Dirassat & Abhath
The Arabic Journal of Human and Social Sciences

مجلة دراسات وأبحاث
المجلة العربية في العلوم الإنسانية والاجتماعية

EISSN: 2253-0363
ISSN : 1112-9751

المكانة والرعاية الاجتماعية لمرضي السكري داخل الأسرة الجزائرية

(دراسة ميدانية على عينة من مرضي السكري بمستشفى أحميدة بن عجيلة الأغواط)

Social care and status for diabetes patients within the Algerian family

(Case study on a sample of diabetes patients in Ahmaida Ben Adjila hospital, Laghouat)

علي بوخلخال
Ali Boukhalkhal
aliboukhalkhal.lag@gmail.com
جامعة الأغواط
University Of Lagouat

رشيد بكاي
Rachid Bekkaye
r.bekkaye@lagh-univ.dz
جامعة الأغواط
University Of Lagouat

تاريخ الاستلام : 2018-06-07

تاريخ القبول : 2018-11-22

ملخص :

تسعي هذه الدراسة إلى التعرف على واقع المكانة الاجتماعية لمرضي السكري داخل الأسرة بمدينة الأغواط في ظل التغيرات الاجتماعية والديموغرافية التي مست الأسرة الجزائرية على وجه الخصوص، باعتبارهم يصنفون ضمن الفئات الهشة في المجتمع الجزائري، فالكثير منهم يعاني من قلة الاهتمام والرعاية الصحية والمراقبة الطبية مما يؤدي إلى تدهور حالتهم النفسية والصحية، وتمت هذه الدراسة على عينة تمثيلية قدرت بـ 20 مبحوث مصاب بمرض السكري من أجل قياس فرضيات الدراسة وتحقيق أهدافها.

كلمات مفتاحية: المكانة الاجتماعية، الرعاية الاجتماعية، المرض، داء السكري، الأسرة.

Abstract:

This study aims at highlighting the social status of people with diabetes in the city of Laghouat taking into consideration the social and demographic changes that touched the Algerian family in particular, since they are classified as vulnerable in the Algerian society. Moreover, many of them are suffering from a lack of attention to health care and medical treatment which result in deterioration in the psychological health condition. Thus, the study 's sample has been estimated at 20 people with diabetes to measure the hypotheses of the study and achieve its goals.

Keywords: Social status; Social Welfare; the disease; diabetic; Family.

مقدمة:

يشهد المجتمع الجزائري كغيره من المجتمعات العربية في ظل التغيرات العالمية الكبرى الراهنة، في جميع المجالات نتيجة سياسات الانفتاح الاجتماعي والثقافي والاقتصادي المنتهجة في سياساتنا العربية، فقد عكفت جل الدراسات الاجتماعية والنفسية المتظافرة في هذا النطاق الواسع، إلى معالجة آثار هذا التغير ومواكبة التحولات التي مست الفئات الهشة في مجتمعنا، خاصة مع تزايد عدد الفئات الهشة مع مرور الزمن، ومن بين هذه الفئات التي سوف يتم معالجتها في هاته الورقة البحثية مرضى السكري.

داء السكري يعد من أكثر التحديات الصحية في العالم للقرن الواحد والعشرين وأصبح يشكل وباء يهدد الدول النامية والمتطورة، إلى جانب ذلك يمثل صداع حقيقي لكثير من الأطباء والمشتغلين في المجال الصحي لصعوبة اكتشاف دواء مناسب يحقق شفاء جذري من مرض السكر، ما دفع بالخبراء إلى القول أن العالم يخسر هذه المعركة ضد هذا المرض ومبررين ذلك بزيادة تفاقم اعداد المرضى وارتفاع في الإحصائيات العالمية، ووفقاً لإحصائيات " الاتحاد الدولي للسكري لعام **2010** فإن **285** مليون شخص في العالم والذين تتراوح أعمارهم بين **20 - 79** عاماً مصابين بمرض السكري أي ما يقارب **6.6%** من مجموع سكان العالم والذي يبلغ حوالي **7** مليارات نسمة ويتوقع أن يزداد هذا العدد بحلول عام **2030** ليصبح ما يقارب **438** مليون شخص لنفس الفئة العمرية أي بنسبة **7.8%** من مجموع السكان المتوقع أن يكون حوالي **8.4** مليار نسمة، وحسب دراسات منظمة الصحة العالمية فإن حوالي **80%** من وفيات السكري تحدث في البلدان ذات الدخل المنخفض ونصفها يحدث قبل سن السبعين عاماً "[1]، ويقول في هذا السياق الدكتور (**سمير عويش**[*]) في حديثه للجزيرة نت " إن عدد مرضى السكري بالعالم زهاء **300** مليون إنسان وهذا الرقم مرشح ليتضاعف ما بين عامي **2025** و**2030** إذا لم نقم بحملات توعية تقلل من مضاعفات داء السكري"[2]، وخلص الاتحاد الدولي لمكافحة السكري إلى أن مرض السكري يكبد العالم إنفاقاً سنوياً على الرعاية الصحية قيمته **548** مليار دولار، وأن هذا الرقم سيزيد على الأرجح إلى **637** مليار دولار بحلول عام **2035**.[3]

أما على المستوى العربي فتشير الاحصائيات والدراسات وللأسف الشديد أن مرض السكري يشكل خطراً متزايداً في الوطن العربي، حيث تقع **6** دول عربية ضمن قائمة اكثر **10** دول اصابة بمرض السكري، وتشير الاحصائيات " أن حوالي **20%** من المواطنين في الكويت ولبنان وقطر والسعودية والامارات مصابين بالسكري، وأن **10%** تقريباً من وفيات العالم العربي تحدث بسبب مضاعفات لمرض السكري "[4]، فقد بلغ عدد المصابين في الفئة العمرية المحصورة بين (**20 – 79**) سنة بمرض السكري في عدد من الدول العربية لعام **2013**، وذلك حسب احصائيات الاتحاد الدولي للسكري كالتالي: " دولة الإمارات بـ **745.900** حالة والسعودية بعدد وصل إلى **3.650.800** مصاب ثم مصر بـ **7.510.600** حالة والأردن بـ **356.300** حالة ولبنان بـ **478.900** مصاب والكويت **407.500** حالة وعمان **199.700** حالة وقطر **282.500** حالة "[5]، إذا وفق هذه الأرقام المفزعة يتضح لنا التطور الكبير لهذا المرض في المنطقة العربية أكثر من المناطق الأخرى وبالتالي يمثل هذا المرض مشكلة حقيقة للقائمين على هذه الدول في مجال الصحة والسكان، أما على مستوى الجزائر فهي لم تخرج عن نطاق الدول العربية وهي تسير وتعاني في نفس النطاق من مرض السكري، فقد " أثبتت مختلف الدراسات التي أجريت بالجزائر بين سنة **1998** و**2013** أن معدل الاصابة بداء السكري قد ارتفع من **8%** إلى **16%** "[6]، الإحساس بعمق المشكلة دعي ببعض إلى التفكير في إنشاء سجل وطني لداء السكري يمكن من وضع استراتيجية وطنية لمكافحة هذا الداء ومضاعفاته بطريقة فعالة مما يؤدي إلى إنقاص عدد الإصابات التي تسجل كل سنة، وأكد السيد (**خدومي جمال الدين**[*]) على الأهمية البالغة التي يكتسيها هذا السجل الوطني لداء السكري من أجل الوقاية من هذا الداء وقال أن " هذا السجل الوطني لداء السكري إذا ما تم اعتماده سوف يمكن من إحصاء عدد المصابين بصفة دقيقة وتوفير الأدوية اللازمة وكذلك إجراء بحوث علمية بهدف إعداد برنامج وقائي لتفادي هذا المرض المزمن".[7]

