

مجلة العلوم القانونية والاجتماعية

Journal of legal and social studies

Issn: 2507-7333

Eissn: 2676-1742

المعتقدات الصحية التعويضية لدى المسن المصاب بداء السكري المزمن وعلاقتها بتنظيم الذات
الصحي لديه

**Compensatory health beliefs among the elderly with chronic diabetes and
its relationship to healthy self-regulation**

أسماء لشهب^{*1}

¹جامعة الشهيد حمه لخضر بالوادي، (الجزائر)، lacheheb-asma@univ-eloued.dz، مخبر القياس والارشاد
النفسي بجامعة الجزائر2(الجزائر)

تاريخ النشر: 2021/12/01

تاريخ القبول: 2021/10/25

تاريخ ارسال المقال: 2021/09/06

* المؤلف المرسل

الملخص:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية وتنظيم الذات الصحي لدى عينة من المسنين المصابين بداء السكري المزمن المتردد على مركز الصحة الجوارية بقمار (ولاية الوادي)، بلغ تعدادها 40 مسناً ومسنّة. ولغرض جمع بيانات الدراسة تم تبني مقياسي المعتقدات الصحية التعويضية والتنظيم الذاتي الصحي (2010) اللذين أعدتهما الباحثتان سناء عيسى الداغستاني وديار عوني المفتي.

أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المعتقدات الصحية التعويضية وتنظيم الذات الصحي لدى المسن المصاب بداء السكري المزمن، ولدراسة الفروق بينهم في متوسطات درجات المعتقدات الصحية التعويضية وتنظيم الذات الصحي تبعاً لمتغيري المستوى التعليمي والجنس تم استخدام تحليل التباين الأحادي واختبار "ت" لدراسة الفروق بين المتوسطات، فتم التوصل إلى النتائج التالية:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات كل من متغيري المعتقدات الصحية التعويضية وتنظيم الذات الصحي بين المسنين المصابين بداء السكري المزمن تعزى لمتغير الجنس.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المعتقدات الصحية التعويضية بين المسنين المصابين بداء السكري المزمن باختلاف مستوياتهم التعليمية.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات تنظيم الذات الصحي بين المسنين المصابين بداء السكري المزمن باختلاف مستوياتهم التعليمية.

الكلمات المفتاحية: المعتقدات الصحية التعويضية; تنظيم الذات الصحي; داء السكري المزمن; المسن.

Abstract :

This study aimed to reveal the relationship between compensatory health beliefs and healthy self-regulation in a sample of 40 elderly men and women with chronic diabetes who attended a neighborhood health center with gambling. For the purpose of collecting study data, the two scales of compensatory health beliefs and health self-regulation (2010) were adopted, which were prepared by researchers Sana Issa Al-Daghestani and DiyarAwni Al-Mufti.

The results of the study showed a statistically significant relationship between compensatory health beliefs and healthy self-regulation among the elderly with chronic diabetes. averages, we arrive at the following results:

- There are no statistically significant differences in the scores of the variables of compensatory health beliefs and healthy self-regulation among elderly people with chronic diabetes due to the gender variable.

-There are statistically significant differences in the degrees of compensatory health beliefs among elderly people with chronic diabetes at different educational levels.

-There are statistically significant differences in the degrees of healthy self-regulation among elderly people with chronic diabetes at different educational levels.

Keywords: Compensatory health beliefs; Healthy self-regulation; Chronic diabetes; The elderly.

مقدمة:

لقد ثبت أن الصحة لا تتأثر بالعوامل الوراثية والبيئة المادية والاجتماعية أو بالعناية المباشرة بالصحة العامة فقط، بل تتأثر إلى حد كبير بالسلوكيات التي يمارسها أفراد المجتمع والتي بدورها تترجم معتقداتهم وأنماط تفكيرهم. وهو ما دفع بالدراسات النفسية بصفة عامة للسعي إلى فهم السلوك الإنساني قصد التحكم فيه وتعديله والتنبؤ به، خاصة إذا ما تعلق الأمر بسلوك فئات واسعة من المجتمع كالمصابين بداء السكري. فلقد وصل عدد المصابين به سنة 2000 إلى 171 مليوناً ويتوقع أن يصل عددهم سنة 2030 إلى 366 مليوناً.

ويؤكد الباحثون في منظمة الصحة العالمية أن أكبر نسبة من أسباب الوفيات في العالم تعود إلى الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب والسرطان والسكري والسمنة، إذ تمثل 59% من مجموع 57 مليون حالة وفاة كل سنة و46% من الكلفة العالمية لعلاج الأمراض.

وتزداد خطورة الأمراض المزمنة بالنسبة للمسنين، حيث توصف مرحلة الشيخوخة بأنها مرحلة الضعف والوهن العام للجسم، فيعاني معظم المسنين على اختلاف جنسهم وطبقاتهم الثقافية والاقتصادية أمراضاً مزمنة تزيد من معاناتهم خاصة في ظل ما أثبتته العديد من البحوث من أن جهل الأفراد بأبسط طرق الوقاية والكشف عن الأمراض والتعامل معها قد زاد من تفاقمها.

وتسلط هذه الدراسة الضوء على المعتقدات الصحية التعويضية كأحد المتغيرات المساعدة على تحسين نوعية حياة الأفراد، والكشف عن علاقتها بتنظيم الذات الصحي لدى عينة من المسنين المصابين بداء السكري المزمن بولاية الوادي.

1- إشكالية الدراسة:

يشهد المجتمع العالمي حقبة جديدة من التقدم الإنساني، نتيجة للتطورات العلمية والتكنولوجية والتنموية والاقتصادية والسياسية الهائلة التي حدثت في القرن العشرين⁽¹⁾، إلا أنه وكما كان لهذا التطور آثاراً إيجابية على رفاهية الإنسان عبر توفيره للكثير من الوقت والجهد عليه كان له بالمقابل آثاراً سلبية تمثلت أساساً في قلة الجهد البدني الذي استعاض عليه في غالب الأحيان بالآلة.

وقد حذرت منظمة الصحة العالمية من أن قلة النشاط البدني قد يكون من بين العشرة أسباب الرئيسية للوفاة والعجز في جميع دول العالم بشكل عام، والدول النامية على وجه الخصوص. كما أشارت إلى جملة من الأمراض كأخطار ناجمة عن قلة النشاط البدني أو انعدامه مثل: السكري، أمراض القلب، ارتفاع ضغط الدم...⁽²⁾. وازدادت الأبحاث الطبية والنفسية التي تحاول دراسة علاقة أنماط سلوك الفرد المختلفة بصحته الجسدية والنفسية، والتي أكدت في غالبيتها على أن الأمراض التي نعاني منها تعود أسباب معظمها إلى سلوكياتنا وعاداتنا الصحية غير السليمة⁽³⁾.

وان كانت قلة النشاط البدني تعد سلوكا اختياريا بالنسبة لمراحل عمرية معينة، فإنها ليست كذلك بالنسبة لمرحلة الشيخوخة والتي ينظر إليها كمرحلة للوهن والضعف البدني إذ يقول تعالى: "قال رب إني وهن العظم مني واشتعل الرأس شيئا" (مريم:4) وقوله سبحانه: "الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعفا وشيبة" (الروم:54)؛ مما يجعل الشخص المسن عرضة للكثير من الأمراض والتي يعد السكري أحدها؛ بسبب ضعفه ومحدودية نشاطه من جهة والوهن الذي يصيب مختلف الأجهزة المسؤولة عن الوظائف الحيوية للجسم من جهة ثانية .

لقد كان ينظر إلى الشيخوخة _ حتى وقت قريب _ على أنها مرحلة ضرورية لا بد أن يمر بها كل إنسان، بل قيل أن الحيوانات تشيخ أيضا... لكن منذ سنوات قليلة تغيرت هذه النظرة وأصبح ينظر إلى الشيخوخة كمرض له أعراض ومضاعفات وبالتالي يمكن العلاج منه، حتى أنه قد أوجد علم قائم بذاته يطلق عليه "علم الشيخوخة" (Gerontology)⁽⁴⁾.

