

جامعة الجزائر*02*

أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علوم التربية

**إستراتيجيات وقائية مقترحة لتفعيل الرعاية الصحية
والنفسية للحد من البتر لدى مرضى السكري**

دراسة ميدانية على مجموعة من مرضى السكري بولاية المسيلة

رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في التربية الخاصة

إشراف الأستاذة:

ا.د/ سامية شويعل

إعداد الطالبة:

حبيفة ضيف الله

السنة الجامعية: 2016/2015

شكر و عرفان

الحمد الذي قرن الشكر بالذكر وهو عز من قائل في كتابه الكريم:

(وَلَنِّ شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ) [١٧٨١ إبراهيم الآية: 7]

الحمد الله رب العالمين على تمام فضله وإحسانه بعد أن من علي بإتمام هذه الدراسة والصلاة والسلام على سيدنا محمد عبده ورسوله وعلى آله وصحبه.

في البداية يسعدني ويشرفني أن أتقدم بأسمى آيات الشكر وعظيم الامتنان للأستاذة الدكتورة "سامية شويل" التي تفضلت بالإشراف على هذه الرسالة، ولنصائحها وتوجيهاتها القيمة الدور الكبير في ظهور هذه الرسالة في هذه الصورة وخروجها إلى حيز الوجود.

كما لا يفوتني أن أتقدم بأسمى عبارات الامتنان الممزوجة بالحب إلى والدتي الكريمة حفظها الله وإلى روح أبي الطاهرة "رحمه الله"

ويسرني أن أتقدم بجزيل الشكر والعرفان للدكتور "إبراهيم رضا الأشرم" من جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالمملكة العربية السعودية، والذي كان بمثابة المشرف الثاني على هذه الرسالة وعلى كل ما قدمه لي من نصائح ومساعدات لا تقدر بثمن جزاه الله عني خير الجزاء.

كما أتوجه بالشكر الجزيل إلى أختي وابنة عمي "رزيقة" ورفيقتي خلال كل مراحل تطبيق هذه الدراسة.

و لا أنسى أن أقدم الشكر لابن أختي العزيز وأستاذ المستقبل "ضياء الدين" والذي كان رفيقي خلال قيامي بالدراسة الميدانية.

والشكر موصول إلى مرضى السكري وكل أفراد عينة الدراسة.

وإلى كل من قدم لي عوناً أو مساعدة أثناء إنجاز هذا العمل من قريب أو بعيد.

حبيبة

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة اثر إستراتيجيات وقائية مقترحة لتفعيل الرعاية الصحية والنفسية موجهة إلى مرضى السكري للوقاية من مضاعفات القدم، فتم تطبيق مجموعة من المقاييس:

_ مقياس الصحة الجسمية: من إعداد الباحثة ويتكون من أربعة أبعاد " الصحة العامة، النشاط الرياضي، الغذاء الصحي، رعاية قدم السكري".

_ مقياس الصحة النفسية : إعداد الباحثة.

_ مقياس العناية الذاتية: من إعداد تغريد الشطي 2014، ومن خلال تطبيق المنهج التجريبي

على عينة مكونة من 12 فرد من المصابين بالداء السكري النوع الأول مقسمين إلى مجموعتين
مجموعة تجريبية (6) ومجموعة ضابطة (6) فتوصلت النتائج إلى ما يلي:

_ للإستراتيجيات المقترحة الاثر في تفعيل الرعاية الصحية والنفسية للوقاية من البتر المكتسب لدى مرضى السكري.

_ وجود فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة كل من " الصحة العامة، النشاط الرياضي، الغذاء الصحي، رعاية قدم السكري" للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

_ وجود فروق دالة بين القياس القبلي و البعدي في درجة كل من " الصحة العامة، النشاط الرياضي، الغذاء الصحي، رعاية قدم السكري" للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

_ وجود فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة " العناية الذاتية، الصحة النفسية" للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

_ وجود فروق دالة بين القياس القبلي و البعدي في درجة كل من " العناية الذاتية، الصحة النفسية" للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

فأوصت الدراسة بضرورة إجراء المزيد من هذه الدراسات المتعلقة بالرعاية الصحية والنفسية وتفعيلهما معا لمنع المضاعفات الخطيرة عند مرضى السكري وفي مقدمتها مضاعفات القدم.

Abstract:

This study aims at knowing the impact of a suggested strategy to activate the physical and psychological care directed at diabetics to delimit the consequences of foot amputation. Certain parameters were applied :

Physical health parameter: (set by the researcher)It is composed of four dimensions " general health ,athletic activity, healthy food ,diabetics' foot care", psychological health parameter: (set by the researcher) ,and self-care parameter : (set by Taghrid Suliman Echati)The experimental approach was applied on a sample of 12 type one diabetics divided into two groups: an experimental group (6 people) and a standard group (6 people). The following results were found :

- The suggested strategy has an impact in activating the physical and psychological care to delimit the consequences of foot amputation acquired by diabetics
- There are major differences between the experimental and the standard groups at the level of " general health ,athletic activity, healthy food ,diabetics' foot care" to delimit the acquired amputation in the subsequent measurement
- There are major differences between the experimental and the standard groups at the level of " self-care ,psychological health " to delimit the acquired amputation in the subsequent measurement.
- There are major differences between the prior and subsequent measurement at the level of " self-care , psychological health" to delimit the acquired amputation in the experimental group .

This study recommended the necessity to do more of these studies related to health and psychological care and detailing them together to delimit the dangerous consequences that diabetics have especially foot consequences

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
	ملخص الدراسة.
	شكر وعرفان.
	إهداء.
	فهرس المحتويات.
	فهرس الجداول.
	فهرس الأشكال.
	فهرس الملاحق.
أ	مقدمة.
	الجانب النظري
	الفصل الأول "الإطار العام للدراسة"
06	1- الإشكالية
10	2- الفرضيات.
12	3- أهمية الدراسة.
12	4- أهداف الدراسة.
14	5- أسباب اختيار الموضوع.
15	6- تحديد مصطلحات الدراسة.
23	7- الدراسات السابقة.
	الفصل الثاني "الرعاية الصحية والنفسية"
	• تمهيد.
41	أولاً: الرعاية الصحية.
41	1. تعريف الصحة.
43	2_1 تعريف الصحة الجسمية.
43	2_2 خصائص (سمات) الصحة الجسمية.
44	3_2 العوامل المؤثرة في الصحة الجسمية.

45	2_4 العوامل التي تفرز مستويات الصحة.
47	3_1 تعريف الرعاية الصحية.
47	3_2 أهمية الرعاية الصحية.
49	3_3 أنواع الخدمات الصحية.
52	3_4 فريق الرعاية الصحية والطبية.
53	3_5 العوامل المؤثرة في الرعاية الصحية.
54	3_6 عيوب في تقديم الخدمات الصحية.
55	3_7 بعض الطرق و الوسائل الطبية المستخدمة في الرعاية الصحية.

ثانيا: الرعاية النفسية.

• تمهيد

57	1. تعريف الصحة النفسية.
60	2. أهمية الصحة النفسية.
61	3. مظاهر الصحة النفسية.
63	4. فريق الرعاية النفسية.
64	5. الاضطرابات النفسية المصاحبة للأمراض المزمنة.

• خلاصة.

الفصل الثالث "مرض السكري"

• تمهيد.

78	1. تعريف مرض السكري.
81	2. نبذه تاريخية على ظهور مرض السكري.
82	3. انتشار مرض السكري.
83	4. غدة البنكرياس و هرمون الأنسولين.
86	5. آلية حدوث مرض السكري.
87	6. أسباب مرض السكري.
90	7. أعراض مرض السكري.
91	8. تشخيص مرض السكري.

93	9. أنواع مرض السكري.
97	10. علاج مرض السكري.
99	11. التغذية ومرض السكري.
100	12. النشاط الرياضي ومرض السكري.
102	13. مضاعفات مرض السكري.
106	14. قدم السكري.
111	15. الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكري.
112	16. الوقاية من مرض السكري ومضاعفاته.
	• خلاصة.

الفصل الرابع "البتر المكتسب "

	• تمهيد .
117	1. تعريف البتر المكتسب.
118	2. انتشار البتر المكتسب.
119	3. أسباب البتر المكتسب.
122	4. أنواع البتر المكتسب.
125	5. طرف الشبح.
126	6. البتر عند مريض السكري.
127	7. الآثار النفسية والاجتماعية للمصاب بالبتر.
127	8. فريق تأهيل حالات البتر.
127	9. تأهيل المصاب بالبتر.
131	10. الخدمات المقدمة للأشخاص مبتوري الأطراف.
	• خلاصة.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس "إجراءات الدراسة الميدانية"

	• تمهيد.
136	1 - الدراسة الاستطلاعية.

156	2- المنهج المستخدم في الدراسة.
157	3- مجتمع وعينة الدراسة.
159	4- أدوات الدراسة.
168	5- مجالات الدراسة.
169	6- إجراءات الدراسة الأساسية.
169	7- الأساليب الإحصائية.
	• خلاصة.

الفصل السادس "عرض وتحليل ومناقشة النتائج"

• تمهيد.

أولاً: عرض وتحليل نتائج الدراسة.

175	1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.
176	2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.
177	3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة.
178	4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة.
179	5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة.
179	6- عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة.
180	7- عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة.
181	8- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة.
182	9- عرض وتحليل نتائج الفرضية التاسعة.
183	10- عرض وتحليل نتائج الفرضية العاشرة .
184	11- عرض وتحليل نتائج الفرضية الحادية عشر .
185	12- عرض وتحليل الفرضية الثانية عشر
186	13- عرض وتحليل الفرضية الرئيسية.

ثانياً: تفسير ومناقشة نتائج الدراسة.

187	1. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى.
191	2. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية.

193	3. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة.
195	4. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة.
197	5. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة.
200	6. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة.
202	7. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة.
206	8. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة.
206	9. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية التاسعة.
208	10. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية العاشرة.
210	11. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الحادية عشر.
214	12. تفسير ومناقشة الفرضية المتعلقة بالفرضية الثانية عشر.
215	13. تفسير ومناقشة الفرضية الرئيسية.
	• خلاصة.
219	الاستنتاج العام.
222	خاتمة.
223	الاقتراحات.
225	قائمة المراجع.
	الملاحق.

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	مقارنة بين السكري النوع الأول والثاني.	96
02	التقسيمات الطبية الفنية للمعوقين ببتير الأطراف.	124
03	معامل الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية لبعء الصحة العامة.	147
04	معامل الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية لبعء النشاط الرياضي.	148
05	معامل الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية لبعء الغذاء الصحي.	148
06	معامل الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية لبعء رعاية القدم.	149
07	دلالة الفروق بين متوسطات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا في مقياس الصحة الصحية الجسمية.	150
08	معامل ثبات مقياس الصحة الجسمية بطريقة الفا كرونباخ.	151
09	معامل ثبات مقياس الصحة الجسمية بطريقة التجزئة النصفية.	151
10	معامل الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية.	152
11	دلالة الفروق بين متوسطات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا في مقياس الصحة النفسية.	153
12	معامل ثبات مقياس الصحة النفسية بطريقة الفا كرونباخ.	153
13	معامل ثبات مقياس الصحة النفسية بطريقة التجزئة النصفية.	154
14	معامل الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية لمقياس العناية الذاتية.	154
15	دلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين العليا والدنيا في مقياس العناية الذاتية.	155
16	معامل ثبات مقياس العناية الذاتية بطريقة الفا كرونباخ.	156
17	معامل ثبات العناية الذاتية بطريقة التجزئة النصفية.	156
18	يمثل تكافؤ المجموعتين (التجريبية_الضابطة).	159
19	العبارات السالبة والموجبة في مقياس الصحة النفسية.	163
20	معاملات الثبات لدى العينة الكلية على مقياس العناية الذاتية لدى مرضى السكري.	165
21	معاملات الثبات لدى العينة الكلية على مقياس العناية الذاتية بطريقة إعادة تطبيق الاختبار لدى مرضى السكري.	166
22	قيمة مان ويتني (Mann-Whitney) لدلالة الفروق بين المجموعتين (التجريبية - الضابطة) في درجة بعد الصحة العامة.	175
23	قيمة ويلكوكسن (Wilcoxon) لدلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية	176

	(قياس قبلي - قياس بعدي) في درجة الصحة العامة.	
177	قيمة مان ويتتي (Mann-Whitney) لدلالة الفروق بين المجموعتين (التجريبية - الضابطة) في بعد النشاط الرياضي.	24
178	قيمة ويلكوكسن (Wilcoxon) لدلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية (قياس قبلي - قياس بعدي) في درجة النشاط الرياضي.	25
179	قيمة مان ويتتي (Mann-Whitney) لدلالة الفروق بين المجموعتين (التجريبية - الضابطة) في بعد الغذاء الصحي.	26
180	قيمة ويلكوكسن (Wilcoxon) لدلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية (قياس قبلي - قياس بعدي) في درجة بعد الغذاء الصحي.	27
181	قيمة مان ويتتي (Mann-Whitney) لدلالة الفروق بين المجموعتين (التجريبية - الضابطة) في بعد رعاية القدم.	28
182	قيمة ويلكوكسن (Wilcoxon) لدلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية (قياس قبلي - قياس بعدي) في درجة رعاية القدم.	29
183	قيمة مان ويتتي (Mann-Whitney) لدلالة الفروق بين المجموعتين (التجريبية - الضابطة) في درجة مقياس العناية الذاتية.	30
184	قيمة ويلكوكسن (Wilcoxon) لدلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية (قياس قبلي - قياس بعدي) في درجة مقياس العناية الذاتية.	31
185	قيمة مان ويتتي (Mann-Whitney) لدلالة الفروق بين المجموعتين (التجريبية - الضابطة) في درجة مقياس الصحة النفسية.	32
186	قيمة ويلكوكسن (Wilcoxon) لدلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية (قياس قبلي - قياس بعدي) في درجة مقياس الصحة النفسية.	33

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل أو المخطط	الصفحة
1	يمثل التصميم شبه التجريبي للدراسة.	157

فهرس الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق
1	استمارة الخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية لمرضى السكري: إعداد الباحثة.
2	المخطط المقترح لاستراتيجيات تفعيل الرعاية الصحية والنفسية للوقاية من البتر المكتسب لدى مرضى السكري.
3	بطاقة المتابعة لمختلف الجلسات لمرضى السكري
4	كيفية إجراء المقاسات واختبار حذاء مريض السكري.
5	مقياس الصحة الجسمية بأبعاده "الصحة العامة، النشاط الرياضي، الغذاء الصحي، رعاية القدم": إعداد الباحثة.
6	قائمة المحكمين "الأساتذة والأطباء" على مقياس الصحة الجسمية.
7	مقياس الصحة النفسية : إعداد الباحثة.
8	مقياس العناية الذاتية:إعداد وترجمة "تغريد سليمان الشطي".
9	بطاقة المتابعة اليومية لمرضى السكري "إعداد الباحثة".
10	بطاقة مراقبة مريض السكري أثناء ممارسة الرياضة "إعداد الباحثة".
11	نتائج خدمات الصحة العامة الموجهة لمرضى السكري.
12	نتائج خدمات النشاط الرياضي الموجهة لمرضى السكري.
13	نتائج خدمات الغذاء الصحي الموجهة لمرضى السكري.
14	نتائج خدمات رعاية قدم مريض السكري.
15	نتائج خدمات الصحة النفسية الموجهة لمرضى السكري.

مقدمة

إن الإحصائيات تتفاوت بين مختلف الشعوب والدول في نسب الإصابة بمرض السكري، حيث تبلغ النسبة العالمية لانتشاره حوالي 6% وهي نسبة عالية مقارنة بما كانت عليه خلال عقدين من الزمن.

حيث تتوقع منظمة الصحة العالمية أن عدد البالغين المصابين بالداء السكري سيتضاعف بحلول عام 2025 م ليصل حوالي إلى 300 مليون نسمة أي بنسبة 122% معظمهم من الدول النامية، بما ينذر بحدوث وباء عالمي في غضون العقدين القادمين. وتؤكد المؤشرات الحالية أن أعداد الحالات الجديدة التي يتم تشخيصها سنويا في تزايد مستمر في كل دول العالم تقريبا، مما يشكل تحديا للخدمات الصحية في كافة أقطار العالم.

(الزهراني، 2006: 6-7)

والجزائر كباقي هذه الدول يهددها خطر انتشار هذا المرض حيث أعلنت الفيدرالية الوطنية لمرضى السكري عشية إحياء اليوم العالمي لهذا الداء إصابة 5,3 مليون جزائري بمرض السكري، رقم يرى الأخصائيون أنه مرعب، خاصة في ظل انتشار المرض بين الفئات الشابة. ولأن هذا المرض لا يمكن الشفاء منه لأنه يلزم المريض به بقية عمره لهذا كان لابد من رعاية طبية خاصة تحيط بجميع النواحي الجسمية والنفسية للمريض وهذه الرعاية تقع على عاتق الدولة بالدرجة الأولى وقد تكلف كثيرا من الناحية الاقتصادية.

حيث تبلغ التكاليف السنوية المباشرة للرعاية الصحية لمرضى السكر الذين تتراوح أعمارهم بين (20_79) عاما (153) مليار دولار على الأقل على مستوى العالم، وربما وصلت هذه التكاليف إلى (286) مليار أو أكثر إذا تحققت التوقعات الخاصة بانتشار المرض السكر في السنوات القادمة فربما تصل هذه التكاليف المباشرة إلى (213)_ (396) مليار دولار في عام (2025) بنسبة 7_13% من الميزانية العامة للرعاية الصحية.

(الهجان، 2008: 9)

وربما أن هذه التكاليف تكون أكبر لو أصيب المريض بالمضاعفات وأخطرها مضاعفات القدم لهذا كان من الأهمية تثقيف المرضى عن مرضهم أكثر لتجنب هذه المضاعفات قد الإمكان.

حيث أن كل مريض بالسكري معرض للإصابة بالقدم السكري بنسبة لا تقل عن 15%،

وهي نسبة عالية يجب أن تحفزنا لزيادة الاهتمام بأقدام مرضى داء السكري لتفادي مضاعفات

قدم السكري وما ينتج عنها من تهديد لحياة المريض وصحته، وللحد من التكاليف الباهضة على الدولة والمريض. (القرني وآخرون 2004: 3)

لهذا جاءت هذه الدراسة للاهتمام بهذا الجانب بالتحديد وهو جانب الوقاية من مضاعفات القدم وأخطرها مضاعفات بتر القدم بواسطة تفعيل الرعاية الصحية الجسمية والنفسية. ولقد تناولت الباحثة هذا الموضوع الذي يحتوي على جانب نظري وجانب تطبيقي وفق خطة اشتملت على مقدمة وستة فصول وخاتمة موزعة بالشكل التالي:

المقدمة: كانت عبارة عن إثارة وتقديم للموضوع محل الدراسة.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة.

خصص كإطار عام للدراسة ويحتوي على: عرض الإشكالية والفرضيات والأهمية ثم الأهداف، أسباب اختيار الموضوع تحديد أهم المصطلحات الواردة في متغيرات الدراسة، وأخيرا أهم الدراسات السابقة التي لها علاقة بموضوع الدراسة.

الفصل الثاني: الرعاية الصحية والنفسية.

ونتناول في هذا الفصل عنصرين:

- **الرعاية الصحية:** يتعلق بالصحة الجسمية ومختلف الخدمات الصحة ويضم: تعريف الصحة، الصحة الجسمية وتضم (تعريفها، خصائصها، العوامل المؤثرة فيها، العوامل التي تفرز مستوياتها)، الرعاية الجسمية وتضم (تعريفها، أهميتها، أنواعها الخدماتية فريق الرعاية الصحية والطبية، العوامل التي تؤثر فيها، عيوب في تقديم الخدمات الصحية، بعض الوسائل الطبية المستخدمة في تقديم الرعاية).
- **الرعاية النفسية:** يتعلق بالصحة النفسية ويضم: تعريفاتها، أهميتها، خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية، فريق الصحة النفسية، الأمراض النفسية المصاحبة للأمراض المزمنة.

الفصل الثالث: مرض السكري.

تناولت فيه الباحثة مرض السكري ويتضمن تعريفات لمرض السكري، نشأة مرض السكري، انتشار مرض السكري، غدة البنكرياس وهرمون الأنسولين، التفسير العلمي لمرض السكري، أسباب مرض السكري، أعراض مرض السكري، تشخيص مرض السكري، أنواع مرض السكري، علاج السكري، الغذاء مرض السكري، النشاط الرياضي ومرض السكري، مضاعفات

مرض السكري، قدم السكري، الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكري، مفاتيح الوقاية من مرض السكري ومضاعفاته.

الفصل الرابع: البتر المكتسب.

يتعلق هذا الفصل بالبتر المكتسب ويضم: تعريفه ونسبة انتشاره، أسبابه، أنواعه، طرف الشبح، الآثار النفسية والاجتماعية للمصاب بالبتر، فريق التأهيل لحالات البتر، البتر ومرض السكري، الخدمات المقدمة للأشخاص مبتوري الأطراف بعد الجراحة، وفي الأخير تأهيل المصابين بالبتر.

الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية.

فقد تناولت فيه الباحثة الدراسة الاستطلاعية وأهدافها، الخصائص السيكمترية لأدوات القياس المستخدمة في الدراسة والمنهج المتبع في الدراسة، مجتمع وعينة الدراسة، أدوات الدراسة، ثم مجالات الدراسة، إجراءات الدراسة الأساسية وفي الأخير الأساليب الإحصائية.

الفصل السادس: عرض ومناقشة وتحليل النتائج في ضوء الفرضيات.

ويقسم إلى:

- أولاً: عرض وتحليل النتائج.
- ثانياً: تفسير ومناقشة النتائج.

الجانبي
النظري

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

- 1 - الإشكالية.
- 2 - الفرضيات.
- 3 - أهمية الدراسة.
- 4 - أهداف الدراسة.
- 5 - أسباب اختيار الموضوع.
- 6 - تحديد مصطلحات الدراسة.
- 7 - الدراسات السابقة.

1_ إشكالية الدراسة:

يعتبر المرض من أخطر العوامل التي تهدد حياة الإنسان وإمكاناته لما له من أثر على الجوانب الجسمية والنفسية، ولاسيما إن كان هذا المرض مرافق وملازم للمصاب به مدى الحياة، لهذا قد يحتاج هؤلاء المرضى إلى ضرورة توفير الخدمات الصحية سواء الخدمات العلاجية أو الوقائية بواسطة الرعاية الصحية، إما عن طريق مراجعة الفرد للمؤسسة الصحية التي يتوفر لها العلاج المناسب للحالة المرضية أو عن طريق تقديم الخدمات الوقائية والتثقيفية عن كيفية التعايش مع المرض بغية تجنب المضاعفات.

ومن بين هذه الأمراض التي تعد الأكثر انتشارا في وقتنا الحالي داء السكري الذي أصبح يهدد حياة الفرد نظرا لتغلغله في كل أنحاء الجسم، مما قد ينجر عنه فتك بكل الأعضاء، خاصة إذا لم تقدم للمصاب به العناية والرعاية اللازميتين.

وفي هذا الصدد أكد المؤتمر الدولي للسكر الذي عقد في باريس في عام (2003) أن مرض السكر يعد أخطر كارثة صحية تواجه العالم حاليا، كما أشار (بول زيميت) مدير المعهد الدولي للسكر انه إذا كان العالم قد انشغل باللايدز في آخر عشرين سنة من القرن العشرين فان العالم سيضطر للانشغال بمرض السكر في أول العشرين سنة من القرن الواحد والعشرين، أما منظمة الصحة العالمية فقد أوضحت في تقرير موجز لها أن مرض السكر في العالم أوشك أن يتحول إلى وباء. (الهجان، 2008: 6)

حيث يعتبر الداء السكري من الأمراض التي تصيب الفرد وتستمر معه طوال الحياة ولذلك فهو يحتاج إلى استمرارية في العلاج وإلى المتابعة الطبية، فهو ليس كغيره من الأمراض المعتادة، لأنه لا يصيب عضوا أو جزءا فقط من أعضاء الجسم وإنما يصيب ويؤثر تأثيرا سلبيا على كل أعضاء الجسم بداية من الجلد ونهاية بالعظم مرورا على كل الأنسجة والأجهزة من قلب وأوعية دموية وأعصاب وعضلات. (ذو الفقار، 2006)

لهذا وجب الاهتمام بفئة المصابين بداء السكري عن طريق تقديم الرعاية لهم لمنع تفاقم المرض وحدوث المضاعفات.

الفصل الأول — الإطار العام للدراسة

وتتطلب الرعاية الصحية لهذا المرض تفهما كاملا من قبل المصاب لطبيعة المرض ومساهمة فعلية مستمرة في تنفيذ علاجه، حيث يعتبر التكيف الصحي للمصابين وأفراد عوائلهم ركنا أساسيا من أركان العلاج، بدونها لا يمكن تحقيق أي شكل من أشكال السيطرة على هذا المرض وتجنب آثاره ومضاعفاته الخطيرة. (حسنين، 1989: 6)

وهذا ما أكدته دراسة باسيلي وآخرون (Bassili et al, 2001) التي تحصلت على فروق بين الأطفال المصابين بالسكري المؤمنين صحيا والذين يتلقون الرعاية الصحية والأطفال غير المؤمنين الذين لا يتلقون الرعاية الصحية الكاملة، حتى أن المضاعفات توجد عندهم أكثر من الأطفال المؤمنين صحيا نتيجة غياب التكيف الصحي.

ونظرا لأن هذا النوع من الأمراض يرافق المصاب مدى الحياة فقد تصاحبه أعراض نفسية قد تؤثر على المريض وتزيد من تأزم المرض لديه.

ففي دراسة قام بها شو (Choe) اتضح أن مرضى السكري يظهر عليهم التعب، وسهولة الاستثارة، والاكتئاب وتدهور في الجانب النفسي الجنسي وأن التأثير النفسي لمرض السكر يشمل الضغط العام والخوف والشعور بالعجز والاكتئاب والغضب.

(حسن، 2006: 53)

لهذا وجب توفير رعاية نفسية تساهم في الدعم النفسي للمريض وتجعله يتعايش مع مرضه بصفة عادية.

و لأن أول مطلب يحتاجه المصاب بالمرض المزمن وأفراد أسرته في مساعدتهم على التكيف مع المشكلة الصحية هي تزويدهم بالمعلومات المتعلقة بالمرض، وتطوره، وعلاجه، وماله (أو إنذاره) أي ما سيؤول إليه مستقبلا، فإن الدعم يعتبر ضروريا جدا لتحسين تكيف المريض وتكيف أسرته مع الأزمة الصحية. (عبد الله، 2012: 489)

وهذا ما أكدته دراسة بكيري (2012) التي توصلت إلى وجود اثر دال إحصائيا لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة الاكتئاب لدى عينة الأطفال المراهقين المصابين بمرض السكري.

الفصل الأول ————— الإطار العام للدراسة

فمرض السكري هو مرض صامت وغير مؤلم وتطوره يكون دائما نحو المضاعفات الاليفية خاصة الانحلالية التي تساهم في تعفن الأعضاء، وبسبب غياب الألم عند مريض السكري في الجزء المسئول عن التطور الخطير للإصابة تحدث المضاعفات بسرعة ودون سابق إنذار، لهذا في حالات مرض السكري تقدر أهمية الوقاية بشكل كبير.

(Diarra,2006)

ومن بين هذه المضاعفات التي تعتبر الأخطر هي إصابات القدم، وذلك لعدم اهتمام مريض السكر بقدميه وأيضاً لأن القدم تعتبر هي العضو الأكثر عرضة لمخاطر الوسط الخارجي وعوامله المختلفة.

لهذا قد يصاب مريض السكري بقرح وجروح ولغيااب الألم عنده مع غياب الرعاية والإهمال فقد يؤدي هذا إلى بتر قدمه المصابة مباشرة دون سابق إنذار، وذلك بعد استفحال التعفن على مستواها نتيجة غياب الآلام أو ضعفها وجهل المريض بخطورة الإصابة عنده، مما قد ينتج عنه النتيجة الأخطر وهي بتر القدم.

وهذا ما أكدته دراسة ديارا (Diarra,2006) التي أجراها في مستشفى نياناكورا (Nianankoro) بمالي حيث وجد أن المضاعفات الأكثر تكرارا عند مريض السكري هي قدم السكري (le pied diabétique) فكانت نسبة حوالي 60% من البتر غير الناتجة عن الرضوض بل هذه النسبة ناتجة عن مرض السكري بالتحديد.

والجزائر مثلها مثل دول العالم ليست ببعيدة عن هذه المضاعفات الخطيرة. فالإصابة بقدم السكري تهدد 200 ألف مريض جزائري ببتير القدم إضافة إلى إصابة 80 بالمائة من مرضى السكري في الجزائر بضغط الدم الشرياني مما يشكل أخطارا ومعاناة مزدوجة.

(سمية.ب،2013)

فيقر المجلس السكري الاسترالي "Australian Diabetes Council" أنه لا يوجد شفاء لمرض السكري ولكن مع الإدارة السليمة يمكن لمعظم الناس أن يتمتعوا بحياة كاملة ونشيطة وتأخير أو منع المضاعفات على المدى الطويل، ولتأمين الصحة المثلى فإن الأشخاص الذين يعانون من السكري وأسرهم بحاجة إلى فهم الكثير حول هذا المرض.

الفصل الأول ————— الإطار العام للدراسة

لهذا وجب تقديم الرعاية الكاملة بمختلف جوانبها الصحية والنفسية لهؤلاء المرضى وذلك لتفادي مجمل المضاعفات الخطيرة التي قد تتجم عن مرض السكري وأولى هذه المضاعفات البتر الناتج عن تعفن قدم المريض.

كما أكدت الباحثة في دراسة قامت بها على مرضى السكري (2015) بعنوان إستراتيجية الخدمات الصحية والنفسية الاجتماعية للحد من البتر المكتسب لدى مرضى السكري حيث تحصلت نتائجها على وجود قصور في تقديم مختلف الخدمات الصحية والنفسية لمرضى السكري فيما عدا الخدمات الاجتماعية مما ينتج عنها مضاعفات خطيرة على كل أعضاء جسم المريض وخطر هذه المضاعفات بتر القدم، لهذا تأكد للباحثة ضرورة تفعيل هذه الخدمات وعلى رأسها الخدمات الوقائية لتجنب المضاعفات، فأقدمت على محاولة وضع مجموعة من الخدمات الرعاية على مستويات عدة "الصحة العامة، النشاط الرياضي، الغذاء الصحي رعاية القدم، العناية الذاتية، الرعاية النفسية" في شكل استراتيجيات للوقاية من البتر عند مريض السكري النوع الأول بغية تغيير العادات والأفكار الخاطئة وتعويضها بعادات صحية سليمة معتمدة في ذلك على الإسناد النظري للنظرية المعرفية السلوكية كطريقة من طرق العلاج.

"العلاج المعرفي السلوكي في صورته الواسعة يشمل كل الطرائق التي من شأنها أن تخفف الضيق النفسي عن طريق تصحيح المعارف الذهنية الخاطئة والإشارات الذاتية المغلوطة، ولا يعني التركيز على التفكير وإهمال الاستجابات الانفعالية التي تعد المصدر المباشر للضيق بصفة عامة، إنما يعني ببساطة أننا نقارب انفعالات الشخص من خلال معرفته أو من طريقة تفكيره. وتصحيح الاعتقادات الخاطئة يمكن إخماد الاستجابات الانفعالية الزائدة وغير المناسبة، أو تغييرها". (بكيري، 2012: 108)

ومن هذا المنطلق صيغت عدة تساؤلات تمثلت في:

التساؤل الرئيسي:

— هل للإستراتيجيات المقترحة اثر في تفعيل الرعاية الصحية والنفسية للوقاية من البتر المكتسب لدى مرضى السكري؟

التساؤلات الفرعية:

1. هل توجد فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة الصحة العامة للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي؟
2. هل توجد فروق دالة بين القياس القبلي و البعدي في درجة الصحة العامة للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية؟
3. هل توجد فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة النشاط الرياضي للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي؟
4. هل توجد فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة النشاط الرياضي للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية؟
5. هل توجد فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة الغذاء الصحي للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي؟
6. هل توجد فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة الغذاء الصحي للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية؟
7. هل توجد فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة رعاية القدم للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي؟
8. هل توجد فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة رعاية القدم للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية؟
9. هل توجد فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة العناية الذاتية للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي؟
10. هل توجد فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة العناية الذاتية للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية؟
11. هل توجد فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة الصحة النفسية للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي؟

12. هل توجد فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة الصحة النفسية للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية؟

2_ الفرضيات:

وعلى ضوء التساؤلات السابقة جاءت الفرضيات متمثلة في العديد من الفرضيات بغية الإلمام بجميع الجوانب التي تخدم موضوع الدراسة وهي كالآتي:

الفرض الرئيسي:

_ للإستراتيجيات المقترحة اثر في تفعيل الرعاية الصحية والنفسية للوقاية من البتر المكتسب لدى مرضى السكري.

الفرضيات الفرعية:

1. توجد فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة الصحة العامة للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

2. توجد فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة الصحة العامة للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

3. توجد فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة النشاط الرياضي للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

4. توجد فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة النشاط الرياضي للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

5. توجد فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة الغذاء الصحي للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

6. توجد فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة الغذاء الصحي للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

7. توجد فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة رعاية القدم للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

الفصل الأول ————— الإطار العام للدراسة

8. توجد فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة رعاية القدم للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

9. توجد فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة العناية الذاتية للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

10. توجد فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة العناية الذاتية للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

11. توجد فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة الصحة النفسية للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

12. توجد فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة الصحة النفسية للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

3- أهمية الدراسة: تتمثل أهمية الدراسة الحالية في:

_ قلة الدراسات العربية التي تناولت موضوع مضاعفات السكري الخاصة ببتر الأطراف إن لم تكن منعدمة، وبالتالي تعتبر هذه الدراسة كمرجع للمرضى والعاملين مع هذه الفئات.

_ فهذه الدراسة تجمع بين الجانب الجسمي الفيزيولوجي والجانب النفسي وبالتالي قد تكون لها فعالية اكبر لمنع حدوث المضاعفات على المدى البعيد.

_ انعدام العيادات الخاصة بالعناية بقدم السكري على مستوى الجزائر هذا ما يجعل أهمية ممارسة الوقاية الأولية إلزامية بواسطة التربية العلاجية قبل استفحال المرض وظهور المضاعفات خاصة مضاعفات القدم والتي تحتم إجراء البتر.

_ تقييم دليل مبسط للمرضى لكي يتماشوا مع مرضهم بطريقة سليمة، ولكي يتسنى لهم العناية الذاتية بأنفسهم.

_ تفعيل مختلف التخصصات للعمل مع هذا النوع من المرضى، نظرا لأن هذا المرض يؤثر على عدة جوانب عضوية ونفسية.

_ انتشار السكري بأعداد مخيفة تجعل التدخل حتمي للوقاية من مضاعفاته الخطيرة على المدى البعيد.

الفصل الأول ————— الإطار العام للدراسة

_ تجسيد عمل فريق التربية الخاصة مع فئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة ألا وهي فئة الأمراض الصحية وبالتحديد فئة مرضى السكري.

_ الخروج بإستراتيجيات وقائية علاجية قائمة على تفعيل الرعاية الصحية الجسمية والنفسية معا لمساعدة مرضى السكري لتجنب المضاعفات عامة، وبتر القدم خاصة.

4- أهداف الدراسة:

تتحدد أهداف الدراسة الحالية فيما يلي:

_ التحقق من اثر الإستراتيجيات المقترحة في تفعيل الرعاية الصحية والنفسية للوقاية من البتر المكتسب لدى مرضى السكري.

_ التعرف على الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة الصحة العامة للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

_ التعرف على الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجة الصحة العامة للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

_ التعرف على الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة النشاط الرياضي للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

_ التعرف على الفروق بين القياس القبلي والبعدي في درجة النشاط الرياضي للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

_ التعرف على الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة الغذاء الصحي للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

_ التعرف على الفروق بين القياس القبلي والبعدي في درجة الغذاء الصحي للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

_ التعرف على الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة رعاية القدم للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

_ التعرف على الفروق بين القياس القبلي والبعدي في درجة رعاية القدم للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

الفصل الأول _____ الإطار العام للدراسة

_ التعرف على الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة العناية الذاتية للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

_ التعرف على الفروق بين القياس القبلي والبعدي في درجة العناية الذاتية للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

_ التعرف على الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة الصحة النفسية للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

_ التعرف على الفروق بين القياس القبلي والبعدي في درجة الصحة النفسية للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

5- أسباب اختيار الموضوع:

تمثلت أسباب اختيار هذا الموضوع فيما يلي:

_ ازدياد أعداد ذوي الأمراض الجسمية المزمنة خاصة المصابين بالداء السكري، ونظرا لان هذا النوع من الأمراض يمس مختلف المراحل العمرية، وكلا الجنسين، كما أن له أنواع قد تنتج عنه مضاعفات تمس مختلف وظائف أعضاء الجسم، مما حفزنا إلى تناوله كموضوع للدراسة.

_ العمل على مساعدة الأشخاص المصابين بالداء السكري، من خلال تصميم استراتيجيات لهم في جانبين الجسمي والنفسي، وذلك بتفعيل عدة جوانب كالصحة العامة والتي تضم بدءا بالتعرف على المرض من ناحية الأسباب والأعراض ثم المضاعفات عن طريق ما نسميه بتثقيف مريض السكري، ثم من ناحية ممارسة الأنشطة الرياضية التي تفيدهم وتناسب مرضهم، يليها جانب الغذاء الصحي على اعتبار مرض السكري سببه الرئيسي هو التمثيل الغذائي، تليها رعاية القدم عن طريق النظافة والفحص اليومي للقدم لان تشخيص إصابات قدم السكري في بدايتها تكون من قبل المريض نفسه، وبعدها يتم التعرف وفهم كل هذه الجوانب ليأتي دور العناية الذاتية التي هي من مهام المريض بعد تثقيفه، ثم يأتي تفعيل الجانب النفسي عن طريق الإرشاد والتعرف على تأثير الحالة النفسية على المرض كالقلق

الفصل الأول — الإطار العام للدراسة

والتوتر وزيادة تفاقم الوضع عند هؤلاء المرضى، وأخيرا كيفية التخلص من بعض هذه الحالات عن طريق ممارسة الرياضة والدعم الديني والروحي والاسترخاء.

— عمل الباحثة في المجال الصحي واحتكاكها بهذا النوع من العينات جعلها على معرفة تامة بمدى معاناة هؤلاء المرضى من جراء المرض الذي يعانون منه من جهة، والإهمال من قبل القائمين على رعايتهم من جهة أخرى نتيجة نقص الرعاية المقدمة لهم في جوانب عدة مما قد يتعرضون لمضاعفات كان بالإمكان تفاديها بأبسط الأمور. لهذا كانت الضرورة لإعداد هذه الإستراتيجيات.

6- تحديد مصطلحات الدراسة:

6-1 - الإستراتيجية:

6-1-1 - لغة:

فن وضع الخطط الحربية: "إستراتيجية القوات المسلحة"، "إستراتيجية الحرب العالمية الأولى"، توسعاً: فن التخطيط: "الإستراتيجية السياسية" (يونانية).

(المنجد في اللغة العربية المعاصرة، 2001: 22)

6-1-2 - اصطلاحا:

الإستراتيجية عامة هي جملة الإجراءات المستخدمة لمعالجة مهمة لتحقيق هدف محدد أو أكثر، وهي فن استخدام الإمكانيات والوسائل المتاحة بطريقة مثلى لتحقيق الأهداف المرجوة على أفضل وجه ممكن. (جوهر، 2012: 159)

وتعرف الخدمات على أنها مختلف البرامج الصحية والوقائية المنظمة والهادفة إلى توفير العلاج والحماية من مضاعفات الأمراض وهي خدمات تهتم بتحسين مستوى معيشة مرضى السكري صحيا ونفسيا، وتمارس هذه البرامج والاستراتيجيات داخل المستشفيات والمراكز الصحية التابعة له من قبل الكادر الوظيفي العاملين في هذه المؤسسات.

الفصل الأول _____ الإطار العام للدراسة

6-1-3 - إجرائيا: هي جملة الاستراتيجيات أو مجموع الإجراءات الصحية والنفسية المصممة والمقترحة في هذه الدراسة الموجهة إلى مرضى السكري عينة الدراسة بغية الوقاية من مضاعفات إصابة القدم.

6-2 - الرعاية الصحية:

6-2-1 - لغة:

_ الرعاية:

*رعى: رعى^٨ رعا ورعاية ومرعى ت المشية: سرحها فيه واكلته.

*رعى رعاية الأمير رعيته: ساسها وتدبر شؤونها، وعليه حرمة: حفظها.

(المنجد في اللغة والإعلام، 2001: 268)

_ الصحة: عدم اعتلال الجسم وسلامته.

• تصح بكذا: تداوى به، استصح من مرضه: صح.

صح المريض: أزال مرضه. (المنجد في اللغة والإعلام: 416)

_ النشاط الرياضي:

* نشط: نشاطا: طابت نفسه للعمل وغيره، وفي عمله أو إلى عمله: خف وأسرع، فهو

ناشط ونشيط. (المنجد في اللغة والإعلام: 18)

_ رياضة:

ج رياضات: تمرين عضلات الجسم لتقويتها "قلة الرياضة تضر بالصحة" ممارسة العاب رياضية. مجازا: تدريب.

رياضي: خاص بالرياضة "حياة رياضية، مجلة رياضية" متعلق بالتمارين التي يمارسها الرياضيون. (المنجد في اللغة العربية المعاصرة، 2001: 597)

_ الغذاء الصحي:

غذاء: ج أَعْذِيْقًا يُغْتَذَى بِهِ مِنْ طَعَامٍ وَشَرَابٍ، مَأْكَلٍ، قُوْتٍ، غِذَاءٍ كَامِلٍ يَجْمَعُ كُلَ الْعُنَاصِرِ الضَّرُورِيَةِ لِبْنِيَةِ جِسْمِ الْإِنْسَانِ. (المنجد في اللغة العربية المعاصرة: 1046)

__ رعاية القدم:

*قدم: "مؤنثة وتذكر ج أقدام: ما يطاء الأرض من رجل الإنسان "له قدم عريضة " "سمع وطاء أقدام،

زلت به القدم: أخطا على قدم المساواة: بالتساوي على قدم وساق على أتم الاستعداد.

(احمد العايد وآخرون، ب س: 972)

__ العناية الذاتية:

العناية: اعتنى اعتناء الأمر.

الذاتية: ذات: مؤنث ذو، مثاها ذواتان ج ذوات، وفي القران {وأصلحوا ذات بينكم} أي حاكم التي تجتمعون عليها.

ذات الشيء نفسه وعينه وجوهره. الذات: ما يصلح لان يعلم ويخبر عنه والذاتي "المنسوب إلى الذات". (المنجد في اللغة والإعلام، 2001: 240)

6-2-2 - اصطلاحا:

__ الصحة: لقد أقرت منظمة الصحة العالمية W.H.O "World Health Organisation" أن الصحة هي حالة من اكتمال لياقة الشخص بدنيا وعقليا ونفسيا واجتماعيا، ولا تقتصر على مجرد انعدام المرض أو الداء. (مزاخرة، 2000: 13)

وتعرف الصحة في الجنس البشري بمدى التواصل الفيزيقي والوجداني والعقلي للشخص وقدرته الاجتماعية في مواجهة بيئته. (خليل، 2006: 26)

__ الرعاية الصحية: هي مجمل خدمات الصحة الجسمية التي توفر التوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة مع القدرة على مواجهة الصعوبات والتغيرات المحيطة بالإنسان والإحساس الايجابي بالنشاط والقوة والحيوية. (بطرس، 2008: 31)

كما أن الخدمات الصحية تتنوع بين برامج الخدمات الوقائية وبرامج الخدمات العلاجية فالبرامج الوقائية تركز على الوقاية من المشكلات الصحية بالدرجة الأولى سواء كانت الوقاية

الفصل الأول — الإطار العام للدراسة

أولية أو ثانوية وبالعلاج بالدرجة الثانية، أما الخدمات الصحية العلاجية فهي تلك التي تقدم في المؤسسات الصحية كالمستشفيات أو العيادات ومراكز الرعاية.

— **النشاط الرياضي "البدني"**: يعني حركة جسم الإنسان بواسطة العضلات الهيكلية بما يؤدي إلى صرف طاقة تتجاوز ما يصرف من طاقة أثناء الراحة. ويدخل ضمن هذا التعريف جميع الأنشطة البدنية الحياتية، كالقيام بالأعمال البدنية اليومية من مشي وحركة وتقل وصعود الدرج، أو العمل البدني في المنزل أو الحديقة المنزلية، أو القيام بأي نشاط بدني رياضي أو حركي تروحي. وعليه، فالنشاط البدني هو سلوك يؤديه الفرد بغرض العمل أو الترويح أو العلاج أو الوقاية، سواء كان ذلك عفويا أو مخططا له. (الهزاع، ب س: 2)

— **الغذاء الصحي**: يقدم الغذاء الصحي العناصر الأساسية اللازمة لبناء الجسم والتي تتم من خلال عملية الاستقلاب. فإضافة إلى الماء، يشمل الغذاء على خمسة مكونات كيميائية تساعد في بناء الجسم وقيامه بوظائفه. والمكونات الخمسة، ودورها في عملية الاستقلاب (الهدم والبناء)، وهي "الكربوهيدرات، الدهون أو الدسم، البروتينات، الفيتامينات، المعادن". (عبد الله، 2012: 313)

— **رعاية القدم**: تهدف العناية لإبطاء التدهور العام الذي يمهد لظهور القدم السكري في حين تهدف الحماية لتقليل تعرض القدم للعدوى والإصابات، بينما يهدف الفحص اليومي لسرعة اكتشاف العدوى والإصابات قبل أن تتطور بسرعة إلى مستوى لا حل له.

(السركي، 2009: 2)

— **العناية الذاتية**: تعرف العناية الذاتية لمريض السكري على أنها مجموعة الأنشطة التي يمارسها مريض السكري لتدبر المرض والمتمثلة في النظام الغذائي، النشاط البدني، وفحص سكر الدم المخبري، والأدوية المخفضة للسكر. (الشطي، 2014: 247)

6-2-3 - إجراءات:

— **الرعاية الصحية**: هي مجموع الخدمات الصحية التي تم اقتراحها عن طريق الإستراتيجيات التي تقدم لمرضى السكري والمتمثلة في الدرجات المتحصل عليها عينة

الفصل الأول — الإطار العام للدراسة

الدراسة في بعد الصحة العامة، وبعد الغذاء الصحي، وبعد النشاط الرياضي، بعد رعاية القدم.

_ **الصحة العامة:** ما يحصل عليه الفرد المصاب بالسكري من درجة في بعد الصحة العامة من خلال مقياس الرعاية الصحية المطبق في الدراسة الحالية.

_ **النشاط الرياضي:** ما يحصل عليه الفرد المصاب بالسكري من درجة في بعد النشاط الرياضي من خلال مقياس الرعاية الصحية المطبق الدراسة الحالية.

_ **الغذاء الصحي:** ما يحصل عليه الفرد المصاب بالسكري من درجة في بعد الغذاء الصحي من خلال مقياس الرعاية الصحية المطبق الدراسة الحالية.

_ **العناية الذاتية:** بأنها ما يحصل عليه الفرد المصاب بالداء السكري من درجة على مقياس 12 عبارة x خمس بدائل للإجابة تعكس درجة عنايته الذاتية وتدبره للمرض بواسطة مقياس العناية الذاتية لتغريد الشطي المطبق في الدراسة الحالية.

3-6 الرعاية النفسية:

3-6-1- لغة:

_ **النفس لغة:** نفس "مص" نفس، عين "فلان أصابته نفس"، حقيقة" في نفس الأمر والواقع، جمع نفوس وأنفس: روح "بذل النفس والنفيس، ذات "الثقة بالنفس"، "أخدم نفسك بنفسك"، "في قرارة نفسه"، خرجت نفسه: مات.

فلان ذو نفس: ذو خلق وجلد، ذات الشيء وعينه "جاء فلان نفسه"، كرر أقواله بنفسها": في نفس الوقت "نحن بأنفسنا" في نفسي أن افعل كذا: قصدي ومرادي.

(احمد العايد وآخرون، ب س: 1216)

وتجدر الإشارة هنا إلى بعض المصطلحات التي وردت في الدراسة والتي لها علاقة بالاضطرابات النفسية وقد تصيب خصيصا مريض السكري وهي بدورها تبين مدى اختلال الصحة النفسية لديه ومن هذه المصطلحات:

§ **قلق:** قلق الشيء قلقا أي حركه.

قلق _ قلقا: لم يستقر في مكان واحد.

القلق حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث.مج

المقلق: الشديد القلق. يقال: رجل مقلق، وامرأة مقلق.

(مصطفى وآخرون، ب س: 756)

§ **الاكتئاب:** اكتئابك دَبِ اكتئب، اكتئاباً، الرجلُ اكتئب. (بن هادية وآخرون، 1991)

• **الدين:** ج أديان: الطاعة، المعصية، اسم لجميع ما يعبد به الله "قوم دين" أي دائنون بمعنى خاضعين. (المنجد في اللغة، 2003: 231)

6-3-2 - اصطلاحاً:

— **الرعاية النفسية:** وهي مجموع الخدمات التي تقدم للفرد لكي يصل إلى الصحة النفسية باعتبارها حالة ايجابية توجد لدى الفرد وتظهر في مستوى قيام وظائفه النفسية بمهمتها بشكل حسن ومتناسق ومتكامل في وحدة الشخصية. (ملحم، 2014: 25)

— **القلق:** ويعرف القلق على أنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له الكثير من الضيق الكدر والألم. (عثمان، 2001: 18)

— **الاكتئاب:** والاكتئاب هو مصطلح يستخدم لوصف خليط من الحالات المرضية وغير المرضية في الإنسان الذي يغلب عليه طابع الحزن. (بالحر، 2014: 12)

— **الدين:** جملة من المبادئ والقيم والمعتقدات التي تؤمن بها أمة من الأمم وتعمل بمقتضاها من النواحي الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والتربوية. (بركات، 2006: 7)

6-3-3 - إجرائياً:

— **الرعاية النفسية:** تعرف على أنها مجموع الخدمات النفسية المقدمة لمرضى السكري والمعبر عنها بالدرجات المتحصل عليها من خلال مقياس الصحة النفسية المصمم والمطبق في الدراسة الحالية.

6-4 مرض السكري:

6-4-1 - لغة:

— **المرض "الداء":**

***داعِوَعاً وداعاً وداعةً:** أصابه داء فهو داء ج: أدواء وهي داء وداعة ج: داءات

الفصل الأول ————— الإطار العام للدراسة

الداء مصدر داء: المرض وهو تغير في أنسجة الجسم أو أعضائه يعقبه اضطراب موضعي أو شامل في حياة الكائن الحي أو في طاقته الطبيعية.

_ العيب الظاهر أو الباطن. (الباشا، 1992: 429)

_ **المرض:** مرض مرضاً: تغيرت صحته واضطربت بعد اعتدالها فهو مرض ومريض ومارض.

المرض: مصدر مرض: فساد المزاج وتغير الصحة بعد اعتدالها ج: أمراض.

(الباشا: 917)

_ **سكري:** هو مرض أهم أسبابه نقص هرمون الأنسولين الذي ينظم احتراق السكر في خلايا الجسم. (احمد العايد وآخرون، ب س: 631)

6-4-2 - اصطلاحاً:

_ **مرض السكري:** هو مجموعة من اضطرابات التمثيل الغذائي تؤدي إلى عدم قدرة الجسم على استهلاك الجلوكوز الموجود بالدم بطريقة طبيعية، مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى سكر الدم، إما نتيجة لنقص كامل أو جزئي للأنسولين الذي يفرزه البنكرياس أو عدم فاعلية الأنسولين الموجود على خلايا الجسم. (قورة، 2010: 8-9)

6-4-3 - إجرائياً:

يعرف مرضى السكري في هذه الدراسة بأنهم مجموعة المرضى المصابين بالداء السكري النوع الأول والذين طبقت عليهم مختلف الإستراتيجيات المقترحة في الدراسة الحالية والذين ينتمون إلى المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات الخاصة بولاية المسيلة.

6-5-5 الوقاية "الحد":

6-5-1 - لغة:

_ **الحد:** حدا وحددا الدار: جعل لها حداً، والشيء عن الشيء ميزة.

حدد الأرض: أقام لها حدوداً، حادت أرضه أرضي: جاوزتها، الحد - مص - ج حدود.

(المنجد في اللغة والإعلام، 2001: 120)

— حد الشيء: تعريفه الجامع لكل أفرادهِ والمانع لكل ما ليس فيه.

— وقى: توقية(وقي)ه: حفظه وصانه. (الباشا، 1992: 1104)

وسنتبى في هذه الدراسة مصطلح الوقاية بدلا من مصطلح الحد.

6-5-2 - اصطلاحا:

الوقاية: إن الوقاية هي عملية التصدي لجميع الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى الإعاقة والتخفيف من آثارها إذا وقعت. (العوامل، 2003: 31)

كما تعرف فضة (2004) الوقاية على أنها مجموعة الإجراءات والخدمات المقصودة والمنظمة التي تهدف إلى الإقلال من حدوث القصور المؤدي إلى العجز في الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية، وكذا الحد من الآثار السلبية المترتبة على حالات العجز بهدف إتاحة الفرصة للفرد كي يحقق أقصى درجة ممكنة من التفاعل المثمر والبناء مع بيئته ومجتمعه وقد تكون تلك الإجراءات ذات طابع طبي أو اجتماعي أو تربوي أو تأهيلي. (فضة، 2004: 107-108)

6-5-3 - إجرائيا:

الوقاية هي مجموع الخدمات الصحية والنفسية الوقائية المقدمة لمرضى السكري والذين طبقت عليهم الإستراتيجيات المقترحة في الدراسة الحالية بهدف الوقاية من بتر القدم.

6-6 البتر:

6-6-1 - لغة:

- البتر: بتره - بتر قطعهُ مستأصلا، وبتر العمل ونحوه: قطعهُ قبل أن يتمه.

* البتر في الجراحة: قطع طرف أو جزء منه لضرورة جراحية. (مرسي، 2001: 27)

6-6-2 - اصطلاحا:

هو فقدان طرف أو أكثر من أطراف الجسم جزئيا أو كليا في مراحل لاحقة من العمر بسبب التعرض للحوادث أو الأمراض الخطيرة كمرض السكري. (الخطيب، 1998: 121).

يعرف البتر إجرائيا على انه نزع عضو أو قطعة من عضو نتيجة لحدوث الغرغرينة عند مريض السكري النوع الأول، وفي هذه الدراسة التي تهدف إلى تطبيق مختلف الإستراتيجيات المقترحة على عينة الدراسة لكي يتم الوقاية منه.

7 - الدراسات السابقة:

تعرض الباحثة في هذا العنصر أهم الدراسات المرتبطة بموضوع الدراسة الحالية والتي يتم ترتيبها من الأقدم إلى الأحدث وفقا للترتيب الزمني كما يلي:

1_ دراسة باسيلي وآخرون (Bassili et al, 2001)

هدفت إلى التعرف على مدى التكفل والرعاية المقدمة لمرضى السكري الأطفال في الدول النامية، وقد أجريت هذه الدراسة بطريقة مستعرضة لأكثر من أربعة أشهر بهدف تقييم جودة الرعاية المقدمة للأطفال المصابين بالسكري في المستشفيات العامة في الإسكندرية بمصر.

فكانت النتائج المتحصل عليها: وجود إشراف طبي لمتخصصين في مرض السكري من اجل تقديم الرعاية الصحية بشكل رئيسي، كما توجد نسبة (60.4%) من الأطفال المرضى بالسكري في مستشفى كلية التأمين الصحي بالجامعة. حيث كان تردد الأطفال المؤمنَين على المستشفى بنسبة عالية وذلك لإجراء الفحص البدني والبحث عن السكري لديهم، لوحظ أن هناك اختلاف بين الأطفال المؤمنين صحيا والذين يتلقون تعليم عن مرضهم مقارنة بالأطفال غير المؤمنين والذين لم يتلقوا التعليم، ربع المؤمن و 22% من الأطفال غيرالمؤمنَين عليهم يؤدون المراقبة الذاتية لسكر الدم، في حين أن 45.2% من الأطفال المؤمنين يفتشون عن البول السكري في المنزل لوحدهم مقارنة ب 34.0% من الأطفال غير المؤمنين بالإضافة إلى كيفية خلط الأنسولين البشري وطريقة حقنه.

فكانت المضاعفات أيضا أعلى عند الأطفال غير المؤمن عليهم صحيا مقارنة بالأطفال المؤمنين. وتقدر مضاعفات السكري الحادة في نظام التأمين الصحي المدرسي أن ما يقرب من 12.7 يعود لنقص سكر الدم الشديد "hypoglycémie"، و 2,57 إلى ارتفاع

الفصل الأول — الإطار العام للدراسة

السكر بالدم "hyperglycémie"، أما حدوث غيبوبة السكري "Coma Acidocétose" فتحدث لكل 1000 طفل مصاب بالسكري سنوياً، وكانت حالات الطوارئ لمرضى السكري أعلى بكثير لدى الأطفال من الآباء والأمهات خاصة الأطفال ذوو المستويات التعليمية الأقل والذين يعيشون في سكنات ريفية، وتحصل الأطفال الذين يعانون من حالات طوارئ السكري المتكررة على أقل انجاز في المستوى التعليمي نتيجة غيابهم المتكرر عن المدرسة طيلة السنة.

فخلصت نتائج هذه الدراسة التي تعكس أوجه القصور الملحوظة في توفير المعلومات للأطفال المصابين بالسكري وأولياء أمورهم في الدول النامية، الحاجة إلى استراتيجيات التعليم العام والحث على استخدام توصيات أكثر بشأن العلاج. استفادت الباحثة من خلال هذه الدراسة في تحديد الإشكالية بالإضافة إلى تحليل وتفسير النتائج.

2_ دراسة اورتيز (Ortiz, 2004)

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد معدلات الالتزام بالعلاج من قبل المرضى المراهقين المصابين بمرض السكري النوع الأول ومعرفة العوامل النفسية والاجتماعية التي تتصل بذلك، وباستخدام المنهج العلائقي على عينة تتكون من 61 شخص من المراهقين المصابين بمرض السكري النوع الأول الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و18 سنة (60.7% إناث و39.3% ذكور)، وأعضاء من مؤسسة الشيلي لسكري الأطفال فتم قياس تصور الفعالية الذاتية ونظام كثافة العلاج.

توصلت نتائج الدراسة إلى أن نسبة 50.8% لديهم سوء التقيد بالعلاج كما أن المراهقين الذين ينتمون إلى الوضع الاجتماعي والاقتصادي المرتفع كان التزامهم بالعلاج أفضل من الذين ينتمون إلى المستوى المنخفض، وفي الأخير أوصت الدراسة بضرورة تسليط الضوء على أهمية التعليم في إدارة مرض السكري النوع الأول، وأهمية ذلك يمكن أن تكون في الاستخدام المنظم للإنسولين.

استفادت الباحثة من خلال هذه الدراسة في تحليل وتفسير النتائج.

الفصل الأول — الإطار العام للدراسة

3_ دراسة حوسان وآخرون (Houssin et al, 2005) بتكليف من الهيئة العليا للصحة بفرنسا (HAS) هدفت هذه الدراسة إلى الوقاية من مضاعفات السكري من خلال البرنامج الوطني الفرنسي المصمم من قبل الهيئة العليا للصحة بفرنسا بهدف للوقاية وإدارة السكري النوع الثاني من سنة 2002 إلى غاية 2005 حيث ينقسم هذا البرنامج إلى خمس محاور أساسية هي: الوقاية، التفتيش عن مرضى السكري، نوعية وتنظيم العلاجات، متابعة انتشار الأمراض، التربية العلاجية، فتم متابعة هذا البرنامج على مستوى المستشفى الجامعي "CHU de Montpellier" تحت إشراف البروفيسور "Bringer" وذلك بتعاون العديد من الجمعيات والمؤسسات من ضمنها "مديريات المستشفيات وتنظيم العلاجات، الوكالات الوطنية، والسلطة "الهيئة" العليا للصحة "HAS"، مؤسسات المجتمع المدني "الجمعية الفرنسية لمرضى السكري "AFD"، جمعية شباب مرضى السكري "AJD" فكانت النتائج المسجلة من قبل الفريق الصحي المطبق للبرنامج كما يلي: تراجع في انتشار الوزن الزائد والسمنة عند الشباب والأطفال على اعتبار أنها العوامل الأكثر خطورة بالنسبة لمرضى السكري، بالإضافة إلى مساعدة وسائل الإعلام كالتلفزيون وذلك عن طريق الحث على تطبيق النشاط البدني اليومي المنظم، كما تم تقديم الإرشاد بإتباع الأكل الصحي فعلى الأقل تناول خمس أنواع من الفواكه وخمس أنواع من خضار يوميا، بالإضافة إلى تطبيق برنامج الوقاية من تقرحات القدم، وبالنسبة للأشخاص المصابين بإصابات القدم تمت متابعتهم من قبل الطبيب المتخصص في قدم السكري لمدة شهرين على الأقل "تقييم واحد وخمس حصص علاج" لتجنب مضاعفات إصابة القدم.

استفادت الباحثة من خلال هذه الدراسة في بناء مقاييس الدراسة وتحليل وتفسير النتائج.

4_ دراسة مارتينوس وآخرون (Martinus et al, 2006)

هدفت إلى معرفة اثر التدخل النفسي على ممارسة الالتزام بالعلاج لمرضى السكري النوع الثاني.

هذه الدراسة قامت بتقييم فعالية برنامج مزيج بين ممارسة الرياضة والتدخلات النفسية في النوع الثاني لمرض السكري من حيث إدارة المرض وممارسة الالتزام الصحي نحوه، فكانت

الفصل الأول — الإطار العام للدراسة

عينة الدراسة متكونة من أربعون شخصا مصابا بالسكري النوع الثاني مقسمة إلى مجموعتين، مجموعة أولى ممارسة للرياضية فقط، والمجموعة الثانية ممارسة الرياضية مع التدخل النفسي، فتم رصد الالتزام بالبرنامج من خلال المتابعة المستمرة لمدة 6 أشهر. فأكدت النتائج وجود تحسن كبير في القياسات الفسيولوجية (الكتلة الكلية للجسم، كتلة الدهون، قوة القبضة، وتدفق الدورة الدموية، والمرونة التنفسية عن طريق الحد الأقصى للأوكسجين)، بعد تطبيق البرنامج لمدة 12 أسبوعا في كل من المجموعتين، والفريق الممارس للرياضية مع الدعم النفسي كانت له تغيرات ملحوظة في نسبة دهون الجسم وقوة القبضة وقمة التدفق مقارنة مع المجموعة الخاضعة للممارسة فقط، أما مكونات مزاج التناظرية البصرية (VAMS) قد أثرت بشكل إيجابي في كلا المجموعتين، كما أن للتدخل النفسي الموجه تأثير كبير لحضور البرنامج لمدة 12 أسبوعا وقد ظهر هذا في الالتزام الكبير خلال 6 أشهر.

وفي الختام خلصت هذه الدراسة إلى أن للتدخل النفسي أهمية قصوى لضمان الالتزام العالي خلال ممارسة العلاج عند مرضى السكري.

استفادت الباحثة من خلال هذه الدراسة في تحليل وتفسير النتائج.

5_ دراسة انيكني وآخرون (Anichini et al, 2007)

وكان الهدف من هذه الدراسة المستقبلية تقييم فعالية تنفيذ الاتفاقيات الدولية للرعاية بالقدم السكري (ICDF) في منطقة بيستوريا (توسكاني، إيطاليا)، من خلال النسبة المئوية للسكان المفحوصين، لتقليص العناية الاستشفائية والحد من حالات بتر الأطراف السفلية.

وقد أجريت هذه الدراسة على مدى خمس سنوات خلال (1999-2003) في مستشفى عام في منطقة محددة بوضوح عدد سكانها وثباته نسبيا. تم إجراء تنفيذ الاتفاقيات الدولية للرعاية بالقدم السكري على مستوى قسم الرعاية الصحية في المنطقة، وبالتعاون مع ممارسي الطب العام، تم إنشاء فريق رعاية متعدد التخصصات في المستشفى، فتم استخراج قاعدة بيانات لهذه الدراسة من قاعدة البيانات بتوسكاني، أما مصدر بيانات إصابة قدم السكري فأخذت

الفصل الأول — الإطار العام للدراسة

من مركز إعداد بيانات الصحة بمقاطعة رعاية بيستوريا، والتدقيق المرجعي للسجلات العيادية اجري بوحدة السكري.

في فترة الدراسة، كان هناك ارتفاع في العدد الإجمالي للإصابات بالقدم السكرية الملاحظة عند المرضى وهذا ما أشار إليه تقييم وحدة السكري من بيستوريا. وبعد تنفيذ البرنامج لوحظ انخفاض في العدد الإجمالي لآفات القدم السكرية ومدة الإقامة السريرية بالمستشفيات.

كما انخفض مجموع حالات بتر الأطراف لكل 100 000 نسمة من 10.7 في عام 1999، إلى 10.1 في عام 2000، و 2.7 في 2001 و 6.3 في عام 2002 و 6.24 في عام 2003، في حين أن حالات بتر الأطراف السفلية انخفضت مع مرور الوقت، وقبل 1999 أحييت معظم المرضى من منطقة بيستوريا لمختلف المستشفيات في توسكاني لمعالجة مشاكل القدم، أما في فترة تنفيذ البرنامج الجميع تقريبا أحيوا إلى وحدة السكري. وتبين هذه الدراسة مزايا جمع البيانات المحتملة، مما يدل على أن هناك توافق في تنفيذ الآراء الدولية بشأن القدم السكري ويمكن أن يحسن العناية بالقدم عند مريض السكري. استفادت الباحثة من خلال هذه الدراسة في تحليل وتفسير النتائج.

6_ دراسة هاريس (Harris, 2008)

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة دور الرعاية الصحية الأولية في الوقاية من الأمراض المزمنة وذلك من خلال التركيز بشكل خاص على عوامل الخطر المرتبطة بنمط الحياة كالسمنة والتبغ والكحول.

حيث انطلقت هذه الدراسة من خلفية أن المرضى هم أكثر عرضة لتأثير عوامل الخطر "التدخين، وسوء النظام الغذائي وكذا الخمول البدني"، لهذا كان لابد من التدخلات الفعالة عن طريق الرعاية الأولية لتشمل تقييم المخاطر والاستعداد لتغيير نمط الحياة، والتدخلات التحفيزية القصيرة وإحالة المرضى الذين يحتاجون مزيداً من التدخلات المكثفة. وقد أثبتت الفحوصات الطبية أن دعم الرعاية الوقائية المتكرر لها يعمل على تحسين وتغيير السلوك، لهذا ينبغي أن تركز الفحوصات الطبية على أدلة محددة على أساس وقائي تنطوي على استخدام موارد موحدة مثل كثافة العمليات وأدوات تقييم المخاطر الصحية.

الفصل الأول ————— الإطار العام للدراسة

استهداف الرعاية الصحية الأولية لمجموعات محددة للمسنين لتوفير مزيداً من التوعية والوقاية المناسبة لهم ثقافياً، وكذا الرعاية الإلكترونية للفئات المحرومة، إحالة الممارسة الصحية العامة للمريض التي تحتاج إلى أسلوب حياة من التدخلات أكثر كثافة بسبب مجموعة من العوامل بما في ذلك تكاليف مقدمي الخدمات والرعاية الصحية الأولية.

وفي الأخير خلصت هذه الدراسة إلى أن الدور الرئيسي للرعاية الصحية الأولية من شأن المنظمات عن طريق تنسيق وسيط شبكة خدمات الإحالة إلى دعم تغيير السلوكيات استناداً إلى المعايير وضمان الجودة.

وتشمل الأدوار الرئيسية للرعاية الأولية في دعم الممارسات لرصد وتحسين الأداء في توفير الرعاية الوقائية.

استفادت الباحثة من هذه الدراسة في تحليل وتفسير نتائج الدراسة الحالية.

7_ دراسة دانييل وهيرلي (Danelle J. Hurley, 2009)

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العوامل النفسية وغيرها من العوامل التي تؤثر في امتثال مرضى السكري الأمريكيين للعلاج.

تحولت الجهود الرامية إلى تحسين الامتثال لعلاج السكري عن طريق معرفة نفسية الفرد، لهذا أجريت هذه الدراسة على الاكتئاب والقلق عند مريض السكري النوع الثاني حيث لوحظ أن المزاج المكتئب يجري تحديدها إدارتها أكثر من القلق، فقد يكون التمييز في الغالب بين الاكتئاب والقلق في العينة القليلة من حالات القلق المتاحة.