أما على مستوى مجتمع الدراسة الأغواط " يعتبر مرض السكري فيها من أهم الأمراض المزمنة المنتشرة حاليا لدى الأفراد في مدينة الأغواط وتشير الاحصائيات في هذا الصدد أنه " يصيب **7378** حالة، منهم **54.45%** ذكور و 45.54% إناث "[8]، وبالتالي يحتاج الأفراد المصابون بمرض السكري إلى قدر عالي من التكيف في جميع أوجه الحياة فالسكري مرض مزمن سيعيش به المصاب طوال حياته مما قد يؤثر على الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية للفرد والأسرة، لذلك يتطلب مرض السكري دوراً اقتصاديا ومشاركة فعالة من جانب الأسرة بهدف حماية ورعاية المريض من المشاكل والمضاعفات، وتسعى هذه الورقة البحثية إلى دراسة مرضى السكري من خلال التقصي عن مكانتهم الاجتماعية ورعايتهم اجتماعياً داخل الأسرة الجزائرية في ظل

* الدكتور سمير عويش أستاذ مساعد في قسم أمراض السكري بمستشفى مصطفى باشا بالجزائر العاصمة والأمين العام لجمعية دراسات أمراض السكر.

* خدومي جمال الدين طبيب مختص تابع لمصلحة الأمن الوطني لولاية الجزائر

التحولات الديموغرافية والسوسيو اقتصادية انطلاقا من التساؤل العام التالي:

إلى أي مدى يمكن أن تتأثر المكانة الاجتماعية والرعاية الصحية للمصابين بمرض السكري داخل الأسرة الأغواطية ؟

ويمكن تجزئته إلى التساؤلات التالية:

أ. ما هو دور الأسرة في رعاية مرضي السكري ومساعدتهم على تقبل المرض والتكيف معه ؟

ب. هل يمكن تبعية مرضي السكري اقتصادياً واجتماعياً للأسرة تؤدي إلى تهميشه وبالتالي تراجع مكانته فيها ؟

1. فرضيات الدراسة

أ. تساهم الأسرة من خلال رعاية ومساعدة الفرد المصاب بداء السكري على تقبل المرض والتكيف معه.

ب. تتأثر المكانة الإجتماعية بمجرد الاصابة بداء السكري مما يؤدي بالأسرة إلى تهميش المريض.

2. أسباب اختيار الموضوع

يمكن أن نلخص بعض الأسباب التي دفعتنا إلى اختيارنا لموضوع " المكانة الاجتماعية والرعاية الصحية لمرضي السكري داخل الأسرة " في ما يلي:

أ. التهميش الذي تعاني منه فئة مرضي السكري في المجتمع الجزائري عامة والأغواطي خاصة.

ب. معرفة المكانة المعطاة للفرد المصاب بداء السكري في الأسرة.

ج. معرفة دور المتغيرات الإجتماعية والاقتصادية للأسرة الجزائرية وانعكاساتها على مرضي السكري.

3. أهداف الدراسة

لقد صمم هذا البحث لتحقيق عدد من الأهداف التي يمكن حصرها في النقاط التالية:

أ. الكشف عن المكانة الإجتماعية لدى مرضي السكري في الأسرة مقارنة مع قبل الإصابة.

ب. التعرف على دور الأسرة في حماية ورعاية مرضي السكري.

ج. كيف تتكيف الأسرة مع المصاب بمرضي السكري وتتقبل فكرة الإصابة.

د. التعرف على حجم الإعالة الاقتصادية لمرضي السكري داخل الأسرة.

4. مفاهيم الدراسة

1.5. المكانة الاجتماعية

يشير هذا المفهوم أساساً إلى " موضع أو مكان الفرد أو الفئة الإجتماعية داخل نسق اجتماعي أو نسق من العلاقات الإجتماعية، وكل مكانة تنطوي على توقعات محددة "[9]، كما يعرفها (**دينكن ميتشال**) بأنها " كل الأحكام والمقاييس الأخلاقية والاجتماعية التي تحدد السلوك الاجتماعي اليومي للفرد "[10]، ومن معانيها أيضاً أنها " مفروضة من طرف مجموعة بدون استشارة القدرات الشخصية لأعضائها وهي مكانة متوارثة عن الأجداد ومكانة مكتسبة ترتبط بالقدرات الإجتماعية والمجهود الفردي المبذول من طرف كل واحد في المشاركات الإجتماعية "[11].

المكانة الإجتماعية **SOCIAL STATUS** يقصد بها " موقع الفرد كما يدركه هو مقارنة بالآخرين (الزملاء، عموم الناس في المجتمع) في الجوانب الاقتصادية والاجتماعية، الجمالية (الجسمية) والأخلاقية والانفعالية "[12]، بينما يري (**هايمان**) " أن المكانة لا تقتصر على امتلاك كل ما له علاقة بالناحية الاقتصادية بل هي أيضاً تتضمن ما له علاقة بسمات الشخصية في الجوانب العقلية والثقافية والأخلاقية والجمالية (الجسمية) والانفعالية "[13].

ونعرفها **إجرائياً** بأنها المنزلة التي يمتلكها الفرد داخل المجتمع عامة أو داخل الأنساق الفرعية في المجتمع على وجه الخصوص مثل مكانة الفرد في الجماعة أو في الأسرة.. إلخ.

2.5. الرعاية الاجتماعية

يعرفها (**فريد لاندر F.Lander**) بأنها " نسق من الخدمات الاجتماعية والمؤسسات الاجتماعية مصمم من أجل تقديم المساعدة للأفراد والجماعات حتى يحصلوا على مستويات من الحياة المرضية، ومساعدتهم أيضا على تكوين علاقات سليمة، وعلى تقوية أو تنمية قدراتهم بما يحقق نوعا من التناغم بين الأفراد والأسر والجماعات المجتمعية "[14].

أما **الجمعية القومية الأمريكية للأشخاص الاجتماعية NASW** فتعرفها بأنها " مجموعة من الأنشطة المنظمة التي تمارس من خلال المؤسسات الحكومية والهيئات التطوعية التي تسعى نحو تحسين الأداء الاجتماعي للفرد والجماعة والمجتمع "[15].