وقد أثبتت الدراسات أن مرحلة الشيخوخة لا تخضع بالضرورة لقانون الذبول والوهن بل هناك أنماط متعددة من الشيخوخة تتباين فيما بينها؛ حيث لا يوجد تطابق بين عدد من المسنين تشير شهادات ميلادهم إلى نفس التاريخ. ففي حين قد يعاني البعض أمراضا واضطرابات نفسية وجسدية ينهي البعض الآخر حياته بعد مرحلة شيخوخة تمتع فيها ببنية قوية وتفكير منظم ومنطق سديد. "وبما أن الفروق الفردية تزداد مع التقدم في العمر فإن المسنين لا يكونون متجانسين على الإطلاق، فالتغيرات الجسمية والعقلية في مرحلة الشيخوخة تختلف اختلافا كبيرا من فرد لآخر... مما قد يجعل بعض الأفراد يبدو أكثر تقدما في العمر من البعض الآخر"⁽⁵⁾. ففي حين نرى بعض كبار السن يركنون إلى العزلة الاجتماعية واليأس نرى غيرهم يشعرون بالتكامل والرضا ويستمتعون في العطاء والفعالية إلى آخر أيام حياتهم كونهم تمكنوا من حل أزمة تكامل الأنا مقابل اليأس بنجاح؛ كما تحدها نظرية النمو النفسي الاجتماعي لاريكسون، وأمثال هؤلاء يدركون ذواتهم بإيجابية ويحسون بقدرتهم على الانجاز مما ينعكس بالإيجاب على إدراكهم لجودة الحياة لديهم .

فاليوم، أصبح ينظر لأدراك الفرد لجودة حياته كأحد العوامل الأساسية المساعدة على حسن استثمار ما لديه من طاقات وإمكانات، والتي تؤثر بصورة مباشرة على سعادته وتكيفه واستقراره ومدى إيجابيته أو إعاقته عن أداء أدواره الطبيعية في الحياة⁽⁶⁾. وقد خلص عدد كبير من الدراسات إلى أن المعتقدات الصحية تفسر التزام الناس بممارسة العادات الصحية السليمة، فعلى سبيل المثال تساعد معتقدات الأفراد الصحية على التنبؤ بالممارسات التي يعتمدونها بهدف وقاية الأسنان والاعتناء بها والفحص الذاتي للصدر والحماية للوقاية من السمنة وتلك التي يتجنبونها لتفادي خطر الإصابة بمرض فقدان المناعة المكتسبة...⁽⁷⁾.

بالمقابل، أثبتت العديد من الدراسات أن جهل الأفراد بأبسط طرق الوقاية والكشف عن الأمراض والتعامل معها قد زاد من تفاقمها، بل أن الكثير من الوفيات بسبب الجلطة الدماغية مثلا، تعود إلى عدم فهم الأعراض التحذيرية

التي تسبق حدوث الجلطة، وفي الوقت الذي يتغافل فيه الكثيرون عن أخطار البدانة ثبت علمياً أنه "توجد علاقة وطيدة بين البدانة وداء السكري، فهناك احتمال أن زيادة تناول السعيرات الحرارية لفترات طويلة من الزمن يضعف من قدرة الخلايا الخاصة بإفراز الأنسولين في البنكرياس والتي تسمى خلايا بيتا، مما يؤدي إلى ظهور داء السكري"⁽⁸⁾. وتشير حزمون(2011) إلى أن الاهتمام العالمي بقضايا البيئة والفرد وضرورة حمايتهما تزايد باستمرار خاصة بعد المؤتمر العالمي الأول للبيئة بـستوكهولم سنة 1972، إلا أن المجتمعون فيه خلصوا إلى أن الحل لا يكمن في سنّ التشريعات الدولية أو الاتفاقيات التي تحضر التجاوزات الدولية لضمان التصرف السليم من قبل الإنسان، بل أكدت التوصية رقم(96) من المؤتمر على ضرورة إعداد برامج لتربية الأفراد بهدف تعديل سلوكهم المدمر تجاه البيئة وتوعيتهم بمتطلباتها⁽⁹⁾.

لذا يسعى المختصون إلى العمل على إعداد برامج للتثقيف الصحي، تهدف لنشر الثقافة الصحية لدى الفئات المختلفة للمجتمعات حتى تستدمج في البنى المعرفية لديهم؛ فتدفعهم حاجة الحفاظ على الذات إلى حماية أنفسهم من خطر الأمراض والأوبئة المختلفة. فقد ثبت أن "التنظيم الذاتي الصحي يفسر كيف ينغمس الناس في بعض السلوكيات الصحية ويخضعون للعلاج والعمل على تقديم سلوكيات صحية أخرى، وينمي الدافعية الفردية للسلوك الصحي إذ تتنوع الدوافع الشخصية المعبر عنها وفقاً لسلوكيات معينة"⁽¹⁰⁾.

بناء على هذا الطرح انبثق التساؤل الرئيسي للدراسة:

"هل توجد علاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية والتنظيم الذاتي الصحي لدى فئة المسنين المصابين بداء السكري المتابعين من قبل الطبيب المختص بمركز الصحة الجوارية للقطاع الصحي بقمار؟"

2- فرضيات الدراسة:

بناء على إشكالية الدراسة والإطار النظري لها، تمت صياغة الفرضيات التالية:

الفرضية العامة:

لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات المعتقدات الصحية التعويضية والتنظيم الذاتي الصحي لدى المسنين المصابين بداء السكري المزمن عينة الدراسة.

الفرضيات الجزئية:

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المعتقدات الصحية التعويضية بين المسنين المصابين بداء السكري المزمن باختلاف مستوى تعليمهم.

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات التنظيم الذاتي الصحي بين المسنين المصابين بداء السكري المزمن باختلاف مستوى تعليمهم.

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المعتقدات الصحية التعويضية بين المسنين المصابين بداء السكري المزمن باختلاف جنسهم (إناث/ذكور).

4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات التنظيم الذاتي الصحي بين المسنين المصابين بداء السكري المزمن باختلاف جنسهم (إناث/ذكور).

3- أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة وبشكل إجرائي إلى الإجابة على التساؤلات التي تطرحها، والتحقق من فرضياتها:

- محاولة الكشف عن العلاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية التي يتبناها المسن المصاب بداء السكري المزمن للتعامل مع مرضه والتنظيم الذاتي الصحي لديه .

- الكشف عن تأثير عاملي المستوى التعليمي والجنس على المعتقدات الصحية التعويضية لدى المسن المصاب بداء السكري المزمن .

- الكشف عن تأثير عاملي المستوى التعليمي والجنس على التنظيم الذاتي الصحي لدى المسن المصاب بداء السكري المزمن .

- تقديم بعض الاقتراحات _على ضوء النتائج المتوصل إليها_ التي من شأنها أن تساعد على نشر الوعي بأهمية تبني المصاب بداء السكري المزمن لمعتقدات صحية سليمة تساعده على التعايش مع مرضه وحسن استثمار ما لديه من طاقات وإمكانات لأجل أداء ايجابي لأدواره الطبيعية في الحياة.

4- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في أهمية الموضوع الذي تناوله والمرحلة العمرية لعينة الدراسة والتي تمثل المصير الحتمي لكل منا_ إن أطل الله عمره_، وكونها تركز على موضوع يعتبر قضية الساعة، وهو الصحة وسبل الحفاظ عليها سواء أعلق الأمر بالمعتقدات التي نكونها حول ذلك أو فعالية السلوك الذي نختاره، والذي (موضوع الصحة) أضحي مشكلة تؤرق العام والخاص وعلى جميع المستويات الوطنية والمحلية والعالمية، لارتباطه بشكل مباشر بسلامة الجنس البشري واستمراره. خاصة في ظل ما تمر به البشرية ومنذ عامين ونيف من تداعيات جائحة كورونا، والتي ولحد الساعة لم يتم الوصول الى علاج فعال لها، أو حتى لقاح مضمون ضدها، لتبقى الاجراءات الوقائية هي الأكثر فعالية للحماية من الوقوع ضحية تعقيدات الاصابة بكوفيد-19، والتي أدت الى الكثير من حالات الوفاة لا سيما لدى فئة ذوي الأمراض المزمنة، وخصوصا كبار السن منهم.

كما تبرز أهمية الدراسة من كون الصحة لم تعد مفهوما سلبيا ويمكن تحقيقها بحكم العادة، بل أصبحت مفهوما ديناميكيا يرتبط بنظام حياة الأفراد والمجتمعات مما جعل تحقيقها يتطلب جهدا مقصودا ومخططا له وهيئات ومؤسسات وكوادر تسهر على تنفيذ هذه البرامج.