فكانت عينة الدراسة متكونة من 104 فرد أمريكي مريض بالسكري وممن يعانون من زيادة الوزن في العيادات جنوب ولاية كولورادو حيث توصلت النتائج أن للاكتئاب والقلق أثر سلبي على الامتثال للعلاج لدى هؤلاء المرضى المصابين بالسكري. استفادت الباحثة من خلال هذه الدراسة في تحليل وتفسير النتائج.

8_ دراسة كلارا وآخرون (Clara et al, 2011)

هدفت هذه الدراسة إلى تحسين الكشف المبكر ورصد اعتلال الشبكية السكري وذلك من خلال تطبيق تقنية طبية تسمى تصوير الشبكية الرنيني الغير موسع للحدقة "RNM"

الفصل الأول — الإطار العام للدراسة

فأجريت الدراسة على عينة من الشباب المصابين بمرض السكري في منطقة الحادية عشر للرعاية الصحية الأولية في مدريد، فتم استخدام المنهج الوصفي التتبعي خلال سنتين في الفترة الممتدة من 2009 إلى 2011، فتحصلت نتائج الدراسة على ارتفاع عدد المرضى المصابين باعتلال الشبكية بنسبة تتراوح بين 3.85% و 4.3% ويصاحب ذلك ارتفاع سكر خضاب الدم "HBA1C" حيث ارتفعت نسبته من 21.9% إلى 52.4%، لهذا أوصت الدراسة بضرورة الفحص المعمق للعين مع استغلال الموارد المتاحة لإجراء التصوير الرنين المغناطيسي، مع ضرورة وجود الدافع اللازم من المهنيين العاملين للالتزام بالإدارة الخاصة بمرضى السكري.

استفادت الباحثة من خلال هذه الدراسة في تحليل وتفسير النتائج.

9_ دراسة دكار (Dekkar,2012)

هدفت إلى معرفة مدى تطبيق التربية العلاجية الموجهة لمرضى السكري بالمغرب، فاشتملت عينة الدراسة على 100 حالة من مرضى السكري النوع الأول والثاني وذلك بالاعتماد على منهج دراسة الحالة، حيث كانت مدة تطبيق الدراسة ثلاثة أشهر وكان التركيز في هذه الدراسة على مجموعة من النقاط المهمة والتي تعتبر كأهداف علمية تمثلت فيما يلي:

_ الدراسة المعمقة لمرضى السكري والذين يتلقون العلاج على مستوى المستشفى الجامعي حسن الثاني بفاس (CHU de Fés).

_ تقييم مستوى التربية الموجهة لمرضى السكري (النظافة اليومية، العلاج، المتابعة الطبية، المضاعفات).

_ تقييم تأثير الخصائص الاجتماعية والاقتصادية على نوعية هذا المرض والتي لها علاقة بمرضى السكري ومدى متابعته لمرضه.

_ تقييم تأثير التربية على خضاب الدم السكري، المراقبة الذاتية، خاصة الوقاية من المضاعفات عند مريض السكري.

الفصل الأول _____ الإطار العام للدراسة

فتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن أكثر من نصف الحالات أي 55% يعانون من مضاعفات انحلالية ومن بينها إصابات القدم (19% من مجتمع الدراسة سجلت عنده الإصابات بجروح القدم و 2% ممن يعانون من إصابات عميقة في أسفل القدم، غرغرينة أصابع القدم عند 4% من الأفراد، أما البتر فكان إلزامي عند 2% من الحالات)، لهذا أوصت الدراسة على أن الجزء المهم في العلاج هو توجيه المريض وتزويده بالمعارف فيما يخص مرضه وذلك من خلال التربية العلاجية لكي يتسنى له العناية بنفسه بشكل صحيح وبقي نفسه من مختلف المضاعفات.

استفادت الباحثة من هذه الدراسة في الإثراء في الجانب النظري وفي بناء أبعاد مقياس الرعاية الصحية وكذا تحليل وتفسير النتائج.

10_ دراسة نظيف (Nadhif, 2012)

هدفت إلى تقييم اثر التنقيف الصحي لدى المرضى المصابين بالداء السكري النوع الثاني، اشتملت عينة الدراسة على 80 مريض ممن يتابعون شهريا في مركز عاقلة للسكري وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين متساويتين، المجموعة الأولى تتلقي التنقيف الصحي جماعيا والمجموعة الثانية تتلقي التنقيف الصحي فرديا، تم جمع البيانات باستخدام استبيان صمم خصيصا لهذه الدراسة قبل وبعد تطبيق البرنامج التنقيفي على المجموعتين، كما استخدمت استمارة لرصد نسب السكر في الدم وضغط الدم ووزن المريض بواسطة استمارة المريض بالمركز المعالج بعد تطبيق البرنامج التنقيفي كل شهر لمدة ثلاث أشهر متتالية.

أظهرت النتائج تحسنا كبيرا للمجموعتين تعود إلى البرنامج التنقيفي بالنسبة لسكر الدم الصائم وضغط الدم الشرياني وتحسن طفيف بالنسبة لوزن المرضى لكلا المجموعتين وكان تحسن المجموعة الأولى في معرفتهم للمرض والأعراض وعلامات ارتفاع وانخفاض السكر، وكيفية العلاج كان أفضل من المجموعة الثانية، كما تحسنت متابعتهم الدورية للمركز، وفي الأخير أوصت للدراسة بضرورة تنفيذ برامج تنقيفية مستمرة لرفع نسبة الوعي بين مرضى السكر يوالر عاية الذاتية لمنع مضاعفات المرض.

استفادت الباحثة من خلال هذه الدراسة في تحليل وتفسير النتائج.

11_ دراسة بكيري(2012)

هدفت إلى إظهار مدى فاعلية البرنامج السلوكي المعرفي في خفض أعراض اكتئاب الأطفال المراهقين مرضى السكري وتحسين تقدير الذات والمهارات الاجتماعية، وخفض الأفكار اللاعقلانية واليأس لديهم فاستخدمت الباحثة أدوات منها: القائمة العربية لاكتئاب الأطفال ماريا كوفكس(1982)، قائمة الأعراض كما وضعها رضوان عام 2000، اختبار اليأس للأطفال، مقياس تقدير الذات للأطفال، استمارة المقابلة الإكلينيكية وبرنامج علاجي أعدته الباحثة للخفض من حدة الأعراض الاكتئابية لدى المتعالجين المستهدفين في هذا البحث. فطبقت هذه الأدوات على عينة تتكون من 16 طفل من المرحلة العمرية من 12 إلى 16 سنة وهم من المترددين على العيادة الخارجية الخاصة بمرضى السكري عيادة الضياء وهم ممن يعانون الاكتئاب وفقا للتشخيص الطبي النفسي، فتوصلت نتائج الدراسة إلى انه:

_ يوجد تأثير دال إحصائيا لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة الاكتئاب لدى عينة الأطفال المراهقين مرضى السكري.

_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة بقائمة الأعراض كما وضعها رضوان قبل تطبيق العلاج وبعده لصالح القياس البعدي.

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

_ توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في درجات كل من: تقدير الذات، المهارات الاجتماعية، واليأس، في القياس القبلي ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي.

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

الفصل الأول — الإطار العام للدراسة

استفادت الباحثة من خلال هذه الدراسة في تحديد الإشكالية والإثراء في الجانب النظري وكذا في تحليل وتفسير النتائج.

12_ دراسة اشد (Rashed,2012)

هدفت إلى معرفة مدى تأثير برنامج تعليمي موجه لمرضى السكري النوع الثاني في عيادة طولكرم لمديرية الصحة، جرت هذه الدراسة على المجتمع الفلسطيني وتغيير نمط الحياة سريعة التحضر والتنمية الاجتماعية الاقتصادية، والإجهاد، والتدخين، والتغيرات في العادات الغذائية قد يزيد من خطر الإصابة بالأمراض غير المعدية خاصة داء السكري. يمكن الوقاية من مضاعفات السكري إذا كان نسبة السكر في الدم يتم الاحتفاظ عليها ضمن المعدل الطبيعي تقريبا.

لذلك كان لتثقيف المرضى أمر بالغ الأهمية في السيطرة على مستويات السكر في الدم ضمن المعدل الطبيعي. فتم إتباع المنهج شبه تجريبي اختبار قبلي بعدي من خلال عيادة السكري في مديرية طولكرم الصحية على أساس برنامج التدخل التعليمي مطبق على عينة متكونة من 215 شخص، فكانت مدة تطبيق البرنامج أربع ساعات والهدف منه التعرف على مرض السكري بواسطة برنامج التدخل التعليمي، الأعراض، التعرف على عوامل الخطر، الأنواع والعلاج والمضاعفات وكذا الجوانب الرئيسية من الرعاية الذاتية للمرض (رعاية القدم، والعناية بمصدر الرؤية "العين"، ومراقبة نسبة الجلوكوز في الدم)، والجوانب الرئيسية كالإدارة الغذائية، وخفض الوزن، وضغط الدم، والتدخين، التحاليل الدورية والمراقبة المنزلية وأهمية النشاط البدني.

فتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن البرنامج التعليمي رغم قصر مدة تطبيقه إلا أنه يشير إلى أن تغيير نمط الحياة التي تنطوي على الغذاء وممارسة الرياضة والإدارة الذاتية لمرض السكري تكون فعالة في انخفاض الوزن، وفعالة في تحسين الصورة المعرفية للمريض. كما قدمت الدراسة عدة توصيات على أساس أن التعليم السكري هو حجر الزاوية في إدارة ورعاية مرض السكري لهذا ينبغي أن تكون جزءا لا يتجزأ من الصحة، حيث ينطوي

التخطيط على المريض والأسرة، فريق رعاية مرضى السكري، والمجتمع صناع القرار في العملية التعليمية.

استفادت الباحثة من خلال هذه الدراسة في تحليل وتفسير النتائج.

13_ دراسة مورال وآخرون (Morel et al,2012)

هدفت هذه الدراسة لتقييم إدارة السكري وذلك بفرنسا في أربع مناطق هي " Ile de France ،d'azur"Provence Alpes-côte ،nord-pas de calais ،franche comté ، وذلك بعمل مجموعة من الجمعيات والمؤسسات التي تعنى بالصحة، حيث عملت هذه اللجان على المستوى الوقائي فتم توزيع استبيانات والحوار مع المرضى على مستوى العيادات الطبية لتقييم الخدمات التي يتلقاها المرضى من خلال البرامج المخططة من قبل وزارة الصحة بفرنسا.

فتوصلت النتائج إلى أن هناك عوامل عدة تزيد من ظهور مرض السكري من ضمنها عامل السمنة وزيادة الوزن، بالإضافة إلى أن هناك تغير في نوعية الخدمات المقدمة لمرضى السكري فقد تحسنت من سنة 2001 إلى غاية 2007 خاصة بعض الخدمات الخاصة كوظيفة الكلى وتشخيص العين وكذا فحص سكر خضاب الدم والدسم، وفحص قدم المريض.

14_ دراسة شيلون وآخرون (Chellan et al,2012)

هدفت هذه الدراسة للتعرف عن ممارسة الرعاية التي تحول دون قرحة القدم عند مريض السكري في الهند، فارتفاع معدلات الإصابة بقرحة القدم عند مريض السكري (DFUs) والبتير بسبب قرحة القدم تظل في تطور كبير حتى في الدول المتقدمة، حتى الآن معرفة التأثير من موقف وممارسة الرعاية لقدم مريض السكري على حدوث قرحة القدم لم يدرس بشكل كبير وموضوعي، فهذه الدراسة جاءت لمعرفة العلاقة السببية ما بين موقف وممارسة في مركز دبي للزهور على عينة من مرضى السكري مع وبدون قرحة القدم وعوامل الخطر المرتبطة بقرحة القدم.

الفصل الأول ————— الإطار العام للدراسة

كانت عينة الدراسة متكونة من 203 شخص مصاب بالسكري منهم (103 مع قرحة قدم السكري و 100 بدون قرحة القدم)، كما شملت الدراسة عدة عوامل ديموغرافية كالتاريخ الطبي للمريض، العادات الشخصية للمرضى بمركز دبي للزهور وكان التقييم باستخدام استبيان خاص لذلك.

ومن خلال تحليل البيانات توصلت النتائج إلى وجود 67.5% ذكور من أفراد العينة منهم: 11.4 ± 59.9 سنوات. المرضى غير المصابين بقرحة القدم هم على معرفة جيدة بمركز دبي للزهور مقارنة مع أولئك المصابين بقرحة القدم (86% مقابل 69.9%)، حدوث قرحة القدم بنسبة 9% و 39.8% عند المرضى، وجود مضاعفات عند مريض السكري "الاعتلال العصبي أطرافى، مرض الأوعية الدموية المحيطية، اعتلال الشبكية، اعتلال الكلية"، كما أن التدخين واستهلاك الكحول مرتبط بشكل ملحوظ بقرحة القدم.

وفي الأخير توصلت الدراسة إلى الاستنتاجات التالية: وجود علاقة عكسية بين قرحة القدم ورعايتها أي كلما زادت الرعاية بالقدم قلت إصابات القرحة والعكس، فعن طريق التحسن الملحوظ لدى أفراد العينة الممارسين للرعاية بعيدا عن ضيق التحكم لنسبة السكر في الدم أوصت الدراسة على وجوب تعليم مريض السكري وأن يكون هناك دافع مناسب لممارسة رعاية القدم عن طريق تعديل نمط الحياة لكي يمنع قرحة قدم السكري.

استفادت الباحثة من خلال هذه الدراسة في تحليل وتفسير النتائج.

15_ دراسة اندرو وآخرون (Andrew et al, 2012)

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر برنامج وقائي لرعاية القدم على خفض مضاعفات الطرف السفلي لمرضى السكري المصابين بالقصور الكلوي في مرحلته النهائية. فتعتبر مضاعفات الطرف السفلي هي السبب الأول للوفاة عند المرضى المصابين بالداء السكري مع القصور الكلوي بمراحله الأخيرة.

قد تؤدي برامج تعليم المريض إلى التقليل من خطر مضاعفات قدم مريض السكري فتم استخدام الأساليب التالية: برنامج وقائي منظم يهدف إلى تقييم القدم بواسطة ممرض الرعاية الصحية لديه خبرة في رعاية جروح القدم وإدارة التعليم حول ممارسات رعاية القدم

الفصل الأول — الإطار العام للدراسة

واختيار حذاء المريض، فتم استعراض السجلات الطبية للمرضى ومن ثمة فحصهم، وعند الانتهاء من الدراسة تم مقارنة البيانات السابقة حول المرضى قبل تطبيق برنامج تطوير رعاية القدم وبعده.

فتوصلت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

_ انخفاض الإحساس بالاعتلال العصبي عند مرضى السكري مقارنة عندهم قبل خمس سنوات.

_ الاختيار غير الملائم في جودة الحذاء كان أقل مقارنة منه من ذي قبل.

فأوصت الدراسة من خلال النتائج المتحصل عليها أن برنامج رعاية القدم يجب أن يتألف من تقييم مريض وتعليم المريض لكي يؤدي إلى نقصان الإصابة المتكررة والمرتبطة بالاعتلال العصبي، والعمل على تحسين كفاية الحذاء عند مريض السكري مع الداء الكلوي بمراحله الأخيرة لتجنب إصابات القدم على المدى البعيد. استفادت الباحثة من خلال هذه الدراسة في تحليل وتفسير النتائج.

16_ دراسة بنير وآخرون (Bener et al, 2012)

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة "تفعيل الممارسة العيادية الجيدة للرعاية الأولية وجودتها عند مرضى السكري" باختلاف الجنس.

حيث تعتبر هذه الدراسة الأولى في منطقة الشرق الأوسط والتي هدفت إلى تقييم علاج مرضى السكري وفقاً لمتغير الجنس، كما أن هذا الموضوع هدف إلى تقييم جودة وفعالية الرعاية المقدمة لمرضى السكري وإعدادات الرعاية الأولية بالنسبة إلى الجنسين، فتم ضبط الدراسة الاستقصائية حيث كانت مرحلة الحمل خارج نطاق الرعاية الصحية الأولية.

فكانت أساليب الدراسة مكونة من 2334 حالة مسجلة ومشخصة بداء السكري في المراكز خلال العام 2010، فتم سحب 1705 حالة تم الاتفاق معها لتكون عينة الدراسة وخلال التطبيق تم الحصول على النتائج التالية: معدل المقابلات التي كانت مع المرضى وجها لوجه بنسبة 1,73%، حيث استخدم استطلاع منظم يضم الحالة الاجتماعية والديمقراطية والرضا الاكلينيكي.

الفصل الأول — الإطار العام للدراسة

فكانت النتائج المتحصل عليها: أن أغلبية المرضى كان تشخيصهم من النوع الثاني لمرض السكري بنسبة 84.9%، وبشكل ملحوظ كان الإناث من مرضى السكري أغلبهم من المطلقات والأرامل أي 9.1% مقارنة بالذكور، وكانت نسبة من الإناث وزنه زائد 46.5% والسمنة 29.5% مقارنة بالذكور.

كما وجد عند الذكور تحسينات في قيم جلوكوز الدم، وكذا خضاب الدم HbA1c، وأيضا نسبة الكوليستيرول وضغط الدم مقارنة بالإناث بينما هناك كان زيادة كبيرة لذكور المرضى في نسبة غلوكوز الدم الصائم مقارنة عند الإناث.

17_ دراسة فرنكلين (Franklin, 2014)

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة اثر استمرارية العناية على مستويات سكر خضاب الدم التراكمي "HbA1c" عند مرضى السكري النوع الثاني "الكبار".

فالنوع الثاني من داء السكري هو مرض مزمن غالبا ما يهيئ المريض إلى أكثر الحالات القلبية الوعائية الخطيرة، مثل احتشاء عضلة القلب "myocardial infarction" والسكتة الدماغية، وقد اقترح استمرارية الرعاية الصحية باعتبارها وسيلة للحد من المستويات المرتفعة للهيموجلوبين السكري عند مريض السكري النوع الثاني، يستعرض هذا المقال ويلخص ما كتب حول كيفية استمرارية الرعاية وتأثيرها على مستويات الهيموجلوبين عند المرضى الذين يعانون من داء السكري النوع الثاني.

فتوصلت النتائج إلى انعدام الممارسات الصحية في تحسين مستوى خضاب الدم التراكمي لهذا كانت عدة توصيات تمثلت فيما يلي:

يجب أن تكون استمرارية الرعاية الصحية لتشمل عدد كبير من المرضى بالإضافة إلى اللقاء مع المرضى وجها لوجه، وهذا التوسع يمكن أن يتم بواسطة تعيين ممرض أو ممرضة خاصة للاتصال بالمرضى عن طريق الهاتف وذلك لتذكيرهم بمواعيد الفحوصات الطبية والعناية الذاتية والإجابة على كل أسئلة المرضى والمراقبة الدائمة لسجلات المرضى من قبل الفريق الطبي بالإضافة إلى عدم اخذ مبالغ مالية وفوائد عند تأدية هذه الخدمة، وهذا ما بينته نتائج الدراسات في ازدياد تحسن مستوى الإدارة الذاتية عند مريض السكري من خلال

الاتصال الصوتي بهم، كما توصي هذه الدراسة بضرورة تطوير المراكز الطبية التي تركز على المحافظة باستمرار الرعاية.

التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد عرض الدراسات السابقة يمكننا أن نسجل بعض الملاحظات التي لها علاقة بموضوع الدراسة الحالية، نسجل بعض نقاط التشابه والاختلاف والتي يمكن عرضها كما يلي:

تتاولت معظم الدراسات السابقة نوع واحد من أنواع الرعاية المقدمة لمرضى السكري، إما الرعاية الصحية لوحدها مثل دراسة باسيلي وآخرون (Bassili et al, 2001) ودراسة بنير وآخرون (Bener et al, 2012)، ودراسة دكار (Dekkar, 2012) ودراسة ليديا كلارا وآخرون (Clara et al, 2011)، ودراسة النظيف (Nadhif, 2012)، في حين تتاولت دراسات أخرى الجانب النفسي لوحده عند مرضى السكري كدراسة مارتينوس وآخرون (Martinus et al, 2006)، ودراسة بكيري (2012)، ماعدا بعض الدراسات التي تتاول الجانب الصحي والجانب النفسي معا مثل دراسة دانييل وهيرلي (Danelle J. Hurley, 2009) والتي تتاولته من جانب واحد هو الامتثال للعلاج عند المرضى القلقين والمكتئبين.

كان تتاول الدراسات السابقة للرعاية الصحية من خلال التركيز على جانب واحد كالتثقيف الصحي مثل دراسة نظيف (Nadhif, 2012) ودراسة الراشد (Rashed, 2012)، أو تحليل خضاب الدم لوحده كدراسة فرنكلين (Franklin, 2014).

تتاولت معظم الدراسات السابقة النوع الثاني من مرض السكري، ماعدا دراسة باسيلي وآخرون (Bassili et al, 2001)، ودراسة مانويل أورتيث (Ortiz, 2004)، ودراسة دكار (Dekkar, 2012) التي جمعت النوعين معا في مائة حالة.

معظم الدراسات السابقة اعتمدت على المنهج الوصفي ماعدا بعض الدراسات التي اعتمدت المنهج التجريبي كدراسة راشد (Rashed, 2012) ودراسة اندرو وآخرون (Andrew et al, 2012).

اغلب الدراسات السابقة لم تتناول الرعاية الخاصة بقدم السكري بشكل خاص ماعدا بعض الدراسات كدراسة الهيئة العليا للصحة بفرنسا (Houssin et al, 2005) التي ركزت على قروح

الفصل الأول ————— الإطار العام للدراسة

القدم، ودراسة روبرتو انيچيني وآخرون (Anichini et al, 2007) التي ركزت على العناية للحد من بتر الأطراف السفلى عن طريق تطبيق الاتفاقيات الدولية للعناية بقدم مريض السكري، ودراسة شيلون وآخرون (Chellan et al, 2012)، دراسة اندرو وآخرون (Andrew et al, 2012).

من خلال ما عرضناه يتبين أن هناك ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في بعض الخصائص نذكر منها:

_ تناولها للجانب الجسمي الفيزيولوجي والجانب النفسي معاً، في حين اُغلبت الدراسات السابقة تناولت جانب واحد.

_ ركزت الدراسة الحالية على عدة جوانب في الرعاية الصحية كالتثقيف الصحي وشمل هو الآخر عدة أمور "التعرف على المرض من ناحية الأسباب، الأعراض، المضاعفات خاصة مضاعفات القدم، أماكن إجراء تحليل الدم وحقن الأنسولين، كيفية القيام بتحليل البول ومتى تستدعي الضرورة القيام به، تحليل سكر خضاب الدم التراكمي وكذا المدة التي تحتتم ضرورة معاودة إجرائه مع التعرف على القراءات العادية والقراءات التي تنذر بوجود خطر المضاعفات، التعرف على الغذاء المناسب لهذه الفئة المصابة في التمثيل الغذائي، وكذا جانب النشاط الرياضي" في حين تناولت معظم الدراسات السابقة جانب واحد في الرعاية الصحية أو على الأكثر جانبين أو ثلاث كدراسة باسيلي وآخرون (Bassili et al, 2001) التي تناولت أكثر من جانب واحد.

_ اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي في حين اُغلبت الدراسات اعتمدت المنهج الوصفي.

_ اعتمدت الباحثة في دراستها الحالية على إمكانياتها الذاتية في حين اُغلبت الدراسات السابقة تم الاعتماد فيها على إمكانيات الدولة.

_ تميزت الدراسة الحالية في بناء أدوات قياس خاصة بعينة البحث والدراسة الحالية.

توظيف الدراسات السابقة في الدراسة الحالية:

_ الاستفادة من الإطار النظري للدراسات السابقة.

الفصل الأول _____ الإطار العام للدراسة

- _ ساعدت الدراسات السابقة في تحديد إشكالية وفرضيات الدراسة الحالية.
- _ تحديد المنهج المستخدم في الدراسة ونوع العينة.
- _ الاستفادة من الدراسات السابقة في تفسير وتدعيم نتائج الدراسة الحالية.
- _ ساعدت الدراسات السابقة في بناء مقاييس الدراسة الحالية.

الفصل الثاني

الرعاية الصحية والنفسية

تمهيد.

أولاً: الرعاية الصحية.

- 1- تعريف الصحة.
- 2- تعريف الصحة الجسمية.
- 3- خصائص (سمات) الصحة الجسمية.
- 4- العوامل المؤثرة في الصحة الجسمية.
- 5- تعريف الرعاية الصحية.
- 6- أهمية الرعاية الصحية.
- 7- أنواع الخدمات الصحية.
- 8- فريق الرعاية الصحية والطبية.
- 9- العوامل المؤثرة في الرعاية الصحية.

ثانياً: الرعاية النفسية.

- 1- تعريف الصحة النفسية.
- 2- أهمية الصحة النفسية.
- 3- مظاهر الصحة النفسية.
- 4- فريق الرعاية النفسية.
- 5- الاضطرابات النفسية المصاحبة للأمراض المزمنة.

خلاصة.

تمهيد:

تعتبر الرعاية الصحية الأولية حجر الأساس للخدمات الصحية وهي خط الاتصال الأول للفرد بالرعاية الصحية، وتشتمل على العديد من الخدمات ليتمتع الناس بصحة جيدة، ومن ضمن هذه الخدمات تعزيز الصحة الجسمية والصحة النفسية ليتم الاكتشاف المبكر للمضاعفات خاصة لدى المصابين بأمراض مزمنة.

لهذا خصص هذا الفصل للرعاية، وسنتناولها في جزأين الجزء الأول خاص بالرعاية الصحية الجسمية ويشتمل على: تعريف الصحة، تعريف الصحة الجسمية، أهمية الصحة الجسمية، تعريف الرعاية الصحية، فريق الرعاية الجسمية، سمات الصحة الجسمية، العوامل المؤثرة في الصحة الجسمية، تعريف الرعاية الصحية، أنواع الخدمات الصحية، العوامل المؤثرة في الرعاية الصحية، عيوب في تقديم الخدمات الصحية، بعض الطرق والوسائل الطبية المستخدمة في الرعاية الصحية.

والجزء الثاني الخاص بالرعاية النفسية ويشمل: تعريف الصحة النفسية، أهميتها، مظاهرها، فريق الرعاية النفسية، وأخيرا بعض الاضطرابات النفسية المصاحبة للأمراض المزمنة.

أولا : الرعاية الصحية:

1 _ تعريف الصحة:

تعرف منظمة الصحة العالمية عام (1948) الصحة بأنها حالة من تكامل الإحساس الجسدي والنفسي والاجتماعي، وليست فقط حالة الخلو من المرض والعاهة.

(رضوان، 2007: 30)

وهي حالة من الشعور بأنك سليم لست مريضا، وانك سعيد تتصف بالعافية أو حسن الحال. وحين نفكر بالصحة ونعبر عنها فإننا نستخدم مصطلحات وتعابير مثل:

_ مؤشرات ودلائل موضوعية كأن تقول أن أعضاء الجسم تؤدي وظائفها بشكل طبيعي وجيد، كما يتم قياسها من خلال ضغط الدم مثلا.

_ مؤشرات وأعراض ذاتية كأعراض المرض أو الصدمة أو الخلل مثل الشعور بالألم أو الغثيان. (عبد الله، 2012: 13)

وتعرف الصحة على أنها حالة من الوظائف الجسمية الجيدة، وحسب منظمة الصحة العالمية * OMS توصف على أنها حالة كاملة من الرفاهية والسعادة الجسمية العقلية والاجتماعية وليست فقط غياب المرض أو العجز لوحده. (Morin et al, 2006:917)

والصحة حالة من الإحساس الايجابي، أي أن الصحة لا تتحقق بصورة آلية دون سعي الفرد نحو تحقيقها وإنما تتوفر كمحصلة فعلية وملموسة لما يقوم به الفرد خلال رحلة حياته كلها من خلال محافظته على القدرات الاجتماعية والنفسية والجسدية وترميمها.

(رضوان، 2007: 26)

ولقد عرف العالم بركنز " Perkins " الصحة بأنها حالة التوازن بين وظائف الجسم وان هذا التوازن ينتج من تكيف الجسم للعوامل الضارة التي يتعرض لها بصفة مستمرة كما أكد على أن تكيف الجسم للعوامل الضارة هو عملية ايجابية مستمرة تقوم بها قوى الجسم المختلفة للمحافظة على حالة التوازن (الصحة) . (مزاخرة، 2000: 13)

والصحة الجيدة هي نتاج انجاز شخصي تراكمي، فهي على المستوى الفردي تتضمن تطوير نظام عادات صحي في مرحلة مبكرة من عمر الفرد والمحافظة عليه في مرحلتي الرشد والشيخوخة، أما على المستوى الطبي تتضمن تعليم الناس كيفية الوصول إلى إتباع أسلوب حياة صحي، ومساعدة الفئات الأكثر عرضة لمخاطر صحية معينة كي يسلكوا بطريقة تمكنهم من الانتباه لما يمكن أن يتعرضوا إليه من مخاطر.

(الداغستاني والمفتي، 2007: 80)

كما تعرف الصحة على أنها الحرية التي يفقدها المريض بدرجة قليلة أو كبيرة، وحتى عندما لا نستطيع قياس الصحة من خلال معيار أعلى نقيسها عليه، فإننا نستطيع تعريفها استنادا إلى المرض. (رضوان، 2007: 34)

* OMS: organisation mondiale de la santé

2_ الصحة الجسمية:

2_1 تعريف الصحة الجسمية:

تعرف الصحة الجسمية على أنها التوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة مع القدرة على مواجهة الصعوبات والتغيرات المحيطة بالإنسان والإحساس الإيجابي بالنشاط والقوة والحيوية. (بطرس، 2007: 31)

والصحة الجسمية هي حالة الانسجام التام والتوافق الكامل بين أعضاء الجسم المختلفة، مع قدرة هذه الوظائف على مواجهة الصعوبات والعقبات والأضرار المحيطة بالإنسان، وهي بالإضافة لذلك إحساس واقعي بالقوة والنشاط والحيوية. (الحلبي، 2000: 45)

كما تعرف بأنها حالة لا وزن لها، تضمن للإنسان مقدارا واسعا من حرية الحركة والتصرف والتفكير ضمن حدوده البدنية والفيزيائية. (رضوان، 2007: 34)

ومن خلال التعاريف السابقة يمكن تعريف الصحة الجسمية على أنها قدرة كل أعضاء الجسم على أداء عملها بشكل طبيعي ومنسجم فيما بينها مع توفير الحركة والتنقل وأداء العمل ومتطلبات الحياة اليومية بكل أريحية، بالإضافة إلى القدرة على التكيف مع كل التغيرات التي يتعرض لها الفرد سواء الداخلية منها أو الخارجية.

2_2 خصائص (سمات) الصحة الجسمية:

إن الشخص الذي يتمتع بالصحة الجسمية لابد أن تتوفر فيه سمات هي:

2_2_1 السمة الأولى: التوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة أي أن يقوم كل عضو في الجسم بوظيفته بطريقة سليمة تخدم حاجة الأعضاء الأخرى دون زيادة أو نقصان فعندما يقوم كل من الجهاز التنفسي والجهاز الهضمي، والبولي، والقلب والدوراني بدوره بصورة سليمة في الجسم، أدى هذا إلى صحة الجسم وقوته وكل عضو من هذه الأعضاء يخدم الآخر، وهذا هو المقصود بالتوافق بين الوظائف الجسمية أما إذا قام احد الأعضاء بنشاط اكبر أو اقل مما يتطلبه دوره، فسيؤدي هذا إلى المرض، فلو قام الجهاز البولي بنشاط اقل مثلا سيجعل الجسم غير متمكن من التخلص من الفضلات فيصاب بالمرض، ولو

عجز الجهاز التنفسي عن القيام بدوره السوي، اثر ذلك على نقاء الدم في الدورة الدموية وهكذا فان التناسق الوظيفي المتكامل التام بين الوظائف الجسمية يعني أن تعمل جميعها متعاونة متفاعلة لصالح الجسم كله.

2_2_2 السمة الثانية: هي قدرة الجسم على مواجهة الصعوبات العادية المحيطة به وقدرته على مقاومة التغيرات المألوفة مثل حرارة الجو مثلا، مقاومة الأمراض (المناعة) والتكيف مع أنواع الأغذية، إن أساليب التوافق الجسمي لهذه التغيرات كثيرة ومعروفة مثل ارتفاع درجة حرارة الجسم حين المرض وهذا إنذار للفرد للإسراع بالمعالجة، أو هجوم كرات الدم البيضاء على جرثومة ما من اجل حماية الجسم وكثرة إفراز العرق عند ارتفاع درجة الحرارة لتعيد الجسم تنظيم درجة حرارته.

2_2_3 السمة الثالثة: هي الشعور بالنشاط والقوة الحيوية وهذه السمة مرتبطة بدرجة وثيقة بالسمتين السابقتين، فلا يمكن للشخص أن يكون متمتعا بالصحة الجسمية إذا لم يكن هناك توافق بين وظائف أعضائه وأجهزته الجسمية، ولم يكن قادرا على مواجهة التغيرات أو الصعوبات العادية التي يتعرض لها الجسم. (بطرس، 2007: 31-32)

2_3 العوامل المؤثرة في الصحة الجسمية:

هناك الكثير من العوامل التي تؤثر على الصحة بشكل سلبي أو ايجابي نوجزها كما يلي:

— البيئة في البيت ومكان الدراسة والعمل وفي المجتمع، وتشمل السكن والماء والهواء والآليات والحشرات والجراثيم والنظافة العامة.

— الغذاء والتغذية وتوافر العناصر الغذائية الأساسية وتوازنها، وكذلك العادات الغذائية المتعلقة بتناول الطعام وتحضيره وحفظه.

— طراز الحياة اليومية وطبيعة العمل والتوازن في الحركة والرياضة والراحة والترفيه الجسماني والنفسي.

— الثقافة العامة والوعي الصحي، وتفهم المشاكل الصحية القائمة، والسلوك والعادات ومجابهتها.

_ توافر خدمات الرعاية الصحية والسعي إليها في الوقت المناسب.

_ العوامل الوراثية. (مزاورة، 2000: 13-14)

2_4 العوامل التي تفرز مستويات الصحة:

2_4_1 المسببات النوعية للمرض:

1_ المسببات الحيوية: وقد تكون من أصل نباتي مثل الفطريات، البكتيريا والفيروسات، أو من أصل حيواني مثل الاميبيا، ديدان الإسكارس، وديدان البلهارسيا.

2_ المسببات الغذائية: أي نقص استهلاك بعض المغذيات الأساسية أو الزيادة في استهلاك هذه المغذيات.

3_ المسببات الكيماوية: أي مسببات التسمم من المركبات المعدنية الثقيلة كالزئبق والرصاص والزرنيخ.

4_ المسببات الطبيعية: مثل الحرارة، والرطوبة، والضوء، والإشعاعات.

5_ المسببات الميكانيكية: مثل الزلازل والأعاصير والفيضانات والحرائق والحوادث.

6_ المسببات الوظيفية: مثل خلل في إفراز الغدد الصماء داخل الجسم، كنقص الأنسولين الذي يسبب مرض السكري.

7_ المسببات النفسية والاجتماعية: مثل عدم توفر الأمن والأمان، والمسائل العاطفية والمشروبات الكحولية والدخان.

2_4_2 العوامل المتعلقة بالعائل "المضيف":

_ المقاومة الطبيعية "غير النوعية" التي يشكلها الجسم مثل حماية الجلد للجسم، وخلايا المقاومة التي تقوم بابتلاع المسبب المرضي، والأغشية المخاطية والأغشية الداخلية والتفاعلات والعمليات الفسيولوجية الطبيعية التي تؤثر على المسبب المرضي مثل حموضة المعدة، أو حاجز الدم أو الحاجز الالتهابي ضد العامل المرضي، ومقاومة النسيج.

الفصل الثاني _____ الرعاية الصحية والنفسية

_ المقاومة النوعية "المناعية" المناعة هي ما يكتسبه الجسم من مقاومة عند تعرضه لمرض نتيجة تكوينه لأجسام مضادة للعامل المسبب للمرض، والمسئول عن هذه المناعة هو الخلايا للمفاوية.

والمناعة إما أن تكون طبيعية أو مكتسبة طبيعياً أو مكتسبة اصطناعياً، وتتأثر المناعة أيضاً بعمر، وجنس المضيف.

3_4_2 العوامل المتعلقة بالبيئة:

تعتبر البيئة كل العوامل الخارجية مجتمعة والتي تحيط بالإنسان وتؤثر في حياته ونموه وتشمل:

_ البيئة الطبيعية وتتضمن الموقع الجغرافي، والحالة الجيولوجية، والمناخ.

_ البيئة البيولوجية وتتضمن المملكتين الحيوانية والنباتية.

_ البيئة الاجتماعية والثقافية وتتضمن كثافة السكان وتوزيعهم، والمستوى الاقتصادي والمستوى التعليمي، والاستعدادات الطبية والصحية.

4_4_2 العوامل الوراثية:

حيث أن الصفات الوراثية تنتقل عن طريق الكروموسومات (Chromosome) وما تحمله من الجينات، وهناك بعض الأمراض التي تنتقل بالوراثة مثل العمى الليلي.

5_4_2 العوامل الاجتماعية والعادات:

وتشمل عادات، إعداد وتحضير وحفظ وتناول الطعام والشراب، وعادات الحياة اليومية والنظافة الشخصية، والشعائر الدينية، والتجمعات والمناسبات الاجتماعية والترفيهية.

(مزاورة: 15-16)

3_ الرعاية الصحية:

3-1 تعريف الرعاية الصحية:

وهي مجمل الخدمات الصحية الجسمية التي توفر التوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة مع القدرة على مواجهة الصعوبات والتغيرات المحيطة بالإنسان والإحساس الايجابي بالنشاط والقوة والحيوية. (بطرس، 2007: 31)

ويتم تقديم الخدمات الطبية من خلال المتابعة الطبية والصحية المستمرة بالإضافة إلى الرعاية التمريضية العادية إلى عملية العلاج باستخدام العمليات الجراحية أو الأدوية المتنوعة ويعتمد كل ذلك على الحاجة. (يوسف، 2008: 2)

كما أن الخدمات الصحية تتنوع بين برامج الخدمات الوقائية وبرامج الخدمات العلاجية فالبرامج الوقائية تركز على الوقاية من المشكلات الصحية بالدرجة الأولى سواء كانت الوقاية أولية أو ثانوية وبالعلاج بالدرجة الثانية أما الخدمات الصحية العلاجية فهي تلك التي تقدم في المؤسسات الصحية كالمستشفيات أو العيادات ومراكز الرعاية.

وتعتبر الرعاية الصحية الأولية هي المحافظة على صحة الناس حتى لا يصابوا بالمرض، وإذا أصيبوا به تبادر إلى إسعافهم ومعالجتهم قبل أن يستفحل، هذه الرعاية التي تجمع تحت جناحيها الصحة والوقاية والصحة العلاجية، لتشكل وحدة لا تتفصل.

كما تعتبر الرعاية الصحية إحدى مجالات الرعاية الاجتماعية التي توليها المجتمعات اهتماما كبيرا. وقد غزت الخدمة الاجتماعية مجالات عديدة من بينها المجال الطبي.

(المليجي، 2006: 23)

3_2 أهمية الرعاية الصحية:

بدا الاهتمام بقضايا الصحة بعد ظهور الأمراض العضوية منها والاجتماعية والتي فرضت على الإنسان الاتجاه إلى الصحة سواء وقائيا أو علاجيا لأنه أصبح بحاجة إلى الصحة للابتعاد عن شبح المرض والموت لان الحاجة أم الاختراع، وشعور الإنسان بالصحة

الفصل الثاني ————— الرعاية الصحية والنفسية

يجب أن يكون في جميع ما يتعلق بالإنسان من قضايا مباشرة ومنظورة أو قضايا خفية غير منظورة وباكتمال جميع النواحي الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية.

(علي وآخرون، 2010: 69)

فالرعاية الصحية الأولية هي حلم الشعوب وخاصة التي كانت تعاني من الظلم والحرمان، ولأهمية الصحة فقد طرحت منظمة الصحة العالمية "W. H.O" شعار "الصحة والمجتمع". ولتحقيق ذلك تحولت وزارة الصحة من مؤسسة تعتمد المعالجة كأساس إلى مؤسسة تعتمد الوقاية كأساس.

كما أن العناية بالصحة اي "الرعاية الصحية " من أهم عوامل حفظ صحة الفرد والمجتمع وتحسينها. فالرعاية الصحية هي علم وفن وإطالة عمر الإنسان بإذن الله ومنع المرض وتحسين صحة الإنسان الجسدية، وجعله قادرا على التمتع بكامل قدراته الجسدية والعقلية والاجتماعية. (مزاهرة، 2000: 16-17)

وتأتي أهمية دراسة الخدمات الصحية من كونها تعكس برامج الحكومات في مجالات التخطيط البيئي والصحي والرعاية الصحية للمناطق الجغرافية المتباينة في ظروفها، بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع، والحيلولة دون انتشار الأمراض. (نجار، 2008: 1)

فالرعاية الصحية لها أهمية كبرى في جميع المجالات فبالنسبة للعمال مثلا تعتبر الخدمات الصحية والطبية حماية لهم ووقايتهم من أخطار الأمراض المهنية وما يرتبط بها من إجراءات صحية ووقائية وفحص دوري وتجهيز وجبات وتحديد ساعات العمل وما ترتبط منها بالتركيز الذهني، كذلك ظروف العمل الصحية من إضاءة وتهوية، وما يتبع ذلك من أوقات الراحة والإجازات الفترية والسنوية والقصد من وراء هذه الخدمات بناء صحي سليم للعمال. (فهيم، 2008: 38)

وتهدف برامج الخدمات الصحية إلى تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة للشعوب من خلال المراكز الصحية، حيث يتم من خلال هذه البرامج تقديم خدمات الفحص الطبي من قبل أطباء متخصصين في المجالات الصحية المتعددة باستخدام التقنيات الصحية

المتطورة بالإضافة إلى التحاليل الطبية المخبرية اللازمة، وتقديم الأدوية الطبية بأسعار رمزية، ومتابعة المرضى وتقديم الإرشادات الصحية اللازمة لهم.

(صباح وآخرون، 2013: 5)

فالصحة الجيدة هي نتاج انجاز شخصي تراكمي، فعلى المستوى الفردي تتضمن القيام بتطوير نظام عادات صحية في مرحلة مبكرة من عمر الفرد والمحافظة عليه في مرحلتي الرشد والشيخوخة. (الداغستاني والمفتي، 2010: 78)

كما أن لمجال الخدمات الصحية أهمية خاصة كونها أكثر الخدمات أهمية للإنسان نظرا لارتباطها الوثيق بكيانه النفسي والجسدي، وتزداد أهميتها في العالم الثالث، حيث الرعاية الصحية في ادني مستوياتها، وارتباط الأمراض بعوامل إضافية تساعد على انتشاره، وتزيد من صعوبة معالجته، كالفقر والجهل ونقص مراكز الرعاية الصحية وعدم توافر الأدوية والأطباء، مما جعل الكثير من المؤسسات ذات الصلة "ولاسيما المستشفيات" تقوم ببحوث كثيرة ودائمة عن درجة رضا مرضاها عن الخدمات التي قدمت وتقدم لهم، وسبل تحسين مستوى هذا الرضا. (أفراج، 2009: 56)

وتعد المتابعة المنتظمة لمرضى السكري من قبل مقدمي الرعاية الصحية جزءا أساسيا من الرعاية، كونها تمكن العاملين الصحيين من تقييم وضع المريض وتوقع المضاعفات وعلاجها مبكرا والاستجابة لأية تساؤلات يمكن أن تظهر لدى المريض في شؤون حياته اليومية وتدبيره الذاتي لحياته. (حلي، 2003: 6)

من خلال ما سبق تظهر لنا بان الرعاية تتنوع على حسب الاحتياج، فمنها الرعاية الوقائية والتي هي ضرورية لكل فرد قبل وقوعه في الأمراض أو مضاعفاتها، وعلاجية في حالة الإصابة بالمرض.

3_3 أنواع الخدمات الصحية:

إن الخدمات الصحية تتنوع بين برامج الخدمات الوقائية إلى برامج الخدمات العلاجية فالأولى أي البرامج الوقائية تركز على الوقاية من المشكلات الصحية بالدرجة الأولى سواء

كانت الوقاية أولية أو ثانوية وبالعلاج بالدرجة الثانية، أما الخدمات الصحية العلاجية تلك التي تقدم في المؤسسات الصحية كالمستشفيات أو العيادات ومراكز الرعاية:

3_3_1 البرامج الوقائية: وفقا لخبير الصحة العامة بريسلو "Breslow" انه على الرغم من تطور العلوم والتكنولوجية الطبية في معالجة الأمراض، فان التقدم الحاصل هو الذي يستند إلى تحسين الصحة ووقايتها من الأمراض أكثر من تشخيصها ومعالجتها، وهذا يعني أن التقدم الطبي هو في الوقاية وتحسين الصحة أكثر من التقدم في طرق المعالجة.

كما يتضمن الجهود الفعالة لتحسين الصحة والوقاية من الأمراض تجمع لبعض هذه الطرق الثلاث ففي المجتمعات الصناعية تتوافر فرص كبيرة لتحسين الصحة والتي تستند إلى السلوكيات الصحية التي تتم إتباعها مثل خفض سلوك التدخين، وخفض الإدمان على الكحول وحين نتحدث عن الوقاية فإننا نركز على انه نشاط يأخذ مجراه قبل حدوث المرض وهنا ثلاثة مستويات من الوقاية:

_ **الوقاية الأولية:** تتضمن الوقاية الأولية مجموعة من الأنشطة أو الإجراءات التي نتبعها لمنع أو تجنب حدوث المرض أو الإصابة، وتطبق برامج الوقاية الأولية منذ مرحلة مبكرة من العمر، بل وقبل الولادة ويمكننا في الوقت الحالي أن نقوم بفحص العوامل الوراثية التي تؤدي إلى بعض الأمراض لدى الأطفال والكشف عن الخلل الوراثي قبل الولادة وذلك عن طريق الإرشاد الجيني أو الوراثي حيث يقدم لنا الإرشاد الجيني معلومات مستقبلية أو توقعات لمساعدة الوالدين أو الأزواج على التخطيط للأسرة واتخاذ قرارات صحية، ويمكن استعمال الإرشاد الوراثي والاختبارات البيولوجية لتحديد خط الإصابة ببعض الأمراض أو التشوهات مثل أمراض عملية الهدم والبناء "métabolisme".

_ **الوقاية الثانوية:** تتضمن الوقاية الثانوية مجموعة من الإجراءات المتبعة من اجل تحديد المرض ومعالجته وذلك في المرحلة المبكرة حين حدوثه وذلك بهدف منع تفاقمه وتأزمه ولكي تأخذ الوقاية الثانوية دورها يجب أن يقوم الشخص بإجراء فحوص دورية منتظمة على الرغم من التكاليف الباهظة التي تحتاجها هذه الفحوص وتتضمن التاريخ الصحي أو الطبي

وفحص الدم وضربات القلب وضغط الدم إضافة إلى فحوص الأشعة السينية والتحاليل المخبرية وتعتبر الفحوص الطبية إجراء مهم ينصح به الأطباء من أجل الكشف المبكر عن المرض فيمكن القيام بالكثير من الإجراءات التي تمنع تطور المرض منذ بدايته.

— **الوقاية الثالثة:** حيث يحدث المرض أو الإصابة الخطيرة ويتطور هنا المرض إلى مراحل متقدمة وهي المرحلة التي تلي المرحلة المبكرة وهنا الإصابة لا يمكن تجاوزها حيث ما تلعب الوقاية من الدرجة الثالثة دورها بحيث تقوم بمنع التدهور الحاد ومنع بلوغه للحالة الشديدة من العجز وذلك عن طريق تأهيله مع حالته المرضية ومن الإجراءات الوقائية الثلاثية ممارسة التمرينات البدنية التي يتضمنها العلاج الفيزيائي أو الطبيعي وتطبيق طرق التغلب على الألم، فالشخص الذي يعاني من عجز بدني أو إعاقة شديدة يمكن أن تطبق عليه برامج وقائية من الدرجة الثالثة يتدرب من خلالها على بعض التمرينات الجسمية طويلة الأمد. (عبد الله، 2012: 228-231)

فعملية الوقاية هي عملية شاملة وانتقالية أي تبدأ بالتدرج من حالة غياب العجز إلى وجوده بشكل كامل، فتتم قبل حدوث الإعاقة لمنع حدوثها فعلاً، ثم تنتقل إلى مرحلة منع حدوث العجز إذا حدث المرض، لتنتقل في الأخير إلى التأقلم مع العجز ومنع حدوث مضاعفات تؤدي إلى تفاقمه ومحاولة التكيف في البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الشخص المصاب.

3_3_2 الخدمات الطبية العلاجية:

حين نمرض نسعى إلى طلب المعالجة المتخصصة فان أول مكان نذهب إليه هو عيادة طبيب الأسرة (سواء في عيادته أو في مركز الرعاية الصحية الأولية أي المستوصف) ويمكن لهذا الطبيب أن يعالج المرض الذي نعانيه أو يقوم بإحالتنا إلى اختصاصي آخر أو إلى المستشفى.

فالمستشفيات من أهم وأكبر المراكز التي تقدم الخدمات الطبية المتخصصة، والرعاية الصحية التي يقدمها أخصائيون متمرسون ذو كفاءات ومهارات وخبرة عالية وب تخصصات

متنوعة وبذلك يمكن للمستشفيات إن تقدم مختلف المعالجة والرعاية الطبية بدءاً من عملية الفحص والتحليل والتشخيص مروراً بالمعالجات الطبية المتخصصة والمتنوعة وانتهاءً بالمتابعة وإِقبال الحالة والاحتفاظ بالتقارير من جهة ثانية، فإن المستشفيات تقدم خدمات تتعلق بتنفيذ الصحة وتحسينها. (عبد الله: 363-365)

وهناك من يضيف الرعاية المنزلية كنوع من أنواع الرعاية والتي تقدم داخل المنزل لأصحاب الأمراض المزمنة والتي تحتاج الحالة إلى رعاية متخصصة وطويلة الأمد.

3_3_3 الرعاية الصحية المنزلية:

إن برنامج الرعاية الصحية المنزلية هو عبارة عن مجموعة من الأنشطة والخدمات الطبية التي تقدم لفئات معينة من المرضى بين أهليهم وذويهم في أماكن إقامتهم وفق معايير محددة والية عمل معينة، ويوفر البرنامج رعاية صحية ومتابعة مستمرة وشاملة للمرضى في منازلهم من خلال فريق صحي مدرب ومؤهل لهذا الغرض، ويتنسيق مستمر مع الجهة الصحية المعالجة "مستشفى أو مركز صحي" لتكون جزءاً مكملًا للرعاية الصحية التي قدمت للمرضى بتلك الجهة ولا يمكن لهم الوصول إليها مع استمرار حاجتهم لرعاية طبية وتمريضية وذلك داخل نظام متكامل للرعاية الصحية.

(الرعاية الصحية المنزلية، 2011: 10)

فالرعاية الصحية بالنسبة لمرضى السكري تعتمد أكثر على المساعدة والرعاية المنزلية لأنها تأخذ مدة طويلة وترتفع من 2 إلى 5 مرات مقارنة بشخص آخر.

(Jeanrenaud, Dreyer, 2012 : 4)

3_4 فريق الرعاية الصحية والطبية:

تشمل انظمه الرعاية الطبية على فريق من العاملين والمتخصصين في الخدمة الطبية والرعاية الصحية والتي تضمن العديد من التخصصات والأدوار كما يلي:

3_4_1 الأطباء: أطباء عامون، متخصصون، أطباء أشعة، متخصصون في الجراحة، جهاز التنفس وبعضهم الآخر في الغدد ويحتوي على تخصصات فرعية كالغدد الدرقية، وآخر في تخصص البنكرياس والسكري.

3_4_2 ممرضون: ويوجد بتخصص التمريض أنواع مختلفة ومنها تمريض الطب النفسي، أخصائي الخدمة الاجتماعية والتمريض داخل المنازل كحالات الإعاقة، ورعاية المسنين وبعض أمراض النساء الذين يحتاجون رعاية مستمرة ومتواصلة تتعلق بتناول الدواء أو اللباس والإشراف على الحالة، بالإضافة إلى ممرضون متخصصون في الأمراض المزمنة كحالات الضغط الدموي وأمراض السكري.

3_5 العوامل المؤثرة في الرعاية الصحية:

يجب الأخذ بعين الاعتبار تنظيم عملية الرعاية وظروف الممارسة الطبية التي قد لا تسمح بالالتزام الصحي، فسواء تعلق الأمر بالمستشفيات العامة أو العيادات الخاصة، ينبغي توفير الشروط والوقت اللازمين من أجل الرعاية:
_ توفير الطبيب.

_ الوقت المستغرق لتقديم الشرح والتفسير للمريض(في كثير من الأحيان يكون وقت الاستشارة قصير).

_ تنظيم مدة وأجال المواعيد الطبية.

_ تواتر الاستشارة.

_ تناسق الرسائل الصحية فيما بين الفريق الطبي.

_ حقيقة أن الطبيب المعالج ليس نفسه دائما (تعدد الأطباء).

_ اهتمام الفريق المعالج بالالتزام الصحي.

إذ يمكن للمرء الاعتراف بسهولة لأهمية دور التصور الذي يكونه المريض عن كون المعالج شخص ودي ومقرب، يعامله باحترام وتقدير، ويشاركه في اتخاذ القرارات فتوقعات المرضى تدور حول الإصغاء إليهم، تقديم الرعاية والاهتمام بحالتهم، تقديم التفسيرات لهم محاولة تحفيزهم، وأخيرا بناء علاقة ثقة معهم. (لكل، 2011: 65)

3_6 عيوب في تقديم الخدمات الصحية:

3_6_1 الرعاية العكسية: يعتبر الناس الذين لديهم كل الوسائل والذين تكون احتياجاتهم للرعاية الصحية في الغالب اقل، يستهلكون معظم الرعاية بينما الذين لديهم اقل الوسائل وأكثر المشاكل الصحية يستهلكون اقلها. والإنفاق العام على الخدمات الصحية يفيد في اغلب الأحوال الأغنياء أكثر مما يفيد الفقراء، وذلك في البلدان سواء كانت مرتفعة الدخل أو منخفضة الدخل.

3_6_2 الرعاية الفقيرة: حيثما يفتقر الناس إلى الحماية للخدمة الاجتماعية، يمكن أن تواجههم نفقات كارثية. فأكثر من 100 مليون شخص يسقطون سنويا في براثن الفقر لأنهم يضطرون دفع تكاليف الرعاية الصحية من جيوبهم.

3_6_3 الرعاية المجزأة والمجزئة: إن فرط التخصص لدى مقدمي خدمات الرعاية الصحية والتركيز الضيق في كثير من برامج مكافحة الأمراض يثني على إتباع نهج شامل مع الأفراد والأسر ممن يتعاملون معهم، ولا يعطى الاعتبار الواجب للحاجة إلى الاستمرارية في الرعاية وكثيرا ما يزداد تجزؤ الخدمات الصحية للفقراء والمهمشين وتكون مواردها ناقصة نقصا شديدا كما أن المساعدات الإنمائية غالبا ما تضيف إلى هذه التجزئة.

3_6_4 الرعاية غير المأمونة: يؤدي سوء تصميم النظم وعجزها عن ضمان معايير السلامة والمعايير الصحية، إلى ارتفاع العدوى المكتسبة من المستشفيات، إلى جانب الأخطاء في الأدوية والآثار السلبية الأخرى التي يمكن تجنبها، وهو سبب من أسباب الوفيات وسوء الصحة لا يأخذ حقه في التقدير.

3_6_5 سوء توجيه الرعاية الصحية: يتمركز توزيع الموارد حول الخدمات العلاجية التي تقدم بتكلفة كبرى، ومع إهمال إمكانيات الوقاية الأولية وتعزيز الصحة وقدرتها على منع ما يصل إلى 70% من عبء الأمراض.

وفي الوقت نفسه يفتقر قطاع الصحة إلى الخبرة اللازمة للتخفيف من الآثار السلبية على الصحة من قطاعات أخرى والاستفادة الكاملة مما يمكن أن تسهم به القطاعات الأخرى في الصحة. (منظمة الصحة العالمية، 2009: 7)

3_7 بعض الطرق والوسائل الطبية المستخدمة في الرعاية الصحية:

بما انه سنتناول في هذه الدراسة مرضى السكري فإننا سنتحدث على بعض الوسائل والطرق الطبية الخاصة بهذه الفئة:

3_6_1 التربية العلاجية: *éducation thérapeutique*

تحمل التربية العلاجية تعليم وتقييم مريض السكري؛ الذكاء الذاتي مع المرض، تعليم الأفعال التقنية الخاصة بالمراقبة الذاتية والعلاج الذاتي "الخاص"، القدرة على التشخيص الذاتي أو الأفعال الذاتية أثناء النوبة، والتأقلم الذاتي مع المرض ومع الحياة الجديدة التي يفرضها المرض، والتأقلم الذاتي مع التغيير المشروط في الحياة، تقييم العلاج، نتائج التفتيش على المضاعفات. (HAS, 2007: 5)

فالتعليم المستمر لمريض السكري وأفراد أسرته وجميع العاملين في المحيط الاجتماعي الصحي يعتبر أداة لا يمكن الاستغناء عنها لضمان نجاح العلاج والوقاية والتعرف على التعقيدات المحتملة وللتوصل إلى استقلال تام للإدارة اليومية للسكري. ومن المهم الاعتراف بان العلاج التعليمي له دور أساسي مما يلزم عمل دورات تأهيلية لذا يجب الآتي:

_ تهيئة العاملين بالجهاز الصحي على تعلم العلاج وتجهيز مؤسسات المتطوعين للتعليم الصحي لمريض السكري وأفراد أسرته بما يتفق مع احتياجاتهم المرضية أو الاجتماعية الثقافية.

_ مشاركة مريض السكري في تحديد الأهداف والاختيارات العلاجية حيث يتم تزويده بكافة المعلومات بهدف تسهيل عملية إدارة مرض السكري في الحياة اليومية.

_ الاتفاق على العلاج والتغذية الصحية والنشاط البدني المنتظم والمخصص له.

_ الاستفادة من مجموعة كاملة متعددة النشاطات بالتزامات محددة "طبية، غذائية، نفسية ترميزية، اجتماعية" القادرة على إزالة الحواجز لإشراف سليم للسكري.

_ تأمين تنسيق الدخول للعلاج التعليمي في جميع أنحاء الدولة.

(الجمعية الإيطالية لمرضى السكري، 2009: 4)

إن التعليم والتثقيف الصحي لمرضى السكري يشمل عدة جوانب من بينها كيفية الرعاية بالقدم والتي إذا ما أهملت العناية بها قد تؤدي إلى مضاعفات خطيرة عند المريض.

فـتعليم الرعاية بالقدمين هي أساسية للأشخاص الذين يعانون من مرض السكري لإدارة جيدة، فتعليم رعاية قدم السكري مهم ليس فقط للشخص المعرض لمشاكل القدم، لكن أيضا بالنسبة لأفراد الأسرة ومقدمي الرعاية الصحية، فالتعليم يكون أكثر فعالية عندما يكون تفاعليا وينطوي على التدريب العملي من خلال التظاهرات والأنشطة، وينبغي أن يكون التعليم البسيط ذا صلة بكل ما هو جديد.

3_6_2 جهاز قياس ضغط الدم: Tensiomètre

هو عبارة عن جهاز لقياس الضغط الدموي "Tension artérielle"، فتكون وحدات القيم بالمليمتر زئبقي (mm Hg)، حيث أن هذا الجهاز يصف لنا قيمتين من أنواع الضغط، فتسمى القيمة الأولى بالضغط الانقباضي "pressions systolique" أو ما نسمة القيمة العليا "valeur maximale"، والقيمة الثانية تسمى الضغط الانبساطي "pressions diastolique" أو ما نسميه القيمة الدنيا "valeur minimale"، فتكون القيمة مرتفعة في سن الشباب عندما تفوق القيمة 140/85 ملي متر زئبقي ويتم قياسها بالشكل الصحيح عندما يكون الشخص ممدد وفي وضعية راحة.

(Morin et al, 2006:1022)

3_6_3 جهاز قياس سكر الدم: Glycomètre

هو عبارة عن جهاز طبي يسمح بالقياس اليومي لنسبة السكر في الدم وعادة ما يكون مرافق لأصحاب الأمراض المزمنة خاصة الذين يعانون من ارتفاع مزمن لنسبة السكر في الدم كالأفراد المصابين بالداء السكري، فهو جهاز سهل الاستعمال ولبضع دقائق يعطي

النتيجة كما انه يسمح بالموازنة بين كمية الأنسولين المحقونة وكمية الأكل المتناولة من قبل المريض، وهو يوجد على أنواع، وفي وقتنا الحالي هو ذو استعمال ذاتي.

ثانيا : الرعاية النفسية:

1_تعريف الصحة النفسية:

هي حالة دائمة نسبيا يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا-شخصيا وانفعاليا واجتماعيا مع نفسه ومع بيئته— ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية ويكون سلوكه عاديا ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة وسلام. (زهران، 1997:9)

ويعرفها كل من(القضاة والترتوري، 2006:470) على أنها سلامة الفرد أحيانا من المرض النفسي والعقلي في صوره المختلفة وعدم ظهور أعراض الاضطرابات السلوكية الحادة في أفعاله وتصرفاته وهذا هو المعنى المحدد للصحة النفسية.

كما تعرف الصحة النفسية بأنها التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة، مع القدرة على مواجهة الأزمات والصعوبات العادية المحيطة بالإنسان والإحساس الايجابي بالنشاط والسعادة والرضا. (بطرس، 2008:32)

أما مرسى (1988) فيعرف الصحة النفسية على أنها علم تطبيقي للمعارف النفسية، يهدف إلى مساعدة الناس على تنمية أنفسهم وتحسين ظروف حياتهم، وان يواجهوا الأزمات والصعاب بصبر وثبات وأساليب توافقية مباشرة ويستخدم المنهج العلمي في تفسير علامات الصحة النفسية من حيث قوتها وضعفها وفي تنمية الصحة النفسية في البيت والمدرسة والعمل والمجتمع، وفي دراسة الانحرافات النفسية وطرق تشخيصها وتحديد عوامل الخطر وطرق الوقاية منها وأساليب علاجها والتنبؤ بما يمكن عمله لكي يحقق الإنسان صحته النفسية. (رضوان، 2007:43)

وقد أشار الرفاعي (1987) إلى تحديد مفهوم الصحة النفسية باتجاهين رئيسيين هما:

الاتجاه الأول: وهو اتجاه سلبي يذهب إلى النظر في الصحة النفسية من حيث هو البرء من أعراض المرض النفسي أو العقلي، وهذا يعني أننا نعرف الصحة النفسية بانتقاء حالة المرض لدى الفرد، فإذا كان الفرد مصاباً كانت حالة المرض غير موجودة لديه، وكانت صحته النفسية سوية وسليمة.

والاتجاه الثاني: يذهب إلى النظر في الصحة النفسية ضمن عدة شروط تحيط بالوظائف النفسية والتي تنطوي عليها الشخصية الإنسانية وان قدرة الفرد في التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه يؤدي إلى التمتع بحياة خالية من الشكوى والاضطرابات. وعلى ضوء هذين الاتجاهين فقد عرف الرفاعي الصحة النفسية على أنها حالة ايجابية توجد لدى الفرد وتظهر في مستوى قيام وظائفه النفسية بمهمتها بشكل حسن ومتناسق ومتكامل في الوحدة الشخصية. (ملحم، 2014:25)

وعن العمرية (2005) تعرف الصحة النفسية بأنها مدى أوجه نجاح الفرد في التوافق الداخلي بين دوافعه ونوازعه المختلفة، وفي التوافق الخارجي في علاقاته ببيئته المحيطة بما فيها من موضوعات وأشخاص، ومن هنا نستطيع القول أن الصحة النفسية ما هي إلا عبارة عن مسالة نسبية يتمتع بها الفرد بدرجة من الدرجات. (القضاة والترتوري، 2006:471)

وينظر إليها على أنها حالة فردية من الإحساس بالعافية وسيكون فيها الفرد قادراً على تحقيق التوازن بطريقة مناسبة بين المتطلبات الداخلية والمتطلبات الخارجية للبيئة.

(ملحم، 2013:12)

ويعرفها زهران (1990) بأنها تتضمن أشكالاً من التوافق الاجتماعي، والصحة الجسمية والهدوء النفسي، والطمأنينة، والصحة النفسية والاجتماعية، والشعور بالانتماء، والتقبل والتفاؤل، والالتزان، والثقة بالنفس، وتحقيق الذات، والسلوك المعياري، والشعور بالأمن والضبط الذاتي. (دياب، 2006:12)

كما يعرف قاموس الطب (1989) الصحة النفسية باقتراحه عدة معايير وهي: التكيف مع المحيط الاجتماعي الذي يعتبر كإمكانية تحمل العدوانية والإحباط الذي يأتي من الوسط

الفصل الثاني ————— الرعاية الصحية والنفسية

الخارجي وحل المشاكل الناتجة من الحياة المهنية والعائلية، الترفيه، المسؤوليات الاجتماعية السياسية، تفتح الأحاسيس. (ساعو، 2006: 24)

والصحة النفسية هي مدى قدرة الإنسان على التوافق الذاتي والمواءمة مع الآخرين بحيث يشعر بالكفاءة والرضا. (بو عود، 2014: 24)

ويعرفها سارتر (J.Surter) بأنها "قدرة الجهاز النفسي على العمل بطريقة متناغمة ومقبولة، فعالة، مع القدرة على مواجهة الوضعيات الصعبة، وتحقيق التوازن".

أما بوستال (J.Postal) فيرى أن الشخص الذي يتمتع بالصحة النفسية هو الشخص الذي يعيش بانسجام مع محيطه، وبالتالي تربطه علاقة طيبة بأسرته ومجتمعه، ويتمتع بتوازن عقلي كاف، وبالتالي يكون شخصا قادرا على حل صراعاته الداخلية والخارجية ومقاومة الاحباطات التي يواجهها في حياته مع الآخرين.

أما ماسلو (Maslow) يرى أن الصحة تتوافق مع تحقيق الشخص لذاته، مما يسمح له لفهم أفضل للذات والواقع، والتعبير التلقائي للانفعالات وتحقيق أهداف الحياة.

(بو عود: 25)

وقد عرف دستور منظمة الصحة العالمية لعام (1946) الصحة النفسية هي حالة من السعادة الكاملة جسميا وعقليا واجتماعيا ولم تكن مجرد الابتعاد عن المرض أو عاهة من العاهات. ويشير المؤتمر العالمي للصحة النفسية، إلى أن مفهوم الدرجة القصوى من الصحة النفسية لا يشير إلى الحالة المطلقة أو المثالية بل يعني الوصول إلى أفضل حالة ممكنة وفقا للظروف المتغيرة وعلى هذا تفسر الصحة النفسية بأنها حالة الفرد التي تتناسب وقابليته من جهة ومحيطه الاجتماعي من جهة أخرى. (الاسعدي وسعيد، 2014: 24-25)

ويعرفها فهمي (1987) هي البرء من أعراض المرض العقلي أو النفسي، كما أنها قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه وهذا يؤدي به إلى التمتع بحياة خالية من التآزم والاضطراب مليئة بالتحمس. ويعني هذا أن يرضى الفرد عن نفسه وان يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين فلا يبدو منه ما يدل على سوء التوافق الاجتماعي، كما لا

الفصل الثاني ————— الرعاية الصحية والنفسية

يسلك سلوكا اجتماعيا شاذا بل يسلك سلوكا معقولا يدل على اتزانه الانفعالي والعاطفي والعقلي في ظل مختلف المجالات وتحت تأثير جميع الظروف. (التميمي، 2013: 20)

ويمكن أن نعرف الصحة النفسية على أنها حالة يتسم فيها الفرد بالرضا على نفسه أي ذاته، من خلال تكيف الظروف المحيطة به لتتواءم مع نفسه ومع من حوله ليحدث التوافق الاجتماعي.

2_ أهمية الصحة النفسية:

- إن للصحة النفسية أهمية كبرى للفرد تتمثل في بناء الأسرة السوية التي هي لبنة المجتمع، فكلما كان الآباء والأمهات على درجة عالية من الصحة النفسية استطاعوا تنشئة أبنائهم نشأة صالحة بعيدين عن الخوف والقلق والتوتر، بجانب أن الأسرة التي تتمتع بالصحة النفسية تسود التماسك بين أفرادها وبالتالي يؤدي إلى تماسك المجتمع وقوته.
- _ الصحة النفسية التي تجعل الفرد أكثر قدرة على التكيف الاجتماعي مما يجعله يسلك سلوك الذي ينال رضاه ويرضى الذين يتعاملون معه.
- _ الصحة النفسية تجعل الفرد متمتعاً بالاتزان والنضج الانفعالي وبعيدا عن التهور والاندفاع وهذا عامل هام من العوامل التي تجعل الفرد لايجري وراء الشائعات المدمرة للمجتمع.
- _ يساعد الفرد على انسياب حياته النفسية وجعلها خالية من التوترات والصراعات مما يجعله يعيش في طمأنينة وسعادة.
- _ الصحة النفسية تساعد الفرد على صحة الاختيار واتخاذ القرار دون جهد زائد أو حيلة شديدة.
- _ تجعله أكثر قدرة على الثبات والصمود حيال الشدائد والأزمات ومحاولة التغلب عليها دون الهروب منها.
- _ تساعد الصحة النفسية الفرد على فهم نفسه والآخرين وجعل الفرد قادرا على التحكم في عواطفه وانفعالاته ورغباته ما يجعله يتجنب السلوك الخاطئ.

