعد العلاقات الاجتماعية وبعد الصحة العقلية قد بلغت على التوالي: (0,011) و (0,003) و (0,004) و (0,007) وهي قيم جاءت أقل من مستوى الدلالة النظرية  $\alpha \geq 0.05$ .

وبالتالي وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد إدراك الصحة العامة وبعد الحيوية وبعدهم العلاقة الاجتماعية وبعدهم الصحة العقلية بين القياس البعدي والتتبعي تُعزى لتطبيق برامج التربية العلاجية.

أما في بُعد التوظيف البدني وبعدهم حدود الدور بسبب الحالة الجسمية وبعدهم الألم وبعدهم حدود الدور بسبب الحالة الإنفعالية فقد بلغت قيم مستوى الدلالة الإحصائية على التوالي (0,9) و (0,3) و (0,09) و (0,3).

ومنه نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بُعد التوظيف البدني وبعدهم حدود الدور بسبب الحالة الجسمية وبعدهم الألم وبعدهم حدود الدور بسبب الحالة الإنفعالية بين القياس البعدي والتتبعي تُعزى لبرنامج التربية العلاجية ومنه نستنتج أن هناك إستقرار في مستوى نوعية الحياة في القياس التتبعي لهذه الأبعاد.

ومما يظهر في الجدول نلاحظ أن المتوسط الحسابي لكل من بُعد إدراك الصحة العامة وبعدهم الحيوية والتعب وبعدهم العلاقات الإجتماعية وبعدهم الصحة العقلية قد قدرت في القياس البعدي على التوالي: (67,9) و (60,7) و (74,1) و (70,8)،

أما على القياس التتبعي (بعد فترة من 6-9 أشهر من تطبيق البرنامج) فقد قدرت على التوالي: (76,2) و (73,1) و (87,5) و (80,2) وهذا ما يؤكد تحسن في مستوى نوعية الحياة في هذه الأبعاد لصالح القياس التتبعي عليه تشير هذه الفروق الظاهرية بين المتوسطات الحسابية على التأثير الإيجابي للبرنامج في القدرة على تحسين إستجابات عينة البحث إتجاه نوعية الحياة في هذه الأبعاد وفي المقياس ككل.

(ب)- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

نصت الفرضية الرابعة على ما يلي: " توجد فروق دالة إحصائية عد المستوى  $0.05 \leq \alpha$  بين متوسطات مقياس نوعية الحياة في القياسين (القبلي والبعدي) ثم في القياسين (البعدي والتتبعي) تُعزى لتطبيق برنامج التربية العلاجية ".

تبين لنا من خلال المعالجة الإحصائية للنتائج المدونة في الجدول رقم (57) ورقم (59) انه فعلاً توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات مقياس نوعية الحياة في القياسين القبلي والبعدي. حيث تتفق هذه النتيجة مع العديد من الدراسات السابقة في التراث السيكولوجي والطبي، مثل ما توصلت إليه دراسة الجرجس (El Gerges, 2018)، توصلت الدراسة إلى وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي في مقياس نوعية الحياة للمجموعة التجريبية تعزي لبرنامج التربية العلاجية فتحسنت درجة المتوسط الحسابي من 56,47 في القياس القبلي لتصل إلى 77,51 في القياس البعدي.

إن أهم نتيجة توصلت إليها الدراسة تؤيد ما توصل إليه بحثنا الحالي بان الفريق المتعدد التخصصات من مقدمي الرعاية هو الأفضل لمساعدة مرضى السكري في إدارة مرضهم وتحسين نوعية حياتهم، فبرامج التربية العلاجية كان فعالاً وساهم بشكل كبير في الإمتثال للسيطرة على المرض وتحسين نوعية الحياة. وهو الأمر الذي أكدت عليه دراسة بانهالو (PanhaleuxMohn, 2010) بعد زرع جزر لا نجرهانز في البنكرياس لعينة الدراسة فتوصلت النتائج إلى تحسّن في مستوى نوعية الحياة للجانب النفسي بعد 6 أشهر من الزرع إضافة إلى تحسّن ملحوظ في التوازن الأيضي بمتوسط سكر تراكمي (HbA1c) أقل من 6,5% مقارنة بمتوسط أكبر من 8% قبل الزرع مع إستقرار أفضل لنسب السكر في الدم.

تفسر نتيجة التحسن الملحوظ في المتوسط الحسابي لمقياس نوعية الحياة جدول (57) من منطلق فاعلية وجدوى برنامج التربية العلاجية وجودة العلاقة العلاجية حسب ما جاء في ضوء نتائج دراسة بوردون (Bourdon, 2012) التي أشارت أن إنشاء علاقة الثقة من خلال موقف مقدم الرعاية (Posture éducative) تكون بالإتصال الفعّال في الحصص الموضوعية لبرنامج التربية العلاجية بين المرضى ومقدمي الرعاية على إختلاف تخصصاتهم، الذي يتصف بالتعاطف وعلاقة الإحترام والحياد وعدم إصدار الأحكام لتجنب المقاومة لدى المريض، بإعطاء فرصة التعبير، يجب أن يشعر المصاب الذي تتم رعايته بالراحة، وأن يكون في بيئة ملائمة ليتمكن من مناقشة صعوباته وقلقه وتصوراتهِ وحتى

توقعاته ومصادره وطموحاته وهو الأمر الذي شجع المشاركين على طرح تساؤلاتهم بكل أريحية فساعدتهم ذلك على الشعور بمستوى أكبر من السيطرة الشخصية والإحساس بالقدرة والفعالية الشخصية وهو شرط ساعد في عملية تجاوز كل التصورات الشديدة والسلبية التي صممها المشاركون حول المرض والعملية العلاجية ككل من جهة ، وحول إدراكه لمكانته في الحياة وعلاقة ذلك بنوعية حياته النفسية والجسدية ومستوى إستقلاليته وعلاقاته الاجتماعية. خاصة " وأن معظم المصابون لديهم ذلك التصور حول أن الحوار مع بعض الأطباء يعتبر من الممنوعات، فلا يحق للمريض أن يقاطعه أو حتى أن يبدي رأيه، وهو نوع من أنواع العلاقة الذي يسمى بالعلاقة السلطوية أو الأبوية (المعالج يأمر والمريض ينفذ).

وعليه عملت التربية العلاجية على جعل هذه المهارة في الإتصال كعنصر أساسي يؤخذ بعين الاعتبار ضمن التدخلات المتمركزة حول المريض وتحويل كل العلاقات القديمة من النموذج السلطوي الأبوي إلى النموذج التشاركي التبادلي ، مثلما اكدت عليه أعمال **غريمالدي** وآخرون (Grimaldi et Al, 2009) على التطور الذي طرأ على الممارسة الطبية وخاصة العلاقة العلاجية، حيث يكون لمشاركة المريض أهمية قصوى من خلال الإعتراف بأنه يمتلك المعرفة وحتى إن كان تقديرها ضعيفاً، وله الحق في تلقي المعلومة والحق في إتخاذ خيارات حرة ومستتيرة حول حالته الصحية (Thiam. Y, 2005, P : 46)

وتتفق نتائج البحث الحالي من خلال الفرضية الرابعة بين القياسين البعدي والتبعي في الجدول رقم(59) و الجدول رقم(60) مع نتائج دراسة **بويوسف** (Bouyoucef, 2020)، اين أكدت الدراسة على دور التربية العلاجية لجعل هؤلاء الشباب أكثر مسؤولية كما أكدت على دور المساندة الاجتماعية و الدعم الاجتماعي المدرك وهو ما لوحظ في التحسن الملحوظ في بُعد العلاقات الاجتماعية لمقياس نوعية الحياة في القياس التبعي حيث قدر المتوسط الحسابي للبعد في عينة البحث 87,5. ففي فترة تقديم برنامج التربية العلاجية لبحثنا الحالي تم التعرف على خطيب أو زوج بعض المُشاركات، مما ساعد في بناء الثقة وتوطيد العلاقة بين

مرضى السكري الشباب وفريق الرعاية المتعدد التخصصات. كما شهد بُعد إدراك الصحة العامة تحسناً ملحوظاً كذلك في القياس التتبعي بمتوسط حسابي قدره 16,2.

ويُمكن إرجاع هذه النتيجة إلى التأثير الإيجابي في القدرة على تحسن مستوى إدراك المصاب بداء السكري لنوعية حياته. فمعظم المشاركين عبّروا عن رضاهم على هاتِهِ العملية المُفيدة وهو الأمر الذي أكدت عليه دراسة دراسة بويوسف (Bouyoucef, 2020) بأن 94,3% من المشاركين عبّروا عن رضاهم على مشاركتهم في البرنامج مما زاد الفريق تشجيعاً للإستمرار في توسيع نطاق التربية العالية لدى مرضى السكري من النوع الأول ليشمل أكبر عدد ممكن من المرضى.

فنوعية حياة المراهقين تتأثر بتصورهم الذاتي لداء السكري وهو ما توصلت إليه دراسة تيراسون (Terrasson, 2019) بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية لعينة من مرضى داء السكري من النوع الأول المراهقين.

وأظهرت نتائج الدراسة التجريبية لكولوصن (Colson, 015) إلى تحسُّن نوعية الحياة لدى عينة المراهقين المصابين بداء السكري من النوع الأول في القياس التتبعي، بعد 3 أشهر من تطبيق البرنامج والتي إرتبطت بتحسين التحكم في نسبة السكر في الدم (تحقيق سلوك الرعاية الذاتية)، فسمح هذا السلوك بالالتزام العلاجي لدى المرضى، ومنه وجود فروق دالة إحصائياً في نوعية الحياة تعزى للقياس التتبعي.

ونجد أن هذه النتيجة للقياس التتبعي تتفق مع نتائج دراسة بانهاالموهن (PanhaleuxMohn, 2010)، فبعد سنة من زرع جزر لانجرهانز في البنكرياس تم إعادة تقييم نوعية الحياة لدى المرضى المستفيدين من الزرع ف لوحظ تحسن ملحوظ في نوعية الحياة وفي التوازن الأيضي وفي إنخفاض نوبات هبوط السكر الشديد في الدم (Hypo Glycémique Sévères) وهو الأمر الذي تؤكد عليه دراسة (شلابي وبورنان، 2021)، فتوصلت نتائجها إلى وجود فروق في مقياس نوعية الحياة بين القياسين البعدي والتتبعي، حيث أوجدت أن البعد السائد هو البعد الجسمي. فالصحة الجسمية ونوعية الحياة

عنصران متكاملان ولا يمكن الفصل بينهما وبالرجوع إلى خصائص العينة فإن الإهتمام الأكبر لديهم هو الحفاظ على أجسامهم والصحة العامة لديهم من خطر مضاعفات المرض، وهو ما يفسر وجود فروق بين القياسين البعدي والتتبعي على كل من بعد: إدراك الصحة العامة، الحيوية والتعب، الصحة العقلية، العلاقات الاجتماعية، حسب الجدول رقم (60).

وعليه ساعد البرنامج على إدراك أفضل ومستمر لدى الفرد لحالته الصحية من عدة جوانب الجسمية والعقلية ومدى علاقاته الاجتماعية والتي تتضمن الأسرة والأصدقاء وحتى مكان العمل مع الحياة النفسية كالشعور بالسعادة وقلة الإكتئاب والإرهاق والتوتر والإحساس بالحيوية، كل هذا ينعكس إيجابياً وهو ما يؤكد إستمرار ارتفاع المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة لصالح القياس البعدي في الجدول (57) ولصالح القياس التتبعي في الجدول (59).

#### 6- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

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

نصت الفرضية الخامسة على أنه: " توجد فروق دالة إحصائية  $0.05 \leq \alpha$  بين متوسطات مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة في القياسين القبلي والبعدي ثم في القياسين البعدي و التتبعي تعزى لتطبيق برنامج التربية العلاجية "

للتأكد من صحة الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة البحث على مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة بين القياس القبلي والبعدي، ثم بين القياس البعدي والتتبعي، وللتحقق من دلالة الفروق بين هذه المتوسطات تمَّ استخدام إختبار (ت) وذلك للكشف عن فعالية برنامج التربية العلاجية في الرفع من مستوى الفعالية الذاتية لدى أفراد عينة البحث.

وجاءت النتائج على النحو المبين في الجدول الآتي:

## الجدول رقم 61 نتائج إختبار (ت) لفحص الفروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس

## توقعات الكفاءة الذاتية العامة

المقياس	العدد	القياس	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت) المحسوبة	مستوى الدلالة الإحصائية $\alpha$
توقعات الكفاءة الذاتية العامة	30	قبلي	29,86	6,12	58	-3,47	0,001
	30	بعدي	34,56	4,15			

يتضح من خلال الجدول أن المتوسط الحسابي لدرجات القياس القبلي لمقياس الكفاءة الذاتية العامة قد بلغ 29,86 بإنحراف معياري قدره 6,12، كما قدر المتوسط الحسابي لدرجات القياس البعدي بـ 34,56 بإنحراف معياري قدره 4,15.

وقد جاءت قيمة إختبار (ت) المحسوبة 3,47 - عند درجة حرية 58 وقيمة الدلالة الإحصائية  $\alpha$  تساوي 0,001 وهي دالة إحصائية بحيث أنها أصغر من قيمة  $\alpha$  النظرية التي تساوي 0,05. ومنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي تعزى لبرنامج التربية العلاجية، وبهذا الفرضية الخامسة تحققت.

ولإختبار صحة هذه الفرضية بعد 6 إلى 9 أشهر من تطبيق برنامج التربية العلاجية، تم حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة البحث بين القياس البعدي والقياس التتبعي (بعد 6 إلى 9 أشهر) لمقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة. وللتحقق من دلالة الفروق بين هذه المتوسطات تم استخدام إختبار (ت)، وكانت النتائج

كما هو مبين في الجدول الآتي:

## الجدول رقم 62 نتائج إختبار (ت) لفحص الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي على

## مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة

المقياس	العدد	القياس	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت) المحسوبة	مستوى الدلالة الإحصائية $\alpha$
توقعات الكفاءة الذاتية العامة	30	بعدي	34,56	4,15	58	4,7	0,000
	30	تتبعي	30,10	3,04			

يتضح من خلال الجدول أن المتوسط الحسابي لدرجات القياس البعدي لمقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة بلغ 34,56 بإنحراف معياري قدره 4,15، كما قدر المتوسط الحسابي لدرجات القياس التتبعي 30,10 بإنحراف معياري قدره 3,04.

وقد جاءت قيمة (ت) المحسوبة 4,7 عند درجة حرية 58 وقيمة الدلالة الإحصائية  $\alpha$  تساوي 0,000 وهي دالة إحصائياً بحيث أنها أصغر من قيمة  $\alpha$  النظرية 0,05، وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة بين القياس البعدي والقياس التتبعي لصالح القياس التتبعي تعزى لبرنامج التربية العلاجية، وبهذا تشير النتيجة إلى تحقق الفرضية الخامسة. ورغم عدم وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لأفراد عينة البحث على القياسين (البعدي والتتبعي) لمقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة، فرغم التراجع الطفيف للمتوسط الحسابي للمقياس في القياس التتبعي إلا أنه يبقى في مستوى معتدل وهو يدل على قدرة برنامج التربية العلاجية في تحقيق الأهداف المرجوة منه وهو الرفع من مستوى الإحساس بالقدرة والفعالية الذاتية وتأثيره على المدى الطويل.

(ب) - مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة:

نصت الفرضية الخامسة على أنه: " توجد فروق دالة إحصائية عند المستوى  $0.05 \leq \alpha$  بين متوسطات مقياس الكفاءة الذاتية في القياس (القبلي وبعدي) ثم في القياسين (البعدي والتتبعي) تعزى لتطبيق برنامج التربية العلاجية ".

تبين لنا من خلال المعالجة الإحصائية للنتائج المدونة في الجدول (61) أنه فعلاً توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات مقياس الكفاءة الذاتية في القياسين القبلي والبعدي، حيث تتفق هذه النتيجة مع العديد من الدراسات السابقة في التراث السيكولوجي والطبي مثل ما توصلت إليه دراسة بودرون بوقا وآخرون (Baudrant- Boga (a) et Al, 2009). توصلت نتائج الدراسة باستخدام تحليل نشاط مرضى السكري من النوع 2 المتعلقة بمرضه وعلاجاته يمكن تحديد المواقف التعليمية التي تعزز تنمية المهارات المفيدة للإدارة اليومية لمرضه وعلاجه.

ولتصميم هذه الأداة التعليمية ضمن مشروع التربية العلاجية تم الاعتماد على عدة مبادئ منها تموضع المريض كمثل وخبير قادر على المشاركة في بناء محتوى تعليمي من المواقف التي يتعرض لها، أي لديه القدرة على إيجاد أكثر من حل لموقف يومي ما. ففي بحثنا الحالي وبعدما كان يعاني أفراد عينة البحث من إنخفاض في مستوى الكفاءة الذاتية تحسنت درجة المتوسط الحسابي لمقياس الكفاءة الذاتية في القياس البعدي حسب الجدول رقم (61) بعد المشاركة في برنامج التربية العلاجية لمرضى داء السكري. حيث أكد المشاركون أن إدارتهم الذاتية لداء السكري ارتبطت بإرادتهم أو رغبتهم في تنفيذها وإحساسهم بالقدرة على القيام بذلك فتناقصت نسبة نسيان حَقُّ الأنسولين وارتفاع إدارة الوجبات المتوازنة أو نوع الطعام للواجبات أو ممارسة النشاط البدني. علاوة على ذلك فقد أعربوا عن الحاجة إلى الدعم والمساعدة من أقاربهم الذي يشجعهم على التعزيز والحفاظ على الدافعية لديهم، فأصبحوا لا ينظرون إلى سلوك الإدارة الذاتية لداء السكري أنه سلوكٌ كانوا يُجبرون على إتباعه مقارنة بأقرانهم بل هو شعور بالقدرة على القيام بمهام تعود عليهم بالفائدة على المدى الطويل والبعيد.

فمن خلال نموذج المعتقدات الصحية الذي ساعدهم على تبني سلوكيات صحية جديدة بعدما أدركوا شدة خطورة بعض المضاعفات المزمنة لداء السكري في سن مُبكرة. فساعدهم

على توقع نتائج ذات فوائد جراء ممارسة السلوك المطلوب في إدارة داء السكري وهو الذي عزز هذا الشعور لفعاليتهم الذاتية ولدافعيتهم للصحة.

وعليه فاندماجهم في برنامج التربية العلاجية ساعدهم من خلال الخبرة العملية (نشاطات الحصص الموضوعية الجماعية) من إكتساب المعرفة (Savoirs) والدراسة (Savoir- Faire) والمواقف (Savoir- être) من خلال دمجها في نمط حياتهم وإستنتاج أن داء السكري يُمكن التحكم فيه (الشعور بالفعالية) حيث إن معرفة الوعي بالمضاعفات ساعدت المشاركين على تقدير فوائد إدارتهم (حسب نموذج المعتقدات الصحية) ليس فقط بشكل ملائم لكن الإستمرار بثقة ودافعية (من خلال التدخلات التحفيزية المتمركزة حول المريض). مثل ما توصلت إليه دراسة بلانت (Plant, 1998), حيث خلصت نتائج الدراسة التي إهتمت بدراسة العلاقة بين الملائمة العلاجية لدى مرضى داء السكري ونموذج المعتقدات الصحية والفعالية الذاتية ونموذج العزو السببي أنه كلما كان لدى عينة الدراسة إحساس بالقدرة على القيام بالمراقبة الذاتية لداء السكري كلما كان لديهم ملائمة علاجية وهي علاقة دالة إحصائياً.

وهو ما لوحظ في بحثنا الحالي أين أعرب المشاركون عن شعورهم بالفعالية إتجاه ما قدموه من سلوكيات صحية وأن حقيقة إدارة علاجهم بشكل أمثل وملائم نتج عنها رضا الفريق المتعدد التخصصات الذي رافقهم خلال البرنامج من أجل فائدة مشتركة بدأت من السلوك المطلوب للوصول إلى النتيجة المُتوقعة. وهو الأمر الذي توصلت إليه دراسة كولسون (Colson, 2015) بعد إجراء تحليل الأدبيات من عام 1998 إلى عام 2012 بإستخدام طريقة تحليل المفهوم التطوري لروجرز (Rogers, 2000) فتوصلت النتائج إلى توضيح مفهوم التربية العلاجية وفقاً لطريقة روجرز (2000) من خلال خمس خصائص عند تطبيق برنامج التربية العلاجية للوصول إلى الأهداف المرجوة وهي؛ العلاقة الثلاثية والشراكات التعاونية وتكييف أساليب وأدوات التعلم والإكتساب التدريجي للمهارات وأخيراً الإبداع في الاستراتيجيات وأدوات التعلم.

إن المشاركة في البرنامج أكسبت أفراد عينة بحثنا الحالي الكفاءة الشخصية والتي لها أثر لإكساب المرضى مهارات التنظيم الذاتي والإنفعالي، وكيفية ضبط الإنفعالات عن مختلف المواقف الحياتية اليومية وإكتساب الثقة في القدرات الذاتية كمهارة حل المشكلات بطريقة علمية وعملية، ضِفْ إلى ذلك إكتساب مهارات إجتماعية في كيفية التعامل مع المواقف بمرونة مع النظرة الإيجابية إلى المستقبل والتفاؤل. كل ذلك أدى إلى وجود فروق بين القياس القبلي والبعدي في مقياس الكفاءة الذاتية نتيجة تطبيق برنامج التربية العلاجية.