5-التعاريف الاجرائية لمتغيرات الدراسة:

-المعتقدات الصحية التعويضية: تعرف في هذه الدراسة بأنها تلك الممارسات السلوكية الصحية التعويضية التي يتبناها الأفراد لاعتقادهم أنه يمكنها تعويض تلك السلوكيات غير الصحية، وتتأثر بمدى ادراك هؤلاء الأفراد للخطورة والتهديد وفاعلية هذه السلوكيات في التخفيف من السلوك غير الصحي، ويستدل عليها بالدرجة الكلية التي يحصل عليها المسن المصاب بداء السكري من النوع الثاني من خلال استجابته على المقياس المستخدم في هذا البحث.

-تنظيم الذات الصحي: يعرف في هذه الدراسة بأنه دافعية الأفراد للنظر في عواقب الأمور ووضع أهداف واستراتيجيات وتوظيف الأفعال لتحقيق الأهداف المحددة، ومراقبة الأداء لضمان النجاح ويتضمن المقارنة (التقييم) مع بدائل عدة واختيار أفضل تلك البدائل بناء على مدى قدرته على تحقيق ما هو مرغوب، مع البدء بالتحرك للوصول الى الحالة النهائية، ويستدل عليه بالدرجة الكلية التي يحصل عليها المسن المصاب بداء السكري من النوع الثاني من خلال استجابته على المقياس المستخدم في هذا البحث.

-المسن المصاب بداء السكري المزمن: نقصد به في هذه الدراسة الشخص الذي تجاوز سنه الستون عاما وثبت من خلال الفحص الطبي إصابته بداء السكري من النوع الثاني، ويلتزم بالفحوص والمتابعة لدى الطبيب المختص بمركز الصحة الجوارية بقمار.

المبحث الأول:الاطار النظري للدراسة

1-الشيخوخة:

حظيت الشيخوخة في العقود الأخيرة باهتمام واضح من قبل الباحثين الذين تناولوها من جوانب عدة مما انعكس على تعريفاتهم لها ومظاهرها وطرق دراستها.

1-1- تعريف الشيخوخة :

لم يتفق الباحثون على تعريف موحد للشيخوخة، وذلك لأنها ليست من الظواهر الثابتة التي تحدث في المراحل الأخيرة من حياة الكائن الحي عموما والإنسان خصوصا، ولكنها ديناميكية تتأثر بفسولوجية الفرد وحالته النفسية وبيئته الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، واتجاهاتها التي يتقمصها⁽¹¹⁾.

يعرف زهران الشيخوخة على أنها مجموعة تغيرات جسمية ونفسية تحدث بعد سن الرشد وفي الحلقة الأخيرة من الحياة. ومن التغيرات الجسمية (العضوية) الضعف العام في الصحة ونقص القوة العضلية وضعف الحواس والطاقة

الجسمية والجنسية، ومن التغيرات النفسية ضعف الانتباه والذاكرة وضيق الاهتمامات والمحافظة وشدة التأثر الانفعالي والحساسية النفسية⁽¹²⁾.

فالشيخوخة عملية لا مفر فيها من القصور المتزايد في القدرة على التكيف والتوافق والبقاء، وبهذا فهي حالة يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية والبدنية والعقلية واضحا يمكن قياسه وله آثاره على العمليات التوافقية⁽¹³⁾. وقد نجد بعض الباحثين ممن يستخدم مفهوم التقدم في العمر كمرادف للشيخوخة ويؤدي نفس المعنى، "ويشار ضمن مفهوم التقدم في العمر إلى عدة أعمار وهي: العمر الزمني، العمر البيولوجي، العمر السيكلوجي، العمر الاجتماعي"⁽¹⁴⁾.

غير أن الدراسات قد أثبتت أن مرحلة الشيخوخة لا تخضع بالضرورة لقانون الذبول والوهن بل هناك أنماط متعددة منها تتباين فيما بينها؛ ففي حين قد يعاني البعض أمراضا واضطرابات نفسية وجسدية يتمتع البعض الآخر بجسم سليم من الأمراض واستقرار نفسي وقدرة على التكيف المستمر مع المستجدات التي تفرضها عليه الحياة. دفع هذا التباين الباحثين إلى الدراسة المعمقة مما أدى لظهور مفاهيم جديدة في علم الشيخوخة منها مفهوم الشيخوخة الناجحة والذي يعتبر من أهم المفاهيم وأكثرها مدعاة للنزاع.

ويقصد بالشيخوخة الناجحة "التكيف الايجابي مع الحياة أثناء مرحلة الشيخوخة من حيث الرضا عن العلاقات الاجتماعية، وتلبية الحاجات المادية وتحقيق الكفاءة الجسمية والعقلية والاجتماعية"⁽¹⁵⁾. وحسب هذا المفهوم فإن المسن صاحب الشيخوخة الناجحة يكون قادرا على التعامل بايجابية مع مختلف مشكلات هذه المرحلة العمرية متمتعا بالتوافق النفسي والاجتماعي.

1-2-أهم مشكلات الشيخوخة :

مرحلة الشيخوخة كغيرها التي سبقتها تتميز بعدد من المشكلات المرتبطة بخصائص المرحلة، نذكر منها :

1-المشكلات الصحية: المرتبطة بالضعف العام للجسم والحواس ويمكن تقسيمها إلى أمراض جسمية كالآلام المفاصل، الأسنان، القلب، ضغط الدم، السكري، ضعف السمع، ضعف البصر....، وأمراض نفسية مثل القلق العام، قلق الموت، انخفاض تقدير الذات، الاتكالية، اضطرابات النوم، اليأس...، وان كانت الإصابة بالأمراض ليست حكرًا على مرحلة الشيخوخة إلا أن ما يميزها في هذه المرحلة أنها تكون في الأغلب مزمنة.

2-مشكلة التقاعد: وتعتبر على رأس المشكلات التي تترك الشخص المسن، فعلاوة على وقت الفراغ الذي يجد نفسه مجبرا على التعامل معه وهو الذي تعود على نمط حياتي مختلف فرضه نظام العمل اليومي، قد يشعر الفرد المتقاعد أن الحياة قد استغنت عنه لأنه أصبح شخصا عاجزا وغير مفيد.

3-ذهان الشيخوخة: ويطلق عليه خبل الشيخوخة أو خرف الشيخوخة: وفيه يصبح المسن أقل استجابة وأكثر تركزا حول ذاته، وتضعف ذاكرته بالنسبة للحاضر بينما تظل قوية بالنسبة للماضي وتقل اهتماماته وميوله. ويلاحظ

عليه نقص شهيته للطعام وتقل طاقته وحيويته، كما يعاني من الأرق وقلة المبادأة وسرعة والاستثارة وعدم القدرة على التوافق بسهولة والنكوص والاعتمادية وإهمال نظافته، كما يشعر بقلّة قيمته في الحياة... وتصل نسبة الإصابة بالذهان إلى 0.8 في الألف بالنسبة للإناث و0.6 في الألف بالنسبة للذكور⁽¹⁶⁾.

2-داء السكري المزمن:

تشكل الأمراض المزمنة أكبر نسبة وفيات في العالم الغربي والنامي على حد سواء، وقد أخذت تنتشر بشكل وبائي نتيجة التغيير الاجتماعي والتطور الصناعي وطرائق المعيشة وأنماط السلوك الأقرب إلى نمط الثقافة الغربي "لذلك فهي ترتبط بالسلوك الصحي حيث لاحظت منظمة الصحة العالمية أن 75% من أسباب أمراض القلب والأوعية الدموية يعود إلى أسباب سلوكية منها طريقة الغذاء ونقص النشاط الرياضي"⁽¹⁷⁾.

2-1-تعريف المرض المزمن:

يُميز الأطباء بين المرض المزمن والمرض الحاد الذي يظهر فجأة ويشفى الإنسان منه سريعاً، أما المرض المزمن فيشمل عدداً كبيراً من الأمراض تختلف فيما بينها من حيث المنشأ والسبب والأعراض والعلاج والمآل وتنمو ببطء كما تستمر لمدة طويلة⁽¹⁸⁾.

وتتميز هذه الأمراض بخصائص أهمها:

1- الأسباب: توجد علاقة قوية بين المرض المزمن ونمط الحياة وسلوكيات المريض المتعلقة بالصحة والمرض.

2- التنبؤ: لا يمكن التنبؤ بمسار المرض من حيث التحسن والانتكاس.

3- الشفاء: تستعصي أغلب هذه الأمراض عن الشفاء.

4- العلاج: تحتاج إلى علاج مكلف وطويل الأمد خاصة بعد ظهور المضاعفات الخطيرة.

5- الإعاقة: تؤدي الكثير منها إلى إعاقات وظيفية وجسدية مما يزيد من معاناة المريض.