الفصل الثاني _____ الرعاية الصحية والنفسية

_ الفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية هو الفرد المتوافق مع نفسه والذي لم يستتفد الصراعات بين قواه الداخلية وطاقته النفسية.

وتشمل الصحة النفسية كافة مجالات الحياة الاجتماعية بالمجتمع وفي الأسرة وفي المدرسة وفي مجال الصناعة والعمل والتجارة والاقتصاد بصفة عامة وان الصحة النفسية لكل الأدوار هي في غاية الأهمية. (الخليدي ووهبي، 1997: 23-25)

وللصحة النفسية أهمية عظمى للصحة الشخصية والعلاقات الأسرية والإيهام في المجتمع بنجاح. وهي ترتبط بتنمية المجتمعات والبلدان، ويتفاعل اعتلال الصحة النفسية مع الفقر تفاعلا يسلك حلقة مفرغة، فاعتلال الصحة النفسية يعوق الناس عن التعلم والمشاركة الاقتصادية المنتجة، كما أن الفقر يزيد بدوره من احتمال نشوء الاضطرابات النفسية ويحد من قدرة الناس على الحصول على الخدمات الصحية. (منظمة الصحة العالمية، 2009: 1)

وهنا تظهر لنا أهمية الصحة النفسية على أنها ليست حكرا على الفرد لوحده بل تطول أسرته والمجتمع الذي يعيش فيه.

3_ مظاهر الصحة النفسية:

تتميز الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية بعدة خصائص تميزها عن الشخصية المرضية:

3_1 التوافق: كالتوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة للفرد أي انسجام وتوافق بين كل وظيفة نفسية والمقومات المعرفية العقلية (الإدراك، انتباه تجريد، تخيل، تفكير، والانفعالية سلوك اجتماعي وصدقات وتعاون واتجاهات) والوظائف الأخرى.

3_2 مواجهة الأزمات والصعوبات المختلفة التي يمر بها الفرد: فالشخص المتمتع بالصحة النفسية هو القادر على مواجهة ضغوطات الحياة وأزماتها وحلها بصورة واقعية مثمرة، وليس أن يتهرب منها.

3_3 الإحساس بالسعادة والرضا والحيوية: وهو أن يكون الفرد متمتعا بعلاقاته مع الآخرين، راضيا عن نفسه، وسعيدا وليس متذمرا كارها لها.

(بطرس، 2008: 32-33)

في حين يرى القضاة و الترتوري (2006) أن هناك مميزات لذوي الصحة النفسية تتمثل فيما يلي:

- _ يشعرون اتجاه أنفسهم بارتياح ورضا وسرور.
- _ لا تهدمهم عواطفهم "مخاوفهم، غضبهم ومحبتهم وحسدهم وشعورهم بالجرم وقلقهم".
- _ يسировون غير متأثرين بما يصادفهم من فشل في الحياة.
- _ أنهم متسامحون ومتساهلون مع أنفسهم ومع الآخرين.
- _ لا يقللون من أهمية مقدرتهم، كما أنهم لا يقدرونها أكثر مما هي عليها.
- _ يتقبلون أخطائهم وتقصير اتهم.
- _ يحترمون أنفسهم.
- _ يشعرون بأنهم قادرون على مجابهة معظم ما يعترض طريقهم في الحياة.
- _ ينالون الرضا من مباحة بسيطة يومية. (القضاة و الترتوري، 2006: 471-472)
- وحسب الرفاعي (1987) هناك مجموعة من المظاهر تعبر عن الصحة النفسية للفرد:
- _ **المحافظة على شخصية متكاملة:** ويشتمل هذا الجانب على كل من التوافق، والتناسق بين الاحتياجات الشخصية والسلوك المتجه نحو هدف في تفاعله نحو المحيط.
- _ **التوافق مع المتطلبات الاجتماعية:** وتشمل على التناسق بين الفرد والمعايير التي قبلها التراث الثقافي للمجتمع الذي نعيش فيه.
- _ **التوافق مع شروط الواقع:** ويشتمل هذا الجانب على قدرة الفرد في فهم الواقع كما هو وفي قبول صعوباته معرفة حدوده وعدم الهروب منها باتجاه أحلامه وخيالاته.
- _ **المحافظة على الثبات:** ويتمثل هذا الجانب في عدم التردد والثبات المناسب للاتجاهات والتي يتخذها الفرد في المواقف المختلفة ثباتا يسمح لملاحظة أن يتتبا بما يحتم لان يفعله.
- _ **النمو مع العمر:** ويتمثل في النمو العام للفرد وما يكتسبه خلال مراحل عمره من معارف وخبرات وانفعالات وعلاقات اجتماعية وقدرات، وان زيادة سنة واحدة من عمر الإنسان تعني زيادة في مقدار نموه بحيث يشمل جميع هذه الجوانب المختلفة.

— المحافظة على قدر مناسب من الحساسية الانفعالية: ويشير هذا الجانب إلى مستوى الاتزان الانفعالي للفرد، ذلك أن التحكم السليم في الانفعالات بما يتناسب ومستوى نموه العام وما تستدعيه الظروف المحيطة به يساعد في بناء توافق ايجابي سليم له.

— المشاركة المناسبة في حياة المجتمع وتقدمه: ويشير هذا الجانب إلى المكانة الاجتماعية للفرد وما يؤديه من عمل يساعد في تقدم المجتمع وتطوره.

(ملح، 2014: 32-33)

4_ فريق الصحة النفسية:

إن العمل في ميدان الصحة النفسية يجب أن يكون في شكل فريق يضم:

4_1 المعالج النفسي Psychotherapist: يتخصص في الصحة النفسية والعلاج النفسي ويجب أن يزود بالقدر الكافي من المعلومات الطبية التي يحتاج إلى معرفتها في العلاج النفسي ويختص بالتشخيص والعلاج النفسي.

4_2 الأخصائي النفسي Psychologist: يختص بالقياس النفسي وإجراء الاختبارات ودراسة سلوك العميل واتجاهه العام ومساعدة المعالج النفسي.

4_3 الطبيب النفسي Psychiatrist: يتخصص في الأمراض النفسية والعصبية، ويهتم أكثر من غيره بالتشخيص الطبي النفسي وبالعلاج الجسدي والعلاج بالأدوية والعلاج الجراحي.

4_4 الأخصائي الاجتماعي النفسي Psychiatric social worker: يختص بإجراء المقابلة الأولى مع المريض وأسرته ومحل عمله المؤسسات الاجتماعية المختلفة وبالبحث الاجتماعي وينظم معظم أوجه نشاط العيادة النفسية، وقد يساهم في العلاج النفسي.

4_5 المساعدون النفسيون: مثل أخصائي القياس النفسي والتدريب على الكلام وأخصائي العلاج بالعمل والعلاج باللعب..... الخ.

4_6 الممرضون النفسيون: يلعبون دوراً هاماً في العلاج النفسي حيث يقضون أكبر وقت مع المريض ويختصون بتسجيل السلوك اليومي وسير العلاج وتقدمه والمشاركة في بعض

الفصل الثاني ————— الرعاية الصحية والنفسية

أشكال العلاج مثل العلاج بالصدمات والعلاج النفسي الجماعي وتهيئة المناخ النفسي المواتي للصحة النفسية.

4_7 آخرون: بالإضافة إلى هؤلاء نجد المربين والوالدين وعلماء الدين وغيرهم يستطيعون الإسهام في الصحة النفسية على المستويين الوقائي والإنمائي.

(زهران، 1997:24)

5_ الاضطرابات النفسية المصاحبة للأمراض المزمنة:

5_1 الاكتئاب:

1_ تعريفه:

يعرف الاكتئاب "dépression" على أنه مرض عقلي يتميز بتغيير عميق في الحالة المزاجية للشخص المصاب به، مع الشعور بالحزن والمعاناة العقلية عن طريق التفكير وتراجع النشاط النفس حركي، وفي بعض الحالات يكون مصاحب للقلق.

(Casalis, 1999:256)

ويشير السيكولوجيون المختصون في الاضطرابات النفسية، إلى أن الاكتئاب يوصف بطرق مختلفة، فهو يستعمل كوصف للحالة المزاجية للفرد، وكتعريف لزملة مرضية، باعتباره تعبيراً تصنيفاً في الطب النفسي.

ويعرفه (Dwames.K,1993) على أنه عدم القدرة على الإحساس بالسعادة، ومن أعراضه الإرهاق وضعف النشاط والبكاء وعدم التركيز. (حفني، 2001: 29)

ويعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة بين مرضى الأمراض الجسمية المزمنة بصفة عامة ومرض السكر بصفة خاصة وانتشار الاكتئاب بين مرضى الأمراض المزمنة يحظى باهتمام إكلينيكي واسع لأن الاكتئاب كاضطراب نفسي يصعب التشخيص الطبي الإكلينيكي لمرض الأمراض الطبية المزمنة، وأن علاج النمطان من الاضطرابات (النفسية والجسمي) باستخدام الأدوية من الممكن أن يتداخل.

والاكتئاب كمرض نفسي يعد حالة عابرة تحدث نتيجة لبعض الأحداث المؤلمة وتتسم به وتحدث كمحاولة من جانب الفرد وقلقه الحاد ويصاحبها انخفاض في قيمة الذات وهو

عصاب يغطيه القلق بمزاج من التعاسة والأفكار غير السارة بالإضافة إلى العجز عن مجارة الحياة اليومية وضعف الطاقة، وصعوبة التركيز، وسرعة الإنهاك عادة.

فلكلمة الاكتئاب معنيان، فهي تعني انخفاض المزاج والشعور بالحزن والسوداوية، كما تستخدم للدلالة على متلازمة الاكتئاب التي تتألف من انخفاض المزاج وعدم القدرة على التمتع ونقص الحيوية واضطراب الشهية للطعام والنوم والرغبة الجنسية.

وقد يترافق الاكتئاب والقلق كما قد يحدث كل منهما لوحده، وقد يكون لهما سبب واضح أو يحدثا بدون سبب. (العسالي، 2001: 15)

وقد أكدت منظمة الصحة العالمية في تقريرها الأخير عام(2012)، أن الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية شيوعا وهو اضطراب نفسي يمنع الفرد من أداء وظيفته كما ينبغي. ولكن بسبب الوصمة التي لاتزال في كثير من الأحيان تلحق بمرض الاكتئاب، يعجز الكثير عن الاعتراف بأنه مصاب به ولا يسعى إلى الحصول على العلاج منه، ويختلف الاكتئاب عن تقلبات المزاج العادية، فهو يؤدي إلى الشعور بالحزن لمدة أسبوعين أو يزيد ويعطل قدرة أداء الفرد في محل العمل أو المدرسة أو المنزل. (صالح، 2015: 3)

ويقول الشرييني(2000) على أن الاكتئاب يعتبر من أكثر الأمراض النفسية انتشارا حيث تقدر إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى أن عدد المرضى المصابين بداء الاكتئاب يزيد عن 500 مليون مصاب وتشير بعض هذه الإحصائيات إلى أن نسبة انتشار الاكتئاب تصل إلى 7% من سكان العالم ومن المتوقع أن تزيد هذه النسبة إلى 10% في خلال الأعوام القادمة. (النفسية، 2010: 46)

2- أعراض الاكتئاب:

يشير روزنهان وسيلجمان (Rosenhan, Seligman, 1995) إلى أن الاكتئاب عبارة عن اضطراب وجداني يتسم بأربع فئات من الأعراض هي:

_ **الأعراض الوجدانية:** وتظهر في مشاعر الحزن وفقدان الاهتمام بالنشاطات الباعثة لمشاعر الرضا والسعادة.

_ **الأعراض المعرفية:** وتتمثل في النظرة السلبية نحو الذات والعالم والمستقبل.

_ **الأعراض المتصلة بالدافعية:** وتنعكس في السلبية والتردد وانخفاض مستوى النشاط العام وصعوبة اتخاذ القرار، وبطء في المهارات النفسية الحركية. وقد يصاحب ذلك ميل إلى الانتحار.

_ **الأعراض الجسمية:** مثل فقدان الشهية واضطراب النوم ونقص وزن الجسم وفقدان الليبدو. (معمرية، 2010: 92)

وقد تحدث أعراض الاكتئاب نتيجة لزيادة المطردة للأمراض المزمنة من الأمراض القلبية الوعائية، وأمراض المعدة والأمعاء، حيث تبين أن هذه الأمراض مرتبطة بحدوث الفعل الاكتئابية في حوالي 20% من جميع الحالات. (عبد الله، 2000: 184)

3_ النظريات المفسرة للاكتئاب:

3_1 **النظرية المعرفية:** وحسب احمد عكاشة (2003) يرى بيك أن الاكتئاب اضطراب في مخططات التفكير، وتكوين نظم فكرية سلبية ناحية الذات والعالم والمستقبل، ومن ثمة يتجه العلاج نحو تغيير هذه النظم الفكرية السلبية بأسلوب العلاج المعرفي، بعد تقنيته للثقافة والحضارة العربية، حيث أن النظم المعرفية والدينية تختلف في أوطاننا عنها في البلاد الغربية. (الصبوة التمار، 2010: 472)

3_2 **المنظور بين الشخص:** تركز النظريات البين شخصية في فهم الاكتئاب على ضغوط

الحياة وأساليب المواجهة، كما تهتم أيضا بالتفاعلات بين الأشخاص المكتئبين وبيئاتهم.

(الهجان، 2008: 103)

5_2 القلق:

1_ **تعريفه:** يعرفه سيجموند فرويد سنة (1962) على انه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له الكثير من الضيق الكدر والألم، والقلق يعني الانزعاج، والشخص القلق يتوقع الشر دائما، ويبدو متشائما، ومتوتر الأعصاب، ومضطربا. كما أن الشخص القلق يفقد الثقة بنفسه، ويبدو مترددا عاجزا عن البت في الأمور، ويفقد القدرة على التركيز. (عثمان، 2001: 18)

أما التعريف السيكلوجي كما يعرفه معجم علم النفس والطب النفسي (1999) بأنه شعور عام بالفزع والخوف من شر مرتقب وكارثة توشك أن تحدث، والقلق استجابة لتهديد غير محدد كثيرا ما يصدر عن الصراعات اللاشعورية ومشاعر عدم الأمن والنزاعات الغريزية الممنوعة المنبعثة من داخل النفس وفي الحالتين يعبئ الجسم إمكانياته لمواجهة التهديد فتتوتر العضلات ويتسارع التنفس ونبضات القلب. (المشيخي، 2009: 15)

ويعرف رضوان (2007) القلق بأنه ردة فعل الفرد على الخطر الناجم عن فقدان أو الفشل الواقعي أو المتصور، والمهم شخصا للفرد، حيث يشعر بالتهديد من جراء هذا فقدان أو الفشل.

ويقصد بالفقدان هنا فقدان قيم إنسان ما، أو فقدان شيء يملكه ويقدره ايجابيا ويرغب في الاحتفاظ به، كالصحة والعافية الجسدية.

أما الفشل فيعني هنا أن المرء يرغب في تحقيق هدف جذاب بالنسبة له كالنجاح في الامتحان والحصول على درجة جيدة فيقوم بمحاولة للوصول إلى هدفه ويعاني في أثناء ذلك من الفشل. (رضوان، 2007: 266)

ويعرفه عكاشة سنة (1998) بأنه شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي الذي يأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد وذلك مثل الضيق في التنفس أو الشعور بنبضات القلب أو الصداع. (المشيخي، 2009: 16)

فيعرفه روجرز (Rogers,1959) بأنه حالة من عدم الارتياح أو التوتر الذي لا يعرف سببه، ناتج عن عدم الاتساق بين مفهوم الذات والخبرة الكلية للفرد.

والقلق كسمة يقصد بها وجود فروق ثابتة نسبيا في القابلية للقلق والى اختلافات بين الناس في ميلهم إلى الاستجابة تجاه المواقف التي يدركونها كمواقف مهددة، وذلك بارتفاع في شدة القلق.

ونسبة القلق تتأثر بالمواقف بدرجات متفاوتة حيث إنها تنشط بواسطة الضغوط الجارية التي تكون عادة مصحوبة بمواقف. (العاسمي،2011: 229)

ويعرفه عكاشة سنة(1998) على انه يستخدم للدلالة على مفهومين أساسين أولهما لوصف حالة انفعالية غير سارة وهي من الناحية العملية الأكثر تكرار في حالات القلق وثانيهما لوصف الفروق الفردية في حدوث القلق بوصفه سمة ثابتة ثباتا نسبيا في الشخص وهو شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، تأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد. (الصهقان،2005: 7)

ويعرفه الأنصاري وكاظم (2007) على انه حالة من الخوف أو التوتر والضيق ينبع من توقع خطر ما يكون مصدره مجهولا إلى درجة كبيرة، ويعد مصدره غير واضح، ويصاحب كل من القلق والخوف عددا من التغيرات الفيزيولوجية. (الصامدي والشبول،2015: 138)

فالقلق حالة وجدانية غير سارة تتسم بالخوف والتوجس وتوقع الأخطار والكوارث. وليس بالضرورة أن تكون هذه الأخطار حقيقية بل يكفي أن يراها الفرد كذلك. والقلق خبرة بشرية عامة عانى ويعاني منها كل فرد دون استثناء. وما يميز المرضى بالقلق عن الأفراد العاديين هو أن المرضى يختبرون مواقف القلق في غالبية الوقت، ويختبرونه بدرجات اشد من الآخرين. (إبراهيم،2002: 20)

2_ تصنيفات القلق:

يميز فرويد بين ثلاث أنواع من القلق:

_ **القلق الواقعي:** فيظهر عند الفرد عندما يواجه خطرا فعليا كالخوف من سيارة مسرعة.

_ **القلق الخلقي:** هو ما يشعر به الفرد عندما يتصرف على نحو منافي للقواعد الأخلاقية، أو على وشك التصرف بطريقة غير مقبولة أخلاقيا. فالقلق الخلقي هو خوف من تأنيب الضمير يظهر في شكل شعور بالذنب أو العار. وكلما كانت الأنا العليا قوية لدى الفرد زاد لديه القلق الخلقي.

_ **القلق العصابي:** ينتج عن خوف الفرد من أن يفقد السيطرة على نزاعات الهو لديه على نحو يؤدي إلى معاقبته.

وإذا كانت "الأنا" لدى الفرد تؤدي عملها بكفاءة، فلن يعاني الشخص من القلق. إذ يتعامل مع المشكلات الواقعية بطريقة منطقية فيتخلص من القلق الواقعي. ويشبع النشاط الغريزي بطريقة مقبولة أخلاقيا، ويتخلص من القلق الخلقي. ويسيطر على نزاعات الهو بحيث لا يظهر منها إلا ما هو مقبول اجتماعيا، وبذلك يتخلص من القلق العصابي.

إلا أن "الأنا" لا تعمل بهذه الفاعلية، لذا فمن الطبيعي أن يعاني الناس حالات من القلق.

(جبريل وآخرون، 2008: 131)

ويضيف نبيل راغب إلى نوع القلق العصابي القلق الطبيعي فيعرفه على أنه نوع يحفظ حياة الفرد ويبيعه على التقدم. فمثلا الطالب الذي يقلق على مستقبله، يستमित في استذكار دروسه حتى يبلغ أسمى درجات التفوق الذي يبلغه، ولذلك فإن القلق الطبيعي له أهمية شخصية واجتماعية لا تجعل منه ظاهرة مرضية. (راغب، 2003: 56-57)

_ **القلق الاجتماعي:** يعرفه محمد عبد الرحمان (1998) على أنه حالة من التوتر تنتج عن التوقع أو الحدوث الفعلي للتقييم في مواقف التفاعل الشخصي التخيلية أو الحقيقية.

(حسين فايد، 2008: 180)

3_ أعراض القلق:

يمكن تقسيم أعراض القلق إلى ثلاث فئات هي: الأعراض الجسمية، الأعراض النفسية والاجتماعية، الأعراض المعرفية، وفيما يلي عرض لأهم هذه الأعراض:

_ **الأعراض الجسمية:** شحوب الوجه، واتساع حدقة العين وتعابير الخوف على الوجه، برودة الأطراف وسرعة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، وسرعة التنفس والشعور بالاختناق، وجفاف الحلق، وصعوبة البلع، وعسر الهضم وآلام المعدة والأمعاء وخاصة الأمعاء الغليظة والشعور بالانتفاخ، وكثرة الغازات وكثرة التبول.

ومن الأعراض الجسمية للقلق أيضا الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط و المثابة وتوتر العضلات، والنشاط الحركي الزائد، والأزمات العصبية مثل اختلاج الفم، ومص الإبهام، وقضم الاضافر، ورمش العينين. (القاضي، 2009: 16)

_ **الأعراض النفسية:** الشعور بالخوف، وعدم الراحة الداخلية وترقب حدوث مكروه، ويترتب على ذلك تشتيت الانتباه، وعدم القدرة على التركيز والنسيان وكذلك الأرق، وعدم القدرة على النوم والتوتر أو التهيج العصبي وهذا يجعل الفرد حساس جدا لأي ضوضاء، والشعور بالاختناق، والأحلام والكوابيس المزعجة، وسيطرة مشاعر الاكتئاب.

_ **الأعراض الاجتماعية:** سرعة اتخاذ قرارات لا تتفد مع الميل الشديد لقد الذات ووضع متطلبات صارمة على ما يجب عمله.

كما يبدو الشخص القلق في حالة اضطراب في توافقه مع الآخرين، حيث يميل إلى للعزلة والبعد عن التفاعلات الاجتماعية ويبدو عليه عدم القدرة على إحداث تكيف بناء مع الظروف والأشخاص والمواقف الاجتماعية.

_ **الأعراض المعرفية:** وتتضمن مجموعة من الخصائص كالاتي:

_ **التطرف في الأحكام:** فالأشياء إما بيضاء أو سوداء أي أن الشخص المتوتر يفسر المواقف باتجاه واحد وهذا يجلب له التعاسة والقلق.

_ كذلك ميل العصائيين إلى التصلب، أي مواجهة المواقف المختلفة المتنوعة بطريقة واحدة من أجل التفكير.

_ يتبنون أيضا اتجاهات ومعتقدات عن النفس والحياة لا يقوم عليها دليل منطقي كالتسلطية والجمود العقائدي، مما يحول بينهم وبين الحكم المستقل واستخدام المنطق بدل من الانفعالات.

_ وهم يميلون للاعتماد على الأقوياء ونماذج السلطة وأحكام التقاليد، مما يحولهم إلى أشخاص مكفوفين وعاجزين عن التصرف بحرية انفعالية عندما تتطلب لغة الصحة النفسية ذلك. (القاضي: 17)

_ **الأعراض الحركية:** غالبا ما يبدي الأشخاص الذين يعانون القلق أعراضا من عدم الاستقرار والتأمل، والنشاط الحركي الكليل، مثل هز القدم، والاستجابة الاجفالية أو الترويعية المفرطة إزاء صوت مفاجئ.

وتعكس هذه الأعراض الحركية مستويات عالية من الاستثارة المعرفية والجسمية لدى الفرد ومحاولاته لحماية نفسه مما يراه على أنه مهدد له. (الهجان، 2008: 78)

4_ نظريات القلق:

4_1 التفسيرات البيولوجية:

-التفسيرات الوراثية:

يؤكد مالمو وجود العامل الوراثي في القلق، ويرى ماير جلاوس وآخرون وجود الوراثة من حيث هي عامل قوي، ويورد لدر أن الوراثة لها دور لاشك فيه في حدوث حالات القلق. وقد أسفر عدد من الدراسات على أن القلق موروث على الأقل بمقدار النصف تقريبا. وحول هذه القضية أجريت دراسات متعددة:

1_ دراسات العائلة: وقد أسفرت هذه الدراسات على أن متوسط معدلات اضطرابات القلق

يقدر ب 20% بين الأقارب ذوي اضطرابات القلق في مقابل 4% بين عامة الناس، كما

توضح نتائج هذه الدراسات أن الأقارب من الدرجة الأولى للأفراد ذوي اضطرابات القلق يبدون معدلات لاضطرابات القلق أعلى من الأقارب من الدرجة الثانية 23% مقابل 7%.

2_ **دراسات التوائم:** وجد سليتر وشيلدر أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة تصل إلى 50%، وإن حوالي 65% يعانون من بعض سمات القلق، وقد اختلفت هذه النسبة في التوائم غير المتشابهة، فوصلت إلى 4% فقط، أما سمات القلق فظهرت في 13% من الحالات. وعلى الرغم مما تقدمه هذه الدراسات من بيانات تؤيد وجود أساس وراثي لاضطرابات القلق فإنها في نفس الوقت لا تقدم أدلة قاطعة في هذا الشأن، وبخاصة ما يتعلق بتداخل العوامل الاجتماعية والظروف الأسرية والتنشئة الاجتماعية مع العوامل الوراثية والفسولوجية.

_ التفسيرات الفسيولوجية:

تستند النظريات الحيوية والفسيولوجية في تفسيرها لاضطراب الهلع واضطراب القلق المعم إلى وجود نشاط عصبي زائد في منطقة الدماغ يكون مسئولاً عن الاستثارة الانفعالية، وهذه الاستثارة يخبرها الفرد على أنها قلق .

ويعتقد أن النشاط العصبي الزائد يعزى إلى أن الخلايا العصبية المثبطة (نيرونات الكف) التي تعمل على خفض النشاط العصبي بطريقة طبيعية لا تؤدي وظيفتها بشكل مناسب".

(الهجان: 80-81)

ويؤكد الروسان (1996) على أن القلق النفسي ينشأ من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه السمبثاوي* "Sympathique" والباراسمبثاوي** "Parasympathique" الأمر الذي يؤدي إلى زيادة نسبة الأدرينالين في الدم، حيث يشط الكبد وزيادة السكر في الدم وينبه الجهاز العصبي السمبثاوي الذي يؤدي إلى رفع ضغط الدم وتسارع ضربات القلب وجحوظ العين وشحوب الجلد وجفاف الحلق وتصيب العرق وعمق التنفس وسرعته وارتجاف

* **Sympathique** : من مكونات الجهاز العصبي الذاتي وهو المسئول على الجسم في حالة وهو الذي يهيئ الجسم لحالة النشاط ويعمل كوسيط بين اثنين من النواقل العصبية وهي الأدرينالين والنورادرينالين فيزيد من نشاط القلب والتنفس، ويوسع القصبات الهوائية وحقنة العين. (Morin et al, 2006 :1007)

** **Parasympathique** : من مكونات الجهاز العصبي الذاتي وهو المسئول على الجسم في حالة الراحة وذلك من خلال وساطته بين النواقل العصبية كالاستيل كولين، ويعمل على تباطؤ ضربات القلب، وينبه الجهاز الهضمي، ويحد من تقلص

العضلات الشرجية. (Morin et al:1007)

الأطراف، أما اعرض الجهاز الباراسميثاوي فمنها كثرة التبول والإسهال ووقوف الشعر واضطرابات الأمعاء والنوم وفقدان الشهية للطعام وان المسئول عن تنظيم الجهاز العصبي اللاإرادي هو الهيبوتلاموس "Hypothalamus" الذي يقع في المنطقة المتوسطة من الدماغ وهو مركز تعبير عن الانفعالات وهو على اتصال دائم بالمخ الحشوي لتلقي التعليمات عن طبيعة المثيرات من اجل القيام بعملية التكيف اللازمة وهكذا تدور الدائرة العصبية المستمرة بين قشرة المخ والهيبوتلاموس والمخ الحشوي ومن خلالها نحس بانفعالاتنا وهذه الدائرة تعمل من خلال سيالات وشحنات كهربائية وكيميائية وهناك هرمونات عصبية مسئولة عن ذلك السيروتونين والنوردرينالين والدوبامين بالإضافة إلى هرمون الاستيل كولين في قشرة المخ، وان أسباب الاضطرابات النفسية والعقلية تعود إلى اضطراب في هذه الهرمونات الأمر الذي يجعل الفرد قادر على التحكم فيها ومن ثم السيطرة على الاكتئاب والمخاوف والرهابات عن طريق خلق حالة من التوازن في وجودها وأحيانا يكون التحكم فيها عن طريق الجراحة وقطع الألياف الموصلة بين قشرة المخ والهيبوتلاموس والمخ الحشوي.

(آل عسيري، 2007: 11-12)

4_2 التفسيرات النفسية:

يرى فرويد في نظريته إلى أن القلق ينشأ من كبت الرغبة الجنسية، أو احباطات ومنعها من الإشباع، وحينها تمنع الرغبة الجنسية من الإشباع، تتحول الطاقة الجنسية (الليبيدوا) إلى قلق ويتم هذا القلق بطريقة فسيولوجية بحتة. وقد أدى هذا الرأي إلى إبعاد موضوع القلق عن نطاق أبحاث التحليل النفسي لمدة من الزمن، فالقلق وفقا لهذه النظرية لا يحدث العصاب وإنما يحدث العصاب أولاً ويساعد على كبت الرغبة الجنسية، وحينما تكبت الرغبة الجنسية تتحول الطاقة الجنسية وبطريقة مباشرة إلى القلق. (المشيخي، 2009: 22)

يضيف المشيخي في التحليل النفسي الحديث على أن القلق يعود لنظرية فرويد الدور البارز والهام في ظهور العديد من النظريات النفسية، التي برز فيها العديد من العلماء التحليليين والذين انشقوا على فرويد وكان من أبرزهم:

_ **اتورانك:** يفسر القلق على أساس الصدمة الأولى وهي صدمة الميلاد، فانفصال الوليد عن الأم هي الصدمة الأولى التي تثير القلق فالقلق عند اتور انك هو الخوف الذي تتضمنه الانفصالات المختلفة، ويضيف أن القلق الأولي يتخذ صورتين تستمران مع الفرد في جميع مراحل حياته هما: خوف الحياة وخوف الموت. فخوف الحياة هو خوف من التقدم والاستقلال الفردي الذي يهدد الفرد بالانفصال على علاقاته وأوضاعه، أما خوف الموت فهو قلق من التوتر وفقدان الفردية وضياح الفرد في المجموع أو خوفه من أن يفقد استقلاله الفردي إلى حالة الاعتماد على الغير. (عثمان، 2001: 21-22)

أما المخاوف المرضية تعرف على أنها خوف مبالغ فيه، يصل لحد الرعب، من موضوع أو موقف معين، لا يمثل في حد ذاته مصدر للخطر، وهذا الخوف حضاري في طبيعته، بمعنى أن الشخص يدرك معقوليته وعدم منطقيته، ورغم ذلك فإن هذا الخوف يسيطر عليه ويحكم سلوكه، وتختلف المخاوف المرضية عن المخاوف العادية، فالخوف العادي هو حالة يحسها كل إنسان في حياته العادية، حين يخاف مما يخيف فعلا. (النصار، 2013: 11)

_ **حالات القلق:** يصنف العلماء القلق كسمة وكحالة حيث يختلف كل منهما عن الآخر:

_ **سمة القلق:** فيعرفها (George Fink, 2010) على أن يكون القلق لدى الفرد بشكل مستمر وطوال الوقت وفي كل الأوضاع.

_ **حالة القلق:** فيعرفها عبد الخالق (1998) بأنها استجابة انفعالية غير سارة تتسم بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر والخشية والعصبية والانزعاج، كما تتصف بتنشيط الجهاز العصبي الذاتي "الأتونومي" وزيادة تنبيهه فيكون مستوى القلق فيها لحظي وفي بعض الحالات يسمى حالة قلق.

وحسب جورج فنك ان بعض من لديهم سمات قلق لديهم ميل أيضا لحالة القلق في غالب أوقاتهم وقد يكون العكس لدى أشخاص لديهم سمات قلق منخفضة ولكن قد يكون لديهم حالة قلق عالية وذلك بسبب الظروف الضاغطة. (القرأ، 2015: 61)

خلاصة:

إن الرعاية الصحية والنفسية لها أهمية كبيرة في حياة الفرد لما توفره من الصحة الجسمية التي تخص أعضاء الجسم وكذا الرعاية النفسية التي تسهم في بعث الارتياح النفسي وتحقيق التوافق النفسي الاجتماعي وتزداد أهمية هذه الرعاية عند أصحاب الأمراض المزمنة ولاسيما الأمراض التي تمس الغدد وتتأثر على مزاجية الفرد.

الفصل الثالث

مرض السكري

تمهيد.

- 1- تعريف مرض السكري.
 - 2- نبذة تاريخية على كيفية ظهور هذا المرض.
 - 3- انتشار مرض السكري.
 - 4- غدة البنكرياس وهرمون الأنسولين.
 - 5- آلية حدوث مرض السكري.
 - 6- أسباب مرض السكري.
 - 7- أعراض مرض السكري.
 - 8- تشخيص مرض السكري
 - 9- أنواع مرض السكري.
 - 10- علاج مرض السكري.
 - 11- التغذية ومرض السكري.
 - 12- النشاط الرياضي ومرض السكري.
 - 13- مضاعفات مرض السكري.
 - 14- قدم السكري.
 - 15- الأعراض النفسية المصاحبة لمرض السكري.
 - 16- الوقاية من مرض السكري ومضاعفاته.
- خلاصة.

تمهيد:

يعتبر داء السكري من الأمراض المزمنة والمنتشرة بكثرة في عصرنا الحالي والإصابة به تجعل الأمر مخيفا لأنه ينتج عنه مضاعفات قد تهدد حياة الإنسان، والجزء الأكبر في الوقاية من هذه المضاعفات هو فهم المرض جيدا وكيفية التعامل معه.

وعليه سنتناول في هذا الفصل عدة عناصر هي: تعريف مرض السكري، نبذة تاريخية على ظهور هذا المرض، انتشار مرض السكري، غدة البنكرياس وهرمون الأنسولين، آلية حدوث مرض السكري، أسباب مرض السكري، أعراض مرض السكري، تشخيص مرض السكري، أنواع مرض السكري، علاج مرض السكري، التغذية ومرض السكري، النشاط الرياضي ومرض السكري، مضاعفات مرض السكري، قدم السكري، الأعراض النفسية المصاحبة لمرض السكري، الوقاية من مرض السكري ومضاعفاته.

1_ تعريف السكري:

يعتبر داء السكري إصابة على مستوى التمثيل الغذائي تتميز بالارتفاع المزمن لنسبة السكر في الدم، وله صلة بالعجز إما في إفراز الأنسولين أو عمل الأنسولين أو كليهما فتطور هذا المرض يمكن أن يؤدي إلى مضاعفات خطيرة على القلب والأوعية الدموية والعينين والكليتين والأعصاب.

ومع ذلك، فإن السيطرة الجيدة على المرض يمكن أن تقلل كثيرا من خطر حدوث هذه المضاعفات.

ويتم التأكد من ارتفاع السكر في الدم بشكل نهائي والتي تؤكد الإصابة بداء السكري بواسطة إجراء فحص قياس نسبة سكر دم الصائم التي تشير إلى مرض السكري هو من 7مليمول/لتر أي(1.26 جم/لتر). وهذه القيمة غير طبيعية حيث تؤكد وجود الإصابة الحقيقية والفعالية بهذا الداء. (Campagna et al, 2010:1)

يعرف السكري على انه مجموعة من اضطرابات التمثيل الغذائي تؤدي إلى عدم قدرة الجسم على استهلاك الجلوكوز الموجود بالدم بطريقة طبيعية، مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى سكر الدم، إما نتيجة لنقص كامل أو جزئي للأنسولين الذي يفرزه البنكرياس أو عدم فاعلية الأنسولين الموجود على خلايا الجسم. (قورة،2010:8-9)

ويعرف على انه جملة الاضطرابات الايضية التي تتميز بزيادة نسبة السكر في الدم بسبب إما خطأ في إفراز الأنسولين أو مقاومة غير طبيعية للنسيج الذي يكون فعل الأنسولين عليه، ويمكن أن تصل زيادة السكر في الدم إلى المرحلة الحادة فيؤدي إلى غيبوبة السكري. (V.Fattorusso et O.Ritter,2006: 1212)

ويعرف فيري(F.Ferri,2006) مرض السكري على انه المرض الذي يتميز بعدم التوازن بين العوامل التي تساهم في زيادة السكر في الدم مثل الغذاء الغير متوازن وهرمون الغلوكاغون والكورتيزول وهرمون النمو، و عوامل مضادة لنقصان السكر في الدم كالأنسولين والنشاط الرياضي ومستقبلات السكر على مستوى الخلايا. (F.Ferri,2006:19)

وهو كل مرض يتميز بالطرح أو الإفراز المتواصل والمستمر لمادة في البول، ونميز السكري عديم الذوق أو الطعم "diabète insipide" وفي هذه الحالة يكون طرح مكثف للماء في شكل بول، كما يوجد السكري الحلو "diabète sucré" والذي يتميز بتواجد كمية كبيرة للسكر في البول نتيجة زيادتها في الدم. (Morin et al,2006: 293)

ويعرف مرض السكري بأنه اضطراب في عملية التمثيل الغذائي تتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم والمسئول على ذلك هو النقص المطلق أو النسبي للأنسولين، حيث يعجز الجسم عن تصنيع أو استخدام الأنسولين بشكل مناسب، وعلى اعتبار الأنسولين هو الهرمون الذي يفرزه البنكرياس والذي يتحكم في تحويل السكر والكربوهيدرات إلى طاقة فانه عندما يحدث اضطراب وظيفي للأنسولين يزداد الجلوكوز ويظهر بالبول.

(شقيير، 2005:300)

ومرض السكر هو متلازمة "syndrome" ارتفاع سكر الدم تحدث بسبب نقص كلي أو نسبي لهرمون الأنسولين وأعراضه ترجع إلى تغييرات في استقلاب الجلوكوز والدهون والبروتينات، وهذه التغييرات قد تؤدي إلى مضاعفات كلوية أو شبكية أو شريانية أو عصبية. (عيدروس، 1993:25)

ويعرف مرض السكر بعدم قدرة الجسم على استهلاك الغلوكوز الموجود في الدورة الدموية بطريقة طبيعية ويأتي هذا العجز إما عن نقص كامل في كمية هرمون الأنسولين الذي يفرزه البنكرياس، أو عدم فعالية الأنسولين الموجود بكثرة على خلايا الجسم. في كلتا الحالتين ترتفع نسبة السكر في الدم، وعدم استهلاك السكر يجعل المريض يشعر بجوع زائد متواصل ورغبة في التبول الكثير الذي يسبب جفافا في اللسان والجلد، وعطشا شديدا وحكة في الجلد. (حسنين، 1989:11)

وحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM III-) (R,1987) على أن مرض السكري أحد الاضطرابات الجسدية الحقيقية والتي تسهم العوامل السيكولوجية بدور هام في بداية الإصابة به أو في تفاقم الحالة المرضية للفرد.

(بكيري، 2012: 14)

وحسب (France et al,1999) داء السكري هو مرض يعجز معه جسم الإنسان عن إنتاج الأنسولين أو الاستفادة من الأنسولين المنتج، وبالتالي ترتفع مستويات السكر في الجسم إلى أن يظهر أثره في البول ونتيجة لفقدان السيطرة على مستويات السكر في الدم لا يستطيع الجسم الاستفادة من الطاقة المستخلصة من الغذاء على النحو السليم، ومن هنا يبدأ ظهور الأعراض المصاحبة لداء السكري، وهو الشعور بالعطش والشعور بالإرهاق، والتعب والرغبة المتكررة في البول. (دوم، 2011: 5)

ويعتبر مرض السكري مرض بالغ الخطورة يتميز بزيادة غير طبيعية ودائمة للجلوكوز، حيث يتم التحكم في سكر الدم بواسطة الأنسولين، وهو هرمون يفرز من البنكرياس، ويسهل دخول السكر إلى الخلايا. (le diabète en Belgique, 2007:45)

نلاحظ من خلال ما سبق أن اغلب التعاريف تتفق على أن مرض السكري هو عبارة عن مرض يحدث فيه الارتفاع الكبير والمزمن لنسبة السكر في الدم نتيجة النقص الكلي أو الجزئي لهرمون الأنسولين، ماعدا تعريف بكيري نجية (2012) نقلا عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي والتي ركزت على أهمية الجانب النفسي في إحداث مرض السكري، وانفرد تعريف (F.Ferri,1997) بإرجاع مرض السكري إلى مجموعة من العوامل المخفضة والمرفعة للسكر كالهرمونات والغذاء وكذا عدم ممارسة النشاط البدني التي تساهم في رفع وخفض سكر الدم، كما اتفقا كل من (Morin et al,2006) وشقير (2005) على أن وجود السكر في الدم يوافق طرحه في البول، وأضاف موران وآخرون (Morin et al,2006) نوعين من السكري هما السكري الحلو و السكري عديم الطعم، وأضاف كل من حسنين (1989) ودوم (2011) نقلا عن (France et al,1999) بعض الأعراض المرافقة لمرض السكري.

واتفق كل من عيدروس (1993)، (V.Fattorusso et O.Ritter, 2006)

(Campagna et al, 2010) على دمج المضاعفات من اعتلال الشبكية والأعصاب والكلية

وغيبوبة السكري ضمن التعريف، في حين انفرد هذا الأخير عن كل التعاريف الأخرى

بالإشارة إلى نسبة السكر في الدم الطبيعية والمرضية والتي يمكن التأكد من خلالها وبشكل نهائي الإصابة بمرض السكري.

ومنه يمكن أن نستنتج تعريف لمرض السكر على انه مرض ناتج عن الزيادة المزمنة والمستمرة لنسبة السكر في الدم وهو ما يعرف بـ "Hyperglycémie" وذلك نتيجة خلل في عمل هرمون الأنسولين سواء لنقصانه أو غيابه التام أو غياب تأثيره على أنسجة الخلايا وهو الهرمون المنتج من خلايا بيتا في جزر لانجرهانس لخلايا البنكرياس والمسئول على تخفيض نسبة السكر بالدم ليجعلها في المستوى المتعادل بين 1 إلى 1,10 ملي مول في اللتر.

2_ نبذه تاريخية على ظهور مرض السكري:

يطلق على مرض السكر اسم ديابيتس ميليتس (**diabète milites**) وهي تسمية لاتينية ترجع إلى ما قبل الميلاد حيث أطلقها الرومان لوصف هذا المرض لأول مرة، تعني كلمة ديابيتس الماء الجاري إشارة إلى كثرة التبول بكميات كبيرة، ومعنى كلمة ميليتس العسل إشارة إلى مرور السكر مع البول. (ميميش وآخرون، 2011: 15)

وقد اكتشف العالمان جوزيف فون ميرينج (Joseph Von Mering) وأوسكار مينكوسكي (Oskar Minkowski) عام 1889م دور البنكرياس في مرض السكر عندما ازالوا البنكرياس بشكل تام من الكلاب، حيث ظهرت عليهم علامات وأعراض مرض السكر وأدى ذلك إلى وفاتهم بعد فترة وجيزة، وفي عام 1910م اكتشف العالم سير ادوارد شاري _ شيفر (Sir Edward Sharpey-Schfer) أن المرضى المصابين بالسكر يعانون من نقص في مادة كيميائية واحدة ينتجها البنكرياس وسماها "الأنسولين". وكلمة أنسولين مشتقة من كلمة لاتينية تعرف باسم انسولا وتعني جزيرة، وترجع إلى كلمة جزر لانجرهانس "Langerhans" في البنكرياس والتي تنتج الأنسولين.

وقد تمكن العالم باتينج (Bating) وزملائه من جامعة تورنتو بكندا في أواخر 1920م من فصل هرمون الأنسولين لأول مرة من بنكرياس البقر. وهذا أدى إلى توفر حقن الأنسولين والتي تستخدم لأول مرة على مرضى السكري عام 1922م. (الحميد، 2007: 1)

3_ انتشار مرض السكري:

وفقا لبيانات علمية إن الإصابة بمرض السكري آخذة في الازدياد في أوروبا، حوالي سبعة ملايين شخص مصاب بمرض السكري في سويسرا، هناك حوالي 250 000 مريض بالسكري وهذه الأرقام المتزايدة تبين زيادة في معدلات مرض السكري، فقدت منظمة الصحة العالمية انتشار مرض السكري عالميا، وهكذا توقعت إحصاءات بزيادة قدرها 171 مليون أي 366 مليون شخص من المتضررين بهذا الداء خلال عام 2000 وحتى عام 2030.

(Lilly et Priska, 2011: 11)

كما ان حدوث وانتشار مرض السكري من النوع الثاني (NIDDM) هو في زيادة مطردة في جميع أنحاء العالم، ووفقا لمنظمة الصحة العالمية قدر عدد المصابين به في سنة 2000 بنسبة 175 مليون وستتجاوز 300 مليون في عام 2025. فالحد الأقصى لانتشار المرض في البلدان الصناعية هو في الولايات المتحدة وجنوب إيطاليا، أما في فرنسا يقدر انتشاره بنسبة 3.1% من السكان، أي 1.8 مليون مصاب بالداء السكري، ولكن ربما تكون هذه الإحصائيات أقل مما هي عليه في الواقع لأن إعطاء الإحصائيات وفق الدراسات يجب أن تستند على المتطلبات العلاجية، وبالتالي قد لا تأخذ بعين الاعتبار الأفراد الذين لم يتم تشخيصهم واخضاعهم للعلاج وهم حاملو المرض. (Sylvain, 2004: 85)

وهذا الانتشار يختلف وفقا لعمر المريض وأصله العرقي، فتقدر النسبة بعد 65 عام بـ 37% من الفنلنديين مصابين بالسكري النوع الثاني، والعكس في الولايات المتحدة تمثل نسبة 9 إلى 16% من هنود بيما الأمريكية، ويمثل الإقليم الشمالي انتشار بنسبة حوالي 30 إلى 50% للفئة العمرية الأكثر من 20 عاما.

وهذه الاختلافات العرقية لها دور وراثي في سكري النوع الثاني، ورغم ذلك فإن الزيادة الكبيرة في انتشار هذا الشرط الثانوي لدى هؤلاء السكان في بيئة نمط الحياة الغربية، يوحي بتأثير جينات معينة بالإضافة إلى الدور الذي تلعبه البيئة. (Sylvain: 85)

أما في البلدان العربية ففي دراسة أجريت عام 2008، وجد أن مرض السكري يؤثر على نحو 4.3 مليون شخص في منطقة الخليج، ومن بين الست دول الخليجية فإن خمس دول تتدرج في قائمة الاتحاد الدولي للسكري للدول العشر الأعلى في معدل انتشار الإصابة بداء السكري في العالم ككل. وحسب ما ذكر فالدول هي البحرين الكويت، قطر، ودولة السعودية والإمارات العربية المتحدة، وكلما تقدم عمر الفرد زاد خطر إصابته بالسكري.

(مجلة موجز السكري بقطر، ب س: 7)

ووفقا لمنظمة الصحة العالمية فإن الجزائر يوجد بها خمسة ملايين مصاب بمرض السكري مختلط بين النوعين، فالنوع الأول المعتمد على الأنسولين (IDDM) الذي هو قيد الدراسة حاليا خاصة بعد تركيب الأنسولين الاصطناعي، أما السكري من النوع الثاني (NIDDM) لا يزال حقل البحث فيه مفتوحا. (Kebieche, 2009:3)

ففي عام 2012 قدر عدد الأشخاص المصابين بالداء السكري في الجزائر 1,600,000 في حين سيرتفع هذا العدد عام 2030 إلى 2,400,000 شخص مصاب بالداء السكري. (نبذة عن الجزائر، 2012: 1)

من خلال ما سبق تظهر لنا أن نسبة انتشار داء السكري يختلف من بلد إلى آخر، ويختلف حسب النوعين الأول والثاني، إلا أنه يعتبر وباء خطير يهدد كل البلدان النامية والمتقدمة على حد سواء.

4_ غدة البنكرياس وهرمون الأنسولين:

4_1 غدة البنكرياس: البنكرياس هو عضو صغير بحجم كف اليد تقريبا ويوجد خلف المعدة. ويقوم البنكرياس بإفراز إنزيمات في الأمعاء الدقيقة مهمتها هضم وتكسير الطعام

وتحويله إلى مواد بسيطة يسهل امتصاصها. وبالإضافة إلى ذلك يفرز البنكرياس هرمونات في الدم لمساعدة الجسم على استخدام السكر (الجلوكوز) وأحد هذه الهرمونات الأنسولين.

(الحميد، 2007: 4)

وغدة البنكرياس يبلغ طولها (14-18سم) وتمتد أعلى البطن على شكل منشور فوق الإثني عشر من الأمعاء الدقيقة وراء المعدة مباشرة. (مقبل، 2010: 29)

فتقع غدة المعثكلة أو البنكرياس في القسم الأعلى من البطن أمام العمود الفقري وراء المعدة التي تغطيه تماما بأكمله تقريبا.

تكون الغدة ذات سمك صغير كلما اتجهنا من الأمام إلى الخلف، يكون رأس هذه الغدة غليظا محاطا بالإثني عشر ويسمى القسم النهائي من هذه الغدة، بذيل الغدة تزن غدة البنكرياس ما بين 80-100 غ، كما أنها مشدودة في مكانها بعدد كبير من اللحاءات، وتشكل غدة البنكرياس بالاشتراك مع الغدد اللعابية، الكبد والأنبوب الهضمي وما يحتوي عليه من غدد أخرى ما يسمى بالجهاز العصبي.

إن تركيب غدة البنكرياس يشبه إلى حد بعيد تركيب الغدد اللعابية ولا يختلفان إلا بوجود نسيج داخل البنكرياس يقوم بإفرازات كثيرة منها الإفرازات الخارجية التي تصب في الإثني عشر

(le suc pancréatique) . (دعميش، 2004: 23)

4_2 عمل الأنسولين:

الأنسولين هو هرمون تفرزه غدة البنكرياس "pancreas" وهو يسيطر على حركة السكر في الخلايا وتمثيله الغذائي، وحين يضطرب إفراز الأنسولين تحدث زيادة السكر في الدم مما يؤدي إلى تصريفه عبر البول. (الصبوة والتمار، 2010: 470)

فهرمون الأنسولين له دور أساسي في تسهيل دخول الجلوكوز من الدم إلى الخلايا، فيحترق لتوليد الطاقة فبدون أنسولين لا يمكن لخلايا الجسم أن تستفيد من السكر الموجود في الجسم. (حسن، 2006: 49)

والأنسولين هو هرمون بروتيني الأصل تفرزه خلايا بيتا في البنكرياس، ويتأثر إفراز الأنسولين بالزيادة أو النقصان استجابة لعدة أمور، منها زيادة إفراز هرمونات خاصة مثل الأدرينالين وهرمون النمو، وغيرها فهي تؤدي إلى زيادة احتياج الإنسان للأنسولين، وكذلك الاضطرابات الانفعالية، وأيضا السمنة تتطلب زيادة إفراز الأنسولين، أما المجهود العضلي والحمية الغذائية يقللان من إفراز الأنسولين. (مرفت، 2010:30)

ويعرفه (Lacombe, 2006:174) على أنه هرمون بروتيني معقد، لكن تركيبته الكيميائية معروفة في تحتوي على الكبريت، ويفرز من طرف الخلايا بيتا، وله دور مهم في التمثيل الغذائي "métabolisme" للغلوسيدات "glucides" أي السكريات والليبيدات "lipides" والدهن والبروتينات "protides" أي بشكل عام في عملية التمثيل الغذائي للسكر.

فعملية التمثيل الغذائي للسكر تتم عن طريق هرمون الأنسولين الذي يلعب دور في انقاص كمية السكر في الدم "Hypoglycémie" بطرق مختلفة كما يلي:

- يساعد على دخول الغلوكوز داخل الخلايا، وذلك على مستوى العضلات والأنسجة الدهنية.

- يساعد على تخزين الغلوكوز في شكل جليكوجين "glycogène" في الخلايا على مستوى الكبد والعضلات والنسيج الدهني.

- ينبه أو يقوم بتنبيه كل عمليات تهديم الغليكوجين إلى سكر.

— ينبه تصنيع الغلوكوز ابتداء من الدهون أو البروتين "néo glycogénèse".

ويتم إفراز الأنسولين بمساعدة عدة عوامل:

زيادة نسبة السكر في الدم، وفعل بعض الهرمونات أثناء الهضم حيث ان إفراز البنكريوزمين "pancréozymine" يحفز على إفراز الأنسولين، والغلوكاغون "glucagon" يعادل فعل تحفيزه إفراز الأنسولين، والعوامل العصبية كالناقل كاتي كولامين "catécholamines" الذي يعتبر كوسيط في نظام الجهاز العصبي الذاتي فيحث على إفراز الأنسولين، البنوموغاستريك

"pneumogastrique" يؤدي إلى إفراز الأنسولين حيث التحكم يكون من مركز غدة تحت المهاد "hypothalamique".

وفي التمثيل الغذائي للدهون الأنسولين يساعد على تخزين ثلاثي الغليسريدات "triglycérides" في الخلايا الدهنية وأثناء عملية البناء "catabolisme" يساعد على تركيب الحمض الدهني ابتداء من السكريات في النسيج الدهني على مستوى الكبد؛ هذه العملية تتم لتخفيض سكر الدم، والتمثيل الغذائي للبروتين هنا الأنسولين يساعد في عملية الهدم "l'anabolisme" للبروتين لتسهيل التركيب البروتيني عن طريق تسهيل تركيب البروتين ابتداء من الأحماض الامينية وهذه تقابل عملية البناء للبروتين.

فهرمون الأنسولين يلعب دور مهم في تنظيم السكر "glycorégulation"؛ وذلك عن طريق خفضه في الدم "glycémie" بواسطة تصنيعه في الكبد ابتداء من الجلوكوز، بالإضافة إلى تسهيل الجلوكوز في الخلايا، ومن جهة أخرى إلى العضلات. (Moral et al, 2012:12)

فيقوم الأنسولين بتمكين الخلايا من اخذ الجلوكوز؛ واستخدامه مما يقلل نسبة السكر بالدم بعد تناول الوجبة وأن نقص الأنسولين يؤدي إلى بقاء الجلوكوز عاليا في الدم وهذا الارتفاع هو المسئول عن حدوث المضاعفات المتعلقة بالسكري.

(مجلة موجز السكري بقطر، ب س: 8)

5_آلية حدوث مرض السكري:

يفرز هرمون الأنسولين من خلايا بيتا (B-cells) المتواجدة في البنكرياس في جزر لانجرهانز (Islets of Langerhans) وهذا الهرمون مسئول عن تنظيم عمليات أيض* السكر في الدم.

وفي حالة نقص هذا الهرمون أو انخفاض حساسية أنسجة الجسم له، ينتج عن ذلك ارتفاع في نسبة الجلوكوز في الدم. فمثلا في الإنسان السليم عند تناول وجبة يتم تكسيورها

* الايض: عمليات الهدم والبناء للمركبات الحيوية في جسم الإنسان

إلى مركباتها الأساسية (الجلوكوز) ثم تمتص إلى الدورة الدموية، فيبدأ عندئذ عمل الأنسولين بإدخال الجلوكوز إلى الخلايا، وهذا ما يفتقده مريض السكري إما لنقص الأنسولين أو وجود مقاومة لعمله بسبب انخفاض حساسية أنسجة الجسم له فينجم عن ذلك قلة الطاقة في الخلية، فتقل العمليات الحيوية داخلها، فيشعر المريض حينها بالخمول وفقد القدرة على التركيز وقد يترسب الجلوكوز على جدران الأوعية الدموية مسببا مشاكل في الأوعية.

(مطوية تثقيفية عن داء السكري، 2014: 3)

إن الخلل الذي يحدث في مرض السكري واحد من ثلاثة؛ إما عدم إفراز الأنسولين من البنكرياس كلياً؛ أو نقص إفرازه عن المستوى المطلوب لحاجة الجسم؛ أو أن الأنسولين المفرز من البنكرياس لا تستخدمه خلايا جسم الإنسان لأي سبب كان. (مقبل، 2010: 29)

ويضيف غانم (2007) أن أي اضطراب في الخلايا بيتا في جزر لانجر هانس يؤدي إلى حدوث مرض السكري المتمثل في اضطراب التمثيل الغذائي الذي يعود بدوره إلى الأسباب المرضية المتعددة كالاضطرابات في الكربوهيدرات والدهون والبروتينات الناجمة عن عيوب في إفراز الأنسولين، عمل الأنسولين، أو كليهما والتي تتميز بفرط سكر الدم المزمن، فينتج عن مرض السكري آثار تخلف طرأ على المدى الطويل تتمثل في ضعف وفشل مختلف الأجهزة.

6_ أسباب مرض السكري:

مرض السكري يمكن أن يحدث نتيجة أسباب مختلفة:

_ انخفاض أو توقف إنتاج الأنسولين من قبل البنكرياس "داء السكري من النوع الأول أو المعتمد على الأنسولين" "insulinodépendant"؛ ويسمى أيضاً مرض السكري الأحداث (diabète juvénile).

_ مقاومة عمل الأنسولين في الخلايا "داء السكري من النوع الثاني أو سكري الكبار أو الشباب" "diabète de l'adulte" أو النوع الدهني من مرض السكري "diabète de type gras".

_ أسباب أخرى تعود إلى الإصابة بأمراض مثل العدوى، الأمراض الوراثية، أمراض على مستوى البنكرياس أو الغدد الصماء، الأورام.

_ استخدام الأدوية وغيرها.

_ التغيرات الهرمونية (سكري الحمل). (le diabète en Belgique, 2007:45)

وهناك تقسيم آخر لأسباب مرض السكري هي:

_ أسباب عضوية:

لمرض السكري أسباب عديدة بعضها معروف والبعض الآخر مجهول وهذه الأسباب كالآتي:

_ الوراثة:

تلعب الوراثة دورا هاما في كثير من الأمراض التي تصيب الإنسان وان اختلف العلماء في تقدير النسب المحددة لعامل الوراثة في كل مرض، أما بالنسبة لعامل الوراثة في مرض السكري فيؤكد الباحثين أن هناك ميلا وراثيا للإصابة بالمرض، على الرغم من عدم تمكن أحد من تحديد كيفية توارث هذا المرض، ويبدو أن الوراثة لها دور مهم في الإصابة بالمرض عند الأطفال أكثر منها عند الكبار، فإذا كانت أسرة الطفل مصابة بالمرض فان احتمال إصابته به أعلى بعشرين مرة من طفل آخر لأسرة غير مصابة بالمرض.

وتشير دراسات إلى انه إذا كان الأبوين مصابين بمرض السكري فان 50% من أولادهم مصابين بالمرض والباقي معرضون للإصابة تحت الظروف الملائمة، إلا أن الاستعداد لمرض السكري يورث وليس المرض كما هو. (مقبل، 2010: 36)

_ السمنة: هناك علاقة وطيدة بين الجسم ومرض السكري، فمن الملاحظ أن أكثر المصابين بهذا المرض لهم علاقة وطيدة بالطعام والشراب.

فكلما زاد وزن الجسم عن معدله الطبيعي زاد الاستعداد للإصابة بالسكري، فزيادة الوزن بنسبة 10% عن المعدل الطبيعي تؤدي إلى زيادة الاستعداد للإصابة بالسكري إلى مرة ونصف منه عند الشخص الطبيعي.

— الأسباب النفسية:

يعتبر مرض السكري من الأمراض السيكوسوماتية لارتباطه بالجوانب النفسية للمصاب، ولقد اكتشف أن التوتر النفسي هو العلة الممرضة في كثير من الأمراض المرتبطة باضطرابات المناعة الذاتية التي تؤثر على الجوانب الفيزيولوجية من المرض، ولقد دلت الدراسات السريرية والمخبرية على أن التوتر النفسي له دور كبير في ظهور مرض السكري ولقد وجد أن في حالات التوتر يفرز الجسم الهرمونات السيروتيدات القشرية الكظرية والكاتيكولامينات (الأدرينالين والنورادرينالين) التي تؤثر بدورها على مستويات السكر الموجود في الدم فترفع هذه الهرمونات من مستوياته حيث يتعين على الأنسولين حرقه وتمثيله في الجسم، ويرى السيكلولوجي "ريتشارد سورويت" من جامعة ديوك "DUKE" أن التوتر النفسي لا يرفع فقط من مستويات السكر في الدم بل يثبط من إفراز الأنسولين.

— الأسباب الاجتماعية:

— الفقر: يساهم تدهور المستوى المعيشي والمادي في الإصابة بمرض السكري كونه يخلق جوا من الاضطراب النفسي والاجتماعي ويزيد من صعوبات الحياة وتعقيدها مما يزيد من حالات القلق والتوتر.

— البطالة: تشترك البطالة مع الفقر في التأثير السلبي على نفسية الأفراد كونها تخلق وضعاً اجتماعياً متأزماً كقلة الإنتاج وضعف الاستثمار وانخفاض المداخل مما يؤدي إلى ركود الاقتصاد وتقشي الوضعية المزرية للأسر والأفراد الذين فقدوا مناصب أعمالهم أو لم يجدوا مناصب أخرى أو لم يجدوا عملاً بصفة كلية مما يجعل تلك الوضعية شغلهم الشاغل وهمهم اليومي وهذا يؤثر على صحتهم الجسمية وظهور مختلف الأمراض النفسية والجسمية ومنها مرض السكري.

— التفكك الأسري: إن للأسرة دوراً مهماً من حيث ما توفره من حب وحنان وشعور بالأمن والطمأنينة وإذا افتقد الطفل هذا الحب والحنان اتسم سلوكه بالطابع العدوانية أو الانطوائي، كما أن الطفل الذي يعيش في أسرة مفككة يعقد مقارنات مستمرة بين حياته والحياة الأسرية

التي يعيشها أقرانه، وعن طريق المقارنات التي يعقدها تظهر له طبيعة الحياة السعيدة التي يعيشونها مع آبائهم فينتابه شعور بالنقص والإحباط والملل وتضطرب حياته الدراسية وعلاقته مع الآخرين وقد يفقد أصدقائه القدامى وقد ينتمي إلى عصابات الجانحين.

(دعميش، 2004: 93-94)

7_ أعراض مرض السكري:

من دون علاج مرض السكري يمكن أن يعرف عن طريق الزيادة المزمنة في مستوى السكر في الدم.

ويرافق ذلك أحيانا الأعراض التالية: العطش، التبول الكثير، والتعب، كثرة الأكل وفقدان الوزن أو السمنة وضعف الوعي مما يؤدي إلى غيبوبة.

فمرض السكري يؤدي إلى مضاعفات مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والكلية. ويمكن تأخير المضاعفات عند المرضى؛ أو التقليل منها أو منعها عن طريق الحفاظ على نسبة السكر في الدم بالقرب من وضعها الطبيعي (0,7-0,8 غرام/لتر).

(Kebieche, 2009:5)

وقد يعاني مرضى السكري من أعراض مثل العطش، والتبول، عدم وضوح الرؤية، وفقدان الوزن، وفي أشكال أكثر حدة نجد فرط في نسبة الكيتون أو الحمض الكيتوني داخل الجسم، وقد يؤدي ذلك إلى الإصابة بالذهول وفي غياب العلاج الفعال يصاب المريض بالغيبوبة والموت.

و غالبا ما تكون الأعراض ليست شديدة، أو قد تكون غائبة، وبالتالي فرط سكر الدم يكفي ليسبب المرض، وقد تكون التغيرات الوظيفية الحالية عند المصاب كانت موجودة من فترة طويلة قبل أن يتم اكتشافها وتشخيصها. (Alberti et al, 1999:2)

فيضيف المجلس القومي الاسترالي لمرضى السكري مجموعة من الأعراض ترافق ارتفاع السكر في الدم تتمثل فيما يلي:

ü كثرة التبول (ليلا ونهارا على حد سواء).

ü العطش/جفاف الفم.

ü التعب/نقص الطاقة.

ü الرؤية غير الواضحة.

ü بطء التئام الجروح.

ü بعض الالتهابات مثل التهابات المسالك البولية والجلد.

ü إحساس بالوخز في القدمين.

ü وجود حكة على مستوى الجلد.

وتحدد روز ماري (Hamladji,1990:35) العلامات الأساسية لمرض السكري وهي:

_ الأكل الكثير (Polyphagie).

_ الشرب الكثير (Polydipsie).

_ التبول الكثير (Polyurie).

من خلال أعراض مرض السكري نجد أن هناك أعراض أساسية وهي التي تشخص بشكل نهائي وجود ارتفاع السكر في الدم والإصابة الحتمية بهذا المرض المزمن، في حين وجود أعراض مصاحبة كالغثيان والحكة على مستوى الجلد، والغيوبة في بعض الحالات.

8_ تشخيص مرض السكري:

إن التشخيص الصحيح للعامل العضوي في المرض خطوة مهمة، في فهم طبيعة المرض وعلاجه، كما أن ما يطرأ على شخصية المريض من تغيرات متوقعة يمكننا فهمه بدرجة أكبر في حالات الاختلالات العضوية، أضف إلى ذلك أن معرفتنا بطبيعة المرض العضوي تساعدنا في التخطيط لمواجهة ما يتوقع من تغيرات في الأعراض.

وجدير بالذكر أن الأمراض الجسمية المزمنة تصيب الصغار والكبار على حد سواء، وأنها تحدث تغيراً في النشاط الحركي، وتحدث تغيراً في أسلوب حياة المصاب، هذا بالإضافة إلى تأثيرها النفسي على طبيعة واتجاهات وانفعالات الشخص المريض.

(سليمان وآخرون، ب س:20)

ويتم تشخيص داء السكري حين يفوق قياس سكر الدم "glycémie" 1.25 في اللتر الواحد بعد امتناع عن الأكل لثمان ساعات أو أكثر لمرتين متتاليتين. أو بإثبات ارتفاعه فوق غرامين "2غ" في اللتر الواحد في أي ساعة من ساعات النهار مع وجود أعراض توحى بوجود المرض كهزال الهارئ أو الإعياء المفرط أو كثرة التبول المرفق بالعطش المفرط، وفي بعض الدول يتم تشخيص المرض أيضا إذا تجاوز قياس اليحمور المحلي "HbAc1" 6.5%، أو إذا تجاوز سكر الدم غرامين في اللتر الواحد ساعتين بعد تناول 75 غرام من الغلوكوز الخالص، ثم إن وجود سكر الدم قبل الأكل بين 1.10 و 1.26 غ في اللتر الواحد فلا ينبغي اعتباره قياسا طبيعيا أو عاديا، بل هو من قبيل الارتفاع المرضي للسكر قبل الأكل. (الغربي والعراقي، 2012: 7)

ويحدد كل من فاتروسوا وريتار (V. Fatturso, O. Ritter, 2006) بعض التحاليل المخبرية الضرورية التي يمكن أن تؤكد الإصابة بمرض السكري كما يلي:

— سكر الدم الصائم **glycémie a' jeun**: وهي عبارة عن كمية السكر في الأوردة البلازمية في حالة صيام الشخص، فعند البعض قد يفوق 1,26 غ/ل أي (7ملي مول/ل) ويعاد هذا الاختبار أكثر من مرة لتأكيد.

- سكر البول **glycosurie**: في اغلب الحالات تكون نتيجة التحليل سلبية.

— المراقبة الذاتية **auto surveillance**: عن طريق المراقبة الذاتية لنسبة السكر في البول بواسطة أشرطة الفحص "bandelettes réactive"، والمراقبة اليومية لنسبة السكر في الدم بواسطة سحب الدم من الأصبع وقياسها بجهاز خاص يسمى جهاز قياس سكر الدم "glycomètre".

— البحث عن الأسيتون في البول **cétonurie**: وجود جسم الأسيتون في البول مصاحب لزيادة السكر في الدم ويلاحظ بالتحديد عند مرضى السكري النوع الأول، ويكون هذا الاختبار ضروري لتجنب غيبوبة السكري.

— سكر الدم المحرض عن طريق الفم.

- **سكر خضاب الدم** **hémoglobine glycogène "HbA1c"**: يعكس مستوى سكر الدم خلال 6 إلى 8 أسابيع الماضية، فيسمح لنا هذا الاختبار بمراقبة توازن السكر عند علاج مريض السكري، بالإضافة إلى الحماية من المضاعفات في الحالات العادية يكون بين 4 إلى 6% من مجمل خضاب الدم الكلي، أما عند مريض السكري فتعتبر القيمة 7% العتبة ذات المعيار الجيد للتوازن.

_ **معايرة الفركتوز امين dosage de la fructose amine**: تقدير الفركتوز امين يعود إلى عدة متغيرات لسكر الدم خلال 2 إلى 4 أسابيع السابقة، تكون الكمية عادية عند مريض السكري بين 1 إلى 2,5 ملي مول/ل، والقيم بين 2,8 إلى 3,2 ملي مول/ل تؤكد وجود المرض وبداية من 3,7 ملي مول/ل تدل على عدم التوازن عند المريض.

9_أنواع مرض السكري:

نميز نوعين من مرض السكري:

_ **سكري النوع الأول**: في هذه الحالة لا تقوم خلايا البنكرياس بإنتاج الأنسولين.