وفي دراستنا نعرفها **إجرائياً** بأنها مجموعة من المجهودات والخدمات التي تقدمها الأسرة الجزائرية لمرضى السكري بهدف تحسين وضعيتهم على المستوى الاجتماعي والنفسي والصحي.

3.5. المرض

إن مفهوم المرض من المفاهيم المشاعة والمستخدمة في سيناريوهات الحياة اليومية، وكذلك الأكثر تداولاً في أدبيات العلوم الاجتماعية (علم النفس، علم الاجتماع والأنثروبولوجيا)، لذلك سنحاول في هذه الدراسة التعرف عن مفهوم المرض من خلال العديد من وجهات النظر العلمية.

يعرف (**الأصفهاني**) المرض بأنه " الخروج عن الاعتدال الخاص بالإنسان وهو نوعان، الأول جسمي والثاني عبارة عن الرذائل كالجهل والجبن والبخل والنفاق وغيرهما من الرذائل الخلقية "[16]، ويقول (**أمين محمد رضا**) " إن التسميتان الفرنسية والانجليزية لا تمتان إلى المريض بأي صلة، فالفرنسية معناها الحرفي (الإصابة بشر) والانجليزية (عدم الشعور بالراحة)، ولا شك أنهما تسميتان قديمتان وتنتميان إلى شعور المريض في نفسه لا إلى علوم الطب القديمة أو الحديثة "[17].

بينما الأنثروبولوجيون الفرنسيون " فقد قاموا بدراسات لشرح المرض كعلة **Le Mal**، ونذكر من هؤلاء الباحثين (**ناتان Nathan**) و(**زمبليني Zemplini**) و(**بونوا Benoit**)، وقد أدخل هذا الأخير مفهومين جديدين هما الحالة **Etat** والمكافئة للمرض، والتصور **Représentation** وهو مرادف للعلة **Illness**، ويعطي **بونوا** بعداً آخر للنقاش حول الممارسات الطبية التقليدية في المجتمع الكريولي **La Société Créole** جزيرة لا ريونيون **La Réunion** بموضعته في الإطار الثقافي والاجتماعي، بحيث يستخلص أن العلة كشر أو أذى تصيب الجسم البيولوجي لنفس وتؤدي إلى تغير سلبي في حالة ارتياح الفرد **Le bien – être** وأنشطته الاجتماعية، أما المرض **Dessase** فيتمثل بالنسبة له الاساس البيولوجي لنفس المشكلات، وحتي لا يحدث أي خلط في فهم المصطلحين **Desease / Illness** اقترح **بونوا** استبدالهما بمصطلحين (الحالة والتصور) وهما مصطلحين أكثر سهولة وعمومية "[18].

وعليه نعرف المرض **إجرائياً** بأنه أي خلل يصيب أحد أجهزة الجسم ويكون هذا الخلل ناتج عن تغير هرمونات وظيفية على مستوي أحد الأعضاء.

4.5. داء السكري

" مرض السكري ليس بجديد، لقد عرفه الإنسان منذ آلاف السنين وكان الصينيون يشخصونه بواسطة تذوق بول المريض لمعرفة ما إذا كان به سكر يجعل طعمه حلوا أم لا، وأعراض المريض موصوفة في المراجع الطبية الفارسية واليونانية القديمة حتي نجح طبيبان من كندا في عام **1921** وهما (**بناتج وسبت**) في استخلاص الأنسولين من بنكرياس الحيوانات "[19].

ويعرف كذلك بأنه " إرتفاع منسوب سكر في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة تكون عضوية **Organic** أو نفسية **Psyctric** في بعض الأحيان أو نتيجة تناول كميات عالية من الكربوهيدرات **Carbohydrates** وفي بعض الأحيان نتيجة ميول وراثية في الشخص نفسه **Genetic** وينتج عن أعراض مصاحبة "[20].

بالإضافة إلى ذلك يعرف بأنه " اختلال في عملية أيض السكر الذي يؤدي إلى إرتفاع مستوي السكر (**الجلوكوز**) في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية أو عضوية أو بسبب الانخراط في تناول السكريات أو بسبب عوامل وراثية، ويحدث نتيجة وجود خلل في افراز الأنسولين من البنكرياس، فقد تكون كمية الأنسولين التي يتم افرازها أقل من المطلوب أو يكون هناك توقف تام عن إنتاجه ويطلق عليه في هذه الحالة قصور الأنسولين أو أن الكمية المفرزة كبيرة في بعض الحالات بالأفراد المصابين بالسمنة ولكن هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعوق وظيفة الأنسولين ويطلق على هذه الحالة مقاومة الأنسولين "[21].

ويمكن تعريفه **إجرائياً** بأنه مرض مزمن وغير معدي ويصيب جميع الأشخاص بمختلف الأعمار وتزداد معدلات الإصابة به بتقدم العمر، وتتعدد مسبباته إلى عدة عوامل منها عضوية أو نفسية أو وراثية إلى جانب عوامل البيئة الاجتماعية.

5.5. الأسرة

لغة الأسرة هي الدرع الحصينة ومنه قوله تعالى : ﴿ **نَحْنُ خَلَقْنَاهُمْ وَشَدَدْنَا أَسْرَهُمْ وَإِذَا شِئْنَا بَدَّلْنَا أَمْثَالَهُمْ تَبْدِيلًا** ﴾[22]، وأما في الاصطلاح فهي القرابة التي تبدأ بالزوجين وتمتد لتشمل الأبناء والبنات والآباء والأمهات والإخوة والأخوات"[23]، ولقد ظهرت في السنوات الأخيرة عدة تعريفات للأسرة تتفق جميعها في " إبراز الارتباط الدائم بين الرجل والمرأة وما يترتب على ذلك من إنجاب ورعاية الأطفال وللقيام ببعض الوظائف التي لم تسقط عن الأسرة في تطورها من صورة لأخرى بتغير المجتمع والثقافة "[24].

ويعرفها (**أوجست كونت**) بأنها " الخلية الأولى في جسم المجتمع وأنها النقطة الأولى التي يبدأ منها التطور وأنها الوسط الطبيعي الاجتماعي الذي ترعرع فيه الفرد "[25]، بينما يرى (**نيمكوف**) " بأنها ارتباط يدوم قليلا أو كثيرا للزوج وللزوجة بأطفال أو بدون أطفال، وهو ارتباط رجل وامرأة فقط بالأطفال "[26].

