

الوعي الصحي والتنبؤ بإدارة الذات لدى عيّنة من مرضى السُّكري

إعداد ..

أ.د حمدي محمد ياسين أستاذ علم النفس – كلية البنات – جامعة عين شمس

أ.م.د / هيام صابر شاهين أستاذ علم النفس المساعد – كلية البنات - جامعة عين شمس

الباحثة / رنا علي عاشور معيدة بقسم علم النفس – كلية البنات – جامعة عين شمس

مدخل الدراسة :

إن الانتشار السريع لأمراض المزمنة والأعباء المختلفة لرعاية المصابين بها، أدى إلى اهتمام الباحثين بالتغييرات الفاعلة في الوعي الصحي لدى المريض المزمن. لذلك أشارت دراسة: (Koenig ،1998)، (Albright & Hauchbaum, 2001)، (الكندري، 2003)، (رضوان، 2001) إلى الوعي الفردي الصحي ودوره في توجيه السلوك. فضلاً عن المفارقة الرئيسية لدى المريض المزمن هي عدم امتثال التعليمات الطبية وقيامه بسبل سلوكيات منافية لوضعه الصحي، مما يزيد من احتمالات المضاعفات الخطيرة.

وتعد مهارات إدارة الذات لدى الفرد أساساً مهماً لتحديد مستوى دافعيته، وقدرته على التحكم وتنظيم حياته بشكل عام، كما أنه يؤثر على نوعية النشاطات والمهام التي يختار الفرد تأديتها، وعلى إرادته وكمية الجهد الذي يبذله لإنجاز مهمة أو نشاط ما، بل وعلى طول مدة المقاومة التي يبديها الفرد أمام العقبات التي تعترض طريقه، كما يعد مرض السكري مرضاً مضمناً وله تأثير كبير في حياة المرضى وعائلاتهم، وغالباً ما يرتبط بصعوبات في إدارة الذات للمرض مثل الالتزام بالنظام الغذائي والنشاط البدني والدوائي اليومي وفحص سكر الدم.

وبذلك فإن مفهوم الوعي الصحي من حيث كونه مفهوماً أساسياً تستند عليه مهارة إدارة مريض السكري لذاته، حيث ينظر إلى مرض السكري كمرض مزمن يحتاج المصاب به إلى القدرة على السيطرة والتحكم في حياته اليومية، خاصة أن هذا المرض شائع ينتج عنه مضاعفات حادة ومزمنة في أجهزة الجسم المختلفة، ومن المحتمل أن يؤثر على الحالة النفسية للمريض؛ وبالتالي يؤثر على رغبته في العلاج، والتكيف مع مرضه، وهنا نطرح السؤال: إلى أي مدى يفكر مريض السكري الواعي الصحي والذي يمكنه بدوره من إدارة ذاته بفاعلية؟! وهنا تثار المشكلة:

أولاً: مشكلة الدراسة وتساؤلاتها :

يعتبر مرض السكري من الأمراض التي تتطلب إدارة ذاتية؛ حيث يؤثر على القرارات المتعلقة بالصحة لدى المريض كما يؤثر على صحته النفسية ورفاهيته التي يمكن أن يوفرها لنفسه بالالتزام بنشاطات روتينية يومية مثل نوع الغذاء والرياضة. (Funnell & Anderson, 2004)

ويؤكد (Rosenstock 1974) بأن سلوك الفرد يتحدد عن طريق دوافع داخلية تدفع الفرد نحو تحقيق أكبر قدر من الحاجات أو الأهداف الخارجية، ويرى إمكانية "التنبؤ" بالسلوك عن طريق مجموعة الأهداف التي يرغب الفرد في تحقيقها، وعن توقعات الفرد ذاته بأن سلوكاً معيناً سوف يحقق هذه الأهداف استناداً لوعي المريض الذاتي عن المرض. ويعتبر السلوك الصحي في هذا النموذج وظيفة لعمليات الاختيار الفردية القائمة على أساس الحسابات الذاتية للفوائد والتكاليف، ويتم هنا إفتراض وجود قابلية مترابطة للتنبؤ بالإتجاهات المتعلقة بالصحة مثل إدارة الذات.

أما عن الدراسات التي تناولت جدلية تأثير النوع والاعتماد على الأنسولين على متغيرات الدراسة، فقد كشفت نتائج دراسة (Fitzgerald, Anderson & Davis, 1995) التي أجريت على عينة قوامها (1201) من المرضى بالنوع الثاني من السكري، عن عدم وجود فروق بين الجنسين في المعتقدات الصحية نحو مرض السكري والإمتثال للعلاج.

في حين سجّل (Gaillard, Schuster & Osei, 1998) فروقاً جوهريّة بين الجنسين في الإستهداف للإصابة بالنوع الثاني من السكري لدى الإناث أعلى منها لدى الذكور ، بسبب السمنة والدهون والفروق في كميات الأنسولين والبيبتايد – سي داخل خلايا بيتا البنكرياسية.

أما دراسة (Vidal , et al.2010) والتي هدفت إلى الكشف عن أثر النوع على متابعة علاج السكري لدى مرضى النوع الثاني من السكري لدى عينة أمريكية لاتينية (أسبانية) قوامها (1423) مريضاً ، أظهرت النتائج وجود فروق جوهريّة بين الجنسين ، حيث كانت النساء أقل مراقبة لنسبة سكر الدم ، وأكثر ارتفاعاً في مستويات الدهون في الدم وبالتالي أقل إدارة للمرض عن الرجال ، كما أن نسبة الوفيات نتيجة لمضاعفات السكري أثناء فترة المتابعة كانت 5.7% للذكور و6.7% للإناث (ن=513).

وبناء على ما تقدم نطرح مشكلة هذه الدراسة ونوضح محدداتها في ضوء المتغيرات التالية :

أولاً : أسئلة الدراسة : تتحدد مشكلة الدراسة بعدد بالسؤالين التاليين نوضحهما فيما يلي :

- ١- هل توجد للمتغير المستقل (الوعي الصحي) قيمة تنبئية دالة احصائياً باستجابات أفراد العينة على المتغير التابع (إدارة الذات لمرض السكري) ؟
- ٢- هل تختلف المتغيرات الدينامية (الوعي الصحي وإدارة الذات لمرض السكري) باختلاف المتغيرات الديموجرافية (النوع- الإعتدال على الأنسولين) ؟

ثانياً: محددات الدراسة : تعتمد نجاح أي دراسة علمية على محددات ومقومات نوضحها فيما يلي :

أدوات الدراسة : تعتمد هذه الدراسة على أدوات تشخيصية تتمثل في مقياس الوعي الصحي ، ومقياس إدارة الذات (إعداد الباحثون) .

عينة الدراسة : تتحدد نتائج الدراسة في ضوء العينة وخصائصها ، وقد اعتمدت الدراسة على عينة من مرضى السكري من النوعين : الأول والثاني ، بداية من سن (26 إلى سن 62) ممن يترددون على المعهد القومي للسكر والغدد الصماء بالتحديد ، والعيادات والمشافي العامة .

الإطار الزمني : تم تطبيق الدراسة خلال شهر مارس وإبريل ومايو من عام 2016 م .

الإطار المكاني : تم اختيار عينة الدراسة (مرضى السكري) عشوائياً من ممن يترددون على المعهد القومي للسكر والغدد الصماء ، مستشفى طب جامعة عين شمس التخصصي قسم العيادات الخارجية / اضطرابات الغدد .

ثالثاً: أهمية الدراسة : تنبثق أهمية الدراسة من خلال عدة إعتبارات يأتي في صدارتها ما يلي :

أهمية المتغيرات : تأتي أهمية هذه الدراسة من ندرة متغيراتها ، فالوعي الصحي مفهوم قاعدي أساسي في الحالات المرضية ، حيث يعتبر الوعي الصحي الضمانة الرئيسية للارتقاء بدوي الأمراض المزمنة ، فمن خلال الوعي الصحي الشامل للمرض يستطيعون اكتساب السيطرة على أسلوب حياتهم وإدارة مرضهم بفاعلية ؛ وذلك لما يشمله مفهوم إدارة الذات من مهارات التعلم الذاتي واتخاذ القرار.

وكذلك تستقي هذه الدراسة أهميتها من ضرورة لفت الانتباه إلى الوعي الصحي كمنبئ لمستوى إدارة الذات الفعالة لمرض السكري ، حيث أن هذه الفئة لا تحتاج إلى علاج دوائي فقط ؛ وإنما يحتاجون إلى الشعور بالسيطرة على حياتهم والتوافق مع المرض ومضاعفاته .

ب. الأهمية السيكومترية : تقدم الدراسة مقاييس جديدة تشخيصية لمكتبة الدراسات العربية تشمل مقياس الوعي الصحي ومقياس إدارة الذات .

د. أهمية المجال البحثي : تعزي أهمية الدراسة الى إلى أن متغيراتها تضعها في أكثر من مجال بحثي فمن حيث المتغيرات : الوعي الصحي ، وإدارة الذات فهي تقع في مجال علم النفس الإيجابي، ومن حيث العينة فهي تقع في مجال علم نفس الصحة ، ومن حيث الأدوات فإعدادها فهي تقع في مجال القياس النفسي ؛ ولا شك أن تعددية هذه المجالات في دراسة واحدة تضفي عليها أهمية خاصة.

مفاهيم الدراسة : وتتضمن :

الوعي الصحي "Health Awareness" :

أولاً : مفهوم الوعي الصحي لمرضى السكري **Health AwarenessDiabetic's** :

في ضوء مراجعة التراث متمثلاً في : الدراسات السابقة لكل من : (Al-Akour,2013) (Garber et al,2003) (Kubiak et al ,2006) (Arcury et al 2005) (Alphen, 2006) (Redmond,2006) (Skinner,2006) (French,2008) (Speer et al,2008) (Iqbal,2008) (Mann,2009) (Olson et al ,2009) (Jones et al , 2009) (Rosal et al,2009) (Beard et al ,2009) (Gazmarain et al ,2009) (Minet et al,2009) (Baumann et al ,2010) .

والنظريات والنماذج المفسرة: نموذج المعتقدات الصحية (Rosenstock 1974)، نموذج مراحل التغيير (Diclimente & Prochaska, 1994) ، نموذج الانضباط الصحي (Heiby et Carlson,1986) ، نموذج التمثيلات الصحية (Leventhal,1980).

نستخلص التعريف الإجرائي التالي : "الوعي الصحي مجموعة المعارف والتصورات والمدرجات والمعلومات التي كونها الفرد حول مرض السكري في ضوء ما مر به من خبرات حول هذا المرض ، والتي ينتظم من خلالها سلوكه والتزامه بنظام غذائي صحي سواء بطريقة صريحة أو دون وعي بذلك ، ويترجم ذلك الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على الاختبار " .

ثانياً : مفهوم إدارة الذات للسكري **Self Management of Diabetes** : في ضوء

مراجعة التراث متمثلاً في : الدراسات السابقة لكل من (Berger ، (McCombs,1989) (Szymborska et ، (Eriksson et al , 1999) ، (Alen etal,1990) ، (D.S,2003) ، et al ,2009) ، (Polonsky,1995) ، (Snoek,2000) ، (Folsom,2000) ، (Hanko ، (Whittemore,2005) ، ((Tuomilehto et al 2007Guere et al,2003)) (Conn et al) ، (Lindenmeyer et al ,2009) ، (Chera,2006) ، (et al ,2007) ، (2007) ، (Beard et al ,2009) ، (Rosal et al ,2009) ، (Speer et al , 2009) .

أما بالنسبة للنظريات والنماذج المفسرة: نظرية التحكم والسيطرة (Carver&Scheie,1998) ، النظرية السلوكية (Jennifer,Suzanne Beer,2002) ،

الدافعية الخمسة، ووفقاً لسياقات الخاصة بكل مرحلة، وتمثل مراحل التغيير بعد أزمياً أو الديدور هيسمح بالتعرف على التعديلات والتغيرات التي مسّت الحدس، الاتجاهات أو السلوك، وكذلك وقت ظهورها حسب لك المراحل، كما تسمح هذه المراحل أيضاً بتحديد وضع الدافعية ولكن دون التنبؤ بها، أما سياقات التغيير فهي تمثل البعد الثاني لهذا النموذج فهي توضح لنا الطريقة أو الكيفية التي حصل بها التغيير أي كيفي حدث التعديل والتغيير عند الفرد على مستوى سلوك معين وتعرف سياقات التغيير على أنها سلوكيات أو معارف خاصة تسهل المرور من مرحلة إلى أخرى، كما أنها تؤدي دور الموجه لتقدير وتقييم مدى تغيير المريض وتبنيه للسلوك الصحي. (Prochaska et al, 1997)

ج. نموذج الانضباط الصحي: طور هذا النموذج من قبل (Heiby et Carlson, 1986) لنموذج إجتماعي سلوكي مفسر لمختلف أنماط الإمتثال للعلاج (ممارسة التمارين الرياضية، تناول الأدوية.. إلخ)، وقد اعتبر هذا النموذج أن الانضباط الصحي يتم تبعاً للسوابق ولنتائج السلوك القائم دون إغفال الطريقة التي يعيش بها الأفراد ويحسون فيها بالامتثال للعلاج عبر الآثار (النتائج المباشرة أو غير المباشرة) التي تحدث في حياتهم (Gauchet, 2008, p. 60)

د. نموذج التمثيلات الصحية: ظهر هذا النموذج على يد (Leventhal, 1980) وهو قائم على الفكرة التي مفادها الإستجابات السلوكية للتهديدات الصحية هي نتائج للوعي و التصورات المكونة من قبل المرضى حول المرض الذي يعانون منه. (Reach ; 2006 ; p:42)

كما أستخدم هذا النموذج لتفسير سلوكيات الانضباط الصحي انطلاقاً من إدراك مرض معين وهذا من خلال مجهودات الفرد للتصرف إزاء المرض والأعراض والنتائج الناجمة عنهما، ويستند هذا النموذج إلى ثلاث مسلمة أساسية هي: أن الفرد هو عامل فعال (نشط) فيحل مشكلته، فهو يسعى إلى تخفيض الفارق بين حالته الصحية الراهنة والحالة الصحية التي يتطلع إليها. كما أن سيرورة التكيف ومخطط التصرف الخاص بكل فرد يعتبر ان تصورات محددة اجتماعياً تنتهياً انطلاقاً من القيم الاجتماعية الثقافية، ويستقبل المريض معلوماته من الأصدقاء والعائلة، الفريق الطبي ووسائل الإعلام ومن خلال أعراضه أو تجارب سابقة؛ وهذه السيرورة تحدد الطريقة التي يحدد فيها فرد مريض معنى مرضه. (Gauchet, 2008, p:61)

ثانياً: إدارة الذات Self- Management:

مكونات إدارة الذات: يشير (Kanfar) أن إدارة الذات عملية يمكن للفرد من خلالها أن يتغير، أو يعدل من إستجاباته - وذلك حتى أثناء الغياب النسبي للتدعيم الخارجي للإستجابات - حيث يتم التحكم الذاتي في السلوك من خلال ثلاث عمليات تعمل بصورة أساسية كمسلمات في حلقة التغذية المرتدة وهذه العمليات هي:

أ- مراقبة الذات Self Monitoring: وهذه العملية تتطلب من الفرد ملاحظة سلوكه الخاص والمواقف والأسباب التي تؤدي إلى ظهور هذا السلوك وكذلك إدراك الفرد لنتائج سلوكه. (Kanfar, 1972. 178-219)

كما يذكر (Alan & Kazdin, 1994, P: 269) أن معظم الناس ليسوا على وعي كلي بأن السلوكيات المعتادة هي سلوكيات آلية ونادراً ما يلاحظ الناس سلوكهم في نمط متسق ونظم، وبالرغم من ذلك فإنه عندما يتاح للناس فرصة لملاحظة سلوكهم يحدث الكثير من التغيرات، فمن خلال الملاحظة الدقيقة للسلوك يؤدي إلى تقويم ذاته وتعديل سلوكه ويكشف ذلك عن أهمية التغذية الراجعة في تحديد مستوى سلوك الفرد. وبمعنى آخر فإن رؤية الذات لا تتطلب فقط الإدراك الحسي للأحداث بل تتطلب أيضاً وجود انتباه موجه - من الفرد- تجاه أنواع

محددة من الأحداث ومدى قابليته لضبط وتمييز هذه الأحداث . -178 Kanfar , 1972; pp: (219)

ب- تقويم الذات Self-Evaluation: تعتمد هذه العملية على مقارنة الفرد بين سلوكه في موقف معين والمحك الداخلي (القياس) الذي يرتضيه الفرد لهذا السلوك – وهذا المحك يشتق من مصادر متنوعه ، فقد يكون عن طريق تبني الفرد لمعايير خارجية مفروضة أو من خلال إجبار الذات على معايير معينة ؛ والتي قد تكون أكثر حزماً أو أقل عند مقارنتها بالمحك الخارجي. (Kanfar , 1972; pp: 178-219)

ج- تدعيم الذات Self-Reinforcement : يعرف على أنه عملية لاحقة للتدعيم الخارجي أو بدلاً له ، إذ أن تنظيم مكافأة أو عقاب للذات سواء كان ذلك بصورة علنية أو سرية والتي يقدمها الفرد لذاته يمكن التسليم بأنها الميكانيزم الأساسي في التحكم الذاتي في السلوك ، كما أن تدعيم الذات يمكن إدراكه في سياق التدعيم الخارجي ، أي عندما يتبع بصفة عامة بتدعيم خارجي . (Kanfar , 1972; pp: 298)

د- التوجيه الذاتي Self-Instructing : يذكر (leany & Dubey, 1979, P: 449) أن توجيه الذات يتضمن تعليم الفرد أن يوجه سلوكه الشخصي بصورة لفظية . ويشير (Alan & Kazdin, 1994, P307-308) إلى أن ما يقوله الناس لأنفسهم يعتبر ذات أهمية في ضبط سلوكهم ، حيث أن تأثير كلام الفرد في السلوك يبدأ منذ مرحلة الطفولة ، فكلام الراشدين – كمصدر ضبط خارجي يضبط ويصف سلوك الفرد في مرحلة الطفولة المبكرة ثم تنمو عند الطفل حصيلة التلظذ الذاتي Self- Verbal التي تستمد من التفاعل مع المحيطين به في البيئة . وفي حين أن التوجيه الذاتي اللفظي عادة ما يكون مضمراً Covert فإنه في بعض الأحيان يكون واضحاً في الحياة اليومية عندما يفكر الفرد بصوت مرتفع أو عندما يسأل نفسه ما الذي سيقوله إذا سأله شخص ما عن شيء ما ، وبصفة عامة فإن التوجيه الذاتي يستخدم كفنية علاجية لتعديل السلوك .