ونجد بأن هذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة (المومني وحسبان، 2021) التي أكدت على وجود فروق على مقياس الكفاءة الذاتية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي. وهذا ما يؤكد على أثر وفاعلية برنامج التربية العلاجية في رفع مستوى الكفاءة وتحسين تصورات وتوقعات أفراد عينة البحث للكفاءة الذاتية لديهم في القياس البعدي.

كما يمكن أن تُعزى هذه النتيجة الإيجابية إلى الأثر الذي أحدثه البرنامج في نوعية الحياة لديهم ففي بعد حدود الدور بسبب الحالة الجسمية وبعد التعب والحيوية وبعد الصحة العقلية في الجدول رقم (58) كانوا منخفضين في القياس القبلي، وقد تحسنت الدرجات بعد البرنامج فهذه الأخيرة مرتبطة بتحسن الإحساس بالكفاءة الذاتية في القياس البعدي حسب الجدول (61).

كما توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق على مقياس الكفاءة الذاتية بين القياسين البعدي والتتبعي مما يشير إلى إحتفاظ أفراد العينة بأثر البرنامج.

وتتفق نتائج البحث الحالي من خلال الفرضية الخامسة بين القياسين البعدي والتتبعي مع نتائج دراسة كولسون (Colson) فبعد 3 أشهر من تطبيق البرنامج وجد هناك فروق دالة إحصائياً في مقياس الفعالية الذاتية والإلتزام العلاجي ومعدل السكر التراكمي.

كما أكدت النتائج أن تطبيق برنامج التربية العلاجية من منظور النظرية المعرفية الاجتماعية كان حسب الخصائص الثلاث التالية: توقعات النتيجة والأهداف الشخصية

والعوامل الاجتماعية والهيكلية، أدى إلى تحسين في مستوى الفعالية لدى المراهقين المشاركين.

وهو الأمر الذي أكدت عليه نتائج دراسة بورزق عطا الله (BourikAtallah, 2014) فأبدت نتائج هذه الدراسة التجريبية تحسناً ملحوظاً حتى بعد 3 أشهر من تطبيق برنامج التربية العلاجية على معدل السكر التراكمي وسلوكات الرعاية الذاتية، وأظهرت النتائج أن أي برنامج يقدم من طرف مقدّم الرعاية المُكوّن في مجال التربية العلاجية سيعطي نتائج ملموسة على عينة مرضى داء السكري وبالتالي تعزيز الإلتزام العلاجي لديهم. وتتفق نتائج البحث الحالي من خلال الفرضية الخامسة مع دراسة باري (Paré. D, 1996) التي أكدت على أهمية الفعالية الذاتية كعامل من عوامل الشخصية الحامية للصحة (عوامل وقائية) المدعومة للسلوك الصحي والذي يتجسد في الملائمة العلاجية.

وعليه يمكن تفسير الإنخفاض الطفيف في درجة المتوسط الحسابي للقياس التتبعي في مقياس الكفاءة الذاتية في الجدول (62) هو ما جاء به "باندورا (1986) أنه حتى عندما يكون الإحساس بالفعالية الذاتية عالٍ فإن العودة المؤقتة إلى نمط السلوك القديم محتملة أو حتى حتمية. إنّ قوة توقعات الفرد في فعاليته الذاتية هي التي ستنتبأ بما إذا كان سيُتَّبَطُّ عزيمته بسبب السقوط إلى درجة فقدان كل الثقة في إمكانياته والتخلي عن كل جهد، أو ما إذا كان سيرى هذا السقوط كحادث مثابرة ضمن مسار علاجه " (Paré, D, 1996, P : 75).

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (الزغبى، 2014) التي هدفت للكشف عن فعالية برنامج تدريبي قائم على نظرية التعلم المعرفي الاجتماعي في رفع مستوى الكفاءة الذاتية المهنية للمعلمات. توصلت نتائجها عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مقياس الكفاءة وفي الدرجة الكلية لصالح المجموعة التجريبية.

لقد أشارت الدراسة أن مفهوم الكفاءة الذاتية للفرد يتضح من خلال الإدراك المعرفي لقدرته الشخصية من خلال تعدد الخبرات التي يمر بها حيث تؤثر هذه الخبرات على التقييم الذاتي لقدرته ومدى ثقته بنفسه ومن ثم الشعور بالقوة في أثناء مواجهة المواقف الضاغطة.

ومن هنا ورغم الانخفاض الطفيف في مستوى المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للمقياس في القياس التتبعي جدول (62) إلا أنه يبقى في المستوى المعتدل وهذا يؤكد على أهمية تلقي المعلومة والتدريب على أساليب المواجهة المكيفة ضمن برامج التربية العلاجية بصفة مستمرة سواء على المستوى الجماعي أو الفردي- وبهذا تعتبر النتيجة المحصل عليها في مقياس الكفاءة الذاتية أمراً طبيعياً في مراحل حياة الشاب المصاب بداء السكري.

إن هذه النتيجة مرتبطة بتحسين التفكير العقلاني لدى أفراد عينة البحث حيث أن وعي الفرد بالعلاقة بين أفكاره وإنفعالاته وسلوكه يساعد في بناء انماط التفكير الإيجابي الداعم للذات وهو الذي يؤثر على سيطرة الفرد وتحكمه (العدوان وجبريل، 2014، ص: 225).

كما يمكن تفسير هذه النتيجة للفترة الطويلة لموسم الاصطياف وما يتميز به من مناسبات إجتماعية وكثرة التنقل والسفر وما ينجم عنه من تغيير في ساعات النوم وبالتالي تغيير أوقات أخذ جرعات الأنسولين إلى النسيان، كل هذه الظروف تجعل من المصاب الشاب يهمل نوعاً ما التحكم بنفس الطاقة ونفس الجهد السابقين.

كما لاحظ مقدمي الرعاية تزايد طلب الفحوصات وحتى حالات

الاستشفاء مباشرة بعد انتهاء الموسم والعود إلى الدخول الدراسي والمهني لدى العديد من مرضى داء السكري من النوع الأول والثاني.

#### 5- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة:

(أ) - عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة:

نصت الفرضية السادسة على ما يلي: " توجد فروق دالة إحصائية عند المستوى

$0.05 \leq \alpha$  بين متوسطات مقياس إدراك المرض المختصر في القياسين (القبلي والبعدي)

ثم في القياسين (البعدي والتتبعي) تعزى لتطبيق برامج التربية العلاجية ."

للتحقق من صحة الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات

أفراد العينة على مقياس إدراك المرض المختصر بين القياس القبلي والبعدي ثم بين القياس

البعدي والتتبعي.

وللتحقق من دلالة الفروق بين هذه المتوسطات تمَّ استخدام إختبار (ت) وذلك للكشف عن فعالية برنامج التربية العلاجية في تعديل التصورات حول المرض لدى أفراد عينة البحث. وذلك كما هو مبين في الجدول الآتي:

الجدول رقم 63 نتائج إختبار(ت) لفحص الفروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس

#### إدراك المرض المختصر

المقياس	العدد	القياس	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت) المحسوبة	مستوى الدلالة الإحصائية $\alpha$
إدراك المرض المختصر	30	قبلي	42,56	12,91	58	4,73	0,000
	30	بعدي	28,83	9,28			

يتضح من خلال الجدول أن المتوسط الحسابي لدرجات القياس القبلي لمقياس إدراك المرض المختصر قد بلغ 42,5 بإنحراف معياري قدره 12,9، كما قدر المتوسط الحسابي لدرجات القياس البعدي بـ 28,8 بإنحراف معياري قدره 9,2.

وقد جاءت قيمة إختبار (ت) المحسوبة 4,7 عند درجة حرية 58 وقيمة الدلالة الإحصائية  $\alpha$  تساوي 0,000 وهي دالة إحصائياً بحيث أنها أصغر من قيمة  $\alpha$  النظرية 0,05، ومنه وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس إدراك المرض المختصر بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي تعزى لبرامج التربية العلاجية وعليه فالنتيجة تشير إلى تحقق الفرضية السادسة.

كما تمَّ كذلك حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة البحث على أبعاد مقياس إدراك المرض المختصر بين القياس القبلي والقياس البعدي وللتحقق من دلالة الفروق بين هذه المتوسطات تمَّ استخدام إختبار (ت) كما هو مبين نتائجه في الجدول الآتي:

## الجدول رقم 64 نتائج إختبار (ت) لفحص الفروق بين القياسين القبلي والبعدي على أبعاد

## مقياس إدراك المرض المختصر

أبعاد مقياس إدراك المرض المختصر	العدد	القياس	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت) المحسوبة	مستوى الدلالة الإحصائية $\alpha$
الانعكاسات	30	قبلي	5,13	2,81	58	2,82	0,007
	30	بعدي	3,30	2,18			
المدة	30	قبلي	8,56	2,66	58	-0,81	0,4
	30	بعدي	9,00	1,17			
السيطرة	30	قبلي	4,30	2,43	58	3,38	0,001
	30	بعدي	2,40	2,40			
العلاج	30	قبلي	2,53	2,83	58	2,71	0,009
	30	بعدي	1,03	1,06			
الهوية	30	قبلي	5,33	2,97	58	2,40	0,019
	30	بعدي	3,73	2,09			
القلق	30	قبلي	6,23	3,07	58	3,59	0,001
	30	بعدي	3,76	2,17			
الفهم	30	قبلي	3,66	3,05	58	4,01	0,000
	30	بعدي	1,23	1,30			
الإنفعالات	30	قبلي	6,80	3,17	58	3,37	0,001
	30	بعدي	4,36	2,34			

يتضح من خلال الجدول أنّ قيمة مستوى الدلالة الإحصائية في بعد السيطرة وبعد

القلق وبعد الانفعالات قد بلغت (0,001) وفي بُعد الانعكاسات بلغت (0,007).

أما بعد العلاج فقد بلغت (0,009) وفي بعد الهوية بلغت (0,01)، كما بلغت في بعد

الفهم (0,000) وكل هذه القيم للأبعاد المذكورة جاءت أقل من قيمة مستوى الدلالة النظرية

$0.05 \leq \alpha$  وبالتالي وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد السيطرة وبعد القلق وبعد الإنفعالات وبعد الإنعكاسات وبعد العلاج وبعد الهوية وبعد الفهم بين القياس القبلي والقياس لصالح القياس البعدي تُعزى لبرنامج التربية العلاجية.

أما بعد المدة فقدت قيمة مستوى الدلالة الإحصائية بـ (0,4) ومنه نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في بعد المدة بين القياس القبلي والبعدي تُعزى لتطبيق برامج التربية العلاجية. منه هناك استقرار في نتائج بعد المدة في القياس البعدي وكما هو موضح في الجدول نلاحظان المتوسط الحسابي لكل من بعد الإنعكاسات وبعد السيطرة وبعد العلاج وبعد الهوية وبعد القلق وبعد الفهم وبعد الانفعالات قد قدرت في القياس القبلي على التوالي: (5,13) و (4,30) و (2,53) و (5,33) و (6,23) و (3,66) و (6,80)،

أما على القياس البعدي فقد قدرت المتوسطات الحسابية لنفس الأبعاد على التوالي: (3,30) و (2,40) و (1,30) و (3,73) و (3,76) و (1,23) و (4,36) وهذا ما يؤكد وجود فعالية للبرنامج في خفض في شدة التصورات حول المرض لدى أفراد عينة الدراسة.

تشير هذه النتائج الى الارتباط القوي والعلاقة القوية بين برنامج التربية العلاجية وكيفية تعديل تصور المريض حول المرض. وللتحقق من صحة الفرضية بعد 6 إلى 9 أشهر من تطبيق برامج التربية العلاجية، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة البحث بين القياس البعدي والقياس التتبعي (بعد 6 إلى 9 أشهر) لمقياس إدراك المرض المختصر

وللتحقق من دلالة الفروق بين هذه المتوسطات من استخدام إختبار (ت)، وجاءت النتائج

كما هو مبين في الجدول الآتي:

## الجدول رقم 65 نتائج إختبار (ت) فحص الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي على

## مقياس إدراك المرض المختصر

المقياس	العدد	القياس	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت) المحسوبة	مستوى الدلالة الإحصائية $\alpha$
إدراك المرض المختصر	30	البعدي	28,83	9,28	58	-2,53	0,014
	30	التتبعي	34,86	9,16			

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي لدرجات القياس البعدي لمقياس إدراك المرض المختصر بلغ 28,83 بإنحراف معياري قدره 9,28، كما قدر المتوسط الحسابي لدرجات القياس التتبعي بـ 34,86 بإنحراف معياري قدره 9,18. وقد جاءت قيمة (ت) المحسوبة -2,53 عند درجة الحرية 58 وقيمة الدلالة الإحصائية  $\alpha$  تساوي 0,01 وهي دالة إحصائياً بحيث أنها أصغر من قيمة  $\alpha$  النظرية 0,05 ومنه وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس إدراك المرض المختصر بينا لقياس البعدي والتتبعي لصالح القياس التتبعي تعزى لبرامج التربية العلاجية وبهذا تتحقق الفرضية السادسة.

ولقد تم أيضاً حساب المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة البحث على أبعاد مقياس إدراك المرض المختصر بين القياس البعدي والقياس التتبعي (من 6 إلى 9 أشهر من تطبيق البرنامج).

وللتحقق من دلالة الفروق بين هذه المتوسطات تم استخدام إختبار (ت) كما تبينه النتائج

في الجدول الآتي:

الجدول رقم 66 نتائج إختبار (ت) لفحص الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي على أبعاد مقياس إدراك المرض المختصر.

أبعاد مقياس إدراك المرض المختصر	العدد	القياس	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت) المحسوبة	مستوى الدلالة الإحصائية $\alpha$																																																																																
الانعكاسات	30	بعدي	3,30	2,18	58	-2,33	0,02																																																																																
	30	تتبعي	4,66	2,33				المدة	30	بعدي	9,00	1,17	58	-1,09	0,2	30	تتبعي	9,33	1,18	السيطرة	30	بعدي	2,40	1,86	58	-3,17	0,002	30	تتبعي	4,06	2,18	العلاج	30	بعدي	1,03	1,06	58	-3,20	0,002	30	تتبعي	1,96	1,18	الهوية	30	بعدي	3,73	2,09	58	-2,15	0,03	30	تتبعي	4,76	1,56	القلق	30	بعدي	3,76	2,17	58	-0,79	0,04	30	تتبعي	4,23	2,35	الفهم	30	بعدي	1,23	1,30	5258	-1,89	0,064	30	تتبعي	1,83	1,14	الإنفعالات	30	بعدي	4,36	2,34	58	-0,23	0,08
المدة	30	بعدي	9,00	1,17	58	-1,09	0,2																																																																																
	30	تتبعي	9,33	1,18				السيطرة	30	بعدي	2,40	1,86	58	-3,17	0,002	30	تتبعي	4,06	2,18	العلاج	30	بعدي	1,03	1,06	58	-3,20	0,002	30	تتبعي	1,96	1,18	الهوية	30	بعدي	3,73	2,09	58	-2,15	0,03	30	تتبعي	4,76	1,56	القلق	30	بعدي	3,76	2,17	58	-0,79	0,04	30	تتبعي	4,23	2,35	الفهم	30	بعدي	1,23	1,30	5258	-1,89	0,064	30	تتبعي	1,83	1,14	الإنفعالات	30	بعدي	4,36	2,34	58	-0,23	0,08	30	تتبعي	4,50	2,11								
السيطرة	30	بعدي	2,40	1,86	58	-3,17	0,002																																																																																
	30	تتبعي	4,06	2,18				العلاج	30	بعدي	1,03	1,06	58	-3,20	0,002	30	تتبعي	1,96	1,18	الهوية	30	بعدي	3,73	2,09	58	-2,15	0,03	30	تتبعي	4,76	1,56	القلق	30	بعدي	3,76	2,17	58	-0,79	0,04	30	تتبعي	4,23	2,35	الفهم	30	بعدي	1,23	1,30	5258	-1,89	0,064	30	تتبعي	1,83	1,14	الإنفعالات	30	بعدي	4,36	2,34	58	-0,23	0,08	30	تتبعي	4,50	2,11																				
العلاج	30	بعدي	1,03	1,06	58	-3,20	0,002																																																																																
	30	تتبعي	1,96	1,18				الهوية	30	بعدي	3,73	2,09	58	-2,15	0,03	30	تتبعي	4,76	1,56	القلق	30	بعدي	3,76	2,17	58	-0,79	0,04	30	تتبعي	4,23	2,35	الفهم	30	بعدي	1,23	1,30	5258	-1,89	0,064	30	تتبعي	1,83	1,14	الإنفعالات	30	بعدي	4,36	2,34	58	-0,23	0,08	30	تتبعي	4,50	2,11																																
الهوية	30	بعدي	3,73	2,09	58	-2,15	0,03																																																																																
	30	تتبعي	4,76	1,56				القلق	30	بعدي	3,76	2,17	58	-0,79	0,04	30	تتبعي	4,23	2,35	الفهم	30	بعدي	1,23	1,30	5258	-1,89	0,064	30	تتبعي	1,83	1,14	الإنفعالات	30	بعدي	4,36	2,34	58	-0,23	0,08	30	تتبعي	4,50	2,11																																												
القلق	30	بعدي	3,76	2,17	58	-0,79	0,04																																																																																
	30	تتبعي	4,23	2,35				الفهم	30	بعدي	1,23	1,30	5258	-1,89	0,064	30	تتبعي	1,83	1,14	الإنفعالات	30	بعدي	4,36	2,34	58	-0,23	0,08	30	تتبعي	4,50	2,11																																																								
الفهم	30	بعدي	1,23	1,30	5258	-1,89	0,064																																																																																
	30	تتبعي	1,83	1,14				الإنفعالات	30	بعدي	4,36	2,34	58	-0,23	0,08	30	تتبعي	4,50	2,11																																																																				
الإنفعالات	30	بعدي	4,36	2,34	58	-0,23	0,08																																																																																
	30	تتبعي	4,50	2,11																																																																																			

يتضح من خلال الجدول أنّ قيمة مستوى الدلالة الإحصائية في بعد السيطرة وبعد العلاج قد قدرت بـ (0,002) وفي بعد الانعكاسات بلغت (0,02)، أما في بُعد الهوية بلغت (0,03) وهي قيم جاءت أقل من مستوى الدلالة النظرية  $\alpha \leq 0.05$  وبالتالي وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بُعد السيطرة وبعد العلاج وبعد الانعكاسات وبعد الهوية بين القياس البعدي والقياس التتبعي لصالح القياس التتبعي تُعزى لتطبيق برنامج التربية العلاجية. أما في بعد المدة وبعد القلق وبعد الفهم وبعد الانفعالات فقد بلغت قيم مستوى الدلالة الإحصائية على التوالي (0,2)، و (0,4) و (0,06) و (0,8) ومنه نستنتج أنه لا توجد فروق

ذات دلالة إحصائية في بعد المدة وبعد القلق وبعد الفهم وبعد الانفعالات بين القياس البعدي والتتبعي تعزى لبرنامج التربية العلاجية.

ويتضح من الجدول وجود فروق دالة بين متوسطات درجات أفراد عينة البحث في القياسين البعدي والتتبعي للدرجة الكلية للمقياس وأبعاده وذلك لصالح القياس التتبعي لكن يلاحظ ارتفاع طفيف في هذه المتوسطات الحسابية في القياس التتبعي مقارنة بالمتوسطات الحسابية في القياس البعدي.

وعليه يمكن القول إن البرامج لم يحقق هدفه في خفض شدة التصورات السلبية لأفراد عينة البحث على المدى الطويل رغم إستمرار تأثيره على متوسط الدرجة الكلية للمقياس والأبعاد التالية (الإنعكاسات، السيطرة، العلاج، الهوية). فرغم ارتفاع المتوسطات الحسابية للدرجة الكلية للمقياس وهذه الأبعاد في القياس التتبعي إلا أنها ظلت في المستوى المتوسط ومنه ارتفاع طفيف في شدة التصورات حول المرض بعد تناقصها بشكل ملحوظ (تصورات قليلة الشدة أو إيجابية) في القياس البعدي.

(ب) - مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة:

نصت الفرضية السادسة على ما يلي: "توجد فروق دالة إحصائية عند المستوى  $0.05 \leq \alpha$  بين متوسطات مقياس إدراك المرض المختصر في القياسين (القبلي والبعدي) ثم في القياسين (البعدي والتتبعي) تُعزى لتطبيق برنامج التربية العلاجية".

تبين لنا من خلال المعالجة الإحصائية للنتائج المدونة في الجدول (63) والجدول (65) أنه فعلاً توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات مقياس إدراك المرض المختصر في القياسين القبلي والبعدي، حيث تتفق هذه النتيجة مع العديد من الدراسات السابقة في التراث السيكولوجي والطبي وهو ما توصلت إليه نتائج دراسة برودبنت وآخرون (Broadbent et al, 2006) أسفرت نتائج الدراسة مع عينة مرضى داء السكري بوجود ارتباط قوي بين بُد التحكم الشخصي (السيطرة) لمقياس إدراك المرض والكفاءة الذاتية لدى المرضى. كما وجد

إرتباط دال إحصائياً مع بند التحكم الشخصي (السيطرة) وقيم السكر التراكمي (HbA1c) وهو مؤشر للتحكم في نسبة السكر في الدم على مدى الأشهر الثلاثة الماضية.

وهو ما يفسر نتائج بحثنا في القياس البعدي في مقياس إدراك المرض المختصر حيث وجدت فروق ظاهرية في متوسطات المقياس تُعزى للقياس البعدي في كل الأبعاد (ما عدا بعد الانفعالات)، حيث إرتبطت هذه النتائج بالتحسن الملحوظ في رفع مستوى الفعالية الذاتية في القياس البعدي لمقياس الكفاءة الذاتية، بعد أن كانت منخفضة في القياس القبلي.

كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة الجرجس (El Gerges, 2018) أين أظهرت نتائج الدراسة أن هناك فروق بين القياس القبلي والبعدي في درجة الضغط النفسي المدرك تُعزى للبرنامج حيث إنخفضت درجة المتوسط الحسابي للضغط النفسي المدرك في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، وهو ما يفسر تناقض شدة التصورات أبعاد مقياس إدراك المرض المختصر في القياس البعدي مقارنة مع القياس القبلي خاصة بعد القلق ويُعد الانفعالات (كالغضب والتوتر).

كما أظهرت الدراسة فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة إدراك القابلية للإصابة في مقياس المعتقدات الصحية لصالح المجموعة التجريبية فأصبحوا أكثر وعياً بخطورة سلوكياتهم إتجاه المرض فارتفعت درجة فائدة العلاج وإنخفضت درجة إدراك الحاجز أو الصعوبة.

كما يمكن تفسير نتائج الفرضية السادسة في ضوء ما اشارت إليه دراسة بيتري (Pétrie, 2012)، حيث توصلت نتائج هذه الدراسة التجريبية (مع التقييم في 6 و 12 و 18 أسبوعاً ثم في 6 و 9 أشهر) بعد تقديم برنامج الرسائل النصية أنه بعد 18 أسبوعاً وُجد فروق دالة إحصائياً لدى المجموعة التجريبية في مقياس المعتقدات الصحية لدى مرضى الربو في بُعد إدراك أهمية الأدوية الوقائية ويُعد إدراك مدة المرض ويُعد إدراك التحكم فيه مقارنة مع المجموعة الضابطة تُعزى لتلقي البرنامج. الأمر الذي أدى إلى تحسن الإلتزام

العلاجي لدى المجموعة التجريبية بشكل ملحوظ خلال فترات المتابعة مقارنة بالمجموعة الضابطة.

أما ما جاءت به دراسة بودرون بوقا (Baudrant- Boga et Al. 2009) أين أكدت نتائج هذه الدراسة أن مواقف التعلم القائمة على المشكلات تأتي من النشاط اليومي للمرضى وليس من قبل مقدم الرعاية (المُرَبِّي). وإن إنشاء أداة تعليمية ضمن مشروع التربية العلاجية يعتمد على مبدأ خبرة المريض فيما يتعلق بمرضه وعلاجه وأن لديه عوامل شخصية كتصوراته ومعتقداته التي تسمح له بوضع إستراتيجيات إدارة المواقف اليومية لمرضه وعلاجه.

يقوم المريض بحشد التصورات المرتبطة بمعرفته الطبية والشخصية وفيما يتعلق بالنظرة الاجتماعية فالحياة اليومية مجموعة من الأنشطة وعند ظهور المرض تَحْتَلُّ هذه الأنشطة. ففي بحثنا الحالي ومن خلال تنفيذ برنامج التربية العلاجية لداء السكري تعلم المريض الشاب كيفية مواجهة المواقف التي يسببها داء السكري من النوع الأول بشكل يومي من خلال عدّة مراحل وهي: تشخيص الموقف والحلول الممكنة للمشكلات والصعوبات والتخطيط لتنفيذ الاستراتيجيات وبالتالي تكون الإجراءات التي يتخذها منظمة.

وفي نفس السياق لمساعدة مرضى داء السكري على تحسين إدراكهم للمرض من أجل تبني إستراتيجيات فعّالة توصلت نتائج دراسة لين وآخرون (Lyne et Al, 2007) إلى دور التصورات حول المرض في إتباع رعاية صحية منتظمة، حيث إستخدمت العينة التجريبية (المُساعدون الذين تلقوا الرعاية المنتظمة) إستراتيجيات تأقلم أكثر فعالية من غير المُساعدين للمجموعة الضابطة. وأبلغوا عن مستويات أعلى من الرضا. وعليه أكدت نتائج هذه الدراسة لأهمية إستخدام نظرية التنظيم الذاتي والدليل أن النموذج الشائع للتصورات حول المرض (Pétrie et Weiman, 1997) المستنبط من نظرية ليفنثال (Leventhal, 1986) انه إستخدم على نطاق واسع في أبحاث داء السكري بأبعاده الخمسة وهي: (1) - السبب المتصور، (2) - العواقب (المعتقدات حول التأثيرات والتأثير)، (3) - التحكم والعلاج (المعتقدات حول

قابلية الشفاء والتحكم)، (4) التسلسل الزمني و(5) الهوية المنسوبة إلى المرض (Jonker, ) (D, 2018, P : 02).

لقد زاد البحث الكمي حول إدراك المرض بشكل كبير مؤخرًا، لاسيما منذ تطوير أدوات القياس النفسي المعتمدة فتضمنت هذه الأدوات إستبيان إدراك المرض (IPQ) (Pétrie et Weiman, 1996) وإستبيان إدراك المرض المعدل (IPQ-R) (Moss- Morris et Al, 2002) وإستبيان إدراك المرض المختصر (B-IPQ) (Broadbent et Al, 2006).

لقد ساعدت هذه الأدوات على دراسة أثر التدخلات من خلال برنامج التربية العلاجية لتحسين تعديل تصورات المرض. ففي الآونة إرتبطت تصورات المرض بالالتزام بتوصيات النظام الغذائي المتوازن والتمارين الرياضية ومراقبة نسبة السكر في الدم والحضور إلى العيادة والسكر التراكمي (HbA1c) لدى الأشخاص المصابين بداء السكري من النوع الأول (Broadbent et Al, 2006, P: 338).

وتُعد أهم معتقدات وتصورات أفراد عينة البحث على مقياس إدراك المرض المختصر من خلال إجاباتهم على بعض أبعاد المقياس كالاتي:

#### مناقشة بُعد الأسباب:

لقد أجاب المشاركون على الأسباب التالية بالترتيب:

- تم الاستشهاد بالأسباب الكلاسيكية لداء السكري فكانت الوراثة والنظام الغذائي هما السببان اللذان تم العثور عليهما بشكل منهجي تمامًا.

- عندما يتعلق الأمر بالنظام الغذائي أرجعوا الأسباب إلى :

﴿- عادات الأكل غير الصحية.

﴿- تناول الكثير من السكر.

- تمت الإشارة إلى السمنة وقلة النشاط البدني

المعتقدات حول أسباب مرض السكري هي أصل المشاعر المختلفة بين المرضى، تتراوح

بين الشعور بالذنب أو الهلاك أو الظلم.

- الصدمة العاطفية أو النفسية، التعرض للإجهاد أو تجربة مؤلمة.

- وعند الإناث وجد أنه عقاب من الله أو القضاء والقدر.

#### مناقشة بُعد الانعكاسات:

وجدناها متنوعة للغاية. يعتبر البعض ان مرض السكري لا يسبب عواقب وخيمة، بينما يدرك البعض الآخر أنه يسبب مضاعفات خطيرة.

يمكننا التمييز بين العواقب الجسدية والعواقب الاجتماعية ترتبط العواقب الجسدية بمضاعفات داء السكري كالمضاعفات المزمنة في الأوعية الدموية الدقيقة (فقدان حدة البصر، تلف الكلى...).

العواقب الاجتماعية يُعبر عنها في كثير من الأحيان بفكرة أنهم موصومون (Stigmatisation) كأنها وصمة تجعلهم يختلفون عن باقي الأشخاص.

من بين أهم الانعكاسات لم يُعد بإمكانهم تناول الطعام مثل أفراد الأسرة الآخرين ولا حتى مع الأصدقاء أو الحرمان الذي يشعرون به عند المناسبات كأن وجبة الطعام هي سبب الاقصاء.

وعليه: فمهما كانت المعتقدات المحيطة بالنظام الغذائي لمرضى السكري، يبدو أنه يُنظر إليه بشكل شبه دائم على أنه عائق رئيسي: " إنه مرادف للحرمان والتقييد والإحباط مما يولد ضغط إجتماعي لاسيما خلال الأحداث الاجتماعية

ساعدت الحصص الموضوعية الجماعية للتربية العلاجية على تعديل هذه التصورات بإعطاء حلول تطبيقية وجعل الغذاء الصحي عنوان لكل أفراد الأسرة، فبعض المشاركين أصبحوا يقومون بالتسوق بأنفسهم لكلا الجنسين.

#### مناقشة بُعد المدة:

يصف مرضى السكري على أنه مرض طويل الامد، ومزمن أو يعتقد أن الأدوية يجب أن تؤخذ مدى الحياة. إلا أن بعضهم لم يفهموا أو يدمجوا هذه الفكرة. وهو ما ظهر عند بعض أفراد العينة الذين لا يقيسون معدلات السكر ولا يأخذون الدواء وجرعات الأنسولين بشكل

يومي ولديهم تصوّر أنه سيتم إختراع دواء شافٍ كليًا من هذا الداء، لأنهم يعرفونه على أنه مزعج وقد يزداد سوءًا.

### مناقشة بُعد التحكم وبعد العلاج:

وجد عند أغلبية المشاركين أهمية تناول الأدوية للسيطرة على نسبة السكر في الدم ومنع المضاعفات وهي فكرة واسعة الإنتشار إلى حدٍ ما. لكن البعض ليس من عدم الثقة في الأنسولين لكن لصعوبة التعايش مع المرض فيمتنع عن أخذ الدواء حتى يتشبه بأقرانه أنه غير مصاب بداء السكري. ويعتقدون أنه عندما يكون السكر في الدم طبيعيًا لا يحتاجون إلى الأنسولين.

ساعدت الحصص الجماعية للتربية العلاجية هذه الفئة من المرضى الشباب إلى تعديل وتصحيح هذه المعتقدات فأصبحوا ينظرون لعلاجهم أنه يُساعد على التحكم بشكل أفضل بداء السكري دون إيقاف الأنسولين بل وأكثر من ذلك، فقد تعدلت قيم الجرعات للأنسولين وانخفضت قليلا عن المعدلات المعتادة فنزلت من 10 وحدات إلى 8 وحدات وذلك بإتباع كل خطوات العلاج من تغذية منتظمة ونشاط بدني منتظم.

### مناقشة بُعد الهوية:

ينظر إلى مرض السكري أنه مرض مقلق ومخيف، فقد إعتبره البعض تحدي أمام أنفسهم والمجتمع، من خلال السيطرة التامة عليه لتفادي أي مضاعفات مُحتملة، اعتبر البعض هذا القرار هو نوع من الرضا عن السلوكات الشخصية أو الرضا عن النفس. وللخروج من بصمة أن المريض بداء السكري خاصة الشباب هم كثيرون الاستشفاء والانتكاسات وعدم قدرتهم على أداء أي نوع من النشاطات الحياتية. جاءت تدخلات التربية العلاجية لمساعدة المشاركين على تقليل الإحساس بأعراض المرض برفع الدافعية لديهم، وأنهم قادرين على السيطرة عليه ما داموا يريدون ذلك. من خلال التركيز على مبادئ النظرية المعرفية الاجتماعية ونموذج المعتقدات الصحية من خلال مفهومي أهمية السلوك المرغوب فيه (L'importance) والثقة في القدرة على القيام به (La Confiance) للوصول

للنتيجة المتوقعة. وبهذا جعلتهم المشاركة في البرنامج يرفعون التحدي ويتبنون سلوكيات الرعاية الذاتية للسكري (أي أساليب مواجهة مُكيفة).

وتتفق نتائج البحث الحالي من خلال الفرضية السادسة بين القياسين البعدي والتتبعي مع نتائج تيراسون (Terrasson, 2019) أين أكدت نتائج الدراسة على تحسين التصورات بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية خاصة في فعالية العلاج وفي سيطرة المراهقين على إدارة داء السكري، كما توصلت نتائج دراسة بوردينت وآخرون (Broadbent et Al, 2006), أنه كلما إرتفعت تصورات الهوية أو التصورات حول أعراض داء السكري كلما إرتبط بتحكم أقل في التمثيل الغذائي وإستخلصت الدراسة أن المعتقدات الضابطة المتصورة والفعالية الذاتية يرتبط بتحسين طريقة تقديم المعلومات حول الإلتزام بالنظام الغذائي والأدوية والتمارين الرياضية.

فما توصل إليه بحثنا هو ارتفاع متوسط شدة التصورات إلى حدود المتوسط في مقياس إدراك المرض جدول (65) مقابل تناقص طفيف في متوسط مستوى الفعالية الذاتية إلى المستوى المعتدل جدول (62) وذلك رغم وجود فروق دالة إحصائياً في كل من مقياس إدراك المرض المختصر ومقياس الكفاءة الذاتية تُعزى للقياس التتبعي.

وجاءت دراسة بيتري (Pétrie, 2012) التي توصلت نتائجها بعد تقديم معدلات الإلتزام والمعتقدات الصحية للمشاركين (المجموعة الضابطة والتجريبية) بعد التقييم البعدي في 6 و9 أشهر أن هناك فروق دالة إحصائياً في أبعاد مقياس المعتقدات الصحية والإلتزام الصحي لصالح المجموعة التجريبية، فزادت لديها الحاجة المدركة للأدوية الوقائية و زاد إدراكهم بالطبيعة طويلة الأمد للربو لديهم والتحكم المدرك على الربو مقارنة مع المجموعة الضابطة.

وكانت نسبة تناول جرعات أجهزة الإستنشاق الموصوفة (Doses D'inhalateur) 23,9% في المجموعة الضابطة مقارنة بـ 37,7% في المجموعة التجريبية. في حين توصلت نتائج دراسة إفارزيون (IFarsioune, 2017) إلى إستنتاج أهم العوامل المؤثرة في

العملية العلاجية لمرضى داء السكري وتم إستنتاج 3 مستويات لهذه العوامل وهي العوامل المتعلقة بهيكل وتنظيم الرعاية والعوامل المتعلقة بمقدمي الرعاية من مهارات في التواصل والتكوين المستمر. والعوامل المتعلقة بالخصائص النفسية والاجتماعية والشخصية والديمغرافية والثقافية والخصائص العلاجية لداء السكري.

واستنتجت الدراسة أن من أهم هذه العوامل النفسية الاجتماعية نجد معتقدات المرضى وتصوراتهم فيما يتعلق بالأنسولين ودرجة معرفتهم بداء السكري والأنسولين ودرجة التمكين (Empowerment) كذا توقعاتهم واحتياجاتهم التربوية من أجل ملائمة مثلى.

إن لهذه العوامل خاصة التصورات حول المرض علاقة بالمشاركة في برامج التربية العلاجية الموجهة لمرضى داء السكري، وهي النتيجة التي أظهرها بحثنا الحالي أن الحاجة للمشاركة في برامج التربية العلاجية يجب أن تكون مستمرة بعد كل فترة يتم فيها تقييم النتائج والسلوكات الصحية التي حققها المرضى المشاركون.

لتأتي دراسة بيز وأخرون (Peze et Al , 2017)، حيث أظهرت نتائجها بعد عملية التحليل النصي بإستخدام برنامج Alceste لـ 23 مقابلة شبه منظمة مع مرضى السكري من النوع الثاني أن للخصائص الاجتماعية والاقتصادية إرتباط دال إحصائياً بالخطاب والتصورات حول المرض وحول التربية العلاجية، وهو ما قد يفسر نتائج الفرضية السادسة في القياس التتبعي الجدول (65) أن العلاقة التي تربط بين ما يعتقد المرضي حول مرضهم والمشاركة في برنامج التربية العلاجية مرتبطة ارتباط طردي والوضعية الاجتماعية التي يتواجدون فيها (Peze et Al , 2017, P : 01).

وبناء عليه تشير النتائج الى أهمية مواصلة تقديم برامج التربية العلاجية لمرضى داء السكري خاصة الشباب منهم على المستوى الفردي أو الجماعي كمكوّن أساسي في إدارة داء السكري

وهو ما أكدته نتائج دراسة كرم (Karam, 2010) أين أظهرت النتائج أن نجاح برنامج التربية العلاجية مرتبط بمدى التقدم والتحسّن في الإستخدم الواسع لمختلف التقنيات

والأدوات البيداغوجية والنفسية في الحصص الموضوعية الجماعية وبمدى تكيفه مع الوسط الذي طبق فيه ومدى توافقه مع الجودة المعترف بها عالمياً للوصول إلى الأهداف التربوية المسطرة. وعليه إن استخدام برنامج التربية العلاجية لبحثنا الحالي، للعديد من التقنيات المستتبطة من أطر نظرية ونماذج في علم النفس الصحة كإعادة البناء المعرفي وتقنية حل المشكلات من التعبير عن المشكلة وإستعراض النتائج وتقييمها مع تحديد الأهداف والحلول الممكنة للوصول إلى تنفيذ الخطة.

وتقنية سرد القصة عن طريق الاتفاق مع المريض على تصميم تجربة واقعية تتناسب مع المشكلة التي يعاني منها والتي يُعبر عنها بالاحتياجات التربوية (**Besoins éducatifs**) إضافة على فنيات الحوار والنمذجة وفنية لعب الدور وإستخدام المطويات والتغذية الراجعة المستمرة حول ما يقوم به المريض المشارك.

كل هذه التقنيات المعرفية السلوكية والتقنيات السلوكية والتقنيات المتمركزة حول المريض من تعزيز وتقدير والاصغاء التعاطفي (**Ecoute Empathique**) وإعطاء المعلومات ثم فتح المجال للمشاركة المتبادلة في جو من المرح وروح الدعابة والتفاعل والمناقشة الجماعية أعطت ثراءً وفاعلية وأثراً لبرنامج شامل ومنظم يحتوي على عدد من الورشات الموضوعية الجماعية (**Ateliers thématique du Groupe**) تحت إشراف فريق متعدد التخصصات الذي عمل على إقامة حوار حقيقي مع المشاركين.

إن كل مريض بالسكري يبني صورته الخاصة عن المرض، في حين بعض هذه التصورات هي عقبات حقيقية أمام العلاج كما جاءت به نتائج دراسة سيمون ( Simon, ) (2017) وهو ما يفسر الإرتفاع الطفيف للمتوسط الحسابي لمقياس إدراك المرض في القياس التتبعي، كون التصورات تُعدُّ من المتغيرات النفسية والشخصية الصعبة للإستمرار في نفس التعديل والتغيير وبالتالي أكدت الدراسة أن التعرف على معتقدات المرضى وتصوراتهم بصفة مستمرة يساعد على فهم سبب سلوكياتهم الصحية. والعمل معاً ضمن فريق متعدد

التخصصات لتحسين سلوكيات الرعاية الذاتية للسكري ( Comportement D'auto -soin )  
.(glycémique)

## الاستنتاج العام:

في ضوء أهداف وفروض البحث والمنهج المستخدم وفي حدود عينة البحث وخصائصها ومن خلال التحليل الإحصائي واستنادا على النتائج التي تم التوصل إليها في إطار البحث الحالي أين تلقى أفراد عينة البحث برنامجًا للتربية العلاجية من أجل تحسين نوعية الحياة لديهم من خلال تحسين وتعديل تصوراتهم حول داء السكري والرفع من مدى الإحساس بالقدرة والفعالية الذاتية.

مكنت النتائج الأولية لهذا البحث شبه التجريبي من رسم مخطط نفسي واجتماعي وإكلينيكي للمصابين الشباب بداء السكري من النوع الأول الذين شاركوا في برنامج التربية العلاجية في مصلحة أمراض السكري والغدد الصماء بمستشفى بني مسوس، بناءً على النظرية المعرفية الاجتماعية ونظرية التسيير الذاتي.

أتاح هذا البحث تحديد العوامل التي تعتبر كمحددات تساهم بشكل كبير ومباشر في برامج التربية العلاجية للمريض المزمن لتعزيز وتحسين بعض المخرجات الجسمية والنفسية والمعرفية، من خلال اكتشاف لتصورات الشباب المرضى وطرق تفكيرهم ومستوى دافعيتهم وفعاليتهم في إدارة مرضهم لتعزيز وتحسين على الأقل مستوى نوعية حياتهم كما يرونها هم من خلال برامج التربية العلاجية التي تعمل على تبني سلوك الرعاية الذاتية من منظور تمكين الشاب المصاب (Empowerment).

كشفت نتائج القياس البعدي أن الإحساس بالكفاءة الذاتية المرتفع ساعد أفراد العينة على تحسين بعض المؤشرات الطبية كمستوى السكر التراكمي (الهيموجلوبين السكري) وهو ما أشار إليه باندورا (2019)، فكلما زاد الشعور بالكفاءة الذاتية زادت قدرة الفرد على مواجهة التحديات والحفاظ على الدافعية والعمل في تبني السلوك المستهدف وبالتالي الإنجازات والرفاهية الذاتية. كما أن دعم الفريق المتعدد التخصصات والدعم الاجتماعي المدرك لمحيط المصابين شكّل قوة حقيقية تدفع بتصوراتهم ان تكون أقل شدة مع قابلية التعديل. الأمر الذي

ساعد ولو قليلاً على التقليل من المشاعر السلبية والقلق والمخاوف بشأن مستقبلهم من خلال إجاباتهم التي كانت أكثر تفاؤلاً وإيجابية بعد تطبيق البرامج.

إن مثل هذه البرامج تعمل على تطوير المهارات النفسية والاجتماعية في حياة المرضى اليومية من أجل تطوير إستراتيجيات المواجهة إلى جانب مهارات الرعاية الذاتية فهو يهدف كما أشار إليه باندورا على تحديد الأهداف القريبة التي تساعد على توجيه العمل وتنظيم الوقت، بينما تساعد الأهداف الطويلة على التوجيه والمحافظة على السلوك المكتسب من خلال دمج كل العوامل الشخصية الوقائية (الصلابة، الفعالية الذاتية، مركز التحكم .....) للشخص المصاب والعوامل المحيطة (ظروف العلاج والدواء والمحيط الجغرافي...) وكذا كل خصائص الأهداف التربوية حسب مبدأ SMART (بسيطة، قابلة للقياس، يمكن للوصول إليها، (واقعية) قابلة للتحقيق، محددة زمنياً) والتي يمكن تقييمها ثم تعديلها خلال كل 3 و6 و12 شهراً من تطبيق البرنامج.