أما على مستوي الفكر العربي فيعرفها (**هشام شرابي**) بأنها " العائلة كمؤسسة اجتماعية وهي الوسط بين شخصية الفرد والحضارة الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد، أما الأستاذ (**حليم بركات**) يقول هي نواة التنظيم الاجتماعي ومركز النشاطات الاقتصادية في المجتمع العربي القديم وتتمحور حياة الناس بالأسرة، وهي الوسيط بين الفرد والمجتمع فهي تنقل لأفرادها ثقافة المجتمع وتنشئتهم لإسهام بالمجتمع فتشكل وسيطا بينهم وبينه، والأفراد يساهمون في المجتمع ويتوارث الأفراد انتماءاتهم الدينية والطبقية والثقافية والسياسية في الأسرة "[27].

ونعرفها **إجرائياً** بأنها مؤسسة اجتماعية وخلية أساسية ومن مكونات المجتمع وهي نسق كلي تندرج تحتها العديد من الأنساق الفرعية والوظائف التربوية والدينية والثقافية والسياسية.

5. حدود الدراسة

1.6. المجال المكاني: من أهم المسائل التي تشغل بال أي باحث عند قيامه بدارسة موضوع ما تحديد المجال المكاني (الجغرافي) للدراسة وقد قمنا بإجراء الدراسة الميدانية بمستشفى أحميدة بن عجيلة في مدينة الأغواط.

2.6. المجال الزمني: جرأت الدراسة في سنة 2017 ودامت شهرين (مارس – أفريل).

3.6. المجال البشري: تمثل البشري لهذه الدراسة في مجموعة من مرضى السكري ذكور وقد ضمت عينة الدراسة **20** مبحوث (مصاب بمرض السكري).

6. المنهج المستخدم

المنهج مهما اختلف نوعه يعتبر" الطريقة التي يسلكها الباحث للوصول إلى نتيجة معينة "[28]، ولقد كان المنهج الكيفي والكمي مناسبان لدراسة هذا الموضوع، ويعبر المنهج الوصفي عن جمع البيانات بنوعيها الكيفي والكمي حول الظاهرة محل الدراسة من أجل تحليلها وتفسيرها لاستخلاص النتائج لمعرفة طبيعتها وخصائصها وتحديد العلاقات بين عناصرها وبينها وبين الظواهر الأخرى والوصول إلى تعميمات.

كذلك قمنا بالاستعانة بالمنهج الإحصائي في جمع المعطيات من الميدان وتنظيمها وتحليلها، حيث افاد هذا المنهج من الحصول على أدق المعلومات لأنه يعتمد على الكم أكثر من الكيف، وقد كان استخدام هذا المنهج في عرض الجداول والنسب، والهدف من هذا المنهج هو التحليل الكمي للظاهرة محل الدراسة والوصول إلى نتائج علمية.

7. أداة الدراسة

يعرف الاستبيان على أنها " قائمة تتضمن مجموعة من الأسئلة معدة بدقة ترسل إلى عدد من أفراد المجتمع الذين يكونون العينة الخاصة بالبحث "[29].

ويعد الاستبيان من الوسائل المنهجية شائعة الاستخدام في جمع البيانات والمعلومات، وقد تم تسليم الاستبيانات إما مباشرة إلى المبحوثين (**مرضى السكري**) أول مساعدتهم في الإجابة على الأسئلة، واحتوت في صورتها النهائية على **20** سؤالاً موزعة على المحاور التالية:

أ. المحور الأول: خاص بالبيانات الاجتماعية والديموغرافية.

ب. المحور الثاني: المكانة الاجتماعية.

ج. المحور الثالث: الرعاية الطبية والصحية.

8. عينة الدراسة

تعتبر هذه المرحلة أساسية في البحث العلمي، إذ لا يتسنى للباحث دراسة جميع أفراد مجتمع البحث، لذا يتعين عليه اختيار عينة تمثيلية لإجراء الدراسة عليها " ويمكن تعريف العينة بأنها نموذجا يشمل جانبا أو جزءا من وحدات المجتمع الأصل المعني بالبحث، وتكون ممثلة

له بحيث تحمل صفاته المشتركة، وهذا النموذج أو الجزء يغني الباحث عن دراسة كل وحدات ومفردات المجتمع الأصل خاصة في حالة صعوبة أو استحالة دراسة كل تلك الوحدات "[30].

إن كل بحث علمي يمر بمراحل مهمة في إنجازه، ومن بينها أسلوب اختيار العينة وذلك لما لها تأثير على مجريات البحث وصحة النتائج المتحصل عليها، وبما أننا بصدد دراسة المكانة الاجتماعية والرعاية الاجتماعية لمرضى السكري داخل الأسرة في مدينة الأغواط استخدمنا العينة العرضية الأكثرتلائماً للموضوع، ويتم " اللجوء إلى هذا الصنف من العينة عندما لا يتوفر للباحث أي اختيار لسحب عينة إلا القيام بالتحقق على العناصر التي تقع في يده "[31]، وهذا ما قمنا به بالتوجه إلى مستشفى مصطفي بن عجيلة بالأغواط في فترتين من أجل الحصول على العدد المطلوب.

9. خصائص مجتمع الدراسة

الجدول رقم (1): يوضح البيانات الاجتماعية والديموغرافية لمجتمع البحث

البيانات الشخصية	الصنف	ك	%	المجموع	
				ت	%
الجنس	ذكر	20	100	**20**	**%100**
	أنثي	0	0		
السن	60 – 50	8	40	**20**	**%100**
	70 – 61	6	30		
	80 – 71	3	15		
	18 فما فوق	3	15		
المستوي التعليمي	أمي	11	55	**20**	**%100**
	ابتدائي	4	20		
	متوسط	2	10		
	ثانوي	2	10		
	جامعي	1	5		
الحالة الزواجية	متزوج	17	85	**20**	**%100**
	مطلق	1	5		
	أرمل	2	10		
الحالة المهنية	بطال	1	**5**	**20**	**%100**
	عامل	1	**5**		

	أعمال حرة	5	**25**		
	متقاعد	13	**65**		
تاريخ الإصابة بالسكري	اقل من سنة	4	20	**20**	**%100**
	(1 – 4) سنوات	10	50		
	(5 – 8) سنوات	6	30		
أسباب المرض	نفسية	**9**	**45**	**20**	**%100**
	عضوية	**4**	**20**		
	وراثية	**5**	**25**		
	اجتماعية	**2**	**10**		

نلاحظ من خلال الجدول رقم (1) الذي يوضح البيانات الاجتماعية والديموغرافية للمجتمع البحث من حيث: (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة الزواجية، الحالة المهنية، تاريخ الإصابة بمرض السكري، أسباب الإصابة).