2-2-تعريف داء السكري:

تعرفه منظمة الصحة العالمية: "هو حالة مزمنة ناتجة عن ارتفاع مستوى السكر في الدم وقد ينتج ذلك عن مجموعة من العوامل البيئية الوراثية ويعد الأنسولين المنظم الرئيسي لتركيز الجلوكوز في الدم، وقد يرجع ارتفاع مستوى السكر في الدم إلى قلة وجود الأنسولين"⁽¹⁹⁾.

ويطلق على داء السكري الخاضع للأنسولين (DID) بمرض السكري من النوع الأول أو سكري الأطفال والشباب كونه يصيب الصغار والشباب وينتج عن شذوذ إفراز الأنسولين، أي وجود نقص هام في الأنسولين مع فرط نسبة الجلوكوز في الدم ويكون ظهوره مفاجئاً خلال بضعة أيام أو أسابيع⁽²⁰⁾.

أما داء السكري غير المعتمد على الأنسولين (DNID) فيطلق عليه مرض السكري من النوع الثاني أو سكر الكبار لأنه عادة ما يظهر بعد سن الثلاثين، ورغم كون المصاب به قد لا يعتمد في البداية على العلاج بالأنسولين إلا أن ذلك ليس دائماً بالضرورة، فالتغذية وممارسة الرياضة وبعض الأدوية كافية عند بداية ظهور المرض فان تزويد الجسم بالأنسولين الذي ينقصه يصبح ضرورياً بعد طول مدة الإصابة .

وأضاف الباحثين نوعين آخرين هما: سكري الحمل والسكري المقترن بحالات مرضية معينة⁽²¹⁾.

2-3- أعراض داء السكري:

ذكر الأطباء والباحثون أعراضاً عديدة للسكري، وتعد الأعراض التالية الأهم والأكثر ملازمة للمريض:

كثرة التبول والعطش، جفاف في الفم واللسان والجلد، الإعياء والخمول الدائم، الإحساس المفرط بالجوع مقابل فقدان الوزن، مشاكل في الرؤية، التأخر في التئام الجروح، الضعف الجنسي خاصة عند الذكور، كبر حجم الجنين لحد غير طبيعي والإجهاد المتكرر دون سبب واضح بالنسبة للنساء، القلق الدائم وسرعة الإثارة واليأس، الأرق، ضعف الذاكرة...

2-4- أسباب داء السكري:

تعددت الأبحاث حول أسباب ظهور هذا المرض خاصة وأنه يظهر دائماً بشكل فجائي ودون سابق إنذار وفي أي سن. ورغم عدم وصولها إلى السبب الرئيسي لظهور السكري إلا أنها أكدت على جملة من العوامل التي من شأنها توليد المرض وتفاقم الإصابة به، نذكرها كالتالي:

1- **الوراثة:** لا يمكن اعتباره مرضاً وراثياً بحتاً، لكن نسبة إصابة أبناء الوالدين المصابين به أكثر من غيرهم.

2- **البدانة:** ثبت علمياً وجود علاقة وطيدة بين البدانة والإصابة بداء السكري.

3- **السن:** يصيب السكري عادة كافة الأعمار، إلا أن نسبة الإصابة به تزداد بعد سن 45 سنة.

4- **الصدمة النفسية:** إن وجد الاستعداد الفعلي للإصابة قد تمثل الصدمة النفسية العنصر المفجر للمرض

5- **إصابة البنكرياس:** يؤدي أي خلل في عمل البنكرياس إلى عدم تنظيم السكر في الدم، وقد يعود هذا الخلل إلى تعاطي الأدوية أو الجراحة.

2-5- علاج داء السكري:

لا يوجد علاج شاف لداء السكري لكن يوصي الأطباء بجملة من الإجراءات للتخفيف من وطأته على المريض وتجنبيه قدر الإمكان المضاعفات الخطيرة لهذا المرض، وأهم هذه الإجراءات وأكثرها فاعلية:

__تعريف المريض بالحمية الغذائية وأهميتها في التخفيف من حدة ومضاعفات المرض.

__الاعتناء بالنظافة الشخصية، وممارسة الرياضة البدنية الخفيفة والمنتظمة، خاصة رياضة المشي.

__إرشاد المريض بضرورة مراجعة الطبيب المختص لمراقبة السكري وفاعلية العلاج الذي يتبعه.

__إعطاء الأدوية (أقراص، حقن الأنسولين) وتعليم المريض خصائص وأهمية كل علاج⁽²²⁾.

3-المعتقدات الصحية التعويضية:

يعرف فيشر الصحة بأنها "طريقة تعبير أو معاشة وخبرة الفرد، حيث تتعاقد الحياة النفسية والاجتماعية مع الوظائف البيولوجية لتحقيق الرفاهية والشعور بالعافية والتي تمكن الإنسان من العيش بطريقة مُرضية."

وتنطلق فلسفة الارتقاء الصحي من مبدأ مفاده أن الصحة الجيدة هي نتاج انجاز شخصي تراكمي عبر مراحل النمو المتعاقبة وصولاً إلى مرحلة الشيخوخة والتي يفترض أن تكون خاتمة الحياة البشرية نظرياً.

3-1-تعريف المعتقد:

يعرف المعتقد على أنه تنظيم يتسم بالثبات لمدرجات الفرد ومعارفه حول جانب معين من حياته، أو هو نمط المعاني لمعرفة الفرد حول شيء محدد.

ويلخص عبد اللطيف محمد خليفة عدة خصائص لمفهوم المعتقدات، نذكر منها:

__المعتقدات عبارة عن معاني يضيفها الفرد لمدرجاته.

__المعتقدات مكتسبة، يكتسبها الفرد من خلال تفاعله مع بيئته.

__تمتاز المعتقدات بالثبات النسبي عبر الزمن.

__يمكن أن ترتبط المعتقدات بجانب معين من حياة الإنسان، كما يمكن أن ترتبط بعدة جوانب في ذات الوقت.

__يرتبط مفهوم المعتقدات بتوقعات الفرد وتقييمه للأمور.

__يعكس مفهوم الفرد تصوراته ومدرجاته وطبيعة معرفته، لذا تعتبر المعتقدات من العوامل الأساسية الموجهة لسلوكيات الأفراد واستجاباتهم للمثيرات المختلفة.

يمكن الاستدلال على طبيعة المعتقدات من خلال حديث الفرد، وطريقة تفكيره وتقترن عادة بعبارة "أنا أعتقد" (23).
 مما سبق يتضح أن المعتقد عبارة عن مفهوم معرفي يمثل إطاراً فكرياً يعكس تصورات الإنسان ومدركاته وطبيعة معرفته، ويرتبط بتوقعه وتقييمه للأمور أو ما يطلق عليه "توقع القيمة" وهو السبب الذي يجهل منه موجهها لسلوك صاحبه فتختلف استجابات الأفراد للمثيرات تبعاً لذلك.

وللمعتقدات أنواع عدة أهمها: المعتقد الديني والمعتقد الشعبي والمعتقد المعرفي والمعتقد الصحي، الذي ينقسم بدوره إلى المعتقد الصحي العام ويقصد به تصورات وإحساس الفرد بالخطر واعتقاداته حول شدة المرض. والمعتقد الصحي التعويضي الذي يمثل موضوع الدراسة الحالية.

3-2- تعريف المعتقد الصحي التعويضي: (The compensatory health beliefs)

يعرفه كل من مارجوريابيو باربالكنوبر (Marjorie Rabiau and Barbel Knauper) وهما من الرواد المؤسسين لنظرية المعتقدات الصحية التعويضية، على أنه "اعتقاد الفرد بقدرته على تغيير أو تعديل سلوك طوعي غير صحي بسلوك آخر طوعي وصحي خلال وقت معين، حيث ترتبط الطواعية هنا بمدى إرادة الفرد على ضبط نفسه" (24).

3-3- نموذج المعتقدات الصحية التعويضية:

يعتبر هذا النموذج من بين أحدث نماذج نظرية المعتقدات الصحية التعويضية قام بتأسيسه كل من مارجوريابيو باربالكنوبر وبول ميكولون (Marjorie Rabiau , Barbel Knauper and Paul Miquelon)

واعتمدوا في ذلك على: نظرية حماية الدافع ونظرية السلوك المخطط ونموذج شفارتز الذي جمع بين النظريتين السابقتين، ونموذج التوافق الذاتي الذي استند على بعض مفاهيم نظرية تقرير المصير. ويعد نموذج المعتقدات الصحية التعويضية محاولة لتفسير سبب تطوير الأفراد لمثل هذه المعتقدات وكيفية توظيفها لمقاومة الإغراءات الذاتية، وكذلك مدى قدرة الأفراد على التنبؤ بالاختيارات الصحية والنتائج المترتبة عنها. وتشتمل العناصر الرئيسية للنموذج على:
 _ الصراع القائم بين الرغبة والهدف، أو ما يسمى بالتنافر الإدراكي.