_ **سكري النوع الثاني**: في هذا النوع من السكري يكون سببه ناتج عن اضطراب في العمليات الأيضية "métabolique" مع وجود قصور في استعمال الأنسولين أي مقاومة الأنسولين "insulinorésistance"، وهذا النقص للأنسولين يتطور مع الوقت ويكون خطر على المريض . (Haute Autorité de santé, 2007:6)

ويضيف أورتيث (Ortiz,2004) أن النوع الأول من مرض السكري هو واحد من اضطرابات الغدد الصماء المزمن الشائع عند الأطفال والمراهقين حيث يمسه واحد إلى اثنين في ألف "1000" من الأطفال. (Ortiz,2004 :21)

وفي عام 2013 تصنف الجمعية الأمريكية مرضى السكري إلى عدة تصنيفات هي:

سكري النوع الأول الناتج عن تدهم في الخلايا بيتا (B) وعادة ما يؤدي إلى الغياب التام للأنسولين، في حين أن هناك نوع ثاني يسمى **سكري النوع الثاني** ويكون نتيجة خطأ أو قصور ينتج عنه مقاومة الأنسولين المفرز من قبل الأنسجة التي يؤثر عنها الأنسولين، كما

تضيف الجمعية تصنيفات أخرى كالسكري الناتج عن عدة عوامل منها العيوب الوراثية التي تتجم عنها خلل في وظائف الخلايا B أو اضطراب في الإفرازات الداخلية للبنكرياس مثل التليف الكيسي أو الذين يتعاطون المخدرات أو الأشخاص الذين يعالجون كيميائياً كما في حالات مرض فقدان المناعة المكتسبة VIH* الايدز أو في حالات زرع عضو معين. وهناك نوع آخر يسمى **سكري الحمل** * (GDM) يظهر أثناء الحمل.

وحسب (Yves Morin et al, 2006) يقسم السكري إلى عدة أنواع هي:

— **سكري النوع الأول diabète de type 1**: هذا النوع من السكري يكون ناتج عن هجوم مناعي، وذلك من جراء تعرض الخلايا البنكرياسية إلى التهديم من قبل الجهاز المناعي للجسم، وقد يظهر هذا التهديم بمساعدة مجموعة من العوامل كالغذاء والالتهاب الفيروسي "l'infection virales"، التسممات "les intoxications"، وكذا بعض الأمراض الوراثية غير المبلغ عنها عند الأشخاص الذين يحملون الكثير من العوامل الوراثية التي بالإمكان أن تعرضهم لمثل هذا المرض.

— **سكري النوع الثاني diabète de type 2**: هذا النوع من السكري سببه نقص تأثير الأنسولين على الخلايا وفي أغلب الحالات يكون مترافق مع زيادة الوزن، حيث في بداية هذا المرض يكون إفراز البنكرياس للأنسولين بشكل كبير ثم يتناقص وهذا ما ينتج عنه خطورة في زيادة سكر الدم.

— **سكري الحمل diabète gestationnel**: يلاحظ على هذا النوع من السكري ظهوره أثناء فترة الحمل وبالضبط في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل ويتميز بزيادة السكر في الدم دونما تشكيل خطورة على الأم، لكن قد ينعكس ذلك على الجنين.

— **السكري البرونزي diabète bronzé**: مرض ابيض سببه الزيادة الكبيرة لنسبة الحديد في أنسجة الجسم.

* HIV: virus d'immunodéficience humaine.

* (GDM): Gestational diabetes mellitus .

— **سكري عديم الطعم diabète insipide**: هو اضطراب وظيفي يتميز بعدم قدرة الكلى على الاحتفاظ بالبول وذلك عن طريق طرحه بكميات كبيرة. (Morin et al, 2006:465)

وحسب (V. Fatturso, O. Ritter. 2006) يصنف السكري إلى:

— **سكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين * DID**: يمس 10% إلى 20% من الحالات في مرحلة الطفولة أو البلوغ وهو ناتج عن إصابة مناعية مزمنة سببها تأثير مرضي من قبل الخلايا اللمفاوية التائية "lymphocytes T" على الخلايا بيتا المتواجدة في جزر لانجر هانس وبالتالي يصبح البنكرياس غير قادر على إنتاج الأنسولين، حيث يكون التحكم اليومي للأنسولين خارجي أي عن طريق الأنسولين المصنع بشكل حقن يحقن بها المريض تحت الجلد.

— **سكري النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين ** DNID**: يمس 80% إلى 90% من الحالات ويظهر عموماً عند الشباب بعد سن الثلاثين، وهو عبارة عن إصابة تتميز بزيادة السكر في الدم بسبب قصور له علاقة في إفراز الأنسولين من قبل البنكرياس مع مقاومة الأنسولين المفرز وتطوره يكون له علاقة بالعوامل الوراثية بالإضافة إلى الوزن الزائد، وفي هذا النوع من السكري ليس ضرورياً العلاج بالأنسولين في كل الحالات.

ويطلق على الأطفال المصابين بمرض السكر مرضى السكر المعتمد على الأنسولين، حيث أن مشكلة الإصابة بالنسبة للطفل تختلف عن مشكلة الإصابة بالنسبة للبالغين من حيث الأسباب والتوقيت، فأسباب مرض السكر عند الأطفال يرجع غالباً إلى فيروس يصيب الخلايا التي تفرز الأنسولين، مما يتسبب في تليفها بالكامل ونتيجة لذلك تتوقف ادوار هرمون الأنسولين في الجسم وتضطرب عملية التمثيل الغذائي للمواد السكرية والنشوية فيتراكم الغلوكوز في الدم بدرجة كبيرة عن المعدل الطبيعي ويطلق عليها ارتفاع السكر في الدم فيصل إلى أكثر من 140 ملغ في الملي لتر. (إبراهيم، 1995: 451-452)

* **DID**: diabète insulino-dépendant.

** **DNID**: diabète non insulino-dépendant.

الفصل الثالث — مرض السكري

فمرض السكري يظهر في جسم الإنسان حين لا يتم إنتاج الأنسولين كما في النوع الأول أو عدم استعمال الأنسولين بفعالية كما في النوع الثاني، فالنوع الأول يكون ناتج عن أمراض المناعة الذاتية ويكون ظهوره عادة مع الطفولة أو البلوغ، أما النوع الثاني فيمثل 85% إلى 95% من الحالات ويكون مرتبط بنمط حياة الشخص فكثيرا ما يتم تشخيصه متأخرا فيقل من عمر المتوقع من 5 إلى 10 سنوات فعوامل الخطر تكون معروفة في هذا النوع كزيادة الوزن أو السمنة، نمط الحياة غير المستقر، الأغذية الغنية كثيرا بالمواد الدسمة وغير الملائمة. (Jeanrenaud et Dreyer, 2012: 1-2)

ويمكن تلخيص نوعي السكري الأول والثاني من خلال الجدول الآتي:

الجدول رقم(01): يمثل خصائص السكري النوع الأول والثاني.

المتغيرات"الخصائص"	سكري النوع الأول type1	سكري النوع الثاني type2
نسبة انتشار السكري	10% إلى 20%	80% إلى 90%
سن ظهور المرض	أقل من 30 سنة	أكثر من 30 سنة
الوزن	الشخص غير بدين	يكون الشخص بدينا
بداية ظهور المرض	ظهوره مفاجئ	ظهوره مخادع وبالتدريج
العطش وزيادة البول	نلاحظها	تكون قليلة
زيادة الأكل وفقدان الوزن	تظهر	لا تظهر
الحمض الكيتوني "في حالة غياب العلاج"	غالبا ما يكون	لا يظهر
مضاعفات وعائية	خاصة الأوعية الدقيقة	خاصة تصلب الشرايين
الإفراز الداخلي للأنسولين	ينقص بشكل كبير	عادي أو ينقص بشكل قليل
التبعية للأنسولين	نعم	لا
كمية أنسولين البلازما	قليل جدا أو منعدم	عادة ما تكون نسبته عادية
مستقبلات الأنسولين	نادرا ما تتأثر	غالبا ما تتأثر
كمية الغلوكاغون في البلازما	كثيرة	عادية
الأجسام المضادة ضد جزر لانجر هانس ICA	60% إلى 80%	لا توجد
أجسام مضادة ضد الأنسولين IAA	50% قبل العلاج بالأنسولين	لا توجد
علاقته مع الأجسام الغريبة HLA-D,HLA-DR3et4.HLADQW3,2	توجد	لا توجد
خطورته على الأطفال "الأب مصاب بالسكري الأم مصابة بالسكري"	في حالة الأب: 6% في حالة الأم: 1% إلى 2%	في حالة الأب: 20% إلى 50% في حالة الأم: 20% إلى 50%

(V. Fatturssso ,O. Ritter. 2006:1215)

10_ علاج مرض السكري:

يتمثل علاج مرض السكري في الحفاظ على مستويات السكر في الدم ضمن المعدل الطبيعي لتجنب المضاعفات، وعلاج عوامل الخطر القلبية الوعائية (ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع الكوليسترول في الدم والسمنة)، ويتحقق هذا في المقام الأول من خلال تدابير النظام الغذائي ونمط الحياة (النظام الغذائي السليم كتنظيم الوجبات، وممارسة الرياضة) والعلاج بالأدوية.

كما ان إدارة مرض السكري عملية معقدة ومتعددة التخصصات فيطلب المنع والكشف و العلاج في أقرب وقت للمضاعفات المحتملة.

_ العلاج الدوائي:

هناك نوعين رئيسيين من الأدوية: أدوية مخفضة لسكر الدم عن طريق الفم والأنسولين المحقون وتدار عن طريق الحقن تحت الجلد.

1_ الأدوية المخفضة لسكر الدم :Médicaments hypoglycémiants

هي عبارة عن مضادات حيوية تأخذ في شكل أقراص دوائية ضد مرض السكري * (ADO) وتكون ضرورية في النوع الثاني من المرض الغير معتمد على الأنسولين، وتوجد في خمس أصناف كيميائية، وهناك نوعين من مخفضات السكر الفموية الأكثر استعمالا وهي البغوينات والسلفاميدات (les biguanides et les sulfamides).

(Dekker, 2012:48)

2_ الأنسولين المحقون :Injections d'insuline

في النوع الأول من مرض السكري يركز على حقن الأنسولين، حيث تكون هذه الحقن إجبارية يوميا ومدى الحياة، تستعمل هذه الحقن تحت الجلد بمقدار حقنتين إلى أربع حقن يوميا عن طريق حقن من البلاستيك "Seringue" أو بواسطة قلم للحقن "Stylos injecteurs" يكون مملوء بالأنسولين قبلا.

* (ADO):Antidiabétiques oraux .

ونادرا ما تستعمل مكونات الأنسولين بمساعدة مضخة صغيرة موصولة بدبوس صغير يحقن تحت الجلد، كما يمكن استعمال الأنسولين عن طريق الاستنشاق بمساعدة جهاز لتنفس.

(V. Fatturssso ,O. Ritter, 2006)

من خلال ما سبق نلاحظ أن علاج مريض السكري مرتبط بنوعية المرض أي في النوع الأول يجب استخدام حقن الأنسولين، أما النوع الثاني فيستخدم مريض السكري المضادات الحيوية المضادة للسكري، وقد يحتاج المريض إلى استعمال النوعين معا أي حقن الأنسولين وأقراص مضادات السكري.

بالإضافة إلى ان هناك علاجات أخرى قد تساعد المريض المصاب بداء السكري بشكل أفضل وهي:

— العلاج الجراحي:

ويضم زراعة بنكرياس جديد، لكن هذا النوع من العلاجات تعتبر مثالية نظريا وتحتاج إلى وقت طويل، لازدواجية العلاج بين الجراحة والعلاج المناعي، لأنه في مثل هذه الأنواع من العلاجات قد يتعرض المريض لرفض الطعم المزروع والمتمثل في البنكرياس.

بالإضافة إلى أن هناك طريقة أخرى في الجراحة متمثلة في زرع خلايا بنكرياسية من نوع

بيتا، لتمكين المريض من إنتاج الأنسولين من جديد. (V. Fatturssso ,O. Ritter,1995)

— تكنولوجيا المعلومات:

إن تكنولوجيا المعلومات (IT) لديها القدرة على تحسين الجودة والسلامة وكفاءة الرعاية الصحية. فانتشار تكنولوجيا المعلومات في الرعاية الصحية منخفضة على العموم، ولكن قدرات المختصين تشير إلى أن هناك خطة لزيادة الاستثمار في هذا المجال، فالاستثمار في تكنولوجيا المعلومات تشمل الجودة والكفاءة المناسبين لتعزيز استخدامها عبر مرافق الرعاية الصحية بشكل كامل.

حيث تم تطوير نظام معلوماتية لرصد البيانات الفسيولوجية بانتظام للأشخاص الذين يعانون من مرض السكري النوع الأول والنوع الثاني، حيث يستند إلى تحاليل عدة منها

قياسات سكر الدم، بالإضافة إلى العلاج الحالي الذي يخضع له المريض والتمكين من رصد ومتابعة المريض يوميا بدون عواقب. (Report to the Congress,2004:157)

11_ التغذية ومرض السكري:

يلعب الغذاء دورا هاما في المرض، فنسبة السكر (الجلوكوز) في الدم بعد تناول الأطعمة تتعرض دائما إلى التغير المستمر، وفي بعض الحالات يقتضى معرفة درجات هذا التغير في أوقات النهار خاصة عند ظهور أعراض حادة. (مقبل،2010: 35)

ويتطلب العلاج بالأنسولين إتباع برنامج غذائي معين يتم تحديده حسب عمر المريض ووزنه وطوله وعمله، ويقوم الطبيب بتزويد المريض بالقائمة الغذائية التي تناسبه والتي تتضمن عدد السعرات الحرارية وكمية الكربوهيدرات والبروتينات والدهون المطلوب تناولها على شكل وجبات غذائية متعددة، كما يمكن الاستعانة بقائمة المبادلات من المواد الغذائية لاختيار ما يتناوله من المأكولات حسب المتوافر والرغبة. (عبد العزيز،1989:39)

وفي ظل الرعاية الطبية لمرضى السكري، فإن الامتثال لنظام غذائي معين له بعدا هاما في الواقع هناك تغيير في النظام الغذائي، حيث يجب أن يكون منخفض السعرات الحرارية، ويقوم أساسا على خفض الدهون خاصة الدهون المشبعة والسكريات البسيطة.

(سالمي،2010:5)

فالغذاء المتوازن والنشاط البدني من شأنهما أن يقللا من علاج الأنسولين الدوائي وذلك عن طريق معرفة بعض الجوانب المهمة في تغذية مريض السكري المتمثلة في:

_ ضبط المدخلات الطاقوية: Adapter l'apport énergétique

فمرضى السكري يعانون من زيادة الوزن وفقدان بعض الكيلوغرامات من شأنه أن يؤدي إلى انخفاض السكر في الدم وزيادة فعالية الأنسولين، وهنا من الضروري أن يطلب المريض الاستشارة من المتخصص لان الاحتياج إلى الطاقة يعتمد على عدة عوامل مثل الطول والوزن والعمر والنشاط البدني.

— تقسيم الوجبات: Fractionner les repas

يجب أن تكيف وتيرة الوجبات بشكل فردي وفقاً لمتطلبات ونسبة السكر في الدم، فتناول الكربوهيدرات يجب أن لا يقل عن ثلاث وجبات.

— تكيف تناول الكربوهيدرات: Adapter l'apport glucidique

تعتبر الكربوهيدرات هي المزود للطاقة في جسم الإنسان ومن بين مصادر الكربوهيدرات النشويات الموجودة في "البطاطس، الأرز، المعكرونة، الخبز، الرقائق، والبقول"، بالإضافة إلى الحلويات والفواكه والحليب ومنتجات الألبان كالزبادي، فالكربوهيدرات هي عبارة عن سكريات معقدة يمكن لها أن تتحلل إلى سكريات بسيطة مثل سكر العنب أو الجلوكوز على مستوى الأمعاء، ثم تسري في الدم فمن شأنها أن ترفع نسبة السكر في الدم، ومن الضروري للأشخاص المصابين بالسكري أن يكونوا منتبهين للكمية ونوعية الكربوهيدرات التي يتناولونها.

— الحد من كمية الدهون: Limiter la quantité de lipides

تعتبر الدهون أكثر المواد الغذائية الحيوية حيث أن واحد غرام من الدهون يحتوي على تسع غرامات من السعرات الحرارية، فالحد من تناول الدهون خلال اليوم من 60 إلى 80 غرام بإمكانه أن يساهم في فقدان الوزن. (Société Suisse de Nutrition, 2011: 3-4)

- علاج نوعية الدهون: Soigner la qualité des lipides

إن النظام القليل الدهون مفيد للصحة، خاصة الدهون المشبعة، وهنا يستحسن لمرضى السكري أن يختار الدهون الغير مشبعة أو قليلة الإشباع خاصة الزيوت، مثل زيت الزيتون المفيد للقلب. (المنظمة الخيرية لمرضى السكري، 2009)

12_ النشاط الرياضي ومرض السكري:

إن ممارسة النشاط الرياضي كما أقرتها الجمعية الرياضية الاستشارية في المملكة المتحدة في عام 1976 تكمن في الحفاظ على كفاءة عمل الجهاز الحركي من عضلات وأربطة وعظام وكذلك تنمية الأجهزة الحيوية لجسم الإنسان (الدوري، التنفسي، الهضمي ...) وعلى

العكس تماما فإن عدم الممارسة بالضرورة يؤدي إلى تناقص القدرة الجسمية وتدهور وظائف أجهزته الحيوية. (ضيف الله، 2012: 145)

ويؤكد على الوقاية من السكري النوع الثاني بواسطة ممارسة النشاط البدني، وضروري أن يفعل من مرحلة الطفولة، وذلك نظرا لوجود حالات تعاني من داء السكري النوع الثاني والذين تقل أعمارهم عن 15 سنة، خاصة الأطفال الذين لديهم تاريخ عائلي لهذا النوع من المرض، كما هو مبين في الواقع من خلال العمل على (75) حالة مهيئة للنوع الثاني من مرض السكري. فوضع الأنسولين استجابة لاختبار تحمل الجلوكوز (OGTT) لعشرة أطفال ذوي تاريخ عائلي مستقر عندهم النوع الثاني من مرض السكري، وعشرة أطفال ليس لهم تاريخ عائلي للمرض، وستة أطفال من الناشطين بدنيا (السباحة ثلاث ساعات يوميا، خمسة أيام في الأسبوع) مع وبدون تاريخ عائلي لمرض السكري. فتحصلت النتائج على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال الذين لديهم تاريخ اسري والأطفال الذين ليس لديهم تاريخ اسري لمرض السكري مع المجموعة الناشطة بدنيا على تحمل الجلوكوز، وتجاوب الأنسولين مع تناول الجلوكوز. وتجدر الإشارة إلى أنه لا توجد فروق كبيرة بين المجموعات ذات التاريخ العائلي وبدون التاريخ العائلي للمرض.

ويؤكد احمد التاجي(1983) ومنظمة الصحة العالمية(1991) أن مرض السكر من الأمراض البسيطة التي إذا أحسن المريض بالتعاون مع الطبيب إتباع العلاج المناسب مع نظام غذائي سليم في ظل تمارينات بدنية مقننة، وفي نفس الوقت يعتبر من اخطر الأمراض التي إذا أهمل علاجه قارنته المضاعفات. (نور، 2005: 11)

كما تشير نادية الطويل 1983 انه قد أجريت عدة مقارنات بين المرضى الذين يمارسون التمارينات البدنية مع العلاج والذين لا يمارسونها، وتبين أن ممارسة التمارينات تؤثر بصورة واضحة على مستوى السكر بالدم كما أنها تقلل من نسبة الدهون بالدم وتحافظ على سلامة الجهاز التنفسي والجهاز الدوري، كما أنها تحصن مريض السكر من المضاعفات الجانبية التي تحدث مع مرور وقت طويل من المرض، وتضيف انه في محاولة لتقييم اثر التمارينات

البدنية والتدريب على نسبة الجلوكوز في الأشخاص متوسطي العمر والمرضى البالغين فقد ثبت زيادة الحساسية للأنسولين سواء للأسوياء أو المرضى، ولوحظ أيضا أن المجموعتين قد تحسنت لديهم نسبة الجلوكوز وبعد عدة أسابيع من التدريب وجد أن شدة أو حدة المرض قد قلت عند هؤلاء المرضى إلى النسبة الطبيعية. (نور:43)

وفي دراسة لسوزان وهيلمارش (1994) أشارا إلى أن الاشتراك في النشاطات البدنية يؤثر تأثيرا جيدا في العمل على التخفيف من حدة الإصابة بمرض السكري؛ إذ وجد من بين 5590 رجلا (بعد القيام بتحليل وحساب السرعات الحرارية والتي يصرفونها كل أسبوع) أن 202 رجل قد أصيبوا بمرض السكري لان نشاطاتهم البدنية غائبة مقارنة بالأشخاص الذين لم يصابوا بمرض السكري، واستنتجنا أن هناك علاقة بين ممارسة التمارين البدنية وعدم الإصابة بمرض السكري. (جوكل،2007: 34)

وحسب الهزاع يمكن تقسيم التأثيرات الصحية الايجابية الناجمة عن الممارسة المنظمة للنشاط البدني إلى ثلاث جوانب رئيسية، الجانب الأول يتمثل في تحسين وظائف أجهزة عديدة من الجسم ورفع كفاءتها؛ بدءا بالجهاز الدوري والتنفسي؛ ومرورا بالجهازين الايضي والهرموني؛ وانتهاءا بالجهازين العصبي والعضلي، أما الجانب الثاني من ايجابيات ممارسة النشاط البدني فيتمثل في الوقاية من بعض الأمراض والمشكلات الصحية؛ خاصة المزمدة منها؛ مثل أمراض القلب التاجية؛ وداء السكري؛ وهشاشة العظام؛ وسرطان القولون والقلق والكآبة، وأخيرا يتمثل الجانب الثالث من التأثيرات الايجابية لممارسة النشاط البدني في زيادة الطاقة المصروفة من قبل الجسم، وبالتالي المساهمة الفاعلة في الوقاية من السمنة وفي التخلص منها. (خوجة،2009: 133)

فللرياضة اثر فعال ومهم في تقوية الجسم والمحافظة على التناسق الحركي، بالإضافة إلى مالها من فوائد اجتماعية ونفسية ويجب على القائمين على رعاية المعاقين حثهم على ممارسة أنواع متعددة من الرياضة كالسباحة وكرة الطائرة. (الداهري،2005: 79)

13_ مضاعفات مرض السكري:

إذا لم يتم تشخيص داء السكري في مرحلة مبكرة أو تتم معالجته بالطريقة الصحيحة فقد يؤدي ذلك لظهور المضاعفات الحادة التي تؤدي بدورها إلى مضاعفة خطر الوفاة

للأشخاص المصابين بالسكري عن الأشخاص الطبيعيين، وحسب دراسة أجريت في العام 2003 على المرضى القطريين المشخصين بالإصابة بالسكري فإن أكثر المضاعفات انتشارا هي:

مضاعفات اعتلال الشبكية (العين، تلف الشبكية) 44%، أمراض الشريان التاجي (لما يسببه ارتفاع الكوليستيرول من تصلب الشرايين) 19%، اعتلال الكلى (التلف الكلوي) 41%، زيادة الدهون (زيادة عن المعدل الطبيعي لدهون في الدم) 27%.

(مجلة موجز السكري بقطر: 9)

_ **اعتلال الشبكية (Troubles oculaires (rétinopathie):** يعتبر اعتلال الشبكية السكري من المضاعفات المزمنة لداء السكري، باعتبارها السبب الرئيسي للعمى عند المرضى الأقل من سن الستين سنة، بالإضافة إلى عوامل أخرى كالعمر والنوع ومدة الإصابة بالسكري حيث يتراوح معدل انتشاره بين 18 إلى 46%، وقد تكون الإصابة باعتلال الشبكية في مراحل متقدمة من الإصابة بمرض السكري خاصة في حالات العلاج غير الفعال. (García et al, 2012:150)

كما تعتبر الإصابة باعتلال الشبكية من الإصابات التي تمس الأوعية الدقيقة لأنها تمس شبكية العين، بحيث أن تطور الإصابة قد يؤدي إلى العمى خاصة عند مريض السكري الأقل من خمسين سنة فهي تعتبر السبب الأول لاعتلال الشبكية في الدول المصنعة. (Vexiau,2006:7)

فاعتلال الشبكية يعتبر من الإصابات المتكررة عند مرضى السكري، فتظهر عن طريق إصابة الأوعية الدقيقة التي تغذي الشبكية، وذلك بعد 15 سنة من بداية الإصابة بمرض السكري، فحوالي يوجد 10% من مرضى السكري يعانون من اضطرابات الرؤية و2% من المصابين بالعمى، فالسكري يعتبر أول سبب لضعف البصر والعمى عند المرضى الأقل من 60 سنة فالخطر يزداد بتطور المرض بعد 20 سنة، و75% من المرضى يتطور عندهم المرض بالإضافة إلى المراقبة الغير منتظمة لسكر الدم وعوامل

أخرى مهمة تزيد من الخطورة، ففي دراسة ألمانية "allemande CoDiM" استخلصت أن الخطر يزداد بنسبة 3.7 عند مرضى السكري بوجود عوامل مساعدة.

(Jeanrenaud et Dreyer,2012:6)

— **إصابة الكلى Néphropathie:** يعتبر مرض الكلى عند السكري هو أول سبب للقصور الكلوي المزمن أو النهائي "d'insuffisance rénale terminale" (IRT) في أغلب الدول الغربية فحوالي 30 إلى 40% من مرضى السكري النوع الأول و 15% من مرضى السكري النوع الثاني يتطور المرض عندهم إلى القصور الكلوي، فبعد 10 إلى 25 سنة من الإصابة بالسكري يكون تطور المرض من 85 إلى 90% تكون إصابتهم بالكلية فتؤدي إلى توقف وظيفة الكلى نهائياً؛ أي القصور الكلوي في مرحلته النهائية وهنا ضرورة الغسيل الكلوي أو زرع الكلى فالدراسة الألمانية من قبل Codim تقدر هذه الخطورة وارتباطها عند مرضى السكري بنسبة 2.8%. (Jeanrenaud et Dreyer: 6)

ويمكن تلخيص مجمل المضاعفات كما يلي:

تعتبر مضاعفات مرض السكري مضاعفات خطيرة كونها تمس الوظائف الحيوية لأجهزة الجسم وأغلب هذه الأجهزة هي:

— **جهاز القلب والأوعية الدموية:** تصلب الشرايين، وانسداد شرايين الأطراف السفلية (وهي المسؤولة على الغر غرينا وبتن الأطراف)، والاحتشاء "infarctus"، وإصابة الأوعية الدماغية "atteinte cérébrovasculaire".

— **العيون:** تلف شبكية العين وإعتام عدسة العين.

— **الكلية:** التدهور التدريجي للتصفية الكلوية مما يؤدي إلى فشل كلوي.

— **الجهاز العصبي:** اعتلال الأعصاب (التي تتميز بالاضطرابات الحسية)، والعجز الجنسي.

— **اضطرابات أخرى:** كاضطرابات في الجهاز الهضمي وانخفاض ضغط الدم

ألانتصابي..... الخ. (le diabète en Belgique, 2007 :45)

فالمضاعفات تظهر بعد عشر سنوات من بداية الإصابة بمرض السكري وهي متعددة فالسكري يزيد من خطر إصابة الأوعية القلبية، الحوادث الوعائية الدماغية ومشكل دوران الدم على مستوى الأطراف السفلية، أكثر عرضة للالتهابات والتقرحات فمرضى السكري أكثر عرضة لبتر احد الأطراف، فالسكري يعتبر السبب الأول للقصور الكلوي المزمن وبالتالي ضرورة الغسيل الكلوي في النهاية، كما يعتبر السبب الأول للعمى عند الأشخاص الأقل من 60 سنة فعموما مرض السكري لا يمكن الشفاء منه لكن مع تقديم العلاج الجيد يمكن الحد من المضاعفات أو التقليل منها بتحسين متوسط العمر ونوعية الحياة.

فالفيدرالية العالمية لمرضى السكري تقدر عدد المصابين بالداء السكري أربع ملايين خلال العام وبالتالي يزداد عدد الوفيات في العالم بسببه، فهذا المرض في ازدياد دائم حيث يعتبر السبب الرابع أو الخامس للوفاة في اغلب الدول المتطورة، كما أن انتشاره يتغير حسب العمر فيقل قبل سن الأربعين في حين تزداد الإصابة به بين 75 الى 80 سنة.

(Jeanrenaud et Dreyer ,2012 :1-2)

فمرض السكري يكون حساس للإصابات أو التعفنات فتتطور إلى تقرحات ومنها إلى الغرغرينا، فمريض السكري يصاب من 10 الى 20 مرة بخطر بتر الأطراف السفلية مقارنة بالشخص الغير مصاب بالسكري "كبتر أصبع القدم السفلي والقدم والساق"، حيث يكون هذا البتر غير رضي أي ناتج عن مرض السكري بالتحديد.

فالآثار الطويلة الأمد للداء السكري تتطور تدريجيا لتشمل مضاعفات محتملة تحديدا في اعتلال الشبكية مع العمى، اعتلال الكلية التي قد تؤدي إلى الفشل الكلوي، و/أو الاعتلال العصبي مع خطر تقرحات القدم وبتر الأطراف والمفاصل "قدم شاركو"، الإصابة بالعجز الجنسي، كما أن مرضى السكري معرضون لخطر متزايد على القلب والأوعية الدموية، الأوعية المحيطية والدماغية. (Alberti et al, 1999 :2)

14_ قدم السكري Pieds Diabétique:

قدم السكري هي حالة طبية تتعرض فيها القدم للأضرار في تركيبها أو وظيفتها أو الاثنين معا نتيجة إصابة صاحبها بمرض السكري. (السركي، 2009: 2)

ويضيف محمد حطاب وآخرون (1981) انه يجب أن نتذكر أيضا تأثير السكر على القدمين، حيث تصيب الفطريات هذه المناطق الموجودة بين أصابع القدمين.

ويهتم الجراح دائما بإصابات قدمي مريض السكر إذ أن الخوف أن تتأثر الدورة الدموية بالقدم مما قد يؤدي إلى ظهور الغرغرينا. وهذا يدعونا أن نهتم بشدة بسلامة جلد القدم عند مريض السكر. (حطاب وآخرون، 1981: 18)

وتعتبر إصابة المريض على مستوى القدم هي احد المضاعفات المنتشرة في هذا النوع من الأمراض، حيث أن هذه الاضطرابات تمس المناطق المغذية للجسم (الجروح، وتقرحات في القدم)، والشفاء من هذه الإصابات يكون بطيئا، لأنها ذات صلة باعتلال الأعصاب، وهنا أيضا الشرايين تكون أكثر حساسية للتغيرات، والنتيجة الأساسية التي تسببها هذه الإصابة هي الغرغرينا مما يؤدي إلى بتر المنطقة المصابة. (Lilly et Priska, 2011:134)

فقرحة قدم السكري لها تأثير سلبي كبير على حياة المرضى نظرا لان الإصابة في الغالب تكون بالغة للغاية، والتي غالبا ما تؤدي إلى بتر الأعضاء. ومن الضروري أن يتلقى المريض المصاب بقرحة قدم السكري أفضل رعاية ممكنة فالعلاج الناجح لقرحة قدم السكري يتطلب معرفة وافية بالإصابة، من حيث الأسباب المؤدية لهذا النوع من الإصابة، ونسبة تقدم الخطورة، والعلاج. وبالإضافة إلى ذلك، لا بد من نهج متعدد الوظائف، وهنا التوجيه والتقرب من المريض يلعب دورا فعالا في عملية العلاج.

(Un guide pratique de Coloplast, 2012 :3)

وهناك 250 مليون من مرضى السكري في العالم وسوف يكون هناك 366 مليون في عام 2030، منهم 15 إلى 25% من مرضى السكري لديهم قرحة القدم؛ ومن 5 إلى 8% من مرضى السكري مع قرحة القدم سيخضع لبتر محتتم خلال السنة.

فمريض السكري بسبب إصابته في الأعضاء المغذية للقدم لهذا يكون أكثر عرضة بقدر 10 إلى 20 مرة خضوعه للبتر بشكل أساسي من غير المصابين بالسكري والذين يقدر لديهم (6،7) مرات. والقدم السكري هو السبب الأكثر شيوعا في حالات البتر بالنسبة للبتر غير الناتجة عن الرضوض. حيث يتم بتر طرف أكثر من مليون شخص في السنة عند مرضى السكري في جميع أنحاء العالم.

فمن 50 إلى 85% من عمليات البتر يمكن تجنبها عند المريض المصاب بالداء السكري عن طريق التشخيص المبكر والعلاج المناسب.

ولفحص القدم السكرية عند مرضى السكري يجب التحقق من جميع الجوانب العيادية لقدم المصاب. ويمكن لهذه الجوانب أن تؤول إلى الغرغرينا من إهمال بسيط في رعاية القدم كالتشوهات المفصالية للقدم. (Bouayed et al, 2010: 63)

وقرحة أخمصي الساق، والخراج ونخر في أصابع القدم تتطلب التدخل السريع من أجل منع كارثة بتر الساق وبتر الفخذ والتي ليست فقط تشكل عائقا كبيرا، ولكن أيضا تهدد حياة المصاب، والقدم السكري هو واحد من أسباب الوفاة، فهناك خمسين بالمائة من مرضى السكري يموتون من جراء بتر الأطراف خلال 5 سنوات من الإصابة. وقد ثبت الحاجة إلى الوقاية الأولية ولكن لا يزال الفشل قائما في العناية بالمريض عندما يكون الجرح أو بتر القدم غير ملتئم، فيظل التهديد قائم عند مرضى السكري لإصابة نفس العضو أو العضو المقابل للعضو المصاب.

فيوجد عند مرضى السكري خطر يمثل نسبة 50% من بتر الطرف المقابل في غضون خمس سنوات بعد التعرض لأول بتر.

وبالتالي وجب وعي مرضى السكري والأطباء والحاجة إلى الوقاية الثانوية.

فإدارة القدم السكرية معقدة وصعبة، وهذا التعقيد هو ما يفسر الحاجة لفريق متعدد التخصصات.

يوجد الشفاء بنسبة 65 إلى 85% من حالات قرحة القدم وخفض معدل بتر لأكثر من 50% إذا ما قورنت إلى 1990 في بعض البلدان الأوروبية. (Bouayed et al:64)

ويوجد نسبة 5-10% من مرضى السكري في خطر بتر الأطراف بسبب مضاعفات الأوعية الدموية والأمراض الالتهابية على مستوى الأطراف السفلية. (le diabète en Belgique, 2007:46)

ففي دراسة عن دورات الوقاية من إصابات القدم عند مريض السكري والتي تقدم من طرف المختص في علاج قدم السكري "Podologue" وجدت إصابات القدم من المضاعفات الشائعة لمرضى السكري، والتي تعتبر شديدة ومكلفة، فكان التأكيد على الحاجة لفريق متعدد التخصصات، للمشاركة الفعالة في الرعاية الوقائية لمريض السكري.

فتقييم القدم يحافظ على مستوى خطر هذا الأخير وفقا للتصنيف التالي:

- الصف 0: لا وجود للاعتلال العصبي الحسي؛
- الصف 1: الاعتلال العصبي الحسي معزول أي دون وجود إصابات أخرى؛
- الصف 2: الاعتلال العصبي الحسي مرتبط بأمراض الشرايين الطرفية و/أو مع تشوه القدم.

- الدرجة 3: وجود إصابات بتقرح القدم أو البتر.
- ومطبيب الأرجل يجب أن يتدخل بشكل منهجي من الصف الثاني، حيث نميز خمس نقاط أساسية في رعاية قدم مريض السكري هي:

- العناية بالقدم تتم عن طريق الفحص للتدريجي على حسب المخاطر التي تعترض قدم مريض السكري.

- العناية تكون تحت إشراف طبيب الأرجل "pédicure-podologie".

- تثقيف المرضى.

- تقييم الأحذية الخاصة بالمرضى.

- تصميم أحذية مناسبة إذا لزم الأمر.

— الاختبارات المكملّة:

— اختبار دوبلر * (Doppler) الشرياني بالموجات فوق الصوتية في الأطراف السفلية، لكل مريض السكري للبحث عن الإصابة القلبية؛

— اختبار القلب بالموجات فوق الصوتية (دوبلر) لمعرفة مدى إجهاد الأوعية الدموية.

— التصوير الإشعاعي للقدم لكل مريض السكري للاطلاع على الإصابات التشوهية على مستوى المفاصل العظمية ان وجدت. (Bouayed et al, 2010: 65)

وفي حالة الإصابة الالتهابية للقدم عند مريض السكري تَكون علامة ثانوية على جرح الجلد ما يقرب من 15٪ من مرضى السكر لديهم قرحة قدم خلال حياتهم. (Brion, 2012: 1)

— تصنيفات الإجماع الدولي على القدم السكرية:

الصف 1: لا توجد أعراض أو علامات العدوى.

الصف 2: تلف الجلد فقط (أي دون مساس للأنسجة تحت الجلد أو المكونة له)

مع اثنين على الأقل من العلامات التالية:

- الحرارة الموضعية أي مكان الإصابة.

- ازرقاق المنطقة المصابة أي أكبر من 0، 5-2 سم حول القرحة.

- رقة الجلد الموضعي "أي مكان الإصابة" مع وجود ألم.

- تورم أو تصلب موضعي.

— إفراز صديدي (إفراز كبير أبيض أو دموي).

الصف 3:

• اللون البنفسجي أي "الازرقاق" مساحته أكبر من 2 سم؛

• تغلغل الإصابة إلى ما وراء الجلد والنسيج تحت الجلد؛

* (Doppler) هو عبارة عن اختبار يستعمل الموجات فوق الصوتية للكشف عن حالات الأوردة والشرايين والأوعية الدموية وسيران الدم في جسم الإنسان. (Morin et al, 2006: 310)

كما أن هناك خراج عميق يعود إلى التهاب الأوعية اللمفاوية، التهاب العظم، والتهاب المفاصل.

الصف 4: في هذا النوع من التصنيف، قد توجد اثنين من العلامات على الأقل من العناصر التالية:

- درجة الحرارة اكبر من 39 درجة مئوية أو اقل من 36 درجة مئوية.
- معدل ضربات القلب اكبر من 90 نبضة / دقيقة.
- معدل التنفس اكبر من 20 دورة / دقيقة.
- أشكال غير ناضجة بنسبة 10٪ من الكريات البيض. (Brion:8-9)

أسباب الإصابة بالقدم عند مريض السكري:

_ الإصابات الخارجية: "توعية الإحساس على مستوى القدم"

إن كثيرا من مرضى السكري لا يشعرون بالإحساس الجيد على مستوى القدم، بسبب تأثير السكر على الأعصاب الطرفية الحسية، كما أن الكثيرين يعانون من تغييرات وتشوهات في شكل القدم والأصابع بسبب تأثير السكر على الأعصاب الطرفية الحركية مما يعرضهم أكثر للإصابات، يضاف إلى ذلك أن جلد القدمين عند مرضى السكري يعاني من الجفاف والتشققات والتعرض الزائد لظهور بقايل مما يشكل نقاط ضعف ويعرضه للإصابات .

_ التأخر في اكتشاف الإصابات: إن عدم شعور المريض بحدوث الإصابات ذات الطابع المتكرر يؤدي إلى تكرارها وبالتالي حدوث مضاعفات مع صعوبة في العلاج (كما يحدث عند تكرار الاحتكاك بأجزاء صلبة في حذاء جديد أو جبس حول القدم أو جهاز تعويضي جديد أو الاحتكاك بالأرض عند نقاط معينة أثناء الصلاة أو الجلوس في أوضاع خاصة . كما يؤدي عدم شعور المريض بحدوث إصابة (نتيجة دخول مسمار أو زجاج مكسور) إلى التأخر في طلب العلاج وبالتالي فرصة اكبر لحدوث مضاعفات مع الوقت.

_ **ضعف قدرة القدم على مواجهة الإصابات:** نظرا لضيق الشرايين التي توصل الدم إلى القدمين (وهو أكثر حدوثا واشد خطورة في مرضى السكري عنه من المرضى الآخرين) يؤدي إلى عدم قدرة أنسجة القدم على مواجهة الإصابات والعدوى الميكروبية.

*في الحالات البسيطة يؤدي ذلك لانتشار العدوى أو عدم التئام الجروح.

*في الحالات الشديدة إلى تحول الجروح البسيطة إلى غرغرينا وموت أنسجة القدم.

_ **ضعف قوة الجسم عموما على مواجهة الإصابات** لان رد فعل الجسم عموما للإصابات عند مريض السكر يختلف عن الإنسان الطبيعي.

*لان مرضى السكري أكثر استعدادا للإصابة بالميكروبات من الآخرين بسبب ضعف المناعة لديهم.

*لان مضاعفات السكر في أجزاء الجسم الأخرى (القلب والكلى) تؤثر أيضا على القدم.

(السركي، 2009: 4)

15_ الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكري:

تقدر منظمة الصحة العالمية OMS نسبة 4 الى 5% من الميزانيات الصحة المكرسة للأمراض المصاحبة لمرض السكري.

فالأمرض المزمنة تتغير مع طول الوقت، ولان فعل بعض العمليات يتدخل في تقليص معدل المضاعفات التي تكون ملاحظة بعد خمس سنوات، وهذا ما بينه التقرير الطبي للحالات المدروسة على المرضى الذين يعانون من اثنان من الأمراض المزمنة كالسكري والاكنتاب. (Brion, 2012 :8-9)

يعتبر مرض السكري احد الاضطرابات الجسمية والتي تساهم العوامل السيكولوجية (النفسية) بدور هام في الإصابة بها، أو زيادة سوء الحالة المرضية للفرد، وتعتبر الدول النامية من أكثر الدول التي تظهر فيها نسبة اضطرابات السكري، حيث توزيع السكان، وسوء حالة المعيشة، والبطالة، والعادات السيئة المنتشرة بين المجتمعات، والفقر وسوء التغذية وغيرها من المظاهر والعوامل التي تسهم في تفاقم المشكلة، مما جعل العلماء والمهتمون

بالجانب الطبي والأطباء الفسيولوجيون والعاملون في المجال النفسي والسيكولوجيون يولون أهمية كبيرة لمرض السكر. (أبو قاسم، 2013: 138)

وحسب (Chris et al, 1999) يعتبر مرض السكري من الأمراض الخطيرة إذا لم يتلق المريض العناية الطبية والنفسية الكافية، ويعد هذا المرض أحد أمراض الاستقلاب الأيضي وهو ارتفاع مزمن لمستوى السكر في الدم يحدده الأطباء عندما تزيد نسبة السكر في الدم والمريض صائم عن 7مول/لتر أو 126ملغم/ 1000ملغم من الدم فيعتبر الشخص مصابا بذلك المرض، ويمكن أن يصيب الأطفال دون العاشرة أو في مرحلة الشباب والرشد والشيخوخة. (دوم، 2011: 4)

16_ الوقاية من مرض السكري ومضاعفاته:

فللوقاية من مرض السكري ينصح باتباع الإجراءات الاحترازية التالية:

- _ الوصول إلى وزن صحي للجسم والمحافظة عليه.
- _ الحركة والنشاط الجسدي، حيث يجب القيام على الأقل ب30 دقيقة بنشاط حركي عادي كركوب الدراجة الهوائية أو الجري أو الهرولة لعدة أيام في الأسبوع.
- _ طريقة تغذية صحية يناسبها بصورة مثالية ثلاث وجبات من الخضراوات ووجبتان من الفواكه يوميا وتخفيض استهلاك السكر والمنتجات الجاهزة، والوجبات السريعة، وكذلك استبدال تناول شرب عصائر الفواكه بتناول الماء المعدني كمشروب أساسي حوالي من 1.5 إلى 5 لتر يوميا.

_ التخلي عن التدخين لأنه يزيد من أمراض القلب والدورة الدموية.

وينصح مريض السكري بتناول وجبات تحتوي على كميات متوازنة من رؤوس المثلث السكري "البروتينات والدهون والكربوهيدرات" بحيث تكفي كثافتها السعيرية بالكاد بما يحقق لجسم مريض السكر الاحتفاظ لوزنه ليكون أقل من الوزن المثالي بنسبة 5%، هذا لمريض السكر البدين. أما مريض السكر ذو الوزن الطبيعي فيجب إعطاؤه سعرات حرارية كلية بدرجة كافية للمحافظة على هذا الوزن، أما مريض السكر النحيف فيجب إعطاؤه سعرات

حرارية كلية بدرجة كافية لزيادة وزنه حتى الوصول إلى معدل يقل 5% عن الوزن المثالي له، ثم اختيار رجين غذائي فيما بعد بما يكفل ثبات هذا الوزن دون تغيير.

(يوسف، 2009: 72)

وللمصابين بالمرض بعض التدابير الوقائية لتجنب المضاعفات:

_ التشخيص المبكر لمريض السكري.

_ العلاج والتشخيص الجيد لأصحاب الأمراض المزمنة "مدى الحياة يكون المريض غير مقعد".

_ التعايش مع مرض السكري عن طريق المراقبة الجيدة، في مقابل أن التشخيص المتأخر لمرض السكري يوفر مراقبة وعلاج ضعيف "سيئ" لمريض مقعد فيكون مسئول على الإعاقة والموت المبكر للمصاب. (Vexiau , 2006 :3)

المراقبة الذاتية "Autocontrôle": يعرفها الدكتور "J.L Chiasson" على أنها قدرة مريض السكري على مراقبة مرضه بنفسه"، حيث أن الهدف من المراقبة الذاتية ضمان سكر الدم في حدود 80 إلى 120 ملغ /دل وذلك خلال كل الساعات في اليوم الواحد وكذا في الليل.
(Kiyanda , 1990:11-12)

خلاصة:

إن مرض السكري من الأمراض المزمنة التي انتشرت في وقتنا الحالي بشكل كبير، فلا يكاد يخلو بيت ما من إصابة احد أفراد به، وخطورة هذا المرض تكمن في مضاعفاته التي تؤدي في بعض الحالات إلى الوفاة، خاصة إذا تهاون المريض في العناية بنفسه باستعمال وسائل بسيطة كما في حالة نظافة وعناية القدم لمنع حدوث البتر.

الفصل الرابع

البتّر المكتسب

تمهيد.

- 1- تعريف البتّر المكتسب.
- 2- انتشار البتّر المكتسب.
- 3- أسباب البتّر المكتسب.
- 4- أنواع البتّر المكتسب.
- 5- طرف الشبح.
- 6- البتّر عند مريض السكري.
- 7- الآثار النفسية والاجتماعية للمصاب بالبتّر.
- 8- فريق تأهيل حالات البتّر.
- 9- تأهيل المصاب بالبتّر.
- 10- الخدمات المقدمة للأشخاص مبتوري الأطراف.

خلاصة.

تمهيد:

إن الجهاز الحركي للإنسان له أهميته الكبرى في حياته، فمن خلاله يقوم الإنسان بعدة أشياء كالوقوف والمشي، فالجري، لهذا هو أول شيء يراقب خلال ولادة الطفل حيث أن هذا الطفل يبدي أشكال معينة من الحركات لديه، و لهذه الحركات دلالات واضحة على أنه يتمتع بقدر معقول من الصحة، وأي خلل أو قصور فيها يكون دليل على وجود إصابة جسمية حقيقية، سواء في الجهاز المفصلي أو العظمي أو العضلي، مما يترتب عليها العديد من المشكلات التي يتعرض لها الفرد نتيجة إعاقته.

وقد يتأثر هذا الجهاز للإصابة فتؤدي إلى فقدان عضو من أعضائه أو جزء منه كنتيجة للإصابة بأحد الأمراض المزمنة كمرض السكري، لذا سنتناول في هذا الفصل تعريف للبتر المكتسب، ونسبة انتشاره والأسباب المؤدية له، ثم الأنواع، طرف الشبح، الآثار النفسية والاجتماعية الناتجة عن البتر، تأهيل الشخص المبتور، البتر ومرض السكري.

1 - تعريفه البتر المكتسب:

هو فقدان طرفاً أو أكثر من أطراف الجسم جزئياً أو كلياً في مراحل لاحقة من العمر بسبب التعرض للحوادث أو الأمراض الخطيرة . (الخطيب،1998: 121)

ويعتبر البتر أحد الإعاقات الجسمية الحركية التي يترتب عليها عدم وجود العضو نفسه أي العضو المبتور وبالتالي أفقد الإنسان هذه الوظيفة التي وجد من أجلها هذا العضو وأهميتها، مما يؤثر على حياته الشخصية والاجتماعية والمهنية بدرجات متفاوتة تتوقف على حالة البتر ونوعه ومداه وارتباطها بجوانب حياته وبصفة خاصة الاجتماعية والمهنية.

(صالح،1999: 184)

ويعرفه (Morin et al,2006) على أنه نزع عضو أو جزء من عضو، ويحدث البتر بالتحديد على مستوى المفاصل، بالإضافة إلى إصابة العضلات، والألياف التي تربط المفاصل الموجودة على مستوى العضو المبتور. (Morin et al,2006:50)

ويعرف البتر بأنه استئصال طرف أو أكثر من أطراف الجسم سواء إحدى الأطراف العلوية أو جزء منها أو الأطراف السفلية أو جزء منها.

ويقدر بحوالي 60% من البتور التي تحصل فوق سن الستين ونسبة البتر ما بين الأطراف السفلية والعلوية هي 10.1%. (الصفدي،2007: 91)

كما يعرفه عبد المجيد الطائي(2008) بأنه فصل أحد الطرفين السفليين أو العلويين بشكل جزئي أو كامل عن الجسم وذلك نوع من العلاج أو لتخليص الجسم من عاهة، حيث يفقد الفرد فيها أحد أطرافه أو بعضها أو كلها بالجراحة أو الحوادث، كما أن هذه الإعاقة ترتبط بالتقدم الحضاري واستخدام الماكينة والآلة وما شابه ذلك وترتبط بحالات الحرب وأساليب الدمار التي تعيشها المجتمعات في الوقت الحاضر. (الطائي،2008: 46)

ويعرف صالح(1999) الشخص المبتور هو ذلك الشخص الذي فقد أحد أطرافه أو أكثر أو حتى كلها، ونتج عنه إعاقة حركية أثرت على أدائه لأدواره الاجتماعية ومن ثم

توافقه الاجتماعي والنفسي في الأسرة والعمل والمجتمع مما يتطلب تأهيله مهنيا واجتماعيا ونفسيا لاستعادة كل أو بعض توافقه في المجتمع. (صالح، 1999: 184)

ويعرف البتر على انه نزع جزء من عضو أو ثلث الجزء المكون للعضو من حد المفصل مما ينتج عنه تهديم كامل للمفصل وغيابه "Désarticulation". (Diarra, 2006:7)

من خلال ما سبق نستخلص أن البتر المكتسب هو أحد أنواع الإعاقة الحركية الجسمية التي تحدث ببتر أحد أطراف الجسم أو كلها أو جزء منها سواء في الأطراف العلوية أو السفلية ويتم ذلك خلال مرحلة ما بعد الولادة إلى غاية نهاية عمر الإنسان نتيجة حوادث كالسقوط أو حوادث السيارات أو نتيجة الحروب أو بفعل الجراحة التي تقوم على بتر العضو المصاب بسبب بعض الأمراض المؤدية إلى ذلك.

2_ انتشار البتر المكتسب:

إن حالات البتر تمثل نسبة 75% خاصة البتر على مستوى الأطراف السفلى ونجد هذا النوع من الإعاقة عند الذكور أكثر منه عند الإناث، ويعود حدوث هذا النوع من البتر إلى أسباب متعددة بالإضافة إلى السن الذي يحدث فيه، ففي عمر 70 سنة تكون حوادث البتر بسبب إصابة الأوعية الدموية الدماغية، أما بالنسبة للحوادث فتحدث بشكل كبير في سن 20 إلى 40 سنة خاصة حوادث العمل وعلى رأسها الحوادث التي تصيب العمال النشطين مع سيطرة الإصابة في الجهة اليسرى مقارنة بالجهة اليمنى، وانتشار البتر في الدول المتطورة يحقق نسبة 1.70% حيث قدرته وزارة الشؤون الاجتماعية والتضامن في فرنسا خلال 1990 بـ 80000 شخص مبتور وهذه النسبة أغلبها تعيش في المنازل مقارنة بعدد المبتورين الذي يتحقق كل عام. (Patrick, 2006:5)

ويحدد (Curelli, 2004) بأن الحروب والألغام هي الأخرى مسئولة على حدوث البتر رغم عقد اتفاقيات من قبل الهيئات والدول للحد من الحروب ومنع استخدام الأسلحة كاتفاقية عام 1997 والتي حضرته 130 دولة، واتفاقية عام 1999 حضرته 135 دولة حيث تم

الاتفاق على منع استخدام الأسلحة، ورغم ذلك في عام 1998 نجد أكثر من 1200 حادثة بواسطة الألغام ضد البشرية في الكمبودج (Cambodge) . (Curelli, 2004:7-9)

فتعتبر الإصابة بالبتر إصابة متغيرة جدا، تتغير من طرف لآخر ومن زمان لآخر فاعلم حالات البتر تقريبا يكون البتر فيها على مستوى الأطراف السفلى بنسبة 15.9% أغلبها حالات جراحية على مستوى الجهاز الحركي من سنة 1976 إلى غاية سنة 1980، في حين وصلت نسبة 17.98 % خلال سنة 1981 إلى غاية سنة 1983.

أما في فرنسا في دراسة لدكتور شنتال "Chantal" بلغ عدد المصابين بالبتر 8300 حالة في السنة يقدر منهم 90 000 حالات بتر للأطراف السفلى من عام 2006 إلى غاية 2007. (Dienta,2008:3)

ويعتبر البتر خبرة صعبة يعيشها الأشخاص ويواجهون معها تحديات نفسية واجتماعية في التكيف والتوافق مع غياب الأطراف الدائم وللأبد، فبتر الطرف قد يقود إلى خلل نفسي واجتماعي سيعانيه الفرد طوال حياته وقد يتجاوز البعض هذا الخلل ولكن العلاقة الوظيفية للحياة يشوبها مصاعب وآلام نفسية وجسدية. (القرأ،2015: 77)

3 - أسباب البتر المكتسب:

إن البتر المكتسب يحدث نتيجة لعدة أسباب أهمها:

3-1 الحوادث: حوادث الطريق والمرور، وتكون مسئولة عن 8.5% من المعاقين في العالم حيث أن هذه النسبة تختلف حسب درجة التحضر والتصنيع والحالة الاقتصادية للدولة. وحوادث العمل، هي المسئولة عن 4.5% من المعاقين في العالم أي 15.5 مليون فرد في العالم، أما الحوادث المنزلية تكون مسئولة عن 6.5% من حالات الإعاقة في العالم، وقد تكون أكثر من ذلك بكثير في المنطقة العربية، وتوجد حوادث أخرى نتيجة الكوارث الطبيعية كالزلازل والكوارث التي تأتي من صنع الإنسان كالحروب، والرياضة يصعب تقديرها من مجتمع إلى مجتمع آخر ومن وقت لآخر. (فهيم،2005: 43-44)

ويضيف (Curelli,2004) أن الحوادث بأنواعها من حوادث المرور و الحوادث المنزلية وحوادث العمل خاصة الحروق الناتجة من الكهرباء تمثل 20% من حالات البتر وبشكل كبير نجد حوادث السيارات عند الشباب بنسبة 70% من الأشخاص المبتورين، وهذا النوع يحدث بصفة إستعجالية ولا يسمح باحتفاظ العضو المبتور. (Curelli, 2004:7)

2-3 - **الأورام والأمراض الخبيثة:** وتنتج عن خلل في وظيفة العضو بسبب الإصابة التي تظهر على هيئة أورام خبيثة سرطانية، حيث يتم بتر العضو للمحافظة على جسد الإنسان والحد من انتشار المرض إلى بقية أجزاء الجسم. (صالح،1999:185)

ويضيف الصفدي(2007) على أن الإصابات المزمنة التي تنتهي بفساد العضو تعرض الفرد للخطر كالتهابات العظام والكسور والتي يستحيل فيها إعادة العظم إلى وضعه الطبيعي، مما ينتج عنها تعفن الأنسجة أو الغرغرينا. (الصفدي،2007:91)

3-3 - **الأمراض المزمنة:** ويحددها (Michel,2002) في أمراض التهاب الأوعية الدموية (L'artérite) على مستوى الأطراف السفلية، فتؤدي هذه الالتهابات إلى حدوث عملية البتر بشكل كبير (حيث تصف حالات البتر ببتر الأطراف السفلية) فيمس 2 من الإناث مقابل 10 من الذكور، أما التعفنات فقد تكون ناتجة عن الكسور المفتوحة. (Michel,2002:301)

وهناك مرض يسمى مرض بور جر "maladie de buerger" حيث أن هذا المرض يعتبر من الأمراض الخطيرة التي تصيب الأطراف العلوية والسفلية نتيجة اعتلال على مستوى الشرايين، وتشخيص هذا المرض يبين ازدياد الخطورة عندما يتم اقترانه مع التسمم التبغ مما يحدث موت الخلايا على مستوى النهايات الطرفية بسبب عدم تغذيتها من قبل الدورة الدموية التي تعرقل في الوصول إليها فقد يحتم ذلك حدوث البتر.

أما بالنسبة للداء السكري (Diabète) فمن مضاعفاته الخطيرة حدوث ما يسمى بالغرغرينة (gangrène) على مستوى الأطراف فيشكل نسبة 5 إلى 10% من حالات البتر خاصة على مستوى الأطراف السفلية، حيث تبدأ التعفنات على مستوى أصابع الأرجل ثم ينتشر على كامل الجسم إذا لم تعالج في أسرع وقت. (Morin et al,2006:296)

ففي بتر الأطراف السفلى توجد 40% إلى 70% من حالات البتر نتيجة لمرض السكري فيوجد عند هؤلاء المرضى تقرحات التي تسبب بدورها إصابة الأعصاب مما يؤدي إلى تراجع في وظيفة مفصل القدم واضطراب في الأوعية الدموية التي تغذي القدم والأطراف السفلى"أو ما يسمى بأمراض الأوعية الدموية المحيطية".

فأثناء تقرحات القدم المتعفنة أو في حالة الاضطرابات الخطيرة التي تتعرض لها القدم فالبتر من القدم إلى الساق قد يكون لا مفر منه، فالمرضى المصابين بالداء السكري والذين تعرضوا للبتر هم أكثر عرضة لتقرحات مرة أخرى. فالقروح المتكررة قد لا تلتئم وتؤدي إلى بتر جديد، ومع ذلك يمكن تجنب حالات البتر بنسبة 49 إلى 85%، فيوصي وليام فان هوتوم Wh Houtum بتكثيف الرعاية للقدم المصابة بالبتر لتجنب الإصابات مرة أخرى. (Houtum, 2005:27)

ويضيف (Curelli,2004) وجود حالات يحدث فيها البتر ترتبط بالمعتقدات الدينية مثل ما نجده في الإسلام، عن طريق تطبيق حد السرقة على الشخص السارق أو اللص بقطع يده. (Curelli, 2004:9)

نلاحظ من خلال ما سبق أن البتر المكتسب يحدث نتيجة سببين إما بطريقة مباشرة وسريعة مثل ما يحدث من جراء الحوادث بأنواعها المختلفة من حوادث السيارات والحوادث المنزلية والحروب فلا يترك هنا مجال للمريض للاختيار بين بتر العضو أم الاحتفاظ به، وإما بطريقة غير مباشرة وبطيئة مثل ما يحدث عن طريق بعض الأمراض المزمنة والخطيرة كالداء السكري والتهاب الأوعية الدموية الشريانية ونقص التروية الدموية الطرفية الدقيقة التي تسبب الغرغرينة على مستوى العضو المراد بتره فيترك الخيار بين الحفاظ على صحة المريض أو الاستغناء عن العضو المصاب.

4- أنواع البتر المكتسب:

4-1 بتر الأطراف العلوية: ويشمل بتر جزء من الذراع فوق أو أسفل المرفق ويترتب على هذا النوع من البتر العديد من المشاكل الوظيفية والنفسية، بالإضافة إلى مشاكل في القبض والإحساس والالتزان، وقد تبرز عنه مضاعفات ميكانيكية خاصة في حالة البتر من فوق المرفق والذين لا يستخدمون الأطراف الصناعية كسقوط الكتف أو انحناء العمود الفقري نتيجة تعطل عمل العضلة العضدية ذات الرأسين، وذات ثلاث رؤوس.

(إبراهيم، 2002: 173-174)

ويعتمد الشخص في هذا النوع من البتر على الطرف العلوي غير المصاب، فلا يستخدم الطرف الاصطناعي إلا للمساعدة، أما إذا كان الطرفان العلويان مبتورين فإن الشخص يرغم على استخدام الأطراف الصناعية، وقد يطور هؤلاء الأشخاص مهارات خاصة في استخدام أصابع القدمين. (الخطيب، 1998: 122)

فتقدر 14% من حالات البتر، وأسبابه تكون ناتجة عن حوادث بنسبة 85% فبالنسبة للمرفق يقدر بـ 70%، والعضد بنسبة 28% أما من حد الكتف فيقدر بنسبة 1% وبالنسبة للجهتين معا فنجد نسبة 10% من الحالات. (Aurélie, 2004: 3)

إن هذا النوع من البتر يمس طرف واحد أو الطرفين معا العلويين مع سلامة الأطراف السفلى وهو ناتج عن مختلف الحوادث.

4-2 بتر الأطراف السفلية: إن هذا النوع من البتر يشمل نوعين هما: بتر أسفل الركبة وبتر أعلى الركبة. (إبراهيم، 2002: 173)

فبالنسبة للأشخاص الذين لديهم بتر في طرف سفلي واحد فهم قادرون على المشي، أما الأشخاص الذين لديهم بتر في كلا الطرفين السفليين فمن الواضح أنهم يحتاجون إلى كرسي عجلات. (الخطيب، 1998: 122)

ويمثل هذا النوع نسبة 86% من حالات البتر فمنها التي ترجع إلى أسباب وعائية فتقدر نسبة (2/1) من حالات البتر أما بالنسبة للحوادث فتتمثل بـ (3/1) من الحالات، وبالنسبة

للأعضاء: تمثل 44% بالنسبة لبتر الأرجل، 27% لبتر الساق، و18% بالنسبة للبتر من الفخذ، أما بالنسبة للبتر من على الحوض فيقدر بـ 1%. (Aurélie,2004:3)

من خلال النوعين السابقين للبتر نلاحظ أن البتر يمس الجهاز الحركي وبالتحديد الأطراف المسئولة عن الحركة، الاختلاف يكمن فقط في مكان البتر، فقد يحدث على مستوى الأطراف العليا فيسمى ببتر الأطراف العلوية وقد يحدث في مستوى الأطراف السفلى فيسمى ببتر الأطراف السفلية وقد يكون معا فيسمى بالبتر الكلي والذي يمس جميع الأطراف.

وهناك من يقسم البتر إلى:

- **البتر الطارئ:** وهو ناتج عن عدة عوامل مختلفة أهمها حوادث السيارات، الانفجارات والحرائق، وهذا النوع من البتر يحدث في مختلف المراحل العمرية بعد الولادة باستثناء المرحلة الجنينية.

- **البتر الاختياري:** وهذا النوع من البتر يحدث نتيجة إصابة الفرد بأمراض مزمنة مما قد ينتج عنه مضاعفات شديدة كالجروح فيجرى البتر في هذه الحالة اختياريا للحفاظ على حياة الفرد. (علي محمد، 2008: 118)

إلا أن (Morin et al,2006) يرى أن هذا النوع من البتر يسمى بالبتر الجراحي، لأنه يتم بعملية جراحية لإزالة العضو المصاب بالتعفن أو جزء منه للحفاظ على العضو المجاور للطرف المصاب وللحفاظ على حياة الفرد أيضا، وهذا النوع من البتر يحدث غالبا في الأطراف السفلية مقارنة بالأطراف العلوية. (Morin et al,2006:50)

ومن بين التقسيمات التي وضعت للأشخاص المصابين بالبتر سواء على مستوى الأطراف العلوية أو الأطراف السفلية نجد التقسيمات الطبية الفنية كما في الجدول التالي:

جدول رقم (02): يبين التقسيمات الطبية الفنية للمعوقين ببتر الأطراف.

طبيعة الإعاقة	درجة الإعاقة
	1 - القدمان:
بتر فوق الركبة	Class A ₁
بتر رجل واحد فوق الركبة	Class A ₂
بتر تحت الركبة	Class A ₃
بتر فوق الركبة وبتر تحت الركبة	Class A ₄
	2 - الذراعان:
بتر ذراع واحد أسفل مفصل الكوع.	Class A ₅
بتر ذراع واحد فوق مفصل الكوع.	Class A ₆
بترين أسفل مفصل الكوع.	Class A ₇
بتر فوق مفصل الكوع وبتر أسفل مفصل الكوع.	Class A ₈
بترين فوق مفصل الكوع.	Class A ₉
التقسيمات الفنية للمعوقين بالبتر في الأطراف السفلي والتي تقام على أساسها البطولات الرياضية	
بتر القدم تحت الركبة.	1 - الدرجة (أ)
بتر مزدوج تحت الركبة.	2 - الدرجة (أ ₁)
بتر فردي فوق الركبة.	3 - الدرجة (ب)
بتر مزدوج فوق الركبة.	4 - الدرجة (ب ₁)
بتر فردي تحت الركبة + بتر من فوق المرفق.	5 - الدرجة (ج)
بتر مزدوج تحت الركبة + بتر من المرفق.	6 - الدرجة (ج ₂)
بتر فردي فوق الركبة + بتر من المرفق.	7 - الدرجة (د)
بتر مزدوج فوق الركبة + بتر من المرفق.	8 - الدرجة (د ₁)

(إبراهيم، 2002:176)

5 - طرف الشبح: Le membre fantôme

ظاهرة الشبح معروفة في الطب منذ القرن التاسع عشر، ولكن غير مفهومة بالضبط كيف تتم آلية الإحساس وألم الشبح وكذا الدواء الناجع والفعال من أجل إراحة المريض الذي يعاني من هذه الآلام.

وبدأت الدراسات العلمية التحليلية لطرف الشبح من قبل جيموت (Guémot) عام 1861 ثم قام ميتشال (Weir.Mitchell) عام 1874 بدراسات معمقة على ضحايا الحرب، وبعدها دراسات شيرمن (Sherman) عام 1985 على 2700 شخص مبتور أي بنسبة (69%) حيث لاحظ أن هذه الآلام تظهر بعد البتر مباشرة أي خلال الأسبوع الأول من عملية البتر، ثم تزول مع الوقت وقد تستمر هذه الآلام لبعض الأسابيع أو لعدة أشهر أو لسنة على الأكثر. (Curelli,2004:14)

ويضيف (Touzalin,2009) أن آلام طرف الشبح تظهر عند 90 إلى 98% من الأشخاص المبتورين فتتميز هذه الآلام بتوهم دائم بوجود العضو المبتور وترافقها إحساسات خاصة كالقيام بحركات كأن العضو موجود فعلا، وقد تختفي بعد أسابيع أو بعد سنوات عند البعض. (Touzalin,2009:37)

كما أن ألم الشبح نشأهه عند 70% من الأشخاص بعد العملية الجراحية مباشرة وعند 50% بصفة متوسطة، وبشكل خطير عند 5% من الأشخاص.

وتفسر آلام الشبح بنشاط على مستوى الدماغ بواسطة مجموعة من الأعصاب التي ترسل بدورها إشارات إلى الطرف المبتور وكأنه موجود، ونظرا لغياب العضو المبتور، فإن الدماغ يكتف من إرسال إشارات الكهربية العصبية إلى هذا العضو، ولغياب التغذية الراجعة من طرفه (أي بالنسبة للعضو المبتور) ينتج عنه ظاهرة ألم طرف الشبح لأن الذاكرة تبقى محتفظة بالإحساس كما قبل عملية البتر، وتكون نوعية هذه الآلام بشكل حروق، أو تشنج أو تقلص بفعل النشاط الكهربائي. (Aurélien,2004:4)

والأشخاص المبتورين الذين تستمر عندهم آلام طرف الشبح تعطى لهم أدوية ضد هذه الآلام. (Curelli,2004:16)

وهذه الآلام قد ترجع إلى عدة عوامل نفسية كالقلق والغضب والاكتئاب، وعوامل اجتماعية كالحماية الاجتماعية المقدمة للأشخاص المبتورين. لهذا تظهر من خلال آلام طرف الشبح عند الأشخاص المبتورين أنهم لا يحتاجون إلى علاج طبي بالأدوية فقط التي تحول دون ظهور هذه الآلام وإنما إلى علاج نفسي مكثف خاصة بعد المرحلة الأولى من عملية البتر (أي بعد الصدمة مباشرة).