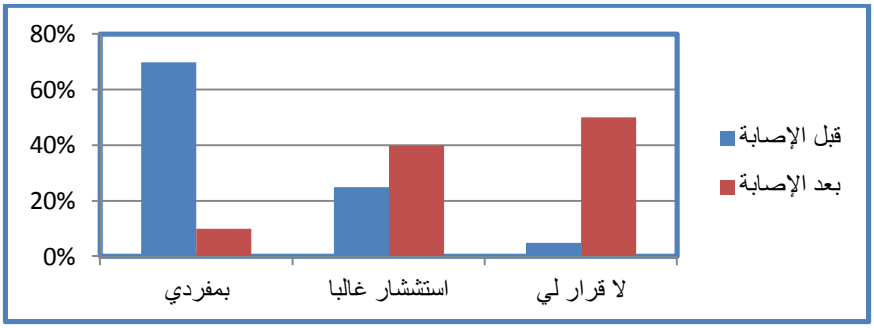
فمن حيث الجنس كانت النسبة **100%** لذكور وذلك ليس قصدياً وإنما كل الحالات التي تم إجادها في مستشفى مصطفي بن عجيلة هم من الرجال، أما من ناحية السن فكان توزيع المبحوثين كالتالي: الفئة الغالبة هي الفئة الأولى المتمثلة في المجال **[50 - 60]** سنة بنسبة **40%**، ثم تليها الفئة الثانية المحصورة بين **[61 - 70]** سنة بنسبة **30%**، ثم تليها الفئتين المحصورتين بين **[71 - 80]** سنة وما فوق **81** سنة، إذ بلغت نسبتهما بالتساوي **15%**، أما المستوى التعليمي للأفراد مجتمع الدراسة، الذين ينتمون إلى مرحلة بدون مستوى بلغت نسبتهم **55%**، ومستوى إبتدائي بنسبة **20%**، ثم تليها مرحلة متوسط وثانوي بنسبة **10%** بالتساوي، ثم تأتي بعدها مرحلة مستوى جامعي فقد مثلها شخص واحد من مجتمع الدراسة أي بنسبة **5%**، أما الحالة الزواجية لمجتمع البحث فأغلبيتهم متزوجين بنسبة وصلت إلى **85%**، ثم أرمل بنسبة **10%** ومطلق بـ **5%**، وبخصوص الحالة المهنية فجل المبحوثين ينتمون فئة متقاعد بنسبة **65%** بحكم أن اغلبية أفراد العينة هم من فئة العمر الثالث (كبار السن)، ثم تليها فئة الأعمال الحرة بـ **25%** ثم فئتي بطال وعامل بنسبة **5%** بالتساوي، كما نلاحظ أن نصف أفراد عينة الدراسة تعاني من مرض السكري من (**1 – 4**) سنوات بنسبة **50%**، ومن (**5 – 8**) سنوات بنسبة **30%** وأخيراً أقل من سنة بنسبة وصلت إلى **20%**، وترجع أسباب الإصابة حسب تصريحات المبحوثين إلى العامل النفسي بنسبة **45%** ثم وراثي بـ **25%** وعضوي بـ **20%** واخيراً العامل الاجتماعي بنسبة **10%**.

10. تحليل البيانات المتعلقة بالفرضيات الدراسة

الجدول رقم (2): يوضح عملية إتخاذ القرار قبل وبعد الإصابة بمرض السكري

قبل الإصابة			بعد الإصابة		
إتخاذ القرار	ك	%	إتخاذ القرار	ك	%
بمفردي	14	**70**	بمفردي	2	10
أستشار غالبا	5	**25**	أستشار	8	40
لا قرارلي	1	**5**	لا قرارلي	10	50
المجموع	20	**%100**	المجموع	20	**%100**

نلاحظ من خلال الجدول رقم 2 الذي يوضح عملية اتخاذ القرار داخل الأسرة قبل وبعد الإصابة بمرض السكري، فوجدنا أن هناك اختلاف كبير في النسب المئوي قبل وبعد الإصابة، فقبل الإصابة كانت عملية إتخاذ القرار فردية بنسبة وصلت إلى **70%** ولكن بعد الإصابة بالسكري انخفضت النسبة إلى **10%** أي بانخفاض قدره **60%**، أما عملية الاستشارة في أغلب الأحيان كانت قبل الإصابة بـ **25%** لترتفع إلى **40%** وهذا يعود إلى تقلص نسبة الاختيار الفردي، أما في يخص لا يشترك في عملية القرار داخل الأسرة فكانت النسبة قبل الإصابة بحوالي **5%** لتصل بعد الإصابة إلى **50%** أي بزيادة **45%**، ولتوضيح ذلك بيانياً أنظر الشكل البياني رقم (1).



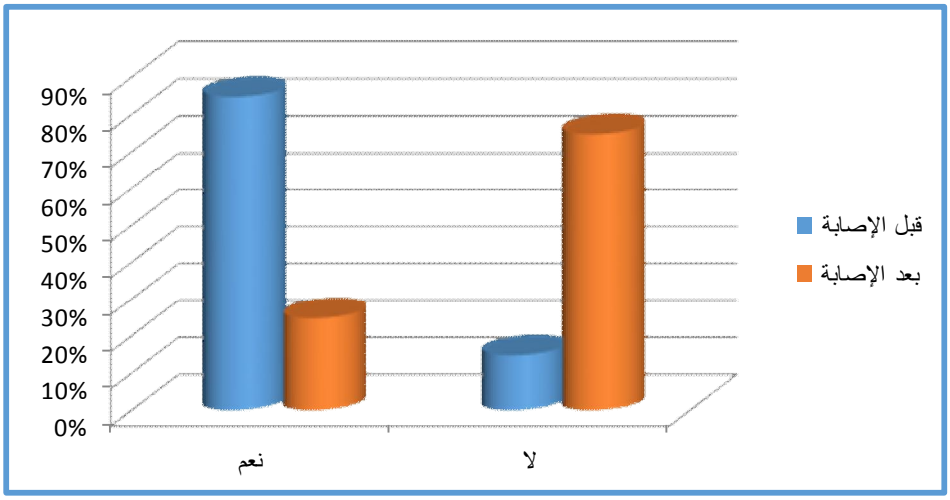
الشكل البياني رقم (1) عبارة عن أعمدة بيانية توضح الفرق بين عملية إتخاذ القرار قبل وبعد الإصابة بمرض السكري

يقصد بعملية إتخاذ القرارات بأنها حل للمشكلات الراهنة التي تصادف الفرد أو الجماعة في حياته الاجتماعية، ووفق العديد من المهارات والسمات الشخصية للشخص المسؤول، ولكن تتأثر هذه العملية بجملة من العوامل كالمرض والعجز وضعف الشخصية ..إلخ، ومن خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن عملية إتخاذ القرار داخل الأسرة الأغواطية يتأثر بالمرض والحالة الصحية لرب الأسرة بشكل واضح وهذا يقيناً من الأسرة أن الفرد المريض غير قادر على التعامل مع مختلف المشاكل وهذا من شأنه أن يؤثر على نوع وجدية القرار من جهة، ومن جهة ثانية الحرص على عدم تفاقم المرض للمريض لذلك تفضل أن تعزله مباشرة عن هذا الوسط، ولكن هذا التغير وإن يصب في مصلحة المريض لكن الكثير منهم يرون بأنه يفقد مكانته داخل الأسرة من مكانة رئيسية إلى مكانة ثانوية خاصة أن الرجال بحكم التكوين ونمط الشخصية هم أكثر حباً وتعصباً إلى الحكم والمسؤولية في ظل العديد من المتغيرات السوسيو اقتصادية التي طرأت على الأسرة الجزائرية.