وعليه إن ما تم التوصل إليه يمكن تفسيره في ضوء ما يتضمنه البرنامج من أنشطة تفاعلية وممارسات ساهمت في خفض شدة التصورات حول المرض وزيادة إحساسهم بفعاليتهم الذاتية للوصول إلى درجة مقبولة من نوعية حياة نفسية وصحية واجتماعية التي تساعد المشاركين على التفاعل مع مواقف الحياة المختلفة بتواجد داء السكري من النوع الأول.

وهو الأمر الذي إنعكس على سلوكيات المشاركين وعلى إتجاهاتهم ومعتقدات ومواقفهم من الحياة الحاضرة والمستقبلية، خاصة وأنهم لازالوا في مقتبل العمر كقوة شبابية مساهمة في التنمية المجتمعية.

## الخاتمة:

أتاح هذا البحث الخاص بالأطروحة تطوير المعرفة المتعلقة برعاية المرضى الشباب المصابين بداء السكري من النوع الأول. ذين شاركوا في برنامج للتربية العلمية ضمن فريق تعدد التخصصات من خلال تنفيذ دراسة شبه تجريبية في بيئة استشفائية. إم تنوع النتائج المرتبطة بمتغيرات الدراسة يدعمه السياق المتعدد التخصصات على مستوى برنامج التربية العلاجية (ETP) والنموذج التعاقدى التكاملى والمتعدد العوامل لعلم النفس الصحة (TIM). يساهم هذا السياق بتنفيذ المشاريع وتطبيق التقنيات والتدخلات وتقييمها لصالح المريض المصاب بمرض مزمن لتعزيز وتطوير مهاراته النفسية والاجتماعية بالإضافة إلى مهارات الرعاية الذاتية في برنامج التربية العلاجية. ان ما يهتم به البرنامج في مسألة التفاعل بين المرضى ومقدمي الرعاية الصحيين يركز على ضرورة وجود اتصال بين العلوم الاجتماعية والإنسانية وعلوم الطب والتمريض. وهو التحدي الذي خاضه بحثنا من خلال الربط بين التكوين الأكاديمي للمختص النفسي الصحي والممارسة العيادية في الوسط الاستشفائي والتكوين في إطار الحصول على شهادة في تقديم برامج التربية العلاجية للمرضى المزمين.

وهذا هو الهدف الذي حاولنا الكشف عنه ، لقد اثبت البحث الحالي ان الفعالية الذاتية والتصورات الشخصية حول المرض تعتبر من محددات نوعية الحياة ، وتعتبر هذه الاخيرة كأحد المخارج التي يرمي اليها علم النفس الصحة وعليه افترضنا انه من خلال الرفع من مستوى الفعالية الذاتية وتحسن تصورات المريض حول مرضه في برنامج علاجي شخصي يمكن تحسين نوعية الحياة لدى عينة البحث ، فلا توجد في حدود علمنا دراسات اهتمت ببحث اثر تفاعل هذه المتغيرات في برنامج للتربية العلاجية لدى مرضى داء السكري من النوع الأول، وهذا هو الهدف الذي حاولنا الكشف عنه من خلال هذا البحث ، فما يميز برنامج التربية العلاجية عن اي نهج او تناول اخر هو طبيعة المعرفة التي سيكتسبها

المريض بداء السكري لبناء وإعادة بناء مشروع حياته، فيسمح هذا النهج النشط بدمج المريض لمرضه وعلاجه في حياته اليومية، ومن خلال تهيئة مناخ من الاستماع والعمل المشترك تتم عملية تقدير وتقييم جودة هذا العمل.

فلحل مشكلة البحث وضعنا ستة فرضيات ، تعلقت الفرضيات الثلاث الاولى ببحث عن مستوى كل من نوعية الحياة المتعلقة بالصحة والشعور بالفعالية الذاتية والتصورات حول المرض لدى المرضى ، في حين درست الفرضية الرابعة والخامسة والسادسة الى فحص الفروق في مقاييس البحث بين القياسين القبلي والبعدي ثم بين القياسين البعدي والتتبعي لأبعاد كل من مقياس نوعية الحياة والكفاءة الذاتية العامة وإدراك المرض المختصر تعزى لتطبيق برنامج التربية العلاجية وبعد الحصول على البيانات وتبويبها باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية ( SPSS ) حيث تحققنا من الفرضيات الثلاث الاولى باستخدام المتوسط الحسابي لدرجات كل مقياس . واعتمدنا على حساب اختبار (ت) لدراسة الفروق في متغيرات البحث في الفرضية الرابعة والخامسة والسادسة، حيث اشارت نتائج بحثنا الى عدم تدهور نوعية الحياة لدى عينة البحث ولا ارتباطهم بتصورات سلبية وعلى عكس ذلك وجدنا انخفاض مهم في مستوى الاحساس بالفعالية الذاتية لدى عينتنا، كما تحققت كل من الفرضية الرابعة والخامسة والسادسة فتوصلنا الى وجود فروق في متغيرات الدراسة تعزى للمشاركة في برنامج للتربية العلاجية.

جاءت هذه النتائج ضمن حدود زمانية ومكانية وصحية ففترات الحجر الصحية جعلت البرنامج يطبق على مرحلتين نظرا لجائحة كوفيد - 19 التي مرت بها الجزائر على غرار دول العالم كما أن بعض مواعيد الحصص أو الورشات لم تتناسب بعض المشاركين في البرنامج، وكانت آخر حصص البرنامج في فترة الاختبارات الجامعية للسداسي الأول والتقييم التتبعي للبرنامج في اختبارات السداسي الثاني لبعض الطلبة الجامعيين المشاركين أما بعض

المشتركين استوجب عليهم قطع مسافة بين 70 و 90 كيلومتر للمشاركة في البرنامج مما شكل عقبة أمام الحفاظ على الدافعية والالتزام بالبرنامج.

وبغض النظر عن قيود البحث، يجب تسليط الضوء على التزام كل أعضاء الفريق المتعدد التخصصات في مصلحة داء السكري وخاصة دعم رئيسة المصلحة (فريق شاب يتمتع بالدافعية والتحفيز لمساعدة مرضى داء السكري). وعلية تعتمد استدامة برامج التربية العلاجية على الحفاظ على دافعية منسق الوحدة وأعضاء الفريق وخاصة على استقرارهم ففي حالة التغييرات المهنية المتكررة قد يهدد مستقبل البرنامج، لذلك فإن دعم فريق الإشراف أو الممولين كالمخابر الدوائية أمر بالغ الأهمية، خاصة وجود قاعة خاصة لوحدة التربية العلاجية في الوقت الحالي، يحظى برنامج التربية العلاجية باهتمام أطباء المصلحة والمرضى، كما يعتبر تقديم هذا النوع من البرامج فرصة لطلاب الدكتوراه من تخصصات مختلفة في علم النفس والعلوم التمريضية للمشاركة من أجل التعاون لأخذ الخبرة.

وعليه فإن نتائج هذا البحث سيحفر بالتأكيد للمزيد من البحث وهو الامر الذي تحث عليه كل السياسات الصحية في حوض البحر الأبيض المتوسط كدراسة (DAWN2)، من أجل تطوير برامج المصابين بداء السكري وأقاربهم وأعضاء فرق داء السكري من أجل تحديد احتياجات وتوقعات كلهاته الأطراف للتكفل الجيد بالمرضى المزمن في حياة أقل ما يقال عنها طبيعية.

وعلى ضوء ما تقدمنا به في نتائج بحثنا نقدم بعض التوصيات والاقتراحات بناء على ذلك:

- تعزيز العمل من أجل تصميم مناهج وبرامج أكثر فعالية لتوفير وتطوير وسائل منع وعلاج الأمراض المزمنة وذلك من خلال:

• توفير الموارد البشرية من طاقات شابة وطموحة في الأبحاث حول كيفية التكفل بمختلف المرضى

• التكوين وتخصيص الأموال اللازمة وتسهيل الوصول إلى المؤلفات والمراجع العلمية، إضافة إلى تحفيز المتفوقين (la promotion de l'excellence)

• عقد دورات ومؤتمرات للتواصل الصحي.

• ضرورة وضع برامج علاجية ملائمة لوضعية وظروف الجزائر. وذلك من خلال دراسات حول حالات لمجموعات معتبرة من المرضى

• كما أنه يجب وضع تقييم لهذه الدراسات يكون قبل وأثناء وبعد الشروع في برامج التربية العلاجية

• أهمية الجمع بين التربية العلاجية ووسائل علاجية أخرى...

• على وزارة الصحة في الجزائر بإدراج إطار قانوني لوضع برنامج للتربية العلاجية بصفة عامة

• إن برنامج التربية العلاجية للمريض وخاصة في الأمراض المزمنة يجب أن يخضع إلى توجهات دقيقة وموحدة. هذه التوجهات توضح كيفية وضع برنامج للتربية العلاجية خاصة بالمريض.

• خلق عيادات للتربية العلاجية ولإعادة التأهيل للأمراض المزمنة (de la Réhabilitation de maladies chroniques)

• الاهتمام بالبحث العلمي كإستراتيجية وطنية لا بديل عنها في سبيل تخفيض الفاتورة الضخمة لاستيراد الأدوية والمعدات الطبية سنويا وذلك بالعمل مع المديرية العامة للوقاية والتربية الصحية لوزارة الصحة ومع برنامج الامم المتحدة الإنمائي في المجتمع الجزائري، للحد من الأمراض المزمنة، على أن تركز هذه الإستراتيجية على ثلاثة محاور للوقاية من

الأمراض. (1) كتطوير الوسائل العلاجية، (2) ودعم المراقبة والمتابعة الطبية، (3) والعمل على تخفيف تكاليف العلاج

• في الدول الأوروبية توجد مصالح التدريس العلاجي للأمراض المزمنة في كلية الطب وعليه يمكن العمل على جعل وحدة التربية العلاجية تدرس في مراحل التكوين للطبيب في

الجزائر مع خلق ما يسمى بالتكوين المتواصل

• (Diplôme de formation continue en éducation thérapeutique du patient).

• دور البلديات وجمعيات المرضى في تعزيز الصحة من خلال ورشات العمل الصحة

بالمدينة Santé ville والعقود الصحية المحلية.

# قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية

- الإدريسي، محمد الأزمي. (أكتوبر. 2012). البحث العلمي في ميدان الصحة بالمغرب،  
المجلة الصحية المغربية، (3)، 32-35
- الجاسر عبد الرحمن محمد البندري. (2007). الذكاء الانفعالي وعلاقته بكل من فاعلية  
الذات وإدراك القبول. الرفض الوالدي لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة أم القرى،  
رسالة ماجستير في علم نفس النمو، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.  
<https://www.dopdFwn.com/cacnretra.scgdFnya/Kulubpdfcafé-rsael-LsohFKF5.pdf>
- الخالدي، أديب محمد وعبد العزيز، مفتاح محمد (2010). علم النفس العصبي، عمان،  
الأردن: دار وائل.
- الخياطي، مينة. (أكتوبر. 2018). التربية العلاجية لمرضى ارتفاع الضغط الدموي،  
المجلة الصحية المغربية، (21)، 25-27
- الداغستاني، سناء عيسى والمفتي، ديار عوني. (2010)، المعتقدات الصحية  
التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي، مجلة المبحوث التربوية والنفسية، 7  
(26/27)، 78-141. <https://www.iasj.net/iasj/pfd>
- الزعبي، أمل عبد المحسن (جوان. 2014). فعالية برنامج تدريبي قائم على نظرية التعلم  
المعرفي الاجتماعي في تنمية الكفاءة الذاتية المهنية لدى الطالبات معلمات التربية  
الخاصة، مجلة العلوم التربوية والنفسية، 15 (02)، 584-627
- الزغول، رافع النصير والزغول، عماد عبد الرحيم. (2014). علم النفس المعرفي، عمان  
الأردن: دار الشروق
- الظاهر، قحطان أحمد. (2012). تعديل السلوك، (ط-3) عمان الأردن: دار وائل

- العاسمي، رياض نايل (2012). المبادئ العامة لعلم النفس الإرشادي، عمان: دار الشروق
  - العدوان، فاطمة عيد وجبريل، موسى عبد الخالق. (جوان 2014). فاعلية برنامج ارشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينة من المصابين بالسكري، مجلة الشارقة للعلوم الانسانية الاجتماعية، 11 (1)، 203-233
- [www.sharjah.ae/en/Media/Publications/Documents/V11/Fatimaeid.pdf](http://www.sharjah.ae/en/Media/Publications/Documents/V11/Fatimaeid.pdf)
- المدرسة الوطنية للصحة العمومية. (2003). دليل المراقب الطبي، وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات.
  - المومني، فواز وحسبان، رشا. (جانفي 2021). فاعلية برنامج ارشادي يستند إلى العلاج الأدلري في رفع مستوى الكفاءة الذاتية لدى اللاجئات السورية المعنفات، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 17 (1)، 39-56
  - النبهات، موسى. (2013). أساسيات القياس في العلوم السلوكية، (ط-2)، عمان، الأردن: دار الشروق
  - الوفقي، راضي. (2014). مقدمة في علم النفس (ط - 4) عمان، الأردن: دار الشروق
  - أبركان، الصالح. (فيفري 2013). إدراك المرض وأساليب التدبر لدى مرضى التكلس الرئوي، مجلة الدراسات التربوية والنفسية، جامعه السلطان قابوس، 7 (2)،  
<https://journals.squ.edu.om/index.php/jeps/article/download/820-837>
  - أبو حميدان، يوسف عبد الوهاب. (2012). العلاج السلوكي لمشاكل الأسرة والمجتمع: مرجع للأسرة والمدرسة والعاملين في مجال الرعاية النفسية والاجتماعية، دولة الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي

- برهوم، موسى عيسى. (2010). الموجز في الإرشاد وتطبيقاته، عمان: دار الشروق
- بو قصارة، منصور وزياد رشيد. (سبتمبر.2015). الخصائص السيكومترية للنسخة الجزائرية لمقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة لدى تلاميذ المرحلة الثانوية، مجلة العلوم النفسية والتربوية، جامعة وهران، 1 (1)، 24-52
- بيسيشكيان، نصرت. (2008). العلاج الأسري الإيجابي طريقة. المستقبل في العلاج (سامر جميل رضوان، مترجم). غزة، فلسطين: دار الكتاب الجامعي
- جبالي، نور الدين وعدودة، صليحة (ديسمبر.2012). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بأسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باتنة، (9)، 151 - 168
- جناد عبد الوهاب وبوريشة، جميلة (سبتمبر.2018). فاعلية استراتيجية المقابلة التحفيزية والتنظيم الذاتي في رفع تقدير الذات لدى مرضى السكري (النوع الأول)، مجلة دراسات في علم نفس الصحة، جامعة الجزائر 2، 3(3)، 38 - 55
- حجازي توفيق، أحمد. (2013) أسرار القوى النفسية الخارقة حرر قدراتك الكامنة لتحقيق التميز والنجاح، عمان، الأردن: دار كنوز المعرفة العلمية
- حرطاني، أمنية (2014). جودة الحياة لدى الأمهات وعلاقتها بالمشكلات السلوكية عند الابناء، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الإرشاد النفسي، جامعة وهران: الجزائر
- حميداني، موسى وبن المبارك، سومية. (أكتوبر.2021). إدراك المرض وتأثيره على جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى الزرع الكلوي، مجلة المقدمة للدراسات الإنسانية والاجتماعية: جامعة باتنة 1، 06 (02)، 399 - 422
- خطار، زهية وسي سعيد، شهرزاد. (أفريل. 2018). دور الأخصائي النفسي الصحي في تفعيل التربية العلاجية في مصلحة أمراض السكري، بحث مقدم في مؤتمر علم النفس الصحة: التطبيقات الحديثة لعلم نفس الصحة من أجل ترقية صحة الفرد والمجتمع، جامعة الجزائر (2): الجزائر

- خوالدة، محمود. (2018). الذكاء العاطفي الذكاء الانفعالي عمان، الأردن: دار الشروق
- دليو، فضيل. (1994). دراسات في المنهجية، جامعة قسنطينية: ديوان المطبوعات الجامعية
- رزقي، رشيد وأمزيان، وناس (جوان.2018). الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باتنة، (38)، 248-223
- رودهام، كارين. (2009). علم النفس الصحي، (هناك محمد شويخ، مترجم)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية
- زناد، دليلة. (2018). العلاج النفسي المتمركز حول العميل: التناول المتمركز حول الشخص تطبيقاته في مجال الإعاقة الحركية، الجزائر: دار الخلدونية
- سانف، ولف غانغ وبرودا، ميشال. (2009). ممارسة العلاج النفسي: الأسس النظرية للتحليل النفسي والعلاج السلوكي (سامر جميل رضوان، مترجم)، غزة: دار الكتاب الجامعي
- سي بشير، كريمة. (2016). الإرشاد النفسي الجماعي: التقنيات الاستراتيجية الجلسات، الجزائر: كنوز الحكمة
- شكشك، أنس. (2009). مهارات تطوير الشخصية الذاتية، عمان، الأردن: دار الشروق
- شلابي، عائشة وبورناسامية. (2021 ديسمبر). نوعية الحياة لدى مرضى السكري: دراسة ميدانية بجمعية مرضى السكري المسيلة، مجلة دفاتر المخبر، 16 (02)، 209 - 226
- شينار، سامية وبولحبال، آية. (أكتوبر.2021) فعالية الذات وممارسة السلوكيات الصحية، مجلة مفاهيم للدراسات الفلسفية الإنسانية المعمقة، جامعة زيان عاشور، الجلفة، (10) 83-64

- صفير، ندى. (1999). دليل مرجعي للعاملين والعاملات في المراكز الإصلاحية للأحداث: المقابلة التحفيزية، بيروت: المطبوعات الجامعية، الجامعة الأمريكية.
- طشطوس، رامي والقشار، محمد. (2017). نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 13 (2)، 133 - 151  
<https://Journals.yu.edu.jo/2017/Vol13No2/1.pdf>
- عبد السلام، حفيظة. (ديسمبر 2016). الشخصية كعامل وقائي مجلة دراسات في علم نفس الصحة، جامعة الجزائر 2، (1)، 10-39
- عبد العزيز، مفتاح محمد. (2010). مقدمة في علم نفس الصحة مفاهيم، نظريات نماذج دراسات، عمان، الأردن: دار وائل
- علي، علي عبد السلام. (2005). المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية، مكتبة النهضة المصرية
- كوربات، سندي وفليمينغ سوزان. (2008). الرعاية الذاتية للحالات مزمنة، الأردن: الجامعة الهاشمية [www.nursing.wsu.edu](http://www.nursing.wsu.edu)
- مبارك، بشرى عناد. (2012). جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج: مجلة كلية الآداب، 2 (99)، 714-741
- معمريّة، بشير. (2022). المرجع في مناهج البحث النفسي إجراءاته الميدانية، جامعة باتنة: الأندلس للخدمات الجامعية
- ملياني، نادية وملياني أفرح. (جانفي 2021). تمثل المريض مزمن للخدمة الصحية بين الأحكام المسبقة ودرجة الرضا: دراسة ميدانية بدار السكري ومصحة القلب لولاية عنابة، مجلة الوقاية والارغونوميا، جامعة الجزائر 9، (1)، 107 - 132.  
[.https://www.asjp-cerist.dz/en/article/144359](https://www.asjp-cerist.dz/en/article/144359)
- ناشمياز، شاقا فرانكفورت وناشمياز، دافيد. (2004). طرائق البحث في العلوم الإجتماعية، (إيلي الطويل، مترجم)، سوريا: دار بتر.