_ التوافق الذاتي: ويقصد به إلى أي مدى يمكن الفرد السعي إلى تحقيق أهدافه الشخصية والذاتية.

_ الفعالية الذاتية.

_ النوايا.

_ تنفيذ النوايا أو الخطط (25).

4-التنظيم الذاتي الصحي:

المفهوم العادي للتنظيم الذاتي في الحياة اليومية يشير إلى دافعية الأفراد لاتخاذ القرار حول ما يفتقدونه في الوقت الراهن ويريدون الحصول عليه مستقبلا، وما يستوجب عليهم القيام به لأجل ذلك .

4-1-تعريف التنظيم الذاتي (Self Regulation):

يرى باندورا Bandura أن التنظيم الذاتي يشير إلى قابلية الفرد للتحكم بسلوكه الخاص، ويصبح التنظيم ذاتيا حين يكون لدى الفرد أفكاره الخاصة حول ما يتضمنه السلوك المناسب والقدرة على توجيه أفكاره تبعاً لذلك، فيتوالد عنها إحساسا بالرضا الذاتي. كما قدم مفهوم الفاعلية الذاتية في إطار عرضه لدور العوامل الاجتماعية والثقافية في التعلم، وفيما يحدث بينهما من تفاعل انطلاقاً من فكرة أن المثيرات الاجتماعية التي تتلقاها من الوسط الذي نعيش فيه تؤثر على شعورنا بالكفاية عند قيامنا بمهام تتطلب مهارات معينة⁽²⁶⁾.

ينشغل الأفراد لقضاء أعمالهم اليومية بنوعين من المهام، إذ يقومون بتقييم وضعهم الراهن لتحديد ما عليهم القيام به (الأهداف) ثم يقومون بمقارنة نقطة الانطلاق بالهدف المنشود ويحددون ما يستوجب فعله (الانتقال) والوسائل اللازمة لذلك بناء على تقييمهم للحالة الآتية؛ تعكس هذه السيورة وظيفتين أساسيتين للتنظيم الذاتي تتمثلان في: تقييم الأهداف والوسائل الضرورية لبلوغها، ثم الانتقال والتحرك في اتجاه تحقيق هذه الأهداف.

ويعرفه جولمان Golman 1998 على أنه قدرة الفرد على إدارة حالته الداخلية من حيث مصادر دوافعها، ويشمل الكفايات الآتية: التحكم الذاتي، النزاهة، الضمير، التكيف، الابتكار⁽²⁷⁾.

تؤكد معظم نظريات التنظيم الذاتي على الارتباط الفطري للتنظيم الذاتي مع الأهداف، فالهدف يعكس غرض الفرد ويشير إلى نوعية ونسبة الأداء، كما يتضمن تحديد الهدف رسم معيار يوجه السلوك؛ فالأهداف موجودة ضمناً عبر المراحل المختلفة للتنظيم الذاتي وتتمثل في: التروي، ضبط الأداء، تأمل الذات ويقصد به تقييم مدى التقدم في تحقيق الهدف وتكييف الاستراتيجيات بما يضمن نجاح ذلك⁽²⁸⁾.

4-2-تعريف التنظيم الذاتي الصحي:

يعرفه زكرمان Zakarman 1999 بأنه مشاركة الأفراد الفعالة ضمن سلسلة عمليات تعلمهم وفهمهم، فهم لا يحتاجون فقط إلى اكتساب المعرفة وكم كبير من المعلومات لينجحوا في أداء المهمات أكاديمية كانت أم حياتية عامة، بل يحتاجون أيضاً إلى ما يدفعهم إلى بناء واستعمال استراتيجياتهم الخاصة التي تجسد فهمهم للأدوات التعليمية⁽²⁹⁾.

وفي هذه الدراسة يعرف التنظيم الذاتي الصحي على أنه دافعية الأفراد للتبصر في عواقب الأمور وتحديد أهداف واضحة، وبناء استراتيجيات والقيام بأفعال لتحقيقها ومراقبة مدى التقدم في الأداء لضمان بلوغها بنجاح، ويتضمن المقارنة (التقييم) بين عدة بدائل والتحرك (التنقل) لتطبيقه للوصول إلى تحقيق الهدف .

المبحث الثاني: إجراءات الدراسة الميدانية

1- منهج الدراسة:

اعتمد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي، فهو الذي يصف الظاهرة كما هي في الواقع، إذ استخرجنا عينة الدراسة من هذا الواقع ثم قمنا بالمقارنة بين استجابات أفرادها.

2- عينة الدراسة:

تم تطبيق الدراسة الأساسية على 40 مسنا مصابا بداء السكري من النوع الثاني تجاوزوا سن الستين سنة (24 مسنا و16 مسنة) تم اختيارهم بطريقة عشوائية من بين المرضى المترددين على مركز الصحة الجوارية لدائرة قمار بولاية الوادي.

3- أدوات جمع البيانات:

لغرض الدراسة تم تبني مقياسي المعتقدات الصحية التعويضية والتنظيم الذاتي الصحي اللذين أعدتهما الباحثان سناء عيسى الداغستاني وديار عوني المفتي في دراستهما سنة 2010.

إلى جانب صدق المحكمين، استخدمت الباحثتان طريقي صدق الاتساق الداخلي والمقارنة الطرفية للتأكد من صدق الأدوات، أما ثباتها فتم حسابه باستخدام طريقة إعادة الاختبار، كونها طريقة تعطي تقديرا لثبات الأداء على الاختبار من خلال اتساقه عبر الزمن، وباستخدام معامل الارتباط (بيرسون) تحصلنا على معامل ارتباط يقدر بـ: 0.82 بالنسبة لمقياس المعتقدات الصحية التعويضية و0.85 بالنسبة لمقياس التنظيم الذاتي الصحي، كما تم حساب ثبات المقياس الأول بطريقة ألفا كرونباخ حيث وصلت القيمة إلى 0.87، وطريقة التجزئة النصفية للثاني ووصلت قيمة معامل الارتباط بعد التعديل إلى 0.92.

ولغرض الدراسة أعيد تقنين الأدوات على عينة محلية، حيث تم التأكد من صدقهما بالاعتماد على طريقة المقارنة الطرفية والاتساق الداخلي الذي تراوحت معاملات ارتباطه بين (0.61 و0.73)؛ مما يدل على صدق المقياسين. أما الثبات فقد تم اعتماد ألفا كرونباخ للتأكد من ثبات مقياس المعتقدات الصحية التعويضية والتي بلغت قيمتها 0.88، وطريقة التجزئة النصفية للتأكد من ثبات مقياس تنظيم الذات الصحي وبلغت قيمة معامل الارتباط بعد تصحيح الدول 0.90.

4- الأساليب الإحصائية:

اعتمدت الدراسة معامل الارتباط بيرسون لمقياس العلاقة واختبار "ت" لمتوسطين غير مرتبطين لعينتين غير متساويتين واختبار تحليل التباين الأحادي "ف" لدراسة دلالة الفروق في درجات أفراد العينة، ونشير إلى أنه تمت المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة باستخدام برنامج "الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية" SPSS.

5- عرض نتائج الدراسة ومناقشتها:

باستعمال أدوات جمع البيانات السابقة الذكر وبعد معالجتها إحصائيا توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

5-1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة:

تنص الفرضية العامة على أنه "لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات المعتقدات الصحية التعويضية والتنظيم الذاتي الصحي لدى المسنين المصابين بداء السكري المزمن". وباستخدام معامل الارتباط بيرسون للكشف عن العلاقة بين درجات المعتقدات الصحية التعويضية والتنظيم الذاتي الصحي لدى المسنين المصابين بداء السكري (النوع الثاني) المزمن تحصلنا على القيمة (0.84). وهو ارتباط موجب دال عند مستوى الدلالة 0.01؛ وعليه فقد تم رفض الفرضية الصفرية وتبني الفرضية البديلة والتي نصها "توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات المعتقدات الصحية التعويضية والتنظيم الذاتي الصحي لدى المسنين المصابين بداء السكري المزمن"، وتعد نتيجة مشابهة لما توصلت إليه دراسة جوزيف وزملائه؛ حيث أكدوا أن لجوء الأفراد إلى الممارسات الجنسية الأكثر أماناً لا ترتبط بمعلوماتهم حول الإيدز أو بإدراك المخاطر الناجمة عنه، أو بإدراك كفاءة السلوك الجنسي الأكثر أماناً ولكن ترتبط باعتقادهم بأن أقرانهم قد تمكنوا من تغيير عاداتهم⁽³⁰⁾؛ فلا يكفي توفر الخلفية المعرفية حول النتائج الإيجابية لسلوك ما حتى يقوم به الفرد، بل يرتبط قيام الأفراد بهذا السلوك وتجنب غيره بمدى اقتناعهم بقدرتهم على ذلك والذي قد يكتسبونه عبر معرفتهم بأن أمثالهم تمكنوا من ذلك فيقتدون بهم. وتشكل هذه القناعة الدافعية الضرورية لنزوع الإنسان نحو القيام بالسلوك المرغوب.