الجدول رقم (3): يوضح لجوء الأبناء لطلب الاستشارة منهم بعد وقبل الإصابة بمرض السكري

قبل الإصابة			بعد الإصابة		
الاستشارة	ك	%	الاستشارة	ك	%
نعم	17	85	نعم	5	25
لا	3	15	لا	15	75
المجموع	20	**%100**	المجموع	20	**%100**

نلاحظ من خلال الجدول رقم 3 الذي يبين لجوء الأبناء لطلب الاستشارة قبل وبعد الإصابة بمرض السكري، فوجدنا أن هناك انخفاض ملموس في النسب المئوي قبل وبعد الإصابة، فقبل الإصابة كان طلب الاستشارة من طرف الأبناء بنسبة **85%** ولكن بعد الإصابة بمرض السكري انخفضت النسبة إلى **25%** أي بانخفاض يقدر بـ **60%**، أما عدم الاستشارة كانت قبل الإصابة بـ **15%** لترتفع إلى **75%** بزيادة **60%** وهذا يعود إلى إصابة أباءهم بالمرض، ولتوضيح ذلك بيانياً أنظر الشكل البياني رقم (2).



الشكل البياني رقم (2) عبارة عن أعمدة بيانية توضح الفرق بين عملية طلب الاستشارة قبل وبعد الإصابة بمرض السكري

في حقيقة الأمر اللجوء إلى الوالدين وطلب استشارة منهم يعتبر محطة من محطات التنشئة الإجتماعية السليمة، فاللجوء إليهم وتحدث معهم وإشعارهم بأهميتهم وأهمية ما يقولون مهما كان تافهاً في نظر الأبناء يعتبر من حسن الأخلاق والتربية، ويقيناً منهم أن رأى الآباء مهم جداً في حياتهم اليومية خاصة ما يتعلق بالجوانب الأسرية والأخلاقية والدينية والتعليمية والمهنية، ولكن الواقع الاجتماعي المعاش يظهر عكس ذلك فكثير من الأبناء يرى أن اللجوء إليهم هو نابع عن ضعف الشخصية وعدم القدرة على إتخاذ القرار والتصرف في الأمور والقضايا الشبابية، ففي الأرقام الموضحة في الشكل البياني أعلاه نلاحظ أن عمليات الاستشارة تغيرت فقبل مرض وعجز الأب كانت هناك فئة كبيرة تقبل على استشارتهم وأخذ رأيهم ولكن سرعان ما تحول هذا الإقبال إلى عزوف الأبناء على طلب الاستشارة من الوالدين بعد الإصابة بمرض السكري وكأنهم يبعثون برسالة ضعف وقهر إليهم وهو من شأنه أن يزيد من توتر وتدهور الحالة الصحية لهم من الناحية المعنوية والنفسية مما يؤدي إلى تفاقم المرض وإلى الوفاة في كثير من الأحيان، وبالتالي تغير نظرة الأبناء قبل وبعد المرض وكأنه أمر حتمي في نظر الآباء حيث صرح لي أحد المبحوثين قائلاً " **هم يرون أننا هرمنا وانتهينا ولم نعد ننفعهم في الحياة وكأن وجودنا ثانوي ومؤقت فقط** " نفهم من خلال هذا القول أن هناك كثير من الحسرة والشعور بالضعف والتغير.

الجدول رقم (4): يوضح العلاقة بين التكفل بالمصاريف الأسرية مع عملية إتخاذ القرار بعد الإصابة بمرض السكري

إتخاذ القرار	بمفردي		أستشـــار غالبا		لا قرار لي		المجموع	
التكفـــل الأسرة	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
بنفسي	2	100	/	/	/	/	2	10
الزوجة	/	/	5	100	3	23.07	8	40
الأبناء	/	/	/	/	10	76.92	10	50
المجموع	2	100	5	100	13	100	20	%100

نلاحظ من خلال الجدول رقم 4 الذي يوضح العلاقة بين التكفل بالمصاريف الأسرية مع عملية إتخاذ القرار بعد الإصابة بمرض السكري، فكانت النتائج أن الأبناء هم من يتكفلون بمصاريف الأسرة بنسبة **50%** وهذا ما أثر على عملية إتخاذ القرار حيث أن المريض لا قرار له بنسبة **76.92%** بينما لم نسجل أي حالة في عملية إتخاذ القرار بمفردي واستشار غالباً، ثم جاءت الزوجة تتكفل بالأسرة بنسبة **40%** فنجد فيها استشارة غالباً بنسبة **100%** ثم لا قرار له بنسبة **23.07%**، بينما ما يتكفلون بأنفسهم بمصاريف الأسرة فقد بلغت نسبتهم حوالي **10%** ونجد فيهم إتخاذ القرار بمفردهم بنسبة **100%**.

إن واقع الأسرة الجزائرية من تغير إلى تغير وبسرعة فائقة بفعل الانفتاح الإعلامي والثقافي على المجتمعات الأخرى، ففي ظل التغيرات الإجتماعية والاقتصادية والديموغرافية التي مست جوانب الأسرة في مجتمعنا، حيث أصبحت المكانة الإجتماعية في المجتمع بصفة عامة وفي الأسرة على وجه الخصوص تحدد وتعطي على ضوء القدرة المالية أو المادية فمن يتكفل بمصاريف الأسرة ومقتنياتها هو من له الحق والحرية في إتخاذ القرار والتصرف في القضايا الأسرية، وهو واقع مؤلم وهذا ما دعمته الأرقام في الجدول أعلاه أن من يتكفل بمصاريف الأسرة هو القادر على بسط هيمنته في إتخاذ القرار وتحديد الأدوار داخل الأسرة وهذا أمر مؤسف لأننا أصبحنا مجتمع وأسر مادية بدرجة الأولى.

الجدول رقم (5): يوضح العلاقة بين العجز وقلة النشاط مع تغير معاملة الأسرة

تغير المعاملة	نعم		لا		المجموع	
العجز	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	12	100	2	25	14	70
لا	/	/	6	75	6	30
المجموع	12	100	8	100	100	%100

نلاحظ من خلال الجدول رقم 5 الذي يوضح العلاقة بين العجز وقلة النشاط مع تغير معاملة الأسرة للمريض، فتشير الإحصائيات في السياق العام أن نسبة **70%** يرون أنهم عاجزن وأن تغير في معاملة الأسرة لهم يعود إلى ذلك بدرجة الأولى بنسبة **100%** ومن يرون عكس ذلك فقد بلغت نسبتهم **25%**، أما ما نسبته **30%** يرون أن العجز لا يؤدي إلى تغير معاملة الأسرة بنسبة **75%**.