النظريات المفسرة لمفهوم إدارة الذات :

أ. نظرية التحكم والسيطرة : تم تطوير هذه النظرية من قبل (Carver & Scheie, 1998) ، فسلوك الأفراد يتحدد بموجب هذه النظرية من خلال الأهداف التي يضعها الفرد والطرق التي يختارها لتحقيق تلك الأهداف ، واستناداً إلى ذلك فإن سلوك إدارة الذات يتطلب من الأفراد تحديد الأهداف ورصد التقدم المحفز نحو تحقيقها .

(Denise T.D& John B.F,2006 PP:5)

ب. نظرية الإرادة والسيطرة على الموارد الذاتية : مفهوم الإرادة له حضور واضح في ميدان علم النفس (المدرسة الألمانية)، وتحديداً مدرسة Wurzburg التي اهتمت بدراسة سلوك الإنسان . وعرف الإرادة بأنها الفطرة أو الرغبة الداخلية المولودة ذاتياً ، والنتيجة في صورة اختيارات مقصودة ، وتظهر في ميل الفرد للمحافظة على تركيزه وجهده من أجل تحقيق أهدافه . وتعتمد نظرية الإرادة في تفسير سلوك إدارة وتنظيم الذات على الإفتراضات التالية:

أ. أن قدرة الفرد على إدارة ذاته محدودة .
ب. جميع مهام إدارة الذات وتنظيمها تعتمد على موارد وأساليب ثابتة محددة تجعل من الصعب الإستمرار على نفس الوتيرة التي بدأها الفرد مع الأهداف المبدئية بدون توفير إرادة قوية لديه .

ج. إن نجاح الفرد في إدارة ذاته يعتمد على توفر الموارد الذاتية من جهة ، وقوة الفرد في التحكم بها من جهة أخرى .

(Denise T.D & John B.F ,2006 .PP;7)

ج. النظرية السلوكية : يرى أصحاب هذه النظرية أن السلوك الإنساني ليس مجرد ردود فعل من قبل الكائن الحي على المثيرات البيئية التي يتعرض لها فقط ، وإنما تتمثل أيضا في علاقته بالبيئة المحيطة به بما تحتويه من مثيرات ، وإن هذه العلاقات تأخذ بعين الاعتبار الخصائص الداخلية للكائن الحي ، فالكائن الحي كائن نشط يختار الإستجابات التي تتناسب مع معاييرها الداخلية . (Jennifer,Suzanne Beer,2002)

وتركز مجمل النظريات السلوكية على دور الحافز في تنظيم سلوك الفرد ، وعلى الرغم من أنها تركز أيضا على فهم السلوك وآلية تعديله بالدرجة الأولى ، إلا أنه يمكن اعتبار الآليات ك نماذج تفيد في إدارة الذات ، لأنها تتناول العمليات التي ينطوي عليها تحديد الأهداف، والتميز في الجوانب الهامة في السعي لتحقيق تلك الأهداف ، والتي يقود بدوره إلى تحقيق إدارة الذات وتنظيمها . (Denise T.D & John B.F ,2006 .PP;7)

د. نظرية تحديد الأهداف : تقوم هذه النظرية على فكرة مفادها أن سلوك الفرد هو سلوك هادف ، وأن الأفراد يقومون بإدارة ذواتهم وتنظيمها لتحقيق الأهداف التي يضعونها لأنفسهم ، وتعد هذه النظرية من النظريات البسيطة التي تفسر بشكل مباشر لماذا ينجح بعض الأفراد واجباتهم ويكون أدائهم أفضل من الآخرين ؟ حيث يعود السبب وفق هذه النظرية إلى الأهداف التي يضعها الفرد لذاته ، فإذا كانت أهداف بسيطة وواقعية فإن أداء الأفراد يكون عالي ومميز، أما إذا كانت الأهداف الموضوعية صعبة ومعقدة فإن ذلك سوف يؤثر سلباً على الأداء، أي أن هذه النظرية ترى أن تحديد الأهداف يتضمن إدارة الذات. Stanlly,Morris (Gully,1997)

هـ. النظرية الإجتماعية المعرفية : تفترض النظرية الإجتماعية المعرفية لباندورا (1977) بأن الفرد يمتلك نظام للذات يمكنه من السيطرة على أفكاره ومشاعره ودوافعه يسمى النظام المعرفي العاطفي ، فهو يتضمن الهياكل والآليات المعرفية والمرجعية التي توفر الآلية الضرورية لفهم تنظيم السلوك . (Robert Cobb,Jr, 2003)

وتؤكد هذه النظرية على أن الأفراد يمكنهم إدارة سلوكهم بفاعلية من خلال تصوراتهم واعتقاداتهم بالنتائج المترتبة على تلك السلوكيات ، وأن التغيرات التي تطرأ على السلوك تسهم فيها عمليات إدارة الذات أكثر من كونها نتائج للربط بين المثيرات التي يتعرض لها الفرد واستجاباته لتلك المثيرات . (رشوان ، 2006 ، ص 5)

و. النموذج التكاملي للإدارة الذاتية : هو ثمرة تطبيق الأبحاث في ثلاث مناطق متداخلة للأداء الإنساني وهم المناطق (الوجدانية Sentimental ، والسلوكية Behavioral ، والمعرفية Cognitive) واللاتي تناولتهم الأبحاث التقليدية كل على حدة ، والأبحاث المؤسسة لمدخل الإدارة الذاتية ربطت بينهم ببساطة وبشكل تقديري كنموذج للفهم وكطريقة تطبيقية لإدارة الوجدان والسلوك والمعرفة . ويحاول معظم الناس إدارة ذاتهم بطريقة أو أخرى ، وترتبط الإدارة الذاتية المؤثرة بفهم الذات وبنوعية الحياة أكثر من ارتباطها بالتقنية الإستراتيجية المنظمة . (Winne & Zimmerman,2000)

وتعتمد إدارة الذات على ملاحظة الذات وملاحظة الفرد لمستوى أدائه والتعرف على الظروف العينية المحيطة بالأداء ، وبذلك تصبح الإدارة الذاتية جزء من الحياة اليومية ، وهذا هو جوهر الإدارة الذاتية . (Berger,D.S,2003,P: 40)

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أنه عملياً عندما تكون مهارات إدارة الذات نادرة ، وعندما تتأخر التغذية الراجعة ينتج سوء فهم وعدم دقة للملاحظات ، ويقل احتمال تأثير الإستراتيجيات المستخدمة لتحسين الإدارة الذاتية .

مرض السكري Diabetes Mellitus :

أنواع مرض السكري :

أ.النوع الأول : Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (IDDM) : ويسمى مرض السكر المعتمد على الأنسولين ، ولقد كان يطلق على هذا المرض من قبل اسم سكر اليافعين ؛ إلا أنه اطلق عليه مرض السكر المعتمد على الأنسولين لأنها تسمية تدل على طبيعة المرض . وقد كان يعتقد البعض أن هذا النوع يصيب الأطفال فقط ، ولكن الواقع غير ذلك لأن هذا المرض قد يصيب كبار السن أيضاً . ولكن تزداد نسبة هذه الإصابة بهذا النوع في مرحلة الطفولة

ب.النوع الثاني : Non- Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) : وكان يسمى هذا النوع من قبل سكر البالغين ، والتسمية الجديدة أدق وأكثر مواءمة مع طبيعة هذا النوع من المرض ، حيث أنه قد يصيب الإنسان قبل سن البلوغ ، كما أنه في هذا النوع يعالج المريض بأدوية أخرى غير الأنسولين وهي الأدوية الفموية الخافضة لسكر الدم .

(عز الدين الدشناوي وآخرون ، 1993 ، ص : 23-24)

أسباب الإصابة بمرض السكري : لم تحدد أسباب بعينها لمرض السكري رغم الدراسات المتعددة ، وإنما تم رصد عوامل معينة تكون السبب في حدوث المرض وتأثيراته المختلفة وذلك على حسب نوع المرض ، فمرض السكري المعتمد على الأنسولين قد يحدث بسبب الإصابة الفيروسية ، أو عوامل بيئية ، أو يكون ناتجاً عن استخدام الأدوية والهرمونات التي تؤثر على الأنسولين وافرازه وخلل مناعة جسم الإنسان . أما مرض السكري غير المعتمد على الأنسولين فقد تسببه البدانة وزيادة نسبة الدهون في الجسم ، والعامل الوراثي ، حيث أثبتت الدراسات ان الإستعداد الوراثي للمرض يورث وليس المرض بعينه .

(Lewis,2004,p:1270) (Nettina,1996,p:750)

تشخيص مرض السكر : يتم تشخيص مرض السكر في الدم على مرحلتين وفقاً للتالي :

- ١- اختبار مستوى السكر في الدم في حالة الصيام : بعد الإمتناع عن الأكل والشرب لمدة ثمانية ساعات على الأقل .
- ٢- اختبار نسبة الجلوكوز : وهو يجري بعد أن يعطي المريض جرعة من السكر سواء قطعة حلوى أو عصير ، وبعد ساعتين يجري له التحليل .
- ٣- الإختبار العشوائي : حيث يجري بتحليل جرعة عشوائية من الدم خلال النهار .

(American Diabetes Association ,2001)

أعراض مرض السكر: وتتمثل تلك الأعراض في الإحساس بالعطش الشديد ، والإقبال بكثرة على تناول الماء ، كثرة التبول ليلاً ونهاراً ، إحساس المريض بالجوع الشديد الذي يدفعه إلى الأكل بشراهة ونهم ، كما يحدث نقص في الوزن رغم زيادة الكمية التي يتناولها المريض من أطعمة ، نقص الطاقة الحيوية والشعور بالهزل والشعور بالإرهاق والإجهاد عند قيامه بأي مجهود عضلي كان لا يؤثر عليه قبل ذلك . (دائرة المعارف الطبية ، 1995 ، ص 13)

مضاعفات مرض السكر : تكمن خطورة مرض السكري في أنه يؤثر على كل أجهزة الجسم الحساسة ، حيث تشير الدراسات إلى أن خطر الوفاة أكبر في مرضى السكري بغض النظر عن النوع والعمر والحالة الاجتماعية ، حيث أن مضاعفات مرض السكري تتمثل في اعتلال الأوعية الدموية والأعصاب مما يؤدي إلى اتلاف العين ، والكلى ، والقلب ؛ وأن التحكم في مستوى السكر له أثر بالغ في ضبط هذه المضاعفات والتقليل من خطرهما .

(Srivastava & Brajendra,2006)

عرض تحليلي للدراسات السابقة المتعلقة بمتغيرات الدراسة :

أولاً: إدارة الذات لدى مرضى السكري :

كشفت دراسة " آلن ، ديلونج ، فيوسنير " (Allen,Delong &Feussner,1990) التي أجريت على عينة قوامها (54) مريضاً بالنوع الثاني من السكري في مدينة " دارام " الإنجليزية بهدف معرفة أثر مراقبة سكر الدم بالفحص الذاتي وتناول الأقراص الفمية الخافضة للسكر والنظام الغذائي على ضبط نسبة سكر الدم ، عن نجاح المرضى في التحكم بسكر الدم .

وتوصلت دراسة " بولونسكي ، وزملائه (Polonsky,1995) التي تدور حول الضيق الناتج عن مرض السكري والتي أجريت على عينة من (451) مريضة بالسكري ، حيث استخدم مقياس مسح مجالات المشكلة في مرض السكري وقائمة الأعراض المختصرة ، واختبار الشره المعدل ، واختبار مسح الخوف من انخفاض سكر الدم ، وقائمة الرعاية الذاتية إلى أن مشاعر الكرب والضيق لدى مرضى السكري ملحوظة لدى المصابات ، كما يشير الفحص الدقيق لبُنود مقياس مجالات المشكلة في مرض السكري إلى وجود إختلافات هامة في المشاعر إزاء مرض السكر ؛ فبينما ارتبطت بعض المسائل في مرض السكري ارتباطاً مشتركاً مع مستويات ملحوظة من الضيق (مثل القلق بشأن التعرض المحتمل لمضاعفات خطيرة ومشاعر الذنب والقلق إزاء النظام الغذائي والعلاجي لمرض السكري) ؛ وارتبط مقياس مجالات المشكلة في مرض السكري ارتباطاً موجباً بالكرب أو الضيق ، والخوف من انخفاض نسبة السكر في الدم، وسلوك عدم انتظام تناول الطعام ، وارتبط ارتباطاً سالباً بالإمتثال للنصح الطبي بشأن اختبار سكر الدم ، وتعاطي الأنسولين ، وتنظيم الوجبات ؛ كما ارتبط مقياس مجالات المشكلة في مرض السكري ارتباطاً موجباً بضبط نسبة السكر في الدم (الهيموجلوبين المتسكر)، حيث ارتبطت زيادة الكرب أو الضيق بسوء ضبط نسبة السكر في الدم . وأظهرت الدراسة أن الضيق الإنفعالي المرتبط بمرض السكري يرتبط بالسلب بالإمتثال للنصح الطبي بوجه عام .

وفي دراسة إيريكسون ، وآخرون (Eriksson et al 1999) دراسة على عينة فنلندية قوامها 523 مريضاً بهدف التدخل ببرنامج علاجي مدته عام لمساعدة المرضى على التحكم في نسبة سكر الدم من خلال تنظيم النظام الغذائي وممارسة الأنشطة البدنية وقياس سكر الدم وتناول الدواء، ووجد أن البرنامج نجح في تقليص وزن المرضى من خلال النظام الغذائي وممارسة

الأنشطة البدنية ومراقبة سكر الدم وإدارة المرض وذلك ابتداء من الشهر الثالث للبرنامج العلاجي .

وأما عن دراسة "سنوك وآخرون (Snoek et al,2000) فقد هدفت فحص الصديق لمقياس مجالات المشكلة في مرض السكري لدى مرضى السكري الهولنديين والأمريكيين ، حيث تكونت العينة الهولندية من 739 مريضاً بالسكري من النوع الأول ، و701 مريض بالسكري من النوع الثاني وهم مرضى من المراجعين لإحدى العيادات الأمريكية المتخصصة في علاج مرض السكري ولقد استخدم مقياس مجالات المشكلة في مرض السكري ، والمقياس الفرعي للقلق المتفرع من الصورة الهولندية لمسح الخوف من انخفاض سكر الدم ، واستخبار الحياة الصحية ، ومقياس سمة القلق . ولقد أفاد الهولنديين والأمريكيون مواجهتهم لنفس مجالات المشكلة ، غير أن المرضى الأمريكيين تعرضوا لمستويات أعلى من الضيق الإنفعالي في مرض السكري بنوعيه الأول والثاني ، كما وجد ارتباط موجب ضعيف بين إجمالي درجات مقياس مجالات المشكلة في مرض السكري ونسبة الهيموجلوبين المتسكر المقرر ذاتياً وتكرار المراقبة الذاتية لسكر الدم وإدارة المرض، وأظهرت الإناث درجات كلية في مقياس مجالات المشكلة في مرض السكري تفوق المتوسط.

كما أوضح فولسوم (Folsom, 2000) من خلال دراسة طويلة أن مريضات النوع الثاني من السكري (ن=34257) فرداً ، ممن تراوحت أعمارهن بين (65- 55) عاماً ، من اللاتي يعانين من السكري على نحو يزيد عن 12 عاماً ، أن الذين يمارسن الأنشطة البدنية خلال الإثنتي عشرة سنة الماضية كانوا أكثر قدرة على التحكم بسكر الدم وإدارة المرض ومن ثم تفادي مضاعفات السكري خلال تلك الفترة من المجموعة التي لم تمارس الأنشطة البدنية .

كما وجد تيوميليهتو وآخرون (Tuomilehto et al 2001) من خلال دراسة أجريت على عينة فنلندية قوامها 522 مريضاً بالنوع الثاني من السكري بهدف التدخل ببرنامج علاجي مدته ثلاثة سنوات من الزمن يساعد المرضى على إدارة الذات من خلال تنظيم النظام الغذائي وممارسة الأنشطة البدنية ومقياس سكر الدم وتناول الدواء – نجاح البرنامج في التقليل من مضاعفات مرض السكري .

وفيما يتصل دراسة جيوريس وآخرون (Guerci et al 2003) التي أجريت على عينة قوامها 57 مريضاً بالنوع الثاني من السكري في ألمانيا ، بهدف معرفة أثر مراقبة سكر الدم بالفحص الذاتي وتناول الأقراص الفمية الخافضة للسكر والنظام الغذائي والنشاط البدني في ضبط نسبة سكر الدم – إلى نجاح المرضى في التحكم بسكر الدم .