وعليه فإنه يمكن تفسير النتيجة التي توصلت إليها الدراسة الحالية، بأن الأفراد الذين يعتقدون أن باستطاعتهم تبديل سلوكهم غير الصحي بسلوك آخر صحي يمتلكون في الوقت ذاته الدافعية اللازمة لبناء الاستراتيجيات والقيام بالمهام الكفيلة بضمان بلوغ الأهداف المسطرة، وهم بهذا الاعتقاد يوصفون بذوي مركز الضبط الداخلي حيث يشير كل من جولومبكوفيفوش (1995) إلى أن "الأفراد ذوو الضبط الداخلي يعتقدون أن النتائج اللاحقة لسلوكهم هي نتيجة جهدهم الذي بذلوه ويتوقعون أن بإمكانهم السيطرة على مخرجات هذا السلوك عن طريق التحكم بمقدار الجهد المبذول في أي مهمة معطاة لهم"⁽³¹⁾.

وقد توصل لواردل وآخرون (1997) في دراستهم التي أجروها على أكثر من 16000 طالباً وطالبة من 21 بلداً أوروبياً حول سلوك الحمية الصحية بين الطلاب الأوروبيين إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين عادات الحمية الصحية وعدة متغيرات من بينها مركز الضبط Locus of Control⁽³²⁾.

5-2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

والتي تنص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المعتقدات الصحية التعويضية بين المسنين المصابين بداء السكري المزمن باختلاف مستوى تعليمهم". وللتحقق من صحة الفرضية استخدم اختبار تحليل التباين الأحادي "ف" للكشف عن الفروق، والجدول رقم (01) يوضح النتيجة المتوصل إليها:

جدول رقم (01): يوضح دلالة الفروق بين متوسطات درجات المعتقدات الصحية التعويضية لأفراد العينة باختلاف مستوى تعليمهم.

الفرق بين المتوسطات					"ف" المحسوبة	المتوسط الحسابي	عدد المسنين	المجموعات
جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	غير متعلم				
18 - دال *	7.804 - غير دال	3.375 - غير دال	- 3.292 غير دال	/	6.264	98.63	08	غير متعلم
14.708 - دال *	4.512 - غير دال	0.083 - غير دال	/	/		101.92	12	ابتدائي
14.625 - غير دال	4.429 - غير دال	/	/	/		102	05	متوسط
10.196 - غير دال	/	/	/	/		106.43	07	ثانوي
/	/	/	/	/		116.63	08	جامعي

يبين الجدول أن "ف" المحسوبة بلغت (6.264) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، ومنه ترفض الفرضية الصفرية وتقبل بديلتها التي تنص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المعتقدات الصحية التعويضية بين المسنين المصابين بداء السكري المزمن باختلاف مستوى تعليمهم"؛ أي أن المعتقدات الصحية التعويضية لدى المسنين تختلف باختلاف مستوياتهم الدراسية يوضح الجدول لأعلاه أن المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في مقياس المعتقدات الصحية التعويضية يتناقص كلما انخفض المستوى التعليمي لهم. وبما أن اختبار تحليل التباين لا يكشف اتجاه الفروق فقد لجأنا إلى المعالجة البعدية بتطبيق اختبار "شيفيه" لمعرفة اتجاه الفروق بين المجموعات؛ حيث سجل الفارق لصالح مجموعة الجامعيين بأعلى متوسط وقدر بـ(116.6) مقابل أقل متوسط سجلته مجموعة غير المتعلمين وقدر بـ(98.63)، وقد يعود ذلك لوجود مجموعة من المناهج الدراسية التي تتناول مواضيع حول الصحة وكيفية المحافظة عليها تكسب الأفراد ثقافة صحية تؤثر إيجاباً على تكوينهم لمعتقداتهم الصحية.

وقد أكدت دراسة لكيري جاكسون التي أجراها سنة 1991 حول استخدام نموذج المعتقدات الصحية (HBM) للتنبؤ بسلوك المراهقين على أهمية استخدام النماذج النظرية وعلى رأسها نموذج المعتقد الصحي في مجال التثقيف الصحي⁽³³⁾؛ بمعنى أن المعتقدات الصحية تكتسب من خلال عمليات التعلم.

وتتقاطع نتائج الدراسة الحالية مع الدراسة التي أجراها Rowley وزملائه بهدف إيجاد نموذج رياضي يفسر العلاقة بين سلوك المواجهة والمعارف المتعلقة بمرض السكري (وعدة متغيرات أخرى)، حيث خلصت الدراسة إلى أن للكفاءة الذاتية_والتي تشكل الخلفية النظرية للفرد مكوناً أساسياً فيها_ وسلوك المواجهة دوراً مهماً في تبصير مريض السكري بأهمية المحافظة على توازن السكر في دمه⁽³⁴⁾.

كما تؤكد العديد من الدراسات على أهمية المستوى التعليمي في رفع درجة وعي الأفراد بالمخاطر التي تهددهم سواء على مستوى الصحة الفردية أو العامة، ومنها ما توصل إليه (ZIADAT, 2010) في دراسته التي أجراها على (2000) شخص من مختلف شرائح المجتمع الأردني من وجود لفروق دالة إحصائية في مستوى الوعي البيئي

لصالح الفئات العمرية الأكبر سببه أن المستوى التعليمي قد لعب دورا هاما في رفع درجة الوعي البيئي لدى جميع أفراد عينة الدراسة⁽³⁵⁾.

5-3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

ونصها: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات تنظيم الذات الصحي بين المسنين المصابين بداء السكري المزمن باختلاف مستوى تعليمهم". الجدول رقم (02) يوضح نتيجة تطبيق اختبار تحليل التباين "ف":
جدول رقم (02): يوضح دلالة الفروق بين متوسطات درجات تنظيم الذات الصحي لأفراد العينة باختلاف مستوى تعليمهم.

الفرق بين المتوسطات					"ف" المحسوبة	المتوسط الحسابي	عدد المسنين	المجموعات
جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	غير متعلم				
31.5 - *	20.232 -	19.175 -	12.625 -	/	4.064	95.63	08	غير متعلم
دال	غير دال	غير دال	غير دال	/		108.25	12	ابتدائي
18.875 -	7.607 -	6.55 -	/	/		114.80	05	متوسط
12.325 -	1.057 -	/	/	/		115.86	07	ثانوي
غير دال	/	/	/	/		127.13	08	جامعي

نقرأ من الجدول أن قيمة "ف" المحسوبة تساوي (4.064) وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01، وعليه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل بديلها التي نصها: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات تنظيم الذات الصحي بين المسنين المصابين بداء السكري المزمن باختلاف مستوى تعليمهم". وبما أن اختبار تحليل التباين لا يكشف اتجاه الفروق فقد لجأنا إلى المعالجة البعدية بتطبيق اختبار "شيف" لمعرفة اتجاه الفروق بين المجموعات والذي أشارت النتائج أنه لصالح ذوي المستوى الجامعي (كما يوضح الجدول أعلاه). مما يدل على أن المسنين ذوي المستوى التعليمي الجامعي يمتلكون تنظيم ذات صحي أعلى من نظرائهم أصحاب المستويات الدراسية الأدنى ويشير الجدول رقم (02) إلى أنه كلما انخفض المستوى التعليمي للمسن كلما تراجع مستوى تنظيم الذات الصحي لديه؛ والذي يترجم في الحياة اليومية له بالدافعية التي تجعله يحدد سلم أولوياته وينشغل بتقييم وضعه الحالي وما يهدف الوصول إليه وكيف ينتقل إلى الوضعية المستقبلية بناء على نتائج تقييمه وكلها عمليات تتطلب مهارات ومستوى معرفيا يرتبط بالمستوى الاقتصادي والثقافي للفرد.