يرى الكثير من الآباء المصابون بداء السكري أن عجزهم أدى بشكل مباشر على تغير معاملة الأسرة لهم، وأفقدهم مكانتهم ودورهم في الأسرة وتحولت هذه المكانة إلى الزوجة أو الأبناء، وبالتالي فقد تغير دوره من معيل ومقرر إلى معال ومنصت كالطفل الصغير في المنزل، والكثير من المبحوثين يدركون حجم التغير وقلقون بشأنهم لأنهم في مرحلة يحتاجون إلى الكثير من العناية والاهتمام ليس بصفتهم عاجزين وإنما

حباً وتعلقاً بهم فالأمور العاطفية تفرق معهم بشكل كبير أكثر من الأمور المادية.

الجدول رقم (6): يوضح العلاقة بين إسهام الأسرة في المراقبة الطبية مع التكفل بمصاريف العلاج والأدوية

التكفل / المراقبة الطبية	بنفسي		الزوجة		الأبناء		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	/	/	8	100	10	100	18	90
لا	2	100	/	/	/	/	2	10
المجموع	2	100	8	100	10	100	20	%100

نلاحظ من خلال الجدول رقم 6 الذي يبين لنا العلاقة بين إسهامات الأسرة في المراقبة الطبية مع التكفل بمصاريف العلاج والأدوية الخاصة بالمريض، فوجدنا في الاتجاه العام أن الأسرة تحرص على المراقبة الطبية للمريض بشكل مطلق وبنسبة **90%** ودعمت هذه النسبة بأن الزوجة هي من تتكفل بمصاريف العلاج بـ **100%** والأبناء كذلك بنسبة **100%** في حين لم نسجل أي حالة في من يتكفل بمصاريفه بنفسه، وباقي النسبة المقدرة بـ **10%** فتمثل الأسر التي لا تهتم بالمراقبة الطبية للمريض ودعمت بنسبة **100%** يتكفل المريض بنفسه في مصاريف العلاج وشراء الأدوية، ولم نسجل أي حالة في حالة تكفل الزوجة أو الأبناء بالمريض.

تمثل المراقبة الطبية للمريض عملية أساسية من الناحية الطبية والنفسية لأنها تمثل وقاية ورعاية من تفاقم المرض والاتجاه نحو التحسن الجيد، وتتمثل المراقبة الطبية للأسر للمرضي السكري في بعض الأمور الجدية التي من شأنها أن تمنح حياة مستقرة لمرضي السكري من خلال ما يلي: تناول الغذاء الصحي الغني بالخضار والفواكه والابتعاد عن تناول الوجبات الجاهزة والوجبات الدسمة عالية السعرات الحرارية والدهون، كما يجب التقليل من تناول الحلويات عالية النسبة من السكريات، إلى جانب ترك التدخين والابتعاد عن أماكن تجمع المدخنين لعدم استنشاق رائحة الدخان الضارة، ومحاولة الاسترخاء والابتعاد عن العصبية الزائدة، وممارسة التمارين الرياضية لتنشيط الدورة الدموية من جهة، ومن جهة أخرى للتخلص من الوزن الزائد والسمنة.

الجدول (7): يوضح العلاقة بين الحالة الزواجية بالمتابعة الغذائية للمريض

المتابعة الغذائية / الحالة الزواجية	أبداً		أحياناً		غالباً		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
متزوج	3	50	5	100	9	100	17	85
مطلق	1	16.66	/	/	/	/	1	5
أرمل	2	33.33	/	/	/	/	2	10
المجموع	6	100	5	100	9	100	20	%100

نلاحظ من خلال الجدول رقم 7 الذي يوضح العلاقة بين الحالة الزواجية بالمتابعة الغذائية للمريض، وتشير الأرقام أن أغلب أفراد مجتمع البحث هم متزوجين بنسبة وصلت إلى **85%** منها نسبة **100%** تسهر اسرهم غالباً على المتابعة الغذائية الصحية لمرضي السكري و أحياناً بنسبة **100%** وأبداً أي لا تهتم بالغذاء الصحي للمريض بنسبة **50%**، في حين سجلنا في فئة الأرامل نسبة **10%** مدعمة بنسبة **33.33%** أبداً لا يهتمون بهم في مسألة الغذاء ولم نسجل أي حالة في أحياناً وغالباً، أما في فئة المطلقين فسجلنا حالة واحدة بنسبة **5%** مدعمة بنسبة **16.66%** لا يهتمون أبداً بالبرنامج الغذائي الصحي للمريض المصاب بالسكري ولم يتم تسجيل أي حالة في أحياناً وغالباً.

تمثل المتابعة الغذائية الجيدة لمرضي السكري من أسباب استقرار نسبة السكر في الدم، فمن أهم العوامل المؤثرة في التغلب على داء ومرض السكري هي الحمية الغذائية الصحيحة وهي تمثل القاعدة الأساسية للنظام الغذائي لمرضى السكر، والتي يمكن حصرها في:

1- تجنب الإسراف في الطعام والالتزام بكمية الطعام المحددة من أخصائي التغذية والطبيب، وتلك هي القاعدة الأساسية لتنظيم نسبة السكر بالدم وبدونها لا يمكن السيطرة على مرض السكري وتجنب مضاعفاته المحتملة.

2- توزيع كمية الطعام المسموحة يومياً على عدة وجبات بدلاً من تناول وجبة كبيرة فذلك سيساعد على السيطرة على نسبة السكر بالدم بعد الأكل.

3- لابد أن يحتوي الغذاء على جميع العناصر الغذائية (نشويات – دهنيات – بروتينات)، وبنسبة محددة لكل منها تبعاً لحالة المريض.

4- الالتزام بمواعيد الوجبات خاصة عند استعمال علاجاً لخفض نسبة السكر بالدم، فالإهمال في ذلك سيؤدي إلى انخفاض حاد في نسبة السكر ويعرض المريض للخطر.

5- إذا كانت هناك زيادة بالوزن فلابد من إنقاص كمية الطعام وضرورة ممارسة التمارين الرياضية بانتظام بهدف إنقاص الوزن والوصول للوزن المثالي.

6- التعرف على تأثير الكميات والأنواع المختلفة من الطعام على نسبة السكر بعد الأكل فذلك سيساعد على التحكم الأفضل على نسبة السكر بالدم.

7- عدم إجراء أي تغيير في جرعة الدواء قبل التأكد من الالتزام بالنظام الغذائي المحدد من قبل الطبيب.