6_ البتر عند مريض السكري:

إن البتر يعتبر هدفا أساسيا يتمثل في الحفاظ على حياة المريض أو الحفاظ على أداء وظيفته في الحياة، فيرى أن للبتر إجراء نقوم به لمنع انتشارالغر غرينا كأحد مضاعفات قزمة أو ما يسمى بعضة أو لسعة الصقيع، أو ما ينتج عن الحوادث من آثار تتطلب البتر، ومضاعفات مرض السكر، وتصلب الشرايين، أو أي مرض يمنع أو يعوق الدورة الدموية من أداء عملها. (علي محمد،2008: 116)

فيعرف المعجم الطبي بان البتر الناتج عن مرض السكري على أنه إزالة جراحية مقصودة لطرف أو جزء من الجسم هدفه إزالة نسيج معطوب أو لتخفيف الألم.

(القرأ،2015: 77)

ويشتبه في مرض بور جر إصابته عند الشباب الذين يدخنون وبالتالي قد يصابون بنقص التروية الدموية خاصة المحيطية أي على مستوى الأطراف، فلهذا المرض علاقة وطيدة بالبتر بنوعيه العلوي والسفلي ويزداد حدوثه على مستوى القدم خاصة لدى مريض السكري وأمراض النسيج الضام، وأمراض الدورة الدموية. (Reny et al,2002:432)

فعدم وصول كميات كافية من الدم إلى الأطراف السفلى تشكل نسبة حوالي 60% من حالات البتر وتضم هذه المجموعة عدة أمراض:

_ تصلب الأوعية الدموية والشرابين.

_ تضيق الأوعية الدموية والشرابين.

_ أمراض السكري. (الصفدي، 2007: 91)

7_ الآثار النفسية والاجتماعية للبتر:

تشكل الإصابة بالبتر مشكلة مستديمة تبدأ عند حدوث الإصابة وتستمر حتى بعد العلاج وتركيب الأطراف الاصطناعية أو استخدام بدائل أخرى.

فالشخص المبتور يعاني مما يمكن تسميته بالشعور بالفقدان، انه يمر بمراحل من الحزن متنوعة مابين الصدمة، والانكسار والغضب والاكتئاب وعدم التوافق، كذلك تضطرب صورة الجسم لديه بشكل واضح، ويبدأ في المعاناة من عدم تقدير الذات وبعض صور القلق والاكتئاب، وكذلك عدم الرضا بالحياة، مع وجود علاقة بين الإدراك السلبي لصورة الجسم والقبول النفسي الاجتماعي. ويمثل البتر مشكلة اجتماعية شديدة، فالمريض قد يفقد عمله وهذا ما يحدث في الغالب، كما تتأثر علاقاته بأسرته وأصدقائه وكل المحيطين به والمتعاملين معه، فيعزل ويهجر الناس ويتحاشاهم ويفقد بذلك بعض صور التفاعل الاجتماعي. (علي محمد، 2008: 121)

فالتوافق والتكيف ما بعد البتر ليس محدود فقط بالجانب الجسمي للمبتور نفسه بل يتأثر بعوامل أخرى منها المهنية والاجتماعية والنفسية والعاطفية ويعتمد ذلك على نوع البتر والعمر والجنس وعلى فهم وطبيعة إدراك الإعاقة. (القرا، 2015: 80)

8_ فريق التأهيل لحالات البتر:

يعمل فريق متكامل مع مبتوري الأطراف متكون من:

8_1 **المعالج بالشغل:** يتركز عمله حول مساعدة المريض للحصول على استقلالية في كل

جوانب حياته، وان يمتلك الرضا عن نفسه عبر تطوير مهاراته.

8_2 **المرض:** يكمن دوره في تقديم الدعم الصحي ومنع انتشار المرض، كما يساعد

المريض في التكيف مع مرضه بتقديم رعاية مباشرة عبر الملاحظة والتقييم وتسجيل الأعراض وردود فعل المريض وتطور حالته، كما يساعد الجراح أثناء العملية وفي العلاج والفحوصات وفي التأهيل.

8_3 **المعالج الطبيعي:** يقدم خدمة تساعد الأشخاص على استعادة أدائهم، وتحسن حركتهم

وتخفيف الألم، كما يساعد على الحد من الإعاقة الجسدية وعلى استعادة اللياقة والصحة للأفراد.

8_4 **الأخصائي الاجتماعي:** يساعد المبتورين على العمل بأفضل طريقة للتعامل مع بيئتهم

وحل مشاكلهم الشخصية والعائلية، ومسائل العلاقات عموماً ومشاكل السكن والعمل أيضاً.

8_5 **الأخصائي النفسي:** يساعد المريض على التوافق عاطفياً ونفسياً مع حياته، وقد يساعد

الطبيب والجراح في طريقة التعامل مع المرض أو الجروح، وعلى ضوء تقييمه للمريض وتشخيصه للحالة، يحدد هل سيدخله علاج فردي أم عائلي أم جماعي ويقوم بتصميم برنامج لتعديل السلوك للعمل عليه. (القرأ: 89-90)

9 - تأهيل المصاب بالبتر:

9-1 - تعريف التأهيل:

يتوقف مدى التوافق النفسي للفرد على مقدار التوافق والالتزان القائم بينه وبين بيئته إلا أنه أحياناً يختل هذا التوافق أو التكيف مع البيئة بدرجة كبيرة يصعب معها على الإنسان أن يواجهه بمفرده، وعندئذ يحتاج إلى خدمات ومساعدات من غيره تساعد على إعادة التكيف أو إعادة التوافق، أو إعادة الإعداد للحياة.

وعليه يمكن تعريف التأهيل (Réhabilitation) هو إعادة التكيف أو إعادة الإعداد للحياة.

(الصادقي ورمضان، 2004: 313)

فإذا كان اختلاف تكيف الإنسان مقتصرًا على الناحية الطبية فإنه يحتاج إلى التأهيل الطبي أي استعادة أو حتى ما يمكن توفيره له من قدرات بدنية، مثل حالات بتر الأطراف،

أما إذا كان الإنسان في حاجة إلى إعادة تكيفه من الناحية النفسية فإنه يحتاج إلى التأهيل النفسي وإذا كان الاختلال في التكيف مع المهنة بسبب إصابته بعائق فإنه يحتاج إلى التأهيل المهني. (فهيمى، 2005: 30)

وكما عرفه الصفدي (2007) على أنه تلك العملية المنظمة والمستمرة والتي تهدف إلى إيصال الفرد المعوق إلى أعلى درجة ممكنة من النواحي الطبية والاجتماعية والنفسية والتربوية والمهنية والاقتصادية التي يستطيع الوصول إليها حيث تتداخل خطوات هذه العملية. (الصفدي، 2007: 175)

من خلال ما سبق نستنتج أن عملية التأهيل تدرج تحتها عدة أنواع منها التأهيل الطبي الذي يزود الشخص المبتور مثلاً بالمعينات الطبية كوضع الطرف الاصطناعي، والتأهيل الأكاديمي الذي يقدم الخدمات التعليمية التي تتناسب مع هذه الأنواع من الإعاقة وذلك بتكيف البيئة التعليمية، والتأهيل النفسي والاجتماعي لكي يتغلب الشخص المصاب على الإحساس بالنقص من جراء الإعاقات التي تعرض لها.

9-2 - أهداف ومبررات التأهيل:

هناك أهداف عديدة ومبررات كثيرة لعملية التأهيل حددها كل من الداھري(2005) و الصفدي(2007) فيما يلي:

- مساعدة الأهل والأصدقاء والجيران على قبول المعاقين واحترامهم.
- توفير البيئة المناسبة المحلية لمساعدة المعاق على أن يتعايش بسهولة وأمان.
- التعاون المشترك بين الأهالي والمجتمع من أجل إنشاء المراكز التأهيلية للمعاقين.
- على جميع المراكز أن توفر فرص عمل وتدريب للجميع.
- استخدام موارد البيئة المحلية وتقديم المساعدات المادية.
- توفير فرص تدريبية للعائلات المفككة. (الداھري، 2005: 77)
- وتضيف هلال(2009) مبررات أخرى لعملية التأهيل تمثلت فيما يلي:
- الحق في الرعاية والتعليم والتأهيل دون تمييز بسبب الجنس أو المركز الاجتماعي.

- توفير فرص العيش الكريم والمساواة مع غيرهم من المواطنين العاديين.

(هلال، 2009: 79)

9-3 - مراحل تأهيل الشخص المصاب بالبتر المكتسب:

يتفق كل من الصفدي (2007) و علي محمد (2008) على أن مراحل التأهيل بالنسبة للشخص المبتور تكون عبر مراحل هي:

أ - **مرحلة ما قبل البتر:** قبل إجراء عملية البتر يبدأ المريض في تقوية عضلاته عن طريق تمارين لكل من عضلات اليدين والظهر والحوض وذلك للطرف المقابل للعضو المبتور حتى يستطيع الاعتماد على هذا الطرف بشكل أكبر بعد عملية البتر.

ب - **مرحلة البتر:** في هذه المرحلة تدرس حالة المريض من جميع النواحي وبعد البتر مباشرة بمدة خمسة أيام تبدأ عملية تأهيل المريض لاستعمال الطرف الصناعي.

(علي محمد، 2008: 124)

وحسب إبراهيم (2002) في هذه المرحلة تجري بعض التمارين العلاجية لتحسين وظيفة العضو المبتور وتتمثل ايجابيات هذه التمارين فيما يلي:

- تنمية وزيادة المدى الحركي بالمفاصل.
- تصحيح أو منع الانقباضات العضلية.
- تحسين الدورة الدموية في نهاية الطرف المبتور.
- المحافظة على اتزان العضلات من حيث القوة، والتحمل والتوافق.
- منع الضمور والضعف.
- زيادة تحمل نهاية الطرف المبتور استعدادا لاستقبال الجهاز التعويضي.
- تحسين الميكانيكية الحركية لأجزاء الجسم.
- الرفع من مستوى اللياقة البدنية العامة للشخص المبتور.

(إبراهيم، 2002: 174)

ج- **مرحلة وضع الساق الاصطناعي:** وتبدأ بعد شفاء الجرح تماما، وعودة ما تبقى من الساق المبتورة بشكل مقبول وزوال الإنتفاخات، فيفصل له طرف اصطناعي مبدئي ويقوم باستعماله مباشرة حيث يتدرب على استعماله في قسم المعالجة الفيزيائية حتى يتدرب عليه جيدا وتتابع حالته بعد ذلك.

د- **في حالة كسر الساق الاصطناعي أو تعطله:** يجب منح المصاب ساق اصطناعي آخر بسبب تعطل الأولى . (علي محمد، 2008: 124)

من خلال مراحل التأهيل الأربعة للشخص المبتور نستخلص أن هذه المراحل هي ضمن مراحل العلاج، حيث في الوقت الذي يتدرب المريض لاستقبال الطرف الصناعي تقدم له علاجات بالعقاقير الطبية، والعلاج الطبيعي عن طريق إعادة تدريب وتأهيل الأطراف المتبقية حيث تتدخل عدة تخصصات لتقديم هذه العلاجات خاصة الطبية منها والنفسية والمهنية.

مع العلم أن عملية التأهيل تكون أفضل وأسرع كلما كان الطرف المبتور قصيرا، وكان في طرف واحد دون الطرفين معا .

10_ الخدمات المقدمة للأشخاص مبتوري الأطراف "ما بعد الجراحة":

10_1 **خدمات نفسية اجتماعية:** وتشمل المبتور وأسرته، وصولا إلى قبول العاهة والعيش

بها، مع تقديم الخدمات الاجتماعية المناسبة والضرورية مادية كانت أو إيوائية أو مدرسية.

10_2 **خدمات تاهيلية:** وتشمل صرف الأجهزة الصناعية والتدريب عليها، ثم اختيار المهنة

المناسبة له وتدريبه عليها ثم تشغيله.

10_3 **خدمات طبية:** وتشمل خدمات العلاج الطبيعي المقدرة له والمتابعة لمكان البتر

وتمريضه إذا استدعى الأمر ذلك، فضلا عن علاجه من بعض المضاعفات التي قد تكون

قد ترتبت على البتر أو أثناء فترة النقاهة أو استخدام الأجهزة الاصطناعية.

(سليمان، 2006: 73)

خلاصة:

من خلال ما سبق نجد أن الشخص الذي تعرض لإعاقة حركية سببت تعطيل أو بتر عضو من أعضائه من جراء حادث أو مرض لا يصاب في جسمه فحسب بل في نفسيته أيضا لأن تلك الإعاقة تغير في مظهره وصورة جسمه وتفقده وظيفة ضرورية هي القدرة على الحركة.

رغم انه في بعض الحالات يسهل تجنب البتر بتدابير وقائية يومية في حياة المريض كما في حالات مرضى السكري.

الجانب

التطبيقي

الفصل الخامس

إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد.

1- الدراسة الاستطلاعية.

1-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية.

1-2- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة.

2- المنهج المستخدم في الدراسة.

3- مجتمع وعينة الدراسة.

- إجراءات اختيار العينة.

4- أدوات الدراسة.

4-1- مقياس الصحة الجسمية.

4-2- مقياس الصحة النفسية.

4-3- مقياس العناية الذاتية.

5- مجالات الدراسة.

5-1- المجال المكاني .

5-2- المجال الزمني.

5-3- المجال البشري.

6- إجراء الدراسة الأساسية.

7- الأساليب الإحصائية.

خلاصة.

تمهيد:

يعتبر الفصل المنهجي جانبا مهما في الدراسات العلمية، فيعد الإطار الذي يتم على مستواه إثبات كل ما هو نظري في الدراسة من فرضيات وأفكار في الواقع الملموس، ولما كان الهدف من مختلف البحوث العلمية هو الكشف عن الحقائق الكامنة وراء المواضيع ومعالجتها فإن أي بحث علمي يعتمد على مجموعة من الإجراءات التي تساعد على القيام بهذا الجانب وضبطه ضبطا دقيقا، فيتضمن هذا الفصل عرضا للدراسة الاستطلاعية والمنهج المتبع في الدراسة، وإجراءات اختيار العينة، وأدوات الدراسة وكيفية تطبيقها، ويتم التعرف على مجالات الدراسة من خلال المجال المكاني والزمني والبشري بالإضافة إلى الأساليب الإحصائية المناسبة التي من خلالها يتم تحليل البيانات واختبار صحة الفروض.

1 - الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة الأولى التي يقوم بها الباحث، والتي عادة ما يكون الهدف منها مسح الميدان، وفي هذا الصدد قامت الباحثة بزيارة إلى المستشفى ومختلف المراكز الصحية التابعة له، وكذا العيادات الخاصة بمرضى السكري، حيث تم اللقاء مع فريق الطاقم الطبي من أطباء مختصين وأطباء عامين والطاقم الشبه الطبي "المرضى ومساعدى المرضى"، ثم جمعت المعلومات اللازمة عن العينة من خلال التحاور مع الأطباء و المرضى.

وبعد هقامت الباحثة بزيارات متكررة لكل من المستشفى والمراكز الصحية، وكذا العيادات الخاصة بمرضى السكري، كما تم اللقاء مع المرضى في جمعية السكري الواقعة بالولاية هي الأخرى أين تم التقرب أكثر من المرضى والتحاور معهم ومعرفة مختلف الخدمات الصحية والنفسية التي يتلقونها ليتم صياغة الاستمارة الخاصة بالخدمات في شكل أبعاد تمثل الخدمات الضرورية التي يتلقاها مريض السكري في مختلف المراكز الصحية.

(انظر الملحق رقم1)

فبعد التأكد من الخصائص السيكومترية للاستمارة من خلال تطبيقها على عينة قوامها (40) فرد مصاب بداء السكري، تم تطبيق هذه الاستمارة على عينة من مرضى السكري في دراسة قامت بها الباحثة تتقصى فيها واقع الخدمات الصحية والنفسية الموجهة لمرضى السكري.

ومن خلال نتائج هذه الدراسة تبين أوجه القصور الكبير في تأدية مختلف الخدمات لدى هؤلاء المرضى فيما عدا خدمات الجانب الاجتماعي التي حصلت على المستوى المتوسط، لهذا كان من الضروري التفكير بجدية في صياغة إستراتيجيات تحوي مختلف الخدمات الصحية الجسمية والنفسية للوقاية من مضاعفات هذا المرض لان الخطورة الكبيرة له تكمن في حدوث المضاعفات وفي مقدمتها مضاعفات القدم.

1-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (30) شخص مصاب بالداء السكري، والتي تم اختيارها بطريقة عرضية حيث تمثلت أهداف الدراسة الاستطلاعية فيما يلي:
- التعرف على ميدان الدراسة ومعرفة العراقيل التي يمكن أن تواجه الباحثة.
- ضبط متغيرات الدراسة وعنوانها بشكل نهائي.

- ضبط عينة الدراسة من حيث الجنس ونوع السكري، السن الذي سيتم التعامل معهم وفقا للإستراتيجيات المقترحة في الدراسة الحالية.
- إعداد استمارة قياس للتعرف على أهم الخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية التي يستفيد منها مريض السكري بالجزائر.
- إعداد أداة قياس خاصة بالرعاية الصحية الجسمية موجهة إلى مرضى السكري.
- إعداد أداة قياس خاصة بالرعاية النفسية موجهة لصالح مرضى السكري.
- إعداد إستراتيجيات بمختلف محاورها والتي ستطبق في الدراسة الحالية.
- التقرب من العينة أكثر ومعرفة مختلف المضاعفات التي قد يعاني منها هؤلاء المرضى من جراء القصور في تقديم الرعاية لهم من قبل الفريق المتخصص أو من طرف أنفسهم وذلك لجهلهم بالالتزام الصحي اتجاه مرضهم المزمن.
- فحص أهم الخصائص السيكومترية لكل من مقياس الصحة الجسمية ومقياس الصحة النفسية ومقياس العناية الذاتية حتى يتسنى لنا القيام بالدراسة الأساسية من خلال أدوات يتوفر بها القدر المطلوب من الصدق والثبات.
- ضبط الفروض وصياغتها بدقة قبل البدء في الدراسة الأساسية.

1-2- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة:

قبل الشروع في الدراسة الأساسية لابد من التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات القياس والمتمثلة في الصدق والثبات حيث تم استخدام عينة مكونة من (30) شخص مصاب بمرض السكري والذي يتلقى مختلف الخدمات الصحية والنفسية على مستوى المستشفى والمراكز التابعة له لولاية المسيلة، أو في احد العيادات الخاصة أين يتم تشخيص المرضى من هذا النوع خلال الموسم 2015/2014، فتم توزيع مقياس الصحة الجسمية ومقياس الصحة النفسية وكذا مقياس العناية الذاتية وبعد جمعها وفحصها تم تفرغها ومعالجتها إحصائيا باستخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

1-2-1 الإستراتيجيات المقترحة: (انظر الملحق رقم 2)

تم تدريب مرضى السكري (أعضاء المجموعة التجريبية) على استراتيجيات تفعيل الرعاية الصحية والنفسية من خلال إجراءات تطبيقاتها والتي تهدف إلى تحسين الرعاية الصحية والنفسية للوقاية من البتر المكتسب لديهم على مدى زمني امتد إلى (14) أسبوعا بواقع أربع

جلسات أسبوعياً تتراوح مدة الجلسة من (45-60) دقيقة حسب محتوى الجلسات، ولقد تم تطبيق الاستراتيجيات وفق أربع مراحل تتمثل فيما يلي:

المرحلة الأولى: المرحلة التمهيدية مدة وعدد الجلسات تقدر ب أربع جلسات مدة الجلسة الواحدة (45) دقيقة.

الهدف من هذه المرحلة:

ü التعرف بين الباحثة وفريق التربية الخاصة المتكون من: طبيب عام متدرب على علاج مرضى السكري، مختص في العلوم الشرعية والدينية، مختص في الرياضة له خبرة في تدريب مرضى السكري، مختص في التنقيف السكري ورئيس جمعية خاصة بالسكري، ممرضة "الباحثة".

ü بعد الاتفاق مع الفريق تم تعيين مجموعة تجريبية والتعرف عليها ثم عرضها على فريق العمل كل حسب تخصصه.

ü زرع الثقة بين الباحثة وعينة الدراسة وفريق العمل.

ü يُم نظرة عامّة عن محاور الإستراتيجيات بصورة مبسّطة.

ü تأسيس قواعد العمل للمشاركين أثناء الجلسات: (السرية، والتعاون، الحث على الالتزام بحضور مختلف الجلسات بانتظام، التدريب بجدية وتطبيق كل ما يرد في الجلسات في الحياة اليومية ...الخ).

الأساليب والوسائل المستخدمة في هذه المرحلة:

ü المقابلة مع فريق العمل كل حسب تخصصه.

ü المقابلة المباشرة مع المرضى.

ü المحاضرة والحوار الجماعي.

ü وضع بطاقة فنية لكل فرد من أفراد العينة تشمل المعلومات الأولية (الاسم، اللقب، رقم الهاتف، مكان الإقامة، السن، نوع السكري، نوع الدواء المتناول من قبل المريض، المهنة، أمراض أخرى يعاني منها المريض)، كما تشمل هذه البطاقة متابعة لمختلف الجلسات الرياضية، النفسية، والصحة العامة والغذاء، ورعاية القدم وكذا عدد هذه الجلسات. (انظر الملحق رقم 3)

النتائج المتوقعة من جلسات المرحلة الأولى:

ü معرفة المشاركين الهدف من الإستراتيجيات.

ü حضور جلسات الاستراتيجيات بانتظام.

ü الالتزام بقواعد الجلسات.

ü الالتزام بتنفيذ مختلف الاستراتيجيات المقترحة على المرضى.

ü معرفة المشاركين لأهمية الوقاية من المضاعفات بالنسبة لمرضهم.

ü معرفة الحالة الصحية لكل مريض قبل البدء في تطبيق مختلف الاستراتيجيات.

المرحلة الثانية: الإعداد والتحضير

الوحدة الأولى: مرض السكري

مدة وعدد الجلسات: ثلاث جلسات كل جلسة تقدر ب(45) دقيقة.

هدفها: جلسة الصحة العامة

ü تقديم ملخص عن السكري يتضمن:

التعرف على مرض السكري, معرفة كل فرد من أفراد العينة نوع السكري المصاب به بشكل مفصل وأين يكمن الخلل, أعراض هذا المرض, مضاعفاته وسبل الوقاية منها أي "كيفية الوقاية من المضاعفات".

ü جلسة تطبيقية عن الأماكن التي يتم فيها حقن الأنسولين.

ü إعطاء معلومات للمشاركين عن طبيعة وهدف المعالجة.

ü إجراء فحص طبي لكل فرد من أفراد العينة.

ü إجراء فحص تقييمي للحالة الصحية للمرضى تشمل ما يلي: (معرفة نسبة السكر في الدم لكل مريض, الضغط الدموي, نسبة الكوليستيرول وثلاثي الغليسريد في الدم.

ü إجراء فحص التخطيط القلبي "ECG" لمعرفة مدى إمكانية الفرد القيام بالتمارين الرياضية.

ü قياس وزن جسم كل فرد من أفراد العينة.

الأساليب والوسائل المستخدمة في هذه المرحلة:

ü صور ورسومات خاصة بمضاعفات مرض السكري خاصة مضاعفات القدم.

المحاضرة والحوار.

ü حاسب آلي - عرض power point -

ü التعرف على القاعة الرياضية التي سيتم فيها ممارسة النشاط الرياضي.

ü تحديد مكان وزمان وعدد جلسات النشاط الرياضي خلال الأسبوع.

- ü التعرف على الوسائل الرياضية.
- ü تقديم التوجيهات والنصائح فيما يخص الاحتياطات الواجب اتخاذها قبل ممارسة النشاط الرياضي.
- ü جهاز لقياس الضغط الدموي tensiometre
- ü جهاز لقياس نسبة السكر في الدم glycometre
- ü جهاز لقياس وزن الجسم.
- ü إجراء فحص التخطيط القلبي "électroencéphalographie" ECG
- النتائج المتوقعة من جلسات المرحلة الثانية:
- ü يتعرف المشاركون عن مرض السكري وأنواعه ومضاعفاته.
- ü يتعرف المشاركون على أهمية التدابير الوقائية للحد من مضاعفات السكري.
- ü يتعرف المشاركون على كيفية تطبيق هذه التدابير.
- ü المحافظة على حيوية أماكن حقن الأنسولين في الجسم.
- ü التعرف على الطريقة الصحيحة لإجراء سحب الدم للقيام بالتحليل اليومي لنسبة سكر الدم.
- ü التأكيد من سلامة القلب وإمكانية إجراء التمارين الرياضية.
- ü ضرورة وأهمية التمارين الرياضية لمرضى السكري.
- المرحلة الثالثة: مرحلة المعالجة "الوقائية"
- الوحدة الأولى: مرحلة التوجيهات الصحية
- مدة وعدد الجلسات: عدد الجلسات ثلاث جلسات مدة الجلسة (45) دقيقة
- الهدف من الجلسات:
- ü تعرف المرضى على مختلف التدريبات التي سيخضعون لها.
- ü تعرف المرضى على مختلف الأنشطة الرياضية المناسبة لهم.
- ü التعرف والتحذير للمرضى من المضاعفات الخطيرة لقدم السكري.
- ü تعرف المرضى على التدابير الوقائية الواجب اتخاذها حيال القدم.
- ü تعرف المرضى على الأحذية المناسبة لهم.
- ü تعريف المرضى على القلق والمضاعفات التي قد تتجم عنه في زيادة سكر الدم.
- ü تعريف المرضى بالمواد الغذائية المسموحة والممنوعة بالنسبة لهم.

الوحدة الثانية: مرحلة التدريب الرياضي والنفسي وتدريب العناية بالقدم
مدة وعدد الجلسات: بواقع أربعة عشرة جلسة مدة الجلسة تتراوح بين (45) إلى (60) دقيقة.
الهدف من الجلسات:

- ü تدريب المشاركين على مختلف الاستراتيجيات (الرياضية، النفسية، الغذاء الصحي، قدم السكري) باستخدام تقنيات خاصة بكل محور.
 - ü تدريب المشاركين على نظافة القدم.
 - ü تدريب الأفراد على تدليك القدم وكيفية استخدام البودرات والدهانات.
 - ü تدريب المشاركين على كيفية تقسيم الوجبات الغذائية وتناول غذاء صحي بما يناسب مرضهم والجهد المبذول من طرفهم.
 - ü تزويد المرضى بالدعم الديني والروحي.
 - ü تدريب المشاركين على طريقة الاسترخاء من خلال ممارسة الرياضة.
 - ü تدريب المرضى على التنفيس الانفعالي من خلال ممارسة النشاط الرياضي.
 - ü اقتناع المرضى أن ما يعانون منه هو ابتلاء من الله عز وجل.
- الأاليب و الوسائل المستخدمة في هذه الوحدة:**

- ü حاسب آلي - عرض power point - .
- ü اقتناء بدلات رياضية للمشاركين.
- ü التدريب الرياضي باستخدام الوسائل الرياضية.
- ü التدريب النفسي باستخدام جلسات العلاج الجماعي الرياضي.
- ü تحضير وجبة غذائية صحية وضبطها مع كمية سكر الدم ومع النشاط البدني المبذول.
- ü التدريب على تدليك القدم ونظافتها بواسطة مجموعة من الوسائل المستخدمة لذلك.
- ü قياس سكر الدم قبل وبعد ممارسة الرياضة بواسطة جهاز لقياس سكر الدم ذو استعماله فردي.
- ü قياس ضغط الدم قبل وبعد الممارسة الرياضية بواسطة جهاز خاص لذلك.
- ü مطويات توزع على المرضى تضم: عدد الوجبات ومختلف الأغذية الصحية والسرعات الحرارية.

الفنديات المستخدمة:

- ü الحوار، مقياس ضغط الدم، جهاز قياس سكر الدم.
 - ü ماء وعصائر وسكريات أثناء التدريب الرياضي تحسبا لأي نزول مفاجئ لنسبة سكر الدم أثناء ممارسة الرياضة.
 - ü وسائل لنظافة القدم والعناية بها: ماء صابون، بودرات ودهانات ملقط لتعرف على كيفية قص الأظافر دون إحداث جروح، مرآة للفحص اليومي للقدم، كحول.
 - ü بالونات لتدريب العضلات الكبيرة التي يحقن فيها الأنسولين.
 - ü كرات صغيرة لينة لتدريب وتنشيط الدورة الدموية على مستوى القدم.
- النتائج المتوقعة من جلسات هذه الوحدة:**

- ü تدريب المشاركين على العناية اليومية بالقدم.
- ü إنقاص وزن المرضى أو محاولة الحفاظ على الوزن المثالي لهم.
- ü ضبط نسبة السكر في الدم وفقا للنشاط البدني المبذول.
- ü مرونة الدورة الدموية.
- ü تناول غذاء صحي يوميا للمرضى وتعديله وفق النشاط البدني المبذول من قبل الشخص.
- ü التخفيف من بعض الاضطرابات النفسية المصاحبة للسكري.
- ü الترفيه النفسي بواسطة ممارسة رياضة الاسترخاء.
- ü الرضا بقضاء الله وقدره.

الوحدة الثالثة: مواصلة التدريب على مختلف محاور الإستراتيجيات

مدة وعدد الجلسات: أربع جلسات مدة الجلسة (60) دقيقة "جلستين (60) دقيقة نصف ساعة للممارسة الرياضية، ونصف ساعة الآخر للاحتياطات والتدابير قبل ممارسة الرياضة (قياس سكر الدم، قياس الضغط الدموي) وجلستين (45) دقيقة".

الهدف من هذه الوحدة:

- ü أن يتعرف المشاركون على مضاعفات قدم السكري من خلال عرض نماذج تعرضت لهذا النوع من المضاعفات.
- ü أن يتجنب المشاركون الممارسات اليومية الخاطئة التي تؤدي إلى المضاعفات الخطيرة.

- ü التعرف على كيفية اخذ قياسات القدم عند اقتناء الحذاء.
- ü الاتصال السريع بالعيادات الخاصة والمستشفيات في حالة ظهور العلامات الأولية على مستوى القدم.
- ü تحديد الفوائد التي يكتسبها المرضى من ممارسة الرياضة في ضبط سكر الدم والمحافظة على الوزن ومرونة الدورة الدموية.
- ü تعرف المشاركين على القراءات العادية وغير العادية لبعض التحاليل الطبية الضرورية لمرضهم مثل سكر خضاب الدم التراكمي HbA1c.

الأساليب والوسائل المستخدمة في هذه الوحدة:

- ü حاسب آلي.
- ü جهاز عرض البيانات –power Point-.
- ü عرض شريط فيديو لمرضى مصابين بالمضاعفات.
- ü ورق مقوى وقلم ومسطرة لأخذ قياس قدم كل مريض.
- ü استعمال الوسائل الرياضية.

النتائج المتوقعة من جلسات هذه الوحدة:

- ü معرفة المشاركين مضاعفات السكري خاصة مضاعفات القدم.
- ü العمل على تغيير السلوكيات اليومية الخاطئة للوقاية من المضاعفات الخطيرة لقدم السكري.

- ü تبين للمشاركين الفوائد التي يكتسبها الفرد عندما يسيطر على نسبة سكر الدم.
- ü القدرة على ضبط السكر من خلال الكمية المناسبة من الغذاء.

الوحدة الرابعة: معرفة نتائج التدريب على محاور الاستراتيجيات:

مدة وعدد الجلسات: ثلاث جلسات مدة الجلسة (60) دقيقة

أهداف الوحدة:

- ü معرفة مدى تعديل مستوى السكر في الدم.
- ü أن يعرف المشاركون قيمة العناية بالقدم.
- ü أن يتحكم المشاركون في ضبط سكر الدم، والتغذية السليمة.
- ü أن يعرف المشاركون أهمية التمارين الرياضية في حياتهم اليومية.

الأساليب والوسائل المستخدمة في هذه الوحدة:

ü جهاز عرض البيانات - جهاز حاسب آلي - عرض power point -

الفنيات المستخدمة: الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة، جهاز قياس الوزن، جهاز لقياس ضغط الدم، جهاز قياس السكر في الدم، بطاقة تقييم الغذاء.

النتائج المتوقعة من جلسات هذه الوحدة:

ü قدرة المشاركين على كيفية ضبط السكر في الدم.

ü تحسين الضغط الدموي وضبطه في المستوى العادي.

ü تقليل الوزن والمحافظة على الوزن المثالي والابتعاد عن خطر السمنة.

المرحلة الرابعة والختامية: الإنهاء والتقييم

مدة وعدد الجلسات: مدة هذه المرحلة جلستان مدة كل جلسة (60) دقيقة.

أهدافها:

üمراجعة كل ما ورد في محاور الاستراتيجيات لكل فرد من أفراد العينة.

ü التعرف على كيفية إجراء فحص البول المنزلي.

ü تدريب المجموعة المشاركة عن كيفية إجراء هذا الفحص ومتى يكون ضروري.

ü كيفية اختيار جوارب مناسبة لمريض السكري.

ü كيفية اختيار الحذاء المناسب وفقا لمقاسات معينة.

الأساليب والوسائل المستخدمة في هذه المرحلة:

ü بطاقة تقييمية لتسجيل النتائج النهائية لمختلف التدريبات على الإستراتيجيات.

ü فحص طبي عام لدى أفراد العينة.

ü قياس ضغط الدم والوزن.

ü فحص نسبة السكر في الدم.

ü شريط فيديو عن كيفية فحص البول.

ü جهاز الفحص البولي اليومي مع شريط الفحص.

ü جوارب مناسبة لأفراد العينة.

ü أحذية مناسبة لكل فرد حسب مقاس القدم.

الفنيّات المستخدمة: محاضرة تقييميه لنتائج المتوصل إليها، مقياس ضغط الدم، مقياس لنسبة السكر في الدم glycomètre - مقياس للوزن.

النتائج المتوقعة من المرحلة:

- ü تعديل نسبة السكر في الدم لدى المشاركين.
- ü خفض كمية الأنسولين المحقون من قبل المرضى.
- ü المحافظة على الوزن المثالي لدى أفراد العينة.
- ü تعديل الضغط الدموي عند أفراد العينة.
- ü تحسين مستوى الغذاء عند المشاركين.
- ü تحسين الحالة النفسية والتوافق النفسي عند أفراد العينة.
- ü تعديل نسبة الكوليستيرول وثلاثي الغليسريد في الدم.
- ü العناية بالقدم وتجنب المخاطر الكبيرة الناتجة عن الإهمال.
- ü تحسين الدورة الدموية على مستوى القدمين.
- ü تجنب المخاطر الناتجة عند مريض السكري على المدى البعيد.
- ü معرفة اقتناء الحذاء المناسب. (انظر الملحق رقم 4)

وتم عرض مختلف الإستراتيجيات على مجموعة من المحكمين ليتم تقييمها وتحكيمها ومعرفة مدى ارتباطها بموضوع الدراسة وصلاحيّة تطبيقها على العينة.

1-2-2 مقياس الصحة الجسمية:

تم إعداد مقياس الصحة الجسمية من قبل الباحثة، وذلك من خلال الاطلاع على الجانب النظري الذي يخدم الدراسة بالإضافة إلى المقاييس التي تخدم الموضوع، وبعد تطبيق استمارة "مختلف الخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية" والتي أعدتها الباحثة وطبقته على عينة من مرضى السكري في دراسة لها، حيث لاحظت قصور في تقديم مختلف الخدمات الصحية لهؤلاء المرضى مما ألزمها القيام بإعداد مقياس للصحة الجسمية يمس مختلف الجوانب الصحية فكان المقياس في صورته النهائية بأربع محاور هي "محور الصحة العامة، محور النشاط الرياضي، محور الغذاء الصحي وكذا محور رعاية القدم"، فتشكل عدد البنود الكلية للمقياس 94 بند وهي موزعة على مجموعة من المحاور بالشكل الآتي: (انظر الملحق رقم 5)

_ المحور "البعد" الأول: بعد الصحة العامة ويتكون من 31 بند أو فقرة.

_ المحور "البعد" الثاني: بعد النشاط الرياضي ويتكون من 23 بند أو فقرة.

_ المحور "البعد" الثالث: بعد الغذاء الصحي ويتكون من 12 بند أو فقرة.

_ المحور "البعد" الرابع: بعد رعاية القدم ويتكون من 28 بند أو فقرة.

وقصد التأكد من فاعلية المقياس تم حساب الصدق والثبات لأداة القياس عن طريق الرزمة الإحصائية للبحوث الاجتماعية (spss) كما يلي:

صدق المقياس: يعتبر الصدق شرطاً أساسياً من شروط أدوات القياس الفعالة في قياس الظاهرة موضوع القياس ويقصد بصدق الاختبار أن يقيس الاختبار ما وضع من أجله وبكلمة أخرى فإن المقصود بصدق الاختبار مدى صلاحية الاختبار لقياس هدف أو جانب محدد. (الروسان، 1996: 31)

تم التأكد من صدق المقياس من خلال الطرق التالية:

• **صدق المحكمين:**

حيث عرضت الأداة في صورتها الأولية على أساتذة وأطباء من داخل الوطن وخارجه وتم الاتفاق على وضوح البنود وارتباطها بالمجالات المراد قياسها، حيث بلغت نسبة الاتفاق بين المحكمين من (70 - 100%) كما جرى تعديل صياغة بعض الفقرات دون حذف أي فقرة من الفقرات لتصبح الأداة مكونة من (94) فقرة موزعة على أبعادها الأربعة، وبهذا تكون قد حققت الصدق المطلوب. (انظر الملحق رقم 6)

• **صدق الاتساق الداخلي:**

وقد تم التأكد من صدق مقياس الصحة الجسمية من خلال تطبيق صدق الاتساق الداخلي وذلك بمعرفة مدى درجة الارتباط بين البنود البعد على كل أبعاد المقياس بالترتيب والنتائج المتحصل عليها موضحة في الجداول التالية:

الجدول رقم(03): يبين قيمة معامل الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية لبعد الصحة العامة.

رقم البند	الصدق	رقم البند	الصدق	رقم البند	الصدق
01	**0.502	12	*0.392	23	**0.570
02	**0.421	13	*0.345	24	**0.704
03	**0.515	14	**0.650	25	**0.533
04	**0.653	15	*0.344	26	**0.511
05	**0.544	16	**0.683	27	**0.647
06	**0.561	17	**0.598	28	**0.417
07	**0.596	18	**0.478	29	**0.617
08	**0.469	19	**0.515	30	**0.562
09	**0.681	20	**0.632	31	**0.745
10	**0.500	21	**0.471		
11	**0.618	22	**0.559		

الجدول رقم(04): يبين قيمة معامل الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية لبعد النشاط الرياضي.

رقم البند	الصدق	رقم البند	الصدق	رقم البند	الصدق
01	**0.459	09	**0.727	17	**0.825
02	**0.600	10	**0.871	18	**0.668
03	**0.814	11	**0.786	19	**0.436
04	**0.826	12	**0.440	20	**0.610
05	**0.732	13	**0.633	21	**0.744
06	**0.713	14	*0.402	22	**0.785
07	**0.691	15	**0.540	23	**0.679
08	**0.508	16			

الفصل الخامس ————— إجراءات الدراسة الميدانية

الجدول رقم(05): يوضح قيمة معامل الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية لبعد الغذاء الصحي.

رقم البند	الصدق	رقم البند	الصدق	رقم البند	الصدق
01	**0.674	05	**0.426	09	**0.540
02	*0.365	06	*0.280	10	*0.343
03	*0.324	07	**0.568	11	**0.566
04	**0.532	08	**0.339	12	**0.511

الجدول رقم(06): يوضح قيمة معامل الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية لبعد رعاية القدم.

رقم البند	الصدق	رقم البند	الصدق	رقم البند	الصدق
01	**0.644	10	**0.726	19	**0.682
02	**0.440	11	**0.531	20	**0.492
03	**0.633	12	*0.391	21	**0.638
04	*0.402	13	**0.415	22	**0.489
05	**0.540	14	**0.531	23	**0.492
06	**0.644	15	**0.726	24	**0.471
07	*0.375	16	**0.682	25	**0.507
08	**0.507	17	**0.489	26	**0.415
09	**0.638	18	**0.750	27	**0.471
28	**0.750				

الفصل الخامس ————— إجراءات الدراسة الميدانية

من خلال الجداول السابقة يتبين أن جميع أبعاد مقياس الصحة الجسمية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 و 0.01، بمعنى وجود علاقة ارتباطية بين كل فقرة والدرجة الكلية للبعد علماً أن مجموع كل من الأبعاد الصحة العامة والنشاط الرياضي والغذاء الصحة ورعاية القدم هي أبعاد ممثلة على الترتيب لمقياس الصحة الجسمية ولذلك تعتبر فقرات المقياس صادقة لما وضعت لقياسه.

• الصدق التمييزي:

وتم التأكد من صدق مقياس الصحة الجسمية بالاعتماد على الصدق التمييزي أو المقارنة الطرفية وذلك بعد ترتيب توزيع العينة من أعلى درجة إلى أقل درجة لأفراد العينة الاستطلاعية والتي ضمت (30) فرد من المصابين بمرض السكري، حيث تم اختيار مجموعتين من طرفي التوزيع، وتمثل نسبة (27%) من الأفراد الذين حصلوا على أعلى الدرجات، و (27%) من الأفراد الذين حصلوا على أدنى الدرجات، فكان حجم كل مجموعة لكلا الطرفين (8) أفراد مصابين بالداء السكري، فاستخرجت لهم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ثم حسبت قيمة (ت) (T.Test) للفروق بين المجموعتين العليا والدنيا بالاعتماد على الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

والجدول التالي يبين دلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين العليا والدنيا في الصحة الجسمية:

جدول رقم (07): يبين دلالة الفروق بين متوسطات المجموعة العليا والمجموعة الدنيا في مقياس الصحة الجسمية.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة ت (T.Test)	(المجموعة الدنيا في مقياس الصحة الجسمية بنسبة 27% أي ن = 8)		(المجموعة العليا في مقياس الصحة الجسمية بنسبة 27% أي ن = 8)		مقياس الصحة الجسمية
			ع _{(S₂)2}	م _{(X₂)2}	ع _{(S₁)1}	م _{(X₁)1}	
0.01	14	-7.72	8.02	165.87	17.71	219	

من خلال الجدول نجد أن قيمة (ت) دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.01 مما يدل على قدرة مقياس الصحة الجسمية على التمييز، ومنه نستنتج بأنه مقياس صادق.

• **ثبات المقياس:**

يعتبر الثبات شرطاً أساسياً من شروط أدوات القياس الفعالة في قياس الظاهرة موضوع القياس ويقصد بثبات الاختبار أن يعطي الاختبار نتائج متماثلة أو متقاربة في قياسه لمظهر ما من مظاهر السلوك إذا ما استخدم ذلك المقياس أكثر من مرة أو إذا ما استخدم بطرق أخرى. (الروسان، 1996: 33)

تم التأكد من ثبات المقياس بعدة طرق كما يلي:

• **ثبات ألفا كرونباخ* Cronbach Alpha:**

وذلك باستخدام برنامج الحاسوب SPSS كما هو مبين في الجدول التالي :

جدول رقم (08): يبين معامل ثبات مقياس الصحة الجسمية بطريقة ألفا كرونباخ.

العينة	ألفا كرونباخ
30	0.73

من خلال الجدول السابق ومن خلال معامل ثبات ألفا كرونباخ والذي بلغ (0.73) يظهر أنه ذو دلالة إحصائية، وعليه نستنتج أن مقياس الصحة الجسمية ثابت وبالتالي صلاحية تطبيقه في الدراسة الحالية.

• **الثبات بطريقة جوتمان:**

عن طريق التجزئة النصفية بين العبارات الزوجية والعبارات الفردية المكونة للمقياس وذلك بالاعتماد على الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وباستعمال معادلة سبيرمان براون حيث بلغ معامل الثبات 0.75 كما في الجدول التالي:

* ثبات ألفا كرونباخ Cronbach Alpha: يعرف انستازي (Anastasi, 1990) معامل ثبات "ألفا" كرونباخ بمثابة أداة إحصائية حساسة لاكتشاف أخطاء العينة والقياس، ويتم بها حساب اتساق وتجانس المقياس الواحد، حيث يشير ارتفاع معامل ألفا إلى أن مفردات المقياس الواحد تعبر عن مضمون واحد. (تغريد الشطي، 2014: 260).

الجدول رقم (09): يبين معامل ثبات مقياس الصحة الجسمية بطريقة جوتمان.

مقياس الصحة الجسمية	حجم العينة الاستطلاعية	درجة الحرية	قيمة r_{11} قبل التصحيح	قيمة r_{11} بعد التصحيح	مستوى الدلالة
	30	29	0.60	0.75	0.01

من خلال الجدول يتضح أن معامل الثبات قبل التصحيح وبعد التصحيح، ذو دلالة إحصائية مما يدل على ثبات المقياس وصلاحيته في الدراسة الحالية.

1-2-3 مقياس الصحة النفسية:

تم إعداد المقياس من طرف الباحثة وذلك بعد اطلاعها على الجانب النظري وكذا بعض المقاييس التي لها صلة بموضوع الدراسة وعينة البحث.

فكان المقياس في صورته النهائية يتكون من مجموعة من البنود تشكل 32 بند (انظر الملحق رقم 7) فتم حساب الصدق والثبات لأداة القياس كما يلي:

صدق المقياس: تم التأكد من صدق مقياس الصحة النفسية باستخدام عدة طرق:

• صدق المحكمين:

حيث عرضت الأداة في صورتها الأولية على **أساتذة** من داخل الوطن وخارجه مختصين في الصحة النفسية، والتربية الخاصة، وعلم الاجتماع، وتم الاتفاق على وضوح البنود وارتباطها بالمجالات المراد قياسها، حيث بلغت نسبة الاتفاق بين المحكمين (70-100%) كما جرى تعديل صياغة بعض الفقرات دون حذف أي فقرة من الفقرات لتصبح الأداة مكونة من (32) فقرة، وبهذا تكون قد حققت الصدق المطلوب.

• صدق الاتساق الداخلي:

تم الاعتماد على صدق الاتساق الداخلي لمعرفة مدى ارتباط درجة أي بند من بنود مقياس الصحة النفسية بالدرجة الكلية للمقياس، والنتائج المتحصل عليها مبينة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (10): يبين قيمة معامل الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية.

رقم البند	الصدق	رقم البند	الصدق	رقم البند	الصدق
01	**0.502	12	*0.397	23	*0.392
02	**0.498	13	**0.502	24	**0.683
03	*0.374	14	**0.41	25	**0.598
04	**0.445	15	**0.466	26	*0.392
05	*0.381	16	**0.505	27	*0.379
06	**0.448	17	**0.561	28	**0.496
07	**0.469	18	*0.367	29	*0.390
08	**0.650	19	*0.374	30	**0.432
09	*0.369	20	**0.561	31	**0.477
10	*0.386	21	**0.413	32	**0.434
11	**0.451	22	*0.384		

من خلال الجدول السابق يتبين أن جميع فقرات مقياس الصحة النفسية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 و 0.01، بمعنى وجود علاقة ارتباطية بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس ولذلك تعتبر فقرات المقياس صادقة لما وضعت لقياسه.

• الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية):

وذلك بين مجموعتين المجموعة العليا للصحة النفسية والمجموعة الدنيا للصحة النفسية أيضاً وتمثل كلا المجموعتين نسبة (27%) أي ن=8 عن طريق استخدام (SPSS) كما في الجدول التالي:

جدول رقم (11): يبين دلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين العليا و الدنيا في مقياس الصحة النفسية.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة ت	(المجموعة الدنيا) في مقياس الصحة النفسية بنسبة 27% أي ن = 8		(المجموعة العليا) في مقياس الصحة النفسية بنسبة 27% أي ن = 8		مقياس الصحة النفسية
			$(S_2)_{2ع}$	$(X_2)_{2م}$	$(S_1)_{1ع}$	$(X_1)_{1م}$	
0.01	14	-8.77	4.68	41.25	4.43	61.25	

من خلال الجدول يتضح أن قيمة (ت) دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) مما يؤكد قدرة المقياس على التمييز بين المجموعتين العليا والمجموعة الدنيا للصحة النفسية ومنه يعتبر مقياس صادق لما وضع لقياسه.

ثبات المقياس: تم التأكد من معامل ثبات مقياس الصحة النفسية عن طريق استخدام عدة طرق كما يلي:

- ثبات ألفا كرونباخ: من خلال الجدول الآتي:

جدول رقم (12): يبين معامل ثبات مقياس الصحة النفسية بطريقة الفا كرونباخ.

العينة	الفا كرونباخ
30	0.76

من خلال الجدول السابق ومن خلال معامل ثبات الفا كرونباخ الذي بلغ (0.76) يظهر انه ذو دلالة إحصائية وعليه نستنتج أن مقياس الصحة النفسية ثابت وبالتالي صلاحية تطبيقه في الدراسة الحالية.

- الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

عن طريق التجزئة النصفية بين العبارات الزوجية والعبارات الفردية المكونة للمقياس وذلك بالاعتماد على الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وباستعمال معادلة سبيرمان براون حيث بلغ معامل الثبات 0.67 كما في الجدول التالي:

الجدول رقم (13): يبين معامل ثبات مقياس الصحة النفسية بطريقة التجزئة النصفية.

مقياس الصحة النفسية	حجم العينة الاستطلاعية	درجة الحرية	قيمة r_{11} قبل التصحيح	قيمة r_{11} بعد التصحيح	مستوى الدلالة
	30	29	0.503	0.67	0.01

من خلال الجدول يتضح أن معامل الثبات قبل التصحيح وبعد التصحيح، ذو دلالة إحصائية مما يدل على ثبات المقياس وصلاحيته تطبيقه في الدراسة الحالية.

1- 2- 4 مقياس العناية الذاتية: (انظر الملحق رقم 8)

صدق المقياس: تم تكييف مقياس العناية الذاتية على البيئة المحلية باستخدام عدة طرق:

• الصدق الاتساق الداخلي:

تم الاعتماد على صدق الاتساق الداخلي لمعرفة مدى ارتباط درجة أي بند من بنود مقياس العناية الذاتية بالدرجة الكلية للمقياس، والنتائج المتحصل عليها موضحة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (14): يوضح قيمة معامل الارتباط بين درجة البند والدرجة الكلية لمقياس

العناية الذاتية.

رقم البند	الصدق	رقم البند	الصدق	رقم البند	الصدق
01	*0.396	05	*0.376	09	*0.402
02	**0.540	06	**0.644	10	**0.540
03	*0.384	07	**0.440	11	**0.644
04	*0.391	08	**0.633	12	**0.531

من خلال الجدول السابق يتبين أن جميع فقرات مقياس العناية الذاتية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 و 0.01، بمعنى وجود علاقة بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس ولذلك تعتبر فقرات المقياس صادقة لما وضعت لقياسه.

• الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية):

وذلك بين مجموعتين المجموعة العليا للعناية الذاتية والمجموعة الدنيا للعناية الذاتية أيضا وتمثل كلا المجموعتين نسبة (27%) أي $n=8$ عن طريق استخدام (SPSS) كما في الجدول التالي:

جدول رقم (15): يبين دلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين العليا والدنيا في مقياس العناية الذاتية.

مقياس العناية الذاتية	(المجموعة العليا في مقياس العناية الذاتية بنسبة 27% أي $n=8$)		(المجموعة الدنيا في مقياس العناية الذاتية بنسبة 27% أي $n=8$)		قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة
	$(X_1)_1$ م	$(S_1)_1$ ع	$(X_2)_2$ م	$(S_2)_2$ ع			
	21.37	2.77	15.62	1.06	-5.47	14	0.01

من خلال الجدول يتضح أن قيمة (ت) دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) مما يؤكد قدرة المقياس على التمييز بين المجموعتين العليا والمجموعة الدنيا في العناية الذاتية ومنه يعتبر مقياس صادق لما وضع لقياسه.

• الصدق الذاتي:

وذلك عن طريق الجذر التربيعي للثبات وهنا سيتم حسابه بطريقتين:

$\bar{u}$ في حالة ثبات الفا كرونباخ نجد قيمة الصدق الذاتي 0.83 وهي الجذر التربيعي لقيمة 0.69.

$\bar{u}$ في حالة ثبات التجزئة النصفية نجد قيمة الصدق الذاتي 0.78 وهي الجذر التربيعي لقيمة 0.619.

وفي كلا الحالتين معامل الصدق الذاتي هو معامل قوي وهذا يدل على صدق المقياس وصلاحيته تطبيقه في الدراسة الحالية.

ثبات المقياس:

تم التأكد من معامل ثبات مقياس العناية الذاتية عن طريق استخدام عدة طرق كما يلي:

• ثبات ألفا كرونباخ:

جدول رقم (16): يبين معامل ثبات مقياس العناية الذاتية بطريقة الفا كرونباخ.

العينة	الفا كرونباخ
30	0.69

من خلال الجدول السابق ومن خلال معامل ثبات الفا كرونباخ الذي بلغ (0.69) انه ذو دلالة إحصائية وعليه نستنتج أن مقياس العناية الذاتية ثابت وبالتالي صلاحية تطبيقه في الدراسة الحالية.

• الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

عن طريق التجزئة النصفية بين العبارات الزوجية والعبارات الفردية المكونة لمقياس العناية الذاتية وذلك بالاعتماد على الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وباستعمال معادلة سبيرمان براون حيث بلغ معامل الثبات 0.619 كما في الجدول الآتي:

الجدول رقم (17): يبين معامل ثبات مقياس العناية الذاتية بطريقة التجزئة النصفية.

مقياس العناية الذاتية	حجم العينة الاستطلاعية	درجة الحرية	قيمة 11 قبل التصحيح	قيمة 11 بعد التصحيح	مستوى الدلالة
	30	29	0.446	0.619	0.01

من خلال الجدول يتضح أن معامل الثبات قبل التصحيح وبعد التصحيح، ذو دلالة إحصائية مما يدل على ثبات المقياس وصلاحيته في الدراسة الحالية.

2 - المنهج المستخدم في الدراسة:

إن مناهج البحث العلمي متعددة ومتنوعة تباين المواضيع محل البحث والدراسة ولا يمكن إنجاز أي بحث دون اعتماد منهج واضح يساعد على الدراسة وتحديد الإشكالات، فالمنهج مجموعة من الخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقيق النتائج المطلوبة في بحثه. وتهدف الدراسة الحالية إلى فحص أثر إستراتيجية الرعاية الصحية والنفسية للوقاية من البتر المكتسب لدى مرضى السكري النوع الأول، لذا تم اختيار المنهج شبه التجريبي لمعالجة متغيرات الدراسة وهذا لعدم إمكانية استخدام المنهج التجريبي الحقيقي، حيث تعذر

على الباحثة التعيين العشوائي لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة خشية عدم الالتزام بحضور جلسات مختلف الاستراتيجيات من قبل بعض المرضى لهذا تم التأكيد على الأفراد الذين لهم حماس أكثر لحضور الجلسات على أن يكونوا هم أفراد المجموعة التجريبية.

وقد تم اعتماد التصميم شبه التجريبي، وهو التصميم الذي لا يلتزم بتقسيم مجموعات التجربة باستخدام التعيين العشوائي. (أبو علام، 2007، ص219)، حيث توفرت لدى الباحثة مجموعتان واحدة تجريبية والأخرى ضابطة، وهذا وفق التصميم التالي:

المجموعة التجريبية ← قياس قبلي ← إستراتيجيات الرعاية (ص ون) ← قياس بعدي
المجموعة الضابطة ← قياس قبلي ← العلاج الاعتيادي ← قياس بعدي

شكل رقم (1) يمثل التصميم شبه التجريبي للدراسة

3-مجتمع وعينة الدراسة:

تمثل مجتمع الدراسة الحالية في الأشخاص المصابين بالسكري النوع الأول من ولاية المسيلة الذين يتابعون مختلف فحوصاتهم الطبية على مستوى المستشفى الكائن بالولاية والمراكز الطبية التابعة له، والعيادات الخاصة بمرضى السكري، وكذا جمعية السكري الكائنة بالولاية خلال الموسم 2014/ 2015.

ودراسة أي مجتمع تعتمد أساسا على العينة المأخوذة منه، وهي تعتبر بمثابة ممثل لمجتمع الدراسة الكلي، حيث تعرف بأنها "مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية، وهي تعتبر جزء من الكل بمعنى تؤخذ مجموعة من أفراد المجتمع على أن تكون ممثلة للمجتمع لتجرى عليها الدراسة". (زرواتي، 2002: 191)

وبما أن مجتمع الدراسة هو مجتمع خاص بفئة معينة فقد تم اختيار عينة البحث بطريقة قصدية (عمدية)، «فيتم اللجوء إلى هذا الصنف من المعاينة عندما لا يكون أمانا أي اختيار، وهي الطريقة التي تستخدم عندما لا نستطيع اختيار العناصر بطريقة عشوائية».

(انجرس، 2006: 311)

فبعد التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، قامت الباحثة بتطبيقها على عينة الدراسة الأساسية في قياس قبلي وبعدي والتي تم اختيارها بطريقة قصدية نظرا لطبيعة البحث حيث تكونت عينة الدراسة من (12) فرد مصاب بداء السكري النوع الأول مقسمة

إلى عينتين متساويتين عينة تجريبية مكونة من (06) أفراد وعينة ضابطة من (06) أفراد أيضا.

• إجراءات اختيار العينة:

لقد تم السحب من المجتمع الأصلي كالتالي:

– في البداية تم سحب عينة قصدية مكونة من 30 فرد مصاب بالسكري بغية فحص الخصائص السيكومترية لأدوات القياس "مقياس الصحة الجسمية ومقياس الصحة النفسية، ومقياس العناية الذاتية" في البيئة المحلية.

– بعد ذلك تم تطبيق الدراسة الأساسية على عينة مكونة من 12 فردا من مرضى السكري النوع الأول ذكور تم اختيارهم بصورة قصدية من المجتمع الأصلي، وقسموا إلى عينتين متساويتين عينة تجريبية وعينة ضابطة وذلك عن طريق المعاينة العشوائية.

* تكافؤ المجموعتين:

– لتحقيق التكافؤ بين المجموعتين تم ضبط المتغيرات الدخيلة بين العينتين (الضابطة والتجريبية) كالتالي:

– نوع المرض أي نوع السكري حيث كان نفس النوع لجميع أفراد المجموعتين وهو السكري من النوع الأول.

– السن حيث تراوحت أعمار أفراد العينتين التجريبية والضابطة بين 20 إلى 30 سنة.

– الجنس أي اختيار عينة الذكور دون الإناث.

– نوع العلاج أي العلاج بحقن الأنسولين، وكمية الأنسولين المحقونة وأيضا نسبة السكر في الدم.

وكل هذا بغية إرجاع التغير في المتغير التابع إلى المتغير المستقل والمتمثل في الاستراتيجيات المقترحة، والجدول الآتي يوضح عوامل التكافؤ بين المجموعتين.

الجدول رقم(18): يمثل تكافؤ المجموعتين (التجريبية_الضابطة)

العينة المتغيرات	الجنس	السن	نوع السكري	الأنسولين المحقون	نسبة السكر في الدم
التجريبية	6 ذكور	30_20	النوع الأول	20الى24 و.د	2الى3 غ.ل
الضابطة	6 ذكور	سنة			خلال اليوم

من خلال الجدول السابق يتضح لنا أن هناك تكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة في أهم المتغيرات التي يمكن أن تتأثر بها المعالجة التجريبية خاصة نسبة السكر في الدم وكمية الأنسولين المحقون لهؤلاء المرضى.

4- أدوات الدراسة:

نعرض فيما يلي أدوات الدراسة وكيفية إعدادها وتطبيقها، وذلك حسب ترتيب استخدامها في الدراسة، وتمثلت في عدة أدوات هي:

_ مقياس الصحة الجسمية: إعداد الباحثة.

_ مقياس الصحة النفسية: إعداد الباحثة.

_ مقياس العناية الذاتية: من تأليف توبيرت وجلاسجو (Toobert&Gasgow,1994)

وتم تعريبه من طرف تغريد سليمان سند الشطي(2014).

وتم تكييفه على البيئة المحلية من قبل الباحثة.

_ الإستراتيجيات المقترحة: إعداد الباحثة.

_ بطاقة المتابعة اليومية: إعداد الباحثة. (انظر الملحق رقم9)

_ بطاقة متابعة الحصص الرياضية: إعداد الباحثة. (انظر الملحق رقم10)

_ بطاقة العناية اليومية بالقدم: إعداد الباحثة.

_ المقاييس الفيزيولوجية الطبية: جهاز قياس ضغط الدم "Tensiomètre"، وجهاز قياس

سكر الدم "Glycomètre"، جهاز لقياس الوزن.

4-1 - مقياس الصحة الجسمية:

4-1-1 - وصف المقياس:

تم إعداد مقياس الصحة الجسمية من طرف الباحثة، الموجه للأشخاص المصابين بالسكري في البيئة الجزائرية.

ويتكون هذا المقياس من 94 فقرة في صورته النهائية، حيث تم تطبيقه على عينة استطلاعية تقدر بـ (30) فرد من المصابين بداء السكري.

ويتم تصحيح المقياس بوضع العلامة (x) من طرف المفحوص بجانب العبارة التي تتفق مع ما يتلقاه حقيقة من رعاية صحية في مختلف أبعادها.

وباستخدام مقياس ثلاثي الأبعاد يتم تقييم حالات مرضى السكري على عبارات المقياس وتعطى الدرجات (1,2,3) للبدائل (دائما، أحيانا، نادرا) على الترتيب في كل عبارات المقياس، حيث مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد المصاب بالسكري في المقياس هي الدرجة الكلية فتصبح الدرجة العظمى (282) والدرجة الدنيا (94).

وتم إعداد هذا المقياس وفق خطوات هي:

- بعدما قامت الباحثة بالإطلاع على الدراسات السابقة ذات العلاقة والتي لها صلة وطيدة بموضوع الدراسة.

- تم الاطلاع على الجانب النظري خاصة الكتب الطبية التي تعتبر مصدر لتشخيص الأمراض " Larousse médical و précis d'anatomie et de physiologie humaines ، Vadémécum clinique du diagnostic an traitement والتي ساعدت الباحثة في صياغة فقرات المقياس.

- ليتم في الأخير صياغة فقرات المقياس من قبل الباحثة بصورتها الأولية ليكون المقياس 94 فقرة في مجالات مختلفة.

وفي الأخير تم عرض المقياس على نخبة من المتخصصين في ميدان علم النفس والطب بالجامعات والمستشفيات والعيادات الكائنة بالجزائر وخارجها حيث تم الموافقة على كل العبارات ليصبح في صورته الأولى (94) فقرة وبعد تطبيقه على العينة الاستطلاعية وحساب الصدق والثبات أصبح المقياس في صورته النهائية يتكون من (94) فقرة أيضا مع تعديل في صياغة بعض الفقرات كما أشار لها بعض المحكمين ليتم تطبيقها في الأخير على العينة الفعلية.

4-1-2 - ثبات المقياس:

تم حساب الثبات لمقياس الصحة الجسمية (إعداد الباحثة) بطريقتين:

- معامل ألفا كرونباخ Cronbach Alpha: من خلال الجدول رقم (08)

وذلك باستخدام برنامج الحاسوب (SPSS)، كانت النتيجة 0.73 وهو معامل ثبات دال إحصائياً ويدل على ثبات فقرات مقياس الصحة الجسمية وصلاحيته تطبيقه في الدراسة الأساسية.

- التجزئة النصفية: من خلال الجدول رقم (09) وذلك بحساب معامل الثبات فكان قبل التعديل (0.60)، ومعامل الثبات بعد التعديل (0.75) وهو معامل ثبات مرتفع ودال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01.

4-1-3 - صدق المقياس:

استخدمت الباحثة عد طرق للتأكد من صدق الاختبار:

- صدق المحكمين: بناء على ما اتفق عليه أكثر من 75% من المحكمين.

- صدق الاتساق الداخلي: من خلال الجداول رقم (03)، (04)، (05)، (06) والتي تبين من خلالها معامل الارتباط بين كل بند والبعد الذي ينتمي إليه على الترتيب "الصحة العامة، النشاط الرياضي، الغذاء الصحي، رعاية القدم" تبين أن جل معاملات الارتباط على كل الأبعاد دالة إحصائياً عند مستوى دلالة إما 0.05 أو 0.01 وبالحصول على هذه النتائج استنتجت الباحثة صلاحية تطبيق المقياس بكل أبعاده على عينة الدراسة الأساسية.

- الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية): من خلال الجدول رقم (07) تبين أن قيمة ت التي بلغت (-7.72) بين كل من المجموعة العليا والدنيا في مقياس الصحة الجسمية، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، فاستنتجت الباحثة أن المقياس صادق لما وضع لقياسه.

4-2 - مقياس الصحة النفسية:

4-2-1 - وصف المقياس:

تم إعداد المقياس من قبل الباحثة وذلك بعد اطلاعها على الجانب النظري وكذا بعض المقاييس التي لها صلة بموضوع الدراسة وعينة البحث.

فكان المقياس في صورته النهائية يتكون من مجموعة من البنود تشكل 32 بند فتم حساب الصدق والثبات حيث تم تطبيقه على عينة استطلاعية قوامها (30) فرد من المصابين بداء السكري.

ويتم تصحيح المقياس بوضع العلامة (x) من طرف المفحوص بجانب العبارة التي تتفق مع ما يشعر به حقيقة اتجاه نفسيته الصحية.

وباستخدام مقياس ثلاثي الأبعاد يتم تقييم حالات مرضى السكري على عبارات المقياس وتعطى الدرجات (1,2,3) للبدائل (تتطبق، أحيانا، لا تتطبق) على الترتيب في حال كانت العبارة إيجابية، بينما تعطى الدرجات (3,2,1) على الترتيب في حال العبارات السالبة حيث مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد المصاب بالسكري في المقياس هي الدرجة الكلية فتصبح الدرجة العظمى (96) والدرجة الدنيا (32).

وتم إعداد هذا المقياس وفق خطوات هي:

- الإطلاع على بعض المقاييس التي تعنى بالصحة النفسية منها:

*مقياس ليونارد، وآخرون (Leonard, R et al) تحت مسمى (SCL-90-L) حيث قام أبو هين بتعريب المقياس عام (1992) وتقنيه على البيئة الفلسطينية وهو مقياس للصحة النفسية المعدل ويتكون من 90 عبارة تتدرج تحت تسعة أبعاد فتم استخدام بعض الأبعاد فقط في الدراسة الحالية وفق احتياجها وهي "الأعراض الجسمية، الحساسية التفاعلية، القلق، الاكتئاب".

- بعدما قامت الباحثة بالإطلاع على الدراسات السابقة ذات العلاقة والتي لها صلة وطيدة بموضوع الدراسة.

- تم صياغة فقرات المقياس من طرف الباحثة بصورتها الأولية منها الفقرات الموجبة والسالبة ليتكون المقياس من 32 فقرة.

وفي الأخير تم عرض المقياس على نخبة من المتخصصين في ميدان علم النفس بجامعات الجزائر وخارجها حيث تم الموافقة على كل العبارات ليصبح في صورته الأولية (32) فقرة وبعد تطبيقه على العينة الاستطلاعية وحساب الصدق والثبات أصبح المقياس في صورته النهائية يتكون من (32) فقرة مع تعديل في صياغة بعض الفقرات ليتم تطبيقها على العينة الفعلية.

الفصل الخامس ————— إجراءات الدراسة الميدانية

ويطبق المقياس إما فرديا أو جماعيا، ويحتوي هذا المقياس على تعليمة توضح فيها الباحثة كيفية الإجابة عن عباراته، حيث يجب على الباحثة أن تتحاشى استخدام كلمة الصحة النفسية للتعليمية حتى تتجنب تحيز المفحوص في الإجابة، ويتكون المقياس من عبارات سالبة وعددها (24 عبارة) وأخرى موجبة وعددها (8 عبارات كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (19): يبين العبارات السالبة والموجبة في مقياس الصحة النفسية

العبارات	أرقام العبارات
العبارات السالبة	2-4-8-9-11-13-14-15-16-17-19-20-21-22-23- 24-25-26-27-28-29-30-31-32
العبارات الموجبة	1-3-5-6-7-10-12-18

وبعد وصف المقياس، تأتي طريقة تصحيحه حيث يطلب من المفحوص وضع علامة (X) في إحدى الخانات الثلاث المقابلة في كل عبارة. بما يتفق مع ما يشعر به حقيقة اتجاه ذاته من صحة نفسية على مقياس الرعاية النفسية.

وتعطى الدرجة (3) في المقياس إذا أجاب المفحوص بـ (لا تنطبق) على العبارة السالبة.

وتعطى الدرجة (3) في المقياس إذا أجاب المفحوص بـ (تنطبق) على العبارة الموجبة.

وتعطى الدرجة (2) في المقياس إذا أجاب المفحوص بـ (أحيانا) على العبارة الموجبة أو العبارة السالبة.

4-2-2 - ثبات مقياس الصحة النفسية:

تم حساب الثبات بطريقتين:

- معامل ألفا كرونباخ Cronbach Alpha: من خلال الجدول رقم (12)

كانت النتيجة 0.76 وهو معامل ثبات دال إحصائيا ويدل على ثبات فقرات مقياس الصحة النفسية.

- التجزئة النصفية: من خلال الجدول رقم (13)

وذلك بحساب معامل الثبات كان قبل التعديل (0.503)، ومعامل الثبات بعد التعديل (0.67) وهو معامل ثبات دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01.

3-2-4 - صدق مقياس الصحة النفسية:

استخدمت الباحثة طريقتين للتأكد من صدق الاختبار:

- صدق المحكمين: بناء على ما اتفق عليه أكثر من 75% من المحكمين.