- وضي، أنس. (أكتوبر.2018). التربية العلاجية وعلاقة المساعدة، المجلة الصحية المغربية، (21)، 23 - 24
- يونس، محمد عبد السلام. (2008). القياس النفسي، عمان: دار الحامد

قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

- Aaronson, N. (1988). Quantitative issues in health-related quality of life assessment :Health Policy, 10(3), 217-230.
- Aatti, Younes. (2015). Enquête sur le niveau de connaissance et sur les perceptions des crises non épileptiques psychogènes des psychiatres exerçant en France, Thèse de doctorat en Médecine, Université de Lorraine Nancy.
- Afdet. (2019). Education thérapeutique : des intentions à l'action : 5ème Congrès de l'association Française pour le développement de l'éducation thérapeutique  
<https://congres2019.afdet.fr>
- Angers, Maurice. (1997). Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, Alger : Ed Casbah.
- Auquier, Pascal. (Décembre,1996). Qualité de vie liée à la santé :Actualité Dossier en santé publique, (17) page VIII.
- Bachelard, Gaston. (1990). Le nouvel esprit scientifique, Alger : éd ENAG.
- BaghdaLi, C. (avril,2013). Le Diabète : Saida Santé, (15), 39-41
- Bandrant-Boga (b), Magalie, Dei, Lea. Debaty, Isabelle. Uhienbusch, Sophie. Allenet, Benoit. Halimi, Serge. (Novembre,2009). Création d'outils pédagogiques interactifs d'aide à la compréhension par les patients diabétiques du concept d'hémoglobine glyquée : ETP/TPE, 1 (2), 1-9
- Bandura, Albert. (2019). Auto-efficacité : Comment le sentiment d'efficacité personnelle influence notre qualité de vie (Traduit. Lecomte Jacques), (3é-Ed), Paris : De Boeck Supérieur.
- Basu, subhashis. Poole, jon (July,2016) The Brief Illness perception Questionnaire. Occupational Medicine (Oxford, England), 66(5), 419-420  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4913361/pdf/KqV203.pdf>
- Baudrant Boga (a), Magalie. Grangeat, Michel. Halimi, Serge Calop. Jean Allenet, Benoit. (Juillet 2009). Création d'un outil pédagogique d'aide au développement de compétences à partir de l'analyse de l'activité quotidienne

- 
- de patients diabétiques Type 2 : Education du patient et Enjeux de Santé, 27(2), 30-37
- Baudrant-Boga, Magalic. (2009). Penser autrement le comportement médicamenteux : modélisation d'une intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer les compétences mobilisables au quotidien. Application aux patients diabétiques de Type 2, thèse de doctorat en biologie, santé et environnement, Université Joseph Fourier : Grenoble 1 <https://tel.archives-ouvertes.fr/Tel-00488730>
  - Baudrant-Boga, Magalie. Calop, Nathalie. Allenet, Benoit. (2008). L'éducation thérapeutique du patient : contexte, concepts et méthodes, (3<sup>é</sup>. Ed), France : Ed Pharmacie Clinique et Thérapeutique
  - Belhadj, M. (Décembre, 2015). Diabète Attitudes, Wishes and Needs 2 : une étude multicentrique internationale sur les problèmes psychosociaux liés au diabète et sur les soins du diabète centrés sur la personne : Médecine des Maladies Métaboliques, (Numéro Spécial), 1-37.
  - Benaibouche, D. (février 2018). Diabétologie : la presse médicale, (6), 1-23
  - Bergeron, Gilles. Douville, Lyne - Ian, Vachon. Heidedker, Nicolas. (2018). L'analyse Fonctionnelle en psychoéducation : Guide théorique et pratique, Québec : Presses de L'Université Laval.
  - Blanchet, Emilie. (2013). Intérêt de l'entretien motivationnel dans l'éducation thérapeutique du patient, thèse de docteur en pharmacie, Université François Rabelais, Tours.
  - Bognar, G. (2005). The concept of quality of life : Social Theory and Practice, 31(4), 561-580.  
<https://doi.org/10.5840/soctheorpract200531426>
  - Bou RizkAttallah, Randa.(2014). Evaluation des effets d'une intervention infirmière sur l'adhésion thérapeutique des personnes diabétiques de type 2 Libanais, thèse de doctorat en Sciences infirmières Université de Montréal.
  - Bourdel - Marchasson, Isabelle. Tulon, Aurore. Erpelding, Marie-Line. Lecomte, Pierre, Vexiau, Patrick. Briançon, Serge et al (Janvier 2011),  
La qualité de vie des diabétiques de type 2 vivant en France métropolitaine : de multiples Facteurs associés, Entred 2007 : BEH, (2), 15-20 .

- 
- Bourdon, Bruno. (2012). Un patient, son diabète, ses représentations : Comment amener ce patient Vers L'observance optimale du traitement, Mémoire en soins infirmiers, Institut de formation infirmiers, Val de Lys
  - Bouyoucef, Fouzia (2020). Impact de la transition dans le diabète sucré type I sur L'équilibre métabolique et les complications aiguës, thèse de doctorat en Sciences Médicales, Université de Alger 1 Ben Youcef Benkhedda.
  - Bowling, A. (2002). Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services (2nd éd.). Maidenhead : Open University Press.  
<https://www.scirp.org/reference>
  - Broadbent Elizabeth, Petrie, Keith. Main, Jodi. Weinman, John. (June,2006). The Brief Illness Perception questionnaire : Journal of psychosomatic Research,60(6),631-637  
[https://doi.org/10.1016/j.jpsychoves\\_2005.10.020.pdf](https://doi.org/10.1016/j.jpsychoves_2005.10.020.pdf)
  - Broadbent, Elizabeth. Donkin, Liesje. Stroh, Julia. (February,2011). Illness and Treatment perceptions are Associated with Adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients, Diabetes Care, 34, 338-340  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3024345/pdf/338.pdf>
  - Broadbent, Elizabeth. Wilkes, Carissa. Koschwanez, Heidi. Weinman, John. Norton, Sam. Petrie, Keith. (July. 2015) A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire : Psychology and Health, 30(11), 1361-1385.  
<http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2015.1070851>
  - Bruchon-Schweitzer, Marilou - Boujut, Emilie. (2014). Psychologie de la santé concept, méthodes et modèles, Paris : Dunod  
<https://www.cairn.info/psychologie-de-la-sante-9782100577103.htm>
  - Bruchon-Schweitzer, Marilou. (2002). Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes, Paris : Dunod
  - Bruchon-Schweitzer, Marilou. Dantzer, Robert. (1994) Introduction à la psychologie de la santé, Paris : PUF
  - Bruchon-Schweitzer, Marilou. Siksou, Maryse. (Septembre,2008). La psychologie de la santé : Le Journal des psychologues, 7(260), 28-32  
<https://doi.org/10.3917/jdp.260.0028>.

- 
- Brulde b. (2014). Hédonisme in A Michalos :edencyclopedia of quality of life and well-beingresearch New York, 2837-2842
  - Busser, Claudio. Meyer, Patrick. Philippe, Jacques. Jornayvaz, François R. (Juin 2013). Sport et diabète de type 1 : Revue Médicale Suisse, (09) 1200-1205
  - Campbell, A. (1981). Le sentiment de bien-être en Amérique : modèles et tendances récents,New York : Mc Graw-Hill  
<https://www.scip.org/reference>
  - Carapato, Elodia. Petot, Jean-Michel (2004). L'intérêt clinique du concept d'efficacité personnelle : Savoirs,5 (Hors-série), 135-145  
<https://doi.org/10.3917 | savo. hs01.0135>
  - Carnegie, Dale. (1994). Comment dominer le stress et les soucis, Paris : Flammarion.
  - Carrat, Fabrice. (Novembre,2013). L'œil du méthodologiste ETP, ETAP, (2), 1-12.
  - Carré, Philippe. (2004). Bandura : une psychologie pour -le XXIe siècle : Savoirs, 5 (Hors-série), 9-50  
<https://doi.org/10.3917/savo.hs01.0159>.URL
  - Castro, Dana. (2016). Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte (3è. éd). Paris : Dunod.
  - Cella, David F. (Janvier,2007). Le concept de la qualité de vie : les soins palliatifs et la qualité de vie. Recherche en Soins Infirmiers, (88), 25-31.  
<https://doi.org/10.3917/rsi.088.0025>
  - Colson, Sébastien., Côté, José., Colombier, Madeleine., Debout, Christophe., Bonnel, Galadriel, et al. (Décembre,2016). Adaptation transculturelle et tests psychométriques d'outils de mesure de l'efficacité personnelle et de l'adhésion thérapeutique pour une population d'adolescents diabétiques de type 1 français : Recherche en Soins Infirmiers, 4(127), 16-27.
  - Colson, Sébastien (2015). Description de l'évolution du profil socio-cognitif et clinique d'une cohorte d'adolescents diabétiques de type 1 ayant suivi un programme d'éducation thérapeutique, Thèse de doctorat en sciences infirmières, Université de Montréal.

[https://file:///C:/users/hp/Downloads/1512\\_COLSON\\_5804d9b78c8\\_TH.pdf](https://file:///C:/users/hp/Downloads/1512_COLSON_5804d9b78c8_TH.pdf)

- Compte, Carmen. (2004). Il privilégie le côté positif. *Savoirs*, 5(Hors-série), 159-160.  
<https://doi.org/10.3917/savo.hs01.0159>
- Cosnier, Jacques. (2015). *Psychologie des émotions et des sentiments* (3e éd.). Paris : RETZ.
- Dantzer, C. (Décembre,2010). Apports de la psychologie de la santé à l'éducation thérapeutique : Santé Décision Management, 1-15.  
<https://doi.org/10.33661/sdm.132538>
- De Raaij, Edwin. Wittink, Harriet. Maïsson, François Twisk, Jos. Ostelo, Raymond. (2022). Illness perceptions :exploring mediators and moderators in disabling persistent low back pain. Multiple baseline single-case experimental design. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 23(140), 1-14.  
<https://doi.org/10.1186/s12891-022-05032-3>
- De Raaij, S., Schröder, C., Maïsson, F., Pool, J., &Wittink, H. (août,2012). Adaptation interculturelle et propriétés de mesure du questionnaire abrégé sur la perception de la maladie, Version –néerlandaise : Science.
- Direction de la prévention. (2005). *Mesure des facteurs de risques des maladies non transmissibles : Approche Stepwise de L’OMS*. Algérie : HSPRH.
- Duquenne, I., & le Moguen, C. (novembre,2013). Partage d'expérience soignantes. *ETAP*, (2), 1-12.
- EL Gerges, N. (2018). *L'impact de l'éducation thérapeutique métabolique des diabétiques Libanais de type 2, leur stress, leur observance thérapeutique, leurs croyances de santé, leur auto-efficacité dans la gestion de leur maladie*, Thèse de doctorat, université Haute-Alsace Nord de la France.  
<http://www.lisec-recherche.eu/content/Limpact-de-leducation-therapeutique.pdf>
- El Osta, N., Kanso, F., Saad, R., RabbaKhabbare, L., Fakhouri, J., & EL Osta, L. (octobre,2019). Validation du SF-36, questionnaire générique de la qualité de vie liée à la santé chez les personnes âgées au liban :*Eastern Mediterr Health Journal*, 25(10), 706-714.

<https://doi.org/10.26719/emhj.19.041>

- European network for Health Technology Assessment (2013). Guideline : Endpoints used for effectiveness assessment of pharmaceuticals. HEALTH - RELATED QUALITY OF LIFE and UTILITY MEASURES.
- Fassa, Y. (2014). Le rôle médiateur de l'auto-efficacité entre l'information et l'intention d'entreprendre des étudiants universitaires, Mémoire en Administration des affaires, Université du Québec : Trois-Rivières. <http://depote.uqtr.ca/7532>
- Fayers, P., & Machin, D. (2007). Quality of life : The assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes (2nd éd.). England: John Wiley and Sons.
- Fehaima, S. (2017). Qualité de vie et diabète, Thèse de doctorat en Médecine, Faculté de Médecine de Tlemcen.
- Ferrans, C., & Powers, M. (janvier,2007). L'indice de qualité de vie : développement et propriétés psychométriques. Recherche en soins infirmiers, (88), 32-37.
- Fischer, G.-N., Tarquinio, C., & Dodeler, V. (2020). Les bases de la psychologie de la santé. Paris, France : Dunod.
- Flanagan, T., & Pandit, A. (2003). Living artificial heart valve alternatives :European Cells and Materials, 20(6), 28-45.
- Formarier, M. (Janvier,2007). La qualité de vie pour des personnes ayant un problème de santé : Recherche en Soins Infirmiers, (88),1-3
- Foucaud, J., & Dardel, A. (novembre,2013). L'ETP Cadre réglementaire et référentiels de compétences. ETAP, (2), 1-12.
- Fournier, C., Gautier, A., Attali, C., Bocquet-Chabert, A., Mosnier-Pudar, H., Aujoulat, I., et al. (2009). Besoins d'informations et d'éducation des personnes diabétiques : pratiques éducatives des médecins, étude Entred France 2007 : Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 42-43, 460-464. <http://hdl.handle.net/2078.1/104856>

- 
- Faury, S., Zenad, D., Laguette, V., Rollier, É., Dénost, Q., & Quintard, B. (mars,2019). Perspective temporelle et qualités de vie des patients atteints d'un cancer du rectum : Bulletin du Cancer, 106(3), 225-238. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2018.03.02>
  - Galand, B., &Vanlede, M. (2004). Le sentiment d'efficacité personnel dans l'apprentissage et la formation : Savoirs, (Hors-série), 91-106.
  - Girard, E. (février,2016). Les représentations de la maladie : quelle démarche utile pour le clinicien : Revue Médicale Suisse, 12(530), 303-305. [https://www.revmed.ch/view/44914913913512/RMS\\_505\\_303.pdf](https://www.revmed.ch/view/44914913913512/RMS_505_303.pdf)
  - Giroux, M. (2014). L'activité adaptée, enjeu et support de l'éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2 précaire, Thèse de doctorat en Sciences pharmaceutiques, Université de Grenoble,France : [www.theses.fr/2014GRENS019.pdf](http://www.theses.fr/2014GRENS019.pdf)
  - Golay, A. Lain. (2016). Théories des changements de comportement.
  - Goleman, D. (2016). L'intelligence émotionnelle : maîtriser nos émotions pour améliorer nos compétences personnelles et sociales (Traduit par D. Roche). Paris, France : J'ai Lu.
  - Grimaldi, A. (mars,2012). L'éducation thérapeutique en question. Le Journal des Psychologues, (295), 24-28.
  - Grimaldi, A. (2015). Les deux faces de l'éducation thérapeutique du patient, Le Nouilles : éd Scientifiques L et C.
  - Grondin, E. (2018). Motivations et Barrières à la pratique d'une activité physique prescrite au sein d'un programme "sport sur ordonnance" chez le patient diabétique de type 2, Thèse de doctorat en Médecine, Université de Bordeaux, France
  - Grondin, S. (2019). La psychologie au quotidien. Québec, Canada : Presses de l'Université Laval.
  - Groupe d'étude DAWN2. (Décembre,2013). Évaluer le soutien psycho-social des personnes atteintes de diabète et de leur famille : Diabetes Voice,58(2), 1-62.

- 
- Guemaz, R., Brouri, M., Hatri, A., Zekri, S., Ammi, Kessal, F. (juin,2016). Diabète BEL HAKIM, Numéro spécial, 1-97.
  - Haute Autorité de Santé (HAS). (2007). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. France : HAS-Inpes.
  - Haute Autorité de Santé (HAS). (2014). Diabète de type 2 de l'adulte : Guide parcours de soins. France : HAS.
  - Haute Autorité de Santé (HAS). (2018). Évaluation des technologies de santé à la HAS place de la qualité de vie. France : HAS. <https://www.has-sante.fr>
  - Helle, P. (2013, novembre). Mon engagement dans l'ETP. ETAP, (2), 1-12.
  - Hoareau, C. (2015). Étude descriptive biopsychosociale des patients diabétiques de type 2 du réseau Dromardiab, Thèse de doctorat en Médecine, Faculté de Médecine Lyon Est, Université Lyon 1
  - Huard, J. (2018). Déterminants psychopathologiques et sociaux d'un mauvais contrôle glycémique chez les enfants et adolescents diabétiques, Thèse de doctorat en Médecine spécialisée clinique, Université Toulouse III - Paul Sabatier.
  - Hunt, S. McKenna, P. (1992). The QLDS: A scale for scale the measurement of quality of life in depression :Health Policy, 22 (3), 307-319 [https://doi.org/10.1016/0168-851\(92\)90004-4](https://doi.org/10.1016/0168-851(92)90004-4)
  - IFarsioune, M. (2017). Les facteurs influençant l'utilisation de l'insulinothérapie chez les diabétiques de type 2 au niveau des établissements de soins de santé primaires, Thèse de doctorat en Management de la Santé, École Nationale de Santé Publique Rabat.
  - Jonker, D., Diacon, E., Rensburg, E. V., & Segal, D. (2018, décembre). Perception de la maladie chez les adolescents atteints de diabète sucré de type 1 bien contrôlé : Santé Psychologie Open, 5(2). <https://doi.org/10.1177/2055102918799968>
  - Kaplan, R., & Ries, A. (2007). Quality of life : Concept and definition. Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 4(3), 263-271.
  - Karam, Y. (2010). La pratique de l'éducation thérapeutique des patients diabétiques par les médecins généralistes des ESSB, Thèse de Master en

- 
- Management des Services de Santé, Institut National d'Administration Sanitaire : Rabat.
- Karatas, tugba. Ozen, Sukru. Kutlurkan, Sevine. (March 2017). Factor Structure and Psychometric Properties of the Brief Illness Perception Questionnaire in Turkish Cancer Patients Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 4(1), 77-83.  
<https://doi.org/10.4103/2347-5625.199080>
  - Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health-Related Quality of Life and Quality of Life : What is the difference : Pharmaco Economics, 34(7), 645-649.  
<https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>
  - Kelliher, F. (2013, novembre). Intérêt de l'entretien motivationnel chez les patients diabétiques de type 2. ETAP, (2), 1-12.
  - Knowles, S., Apputhurai, P., O'Brien, C., Ski, C., Thompson, D., & Castle, D. (November, 2019). Exploring the relationships between psychological distress and quality of life in a cohort of adults with diabetes mellitus : Psychology, Health & Medicine, 1-10.  
<https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1695865>
  - Koleck, M., & Ditcharry, M. (2011). Quel est le rôle du psychologue en éducation thérapeutique du patient, Thèse de Master Professionnel en Psychopathologie de l'Adaptation au Stress, Université de Bordeaux.
  - Ladegaillier, G. (2013, novembre). Comment motiver les patients à se soigner. Bulletin d'Éducation Thérapeutique de l'AP-HP, ETAP, (2), 1-12.
  - Lamoudi, L. (2013). Le diabète dans l'histoire : Saida Santé, (15), 1-85.
  - Lamri, L. (2016). Coût et management du diabète en Algérie, (1<sup>e</sup> partie) : La Presse Médicale, (3), 1-23.
  - Lamri, L. (2017). Coût et management du diabète en Algérie, (2<sup>e</sup> partie) : La Presse Médicale, (4), 1-23.
  - Lamy, C. (2017). Le rôle de l'éducation thérapeutique dans l'appropriation d'une maladie chronique, Mémoire en Médecine, IFSI, CHU de Nantes.  
[http://documentation.chu-nantes.fr/jLbweb/jLbSai/LAMY\\_Camille\\_IFSI\\_2017.pdf](http://documentation.chu-nantes.fr/jLbweb/jLbSai/LAMY_Camille_IFSI_2017.pdf)
  - Lecomte, J. (2004). Applications du sentiment d'efficacité personnelle : Savoirs, 5(Hors-Série), 59-90.

---

<https://doi.org/10.3917/sano.hs01.0059>

- Léger, J. F. (2013, novembre). D'une notion de qualité de vie à une vision de qualité de vie. ETAP, (2), 1-12.
- Levy-Maréchal, C., Jeune, S., Tramaux, L. (2008). ETHAN : Diabète de type 1 et Adolescence, Sanofi Aventis, Paris : Ed Module Etrange.
- Litwin, S. (2006). Health-Related Quality of Life, Clinical Research Methods for Surgeons :Humana Press, 237-251.
- Lonné, M. (2019). Histoire de l'éducation thérapeutique du patient, Thèse de doctorat en Médecine, Université de Limoges. <https://File:///C:/Users/hp/Downloads/M20193102.pdf>
- Lorraine, S., & Sultan, S. (2012). La communication dans la relation de soins : rôle du psychologue : Psychologie & Santé, 175-196.
- Lourel, M. (Janvier,2007). La qualité de vie liée à la santé et l'ajustement psychosocial dans le domaine des maladies chroniques de l'intestin. Recherche en Soins Infirmiers, (88), 4-17. <https://doi.org/10.3917/rsi.088.0004>
- Luminet, O. (2013). Psychologie des émotions. Bruxelles : De Boeck
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (September,2005). The generale self -efficacyScale : Multicultural validation studies : The Journal of Psychology interdisciplinary and applied, 39(5), 439-445. <https://www.searchgate.net/publication/17483626>
- Lyne, P., Bundy, C.,Harvey,J (Avril,2007). Le rôle de la perception de la maladie dans son adaptation et son évaluation dans les soins chez les personnes atteintes de diabète de type 1 : Psychologie & Santé, 22(2), 175-191. <https://doi.org/10.1080/14768320600774546>
- Mabika, L. C. (2016). Influence des croyances et des représentations du diabète sur l'observance du traitement chez des femmes enceintes, Thèse de doctorat en psychologie, Université de Lorraine : Metz <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01752251/document>

- 
- Malek, R. (Décembre,2015). Les résultats psychosociaux liés au diabète en Algérie : résultats de DAWN2 : Médecine des Maladies Métaboliques, 9(N, Spécial), 1-37.
  - Meeberg, G. (1993). Quality of life : A concept analysis, 18(1), 32-38  
[https://doi.org/10.1046/1365\\_2648.1993.18010032X](https://doi.org/10.1046/1365_2648.1993.18010032X)
  - Mercier, C., &Filion, J. (Juin,1987). La qualité de vie : Perspectives théoriques et empiriques : Santé mentale au Québec,12(1),135-143.  
<https://doi.org/10.7202/030380ar>.
  - Myer, Thierry. Verlhiac,Jean-françois.(2004). Auto-efficacité : quelles contributions aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques de la préservation de la sante : Savoirs,5(Hors-série),117-134  
<https://doi.org/10.3917/savo.hso.0117.URL>
  - Mikolajczak, M. (2013). Les interventions en psychologie de la santé. Paris : Dunod.
  - Miller, W., &Rollnick, S. (2013). L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement (2e éd.). Paris : Inter Editions.
  - Ministère de la Santé et de la Population Algérienne (2002). L'état de santé des Algériennes et des Algériens. Alger :MSP.
  - Mosnier-Pudar, H. R. (2010, mars). Pratique de l'entretien motivationnel : Communiquer avec le patient en consultation. Médecine des Maladies Métaboliques, 4(02).
  - Moss Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Home, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire : Psychology and Health, 17(1), 91-116.  
<https://doi.org/10.1080/08877044020001494>
  - Nebti, N. (Novembre,2016). Le diabète gestationnel : EL HAKIM, 1-90
  - Organisation Mondiale de la Santé (1998). Education thérapeutique du patient, Bureau Régional pour l'Europe, OMS : Copenhague.
  - Ouerdane, K., &Khelifa, M. (2016). Programme d'éducation thérapeutique du patient pour diabétique de type 1 en transition, Mémoire pour l'obtention d'un Diplôme universitaire en ETP, Faculté de médecine d'Oran et SeFor : Algérie