وقد أثبتت دراسة (Y. Bezie et al, 2006) التي أجريت على 94 مريضا بالمستشفى تراوحت أعمارهم بين 41 و 89 سنة، إلى أن عدم الانضباط الصحي يأتي من نقص التربية والتنظيف الصحي لمرض السكري⁽³⁶⁾، فمعارف الفرد ومستوى تفكيره تنعكس على مستوى طموحه وقدرته على تحديد الأهداف من جهة وعلى الاستراتيجيات

التي يعتمد عليها لبلوغ هذه الأهداف من جهة ثانية وذلك لارتباطها المباشر بالمفهوم الذي يكونه الفرد حول ذاته، حيث يرى لايبان وجرين أن "مفهوم الذات يعمل كموجه للسلوك وقوة دافعة له، وهو يشكل ذلك التنظيم الإدراكي الذي يقف وراء وحدة الأفكار والمشاعر والذي يعمل بمثابة الخلفية المباشرة لسلوكنا والموجه له"⁽³⁷⁾.

5-4- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

والتي تنص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات المعتقدات الصحية التعويضية بين المسنين المصابين بداء السكري المزمن باختلاف جنسهم (إناث/ذكور)". وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار "ت"، والجدول رقم (03) يوضح النتيجة المتوصل إليها:

جدول رقم (03): يوضح دلالة الفروق بين متوسطي درجات المعتقدات الصحية التعويضية بين المسنين المصابين بداء السكري المزمن باختلاف جنسهم (إناث/ذكور).

المعتقدات الصحية التعويضية	إناث	ذكور	ن	ت المحسوبة	ت الجدولة	مستوى الدلالة عند 0.05
عدد المسنين	16	24	40	1.32	2.02	غير دال
المتوسط الحسابي (م)	107.50	103.33				
الانحراف المعياري (ع)	11.80	8.14				

قدرت قيمة "ت" المحسوبة ب(1.32) وهي الأصغر من القيمة الجدولة لذا فهي غير دالة إحصائياً والفروق الملاحظة بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس المعتقدات الصحية التعويضية قد تعود للصدفة. وعليه تقبل الفرضية الصفرية التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المعتقدات الصحية التعويضية للمسنين المصابين بداء السكري المزمن باختلاف جنسهم (إناث/ذكور).

وعلى عكس هذه النتائج، تؤكد دراسة قام بها مجموعة من الباحثين في جامعة بلومنتجونبأنديانا الأمريكية حول السلوك الجنسي والصحة سنة 1994 على عينة تتكون من 5865 فرداً تتراوح أعمارهم بين 14 و 94 سنة. حيث توصلت هذه الدراسة أن الذكور أكثر استخداماً للسلوك الصحي مقارنة بالإناث والمراهقين مقارنة بكبار السن⁽³⁸⁾. كما توصلت دراسة ليسلي واليسون وكريستوفر سنة 1990 التي أجريت على عينة مكونة من 41104 مشاركاً منهم ما نسبته 58% إناث إلى ملاحظة بعض الفروق بين الجنسين⁽³⁹⁾. في حين توصلت دراسة كل من جونسون، ماكليود وليام، لورا كينيدي، ماكليود كاثرين (C.Shanthi Johnson, William Mcleod, Laura Kennedy, Katherine Mcleod) حول علاقة المعتقدات الصحية وترقق العظام بين الشباب وكبار السن من كلا الجنسين حيث توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس المعتقدات الصحية لصالح الإناث⁽⁴⁰⁾. وقد يعود هذا الاختلاف في النتائج إلى أن عينة الدراسة الحالية جميعهم يفوقون الستين سنة من العمر كما قد يعود إلى الاختلاف في البيئتين الثقافية والاقتصادية لعينتا الدراستين، خاصة وأنه قد ثبت أن المستوى التعليمي للفرد يعد أحد العوامل المؤثرة على المعتقدات التي يتبناها. وفي الدراسة الحالية يشكل ذوي المستوى الجامعي

نسبة 20% من العينة منهم أنثى وحييدة جامعية، مقابل 50% منها إما غير متعلمين أو ذوي مستوى ابتدائي معظمهم إناث.

5-5- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

ونصها "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات تنظيم الذات الصحي بين المسنين المصابين بداء السكري المزمن باختلاف جنسهم (إناث/ذكور)". والجدول رقم (04) يوضح النتيجة المتوصل إليها:

جدول رقم (04): يوضح دلالة الفروق بين متوسطي درجات تنظيم الذات الصحي لأفراد العينة باختلاف جنسهم (إناث/ذكور).

تنظيم الذات الصحي	إناث	ذكور	ن	"ت" المحسوبة	"ت" الجدولة	مستوى الدلالة عند 0.05
عدد المسنين	16	24	40	0.38	2.02	غير دال
المتوسط الحسابي (م)	110.25	112.58				
الانحراف المعياري (ع)	26.12	11.82				

يتضح من الجدول أعلاه أن قيمة "ت" المحسوبة (0.38) أصغر من الجدولة (2.02)، وبالتالي فهي غير دالة إحصائية وتقبل بذلك الفرضية الصفرية التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات تنظيم الذات الصحي لأفراد عينة الدراسة على اختلاف جنسهم (إناث/ذكور).

يقصد بتنظيم الذات الصحي في هذه الدراسة بأنه تلك الدافعية لدى الأفراد للتبصر في عواقب الأمور وتحديد أهداف واضحة، وبناء استراتيجيات والقيام بأفعال لتحقيق هذه الأهداف ومراقبة مدى التقدم في إنجازها. ويقرر روتر أن السلوك لا يرتبط فقط بالأهداف أو بأهميتها بل يتحدد أيضا بتوقع الفرد أن هذه الأهداف ستحقق⁽⁴¹⁾؛ وتبين المتوسطات الواردة في الجدول رقم (04) أن أفراد العينة على اختلاف جنسهم يتمتعون بمستوى مرتفع من تنظيم الذات الصحي حيث يقارب المتوسطين الدرجة القصوي للمقياس (135)، ويذكر "كانفر وجولد شتاين أن مصطلح التنظيم الذاتي يتضمن قدرة الأفراد على تعلم طرق فعالة لتنظيم حياتهم وأنماط سلوكهم الأمر الذي يؤدي إلى نتائج إيجابية على المدى البعيد"⁽⁴²⁾.

بناء عما سبق، نستنتج أن معظم مسنو عينة الدراسة يعتقدون بدرجة كبيرة أن نجاحهم أو فشلهم في تحديد أهدافهم والوصول إليها إنما يرجع في حقيقة الأمر إلى ذواتهم وخصائصهم الشخصية وما يمتلكونه من استعدادات وقدرات ومهارات وخبرات متنوعة تمكنهم من أداء المهام التي يتطلبها تحقيق الهدف، مما يصنفهم من ذوي الضبط الداخلي. وقد أقر روتر اثر تحليله للعديد من الدراسات التي تناولت الموضوع بأن الفروق بين الجنسين في الضبط الداخلي كانت ضئيلة ولم تصل حد الدلالة الإحصائية إلا في دراسة واحدة، إذ رأت سترينكلاند أن هناك فروقا في الدرجات على مقياس الضبط ترجع إلى الجنس دون أن تحدد وجهة الفروق⁽⁴³⁾.

تؤكد هذه النتائج ما توصلت إليه الدراسة الحالية من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات تنظيم الذات الصحي بين المسنين عينة الدراسة تعزى لمتغير الجنس.

خاتمة:

شهد الربع الأخير من القرن العشرين ثورة هائلة على جميع الأصعدة المرتبطة بحياة الفرد؛ انعكس على أنماطه المعيشية فأدى إلى اكتسابه سلوكيات غذائية وصحية جديدة، فرضها الريتم السريع للحياة وضغوط العمل. كما أدى العصر الصناعي إلى تغير التكنولوجيا ضاعف بدوره من انتشار الكثير من الأمراض والأوبئة، ولم تستثنى هذه النقلة الوبائية مجالا جغرافيا. مما دفع بالكثير من المنظمات ومراكز الأبحاث إلى دق ناقوس الخطر والدعوة إلى التوعية الصحية؛ استنادا إلى أن فكرة الارتقاء بالصحة تنطلق من فلسفة مفادها أن الصحة الجيدة تعد نتاج انجاز بشري، فعلى المستوى الفردي تتم عبر تطوير عادات صحية سليمة في مرحلة عمرية مبكرة والحفاظ عليها عبر بقية المراحل وصولا لمرحلة الشيخوخة، أما على مستوى النخب والجماعات فتكون من خلال تثقيف الناس وتعليمهم هذه العادات وتبصيرهم بالآثار المدمرة للعادات غير السليمة .