وكشفت دراسة (Whittemore,2005) التي أجريت على 53 سيدة مريضة بالنوع الثاني من السكري ، بهدف التدخل ببرنامج علاجي يساعد المرضى على إدارة الذات من خلال تنظيم النظام الغذائي وممارسة الأنشطة البدنية – نجاح البرنامج في التحكم بسكر الدم ، فضلاً عن زيادة الكفاءة الذاتية لدى المرضى والثقة بالنفس في تدبير المرض وإدارته .

وأشار شيرا (Chera, 2006) إلى أن مرضى النوع الثاني من السكري (ن=12) فرداً كندياً ممن تم تدريبهم على ممارسة الأنشطة البدنية يومياً ولمدة 13 أسبوعاً أظهرت تحكماً في سكر الدم فضلاً عن نمو الكفاءة الذاتية لديهم في إدارة المرض .

وأجرى هانكو (Hanko,et al 2007) دراسة على عينة قوامها 142 مريضاً بالنوع الثاني من السكري في هنجاريا ، وأسفرت النتائج عن أن من أهم متغيرات إدارة الذات الفعالة

للمرض وهي على التوالي : النظام الغذائي ، وممارسة الأنشطة البدنية بانتظام ، شراء الأدوية، والإلتزام بنظام تناول الدواء .

أما دراسة كون , Conn (et al 2007) التي قامت بتحليل تجميعي لعدد 103 دراسة شملت 10455 مريضاً بالنوع الثاني من السكري جميعهم خضعوا الى دورات تدخلية لمساعدتهم على إدارة الذات بحيث تشتمل الدورة التدريبية على فحص سكر الدم ، والإلتزام بنظام غذائي ، وتناول الدواء و التركيز على ممارسة التمارين الرياضية بشكل مكثف أثناء الدورة ، فقد خلصت إلى تخفيض نسبة الهيموجلوبين المتسكر دون 7% لدى 45% من أفراد العينة بوجه عام كمؤشر لإدارة المرض .

وخلصت دراسة كوكران و كون (Cochran & Conn,2008) التي قامت بتحليل تجميعي لعدد 20 دراسة قامت بتدريب مرضى النوع الثاني من السكري على إدارة الذات لتدبير المرض، إلا أن التدخلات الرامية إلى تحسين مستوى إدارة الذات لتدبير المرض (فحص سكر الدم ، النشاط البدني ، النظام الغذائي ، تناول الدواء) كانت فعالة وأدت إلى خفض نسبة الهيموجلوبين المتسكر دون 7% فضلاً عن تحسين نوعية حياة المرضى مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتلق أي تدخل لمساعدتهم في إدارة الذات لتدبير المرض .

وعن أهمية التنظيم الغذائي والنشاط البدني لخفض الوزن كأسلوب من أساليب إدارة الذات وتدبير المرض ومن ثم خفض نسبة الهيموجلوبين المتسكر دون النسبة 7% ، جاءت دراسة هيوسمان (Huisman et al 2009) التي هدفت الى التحقق من لتحقيق هذا الهدف ، قام الباحثون بتحليل تجميعي لعدد ٣٤ دراسة سابقة في هذا المجال . وقد كشفت النتائج عن أن إدارة الذات لخفض نسبة الهيموجلوبين المتسكر من خلال إنقاص الوزن بطريقتي النظام الغذائي والنشاط البدني قد نجح بعد مضي 6 أشهر من بداية التدريب لدى أفراد العينة في جميع الدراسات التي تم تجميعها.

وأما دراسة روسال ، وآخرون (Rosal,et al 2009) فقد أجريت علي عينة قوامها 250 مريضاً بالنوع الثاني من السكري في ولاية ماساشوستس الامريكية خضعوا لجلسات أسبوعية بواقع 8 جلسات شهرياً لمساعدتهم علي 7% مما يشير الي إدارة ذات فعالة للسكري فضلاً عن كتله الجسم وذلك ابتداءً من الشهر الرابع من البرنامج العلاجي مما يشير الي أهميه إدارة الذات في خفض نسبة الهيموجلوبين المتسكر .

وعن دراسة هوفمان وآخرون (Huffman et al 2009) فقد هدفت دراسة إدارة الذات لدي عينة قوامها 182 من الأمريكان من أصول كوبيه من مرضي النوع الثاني من السكري مع ضبط للمتغيرات التاليه: العمر أكبر من 35 سنه ونوع السكري الجنس (ذكر /أنثي) وكتلة الجسم مع 8.5% الي 6% لدي أفراد العينة الذين تم اخضاعهم لبرنامج غذائي خاص تحت إشراف المختصين .

أما دراسة بيرد وآخرون (Beard et al ,2009) التي أجريت علي عينة من البريطانيين قوامها 83 مريضاً بالنوع الثاني من السكري بهدف التعرف علي منبئات إدارة الذات لمرض السكري مقاسا بنسبه الهيموجلوبين المتسكر طبق علي أفراد العينة عدة مقاييس مقياس المعتقدات عن الهيموجلوبين المتسكر ومقياس فعاليه الذات من خلال المتغيرات المستقله بنسبه 56%، كما تبين أن المرضى الأقل إدارة لذواتهم أقل وعياً بنسبه الهيموجلوبين المتسكر .

كما أشارت دراسة شيمبورسكا وآخرون (Szymborska et al, 2009) الي أهمية المراقبة الذاتية لسكر الدم كأحد أهم مكونات إدارة الذات لمرضى النوع الثاني من السكري.

وخلصت دراسة ليندينمار وآخرون (Lindenmeyer et al, 2009) التي قامت بتحليل 21 دراسة ترتبط وهي خاصة بتحسين الإمتثال أو التقيد بالدواء لدى المصابين بالنوع الثاني من السكري بهدف خفض نسبة الهيموجلوبين المتسكر ، إلى أن نتائج جميع الدراسات نجحت في خفض نسبة الهيموجلوبين المتسكر حيث نتج هذا الإلتزام من إدارة المرض لذاته (الإلتزام بالدواء، النشاط البدني ، النظام الغذائي ، مراقبة سكر الدم ... الخ) .

ثانياً : الوعي الصحي لدى مرض السكري وعلاقته بإدارة الذات :

اهتم الباحثون بدور الوعي الصحي الذي يفسر ممارسة الأفراد للعادات الصحية بشكل ملائم ، كما يسهم في التنبؤ بممارسة سلوك الوقاية ، ومنها العناية بالغذاء والحمية في حالة السمنة، ولا تقتصر أهمية هذا النموذج على تفسير وفهم الأسباب التي تدفع الأفراد للقيام بالسلوك الصحي ، ولكن أيضاً تسهم في التنبؤ ببعض الظروف التي تتغير في ظلها السلوك الصحي للأفراد .

كما تشير مراجعة الباحثة للدراسات السابقة إلى وجود إهتمام كبير بقياس الوعي الصحي وأثره على فعالية إدارة الذات لدى مرضى السكري . وفيما يلي نعرض لنماذج من تلك الدراسات:

في دراسة (Garber,et al ,2003) التي أجريت في المكسيك على (93) مراهقاً ومراهقة وصغار الراشدين من مرضى السكري بواقع (48) ذكراً و(45) أنثى ، تراوحت أعمارهم ما بين (14-30) سنة إلى بحث وتقييم الإضطراب الإنفعالي المصاحب لمرض السكري لدى المراهقين وصغار الراشدين الميكسيكيين المصابين بمرض السكري ، أسفرت النتائج عن أن المراهقين حققوا أعلى الدرجات في الإضطراب الإنفعالي المرتبط بمرض السكري مقاسة بمقياس مجالات المشكلة في مرض السكري ودرجات منخفضة في المعارف المرتبطة بمرض السكري عن صغار الراشدين . وأظهرت الدراسة أن درجات الإضطراب الإنفعالي المرتبط بمرض السكري ترتبط ارتباطاً موجباً بارتفاع نسبة الهيموجلوبين المتسكر ، وهي عامل رئيسي للتنبؤ بضعف الإمتثال بالعلاج الذي ينطوي على ضيق انفعالي عام .

كما وجد (Arcury et al, 2005) أن الوعي الصحي الخاص بالحمية وزيادة الوزن والتمارين البدنية وعلاقتها بالنوع الثاني من السكري لم تكن صحيحة لدى عينة قوامها (39) فرداً من الراشدين (18-54) عاماً القرويين الأمريكيين في ولاية " كارولينا الشمالية " مما كان لها الأثر السلبي على ضبط سكر الدم .

وخلصت دراسة (Kubiak et al , 2006) التي أجريت على (105) من مرضى النوع الأول من السكري بهدف تقييم برنامج التنقيف أو التعليم الصحي لتعزيز إدارة الذات للسيطرة على حالة هبوط سكر الدم – إلى أن توجيه وتصحيح الوعي الصحي نحو حالة هبوط سكر الدم ، أفضل لإدارة الذات من تصحيح المعارف الصحية العامة نحو السكري لدى مرضى النوع الأول من السكري .

أما عن دراسة (Alphen ,2006) والتي هدفت للتنبؤ بضبط سكر الدم – مقاسة بنسبة الهيموجلوبين المتسكر بالدم في فترة ثلاثة أشهر – من خلال عدد من المتغيرات النفسية الإجتماعية (الوعي الصحي – النظام الغذائي – وممارسة الأنشطة البدنية) وذلك لدى عينة

قوامها (50) مريضاً راشداً مشخصاً بالنوع الثاني من السكري في أمريكا ، وقد أظهرت النتائج أن المتغيرات النفسية الاجتماعية السابق ذكرها تعد منبئات بضبط سكر الدم .

أما عن دراسة (Redmond , 2006) والتي أجريت على 91 من مرضى النوع الثاني من السكري متوسط أعمارهم 73 عاماً ، بهدف خفض نسبة الهيموجلوبين المتسكر عن طريق تصحيح معارف المرضى عن السكري والتثقيف الصحي فضلاً عن تعديل النظام الغذائي وذلك من خلال دورة تثقيفية لأفراد العينة ، وبعد نهاية الدورة التدريبية تم قياس نسبة الهيموجلوبين المتسكر والتي قد انخفضت من 8% إلى 6.5% ، فضلاً عن أن عدد الإجابات الصحيحة عن مقياس الوعي الصحي والمعتقدات الصحية لنحو مرض السكري قد تزايد من 42% إلى 65% ، مما يشير إلى نجاح استراتيجيات إدارة الذات في تصحيح المعارف عن السكري ومن ثم خفض نسبة السكر في الدم .

وفي دراسة (Skinner,2006) والتي هدفت فحص أثر التعليم أو التثقيف الصحي في إدارة الذات لعينة قوامها 236 فرداً من مرضى النوع الثاني من السكري في إنجلترا ، حيث خضع أفراد العينة لبرنامج تعليمي مكثف لمدة ثلاثة شهور . ووجد أن التحكم في سكر الدم من خلال قياس نسبة الهيموجلوبين المتسكر بالدم في فترة ثلاثة شهور كان أفضل لدى المجموعة التجريبية من المجموعة الضابطة نظراً لأهمية التعليم في تصحيح معارف ومعتقدات المرضى نحو السكري.

وحول دراسة (French,2008) والتي أجريت على عينة قوامها 339 مريضاً بالنوع الثاني من السكري متوسط أعمارهم (65.9- 10 أعوام) وبواقع 5 سنوات لتشخيص المرض وذلك بهدف تحديد ما إذا كانت الفروق في المعتقدات حول مرض السكري والعلاج تؤثر على الفحص الذاتي لسكر الدم ، تم تقسيم أفراد المجموعة إلى مجموعتين : المجموعة الأعلى والمجموعة الأدنى تبعاً للدرجة الكلية في مقياس المعتقدات عن السكري مقاسة بالاستخبار المعدل لإدراك المرض ، وقد كشفت النتائج عن وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في الفحص الذاتي لسكر الدم ، في حين كانت الفروق جوهرية في التقيد بالنظام الغذائي لصالح المجموعة ذات الدرجة الأعلى في مقياس الوعي الصحي لمرض السكري .

وعن دراسة سبير وأخريين (Speer et al, 2008) والتي أجريت على عينة قوامها (351) مريضاً بالنوع الثاني من السكري من "أطلنطا" بولاية جورجيا الأمريكية ،متوسط أعمارهم 74 عاماً ، بواقع 84% من أفراد العينة إناث ، و42 من البيض و57% من السود . خضع أفراد العينة لبرنامج علاجي لمدة 4 شهور بواقع 8 دورات تركز على تحسين الالتزام اليومي بتناول الدواء وفحص سكر الدم وتنظيم النظام الغذائي ، إدارة الذات ككل ، فضلاً عن تصحيح الوعي عن السكري والحمية ونسبه الهيموجلوبين المتسكر. وقد كشفت النتائج عن انخفاض نسبة الهيموجلوبين المتسكر من 9.48% قبل البرنامج الي 8.33% بعد نهائي البرنامج وبهذه النتيجة تظهر أهمية استراتيجيات التدخل من نسبة الهيموجلوبين المتسكر.

وفي دراسة (Iqbal,2008) التي أجريت على عينة 111 مريضاً بالنوع الثاني من السكري من المراجعين لعيادة السكري في إحدى مشافي مدينة نوتنجهان في بريطانيا ، ثم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين الأولى 45 مريضاً لديهم معتقدات جيدة عن نسبة الهيموجلوبين المتسكر كانت لديهم بنسبة 9% والثانية قوامها 66 مريضاً لديهم معتقدات غامضة عن نسبة الهيموجلوبين المتسكر كانت نسبته لدى أفراد العينة 10.7% . تم إخضاع المجموعتين لاستراتيجية تدخل لتصحيح معتقداتهم عن الهيموجلوبين المتسكر ، وأهمية السيطرة عليه ، وفي نهاية الدورة التوعوية تم قياس نسبة الهيموجلوبين المتسكر لدى المجموعتين وكشفت النتائج عن

انخفاض في نسبة الهيموجلوبين المتسكر لدى المجموعة الثانية إلى 8.3% في حين كانت النسبة 8.2% للمجموعة الأولى مما يشير إلى أن تصحيح معتقدات المرضى عن السكري والهيموجلوبين المتسكر يؤدي في النهاية إلى إدارة ذات فعالة للسيطرة على نسبة السكري بوجه عام .

وعن التنبؤ بإدارة الذات للنوع الثاني من السكري من خلال الوعي الصحي عن المرض ودور المرض ، أجرى (Mann, 2009) دراسة على أفراد العينة ن=151 مقابلة في مستشفى مدينة نيويورك الأمريكية حيث تضمنت المقابلة ما يلي : الوعي عن الصحة والمرض، والمعتقدات عن الدواء ، ونظام الحمية ، والمعتقدات عن السكري ، والاكنتاب ، والكفاءة الذاتية ، والالتزام بتعاطي الدواء ، وقد كشفت نتائج تحليل الانحدار عن ضعف إدارة الذات للمرضى بوجه عام حيث كان متوسط نسبة الهيموجلوبين المتسكر 7.6% خلال 13 عاماً من الإصابة بالسكري، كما كشفت النتائج عن وجود تعارض بين مفهوم المرض والدواء والمعتقدات عن السكري الأمر الذي يحول دون إدارة الذات للمرضى ؛ وبالتالي ينصح الباحثون بالاهتمام بالتنقيف الصحي لمساعدة المرضى على إدارة المرض .

وعن دراسة (Olson et al , 2009) والتي هدفت فحص أثر التعليم والتنقيف الصحي لفحص إدارة الذات لعينة قوامها (136) مريضاً بالنوع الثاني من السكري بواقع 81% من الأمريكيان البيض ، و13% من الأمريكيان السود ، و4% من الأمريكيان من أصول آسيوية ، و2% من الأمريكيان من أصول هندية . وقد كشفت النتائج عن وجود فروق جوهرية بين التقدير الذاتي للمعتقدات عن العناية بالمرضى وبين سلوك إدارة الذات لرعاية مرضى السكري ، وبالتالي فإن هذه الحواجز تحد من إدارة الذات للفحص وعناية المريض بنفسه .

وخلصت دراسة (Jones et al , 2009) التي قامت بتحليل تجميعي للدراسات المنشورة للأعوام (1998-2008) في قاعدة بيانات العلوم الطبية والتي أجريت على النساء فقط وذلك للمتغيرات التالية : الوعي الصحي عن السكري ، السلوك الصحي ، المخاطر المدركة أو المتصورة، سكري الحمل ، النظام الغذائي ، النشاط البدني ، إلى وجود فجوة كبيرة في المعتقدات عن السكري وزيادة النظام الغذائي والنشاط البدني والسلوك الصحي فضلاً عن نقص الوعي بالمخاطر الناتجة عن مرض السكري وزيادة الوزن وكذلك نقص الكفاءة الذاتية لفقدان الوزن وممارسة النشاط البدني وتعديل نمط الحياة . وأوصى الباحثون بضرورة زيادة الوعي بالمخاطر وتصحيح المعتقدات عن السكري ورفع الكفاءة الذاتية لفقدان الوزن وممارسة النشاط البدني وفحص سكر الدم وذلك لمساعدة المرضى على إدارة الذات لمرض السكري .

وعن دراسة (Rosal et al , 2009) على (250) مريضاً بالنوع الثاني من السكري في ولاية " ماساشوسيتس " الأمريكية خضعوا لجلسات أسبوعية بواقع (8) جلسات شهرياً لمساعدتهم على إدارة الذات واكتساب السيطرة على مرض السكري ولمدة 12 شهراً . وقد كشفت النتائج عن انخفاض في نسبة الهيموجلوبين المتسكر عن 7% مما يشير إلى إدارة الذات والسيطرة على المرض ، فضلاً عن متغير معتقدات المرضى عن السكري وانخفاض في معدل الإكنتاب وممارسة النشاط البدني وانخفاض في كتلة الجسم وذلك ابتداء من الشهر الرابع من البرنامج العلاجي مما يشير إلى أهمية إدارة الذات في خفض نسبة الهيموجلوبين المتسكر .