- 
- Palazzalo, J. (2016). Les thérapies cognitives et comportementales. Paris : Presses Universitaires de France.
  - PanhaLeuxMohn, A. (2010). Analyse de la qualité de vie et de l'équilibre métabolique des patients diabétiques greffés d'îlots de Langerhans du Nord-est de la France, Thèse de doctorat en Médecine, Université Henri Poincaré : Nancy1.
  - Paré, D. (1996). Efficacité personnelle et adhésion au traitement chez la personne diabétique, Thèse de doctorat en psychologie, Université de Montréal. <http://collections.canada.gc.ca/obj/34/F2/csK3/Ftpo4/ng26710.pdf>
  - Peasgood, T., Brazier, J. E., Mukuria, C., & Donna, R. (September, 2014). A conceptual comparison of well-being measures used in the UK : Policy Research Unit in economic evaluation of Health and care Interventions : University of Sheffield  
<https://www.semanticscholar.org>
  - Petrie, K., Perry, K., Broadbent, E., & Weinman, J. (2012). Un programme de messagerie texte conçu pour modifier les croyances des patients en matière de maladie et de traitement améliore l'adhésion auto déclarée aux médicaments de prévention de l'asthme. *Revue Britannique de psychologie de la Santé*.  
<https://www.pistemonos.org/Fr/documents/.cod00FFgdoldw-bbb5.10.309668F53db429373>
  - Peze, V., Lumedilama, M., Thill, J.-C., Sarde, E., & Dany, L. (2017). Représentations et vécus associés au diabète et à l'éducation thérapeutique : *EDP Sciences*, 9(1).  
<https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-01648417>
  - Piaget, J. (2012). *La psychologie de l'intelligence*. Paris : Armand Colin.
  - Pilate, J., Dorard, G., Chevrier, B., Leu, A., & Untas, A. (2022, juin). Quality de vie des adolescents confrontés à une maladie parentale : une approche centrée sur la personne : *Environ, Res, Santé Publique*, 19(13), 7892.  
<https://doi.org/10.3390/erph19137892>
  - Plante, C. (1998). Relation entre le modèle de croyances relatives à la santé, le sentiment d'efficacité personnelle, l'attribution causale de la maladie et l'observance aux auto-soins diabétiques, Thèse de doctorat en sciences infirmières, Université de Sherbrooke.  
<https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/1413198/MQ56959.pdf>

- 
- Post, M. (2014). Definitions of quality of life :What has happened and how to move on : Topics in Spinal CordInjury Rehabilitation, 20(3), 167-180.
  - Pourtois,JP. Demonty, B. (2004). Nouveaux contextes sociaux et croyances d'efficacité : Savoirs, 5(Hors-série), 147-157
  - <https://doi.org/10.3917/savo.hso01.0147>.URL
  - Papat, A. (2007). Je perpétue la maladie et le coping chez les personnes fibromyalgiques ,Mémoire de master en psychologie de la santé, Université de Toulouse-Le-Mirail).  
<https://www.aloute.org>
  - Quintard, B. (1994). Psychologie de la santé et Cancer, les stratégies d'ajustement de la santé et hospitaliers chez le sujet pneumonectomie, Thèse de doctorat en psychologie, Université de Bordeaux.  
[www.these.fr/1994BOR21008](http://www.these.fr/1994BOR21008)
  - Rapley, M. (December,2003). Quality of life research : A critical introduction. London : Sage
  - <https://www.scrip.org/reference>
  - Reach, G. (2012). Manuel d'éducation thérapeutique. Issy-les-Moulineaux,éd : Elsevier Masson.
  - Richard, J. L., Bouzou René, K., Gallant, S., Ricciaredi, P., Sudre, Ph.D., &Iten, A. et al. (2000). Validation et normes du SF-36 dans la population du canton de Vaud. Lausanne : Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive.  
<https://care.ac.uk/download/polf/18162979.pdf>
  - Richardson, A. E., Broadbent, E., & Horton, R. P. (2019). Une revue systématique des interventions psychologiques pour les patients atteints d'un cancer de la tête et du cou : Journal officiel de l'Association multinationale des soins de support en cancérologie.  
<https://www.epistemonikos.org/Fr/documents/64de4eFa35cbc37040467elbe2et6216Fb3FFb7edb>
  - Rodriguez, N. G., & Bardet, L. (2013). La promotion de l'autosoins chez les jeunes de 13 à 25 ans atteints d'un diabète de type 1, Thèse de Bachelor en soins infirmiers, Haute Ecole de Santé Vaud : Lausanne.  
<https://doc.rero.ch/record/209225>
  - Rogers, Carl. (2019). La relation d'aide et la psychothérapie, (20e.éd), Paris : esf Sciences Humaines.

- 
- Rollet, C. (2015). La santé publique en France, Rennes : Presses de l'EHESP.
  - Rossignol, V. (Nov. 2001). L'Entrevue motivationnelle : un guide de formation : Centre de recherche de l'hôpital Douglas, Québec.  
  
[https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/CA\\_L'entrevue-motivationnelle-un-guide-de-Formation-2001.pdf](https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/CA_L'entrevue-motivationnelle-un-guide-de-Formation-2001.pdf)
  - Roussel, Rénate. Sordet, Christelle. (2018). Education Thérapeutique pour quoi, Quand, Comment, Séminaire de l'unité Transversale pour L'Education du Patient, HUS, Strasbourg : Nord-Alsace.  
  
[https://www.audipog.net/seminaire/seminaire\\_2018\\_3/pres08.pdf](https://www.audipog.net/seminaire/seminaire_2018_3/pres08.pdf)
  - Scharloo, M., Kaptein, A., Schosser, M., Pawels, H., BeL, E., Rabe, K., et al. (2007). Perceptions de la maladie et qualité de vie des patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique : Journal de l'asthme, 44(7), 575-584.  
<https://doi.org/10.1080/021703004034438>
  - Schauder, S. (2007). Pratiquer la psychologie clinique auprès des enfants et des adolescents. Paris : Dunod.
  - SFPSA. (2021). Patient et entourage, quelles interactions : Congrès de la Société Francophone de la Psychologie de la Santé.  
<https://congres2021.sfpsa.fr>
  - Siksou, Maryse. (Mars,2012). L'éducation thérapeutique en débat : le Journal des psychologues, 2(295), 1-18  
<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2012-2-page-18.htm>
  - Sillamy, Norbert. (2010). Dictionnaire de psychologie. Éd : Larousse
  - Simon, A. (2017). Les croyances et les représentations des patients diabétiques de type 2 : une revue de la littérature, Thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine de Nancy : Université de Lorraine.
  - Société Agerienne de Diabétologie. (2012). Guide pratique de prise en charge de diabete de type 1 enAlgerie, Alger : MSPRH.
  - Soulas, T., & Brédart, A. (2012). Qualité de vie et santé : Psychologie de la santé, 17-40

- 
- Stitou, H. (2018). Evaluation de la qualité de vie des patients diabétiques marocains à l'aide du Diabetes Quality of Life Measure (DQOL), Thèse de doctorat en médecine : Université de Rabat.
  - Sultan, S. Hartemann - Heurtier, A. Grimaldi, A (Avril 2003). Comprendre les patients pour promouvoir l'autorégulation dans le diabète de type 2 :Diabètes et amp, *Metabolism*, 29(2), 21-30.
  - Terrasson, J. (2019). Perception du diabète de type 1 auto- et hétéro-évaluée par les adolescents et leurs parents : analyse des liens avec leur qualité de vie, la gestion familiale de la maladie et le contrôle métabolique, Thèse de doctorat en psychologie : Université Rennes 2.
  - Thiam, Y. (2012). Comprendre le vécu et les ressentis des patients chroniques à la suite d'une éducation thérapeutique en court séjour, Thèse de doctorat en science de la vie et de la santé : Université d'Auvergne Clermont 1.
  - Traube, P. (1998). Comment choisir sa psychothérapie. Paris : Ed Chiron.
  - Untas,A.Bungener,C. Flahaut,C.(2016). Interventions psychothérapeutiques dans les maladies somatiques, Paris : De Boeck Supérieure
  - Villani, M., Flatout, C., Montel, S., Sultan, S. B., &Bungener, C. (Décembre 2013). Proximité des représentations de la maladie chez le malade et ses proches. *Bulletin de psychologie*, 66(6), 477-487. <https://doi.org/10.3917/bupsy.528.0477>
  - Vincent, I. (Juin 2005). La qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques : *Santé Education*, 15(2), 1-19.
  - Walger, O. (Mars 2009). Empowerment et soutien social des personnes vivant avec un diabète : *Education du Patient et Enjeux de Santé*, 27(1), 5-12.
  - Yazidi, M., El Felah, E., Oueslati, I., Chake, F., Grira, W., Khessairi, N., et al. (2020). Evaluation de la qualité de vie du diabétique de type 1 adulte : *La Tunisie Médicale*, 98(-14), 861-868.

الملاحق

## ملحق رقم 01 ملخص دليل التشخيص التربوي

أذكر في الجدول أدناه موارد المريض والصعوبات التي حددتها أثناء مقابلة التشخيص التربوي

Listez dans le tableau ci-dessous-les ressources et les difficultés du patient que vous avez identifiées au cours de l'entretien du diagnostic éducatif

Ressources الموارد	Difficultés الصعوبات

ما هي أولويات المريض؟

Quelles sont les priorités du patient ?

• اقتراح أهداف مع مراعاة أولويات المريض

Proposer des objectifs tenant compte des priorités du patient :

عبر عن بعض هذه الأهداف كأهداف تربوية

Exprimer certains de ces objectifs en objectifs éducatifs.

في نهاية الحصة سيكون المريض قادر على ...

Au terme de la séance, le patient sera capable de : ...

## ملحق رقم 02: تقنية حل المشكلة

## Feuillet de Travail ورقة العمل.

Nom اللقب: .....

Prénom الاسم : .....

Date تاريخ: .....

Quel est le changement que je compte faire ? (Le but doit être Spécifique, Mesurable, Attirant, Réaliste, et Mesuré dans le Temps (SMART).

ما هو التغيير الذي أنوي إجراءه (يجب أن يكون الهدف محددا وواقعي وجذابا وقابل للقياس والوقت)

.....  
 .....

Les raisons les plus importantes pour lesquelles je veux faire ce changement sont :(pourquoi ce changement est-il important pour moi)

أهم الأسباب التي تجعلني أرغب في إجراء هذا التغيير: (لماذا هذا التغيير مهم بالنسبة لي).

.....  
 .....

Afin de réaliser mes objectifs, je prévois de faire les actions suivantes

من أجل تحقيق أهدافي أخطط للقيام بالحلول التالية:

.....  
 .....  
 .....  
 .....

• Pour m'aider à changer je peux compter sur les personnes suivantes :

لمساعدتي في التغيير يمكنني الاعتماد على الأشخاص التالية:

.....  
 .....  
 .....

Voici les obstacles éventuels à mon changement et comment y faire face

فيمايلي العوائق المحتملة أمام تغييري وكيفية التعامل معها:

obstacles :

Comment les surmontés :

العوائق:

كيفية التعامل معها:

.....  
 .....  
 .....

## Questionnaire de santé.

Nom : ..... Prénom : ..... Ville : ..... Tel : ..... Email.....

HbA1c: ..... Poids: ..... kg Age: ..... Dt1 Depuis: .....

Comment répondre : Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

**1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est : (entourez la réponse de votre choix)**

Excellente	1
Très bonne	2
Bonne	3
Médiocre	4
Mauvaise	5

**2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ? (entourez la réponse de votre choix)**

Bien meilleur que l'an dernier	1
Plutôt meilleur	2
à peu près pareil	3
Plutôt moins bon	4
Beaucoup moins bon	5

**3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)**

	Oui	Non
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	1	2
c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	1	2
d. avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

**4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)**

	Oui	Non
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	1	2
c. avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude	1	2

**5. Au cours de ces 4 dernières semaines dans**
**quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances (entourez la réponse de votre choix)**

Pas du tout	1
Un petit peu	2
Moyennement	3
Beaucoup	4
Enormément	5

**6. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs (physiques)?(entourez la réponse de votre choix)**

Nulle	1
Très faible	2
Faible	3
Moyenne	4
Grande	5
Très grande	6

**7. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques?(entourez la réponse de votre choix)**

Pas du tout	1
Un petit peu	2
Moyennement	3
Beaucoup	4
Enormément	5

**8. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ? (entourez la réponse de votre choix)**

En permanence	1
Une bonne partie du temps	2
De temps en temps	3
Rarement	4
Jamais	5

**9. Voici une liste d'activité que pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel. (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)**

Liste d'activités	Oui, beaucoup limité(e)	Oui, un peu limité(e)	Non, pas du tout limité(e)
a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1	2	3
b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
c. Soulever et porter les courses	1	2	3
d. Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
e. Monter un étage par l'escalier	1	2	3
f. Se penchez en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
g. Marchez plus d'un Km à pied	1	2	3
h. Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
i. Marcher une centaine de mètres	1	2	3
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

**10. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :**

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelque fois	Rarement	Jamais
a. vous vous êtes senti(e) dynamique ?	1	2	3	4	5	6
b. vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ?	1	2	3	4	5	6
c. vous vous êtes senti(e) su découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	1	2	3	4	5	6
d. vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e)	1	2	3	4	5	6
e. vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
f. vous vous êtes senti(e) triste et abattu (e) ?	1	2	3	4	5	6
g. vous vous êtes senti(e) épuisé (e) ?	1	2	3	4	5	6
h. vous vous êtes senti(e) heureux (se) ?	1	2	3	4	5	6
i. vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6

**11. Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :**

	Totalement vrais	Plutôt vrai	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
a. Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
d. je suis en excellent santé	1	2	3	4	5
i. vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5

*Veuillez vérifier que vous avez bien fourni une réponse pour chacune des questions. Merci de votre collaboration.*



12. خلال الأسابيع الأربعة الماضية، إلى أي مدى تعارض الألم مع عملك العادي (بما في ذلك عملك خارج المنزل والعمل المنزلي)؟

- 1 لم تتعارض أبدا  
 2 تعارضت بشكل قليل  
 3 تعارضت بشكل متوسط  
 4 تعارضت بشكل كبير  
 5 تعارضت بشكل كبير جدا

. ما مدى صحة أو خطأ كل عبارة من العبارات التالية بالنسبة لك؟

- | صحيح<br>بالتأكيد                                | صحيح<br>غالبا            | لا<br>أعرف               | خطأ<br>غالبا             | خطأ<br>بالتأكيد          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33-   | 3                        | 2                        | 1                        | 4                        |
| 5   |                          |                          |                          |                          |
| أكثر بقليل من الآخرين                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34-   | 4                        | 3                        | 2                        | 1                        |
| 5   |                          |                          |                          |                          |
| أنا على نفس القدر من الصحة كالآخرين الذي أعرفهم | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35-   | 4                        | 3                        | 2                        | 1                        |
| 5   |                          |                          |                          |                          |
| أتوقع أن تسوء صحتي                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36-   | 4                        | 3                        | 2                        | 1                        |
| 5   |                          |                          |                          |                          |
| صحتي ممتازة                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

شكرا على الإجابة

## قائمة الأساتذة المحكمين

الجامعة	الرتبة العلمية	قائمة الأساتذة
جامعة الجزائر 2	أستاذ التعلم العالي	زناد دليلة
جامعة الجزائر 2	أستاذ التعلم العالي	مسيلي رشيد
جامعة الجزائر 2	أستاذ التعلم العالي	سي يشير كريمة
كلية الطب جامعة الجزائر 1	بروفسور في الطب	عربوش زهية
جامعة الوادي	أستاذ التعليم العالي	لزعر خيرة

## مقياس الفعالية الذاتية العامة

(ميشيل دومون، رالف شوارزر وماتياس القدس، برلين، ألمانيا، 2000)

اقرأ كل جملة بعناية وضع دائرة حول الرقم الذي يصفك بأفضل شكل

البيانات	ليس صحيحا على الإطلاق	بالكاد صحيح	صحيح إلى حد ما	صحيح تماما
1. أستطيع دائما حل المشاكل الصعبة التي أواجهها إذا حاولت بما فيه الكفاية	1	2	3	4
2. إذا عارضني شخص ما، أستطيع إيجاد الوسائل المناسبة لتحقيق ما ابتغيه	1	2	3	4
3. من السهل عليّ تحقيق أهدافي ونواياي	1	2	3	4
4. أنا واثق من أنني أستطيع التعامل مع الأحداث غير المتوقعة بفعالية	1	2	3	4
5. بفضل قدرتي، أعرف كيفية التعامل مع المواقف المفاجئة	1	2	3	4
6. يمكنني حل معظم مشاكلي، اذا وجدت الحل المناسب	1	2	3	4
7. يمكنني أن أبقى هادئا عند مواجهة الصعوبات لأنني أستطيع الاعتماد على مهاراتي للتعامل مع المشكلات	1	2	3	4
8. عندما أواجه مشكلة، عادة ما أجد عدة حلول	1	2	3	4
9. إذا علقت في أمر ما، فإنني اعرف كيفية التعامل معه	1	2	3	4
10. بغض النظر عما يحدث، فإنني عادة قادر على التعامل مع المشكلات التي تواجهني لأنني امتلك أفكارا عديدة.	1	2	3	4

## Echelle d'efficacité personnelle généralisée (Auto efficacité généralisée)

(Michelle Dumont, Ralf Schwarzer et Mathias Jerusalem, Berlin, Allemagne, 2000)

Lisez attentivement chaque phrase et encerclez le chiffre qui vous décrit le mieux

	Pas du tout vrai	A peine vrai	Moyennement vrai	Totalement vrai
1. J'arrive toujours à résoudre mes difficultés si j'essaie vraiment	1	2	3	4
2. Si quelqu'un s'oppose à moi, je peux trouver une façon d'obtenir ce que je veux	1	2	3	4
3. C'est facile pour moi de maintenir mon attention sur mes objectifs et de les accomplir	1	2	3	4
4. J'ai confiance dans le fait que je peux faire face efficacement aux événements inattendus	1	2	3	4
5. Grâce à ma débrouillardise, je sais comment faire face aux situations imprévues	1	2	3	4
6. Je peux résoudre la plupart de mes problèmes si j'investis les efforts nécessaires	1	2	3	4
7. Je peux rester calme lorsque je suis confronté(e) à des difficultés car je peux me fier à mes compétences pour faire face aux problèmes	1	2	3	4
8. Lorsque je suis confronté(e) à un problème, je peux habituellement trouver plusieurs solutions	1	2	3	4
9. Si je suis « coincé(e) », je peux habituellement penser à ce que je pourrais faire	1	2	3	4
10. Peu importe ce qui arrive, je suis généralement capable d'y faire face	1	2	3	4

**The Brief Illness Perception Questionnaire**

For the following questions, please circle the number that best corresponds to your views:

How much does your illness affect your life?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
no affect at all											severely affects my life
How long do you think your illness will continue?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a very short time											forever
How much control do you feel you have over your illness?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
absolutely no control											extreme amount of control
How much do you think your treatment can help your illness?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
not at all											extremely helpful
How much do you experience symptoms from your illness?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
no symptoms at all											many severe symptoms
How concerned are you about your illness?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
not at all concerned											extremely concerned
How well do you feel you understand your illness?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
don't understand at all											understand very clearly
How much does your illness affect you emotionally? (e.g. does it make you angry, scared, upset or depressed?)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
not at all affected emotionally											extremely affected emotionally

Please list in rank-order the three most important factors that you believe caused your illness.

The most important causes for me:-

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

---

## Votre vision sur votre maladie actuelle

Pour les questions suivantes, Veuillez encrer le numéro qui correspond le mieux à votre vision

<b>1. A quel point votre maladie affecte-t-elle votre vie ?</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucun effet du tout					Affect gravement ma vie					
1. كم يؤثر مرضك على حياتك؟										
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
يؤثر بشدة على حياتي					لا يؤثر على الإطلاق					
<b>2. Combien de temps pensez-vous que votre maladie va durer ?</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Un temps très court					Pour toujours					
2. إلى متى تعتقد أن مرضك سيستمر؟										
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
إلى الأبد					وقت قصير جدا					
<b>3. A quel point pensez-vous avoir le contrôle sur votre maladie ?</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune contrôle					Contrôle extrême					
3. ما مقدار السيطرة التي تشعر أنها لديك على مرضك؟										
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
أقصى قدر من السيطرة					بالتأكيد لا يوجد سيطرة					
<b>4. A quel point pensez-vous que votre traitement peut aidez votre maladie ?</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout					Extrêmement utile					
4. إلى أي مدى تعتقد أن علاجك يمكن أن يساهم مرضك؟										
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
مفيد للغاية					لا على الإطلاق					
<b>5. A quel point ressentez-vous les symptômes de votre maladie ?</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucun symptôme					De nombreux symptômes graves					
5. كما تعاني من أعراض مرضك؟										
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
العديد من الأعراض الشديدة					لا توجد أعراض على الإطلاق					

<b>6. A quel point êtes-vous préoccupé par votre maladie ?</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout concerné					Extrêmement concerné					
6. ما مدى قلقك بشأن مرضك؟										
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
قلق للغاية					لست قلقا على الإطلاق					
<b>7. Avez-vous l'impression de comprendre votre maladie ?</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne comprends pas du tout					Comprendre très clairement					
7. إلى أي مدى تشعر أنك تفهم مرضك؟										
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
أفهمه بوضوح					لا أفهمه على الإطلاق					
<b>8. A quel point votre maladie vous affecte – t – elle émotionnellement ? (Par exemple : cela vous met-il en colère, effrayé, bouleversé ou déprimé ?)</b>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout affecté émotionnellement					Extrêmement affecté émotionnellement					
8. كم يؤثر المرض عليك انفعاليا؟ (على سبيل المثال، هل يجعلك غاضبا أو خائفا أو مضطربا أو مكتئبا؟)										
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
يؤثر انفعاليا للغاية					لا يؤثر انفعاليا على الإطلاق					
<b>9. Veuillez énumérer part ordre de classement les trois facteurs les plus importants qui, selon vous, ont causé votre maladie</b>										
Ces causes les plus importants pour moi :										
1.....										
2.....										
3.....										
9. يرجى ذكر وترتيب العوامل الثلاثة الأكثر أهمية التي تعتقد أنها تسببت في مرضك. أم الأسباب بالنسبة لي:										
1.....										
2.....										
3.....										