- صدق الاتساق الداخلي: من خلال الجدول رقم (10) والتي تبين من خلالها معامل الارتباط بين البند والدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية والتي كانت كلها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة إما 0.05 أو 0.01 وبالحصول على هذه النتائج استنتجت الباحثة صلاحية المقياس لما وضع لقياسه وبالتالي صلاحية تطبيقه على عينة الدراسة الأساسية.

- الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية): من خلال الجدول رقم (11)

تبين أن قيمة ت التي بلغت (-8.77) بين كل من المجموعة العليا والدنيا في مقياس الصحة النفسية، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، فاستنتجت الباحثة أن المقياس صادق لما وضع لقياسه.

3-4 - مقياس العناية الذاتية:

3-4-1 - وصف المقياس:

يتكون مقياس العناية الذاتية الخاص بمرضى السكري ل توبيرت وجلاسج

(Toobert&Gsgow,1994) والذي تم تعريبه من طرف تغريد سليمان سند الشطي(2014)

حيث يتكون المقياس من (12 عبارة) مقسمة على أربعة مقاييس فرعية بواقع (5 عبارات x 5 بدائل للإجابة)

لقياس النظام الذاتي (أرقام البنود: 4،3،2،1،5)، وثلاث عبارات لقياس النشاط البدني

(أرقام البنود: 6،8 x ثمانية بدائل للإجابة، والبند رقم 7 x خمس بدائل للإجابة)، وعبارتين

لقياس فحص سكر الدم (البند رقم: 9 x أربع بدائل للإجابة، والبند رقم 10 x خمس بدائل

للإجابة) وعبارتين لقياس مداواة السكري (أرقام البنود: 11،12 x خمس بدائل للإجابة).

يطبق المقياس ذاتياً، وتعد التعليمات المدونة على ورقة الأسئلة كافية لتوجيه المفحوصين، وفيما يلي نص تعليمات المقياس: تهدف العبارات إلى الاستفسار عن الأنشطة الذاتية التي يقوم بها مريض السكري للعناية بنفسه خلال الأسبوع الماضي (المدة 7 أيام). إذا كنت قد

الفصل الخامس ————— إجراءات الدراسة الميدانية

عانيت من المرض في تلك الفترة، نرجو أن تعود بذاكرتك إلى سبعة أيام مضت لم تعان فيها من المرض، ومن ثم تجيب عن كل الأسئلة بكل صدق ودقة، علما بان إجاباتك ستعامل بمنتهى السرية.

وتتطلب الإجابة على المقياس ككل أن يحدد الفرد مدى انطباق كل عبارة "بند" عليه باختيار واحد من البدائل، وتقدر الدرجة بمنح البند الواحد درجة، وهذا في حالة البنود الموجبة، أما البنود السالبة هي (11،9،5،4،1،12) فيتم تقديرها وفقا للاتجاه العكسي لمقياس التدرج السابق، ويبلغ الحد الأعلى للدرجة على المقياس ككل 65 درجة، أما الحد الأعلى للدرجة على اختبار النظام الغذائي فيبلغ 25 درجة (5 بنود x 5 درجات) ويبلغ الحد الأقصى للدرجة على اختبار النشاط البدني 21 درجة.

(البندين رقمي: 6، 8 x 8 درجات، والبند رقم 7 x 5 درجات)، وتبلغ النهاية العظمى للدرجة على اختبار مداواة السكري 10 درجات (البندين رقمي: 11، 12 x 5 درجات)، وطبقا لنظام توزيع الدرجة على مقياس التدرج، تصلح الدرجة المرتفعة على المقياس ككل أو على المقاييس الفرعية مؤشرا على ازدياد امثال المريض وتدبره للمرض.

(الشطي، 2014: 265-266)

4-3-2 ثبات المقياس:

تم حساب الثبات لمقياس العناية الذاتية تغريد الشطي (2014) بطريقتين:

- معاملات ثبات الاتساق الداخلي "معامل ألفا كرونباخ Alpha Cronbach": وذلك باستخدام برنامج الحاسوب SPSS، فكانت نتيجة معامل ثبات فقرات مقياس العناية الذاتية كما هي موضحة في الجدول الآتي:

جدول رقم (20): يبين معاملات الثبات لدى العينة الكلية على مقياس العناية الذاتية

لدى مرضى السكري.

طرق حساب الثبات	رجال	نساء	العينة الكلية ن=223
"ألفا" كرونباخ	0.75	0.84	0.84
القسمية النصفية	0.85	0.86	0.85

ويتضح من الجدول رقم (20) أن معاملات ثبات الاتساق الداخلي لمقياس العناية

الذاتية تراوحت بين 0.84، 0.86 وهي مقبولة بوجه عام. (الشطي: 260)

الفصل الخامس ————— إجراءات الدراسة الميدانية

- معامل ثبات إعادة التطبيق: طبق مقياس العناية الذاتية ثم أعيد تطبيقه بعد أسبوعين على عينة قوامها (ن=40) فردا بواقع (20 ذكرا، و 20 أنثى) من مرضى النوع الثاني من السكري كما في الجدول الآتي:

جدول رقم (21): يبين معاملات الثبات لدى العينة الكلية على مقياس العناية الذاتية بطريقة إعادة تطبيق الاختبار لدى مرضى السكري.

نوع معامل الثبات	ن	ملخص أنشطة العناية الذاتية
إعادة التطبيق	40	0.94

يشير الجدول السابق رقم (21) إلى أن معامل ثبات الاستقرار بطريقة إعادة التطبيق 0.94 لمقياس العناية الذاتية وهو معامل ثبات مرتفع بوجه عام. (الشطي: 261)

أما في الدراسة الحالية فقد تم تكييف مقياس العناية الذاتية بالاعتماد على الثبات بطريقتين كما بيانه سابقا في الخصائص السيكمترية لأداة القياس على عينة استطلاعية تتكون من (30) فرد مصاب بالداء السكري، حيث حصلنا على النتائج التالية:

_ الفا كرونباخ: من خلال الجدول رقم(16) كانت النتيجة 0.69 وهو معامل ثبات دال إحصائيا مما يدل على ثبات فقرات مقياس العناية الذاتية.

- التجزئة النصفية: من خلال الجدول رقم(17) وذلك بحساب معامل الثبات فكان قبل التعديل (0.446)، ومعامل الثبات بعد التعديل (0.619) وهو معامل ثبات دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01.

4-3-3 - صدق المقياس:

استخدمت الشطي(2014) عدة طرق للتأكد من صدق الاختبار:

- تحليل البنود* وذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية على المقياس إذ تحذف البنود ذات الارتباطات المنخفضة.

طبق مقياس العناية الذاتية لمرض السكري على عينة قوامها (223) فردا من مرضى السكري النوع الثاني بواقع (107) من الذكور و(116) من الإناث وحسب معامل ارتباط

* تحليل البنود: يستخدم تحليل البنود كإجراء إحصائي لعزل أنواع معينة من البنود أو حذفها، وبخاصة تلك التي لا تضيف إلى الدرجة الكلية بما فيه الكفاية.

بيرسون للدرجات الخام بين كل بند والدرجة الكلية بعد استبعاد البند على المقياس الفرعي الواحد في مقياس العناية الذاتية لمرضى السكري.

ومن خلال التحليل الإحصائي لمعاملات الارتباط وجد أن غالبية معاملات ارتباط البنود المفردة بالدرجة الكلية بعد التصحيح على اختبار ملخص أنشطة العناية الذاتية لمرضى السكري مقبولة ماعدا البندين رقمي 11، 12 لكن لم تقم الباحثة "تغريد" بحذفهما بهدف أن تحافظ على العدد الأصلي للبنود.

- **الصدق التقاربي والاختلافي** : حسب الصدق التقاربي، وقد ارتبط المقياس بمعامل ارتباط (ر=0.80) مع مقياس مراقبة النشاط البدني، و(ر=0.60) مع مقياس سلوك العناية الذاتية و(ر=0.51) مع مقياس الامتثال الذاتي للنصح الطبي، كما أسفرت نتائج التحليل العاملي عن استخلاص ثلاثة عوامل لبنود المقياس: الأول خاص بالنظام الغذائي، والثاني يضم النشاط البدني، والثالث لفحص سكر الدم.

- التحليل العاملي**:

يتضح من خلال استخدام هذا المعامل الإحصائي من قبل "تغريد" أن قيم الشيوخ (مجموع مربعات تشعب البند على جميع العوامل المستخلصة في المصفوفة) قد تراوحت بين (0.53، 0.78) وتراوحت قيمة الجذر الكامن للعينة الكلية بين (1.16، 1.53)، ووصلت النسبة المئوية للعوامل جميعا إلى 67.2% وهي تشير إلى أن العوامل المستخرجة تكفي لاستيعاب قدر مقبول من التباين. (الشطي: 261-265)

أما في الدراسة الحالية فقد تم تكييف المقياس على عينة استطلاعية قوامها (30) فرد مصاب بالداء السكري وذلك من خلال الاعتماد على ثلاث أنواع من الصدق:

— **الصدق الاتساق الداخلي**: من خلال الجدول رقم (14) والذي بين أن معامل الارتباط بين البند والدرجة الكلية لمقياس العناية الذاتية دال إحصائيا على كل البنود عند مستوى دلالة 0.05 و 0.01 وبالحصول على هذه النتائج استنتجت الباحثة صلاحية المقياس لما وضع لقياسه.

***التحليل العاملي**: يستخدم بهدف التعرف على مجموعات البنود التي ترتبط بدرجة كبيرة بعضها مع بعض، ولكنها ترتبط بدرجة منخفضة أو لا ترتبط تماما مع مجموعات أخرى من البنود. وتجدر الدرجة التي تحسب في هذه الطريقة تكون بين البنود المفردة وليس الدرجة على المقياس الفرعي. (الشطي، 2014: 263)

– **الصدق التمييزي:** من خلال الجدول رقم (15) تبين أن قيمة t التي بلغت (5.47-) بين كل من المجموعة العليا والدنيا في مقياس العناية الذاتية، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، فاستنتجت الباحثة أن المقياس صادق لما وضع لقياسه.

– **الصدق الذاتي:** حيث حصلنا على قيمتين، في حالة ثبات الفا كرونباخ وجدنا قيمة الصدق 0.83 وهي الجذر التربيعي لقيمة 0.69.

أما في حالة ثبات التجزئة النصفية وجدنا قيمة الصدق 0.78 وهي الجذر التربيعي لقيمة 0.619 و في كلا الحالتين هو معامل صدق قوي ويدل على صدق المقياس وصلاحيته تطبيقه في الدراسة الحالية.

5- مجالات الدراسة:

5-1- المجال المكاني:

تتطلب الدراسات الميدانية مجال مكاني معين من أجل القيام بالدراسة المطلوبة حيث تمثل المجال المكاني للدراسة الحالية في عدة مناطق مختلفة بدءاً بمستشفى الزهراوي الكائن بمدينة المسيلة والمراكز الصحية التابعة له.

في حين كان المقر الثاني في العيادات الخاصة بمرضى السكري.

أما المقر الثالث تمثل في جمعية السكري الكائنة بالولاية.

و كان المقر الرابع في قاعة خاصة بالرياضة أين كان يمارس أفراد المجموعة التجريبية مختلف الأنشطة الرياضية.

5-2- المجال الزمني:

من المهم جداً تحديد الفترة الزمنية التي أجرى فيها الباحث دراسته الميدانية، حيث قامت الباحثة بتطبيق إجراءات الدراسة في الميدان ابتداءً من شهر جانفي (2015) وتمت إجراء الدراسة الاستطلاعية في شهر مارس (2015) على عينة تمثلت في 30 فرد مصاب بالداء السكري والذين ينتمون إلى الإطار المكاني المحدد سابقاً.

وبعد التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة ثم تطبيقها على عينة الدراسة الأساسية في القياس القبلي ليتم مباشرة البدء في تطبيق الإستراتيجيات المقترحة وذلك ابتداءً من شهري أبريل (2015)، حيث كانت مدة تطبيق هذه الإستراتيجيات ثلاث أشهر ونصف أي بمعدل (14) أسبوعاً.

3-5 - المجال البشري:

المعنيون بالدراسة هم عينة من المصابين بمرض السكري النوع الأول وعددهم (12) فرد من الذكور موزعين على عينتين متساويتين "عينة تجريبية وأخرى ضابطة والذين ينتمون لأحد الأماكن المحددة بالمجال الزمني المذكور سابقا.

6- إجراء الدراسة الأساسية:

من خلال الدراسة الاستطلاعية تم التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة عن طريق الصدق والثبات، بعدها قامت الباحثة بإجراء الدراسة الأساسية على عينة مكونة من (12) فرد من الأشخاص المصابين بالداء السكري النوع الأول وذلك بعد استبعاد عينة الدراسة الاستطلاعية والبالغ عددها (30) فرد، حيث تم تقسيم العينة الأساسية إلى عينتين متساويتين عينة تمثل المجموعة التجريبية وتتكون من (6) أفراد، وعينة تمثل المجموعة الضابطة مكونة من (6) أفراد أيضا، وهذا بعد ضبط المتغيرات الدخيلة وعدم ترك الفروق بين المجموعتين، ماعدا فرق الإستراتيجيات التي ستخضع لها أفراد المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة.

7 - الأساليب الإحصائية:

بعد تفرغ المعطيات والبيانات تمت معالجتها إحصائيا باستخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية عن طريق التقنيات الإحصائية التالية:

• اختبار (T.TEST)

استخدم في حساب الخصائص السيكومترية لأدوات القياس "مقياس الصحة الجسمية ومقياس الصحة النفسية ومقياس العناية الذاتية".

• اختبار مان ويتني (Mann-Whitney):*

استخدم للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات "عينة الدراسة التجريبية والعينة الضابطة" في القياس البعدي على كل أبعاد مقياس الصحة الجسمية "الصحة العامة، النشاط

* اختبار مان ويتني (Mann-Whitney): ويعتمد هذا الاختبار على عدد الأفراد في كل مجموعة من المجموعتين

المطلوب مقارنتها. فإذا كان عدد الأفراد (أو الرتب) في المجموعة الكبيرة 8 أو أقل اعتبرت العينة صغيرة جدا، وغالبا ما نحتاج إلى مثل هذه المعالجة في علم النفس التجريبي حيث يكون من المطلوب المقارنة بين مجموعتين (ضابطة وتجريبية) ويكون أكبر العددين في كلا المجموعتين أقل من 8. (عبد الرحمان، 1998: 105)

الفصل الخامس ————— إجراءات الدراسة الميدانية

الرياضي، الغذاء الصحي، رعاية القدم"، بالإضافة إلى مقياس الصحة النفسية ومقياس العناية الذاتية، وذلك قصد التحقق من فرضيات الدراسة، وكذا حساب الفروق في كل الأبعاد الخاصة بمقياس الصحة الجسمية والمقاييس السابقة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي قصد التحقق من الفروق بين المجموعتين قبل إخضاع المجموعة التجريبية إلى المعالجة.

• اختبار ويلكوكسن* (Wilcoxon):

استخدم للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات العينة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي على كل من "بعد الصحة العامة، بعد النشاط الرياضي، بعد الغذاء الصحي، بعد رعاية القدم"، بالإضافة إلى مقياس الصحة النفسية ومقياس العناية الذاتية، وذلك قصد التحقق من فرضيات الدراسة.

• معامل الارتباط بيرسون (Pearson):

استخدم في حساب الخصائص السيكومترية لأداة قياس الصحة الجسمية وكذا الصحة النفسية، تكييف مقياس العناية الذاتية وذلك بحساب الثبات بواسطة معامل الارتباط بطريقة التجزئة النصفية، وطريقة جوتمان. وعن طريق حساب الصدق بواسطة الاتساق الداخلي وذلك بمعرفة مدى الارتباط بين البند والدرجة الكلية لمقياس الصحة الجسمية على كل أبعاده "الصحة العامة، النشاط الرياضي، الغذاء الصحي، رعاية القدم" وبين البند والدرجة الكلية للمقياس في كل من مقياس الصحة النفسية ومقياس العناية الذاتية.

**** اختبار ويلكوكسن Wilcoxon:** يعتبر هذا الاختبار من أفضل الأدوات الإحصائية المستخدمة في العلوم السلوكية عموماً وعلم النفس على وجه الخصوص، وبالذات عندما نعتد على الرتب والترتيب. وهذا يحدث عندما نواجه مجموعة من البيانات مثل تلك التي نحصل عليها في ميدان التجريب في علم النفس، إذ أنه لا نستطيع بسهولة أن نفترض استمرارية هذه البيانات أو الدرجات فتعامل معاملة إحصائية عالية. (عبد الرحمن: 102)

خلاصة:

يتضح لنا مما سبق أن الفصل المنهجي يعتبر الأساس الذي تقوم عليه الدراسة فمن خلاله يتم إتباع المنهج الملائم والأساليب الإحصائية المناسبة وكذا التأكد من الخصائص السيكمترية للأدوات المستخدمة في الدراسة من خلال الدراسة الاستطلاعية ليتم تطبيقها على عينة الدراسة الأساسية.

الفصل السادس

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

تمهيد

أولاً: عرض وتحليل نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات.

1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.
2. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.
3. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة.
4. عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة.
5. عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة.
6. عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة.
7. عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة.
8. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة.
9. عرض وتحليل نتائج الفرضية التاسعة.
10. عرض وتحليل نتائج الفرضية العاشرة.
11. عرض وتحليل نتائج الفرضية الحادية عشر.
12. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية عشر.
- عرض وتحليل الفرضية الرئيسية.

ثانياً: تفسير ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات.

1. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى.
2. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية.
3. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة.
4. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة.
5. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة.
6. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة.
7. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة.
8. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة.
9. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية التاسعة.
10. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية العاشرة.
11. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الحادية عشر.
12. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية عشر.
- تفسير ومناقشة الفرضية الرئيسية.

خلاصة.

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل عرضاً للنتائج المتوصل إليها عن طريق التحليل الإحصائي المستخدم في الدراسة ثم مناقشتها وتفسيرها وذلك في ضوء الإطار النظري ونتائج الدراسات السابقة التي لها علاقة بموضوع الدراسة الحالية.

أولاً: عرض وتحليل نتائج الدراسة:

نعرض فيما يلي النتائج التي كشفت عنها مختلف التحليلات الإحصائية لاختبار صدق فروض الدراسة ثم يتم فيما بعد مناقشتها:

1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على: وجود فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة الصحة العامة للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار مان ويتني (Mann-Whitney) للعينات المستقلة لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في درجة الصحة العامة وذلك بحساب متوسط الرتب ومجموع الرتب للعينتين بالاعتماد على الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (22): يبين قيمة مان ويتني (Mann-Whitney) لدلالة الفروق بين

المجموعتين (التجريبية - الضابطة) في درجة الصحة العامة.

الفئات	العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	اختبار z	مستوى الدلالة
العينة التجريبية	6	9.50	57.00	-2.89	0.004
العينة الضابطة	6	3.50	21.00		

الفصل السادس — عرض وتحليل ومناقشة النتائج

يتضح من الجدول السابق أن قيمة مان ويتني (Mann-Whitney) المحسوبة لدرجة الصحة العامة هي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في بعد الصحة العامة، وهذا ما يفسر التباين في متوسطات الرتب حيث نجد أن متوسط رتب المجموعة التجريبية البالغ (9.50) يبعد عن متوسط رتب المجموعة الضابطة والذي بلغ (3.50) ومنه الفرضية الأولى تحققت وبالتالي يتم قبولها ورفض الفرضية الصفرية.

2. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على وجود فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة الصحة العامة للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار ويلكوكسن (Wilcoxon) لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي في درجة الصحة العامة وذلك بحساب متوسطات الرتب ومجموع الرتب للعينات بالاعتماد على الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (23): يبين قيمة ويلكوكسن (Wilcoxon) لدلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية (قياس قبلي - قياس بعدي) في درجة الصحة العامة.

الفئات	العينة	اتجاه الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	اختبار z	مستوى الدلالة
قياس قبلي	6	الرتب السالبة	00	00	-2.20	0.027
قياس بعدي	6	الرتب الموجبة	06	3.5		

من خلال الجدول السابق يتضح أن قيمة ويلكوكسن (Wilcoxon) المحسوبة لدرجة الصحة العامة هي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) مما يدل على وجود فروق ذات

الفصل السادس — عرض وتحليل ومناقشة النتائج

دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي في درجة الصحة العامة، وهذا ما يفسر التباعد في متوسطات الرتب حيث نجد أن متوسط الرتب للمجموعة التجريبية في القياس البعدي البالغ (3.5) بعيد عن متوسط الرتب لأفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والذي بلغ (00) ومنه الفرضية الثانية تحققت وبالتالي يتم قبولها.

3. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على وجود فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة النشاط الرياضي للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي. وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار مان ويتني (Mann-Whitney) للعينات المستقلة لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في درجة النشاط الرياضي وذلك بحساب متوسط الرتب ومجموع الرتب للينة بالاعتماد على الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (24): يبين قيمة مان ويتني (Mann-Whitney) لدلالة الفروق بين

المجموعتين (التجريبية - الضابطة) في درجة النشاط الرياضي.

الفئات	الينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	اختبار z	مستوى الدلالة
الينة التجريبية	6	9.50	57.00	-2.88	0.004
الينة الضابطة	6	3.50	21.00		

يتضح من الجدول السابق أن قيمة مان ويتني (Mann-Whitney) المحسوبة لدرجة النشاط الرياضي هي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في بعد النشاط الرياضي، وهذا ما يفسر التباعد في متوسطات الرتب، حيث نجد أن متوسط رتب المجموعة التجريبية

البالغ (9.50) يبعد عن متوسط رتب المجموعة الضابطة والذي بلغ (3.50) ومنه الفرضية الثالثة تحققت وبالتالي يتم قبولها ورفض الفرضية الصفرية.

4. عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على وجود فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة النشاط الرياضي للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار ويلكوكسن (Wilcoxon) لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي في درجة النشاط الرياضي وذلك بحساب متوسطات الرتب ومجموع الرتب للعينات بالاعتماد على الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (25): يبين قيمة ويلكوكسن (Wilcoxon) لدلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية (قياس قبلي - قياس بعدي) في درجة النشاط الرياضي.

الفئات	العينة	اتجاه الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	اختبار z	مستوى الدلالة
قياس قبلي	6	الرتب السالبة	00	00	-2.20	0.027
قياس بعدي	6	الرتب الموجبة	06	3.5		

من خلال الجدول السابق يتضح أن قيمة ويلكوكسن (Wilcoxon) المحسوبة لدرجة النشاط الرياضي هي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي في درجة النشاط الرياضي، وهذا ما يفسر التباعد في متوسطات الرتب حيث نجد أن متوسط المجموعة التجريبية في القياس البعدي البالغ (3.5) بعيد عن متوسط أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والذي بلغ (00) ومنه الفرضية الرابعة تحققت وبالتالي يتم قبولها.

5. عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على وجود فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة الغذاء الصحي للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار مان ويتني (Mann-Whitney) للعينات المستقلة لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في درجة الغذاء الصحي وذلك بحساب متوسط الرتب ومجموع الرتب للينة بالاعتماد على الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (26): يبين قيمة مان ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين (التجريبية -

الضابطة) في درجة الغذاء الصحي.

الفئات	الينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	اختبار z	مستوى الدلالة
الينة التجريبية	6	9.50	57.00	-2.88	0.004
الينة الضابطة	6	3.50	21.00		

يتضح من الجدول السابق أن قيمة مان ويتني (Mann-Whitney) المحسوبة لدرجة الغذاء الصحي هي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الغذاء الصحي، وهذا ما يفسر التباعد في متوسطات الرتب حيث نجد أن متوسط رتب المجموعة التجريبية البالغ (9.50) يبعد عن متوسط رتب المجموعة الضابطة الذي بلغ (3.50) ومنه الفرضية الخامسة تحققت وبالتالي يتم قبولها ورفض الفرضية الصفرية.

6. عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة:

تنص الفرضية السادسة على وجود فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة الغذاء الصحي للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

الفصل السادس — عرض وتحليل ومناقشة النتائج

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار ويلكوكسن (Wilcoxon) لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي في درجة الغذاء الصحي وذلك بحساب متوسطات الرتب ومجموع الرتب للعينات بالاعتماد على الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (27): يبين قيمة ويلكوكسن (Wilcoxon) لدلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية (قياس قبلي - قياس بعدي) في درجة الغذاء الصحي.

الفئات	العينة	اتجاه الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	اختبار z	مستوى الدلالة
قياس قبلي	6	الرتب السالبة	00	00	-2.20	0.027
قياس بعدي	6	الرتب الموجبة	06	3.5		

من خلال الجدول السابق يتضح أن قيمة ويلكوكسن (Wilcoxon) المحسوبة لدرجة الغذاء الصحي هي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي في درجة الغذاء الصحي، وهذا ما يفسر التباعد في متوسطات الرتب حيث نجد أن متوسط رتب المجموعة التجريبية في القياس البعدي البالغ (3.5) بعيد عن متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي الذي بلغ (00) ومنه الفرضية السادسة تحققت وبالتالي يتم قبولها.

7. عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة:

تنص الفرضية السابعة على وجود فروق دالة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في درجة رعاية القدم للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار مان ويتني (Mann-Whitney) للعينات المستقلة لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في

الفصل السادس — عرض وتحليل ومناقشة النتائج

درجة رعاية القدم وذلك بحساب متوسط الرتب ومجموع الرتب للعينة بالاعتماد على الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (28): يبين قيمة مان ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين (التجريبية - الضابطة) في درجة رعاية القدم.

الفئات	العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	اختبار z	مستوى الدلالة
العينة التجريبية	6	9.50	57.00	-2.88	0.004
العينة الضابطة	6	3.50	21.00		

يتضح من الجدول السابق أن قيمة مان ويتني (Mann-Whitney) المحسوبة لدرجة بعد رعاية القدم هي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في بعد رعاية القدم وهذا ما يفسر التباعد في متوسطات الرتب حيث نجد أن متوسط رتب المجموعة التجريبية البالغ (9.50) يبعد عن متوسط رتب المجموعة الضابطة والذي بلغ (3.50) ومنه الفرضية السابعة تحققت وبالتالي يتم قبولها ورفض الفرضية الصفرية.

8. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة:

تنص الفرضية الثامنة على وجود فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة رعاية القدم للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار ويلكوكسن (Wilcoxon) لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي في درجة رعاية القدم وذلك بحساب متوسطات الرتب ومجموع الرتب للعينات بالاعتماد على الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (29): يبين قيمة ويلكوكسن (Wilcoxon) لدلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية (قياس قبلي - قياس بعدي) في درجة رعاية القدم.

الفئات	العينة	اتجاه الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	اختبار z	مستوى الدلالة
قياس قبلي	6	الرتب السالبة	00	00	-2.20	0.027
قياس بعدي	6	الرتب الموجبة	06	3.5		

من خلال الجدول السابق يتضح أن قيمة ويلكوكسن (Wilcoxon) المحسوبة لدرجة رعاية القدم هي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي في درجة رعاية القدم، وهذا ما يفسر التباعد في متوسطات الرتب حيث نجد أن متوسط رتب المجموعة التجريبية في القياس البعدي البالغ (3.5) بعيد عن متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والذي بلغ (00) ومنه الفرضية الثامنة تحققت وبالتالي يتم قبولها.

9. عرض وتحليل نتائج الفرضية التاسعة:

تنص الفرضية التاسعة على وجود فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة العناية الذاتية للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي .
وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار مان ويتي (Mann-Whitney) للعينات المستقلة لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في درجة العناية الذاتية وذلك بحساب متوسط الرتب ومجموع الرتب للعينتين بالاعتماد على الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (30): يبين قيمة مان ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين (التجريبية - الضابطة) في درجة العناية الذاتية.

الفئات	العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	اختبار z	مستوى الدلالة
العينة التجريبية	6	9.50	57.00	-2.88	0.004
العينة الضابطة	6	3.50	21.00		

يتضح من الجدول السابق أن قيمة مان ويتني (Mann-Whitney) المحسوبة لدرجة مقياس العناية الذاتية هي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في العناية الذاتية، وهذا ما يفسر التباعد في متوسطات الرتب حيث نجد أن متوسط رتب المجموعة التجريبية البالغ (9.50) يبعد عن متوسط رتب المجموعة الضابطة والذي بلغ (3.50) ومنه الفرضية التاسعة تحققت وبالتالي يتم قبولها ورفض الفرضية الصفرية.

10. عرض وتحليل نتائج الفرضية العاشرة:

تنص الفرضية العاشرة على وجود فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة العناية الذاتية للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية. وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار ويلكوكسن (Wilcoxon) لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي في درجة العناية الذاتية وذلك بحساب متوسطات الرتب ومجموع الرتب للعينات بالاعتماد على الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (31): يبين قيمة ويلكوكسن (Wilcoxon) لدلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية (قياس قبلي - قياس بعدي) في درجة العناية الذاتية.

الفئات	العينة	اتجاه الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	اختبار z	مستوى الدلالة
قياس قبلي	6	الرتب السالبة	00	00	-2.20	0.027
قياس بعدي	6	الرتب الموجبة	06	3.5		

من خلال الجدول السابق يتضح أن قيمة ويلكوكسن (Wilcoxon) المحسوبة لدرجة العناية الذاتية هي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي في درجة العناية الذاتية، وهذا ما يفسر التباعد في متوسطات الرتب حيث نجد أن متوسط رتب المجموعة التجريبية في القياس البعدي البالغ (3.5) بعيد عن متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والذي بلغ (00) ومنه الفرضية العاشرة تحققت وبالتالي يتم قبولها.

11. عرض وتحليل نتائج الفرضية الحادية عشر:

تتص الفرضية الحادية عشر على وجود فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة الصحة النفسية للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي. وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار مان ويتني (Mann-Whitney) للعينات المستقلة لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في درجة الصحة النفسية وذلك بحساب متوسط الرتب ومجموع الرتب للعينة بالاعتماد على الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (32): يبين قيمة مان ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين (التجريبية - الضابطة) في درجة الصحة النفسية.

الفئات	العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	اختبار z	مستوى الدلالة
العينة التجريبية	6	9.50	57.00	-2.88	0.004
العينة الضابطة	6	3.50	21.00		

يتضح من الجدول السابق أن قيمة مان ويتني (Mann-Whitney) المحسوبة لدرجة الصحة النفسية هي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مقياس الصحة النفسية، وهذا ما يفسر التباعد في متوسطات الرتب حيث نجد أن متوسط رتب المجموعة التجريبية البالغ (9.50) يبعد عن متوسط رتب المجموعة الضابطة والذي بلغ (3.50) ومنه الفرضية الحادية عشر تحققت وبالتالي يتم قبولها ورفض الفرضية الصفرية.

12. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية عشر:

تنص الفرضية الثانية عشر على وجود فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة الصحة النفسية للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية. وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار ويلكوكسن (Wilcoxon) لمعرفة دلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي في درجة الصحة النفسية وذلك بحساب متوسط الرتب ومجموع الرتب للعينة بالاعتماد على الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss) كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (33): يبين قيمة ويلكوكسن (Wilcoxon) لدلالة الفروق بين أفراد المجموعة التجريبية (قياس قبلي - قياس بعدي) في درجة الصحة النفسية.

الفئات	العينة	اتجاه الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	اختبار z	مستوى الدلالة
قياس قبلي	6	الرتب السالبة	00	00	-2.20	0.027
قياس بعدي	6	الرتب الموجبة	06	3.5		

من خلال الجدول السابق يتضح أن قيمة ويلكوكسن (Wilcoxon) المحسوبة لدرجة الصحة النفسية هي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي في درجة الصحة النفسية، وهذا ما يفسر التباعد في متوسطات الرتب حيث نجد أن متوسط رتب المجموعة التجريبية في القياس البعدي البالغ (3.5) بعيد عن متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والذي بلغ (00) ومنه الفرضية الثانية عشر تحققت وبالتالي يتم قبولها.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الرئيسية:

تنص الفرضية الرئيسية على أن للإستراتيجيات المقترحة اثر في تفعيل الرعاية الصحية والنفسية للوقاية من البتر المكتسب لدى مرضى السكري.

ويتضح من الجدول رقم (22)، والجدول رقم (24)، والجدول رقم (26)، والجدول رقم (28) والتي تمثل كل من الأبعاد التالية على الترتيب "الصحة العامة، النشاط الرياضي، الغذاء الصحي، رعاية القدم" بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، ومن خلال الجدول رقم (23)، والجدول رقم (25)، والجدول رقم (27)، والجدول رقم (29) والتي تمثل هي الأخرى الأبعاد التالية "الصحة العامة، النشاط الرياضي، الغذاء الصحي، رعاية القدم" في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، ومن خلال الجدول رقم (30)، والجدول رقم (31)

التي تمثل درجات العناية الذاتية بين المجموعة التجريبية والضابطة وبين المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي، والجدول رقم (32) و (33) التي تمثل هي الأخرى درجات الصحة النفسية بين المجموعة التجريبية والضابطة وبين المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي.

وبما أن متوسطات رتب المجموعة التجريبية كان أعلى (9.50) في كل من أبعاد مقياس الصحة الجسمية " الصحة العامة، النشاط الرياضي، الغذاء الصحي، رعاية القدم"، ومقياس العناية الذاتية، ومقياس الصحة النفسية من متوسطات رتب المجموعة الضابطة الذي كان اقل (3.50).

وكذا متوسطات رتب المجموعة التجريبية للقياس البعدي كان أعلى (9.50) في كل من أبعاد الرعاية الصحية " الصحة العامة، النشاط الرياضي، الغذاء الصحي، رعاية القدم"، ومقياس العناية الذاتية، ومقياس الصحة النفسية من متوسطات رتب المجموعة التجريبية في القياس القبلي الذي كان اقل (3.50).

وعليه يمكننا القول بان الفرضية الرئيسية تحققت، وبالتالي قبولها.

ثانيا: تفسير ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات.

1. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى على أنه: توجد فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة الصحة العامة للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي. ويتضح من الجدول رقم (22) وجود فروق بين المجموعتين (التجريبية - الضابطة) في درجة بعد الصحة العامة لدى عينة الدراسة، لصالح المجموعة التجريبية التي وصل متوسط رتبها (9.50) أعلى من متوسط رتب العينة الضابطة الذي بلغ (3.50)، في حين انه لم تكن هناك فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي وبدل هذا على أن الإستراتيجيات المقترحة والمطبقة في الدراسة الحالية على العينة التجريبية هي التي كان لها الأثر الايجابي في بعد الصحة العامة.

حيث أن مرضى السكري للمجموعة التجريبية فعُلت لهم بعض الخدمات الصحية التي تناسب مرضهم عن طريق التعليم والتثقيف الصحي فيما يتعلق بمرضهم والاحتياجات الواجب اتخاذها اتجاه المضاعفات الناتجة عن المرض باحتياجات وتدابير بسيطة كان يجهلها المرضى من قبل.

وفي دراسة قامت بها الباحثة على عينة من مرضى السكري بغية معرفة مدى استفادتهم من مجمل الخدمات الصحية على مستوى المستشفى ومختلف المراكز والعيادات الصحية وجدت قصور كبيراً في تأدية مختلف هذه الخدمات الموجهة للمرضى، وأيضاً جهل المرضى توفر هذه الخدمات على مستوى المستشفى والمراكز الصحية التابعة له، لهذا كان لابد من ضرورة إدراج مختلف الخدمات الصحية على مستوى الإستراتيجيات المعدة خصيصاً في هذه الدراسة بهدف توجيه وتوعية المرضى كي يطالبوا بأنفسهم منحهم الحق في الاستفادة الكاملة من مختلف هذه الخدمات.

ويمكن تفسير القصور الناتج في مختلف الخدمات الصحية (انظر الملحق رقم 11)، على أن مريض السكري لا يتلقى أغلب هذه الخدمات على مستوى المستشفى أو المراكز التابعة له، فاعلم هذه الخدمات تكون على مستوى العيادات الخاصة، مما يضطر المريض لدفع الثمن مقابل تلقيه هذه الخدمات، على الرغم من أن أغلبها تتواجد على مستوى المستشفيات كتحليل نسبة سكر دم الصائم حيث يعترض القائمين على أداء هذه الخدمة تأديتها لجميع مرضى السكري، فقط ربما تكون في الحالات الطارئة كالحالات الاستعجالات مما يضطر المريض تأجيل عمل الفحوصات اللازمة والضرورية في وقتها ربما لغلاء ثمنها أو عدم توفر الثمن في كل مرة، مما يحتم على المريض أن لا يكون جاداً في القيام بالعناية بنفسه وتأجيل المضاعفات قدر المستطاع وهذا ما أظهرته نتائج المجموعة الضابطة التي لم تتلق الإستراتيجيات لتفعيل مختلف خدمات الصحة العامة.

حيث نلاحظ هنا أن الفريق الطبي وعلى رأسهم الطبيب يقدم فقط خدمات التوجيه والتحذير من ممارسة بعض العادات السيئة التي تعود بالسلب على صحة المريض كعادة

التدخين إن لم تكن في الفحص الأول فقط، كما نسجل الغياب التام لدور طبيب الأسنان حيث حصلت هذه الفقرة على الترتيب الأخير رغم وجود طبيب الأسنان على مستوى العيادات الحكومية فإنه لا يقوم بدوره على أكمل وجه خاصة مع عينات حساسة كعينة مرضى السكري.

في حين تلقت جميع فقرات بعد الصحة العامة لأفراد المجموعة التجريبية درجات مرتفعة وذلك بعد تلقيهم تربية علاجية تثقيفية فيما يخص تفعيل هذه الخدمات وتأديتها في المستشفى أو المراكز الطبية التابعة له وذلك من أجل نقص التكاليف لصالح المرضى، بالإضافة إلى أن الإستراتيجيات أدرجت من خلالها الشرح المفصل بخصوص المرض الذي يعاني منه أفراد المجموعة التجريبية "أي مرض السكري النوع الأول" وشرح بخصوص بعض التحاليل المخبرية الضرورية لهم والتي تتبؤهم بوجود خطر يوحى ببدء احتمالية حدوث المضاعفات عندهم تضم القراءات العادية والقراءات المرضية ومنها "سكر الدم الصائم ، كوليسستيرول الدم بنوعيه الحميد "HDL" والضار "LDL"، ثلاثي الغليسيريدي، خضاب الدم السكري "HBA1C".

كما انه تم تعليم المجموعة التجريبية من خلال الإستراتيجيات المطبقة الأماكن المناسبة لسحب الدم وذلك من أجل إجراء الفحص اليومي لسكر الدم عندهم مع ضرورة تغيير مكان السحب والحقن في كل مرة لكي يتم المحافظة على حيوية المكان، وكذلك كيفية إجراء تحليل البول بأنفسهم ومتى يكون إلزامية إجرائه، وذلك كله بغية الابتعاد عن خطر المضاعفات.

وكما لاحظنا أن العناية بمرضى السكري من مختلف الجوانب تكاد تكون ضعيفة في بلادنا لهذا يتعرض المريض للمضاعفات بشكل سريع وخطير، في حين أن المراقبة والعناية الخاصة بمرضى السكري في دول أخرى يعتبر هدفا أساسيا في قانون الصحة العمومية ففي فرنسا اجري تقييم لمختلف الخدمات التي يتلقاها مرضى السكري من 2004 إلى غاية 2008، فخلصت نتائج هذا التقييم إلى انه تم التحكم بانتظام في تأدية مختلف الخدمات

الفصل السادس — عرض وتحليل ومناقشة النتائج

على مستوى المستشفيات، حيث وصلت نسبة المستفيدين من هذه الخدمات نسبة 80% من المرضى وعلى رأس هذه الخدمات "خضاب الدم السكري" HBA1C ثلاث مرات في العام على الأقل، ووظائف الكلى وكمية الدسم في الدم وفحص العين "FOND DE L'OEIL" والأسنان والفم، وكذا فحص تخطيط القلب "ECG" ثلاث مرات على الأقل في العام. (Morel et al, 2012)

فينصح جميع مرضى السكري بمراقبة مستوى السكر بالدم لديهم، لان المراقبة المستمرة لمستوى السكر تسهل التكيف المناسب للتعامل مع المرض مثل تغير جرعات الأنسولين والنظام الغذائي، والتمارين الرياضية لذلك فان الجهود تهدف إلى الوصول إلى حياة صحية والمحافظة عليها وهما التحدي الأكبر لجميع مرضى السكري. (حسن، 2006: 51)

كما أن توقعات المرضى تدور حول الإصغاء إليهم وتقديم الرعاية والاهتمام بحالتهم وكذا بناء علاقة ثقة بهم. (لكحل، 2011: 56)

كما تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة باسيلي وآخرون (Bassili et al, 2001) والتي توصلت نتائجها إلى أن الأطفال المؤمنين صحيا يقومون بفحص سكر البول المنزلي لوحدهم لأنهم تلقوا تعليم مقارنة بالأطفال غير المؤمنين الذين يؤدون المراقبة الذاتية لسكر الدم فقط لأنهم لم يتلقوا تعليم في هذا المجال، كما توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن مضاعفات مرض السكري من ارتفاع السكر وانخفاضه الذي يؤدي إلى غيبوبة السكري تحدث أكثر عند الأطفال غير المؤمنين صحيا والذين طبعا يرجع إلى جهلهم بكيفية التعامل مع المرض لكي لا يحدث الارتفاع والانخفاض في كمية السكر في الدم.

وأیضا تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة مارك هاريس (Harris, 2008) التي جرت على مختلف عوامل الخطر المرتبطة بنمط الحياة "التدخين، الكحول، السمنة" والتي تزيد من احتمالية الخطر بمرض السكري، وعن طريق التدخل الفعال لمنع المرض والمضاعفات بممارسة الوقاية الأولية وتوفير خدمات خاصة وعامة ممولة من قبل الدولة.

كما اتفقت نتائج الدراسة مع نتائج دراسة كلارا وآخرون (Clara et al,2011) حيث ركزت هذه الأخيرة على الفحص المبكر والمعمق للعين عن طريق "FO" للحماية من اعتلال الشبكية فمن خلال هذه الدراسة التتبعية لمدة سنتين وجد ارتفاع المصابين باعتلال الشبكية لدى مرضى السكري بالإضافة إلى ارتفاع سكر خضاب الدم لهذا أوصت الدراسة في الأخير بضرورة إجراء الفحص المعمق للعين مع الحث على التزام القائمين على تأدية خدمات إدارة السكري.

وفي دراستنا الحالية تم إعطاء تعليم صحي حول أهمية القيام بفحص خضاب الدم السكري كل ثلاث أشهر مع تقديم شرح مفصل لأفراد عينة الدراسة التجريبية عن خضاب الدم السكري والقراءات العادية الخاصة بهذا الفحص والقراءات التي قد توحى بخطر أو قرب حدوث المضاعفات، وذلك لمعرفة انه كلما ارتفعت نسبته عن المستوى العادي "6%"، كما انه تم إجراء فحص معمق للعين لأفراد العينة التجريبية بغية التأكد من سلامة العين لديهم وأيضاً إمكانية قيامهم بالتدريب على الإستراتيجية المقترحة في الدراسة الحالية.

فالتعليم والتثقيف بمرض السكر هو مفتاح العلاج بالنسبة لمرضى السكري النوع الأول والثاني، حيث أن تعليم مريض السكر النوع الأول ما هو المرض وما هي مسبباته وكيفية التعايش معه، مع معرفة سبل حل المشكلات اليومية التي قد يتعرض لها مريض السكر. (ميمش وآخرون، 2011: 15-16)

2. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية على انه: توجد فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة الصحة العامة للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

ويتضح من الجدول رقم(23) وجود فروق بين أفراد المجموعة التجريبية في (قياس قبلي - قياس بعدي) درجة بعد الصحة العامة لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي التي كان متوسطها الرتبي (3.5) أعلى في القياس البعدي من متوسط رتب المجموعة

الفصل السادس — عرض وتحليل ومناقشة النتائج

التجريبية في القياس القبلي الذي كان اقل(00)، ويدل هذا على اثر الإستراتيجيات المقترحة في درجة الصحة العامة بعد تطبيقه على المجموعة التجريبية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة من منطلق انه قبل تطبيق الإستراتيجية على عينة الدراسة التجريبية لم تكن هناك فاعلية كبيرة لمختلف الخدمات الصحية العامة التي من المفروض تكون موجهة بشكل إلزامي لمرضى السكري نظرا لخصوصية هذا المرض الذي تتجلى خطورته في المضاعفات الناتجة عنه في حالة ما إذا كان غياب العلاج والوقاية.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة نظيف (Nadhif,2012)، حيث أظهرت نتائج هذه الدراسة تحسنا كبيرا للمجموعتين تعود إلى البرنامج التنقيفي بالنسبة لسكر الدم الصائم وضغط الدم الشرياني وتحسن طفيف بالنسبة لوزن المرضى لكلا المجموعتين "مجموعة الأولى تتلقى التنقيف الصحي فرديا، في حين كانت المجموعة الثانية تتلقى التنقيف الصحي بشكل جماعي"، وكان تحسن المجموعة الأولى في معرفتهم للمرض والأعراض والعلامات لارتفاع وانخفاض السكر وكيفية العلاج أفضل من المجموعات الثانية، كما تحسنت متابعتهم الدورية للمركز وفي الأخير أوصت الدراسة بضرورة تنفيذ برامج تنقيفية مستمرة لرفع نسبة الوعي بين مرضى السكر والرعاية الذاتية لمنع مضاعفات المرض.

وهذه النتيجة تتفق أيضا مع دراسة أسامو اشد (Rashed,2012) والتي توصلت إلى أن الحفاظ على نسبة السكر في الدم ضمن المعدل الطبيعي يقي المصاب بالسكري من المضاعفات وذلك من خلال برامج التنقيف الصحي الموجهة لفائدة المرضى والمطبقة على عينة مكونة من 215 مريض مصاب بالسكري بإتباع قياس قبلي وبعدي، فتحتوي برامج التدخل التعليمي معرفة "الأعراض، التعرف على عوامل الخطر، الأنواع، العلاج، وكذا المضاعفات".

وهذا ما طبق في الدراسة الحالية من خلال تعريفهم بالمرض الذي يعانون منه والفرق بينه وبين الأنواع الأخرى، وأيضا التعرف على الأعراض بشكل مفصل وعوامل الخطر التي

قد تؤدي إلى مضاعفات خطيرة، بالإضافة إلى التحاليل اللازمة لهم، مع اتخاذ التدابير اللازمة لتجنب المضاعفات بشكل عام وهذا ما يظهر الاختلاف بين القياس القبلي والبعدي. فأوصت دراسة الراشد (2012) بضرورة تعليم مريض السكري بغية تحسين الصورة المعرفية لديه كما أن التعليم يعتبر حجر الزاوية في إدارة ورعاية مريض السكري.

أما الاختلاف بين نتائج الدراسة الحالية ودراسة الراشد تكمن في مدة تطبيق البرنامج فدراسته كانت في مدة قصيرة جدا لا تتجاوز أربع ساعات أما الدراسة الحالية فكان تطبيق الاستراتيجيات في مدة ثلاثة أشهر ونصف أي ما يعادل أربعة عشر أسبوعا أي هنا يكون الفهم أكثر للجوانب السابقة الذكر مع إمكانية الترسخ والتطبيق يكون أفضل في المستقبل.

3. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:

نصت الفرضية الثالثة على انه: توجد فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة النشاط الرياضي للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

ويتضح من الجدول رقم (24) وجود فروق دالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة حيث كانت الفروق لصالح المجموعة التجريبية ذات متوسط الرتب الأعلى (9.50) في درجة النشاط الرياضي من المجموعة الضابطة ذات متوسط الرتب الأقل (3.50)، في حين انه لم تكن هناك فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي ويدل هذا على أن أفراد المجموعة التجريبية الذين خضعوا لممارسة النشاط الرياضي من خلال تطبيق الإستراتيجيات المقترحة في الدراسة الحالية كان له تأثير ايجابي على فيزيولوجية الفرد خاصة بالنسبة للأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة الذين لم يخضعوا لممارسته، وعلى اعتبار أن ممارسة النشاط الرياضي ضروري في هذا النوع من الأمراض لهذا يعتبر عنصر مهم ضمن الخطة العلاجية.

وهذا ما أكدته العديد من البحوث والدراسات على أن التمرينات الرياضية جزءا هاما في علاج مرضى السكري بجانب العلاج الدوائي والغذاء المنظم، حيث أصبحت التمرينات

الفصل السادس — عرض وتحليل ومناقشة النتائج

البدنية تشكل جانبا أساسيا ضمن البرنامج التأهيلي لهؤلاء المرضى وفي هذا الصدد يذكر شلبي محمد (1989) أن علاج مرض السكر بالمثلث العلاجي الدواء-الغذاء-المنظم-الرياضة أفضل من العلاج بالدواء والغذاء فقط، فيؤدي ذلك إلى تحسين أكبر في انخفاض مستوى السكر بالدم علاوة على تحسن لياقة كل من الجهاز الدوري والتنفسي والتغيرات الفسيولوجية المرتبطة بالمرض مما يساعد المريض على الاقتراب من الحالة الطبيعية بصورة أفضل وأسرع . (نور، 2005: 43)

ولأن الباحثة كانت لها دراسة عن تقصي واقع الخدمات الصحية لمرضى السكري اكتشفت من خلالها النقص الكبير في هذا الجانب أي جانب تقديم الخدمات الرياضية اتجاه مرضى السكري (انظر الملحق رقم 12)، لهذا كان لابد من التأكيد عليه ضمن محتويات الاستراتيجيات المقترحة في الدراسة الحالية.

كما يؤكد فاتوروسو وريتار (V.Fattorusso et O.Ritter) على أهمية النشاط البدني لمرضى السكري حيث انه يدخل ضمن العلاجات فيساهم في خفض نسبة سكر الدم وبالتالي إلى إنقاص كمية الأنسولين المستعملة من قبل المريض.

(V.Fattorusso et O.Ritter, 2006:1223)

فالنشاط الرياضي يؤثر خاصة على الناحية الفيزيولوجية فيزود الشخص بزيادة الطاقة عنده، ويمنع خطورة المضاعفات على المدى البعيد والناجمة عن بعض الأمراض المزمنة كمرض السكري. (Ben khedache, 2006:25)

فقد ذكر كات وولف (Kate, Woolf, 2008) أن داء السكري يعد مرضا مزمنًا، إلا انه يمكن السيطرة عليه والتمتع بحياة طبيعية بدون مشاكل ومضاعفات إذا قام المريض بإتباع النصائح الطبية باستمرار والمداومة على ممارسة الرياضة بانتظام.

(ذو الفقار، 2006: 280)

فممارسة النشاط الرياضي كما أقرتها الجمعية الرياضية الاستشارية في المملكة المتحدة في عام 1976 تكمن في الحفاظ على كفاءة عمل الجهاز الحركي من عضلات

وأربطة وعظام وكذلك تنمية الأجهزة الحيوية لجسم الإنسان (الدوري، التنفسي، الهضمي ...) وعلى العكس تماما فإن عدم الممارسة بالضرورة يؤدي إلى تناقص القدرة الجسمية وتدهور وظائف أجهزته الحيوية. (رياض، عبد الرحيم، 2001: 25)

حيث يعمل النشاط البدني على زيادة امتصاص الأنسولين لذلك يسمى "أنسولين غير منظور"، وان الهدف منه انجاز حالة ايجابية يبقى فيها مستوى السكر في الدم ضمن المدى الطبيعي، باستخدام وسائل طبيعية "مشي/تمارين/رياضة" والحيلولة دون اللجوء إلى الأدوية التي لا تخلو من الآثار الجانبية عند استخدامها من خلال إعداد برنامج ذو طابع أوكسجين "تمارين هوائية" لما لها تأثير على جسم الإنسان وإحداث تغيرات فسيولوجية على أجهزة الجسم الداخلية، كما تعمل على خفض مستوى الدهون في الدم، ورفع لياقة الفرد والحفاظ على الوزن، باستخدام وسائل طبيعية سهلة للتنفيذ ولا تحتاج إلى أجهزة عند استخدامها وتلائم الفئات العمرية المتوسطة. (عبد الحميد، إبراهيم، 2007: 63)

وهذا ما أكدته دراسة مارتينوس وآخرون (Martinus et al, 2006) على أن هناك فعالية للنشاط الرياضي للذين يعانون من مرض السكري.

وهذا ما أكدته أيضا دراسة "فولسوم، كوشي، هومج" (Folsom, Kushi, Hong, 2000) من خلال دراسة طولية على (ن=34257) فردا من مريضات النوع الثاني من السكري، ممن تراوحت أعمارهن بين (55,69) عاما، من اللاتي يعانين من السكري على نحو يزيد عن (12) عاما التحكم بسكر الدم ومن ثم تفادي مضاعفات السكري خلال تلك الفترة من المجموعة التي لم تمارس الأنشطة البدنية. (الشطي، 2014: 254)

4. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة:

نصت الفرضية الرابعة على انه: توجد فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة بعد النشاط الرياضي للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

ويتضح من الجدول رقم (25) وجود فروق دالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية في درجة النشاط الرياضي لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتي

كان متوسطها الرتبي (3.5) أعلى من فئة المجموعة التجريبية في قياسها القبلي ذات المتوسط الرتبي الأقل (00)، ويدل هذا على التأثير الايجابي للنشاط الرياضي على المجموعة التجريبية والذي هو بعد من أبعاد الإستراتيجيات المقترحة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى أن تعرض المجموعة التجريبية للتمارين الرياضية أثرت على فيزيولوجية الفرد وجسمه وهذا ما لمسناه من خلال تطبيق الإستراتيجيات في جانبها الرياضي حيث أصبح المصاب بمرض السكري يدرك جيدا الرياضة المناسبة له وضرورة ممارستها لأنها تعتبر ضمن الخطة العلاجية، وكلما مارس مريض السكري الرياضة كلما ابتعدت عنه المضاعفات قدر الإمكان، كما لاحظنا أيضا أصحاب المجموعة التجريبية بعد ممارستهم النشاط الرياضي نقصت كمية الأنسولين المحقون لديهم وأصبحت الكمية قليلة مقارنة من ذي قبل أي قبل ممارسة النشاط الرياضي، حيث تعمل الرياضة على حرق السكر وتعديله وأيضا تعديل نسبة الدهون وتنشيط الكوليستيرول الحميد والتقليل من الكوليستيرول الضار وهذا ما يجعل الفرد بعيد كل البعد عن المضاعفات كلما حافظ على جسمه بممارسة الرياضة.

بالإضافة إلى ترسيخ أهمية الرياضة في حياة أفراد المجموعة التجريبية من خلال عرض أهمية ممارستها كالرياضة الهوائية وذلك عن طريق المشي يوميا في مدة لا تتجاوز نصف ساعة وهذا النوع من الرياضية لا يتطلب وسائل من الفرد حتى يمكنه القيام بها. فبعض التمارين الرياضية مثل المشي والجري مفيدة لتقوية العضلات وإذا تمت ممارسة هذه النشاطات بشكل منتظم ستسهم في تعزيز قوة العضلات والحفاظ على الصحة.

(عراي و الضميري، 2014: 162)

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة عراي و الضميري (2014) التي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في المتغيرات التالية: الوزن، مؤشر كتلة الجسم، محيط الوسط، محيط الحوض، نسبة الدهون، السكر التراكمي، وقد أوصت

الباحثان من خلال نتائج هذه الدراسة بضرورة استخدام برنامج التمرينات المائية من قبل السيدات المصابات بمرض السكري لما له من تأثيرات ايجابية على المتغيرات قيد الدراسة.

5. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة:

نصت الفرضية الخامسة على انه: توجد فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة الغذاء الصحي للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

ويتضح من الجدول رقم (26) وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في درجة الغذاء الصحي لصالح المجموعة التجريبية ذات المتوسط الرتبي الأعلى (9.50) من متوسط رتب عينة المجموعة الضابطة الذي كان اقل (3.50)، في حين انه لم تكن هناك فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي ويدل هذا على أن الإستراتيجيات المقترحة في بعد الغذاء الصحي أثرت على أفراد المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة.

حيث يعتبر الغذاء الصحي ضمن الخطة العلاجية بالنسبة لأفراد يعانون من مثل هذه الأمراض المزمنة والتي تكون على مستوى التمثيل الغذائي أي الخلل الأساسي لهذه الأمراض وبالتحديد مرض السكري على مستوى الكربوهيدرات.

فالتغذية لها دور أساسي في مرض السكري ولكن لا توجد هناك حمية خاصة لمريض السكري تختلف عن التغذية الصحية للإنسان السليم صحياً، ولكن الحفاظ على الوزن المثالي عند مريض السكري هو الأساس في علاجه، ويكون توزيع السعرات الحرارية في الغذاء الصحي كالاتي:

_ كربوهيدرات 50الى 60 %.

_ البروتينات 10 إلى 20%.

_ الدهون 25 إلى 30%.

فالغذاء يعطي جسم الإنسان:

_ الطاقة الضرورية لكل حركة فيه.

العناصر التي تدخل في بنائه وإصلاحه.

المحافظة على عمل أعضائه وأجهزته.

تقوية جهازه المناعي ومقاومة الأمراض. (العجلوني، 2010: 24)

كما تعتبر الحماية الغذائية عنصر أساسي وفعال في علاج السكري من أجل ضمان وزن جسم قريب من الوزن المثالي "حمية ناقصة السعرات الحرارية"، ومن أجل تجنب زيادة صعود السكر في الدم "عن طريق تقليل السكريات ذات الامتصاص السريع".

في السكري النوع الأول "المعتمد على الأنسولين" الحماية تكون ضرورية ومرافقة للعلاج بالأنسولين "insulinothérapie"، حيث أن هذا النوع من مرض السكري يجب أن تمنح له تربية غذائية بمفصلة لكي يتم تأقلم الحماية الخاصة بالمريض وفق احتياجاته الخاصة.

(V.Fattorusso et O.Ritter, 2006:1223)

فحتى يومنا هذا لم يتمكن الطب من أن يجد بديلاً للحمية في التحكم في مرض السكري حيث تعتبر الحماية 80% من العلاج وعاملاً أساسياً يوفر الصحة والحماية من مضاعفات مرض السكري وكثيراً من الأمراض الأخرى. (حسنين، 1989: 19)

كما يمكن للغذاء أن يؤثر بصورة مباشرة على نسبة السكر في الدم، ولذلك فمن

الممكن أن نتفهم تأثير العادات الغذائية والمعتقدات الغذائية في هذا الشأن، وبناءً على ذلك لابد من تنظيم العلاقة بين السكر المخزون والسكر المستهلك في حالات الجوع والشبع حيث يؤدي انخفاض السكر في الدم إلى المستوى الأدنى، كما في حالات الجوع أو زيادة

الأنسولين. (يوسف، 2009: 69)

الجمعية الأمريكية للمصابين بداء السكري تقترح مفاتيح عدة لمريض السكري فيما يخص التغذية الصحية متمثلة فيما يلي:

— الحرص على التنوع في التغذية: ليس هناك غذاء واحد قادر على توفير كل ما يحتاجه الجسم.

__ **الحفاظ على الوزن الصحي:** وذلك بمساعدة الفريق الطبي العامل مع مرضى السكري فتكمن المساعدة في تحديد وزن صحي وإذا كان المريض يعاني من زيادة في الوزن عليه أن يباشر ببرنامج لفقد الوزن بالتدريج "أقل من باوندين في الأسبوع". فإنقاص الوزن يقلل من إمكانية الإصابة بداء السكري ويؤدي إلى إرجاع نسبة الجلوكوز في الدم إلى الحالة الطبيعية بالنسبة إلى الكثير من مصابين بداء السكري النوع الثاني.

__ **اختيار حمية غذائية تكون فقيرة من الدسم والكوليستيرول:** يجب أن لا يتعدى 30% من مجموع السعرات الحرارية، الدهون المشبعة أقل من 10% من مجموع السعرات الحرارية والكوليستيرول أقل من 300 ميلي غرام يومياً.

__ **محاولة الزيادة في كمية الألياف المتناولة:** فالحمية مرتقعة الألياف (40 غرام كل يوم) قد تساعد على التحكم أو منع داء السكري، فوجد الباحثون أن الألياف تنقص حاجة المصاب بداء السكري للأنسولين، يحسن نسبة الجلوكوز في الدم، ينقص نسبة الكوليستيرول والدسم في الدم، كما يساعد على إنقاص الوزن.

__ **التحكم في استهلاك السكر.**

__ **الابتعاد الكلي عن شرب الكحول.** (Jacquelyn W. McClelland)

كما اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Frank et al,2001) وهي دراسة تتبعية استمرت (16) سنة هدفت إلى معرفة ارتباط حدوث مرض السكري بالنظام الغذائي، ونتج عن الدراسة أن (3300) حالة مرضية أصيبت بالسكري النوع الثاني، وأن زيادة الوزن وسوء التغذية وقلة الرياضة كانت من المؤشرات الأكثر أهمية في حدوث المرض، وبذلك يتضح مدى أهمية العلاقة بين التغذية ومرض السكري. (مقبل، 2010: 35)

6. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة:

نصت الفرضية السادسة على انه: توجد فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة الغذاء الصحي للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

ويتضح من الجدول رقم (27) وجود فروق دالة إحصائية بين أفراد العينة التجريبية في القياس القبلي والبعدي في درجة بعد الغذاء الصحي لصالح القياس البعدي، حيث كان متوسط رتب المجموعة التجريبية أعلى (3.50) في القياس البعدي من متوسط الرتب في القياس القبلي فكان منخفضا (00)، ويدل هذا على أن الإستراتيجيات المقترحة المطبقة في الدراسة الحالية على العينة التجريبية كان لها الأثر في بعد الغذاء الصحي.

ومن خلال دراسة قامت بها الباحثة عن معرفة مستوى مختلف الخدمات الصحية والنفسية الموجهة لمرضى السكري ومن بين هذه الخدمات خدمات الغذاء، ومن خلال النتائج التي تحصلت عليها والتي بينت أن هناك تدني في مستوى خدمات الغذاء الموجهة إلى مرضى السكري (انظر الملحق رقم 13) على الرغم من أن الغذاء عنصر أساسي في علاج مرض السكري فهو يعمل أكثر من مجرد توفير الغذاء ومواد البناء للجسم.

(ضيف الله، 2014)

فهذا القصور في مجال الغذاء الصحي أظهرته نتائج المجموعة التجريبية في قياسها القبلي، فهذا النتيجة كانت مبررا كافيا لإدراج هذا البعد ضمن أبعاد الإستراتيجيات. حيث يعتبر الأكل الصحي من أهم أجزاء معالجة مرض السكري فيمكن أن يساعد على إدارة مستويات الجلوكوز (السكر) في الدم والكوليستيرول "Cholesterol" وضغط الدم، فالأكل الجيد يمكن أيضا أن يساعد على الحفاظ على وزن صحي، فالوزن الزائد يزيد من صعوبة التعامل مع مرض السكري، لذا فمن المهم أن يكون هناك نظام غذائي صحي لمساعدة المريض على إنقاص الوزن الزائد، وتحسين إدارة مرض السكري لديه.

ومن المهم أن تتناسب أي مشورة غذائية مع احتياجات المريض وهنا نجد أن اختصاصي التغذية مفيد. (المجلس الاسترالي لمرضى السكري: 25)

لهذا كان لابد من إدراج مختص التغذية ضمن الفريق المساهم في تطبيق الاستراتيجيات المعد في الدراسة الحالية وان تعذر ذلك كان من الضروري الأخذ برأي الطبيب المعالج. إن الوصول إلى سكر دم سوي بشكل دائم صعب، وخاصة عند استعمال خافضات السكر الفموية أو الانسولينيات وذلك لصعوبة جعل الوارد الغذائي وكمية الأنسولين الخارجة أو المستحثة بواسطة الخافضات الفموية متزنين، بل يجب أكل كمية معلومة ومحدودة في أوقات معينة تتلاءم مع زمن وكمية الأنسولين المعطى والمستحث. ولكن الوصول إلى جعل سكر الدم قريبا من السوي ودون ظهور أعراض هبوط سكر الدم وارتفاعه، هدف منطقي وقل أخطارا. (عيدروس، 1993: 69)

وهذه النتيجة تتفق أيضا مع دراسة أسامقو اشد (Rashed, 2012) والتي انطلقت من أن التغيرات في العادات الغذائية قد يزيد من خطر الإصابة بالأمراض غير المعدية خاصة داء السكري، لهذا وجب إبقاء نسبة سكر الدم ضمن المعدل الطبيعي عن طريق توجيه برامج تثقيفية تعليمية لدى هؤلاء المرضى وهذا ما توصلت إليه دراسته في تأثير البرنامج على أفراد العينة من خلال القياس البعدي، وذلك في تغيير نمط الحياة التي تتطوي على السلوكيات الغذائية الصحية.

و أشار البكري أيضا (1994) على أن هناك علاقة مؤقتة بين الغذاء ومرض السكري، فإذا كان الغذاء يعتبر سببا من أسباب الإصابة بهذا المرض، لهذا اهتم كثير من علماء التغذية بتوجيه إرشادات بشأن الأغذية لمرضى السكري، وأكدت الدراسات الإحصائية التي أجريت في بريطانيا أثناء الحرب العالمية الثانية أن نسبة معدل الوفيات بسبب مرض السكري انخفض بمعدل 50% تقريبا، وذلك بسبب فرض القيود على استهلاك المواد الغذائية. (مقبل، 2010: 35)

7. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية السابعة:

نصت الفرضية السابعة على: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في درجة بعد رعاية القدم للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

ويتضح من خلال الجدول رقم (28) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في درجة بعد رعاية قدم مريض السكري وتدل هذه النتائج على تحقق هذا الفرض وبالتالي إثبات صحته.

حيث كانت الفروق لصالح المجموعة التجريبية التي كان متوسط رتبها أعلى (9.50) من المتوسط الرتبي لدى عينة المجموعة الضابطة الذي كان أقل (3.50)، في حين أنه لم تكن هناك فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي ويدل هذا على أن الإستراتيجيات المقترحة في بعد رعاية القدم أثرت على أفراد المجموعة التجريبية.

وفي دراسة للباحثة على عينة من مرضى السكري كانت قد صممت استبانة تخص مختلف الخدمات الموجهة للمرضى من ضمنها الخدمات التي يتلقونها فيما يخص رعاية القدم فدلّت النتائج حينها على أن نسبة الرعاية بالقدم عند مريض السكري قد بلغت (40.97%) وهي قيمة تقع في المستوى المتدني، وحصلت كل الفقرات على نسب متدنية، كما حصلت الفقرة السابعة على نسبة متدنية قدرها (33.33) وكانت في الترتيب الأخير، بينما جاءت الفقرة التاسعة في مقدمة الترتيب بنسبة متوسطة بلغت (58.33%) تليها مباشرة الفقرة الثامنة بنسبة متوسطة أيضا بلغت (50%) (انظر الملحق رقم 14)، فاستنتجت الباحثة حيال هذه النتائج أنه لا توجد خدمات للرعاية بالقدم الموجهة لمرضى السكري للوقاية من البتر المكتسب أو بالأحرى هناك تدني في مستوى الخدمات الموجهة للمريض فيما يخص الرعاية بقدمه ماعدا تقديم الخدمات بخصوص جروح القدم وربما لا تكون بالقدر المطلوب.

لهذا كانت الضرورة الملحة إلى تصميم بعد خاص برعاية قدم مريض السكري ضمن الإستراتيجيات المقترحة في الدراسة الحالية.

فالضرر الذي يصيب الأوعية الدموية والأعصاب الطرفية يؤدي إلى زيادة مخاطر الإصابة بالغرغرينة التي تؤدي إلى بتر الأطراف السفلى من الجسم. (حسن، 2006: 52) فتقول الدكتورة الخريط (2012) بأنه قبل أن نفكر في بدائل بتر الأصبع أو القدم، يجب أن نركز على أهمية العناية بالقدم لتفادي الوصول إلى مرحلة الحاجة للبتر، وأهم عامل هنا هو زيادة التوعية بأهمية النظر إلى القدم والعناية بها وعلاج أي مشاكل تظهر بسرعة وبالشكل المطلوب فيجب على الجميع إدراك عامل الوقاية، من أطباء وممرضين ومرضى وأهل مريض للكري.