أما دراسة (Beard et al , 2009) التي أجريت على (83) مريضاً من بريطانيا بالنوع الثاني من السكري بهدف التعرف على منبئات إدارة الذات والسيطرة على مرض السكري مقاساً بنسبة الهيموجلوبين المتسكر . طبق على أفراد العينة عدة مقاييس : مقياس المعتقدات عن الهيموجلوبين المتسكر ، ومقياس فعالية الذات ، ومقياس سلوك العناية الذاتية

للسكري ، وقد كشفت النتائج أنه يمكن التنبؤ بإدارة الذات من خلال المتغيرات المستقلة بنسبة 56% ، كما تبين أن المرضى الأقل إدارة لذواتهم أقل وعياً بنسبة الهيموجلوبين المتسكر .

أجرى كل من (Gazmaraian et al, 2009) دراسة على عينة قوامها 35 مريضاً بالنوع الثاني من السكري من الأمريكيين من ذوي الأصول الأفريقية من ذوي الدخل الإقتصادي المنخفض في مدينة أتلانطا في ولاية جورجيا الأمريكية . وكشفت النتائج أن معظم المشاركين لك يكونوا ممتزوجين بواقع 60% وفضلاً عن أن 30% لا يجيد القراءة والكتابة و40% لا يعمل . كما تبين أيضاً أن الإجهاد والإحباط والعزلة الإجتماعية والنزاعات الشخصية ، والإكتئاب والخوف والحرمان وانخفاض الوعي الصحي من أكثر العوائق التي تحول دون إدارة الذات والسيطرة على المرض والإقبال على دورات الرعاية الصحية لعلاج السكري . ويختتم الباحثون بأهمية التثقيف الصحي لتصحيح وعي المرضى عن المرض والتعليم بوجه عام وذلك لتحسين مستوى الرفاه لديهم بوجه عام .

وأما عن دراسة مينيه وآخرون (Minet et al 2009) التي قامت بتحليل تجميعي (47 دراسة) والتي قامت بتدريب مرضي النوع الثاني من السكري على الإدارة الذاتية للمرض، ممارسة النشاط البدني النظام الغذائي فحص سكر الدم، تناول الدواء، مراجعته عيادة السكر بانتظام ، تصحيح المعارف و الوعي الصحي عن السكري أن 36% من المرضى الذين تدربوا على أساليب إدارة الذات للمرض نجحوا في خفض نسبة الهيموجلوبين المتسكر الي ما بين 5%، 6% فضلاً عن أن 95% من أفراد العينة أظهروا تحسناً في مراقبة نسبة السكر من خلال فحص سكر الدم يومياً.

وفي دراسة (Mcandrew et al, 2010) التي أجريت على (334) مريضاً بالنوع الثاني من السكري . تم قياس وعيهم الصحي عن السكري وطريقة إدارتهم للمرض . وقد أظهرت النتائج أن الأقل إدارة للذات منهم - مفاًساً بنسبة الهيموجلوبين المتسكر - كانوا أكثر اكتئاباً ولا يتبعون نظاماً غذائياً ولا ينتظمون في ممارسة النشاط البدني وكذلك لا يلتزمون بفحص سكر الدم بشكل يومي أو حتى بتناول الدواء بشكل منتظم ، وذلك بسبب معتقداتهم ووعيهم الغير صحيح عن مرض السكري وكيفية إدارة المريض لذاته .

وفي دراسة (Baumann et al, 2010) التي هدفت للكشف عن الوعي الصحي حول مرض السكري وسلوك العناية الذاتية لدى عينة قوامها (340) مريضاً بالنوع الثاني من السكري في أوغندا ، وقد كشفت النتائج عن أن 80% من أفراد العينة معتقداتهم غير صحيحة عن السكري وأن 87% من أفراد العينة يعانون من ارتفاع ضغط الدم ، 33.4% يعانون من زيادة الوزن ، و18.7% يعانون من السمنة ، 39% يعانون من صعوبة الحصول على الغذاء المناسب للسكري ومعدات اختبار نسبة سكر الدم والمواد العلمية . وخلص الباحثون إلى صعوبة خفض نسبة الهيموجلوبين المتسكر لدى أفراد العينة في ضوء هذه المعوقات .

وفي دراسة الأخور (Al-Akhour, 2013) التي هدفت للكشف عن المعارف والاتجاهات والممارسات والدعم الإجتماعي لدى (93) فرداً من المراهقين الأردنيين مصابون بالنوع الأول من السكري، وأسفرت النتائج عن أن (73%) من الأفراد ليس لديهم تحكم في سكر الدم ، كما كشفت النتائج أيضاً عن ارتباط جوهري بين كل من الدعم الإجتماعي والوعي الصحي والاتجاهات الإيجابية نحو مرض السكري والتحكم بسكر الدم .

ثالثاً: أثر النوع و الإعتماد على الأنسولين على الوعي الصحي و إدارة الذات الفعالة لمرض السكري :

كشفت نتائج دراسة (Fitzgerald,Anderson& Davis,1995) التي أجريت على (1201) من المرضى بالنوع الثاني من السكري ، عن عدم وجود فروق بين الجنسين في الإتجاهات نحو مرض السكري والإمتثال للعلاج .

في حين سجّل (Gaillard,Schuster& Osei,1998) فروقاً جوهريّة بين الجنسين في الإستهداف للإصابة بالنوع الثاني من السكري لدى الإناث أعلّة منها لدى الذكور ، بسبب السمنة والدهون والفروق في كميات الأنسولين والبيبتايد – سي داخل خلايا بيتا البنكرياسية .

وتشير نتائج دراسة (رضوان ، عبد الله 2001) التي أجريت على (225) من الذكور و(249) من الإناث من طلبة جامعة القاهرة ، بهدف التعرف على المعتقدات السائدة حول الصحة العامة والوعي الصحي إلى وجود فروق جوهريّة بين الجنسين في نسق المعتقدات الصحية، حيث أظهرت النتائج أن الوعي الصحي لدى الإناث يفوق الذكور .

كما وجد " عبد المنعم والحراني " (Abdelmoneim & Al-Homrany,2002) أن التحكم بسكر الدم لدى مرضى النوع الثاني من السكري (ن=198) كان أقل لدى الإناث منه لدى الذكور في السعودية .

وأشار (Legato,et al.2006) إلى شيوع أعراض ومعدلات انتشار النوع الثاني من السكري لدى الإناث أكثر منها لدى الذكور في أمريكا .

وكشفت دراسة (Rafique,et al.2006) التي اجريت على عينة قوامها (199) فرداً من مرضى السكري من النوع الثاني في كراتشي ، باكستان عن أن الرجال أعلى بالنسبة للوعي الصحي عن السكري من النساء ، ولم تكن هنالك فروق جوهريّة بين الجنسين في الوعي الصحي والممارسات الصحية .

وأوضح (Arboix,et al .2006) أن المرأة الإسبانية أقل متابعة لعلاج النوع الثاني من السكري من الرجل .

كما بيّنت دراسة (Thorand,et al. 2007) أن أكثر المتغيرات تنبؤاً بالنوع الثاني من السكري هو النوع Gender، وكذلك لدى عينة قوامها (1698) فرداً في ألمانيا من غير المشخصين بالنوع الثاني من السكري .

وفي دراسة (Unden, et al . 2008) التي هدفت إلى الكشف عن الفروق بين الجنسين في تقدير الصحة العامة ، وإدارة الذات الفعالة للمرض (المقاس من نسبة الهيموجلوبين المتسكر) وذلك لدى عينة قوامها (223) مريضاً بالنوع الثاني من السكري بواقع (109) من الرجال و(130) امرأة ، تراوحت أعمارهم بين 49 و74 عاماً . كشفت النتائج عن وجود فروق بين الجنسين في مستوى إدارة الذات للمرض حيث أظهرت النساء مستوى أقل في إدارة الذات عن الذكور .

أوضحت دراسة (Gucciardi,et al .2008) التي أجريت على (279) من الرجال والنساء المشخصين بالنوع الثاني من السكري في مشفى مدينة "تورانتو " الكندية ، أن معدلات انتشار النوع الثاني من مرض السكري لدى الإناث أعلى منها لدى الذكور ، فضلاً عن أن الإناث أكثر اكتئاباً وارتفاعاً في كتلة الجسم ومستويات البروتين الدهني عالي الكثافة والكوليسترول من الرجال ، لذلك خلصت الدراسة إلى أنه لا بد من تقديم استراتيجية التثقيف

والوعي الصحي بشكل مختلف للنساء عن الرجال حتى نساعدهم على إدارة الذات الفعالة لمرض السكري .

أجريت دراسة (Taru ,et al.2008) على عينة قوامها (170) مريضاً بالنوع الثاني من السكري في اليابان بواقع (93) رجلاً و(77) امرأة بهدف التعرف على الفروق بين الجنسين في مستوى إدارة الذات بواسطة النظام الغذائي . وقد أظهرت النتائج فروقاً جوهرية بين الجنسين في تناول النشويات وفي كتلة الجسم حيث كانت افنات أكثر تناولاً للنشويات وأعلى في مؤشر كتلة الجسم عن الذكور وبالتالي أقل إدارة لذواتهم .

كشفت نتائج دراسة (Grant,et al .2009) التي أجريت على (263) مريضاً بالنوع الثاني من السكري من الراشدين بمتوسط (40) عاماً من سكان جنوب استراليا بهدف التعرف على الفروق بين الجنسين في مضاعفات مرض السكري والعوامل المرتبطة به مثل : انخفاض دخل الأسرة السنوي ، السمنة ، التاريخ العائلي الوراثي للمرض ، التدخين ، مستوى عال من الكوليسترول ، ارتفاع ضغط الدم ، وسلوك الإدارة الذاتية عن وجود فروق جوهرية بين الجنسين في السمنة وارتفاع ضغط الدم والكوليسترول لصالح الإناث وفي التدخين لصالح الذكور .

أما دراسة (Vidal , et al.2010) فقد هدفت إلى الكشف عن أثر النوع على متابعة علاج السكري لدى مرضى النوع الثاني من السكري لدى مرضى النوع الثاني من السكري لدى عينة أمريكية لاتينية (أسبانية) قوامها (1423) مريضاً بواقع 57.7% ذكور و45.2% إناث ، وقد أظهرت النتائج وجود فروق جوهرية بين الجنسين أثناء فترة المتابعة (5 سنوات) حيث كانت النساء أقل مراقبة لنسبة سكر الدم ، وأكثر ارتفاعاً في مستويات الدهون في الدم وبالتالي أقل إدارة للمرض عن الرجال ، كما أن نسبة الوفيات نتيجة لمضاعفات السكري أثناء فترة المتابعة كانت 5.7% للذكور و6.7% للإناث (ن=513).

تعقيب على الدراسات السابقة :

- ١- بعد الاطلاع على التراث الأدبي لكل من متغيرات موضوع البحث ، وجدت الباحثة أنه يمكن تقسيم الدراسات السابقة التي تناولت دارة الذات ومرض السكري إلى قسمين :
أ. الدراسات التي ركزت على تقييم وقياس المعوقات التي تحد من فعالية إدارة الذات لدى مرضى السكري .
ب. الدراسات التي عنيت باستراتيجيات التدخل للحد من معوقات إدارة الذات الفعالة لدى مرضى السكري .

٢- وباستعراض التراث البحثي في قياس المعوقات التي تحول دون إدارة الذات الفعالة لدى مرضى السكري ، ومن خلال ما قام به كل من " جلاسجو ، توبرت ، جيليتي " Glasgow,Toobert (& Gillette, 2001) ومن مراجعة للدراسات السابقة التي تناولت موضوع إدارة الذات لدى مرضى السكري يمكننا ملاحظة تعدد زوايا النظر في هذا الموضوع ، فهناك دراسات تناولت تقييم وقياس المعوقات النفسية الاجتماعية لإدارة الذات مثل : (القلق ، الإكتئاب، الإتجاهات ، الخوف من هبوط السكر في الدم Hypoglycemia ، والوعي الصحي ، والدافعية ، وحل المشكلات ، والكفاءة الذاتية ، وتقدير الذات ، وغيرها من المتغيرات التي يفترض نظرياً ارتباطها بإدارة الذات ، هذا فضلاً عن الدراسات التي تناولت أسلوب العناية الذاتية كمعيار لإدارة الذات مثل النظام الغذائي ، وممارسة الأنشطة البدنية ، ومراقبة نسبة السكر في الدم من خلال إجراء التحاليل الذاتية ، والإلتزام بتعاطي الدواء في المواعيد المحددة ، والتحكم في سكر

الدم من خلال تقدير نسبة الجلوكوز هيموجلوبين بالدم ونوعية الحياة ، والرضا عن العلاج، وقد أجريت هذه الدراسات على مرضى النوع الثاني والنوع الأول من مرض السكري ولدى عينات من الراشدين ومن الفئات متوسطة الدخل اقتصادياً .

٣- أما الدراسات التي اهتمت بإعداد وتطبيق استراتيجيات التدخل للحد من معوقات إدارة الذات لدى مرضى السكري ، فيلاحظ أيضاً تعدد زوايا النظر . فهناك دراسات اهتمت بالوعي الصحي **لخفض المتغيرات النفسية والاجتماعية ورفع مستوى إدارة الذات (Glasgow, Toobert & Gillette, 2001,p;35)** مثل خفض معدلات القلق والإكتئاب ، وتغيير الإتجاهات نحو السكري ، والإستعداد للمواجهة ، وتعديل المعتقدات الصحية والوعي الصحي نحو السكري ، وتدعيم فعالية الذات ، والسند الإجتماعي (التعلق ، والتكامل الإجتماعي ، والطمأنة لقدرات المريض ومهاراته وتقييمها ، والإرشاد والتوجيه ، وفرص الرعاية) ؛ هذا فضلاً عن الدراسات التي تناولت تدعيم أسلوب الإدارة الذاتية مثل تعديل النظام الغذائي ، وتشجيع ممارسة الأنشطة البدنية ، وتدريب وتوعيد المرضى على مراقبة نسبة السكر في الدم من خلال إجراء التحاليل الذاتية ، وتشجيعهم على الإلتزام بتعاطي الدواء في المواعيد المحددة ، والتحكم في سكر الدم من خلال قياس نسبة الهيموجلوبين المتسكر بالدم .

٤- أجريت جميع الدراسات التي تم عرضها على عينات من الراشدين من مرضى النوع الثاني من السكري من البلدان التالية : أمريكا ، وبريطانيا ، وفنلندا ، ألمانيا ، كندا ، هنجاريا .

٥- تفاوتت نسب خفض الهيموجلوبين المتسكر من 8.5 % إلى 6% (Huffman,et al,2009) ، ومن 9.48% إلى 8.33% (Speer et al ,2008) وبين 5% إلى 6% (Minet et al ,2009) ، ودون النسبة 7% (Huisman et al ,2009) (Conn et al ,2007) وذلك لدى المرضى الذين أخضعوا لبرنامج غذائي خاص تحت إشراف المختصين .

٦- تنظيم النظام الغذائي وممارسة الأنشطة البدنية وقياس سكر الدم وتناول الدواء وتغيير معتقدات المرضى عن السكري وخفض معدل الإكتئاب يعد من أهم منبئات إدارة الذات لخفض نسبة الهيموجلوبين المتسكر ، والذي اعتمدت عليه معظم الدراسات التي تم عرضها.

٧- أجريت معظم الدراسات التي تم عرضها على عينات مرضية من الراشدين من مرضى النوع الثاني من السكري من البلدان التالية : أمريكا ، وبريطانيا ، والأردن ، وألمانيا وأوغاندا ، وذلك فيما يختلف مع خصائص عينة الدراسة الحالية ، فيما عدا دراسة كل من (Al-Akour,2003; Garber et al,2003;Kubiak et al , 2006) التي أجريت على المراهقين والبالغين من مرضى النوع الأول من السكري .

٨- يتضح من نتائج الدراسات كل من : (Arcury et al 2005 ; Alphen Al-Akour,2003; Van 2006; Redmond et al 2006;Skinner et al 2006;Iqbal et al 2008) الأثر الإيجابي لتصبح الوعي الصحي بمرض السكري في تفعيل إدارة الذات لضبط سكر الدم مقاسة بنسبة الهيموجلوبين المتسكر .

٩- ندرة الدراسات التي استخدمت مقياس المعتقدات نحو مرض السكر والوعي الصحي .

١٠- يتضح من النتائج السابقة أن النساء أكثر استهدافاً للإصابة بالسكري ، حيث أن معدلات إنتشار السكري لدى الإناث أعلى منها لدى الذكور (Legato ,et al.2006) (Gaillard,et al . 1998) (Gucciardi,et al . 2008) فضلاً عن أن الإناث أكثر عرضة للسمنة وأكثر تناولاً للنشويات والأعلى في مؤشر كتلة الجسم ، والأقل في الثقة بالنفس وبالتالي أقل إدارة للمرض ، وأقل ممارسة للأنشطة الرياضية وأقل مراقبة لسكر الدم ، والأعلى في نسبة دهون الدم (Vidal,et al . 2010) (Grant ,et al . 2009) (Taru,et al. 2008) ، والأكثر في معدل الوفيات الناتجة عن مرض السكري مقارنة بالذكور ، وأقل مخاوف من المرض ، وادنى في مستوى نوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري مقارنة بالذكور (Unden,et al . 2008) (Arboix,et al . 2006) وأقل امتثالاً ومتابعة للعلاج ، ومن ثم أقل إدارة ذاتية وذلك بالمقارنة بالرجال (Thorand,et al .2007) (Heo,et al .2008) .