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
République Algérienne Démocratique et Populaire  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Faculté de Médecine

## FORMATION EN ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Mme : Boudjoudi Ahlem

A bénéficié d'une formation de 60 heures, en Éducation Thérapeutique au courant de l'année 2018-2019.  
Avec le Support institutionnel de Novo Nordisk®

**Pr. M. Belhadj**

Coordonnateur de la Formation

Pr. M. Belhadj  
Faculté de Médecine  
Oran

**Pr. F. Ayad**

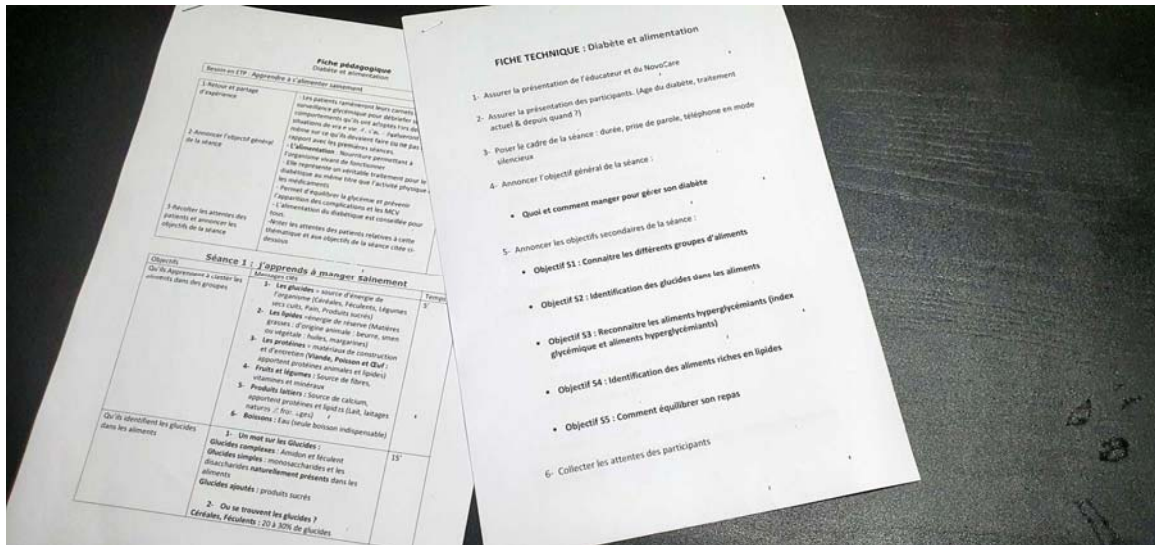
Doyen de la Faculté de médecine d'Oran

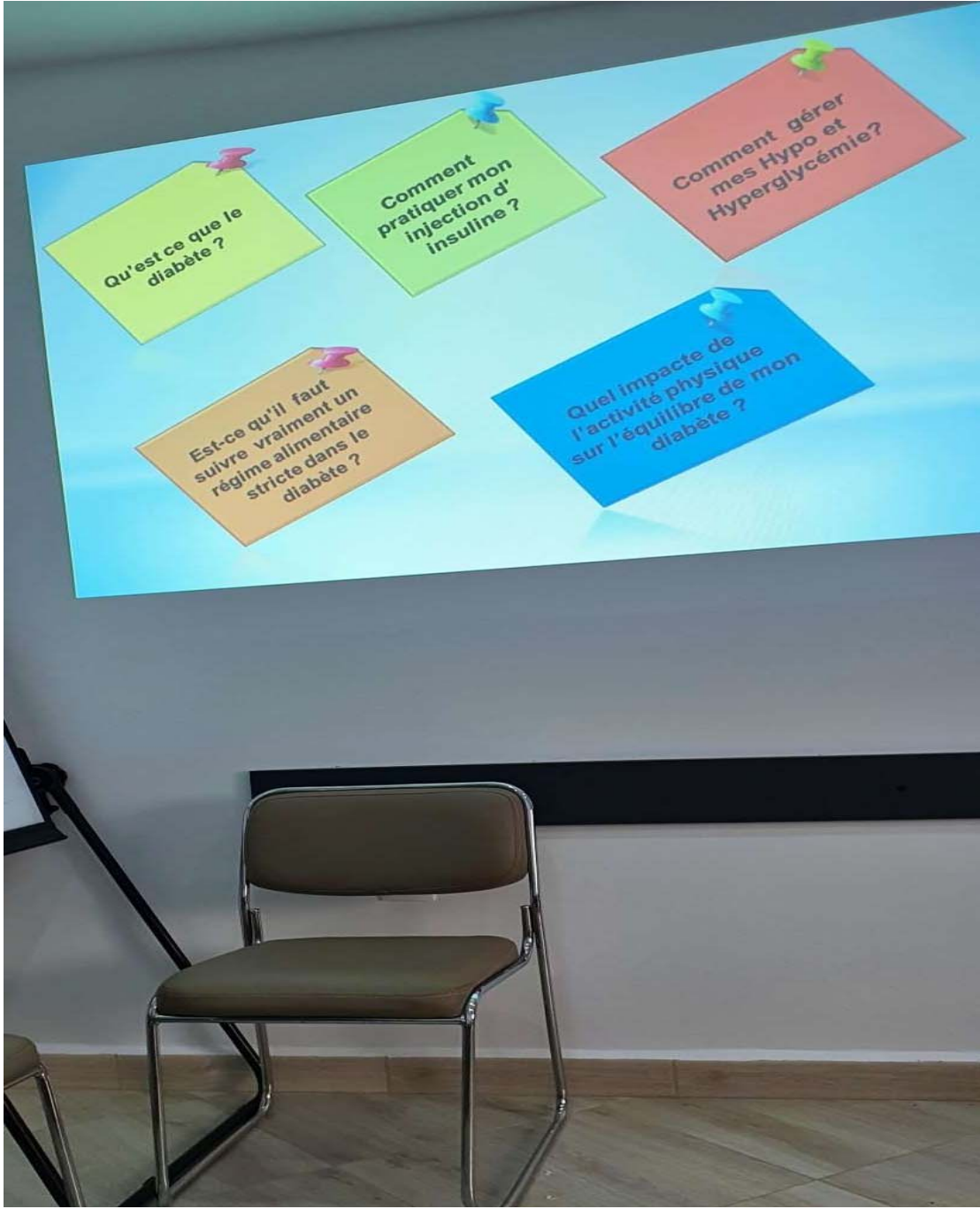
**Pr AYAD HAMDAROU  
Fatima**

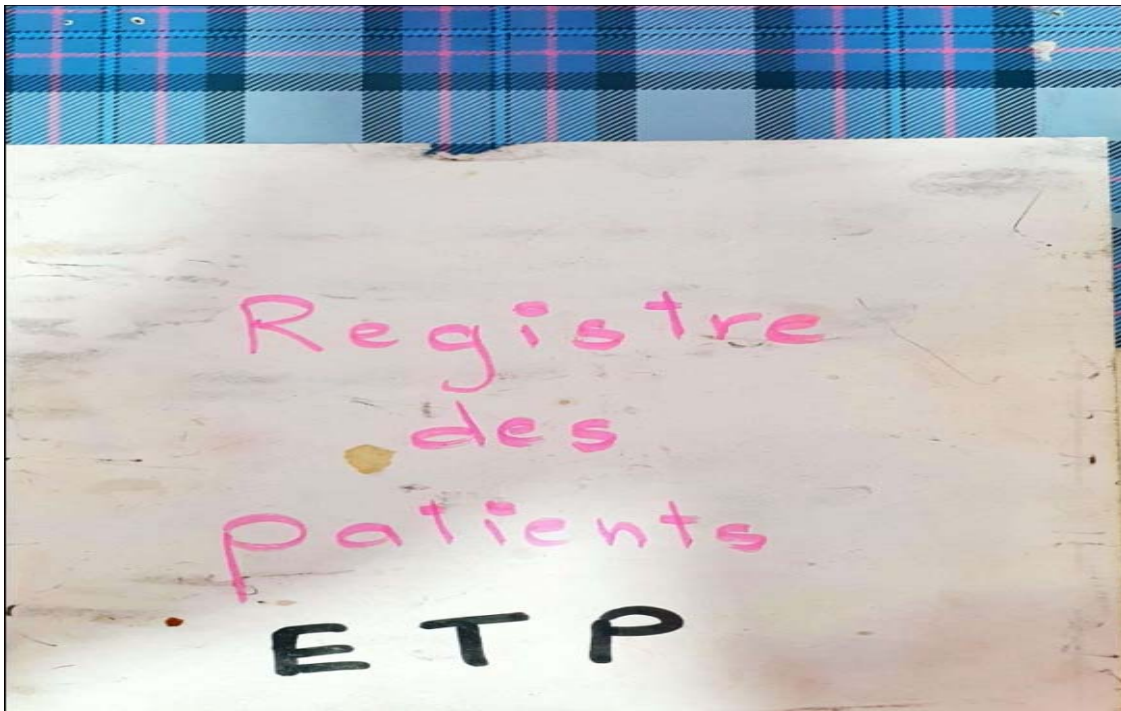


ملحق رقم 07

الملاحق







Programme d'ETP Groupe 1  
22-23-25 Nov 2021

**Session 1: Généralité sur le diabète**  
Accueil à 10h  
Educatrice: **Chouana / Dr. Nebti**  
Pause Déj 10h30 → 11h30  
**Session 2: L'insulinothérapie**  
Educatrice: **Belcheica**  
13h30 → 14h30

**Session 3: Savoir gérer hypoglycémie**  
**Session 4: Hygiène de vie**  
Educatrice: **Yahior / Bouffard**  
Pause Déj 10h30 → 11h30

**Session 5: Apports physiques**  
Educatrice: **Boudjeant / Djerrad**  
13h30 → 14h30

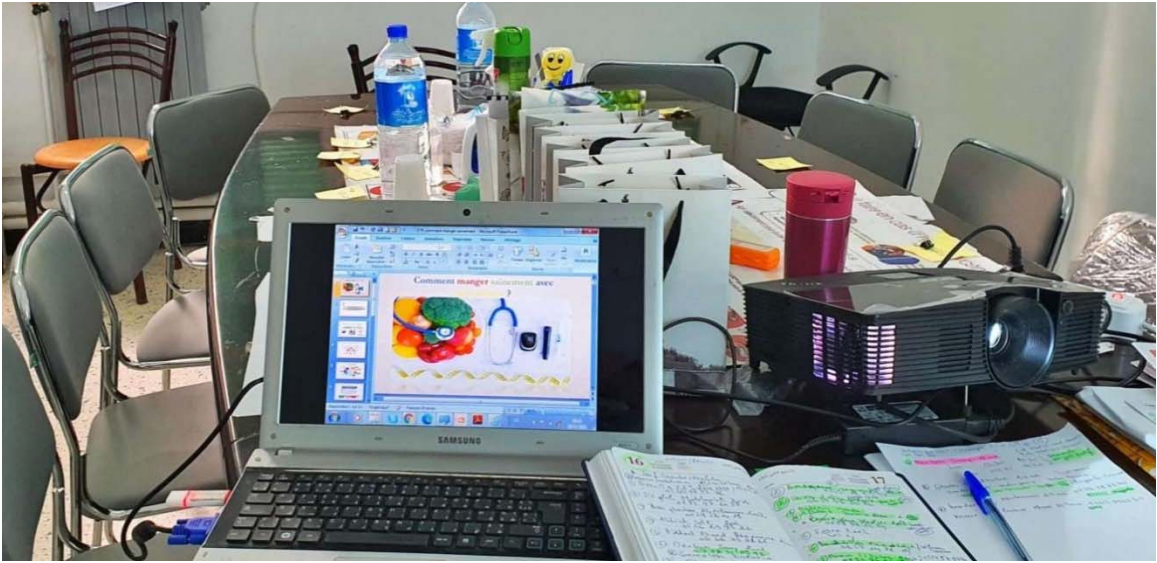
**Session 6: Comportement**  
Educatrice: **Dr. Nebti / Saouyeh / Belcheica**

CHU Beni-Messous  
Service d'Endocrinologie-Diabetologie  
Pr Z. ARBOUCHI  
Programme ETP : Novembre 2021  
Responsable de l'unité : Dr NEBTI

Date	Educateur	Thème	Horaires
Dim 22/11	Dr Boudjeant	Généralités sur le diabète	13h-14h
Dim 22/11	Chouana	Insulinothérapie	15h-16h
Mer 23/11	Mme BELACHEICA / Mme BERRADA	Hypoglycémie, hyperglycémie	13h-14h
Jeu 24/11	MAROUCCI / YAHIA	Diabète	15h-16h
Dim 27/11	Dr BELCHEICA	Généralités sur le diabète	13h-14h
Lun 28/11	MAROUCCI / YAHIA	Insulinothérapie	15h-16h
Mer 29/11	Mme BELACHEICA	Hypoglycémie, hyperglycémie	13h-14h
Jeu 30/11	Mme BERRADA	Diabète	15h-16h
Dim 03/12	Dr YAHIA	Généralités sur le diabète	13h-14h
Lun 04/12	Mme BELACHEICA	Insulinothérapie	15h-16h
Mer 05/12	Mme BERRADA	Hypoglycémie, hyperglycémie	13h-14h
Jeu 06/12	Mme BERRADA	Diabète	15h-16h
Dim 09/12	Dr YEDDER	Généralités sur le diabète	13h-14h
Lun 10/12	Chouana	Insulinothérapie	15h-16h
Mer 12/12	MAROUCCI / YAHIA	Hypoglycémie, hyperglycémie	13h-14h
Jeu 13/12	Mme BERRADA	Diabète	15h-16h
Dim 16/12	Dr BELACHEICA	Généralités sur le diabète	13h-14h
Lun 17/12	Mme BELACHEICA	Insulinothérapie	15h-16h
Mer 19/12	Mme BERRADA	Hypoglycémie, hyperglycémie	13h-14h
Jeu 20/12	Mme BERRADA	Diabète	15h-16h

Pr Z. ARBOUCHI LEZOUAL  
Chef de Service d'Endocrinologie Diabétologie  
CHU Beni-Messous

ملحق رقم 13

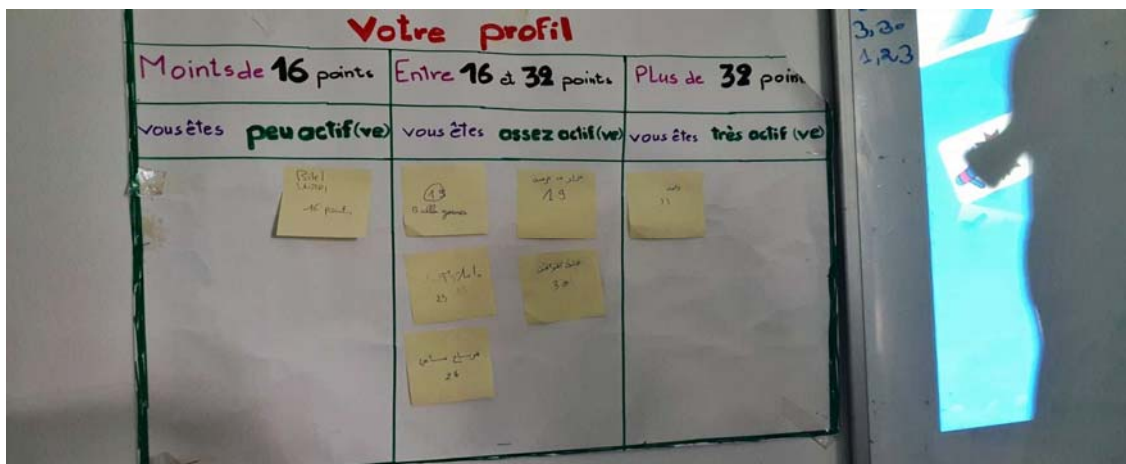
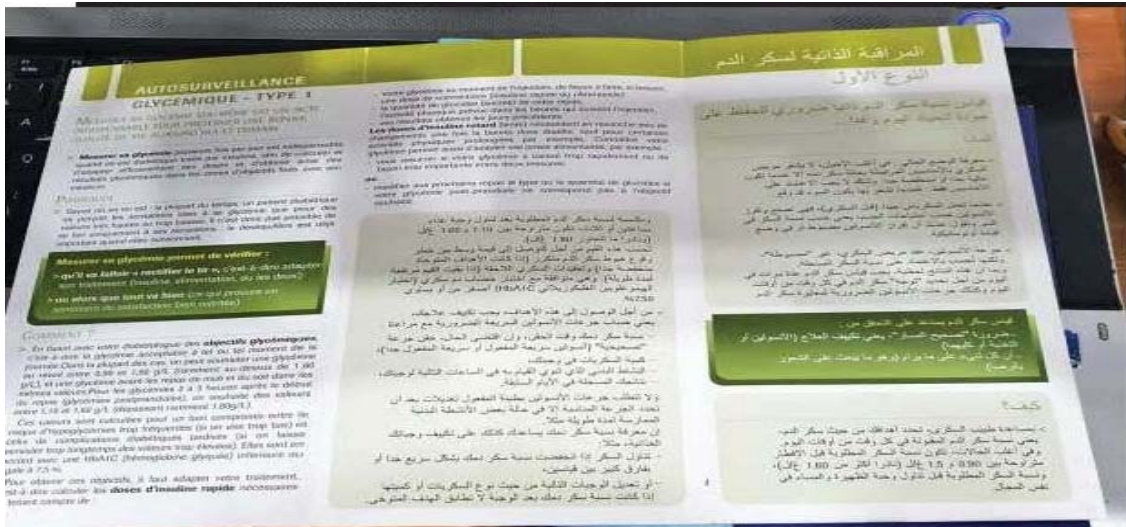


ملحق رقم 14













ملحق رقم 23: المعالجة الاحصائية لفرضيات البحث

الفرضية رقم 01:

Test T

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الحياة نوعية	30	47,2973	20,48998	3,74094

Test sur échantillon unique

Valeur de test = 50

	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
الحياة نوعية	-,722	29	,476	-2,70267	-10,3538	4,9484

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن المتوسط الحسابي لدرجات مقياس نوعية الحياة يساوي 47,3 وبانحراف معياري 20,5، في حين أن المتوسط الافتراضي يساوي 50، وهو أكبر من المتوسط الحسابي، وقد جاءت قيمة ت المحسوبة لعينة واحدة مساوية لـ -0,722 بدرجة حرية 29، وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05، وبناء على هذه القيم يمكننا القول بأن بيانات الدراسة الحالية جاءت غير مؤيدة للفرضية الأولى، وبالتالي يمكننا القول بأن مرضى السكري لا يعانون من مستوى منخفض في نوعية الحياة.

## Test T

## Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
ذاتية فعالية	30	29,8667	6,12363	1,11802

## Test sur échantillon unique

	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
ذاتية فعالية	8,825	29	,000	9,86667	7,5801	12,1533

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن المتوسط الحسابي لدرجات مقياس نوعية الحياة يساوي 29,9 وبانحراف معياري 6,1، في حين أن المتوسط الافتراضي يساوي 20، وهو أقل من المتوسط الحسابي، وقد جاءت قيمة ت المحسوبة لعينة واحدة مساوية لـ 8,82 بدرجة حرية 29 وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05، وبناء على هذه القيم يمكننا القول بأن بيانات الدراسة الحالية جاءت مؤيدة للفرضية الثانية، وبالتالي يمكننا القول بأن مرضى السكري يعانون من انخفاض في مستوى الفعالية الذاتية.

## Test T

## Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
المرض_إدراك	30	42,5667	12,91266	2,35752

## Test sur échantillon unique

	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
المرض_إدراك	1,089	29	,285	2,56667	-2,2550	7,3883

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن المتوسط الحسابي لدرجات مقياس نوعية الحياة يساوي 42,6 وبانحراف معياري 12,9، في حين أن المتوسط الافتراضي يساوي 40، وهو أقل من المتوسط الحسابي، وقد جاءت قيمة ت المحسوبة لعينة واحدة مساوية لـ 1,089 بدرجة حرية 29 وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,05، وبناء على هذه القيم يمكننا القول بأن بيانات الدراسة الحالية جاءت غير مؤيدة للفرضية الثالثة، وبالتالي يمكننا القول بأن مرضى السكري لا يعانون من تصورات سلبية لمرضهم.