11. خاتمة

أجمع كل أفراد مجتمع البحث أن المكانة الإجتماعية تتغير لا محالة وتأخذ منحنى التنازل بعد الإصابة بمرض السكري وهي نتيجة حتمية للعجز وقلة النشاط الاجتماعي والاقتصادي داخل الأسرة، وهذا ما أشارت إليه أغلب الأرقام الإحصائية، ففي عملية إتخاذ القرار نجدها تغيرت فقبل الإصابة كان إتخاذ القرار يتم بشكل فردي بنسبة **70%** وانخفضت إلى **10%** بعد الإصابة بالمرض وشعور الأسرة بعجز الآباء وعدم قدرتهم على إتخاذ القرار المناسب لهم، أما فيما يخص استشارة الأبناء لهم هي كذلك تغيرت، فقبل الإصابة كانت النسبة **85%** وانخفضت بعد الإصابة بالسكري إلى **25%** وهو ما ترك فراغ وحرية كبيرة للأبناء في التصرف وأخذ القرارات سواء في حياتهم الخاصة أو فيما يتعلق بالأسرة، أما على مستوي التكفل بمصاريف الأسرة فسجلنا نصف مجتمع البحث تتكفل الأبناء بمصاريف الأسرة بنسبة **50%** وتأتي بعدهم الزوجة بنسبة **40%** ثم من يتكفلون بأنفسهم بنسبة بلغت **10%** وهذا من شأنه أن يرسم مكانة الفرد داخل الأسرة، لأن من يتكفل مادياً بالأسرة هو صاحب القرار في الأسرة وهذا هو الواقع الاجتماعي الملموس وهو ارتباط المكانة الإجتماعية بالمادة وهذا حال كثير من الأسر الجزائرية عامة والأغواطية خاصة، إلى جانب ذلك أقر أفراد مجتمع البحث بتغير معاملة الأسرة لهم بعد الإصابة بالمرض بنسبة **70%**.

أما على مستوي الرعاية والعلاج والتكفل مادياً بمصاريف المريض، فوجدنا أن هناك وعي كبير من الأسر من حيث حجم إنفاقها ومتابعتها للمريض فمثلاً فيما يخص المراقبة الطبية من علاج وشراء الأدوية سجلنا نسبة **90%** من الأسر تهتم بذلك بشكل متواصل، أما على مستوي المتابعة الغذائية للمريض فهي تهتم غالباً بتتبع كل صغيرة وكبيرة حول ما يجب وما لا يجب تناوله بنسبة **45%** وأحياناً بـ **25%**، وهذه مؤشرات جيدة توضح كما قلنا سابقاً بمدى وعي الأسرة بالمراقبة الطبية والمتابعة الغذائية التي تمنح المريض بداء السكري حالة من الاستقرار والثبات في حياتهم اليومية.

7. هوامش:

[1] - المرجع الوطني لتثقيف مرض داء السكري، المملكة العربية السعودية، وزارة الصحة، الإصدار الأول، 2011، ص: 10.

[2] - موقع الجزيرة نت الإلكتروني: **www.aljazeera.net** يوم الزيارة: 2017/03/19 على الساعة: 17:00.

[3] - بوابة الشروق الإلكترونية: **www.echoroukonline.com** يوم الزيارة: 2017/03/19 على الساعة: 21:05.

[4] - موقع **WEBTEB** الإلكتروني: **www.webteb.com** يوم الزيارة: 2017/03/20 على الساعة: 13:07.

[5] - **International Diabètes Fédération, 2013.**

[6] - موقع النهار الجزائرية الإلكتروني: **www.ennaharonline.com** يوم الزيارة: 2017/03/19 على الساعة: 20:02

[7] - وكالة الأنباء الجزائرية الإلكترونية: **www.aps.dz** يوم الزيارة: 2017/03/19 على الساعة: 20:55

[8] - مؤسسة الضمان الاجتماعي بالأغواط لسنة 2013.

[9] - محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1987، ص: 339.

[10] - دينكن ميتشال، معجم علم الاجتماع، ترجمة: إحسان محمد الحسن، دار المطبعة للطباعة والنشر، بيروت، 1986، ص: 223.

[11] - **Aknoum (p) Ansart, Dictionnaire de Sociologie, Collection Dictionnaires, Ed Robert, Seril, Gonzagne Rayand, Paris, 1999, p:Le 504.**

[12] - **Horowits, Social Psycology Contemporary Society, New & York:John Wiley sons, 1979,p: 160.**

[13] - **Waler frid lander, introduction to social wel far arentichall,engl rood chiffs , 1968,p.p3.4.**

[14] - Zastrow C, introduction to social wel fare instution social problem services and current issues ,rev, ed Dorsey , lress,1989,p6

[15] - أندروز، مناهج البحث في علم النفس، ترجمة: يوسف مراد، دار المعارف، القاهرة، 1968، ص: 943.

[16] - سليمان بومدين، الثقافة والمرض (PDF)، ص: 48.

[17] - بيري والدويبي، مقدمة في علم الاجتماع الطبي، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والاعلان، بنغازي، 1989، ص ص: 55-56.

[18] - Aslam Mustapha, Pouvoir De Guérir, Pouvoir Social Et Prestige religieux ; au tour de Cheikh Kurde, these nouveau regime en ethnologie, Université Aix Marseille 3, 1998, pp : 10 – 15.

[19] - محمد رفعة وآخرون، السكروعلاجه، ط4، دار المعرفة للطباعة والنشر، بيروت "لبنان"، 1981، ض: 7.

[20] - عاطف لماضة، السكر" الصديق اللدود "، الدار النصر للطباعة الإسلامية، القاهرة، 1998، ص: 19.

[21] - محمد بن سعد الحميد، السكري " أسبابه، مضاعفاته، علاجه "، موقع القدم السكرية PDF، 2007، ص: 6.

[22] - سورة الإنسان الآية: 28.

[23] - محمد عبد العزيز العقيل، فقه الأسرة، جامعة الملك فيصل، السعودية، 2008، ص: 9.

[24] - كمال الدسوقي ، الاجتماع ودراسة المجتمع ، مكتبة لأنجلو المصرية ، القاهرة ، 1971 ،ص: 43 .

[25] - السيد عبد العاطي السيد وسامية محمد جابروآخرون ، الأسرة والمجتمع ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية، ب س ، ص: 7.

[26] - محمد أحمد بيومي و عفاف عبد العليم ناصر، علم اجتماع العائلة، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، 2005، ص: 21.

[27] - عطاء الله فؤاد الخالدي ودلال سعد الدين العلمي ، الإرشاد الأسري والزواجي ، دار الصفاء ، عمان ، 2009 ، ص ص: 24 - 25.

[28] - عمار بوحوش، دليل الباحث في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1985، ص: 23.

[29] - مروان عبد المجيد إبراهيم، أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، مؤسسة الوراق ، الأردن، 2000، ص:165.

[30] - عامر إبراهيم قنديجلي، البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات، دار اليازوري العلمية، الاردن،1999 ، ص : 13.

[31] - سعيد سبعون، الدليل المنهجي في إعداد المذكرات والرسائل الجامعية في علم الاجتماع، ط2، دار القصبة للنشر، الجزائر، 2012، ص: 147.