ما تضيفه الدراسة الحالية : من مبررات هذه الدراسة أن الباحثة تزعم أنه لا توجد دراسة عربية – وذلك في حدود علم الباحثة – تناولت تشخيص الوعي الصحي وإدارة الذات لدى مرضى السكري ، وبالتالي تشكل هذه الدراسة إثراء معرفي للدراسات النفسية العربية إضافة إلى ربط هذا المفهوم بعدد من المتغيرات الديموجرافية مما يوفر رؤية شاملة للعلاقات التي تربط مفهوم الوعي الصحي بإدارة الذات لدى مرضى السكري ، بالإضافة إلى بناء أدوات تشخيصية وطرحها في ساحة المكتبات العربية والتي يمكن استخدامها في تحديد مستوى كل من الوعي الصحي وإدارة الذات لدى مرضى السكري .

فروض الدراسة : وفي ضوء العرض السابق للإطار النظري والدراسات السابقة يمكن الإجابة عن تساؤلات الدراسة من خلال التحقق من الفروض التالية :

- ١- توجد للمتغير المستقل (الوعي الصحي) قيمة تنبئية دالة احصائياً باستجابات أفراد العينة على المتغير التابع (إدارة الذات لمرض السكري) .
- ٢- تختلف المتغيرات الدينامية (الوعي الصحي وإدارة الذات لمرض السكري) باختلاف المتغير الديموجرافي (النوع- الإعتدال على النسولين) .

منهج الدراسة وإجراءاتها :

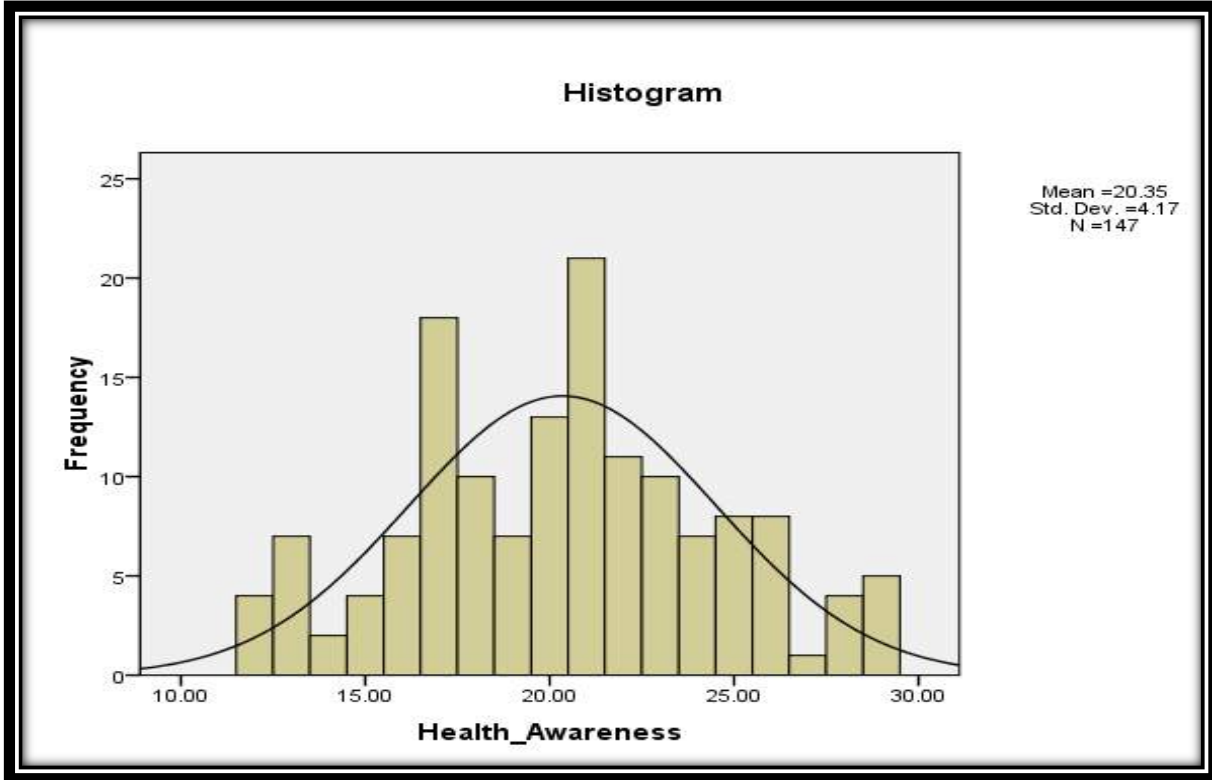
(أ) **منهج الدراسة :** تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي الإرتباطي للإجابة عن أسئلة الدراسة والتحقق من فروضها ، سواء ما يتعلق منها في قياس إدارة الذات لدى مرضى السكري، أو البحث في الإرتباطات بين المتغيرات الدينامية والديموجرافية التي تتناولها الدراسة

(ب) **عينة الدراسة :** يعتبر المجتمع الأصلي للدراسة هم مرضى السكر من النوعين الأول والثاني ، وممن يترددون على المعهد القومي للسكر والغدد الصماء والمستشفيات والعيادات العامة . وتم سحب العينة بالطريقة العشوائية ، وانقسمت إلى :

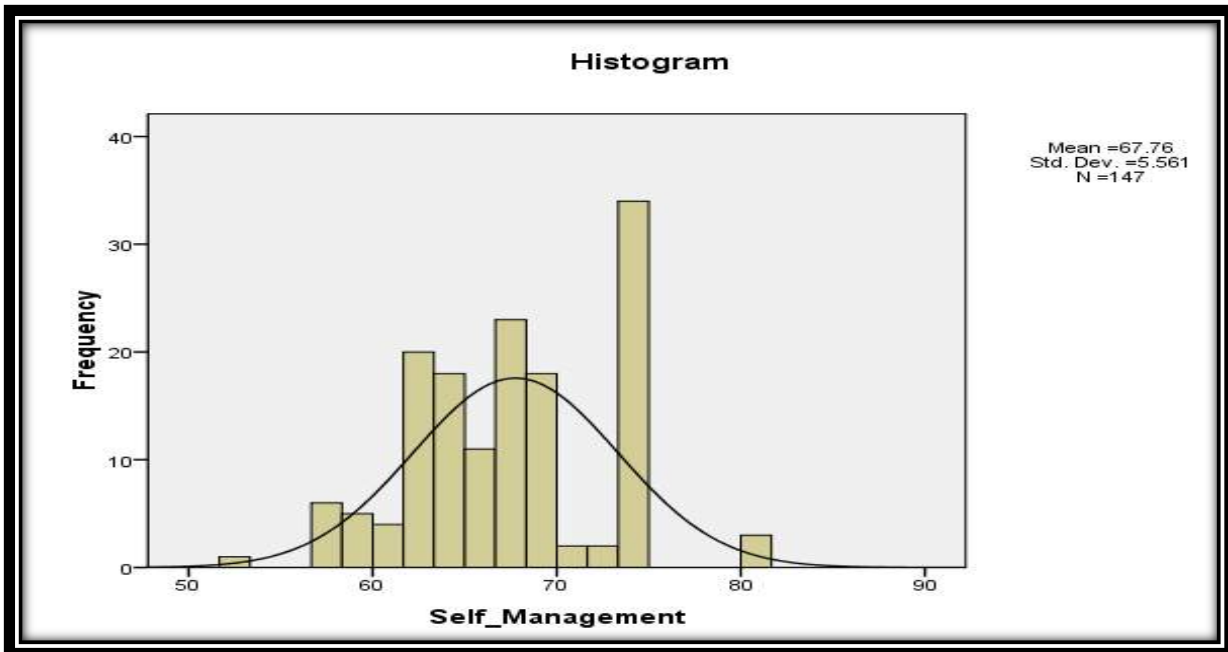
- ١- **عينة استطلاعية :** تم استقطابها من المشافي العامة عموماً من كلا الجنسين (ن = 147) مريضاً بالسكري وذلك لحساب الكفاءة السيكومترية لمقاييس الدراسة.
- ٢- **عينة أساسية :** شملت (ن = 147) مريض بالسكري من كلا الجنسين تم اختيارهم بطريقة عشوائية من المعاهد والعيادات العامة ، والمشافي التابعة لطب عين شمس والقصر والعيني .

جدول (1) الوصف الإحصائي لخصائص العينة

إدارة الذات		الوعي الصحي		المتغيرات النفسية المتغيرات الإحصائية
أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	حجم العينة (ن)
92	55	92	55	
67.76		20.34		المتوسط
0.459		0.343		الخطأ المعياري للمتوسط
67.0		21		الوسيط
75		21		المنوال
5.56		4.17		الإنحراف المعياري
30.92		17.39		التباين
0.092		0.052		التقلطح
0.2		0.200		الخطأ المعياري للتقلطح
0.52-		0.49-		الإلتواء
0.39		0.39		الخطأ المعياري للإلتواء
0.28		17.0		المدى
0.53		12		أقل درجة
0.81		29		أعلى درجة



شكل (١) يوضح التوزيع الإعتدالي لمتغير الوعي الصحي



شكل (٢) يوضح التوزيع الإعتدالي لمتغير إدارة الذات

بتحليل القيم الإحصائية الواردة في الجدول السابق ، وبالنظر الى ترجمة تلك القيم من خلال الأشكال البيانية ، يلاحظ أن معاملات الإلتواء Kurtosis والتقلطح Skewness انحصرت ما بين (1) للإلتواء ، (3) للتقلطح ، مما يشير إلى إعتدالية التوزيع لمتغيرات البحث ، ومن ثم استخدام الأساليب البارامترية المتمثلة في : اختبار (ت) (لحساب مُعامل دلالة الفروق بين

متوسطات متغيرات البحث باختلاف المتغيرات الديموجرافية) ومعامل الإنحدار البسيط (لحساب مُعامل التنبؤ بين متغيرات الدراسة) .

(ج) أدوات الدراسة : اعتمدت الدراسة على بناء المقياسين التاليين :

أولاً: مقياس الوعي الصحي : مر المقياس في بناءه بعدة مراحل يمكن إيضاحها فيما يلي :

دراسة وتحليل النظريات والمقاييس والدراسات السابقة : تتضمن الدراسة الإستطلاعية جمع مصادر المعرفة المرتبطة ، بالمقياس ، سواء كان ذلك تحليل للنظريات أو تنفيذ للدراسات السابقة أو الوقوف على المقاييس المعدة سلفاً ؛ ويمكن الكشف عن ذلك فيما يلي :

من المسلم به أن القياس النفسي يعتمد على نظريات تفسّره ، وبحوث ميدانية تختبر صلاحيته ، ويعد تحليل الأطر النظرية والدراسات السابقة خطوة أساسية لبناء المقياس وتحديد مكوناته . تحددت مكونات المقياس الحالي للوعي الصحي من خلال :

الدراسات السابقة لكل من : (Kubiak et al,2003) (Garber et al,2003) (Al-Akour,2013) (Redmond,2006) (Alphen, 2006) al ,2006) (Arcury et al 2005) (Iqbal,2008) (Speer et al,2008) (French,2008) (Skinner,2006) (Rosal et al,2009)(Jones et al , 2009) (Olson et al ,2009)(Mann,2009) (Beard et al ,2009) (Gazmarain et al ,2009) (Minet et al,2009) (Baumann et al ,2010) .

النظريات والنماذج المفسرة: نموذج المعتقدات الصحية (Rosenstock 1974) ، نموذج مراحل التغيير (Diclimente & Prochaska,1994) ، نموذج الإنضباط الصحي (Heiby et Carlson,1986) ، نموذج التمثيلات الصحية (Leventhal,1980).

١-تكوين المفردات : تم تحديد كل مكون من مكونات الوعي الصحي وفقاً للتعريف الإجرائي المستخلص بعد مسح الدراسات السابقة المتعلقة بالمفهوم ، وذلك على النحو التالي :

يعرف الوعي الصحي لمرضى السكري إجرائياً Health AwarenessDiabetic's: بأنه مجموعة المعلومات التي كونها الفرد حول مرض السكري في ضوء ما مر به من خبرات حول هذا المرض ، والتي **ينتظم من خلالها سلوكه والتزامه بنظام غذائي صحي** سواء بطريقة صريحة أو دون وعي بذلك ، ويظهر ذلك من خلال الدرجة ذلك الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقياس "

المكون الأول : المعرفة الشخصية حول المرض : إلمام مريض السكري بالحقائق والمعلومات الصحية حول المرض.

المكون الثاني : صحة الغذاء : حصول مريض السكر على الغذاء الذي يمد الجسم بالمرکبات والعناصر الغذائية اللازمة له بكميات مناسبة ، وذلك وفقاً لعمر المريض وجنسه، وزنه ، الجهد البدني المبذول ، توزيع جرعات الدواء ومواعيدها، والاحتياجات الخاصة مثل النمو والحمل والرياضة .

المكون الثالث : السلوك الصحي العام : أنماط السلوك التي تهدف إلى تحسين الطاقات الصحية عند الفرد.

٢- صياغة مفردات المقياس : تم صياغة عبارات المقياس في ضوء عدة اعتبارات الإعتبارات منها (ألا تبدأ العبارات بكلمات النفي ، ألا تكون العبارات غامضة أو موحية ، يفضل عدم استخدام صيغ المبالغة ، ألا تتضمن صياغات مزدوجة المعنى ، صياغة العبارات بين السلبي والإيجابي) ، وجاءت صياغة البنود في صورة معلومات شاملة للمجالات المراد قياسها والتي تندرج تحت مظلة الوعي الصحي وتختبر مدى إلمام المريض ومعرفته بنواحي مرضه ، وقد بلغ عدد بنود المقياس في صورته الأولية (30) بنوداً .

٣- تحديد بدائل الإستجابة : تم اختيار شكل الإجابة الثلاثي ، ويحتمل البند إجابة واحدة صحيحة وإجابتان خطأ ، وذلك لأن شكل الاستجابة الثنائي محدود جداً لا يعطي للمفحوص المساحة الكافية للتفكير في الاختيار، أما الشكل الخماسي للاستجابة ، فمن شأنه أن يشتمل المفحوص ، نظراً لكثرة البدائل المطروحة أمامه ، فضلاً عن أن طبيعة المقياس تفرض ذلك ، فهو يقيس تحقق المعرفة حول المرض من عدمها عند المريض ، ولذلك فإجابته إما تحتل الصواب أو الخطأ ، ولا يتوسطهما ثالث .

٤- تعليمات المقياس : تتضمن تعليمات المقياس بيانات المفحوص (الاسم- النوع - السن - معتمد على الأنسولين / غير معتمد على الأنسولين - تعليمات المقياس) .

٥- تحكيم المقياس : تم عرض المقياس على (ن=3*) من خبراء علم النفس ، كذلك تم عرضه بصورة مبدئية على الأطباء النواب في قسم الباطنة والغدد داخل مستشفى الدمرداش التابع لجامعة عين شمس ، والأخذ بأرائهم . وقد أسفر التحكيم عن عدة نتائج ، وفيما يلي عرض توضيحي للبنود التي تم تعديلها :

جدول (2) البنود التي تم تعديلها بعد العرض على المحكمين

المكون	البند قبل التعديل	البند بعد التعديل	مبرر التعديل
الأول : المعرفة الشخصية حول المرض	ينبغي على مرضى السكري أن يعتنوا جيداً بالقدم السكري لأن :	ينبغي على مرضى السكري أن يعتنوا جيداً بالقدم السكري لأن :	عبارة موحية
الأول : المعرفة الشخصية حول المرض	مستوى السكر في الدم :	المدى الطبيعي لمستوى السكر في الدم :	الصياغة
الثاني : صحة الغذاء	" السرعات الحرارية الفارغة " الفارغة " يقصد بها :	" السرعات الحرارية الفارغة " ، مصطلح يطلق على :	" يقصد بها " أي التعريف ، الأفضل "مصطلح يطلق على "لأن الإجابة باختبار بديل
الثالث: السلوك الصحي العام	لا يتناول مريض السكري المنبهات بكثرة	غير مسموح لمريض السكري أن يتناول المنبهات (شاي ، قهوة) بكثرة	الأفضل ذكر مثال : شاي أو قهوة ، تعديل الصياغة

(*). أ.م.د/ محمد البحيري- أ.م.د / هيام صابر شاهين - أ.م.د/ هبة حسين

٦- المرغوبية الإجتماعية للمقياس : ونقصد بها صياغة المفردات بما لا يوحي للمفحوص اختيار الإجابة المستحسنة اجتماعياً ، وللتحقق من تفعيل المرغوبية الإجتماعية كأحد معايير المقياس الجيد في الجوانب الإجتماعية والوجدانية للسلوك الإنساني ، يجب توافر عدة شروط عند

صياغة البنود تم ذكرها سلفاً ؛ بالإضافة إلى عدم توضيح الإسم الحقيقي للمقياس على غلاف الصورة النهائية ، كذلك توزيع مفردات مكونات المقياس بطريقة عشوائية ؛ بهدف ألا يعرف المفحوص الهدف الرئيسي من المقياس ولا يختار الإجابة المستحسنة إجتماعياً مراعاةً للموضوعية .