لذا يسعى المختصون إلى العمل على إعداد برامج للتثقيف الصحي، تهدف لنشر الثقافة الصحية وبناء معتقدات صحية لدى الفئات المختلفة للمجتمعات حتى تستدمج في البنى المعرفية لديهم؛ فتدفعهم الحاجة إلى الحفاظ على الذات إلى حماية أنفسهم من خطر الأمراض والأوبئة المختلفة. وقد أجريت العديد من الدراسات والبحوث في هذا الاتجاه خلصت في مجملها إلى جملة من التوصيات، نذكر منها:

* التركيز على حملات التثقيف الصحي وتوفير المعلومات الصحيحة والكافية حول الأمراض المزمنة بشكل عام والسكري بشكل خاص للتخفيف من آثاره وتجنب الخطيرة منها.

* التركيز على عمليات التوعية والوقاية من مخاطر المرض المزمن والذي تشارك فيه كل المؤسسات التربوية والصحية والاجتماعية، وتستخدم فيه مختلف الوسائل الإعلامية المتاحة.

* توفير مراكز رعاية كافية تناسب حاجات ومتطلبات المسنين المصابين بالأمراض المزمنة، تخفف عنهم المعاناة وتساعدهم على التمتع بحياة كريمة.

* التركيز على توعية أبناء العائلات ذات التاريخ المرضي كونهم الأكثر عرضة للإصابة به، وذلك عبر توفير معلومات دقيقة ومبسطة تناسب جميع شرائح المجتمع.

الهوامش:

القرآن الكريم

- (1) فليوي، أماني محمد (1432 هـ). "مدى قيام عضوات هيئة التدريس في جامعة أم القرى بمهامهن التربوية في ضوء معايير الجودة الشاملة". رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة أم القرى. المملكة العربية السعودية. ص. 24.
- (2) بجلول، سارة أشواق (2009). "سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، سلوك قيادة السيارات وقلة النشاط البدني) وعلاقتها بكل من جودة الحياة والمعتقدات الصحية". مذكرة ماجستير منشورة. جامعة الحاج لخضر - باتنة. الجزائر. ص. 14-15.
- (3) خشاب، سعاد (2011). "علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين". مذكرة ماجستير منشورة. جامعة الحاج لخضر - باتنة. الجزائر. ص. 14.
- (4) محمود، سامي (1993). "لا للشيخوخة المبكرة". الدار المصرية للنشر التوزيع. ط 1. القاهرة. مصر. ص. 12.
- (5) معمري، بشير وخزار، عبد الحميد (2009). "الاضطرابات الجسمية والنفسية لدى المسنين المقيمين بدار العجزة بمدينة باتنة". مجلة شبكة العلوم والنفسية العربية. العدد 23. ص. 74.
- (6) مشري، سلاف (2014). "جودة الحياة من منظور علم النفس الإيجابي". مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية. العدد 08. جامعة الوادي. ص. 217.
- (7) الداغستاني، سناء عيسى والمفتي، ديار عوني (2010). "المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي". مجلة البحوث التربوية والنفسية. ع (27+26). العراق. ص. 81.
- (8) طرح، سميرة (2013). "تقدير الذات وفاعلية الأنا عند المراهق المصاب بداء السكري". مذكرة ماستر غير منشورة. جامعة محمد خيضر - بسكرة. الجزائر. ص. 49.
- (9) حزمون، ليلي (2011). "إسهام أساتذة التعليم الثانوي في النوعية البيئية للتلاميذ". رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة منتوري قسنطينة. الجزائر. ص. 27.
- (10) الداغستاني والمفتي (2010). مرجع سبق ذكره. ص. 78.
- (11) صيام، صفا عيسى (2010). "سمات الشخصية وعلاقتها بالتوافق النفسي للمسنين في محافظات غزة". رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الأزهر. فلسطين. ص. 41.
- (12) زهران، حامد عبد السلام (2005). "علم نفس الطفولة والمراهقة". عالم الكتب. ط 5. القاهرة. مصر. ص. 462.
- (13) صيام (2010). مرجع سبق ذكره. ص. 41.
- (14) معمري وخزار (2009) مرجع سبق ذكره. ص. 76.
- (15) صيام (2010). مرجع سبق ذكره. ص. 43.
- (16) زهران (2005). مرجع سبق ذكره. ص. 466.
- (17) زعطوط، رمضان (2005). "علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى المرضى المزمنين بورقلة". رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة قاصدي مرياح ورقلة. الجزائر. ص. 16.
- (18) رضوان، سامر جميل (1997). توقعات الكفاءة الذاتية "البناء النظري والقياسي". مجلة شؤون اجتماعية. الشارقة. العدد 55.
- (19) طرح (2013). مرجع سبق ذكره. ص. 46.

- (20) مبرود، محمد وأيت حمودة، حكيمة (2014). "الآثار النفسية والدراسية بداء السكري من النوع الأول (الخاضع للأنسولين) على المراهق المتمدرس: دراسة 08 حالات". *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*. العدد 15. الجزائر. ص. 225.
- (21) طرح (2013). مرجع سبق ذكره. ص. 48.
- (22) طرح (2013). نفس المرجع السابق. ص. 51.
- (23) بجلول (2009). مرجع سبق ذكره. ص. 61.
- (24) خشاب (2011). مرجع سبق ذكره. ص. 41.
- (25) بجلول (2009). مرجع سبق ذكره. ص. 66. 67.
- (26) الطائي، مريم مهذول محمد (ب.س). "التنظيم الذاتي لدى التدريسي الجامعي". *مجلة كلية الآداب*. العدد 98. العراق. ص. 553.
- (27) الطائي (ب.س). نفس المرجع السابق. ص. 552.
- (28) الداغستاني والمفتي (2010). مرجع سبق ذكره. ص. 103.
- (29) الداغستاني والمفتي (2010). نفس المرجع السابق. ص. 88.
- (30) خشاب (2011). مرجع سبق ذكره. ص. 17.
- (31) النح، زياد خميس (2009). "توقع الأداء في المهام المستقبلية لدى طلبة جامعة آل البيت وعلاقته بمركز الضبط". *مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)*. المجلد 17. ع 01. الأردن. ص. 588.
- (32) عبد الحميد، كمال و حسانين، حمد صبحي (1997). "اللياقة البدنية ومكوناتها. الأسس النظرية و طرق القياس". ط3. دار الفكر العربي. مصر. ص. 114.
- (33) خشاب (2011). مرجع سبق ذكره. ص. 17.
- (34) زعطوط (2013). مرجع سبق ذكره. ص. 18.
- (35) البناء، إياد شوقي (2011). "مستوى الوعي بمخاطر التلوث البيئي لدى معلمي المرحلة الأساسية في قطاع غزة". ماجستير غير منشورة. الجامعة الإسلامية. غزة. فلسطين. ص. 79.
- (36) رزقي، رشيد (2012). "الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن". رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج لخضر - باتنة، الجزائر. ص. 8.7.
- (37) طرح (2013). مرجع سبق ذكره. ص. 4.
- (38) خشاب (2011). مرجع سبق ذكره. ص. 24.
- (39) بجلول (2009). مرجع سبق ذكره. ص. 26.
- (40) خشاب (2011). مرجع سبق ذكره. ص. 28. 29.
- (41) شهاب، شهرزاد محمد (2010). "موقع الضبط وعلاقته بمتغير الجنس وسنوات الخدمة لدى المرشدين التربويين في مركز محافظة نينوى". *مجلة دراسات تربوية*. ع 10. العراق. ص. 12.

- (42) القمش، مصطفى والعضايلة، عدنان والتركي، جهاد(2008). "فعالية برنامج تعليمي في تحسين مهارات تنظيم الذات لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم من المرحلة الابتدائية في لواء عين الباشا في الأردن". *مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)*. مجلد 22(1). الأردن. ص. 172.
- (43) سليمان، عبد الرحمن سيد هشام وعبد الله، إبراهيم (1996). "موضع الضبط وعلاقته بكل من قوة الأنا، والقلق لدى عينة من طلبة وطالبات جامعة قطر". *مجلة مركز البحوث التربوية بجامعة قطر*. ع 9. قطر.