## الفرضية رقم 04:

## Test T

## Statistiques de groupe

	العلاجية_التربوية	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
البدني_التوظيف	القبلي_الاختبار	30	70,1667	24,99943	4,56425
	البيدي_الاختبار	30	85,3333	19,60530	3,57942

## Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
البدني_التوظيف	Hypothèse de variances égales	2,690	,106	-2,615	58	,011	-15,16667	5,80040	-26,77743	-3,55591
	Hypothèse de variances inégales			-2,615	54,881	,012	-15,16667	5,80040	-26,79149	-3,54184

## Test T

## Statistiques de groupe

	العلاجية_التربوية	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
جسم_د ح	القبلي_الاختبار	30	34,1667	33,78643	6,16853
	البعدي_الاختبار	30	68,3333	28,56732	5,21566

## Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
جسم_د ح	Hypothèse de variances égales	,896	,348	-4,230	58	,000	-34,16667	8,07798	-50,33651	-17,99682
	Hypothèse de variances inégales			-4,230	56,440	,000	-34,16667	8,07798	-50,34603	-17,98730

## Statistiques de groupe

	العلاجية_التربوية	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الألم	القبلي_الاختبار	30	54,2500	24,79354	4,52666
	البعدي_الاختبار	30	72,4167	19,02226	3,47297

## Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes					Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
الألم	Hypothèse de variances égales	1,593	,212	-3,184	58	,002	-18,16667	5,70545	-29,58737	-6,74596
	Hypothèse de variances inégales			-3,184	54,355	,002	-18,16667	5,70545	-29,60370	-6,72963

**Test T**

**Statistiques de groupe**

	العلاجية_التربوية	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
العامة_الصحة_إدراك	القبلي_الاختبار	30	50,8453	18,64313	3,40375
	البعدي_الاختبار	30	67,9167	13,62966	2,48842

**Test des échantillons indépendants**

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
العامة_الصحة_إدراك	Hypothèse de variances égales	3,628	,062	-4,049	58	,000	-17,07133	4,21637	-25,51132	-8,63134
	Hypothèse de variances inégales			-4,049	53,112	,000	-17,07133	4,21637	-25,52789	-8,61478

**Test T**

**Statistiques de groupe**

	العلاجية_التربوية	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
التعب_الحيوية	القبلي_الاختبار	30	44,8333	18,95927	3,46147
	البعدي_الاختبار	30	60,7333	19,16162	3,49842

**Test des échantillons indépendants**

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
التعب_الحيوية	Hypothèse de variances égales	,213	,646	-3,231	58	,002	-15,90000	4,92146	-25,75136	-6,04864
	Hypothèse de variances inégales			-3,231	57,993	,002	-15,90000	4,92146	-25,75139	-6,04861

**Test T**

**Statistiques de groupe**

	العلاجية_التربيه	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الاجتماعية_العلاقات	القبلي الاختبار	30	53,6667	25,97855	4,74301
	البعدي الاختبار	30	74,1667	19,94965	3,64229

**Test des échantillons indépendants**

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
الاجتماعية_العلاقات	Hypothèse de variances égales	2,358	,130	-3,428	58	,001	-20,50000	5,98017	-32,47061	-8,52939
	Hypothèse de variances inégales			-3,428	54,378	,001	-20,50000	5,98017	-32,48761	-8,51239

**Test T**

**Statistiques de groupe**

	العلاجية_التربوية	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الانفعالية_د_ق	القبلي_الاختبار	29	62,0683	29,17565	5,41778
	البعدي_الاختبار	25	69,3336	27,08130	5,41626

**Test des échantillons indépendants**

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
الانفعالية_د_ق	Hypothèse de variances égales	,949	,335	-,943	52	,350	-7,26532	7,70395	-22,72442	8,19378
	Hypothèse de variances inégales			-,948	51,695	,347	-7,26532	7,66082	-22,64006	8,10941

**Test T**

**Statistiques de groupe**

	العلاجية_التربوية	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
العقلية_الصحة	القبلي الاختبار	30	46,0000	18,21708	3,32597
	البعدي الاختبار	30	70,8000	15,86669	2,89685

**Test des échantillons indépendants**

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes			Intervalle de confiance de la différence à 95 %			
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
العقلية_الصحة	Hypothèse de variances égales	,492	,486	-5,623	58	,000	-24,80000	4,41065	-33,62887	-15,97113
	Hypothèse de variances inégales			-5,623	56,927	,000	-24,80000	4,41065	-33,63241	-15,96759

**Test T**

**Statistiques de groupe**

	العلاجية_التربوية	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الحياة_نوعية	القبلي_الاختبار	30	47,2973	20,48998	3,74094
	البعدي_الاختبار	30	69,6850	14,54625	2,65577

### Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
الحياة_نوعية	Hypothèse de variances égales	1,856	,178	-4,880	58	,000	-22,38767	4,58778	-31,57111	-13,20422
	Hypothèse de variances inégales			-4,880	52,310	,000	-22,38767	4,58778	-31,59243	-13,18290

الفرضية رقم 5:

Test T

**Statistiques de groupe**

	العلاجية_التربوية	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الانعكاسات	الاختبار القبلي	30	5,1333	2,81294	,51357
	الاختبار البعدي	30	3,3000	2,18380	,39870

**Test des échantillons indépendants**

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
الانعكاسات	Hypothèse de variances égales	3,005	,088	2,820	58	,007	1,83333	,65017	,53188	3,13479
	Hypothèse de variances inégales			2,820	54,642	,007	1,83333	,65017	,53017	3,13649

**Test T**

**Statistiques de groupe**

	العلاجية_التربوية	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
المدة	الاختبار القبلي	30	8,5667	2,66113	,48585

الاختبار البعدي	30	9,0000	1,17444	,21442
-----------------	----	--------	---------	--------

### Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes					Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
المدة	Hypothèse de variances égales	8,247	,006	-,816	58	,418	-,43333	,53107	-1,49638	,62971
	Hypothèse de variances inégales			-,816	39,884	,419	-,43333	,53107	-1,50675	,64009

**Test T**

**Statistiques de groupe**

	العلاجية التربوية	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
السيطرة	الاختبار القبلي	30	4,3000	2,43749	,44502
	الاختبار البعدي	30	2,4000	1,86806	,34106

**Test des échantillons indépendants**

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes					Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
السيطرة	Hypothèse de variances égales	2,044	,158	3,389	58	,001	1,90000	,56069	,77767	3,02233
	Hypothèse de variances inégales			3,389	54,328	,001	1,90000	,56069	,77605	3,02395

**Test T**

**Statistiques de groupe**

	العلاجية التربوية	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
العلاج	الاختبار القبلي	30	2,5333	2,83735	,51803
	الاختبار البعدي	30	1,0333	1,06620	,19466

**Test des échantillons indépendants**

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes					Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
العلاج	Hypothèse de variances égales	14,575	,000	2,711	58	,009	1,50000	,55339	,39226	2,60774
	Hypothèse de variances inégales			2,711	37,030	,010	1,50000	,55339	,37875	2,62125

Test T

Statistiques de groupe

	العلاجية التربوية	N	Moyenne erreur standard		
			Moyenne	Ecart type	standard
الهوية	الاختبار القبلي	30	5,3333	2,97499	,54316
	الاختبار البعدي	30	3,7333	2,09981	,38337

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes					Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
الهوية	Hypothèse de variances égales	5,393	,024	2,407	58	,019	1,60000	,66483	,26921	2,93079
	Hypothèse de variances inégales			2,407	52,149	,020	1,60000	,66483	,26602	2,93398

## Test T

## Statistiques de groupe

	العلاجية التربوية	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الفلق	الاختبار القبلي	30	6,2333	3,07025	,56055
	الاختبار البعدي	30	3,7667	2,17641	,39736

## Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes					Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
الفلق	Hypothèse de variances égales	5,167	,027	3,590	58	,001	2,46667	,68710	1,09129	3,84205
	Hypothèse de variances inégales			3,590	52,269	,001	2,46667	,68710	1,08807	3,84527

**Test T**

**Statistiques de groupe**

	العلاجية التربوية	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الفهم	الاختبار القبلي	30	3,6667	3,05505	,55777
	الاختبار البعدي	30	1,2333	1,30472	,23821

**Test des échantillons indépendants**

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
الفهم	Hypothèse de variances égales	17,889	,000	4,012	58	,000	2,43333	,60651	1,21927	3,64740
	Hypothèse de variances inégales			4,012	39,238	,000	2,43333	,60651	1,20679	3,65988

## Test T

## Statistiques de groupe

	العلاجية التربوية	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الانفعالات	الاحتبار القبلي	30	6,8000	3,17751	,58013
	الاحتبار البعدي	30	4,3667	2,34128	,42746

## Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
الانفعالات	Hypothèse de variances égales	2,457	,122	3,377	58	,001	2,43333	,72061	,99089	3,87578
	Hypothèse de variances inégales			3,377	53,321	,001	2,43333	,72061	,98818	3,87848

## Test T

## Statistiques de groupe

	العلاجية_التربوية	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
المرض_إدراك	الاحتبار القبلي	30	42,5667	12,91266	2,35752
	الاحتبار البعدي	30	28,8333	9,28136	1,69454

## Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
المرض_إدراك	Hypothèse de variances égales	4,234	,044	4,730	58	,000	13,73333	2,90333	7,92168	19,54499
	Hypothèse de variances inégales			4,730	52,652	,000	13,73333	2,90333	7,90908	19,55758

## Test T

## Statistiques de groupe

	العلاجية_التربيه	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
ذاتية_فعالية	الاختبار_القلبي	30	29,8667	6,12363	1,11802
	الاختبار_البعدي	30	34,5667	4,15794	,75913

## Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
ذاتية_فعالية	Hypothèse de variances égales	4,752	,033	-3,478	58	,001	-4,70000	1,35139	-7,40509	-1,99491
	Hypothèse de variances inégales			-3,478	51,053	,001	-4,70000	1,35139	-7,41295	-1,98705

## Test T

## Statistiques de groupe

	القياس_نوع	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
البدني_التوظيف	قياس قبلي	30	85,3333	19,60530	3,57942
	قياس بعدي	30	85,1667	15,59085	2,84649

## Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur  
l'égalité des  
variances

## Test t pour égalité des moyennes

	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral )	Différen ce moyenn e	Différen ce erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
								Inférieur	Supérieur
البدني_التوظيف Hypothèse de variances égales	1,245	,269	,036	58	,971	,16667	4,57326	-8,98772	9,32105
Hypothèse de variances inégales			,036	55,20 1	,971	,16667	4,57326	-8,99761	9,33094

## Test T

## Statistiques de groupe

	القياس_نوع	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
جسم_دَح	قياس قبلي	30	68,3333	28,56732	5,21566
	قياس بعدي	30	75,0000	27,85430	5,08548

## Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur  
l'égalité des  
variances

## Test t pour égalité des moyennes

		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral )	Différenc e moyenne	Différenc e erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
جسم_دَح	Hypothèse de variances égales	,176	,676	-,915	58	,364	-6,66667	7,28458	-21,24834	7,91501
	Hypothèse de variances inégales			-,915	57,96 3	,364	-6,66667	7,28458	-21,24854	7,91521

## Test T

## Statistiques de groupe

	القياس نوع	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الألم	قياس قبلي	30	72,4167	19,02226	3,47297
	قياس بعدي	30	80,3333	16,97784	3,09972

## Test des échantillons indépendants

## Test de Levene sur l'égalité des variances

## Test t pour égalité des moyennes

		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
الألم	Hypothèse de variances égales	1,189	,280	-1,701	58	,094	-7,91667	4,65508	-17,23482	1,40149
	Hypothèse de variances inégales			-1,701	57,266	,094	-7,91667	4,65508	-17,23737	1,40403

## Test T

## Statistiques de groupe

	القياس_نوع	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
جسم_دَح	قياس قبلي	30	68,3333	28,56732	5,21566
	قياس بعدي	30	75,0000	27,85430	5,08548

## Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur  
l'égalité des  
variances

## Test t pour égalité des moyennes

		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral )	Différenc e moyenne	Différenc e erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
جسم_دَح	Hypothèse de variances égales	,176	,676	-,915	58	,364	-6,66667	7,28458	- 21,24834	7,91501
	Hypothèse de variances inégales			-,915	57,96 3	,364	-6,66667	7,28458	- 21,24854	7,91521

## Test T

## Statistiques de groupe

	القياس_نوع	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
العامة_الصحة_إدراك	قياس قبلي	30	67,9167	13,62966	2,48842
	قياس بعدي	30	72,5390	12,23924	2,23457

## Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur  
l'égalité des  
variances

## Test t pour égalité des moyennes

		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral )	Différenc e moyenne	Différenc e erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 % Supérieur Inférieur	
الصحة_إدراك _العامة	Hypothèse de variances égales	,647	,425	-1,382	58	,172	-4,62233	3,34448	-11,31704	2,07237
	Hypothèse de variances inégales			-1,382	57,34 1	,172	-4,62233	3,34448	-11,31868	2,07401

## Test T

## Statistiques de groupe

	القياس_نوع	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
التعب_الحيوية	قياس قبلي	30	60,7333	19,16162	3,49842
	قياس بعدي	30	73,1667	11,02375	2,01265

## Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur  
l'égalité des  
variances

## Test t pour égalité des moyennes

		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral )	Différenc e moyenne	Différenc e erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 % Supérieu r	
									Inférieur	
التعب_الحيوية	Hypothèse de variances égales	5,683	,020	-3,081	58	,003	- 12,43333	4,03605	- 20,51236	-4,35430
	Hypothèse de variances inégaies			-3,081	46,30 1	,003	- 12,43333	4,03605	- 20,55605	-4,31061

## Test T

## Statistiques de groupe

	القياس_نوع	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
العلاقات_الاجتماعية	قياس قبلي	30	74,1667	19,94965	3,64229
	قياس بعدي	30	82,9167	15,21517	2,77790

## Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur  
l'égalité des  
variances

## Test t pour égalité des moyennes

		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral )	Différen ce moyenn e	Différen ce erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
العلاقات_الاجتماعية	Hypothèse de variances égales	4,957	,030	-1,910	58	,061	-8,75000	4,58072	- 17,91931	,41931
	Hypothèse de variances inégaies			-1,910	54,20 8	,061	-8,75000	4,58072	- 17,93298	,43298

## Test T

## Statistiques de groupe

	القياس_نوع	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الانفعالية_دق	قياس قبلي	25	69,3336	27,08130	5,41626
	قياس بعدي	26	75,6415	25,91968	5,08327

## Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur  
l'égalité des  
variances

## Test t pour égalité des moyennes

		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral )	Différenc e moyenn e	Différenc e erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieu r
الانفعالية_دق	Hypothèse de variances égales	,011	,916	-,850	49	,399	-6,30794	7,42151	- 21,22202	8,60615
	Hypothèse de variances inégales			-,849	48,65 8	,400	-6,30794	7,42802	- 21,23775	8,62188

Test T

Statistiques de groupe

	القياس_نوع	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الصحة_العقلية	قياس قبلي	30	70,8000	15,86669	2,89685
	قياس بعدي	30	80,2667	9,85037	1,79842

Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur  
l'égalité des  
variances

Test t pour égalité des moyennes

		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différenc e moyenn e	Différenc e erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
الصحة_العقلية	Hypothèse de variances égales	6,945	,011	-2,776	58	,007	-9,46667	3,40970	-16,29192	-2,64141
	Hypothèse de variances inégales			-2,776	48,463	,008	-9,46667	3,40970	-16,32064	-2,61270

## Test T

## Statistiques de groupe

	القياس_نوع	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الحياة_نوعية	قياس قبلي	30	69,6850	14,54625	2,65577
	قياس بعدي	30	76,8690	10,83258	1,97775

## Test des échantillons indépendants

Test de Levene  
sur l'égalité des  
variances

## Test t pour égalité des moyennes

نوعية_الحياة	Hypothèse de variances égales	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral )	Différenc e moyenn e	Différen ce erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérie ur
نوعية_الحياة	Hypothèse de variances égales	3,192	,079	- 2,170	58	,034	-7,18400	3,31129	- 13,81226	-,55574
	Hypothèse de variances inégales			- 2,170	53,60 0	,034	-7,18400	3,31129	- 13,82386	-,54414

## Test T

## Statistiques de groupe

	القياس_نوع	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الانعكاسات	قياس قبلي	30	3,3000	2,18380	,39870
	قياس بعدي	30	4,6667	2,33907	,42705

## Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur  
l'égalité des  
variances

## Test t pour égalité des moyennes

		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral )	Différen ce moyenn e	Différen ce erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 % Supérieur	
									Inférieur	
الانعكاسات	Hypothèse de variances égales	,566	,455	-2,339	58	,023	-1,36667	,58424	-2,53616	-,19718
	Hypothèse de variances inégales			-2,339	57,72 8	,023	-1,36667	,58424	-2,53628	-,19706

## Test T

## Statistiques de groupe

	القياس_نوع	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
المدة	قياس قبلي	30	9,0000	1,17444	,21442
	قياس بعدي	30	9,3333	1,18419	,21620

## Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur  
l'égalité des  
variances

## Test t pour égalité des moyennes

		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral )	Différenc e moyenne	Différenc e erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
المدة	Hypothèse de variances égales	,085	,771	-1,095	58	,278	-,33333	,30450	-,94286	,27619
	Hypothèse de variances inégales			-1,095	57,99 6	,278	-,33333	,30450	-,94286	,27619

## Test T

## Statistiques de groupe

	القياس نوع	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
السيطرة	قياس قبلي	30	2,4000	1,86806	,34106
	قياس بعدي	30	4,0667	2,18037	,39808

## Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur  
l'égalité des  
variances

## Test t pour égalité des moyennes

	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral )	Différenc e moyenne	Différenc e erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
								Inférieur	Supérieur
السيطرة Hypothèse de variances égales	3,721	,059	-3,179	58	,002	-1,66667	,52420	-2,71597	-,61736
Hypothèse de variances inégales			-3,179	56,66 7	,002	-1,66667	,52420	-2,71650	-,61683

## Test T

## Statistiques de groupe

	القياس_نوع	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
العلاج	قياس قبلي	30	1,0333	1,06620	,19466
	قياس بعدي	30	1,9667	1,18855	,21700

## Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur  
l'égalité des  
variances

## Test t pour égalité des moyennes

		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral )	Différenc e moyenne	Différenc e erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
العلاج	Hypothèse de variances égales	2,385	,128	-3,202	58	,002	-,93333	,29151	-1,51686	-,34980
	Hypothèse de variances inégaies			-3,202	57,32 9	,002	-,93333	,29151	-1,51701	-,34966

## Test T

## Statistiques de groupe

	القياس نوع	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الهوية	قياس قبلي	30	3,7333	2,09981	,38337
	قياس بعدي	30	4,3667	1,60781	,29354

## Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur  
l'égalité des  
variances

## Test t pour égalité des moyennes

		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral )	Différenc e moyenne	Différenc e erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 % Supérieur	
									Inférieur	
الهوية	Hypothèse de variances égales	2,254	,139	-1,312	58	,195	-,63333	,48285	-1,59986	,33319
	Hypothèse de variances inégales			-1,312	54,30 6	,195	-,63333	,48285	-1,60126	,33459

## Test T

## Statistiques de groupe

	القياس_نوع	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
القلق	قياس قبلي	30	3,7667	2,17641	,39736
	قياس بعدي	30	4,2333	2,35889	,43067

## Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur  
l'égalité des  
variances

## Test t pour égalité des moyennes

		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral )	Différenc e moyenne	Différenc e erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
القلق	Hypothèse de variances égales	,002	,968	-,796	58	,429	-,46667	,58598	-1,63963	,70630
	Hypothèse de variances inégaies			-,796	57,62 8	,429	-,46667	,58598	-1,63979	,70646

## Test T

## Statistiques de groupe

	القياس_نوع	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الفهم	قياس قبلي	30	1,2333	1,30472	,23821
	قياس بعدي	30	1,8333	1,14721	,20945

## Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur  
l'égalité des  
variances

## Test t pour égalité des moyennes

		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différenc e moyenne	Différenc e erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieu r
الفهم	Hypothèse de variances égales	,852	,360	-1,892	58	,064	-,60000	,31720	-1,23494	,03494
	Hypothèse de variances inégaies			-1,892	57,066	,064	-,60000	,31720	-1,23516	,03516

## Test T

## Statistiques de groupe

	القياس نوع	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
	قياس قبلي	30	4,3667	2,34128	,42746
	قياس بعدي	30	4,5000	2,11318	,38581

## Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur  
l'égalité des  
variances

## Test t pour égalité des moyennes

		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral )	Différenc e moyenn e	Différenc e erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
الانفعالات	Hypothèse de variances égales	,504	,481	-,232	58	,818	-,13333	,57582	-1,28597	1,01930
	Hypothèse de variances inégaies			-,232	57,40 1	,818	-,13333	,57582	-1,28622	1,01956

## Test T

## Statistiques de groupe

	القياس_نوع	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
المرض_إدراك	قياس قبلي	30	28,8333	9,28136	1,69454
	قياس بعدي	30	34,8667	9,16038	1,67245

## Test des échantillons indépendants

Test de Levene  
sur l'égalité des  
variances

## Test t pour égalité des moyennes

		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral )	Différen ce moyenn e	Différen ce erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
المرض_إدراك	Hypothèse de variances égales	,002	,964	- 2,534	58	,014	-6,03333	2,38087	- 10,79916	-1,26750
	Hypothèse de variances inégales			- 2,534	57,99 0	,014	-6,03333	2,38087	- 10,79918	-1,26749

## Test T

## Statistiques de groupe

	القياس_نوع	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
ذاتية_فعالية	قياس قبلي	30	34,5667	4,15794	,75913
	قياس بعدي	30	30,1000	3,04393	,55574

## Test des échantillons indépendants

Test de  
Levene sur  
l'égalité des  
variances

## Test t pour égalité des moyennes

		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différen ce moyenn e	Différenc e erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieu r	Supérieur
ذاتية_فعالية	Hypothèse de variances égales	1,83 5	,181	4,74 8	58	,000	4,46667	,94082	2,58342	6,34991
	Hypothèse de variances inégales			4,74 8	53,14 8	,000	4,46667	,94082	2,57975	6,35358