٧- الصورة النهائية للمقياس : تكون المقياس في صورته النهائية من (30) عبارة موزعة على ثلاثة مكونات رئيسية وهي الأكثر تكراراً بعد مسح الدراسات والمقاييس والنظريات والنماذج المفسرة لمفهوم الوعي الصحي ، على النحو التالي :

جدول (3) مكونات المقياس وعدد العبارات لكل مجال في الصورة النهائية لمقياس الوعي الصحي

المجموع	أرقام العبارات	مكونات المقياس
10	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	المعرفة الشخصية حول المرض
10	11-12-13-14-15-16-17-18-19-20	صحة الغذاء
10	21-22-23-24-25-26-27-28-29-30	السلوك الصحي العام

٨- تصحيح المقياس : يتكون المقياس في صورته النهائية من 30 عبارة موزعة على ثلاثة مكونات فرعية تتعلق بالوعي الصحي ، والتصحيح يكون بتخصيص الدرجة (صفر) للإجابة الخطأ و (واحد 1) للإجابة الصواب في كل بند ، وبالتالي تتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين (0-30) ، بحيث تدل الدرجة المرتفعة على ارتفاع وعي مريض السكري بنواحي المرض والعكس صحيح ، لا يوجد وقت محدد للإجابة كما أن العبارات تنطبق على العينة .

٩- ثبات المقياس : تمّ حساب الكفاءة السيكومترية للمقياس على عينة مكونة من (ن= 147) من مرضى السكري من الجنسين ، وقد تبين أن المقياس يتمتع بمعدلات مرتفعة من الثبات ، حيث تم حساب الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية = (0.682) ، وحيث أن معامل ثبات التجزئة النصفية يعتبر معامل ثبات نصف الاختبار ، تم حساب تصحيح معامل الارتباط باستخدام معادلة سبيرمان - براون ، نجد أن معامل الثبات الكلي = (0.811)

كما تم حساب الثبات باستخدام معادلة كيودر- ريتشاردسون KR 21 :

$$KR = \frac{k}{k-1} \left(1 - \left(\frac{X(K-X)}{K \times SD} \right) \right)$$

حيث K = عدد بنود الاختبار ، X = المتوسط ، SD = مربع الانحراف المعياري ، وقد بلغ معامل الثبات = (0.646) .

وتم حساب الثبات أيضاً بطريقة الإتساق الداخلي بهدف التأكد من تجانس الاختبار من خلال حساب معاملات ارتباط كل مكون والمقياس ككل كما في الجدول التالي :

جدول (4) معاملات الارتباط بين مكونات مقياس إدارة الذات والدرجة الكلية للمقياس :

المكونات	معامل الارتباط (ر)
المعرفة الشخصية حول المرض	0.875 **
صحة الغذاء	0.622 **
السلوك الصحي العام	0.876 **

١٠- صدق المقياس : تم حساب صدق المقياس بالطرق الآتية :

أ. **صدق المحكمين** : حيث تم عرض المقياس على (ن=3) من الإختصاصيين في علم النفس وقد أخذت آرائهم بعين الإعتبار ، حيث بلغ المقياس في صورته الأولية من (30) .

ب. **صدق البناء والتكوين** : تم بناء المقياس في ضوء تحليل محتوى المقاييس السابقة والنظريات المفسرة له ، وكذلك التعريفات الإجرائية وقد سبق إيضاح ذلك .

ج. **الصدق العاملي** : ويعني التفاف مكونات المقياس حول عوامل قوية تفسر نسبة كبيرة من تباين الإستجابات ، وتحديد العوامل والارتباط بين العوامل وتحديد المتغيرات التي تندرج تحت عامل أو عدد من العوامل . وقد تم استخراج دلالات الصدق العاملي للمقياس من خلال التحليل العاملي للمفردات باستخدام التحليل العاملي الإستكشافي باستخدام طريقة "هوتلينج" : المكونات الرئيسية Principle Components ، واستخدام محك "جتمان" Kaiser الحدود الدنيا لتحديد عدد العوامل ، بحيث يعد العامل جوهرياً إذا كانت قيمة الجذر الكامن $1.0 \leq \text{Eigen Value}$ الواحد الصحيح ، ثم أديرت العوامل المستخرجة تدويراً متعامداً - بافتراض استقلالية العوامل - Orthogonal Rotation بطريقة Varimax ، وأخيراً تحديد التشعب الجوهري للبند بالعامل بأنه $0.3 \leq$.

بالقراءة الكمية لمصفوفة الارتباطات البينية بين المتغيرات الداخلة في التحليل العاملي Correlation Matrix نجد أنه لا يوجد ارتباط أعلى من 90% ، ولذلك لم يتم حذف أي متغيرات ، كما أن قيمة KMO(0.513) وهي نسبة $(0.50) <$ وبذلك تعتبر مؤشر نظمئن به لمدى كفاية عدد أفراد العينة ، وبالنظر لقيمة اختبار Bartlett للدائرية مؤشر للعلاقة بين المتغيرات ، نجد أن مستوى الدلالة = (0.000) وبما أنه أقل من (0.05) إذا فهو دال ومقبول احصائياً . وبناء على المحكات السابقة تم استخلاص أربعة عوامل بالفعل لمقياس إدارة الذات

مستخلص العوامل : ويلاحظ أن نتائج التحليل العاملي أسفرت عن أن مكونات إدارة الذات والتي بلغ قوام مدخلاتها (30) متغيراً قد أسفرت عن أن الوعي الصحي يدور حول ثلاثة عوامل رئيسية وهي : العامل الأول : **المعرفة الشخصية حول المرض** (10) بنود ، العامل الثاني : **صحة الغذاء** (10) بنود ، العامل الثالث : **السلوك الصحي العام** (10) بنود ، ويلاحظ أن هنالك تداخل وترابط بين مكونات المقياس ، بحيث يدل على أنها تقيس ظاهرة واحدة أي أن جميع العوامل تندرج تحت مظلة عامل عام في المجمل يمكن تسميتها إدارة الذات .

د. قدرة المقياس على التمييز : يعتبر مؤشر قوي على صدق المقياس ، ونعني به التأكد من قدرة المقياس على التمييز بين الأشخاص ذوي الدرجات المرتفعة والأشخاص ذوي الدرجات المنخفضة. تم حساب القدرة على التمييز بالنسبة للمقياس ككل ومكوناته الفرعية باستخدام إختبار (ت) للعينات المستقلة كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول (٥) قيمة (ت) لدلالة الفروق بين ذوي الدرجات المرتفعة والمنخفضة (ن = 147)

اختبار (ت)		منخفضو الوعي الصحي (ن = 69)		مرتفعو الوعي الصحي (ن = 78)		القيم الإحصائية المتغير
مستوى الدلالة	قيمة (ت)	ع	م	ع	م	الوعي الصحي
0.000**	11.228	2.795	17.333	3.277	23.0128	

(**) دال ومقبول إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) ، والتوزيع ذو النهايتين two-tailed

تكشف نتائج الجدول السابق عن القدرة التمييزية للمقياس ، حيث توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)

ثانياً: مقياس إدارة الذات لمرضى السكري : مر المقياس بنفس مراحل إعداد المقياس السابق ، يمكن إيضاحها فيما يلي :

دراسة وتحليل النظريات والمقاييس والدراسات السابقة : مر المقياس بنفس مراحل إعداد المقياس السابق ، نوضح ذلك فيما يلي :

يعد تحليل الأطر النظرية والدراسات السابقة خطوة أساسية لبناء المقياس وتحديد مكوناته . تحددت مكونات المقاييس السابقة لإدارة الذات لكل من : (Kanfer & Karoly, 1972) ، (Kogele et al, 1995) ، (Buckmann, 2009) ، (Hughes & Charles, 1991) ، (Digangi et al, 1992) ، (Nelson et al, 1991) ، (Coleman & Webber, 2002) ، (Young et al, 1997) ، (King et al, 1997) ، (Katherine, 2000) ، (Peter. G mezzo) إدارة الذات تشمل كل من : (توجيه الذات – مراقبة الذات – تقويم/تقييم الذات – تدعيم / تعزيز الذات) .

كذلك اتفقت الدراسات السابقة لكل من (McCombs, 1989) ، (Berger, D.S, 2003) ، (Alen et al, 1990) ، (Eriksson et al, 1999) ، (Szymborska et et al, 2009) ، (Polonsky, 1995) ، (Snoek, 2000) ، (Folsom, 2000) ، (Tuomilehto et al) ، (Hanko et al, 2007) ، (Whittemore, 2005) ، (Guere et al, 2007) ، (Chera, 2006) ، (Lindenmeyer et al, 2009) ، (Conn et al, 2007) ، (Beard et al, 2009) ، (Rosal et al, 2009) ، (Speer et al, 2009) أيضاً أن إدارة الذات تشمل كل من : (توجيه الذات – مراقبة الذات – تقويم/تقييم الذات – تدعيم / تعزيز الذات) . (

أما بالنسبة للنظريات والنماذج المفسرة: نظرية التحكم والسيطرة (Carver&Scheie,1998) ، النظرية السلوكية (Jennifer,Suzanne Beer,2002) ، النظرية الإجتماعية المعرفية (Robert Cobb,Jr, 2003) ، النموذج التكاملية للإدارة الذاتية Winne & (Zimmerman,2000) فقد تناولت مفهوم الإدارة الذاتية من زاوية المكونات السالف ذكرها : (توجيه الذات - مراقبة الذات - تقويم/تقييم الذات - تدعيم / تعزيز الذات) .

١- **تكوين المفردات:** تم تحديد كل مكون من مكونات إدارة الذات وفقاً للتعريف الإجرائي المستخلص بعد مسح الدراسات السابقة المتعلقة بالمفهوم ، وذلك على النحو التالي :

إدارة الذات "مجموعة الأنشطة التي يمارسها مريض السكري بهدف توجيه ذاته ومراقبتها وتقويمها والعمل على تدعيمها ويظهر ذلك من خلال الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقياس المعد لذلك "

المكون الأول: توجيه الذات Self-Instructing (تلقين الشخص لذاته بعض التعليمات بغرض ضبط سلوكه ، وتقليل الإعتماد على الآخرين في بعض المواقف التي تم التدريب عليها أو في مواقف مشابهة لها) .

المكون الثاني: مراقبة الذات Self- Monitoring (ملاحظة الشخص لسلوكه عبر المواقف ، مع تقصي الأسباب المرتبطة بذلك وإدراكه لنتائج هذا السلوك) .

المكون الثالث: تقويم الذات Self- Assessment (تقدير الفرد لأدائه بغرض تحديد ما حققه من أهداف) .

المكون الرابع: تدعيم الذات Self- Reinforcement (إدراك الفرد لسلوكه وإثابته في حالة النجاح وعقابه في حالة الفشل) .

٢- **صياغة مفردات المقياس:** تم صياغة عبارات المقياس مع مراعاة بعض الإعتبارات منها (ألا تبدأ العبارات بكلمات النفي ، ألا تكون العبارات غامضة أو موحية ،يفضل عدم استخدام صيغ المبالغة ، ألا تتضمن صياغات مزدوجة المعنى ، صياغة العبارات بين السلبى والإيجابي) ، وقد بلغ عدد بنود المقياس في صورته الأولية (38) بنوداً .

٣- **تحديد بدائل الإستجابة:** تم اختيار شكل الإجابة الثلاثي (نعم - لا - أحيانا) ، وذلك لأن شكل الإستجابة الثنائي محدود جداً ويجبر المفحوص على اختيار إجباري بين (نعم - لا) وربما لا يكون اختياره لأي منهما صحيح . أما الشكل الخماسي للإستجابة يشتمل المفحوص ، نظراً لكثرة البدائل المطروحة أمامه .

٤- **تعليمات المقياس:** تتضمن تعليمات المقياس بيانات المفحوص (الإسم- النوع - السن - معتمد على الأنسولين / غير معتمد على الأنسولين - تعليمات المقياس) .

٥- **تحكيم المقياس:** تم عرض المقياس على (ن=3*) من خبراء علم النفس ، وقد أسفر التحكيم عن عدة نتائج ، وفيما يلي عرض توضيحي للبنود التي تم تعديلها وحذفها :

جدول (9) البنود التي تم تعديلها بعد العرض على المحكمين

العدد	البند قبل التعديل	البند بعد التعديل	مبرر التعديل
-------	-------------------	-------------------	--------------

الصياغة لا تحمل أي أدوات نفي	أتناول الدواء بانتظام	أتناول الدواء بانتظام دون أنيطلب مني أحد	الأول : توجيه الذات
الصياغة	أفكر في المشكلات التي أواجهها من جميع جوانبها	عندما أواجه مشكلة أفكر بها من جميع جوانبها	الأول : توجيه الذات
الصياغة	ألاحظ سلوك الآخرين	أستطيع ملاحظة سلوك الآخرين ووصفه	الثاني : مراقبة الذات
الصياغة	أوجه قدراتي لتحقيق اهدافي	أعرف قدراتي وأوجهها لتحقيق أهدافي	الثاني : مراقبة الذات

(*) أ.م.د/ محمد البحيري- أ.م.د / هيام صابر شاهين - أ.م.د/ هبة حسين

جدول (10) البنود التي تم حذفها بعد العرض على المحكمين

مبرر الحذف	البنود	البعد
تكرار المعنى في بند آخر	أحدد أهدافي	الأول : توجيه الذات
تكرار المعنى في بند مشابه في نفس المكون	أذكر نفسي بالخطوة التالية التي يجب علي تأديتها	الأول : توجيه الذات
تكرار المعنى في بند آخر	أخطط لأعمالي قبل القيام بها	الأول : توجيه الذات
مكررة	أحدد أخطائي بدقة	الثاني : مراقبة الذات
مكررة	أفكر بنقاط القوة والضعف لدي	الثالث : تقويم الذات
تكرار المعنى في بند مشابه	أثني على نفسي عند الإنتهاء من عمل بنجاح	الرابع : تدعيم الذات
لا تقيس ، تنقل للمكون الثاني	أكرر السلوك الملائم وأمتنع عن السلوك الخطأ	الرابع : تدعيم الذات
تكرار المعنى في بند آخر	أشجع نفسي اذا بدأت في أداء مهمة ما	الرابع : تدعيم الذات

٦-المرغوبية الإجتماعية للمقياس : ونقصد بها صياغة المفردات بما لا يوحي للمفحوص اختيار الإستجابة المستحسنة اجتماعياً وللتحقق من تفعيل المرغوبية الإجتماعية كأحد معايير المقياس الجيد في الجوانب الإجتماعية والوجدانية للسلوك الإنساني ، يجب توافر عدة شروط عند صياغة البنود تم ذكرها سلفاً ؛ بالإضافة إلى عدم توضيح الإسم الحقيقي للمقياس على غلاف

الصورة النهائية ، كذلك توزيع مفردات مكونات المقياس بطريقة عشوائية ؛ بهدف ألا يعرف المفحوص الهدف الرئيسي من المقياس ولا يختار الإجابة المستحسنة إجتماعيا مراعاة للموضوعية .

٧- الصورة النهائية للمقياس : تكون المقياس في صورته النهائية من (30) عبارة موزعة على أربعة مكونات رئيسية والأكثر تكرار بعد مسح الدراسات والمقاييس والنظريات والنماذج المفسرة لمفهوم إدارة الذات ، وهو على النحو التالي :

جدول (11) المكونات الرئيسية وعدد العبارات لكل بعد في الصورة النهائية لمقياس إدارة الذات

المجموع	أرقام العبارات	مكونات المقياس
7	1-8-13-14-22-27-30*	توجيه الذات
9	2*-4-9-10*-15-23-24-25-28	مراقبة الذات
7	3-5-6-16*-19-20-21	تقويم الذات
7	7-11-12-17-18-26-29	تدعيم الذات

(* عبارة سالبة)

٨- تصحيح المقياس : يتكون المقياس في صورته النهائية من 30 عبارة موزعة على أربعة مكونات فرعية تتعلق بإدارة الذات ، العبارات الموجبة تقابلها خيارات ثلاثة وهي (نعم - أحيانا - لا) تحصل الإجابات الإيجابية منها على درجات (3-2-1) ، أما العبارات السالبة فتتبع عكس الترتيب (1-2-3) ، وبالتالي تتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين (30-90) ، بحيث تدل الدرجة المرتفعة على ارتفاع إدارة مريض السكري لذاته والعكس صحيح ، لا يوجد وقت محدد للإجابة كما أن العبارات تنطبق على العينة .

٩- ثبات المقياس : تم حساب الكفاءة السيكومترية للمقياس على عينة مكونة من (ن=147) من مرضى السكري من الجنسين ، وقد تبين أن المقياس يتمتع بمعدلات مرتفعة من الثبات ، حيث بلغ معامل الثبات بطريقة ألفا كرومباخ = (0.587) وبطريقة التجزئة النصفية = (0.490) ، وحيث أن معامل ثبات التجزئة النصفية يعتبر معامل ثبات نصف الاختبار ، تم حساب تصحيح معامل الارتباط باستخدام معادلة سبيرمان - براون ، نجد أن معامل الثبات الكلي = (0.658)

وتم حساب الثبات أيضا بطريقة الإتساق الداخلي بهدف التأكد من تجانس الاختبار من خلال حساب معاملات ارتباط كل مكون والمقياس ككل كما في الجدول التالي :

جدول (12) معاملات الارتباط بين مكونات مقياس إدارة الذات والدرجة الكلية للمقياس :

المكونات	معامل الارتباط (ر)
توجيه الذات	0.706**
مراقبة الذات	0.768**
تقويم الذات	0.709**
تدعيم الذات	0.487**

تعتبر معاملات الثبات السابقة معاملات ثبات داخلية مقبولة ودالة احصائياً عند مستوى دلالة (0.01) أي (99% ثقة و 1% شك) بين مكونات مقياس إدارة الذات والدرجة الكلية للمقياس . تتراوح قيمة (ر) بين (0.487 : 0.768) ، وهذا يشير إلى التماسك الداخلي للمقياس ويدل على أن المقياس في صورته النهائية يتميز بثبات وكفاءة عالية تمكّن من تطبيقه على العينة .