فحوالي من 60 إلى 70% من مرضى السكري يعانون من أشكال حادة أو متوسطة من تلف الجهاز العصبي، منهم 30% تقريبا في عمر 40 عاما فما فوق يعانون من فقدان الإحساس في القدمين. (الهجان، 2008: 7)

فتوجد 40 إلى 70% من عمليات البتر والتي تكون ناتجة عن مضاعفات مرض السكري، وان 6 إلى 8% مريض مصاب بالسكر قد يفقد طرفه السفلي نتيجة للإهمال في العناية بقدمه. (الزهراني، 2006: 6-7)

فالاعتلال العصبي الذي يصيب القدمين يزيد ضعف جريان الدم، وزيادة فرص الإصابة بقرحات القدم والى بتر الأطراف في نهاية المطاف. (بدح وآخرون، 2009: 102)

لهذا كان من الباحثة إدراج مختلف الوسائل والطرق التي تتمثل في كيفية العناية بقدم مريض السكري من خلال الإستراتيجيات المطبق في الدراسة الحالية بداء بإعطاء دروس للمجموعة التجريبية عن المضاعفات التي قد يتعرض لها المريض من جراء الإهمال أو عن جهله كيفية العناية بقدميه.

ثم تطرقنا إلى مضاعفات القدم خصيصاً، بعدها تطرقنا إلى الطرق والوسائل التي تمكننا من تجنب الإصابة على مستوى القدم وهذا بفضل مساعدة متخصصين في رعاية مريض السكري.

فكان أولها كيفية النظافة اليومية للقدم بطريقة علمية ثم طريقة تنشيف القدمين بواسطة فوطة خاصة وبعد الشرح الكافي بمساعدة الفيديوها والصور تم توزيع مواد على المجموعة التجريبية كي يتم التدريب بأنفسهم على نظافة أقدامهم، بالإضافة إلى الفحص اليومي للقدم من قبل المريض نفسه، مع تسجيل الملاحظات يومياً على بطاقة المراقبة الذاتية للقدم.

ويتفق هذا مع نتائج دراسة انيكني وآخرون (Anichini et al, 2007) والتي أجريت لتقييم فعالية تنفيذ الاتفاقيات الدولية على الرعاية بالقدم السكري (ICDF) بغرض الحد من العلاج في المستشفيات "أي طلب العناية الاستشفائية للمرضى" والحد من حالات بتر الأطراف السفلية لمدة خمس سنوات، فتحصّلت نتائج هذه الدراسة على انخفاض في مجموع حالات بتر الأطراف لكل 100 000 نسمة من 10.7 في عام 1999، إلى 10.1 في عام 2000، و 2.7 في 2001 و 6.3 في عام 2002 و 6.24 في عام 2003 في حين انخفضت حالات بتر الأطراف السفلية مع مرور الوقت، مما يدل على أن هناك توافق في تنفيذ الآراء الدولية بشأن القدم السكري ويمكن أن يحسن العناية بالقدم عند مريض السكري.

ودراسة شيلون وآخرون (Chellan et al, 2012) وهي دراسة جرت على مجموعة من مرضى السكري منهم مجموعة مصابة بقرحة القدم ومجموعة أخرى غير مصابة وذلك لمعرفة مدى فاعلية الرعاية الصحية المقدمة للحد من البتر لديهم، حيث تحصلت النتائج على وجود علاقة عكسية بين رعاية القدم وقرحة قدم السكري، أي انكلما ازدادت الرعاية قلت قرحة القدم والعكس حيث لوحظ تحسن كبير لدى المرضى المتلقين للرعاية بالإضافة إلى وجود عوامل خطر أخرى قد تؤدي إلى الإصابة بالقدم وربما البتر فيما بعد وتتمثل هذه العوامل في "الاعتلال العصبي الطرفي، مرض الأوعية الدموية المحيطية، اعتلال الشبكية

واعتلال الكلية، التدخين، استهلاك التبغ والكحول، لهذا أكدت هذه الدراسة في الأخير إلى ضرورة تعديل نمط حياة المصاب بالسكري مع ضرورة التعليم ووجود الدافع للقيام بالرعاية لمنع قرحة القدم لديه ومن ثم منع البتر على المدى البعيد.

وهذا ما تجسد في الدراسة الحالية من خلال الإستراتيجيات المطبقة حيث ألفت هذه الأخيرة بكل النواحي الصحية والنفسية لمرضى السكري لتجنب مضاعفات بتر القدم من خلال تفعيل الجانب الصحي العام وجانب الرياضة والغذاء والجانب النفسي والعناية الذاتية اليومية لأنه لا يمكن أن يفعل جانب دون آخر، بل لابد أن تفعل كل الجوانب مع بعضها البعض للحصول على نتيجته أفضل.

كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية حول رعاية القدم مع دراسة اندرو وآخرون (Andrew et al,2012) حول معرفة تأثير برنامج وقائي لرعاية القدم على خفض مضاعفات الطرف السفلي لمرضى السكري المصابين بالقصور الكلوي في مرحلته النهائية، فكانت النتائج المتحصل عليها أن برنامج رعاية القدم والذي يحتوي على تقييم تمرير وتعليم المريض يؤدي إلى التقليل من تكرار الإصابة المرتبطة بالاعتلال العصبي ولاسيما الأعصاب المحيطية كأعصاب القدم مع ضرورة تحسين كفاية حذاء المرضى عند مريض السكري مع الداء الكلوي بمراحله الأخيرة.

وهذه النقطة بالتحديد ركزت عليها الباحثة في الدراسة الحالية على اعتبار أن حذاء مريض السكري هو مصدر الداء والإصابة بالقرحة ومن ثم حدوث البتر، فتم تعليم المرضى كيفية اختيار نوعية الأحذية المناسب لهم، والقيام بالقياسات والتدابير الضرورية قبل اقتناء أي حذاء، بالإضافة انه كانت للباحثة خرجة للمحلات الخاصة بالأحذية مع مجموعة الدراسة أين تم اقتناء جوارب وأحذية مناسبة للمرضى.

كما توصلت دراسة أسامتر اشد (Rashed, 2012) من خلال المنهج شبه التجريبي بأن تثقيف المرضى أمر بالغ الأهمية في السيطرة على مستويات السكر في الدم ضمن المعدل

الفصل السادس — عرض وتحليل ومناقشة النتائج

الطبيعي ولا بد من التركيز على الجوانب الرئيسية من الرعاية الذاتية للمرضى كـرعاية القدم، والعناية بالعين، ومراقبة نسبة الجلوكوز في الدم.

8. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة:

نصت الفرضية الثامنة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي في درجة بعد رعاية القدم للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية. ويتضح من خلال الجدول رقم (29) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة التجريبية في القياس القبلي و البعدي في درجة بعد رعاية قدم السكري، وتدلل هذه النتائج على تحقق هذا الفرض وبالتالي إثبات صحته لصالح القياس البعدي، حيث كان متوسط الرتب أعلى (3.50) من متوسط الرتب في القياس القبلي (00)، ويدل هذا على أن الإستراتيجيات المقترحة المطبقة في الدراسة الحالية على العينة التجريبية كان لها الأثر في بعد رعاية قدم مريض السكري.

ففي تقرير لمنظمة الصحة العالمية والذي صدر سنة 1985م ظهر أن التعليم والتدريب من خلال برامج خاصة لمرضى السكر قد حقق الآتي:

— خفض نسبة حدوث المضاعفات القصيرة والطويلة الأجل.

— خفض نسبة حدوث بتر الأطراف السفلية.

— زيادة الإدراك الذاتي بالمسؤولية وتسهيل قبول المرضى.

— خفض التكاليف الطبية والاجتماعية للمرضى.

— خفض نسبة التغيب من العمل والمدرسة.

— تخفيف الشعور بالعزلة. (ميمش وآخرون، 2011: 17)

9. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية التاسعة:

نصت الفرضية التاسعة على أنه: توجد فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة العناية الذاتية للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

ويتضح من الجدول رقم(30) وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في درجة العناية الذاتية لصالح المجموعة التجريبية، حيث كان متوسط الرتب لديها أعلى (9.50) من متوسط الرتب لعينة المجموعة الضابطة والذي كان(3.50)، في حين انه لم تكن هناك فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي ويدل هذا على أن الإستراتيجيات المطبقة في مجال العناية الذاتية أثرت على أفراد المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة.

وبالرجوع إلى التراث النظري نجد أن الدكتور "J. L. Chiasson" يعرف المراقبة الذاتية "Auto surveillance" على أنها قدرة الفرد المصاب بالسكري على مراقبة مرضه بنفسه، فالهدف من المراقبة الذاتية هو ضمان نسبة السكر في الدم بين 80 إلى 120 ملغ/ديسيلتر في كل ساعات النهار والليل وعلى طول السنوات. (Kiyanda ,1990:11-12) ولذلك فان الانتظام في المتابعة الذاتية لنسبة السكر في الدم هو احد عوامل نجاح علاج مرض السكر. (يوسف،2009: 70)

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة أجريت على البيئة الجزائرية حول "داء السكري في الجزائر من قبل " DAWN2TM""Daibetes Attitudes Wishis & Need " حيث شملت عينة الدراسة على 919 شخصا من بينهم 519 مصابين بداء السكري، و120 فردا من عائلات مصابين بالسكري، و280 خبيرا من مراكز الرعاية الذين يعملون على تقديم الرعاية للمصابين بالسكري،

ومن خلال تطبيق استمارة للكشف على جوانب النقص، بينت النتائج انه توجد نسبة 61 % يعتقدون أن تحسين توفير التربية في داء السكري للإدارة الذاتية سوف تساعد على التقليل من عبء مرض السكري. (نبذة عن الجزائر،2012)

كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة باسيلي وآخرون (Bassili et al , 2001) التي وجدت أن هناك اختلاف بين الأطفال المؤمنين صحيا والذين يتلقون تعليم عن مرضهم مقارنة بالأطفال غير المؤمنين والذين لم يتلقوا التعليم. 22% فقط من الأطفال غير المؤمن عليهم

يؤدون المراقبة الذاتية لسكر الدم، في حين أن 45.2% من الأطفال المؤمنين يفتشون عن البول السكري في المنزل لوحدهم مقارنة ب 34.0% من الأطفال غير المؤمن عليهم.

فكانت المضاعفات أيضا أعلى عند الأطفال غير المؤمن عليهم مقارنة بالأطفال المؤمنين. وتقدر مضاعفات السكري الحادة في أن ما يقرب من 12.7 يعود لنقص سكر الدم الشديد، و 57،2 ارتفاع السكر بالدم.

وتتفق أيضا نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة اورتيز (Ortiz, 2004) والتي أجريت على مجموعة من مرضى السكري النوع الأول ومن خلال تطبيق تصور الفعالية الذاتية وكثافة العلاج توصلت نتائج الدراسة إلى أن نسبة 50.8% لديهم سوء التقيد بالعلاج، كما أن المراهقين الذين ينتمون إلى الوضع الاجتماعي والاقتصادي المرتفع كان التزامهم بالعلاج أفضل من الذين ينتمون إلى المستوى المنخفض، فأوصت الدراسة بضرورة تسليط الضوء على أهمية التعليم في إدارة مرض السكري النوع الأول، وأهمية ذلك يمكن أن تكون في الاستخدام المنظم للإنسولين.

كما وجد "تيوميلهتو وآخرون (Tuomilehto et al, 2001) من خلال دراسة أجريت على عينة فنلندية قوامها (522) مريضا بالنوع الثاني من السكري بهدف التدخل ببرنامج علاجي مدته ثلاث أعوام من الزمن يساعد المرضى على التدبر الذاتي من خلال تنظيم النظام الغذائي وممارسة الأنشطة البدنية وقياس سكر الدم وتناول الدواء فكان نجاح البرنامج في التقليل من مضاعفات السكري. (الشطي، 2014: 254)

10. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية العاشرة:

نصت الفرضية العاشرة على: وجود فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة العناية الذاتية للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية. ويتضح من الجدول رقم (31) وجود فروق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي في درجة العناية الذاتية لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي، حيث كان

متوسط الرتب أعلى (3.50) من متوسط الرتب في القياس القبلي (00) الذي كان اقل، ويدل هذا على أن الإستراتيجيات المقترحة والمطبقة في الدراسة الحالية على العينة التجريبية كان لها الأثر الفعال في درجة العناية الذاتية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن تعليم المرضى وتنقيفهم بخصوص مرضهم أمر ضروري للتعايش مع المرض ومنع المضاعفات قدر المستطاع، خاصة إذا كان التنقيف في الجوانب الأساسية كالغذاء الصحي على اعتبار أن مرض السكري سببه اضطراب على مستوى التمثيل الغذائي، أيضا جانب النشاط الرياضي وهو عنصر أساسي هو الآخر لان ممارسة الرياضة تكون ضمن الخطة العلاجية وهذا ما توصلت له الفرضية الثانية والثالثة، وكذا عنصر الدواء فهذا العنصر مرتبط بالعنصرين السابقين أي انه كلما فُعل الغذاء والرياضة معا كان التحكم جيدا في كمية الأنسولين، وكلما كان التحكم سيئا يحدث العكس، لهذا كانت الضرورة لتعليم مرضى السكري وتنقيفهم فيما يخص هذا الجانب.

فتعليم مريض السكري يعتبر الركيزة الرئيسية في علاج هذا المرض والذي ثبت بأنه يساعد وبشكل كبير في التقليل من مضاعفات هذا المرض سواء المضاعفات الحادة أو المزمنة. (ميمش وآخرون، 2011: 15)

ولان التنقيف عنصر مهم في حياة مريض السكري للتعايش مع المرض ولتجنب المضاعفات التي قد تؤثر على حياة الفرد واستقراره.

فخلصت نتائج دراسة باسيلي وآخرون (Bassili et al, 2001) إلى أن أوجه القصور الملحوظة في توفير المعلومات للأطفال المصابين بالسكري وأولياء أمورهم في الدول النامية جعلهم يعانون من حالات طوارئ السكري المتكررة لديهم، وبالتالي تتأثر حياتهم العلمية والعملية، فهم أقل انجاز في المستوى التعليمي نتيجة غيابهم المتكرر عن المدرسة خلال العام، لهذا خلصت الدراسة إلى الحاجة إلى استراتيجيات التعليم العام، وحثت على استخدام توصيات أكثر بشأن العلاج.

كما أن برامج التربية والتدريب التي تهدف إلى تفعيل إجراءات وطرق الرعاية الذاتية ذات أهمية كبيرة، لأنها تساعد المرضى وأسرهـم على التكيف مع المرض، وتخطي المعضلات التي تواجه التكيف بأشكاله المختلفة (البدنية، والاجتماعية، والانفعالية).

(عبد الله، 2009: 489)

11. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الحادية عشر:

نصت الفرضية الحادية عشر على أنه توجد فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة الصحة النفسية للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

ويتضح من الجدول رقم (32) وجود فروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في درجة الصحة النفسية لصالح المجموعة التجريبية، التي كان متوسطها الرتبي (9.50) أعلى من المتوسط الرتبي للمجموعة الضابطة الذي كان اقل (3.50)، في حين انه لم تكن هناك فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي ويدل هذا على الأثر الذي أحدثته الإستراتيجيات المقترحة في الدراسة الحالية على الصحة النفسية بعد تطبيق الرعاية النفسية على المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بلى مريض السكري على مستوى مستشفياتنا لا يتلقى الدعم النفسي من قبل المختص النفسي أو ربما يتلقى الدعم بشكل قليل جدا في حين نرى أن هذا النوع من الأمراض المزمنة التي تصاحبها الكثير من الحالات النفسية التي قد تؤدي بدورها إلى مضاعفات نفسية وجسمية على جسد المريض، وتزداد ظهور هذه الحالات في حالة غياب الدعم النفسي للمريض وبالتالي قد يؤدي هذا الغياب إلى المساهمة في ظهور المضاعفات مبكرا. (انظر الملحق رقم 15)

ففي دراسة اتضح أن مرضى السكر يظهر عليهم التعب، وسهولة الاستثارة، والاكتئاب وتدهور في الجانب النفسي الجنسي كما وجد شو Choe أن التأثير النفسي لمرض السكر يشمل الضغط العام والخوف و الشعور بالعجز والاكتئاب والغضب. (حسن، 2006: 53)

كما تبين دراسة جازميران وآخرون (gazmaraian et al,2009) على عينة قوامها 35 مريضاً بالنوع الثاني من السكري أن الإجهاد والإحباط والعزلة الاجتماعية والنزاعات الشخصية، والاكتئاب والخوف والحرمان وانخفاض الوعي الصحي من أكثر العوائق التي تحول دون التدبير الذاتي للمرض والإقبال على دورات الرعاية الصحية لعلاج السكري.

(الشطي، 2014: 92)

ويختتم الباحثون بأهمية التثقيف الصحي لتصحيح معارف المرضى عن المرض والتعليم بوجه عام وذلك لتحسين مستوى الرفاه لديهم.

وأضافت دراسة سيشانوسكي وآخرون (Ciechanowski et al,2000) من خلال عينة من مرضى النوعين الأول والثاني من السكري قوامها 376 مريضاً أن الاكتئاب المرتفع لدى مرضى السكري من النوعين يعد منبأً فعالاً بعدم الانتظام بتناول الدواء والحمية السيئة والضعف الجسدي والعناية الذاتية السيئة بوجه عام. (الشطي: 181)

ونظراً لأهمية الخدمات النفسية الموجهة في التقليل من حدوث الأعراض النفسية الناتجة عن المرض وجب الاعتناء بهذا الجانب خاصة لفئات الأمراض المزمنة كفئة مرضى السكري وهذا ما أثبتته دراسة بكيري (2012) حيث أظهرت نتائج هذه الدراسة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاج المعرفي في درجات الاكتئاب الموجه للمجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية.

كما أن توجيه الرعاية النفسية لمرضى السكري يساهم في تعديل سكر الدم الذي هو السبب الرئيسي في إحداث مرض السكري، وبالتالي الابتعاد قدر الإمكان عن المضاعفات الخطيرة التي يسببها هذا المرض، وهذا ما أسفرت عنه نتائج دراسة لوستمان وآخرون (Lustman et al,2000) على أن علاج الاكتئاب في مرضى السكري النوع الأول والثاني يمكن أن يحسن من ضبط سكر الدم بما يعادل 41 إلى 58 % من الحالات.

فتثقيف المريض من الناحية النفسية والروحية وذلك بتعريفه بالحالات النفسية المصاحبة لمرضه كحالات القلق، والانفعال، وعدم تقبل المرض والتي قد تعترضه وتزيد من

الفصل السادس — عرض وتحليل ومناقشة النتائج

تأزم الحالة المرضية لديه، وأيضا تدريبه على ضبط النفس وشغل وقت الفراغ من خلال ممارسة أمور بديلة كالرياضة قد تبعده عن الحالات النفسية المصاحبة لمرضه وبالتالي تقلل من حدوث المضاعفات عنده وهذا ما تلقوه أفراد المجموعة التجريبية من خلال الإستراتيجية المطبقة عليهم دون أفراد المجموعة الضابطة.

ولقد ذكر بارتليت سنة 1988 أن التعليم الصحي لمرضى السكري يحقق الآتي:

__ يقلل من الحزن و القلق الناشئ عن المرض ومضاعفاته.

__ يزيد مستوى الرضا والقبول بالخدمات المقدمة لمرضى السكري.

__ يقلل من عدد مرات الدخول للمستشفى ويقصر الإقامة به.

(ميمش وآخرون، 2011: 17)

وفي هذه الصدد قد ترجع الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الصحة النفسية إلى الدروس الدينية أين تم تزويد عينة المجموعة التجريبية بالدعم الديني من خلال حصص التغذية الروحية التي قدمت لهم بالتعاون مع المرشد الديني بغية تحقيق الرضا عندهم بقضاء الله وقدره والتسليم للواقع المحتتم وبأن هذا الابتلاء محبة لله في عبده قَالَ سَنُوا لِلْحَدِيثِ الثَّنَوِيْفَصْدَ لِيَّ اللّٰهُ عَ لَيْلِيْنَ وَاللّٰهُ لَعَمْرِيْ: "وَجَلَّ إِذَا أَدَبٌ عَ بَدًا لَّاهُ لَيْسَ مَعَ صَوْتَهُ"، وعند حدوث الرضا فإن الشخص يشعر بالارتياح النفسي وهذا الارتياح قد يولد لديه الاهتمام بالعلاج بشكل أفضل.

فاتجاهات بعض علماء النفس حديثا تنادي بأهمية الدين والتوحد مع النظام الديني في بناء الصحة النفسية والتكيف النفسي والاجتماعي للأفراد، مما يساعدهم في حل مشكلات الحياة ويجنبهم القلق. (بركات، 2006: 4)

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة مارتينوس وآخرون (Martinus et al, 2006)

والتي تمحورت حول اثر التدخل النفسي على مدى التزام مرضى السكري بين

مجموعتين، مجموعة أولى ممارسة للرياضة فقط ومجموعة ثانية ممارسة للرياضة مع تقديم

الدعم النفسي لها، فتوصلت النتائج إلى أن للتدخل النفسي الموجه لحضور البرنامج لمدة 12 أسبوعاً تأثير كبير.

وفي نهاية هذه الدراسة أدت هذه النتيجة إلى التزام أفضل بكثير بعد 6 أشهر، وقد أظهرت النتائج أن للتدخل النفسي أهمية قصوى لضمان الالتزام العالي خلال ممارسة العلاج عند مرضى السكري النوع الثاني.

كما يحدد العامل النفسي قدرة المصاب على الاستجابة للعلاج عند بدء تشخيص المرض والعلاج.

فوجود عوامل نفسية يقلل من الاستجابة للعلاج ويطيل فترة بقاء المريض في المستشفى حتى يمكن التحكم في المرض والحد من خطورته ومضاعفاته. (بترس، 2008: 444) فيواجه مرضى السكري درجات عالية من التوتر والضغط النفسي خاصة عند بداية إصابتهم بالمرض، وهذا بحد ذاته يرفع من معدلات السكر في الدم بنسبة 25%، كما يعتقد بأن الضغط النفسي يؤثر بشكل غير مباشر على مستوى السكر في الدم. ومن هنا تكمن أهمية معرفة المريض لعوارض الضغط النفسي (سواء كانت ايجابية أو سلبية)، للتعامل معها بشكل ايجابي.

وقد وصف الخبراء في أبحاث مرض السكري بأن المصاب بالسكري معرض للإصابة بالاكنتاب أكثر من خمس مرات من غير المصابين بالمرض.

(المرزوقي، 2008: 15)

واتفقت هذه النتيجة كذلك مع نتائج دراسة دانيال وهيرلي (Danelle J. Hurley, 2009) والتي أجريت على 104 مريض مصاب بالداء السكري ومن الذين يعانون من السمنة ويتداولون على العيادات في جنوب ولاية كولورادوا، حيث أظهرت النتائج أن كل من الاكنتاب والقلق اثر على الامتثال للعلاج لدى هؤلاء.

12. تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية عشر:

نصت الفرضية الثانية عشر على أنه: توجد فروق دالة بين القياس القبلي و البعدي في درجة الصحة النفسية للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

ويتضح من الجدول رقم(33) وجود فروق بين أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي في درجة الصحة النفسية لصالح القياس البعدي، حيث كان متوسط الرتب للمجموعة التجريبية في القياس البعدي أعلى(3.50) من متوسط الرتب لديها في القياس القبلي الذي كان اقل(00)، ويدل هذا على أن الإستراتيجيات المقترحة المطبقة في الدراسة الحالية على العينة التجريبية كان لها الأثر على الصحة النفسية.

وبالرجوع إلى التراث النظري نجد أن المريض لا يعاني من الآلام والصعاب الجسمية والفيزيولوجية نتيجة المرض الذي ألم به، بل يعاني أيضا من المشكلات والتحديات الاجتماعية والنفسية التي راح يتعرض لها بعد مرضه الذي سبب قصور قابلياته ومحدودية قدراته في مواجهة المهام والمسؤوليات المطلوبة منه.

ومن بين المشكلات النفسية التي يعاني منها المريض ضعف الثقة بالنفس وعدم القدرة على اتخاذ القرار بحيث يكون المريض ضعيف الثقة بإمكانياته وبنفسه وقدراته الجسمية والنفسية لأنه يحس بالوهن والعجز الجسمي والهبوط النفسي وعدم القدرة على العمل والإنتاج والتخطيط للمستقبل. (الحسن،2008: 373-374)

وتدل الأبحاث الحديثة من مثل دراسة زانغ وزملائه (Zhang. et al , 2005) وستيوارت ورو ووايت (Stewart,Rao & White, 2005) ودراسة شو وشي (Chou & Chi, 2005) ودراسة لويد وبراون (Liloyd & Brown,2002) على أن الشدة النفسية قد تؤثر على ضبط مستويات سكر الدم عند مرضى السكري تأثيرا مباشرا أو غير مباشر فمن المؤكد علميا أن هناك علاقة بين عدم الالتزام أو الخروج عن الحماية وبين الشدة النفسية المزمنة، كما أن هناك تأثير للفروق الفردية في استجابة مستويات سكر الدم للشدة النفسية، بمعنى أن بعض المرضى يستجيبون للشدة بارتفاع مستوى سكر الدم بينما يستجيب آخرون بانخفاض

مستوى السكر في الدم، وآخرون لا يستجيبون إطلاقاً وهذا مفاده أن استجابة سكر الدم للشدة النفسية قد تحدث فقط عندما تكون هناك أنماط. (المرزوقي، 2008: 14)

وتختلف نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة الهجان (2008) حيث ترى أن الفروق التي ظهرت في العجز المتعلم مع المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة الضابطة إنما ترجع لأسباب مستقلة عن اثر البرنامج التدريبي، حيث لم يظهر البرنامج تأثيراً فعالاً في التحكم السيكوفسيولوجي أو التحكم في مستوى السكر في الدم، وهما السببان الرئيسيان اللذان يؤديان إلى تعديل المتغيرات النفسية لدى مرضى السكري، وترجع الباحثة التغير الناتج إلى الأثر الايجابي للبرنامج بالدرجة الأولى، حيث عبرت معظم المريضات في المجموعة التجريبية الأولى أثناء الجلسات أنهن أصبحن أكثر قدرة على التعامل مع المشكلات ومواجهة الضغوط الحياتية بشكل أفضل.

وقد ثبت في دراسة لان "Lane" عام 1993 بعنوان الاسترخاء وعلاج السكر فقد انتهت إلى أن الاسترخاء وممارسته، من شأنه أن يساعد مرضى السكر عن طريقين:
الأول: تحسين الاضطرابات الانفعالية المصاحبة للسكر.

والثاني: فانه بناءاً على تحسين الوظائف النفسية واضطراباتها، أمكن مساعدة مرضى السكر في التحكم الانفعالي وبالتالي التحكم في نسبة الجلوكوز في الدم. (علي، 2001: 6)
_ تفسير ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرئيسية:

نصت الفرضية الرئيسية على أن للإستراتيجيات المقترحة اثر في تفعيل الرعاية الصحية والنفسية للوقاية من البتر المكتسب لدى مرضى السكري.

ومن خلال النتائج المتحصل عليها في كل من مقياس الصحة الجسمية والذي يحتوي بدوره على الأبعاد "بعد الصحة العامة، بعد النشاط الرياضي، بعد الغذاء الصحي، بعد رعاية القدم" والتي كانت جميعها دالة إحصائياً لصالح المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة، وكذا لصالح المجموعة التجريبية في قياسها البعدي مقارنة بالقياس القبلي، ومقياس الصحة النفسية والذي بدوره كانت الفروق لصالح المجموعة التجريبية سواء في

الفصل السادس — عرض وتحليل ومناقشة النتائج

القياس بين المجموعة التجريبية والضابطة أوفي قياس المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبُعدي، ومقياس العناية الذاتية والذي كان يقيس جانباً من الرعاية الصحية والذي كانت نتائجه لصالح المجموعة التجريبية في كلتا الحالتين.

وبما أن الإستراتيجيات المقترحة في هذه الدراسة شملت كل الأبعاد والمقاييس السابقة والتي طبقت على المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة، والتي كانت كلها دالة إحصائياً فيمكننا القول أن الإستراتيجيات المقترحة حققت أثراً في تفعيلها لكل من الرعاية الصحية والرعاية النفسية لدى مريض السكري.

ويمكن القول أن الإستراتيجيات والتي كان هدفها الأساسي الوقاية من إصابات القدم وفي مقدمتها البتر عن طريق الإدارة والتحكم الجيد في نسبة سكر الدم عند مريض السكري النوع الأول.

فالتحكم الجيد في سكر الدم يقي من مضاعفات السكري كما أكد عليه الدكتور ممدوح "لذا كان بديهياً أن نعمل جاهدين على التحكم الجيد في مستوى السكر في الدم لمنع حدوث المضاعفات وكذلك العمل الجاد للاكتشاف المبكر لمضاعفات مرض السكر حيث أن كل مضاعفات السكر يمكن علاجها بسهولة إذا تم اكتشافها مبكراً. (النحاس، 2012: 1) وبالرجوع إلى التراث النظري نجد أن علاج مرض السكر يهدف إلى إحداث توازن ما بين كمية الغذاء التي تدخل الجسم وكمية الأنسولين من جهة وكمية الطاقة التي يحتاجها الجسم من جهة أخرى . لذا فإنه في حالة حدوث مرض السكر تتم المعالجة بما يضمن إعادة هذا الاتزان بإحدى الطرق التالية:

— المعالجة بالحمية (تنظيم الغذاء).

— المعالجة بالتمارين.

— المعالجة بخافضات السكر الفموية.

— المعالجة بالأنسولين. (عيدروس، 1993: 69)

فيقر الأطباء المختصين في مرض السكري "les diabétoques" انه من اجل تحسين الدعم المقدم لمرضى السكري يجب أن تتضافر عدة عوامل: الأدوية، النفس اجتماعية، العوامل الحياتية "الحياة اليومية " الأغذية، والنشاط البدني" لكن بوجود عوامل تربوية لكي يكون عند مرضى السكري القدرة في نهاية العلاج على التحسن من ناحية الأعراض، قياس سكر الدم، تكيف كميات الأنسولين، وهذا عن طريق اقتراح حصص في التربية العلاجية للأشخاص لتسمح في النهاية بتراجع كبير لعدد المضاعفات وتحسين نوعية الحياة.

(Bourdillon, 2010:1)

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة أجريت من قبل احد أطباء الصحة العامة كيت لوريج (Kate Lorig,1984)، عن طريق تصميم برنامج لتدريب مرضى ألم المفاصل على المساعدة الذاتية، وتنفيذه وذلك بهدف تدريب عينة من مرضى ألم المفاصل على أن يساعدوا أنفسهم في التكيف مع المرض، وتنفيذه الخطة العلاجية، والتعامل مع العضلات المختلفة التي تنشأ عنها. وقد أجريت الدراسة على مرضى ألم المفاصل في مؤسسات صحية عدة في الولايات المتحدة الأمريكية. وقد تلقى كل مريض التدريبات التالية:

ü تمرينات بدنية: حيث تم تدريب المرضى على بعض التمرينات، وكيفية تنفيذها.

ü الوقاية الذاتية: حمايتهم من بعض المشكلات التي قد تواجههم، مثل رفع بعض الأشياء الثقيلة، وتجنب بعض الأنشطة.

ü تقنيات الاسترخاء الذاتي بهدف خفض الضغط والقلق.

ü حمية غذائية مناسبة للمريض.

ü مراقبة الذات، والتحكم السلوكي لتحسين قيامهم ببعض الأنشطة اليومية.

لقد استمر تنفيذ البرنامج (12) أسبوعا، وقد تبين أن الطرائق التربوية وخاصة

برنامج المساعدة الذاتية (تدريب المرضى على أن يساعدوا أنفسهم بأنفسهم)، كان له تأثيرا

كبيرا في مساعد المرضى على خفض الألم لديهم، وتحسين حالتهم الصحية وتكيفهم

معها. (عبد الله، 2009: 490)

الفصل السادس — عرض وتحليل ومناقشة النتائج

فهناك مماثلة بين الصحة الجسمية والصحة النفسية، ولهما معنيان: سلبي يشير إلى البرء من الأعراض، وإيجابي ويقصد به توافر علامات ايجابية وهي - في حال الصحة النفسية - الشعور بالرضا والسعادة وراحة البال والقدرة على مواجهة المشكلات. والصحة - بوجه عام - حالة من السعادة الجسمية والنفسية والاجتماعية وبأن كل شيء على ما يرام من هذه النواحي الثلاث. (عبد الخالق، 2004: 62)

فخدمات التنقيف الصحي تقدم بهدف ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع وذلك باستعمال الأساليب التربوية الحديثة بهدف مساعدة الناس على تحقيق السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية بمجهوداتهم الذاتية. (بدح وآخرون، 2009: 26)

ويمكن أن يكون تشخيصك بمرض السكري مخيفاً وعارماً، علماً أنه أسهل بكثير عندما تفهمه وتطور خطة لنمط الحياة لإدارته، ولهذا السبب من المهم جداً الحصول على معلومات عن الأغذية والأدوية وممارسة التمارين والموارد المجتمعية والرعاية الذاتية للسكري. (المجلس الاسترالي للسكري: 7)

فالأحداث الضاغطة تؤثر سلبياً على الصحة النفسية والجسدية التي تعبر عنها دلالات ومؤشرات نفسية تأتي على شكل إحباط، وقلق، واكتئاب، وعصبية زائدة، ومؤشرات سلوكية مثل التغيب المستمر عن المدرسة، والشكوى المتكررة من المشاكل، ومؤشرات فسيولوجية تظهر على هيئة أعراض جسمية مختلفة وهذا يهدد قدرة الشخص على إيجاد التوازن بين ضغوط الحياة والقدرات اللازمة لمواجهة هذه المتطلبات والعمل على إحداث نوع من التوازن بين المطالب والضغوط والإمكانات التي عادة ما تكون غير متوازنة.

(دياب، 2008: 32-33)

فالعلاجات الأكثر فعالية هي تلك التي تجمع بين الرعاية النفسية والطبية والمراقبة الطبية والتنقيف الفردي للسكري والدعم المجتمعي الكافي.

(منشورة الاكتئاب والسكري، 2010)

الفصل السادس — عرض وتحليل ومناقشة النتائج

ويؤكد زهران (1977) أنه في الوضع الحالي قد ازداد الاهتمام بالصحة النفسية وظهور ثورة العلاج الجسمي بالصدمات والأدوية والجراحة، بحيث يشمل النواحي النفسية والطبية والاجتماعية وبناء المستشفيات والعيادات النفسية وتطور الدراسات والبحوث النفسية.

(التميمي، 2013: 25)

ويرى فروم (Fromm) أن الفرد المتمتع بالصحة النفسية هو المنتج الذي لا يستشعر الغربة النفسية في موطنه، والذي يحب الناس، وينسب نفسه إلى العالم كله. (الزبيدي، 2009: 12)

الاستنتاج العام.

من خلال ما توصلنا إليه من نتائج في هذا الفصل، وما تم عرضه من تحليل وتفسير ومناقشة للنتائج في ضوء الفرضيات، تم التوصل إلى استنتاج عام تمثل فيما يلي:

— وجود فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة بعد الصحة العامة للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي .

— وجود فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة بعد الصحة العامة للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

— وجود فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة بعد النشاط الرياضي للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

— وجود فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة بعد النشاط الرياضي للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

— وجود فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة بعد الغذاء الصحي للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

— توجد فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة بعد الغذاء الصحي للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

— وجود فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة بعد رعاية القدم للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.

- وجود فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة بعد رعاية القدم للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.
- وجود فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة العناية الذاتية للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.
- وجود فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة العناية الذاتية للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.
- وجود فروق دالة بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة الصحة النفسية للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي.
- وجود فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة الصحة النفسية للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.
- للإستراتيجيات المقترحة اثر في تفعيل الرعاية الصحية والنفسية للوقاية من البتر المكتسب لدى مرضى السكري.

خاتمة

تعد المستشفيات والمراكز الصحية احد أهم المراكز التي تقدم مختلف الخدمات الصحية والنفسية من خلال طاقم طبي مختص وموظفين مؤهلين على أعلى طراز لتأدية أعلى الخدمات للمرضى، خاصة المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة كمرضى السكري.

لذلك كان لابد من الضرورة تزويد مرضى السكري بالوعي الصحي لتفادي المضاعفات من خلال تفعيل استراتيجيات الخدمات الصحية والنفسية لتحقيق مستوى أفضل في الرعاية لدى مرضى السكري ومن ضمنها رعاية قدم السكري تجنباً لحدوث البتر على المدى البعيد.

لذا تمت من خلال هذه الدراسة معرفة مدى فاعلية إستراتيجيات مقترحة للوقاية من البتر المكتسب من خلال تفعيل الصحة الجسمية والنفسية لدى مرضى سكري النوع الأول، ولقد تبين من نتائج الدراسة بان هناك اثر على المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة يعود إلى فعالية الإستراتيجيات المقترحة، من خلال التحقق من وجود الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في درجة كل من بعد الصحة العامة، النشاط الرياضي، الغذاء الصحي، رعاية القدم، العناية الذاتية وكذا الصحة النفسية للوقاية من البتر المكتسب في القياس البعدي، حيث تحصلت كل هذه المتغيرات على فروق لصالح المجموعة التجريبية.

كما تبين انه توجد فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي في درجة كل من بعد الصحة العامة، النشاط الرياضي، الغذاء الصحي، رعاية القدم، العناية الذاتية وكذا الصحة النفسية للوقاية من البتر المكتسب لدى المجموعة التجريبية.

حيث تحصلت هذه المتغيرات هي الأخرى على فروق لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

وفي ضوء هذه النتائج التي توصلنا إليها في هذا الدراسة المتواضعة، ارتأينا أن نضع في ختامها بعض الاقتراحات التي قد تساعد في نشر الوعي عند القائمين على رعاية هذه الفئة وبالتالي التقليل من خطر المضاعفات الناتجة عن مرض السكري كحالات بتر القدم.

الاقتراحات: وكان من أهمها:

- توفير الخدمات النفسية والإرشاد النفسي على مستوى المستشفيات والمراكز التابعة له لمساعدة الشخص المصاب بالداء السكري في تحسين نظرته إلى نفسه ومساعدته على التكيف مع مرضه بشكل ايجابي.
- ضرورة تقديم الوقاية و النصائح لدى الأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة وذلك لنفاذي حدوث عمليات البتر كما في حالة أمراض السكري.
- بما ان مرض السكري مرض ملازم للمصاب به مدى الحياة لهذا قد يثقل على كاهل المريض لذا كان لابد من التوعية والتدخل الوقائي قبل حدوث المرض، بواسطة إجراء فحوص خاصة كخضاب سكر الدم التراكمي التي قد تنذر بحدوث المرض
- تشجيع الأفراد المصابين بالداء السكري خاصة الشباب منهم على المشاركة الايجابية في الأنشطة الرياضية الترفيهية فهي تعلمهم التعاون وتزيد من تقدير الفرد لذاته، والابتعاد عن القلق والاكتئاب.
- ضرورة تصميم المزيد من البرامج الإرشادية التدريبية لتحسين العناية الذاتية لدى هذه الفئة من فئات المجتمع.
- إعداد ندوات من طرف المؤسسات الاجتماعية يقوم بها متخصصون لتوضيح ضرورة التدابير الوقائية اللازمة اتجاه مرضى السكري أنفسهم، وتقديم كل ما هو جديد عن مرضهم وطرق الرعاية واعتبار أن فئة مرضى السكري على أنها جزء لا يتجزأ من المجتمع.
- دراسة اثر برنامج علاجي لتفعيل الرعاية الصحية والنفسية للوقاية من القصور الكلوي المزمن لدى مرضى السكري.
- دراسة اثر إستراتيجية مقترحة لتفعيل الرعاية الصحية والنفسية للوقاية من الإصابات باعتلال شبكية العين لدى مرضى السكري.
- دراسة مقارنة في مستويات الرعاية الصحية والنفسية بين مرضى السكري النوع الأول والنوع الثاني.

قائمة

المراجع

قائمة المراجع:

- 1- إبراهيم عبد الهادي محمد المليجي. (2006)، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، سلسلة جدران المعرفة الإسكندرية، القاهرة.
- 2- إبراهيم مصطفى، أحمد حسن الزيات، حامد عبد القادر، محمد علي النجار. (بدون سنة)، المعجم الوسيط "مجمع اللغة العربية" الإدارة العامة للمعجمات وإحياء التراث " من أول الهمزة إلى آخر الضاد، الجزء الأول، دار الدعوة.
- 3- إحسان محمد الحسن. (2008)، علم الاجتماع الطبي، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
- 4- أحمد العايد، داود عبدو، أحمد مختار عمر، صالح جواد طعمه، الجيلاني بن حاج يحي، نديم مرعشلي. (بدون سنة)، المعجم العربي الأساسي "لاروس"، المنظمة العربية للثقافة والعلوم، جامعة الدول العربية.
- 5- أحمد محمد بدح، أيمن سليمان مزاهرة، زين حسن بدران. (2009)، الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
- 6- أحمد محمد عبد الخالق. (2004)، أصول الصحة النفسية، ط2، دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر الإسكندرية، القاهرة.
- 7- أحمد مسعودان. (2006)، رعاية المعوقين وأهداف سياسة إدماجهم الاجتماعي بالجزائر من منظور الخدمة الاجتماعية "الدراسة الميدانية بالمركز الوطني لتكوين المهني للمعاقين بدنيا خميسي ولاية تيبازة"، رسالة دكتوراه غير منشورة في علم اجتماع التنمية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم الاجتماع والديموغرافيا بجامعة منتوري بقسنطينة، الجزائر.
- 8- أسامة ألفراج. (2015)، تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى: نموذج لقياس رضا المرضى، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية _ المجلد الخامس والعشرون _ العدد الثاني، دمشق.

- 9- أسامة رياض، ناهد احمد عبد الرحيم. (2001)، القياس والتأهيل الحركي للمعاقين، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 10- أسماء بوعود. (2014)، الاضطرابات النفسية بين السيكلوجيا الحديثة والمنظور الإسلامي_الراسخون لإصدارات لجنة التراث العربي النفسي الإسلامي، العدد الثامن.
- 11- أسماء سراج الدين هلال. (2009)، تأهيل المعاقين، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
- 12- إكرامي محمد قورة. (2010)، وجها لوجه أنت ومرض السكري، ط1، دار القيروان للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 13- امتثال بنت محمد بن حسن دوم. (2011)، فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي لخفض مستوى القلق لدى الأمهات المصاب أطفالهن بداء السكري "دراسة تجريبية على الأمهات المراجعات بمركز السكري والغدد الصماء بمستشفى النور بالعاصمة المقدسة، رسالة دكتوراه في الفلسفة تخصص صحة نفسية وعلاج نفسي، كلية التربية للبنات بجامعة أم القرى، الرياض.
- 14- أيمن مزاهرة. (2000)، الصحة والسلامة العامة، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع عمان.
- 15- إيناس حسين صالح. (2015)، فاعلية برنامج علاجي باستخدام السيكو دراما في خفض أعراض اضطراب الاكتئاب لدى النساء، رسالة ماجستير غير منشورة في الصحة النفسية والمجتمعية كلية التربية قسم علم النفس، الجامعة الإسلامية* غزة، القدس.
- 16- بزار علي جوكل. (2007)، معالجة السكري بالتمارين الرياضية، دار دجلة، ط1، عمان.
- 17- بشير معمري. (2010)، تقنين قائمة ارون ت. بيك الثانية للاكتئاب على عينات من الجنسين في البيئة الجزائرية "صورة الراشدين B.D.I- II، أبحاث ودراسات"مجلة شبكة العلوم العربية والنفسية، العدد 25، 26.

- 18- بطرس حافظ بطرس.(2008)،**التكيف والصحة النفسية للطفل**، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
- 19- بكيري نجية.(2012)،**اثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكريين المراهقين** أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.
- 20- تغريد سليمان الشطي.(2014)،**مقاييس في علم نفس الصحة**، ط1، دار الكتاب الحديث، القاهرة.
- 21- جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي.(2008)،**الأمراض النفسية وعلاقتها بأمراض العصر"السكر"** دراسة استطلاعية لمعرفة مدة تأثير الأمراض النفسية على مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري"، ط1، العلم والإيمان للنشر والتوزيع، الإسكندرية، القاهرة.
- 22- جمال الخطيب.(1998)،**مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية**، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان.
- 23- الجمعية الايطالية لمرضى السكري.(2009)،**بيان حقوق مريض السكري**، الجمعية البرلمانية من اجل حماية ونشر الحق في الوقاية، روما.
- 24- حابس العواملة.(2003)،**سيكولوجية الأطفال غير العاديين "الإعاقة الحركية"**، ط1، دار الأهلية للنشر والتوزيع، عمان.
- 25- حامد عبد السلام زهران.(1997)،**الصحة النفسية والعلاج النفسي**، ط3، عالم الكتب، القاهرة.
- 26- حسن بن علي الزهراني.(2006)،**الأقدام السكرية**، كلية الطب بجامعة الملك بن عبد العزيز بمكة المكرمة، الرياض.

- 27- حسين عبد الله الصامدي، مهند خالد الشبول. (2015)، **تقييم مستويات القلق لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم في عينة أردنية**، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية _المجلد الثالث والعشرون_ العدد الرابع، عمان.
- 28- حسين فايد. (2008) **دراسات في السلوك والشخصية**، ط1، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 29- حنان عبد الرحيم حليبي. (2003)، **التحديات التي تواجه التعامل مع مرضى السكري في أوضاع الأزمات** " مثال من التجربة الفلسطينية"، معهد الصحة العامة والمجتمعية، جامعة بيرزيت، القدس.
- 30- خليل توفيق مرسي. (2001)، **قاموس المعاصر**.
- 31- ديميش خليصة. (2004)، **الخدمة الاجتماعية الصحية المقدمة للأطفال المصابين بمرض السكري** "دراسة ميدانية بالقطاع الاستشفائي الجامعي _سطيف، رسالة ماجستير غير منشورة في فرع الخدمة الاجتماعية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم الاجتماع والديموغرافيا بجامعة محمد بوضياف المسيلة، الجزائر.
- 32- رائد يوسف صباح، تيسير جميل مهنا، زياد عبد الله جرغون، لؤي عبد الله حسين، أشرف محمد العكر، أسامة زياد محمد لبد، شذى جواد مطر، حازم حامد كحيل، منذر محمد أبو سرية. (2013)، **التقرير السنوي لعام 2013 اتحاد لجان الرعاية الصحية، غزة، القدس**.
- 33- رحاب علي أبو قاسم. (2013)، **اثر القلق في ارتفاع مرض السكر لدى النساء الحوامل** "دراسة مقارنة على عينة من النساء الحوامل بمدينة طرابلس" دراسة من مجلة الجامعة_العدد الخامس عشر _المجلد الثاني، كلية الآداب الجوش بجامعة الجبل الغربي، طرابلس.
- 34- رجاء محمود أبو علام. (2007)، **مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية**، دار النشر للجامعات، القاهرة.

35- رشيد زرواتي.(2002)،تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية،ط1، دار هومة للنشر والتوزيع،الجزائر.

36- رياض العاسمي.(2011)،فعالية برنامج ارشادي قائم على الارشاد المتمركز على العميل والتغذية الراجعة البيولوجية في تخفيض درجة الضغط النفسي والقلق كسمة وتحسين مفهوم الذات لدى عينة من المعلمين،مجلة جامعة دمشق_المجلد27_العدد الأول والثاني،دمشق.

37- ريم محمد محسن ذو الفقار.(2006)،فاعلية برنامج تدريبي هوائي للمشي والهرولة على الدورة الدموية الطرفية لبعض مريضات الداء السكري من النوع الثاني،دراسة بمدينة نصر والجزيرة على سيدات مريضات بالداء السكري،القاهرة.

38- زهية خليل القرا.(2015)،خبرة البتر الصادمة واستراتيجيات التكيف وعلاقتها بقلق الموت لدى حالات البتر في الحرب الأخيرة على غزة،رسالة ماجستير غير منشورة في الصحة النفسية والمجتمعية كلية التربية قسم علم النفس،الجامعة الإسلامية*غزة،القدس.

39- زياد بن احمد بن عبد الله بالحر.(2014)،فعالية برنامج إرشادي جمعي لتحسين خبرة ما وراء المزاج لدى مرضى الاكتئاب،رسالة ماجستير غير منشورة في الرعاية والصحة النفسية كلية العلوم الإدارية والاجتماعية،جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية،الرياض.

40- زياد بركات.(2006)،الاتجاه نحو الالتزام الديني وعلاقته بالتكيف النفسي والاجتماعي لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة،جامعة القدس المفتوحة،منطقة طولكرم التعليمية،القدس.

41- زياد بن احمد ميمش،محمد بن يحي صعيدي،محمد بن ابو بكر الحامد،محمد ياسر حلمي عمار،محمد معتز محمد مروان البهلوان،العوض محمد احمد.(2011)،المرجع الوطني لتثقيف داء السكري،وزارة الصحة"الوكالة المساعدة للطب الوقائي،الإدارة العامة للأمراض غير معدية،الرياض.

- 42- زينب شقير.(2005)،الاكتشاف المبكر والتشخيص التكاملّي لغير العاديين،ط1،مكتبة النهضة المصرية،القاهرة.
- 43- سالمى وسيلة.(2010)،الممارسات الغذائية عند النساء المصابين بداء السكري ملخص لمذكرة ماجستير في علم اجتماع الصحة،كلية العلوم الاجتماعية،قسم علم الاجتماع،جامعة وهران،الجزائر.
- 44- سامر جميل رضوان.(2007)،الصحة النفسية،ط2،دار المسيرة للنشر والتوزيع،عمان.
- 45- سامى محمد ملحم.(2013)،علم النفس الشواذ،ط1،دار الرضوان للنشر والتوزيع،عمان.
- 46- سامى محمد ملحم.(2014)،التقويم في الإرشاد النفسي والتربوي،ط1،دار الرضوان للنشر والتوزيع،عمان.
- 47- سعد القرني،احمد شبلوط،صالح الطيار،سمير الصباحي،علي الملق،عبد الناصر أباطة،نهار العنزي،عبد السلام عسيري،محمد الدريويش،مارينا يودا،فاطمة العبادي،عبد العزيز النفيسه.(2004)،القدم السكري،مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث،برنامج التثقيف الصحي،الرياض.
- 48- سعد عبد الرحمان.(1998)،القياس النفسي"النظرية والتطبيق"،ط3، دار الفكر العربي،القاهرة.
- 49- سعيد جاسم الاسعدي،عطاري محمد سعيد.(2014)،الصحة النفسية"للفرد والمجتمع"،ط1، دار الرضوان للنشر والتوزيع،عمان.
- 50- سلمى الخريبط.(2012)،طريق لتفادي البتر عند مرضى السكري،ركن صحة،مجلة القبس.
- 51- سلوى عثمان الصديقي،السيد رمضان.(2004)،الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي،دار المعرفة الجامعية،القاهرة.

- 52- سمية ب. (2013)، 25 بالمائة من مرضى السكري شباب و14 بالمائة أطفال، جريدة صوت الأحرار يومية إخبارية جزائرية، الجزائر.
- 53- سميرة محمد عرابي، هبة حسن الضميري. (2014)، تأثير التمرينات المائية على بعض المتغيرات الجسمية والفيسيولوجية ومستوى السكر بالدم لدى المصابات بمرض السكري من النوع الثاني في الأردن دراسات العلوم التربوية، المجلد 41، العدد 1.
- 54- سناء عيسى الداغستاني، ديار عوني المفتي. (2010)، المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي، مجلة بحوث التربية والنفسية، العددان "السادس والعشرون والسابع والعشرون"، بغداد.
- 55- سها حسيب عبد الحميد، بان عبد الرحمن إبراهيم. (2007)، تأثير برنامج رياضي مقترح "المشي والتمرينات الرياضية" على انخفاض مستوى سكر الدم لدى المصابين بمرض السكر "40_50 عام"، مستشفى اليرموك الكندي، عمان.
- 56- السيد فهمي علي محمد. (2008)، الإعاقات الحركية بين التشخيص والتأهيل وبحوث التدخل "رؤية نفسية"، بدون طبعة، دار الجامعة الجديدة للنشر، القاهرة.
- 57- شريف السركي. (2009)، أسباب ومشاكل القدم السكري، مؤسسة السركي للقدم السكري، القاهرة.
- 58- شريف السركي. (2009)، كيف تتجنب مشاكل القدم السكري، مؤسسة السركي للقدم السكري، القاهرة.
- 59- صالح حسن أحمد الداهري. (2005)، سيكولوجية رعاية الموهوبين والتميزين وذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار وائل للنشر، عمان.
- 60- صبحي سليمان. (2007)، تربية الطفل المعاق، ط1، دار الفاروق للاستثمارات الثقافية، القاهرة.
- 61- ضيف الله حبيبة. (2012)، صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لدى المشلولين والمبتورين المصابين بالإعاقة الحركية المكتسبة "دراسة ميدانية بمقر الديوان الوطني

لأعضاء المعوقين ولواحقها(O.N.A.A.P.H) بولايتي المسيلة وبرج بوعرريج،رسالة ماجستير غير منشورة في تخصص التربية الخاصة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا بجامعة الجزائر 2،الجزائر.

62- ضيف الله حبيبة.(2015)،إستراتيجية الخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية للحد من البتر المكتسب لدى مرضى السكري،مجلة الخلدونية للعلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة ابن خلدون تيارت،العدد الثامن،الجزائر،ص393\371.

63- عادل خوجة.(2009)،اثر البرنامج الرياضي المفتوح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات و تطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا،رسالة دكتوراه غير منشورة في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية، جامعة يوسف بن خدة،الجزائر.

64- عبد الرحمان سيد سليمان وآخرون.(بدون سنة)،تقييم وتشخيص الإعاقات الجسمية والصحية"،المكتبة الالكترونية أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة.

65- عبد العزيز بن علي بن عبد العزيز النفسيه.(2010)،تأثير القلق الاجتماعي والاكتئاب على بعض العمليات المعرفية،رسالة دكتوراه غير منشورة في الفلسفة في العلوم الأمنية كلية الدراسات العليا قسم العلوم الاجتماعية،جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية الرياض.

66- عبد العزيز معتوق احمد حسنين.(1989)،مرض السكر الحلو والمر، سلسلة التوعية الصحية الأولى 1 "بجدة ،الرياض.

67- عبد الله إبراهيم محمد آل عسيري.(2007)،مستوى القلق لدى طلاب الجامعة "دراسة وصفية مطبقة على عينة من طلاب جامعة الملك سعود بالرياض"،رسالة ماجستير غير منشورة في الرعاية والصحة النفسية كلية الدراسات العليا قسم العلوم الاجتماعية،جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية،الرياض.

68- عبد الستار إبراهيم.(2002)،القلق قيود من الوهم،مكتبة الانجلو المصرية،القاهرة.

- 69- عبد المجيد الخليدي، كمال حين وهيبي. (1997)، الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال، ط1، دار الفكر العربي للطباعة والنشر، بيروت.
- 70- عبد المجيد حسن الطائي. (2008)، طرق التعامل مع المعوقين ، ط1، دار الجامعة للنشر والتوزيع، عمان.
- 71- عبد المحي محمود حسن صالح. (1999)، متحدو الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
- 72- عبير عبد الله شعبان جوهر. (2012)، إستراتيجية مقترحة في مجال الأنشطة الخرفية لتدريب المعاقين ذهنيا بالمراكز الثقافية، دراسة في مؤتمر التوجهات الحديثة في التربية الخاصة، الجزء الثاني، عمان.
- 73- عصام حمدي الصفدي. (2007)، الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان.
- 74- عقيل حسين عيدروس. (1993)، مرض السكر بين الصيدلي والطبيب، ط1، الرياض.
- 75- علاء علوان. (2009)، النهوض برعاية الاضطرابات النفسية والعصبية والاضطرابات الناجمة عن معاقرة مواد الإدمان برنامج عمل لراب الفجوة في الصحة النفسية، منظمة الصحة العالمية.
- 76- علي بن هادية، بلحسن البليش، الجيلاني بن حاج يحي. (1991)، القاموس الجديد للطلاب "معجم عربي مدرسي ألفبائي، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر.
- 77- عمرو احمد محمد إبراهيم. (1995)، فعالية العلاج الأسري في التخفيف من حدة الاتجاهات السلبية للوالدين نحو إصابة طفلها بمرض السكر، الإرشاد النفسي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، المؤتمر الدولي الثاني، بورسعيد، القاهرة.
- 78- غادة أنور عبد الحميد حنفي. (2001)، دراسة لبعض المشكلات النفسية للأطفال متعددي الإعاقة ودور الأخصائي الاجتماعي في التعامل معها، رسالة ماجستير غير منشورة

في دراسات الطفولة من قسم الدراسات النفسية والاجتماعية،معهد الدراسات العليا للطفولة
بجامعة عين شمس،القاهرة.

79- غالب بن محمد علي المشيخي.(2009)،قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية
الذات ومستوى الطموح لدى عينة من جامعة الطائف،رسالة دكتوراه في علم النفس
تخصص إرشاد نفسي،كلية التربية جامعة أم القرى،الرياض.

80- فاروق الروسان.(1996)،أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة،ط1،دار
الفكر للطباعة والنشر والتوزيع،عمان.

81- فاروق السيد عثمان.(2001)القلق وإدارة الضغوط النفسية،ط1،دار الفكر العربي،
سلسلة المراجع في علم التربية وعلم النفس الكتاب السادس عشر،القاهرة.

82- فتحية فليح عبد الكريم نجار.(2008)،الأمراض والخدمات الصحية في مناطق
مختارة من محافظة رام الله والبيرة "دراسة في الجغرافيا الطبية"،رسالة ماجستير غير منشورة
في الجغرافيا الطبية،كلية الدراسات العليا بجامعة النجاح الوطنية في نابلس،القدس.

83- فريق الرعاية الصحية المنزلية.(2011)،الرعاية الصحية المنزلية،إدارة برنامج الطب
المنزلي بمنطقة الحدود الشمالية بعمر الرياض،الرياض.

84- قدرى الشيخ علي،سوسن سمور،ماري حداد.(2010)،علم الاجتماع الطبي،ط1،
مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع،عمان.

85- قاموس المنجد.(2001)،المنجد في اللغة العربية المعاصرة،ط2،دار المشرق،بيروت.

86- قاموس المنجد.(2001)قاموس المنجد في اللغة والإعلام،الطبعة السادسة
والثلاثون.

87- كامل العجلوني.(2010)،الصحة والسكري،مجلة دورية تصدر عن المركز الوطني
للسكري والغدد الصم والوراثة،مطابع الدستور التجارية،العدد الأول،عمان.

88- كامل مهنا.(1999)،الرعاية الصحية الأولية واقع وحلول،دراسة في مؤتمر تجمع
للهيئات العليا في لبنان،بيروت.

- 89- كامل علوان الزبيدي.(2009)،**الصحة النفسية من وجهة نظر علماء النفس**، ط1، دار علاء الدين للنشر و التوزيع والترجمة،دمشق.
- 90- كلية الصيدلة.(2014)،**مطوية تثقيفية عن داء السكري**، ط1، كلية الصيدلة جامعة حائل،الرياض.
- 91- لكحل رفيقة.(2011)،**تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ضغط الدم**،رسالة ماجستير غير منشورة تخصص علم النفس الصحة،كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية بجامعة الحاج لخضر باتنة،الجزائر.
- 92- المجلس الاسترالي لمرضى السكري.(2012)،**كل ما تحتاج معرفته عن السكري**،المجلس الاسترالي لمرضى السكري،استراليا.
- 93- المنظمة الخيرية لمرضى السكري.(2009)،**الأكل الصحي مع مرض السكري**،DAIBETES UK،انجلترا.
- 94- مجدي احمد محمد عبد الله.(2000)،**علم النفس المرضي"دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب"**،دار المعرفة الجامعية،القاهرة.
- 95- محمد أديب العسالي.(2001)،**الأعراض والاضطرابات النفسية"تعريف وتصنيف"**، دليل الصحة النفسية للأطباء والعاملين في الرعاية الصحية الأولية،دمشق.
- 96- محمد السيد فهمي.(2005)،**التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة**،المكتب الجامعي الحديث،القاهرة.
- 97- محمد السيد فهمي.(2005)،**واقع رعاية المعوقين في الوطن العربي**،المكتب الجامعي الحديث،القاهرة.
- 98- محمد نجيب احمد الصبوة وشاهة مساعد التمار.(2010)،**الفروق بين مرضى السكر من الأطفال والأصحاء من الجنسين في الغضب والاكتئاب والسعادة ونوعية الحياة**،المؤتمر الإقليمي الثاني لعلم النفس،رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية،ص469\509.

- 99- محمد باشا.(1992)،**معجم الكافي**،معجم عربي حديث شركة المطبوعات لتوزيع والنشر.
- 100- محمد بن سعد الحميدة.(2007)،**السكري"أسبابه،مضاعفاته،علاجه"**،ط1، جامعة الملك سعود بالرياض،الرياض.
- 101- محمد حسن الغربي،هند العراقي.(2012)،**داء السكري"إجراءات عملية"**،الجمعية المغربية للتواصل الصحي،المجلة الصحية المغربية "مجلة دورية للعلوم الصحية"،العدد الثالث،الرباط.
- 102- محمد حسن غانم.(2007)،**الاضطرابات السيکوسوماتية وعلاقتها بالضغط والصلابة النفسية وبعض متغيرات الشخصية لدى مرضى السكر من النوع الثاني**،دراسات عربية في علم النفس.
- 103- محمد سيد فهمي.(2008)،**الخدمة الاجتماعية العمالية**،ط1،دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر بالإسكندرية،القاهرة.
- 104- محمد فرحان القضاء،محمد عوض الترتوري.(2006)،**أساسيات علم النفس التربوي"النظرية والتطبيق"**،دار الحامد للنشر والتوزيع،عمان.
- 105- محمد فوزي يوسف.(2008)،**فاعلية برنامج وخدمات العلاج الطبيعي في تنمية قدرات الحركات الكبيرة لدى الأطفال ذوي القدرات الحركية الخاصة**،مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية الإمارات العربية المتحدة.
- 106- محمد قاسم عبد الله.(2012)،**علم نفس الصحة**،ط1،دار الفكر للنشر والتوزيع،عمان.
- 107- محمد كمال السيد يوسف.(2009)،**الجديد في تغذية مرضى السكري**،مجلة أسبوط للدراسات البيئية ،العدد الثالث والثلاثون،اسبوط،القاهرة.
- 108- محمد كمال عبد العزيز.(1989)،**انتبه فقد بلغت الأربعين**،ط1،مكتبة الساعي،كلية الطب،الرياض.

- 109- محمد الخطاب، احمد نختر السعدني، محمد الظواهري، نبيل بساده، ملاك بطرس، مصطفى غانم. (1981)، السكر وعلاجه، ط4، دار المعرفة للطباعة والنشر بلبنان، بيروت.
- 110- محمود خليل أبو دف. (2011)، منهاج الدعم النفسي في القرآن الكريم وكيفية الاستفادة منه في الواقع الفلسطيني المعاصر، مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، المجلد التاسع عشر، العدد الثاني، ص 47_90.
- 111- محمود كاظم محمود التميمي. (2013)، الصحة النفسية "مفاهيم نظرية وأسس تطبيقية"، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- 112- مراد ساعو. (2010)، تأثير السند الاجتماعي "بأبعاده المختلفة" في الصحة النفسية لدى مرضى الغدة الدرقية "دراسة عيادية لعشر حالات"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة مولود معمري بتيزي وزو، الجزائر.
- 113- مرفت عبد ربه عايش مقبل. (2010)، التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكري في قطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية قسم علم النفس، الجامعة الإسلامية بغزة، القدس.
- 114- مروان عبد الله دياب. (2006)، دور المستندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية قسم علم النفس، الجامعة الإسلامية بغزة، القدس.
- 115- مروان عبد المجيد إبراهيم. (2002)، الموسوعة الرياضية لمتحدي الإعاقة، ط1، الدار العلمية الدولية ودار الثقافة و النشر والتوزيع، عمان.
- 116- مصطفى محمد نور. (2005)، مرض السكر والتمرينات البدنية، المكتلة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع ،سلسلة الوعي الرياضي 17، القاهرة.
- 117- معالي محمد أنور محمد الهجان. (2008)، اثر تدريبات التغذية المرتدة البيولوجية على التحكم في مستوى السكر بالدم وتعديل بعض المتغيرات النفسية لدى عينة من

مريضات السكري من النوع الثاني دراسة تجريبية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، كلية الآداب قسم علم النفس، القاهرة.

118- ممدوح رضوان النحاس. (2012)، الفحوصات الدورية لمريض السكري، مجلة الجمعية المصرية للقدم السكري "دعونا نتحد كي نسيطر على مرض السكري"، العدد الثالث، القاهرة.

119- ممدوح مختار علي. (2001)، العلاج السلوكي كآلية احتواء وعلاج للاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية، رسالة دكتوراه غير منشورة في الفلسفة قسم علم النفس، جامعة طنطا، الجزائر.

120- منظمة الصحة العالمية. (2005)، تعزيز الصحة النفسية "المفاهيم، البيانات المستجدة، الممارسة"، تقرير منظمة الصحة العالمية قسم الصحة النفسية وتعاطي العقاقير والمواد بالتعاون مع جامعة ملبورن ومؤسسة فكتوريا لتعزيز الصحة، الممثل الإقليمي للشرق الأوسط، طاعة شركة توشكى، القاهرة.

121- منظمة الصحة العالمية. (2009)، الرعاية الصحية الأولية "الآن أكثر من أي وقت مضى"، تقرير خاص بالصحة في العالم، طبع في مصر، القاهرة.

122- موجز السكري بقطر. (بدون سنة)، موجز السكري بقطر، ط1، الدوحة.

123- موفق هاشم صفر الحلي. (2000)، الاضطرابات النفسية عند الأطفال والمراهقين "أسبابها، أعراضها، الوقاية منها، معالجتها"، مؤسسة الرسالة للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت.

124- مورييس أنجريس. ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون. (2006)، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، دار القصة للنشر والتوزيع، الجزائر.

125- مؤسسة حمد الطبية. (2015)، إستراتيجية التمريض من أجل خدمات تميز ذات مستوى عالمي في مؤسسة حمد الطبية، مؤسسة حمد الطبية، الدوحة.

126- موسى جبريل، نزيه حمدي، نسيم داود، صابر أبو طالب. (2008)، **التكيف ورعاية الصحة النفسية**، الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات بالتعاون مع جامعة القدس المفتوحة، القاهرة.

127- نبذة عن داء السكري في الجزائر. (2012)، "Dawn2tm Daibetes Attitudes Wishis & Needs"، الجزائر.

128- ناصر بن عبد العزيز بن عمر الصهقان. (2005)، **تقييم فعالية العلاج العقلائي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات** "دراسة شبه تجريبية على النزلاء المدمنين بمستشفى الملك فهد بالقصيم"، رسالة ماجستير غير منشورة في الرعاية والصحة النفسية كلية الدراسات العليا قسم العلوم الاجتماعية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

129- نبيل راغب. (2003)، **أخطر مشكلات الشباب "القلق، العنف، الإدمان، الاكتئاب"**، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

130- نجلاء عاطف خليل. (2006)، **في علم الاجتماع الطبي "ثقافة الصحة والمرض"**، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.

131- نجوى خلاف. (2005)، **الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر** "دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، جمعية التنمية الصحية والبيئة "برنامج السياسات والنظم الصحية، القاهرة.

132- نسرین عبد الله النصار. (2013)، **اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية "الاكتئاب، المخاوف، اضطراب سلوك التحدي والمعارضة"** لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية بمدينة الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة في الرعاية والصحة النفسية كلية الدراسات العليا قسم العلوم الاجتماعية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

133- هدى جعفر حسن.(2006)،مرض السكر وعلاقته ببعض العوامل النفسية وسمات الشخصية،دراسة من مجلة العلوم الاجتماعية،مجلد 34 العدد1،كلية العلوم الاجتماعية الكويت.

134- هزاع بن محمد الهزاع.(بدون سنة)،موسوعة التغذية "النشاط البدني في الصحة والمرض"،مركز البحرين للبحوث والدراسات بالبحرين،المنامة.

135- وفاء فضة.(2004)،الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة،ط1،مكتبة المجتمع العربي للنشر،عمان.

136- وفاء محمد أحمدان القاضي.(2009)،قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة،رسالة ماجستير غير منشورة،كلية التربية في الجامعة الإسلامية بغزة،فلسطين.

137- وليد عمار.(2010)،التوجهات الإستراتيجية للنظام الصحي في لبنان،وزارة الصحة العامة ببيروت،بيروت.

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية:

138- Abdulbari Bener,Mariam Abdulmalik, Mohammed Al-Kazaz, Rahima Sanya, Sara Buhmaid, Munjid Al-Harthy,Abdul-Ghani Mohammad. (2012). **Does good clinical practice at the primary care improve the outcome care for diabetic patients? Gender differences**,Primary car diabetes 6 (2012) 285–292,Qatar.

139- Almoutaz **Alkhier Ahmed, Emad Alsharief, Ali Alsharief.** (2013), **Evaluation of risk factors for cardiovascular diseases among Saudi diabetic patients attending primary health care service**,Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research &Reviews 7(2013) 133-137,Saudi Arabia.