١٠- صدق المقياس : تم حساب صدق المقياس بثلاث طرق ، كالتالي :

أ. صدق المحكمين : حيث تم عرض المقياس على (ن=3) من المختصين والخبراء في علم النفس وقد أخذت آرائهم بعين الاعتبار ، حيث بلغ المقياس في صورته الأولية من (38) ،

ب. صدق البناء والتكوين : تم بناء المقياس في ضوء تحليل محتوى المقاييس السابقة والنظريات المفسرة له ، وكذلك التعريفات الإجرائية وقد سبق إيضاح ذلك .

ج. الصدق العاملي : ويعني التفاف مكونات المقياس حول عوامل قوية تفسّر نسبة كبيرة من تباين الإستجابات ، وتحديد العوامل والارتباط بين العوامل وتحديد المتغيرات التي تندرج تحت عامل أو عدد من العوامل . وقد تم استخراج دلالات الصدق العاملي للمقياس من خلال التحليل العاملي للمفردات باستخدام التحليل العاملي الإستكشافي باستخدام طريقة "هوتلينج" : المكونات الرئيسية Principle Components ، واستخدام محك "جتمان" Kaiser الحدود الدنيا لتحديد عدد العوامل ، بحيث يعد العامل جوهرياً إذا كانت قيمة الجذر الكامن $1.0 \leq \text{Eigen Value}$ الواحد الصحيح ، ثم أديرت العوامل المستخرجة تدويراً متعامداً - بافتراض استقلالية العوامل - Orthogonal Rotation بطريقة Varimax ، وأخيراً تحديد التشعب الجوهري للبند بالعامل بأنه $0.3 \leq$.

بالقراءة الكمية لمصفوفة الارتباطات البنائية بين المتغيرات الداخلة في التحليل العاملي Correlation Matrix نجد أنه لا يوجد ارتباط أعلى من 90% ، ولذلك لم يتم حذف أي متغيرات ، كما أن قيمة KMO(0.648) وهي نسبة < 0.50 وبذلك تعتبر مؤشر مطمئن به لمدى كفاية عدد أفراد العينة ، وبالنظر لقيمة اختبار Bartlett للدائرية مؤشر للعلاقة بين المتغيرات ، نجد أن مستوى الدلالة = (0.000) وبما أنه أقل من (0.05) إذا فهو دال ومقبول احصائياً . وبناء على المحكات السابقة تم استخلاص أربعة عوامل بالفعل لمقياس إدارة الذات، ويمكن تفسير هذه العوامل على النحو التالي :

مستخلص العوامل : يلاحظ أن نتائج التحليل العاملي أسفرت عن أن مكونات إدارة الذات والتي بلغ قوام مدخلاتها (30) متغيراً قد أسفرت عن أن إدارة الذات تدور حول أربعة

عوامل رئيسية وهي : العامل الأول : توجيه الذات (7) بنود ، العامل الثاني : مراقبة الذات (9) بنود ، العامل الثالث : تقويم الذات (7) بنود ، العامل الرابع : تدعيم الذات (7) بنود ، ويلاحظ أن هنالك تداخل وترابط بين مكونات المقياس بحيث يدل على أنها تقيس ظاهرة واحدة أي أن جميع العوامل تندرج تحت مظلة عامل عام في المجمل بحيث يدفعنا ذلك إلى تسميتها إدارة الذات .

د. قدرة المقياس على التمييز : كمؤشر قوي على صدق المقياس ، ونعني به التأكد من قدرة المقياس على التمييز بين الأشخاص ذوي الدرجات المرتفعة والأشخاص ذوي الدرجات المنخفضة، وهو ما يعرف مجازاً بصدق المقارنة الطرفية (التمييز بين الإرباعي الأعلى والإرباعي الأدنى) وهو في حقيقته ليس كذلك وإنما هو مؤشر يجعلنا نطمئن على مدى صلاحية المقياس . تم حساب القدرة على التمييز بالنسبة للمقياس ككل ومكوناته الفرعية باستخدام إختبار (ت) للعينات المستقلة كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول (17) قيمة (ت) لدلالة الفروق بين ذوي الدرجات المرتفعة والمنخفضة (ن=147)

المتغير		مرتفعو إدارة الذات (ن= 89)		منخفضو إدارة الذات (ن= 58)		اختبار (ت)
		ع	م	ع	م	قيمة (ت)
إداة الذات		3.974	64.50	6.085	64.85	0.000**

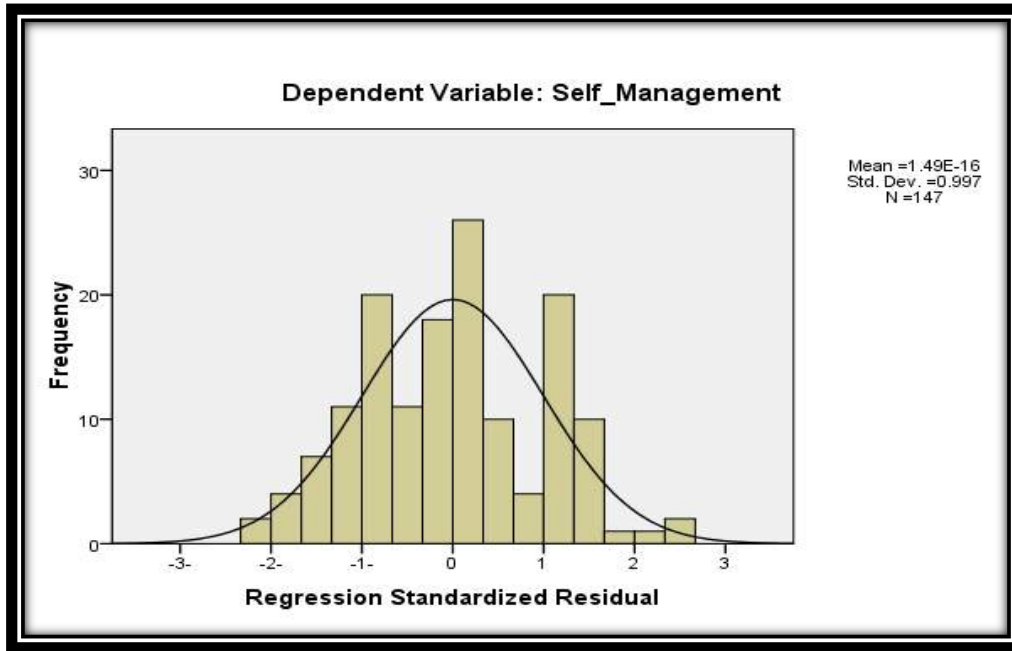
(**) دال ومقبول إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) ، والتوزيع ذو النهايتين لأن الفرض غير موجه

تكشف نتائج الجدول السابق عن القدرة التمييزية للمقياس ، حيث توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) والتوزيع ذو النهايتين بين مجموعتي النصف الأعلى والأدنى على مقياس إدارة الذات .

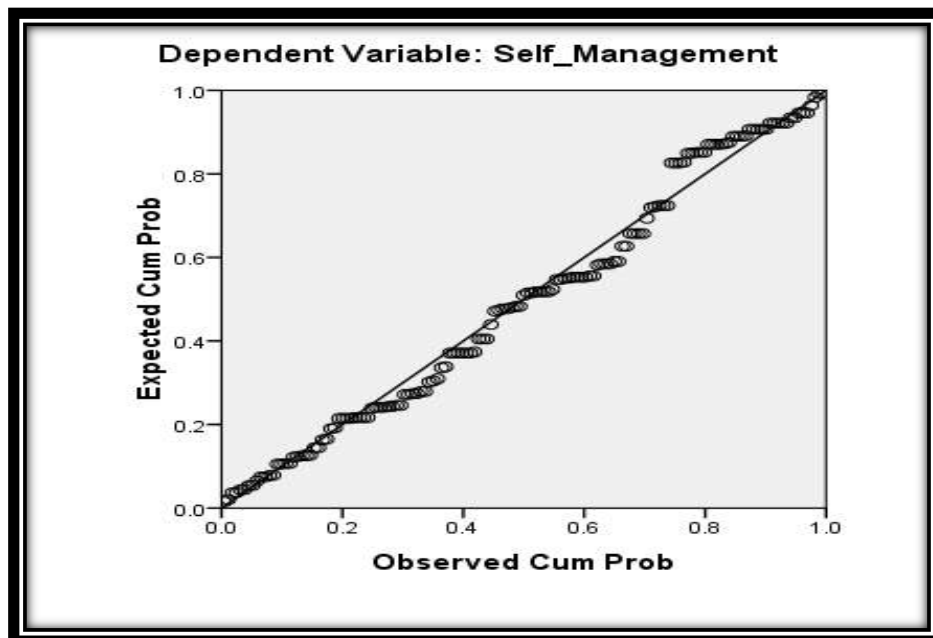
نتائج الدراسة : ويتضمن معالجة الفروض ومناقشة نتائجها في ضوء طرح الدراسات السابقة وأوجه التلاقي والإختلاف مع النتائج ، وذلك على النحو التالي :

١- الفرض الأول ونصه : توجد للمتغير المستقل (الوعي الصحي) قيمة تنبئية دالة إحصائياً باستجابات أفراد العينة على المتغير التابع (إدارة الذات لمرض السكري) .

وللتحقق من صحة هذا الفرض تمت معالجة استجابات عينة الدراسة (ن=147) على مقياسي الدراسة (الوعي الصحي ، إدارة الذات) ، باستخدام معادلة معامل الإنحدار البسيط Simple Linear Regression ، والذي يستند على افتراض وجود علاقة خطية بين متغير تابع ومتغير مستقل ، وذلك على النحو التالي :

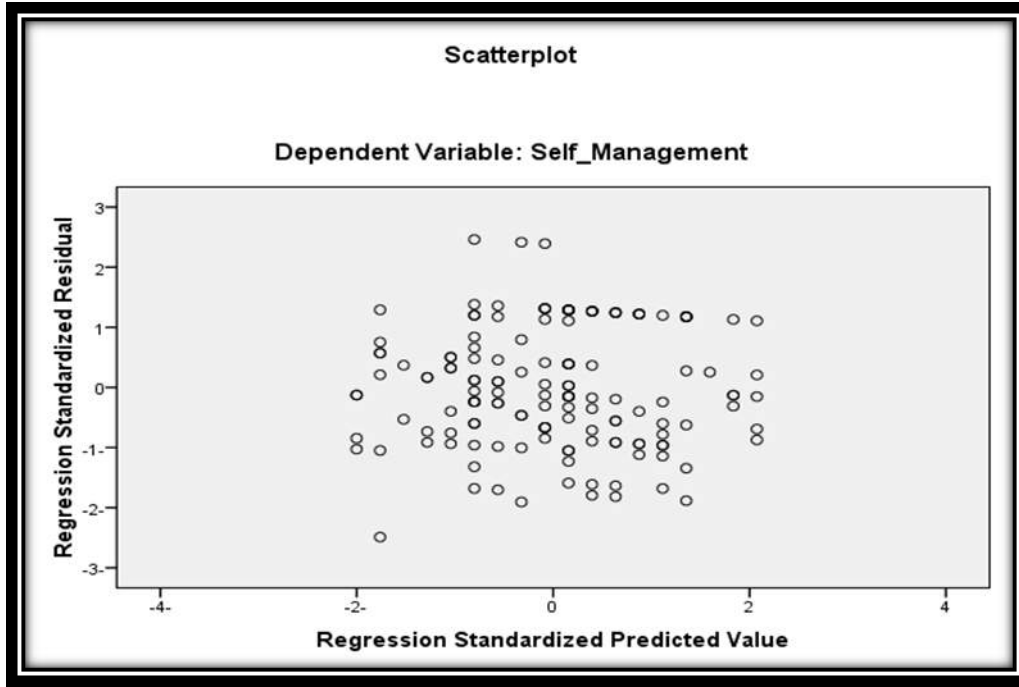


شكل (4) إعتدالية توزيع المتغير التابع على المتغير المستقل



شكل (5) تخطيط الإحتمال الطبيعي

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



شكل (6) رسم الإنتشار للبقاوي

يتضح من الرسوم البيانية إعتدالية التوزيع وخطية العلاقة وتجانس التباين وإستقلالية البقاوي Residuals ، حيث أن شكل تخطيط الإحتمال الطبيعي Normal P-P of Regression قطري ، وتخطيط الإنتشار Scatter Plot شبه مستطيل تجمعت معظم النقاط في المنتصف حول الصفر ، لذلك فإن البيانات توزعت حسب التوزيع الطبيعي كما يوضح شكل المنحنى الإعتدالي .

جدول (18) يوضح معامل الارتباط الخطي بين المتغيرين

معامل الارتباط (R)	معامل التحديد (R ²)	معامل التحديد المعدل (Adjusted-R ²)
0.509	0.44	0.37

يبين الجدول السابق - المعنوية الإجمالية لنموذج الإنحدار - نتيجة حساب معامل الارتباط الكلي للنموذج وقد بلغ (0.509) ، كما بلغ معامل التنبؤ (قوة التنبؤ للنموذج ككل) (0.44) ، أما بالنسبة لمعامل التحديد المعدل أو المصحح فقد بلغت نسبته كما هو موضح في جدول النتائج أعلاه (0.37) ، أي أن المتغير المستقل (التفسيري) استطاع أن يفسر 37% من التغير الحاصل في المتغير التابع وباقي النسبة وتعزى لعوامل أخرى قد تكون العمر ، سنوات المرض ، متغيرات نفسية أخرى ، نوضحها فيما يلي :

جدول (19) قيمة (ت) للتنبؤ بإدارة الذات من خلال الوعي الصحي

المتغيرات	معامل الإنحدار (B)	معامل الإنحدار المعياري (بيتا)	الخطأ المعياري (SE)	قيمة (F)	دلالة (F) (Sig.)	قيمة (ت)	دلالة (ت) (Sig.)
الثابت (C)	83.38	0.509	6.099	26.59	0.011	13.671	0.000**
	0.520		0.202			2.569	0.011**
متغيرات الدراسة							

(**) دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) والتوزيع ذو النهايتين two-tailed

نستدل من الجدول السابق على القوة التفسيرية للنموذج ككل من خلال قيمة (F) = (26.59) ، بمستوى دلالة = (0.011) وهي نسبة أقل من (0.05) مما يجعلنا نثق بأن النموذج دال ومقبول إحصائياً ، ويمكن تعميم النتيجة على باقي مجتمع العينة . وبالنظر لقيمة (ت) لمعرفة مدى دلالة المتغير المستقل وإسهامه في التنبؤ بالمتغير التابع ، نجد أن دلالة (ت) = (0.011) وهي نسبة أقل من (0.05) ، إذا فالمتغير المستقل دال وله قدرة على التنبؤ بالمتغير التابع ؛ ولمعرفة مدى قوة المتغير المستقل وإسهامه في المتغير التابع نجد أن قيمة (Beta) = (0.509) وهو ما يفيد بأن المتغير المستقل دال وقادر على التنبؤ بالمتغير التابع ويثبت صحة الفرض وتحققه.

وتتفق هذه النتيجة مع ما خلصت إليه دراسات متعددة وجدت أن الوعي الصحي لدى مرضى السكري يرتبط مع تحسين إدارة الذات وتحسين، النتائج السريرية مثل انخفاض نسبة الهيموجلوبين المتسكر ، ونقص الوزن ، وأفضل النتائج التي سجلت لتدخلات الوعي الصحي لمرضى السكر التي كانت مدعومة لفترة طويلة ، ومتلائمة ومتطلبات الأشخاص وأولياتهم ومتناسبة مع حالتهم النفسية كانت دراسة (Anderson & Rubin, 2002, PP:95-96).

كذلك اتفقت مع نتيجة دراسة (Al-Akhour, 2013) (Garber, et al 2003) (French, 2008) (Skinner, 2006) (Alphen, 2006) (Kubiak et al , 2006) (Mann, 2009)

في حين اختلفت النتائج مع ما خلصت إليه نتائج دراسة (Arcury et al , 2005) في أن الوعي الصحي لم يكن ذا أثر على ضبط سكر الدم كأحد أبعاد الإدارة الذاتية .

وبهذه النتيجة يمكن أن نوصي بضرورة تدريب المرضى على أساليب الإدارة الذاتية وتركيز وعيهم الصحي للمرض للمساعدة في خفض نسبة الهيموجلوبين المتسكر ، علماً بأن نسب الهيموجلوبين المتسكر قد تم خفضها بالفعل في الدراسات التي تناولت استراتيجيات تنمية إدارة الذات فتفاوتت نسبة الهيموجلوبين المتسكر في دراسة (Huffman, et al 2009) ما بين 7 % و 8 % ، و 7% في دراسة (Rosal et al , 2009) ، ومن 9.48% الى 8.33% في دراسة (Speer et al, 2008) .

٢- الفرض الثاني ونصه : **تختلف المتغيرات الدينامية (الوعي الصحي وإدارة الذات لمرض السكري) باختلاف المتغيرات الديموجرافية (النوع- الإعتقاد على الأنسولين)**

وللتحقق من صحة هذا الفرض عولجت استجابات عينة الدراسة (ن=147) على مقياسي الوعي الصحي ، إدارة الذات) باستخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة ، وكانت النتيجة كالتالي :
جدول (20) قيمة (ت) لدلالة الفروق بين الذكور والإناث بصدد متغيرات الدراسة

القيم الإحصائية	النوع	العدد (ن)	المتوسط (Mean)	الإنحراف المعياري (SD)	قيمة (ت)	دلالة (ت) (Sig.)
الوعي الصحي	ذكور	55	20.1	4.3	0.533	0.595
	إناث	92	20.5	4.1		
إدارة الذات	ذكور	55	64.96	3.69	5.091	0.000**
	إناث	92	69.42	5.83		

(**) دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) والتوزيع ذو الناهيتين two-tailed

بالقراءة الكمية للجدول السابق يتضح أن قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسط أداء الذكور والإناث من مرضى السكري على مقياس الوعي الصحي بلغت (0.533) بمستوى دلالة (0.595) وهو أكبر من (0.05) أي (95 % ثقة ، و 5 % شك) ، إذا فهو غير دال إحصائياً عند التوزيع ذو الناهيتين ، ويمكن رفض الفرض البديل القائل : يختلف الوعي الصحي باختلاف النوع ، وقبول الفرض الصفري : لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين الذكور والإناث من مرضى السكري في الوعي الصحي .

في حين بلغت قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسط أداء الذكور والإناث من مرضى السكري على مقياس إدارة الذات (5.091) بمستوى دلالة (0.000) وهو أقل من (0.05) أي (95 % ثقة ، و 5 % شك) إذا فهو دال إحصائياً ، ويمكن قبول الفرض البديل القائل :تختلف إدارة الذات باختلاف النوع ، ورفض الفرض الصفري ، أي أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين الذكور والإناث من مرضى السكري في إدارة الذات .

وجاءت دراسة (Fitzgerald,Anderson,&Davis.1995) لتؤيد نتائج هذه الدراسة حيث كشفت عن عدم وجود فروق بين الجنسين في الوعي الصحي والمعتقدات حول مرض السكري .

في حين أكدت دراسة (رضوان عبد الله ، 2001) بأن الوعي الصحي للإناث عن مرض السكري أفضل من الذكور ، وكذلك دراسة كل من: (Rafiqe , et al .2006) و (

نتائج دراسة (Heo,et al.2008) لتأكد بأن الذكور أعلى من الإناث في الوعي الصحي للمرض ؛ فضلاً عن (Jones ,et al . 2009) التي كشفت عن فروق بين الجنسين في الوعي الصحي والمعتقدات حول مرض السكري .

ويمكن تفسير سبب الافتراض بعدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين في الوعي الصحي لمرض السكري الى عدم تساوي بعض المتغيرات الديموجرافية عند أفراد العينة ، نظراً لأن طريقة السحب كانت عشوائية من مختلف الطبقات مثل : (المستوى الإقتصادي والإجتماعي ، المستوى التعليمي ، نمط الحياة ، الحالة الصحية و سنوات الإصابة بالمرض) . الأمر الذي افترضنا على أساسه قلة نسبة احتمال وجود تباين بين الذكور والإناث في الوعي الصحي نحو المرض .

وفيما يتعلق بإدارة الذات فقد بينت دراسة (Thorand et al ,2007) أن أكثر المتغيرات تنبؤاً بالسكري هو (النوع) ، وقد اتفقت العديد من الدراسات مع النتائج التي خلصت إليها الدراسة، فقد وجد (عبد المنعم الحمراي ،2002) أن الإناث أقل إدارة لذواتهم من الذكور ، وجاءت الدراسات لتبرر كون الإناث أقل في مهارات الإدارة الذاتية في أن معدلات انتشار السكري لدى الإناث أعلى منها لدى الذكور: (Legato et al,2006) (Gaillard et al ,2008) (Gucciardi,et al 2008) فضلاً عن أن الإناث أكثر عرضة للسمنة ، وأكثر تناولاً للنشويات ، والأعلى في مؤشر كتلة الجسم ، والأقل في الثقة بالنفس في الإدارة الذاتية للمرض ، وأقل ممارسة للأنشطة الرياضية وأقل مراقبة لسكر الدم ، والأعلى في نسبة دهون الدم (Vidal- Perez et al ,2010) (Grant et al ,2009) (Taru et al ,2008) والأكثر في معدل الوفيات الناتجة عن مرض السكري مقارنة بالذكور ، وأقل مواجهة للمرض (Heo et al ,2008) ، (Gucciardi et al ,2008) وأدنى في مستوى نوعية الحياة المتعلقة بمرض السكري عن الذكور (Uden et al ,2008) (Arboix et al ,2006) وأقل امتثالاً ومتابعة للعلاج (Thorand et al , 2007) ، ومن ثم أقل إدارة لذواتهن مقارنة بالذكور .

وللتحقق ما إذا كانت توجد علاقة بين الوعي الصحي وإدارة الذات وبين الإعتدال على الأنسولين ، عولجت استجابات العينة باستخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة كالتالي :

جدول (21) قيمة (ت) لدلالة الفروق بين مرضى النوع الأول والنوع الثاني من السكري بصدد متغيرات الدراسة

دلالة (ت)	قيمة	الإنحراف المعياري	المتوسط			

المتغير	النوع	العدد (ن)	(Mean)	(SD)	(ت)	(Sig.)
الوعي الصحي	معتمد	86	20.5	4.16	0.607	0.545
	غير معتمد	61	20.1	4.19		
إدارة الذات	معتمد	86	69.14	5.53	3.74	0.000**
	غير معتمد	61	65.80	5.02		

(**) دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) والتوزيع ذو الناهيتين two-tailed

بقراءة القيم الواردة في الجدول السابق يتضح أن قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسط أداء مرضى النوع الأول (المعتمد على الأنسولين) والنوع الثاني (غير المعتمد على الأنسولين) من مرضى السكري على مقياس الوعي الصحي بلغت (0.607) بمستوى دلالة (0.545) وهو أكبر من (0.05) أي (95 % ثقة ، و5 % شك) ، إذا فهو غير دال إحصائياً عند التوزيع ذو الناهيتين ، ويمكن رفض الفرض البديل القائل : يختلف الوعي الصحي باختلاف الإعتدال على الأنسولين ، وقبول الفرض الصفري : لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين مرضى النوع الأول والنوع الثاني من مرضى السكري في الوعي الصحي .

في حين بلغت قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسط أداء مرضى النوع الأول والنوع الثاني من مرضى السكري على مقياس إدارة الذات (3.74) بمستوى دلالة (0.000) وهو أقل من (0.05) أي (95 % ثقة ، و5 % شك) ، إذا فهو دال إحصائياً ، ويمكن قبول الفرض البديل القائل : تختلف إدارة الذات باختلاف الإعتدال على الأنسولين ، ورفض الفرض الصفري ، أي أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين مرضى النوع الأول والنوع الثاني من مرضى السكري في إدارة الذات .

ويلاحظ أن هذه النتيجة أكدت على صحتها دراسة (Fitzgerald,Anderson,&Davis.1995) حيث كشفت عن عدم وجود ارتباط بين نوع السكري و الوعي الصحي أو المعتقدات حول مرض السكري ، مما يتوافق مع نتائج الدراسة الراهنة .

وأوضحت نتائج دراسة كل من : (Gucciardi,Wang ,Demelo,Amaral,et al,2008) ، (Taru et al ,2008) ، (Heo et al ,2008) ، (Grant et al ,2009) ، (Legato et al ,2006) ، (Rafique et al,2006) ، (Arboix et al,2006) ، (Papadopoulos et al ,2007) إلى أن مرضى النوع الثاني أجدر على إدارة ذاتهم

عن مرضى النوع الأول ، مما يؤكد صحة الفرض - جزئياً - من حيث اختلاف المتغير الدينامي إدارة الذات باختلاف الكتغير الديموجرافي الإعتماد على الأنسولين .

توصيات الدراسة : بمعايشة موضوع الدراسة ، ومراجعة ما تمخضت عنه من نتائج نوصي بالآتي :

١- عقد دورات توعية مرضى السكري بضرورة تغيير نمط حياتهم من خلال إنقاص الوزن باتباع نظام حمية غذائية وممارسة النشاط البدني وقياس سكر الدم وخلافه .

٢- إعداد برامج إرشادية تثقيفية صحية دورية لتدريب مرضى السكري على مهارات إدارة الذات الفعالة للمرض ، تتضمن التدريب على الفحص الذاتي لسكر الدم ، تسجيل عدد جرعات الأنسولين وخلافه .

٣- تفعيل دور الإخصائي النفسي الإكلينيكي في عيادات ومراكز علاج مرض السكري من خلال تقديم الخدمة النفسية لمرضى السكري بجانب العلاج الدوائي بهدف تحسين قدرة المرضى على إدارة ذواتهم بفاعلية .

البحوث المقترحة : من خلال رحلة الدراسة في ميدان الوعي الصحي وإدارة الذات لدى مرض السكري ، نقترح الدراسات التالية :

- ١ . فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتنمية إدارة الذات لدى مرضى السكري .
- ٢ . تنمية مهارات مواجهة الضغوط لدى مرضى السكري.
- ٣ . تنمية الوعي بالذات لإثراء تمكين الذات لدى مرضى السكري .
- ٤ . دراسة تأثير برنامج توعوي حول مرض السكري على إدارة الذات لدى مرضى السكري.

المراجع

أولاً : المراجع العربية :

- إبراهيم ، محمد صلاح الدين (١٩٩٣) . السكر :أسبابه ومضاعفاته وعلاجه . القاهرة : مركز الهرام للترجمة والنشر .
- أبو حطب، فؤاد (١٩٨٧) . التقويم النفسي . قسم علم النفس .كلية التربية . جامعة عين شمس . القاهرة .
- أبو يوسف، محمد (١٩٨٩) . الإحصاء في البحوث العلمية . قسم الرياضيات . كلية التربية . جامعة عين شمس . القاهرة .
- الشافعي أحمد حسين (١٩٩٨) . التحليل الإحصائي للبيانات النفسية . قسم علم النفس . كلية الآداب . جامعة حلوان . القاهرة .
- إسكاليري م (١٩٩٥) . استعمال مضادات الإكتئاب في مكافحة الألم .مجلة العلوم المجلد الحادي عشر . العدد الثالث . ص٢٨-٣٥ تصدر عن مؤسسة الكويت للتقدم العلمي .
- إلهام عثمان (١٩٩١) . مرض السكر . دار الفرجاني ، القاهرة .
- الموسوعة الطبية (١٩٩٠) . الغذاء والأمراض الإستقلابية ، المجلد الخامس . الشركة الشرقية للمطبوعات .
- دائرة المعارف الطبية (١٩٩٥) . الأمراض الشائعة والخطيرة . دار التحرير ، للطبع والنشر . القاهرة .
- رضوان عبد الله (٢٠٠١) . المعتقدات السائدة حول الصحة العامة : دراسة مقارنة على أساس متغيري الجنس ومركز التحكم الصحي . القاهرة : مركز البحوث والدراسات التابع لكلية الآداب بجامعة القاهرة .
- سعد جلال .(١٩٨٠) . في الصحة العقلية . القاهرة . دار المعارف .
- فرج، صفوت أونست (١٩٩١) . التحليل العاملي في العلوم السلوكية . ط٢ . القاهرة . دار الفكر العربي .
- عز الدين الدشناوي وآخرون (١٩٩٣) : مرض السكر . دراسات الحاضر وآفاق المستقبل . دار المريخ للطبع والنشر ، السعودية .
- كلارك، ماري (٢٠٠٦) . محاضرة الطريق الطويل المتعرج في علاج مرض السكري . (ترجمة: حسان المالح) . بيروت . دار العلم للملايين .
- كلافيل، ماري كولازو (٢٠٠٢) . حول السيطرة على داء السكري . (ترجمة :الدار العربية للعلوم) . بيروت .الدار العربية للعلوم .
- ليندزاي ،ستان ،وبول، جراهام (٢٠٠٠) . مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين . (ترجمة: صفوت فرج) . القاهرة .
- كلارك، مارجریت (١٩٦٣) الطب الحديث . (ترجمة: أحمد نظيف) . القاهرة . دار الفكر العربي .

ثانياً: المراجع الأجنبية :

Abdelmoneim,I,&Al-Homorany,M.A(2002):**Health Education in the Management of Diabetes at the Primary Health Care Level :Is there a Gender Difference . Eastern Mediterranean Health Journal .8 –(23-25).**

Al-Akour,N.A(2003): **The Relationship Among Knowledge of Diabetes ,Attitude toward and Compliance with Health Regimens of Gordian Adolescents with Insulin Dependent Diabetes Mellitus.** Unpublished Master Dissertation ,Widen University,Pennsylvania,U.S.A Proquest databases AAT3082998.

Allen,B.T,DeLong,E.R & Feussner,JR.(1990):**Impact of Glucose Self-Monitoring on Non-Insulin Treated Patients with Type 2 Diabetes Mellitus:Randomized Controlled Trail Comparing Blood and Urine Testing . Diabetes Care ,13(10), 1044-1050.**

Alvarez Guisasola F,Tofe Povedano,S,&Yin,D (2008):**Hypoglycemia Symptoms ,Treatment Satisfaction , Adherence and There Association with Glycemic Goal in Patients with type 2 Diabetes .Diabetes Obesity & Metabolism , 10(1).25-32.**

Anderson,B.J,& Rubin,R (2002): **Practicale Psychology for Diabetes Clinicians (2nd ed) . Alexandria ,VA:American Diabetes Association.**

Arboix ,A,Milian ,M ,Olivers,M,& Massons ,J(2006):**Impact of female Gender on Prognosis in Type 2 Diabetic Patients with Ischemic Stroke . European Neurology,56(1).6-12.**

Arcury,T.A.Skelly,A.H.& Dougherty ,M.C (2005):**Diabetes Beliefs among Low-Incom ,White Residents of a Rural North Carolina Community .Journal of Rural Health ,21(4).337-345.**

Baumann,L.C.Opio,C.K,Otim,M& Ellison ,s (2010): **Self-Care Beliefs & Behaviors in Ugandan Adults with Type 2 Diabetes . The Diabetes Educator,12(1) ,45-59.**

Chera,F.(2006):**A Physical Activity Intervention in a Workplace Setting .(Doctoral Dissertation , Brock University , Canada 2006)Dissertation Abstract International ,2450,138.**

Conn,V,S(2007):**Metabolic Effects of Interventions to Increase Exercise in Adults with type 2 Diabetes**.Diabetologia ,50 (5),913-921.

Erikson,J,Lindstorm ,J,Velle,T,Aunola,S.(1999): **Prevention of Type 2 Diabetes in Subjects with Impaired GlucoseTolerance: The Diabetes Pervation Study (DPS) in Finland .Study Design & one Year Interim Report on The Feasibility of The Lifestyle Intervention Program** . Diabetologia,24(7),793-801.

Fitzgerald,J.T.Anderson,R.M&Davis,W.k.(1995).**Gender Differenes in Diabetes Attitudes & Adherence** .The Diabetes Educator ,21(6),523-529.

Folsom,A.R,(2000):**Physical Activity & Incident Diabetes Mellitus in Postmenopausal Women** . American Journal of Public Health 90 (1) ,134-138.

Guerci,B .Drouin,P,Grange,v.Bougneres ,P Fontaine,P,Kerlan ,V.et al (2003):**Self-Monitoring of Blood Glucose Significantly Improved Metabolic Control in Patients with Type 2 Diabetes** . The Auto – Surveillance Intervention Active Study .Diabetes Metabolic ,29 (6),587-594.

Gaillard,T.R Schuster,D.P& Osei,K(1998):**Gender Differences in Cardiovascular risk factors in Obese,Non Diabetic First Degree Relatives of African Americans with Type 2 Diabetes Mellitus** .Ethnicity & Disease ,8(3),319-330.

Gerber,I.L,Uribe,L.R,Arti,M.M,Tamayo,R.V,Quintanam,S,Hermande z,M.E.et al (2003).**Emotional Dysfunction Associated with Diabetes in Mexican Adolescents & Young Adults with Type 2 Diabetes** . Salud Publica De Mexico,45(1),13-18.

Glasgow,R.E.Toobert,D,J& Gillette,C.D(2001).**Psychological Barriers to Diabetes Self-Management &Quality of Life** .Diabetes Spectrum ,14(1),33-41.

Hanko ,B.Kazmer(2007):**Self-reported Medication & Lifestyle Adherence in Hungarian Patients with Type 2 Diabetes** . Pharmacological World Science ,29(2),58-66.

Heo,S,Moser,D.K.Lennie,T.A,Riegel,B&Chung,M.L (2008):**Gender Differences in and Factors related to Self-Care Behaviors** . a Cross Sectional ,Correlational Study of Patints with

heartfailur.International Journal of Nursing Studies,45(12),1807-1815.

Huffman,F.G (2009): **Diabetes Self-Management :Are Cuban Americans Receiving Quality Health Care ?** Journal of Health and Human Services Administration ,32(3)278-304.

Iqbal,N,Morgan,C,Maksoudm&Idris,I (2008): **Improving Patients 'Knowledge on the Relationship between HBALC and Mean Plasma Glucose Improves Glycemic Control among Persons with Poorly Controlled Diabetes** .Annals of Clinical Biochemistry,45(5),504-507.

Kanfer.F.H(1985):**Implication of Self regulation Model of Therapy for Treatment of the Addictive Behaviors in Miller**. New Work , Palenum (in Wilkinson,1991).

Legato,M.J.(2006).**Gender-Specific Care of the Patient with Diabetes :review & recommendation** . Gender Medicine , 3(2),131-158.

Mann,D.M & Halm ,E.A (2009) :**Predictors of Adherence to Diabetes Medications :The role of Disease and Medication Beliefs**. International Journal of Behavioral Medicine 32(3),278-284.

Minet,L,Moller,S,Vach ,W Wagner L, & Henriksen ,J.E (2009) .**Mediating The Effect of Self-Care Management Intervention in Type 2 Diabetes ; A Meta –Analysis of 47 Randomized Controlled Trials** .Patients Education & Counseling ,9 (3),121-132.

Mullan JT,Glasgow RE,Masharani U.(2010) .**Diabetes Distress but not Clinical Depression on Depressive Symptoms is Associated with Glycemic Control in Both Cross-Sectional & Longitudinal Analysis** .Diabetes Care ,33 (1) ,23-28.