140- Amal Bassili,Magdi Omar,Gianni Tognoni.(2001),**The adequacy of diabetic care for children in a developing country Diabetes Research and Clinical Practice 53 (2001) 187 – 199**; Collaborative Group on Pediatric Chronic Diseases Department of Medical Statistics, Medical Research Institute, Alexandria University, Alexandria, Egypt Department of Paediatrics, Paediatric Endocrinology Unit;Faculty of

Medicine;Department of Clinical Pharmacology; Mario Negri Institute Milan Italy; Egyptian – Italian.

- 141- Andrew Reda BA, Scott Hurton BSc(Med),John M. Embil MD,Susan Smallwood RN,Lily Thomson RN, James Zacharias MD, Mario Dascal MD, Mary Cheang M.Math, Elly Trepman MD,Joshua Koulack MD.(2012), **Effect of a preventive foot care program on lower extremity complications in diabetic patients with end-stage renal disease**; A. Reda et al. /Foot and Ankle Surgery 18 (2012) 283–286,Canada.
- 142- Anne Curelli .(2004),**douleur du membre fantôme "influence de facteur psychologiques**,université charles de gaulle de lille3,UFR de psychologie Parais.
- 143- Anne Fagot-Campagna, Isabelle Romon,Sandrine Fosse,Candice Roudier.(2010),**Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France Synthèse épidémiologique**,Maladies chroniques et traumatismes, Institut de veille sanitaire, France.
- 144- Annick Morel,Gilles Lecoq,Daniele Jourdain - Menninger.(2012), **Evaluation de la prise en charge du diabète**,inspection générale des affaires sociales RM2012-033P,TOMEI, Paris.
- 145- A.traoré, KL.krah, AD.Kacou et al.(2011),**PRIS EN Charge muttidisciplinaire du peide diabétique au CHU de Yopougon Abidjan**.
- 146- Benkhedach Mohamed.(2006),éducation **Thérapeutique du patient « éduquer pour mieux soigner » ,école de l’asthme** –Mostaganem Mostaganem, alléger.
- 147- Brad Franklin.(2014),**The Impact of Continuity of Care on A1c Levels in Adult Type 2 Diabetic Patients: A Review of the Literature** ,The journal for Nurse Practitioners –JNP. DNP, FNP-C.
- 148- Brigitte Gagnon Kiyanda.(1990),**Etude des besoins fondamentaux des personne diabétique du secteur Rouyn-Noranda selon le model**

- de soins de Virginia Henderson**,Rapport de recherche présenté en vu de l'obtention de la maitrise en éducation sous la direction de madame Ginette Rondeau , Université de Québec, Québec .
- 149- Claude Jeanrenaud,Gaëlle Dreyer.(2012),**Les couts directs médicaux du diabète**, Institut de recherches économiques, Université de Neuchâtel.
 - 150- CPU **Stewart,Nigel Trimmings**.(2008),**Lower Limb Amputation**, Ninewells Hospital and Medical School, Dundee Royal Hampshire County Hospital, Winchester, Limbless Association, Rehabilitation Centre, Roehampton Lane, SW15 5PR, London.
 - 151- Danelle J.Hurley Looney.(2009),**Psychological and Other Factors Impacting Latino Diabetics'Treatment Adherence**,Coping with Diabetes Running head:COPING WITH LIFE WITH DIABETES, University of the Rockies,USA.
 - 152- Daniala et al.(2014),**Primary Comment on“A primary care based healthy-eating and active living education session For weight reduction in the pre-diabetic population**, Primary car diabetes.
 - 153- Dekkar Otman.(2012),**L'éducation thérapeutique du patient diabétique ‘ pratiques et messages éducatif A propose de 100 cas**, Université Sidi Mohamed Ben Abdallah,faculté de médecine et de pharmacie FES,présentée et soutneut publiquement pour obtention de doctorat en médecine,Maroc.
 - 154- Diarra Youssouf.(2008),**étude des amputation consécutives aux complications du a l'hôpital nianankoro fomba de ségou diabète**, Université de Bamako,faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie, Mali.
 - 155- Didier.Casalis.(1999),**Larousse grand dictionnaire de la psychologie** Canada.
 - 156- **Didier Houssin et al**.(2005),**La prévention des complications du diabète**, direction générale de la santé, l'institut national de prévention et l'éducation pour la santé,Parais.
 - 157- EMO Sylvain.(2004),**Activité physique et Santé Etude comparative de trois villes européennes**, Faculté mixte de médecine de pharmacie de Rouen,

- 158- Fathia Hassan Mohamed Nadhif.(2012) **Interpersonal Communication Versus Group Health Education for Type-2 Diabetes Mellitus at Abu-Agla Center in Wad-Medani, Gezira State, Sudan.**
- 159- Fatoumata Cheik Dienta .(2008), **Etude des complication de l'amputation des membre inférieurs dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de CHU Gabriel Touré, Université de Bamako, faculté de médecine de pharmacie et d'ontostomatologie, Mali .**
- 160- Françoise Bourdillon.(2010),**Diabète éducation« l'éducation thérapeutique du patient enfin reconnue »**,Journal du DELF–diabète éducation de langue française,SANTE EDUCATION VOLUME 20- N° 1,France.
- 161- Fred F.FERRI.(2006),l'Essentiel en Médecine« guide pratique de la prise en charge du patient »,4eme édition,BERTI Editions,France.
- 162- Gopi Chellan, Soumya Srikumar, Ajit Kumar Varma,T.S.Mangalanandan, K.R. Sundaram, R.V. Jayakumar,Arun Bal,Harish Kumar.(2012),**Foot care practice– The key to prevent diabetic foot ulcers in India**; G. Chellan et al. /The Foot 22 (2012) 298–302,India.
- 163- Haute Autorité de santé. (2007), **Guide –Affection de longue durée"diabète de type 2**,collège de la:Haute Autorité de santé:Haute Autorité de santé France, Paris.
- 164- Jacquelyn W. McClelland. **YOUR Diet &Diabetes**,NC state University Cooperative extension ,Helping People Put Knowledge to Work.
- 165- Jean-Luc Reny, Karine Champion,Joseph Emmerich, Jean-Noël Fiessinger, Maladie de Buerger.(2002),**Maladies rares des vaisseaux Sang Thrombose Vaisseaux** n° 7 STV, 14 : 430-435, Paris.
- 166- Jean Michel bruandet.(2002), **les agénésies et amputations**,éd APF,paris.
- 167- JP Brion.(2012),**Infection du pied chez le patient diabétique: Maladies Infectieuses CHU de Grenoble DU de thérapeutiques anti infectieuses**,2012.

- 168- Kgmm Alberti, et al.(1999),**Definition and Classification Diagnosis of Diabetes Mellitus and its Complications**,Report of a WHO Consultation; World Health Organization; Department of Noncommunicable Disease Surveillance, Geneva .
- 169- Kebieche Mohamed.(2009),**Activité biochimique des extraits flavonoïdiques de la plante Ranunculus repens L:effet sur le diabète expérimental et l'hépatotoxicité induite par l'Epirubicine**, Université Mentouri Constantine, Faculté des Sciences de la Nature et de la Vie, Département de Biochimie – Microbiologie, Alger.
- 170- Laurence Danand, Sophie Decroix.(2005),**La prévention des complication du diabète, direction général de la santé**,rencontre presse, l'institut national pour prévention et d éducation de la santé, Parise.
- 171- Le diabète en Belgique.(2007), **état des lieux, Exposés thématiques - Le diabète en Belgique** ,état des lieux, Belgique.
- 172- Lidia Clara Rodríguez García*, Alfredo Gómez de Cádiz Villarreal, Javier Pérez Rivas,Juan José Muñoz González,Gabriela García Álvarez y María Teresa Alonso Salazar.(2011), **Implantación del cribado de retinopatía diabética mediante retinografía digital en atención primaria Equipo Directivo**, Gerencia de Atención Primaria, Área 11 de Madrid, Madrid, España.
- 173- Manuel Salvador Ortiz.(2004),**Factores Psicológicos y Sociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Adolescentes Diabéticos Tipo 1**,Universidad Mayor,Facultad de Psicología, Avenida Alemania.
- 174- Mark Harris.(2008),**The role of primary health care in preventing the onset of chronic disease**,with a particular focus on the lifestyle risk factors of obesity,tobacco and alcohol Centre for Primary Health Care and Equity, UNSW.
- 175- Martinez aurélie.(2004),**la parole des manx" douleur et souffrance du sujet amputée**, diplôme interuniversitaire de formation des professionnels de santé a la prise en charge de la douleur.

- 176- Mayoraz Lilly et Udriot Priska.(2011),**L'infirmière clinicienne en diabétologie Dans sa collaboration interdisciplinaire à l'Association Valaisanne du Diabète et Dans le suivi ambulatoire des adolescents et des jeunes adultes diabétiques de type I**, Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers,HES-SO Valais Wallis Domaine Santé & Travail social,Paris .
- 177- Michel Lacombe.(2000),**précis d'anatomie et de physiologie humaines** 28 édition,Achévé d'imprimer en France,paris.
- 178- MN Bouayed, Moro,Y Bachaoui, M Bouzidi, L Berrouane, L Bouziane, M Zelamat, T Ayad, Z Benyelles, Benslimane, A Benazzi, M Benmaamar.(2010), **La prise en charge du pied diabétique dans un service de chirurgie vasculaire**,mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, CHU d'Oran, Algérie.
- 179- Neuert Patrick.(2006),**personnes amputées "quelle qualité en rééducation pour quelle qualité de Vie ?,UFR,psychologie sciences de l'éducation**,département des science de l'éducation diplôme cadre de santé université de Provence, Aix – Marseille ,paris.
- 180- Osama Abdulkareem Abdurrahman Rashed.(2012),**Effect of diabetes Education Program on Type 2Diabetec Patientes in Tulkarm Directorate of Health**, This Thesis Submitted in Partial Fulfilment of the Requirements for the Degree of Master in Public Health, Faculty of Graduate Studies, An-Najah National University, Nablus, Palestine.
- 181- Pascale Touzalin–chietien.(2009),**étude des liens entre les systèmes visuel et proprioceptif "approche électro physiologique et comportementale chez le sujet sain et le patient amputé du membre supérieur"**,thèse présenté pour obtenir le grade de docteur de l'université de Strasbourg.
- 182- Patrick Vexiau.(2006),**Prévenir les complication du diabète**, les Assureurs s'engagent dans la prévention, Assureurs prévention santé, Paris.

- 183- PEDICURE.(2007),**Séances de prévention des lésions des pieds chez le patient diabétique**,Service évaluation des actes professionnels: Haute Autorité de santé France.
- 184- Report to the Congress:**New Approaches in Medica**r. (2004),**Information technology in health care MEDPAC,USA.**
- 185- Roberto Anichini, Franco Zecchini, Ivano Cerretini,Giuseppe Meucci, Daniela Fusilli, Lorenzo Alviggi, Giuseppe Seghieri, Alessandra De Bellis.(2007),**Improvement of diabetic foot care after the Implementation of the International Consensus on the Diabetic Foot (ICDF):Results of a 5-year prospective study,Diabetic foot; Implementation; International Consensus on the Diabetic Foot;Amputation**,Diabetes Research and Clinical Practice 75 (2007) 153–158, Pistoia,Italy.
- 186- Robert Martinus, Rod Corban,Henning Wackerhage, Steve Atkins,And Jaipaul Singh.(2006),**Effect of Psychological Intervention on Exercise Adherence in Type 2 Diabetic Subjects**, New York Academy of Sciences, USA.
- 187- Rose Marie Hamladji. (1990),**Précis de Sémiologie**,Office de publication universitaires place central de Ben Aknoun, Alger.
- 188- Samira H. Habib,Salima Akter, Soma Saha, Fahmida B.Mesbah, Mosaraf Hossain, Liaquat Ali.(2010),**Cost-effectiveness analysis of medical intervention in patients with early detected of Diabetic Nephropathy in a tertiary care hospital in Bangladesh, Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research &Reviews, Health Economics Unit, Diabetic Association of Bangladesh**,122 Kazi Nazrul Islam Avenue, Dhaka 1000, Bangladesh.
- 189- Société Suisse de Nutrition,(2011).**alimentation et diabète de type2**,ssn Société Suisse de Nutrition, Suisse.

- 190- Susmita Chatterjee, Arthorn Riewpaiboon, Piyanuch Piyauthakit, Wachara Riewpaiboon.(2011),**Cost of informal Care for diabetic patients in Thailand**,/Primary car diabetes 5 (2011) 109–115,Thailand.
- 191- UN cadre d'analyse des résultats pour la santé.(2008),**études de cas sur le diabète et la dépression**,Institut canadien d'information sur la santé,Canada.
- 192- Un guide pratique de Coloplast.(2012),**Ulcères du pied diabétique–prévention et traitement**, Biatain_Diabetic-foot-ulcers_Quickguide_French.indd 1 .
- 193- V. Fatturssso,O.Ritter.(1995),**Vadémécum clinique du diagnostic an traitement**,14 édition, Masson Milan Barcelone,paris.
- 194- V.Fatturssso,O.Ritter.(2006),**Vadémécum clinique du diagnostic an traitement**,14 édition, Masson Milan Barcelone, paris.
- 195- WH Van Houtum.(2005),**Les aspects clés des soins suite a l'amputation d'un membre inférieur**,volume 50,Diabètes Voice.
- 196- Yves Morin et al.(2006),Larousse médical,4eme édition, impression grafica editoriale printing,Bologne,Italie.

الملاحق

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أبو القاسم سعد الله "بوزريعة 2"

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علوم التربية

استبانة

"واقع الخدمات الصحية والنفسية المقدمة لمرضى السكري

دراسة ميدانية في بعض مستشفيات "

تعليمية :

أرجو قراءة كل فقرة والإجابة عليها بوضع الإشارة (X) في المكان الذي تراه مناسباً لك مع العلم بأنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة. وستحاط النتائج بالسرية التامة ولا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط .

بيانات أولية :

مريض

ممرض

طبيب عام

طبيب مختص

أنثى

ذكر

الجنس :

أولاً : "محور الصحة العامة "

الرقم	العبارات	دائماً	أحياناً	أبداً
1	القيام بفحص طبي لصالح مريض السكري بانتظام وبشكل دوري من قبل الطبيب المختص في أمراض الغدد والسكري على مستوى المستشفى .			
2	إعطاء شرح كافي ومبسط للمريض السكري بخصوص نوعية المرض الذي يعاني منه .			
3	إجراء فحص طبي شامل للمريض السكري من قبل طبيب عام في المستشفى.			
4	تقديم شرح مفصل للمريض عن كيفية استعمال أدوية مرض السكري .			
5	مراقبة سكر الدم للمريض الصائم "DOSAGE" بشكل دوري على مستوى المستشفى والمراكز التابعة له.			
6	فحص وزن المريض بانتظام خلال كل زيارة للطبيب المعالج.			
7	قياس الضغط الدموي للمريض بشكل منتظم خلال كل زيارة للطبيب المعالج.			
8	فحص نسبة الكوليسترول "CHOLESTEROL" و"LDL" في الدم للمريض وعلى مستوى المستشفى كل ثلاثة أشهر.			
9	فحص نسبة الدهون "TRIGLYCERIDE" في الدم للمريض وعلى مستوى المستشفى كل ثلاثة أشهر.			
10	فحص سكر خضاب الدم "HBA1C" بشكل منتظم وخلال كل ثلاثة أشهر.			
11	القيام بتحليل البول للبحث عن الألبومين المجهرية "MICROALBUMINE URIE" كل ستة أشهر .			
12	فحص فم وأسنان مريض السكري كل ستة أشهر .			
13	إجراء فحص مدقق لكليتي المريض بشكل منتظم ودوري كل ستة أشهر .			
14	فحص رسم تخطيط القلب ECG لمريض السكري كل ستة أشهر .			
15	إجراء فحص مدقق للبصر وشبكية العين "FOND DE L'OEIL" لمريض السكري من قبل طبيب العيون كل ستة أشهر.			
16	تنبيه الطبيب المعالج مريض السكري بضرورة الابتعاد نهائياً عن التدخين .			

ثانياً: "محور خدمات الصحة النفسية "

الرقم	العبارات	دائماً	أحياناً	أبداً
1	وجود مختص نفسي على مستوى المستشفيات يقدم خدمات نفسية للمريض السكري أثناء تواجده بالمستشفى.			
2	إجراء جلسات الإرشاد النفسي للمريض السكري بانتظام على مستوى المراكز والمصالح الملحقة بالمستشفيات .			
3	تقديم تدريبات نفسية لضبط القلق والتغلب على ضغوط الحياة التي تواجه مريض السكري.			
4	تقديم جلسات الإرشاد الديني الروحي لمرضى السكري على مستوى مراكز تابعة للمستشفيات .			
5	تقديم جلسات نفسية لعلاج الاكتئاب الناتج عن مرض السكري .			
6	تقديم خدمات نفسية خاصة بالتوافق النفسي للمريض .			

ثالثاً: "محور خدمات النشاط الرياضي "

الرقم	العبارات	دائماً	أحياناً	أبداً
1	توجيه المريض إلى ضرورة ممارسة النشاط الرياضي			
2	توفير برامج رياضية تدريبية خاصة بمرضى السكري على مستوى مراكز صحية رياضية تابعة للمستشفيات.			
3	ممارسة مرضى السكري للنشاط الرياضي تحت إشراف طبي.			
4	تلقي المريض تدريبات رياضية على مستوى مراكز صحية رياضية تابعة للمستشفيات .			
5	مراقبة وزن المريض بشكل منتظم مع ممارسة الرياضة			
6	قياس نسبة السكر في الدم للمريض بانتظام بعد كل ممارسة للنشاط الرياضي.			
7	ممارسة مريض السكري الرياضة الخاضع لها مرتين في الأسبوع على الأقل .			
8	قياس نسبة الكوليسترول "CHOLESTEROL" و"LDL" بعد ممارسة الرياضة بفترة .			
9	مراقبة ضغط دم المريض بعد ممارسة النشاط الرياضي.			
10	تدريب مريض السكري على تمرينات خاصة بالأقدامين .			
11	إجراء فحص التخطيط القلبي للمريض بعد ممارسته للنشاط الرياضي بعد مدة .			

رابعاً: "خدمات التغذية الصحية "

الرقم	العبارات	دائماً	أحياناً	أبداً
1	وجود أخصائي تغذية على مستوى المستشفيات والمراكز الصحية لقيامه بمتابعة غذاء مريض السكري			
2	متابعة أخصائي تغذية مريض السكري على مستوى المراكز الصحية التابعة للمستشفيات.			
3	تقديم الطبيب المعالج حمية غذائية خاصة بمريض السكري.			
4	ضبط غذاء مريض السكري مع نسبة السكر في الدم .			
5	تكييف غذاء مريض السكري على حسب الجهد المبذول من طرف المريض.			
6	تكييف غذاء مريض السكري مع النشاطات الرياضية التي يمارسها المريض.			
7	تقديم دورات تدريبية لمريض السكري عن الوجبات الغذائية والغذاء الصحي المناسب له .			
8	مراجعة الأكل الصحي الموجه لمريض السكري مرة في العام على الأقل من قبل أخصائي التغذية.			

خامساً: "محور الخدمات الاجتماعية "

الرقم	العبارات	دائماً	أحياناً	أبداً
1	إشراك أسرة مريض السكري في العملية العلاجية .			
2	استفادة المريض من مجانية الأدوية بصفة عامة .			
3	تقديم أيام دراسية لفائدة مرضى السكري من قبل جمعيات السكري.			
4	تلقي المريض كل الخدمات الصحية من قبل المؤسسات الاجتماعية.			
5	تقديم رحلات ترفيهية لفئة مرضى السكري من طرف جمعيات السكري.			
6	إجراء الفحص الطبي مجاناً للمريض من قبل الطبيب المختص بالمؤسسات الاستشفائية .			
7	يتلقى مريض السكري كل التحاليل الطبية مجاناً على مستوى المستشفيات والمراكز الصحية التابعة لها.			
10	إجراء فحوص الأشعة مجاناً للمريض على مستوى المستشفيات والمراكز الصحية التابعة لها .			
11	تكييف عمل مريض السكري في المؤسسة التي يعمل بها على حسب قدراته.			

سادسا : "محور خدمات قدم مريض السكري"

الرقم	العبارات	دائما	احيانا	ابدا
1	إشراف طبيب مختص في قدم السكري على رعاية قدم مريض السكري.			
2	إشراف طبيب عام متدرب على العناية بقدم السكري على رعاية قدم المريض .			
3	إعطاء المريض نصائح وشروح من قبل المختصين في كيفية العناية اليومية بقدميه .			
4	تلقي المريض تدريبات على كيفية فحص قدميه بنفسه يوميا.			
5	إعطاء شروح للمريض على كيفية استعمال الدهانات والبودرة لقدمي مريض السكري .			
6	تدريب مريض السكري على كيفية تدليك قدميه يوميا .			
7	إعطاء شروح بواسطة الفيديو عن المخاطر والمضاعفات التي قد تواجه مريض السكري من جراء إهماله لقدميه .			
8	التحاق المريض بالمصالح الطبية والمراكز التي تعنى بمرض السكري بمجرد رؤيته أي تغير على مستوى قدميه.			
9	تقديم عناية خاصة بجروح مريض السكري على مستوى المراكز الطبية والمستشفيات.			
10	إعطاء الطبيب المعالج تعليمات للمريض حول نوعية الحذاء الذي يرتديه المريض.			
11	يفحص الطبيب المعالج بشكل دوري ومنتظم قدمي مريض السكري .			
12	إعطاء رسومات توضيحية لتعليم مريض السكري فيما يخص نوعية القروح والجروح التي تخص القدم .			

المخطط المقترح لاستراتيجيات تفعيل الرعاية الصحية والنفسية للوقاية من البتر المكتسب لدى مرضى السكري.

مدّة الاستراتيجيات:

تم تدريب مرضى السكري (أعضاء المجموعة التجريبية) على استراتيجيات تفعيل الرعاية الصحية والنفسية من خلال تطبيق إجراءات تطبيقاتها والتي تهدف إلى تحسين الرعاية الصحية والنفسية للوقاية من البتر المكتسب لديهم على مدى زمني امتد إلى (14) أسبوعاً بواقع أربع جلسات أسبوعياً تتراوح مدة الجلسة من (45 – 60) دقيقة حسب محتوى الجلسات، ولقد تم تطبيق الاستراتيجيات وفق أربع مراحل كما سبقت الإشارة إلى تلك المراحل والجلسات المكونة لها.

التخطيط العام للاستراتيجيات:

ويتضمن عرضاً لـ 4 وحدات الإستراتيجيات وعدد الجلسات وزمنها وأهداف الوحدة، والأساليب والفنيات المستخدمة والنتائج المتوقعة من الجلسات.

الوحدة	عدد الجلسات والزمن ونوعية الجلسة	أهداف الوحدة	الأساليب والأبطة والفنيات المستخدمة	النتائج المتوقعة من الجلسات
المرحلة الأولى: المرحلة التمهيديّة	4 جلسات مدة الجلسة (45) دقيقة	§ التعرف بين الباحثة وفريق التربية الخاصة المتكون من – طبيب عام متدرب على علاج مرضى السكري، مختص في العلوم الشرعية والدينية، مختص في الرياضة له خبرة في تدريب مرضى السكري، مختص في التنقيف السكري ورئيس جمعية خاصة بالسكري ممرضة "الباحثة". § بعد الاتفاق مع الفريق تم تعيين مجموعة تجريبية والتعرف عليها ثم عرضها على فريق العمل كل حسب تخصصه.	§ المقابلة مع فريق العمل كل حسب تخصصه . § المقابلة المباشرة مع المرضى. § المحاضرة والحوار الجماعي. § وضع بطاقة فنية لكل فرد من أفراد العينة تشمل المعلومات الأولية : (الاسم اللقب، رقم الهاتف، مكان الإقامة، السن، نوع السكري نوع الدواء المتناول من طرف المريض، المهنة، أمراض أخرى يعاني منها المريض)، كما تشمل هذه	§ معرفة المشاركين الهدف من الإستراتيجيات. § حضور جلسات الاستراتيجيات بانتظام. § الالتزام بقواعد الجلسات. § الالتزام بتنفيذ مختلف الاستراتيجيات المقترحة على المرضى. § معرفة المشاركين لأهمية الوقاية من

الوحدة	عدد الجلسات والزمن ونوعية الجلسة	أهداف الوحدة	الأساليب والأنشطة والفنيات المستخدمة	النتائج المتوقعة من الجلسات
		§ زرع الثقة بين الباحثة وعينة الدراسة وفريق العمل. § تحقيق نظرة عامّة عن محاور الإستراتيجية بصورة مبسّطة. § تأسيس قواعد العمل للمشاركين أثناء الجلسات: (السرية، والتعاون، الحث على الالتزام بحضور مختلف الجلسات بانتظام، التدريب بجدية وتكرار كل مايرد في الجلسات في الحياة اليومية...الخ).	البطاقة متابعة لمختلف الجلسات الرياضية، النفسية، والصحة العامة والغذاء، ورعاية القدم وكذا عدد هذه الجلسات.	المضاعفات بالنسبة لمرضهم. § معرفة الحالة الصحية لكل مريض قبل البدء في تطبيق مختلف الاستراتيجيات.

المرحلة الثانية: الإعداد والتحضير

الوحدة الأولى : مرض السكري	مدة الجلسة ثلاث جلسات كل جلسة تقدر ب(45) دقيقة جلسة الصحة العامة	§ تقديم ملخص عن السكري يتضمن: § التعرف على مرض السكري، معرفة كل فرد من أفراد العينة نوع السكري المصاب به بشكل مفصل وأين يكمن الخلل، أعراضه، مضاعفاته وسبل الوقاية منها أي "كيفية الوقاية من المضاعفات". § جلسة تطبيقية عن الأماكن التي يتم فيها حقن الأنسولين. § إعطاء معلومات للمشاركين عن طبيعة وهدف المعالجة.	§ صور ورسومات خاصة بمضاعفات مرض السكري خاصة مضاعفات القدم. § المحاضرة والحوار. § حاسب آلي - عرض power point § التعرف على القاعة الرياضية التي سيتم فيها ممارسة النشاط الرياضي. § تحديد مكان وزمان وعدد جلسات النشاط الرياضي خلال الأسبوع. § التعرف على الوسائل	§ يتعرف المشاركون عن مرض السكري وأنواعه ومضاعفاته. § يتعرف المشاركون على أهمية التدابير الوقائية للحد من مضاعفات السكري. § يتعرف المشاركون على كيفية تطبيق هذه التدابير. § المحافظة على حيوية أماكن حقن
----------------------------	---	--	--	---

الوحدة	عدد الجلسات والزمن ونوعية الجلسة	أهداف الوحدة	الأساليب والأنشطة والفنيات المستخدمة	النتائج المتوقعة من الجلسات
		§ إجراء فحص طبي لكل فرد من أفراد العينة. § إجراء فحص تقييمي للحالة الصحية للمرضى تشمل ما يلي: (معرفة نسبة السكر في الدم لكل مريض، الضغط الدموي، نسبة الكوليستيرول وثلاثي الغليسيريدي في الدم. § إجراء فحص التخطيط القلبي "ECG" لمعرفة مدى إمكانية الفرد القيام بالتمارين الرياضية. § قياس وزن جسم كل فرد من أفراد العينة.	الرياضية. § تقديم التوجيهات والنصائح فيما يخص الاحتياطات الواجب اتخاذها قبل ممارسة النشاط الرياضي. § جهاز لقياس الضغط الدموي tensiometre § جهاز لقياس نسبة السكر في الدم glycometre § جهاز لقياس وزن الجسم pese personne § إجراء فحص التخطيط القلبي ECG "électroencéphalographie"	الأنسولين في الجسم. § التعرف على طريقة إجراء سحب الدم للقيام بالتحليل اليومي لنسبة سكر الدم. § التأكد من سلامة القلب وإمكانية إجراء التمارين الرياضية. § ضرورة وأهمية التمارين الرياضية لمرضى السكري.

المرحلة الثالثة: مرحلة المعالجة الوقائية

الوحدة الأولى: مرحلة التوجيهات الصحية	ثلاث جلسات مدة الجلسة (45) دقيقة	تعرف المرضى على مختلف التدريبات التي سيخضعون لها. تعرف المرضى على مختلف الأنشطة الرياضية المناسبة لهم. تعرف وتحذير المرضى من المضاعفات الخطيرة لقدم السكري.	حاسب آلي - عرض power poin - التدريب الرياضي باستخدام الوسائل الرياضية - التدريب النفسي باستخدام جلسات العلاج الجماعي - تحضير وجبة غذائية صحية - التدريب على تدليك القدم ونظافتها - قياس سكر الدم قبل وبعد ممارسة الرياضة - قياس ضغط الدم قبل وبعد الممارسة الرياضية .	§ تدريب المشاركين على العناية اليومية بالقدم.
		تعرف المرضى على التدابير الوقائية الواجب اتخاذها حيال القدم.	الممارسة الرياضية .	
		تعريف المرضى بالأحذية المناسبة لهم.	فنيات المستخدمة: الحوار -	

الوحدة	عدد الجلسات والزمن ونوعية الجلسة	أهداف الوحدة	الأساليب والأنشطة والفنيات المستخدمة	النتائج المتوقعة من الجلسات
		تعريف المرضى على القلق والمضاعفات التي قد تنجم عنه في زيادة سكر الدم. تعريف المرضى بالمواد الغذائية المسموحة والممنوعة بالنسبة لهم.	التعزيز - التغذية الراجعة - مقياس ضغط الدم - جهاز قياس سكر الدم	
§ الوحدة الثانية: مرحلة التدريب الرياضي النفسي وتدريب العناية بالقدم	بواقع أربعة عشر جلسة مدة الجلسة تتراوح بين (45) إلى (60) دقيقة.	§ تدريب المشاركين على مختلف الاستراتيجيات (الرياضية، النفسية، الغذاء الصحي، قدم السكري) باستخدام تقنيات خاصة بكل محور. § تدريب المشاركين على نظافة القدم. § تدريب الأفراد على تدليك القدم وكيفية استخدام البودرات والدهانات. § تدريب المشاركين على كيفية تقسيم الوجبات الغذائية وتناول غذاء صحي بما يناسب مرضهم والجهد المبذول من طرفهم. § تزويد المرضى بالدعم الديني والروحي. § تدريب المشاركين على طريقة الاسترخاء من خلال ممارسة الرياضة. § تدريب المرضى على التنفيس	§ حاسب آلي - عرض power point . § اقتناء بدلات رياضية للمشاركين. § التدريب الرياضي باستخدام الوسائل الرياضية. § التدريب النفسي باستخدام جلسات العلاج الجماعي الرياضي. § تحضير وجبة غذائية صحية وضبطها مع كمية سكر الدم ومع النشاط البدني المبذول. § التدريب على تدليك القدم ونظافتها بواسطة مجموعة من الوسائل المستخدمة لذلك. § قياس سكر الدم قبل وبعد ممارسة الرياضة بواسطة جهاز لقياس سكر الدم ذو استعماله فردي. § قياس ضغط الدم قبل وبعد الممارسة الرياضية بواسطة	§ تدريب المشاركين على العناية اليومية بالقدم. § إنقاص وزن المرضى أو محاولة الحفاظ على الوزن المثالي لهم. § ضبط نسبة السكر في الدم وفقا للنشاط البدني المبذول. § مرونة الدورة الدموية. § تناول غذاء صحي يوميا للمرضى وتعديله وفق النشاط البدني المبذول من قبل الشخص. § التخفيف من بعض الاضطرابات النفسية المصاحبة للسكري. § الترفيه النفسي

الوحدة	عدد الجلسات والزمن ونوعية الجلسة	أهداف الوحدة	الأساليب والأنشطة والفنيات المستخدمة	النتائج المتوقعة من الجلسات
		الانفعالي من خلال ممارسة النشاط الرياضي. § اقتناع المرضى أن ما يعانون منه هو ابتلاء من الله عز وجل.	جهاز خاص لذلك. § مطويات توزع على المرضى تضم: عدد الوجبات ومختلف الأغذية الصحية والسعرات الحرارية. § فنيات المستخدمة: الحوار، مقياس ضغط الدم، جهاز قياس سكر الدم. § ماء وعصائر وسكريات أثناء التدريب الرياضي تحسبا لأي نزول مفاجئ لنسبة سكر الدم أثناء ممارسة الرياضة. § وسائل لنظافة القدم والعناية بها: ماء صابون، بودرات ودهانات ملقط لتعرف على كيفية قص الأظافر دون إحداث جروح، مرآة للفحص اليومي للقدم، كحول. § بالونات لتدريب العضلات الكبيرة التي يحقن فيها الأنسولين. § كرات صغيرة لينة لتدريب وتنشيط الدورة الدموية على مستوى القدم.	بواسطة ممارسة رياضة الاسترخاء. § الرضا بقضاء الله وقدره.
الوحدة الثالثة:	أربع جلسات مدة الجلسة	§ أن يتعرف المشاركون على مضاعفات قدم السكري من	§ حاسب آلي - جهاز عرض البيانات عرض - power	§ معرفة المشاركين لمضاعفات السكري

الوحدة	عدد الجلسات والزمن ونوعية الجلسة	أهداف الوحدة	الأساليب والأنشطة والفنيات المستخدمة	النتائج المتوقعة من الجلسات
مواصلة التدريب على مختلف محاور الإستراتيجيات	(60) دقيقة "جلستين (60) دقيقة نصف ساعة للممارسة الرياضية، ونصف ساعة الآخر للاحتياجات والتدابير قبل ممارسة الرياضة(قيا س سكر الدم، قياس الضغط الدموي) وجلستين (45) دقيقة".	خلال عرض نماذج تعرضت لهذا النوع من المضاعفات. § أن يتجنب المشاركون الممارسات اليومية الخاطئة التي تؤدي إلى المضاعفات الخطيرة. § الاتصال السريع بالعيادات الخاصة والمستشفيات في حالة ظهور العلامات الأولية على مستوى القدم. § تحديد الفوائد التي يكتسبها المرضى من ممارسة الرياضة في ضبط سكر الدم و المحافظة على الوزن ومرونة الدورة الدموية. § تعرف المشاركون على القراءات العادية وغير العادية لبعض التحاليل الطبية الضرورية لمرضهم مثل سكر خضاب الدم التراكمي HbA1c.	Point - عرض شريط فيديو لمرضى مصابين بالمضاعفات - استعمال الوسائل الرياضية. § العمل على تغيير السلوكيات اليومية الخاطئة للوقاية من المضاعفات الخطيرة لقدم السكري. § تبين للمشاركين الفوائد التي يكتسبها الفرد عندما يسيطر على نسبة سكر الدم. § القدرة على ضبط السكر من خلال الكمية المناسبة من الغذاء.	خاصة مضاعفات القدم. § العمل على تغيير السلوكيات اليومية الخاطئة للوقاية من المضاعفات الخطيرة لقدم السكري. § تبين للمشاركين الفوائد التي يكتسبها الفرد عندما يسيطر على نسبة سكر الدم. § القدرة على ضبط السكر من خلال الكمية المناسبة من الغذاء.
الوحدة الرابعة: معرفة نتائج التدريب على محاور الاستراتيجيات	ثلاث جلسات مدة الجلسة (60) دقيقة	معرفة مدى تعديل مستوى السكر في الدم. أن يعرف المشاركون قيمة العناية بالقدم. أن يستطيع المشاركون ضبط سكر الدم، والتغذية السليمة. أن يعرف المشاركون أهمية التمارين الرياضية في حياتهم	جهاز عرض البيانات - جهاز حاسب آلي - عرض power point - الفنيات المستخدمة: الحوار والمناقشة، التغذية الراجعة، جهاز قياس الوزن، جهاز لقياس ضغط الدم، جهاز قياس السكر في الدم، بطاقة	قدرة المشاركين على كيفية ضبط السكر في الدم. تحسين الضغط الدموي وضبطه في المستوى العادي. تقليل الوزن والمحافظة على الوزن

الوحدة	عدد الجلسات والزمن ونوعية الجلسة	أهداف الوحدة	الأساليب والأنشطة والفنيات المستخدمة	النتائج المتوقعة من الجلسات
يات		اليومية.	تقييم الغذاء.	المثالي والابتعاد عن خطر السمنة.
المرحلة الرابعة والختامية: الإنهاء والتقييم				
الوحدة السادسة: تقييمية	مدة هذه المرحلة جلستان مدة كل جلسة (60) دقيقة.	§ راجعة كل ما ورد في محور الصحة العامة لكل فرد من أفراد العينة. § إجراء فحص بيولوجي تقييمي يشمل سكر دم الصائم، نسبة الكوليستيرول في الدم، ثلاثي الجليسيريد في الدم، سكر الهيموغلوبين، فحص الالبومين المجهرى في البول. § كيفية اختيار جوارب مناسبة لمريض السكري. § كيفية اختيار الحذاء المناسب وفقا لمقاسات معينة.	§ بطاقة تقييمية لتسجيل النتائج النهائية لمختلف التدريبات على الإستراتيجيات. § فحص طبي عام لدى أفراد العينة. § قياس ضغط الدم والوزن. § فحص نسبة السكر في الدم. § جوارب مناسبة لأفراد العينة. § أحذية مناسبة لكل فرد حسب مقاس القدم. § الفنيات المستخدمة: محاضرة تقييمية لنتائج المتوصل إليها، مقياس ضغط الدم، مقياس لنسبة السكر في الدم glycomètre - مقياس للوزن. § تعديل نسبة الكوليستيرول وثلاثي الجليسيريد في الدم. § العناية بالقدم	§ تعديل نسبة السكر في الدم لدى المشاركين. § خفض كمية الأنسولين المحقون من قبل المرضى. § المحافظة على الوزن المثالي لدى أفراد العينة. § تعديل الضغط الدموي عند أفراد العينة. § تحسين مستوى الغذاء عند المشاركين. § تحسين الحالة النفسية والتوافق النفسي عند أفراد العينة. § تعديل نسبة الكوليستيرول وثلاثي الجليسيريد في الدم. § العناية بالقدم

الوحدة	عدد الجلسات والزمن ونوعية الجلسة	أهداف الوحدة	الأساليب والأنشطة والفنيّات المستخدمة	النتائج المتوقعة من الجلسات
				وتجنب المخاطر الكبيرة الناتجة عن الإهمال. §تحسين الدورة الدموية على مستوى القدمين. §تجنب المخاطر الناتجة عن دمر يرض السكري على المدى البعيد. §معرفة اقتناء الحذاء المناسب.

الملحق رقم 3

3Hk q̃ 8A p̃ X Tè q̃ G Tè q̃ □ □ q̃ Ö Y B̃ □ □

معلومات أولية:

الاسم:

اللقب:

رقم الهاتف:

نوع السكري:

نوعية الأدوية المستعملة:

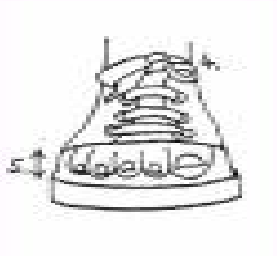
أمراض أخرى:

الإقامة:

جدول متابعة مختلف جلسات الإستراتيجية قبل وبعد التدريب

الجلسة	نوع الجلسة	المتابعة قبل التدريب	المتابعة بعد التدريب	ملاحظات
1	جلسات الصحة العامة .			
2	جلسات التدريب الرياضي.			
3	جلسات التدريب النفسي.			
4	جلسات تدريب على القدم.			
5	جلسات الغذاء الصحي .			

كيف نحدد مقاسات الحذاء؟



تجنب الأحذية الضيقة فلابد من أن يكون الحذاء **أكبر قليلا** من الحجم المعتاد إستعماله حتى لا يسبب إحتكاكات للقدم .

تجنب أيضا الأحذية **الواسعة جدا** التي تسمح للقدم بالحركة داخل الحذاء أثناء المشي .

لا بد أن يكون طول الحذاء **أطول** من القدم بمسافة 2 سم .

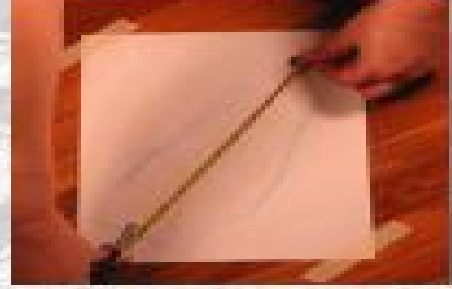
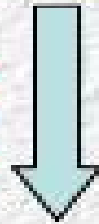


لا بد أن تكون هناك مسافة بين القدم و**جوانب الحذاء** .

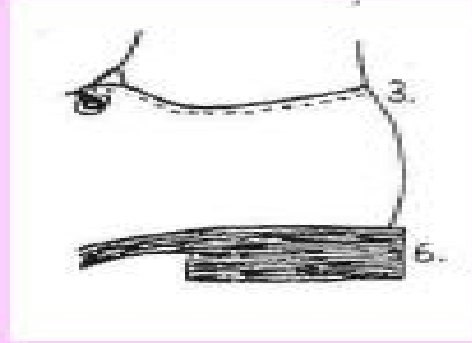
يجب أن يكون الحذاء **عميقا** بحيث لا يلتصق سقف مقعدة الحذاء على القدم . إذا لم تكن تحديد الأصابع أثناء ارتدائك الحذاء فذلك معناه أنه لا يصلح لك .



كيف نحدد مقاسات الحذاء؟



كيف نحدد مقاسات الحذاء؟



لا بد أن يكون **الكعب مطابقا تماما** للحذاء بحيث لا تتحرك القدم لأعلى وأسفل أثناء المشي.
يجب أن تكون حواف ناحية الكعب متينة وعالية لتقوم بالدعم الجيد للكعب .

القاعدة الرابعة لا تنهائون مع حذاءك



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أبو القاسم سعد الله " بوزريعة" 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علوم التربية

مقياس

الصحة الجسمية

تعليمية:

أرجو قراءة كل فقرة والإجابة عليها بوضع الإشارة (X) في المكان الذي تراه مناسبا لك مع العلم بأنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة .
وستحاط النتائج بالسرية التامة ولا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط .

أولاً : محور الصحة العامة

الرقم	الفقرات	دائماً	أحياناً	نادراً
1	أقوم بفحص طبي بانتظام وبشكل دوري عند الطبيب المختص في أمراض الغدد والسكري			
2	افهم جيداً نوعية المرض الذي أعاني منه.			
3	اجري لي فحص طبي شامل من قبل طبيب متدرب على مرض السكري.			
4	اعرف بدقة الأماكن التي يتم فيها حقن الأنسولين .			
5	أقوم بمراقبة سكر الدم الصائم "DOSAGE" بشكل دوري على مستوى المستشفى والمراكز التابعة له.			
6	افحص وزني بانتظام .			
7	أراقب قياس الضغط الدموي الخاص بي بشكل منتظم.			
8	افحص نسبة الكوليسترول "CHOLESTEROL" و "LDL في الدم كل ثلاثة أشهر.			
9	اجري فحص نسبة الدهون "TRIGLYCERIDE" في الدم كل ثلاثة أشهر.			
10	أقوم بإجراء اختبار سكر خضاب الدم "HBA1C" بشكل منتظم وخلال كل ثلاثة أشهر.			
11	اجري اختبار الخاص بتحليل البول للبحث عن الألبومين المجهرى "MICROALBUMINE" URIE كل ستة أشهر.			
12	افحص فمي وأسناني كل ستة أشهر عند طبيب الأسنان.			
13	اجري فحص مدقق لكليتي بشكل منتظم ودوري كل ستة أشهر.			

14	أقوم بفحص رسم تخطيط القلب ECG مرة في العام على الأقل.		
15	اجري فحص مدقق للبصر وشبكية العين "FOND DE L'OEIL" من قبل طبيب العيون كل ستة أشهر.		
16	أدرك ضرورة الابتعاد نهائيا عن التدخين.		
17	احمل معي دائما بطاقة السكري.		
18	احمل معي دائما قطع من السكر كوقاية من الوقوع في غيبوبة السكر.		
19	احمل معي دائما الحقنة الخاصة بهرمون الغلوكاغون.		
20	أنا على دراية بكل المضاعفات التي قد تتجم عن مرضي.		
21	اعرف جيدا مناطق سحب الدم لكي أقوم بتحليل سكر الدم اليومي.		
22	أقوم بتنظيف أسناني يوميا.		
23	أقوم بفحص استعجالي في حالة ملاحظتي أي تغيير على أسناني		
24	أدرك ضرورة الالتحاق بمصلحة الاستعجالات في حالة ارتفاع نسبة السكر في الدم بشكل كبير.		
25	أدرك ضرورة الالتحاق بمصلحة الاستعجالات في حالة انخفاض نسبة السكر في الدم بشكل كبير.		
26	اطلب استشارة طبيبي في حالة وجود أي تغييرات تطرأ على جسمي		
27	اتخذ التدابير الوقائية اللازمة لتجنب أي مضاعفات تكون ناتجة عن مرضي		
28	أقوم بفحص سكر دمي يوميا وثلاث مرات على الأقل		

29	أتجنب قدر الإمكان ارتفاع نسبة السكر في دمي		
30	اتخذ كل الاحتياطات اللازمة لتجنب هبوط السكري لدي		
31	أقوم بفحص سكر البول بنفسني في حالة ارتفاعه في دمي بنسبة 2 ملغ *الليتر		

ثانيا: محور النشاط الرياضي

الرقم	الفقرات	دائما	أحيانا	نادرا
1	أدرك ضرورة ممارسة النشاط الرياضي بالنسبة لي			
2	أقيس نسبة السكر في دمي بانتظام قبل ممارستي للنشاط الرياضي.			
3	أمارس النشاط الرياضي بإشراف متخصصين.			
4	أتلقي تدريبات رياضية في قاعة خاصة بالرياضة.			
5	أراقب وزني بشكل منتظم مع ممارسة الرياضة			
6	أقيس نسبة السكر في دمي بانتظام بعد كل ممارسة للنشاط الرياضي.			
7	أمارس الرياضة الخاصة بي مرتين في الأسبوع على الأقل.			
8	قياس نسبة الكوليسترول "CHOLESTEROL" و "LDL" بعد ممارسة الرياضة بفترة.			
9	اخضع لمراقبة ضغط دمي بعد ممارستي كل نشاط رياضي.			
10	اخضع لتدريبات رياضية خاصة بقدمي.			
11	أجريت لي فحص التخطيط القلبي قبل ممارستي للنشاط الرياضي.			
12	اعلم أن ممارسة الرياضة بالنسبة لي ضمن الخطة العلاجية.			

13	أمارس رياضة المشي يوميا نصف ساعة على الأقل .		
14	نسبة السكر في دمي انخفضت بعد ممارستي للنشاط الرياضي.		
15	أحس بتحسن في الدورة الدموية بعد ممارستي للنشاط الرياضي.		
16	اعرف أنواع الرياضات المناسبة لي.		
17	اتخذ التدابير اللازمة قبل ممارستي لأي نشاط رياضي .		
18	أنوع بين الرياضة الهوائية واللاهوائية المناسبة لي		
19	ضغط دمي متوازن وبشكل طبيعي مع المداومة على ممارستي للنشاط الرياضي		
20	سكر دمي متزن بعد ممارستي لكل رياضة		
21	أحاول الحفاظ على وزن مثالي من خلال ممارستي النشاط الرياضي		
22	كمية الأنسولين الخاضع لها انخفضت بعد ممارستي للنشاط الرياضي		
23	أضع كريم على قدمي قبل البدء في ممارسة الرياضة		

ثالثا: محور الغذاء الصحي

الرقم	الفقرات	دائما	أحيانا	نادرا
1	ابتعد عن تناول الأغذية التي تؤدي إلى رفع نسبة السكر في الدم			
2	أتابع كل ما هو جديد عن أغذية رياض السكري.			
3	قدم لي الطبيب المعالج حمية غذائية خاصة بي			
4	غذائي مكيف وفقا للجهد الذي ابذله			

5	نظام غذائي مكيف وفقا للنشاطات الرياضية التي أمارسها		
6	خضعت لدورات تدريبية عن الوجبات الغذائية والغذاء الصحي المناسب لي.		
7	أراجع غذائي الصحي بشكل دوري ومنتظم.		
8	أصبح سكر الدم عندي منتظم بعد إتباعي للحمية الغذائية		
9	اتبعت المخطط الذي منح لي لتسيير النظام الغذائي الخاص بي		
10	أوازن بين نوعية غذائي ونسبة السكر في دمي		
11	أخذ نسبة السكريات الغذائية حسب كمية الأنسولين التي أخضع لها		
12	أدرك أن الغذاء هو ضمن الخطة العلاجية الخاصة بمرضي		

رابعاً: محور رعاية قدم السكري

الرقم	الفقرات	دائماً	أحياناً	نادراً
1	أتجنب المشي في الأماكن الغير مستوية.			
2	فحصت قدمي تحت إشراف طبيب عام متدرب على العناية بقدم السكري.			
3	أعرف كل ما يتعلق عن كيفية العناية اليومية بالقدم.			
4	تلقيت تدريبات على كيفية فحص قدمي بنفسي يومياً.			
5	أعطيت لي شروح على كيفية استعمال الدهانات والبودرة لقدمي.			
6	أقوم بتدليك قدمي يومياً.			

7	قدمت لي شروح بواسطة الفيديو عن المخاطر والمضاعفات في حالة إهمال العناية بالقدم.		
8	التحق بالمصالح والمراكز الطبية بمجرد رؤيتي أي تغير على مستوى قدمي.		
9	أتجنب قدر الإمكان الأشياء التي تسبب لي جروح على مستوى قدمي.		
10	اعرف كيفية انتقاء الحذاء الذي ارتديه.		
11	اطلب الفحص بشكل دوري ومنتظم لقدمي من طرف الطبيب المعالج.		
12	منحت لي رسومات توضيحية فيما يخص نوعية القروح والجروح التي تخص القدم.		
13	أقوم بغسل قدمي يوميا بالماء الفاتر والصابون .		
14	أتحقق من الماء الساخن بواسطة مرفقي قبل أن أباشر بغسل قدمي.		
15	أقوم بتنشيف قدمي بطريقة علمية وصحيحة.		
16	أقوم بفحص قدمي بشكل يومي بعد غسلهما .		
17	أتجنب لبس الجوارب المصنوعة من خيوط النايلون .		
18	أحرص على لبس الجوارب المصنوعة من خيوط القطن.		
19	أحاول أن أبقى جلد قدمي جافا خاصة بين وتحت أصابع القدم.		
20	أحرص على تقليل اضافر قدمي بشكل يسمح بالمحافظة على سلامة الجلد الذي يغطي الظفر.		
21	أتجنب المشي حافيا في كل الأحوال.		
22	أقوم بفحص الحذاء قبل انتعاله.		
23	أبعد قدمي عن أي مصدر حرارة.		

			أحرص على انتقاء حذاء يكون مرناً وخفيف الوزن	24
			أنتقي حذاءً على مقياس قدمي بحيث يكون مريحاً وواسعاً بشكل كافٍ	25
			أدلك قدمي بشكل خفيف مع قليل من الكريمات	26
			أختار بعناية الجوارب التي تناسبني.	27
			أُسجل يومياً ملاحظات على قدمي على مستوى بطاقة العناية اليومية.	28

قائمة المحكمين

قائمة بأسماء السادة المحكمين لمقياس الصحة الجسمية والنفسية والاستراتيجيات المقترحة¹

الاسم	الوظيفة وموقع العمل	الأداة المحكمة
1	برزاخ خلدون	أستاذ دكتور (طبيب) مختص في الأعصاب بمستشفى ولاية جيجل الجزائر.
2	بشيرى نادية	طبيبة عام لديه خبرة في علاج مرضى السكري عيادة الجامعة بولاية المسيلة الجزائر.
3	بونويقة نصيرة	أستاذ محاضر (أ) تخصص علم الاجتماع الطبي بجامعة محمد بوضياف ولاية المسيلة.
4	حمراوي محمد	طبيب عام في عيادة تابعة لمستشفى الزهراوي بولاية المسيلة الجزائر.
5	خوجة عبد العزيز	طبيب عام متدرب ولديه خبرة في علاج مرضى السكري يعمل في عيادة خاصة بولاية المسيلة الجزائر.
6	رضا إبراهيم محمد الأشرم	أستاذ محاضر (أ) تخصص صحة نفسية بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالمملكة العربية السعودية.
7	عباس عبد المالك	أستاذ دكتور تخصص أمراض العظام والروماتيزم بجامعة الجزائر سابقا له عيادة خاصة بولاية المسيلة.

¹ تتوجه الباحثة بالشكر الجزيل لجميع الأساتذة المحكمين من أطباء خاصين وأطباء عامين وأساتذة.

8	عبد الباسط عباس محمد أبو الحسن	أستاذ دكتور تخصص التربية الخاصة جامعة القاهرة.	الإستراتيجيات ومقياس الصحة النفسية.
9	عبد السلام هدى	طبيبة عامة في عيادة الجامعة بولاية المسيلة الجزائر.	الإستراتيجيات ومقياس الصحة الجسمية.
10	عمر التلاوي	طبيب متخصص في التخدير والإنعاش في مستشفى الأمل بمدينة الريحانية تركيا.	الإستراتيجيات ومقياس الصحة الجسمية.
11	محمد سامي ملحم	أستاذ التعليم العالي تخصص علم النفس التربوي بجامعة عمان الأردن.	الإستراتيجيات بالإضافة إلى مقياس الصحة النفسية.
12	المنجي بن حمودة	طبيب عام لديه خبرة في علاج مرضى السكري عيادة خاصة بولاية جربة ميدون تونس.	الإستراتيجيات ومقياس الصحة الجسمية.

ملحوظة: تم ترتيب أسماء السادة المحكمين ترتيبا هجائيا

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أبو القاسم سعد الله "بوزريعة" 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علوم التربية

مقياس

الصحة النفسية

تعليمية:

أرجو قراءة كل فقرة والإجابة عليها بوضع الإشارة (X) في المكان الذي تراه مناسباً لك مع العلم بأنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة .
وستحاط النتائج بالسرية التامة ولا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط .

الرقم	الفقرات	تنطبق	أحيانا	لا تنطبق
1	أحس بالارتياح أثناء ممارستي الرياضة مع رفائي.			
2	عضلاتي تتشنج.			
3	أحس أن مزاجي تغير بعد ممارستي للنشاط الرياضي.			
4	اشعر بالوحدة.			
5	أصبحت أكثر ضبطا لنفسي عند القلق .			
6	اعرف أنني بعيد عن المضاعفات الناتجة عن مرضي كلما حافظت على توازني النفسي.			
7	اشعر بالارتياح بعد أن تلقيت دروس في الدعم الديني.			
8	الصداع المستمر.			
9	يسهل استشارتي بسهولة.			
10	أتعايش مع مرضي بصفة عادية.			
11	ينتابني غثيان واضطرابات في المعدة.			
12	أشعر بالارتياح بعد ممارستي رياضة الاسترخاء.			
13	صعوبة التنفس.			
14	السخونة والبرودة في جسمي.			
15	الخدر والنمنمة في الجسم.			
16	الشعور بالثقل باليدين والرجلين .			
17	كل شيء يحتاج إلى مجهود كبير.			
18	اعلم أن الله سيجازيني على صبري.			
19	اشعر بالضيق عند تواجد الآخرين ومراقبتهم لي.			
20	مقارنة بالآخرين اشعر بانني اقل قيمة منهم.			
21	الشعور بان الآخرين لا يفهمونني.			
22	الخجل وصعوبة التعامل مع الآخرين.			
23	الألم في الصدر والقلب.			
24	اشعر بالارتجاف.			
25	الخوف فجأة وبدون سبب محدد.			
26	الشعور بالخوف.			
27	زيادة ضربات القلب.			
28	اشعر بالتوتر.			
29	اشعر بحالات من الخوف والتعب.			
30	اشعر بانني غير مهم.			
31	اشعر بان أشياء سيئة سوف تحدث لي.			
32	توجد عندي تخیلات وأفكار غريبة.			

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أبو القاسم سعد الله "بوزريعة" 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علوم التربية

مقياس

مقياس العناية الذاتية لمرضى السكري

التعليمات :

تهدف العبارات التالية إلى الاستفسار عن أنشطة العناية الذاتية التي يقوم بها مريض السكري للعناية بنفسه خلال الأسبوع الماضي – لمدة 7 أيام . - إذا كنت عانيت من المرض في تلك الفترة ،نرجو أن تعود بذاكرتك لسبعة أيام مضت لم تعان فيها من المرض ومن ثما تجيب عن الأسئلة بكل صدق ودقة ،علما بان إجابتك ستعامل بمنتهى السرية.

- اتبعت النظام الغذائي الموصى به خلال السبعة أيام الماضية.

1/ دائما 2/ كثيرا 3/ باعتدال 4/ قليلا 5/ ابدا

- نجحت في تحديد كمية السعرات الحرارية كما هو موصى له في النظام الغذائي

المناسب لمرضى السكري وذلك خلال الأسبوع الماضي بنسبة:

1/ 0% (لاشيء) . 2/ 25% . 3/ 50% . 4/ 75% . 5/ 100% (كل شيء)

- كانت نسبة الوجبات التي تحتوي على الألياف مثل الفاكهة الطازجة والخضراوات

الطازجة والخبز كامل المحتوى والفاصوليا والبازلاء المجففة والنخالة خلال الأسبوع

الماضي تساوي:

1/ 0% (لاشيء) . 2/ 25% . 3/ 50% . 4/ 75% . 5/ 100% (كل شيء)

- كانت الوجبات التي تحتوي على الأطعمة ذات النسبة العالية من الدهون مثل الزبدة

والبوظة والزيت والمكسرات والمايونيز والافوكادو والأطعمة المقلية والمقبلات التي

تضاف للسلطة واللحوم ذات الدهن والجلد خلال الأسبوع الماضي بنسبة:

1/ 0% (لاشيء) . 2/ 25% . 3/ 50% . 4/ 75% . 5/ 100% (كل شيء)

- كانت الوجبات التي تحتوي على الحلوى مثل الفطائر والكيك والجلي والمشروبات الغازية

والبسكويت خلال الأسبوع الماضي بمسبة:

1/ 0% (لاشيء) . 2/ 25% . 3/ 50% . 4/ 75% . 5/ 100% (كل شيء)

- شاركت في تمرين بدني بزمان لا يقل عن 20 دقيقة في الأيام السبعة الماضية ولمدة:

1 /ولا يوم 2 / 1 يوم 3 / 2 يوم 4 / 3 أيام 5 / 4 أيام 6 / 5 أيام

7 / 6 أيام 8 / 7 أيام

- تمرنت بدنيا حسب اقتراحات طبيبي – مثلا، إذا كان الطبيب قد أوصى ب 30 دقيقة

من التمارين_ خلال السبعة أيام الماضية بنسبة:

1/ 0% (لاشيء) . 2/ 25% . 3/ 50% . 4/ 75% . 5/ 100% (كل شيء)

- شاركت في حصة التمرين البدني فيما عدا ما أقوم به عادة في البيت أو كجزء من عملي خلال الأيام السبعة الماضية ولمدة:
1/ ولا يوم 2 / 3 يوم 4 / 3 أيام 5 / 4 أيام 6 / 5 أيام 7 / 6 أيام .
- قمت بفحص نسبة الجلوكوز " السكر في الدم " خلال الأسبوع الماضي " التي لم أعان فيها من المرض: "
1/ كل يوم 2/ معظم الأيام 3/ بعض الأيام 4/ ولا يوم
- خلال السبعة أيام الماضية " التي لم أعان فيها من المرض " ، نسبة فحوصات الجلوكوز "السكر في الدم والبول" التي قمت فعلا بإجرائها والتي كان قد أوصى بها طبيبي بنسبة :
1 / 0% (لا شيء) . 2 / 25% . 3 / 50% . 4 / 75% 5 / 100% (كل شيء)
- أخذت من جرعات الأنسولين الموصى بها خلال السبعة أيام الماضية:
1/ كلها 2/ معظمها 3/ بعضها 4/ ولا واحدة منها 5/ لا أستخدم أنسولين
- أخذت من الحبوب الموصى بها لمعالجة مرض السكري خلال السبعة أيام الماضية:
1/ كلها 2/ معظمها 3/ بعضها 4/ ولا واحدة منها 5/ لا أستخدم الحبوب لعلاج مرض السكري

الشهر	اليوم	الساعة	نسبة سكر الدم	نسبة سكر البول	تحاليل عامة	رعاية القدم اليومية	ملاحظات

بطاقة المراقبة اليومية الذاتية

Č' YHǝ X Tèg G Tèkai **g' Ő Bă**

معلومات أولية:

الاسم:

اللقب:

رقم الهاتف:

الإقامة:

نوع السكري:

نوعية الأدوية المستعملة:

أمراض أخرى:

جدول متابعة مختلف جلسات الإستراتيجية قبل وبعد التدريب

الجلسة	نوع النشاط	المتابعة قبل التدريب	المتابعة بعد التدريب	ملاحظات
1				
2				
3				
4				
5				

الملحق رقم 11

يمثل نتائج الصحة العامة الموجهة لمرضى السكري.

بواسطة التكرارات والنسب المئوية والرتب في مستوى خدمات الصحة العامة.

الرقم	العبارة	التكرارات	النسبة المئوية	الترتيب
01	القيام بفحص طبي لصالح مريض السكري بانتظام وبشكل دوري من قبل الطبيب المختص في أمراض السكري على مستوى المستشفى	36	60 %	2
02	إعطاء شرح كافٍ ومبسط للمريض السكري بخصوص نوعية المرض الذي يعاني منه	32	53.33 %	4
03	إجراء فحص طبي شامل للمريض السكري من قبل طبيب عام في المستشفى	33	55 %	3
04	تقديم شرح مفصل للمريض عن كيفية استعمال أدوية مرض السكري	38	63.33 %	1
05	مراقبة سكر الدم للمريض الصائم dosage بشكل دوري على مستوى المستشفى والمراكز التابعة له	29	48.33 %	8
06	فحص وزن المريض بانتظام خلال كل زيارة للطبيب المعالج	31	51.66 %	6
07	قياس الضغط الدموي للمريض بشكل منتظم وخلال كل زيارة للطبيب المعالج	32	53.33 %	5
08	فحص نسبة الكوليستيرول CHOLESTEROL ET LDL في الدم للمريض في المستشفى كل ثلاثة أشهر	22	36.66 %	15
09	فحص نسبة TRIGLYCERIDE في الدم للمريض وعلى مستوى المستشفى كل ثلاثة أشهر	23	38.33 %	14
10	فحص سكر خضاب الدم HBA1C بشكل منتظم وخلال كل ثلاثة أشهر على مستوى المستشفى	28	46.66 %	9

10	%43.33	26	القيام بتحليل البول للبحث عن ألبومين المجهرى MICROALBUMINE URIE كل ستة أشهر	11
16	%36.66	22	فحص فم و أسنان مريض السكري كل ستة أشهر	12
11	%43.33	26	إجراء فحص مدقق لكليتي المريض شكل منتظم ودور ي كل ستة أشهر	13
13	%40	24	فحص رسم تخطيط القلب ECG لمريض السكري كل ستة أشهر	14
12	%43.33	26	إجراء فحص مدقق للبصر وشبكة العين FOND DE L'OEIL لمريض السكري من قبل طبيب العيون كل ستة أشهر	15
7	%50	30	تنبيه الطبيب المعالج مريض السكري بضرورة الابتعاد نهائيا عن التدخين	16
%47.70		458	البعد كله	

الملحق رقم 12

يمثل نتائج النشاط الرياضي الموجهة لمرضى السكري.

بواسطة التكرارات والنسب المئوية والرتب في بعد خدمات النشاط الرياضي

الرقم	العبارة	التكرارات	النسب المئوية	الترتيب
01	توجيه المريض إلى ضرورة ممارسة النشاط الرياضي	41	% 68.33	1
02	توفير برامج رياضية تدريبية خاصة بمرضى السكري على مستوى مراكز صحية رياضية تابعة للمستشفيات	20	% 33.33	8
03	ممارسة مريض السكري للنشاط الرياضي تحت إشراف طبي	22	%36.66	2
04	تلقي المريض تدريبات رياضية على مستوى مراكز صحية رياضية تابعة للمستشفيات	21	% 35	5
05	مراقبة وزن المريض بشكل منتظم مع ممارسة الرياضة	22	%36.66	3
06	قياس نسبة السكر في الدم للمريض بانتظام بعد كل ممارسة للنشاط الرياضي	21	% 35	6
07	ممارسة مريض السكري للرياضة الخاضع لها مرتين في الأسبوع على الأقل	21	% 35	7
08	قياس نسبة الكوليستيرول CHOLESTEROL ET LDL في الدم بعد ممارسة الرياضة بفترة	20	% 33.33	9
09	مراقبة ضغط الدم المريض بعد ممارسة النشاط الرياضي	20	% 33.33	10
10	تدريب مريض السكري على تمارين خاصة بالقدمين	22	%36.66	4
11	إجراء فحص التخطيط القلبي بعد ممارسة النشاط الرياضي بفترة	20	% 33.33	11
المقياس كله		250	% 37.87	

الملحق رقم 13

يمثل نتائج الغذاء الصحي الموجهة لمرضى السكري.

بواسطة التكرارات والنسب المئوية والرتب في بعد الغذاء الصحي

الرقم	العبارة	التكرارات	النسب المئوية	الترتيب
01	وجود أخصائي تغذية على مستوى المستشفيات والمراكز الصحية لقيامه بمتابعة غذاء مريض السكري	25	% 41.66	4
02	متابعة أخصائي تغذية مريض السكري على مستوى المراكز الصحية التابعة للمستشفيات	30	% 50	1
03	تقديم الطبيب المعالج حمية غذائية خاصة بمرضى السكري	28	% 46.66	3
04	ضبط غذاء مريض السكري مع نسبة السكر في الدم	30	% 50	2
05	تكييف غذاء مريض السكري على حسب الجهد المبذول من طرف المريض.	22	%36.66	5
06	تكييف غذاء مريض السكري مع النشاطات الرياضية التي يمارسها المريض	22	%36.66	6
07	تقديم دورات تدريبية لمرضى السكري عن الوجبات الغذائية والغذاء الصحي المناسب له	21	% 35	8
08	مراجعة الأكل الصحي الموجه لمرضى السكري مرة في العام على الأقل من قبل أخصائي تغذية	22	%36.66	7
المقياس كله		200	% 41.66	

الملحق رقم 14

يمثل نتائج خدمات رعاية قدم مريض السكري.

بواسطة التكرارات والنسب المئوية والرتب في بعد رعاية قدم مريض السكري

الرقم	العبارة	التكرارات	النسب المئوية	الترتيب
01	إشرا ف طبيب مختص في قدم السكري على رعاية قدم السكري	21	35 %	10
02	إشرا ف طبيب عام متلر ب على العناية بقدم السكري على رعاية قدم المريض	23	38.33 %	7
03	إعطاء المريض نصائح وشروح من قبل المختصين في كيفية العناية اليومية بقدميه	26	43.33 %	3
04	تلقي المريض تدريبات على كيفية فحص قدميه بنفسه يوميا	22	36.66 %	9
05	إعطاء شروح للمريض على كيفية استعمال الدهانات والبودرة لقدمي مريض السكري	25	41.66 %	4
06	تدريب مريض السكري على كيفية تدليك قدميه يوميا	21	35 %	11
07	إعطاء شروح بواسطة الفيديو عن المخاطر والمضاعفات التي قد تواجه مريض السكري من جراء إهمال قدميه	20	33.33 %	12
08	التحاق المريض بالمصالح الطبية والمراكز التي تعنى بمريض السكري بمجرد رؤيته أ ي تغيير على مستوى قدميه	30	50 %	2

الملحق رقم 14

1	%58.33	35	09 تقديم عناية خاصة بجروح مريض السكري على مستوى المراكز الطبية والمستشفيات
6	%40	24	10 إعطاء الطبيب المعالج تعليمات للمريض حول نوعية الحذاء الذي يرتديه المريض
5	% 41.66	25	11 يفحص الطبيب المعالج بشكل دوري ومنتظم قدمي مريض السكري
8	%38.33	23	12 إعطاء رسومات توضيحية لتعليم مريض السكري فيما يخص نوعية القروح والجروح التي تخص القدم
% 40.97		295	البعد كله

الملحق رقم 15

يمثل نتائج خدمات الصحة النفسية الموجهة لمرضى السكري.

بواسطة التكرارات والنسب المئوية والرتب في بعد الصحة النفسية

الرقم	البعد الثاني (الصحة النفسية)	التكرارات	النسب المئوية	الترتيب
01	وجود مختص نفسي على مستوى المستشفيات يقدم خدمات نفسية لمرضى السكري أثناء تواجده بالمستشفى	20	% 33.33	3
02	إجراء جلسات الإرشاد النفسي لمرضى السكري بانتظام على مستوى المراكز والمصالح الملحقة بالمستشفيات	20	% 33.33	4
03	تقديم تدريبات نفسية لضبط القلق والتغلب على ضغوط الحياة التي تواجه مريض السكري	21	% 35	1
04	تقديم جلسات الإرشاد الديني والروحي لمرضى السكري على مستوى مراكز تابعة للمستشفيات	20	% 33.33	5
05	تقديم جلسات نفسية لعلاج الاكتئاب الناتج عن مريض السكري	20	% 33.33	6
06	تقديم خدمات نفسية خاصة بالتوافق النفسي للمريض	21	% 35	2
البعد كله		122	% 33.88	